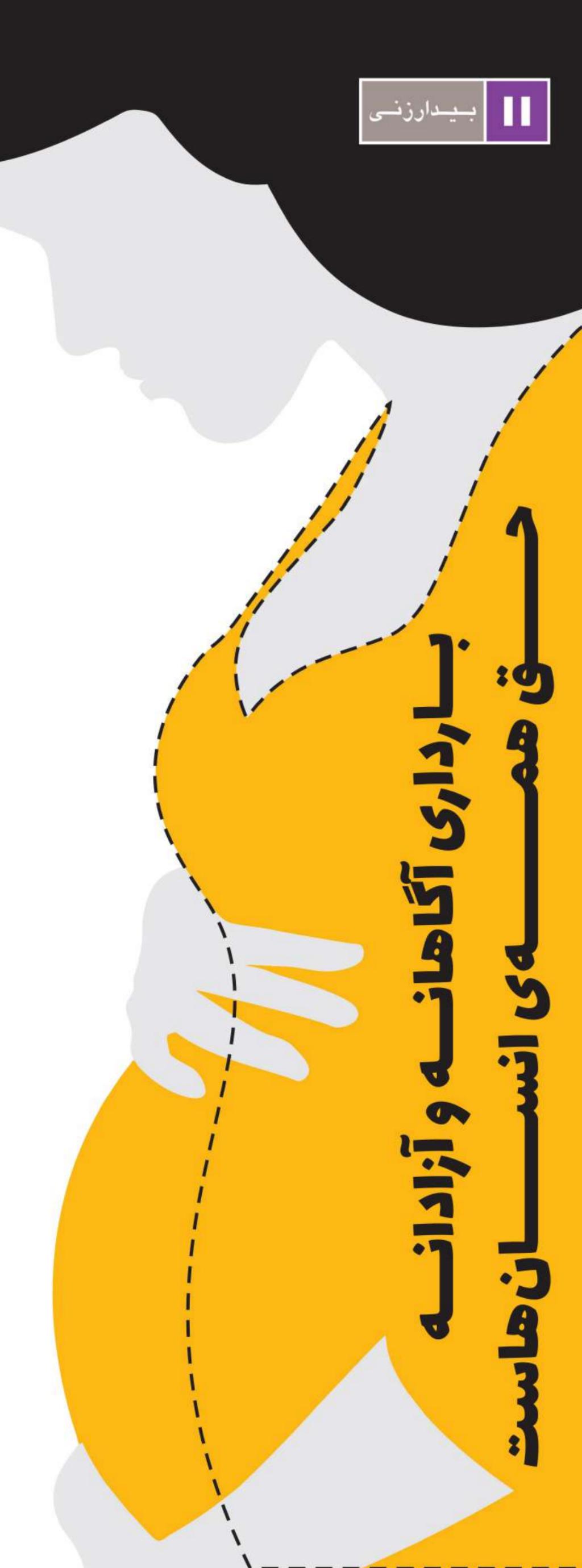


لـانـفـاسـتـهـ مـعـ جـاتـهـ آـنـدـازـهـ وـ آـنـدـازـهـ



چرا

حقوق باروری مردم است؟

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

اگر

این حق

رعايت نشود،

سلامت جسمی و

روحی افراد به خطر می‌افتد.

اصل نهم قانون اساسی ایران نیز

بر حقوق و آزادی‌های فردی تأکید دارد.

اما در ایران همواره این حقوق با مواد قانونی 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 از جمله حفظ سلامتی مادر و نوزاد، با

تایید 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، 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 نظری و ارتکتمی و توبکتمی و هرگونه تبلیغ درباره کاهش فرزندآوری ممنوع است و اقدام و همکاری در این عمل‌ها، همانند سقط جنین با مجازات همراه است. در طرح دیگری توزیع وسایل پیشگیری از بارداری توسط خانه‌های بهداشت در بسیاری از مناطق از جمله مناطق عشايری کشور به طور 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 در کنار ممنوعیت سقط جنین، می‌تواند تبعات بسیار بدی بر زندگی مردم و به ویژه سلامت زنان و کودکان داشته باشد. در حال حاضر محدودیت در دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری؛ تعداد بارداری‌های ناخواسته را بیشتر کرده است و اغلب زنان و خانواده‌های فقیر و محروم که توان مالی خرید این خدمات را از بازار آزاد ندارند؛ از ابتدایی‌ترین امکانات در این زمینه محروم شده‌اند.

بالا رفتن تعداد بارداری‌های ناخواسته باعث می‌شود که زنان بسیاری سقط جنین را به عنوان راه حل انتخاب کنند. اما سقط جنین خودخواسته در ایران ممنوع است و تنها در مواردی بسیار خاص آن هم به دلایل پزشکی می‌توان مجوز سقط

چنین گرفت. حال با این محدودیتها چند زن مجبور به انجام سقط چنین در محیط‌های نایمن و غیربهداشتی خواهند شد؟ آمار مرگ و میر مادران چقدر بیشتر می‌شود؟

تبلیغ به ازدواج و فرزندآوری در سنین پایین، یکی دیگر از برنامه‌های افزایش جمعیت است. این موضوع نه تنها تعداد ازدواج کودکان بلکه تعداد دخترچه‌هایی 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 رو به رو می‌شوند.

در این کتابچه سعی داریم نشان دهیم چرا تصمیم‌گیری درباره بارداری باید آزاده باشد و همه درباره آن اطلاعات و آگاهی کافی داشته باشند؛ و در صورتی که این خدمات به صورت یکسان در اختیار همه نباشد چه تاثیری بر افراد و جامعه خواهد گذاشت؟

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 حول و حوش چهل سالگی، افزایش چشمگیری داشته است که می‌تواند تعداد مرگ و میر 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 می‌شده، نیز ممنوع شده است.

در ایران بار اصلی پیشگیری از بارداری بر دوش زنان است. با این تغییرات از یک سو زنان در خانواده‌های 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 طریق پول وسایل پیشگیری از بارداری را تهیه کنند اجازه رفت و آمد به مکانی دور از خانه خود را ندارند. در واقع 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.

تأثیر 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 برنامه‌ریزی شده 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 ۱۰۰۰ زن در سنین باروری ۶۴ زن در جهان، بارداری ناخواسته دارند. متاسفانه در ایران آمار دقیق و به روزی 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 زمینه آموزش مسائل جنسی به نوجوانان، قانونی بودن ازدواج کودکان و اجبار زنان متاهر 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. آن وقت نگرانی دیگری که اضافه می‌شود به دنیا آوردن کودکی با نقص عضو-ناشی از تلاش‌های ناموفق برای سقط 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 نامن و پرآشوبی داشته باشند.

یک روایت: سقط جنین خودخواسته

۲۱ سالمند 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 این کار عاقلانه نیست و بچه را سقط کنم. پیش چند متخصص زنان رفتم. به هر کدام بعد از معاينه 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 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 نشاندند 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 دکتری معرفی کرد اما گفت باید تنها بروم آنجا. یک مطلب مجهز بود با یک دکتر مرد و یک پرستار زن. دکتر به من گفت بعد از عمل، وقتی به هوش آمدی باید سریع اینجا را ترک کنی. در راه پله‌ها 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
با سن 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،
عكس‌العملی نشان ندادم...

تأثیر بارداری ناخواسته بر افزایش سقط جنین‌های غیربهداشتی

اگر بارداری ناخواسته باشد احتمال بیشتری دارد که زنان به سقط جنین روی آورند.
در صورتی که 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، مثلًا قانون آن را منع کرده باشد
یا رایگان و تحت بیمه نباشد؛ زنان به ناچار به سقط جنین غیربهداشتی و غیرایمن
روی می‌آورند. همین امر سبب معلولیت و از دست رفتن جان بسیاری از زنان در
جهان می‌شود.

براساس آمار سازمان جهانی بهداشت به طور متوسط سالانه ۷۳ میلیون سقط جنین
خودخواسته و عمدى در جهان انجام می‌شود. در این میان ۶۱ درصد از حاملگی‌های
ناخواسته با سقط جنین عمدى خاتمه یافته‌اند.

بر اساس داده‌های آماری پزشکی قانونی در سال ۹۶، از میان کل سقط جنین‌ها در
این سال (حدود ۳۷۰ هزار)، ۹۵ درصد (۳۵۰ هزار) ارادی و بدون مجوز پزشکی قانونی
است. براین اساس از هر ۱۰۰ زن در سنین باروری، ۱۶ نفر سقط عمدى 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 فرزندی 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 عمدى منجر شده است.

تأثیر سقط جنین‌های غیربهداشتی بر مرگ و میر مادران

یک سوم سقط جنین‌های عمدى در
سراسر جهان غیربهداشتی است. هر
ساله حدوداً بین ۵ تا
۱۳ درصد از

مرگ و میر 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 به صورت 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 سقط جنین‌های منجر به مرگ و معلولیت با بهره گرفتن از آموزش مسائل جنسی، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری موثر، 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.

تأثیر عدم دسترسی به وسایل پیشگیری بر رفتارهای پرخطر جنسی

کاندوم به عنوان 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. در واقع این تعداد موارد ابتلا؛ شناسایی شده است و آمار غیررسمی بسیار بیشتر است. از کل موارد تشخیص داده شده، احتمال انتقال بیماری از طریق انتیاد تزریقی ۵۹ درصد و انتقال از طریق رابطه جنسی ۲۳ درصد گزارش شده است. اما موارد جدید تشخیص داده شده در سال گذشته (۹۸) نشان می‌دهد ۴۷ درصد انتقال از طریق رابطه جنسی و ۲۷ درصد از طریق انتیاد تزریقی بوده است. به این ترتیب روند انتقال این بیماری از طریق رابطه جنسی رو به افزایش است. در سال گذشته ۲۹ درصد موارد جدید شناسایی شده زن بودند. بسیاری از این زنان از طریق رابطه جنسی پر خطر (بدون محافظت) با همسر خود که تزریق کننده مواد مخدّر بوده مبتلا شده‌اند. در رابطه با انتقال بیماری هپاتیت سی نیز مسئله مشابهی در جریان است. به گفته ریس شبکه هپاتیت کشور، پیش از این وزارت بهداشت میلیاردها تومنان 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 پر خطر منتقل می‌شود و در سالهای اخیر به شدت 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 برقاری رابطه جنسی پر خطر بین افراد منتقل می‌شود. مهمترین راه پیشگیری از انتقال ویروس اچ پی وی، استفاده از وسایل محافظت کننده حین رابطه جنسی است.

افزایش نرخ بیکاری و گسترش فقر در میان زنان

در حال حاضر زنان با وجود «افزایش برخورداری از تحصیلات دانشگاهی» در ورود به بازار کار با مشکلات بیشتری مواجه‌اند. بیکاری زنان دو تا سه برابر بیکاری در کل جمعیت است. اما به جای برطرف کردن این مسئله، در طرح‌های افزایش جمعیت 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 زمینه بازگشت به کار زنانی که از مرخصی ۶ ماهه زایمان استفاده کرده‌اند نشان می‌دهد بیش از یک سوم 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.



این گونه سیاست‌های افزایش جمعیت می‌تواند به فقر زنان دامن بزند. زنی که مادر چندین فرزند است امکان انجام شغل تمام وقت نخواهد داشت. زن از نظر اقتصادی به درآمد مرد وابسته‌تر می‌شود و در دوران سالم‌بودی و ازکاراً فاتح‌گی 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.

کودکانی که مادر می‌شوند

ازدواج اگر در سنین کودکی باشد به آن ازدواج کودکان یا ازدواج زودهنگام 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 زمینه ازدواج کودکان صورت گرفته است. در حالی که همین حالا در بسیاری از مناطق محروم دختران در سنین پایین تر از ۱۵ سال نیز به ازدواج درمی‌آیند. همین موضوع تعداد ازدواج‌های زودهنگام را بالا برده است به طوری که در سال ۸۵ حدود ۲.۷۷ درصد از پسران ۱۰ تا ۱۹ سال حداقل یک بار ازدواج کرده بودند. در همین سال سهم دختران حداقل یک بار 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 دخترچه‌هایی 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.

یک روایت: بارداری ناخواسته

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 چطور 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 بخواهم 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 معلوماتی 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 حقی برای تصمیم‌گیری نداشتم برای سقط، متوجه به اقداماتی شدم که باعث شد برای همیشه خودم و فرزندم زجر بکشیم.

ما چه می‌خواهیم؟

خواسته ما پیش از هر چیز توقف هر گونه سیاستی است که حق اختیار زنان درباره بارداری را تهدید می‌کند. ما خواهان دسترسی آزاد، آسان و رایگان همه زنان و مردان به خدمات جلوگیری از بارداری هستیم.

ما معتقدیم در فقدان حمایت‌های قانونی و اجتماعی از زنان، سیاست‌های جدید جمعیتی بیشترین قربانیان خود را از میان زنان، به خصوص زنان طبقات محروم شهری و روستایی، می‌گیرد. این زنان هستند که بیش از پیش با فقر، بیکاری، بحران‌های ناشی از بارداری ناخواسته و در خطر قرار گرفتن سلامت جسمی و روانی مواجه خواهند شد.

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

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

در نهایت فراهم‌سازی زیرساخت‌های اجتماعی و اقتصادی از قبیل دسترسی آسان، رایگان و برابر به آموزش و تحصیل برای همه زنان و مردان اقشار و طبقات جامعه، حل معضل بیکاری به خصوص برای زنان، بیمه مردان بالای ۱۸ سال، نه تنها از ملزمات هر گونه برنامه‌ریزی برای افزایش جمعیت 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](#)

