بررسی علل درخواست سقط درمانی در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی استان کردستان در سال های۱۳۹۰-۱۳۷۹

فرنگیس خسروی*- کژال حسامی- روناک شاهوی- شهین سوادزاده

چکیده

مقدمه و هدف: 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 پزشکی 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 پزشکی قانونی استان کردستان، اطلاعات لازم (دموگرافیک و مامائی مادران، سن جنین، تاریخ مراجعه، 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 ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۰ جهت دریافت مجوز سقط درمانی به این مرکز مراجعه کرده بودند، بررسی شدند . داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری توصیفی، T-test و X2 مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۶۵۸ مراجعه کننده، برای ۳۵۸ مورد(۵۴/۴٪) مجوز سقط درمانی صادر شده بود. بیشترین تعداد مراجعه کننده در سال ۱۳۸۸(۱۴۰ مورد) و بیشترین درصد موارد تایید شده (۱۰۰٪) مربوط به سال ۱۳۸۱ بود. بیشترین علل صدور مجوز بیماری قلبی مادر (۵۶ مورد) و آنانسفالی 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 متقاضیان 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

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 مامائی
دانشگاه علوم پزشکی کردستان،
سنندج، ایران

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

شهین سوادزاده
کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه
علوم پزشکی گیلا ن ، گیلان،
ایران

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

مقدمه

در اصطلاح پزشکی سقط جنین به عنوان حذف محصولات حاملگی از رحم قبل از اینکه جنین به ان دازه کافی برای زنده ماندن تکامل یافته باشد، تعریف می شود(۱). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی ، هر سال ۲۱۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می شوند و ۲۲ درصد از آنها به سقط متوسل می گردند (۲، ۳) و بر اساس مطالعات دیگر، سالیانه ۳۵-۱۶ میلیون سقط جنین در دنیا انجام می شود(۴). سقط جنین همواره تحت الشعاع عوامل متعددی نظیر شرع، عرف، سنت، قانون و اخلاق می باشد و از عوامل روانی و اجتماعی و زیستی زیادی نیز تأثیر می پذیرد(۵) لذا تصمیم گیری در مورد آن هیچوقت آسان نیست (۶). اگرچه در سال های اخیر شیوع سقط القایی در جهان ثابت مانده اما میزان سقط و تمایل به آن در کشورهای مختلف متفاوت است(۷). این تفاوت ها از اختلاف در محدودیت ها و قوانین سقط قانونی آن ها ناشی می شود (۸). قبل از سال ۱۹۶۹ سقط در کانادا فقط محدود به مواردی بود که بارداری، حیات یا سلامت مادر را تهدید می کرد ، اما از آن زمان به بعد سقط قانونی مجاز شد(۹). در آمریکای شمالی و اروپا تقریبا تمام سقط ها 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 نتیجه 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 اندیکاسیون های آن را افزایش داد(۱۲). در سال های اخیر با توجه به آم ار سقط های غیر قانونی و مرگ ومیر مادران باردار و تولد کودکان ناقص الخلقه در کشور و از طرفی نواقص موجود در قوانین، بسیاری ازسازمان های مربوط از جمله وزارت بهداشت و درمان و سازمان پزشکی قانونی این موضوع را مورد توجه جدی قرار دادند وآن را در مجامع علمی و پژوه شی مطرح نمودند و همین امر موجب شد که در سال های 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(۱۳، ۱۴). سقط درمانی به ختم حاملگی قبل از قابلیت حیات جنین، برای حفظ سلامت مادر یا به دلیل بیماری های جنین اطلاق می شود و انجام آن با تائید و صدور مجوز در پزشکی قانونی امکان پذیر است (۱۳، ۱۵، ۱۶). قانون گذار ایران پس از طرح نظرات فقهی و حقوقی ، سرانجام در سال ۱۳۸۴ سقط درمانی را قانونی شناخت(۱۳). پس از تصویب این قانون در سال ۱۳۸۴، سازمان پزشکی قانونی به عنوان مرجع صادرکننده مجوز، ۵۱ اختلال جنینی و مادری را اعلام نمود(۱۷). در مطالعه رستم نژاد وهمکاران در سال ۱۳۸۸، برای ۷۰/۱۵٪ از متقاضیان مجوز سقط صادر شده بود. اما در مطالعات دیگر، متقاضیان زیادی موفق به اخذ مجوز از پزشکی قانونی نشده اند. در مطالعه سیدالشهدایی وهمکاران ۵۸/۶٪ و در مطالعه قادی پاشا و همکاران ۵۱/۱٪ از مراجعین مجوز سقط درمانی گرفته بودند(۱۷، ۱۸) و توفیقی وهمکاران در سال ۱۳۸۰ موارد تایید شده را ۵۴/۱٪ گزارش کردند(۱۵). با عنایت به موارد ذکر شده، به نظر می رسد اطلاع از میزان و علل صدور مجوزهای صادر شده در مدت زمان طولانی، جهت تدوین راهکارهای مناسب در برنامه های تنظیم خانواده و مشاوره های قبل از بارداری در افراد پرخطر کمک کننده باشد. به

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

علاوه بررسی علل عدم تایید درخواست ها و یافتن موانع و کاستی های موجود در این زمینه می تواند منجربه اخذ راهکارهایی شود که از ارجاعات بیهوده به سازمان پزشکی 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 پزشکی قانونی استان کردستان در سال های۱۳۹۰-۱۳۷۹ و مقایسه موارد تایید و رد شده است. با امید اینکه نتایج این مطالعه در ارتقای سلامت و بهداشت مادران و کودکان جامعه موثر باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی ،تمامی پرونده های زنان بارداری که طی سال های ۱۳۹۰- ۱۳۷۹جهت دریافت مجوز سقط درمانی به مرکز پزشکی 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 پزشکی کردستان ومراجعه به مرکز پزشکی 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 ۱۳۹۰/۱۲/۲۹را تهیه کرده و تمامی پرونده ها جهت بررسی آماده شدند . سپس با مراجعه به سوابق موجود در آن ها و استفاده چک لیست از پیش تهیه شده ، کلیه اطلاعات مورد نیاز نظیر مشخصات دموگرافیک و مامائی مادران، سن جنین، تاریخ مراجعه، علت و نوع درخواست و نتایج آن ها جمع آوری شدند . جهت رعایت مسائل اخلاقی، همه داده ها بدون نام و اطلاعات شخصی جمع آوری شده و در فرم های طراحی شده ما ثبت شدند.داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت و از آزمون های آماری توصیفی، T-test و X2 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 پزشکی قانونی سنندج 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 ۷/۳۲±۳۱/۷۷ سال(محدوده ۴۹-۱۶ سال) بود و بیشتر آنان در رده سنی ۴۰-۳۱ سال(۴۱/۶٪) قرار داشتند. اکثر زنان خانه دار (۷۳/۳٪) ، دارای تحصیلات ابتدایی (۲۳/۶٪) و ساکن سنندج (۴۷/۹٪) بودند. میانگین سن جنین ۴/۲±۱۱/۸ هفته (محدوده ۲۷-۴ هفته) بود(جدول شماره ۱). در مادر ۱۶ ساله جنین آنومالی داشت و مادر ۴۹ ساله مبتلا به چربی خون بالا بود . علت درخواست ها در هفته ۴ بارداری تالاسمی ماژور و تریزومی در جنین و اقدام به خودکشی، ضایعه نخاعی و م صرف دارو در مادر بود . درخواست در هفته ۲۷ بارداری به دلیل آنانسفالی جنین بود. برای مقایسه ویژگی های دموگرافیک و مامایی در موارد تایید و رد شده ، از آزمون های آماری T-test و X2 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 (۱۱/۸۳ هفته در برابر ۱۰/۵۶ هفته به ترتیب، (P<۰.۰۰۱) برای ارزیابی بیشتر، سن حاملگی بین متقاضیان با علت جنینی و مادری نیز مقایسه شد و مشخص شد که متقاضیان با علت جنینی میانگین سن حاملگی بالاتری دا شتند(۱۲/۷ هفته در برابر ۱۰/۱ هفته به ترتیب، (P<۰.۰۰۱). در بقیه موارد اختلاف آماری معنی داری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

وجود نداشت . براساس نتایج ، از مجموع ۶۵۸ مورد زن باردار متقاضی، 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 می دهد در سال های اخیر علی رغم 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 اندیکاسیون های مادری و ۲۳۶ نفر (۳۵/۸٪) به علت اندیکاسیون های جنینی متقاضی سقط درمانی بودند. شایع ترین علت صدور مجوز بیماری های مادر(۵۵/۱٪) و در درجه دوم بیماری های جنین بود (۴۴/۹٪) . در میان انواع اندیکاسیون های سقط درمانی، بیشترین علت صدور مجوز بیماری قلبی مادر (۵۶ مورد) و پس از آن آنانسفالی جنین (۵۳ مورد) بود. برای ۳۰۰ نفری که مجوز صادر نشده بود، شایع ترین علت مادری و جنینی به ترتیب اختلال روانی مادر و آنومالی های متعدد در جنین بود.۲۰ مورد از درخواست ها به علت سن بالای حاملگی(۱۹ هفته و بالاتر) رد شده بودند .جزئیات بیشتر انواع اندیکاسیون های 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 تدابیری مناسب جهت پیشگیری قطعی از بارداری در این افراد مورد توجه قرار گیرد . در این بررسی اگرچه میانگین 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 پرونده ها 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 می باشد، لذا انجام اطلاع رسانی مناسب در سطح جامعه و آگاهی دادن به متخصصین و کادر بهداشتی- درمانی، جهت تسریع در روند ارجاع مادران، به عنوان راه کاری مناسب توصیه می شود. در این بررسی سن حاملگی در گروه تایید شده بالاتر از گروه رد شده بود. از آنجا که میانگین سن حاملگی در متقاضیان سقط با علل جنینی بالاتر بود و ۶۸/۲٪ این افراد در گروه تائید شده بودند، این تفاوت قابل توجیه است . در یافته های به دست آمده از مجموع ۶۵۸ مراجعه کننده، انجام سقط درمانی در ۵۴/۴٪ تایید شده بود . که با نتایج مطالعات قادی پاشا وهمکاران (۱۸) و توفیقی و همکاران(۱۵) هم‌خوانی دارد . اما در مطالعه رستم نژاد وهمکاران در سال ۱۳۸۸، برای ۷۰/۱۵٪ از متقاضیان مجوز سقط صادر شده بود . این تفاوت می تواند ناشی از بیشتر بودن مراجعین با علت جنینی در مطالعه آن ها نسبت به مطالعه ما باشد. در بررسی های فوق یک مقایسه اجمالی نیز بین سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۰ انجام شد. در سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ با توجه به محدود بودن مجوز، آمار مراجعین بسیار کم بود به طوری که کمترین تعداد مراجعه کننده مربوط به سال ۱۳۸۳ بود. اما در سال ۱۳۸۴ با تصویب قانون سقط درمانی در مجلس شورای اسلامی، سیر صعودی قابل ملاحظه ای در مراجع ین مشاهده شد که اوج آن مربوط به سال ۱۳۸۸ بود. این روند افزایش متقاضیان، بیانگر افزایش آگاهی عموم از موضوع سقط درمانی است اما در بررسی بیشتر متوجه شدیم که بسیاری از درخواست ها حاوی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

مشکلات جسمی یا روانی ساده ای بود که مشمول اندیکاسیون های سقط درمانی نبود و ی ا در 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، ۶۱/۲٪ 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 باردارو خانواده ها یشان، پرسنل پزشکی قانونی و در نهایت کل جامعه تحمیل می کند. دو مطالعه مقایسه ای در این زمینه انجام شده است. قادی پاشا و امینیان مقایسه ای بین سال های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۴ انجام دادند و گزارش کردند که به دلیل بخشنامه صادره از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور، بیشترین تعداد مراجعین در سال ۱۳۸۳ بوده است (۱۸). در مطالعه سیدالشهدایی وهمکاران (۱۷) 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 واز علل جنینی آنانسفالی شایع ترین موارد صدور مجوز سقط درمانی بودند که با مطالعه سیدالشهدایی و همکاران (۱۷) همخوانی دارد . در مطالعه قادی پاشا و امینیان هم شایع ترین علت مراجع ه بیماری مادر بود اما مهم ترین بیماری جنین، بتا تالاسمی ماژور 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 ماژور و هیدروپس مشترکا دومین علت سقط درمانی بودند(۴). این یافته ها می تواند 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 وهمکاران(۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اندیکاسیون های سقط درما 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 آنانسفالی به دست آمد و تعدادی از درخواست ها به علت سن بالای حاملگی شده بود. بر اساس گزارش قادی پاشا و امینیان (۱۵)، شایع ترین علت عدم مجوز سن بالای حاملگی بود و د ر درجه دوم بیماری ها و ناهنجاری هایی بودند که اهمیت زیادی نداشتند (مانند جنین شش انگشتی و یا حاملگی ناخواسته) (۱۸). 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 (۱۵). با توجه به نتایج حاصل به نظر می رسد علی رغم افزایش آگاهی عمومی و به تبع آن افزایش تعداد متقاضیان سقط درمانی در سال های اخیر، هنوز کار در این مقوله به پایان نرسیده است چرا که تعداد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

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 بٰتوجه 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 پزشکی قانونی جلوگیری کرده و هزینه های مالی، جسمی و روانی کمتری بر جامعه تحمیل شود. همچنین با ترویج روشهای قطعی پیشگیری از بارداری در میان زنان مبتلا به بیماری های مزمن و پیشرفته نیاز به مداخلات کمتر شود و در بعد دیگر از وقوع بعضی از سقط‌های جنایی جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

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

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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

جدول ۲: توزیع فراوانی اندیکاسیون های جنینی سقط درمانی در دو گروه تایید و رد شده

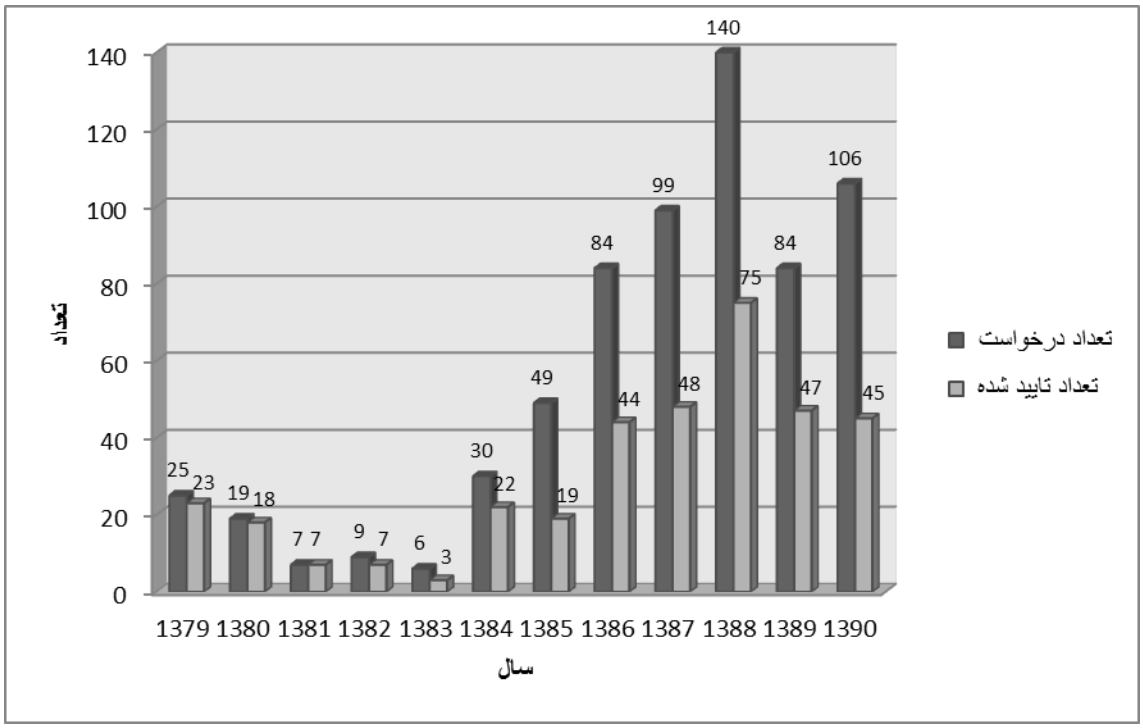
ردیف	اندیکاسیون های جنینی / گروه	موارد تایید شده (٪)تعداد	موارد رد شده (٪)تعداد	جمع (٪)تعداد
۱	آنانسفالی	۵۳(۲۲/۴)	۱۴(۵/۹)	۶۷(۲۸/۳)
۲	آنومالی های متعدد	۲۳(۹/۷)	۲۷(۱۱/۴)	۵۰(۲۱/۱)
۳	تالاسمی ماژور	۲۲(۹/۳)	۳(۱/۲)	۲۵(۱۰/۵)
۴	تریزومی ۲۱	۲۰(۸/۴)	۲(۰/۸)	۲۲(۹/۳)
۵	هیدروسفالی	۱۱(۴/۶)	۸(۳/۳)	۱۹(۸/۰۵)
۶	هیدروپس فتالیس	۸(۳/۳)	۸(۳/۳)	۱۶(۶/۷)
۷	نقص لوله عصبی(NTD)	۸(۳/۳)	۳(۱/۲)	۱۱(۴/۶)
۸	کیست هیگروما	۳(۱/۲)	۱(۰/۴)	۴(۱/۶)
۹	سایر موارد	۱۳(۵/۵)	۹(۳/۸)	۱۳(۵/۵)
۱۰	جمع	۱۶۱(۶۸/۲)	۷۵(۳۱/۸)	۲۳۶(۱۰۰)

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

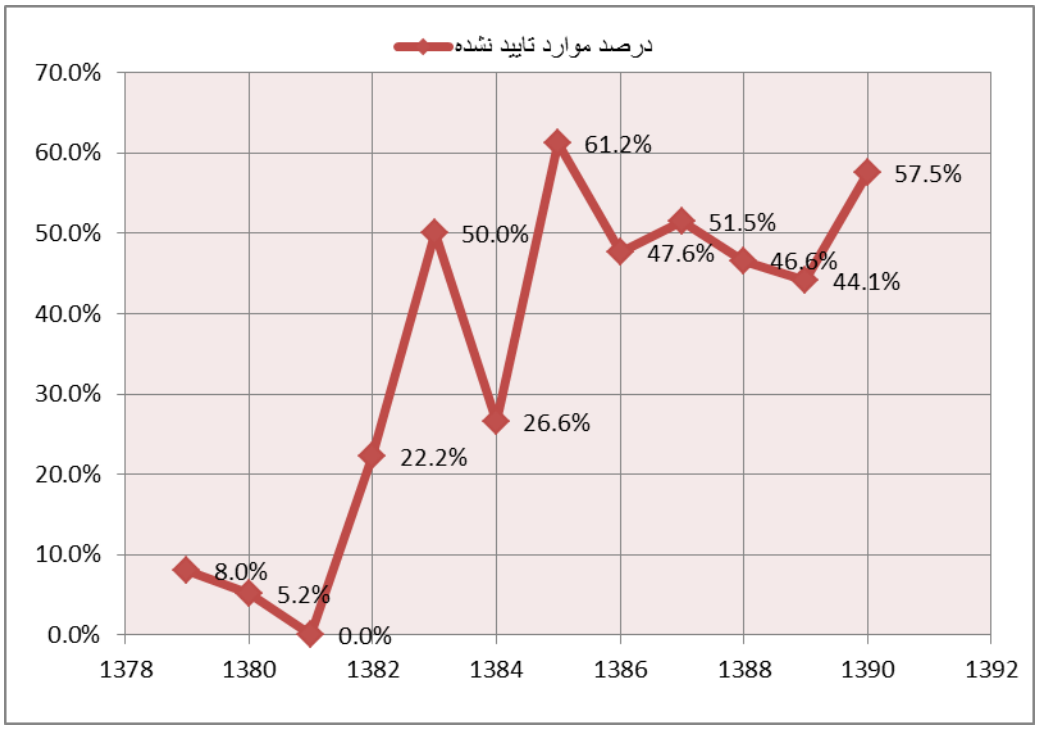
ردیف	اندیکاسیون های مادری / گروه	موارد تایید شده (٪)تعداد	موارد رد شده (٪)تعداد	جمع (٪)تعداد
۱	بیماری قلبی	۵۶(۱۳/۲)	۳۲(۷/۵)	۸۸(۲۰/۸)
۲	اختلالات فشارخون	۲۵(۵/۹)	۱۶(۳/۷)	۴۱(۹/۷)
۳	MS	۱۴(۳/۳)	۷(۱/۶)	۲۱(۴/۹)
۴	کانسر	۱۴(۳/۳)	۴(۰/۹)	۱۸(۴/۲)
۵	بیماری کلیوی	۱۰(۲/۳)	۸(۱/۸)	۱۸(۴/۲)
۶	آبله مرغان	۱۰(۲/۳)	۹(۲/۱)	۱۹(۴/۵)
۷	لوپوس	۹(۲/۱)	۳(۰/۷)	۱۲(۲/۸)
۸	اختلالات روانی	۷(۱/۶)	۳۵(۸/۲)	۴۲(۹/۹)
۹	مصرف دارو	۶(۱/۴)	۲۹(۶/۸)	۳۵(۸/۲)
۱۰	اپی لپسی	۵(۱/۱)	۴(۰/۹)	۹(۲/۱)
۱۱	اسکلرودرمی	۵(۱/۱)	-	۵(۱/۱)
۱۲	دیابت	۴(۰/۹)	۷(۱/۶)	۱۱(۲/۶)
۱۳	مشکلات کبدی	۴(۰/۹)	-	۴(۰/۹)
۱۴	تیروئید	۴(۰/۹)	۶(۱/۴)	۱۰(۲/۳)
۱۵	دیسکوپاتی	۱(۰/۲)	۶(۱/۴)	۷(۱/۶)
۱۶	سایر موارد	۲۳(۵/۴)	۵۹(۱۳/۹)	۸۲(۱۹/۴)
	جمع	۱۹۷(۴۶/۶)	۲۲۵ (۵۳/۴)	۴۲۲(۱۰۰)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]



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



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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

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.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]

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,

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.

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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.29252/sjnmp.1.4.37]