بررسی موارد تأیید و عدم تأیید تقاضای سقط جنین درمانی در مراجعین پزشکی قانونی استان لرستان در سال ۱۳۹۲

پیمان آسترکی[۱]، غفارعلی محمودی*[۱]، خاطره عنبری[۲]، بهزاد محمد سوری[۳]، لیلا دوستی[۴]

۱- استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی خرم آباد، ایران.

۴-کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور.

یافته / دوره هفدهم / شماره ۲ / تابستان ۹۴ / مسلسل ۶۴

چکیده

دریافت مقاله: ۹۴/۱/۱۵ پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۳۰

مقدمه: با صدور مجوز سقط جنین در برخی موارد بیماریهای جنین و مادر که با تصویب قانون در سال ۸۴ عملی شد، تحولی اساسی در سقط جنین درمانی در نظام سلامت ایران صورت گرفت. هر چند ممکن است مواردی از سقط غیرقانونی وجود داشته باشد ولی مطالعه ما بررسی سقط های قانونی استان لرستان، طی سال ۱۳۹۲ می باشد که منجر به افزایش آگاهی کادر پزشکی و درمانی در مورد اندیکاسیون های سقط درمانی، زمان انجام آن و پاسخ به سئوالات مربوطه است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه بصورت اپیدمیولوژیک، توصیفی- تحلیلی و مقطعی، کل درخواست های سقط جنین استان لرستان که در سال ۱۳۹۲ جهت دریافت مجوز به پزشکی قانونی شهرستان خرم آباد ارجاع شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند، اطلاعات مربوط به این افراد در پرسشنامه ثبت شد و با استفاده از نرم افزار spss تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از میان ۲۰۵ مراجعه کننده در طول یک سال به ۱۴۴ مورد مجوز سقط داده شده که از این میان، ۸۸٪ به علت ناهنجاری جنینی و ۱۲٪ به علت بیماری های مادر بود. فراوان ترین بیماری در جنین ها، اختلالات مغز و جمجمه و در مادران بیماری های قلبی عروقی و اختلالات هماتولوژیک بود. در این موارد، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۴-۲۵ سال بود. از بین ۶۱ مورد درخواست که موارد مجوز صادر نشده است سن بالای حاملگی با ۲۶ مورد، شایع ترین علت رد درخواست سقط جنین و در بین این افراد نیز، بیماریهای مغز و جمجمه، شایع ترین علت درخواست سقط بود.

بحث و نتیجه‌گیری: سقط جنین به معنی سقط درمانی است و با افزایش موارد مجاز انجام سقط جنین درمانی، از انجام سقط‌های غیر قانونی کاسته خواهد شد و سبب افزایش سلامت زنان باردار می گردد. با افزایش میزان آگاهی کادر پزشکی از موارد مجاز سقط درمانی و قوانین مربوطه و راهنمایی صحیحتر زنان باردار، می‌توان به سلامت جامعه آنها کمک شایانی نمود. و همچنین، از مشکلات متخصصین زنان و زایمان نیز در این زمینه کاسته می شود.

واژه‌های کلیدی: سقط جنین درمانی، ناهنجاری های جنین، پزشکی قانونی، خرم آباد.

*آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: خرم آباد، بیمارستان شهدای عشایر، واحد آموزش.

پست الکترونیک: drghmahmoudi@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

مقدمه

سقط ناسالم هنوز هم به عنوان یکی از علل مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه است (۱). سقط جنین عبارت است از خروج محصولات حاملگی از رحم قبل از آن که جنین قابلیت حیات در خارج از رحم را داشته باشد (۲). این مسئله در طول تاریخ به علت ابعاد اخلاقی، اجتماعی و معنوی آن همواره بحث انگیز بوده و تمامی تمدن های بشری و ادیان و مذاهب نسبت به آن موضع گیری نموده اند.

افزایش موارد مجاز سقط درمانی، زمینه خروج قوانین سقط جنین را از حوزه جرم و جنایت و انتقال آن به حوزه رفاه و سلامت، فراهم نمود (۳). از زمان بقراط تا کنون سیاست ها و قوانین مربوط به سقط جنین تنوع فراوانی داشته است. گاهی کاملاً ممنوع بوده و گاهی بدون هیچ محدودیتی آزادانه انجام شده است. در حال حاضر هم کشورهای مختلف قوانین متفاوتی در این مورد دارند (۴). در ایران با تصویب قانونی در سال ۱۳۷۱ سقط جنین برای حفظ جان مادر قبل از دمیده شدن روح مجاز شمرده شد (۵) و در سال ۱۳۷۶ بر اساس فتوای حکومتی مقام معظم رهبری اجازه سقط جنین مبتلا به تالاسمی ماژور قبل از ولوج روح و با مجوز پزشکی قانونی صادر گردید (۶). در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط جنین آیین نامه‌هایی با ۴۹ مورد اندیکاسیون قطعی مادری و جنینی برای سقط جنین پیشنهاد نمود که این اقدام با اقبال گسترده‌ای از سوی محافل بهداشتی و پزشکی مواجه شد. در حال حاضر بر طبق قانون مصوب مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴ سقط درمانی با تشخیص سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی، قبل از ولوج روح (چهارماهگی) و با رضایت زن و در دو مورد بیماری جنین که به علت عقب ماندگی یا ناقص الخلقه بودن موجب مرگ جنین پس از تولد یا حرج مادر است و بیماری مادر که با تهدید جانی او توأم باشد (۷) مشروط به شرایط زیر مجاز شناخته شده است.

ادامه بارداری برای جان مادر خطرناک باشد و سقط قبل از ولوج روح صورت گیرد و درخواست و رضایت زن و انجام عمل کورتاژ یا دارو برای مادر خطری بیشتر از حاملگی نداشته باشد. بدیهی است در شرایط اورژانس یا حفظ جان مادر رضایت زن یا مرد لازم نیست (۸).

بررسیهای میدانی نشان می‌دهد علیرغم مرتفع شدن محدودیت های قانونی و مشخص بودن اندیکاسیونهای پزشکی موارد قابل توجهی از تأخیر و تعلل در تشخیص و یا ارجاع نابجا بیماران باعث ایجاد چالش های درمانی و قانونی جدی بین بیمار، پزشک و پزشک قانونی می‌گردد و در نهایت افزایش هزینه های درمان و یا سقط های غیر قانونی را در پی خواهد داشت. حتی در مواردی از داروهای طب مکمل که می‌تواند عوارض و خطراتی برای مادران داشته باشد استفاده می شود (۹). لذا بر آن شدیم با توجه به مراجعات فراوان جهت انجام سقط به پزشکی قانونی و درگیری تخصص های مختلف در این موضوع، در سال ۹۲ فراوانی انواع علل درخواست و موارد تأیید و عدم تأیید آن را در استان لرستان بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک ـ توصیفی و تحلیلی بوده و به صورت مقطعی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه متقاضیان انجام سقط درمانی مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی استان لرستان در سال ۱۳۹۲ بود. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بوده و تمامی پرونده‌های مربوط به سقط درمانی ارجاع شده به اداره کل پزشکی قانونی لرستان مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه اطلاعات مربوط به اندیکاسیون‌ها، علت رد و همچنین موارد تأیید و عدم تأیید

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

سقط و متغیرهای سن و میزان تحصیلات و محل سکونت افراد از پرونده آن ها استخراج شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه طراحی شده بود که کلیه اطلاعات دموگرافیک و موارد مرتبط با علل درخواست سقط جنین در آن پیش بینی شده بود و برای همه مراجعین تکمیل شد. از روش های آمار توصیفی (نسبت ها و درصدهای فراوانی) و آمار تحلیلی (کای اسکوئر) برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها

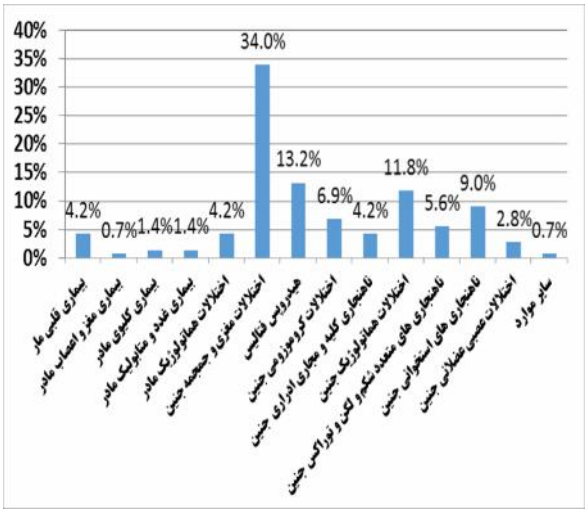
در مطالعه حاضر که با هدف بررسی فراوانی علل درخواستی و موارد تأیید و عدم تأیید جهت انجام سقط انجام شد، ۲۰۵ مورد شامل کلیه موارد درخواستی سقط جنین مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی استان لرستان در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۴۴ مورد (۷۰٪) از آن ها مورد تأیید قرار گرفت و در ۶۱ مورد (۳۰٪) دیگر، سقط تأیید نشده است.

بر اساس نتایج جدول ۱، در مورد علل عدم تأیید سقط در افراد مورد مطالعه به تفکیک سن، بیشترین فراوانی این علل در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال و بالاتر از ۳۵ سال، مربوط به مراجعه بعد از زمان قانونی سقط بود. از طرفی افرادی که مراجعه بعد از زمان قانونی سقط داشته اند در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند. اما علیرغم این یافته ها، بر اساس آزمون کای اسکوئر تفاوت در علل عدم پذیرش درخواست سقط به تفکیک سن در افراد مورد مطالعه معنادار نبود.

بر اساس نمودار بیشترین موارد مجوز برای سقط جنین عامل جنینی ۸۸٪ و ۱۲٪ بعلت بیماری های مادر بوده است. بیشترین موارد تأیید درخواست سقط در افراد مورد مطالعه، بعلت عامل جنینی اختلالات مغزی و جمجمه جنین (۳۴٪) و هیدروپس فتالیس (۱۳/۲٪) بود. و سپس، اختلالات هماتولوژیک جنین (۱۱/۸٪) و ناهنجاری استخوانی جنین (۹٪) بیشترین فراوانی را داشتند. کمترین فراوانی در بین علل تأیید درخواست سقط از عوامل مادری مربوط به بیماری مغز و اعصاب مادر (۰/۷٪) و بیماری های کلیوی و غدد و متابولیسم مادر هر یک با فراوانی ۱/۴٪ بوده است.

از بین علل عدم تأیید درخواست سقط، ۴۲/۶٪ بعلت مراجعه بعد از زمان قانونی جهت انجام سقط،۱۶/۴٪ مصرف دارو توسط مادر و ۱۳/۱٪ بیماری‌های مادری فاقد اندیکاسیون را شامل می شدند. کمترین فراوانی علل عدم تأیید درخواست سقط، مربوط به ابتلای مادر به بیماری عفونی و مواجهه مادر با اشعه یونیزان هر کدام با فراوانی ۳/۳٪ بود.

فراوانی اندیکاسیون های پذیرش درخواست سقط در افراد مورد مطالعه به تفکیک سن آن ها به لحاظ آماری معنادار نبود. در تمامی گروه های سنی، بیشترین فراوانی علل تأیید درخواست سقط مربوط به اختلالات مغز و جمجمه جنین بود.



نمودار۱. توزیع فراوانی علل تأیید درخواست سقط در مراجعین به پزشکی قانونی شهرستان خرم آباد

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

جدول۱. توزیع فراوانی علل عدم تأیید درخواست سقط در افراد مورد مطالعه به تفکیک سن

سن مادر	۱۵-۲۴		۲۵-۳۶		≥۳۵	
علل عدم تأیید درخواست سقط	تعداد	فراوانی	تعداد	فراوانی	تعداد	فراوانی
مصرف دارو توسط مادر	۲	(۲۰)	۶	(۱۶/۷)	۲	(۱۳/۳)
مراجعه بعد از زمان قانونی انجام سقط	۱	(۱۰)	۱۶	(۴۴/۴)	۹	(۶۰)
بیماری های جنینی فاقد اندیکاسیون	۲	(۲۰)	۳	(۸/۳)	-	
بیماری های مادری فاقد اندیکاسیون	۲	(۲۰)	۶	(۱۶/۷)	-	
ابتلا مادر به بیماری عفونی	-		-		۲	(۱۳/۳)
مواجهه مادر با اشعه یونیزان	-		۱	(۲/۸)	۱	(۶/۷)
سایر موارد	۳	(۳۰)	۴	(۱۱/۱)	۱	(۶/۷)
کل	۱۰	(۱۰۰)	۳۶	(۱۰۰)	۱۵	(۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

در ایران، میزان باروری بدون برنامه ۳۴ درصد کل بارداری‌ها را تشکیل می‌دهد (۱۰). سقط درمانی راهکاری است که مقنّن برای پیشگیری از بروز مشکلات آتی برای مادر، جنین یا اجتماع، آن را مجاز شناخته است (۲). تمام درخواست های سقط جنین درمانی در استان لرستان به بخش معاینات زنان واحد مرکز اداره کل پزشکی قانونی استان لرستان ارجاع می شود و همه موارد فوق در سال ۹۲ بررسی قرار گرفته است هر چند در کشور آمار دقیقی از تعداد کل موارد سقط جنین و ختم حاملگی درمانی که به سازمان پزشکی قانونی ارجاع می شوند و علت آن و همچنین موراد عدم تأیید درخواست و فراوانی و علل آن وجود ندارد (۱۱). ما تمامی موارد ارجاعی که ۲۰۵ نفر بوده اند را مورد بررسی و تحقیق قرار داده ایم.

طبق آمارهای جهانی، سالیانه ۱۷۵ میلیون بارداری در سراسر دنیا ثبت می شود که در حدود ۷۵ میلیون مورد آن ناخواسته است. ۴۵ میلیون مورد از این بارداری های ناخواسته به سقط جنین می انجامد (۱۲،۱۳).

در مطالعه ای که بصورت کشوری درخصوص مرگ و میر مادران انجام شده ، شیوع سقط در میان زنان ۱۵ تا ۱۹ سال ، ۱۹٪؛ ۲۰ تا ۲۴ سال ، ۳۳٪؛ و ۲۵ تا ۳۰ سال و بالاتر، ۲۵ درصد است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که میزان سقط در بین نوجوانان و جوانان در بالاترین حد قرار دارد. همچنین بیشترین میزان سقط یعنی حدود ۸۸٪ در سه ماهه اول بارداری رخ می دهد (۱۴).

بررسی های تخمینی ارائه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آزموش پزشکی نشان می‌دهد تعداد زیادی سقط حدود ۸۰۰۰ مورد سالانه در ایران رخ می دهد (۱۵).

یکی دیگر از بحث های مهم سقط، تناقض بین پزشکی و قوانین جاری است که تنها در صورت به خطر افتادن جان مادر، سقط درمانی صورت گیرد. در حال حاضر اشخاصی که برای سقط درمانی به پزشکی قانونی مراجعه می کنند، تنها در صورت مشخص شدن اینکه مادر با این زایمان جان خود را از دست می دهد، مجوز می گیرند. اینکه خطر مرگ تا چه حد باشد و تا چه درصد خطر باید مد نظر گرفته شود نیز یکی از مشکلات پزشکان پزشکی قانونی است (۱۶،۱۷).

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی فراوانی علل درخواستی و موراد تأیید و عدم تأیید جهت انجام سقط انجام شد، ۲۰۵ مورد شامل کلیه موارد درخواستی سقط جنین مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی استان لرستان در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۴۴ مورد از آن ها مورد تأیید و ۶۱ مورد دیگر مورد تأیید قرار نگرفتند.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی سنی افراد مراجعه کننده جهت انجام سقط، مربوط به گروه سنی ۳۴-۲۵ سال (۵۶/۱٪) و کمترین فراوانی مربوط به سن ۳۵ سال و بیشتر (۲۰/۵٪) بود. لذا با توجه به پرخطر بودن گروه سنی ۳۴-۲۵ سال بایستی تدابیری جهت مراقبت های دقیق تر دوران بارداری ارائه گردد. البته در مطالعه کشوری بیشترین گروه سنی بین ۲۰ تا ۲۴ سال ۳۳٪ می باشد.

بر اساس نتایج ما بیشتر افراد مراجعه کننده دارای تحصیلات دیپلم و راهنمایی (۳۴/۶٪) بودند. کمترین فراوانی میزان تحصیلات مربوط به افراد بی سواد با فراوانی ۱۳/۷٪ بود.

در مطالعه حاضر اکثریت مراجعه کنندگان به پزشکی قانونی جهت انجام سقط ساکن شهرستان خرم آباد (۲۳/۹٪) بودند که با توجه به ترکیب جمعیت شهرستان های استان لرستان قابل پیش بینی است.

بر اساس این مطالعه از میان علل جنینی، اختلالات مغزی و جمجمه جنین با ۳۴٪ ، هیدروپس فتالیس با ۱۳/۲٪ و اختلالات هماتولوژیک جنین با ۱۱/۸٪ به ترتیب فراوان ترین علل صدور مجوز سقط جنین درمانی بودند.

با توجه به اینکه شایع ترین علت صدور مجوز سقط جنین درمانی در کل و نیز به تفکیک گروه سنی، در مطالعه ما اختلالات مغز و جمجمه جنین بود، توصیه می شود که پیگیری های بیشتر و دقیق تری توسط متخصصین زنان و زایمان جهت تشخیص زودرس و ارائه آن قبل از ولوج روح صورت گیرد و آموزش های لازم به مادران باردار جهت مراجعه به موقع جهت بررسی وضعیت سلامت جنین و مادر انجام شود. همچنین آمادگیهای قبل از حاملگی نیز در جهت پیشگیری از موارد فوق موثر می باشد، انجام گردد.

هیدروپس فتالیس دومین علت شایع صدور مجوز سقط جنین بود و با توجه به علل هیدروپس فتالیس از قبیل ناسازگاری های گروه خونی و RH، بیماری قلبی ـ عروقی جنین، اختلالات کروموزومی و سایر علل قابل تشخیص و پیشگیری، توصیه به بررسی این اختلالات توسط متخصصین زنان و زایمان جهت اقدامات پیشگیری و درمانی می باشد.

بر اساس مطالعه ما، سومین علت شایع صدور مجوز سقط، اختلالات هماتولوژیک جنین بود که شایع ترین آنها تالاسمی ماژور می باشد و از آنجایی که به تمام موارد مجوز سقط داده شد، نشان دهنده این است که در تشخیص زودرس مواردی همچون تالاسمی ماژور موفق بوده ایم. ولی لازم به ذکر است که براساس دستورالعمل موجود در جهت پیشگیری از ازدواج هایی که هر دو زوج تالاسمی مینور دارند جلوگیری گردد که حاملگی های مذکور مبین عدم موفقیت اجرای دقیق دستورالعمل فوق می باشد.

با توجه به این مطالعه از بین علل مادری سقط، بیماری قلبی عروقی و اختلالات هماتولوژیک با ۴/۲٪ فراوانی علت شایع صدور مجوز سقط جنین درمانی بوده است. در نتیجه با توجه به نتایج فوق، لازم است متخصصین مربوطه هر کدام با توصیه های لازم و پیگیری های دقیق تری جهت پیشگیری از حاملگی به این گروه از مادران در معرض خطر ارائه نمایند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، از بین علل عدم تأیید درخواست سقط، بیشترین فراوانی در اکثر گروه های سنی مربوط به افرادی بود که بعد از زمان قانونی جهت انجام سقط مراجعه کرده بودند (۴۲/۶٪). پس از این مورد، مصرف دارو توسط مادر (۱۶/۴٪) و بیماری های مادری فاقد اندیکاسیون (۱۳/۱٪) به ترتیب بیشترین فراوانی را دارا بودند.

از طرفی دیگر، بیشترین فراوانی درخواست سقط در افرادی که بعد از زمان قانونی صدور مجوز سقط مراجعه کرده

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

بودند، مربوط به اختلالات مغزی و جمجمه جنین (۳۸/۴۶٪) و ناهنجاری های استخوانی جنین (۲۶/۹۲٪) بود.

بر اساس نتایج این مطالعه، فراوان ترین علت عدم تأیید درخواست سقط، مربوط به افرادی بود که بعد از زمان قانونی جهت انجام سقط مراجعه کرده بودند. این امر نشان دهنده نقص مهم آموزش و اطلاع رسانی به مادران در سن حاملگی مناسب جهت مراجعه به هنگام و همچنین کادر بهداشتی ـ درمانی جهت پیگیری و تشخیص زودرس این اختلالات جهت پیش‌گیری از بروز عواقب بعدی می باشد.

نتایج این مطالعه نشان می دهد، تفاوت در توزیع فراوانی علل تأیید درخواست سقط در افراد مورد مطالعه به تفکیک شهرستان محل سکونت، به لحاظ آماری معنادار می باشد. بدین صورت که در تمام شهرستان‌های مورد بررسی، اختلالات مغزی و جمجمه جنین فراوان ترین علت تأیید درخواست سقط در افراد مورد مطالعه بود، به جز در دو شهرستان الشتر و کوهدشت که به ترتیب با درصد فراوانی ۲۵٪ و ۲۲/۲٪، اختلالات هماتولوژیک جنین و مادر فراوان ترین علل بودند.

همچنین، فراوانی علل تأیید درخواست سقط در افراد مورد مطالعه به تفکیک میزان تحصیلات آنها به لحاظ آماری معنادار بود. بدین صورت که در تمامی گروه های مورد مطالعه به تفکیک سطح تحصیلات، اختلالات مغزی و جمجمه جنین و هیدروپس فتالیس به ترتیب فراوان ترین علل تأیید سقط می باشند، به غیر از افراد بی سواد که بیشترین فراوانی در علل تأیید سقط مربوط به اختلالات مغزی جنین (۲۸/۶٪) و اختلالات کروموزومی جنین (۲۳/۸٪) می باشد.

در مطالعه ای که توسط سیدشهاب الدین صدر و طی سال های ۸۳-۸۲ انجام شده، از ۱۱۰۱ مورد مجوز صادر شده سقط درمانی در ۶۴٪ موارد بیماری و ناهنجاری های جنین و در ۳۶٪ موارد بیماری مادر بوده است. میانگین سن مادر در زمان صدور مجوز ۲۹/۴ سال و میانین سن جنین ۱۲/۸ هفته بوده است. از میان علل و بیماری مادری که منجر به صدور سقط جنین قانونی شده بود، بیماری های قلبی ـ عروقی با ۱۱۲ مورد (۲۸/۲٪) شایع ترین اندیکاسیون مادری بود و از بین عوامل و ناهنجاری های جنینی که منجر به صدور مجوز سقط قانونی شده، آنانسفالی با ۳۴۴ مورد (۴۸/۸٪) و تالاسمی ماژور با ۱۷۹ مورد (۲۵/۴٪) به عنوان شایع ترین علل صدور مجوز سقط بودند (۱۸).

در مطالعه ما، بیشترین فراوانی سنی افراد مراجعه کننده جهت انجام سقط، ۳۴-۲۵ سال بود. از بین علل و بیماری های مادری که منجر به صدور مجوز سقط جنین قانونی شده بود، اختلالات قلبی عروقی و هماتولوژیک مادر، هر کدام با ۶ مورد (۴/۲٪) شایع ترین اندیکاسیون مادری بود و از عوامل و ناهنجاری های جنینی که منجر به صدور مجوز سقط قانونی شده بود، اختلالات مغزی و جمجمه جنین با ۴۸ مورد (۳۴٪) و هیدروپس فتالیس با ۱۹ مورد (۱۳/۲٪) به عنوان شایع ترین علل صدور مجوز سقط بودند.

با توجه به نتایج مطالعه فوق، میانگین سن مادر در زمان صدور مجوز سقط تقریباً مطابق مطالعه ما بود و همچنین شایع ترین علل مادری و جنینی منجر به سقط در این دو مطالعه مشابه می باشند.

در مطالعه ای که توسط قادی پاشا و امینیان در کرمان طی سال سال ۱۳۸۴ انجام شده؛ نتایج آن نشان داد که از بین ۴۷ مراجعه کننده در طول یک سال به ۲۴ نفر مجوز سقط داده شد. از میان ۲۴ مجوز، ۶۸٪ به علت بیماری ها و ناهنجاری های جنینی و ۳۲٪ به علت بیماری ها و اختلالات مادری مجوز صادر گردید. میانگین سن مادران در زمان سقط ۲۹ سال و میانگین سن جنین ها ۱۷ هفته بوده اند. میانگین سن مادران در زمان صدور مجوز تقریباً نزدیک به بازه سنی مطالعه ما بود. فراوان ترین علل جنینی و

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

مادری سقط در این مطالعه به ترتیب تالاسمی ماژور و بیماری های قلبی و عروقی بود. نتیجه این مطالعه از لحاظ فراوان ترین علل مادری سقط مشابه مطالعه ما می باشد، اما در این مطالعه فراوان ترین علت جنینی سقط تالاسمی ماژور می باشد که در مطالعه ما شایع ترین علت، اختلالات مغزی و جمجمه جنین بود. این موضوع نشان دهنده تفاوت منطقه ای و همچنین شیوع بالای اختلال مغزی و جمجمه جنین در استان لرستان می باشد که لازم است بررسی های بیشتری در این زمینه به عمل آید. در مطالعه قادی پاشا و امینیان، از بین علل عدم تأیید سقط، فراوان ترین آنها به ترتیب، عدم مراجعه به موقع مادران و ناهنجاری هایی با اهمیت کمتر مثل جنین شش انگشتی و یا حاملگی ناخواسته مادر بدون مشکلات روحی روانی شدید و یا جنین کاملاً سالم بود (۱۹).

در مطالعه ما نیز شایع ترین علت عدم صدور مجوز سقط جنین، عدم مراجعه به موقع مادران بود که با نتیجه مطالعه فوق همخوانی دارد. در نتیجه باید سطح آگاهی کادر بهداشتی درمانی و مادران در سنین بارداری را نسبت به اندیکاسیونهای سقط جنین درمانی بالا برد. سایر تفاوت‌ها و تشابهات می‌تواند به علت تفاوت در سطح اطلاع رسانی و آموزش و همچنین تفاوت های زمانی، منطقه ای و محیطی باشد.

در مطالعه ای که توسط توفیقی در سال ۷۹-۷۸ در تهران انجام شده است، میانگین سنی مراجعین ۳۰/۸ سال با حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۸ سال می باشد. ۸۷/۳٪ مراجعین خانه دار بودند و در بررسی تاریخچه بارداری ۷۵٪ مراجعین، گراویدیته بالاتر از ۲ داشتند. از ۲۴۵ مراجعه کننده ۱۹۴ نفر (۷۲/۲٪) سقط خود به خودی ، ۵ نفر (۲/۱٪) سقط درمانی و ۹ نفر (۳/۶٪) سابقه سقط غیر قانونی داشتند. میانگین مدت بارداری مراجعین ۱۰/۲ هفته بارداری با حداقل هفته چهارم و حداکثر هفته سی ام بارداری بود. میانگین مدت زمان تشخیص بیماری مادر ۵/۱ سال با حداقل یک ماه و حداکثر ۲۷ سال قبل از بارداری بوده است. از بین ۲۴۵ مراجعه کننده به ۱۲۶ نفر (۵۱/۴٪) مجوز سقط درمانی داده شد و به ۱۱۹ نفر (۴۸/۶٪) مجوز داده نشده است. در مطالعه ما ۷۰٪ مجوز و ۳۰٪ مجوز سقط درمانی داده نشده است که این تفاوت ناشی از علل مراجعه و بیماریهای زمینه مادری و همچنین تجربه و نقش دیدگاه پزشکان بررسی کننده را بیان می کند (۲۰).

در میان مراجعین مطالعه شایع ترین علت مراجعه در گروه بیماری های قلبی عروقی با ۶۳ مراجعه کننده (۲۷٪) و سپس مسائل جنینی (۱۷٪) و بیماری کلیوی (۱۱٪) قرار داشتند. شایع ترین اندیکاسیون سقط درمانی (از میان ۱۲۶ مجوز داده شده)، بیماری قلبی ـ عروقی با ۴۳ مجوز (۳۶٪) و سپس تالاسمی ماژور و بدخیمی ها هر کدام با ۲۰ مجوز (۱۷٪) بوده است (۲۰).

در این مطالعه ۱۱۹ مورد عدم مجوز، اندیکاسیونی جهت سقط جنین از لحاظ قوانین جاری صادر نشده است، مسائل جنینی و بیماری های روانی هر کدام با ۲۲ مراجعه (۱۸/۵٪) و بیماری های قلبی ـ عروقی با ۲۰ مراجعه (۱۷٪) به عنوان شایع ترین علت بودند (۲۰). ولی در مطالعه ما شایع ترین علت عدم صدور مجوز مراجعه دیر هنگام (بعد از ۱۸ هفته) زنان حامله بود.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل رعایت موازین اخلاقی در پژوهش پزشکی، حفظ و رعایت امانت داری، عدم تحمیل مخارج مازاد بر موارد تشخیص و روش معاینات به افراد و تکمیل پرسشنامه بدون اسم و مشخصات افراد می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری ریاست و کارکنان مرکز پزشکی قانونی خرم آباد کمال سپاس و قدردانی را دارند.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

References

1. Veisi F, Zanganeh M. The Causes of Illegal Abortions and Their Methods in Outpatient Clinics of Kermanshah University of Medical Sciences. IJFM. 2012; 18 (1) :47-52. (In Persian)
2. Kunins H, Rosenfield A. Abortion: A Legal and public Health Persective. Annu Rev Public Health. 1991;12:361-382.
3. Ahmadi A. Basics of medical abortion and examine it from the perspective of criminal law. Journal of Medical Law. 2012; 6 (20): 115-140.
4. Shain R. A Cross-cultural Histoty of Abortion. Clin Obs te Gyn ecol. 1986; 13(1): 1-17.
5. Iranian Official Gazette. Ta'azirat [Punishments Not Specified in Shari' at] & Deterrent Punishments added to Islamic Penal Code of Iran. 1996; 5:11-17. (In Persian)
6. Yari KH, Kazemi E, Yarani R, Tajehmiri A. Islamic Bioethics for Fetus Abortion in Iran. American Journal of Scientific Research, 2010; 18:118-121.
7. Hosseini Moghaddam SA. Criminal liability abortion. Journal of Scientific Research Human Sciences. 1387;1:58-129. (In Persian)
8. Maleki M. A Survey on Therapeutic Abortion Permission in Tehran legal Medicine Center. Thesis for Legal Medicine Specialty in Tehran University of Medical Sciences. 2005; 2:1-10. (In Persian)
9. Mahmoudi GA, Almasi V, Lorzadeh N, Khansari A. The reasons for using and not using alternative medicine in Khorramabad women, west of Iran. J Pak Med Assoc. 2015;65(6):623-625.
10. Shbry p, Mahajerpour AM, Taghadosi nejad F, SumerianPour F. The relationship between trauma and abortion in cases referred to the Forensic Medicine Organization of Tehran in 1380-1379. Journal of Forensic Medicine. 2005; 37:10-15
11. Goudarzi F, Kayani M. The principles of legal medicine and poisoning. The Islamic Republic of Iran. 1389; 430: 307. (In Persian)
12. Roland S, Gibb S, Beth Y, Arthur F, Hanry P. Ingirdnygaard: Danforths obesteriecs and gynecology, 10thed, 2008; 254-259.
13. Resenfield A. Abortion and women reproductive health: Int J obstet Gynecol. 2005; 45: 173-190.
14. Azemikhah A, Amirkhani MA, Jalilvand P, EmamiAfshar N, Radpooyan L. National Maternal Mortality Surveillance System in Iran. IJPH. 2009; 38(11): 90-92.
15. Shabnam B, Behnam B, Mehrzad K, Elham B. Comparative Study of Therapeutic Abortion Permissions in Central Clinical Department of Tehran Legal Medicine Organazation before and after Approval of Law on Abortion in Iran. Iranian Journal of Pediatrics. 2008; 18: 315-322.
16. Erfani A. Tehran Survey of Fertility. Population Studies and Research Center on Asia and the Pacific. 2010; 4: 150-167.
17. Abbasi H, Hemati N. Abortion Prevalence and Socio- Demographic Differentials. Biomedica. 2005; 21:200.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

18. Shahabuddin Sadr. Indications for abortion in diseases where risk of maternal death and fetal abnormalities and diseases that baby to still birth or death shortly after birth leads: Department of Legal Medicine. Circular 1385;10: 31-43. (In Persian)
19. Ghadipasha M, Aminian Z. Abortion, Therapeutic abortion, Criminal abortion: legal medicine. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2007: 14(2): 147-152. (In Persian)
20. Tofighi H. Choice of Forensic Medicine, Forensic Medicine Organization. Revised Fourth, Tehran, Mehr. 1384; 2: 63-159. (In Persian)

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]