نظرات متخصصان زنان و زایمان و پزشکان عمومی شهر کرمان در مورد سقط جنین (قانونی)

دکتر زهرا جلیلی: * استادیار، بخش پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
دکتر علی اکبر روحانی: استادیار، بخش پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
سکینه محمد علیزاده: مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
صدیقه جعفری: مربی، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر مهدیه شریفی: پزشک عمومی، مرکز بهداشت استان کرمان

فصلنامه پایش
سال پنجم شماره سوم تابستان ۱۳۸۵ صص۱۷۵ -۱۶۹
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۴/۸/۱۶

چکیده

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. پزشکان به‌خصوص متخصصان زنان و زایمان با شناخت قوانین سقط درمانی و در نظر گرفتن فرهنگ جامعه که خود نیز تحت تأثیر آن قرار دارند می‌توانند مددجویان خود را در جهت اتخاذ تصمیم مناسب و به موقع کمک نمایند.

این مطالعه به منظور بررسی نظرات پزشکان متخصص زنان و زایمان و عمومی شهر کرمان در زمینه سقط جنین (قانونی) صورت گرفت. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر پزشک متخصص زنان و زایمان و ۱۱۰ نفر پزشک عمومی بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه پژوهشگر ـ ساخته بود که بعد از دستیابی به روایی و پایایی مناسب مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد بیشتر نمونه مورد مطالعه مؤنث (۶۲/۱ درصد) و ۴۹ درصد دانشگاهی بودند. تمامی آزمودنی‌ها موافقت خود را با تدوین قوانین مربوط به سقط به عنوان یکی از عوامل کاهش مرگ و میر زنان باردار اعلام داشتند. از بین ۹ شاخص مطرح شده، بیشترین موافقت با سقط مربوط به تالاسمی ماژور (۹۹/۳ درصد) و مادر HIV مثبت (۹۶/۴ درصد) و کمترین آن به‌ترتیب مربوط به بیماری قلبی شدید مادر Stage II (۴۰ درصد) و مادر مبتلا به افسردگی ماژور با افکار خودکشی (۶۵/۵ درصد) بود. ۵۹ درصد از پزشکان معتقد بودند سقط غیرقانونی به کرات انجام می‌شود. علی‌رغم قوانین تدوین شده در زمینه سقط درمانی، درصد قابل توجهی از جامعه مورد مطالعه در مورد تعدادی از شاخص‌های سقط درمانی بی‌نظر و یا حتی مخالف بودند. این مخالفت، احتمالاً می‌تواند در ایفای نقش مشاوره‌ای آنها تأثیر داشته باشد. بنابراین به منظور تولد نوزادان سالم و پیشگیری از مرگ و میر مادران باردار باید در برنامه‌های بازآموزی پزشکان، به موضوع سقط درمانی توجه ویژه گردد.

کلیدواژه‌ها: سقط جنین، پزشک عمومی، پزشک متخصص زنان و زایمان، کرمان

* نویسنده پاسخگو: کرمان، دانشکده پزشکی افضلی پور، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۲۱۶۶۰
E-mail: zjalili@mail.uk.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]

مقدمه

دیر زمانی است که اخلاق پزشکی به عنوان یک اصل با اهمیت در علوم پزشکی مورد بحث می‌باشد. در میان همه شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پزشکی به دلیل جایگاه خاص و متعالی حرفه از ویژگی خاص برخوردار است. اخلاق پزشکی را می‌توان تنظیم رفتار و اجرای اصول حاکم بر رفتار شغلی پزشکان تعریف کرد. در واقع شاخه‌ای از اخلاق عمومی است که جامعه انتظار دارد که صاحبان حرفه پزشکی رعایت نمایند[۱، ۲]. موضوع اخلاق پزشکی دامنه وسیعی دارد که شامل رفتار پزشک با بیمار، رفتار با خانواده بیماران، رازداری، عدم آلودگی به کارهای خلاف اخلاق و عرف، عدم انجام کارهای خلاف قانون، رفتار پزشک با همکاران و ده‌ها مطلب دیگر است[۲]. یکی از مباحث مهم در اخلاق پزشکی که به عنوان سوء اخلاق پزشکی مطرح گردیده، سقط جنین است. هر گاه حاملگی به هر علتی، قبل از آن که جنین بتواند در خارج از رحم زندگی کند خاتمه یابد، از نظر علمی سقط جنین محسوب می‌شود.

سقط را می‌توان در سه دسته عمده، سقط خود به خودی (عادتی) (Spontaneous Abortion)، سقط جنایی (غیرقانونی) (Criminal Abortion) و سقط درمانی (Therapeutic Abortion) تقسیم‌بندی کرد[۲، ۳، ۴]. سقط جنین درمانی (قانونی) معمولاً زمانی که ادامه حاملگی جان مادر را به مخاطره انداخته و یا موجب تشدید عوارض مرض و وخامت حال او شود مطرح می‌گردد که با اخذ مجوز از مقامات قضایی و گواهی پزشکی قانونی در موارد زیر مجاز خواهد بود:

۱- ادامه بارداری برای جان مادر خطرناک باشد و یا سبب تشدید عوارض بیماری‌ها و وخامت حال او بشود. ۲- در مواردی که جنین معیوب و ناقص‌الخلقه است و سن زیر ۴ ماهگی دارد سقط ممکن است[۲، ۳]. در هر کشوری قوانین و مقررات خاصی برای سقط درمانی وجود دارد. در اسلام، مسأله سقط جنین به جز در موارد پزشکی و یا در مواردی که جنین دچار مشکلات جدی است، آن هم در شرایط خاص، مورد قبول نمی‌باشد. از نظر اخلاقی دست کشیدن از انسانی که نیازمند رعایت حقوق خویش بوده و ناتوان‌تر از آن است که از حقوق خویش دفاع کند مورد قبول نیست[۵]. حفظ جان مادر و جلوگیری از عسر و حرج برای خانواده از نکات عمده‌ای هستند که در قانون‌گذاری سقط جنین در کشور ما نقش مستقیم داشته است. طبق قانون اخیر تصویب شده در مجلس (۱۳۸۲) سقط جنین در ۵۱ مورد با شرایط، مجاز شمرده شده است. جنین از ۱۶ هفتگی حقوق برابر با سایر انسان‌ها دارد و لذا سقط فقط قبل از ۱۶ هفتگی امکان‌پذیر است[۲، ۵]. با این وصف، بعد از ۴ ماهگی که عرفاً مبنای دمیده شدن روح است (ولوج روح) سقط جنین شرعاً قتل نفس محسوب شده و جایز نیست[۳، ۶]. از جمله مواردی که مجوز ختم حاملگی داده می‌شود ناهنجاری‌های جنینی است که شامل نواقص کروموزومی و ژنی، عفونت‌های داخل رحمی مثل توکسوپلاسموز، سایتومگالوویروس، سیفلیس، آلفا تالاسمی، دیسپلازی استخوانی، مننگوآنسفالوسل، آنانسفالی، مننگوهیدروانسفالوسل و بیماری‌های مادر نظیر لوپوس فعال، ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله بیماری AIDS شده باشد، نارسایی کلیه، پرفشاری خون غیر قابل کنترل با داروهای مجاز در دوران حاملگی، میوکاردیت و پریکاردیت می‌باشد[۴، ۷]. بیش از ۵۰ درصد جنین‌های دارای اختلالات کروموزومی دچار سقط خود به خودی می‌شوند و بقیه موارد دچار مرگ زودرس داخل رحم شده و تنها تعداد کمی از این جنین‌ها به ترم رسیده و متولد می‌شوند و بعد از تولد نیز تا ۲۰ درصد آنان زیر یک‌سالگی می‌میرند [۸]. این در حالی است که در سال‌های اخیر روش‌های متعددی مانند نمونه‌برداری از جفت، آمنیوسنتز و سونوگرافی جهت تشخیص زودرس جنین ناهنجار در داخل رحم معمول شده است [۹] که با این وصف در این موارد با هوشیاری و دقت متخصصان و مشاوره با مادران، می‌توان قبل از ۱۶ هفتگی اقدام به سقط نمود. تخمین زده می‌شود که ۱۲۰ میلیون نفر از زنان کشورهای در حال توسعه به دلیل عدم استفاده از روش‌های جدید تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته دارند. در نتیجه از هر پنج حاملگی یک مورد آن ناخواسته است و هر ساله نیم میلیون زن جوان در ارتباط با حاملگی و وضع حمل جان خود را از دست می‌دهند. علل عمده این مرگ‌ها خونریزی، عفونت، مسمومیت حاملگی (اکلامپسی)، زایمان مشکل و سقط‌های غیرقانونی است[۹]. نتایج مطالعه ملک افضلی (۱۳۷۵) نیز نشان داد که حدود ۱۶ درصد از حاملگی‌های ناخواسته در ایران منجر به سقط می‌شود [۱۰]. پزشکان با آگاهی و اعتقاد به قوانین موجود و حاکم بر سقط جنین و هدایت و راهنمایی و آموزش مادران باردار می‌توانند گامی بزرگ در حفظ جان مادر و جنین بر دارند. با توجه به اهمیت نظرات پزشکان در این خصوص، این مطالعه با هدف تعیین نظرات پزشکان متخصص و عمومی در شهر کرمان انجام گردید. شاید با توجه به نتایج آن راهکارهایی را در جهت ارتقای سلامت مادران و جنین آنها بتوان ارایه نمود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که با هدف تعیین نگرش پزشکان عمومی و متخصصین زنان و زایمان شاغل در شهر کرمان در زمینه سقط درمانی (قانونی) صورت گرفت. نمونه مورد مطالعه تمامی پزشکان متخصص زنان و زایمان (۴۰ نفر) و ۲۰ درصد از پزشکان عمومی شهر کرمان (۱۲۰ نفر) را که به طور تصادفی انتخاب شدند، شامل می‌شد. ده نفر از پزشکان متخصص و ده نفر از پزشکان عمومی حاضر به همکاری و شرکت در مطالعه نشدند. بنابراین تعداد نمونه در مجموع ۱۴۰ نفر (۳۰ پزشک متخصص و۱۱۰ پزشک عمومی) و میزان پاسخ (Response Rate) ۸۷/۵ درصد بود. جهت دسترسی به آزمودنی‌ها، از اطلاعات موجود در نظام پزشکی استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای پژوهشگر ـ ساخته بود که در سه بخش تنظیم گردیده بود. بخش اول شامل ویژگی‌های فردی (سن، جنس، سابقه خدمت، نوع خدمت و مرتبه علمی)، بخش دوم حاوی ۹ شاخص سقط درمانی و بخش سوم مشتمل بر ۹ سؤال در مورد جنبه‌های مختلف سقط درمانی بود که دو بخش اخیر بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تنظیم شده بود. جهت نمره گذاری این بخش از پرسشنامه بر اساس میزان موافقت با هر عبارت نمره‌ای بین ۵-۱ در نظر گرفته شد. محاسبه نمره کل نظرات بر اساس جمع نمرات تمامی عبارات صورت گرفت و میانگین نمرات کل با توجه به برخی متغیرها مقایسه گردید. جهت تعیین روایی پرسشنامه از شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) با نظرخواهی از ده نفر صاحب‌نظر استفاده شد که برای هر یک از سؤالات، ضریب به‌دست آمده بین ۰/۸ تا ۱ بود. پایایی ثبات درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در بخش دوم و سوم پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آزمون‌های آماری t و ANOVA یک طرفه صورت گرفت.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی شامل ۸۷ زن (۶۲/۱ درصد) و ۵۳ مرد (۳۷/۹ درصد) بود. بیشتر افراد در سنین ۳۹-۳۰ سال (۶۰/۷ درصد) قرار داشتند. ۴۹ درصد پزشکان، دانشگاهی بوده و ۵۱ درصد در مطب شخصی مشغول به کار بودند.

در جدول شماره ۱ میزان موفقیت پزشکان مورد مطالعه با شاخص‌های سقط درمانی قبل از هفته شانزدهم حاملگی نشان داده شده است. در بین ۹ شاخص مطرح شده، بیشترین موافقت مربوط به تالاسمی ماژور (۹۹/۳ درصد) و مادر HIV (۹۶/۴ درصد) و کمترین موافقت مربوط به بیماری قلبی شدید مادر Stage II (۴۱ درصد) و مادر مبتلا به افسردگی ماژور با افکار خودکشی (۶۵/۵ درصد) بود.

مقایسه نظرات پزشکان متخصص و عمومی در مورد هر یک از شاخص‌های سقط درمانی مطرح شده نشان داد در مورد تالاسمی ماژور و سندرم داون، پزشکان متخصص به طور معنی‌داری بیشتر موافق با سقط درمانی بودند($P<۰/۰۱$). همچنین مقایسه نمره کل نظرات با توجه به متغیرهای سن و سابقه کار تفاوت معنی‌داری را نشان داد؛ به طوری که پزشکان جوان‌تر (۳۰ سال>) و دارای سابقه کار کمتر (۵ - ۱ سال) نگرش مثبت‌تری نسبت به سقط درمانی داشتند($P<۰/۰۱$).

در جدول شماره ۲، میزان موافقت پزشکان با جنبه‌های مختلف سقط درمانی آورده شده است. بر این اساس تمامی پزشکان اعتماد داشتند که وجود قوانین مربوط به سقط درمانی از عوارض مرگ و میر زنان باردار می‌کاهد و به جز ۳ نفر، سایرین پیش‌بینی نکردن قانون سقط را برای زنان مشکل‌ساز می‌دانستند. در مورد عملی کردن تصمیم به سقط درمانی در حاملگی‌های ناخواسته توسط زوجین، ۲۸ درصد موافق و بقیه بی‌نظر یا مخالف بودند. همچنین۶۴/۷ درصد از پزشکان با قانونی شدن انجام سقط در حاملگی‌های ناخواسته موافقت کردند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی نظرات پزشکان عمومی و متخصصین زنان و زایمان شهر کرمان در مورد شاخص‌های قانونی سقط جنین قبل از ۱۶ هفتگی

	کاملاً موافق و موافق		بی‌نظر		کاملاً مخالف و مخالف	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تالاسمی ماژور	۱۳۸	۹۹/۳	۰	۰	۱	۰/۷
سندرم داون	۱۰۵	۷۵/۵	۱۷	۱۲/۲	۱۷	۱۲/۲
ناهنجاری‌های فیزیکی شدید حس	۱۲۱	۸۸/۳	۱۱	۸/۰	۵	۳/۶
احتمال ابتلا به سندرم سرخچه مادرزادی	۱۱۳	۸۱/۳	۲۲	۱۵/۸	۴	۲/۹
قبل از شیمی درمانی و رادیوتراپی مادر مبتلا به سرطان دهانه رحم	۹۵	۶۸/۳	۴۰	۲۸/۸	۴	۲/۹
مادر HIV مثبت	۱۳۴	۹۶/۴	۴	۲/۹	۱	۰/۷
بیماری قلبی شدید مادر (Stage II)	۵۷	۴۱/۰	۵۱	۳۶/۷	۳۱	۲۲/۳
بیماری قلبی شدید مادر (IV یا Stage III)	۱۲۳	۸۸/۵	۱۴	۱۰/۱	۲	۱/۴
مادر مبتلا به افسردگی ماژور با افکار خودکشی	۹۱	۶۵/۵	۳۳	۲۳/۷	۱۴	۱۰/۱

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی نظرات پزشکان مورد مطالعه نسبت به جنبه‌های مختلف سقط جنین

	کاملاً موافق وموافق		بی‌نظر		مخالف و کاملاً مخالف	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
علی‌رغم عوارض شدید سقط غیرقانونی به کرات انجام می‌شود	۸۲	۵۹	۱۹	۱۳/۷	۳۸	۲۷/۳
پیش‌بینی نکردن قانون برای سقط باعث مشکلاتی برای زنان می‌شود	۱۳۵	۹۷/۸	۱	۰/۷	۲	۱/۵
وجود قوانین مربوط به سقط از عوارض و مرگ و میر زنان باردار می‌کاهد	۱۳۹	۱۰۰	-	-	-	-
بهترین راهکار جلوگیری از حاملگی ناخواسته آموزش به زنان است	۷۴	۵۳/۲	۳۹	۲۷/۳	۲۷	۱۹/۴
استفاده از نیروهای متخصص برای آموزش به زنان در زمینه پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته مؤثر است	۹۶	۶۹/۱	۳۹	۲۸	۴	۲/۹
از دلایل حاملگی‌های ناخواسته عدم آموزش صحیح است	۸۹	۶۴	۳۷	۲۶/۶	۱۳	۹/۴
عملی کردن تصمیم به سقط در حاملگی ناخواسته توسط زن و شوهر	۳۹	۲۸	۴۹	۳۵/۳	۵۱	۳۶/۷
قانونی شدن انجام سقط در حاملگی‌های ناخواسته	۹۰	۶۴/۷	۱۶	۱۱/۵	۳۳	۲۳/۷
از بین رفتن قباحت حاملگی‌های نامشروع در صورت قانونی شدن سقط در آنها	۱۰۳	۸۱/۳	۲۰	۱۴/۴	۱۶	۱۱/۵

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین نظرات پزشکان متخصص زنان و زایمان و عمومی شهر کرمان در مورد سقط جنین درمانی انجام گردید. بیش از نیمی از نمونه‌های مورد بررسی دانشگاهی بودند و ۲۱/۴ درصد متخصص زنان و زایمان بودند. نتایج حاصله نشان داد که بیشترین موافقت پزشکان در شاخص‌های سقط درمانی قبل از شانزده هفتگی مربوط به تالاسمی ماژور و مادر مبتلا به HIV بود و کمترین موافقت در بیماری قلبی شدید مادر (Stage II) و مادر مبتلا به افسردگی ماژور با افکار خودکشی است. در پزشکی قانونی این بیماری‌ها در فهرست شاخص‌های سقط جنین قرار گرفته است[۴، ۷]. نظرات پزشکان در امراض دیگر مانند سندرم داون و مادر مبتلا به سرطان که تحت شیمی درمانی می‌باشد، توافق نسبی را نشان داد که این موارد نیز از نظر پزشکی قانونی موجب صدور گواهی ختم حاملگی می‌شود[۴، ۷]. در مجموع درصد قابل توجهی از پزشکان در مورد شاخص‌های سقط جنین قبل از ۱۶ هفتگی بی‌نظر، مخالف و یا کاملاً مخالف بودند. به‌طور مثال پزشکان در مورد سقط جنین مادر مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی ۲۸/۸ درصد بی‌نظر و در مورد مادر مبتلا به بیماری قلبی شدید Stage II ۳۶/۷ درصد بی‌نظر و۲۲/۳ درصد مخالف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]

بودند. نظر به این که نگرش‌ها هدایت‌کننده رفتار و عملکرد افراد هستند[۱۱]،

لذا از این پزشکان نمی‌توان انتظار داشت که بتوانند در زمینه مشاوره با خانواده‌ها، آنان را جهت اتخاذ تصمیمات مناسب راهنمایی نمایند و آثار سوء آن در افزایش مرگ و میر مادران باردار و تولد نوزادان ناسالم مشهود خواهد بود. نویسندگان مقاله معتقدند که این نتایج می‌تواند به عنوان هشداری برای مسئولین تلقی گردد که با تدوین و همراهی برنامه‌های آموزشی مدون پزشکان جهت ارتقای آگاهی آنان در خصوص اجرای قوانین تدوین شده، از تأثیرگذاری نگرش‌ها و ارزش‌های فردی آنان در تصمیمات حرفه‌ای پیشگیری نماید. این در حالی است که شاخص‌های سقط با توجه به قوانین نظام پزشکی، احکام شرع و نظرات عالمان دینی با دقت نظر کافی تدوین و تصویب گردیده است[۷]. از طرفی علی‌رغم نظرات مخالف عده‌ای از پزشکان با سقط جنین قانونی تأیید شده، نتیجه دیگر این مطالعه نشان داده است که ۲۸ درصد از پزشکان با عملی کردن تصمیم به سقط در حاملگی ناخواسته توسط زوجین و ۶۴/۷ درصد یا قانونی شدن انجام سقط در حاملگی‌های ناخواسته موافق بودند که این نظرات نیز می‌تواند بر اتخاذ تصمیم زوجین مؤثر باشد.

بنابراین با توجه به این که اسلام ارزش زیادی برای حیات انسان قائل گردیده و حتی نطفه انعقاد یافته در رحم مادر یک موجود شریف و ارزشمند و صاحب حیات فردی و خاص محسوب می‌شود [۳، ۱۲]، لذا احتمال می‌رود که برداشت‌ها و نظرات متناقض ناشی از عدم آشنایی و شناخت با احکام و قوانین موجود باشد. بخش دیگر این مطالعه تعیین نظرات پزشکان در رابطه با جنبه‌های مختلف سقط جنین بود که با توجه به یافته‌های آن تمامی پزشکان با عبارت «وجود قوانین مربوط به سقط از عوارض مرگ و میر زنان باردار می‌کاهد» موافق بودند که این توافق ناشی از شواهد موجود مرگ و میر بالای مادران در اثر سقط‌های جنایی و غیرقانونی است. توافق ۶۰ درصد از پزشکان با عبارت «علی‌رغم عوارض شدید، سقط غیرقانونی به کرات انجام می‌شود» نیز مؤید آن می‌باشد. شکی نیست که در گوشه و کنار کشورمان شیادان بدون مجوز قانونی به قتل نفس و سقط جنین مبادرت می‌ورزند که در اثر کم تجربگی و عدم تخصص کافی منجر به فوت مادر می‌شود[۳]. مطالعات نشان داده است که سقط‌های غیرقانونی یکی از پنج علل عمده مرگ زنان جوان است که علت اصلی این مرگ‌ها از عوارض سقط جنایی مانند سپتی‌سمی، خونریزی شدید و پارگی رحم ناشی می‌شود[۹، ۱۳].

نتایج مطالعات نشان داده است که از هر ۸ مورد مرگ مادر یک مورد آن به دلیل سقط جنین است. سقط جنین منجر به مرگ و معلولیت هزاران مادر می‌شود. ۵۰ - ۱۰ درصد از زنانی که سقط غیرقانونی دارند، دچار عوارض شده و نیاز به درمان دارند[۱۴]. همانگونه که از جدول شماره ۲ نمایان است حدود ۹۷/۸ درصد از پزشکان مورد مطالعه موافقت خود را با عبارت «پیش بینی نکردن قانون برای سقط باعث مشکلاتی برای زنان می‌شود» اعلام نمودند. با این وصف به نظر می‌رسد که وجود قوانین پویا و مبتنی بر ارزش‌های حاکم بر جامعه و قوانین اسلامی به منظور حفظ سلامت مادر و جنین ضروری می‌باشد. همچنین اقدامات لازم در جهت شناسایی افراد مبادرت کننده به سقط جنایی و مجازات آنها بر اساس قوانین موجود می‌تواند گامی در جهت پیشگیری از شیوع سقط جنایی و مرگ و میر مادران و نهایتاً سلامت خانواده و جامعه باشد[۱۳، ۱۵]. خوشبختانه بعد از برقراری جمهوری اسلامی قوانین سقط متحول گردید و موارد سقط درمانی مجاز و مجازات سقط جنایی اعلام شد. نویسندگان بر اساس یافته فوق و مستندات موجود معتقدند که اجرای عملیات آگاه‌سازی جامعه از قوانین حاکم و مجازات اسلامی در رابطه با سقط جنایی می‌تواند میزان بالایی از حاملگی‌های نا خواسته و احتمال سقط جنایی را پیشگیری نماید[۷، ۱۳].

از نتایج دیگر این مطالعه که شایسته توجه و دقت زیاد است توافق ۶۴ درصد از پزشکان مورد بررسی با عبارات «از دلایل حاملگی‌های ناخواسته عدم آموزشی صحیح است» و همچنین «بهترین راهکار جلوگیری از حاملگی ناخواسته آموزش به زنان جوان است» می‌باشد که این نتیجه با برنامه کشوری تنظیم خانواده که بر محور آموزش گروه‌های خاص از قبیل آموزش جوانان و نوجوانان قبل از ازدواج، حین ازدواج، بعد از ازدواج و آموزش جامعه با استفاده از رسانه‌های جمعی استوار است توافق دارد[۱۶]. نتایج مطالعات بیانگر آن است که علی‌رغم اجرای برنامه تنظیم خانواده در ایران در سال‌های اخیر، تعداد حاملگی‌های ناخواسته قابل توجه است که این امر از جنبه‌های مختلفی بر زندگی زوجین اثر می‌گذارد و زنان با احتمال زیاد جهت انجام سقط غیرقانونی اقدام نموده و در اکثر موارد دچار عوارض خطرناک آن می‌گردند [۹، ۱۷، ۱۸].

در مطالعه‌ای ملک افضلی نشان داد که حدود ۲۵ درصد از حاملگی‌ها در ایران از سوی زن و شوهر ناخواسته بوده است[۱۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]

عباسی شوازی و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که از کل زنان همسردار که در زمان بررسی باردار و یا مشکوک به بارداری بودند ۱۶ درصد اظهار نمودند که حاملگی آنها ناخواسته بوده و در کل ۳۵ درصد از حاملگی‌های فعلی زنان مورد مطالعه بدون برنامه‌ریزی بوده است [۱۷]، در مجموع کنترل باروری‌های ناخواسته با توجه به عواقبی که از قبیل اقدام به سقط جنین جنایی (غیرقانونی) همراه بوده، می‌بایستی در برنامه‌های تنظیم خانواده با دقت و جدیت بیشتری پی‌گیری گردد.

دو محور اساسی برنامه کشوری تنظیم خانواده شامل راهکارهای مهم نظیر ارتقای‌آگاهی زنان و توسعه کیفی برنامه تنظیم خانواده می‌باشد[۱۶، ۱۹]. در گذشته سقط درمانی به مراتب بیش از امروز رایج بود. خوشبختانه در کشور ما بعد از برقراری جمهوری اسلامی قوانین سقط دچار تحول شد و محدودیت زیادی در انجام سقط به وجود آمد. از دیدگاه اسلام نطفه انعقاد یافته در رحم مادر یک موجود شریف و ارزشمند و صاحب حیات فردی و خاص می‌باشد و این نظریه برخاسته از امتیاز خاصی است که اسلام برای انسان قائل گردیده و سقط آن را تجویز نمی‌نماید. در حال حاضر سقط درمانی وقتی مجاز است که دو شرط با هم وجود داشته باشد. اول این که خطر مرگ مادر به علت حاملگی وجود داشته باشد و دوم این که سن جنین کمتر از ۴ ماه باشد. جهت جلوگیری از هر گونه سوء استفاده، در هر شهر کمیسیونی تشکیل گردیده که شاخص سقط را تأیید می‌نماید[۲، ۳]. بر اساس قانون مجازات اسلامی اگر طبیب یا ماما یا دارو فروش و اشخاصی که به طبابت، مامایی، جراحی یا داروفروشی اقدام می‌کنند وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند به حبس از دو سال تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوطه جاری خواهد گردید[۳، ۱۲]. به‌طور کلی سقط جنین موضوعی است که گاه حتی مباحثه و تبادل نظرات پیرامون آن پزشکان را از رسیدن به توافق مناسب و رضایت‌بخش به کلی ناامید می‌نماید و تصمیم گیری در این خصوص از مباحث مهم اخلاق پزشکی می‌باشد[۱۳]. با توجه به این مهم و با عنایت به پویایی قوانین و احکام شرعی و همچنین پیشرفت علم و پیدایش احتمالی شاخص‌های جدید و یا کشف درمان‌هایی در زمینه شاخص قبلی، توصیه می‌گردد که پزشکان همگام با این تغییرات و پیشرفت‌ها گام برداشته و بر ارتباط و تعامل بین حرفه‌ای خود و احکام و قوانین تأکید و تمرکز داشته باشند. به نظر می‌رسد که نقش کلیدی مسئولین و برنامه‌ریزان به منظور پویایی بیشتر از طریق راهکارهایی از قبیل برگزاری مستمر و نظام‌مند همایش‌ها، کنفرانس‌ها و آموزش‌های مدون در خصوص ارتقای آگاهی پزشکان بسیار ارزشمند است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]

منابع

۱- عزیزی فریدون، فقه و طب، طب و تزکیه، ۱۳۷۲، ۸، ۴۲- ۳۰
۲- اشرفیان بناب مازیار، ضروریات پزشکی قانونی، چاپ اول، تیمورزاده، تهران، ۱۳۸۰
۳- دیبابی امیر، بررسی مسأله سقط جنین از دیدگاه اسلام و قانون، پیام سلامت (ماهنامه خبری، تحلیلی, اطلاع رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، ۱۳۸۲، ۴، ۴۵-۴۳
۴- گودرزی فرامرز، پزشکی قانونی، چاپ سوم، اینشتین، تهران، ۱۳۷۷
۵- پزشک و ملاحظات اخلاقی، ترجمه: جعفریان علی، کاضمیان علی، صدر حسینی سیِدموسی، چاپ اول، جلد اول، برای فردا، تهران، ۱۳۸۳
۶- جهانیان منیره، ولوج روح، زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۳۷۸، ۱، ۱۰- ۹
۷- سازمان پزشکی قانونی کشور، شاخص‌های سقط جنین در بیماری‌های مادر و ناهنجاری‌های جنبی که به مرگ جنین یا مرگ نوزاد منجر می‌شود، بخشنامه شماره ۱۰/۲۹۲۸، ۸۲/۷/۲۸
۸- فتاحی سیدحسین، مجموعه مقالات سمینار دیدگاه‌های اسلام در پزشکی، چاپ اول، انتشارات دانشگاه فردوسی، مشهد، ۱۳۷۱
۹- اکبرزاده مرضیه، خرسندی محبوبه، بررسی علل حاملگی‌های ناخواسته در شهرستان اراک، طب و تزکیه، ۱۳۸۱، ۴۵، ۶۵-۶۲
۱۰- ملک افضلی حسین، برآورد سقط جنین‌های ناشی از حاملگی ناخواسته در ایران، بهداشت خانواده، ۱۳۷۵، ۲، ۷-۲
11- Taylor SH, Pepula LA, Sears DO. Social Psychology, 19th Edition, Prentice Hall: U.S.A, 1997
۱۲- پزشک و ملاحظات اخلاقی، ترجمه: جعفریان علی، کاضمیان علی، صدر حسینی سیِدموسی، چاپ اول، جلد دوم، برای فردا، تهران، ۱۳۸۳
۱۳- رازی احد، جداری عباسی مصطفی، پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته‌های پزشکی و حقوق, انتشارات سالار، تهران، ۱۳۷۸
۱۴- شمشیری میلانی حوریه، سلامت مادران در: کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، حاتمی حسین و همکاران، ارجمند، تهران، ۱۳۸۳: ۵۰-۱۳۴۲
۱۵- روحانی علی‌آبادی محمد، نوغانی فاطمه، احکام پزشکی، چاپ اول، تیمورزاده، تهران، ۱۳۷۶
۱۶- خوشبین سهیلا، سلامت مادران در: کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، حاتمی حسین و همکاران، ارجمند، تهران، ۱۳۸۳: ۷۴-۱۲۶۲
۱۷- عباسی شوازی محمد جلال، چاوشی حسین، دلاور بهرام، حاملگی‌های ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن در ایران، باروری و ناباروری, ۸۲، ۷۶ -۶۲
18- Bonggarts J. Population policy options in the developing world. Sciencep 1994; 263: 771-76
19- Lewis Gray LA. Family planning: the progressor nations. UNICEF: Geneva, 1999
۲۰- هادی حجت، طلعتی محمد هادی، احکام پزشکان و مشاغل مربوط به پزشکی, چاپ چهارم, دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم،۱۳۷۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.3.1.5]