



تأثیر سیاست‌های افزایش جمعیت بر زنان

فهرست مطالب

۴	تاریخچه سیاست‌های جمعیتی در ایران ...
۷	کاهش رشد جمعیت و نگرانی‌های جدید ...
۹	گسترش بارداری‌های ناخواسته، سقط جنین ...
۱۲	دسترسی کمتر به خدمات پهداشت باروری ...
۱۴	سرنوشت نامعلوم آموزش شیوه‌های جلوگیری ...
۱۶	موج تازه بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت ...
۱۹	دامن زدن به کودک‌آزاری ...
۲۱	زنان محروم روستاها و حاشیه شهرها ...
۲۴	تشدید نابرابری‌های آموزشی و تحصیلی ...
۲۸	افزایش نرخ بیکاری و گسترش فقر در میان زنان ...
۳۲	بحran آب و کمبود منابع طبیعی ...
۳۶	زنان حق دارند از بارداری خود رضایت داشته باشند ...
۳۹	حقوقی که نقض می‌شوند ...
۴۶	نگاهی به تجربه دیگر کشورها ...
۴۹	ما چه می‌خواهیم؟

در چند سال اخیر ابراز نگرانی از کاهش نرخ رشد جمعیت، مسئولان را به اتخاذ سیاست هایی برای مقابله با این روند و داشته است. این سیاست های جدید جمعیتی که خود را در قالب طرح ها و دستورالعمل های مختلف نشان داده، دو برابر کردن جمعیت در مدتی کوتاه را هدف قرار داده است و برای رسیدن به این هدف بیش از هر چیز به ابزارهای تنبیه‌ی متousل شده است. در این کتابچه قصد داریم تا با نگاهی به تاریخچه سیاست های جمعیتی و تنظیم خانواده در ایران، چشم انداز نگران کننده اجرای سیاست های جدید جمعیتی را نیز به اختصار ترسیم کنیم.

تاریخچه سیاست های جمعیتی و تنظیم خانواده در ایران

تنظیم خانواده به عنوان بخشی از طیف وسیع بهداشت باروری عبارت از آن است که در یک خانواده زن و مرد به دلخواه خود و بر پایه آگاهی، بینش و تصمیم گیری مسئولانه با بکار بردن یکی از روش های پیشگیری از بارداری، تعداد فرزندان خود را با توجه به امکانات اقتصادی و قدرت جسمی و روانی خود تصمیم گیری کنند.

در ایران کنترل جمعیت و تنظیم خانواده به صورت پراکنده در سال ۱۳۳۷ شروع شد. پس از پیروزی انقلاب، این سیاستها از سوی

برخی دست‌اندرکاران با توجیهات فرهنگی و دینی تعطیل شد. هنگامی که در سال ۱۳۶۷ نتایج سرشماری منتشر و میزان رشد جمعیت در سال‌های ۶۵ - ۵۵ به طور کلی ۳.۹ درصد اعلام شد، خطر افزایش انفجاری جمعیت، کارشناسان و در راس آن، دولت را به فکر اتخاذ سیاستی رسمی مبنی بر کاهش موالید انداد. اینجا بود که بار دیگر سیاست‌های کنترل موالید و برنامه تنظیم خانواده در ایران در دستور کار قرار گرفت و از سال ۶۸ به صورت رسمی اجرا گذاشته شد.

در این سیاست تعديل موالید تا سقف ۳ فرزند به عنوان حد مناسب میانگین کودکان هر خانواده ایرانی و تضمین‌کننده ضریب جانشینی و تجدید نسل جمعیت ایران به عنوان هدف اصلی منظور شده بود و اقداماتی چون توسعه انسانی، گسترش مشارکت‌ها به ویژه مشارکت‌های اقتصادی زنان، کاهش مرگ و میر اطفال، کودکان و مادران، بالا بردن سطح آگاهی‌های اجتماعی به کمک مراجع تقليد و رسانه‌های عمومی و همگانی به عنوان عوامل پشتیبانی و تسهیل‌کننده پیشبرد این هدف در متن راهکارهای سیاستی گنجانده شد. فاصله‌گذاری بین زایمان‌ها از طریق گسترش دسترسی به

وسایل مدرن پیشگیری از باروری‌های ناخواسته، واژکتومی^۱ داوطلبانه برای مردان متقاضی و سیاست‌های تنبیه‌ی برای اولاد سوم به بالا در نظر گرفته شد. لازم به یادآوری است که سیاست‌های تنبیه‌ی از قبیل تعلق نگرفتن مرخصی زایمان برای فرزندان سوم به بعد به زنان شاغل یا تعلق نگرفتن دفترچه‌ی بیمه به کودکان سوم به بعد، به دلیل تاثیرات منفی‌ای که بر سلامت زنان و کودکان بر جا می‌گذاشت، قابل دفاع نیست.



^۱ عمل بستن لوله حامل اسپرم در مردان

کاهش رشد جمعیت و نگرانی های جدید

به موجب تغییرات اجتماعی همچون افزایش تحصیلات زنان، و افزایش شهرنشینی و از سوی دیگر اوضاع نابسامان اقتصادی این سیاست بسیار زودتر از زمان پیش بینی شده توانست به نتایج مؤثری در کاهش فرزند آوری ناصل شود. به طوری که متوسط رشد سالانه جمعیت کشور در سال ۱۳۹۰ به ۱.۳ درصد و نرخ باروری کل در همین سال به ۱.۸ فرزند به ازای هر زن (در سن باروری) رسید. در همین ایام بود که به بهانه‌ی پیر شدن جمعیت زمزمه‌های تغییر سیاست‌های جمعیتی به گوش رسید و برخی مسئولان، خواستار افزایش نرخ باروری تا سطح جانشینی (۲.۱ فرزند) تا سال ۱۴۰۴ شدند. برای نیل به آن نیز عزم خود را جzm کردند و به سرعت پیگیر اعمال تغییراتی در سیاست‌های جمعیتی و قانون تنظیم خانواده پیشین شدند و در این راه نیز از همه رسانه‌های موجود ملی برای تبلیغ فرزند آوری و رشد نرخ باروری استفاده کردند.

در راستای تغییر سیاست‌های جمعیتی موجود، خردادماه ۱۳۹۲ جمعی از محافظه کاران مجلس نهم طرح جامع «جمعیت و تعالی خانواده» را ارائه کردند. پس از یک سال این طرح با اعمال تغییراتی در کمیسیون فرهنگی مجلس به تصویب رسید و بهزادی در صحن

علنی مجلس مطرح می‌شود. هدف کلی این طرح، رسیدن به میزان باروری کلی به ۲.۵ فرزند به ازای هر زن در رشد کمی جمعیت تا سال ۱۴۰۴ است. یعنی سیاست دو بچه کافی است به دو بچه کم است تبدیل می‌شود.

فروردين‌ماه ۱۳۹۳ طرح دیگری با عنوان «افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش نرخ رشد جمعیت کشور» توسط ۸۲ نماینده در مجلس نهم مطرح شد و در مدت کوتاهی فوریت و کلیات آن نیز به تصویب رسید.^۲ بر اساس ماده (۱) این طرح ۴ ماده‌ای که در کمیسیون‌های بهداشت و درمان؛ آموزش، تحقیقات و فناوری؛ و فرهنگی در حال بررسی است، محدودیت‌های افزایش جمعیت لغو می‌شود و تمامی عمل‌های جراحی برای پیشگیری از بارداری نظیر واژکتومی و توبکتومی^۳ و هرگونه تبلیغ درباره کاهش فرزند آوری ممنوع است. مرتكبان این اقدامات نیز به مجازات مندرج در ماده ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد؛ یعنی مجازات اقدام به واژکتومی و توبکتومی و مباشرت در آن بهموجب این تغییرات قانونی، همانند سقط جنین (غیر درمانی) حبس از ۲ تا ۵ سال و حکم

^۲ فوریت این طرح در ۲۴ فروردین ۹۳ و کلیات آن در ۳ تیر ۳ تصویب شد.
^۳ عمل بستن لوله‌های فالوپ (لوله‌هایی که تخمک را از تخمدانها به رحم منتقل می‌کنند) در زنان برای پیشگیری از باروری

به پرداخت دیه مطابق مقرراتِ مربوط خواهد بود. تصویب و اجرای دو طرح اشاره شده با همین محتویات و ادامه اجرای سیاست‌های جدید وزارت بهداشت در ارتباط با افزایش جمعیت می‌تواند تبعات بسیار بدی بر زندگی مردم و بهویژه سلامت زنان و کودکان داشته باشد. در ادامه به برخی از این آثار و تبعات منفی اشاره می‌شود:

گسترش بارداری‌های ناخواسته، سقط جنین‌های غیربهداشتی و مرگ‌ومیر مادران

در شرایط فعلی، بارداری‌های ناخواسته از جمله مضلات اصلی بهداشتی و اجتماعی در جهان است. بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی سالانه ۱۷۵ میلیون حاملگی در جهان به وقوع می‌پیوندد که ۷۵ میلیون آن (۴۳ درصد) ناخواسته است، ۴۵ میلیون آن منجر به سقط می‌شود و حدود ۷۰۰۰ مادر به دلیل سقط‌های غیربهداشتی جان خود را از دست می‌دهند.^۴

^۴ زندگی و سلامت (تارنماه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر)، «اطلاعیه روز جهانی جمعیت ۲۰۱۳ با شعار سلامت باروری جوانان»، ۱۸ تیر ۱۳۹۲.

بعد از حذف بودجه‌ی مربوط به بهداشت باروری و کنترل جمعیت،
وقوع حاملگی‌های خواسته و ناخواسته در زنان سنین بالا یعنی حول
و حوش چهل سالگی، افزایش چشمگیری داشته است و ممکن است
موجب افزایش وقوع موارد مرگ و میر مادران (که یک شاخص
بهداشتی بسیار مهم در سطح بین المللی است) بشود و همچنین
احتمال تولد نوزادان دارای مشکلات گوناگون جسمی و ذهنی و
ناهنجری‌های کروموزومی مثل سندروم داون افزایش یابد. از طرف
دیگر، حاملگی‌های ناخواسته می‌تواند موجب سقط غیرقانونی و
غیربهداشتی شود که خود اغلب عوارض زودرس و دیررس، مانند
بروز عفونت‌ها، خونریزی‌ها و پیامدهای ناگوار مانند مرگ مادران را
به دنبال دارد.



در بسیاری از کشورها سقط جنین به دلیل غیرقانونی بودن در شرایط غیربهداشتی و باکیفیت نامطلوب توسط افراد غیرمسئول انجام شده و سالانه مرگ دهها زن یا معلولیت ناشی از آن را به دنبال دارد. سقط جنین در ایران تعقیب قانونی دارد و طبق ماده ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی عاملان و مباشران آن به تحمل حبس از ۲ تا ۵ سال و پرداخت دیه محکوم می‌شوند. سقط قانونی تنها در مواردی که سلامتی مادر و نوزاد درخطر باشد، با تائید پزشک و مراحل ویژه حقوقی انجام می‌گیرد. درنتیجه، اکثریت مطلق کسانی که بارداری ناخواسته دارند، به صورت زیرزمینی و مخفیانه و با مسئولیت شخصی اقدام به سقط جنین می‌کنند. این سقطهای زیرزمینی که معمولاً در جایی ثبت نمی‌شود، به دلیل آنکه فاقد شرایط لازم پزشکی و بهداشتی است، مشکلات زیادی را برای زنان به همراه دارد.

بر اساس آمارهای رسمی ارائه شده از سوی وزارت بهداشت سالانه بیش از ۶ هزار سقط جنین قانونی در کشور انجام می‌شود. اما نکته بسیار مهم در این رابطه سهم بالای سقط جنین‌های غیرقانونی یا به‌اصطلاح زیرزمینی است. بر اساس بررسی‌ها و آمار موجود سقط جنین غیرقانونی دارای دامنه‌ای بین ۱۵۰۰۰ تا ۳۵۰۰۰ مورد در سال است یعنی حدوداً در هر ساعت ۲۹ مورد که این رقم ۴۰ برابر

بیشتر از سقط جنین‌های قانونی است.^۵ همچنین بررسی‌های انجام‌شده در ایران در سال ۱۳۷۵ نشان داد که از حدود نیم میلیون حاملگی ناخواسته، حدود ۱۶ درصد منجر به سقط جنین شده است و همچنین ۷۵ درصد از زوج‌هایی که بارداری ناخواسته داشته‌اند از هیچ وسیله پیشگیری استفاده نمی‌کردند. از سوی دیگر، طبق آخرین گزارش اعلام‌شده از سوی وزارت بهداشت در سال ۹۲ میزان مرگ‌ومیر مادران به علت عوارض بارداری و زایمان در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده ۲۰.۳ مرگ‌ومیر بوده است.^۶ این آمار نشان می‌دهد که اگر خدمات پیشگیری از بارداری به زنان نیز قطع شود می‌تواند آثار بسیار زیان‌بار و غیرقابل جبرانی بر سلامت مادران داشته باشد.

دسترسی کمتر به خدمات بهداشت باروری

هم اکنون پیش از آن که این طرح‌ها به تصویب برسد، بودجه مربوط به بهداشت باروری و کنترل جمعیت در وزارت بهداشت قطع شده است و طبق ضرب العجل ۱۰۰ روزه تعیین شده در وزارت بهداشت

^۵ خبرآنلاین، «آمار سقط جنین غیرقانونی ۴۰ برابر سقط جنین قانونی»، ۱۳ خرداد ۱۳۹۳

^۶ خبرگزاری مهر، «اعلام آخرین آمار مرگ و میر مادران باردار و نوزادان کشور»، ۳ مرداد ۱۳۹۲

خدمات پیشگیری از باروری از سال ۹۲ دیگر در خانه های بهداشت به صورت قبل ارائه نمی شود^۷. برخی خدمات نظیر عمل رایگان واژکتومی و توبکتومی دیگر انجام نمی شود، ارائه رایگان وسایل پیشگیری از بارداری نظیر کاندوم با اعمال محدودیت تنها به کسانی که بارداری های خطرناک دارند ارائه می شود، و تنها قرص های ضدبارداری نظیر ال دی در اختیار افرادی که بخواهند پیشگیری از بارداری داشته باشند قرار می گیرد آن هم بسته به بودجه ای که برای هر شهرستان در این زمینه از قبل در نظر گرفته شده است.



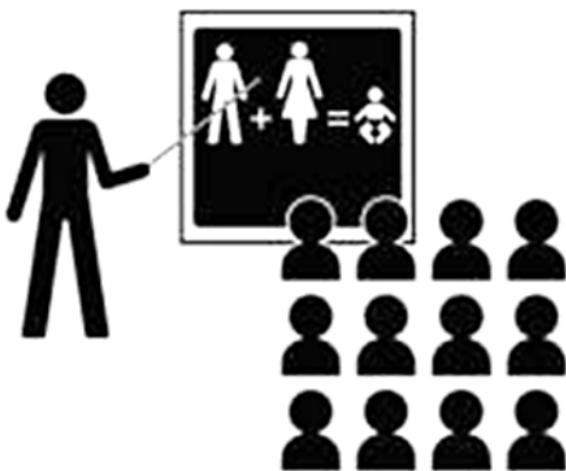
^۷ ایسنا، «حذف بودجه پیشگیری از رفتارهای پرخطر و نگرانی بابت افزایش بیماری های جنسی»، ۲۵ دی ۱۳۹۲ / فارس، ضربالاجل ۱۰۰ روزه وزیر بهداشت برای اجرای سیاست های جدید جمعیتی، ۲۲ مهر ۱۳۹۲

قطع یا محدودیت در ارائه برخی از این خدمات نظیر کاندوم به معنی محدودیت دسترسی مردم به خدمات بهداشت جنسی نیز است. ارائه خدمات از سوی سازمان‌های مدنی در این راستا نیز ممنوع است. یعنی چنانچه سازمان‌های غیردولتی و خبریهای بخواهند وسایل لازم برای پیشگیری از بارداری و انتقال بیماری‌های جنسی را در اختیار خانه‌های بهداشت و دیگر مراکز بهداشت و درمان قرار دهند تا بلکه این خدمات در اختیار زنان قرار گیرد، از کار آن‌ها ممانعت به عمل می‌آید.

سرنوشت نامعلوم اطلاع رسانی و آموزش شیوه‌های جلوگیری از بارداری

هم اکنون اطلاع‌رسانی و آموزش توسط خانه‌های بهداشت حتی در روستاهای دورافتاده که تنها منبع اطلاعاتی آن‌ها همین خانه‌های بهداشت هست نیز محدود شده است. در مقابل، به زنانی که تا پیش از این اگر ۴ فرزند می‌آورند به شکل غیر قابل دفاعی قهر قانون شاملشان می‌شد - مخصوصی بارداری و زایمان کارگران زن برای فرزندان چهارم و بعد از مخصوصی استحقاقی موجود و آتی کارگر کسر می‌شد و هزینه نگهداری فرزندان کارگران زن در مراکز نگهداری برای فرزندان چهارم و بعد به عهده کارگر بود و دفترچه بیمه به

فرزندان سوم به بالا تعلق نمی گرفت - اکنون تأکید می شود که حالا دیگر می توانند فرزند بیاورند و بهتر است فرزندان بیشتری بیاورند!



نه تنها آموزش پیشگیری از بارداری از سوی مراکز بهداشتی دولتی با محدودیت مواجه شده است بلکه بهزودی با تصویب طرح های نامبرده، اطمینانی نیست که آیا می تواند آموزش پیشگیری از بارداری توسط نهادهای غیردولتی صورت گیرد بدون آن که مصدق تبلیغات تلقی و با مجازات همراه شود. به این ترتیب بیم آن می رود که مانند سابق آموزش سلامت باروری که حق همه است در اختیار همگان نباشد.

موج تازه بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت



در خبری که در آذرماه سال ۱۳۹۲ منتشر شد رئیس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی، نسبت به آغاز موج چهارم انتقال اچ. آی. وی./ ایدز هشدار داد. موج چهارم تلفیق همزمان موج دوم و سوم گسترش این ویروس است که ناشی از انتقال همزمان از طریق سرنگ الوده و روابط جنسی پرخطر خواهد بود.

موج اول مربوط به شایع شدن ویروس اچ آی وی/ ایدز از طریق فرآورده‌های خونی وارد شده برای بیماران هموفیلی بود. موج دوم نیز از طریق اعتیاد تزریقی بهویژه در زندان‌های کشور در دهه ۷۰ رخ داد، چراکه سرنگ و سوزن در دسترس نبود و داروخانه‌ها نیز اجازه نداشتند بدون نسخه پزشک، این وسایل را بفروشند. موج سوم که از چندین سال قبل پیش‌بینی شده بود، به دلیل انتقال این ویروس توسط معتادانی بود که با سایر افراد روابط جنسی پرخطر داشته‌اند.

این افراد که از طریق اعتیاد تزریقی ناقل ویروس شده بودند، این بیماری را به خانواده خود یا افرادی که با آن‌ها روابط جنسی داشتند، منتقل کرده‌اند. به گفته رئیس مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی هم‌اکنون در کشور شاهد عوارض این پدیده هستیم بهطوری‌که در سال ۹۲ علت حدود ۳۰ درصد از انتقال‌ها از طریق روابط جنسی بوده است.^۸

بر اساس آمار جمع آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی، تا تاریخ یکم دی ماه ۱۳۹۲ مجموعاً ۲۷ هزار و ۴۱۶ نفر افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایdz در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۹ درصد آنان را مردان و ۱۱ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.^۹ آمار غیررسمی به مراتب بالاتر است و حدود ۵ تا ۷ برابر آمار رسمی را نشان می‌دهد.^{۱۰} از سوی دیگر تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران یک‌میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام شده است^{۱۱} که ۶۳ درصد آن‌ها متأهل هستند.^{۱۲}

^۸ خبرگزاری ایسنا، «موج چهارم انتقال HIV / ایدز در راه است»، ۳۰ آذر ۱۳۹۲

^۹ ایسنا، «آمارهای جدید ایدز در کشور»، ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۳

^{۱۰} انتخاب، «آمار غیر رسمی مبتلایان به ایدز»، ۱۷ خرداد ۱۳۹۱

^{۱۱} خبرگزاری فارس، «ایجاد ۷ اردوگاه نگهداری معتادان / یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر آمار رسمی اعتیاد در ایران»، ۴ تیر ۱۳۹۲

در رابطه با انتقال بیماری هپاتیت نیز مسئله مشابهی در جریان است. طبق آمارهای موجود هم اکنون از هر ۲۰۰ ایرانی، حداقل یک نفر به هپاتیت C مبتلاست. شایع‌ترین راه بروز هپاتیت C نیز اعتیاد تزریقی و رفتارهای پرخطر جنسی است. اجرای برنامه‌های کاهش آسیب در معتادان از جمله دادن سرنگ، استفاده از متادون به جای مصرف مواد مخدر تزریقی و همچنین ارائه وسائل پیشگیری به ویژه کاندوم در جهت کنترل رفتارهای پرخطر جنسی و کاهش بروز هپاتیت C در معتادان تزریقی بسیار موثر بوده است. به گفته رئیس شبکه هپاتیت کشور، پیش از این بودجه‌هایی برای بهداشت باروری در نظر گرفته می‌شد و وزارت بهداشت میلیاردها تومان برای خرید کاندوم و آموزش مردم هزینه می‌کرد. این هزینه‌ها تنها برای کنترل جمعیت نبوده، بخش عمده آن بابت رفتارهای پرخطر جنسی بوده است. اما هم اکنون این بودجه قطع شده است و خطر انتقال بیماری‌های ناشی از رفتارهای پرخطر جنسی جامعه را تهدید می‌کند.^{۱۳}.

^{۱۲} همشهری آنلاین، «جدیدترین آمار اعتیاد در ایران»، اردیبهشت ۹۳

^{۱۳} ایسنا، «حذف بودجه پیشگیری از رفتارهای پرخطر و نگرانی بابت افزایش بیماری‌های جنسی»، ۲۵ دی ۱۳۹۲

به گفته کارشناسان با توجه به این آمار و با توجه به اینکه زنان به دلایل مختلف از جمله مواجهه با همسران معتاد خود در روابط جنسی بیش از همه در معرض ابتلا به ایدز و هپاتیت هستند، باید تمهیداتی برای آگاهی اشار مختلف بهویژه نوجوانان و جوانان در مورد راههای پیشگیری از این بیماری اندیشید. با این وجود نه تنها فکر چندانی در این مورد نشده است بلکه عملاً محدودیت‌ها و موانع در ارائه وسائل پیشگیری از بارداری از جمله کاندوم که به پیشگیری از بیماری‌های مقاربی نیز می‌انجامد و عدم اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی ضرورت استفاده از کاندوم در هنگام رابطه جنسی به خانواده‌ها، به گسترش این بیماری بهویژه در میان زنان که در خطر ابتلا به آن از طریق همسرانشان هستند منجر خواهد شد.

دامن زدن به کودک‌آزاری

نتایج مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی اثرات حاملگی ناخواسته بر سلامت فیزیکی و روانی مادر و طفل او، ثابت می‌کند که وقتی تولدی ناخواسته صورت می‌گیرد، مادر و طفل او در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرند. کودکان حاصل از بارداری ناخواسته با احتمال بیشتری، دارای زندگی خانوادگی نامن و پرآشوبی می‌شوند، مورد آزار و غفلت والدین قرار

می‌گیرند، رفتارهای بزهکاری بروز می‌دهند و نیازمند درمان برای علائم مشکلات روحی و روانی هستند.

میزان کودکآزاری در ایران یکی از موارد قابل توجه است. آمار تماس‌های شش ماه نخست سال ۹۱ با خط ۱۲۳ (اورژانس اجتماعی) اعلام می‌کند که ۷۶ درصد تماس‌ها مربوط به گزارش کودکآزاری بوده است. تجزیه آمار اعلام شده از سوی سازمان بهزیستی کشور نشان داده که حدود ۵۳.۵ درصد از این موارد، آزار جسمی کودکان بوده است.^{۱۴} با توجه به این امر که کودک نابالغ است و نمی‌تواند از خود دفاع کند یا به سختی می‌تواند آزار علیه خود را گزارش دهد، این آمار بیشتر متعلق به گزارش شاهدان کودکآزاری است که می‌تواند کمتر از موارد واقعی کودکآزاری در ایران باشد. چراکه همه شاهدان لزوماً از اورژانس اجتماعی آگاه نیستند و همچنین ممکن است کودکآزاری در خفا اتفاق بیفتد.

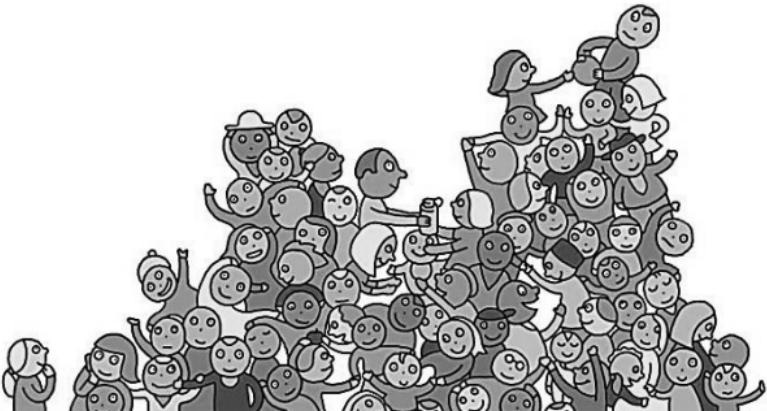
بارداری‌های ناخواسته می‌تواند بر میزان کودکآزاری تأثیر مستقیم داشته باشد. چراکه زنان و مردانی که چندان تمایلی به فرزند آوری ندارند و به انتخاب خود و با توجه به امکانات و توجه به زمان

^{۱۴} روزنامه اعتماد، «آمار کودک آزاری در ایران هنوز زیر ذره بین تردید است»، ۳۱ تیر ۱۳۹۲

مناسب، فرزند نیاورده‌اند بسیار بیشتر مستعد آزار کودکان خود و بی‌توجهی به آنان هستند.

زنان محروم روستاها و حاشیه شهرها، اصلی ترین قربانیان سیاست‌های جدید جمعیتی

سیاست‌های جدید جمعیتی بیش از همه می‌تواند بر زندگی، سلامت و بهداشت جنسی زنان در روستاها و مناطق محروم تأثیر منفی‌ای داشته باشد. زنان در حواشی شهرها و روستاهای دورافتاده و محروم به اطلاعات مربوط به بهداشت جنسی و باروری دسترسی بسیار ناچیزی دارند و از طرف دیگر سطح بی‌سوادی و کم‌سوادی در میان آن‌ها بالاست. زنان متعلق به طبقات متوسط و بالا در شهرها شاید خود بتوانند اطلاعات لازم را کسب کنند یا وسایل لازم برای پیشگیری از بارداری را از داروخانه‌ها تهیه کنند، اما زنان در روستاهای دورافتاده و محروم بهویژه در مناطق حاشیه‌ای ایران عمده‌تاً منبع اطلاعاتشان درباره‌ی بهداشت باروری، مراکز بهداشتی است. چنانچه این خدمات در این مراکز قطع یا با محدودیت همراه شود، این زنان راه دیگری برای کسب این اطلاعات نخواهند داشت و بهندرت نیز توانایی مالی کافی برای خرید خدمات پیشگیری از بارداری خواهند داشت.



از طرف دیگر، محدودیت در دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری سبب فرزند آوری زیاد میان زنان کارتنه خواب و معتاد می‌شود و درنتیجه میزان کودکان بهزیستی و فروخته شده به باندهای خلاف‌کار نیز افزایش می‌یابد. به گفته مدیرعامل جمعیت امام علی، یکی از سازمان‌های فعال در حوزه کودکان، زنان باردار کارتنه خواب و زنان مناطق محروم در وضعیت بحرانی قرار دارند. این افراد به‌دوراز امکانات بهداشتی و پزشکی دوران بارداری و زایمان خود را طی می‌کنند و بسیاری از آنان فرزندان معلولی به دنیا می‌آورند. به گفته وی، محدودیت‌های ایجادشده برای جلوگیری از بارداری سبب شده است که تعداد نوزادانی که به بهزیستی داده می‌شوند و به باندهای خلاف فروخته می‌شوند افزایش پیدا کند. طبق آماری که درباره اطلاعات این مادران از روش‌های جلوگیری از بارداری به‌دست‌آمده

است، اکثر آن‌ها به این روش‌ها دسترسی ندارند و راه حل پیش روی آن‌ها، فروختن یا اجاره دادن بچه‌هایشان است.^{۱۵}

به‌این ترتیب زنان در موقعیت‌های حاشیه‌ای و محروم بسیار بیشتر از باقی زنان به ارائه‌ی رایگان خدمات تنظیم خانواده که توسط مراکز بهداشت ارائه می‌شدند، وابسته هستند. عدم ارائه برخی خدمات رایگان نظیر عمل‌های واژکتومی و توبکتومی و محدودیت در ارائه فرص‌های پیشگیری از بارداری و کاندوم در برخی از مناطق (به دلیل کمبود دسترسی مراکز بهداشت به وسائل پیشگیری از بارداری)، می‌تواند منجر به افزایش بارداری‌های ناخواسته، سقط‌جنین‌های غیر ایمن و تولد کودکان ناخواسته شود. آیا این امر زنان را به‌ویژه در طبقات فردوسیت با تعیض و بی‌عدالتی گسترشده‌تری مواجه خواهد کرد؟ سلامت این زنان و کودکان آن‌ها از این‌پس چگونه تضمین خواهد شد؟

^{۱۵} ایننا، «دختران فراری ۴ ساعته جذب باندهای فساد می‌شوند»، ۱۰ اردیبهشت

تشدید نابرابری های آموزشی و تحصیلی

در حالی بر سیاست افزایش جمعیت تاکید می شود که زیرساخت ها و امکانات ضروری برای جامعه در زمینه ها و عرصه های مختلف فراهم نیست، در این میان عرصه آموزشی بعنوان یکی از مهمترین عرصه های زیست اجتماعی انسان ها با چالش و مشکلات جدی روبروست.

نگاهی به آمار و اطلاعات موجود در زمینه آموزش نشان می دهد که وضعیت آموزش در ایران در شرایط نامطلوب قرار دارد. عدم تناسب امکانات و فضای آموزشی با جمعیت دانش آموزی^{۱۶}، توزیع ناعادلانه امکانات موجود در کشور، عدم توانایی دولت برای تامین بودجه آموزش و پژوهش، مشکلات معیشتی معلمان، افت تحصیلی دانش آموزان، ترک تحصیل اجباری دانش آموزان طبقه کارگر، وجود دانش

^{۱۶} یکی از معضلات آموزشی عدم تخصیص منابع و امکانات بصورت عادلانه در سطح کشور است در حالی که استند بالادستی بر تامین منابع و اعتبارات برای مناطق مختلف بصورت برابر دارند هنوز مدارس کپری در استان های محروم مانند سیستان و بلوچستان، بوشهر و کرمان دیده می شوند.

آموزان بازمانده از تحصیل^{۱۷} و ... از معضلات جدی است که نظام آموزشی را با چالش رو برو ساخته است با این حال دولت به جای تلاش برای رفع این معضلات، با نادیده گرفتن برخی اصول قانون اساسی مانند اصل ۳۰ در صدد برچیدن آموزش عمومی و رایگان است و با اعمال سیاست های نئولیبرالی بدبناه گسترش فعالیت بخش خصوصی در این عرصه عمومی است. در همین راستا دولت در طی یک سال گذشته کوشیده است با اعمال سیاست هایی مانند واگذاری هنرستان های کارو دانش، خرید صندلی های خالی مدارس خصوصی، فروش مدارس دولتی با موقعیت تجاری بصورت موقت بر مشکلات خود غلبه کند و زمینه را برای سرمایه گذاری بخش خصوصی مهیا نماید در صورتی که دولت در تحقق این امر موفق شود بایستی گفت آموزش عمومی و رایگان در ایران به آخر خط رسیده است.

^{۱۷} معاون وزیر آموزش و پرورش با تاکید بر ضرورت بازمهندسی در فرآیند آموزشی حاکم بر آموزش از راه دور گفت: هم‌اکنون ۲۰۰ هزار بازمانده از تحصیل تحت پوشش قرار دارند، البته تصور ما از بازماندگان از تحصیل عددی سه برابر آمار فعلی است.

اگر روند رو به رشد جمعیت در ایران بخاطر سیاست ازدیاد جمعیت، با سیاست های فعلی در عرصه آموزش همراه شود به نظر می رسد نه تنها مشکلات و چالش های نظام آموزشی در ایران حل نخواهد شد بلکه این چالش ها بخش اعظم جامعه بخصوص طبقات فروودست را با مشکل فراوان روبرو خواهد ساخت. اگر دولت بخواهد در پیشبرد سیاست افزایش جمعیت موفق شود و با محدود سازی دسترسی به خدمات پیشگری از بارداری در کنار وعده ها و مشوق ها برای افزایش فرزند، بتواند بخشی از طبقات فروودست را با خود همراه نماید افزایش جمعیت در این خانواده ها می تواند مستقیما بر میزان دسترسی آنان به امکانات آموزشی تاثیر گذارد، و شرایط را از این نیز بدتر سازد. هم اکنون که دولت راه حل جبران کمبود بودجه را در فروش مدارس دولتی می بیند و قادر نیست سرانه مدارس را به نسبت جمعیت امروز تامین نماید نسبت به جمعیت رو به رشد سال های بعد ناتوان تر خواهد بود؛ بخصوص وقتی سیاست های راهبردی آموزشی نیز مانند سیاست رشد جمعیت بدون کارشناسی و بصورت موسمی تعییر می کنند. به نظر می رسد جدی ترین چالش آموزشی جمعیت رو به رشد ایران تصمیم اخیر وزارت خانه آموزش و پژوهش برای اجباری شدن^{۱۸} دوره دو ساله پیش دبستانی در سال

^{۱۸} در صورتی که دوره پیش دبستانی اجباری شود، دوره تحصیلی تا دیپلم از ۱۲

تحصیلی آینده است این معضل که ناظر بر عدم وجود زیرساخت های ضروری این برنامه است در کنار چالش های ساختاری و معضلات موجود یک چالش بنیادی است که مقاطع دیگر تحصیلی را نیز تحت تاثیر قرار خواهد داد. کسانی که امروز قادرند با پرداخت سالانه ۳۰ میلیون تومان فرزندان خود را در مدارس خصوصی و غیر انتفاعی ثبت نام نمایند همان کسانی هستند که کودکانشان در مهدها و کودکستان های آنچنانی الفبا را آموخته اند اما معلوم نیست کیفیت آموزش کودکان فرودستان در مدارس دولتی که هر روز

سال به ۱۴ سال افزایش خواهد یافت و این یعنی نیازمند نیروی انسانی متخصص و امکانات و زیرساخت های ضروری است که هم اکنون نیز آموزش و پرورش با کمبود آن روپرورست. بعنوان مثال با اجرای طرح ۶-۳-۳ بر اساس سند بنیادین و افزایش پایه ششم به دوره ابتدایی طی سال گذشته آموزش و پرورش در راستای تامین نیروی انسانی مجبور شد در برخی مناطق از نیروهای دفتری و حتی خدماتی در کلاس ها استفاده نماید یا با ارایه دستورالعمل هایی که انتقال در مناطق را در صورت تغییر مقطع از راهنمایی و متوسطه به ابتدایی را تسهیل می نمود برخی از نیروهای متخصص در دوره متوسطه را به سمت مدارس ابتدایی هدایت نمود. این معلمان نه تنها در مدارس ابتدایی موفق نبودند بلکه در برخی مناطق دوره متوسطه نیز با کمبود معلم روبرو شدند اگر تغییر یک پایه از راهنمایی به ابتدایی نظام آموزشی را با چنان مشکلی روبرو نموده است بی شک چالش ناشی از افزایش جمعیت و اجباری شدن دوره پیش دبستانی برای نظام آموزشی نویدگر بحران پیش روست.

خصوصی می شوند چگونه خواهد بود. بی شک یکی از اصلی ترین تبعات منفی افزایش جمعیت با توجه به امکانات و شرایط موجود، در عرصه آموزش بروز خواهد نمود و بر نابرابری آموزشی دامن خواهد زد.



افزایش نرخ بیکاری و گسترش فقر در میان زنان

در ایران، با افزایش تحصیلات زنان، جمعیت قابل توجهی از آنان می خواهند وارد بازار کار شوند. اما توزیع بیکاری در کشور به لحاظ جنسیتی بسیار نامتناسب است. علی‌رغم آن‌که میانگین بیکاری در

کشور ۱۰.۵ درصد اعلام شده است، این رقم در بین زنان دو تا سه برابر افزایش می‌یابد.^{۱۹}

در چنین شرایطی، در سیاست‌ها و برنامه‌های افزایش جمعیت جدید نه تنها تمهیداتی متناسب با شرایط شغلی زنان اندیشیده نشده؛ بلکه «اشغال زنان، مسئله‌ای درجه دوم» تلقی شده و طرح‌های تعیض‌آمیز و ناعادلانه‌ای برای محدودیت بیشتر زنان در عرصه کار و شغل تهیه شده است. به طوری که بر اساس ماده‌ی ۱۰ طرح تعالی خانواده قیدشده است در کلیه بخش‌های دولتی و غیردولتی اولویت استخدام به ترتیب با مردان دارای فرزند و سپس مردان متأهل بدون فرزند و بعداز آن زنان دارای فرزند است و به کارگیری افراد مجرد واجد شرایط در صورت عدم وجود مقاضیان متأهل واجد شرایط بلامانع است.

از طرف دیگر، طبق ماده ۲۴ این طرح پیشنهاد افزایش مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه آورده شده است: «مدت مرخصی شیردهی برای کارکنان زن در دستگاه‌های اجرایی، بخش‌های غیردولتی، و مشمولان قانون کار از هنگام تولد کودک به مدت نه ماه تمام با

^{۱۹} ایستا، «افزایش ۳ برابری بیکاری زنان و تحصیلکرده‌ها»، ۲۴ خرداد ۱۳۹۳

پرداخت حقوق و فوق العاده های مربوطه می باشد». در تبصره شماره ۳ این ماده اگرچه به امنیت شغلی مادران، ضرورت حفظ موقعیت شغلی و ممنوعیت نقل و انتقال و تغییر شغل آنها اشاره شده، اما نهاد متولی این امر و ضمانت اجرایی آن مبهم باقی مانده است. همچنین، در تبصره ۵ این ماده نیز به ۱۰ روز مخصوصی برای پدران اشاره شده که البته از آنجایی که به نیت «کمک» در مراقبت از نوزاد است، اختیاری است!.

به موازات ارائه طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده، پیشنهاد مشابه دیگری که به واسطه لایحه ارسالی دولت دهم درباره اصلاح قوانین جمعیتی به مجلس ارائه شد، در تیرماه ۱۳۹۲ به تصویب رسید.^{۲۰} هر چند هنوز بودجه ای برای اجرای آن به نهادهای ذیربسط پرداخت نشده، اما اظهارات مسئولان سازمان تامین اجتماعی حکایت از تبعات منفی آن در صورت اجرایی شدن دارد. به گفته معاون درآمد این سازمان، نتایج پژوهشی که طی مدت ۱۸ ماه وضعیت بازگشت به کار ۱۴۵ هزار زنی که از مخصوصی ۶ ماهه زایمان استفاده کرده اند را بررسی کرده، حاکی از آن است که در این مدت ۴۷ هزار نفر آنان

^{۲۰} خبرآنلайн، خبرآنلайн، «افزایش مخصوصی زایمان زنان؛ از کجا آمد؟ به کجا می‌رسد؟»، ۱۵ آبان ۱۳۹۲

(بیش از یک سوم آنها) از سوی کارفرمایان خود اخراج شده اند. به همین دلیل پیش بینی می شود با افزایش ۹ ماه مرخصی زایمان این ریزش زنان در محیط های کار به ویژه بخش خصوصی به صورت تصاعدی بالا برود^{۲۱}.

با توجه به این آمارها و در صورت اجرایی شدن برنامه ها و طرح های افزایش جمعیت، زنان نخستین گروه از جمعیت فعال اقتصادی هستند که از گردونه رقابت نیروی کار خارج می شوند تا در خانه به کار بدون مزد بچه داری و شوهرداری مشغول شوند. به عبارتی، زنان قربانی بحران بیکاری می شوند. همچنین، به موجب این سیاست، مردان جوان نیز در نقش سنتی نان آور خانه ثبتیت می شوند. جالب اینجاست که طبق تجربه کشورهای دیگر در شرایط جمعیتی مشابه ایران، کاهش اشتغال زنان نه تنها نرخ باروری را افزایش نمی دهد، بلکه به دلیل تشدید مشکلات معیشتی و تضادهای جنسیتی زمینه گسست زندگی خانوادگی را فراهم می کند.

از طرف دیگر، سیاست های افزایش جمعیت می تواند به فقر زنان دامن بزند. زنی که مادر چندین فرزند است، امکان انجام شغل

^{۲۱} خبرگزاری مهر، «اخراج یک سوم زنان در بازگشت از مرخصی زایمان»، ۲۸ فروردین ۱۳۹۳

تمام وقت نخواهد داشت. کاهش ساعات کار همزمان با تعدد فرزندان که به خودی خود مخارج خانواده را افزایش می‌دهد، به معنای درآمد کمتر و فقر بیشتر برای خانواده خواهد بود. حداقل تأثیری که کاهش درآمد زن در وضعیت اقتصادی خود زن خواهد داشت، این است که زن از نظر اقتصادی به درآمد مرد وابسته‌تر شده و در دوران سالمندی و از کارافتادگی نیز به دلیل درآمد کم در زمان اشتغال، مستمری بازنیستگی کمتری دریافت خواهد کرد. امنیت شغلی زنان بیش از پیش به خطر افتاده و از فرصت‌های شغلی کمتری برخوردار می‌شوند.

بحran آب و کمبود منابع طبیعی

به گفته مقامات کشور، اقلیم ایران در مرحله خشک سالی قرار دارد و در حال تجربه بحران آب هستیم. وزیر نیرو در این باره می‌گوید: «اگر کشوری ۲۰ تا ۴۰ درصد از منابع آب تجدیدشونده خود را استفاده کند، در دامنه مطمئن قرار دارد. حداکثر میزان مجاز برای استفاده از منابع آب تجدیدشونده ۶۰ درصد است؛ اما اکنون از ۱۲۰ میلیارد مترمکعب، ۹۶ میلیارد مترمکعب مصرف می‌شود. یعنی به جای ۶۰ درصد استفاده می‌شود که این فشار زیادی به منابع

طبیعی وارد می‌کند و موجب خشکی تالاب‌هایی مانند هامون، بختگان و دریاچه ارومیه شده است».^{۲۲}

ضعف مدیریت آب، بهویژه در بخش کشاورزی، موجب مصرف بی‌رویه حجم زیادی از منابع آبی شده است. همچنین، حفر چاه‌های عمیق باعث خالی شدن سفره‌های آب زیرزمینی شده که این مسئله پیامدهای ناگوار بسیاری در پی دارد. به گفته معاون دفتر آب‌وخاک سازمان حفاظت محیط‌زیست، ۷۰ درصد سفره‌های آب زیرزمینی کشور رو به کاهش هستند. این مسئله باعث فرونشست شدید آب در برخی مناطق کشور شده است.^{۲۳} در این رابطه، مدیرکل دفتر آموزش و مشارکت مردمی سازمان حفاظت محیط‌زیست اعلام می‌کند که پدیده فرونشست زمین در تهران ۹۰ برابر حد بحران است.^{۲۴}

^{۲۲} خبرآنلاین، «دیدن نیمه خالی لیوان / وقتی بحران کمبود آب در ایران به مرز هشدار می‌رسد»، ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۳

^{۲۳} انتخاب، «۷۰ درصد سفره‌های آبهای زیر زمینی کشور رو به کاهش است»، ۴ اردیبهشت ۱۳۹۳

^{۲۴} خبرگزاری مهر، «فرونشست زمین در جنوب تهران ۹۰ برابر حد بحرانی اتحادیه اروپاست»، ۸ اردیبهشت ۱۳۹۳

مشکلات ناشی از خشکسالی و ضعف در مدیریت منابع آبی سبب شده که دسترسی ابتدایی بسیاری از شهروندان به مایع اولیه حیات بسیار دشوار شود. به گفته وزیر نیرو، به ساکنان ۶۵۰۰ روستای کشور با تانکر آبرسانی می‌شود.^{۲۵} همان‌هایی که لاجرم مخاطب اصلی حذف خدمات پیشگیری از بارداری هستند. همان کسانی که سیاست افزایش جمعیت برایشان جز فقر بیشتر، دستاورد دیگری به دنبال نخواهد داشت.



در صورت تداوم چنین وضعیتی، بحران آب، جدی‌ترین تأثیرش را بر امنیت غذایی خواهد گذاشت. به گفته نماینده مقیم فائو (سازمان خواروبار جهانی) در تهران، بیش از نیمی از جمعیت ایران با اثرات

^{۲۵} ایسنا، «توضیحات وزیر نیرو در مجلس»؛ به ۶۵۰۰ روستا با تانکر آب می‌رسانیم»، ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۳

خشکسالی و بیابان‌زایی مواجه هستند و تولید و امنیت غذایی آن‌ها با خشکسالی تهدید می‌شود. نخستین تأثیر خشکسالی، کمبود عرضه مواد غذایی و درنتیجه افزایش قیمت آن است^{۲۶}.

چنین رویدادی بیشترین تأثیرش را بر اقشار فرودست جامعه و به طور خاص زنان و کودکان خواهد گذاشت. فرودستان جامعه قادر به تأمین مواد غذایی موردنیازشان نیستند و سوءتغذیه می‌تواند زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌ها برای آن‌ها باشد. افزایش بی رویه جمعیت، این بحران را بیش از پیش دامن می‌زند. آیا در چنین وضعیتی می‌توان به افزایش فرزند آوری امیدوار بود؟ آیا کودکانی که در فقر متولد می‌شوند، مطلوب طراحان سیاست‌های افزایش جمعیت هستند؟

علاوه بر بحران آب و منابع غذایی، بحران انرژی و عوارض حاصل از آن نیز در راه است. مصرف گاز در ایران به اندازه مصرف گاز در چین یا کل کشورهای عضو اتحادیه اروپا است. وزیر نفت در این زمینه اظهار داشته که با روند کنونی مصرف گاز در کشور، حتی در صورتی که تمام فازهای پارس جنوبی نیز به بهره‌برداری برسد، در سال‌های آتی به واردکننده گاز تبدیل خواهیم شد. بازهم تأثیر این

^{۲۶} نماینده مقیم فائو در جمهوری اسلامی ایران: ایران برای امنیت غذایی با خشکسالی مقابله کند.

رونده بر روستاهای محروم بیشتر خواهد بود. چراکه در حال حاضر که با بحران گاز مواجه نیستیم بسیاری از روستاییان از داشتن گاز محروم هستند چه رسد به زمانی که گاز نیز جیره‌بندی یا بسیار گران شود.

زنان حق دارند از بارداری خود رضایت داشته باشند



زنان تجربه یکسانی از بارداری ندارند. این نوع تجربه چنان فراگیر است که برای درک آن نیازی به جستجوی چندانی نیست و با نگاهی به زنان دور و بر خودمان می‌توانیم به آن پی ببریم. زنانی هستند که با تمام وجود آرزومند بارداری هستند، برای آن برنامه می‌ریزند و با هیجان خود را برای آن آماده می‌کنند و البته زنانی نیز هستند که برایشان بارداری کابوس وحشتناکی است که به شدت از آن می‌گریزند. این احساس نسبت به بارداری در یک زن اغلب دائمی نیست و بسته به شرایط مختلف از جمله تعداد فرزندان، فاصله با بارداری قبلی، رابطه با همسر و امنیت اقتصادی، اجتماعی و روانی می‌تواند تغییر کند.

از سوی دیگر بارداری اغلب با تغییرات و عوارض ناخوشایندی در زن همراه است. دگرگون شدن اوضاع روانی و احساسی، عوارض جسمانی اغلب ناخوشایند ناشی از بارداری در کنار مشکلاتی که گاه مانع این می شوند تا بارداری مسیر طبیعی خود را بپیماید و حتی می تواند موجب شود تا زن باردار ماهها در بستر بماند از عوارضی است که برخی از آنها شیوع بسیار فراوانی در میان زنان باردار دارد. نوع مواجهه زن باردار با این عوارض و مشکلات و اوضاع روحی و روانی او در دوران بارداری به شدت بر جنین تاثیر گذار است. اغلب توصیه می شود برای داشتن کودکی سالم و با نشاط زنان باید در دوران بارداری علاوه بر توجه به اوضاع جسمی مراقب سلامت روانی و شادابی خود نیز باشند. همه‌ی آن چه گفته شد را می توان این گونه خلاصه کرد، بارداری تجربه ای است که پیش‌پیش نمی توان مشکلات ناشی از آن را پیش‌بینی کرد اما به میزانی که این بارداری خواسته و آگاهانه و با برنامه ریزی قبلی باشد، توان مواجهه‌ی صحیح با عوارض بارداری و حفظ سلامت جسمی و روانی زن باردار و جنین او افزایش می یابد.

زنانی که تجربه‌ی بارداری ناخواسته را دارند به شدت به لحاظ روانی به هم می ریزند و اغلب تلاش فراوانی برای سقط جنین می کنند. در جامعه‌ی ایران با توجه به غیر قانونی بودن سقط جنین این

تلاش ها در موارد محدودی به نتیجه می رسد و در مواردی که به نتیجه نمی رسد نیز، اغلب زنان باردار نه تنها ناراحتی های ناشی از بارداری ناخواسته را متحمل می شوند بلکه نگرانی دیگری نیز به همه می دل نگرانی هایشان اضافه می شود و آن به دنبال آوردن کودکی ناقص - ناشی از تلاش های ناموفق برای سقط - است. والتبه نیازی به یادآوری نیست که همه می این ناراحتی ها و نگرانی ها بر سلامت جسمی و روانی جنینی که قرار است در آینده جامعه را بسازد تاثیر می گذارد.

بارداری به شدت به حیات جسمی و روانی زن و جنین او وابسته است. این حق زن است که تجربه می خواهایندی از این بارداری داشته باشد و همچنین حق جنین است که در محیطی چشم به جهان بگشاید که مشتاقانه منتظر او هستند نه این که حضور او را بلایی بدانند که باید از وقوع آن جلوگیری کرد. تحمیل هر گونه اجبار و اضطرار به زن برای فرزندآوری ناقض حقوق بدیهی زن و کودک او است . هر گونه برنامه ریزی جمعیتی باید ناقض این حق باشد. به عبارت دیگر خواست دستری آزاد و سهل به خدمات پیشگیری در واقع در خدمت گسترش بارداری های آگاهانه و خواسته و کمتر کردن بارداری های ناخواسته است. نمی توان به اهمیت حق زن در تجربه می یک بارداری آگاهانه و سرشار از رضایت خاطر و

شادمانی اذعان کرد و هم زمان با اعمال محدودیت در دسترسی آزاد و سهول به خدمات جلوگیری از بارداری - که در سیاست‌های جدید جمعیتی پیش‌بینی شده است - این حق را مخدوش ساخت.

حقوقی که نقض می‌شوند...

«هیچ مقامی حق ندارد به نام حفظ استقلال و تمامیت ارضی کشور آزادی‌های مشروع را هر چند با وضع قوانین و مقررات از افراد سلب کند». این را اصل نهم قانون اساسی می‌گوید و در ادامه‌ی همین قانون، حقوق زنان، آزادی تشکیل خانواده و آزادی‌های مشروع را به رسمیت می‌شناسد. با نگاهی گذرآ به قانون اساسی و اصل اشاره شده پر واضح خواهد بود که بگوییم مجلس ایران نمی‌تواند در همه‌ی زمینه‌ها قانون وضع کند. اما آن چه که رخ می‌دهد گاه چندان منطبق با این اصل نیست. در این زمینه می‌توان به «طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت» اشاره کرد، بهویژه آنجا که تاکید می‌کند: «اقدام کنندگان به سقط جنین، عقیم‌سازی مانند واژکتومی، توبکتومی و هرگونه تحدید موالد و کاهش فرزندآوری به دو تا پنج سال زندان محکوم خواهند شد».

در این طرح، درحالی برای واژکتومی و توبکتومی، از شخصیترين حیطه‌ی زندگی افراد، مجازات سنگین دو تا پنج سال حبس درنظر گرفته شده که جرم‌های سنگین بسیاری را در قانون مجازات اسلامی می‌توان یافت که مجازاتی کمتر از این دارند؛ جرم‌هایی از قبیل سرقت، معاونت در قتل عمدی که اولیای دم قاتل را عفو می‌کنند، سرقت آثار تاریخی، قاچاق آثار باستانی، شنود غیرمجاز و جاسوسی رایانه‌ای، چاقوکشی، کودکربایی و شکار غیرمجاز.



مغایرت طرح «افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش نرخ جمعیت کشور» با حقوق شهروندی در جلسه علنی مجلس نیز مطرح شده است. به طور نمونه، مهدی دواتگری، نماینده مراغه از ریاست مجلس خواسته است که به جای اجبار به فرزندآوری با زور و زندان، اقدامات فرهنگی انجام شود. مثلاً مهدکودکهایی در کنار شهرداری‌ها ایجاد شود و ازدواج، تسهیلات و مسکن جوانان حل شود. عابد فتاحی، نماینده ارومیه نیز به عنوان یکی از مخالفان این طرح عنوان کرد: «حقوق شهروندی مغایر این است که بخواهند برای همه امور مردم حتی امور شخصی و روابط شخصی آدم‌ها تصمیم‌گیری کنند، آیا کسی فکر کرده که با قدرگشتن روشهای پیشگیری قرار است با کودکان مبتلا به ایدز چه کرد؟ ... آیا باید به روشهایی رو بیاوریم که نمایانگر رفتار دولتها در قرون وسطی بوده و بخواهیم در ابتدایی‌ترین حقوق افراد دخالت کنیم، مگر می‌شود برای مسائل شخصی و باروری تا به این میزان امر و نهی در نظر گرفت.».

همچنین تابش نماینده اردکان در مجلس در مخالفت با این طرح تاکید کرده است: «در طرح پیشنهادی مجلس، نگاه از بالا به پایین

به مردم دیده می‌شود. گویی اصولاً ما مردم را صاحب اختیار و فکر نمی‌دانیم و مدام باید در حوزه‌های خصوصی آنها سرک بکشیم»^{۲۷}.

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت نیز در واکنش نسبت به مصوبه سوم تیرماه مجلس شورای اسلامی بر لزوم حفظ حقوق شهروندی در تصویب قوانین جمعیتی تاکید کرد. محمد اسماعیل مطلق به نمایندگان مجلس توصیه کرد که در تصویب قوانین جمعیتی بحث سلامت مادر و کودک و بویژه حقوق شهروندی را لحاظ کنند. به نظر می‌رسد که تشديد مجازات لازم نیست و ضروری است که نمایندگان مشوق‌هایی که در جهت افزایش نرخ باروری در کمیسیون‌های مربوطه مجلس، مطرح شده را مصوب کنند و همچنین نظرات وزارت بهداشت را در تصویب قوانین مدنظر داشته باشند.^{۲۸}

ایجاد محدودیت در حیطه‌ی شخصی افراد از سوی قانونگذاران، یدی طولانی دارد و سیاست‌های جدید جمعیتی نیز در حالی چنین

^{۲۷} نجاتی، محمد حسین، «بهارستان کلیات طرح را تصویب کرد؛ مجازات ۲ تا ۵ سال حبس برای پیشگیری از بارداری»، روزنامه شرق، ۴ تیر ۱۳۹۳

^{۲۸} ایستاد، «واکنش وزارت بهداشت به مصوبه مجلس درباره عمل‌های پیشگیری از بارداری»، ۴ تیر ۱۳۹۳

رویکردی دارند که موضع سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان بهداشت جهانی برخلاف این رویکرد است. سازمان بهداشت جهانی معتقد است «حق باروری متکی است بر به رسمیت شناختن حق اولیه زوجین و تمامی اشخاص برای تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه نسبت به تعداد و فاصله زمانی بچه‌ها و زمان بچه دار شدن به علاوه حق دسترسی به اطلاعات و امکانات لازم و بالاترین استانداردها در خصوص بهداشت جنسی و باروری. این حق شامل حق تمام افراد برای تصمیم‌گیری راجع به باروری بدون هیچ گونه تبعیض، فشار و خشونت است».

اولین سند بین‌المللی که حق باروری را به رسمیت می‌شناسد، بیانیه تهران است که در نتیجه کنفرانس بین‌المللی حقوق بشر سازمان ملل متحده در سال ۱۹۶۸ به تصویب رسید. کنوانسیون رفع انواع تبعیض علیه زنان مصوب ۱۹۷۹ نیز در ماده ۱۶ خود بر این حق تأکید می‌ورزد. طی سالیان بعد این حق گسترش داد و در اسناد دیگری نیز بدان اشار شده است. در اعلامیه و برنامه عمل چهارمین کنفرانس جهانی زنان (پکن، ۱۹۹۵) نیز بر حق زنان برای تصمیم‌گیری راجع به باروری تأکید شده است. در این برنامه‌ی عمل دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامت باروری، لازمه توأم‌نمدی

زنان برای اعمال استقلال باروری و حق سلامت و حق تمامیت جسمانی آنها دانسته شده است.



نهادهای نظارتی معاہدات حقوق بشری، در رویه خود از جمله در نظریات تفسیری، ملاحظات نهایی خود در مورد دولت های عضو و نیز تصمیمات گرفته شده در برخی پرونده ها، دائم بر لزوم حمایت از حقوق زنان در زمان بارداری تأکید می کنند و از دولت ها درخواست می کنند که کلیه محدودیت ها و موانع موجود برای بهره مندی کامل زنان از حقوق بشر نظیر حق سلامت، حق حریم خصوصی و حق مالکیت بر بدن و حق برخوداری از استقلال در کلیه مسائل مربوط به بارداری را از میان بردارند.

مثلا فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده که سازمانی جهانی است تلاش می‌کند تا مرد و زن، کودک و جوان حق تصمیم‌گیری داشته باشند و در رابطه با جسم و روان‌شان مختار باشند. این فدراسیون همچنین بر حق دسترسی به عالی‌ترین استاندارد سلامت تاکید کرده و در اعلامیه آن آمده است که حق تجربه و برخورداری از خواسته‌های جنسی، جدا از مسائل باروری و زاد و ولد است. حق حریم خصوصی از دیگر مواردی است که این فدراسیون بر آن تاکید دارد و مشخصاً به این موضوع اشاره می‌کند که هر فردی در مورد ازدواج، تشکیل خانواده و تصمیم‌گیری درباره‌ی زمان تولد فرزندان حق انتخاب دارد.

سیاست‌های این فدراسیون در تنظیم خانواده و حقوق جنسی، به حقوق کودکان هم تسری پیدا می‌کند و در آن بر منزلت، احترام و استحقاق کودکان برای حفاظت دربرابر همه‌ی آسیب‌های جامعه تاکید می‌شود. به این معنا که خانواده‌ها و جامعه در برابر کودک مسئولیت دارند و تعهدشان تنها به فرزندآوری محدود نمی‌شود و باید در نظر داشته باشند که کودک از چه امکانات و حفاظت‌هایی، چه از سوی جامعه و از سوی خانواده، بهره‌مند خواهد شد.

از همین منظر است که دولتها باید در سیاست‌های جمعیتی، حق طبیعی و انتخاب هر فرد را درباره‌ی شیوه‌ی زندگی‌اش درنظر بگیرند و تلاش کنند که نه با ایجاد محدودیت و به ضرب مجازات، بلکه با ارائه‌ی مشوق‌ها و بالا بردن امکانات و تسهیلات، افراد را به فرزندآوری تشویق کنند.

نگاهی به تجربه دیگر کشورها در زمینه کنترل جمعیت

در اغلب کشورهای دنیا سیاست‌های افزایش جمعیت، مبتنی بر سیاست‌های تشویقی است. بد نیست در اینجا به چند تجربه از دیگر کشورها اشاره کنیم:

سیاست‌های تشویقی جمعیت در سنگاپور از سال ۱۹۸۷ میلادی در نظر گرفته شد و تسهیلات و پاداش‌هایی همچون تعهد دولت برای افتتاح صندوق توسعه کودک و واریز مبلغ ۶۰۰۰ دلار برای فرزند دوم و مبلغ ۱۲۰۰۰ دلار برای فرزند سوم، بخشش مالیاتی تا ۲۰۰۰ دلار برای فرزند سوم، بسته‌های تشویقی از جمله مرخصی زایمان، مسکن، و برنامه‌های شاد و تفریحی برای زوجین.



در نروژ، خاستگاه سیاست‌های جمعیتی از ابتدا معطوف به برابری جنسیتی و رفاه کودکان بوده است. یکی از تجربه‌های موفق در این کشور، تشخیص یارانه به مهدها و مراکز مراقبتی کودکان بوده که طبق پژوهش‌ها رابطه معناداری با افزایش نرخ باروری داشته است. در سوئد، به وضعیت زنان شاغل توجه ویژه‌ای شده و تلاش شده تا امنیت شغلی آنها در صورت بارداری تامین شود. استدلال آنها این

است که درآمد اضافه زن موقعیت اقتصادی خانواده را مطمئن‌تر می‌کند و امکان سپردن کودکان به مراکز نگهداری را تسهیل کرده و به تولد کودک بعدی کمک می‌کند. همچنین در سوئد به مشارکت فعال پدران در مراقبت نوزادان توجه شده است. یکی دیگر از نمونه‌های جالب توجه در زمینه رشد جمعیت، کشور فرانسه است. در این کشور با وجود نرخ بالای اشتغال زنان، در دسترس بودن خدمات رایگان پیشگیری از بارداری حتی برای نوجوانان و همچنین تغییرات جدی الگوی زندگی خانوادگی، نرخ باروری نسبت به دیگر کشورهای اروپایی قابل توجه است

به رسمیت شمردن حق انتخاب، آشکارترین موضوعی است که در موارد برشمرده پیداست. از طرف دیگر دولتها به خوبی دریافت‌هاین که آنچه افراد جامعه نیاز دارند نه تعیین تکلیف از بالا که ارائه امکانات اجتماعی و اقتصادی است. بدینهی است در جامعه‌ای که از ثبات اقتصادی برخوردار نباشد و نگرانی‌هایی همچون بیکاری روزافزون و نبود امکانات اجتماعی بیداد کند، سخت بتوان خانواده‌ها را راضی کرد که به فرزندان بیشتر بیاندیشند.

ما چه می خواهیم؟

با توجه به این که پیش شرط هرگونه سیاست جمعیتی عادلانه که معطوف به افزایش جمعیت است باید فراهم سازی زیر ساخت های اجتماعی و اقتصادی باشد، و با توجه به ضعف این زیر ساخت ها در ایران، ما به شدت نگرانی خود را از اتخاذ سیاست های جدید جمعیتی اعلام می کنیم؛ و اعلام می کنیم فراهم سازی زیر ساخت های اجتماعی و اقتصادی از قبیل ارائه ی راه حل بلند مدت برای بحران آب، دسترسی سهل و رایگان و برابر به آموزش و تحصیل برای همه زنان و مردان اقشار و طبقات جامعه، حل معضل بیکاری به خصوص برای زنان، بیمه بیکاری فرآگیر و نا محدود برای همه زنان و مردان بالای ۱۸ سال، که نه تنها از ملزمات هر گونه برنامه ریزی برای افزایش جمعیت است، بلکه از ضروریات زندگی ای برخوردار از کرامت انسانی است، باید در راس سیاست ها و برنامه ریزی های دولت و حکومت قرار گیرد.

ما معتقدیم در فقدان حمایت های قانونی و اجتماعی از زنان، سیاست های جدید جمعیتی بیشترین قربانیان خود را از میان زنان به خصوص زنان طبقات محروم شهری و روستایی می گیرد. این زنان هستند که بیش از پیش با فقر، بیکاری، بحران های ناشی از

بارداری ناخواسته، سلامت جسمی و روانی در خطر، مواجه خواهند شد.

خواسته ما پیش از هر چیز توقف هر گونه سیاستی است که حق اختیار زنان درباره‌ی بارداری را تهدید می‌کند و در این راستا خواهان دستری آزاد و سهل و رایگان همه‌ی زنان و مردان به خدمات جلوگیری از بارداری هستیم.

با توجه به اهمیت نقش آگاهی در کاهش آسیب پذیری افراد در برابر بیماریهای مختلفی از جمله ایدز و هیاتیت، ما خواهان این هستیم تا آموزش بهداشت جنسی و بهداشت باروری که متاسفانه هم اکنون از دروس دوره دانشگاه حذف شده است، نه تنها در دروس دانشگاهی که در دروس دیبرستان نیز گنجانده شود.

ما معتقدیم نباید امر پرورش و نگهداری کودکان، تنها بر دوش خانواده‌ها/ زنان باشد و خواهان این هستیم که جامعه و دولت نیز با تاسیس و گسترش مهد کودک‌های رایگان و برخوردار از استاندارد کیفی جهانی در تمامی محلات شهری و روستایی به خصوص در محیط کار سهم خود را در امر پرورش کودکان ادا کنند.

در چند سال اخیر ابراز نگرانی از کاهش نرخ رشد جمعیت، مسئولان را به اتخاذ سیاست هایی برای مقابله با این روند و داشته است. این سیاست های جدید جمعیتی، دو برابر کردن جمعیت در مدتی کوتاه را هدف قرار داده و برای رسیدن به این هدف بیش از هر چیز به ابزارهای تنبیه‌ی متول شده است. در این کتابچه قصد داریم تا با نگاهی به تاریخچه سیاست های جمعیتی و تنظیم خانواده در ایران، چشم انداز نگران کننده اجرای سیاست های جدید جمعیتی را نیز به اختصار ترسیم کنیم.



familyp1393@gmail.com