

بررسی مجوزهای سقط جنین صادر شده توسط سازمان پزشکی قانونی کشور طی یکسال از تاریخ ۱۳۸۲/۱۰/۱ لغایت ۱۳۸۳/۹/۳۰

دکتر سید شهاب الدین صدر* - دکتر محمد حسن عابدی** - دکتر محمد حسن قدیانی*** - دکتر مریم عابدی****

* متخصص فیزیولوژی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
** متخصص پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور
*** متخصص بیماری‌های داخلی، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور
**** پزشک عمومی، مرکز پزشکی قانونی غرب تهران

چکیده

زمینه و هدف: مسکوت بودن قانون در خصوص سقط قانونی به علت ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جنینی مشکلی بود که در سال ۱۳۷۶ با فتوای رهبر معظم انقلاب اسلامی و اجازه سقط درمانی برای جنین با تالاسمی ماژور راه کار عملی حل آن شروع شد و با تعیین آیین نامه سقط درمانی در سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۲ تبیین و متحول گردید و در سال ۱۳۸۴ با تصویب مجلس شورای اسلامی تکمیل گردید. هدف از این مطالعه بررسی مواردی است که در طی یکسال اول اجرای آیین نامه مذکور مجوز سقط جنین درمانی برای آنها صادر شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی به روش گذشته نگر انجام شد و با مراجعه به پرونده و سوابق در مراکز پزشکی قانونی اطلاعات در فرم‌های از پیش تهیه شده وارد و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که از ۱۱۰۱ مورد مجوز صادر شده طی یکسال اجرای آیین نامه سقط درمانی، علت سقط درمانی در ۶۴٪ موارد بیماری و ناهنجاری‌های جنینی و در ۳۶٪ بیماری مادر بوده است. مهمترین ناهنجاری و بیماری در جنین آنانسفالی و تالاسمی ماژور می‌باشند و مهمترین بیماری نزد مادران بیماری‌های قلبی عروقی است. میانگین سن مادر در زمان صدور مجوز ۲۹/۴ سال و میانگین سن جنین ۱۲/۸ هفته بوده است.

نتیجه گیری: تعداد قابل توجهی از کسانی که قبلاً از راه غیر قانونی اقدام به سقط می‌نمودند با استفاده از این آیین نامه از طریق قانونی اقدام کردند که در بهبود سلامت و بهداشت زنان باردار تأثیر بسزایی دارد. از آنجایی که این آیین نامه با در نظر گرفتن مبانی شرع مقدس اسلام و علوم روز پزشکی تهیه و تنظیم شده می‌تواند به عنوان الگویی برای سایر کشورهای اسلامی باشد.

واژگان کلیدی: قانون، سقط جنین، سقط درمانی، سقط قانونی، سقط غیر قانونی

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۶ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۱/۱۶

نویسنده مسئول: تهران - خیابان بهشت - سازمان پزشکی قانونی کشور - معاونت پزشکی و بالینی drabedi@gmail.com

مقدمه

۵ - سقط انتخابی در موارد چند قلوبی (۲).

سقط جنین در طول تاریخ به علت ابعاد معنوی و اخلاقی آن همواره بحث انگیز بوده و تمام تمدن‌های بشر و ادیان و مذاهب مختلف نسبت به آن موضع‌گیری نموده‌اند. به طوری که زمانی کاملاً تحریم و منع شده و گاهی به طور محدود با شرایطی و در مواردی بدون محدودیت صورت می‌گرفته است. امروزه نیز سیاست‌ها و قوانین مربوط به سقط جنین دارای تنوع و تفاوت‌های قابل توجه می‌باشند، به طور مثال در کشوری مانند مالت تقریباً هیچ امکانی برای انجام سقط قانونی وجود ندارد و در مقابل در کشور کانادا تقریباً هیچ منعی برای انجام آن دیده نمی‌شود. در حال حاضر بیش از دو سوم از مردم جهان در مناطقی بسر می‌برند که امکان درخواست سقط قانونی وجود دارد اما طیف

خروج محصولات حاملگی پیش از اینکه قابلیت حیات داشته باشد را سقط می‌نامند (۱). سقط جنین درمانی به معنی ختم حاملگی قبل از قابلیت حیات جنین، برای حفظ سلامت مادر می‌باشد. اندیکاسیون - های سقط جنین درمانی شامل این موارد است:

- ۱ - ختم حاملگی برای حفظ جان مادر
- ۲ - ختم حاملگی برای حفظ سلامت مادر
- ۳ - ختم حاملگی در مواردی که حاملگی منجر به تولد نوزاد ناقص الخلقه یا ناهنجاری‌های مغایر با حیات می‌گردد
- ۴ - ختم حاملگی در مواردی که نوزاد قابلیت حیات ندارد

بررسی می‌شود و در صورت تأیید به شرط اینکه سن جنین کمتر از ۲۰ هفته باشد مجوز انجام سقط جنین در یک مرکز درمانی به طور رسمی صادر می‌شود. در این مطالعه با بررسی پرونده‌های مراجعین جهت انجام سقط درمانی در مراکز پزشکی قانونی کشور و استفاده از فرم از پیش تهیه شده در این خصوص کلیه اطلاعات مورد نیاز از قبیل سن جنین به هفته، سن مادر به سال، علت درخواست و نوع درخواست جمع‌آوری شد و با نرم افزار SPSS ver. 9.5 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

طی یک سال اجرای آیین‌نامه سقط جنین درمانی، برای ۱۱۰۱ نفر مجوز سقط قانونی صادر گردید که در ۳۹۴ مورد (۳۵/۸٪) بیماری اختلال مربوط به مادر و در ۷۰۴ مورد (۶۳/۹٪) اختلال و ناهنجاری مربوط به جنین و در ۳ مورد هر دو علت صدور مجوز بوده‌اند. در ۵۴۲ مورد (۴۹/۲٪) سن مادر بین ۲۰ تا ۳۰ سال و در ۳۵۰ مورد (۳۱/۸٪) بین ۳۰ تا ۴۰ سال بود. در ۸۳ مورد (۷/۵٪) کمتر از ۲۰ سال و در ۶۴ مورد (۵/۸٪) مساوی یا بیش از ۴۰ سال بود. سن جنین در هنگام صدور مجوز در ۲۹۷ مورد (۲۷٪) کمتر از ۱۰ هفته و در ۶۵۴ مورد (۵۹/۴٪) بین ۱۰ تا ۱۶ هفته و در ۱۳۷ مورد (۱۲/۴٪) بین ۱۶ تا ۲۰ هفته بود.

از میان علل و بیماری‌های مادری که منجر به صدور مجوز سقط جنین قانونی شده بود، بیماری‌های قلبی عروقی با ۱۱۲ مورد (۲۸/۲٪) در رأس قرار دارد و بعد از آن بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار با ۶۹ مورد (۱۷/۴٪)، بیماری‌های CNS با ۴۸ مورد (۱۲/۱٪)، بدخیمی‌ها با ۳۱ مورد (۷/۸٪) و بیماری‌های روماتیسمی و اختلالات روانپزشکی هر کدام با ۲۵ مورد (۶/۳٪) قرار گرفتند. در عوامل و ناهنجاری‌های جنینی که منجر به صدور مجوز سقط قانونی شده آنانسفالی با ۳۴۴ مورد (۴۸/۸٪) به عنوان اصلی‌ترین ناهنجاری و تالاسمی ماژور با ۱۷۹ مورد (۲۵/۴٪) به عنوان مهمترین بیماری بودند. بعد از آن منگوانسفالوسل با ۳۲ مورد (۴/۵٪)، هیدروپس جنینی (با هر مکانیسمی) با ۳۱ مورد (۴/۴٪)، آزنزی دوطرفه کلیه با ۱۱ مورد (۱/۶٪) هلوپروزنسفال با ۱۰ مورد (۱/۴٪) قرار دارد.

بحث

Teitza تخمین زده است که در حدود ۵۵ میلیون سقط جنین در سال در جهان رخ می‌دهد؛ هر چند روش‌های گزارش دادن، محل و میزان وقوع و طرز نگرش درمورد آن از کشوری به کشور دیگر بسیار متفاوت است. بطور مثال در سال ۱۹۷۹ در بلغارستان میزان سقط ۶۹/۷ در هزار و در سال ۱۹۸۱ در هلند ۶ در هزار مورد بوده است (۸). میانگین سن مادر در این مطالعه ۲۹/۴ سال بود، مطالعات دیگر

گسترده‌ای از عوامل فرهنگی، مذهبی و اقتصادی بر چگونگی انجام آن حاکم است (۳). گرچه به طور نسبی سقط جنین یکی از موضوعات حقوقی کیفری تلقی می‌شود ولی به تدریج به نقطه ثقل رشته‌های علوم پزشکی از یک سو و شاخه‌های مختلف علوم انسانی نظیر فلسفه، اخلاق، ادیان، مذاهب، جامعه‌شناسی، روانشناسی و حقوق از سوی دیگر تبدیل شده است. در اخلاق پزشکی نیز شاید هیچ موضوعی به اندازه سقط جنین جالب توجه نبوده و عقاید عمومی را تحت تأثیر قرار نداده باشد (۴).

در ایران تا قبل از سال ۱۳۷۰ به علت ابعاد فرهنگی و مذهبی حاکم بر جامعه انجام سقط جنین درمانی با محدودیت شدید مواجه بود که عوارض بهداشتی و اجتماعی نامطلوبی را همراه داشت. با تصویب قانون مجازات اسلامی (۱۳۷۰) سقط جنین برای حفظ جان مادر قبل از ولوج روح مجاز شمرده شد (۵). اگر چه این قانون در اصلاح نگرش جامعه کمک کننده بود ولی در خصوص ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جنینی سکوت نموده است. در سال ۱۳۷۶ با توجه به مشکلات شدید روانی، اجتماعی و اقتصادی که برای نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور و خانواده‌های آنها وجود داشت براساس فتوای مقام معظم رهبر انقلاب اسلامی ایران اجازه سقط جنین مبتلا به تالاسمی ماژور قبل از ولوج روح با اخذ مجوز از پزشکی قانونی صادر گردید (۶). این اقدام نقطه عطفی در نگرش نسبت به سقط جنین درمانی بود. در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط جنین در معاونت پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور جهت تعیین اندیکاسیون‌های سقط جنین درمانی تشکیل شد که در اولین قدم آیین‌نامه‌ای با ۴۹ مورد اندیکاسیون قطعی را پیشنهاد نمود. این موارد در جنین شامل بیماری‌هایی است که سبب مرگ داخل رحمی یا مرگ بلافاصله بعد از تولد و یا با فاصله‌ای کوتاه بعد از تولد می‌گردد. این اقدام با اقبال گسترده‌ای از سوی محافل بهداشتی و پزشکی مواجه شد و نگاه جامعه و مسئولین به موضوع تحت عنوان یک مسأله بهداشتی تغییر یافت تا آنجا که در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی قانون سقط جنین را برای جنین‌های ناقص الخلقه تصویب نمود. مطالعه حاضر بررسی مواردی است که در طی یک سال اول اجرای آیین‌نامه مذکور مجوز انجام سقط جنین درمانی برای آنها صادر شده است (۷).

روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی انجام گرفت و یک پژوهش توصیفی گذشته نگر می‌باشد. هدف از انجام آن بررسی فراوانی و علل اصلی صدور مجوزهای سقط درمانی در یک سال اجرای آیین‌نامه سقط جنین در ایران از اول دی ماه ۱۳۸۲ لغایت پایان آذر ماه ۱۳۸۳ می‌باشد. در ایران برای انجام سقط قانونی با درخواست پدر و مادر یا مقام قضایی، گزارش سونوگرافیست و پزشکان متخصص مبنی بر ناهنجاری جنینی یا وجود خطر جانی برای مادر در پزشکی قانونی

حدود یک سوم مجوزهای صادر شده با اندیکاسیون‌های مادری بود. در کشورهایی که محدودیت شدیدی برای سقط وجود ندارد سقط درمانی برای حفظ سلامت یا جان مادر، نسبت به کل سقطها نادر است (۲). حدود سه چهارم مجوزهای صادر شده طی یک سال مطالعه از جمله مواردی است که تا قبل از آن اجازه سقط نداشت و تعداد مجوزهای صادره در یک مرکز نسبت به سال ۱۳۸۱ حدود سه برابر شده است. در واقع تعداد قابل توجهی از کسانی که متقاضی سقط بوده‌اند و قبلاً از راه‌های غیرقانونی اقدام می‌کردند با اجرای این آیین‌نامه از طریق قانونی مجوز گرفته‌اند. برای آناسفالی به عنوان مهم‌ترین علت دریافت مجوز تا قبل از این مجوزی وجود نداشت. یک بررسی سه ساله (۱۳۷۴-۱۳۷۱) در یک بیمارستان خصوصی تهران نشان داد که از ۱۱۱۵ مورد مراجعه برای عوارض ناشی از سقط جنین حداقل نزدیک به ۱۰٪ آن ناشی از سقط غیر قانونی بوده است (۱۱). در ایالات متحده از سال ۱۹۴۰ به بعد میزان مرگ و میر مادران باردار سیر نزولی داشت اما میزان مرگ و میر ناشی از سقط جنین با سرعت بیشتری کاهش یافت که علت آن شروع آزادی در قوانین سقط جنین بود؛ قبل از این زمان مرگ و میر ناشی از سقط عفونی خصوصاً در طبقه فقرا یک مشکل جدی بهداشتی به شمار می‌رفت (۸).

نتیجه‌گیری

امروزه بررسی و توجه به سقط جنین درمانی و اندیکاسیون‌های آن با توجه به پیشرفت‌های علوم پزشکی و تغییرات ساختاری جوامع بشری یک ضرورت بهداشتی برای هر جامعه می‌باشد. از آنجایی که آیین‌نامه سقط جنین درمانی و نیز قانون مصوب اخیر مجلس شورای اسلامی ایران با در نظر گرفتن مبانی شرع مقدس اسلام و علوم روز پزشکی تهیه و تنظیم گردیده است می‌تواند به عنوان الگویی مناسب برای سایر کشورهای اسلامی مورد استفاده قرار گیرد.

References

- 1- Cunningham F. Williams obstetric, 19th ed 1993. 979-686.
- 2- Roche NE. Therapeutic abortion e-medicine. 2004 5- 6.
- 3- Wikipedia; Abortion Law, the free encyclopedia page 1 .
- ۴ - محمدی همدانی ا. بررسی احکام سقط جنین از دیدگاه اسلام . چاپ اول تهران ۱۳۸۴ .
- ۵ - روزنامه رسمی کشور . قانون مجازات اسلامی . ۱۳۷۰ هـ ش ۲- ۱۹۹۱ .
- ۶ - توفیقی ح، موسوی پورف، بارونی ش. بررسی مراجعین در خواست مجوز سقط درمانی به مرکز پزشکی قانونی تهران از خرداد ۱۳۷۸ تا پایان اردیبهشت ۱۳۷۹. مجله علمی پزشکی قانونی ایران ۲۰۰۱ ۲۲: ۲۷- ۲۱.

نیز میانگین سن مادر را در همین حدود (۲۸/۶ و ۳۰/۸ سال) نشان داده‌اند (۶). با توجه به جوان بودن هرم سنی در ایران برای پیشگیری از بارداری‌های پرخطر باید به آموزش به عنوان راه‌کاری مناسب و مفید توجه شود. در ایالات متحده ۵۱٪ موارد سقط در زنان با سن کمتر از ۲۴ سال اتفاق می‌افتد (۹). در سال ۱۹۸۰ بررسی‌ها در ایالات متحده آمریکا میزان سقط جنین در زنان کمتر از ۱۴ سال و بالاتر از ۴۰ سال را حدود دو برابر زنان بین سن ۲۹-۲۵ نشان داده است (۸). به نظر می‌رسد اعتقادات مذهبی و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی مهم‌ترین عامل در این زمینه باشد. در این مطالعه میانگین سن جنین در زمان درخواست سقط ۱۲/۸ هفته (SD=۳/۸) بود که در یک مطالعه دیگر این رقم ۱۰/۲ هفته بوده است. با توجه به اینکه صدور مجوز سقط قانونی در ایران تا قبل از ولوج روح (حدود چهارماهگی) مجاز می‌باشد غالباً پزشکان معالج در صورت تشخیص، سریعاً بیمار خود را به پزشکی قانونی برای اقدامات بعدی معرفی می‌نمایند.

در مطالعه حاضر بیماری‌های قلبی عروقی به ویژه بیماری درپچه‌ای قلب (۲۸/۲٪) و اختلالات کلیه و مجاری ادراری (۱۷/۴٪) مهم‌ترین بیماری مادران متقاضی سقط درمانی بود که با سایر متون مشابه می‌باشد (۹،۵). بیماری‌های CNS (۱/۱۲٪)، اختلالات روماتیسمی و روانپزشکی (هر کدام با ۶/۳٪) عوامل قابل توجه و مهمی در این مطالعه و سایر مطالعات در ایران بوده‌اند. در بررسی‌های کشورهای پیشرفته این موارد در رده‌های پایین‌تری قرار گرفته است (۲)، بنابراین لازم است در این زمینه مطالعه و بررسی بیشتری صورت پذیرد. در این مطالعه آناسفالی (۴۸/۸٪) و تالاسمی ماژور (۲۵/۴٪) اختلاف قابل توجهی از سایر ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جنینی دارند. دو مورد مذکور دلیل حدود دو سوم مجوزهای صادره با علت جنینی و حدود نیمی از مجوزهای صادره در کل می‌باشند. تعداد مجوزهای صادر شده برای تالاسمی ماژور نسبت به سال ۱۳۸۰ حدود دو برابر شده است (۶). به نظر می‌رسد مطالعات اپیدمیولوژی در خصوص این عوامل در ایران ضروری باشد.

- ۷- صدر ش. اندیکاسیون سقط جنین در بیماریهایی که خطر مرگ مادر و ناهنجاری‌ها و بیماری‌های جنینی که به مرده زایی و یا مرگ نوزاد بلافاصله پس از تولد منجر می‌گردد. تهران، ۲۰۰۲ .
- 8- Warren M. Hern. 2004; The epidemiologic foundations of abortion practice from Abortion practice. 18-25 .
- 9 - Koonin LM , Smith JC , Ramick M. Abortion Surveillance . MMWR . 1992 41: 1-33.
- ۱۱ - معینی ا، عمید و. بررسی موارد سقط‌های عمد در مقایسه با سقط‌های خود به خودی بیمارستان زنان روئین تن آرش، تهران، مهر ۷۴-۷۱ هـ.ش. (۱۹۹۲-۵) .