

فصلنامه بین المللی قانون یار

License Number: 78864 Article Cod: 2021S4D16SH5M804 ISSN-P: 2538-3701

بررسی مقایسه ای میزان و علل صدور مجوز سقط جنین قانونی در زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان بویراحمد در سال ۹۱ تا ۹۶

(تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۹/۱۵، تاریخ تصویب ۱۴۰۰/۰۱/۱۸)

دکتر کامروز امینی^۱

فاطمه یاری نسب^۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه ای میزان و علل صدور مجوز سقط جنین قانونی در زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان بویراحمد در سال ۹۱ تا ۹۶ انجام گرفت. این تحقیق بصورت توصیفی - مقطعی انجام گرفت. جامعه و نمونه آماری پژوهش شامل همه ی زنانی که برای دریافت مجوز سقط درمانی در فاصله ۹۱ تا ۹۶ به بخش معاینات زنان پزشکی قانونی شهرستان بویراحمد مراجعه کرده بودند به تعداد ۶۰۸ نفر به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفت. داده ها بر اساس اطلاعات موجود در پرونده های آنان جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS21 و با استفاده از آمارهای توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۶۰۸ نفر برای اخذ مجوز سقط به پزشکی قانونی مراجعه نمودند که ۵۱۷ مورد (۸۵٪) مجوز سقط دریافت نمودند عوامل سقط جنین ۴۸۰ مورد (۹۲/۲٪) جنینی و ۳۷ مورد

^۱ دکترای عمومی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، یاسوج، ایران.

kamroozamini2010@gmail.com

^۲ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مطالعات زنان، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، یاسوج، ایران.

Yarinasab.f@gmail.com



(۷/۱٪) مادری بوده است. از نظر صدور مجوز بر اساس علل مادری بیشترین علت، بیماری قلبی مادر ۱۴ مورد (۳۷/۸٪) و بر اساس علت جنینی، تالاسمی ماژور با ۸۴ مورد (۱۷/۵٪) و آنانسفال ۷۵ مورد (۱۵/۶٪)، بیشترین علت مشکلات جنینی بوده است. بیشترین فراوانی سنی مادران ارجاعی به پزشکی قانونی جهت اخذ مجوز سقط ۱۷۳ مورد (۲۸/۵٪) در گروه سنی ۳۰-۳۵ سال و ۲۵/۳٪ در زمان ۱۸ هفتگی جنین بیشترین فراوانی را دارا بود. از نظر تحصیلات این زنان در سطح دیپلم ۱۸۶ مورد (۳۰/۶٪) و راهنمایی ۱۲۶ مورد (۲۰/۷٪) و خانه دار (۹۱/۸٪) بوده اند که ۶۷/۱٪ در شهر و ۳۲/۹٪ در روستا سکونت داشته اند.

نتیجه گیری: اگر چه میزان مراجعه به پزشکی قانونی جهت اخذ مجوز سقط در سال ۹۶ نسبت به سالهای قبل کاهش داشته اما موارد علل جنینی درخواست سقط درمانی به طور گسترده ای در حال افزایش است و نسبت سن مادران در زمان بارداری افزایش داشته است. همچنین اختلال تالاسمی ماژور همچنان بالاترین علت اختلال جنینی در استان محسوب می شود.

مقدمه

قانون برای جنین پیش از مرحله تولد، حقوقی در نظر گرفته است و با رشد تدریجی نوزاد در رحم مادر به تدریج حمایت های قانون گذار هم افزایش پیدا می کند. مهمترین جرمی که در دوران بارداری ممکن است علیه نوزاد ارتکاب یابد سقط جنین است که علاوه بر دیه مجازات هایی را به دنبال خواهد داشت. سقط جنین عبارت است از خروج محصولات حاملگی از رحم قبل از آن که جنین قابلیت حیات در خارج از رحم را داشته باشد [1]. از سوی دیگر، در شرایطی، قانون گذار اجازه سقط جنین را داده است. این مسئله در طول تاریخ به علت ابعاد اخلاقی، اجتماعی و معنوی آن همواره بحث برانگیز 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 [2]. سقط درمانی یا ضرورت سقط مواردی است که بنا به علل پزشکی مجاز به سقط جنین هستیم. این علل گاهی جنینی و گاه علل مادری می باشد بدین معنا که گاهی ناهنجاری های جنین موجب جواز سقط می گردد و گاه به جهت حفظ سلامت مادر اقدام به سقط جنین می نمائیم. در واقع سقط درمانی عبارتست از اخراج عمدی جنین به خاطر حفظ حیات مادر، و یا وجود مواردی که ادامه بارداری به مرگ جنین یا مرگ مادر منجر می شود [4]. بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه ۲۰-۱۹ میلیون سقط در دنیا توسط افراد بی تجربه و فاقد مهارت لازم و در محیط هایی که فاقد حداقل استانداردهای پزشکی هستند انجام می شود؛ این در حالی است که ۹۷٪ سقط های غیر ایمن در کشورهای در حال توسعه و بیش از نیمی از آنها (۵۵٪) در کشورهای آسیایی رخ می دهد. سالیانه ۶۸ هزار زن در اثر سقط های غیر ایمن جان خود را از دست می دهند و میلیون ها تن دچار عوارض ناشی از آن می شوند [3,4]. سالانه در کشور پاکستان در کل ۸۹۰۰۰۰ مورد سقط انجام می گیرد [5]. در مطالعه انجام شده در ترکیه نمونه های مورد مطالعه سابقه حداقل یکبار سقط القایی داشتند [6]. در ایران آمار دقیقی از سقط جنین وجود ندارد ولی با محاسبات آماری و در مطالعات مختلف به رقم سالیانه حدود ۸۰ هزار سقط اشاره شده است [7,8] مطالعات



محدودی در کشورمان در زمینه ارزیابی موارد سقط درمانی انجام پذیرفته است [9,10,11]. شایعترین علت مادری درخواست سقط در آن مطالعات بیماری قلبی ذکر شده است و شایعترین علت جنینی در آنها بتا تالاسمی گزارش شده است [9,11].

در حال حاضر هم کشورهای مختلف قوانین متفاوتی در این مورد دارند (۱۲). در ایران با تصویب قانونی در سال ۱۳۷۱ سقط جنین برای حفظ جان مادر قبل از دمیده شدن روح مجاز شمرده شد [13]. در کشورمان پس از تصویب قانون سقط جنین درمانی در مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴، تحول عمده ای در برخورد با موارد سقط های 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 وضعیتهایی که سبب مرگ جنین پس از تولد می گردد 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 می گردند را اعلام نمود [14].

بررسی های میدانی نشان می دهد 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 می گردد 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 می تواند عوارض و خطراتی برای مادران داشته باشد استفاده می شود [15] 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 ۹۱ تا ۹۶ فراوانی انواع علل درخواست و موارد تأیید و عدم تأیید آن را در شهرستان بویراحمد بررسی کنیم.



بخش اول: روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای میزان و علل صدور مجوز سقط جنین قانونی در زنانی که طی سالهای ۹۱ تا ۹۶ به پزشکی قانونی شهرستان بویراحمد مراجعه کرده بودند انجام گرفت. بنابراین مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی- مقطعی می باشد. جامعه آماری و نمونه آماری این پژوهش شامل همه زنانی بود که در پزشکی قانونی شهرستان بویراحمد به علت درخواست مجوز سقط جنین در سالهای ۹۱ تا ۹۶ به تعداد ۶۰۸ نفر پرونده داشتند و به روش نمونه گیری تمام شماری مورد مطالعه قرار گرفتند. معیار ورود این افراد به مطالعه این بود که تمامی زنان، ساکن شهر یاسوج بوده و در پزشکی قانونی در محدوده زمانی تعیین شده، پرونده ی مربوط به مجوز سقط داشته اند و معیار خروج آنها نیز کامل نبودن پرونده پزشکی تحت بررسی بود. جمع آوری اطلاعات از پرونده افراد جامعه آماری با استفاده از یک فرم مشتمل بر اطلاعات شخصی و جمعیت شناختی و سوالات مربوط به مجوز دریافت سقط و یا عدم صدور مجوز و همچنین دلایل آن انجام گرفت و سپس با نرم افزار SPSS21 و با استفاده از آزمون های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و آزمون استنباطی کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۶۱

بخش دوم: یافته های پژوهش

بر اساس نتیجه کمیسیون پزشکی قانونی، ۵۱۷ مورد (۸۵٪) مجوز سقط دریافت نمودند و ۹۱ مورد (۱۵٪) رد شد. بیشترین فراوانی سنی مادران ارجاعی به پزشکی قانونی جهت اخذ مجوز سقط ۱۷۳ مورد (۲۸/۵٪) در گروه سنی ۳۵-۳۰ سال و بعد از آن گروه سنی ۳۰-۲۵ سال (۲۳/۷٪) بوده است. از نظر فراوانی سن جنین، ۲۵/۳٪ در زمان ۱۸ هفتگی جنین بیشترین فراوانی را دارا بود و کمترین سن آن در ۵ و ۶ هفتگی (۰/۸٪) بوده است. از نظر سطح تحصیلات همسران زنانی که برای اخذ مجوز سقط درمانی مراجعه کرده بودند، به ترتیب در سطح تحصیلات دیپلم ۲۰۶ مورد (۳۳/۹٪) و راهنمایی ۱۲۵ مورد (۲۰/۶٪) بوده است. از نظر سطح تحصیلات زنانی که برای اخذ مجوز سقط درمانی مراجعه کرده بودند، به ترتیب در



سطح تحصیلات دیپلم ۱۸۶ مورد (۳۰/۶٪) و راهنمایی ۱۲۶ مورد (۲۰/۷٪) بوده است. ۵۵۸ نفر (۹۱/۸٪) از زنان خانه دار می باشند. ۶۷/۱٪ زنان ارجاعی در شهر و ۳۲/۹٪ در روستا سکونت داشته اند. توضیحات بیشتر در جدول شماره ۲ آمده است.

همانطور که نتایج نشان می دهد عوامل سقط جنین ۴۸۰ مورد (۹۲/۲٪) جنینی و ۳۷ مورد (۷/۱٪) مادری بوده است. از نظر صدور مجوز بر اساس علل مادری بیشترین علت، بیماری قلبی مادر ۱۴ مورد (۳۷/۸٪) بوده است و از نظر صدور مجوز بر اساس علت جنینی، تالاسمی ماژور با ۸۴ مورد (۱۷/۵٪) و آنانسفال ۷۵ مورد (۱۵/۶٪)، بیشترین علت مشکلات جنینی را شامل شده بود. بیشترین افرادی که در ۱۸ هفتهگی بارداری مراجعه کرده بودند در گروه سنی ۲۰-۲۵ سال قرار داشتند. بیماری جنینی آنانسفال در گروه سنی ۲۵-۳۰ سال بیشترین فراوانی را داشته است. و تالاسمی ماژور در گروه های ۲۰ تا ۳۵ سال به طور یکسان مشاهده می شود. بیشترین نوع بیماری مادری، بیماری قلبی می باشد که در گروه سنی ۲۵-۳۰ سال بیشترین فراوانی را داشته است و عوامل جنینی و مادری هر دو در شهر بیشترین فراوانی را داشته است. بر اساس نتایج درخواست سقط درمانی در سال ۹۶ نسبت به سال های گذشته روند نزولی داشته است که از ۱۷/۹٪ به ۱۲٪ کاهش یافته است. سن زنان مراجعه کننده در گروه های سنی زیر ۲۰ سال در سال ۹۶ نسبت به سال های گذشته کاهش چشمگیری داشته است و در گروه سنی ۴۰ سال به بالا روند صعودی داشته است. سن زنان را به دو گروه زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال طبقه بندی نمودیم که نتایج نشان می دهد در گروه های سنی زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال در سال ۹۶ از ۴۴٪ به ۶۵/۷٪ افزایش یافته است.

بخش سوم: بحث و بررسی

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 [30,31]. در ایران، میزان باروری بدون برنامه ۳۴٪ کل بارداری ها را تشکیل می دهد [32] که بررسی های تخمینی ارائه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی نشان می دهد حدود ۸ هزار مورد سقط سالانه در ایران رخ می دهد [33]. سقط درمانی راهکاری است که مقنن برای پیشگیری از بروز مشکلات آتی برای مادر، جنین یا اجتماع، آن را مجاز شناخته است (۳۴). در این مطالعه ۶۰۸ پرونده طی سالهای ۹۱ تا ۹۶ مورد مطالعه قرار گرفتند که ۵۱۷ مورد (۸۵٪) مجوز سقط دریافت نمودند و ۹۱ مورد (۱۵٪) رأی بر عدم صدور مجوز داده شد. با توجه به اینکه در سال ۱۳۸۶ که قوانین سقط درمانی تغییر یافت، میزان صدور مجوز سقط نیز تفاوت معنی داری پیدا نمود به گونه ای که در مطالعه قادی پاشا و همکاران در سال ۸۴، میزان صدور مجوز سقط درمانی ۵۱٪ بود [11] و در مطالعه توفیقی در تهران (۱۳۸۰)، مجوز سقط جنین درمانی برای ۵۱/۴٪ از مادران صادر شد [29]. و در سالهای بعد از ۱۳۸۶، میزان مجوزهای صادر شده به بیش از ۷۰٪ رسیدند [27,28,35]. بیشترین فراوانی سنی مادران ۱۷۳ مورد (۲۸/۵٪) در گروه سنی ۳۰-۳۵ سال و بعد از آن گروه سنی ۲۵-۳۰ سال (۲۳/۷٪) بود. در مطالعات آسترکی و همکاران نیز، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۵-۳۴ بود و بالاتر از ۳۵ سال، مربوط به مراجعه بعد از زمان سقط قانونی بود [21] و در مطالعات سیدالشهدایی و همکاران نیز ۳۰-۳۵ گزارش شده است (۲۷). در دیگر مطالعات نیز میانگین سن مادر را ۳۱/۷۷ نشان داده اند [16,19]. در مطالعات قادی پاشا و توفیقی که در سالهای گذشته انجام شده است [11,29] میانگین سن مادران ۱۹ سال بوده است که کمتر از نتایج مطالعات ما می باشد که این امر می تواند به دلیل افزایش سن ازدواج در کشور در سال های اخیر و افزایش بیماری هایی از جمله بیماری های قلبی عروقی باشد.

نتایج مطالعه نشان می دهد ۲۵/۳٪ از زنان در زمان ۱۸ هفتگی بیشترین مراجعه را به پزشکی قانونی داشته اند و در حدود ۱۲/۷٪ در زمان ۱۹ هفتگی و بعد از آن مراجعه کرده بودند. در مطالعات سلیمانپور و همکاران نیز ۶۴٪ موارد سن جنین در هنگام مراجعه، بین ۱۵-۱۹ هفته و در مطالعات قادی پاشا، بیشترین سن جنین ۱۷ هفتگی گزارش شد [11,28]. در این زمینه لازم است کادر پزشکی با افزایش آگاهی مادران باردار از حداکثر زمان صدور مجوز سقط قانونی در پزشکی قانونی تأکید به انجام به موقع برنامه غربالگری و اقدامات تشخیصی، ارجاع به موقع آنان به سازمان پزشکی قانونی، از تعداد مواردی که بعد از زمان مقرر مراجعه می کنند بکاهند،



زیرا ممکن است این زنان به سمت سقط های غیرقانونی روی بیاورند که این مسئله می تواند به عوارض و مشکلات آنان بیافزاید. بر اساس نتایج، ۵۵۸ نفر (۹۱/۸٪) از زنان خانه دار بوده و ۶۷/۱٪ زنان ارجاعی در شهر و ۳۲/۹٪ در روستا سکونت داشتند. از نظر سطح تحصیلات زنانی که برای اخذ مجوز سقط درمانی مراجعه کرده بودند، به ترتیب در سطح تحصیلات دیپلم ۱۸۶ مورد (۳۰/۶٪) و راهنمایی ۱۲۶ مورد (۲۰/۷٪) بوده است. در مطالعات سیدالشهدایی افراد بیسواد و تحصیلات متوسطه و بالاتر را به خود اختصاص داده بودند [27]. در حالی که در مطالعات انجام شده توسط توفیقی و همکاران [29] در تهران، ۵۲/۱٪ نمونه ها تحصیلات متوسطه و بالاتر داشتند. بر اساس نتایج این مطالعه عوامل سقط جنین ۴۸۰ مورد (۹۲/۲٪) جنینی و ۳۷ مورد (۷/۱٪) مادری بوده است. که از نظر صدور مجوز بر اساس علل مادری بیشترین علت، بیماری قلبی مادر ۱۴ مورد (۳۷/۸٪) و علت جنینی، تالاسمی ماژور با ۸۴ مورد (۱۷/۵٪) و آنانسفال ۷۵ مورد (۱۵/۶٪)، بیشترین علت مشکلات جنینی بوده است. در مطالعه قادی پاشا و همکاران [11]، علل اصلی سقط جنین، بیماری های قلبی و عروقی مادر و تالاسمی در جنین بود. در مطالعه توفیقی در تهران (۱۳۸۰)، مجوز سقط جنین درمانی برای ۵۱/۴٪ از مادران صادر شد که علت اصلی برای سقط بیماری های قلبی عروقی در مادر و تالاسمی ماژور در جنین بود [29]. در مطالعه بزومی و همکاران [35]، در تهران در سال ۸۸، علل اصلی سقط جنین، بیماری های قلبی عروقی در مادر و آنانسفالی در جنین بود. در مطالعه نائیجی و همکاران (۱۳۹۰)، با سقط درمانی در ۷۱/۸٪ از زنان باردار موافقت شد که مشابه گزارش های قلبی صدور مجوز شامل بیماری های قلبی و عروقی و آنانسفالی بود [17]. در مطالعه سیدالشهدایی و همکاران در سال ۹۰ در استان کردستان، ۶۲/۱٪ از مجوزهای سقط درمانی به اختلالات مادر و ۳۷/۹٪ اختلالات جنینی اختصاص داده شد که شایع ترین آن بیماری قلبی و عروقی در مادر و آنانسفالی در جنین بود [27]. در مطالعه سلیمانپور و همکارانش در سال ۹۰ تا ۹۳ در اصفهان نیز از نظر توزیع فراوانی اختلالات جنینی بیشترین مورد به سر جنین ثبت شده است و بعد از آن هیدروفتالیس، سومین اختلال، مشکلات کروموزومی یا تریزومی ها است و چهارمین اختلال تالاسمی ماژور قرار دارد [28]. همانطور



که نتایج پیشین نشان می دهد در مطالعاتی که بیش از یک دهه از آن می گذرد از جمله قادی پاشا و همکاران [11] و توفیقی [29]، علل اصلی سقط جنین، در اختلالات جنینی مربوط به تالاسمی در جنین بود. اما در مطالعات جدیدتر شایعترین مسئله آنانسفالی بوده است و اختلالات مربوط به تالاسمی ٪ پایین تری داشته است و حتی در اصفهان چهارمین اختلال قرار دارد، بنابراین فراوانی سقط های قانونی به دلیل تالاسمی ماژور در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات قبلی نسبتاً بیشتر است، که نشان می دهد سیاست های وزارت بهداشت مبنی بر توصیه جلوگیری از ازدواج افراد مبتلا به تالاسمی مینور با یکدیگر و مشاوره های پیش از ازدواج در استان موفق عمل نکرده است. و این موضوع نیازمند پیگیری بیشتر مسئولین ذیربط در استان می باشد. در بررسی مقایسه ای سالهای ۹۱ تا ۹۶ نتایج نشان می دهد که صدور مجوز سقط درمانی در سال ۹۶ نسبت به سال های گذشته روند نزولی داشته است و از ۱۷/۹٪ به ۱۲٪ کاهش یافته است. در مقایسه گروه های سنی مادران به تفکیک سال های ۹۱ تا ۹۶ نشان می دهد، سن زنان مراجعه کننده در گروه های سنی زیر ۲۰ سال در سال ۹۶ نسبت به سال های گذشته کاهش چشمگیری داشته است و در گروه سنی ۴۰ سال به بالا روند صعودی داشته است. به عبارتی دیگر سن زنان در دو گروه زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال در سال ۹۶ از ۴۴٪ به ۶۵/۷٪ افزایش یافته است. که می توان گفت دلیل آن افزایش سن ازدواج و سن باروری به بالای ۳۰ سال می باشد. نتایج این طرح با مطالعه سیدالشهدایی و همکاران که گزارش می دهد گروه سنی متقاضیان سقط درمانی از ۳۶-۴۵ سال به ۳۰-۳۵ سال کاهش یافته است [27] همخوانی نداشته است.

نتیجه گیری

به طور کلی بر اساس نتایج مطالعه اگر چه میزان مراجعه به پزشکی قانونی جهت اخذ مجوز سقط در سال ۹۶ نسبت به سال قبل کاهش داشته اما موارد علل جنینی درخواست سقط به طور گسترده ای در حال افزایش است و اختلال تالاسمی ماژور همچنان بالاترین علت اختلال جنینی در استان محسوب می شود همچنین بر اساس نتایج در حدود ۸/۲٪ به علت سن بالای



حاملگی مجوز سقط صادر نشده است، علی الظاهر علیرغم مرتفع شدن محدودیت های قانونی و مشخص بودن اندیکاسیونهای پزشکی موارد قابل توجهی از تأخیر و تعلل در تشخیص بیماران حاکی از این است که پرسنل درمانی اطلاعات دقیقی و کاملی از قوانین مجوز سقط ندارند و همه این موارد نیاز به مداخلات هر چه بیشتر جهت ارتقای آگاهی در زمینه سقط درمانی در میان افراد جامعه و جامعه پزشکی دارد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب و مورد حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه یاسوج به شماره ۹۸۵/۸۹/۴۶۶ و مصوب کمیته اخلاق سازمان پزشکی قانونی کشور با کد IR.LMO.REC.1398015 است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از مدیریت و کارکنان اداره کل پزشکی قانونی استان کهگیلویه و بویراحمد که در انجام این پژوهش به طرق مختلف نهایت حمایت و همکاری را داشته اند سپاسگزاری نمایند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع و مأخذ

- 1- Kunins H, Rosenfield A. Abortion: A Legal and public Health Perspective. *Annu Rev Public Health*. 1991;12:361-382.
2. Ahmadi A. Basics of medical abortion and examine it from the perspective of criminal law. *Journal of Medical Law*. 2012; 6 (20): 115-140.
- 3- Shamshiri H. Abortion, the Mother's Right to Investigate Abortion from the Medical Perspective. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2005; 6 (4): 457 -464
4. 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/
5. 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.
6. 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.
- 7- Grimes DA , Benson J , Singh S , etal. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet Sexual and Reproductive Health series , world Health. Organization. October 2006: 1- 10
- 8- Kazemian, M. Conventional abortion procedures and the causes and causes of death. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2004;(4) 6: 450-456.
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.
- 11- Roland S, Gibb S, Beth Y, Arthur F, Hanry P. *Ingirdnygaard: Danforths obesteriecs and gynecology*, 10thed, 2008; 254-259.
- 31- Resenfield A. Abortion and women reproductive health: *Int J obstet Gynecol*. 2005; 45: 173-190.



- 12- 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.
- 13- 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.
- 14- Kunins H, Rosenfield A. Abortion: A Legal and public Health Persective. *Annu Rev Public Health*. 1991;12:361-382.
- 15- Bazmi S, Behnoush B, Kiani M, Bazmi E. Comparitive study of therapeutic abortion permissions in central clinical Department of Tehran legal medicine organization before and after approval of law on abortion in Iran. *Iran J Pediatr*. 2009; 18(4):315-22.



جدول (۱) توزیع فراوانی و فراوانی درصدی به تفکیک سال

سال	تعداد	درصد
۹۱	۱۰۹	۱۷/۹
۹۲	۱۲۲	۲۰/۱
۹۳	۱۰۴	۱۷/۱
۹۴	۹۴	۱۵/۵
۹۵	۱۰۶	۱۷/۴
۹۶	۷۳	۱۲
جمع کل	۶۰۸	۱۰۰

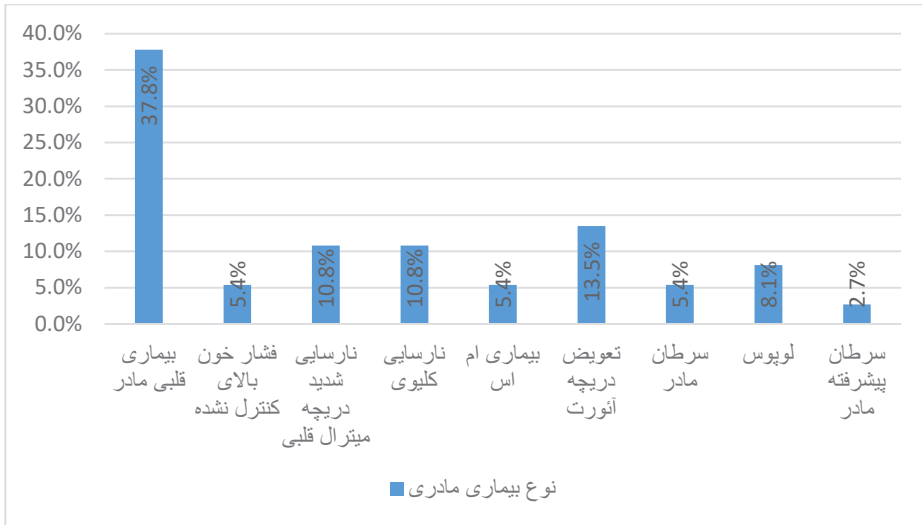
جدول (۲) توزیع فراوانی نسبی ویژگی های دموگرافیک مراجعین سقط درمانی طی سال های ۹۱ تا ۹۶

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
سن مادر			علت مجوز سقط		
۲۰-۱۵ سال	۴۴	۷/۲	جنینی	۴۸۰	۹۲/۹
۲۵-۲۱ سال	۱۲۵	۲۰/۶	مادری	۳۷	۷/۱
۳۰-۲۶ سال	۱۴۴	۲۳/۷	سن جنین		
۳۵-۳۱ سال	۱۷۳	۲۸/۵	۴ هفته	۱۰	۱/۶
۴۰-۳۶ سال	۹۷	۱۶/۰	۵ هفته	۵	۰/۸

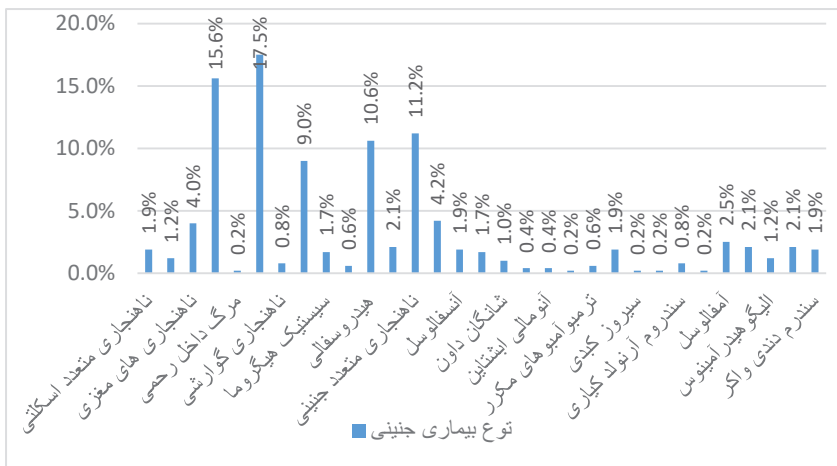


۰/۸	۵	۶ هفته	۴/۰	۲۵	۴۱-۴۵ سال
۲/۵	۱۵	۷ هفته			شغل مادر
۱	۶	۸ هفته	۱/۵	۳۹	آزاد
۱/۸	۱۱	۹ هفته	۶/۴	۲	کارمند
۱	۶	۱۰ هفته	۰/۳	۵۵۸	دانشجو
۲/۳	۱۴	۱۱ هفته	۹۱/۸	۹	خانه دار
۳/۵	۲۱	۱۲ هفته			تحصیلات مادر
۷/۱	۴۳	۱۳ هفته	۸/۲	۵۰	بی سواد
۸/۶	۵۲	۱۴ هفته	۱۷/۳	۱۰۵	ابتدایی
۷/۹	۴۸	۱۵ هفته	۲۰/۷	۱۲۶	سیکل
۱۱	۶۷	۱۶ هفته	۳۰/۶	۱۸۶	دیپلم
۱۲/۲	۷۴	۱۷ هفته	۶/۲	۳۸	فوق دیپلم
۲۵/۳	۱۵۴	۱۸ هفته	۱۵/۵	۹۴	لیسانس
۴/۱	۲۵	۱۹ هفته	۱/۵	۹	فوق لیسانس
۸/۶	۵۲	بالاتر از ۱۹ هفته			

نمودار ۱- بر اساس بیماری مادری



نمودار ۲- بر اساس نوع بیماری جنینی



جدول (۳) توزیع فراوانی مقایسه ای سن مادر به تفکیک سالهای ۹۱ تا ۹۶

جمع	سن مادری						سال
	-۴۵	-۴۰	-۳۵	-۳۰	-۲۵	-۲۰	
	۴۱	۳۶	۳۱	۲۶	۲۱	۱۵	
۱۰۹	۰	۱۱	۳۷	۲۳	۲۸	۱۰	۹۱
۱۲۲	۹	۱۳	۳۲	۳۰	۲۹	۹	۹۲
۱۰۴	۴	۱۹	۳۱	۲۲	۲۱	۷	۹۳
۹۴	۴	۱۵	۲۱	۳۱	۱۵	۸	۹۴
۱۰۶	۴	۲۱	۲۶	۲۸	۲۰	۷	۹۵
۷۳	۴	۱۸	۲۶	۱۰	۱۲	۳	۹۶
۶۰۸	۴۴	۱۲۵	۱۴۴	۱۷۳	۹۷	۲۵	جمع