

سقط جنین، حق حیات مادر بررسی سقط جنین از منظر طب

حوریه شمشیری میلانی (M.D., M.P.H.)

- استادیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

سقط جنین به خاتمه دادن عمدی یا غیرعمدی بارداری قبل از اینکه جنین قادر به ادامه حیات در خارج از بدن مادر باشد، اطلاق می‌شود. در فرآیند بارداری تمامی تخم‌هایی که حاصل لقاح اسپرم و تخمک هستند، به مرحله لانه‌گزینی در رحم و ادامه بارداری نمی‌رسند و بارداری‌های متعددی به طور خودبخود به دلایل اشکالات جنینی و یا مادری، خاتمه می‌یابند. تعدادی از بارداریها نیز به طور اختیاری خاتمه داده می‌شوند. در این میان، اعداد و ارقام مرگ مادرانی که در تنگنای پذیرش یا عدم پذیرش بارداری ناخواسته قرار می‌گیرند و مبادرت به سقط جنین‌های خطرناک می‌کنند، قابل توجه است. اگرچه سقط جنین، در نگاه اول موضوعی طبی است؛ ولی حیطه‌های مختلف، هریک بر حسب زاویه نگاه خود، نظر کارشناسانه، قضاوت مدار و تعیین کننده، بر موضوع دارند و در اکثر مواقع، بحثها تئوری بوده و ذینفعان متفاوتی را مدنظر قرار می‌دهد. در این میان، به نظر می‌رسد که سلامت مادر چه با ادامه بارداری و چه با قطع بارداری کمتر مورد علاقه باشد؛ و حتی در مواردی که مادر یا جنین دچار بیماری است تصمیم‌گیری برای حفظ سلامت مادر و جنین منوط به اخذ نظریات ابعاد دیگر است. این مقاله، بدون اینکه موضعی موافق و یا مخالف درباره سقط جنین داشته باشد، اطلاعاتی درباره بارداری و سقط جنین به خواننده ارائه می‌دهد و خواننده در تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری برای مداخلات ضروری آزاد گذارده می‌شود.

کلید واژگان: بارداری، سقط جنین، سلامت مادر، حق، بارداری ناخواسته، سلامت زنان.

مسئول مکاتبه: دکتر حوریه شمشیری میلانی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، طبقه هشتم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: hourieh_milani@yahoo.com

مقدمه

سقط جنین، مشکلی است که برای زن باردار رخ می‌دهد و در وهله اول همانند سایر مسائل علم زنان و مامایی، به نظر یک رخداد طبی است؛ ولی در عمل، تخصص‌های دیگری نیز بر آن نگاه کارشناسانه، قضاوت مدار و تعیین‌کننده دارند و اغلب، این نظرات هستند که در نهایت مورد رجوع واقع می‌شوند. مسائل قانونی و حقوقی، فرهنگی و اخلاقی، مذهبی و اعتقادی، اجتماعی و... نیز سقط جنین را به عنوان موضوع، مورد بررسی و بستر مداخله خود قرار می‌دهند. ولی واقعیت این است که در طی زمان، سقط جنین بیش از آنچه موضوعی طبی و مرتبط با سلامت مادر و جنین باشد، به حیطة علوم نظری و مباحثه تئوریک راه یافته است و در این مسیر، وجود عینی مادر و سلامتی او کمرنگ و حتی گاهی گم شده است. بیشتر مباحث بر سر شخصیت، نفس و روح انسانی جنین و در نهایت، دفاع از جنین است (۱،۲) و مادر نیز جایگاه و حق اظهار نظر و داشتن خواسته‌ای ندارد. پس مفردی جز دانش غیرعلمی و خطرناک خود و ملج‌هایش نمی‌یابد و این در حالیست که متخصصین بهداشتی و پزشکان که شاهدان عینی مادران محتضر از عوارض سقط ناسالم هستند و با نفس‌های بریده و صورت‌هایی به عرق مرگ نشسته، چشم امید بر آنان دوخته‌اند، در موضعی منفعل قرار می‌گیرند و مجبورند تا از اهمیت سلامت مادران، در مقابل دلایل بی‌شمار دفاع نمایند. البته به نظر نویسندگان نیز، دفاع از حقوق جنین و موجودی که قدرت دفاع ندارد، نمودی از عدالت است؛ ولی آنچه در این میان فراموش می‌شود و نگاهی مجدد، جدی و پی‌ریزی طرحی نو را در مطالعات و مباحثات نیاز دارد، همانا شخصیت، نفس بالفعل، روح انسانی، حقوق و سلامت مادر است.

عدالت درباره مادر چگونه تعریف و اجرا می‌شود؟ کافی است، نگاهی به مباحث اخلاقی و قانونی مجازات‌های

مربوط به سقط جنین انداخته شود (۳،۴). Global Gag Rule فعالیت‌های مربوط به سقط جنین را محدود می‌سازد و نه تنها موجب کاهش تقاضای زنان برای سقط جنین نمی‌شود، بلکه عوارض جبران ناپذیری را بر حیات و سلامت زنان بر جای می‌گذارد (۵،۶). ماده ۴۸۹ قانون مجازات‌های اسلامی بیان می‌دارد که: "هرگاه زنی جنین خود را سقط کند دیه آن را در هر مرحله‌ای که باشد، باید بپردازد و خود از آن دیه سهمی نمی‌برد" (۷). تمامی جبرانها و دیات، نطفه، علقه، مضغه و جنین را شامل می‌گردند و باید که به وراثت جنین پرداخت گردند. "... دیه بر عهده کسی است که متصدی سقط بوده و مثلاً اگر پزشکی با عمل جراحی یا به سبب تزریق آمپولی به زن باردار، جنین او را سقط نماید، ضامن وی است و اگر مادر به عنوان مثال شربت یا قرصی را که پزشک به وی داده بخورد، خودش ضامن است. در حالت دوم، دیه را باید عاقله (منسوبین مذکر قاتل از طرف پدر) بپردازد (۸)". در این میان به حق ظرف این نطفه، علقه، مضغه و جنین و همو که اینان بدون آن حیاتی و رشدی ندارند، ولی حیات و موت، سلامت و بیماری او را رقم می‌زنند، اشاره‌ای نمی‌شود و یا همپای دیگران که رشد جنین هیچ ضرر و زیانی بر آنان وارد نمی‌آورد، بحساب می‌آید. اگر از مادر یاد می‌شود، به عنوان فرد مجرمی است که مبادرت به امر غیرقانونی نموده است و می‌بایست عمل خود را جبران نماید (۹) و در این شرایط وضعیتی پیش می‌آید که فضایی برای مادر متصور نیست. یعنی میزان برای تصمیم‌گیری در مورد حیات و سلامت مادر، مواضع و قوانین حقوقی و اجتماعی‌اند. سلامت مادر تا آنجایی قابل حصول است که جامعه می‌گوید و حقوق و قانون آنرا مصلحت می‌داند و وضع می‌کند. به عبارت دیگر در شرایطی که هر انسانی مسئول حفظ جان خود است و در محضر خالق خود درباره حفظ و نگهداری امانت خدایی بازخواست خواهد شد، مادر باید منتظر بماند که

جنین قدرت زندگی در خارج از رحم مادر را یافته باشد، اطلاق می‌گردد. معمولاً این زمان را قبل از هفته بیستم بارداری و وزن جنین را زیر ۵۰۰g ذکر می‌کنند.

سقط جنین انواع مختلفی دارد:

سقط خودبخودی:

ختم بارداری بدون هر گونه تدبیر و اقدامی برای خاتمه آن است.

سقط القا شده^۱ یا سقط اختیاری:

به ختم بارداری که مداخله‌ای به همین منظور برای آن انجام شده باشد اطلاق می‌شود. سقط القا شده می‌تواند در شرایط سالم طبی و بر اساس موازین بهداشتی و سیاست‌های قانونی انجام شود و یا می‌تواند در خارج از سیستم طبی و قانونی انجام پذیرد. به عبارتی، سقط القایی می‌تواند سالم^۲ و یا ناسالم^۳ باشد. سقط جنین می‌تواند از نظر فیزیکی، روانی و عاطفی صدمه زننده باشد (۱۰).

سقط فراموش شده:

حالتی است که محتویات فاقد حیات بارداری برای روزها و یا حتی هفته‌ها در داخل رحم باقی بماند (۱۱).

سقط درمانی:

به ختم بارداری، قبل از اینکه جنین توانایی ادامه حیات در خارج از بدن مادر را داشته باشد، به منظور محافظت از سلامت مادر، یا به دلیل بیماری یا نقایص جنین اطلاق می‌گردد (۱۲).

وضعیت سقط جنین در دنیا

اگرچه در طی سی سال اخیر استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری وسعت بیشتری پیدا کرده است ولی تخمین زده می‌شود سالانه ۵۳-۲۶ میلیون سقط در دنیا انجام می‌شود. سقط‌های ناسالم در شرایط غیربهداشتی و با وسایل خطرناک، توسط خود مادران

آیا دیگران بر سر این موضوع (مرگ و حیات او) توافق دارند یا خیر؟ یا در شرایط بیماری، یا عدم توانایی او برای سپری کردن دوره بارداری و زایمان و خطراتی که ناقض حیات و سلامتی او خواهند شد، نظرات چه مسیری را طی خواهند کرد؟ و آیا دیگران برای حالت روانی او که جنینی ناهنجار و بیمار را در داخل بدن خود حمل می‌کند، و در آینده نیز باید از او مراقبت کند، چه دستورالعملی صادر خواهند کرد؟

مطلب دیگری که شایان توجه می‌باشد اینست که، عدم مبادرت به سقط جنین به معنای تضمین سلامتی مادر در حالت ادامه بارداری و انجام زایمان نمی‌باشد؛ همچنانکه، کتاب‌های زنان و مامایی و بخش‌های مربوطه در مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانها، مدارک معتبری در تایید آن ارائه نمی‌دهند.

در این مقاله سعی شده است که زاویه دید را کمی تغییر داده و مادر، جنین و سقط جنین را در مرکز رویت و بحث گذاشته و بیشتر به آنچه رخ می‌دهد و علم طب را به مداخله می‌کشاند، به مسئله نگاه شود و باقی قضایا را به عنوان موضوعاتی که ارزش آنان با توجه به سلامت مادر و جنین سنجیده می‌شوند و از آن جنبه باید بررسی گردند و نه برعکس، به قضاوت گذاشته شود.

بدین منظور، به طور خلاصه به تعاریف سقط جنین و انواع آن اشاره می‌شود، به وضعیت آن در دنیا و ایران پرداخته و عوارض سقط جنین و سال‌های از دست رفته انسانی در اثر سقط جنین ارائه می‌گردد. روند بارداری را آنچنان که در بدن مادر اتفاق می‌افتد شرح داده و خواننده را در تجزیه و تحلیل و ارائه مداخلات مناسب برای حل معضل و کاهش عوارض، آزاد ولی مسئول باقی می‌گذارد.

تعاریف

سقط جنین: به خاتمه بارداری (به هرعلتی) قبل از اینکه

1- Induced abortion

2- Safe

3- Unsafe

سقط جنین، مبادرت ناگزیر مادران به سقط‌های ناسالم و در نتیجه مرگ و میر آنان را به مقدار زیادی افزایش داد (۱۸).

به نظر می‌رسد، یکی از مهم‌ترین دلایل نگرش همراه با سوءظن به موضوع سقط جنین، هراس از این مسئله باشد که با قانونی شدن آن، فسق و فجور در جامعه افزایش یابد. درحالی‌که در شرایط غیرقانونی بودن سقط جنین هم، فسق و فجور در جوامع اتفاق می‌افتد؛ ولی مدارک موکداً نشان می‌دهند که بیشتر زنانی که موافق انجام سقط جنین هستند و یا مبادرت به سقط جنین می‌کنند، بانوانی دارای همسر و فرزند می‌باشند (۱۹،۲۰).

در اکتبر سال ۲۰۰۰ و در نشست هزاره سازمان ملل، تمامی کشورها بر روی اهدافی به توافق رسیدند که یکی از این اهداف، کاهش مرگ و میر مادران به میزان $\frac{3}{4}$ تا سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ بود.

علل مرگ مادران در دنیا متعدد است. عده‌ای به دلیل عوارض دوره بارداری و زمان زایمان می‌میرند. عده‌ای به دلیل مالاریا جان خود را از دست می‌دهند. عده‌ای قبل از اینکه بدانند باردار هستند می‌میرند و عده‌ای چون می‌خواهند بارداری ناخواسته‌شان را خاتمه دهند و به خدمات مناسب دسترسی ندارند، جان می‌بازند. مادران به دلیل عدم اطلاع یا قطع امید از دسترسی به خدمات سالم، با انواع وسایل، که اکثراً خطرناک نیز هستند، نیت ختم بارداری خود را عملی می‌سازند. این مادران نیز از مهر و محبت مادری بهره‌مندند و چه بسا از خطرات اقدام خود آگاهی دارند؛ ولی آنچنان در تنگنا و عسر قرار دارند که به این وسایل خطرناک پناه می‌برند.

حصول اهداف هزاره توسعه برای بهبود سلامت مادران و کاهش مرگ و میر نیاز به اقدام جدی دارد و این در حالیست که در کشورهای در حال توسعه، خطر مرگ در اثر سقط‌های ناسالم چند صد برابر بیش از سقط‌های سالم است (۲۱).

یا افراد بی‌تجربه و مهارت انجام می‌شوند و سالیانه پنجاه تا صد هزار مرگ مادر را برجای می‌گذارد. این مرگها اکثراً در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتند و قابل پیشگیری هستند (۱۳).

بار ناشی از سقط جنین‌های ناسالم (DALY):^۱ در حدود پنج میلیون سال محاسبه شده است؛ یعنی در اثر اقدام به انجام سقط‌های ناسالم، برابر پنج میلیون سال به دلایل مرگ، عوارض سقط از قبیل خونریزی، عفونت، ناباروری و... از دست می‌رود (۱۴).

در ایران آمار دقیقی از موارد سقط جنین وجود ندارد؛ اما با تخمین و محاسباتی می‌توان به رقم قابل اعتمادی رسید و معضل بودن آن را به اطلاع مدیران رساند. در محاسباتی آماری به رقم سالیانه حدود هشتاد هزار سقط اشاره شده است (۱۵). طبق سیمای جمعیت و سلامت در ایران در حدود یک چهارم بارداریها، ناخواسته هردو زوج می‌باشند و با در نظر گرفتن میزان موالید سالیانه حدود یک میلیون و دویست هزار، با فرض هر درصد کمی که مادران مبادرت به سقط اختیاری بکنند، عدد مطلق آن در نتیجه مرگ و عوارض، لزوم پرداختن جدی به مسئله را مجدداً تاکید می‌کند (۱۶). امروزه سقط جنین به عنوان یک مسئله مهم و جدی بهداشت عمومی و تهدید کننده جان زنان در دنیا مطرح شده است (۱۷). توافق عمومی بر اینست که برای پیشگیری از سقط ناسالم باید اقداماتی انجام شود و بدیهی است که تصمیم عقلایی نیز چنین است. تجارب نشان می‌دهند که قوانین و سیاست‌های جنایی و سرکوب‌کننده بر علیه سقط جنین عمدتاً در پیشگیری، دچار شکست می‌شوند و غالباً در کاهش رخداد سقط‌های ناسالم و بی‌عدالتی‌های اجتماعی تأثیری ندارند.

شاید مشهودترین نمود آن در عصر مدرن امروز، رومانی باشد. سیاست سرکوب‌گرانه دولت در مورد

1- Disability Adjusted Life Years

فرآیند بارداری و ختم خودبخود آن:

اتفاقاتی که براساس برنامه‌ریزی آفرینش، در حال حاضر برای خلقت یک انسان از طریق بارداری رخ می‌دهد، به قرار زیر است: لقاح در اثر ملاقات و ترکیب یافتن اسپرم و تخمک در محل لوله‌های رحمی یک زن انجام می‌شود و تخم یا زیگوت ایجاد شده، شروع به تقسیمات سلولی نموده و همزمان با این تکامل، در مسیر لوله رحمی حرکت نموده و به داخل رحم می‌رسد. در داخل رحم چندین روز سرگردان بوده و بالاخره در حوالی روزهای ۹-۷ بعد از لقاح در لایه پوششی داخل رحم کاشته می‌شود و نیازهای خود را از طریق جفت و از مادر برآورده ساخته و به تکامل و رشد و نمو خود ادامه می‌دهد تا بالاخره به صورت نوزادی زایمان شده و متولد گردد.

اما واقعیت اینست که تمامی تخمک‌هایی که لقاح یافته‌اند، یعنی با اسپرم ترکیب شده‌اند و سلول تخم را ایجاد کرده‌اند، به مرحله لانه‌گزینی در رحم نمی‌رسند و تمامی تخم‌هایی هم که کاشته شده‌اند، به مرحله جنینی و زایمان نمی‌رسند، بلکه در این مسیر خودبخود از بین می‌روند، حتی قبل از آنکه مادر متوجه بارداری خود شود. این گونه ختم بارداریها را سقط‌های تحت بالینی^۱ می‌گویند. به اضافه، تمامی جنین‌هایی که رشد کرده‌اند و حتی دوره‌های قاعدگی مادر را به تعویق انداخته‌اند، متکامل نمی‌شوند. حدود ۲۰-۱۵٪ بارداریها به صورت خودبخود سقط می‌شوند، که در اکثر موارد، اشکالات کروموزومی تخم، رویان و جنین را دلیل قطع روند بارداری می‌دانند (۲۲).

پس، طبیعت یا عواملی خارج از اختیار انسان، بارداری تخم‌هایی را که دارای اشکال هستند و قدرت زیست و ادامه حیات را ندارند، ناتمام می‌گذارد. این امر به دلایل اشکالات مادری هم می‌تواند اتفاق بیفتد و جنینی که هنوز به اندازه کافی رشد نکرده است تا بدون اتصال

به مادر بتواند به عنوان یک فرد انسانی، نفس بکشد و زندگی کند، زایمان شده و بعداً از بین می‌رود. قابل ذکر است که با پیشرفت سن بارداری از میزان سقط‌های خودبخود کاسته می‌شود؛ ولی همچنانکه گفته شد به دلایل مادری یا جنینی، فرآیند بارداری و رشد و نمو جنین متوقف می‌گردد و چه بسا به دلایل بیماری‌های متعدد مادر یا جنین، نوزاد نارس متولد می‌شود.

انواع سقط‌های القا شده

انگیزه سقط اختیاری دو گونه است؛ دلایل مادری و دلایل جنینی.

اندیکاسیون‌های مادری:

در پاره‌ای از کشورهای دنیا انجام سقط جنین ممنوع است؛ مگر برای نجات جان مادر. اگرچه نجات جان مادر حالتی مبهم می‌باشد، چرا که به خطر افتادن جان مادر و نجات جان او می‌تواند در نظر اشخاص مختلف، متفاوت باشد، ولی با این وجود، به طور کلی در کشورهای مختلف، حالاتی از بیماری از جمله نارسایی کلیه، رتینوپاتی دیابتی، بیماری سلول‌های خونی داسی شکل، بیماری‌های قلبی و اشعه درمانی یا شیمی درمانی مصادیقی از نجات جان مادر قلمداد شده و ختم بارداری مجاز شمرده شده است (۲۳).

در این میان، تفاوت جان و سلامت نیز باید مدنظر قرار گیرد. ممکن است فردی در حالت نباتی زنده باشد ولی سالم نباشد. طیف سلامتی و بیماری گسترده است و سوال اینست که کدام حالت و وضعیت در مورد حفظ جان و سلامتی قابل قبول است؟

اندیکاسیون‌های جنینی:

علیرغم پیشرفت‌های فراوان در زمینه تشخیص و درمان قبل از تولد، بیشتر ناهنجاری‌هایی که در جنین مشخص می‌شوند، درمانی جز سقط یا خاتمه انتخابی بارداری ندارند.

اعمال جراحی مادری- جنینی، که اصلاحات اختلالات جنین را در داخل رحم به عمل می‌آورد، هنوز در مرحله تجربه‌اند و حاوی نظریات ضد و نقیض‌اند و هنوز اطلاعات ناشی از مطالعات طولانی مدت در مورد این گونه روشها نادر می‌باشد.

در حال حاضر، اندیکاسیون‌های جنینی برای سقط جنین شامل: شرایط آناتومیکی که با حیات تطابق نداشته باشد، مثل آنانسفالی (تشکیل نشدن مغز جنین) و ناهنجاری‌های بزرگ مادرزادی (هیپرپلازی قلب چپ، اشکالات سیستم عصبی) می‌باشد (۲۴).

این موارد، مواردی هستند که معمولاً مادر بعد از حمل و زایمان جنین، کودک خود را که به خاطرش، خطرات مختلف روند بارداری و زایمان را از سر گذرانده است، ظرف مدت کوتاهی از دست می‌دهد.

به علاوه برخی از ناهنجاری‌های جنین باعث مرگ یکباره او نمی‌شوند؛ ولی زندگی را برای او و صد البته برای مادر و اطرافیان و جامعه دشوار و غیر قابل تحمل می‌نمایند. فشارهای فیزیکی، روانی و اجتماعی ... که افراد ناتوان و معلول و خانواده‌هایشان و دیگران را رنج می‌دهند، نیاز به ارائه دلیل و مدرک ندارند. از اینجاست که شک اینکه " آیا جنین‌های معیوب باید به دنیا بیایند؟" در اذهان جامعه نقش می‌بندد.

اختلالات و ناهنجاری‌های ژنتیکی در حدود ۵-۲٪ از مولید زنده را گرفتار می‌سازند. این تعداد ۳۰٪ پذیرش بیمارستان‌های اطفال را به خود اختصاص می‌دهند و مسئول ۵۰٪ از مرگ‌های دوران کودکی در کشورهای صنعتی می‌باشند.

اختلالات ژنتیکی در منطقه مدیترانه شرقی تحت پوشش سازمان بهداشت جهانی هم حداقل به اندازه کشورهای صنعتی وسعت دارد. دلایل این زیاد بودن اختلالات ژنتیکی عبارتند از:

- ازدواج‌های فامیلی که احتمال اشکالات ژنتیکی را زیاد می‌کنند.

- بارداری زنان در سنین بالا

- افزایش سن پدران و افزایش احتمال موتاسیونها و جهش‌های کروموزومی

- شیوع بالای هموگلوبینوپاتیها و کمبود G₆PD در بسیاری از کشورهای منطقه، به خصوص در ایران که موارد آن زیاد است.

- بعد خانوار بالا که احتمال گرفتاری تعداد زیادی از کودکان را افزایش می‌دهد.

- موازین بهداشت عمومی در جهت پیشگیری از اختلالات مادرزادی و خدمات کافی قبل و در طی بارداری وجود ندارد.

عوامل ژنتیکی و مادرزادی از عوامل ناتوانی‌های کودکان از جمله عقب افتادگی‌های ذهنی، کوری و ناشنوایی هستند.

- سندرم داون که در زنان زیر ۳۰ سال به احتمال یک به ششصد رخ می‌دهد، در زنان بعد از ۴۰ سالگی به یک در پنجاه می‌رسد.

اطلاعات اپیدمیولوژی نشان می‌دهند که بیماری‌های وراثتی و مادرزادی به سرعت در حال تبدیل شدن به یکی از مسایل بهداشتی منطقه می‌باشند و ضروری است که اقداماتی برای حل آنها اتخاذ شود.

در کنار موازین پیشگیری اولیه منجمله آموزش جهت پیشگیری از موارد ذکر شده در سطوح فوق، ارتقاء سلامت و مدیریت مورد به مورد را نیز ذکر می‌کنند.

پیشگیری ثانویه یعنی پیشگیری از تولد کودکان مبتلا از طریق تشخیص قبل از تولد (پره‌ناتال) و سقط اختیاری یا مدیریت بهینه و مناسب برای کاهش تظاهرات بیماری می‌باشد(۷).

امروزه شعار سازمان بین‌المللی تنظیم خانواده (IPPF)^۱ چنین است: " باید کاری کرد که سقط جنین نادر، سالم و قانونی شود (۲۵)". به عبارت دیگر با پیشبرد و گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری

1- International Planned Parenthood Federation

نیفتد، این کار انجام گیرد و مشاوره و اقدامات بعدی برای پیشگیری از وقوع مجدد سناریو انجام پذیرد و اگر در این راستا بر سر راه استفاده مادر از امکانات سقط سالم، موانع دسترسی و منجمله قانونی وجود دارد، از میان برداشته شود. و حال سوال اینست که مسئولیت آحاد و نخبگان جامعه ما برای حل این معضل چه باید باشد؟

و رفع موانع، از وقوع موارد بارداری‌های ناخواسته پیشگیری شود. اگر چنانچه بارداری ناخواسته‌ای ایجاد شده است، طی مشاوره، مواردی را که مادر و والدین اصرار بر خاتمه بارداری دارند، کاهش داد و اگر چنانچه مادر به دلایل غیرقانونی بودن سقط، به راه‌های ناسالم مترصد می‌شود، به نحو سالم و طوری که سلامت مادر به خطر

منابع

- 1- راسخ محمد. جدال حیات: بررسی اجمالی تئوری های سقط جنین. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، شماره سوم، سال چهارم، تابستان ۱۳۸۲.
- 2- حسینی بهشتی سید محمد. بهداشت و تنظیم خانواده. بنیاد نشر آثار و اندیشه‌های شهید آیت‌الله بهشتی، تهران، انتشارات بقعه، ۱۳۷۹ (۱۵۷-۵۲).
- 3- آرتیدار طیبیه. قوانین و مقررات ویژه زنان در جمهوری اسلامی ایران. ویرایش دوم، مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری، نشر برگ زیتون، ۱۳۷۹ (۱۱۰-۱۰۹).
- 4- Miller S., Gillings D.L. Abortion and post abortion care: ethical, legal, and policy issues in developing countries. *J Midwifery Women's Health*.2005;50(4): 341-3.
- 5- Farmer A. No choice in El Salvador. *The Catholic Church works overtime to prohibit abortion rights. Reprod Freedom News*.1999;8(2):2.
- 6- The Bush Global Gag Rule: Endangering Women's Health, Free Speech and Democracy, Center for Reproductive Rights, July 2003; Itemf033, available at: www.reproductiverights.org.
- 7- جهانگیر منصور. قانون مجازات اسلامی (حدود- قصاص- دیات- تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده). نشر دیدار، ۱۳۸۲ (۱۲۰).
- 8- حجت هادی، طلعتی محمد هادی. انجمن علمی- فرهنگی کتابخانه ملی کرمان، احکام پزشکان و مشاغل مربوط به پزشکی، چاپ دوم، مرکز انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی- قم، بهار ۱۳۷۶ (۵۸-۵۶).
- 9- Lindenmayer I. Fighting the Global Gag Rule, August, *The Nation*. 23, 2001, available at: www.thenation.com/doc/20010820/lindenmayer20010823.
- 10- Cunningham G., Leveno K., Bloom S., Gilstrap L., Westrom K., Hauth J. *Williams Obstetrics 22nd Edition*. 2005;pp:232.
- 11- Cunningham G., Leveno K., Bloom S., Gilstrap L., Westrom K., Hauth J. *Williams Obstetrics 22nd Edition*. 2005;pp:240.
- 12- Susan P., Kupfeman, *Pregnancy termination in current care of women*.2004. Lange Medical books, Mc Graw-Hill,pp:577.
- 13- WHO, prevention of unsafe abortion, post abortion family planning: a practical guide for program managers, on web site: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHT>
- 14- WHO, Department of Reproductive Health, annual technical report 2002, prevention unsafe abortion, section 4.
- 15- ملک افضلی حسین. برآورد سقط جنین حاصل از حاملگی‌های ناخواسته. مجله بهداشت خانواده. انجمن تنظیم خانواده، تابستان ۱۳۷۵، سال اول، شماره دوم.
- 16- وزارت بهداشت، معاونت سلامت، دفتر سلامت خانواده و جمعیت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مهرماه ۱۳۷۹ - صفحه ۷۹.
- 17- IPPF (International Planned Parenthood Federation) policy handbook,4.18.
- 18- Cook R.J., Dickens B.M., Horga M. Safe abortion; WHO technical and policy guidance, Ethical and legal issues in reproductive health. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;86:79-84.
- 19- موسوی سیدمحسن، صادقزاده معصومه، استادزاده نیره. سیمای اپیدمیولوژیک سقط در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر قم سال ۱۳۸۱. خلاصه مقالات سمینار بررسی جامع ابعاد سقط جنین در ایران، کرمانشاه- ایران- ۷ و ۸ اسفند ۱۳۸۱- پژوهشکده ابن‌سینا.
- 20- شمشیری میلانی حوریه. سلامت، ابعاد سلامت و جایگاه سقط جنین در ارتباط با آن. خلاصه مقالات سمینار بررسی جامع

- 23-Hamant H., Alwan A.D., Genetic disorders and congenital abnormalities: strategies for reducing the burden in the region. *East Mediterr Health J.*1997;3(1):123-132.
- 24- Branch D.W., Scott J.R., Early pregnancy loss. *Danforth's Obstetrics & Gynecology*. 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins. 2003;pp:75-82.
- 25- <http://ippf.org>
- ابعاد سقط جنین در ایران، کرمانشاه- ایران- ۷ و ۸ اسفند ۱۳۸۱ - پژوهشکده ابن سینا.
- 21- World Health Organization, safe abortion; technical and policy guidance for health services ,2003.
- 22- Cunningham F.G., MacDonald P.C., Gant N.F., Leveno K.K., Gilsrap L.C., Hankins G.D.V., et al. *Williams obstetrics*. 21st Edition. New York.(NY): Mac Graw Hill.2001;pp: 835-849.