مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره شانزدهم/ پائیز ۱۳۹۰/ ۸۳-۷۶

بررسی علل درخواست سقط درمانی در مراجعین سازمان پزشکی قانونی شهر سنندج در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۲

فریبا سیدالشهدایی[۱]، فرناز زندوکیلی[۲]، وحید یوسفی نژاد[۳]، ژیلا یوسفی[٤]، فردین غریبی[٥]

۱- استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲- استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن:۳۲۸۵۹۱۳-۰۸۷۱ zandvakili@gmail.comdrf

۳- دستیار پزشکی قانونی، گروه پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

٤- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

٥- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پس از تصویب قانون سقط جنین درمانی در سال ۱۳۸٤، تحول عمده‌ای در برخورد با موارد سقط‌های درمانی ایجاد گردید. این مطالعه با هدف شناخت علل درخواست سقط درمانی در خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به سازمان پزشکی قانونی سنندج از تیر ماه ۸۲ الی تیر ماه ۸٦ انجام شد.

روش بررسی: نوع مطالعه توصیفی بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه پرونده‌های مربوط به سقط درمانی موجود در سازمان پزشکی قانونی شهر سنندج از سال ۱۳۸۲ لغایت سال۱۳۸۶ بودند. حجم نمونه برابر با ۵۸ نفر و نمونه‌گیری با روش سرشماری انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و جداول توزیع فراوانی تهیه گردید.

یافته‌ها: بیشترین میزان درخواست سقط درمانی مربوط به سال ۸۶ با ۱۸ مورد (۳۱٪) و کمترین میزان مربوط به سال ۱۳۸۲ با ۶ مورد (۱۰/۳٪) بود. بالاترین میزان سقط درمانی مربوط به گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با ۱۶ نفر (۲۷/۶٪) و کمترین میزان مربوط به گروه سنی ۱۸> با یک مورد (۱/۷٪) بود. میانگین سن بارداری مراجعین ۴/۱±۱۱/۸ (دامنه ۱۹-۵) هفته بود. انجام سقط درمانی در ۳۴ نفر (۵۸/۶ ٪) از مراجعین تایید شد. شیوع علل جنینی درخواست مجوز سقط جنین ۲۲ مورد (۳۷/۹٪) و علل مادری ۳۶ مورد (۶۲/۱٪) بود. در میان موارد تایید شده جهت سقط درمانی ۱۸ مورد (۵۲/۹٪) به دلیل علل جنینی و ۱۶ مورد (۴۷/۱٪) به علل مادری بود. شایعترین علل جنینی مجوز سقط درمانی آنانسفالی ۷ مورد (۲۰/۶٪) و بتا تالاسمی ۳ مورد (۸/۸٪) و شایعترین علت مادری، بیماریهای قلبی عروقی ۱۰مورد (۲۹/۴٪) بود.

نتیجه‌گیری: نتیجه مطالعه حاضر نشان می‌دهد که پس از تصویب قانون سقط درمانی موارد علل جنینی درخواست سقط درمانی به طور گسترده‌ای در حال افزایش است. به نظر می‌رسد نیاز به مداخلات هر چه بیشتر جهت ارتقای آگاهی در زمینه سقط درمانی در میان افراد جامعه و جامعه پزشکی و همچنین ترویج روشهای قطعی پیشگیری از بارداری در میان زنان مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی پیشرفته وجود دارد.

کلید واژه‌ها: سقط جنین، سقط درمانی، سقط جنایی، پزشکی قانونی

وصول مقاله: ۸۹/۱۲/۱۵ اصلاحیه نهایی: ۹۰/۶/۱۲ پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۲۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

مقدمه

سقط عبارتست از ختم حاملگی به هر وسیله ای قبل از اینکه جنین قدرت زنده ماندن در محیط خارج از رحم را داشته باشد (قبل از ۲۰ هفته بارداری یا با وزن کمتر از ۵۰۰ گرم). سقط‌ها به دو دسته عمدهٔ سقط‌های خودبخودی و سقط‌های القاء شده تقسیم می‌شوند. سقط‌های القایی خود به دو دسته الکتیو یا غیر قانونی و تراپیوتیک (درمانی) تقسیم می‌شوند (۱).

سقط الکتیو یا غیر قانونی بنا به تقاضای مادر انجام می‌شود. در برخی کشورها همچون کانادا این نوع سقط جنبه قانونی داشته ولی در بسیاری از کشورهای دیگر غیر قانونی تلقی می‌شود. در ایالات متحده از سال ۱۹۸۵ هر نوع سقطی غیر قانونی محسوب می‌شود مگر اینکه جنبه درمانی داشته باشد (۲).

سالانه بیش از ٦٨٠٠٠ زن در سراسر جهان به علت سقط‌های غیر قانونی و غیر ایمن جان می‌سپارند. تخمین سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۰۰ نشان داد که ۱۹ میلیون سقط غیر ایمن در هر سال انجام می‌شود و تقریباً تمام آنها در کشورهای در حال توسعه که انجام سقط غیر قانونی است، رخ می‌دهد (۲). صرف نظر از وضعیت قانونی و فرهنگی در همه جوامع، زنانی هستند که برای ختم حاملگی ناخواسته خود، اقدام به سقط می‌نمایند (۳).

در بسیاری از کشورهای اسلامی به سقط بر اساس مبانی اسلام توجه شده اما مسایل قانونی مرتبط با سقط و شیوع سقط‌های قانونی و غیر قانونی در کشورهای مختلف اسلامی متفاوت است (۷-٤).

سالانه در کشور پاکستان در کل ۸۹۰۰۰۰ مورد سقط انجام می‌گیرد (٦). در مطالعه انجام شده در ترکیه ۲۸/۷٪ نمونه‌های مورد مطالعه سابقه حداقل یکبار سقط القایی داشتند (۵).

در کشورمان پس از تصویب قانون سقط جنین درمانی در مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸٤، تحول عمده‌ای در برخورد با موارد سقط‌های درمانی ایجاد گردید. در حال حاضر انجام سقط در مواردی که جان مادر در معرض خطر باشد و یا ناهنجاری شدید جنینی قطعی بوده و با حیات پس از تولد منافات داشته و یا منجر به حرج مادر شود، مجاز است. پس از تصویب این قانون، سازمان پزشکی قانونی به عنوان مرجع صادرکننده اجازه موارد سقط درمانی، ۵۱ اختلال جنینی و مادری از قبیل هیدروپس فتالیس و وضعیت هایی که سبب مرگ جنین پس از تولد می‌گردد از قبیل آنانسفالی و مننگوانسفالی، وضعیت‌های تهدیدکننده حیات مادر از قبیل؛ فاز فعال عفونت HIV، نارسایی کلیه، نارسایی قلبی، صرع مقاوم به درمان، لوپوس فعال کنترل نشده یا اختلالاتی که منجر به ناتوانی و معلولیت می‌گردند را اعلام نمود (۸).

با توجه به اینکه انجام سقط درمانی فقط قبل از چهار ماهگی حاملگی مجاز بوده و از سویی مجازاتهای موجود برای انجام سقط عمدی (شامل دیه بر اساس سن جنین و مجازات های تعزیری) می‌تواند سبب بروز مشکلاتی هم در سطح خانواده‌ها و هم برای گروه پزشکی گردد، به نظر می‌رسد افزایش آگاهی گروه پزشکی و جامعه در زمینه موارد مجاز انجام سقط‌های درمانی بتواند تا حدود زیادی از انجام سقط‌های غیر قانونی کاسته و به تبع آن از مشکلات عدیده پیش آمده برای زنان باردار و خانواده‌های آنها و گروه پزشکی بکاهد (۳). چرا که تعداد زیادی از مراجعه‌کنندگان به منظور انجام سقط به صورت غیر قانونی در صورت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

آگاهی از موارد مجاز سقط درمانی و مراجعه در زمان مناسب، می‌توانند از روش سقط درمانی ایمن بهره برده و از میزان انجام سقط با اقدام به دستکاری توسط خود یا انجام سقط در مراکز غیر بهداشتی وآلوده و آسیب به سلامت مادر و تحمیل هزینه‌های هنگفت به اقتصاد و بهداشت کشور کاسته گردد.

بررسی موارد مراجعه‌کننده جهت انجام سقط درمانی نیز می‌تواند در یافتن موارد اندیکاسیونهای جدیدتر انجام سقط درمانی و در نهایت پیشنهاد این موارد برای افزوده شدن به موارد موجود مفید باشد.

مطالعات معدودی در کشورمان در زمینه ارزیابی موارد سقط درمانی انجام پذیرفته است (۱۰ و۹ و۳). شایعترین علت مادری درخواست سقط در آن مطالعات بیماری قلبی ذکر شده است و شایعترین علت جنینی در آنها بتا تالاسمی گزارش شده است (۳ و۹).

این مطالعه با هدف شناخت علل درخواست سقط درمانی در خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به سازمان پزشکی قانونی سنندج از تیر ماه ۸۲ الی تیر ماه ۸۶ انجام شد.

روش بررسی

نوع مطالعه توصیفی است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه پرونده‌های مربوط به سقط درمانی موجود در سازمان پزشکی قانونی سنندج از سال ۱۳۸۲ لغایت سال ۱۳۸۶ بودند. حجم نمونه برابر با ۵۸ نفر و روش انتخاب نمونه‌ها سرشماری بوده است.

پس از کسب مجوز قانونی، با مراجعه به پرونده‌های مربوط به سقط درمانی که در سازمان پزشکی قانونی سنندج موجود بود، متغیرهای دموگرافیک و مامایی و بیماری مادر و جنین در پرسشنامه‌ای که از قبل بدین منظور تهیه شده بود، ثبت گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و جداول توزیع فراوانی تهیه گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۸ پرونده سقط درمانی مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی زنان مراجعه‌کننده ۶/۷±۳۴/۲ سال (دامنه ۴۹-۱۷ سال) بود. میانگین پاریته آنها ۱/۳±۱/۲ (دامنه ۵-۰) بار و سن بارداری ۴/۱±۱۱/۸ (دامنه ۱۹-۵) هفته بود. از نظر سطح تحصیلات بیشترین تعداد نمونه‌ها بی‌سواد (۳۶/۲٪) و کمترین تعداد دارای تحصیلات دانشگاهی (۵/۲٪) بودند. ۳۹ نفر (۹۲/۹٪) خانه‌دار و ۳ نفر (۷/۱٪) شاغل بودند

در کل از ۵۸ پرونده مورد بررسی، ۳۴ مورد (۵۸/۶٪) جهت انجام سقط درمانی مورد تایید قرار گرفته، ۱۱ مورد (۱۹٪) رد شده و ۱۳ مورد (۲۲/۴٪) توسط خود زن باردار و همسر پیگیری نشده بود. فراوانی مراجعین جهت سقط درمانی (سقط قانونی) در سال ۱۳۸۶ بیشترین میزان (۳۱/۱٪) و کمترین میزان مربوط به سال ۱۳۸۲ (۱۰/۳٪) بود (جدول ۱). شیوع علل جنینی درخواست مجوز سقط جنین ۲۲ مورد (۳۷/۹٪) و علل مادری ۳۶ مورد (۶۲/۱٪) بود. در میان موارد تایید شده جهت سقط درمانی ۱۸ مورد (۵۲/۹٪) به دلیل علل جنینی و ۱۶ مورد (۴۷/۱٪) به علل مادری بود (جدول۲).

۴۹ نفر (۹۰/۷٪) از افراد متقاضی سقط درمانی سن بارداری ۱۶ هفته و کمتر داشتند. سقط درمانی در افراد با گروه سنی ۳۵-۳۰ سال بیشترین میزان (۲۷/۵٪) و کمترین میزان مربوط به گروه سنی <۱۸سال (۱/۷٪) بود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

فراوانی موارد درخواست سقط قانونی در افراد با پاریته ۲-۰ بیشترین میزان (۷۷/۶٪) و کمترین میزان مربوط به افراد با پاریته >۷ با میزان (۰ درصد) بود.

شایعترین عللی که موجب صدور مجوز سقط درمانی شده بود به ترتیب شامل بیماری قلبی عروقی در مادر (۲۹/۴٪)، آنانسفالی (۲۰/۶٪) و بتا تالاسمی در جنین (۸/۸٪) بود. از ۳۴ مورد تایید شده ۱ مورد (۲/۹٪) دارای کانسر (تومور بدخیم مدیاستن خلفی) و از ۱۱ مورد رد شده ۲ مورد (۱۸/۲٪) دارای کانسر (مننژیوما و Invasive ductal carcinoma) بودند، ۱ مورد (۷/۷٪) از ۱۳ موردی نیز که پیگیری نکرده بودند دارای کانسر بود (تومور مغزی پرولاکتینوما) (جدول ۲).

جدول ۱: نمودار توزیع فراوانی موارد درخواست سقط قانونی در افراد مورد مطالعه بر حسب سال

سال	فراوانی	درصد
۸۲	٦	۱۰/۳
۸۳	۱۱	۱۹/۰
۸٤	۱۰	۱۷/۲
۸۵	۱۳	۲۲/٤
۸٦	۱۸	۳۱/۰
جمع کل	۵۸	٪۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی موارد درخواست سقط در افراد مورد مطالعه بر حسب علل مادری یا جنینی درخواست سقط درمانی

علل مادری یا جنینی درخواست سقط	تعداد کل	تعداد موارد تأیید
بتا تالاسمی(جنینی)	۳ (٪۵/۲)	۳ (٪۸/۸)
انانسفالی (جنینی)	۱۰ (٪۱۷/۲)	۷ (٪۲۰/۶)
هیدروسفالی (جنینی)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۲/۹)
هیدروپس(جنینی)	۴ (٪۶/۹)	۳ (٪۸/۸)
هموفیلی (جنینی)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)
سایر موارد (جنینی)	۴ (٪۶/۹)	۴ (٪۱۱/۸)
(بیماری قلبی جنینی،الیگو هیدرآمینوس شدید،دوشن،منتگو هیدروانسفالوسل)	(هر کدام یک مورد)	
قلبی عروقی(مادری)	۱۱ (٪۱۹)	۱۰ (٪۲۹/۴)
کلیوی(مادری)	۱ (٪۱/۷)	۰ (٪۰)
دیابت(مادری)	۲ (٪۳/۴)	۰ (٪۰)
بیماری کلاژن واسکولار(مادری)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۲/۹)
سایرموارد(مادری)	۱۰ (٪۱۷/۲)	۲ (٪۵/۹)
آبله مرغان	۱	۰
یووییت چشم	۱	۱
دیسک کمر شدید	۲	۰
تنگی کانال نخاعی	۱	۰
ALS	۱	۱
اختلال افسردگی ماژور	۱	۰
Epilepsy	۲	۰
صفت آنمی داسی شکل	۱	۰
سرطان(مادری)	۴ (٪۶/۹)	۱ (٪۲/۹)
MS(مادری)	۱ (٪۱/۷)	۱ (٪۲/۹)
دارو های تراتوژن	۴ (٪۶/۹)	۱ (٪۲/۹)
اشعه	۲ (٪۳/۴)	۰ (٪۰)
جمع	۵۸ (٪۱۰۰)	۳۴ (٪۱۰۰)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه بیشترین میزان درخواست سقط درمانی مربوط به سال ۸۶ (۳۱٪) و کمترین میزان مربوط به سال ۱۳۸۲ (۱۰/۳٪) بود. نتایج نشانگر افزایش سالانه موارد درخواست سقط درمانی در طی این ۵ سال می‌باشد که می‌تواند بیانگر افزایش آگاهی عموم از این موضوع و بهبود مراقبتهای پری ناتال، خصوصاً متعاقب تصویب قانون سقط درمانی و افزایش موارد اندیکاسیون‌های انجام سقط درمانی باشد، اما در کل تعداد کم موارد درخواست سقط درمانی (۵۸ مورد در طی ۵ سال) و رقم مشابه با آمار سال‌های ۸۱-۷۹ سازمان پزشکی قانونی سنندج، می‌تواند نشانگر خلاءهای موجود در پروسه انجام سقط درمانی و اطلاع رسانی در این زمینه باشد و به نظر می‌رسد هنوز قسمت عمده موارد سقط به صورت غیرقانونی انجام می‌گیرد، که این امر نیازمند اطلاع رسانی هر چه بیشتر در خصوص موارد جدید اندیکاسیون‌های تایید شده سقط درمانی در سطح جامعه و در میان گروه پزشکی از یکسو و انجام بررسی‌های نظارتی بیشتر برای پیشگیری از انجام سقط‌های غیر قانونی از سوی دیگر است.

در این مطالعه شایعترین علت مادری صدور مجوز سقط درمانی، بیماری قلبی (۲۹/۴٪) و شایعترین علت جنینی، وجود آنانسفالی در جنین (۲۰/۶٪) و سپس بتاتالاسمی (۸/۸٪) بود. در مطالعات مشابه انجام شده در کشور توسط قادی پاشا و همکاران (۳) و توفیقی و همکاران (۹) نیز شایعترین علت مادری بیماری قلبی (به ترتیب ۱۷٪ و ۲۷٪) ذکر شده است که با مطالعه ما هماهنگی دارد، اما شایعترین علت جنینی در آن دو مطالعه بتا تالاسمی ذکر شده است (۹ و۳) در حالیکه در این مطالعه آنانسفالی شایعترین علت جنینی بوده است. با توجه به این که مطالعه توفیقی و همکاران (۹) قبل از تصویب قانون سقط درمانی (سال ۷۹-۷۸) انجام شده است و تا قبل از تصویب این قانون آنانسفالی جزو موارد اجازه سقط درمانی نبوده است، تفاوت آمار مطالعه ما و آن مطالعه قابل توجیه است، اما مطالعه قادی پاشا و همکاران (۳) بعد از تصویب قانون سقط درمانی (سال ۸۴) انجام شده است، لذا تفاوت نتیجه آن مطالعه و مطالعه حاضر در زمینه شایعترین علت جنینی صدور مجوز سقط درمانی می تواند نشانگر تفاوت شیوع ناهنجاری‌های مادرزادی و بیماریهای ژنتیکی در مناطق مختلف کشور باشد و نیازمند انجام مطالعات آتی و بررسی مشکلات جنینی شایع مناطق مختلف کشور است.

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده در کشور (۹و۳)، شایعترین علت مادری درخواست مجوز سقط درمانی بیماری قلبی می‌باشد، می‌توان با اتخاذ تدابیر آموزشی و بهداشتی بیشتر روشهای پیشگیری قطعی از بارداری را در میان این زنان ترویج داد. در جدول ۳ نتایج مطالعه حاضر با نتایج دو مطالعه مشابه انجام شده در سطح کشور مقایسه شده است.

در این مطالعه از نظر دامنه سنی، بالاترین میزان درخواست سقط درمانی مربوط به گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با ۱۶ مورد (۲۷/۵٪) بود که نسبت به میانگین سنی دو مطالعه قبلی انجام شده در سطح کشور (۹و۳) از میزان بالاتری برخوردار است که این امر می‌تواند به دلیل افزایش سن ازدواج در کشور در سالهای اخیر و افزایش شیوع بیماریهای مزمن از جمله بیماریهای قلبی-عروقی در جامعه باشد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

در مطالعه ما میزان درخواست سقط درمانی در افراد بی‌سواد ۲۱ مورد (۳۶/۲٪) بیشترین و در گروه تحصیلات متوسطه و بالاتر ۸ مورد (۱۳/۸٪) را به خود اختصاص داد، در حالیکه در مطالعه انجام شده توسط توفیقی و همکاران در تهران، ۵۲/۱٪ نمونه‌ها تحصیلات متوسطه و بالاتر داشتند که علت این تفاوت می‌تواند به دلیل پایین بودن سطح تحصیلات و سواد در استان کردستان باشد.

جدول۳: مقایسه نتایج مطالعه حاضر و مطالعات قبلی انجام شده در کشور

	توفیقی و همکاران(۹) (تهران (۷۸ تا ۷۹)	قادی پاشا و همکاران(۳) (کرمان سال۸۴)	مطالعه حاضر (۸۲-۸۶)
کل مراجعین	۲۴۵نفر	۴۷ نفر	۵۸ نفر
تأیید درخواست	۱۲۶نفر (۵۱/۴ ٪)	۲۴ نفر (۵۱٪)	۳۴ نفر (۵۸/۶ ٪)
میانگین سنی مراجعین	۳۰/۸ سال	۲۹ سال	۳۴ سال
شایع ترین اندیکاسیون سقط درمانی	بیماریهای قلبی عروقی مادر	بیماری و ناهنجاریهای جنینی	بیماری های قلبی عروقی مادر
میانگین سن بارداری مراجعین	۱۰/۲ هفته	۱۷ هفته	۱۱/۸ هفته
تحصیلات متوسط و بالاتر	٪ ۵۲/۱	--------	٪ ۱۳/۸
شاغل	٪ ۱۲/۷	--------	٪ ۵/۲

در این مطالعه در هیچ کدام از ۵۸ پرونده درخواست سقط درمانی، علت درخواست، ضربه به مادر باردار و یا عوارض ناشی از آن نبود.

مقایسه نتایج به دست آمده در این مطالعه با آمارهای موجود سازمان پزشکی قانونی سنندج در سالهای ۱۳۷۹-۱۳۸۲ نشان می‌دهد که اگرچه درصد تأیید درخواست سقط درمانی طی سالهای اخیر تفاوت چندانی نکرده است اما تغییراتی در روند موارد درخواست سقط درمانی وجود دارد که به شرح زیر می‌باشد:

گروه سنی متقاضیان سقط درمانی از ۴۵-۳۶ سال به ۳۵- ۳۰ سال کاهش یافته است که ضمن هماهنگی با نتایج مطالعات قبلی (۹ و۳) نشانگر افزایش آگاهی جامعه در مورد حاملگی‌های پر خطر در گروه سنی >۳۵ می‌باشد. همچنین تغییر درصد بیماریهای قلبی از ۷۳/۵٪ به ۲۹/۴٪ موارد تایید شده، کاهش چشم‌گیری را نشان می‌دهد که این امر می‌تواند ناشی از ارتقاء سطح تنظیم خانواده خصوصاً در گروههای با ریسک بالا و هم چنین بهبود وضعیت سلامت در جامعه باشد. اما همچنان نیاز به فعالیتهای آموزشی بیشتر در این زمینه احساس می‌گردد.

میانگین سن بارداری مراجعین نیز از ۱۱/۶ هفته به ۱۱/۲ هفته کاهش یافته است که می تواند نشان دهنده بهبود مراقبتهای پری ناتال وانجام به موقع آزمایشات و سونوگرافی ها برای غربالگری موارد لازم جهت ارجاع به پزشکی قانونی باشد.

از نظر سطح تحصیلات نیز اگرچه افزایش مختصر مشاهده می‌شود (از ۳/۴٪ به ۵/۲٪) که نشان دهنده افزایش سطح تحصیلات در جامعه می‌باشد اما در افراد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

متقاضی تفاوت چشم‌گیری وجود ندارد که باید آن را ناشی از عام بودن مراقبت‌های پری ناتال دانست.

مهمترین تفاوت در روند موارد درخواست سقط درمانی در سازمان پزشکی قانونی سنندج، افزایش چشمگیر تعداد موارد علل جنینی از ۸/۶٪ در سالهای ۸۱-۷۹ به ۳۷/۹٪ درصد در سال‌های ۸۶-۸۲ می‌باشد که این امر نشان دهنده تأثیر مثبت تصویب قانون سقط درمانی در زمینه تسهیل موارد سقط درمانی در مشکلات جنینی می‌باشد چرا که تا قبل از تصویب این قانون تنها بتاتالاسمی به عنوان مورد مجاز جنینی برای انجام سقط درمانی بود.

جدول ۴: مقایسه نتایج مطالعه حاضر با آمارهای قبلی استان

موارد	سال آمار قبلی (۸۱-۷۹)	مطالعه حاضر (۸۶-۸۲)
کل مراجعین	۵۹ نفر	۵۸ نفر
تأیید درخواست	۳۴ نفر (۵۷/۶٪)	۳۴ نفر (۵۸/۶ ٪)
فراوان ترین گروه سنی مراجعین	۴۵-۳۶سال	۳۵-۳۰ سال
شایع ترین اندیکاسیون سقط درمانی در موارد تایید شده	بیماری های قلبی عروقی ۲۵ نفر(۷۳/۵ ٪)	بیماری های قلبی عروقی ۱۰ نفر(۲۹/۴٪)
میانگین سن بارداری مراجعین	۱۱/۶	۱۱/۸
تحصیلات دانشگاهی مراجعین	۲نفر (۳/۴ ٪)	۳ نفر (۵/۲ ٪)
شایع ترین پاریته مراجعین	۲-۰ ۳۴ نفر(۵۷/۶ ٪)	۲-۰ ۴۵ نفر(۷۷/۶ ٪)
تعداد جنین دارای آنومالی	۵ مورد (۸/۶٪)	۲۲ مورد (۳۷/۹ ٪)

یافته‌های مطالعه بزمی و همکاران (۱۰) نیز که در مطالعه خود به مقایسه وضعیت سقط درمانی در قبل و بعد از تصویب قانون سقط درمانی پرداختند نشان داد که در یک دوره یکساله قبل از تصویب این قانون در ۱۷٪ موارد اندیکاسیون سقط درمانی، علل جنینی (تالاسمی ماژور) و در ۸۳٪ باقیمانده، اندیکاسیونهای مادری مطرح بوده است در حالی که در دوره یکساله بعد از تصویب این قانون حدود ۸۵٪ موارد را اندیکاسیون جنینی و ۱۵٪ موارد را اندیکاسیونهای مادری شامل شده‌اند که در بین اندیکاسیونهای جنینی آنانسفالی و در اندیکاسیونهای مادری علل قلبی عروقی منجر به صدور مجوز شده‌اند،که نتیجه مطالعه ما نیز کاملاً با این مطالعه هماهنگی دارد.

در کل به نظر می‌رسد انجام اطلاع رسانی مناسب در سطح جامعه و جامعه پزشکی در زمینه موارد مجاز سقط درمانی و پیگیری‌های قانونی برای کسب مجوز در مواردی از مشکلات جنینی که امکان حیات بعد از تولد ندارند و بعد از سن ۴ ماهگی تشخیص داده می‌شوند و ایجاد تعامل بیشتر بین وزارت بهداشت و سازمان پزشکی قانونی در این زمینه، بتواند موجبات ارتقای هرچه بیشتر سطح سلامت مادران باردار و به تبع آن تولد نوزادانی سالم در آنها را در پی داشته و از تحمیل هزینه‌های مادی و معنوی بر خانواده‌ها و جامعه بکاهد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که موارد علل جنینی درخواست سقط درمانی به طور گسترده‌ای در حال افزایش است. نیاز به مداخلات هرچه بیشتر جهت ارتقای آگاهی در زمینه سقط درمانی در میان افراد جامعه و جامعه پزشکی و ترویج روشهای قطعی پیشگیری از بارداری در میان زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی پیشرفته وجود دارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان نامه دکترای عمومی دکتر ژیلا یوسفی انجام گردید. نویسندگان مقاله بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به مدیریت امور تحقیقات و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و تمامی پرسنل محترم سازمان پزشکی قانونی استان کردستان، بالاخص مدیرکل محترم جناب آقای دکتر غلامرضا همایون پور و پزشک مشاورآن سازمان سرکار خانم دکتر سیمین کنعانی که نهایت همکاری را در انجام این مطالعه با پژوهشگران داشته اند، ابراز می‌دارند.

Referernces

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Westrom KD. William's Obstetrics 22nd ed., 2005; p232.
2. World Health Organization. Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization, 2004. [Cited 2007 Oct 20]. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_ estimates _04/
3. Ghadipasha M., Aminian Z. The Study of Abortion Licences Being Issued by Legal Medicine office of Kerman in 2005 and a Short Comparison with Last Years Issued Licences Journal of Kerman University of Medical Sciences 2007;14: 147-152.
4. Asman O. Abortion in Islamic countries-legal and religious aspects. Med Law 2004; 23: 73-89.
5. Maral I, Durukan E, Albyrak S, Oztimur N, Biri A, Bumin MA.Induced abortion frequency in Ankara, Turkey, before and after the legal regulation of induced abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care 2007; 12: 279-88.
6. Ilyas M, Alam M, Ahmad H, Sajid-ul-Ghafoor. Abortion and protection of the human fetus: religious and legal problems in Pakistan. Hum Reprod Genet Ethics. 2009; 1: 55-9.
7. Sasongko TH, Salmi AR, Zilfalil BA, Albar MA, Mohd Hussin ZA. Permissibility of prenatal diagnosis and abortion for fetuses with severe genetic disorder: type 1 spinal muscular atrophy. Ann Saudi Med 2010; 30: 427-31.
8. Larigani B, Zahedi F. Changing parameters for abortion in Iran. Indian J Med Ethics 2006;3:2006
9. Tofighi H, Mousavi Pour F, Barooni Sh. Study of legal abortion in legal medicine centers during 1999-2000 Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran 2001;7: 27-21.
10. Shabnam Bazmi, Behnam Behnoush, Mehrzad Kiani, Elham Bazmi Comparative Study of Therapeutic Abortion Permissions in Central Clinical Department of Tehran Legal Medicine Organization before and after Approval of Law on Abortion in Iran Iranian Journal of Pediatrics 2008;18: 315-322.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]