

دختر ۲۱ ساله رابطه جنسی داشته باشد و خیلی هم طبیعی است با وجود مراقبت و پیشگیری، به صورت اتفاقی حامله شود و اگر شرایط مناسبی برای نگهداری بچه نداشته باشد بخواهد بچه را سقط کند.

سرانجام یکی از دوستانم کسی را معرفی کرد که حاضر بود سقط را انجام دهد. خانه‌ای قدیمی در مرکز شهر بود. وارد که شدم من را در اتاق کوچکی نشانددند با دیوارهای کثیف و وسایل کثیف که اتاق بغلی‌اش هم ۲۰ تا مرد داشتند فیلم ضبط می‌کردند و بلند بلند می‌خندیدند، در خانه شلوغی که هر اتاقش پر از آدم بود. من وحشت کرده بودم و ناخودآگاه گریه می‌کردم. بالاخره توانستم از آنجا به زور بیرون بیایم بدون آنکه حاضر به عمل شوم.

پس از آن، زن برادرم به من دکتري معرفی کرد اما گفت باید تنها بروم آنجا. یک مطب مجهز بود با یک دکتر مرد و یک پرستار زن. دکتر به من گفت بعد از عمل، وقتی به هوش آمدم باید سریع اینجا را ترک کنی. در راه‌پله‌ها هم حق نداری نرده‌ها را بگیری مبادا همسایه‌ها شک کنند. اول آمپولی به من زدند که حالت‌های زایمان را تلقین می‌کند. وقتی آمپول را به من زدند، پرستار از اتاق بیرون رفت. آقای دکتر با این توضیح که این آمپول باید زودتر جذب بدنت شود تا زودتر بتوانیم عمل را انجام دهیم، شروع کرد باسن من را مالیدن. من قشنگ احساس می‌کردم که این کار طبیعی نیست ولی آنقدر تحت فشار بودم و می‌دانستم که هفته‌های آخری است که می‌توانم سقط کنم، عکس‌العملی نشان ندادم...

تاثیر سقط جنین‌های غیربهداشتی بر مرگ و میر مادران

یک‌سوم سقط‌جنین‌های عمدی در سراسر جهان غیربهداشتی است. هرساله حدوداً بین ۵ تا ۱۳ درصد از مرگ‌ومیر مادران به دلیل سقط جنین در شرایط غیربهداشتی اتفاق می‌افتد. تقریباً تمام این سقط‌های غیرایمن در کشورهای محروم اتفاق می‌افتد.

در ایران به دلیل غیرقانونی بودن سقط جنین، اکثر کسانی که بارداری ناخواسته دارند به‌صورت زیرزمینی اقدام به سقط جنین می‌کنند. سقط‌های زیرزمینی که معمولاً در جایی ثبت نمی‌شود، به دلیل غیربهداشتی بودن، مشکلات زیادی را برای زنان به همراه دارد.

اما می‌توان از تمامی سقط‌جنین‌های منجر به مرگ و معلولیت با بهره گرفتن از آموزش مسائل جنسی، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مؤثر، فراهم کردن شرایط سقط جنین بهداشتی و قانونی؛ جلوگیری کرد. آمارها نشان می‌دهند در کشورهایی که سقط جنین در آن‌ها ممنوع است نرخ بارداری‌های ناخواسته بالاتر از کشورهایی است که سقط جنین در آن‌ها قانونی است.

تاثیر عدم دسترسی به وسایل پیشگیری بر رفتارهای پرخطر جنسی

کاندوم به‌عنوان یکی از وسایل پیشگیری از بارداری، برای محافظت افراد در برابر انتقال بیماری‌های ناشی از روابط جنسی نیز کاربرد دارد.

بنا بر آمار رسمی، ۵۹ هزار نفر در ایران به بیماری اچ‌.آی.وی. (ایدز) مبتلا هستند. درواقع این تعداد موارد ابتلا شناسایی شده است و آمار غیررسمی بسیار بیشتر است. از کل موارد تشخیص داده شده، احتمال انتقال بیماری از طریق اعتیاد تزریقی ۵۹ درصد و انتقال از طریق رابطه جنسی ۲۳ درصد گزارش شده است. اما موارد جدید تشخیص داده شده در سال ۹۸ نشان می‌دهد ۴۷ درصد انتقال از طریق رابطه جنسی و ۲۷ درصد از طریق اعتیاد تزریقی بوده است. به این ترتیب روند انتقال این بیماری از طریق رابطه جنسی رو به افزایش است. در سال ۹۸ حدود ۲۹ درصد موارد

جدید شناسایی شده زن بودند. بسیاری از این زنان از طریق رابطه جنسی پرخطر (بدون محافظت) با همسر خود که تزریق کننده مواد مخدر بوده مبتلا شده‌اند. در رابطه با انتقال بیماری هپاتیت سی نیز مسئله مشابهی در جریان است. به گفته رئیس شبکه هپاتیت کشور، بیش از این وزارت بهداشت میلیاردها تومان برای خرید کاندوم و آموزش مردم هزینه می‌کرد. این هزینه‌ها تنها برای کنترل جمعیت نبوده، بلکه بخش عمده آن بابت رفتارهای پرخطر جنسی بوده است.

«زگیل‌های تناسلی» یکی دیگر از بیماری‌هایی است که از طریق رابطه جنسی پرخطر منتقل می‌شود و در سالهای اخیر به‌شدت در ایران افزایش پیدا کرده است. زگیل تناسلی از یک عفونت انسانی خاص به نام ویروس اچ پی وی ایجاد می‌شود. این ویروس در اثر تماس مستقیم پوست با پوست فرد آلوده و از طریق برقراری رابطه جنسی پرخطر بین افراد منتقل می‌شود. مهم‌ترین راه پیشگیری از انتقال ویروس اچ پی وی، استفاده از وسایل محافظت‌کننده حین رابطه جنسی است.

کودکانی که مادر می‌شوند

ازدواج اگر در سنین کودکی باشد به آن ازدواج کودکان یا ازدواج زود هنگام می‌گویند. ازدواج کودکان نوعی از خشونت و در تعارض با حقوق انسانها است. چرا که ازدواج بدون رضایت معتبر طرفین رخ می‌دهد. اما در سال‌های اخیر به بهانه افزایش جمعیت، تشویق‌هایی در زمینه‌ی ازدواج کودکان صورت گرفته است. در حالی که همین حالا در بسیاری از مناطق محروم دختران در سنین پایین‌تر از ۱۰ سال نیز به ازدواج درمی‌آیند. همین موضوع تعداد ازدواج‌های زود هنگام را بالا برده است به‌طوری‌که در سال ۸۵ حدود ۲.۷۷ درصد از پسران ۱۰ تا ۱۹ سال حداقل یک‌بار ازدواج کرده بودند. در همین سال سهم دختران حداقل یک‌بار ازدواج کرده در این گروه سنی ۱۸.۴۸ درصد بود. در سال ۹۵ سهم پسران ازدواج کرده ۱۰ تا ۱۹ سال به ۳.۶۱ درصد و سهم دختران ازدواج کرده در این گروه سنی به ۲۲.۸ درصد افزایش یافت.

از سوی دیگر خانواده‌ها به فرزندآوری در سنین پایین تشویق می‌شوند در حالی که بارداری برای کودکان امری غیرانسانی است و پیامدهای جسمی و روحی فراوان برای دختربچه‌هایی که مادر می‌شوند و فرزندان آنها به همراه دارد.

در سال ۱۳۸۹ شاخص زایمان در سن پایین (زیر ۱۹ سال) در کل کشور برابر با ۵.۲ درصد بوده است که در میان روستاییان این شاخص بالاتر از شهرنشینان است. نسبت این شاخص در استان‌های محرومی چون سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی، گلستان، آذربایجان غربی و کردستان بالاست. همین امر نشان می‌دهد که آسیب این تشویق‌ها بیش از همه شامل مناطق محروم و کم برخوردار خواهد شد.

افزایش نرخ بیکاری و گسترش فقر در میان زنان

در حال حاضر زنان با وجود افزایش تحصیلات در ورود به بازار کار با مشکلات بیشتری مواجهند. بیکاری زنان دو تا سه برابر بیکاری در کل جمعیت است. اما به جای برطرف کردن این مسئله، اولویت استخدام در کلیه بخش‌های دولتی و غیردولتی به ترتیب با مردان دارای فرزند، سپس مردان متأهل بدون فرزند و بعد از آن زنان دارای فرزند است. از سوی دیگر افزایش مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه، پیشنهاد شده است. نتایج یک تحقیق در زمینه‌ی بازگشت به کار زانی که از مرخصی ۶ ماهه زایمان استفاده کرده‌اند نشان می‌دهد بیش از یک‌سوم آنها از سوی کارفرمایان خود اخراج شده‌اند. به همین دلیل پیش‌بینی می‌شود با افزایش مرخصی زایمان به ۹ ماه بدون تضمین اجرای آن، زنان از بازار کار رانده می‌شوند.

این‌گونه سیاست‌های افزایش جمعیت می‌تواند به فقر زنان دامن بزند. زنی که مادر چندین فرزند است امکان انجام شغل تمام‌وقت نخواهد داشت. زن ازنظر اقتصادی به درآمد مرد وابسته‌تر می‌شود و در دوران سالمندی و ازکارافتادگی نیز به دلیل درآمد کم در زمان اشتغال، مستمری بازنشستگی کمتری دریافت خواهد کرد. زن هر چه وابسته‌تر به درآمد مرد باشد در مواجهه با خشونت خانگی امکان مقابله با آن را کمتر خواهد داشت.

اما در کشورهایی نظیر نروژ و سوئد خاستگاه سیاست‌های جمعیتی از ابتدا معطوف به برابری جنسیتی و رفاه کودکان بوده است. یکی از تجربه‌های موفق در نروژ، تخصیص یارانه به مهدها و مراکز مراقبتی کودکان بوده که رابطه معناداری با افزایش نرخ باروری داشته است. در سوئد، امنیت شغلی زنان شاغل در زمان بارداری اهمیت دارد. استدلال آنها این است که درآمد اضافه زن موقعیت اقتصادی خانواده را مطمئن‌تر می‌کند و امکان سپردن کودکان به مراکز نگهداری را تسهیل می‌کند. همچنین در سوئد به مشارکت فعال پدران در مراقبت نوزادان توجه شده است.

ما چه می‌خواهیم؟

۱. حق پیشگیری از بارداری: نخستین خواسته ما پیش از هر چیز، به رسمیت شناختن حق اساسی تمام زوجین و افراد برای تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه درباره بارداری به دور از هرگونه تبعیض، اجبار و خشونت است. از همین رو، خواهان دسترسی آزاد، آسان و رایگان همه افراد به خدمات جلوگیری از بارداری هستیم. ما معتقدیم همه افراد باید بتوانند به اطلاعات و وسایل کافی برای پیشگیری از بارداری دسترسی داشته و از بالاترین استانداردهای بهداشت جنسی و باروری نیز برخوردار شوند.

۲. حق سقط جنین قانونی و بی‌خطر: ما خواستار آزادی سقط جنین و دسترسی رایگان و همگانی به خدمات پایان دادن به بارداری ناخواسته هستیم. ما معتقدیم سقط جنین به هر دلیل، حق زنان بر بدن خودشان است. بنابراین، همه افراد حق دارند از سقط جنین بی‌خطر و قانونی برای پایان دادن به بارداری ناخواسته‌ی خود برخوردار شوند.

۳. حق برخورداری از خدمات در زمان بارداری: ما باور داریم که بهداشت بارداری تنها محدود به خدمات پیشگیری از بارداری و پس از آن نیست. در مدت زمان بارداری نیز زنان باید دسترسی راحت و عاری از محدودیت به کلیه خدمات بارداری داشته باشند. برخورداری از دریافت اطلاعات بهداشت بارداری و دسترسی به انجام آزمایش‌هایی از قبیل غربالگری از حقوق اولیه و مسلم زنان باردار است که باید در سیاست‌گذاری‌ها موردتوجه قرار گیرد.

۴. توجه ویژه به نیازهای زنان در مناطق محروم برای پیشگیری از بارداری ناخواسته و سقط جنین بی‌خطر: ما معتقدیم قوانینی که کنترل بارداری و سقط جنین را محدود یا ممنوع می‌کنند، بیشترین قربانیان خود را از میان زنان، به‌خصوص زنان طبقات محروم شهری و روستایی می‌گیرد. این زنان هستند که بیش از پیش با فقر، بیکاری و بحران‌های ناشی از بارداری ناخواسته مواجه خواهند شد. ما خواستار قوانینی هستیم که به‌ویژه حقوق زنان طبقات محروم برای دسترسی رایگان و آسان به خدمات کنترل باروری و سقط جنین خودخواسته را تأمین کند.

۵. حق آموزش رایگان درباره سلامت رابطه جنسی و بهداشت باروری: ما معتقدیم همه حق دریافت آموزش درباره پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی دارند. آگاهی نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری افراد در برابر بیماری‌های مختلفی ازجمله ایدز، هپاتیت و بیماری‌های ناشی از رابطه جنسی دارد. از همین رو، خواهان این هستیم تا آموزش سلامت جنسی و باروری، نه تنها در دروس دانشگاهی که در دروس دبیرستان نیز گنجانده شود. هم‌چنین می‌خواهیم که امکانات پزشکی پیشگیرانه از بیماری‌های ناشی از رابطه جنسی هم چون دسترسی به واکسن‌های مختلف و نیز امکانات پزشکی درمانی برای زنان مبتلا به بیماری‌های ناشی از رابطه جنسی در مراکز دولتی و در تمام نقاط کشور در دسترس قرار گیرد.

۶. حق برخورداری از مهدکودک: ما معتقدیم نباید امر پرورش و نگهداری کودکان، تنها بر دوش زنان باشد. خواهان این هستیم که پدران نیز بتوانند نقش بیشتری در این زمینه ایفا کنند. برای همین علاوه بر مرخصی بارداری و زایمان برای مادران، خواهان دسترسی توافقی مادران و پدران به مرخصی با حقوق برای دوره پس از تولد فرزند هستیم. از سوی دیگر جامعه و دولت نیز باید با تأسیس و گسترش مهدکودک‌های رایگان و برخوردار از استاندارد کیفی جهانی در تمامی محلات شهری و روستایی به‌خصوص در محیط کار، سهم خود را در پرورش کودکان ادا کنند.

۷. فراهم‌سازی زیرساخت‌های اجتماعی و اقتصادی: درنهایت دسترسی آسان، رایگان و برابر به آموزش و تحصیل برای همه افراد از اقشار و طبقات مختلف جامعه، حل معضل بیکاری به‌خصوص برای زنان، بیمه بیکاری فراگیر و نامحدود برای همه زنان و مردان بالای ۱۸ سال، نه تنها از ملزومات هرگونه برنامه‌ریزی برای افزایش جمعیت است، بلکه از ضروریات یک زندگی برخوردار از کرامت انسانی است.



برای ارائه نظر و دریافت اطلاعات بیشتر با ما در ارتباط باشید.
نشانی‌های تماس با بیدارزنی:

website:www.bidarzani.com
email:bidarzani@gmail.com
instagram/bidarzani
tweeter.com/bidarzani
t.me/bidarzani

بیدارزنی

حق هم‌ه‌ی انسان‌هاست بارداری آگاهانه و آزادانه

چرا حقوق باروری مهم است؟

همه افراد حق دارند بدون تحمل خشونت، اجبار و تبعیض درباره بارداری و مسائل مرتبط با آن تصمیم بگیرند.

اگر این حق رعایت نشود، سلامت جسمی و روحی افراد به خطر می‌افتد. اصل نهم قانون اساسی ایران هم بر حقوق و آزادی‌های فردی تأکید دارد. اما در ایران همواره این حقوق با قوانین مربوط به ازدواج، بارداری و سقط جنین نقض شده است. سقط جنین در ایران جز در موارد سقط درمانی، ممنوع است. در سال ۱۳۸۴، قانون سقط درمانی به تصویب رسید که بر اساس آن در مواردی ازجمله حفظ سلامتی مادر و نوزاد، با تأیید پزشک و مراحل ویژه حقوقی، سقط انجام می‌گیرد. اما اگر زن اقدام به سقط عمدی کند که مجوز درمانی نداشته باشد، محکوم به پرداخت دیه به پدر جنین است و مجازات کسانی مانند پزشکان هم که این عمل را انجام می‌دهند؛ دو تا پنج سال حبس است.

در حال حاضر علاوه بر ممنوعیت سقط جنین بدون مجوز درمانی، پیشگیری از بارداری نیز با مشکل مواجه است. از سال ۹۳ به بهانه پیر شدن جمعیت ایران، برنامه‌هایی برای افزایش جمعیت اجرا می‌شود که خدمات و آموزش‌های مربوط به پیشگیری از بارداری را محدود و در بسیاری از موارد حذف کرده است. بر اساس طرح فعلی مجلس با عنوان «جوانی جمعیت و تعالی خانواده»، تمامی عمل‌های جراحی برای پیشگیری از بارداری نظیر وازکتومی و توبکتومی و هرگونه تبلیغ درباره کاهش فرزندآوری ممنوع است. اقدام و همکاری در این عمل‌ها نیز همانند سقط جنین با مجازات همراه است.

در طرح دیگری، توزیع وسایل پیشگیری از بارداری توسط خانه‌های بهداشت در بسیاری از مناطق ازجمله مناطق عشایری کشور به‌طور کل ممنوع اعلام شده است. از این رو، افرادی که بارداری برایشان خطرناک است نیز از خدمات پیشگیری از بارداری محروم شده‌اند. تصویب و اجرای این طرح‌ها، می‌تواند تبعات بسیار بدی بر زندگی مردم و به‌ویژه سلامت زنان و کودکان داشته باشد. در حال حاضر محدودیت در دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، تعداد بارداری‌های ناخواسته را بیشتر کرده است. بنابراین اغلب زنان و خانواده‌های فقیر و محروم که توانایی مالی خرید این خدمات را از بازار آزاد ندارند از ابتدایی‌ترین امکانات در این زمینه محروم شده‌اند.

بالا رفتن تعداد بارداری‌های ناخواسته باعث افزایش سقط جنین می‌شود. حالا تصور کنید با توجه به محدودیت‌های قانونی سقط جنین چند زن مجبور به انجام سقط جنین در محیط‌های ناایمن و غیربهداشتی خواهند شد؟ آمار مرگ‌ومیر مادران چقدر بیشتر می‌شود؟

تشویق به ازدواج و فرزندآوری در سنین پایین، یکی دیگر از برنامه‌های افزایش جمعیت است. این موضوع نه تنها تعداد ازدواج کودکان بلکه تعداد دختربچه‌هایی را که مادر می‌شوند نیز بالا می‌برد. در حالی که ازدواج کودکان یک ازدواج اجباری به حساب می‌آید و رابطه جنسی با کودک ممنوع است. ضمن آنکه این کودکان و نوزادان آنها در هنگام بارداری و بعد از آن با خطرات جدی سلامتی روبه‌رو می‌شوند.

در این بروشور سعی داریم نشان دهیم چرا تصمیم‌گیری درباره بارداری باید آزادانه باشد و همه درباره آن اطلاعات و آگاهی کافی داشته باشند. همچنین می‌خواهیم نشان دهیم اگر این خدمات به‌صورت یکسان در اختیار همه نباشد چه تأثیری می‌تواند بر افراد و جامعه بگذارد.

محدودیت در دسترسی به خدمات بهداشت باروری

بعد از حذف بودجه مربوط به بهداشت باروری و کنترل جمعیت، تعداد حاملگی در زنان سنین بالا یعنی حول‌وحوش چهل‌سالگی، افزایش چشمگیری داشته است که می‌تواند تعداد مرگ‌ومیر مادران را بیشتر کند. همچنین احتمال تولد نوزادان دارای مشکلات گوناگون جسمی و ذهنی و ناهنجاری‌های کروموزومی مثل سندرم داون بیشتر می‌شود. قطع یا محدودیت در ارائه برخی از این خدمات نظیر کاندوم، دسترسی مردم را به خدمات بهداشت جنسی نیز محدود می‌کند. هم اکنون خدمات پیشگیری از بارداری و جلوگیری از انتقال بیماری‌های جنسی که از سوی سازمان‌های مردمی ارائه شود، نیز ممنوع شده است.

در ایران بار اصلی پیشگیری از بارداری بر دوش زنان است. با این تغییرات از یک‌سو زنان در خانواده‌هایی برونـد فقیر و محروم نمی‌توانند به داروخانه‌هایی بروند که وسایل پیشگیری از بارداری را با قیمت‌های بالا می‌فروشند یا ممکن است در محدوده خانه آنها داروخانه‌ای نباشد. در حالی که آنها قبلاً این خدمات را از خانه‌های بهداشت می‌گرفتند. از سوی دیگر، بسیاری از زنان اگر هم بتوانند از طریقی پول وسایل پیشگیری از بارداری را تهیه کنند اجازه رفت‌وآمد به مکانی دور از خانه خود را ندارند. درواقع بسیاری از آنها حق تصمیم‌گیری در این زمینه ندارند. از دیگر سو؛ اطلاع‌رسانی و آموزش پیشگیری از بارداری توسط خانه‌های بهداشت حتی در روستاهای دورافتاده که تنها منبع اطلاعاتی آن‌ها همین خانه‌های بهداشت است؛ نیز منع شده است. به این ترتیب بیم آن می‌رود که آموزش سلامت باروری که حق همه است در اختیار همگان نباشد.

تاثیر بارداری‌های ناخواسته بر جسم و روح زنان و کودکان

همه مردم باید بتوانند آگاهانه و آزادانه در مورد زمان و چگونگی فرزندآوری خود تصمیم‌گیری کنند. بارداری در چنین شرایطی برنامه‌ریزی‌شده و خودخواسته است. در جامعه‌ای که همه افراد به بالاترین استانداردهای بهداشت باروری و جنسی دسترسی نداشته باشند، بیشتر احتمال دارد زنان بارداری‌های ناخواسته را تجربه کنند.

بر اساس آخرین آمارهای اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۱۲۱ میلیون بارداری ناخواسته در جهان اتفاق می‌افتد. یعنی از هر هزار زن در سنین باروری ۶۴ زن در جهان، بارداری ناخواسته دارند. متأسفانه در ایران آمار دقیق و به‌روزی از تعداد بارداری‌های ناخواسته وجود ندارد؛ اما نتایج تحقیقات در طول سال‌های ۷۹ تا ۹۷ نشان می‌دهد حدود ۵۲ درصد از زنان ایران بارداری ناخواسته داشته‌اند.

محرومیت در دسترسی به اطلاعات و

منابع پیشگیری از بارداری، تابو بودن و محدودیت قانونی در زمینه‌ی آموزش مسائل جنسی به نوجوانان، قانونی بودن ازدواج کودکان و اجبار زنان متأهل به تمکین خاص (رابطه جنسی با همسر) و نظایر آن، آمار بارداری‌های ناخواسته در ایران را بالا برده است.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد بارداری ناخواسته، مادر و طفل او را در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌دهد. زنانی که بارداری ناخواسته دارند اغلب تلاش فراوانی برای سقط جنین می‌کنند. با توجه به غیرقانونی بودن سقط جنین در ایران، این تلاش‌ها ممکن است به نتیجه نرسد. آن‌وقت نگرانی دیگری که اضافه می‌شود به دنیا آوردن کودکی با نقص عضو به دلیل تلاش‌های ناموفق مادر برای سقط جنین است.

بارداری‌های ناخواسته بر میزان کودک‌آزاری نیز تأثیر مستقیم دارد. چراکه زنان و مردانی که چندان تمایلی به فرزندآوری ندارند یا با توجه به امکانات و زمان مناسب، فرزند نیاورده‌اند بسیار بیشتر مستعد آزار کودکان خود و بی‌توجهی به آنها هستند. بنابراین کودکان حاصل از بارداری ناخواسته ممکن است زندگی خانوادگی ناامن و پرآشوبی داشته باشند.

یک روایت واقعی:

«حق برای تصمیم‌گیری نداشتم»

۳۷ ساله بودم. یک پسر و یک دختر داشتم. از زمانی که بچه اولم را به دنیا آوردم، به اصرار همسر و خانواده‌ام دیگر سرکار نرفتم و خانه‌نشین شدم. بچه دوم که بزرگ شد وقت بیشتری برای خودم داشتم. اما طولی نکشید که شوهرم یک بچه دیگر خواست. مخالف بودم چون از نظر روحی و جسمی آماده نبودم و از نظر اقتصادی وضعیت‌مان برای داشتن بچه سوم خوب نبود.

علی‌رغم مخالفت من، باردار شدم. نمی‌دانستم با این جنین که به اندازه یک «لخته خون» بود چه کنم. بعد از چند روز گریه و ناآرامی مصمم شدم که برای سقط اقدام کنم. اما شوهرم مخالف بود و می‌گفت «تو چه طور مادری هستی که می‌خواهی بچه‌ات را با دست خودت بکشی.» او برای ایجاد سد بزرگ تر ماجرا را به مادرم گفت. با وجود همه مخالفت‌ها ولی من تصمیم خودم را گرفته بودم تا به هر نحوی شده این بچه را به دنیا نیاورم.

به خاطر نداشتن استقلال مالی و عدم حمایت از جانب همسر و خانواده‌ام، نمی‌توانستم با تهیه آمپول یا قرص برای سقط اقدام کنم. بنابراین تصمیم گرفتم از طریق خوردن داروهای گیاهی یا بلند کردن اجسام سنگین و بالا و پایین پریدن این کار را انجام دهم. به خاطر این کارها چند بار حالم بد شد. یکبار هم به خون‌ریزی افتادم و کارم به بیمارستان و بستری کشید. یک روز پس از بستری شدن در بیمارستان به خانه برگشتم و مادرم برای مراقبت از من چند روزی به منزل‌مان آمد. به مرور دیگر قبول کردم که چه بخوام و چه نخواهم قرار است دوباره «مادر» شوم. «بامداد» در آخرین روز پاییز به دنیا آمد و از آن زمان زمستان زندگی من شروع شد. چرا که بامداد با داشتن معلولیتی در ناحیه «پا» چشم به جهان گشود و من مادری هستم که دوازده سال است با این فکر روز را شب و شب را روز می‌کنم که نکند تلاش‌های من برای سقط، باعث ایجاد چنین مشکلی شده باشد. به خاطر این‌که حق برای تصمیم‌گیری نداشتم برای سقط، متوسل به اقداماتی شدم که باعث شد برای همیشه خودم و فرزندم زجر بکشیم.

تاثیر بارداری ناخواسته

بر افزایش سقط جنین‌های

غیربهداشتی

اگر بارداری ناخواسته باشد احتمال بیشتری دارد که زنان به سقط جنین روی آورند. درصورتی‌که سقط جنین توسط شخصی با مهارت‌های لازم و با استفاده از روش‌های پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت انجام شود، بهداشتی و ایمن است. چنانکه شرایط سقط جنین ایمن برای افراد فراهم نباشد، مثلاً قانون آن را منع کرده باشد یا رایگان و تحت بیمه نباشد؛ زنان به‌ناچار به سقط جنین غیربهداشتی و غیرایمن روی می‌آوردند. همین امر سبب معلولیت و از دست رفتن جان بسیاری از زنان در جهان می‌شود. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت به‌طور متوسط سالانه ۷۳ میلیون سقط جنین خودخواسته و عمدی در جهان انجام می‌شود. در این میان ۶۱ درصد از حاملگی‌های ناخواسته با سقط جنین عمدی خاتمه یافته‌اند.

بر اساس داده‌های آماری پزشکی قانونی در سال ۹۶، از میان کل سقط‌جنین‌ها در این سال (حدود ۳۷۰ هزار)، ۹۵ درصد (۳۵۰ هزار) ارادی و بدون مجوز پزشکی قانونی است. بر این اساس از هر صد زن در سنین باروری، ۱۶ نفر سقط عمدی کرده‌اند. سال ۷۴ وزارت بهداشت اعلام کرد ۸۰ هزار سقط جنین در سال داریم. مقامات رسمی در سال ۹۸ اعلام کردند سالانه حدود ۴۵۰ هزار سقط جنین خودخواسته در سطح کشور انجام می‌شود. از این تعداد تنها ۵ درصد سقط خودبه‌خودی یا سقط درمانی بوده است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد بیش از ۹۰ درصد آمار سالانه سقط جنین مربوط به پدر و مادرهایی است که نمی‌خواهند فرزندى داشته باشند. به این ترتیب می‌بینیم که عدم دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و اطلاعات در این زمینه نه تنها آمار جمعیت را بالا نبرده است، بلکه به گسترش بارداری ناخواسته و سقط جنین عمدی منجر شده است.

یک روایت واقعی:

«ترسیده بودم»

۲۱ سالم بود که به طور اتفاقی و علی‌رغم استفاده از کاندوم، از مردی که دوستش داشتم حامله شدم. وقتی تست بارداری دادم و فهمیدم دو ماه و نیم باردارم، ترسیدم و به زن برادرم گفتم. به من پیشنهاد داد به پدر بچه بگویم. پدر بچه من را راضی کرد که بچه را سقط کنم. پیش چند متخصص زنان رفتم. به هر کدام بعد از معاینه گفتم می‌خواهم این بچه را بیندازم چون سنم پایین است و شرایط نگهداری را ندارم، با برخورد بدی مواجه شدم. هر سه روی غیرقانونی بودن سقط جنین تاکید داشتند. ولی من احساسم آن موقع این بود که نگاه این دکترهای متخصص به من نگاه بدی بود. در حالی که خیلی طبیعی است یک