

بورسی علل درخواست سقط درمانی در مراجعین به مرکز پژوهشی قانونی استان کردستان در سال های ۱۳۷۹-۱۳۹۰

فرنگیس خسروی^{*}- کژال حسامی- روناک شاهوی- شهرین سوادزاده

فرنگیس خسروی*
مربی کارشناس ارشد مامایی
دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی کردستان،
سنندج - ایران (نویسنده مسئول).
Fkhosravy@yahoo.com

کژال حسامی
مربی- کارشناس ارشد مامایی
دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی کردستان،
سنندج، ایران

روناک شاهوی
استادیار دانشکده پرستاری و
مamایی دانشگاه علوم پزشکی
کردستان، سنندج ، ایران

شهرین سوادزاده
کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه
علوم پزشکی گیلان ، گیلان،
ایران

مقدمه و هدفه گرچه در جوامع مختلف ، قوانین متفاوتی برای سقط درمانی وجود دارد ، اما تحت شرایط خاص برای حفظ جان مادر یا تولد نوزادان سالم، سقط درمانی معتبر اعلام شده است. این مطالعه با هدف شناخت علل درخواست سقط درمانی در مراجعین به مرکز پژوهشی قانونی استان کردستان طی سال های ۱۳۷۹-۱۳۹۰ و مقایسه علت موارد تایید و رد شده انجام شد.

مواد و روش ها : در این مطالعه مقطعی، با مراجعه به پرونده و سوابق موجود در مرکز پژوهشی قانونی استان کردستان، اطلاعات لازم (دموگرافیک و مامائی مادران، سن جنین، تاریخ مراجعته، علت و نوع درخواست و نتایج آن ها) از طریق چک لیست جمع آوری شدند . نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد و پرونده کلیه زنان بارداری که در طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۷۹ جهت دریافت مجوز سقط درمانی به این مرکز مراجعت کرده بودند، بررسی شدند . داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری توصیفی، T-test و X² مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۶۵۸ مراجعه کننده، برای ۳۵۸ مورد (۵۴٪) مجوز سقط درمانی صادر شده بود. بیشترین تعداد مراجعت کننده در سال ۱۳۸۸ (۱۴۰ مورد) و بیشترین درصد موارد تایید شده (۱۰٪) مربوط به سال ۱۳۸۱ بود. بیشترین علل صدور مجوز بیماری قلبی مادر (۵۶ مورد) و آنسفالی جنین (۵۳ مورد) بود. برای ۳۰۰ نفری که مجوز صادر نشده بود، شایع ترین علت مادری و جنینی، اختلال روانی مادر (۳۵ مورد) و آنومالی های متعدد در جنین (۲۷ مورد) بود. همچنین ۲۰ مورد از درخواست ها به علت سن بالای حاملگی (۱۹ هفته و بالاتر) رد شده بودند.

نتیجه گیری: به نظر می رسد علی رغم افزایش تعداد متضایيان سقط درمانی در سال های اخیر، هنوز اطلاع رسانی مناسب در زمینه جزئیات این قانون انجام نشده است و درصد موارد تایید نشده افزایش قابل توجهی داشته است . لذا لزوم افزایش آگاهی کادر درمانی مربوطه، زنان باردار و همچنین دیگر افراد جامعه در مورد شرایط زمانی و اندیکاسیون های سقط درمانی احساس می شود.

کلمات کلیدی: حاملگی، سقط جنین، سقط درمانی، قانون، پزشکی قانونی

مقدمة

الخلقه در کشور و از طرفی نواقص موجود در قوانین، بسیاری از سازمان‌های مربوط از جمله وزارت بهداشت و درمان و سازمان پزشکی قانونی این موضوع را مورد توجه جدی قرار دادند و آن را در مجتمع علمی و پژوهه شی مطرح نمودند و همین امر موجب شد که در سال‌های گذشته در مجلس شورای اسلامی طرحی به نام "سقط درمانی" در دستور کار قرار گیرد که در خرداد ۱۳۸۴ به تصویب رسید. از لحاظ قوانین ایران، سقط انتخابی به دلایل تقاضای مادر مردود است؛ و تنها مورد مجاز سقط جنین، «سقط درمانی» است (۱۴، ۱۳). سقط درمانی به ختم حاملگی قبل از قابلیت حیات جنین، برای حفظ سلامت مادر یا به دلیل بیماری‌های جنین اطلاق می‌شود و انجام آن با تائید و صدور مجوز در پزشکی قانونی امکان پذیر است (۱۳، ۱۵)، سرانجام در سال ۱۳۸۴ سقط درمانی را قانونی شناخت (۱۳). قانون گذار ایران پس از طرح نظرات فقهی و حقوقی، پس از تصویب این قانون در سال ۱۳۸۴، سازمان پزشکی قانونی به عنوان مرجع صادر کننده مجوز، ۵۱ اختلال جنینی و مادری را اعلام نمود (۱۷). در مطالعه رستم نژاد و همکاران در سال ۱۳۸۸، برای ۱۵/۷۰٪ از متقاضیان مجوز سقط صادر شده بود. اما در مطالعات دیگر، متقاضیان زیادی موفق به اخذ مجوز از پزشکی قانونی نشده‌اند. در مطالعه سیدالشهدایی و همکاران ۵۸/۶٪ و در مطالعه قادری پاشا و همکاران ۱۱/۵٪ از مراجعین مجوز سقط درمانی گرفته بودند (۱۸) و توفیقی و همکاران در سال ۱۳۸۰ موارد تایید شده را ۱۱/۵٪ گزارش کردند (۱۵). با عنایت به موارد ذکر شده، به نظر می‌رسد اطلاع از میزان و علل صدور مجوزهای صادر شده در مدت زمان طولانی، جهت تدوین راهکارهای مناسب در برنامه‌های تنظیم خانواده و مشاوره‌های قبل از بارداری در افراد پرخطر کمک کننده باشد. به

در اصطلاح پژوهشی سقط جنین به عنوان حذف محصولات حاملگی از رحم قبل از اینکه جنین به اندازه کافی برای زنده ماندن تکامل یافته باشد، تعریف می‌شود (۱). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، هر سال ۲۱۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند و ۲۲ درصد از آنها به سقط متولّ می‌گردند (۲، ۳) و بر اساس مطالعات دیگر، سالیانه ۳۵-۱۶ میلیون سقط جنین در دنیا انجام می‌شود (۴). سقط جنین همواره تحت الشاعع عوامل متعددی نظیر شرع، عرف، سنت، قانون و اخلاق می‌باشد و از عوامل روانی و اجتماعی و زیستی زیادی نیز تأثیر می‌پذیرد (۵) لذا تصمیم گیری در مورد آن هیچ وقت آسان نیست (۶). اگرچه در سال‌های اخیر شیوع سقط القایی در جهان ثابت مانده‌اما میزان سقط و تمایل به آن در کشورهای مختلف متفاوت است (۷). این تفاوت‌ها از اختلاف در محدودیت‌ها و قوانین سقط قانونی آن‌ها ناشی می‌شود (۸). قبل از سال ۱۹۶۹ سقط در کانادا فقط محدود به مواردی بود که بارداری، حیات یا سلامت مادر را تهدید می‌کرد، اما از آن زمان به بعد سقط قانونی مجاز شد (۹). در آمریکای شمالی و اروپا تقریباً تمام سقط‌ها قانونی هستند (۷). با وجود اصلاح قانون سقط در هنگ کنگ (سال ۱۹۷۲)، ختم بارداری بیش از ۲۴ هفته مجاز نیست، مگر اینکه تهدید کننده حیات مادر باشد (۱۰) و در برزیل سقطی قانونی است که برای حفظ حیات مادر باشد و یا بارداری تیجه تجاوز جنسی باشد (۱۱). تمایل جهانی به قانونی کردن سقط که از ۱۹۹۸ شروع شده ادامه دارد و ایران نیز یکی از ۱۶ کشوری است که قوانین سقط را اصلاح کرد و اندیکاسیون‌های آن را افزایش داد (۱۲). در سال‌های اخیر با توجه به آم ار سقط‌های غیر قانونی و مرگ و میر مادران باردار و تولد کودکان ناقص

مسائل اخلاقی، همه داده ها بدون نام و اطلاعات شخصی جمع آوری شده و در فرم های طراحی شده مثبت شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون های آماری توصیفی، T -test و X^2 استفاده شد. **یافته ها:** بر اساس یافته های بدست آمده از این مطالعه، ۶۵۸ مورد زن باردار طی سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۰ جهت اخذ مجوز سقط درمانی به مرکز پژوهشی قانونی سندج مراجعه کرده اند. یافته های پژوهش در ۶ جدول و نمودار خلاصه شده است. براین اساس در زمان سقط، میانگین و انحراف معیار سن مادران 31.77 ± 7.32 سال (محدوده ۱۶-۴۹ سال) بود و بیشتر آنان در رده سنی ۳۱-۴۰ سال (41.6%) قرار داشتند. اکثر زنان خانه دار (73.3%)، دارای تحصیلات ابتدایی (23.6%) و ساکن سندج (47.9%) بودند. میانگین سن جین در مادر ۱۶ ساله جین آنومالی داشت و مادر ۴۹ ساله مبتلا به چربی خون بالا بود. علت درخواست ها در هفتة ۴ بارداری تلasmی مژور و تریزومی در جین و اقدام به خودکشی، ضایعه نخاعی و م صرف دارو در مادر بود. درخواست در هفتة ۲۷ بارداری به دلیل آننسفالی جین بود. برای مقایسه ویژگی های دموگرافیک و مامایی در موارد تایید و رد شده، از آزمون های آماری T -test و X^2 استفاده شد. نتیجه آزمون تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر سن حاملگی نشان داد. به این معنا که سن حاملگی در گروه تایید شده بالاتر بود (11.83 ± 1.81 هفتة در برابر 10.56 ± 1.01 هفتة) به ترتیب، ($P < 0.001$). برای ارزیابی بیشتر، سن حاملگی بین متقارضیان با علت جینی و مادری نیز مقایسه شد و مشخص شد که متقارضیان با علت جینی میانگین سن حاملگی بالاتری داشتند (12.7 ± 1.1 هفتة در برابر 10.1 ± 1.0 هفتة) به ترتیب، ($P < 0.001$). در بقیه موارد اختلاف آماری معنی داری

علاوه بررسی علل عدم تایید درخواست ها و یافتن موانع و کاستی های موجود در این زمینه می تواند منجر به اخذ راهکارهایی شود که از ارجاعات بیهوده به سازمان پژوهشی قانونی جلوگیری کرده و باعث اجرای هرچه بهتر قانون سقط درمانی گردد. از آنجا که تاکنون چنین مطالعه ای در استان کردستان انجام نشده است، برآن شدیم تا این مطالعه مقایسه ای را در مدت ۱۲ سال انجام دهیم. هدف از این مطالعه شناخت علل درخواست سقط درمانی در مراجعین به مرکز پژوهشی قانونی استان کردستان در سال های ۱۳۷۹-۱۳۹۰ و مقایسه موارد تایید و رد شده است. با امید اینکه نتایج این مطالعه در ارتقای سلامت و بهداشت ما دران و کودکان جامعه موثر باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی، تمامی پرونده های زنان بارداری که طی سال های ۱۳۹۰-۱۳۷۹ جهت دریافت مجوز سقط درمانی به مرکز پژوهشی قانونی استان کردستان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت سرشماری و حجم نمونه ۶۵۸ مورد بود. برای جمع آوری اطلاعات در این مطالعه، پژوهشگر با کسب معرفی - نامه از دانشگاه علوم پژوهشی کردستان و مراجعته به مرکز پژوهشی قانونی استان کردستان، پس از معرفی خود، کسب اجازه از مسئول مربوطه و دادن توضیحات کافی در مورد پژوهش، لیست شماره ۶۵۸ پرونده مربوط به سقط درمانی از تاریخ ۱۳۷۹/۱/۱ تا ۱۳۹۰/۱۲/۲۹ را تهیه کرده و تمامی پرونده ها جهت بررسی آماده شدند. سپس با مراجعته به سوابق موجود در آن ها و استفاده چک لیست از پیش تهیه شده، کلیه اطلاعات مورد نیاز نظیر مشخصات دم و گرافیک و مامائی مادران، سن جین، تاریخ مراجعه، علت و نوع درخواست و نتایج آن ها جمع آوری شدند. جهت رعایت

سن حاملگی ۱۱/۸ هفته بود اما نزدیک به یک سوم مادران (۲۸/۴٪)، با سن حاملگی بالای ۱۶ هفته مراجعه کرده بودند و در این مطالعه هم مشابه مطالعات دیگر (۱۸) برای بسیاری از پرونده‌ها به علت سن بالای حاملگی مجوز سقط درمانی صادر نشده بود. صدور مجوز سقط قانونی در ایران تا قبل از ولوج روح (حدود چهار ماهگی) مجاز می‌باشد، لذا انجام اطلاع رسانی مناسب در سطح جامعه و آگاهی دادن به متخصصین و کادر بهداشتی- درمانی، جهت تسريع در روند ارجاع مادران، به عنوان راه کاری مناسب توصیه می‌شود. در این بررسی سن حاملگی در گروه تایید شده بالاتر از گروه رد شده بود. از آنجا که میانگین سن حاملگی در متضاضیان سقط با علل جنینی بالاتر بود و ۶۸/۲٪ این افراد در گروه تائید شده بودند، این تفاوت قابل توجیه است. در یافته‌های به دست آمده از مجموع ۶۵۸ مراجعت کننده، انجام سقط درمانی در ۵۴/۴٪ تایید شده بود. که با نتایج مطالعات قادر پاشا و همکاران (۱۸) و توفیقی و همکاران (۱۵) همخوانی دارد. اما در مطالعه رستم نژاد و همکاران در سال ۱۳۸۸، برای ۷۰/۱۵٪ از متضااضیان مجوز سقط صادر شده بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از بیشتر بودن مراجعین با علت جنینی در مطالعه آن‌ها نسبت به مطالعه ما باشد. در بررسی‌های فوق یک مقایسه اجمالی نیز بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۰ انجام شد. در سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ با توجه به محدود بودن مجوز، آمار مراجعین بسیار کم بود به طوری که کمترین تعداد مراجعت کننده مربوط به سال ۱۳۸۳ بود. اما در سال ۱۳۸۴ با تصویب قانون سقط درمانی در مجلس شورای اسلامی، سیر صعودی قابل ملاحظه‌ای در مراجعین مشاهده شد که اوج آن مربوط به سال ۱۳۸۸ بود. این روند افزایش متضااضیان، بیانگر افزایش آگاهی عموم از موضوع سقط درمانی است اما در بررسی بیشتر متوجه شدیم که بسیاری از درخواست‌ها حاوی

وجود نداشت. براساس نتایج، از مجموع ۶۵۸ مورد زن باردار متضااضی، برای ۳۵۸ مورد (۵۴/۴٪) مجوز صادر شده است. در نمودار شماره ۱، تعداد مراجعین و مجوزهای صادر شده به تفکیک سال نشان داده شده است. نمودار شماره ۲ بیانگر درصد موارد تایید نشده به تفکیک سال است و نشان می‌دهد در سال‌های اخیر علی‌رغم افزایش تعداد مراجعین، درصد موارد تایید نشده افزایش قابل توجهی داشته است. اوج این افزایش در سال ۱۳۸۵ با ۶۱/۲٪ بوده است. در این بررسی ۴۲۲ نفر (۶۴/۲٪) از مراجعین به علت اندیکاسیون‌های مادری و (۳۵/۸٪) به علت اندیکاسیون‌های جنینی متضااضی سقط درمانی بودند. شایع ترین علت صدور مجوز بیماری‌های مادر (۵۵/۱٪) و در درجه دوم بیماری‌های جنین بود (۴۴/۹٪). در میان انواع اندیکاسیون‌های سقط درمانی، بیشترین علت صدور مجوز بیماری قلبی مادر (۵۶ مورد) و پس از آن آنسفالی جنین (۵۳ مورد) بود. برای ۳۰۰ نفری که مجوز صادر نشده بود، شایع ترین علت مادری و جنینی به ترتیب اختلال روانی مادر و آنومالی‌های متعدد در جنین بود. ۲۰ مورد از درخواست‌ها به علت سن بالای حاملگی (۱۹ هفته و بالاتر) رد شده بودند. جزئیات بیشتر انواع اندیکاسیون‌های جنینی و مادری سقط درمانی در جدول شماره ۲ و ۳ آمده است.

بحث و نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش، میانگین سن مادران ۳۱/۷۷ سال بود. مطالعات دیگر نیز میانگین سن مادر را در همین حدود نشان داده اند (۱۵، ۱۶). با توجه به بالا بودن میانگین سن مادران و پرخطر بودن بارداری در این گروه لازم است تدبیری مناسب جهت پیشگیری قطعی از بارداری در این افراد مورد توجه قرار گیرد. در این بررسی اگرچه میانگین

(۱۷) همچواني دارد. در مطالعه قادی پاشا و امينيان هم شایع ترین علت مراجعه بیماری مادر بود اما مهم ترین بیماری جنین، بنا تالاسمی مژوز گزارش شده بود(۱۸) و در پژوهش رستم نژاد و همکاران بیشترین اندیکاسیون جنینی سقط درمانی مربوط به نواقص لوله عصبی بود و پس از آن تالاسمی مژوز و هیدروپیس مشترک کا دومین علت سقط درمانی بودند(۱۹). این یافته ها می توانند نشانگر تفاوت شیوع ناهنجاری های مادرزادی و بیماریهای ژنتیکی در مناطق مختلف کشور باشد و نیازمند انجام مطالعات آتی و بررسی مشکلات جنینی شایع در مناطق مختلف کشور است. توفیقی و همکاران(۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اندیکاسیون های سقط درمانی نی را نمی توان به طور قطعی لیست کرد و باید در هرمورد به وضعیت بالینی، شدت بیماری و نحوه درمان توجه شود. مروری بر جداول شماره ۲ و ۳ در مطالعه حاضر و مقایسه موارد تایید و رد شده نیز گویای این مطلب است. در این بررسی برای ۳۰۰ نفری که مجوز صادر نشده بود، اختلال روانی، بیماری قلبی و مصرف دارو شایع ترین علت مادری بود. شایع ترین علت جنینی، آنومالی جنین و آناتسفالی به دست آمد و تعدادی از درخواست ها به علت سن بالای حاملگی شده بود. بر اساس گزارش قادی پاشا و امينيان (۲۱)، شایع ترین علت عدم مجوز سن بالای حاملگی بود و در درجه دوم بیماری ها و ناهنجاری هایی بودند که اهمیت زیادی نداشتند (مانند جنین شش انگشتی و یا حاملگی ناخواسته) (۲۲). در مطالعه ای دیگر اختلالات دریچه ای قلب و افسردگی در مادر و سابقه فرزند با بیماری ارثی و سندرم تورچ در جنین مهم ترین موارد عدم صدور مجوز بودند (۲۳). با توجه به نتایج حاصل به نظر می رسد علی رغم افزایش آگاهی عمومی و به تبع آن افزایش تعداد متضاضیان سقط درمانی در سال های اخیر، هنوز کار در این مقوله به پایان نرسیده است چرا که تعداد

مشکلات جسمی یا روانی ساده ای بود که مشمول اندیکاسیون های سقط درمانی نبود وی ادر زمان مناسب مراجعه نکرده بودند . بنابراین علی رغم افزایش تعداد مراجعین در سال های اخیر، نسبت موارد رد شده به کل مراجعین، افزایش قابل توجهی داشته است. به طوری که در سال ۱۳۸۱، هیچ مورد رد شده ای وجود نداشت اما در سال ۱۳۸۵، ۶۱٪ از موارد رد شده بود و در سال های بعد هم این روند ادامه داشته است . این یافته ها نشان دهنده خلاء موجود در زمینه اطلاع رسانی نامناسب از جزئیات قانون سقط درمانی است و لزوم افزایش آگاهی کادر درمانی مربوطه ، زنان باردار و همچنین سایر افراد جامعه را در مورد شرایط زمانی و اندیکاسیون های سقط درمانی نشان می دهد. در غیراین صورت تداوم این عدم آگاهی هزینه های مالی، جسمی و روانی زیادی را بر زنان باردار و خانواده ها پیشان، پرسنل پزشکی قانونی و در نهایت کل جامعه تحمل می کند. دو مطالعه مقایسه ای در این زمینه انجام شده است. قادی پاشا و امينيان مقایسه ای بین سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۱ انجام دادند و گزارش کردند که به دلیل بخشانه صادره از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور، بیشترین تعداد مراجعین در سال ۱۳۸۳ بوده است (۲۴). در مطالعه سیدالشهدا ای و همکاران (۲۵) طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶، فراوانی مراجعین در سال ۱۳۸۶ بیشترین میزان و در سال ۱۳۸۲ کمترین میزان را داشته است. در هیچکدام از این مطالعات تعداد موارد تایید شده به تفکیک سال گزارش نشده است . در بررسی علل مجوزهای صادر شده، یافته های مطالعه نشان داد که شایع ترین علل مراجعه و صدور مجوز، بیماری های مادر و در درجه دوم بیما ری های جنین بود . در میان انواع اندیکاسیون های سقط درمانی، از علل مادری بیماری قلبی واژ علل جنینی آناتسفالی شایع ترین موارد صدور مجوز سقط درمانی بودند که با مطالعه سیدالشهدا ای و همکاران

کثیری از افراد متقاضی، مشمول قوانین سقط درمانی نبودند یا در سن بالای حاملگی مراجعه کرده اند و لذا مجوز سقط دریافت نکردند. با توجه به اهمیت موضوع، پیشنهاد می شود تا مطالعه ای در خصوص میزان آگاهی متخصصین زنان و زایمان و ماماها از قوانین و مقررات سقط درمانی انجام شود. جمع آوری داده ها از روی پرونده محدودیت این پژوهش است که بلطفه به ماهیت پژوهش قابل کنترل نبود. امید است با پیگیری امر و رفع نواقص و کاستی های موجود به نتایج بهتری در جهت ارتقای سلامت مادران و کودکان جامعه دست یافت. **نتیجه:** یافته های این مطالعه تاییدی دیگر بر لزوم تدوین راهکارهای مناسب در جهت اطلاع رسانی کافی پرسنل بهداشتی - درمانی ، زنان باردار و همچنین دیگر افراد جامعه پیرامون جزئیات قانون سقط درمانی است. تا از طریق ارتقای بیشتر آگاهی از ارجاعات بیهوده به سازمان پژوهشی قانونی جلوگیری کرده و هزینه های مالی، جسمی و روانی کمتری بر جامعه تحمیل شود. همچنین با ترویج روش های قطعی پیشگیری از بارداری در میان زنان مبتلا به بیماری های مزمن و پیشرفت نیاز به مداخلات کمتر شود و در بعد دیگر از وقوع بعضی از سقط های جنایی جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

از همکاران محترم بخش بایگانی مرکز پژوهشی قانونی سندج که در بررسی پرونده ها امکانا ت خویش را در اختیار ما قرار دادند، و از معاونت فن آوری و تحقیقات دانشگاه علوم پژوهشی کردستان که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند تشکر و سپاسگزاری می نمائیم.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و مامایی زنان مورد مطالعه در دو گروه تایید و ردشده

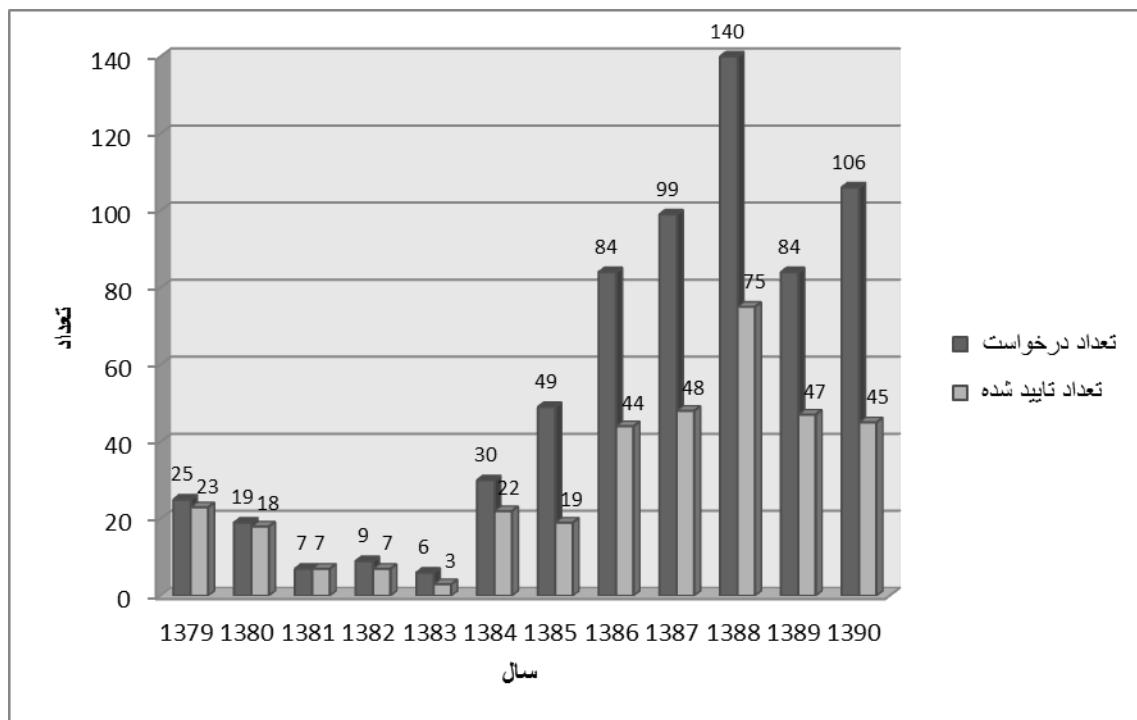
مجموع		موارد رد شده		موارد تایید شده		مشخصات دموگرافیک
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	(N = ۶۵۸)		(N = ۳۰۰)		(N = ۳۵۸)	
						سن مادر(سال)
۷/۱	۴۷	۱/۹	۱۳	۵/۱	۳۴	۲۰≥
۳۵/۴	۲۳۳	۱۷/۲	۱۱۲	۱۸/۳	۱۲۱	۲۱-۳۰
۴۱/۶	۲۷۴	۱۹/۱	۱۲۶	۲۲/۴	۱۴۸	۳۱-۴۰
۱۳/۹	۹۲	۶/۷	۴۰	۷/۹	۵۲	۴۱≤
۱/۸	۱۲	۱/۳	۹	۰/۴	۳	نامشخص
						شغل مادر
۷۳/۲	۴۸۲	۳۴/۶	۲۲۸	۳۸/۶	۲۵۴	خانه دار
۸/۵	۵۶	۴/۵	۳۰	۳/۹	۲۶	شاغل
۱۸/۲	۱۲۰	۶/۳	۴۲	۱۱/۸	۷۸	نامشخص
						تحصیلات مادر
۱۰/۰۳	۶۶	۳/۹	۲۶	۶/۰۷	۴۰	بی سواد
۲۳/۵	۱۵۵	۱۱/۸	۷۸	۱۱/۷	۷۷	ابتدائی
۱۷/۱	۱۱۳	۸/۳	۵۵	۸/۸	۵۸	راهنمایی
۱۸/۲	۱۲۰	۷/۹	۵۲	۱۰/۳	۶۸	متوسطه
۵/۰۱	۳۳	۲/۴	۱۶	۲/۵	۱۷	فوق دیبلم
۵/۱	۳۴	۲/۵	۱۷	۲/۵	۱۷	لیسانس و بالاتر
۲۰/۸	۱۳۷	۸/۵	۵۶	۱۲/۳	۸۱	نامشخص
						تعداد بارداری
۲۲/۴	۱۴۸	۹/۲	۶۱	۱۳/۲	۸۷	۱
۲۵/۹	۱۷۱	۱۱/۸	۷۸	۱۴/۱	۹۳	۲
۲۱/۲	۱۴۰	۸/۹	۵۹	۱۲/۳	۸۱	۳
۱۱/۰	۷۶	۵/۱	۳۴	۶/۳	۴۲	۴
۱۰/۰۳	۶۶	۴/۷	۳۱	۵/۳	۳۵	۵ و بالاتر
۸/۶	۵۷	۵/۶	۳۷	۴/۰۳	۲۰	نامشخص
						سن بارداری
۷/۲	۴۸	۴/۴	۲۹	۲/۸	۱۹	۵≥
۲۹/۳	۲۵۹	۳۵/۴	۲۳۳	۱۹/۴	۱۲۸	۶-۱۰ هفته
۲۲/۹	۱۵۱	۷/۹	۵۲	۱۵/۰۴	۹۹	۱۱-۱۵ هفته
۲۴/۹	۱۶۴	۸/۲	۵۴	۱۷/۰۲	۱۱۲	۱۶-۲۰ هفته
۳/۴	۲۳	۳/۳	۲۲	۰/۱۵	۱	۲۰< هفته
۱/۵	۱۰	۱/۵	۱۰	-	-	نامشخص
						محل سکونت
۴۷/۸	۳۱۵	۲۲/۱	۱۴۶	۲۵/۶	۱۶۹	سنندج
۱۱/۲	۷۴	۵/۰۱	۳۳	۶/۲	۴۱	مریوان
۸/۹	۵۹	۳/۶	۲۴	۵/۳	۳۵	قروه
۵/۶	۳۷	۲/۱	۱۴	۳/۴	۲۳	کامیران
۴/۵	۳۰	۲/۱	۱۴	۲/۴	۱۶	بانه
۳/۳	۲۲	۱/۵	۱۰	۱/۸	۱۲	دهگلان
۲/۸	۱۹	۱/۲	۸	۱/۶	۱۱	سفر
۵/۹	۳۹	۳/۱	۲۱	۲/۷	۱۸	سایر
۹/۵	۶۳	۴/۵	۳۰	۵/۰۱	۳۳	نامشخص

جدول ۲: توزیع فراوانی آندیکاسیون های جنینی سقط درمانی در دو گروه تائید و رد شده

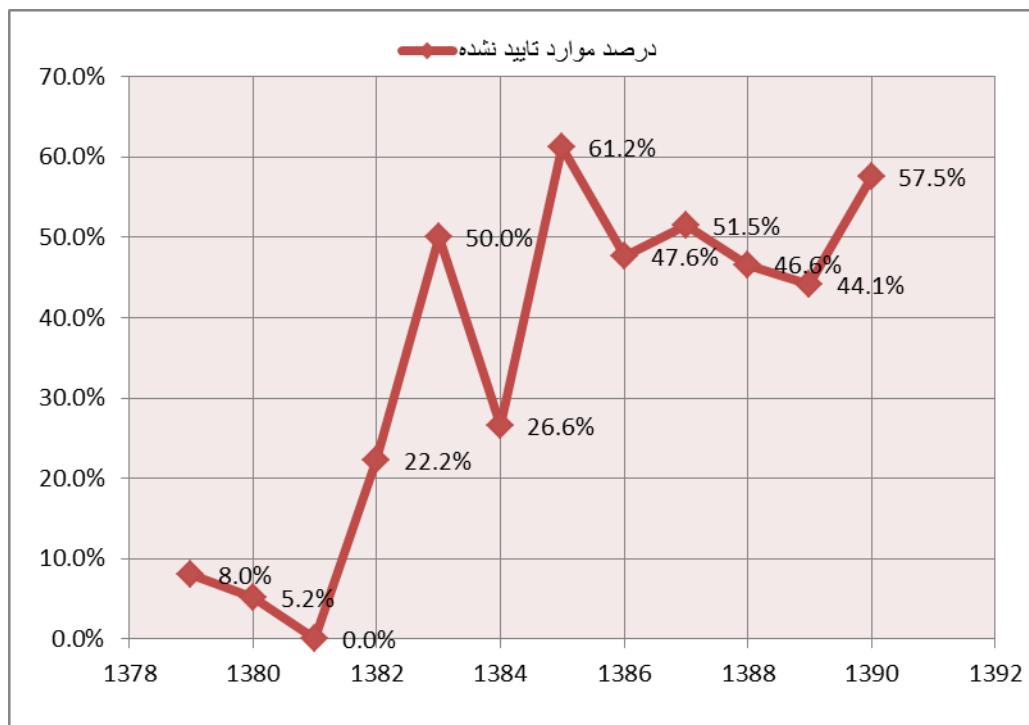
رد شده	آنالوگی های جنینی	گروه	موارد تائید شده	موارد رد شده	جمع	تعداد (%)
آنالوگی های متعدد	آنسفالی	۱	۵۳(۲۲/۴)	۱۴(۵/۹)	۶۷(۲۸/۳)	
تالاسمی ماذور	آномالی های متعدد	۲	۲۳(۹/۷)	۲۷(۱۱/۴)	۵۰(۲۱/۱)	
تریزومی	هیدروسفالی	۴	۲۰(۸/۴)	۲(۰/۸)	۲۲(۹/۳)	
هیدروپیس فتالیس	هیدروسفالی	۵	۱۱(۴/۶)	۸(۳/۳)	۱۹(۸/۰۵)	
نقص لوله عصبی (NTD)	کیست هیگرومما	۷	۸(۳/۳)	۳(۱/۲)	۱۶(۶/۷)	
کیست هیگرومما	نقص لوله عصبی (NTD)	۸	۳(۱/۲)	۱(۰/۴)	۴(۱/۶)	
سایر موارد	سایر موارد	۹	۱۳(۵/۵)	۹(۳/۸)	۱۳(۵/۵)	
جمع		۱۰	۱۶۱(۶۸/۲)	۷۵(۳۱/۸)	۲۳۶(۱۰۰)	

جدول ۳: توزیع فراوانی آندیکاسیون های مادری سقط درمانی در دو گروه تائید و رد شده

رد شده	آنالوگی های مادری	گروه	موارد تائید شده	موارد رد شده	جمع	تعداد (%)
بیماری قلبی	بیماری قلبی	۱	۵۶(۱۳/۲)	۳۲(۷/۵)	۸۸(۲۰/۸)	
اختلالات فشارخون		۲	۲۵(۵/۹)	۱۶(۳/۷)	۴۱(۹/۷)	
MS		۳	۱۴(۳/۳)	۷(۱/۶)	۲۱(۴/۹)	
کانسرو		۴	۱۴(۳/۳)	۴(۰/۹)	۱۸(۴/۲)	
بیماری کلیوی		۵	۱۰(۲/۳)	۸(۱/۸)	۱۸(۴/۲)	
آبله مرغان		۶	۱۰(۲/۳)	۹(۲/۱)	۱۹(۴/۵)	
لوبوس		۷	۹(۲/۱)	۳(۰/۷)	۱۲(۲/۸)	
اختلالات روانی		۸	۷(۱/۶)	۳۵(۸/۲)	۴۲(۹/۹)	
صرف دارو		۹	۶(۱/۴)	۲۹(۶/۸)	۳۵(۸/۲)	
اپی لپسی		۱۰	۵(۱/۱)	۴(۰/۹)	۹(۲/۱)	
اسکلرودرمی		۱۱	۵(۱/۱)	-	۵(۱/۱)	
دیابت		۱۲	۴(۰/۹)	۷(۱/۶)	۱۱(۲/۶)	
مشکلات کبدی		۱۳	۴(۰/۹)	-	۴(۰/۹)	
تیروئید		۱۴	۴(۰/۹)	۶(۱/۴)	۱۰(۲/۳)	
دیسکوپاتی		۱۵	۱(۰/۲)	۶(۱/۴)	۷(۱/۸)	
سایر موارد		۱۶	۲۲(۵/۴)	۵۹(۱۳/۹)	۸۲(۱۹/۴)	
جمع			۱۹۷(۴۶/۶)	۲۲۵ (۵۳/۴)	۴۲۲(۱۰۰)	



نمودار شماره ۱: مقایسه آماری تعداد موارد درخواست سقط درمانی و موارد تایید شده بین سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۷۹



نمودار ۲: مقایسه آماری درصد موارد تایید نشده به تفکیک سال

منابع:

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Westrom KD. *Williams Obstetrics* 23nd Edition. United State of America, McGraw-Hill Companies. 2010.
2. Schqnmann C, Glasier A. Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion. *Contraception* 2006, 73 : 520– 524
3. Chinichian M, Halakooii-Naiini K, Rafaii-Shirpak K. Voluntary abortion in Iran. a qualitative study. *Payesh* 2007, 6(3): 219-32.
4. Rostamnejad M, Asadzadeh F, Mustafa Zadeh F, Karami R, Mohammad Kazem. Compassion of abortion records referred to the Forensic Medicine Center in Ardebil city. *Journal of Health and Care* 2010, 4: 38-42. [Persian]
5. Behjatiardakani Z, Akhondi MM, Sadeghi MR, Sadri ardakani H. Necessary to investigate different aspects of abortion. *Medical Journal of Reproduction and Fertility* 2006, 4: 299-320. [Persian]
6. Cameron Sh. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2010, 24(5): 657-65.
7. Sedgh G, Bankole A, Singh S, Eilers M. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2013; 45(1):13–22.
8. Myers Jenny E, Seif Mourad W. Global perspective of legal abortion – Trends analysis and accessibility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010, 24 : 457–466.
9. Norman Wendy V. Induced abortion in Canada 1974–2005: trends over the first generation with legal access. *Contraception* 2012; 85: 185–191.
10. Hung Suet L. Access to safe and legal abortion for teenage women from deprived backgrounds in Hong Kong. *Reproductive Health Matters* 2010, 18(36):102–110.
11. Faundes A, Leoc_adio E, Andalaft J. Making Legal Abortion Accessible in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2010; 10(19):120–127.
12. Boland By Reed, Katzive Laura. Developments in Laws on Induced Abortion:1998–2007. *International Family Planning Perspectives* 2008, 34(3):110–120.
13. Akrami M, Bastani A, Aosati Z. Avoiding medical errors in medical abortion, how much should we care? *Journal of Ethics and History of Medicine* 2011, 4: 27-36. [Persian]
14. Hassan-Zadeh M, Vahydrudsary F, Naghedi F, Ayati S. Using misoprostol medical abortion in the first trimester . *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 2010, 3: 45-49. [Persian]
15. 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: 21-27. [Persian]
16. Sadr Sh, Abedi MH, Ghadyani MH, Abedi M. Of licenses issued by the LMO abortion during one year from the date 22/12/2003 - 20/12/2004. *Journal of Forensic Medicine*. 2006 4: 198-200. [Persian]
17. Sydalshhdayy F, Zandvakili F, Yousefinejad V, Yousefi J. Causes of therapeutic abortion request of forensic patients in Sanandaj during 2003-2007. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2011, 16(3): 76-83. [Persian]
18. 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(2): 147-152.

The study of the reasons for therapeutic abortion in clients referring to legal medical centers in Kurdistan province in 2000- 2011

Hesami K, khosravy F, Shahoei R, Sawadzadeh SH,

Background and Aim: Although there are different rules for abortion in different societies, abortion has been declared valid under certain circumstances in order to save lives of mothers and healthy infants. This study aimed to identify the reasons for therapeutic abortion among the clients who referred to **legal medical centers in Kurdistan province** during the years **2000- 2011** and compare the reasons for their rejection and confirmation.

Methods: In this cross-sectional study, medical records and records in legal medicine center in Kurdistan province were referred to and necessary information (demographic, maternal obstetrics, fetal age, admission date, cause and type of request and its results) were collected through the check list. Sampling was conducted through census method and all of the records of all pregnant women referring to this center to get permission for therapeutic abortion were studied. Data were analyzed using SPSS software and descriptive statistical analysis, T-test and X².

Findings: 658 patients had referred to get permits for therapeutic abortion and 358 patients (4.54%) were issued the permit. The greatest number of clients were in the year 2009 (140 cases) and the highest percentage of confirmed cases (100%) were related to the year 2002. The most common reason for issuing permit was mother's heart disease (56 cases) and fetus's anencephaly (53 cases). The most common cause for not issuing the permit among the 300 rejected cases were maternal and fetal reasons, maternal mental disorder (35 cases) and multiple anomalies in the fetus (27 cases). Also, 20 cases of requests were rejected for gestational age (19 weeks or more).

Conclusion: It seems that despite the increasing number of applicants for therapeutic abortion in recent years, there has not been proper notification of the details for its legal process and there was a significant increase in the number of rejected cases. Therefore, there is a necessity for raising the awareness of the related medical staff, pregnant women and also other community members about the timing and indications for therapeutic abortion. Also, in certain high-risk groups methods of contraception should be used.

Keywords: pregnancy, miscarriage, therapeutic abortion, law, legal medicine

Hesami K,
Instructor, Msc
Midwifery and
Midwifery school ,
Kurdistan Medical
science University.
Sanandaj Iran.

khosravy F,
Instructor, Msc
Midwifery and
Midwifery school ,
Kurdistan Medical
science University.
Sanandaj Iran.

Shahoei R,
Assistant Professor
Nursing and Midwifery
school. Kurdistan
University of Medical
sciences. Sanandaj Iran

Sawadzadeh SH,
Midwifery MSc, Gilan
University of Medical
sciences. Gilan, Iran.