



حضرت آیت الله خامنه ای:

تبدیل شدن عدالت به جریانی فراگیر و دائمی در قوه قضاییه نیازمند تقوا، نگاه بی طرفانه در حوادث کوچک و بزرگ و عملکرد دقیق و حکیمانه به قانون است.

تنها آزمایشگاه پزشکی قانونی گیلان تعطیل می شود

ورود سازمان پزشکی قانونی به عرصه آموزش همگانی برای کاهش جرم در کشور

بهبود ارتباط بیمار با کادر درمانی در کاهش شکایات قصور موثر است

دو ماهنامه «ارش»

دی ماه ۱۳۹۰، شماره ۴۵

نشریه داخلی سازمان پزشکی قانونی کشور

«ارش» تفاوت عضو سالم با معیوب است که تشخیص آن امری تخصصی به شمار می رود و نیازمند به اظهار نظر کارشناسان پزشکی قانونی است

آیت الله آملی لاریجانی: استقلال قضایی از مهم ترین اصول موفقیت نظام قضایی کشور است و همه ما باید تلاش کنیم که این استقلال خدشه دار نشود.



نوزدهمین اجلاس جهانی پزشکی قانونی در کشور پرتغال برگزار شد

دستاوردهای جهانی برای پزشکی قانونی



IAFS

انجمن بین المللی پزشکی قانونی (IAFS) در سال ۱۹۵۷ تاسیس شد و تنها انجمن در سطح جهانی است که تمام متخصصین دانشگاهی و اجرایی رشته های مختلف علوم قانونی را گرد هم می آورد. این متخصصین عبارتند از:

■ پاتولوژیست های قانونی که مسئول کالبدگشایی و پزشکی قانونی بالینی مانند معاینه قربانیان تجاوزات جنسی و سایر خشونت ها در بالغین و کودکان هستند.
■ دانشمندان قانونی و کسانی که در نیروهای پلیس ادارات دولت یا آزمایشگاه های خصوصی خدمت می کنند و با انگشت نگاری، دسته بندی

بیوشیمیایی، آنالیز داروها، سم شناسی، اسلحه شناسی، بررسی اسناد و مدارک کوچک باقی مانده، بازسازی تصادفات و ... سروکار دارند.

■ کسانی که در سایر شاخه های علوم قانونی مانند روانپزشکی قانونی، آنتروپولوژی، حقوق پزشکی و اخلاق زیستی، دندانپزشکی قانونی و پژوهش در علوم قانونی فعالیت می کنند.

اهداف IAFS عبارتند از:

■ گسترش و پیشرفت علوم قانونی
■ کمک به دانشمندان قانونی و سایرین برای تبادل اطلاعات علمی و تکنیکی و سازماندهی همایش های

سه سالانه از سال ۱۹۵۷ تا کنون ۱۹ همایش در شهرهای بزرگ سراسر جهان برگزار شده است. کنگره ۲۰۱۱ در جزیره مادیرا در پرتغال برگزار شد و کنگره قبل در سال ۲۰۰۸ در نیوارلنن برگزار شده بود.

کنگره

کنگره ۲۰۱۱ IAFS که در واقع همایش سه سالانه این انجمن بود به همراه نهمین کنگره سه سالانه افسران پزشک پلیس جهانی (MAFS) برگزار شد. چندین انجمن بین المللی دیگر نیز نشست های مدیریتی یا علمی خود را در طی این کنگره برگزار کردند. این انجمن ها عبارت

بودند از انجمن علوم آمریکا (AAFS)، سازمان بین المللی دندانپزشکی قانونی (IOFOS)، شبکه علوم قانونی اروپا (ENFSI)، انجمن جهانی حقوق پزشکی (WAML)، انجمن پزشکی قانونی اروپا (ECLM)، آکادمی بین المللی پزشکی قانونی (IALM)، شبکه ایبروآمریکن از موسسات پزشکی قانونی و علوم قانونی (RIAMLEF)، کمیته بین المللی صلیب سرخ (ICRC)، انجمن بین المللی بازتوانی قربانیان شکنجه (IRCT) و چند انجمن دیگر است. علاوه بر سه روز ارائه مقالات پذیرفته شده به صورت سخنرانی و نمایش پوسترها در این کنگره ۱۶ کارگاه آموزشی با موضوعات مرتبط با علوم قانونی نیز برگزار شد.

نوزدهمین اجلاس جهانی پزشکی قانونی در کشور پرتغال برگزار شد

دستاوردهای جهانی برای پزشکی قانونی

شهر زیبای مادیرا، شهریور امسال، میزبان نوزدهمین اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی (International Association of Forensic Sciences) بود. متخصصان و مدیران پزشکی قانونی از سراسر جهان از جمله کشور ایران، از ۲۱ تا ۲۶ شهریور ماه سال جاری در شهر مادیرا واقع در کشور پرتغال گرد هم آمدند. اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی فرصت مناسبی را در اختیار کشور ما قرارداد تا زمینه مبادله تجربیات و استفاده از دانش روز جهانی در این حوزه را فراهم کند. اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی در سال ۱۹۵۷ تاسیس شد و مرکب از متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی قانونی است. هدف این انجمن کمک به پیشرفت علم پزشکی قانونی، برقراری ارتباط بین متخصصان مختلف این رشته و برگزاری اجلاس علمی هر سه سال یکبار است. آخرین بار، این اجلاس در تاریخ ۱۲ تا ۱۷ سپتامبر مصادف با ۲۱ تا ۲۶ شهریور در جزیره مادیرا در کشور پرتغال برگزار شد. جزیره مادیرا دارای حدود ۳۰۰ هزار نفر جمعیت در اقیانوس اطلس و در فاصله ۱۰۰۰ کیلومتری لیسبون پایتخت پرتغال قرار دارد. همزمان با این اجلاس پنجمین اجلاس انجمن پزشکی قانونی مدیترانه و نهمین اجلاس انجمن پزشکان نیروی پلیس نیز در همان محل تشکیل شد و بیش از ۱۷۰۰ شرکت کننده از ۱۰۹ کشور جهان در این کنفرانس حضور داشتند.

حضور گسترده ایران

ایران، یکی از شرکت کنندگان در اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی بود که با هیأتی مرکب از مدیران و متخصصان، از این فرصت جهانی برای معرفی دستاوردهای کشورمان در حوزه پزشکی قانونی در سطح جهانی استفاده کرد. دکتر شجاعی رییس سازمان پزشکی قانونی کشور، دکتر برزگر معاون پزشکی و آزمایشگاهی و دکتر علاءالدینی متخصص پزشکی قانونی و ژنتیک پزشکی بر اساس دعوت‌نامه مدیر اجرایی کنفرانس جهت شرکت در این کنفرانس علمی و تبادل نظر با روسای جهانی و منطقه‌ای سیستم‌های پزشکی قانونی کشورهای مختلف در این اجلاس شرکت کردند. همچنین ۹ مقاله به صورت سخنرانی یا رایانه پوستر از سازمان پزشکی قانونی ایران (اداره کل پزشکی قانونی استان فارس) در این کنفرانس پذیرفته شده بود.

شرکت در این اجلاس، فرصتی را برای کشورمان فراهم آورد تا با برگزاری نشست‌هایی با مقامات بین‌المللی و داخلی کشورها که در حوزه پزشکی قانونی فعالیت می‌کنند، زمینه ارتباط بیشتر و همکاری بین‌المللی در این حوزه را فراهم کند. هیأت ایرانی به سرپرستی دکتر شجاعی علاوه بر شرکت در نشست‌های علمی این کنفرانس، با مقامات پزشکی قانونی کشورهای مختلف نیز دیدار و گفت‌وگو کرد.

دیدار مقامات ایرانی با رییس کنفرانس جهانی پزشکان قانونی

اولین دیدار انجام شده در این سفر ملاقات با پروفیسور «ویه را» رییس کنفرانس جهانی پزشکان قانونی و رییس انجمن ملی پزشکی قانونی پرتغال بود. وی در این دیدار، ضمن قدردانی از شرکت موثر ایران در این کنفرانس، جهت تبادل علمی و آموزشی با متخصصان ایرانی اعلام آمادگی کرد. پروفیسور «ویه را» دانشگاه کیمبرا در پرتغال را مکان مناسبی جهت انجام این آموزش‌ها دانست. در حاشیه این جلسه، دکتر «کرته رثال» مدیر بخش ژنتیک و رییس بانک اطلاعات هویت ژنتیکی پرتغال نیز آمادگی گروه خود را در خصوص تبادل نظر و آموزش کارشناسان ایرانی در مورد جنبه‌های مختلف تشکیل بانک اطلاعات هویت ژنتیکی اعلام کرد. دکتر شجاعی، رییس سازمان پزشکی قانونی کشور در این دیدار از پروفیسور «ویه را» برای بازدید از ایران و همچنین همکاری‌های دو جانبه در زمینه‌های آموزشی و پژوهشی در قالب تفاهم نامه فیملین دعوت به عمل آورد.

پروفیسور «کاراسیدو» رییس انجمن علوم قانونی مدیترانه و بنیان‌گذار بانک اطلاعات هویت ژنتیک در اسپانیا در دیدار با رییس سازمان پزشکی قانونی کشورمان، ضمن اعلام آمادگی برای انجام همکاری‌های آموزشی، در خصوص چگونگی برگزاری دوره‌های آموزشی دانشجویان علاقه‌مند به این رشته در دانشگاه سانتیاگو د کومپوستلا توضیحاتی ارائه داد

هویت ژنتیک در دیدار با مدیر بانک اطلاعات ژنتیکی استان گجرات هند مورد بررسی قرار گرفت. پروفیسور ویاس مدیر گروه پزشکی قانونی دانشگاه گجرات هند و مدیر بانک اطلاعات ژنتیکی آن استان در خصوص نحوه راه‌اندازی این بانک و نحوه ارتباط الکترونیک بین بانک‌های استان‌های مختلف در هندوستان توضیحاتی ارائه کرد. استفاده از نرم افزار تطبیق اروپایی از نکات قابل توجه در این خصوص بود. بر این اساس وجود رابطه تنگاتنگ میان دانشگاه‌ها و سازمان پزشکی قانونی در سیستم بانک اطلاعات ژنتیکی هندوستان منجر به تشکیل نهاد بانک اطلاعاتی شده که دارای استقلال نسبی در داده پردازی و انتقال اطلاعات می‌باشد. این در حالی است که بانک‌های اطلاعات در هر استان هندوستان به طور مجزا فعالیت می‌کنند.

دیدار پروفیسور کاراسیدو با دکتر شجاعی در حاشیه کنفرانس

پروفیسور «کاراسیدو» رییس انجمن علوم قانونی مدیترانه و سردبیر مجله Forensic Science International و بنیان‌گذار بانک اطلاعات هویت ژنتیک در اسپانیا نیز از دیگر مسئولان شرکت کننده در نوزدهمین کنفرانس انجمن جهانی پزشکی قانونی در پرتغال بود. وی در دیدار با رییس سازمان پزشکی قانونی کشورمان، ضمن اعلام آمادگی برای انجام همکاری‌های آموزشی، در خصوص چگونگی برگزاری دوره‌های آموزشی دانشجویان علاقه‌مند به این رشته در دانشگاه Santiago de Compostela توضیحاتی ارائه داد. همچنین پروفیسور «کاراسیدو» به عنوان یکی از سخنرانان کارگاه آموزشی یک روزه در

تاکید بر گسترش همکاری میان ایران و مصر

دیدار با رییس پزشکی قانونی کشور مصر یکی دیگر از برنامه‌های جانبی حضور رییس سازمان پزشکی قانونی کشور در این کنفرانس بود. پروفیسور جورجی رییس پزشکی قانونی مصر در دیدار با دکتر شجاعی، ضمن تاکید بر ضرورت برقراری ارتباط مشترک بین سازمان‌های پزشکی قانونی دو کشور ابراز امیدواری کرد پس از برقراری ثبات و امنیت در کشور مصر، ملاقات هیأت‌های دو طرف ادامه یابد. همچنین در حاشیه این دیدار با پروفیسور «شیرین غالب» مدیر گروه پزشکی قانونی دانشگاه بنی سويف مصر در خصوص برنامه‌ریزی و پیگیری‌های مربوط به اجلاس آتی سازمان پزشکی قانونی کشورهای اسلامی که سال آینده میلادی در اندونزی برگزار می‌شود بحث و تبادل نظر شد.

دیدار دکتر شجاعی با مقامات تونس

گسترش همکاری‌ها در حوزه پزشکی قانونی میان دو کشور ایران و تونس، از دستاوردهای دیگر اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی بود.

پروفیسور شاذلی، رییس دانشکده پزشکی و استاد آنترپولوژی دانشگاه موناستیر تونس نیز یکی دیگر از مقامات علمی شرکت کننده در این کنفرانس بود که در حاشیه برگزاری آن با رییس سازمان پزشکی قانونی کشور دیدار کرد. در این دیدار، در خصوص سیستم فعلی پزشکی قانونی در کشور تونس و امکان برقراری ارتباط بین متخصصان پزشکی قانونی دو کشور و انجام تبادلات علمی بحث و تبادل نظر شد.

پیگیری راه‌اندازی بانک هویت ژنتیک

در ادامه دیدارها، مسائل مربوط به راه‌اندازی بانک





برنامه‌های کاری برگزاری جلسات کارگاه‌های آموزشی آنترپولوزی و ژنتیک در ایران بررسی و مورد توافق دو طرف قرار گرفت. این دیدارها، زمینه‌ای برای گسترش و توسعه کشور در حوزه پزشکی قانونی و بومی‌سازی جدیدترین دستاوردهای این حوزه بود. بر همین اساس این برنامه‌ها بزودی در ایران جهت ارتقای اطلاعات کارشناسان و آشنایی با تکنیک‌های نوین در حوزه‌های آنترپولوزی و ژنتیک برگزار خواهد شد.

هیأت ایرانی به علاوه در حاشیه جلسات علمی دیدارهایی با دکتر «بن عمران» رئیس پزشکی قانونی دومی، «دکتر هی سون چونگ» رئیس پزشکی قانونی کره جنوبی و «دکتر کاستیلانی» از اعضا پزشکی قانونی اندونزی برگزار کرد. رشد و توسعه پزشکی قانونی در کشور ایران، این امکان را فراهم آورده است که متخصصان ایرانی در اجلاس‌های مهم جهانی، تازه‌ترین یافته‌های خود را ارائه کنند. در اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی نیز، علاوه بر شرکت هیأت ایرانی در این کنفرانس، تعدادی از کارکنان سازمان پزشکی قانونی برای ارائه مقالات خود شرکت کرده بودند که از آن میان دکتر شریف‌زاد و فریدونی و آقای جعفری‌زاده از اداره کل پزشکی قانونی استان فارس مقالات خود را در نشست‌های مربوط ارائه کردند. متأسفانه به علت بعد مسافت و مشکلات تهیه ویزا امکان شرکت در این کنفرانس و ارائه مقالات برای برخی دیگر از همکاران سازمان فراهم نشد.

بدین ترتیب، کارنامه نوزدهمین اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی با حضور ایران بسته شد. ره‌آورد این اجلاس برای ایران، گسترش همکاری‌های بین‌المللی و آشنایی با تازه‌ترین دست‌آوردهای حوزه پزشکی قانونی بود. ایران در مسیر پیشرفت در حوزه پزشکی قانونی قرار دارد و این گردهمایی‌های بین‌المللی، این فرصت را نیز برای کشورمان فراهم می‌کند که جهان را با پیشرفت پزشکی قانونی در ایران بیشتر آشنا کند.

از برنامه‌های دکتر شجاعی در حاشیه این همایش ملاقات با هیأت صلیب سرخ جهانی بود که در آن مباحث مربوط به برنامه‌های کاری، برگزاری جلسات کارگاه‌های آموزشی آنترپولوزی و ژنتیک در ایران بررسی شده و موضوعاتی مورد توافق دو طرف قرار گرفت



پزشکی قانونی با مقامات اماراتی در خصوص توسعه همکاری‌های دو کشور در حوزه پزشکی قانونی به بحث و تبادل نظر پرداخت. دکتر شجاعی و هیأت همراه همچنین با مدیر پزشکی قانونی اوبطی دیدار و گفتگو کردند. در این دیدار آقای الحمادی مدیر پزشکی قانونی اوبطی وضعیت ارتباط بین سیستم‌های مستقل پزشکی قانونی در امارات متحده عربی و تشکیل بانک مشترک اطلاعات هویت ژنتیک بین این سیستم‌ها را تشریح کرد. بانک اطلاعات هویت ژنتیک در این کشور به تازگی تأسیس شده و تشکیل فهرست‌های مختلف محکومان و صحنه جرم مورد توجه قرار گرفته است. دیدار هیأت صلیب سرخ جهانی با مقامات ایرانی ملاقات با هیأت صلیب سرخ جهانی از دیگر برنامه‌های دکتر شجاعی و هیأت همراه در این سفر بود. در این دیدار که با حضور پروفیسور تیدبال رییس، دکتر پاتینو و دکتر سالادو مشاوران انجمن صلیب سرخ جهانی و پروفیسور گودوین برگزار شد مباحث مربوط به

زمینه ملزومات تشکیل بانک اطلاعات هویت ژنتیکی در خصوص جنبه‌های مختلف علمی و اخلاقی تشکیل این بانک به اتفاق اساتید دیگر توضیحات مفیدی داد که مورد استفاده هیأت ایرانی شرکت کننده در این کارگاه قرار گرفت.

گسترش همکاری‌ها با کشور قطر

ملاقات با رییس آزمایشگاه جنایی قطر از دیگر برنامه‌های هیأت ایرانی شرکت کننده در نوزدهمین کنفرانس انجمن جهانی پزشکی قانونی در پرتغال بود. در این دیدار آقای عبیدلی رییس آزمایشگاه جنایی قطر در خصوص وضعیت روش‌های تشخیص آزمایشگاهی در این کشور و تجهیزات موجود در این آزمایشگاه‌ها توضیحاتی داد. لازم به ذکر است راه‌اندازی بانک اطلاعات ژنتیک در قطر از طریق عقد قرارداد با یک شرکت معتبر خارجی، از جمله موضوعات مطرح شده در این دیدار بود. در ادامه دیدارهای هیأت ایرانی در اجلاس انجمن جهانی پزشکی قانونی، رییس سازمان



۹۰/۷/۵



علیر غم تصویب، طرح «فوق العاده خاص» هنوز اجرا نشده است

معاون اداری و مالی سازمان پزشکی قانونی کشور گفت: با وجود این که طرح «فوق العاده خاص» کارکنان سازمان پزشکی قانونی در مجلس تصویب شده ولی هنوز اجرایی نشده است.

حمید داودآبادی درباره آخرین وضعیت اجرای مصوبه اخیر مجلس شورای اسلامی مبنی بر افزایش حقوق کارکنان سازمان پزشکی قانونی کشور، تصریح کرد: در گذشته با توجه به شرایطی که در سازمان پزشکی قانونی کشور وجود داشت، از جمله حساسیت کار و مسوولیت سنگینی که در این سازمان وجود دارد و همچنین مشکلاتی که در انجام کار با آن روبه‌رو هستیم، متأسفانه با جذب نیروی متخصص به خصوص پزشک در سازمان دچار مشکل بودیم.

وی ادامه داد: چون حقوق و مزایای کارکنان در سازمان پزشکی قانونی پایین بود و نمی‌توانستیم جوابگوی پرسنل سازمان پزشکی قانونی با توجه به شرایط و محیط کاری که دارند باشیم، بسیاری از پزشکان ما از سازمان پزشکی قانونی رفتند؛ به طوری که در حدود سه سال منتهی به سال ۸۹ حدود ۵۰ مرکز سازمان پزشکی قانونی تعطیل شد زیرا بسیاری از پزشکان استعفا دادند و دیگر مایل به همکاری و ادامه کار نبودند.

۹۰/۷/۱۹



بهبود ارتباط بیمار با کادر درمانی در کاهش شکایات قصور موثر است

خبرگزاری آریا- رییس سازمان پزشکی قانونی کشور در همایش بهبود ارتباط بیمار با کادر درمانی تصریح کرد: بهبود ارتباط بیمار با کادر درمانی و توجه به امر آموزش برای پزشکان عمومی، دستیاران تخصصی و بازآموزی های مدون برای جامعه پزشکی در کاهش شکایات بیماران بسیار موثر است.

به گزارش خبرگزاری آریا، احمد شجاعی با تأکید بر توسعه فرهنگ پاسخگویی در جامعه پزشکی، آن را از راهکارهای اصلی به منظور کاهش شکایات قصور پزشکی دانست و گفت: افزایش ارتباط پزشک و بیمار و ارائه اطلاعات کامل در زمینه بیماری و رعایت اصول اخلاق پزشکی توسط کادر درمانی در توسعه فرهنگ پاسخگویی جامعه پزشکی نقش بسزایی دارد.

شجاعی که در بین کارشناسان کمیسیون های پزشکی قانونی کشور سخن می گفت با اشاره به آمارهای قصور پزشکی و محکومین این پرونده ها در ۵ سال گذشته اظهار داشت:

جمعا ۱۱ هزار و ۱۳۸ مورد شکایت قصور پزشکی از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۸۹ در پزشکی قانونی ثبت شده است که از این پرونده ها، پنج هزار و ۹۱ مورد یعنی ۴۵.۷ درصد به محکومیت پزشک منجر شده است.

۹۰/۸/۹

برگزاری دوره کارآموزی عملی برای پزشکان قانونی عراق

اداره کل آموزش سازمان، برای ۵ نفر از پزشکان قانونی استان سلیمانیه کشور عراق دوره کارآموزی عملی برگزار کرد.

در جزئیات بیشتری از این خبر که در ایسنا منتشر شد آمده است: در این دوره آموزشی پزشکان در بخش های تالار تشریح و معاینات به صورت عملی و به مدت یک هفته آموزش دیدند. این دوره آموزشی با حضور دکتر ایزدی مسوول مرکز طب مسافرتی، دکتر ادیب زاده معاون آموزشی و پژوهشی، دکتر خدادوست رییس مرکز تحقیقات، دکتر عابدی رییس بررسی تدوین کتب، دکتر قادی پاشا مدیر کل آموزش و تعدادی از اساتید و همکاران برگزار شد.

در این دوره آموزشی پزشکان در بخش های تالار تشریح و معاینات به صورت عملی و به مدت یک هفته آموزش دیدند.

۹۰/۸/۱۱



بهره‌وری سازمان هادر گرو داشتن کارکنان تحصیل کرده است

معاون آموزشی و پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور گفت: بهره‌وری هر سازمان در گرو داشتن کارکنان تحصیل کرده و توانمند است بنابراین آموزش کارکنان در اولویت برنامه‌های هر دستگاه قرار دارد.

به گزارش ایسنا، عبدالرئوف ادیب‌زاده در کنفرانس یک روزه ترومای چشم افزود: برای آنکه سازمان ها در امور کاری پیش‌تاز باشند، از رقابت عقب نمانند و نیروی انسانی آن ها از انگیزه‌ای بالا برخوردار باشند باید امر آموزش را مورد توجه قرار دهند. وی خاطرنشان کرد: از آنجا که سازمان پزشکی قانونی کشور سازمانی تخصصی است و در حوزه کارشناسی فعالیت می کند، برگزاری دوره‌های آموزشی در وحدت رویه و افزایش بار علمی کارکنان آن موثر است در همین راستا و با توجه به نیاز سنجی‌های صورت گرفته کنفرانس ترومای چشم به عنوان پنجمین کنفرانس ادواری در سال جاری برگزار شد.

معاون آموزشی و پژوهشی سازمان در پایان با اشاره به برپایی ۸ کنفرانس ادواری تا پایان سال جاری و ۹ دوره آموزشی از ابتدای سال تاکنون خاطرنشان کرد: دوره‌ای با عنوان آنترپولژی با همکاری کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در سازمان برگزار می شود که همکاران سالن های تشریح مراکز سراسر کشور در آن حضور می یابند و در پایان دوره به شرکت کنندگان گواهی بازآموزی اعطا می شود.

۹۰ / ۸ / ۲۲



مراسم جشن غدیر

همزمان با فرا رسیدن عید غدیرخیم در روز ۲۲ آبان، مراسم جشنی با حضور معاون اول قوه قضاییه در سالن شهید بهشتی سازمان برگزار شد.

در این مراسم که رییس و کارکنان سازمان در آن حضور داشتند، حجت الاسلام والمسلمین رییس پزشکی قانونی را دارای نقش مهمی در تحقق عدالت کیفری دانست که نظرات کارشناسی آن در اتقان احکام بسیار موثر است.

وی افزود: نظریه های پزشکی قانونی باید با علم و دانش همراه و متناسب با آخرین یافته های علم پزشکی باشد. همچنین این نظرات باید با بهره مندی از آخرین ابزار کشف و شناسایی جرم رایج شود. توام شدن نظرات علمی و کارشناسی با دقت نظری که لازمه کار حرفه ای است، اهمیت ویژه ای دارد که باید همواره مورد توجه کارشناسان این سازمان باشد.

حجت الاسلام والمسلمین رییس با تأکید بر تلاش های صورت گرفته در جهت افزایش اعتبارات سازمان خاطرنشان کرد: افزایش صورت گرفته در بودجه سازمان لازم بود اما کافی به نظر نمی رسد زیرا بین ماموریت های این سازمان و بودجه اختصاص یافته تناسب لازم وجود ندارد .

حجت الاسلام والمسلمین رییس در بخش دیگری از سخنان خود با اشاره به فرا رسیدن عید غدیر و اهمیت امر ولایت در زندگی انسان ها افزود: اگر ولایت الهی در زندگی انسان ها وجود نداشت زندگی ما با دیگر موجودات تفاوتی نمی کرد و در قرآن برای هیچ نعمتی به جز ولایت بر انسان منت گذاشته نشده است.

در این مراسم همچنین رییس سازمان پزشکی قانونی کشور از افزایش بودجه عمرانی و تملیکی سازمان خبر داد و افزود: سازمان پزشکی قانونی کشور در مقایسه با دیگر دستگاه های دولتی طی سال جاری بیشترین رشد بودجه را داشته است.

دکتر احمد شجاعی گفت: در یک سال گذشته برای ارتقای حقوق و دستمزد کارکنان تلاش های بسیاری صورت گرفت تا بتوانیم ظرف چند سال مشکلات موجود در این زمینه را رفع کنیم. با رایزنی های صورت گرفته در سال جاری حقوق کارکنان سازمان افزایش یافت علاوه بر آن قانون فوق‌العاده خاصی نیز برای پزشکی قانونی در مجلس به تصویب رسید که به محض تأمین اعتبار عملی می شود.

رییس سازمان پزشکی قانونی کشور در پایان گفت: با پیگیری امور تخصصی و به کارگیری روش ها و ابتکارات جدید ظرف چند سال آینده سازمان به جایگاهی خواهد رسید که در کشور سرآمد باشد و در بسیاری حوزه های تخصصی حرف اول را بزند.



وی با بیان اینکه این بانک در حال حاضر در تهران، اصفهان و خراسان فعالیت خود را آغاز کرده، افزود: بانک ژنتیک استان‌های آذربایجان شرقی و فارس نیز در آینده‌ای نزدیک فعالیت خود را آغاز می‌کند. شجاعی راهاندازی بانک ژنتیک را اقدامی علمی و تخصصی در کار سازمان پزشکی قانونی دانست و اضافه کرد: راهاندازی این بانک در شناسایی دقیق مجرمان

موثر بوده و اقدامی مهم در جهت پیشگیری از بروز جرم در جامعه است. وی همچنین از آغاز احداث ساختمان جدید پزشکی قانونی گیلان در آینده‌ای نزدیک خبر داد و گفت: پروژه احداث این ساختمان مجهز به سالن تشریح و آزمایشگاه‌های پیشرفته تا پایان سال جاری آغاز می‌شود.

شجاعی اعتبار در نظر گرفته شده برای این طرح را ۴۰ میلیارد ریال و مساحت آن را سه هزار متر مربع عنوان کرد. بازدید از قسمت‌های مختلف پزشکی قانونی استان گیلان، افتتاح اتصال و انتقال تصاویر شش مرکز پزشکی قانونی به مرکز استان و ملاقات با مسئولان قضایی و اجرایی استان از جمله برنامه‌های سفر رییس و معاونین سازمان پزشکی قانونی کشور در نیمه آبان‌ماه به استان گیلان بوده است.

۹۰/۸/۲۸



همایش مدیران کل پزشکی قانونی سراسر کشور در کرمانشاه برگزار شد

بیست و چهارمین همایش مدیران کل پزشکی قانونی سراسر کشور در کرمانشاه برگزار شد. این همایش صبح امروز با محوریت «پزشکی قانونی و برنامه سوم توسعه قضایی» آغاز به کار کرد. در مراسم افتتاحیه این همایش که در هتل پارسیان شهر کرمانشاه آغاز به کار کرد، تعدادی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی، استاندار کرمانشاه، مسئولان نظامی و انتظامی استان، معاون ریاست قوه قضاییه و رییس سازمان پزشکی قانونی کشور و همه مدیران و معاونان سازمان مرکزی پزشکی قانونی و مدیران کل پزشکی قانونی سراسر کشور حضور داشتند. گفتنی است؛ این همایش به مدت دو روز ادامه داشت.

در این همایش مدیر کل پزشکی قانونی استان کرمانشاه گفت: بیشترین حجم خدمت‌رسانی پزشکی قانون در کرمانشاه در بخش بالینی است. آرش سالاری در مراسم افتتاحیه بیست و چهارمین همایش مدیران کل پزشکی قانونی سراسر کشور در کرمانشاه اظهار داشت: پزشکی قانونی در سطحی گسترده به ارائه خدمات می‌پردازد و این در حالی است که پرسنل این سازمان کم است، اما با همین پرسنل محدود، هیچگونه جای خالی در فعالیت پزشکی قانونی دیده نمی‌شود.

۹۰/۹/۲۶

افتتاح آزمایشگاه‌های تخصصی ژنتیک پزشکی قانونی استان فارس

آزمایشگاه‌های تخصصی ژنتیک پزشکی قانونی، با حضور حسین صادق عابدین و شجاعی، و رییس سازمان پزشکی قانونی کشور، در شیراز افتتاح شد. به گزارش پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت کشور؛ حسین صادق عابدین، استاندار فارس از این مجتمع که شامل آزمایشگاه‌های تخصصی ژنتیک (DNA)، سرولوژی، سم شناسی، آسیب شناسی و سالن‌های تشریح می‌باشد، بازدید کرد. استاندار فارس با اشاره به هزینه دوازده میلیارد ریالی ساخت و تجهیز این پروژه افزود: از این مبلغ، هشت میلیارد و ۵۰۰ میلیون ریال جهت ساخت و سه میلیارد و ۵۰۰ میلیون ریال جهت تجهیز هزینه شده است.

صادق عابدین با اشاره به تجهیزات پیشرفته و کم نظیر به کار رفته در آزمایشگاه‌های تخصصی پزشکی قانونی فارس، افزود: این مجتمع به عنوان یک مرکز تخصصی پیشرفته، به نیازهای استان‌های هم جوار نیز پاسخ می‌دهد.

۹۰/۸/۲۱

ورود سازمان پزشکی قانونی به عرصه آموزش همگانی برای کاهش جرم در کشور

مدیرکل امور پژوهشی و نشر منابع علمی سازمان پزشکی قانونی از ورود این سازمان به عرصه پژوهش و آموزش همگانی برای پیشگیری از وقوع جرم در کشور خبر داد. محمد کاظمیان در گفت‌وگو با فارس، با تشریح برنامه پنجم توسعه که مطابق آن مسئولیت پژوهش، برنامه‌ریزی و آموزش برای پیشگیری از وقوع جرم بر عهده سازمان پزشکی قانونی است، اظهار داشت: بر اساس ماده ۱۵۶ قانون اساسی یکی از اهداف و وظایف قوه قضائیه انجام اقدامات مناسب برای پیشگیری از وقوع جرم است. وی افزود: در این راستا سازمان پزشکی قانونی هم به عنوان یک سازمان که در زیر مجموعه قوه قضائیه است طبیعتاً بر طبق شرح وظایفی که بر عهده دارد یکی از وظایف اصلی آن البته بعد از اظهار نظر پزشکی در پرونده‌های قضایی، همکاری علمی برای امور آموزشی و پژوهشی برای پیشگیری از وقوع جرم است.

کاظمیان بیان داشت: چون سازمان پزشکی قانونی در خط مقدم فعالیت‌های خود با پدیده‌های آسیب‌های اجتماعی و مرگ‌های غیرطبیعی مواجه است طبیعتاً در برنامه پنجم توسعه یکی از وظایفی که برای این سازمان تعریف شده است برنامه ریزی برای کاهش مصدومیت‌ها و مرگ‌های غیرطبیعی و در نهایت تحقیق و پژوهش در این زمینه است.

۹۰/۸/۲۹



تلاش سازمان پزشکی قانونی برای رسیدن به اهداف سند چشم‌انداز

رییس سازمان پزشکی قانونی کشور که برای شرکت در بیست و چهارمین همایش مدیران پزشکی قانونی سراسر کشور به کرمانشاه سفر کرده بود، اعلام کرد: همه تلاشمان این است که پزشکی قانونی کشور در برنامه سوم توسعه قضایی، رتبه اول منطقه را بدست آورد. دکتر احمد شجاعی همچنین در حاشیه این همایش که در ۲۹ آبان‌ماه سال جاری در کرمانشاه برگزار شد افزود: پزشکی قانونی، سازمانی حاکمیتی است که در برنامه سوم توسعه قضایی جایگاه ویژه‌ای برای ارتقای این سازمان دیده شده است. وی با اشاره به چشم‌انداز ۲۰ ساله سازمان پزشکی قانونی مبنی به رسیدن به رتبه اول پزشکی قانونی در منطقه، افزود: این سازمان با دارا بودن کادر تخصصی و بهره‌گیری از آخرین فناوری‌های روز دنیا پتانسیل و قابلیت رسیدن به این هدف را در قالب برنامه‌های پنجم توسعه و برنامه سوم توسعه قضایی کشور دارد. شجاعی با بیان اینکه بسیاری از دستگاه‌های خدماتی به گونه‌ای که سازمان پزشکی قانونی با مردم در ارتباط است، با ارباب رجوع سر و کار ندارند، اظهار داشت: مردم در شرایطی به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند که تالعات روحی زیادی به آنها وارد شده است و انتظار مراجعان این است که خدمات مورد نظرشان را در سریع‌ترین زمان ممکن دریافت کنند.

وی افزود: شرایط ویژه مراجعه‌کنندگان اقتضا می‌کند که پزشکی قانونی هم خدمات خود را به صورت ویژه و با سرعت بالا به مراجعان ارائه کند. رییس سازمان پزشکی قانونی کشور با اشاره به مشکلات مراکز پزشکی قانونی در سراسر کشور، گفت: به علت نوبت بودن این سازمان در بسیاری از استان‌ها، مراکز و ساختمان‌های پزشکی قانونی استیجاری و امانی هستند که متأسفانه استانداردهای لازم برای خدمت‌رسانی مطلوب به مردم در آنها وجود ندارد. وی، خدمت در سازمان پزشکی قانونی را فرصت کوتاهی خواند که کارکنان این سازمان باید تلاش کنند از فرصت ایجاد شده برای کسب جایگاه و ارزش اخروی از آن بهره ببرند. بیست و چهارمین همایش مدیران کل پزشکی قانونی سراسر کشور به میزبانی استان کرمانشاه و در هتل پارسیان این شهر تا پایان روز یکشنبه ۲۹ آبان‌ماه در قالب برگزاری‌های کارگاه آموزشی و ارائه مباحث تخصصی ادامه داشت.

۹۰/۸/۱۷

رییس سازمان پزشکی قانونی در سفر خود به گیلان خبر داد

راهاندازی بانک ژنتیک در گیلان

رییس سازمان پزشکی قانونی کشور از راهاندازی بانک ژنتیک در استان گیلان خبر داد. دکتر احمد شجاعی، در جمع خبرنگاران رسانه‌های گروهی گیلان اظهار کرد: این بانک ژنتیک در ۱۰ استان دیگر نیز تا سال آینده راهاندازی می‌شود.

۹۰/۸/۲



بررسی ۷۰۰ پرونده مردمی در پزشکی قانونی خراسان جنوبی

خبرگزاری فارس به نقل از مدیرکل پزشکی قانونی خراسان جنوبی اعلام کرد: ۷۰۰ پرونده مردمی در شش ماه نخست امسال در حوزه مدیریت پزشکی قانونی این استان بررسی شده است. دکتر نورس در جمع مسئولان خراسان جنوبی اعلام کرده بود: از این تعداد ۵۵۰ درخواست بررسی پرونده پزشکی و تایید گواهی ارسالی به مراجع انتظامی و قضایی، ۱۰۰ درخواست تسریع در رسیدگی به پرونده پزشکی، ۲۰ درخواست ملاقات با مدیر کل، چهار درخواست کار و ۲۶ مورد اعتراض به رأی اولیه صادر شده از سوی پزشکی قانونی بوده است. برنامه ملاقات های مردمی پزشکی قانونی خراسان جنوبی در ایام هفته روزهای یکشنبه، سه شنبه و پنجشنبه از ساعت ۹ تا ۱۱ به همراه پرونده های پزشکی رسیدگی و پاسخگویی می شود که نسبت به ارسال پاسخ به مراجع قضایی دستورات لازم صادر شده است می شود. آخرین آمار رسیده از روابط عمومی پزشکی قانونی استان خراسان جنوبی نشان می دهد این آمار به ۹۰۰ مورد مراجعه در ماه رسیده است. این مراجعات شامل ۷۰۰ مورد بررسی پرونده پزشکی و تایید گواهی ارسالی به مراجع انتظامی و قضایی، ۱۴۰ مورد درخواست تسریع در رسیدگی به پرونده پزشکی، ۳۰ مورد درخواست ملاقات با مدیر کل، ۴ درخواست کار و ۲۶ مورد اعتراض به رأی صادر شده از سوی پزشکی قانونی بوده است.

۹۰/۸/۱۴

راه اندازی پزشکی قانونی شهرستان سرباز (راسک)

خبرگزاری موج از راه اندازی مرکز پزشکی قانونی شهرستان سرباز (راسک) با حضور خبر داد. در گزارش این خبرگزاری آمده است: پزشکی قانونی شهرستان سرباز (راسک) مدیر کل پزشکی قانونی استان، فرماندار و رئیس دادگستری این شهرستان در محل سایت اداری این شهرستان به بهره برداری رسید. دکتر رضا عبدی مدیر کل پزشکی قانونی استان در این مراسم در خصوص ضرورت راه اندازی این مرکز گفت: با توجه به فاصله ۱۵۰ کیلومتری نزدیک ترین مرکز به این شهرستان، با راه اندازی اداره پزشکی قانونی این شهرستان به کلیه موارد سرپایی و متوفیات و همچنین ثبت آمار دقیق رسیدگی خواهد شد. روابط عمومی پزشکی قانونی استان سیستان و بلوچستان از فعالیت این مرکز با حضور یک پزشک معاضدتی خبر داد و اضافه کرد که در آبان ماه... مراجعه به این مرکز صورت گرفته است.

۹۰/۷/۱۶



تنها آزمایشگاه پزشکی قانونی گیلان تعطیل می شود

خبرگزاری فارس: مدیر کل پزشکی قانونی گیلان گفت: برای خرید مواد مصرفی تنها آزمایشگاه پزشکی قانونی گیلان به حداقل ۲۳۰ میلیون تومان اعتبار نیاز است و در صورت عدم تامین اعتبار قبل از پایان سال جاری این آزمایشگاه عملاً تعطیل می شود. به گزارش خبرگزاری فارس از رشت، فریبرز آیتی فیروزآبادی ظهر امروز در جمع خبرنگاران کمبود تجهیزات آزمایشگاهی پزشکی قانونی را از مشکلات عمده ذکر کرد و اظهار داشت: سالانه بیش از ۱۰ هزار آزمایش سم شناسی در این آزمایشگاه صورت می گیرد.

۹۰/۸/۲۶

پزشکی قانونی کرمان ۴۰ نوع خدمت ارائه می دهد

مدیرکل پزشکی قانونی استان کرمان در حاشیه برگزاری کارگاه دو روزه روابط عمومی در این استان و در پاسخ به سوال خبرنگار ایرنا گفت: این اداره کل در حال حاضر بیش از ۴۰ نوع خدمت را به مراجعان ارائه می دهد. عباس آمیان افزود: در حال حاضر پزشکی قانونی علاوه بر مرکز استان

در ۱۳ مرکز شهرستانی نیز به مردم ارائه خدمات می کند. وی افزایش خدمات پزشکی قانونی را مورد اشاره قرار داد و اظهار داشت: این افزایش خدمات نشان دهنده افزایش مطالبات و ارتقای سطح کیفی پزشکی قانونی است. مدیرکل پزشکی قانونی استان کرمان بیان کرد: پزشکی قانونی در ۱۰ سال گذشته با توجه به افزایش آگاهی مردم، افزایش مطالبات قضایی و حقوقی مردم و قضاات از پزشکی قانونی، حجم کاری و درخواست ها به ۱۰ برابر افزایش یافته است.

۹۰/۷/۶



سیستم مکانیزه پذیرش معاینات پزشکی قانونی زنجان

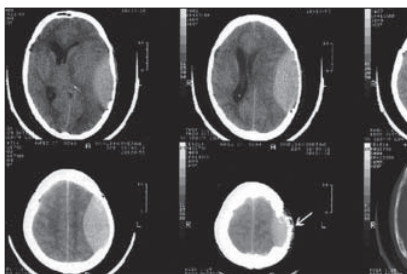
همزمان با حضور رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور، از شبکه مکاتبات دبیر و سیستم مکانیزه پذیرش معاینات اداره کل پزشکی قانونی استان زنجان بهره برداری می شوند. در راستای برنامه سازمان پزشکی قانونی کشور برای اتصال و برقراری ارتباط مراکز شهرستانی همه استان های کشور، با اتصال شهرستان های استان به سیستم مکاتبات دبیر، سرعت خدمات در مراکز شهرستانی سازمان پزشکی قانونی بالاتر می رود.

۹۰/۷/۹

تجهیز مراکز پزشکی قانونی یزد به PC-Pos

مدیر کل پزشکی قانونی استان یزد از مجهز شدن تمامی مراکز پزشکی قانونی استان به دستگاه PC-Pos خبر داد. علی سلیمانپور در گفت و گو با ایسنا افزود: این دستگاه در راستای تکریم ارباب رجوع و با هماهنگی مدیریت بانک ملی استان در کلیه مراکز پزشکی قانونی نصب و راه اندازی شده است. وی اعلام کرد: از این پس تمامی مراجعینی که دارای کارت های عضو شتاب هستند، می توانند تعرفه های پزشکی قانونی را بدون مراجعه حضوری به بانک در همان محل پرداخت و رسید بانکی رایانه ای را دریافت کنند.

۹۰/۷/۲۵



برگزاری کارگاه آموزشی صدمات مغزی در زاهدان

کارگاه آموزشی صدمات مغزی در زاهدان برگزار شد. به گزارش خبرگزاری موج به نقل از روابط عمومی پزشکی قانونی سیستان و بلوچستان، رضا عبدی اظهار داشت: هدف از برگزاری این کارگاه آموزشی، افزایش تعامل پزشکان قانونی با قضاات در راستای خدمت رسانی بهتر و سریع تر است.

وی ضمن ارایه گزارشی در زمینه زندگی نباتی و مرگ مغزی، از کارشناسان مربوطه و قضاات دادگستری برای شرکت در همایش سراسری طب و قضا که هفتم تا نهم دی ماه در مشهد مقدس برگزار می شود، دعوت به عمل آورد. مدیرکل پزشکی قانونی سیستان و بلوچستان افزود: در این کارگاه آموزشی توضیحاتی از طریق اسلاید در زمینه مرگ مغزی و زندگی نباتی ارائه شد.

در ادامه این کارگاه آموزشی، متخصصان جراحی مغز و اعصاب با ارایه مطالبی در مورد زندگی نباتی و مرگ مغزی توضیحات تخصصی بیان کردند و در زمینه دیه متعلق به افرادی که دچار زندگی نباتی شده اند با قضاات به بحث و تبادل نظر پرداختند. این کارگاه با حضور قضاات دادگستری، متخصصان جراحی مغز و اعصاب و پزشکان قضایی در محل سالن کنفرانس اداره کل پزشکی قانونی استان برگزار شد.

همچنان استاندارد طلایی برای تشخیص علت فوت

کالبدگشایی سنتی



در سریال‌های تلویزیونی برای هر مورد مرگ تصاویر و فیلم‌های دقیقی از اجزاء درونی بدن جسد نشان داده می‌شود. تحقیقات متعددی نیز درخصوص انجام کالبدگشایی مجازی (Virtopsy) انجام گرفته و فواید و مزایای آن را مشخص کرده است.

اما براساس نظر دو تن از متخصصان کالبدگشایی سنتی و مجازی در بیمارستان جان‌هاپکینز هنوز ایده جایگزینی کالبدگشایی مجازی به جای کالبدگشایی سنتی آنگونه که در سریال‌های تلویزیونی نشان داده می‌شود از نظر علمی قابلیت اجرا ندارد. آنها معتقدند که هرچند فناوری‌های تصویربرداری مجازی مانند سی‌تی‌اسکن از تمام بدن، MRI، سونوگرافی، تصاویر اشعه X معمولی و آنژیوگرافی کمک کننده هستند اما نمی‌توانند جایگزین مشاهدۀ مستقیم اندام‌های داخلی شوند.

دکتر الیزابت پورتون پاتولوژیست و معاون بخش کالبدگشایی بیمارستان جان‌هاپکینز می‌گوید: «کالبدگشایی سنتی هرچند روزبه‌روز کمتر از قبل انجام می‌شود همچنان استاندارد طلایی برای تشخیص علت فوت اجساد است»

پورتون به همراه دکتر محمود موسی‌باشا در مقاله‌ای که در نشریه Annals of Internal Medicine منتشر شده است ارزیابی خود از علت کاهش تعداد کالبدگشایی‌های سنتی در دهۀ گذشته و مناسب نبودن کالبدگشایی مجازی برای جایگزینی آن در آیندۀ نزدیک را ذکر کرده‌اند.

پورتون که بیش از هزار کالبدگشایی انجام داده معتقد است که فناوری‌های تصویربرداری فعلی وقتی با کالبدگشایی سنتی ترکیب شوند کمک فوق‌العاده‌ای محسوب می‌شوند. او می‌گوید «سوال این نیست که بین یکی از این دو روش یکی را انتخاب کنیم بلکه سؤال این است که کدام روش در تشخیص علت فوت بهتر عمل می‌کند.»

این محققان ادعاهای خود را براساس مدارکی که برخی از آنها در Annals of Internal Medicine هم منتشر شده است مطرح کرده‌اند. این مدارک نشان می‌دهد وقتی کالبدگشایی مجازی را با کالبدگشایی سنتی مقایسه می‌کنیم معمولاً برخی از علت‌های شایع در کالبدگشایی مجازی تشخیص داده نمی‌شوند و هیچ دلیلی برای قابل اعتمادتر بودن کالبدگشایی مجازی در مقایسه با کالبدگشایی سنتی حداقل تا این زمان وجود ندارد.

طبق گفته پورتون میزان کالبدگشایی‌های بیمارستانی در آمریکا برای بیمارانی که به مرگ طبیعی فوت می‌کنند و نیاز به بررسی اجساد آنها توسط پزشکی قانونی وجود ندارد از ۵۰ درصد در دهۀ ۱۹۶۰ به حدود ۱۰ درصد رسیده است.

پورتون می‌گوید دلایل زیادی پشت کاهش میزان کالبدگشایی‌های سنتی وجود دارد اعتماد بیش از حد به تصویربرداری‌های تشخیصی بخشی از این کاهش را توجیه می‌کند اما دلیل تعداد بالای خطاهای تشخیصی نیز هست. او می‌گوید اگر ما روش مناسب را در زمان مناسب و در فرد مناسب انتخاب کنیم آنگاه روش‌های تشخیصی مدرن بهترین نتیجه را خواهند داد اما در حال حاضر چنین نیست. او معتقد است تفسیر نادرست تصاویر و نتایج آزمایشگاهی و علایم بالینی باعث می‌شود که در ۲۳ درصد اتوپسی‌ها تشخیص‌های جدیدی مطرح شود.

او همچنان تأکید می‌کند که برای پزشکان تکیه بر روش‌های تشخیصی موجود برای تشخیص علت فوت

داده نمی‌شوند عبارتند از حمله قلبی، آمبولی ریوی و سرطان.

پورتون می‌گوید نتایج این مطالعه تعجب برانگیز نیستند چرا که به عنوان مثال یک غده سرطانی در ریه در سی‌تی‌اسکن به شکل یک لکه سفید، کوچک و متراکم دیده می‌شود که به ضایعات سکه‌ای معروف هستند و به راحتی می‌تواند به عنوان یک عفونت قارچی، گرانولوم سلی یا توده خوش‌خیم تفسیر شود اما تا وقتی که نمونه در کالبدگشایی سنتی یا بیوپسی برداشته نشوند و در آزمایشگاه بررسی نشود هیچ راهی برای تأیید ۱۰۰ درصد تشخیص وجود ندارد.

موسی‌باشا معتقد است علاوه بر ضعف تشخیص کالبدگشایی مجازی، مهمترین مانع برای جایگزینی این روش به جای کالبدگشایی سنتی هزینه بالای تصویربرداری است دستگاه‌های مدرن سونوگرافی و MRI صدها هزار دلار قیمت دارند و سی‌تی‌اسکن‌های پیشرفته‌ای که برای تصویربرداری بسیار دقیق نیاز هستند بیش از یک میلیون دلار هزینه دارند. او می‌گوید که هر مورد سی‌تی‌اسکن از کل بدن حدود ۱۵۰۰ دلار هزینه دارد که وقتی با هزینه خرید و نگهداری دستگاه جمع کنیم، کالبدگشایی مجازی را به روشی گران تبدیل می‌کند. او معتقد است تشخیص برخی از جنبه‌های قانونی کالبدگشایی مانند مسیرهای نفوذ گلوله در بدن قربانی با پیشرفت‌هایی که در تصویربرداری انجام گرفته آسان‌تر شده است. او می‌گوید پیشرفت‌های مداوم روش‌های تصویربرداری کالبدگشایی سنتی را بهتر و دقیق‌تر کرده است.

بسیار راحت‌تر از کسب اجازه از خانواده متوفی برای انجام کالبدگشایی سنتی برای تأیید علت فوت است علاوه بر اینکه بسیاری از پزشکان از مراحل مورد نیاز و بوروکراسی اخذ اجازه کالبدگشایی اطلاع ندارند.

برای بسیاری از خانواده‌ها نیز عوامل منصرف کننده متعددی برای عدم انجام کالبدگشایی وجود دارد از جمله این عوامل تأخیر در مراسم تدفین، احتمال بد شکل شدن جسد عزیز از دست رفته و هزینه انجام کالبدگشایی است که در صورت تقبل نکردن بیمارستان گاهی تا حد ۳۰۰۰ دلار هزینه دارد.

در مطالعه‌ای در آلمان از ۱۶۲ بیمار فوت شده در بیمارستان، بر روی گروهی هم کالبدگشایی مجازی و هم کالبدگشایی سنتی انجام گرفت و در مابقی تنها کالبدگشایی مجازی انجام شد. در ۴۷ جسدی که هر دو روش انجام شد، ۱۰۲ تشخیص جدید بدست آمد در حالیکه در ۱۱۵ جسدی که تنها کالبدگشایی مجازی انجام شد تنها ۴۷ تشخیص جدید گذاشته شد. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کالبدگشایی مجازی با سی‌تی‌اسکن باعث از دست دادن ۲۰/۸ درصد از تشخیص‌های جدید می‌شود در حالیکه در کالبدگشایی سنتی این میزان تنها ۱۳/۴ درصد است.

مواردی که اغلب در کالبدگشایی سنتی از نظر پنهان می‌مانند عبارتند از حباب‌های هوا در ریه کلابه شده (که می‌تواند مانع تنفس شود) و شکستگی‌های استخوانی و موارد شایعی که در تصویربرداری تشخیص



برگزاری کارگاه آنتروپولوژی با همکاری کمیته بین‌المللی صلیب سرخ

است که از محل کشف این بقایا اطلاع دقیق داشته باشیم و البته حضور پزشک قانونی در صحنه کشف این بقایا برای تشخیص بهتر بسیار حائز اهمیت است. وی مشخص کردن زمان مرگ متوفی، جنسیت، سن و ... را از دیگر مراحل تعیین هویت بقایای اسکلتی عنوان و به نحوه دستیابی به هر یک از این اطلاعات در مواجهه با بقایای اسکلتی اشاره کرد.

برگزاری کارگاه‌های آموزشی مانع تکرار اشتباهات می‌شود

دکتر مرسدس سالادو (Mercedes salado)، متخصص پزشکی قانونی و مدرس کارگاه آنتروپولوژی گفت: برگزاری کارگاه تشخیص هویت اجساد اسکلتی، تمرین تخصصی مفیدی است که با ارایه تجربیات دیگر کشورها از تکرار اشتباهات در تعیین هویت اجساد اسکلتی جلوگیری می‌شود. وی که در اولین کارگاه آموزشی آنتروپولوژی در سالن شهید بهشتی این سازمان سخن می‌گفت با بیان اینکه برگزاری کارگاه‌های آموزشی موجب می‌شود کارشناسان بهترین توصیه‌ها و روش‌ها را به کار گیرند افزود: این کمک بزرگی به تعیین هویت بهتر اجساد اسکلتی است. وی که عضو تیم آنتروپولوژی آرژانتین و متخصص در تجزیه و تحلیل تعیین هویت اجساد اسکلتی است، هدف از برگزاری این دوره در کشور ایران را به اشتراک گذاشتن اطلاعات در زمینه تعیین هویت بقایای انسانی و به دست آوردن روش‌های مشترک برای تعیین هویت عنوان کرد. به گفته دکتر سالادو تاکنون دوره آموزشی آنتروپولوژی در کشور های زیادی از جمله کشورهای امریکای لاتین، ویتنام، قبرس، کنیا، آفریقای جنوبی و ... برگزار شده است. وی با اشاره به آشنایی با پزشکی قانونی ایران از طریق کمیته بین‌المللی صلیب سرخ آمادگی خود را جهت برگزاری ادامه دوره‌ها در صورت درخواست کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و یا پزشکی قانونی ایران اعلام داشت و گفت: در صورتی که صلیب سرخ دوره‌های دیگری برگزار کند و یا پزشکی قانونی خود درخواستی برای ادامه دوره‌ها داشته باشد، برای همکاری آمادگی دارم.

صادر کنند، معاون آموزشی و پژوهشی سازمان افزود: با توجه به این مسوولیت پزشکی قانونی، سازمان موظف است معلومات و دانش کارشناسان خود را از نظر علم پزشکی به روز کند به همین منظور معاونت آموزشی با نیازسنجی از کارشناسان به صورت دوره ای اقدام به برگزاری نشست‌ها و کارگاه‌های آموزشی کرده است. وی یادآور شد: از آنجا که ایران همواره در معرض بحران‌های طبیعی و غیر طبیعی است آشنایی کامل با علم آنتروپولوژی برای مدیریت بحران و شناسایی اجساد اسکلتی در زمان بروز حوادث ضروری است.

نقش پزشکی قانونی در مدیریت بحران

در ادامه پیر ریتر (Pierre Ryter) رئیس دفتر کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در ایران گفت: پزشکی قانونی نقش مهمی در مدیریت بحران و شناسایی اجساد و بقایای انسانی در شرایط بحرانی و جنگ دارد و در چنین شرایطی تنها کارشناسان متخصص با به کارگیری تکنیک‌های نوین می‌توانند به خانواده‌های آسیب دیده پاسخ دهند. وی افزود: دوره آموزشی آنتروپولوژی با همکاری پزشکی قانونی در حال برگزاری است که در آینده‌ای نزدیک دوره‌های آموزشی دیگری نیز در ایران با همکاری این سازمان برگزار خواهد شد.

تعیین هویت بقایای استخوانی نیازمند تبحر و تجربه است

عضو هیئت علمی سازمان و مدیرکل تشریح و بررسی صحنه جرم سازمان گفت: تشخیص هویت از بقایای استخوانی نیاز به تبحر و تجربه دارد و این کار تنها با دقت، شکیبایی و بهره‌مندی از یک روش علمی امکان‌پذیر است. دکتر جابر قره‌داغی در کارگاه آموزشی آنتروپولوژی که امروز با حضور جمعی از کارشناسان پزشکی قانونی برگزار شد، افزود: اگر به درستی و به طور کامل با تعیین هویت اجساد اسکلتی آشنا نباشیم ممکن است در تشخیص دچار اشتباه شویم و به دنبال آن اظهار نظر کارشناسی به درستی صورت نگیرد.

وی با اشاره به نحوه تعیین خصوصیات بقایای اسکلتی خاطر نشان کرد: برای اظهار نظر دقیق از بقایای اسکلتی بهتر

کارگاه آنتروپولوژی قانونی هفتم تا دهم آذر امسال به همت معاونت آموزشی و پژوهشی سازمان و با همکاری کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و معاونت پزشکی و آزمایشگاهی در سازمان پزشکی قانونی کشور برگزار شد.

در این کارگاه چهار روزه سه سخنران از کشورهای کلمبیا، اسپانیا و پرتغال و دو سخنران از سازمان پزشکی قانونی کشور ارایه مطلب کردند. همچنین کارگاه آنتروپولوژی به مدت ۳۲ ساعت به صورت تئوری و عملی با حضور ۲۴ نفر از همکاران فعال در سالن تشریح به همراه اعضای هیئت علمی و متخصصین پزشکی قانونی ستاد سازمان برپا بود که مطابق ارزیابی صورت گرفته شرکت‌کنندگان از مباحث ارایه شده در کارگاه رضایت داشتند.

یادآور می‌شود تشخیص هویت اجساد استخوانی و مدیریت بحران با توجه به سیاست‌های کلی سازمان مبنی بر توانمندسازی منابع انسانی و ارتقای دانش و آگاهی بدنه کارشناسی و تخصصی آن و با عنایت به تفاهم نامه منعقد شده با کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و انجام نیازسنجی آموزشی و لزوم آشنایی بیشتر کارشناسان با تکنیک‌های نوین و بهبود خدمات ارایه شده و نظر به پهناوری و موقعیت استراتژیکی کشور ایران که شاهد حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی بسیاری بوده به عنوان موضوعی برای برپایی یک کارگاه آموزشی در نظر گرفته شد.

آنچه در ادامه می‌خوانید گزارش خلاصه‌ای است از برگزاری این کارگاه:

آمادگی ایران برای برگزاری کارگاه آنتروپولوژی در سطح منطقه

معاون آموزشی و پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور از آمادگی این سازمان برای برگزاری کارگاه آنتروپولوژی در سطح منطقه با کمک کمیته بین‌المللی صلیب سرخ خبر داد.

دکتر ادیب زاده در کارگاه آنتروپولوژی قانونی با اشاره به نقش پزشکی قانونی در اعلام رای قاضی خاطرنشان کرد: وظیفه اصلی سازمان پزشکی قانونی ارایه نظرات کارشناسی در زمینه پزشکی برای قضات است تا آنان بتوانند احکامی عادلانه

قانونی اداره کل پزشکی قانونی استان تهران به تشریح آن پرداخت. دکتر محمد بیات، متخصص جراحی دهان و فک و صورت و دانشیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مبحث «تروماتولوژی فک و صورت و نحوه درمان آنها» را بیان کرد.

پس از ارائه سخنرانی باموضوع «مبانی قصور و خطا در دندانپزشکی» توسط دکتر کامران سلطانی دارای بورس تخصصی پزشکی قانونی و مدیر کل کمیسیون‌های پزشکی سازمان پزشکی قانونی، دکتر سید جلیل صدر، متخصص پروتزهای دندانی، استاد و مدیر گروه پروتزهای دندانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به بحث «تعارض در دندانپزشکی قانونی» پرداخت.

«رادیوگرافی تروماهای دندانی» آخرین بحث ساعت صبح این کنفرانس بود که توسط دکتر ساندرا مهرعلیزاده، متخصص رادیولوژی و عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران ارائه شد. «دندان پزشکی قانونی، نحوه تعیین نقص عضو و ارش در آسیب‌های فک و صورت» آخرین بحث کنفرانس یک روزه جایگاه دندان پزشکی قانونی در کارشناسی‌های پزشکی قانونی بود که توسط دکتر امیرحسین مهدوی، متخصص پزشکی قانونی و مدیر کل آزمایشگاه‌های این سازمان ارائه شد. این کنفرانس با برگزاری جلسه پرسش و پاسخ به کار خود پایان داد.

چهارشنبه ۲۷ مهر ۱۳۹۰، کنفرانس یک‌روزه جایگاه دندانپزشکی در کارشناسی‌های پزشکی قانونی راس ساعت ۸:۱۵ در سالن شهید بهشتی سازمان پزشکی قانونی با حضور مدیران، کارشناسان و دندانپزشکان و دستیاران پزشکی قانونی برگزار شد.

به گزارش روابط عمومی اداره کل پزشکی قانونی استان تهران: در ابتدای جلسه، دکتر دانش‌پرور دبیر علمی سمینار ضمن خوشامدگویی در خصوص ضرورت و اهمیت دندانپزشکی قانونی در کارشناسی‌های پزشکی قانونی مطالبی را عنوان کرد و در ادامه تعدادی از اساتید دانشگاه‌ها و کارشناسان سازمان پزشکی قانونی در خصوص جایگاه دندانپزشکی قانونی مباحثی را ارائه کردند. ضرورت و اهمیت دندانپزشکی قانونی در کارشناسی‌های پزشکی قانونی، اولین بحث این کنفرانس بود که توسط دکتر حمیدرضا دانش‌پرور دارای بورس تخصصی پزشکی قانونی و عضو هیات علمی سازمان پزشکی قانونی ارائه شد.

پس از آن «استفاده از جنبه‌های مهم دندانپزشکی در تشخیص هویت افراد» توسط دکتر آرمین فرساد، دندانپزشک و کارشناس دندانپزشکی قانونی اداره کل پزشکی قانونی استان تهران ارائه شد. «کارشناسی صدمات فک و صورت و دندان‌ها و تطبیق آن با قانون مجازات اسلامی» سومین بحث کنفرانس جایگاه دندانپزشکی در کارشناسی‌های پزشکی قانونی بود که دکتر حسین آزاد، دندانپزشک و کارشناس دندانپزشکی



به همت واحد آموزش و پژوهش پزشکی قانونی استان تهران، برگزار شد؛

کنفرانس جایگاه دندانپزشکی در کارشناسی‌های پزشکی قانونی

به همت حوزه معاونت آموزش و پژوهش سازمان پزشکی قانونی کشور در تهران برگزار شد

کنفرانس یک‌روزه تروماهای چشم



توسط دکتر مسعود قادری پاشا دارای بورس تخصصی پزشکی قانونی و عضو هیات علمی سازمان ارائه شدند، آخرین مباحث نوبت صبح این کنفرانس بودند.

در نوبت بعد از ظهر این کنفرانس ابتدا دکتر گیتی غیاثی، فوق تخصص استراییسم بحث «دوبینی و اختلال دید» را ارائه کرد و پس از وی بحث «معرفی مورد (case) جهت بررسی ارتباط تروما» که توسط دکتر سید مرتضی انتظاری، دانشیار گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ارائه شد، آخرین مبحث این کنفرانس یک روزه بود.

در پایان این کنفرانس یک‌روزه، پانل و پرسش و پاسخ توسط سخنرانان و دبیر علمی کنفرانس، دکتر احمد شجاعی، برگزار شد.

محل برگزاری کنفرانس یک روزه تروماهای چشم سالن شهید بهشتی سازمان پزشکی قانونی کشور واقع در پارک شهر، خیابان بهشت بود.

در اطلاعیه اداره کل آموزش سازمان آمده است: همکاران سازمان پس از ثبت نام در سامانه آموزش مداوم کشور و دریافت کد کاربری از این پس نسبت به ثبت نام برنامه‌های آموزش مداوم سازمان از طریق سامانه آموزش مداوم کشور (www.ircme.ir) و از لیست مراکز آموزش مداوم کل کشور، سازمان‌ها، سایت آموزش مداوم سازمان پزشکی قانونی با کد ۱۱۶۱۷ را انتخاب و نسبت به ثبت نام در برنامه دلخواه اقدام فرمایند.

به همت حوزه معاونت آموزش و پژوهش سازمان پزشکی قانونی و به منظور افزایش سطح علمی همکاران و ارتقای کیفی کارشناسی‌های انجام شده، کنفرانس یک روزه تروماهای چشم در تهران برگزار شد.

در این کنفرانس یک‌روزه، مقالات و گفت‌وگوهایی با محوریت تروماهای چشم ارائه شد. «کلیاتی از آناتومی و ارش ضایعات چشم» از جمله موضوعاتی بود که توسط دکتر سعید شعبانی دارای بورس تخصصی پزشکی قانونی، ارائه شد. علاوه بر آن مطالب زیر در این کنفرانس یک‌روزه ارائه شد: «بررسی ارتباط ضایعات چشمی با تروما» توسط دکتر احمد شجاعی، فوق تخصص قرنیه و عیوب انکساری چشم و عضو هیات علمی دانشگاه و مبحث «نقش تست‌های بینایی در تشخیص ضایعات» که توسط دکتر حسین محمد ربیع، دانشیار گروه چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ارائه شد.

همچنین موضوع «مسئولیت مدنی و کیفری پزشکان» توسط دکتر محمد کاظمیان دارای بورس تخصصی پزشکی قانونی و مدیر کل امور پژوهشی و نشر منابع علمی سازمان، «بررسی سه ساله قصور پزشکی در پرونده‌های کمیسیون تخصصی چشم پزشکی سازمان پزشکی قانونی» توسط دکتر حمیدرضا دانش‌پرور دارای بورس تخصصی پزشکی قانونی و عضو هیات علمی سازمان و «تعیین نقص عضو در دستگاه بینایی»

خاطرات دختری ژاپنی

که در قلب اروپا مسلمان شده و حجاب را برگزیده است

آزادی در لایه‌های آزادگی



هیچ آشنایی نداشتیم. در واقع، هر دوی آنها برایم غیرقابل تصور بودند؛ اما شوق مسلمان شدن، چنان در من قوی بود که نگران چیزهایی که در آن سوی این تغییر در انتظارم بودند، نبودم پس از گوش دادن به یک سخنرانی در مسجد پاریس، محاسن رعایت حجاب بر من روشن شد؛ تا حدی که حتی پس از خروج از مسجد هم روسری را از روی سرم برنداشتم.

آن سخنرانی، مرا غرق در نوعی رضایت روحی کرد که هرگز قبلاً نمی‌شناختم؛ آن چنان که اصلاً نمی‌خواستم روسری را از سرم بردارم. در آن وقت، به دلیل سرمای هوا، پوشش حجابم، توجه زیادی را به خود جلب نکرد؛ ولی خودم به شدت احساس می‌کردم که با دیگران تفاوت دارم؛ احساس طهارت و امنیت می‌کردم. احساس می‌کردم که در محضر خداوند هستم. به عنوان یک خارجی در پاریس، از این‌که مردان به من خیره شوند، احساس خوبی نداشتیم؛ ولی با پوشش حجاب، از نگاه مردان در امان بودم.

«ناکتاحالا» با گفتن اینکه رعایت حجاب، باعث شادمانی‌ام شد و نیز نشانه فرمان‌برداری من از خداوند و تجلی ایمانم بود، می‌گوید: دیگر لازم نبود که اعتقاداتم را با صدای بلند فریاد بزنم؛ حجاب من، آنها را به روشنی برای همگان بیان می‌کرد؛ به ویژه برای دیگر مسلمانان. به این ترتیب، حجاب به تقویت پیوند من با دیگر خواهران مسلمانان کمک می‌کرد. حجاب برای من، خیلی زود، به یک امر طبیعی و کاملاً اختیاری تبدیل شد.

هیچ کس نمی‌توانست مرا مجبور به رعایت حجاب کند و اگر هم می‌کرد، من از آن سرپیچی می‌کردم. او خیلی زیبا درباره اولین کتابی که از حجاب خوانده است می‌گوید و جمله‌ای که از آن کتاب در ذهنش به یادگار مانده است که می‌تواند حسن ختامی برای این مطلب باشد. او می‌گوید که در اولین کتابی که درباره حجاب خواندم، نویسنده با زبان بسیار ملایمی بیان کرده بود که: «خداوند، حجاب را جداً توصیه می‌کند» و در اسلام، ما باید از خواسته‌های خداوند اطاعت کنیم. از این‌که من هم موفق به انجام وظایف دینی خود به صورت اختیاری و بدون هیچ مشکلی شدم، خوشحال هستم.

اطاعت از سنت‌ها هستند و بنابراین، حجاب، نماد ظلم و ستم است. از این رو، استقلال و آزادی زنان، میسر نخواهد شد؛ مگر با برداشتن حجاب.

«ناکتاحالا» معتقد است که چنین درک ناپخته‌ای در میان مسلمانان کم‌اطلاع یا بی‌اطلاع از اسلام هم وجود دارد. این افراد، چنان به التقاط دینی و سکولاریسم خو گرفته‌اند که از درک این مطلب که اسلام دینی جهانی و جاودانی است، ناتوانند. این در حالی است که زنان غیرعرب، در سراسر دنیا، به دین اسلام می‌گروند و حجاب را به عنوان یک شرط مذهبی می‌پذیرند و نه به خاطر برداشتی نادرست از سنت.

او می‌گوید که حجاب من، نه بخشی از هویت سنتی یا نژادی من است و نه معنایی سیاسی یا اجتماعی دارد؛ بلکه حجاب من، تنها و تنها، هویت مذهبی من است. من پیش از آن‌که در پاریس دین اسلام را برگزینم، حجاب را در حد خودم رعایت می‌کردم.

او روزهایی را به یاد می‌آورد که از حجاب تنها به شکل یک مد استفاده می‌کرد، «در فرانسه، من تنها شالی بر سر می‌گذاشتم که از نظر رنگ، با دیگر لباس‌هایم متناسب بود. این ترکیب، تقریباً مد به حساب می‌آمد.

اکنون که در کشورهای مسلمان هستم، چادر سیاه سرتاسری بر تن می‌کنم که حتی چشمانم را هم می‌پوشاند. به این ترتیب، من حجاب را از ساده‌ترین شکل تا کامل‌ترین آن، تجربه کرده‌ام.»

چطور شد که فردی با چنین مشخصه‌ای مسلمان می‌شود و این دین را مطالعه می‌کند؟! این بانوی مسلمان ژاپنی در جواب به این پرسش می‌گوید هنگامی که تصمیم گرفتم اسلام خود را ابراز کنم، هرگز فکر نکرده بودم که آیا خواهم توانست روزی پنج نوبت نماز بخوانم یا این‌که آیا قادر خواهم بود حجاب خود را حفظ کنم. شاید از این می‌ترسیدم که اگر جدی به این موضوع فکر کنم، به نتیجه‌ای منفی برسم و این کار، می‌توانست تصمیمم را مبنی بر مسلمان شدن، تحت تأثیر قرار دهد. تا زمانی که مسجد جامع پاریس را ندیده بودم، هیچ کاری با اسلام نداشتیم و با نمازگزاران و حجاب،

دنیای امروز به همگان آزادی را هدیه داده است. هدیه‌ای که قرار بوده است انسان‌ها را از چنگال ظلم و ستم فرزندان آدم رها کند. اما امروز و پس از گذر سال‌ها از روزی که آزادی و حقوق بشر شعار انقلاب‌های بزرگ اروپایی‌ها علیه پادشاهان آن روزگارشان بود و سر و صدای آن توسط روشنفکران و فیلسوفان غربی دنیا را پر کرد به نظر می‌رسد مسیری غیر از آزادی واقعی را پیموده است. به نظر می‌رسد که این آزادی به دست آمده آزادی از دست خدا انسان بوده است. ظاهراً انسان خواسته با کنار گذاردن فطرت انسانی و خداییش هر چه نفس اماره دستور داد انجام دهد. اما در همین دنیای پر ذرق و برق هم هستند انسان‌هایی که آزادی معنوی را برگزیده‌اند؛ آنها که فهمیده‌اند آزادی واقعی انسان در بندگی خداست.

دختر ماجرای ما که با همه آن ایدئولوژی‌ها در قلب اروپا در حال تدریس است و دلش می‌خواهد درباره حجاب که در کشورهای غرب با عنوان محدودیت از آن سخن به میان می‌آید، بیشتر بداند. این دختر هر روز بیشتر و بیشتر می‌پرسد و کارش تا جایی پیش می‌رود که بدون فکر کردن به این مساله که دیگران به او چه نگاهی خواهند کرد حجاب را تجربه می‌کند. این اتفاقات خلاصه‌ای از داستان زندگی واقعی یک دختر ژاپنی است.

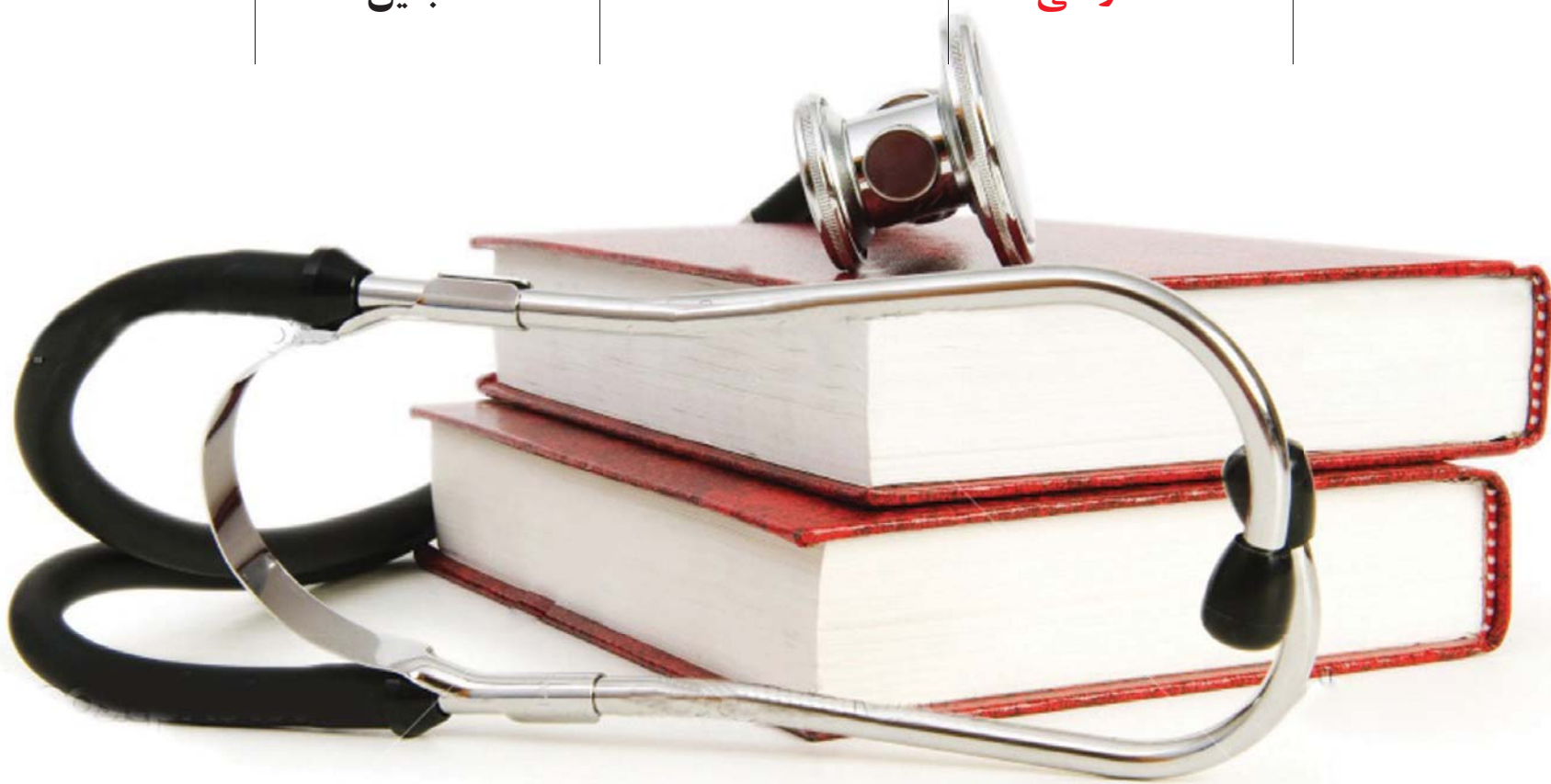
«ناکتاحالا» که اینک یک بانوی مسلمان است درباره تجربیات خود از حجاب می‌گوید: «در آن زمان که تازه مسلمان شده بودم، بحث‌های جدی درباره دختران محجبه در مدارس فرانسه وجود داشت. اکثریت بر این نظر بودند که مدارس دولتی فرانسه باید نسبت به مذهب دانش‌آموزان بی‌تفاوت نباشند و حتی من، به عنوان یک غیرمسلمان، می‌اندیشیدم که چرا باید چنین وسواسی درباره موضوعی کوچک - روسری دانش‌آموزان - وجود داشته باشد. این مساله زمانی که من هنوز مسلمان نشده بودم نیز در ذهنم وجود داشت.»

وی ادامه می‌دهد که برایم اعتقادات و نظریاتی که در مورد حجاب بود جالب به نظر می‌رسید، این احساس، همچنان در میان غیرمسلمانان به قوت خود باقی است که زنان مسلمان، پوشش اسلامی بر تن می‌کنند؛ تنها به این دلیل که مجبور به

پذیرش و رد
درخواست‌های
سقط‌جنین

عناصر جرم
سقط‌جنین

شرایط لازم برای
صدور مجوز
سقط‌درمانی



راهکار جامعه برای یک واقعیت اجتماعی

سقط‌درمانی مجاز و قانونی است

امید عبدالحیان

آمارها نشان از آن دارند که پدیده سقط‌جنین، یک واقعیت اجتماعی قابل توجه است که با توجه به ارتباطی که با سلامت جسمانی و روانی خانواده و جامعه دارد باید به آن توجه جدی کرد. آمارها، نشان از بالا بودن موارد سقط‌جنین در کشور دارد. در چنین شرایطی، جامعه باید چه واکنشی به این پدیده نشان دهد که هم حرمت جان آدمی حفظ شود و هم بهداشت و سلامت جسمی و روانی جامعه تامین شود؟

موضوع سقط‌جنین محل تلاقی ارزش‌های اساسی و مهم جامعه ایرانی است. از یک سو پای حق حیات مادر و فرزند او در میان است که مهمترین و محترم‌ترین حق آدمیست، از سوی دیگر سلامت سقط‌جنین، با سلامت روانی و جسمانی جامعه در ارتباط است. واقعیت‌های اقتصادی و جمعیتی نیز موضوعات دیگری هستند که بر تصمیم جامعه در خصوص سقط‌جنین تاثیر می‌گذارد. علاوه بر ارزش‌های اساسی جامعه، موضوع با احکام تکلیفی فقهی و بایدها و نبایدهای قانونی نیز پیوند خورده است. تصمیمی که در خصوص سقط‌جنین گرفته می‌شود، باید با در نظر گرفتن بایدها و نبایدهای شرعی و قانونی باشد. پیوند سقط‌جنین با بهداشت، سلامت، حقوق، فقه و خانواده، تصمیم‌گیری در این موضوع را سخت‌تر و سخت‌تر می‌کند اما بالاخره مدتی پیش، با ترسیم خطی میان سقط‌جنین و سقط‌درمانی، تصمیم درستی مبنی بر پیش‌بینی برخی استثناها برای امکان سقط‌درمانی گرفته شد. کشور ما از یک نظام ترکیبی و بینابینی در برخورد با سقط‌جنین پیروی می‌کند که اصل و قاعده را بر حرمت سقط‌جنین می‌گذارد مگر در مواردی که شرایط سقط‌درمانی وجود داشته باشد.

بررسی واکنش نظام‌های حقوقی و قضایی کشورها با پدیده سقط‌جنین، نشان از آن دارد که آنها که راه میانه بین ممنوعیت مطلق یا جواز مطلق را پیش گرفته‌اند و میان سقط‌جنین و سقط‌درمانی تفکیک و تمایز قائل شده‌اند از بقیه موفق‌تر بوده‌اند. بیشتر کشورها با اصلاح مقررات خود، رو به سوی ایجاد چنین تعادلی دارند. در کشور ما نیز با تقسیم موارد سقط جنین به موارد مشروع و غیرمشروع، رویکردی میانه در برخورد با این پدیده اتخاذ شده است. از سال ۱۳۸۴، عملاً موارد قانونی و مشروع سقط‌جنین، با عنوان سقط‌درمانی در قانون به رسمیت شناخته شده است. در روش میانه، جامعه با شناخت موارد مشروع سقط جنین و حمایت از متقاضیان آن، مانع از گسترش سقط‌های زیرزمینی و ایجاد عوارض آن می‌شود. از سوی دیگر نیز، با برخورد با موارد نامشروع و غیرقانونی سقط‌جنین سعی در کاهش ارتکاب این جرم دارد. بنابراین سیاستی که باید در این رابطه در نظر گرفت سیاستی ترکیبی است. از یک سو باید موارد نقض قانون را سرکوب کرد و از سوی دیگر موارد قانونی و مشروع را حمایت کرد. آرای فقها نیز چنین برداشتی را تایید می‌کند چراکه بسیاری از آنها، سقط‌جنین در موارد استثنایی و ضروری را مجاز دانسته‌اند. جهت سقط درمانی قانون ویژه‌ای در سال ۱۳۸۴ تصویب و ابلاغ شده ولی پیش از آن نیز با توجه به قوانین مجازات اسلامی و ماده ۶۳۲ قانون تعزیرات از مجازات اسلامی و فتاوی علما، سقط درمانی با شرایطی قابل تصور بود.

شرایط لازم برای صدور مجوز سقط درمانی

در مواردی که یک پزشک وجود نقص جدی در جنین را تشخیص بدهد و یا اندیکاسیون‌های جنینی و سقط محرز باشد، باید در چهار ماهگی یا پیش از آن فرد را به مراکز پزشکی قانونی معرفی کند تا پس از بررسی‌های لازم، مجوز سقط درمانی صادر شود. در سال ۱۳۸۱ کمیته کشوری سقط جنین، آیین‌نامه‌ای با ۴۹ مورد اندیکاسیون (موارد مجاز) قطعی مادری و جنینی را برای سقط جنین درمانی پیشنهاد کرد و پس از آن در نگاه جامعه و مسئولان به این موضوع به عنوان یک مساله بهداشتی تغییر ایجاد شد. در حال حاضر طبق قانون مصوب مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴ سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تایید پزشکی قانونی، قبل از ولوج روح (چهار ماهگی) و با رضایت زن در دو مورد مجاز شناخته شده است. اول، بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و دوم، بیماری مادر که با تهدید جانی او توأم باشد. برخی از مصادیق بیماری‌هایی که مشمول بند دوم می‌شوند عبارت‌اند از: ۱- بیماری درپچه‌ای قلب که به نارسایی قلبی همراه با تنگی نفس شدید منجر می‌شود، ۲- هر نوع بیماری حاد قلبی غیر از کرونر که همراه با تنگی نفس شدید باشد. از قبیل میوکاردیت و پریکاردیت (التهاب عضله قلب و پرده اطراف قلب)، ۳- سابقه بیماری کاردیو مایوپاتی دیلاته در حاملگی‌های قبلی (یک نوع نارسایی قلبی پیشرفته)، ۴- افراد مبتلا به سندرم مارفان در صورتی که قطر آئورت صعودی این افراد بیش از پنج سانتی‌متر باشد، ۵- افراد مبتلا به سندرم آیزن منگر که یک سندرم قلبی-تنفسی شدید است، ۶- کبد چرب حاملگی، واریس مری با سابقه خونریزی از واریس مری و هیپاتیت اتوایمیون غیرقابل کنترل، ۷- نارسایی کلیه و فشار خون غیرقابل کنترل با داروهای مجاز در دوران حاملگی، ۸- هر بیماری ریوی اعم از آمفیزم، فیبروز، کایفواسکولیوز (یک ناهنجاری ستون مهره‌ها)، ۹- ابتلا به ویروس HIV که وارد مرحله ایدز شده باشد، ۱۰- لوپوس غیرقابل کنترل با درگیری یک ارگان اصلی و اسکولیت‌ها زمانی که ارگان‌های اصلی درگیر باشند، ۱۱- سورپاریس شدید و عمومی بدن و ملانوم نوع پیشرفته که باعث خطر جدی جانی برای مادر شود و همچنین پمفیگوس ولگاریس، ۱۲- تشنج‌هایی که به رغم درمان چنددارویی، مقاوم به درمان باشد، ۱۳- ام‌اس‌هایی که موجب ناتوانی بیمار شده باشد، ۱۴- میاستنی گرا و در مراحل پیشرفته به شرط اینکه خطر جانی جدی برای مادر داشته باشد و ۱۵- انواعی از بیماری‌های مغزی مثل ALS که با حاملگی تشدید یافته و برای مادر خطر جدی داشته باشد.

مرحله اول: تهیه مدارک لازم

درخواست مجوز سقط درمانی نیاز به مدارکی دارد که به پیوست درخواست، از سوی متقاضیان ارائه می‌شود. نتیجه‌ای که در انتها در خصوص درخواست سقط جنین گرفته می‌شود، ارتباط فراوانی با محتوا و موضوع این مدارک دارد. این مدارک عبارت‌اند از: ارائه شناسنامه زن و شوهر، سه قطعه عکس تمام رخ، تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه‌ها، معرفی‌نامه از پزشک متخصص معالج به همراه سونوگرافی معتبر. علاوه بر این مدارک، حضور زوجین در این معاینه الزامی می‌باشد.

مرحله دوم: پرداخت هزینه‌های رسیدگی

پرداخت تعرفه تعیین شده، در کنار سایر مدارک از شرایط لازم برای به جریان افتادن رسیدگی به درخواست سقط جنین است. در سال ۱۳۹۰، تعرفه تعیین شده برای درخواست سقط جنین، ۲۰۰ هزار ریال تعیین شده است. تعرفه خدمات خاص پزشکی قانونی، هر ساله با در نظر گرفتن تعرفه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و طبق ماده سه قانون تشکیل سازمان پزشکی قانونی کشور و آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ همین قانون، بعد از تایید رییس قوه قضاییه به منظور عملی شدن به ادارات کل استان‌ها و مراکز ابلاغ می‌شود.

مرحله سوم: رعایت مهلت

مجوز سقط جنین قبل از چهار ماهگی صادر می‌شود بنابراین کسانی که متقاضی سقط جنین هستند، باید به این مهلت توجه داشته باشند و درخواست خود را در زمان مناسب تحویل دهند. مجوز سقط جنین بعد از چهار ماهگی صادر نخواهد شد و دلیل آن، حرمت سقط جنین پس از ولوج روح است. رسیدگی سریع به درخواست برای استفاده از حق قانونی سقط درمانی اهمیت فراوانی دارد.

مرحله چهارم: تقدیم مدارک به مرجع صالح

درخواست بررسی و صدور مجوز سقط جنین باید تنها در ادارات کل پزشکی قانونی استان‌ها و نیز مراکز پزشکی قانونی شهرستان‌هایی که شرایط لازم را در این خصوص با تایید معاونت پزشکی و بالینی سازمان داشته باشند تا ۴ ماه از زمان لقاح پذیرش شود. سازمان پزشکی قانونی خود به این درخواست‌ها رسیدگی کرده و در مورد آنها تصمیم‌گیری می‌کند.

مرحله پنجم: اخذ اجازه مادر

قانون فقط اجازه زن را برای سقط جنین کافی می‌داند اما در عمل و در فرایند سازمان پزشکی قانونی، رضایت پدر نیز کسب می‌شود، مگر در مواردی که پدر در مسافرت بوده و یا نباشد و مادر نزدیک به هفته ۱۹ بارداری باشد، در این صورت سقط جنین بدون رضایت پدر نیز انجام می‌شود.

مرحله ششم: بررسی مدارک

سازمان پزشکی قانونی به مدارک متقاضیان رسیدگی کرده و در صورت وجود شرایط قانونی بادرخواست سقط جنین موافقت می‌کند. این شرایط عبارت‌اند از: ۱. بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است. ۲. بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد. ۳. تشخیص قطعی سه پزشک متخصص در خصوص یکی از موارد بالا ۴. قبل از ولوج روح (چهار ماهگی)

مرحله هفتم: صدور مجوز یا رد درخواست

صدور مجوز سقط درمانی بر اساس قانون مصوب سال ۱۳۸۴ مصوب مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه این قانون که به تصویب سازمان پزشکی قانونی رسیده است، به عهده سازمان پزشکی قانونی است. پزشکی قانونی مجوزهایی که قبل از چهار ماهگی به اجراء در نیامده باشد را اجرائی می‌کند. پس در خصوص سقط درمانی، سازمان پزشکی قانونی، مرجع خاص رسیدگی کننده است و موضوع از صلاحیت دیگر مراجع قضاوتی خارج است.

برخورد نظام‌های حقوقی مختلف با موضع سقط جنین، متفاوت بوده است، معمولاً کشورها راه ممنوعیت این عمل را پیش گرفته‌اند اما در برهه‌هایی از تاریخ، در برخی از جوامع این موضوع به صورت مطلق مجاز بوده است. تمدن بشر پس از پشت سر گذاشتن تجربه‌های مختلف در این خصوص به این نتیجه رسیده که در مواردی خاص و استثنایی، چاره‌ای جز روی آوردن به سقط جنین نیست. بدین ترتیب اصطلاح سقط‌درمانی برای بیان موارد مشروع و قانونی سقط جنین وضع شد. امروزه در اغلب کشورها، راه میانه انتخاب شده و سقط‌درمانی با شرایطی تجویز شده است.

سقط جنین در کشور استرالیا

استرالیا، نظام واحدی در برخورد با سقط جنین و حدود جواز و تحریم آن ندارد. مقررات برخی از ایالت‌ها به سختی اجازه سقط جنین صادر می‌کند و برعکس برخی دیگر از آنها، به راحتی مجوز سقط جنین صادر می‌کنند. این موضوع پیدایش پدیده تورسم سقط جنین را دنبال داشته که به معنی سفر متقاضیان به ایالت‌های گروه اول برای بالا بردن شانس پذیرش درخواست خود شده است. هنوز براساس قانون جزایی که در سال ۱۹۰۰ به تصویب رسید، سقط جنین در ایالت مرکزی استرالیا (ACT) جرم محسوب می‌شود و مرتکب آن ممکن است به ۱۰ سال زندان محکوم شود. سقط جنین همچنین در ایالت تاسمانیا (Tasmania) ممنوع و تحت مقررات و محدودیت‌های ویژه‌ای می‌باشد. این در حالی است که در ایالات دیگر استرالیا سقط جنین براحتی در مراکز خصوصی انجام می‌شود و مراکز درمانی زیادی آزادانه در رسانه‌ها و اینترنت امکانات خود را برای سقط جنین تبلیغ می‌کنند. با این وجود، در همین ایالت‌ها نیز انجام سقط جنین در بیمارستان‌های دولتی تابع تشریفات خاص و یا منوط به تصویب کمیسیون‌های پزشکی است. در مقابل، برخی از ایالت‌ها مقررات سخت و سستی برای مقابله با سقط جنین پیش‌بینی کرده‌اند. بخش ۲۹۰ قانون جزایی WA در این خصوص مقرر می‌کند: «هنگامی که یک زن باردار در وضعیتی است که بزودی نوزاد خود را به دنیا خواهد آورد هرگونه اقدام جهت ممانعت از متولد شدن نوزاد بصورت زنده جرم محسوب و مستوجب حبس ابد خواهد بود.» البته در ایالت‌هایی که سقط جنین جرم محسوب می‌شود، براساس مقررات بهداشتی و درمانی (Health Act) در موارد خاصی که نجات جان مادر ایجاب می‌کند یا تصویب کمیسیون‌های پزشکی سقط جنین انجام‌پذیر است.



سقط جنین در حقوق انگلستان

تا سال ۱۹۲۹ رویکرد قانونگذار انگلیسی در مساله سقط جنین یک رویکرد کیفری بوده و به همین جهت بیشترین حمایت از جنین به عمل آمده است. این حمایت به اندازه‌ای جدی و غیرقابل استثنا بوده که حتی اگر پزشکی با هدف درمان زن باردار و نجات ایشان اقدام به سقط جنین می‌کرد، قابل تعقیب بود. قانونگذار انگلیسی در سال ۱۹۲۹ با وضع قانون حفظ حیات کودکان تا حدی به سمت شناسایی سقط درمانی تمایل نشان داد و با پیش‌بینی یک استثنا یعنی تجویز سقط با هدف نجات جان مادر یک گام به سوی ترجیح حیات مادر بر حیات جنین برداشت ولی این تحول تا سال ۱۹۳۹ مورد توجه قرار نگرفت و در این سال است که رویه قضایی با ارائه تفسیری از مقررات موضوعه وقت از این تحول استقبال و قلمرو تقدم حیات مادر بر جنین را گسترش می‌دهد. اما نه دکتربین حقوقی و نه رویه قضایی از این تحول استقبال چندانی به عمل نیاوردند تا این که قانونگذار در سال ۱۹۶۷ با وضع قانون نسبتاً جامع سقط جنین این تحول را به رسمیت شناخته و در این زمینه حقوق این کشور را وارد دوره جدیدی کرد. به موجب این تحول، حمایت از مادر به مفهوم عام و همچنین حمایت از منافع والدین، فرزندان موجود و حتی منافع جامعه مبنای ملاحظات قانونگذار قرار می‌گیرد و بدین وسیله دامنه سقط مجاز به نحو گسترده‌ای افزایش داده می‌شود. با اصلاحات سال ۱۹۹۰ رویکرد قانونگذار انگلیسی از نظریه حمایت از مادر و ترجیح مادر بر جنین به سمت شناسایی استقلال مادر تمایل پیدا می‌کند. در این سال قانونگذار با شناسایی یک مبنای نسبتاً فراگیر برای تجویز فسخ بارداری گام بلندی، هر چند به نحو ضمنی، به سوی شناسایی استقلال زن در اصل بارداری و ختم آن برمی‌دارد. در حال حاضر باید بر این عقیده بود که در حقوق انگلستان، براساس مجوز موضوع بند (الف) از بند نخست بخش یک قانون سال ۱۹۶۷ عملاً با درخواست زنان باردار برای فسخ بارداری موافقت خواهد شد.



نه حرمت حرمت و نه جواز جواز

جواز سقط‌درمانی، حاصل تجربه بشر در برخورد با پدیده سقط جنین

بحث تاریخی بر سر حرمت و جواز سقط جنین

موضوع سقط جنین، بحثی کهن است که اسلام و دیگر ادیان آسمانی صراحتاً با آن مخالفت کرده‌اند مگر در شرایط خاص و ویژه. طرح جدی این بحث در عالم پزشکی را باید به یونان باستان و آرای فیلسوفان و اندیشمندان آن دوران نسبت داد. سقراط فیلسوف و مکتبدار بزرگ یونان، سقط جنین را مشروط به اجازه مادر، جایز دانسته و عقیده دارد هیچ‌گونه گناهی در این مورد متوجه پزشک نیست. ارسطو بنیانگذار منطق، عقیده دارد که در میان خانواده‌هایی که تعداد فرزندانشان زیاد است برای جلوگیری از ازدیاد نسل، سقط جنین باید جایز شمرده شود و این خود کمکی است که از نظر مادی و معنوی به پدران و مادران می‌شود. در مقابل این دو، بقراط که او را پدر طب عالم گفته‌اند در سوگندنامه معروف خود که هم‌اکنون در دانشکده‌های پزشکی دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد پزشکان را از انجام کورتاژ جنایی بر حذر داشته و تاکید کرده است که «به زن‌ها دارویی که مسقط جنین باشد ندهید و در مشورت برای اعدام نفسی اظهار عقیده نکنید.» از چند مذهب کوچک که بگذاریم سایر مذاهب، سقط جنین را حرام دانسته و مردم را از انجام آن منع کرده‌اند. اما تقریباً همه اجازه سقط‌درمانی را با شرایطی صادر می‌کنند. جز در موارد استثنایی که سقط جنین مطلقاً جایز شناخته شده، می‌توان گفت که سقط جنین در طول تاریخ و در کشورهای مختلف به سه دسته تقسیم شده و با هر یک برخورد مجزایی شده است. الف: سقط غیر ارادی و خود بخود که در بعضی از بیماری‌های زنان و بیماری‌های کلیوی و عفونی و خونی ممکن است رخ دهد. ب: سقط ارادی و درمانی که در بسیاری از کشورها از جمله کشور ما با شرایطی مجاز دانسته شده و ج: سقط ارادی جنایی که اغلب مجازات‌های سنگینی را برای مرتکب به دنبال دارد.



تورسم سقط‌درمانی

مخالفان سقط جنین، اسپانیا را «ملکه سقط جنین اروپا» می‌دانند چرا که مردم سراسر قاره اروپا می‌توانند به سادگی و در مراحل مختلف عمر جنین، به این کشور سفر کنند و از خدمات کلینیک‌های مربوط استفاده کنند. در سال ۲۰۰۷ نیز کشور سوئد، اصلاحاتی قانونی اعمال کرد که این امکان را به زنان سوئدی و گردشگران خارجی می‌داد که در کلینیک‌های درمانی این کشور به سقط جنین بپردازند. به دنبال طرح این موضوع در پارلمان این کشورها، تعدادی از نمایندگان دموکرات مسیحی هشدار داده بودند که تصویب این قانون می‌تواند به گسترش تورسم سقط جنین بینجامد. موضوع ممنوعیت سقط جنین در برخی کشورها و جواز آن در برخی دیگر از کشورها، برخی را به امید انجام کاری که در کشور خود قادر به انجام آن نیستند، رهسپار این کشورها کرد. به این موضوع تورسم سقط جنین می‌گویند که درآمد سرشاری را نصیب کشورهای پذیرنده می‌کند. به عنوان مثال، اتباع کشور ایرلند، بدلیل ممنوعیت سقط جنین در کشور آنها، رهسپار کشورهایی مثل انگلستان می‌شوند که مقررات سهل و آسان‌تری را برای سقط جنین در نظر گرفته‌اند. طی پروسه درمان در کلینیک‌های درمانی انگلیس، منبع درآمدی برای این کشور است. اما جواز سقط جنین در این کشورها، مخالفان سرسختی نیز داشت که عمدتاً از طیف‌های مذهبی هستند. در اروپای شرقی، هنوز مخالفان سقط جنین در اکثریت هستند. در این کشورها مقررات سخت‌گیرانه‌ای با حمایت کلیسای کاتولیک وجود دارد. مثلاً دولت لهستان، سخت‌گیرانه‌ترین قوانین ممکن را در این زمینه وضع کرده است. به هر حال به نظر می‌رسد چه کشورهایی که اصل را بر جواز سقط جنین می‌دانند و چه کشورهایی که بر ممنوعیت تاکید دارند، در حال نرمش در مواضع خود به نفع سقط‌درمانی هستند بدین معنی که برآنند که موارد لازم و ضروری برای سقط‌درمانی را مجاز قلمداد کنند و یا حمایت از کسانی که مشمول این شرایط استثنایی هستند، راه را برای هر نوع سقط جنین ببندند. هر دو روش افراطی و تفریطی در برخورد با سقط جنین برای کشورها مشکل ساز خواهد بود.

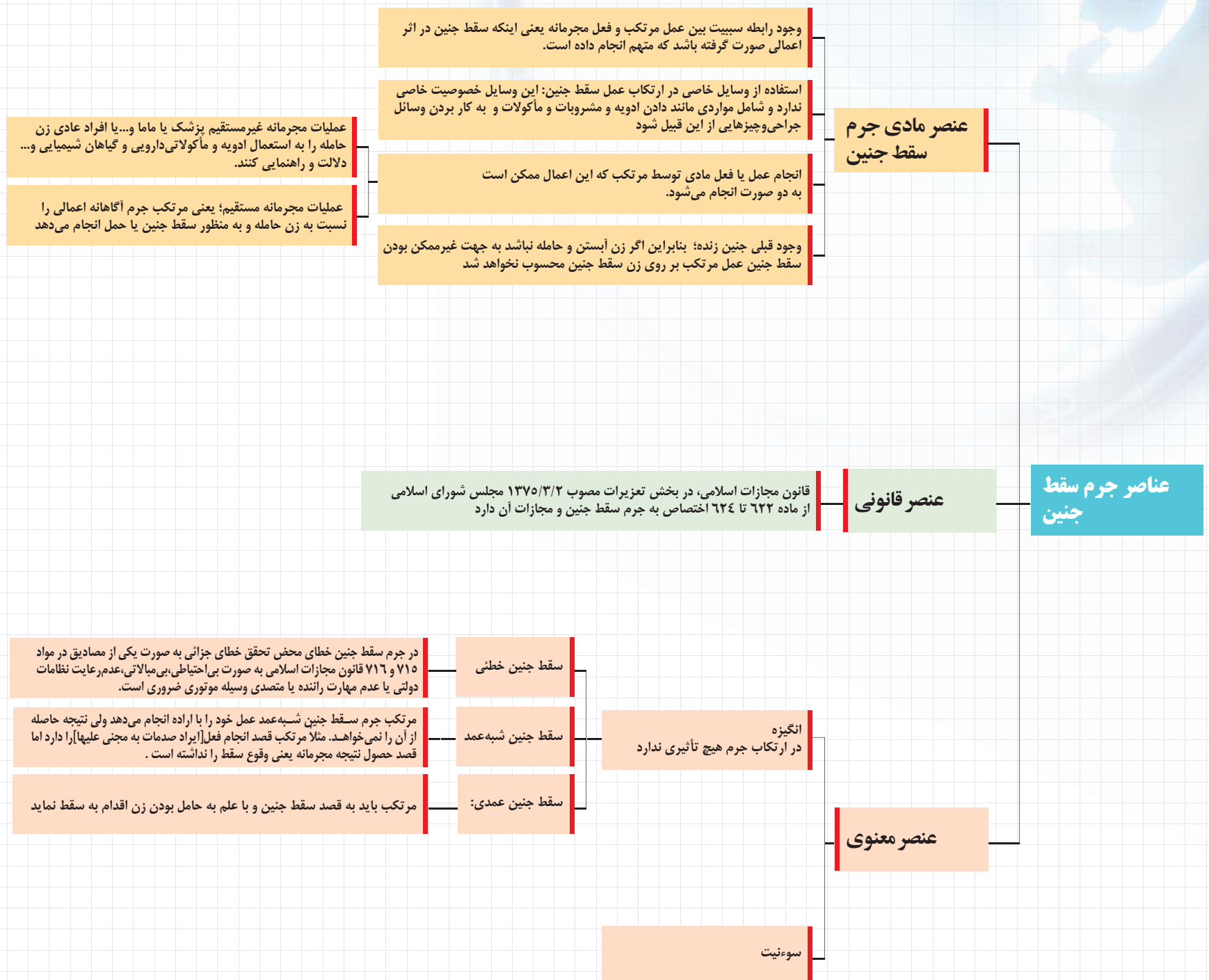


وقوع جرم سقط جنین نیاز به شرایطی دارد

عناصر جرم سقط جنین

امین عطاریان

سقط جنین جرم است و در قانون مجازات اسلامی برای آن مجازات تعیین شده است. اما برای اینکه کسی به اتهام سقط جنین محاکمه شده و مجازات شود، باید شرایط مختلفی وجود داشته باشد که از این شرایط در حقوق با عنوان عناصر اختصاصی جرم سقط جنین یاد می‌شود. اگر هر یک از این عناصر نباشد یا در آن اختلالی وجود داشته باشد جرم سقط جنین منتفیست. در نمودار زیر، می‌توانید عناصر مختلف این جرم را ببینید. در صورت جمع این شرایط، مجازات سقط جنین بر مرتکب این جرم، شریک و معاون وی تحمیل خواهد شد.



فقهای بزرگ شیعه، ابتدا تشکیل جنین را از حیث زمان به دو مرحله تقسیم می‌کنند. ۱. جنین پیش از چهارماهگی (پیش از دمیده شدن روح) ۲. جنین پس از چهارماهگی (پس از دمیده شدن روح) اسقاط جنین پس از دمیده شدن روح حرام است و جایز نیست، اعم از این که برای مادر خطر داشته باشد یا مشکلات روحی و روانی ایجاد کند و... یا خطری متوجه او نباشد یا خطر متوجه خود جنین باشد. اما به اعتقاد فقها، اسقاط جنین پیش از دمیده شدن در صورتی که خطر جانی برای مادر داشته باشد، جایز است، چون مادر دارای نفس محترم است و جنین هنوز به مرحله نفس محترمه نرسیده است، پس جان مادر تقدم دارد بر حیات نباتی جنین. به طور کلی می‌توان گفت حرمت اسقاط جنین بدون عذر شرعی و مصلحت اهم است. بنابراین در صورتی که مصلحت اهمی باشد، در برابر حکم اولیه حرمت، می‌توان به حکم ثانویه عمل کرد. در فقه شیعه، سقط جنین برای حفظ جان مادر، قبل از دمیده شدن روح، اجماعاً و بعد از دمیده شدن روح بر اساس برخی مبانی و با وجود برخی شرایط مجاز است. البته این مورد، استثنایی بر حکم اولیه حرمت است. بدین معنا که عمل اصولاً و اولاً حرام است مگر در مواردی خاص و استثنایی. فقهای شیعه در تجویز سقط جنین به صورت استثنایی، دلایل مختلفی را ذکر کرده‌اند که مهمترین آنها تزاحم، دفاع از جان، قاعده اضطرار و بنای عقلاست.

فقهای شیعه، در شرایطی سقط جنین را جایز می‌دانند

دلایل موجه حکم ثانویه جواز

محمد جوشنی

۱- تزاحم:

نظر برخی فقها بر آن است که اگر قبل از ولوج روح، مادر بترسد که ادامه بارداری موجب مرگش شود، بین وجوب حفظ نفس و حرمت سقط جنین، تزاحم ایجاد می‌شود و با وجود اهمیت حفظ جان مادر نسبت به سقط جنین، مادر بر جنین ترجیح داده می‌شود و سقط جایز خواهد بود. هرگاه دو حکم برای یکدیگر زحمت و مزاحمتی فراهم کنند که نتوان به هر دو عمل کرد، این وضع را تزاحم گویند. در بحث سقط جنین نیز یا باید مرتکب حرامی شد که همان سقط جنینی است که روح در وی دمیده شده است، یا باید واجبی را ترک کرد که حفظ جان مادر از هلاکت است. این دو با هم تزاحم دارند، یعنی اگر مادر بخواهد مرتکب حرام شود، به ناچار باید واجبی را ترک کند. و آن وجوب حفظ نفس خود است. و اگر بخواهد ترک واجب نکند لاجرم، مرتکب حرام خواهد شد، و در باب تزاحم و دوران بین محذورین، اگر مرجعی بر یکی از دو طرف نباشد، عقل حکم به تخییر می‌کند. بنابراین زن باردار مخیر بین حفظ نفس خود یا سقط جنین است.

۲- دفاع از جان

برخی بر این عقیده‌اند که مادر می‌تواند برای دفاع از جان خود اقدام به سقط جنین کند زیرا در مساله دفاع، تفاوتی ندارد که هجوم از طرف عامل خارجی باشد یا از طرف عامل داخلی. در اینجا که جنین به عنوان میهمان، جان میزبان را نشانه گرفته است، مادر می‌تواند با سقط جنین، از جان خود حفاظت و دفاع کند.

۳- قاعده اضطرار

برای درک مفهوم اضطرار، باید ابتدا تفاوت حکم اضطراری با حکم واقعی را دریافت: حکم واقعی، عبارت است از حکم شرع در هر قضیه‌ای، بدون توجه به علم و جهل مکلف که ممکن است بدان پی ببرد و ممکن است پی نبرد و حکم اضطراری، که به آن حکم واقعی ثانوی می‌گویند، حکمی است که برای مکلف با توجه به حالات مختلف او، به استثنای حالت علم و جهل، وضع می‌شود. خداوند در سوره مبارکه مائده می‌فرماید: فَمَنْ اضْطُرَّ فِیْ مَخْمَصَةٍ غَیْرِ مُتَجَانِفٍ لِآثِمِ فَاِنَّ اللّٰهَ غَفُوْرٌ رَّحِیْمٌ؛ آنها که در حال گرسنگی دستشان به غذای دیگری نرسد و متمایل به گناه نباشند، مانعی ندارد از گوشت‌های ممنوع بخورند. خداوند آمرزنده و مهربان است. و آن فراز از حدیث نبوی رفع که می‌فرماید: «رفع عن امتی... و ما اضطروا الیه...» (از امت من، چیزی که به آن اضطرار پیدا نمودند، برداشته شده است). ادعا نموده‌اند که مقتضای این ادله، رفع حرمت از سقط جنین، به هنگام اضطرار است و همان‌طور که فقها عموماً به ادله اضطرار برای خوردن مردار، عمل کرده‌اند، در مسأله سقط جنین نیز به همین ادله تمسک می‌شود و چون فقط امکان حفظ جان یک نفر وجود دارد، مادر اضطراراً با سقط جنین، جان خود را حفظ می‌کند و این عمل وی، با استناد به ادله فوق، حرمت و ممنوعیتی ندارد.

۴- بنای عقلا

عده‌ای بر اساس بنای عقلا که در چنین مواردی فرد را مخیر بین دو امر می‌کنند. مادر را مخیر در سقط جنین یا حفظ جان خود می‌دانند.

امام خمینی (ره)

در خصوص سقط جنین از محضر امام راحل استفتایی صورت گرفته است بدین شرح: «زنی حامله شده است و اکنون یک و ماه و نیم دارد. دکترها می‌گویند حاملگی برای مادر خطر جانی دارد و موجب فلج شدن وی خواهد گشت. آیا سقط جنین برای چنین مادری جایز است یا خیر؟» ایشان در پاسخ می‌فرمایند: «اگر ضرر و خطر جانی برای مادر دارد، قبل از دمیده شدن روح در جنین اسقاط جایز است.»

آیت‌الله‌خامنه‌ای

رهبر معظم انقلاب در پاسخ به استفتایی که در آن پرسیده شده بود: سقط جنین فی‌نفسه چه حکمی دارد؟ و در صورتی که ادامه بارداری برای زندگی مادر خطر داشته باشد، حکم آن چیست؟ می‌فرمایند: سقط جنین شرعاً حرام است و در هیچ حالتی جایز نیست مگر آنکه استمرار حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد که در این صورت سقط جنین قبل از ولوج روح، اشکال ندارد، ولی بعد از دمیدن روح جایز نیست حتی اگر ادامه حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد مگر آنکه استمرار بارداری، حیات مادر و جنین هر دو را تهدید کند و نجات طفل به هیچ وجه ممکن نباشد ولی نجات زندگی مادر به تنهایی با سقط جنین امکان داشته باشد.

آیت‌الله‌سیستانی

آیت‌الله سیستانی در پاسخ استفتایی که پرسیده بود، آیا سقط جنین ۴۰ روزه دیه دارد؟ چه مقدار؟ فرموده‌اند: انداختن حمل پس از انعقاد نطفه، جایز نیست و دیه و کفاره (دو ماه روزه متوالی) دارد مگر اینکه باقی ماندن حمل برای مادر ضرر جانی داشته باشد، یا مستلزم حرج شدیدی باشد که معمولاً تحمل نمی‌شود، که در این صورت قبل از دمیدن روح و جان گرفتن جنین جایز است و بعد از آن مطلقاً جایز نیست.

آیت‌الله‌وحید‌خراسانی

ایشان در پاسخ استفتایی مبنی بر اینکه آیا سقط جنین جایز است؟ فرموده‌اند: سقط جنین در صورتی که پدر و مادر یا یکی از آنها مسلمان باشند جایز نیست و بنابر احتیاط واجب از سقط جنینی که پدر و مادرش هر دو غیر مسلمان باشند باید اجتناب نمود.

آیت‌الله‌مکارم‌شیرازی

در رابطه با سقط جنین از آیت‌الله مکارم شیرازی استفتا شده است که: اگر طبیب تشخیص قطعی دهد که ماندن جنین در شکم مادر موجب مرگ مادر می‌گردد، بفرماید: الف) آیا جایز است جنین را در شکم مادر از بین ببرد تا مادر سالم بماند؟ ب) آیا می‌توان مادر را به همان حال باقی نهاد تا بچه سالم بماند و مادر بمیرد؟ ج) اگر در باقی گذاردن مادر به همان حال، احتمال مرگ، هم برای مادر و هم برای بچه در کار باشد تکلیف چیست (یعنی احتمال مرگ و سلامت برای هر دو مساوی باشد)؟ د) اگر حکم فوق نسبت به جنین قبل از ولوج روح فرق پیدا می‌کند حکم هر دو حال را توضیح فرمایید؟ ایشان به این استفتا اینگونه پاسخ می‌گویند: الف) چنانچه خلقت جنین کامل نشده مانعی ندارد. ب) هرگاه بچه به صورت انسان کامل در نیامده باشد، سقط جنین برای نجات مادر اشکال ندارد. ج) اگر بدانیم یکی از آن دو قطعاً نجات پیدا می‌کند باید آنها را به حال خود گذاشت تا یکی از آن دو بدون دخالت انسان دیگری نجات یابد و اگر امر دایر میان این است که هر دو بمیرند یا فقط جنین بمیرد می‌توان جنین را سقط کرد تا مادر زنده بماند. د) از جوابهای بالا معلوم شد.

رسیدگی به درخواست‌های سقط درمانی در پزشکی قانونی استان تهران

پذیرش درخواست‌های سقط

سقط درمانی به استناد بیماری‌های جنین

نتایج مطالعه انجام شده نشانگر آن است که در سال ۱۳۸۶، ۹۰ مورد سقط جنین و مادرش در مطالعات انجام گرفته، مشخص شد که بیماری‌های جنین در مطالعاتی که بعد از سال ۱۳۸۶ انجام شد، افزایش صدور است که بر مبنای قانون‌های قبلی، مجوز سقط جنین در سقط درمانی داشتند. به تدریج و با اجرای گسترده‌تر قانون مبنای اندیکاسیون‌های جنینی برای انجام سقط درمانی از بررسی و تشخیص زود هنگام نیز احتمالاً در افزایش فر

رد ۳۰ درصد از درخواست‌ها

نتایج مطالعات نشان‌گر آن است که نزدیک به یک سوم بوده است. نکته قابل توجه آن که در ۹۰ مورد از ۹۷ مورد است که در ۱۱/۶ درصد کل درخواست‌ها (۹۰ مورد) سن اساس قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۷، سقط درمانی قبل مشکلات و تبعات متعدد فردی، خانوادگی و اجتماعی را این رو توجه بیشتر جامعه پزشکی و به ویژه متخصصان آنها اندیکاسیون دارد، ضروری به نظر می‌رسد.

آنانسفال‌ی فراوان‌ترین اندیکاسیون سقط در تهران

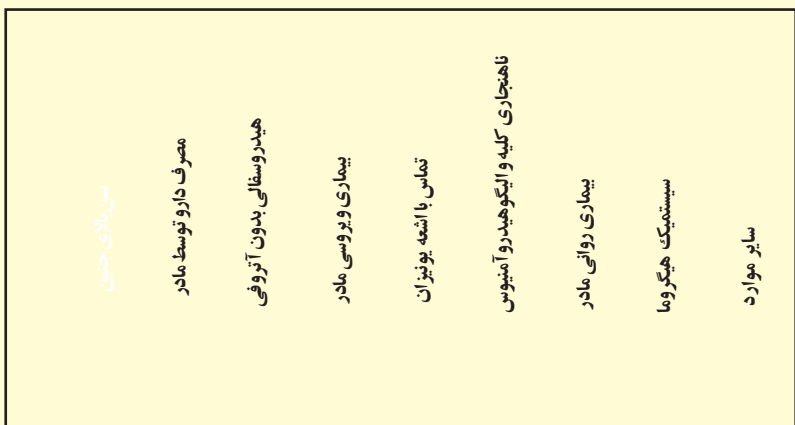
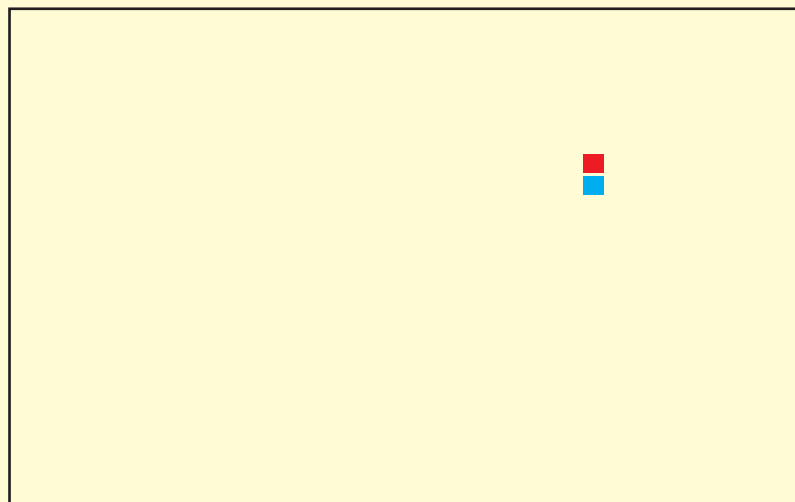
مطالعات صورت گرفته، نشان از آن دارد که آنانسفالی (موجودها) به این دلیل صادر شده است. در مطالعات مشابه مسئولان بهداشتی کشور و به ویژه متخصصان محترم زنان نشان می‌دهد. همچنین فراهم آوردن آموزش‌های لازم بر وضع موثر خواهد بود. آنانسفالی یک اختلال مغزی است

تأثیر مواجهات محیطی در سقط درمانی

مطالعات نشان می‌دهد که مواجهات محیطی نظیر داروها، اشعه یونیزان و بیماری‌های ویروسی درخواست‌های سقط جنین بوده است. بر طبق قانون صرف داشتن مواجهه محیطی و بدون تأیید نقض درمانی اندیکاسیون ندارد. آموزش بیشتر متخصصان محترم زنان و زایمان پیرامون قانون مصوب سقط با اندیکاسیون‌های سقط درمانی باعث اجتناب از ارجاع مواردی می‌شود که سقط جنین در آنها امکان‌پذیر نیست.

کاهش سقط درمانی به خاطر تالاسمی ماژور

فراوانی سقط‌های درمانی انجام شده به دلیل تالاسمی ماژور در سال‌های اخیر روند رو به کاهش سقط‌های انجام شده به دلیل تالاسمی ماژور، به عنوان اولین بیماری جنینی که سقط جنین در به دلیل سیاست‌های بهداشتی مبنی بر جلوگیری از ازدواج افراد مبتلا به تالاسمی مینور با یکدیگر از ازدواج و تشخیص‌های پیش از بارداری بوده است.





تهران بر چه اساسی انجام می‌شود

ارش و رد سقط جنین

در قانون سقط‌درمانی، دو شرط کلی برای سقط‌جنین ذکر شده است: بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر شود و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر همراه باشد. این دو شرط کلی و مبهم هستند. باید دید در عمل سازمان پزشکی قانونی، چه مواردی را به عنوان مصداق این دو شرط می‌پذیرد و چه مواردی را رد می‌کند. در پزشکی قانونی استان تهران برای مواردی که درخواست سقط جنین درمانی آنها پذیرفته شده است پرونده تشکیل می‌شود بنابراین مدارکی برای اطلاع از موارد پذیرش درخواست سقط‌جنین وجود دارد اما داده‌های مربوط به موارد رد درخواست، ثبت نمی‌شود. بنابراین آمار دقیقی از تعداد کل درخواست‌های سقط جنین درمانی و علت آن و موارد عدم تایید درخواست و فراوانی و علل آن وجود ندارد. برای رفع این مشکل، تحقیقاتی بر روی درخواست‌های سقط‌جنین ارجاع شده به پزشکی قانونی انجام شده تا موارد پذیرش و رد درخواست‌های سقط‌درمانی مشخص شود.

۱۳۸۶ از مجموع ۷۷۶ درخواست سقط‌درمانی ارجاع شده به پزشکی قانونی استان تهران، ۵۵۶ مجوز سقط جنین به ترتیب در حدود ۸۰ و ۲۰ درصد از اندیکاسیون‌های صدور مجوز سقط درمانی را به خود اختصاص داده بودند. یعنی، درصدی بین ۶۳ تا ۷۸/۸ درصد سقط‌های درمانی انجام شده در سال ۸۶ را به خود اختصاص داده بوده است. مجوزهای سقط‌های درمانی بخاطر علل جنینی را در سال‌های اخیر نشان می‌دهد. این مساله احتمالا به خاطر آن نانی تنها برای بیماری‌های مادری صادر می‌شد و از این رو پزشکان آگاهی کمتری در مورد اندیکاسیون‌های جنینی رون فعلی، آگاهی پزشکان از اندیکاسیون‌های جنینی سقط درمانی نیز افزایش یافته و از این رو مادران بیشتری بر راجع شدند. از سوی دیگر مراقبت‌های جامع‌تر دوران بارداری و افزایش دقت روش‌های تشخیصی نظیر سونوگرافی آوانی اندیکاسیون‌های جنینی سقط درمانی نقش داشته است.

نتایج مطالعات نشان گر آن است که نزدیک به یک سوم درخواست‌های سقط درمانی مورد تایید قرار نگرفته است و مهم‌ترین دلیل رد این درخواست‌ها بالا بودن سن جنین بوده است

درخواست‌های سقط درمانی مورد تایید قرار نگرفته است و مهم‌ترین دلیل رد این درخواست‌ها بالا بودن سن جنین است که سن جنین بالاتر از ۱۸ هفته بود سقط درمانی اندیکاسیون داشت. به بیان دیگر نتایج مطالعات نشانگر آن سقط جنین با وجود اندیکاسیون تنها به دلیل دیر مراجعه کردن مادران و بالا بودن سن جنین تایید نشده است. بر س از ولوج روح یعنی چهار ماهگی مجاز است. تایید نشدن درخواست سقط با وجود اندیکاسیون جنینی آن می‌تواند برای جنین مادرانی به دنبال داشته باشد و حتی ممکن است آن‌ها را به سمت سقط‌های غیر قانونی سوق دهد. از محترم زنان و زایمان در انجام به موقع برنامه‌های غربالگری و ارجاع هرچه سریع‌تر مادرانی که سقط جنین درباره

مانی

لی فراوان‌ترین اندیکاسیون سقط جنین درمانی بوده و نزدیک به ۱۰۰ مورد از مجوزهای صادره (۱۷/۸ درصد کل قبلی نیز انانسفالی مهم‌ترین اندیکاسیون صدور مجوز سقط جنین درمانی بوده است. این مساله لزوم توجه بیشتر ان و زایمان را به عوامل خطر و راه‌های پیشگیری از انانسفالی به عنوان مهم‌ترین اندیکاسیون سقط جنین درمانی ای مادران پیش از ازدواج و پیش از بارداری جهت پیشگیری و غربال‌گری نقایص لوله عصبی در پیشگیری از این که به دلیل نقص در کانال عصبی و به دلیل عدم بسته شدن در انتهای کانال عصبی پدید می‌آید.

مادر در مجموع علت ۶۵ مورد ایض جنینی حاصل از آن سقط ط جنین و آشنایی بیشتر آن‌ها دیکاسیون ندارد.

ی داشته است. کاهش فراوانی نانی برای آن انجام شد، احتمالا و نقش موثر مشاوره‌های پیش



بررسی جوانب مختلف سقط‌درمانی در گفت‌وگو با دکتر آسیبه جعفری

قانون و جنین

یکی به خطر افتادن سلامت مادر و دیگری خطر مرگ مادر.

نظر کارشناسان شما چیست؟

در حال حال حاضر آنچه در عمل مورد نظر قرار می‌گیرد خطر مرگ مادر است. ولی به نظر می‌رسد که این واژه باید توسط قانونگذار تفسیر شود، تا هر نوع ابهامی از بین برود.

برای صدور مجوز در صورت وجود خطر جانی برای مادر چه مدارکی لازم است؟

اولاً باید سن بارداری زیر ۱۹ هفته باشد، شرط دیگر تأیید وجود خطر جانی برای مادر در صورت ادامه بارداری، توسط سه پزشک متخصص مربوطه می‌باشد.

تأییدیه پزشک فرد کافی است؟

خیر، لازم است حتماً سه پزشک متخصص مربوط نظر دهند و نظر مشترکی در زمینه وجود خطر جانی در صورت تداوم بارداری داشته باشند. ضمناً رشته تخصصی این پزشکان باید مربوط به نوع بیماری زمینه‌ای مادر باشد.

دنیای مدرن، زندگی مدرن را نیز به دنبال داشته است. یکی از نتایج این زندگی معالجه بیماری‌هایی است که تا قبل از آن امیدی به بهبود بیمار نبود. با این حال هنوز هم مواردی وجود دارد که نمی‌توان با فناوری‌ها و داروهای جدید راهی برای سلامتی افراد یافت. وقتی سروکار بیماری با جنین و مادر او بیفتد، این موضوع بسیار هم پیچیده‌تر می‌شود، چون در این شرایط موضوع رضایت یک خانواده پیش می‌آید. قوانین کشور در شرایطی که بیماری حادی جنین و یا مادر او را تهدید کند اجازه سقط را داده است. این موضوع در عرف پزشکی قانونی به سقط درمانی شهرت پیدا کرده است. در این رابطه گفت‌وگویی با دکتر آسیبه جعفری، متخصص پزشکی قانونی و پزشک معاین واحد مرکز اداره کل پزشکی قانونی استان تهران انجام داده‌ایم.

چهار ماه که براساس سونوگرافی بارداری ۱۹ هفتگی می‌باشد به هیچوجه مجوز سقط‌جنین صادر نمی‌گردد.

یعنی داشتن سن بارداری زیر ۱۹ هفته برای اجازه سقط‌جنین کافی است؟

در صورت سن بارداری زیر ۱۹ هفته یا باید ادامه بارداری با تهدید جانی مادر همراه باشد یا جنین دچار ناهنجاری باشد که در صورت تولد جنین موجب حرج مادر گردد.

چه نوع تهدید جانی مد نظر قانونگذار است؟

دو استنباط می‌توان از واژه تهدید جانی کرد.

از نظر قانون به چه افرادی مجوز سقط جنین داده می‌شود؟

حسب ماده واحده سقط‌جنین؛ سقط‌درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و با تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنینی که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم است قبل از ولوج روح (چهارماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. بر این اساس شرط اول برای صدور مجوز سقط‌جنین سن بارداری زیر ۴ ماه از لقاح است و در صورت سن بارداری بالای

قانون سقط‌جنین از چه تاریخی و چگونه بوجود آمد؟

اولین بار پس از انقلاب اسلامی در سال ۱۳۷۶ با فتوای مقام معظم رهبری جهت تالاسمی ماژور اجازه سقط‌جنین صادر شد. پس از آن در سال ۱۳۸۱ لیست موارد مجاز جهت سقط‌جنین (موارد جنینی و موارد مادری) اعلام شد. موارد جنینی فقط شامل موارد مغایر با حیات خارج رحمی بودند. در سال ۱۳۸۴ ماده واحده سقط‌جنین به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و در حال حاضر این قانون در سراسر کشور اجرا می‌شود.

تفسیری که فعلاً وجود دارد دارای ابهام است. یعنی ما فعلاً درباره وجود خطر جانی که آن را به مرگ تفسیر می‌کنیم مجوز سقط‌جنین می‌دهیم. می‌گوییم خطر جانی یعنی خطر مرگ یعنی تهدید جانی است که برای ما مهم است نه تهدید سلامتی مادر

واحد مراکز واقع در خیابان بهشت ضلع جنوبی پارک شهر مجوز سقط جنین صادر می‌شود.

در روند صدور مجوز سقط جنین عمده‌ترین مشکلی که با آن مواجه هستید چیست؟

یکی از مشکلات عمده‌ما، عدم اطلاع همکاران پزشک و ماما از محدودیت زمانی (چهار ماهگی بارداری) جهت سقط جنین است. در بسیاری موارد مادر باردار با تأخیر مراجعه می‌کند و پزشکی قانونی نمی‌تواند مجوز سقط جنین بدهد. بعد از تعطیلات نوروزی به دلیل تعطیلی مراکز صادر کننده مجوز سقط جنین (پزشکی قانونی) به مدت یک هفته مادر بارداری که تا قبل از ایام تعطیل می‌توانسته از پزشکی قانونی مجوز سقط بگیرد پس از تعطیلات به دلیل بالا رفتن سن بارداری از حد مجاز (۱۹ هفته) نمی‌تواند از قانون سقط بهره بگیرد و پذیرش این امر در بسیاری موارد برای مادری که با جنین ناهنجار مواجه است دشوار می‌باشد. از مشکلات دیگر تفسیر واژه تهدید جانی مادر در متن قانون است. در مواردی ادامه بارداری منجر به تشدید بیماری ناتوان کننده مادر یا عوارض بسیار شدید می‌شود ولی منجر به مرگ مادر نمی‌گردد. لذا لازم است قانونگذار تفسیر روشنی از واژه‌های موجود در قانون داشته باشد.

یکی دیگر از مشکلات موجود عدم همخوانی بین متن قانون و دستورالعمل اجرایی سازمان در مورد ضرورت رضایت شوهر است. قانون اشاره‌ای به رضایت شوهر برای صدور مجوز سقط جنین نکرده است اما دستورالعمل اجرایی سازمان پزشکی قانونی، رضایت شوهر برای صدور مجوز سقط جنین را لازم دانسته است.

ایران سقط جنین قانونی انجام دهند؟

انجام سقط جنین قانونی جهت اتباع بیگانه پذیرفته شده است، قانون هیچ محدودیتی برای ملیت زوجین قائل نشده است.

برای چه بیماری‌های جنینی مجوز سقط صادر می‌شود؟

با توجه به ماده واحده سقط جنین هر نوع ناهنجاری جنینی که موجب حرج مادر پس از تولد جنین شود یعنی مادر را با زحمت و مشقت مواجه کند می‌تواند مشمول این قانون شود. جهت اثبات این ناهنجاری ممکن است از سونوگرافی یا اکوکاردیوگرافی قلب جنین یا انجام آزمایش ژنتیک بر روی مایع اطراف جنین استفاده شود.

به طور متوسط در ماه چند مجوز سقط جنین صادر می‌شود؟

در استان تهران ماهانه حدوداً ۶۰ الی ۷۰ مجوز سقط جنین صادر می‌شود. که از بین آنها یک پنجم موارد به دلیل موارد مادری و چهار پنجم به دلیل ناهنجاری‌های جنینی است.

جهت درخواست سقط جنین مادر باردار باید به کجا مراجعه کند؟

تنها موردی از امور پزشکی قانونی که جهت انجام و بررسی آن نیازی به دستور مقام محترم قضائی نیست درخواست سقط جنین است، پس مادران می‌توانند با در دست داشتن مدارک لازم به همراه همسرشان به پزشکی قانونی مراجعه کنند. ولی باید توجه داشته باشند که فقط در مراکز استان‌ها (و نه سایر شهرستان‌های استان‌ها) مجوز سقط جنین صادر می‌شود. در استان تهران نیز فقط در پزشکی قانونی

معمولاً در چه مواردی افراد از سقط جنین شکایت دارند؟

یک مورد خانم‌های بارداری هستند که توسط فردی مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند یا در جریان یک تصادف رانندگی به آنها ضربه وارد می‌شود و جنین آنها سقط می‌گردد.

مورد دیگر شوهری است که همسرش باردار بوده و سقط کرده است و شاکي است که همسرش به عمد جنین را سقط کرده است.

مورد دیگر وقتی است که پس از انجام یک اقدام تشخیصی یا درمانی جنین سقط شده است و زوجین شاکي هستند که به علت این اقدامات پزشکی جنین سقط شده است.

سقط جنین از طریق کورتاژ به چه نحو است؟

واژه کورتاژ در بین عامه مردم همیشه سقط جنین را تداعی می‌کند اما از نظر پزشکی به معنای تراشیدن مخاط داخل رحمی است و هم به منظور تشخیص و هم به منظور درمان به کار می‌رود. امروزه جهت انجام سقط جنین از داروهای خاص استفاده می‌شود و کمتر نیاز به انجام کورتاژ می‌شود.

در صورت سقط غیر قانونی توسط پزشک چه عواقبی در انتظار اوست؟

پزشک یا ماما یا هر یک از پرسنل بهداشتی - درمانی که اقدام به این امر کند مرتکب جرم شده و نه تنها باید دیه جنین را بپردازد بلکه محکوم به زندان نیز می‌شود. چون سقط غیر قانونی یک جرم است گرفتن رضایت پدر و مادر جنین جهت انجام سقط رافع مسئولیت پزشک نمی‌باشد.

آیا طبق قانون سقط اتباع بیگانه می‌توانند در

در برخی موارد هزینه‌های درمانی هم موجب حرج مادر می‌شود. در این زمینه‌ها هم مجوز سقط داده می‌شود؟

خیر، در قانون (ماده واحده سقط جنین) صراحتاً بیان شده که فقط ناهنجاری‌های جنینی در مورد حرج مادر مد نظر می‌باشند و نه مشکل دیگری نظیر فقر و مشکلات اقتصادی خانواده.

جهت صدور مجوز سقط جنین چند سونوگرافی لازم است؟

در صورتی که ناهنجاری جنین مد نظر باشد که با سونوگرافی تشخیص داده می‌شود حداقل دو سونوگرافی لازم است و ترجیح بر این است که یکی از سونوگرافی‌ها مربوط به یک مرکز دانشگاهی باشد.

ولی در صورتی که ناهنجاری جنینی با بررسی ژنتیکی یا اکوکاردیوگرافی قلب جنین اثبات شده باشد فقط یک سونوگرافی جهت تعیین سن بارداری کفایت می‌کند.

روند صدور مجوز سقط چه مدت زمان طول می‌کشد؟

در صورتی که زوجین حضور داشته باشند و مدارک هویتی معتبر داشته باشند که زوجیت آنها را تأیید کند و مدارک لازم برای تأیید ناهنجاری جنینی را به همراه داشته باشند پس از تشکیل پرونده باید حرج مادر توسط سه کارشناس مربوط تأیید شود و پس از آن مجوز سقط جنین صادر می‌شود. در حال حاضر در استان تهران این روند دو الی سه ساعت طول می‌کشد، و این امر به لطف همکاری بخش اطفال بیمارستان مهدیه تهران امکان پذیر شده است. پس از تأیید حرج مادر توسط سه متخصص اطفال، مجوز سقط صادر می‌شود.

اگر فردی بالای ۱۹ هفته بارداری باشد تکلیفش چیست؟

تحت هیچ شرایطی بالای سن بارداری ۱۹ هفته (چهار ماهگی از لقاح) امکان صدور مجوز سقط جنین وجود ندارد. البته در مواردی که جان مادر در خطر باشد قانون هیچ تکلیفی مشخص ننموده است. در بیمارستان‌ها نیز پزشکان با مشکل در تصمیم‌گیری از نظر قانونی مواجهند و پزشکی قانونی نیز نمی‌تواند هیچ راهنمایی به آنها بکند.

چرا فقط تا ۱۹ هفته بارداری مجوز سقط داده می‌شود؟

چون اعتقاد بر این است که ولوج روح در جنین در چهار ماهگی از لقاح صورت می‌گیرد که با توجه به آنکه سن بارداری بر اساس سونوگرافی دو هفته بیشتر از سن بارداری از لقاح است چهار ماهگی معادل حدوداً ۱۹ هفته بارداری (بر اساس سونوگرافی) در نظر گرفته می‌شود.

از نظر شما این قانون چه کمکی به جامعه کرده است؟

قانونمند کردن سقط جنین (در شرایط خاص) از سقط جنین غیر قانونی که در بسیاری از مواقع جان مادر را به خطر می‌اندازد جلوگیری می‌کند. ضمناً قرار دادن لزوم تأیید توسط پزشکی قانونی موجب شده تا آمار دقیقی از موارد سقط جنین قانونی در کشور داشته باشیم. این قانون به مادر بارداری که متوجه ناهنجاری جنین خود (قبل از چهار ماهگی) می‌شود این حق انتخاب را داده تا جهت درخواست سقط جنین به پزشکی قانونی مراجعه کند.

سقط جنین چه تأثیری در سلامت مادر دارد؟

با انجام قانونی سقط جنین از سقط جنین غیر قانونی جلوگیری می‌شود. معمولاً سقط جنین غیر قانونی در شرایط بهداشتی بسیار بدی انجام می‌شود و سلامت و جان مادر را به خطر می‌اندازد.



یک روز در پزشکی قانونی

چشمانی که رو به دنیا باز نمی‌شود



یک روز معمولی و نه چندان شلوغ در مرکز پزشکی قانونی که خبر شادش برای زنان جوان دریافت مجوز مرگ فرزندان متولد نشده شان است. با توجه به هماهنگی‌های انجام شده گویا همان اندازه که ورود من به این مرکز برای تهیه این گزارش راحت و همراه با هماهنگی و همکاری بسیار بود اما برای زنانی که روزی با امیدی سرشار از هیجان و شادی خبر مادر شدن خود را جشن گرفته‌اند و امروز با چهره‌ای غبار گرفته از ترس و نگرانی به دنبال مجوز سقط همه امیدهای دیروز خود هستند، برای رسیدن به این مرحله از زندگیشان شرایط سختی را متحمل شده‌اند. جنبینی که یا خود نقص دارد یا وجودشان برای مادر خطرناک است، محکوم به سقط می‌شود و مهر پزشکی قانونی پایان راه چند هفته زندگی آنها در این دنیا است تا نبودشان سبب بازگشت دوباره آرامش به خانواده باشد. به گفته متخصصان پزشکی قانونی، کنار آمدن با این مساله خیلی هم راحت نیست زیرا زنان جوان مشکل برخورد خانواده همسر و پیامدها و ترس‌های ناشی از این سقط را در حاملگی بعدی با خود دارند. بسیاری از آنها حتی سیسمونی هم تهیه می‌کنند و بعد از انجام مقدمات زیاد در شرایط نامساعد روحی سقط جنین قرار می‌گیرند. برای همین برخی معتقدند سقط جنین پایان یک مشکل و آغاز دغدغه‌ها و نگرانی‌های بسیار در آینده است.

■ دو برابر شدن مشکل با واکنش اطرافیان

ساعت ۱۰ صبح اولین مراجعه کننده با مدارک پزشکی می‌آید. سحر، زنی ۲۵ ساله و کارمند است. از چهره پریشان و حرکت‌های سریع مردمک چشمانش می‌توان فهمید پذیرش سقط برایش سخت بوده است. این دومین بارداری اوست، بار اول سقط طبیعی بوده و این بار با تشخیص مشکل مونگولیزم، جنین در ۱۶ هفتگی، با کسب مجوز، سقط خواهد شد. در تست غربالگری احتمال مونگولیزم تشخیص داده شده بود اما باید تا ۱۶ هفتگی صبر می‌کرد تا تست آمنیو سنتز و سونوگرافی آخر هم آن را تایید کند. وقتی از او خواستم از مشکلات پیش رویش در این مسیر بگویم، به طولانی بودن پروسه دریافت مجوز اشاره کرد و گفت: متأسفانه باید از پزشک تایید پزشکی قانونی نامه می‌آوردم که با توجه به شلوغی بیمارستان‌های دولتی یک روز کامل وقت مرا گرفت.

سحر مشکل مهمتر را برخورد خانواده همسر دانست و توضیح داد: از دید خانواده همسر من مقصرم و عده‌ای از آنها کار با کامپیوتر را دلیل مشکل دانستند و عده‌ای هم سفر من و همسرم در ماه اول بارداری را با هواپیما دلیل نقص جنین می‌دانند. در هر حال، رفتارها با من مناسب نیست. قصور یا ضعفی از من سر نزده است که سرزنش می‌شوم.

از چهارمورد مراجعان این مرکز که با مدارک لازم برای کسب مجوز سقط می‌آیند به طور معمول یک مورد به دلیل خطر جانی جنین برای مادر است که با توجه به مشاهدات خبرنگار ارش، مادرائی که به این دلیل خواستار مجوز سقط هستند راحت‌تر با این مساله کنار آمده‌اند و مادرائی که فرزند ندارند بیشترین استرس و نگرانی را در این مواقع احساس می‌کنند.

■ ضرورت تایید سه پزشک

در مواردی که خطر جانی برای مادر وجود داشته باشد

با تایید سه پزشک، متخصص زنان می‌تواند سقط را انجام دهد و دیگر نیازی به مجوز پزشکی قانونی نیست. فاطمه، خانمی ۳۱ ساله که بارداری دومش به دلیل عارضه قلبی مادر خطرناک شناخته شده است. از آنجا که در این گونه موارد تایید سه پزشک متخصص الزامی است در این پرونده پزشکان کسب مجوز سقط را امضا کرده بودند. فاطمه، مشکل قلبی مادرزادی داشته است و بعد از بارداری اول به او هشدار داده شده بود که دیگر باردار نشود. خود معتقد است نجات جاننش مهمتر از نگه داشتن جنین هفت هفته‌ای است به همین دلیل به راحتی با این مساله کنار آمده و چهره‌ای شاد و خندان داشت. البته این احساس آرامش سبب نشد با اهدای جنین به بیمارستان اکبرآبادی برای استفاده‌های پزشکی از جنین موافقت کند و ترجیح می‌دهد زیر نظر پزشک متخصص قلب این سقط انجام شود.

■ تاخیر قابل جبران نیست

صادر نشدن مجوز سقط برای جنین بالای ۱۹ هفته یکی از دلایل استرس مادرائی است که به این مرکز مراجعه می‌کنند، زیرا می‌دانند طولانی شدن پروسه کسب مجوز ممکن است به قیمت به دنیا آمدن فرزندی با ناهنجاری‌های غیرقابل درمان همراه باشد. مشکلی که خانم ۲۰ ساله در بارداری دوم خود با آن مواجه شد و نتوانست برای سقط جنین ناقص خود مجوز پزشک قانونی را کسب کند. نورانی از نوشهر آمده است. فرزند اولش سالم و به طور طبیعی به دنیا آمده است. ۲۲ هفته از بارداری او می‌گذشت به همین دلیل افسرده و پریشان بود اما راهی برای رهایی از این وضعیت برای او وجود نداشت. متأسفانه در شهرستان نور از توابع نوشهر سونوگرافی‌های انجام شده سالم بودن جنین را تشخیص داده بودند اما در معاینات و سونوگرافی تهران، ضایعه مغزی در جنین تشخیص داده شد. پزشکان متخصص مرکز پزشک

قانونی راهنمایی‌های لازم برای روبه‌رو شدن با وضعیت سخت فعلی را به او دادند تا او بتواند بدون استرس با مشکل کنار بیاید زیرا از دید متخصصان امکان ادامه حیات جنین وجود ندارد و اگر در شکم مادر نمیرد بعد از به دنیا آمدن فقط چند لحظه زنده خواهد بود.

■ استرس از دست نرفتن زمان

خانم دیگری هم در مرز ۱۹ هفته برای کسب مجوز آمده بود. خود و همسرش با سرعت پیگیر کسب مجوز بودند. جنین ۱۸ هفته‌ای این خانم دچار عارضه مونگولیزم بود و استرس ناشی از نداشتن زمان کافی زن را در حالتی قرار داده بود. که هر لحظه امکان سرازیر شدن اشک‌هایش وجود داشت. مدارکش کافی نبود و فقط چند روز فرصت داشت تا بتواند سقط کند.

■ مشکل تفاوت امکانات تهران و شهرستان‌ها

آخرین موردی هم که امروز برای کسب مجوز آمد، سعدی، مردی ۴۲ ساله بود که همسرش در بیمارستان در انتظار پیوند کبد مجبور به سقط جنین خود شده بود.

سعدی توضیح داد که در میروان به علت نبود متخصص، بیماری همسرش بسیار دیر تشخیص داده شده است و آنها برای درمان مجبور شده‌اند به تهران بیایند و در پروسه درمان متوجه بارداری شده‌اند. این هفتمین بارداری بوده و از ۶ مورد قبلی سه دختر و یک پسر و یک مورد سقط طبیعی و یک مورد هم مرگ کودک در پرونده این بیمار وجود دارد. به هر حال آنها عشاير هستند و کمبود امکانات به نظرشان طبیعی است. همین سادگی آنها در نگاه به دنیا سبب شده راحت‌تر با مشکلاتشان کنار بیایند که البته هزینه بالای درمان مساله‌ای نیست که بتوان به سادگی حلش کرد. سعدی هم مجوز سقط جنین را گرفت. نگرانش برای درمان سرطان همسرش بیش از آن بود که به مرگ جنین هفت هفته‌ای بیندیشد و برای آن ناراحت باشد.



هفته ۱۲ تا ۱۵ بارداری بهترین زمان برای تشخیص ناهنجاری جنین است

سقط جنین، به معنای پایان یافتن بارداری است در هر مرحله‌ای که زندگی نوزاد در جریان باشد. در ایران سقط جنین با هر دلیلی که قرار باشد اتفاق بیفتد نیاز به کسب مجوز پزشکی قانونی دارد تا به صورت قانونی و بهداشتی در مراکز بیمارستانی انجام شود. البته سقط‌هایی هم بدون مجوز و در مراکز غیر بهداشتی انجام می‌شوند که سقط ناسالم (که توسط اشخاصی بدون آموزش مناسب و یا خارج از محیط‌های پزشکی انجام می‌شود) سالانه حدود ۷۰ هزار مرگ مادر و ۵ میلیون معلول، در سطح جهان به جامی گذارد. سالانه ۴۲ میلیون سقط جنین انجام می‌شود که تخمین زده شده است که ۲۰ میلیون از آنها به شکلی ناسالم انجام شده است. در کشور ما، با توجه به وجود قوانین مربوط به سقط جنین، با هدف حفظ جان مادر یا سقط جنین‌هایی که ناهنجاری خاص و غیرقابل درمان دارند، تصویب شده است. بر این اساس مشکل خاصی برای انجام سقط جنین قانونی و مطابق استانداردهای بهداشتی وجود ندارد. برای آشنایی با سقط درمانی، پای صحبت‌های دکتر «فروغ شادانلو» متخصص زنان و زایمان نشستیم که گزیده نظرانشان را در ادامه می‌خوانیم.

سقط جنین مجاز مشروط

سقط راحت‌تر خواهد بود. همراه سونوگرافی تست «دی ان سی» انجام می‌شود نارسایی و نقص جنین اثبات شود. برای بررسی‌های اولیه هفته ۱۱ تا ۱۴ بارداری زمان مناسبی است. مرحله دوم هفته پانزدهم تا زیر ۲۲ هفته بررسی‌های تکمیلی انجام می‌شود. زمان ایده‌آل تشخیص بیماری و ناهنجاری در جنین طی هفته دوازدهم تا پانزدهم است. ممکن است زیر ۱۰ هفته هم مشکلی دیده شود اما برای اطمینان تا هفته دوازدهم صبر می‌کنیم و تست‌های تکمیلی را انجام می‌دهیم.

■ به جز سونوگرافی، چه روش‌هایی برای تشخیص ناهنجاری‌ها هست؟

در کنار سونوگرافی، دو تست ژنتیک هم از جنین گرفته می‌شود. البته باید چندین سونو در مراحل مختلف انجام شود زیرا امکان خطا در سونوگرافی وجود دارد. یکی از تست‌های ژنتیک مربوط به هفته ۱۲ بارداری و تست دوم مربوط به هفته پانزدهم است. سونوگرافی هفته‌های اول خیلی دقیق نیست و اصولاً سونوگرافی مطمئن بعد از ۳ ماه اول انجام می‌شود.

■ موارد مجاز برای صدور مجوز سقط درمانی یا همان اندیکاسیون‌ها کدامند؟

اندیکاسیون‌های مادری، بسیار وسیع هستند، نارسایی قلبی، کانسرها، بیماری‌های عروقی و فشار خون پیشرفته، دیابت پیشرفته و بدخیمی، تجاوز و رابطه جنسی با مجرم و... این موارد جزو اندیکاسیون سقط درمانی هستند به غیر از این موارد مشکلی که نیاز به مجوز سقط باشد نیست.

■ بعد از اطلاع از قطعیت ناهنجاری در جنین یا بیماری مادر، نحوه راهنمایی شما به خانواده‌ها چگونه است؟

■ در مورد سقط جنین چه می‌دانید؟

در صورتی که به یک علتی جان مادر در ادامه بارداری به خطر بیفتد و یا جنین دچار یک ناهنجاری خاص باشد با طی مراحل پزشکی و اثبات غیرقابل حل بودن مشکل، طبق مجوز پزشکی قانونی سقط انجام می‌شود. البته در تمام موارد مجاز به سقط نیستیم، موارد خاصی وجود دارد که قانون اجازه سقط را می‌دهد مانند: نارسایی قلبی برای مادر که ادامه بارداری را برای او خطرناک خواهد کرد، مجوز صادر می‌شود.

■ چه زمانی ناهنجاری در جنین مشخص می‌شود؟

بسته به نحوه مراقبت‌های بارداری این عامل مشخص می‌شود. مراقبت‌های بارداری به دو شکل انجام می‌شوند. عده‌ای از خانم‌ها مراقبت‌های خود را قبل از دوران بارداری شروع می‌کنند و عده‌ای هم همزمان با آغاز دوران بارداری با مراجعه به پزشک خواستار دریافت خدمات مراقبت‌های بارداری هستند. در هر دو حالت هم شرح حال مادر را می‌گیریم. اگر مادر بیماری خاصی داشته باشد که تهدیدی برای جان مادر باشد، هشدارهای لازم را به مادران می‌دهیم. اگر برحسب شرایطی که ادامه بارداری سبب شدت بیماری و قرار گرفتن مادر در شرایط سخت باشد، درخواست مجوز سقط از سازمان پزشکی قانونی خواهیم کرد. یک بیماری کوچک ممکن است به یک نارسایی مهم تبدیل شود.

■ تا چه سنی از بارداری ناهنجاری‌ها قابل تشخیص هستند؟

تشخیص ناهنجاری در جنین هم طی تست‌های ۳ ماه به ۳ ماه مشخص می‌شود که تشخیص در سه ماه اول اگر اتفاق بیفتد شرایط

به همین دلیل تست‌های تکمیلی بیشتری را باید انجام دهد و سونوگرافی‌های آینده، تعیین‌کننده هستند.

■ عوارض کورتاژهای غیرقانونی چگونه است؟

با توجه به این حقیقت که سقط‌های غیرقانونی در مراکز غیربهداشتی و توسط افراد غیرمتخصص انجام می‌شود و مراقبت‌های درستی بعد از سقط انجام نمی‌شود یکی از بارزترین مشکلات عفونت شدید، چسبندگی رحم، عفونت منجر به شوک، خونریزی شدید، سوراخ شدن روده و مثانه، گاهی هم عوارض ناشی از بیهوشی‌هایی که در مطب‌های غیرقانونی انجام می‌شود به‌خصوص عوارض استفاده از داروی پتی‌دین.

■ کورتاژهای غیرقانونی بارداری‌های آینده را هم می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد؟

مطمئناً همین‌طور است. زیرا سوراخ شدن رحم منجر به جراحی‌های بزرگی خواهد شد. چسبندگی رحم یا عفونت‌های حاصله حاملگی‌های بعدی را تحت تاثیر قرار خواهد داد و با مشکلات زیادی روبه‌رو خواهد کرد.

معمولاً با اثبات مشکل و اثبات ناهنجاری در جنین توضیحات کاملی را در رابطه با عوارض و نتایج ادامه حیات جنین در اختیار خانواده‌ها قرار می‌دهیم و راه‌حل‌های پیشنهادی که می‌تواند به آنها کمک کند را نیز به آنها ارائه می‌کنیم. در گام بعدی، نامه مخصوص برای پزشک قانونی را در اختیار زوج‌ها قرار می‌دهیم تا پیگیر مراحل قانونی کار خود باشند. عده‌ای با مجوز سقط باز می‌گردند و عده‌ای هم به مراکز دیگری برای سقط مراجعه می‌کنند. البته تعدادی از مراجعان هم هرگز ما را از تصمیمی که گرفته‌اند، آگاه نمی‌کنند. برای نمونه بیماری داریم که جنین‌اش دچار اختلال عصبی است اما مادر اصرار به نگه داشتن جنین دارد تا در تست‌های تکمیلی آینده مطمئن شود که امکان حیات جنین خطرناک است و بهتر است سقط کند برای این موضوع تا ۲۲ هفته‌گی عمر جنین صبر کند. زیرا بررسی ژنتیک فقط احتمال ریسک را مشخص می‌کند. برای مثال ریسک ۱ به ۳۵ است که از هر ۳۵ خانم یک نفر ممکن است مبتلا به این مشکل شود. این مادر امید دارد جزو ۳۴ مورد بدون مشکل باشد

بررسی آمار رسمی سقط جنین، نشان از آن دارد که سقط جنین در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۸۹ کاهش محسوسی داشته است. در میان استان‌هایی که با رشد منفی سقط جنین روبه‌رو بوده‌اند می‌توان از خراسان رضوی نام برد. آمار سقط جنین در این استان در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۸۹ نسبت به نیمه نخست، از ۸۵ سقط به ۱۶ مورد کاهش یافته است. فارس و لرستان نیز کاهش چشم‌گیری در خصوص موارد سقط جنین داشته‌اند. در مقابل، در همین دوره زمانی استان تهران با افزایش موارد سقط جنین روبه‌رو بوده است. سقط جنین در این استان پرمعیت، از ۴۱۳ مورد سقط جنین، در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۹، به ۴۳۲ مورد در ۶ ماهه دوم سال افزایش یافته است. بنابراین تهرانی‌ها در سال ۱۳۸۹ با ۸۴۵ مورد سقط جنین، بیشترین آمار سقط جنین در کشور را به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل، کمترین میزان سقط جنین اختصاص به شهر بوشهر دارد که در طول یک سال در این استان، تنها پنج مورد سقط جنین انجام شده است در حالی که در سال ۱۳۸۸، این تعداد ۲۲ مورد بوده است. در مجموع در سال گذشته در کل کشور، ۴۲۰۲ مورد سقط جنین روی داده است که نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۸/۸ درصد رشد داشته است.

با مقایسه آمارهای سال ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ در رابطه با سقط جنین، باید استان خوزستان را رکورددار رشد سقط جنین بدانیم. میزان سقط جنین در استان خوزستان در طول دو سال ۲۰۷ درصد افزایش داشته است. در همین بازه زمانی، استان‌های لرستان و کردستان، با کاهش میزان سقط جنین روبه‌رو بوده‌اند.

۹

خراسان شمالی

استان‌های

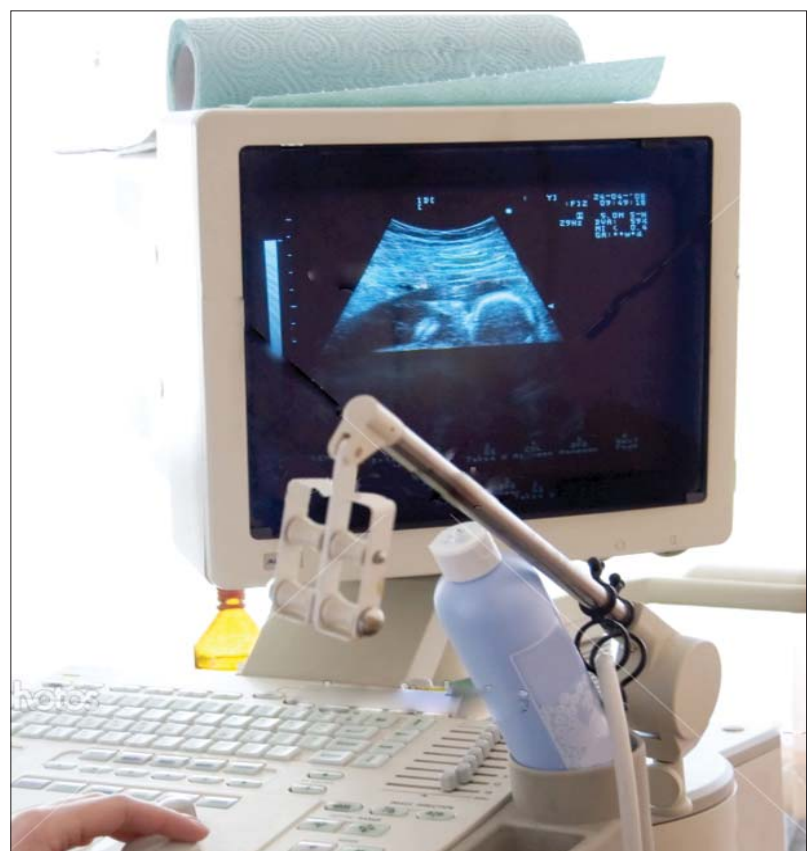
مجوز سقط صادر شد

در

سیستان و
بلوچستان

کهگیلویه
و بویراحمد

گیلان





قوانین مربوط به سقط جنین به تازگی در مجلس مورد بررسی و به‌روز رسانی قرار گرفته است. کارشناسان بر این عقیده‌اند که این قوانین چه در عرصه نظر و چه در صحنه اجرا جزو موفق‌ترین پروژه‌های قانونی بوده‌اند. اصلی‌ترین دلیل این امر ضمانت اجرای مناسبی است که قانونگذار برای این امر در نظر گرفته است. اما رویه قانونگذاری در این حوزه پستی و بلندی‌هایی داشته است. در همین زمینه با دکتر عبدالرزاق برزگر معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی قانونی هم‌کلام شدیم تا قانون قدیم و جدید را با یکدیگر مقایسه کرده و نگاه کوتاهی به قوانین دیگر کشورهای دنیا داشته باشیم.

گفت و گو با دکتر برزگر معاون پزشکی و آزمایشگاهی پزشکی قانونی درباره سیر قوانین مربوط به سقط جنین؛

قانون جدید عالی است

لازم به پزشکی قانونی مراجعه و پس از اینکه کارشناسان پزشکی قانونی در زمینه بیماری فوق بررسی خود را انجام دادند در همان روز مجوز سقط صادر می‌شود و اگر به فرض مادر تنها به نظر یک پزشک هم اکتفا کند و به پزشکی قانونی برای سقط مراجعه کند آنجا با معرفی به مراکز معتبر به سرعت معاینات لازم انجام شده و مجوز سقط صادر می‌شود که در این صورت نیز حداکثر مدت دو روز این کار انجام می‌گیرد. بر همین اساس به نظر من نمی‌رسد که تشریفات قانونی برای صدور مجوز در اجرا مشکل خاصی را برای مراجعان ایجاد کرده باشد.

■ برخی کارشناسان معتقدند که فهرست بیماری‌های جنین که مجوز سقط به آنها داده می‌شود در استان‌های مختلف فرق دارد. مثلاً بیماری‌ای که در تهران اجازه سقط دارد در قم چنین برخوردی با آن نمی‌شود. آیا این سخن صحت دارد و در هر استان نحوه مجوز سقط تفاوت دارد؟

همانطور که ذکر شد حتی قبل از لازم‌الاجرا شدن قانون جدید و زمانی که در قوانین تنها بحث حفظ جان مادر مطرح بود، در برخی از موارد مانند تشخیص بیماری تالاسمی ماژور که بیماری‌ای است که خانواده را دچار حرج می‌کند با توجه به فتاوی مراجع معظم مجوز صادر می‌شد و فهرستی از بیماری‌ها تهیه شده بود و با اخذ مجوزی که انجام شده بود براساس آن مجوز سقط جنین صادر می‌شد. در حال حاضر با توجه به قانون چنانچه بیماری در مادر یا جنین با شرایط ذکر شده وجود داشته باشد در مراکز تمامی استان‌ها مجوز صادر می‌شود. البته به شرط آنکه مدارک و مستندات کامل باشد و در نحوه صدور مجوز تفاوتی وجود ندارد.

کار ممنوع باشد. بعضی اوقات ممکن است، به فرض در ۶ و یا ۷ ماهگی با نظر پزشک ضرورتی پیش آید که هر دوی مادر و جنین خطر مرگ وجود دارد و باید به حاملگی خاتمه داد. این موضوع هیچ ایراد قانونی ندارد. در این صورت نوزاد را زودتر خارج می‌کنند و می‌برند در دستگاه و مراقبت‌های ویژه‌ای برای وی انجام می‌دهند تا جان نوزاد و مادر حفظ شود. این کار انجام می‌شود که البته بدان تولد روزرس اطلاق می‌شود و در تعریف سقط نمی‌گنجد.

■ قانون جدید چه میزان موفق بوده و آیا در اجرای آن مشکلی مشاهده نمی‌شود؟

قانون جدید گشایش خیلی خوبی را سبب شده است. قانونگذار اجازه داده که بعد از ارایه مدارک و بررسی آنها توسط پزشکی قانونی، کسی که واقعا بیماری خطرناکی داشته باشد و یا جنین او بیمار باشد با شرایطی که گفته شد سقط جنین داشته باشد. باید توجه داشت که قوانین ما بر پایه فقه اسلامی است. اجازه سقط جنین نیز با رعایت مسایل شرعی مجاز شمرده شده است و انجام می‌شود. به نظر بنده می‌رسد که این قانون چه در مقام نظر و تنظیم و چه در مقام عمل واقعا قانون خوبی بوده و نقص و اشکال جدی در آن مشاهده نشده است.

■ با توجه به اهمیت زمان صدور مجوز سقط، برخی بر این عقیده‌اند که طی مراحل اداری طولانی و بیم از دست رفتن فرصت در این زمینه وجود دارد، نظر شما چیست؟

فکر نمی‌کنم اینچنین باشد. وقتی مادر تحت مراقبت پزشکی است و زمانی که تشخیص داده می‌شود بیماری در جنین یا مادر وجود دارد قطعا مادر برای اطمینان به چند پزشک دیگر نیز مراجعه می‌کند که در آن صورت با مدارک

در وضعی باشد که هنوز ولوج روح در جنین حاصل نشده باشد، یعنی بعد از چهارماهگی نباشد مجوز سقط جنین صادر می‌شود. به شرطی که مادر رضایت داشته باشد.

■ یعنی طبق این قانون رضایت پدر لازم نیست؟

در قانون با صراحت درباره این مساله نکته‌ای گفته نشده است و به نظر می‌رسد همان رضایت مادر کافی است.

■ قوانین سقط جنین ویا همان سقط درمانی در کشورهای دیگر با چه روشی انجام می‌شود؟

می‌توان گفت که در قوانین برخی از کشورها مجوز سقط جنین وجود دارد مانند پاکستان، مصر و الجزایر اما در برخی از کشورها این کار ممنوع است مانند واتیکان، مالت و یونان.

■ کشورهایایی که نام بردید کشورهای اسلامی نیستند، چرا در آنها سقط جنین مجاز نیست؟

قوانین سقط تنها مختص مسلمانان نیست. در قوانین هیچ کشوری سقط بی‌دلیل مجاز نیست. در کشورهایی که نام بردم از لحاظ مذهبی درباره سقط بحث‌هایی وجود دارد و اجازه سقط جنین داده نمی‌شود. در قوانین نیز برای این کار شرایط خاصی دیده شده است.

■ اشاره کردید که قبل از دمیدن روح در جنین (قبل از چار ماهگی) اجازه سقط جنین داده می‌شود، در غیر این صورت اگر بعد از این مدت بیماری کشف شود چه وضعیتی پیش می‌آید؟ مادر باید فرزندش را به دنیا بیاورد؟

بعد از ولوج روح در جنین، یعنی بعد از چهار ماهگی دیگر چیزی به نام سقط‌درمانی نداریم، اما این بدین معنی نیست که خروج پیش از موعد از رحم صورت نگیرد و این

■ در ابتدا مقایسه‌ای از قوانین جدید و قدیمی تر سقط جنین انجام دهید؟

قبل از انقلاب به موجب قانون برای بعضی بیماری‌ها که برای مادر خطر جانی داشت مجوز سقط جنین صادر می‌شد. برای این کار آیین‌نامه‌ای هم تنظیم شده بود. پس از انقلاب در این آیین‌نامه که آیین‌نامه انتظامی پزشکان بود تصریح شد که سقط جنین قبل از دمیده شدن روح مجاز است و در مواردی که از نظر پزشکی تشخیص داده می‌شد دچار مشکل است با اخذ فتوا از مراجع معظم به طور موردی مجوز سقط جنین صادر می‌شود از جمله در موارد تالاسمی ماژور و با همت سازمان پزشکی قانونی در سال ۸۲ پس از بررسی جامعی که انجام شد فهرستی از بیماری‌های جنینی که می‌تواند باعث جرح شود تهیه شد و با اخذ مجوز شرعی در این موارد اجازه سقط جنین صادر می‌شد تا اینکه در سال ۱۳۸۴ قانون جدیدی در این زمینه به تصویب مجلس رسید. طبق این قانون زمانی که مشخص شود جنین دچار بیماری‌های خاصی است که برای مادر ایجاد حرج می‌کند، مجوز سقط جنین صادر می‌شود.

■ نام این قانون چیست؟

قانونی که مجلس به تصویب رساند به اختصار سقط‌درمانی نام گرفت. در قانون قبل شرایط تنها مربوط به وضعیت مادر بود اما در قانون جدید به صورت ماده‌واحد ذکر شده که اگر سه پزشک ناقص‌الخلقگی کودک و یا عقب‌ماندگی جنین را تأیید کنند و یا به این نتیجه برسند که مادر بیماری دارد و ادامه حاملگی برای وی خطر جانی دارد و پزشکی قانونی نیز این نظر را تأیید کند از نگاه قانون جدید سقط قابل انجام است به شرطی که حاملگی

تلفات جانی

راکبان موتورسیکلت ۳۷ درصد کاهش یافت

کلاه ایمنی موجب بروز ضربه مغزی و شکستگی های صورت در حد بالاتر از معمول شده و در آمار مصدومان ترافیک، بیشترین آسیب های موتورسواران را شکستگی های اندام تحتانی تشکیل می دهد.

صالح گفت: با ترغیب استفاده راکبان موتورسیکلت از کلاه ایمنی می توان آمار ضربه مغزی را پایین آورد و با تغییرات در طراحی موتورسیکلت و استفاده از لباس ایمنی شکستگی های اندام تحتانی را تا حد چشمگیری کاهش داد. وی افزود: خانواده ها می توانند با آموزش دادن به جوانان نسبت به رعایت قوانین و مقررات و آموزش های لازم در خصوص فرهنگ صحیح راهنمایی و رانندگی و استفاده از کلاه ایمنی نقش بسیار مهمی را در کاهش هرچه بیشتر تلفات ناشی از تصادفات رانندگی ایفا کنند. دکتر صالح مهمترین راهکار برای جلوگیری از آسیب در حین تصادف را استفاده از تجهیزات حفاظتی شخصی دانست و تصریح کرد: تجهیزات حفاظتی شخصی به لوازم و لباس هایی گفته می شود که باعث کاهش مخاطرات و جراحات موتورسیکلت رانان در هنگام تصادف بشود. این تجهیزات، با جذب انرژی ضربه تصادف، از جراحات و صدمه دیدگی موتورسیکلت سواران می کاهد.

دکتر «علی احسان صالح» در گفت و گو با خبرنگار خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) منطقه همدان، بیان کرد: در شش ماهه اول امسال ۷۸ نفر راکب موتور سیکلت در تصادفات جان خود را از دست داده اند که این آمار در مدت مشابه سال قبل ۱۰۷ نفر بوده است. وی تصریح کرد: جدیدترین تحلیل ها نشان داده است که ۵۰ درصد راکبان موتورسیکلت ها در تصادفات فوتی و جرحی مقصر بوده اند.

دکتر صالح با بیان اینکه عدم استفاده از کلاه ایمنی مهمترین علت مرگ موتورسواران و راکبان آنها در استان است، تصریح کرد: بر این اساس عدم رعایت حق تقدم و تغییر مسیر ناگهانی، انحراف به چپ، عدم توجه به جلو و رعایت نکردن فاصله طولی و تخطی از سرعت مطمئنه و عدم توانایی در کنترل وسیله نقلیه علل وقوع تصادفات موتورسیکلت ها سواران است. مدیر کل پزشکی قانونی همدان ارزان بودن و جابه جایی راحت تر نسبت به خودروها را عامل استفاده موتورسواران از این وسیله نقلیه دانست و تصریح کرد: در سال های اخیر موتور سیکلت در کشور ما به صورت انبوه تولید و مورد استفاده روز افزون مردان جوان و طبقات متوسط قرار می گیرد. وی اظهار کرد: عدم استفاده از



موتورسیکلت همچنان قربانی می گیرد

ارابه مرگ

کاهش درصد تلفات موتورسوارها
هر چند در پنج ماه نخست امسال دو هزار و ۳۴۸ نفر موتورسوار کشته شدند، اما در مقایسه با دو هزار و ۷۴۹ نفری که سال قبل در همین زمان با موتورسیکلت تصادف کردند و جان باختند، ۱۴۶ درصد کاهش دیده می شود.

ضربه به سر، عامل مهم مرگ موتورسوارها
آموزش های همگانی، توصیه های مکرر و سخت گیری های پلیس برای استفاده از کلاه ایمنی برای این بود که ۵۴.۱ درصد موتورسواری که به علت ضربه به سر در پنج ماه نخست امسال جانشان را از دست دادند، امروز در کنار ما باشند. علل اشتراکی، سوختگی و... شکستگی های متعدد، علل اشتراکی، سوختگی و... هیچ کدام به اندازه ضربه به سر در مرگ موتورسیکلت سواران تاثیر نداشت. شاید اگر آن کارگر و کارمندی که صبح به قصد عزیمت به محل کار از خانه خارج شد، کلاه ایمنی به سر می گذاشت، امروز خانواده اش برای همیشه از دیدن او محروم نبودند.

سرعت وسایل نقلیه در جاده های برون شهری بیشتر از داخل شهر است و اتفاقات و حوادث رانندگی خطرات بیشتری را برای موتورسواران به همراه دارد. در پنج ماه نخست امسال، ۴۴.۹ درصد موتورسوارها در جاده های برون شهری جان خود را از دست داده اند. ۳۹.۷ درصد از تلفات هم در جاده های درون شهری رقم خورده است. درصد باقی مانده تلفات موتورسوارها در جاده های خاکی و روستایی بوده است.

بیشترین مرگ برای جوانان موتورسوار
بیشترین گروه سنی که مرگ موتورسوارها در آن اتفاق افتاده، گروه ۱۸ تا ۲۴ سال بود که تعداد آن ها ۷۷۶ نفر بوده است. همین گروه سنی (۱۸ تا ۲۴ سال)، یک سوم همه تلفات موتور سوارها در پنج ماه نخست امسال هستند. اگر آمار ۳۶۵ نفره گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال را هم به آن اضافه کنیم، یک هزار و ۸۵ نفر موتور سوار ۱۸ تا ۲۹ ساله در پنج ماه اول امسال در تصادفات جان خود را از دست داده اند.

حوادث رانندگی کشته می شوند، موتورسوارها هستند. از ۲۴۱ نفری که در پنج ماه نخست امسال بر اثر تصادف در استان گلستان کشته شده اند، ۱۱۹ نفر یعنی ۴۹.۴ درصد موتورسوار بودند. هر چند در بوشهر تعداد کل تصادفات آمار زیادی در پنج ماه اول امسال نداشت، اما از همین آمار ۱۵۲ نفره، ۴۰.۸ درصد یعنی ۶۲ نفر از تلفات رانندگی، موتورسوارها بودند.

خراسان رضوی؛ بالاترین آمار تلفات موتورسواران

اگر فقط از نظر تعداد به آمار نگاه کنیم و نسبت تعداد موتورسواران به کل تلفات رانندگی مد نظر نباشد، خراسان رضوی با ۲۷۲ کشته، بالاترین آمار ثبت شده مرگ و میر موتورسوارها را در پنج ماه نخست امسال ثبت کرده است. فارس با ۲۰۲ و تهران با ۱۹۴ کشته، بعد از خراسان رضوی بیشترین آمار موتورسواری را دارند که در پنج ماه اول امسال در حوادث رانندگی جان خود را از دست داده اند.

خطر در جاده های برون شهری بیشتر است

هر صبح، کاسب، کارگر و کارمند با امید بازگشت دوباره به منزل و دیدن خانواده، خانه را به قصد محل کار خود ترک می کنند. هر کدام وسیله ای را برمی گزینند و شاید هم محل کسب رزق و روزی نزدیک باشد و رسیدن به آن نیازی به وسیله و ماشین نداشته باشد. گروهی با مترو، گروهی با اتوبوس شهری، دسته ای با خودروی سواری و برخی هم سوار بر موتورسیکلت عازم محل کار خود می شوند. اما گاهی بازگشتی در کار نیست. سواره و پیاده اش هم مهم نیست. یک غفلت از عابر، راننده یا موتورسوار، چشمان خانواده ای را تا همیشه منتظر بر در نگاه می دارد. همان طور که دو هزار و ۳۴۸ موتورسوار در پنج ماه نخست امسال هرگز به خانه بازنگشتند. این آمار، تنها ۲۶ درصد از ۹ هزار و ۳۸ نفری است که در پنج ماه اول امسال در حوادث رانندگی جان خود را از دست داده اند.

استان گلستان؛ بالاترین نسبت کشته های موتورسوارها به تلفات حوادث رانندگی
در استان گلستان نزدیک به نیمی از کسانی که در



تلاش ها همچنان ادامه دارد

کاهش سوء مصرف مواد مخدر

قرار دارند. یعنی هدف آن غربال کردن و درمان در مراحل اولیه است. پیشگیری سوم بر روی گروه هایی متمرکز است که از مشکلات ناشی از مصرف مواد یا همراه با آن مثل گریز از مدرسه یا خانه، مسایل یادگیری یا جرم و جنایت رنج می برند.

بعضی از برنامه های پیشگیری برای عامه مردم طراحی می شود اما بیشتر آنها بر بخش خاصی از جمعیت از قبیل کودکان، جوانان، اقلیت ها، زنان باردار و زندانی ها متمرکز هستند. تقسیم بندی دیگری از پیشگیری، برنامه ها را با توجه به مخاطبان آنها به سه گروه تقسیم می کند: برنامه های همگانی که جمعیت کلی را مد نظر دارند مثل تمام دانش آموزان یک مدرسه، برنامه های انتخابی که معطوف به گروه های در معرض خطر یا زیر مجموعه هایی از جمعیت کلی هستند مثل فرزندان مصرف کنندگان مواد یا دانش آموزانی که موفقیت های تحصیلی کمی داشته اند و برنامه های شاخص که برای مصرف کنندگان فعلی یا افرادی که رفتارهای خطر ساز دیگری دارند طراحی شده است. در این زمینه، نوجوانان و جوانان به طور ویژه ای مورد توجه قرار می گیرند زیرا الف) نوجوانان نسبت به جاذبه های ادراک شده مصرف مواد آسیب پذیرتر هستند و ب) هر چه زمان اولین مصرف به تاخیر بيفتد، احتمال شروع به مصرف کمتر می شود یا اگر شروع شود با احتمال کمتری به شکل اجبار در می آید.

بدین ترتیب، مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر یک ضرورت است. پیشگیری کم هزینه ترین راه در این مبارزه است. راه های مختلفی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر وجود دارد. کشور ما باید با در نظر گرفتن شرایط بومی، راهی را برای مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر بیابد که کارآمد باشد؛ بدین ترتیب، شاهد رشد آمار مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر نخواهیم بود.

که برنامه های پیشگیری قسمتی از سیاست های کاهش تقاضا است. یعنی هدف اصلی این برنامه کاهش تعداد کل مصرف کنندگان از طریق آموزش افراد غیر مبتلا جهت بازداري از شروع به مصرف مواد و افزایش تعداد مبتلایان در حال ترک است.

روش های پیشگیری

به طور سنتی، پیشگیری به سه نوع اول، دوم و سوم تقسیم بندی می شود. نوع اول بر به تاخیر انداختن یا بازداري از تجربه مصرف مواد توسط افراد عادی متمرکز است.

مخاطبان پیشگیری دوم افرادی هستند که پس از مصرف مواد هنوز علائم بیمار گونه ای نشان ندادند، اما در معرض خطر ابتلا به مشکل

نیاز به همکاری های بین المللی

اما رویکردهای کاهش عرضه بر عوامل شکننده چرخ تولید مواد از منبع تا مصرف کننده تمرکز دارند و شامل ریشه کن کردن محصول، رشد محصولات جایگزین، تعقیب قانونی آزمایشگاه های غیرمجاز، جلوگیری از حمل مواد مخدر در مرزها و کنترل راه های دریایی، هوایی و زمینی، ایجاد اخلاص در بازار مواد به منظور خلع سلاح گروه های درگیر و ردیابی و مصادره اموال قاچاقچیان جهت جلوگیری از تجمع سودهای نامشروع می شود. بنابراین در حالی که مداخله های طرف تقاضا در سطوح محلی یا ملی انجام می گیرد، تاثیر رویکردهای کاهش عرضه بستگی به همکاری های بین المللی دارد. با این توضیحات مشخص می شود

مصرف مواد مخدر جدای از این که خود جرم است، سبب و مقدمه بسیاری از رفتارهای پرخطر اجتماعی می شود.

برای همین عزم جدی برای پیشگیری و مبارزه با آن وجود دارد. آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر، زنگ خطری است برای اجتماع، که کارایی بخشی از سرمایه انسانی آن در اثر استفاده از مواد مخدر کم شده و سرانجام از حضور و فعالیت وی محروم می شود. تلاش ها برای کاهش استفاده از مواد مخدر با جدیت ادامه دارد.

همچنان پیشگیری بهتر از درمان

در سال های گذشته ثابت شده که درمان سوء مصرف مواد مخدر مشکل، گران و کاربر است. در چنین شرایطی اهمیت پیشگیری در این است که به طور منطقی جایگزین درمان می شود. فرض بر این است که جلوگیری از مبتلا شدن افراد به سوء مصرف مواد مخدر آسان تر از درمان این اختلال است. بنابراین هدف از پیشگیری به تاخیر انداختن یا جلوگیری از شروع به استفاده از مواد در جامعه است. به این ترتیب پیشگیری از ابتلای افراد جامعه به سوء مصرف مواد به معنی جلوگیری از تحمیل هزینه های سنگین به اجتماع، ابتلای افراد به ایدز و بیماری های دیگر، کاهش بازدهی در محیط کار، وقوع جرم و جنایت و در معرض خطر قرار گرفتن نسل بعدی است. بنا به ملاحظات علمی، بیشتر اقدامات انجام شده در حوزه مواد مخدر به دو طرف تقاضا و عرضه تقسیم بندی می شوند.

ملاحظات طرف تقاضا اقداماتی است که به منظور پیشگیری از شروع استفاده از مواد، کمک کردن و تشویق مصرف کنندگان فعلی به قطع مصرف و راهنمایی و درمان وابستگان به مواد به گونه ای که آسیب وارده به مصرف کننده و اجتماع کمتر شود، انجام می گیرند.

جدول نرخ مرگ ناشی از سوء مصرف مواد که بر اساس هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت استان ها در سال ۱۳۸۹

استان همدان	۱۴.۷	مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر
استان لرستان	۱۳.۳	مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر
استان کرمانشاه	۱۲.۶	مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر
استان تهران	۷.۲	مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر

جدول مقایسه ای آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در چهار ماهه اول سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰

آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در چهار ماهه اول سال ۱۳۹۰	۱۲۱۸ نفر	۱۱۳۹ مرد برابر با ۹۳/۵ درصد
آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در چهار ماهه اول سال ۱۳۸۹	۱۲۰۵ نفر	۱۱۴۴ نفر مرد
آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در سال ۱۳۸۹	۳۶۵۶ نفر	تهران با ۱۰۶۸ نفر بالاترین آمار را در بین استان های کشور داشته است



روش جدید تشخیص سازندگان مفدرون

دانشگاه گلاسکو تحقیقی را جهت شناسایی سازندگان ماده مفدرون انجام داده است. داروهایی که با نام‌هایی چون «موج عاج» و NRG-۱ شناخته می‌شوند و در بسته‌بندی‌هایی با عنوان نمک حمام، غذای گیاه و بخور فروخته می‌شوند، اثراتی شبیه داروهای غیرقانونی مانند آمفتامین، کوکائین و اکستازی دارند. هر چند این داروها که «داروهای طراح» نیز نامیده می‌شوند می‌توانند خطرناک باشند اما همچنان تعداد زیادی از آنها غیرقانونی نشده‌اند و تشخیص آنها با آزمایش‌های فعلی مشکل است. دانشمندان دانشگاه Strathclyde و موسسه جیمز هوتون روشی را ابداع کرده‌اند که با شناسایی و ردیابی منبع ریزماده‌های موجود در نمک‌حمام در مورد سازنده آنها اطلاعاتی به دست می‌دهند. نمک‌حمام می‌تواند موجب سرخوشی، پارانویا، اضطراب و توهم شود. این ماده اغلب حاوی مفدرون است که ترکیبی صنعتی شبیه به مت‌کاتینون می‌باشد. مت‌کاتینون که در گیاه قات وجود دارد مانند مفدرون در بسیاری از کشورها غیرقانونی است. بر روی بسته‌های نمک حمام برچسب «برای مصارف غیرانسانی» زده می‌شود و بنابراین در انگلستان غیرقانونی نیست، اما واردات آن ممنوع است. اصطلاح نمک حمام توسط کسانی که قصد دور زدن قانون ممنوعیت آن را دارند به کار می‌رود. محققان با استفاده از تکنیکی که isotope ratio mass spectrometry (IRMS) نامیده می‌شود بخش‌هایی از ماده که تولیدکننده آن را نشان می‌دهد، شناسایی می‌کنند. این پژوهش توسط دکتر الیور ساتکلیف از موسسه داروسازی و علوم زیست‌پزشکی Strathclyde و پروفیسور نیام نیک داید و دکتر کتی سلاواژ از مرکز علوم قانونی در دیپارتمان شیمی محض و کاربردی با همکاری دکتر ولفام میراج‌اشتاين در موسسه جیمز هوتون انجام شده است. دکتر

ساتکلیف می‌گوید: وضعیت قانونی یا غیرقانونی بودن «داروهای طراح» در جهان طیف متنوعی دارد اما این داروها خطرات زیادی برای مصرف‌کنندگان دارو به همراه دارند و وزارت کشور انگلستان تصمیم گرفته واردات آن را ممنوع کند. روش جدیدی که ما به کار گرفته‌ایم ما را قادر می‌سازد مواد موجود در دارو را تا مواد اولیه آنها ردگیری کنیم. دلیل موفقیت این روش این است که مقادیر نسبی اشکال مختلف یک عنصر را اندازه‌گیری می‌کند و این مقادیر همانند اثر انگشت در طی مراحل ساخت دارو ثابت می‌ماند. در پژوهش قبلی این گروه توانسته بود اولین استاندارد مرجع خالص برای مفدرون و همچنین اولین آزمون کروماتوگرافی مایع پاپا را برای این ماده انجام دهد که قابل ارائه به دادگاه باشد.



ساخت نمونه دستی دستگاه تشخیص داروها

اولین نمونه یک دستگاه دستی تشخیص داروها توسط دانشگاه East Anglia با همکاری شرکت Intelligent Fingerprinting ساخته شد. این دستگاه منحصر به فرد می‌تواند داروها و سایر مواد را از باقی‌مانده عرق روی اثر انگشت تشخیص دهد و امکان تشخیص سریع و در هر مکان را فراهم می‌آورد. پاول یاتس مدیر تجاری شرکت می‌گوید «ساخت این نمونه یک نقطه عطف علمی است. در حال حاضر علاقه زیادی در سطح جهانی برای استفاده از فناوری‌ها جهت سنجش مواد در کاربردهای گوناگون وجود دارد. از جمله این کاربردها علوم قانونی، علوم جنایی، امنیتی و استفاده در موسساتی مانند زندان‌ها یا محیط‌های کار است. اما تولید یک دستگاه قابل جابه‌جایی که می‌تواند در محل آزمایش را انجام دهد افق جدیدی در فواید و فرصت‌های کاربردی ایجاد می‌کند.» این وسیله به استفاده از کارتریج‌های یک بار مصرف، می‌تواند داروهای غیرقانونی و سایر مواد را بر روی اثر انگشت تشخیص دهد. جمع‌آوری نمونه‌ها سریع و آسان است و به تشخیص خاص یا به کارگیری احتیاط‌های ضروری کار با مواد بیولوژیک نیاز ندارد. این دستگاه به دلیل ماهیت تکنولوژی به کار رفته تقریباً غیرقابل تقلب است. موارد بالقوه استفاده دستگاه بسیار متنوع است و از آزمایش افراد در محل کار (به ویژه در صنایع نیازمند ایمنی بالا که نیاز به قضاوت درخصوص صلاحیت و توانایی افراد برای کار وجود دارد) تا بررسی رانندگان در جاده‌ها برای تشخیص رانندگی تحت تاثیر مواد را در بر می‌گیرد. دیوید راسل مدیر فناوری شرکت و استاد دانشکده شیمی دانشگاه UAE

می‌گوید «این دستگاه یک موفقیت تکنولوژیک است. ما قادر شدیم دستگاهی را طراحی کنیم که آنالیز کامل و ثبت اثر انگشت را تنها در چند دقیقه انجام می‌دهد.» اولین نمونه می‌تواند افراد را از نظر سوءاستفاده از داروها بررسی کند اما ما به تلاش خود ادامه می‌دهیم تا دامنه تشخیص مواد را به سایر داروها و شاخص‌هایی که در اثر انگشت وجود دارد افزایش دهیم. طبق برنامه‌ریزی انجام شده این نمونه در سال ۲۰۱۲ به تولید انبوه می‌رسد و گروه در تعامل با مشتریان تلاش می‌کند کاربردهای جدیدی برای آن بیابد.



کشف اختلال ژنتیکی که موجب نداشتن اثر انگشت می‌شود

اثر انگشت در انسان منحصر به فرد است به همین دلیل وسیله تشخیصی با ارزشی در همه امور از کشف جرم تا مسافرت‌های بین‌المللی است. اما وقتی انگشتان ما خطوط منحصر به فرد خود را از دست می‌دهند چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ این یک فرضیه برای یک فیلم علمی تخیلی نیست بلکه یک وضعیت واقعی است که adermatoglyphia نامیده می‌شود. گاهی نیز به این حالت بیماری تأخیر مهاجرت گفته می‌شود چون باعث می‌شود افراد هنگام عبور از محل‌های بازرسی که نیاز به تشخیص اثر انگشت دارد دچار مشکل شوند. پروفیسور Eli Sprecher موتاسیون ژنتیکی که مسئول این حالت غیر طبیعی است را کشف کرده است. آدرماتوگلیفیا به خودی خود بسیار نادر است. نقایصی که از یک موتاسیون ژنتیکی منفرد ایجاد می‌شوند به پژوهشگران کمک می‌کند پدیده‌های پیچیده بیولوژیک مانند فقدان ساخت یک پروتئین را شناسایی کنند. یافته‌های این تحقیق در مجله ژنتیک انسانی آمریکا منتشر شده است.

سردرگمی واحدهای کنترل مرزی

بیماری تأخیر مهاجرت وقتی مورد توجه جامعه پزشکی قرار گرفت که موجب تأخیر عبور یک زن سوئیس از مرز آمریکا وقتی که لازم بود از او انگشت‌نگاری شود، گردید. کارکنان کنترل مرز وقتی این زن به آنها اطلاع داد که نمی‌تواند درخواست آنها را انجام دهد دچار سردرگمی شدند. این بیماری که علاوه بر فقدان اثر انگشت باعث کاهش تعدادی از غدد عرق نیز می‌شود به قدری نادر است که به طور مستند تنها در چهار خانواده در کل جهان شناسایی شده است. علاوه بر این، اثر انگشت غیرطبیعی می‌تواند نشانه‌ای از اختلالات جدی‌تری باشد دانشمندان می‌دانند که اثر انگشت ۲۴ هفته پس از لقاح تشکیل می‌شود و در طول زندگی تغییر نمی‌کند. پروفیسور Eli Sprecher می‌گوید «ما عواملی که

باعث شکل‌گیری و تعیین الگوی اثر انگشت در طول دوره جنین می‌شدند تا حد زیادی ناشناخته مانده‌اند.» او اضافه می‌کند «تنها نوک انگشتان نیستند که پوستی الگودار دارند بلکه کف دست و پا و انگشتان پا نیز دارای این خطوط هستند که درماتوگلیف نامیده می‌شوند.» برای کشف علت این حالت نادر محققان خانواده سوئیس که نه تن از اعضای آن دچار این بیماری بودند را مورد آنالیز ژنتیکی قرار دادند. آنها ژن‌های اعضای دچار آدرماتوگلیف را با اعضای فاقد آن مقایسه کردند تا محل تغییر ژنتیکی را بیابند. آنها کشف کردند که یک نگارش اختصاصی پوست ژن SMARCAD۱ عامل تنظیم‌کننده بروز اثر انگشت است. در گروهی که آدرماتوگلیف بودند سطح نگارش پوستی کوتاه‌تر از کاهش یافته بود. هم‌اکنون که این ژن کشف شده است پژوهشگران می‌توانند در مورد چگونگی تأخیر این ژن بر ایجاد اثر انگشت بررسی‌های بیشتری انجام دهند.



جامعه ناامن تر نشده است

کاهش آمار قتل‌های ناشی از سلاح سرد

دنبال عصبانیت ناگهانی و بدون توجه به عوارض و عواقب آن صورت می‌گیرد، بنابراین به نظر می‌رسد با اطلاع‌رسانی مناسب‌تر و افزایش حساسیت‌ها، کسب مهارت کنترل خشم و توجه به آموزه‌های دینی و فرهنگی تا حد زیادی بتوان از وقوع این حوادث که گاه با عوارض جبران‌ناپذیری برای افراد همراه است، جلوگیری کرد.

معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی قانونی کشور با ضروری دانستن تداوم کاهش قتل‌های ناشی از سلاح سرد گفت: به نظر می‌رسد تداوم این امر مستلزم تصویب قوانین بازدارنده در خصوص حمل و فروش سلاح سرد و ادامه اقدامات مناسبی است که از سوی مراجع قضایی و انتظامی در حال انجام است.

قتل‌های ناشی از سلاح سرد گفت: به نظر می‌رسد عزم جدی قوه قضاییه در برخورد با این گونه موارد و رسیدگی خارج از نوبت پرونده‌ها، کاهش زمان رسیدگی به این نوع پرونده‌ها، قاطعیت در صدور احکام و اجرای حکم در ملاءعام، برنامه‌های نیروی انتظامی در برخورد با ارادل و اوباش و همچنین حساسیت خوب رسانه‌ها در این خصوص و آرایه آموزش‌ها، هشدارهای مناسبی بوده‌اند که نتیجه آن در کاهش آمار موارد مرگ ناشی از سلاح سرد دیده می‌شود. دکتر برزگر در مورد علل وقوع نزاع اظهار داشت: در خصوص انگیزه‌های قبلی ارتکاب به این جرایم اگر چه آمار دقیقی موجود نیست، اما بر اساس شواهد بخش عمده‌ای از نزاع‌ها بدون برنامه‌ریزی قبلی و به

معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی قانونی کشور گفت: آمار قتل‌های ناشی از سلاح سرد از ۴۰۱ مورد در ۴ ماهه اول سال گذشته به ۳۱۷ نفر در ۴ ماه نخست امسال رسید که ۲۶۵ نفر از این افراد مرد و ۵۲ نفر زن بوده‌اند. این آمار، ۲۱ درصد کاهش را نسبت به مدت زمان مشابه سال گذشته نشان می‌دهد.

دکتر عبدالرزاق برزگر در خصوص موضوع نزاع اظهار داشت: پرونده‌های ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی با موضوع نزاع نیز، در چهارماه اول امسال ۲۳۲۰۲۶ نفر بوده است که این آمار نیز نسبت به ۲۳۶۴۰۱ موردی که در زمان مشابه سال گذشته روی داده است، ۲ درصد کاهش را نشان می‌دهد.

وی در تشریح دلایل کاهش آمار

تحلیل

سخت‌گیری بیشتر در استفاده از سلاح

و دارندگان سلاح و مهمات غیر مجاز سال ۱۳۸۷ به مجلس شورای اسلامی تقدیم شد و با تصویب مجلس شورای اسلامی، سرانجام در تاریخ ۲۸ شهریور ۱۳۹۰، برای اجرا به دولت ابلاغ شد. به موجب این قانون، وارد کردن هر نوع سلاح، مهمات، اقلام و مواد تحت کنترل به کشور، خارج کردن آنها از کشور، ساخت، مونتاژ، نگهداری، حمل، توزیع، تعمیر و هرگونه معامله آنها بدون مجوز مراجع دی‌صلاح جرم است و مرتکب به مجازات‌های مندرج در قانون مجازات قاچاق اسلحه و مهمات و دارندگان سلاح و مهمات غیر مجاز محکوم می‌شود.

آمار قتل‌های ناشی از سلاح سرد در چهار ماهه اول سال ۱۳۸۹	۴۰۱ مورد
آمار قتل‌های ناشی از سلاح سرد در چهار ماهه اول سال ۱۳۹۰	۳۱۷ نفر
پرونده‌های ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی با موضوع نزاع در چهارماه اول سال ۱۳۸۹	۲۳۶۴۰۱ مورد
پرونده‌های ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی با موضوع نزاع در چهارماه اول سال ۱۳۹۰	۲۳۲۰۲۶ مورد

دارندگان سلاح و مهمات غیر مجاز برای مبارزه با ورود بیش از پیش اسلحه و مهمات غیرمجاز به کشور توسط قاچاقچیان تصویب شده است. در واقع هدف از تهیه چنین لایحه‌ای پیشگیری از جرایمی است که به وسیله سلاح در جامعه رخ می‌دهد. لایحه مجازات قاچاق اسلحه و مهمات

سلاح سرد، جامعه ناامن‌تر نشده است بلکه برعکس، آمارها نشان از کاهش آمار قتل‌های ناشی از سلاح سرد دارند. باتصویب لایحه فوق در مجلس شورای اسلامی، باید امیدوار به عدم افزایش آمار مربوط به قتل در نتیجه سلاح بود. لایحه مجازات قاچاق اسلحه و مهمات و

در ابتدای سال ۱۳۹۰، با وقوع چند مورد جرم در ملاءعام، بسیاری از رسانه‌ها تحلیل‌هایی را در مورد ناامن‌شدن جامعه آرایه دادند. این موضوع باعث شد که بسیاری از مراجع رسمی، در واکنش به این موضوع و افزایش امنیت در جامعه، تلاش‌هایی را آغاز کنند. از جمله در مجلس شورای اسلامی، به بررسی لایحه مجازات قاچاق اسلحه و مهمات و دارندگان سلاح و مهمات غیر مجاز که پیش از این در مجلس شورای اسلامی مطرح بود، شتاب داد.

اما آمارهای سازمان پزشکی قانونی نشان می‌دهد حداقل در جرایم مربوط به استفاده از

۱۶ هزار و ۴۳۷ کشته در تصادفات ۹ ماه امسال

حوادث رانندگی در نه ماه امسال داشته‌اند.

راننده‌ها؛ ۴۱ درصد کشته شدگان

در زمان وقوع تصادف ۴۱ درصد از افراد راننده وسیله نقلیه، ۲۱/۸ درصد عابر پیاده و ۳۵/۸ درصد سرنشین یا ترک وسیله نقلیه بوده‌اند.

۲۹۰۷ درصد تلفات

بین ۱۸ تا ۲۹ سال سن دارند

از لحاظ سنی ۸ درصد افراد ۱۰ سال و کمتر، ۵/۸ درصد ۱۷-۱۱ سال، ۲۹/۷ درصد ۲۹-۱۸ سال، ۲۸/۷ درصد ۴۹-۳۰ سال و ۲۷/۲ درصد کشته‌های تصادفات ۵۰ سال به بالا داشته‌اند. نحوه وقوع تصادف ۴۷/۸ درصد از افراد متوفی ناشی از برخورد دو وسیله نقلیه، ۲۱/۸ درصد ناشی از برخورد وسیله نقلیه به عابر متوفی و ۲۲/۴ درصد واژگونی وسیله نقلیه بوده است.

رانندگی بوده‌اند. خدادوست یادآوری کرد در گزارش‌های امسال سازمان پزشکی قانونی، آمار استان البرز که در حوادث رانندگی نه ماه امسال ۲۸۱ نفر کشته داشت، از آمار استان تهران کسر و به صورت مستقل محاسبه شده است. وی در خصوص بیشترین کاهش تلفات حوادث رانندگی در بین استان‌های کشور گفت: استان هرمزگان با ۳۱ درصد کاهش (۳۲۷ کشته در نه ماه امسال در مقایسه با ۴۷۴ نفر در مدت زمان مشابه سال گذشته) خراسان جنوبی با ۲۷/۳ درصد کاهش (۱۶۰ نفر کشته در نه ماه امسال در مقایسه با ۲۲۰ نفر در مدت زمان مشابه سال گذشته) و پس از آن استان مرکزی با ۲۵ درصد کاهش (۵۲۲ نفر کشته در نه ماه امسال در مقایسه با ۶۹۶ نفر در مدت زمان مشابه سال گذشته) بیشترین کاهش را در تعداد تلفات



خراسان رضوی ثبت شده و تهران با یکهزار و ۳۰۵ و فارس با یکهزار و ۲۹۷ نفر پس از استان خراسان رضوی قرار دارند. در بین کمترین‌ها نیز، استان ایلام با ۱۲۱ نفر، کهگیلویه و بویراحمد با ۱۲۴ و خراسان جنوبی با ۱۶۰ نفر، به ترتیب استان‌های دارای کمترین تلفات

روستایی و محل مرگ ۱۲۷ نفر نامعلوم گزارش شده است. این مسؤول سازمان پزشکی قانونی در خصوص استان‌هایی که بیشترین و کمترین تلفات رانندگی را در نه ماه امسال داشته‌اند گفت: بالاترین آمار تلفات حوادث رانندگی با یکهزار و ۳۷۷ نفر کشته در استان

در نه ماهه امسال، ۱۶ هزار و ۴۳۷ نفر در حوادث رانندگی جان خود را از دست داده‌اند و این آمار در مقایسه با مدت زمان مشابه سال گذشته که ۱۹ هزار و ۱۷۶ نفر در تصادفات رانندگی کشته شدند، ۱۴/۳ درصد کاهش را نشان می‌دهد. به گزارش اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان پزشکی قانونی کشور، دکتر محمود خدادوست با اعلام این خبر افزود: ۱۲ هزار و ۷۹۵ نفر از تلفات رانندگی نه ماهه اول امسال مرد و سه هزار و ۶۴۲ نفر زن بودند. رئیس مرکز تحقیقات پزشکی قانونی با اشاره به اینکه بالاترین تعداد تلفات حوادث رانندگی در جاده‌های برون شهری اتفاق افتاده است، اظهار داشت: ۱۰ هزار و ۵۰۰ مورد از مرگ‌های تصادفات در جاده‌های برون شهری، چهار هزار و ۷۳۵ نفر در تصادفات درون شهری، یکهزار و ۵۲۵ نفر در جاده‌های

صاحب امتیاز: اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل سازمان پزشکی قانونی کشور

سر دبیر: حامد نائیچی

معاون سر دبیر: محمود حق وردی

دبیر تحریریه: محسن نامی

طراحی و صفحه آرایی: مسلم عرب باصری

نشانی: تهران ضلع جنوبی پارک شهر، خیابان بهشت، سازمان پزشکی قانونی کشور، کد پستی: ۱۱۱۴۷۹۵۱۱۳

تلفن: ۵۵۶۱۳۹۳۷

فکس: ۵۵۱۶۹۷۴۲

Website: www.lmo.ir



همایش ملی طب و قضا بر گزار شد

قانون و پزشکی از دیرباز رابطه‌ای ناگسستنی داشته‌اند. وظیفه قانون این است که احکام موضوعات را به طور کلی تبیین کند. وقتی قرار باشد در دادگاه این موضوعات با احکام قانونی مطابقت داده شود جایی است که صحبت از استدلال به میان می‌آید. سند، شاهد، اقرار و علم قاضی اصلی‌ترین دلایل موجهه برای صدور یک حکم قانونی هستند. نکته اینجاست که در بسیاری از پرونده‌ها کمیت این اسناد و دلایل قانونی کافی نیست است. نظر کارشناس در بسیاری از این پرونده‌ها در کنار علم قاضی یک بال فرشته عدالت است. کارشناسان پزشکی مهم‌ترین نقش را در پرونده‌های فوق‌العاده حساس جنایی که صحبت از جان و ناموس مردم است بازی می‌کنند. همایش ملی طب و قضا که ماه گذشته در مشهد مقدس و به همت سازمان پزشکی قانونی برگزار شد تلاشی است برای ارتقای جایگاه این سازمان در امر کارشناس پزشکی پرونده‌های قضایی و تعامل و همکاری هرچه بیشتر پزشکان قانونی و قضات. ویژه‌نامه این همایش در شماره آینده به طور مفصل شما را در جریان رویدادهای این همایش ملی قرار خواهد داد.

