



PRATIGYA

Campaign for Gender Equality
and Safe Abortion



ভারতে গর্ভপাত: প্রধান তথ্যসমূহ

দেশের স্ন্যাপশট*

গর্ভাবস্থা সংখ্যা
প্রায় **48.1** মিলিয়ান

পরিকল্পিত জন্ম
43%, **20.68** মিলিয়ান

আকস্মিক গর্ভপাত
14%, **6.73** মিলিয়ান

অনিচ্ছাকৃত জন্ম
11%, **5.29** মিলিয়ান

প্ররোচিত গর্ভপাত
33%, **15.6** মিলিয়ান

জীবিত জন্মের সংখ্যা
54%, **26** মিলিয়ান

*Singh S et al., Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs, New York: Guttmacher Institute, 2018. <https://doi.org/10.1363/2018.30009>

Singh S. et al., The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015, New York: Guttmacher Institute, 2017

1. গর্ভপাতের সংখ্যা এবং কে তাদের সরবরাহ করে

- 2015 সালে ভারতে গর্ভপাতের আনুমানিক সংখ্যা ছিল 15.6 মিলিয়ন।
- সমস্ত গর্ভপাতের 95% এরও বেশি বেসরকারী খাতে সরবরাহ করে।
- গত তিন বছর ধরে এইচএমআইএসের তথ্য জানিয়েছে যে পাবলিক সেক্টর প্রতি বছর প্রায় 700,000 গর্ভপাত সরবরাহ করে।
- দেশে কেবলমাত্র অনুমান করা হয়েছে 60,000-70,000 আইনী গর্ভপাত সরবরাহকারী, যার বেশিরভাগই শহরাঞ্চলে।
- কেবল বিশেষজ্ঞ ওজগেইনরাই গর্ভপাত পরিষেবা সরবরাহ করতে পারে। কোনও এমবিবিএস ডাক্তারকে গর্ভপাত পরিষেবা দেওয়ার জন্য তাকে এমটিপি আইনের অধীনে প্রশিক্ষিত ও শংসাপত্রের অধিকারী হওয়া দরকার। প্রশিক্ষণের জন্য এমবিবিএস ডাক্তারকে 10 টি মামলা পর্যবেক্ষণ করা, 10 টি ক্ষেত্রে সহায়তা করা এবং স্বতন্ত্রভাবে সরকারী পাঁচটি কেস করা প্রয়োজন, সরকারি হাসপাতালে বা সরকার অনুমোদিত প্রশিক্ষণকেন্দ্রে। সরকার কর্তৃক পরিকল্পিত করা এই প্রশিক্ষণ কার্যক্রম 12 দিনের জন্য।
- গর্ভপাত কেবলমাত্র এমটিপি আইনের অধীনে অনুমোদিত কোনও সুবিধা প্রদানযুক্ত স্থানে সম্পাদিত হতে পারে। একটি আরটিআই অনুসন্ধান (জুন 2020) এর তথ্য হিসাবে ভারতের প্রতিক্রিয়া অনুসারে বেসরকারী খাতে অনুমোদিত 16,296 টি এবং সরকারী খাতে 25,931 সাইট রয়েছে।

2. পদ্ধতি এবং গর্ভধারণ দ্বারা গর্ভপাত:

- সমস্ত গর্ভপাতের 81% চিকিত্সায় গর্ভপাতের ওষুধ (মাইফিস্টোন এবং মিসোপ্রোস্টল) ব্যবহার করে করা হয় যা একটি কষি প্যাকে পাওয়া যায়। অস্ত্রোপচার পদ্ধতি দ্বারা 14% এবং 5% প্রস্তাবিত নয় এমন পদ্ধতি দ্বারা।
- 89-91% এর বেশি সংখ্যক প্রথম ত্রৈমাসিকের গর্ভপাত বলে ধরা হয় যেমন 12 সপ্তাহের গর্ভধারণের আগে এবং শুধুমাত্র 9-10% দ্বিতীয় ত্রৈমাসিক গর্ভপাত হয়।
- মেডিকেল গর্ভপাতের কষি প্যাকেটি ভারতের ড্রাগ কন্ট্রোলার 9 সপ্তাহ অবধি গর্ভধারণের ব্যবহারের জন্য নির্দেশিত।
- কোনও এমবিবিএস ডাক্তারের মেডিকেল গর্ভপাতের ওষুধ লিখে দেওয়ার অনুমতি নেই। এটি কেবল 'ওগিন'স বা এমটিপি আইন অনুসারে অনুমোদিত ডাক্তার দ্বারা নির্ধারিত হতে পারে।
- রাজস্থান, মহারাষ্ট্র, পাঞ্জাব, হরিয়ানা, তামিলনাড়ু, মধ্য প্রদেশ অনেক রাজ্যে কেমিস্টরাই এমএ কষিপ্যাকিকে অকার্যকর পরীক্ষা-নিরীক্ষা এড়াতে এবং ড্রাগ ইন্সপেক্টরদের হাত বাঁচানোর জন্য স্টক করছেন না।

3. পিসিপিএনডিটি আইনের সাথে লিঙ্গ পক্ষপাতযুক্ত যৌন নির্বাচন এবং সংঘাত

- পক্ষপাতদুষ্ট লিঙ্গ নির্বাচনের জন্য এমএ কষিপ্যাক ব্যবহার করা যেতে পারে এমন একটি ভুল ধারণা রয়েছে।

এটি মাত্র গর্ভকালীন নয় সপ্তাহ অবধি ব্যবহারের জন্য অনুমোদিত হয়। ভ্রূণের লিঙ্গ সনাক্তকরণের জন্য সর্বাধিক ব্যবহৃত পরীক্ষা হ'ল আল্ট্রা সোনোগ্রাফি (আল্ট্রা সাউন্ড)। আল্ট্রা সাউন্ড ভ্রূণের লিঙ্গ সনাক্ত করতে পারে কেবল 13-14 সপ্তাহের গর্ভধারণের আগে এবং তার আগে নয়।

- লিঙ্গ পক্ষপাতদুষ্ট লিঙ্গ নির্বাচনের জন্য সমস্ত গর্ভপাত এবং বিশেষত দ্বিতীয় ত্রৈমাসিকের গর্ভপাতের কারণে যৌন নির্বাচনের আশেপাশের কভারেজের পরিমাণ দেওয়া হয়েছে যা ভুল।
- অতি সাম্প্রতিক অনুমানটি ইঙ্গিত দেয় যে দেশে প্রতি বছর 460,000 মেয়ে জন্মের সময় নিখোঁজ হয়। এটি দেশে মোট গর্ভপাতের প্রায় 3%। আমরা 'যৌন নির্বাচন' প্রথাটির নিন্দা করি এবং এটি দুঃখজনক। তবে, এও বুঝতে হবে যে 97% গর্ভপাতগুলি এমটিপি আইনের অধীনে অনুমোদিত প্রকৃত কারণে। লিঙ্গ নির্বাচনকে সমাজ হিসাবে সম্বোধন করা উচিত তবে প্রকৃত কারণে গর্ভপাতের মূল্যে নয়।
- বছরে দেশে আনুমানিক 15,60,000 দ্বিতীয় ত্রৈমাসিক গর্ভপাত ঘটে। যুক্তিযুক্ত কারণে যদি আমরা ধরে নিই যে 460,000 নিখোঁজ সমস্ত মেয়েই দ্বিতীয় ত্রৈমাসিকের লিঙ্গ পক্ষপাতমূলক গর্ভপাতের কারণে হয়েছিল, 10,80,000 বা সমস্ত দ্বিতীয় ত্রৈমাসিকের গর্ভপাতের 70% এমটিপি আইনের অধীনে প্রকৃত কারণে অনুমোদিত।
- পিসিপিএনডিটি আইন ডায়াগনস্টিকগুলি নিয়ন্ত্রণ করে এবং যৌন নির্ধারণের জন্য ডায়াগনস্টিকের ব্যবহার নিষিদ্ধ করে। এমটিপি আইন এমটিপি পরিষেবাদের বিধানকে নিয়ন্ত্রণ করে। এগুলি দুটি স্বতন্ত্র কাজ যা স্বতন্ত্র ইস্যুগুলিকে সম্বোধন করে।

4. অনিরাপদ গর্ভপাতের প্রভাব

- অনিরাপদ গর্ভপাত মাতৃমৃত্যুর 8% অবদান রাখে এবং মাতৃমৃত্যুতে তৃতীয় বৃহত্তম অবদানকারী। (এমএমআর 122/100000 জীবন্ত বাচ্চা প্রসব)
- অনিরাপদ গর্ভপাতের কারণে প্রতি বছর 2400 জন মহিলা মারা যান।
- WHO(ডব্লুউএইচও) গর্ভপাতগুলি নিরাপদ, কম নিরাপদ এবং স্বল্পতম নিরাপদ হিসাবে শ্রেণিবদ্ধ করে: গর্ভপাতগুলি তখনই নিরাপদ যখন তা WHO(ডব্লুউএইচও) দ্বারা প্রস্তাবিত, গর্ভধারণের সময়কালের জন্য উপযুক্ত এবং গর্ভপাত সরবরাহি বা সহায়তাকারী ব্যক্তি যদি প্রশিক্ষিত হয় তবেই। এই ধরনের গর্ভপাতগুলি ট্যাবলেটের সাহায্যে (চিকিত্সা গর্ভপাত) বা একটি সহজ বহিরাগত রোগী পদ্ধতি ব্যবহার করে করা যেতে পারে। তখনই গর্ভপাত কম নিরাপদ, যখন সরবরাহকারী প্রশিক্ষিত হয় এমনকি তীক্ষ্ণ কুর্ভেজের মতো পুরানো পদ্ধতিগুলি ব্যবহার করার পরে বা ট্যাবলেট ব্যবহার করা মহিলাদের যদি সঠিক তথ্যে অ্যাক্সেস না থাকে বা প্রশিক্ষিত ব্যক্তির যদি তাদের সাহায্যের প্রয়োজন হয়। গর্ভপাত বিপজ্জনক বা কমপক্ষে নিরাপদ যখন তারা কস্টিক পদার্থের অন্তর্ভুক্ত থাকে বা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ব্যক্তির বিপজ্জনক পদ্ধতি যেমন বিদেশী সংস্থাগুলির সন্নিবেশ, বা ঐতিহ্যগত সমাহার ব্যবহার করে।

5. সরবরাহকারী বেস সম্প্রসারণের যুক্তি

- ডাবলুএইচওর নির্দেশিকা প্রশিক্ষিত এবং যোগ্যতাসম্পন্ন অর্চিকিত্সক (নার্স, মিড-স্ট্রী, সহায়-নার্স-মিডওয়াইফস, মেডিসিনের প্রশংসাপত্রমূলক ব্যবস্থার অনুশীলনকারী) প্রথম ত্রৈমাসিক গর্ভপাত সরবরাহের অনুমতি দেয়।
- সুইডেন, ফ্রান্স, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র, অস্ট্রেলিয়া, ভিয়েতনাম, দক্ষিণ আফ্রিকা, নেপাল এবং বাংলাদেশের মতো কয়েকটি দেশ (ঋতুস্রাব নিয়ন্ত্রণের জন্য) অর্চিকিত্সক স্বাস্থ্যকর্মীদের সার্জিক্যাল এবং চিকিত্সা উভয় ক্ষেত্রেই প্রথম ত্রৈমাসিক গর্ভপাত প্রদানের অনুমতি দেয়।
- ভারতে গবেষণার প্রমাণ থেকে প্রমাণিত হয় যে সার্টিফাইড গর্ভপাত প্রদানকারীদের তুলনায় নার্স এবং আয়ুশ ডাক্তার দ্বারা সরবরাহ করা মহিলাদের জন্য গর্ভপাত পরিষেবা প্রদানের ফলাফলের মধ্যে কোনও পার্থক্য নেই।
- ইতিমধ্যে সরকারী সেক্টরের নার্স এবং আয়ুশ ডাক্তারদের ঝুঁকিপূর্ণ / আক্রমণাত্মক প্রক্রিয়া আইইউসিডি সন্নিবেশ; চতুর্থ লাইন শুরু; স্বাভাবিক বিতরণ করার অনুমতি দেওয়া হয়েছে - নার্স / এএনএমগুলিকে মিসোপ্রস্টল সহ অনেকগুলি অ্যালোপ্যাথিক ওষুধ ব্যবহার করার অনুমতি দেওয়া হয়।

6. 24 সপ্তাহ পর্যন্ত সমস্তকিছুর জন্য গর্ভধারণের সীমা বাড়ানোর জন্য যুক্তি

- জুন 2016 থেকে এপ্রিল 2019 পর্যন্ত বিশ্লেষণ করা 53% আইনী কেস 20-24 সপ্তাহের গর্ভকালীন মহিলাদের সাথে সম্পর্কিত ছিল, এবং প্রবণতাটি চলতে পারে বলে মনে হচ্ছে, 74% কেস মে 2020-আগস্ট 2020 সালের মধ্যে বিশ্লেষণ করা হয়েছে, 20 সপ্তাহের বাইরে গর্ভধারণ করা মহিলাদের সাথে সম্পর্কিত (অপ্রকাশিত প্রতিবেদন)। সুতরাং গর্ভকালীন সীমা 24 সপ্তাহে বৃদ্ধি করা আইনী ব্যবস্থার বোঝা হ্রাস করবে।
- প্রযুক্তির অগ্রগতির কারণে ভ্রূণের অসংগতিগুলি 18-22 সপ্তাহের মধ্যে সনাক্ত করা হয় 24 ঘন্টা পর্যন্ত এটির বৃদ্ধি মহিলাদের পক্ষে সহজ করে তুলবে যারা ভ্রূণীয় অসঙ্গতি আবিষ্কার করে এবং সমাপ্তির সিদ্ধান্ত নেওয়ার পরে 20 সপ্তাহের দ্বার লঙ্ঘন করে।
- ২০ টি দেশ ২৪ সপ্তাহ বা তারও বেশি সময়ে অবসানের জন্য অনুমতি দেয়।

7. 12 সপ্তাহ পর্যন্ত অনুরোধের জন্য গর্ভপাতের অনুমতি দেওয়ার জন্য যুক্তি যুক্ত

- নারীদের শারীরিকভাবে স্বীকৃতির অধিকার
- ভারতে গর্ভপাত সন্ধানকারীদের 80% এর অধিকার হিসাবে গর্ভপাত সরবরাহ করবে
- বিশ্বের 66 টি দেশে প্রথম ত্রৈমাসিক বা তারও বেশি ক্ষেত্রে অধিকার হিসাবে গর্ভপাতের অনুমতি দেয়

8. যৌন নিগ্রহের হাত থেকে বেঁচে যাওয়া ব্যক্তিদের জন্য উচ্চ গর্ভকালীন সীমাবদ্ধতার জন্য যুক্তি যুক্ত

- সমাপ্তির জন্য “কোনও উচ্চ গর্ভকালীন সীমাবদ্ধতা” যৌন নির্যাতনের হাত থেকে বেঁচে যাওয়া ব্যক্তিকে প্রসারিত করা উচিত। যৌন নিগ্রহের ফলে মেয়াদে গর্ভাবস্থা বহন করা মানসিক কারণ হতে পারে শারীরিক যন্ত্রণার পাশাপাশি গর্ভবতী ব্যক্তিদের জীবন ও স্বাধীনতার অধিকার লঙ্ঘন করে।
- প্রায়শই যৌন নির্যাতনের হাত থেকে বেঁচে যাওয়া ব্যক্তির তাদের গর্ভাবস্থা দেরি করে জানতে পারেন এবং ট্রমা এবং কলঙ্কের কারণে তারা সাহায্য চাইতে অনেক বেশি সময় নেয়।
- যে সকল মহিলা বিচারিক হস্তক্ষেপ চেয়েছিলেন তাদের 30-35% যৌন নির্যাতনের শিকার হয়েছিল এবং 16-20%, 24-28 সপ্তাহে এবং 20-24 সপ্তাহের গর্ভধারণ
- যৌন নির্যাতনের সাথে জড়িত 158 টি মামলার মধ্যে, উচ্চ আদালতগুলিতে 128 অনুমতি দেওয়া হয়েছিল এবং কিছু ক্ষেত্রে সেকশান ৫ এর অধীনে ধর্ষণ হওয়ার ফলে গর্ভধারণ দেখেছেন, উল্লেখ্য যে ধর্ষণ (বিশেষত নাবালিকাদের ক্ষেত্রে) বেঁচে থাকা ব্যক্তির মানসিক স্বাস্থ্যের জন্য মারাত্মক ট্রাস তৈরি করেছে।

9. মেডিকেল বোর্ড অপসারণের যুক্তি

- মেডিকেল বোর্ড গঠন করা উচিত নয় এবং পরিবর্তে সিদ্ধান্তটি গর্ভবতী ব্যক্তি এবং সরবরাহকারীদের মধ্যে হওয়া উচিত। সমাপ্তির সিদ্ধান্তটি কেবলমাত্র গর্ভবতী ব্যক্তি এবং সরবরাহকারীদের মধ্যেই হওয়া উচিত।
- বিশেষত প্রত্যন্ত অঞ্চলে জেলা এবং ব্লক স্তরে বিশেষজ্ঞ এবং প্রশিক্ষিত স্বাস্থ্যসেবা বিশেষজ্ঞের অভাব, সকল স্তরে মেডিকেল বোর্ড গঠন করা সম্ভব হবে না। একটি রাজ্যে একটি মেডিকেল বোর্ড থাকার ফলে বিলম্ব হবে এবং ব্যয় বাড়বে।
- মেডিকেল বোর্ডগুলি ইতিমধ্যে প্রসারিত স্বাস্থ্য অবকাঠামোতে বোঝা বাড়িয়ে তুলবে।

10. পরিভাষা / ভাষার পরিবর্তনের জন্য যুক্তি

- সম্ভাব্য অক্ষমতা বা চিকিত্সা শর্তের সাথে ভ্রূণদের অনাকাঙ্ক্ষিত এই ধারণাটি আরও দৃঢ় করে যেহেতু অস্বাভাবিকতা শব্দটিকে “অসঙ্গতি” দিয়ে প্রতিস্থাপন করুন। ‘মহিলা’ পরিবর্তে ‘গর্ভবতী ব্যক্তি’ শব্দটির ব্যবহার লিঙ্গ অন্তর্ভুক্ত হবে।
- ট্রান্সজেন্ডার, ইন্টারসেক্স এবং লিঙ্গ-বিবিধ ব্যক্তিদের জন্য গর্ভপাত পরিষেবাগুলিতে অ্যাক্সেস প্রয়োজনীয়, কেবলমাত্র ঐতিহ্যবাহীভাবে “মহিলা” হিসাবে অভিহিত করা হয়নি। এই অন্তর্ভুক্তির জন্য সুপারিশ করা হয় 2014 জাতীয় আইনী পরিষেবা কর্তৃপক্ষ বনাম ইউনিয়ন রায় এবং হিজড়া ব্যক্তি (অধিকার সংরক্ষণ আইন) 2019 এর সাথে মিল রেখে।

রেফারেন্সসমূহ

- i, ii & iii. Singh S et al., Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs, New York: Guttmacher Institute, 2018. <https://doi.org/10.1363/2018.30009>
- iv. Chandra J., Over-regulation of drugs impeding access to safe abortion, finds survey, New Delhi: The Hindu, 2020. <https://www.thehindu.com/news/national/over-regulation-of-drugs-impeding-access-to-safe-abortion-finds-survey/article32332461.ece>
- v. Ministry for Health and Family Welfare, The Medical Termination of Pregnancy Act, 1971. <https://main.mohfw.gov.in/acts-rules-and-standards-health-sector/acts/mtp-act-1971>
- vi. Giddu B., National Estimate of Abortion in India Released, India, 2017. <https://www.guttmacher.org/news-release/2017/national-estimate-abortion-india-released>
- vii. Family Welfare Programme in India: Year Book 2001. New Delhi: Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- viii. Chandrashekar, VS; Choudhuri, D and Vajpeyi, A. FRHS India, 2020, Availability of Medical Abortion Drugs in the Markets of Six Indian States, 2020. <http://www.frhsi.org.in/pdf/FRHS%20India%20Study%20Availability%20of%20MA%20drugs%20across%206%20Indian%20States.pdf>
Chandrashekar, VS; Vajpeyi, A. and Sharma, K, Availability of Medical Abortion Drugs in the Markets Of Four Indian States, 2018. 2019, <https://pratiyacampan.org/research/national-factsheet-availability-of-medical-abortion-drugs-in-the-markets-of-four-indian-states2018-3/>
- ix. Kearin M., Accuracy of sonographic fetal gender determination: predictions made by sonographers during routine obstetric ultrasound scans. 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5024945/>
Pratiyga Campaign, Improving Access To Safe Medical Abortions: Why Expanding The Provider Base Is Essential. New Delhi, 2019. <https://pratiyacampan.org/wp-content/uploads/2019/09/improving-access-to-safe-medical-abortions-english.pdf>
- x. Baker D. Against My Will: Defying The Practices That Harm Women and Girls and Undermine Equality. 2020 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2020_EN_State_of_World_Population.pdf
- xi. Stop Sex Selection; Save The Girl Child. The Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques (Prohibition Of Sex Selection) ACT, 1994. <https://pndt.gov.in/>
- xii. Snigdha A. 13 women die in India every day due to unsafe abortions. New Delhi: India Today, 2018. <https://www.indiatoday.in/india/story/13-women-die-in-india-every-day-due-to-unsafe-abortions-1296850-2018-07-26>
- xiii. Abortion. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1
- xiv. Preventing unsafe abortion. World Health Organization. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- xv. World Health Organisation (WHO), Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, 2015. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, 2015
- xvi. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177628/WHO_RHR_15.11c_eng.pdf;jsessionid=BEE74DA056D3E1A7877C6606DE8043E8?sequence=1
- xvii. Acharya R. et al., Physicians' and non-physicians' views about provision of medical abortion by nurses and AYUSH physicians in Maharashtra and Bihar, India. New Delhi: Taylor & Francis Group, 2015. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2814%2943787-X>
- xviii. Expanding Provider Base For Safe Abortion In India: Policy Gaps- IPAS Development Foundation
- xix. Pratiyga Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion (Executive Summary). New Delhi, 2020. <https://pratiyacampan.org/research/assessing-the-judiciarys-role-in-access-to-safe-abortion-executive-summary/>
- xx. & xxi. Center For Reproductive Rights: The World's Abortion Laws. 2019 <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>
- xxii. Pratiyga Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion. New Delhi, 2020. <https://pratiyacampan.org/research/assessing-the-judiciarys-role-in-access-to-safe-abortion-4/>
- xxiii. Rastogi A., (2020). Assessing the Judiciary's Role in Access to Safe Abortion-II: Pratiyga Campaign Report. New Delhi, Delhi.
- xxiv. Pratiyga Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion. New Delhi, 2020. <https://pratiyacampan.org/research/assessing-the-judiciarys-role-in-access-to-safe-abortion-4/>
- xxv. Rastogi A., (2020). Assessing the Judiciary's Role in Access to Safe Abortion-II. Pratiyga Campaign Report. New Delhi, Delhi..
- xxvi. <http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/TG%20bill%20gazette.pdf>
- xxvii. <http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/TG%20bill%20gazette.pdf>



B-37 Gulmohar Park, New Dehli- 110049



PratiygaRights



RightsPratiyga



pratiyacampan.org