एसिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजी (रेग्यूलेशन) बिल एण्ड रूल्स - 2008 पर सरोकार व सुझाव

डॉ. अम्बुमणि रामादोस
केन्द्रीय मंत्री, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण
मंत्रालय निर्माण भवन
नई दिल्ली 110 008

दिनांक : दिसम्बर 4, 2008

विषय :- एसिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजी (रेग्यूलेशन) बिल एण्ड रूल्स (ड्राफ्ट) पर सुझाव व टिप्पणी तथा सुझावों को सम्मिलित करने हेतु निवेदन

महोदय,

एसिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजी[1] (एआरटी) (नियंत्रण) विद्येयक एवं नियम-2008 (ड्राफ्ट) एक ऐसा दस्तावेज है जिसका लगभग एक दशक से इन्तजार हो रहा है। भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद (आईसीएमआर) व स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा उठाया गया यह एक सराहनीय कदम है। महिलाओं के प्रजनन ऊतक (टिशु) के बढ़ते व्यापारीकरण व वस्तुकरण व इन तकनीकियों के अनियंत्रित इस्तेमाल को मद्देनज़र रखते हुए महिला व स्वास्थ्य कार्यकर्ता इस एआरटी नियंत्रण विद्येयक की उत्सुकता से प्रतीक्षा कर रहे थे।

हम आईसीएमआर और स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा इस दस्तावेज को तैयार करने की सच्ची अगुवाई की प्रशंसा करते हैं। इन तकनीकियों का उपयोग करने वाले लोगों के शोषण को कम करने के लिए इस दस्तावेज में दिए गये विभिन्न सहमति फार्म एक महत्वपूर्ण कदम है। साथ ही, एआरटी क्लीनिकों द्वारा विज्ञापन दिए जाने पर प्रतिबंध, सरोगेसी (प्रतिनिधि कोख)

अनुबंध के उलंघन को दण्डनीय बनाना, भ्रूण के अनाधिकृत शोध व क्लोनिंग पर प्रतिबंध तथा अन्य कठोर शर्तें एक अच्छे कानून के सूचक हैं।

हालांकि इस ड्राफ्ट विद्येयक में एआरटी संबंधी काफी मुद्दे सम्मिलित किए गये हैं, पर दुर्भाग्य से 2005 में जारी की गई एआरटी क्लीनिकों के प्रत्यायन, नियंत्रण व निरीक्षण के लिए राष्ट्रीय दिशानिर्देशों की तमाम कमजोरियां इसमें भी मौजूद हैं।

जब विद्येयक के शीर्षक में 'नियंत्रण' शब्द मौजूद है तो यह अपेक्षा की जाती है कि यह इन तकनीकों को प्रदान करने वालों का नियंत्रण करके उपयोगकर्ताओं (इस संदर्भ में महिलाओं) के हकों व हितों की सुरक्षा करेगा तथा इसमें इन तकनीकियों के गलत इस्तेमाल व अनाचार पर रोक लगाकर, प्रदानकर्ताओं की महिलाओं/दम्पतियों व देश के कानून के प्रति जवाब देही स्थापित करेगा। पर अपने विभिन्न खण्डों में यह विद्येयक इन तकनीकों के निजी प्रदानकर्ताओं के हितों को बढ़ावा दे रहा है और इस लिहाज से यह महिलाओं व बच्चों के स्वास्थ्य की रक्षा करने में अनुपयुक्त साबित होता है।

इन तकनीकियों को प्रदानकर्ताओं व उपयोगकर्ताओं के साथ हुई हमारी बातचीत व अपने अनुभवों के आधार पर हमने इस ड्राफ्ट विद्येयक में कुछ विशेष चिंताजनक खण्डों पर गौर किया है और एक महिला व स्वास्थ्य समूह[2] की हैसियत से हम आपको इस ड्राफ्ट विद्येयक पर अपने सरोकार व सुझाव लिखकर भेज रहे हैं।

ड्राफ्ट विद्येयक की इस आलोचना में प्रत्येक धारा या भाग के विश्लेषण के बजाय विद्येयक के विशेष खण्डों पर सामान्य टिप्पणी की गई है। सभी सूत्रों का विभिन्न उपशीर्षकों के साथ मुख्य संबंधित मुद्दों के तहत वर्णन किया गया है।

प्रस्तावना की आवश्यकता

इस विद्येयक में एक स्पष्ट प्रस्तावना, जो इस विद्येयक के मूल नजरिये को

प्रस्तुत करे तथा जिसमें सरकार की अपनी सोच जो जनसंख्या व स्वास्थ्य की पूर्व नीतियों के संदर्भ में रची गई हो, का अभाव विशेष रूप से महसूस होता है। इस एआरटी विद्येयक को देश की वर्तमान स्वास्थ्य नीति, जनसंख्या नीति तथा अन्य महत्वपूर्ण नीतियों के ढांचे के अंतर्गत प्रस्तुत किया जाना जरूरी है। यह इन तकनीकों के जरिये तथा इसके नियंत्रण के पीछे काम कर रही सोच की समझ के लिए महत्वपूर्ण है।

दस्तावेज में निहित अन्तर्विरोध

इस दस्तावेज की भाषा अस्पष्ट है जो इस विद्येयक के कार्यान्वयन को चुनौतीपूर्ण बनाता है। इसके अलावा ड्राफ्ट विद्येयक के अलग-अलग हिस्सों के बीच अन्तर्विरोध है तथा कुछ अहम प्रश्नों के उत्तर इसमें मौजूद नहीं है। नीचे इन विरोधाभासों के उदाहरण प्रस्तुत किये गये हैं। इससे जुड़े अन्य बिन्दु उनसे संबंधी खण्डों में दर्ज किये गये हैं।

प्रथम, सरोगेट के भुगतान संबंधी मुद्दे, खण्ड 26(6) ड्राफ्ट विद्येयक के अनुसार *"वीर्य बैंक युग्मक (गैमीट, यानी डिम्ब या शुक्राणु) दाताओं व सरोगेट के लिए विज्ञापन दे सकता है, जिन्हें बैंक द्वारा मुआवजा व भुगतान किया जाएगा।"* पर खण्ड 34(2) के अनुसार *"...सरोगेट उस दम्पति या किसी अन्य व्यक्ति से भी आर्थिक रकम या मुआवजा (अपनी सेवाओं के एवज में) ले सकती है।'* इसके अलावा वीर्य बैंक व सरोगेट के अनुबंध फार्म {आर 2(4)} के अनुसार, *"...सरोगेसी के भुगतान के लिए मां-बाप उतरदायी हैं, वीर्य बैंक सरोगेट द्वारा की गई मुआवजे की मांग के लिए जिम्मेदार नहीं होगा। सरोगेसी की अवधि के दौरान किसी भी भुगतान या अन्य खर्चों के लिए बैंक जिम्मेदार नहीं होगा।'*
अतः यह स्पष्ट नहीं है कि सरोगेट को मुआवजा देने की जिम्मेदारी किसकी है - वीर्य बैंक की या दम्पति की?

दूसरा, इस ड्राफ्ट विद्येयक में डिम्बाणु प्राप्ति तथा जांच प्रक्रिया का स्थान स्पष्ट नहीं है। खण्ड 26(1) के अनुसार *"युग्मकों का एकत्रण, जांचना, भण्डारण व देखभाल वीर्य बैंक द्वारा किया जाएगा..''*

पर खण्ड 20 (1) के अनुसार, *"एआरटी क्लीनिक यह सुनिश्चित करेंगे कि मरीज, युग्मक दाता व सेरोगेट माता... सभी की रोग जांच (यौन संबंधी संक्रमण रोग तथा अन्य संक्रामक रोगों के लिए) जिनसे माता-पिता, सरोगेट या बच्चे किसी के भी स्वास्थ्य को खतरा हो सकता है, की जानी चाहिए।"*

इससे यह स्पष्ट नहीं है कि दाताओं की परख व जांच कहां की जाएगी। इसके अलावा अगर वीर्य बैंक युग्मक प्राप्ति के लिए सक्षम नहीं होता तो ऐसे हालात में बैंक खुद को इस प्रक्रिया के लिए कैसे तैयार करें, इस विषय पर भी ड्राफ्ट विद्येयक में कोई जानकारी नहीं है।

खण्ड 20 (10) के अनुसार, *"सरोगेसी उन मरीजों के लिए उपयोग में नहीं लाई जा सकती जो सामान्य रूप से नौ महीने तक गर्भ को रखने में सक्षम है"* दूसरी ओर, सरोगेसी (फार्म जे) के अनुबंध के अनुसार सरोगेट को यह घोषणा करनी पड़ती है कि वह एक ऐसे दम्पति के लिए माता की भूमिका अदा कर रही है *"जो किसी अन्य साधन से बच्चा पैदा करना नहीं चाहते या असक्षम है"*।

जहां एक ओर विद्येयक सिर्फ उन दम्पतियों को सरोगेट के उपयोग की इजाजत देता है जो गर्भ को पूरी अवधि तक पालने में असमर्थ है वहीं दूसरी ओर वे दम्पति जो गर्भावस्था से गुजरना नहीं चाहते, उनके लिए भी इसे विकल्प के रूप में पेश करता है।

इस विद्येयक में डिम्ब दाता की न्यूनतम उम्र को लेकर भी अस्पष्टता है। खण्ड 26 (3) में न्यूनतम आयु 21 वर्ष लिखी गई है पर नियम 4.7.1 के अनुसार दाता 18-35 वर्ष की स्वस्थ महिला हो सकती है। इस ड्राफ्ट विद्येयक में आयु सीमा के बारें में विशेष रूप से उल्लेख करना चाहिए।

अन्तर्विरोध का एक अन्य बिन्दु है वीर्य बैंक के पंजीकरण या पंजीकरण के नवीनीकरण की अर्जी के फार्म ए-(1) से जुड़ी अस्पष्टता। पंजीकरण के घोषणापत्र में एक तरफ पंजीकरण के लिए अर्जी दाखिल करने वाले व्यक्ति को यह घोषणा करनी पड़ती है कि वीर्य बैंक एआरटी क्लीनिक से स्वतंत्र होकर

काम करेगा। पर साथ-साथ यह भी जरूरी है कि एआरटी क्लीनिक के सभी कर्मचारियों को कानून व नियम समझाए जाएं जिसके तहत पंजीकरण किया जाएगा। ड्राफ्ट विद्येयक में वीर्य बैंक की एआरटी क्लीनिक से स्वायतता पर यहां सवाल उठाया जा सकता है।

इन महत्वपूर्ण बिन्दुओं पर ड्राफ्ट विद्येयक में अस्पष्टता सही नही है तथा इसका तुरंत सुधार किया जाना चाहिए। यहां पर यह भी गौर किया जाना चाहिए कि इन अंतर्विरोधों को कानून कैसे देखता है तथा इनका कार्यान्वयन किस तरह किया जाएगा। खण्डों के बीच विरोधाभास की स्थिति में किस बिन्दु को अधिक अहमियत दी जाएगी?

एआरटी कार्याविधि व शोध

इस ड्राफ्ट विद्येयक का नज़रिया संकुचित प्रतीत होता है, क्योंकि इसमें केवल कुछ ही विशेष कार्यविधियों को नियंत्रित करने का प्रयास नज़र आता है। उदाहरणतः ड्राफ्ट विद्येयक में निम्न कार्यविधियों का उल्लेख किया गया है -

- आरटीफिशल इनसेमिनेशन (कृत्रिम गर्भाधान) (एआईएच/एआईडी)
- इंट्रायूट्राईन इनसेमिनेशन (अंतः गर्भाशय गर्भाधान) (आईयूआई-एच/ आईयूआई -डी)
- इन विट्रो फर्टिलाइजेशन एण्ड एम्ब्रियों ट्रान्सफर (आईवीएफ-इटी) यानी परखनली शिशु तकनीक निषेचन व भ्रूण स्थानांतरण, ट्यूबलएम्ब्रियों ट्रान्सफर (टीईटी) व संबंधित तकनीकियां
- गैमीट इंट्रा फिलोपियन टूयूब ट्रान्सफर (गिफ्ट) यानी युग्मक अंतः डिम्बवाही नली स्थानांतरण
- इंट्रा साईटोप्लाज्मिक स्पर्म इंजेक्शन (आईसीएसआई या इक्सी), एमईएसए (मीसा) /पीईएसए (पीसा) /टीईएसए (टीसा) /टीईएसई (टीस) यानी अंतः कोशिकाद्रव्य शुक्राणु इंजेक्शन एवं आईसीएसआई इक्सी के साथ मीसा/पीसा /टीसा /टीसे

- डिम्ब दान या भ्रूण दान व वीर्य, भ्रूण, डिम्ब व अण्डाशय टिशु का कई दिनों तक बैंक में सुरक्षित रखना (फ्रीज़िंग या क्रायोप्रेसेरवेशन)

उपर्युक्त तकनीकों के अतिरिक्त भी क्लीनिक कईं तकनीकें प्रदान करती हैं जैसे- एसिस्टेड हैचिंग (सहायक अंडज उत्पत्ति), ब्लास्टोसिस्ट कल्चर व स्थानांतरण, लेज़र हैचिंग (भ्रूण स्थानातंरण से पहले भ्रूण की वाह्य सतह में छेद करना) अंडाशय छेदन, परखनली में परिपक्वता आदि। पीजीडी द्वारा पीसीआर/फिश तकनीक भी कुछ आईवीएफ क्लीनिकों में उपलब्ध है। ड्राफ्ट विधेयक में कहीं भी इन कार्यविधियों का जिक्र नहीं किया गया है।

इसके अतिरिक्त भ्रूण शोध पर एक पूरा भाग सम्मिलित करने के बावजूद यह आश्चर्यजनक है कि ड्राफ्ट विधेयक में मानव भ्रूणीय वंशीय कोषाणु (एम्ब्रियोनिक स्टेम सेल्स) पर शोध तथा उससे संबंधित पाबंदियों का उल्लेख नहीं किया गया है। इस तथ्य को मद्देनजर रखते हुए कि भ्रूणीय वंशीय कोशाणुओं का स्त्रोत अधिकतर आईवीएफ के दौरान विकसित अतिरिक्त भ्रूण होते हैं, इस दस्तावेज में इस पहलू को नियंत्रित करने के प्रयास किये जाने चाहिए। ऐसा न करके यह विधेयक अपना दायरा एआरटी कार्य विधियों तक ही सीमित कर रहा है जबकि इसमें अन्य पहलू भी स्पष्ट रूप से सम्मिलित है।

ताज्जुब है कि बायोटेक्नॉलॉजी विभाग के भ्रूणीय वंशीय कोषाणु शोध पर दिशानिर्देशों में भी शोध के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले अतिरिक्त आईवीएफ भ्रूण व डिम्बों के नियंत्रण को लेकर स्पष्टता नहीं है। इस पहलू का ड्राफ्ट विधेयक में शामिल किया जाना अति आवश्यक है जिससे कम से कम किसी स्तर पर तो इस प्रक्रिया को कानूनी रूप से नियंत्रित किया जा सकें। विधेयक में भ्रूणीय वंशीय कोषाणु शोध को नियंत्रित करने के संयुक्त प्रयास किये जाने चाहिए। इस क्षेत्र में हो रही प्रगति की तीव्रता को ध्यान में रखते हुए इस कानून में नई तकनीकियां, शोध अध्ययनों तथा इनके संभावित उपयोग से उभरने वाली बहस-चर्चाओं को शामिल करने की गुंजाइश रखी जानी चाहिए।

भ्रूण की परिभाषा

इस विद्येयक में भ्रूण की परिभाषा इस तरह की गई है *“एक उर्वर डिम्ब जिसमें कोषाणु विभाजन शुरू हो चुका है तथा जिसका ब्लास्टोसिस्ट चरण तक नियमित विकास पांच दिन तक हो चुका है”* {खण्ड 2 (एच)}, जबकि एआरटी क्लीनिकों के लिए 2005 में पारित आईसीएमआर दिशानिर्देशों के अनुसार एक मानव अवयव को निषेचन के बाद विकास के छप्पनवें दिन तक भ्रूण समझा जाता है। पीसी व पीएनडीटी कानून के अनुसार भी भ्रूणीय चरण छप्पन दिनों तक रहता हैं। यह बिल्कुल संभव नहीं है कि एक देश में एक ही शब्द की दो कानूनों द्वारा अलग-अलग परिभाषाएं निर्धारित की जाएं। मंत्रालय/ आईसीएमआर को इस असामान्य परिभाषा के कारण स्पष्ट समझाने होंगे। इन तकनीकी मुद्दों पर एकमत होना इस विद्येयक के अन्य पहलूओं पर चर्चा करने के लिए बेहद महत्वपूर्ण है।

ए आर टी क्लीनिकों का पंजीकरण व निगरानी (मॉनीटरिंग)

अपने मौजूदा रूप में ड्राफ्ट विद्येयक सिर्फ आईवीएफ केन्द्रों व वीर्य बैकों तक सीमित है और इसके दायरे में उन स्त्रीरोग विशेषज्ञों को शामिल नहीं किया गया है जो आईयूआई कार्यविधि व अनुर्वतरता ‘निदान’ सेवाएं प्रदान करते हैं। लिहाज़ा इस ड्राफ्ट विद्येयक में आईवीएफ/एआरटी तकनीकियों, डिम्बदान व सरोगेसी को बढ़ावा देने वाली बाकी अन्य सलाहकार, संगठन दलाल, निजि संस्थाए, पर्यटन एजेन्सी भी शामिल नहीं की गई हैं। उदाहरणत् एक एजेंसी अपनी वेबसाईट पर लिखती हैं कि :

“भारत का प्रथम व एक मात्र व्यवसायिक केन्द्र जहां सरोगेसी व डिम्बदान कार्यक्रम संबंधी व्यापक सेवाएं उपलब्ध हैं... हम सदैव आपके साथ है, एक परछाई की तरह, आपके सहयोग के लिए आपके नये सफर में आपको राह दिखाते हुए । चाहे वो माता-पिता बनने का सफर हो, या सरोगेट मां बनने का या सिर्फ अपने डिम्ब या वीर्य के जरिए जीवनदान देने का, हम आपकी सेवा में तत्पर है।”

इस ड्राफ्ट विधेयक में एआरटी उद्योग में बढ़ते भागीदारों की संख्या को ध्यान में रखते हुए उनकी भूमिका व दर्जे का उल्लेख किया जाना चाहिए।

इसके अलावा ड्राफ्ट विधेयक में इन तकनीकियों को प्रदान करने वाले सरकारी अस्पतालों के नियंत्रण व मॉनिटरिंग पर विशेष तवज्जों नहीं दी गई है। सरकारी अस्पताल तेज़ी से एआरटी के क्षेत्र में कदम रख रहे हैं[3]। आईवीएफ शिशुओं के जन्म को लेकर लोक नायक जयप्रकाश अस्पताल (नई दिल्ली)[4], अखिल भारतीय आर्युविज्ञान संस्थान (नई दिल्ली)[5] व पोस्ट ग्रेजुएट इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल रिसर्च (चंडीगढ़)[6] आजकल खबरों में हैं। इस विधेयक में सार्वजनिक अस्पतालों का केवल एक बार, अनुर्वरता क्लीनिक के पंजीकरण या पंजीकरण के नवीनीकरण के लिए अर्जी के फार्म में, एक वर्ग की तरह जिक्र किया गया है। [(फार्म ए (7) जिसमें संस्थान की श्रेणी लिखना अनिवार्य है जैसे सरकारी अस्पताल/नगरपालिका अस्पताल/सार्वजनिक अस्पताल/निजि अस्पताल/निजी नर्सिंग होम/निजी क्लीनिक/निजी प्रयोगशाला/अन्य]

विज्ञापन

यह ड्राफ्ट विधेयक में दम्पतियों को सरोगेट के लिए विज्ञापन देने की इजाज़त देता हैं *"जिसमें दोनों पार्टियों की जाति, जातीय पहचान या वंश संबंधी जानकारी पहचान या वंश संबंधी जानकारी प्रदान करना आवश्यक नहीं है"* तथा यह एआरटी क्लीनिकों को अपने ग्राहकों के लिए सरोगेट तलाशने पर रोक लगाता है (खण्ड 34 (7)।

परन्तु ड्राफ्ट विधेयक के दायरे में विज्ञापन एजेंसियों, पर्यटन विभाग, सरोगेसी दलाल, महिला पत्रिकाएं, चिकित्सकीय पर्यटन संस्थाओं द्वारा अण्डदाताओं अथवा सरोगेट के लिए विज्ञापन शामिल नहीं किए गये हैं। सरिता व विमेंस ऐरा जैसी पत्रिकाओं में सरोगेट की इच्छुक दम्पतियों व सरोगेट बनने के लिए राज़ी महिलाओं के विज्ञापन होते हैं जिनमें दाताओं की उम्र, धर्म, जाति व त्वचा का रंग तक का विवरण दिया जाता है। उदाहरण के तौर पर :

"डिम्बदान के लिए आवश्यकता है गोरी, खूबसूरत, शिक्षित, स्वस्थ, बीस से तीस वर्षीय, चेन्नई वासी, अच्छे ब्राह्मण परिवार कि महिला की"।

इसी तरह सरोगेट बनने की इच्छुक महिलाओं द्वारा भी विज्ञापन दिए जाते हैं

"सुन्दर, गोरी, सम्मानित परिवार की सत्ताईस वर्षीय महिला सरोगेट मां बनने की इच्छुक है।"

तथापि, ड्राफ्ट विद्येयक सिर्फ क्लीनिकों पर विज्ञापन जारी करने का प्रतिबंध लागू करता है। इस क्षेत्र में आने वाले नए संस्थानों पर इस तरह के इश्तहार देने पर कोई रोक टोक इसमें दर्ज नहीं की गई है।
ड्राफ्ट विद्येयक में एक महत्वपूर्ण खामी है कि इसमें विज्ञापनों के विषय-वस्तु को लेकर कोई नियंत्रक नहीं है। आजकल काफी आईवीएफ क्लीनिक सरोगेट व अण्डदाताओं के लिए विज्ञापन देते समय उम्र, धर्म, जाति, व त्वचा के रंग का भी विस्तृत ब्यौरा दे देते हैं। एआरटी क्लीनिकों के विज्ञापनों पर भी सख्त निगरानी रखी जानी चाहिए, क्योंकि अक्सर इनमें झूठे दिलासें, अवास्तविक उच्च सफलता दरें, कम और छिपे खर्चों के अलावा अनैतिक विषयवस्तु भी छापी जाती है, जिनका लक्ष्य होता है व्यक्तियों/दम्पतियों को इन कार्यविधियों/प्रक्रियाओं को इन क्लीनिकों में आ कर उपयोग करने का लालच देना। इसलिए जरूरी है कि विद्येयक में यह स्पष्ट किया जाए कि विज्ञापन में किस तरह की जानकारी दी जा सकती है और कौन सी जानकारी वर्जित है।

दाता मिलान के माध्यम से सुजननिक प्रोत्साहन

खण्ड 20 (4) के अनुसार "प्रजनन सहायक तकनीकियों व इससे संबंधी कार्यविधियों, का उपयोग करने वाली दोनों पक्षों को युग्मक दाताओं के बारे में विशेष जानकारी पाने का हक होगा पर यह जानकारी दाता की लम्बाई, वजन, जातीय पहचान, त्वचा के रंग, शैक्षिक योग्यताओं, स्वास्थ्य के इतिहास तक ही सीमित नहीं रहेगी बशर्ते दाता की पहचान, नाम व पता गुप्त रखा

जाएगा।" इसी तरह दम्पतियों को अधिकार होगा कि वे दाता की जातीय पहचान व शैक्षिक योग्यता के बारे में जाने तथा धर्म, शिक्षा व मासिक आय जैसी जानकारी फार्म एम (वीर्यदाता के विषय में जानकारी 4, 6, 7) में दर्ज करें।

फार्म एम 2 (सरोगेट संबंधी जानकारी 8,9 के लिए सेरोगेट व उसके साथी/पति (अगर हो तो) की शिक्षा, व्यवसाय, धर्म व मासिक आय की जानकारी जरूरी होती है। इसके अलावा आजकल सेरोगेट व दाताओं का चुनाव उनकी जाति, धर्म, त्वचा के रंग व शारीरिक सुन्दरता के आधार पर भी किया जाता है। टाईम्स ऑफ इण्डिया में छपे एक लेख में लिखा था कि

"उवर्रता क्लीनिकों में आने वाले भारतीय दम्पतियों के बीच गोरी त्वचा, हल्के रंग के बाल, नीली/हरी या हल्के रंग की आंखों की आजकल भारी मांग है।"[7]

दुर्भाग्य से ड्राफ्ट विद्येयक में भी इन बातों को अपनाया गया है और इसमें भी सरोगेट की त्वचा, बाल, आंखों के रंग के बारे में जानकारी मांगी जाती है जो बिल्कुल बेबुनियाद है क्योंकि इस कार्यविधि में उसके डिम्ब का उपयोग नहीं किया जाएगा। उसकी आनुवांशिक गुणों का लेखा जोखा रखना जरूरी नही है, क्योंकि वह सिर्फ गर्भाधारण करती है। इन गुणों को महत्व देना आवश्यक नही है, क्योंकि इनका किसी व्यक्ति की आनुवांशिक रचना पर प्रभाव नहीं पड़ता। संभावित माता-पिता के समक्ष इन गुणों की जानकारी रखना व इनके आधार पर उन्हें दाता का चुनाव करने की छूट देने से अनेक मुद्दे सामने उभर कर आते हैं। ये सुजननिक प्रवृतियों को बढ़ावा देकर किसी विशेष धर्म, जाति या फिर निम्न शैक्षिक व आर्थिक दर्जे वाले लोगों के प्रति भेदभाव को बढ़ावा देते हैं। ये डिजाइनर शिशुओं को प्रोत्साहित करते हैं जिसकी राष्ट्रीय कानून द्वारा अनुमति नहीं दी जा सकती। यह जानना अनिवार्य है कि कुछ विशेष गुणों का चयन इसलिए किया जा रहा है क्योंकि ये माता-पिता से मेल खाते हैं या फिर इसलिए क्योंकि इनका सामाजिक मूल्य है। इस गुण आधारित चुनाव की निगरानी सख्ती से की जानी चाहिए जिसे इस कानून में नजर अंदाज किया गया है।

बाल कल्याण व अधिकार

ड्राफ्ट विद्येयक के अनुसार 'प्रजनन सहायक तकनीकियों की मदद से विवाहित दम्पति से जन्मे बच्चे को उनकी जायज़ औलाद माना जाएगा जो शादी के बंधन में दोनों पति-पत्नी की रजामंदी से जन्मा है और जिसके कानूनी अधिकार वैसे ही होंगे जैसे एक यौन संबंधों से पैदा जायज़ बच्चे के होते हैं। (खण्ड 35 (1))

यह अस्पष्ट है कि एआरटी के सहयोग से विवाहित, अविवाहित या एकल स्त्री व पुरूष को जन्में बच्चे की वैधता की अलग-अलग से चर्चा क्यों की गई हैं? इसके अलावा 'जायज़' की परिभाषा इस आधार पर तय की गई है कि सिर्फ वैवाहिक संबंधों के तहत जन्में बच्चे ही 'जायज़' हो सकते हैं। यह मान्यता समस्यापूर्ण हैं, क्योंकि बच्चे का जायज या नाजायज होना इस बात पर आधारित नहीं हो सकता है कि उसका जन्म विवाह संबंधों के अंदर हुआ है अथवा नहीं। यह बच्चे के सम्मान से जीवन जीने के अधिकार का हनन करता है।

ड्राफ्ट विद्येयक में यह भी प्रावधान है कि 18 वर्ष का होने पर बच्चा अपने दाताओं व सरोगेट के विषय में जानकारी की मांग कर सकता/सकती है। पर दूसरी ओर दाताओं व सरोगेट की व्यक्तिगत पहचान नहीं की जा सकती और यह जानकारी सिर्फ कुछ खास मामलों में (जैसे चिकित्कीय कारण), दाता की पूर्व रजामंदी के बाद ही ली जा सकती है। ड्राफ्ट विद्येयक के खण्ड 36 (1) के अनुसार *"अट्ठारह वर्ष की उम्र के बाद एक बच्चा अपने आनुवांशिक माता-पिता या सरोगेट मां के विषय में सभी जानकारी हासिल करने का अधिकारी है सिवाय व्यक्तिगत पहचान के"* पर दस्तावेज में यह स्पष्ट नहीं है कि ये जानकारी कहां से हासिल की जा सकेगी। चूंकि वीर्य बैंक, एआरटी क्लीनिक व आईसीएमआर का केन्द्रिय डेटाबेस दाताओं व सरोगेट का लेखाजोखा रखेगा यह साफ नहीं होता कि बच्चों को जानकारी कहां से मिलेगी। हर दस वर्षों पर ये लेखा जोखा आईसीएमआर के केन्द्रीय डेटाबेस में हस्तांतरित किया जाएगा इसलिए अट्ठारह वर्ष की आयु सीमा तक ये जानकारी आईसीएमआर के पास होगी।

ड्राफ्ट विधेयक एआरटी की सहायता से जन्में बच्चों के कल्याण के लिए जरूरी कदम उठाने में भी पीछे रह गया है। वास्तव में इस विधेयक में बाल कल्याण पर कोई विशेष खण्ड नहीं है। इस विषय से संबंधित सूत्र एआरटी सहयोग से जन्में बच्चों के जायज़ करार देने या अपने आनुवांशिक माता-पिता के बारे में व्यक्तिगत पहचान रहित जानकारी हासिल करने तक सीमित है।

बाल कल्याण को मद्देनजर रखते हुए कुछ विशेष कदम उठाए जाने चाहिए तथा ड्राफ्ट विधेयक को एआरटी प्रदानकर्ताओं को निर्देश देना चाहिए कि वे सुनिश्चित करें कि संभावित माता-पिता की उम्र व स्वास्थ्य सही है जिससे वे वयस्क होने तक बच्चे की देखभाल उचित ढंग से कर सके।

बच्चा गोद लेना

ड्राफ्ट विधेयक बच्चा गोद लेने पर उपयुक्त तवज्जो नहीं देता है। ड्राफ्ट विधेयक को यह बात ध्यान में रखनी चाहिए कि ये तकनीकियां अनुर्वरता का 'इलाज' या स्थायी समाधान नहीं हैं। मां बच्चे पर होने वाले संभावित खतरों को समझते हुए अनुर्वरता व एआरटी पर एक जिम्मेदार कानून ऐसा होना चाहिए जो बच्चा गोद लेने को प्रोत्साहित करें व उसे एआरटी की तरह ही एक महत्वपूर्ण विकल्प के रूप में पेश करे। पर इस ड्राफ्ट विधेयक में केवल दो बार बच्चा गोद लेने का उल्लेख किया गया है। इसमें यह भी दर्ज है कि शुरूआती कार्यविधियों से फायदा न मिलने पर *"दम्पतियों के लिए आगे इलाज में परामर्श व गहन पड़ताल की जाएगी जिसके पश्चात् एआरटी का उपयोग किया जा सकता है, पर इसके असफल होने पर बच्चा गोद लेना ही एकमात्र विकल्प रह जायेगा।"* इस कथन में यह अर्थ निहित है कि एआरटी असफलता के बाद ही बच्चा गोद लेना एक विकल्प हो सकता है। यह विचार इस दस्तावेज में अपने 'जैविक' या 'आनुवांशिक' बच्चा पैदा करने की चाह पर सरकारी मुहर लगता है।

डिम्बाणु प्राप्ति

डिम्बाणु प्राप्ति व प्रदान से जुड़े प्रावधान अनेक प्रश्नों व सरोकारों को सामने लाते हैं। ड्राफ्ट विधेयक के खण्ड 26 (9) के अनुसार "अगर एक समय में

अंडाणु देने वाले से चौदह से अधिक डिम्ब निकाले जाते हैं तो उन्हें केवल दो प्राप्तिकर्ताओ के लिए ही उपयोग किया जाएगा जिससे हर एक प्राप्तिकर्ता के लिए कम से कम सात डिम्ब उपलब्ध हों''

एक दाता से चौदह से अधिक अण्डे अर्जित करने के लिए अण्डाशय को हॉरमोन युक्त औषधियों के इंजेक्शन के माध्यम से तीव्र उत्तेजना करना पड़ता है जो महिलाओं के लिए गंभीर चिकित्सकीय जटिलताएं पैदा कर सकता है। इसके अलावा अंडा निकालने की प्रक्रिया भी अपने आप में एक नुक्सानदायक प्रक्रिया है जिसके कारण इससे गुज़रने वाली महिला को गंभीर नुक्सान/खतरा पहुंच सकता है। इतनी बड़ी संख्या में डिम्ब को निकालना इन कार्यविधियों से गुज़रने वाली महिलाओं व उनके स्वास्थ्य के प्रति इस ड्राफ्ट विधेयक की बेरूखी दर्शाता है। इससे गुज़रने वाली महिलाएं अधिकतर आईवीएफ प्रदानकर्ताओं के सुझावों पर अमल करती है जो उन्हें बार-बार इस प्रक्रिया को दोहराने की सलाह देते हैं जिसका कारण इन तकनीकों की निम्न सफलतादर भी है।

इस खंड में उभरते अन्य सवाल कुछ इस प्रकार हैं - चौदह का अंक किस प्रणाली से निर्धारित किया गया है? यह कैसे तय किया गया है कि एक महिला के डिम्ब केवल दो महिलाओं के लिए इस्तेमाल किये जाएंगे और अधिक के लिए नहीं? क्या इसका यह भी अर्थ है कि अगर चौदह से कम डिम्ब हासिल की गई हैं तो उन्हें सिर्फ एक महिला के लिए उपयोग किया जाएगा, क्योंकि दूसरी महिला को सात से कम ही मिल पाएंगे? इन तमाम पहलूओं पर एआरटी विधेयक में स्पष्टीकरण होने चाहिए। इसके साथ ही अतिरिक्त डिम्बाणु का इस्तेमाल कैसे होगा यह भी साफ साफ तय होना चाहिए। चौदह एक बड़ी संख्या है और ऐसे में बचे हुए अतिरिक्त डिम्ब शोध या डिम्ब के दूसरे दम्पति के लिए इस्तेमाल की जाने की संभावना है। इस पहलू की सख्त निगरानी की जानी चाहिए।

यह कुछ और अहम् प्रश्न भी सामने लेकर आता है मसलन दाता महिला कितने चक्रों से गुजर सकती है। हालांकि यह निर्धारित किया गया है कि एक

दाता छः बार अपनी डिम्ब प्रदान कर सकती है, खण्ड 26 (8) के अनुसार *"कोई भी महिला अपने समूचे जीवनकाल में छः से अधिक बार डिम्ब प्रदान नहीं करेगी और हर डिम्ब निकालने की प्रक्रिया के बीच कम से कम तीन माह का अंतर होगा।"*

परन्तु एक महिला अधिकतम कितने चक्रों (जो कि छः से अधिक भी हो सकती है, यदि वह आई॰ वी॰ एफ॰ से गुज़र रही है या सरोगेट बनती है) से गुज़र सकती है स्पष्ट नहीं किया गया है। इसके अलावा एक महिला कितनी बार डिम्ब दान करती है, इसके भी अभिलेखन व मॉनिटरिंग की प्रक्रिया स्पष्ट नही की गई है। साथ ही ड्राफ्ट द्वारा निर्धारित तीन महीने का अंतराल बहुत अनुपयुक्त है। तीन माह की अवधि किसी भी महिला के लिए हारमोनयुक्त इंजेक्शन दोबारा लेकर एक और डिम्ब निष्कासन चक्र से गुज़रने के लिए बहुत है। इस अवधि को बढ़ाया जाना चाहिए।

इसके अलावा, चाहे डिम्बों के लिए हो या गर्भ के लिए दोनों ही स्थितियों में औरत के शोषण की संभावना निहित है। चूंकि डिम्बदाता व सरोगेट दोनों के स्त्रोत वीर्य बैंक है इन सेवाओं में व्यापारीकरण का भी खतरा समान होता है। ड्राफ्ट विद्येयक में डिम्ब दाता के लिए मुआवजे के भुगतान को लेकर भी अस्पष्टता हैं। ड्राफ्ट विद्येयक में दिये गये प्रावधान डिम्ब प्रदान करने वाली महिला के स्वास्थ्य के लिए अधिक नुक्सानदायक है और जटिल भुगतान की प्रक्रिया के साथ मिलकर यह दाता महिला को अधिक असुरक्षित स्थिति में डालती हैं।

रोचक बात तो ये है कि कितने डिम्बाणु प्राप्त किये जाने चाहिए ये विनिर्देशन केवल दाता महिला के लिए ही है। आईवीएफ से गुज़रने वाली महिला के या अपने डिम्बों को दूसरी महिला के साथ बॉटने वाली महिला (एग शेयरिंग) के कितने डिम्ब निकाले जायेगें, इसके लिए भी कुछ विनिर्देशन निर्धारित किए जाने जरूरी है। डिम्बों की दूसरी महिला के साथ बॉटने (एग शेयरिंग) के संदर्भ में, जो अक्सर आईवीएफ कार्यविधि में आर्थिक सहायता के बदले प्रस्तावित किया जाता हैं, संभावित है कि यह डाक्टरों को अधिक डिम्ब

अर्जित करने के लिए प्रोत्साहित करें, जिससे महिलाओं के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले खतरों में बढ़ोतरी होगी क्योंकि डिम्ब बांटने के लिए "पर्याप्त डिम्बों" की उत्पति के लिए महिला को डिम्ब की संख्या बढ़ाने वाली औषधियों की बड़ी खुराक लेनी पड़ेगी। क्योंकि आजकल क्लीनिको में 'एग शेयरिंग' का चलन प्रगति पर है इसलिए विद्येयक में इसका स्पष्ट रूप से निर्धारण किया जाना जरूरी है।

वीर्य प्रदान

ड्राफ्ट विद्येयक के अनुसार, *"वीर्य बैंक एक दाता के शुक्राणु को पचहत्तर बार से अधिक उपयोग के लिए सप्लाई नहीं कर सकता"* (खण्ड 26 (7))। इसी के साथ यह भी उललेख किया गया है कि *"वीर्य का एक सैम्पल केवल एक ही प्रापक को दिया जा सकता है।"* (खण्ड 26 (10))

एक दाता के शुक्राणु को पचहत्तर (75) बार उपयोग करने की अनुमति देने के पीछे का तर्क विद्येयक में स्पष्ट रूप से समझाया नहीं गया है। एक दाता के वीर्य सैम्पल सप्लाई के लिए पचहत्तर एक काफी बड़ी संख्या है।

स्वास्थ्य संबंधी दुष्प्रभाव

ड्राफ्ट विद्येयक के अनुसार *"एआरटी से मां व शिशु को मामूली दुष्प्रभाव हो सकते हैं"* (नियम 6:13) और इसमें औरतों को होने वाले दुष्प्रभाव में बहुगर्भ, एक्टोपिक गर्भ (अण्डनली में गर्भ ठहरना), स्वतः गर्भपात तथा गर्भाशिय की तीव्र उत्तेजना (ओएचएसएस) शामिल किए गये हैं।

यह विस्मयकारी है कि मंत्रालय/आईसीएमआर द्वारा औरतों के जीवन पर होने वाले बड़े दुष्प्रभाव जैसे बहुगर्भ, स्वतः गर्भपात व एक्टोपिक गर्भ को मामूली करार दिया गया है। मंत्रालय/आईसीएमआर का यह रवैया यह दर्शाता है कि उन्हे महिलाओं के हित व कल्याण में कितनी दिलचस्पी है, खासकर, ऐसे दस्तावेज में जो इन तकनीकियों को महिलाओं के लिए सुरक्षित बनाने की कोशिश करता है। उदाहरण के तौर पर बहुगर्भ ठहरने से विषरक्तता, जल्द प्रसव वेदना, आंवल दुष्क्रियता, सिजेरियन ऑपरेशन, मृत जन्म में बढ़ोतरी,

गर्भपात, कम वजन वाले बच्चे का जन्म तथा जन्म पश्चात् मृत्यु आदि खतरे पैदा हो सकते हैं। अन्य दुष्परिणामों में लम्बे दौर तक अस्पताल में रहने का खर्च भी शामिल है, क्योंकि समयपूर्व जन्में बच्चों को इंटेन्सिव केयर में लम्बे समय तक रखा जाता है।

इसी तरह ड्राफ्ट विधेयक में बहुगर्भ के उपचार के रूप में भ्रूण कम करने का सुझाव दिया गया है। पर इसके साथ भ्रूण कम करने से होने वाले रूग्ण खतरों जैसे गर्भाशय रक्तस्राव, संक्रमण का विकास, समय पूर्व प्रसव पीड़ा और सभी भ्रूणों का नष्ट हो जाना, का जिक्र नहीं किया गया है। विधेयक में इस बात पर जोर दिया जाना जरूरी है कि भ्रूण कम करने की प्रक्रिया अतिआवश्यक होने पर ही कार्यान्वित की जाए और इसके लिए स्थानांतरित किये जाने वाले डिम्ब या भ्रूण की संख्या केवल दो तक सीमित रखी जानी चाहिए, फिर चाहे महिला किसी भी उम्र की हो या उपयोग किए जाने वाले भ्रूण या डिम्ब किसी भी प्रकार के हो - अवरूद्ध या उत्प्रेरक यानी ताजा या जमा हुआ आदि।

इसके अतिरिक्त दस्तावेज के अनुसार बहुगर्भ ठहरने की हालत में भ्रूण कम किए जा सकते हैं, *"अगर मरीज इसकी हिदायत दें"* (खण्ड 23 (5)) यानी एक बार फिर, इस कार्यविधि का जिम्मा दम्पति पर डाल दिया गया है जबकि ड्राफ्ट विधेयक में खुद इस प्रक्रिया को समस्यापूर्ण बताया गया है।

ऐक्टोपिक गर्भ (अण्डनली में गर्भ ठहरना) से जुड़े खतरों में आंतरिक रक्तस्राव, श्रोणी या पेढ़ू का दर्द, 'स्कार' टिशु की उत्पति (जिससे भविष्य में गर्भाधारण में समस्या पैदा हो सकती है) भविष्य में ऐक्टोपिक गर्भ की समस्या या सदमा या मृत्यु भी शामिल हैं। एक ओर ड्राफ्ट विधेयक ऐक्टोपिक गर्भ को मामूली खतरे की श्रेणी में रखता है और दूसरी ओर इस समस्या की दर 5 प्रतिशत व ओएचएसएस 0.2-8 प्रतिशत तक बताकर खुद का ही खण्डन करता है।

मौजूदा चिकित्सकीय साहित्य का विश्लेषण करने से पता चला है कि एआरटी के कुछ शारीरिक दुष्प्रभाव पेरगोनल व क्लोमिफीन औषधि की वजह से होता है जिनका उपयोग अण्डाशय को डिम्बाणु उत्पादन के लिए

उत्तेजित करने के लिए किया जाता है। ओएचएसएस की तीव्रता के कारण गुर्दे को क्षति, जिगर दुष्क्रियता, थ्रॉमबाईमबॉलिक तकलीफ व अपरिपक्व जचगी, शिशु विकृति, गर्भावस्था के कारण उच्च रक्तचाप (ब्लड प्रेशर) व रक्तस्राव जैसी समस्याएं हो सकती है।

डिम्ब की एकत्रण प्रक्रिया में भी कई जटिलताएं पैदा हो सकती है। सुई से खींचकर डिम्ब निकालने से रक्तस्राव, संक्रमण, रक्त वाहिका, मूत्राशय को क्षति होने का भी खतरा रहता है।

यह दस्तावेज इन प्रक्रियाओं के लिए उपयोग की गई दवाईयां और एआरटी प्रक्रियाओं की कार्यविधियों से महिलाओं के स्वास्थ्य व हित/कल्याण पर होने वाले खतरों के प्रभाव की सीमा निर्धारित करने में असमर्थ रहा है। यही रवैया सहमति पत्र में भी दिखाई पड़ता है जिसमें ओएचएसएस से होने वाले प्रभावों का कोई उल्लेख नहीं किया गया है।

दस्तावेज में महिलाओं को होने वाले खतरों का तो जिक्र किया गया है परन्तु इसमें बच्चे को होने वाले खतरों का कोई उल्लेख नहीं किया गया है। मई 2001 व अप्रैल 2004 के बीच किए गये एक अध्ययन से पता चला है कि एआरटी द्वारा हुए गर्भाधारण से जन्मे 7 बच्चे जिनकी उम्र 5-21 माह के बीच थी, में स्तन विकास / और जघनकेश मौजूद थे और बाल रोग विशेषज्ञों ने इन्हें न्यूयार्क यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ मेडिसन के डिविजन ऑफ पीडिएट्रिक एंडोक्रिनोलॉजी विभाग में संभावित समय पूर्व यौवनारंभ जांच के लिए भेजा। इन बच्चों की चिकित्सकीय जांच संकेत है कि गर्भाशय के हारमोन वातावरण में फेरबदल करने से एआरटी के सहयोग से जन्मे बच्चों की भ्रूण व शिशु अवस्था में दुष्प्रभाव हो सकते हैं।[8]

हाल ही की एक खबर में छपा था कि एआरटी के सहयोग से जन्में बच्चों में जन्म विकृतियों का खतरा 2-4 गुना अधिक होता है।[9]

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान अस्पताल, नई दिल्ली, में प्रथम आईवीएफ जुड़वां बच्चों के जन्म से जुड़ी एक खबर मे खुशी व तारीफ के अलावा यह

भी छपा था कि जन्म देने वाली महिला को समय से पहले प्रसव पीड़ा शुरू हो गई थी जिसके कारण उसका तत्काल ऑपरेशन करना पड़ा तथा एक बच्चे का वजन मात्र 1.4 किलो ही था।[10] सामान्य जुड़वां बच्चों का औसत वजन दो से ढाई किलोग्राम तक होता है और आईवीएफ की सहायता से जन्मे शिशु कम वजन के होते हैं। आईवीएफ प्रसव में आकस्मिक जटिलताएं व जन्म के समय शिशु का कम वजन एक आम समस्या है जिसका बच्चे के स्वास्थ्य पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है।

एक अन्य शोध में 1.2 करोड़ एकल बच्चों व नार्वे में एआरटी सहयोग से जन्मे 8,229 एकल बच्चों का तुलनात्मक अध्ययन किया गया। शोध के परिणाम से मालूम चला कि एआरटी सहयोग से जन्में बच्चों में से 70 प्रतिशत समय पूर्व जन्में थे (यानी 37 हफ्तों से पहले) और तकरीबन आधे से भी ज्यादा 32 हफ्तों से पहले पैदा हुए थे। आईवीएफ से जन्में बच्चों में अपनी गर्भावस्था उम्र के हिसाब से 26 प्रतिशत अधिक छोटे होने की संभावना होती है।[11]

इंट्रा-साइटोप्लासमिक वीर्य इंजेक्शन (आईसीएसआई या इक्सी)

आईसीएमआर को इस तथ्य पर गौर करना चाहिए कि आजकल कुछ क्लीनिक अपने सभी उपयोगकर्ताओं को रूटीन आईसीएसआई कराने की सलाह दे रहे हैं। आईसीएमआर को इस बात पर भी जोर देना चाहिए कि गर्भावस्था के लिए युग्मकों के साथ शरीर के बाहर कम छेड़छाड़ की जानी चाहिए। ड्राफ्ट विद्येयक को ऐसे कदम उठाने चाहिए जिससे यह सुनिश्चित किया जा सके कि आईसीएसआई का उपयोग तब तक नहीं किया जाएगा जब तक ड्राफ्ट विद्येयक में उल्लेख सभी सूचक पूरे न होते हों।

इसके अतिरिक्त पूरे ड्राफ्ट विद्येयक में आईसीएसआई को मीसा/पीसा व टीसा/टेसे के साथ उपयोग की बात की गई है तथा आईसीएसआई परिवर्तित तरीकों का जिक्र भी नहीं किया गया है। हालांकि पीसा व टीसा कार्यविधि के सहमति फार्म में यह दर्ज है कि शारीरिक मानसिक रूप से स्वस्थ बच्चे के जन्म की कोई गारंटी नहीं दी जा सकती है, फिर भी

इस प्रक्रिया से होने वाले संभावित खतरों या इसमें शामिल जटिलताओं का कोई उल्लेख नहीं किया गया है और न ही यह बताया गया है कि आईसीएसआई सहयोग से गर्भित बच्चों में आनुवांशिक, विकृतियों की संभावना अधिक होती है। हालांकि इस कार्यविधि को सुरक्षित व नुक्सान रहित माना जाता है फिर भी इस प्रक्रिया की सबसे महत्वपूर्ण कमजोरी है इसकी गोपनीय कार्यविधि जिसमें काफी बार सुई घोपी जाती है जिससे खतरा पैदा होता है। इस प्रक्रिया में ऐपिडिडिमल नलिकाओं की कुण्डलीय संरचनाओं को आसानी से नुकसान पहुंच सकता है। जहां संभव है कि प्रथम आईसीएसआई चक्र के लिए पीसा सफल रहे, पर भविष्य के चक्रों के लिए इस कार्यविधि को दोहराने से नलिका की संरचना को नुकसान बढ़ सकता है । सहमति फार्म में इन संभावित खतरों का स्पष्ट विवरण दिया जाना चाहिए।

आईवीएफ/आईसीएसआई (फार्म डी) प्रक्रिया के लिए सहमति फार्म (जिस पर दम्पति हस्ताक्षर करते हैं), में भी इस कार्यविधि से होने वाले खतरों/ जटिलताओं का कोई जिक्र नहीं है। कुछ शोध अध्ययन के अनुसार आईसीएसआई से जन्में बच्चों में स्पष्ट रूप से लिंग गुणसूत्र (क्रोमोसोम) विकृतियां या असमानता अधिक पाई जाती हैं, विशेषतः पीजीडी के बिना की गई आईसीएसआई में सामान्य जनसंख्या की तुलना में इन शिशुओं में लिंग गुणसूत्र विकृतियां 1 प्रतिशत यानी सामान्य 0.2 प्रतिशत से पांच गुना अधिक होती है।[12]

उपयोगकर्ता को पूरी व विस्तार में जानकारी दी जानी चाहिए, जैसा कि ब्रिटेन के ह्यूमन फर्टीलाईज़ेशन एण्ड एम्ब्रोयोलॉजी अथारिटी का कोड ऑफ प्रॅक्टिस (छठा संस्करण, भाग 16, इंट्रा साइट्रोप्लासमिक वीर्य इंजेक्शन, ध्यान देने योग्य कारक पृष्ठ 134) में उल्लेख किया गया है। निम्न इसके कुछ महत्वपूर्ण बिंदू हैं-

1. आईसीएसआई से जुड़े खतरे
2. आनुवांशिक व गुणसूत्र आधारित संभावित वंशागत विकृतियां जैसे -

- सिस्टिक फाइब्रोसिस जीन म्यूटेशन्स की वंशागति
- लिंग गुणसूत्र विकृति व अन-उवर्रता की वंशागति

3. गुणसूत्रों की संरचना या संख्या में गड़बड़ी
4. नवीन गुणसूत्र विकृतियां
5. संभावित विकासीय या जन्मगत विकृति
6. गर्भावस्था के दौरान संभावित खतरे जैसे गर्भपात

एआरटी विद्येयक को यह भी सुनिश्चित करना चाहिए कि एआरटी क्लीनिकों में आईसीएसआई योग्य सेवा प्रदायकों द्वारा ही किया जा रहा है।

उम्र

ड्राफ्ट विद्येयक में एक महत्वपूर्ण कमी यह है कि इसमें एआरटी कार्यविधि से गुजरने वाली महिला की अधिकतम उम्र तय नहीं की गई है। उम्र बढ़ने के साथ-साथ औरतों के लिए गंभीर स्वास्थ्य समस्याओं का खतरा बढ़ जाता है और इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए इस कमी को सम्बोधित किया जाना चाहिए। कुछ ऐसे भी मामले सामने आए हैं जिनमें साठ वर्ष की महिलाओं में भी गंभीर स्वास्थ्य खतरे उठाकर एआरटी सहयोग से गर्भ ठहराया गया है। प्रदानकर्ता इन "चुनौतीपूर्ण" मामलों में खुशी-खुशी सहयोग देते हैं और इस बात का विश्लेषण नहीं करते कि इनसे क्या समस्याएं हो सकती हैं। मंत्रालय/आईसीएमआर को इन मामलों में निगरानी रखनी चाहिए और इनकी जिम्मेदारी प्रदानकर्ताओं पर नहीं छोड़नी चाहिए। ड्राफ्ट विद्येयक में एआरटी उपयोग की अधिकतम उम्र भी तय की जानी चाहिए।

एक अन्य महत्वपूर्ण पहलू जिसे ड्राफ्ट विद्येयक में पूर्ण रूप से नजरअंदाज किया गया है वह है महिला की उम्र के हिसाब से डिम्ब व भ्रूण स्थानांतरण की संख्या का निर्धारण। इसके अनुसार 'एक बार में गिफ्ट के लिए तीन डिम्ब स्थानांतरण व आईवीएफ-ईटी के लिए तीन भ्रूण स्थानांतरण किए जा सकते हैं, सिवाय कुछ विशेष मामलों (जैसे बुजुर्ग महिला, खराब आरोपण, कम भ्रूण गुणवत्ता आदि) (नियम 6.13.1) को छोड़कर।'

इस कथन से कई समस्याएं पैदा होने की संभावनाएं हैं क्योंकि संभव है कि महिलाओं में अधिक डिम्ब या भ्रूण हस्तांतरित किए जाएं जिससे उन्हें गंभीर खतरे पैदा हो सकते हैं। इसके अलावा दस्तावेज में यह कहने के बाद कि बुजुर्ग महिलाओं के मामले में सिर्फ तीन भ्रूण हस्तांतरित किए जा सकते हैं, यह भी उल्लेख किया गया हैं कि,

“मां की अधिक उम्र में व बहु-गर्भ, विशेषकर तीन या चार भ्रूण होने पर गर्भपात का खतरा बढ़ जाता है।” (नियम 6.13.3)

चूंकि उम्र का स्थानांतरित भ्रूण व अण्डे (डिम्ब) की संख्या पर विशेष प्रभाव पड़ता है, लिहाजा ड्राफ्ट विद्येयक में इसका खास ख्याल रखा जाना आवश्यक है। मंत्रालय/ आईसीएमआर को एआरटी से गुजरने वाली महिलाओं की अधिकतम उम्र व उम्र के अनुसार स्थानांतरित भ्रूणों की संख्या निर्धारित करनी चाहिए।

वीर्य बैंक

अपने मौजूदा रूप में ड्राफ्ट विद्येयक ने एआरटी प्रक्रिया के प्रबन्धन व चालन की जिम्मेदारी, ठोस कारण दिए बगैर, वीर्य बैंक, को सौंप दी है।

खण्ड 26 (1) के अनुसार ‘युग्मकों का एकत्रण, जांच भंडारण व रख-रखाव वीर्य बैंक द्वारा किया जाऐगा।’ इसके अतिरिक्त वीर्य बैंक सरोगेट सेवाएं चाहने वाले दम्पतियों/ व्यक्तियों के लिए सरोगेट मुहैया करा सकते हैं व इसके लिए विज्ञापन भी दे सकते है। यह प्रत्यक्ष है कि अधिकांश वीर्य बैंकों के पास मंत्रालय/आईसीएमआर द्वारा दी गई जिम्मेदारी उठाने के लिए जरूरी सुविधाएं मौजूद नहीं है। यह भी साफ है कि डिम्ब प्राप्ति/प्रदान की प्रक्रिया वीर्य प्रदान की कार्यविधि से पूरी तरह भिन्न है - यह एक नुक्सानदायक प्रक्रिया है जिसमें अण्डाशय को हॉरमोन की मदद से उत्तेजित किया जाता है और यह कार्यविधि विशेषज्ञ चिकित्सकीय निगरानी के तहत चिकित्सकीय प्रणाली से अंजाम दी जानी चाहिए। वीर्य बैंक को जरूरी उपकरणों व व्यक्तियों संबंधी निर्देशों के अभाव में यह स्पष्ट नहीं होता कि ये बैंक खुद को इन जिम्मेदारियों के लिए कैसे तैयार करेंगें

जहां एक ओर एआरटी क्लीनिकों द्वारा दाताओं व सरोगेट जुटाने पर पाबंदी लगाने के प्रयास की सराहना की जा सकती है वहीं मंत्रालय/आईसीएमआर ने वीर्य बैंक को ये जिम्मा सौंप कर केवल एक एजेन्सी की जगह दूसरी एजेन्सी को ये जिम्मेदारी दे दी है। मुद्दा अभी भी वही है और उसका समाधान नहीं किया गया है। वास्तव में ड्राफ्ट विद्येयक में इस प्रक्रिया के कार्यान्वयन पर स्पष्टता के अभाव में यह मुद्दा और अधिक जटिल बन गया है।

हालांकि ड्राफ्ट विद्येयक में वीर्य बैंक व एआरटी क्लीनिक को अलग रखने की कोशिश की गई है {खण्ड 26 (2)}, यह किस हद तक संभव हो पाएगा इसका अनुमान लगाना मुश्किल है। बहरहाल, ड्राफ्ट विद्येयक एआरटी क्लीनिक व वीर्य बैंक को अलग रखने की कोशिश में काफी कमजोर प्रतीत होता है। वीर्य बैंकों के पंजीकरण फार्म में मौजूद अंतर्विरोध व कार्यान्वयन में आने वाली मुसीबतों को देखते हुए ऐसा संभव होना मुश्किल ही लगता है। इस अलगाव में फायदे व नुकसान दोनों शामिल है परन्तु महत्वपूर्ण प्रश्न ये है कि ऐसा करना संभव है या नहीं। आजकल काफी एआरटी क्लीनिकों के अपने वीर्य बैंक है और दोनों को अलग करने का मतलब होगा कि बैंक का पंजीकरण अलग कर दिया जाएगा पर कार्यप्रणाली तो पहले की ही तरह जारी रहेगी। वीर्य बैंक की निगरानी के लिए नियंत्रक प्रणाली, समुचित मानक व प्रत्यायन, तय किये जाने महत्वपूर्ण होंगे।

ड्राफ्ट विद्येयक के अनुसार वीर्य बैंक एक ऐसे जिम्मेदार व्यक्ति की नियुक्ति करेगा जो दाता को क्लीनिक ले जाएगा तथा शपथ लेगा कि दाता की पहचान व कार्यविधि गोपनीय रखी जाएगी। इस प्रक्रिया का मकसद क्या है यह स्पष्ट नहीं हैं। क्या दाता को क्लीनिक केवल इसलिए ले जाया जाएगा कि उसे लिखित दस्तावेज दिया जा सके कि उसकी पहचान गुप्त रखी जाएगी? प्रदान प्रक्रिया में हर कदम पर नए सहयोगियों के जुड़ाव से दाता की पहचान गुप्त रखने की गुंजाइश कम होती जाती है। इसके अलावा इन कार्यविधियों के कारण, हालात और अधिक जटिल होते जाते हैं जिससे एआरटी क्लीनिक व वीर्य बैंक की भूमिकाएं धूमिल पड़ जाती हैं।

एआरटी क्लीनिक व वीर्य बैंक की भूमिकाओं में स्पष्ट अलगाव होना आवश्यक है और यही इस विद्येयक का सबसे कमज़ोर पहलू है। इसमें बिचौलियों के शामिल होने, दाता व सरोगेट की पहचान उजागर होने व धोखाधड़ी होने की संभावनाएं निहित हैं जिससे दाता व सरोगेट के शोषण की संभावना बढ़ जाती है।

वीर्य की जांच पड़ताल

वीर्य की जांच पड़ताल के संदर्भ में वीर्य बैंक की कार्यप्रणाली अस्पष्ट है और इसके विषय में सोचा जाना चाहिए। ड्राफ्ट विद्येयक के अनुसार दाता शुक्राणु को छः माह के संगरोधन अवधि के बाद ही उपयोग किया जा सकता है। वीर्यदाताओं की आनुवांशिक व अर्जित रोगों के लिए, जिसमें एचआईवी, हेपिटाईटिस व अन्य यौन व संक्रामक बीमारियां शामिल है, जांच की जानी चाहिए। हालांकि नियमों में कुछ रोगों का जिक्र किया गया है, फिर भी ड्राफ्ट विद्येयक में उन सभी रोगों/संक्रमणों/बीमारियों की सूची दी जानी चाहिए जिनके लिए शुक्राणुदाताओं की जांच अनिवार्य हैं ।

इसके अतिरिक्त सरोगेसी के लिए आने वाले दम्पतियों में पुरूष साथी की भी जांच शुक्राणुदाता की तरह ही की जानी चाहिए।

परामर्श

एआरटी का चुनाव करने वालों के लिए परामर्श का महत्व तभी है जब परामर्श का मकसद यह हो कि वे वही निर्णय ले पाएं जो उनके लिए वास्तव में सबसे बेहतर हों। अगर एआरटी क्लीनिकों के परामर्शकर्ता ही परामर्श दें तो ऐसी सलाह अन्ततः किसके हित में होगी - दम्पति के या फिर क्लीनिक के? ऐसा हो सकता है कि क्लीनिक अपने व्यवसायिक हितों को ध्यान में रखते हुए एक पक्षपात रहित व विश्वसनीय सलाह न दें। इसके लिए जरूरी है कि सलाहकार एआरटी क्लीनिकों से जुड़ा न हो हो तथा ड्राफ्ट विद्येयक में इस तरह की स्वायत परामर्श सेवाएं पाने के लिए सुझाव प्रस्तुत किए जाएं।

ड्राफ्ट विद्येयक में सलाहकार की शैक्षिक योग्यता के साथ यह भी कहा गया है कि *"एआरटी क्लीनिक का कोई सदस्य जो किसी अन्य पूर्णकालिक गतिविधि से जुड़ा नहीं है परामर्शकर्ता बन सकता है।"* (नियम 2.4)

ऐसी स्थिति में परामर्श सेवा पर सवाल उठाए जा सकते हैं। विभिन्न एआरटी क्लीनिकों से बातचीत करके हमें पता चला कि अक्सर परामर्शकर्ता की भूमिका एआरटी डाक्टर ही निभाते हैं। अधिकतर क्लीनिकों में पेशेवर परामर्शकर्ता नहीं होते। इन दोनों बातों का एआरटी कार्यविधि में परामर्श के महत्व व गुणवत्ता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है।

परामर्श व आवश्यक जानकारी के बीच अंतर रखना भी बहुत जरूरी है। 'आवश्यक जानकारी' के अन्तर्गत एआरटी का दुष्प्रभाव, खर्चे का सरल ब्यौरा, प्रक्रिया की जरूरी बातें बतानी चाहिए तथा परामर्श के दौरान दम्पति की उम्र, वैवाहिक जीवन की अवधि, अनुर्वरता के कारणों को ध्यान में रखते हुए उन्हें सलाह देनी चाहिए। आवश्यक जानकारी को परामर्श का रूप नहीं दिया जाना चाहिए।

उपयोगकर्ताओं को निम्न की जानकारी दी जानी चाहिए -

1. महिला व बच्चे को होने वाले सभी परोक्ष प्रभावों (साईड एफेक्ट) की जानकारी, जैसा कि इस विशलेषण में परोक्ष प्रभावों के बारें में ऊपर के खण्ड में लिखा गया है।
2. उपचार के लिए आवश्यक खर्चा (वास्तविक मूल्य, ऊपरी कीमत, स्कीम व प्रोत्साहन पैकेज) ओर प्रक्रिया से जुड़ी अन्य फीस जैसे दान व युग्मकों व भ्रूणों के भंडारण आदि।
3. सफलता दर पर जानकारी
4. भ्रूण फ्रीज करने की सुविधाएं तथा भ्रूण फ्रीज करने, निकालने व स्थानांतरण करने की सफलता दर।
5. दम्पति या दाता की मृत्यु या मानसिक अमसर्थता होने की स्थिति में मौजूद विकल्प व व्यक्ति की इच्छा पूरी करने के लिए आवश्यक सहमति।

ड्राफ्ट विद्येयक में यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि एआरटी क्लीनिक व्यक्तियों को सभी आवश्यक व सही जानकारी दें। सभी तकनीकी शब्दावली

व कार्यविधियां समझाई जानी चाहिए व सभी लिखित जानकारियां निरक्षर लोगों को पढ़कर, साधारण भाषा में समझाए जानी चाहिए।

अपने भ्रूण/ युग्मक फ्रीज़ कराने वाले या उन्हें दान करने वाले व्यक्तियों को इस निर्णय से होने वाले चिकित्सकीय, वैज्ञानिक, कानूनी व मनोवैज्ञानिक प्रभावों की पूरी - पूरी जानकारी दी जानी चाहिए। दम्पतियों व व्यक्तियों को अनुर्वरता के अन्य विकल्पों की जानकारी; कार्यविधियों में विभेद, नतीजों व कमजोरियों की जानकारी; लगातार उपचार के बावजूद असफल प्रयासों के फायदें व नुकसान तथा क्लीनिक को एआरटी से जन्मे बच्चों के बारें में सूचित करने के महत्व पर भी जानकारी दी जानी चाहिए।

ड्राफ्ट विद्येयक में सरोगेट को दी जाने वाली सलाह के बारे में कोई स्पष्टता नहीं है। सरोगेट को उपयुक्त मनो-सामाजिक परामर्श तथा इसके निर्णय का उसके व उसके परिवार पर पड़ने वाले प्रभाव के विषय में अच्छी तरह समझाया जाना चाहिए। साथ ही विद्येयक में स्पष्ट किया जाना चाहिए कि सरोगेट को परामर्श एआरटी क्लीनिक द्वारा दिया जाएगा या वीर्य बैंक द्वारा।

इसके अतिरिक्त ड्राफ्ट विद्येयक में परामर्श सेवाओं की बात केवल एआरटी क्लीनिकों के संदर्भ में की गई है। जबकि अधिकतर लोग-यानी डिम्ब व शुक्राणु दाता वीर्य बैंक के साथ व्यवहार कर रहे होंगे, और इसलिए उनको परामर्श वही दिया जाना चाहिए। डिम्बदाताओं के लिए सहमति फार्म में एआरटी क्लीनिक द्वारा एक अनुमोदन दर्ज हैं कि प्रदान के सभी निहितार्थ दाता को भली-भांती समझा दिए गये हैं। इससे फिर यही विडम्बना पैदा होती है कि डिम्ब एआरटी क्लीनिक में अर्जित किये जा रहे हैं या वीर्य बैंक में? अगर डिम्ब प्राप्ति वीर्य बैंक में की जा रही है तो वहां पर एक परामर्शकर्ता की मौजूदगी अनिवार्य है।

ड्राफ्ट विद्येयक में आनुवांशिक परामर्श (जेनेटिक काउसिलिंग) को लेकर भी कुछ विशेष बिन्दूओं का उल्लेख किया जाना चाहिए क्योंकि क्लीनिकों में ये सेवाएं भी प्रदान की जा रही हैं। ह्यूमन फर्टिलाइजेशन एण्ड एम्ब्रियोलॉजी

अथॉरिटी कोड ऑफ प्रैक्टिस (छठा संस्करण) से उदाहरण लेते हुए यह कहा गया है कि "केन्द्रों से अपेक्षा की जाती है - कि उनके पास आनुवांशिक परामर्श सेवा विशेषज्ञ को रेफर करने की व्यवस्था हो तथा यह सुनिश्चित किया जाये कि जब भी आनुवांशिक परामर्श के लिए व्यक्ति आए तब उनकी गोपनीयता का सम्मान किया जाए तथा उसे बरकरार रखा जाए।"

अनुवांशिक परामर्श एक उभरता क्षेत्र हैं और इसकी समझ, नियंत्रण व निगरानी पर उचित ध्यान दिया जाना चाहिए।

सहमति फार्म

ड्राफ्ट विधेयक के अंत में इक्कत्तीस फार्म संलग्न हैं जो इस दस्तावेज का महत्त्वपूर्ण अंश हैं व इसमें आवेदन फार्म, रिकार्ड शीट व अनुबंध शामिल हैं। मंत्रालय/आईसीएमआर की सभी कार्यविधियों के छोटे से छोटे पहलू को सरल व कारगर बनाने का प्रयास विशेष रूप से सराहनीय हैं।

तथापि, सहमति फार्म में भ्रूणों को फ्रीज़ करना (फार्म जी) और भ्रूणों को शोध के लिए प्रदान करना (मृत्यु होने पर) एक विकल्प के रूप में उल्लेख किया गया है। ड्राफ्ट विधेयक में भ्रूण शोध के लिए कोई अलग से सहमति फार्म उपलब्ध नहीं है। भ्रूण शोध में वैज्ञानिकों की बढ़ती हुई रूचि को देखते हुए, शोध अध्ययन के लिए स्पष्ट व उचित सहमति फार्म होना महत्वपूर्ण हो जाता है।

फार्म जे (सरोगेसी अनुबंध) में उल्लेख है कि सरोगेट घोषणा करे कि उसके व उसके पति के शादी के अतिरिक्त पिछले छः वर्षों में कोई शारीरिक संबंध नहीं रहे हैं। इस तरह के नियम न केवल बेबुनियाद हैं बल्कि ये सरोगेट महिला के यौनिक जीवन में भी हस्तक्षेप करते हैं। इस ड्राफ्ट विधेयक में यह मान लिया गया है कि एचआईवी संक्रमण शादी के बाहर के संबंधों के जरिए ही फैलता है। इस तरह की घोषणा का सहमति फार्म में जरूरी होना न सिर्फ एचआईवी के प्रति एक संकुचित व लांछनयुक्त नज़रिया दर्शाता है, बल्कि इसमें व्यक्तियों के यौनिक जीवन पर नियंत्रण की कोशिश भी नज़र आती है। इसके अतिरिक्त

संभव है कि महिला को अपने पति के अन्य संबंधों की जानकारी न हो या फिर उसका पति ही न हो। यह सरोगेसी से एकल औरतों को बाहर रखने की कोशिश प्रतीत होता है। यह भी हैरानी की बात है कि इसमें संभावित माता-पिता के लिए एचआईवी जांच या किसी संक्रामक रोग के लिए पड़ताल की कोई बात नहीं की गई है।

विभिन्न सहमति फार्म विशेषतः सरोगेसी अनुबंध में पति/पत्नी की सहमति पर ज़ोर दिया गया है। ऐसी सहमति 'पत्नी के शरीर पर पति के अधिकार' और इससे जुड़ी पितृात्मक मान्यताओं को बढ़ावा देती है व इन्हे और मज़बूत करती है। यह शर्त बेबुनियाद प्रतीत होती है क्योंकि यह सरोगेट महिला को उसके अपने शरीर पर पूर्ण अधिकार से वंचित करता है। मंत्रालय/आईसीएमआर द्वारा इस नियम पर पुनः विचार किया जाना चाहिए।

इसके अतिरिक्त सभी कार्यविधियों व प्रक्रियाओं में जानकारीयुक्त सहमति के मायने महज उस व्यक्ति के दस्तख़त लेने से नहीं होना चाहिए। यह एक समझने/समझाने और बातचीत की एक निरन्तर प्रक्रिया होनी चाहिए।

डेटाबेस

ड्राफ्ट विद्येयक द्वारा प्रस्तावित नियंत्रणों का कार्यान्वयन एक सटीक डेटाबेस के रख-रखाव के बगैर नामुमकिन है। उदाहरण के लिए एक महिला कितनी बार सरोगेट रही है या फिर एक महिला से कितनी बार डिम्ब प्राप्त किये गये है या एक पुरुष दाता का वीर्य कितनी बार उपयोग में लिया गया है, यह सब एक अच्छे डेटाबेस के द्वारा ही जाना जा सकता है। एक केन्द्रीय रिकार्ड के अनुरक्षण के बगैर इस तरह के नियम बनाना फिजूल हैं।

हालांकि ड्राफ्ट विद्येयक में एक केन्द्रीय डेटाबेस के अनुरक्षण की ज़रूरत पर ज़ोर दिया गया है, फिर भी ऐसी कोई कार्य प्रणाली प्रस्तावित नहीं की गई है जिससे पता लगाया जा सके कि देश भर में सरोगेट मांओं से जन्में कितने बच्चे देश के बाहर ले जाए गये हैं तथा कितने विदेशी दम्पति भारत में एआरटी कार्यविधियों से गुज़र रहे हैं। इन सभी मामलों का एक सही रिकार्ड रखने के लिए गंभीर कदम उठाए जाने अनिवार्य हैं।

इसके अलावा अगर डेटाबेस का भली-भांति रख-रखाव किया जाए तो यह आईवीएफ या सरोगेसी से पैदा हुए बच्चों में लिंग-वर्ण भेद आंकडे मुहय्या कराने में बेहद उपयोगी सिद्ध होगा, यानी एआरटी कार्यविधियों के दौरान लिंग जांच के मामलों को उज़ागर करने में मदद करेगा।

यह अति आवश्यक है कि केन्द्रीय डेटाबेस में निम्न रिकार्ड रखे जाएं :

- जीवित जन्म दर/सफल शिशु जन्म दर (बच्चा घर ले जाने की)
- भ्रूण आरोपण दर संख्या
- मृत-जन्म संख्या
- अपरिपक्व जन्मे बच्चों की संख्या
- जन्मजात विकृतियों के साथ जन्मे बच्चों की संख्या
- गर्भपात संख्या
- सिजेरियन ऑपरेशन से जन्मे बच्चों की संख्या
- स्वस्थ्य आईवीएफ शिशु संख्या
- लड़का-लड़की की संख्या
- मातृत्व मृत्यु संख्या

उपर्युक्त आंकड़ों का ब्यौरा रखने के अलावा एक चिकित्सकीय शोध संस्था होने के नाते आईसीएमआर को एआरटी द्वारा जन्म लेने वाले बच्चों व महिलाओं के स्वास्थ्य का अध्ययन करना चाहिए जिससे इन तकनीकियों के लम्बे दौर के प्रभावों को समझा जा सके। यह मंत्रालय व आईसीएमआर की जिम्मेदारी है कि वे इन तकनीकियों की सफलता दर का एक वास्तविक चित्रण पेश करें तथा भारतीय जनसंख्या पर इनके उपयोग से पड़ने वाली विशेष जटिलताओं, संभावित असर व अन्य स्वास्थ्य प्रभावों को परखें ताकि इन तकनीकियों का भविष्य में उपयोग करने वालों को जानकारी युक्त चुनाव में सहूलियत हो।

आरोपण-पूर्व आनुवांशिक निदान (पीजीडी) व लिंग परीक्षण

गैर चिकित्सकीय उद्देश्यों के लिए पीजीडी उपयोग बेहद विवादस्पद है। पीजीडी के साथ काफी नैतिक मुद्दे - जैसे किसी विशेष लिंग के भ्रूण का चुनाव, माता-पिता द्वारा बच्चों के गुणों पर नियंत्रण रखने की संभावना, खर्चा और उपलब्धता (माता-पिता के आर्थिक दर्जे पर आधारित), सुरक्षा, यथार्थता, नियंत्रण व निगरानी - जुड़े हैं।

विधेयक में पीजीडी की कार्यविधि को लेकर कोई सहमति फार्म नहीं हैं। सरोगेसी के अनुबंध (फार्म जे) में भी यह दर्ज है कि सरोगेट को बच्चे का लिंग परीक्षण करवाने के लिए नहीं कहा जाएगा, पर इसमें भी पीजीडी (जो कि हस्तान्तरण से पहले भ्रूण पर किया जाता है) को जोड़ा नहीं गया है । इसी प्रकार आईवीएफ/आईसीएसआई के सहमति फार्म (फार्म डी, पृष्ठ 81) में भी कार्य विधि के दौरान लिंग जांच किए जाने पर प्रतिबंध की कोई बात नहीं की गई हैं।

पीजीडी के उपयोग पर सख्त निगरानी रखी जानी चाहिए और यह स्पष्ट किया जाना चाहिए की गंभीर अनुवांशिक खतरों की हालत में ही इसकी सुविधा उपलब्ध की जा सकती है। हालांकि खण्ड 25(5) द्वारा लिंग जांच परीक्षण वर्जित किया गया है पर ड्राफ्ट विधेयक में इस मुद्दे पर कठोर नियम निर्धारित किए जाने चाहिए।

योग्यता/ पात्रता

हालांकि विधेयक के अनुसार विवाहित और अविवाहित दोनों ही दम्पतियां एआरटी का प्रयोग कर सकती हैं, परन्तु इसकी परिधि से उन लोगों को दूर रखा गया है जो विषमलैंगिक नहीं हैं। बिल में एक 'अविवाहित जोड़े' की परिभाषा कुछ इस प्रकार की गई है- *"विवाह योग्य उम्र के स्त्री-पुरुष जो स्वेच्छा से बिना शादी के साथ रहते हों"* [खण्ड 2 (डब्ल्यू)] और 'दम्पति' को *"वे जोड़े जो साथ रहते हो और जिनके बीच संम्बध उनके देश में कानूनी रूप से मान्य हों"* खण्ड 2(ई)। इस विधेयक में 'जोड़े' को कुछ इस तरह परिभाषित किया गया है कि दूसरे देशों के समलैंगिक जोड़े (जहां समलैंगिकता

वैद्य है) भारत से एआरटी सुविधाएं प्राप्त कर सकते हैं जबकि भारत के समलैंगिक नागरिक इससे वंचित हैं। भारतीय दण्ड संहिता की धारा 377 के अनुसार, "आप्राकृतिक शारीरिक संबंध" व अप्रजनक यौन व्यवहार अपराध है और इस कानून का उपयोग समलैंगिकता के अपराधीकरण के लिए किया जाता है। इसलिए खुद को समलैगिंक बताने वाला भारतीय नागरिक इस सेवा से वंचित हैं। रोचक बात तो यह है कि कुछ क्लीनिक विदेशी समलैंगिक जोड़ों को नियमित रूप से ये सुविधाएं प्रदान कर रहे है। उदाहरण के लिए रोटुन्डा, मानव प्रजनन सेंटर मुम्बई जहां सरोगेसी की मदद से एक इजराइली समलैंगिक जोड़े ने एक स्वस्थ्य बच्चे को जन्म दिया, हाल ही में सुर्खियों में था। सन् 2005 से लगभग चालीस समलैंगिक जोड़े वहां आए हैं और रोटुन्डा के डॉ. गौतम इलाहाबादिया के अनुसार - "हमारे पास फ्रांस, स्पेन व स्वीडन के समलैंगिक जोड़ों के काफी आवेदन आते हैं।"[13]

उपर्युक्त परिभाषाओं के आधार पर भारत में केवल विषमलैंगिक जोड़े (विवाहित या अविवाहित) इन तकनीकियों का लाभ उठा सकते हैं। सहमति फार्म में भी पति-पत्नि दोनों के हस्ताक्षर होने आवश्यक हैं, और सिर्फ कुछ ही जगहों पर ड्राफ्ट विद्येयक में केवल साथी के दस्तखत का उल्लेख किया गया है। विषमलैंगिक विवाहित जोड़ों को एक एकल हस्ती की हैसियत से एआरटी सेवा प्रदान की जाती है।

पूरा दस्तावेज विषमलैंगिक विवाहित जोड़े के इर्द-गिर्द बनाया गया है। ऐसा करके ड्राफ्ट विद्येयक एक विषय-आदर्शी संस्थागत ढांचे व इसी पर आधारित सत्ता के विवरण को स्पष्ट मान्यता प्रदान करता है।

सरोगेसी (प्रतिनिधि कोख)

सरोगेसी के नियंत्रण की बात करने से पहले जिस संदर्भ में सरोगेसी की भारत में बढ़ोत्तरी हो रही है उसकी चर्चा करना जरूरी है। हालांकि सरोगेसी का प्रचलन पुराने समय से चला आ रहा है पर हाल ही में इसनमे राष्ट्रीय व राष्ट्र की सीमा से बाहर तक फैले एक व्यवसाय का रूप लिया है। अनुमानित है कि भारत में सरोगेसी व्यवसाय की कीमत लगभग 445 करोड़ डॉलर आंकित की गई है।[14]

मीडिया खबरों से स्पष्ट हो गया है कि अधिकतर सामाजिक-आर्थिक हाशिएदार तबके की महिलाएं (आर्थिक फायदों के कारण) सरोगेट बनने के लिए तैयार हो जाती हैं। यह चलन इन महिलाओं को और अधिक छेद्य बनाकर न केवल दूसरों के फायदे के लिए इनके शरीर के शोषण को बढ़ावा देता है, बल्कि साथ-साथ इनके शारीरिक-मानसिक स्वास्थ्य को खतरे में डालकर इन्हे केवल एक "प्रजनन का साधन" बना देता है।

मंत्रालय/आईसीएमआर को विदेशी दम्पतियों द्वारा नियुक्त की गई सरोगेट महिलाओं के अधिकारों व स्वास्थ्य की सुरक्षा के लिए विशेष कदम उठाने चाहिए। इस बात का भी ध्यान रखा जाना चाहिए कि चूंकि इस प्रकार के अनुबंध बिना बिचौलियों के सहयोग से नहीं किए जाते इसलिए ये अक्सर सरोगेट के व्यवसायिक शोषण का रास्ता खोलते हैं। सरोगेट व विदेशी दम्पतियों के लिए अनुबंध का एक अलग प्रारूप होना चाहिए।

ड्राफ्ट विद्येयक द्वारा सरोगेसी प्रक्रिया में बिचौलियों के घुसपैठ पर प्रतिबंध तथा सरोगेसी की व्यवस्था के बदले आर्थिक फायदे को दंडनीय बनाते हुए पूर्ण रूप से वर्जित किया जाना चाहिए ।

ड्राफ्ट विद्येयक के खण्ड 34(13) के अनुसार सरोगेट डिम्ब दाता नही हो सकती। लिहाज़ा अगर संभावित माता की डिम्ब सक्षम नहीं हैं या वह गर्भ को नौ महीने की अवधि तक नहीं पाल सकती तो दम्पति कों सरोगेट व डिम्ब दाता दोनों तलाशने होंगे। इसका अर्थ यह भी हुआ कि सरोगेट को सक्षम डिम्ब के साथ साधारण आई यू आई तकनीक से सफल प्रसव (बच्चा पैदा करने) की क्षमता होने के बावजूद आईवीएफ प्रक्रिया से गुज़रना होगा। ऐसा सरोगेट को आनुवांशिक माता बनने से रोकने के लिए किया गया है या एआरटी क्लीनिक के फायदे के लिए कहना मुश्किल है। इसके अतिरिक्त रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजीस : सरोगेसी व डिम्ब व शुक्राणु दान (कैनेडा संसदीय जानकारी व शोध सेवा से) के अनुसार, *"आईवीएफ की तुलना में कृत्रिम गर्भाधारण में सफलता दर अधिक होती है और इसी लिहाज़ से आनुवंशिक सरोगेसी की सफलता दर गर्भविधि सरोगेसी से अधिक होती है"*[15] अर्थात आनुवंशिक सरोगेसी अधिक सफल और आसान होती है।

इन बातों को ध्यान में रखकर ड्राफ्ट विधेयक द्वारा आनुवंशिक सरोगेसी की इजाज़त दी जानी चाहिए तथा इसे कीमती, जटिल व खतरनाक गर्भविधि सरोगेसी तक सीमित नहीं रहना चाहिए।

पात्रता / योग्यता व उम्र

एकल महिलाओं के सरोगेसी स्तर पर कोई स्पष्टता विधेयक में नहीं है। ड्राफ्ट विधेयक में एकल महिलाओं का सरोगेट बनना न तो वर्जित है और न ही उनकी योग्यता पूरी तरह स्पष्ट है। हालांकि एकल महिलाएं एआरटी उपयोग कर सकती हैं व विधेयक के अनुसार, *"अगर सरोगेट बनने की इच्छुक महिला विवाहित है तो इसके लिए उसके पति की रज़ामंदी वांछनीय है"* (खण्ड 34(16) जैसे बिन्दुओं का भी उल्लेख किया गया है, परन्तु इसमें पूरी तरह स्पष्टता का अभाव है। मंत्रालय व आईसीएमआर को इस अस्पष्टता पर गौर करना चाहिए।

एआरटी विधेयक के अनुसार सरोगेट की भूमिका वाली महिला रिश्तेदार व सम्भावित माता एक ही पीढ़ी की होनी चाहिए, हालांकि सरोगेट की उम्र 21 से 45 वर्ष के बीच होनी आवश्यक है [खण्ड 34(18) व खण्ड 34(5)]। पर ऐसा भी हो सकता है कि माता व सरेगेट उम्र के लिहाज़ से योग्य श्रेणी में आती हों परन्तु उनकी पीढ़ी अलग हो जैसे सास/बहू। विधेयक में इस बात का स्पष्टीकरण होना चाहिए कि ऐसा होने पर कौन से खण्ड को मान्यता प्रदान की जाएगी।

अनुबंध

ड्राफ्ट विधेयक में सरोगेट व दम्पति के बीच अनुबंध के संचालन का विस्तृत ब्यौरा दर्ज नहीं किया गया है - यह अनुबंध कौन बनायेगा? तथा कौन इस बात की निगरानी करेगा कि उसका हनन न हो? पैसों का आदान-प्रदान कैसे किया जाएगा? अगर सरोगेट की नियुक्ति दम्पति द्वारा की गई हो तो वीर्य बैंक की क्या भूमिका होगी तथा सरोगेट ओर वीर्य बैंक के बीच अनुबंध का क्या महत्व होगा?

ऐसी भी परिस्थिति हो सकती है कि संभावित माता-पिता बच्चे की जिम्मेदारी उठाने से इंकार कर दें, या फिर दम्पति के संबंध विच्छेद हो जाएं ऐसे में बच्चे की देखभाल कौन करेगा? ड्राफ्ट विद्येयक में ऐसी परिस्थितियों व इस तरह के मामलों के समाधान के लिए स्पष्ट निर्देश होना चाहिए।

सरोगेट को भुगतान - वीर्य बैंक की भूमिका

इस दस्तावेज का एक समस्यापूर्ण अंश है सरोगेट, दम्पति तथा वीर्य बैंक के बीच पैसों के लेन-देन को लेकर सविस्तार स्पष्टता का अभाव। चूंकि इस विद्येयक का मकसद एआरटी उद्योग के व्यवसायिकरण पर नियंत्रण करना है इसलिए इस विषय पर निर्देश शामिल किया जाना महत्वपूर्ण हैं।

इस विद्येयक में वीर्य बैंक द्वारा सरोगेट को आर्थिक भुगतान देने संबंधी उचित निर्देशों का अभाव है। इसके अतिरिक्त सरोगेसी के अनुबंध में यह लिखा है "मैंने लिखित रूप में दम्पति के साथ पैसों के भुगतान के नियम निर्धारित कर लिए हैं।" (पृष्ठ 92) पर इसमें यह दर्ज नहीं किया गया है कि इस भुगतान की प्रक्रिया क्या होगी।

इस कथन से ऐसा प्रतीत होता है कि भुगतान की रकम सरोगेट व दम्पति के बीच आपसी सहमति/ समझ से तय की जाएगी। चूंकि अधिकतर सरोगेट महिला निम्न सामाजिक-आर्थिक पृष्ठभूमि से आती है तो इस निर्णय पर उसका कितना प्रभाव होगा कहना मुश्किल है।

अगर सरोगेट खुद ये आर्थिक निर्णय लेने में सक्षम न हो तो इस प्रक्रिया में उसकी कौन सहायता करेगा? चूंकि वीर्य बैंक सरोगेट की तलाश में खास भूमिका निभाता है तो हो सकता है ये भूमिका भी वहीं अदा करे हालांकि यह एक वांछनीय समाधान नहीं होगा क्योंकि वीर्य बैंक का इस लेन-देन से कोई आर्थिक सरोकार नहीं है।

एआरटी चक्रों की संख्या/प्रयास/सरोगेसी

विद्येयक के अनुसार *"कोई भी महिला तीन सफल जीवित प्रसव के बाद*

सरोगेट नहीं बनेंगी।" (खण्ड 34(5)) चाहे इसके पूर्व उसने कितने ही बार गर्भाधारण किया हो, हालांकि बार-बार गर्भधारण से होने वाले चिकित्सकीय खतरों से हम भली-भांति परिचित हैं। इस आलोचना के आग्रिम भाग में अधिक संख्या में बार-बार आईवीएफ चक्रों से होने वाले स्वास्थ्य खतरों का विवरण दिया जा चुका है।

चक्र संख्या निर्धारित किए बगैर जीवित व सफल जन्म के आधार पर सरोगेसी का नियंत्रण बेकार है। इस दस्तावेज में एक दम्पति को तीन बार भ्रूण स्थानातंरण के साथ तीन सफल जीवित प्रयासों का अधिकार दिया गया है। इसका अर्थ यह हुआ की कानूनी रूप से वह सरोगेट नौ चक्रों से गुजर सकती है जो उसके स्वास्थ्य के लिए हानिकारक होगा। इसके अलावा उसके अपने बच्चे भी हो सकते हैं या वह डिम्ब दाता भी हो सकती है। सही रिकार्ड का अभाव व महिला के प्रजनन इतिहास की पूरी जानकारी की कमी उसके मानसिक व शारीरिक (प्रजनन) स्वास्थ्य के लिए खतरनाक साबित हो सकती है। इसलिए सरोगेसी संख्या के नियंत्रण से पहले कम से कम महिला की गर्भ संख्या को ध्यान में रखना महत्वपूर्ण होगा।

स्वास्थ्य बीमा व कानूनी सहायता

सरोगेट को गर्भावस्था से जुड़े सभी खर्चे जिसमें डॉक्टर व चिकित्सकीय चेकअप की फीस, यात्रा भत्ता आदि शामिल है, का भुगतान किया जाना चाहिए। उसके लिए चिकित्सकीय व जीवन बीमा भी कराया जाना चाहिए जिसका भुगतान संभावित माता-पिता को करना होगा। सरोगेसी के दौरान उठने वाली समस्याओं/विवादों से निपटने के लिए मुफ्त कानूनी सहायता का भी प्रावधान इस विद्येयक में दर्ज किया जाना चाहिए।

सरोगेट के अधिकार

ड्राफ्ट विद्येयक में यह सुनिश्चित किया जाना चाहिए, कि संभावित माता-पिता यह समझे व इसपर सहमत हो कि सरोगेट के पास पूर्ण शारीरिक स्वायतता व सुस्वस्थता का अधिकार है। यानि उसे गर्मपात कराने के लिए, या भ्रूण संख्या कम करने के लिए या कोई विशेष खुराक लेने के लिए बाध्य नहीं किया जा

सकता। इन निर्णयों पर पूणतः अधिकार सरोगेट महिला का होगा। गर्भपात (एमटीपी) अधिनियम 1971 के तहत भारतीय महिलाओं को गर्भपात अधिकार दिया गया है तथा अंतराष्ट्रीय मानव अधिकार कानून उसे शारीरिक स्वायतता प्रदान करते हैं। हालांकि लिंग जांच परीक्षण की इजाजत सरोगेट की सहमति से भी नहीं दी जा सकती।

ड्राफ्ट विद्येयक में सरोगेट के गोपनीयता व शारीरिक स्वायतता के अधिकार को मान्यता दी जानी चाहिए। हर इंसान को किसी भी भेदभाव के बिना, जीवन, स्वास्थ्य, शारीरिक स्वायतता गोपनीयता तथा हिंसा, दबाव व भेदभाव से मुक्त प्रजनन निर्णय का अधिकार मिलना चाहिए। सरोगेट की मर्जी के बगैर प्रसव-पूर्व गर्भ परीक्षण, गर्भपात या भ्रूण घटाव नहीं किया जा सकता। इसके साथ ही संभावित माता-पिता उसे गर्भावस्था के दौरन कोई विशेष खान-पान, धार्मिक रिवाज या जीवन शैली अपनाने के लिए बाध्य या विवश नहीं कर सकते। तथापि यह जरूर सुनिश्चित किया जाना चाहिए कि सरोगेट गर्भ का हित ध्यान में रखकर ज़िम्मेदारी से व्यवहार करे।

जांच-पड़ताल

आनुवांशिक माता-पिता/दम्पति की जांच के महत्व पर अधिक जोर नहीं दिया गया है। वीर्य बैंक व सरोगेट (फार्म आर) के बीच अनुबंध में यह लिखा गया है पर इसका वीर्य बैंक की ज़िम्मेदारियों व भूमिकाओं में उल्लेख नहीं हैं। एक ऐसे परिवेश में जहां आर्थिक व सामाजिक रूप से कमज़ोर वर्ग की महिलायें सरोगेट बनने के लिए आती हैं, इस तरह के प्रावधान समाज में व्याप्त वर्ग व सत्ता की राजनीति की सक्रियता को प्रतिबिम्बित करते हैं। जब ड्राफ्ट विद्येयक में सरोगेट की जांच-पड़ताल के लिए कठोर प्रावधान बनाए गये है तो संभावित माता-पिता की जांच पर जोर देकर सरोगेट के स्वास्थ्य व कल्याण को सुनिश्चित न करने के पीछे क्या कारण है ये समझना मुश्किल है।

संरक्षण

खण्ड 34(19) के अनुसार सरोगेसी अधिकृत करने वाले विदेशी जोड़े सरोगेट के लिए एक स्थानीय अभिभावक नियुक्त करेंगे। यह बिल्कुल अस्वीकार्य

है कि एक वयस्क महिला एक अभिभावक की निगरानी में रहेगी जो उसे बताएगा कि वह क्या कर सकती है और क्या नहीं सिर्फ इसलिए कि वह किसी और का बच्चा अपने गर्भ में पालने के लिए राज़ी हो गई है। इसके साथ ही सरोगेट का नाम गुप्त रखने का भी सवाल सामने आता है जो स्थानीय अभिभावक के होने पर मुश्किल होगा।

जहां विधेयक में एक अभिभावक की नियुक्ति की बात की गई है वहीं जन्म के बाद बच्चे को देश से बाहर ले जाने पर सुरक्षा का कोई ज़िक्र नहीं किया गया है। दम्पति/व्यक्ति द्वारा बच्चा देश के बाहर ले जाने पर फॉलो अप या उसकी खैर-खबर देने के लिए कुछ प्रावधान निर्धारित किए जाने आवश्यक हैं।

जन्म प्रमाण-पत्र

खण्ड 35 (7) के अनुसार *"एआरटी सहयोग से जन्मे बच्चे के जन्म प्रमाण-पत्र में माता-पिता का नाम या माता अथवा पिता जिसने भी इस तकनीक का उपयोग किया हो, का नाम दर्ज होगा।"*

इसका अभिप्राय यह है कि एआरटी या सरोगेसी का उपयोग करने वाले दम्पति का नाम ही जन्म प्रमाण-पत्र में लिखा जाएगा। मंत्रालय/आईसीएमआर को सरोगेट को भी माता का दर्जा देने पर विचार करना चाहिए। जब एक महिला एक बच्चे को जन्म देती है तो उस जन्म का अधिकारिक दस्तावेजीकरण किया जाना चाहिए, तथा उसे स्वाभाविक रूप से उस बच्चे के माता होने का हक मिलना चाहिए। इसके पश्चात् गोद देने या किसी अन्य प्रक्रिया के तहत संभावित माता-पिता को बच्चे पर अधिकार हस्तान्तरित किया जाना चाहिए। अर्थात जन्म प्रमाण-पत्र में आनुवांशिक/जन्म देने वाली सरोगेट का नाम दर्ज होना चाहिए।

इसके अतिरिक्त दस्तावेज में निरन्तर यह माना गया है कि सरोगेसी में संभावित माता/पिता ही बच्चे के आनुवांशिक माता-पिता हैं। उदाहरण के लिए खण्ड 34(10) के अनुसार, *"सरोगेसी के माध्यम से जन्मे बच्चे के जन्म प्रमाण-पत्र में बच्चे के आनुवांशिक माता-पिता का नाम दर्ज किया जाएगा।"*

यदि उस बच्चे का जन्म दान किये गये युग्मक द्वारा हुआ है तो क्या उसके जन्म प्रमाण-पत्र में दाता का नाम दर्ज किया जाएगा?

सारांश

दस्तावेज में परस्पर विरोध के अलावा, उभरने वाली एक बड़ी चिंता है मुद्दों को देखने का नज़रिया। सामाजिक संदर्भ में जड़वत मुद्दों को सम्बोधित करने का चिकित्सकीय नज़रिया समाधान से ज्यादा समस्याएं पैदा करता है। इसके अतिरिक्त, यह तो जरूरी नहीं है कि हर बात जो चिकित्सकीय रूप से संभव है उसके लिए कानूनी इजाजत भी हो। कानून सामाजिक भलाई के लिए बनाए जाते हैं। इसलिए इनकी रचना समाज के हर वर्ग को ध्यान में रखकर की जानी चाहिए, विशेषकर हाशियेदार व कमजोर वर्ग के लिए जिससे किसी भी तरह का शोषण संभव न हो सके। चूंकि ड्राफ्ट विद्येयक चिकित्सकीय वर्ग के लोगों द्वारा तैयार किया गया है जो स्वयं एआरटी प्रदान करते हैं इसलिए ऐसा प्रतीत होता हैं कि विद्येयक का मकसद देश के अन्दर व देश के बाहर एआरटी व्यापार को बढ़ावा देना है, न कि उन महिलाओं के स्वास्थ्य व हितों की सुरक्षा करना जिनके ऊपर इन तकनीकियों का उपयोग किया जाता है।

हमारा यह विशलेषण इस ड्राफ्ट विद्येयक की सीमाओं को उज़ागर करने का एक प्रयास है जिससे उनको दूर किया जा सके तथा सुझावों को प्रस्तावित ड्राफ्ट में शामिल करके एक जन-केन्द्रित व महिला पक्षीय कानून सूत्रबद्ध किया जा सकें।

उपर्युक्त सरोकारों को ध्यान में रखते हुए हम मंत्रालय व आईसीएमआर से गुजारिश करते है कि इस ड्राफ्ट विद्येयक को अंतिम रूप देने में जल्दबाज़ी न करें, और देश के सभी हिस्सों में विभिन्न स्तर पर इस पर बहस व चर्चाएं आयोजित करके उनके सुझाव इसमें शामिल किए जायें। हम मंत्रालय व आईसीएमआर से निवेदन करते हैं कि देश के विभिन्न हिस्सों में जन सुनवाई आयोजित करें जिनमें नागरिक समाज के लोगों, महिलाओं व स्वास्थ्य आन्दोलन के सदस्यों की भागीदारी सुनिश्चित हो। यह भी महत्वपूर्ण है कि विद्येयक को अन्तिम रूप देने में इन सभी पक्षों की भागीदारी निश्चित की जायें।

इस मुद्दे पर महिलाओं के साथ हमारे काम के अनुभव को मद्देनजर रखते हुए हम चाहते है कि आप हमारे सुझावों व टिप्पणियों को बहुत गंभीरता से लें और इस देश की महिलाओं के स्वास्थ्य और कल्याण के व्यापक हित को केन्द्र में रखते हुए इस विषय पर काम करें। हमें उम्मीद है कि ड्राफ्ट विद्येयक को इस आलोचना में प्रस्तुत सभी बिन्दुओं को एआरटी कानून की रचना में शामिल किया जाएगा।

भवदीय,

सरोजिनी, दीपा, प्रीति, आस्था, बीनू, सुशीला, अंजली व आंचल
समा महिला स्वास्थ्य व संदर्भ समूह, दिल्ली
बी.45., दूसरी मंजिल, शिवालिक,
मेन रोड, मालवीय नगर, नई दिल्ली 110 017
Email : sama.womenshealth@gmail.com, sama.genderhealth@gmail.com

(Endnotes)

1 प्रजनन में सहायक तकनीकें - एआरटी या एसिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजी कई तकनीकियो का एक समूह है जो प्रजनन में सहायक होती हैं। इन तकनीकियो का प्रयोग उन स्थितियों में किया जाता है जब सामान्य यौन संबंध से गर्भधारण में असफलता हो या गर्भावस्था को पूरी अवधि तक ले जाना संभव न हो। एआरटी की मदद से डिम्बों या शुक्राणुओं की संख्या बढ़ाई जाती है या उन्हे नज़दीक लाकर निषेचन में मदद की जाती है जिससे सफल गर्भाधारण हो सके।

इन्ट्रा यूट्राइन इनसेमिनेशन (आईयूआई) कृत्रिम गर्भधान

इन्ट्रा यूट्राइन इनसेमिनेशन प्रजनन में सहायक सबसे सरल तकनीक है। इसमें महिला की योनि से गर्भाशय के मुख के पास शुक्राणु डाल दिए जाते हैं। इस विधि में कई डिम्बों को परिपक्व करने के लिए अंडाशय को उत्तेजित किया जाता है, जिस के लिए महिला को हॉरमोनयुक्त दवाईयां दी जाती हैं। अल्ट्रासाउंड की सहायता से डिम्बों के विकास की निगरानी की जाती है और अण्डोत्सर्ग की सही घड़ी में पहले से तैयार शुक्राणुओं को महिला के गर्भाशय के मुख में एक पतले कैथेटर से डाल दिया जाता है ।

ये दो प्रकार का होता है :-

1. आईयूआई-एच - इसमें पति के शुक्राणु का उपयोग किया जाता है
2. आईयूआई-डी - इसमें स्वैच्छिक दाता के शुक्राणु का उपयोग किया जाता है

इन विट्रो फर्टिलाइजेशन (आईवीएफ) या परखनली शिशु (टेस्ट ट्यूब बेबी) तकनीक

परखनली शिशु (आईवीएफ) प्रक्रिया में डिम्ब और शुक्राणु को गर्भाशय के बाहर एक पैट्रीडिश में निषेचित करवाके महिला के गर्भाशय में स्थानान्तरित कर दिया जाता है जिसके बाद गर्भाशय में भ्रूण का विकास होता है। आईवीएफ के दौरान महिलाओं को कई चरणों से गुजरना पड़ता है।

पहला चरण : ओवेरियन हाईपर स्टिमुलेशन (ओएचएस) अण्डाशय को उत्तेजित करना और अंडाणुओं की प्रगति का निरीक्षण करना

दूसरा चरण : अंडाणुओं को बाहर निकालना व उनकी क्षमता को जांचना और पति/साथी से शुक्राणु प्राप्त करना

तीसरा चरणः युग्मकों (गैमेट्स) का ट्रीटमेन्ट -

चौथा चरणः निषेचन (फर्टिलाइजेशन) अंडाणुओं एवं शुक्राणुओं को प्रयोगशाला में निषेचित करना

पांचवां चरण : भ्रूण स्थानातंरण (एम्ब्रियों ट्रांसफर) भ्रूण को गर्भाशय में स्थानातंरित करना

इंट्रा साईटोप्लाज्मिक स्पर्म इंजेक्शन (आईसीएसआई)

यह एक ऐसी आईवीएफ प्रक्रिया है, जिसमें केवल एक शुक्राणु को सीधे अंडाणु में इंजेक्ट कर दिया जाता है। इसमें अंडाणु प्राप्त करने की प्रक्रिया आईवीएफ की तरह ही होती है। पुरूष के बिल्कुल अनुर्वर होने के मामले में इस तकनीकी का इस्तेमाल होता है। इस प्रकार की अनुर्वरता के कई कारण है, जैसे कम संख्या में शुक्राणु होना, शुक्राणु का गतिशील न होना या फिर उसमें अंडाणु के रासायनिक कवच को भेदने की क्षमता का आभाव । बंद नली के परिणामस्वरूप गर्भधारण की समस्या में भी इस तकनीकी का उपयोग होता है। पुरूषो में वीर्यपात असंभव हो तो सीधे अंडकोष से शुक्राणु प्राप्त किए जा सकते हैं।

2 समा-महिला स्वास्थ्य व संदर्भ समूह, दिल्ली

3 आई.ए.एन.एस, ए बून फॉर इनफरटाइल कपल्स, टेस्ट ट्यूब बेबी सेन्टर एट ए.आईएम.एस samachar.in 7 फरवरी, 2008

4 जया शरोफ बल्ला, गवरमेन्ट होस्पिटल रिजोइसेस फस्ट आईवीएफ बेबिस हिन्दुस्तान टाईमस, 11 नवम्बर, 2008

5 टी.एनएन, एआईआईएमएस गेटस इटस फस्ट इन-विट्रो बेबी, सनडे टाईमस ऑफ इन्डिया, 4 मई 2008

6 ट्राइबून न्यूस सर्विस, पीजीआई फस्ट गवरमेन्ट होस्पिटल टू प्रोडूयूस टेस्ट ट्यूब बेबीज़, 20 मई 2008, http://www.tribuneindia.com/2004/20040521/cth1.htm

7 दिस स्पर्म कॉउटस् http://www.outlookindia.com 4 नवम्बर, 2008 को प्राप्त

8 होरमोनल इफेक्टस् इन इनफेन्टस् कन्सीवड बाइ एसिस्टेड रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजी, पेडियाट्रिकस 2005 jul; 116 (1);190-4

9 टाईमस ऑफ इन्डिया, डेनीस ग्रेडी, बर्थ डिफेक्टस टाइड टू फर्टिलिटी टेकनीक्स, 19 नवम्बर 2008

10 हिन्दुस्तान टाईमस एआईआईएमएस क्लीनिक गेटस् इटस् फस्ट आईवीएफ टविन्स 11 अक्टूबर 2008

11 http:// www. Guardian.co.uk/science/2008/jul/31/medicalresearch. health

12 फंडिंग इन-विट्रो फर्टिलाइजेशन ट्रीटमेन्ट फॉर पेरसिस्टेन्ड सब फर्टिलिटी : द पेयन एण्ड पोलिटिक्स फर्टिलिटी एण्ड स्टेरिलिटी, vol76,no3,sept 2001

13 टाईमस ऑफ इन्डिया, इसरेली गे कपल गेट ए सन इन इन्डिया? माधवी राजाध्याकक्षा, 18 नवम्बर 2008

14 आई.ए.एन.एस, (अगस्त 25, 2008) सरोगेसी, $445mn बिसनेस इन इन्डिया, द इक्नोमिक टाइम्स, मुम्बई. रिट्राइविड ऑन अगस्त 29,2008 फ्रेम http://economictimes.india-times.com/News/News_By_Industry/surrogacy_a_445_mn_buiness_in_india/rssarticleshow/3403841.com

15 नेरिस एस. 2006, रिप्रोडक्टिव टेक्नॉलॉजीस : सरोगेसी एण्ड एग्स एण्ड स्पर्म डोनेशन, पारलीमेनटारी इनफोरमेशन एण्ड रिसर्च सर्विस, साईन्स एण्ड टेक्नॉलॉजी डिविजन, लाईब्रेरी ऑफ पारलीमेन्ट ऑफ केनाडा http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb00035-e.htm