ایشین پیسفک ریسورس اینڈ ریسرچ سنٹر فار ویمن (ARROW)

www.arrow.org.my

صنفی بنیاد پر تشدد اور جنسی و تولیدی صحت و حقوق کے درمیان تعلق کو سمجھنا:

ہزاری ترقیاتی مقاصد +15 کے حوالے سے وعدے پورے کرنا

تعارف

ایشیاء و بحرالکاہل کے علاقے میں دنیا کی 60 فیصد سے زیادہ آبادی رہتی ہے جبکہ ثقافتی، معاشی اور سیاسی لحاظ سے اس خطے میں ہر طرح کے رنگ پائے جاتے ہیں۔ صحت، جنسی و تولیدی صحت اور خدمات تک رسائی، تعلیم، روزگار اور آمدن، سیاسی شرکت کے شعبوں میں اور خود خاندانوں کے اندر بھی صنفی لحاظ سے تفریق پائی جاتی ہے۔ اس کے نتائج اُن عورتوں اور لڑکیوں کے لیے بہت بھیانک ہیں جو سیاسی، سماجی اور مکانی اعتبار سے محروم ہیں۔ اس محرومی کی مختلف وجوہات ہیں جن میں عمر، معذوری، ذات پات، شہریت اور معاشی حیثیت، تعلیم، نسل، علاقہ، صنفی شناخت اور جنسی رُجحان، جنگ، قدرتی آفات اور دوسری ہنگامی صورتحال شامل ہیں۔ اس کے علاوہ صنفی بنیاد پر تشدد بھی اس خطے کی ایک تباہ کن حقیقت ہے۔ اس تشدد کی شرح بھی زیادہ ہے اور اس کی شکلیں بھی کئی ایک ہیں۔

اس کتابچے کا مقصد پالیسی سازوں اور فیصلہ سازوں کو صنفی بنیاد پر تشدد کے خاتمے اور ہزاری ترقیاتی مقاصد خصوصاً ماں کی بہتر صحت اور تولیدی صحت تک عام رسائی کے مقصد نمبر 5 کے درمیان اہم ربط کے بارے میں آگاہ کرنا ہے۔

اگر چہ اس کتابچے میں اوپر ذکر کردہ تعلقات پر ہی زیادہ تر توجہ دی گئی ہے لیکن سب لوگ یہ حقیقت اب اچھی طرح جان چکے ہیں کہ تشدد سے آزاد عورت

غربت، صنفی مساوات، بچوں کی صحت اور ایچ آئی وی/ایڈز جیسے تمام مسائل کو حل کرنے میں بہتر کردار ادا کر سکتی ہے۔

صنفی مساوات، صنفی بنیاد پر تشدد اور جنسی و تولیدی صحت و حقوق بارے عالمی وعدے

بین الاقوامی معاہدوں کے مطابق حکومتوں نے مساوات، سلامتی، آزادی، سالمیت اور وقار اور تشدد سے آزاد زندگی گزارنے کے عورتوں اور لڑکیوں کے حقوق کو تسلیم کیا ہے اور ان کی توثیق کی ہے۔ حکومتوں نے اُن بنیادی اصولوں پر بھی دستخط کئے ہیں اور ان کی تصدیق اور توثیق کی ہے جو اقوامِ متحدہ کے خواتین کے خلاف ہر قسم کے امتیاز کے خاتمے کا کنونشن (سیڈا 1979) عورتوں پر تشدد کے خاتمے کے اقوامِ متحدہ کی جنرل اسمبلی کے اعلامیے (1993) اور انسانی حقوق سے متعلق اعلان ویانا میں شامل ہیں۔

آبادی اور ترقی پر بین الاقوامی کانفرنس کے عملی پروگرام (1994)[1] میں صنفی بنیاد پر تشدد کی تمام شکلوں کے خاتمے کی مکمل وضاحت کی گئی۔ اس میں گھریلو تشدد اور جنسی تشدد بھی شامل تھا۔ کانفرنس میں مطالبہ کیا گیا کہ عورتوں کے تشدد سے پاک زندگی گزارنے کے حقوق کی حفاظت کی جائے۔ انہیں فروغ دیا جائے اور ان حقوق کو پُورا کیا جائے۔ بیجنگ عملی لائحہ عمل (1995) میں بھی صنفی بنیاد پر تشدد کو انتہائی قابل تشویش معاملہ قرار دیا گیا۔[3,2]

گوشوارہ نمبر 1: ایشیاء و بحرالکاہل کے ممالک اور جنسی و تولیدی صحت اور حقوق سے متعلق وہ دستاویزات اور معاہدے جن پر انہوں نے دستخط کیے، توثیق کی اور تسلیم کیا ہے:

	سیڈا	آئی سی ای ایس آر	آئی سی سی پی آر	آئی سی ای آر ڈی	سی آر سی	آئی سی پی ڈی ایکشن پروگرام	بیجنگ عملی لائحہ عمل	ہزاری اعلامیہ 2000
بنگلہ دیش	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
کمبوڈیا	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
چین	......	دستخط/منظور کنندہ	......	......	......	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
فجی	دستخط کنندہ	......	......	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
بھارت	دستخط/منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	منظور کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
انڈونیشیا	دستخط کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
لاؤس	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
ملائیشیا	منظور کنندہ	......	......	......	منظور کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
نیپال	دستخط/توثیق کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
پاکستان	منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
فلپائن	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
تھائی لینڈ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ
ویتنام	دستخط/توثیق کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	منظور کنندہ	دستخط/توثیق کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ	دستخط کنندہ

سیڈا* عورتوں کے خلاف ہر قسم کے امتیاز کے خاتمے کا کنونشن: آرٹیکل نمبر 16 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق) آرٹیکل نمبر 2، 11 (صنفی بنیاد پر تشدد)

سی ای ایس آر** معاشی، سماجی اور ثقافتی حقوق پر عالمی معاہدہ: آرٹیکل نمبر 10، 12 اور عمومی تبصرہ 14 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق) آرٹیکل نمبر 3 (صنفی بنیاد پر تشدد)

سی سی پی آر*** سول اور سیاسی حقوق پر عالمی معاہدہ: آرٹیکل نمبر 3، (1) 6 اور (3) 23 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق) آرٹیکل نمبر 3 اور 7 (صنفی بنیاد پر تشدد)

سی ای آر ڈی**** نسلی امتیاز کی تمام شکلوں کے خاتمے کا عالمی معاہدہ: آرٹیکل نمبر 5 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق)

سی آر سی***** بچے کے حقوق پر کنونشن: آرٹیکل نمبر 24 اور 34 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق) آرٹیکل نمبر 34 (صنفی بنیاد پر تشدد)

سی پی ڈی ایکشن پروگرام • آبادی اور ترقی پر عالمی کانفرنس کا ایکشن پروگرام: ابواب 7 اور 8 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق)، ابواب 4 اور 7 (صنفی بنیاد پر تشدد بشمول 11.16, 5.10 اور 12.13)

بیجنگ عملی لائحہ عمل •• پیراگراف نمبر 72، 83، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 100، 106، 107، 108، 109، 110، 147، 165، 178، 206 اور 217 (جنسی و تولیدی صحت و حقوق)، اور پیراگراف نمبر 8، 12، 17، 24، 39، 44 اور 46 (صنفی بنیاد پر تشدد)

ہزاری اعلامیہ[4] جس کی دنیا بھر کی حکومتوں نے 2000 میں توثیق کی، اس کی بنیاد مساوات کے اُصول پر رکھی گئی ہے ''عورتوں اور مردوں کیلئے مساوی حقوق اور مواقع یقینی بنائے جائیں گے''۔ اس اعلامیے میں صنفی مساوات اور عورتوں کو بااختیار بنانے کے فروغ کو غربت، بھوک اور بیماری کا مقابلہ کرنے اور پائیدار ترقی کو آگے بڑھانے کا مؤثر ذریعہ تسلیم کیا گیا۔ اس میں یہ عزم بھی کیا گیا کہ ''عورتوں پر تشدد کی تمام شکلوں کا مقابلہ کیا جائے گا اور عورتوں کے خلاف ہر قسم کے امتیاز کے خاتمے کا کنونشن نافذ کیا جائے گا''[5]۔ ہزاری ترقیاتی مقاصد +10 کے حالیہ سربراہ اجلاس میں دنیا بھر کی حکومتوں نے یہ وعدہ بھی کیا کہ ''ماؤں کی موت اور بیماری کی ایک دوسرے سے جڑی وجوہات مثلاً غربت، غذائی کمی، نقصان دہ معمولات، صحت کی قابل رسائی اور مناسب خدمات کی کمی، معلومات، تعلیم اور صنفی عدم مساوات کے خاتمے کیلئے تمام سطحوں پر اقدامات کئے جائیں گے اور عورتوں اور لڑکیوں پر تشدد کی تمام شکلوں کے خاتمے پر خاص توجہ دی جائے گی'' تاکہ ہزاری ترقیاتی مقاصد خصوصاً مقصد نمبر 5 کو حاصل کیا جاسکے۔[6]

اوپر دیئے گئے جدول میں ان حکومتوں کے نام دیئے گئے ہیں جنھوں نے ان عالمی معاہدوں اور کنونشنوں پر دستخط کئے ہیں۔

ان عالمی معاہدوں کی درج ذیل علاقائی ومقامی سطحوں پر بھی توثیق کی گئی ہے:

- جنوبی ایشیائی تنظیم برائے علاقائی تعاون کا سماجی چارٹر 2004
- جنوب مشرقی ایشیائی اقوام کی تنظیم کا عورتوں پر تشدد کے خاتمے کا اعلامیہ 2004
- 1994 اور 2004 کا پیسیفک عملی لائحہ عمل اور
- 2009 کا اعلان کیرنز

ہزاری ترقیاتی مقاصد صرف اسی صورت میں حاصل ہو سکتے ہیں اگر ریاستیں اپنی اس بنیادی اور اہم ذمہ داری کو سمجھیں اور قبول کریں کہ انہوں نے عالمی معاہدوں سے عہدہ برآں ہونا اور انہیں مناسب طرح سرانجام دینا ہے۔ اس ریاستی ذمہ داری کی جھلک مختلف شعبوں میں حکومتی اداروں کی کارکردگی میں نظر آنی چاہیئے۔[7]

صنفی بنیاد پر تشدد کے خاتمے کیلئے ضروری ہے کہ ریاستی ذمہ داری کی ادائیگی درج ذیل اصولوں کی بنیاد پر ہو:

- عورتوں کے حقوق کا احترام
- عورتوں کے حقوق کا تحفظ
- عورتوں کے حقوق کا فروغ
- عورتوں کے حقوق کی ادائیگی اور
- ذمہ داریوں کے ذرائع اور نتائج

صنفی بنیاد پر تشدد کی شرح کیا ہے؟

عالمی سطح پر صنفی بنیاد پر تشدد کے اعداد وشمار چکرا دینے والے ہیں:[8]

- 10 سے 69 فیصد کے درمیان عورتوں کا کہنا ہے کہ زندگی میں کم از کم ایک مرتبہ ان کے قریبی ساتھیوں نے ان پر جسمانی تشدد کیا ہے۔
- 6 سے 59 فیصد کے درمیان عورتوں کا کہنا ہے کہ زندگی میں کم از کم ایک مرتبہ ان کے کسی قریبی ساتھی نے ان کے ساتھ جبری جنسی زیادتی کی یا کرنے کی کوشش کی۔
- ایک سے 28 فیصد عورتوں کا کہنا ہے کہ کسی قریبی ساتھی نے دوران حمل انہیں جسمانی تشدد کا نشانہ بنایا۔
- 7 سے 48 فیصد کم سن لڑکیوں اور اعشاریہ 2 فیصد سے 32 فیصد کے درمیان کم سن لڑکوں کا کہنا ہے کہ ان کا جنسی عمل کا پہلا تجربہ جبر پر مبنی تھا۔
- تقریباً 20 فیصد عورتوں اور 5 سے 10 فیصد مردوں کا کہنا ہے کہ بچپن میں ان کے ساتھ جنسی زیادتی کی گئی۔
- اعشاریہ تین فیصد سے 12 فیصد کے درمیان عورتوں کو غیر مرد کی طرف سے جنسی تشدد کا سامنا ہے اور
- اندازاً 25 لاکھ لوگوں کو ہر سال اسمگل کیا جاتا ہے ان میں اکثریت عورتوں اور بچوں کی ہوتی ہے۔

اس خطے میں بھی صنفی بنیاد پر تشدد پایا جاتا ہے۔ جن ممالک میں اعداد وشمار میسر ہیں (ملاحظہ ہو جدول نمبر 2) وہاں شماریات آبادیٔ صحت (ڈیموگرافک ہیلتھ سروے) میں یہ حقیقت ظاہر ہوتی ہے۔

دنیا بھر میں صنفی بنیاد پر تشدد ''بچے پیدا کرنے کے قابل عورتوں میں کینسر کی

طرح موت اور معذوری کی ایک اہم وجہ ہے جبکہ ٹریفک حادثات اور ملیریا سے مجموعی طور پر اتنی عورتوں کی صحت متاثر نہیں ہوتی جتنی اس وجہ سے ہوتی ہے''۔[9] اس کے علاوہ عالمی بینک کی ایک رپورٹ کے مطابق ترقی پذیر ممالک میں 15 سے 44 کی عمر کی عورتوں کی صحت مند زندگیوں کا 5 فیصد جبری جنسی زیادتی اور قریبی ساتھی کے تشدد کی نظر ہو جاتا ہے۔ دنیا بھر میں زچگی کے قابل عورتوں کے معذوری کے باعث ضائع ہو جانے والے سالوں کا اندازہ 95 لاکھ سال ہے جو کہ تپ دق، ایچ آئی وی، زچگی کے دوران پیپ پڑ جانے کی وجہ سے ہونے والی معذوری کے باعث ضائع ہونے والے سالوں کے قریب ہے۔[10]

جدول نمبر2: گزشتہ 12 ماہ میں جسمانی یا جنسی تشدد یا زندگی میں کبھی تشدد کا سامنا کرنے والی عورتوں کی شرح

ملک	15 سال کی عمر سے جسمانی یا جنسی تشدد کا سامنا کرنے والوں کی شرح	گزشتہ 12 ماہ میں جسمانی یا جنسی تشدد کا سامنا کرنے والوں کی شرح
بنگلہ دیش	53 فیصد (ہر 2 میں سے 1)	25 فیصد (ہر 4 میں سے 1)
کمبوڈیا	20 فیصد (ہر 5 میں سے 1)	10 فیصد (ہر 10 میں سے 1)
چین	34 فیصد (ہر 3 میں سے 1)	
فجی	80.2 فیصد (اپنے گھر میں کسی کو زیادتی کا نشانہ بنتے دیکھ چکی ہیں)	
بھارت	35 فیصد (ہر 3 میں سے 1) 40 فیصد (اگر جذباتی تشدد بھی شامل کیا جائے)	56 فیصد (ہر 2 میں سے 1) 72 فیصد (اگر جذباتی تشدد کو شامل کیا جائے)
نیپال	35 فیصد (ہر 3 میں سے 1)* ہر 2 میں سے 1 (15 سے 24 سال کی شادی شدہ عورتوں میں جنسی تشدد)**	
پاکستان	ہر 3 میں سے ایک	
فلپائن	24 فیصد (ہر 4 میں سے 1)	7 فیصد
تھائی لینڈ	30 فیصد (ہر 3 میں سے 1)	
ویتنام	31 فیصد (ہر 3 میں سے 1)	

ذرائع: بنگلہ دیش ڈیموگرافک ہیلتھ سروے (ڈی ایچ ایس) 2007، کمبوڈیا ڈی ایچ ایس 2005، بھارت این ایف ایچ ایس 3، 2005-6، فلپائن این ڈی ایچ ایس 2008 تمام ممالک جہاں ڈی ایچ ایس کا طریقۂ کار موجود ہے لازمی نہیں کہ وہ گھریلو تشدد بارے اعداد و شمار جمع کرتے ہوں (مثلاً انڈونیشیا اور نیپال)۔ چین، تھائی لینڈ اور ویتنام میں یو این ایف اے۔ فجی میں: ایف ڈبلیو سی سی کی سٹڈی جس کا حوالہ ایشیائی ترقیاتی بینک کی رپورٹ میں دیا گیا۔ پاکستان کیلئے: فکری، ایف ایف اینڈ بھٹی، ایل آئی (1999)۔ گھریلو تشدد اور پاکستانی عورتوں کی صحت۔ انٹرنیشنل گائنالوجی واوبسٹیٹرکس جرنل۔ نیپال کیلئے: *پاوڈل، ایس جی (2007)۔ نیپال میں عورتوں پر گھریلو تشدد۔ صنف، ٹیکنالوجی اور ترقی، 11(2), 199.233- **پوری، ایم، شاہ، آئی اینڈ نمانگ، جے (2010)۔ نیپال میں نوجوان شادی شدہ عورتوں میں جنسی تشدد کی نوعیت اور وجوہات کو جاننا۔ جرنل آف ''انٹر پرسنل وائلنس، 25 (10) : 1873-1892

تشریحات

صنفی بنیاد پر تشدد

''عام یا نجی زندگی میں کوئی بھی ایسا عمل جس کا نتیجہ یا ممکنہ نتیجہ عورتوں کے جسمانی، جنسی یا نفسیاتی نقصان یا دکھ کی صورت میں نکلے'' صنفی بنیاد پر تشدد کہلاتا ہے۔ ''اس میں ایسے کسی عمل کی دھمکی، جبر اور آزادی سے یکطرفہ محرومی بھی شامل ہے''۔[11] ایشیاء و بحرالکاہل میں صنفی بنیاد پر تشدد کی کئی شکلیں ہیں۔ ان میں قریبی ساتھیوں کی جانب سے تشدد، شوہر کا جبری ہم بستری کرنا، جنسی تشدد، جہیز سے متعلقہ تشدد، بیٹے کو ترجیح دینا اور پیدا ہونے والی بچی کو مار دینا، چھوٹی بچیوں کے ساتھ جنسی زیادتی، عورتوں کے جنسی اعضاء کی قطع و برید، عورتوں کیلئے نقصان دہ دوسرے صنفی رواج، بچپن کی شادی، جبری شادی، شوہر کے رشتے داروں کا تشدد، گھریلو ملازماؤں کیساتھ روا رکھا جانے والا تشدد اور استحصال اور قحبہ گری کیلئے عورتوں کی خرید و فروخت کی دوسری شکلیں شامل ہیں[12]۔ صنفی بنیاد پر تشدد دراصل غیر مساوی طاقت کے تعلقات اور صنفی تعلقات کی پیداوار ہے۔

تولیدی صحت

تولیدی صحت نام ہے ''جسمانی، ذہنی اور سماجی بہبود کی ایک مکمل حالت کا پایا جانا نہ کہ محض بیماری یا کمزوری کا نہ ہونا'' یہ ''زندگی کے تمام مراحل میں تولیدی عمل، فرائض اور نظام کا احاطہ کرتی ہے''۔ اس کا ''مطلب ہے کہ لوگ ایک ذمہ دارانہ مطمئن اور محفوظ جنسی زندگی گزارنے کے قابل ہیں اور یہ کہ انہیں بچے پیدا کرنے کی اہلیت اور یہ فیصلہ کرنے کی آزادی حاصل ہے کہ کب اور کتنے بچے پیدا کرنے ہیں۔ اس میں مردوں اور عورتوں (اور صنفی تقسیم پر یقین نہ رکھنے والے لوگوں) کا یہ حق بھی شامل ہے کہ اپنی مرضی سے حمل کنٹرول کرنے کے محفوظ موثر قوت خرید میں موجود اور قابل قبول طریقوں کے بارے میں معلومات اور رسائی حاصل ہو۔ اس میں یہ حق بھی شامل ہے کہ عورتیں حمل اور زچگی کے مراحل سے مکمل محفوظ ہو کر گزر سکیں اور جوڑوں کو ایک صحت مند بچہ حاصل کرنے کے بہترین امکانات حاصل ہوں''۔[13]

تولیدی حقوق

تولیدی حقوق میں یہ ''تسلیم کیا گیا ہے کہ مردوں اور عورتوں (اور صنفی تقسیم

پر یقین نہ رکھنے والوں) کی جنسی اور تولیدی صحت کا تقاضا محض سائنسی علم یا طبی مدد حاصل ہونا نہیں ہے۔'' بلکہ اس کا تقاضہ ہے کہ '' فرد کے پیدائشی وقار کو تسلیم اور اس کا احترام کیا جائے۔'' ان کا '' اشارہ انسانی حقوق کے اس مجموعے کی طرف ہے جو خراب صحت کی وجوہات کے خلاف تحفظ فراہم کرتا ہے اور جنسی و تولیدی بہبود کو فروغ دیتا ہے۔''[14] ان میں '' وہ انسانی حقوق شامل ہیں جنہیں قومی قوانین، بین الاقوامی انسانی حقوق کی دستاویزات اور دوسری متفقہ دستاویزات میں پہلے ہی تسلیم کیا جا چکا ہے۔ ان حقوق کی بنیاد تمام جوڑوں اور افراد کے اس بنیادی حق کو تسلیم کئے جانے پر ہے کہ وہ آزادی اور ذمہ داری سے اپنے بچوں کی تعداد، ان کے درمیان وقفے اور وقت کا تعین کر سکتے ہیں اور ایسا کرنے کیلئے معلومات اور وسائل رکھ سکتے ہیں۔ اور یہ کہ انہیں جنسی اور تولیدی صحت کا بلند ترین معیار حاصل کرنے کا حق ہے۔ اور جیسا کہ انسانی حقوق کی دستاویزات میں بیان کیا گیا ہے کہ انہیں یہ حق بھی حاصل ہے کہ بچوں کی پیدائش کے حوالے سے وہ بغیر کسی امتیاز، جبر اور تشدد کے پوری آزادی سے فیصلہ کر سکیں۔''[15] تولیدی حقوق میں محفوظ، قانونی اور قابل رسائی اسقاط حمل کی خدمات حاصل کرنے کا حق بھی شامل ہے۔

جنسی صحت

'' جنسی صحت، جنسیت کے حوالے سے جسمانی، جذباتی، ذہنی اور سماجی بہبود کی حالت ہے نہ کہ محض بیماری، خرابی یا کمزوری کا نہ ہونا۔ جنسی صحت کیلئے جنسیت اور جنسی تعلقات بارے ایک مثبت اور احترام پر مبنی سوچ اور اس کے ساتھ جبر، امتیاز اور تشدد سے پاک پُر لطف اور محفوظ جنسی تجربات کا ہونا لازمی ہے۔''[16] جنسی صحت کی دیکھ بھال کا مقصد '' زندگی اور ذاتی تعلقات کو بڑھانا ہونا چاہئے نہ کہ محض بچے پیدا کرنے اور جنسی عمل سے منتقل ہونے والی بیماریوں کے حوالے سے مشورے دینا اور دیکھ بھال کرنا۔''[17] '' جنسی صحت کے حصول اور اسے قائم رکھنے کیلئے تمام لوگوں کے جنسی حقوق کا احترام، تحفظ اور انہیں پورا کیا جانا ضروری ہے۔''[18]

جنسی حقوق

'' جنسی حقوق انہی انسانی حقوق میں جا ملتے ہیں جنہیں پہلے ہی قومی قوانین، بین الاقوامی انسانی حقوق کے معاہدوں اور دوسری متفقہ دستاویزات میں تسلیم کیا گیا ہے۔ ان میں ہر شخص کا یہ حق شامل ہے کہ وہ جبر، امتیاز اور تشدد سے پاک جنسیت کے حوالے سے صحت کا قابلِ حصول بلند ترین معیار حاصل کر سکتا ہے۔ اس میں جنسی و تولیدی صحت کی دیکھ بھال کی خدمات تک رسائی بھی شامل ہے۔ وہ جنسیت کے حوالے سے معلومات مانگ سکتا، حاصل کر سکتا اور آگے پہنچا سکتا ہے، جنسیت کی تعلیم پر حق رکھتا ہے۔ یہ کہ اس کی جسمانی سالمیت کا احترام کیا جائے، اسے ساتھی کے انتخاب اور جنسی طور پر فعال ہونے یا نہ ہونے کا فیصلہ کرنے کی آزادی ہو۔ مزاج کے موافق جنسی تعلقات، موافق شادی اور یہ فیصلہ کرنے کا اختیار ہو کہ بچے پیدا کرنے ہیں یا نہیں اور کرنے ہیں تو کب اور یہ کہ وہ ایک مطمئن، محفوظ اور پُر لطف جنسی زندگی گزار سکتا ہے۔''[19] جنسی حقوق میں '' اپنے بدن پر حق (اپنا انتخاب خود کرنے کا حق)، مساوات (مردوں، عورتوں اور تیسری جنس کے درمیان) اور تفریق (ثقافتی پس منظر میں بشرطیکہ پہلے تین اصولوں کی خلاف ورزی نہ کی گئی ہو) کا احترام''[20] بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ '' جنسیت اور جنسی پالیسی کے حوالے سے انسانی حقوق کا مطلب ہے کہ نا قابل تقسیم ہونے کا اصول۔ یعنی جنسی حقوق کو معاشی، سماجی، ثقافتی اور سیاسی حقوق سے الگ نہیں کیا جا سکتا۔ اپنے جنسی یا صنفی رُجحان یا اپنی جنسی شخصیت کا اظہار کرنے اور شہوانی انصاف کے حصول کی آزادی کا دارومدار کئی دوسرے حقوق پر ہے۔ جن میں صحت کی دیکھ بھال، رہائش کی موزوں سہولت، خوراک کا تحفظ، تشدد اور دھمکی سے آزادی اور عوام میں بغیر کسی شرمندگی کے قبول کیا جانا شامل ہے۔''[21]

جنسی تشدد

'' مظلوم کے ساتھ کوئی بھی تعلق رکھنے والے کسی بھی شخص کی طرف سے مظلوم کے ساتھ زبردستی کوئی بھی ایسا جنسی عمل، جنسی عمل کی کوشش، ان چاہا تبصرہ یا پیش قدمی یا تجارت کا عمل جو اس مظلوم کی جنسیت کے خلاف ہو اور گھر، دفتر یا کسی بھی ماحول میں ہو''[22] جنسی تشدد کہلاتا ہے۔ جنسی تشدد مختلف حالات اور ماحول میں ہو سکتا ہے۔ اس میں شادی شدہ جوڑوں کے درمیان یا جن کے ساتھ وہ باہر جاتے ہوں ان کی طرف سے جبری جنسی فعل، ناواقفوں کا جنسی زیادتی کرنا، مسلح لڑائیوں کے دوران منظّم جنسی زیادتی، بچوں کے ساتھ جنسی بدسلوکی، ذہنی و جسمانی معذور افراد کے ساتھ جنسی بدسلوکی، زبردستی جسم فروشی کروانے اور جنسی تجارت، بچپن کی شادی، مانعِ حمل اشیاء کے استعمال کا حق نہ دینا، زبردستی اسقاط حمل اور عورتوں کی جنسی سلامتی کے خلاف پُر تشدد عمل جس میں زنانہ جنسی اعضاء کا کاٹنا اور کنوار پن کا لازمی معائنہ شامل ہیں۔[23]

ہزاری ترقیاتی مقصد نمبر 5: صنفی بنیاد پر تشدد کس طرح ہزاری ترقیاتی مقاصد کے حصول میں رکاوٹ ہے

عورتوں کی صحت اور حقوق کی تحریک اور عالمی صنفی تجزیے میں صنفی اور طاقت کے دوسرے تعلقات کو جنسی اور تولیدی صحت کے نتائج طے کرنے میں ہمیشہ فیصلہ کن اہمیت دی گئی ہے۔ خاندان اور معاشرے میں صنفی عدم مساوات جس میں صنفی بنیاد پر تشدد بھی شامل ہے، عورتوں کی جنسی اور تولیدی صحت کو متاثر کرتی ہے۔ کیا عورتیں اس قابل ہیں کہ وہ یہ انتخاب کر سکیں کہ کب بچے پیدا کرنے ہیں، یا جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریوں سے خود کو بچانے کے قابل ہیں یا نہیں، کیا وہ زچگی سے زندہ سلامت بچ نکلتی ہیں اور کیا وہ گھر پر بچے جنم دیتی ہیں یا ہسپتال میں، ان سب کا انحصار انہی عوامل پر ہے۔ اس لئے ہمارے لئے یہ اہم ہے کہ ہم حقوق کے نکتہ نظر اور صنفی اور سماجی مساوات کی عینک سے اس خطے میں ماؤں کی شرح اموات میں کمی کے حوالے سے سست ترقی کا تجزیہ کریں۔

مقصد نمبر 5: ماؤں کی صحت میں بہتری لانا

ہدف 5 (الف): ماؤں کی شرح اموات کو 1990 سے 2015 کے درمیان تین چوتھائی کم کرنا

5.1 ماؤں کی شرح اموات

5.2 تربیت یافتہ طبی سٹاف کی موجودگی میں بچوں کی پیدائش کی شرح

ہدف 5 (ب): 2015 تک تولیدی صحت تک عالمی رسائی کا حصول

5.3 مانعِ حمل ادویات کی فراہمی کی شرح

5.4 کم عمری میں شرح پیدائش

5.5 زچگی سے قبل دیکھ بھال کی صورتحال (کم از کم ایک دفعہ معائنہ اور زیادہ سے زیادہ چار بار معائنہ)

5.6 خاندانی منصوبہ بندی کی پوری نہ ہو سکنے والی ضروریات

ہزاری ترقیاتی مقاصد 5 (الف) اور 5 (ب) دونوں کا ایک دوسرے سے گہرا تعلق ہے۔ ماں کی صحت تولیدی صحت ہی کا حصہ ہے اور ایک شعبے میں مداخلت، پالیسی اور پروگرام کا اثر لازماً دوسرے شعبے پر پڑتا ہے۔

ہزاری ترقیاتی مقصد 5 (الف) کا ہدف: 2015 تک ماؤں کی شرح اموات میں تین چوتھائی کمی لانا

عالمی ادارہ صحت، یونیسیف، یو این ایف پی اے اور عالمی بینک کی 2008 کی رپورٹوں کے مطابق اس کتابچے میں شامل ایشیاء و بحرالکاہل کے 13 میں سے 8 ممالک کے بارے میں کہا جاتا ہے کہ وہ ''بہتری دکھا'' رہے ہیں جبکہ ویتنام اور چین 2015 تک ماؤں کی شرح اموات میں تین چوتھائی کمی لانے کے ''راستے پر گامزن'' ہیں۔ فجی، ملائیشیا اور تھائی لینڈ کو اس درجہ بندی میں شامل نہیں کیا گیا کیونکہ ان ملکوں میں 1990 میں ماؤں کی شرح اموات 100 سے بھی کم تھی۔ دنیا بھر میں ماؤں کی اموات میں سے ایک تہائی جنوبی ایشیاء میں وقوع پذیر ہوتی ہیں۔

خطے میں اس ترقی کے باوجود خصوصاً جنوبی ایشیاء میں ماؤں کی شرح اموات بہت زیادہ ہے۔ نیپال (ایک لاکھ میں 380 اموات)، بنگلہ دیش (340)، پاکستان (260) اور بھارت (230)۔ جنوب مشرقی ایشیاء میں سے لاؤس میں (580) انڈونیشیا (240) اور کمبوڈیا (290) تاہم یہ بات یاد رہے کہ آئی سی پی ڈی میں ماؤں کی شرح اموات کو 100 سے کم کرنے کا مقصد 12 ملکوں میں سے صرف 6 میں حاصل کیا جا سکا۔

خطے میں ماؤں کی شرح اموات کم کرنے میں جن عوامل نے نمایاں کردار ادا کیا۔ ان میں زچگی کے وقت تربیت یافتہ دائی کی موجودگی، ہنگامی وضع حمل کی خدمات اور وضع حمل کے بعد خدمات کا میسر ہونا اور ان خدمات تک رسائی شامل ہیں جبکہ ان خدمات کی فراہمی کیلئے مسلسل ترجیحی بنیادوں پر سرمایہ کاری کی ضرورت ہے۔

کیا صنفی بنیاد پر تشدد ماؤں کی شرح اموات کو بڑھاتا / میں حصہ ڈالتا ہے؟

ماؤں کی اموات اور بیماری میں ایک اور اہم عامل جس کی طرف کم توجہ دی جاتی ہے صنفی بنیاد پر تشدد ہے۔[24]

صنفی بنیاد پر تشدد، گھریلو تشدد اور قریبی دوست کی طرف سے تشدد کو اس

خطے میں ہمیشہ ماؤں کی اموات کی ایک اہم وجہ سمجھا جاتا ہے۔ جنوبی ایشیاء میں کئے جانے والے مطالعے یہ بتاتے ہیں کہ صنفی بنیاد پر تشدد کو ماؤں کی اموات کی وجہ قرار دیا جا سکتا ہے۔ مغربی بھارت میں کئے گئے ایک مطالعے کے مطابق تقریباً 16 فیصد ماؤں کی اموات کو قریبی ساتھی یا گھر کے کسی فرد کی طرف سے کئے گئے تشدد سے جوڑا جا سکتا ہے۔[25] بنگلہ دیش کے علاقے 'مطلب' میں ایک مطالعے سے پتہ چلا کہ 9 فیصد ماؤں کی اموات کی وجہ چوٹیں اور تشدد تھا[26] جبکہ عالمی ادارہ صحت کے ایک مطالعے کے مطابق ''14 فیصد ماؤں کی اموات کے بارے میں خیال کیا جاتا ہے کہ یہ تشدد کی وجہ سے ہوئیں۔''

ماؤں کی اموات میں تشدد کا حصہ اسقاط حمل کے برابر ہے جبکہ اس سے بڑی وجہ صرف زیادہ خون بہہ جانا ہے۔ ماؤں کی اموات میں تشدد کا حصہ زیادہ ہونے کی وجہ ممکنہ طور پر تشدد کی مہلک شکلوں کی اونچی شرح ہے۔ مثلاً عورتوں پر تیزاب پھینکنا، انہیں جلانا اور قتل کرنا۔ اس لئے یہ بات سمجھ آتی ہے کہ صحت کا شعبہ کیوں ماؤں کی شرح اموات میں کمی کیلئے اسے صنفی بنیاد پر تشدد سے جوڑ رہا ہے۔''[27]

دوران حمل تشدد

دوران حمل تشدد کی شرح اس سے زیادہ ہو سکتی ہے جتنا پہلے خیال کیا جاتا تھا۔ جبکہ ترقی پذیر ملکوں میں اس کی شرح کا اندازہ 4 سے 32 فیصد کے درمیان ہے۔[28] پاکستان میں کئے گئے ایک مطالعے کے مطابق 15 فیصد عورتوں نے دوران حمل تشدد کی شکایت کی جبکہ ان میں سے ایک تہائی نے بعد از اں حمل گرنے کی رپورٹ کی۔[29]

دوران حمل تشدد کو ''وضعِ حمل کے دوران مختلف خطرات سے جوڑا جاتا ہے۔ ان میں زچہ کا علاج شروع کرنے میں دیر، بڑھتی ہوئی تمبا کو نوشی اور جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں، غیر متوقع حمل (غلط وقت پر یا بغیر مرضی کے)، اندام نہانی یا بچہ دانی کے منہ کی انفیکشن، گردے کی انفیکشن، حمل کا از خود گر نا یا گروانا، قبل از وقت زچگی، رحم مادر میں بچے کی اذیت، دوران حمل خون کا آنا، وزن میں کمی'' اور اس کے ساتھ بچے کا کم وزن ہونا شامل ہے جو کہ ترقی پذیر مما لک میں نوزائیدہ بچوں کی موات کی سب سے بڑی وجہ ہے۔[30] یہ تمام حقائق یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ماؤں اور نوزائیدہ بچوں کی اموات اور ماؤں کی بیماری کی بنیادی وجہ صنفی بنیاد پر تشدد ہو سکتا ہے۔

صنفی بنیاد پر تشدد بالواسطہ طور پر بھی ماؤں کی اموات کا باعث بنتا ہے: (الف) ان چاہا حمل کے ذریعے (ب) مانعِ حمل ادویات کے استعمال کو محدود کر کے (ج) وضعِ حمل سے قبل چیک اپ اور صحت سے متعلقہ دوسری خدمات سے منع کر کے، اور (د) حمل کا خراب نتیجہ پیدا کر کے جس کی وجہ سے عورت کو فوراً نئے سرے سے حمل ٹھہرانے کی طرف جانا پڑتا ہے اور اس کی وجہ سے ایک بار پھر نتیجہ خراب آنے کا امکان اور بھی بڑھ جاتا ہے۔

ہزاری ترقیاتی مقاصد۔ ہدف 5 (ب): تولیدی صحت تک عالمی رسائی کا حصول

ہزاری ترقیاتی مقصد 5 (ب) کا مرکزی مقصد تولیدی صحت کو ہر ایک کی رسائی میں لانا ہے۔ صنفی بنیاد پر تشدد کے تولیدی صحت پر اثرات پر بہت کام ہوا ہے۔ اس تشدد سے بچ نکلنے والوں نے اسقاطِ حمل کی طرف زیادہ جھکاؤ، حمل ضائع ہونے، مردہ بچوں کی پیدائش، پیدائش کے وقت بچوں کا کم وزن اور بچے نہ پیدا کرنے والی عورتوں کی اپنی جان لینے کی کوششیں کرنے کی شکایت کی۔ ان میں وضعِ حمل سے پہلے اور بعد میں طبی امداد اور چیک اپ کیلئے کم ہی جانا، وضعِ حمل سے قبل کی طبی دیکھ بھال میں دیر اور جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریوں اور ایچ آئی وی کے خطرے کے امکان کا رویہ پایا جاتا ہے۔ دوسرے مطالعے بھی بتاتے ہیں کہ عورتوں میں بچوں کی پیدائش کی اونچی شرح تشدد کا نتیجہ ہے نہ کہ خطرے کی وجہ۔ اور یہ کہ ظلم کا شکار عورتوں میں غیر متوقع حمل کی شرح زیادہ ہو سکتی ہے۔ ایسے مرد جو اپنی ساتھیوں کیلئے تشددانہ رویہ رکھتے ہیں ان میں سے زیادہ جنسی تعلق رکھنے کا امکان زیادہ ہوتا ہے جس سے جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریوں اور ایچ آئی وی کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔[32,31]

اس کی تائید 2004 میں عالمی ادارہ صحت کی طرف سے کئے جانے والے ایک مطالعے Profiling Domestic Violence: A Multi Country Study سے بھی ہوتی ہے جس میں گھریلو تشدد کا سامنا کرنے والی عورتوں اور جنھوں نے

اس تشدد کا سامنا نہیں کیا کے تجربات کا باہم موازنہ کر کے گھریلو تشدد کے صحت پر پڑنے والے درج ذیل اثرات بیان کئے ہیں۔[33]

گھریلو تشدد کا سامنا کرنے والی عورتوں کی تولیدی صحت پر درج ذیل اثرات پڑے:

- تمام عمر کی عورتوں اور ملکوں میں اوسط شرح پیدائش میں اضافہ
- ایک کے سوا باقی تمام ملکوں میں حمل ٹھہرنے پر یہ کم ہی کہیں گی کہ یہ ان کی مرضی سے ہوا
- ایک کے سوا باقی تمام ملکوں میں اَن چاہی پیدائش پر راضی ہونے کا زیادہ امکان

مانعِ حمل ادویات استعمال کرنے اور اس کی ضرورت کے حوالے سے گھریلو تشدد کا سامنا کرنے والی خواتین میں:

- مانعِ حمل ادویات کے استعمال کی کوشش کا زیادہ امکان اور اس کے ساتھ ہی اس عمل کو ترک کر دینے کا بھی زیادہ امکان پایا گیا
- خاندانی منصوبہ بندی کی ضرورت کا زیادہ رجحان تھا
- مطالعہ میں شامل سات ممالک میں پوری نہ ہونے والی مجموعی ضرورت کی شرح اونچی تھی
- تمام ملکوں میں پیدائش محدود کرنے کی پوری نہ ہونے والی ضرورت کی شرح زیادہ تھی

اس مطالعہ کے مطابق صحت پر پڑنے والے دوسرے اثرات یہ تھے:

- مردہ بچے کی پیدائش (حمل کرنے یا اسقاط کروانے سے) کا زیادہ امکان ہے۔
- ایسی عورتوں کے مقابلے میں جنھوں نے کبھی تشدد کا سامنا نہیں کیا جنسی طور پر منتقل شدہ بیماریوں کی موجودگی کا اعتراف دُگنا ہے
- تشدد کے تجربے کو وضعِ حمل سے قبل کی طبی دیکھ بھال حاصل کرنے میں دیر سے جوڑا جاتا ہے

اسی طرح ظلم و تشدد کا سامنا نہ کرنے والی عورتوں کے مقابلے میں تشدد برداشت کرنے والی عورتوں میں ایچ آئی وی کی موجودگی کی شرح زیادہ ریکارڈ کی گئی ہے۔[34]

اس حصے میں ہم صنفی بنیاد پر تشدد اور ہزاری ترقیاتی مقصد 5 (ب) کے 3 اشاریوں کے درمیان ربط کا قریب سے جائزہ لیں گے۔ یہ 3 اشاریے حمل روکنے والی ادویات کی فراہمی کی شرح، خاندانی منصوبہ بندی کی پوری نہ ہو پانے والی ضرورت اور چھوٹی عمر میں شرح پیدائش ہیں۔

مانعِ حمل ادویات کی موجودگی کی شرح اور خاندانی منصوبہ بندی کی پوری نہ ہونے والی ضرورت

گزشتہ 10 سالوں میں کمبوڈیا، نیپال، بھارت اور پاکستان جیسے ملکوں میں مانعِ حمل ادویات کی موجودگی کی شرح میں 10 فیصد سے بھی زیادہ اضافہ ہوا ہے۔ بنگلہ دیش اور تھائی لینڈ میں یہ اضافہ 5 سے 10 فیصد کے درمیان اور باقی تمام ملکوں میں 4 فیصد سے کم رہا۔ حوالہ جات کے گوشواروں والے حصے میں گوشوارہ نمبر 3 میں اس کو تفصیل سے دیا گیا ہے۔ اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ انڈونیشیا، ملائیشیا اور فلپائن جیسے ملکوں میں حمل روکنے والی ادویات کی شرح لمبے عرصے تک کم ہوتی رہی اور درمیانہ درجہ میں رہی۔ اس لئے کچھ دوسرے ملکوں میں ایسے دوسرے عوامل پر نظر ڈالنا ضروری اور مفید ہوگا جو مانعِ حمل ادویات کے استعمال کے رجحان کو متاثر کر سکتے ہیں۔

گوشوارہ نمبر 4 (جو کہ حوالوں کے گوشواروں والے حصے میں دیا گیا ہے) یہ ظاہر کرتا ہے کہ اس 10 سالہ عرصے میں پوری نہ ہو پانے والی ضرورت میں بھی معقول کمی واقع ہوئی۔

حمل روکنے کے جدید طریقوں تک رسائی خاندانی منصوبہ بندی کی اچھی شرح رکھنے والے ویتنام جیسے ملک فلپائن اور ملائیشیا جیسے درمیانہ درجے کے ملک اور نچلے درجے والے لاؤس جیسے ملک میں بھی ایک چیلنج بنی رہی۔

حمل روکنے کی مختلف شرحوں کے پیچھے وجوہات کو سمجھنا ضروری ہے۔ ان وجوہات میں حمل روکنے کے طریقوں میں متبادل کی کمی، مذہبی پابندیاں، قیمت اور مانعِ حمل اشیاء کی فراہمی اور سماجی و ثقافتی عوامل کی بناء پر ان طریقوں و اشیاء

تک رسائی کے مسائل شامل ہیں۔

عورتوں کو اپنی تولیدی صحت میں انتخاب پر کنٹرول ہونا چاہیے

عورتوں کی طرف سے خاندانی منصوبہ بندی کی پوری نہ ہو پانے والی ضروریات کے حوالے سے دی جانے والی عام وجوہات میں ان طریقوں کے استعمال سے پیدا شدہ ضمنی اثرات بارے تشویش، صحت پر مرتب ہونے والے نتائج اور دقت شامل ہیں۔ جنوبی اور جنوب مغربی ایشیاء میں تشویش کی سطح کافی گہری ہے۔[35]

مانعِ حمل اشیاء کے استعمال نہ کرنے کی وجوہات کا جائزہ لینا اور ان کا حل بھی اہم ہے۔ ان وجوہات میں شوہر کی طرف سے مخالفت اور عورتوں کے مانعِ حمل اشیاء استعمال کرنے کی مذہبی مخالفت بھی شامل ہے۔ حمل کو روکنا عورتوں کی طرف سے اپنی تولیدی صلاحیت پر کنٹرول حاصل کرنے اور اپنے حمل کی تعداد ان میں وقفہ اور موزوں وقت کا فیصلہ کرنے کے قابل ہونے کے لئے پہلا قدم ہے۔

سروے میں شامل تمام ملکوں میں اعداد وشمار مانعِ حمل اشیاء کے استعمال اور گھریلو فیصلہ سازی میں شرکت کے درمیان ایک مثبت تعلق ظاہر کرتے ہیں[36] اور یہ کہ پوری نہ ہو پانے والی ضرورت کی شرح ان عورتوں کے درمیان سب سے زیادہ ہوتی ہے جو گھریلو فیصلہ سازی میں شریک نہیں ہوتیں۔[37] اور جو بیویوں کی پٹائی کو جائز سمجھتی ہیں۔[39,38] پس یہ ضروری ہے کہ صنفی بنیاد پر تشدد اور مانعِ حمل اشیاء کے استعمال میں روّیے کو بہتر بنانے کے درمیان تعلق کو دیکھا جائے۔ اس کے علاوہ مانعِ حمل طریقوں کی مختلف صورتوں اور مشوروں کی فراہمی کو بھی یقینی بنایا جائے۔

بھارت میں کئے جانے والے مطالعے بتاتے ہیں کہ ظلم وجبر اور غیر متوقع حمل[40]، جسمانی گھریلو تشدد اور مانعِ حمل طریقے اختیار کرنے کے کم امکان،[42,41] اور مانعِ حمل اشیاء کے خفیہ استعمال (عورت اور شوہر کے درمیان حمل کے وقت اور وقفے میں مختلف رائے ہونے کی بناء پر) اور گھریلو تشدد کے درمیان[43] واضح تعلق پایا جاتا ہے۔

کم عمری میں شرح پیدائش

جلدی شادی: کم عمری میں بچے

کم عمری میں شادی اور صنفی بنیاد پر تشدد کے درمیان ایک گہرا ربط پایا جاتا ہے۔ اس سے حمل روکنے بارے رویہ، تولیدی رویہ، صحت چاہنے کا رویہ اور ماؤں میں شرح اموات متاثر ہوتی ہے اور فسٹولہ اور رحم کا ڈھلک جانا جیسے مسائل پیدا ہونے کا خدشہ ہوتا ہے۔

ایک اندازے کے مطابق دنیا بھر میں ایک کروڑ 70 لاکھ سے زیادہ عورتوں کی 20 سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے ہی شادی ہو جاتی ہے۔ کم آمدنی والے ملکوں میں 25 سے 50 فیصد نوجوان عورتیں 18 سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے ماں بن جاتی ہے۔

اس خطے میں گذشتہ 10 برسوں میں کم عمری میں ماں بننے کی شرح مسلسل کم ہو رہی ہے مگر نیپال اور بنگلہ دیش میں ابھی بھی بلند ترین ہے۔ بھارت، کمبوڈیا، انڈونیشیا، فلپائن اور تھائی لینڈ میں بھی کم عمری میں شرح پیدائش بلند ہی ہے۔ صرف چین اور ملائیشیا میں کم عمری میں ماں بننے کی شرح کم سے کم ہے۔ گوشوارہ نمبر 5 (حوالہ جات کے گوشوارے) میں یہ رجحانات ظاہر کئے گئے ہیں۔

کم عمری میں ماں بننے کی شرح ان ملکوں میں بھی بلند نظر آتی ہے جہاں شادی کرنے کی قانونی عمر کی سختی سے پابندی نہیں کی جاتی۔ اعداد وشمار سے یہ پتہ چلتا ہے کہ بنگلہ دیش، بھارت اور نیپال میں شادی کی اوسط عمر قانونی عمر سے کم ہے۔[44]

جلدی شادی: کم خود مختاری

کم عمر شادی شدہ لڑکیوں کو تشدد کا زیادہ خدشہ لاحق ہوتا ہے۔ 10 ملکوں میں کئے جانے والے ایک حالیہ مطالعے[45] سے ظاہر ہوتا ہے کہ پہلی شادی کے وقت عمر تشدد کا سامنا کرنے کے حوالے سے ایک اہم عامل ہے۔ وہ عورتیں جو اپنی پہلی شادی کے وقت 20 سال سے چھوٹی تھیں یا جنھوں نے 20 سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے اپنے شوہر یا ساتھی کے ساتھ رہنا شروع کر دیا تھا وہ جسمانی یا جنسی

تشدد کی ان عورتوں کی نسبت زیادہ کھل کر بات کرسکتی ہیں جنھوں نے 20 سال یا اس سے بھی بڑی عمر میں جاکر شادی کی۔ عالمی ادارہ صحت کے کثیر ملکی مطالعہ سے حاصل شدہ اعداد وشمار یہ بتاتے ہیں کہ مطالعہ کے 15 مراکز میں سے 10 جگہوں پر 15 سے 19 سال کی عورتوں میں سے 20 سے 36 فیصد نے گزشتہ سال کم ازکم ایک دفعہ جسمانی تشدد کی شکایت کی اور حال میں جسمانی تشدد کی شرح 15 سے 19 سال کی عمر کی عورتوں میں 20 سے 49 سال کی عمر کی عورتوں سے زیادہ ہے۔[46]

حال ہی میں کی گئی تحقیق یہ بتاتی ہے کہ نوجوان عورتیں خصوصا یہ شکایت کرتی ہیں کہ پہلی مرتبہ جنسی ملاپ زبردستی کیا گیا یا دھمکیاں، دھوکہ اور فریب دے کر کیا گیا۔ جبکہ چھوٹی عمر میں شادی، خصوصا ان حالات میں جہاں خاندان والے شادی طے کرتے ہیں، کی خاص بات شوہر کی طرف سے کم عمری میں ہی جبری جنسی زیادتی ہے۔[47]

کم سن لڑکیوں کی جب شادی ہوتی ہے تو انہیں جنسی تجربہ نہ ہونے کے برابر ہوتا ہے، معلومات کم اور خودمختاری نہیں ہوتی بلکہ تعلقات میں بات چیت کا اختیار بالکل نہیں ہوتا۔ بھارت میں کئے گئے ایک مطالعے سے ظاہر ہوتا ہے کہ 15 سے 19 سال کی عمر کی شادی شدہ ہر 7 میں سے ایک لڑکی (13.8 فیصد) اپنے شوہر کی اجازت کے بغیر مارکیٹ جاسکتی ہے اور ہر 10 میں سے ایک (10.2 فیصد) بغیر اجازت اپنے دوستوں کو ملنے جاسکتی ہے۔ جبکہ بڑی عمر کی شادی شدہ عورتوں کی دگنی تعداد کو یہ کام کرنے کی آزادی حاصل تھی۔[48]

ان کے ساتھی عمر میں اکثر بڑے اور جنسی لحاظ سے زیادہ فعال ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر بنگلہ دیش میں 15 سے 19 سال کی عمر کی شادی شدہ لڑکی اور اس کے شوہر کے درمیان عمر کا اوسط فرق 9.8 برس ہے۔[49] اس سے نوجوان عورتوں کو تولیدی اور بشمول ایچ آئی وی کے، جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں لاحق ہونے کا خدشہ زیادہ ہوتا ہے۔[50]

کم عمری میں شادی سے لڑکیوں کی تعلیمی قابلیت بھی کم رہ جاتی ہے جس سے ان کی ملازمت کے مواقع، معاشی تحفظ اور معاشرے کے لئے ان کا کارآمد کردار بھی کم ہوجاتا ہے۔ یہ تمام عوامل مل کر خاندان میں فیصلہ سازی میں عورتوں کی شرکت کی سطح کو گھٹاتے، تشدد کا نشانہ بننے کے امکان کو بڑھاتے اور سماجی و معاشی وسائل تک ان کی رسائی کو محدود کرتے ہیں۔[51] کئی معاملوں میں یہ عوامل باہم مل کر موت کی طرف بھی لے جاتے ہیں۔ مثال کے طور پر بنگلہ دیش کے علاقے مطلب میں 1976 سے 1993 کے درمیان کئے گئے ایک مطالعے میں پتہ چلا کہ کم عمر حاملہ لڑکیوں میں بغیر حمل کے کم عمر لڑکیوں کی نسبت خودکشی کرنے کا زیادہ خدشہ ہے۔[52] کم عمری میں شادی اکثر جلدی حمل ٹھہرنے اور ماں بننے کی طرف لے جاتی ہے جو کہ ماؤں کی موت اور بیماری کے زیادہ بڑے خدشے سے منسلک ہیں۔[53]

سفارشات

- **ایک مضبوط تائیدی بنیاد تعمیر کی جائے تا کہ ایسی پالیسیوں اور پروگراموں** کی بہتر حمایت کی جاسکے جن کا مقصد ماؤں کی شرح اموات کم کرنا اور تولیدی صحت تک عالمی رسائی کو بہتر بناتے ہوئے صنفی بنیاد پر تشدد کے ساتھ اس کے باہمی ربط کو سامنے رکھنا ہے۔
  ا) یہ یقینی بنایا جائے کہ مردم شماری میں صنف کو ملحوظ رکھا جائے۔
  ب) ماؤں کی اموات کے اشاریوں کو حساس بنانا اور بدلنا تا کہ تشدد کی وجہ سے ہونے والی اموات کو سامنے لایا جاسکے۔
  ج) ان ممالک میں جہاں ڈی ایچ ایس طریقہ کار موجود ہو گھریلو تشدد کے تمام عناصر کے متعلق معلومات حاصل کرنا جیسا کہ بھارت اور فلپائن میں کیا جاچکا ہے۔
  د) اعداد وشمار کو عمر، آمدنی، تعلیم، صنف، علاقہ اور نسل کے لحاظ سے الگ الگ کرنا جیسا کہ نیپال میں کیا گیا ہے۔
  س) اعداد وشمار کے تجزیے میں صنفی بنیاد پر تشدد اور جنسی و تولیدی صحت پر نتائج کو شامل کیا جائے۔
- **ایسے ترقی پسندانہ قوانین اور پالیسیوں کو تیار اور نافذ کیا جائے جو صنفی مساوات کو فروغ اور تحفظ دیتی اور یقینی بناتی ہیں۔ ان میں گھریلو تشدد اور**

صنفی بنیاد پر تشدد کے خلاف پالیسیاں بھی شامل ہیں۔ حال ہی میں نیپال میں کئی ایسی ترقی پسند پالیسیاں متعارف کروائی گئیں جو صنفی بنیاد پر تشدد کے جواب میں شعبہ جاتی سوچ اپنانے کے قابل بناتی ہیں ۔ ان میں گیارہویں آئینی ترمیم اور صنفی بنیاد پر تشدد کے خلاف نیا قومی منصوبہ شامل ہیں جس میں مردوں کو بھی احتسابی عمل میں شامل کیا گیا ہے۔

ضرورت اس امر کی ہے کہ کسی ملک کے پس منظر میں یہ فیصلہ سازی کے سب سے متعلقہ اداروں کی طرف سے صنفی بنیاد پر تشدد کے خاتمے کیلئے جاری کردہ حکم ناموں میں ایک مجموعی اور جامع لائحہ عمل اپنایا جائے۔ شعبہ جاتی سوچ اپنانے کیلئے تو ایسا کرنا اور بھی ضروری ہے۔ مختلف وزارتوں کی جانب سے ایک جیسے پالیسی پر مبنی حکم نامے جاری کئے جانے چاہیں۔

- **صنفی تشدد کے خاتمے کیلئے شعبہ جاتی سوچ کو اپنایا اور فروغ دیا جائے۔** ایک جامع شعبہ جاتی سوچ میں نہ صرف خواتین اور خاندانی منصوبہ بندی کی وزارتیں شامل ہوں گی بلکہ درج ذیل کو بھی ساتھ لیا جائے گا:

ا) **تعلیم، میڈیا اور موصلات کے شعبے:** معاشرتی رویے بدلنے اور صنفی بنیاد پر تشدد کے حوالے سے ذہنوں میں تبدیلی کی لہر پیدا کرنے کیلئے ان کا کردار اہم ہے۔ تعلیمی شعبے میں یہ ضروری ہے کہ ایسا نصاب پڑھایا جائے جو مساوات کو فروغ دیتا اور جنسی حوالے سے صدیوں پرانے نظریات پھیلانے سے باز رہتا ہو اور اس کے ساتھ ساتھ نسلوں کے درمیان تشدد کے نفوذ کو روکنے کیلئے باہمی بات چیت کی مہارت سکھاتا ہو۔

ب) **نوجوانوں کی حکومتی وزارتیں:** انہیں کم سن اور نوجوان عورتوں کے مسائل اور ان کا صنفی بنیاد پر تشدد کا آسان شکار بن جانے کے حوالے سے کام کرنا چاہیے۔ انہیں ایسی پالیسیاں اور پروگرام تیار کرنے ہیں جو کم عمر اور نوجوان عورتوں کی صنفی بنیاد پر تشدد سے بچنے میں مدد کرسکیں اور اس ناسور کا خاتمہ کرسکیں۔

ج) **قانون نافذ کرنے، عدالتی اور سماجی تحفظ کے ادارے:** ضرورت اس امر کی ہے کہ پولیس افسروں، وکلا، ججوں سماجی کارکنوں اور کونسلروں وغیرہ کو صنفی لحاظ سے حساس بنایا جائے تاکہ وہ صنفی بنیاد پر تشدد کو سمجھ سکیں۔ شراکت داروں کو باہم مل کر تشدد کا شکار لوگوں کو ضروری امدادی خدمات مہیا کرنی چاہیں مثلاً مفت قانونی امداد اور بحالی کے لئے مشورے دینا۔

د) **عورتوں کے حقوق، جنسی و تولیدی صحت و حقوق اور صنفی بنیاد پر تشدد کے خاتمے کیلئے کام کرنے والی غیر سرکاری تنظیمیں:** صنفی بنیاد پر تشدد کے مسئلے کے حل کیلئے ان کا کردار اہم ہے کیونکہ ان میں سے کئی ایک عورتوں کو پناہ گاہیں، جنسی و تولیدی صحت اور حقوق کیلئے خدمات، استعداد کار کی تعمیر اور تربیت فراہم کرتی اور ایسی پالیسیوں اور پروگراموں کی عوامی پیروی اور نگرانی کرتی ہیں جو صنفی بنیاد پر تشدد کے مسئلہ کو حل کرتی ہیں۔

ر) **عقیدے کی بنیاد پر قائم گروپ:** انہیں میاں بیوی کے، خاندانی اور معاشرتی تعلقات اور کرداروں پر ترقی پسند خیالات اور تشریحات کو آگے بڑھانا چاہیے۔

س) **مرد اور لڑکے:** دیرپا سماجی تبدیلی اور مؤثر مداخلتوں کیلئے خصوصاً نسلوں کے مابین تشدد سے بچنے کیلئے مردوں اور لڑکوں کو صنفی مساوات اور صنفی بنیاد پر تشدد کے خاتمے کا حمایتی بنانے اور مہم میں شریک کرنے کی ضرورت ہے۔ صنفی بنیاد پر تشدد، جنسی و تولیدی صحت اور صنفی عدم مساوات کے مابین باہمی ربط کا جائزہ لینے کی ضرورت ہے۔

ص) **بحرانوں اور ہنگامی حالات میں کام کرنے والے ادارے:** جنگوں اور آفات کے دوران تشدد خصوصا جنسی تشدد بڑھ جاتا ہے اس لئے تشدد سے بچ نکلنے والوں کو تمام شعبہ جاتی خدمات بشمول جنسی و تولیدی صحت کی خدمات کے مہیا کرنے کی صرورت ہے۔

- **صنفی بنیاد پر تشدد کے خلاف شعبہ جاتی ردعمل میں شعبہ صحت کو بھی شامل کیا جائے۔** شعبہ صحت کا جامع اور عورتوں کے حقوق پر مبنی ردعمل صنفی بنیاد پر تشدد کے خلاف ایک ضروری اور مہیا کرنے کی حکمت عملی کا ایک اہم نکتہ

ہے۔اس سے:

ا) صنفی بنیاد پر تشدد کی جلد شناخت اور دریافت ہوسکے گی اور یوں تیزی سے مداخلت کی جاسکے گی

ب) بحران میں مبتلا تشدد کا شکار مظلوموں کیلئے طبی امداد اور دیکھ بھال فراہم ہوسکے گی

ج) صنفی بنیاد پر تشدد کے باعث ماؤں کی شرح اموات اور بیماریوں کے بوجھ میں کمی ہوسکے گی

صنفی بنیاد پر تشدد کے خلاف شعبہ صحت کے جواب کو صحت کی سہولیات میں سمویا جاسکتا ہے جس طرح کہ ملائیشیا اور تھائی لینڈ میں کیا گیا ہے۔صحت سے متعلقہ عملے کو مسئلہ کے حوالے سے مکمل حساس بنا کر اسے نافذ کیا جاسکتا ہے جس طرح کہ ممبئی کے دلاشا میں کیا گیا ہے جہاں سٹاف کا ہر کارکن باقائدگی سے اور مسلسل صنفی حساسیت پر تربیت لیتا ہے اور صنفی بنیاد پر تشدد کو سمجھتا ہے۔

بہتر یہ ہے کہ تشدد کی جلد شناخت کر لی جائے اور یہ یقینی بنایا جائے کہ شعبہ صحت ہر حوالے سے اس پر مؤثر ردعمل دے تاکہ عورتوں کیلئے صحت کے نتائج کو بہتر بنایا جاسکے۔اچھی تولیدی، جنسی اور ماں کی صحت شرح اموات اور بیماری کے بوجھ کو کم کردیتی ہے اور ملکوں کو ہزاری ترقیاتی مقاصد کے حصول کے قابل بنادیتی ہے۔

شعبہ صحت کے جامع ردعمل کے اجزاء وخصوصیات

- صنفی بنیاد پر تشدد اور علاج پر ایک جیسا زور دیتا ہے اس میں کیسوں کی دیکھ بھال اور انتظام بھی شامل ہے۔
- کمیونٹی کے ساتھ ساتھ بنیادی/ پہلی اور تیسری سطح پر ابتدائی اور پیشگی ردعمل دیتا ہے اور رسمی اور غیر رسمی شعبوں سے جڑا ہوتا ہے۔
- تشخیص اور علاج کے لئے صحت کے نظام میں ہر جگہ داخلہ ممکن ہوتا ہے۔اس میں دوران حمل اور زچگی کے بعد گھر پر معائنے کی سہولت بھی شامل ہے تاکہ ماؤں کی مدد کی جاسکے اور ظلم وزیادتی کو پکڑا جاسکے۔
- شعبہ صحت کے اندر (بالخصوص ذہنی صحت کے معاملے میں جسے اکثر نظرانداز کردیا جاتا ہے) ریفرل کے ساتھ باہمی منسلک ہوتا ہے۔
- ریفرنس کے ذریعے دوسرے شعبوں مثلاً پناہ گاہوں، قانونی امداد، مالی مدد اور مہارتوں کی ترقی کے پروگراموں سے جڑا ہوتا ہے تاکہ ضرورتمندوں کیلئے رابطہ کیا جاسکے۔
- اس میں معائنے کے علیحدہ کمروں، طبی آلات اور ٹیسٹوں کی سہولیات اور ضروری ادویات تک رسائی شامل ہوتی ہے۔ان سہولیات میں خلوت اور رازداری کا خیال رکھا جانا چاہیے اور ظلم کا شکار ہونے والوں کو فوری توجہ دی جائے اور انہیں حقوق کے حوالے سے مشوروں کی صورت میں مدد فراہم کی جائے۔
- اس میں ادارہ جاتی سطح پر وقفے وقفے سے صحت کے تمام عملے کو صنفی لحاظ سے حساس بنایا جاتا ہے۔اس میں ان کی تربیت، نگرانی اور جائزہ شامل ہے۔
- اس کی مدد کمیونٹی کے وسائل سے کی جاتی ہے اور شعبہ صحت کو صنفی لحاظ سے مسلسل حساس بنانے کے لئے یہ خواتین کی تنظیموں کے ساتھ باہمی طور پر جڑا ہوتا ہے۔
- میڈیکل کالجوں اور نرسنگ سکولوں کے نصاب میں صنفی بنیاد پر تشدد کے اثرات کو شامل کیا جاتا ہے۔احباب اور شعبہ صحت سے وابستہ افراد کو میاں بیوی کے کردار اور تعلقات، تشخیص، علاج، دیکھ بھال اور کیس کے بندوبست کے حوالے سے مذہب کی ترقی پسند تشریحات کو فروغ دینا چاہیے اور ظلم سے بچ نکلنے والوں کے حقوق پر زور دینا چاہیے۔
- صحت کے نظام کے ساتھ رابطے میں آنے والے مظلوموں کیلئے شکایات فیڈ بیک کا رازدارانہ نظام مہیا کرنا ہے۔

حوالہ جات کے گوشوارے

گوشوارہ نمبر 3: مانعِ حمل اشیاء کے رواج کی شرح (تمام طریقۂ کار) (1995-2008)

ملک	1995	2000	تازہ ترین
بنگلہ دیش	49.2 (1997)	53.8	55.8 (2007)
کمبوڈیا		23.0	40.4 (2005:CDHS)
چین	83.8 (1997)		90.2 (2004)
فجی (2003-08)			35 (2003-08)
بھارت	40.7 (1993)	48.2(1999)	56.3 (2006)
انڈونیشیا	57.4 (1994)	60.3(2003)	61.4 (2007)
لاؤس		32.2(2000)	
ملائیشیا	54.4 (1994)		
نیپال	28.5 (1996)	39.3(2001)	48.0 (2006)
پاکستان	11.8 (1991)		29.6 (2006 PDHS)
فلپائن	47.8 (1998)	48.9(2003)	50.7 (2008)
تھائی لینڈ	72.2 (1997)	(2005تا2006) 71.5	81.1 (2006)
ویتنام		78.5(2002)	79.0 (2007)

بحوالہ: بنگلہ دیش گھریلو صحت سروے 1996 تا 1997، 1999 تا 2000، 2007؛ کمبوڈیا گھریلو صحت سروے 2000 اور 2005؛ بھارت قومی خاندانی صحت سروے (1992 تا 1993، 1998 تا 1999، 2005 تا 2006)؛ نیپال گھریلو صحت سروے (1996، 2001، 2006)؛ پاکستان گھریلو صحت سروے (1991، 2006)؛ فلپائن گھریلو صحت سروے (1998، 2003، 2008)؛ فجی، لاؤس، ملائیشیا، تھائی لینڈ اور ویتنام (عالمی مانع حمل طریقوں کا استعمال سے اخذ کردہ اعداد و شمار 2003، 2007، 2009)

گوشوارہ نمبر 4: خاندانی منصوبہ بندی کی پوری نہ ہونے والی ضرورت (1995-2008)

ملک	1995	2000	تازہ ترین
بنگلہ دیش	19.4	15.3	17.1 (2007)
کمبوڈیا		32.6	25.1 (2005)
چین			
فجی			
بھارت		15.8	12.8
انڈونیشیا	9.2		9.1 (2007)
لاؤس			27.3 (LRHS 2005)
ملائیشیا			
نیپال	31.4	27.8	24.6 (2006)
پاکستان	28.0		24.9 (2006-07)
فلپائن	19.8		22.3 (2008)
تھائی لینڈ			
ویتنام			4.8 (DHS 2002)

بحوالہ: بنگلہ دیش گھریلو صحت سروے 1996 تا 1997، 1999 تا 2000، 2007؛ کمبوڈیا گھریلو صحت سروے 2000 اور 2005؛ بھارت قومی خاندانی صحت سروے (1992 تا 1993، 1998 تا 1999، 2005 تا 2006)؛ نیپال گھریلو صحت سروے (1996، 2001، 2006)؛ پاکستان گھریلو صحت سروے (1991، 2006)؛ فلپائن گھریلو صحت سروے (1998، 2008)؛ ویتنام گھریلو صحت سروے 2002؛ لاؤس تولیدی صحت سروے 2005۔

گوشوارہ نمبر 5: 13 ممالک میں کم عمری میں ماں بننے کی شرح

ملک	*2000-07	**2010
بنگلہ دیش	127	72
کمبوڈیا	52	29
چین	5	10
فجی	30	32
بھارت	45	68
انڈونیشیا	51	40
لاؤس	110	37
ملائیشیا	13	13
نیپال	106	101
پاکستان	20	46
فلپائن	55	45
تھائی لینڈ	46	37
ویتنام	35	17

* عالمی ادارہ صحت، عالمی صحت کے اعداد و شمار 2010

** یو این ایف پی اے، اپیرو (APRO)، ایشیا و بحرالکاہل کے خطے میں نوجوان لوگ

اختتامی نوٹس

1۔ درج ذیل متعلقہ حصے شامل ہیں: ''اصول''؛ ''صنفی مساوات، عورتوں کی برابری اور انہیں بااختیار بنانا''؛ ''خاندان، اس کا کردار، حقوق، ترکیب اور ڈھانچہ''؛ ''تولیدی حقوق اور تولیدی صحت''؛ ''آبادی، ترقی اور تعلیم''؛ ''ٹیکنالوجی، تحقیق اور ترقی''۔ ملاحظہ ہو اقوامِ متحدہ (1994)۔ آبادی اور ترقی پر بین الاقوامی کانفرنس کا عملی پروگرام۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یواین ایف پی اے)۔ (1994)۔ اصول۔ پروگرام برائے عمل میں (صفحہ 8 تا 12)، نیویارک، امریکہ: یواین ایف پی اے۔ اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html 10 نومبر 2010 سے اخذ کیا گیا۔

2۔ اقوامِ متحدہ کی عورتوں پر چوتھی عالمی کانفرنس (1995)۔ پیراگراف نمبرز 8، 12، 17، 24، 39، 46۔ بیجنگ عملی لائحہ عمل میں سے۔ یونیورسٹی آف مینسوٹا کی ویب سائٹ http://www1.umn.edu/humanrts/instree/e5dplw.htm سے 9 نومبر 2010 کو لیا گیا۔

3۔ عورتوں پر اقوامِ متحدہ کی چوتھی عالمی کانفرنس (1995) پیراگراف نمبر 44۔ بیجنگ عملی لائحہ عمل میں یونیورسٹی آف مینسوٹا کی ویب سائٹ http://www1.umn.edu/humanrts/instree/e5dplw.htm سے 9 نومبر 2010 کو لیا گیا۔

4۔ یواین جنرل اسمبلی (2000)۔ اقوامِ متحدہ کا ہزاری اعلامیہ۔ اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf سے 9 نومبر 2010 کو لیا گیا۔

5۔ یواین جنرل اسمبلی (2000)۔ پیراگراف نمبرز 6، 25، 29۔ اقوامِ متحدہ کا ہزاری اعلامیہ۔ 9 نومبر 2010 کو اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf سے لیا گیا۔

6۔ اقوامِ متحدہ کی جنرل اسمبلی (2010)۔ دستاویز نتائج: وعدہ ایفا کرنا: ہزاری ترقیاتی مقاصد کے حصول میں متحد۔ 10 نومبر 2010 کو اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/mdg%20outcome%20document.pdf

7۔ 1969 کے ویانا کنونشن کے آرٹیکل 26 میں بیان کردہ تشریح کے مطابق۔

8۔ گارشیا۔ مورینو، سی؛ سٹوک، ایچ (2009)۔ جنسی و تولیدی صحت حقوق کا تحفظ: عورتوں پر تشدد کے مسئلے کو حل کرنا۔ انٹرنیشنل جرنل آف گائنی کالوجی اینڈ اوبسٹیٹرکس، (2)106، 144 تا 147۔

9۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یواین ایف پی اے) (2010)۔ ایشیاء و بحرالکاہل کے خطے میں صنفی بنیاد پر تشدد کا شعبہ صحت میں جواب: جائزہ 2010۔ بنکاک، تھائی لینڈ: یواین ایف پی اے۔ 10 نومبر 2010 کو یواین ایف پی اے ایشیاء و بحرالکاہل کی ویب سائٹ http://asiapacific.unfpa.org/webdav/site/asiapacific/shared/Publications/2010/Assessment. pdf

10۔ عالمی ادارہ صحت (WHO) (2005) غربت اور صنف کو صحت کے پروگراموں میں شامل کرنا: صنفی بنیاد پر تشدد کے بارے موڈیول۔ منیلا، فلپائن: ڈبلیو ایچ او۔ 10 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او مغربی بحرالکاہل خطے کی ویب سائٹ http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/E517AAA7-E80B-4236-92A1-6EF28A6122B3/0/gender_based_violence.pdf

11۔ اقوامِ متحدہ جنرل اسمبلی (1993)۔ عورتوں پر تشدد کے خاتمے کا اقوامِ متحدہ کا اعلامیہ۔ 10 نومبر 2010 کو اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm

12۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یواین ایف پی اے) (2010)۔ ایشیاء و بحرالکاہل خطے میں صنفی بنیاد پر تشدد کا شعبہ صحت میں جواب: جائزہ 2010۔ بنکاک، تھائی لینڈ: یواین ایف پی اے۔ 10 نومبر 2010 کو یواین ایف پی اے ایشیاء و بحرالکاہل خطہ کی ویب سائٹ http://asiapacific.unfpa.org/webdav/site/asiapacific/shared/Publications/2010/Assessment.pdf

13۔ عالمی ادارہ صحت (WHO)۔ تولیدی صحت۔ 28 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او کی ویب سائٹ /http://www.wpro.who.int/health_topics/reproductive_health

14۔ ارڈمین، جے این اینڈ کک، آر 2008۔ ''تولیدی حقوق'' ایلزے ویئر انک۔ صفحات 532 تا 538۔

15۔ اقوامِ متحدہ (یواین) (1994)۔ آبادی اور ترقی پر بین الاقوامی کانفرنس کا عملی پروگرام۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یواین ایف پی اے) (1994)۔ ''جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں اور انسانی کمزور مدافعت وائرس (ایچ آئی وی)''، تولیدی حقوق اور تولیدی صحت۔ پروگرام برائے ایکشن (صفحات 8 تا 12)، نیویارک، امریکہ: یواین ایف پی اے۔ 27 نومبر 2010 کو اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html سے لیا گیا۔

16۔ عالمی ادارہ صحت (WHO)۔ صنفی اور انسانی حقوق: جنسی صحت۔ 28 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او کی ویب سائٹ /http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en سے لیا گیا۔

17۔ اقوامِ متحدہ (یواین) (1994)۔ آبادی اور ترقی پر بین الاقوامی کانفرنس کا عملی پروگرام۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یواین ایف پی اے) (1994)۔ ''جنسی طور پر منتقل ہونے والی بیماریاں اور انسانی کمزور مدافعت وائرس (ایچ آئی وی)''، تولیدی حقوق اور تولیدی صحت۔ پروگرام برائے ایکشن (صفحات 8 تا 12)، نیویارک، امریکہ: یواین ایف پی اے۔ 27 نومبر 2010 کو اقوامِ متحدہ کی ویب سائٹ http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html

18۔ عالمی ادارہ صحت (WHO)۔ صنفی اور انسانی حقوق: جنسی صحت۔ 28 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او کی ویب سائٹ /http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en

19۔ عالمی ادارہ صحت (WHO)۔ صنفی اور انسانی حقوق: جنسی حقوق۔ 28 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او کی ویب سائٹ /http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en

20۔ چندی رامانی، آر (2007)۔ جنسیت کی تائید کیوں؟ ایروز فار چینج (2)13، صفحات 1 تا 2۔ 28 نومبر 2010 کو ایشیاء پیسیفک ریسورس اینڈ ریسرچ سنٹر فار ویمن (ARROW) کی ویب سائٹ http://arrow.org.my/publications/AFC/v13n2.pdf

21۔ پیچسکی، آر (2006)۔ تعارف: مختلف ممالک اور ثقافتوں میں جنسی حقوق کی پالیسیاں: نظریاتی فریم ورک اور خطرناک مقامات۔ جنسی سیاست: اگلے مورچوں سے موصولہ رپورٹیں: 28 نومبر 2010 کو سیکسوایلیٹی پالیسی واچ کی ویب سائٹ http://www.sxpolitics.org/frontlines/book/pdf/sexpolitics.pdf

22۔ کرگ، ای جی (2002)۔ باب ہشتم: جنسی تشدد۔ تشدد اور صحت پر عالمی رپورٹ، جنیوا، سوئٹزرلینڈ: عالمی ادارہ صحت (WHO)

23۔ اکثر پوچھے جانے والے سوالات (FAQs)۔ 29 نومبر 2010 کو سیکسوئل وائیولینس ریسرچ اِنیشی ایٹو کی ویب سائٹ http://www.svri.org/faq.htm

24۔ ایسپی نوزا ایچ، کماچو، اے وی (2005)۔ جنسی تشدد کی وجہ سے ماؤں کی اموات: ماؤں کی شرح اموات میں غیر تسلیم شدہ اہم عنصر۔ پان امیریکن جرنل آف ہیلتھ، (2)17، 9-123

25۔ گناترا بی آر؛ کویَا جی کے جے؛ راؤوی این (1996)۔ ماؤں کی اموات بارے محلّہ اور ہسپتال کی بنیاد پر کیس سٹڈی: حتمی رپورٹ۔ پونا، بھارت۔ عالمی ادارۂ صحت (WHO)، علاقائی دفتر برائے جنوب مشرقی ایشیاء۔

26۔ فاؤِیووی، کوئے نِگ ایم، چکروبورتی جے، چودھری اے (1988)۔ دیہی بنگلہ دیش میں ماؤں کی اموات کی وجوہات، 1976 تا 1985۔ عالمی ادارہ صحت کا بلیٹن نمبر 66، صفحات 643 تا 651۔

27۔ گارشیا۔ مورینو؛ دیگر (2005)۔ عورتوں کی صحت اور عورتوں پر گھریلو تشدد بارے ڈبلیو ایچ او کا کثیر ملکی مطالعہ۔ اس تشدد کی موجودگی، صحت پر پڑنے والے اثرات اور عورتوں کے ردّعمل کے ابتدائی نتائج، جنیوا، سوئٹزرلینڈ: عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او)

28۔ ایلزبرگ، ایم (2006)۔ عورتوں پر تشدد اور ہزاری ترقیاتی اہداف: عورتوں کی حمایت تک رسائی میں مدد۔ انٹرنیشنل جرنل آف گائنی کالوجی اینڈ اوبسٹیٹرکس، 94، 325 تا 332۔

29۔ فکری، ایف ایف؛ بھٹی، ایل آئی (1999)۔ گھریلو تشدد اور پاکستانی عورتوں کی صحت۔ انٹرنیشنل جرنل آف گائنی کالوجی اینڈ اوبسٹیٹرکس، (2)65، 195 تا 201۔

30۔ ایلزبرگ، ایم (2006)۔ عورتوں پر تشدد اور ہزاری ترقیاتی اہداف: عورتوں کی حمایت تک رسائی میں مدد۔ انٹرنیشنل جرنل آف گائنی کالوجی اینڈ اوبسٹیٹرکس، 94، 325 تا 332۔

31۔ گارشیا۔ مورینو؛ دیگر (2005)۔ عورتوں کی صحت اور عورتوں پر گھریلو تشدد بارے ڈبلیو ایچ او کا کثیر ملکی مطالعہ۔ اس تشدد کی موجودگی، صحت پر پڑنے والے اثرات اور عورتوں کے ردّعمل کے ابتدائی نتائج، جنیوا، سوئٹزرلینڈ: عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او)۔

32۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یو این ایف پی اے) (2010)۔ ایشیاء و بحرالکاہل خطے میں صنفی بنیاد پر تشدد کا شعبہ صحت میں جواب: جائزہ 2010، بنکاک، تھائی لینڈ: یو ایچ ایف پی اے۔ 10 نومبر 2010 کو یو این ایف پی اے ایشیاء و بحرالکاہل کی ویب سائٹ http://asiapacific.unfpa.org/webdav/site/asiapacific/shared/Publications/2010/Assessment.pdf

33۔ ایس کشورو کے جانسٹن، 2004۔ گھریلو تشدد کا حدود اربعہ: ایک کثیر ملکی مطالعہ۔ او آر سی میکرو۔ ڈبلیو ایچ او کی رپورٹ برائے سال 2005 میں حوالہ دیا گیا۔ صحت کے پروگراموں میں غربت اور صنف کو سمونا: صنفی بنیاد پر تشدد کا موڈیول، جنیوا: ڈبلیو ایچ او۔

34۔ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یو این ایف پی اے) (2010)۔ ایشیاء و بحرالکاہل خطے میں صنفی بنیاد پر تشدد کا شعبہ صحت میں جواب: جائزہ 2010، بنکاک، تھائی لینڈ: یو این ایف پی اے۔ 10 نومبر 2010 کو یو این ایف پی اے ایشیاء و بحرالکاہل کی ویب سائٹ http://asiapacific.unfpa.org/webdav/site/asiapacific/shared/Publications/2010/Assessment.pdf

35۔ سیج جی؛ حسین آر؛ بینکول اے؛ سنگھ ایس (2007)۔ ترقی پذیر ملکوں میں مانع حمل کی پوری نہ ہو سکنے والی ضرورت کے ساتھ عورتیں اور کوئی طریقہ استعمال نہ کرنے کی ان کی وجوہات۔ اتفاقی رپورٹ نمبر 37۔ یکم اکتوبر 2009 کو گٹ میچر انسٹیٹیوٹ کی ویب سائٹ http://www.guttmacher.org/pubs/2007/07/09/or37.pdf

36۔ یہ نتیجہ بنگلہ دیش کے 2007 میں کئے گئے گھریلو صحت کے سروے (DHS) (صفحہ 194)، انڈونیشیاء کے 2007 میں (صفحہ 78)، نیپال کے 2006 (صفحہ 241)، فلپائن کے 2008 (صفحہ 198) اور بھارت کے 06-2005 میں کئے گئے قومی خاندانی صحت سروے میں بالکل درست ہے۔

37۔ بنگلہ دیش اور انڈونیشیاء گھریلو صحت سروے 2007، نیپال گھریلو صحت سروے 2006، فلپائن گھریلو صحت سروے 2008۔

38۔ بنگلہ دیش اور انڈونیشیاء گھریلو صحت سروے 2007، نیپال گھریلو صحت سروے 2006۔

39۔ ہر گھریلو صحت سروے میں بیوی کی پٹائی کرنے کے پانچ جواز پیش کئے گئے: کھانا پکاتے ہوئے جلا دیتی ہے، بحث کرتی ہے، شوہر کو بتائے بغیر گھر سے باہر جاتی ہے، بچوں کو نظر انداز کرتی ہے اور جنسی ملاپ سے انکار کرتی ہے۔

40۔ مارٹن، ایس ایل؛ سوئی، اے او؛ میترا، کے؛ میرینشاہ، آر (1999)۔ شمالی بھارت میں گھریلو تشدد، ایم جے اپی ڈیمیول، 150(4)، 417 تا 426۔

41۔ سٹیفنسن روب، کوئنگ مائیکل اے، احمد سیف الدین۔ اُتر پردیش، بھارت میں گھریلو تشدد اور مانعِ حمل طریقوں کا استعمال۔ خاندانی منصوبہ بندی پر مطالعہ جات 2006۔ اے، (2)37، 75 تا 86۔

42۔ سٹیفنسن روب، کوئنگ مائیکل اے، احمد سیف الدین۔ شمالی بھارت میں گھریلو تشدد اور خود سے رپورٹ کردہ زچگی کی بیماریاں۔ عالمی خاندانی منصوبہ بندی کے تناظرات، 2006b، (4)32، 201 تا 212۔

43۔ ولسن۔ ولیمز، ایل، سٹیفنسن، آر، جوویکر، ایس اینڈ اینڈلیس، کے (2008) ایک بھارتی گاؤں میں گھریلو تشدد اور مانعِ حمل طریقوں کا استعمال، (10)14، 1181 تا 1198۔ 10 نومبر 2010 کو نیشنل سنٹر فار بائیوٹیکنالوجی انفارمیشن کی ویب سائٹ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18802213 سے حاصل کیا گیا۔

44۔ تھانینتھرن، ایس؛ راچرلا، ایس (2009)۔ حقوق کا دعویٰ جتانا اور ان کی نئی حد بندی کرنا: آئی سی پی ڈی+15۔ ایشیاء میں جنسی اور تولیدی صحت اور حقوق کا مقام۔ کوالالمپور، ملائیشیا: ایشیئن پیسیفک ریسورس اینڈ ریسرچ سنٹر فار ویمن (ARROW)۔

45۔ ہندن، ایم جے؛ کشور، ایس؛ اسارہ، ڈی (2008)۔ گھریلو صحت سروے میں شامل 10 ملکوں میں جوڑوں میں قریبی ساتھی کی طرف سے تشدد: نشانیاں اور صحت پر اثرات۔ گھریلو صحت سروے کا تجزیاتی مطالعہ۔ کال ورٹن، امریکہ: میکرو انٹرنیشنل۔

46۔ گارشیا۔ مورینو؛ دیگر (2005)۔ عورتوں کی صحت اور عورتوں پر تشدد پر ڈبلیو ایچ او کا کثیر ملکی مطالعہ۔ اس تشدد کی موجودگی، صحت پر اثرات اور عورتوں کے ردِّعمل کے ابتدائی نتائج۔ جنیوا، سوئٹزر لینڈ: عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او)

47۔ جیجی بھائی ایس جے (2007)۔ نوجوانوں میں رضامندی کے بغیر جنسی ملاپ کو سمجھنا: ایک نظر انداز کردہ ترجیح۔ 29 نومبر 2010 کو پاپولیشن کونسل کی ویب سائٹ http://www.popcouncil.org/pdfs/TABriefs/PGY_Brief07_NonconsensualSex.pdf سے حاصل کیا گیا۔

48۔ عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او)؛ اقوامِ متحدہ کا فنڈ برائے آبادی (یو این ایچ پی اے) (2006)۔ کم سن شادی شدہ جوڑے: کہیں تحفظ نہیں۔ 29 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او کی ویب سائٹ http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593776_eng.pdf سے حاصل کیا گیا۔

49۔ عالمی ادارہ صحت (ڈبلیو ایچ او)؛ اقوامِ متحدہ کا آبادی کیلئے فنڈ (یو این ایف پی اے) (2006)۔ کم سن شادی شدہ جوڑے: کہیں تحفظ نہیں۔ 29 نومبر 2010 کو ڈبلیو ایچ او کی ویب سائٹ http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593776_eng.pdf سے حاصل کیا گیا۔

50۔ ماتھر، ایس؛ گرین، ایم؛ ملہوترا، اے (2003)۔ شادی کیلئے انتہائی کمسن: کم عمر شادی شدہ لڑکیوں کی زندگیاں، حقوق اور صحت۔ واشنگٹن ڈی سی، امریکہ: انٹرنیشنل سنٹر فار ریسرچ آن ویمن (آئی سی آر ڈبلیو)۔ 10 نومبر 2010 کو آئی سی آر ڈبلیو کی ویب سائٹ http://reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/LTIO-6WENLQ/$file/icrw-gender-dec03.pdf?openelement سے لیا گیا ہے۔

51۔ گپتا، ایس ڈی؛ مکھرجی، ایس؛ سنگھ، ایس؛ پانڈے، ایس؛ باسو، ایس (2009) شادی تیار: لڑکیوں کی شادی میں تاخیر پر بھارت سے حاصل ہونے والے سبق۔ آئی سی آر ڈبلیو، 2009۔ واشنگٹن ڈی سی، امریکہ: انٹرنیشنل سنٹر فار ریسرچ آن ویمن (آئی سی آر ڈبلیو)۔ 10 نومبر 2010 کو آئی سی آر ڈبلیو کی ویب سائٹ http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf سے حاصل کیا گیا۔

52۔ رونز مانس، سی؛ خلط ایم (1999) لڑکپن اور مطلب، بنگلہ دیش میں دورانِ حمل پر تشدد موت کا خدشہ۔ لانسیٹ۔ 354، 1448

53۔ پروزولو، ایس؛ مہرہ، آر؛ فیس، اے؛ اشباگ، سی (2009)۔ ماؤں کی صحت بہتر بنانے کیلئے غربت اور صنفی عدمِ مساوات کو نشانہ بنانا۔ واشنگٹن ڈی سی، امریکہ: انٹرنیشنل سنٹر فار ریسرچ آن ویمن (آئی سی آر ڈبلیو)۔ 10 نومبر 2010 کو آئی سی آر ڈبلیو کی ویب سائٹ http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/EGUA-8A2P2J/$file/ICRW-Targeting-Poverty-Gender-Inequality-Oct2010.pdf?openelement سے حاصل کیا گیا۔

یہ پروجیکٹ UNFPA کے تعاون، مالی معاونت سے ممکن ہوا۔ ایشیاء اینڈ پیسفک آفس

اس کی کاپیز اور مزید معلومات کیلئے رابطہ کریں:

UNFPA - Asia and the Pacific Regional Office
12 th Floor, United Nations Building
Rajdamnern Nok Avenue
Bangkok 10200 Thailand
Email: apro@unfpa.org

Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW)
1&2 Jalan Scott, Brickfields
50470 Kuala Lumpur, Malaysia
Email: arrow@arrow.org.my
Website: www.arrow.org.my