



جوانی جمعیت و ضرورت تشویق **پایدار** جمعیت با حفظ سلامت باروری

شهناز کهن استاد گروه مامایی و بهداشت باروری

نگرانی های جمعیت و سلامت باروری

جمعیت یکی از مؤلفه های اقتدار، قدرت ملی و استحکام ساخت درونی نظام هر کشوری است و نگرانی های متعدد جمعیتی در شرایط فعلی برای کشور مطرح است.:

□ شاخص رشد جمعیت (۰/۹)،

□ کاهش باروری کل TFR در کشور زیر سطح جایگزینی (۱/۳۶ در ۱۴۰۴)

□ ورود به تله جمعیتی، بسته شدن پنجره جمعیتی

□ افزایش نسبت سالخوردگی (۱۰٪)، کمبود نیروی کار و مراقب برای سالمندان

با این وجود هر گونه سیاست تشویق باروری باید در بستر حفظ سلامت و حقوق باروری رخ دهد. سلامت باروری، به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط با فرایندها و روند سیستم تولید مثل می باشد و حقوق باروری، به رسمیت شناختن حق اساسی تصمیم گیری آزادانه و مسئولانه همه زوجها و افراد در مورد تعداد ، فاصله گذاری و زمان به دنیاآوردن فرزند و نیز داشتن اطلاعات و ابزارهای لازم برای پیشگیری، حق دسترسی به بالاترین استاندارد خدمات بهداشت باروری و بهداشت جنسی، حق تصمیم گیری در مورد باروری ، عاری از هر گونه تبعیض، فشار و خشونت است که باید مورد توجه قرار گیرد.

شاخص های باروری

میزان باروری کلی (Total Fertility Rate) TFR: این شاخص متوسط تعداد کودکانی که یک زن می تواند در سراسر

دوران باروری خود داشته باشد، تعیین می کند؛ مشروط به اینکه الگوهای باروری در جامعه ثابت باشد. این شاخص از مجموع میزان های اختصاصی سنی باروری حاصل می شود. اگر گروه های سنی را در فاصله ۵ سال فرض کنیم، مجموع میزان های اختصاصی سنی باروری را در همان فاصله یعنی ۵ ضرب کنیم. این شاخص نشان دهنده بعد خانواده کامل شده است.

$$TFR = \frac{\text{مجموع میزان باروری های اختصاصی سنی} \times 5}{1000}$$

میزان تجدید نسل ناخالص (GRR):

میزان تجدید نسل ناخالص (GRR):

متوسط تعداد دخترانی که هر زن متأهل در صورت ادامه الگوی باروری فعلی و در طول دوره باروری خود بدنیا خواهد آورد:

حاصلضرب نسبت دختر زایی در میزان باروری کل است.

ابتدا نسبت دختر زایی را محاسبه می کنیم.

نسبت تعداد متولدین دختر به کل متولدین = نسبت دختر زایی (درصد موالید دختر)

$$\text{نسبت دختران} \times \text{TFR} = \text{GRR}$$

تجدید نسل خالص

احتمال بقای نوزاد دختر تا سنین تولیدمثل $\text{NRR} = \text{TFR} \times$

برای ثبات جمعیت باید NRR حداقل ۱ باشد بنابراین باید TFR بیش از ۲.۳ باشد

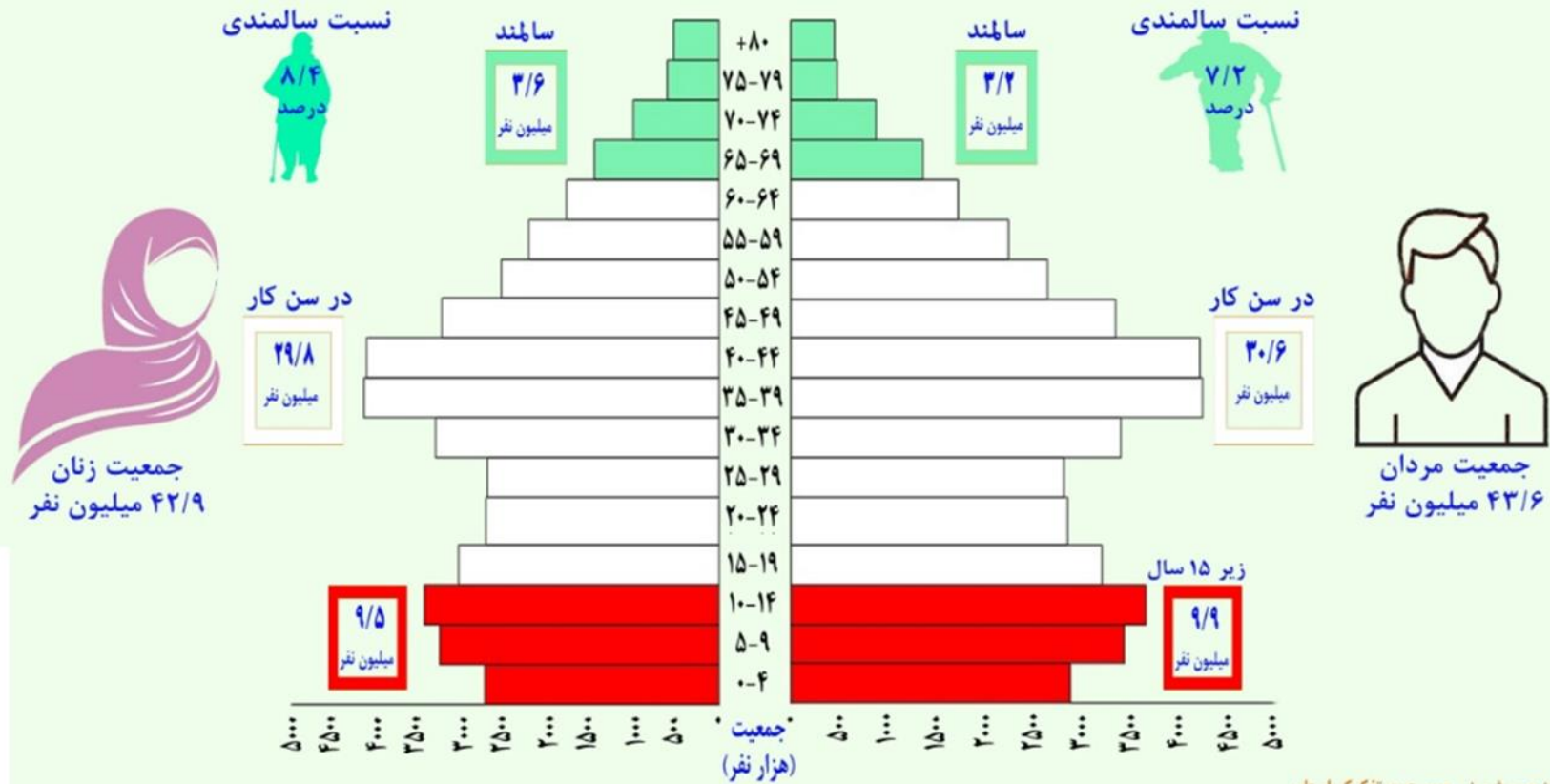


وضعیت استانها از نظر نرخ باروری

عنوان	تعداد	استانها
استانهای با نرخ باروری زیر ۱	۲	گیلان - البرز - (۱۴۰۳) مازندران
استانهای با نرخ باروری ۱-۱.۳۹	۱۰	مرکزی - تهران - اصفهان - سمنان - ایلام - فارس - کرمانشاه - اردبیل - قزوین - (۱۴۰۳) کردستان - آذربایجان شرقی - همدان - کهگیلویه و بویراحمد
استانهای با نرخ باروری ۱.۴-۱.۷۹	۱۲	لرستان - بوشهر - زنجان - چهارمحال و بختیاری - قم - خراسان شمالی - آذربایجان غربی - خراسان رضوی - (۱۴۰۳) گلستان -
استانهای با نرخ باروری ۱.۸-۲.۰۹	۴	کرمان - خوزستان - یزد - (۱۴۰۳) هرمزگان -
استانهای با نرخ باروری بالاتر از ۲.۱	۳	خراسان جنوبی - سیستان و بلوچستان

سیمای جمعیت ایران در سال ۱۴۰۴

جمعیت کشور در سال ۱۴۰۴
۸۶ میلیون و ۵۶۲ هزار نفر

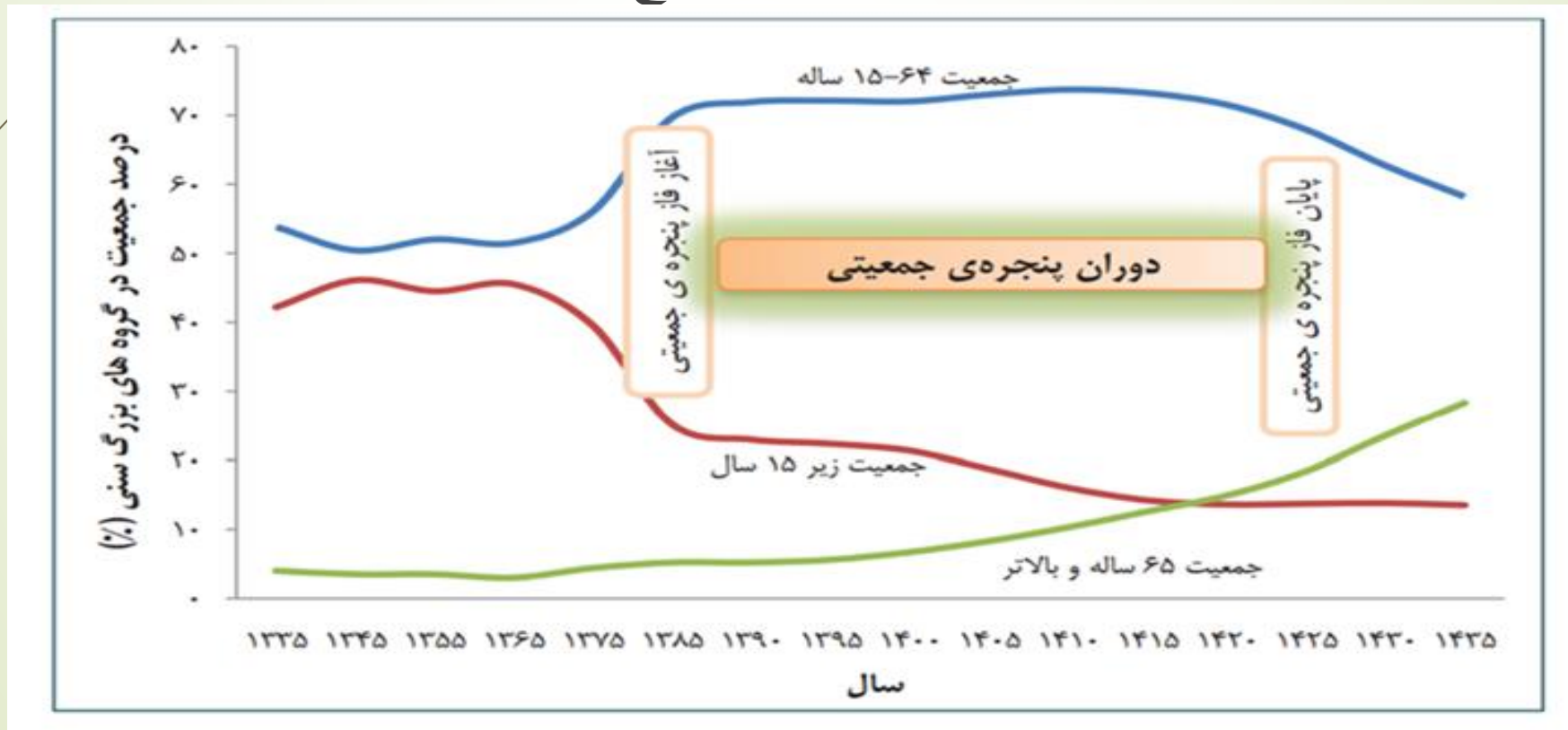


منبع: پیش‌بینی جمعیت به تفکیک استان.

فرصت پنجره جمعیتی:

➤ هنگامیکه در کشور ۷۰ درصد جمعیت در محدوده سنی ۱۵ تا ۶۴ یعنی سن فعالیت و تولید باشند کشور در فرصت پنجره جمعیتی قرار می گیرد و امکان رشد اقتصادی و پیشرفت علمی فراهم می شود.

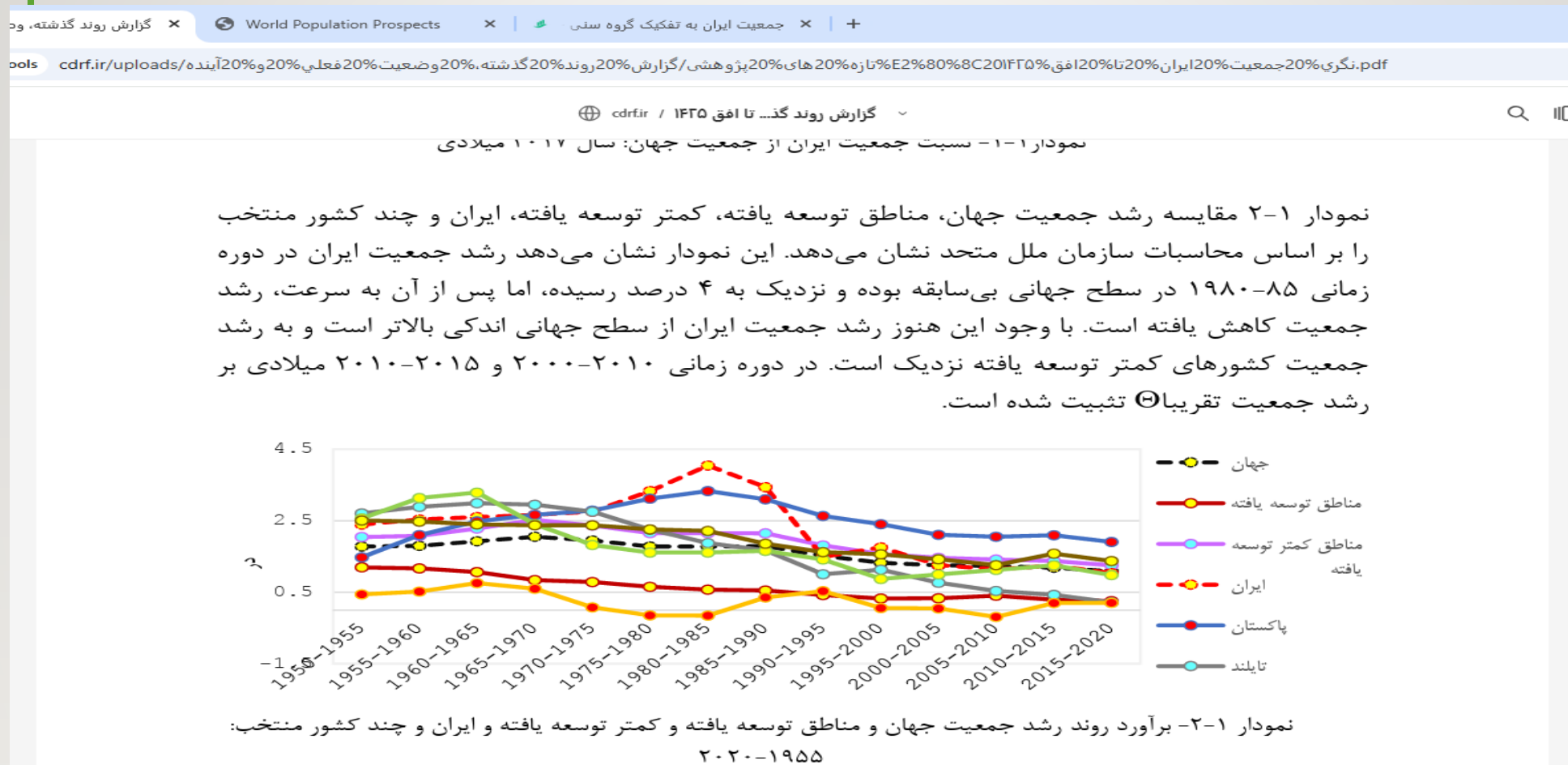
➤ این شرایط در ایران از سال ۱۳۸۰ شروع شده و تا سال ۱۴۱۵ ادامه دارد با کاهش



سناریو های پیش بینی جمعیت ایران

۱. **فرض اول:** با افزایش سطح باروری کل به ۲,۶ تا سال ۱۴۳۰، جمعیت ۱۱۲ میلیون و ۴۷۵ هزار و ۴۵۸ نفر و نسبت سالمندی ۱۶,۸ درصد پیش بینی می شود
۲. **فرض دوم:** تثبیت سطح باروری کل به ۲,۱۱ تا سال ۱۴۳۰، جمعیت ۱۰۴ میلیون و ۱۷ هزار و ۵۸۸ نفر و نسبت سالمندی ۱۸,۲ درصد پیش بینی می شود
۳. **فرض سوم:** کاهش سطح باروری کل با شیبی تند، به ۱,۵ تا سال ۱۴۳۰، جمعیت ۹۵ میلیون و ۳۱۷ هزار و ۴۶۴ نفر و نسبت سالمندی ۱۹,۹ درصد پیش بینی می شود
۴. **فرض چهارم:** کاهش سطح باروری کل با شیبی ملایم، به ۱,۹ تا سال ۱۴۳۰، جمعیت ۱۰۱ میلیون و ۳۹۲ هزار و ۳۲۰ نفر و نسبت سالمندی ۱۸,۷ درصد پیش بینی می شود

روند رشد جمعیت جهان از ۱۹۵۵ تا ۲۰۲۰



منبع: سازمان ملل متحد، به آدرس <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population>

۳-۱- جمعیت کشورهای سند چشم انداز

در میان کشورهای سند چشم انداز در سال ۲۰۱۵ پاکستان با جمعیتی نزدیک به صد و نود میلیون نفر پرجمعیت‌ترین کشور و بحرین با جمعیت حدود یک میلیون و سیصد هزار نفر کم جمعیت‌ترین کشور محسوب می‌شود. بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵ (سال ۲۰۱۶ میلادی) ایران با جمعیت

چالش های باروری فعلی کشور

❑ تاخیر یا عدم تمایل به ازدواج در زنان و مردان و شیوع تجرد قطعی

❑ عدم تمایل به فرزندآوری (تصمیم به صفر فرزندی)

❑ تمایل به تک فرزندی و کم فرزندی

❑ طولانی شدن فاصله بین شروع زندگی مشترک تا تولد اولین فرزند

❑ فاصله طولانی فرزند اول تا تولد فرزند دوم

❑ مهاجرت افراد در سنین باروری

❑ درک ناامنی اقتصادی اجتماعی و ابهام آینده

❑ ناکامی زنان شاغل و زوجین در دستیابی به ایده آل باروری

تک فرزندی / کم فرزندی و پیامدهای آن

- تک فرزندی به مواردی اطلاق می شود که والدین تنها دارای یک فرزند هستند. در قرن بیستم نرخ تولد و اندازه خانواده ها به وضوح کاهش و تعداد خانواده های تک فرزند افزایش یافته است. عواملی از قبیل نگرانی برای تامین آینده بچه ها، فراهم کردن موقعیت و امکانات موفقیت بیشتر برای فرزند، شرایط اقتصادی حاکم بر خانواده ها، شاغل بودن والدین، ترس از دست دادن شغل و محدود شدن فعالیتهای اجتماعی مادر، ازدواج دیر هنگام، تولد دیر هنگام فرزند اول، تفکر خانواده ها و کوچک شدن محیط خانه و... میتوانند علت شیوع این پدیده در اجتماع باشد
- **رواج فرزندسالاری:** در خانواده های تک فرزند بیش از حد به خواسته ها و مطالبات فرزند توجه شده و اغلب افراط و زیاده روی والدین در برآوردن خواسته های تنها فرزندشان مشاهده می شود
- **آسیب مهارت های زندگی:** گرایش به انزوا، ضعف در برقرار ارتباط با همسالان، توجه بیش از حد به بازی های رایانه ای و انفرادی و ترس از حضور در گروه های اجتماعی در تک فرزندان بیشتر دیده می شود.
- **بلوغ زودرس اجتماعی** در کودکان تک فرزند، پرش به بزرگسالی
- **کاهش روابط اجتماعی خانواده، آشیانه خالی خانواده و سالمندی تنها**
- **ضرورت مراقبت از خانواده های تک فرزند**

رسالت سیستم سلامت: تشویق پایدار باروری در بستر سلامت باروری

۱. مراقبت از بلوغ و سلامت باروری نوجوانان در مدارس (رفتار پرخطر، تربیت جنسی)
۲. حفظ و ارتقا سلامت باروری/ جنسی حین ازدواج (تعامل مناسب زوجین ، پایداری ازدواج)
۳. حفظ و ارتقا سلامت مادر و کودک حوالی بارداری و زایمان (زایمان) بارداری در سن مناسب و تعداد مناسب، زایمان ایمن با تجربه خوشایند، کاهش سزارین)
۴. آماده سازی والدین برای پذیرش نقش های والدی و فرزند پروری
۵. کمک به زوجین در برنامه ریزی برای فرزند بعدی

حفظ و ارتقا سلامت باروری/ جنسی حوالی ازدواج

- آمادگی برای ازدواج (بلوغ جسمی و روانی و اجتماعی) ← خدمات مشاوره و مراقبت قبل و حین ازدواج
- آمادگی برای پذیرش نقش های زوجی و خانواده پایدار ← مشاوره مستمر زوجی بعد از ازدواج
- حمایت کافی برای تصمیم گیری درباره زمان فرزندآوری ← برنامه ریزی فرزندآوری، پیشگیری از بارداری

حفظ و ارتقا سلامت مادر و کودک حوالی بارداری و زایمان

مراقبت قبل از بارداری (ارزیابی سلامت جسمی . روانی . خشونت خانگی . تغذیه . مکمل...) → پیشگیری از بارداری

مراقبت با کیفیت و قابل پرداخت در بارداری (تجربه خوشایند بارداری . آمادگی برای زایمان) → خدمات مامایی با کیفیت

خدمات زایمان طبیعی ایمن، کم درد و خوشایند توام با تکریم و قابل پرداخت → توسعه خدمات مامایی با کیفیت

آماده سازی والدین برای پذیرش نقش های والدی و فرزند پروری

- حمایت و ارتقا خودکارآمدی مادران برای مراقبت از خود و کودک
- حمایت از مادران برای سازگاری با تعدد نقشی در دوره بعد از زایمان (مراقب کودک، مهد کودک)
- کمک به زنان برای ادامه تغذیه با شیر مادر تا ۲ سال برای حفظ سلامت و بقای کودک فعلی
- امکان فاصله گذاری بین بارداری ها تا کسب اطمینان از سلامت کامل مادر و کودکان قبلی

مشاوره تشویق باروری و برنامه ریزی برای فرزند بعدی

❑ ارزیابی سلامت مادران مراجعه کننده و آماده سازی آنان برای بارداری

❑ توسعه بارداری برنامه ریزی شده از طریق دسترسی به روش های پیشگیری با کیفیت و قابل پرداخت

❑ کمک به پذیرش و ادامه بارداری در زنان با بارداری برنامه ریزی نشده و ناخواسته از طریق مشاوره

حضور و بر خط

سیاست های تشویق باروری در جهان و ایران

- **فرانسه:** پرداخت هزینه ها از پیش از تولد تا ۷ سالگی، تخصیص حدود ۵ درصد تولید ناخالص ملی حدود ۸۳ میلیارد دلار به حمایت از فرزندآوری، دولت هزینه مراقبت ها از پیش از تولد تا بعد از تولد و رسیدن بچه به سن ۷ سال را بر عهده می گیرد و به خانواده های بالای ۳ نفر در تمامی خدمات عمومی تخفیف های عمده داده می شود.
- **ژاپن:** قانون کودوموتیت: به خانواده ها تا رسیدن فرزند به سن ۱۵ سالگی، ماهانه حقوقی تا ۱۳ هزار ین حدود ۹۵ دلار پرداخت می کنند. همچنین پدر و مادر هر کدام می توانند با دریافت نصف حقوق خود تا سقف تعیین شده به مرخصی بروند و بدون هیچ نگرانی به کار قبلی خود بازگردند.
- **آلمان:** حقوق ۱۸۰۰ یورویی تا ۵ سالگی کودک به مادرهایی که در خانه به مراقبت از بچه های خود مشغول هستند، مرخصی طولانی مدت با حقوق را برای والدین شاغل، حمایت از آموزش تا دانشگاه
- **سوئد:** مرخصی با حقوق والدین. کمک هزینه بلاعوض کودک تا ۱۶ سالگی. دورکاری. تخفیف ساعت کاری مادران
- **ایران:** قانون جوانی جمعیت: حمایت مالی. شغلی. تحصیلی و ...

متن کامل ماده ۴۹ قانون

ماده ۴۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه‌ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان انجام و متناسب با آزمایش سرزمینی، ظرف حداکثر دو سال پس از ابلاغ این قانون، با توجه به استانداردهای سطح‌بندی ارائه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یک ساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد دسترسی داشته باشند.

تبصره - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به ارتقای مهارت مامایی کشور و افزایش تعداد ماماهاى فعال در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها به طرق مختلف از جمله تعهد خدمت به گونه‌ای اقدام نماید که ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون به ازای هر دو مادر در حال زایمان یک ماما در کل مدت فرایند زایمان طبیعی حاضر باشد.



اقدامات بر اساس ماده ۴۹

- ۱- هماهنگی با معاونت درمان جهت امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان
- ۲- هماهنگی با معاونت درمان جهت افزایش دسترسی زنان باردار به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد (مدت یک ساعت با وسیله نقلیه معمول)

ماده ۵۱

متن کامل ماده ۵۱ قانون

ماده ۵۱ - هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

تبصره - هرگونه ارایه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.



اقدامات بر اساس ماده ۵۱

- ۱- ابلاغ ممنوعیت هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها طبق مفاد ماده ۵۱ قانون و اعلام ضوابط برخورد با موارد تخلفی با هماهنگی حراست به **کلیه سطوح زیر مجموعه معاونت بهداشتی**
- ۲- نظارت بر اجرای مفاد ماده ۵۱ قانون در کلیه سطوح زیر مجموعه معاونت بهداشتی و برخورد با موارد تخلفی طبق ضوابط اعلام شده با هماهنگی حراست

متن کامل ماده ۵۲ قانون

ماده ۵۲ - عقیم‌سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت‌پذیری در آنها ضعیف یا بسیار دشوار باشد (همچون بستن لوله‌ها) ممنوع است. عقیم‌سازی زنان در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جمعی جدی یا خرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد می‌کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا خرج مذکور با پیشگیری‌های موقت امکان‌پذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی و سازمان پزشکی قانونی حداکثر سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، منطبق بر منابع معتبر پزشکی با رعایت شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور، دستورالعمل موارد و شیوه‌های مجاز در موارد مذکور در صدر این ماده را تهیه و با تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اجرایی نماید.



اقدامات بر اساس ماده ۵۲

۱- ابلاغ ممنوعیت عقیم‌سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت‌پذیری در آنها ضعیف یا بسیار دشوار باشد (همچون بستن لوله‌ها) مگر موارد ذکر شده در قانون طبق مفاد ماده ۵۲ قانون و اعلام ضوابط برخورد با موارد تخلفی با هماهنگی حراست به کلیه سطوح زیر مجموعه معاونت بهداشتی

۲- نظارت بر اجرای مفاد ماده ۵۲ قانون در کلیه سطوح زیر مجموعه معاونت بهداشتی و برخورد با موارد تخلفی طبق ضوابط اعلام شده با هماهنگی حراست

متن کامل ماده ۵۳ قانون

ماده ۵۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که پزشکان و کارکنان بهداشتی-درمانی یا مادران را به سقط جنین توصیه کرده یا سوق می‌دهد، حذف نموده مگر مواردی که جان مادر در خطر باشد و سایر مواردی را که ممکن است عوارضی برای مادر یا جنین ایجاد کند، با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی بر اساس شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور، به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده، به اجرا در آورد و بر آن نظارت کند:

۱- استانداردسازی چگونگی تجویز و عملکرد پزشکان و سایر ارایه دهندگان خدمات، آموزش مؤثر و قانونمند آن‌ها، پایش و ارزشیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوزهای خدمت مربوط در اجرای مفاد این ماده؛

۲- اصلاح روش‌های غربالگری و تشخیصی و عملکرد مورد استفاده برای مادر و جنین در جهت حفظ آن‌ها و منتفی کردن احتمال خطر برای آن‌ها و به استاندارد روز رساندن مقادیر مثبت و منفی کاذب نتایج و تفاسیر آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها با رعایت شاخص‌های به‌روز و استانداردهای علمی و تعیین مسؤولیت تجویز کننده و انجام دهنده خدمات؛

۳- تعیین آیین‌نامه تصدیق آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری عامل آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مجاز غربالگری ناهنجاری جنین با رعایت شاخص‌های بند (۱) و (۲) با تبیین نحوه ارزشیابی منظم از آن‌ها و چگونگی پاسخگویی آنان؛

تبصره ۱ - عدم ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری‌های جنین توسط پزشکان یا کارکنان بهداشتی و درمانی تخلف نیست و نباید منجر به محاکمه و یا پیگرد آن‌ها گردد، مگر آن که پزشک، علم یا ظن قوی به لزوم ارجاع برای درمان مادر و جنین یا حفظ جان مادر داشته باشد. در صورت ارجاع مادر باردار به غربالگری‌هایی که منجر به حدوث سقط یا سایر عوارض برای جنین و مادر شود، صرفاً پزشک، تنها در صورتی که ارجاع را بر پایه ظن قوی علمی و مبتنی بر شواهد نسبت به ناهنجاری جنین، برای حفظ جان مادر و جنین یا درمان آن‌ها ضروری تشخیص داده باشد، مرتکب تخلفی نشده است.

تبصره ۲ - از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین مجاز نبوده و صرفاً در قالب تبصره (۳) این ماده مجاز است.

تبصره ۳ - آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین و با تشخیص پزشک متخصص، مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین، یا خطر جانی برای مادر یا جنین و یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌گردد، مشروط به آن که احتمال ضرر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری حسب مورد اقوی از احتمال یا محتمل ضرر نسبت به جنین و مادر نباشد و همچنین والدین یا پزشک احتمال عقلایی سقط در اثر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری را ندهند.

جهت استانداردسازی، نظارت، پایش و ارزشیابی، ارایه دهنده خدمت موظف است با رعایت اصول محرمانگی، اطلاعات مادر، پزشک، سایر ارایه دهندگان خدمت، مستندات و دلایل تجویز یا اقدام را در طی کلیه مراحل در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نماید. همچنین مشخصات دقیق آزمایشگاه‌ها



ماده ۵۶

متن کامل ماده ۵۶ قانون

ماده ۵۶ -سقط جنین ممنوع بوده و از جرایم دارای جنبه عمومی می‌باشد و مطابق مواد (۷۱۶) تا (۷۲۰) قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است.

مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید.

کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها مکلفند درخواست‌های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشکی قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد.

قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر پانزده روزه صادر می‌نماید:

الف- در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر به سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد،

ب- در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است؛

ج- چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود:

- رضایت مادر
- وجود حرج (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر
- وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است
- فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر
- فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح
- کمتر از چهار ماه بودن سن جنین.

تبصره ۱- رأی صادره ظرف یک هفته قابل اعتراض در شعبه یا شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر، به ریاست قاضی یا قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضائیه در این امر می‌باشد و دادگاه مذکور حداکثر باید ظرف یک هفته تصمیم خود را اعلام کند.

تبصره ۲- بیمارستان‌های مورد تأیید پزشکی قانونی موظفند در موارد مجاز سقط، منحصرأً پس از دستور قاضی و احراز عدم امارات و نشانه‌های ولوج روح، سقط جنین را اجرا کنند و اطلاعات مربوط را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نمایند.

تبصره ۳- سازمان پزشکی قانونی اطلاعات مربوط به کلیه مراحل درخواست سقط تا نتیجه آن، اعم از دلایل درخواست دهنده، اعضای کمیسیون، صدور یا عدم صدور مجوز و دلیل صدور مجوز را با رعایت اصول محرمانگی، در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری می‌کند و اطلاعات آن را هر سال در اختیار مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار می‌دهد.

تبصره ۴- چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش، خارج از مراحل این ماده وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به سقط جنین نمایند علاوه بر مجازات مقرر در ماده (۶۲۴) قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم- تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده)، پروانه فعالیت ایشان ابطال می‌شود. تحقق این جرم نیازمند تکرار نیست.

راهکارهای بهبود جمعیت در اصفهان

❑ راهکار نخست، تدوین بسته جامع حمایت از ازدواج و فرزندآوری شامل مسکن جوانان، امنیت شغلی والدین، حمایت از مادران، مهدکودک محل کار، درمان ناباروری، مشاوره خانواده و کاهش هزینه فرزندپرووری و تحصیل فرزندان

❑ راهکار دوم، ایجاد «پیوست جمعیتی» برای همه برنامه‌های توسعه استان است. هر پروژه صنعتی، مسکونی، آموزشی، درمانی و حمل‌ونقلی باید نشان دهد چگونه به ازدواج، فرزندآوری، ماندگاری جمعیت، مهاجرت و توزیع فضایی جمعیت کمک می‌کند

❑ راهکار سوم، تمرکز ویژه بر اشتغال جوانان است. بدون شغل پایدار، ازدواج به تأخیر می‌افتد و بدون ازدواج پایدار، فرزندآوری کاهش می‌یابد. کاهش بیکاری جوانان باید به یک مطالبه جدی مدیریتی تبدیل شود

❑ راهکار چهارم، سیاست‌گذاری های کلان در جهت توسعه کشور و امنیت شغلی سیاسی اجتماعی و جذب سرمایه های بین المللی

❑ سرمایه گذاری کافی در حوزه سلامت مادران و سلامت باروری زنان و مردان در چرخه زندگی