

رویکرد اخلاقی در زایمان سزارین با درخواست مادر

مریم عزیزی*^۱، پونه سالاری^۲

چکیده

میزان زایمان سزارین در دهه‌ی گذشته در سراسر جهان افزایش قابل توجهی داشته است. انتخاب مادر برای زایمان شیوه‌ی سزارین از عوامل مؤثر در این افزایش است. چنین افزایشی، به‌ویژه در زنانی که اندیکاسیون طبی ندارند، بحث‌هایی را در جامعه‌ی پزشکی ایجاد کرده است. در مقاله‌ی حاضر سعی شده است چنین تضادی با استفاده از رویکرد اخلاقی حل شود. بر اساس تجزیه و تحلیل انجام شده، در صورت درخواست مادر برای زایمان به شیوه‌ی جراحی، باید این مسأله به دقت بین وی و پزشک مورد بحث قرار گرفته و چهار عنصر اصلی کاربردی اخلاق پزشکی، شامل سود رسانی، ضرر نرساندن، حفظ اتونومی بیمار (شامل رضایت آگاهانه و امتناع آگاهانه)، عدالت و صداقت، در نظر گرفته شوند. اگر درخواست آگاهانه باشد، یعنی اگر زن باردار اطلاعات صحیح و کامل را در مورد خطرات و جایگزین‌های زایمان طبیعی دریافت کند، زایمان سزارین طبق درخواست وی می‌تواند صورت گرفته و بحث کم‌تری نیز ایجاد می‌شود. اما پذیرش زایمان سزارین طبق درخواست مادر، همواره باید به‌عنوان استثناء و بر اساس شرایط فردی خاص انجام شود.

واژگان کلیدی: زایمان سزارین، درخواست مادر، اصول اخلاقی

^۱ پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: azizi@gmail.com

مقدمه

زایمان سزارین با درخواست مادر^۱، انتخاب مادر برای انجام سزارین، یا سزارین طبق درخواست، اصطلاحاتی هستند که به سزارین انتخابی برای بارداری ترم، طبق درخواست مادر و علی‌رغم فقدان اندیکاسیون‌های مادری یا جنینی اطلاق می‌شوند (۱).

در دهه‌ی گذشته، انجام زایمان به روش سزارین افزایش قابل توجهی داشته و در بعضی نقاط جهان به بیش از ۵۰ درصد از کل زایمان‌ها رسیده است. البته شواهدی وجود ندارد که نشان دهد میزان اورژانس‌های مامایی نیز افزایش یافته باشد (۲).

در سال ۲۰۰۴، در ایالات متحده، در مجموع ۴/۱ میلیون زایمان انجام شده که ۱۸ درصد آن‌ها (۷۵۰۰۰۰ مورد) به‌صورت سزارین بوده است. در برزیل میزان انجام زایمان به روش سزارین انتخابی در بیمارستان‌های خصوصی، ۸۰ تا ۹۰ درصد تخمین زده می‌شود (۳).

در ایران نیز میزان زایمان سزارین به‌طور متوسط به ۳۵ درصد (۶۰ درصد در شهرها و نزدیک به ۱۰۰ درصد در بعضی از بیمارستان‌های خصوصی تهران) رسیده است؛ و در مجموع، میزان زایمان سزارین در ایران، ۳ تا ۴ برابر استاندارد جهانی است. ۷۵ درصد سزارین‌هایی که در کشور ایران انجام شده، بدون اندیکاسیون طبی و به‌صورت انتخابی بوده است (۴).

تصور می‌شود علت تفاوت در میزان زایمان سزارین در نقاط مختلف دنیا، سبک کار متخصصان مامایی و نگرش‌های فردی نسبت به زایمان سزارین باشد (۵).

نگرانی در مورد تأثیر افزایش جهانی زایمان سزارین انتخابی بر میزان مرگ و میر و ابتلاء در مادر و نوزاد، باعث شده است محققان در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی به ارزیابی عوامل تعیین‌کننده و پیامدهای این روند پردازند (۲).

اما مطالعاتی که از زایمان سزارین حمایت می‌کنند، عمدتاً مطالعات توصیفی هستند و نه مطالعات کارآزمایی بالینی و این مطالعات در زمینه‌ی سزارین‌های انتخابی انجام شده‌اند، و تعیین اثربخشی، خطر-منفعت در زایمان‌های سزارین دارای اندیکاسیون، چالش برانگیزتر است (۶).

کمیته‌ی جنبه‌های اخلاقی تولید مثل و بهداشت زنان فدراسیون بین‌المللی ژنیکولوژی و مامایی^۲ عقیده دارد زایمان سزارین یک مداخله‌ی جراحی و دارای خطراتی برای مادر و جنین است که در مقایسه با زایمان طبیعی، به تسهیلات بیش‌تری نیاز دارد، و انجام زایمان سزارین بدون اندیکاسیون، از نظر اخلاقی قابل توجیه نیست (۳).

با توجه به آمار بالای انجام سزارین در ایران و لزوم ارزیابی آن، در این مقاله تجزیه و تحلیل اخلاقی مشکلات مربوط به زایمان سزارین با درخواست مادر با استفاده از رویکرد اصول‌گرایانه انجام گردیده و این مسأله بررسی شده که آیا استفاده از این رویکرد در حل چنین تضادی کمک‌کننده است یا خیر؟

روش کار

برای بررسی وضعیت زایمان سزارین در ایران و سایر کشورها و تمایلات زنان باردار ایرانی در انتخاب روش زایمان، جمع‌آوری اطلاعات با کلیدواژه‌های زایمان سزارین، ethical cesarean delivery, maternal request considerations، جست‌وجو در سایت‌های مختلف مانند Google Scholar, Medline, BMC, Salamatiran, Web of Sciences، و مقالات به دست آمده جمع‌آوری شده، مورد بازبینی و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

دلایل افزایش میزان سزارین

یکی از علل افزایش میزان زایمان سزارین، افزایش تنوع و

² International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health

¹ Cesarean delivery on maternal request

بیماران و پزشکان به رابطه‌ی بین پزشکان و بیماران تغییر کرده باشد. ممکن است نقش تاریخی پزشک به‌عنوان عامل آگاه^۱ تغییر کرده باشد، که در اثر تکیه بیش‌تر بر مدلی است که در آن بیمار به‌عنوان مصرف‌کننده و پزشک به‌عنوان ارائه‌دهنده‌ی خدمات شناخته می‌شوند. ممکن است نادیده گرفتن تقاضاهای مصرف‌کننده برای تولیدکننده مشکل باشد (۶).

از سوی دیگر، علل درخواست مادر برای انجام سزارین پیچیده هستند و مسائل اجتماعی و فرهنگی در آن نقش دارند. شایع‌ترین این دلایل عبارتند از: ۱- ترس از درد حین زایمان؛ ۲- عدم اطمینان از نتایج و ترس از مداخله‌ی اورژانس مثل استفاده از فورسپس؛ ۳- ترس از دیسترس جنینی حین زایمان؛ ۴- ترس از ایجاد اختلال عملکرد جنسی، بی‌اختیاری استرسی و یا پرولاپس لگنی در آینده؛ و ۵- راحتی. از دیگر دلایل، این تصور است که این پروسیجر جراحی در زنان سالم بی‌خطر بوده یا خطر اندکی دارد (۱۰).

Quadros دلایل افزایش آمار سزارین را در چند کلمه خلاصه می‌کند: راحتی و ترس. مسأله‌ی ترس، پیچیده‌تر است. بعضی از زنان از تولد کودک به‌شدت وحشت دارند، گاهی این ترس ناشی از شیوه‌ی برخورد با بارداری و زایمان است. در واحدهای بزرگ مامایی، مراقبت افراطی ممکن است باعث شود زنان جوان‌تر تصور کنند زایمان خطرناک است. زنان در سن بالاتر ممکن است فکر کنند به علت سن بالای آن‌ها، زایمان پرعارضه و مشکل خواهد بود. با پرخطر در نظر گرفتن زایمان، استرس روان‌شناختی اضافه‌ای هم بر زن باردار وارد می‌شود، و در نتیجه ترسی غیر قابل تحمل از زایمان طبیعی ایجاد می‌شود. این مسائل باعث افزایش درخواست زنان برای زایمان سزارین و تمایل متخصصان مامایی برای انجام آن می‌شود. انجام هر سزارین در زنان با سن بالاتر، در زمره‌ی آماری تلقی خواهد شد که نشان‌دهنده‌ی مشکلات ناشی از زایمان واژینال در چنین زنانی است؛ هم‌چنین این

گوناهگونی در اندازه‌ی لگن مادر و سر و جمجمه‌ی جنین در فرآیند تولد انسان است که در حین تکامل بشر رخ داده و در نتیجه، سزارین انتخابی در پاسخ به آن پیشنهاد گردیده است (۷). یک علت دیگر، افزایش استفاده از پروسیجرهای تهاجمی در بارداری، لیبر و زایمان از اواخر دهه‌ی نود میلادی در جهان صنعتی است. تاکنون این افزایش تا حدی در نتیجه‌ی اندیکاسیون‌های پزشکی و مبتنی بر شواهد و تجربه‌ی شخصی متخصصان مامایی صورت گرفته است. در آغاز، زایمان سزارین فقط زمانی انجام می‌شد که مشکلات طبی یا مامایی وجود داشت. به‌عنوان مثال، یکی از این موارد، انجام زایمان سزارین در وضعیت‌های نامناسب جنینی از جمله وضعیت بریج است که در حدود ۳-۴ درصد بارداری‌ها دیده می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که در چنین وضعیتی، زایمان سزارین ایمن‌تر از زایمان طبیعی است (۸) و بهتر است زایمان به‌صورت سزارین برنامه‌ریزی شده انجام شود (۹). باوجود این دلایل، بخش عمده‌ای از زایمان‌های سزارین ناشی از علل مامایی نیستند (۸).

در طول دهه‌ی گذشته‌ی میلادی، تعداد اندیکاسیون‌ها به تدریج افزایش یافته است؛ به‌نحوی که درخواست مادر برای سزارین انتخابی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد، به لیست اندیکاسیون‌های سزارین افزوده شده است. در نظر عموم مردم و در متون پزشکی، درخواست مادر به‌عنوان یکی از حقوق اساسی مادر در نظر گرفته می‌شود، به شرطی که مادر کاملاً از خطرات آن آگاه شود. با کاهش خطر زایمان سزارین و با افزایش احتمال مرده‌زایی از هفته‌ی ۳۷ بارداری، حمایت از این دیدگاه افزایش یافته است (۷). سایر دلایل بالقوه برای تغییر در درک از زایمان سزارین عبارتند از: تغییراتی در تمایلات بیماران و نقشی که پزشکان در تصمیم‌گیری دارند. ممکن است شیوه‌ی نگرش زنان به مراقبتی که در حین لیبر و زایمان دریافت می‌کنند تغییر کرده و به‌سوی افزایش تقاضا برای تکنولوژی پزشکی که در دنیای امروز در دسترس است، حرکت کرده باشد. ممکن است شیوه‌ی نگرش

¹ Informed Agent

زایمان سزارین قبلی، قوی‌ترین عامل تعیین‌کننده در زایمان سزارین فعلی بود، این بدین معناست که نقش تمایل زن باردار کاهش یافته است. Creedy و Gamble در مطالعه‌ی خود گزارش کردند که در صورت فقدان مشکلات فعلی یا قدیمی مامایی، تمایل زنان برای زایمان سزارین کاهش می‌یابد. آنان عقیده دارند تمرکز بر درخواست زن باردار، تاثیر پزشک بر میزان زایمان سزارین را کاهش می‌دهد. Leitch و Walker عقیده دارند اندیکاسیون‌های زایمان سزارین تغییر نکرده، اما آستانه‌ی درخواست آن‌ها پایین آمده است، و این نشان می‌دهد درخواست بیمار، ارزش توصیفی اندکی دارد. از نظر Murray، بالاتر بودن میزان سزارین در بخش خصوصی در مقایسه با بیماران بخش دولتی را نمی‌توان بر اساس درخواست بیمار توضیح داد. داشتن سزارین قبلی، نگرانی‌های بزرگ در مورد زایمان، و در مورد زنان مولتی پار، داشتن تجربه‌ی منفی از زایمان، مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده در تمایل زن باردار به سزارین بوده‌اند. علت اصلی غیر پزشکی درخواست زن باردار برای سزارین، ترس از تولد کودک بود که در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۱۴).

یافته‌های مطالعات Bell و همکاران نشان داده‌اند با افزایش سن، میزان زایمان سزارین افزایش می‌یابد. از نظر وی، افزایش این میزان در زنان با سن بالاتر، فقط در اثر درخواست آنان نیست، بلکه تمایل پزشک نیز در آن نقش دارد. یک عامل بالقوه‌ی دیگر، عدم اطمینان نسبت به نتایج به‌دست آمده در اثر عوارض است. یافته‌های مطالعه‌ی Marwick و همکاران نیز نشان می‌دهد با داشتن سابقه‌ی سزارین قبلی، امکان سزارین در بارداری فعلی نیز افزایش می‌یابد؛ اما این میزان در زنانی که سابقه‌ی سزارین نداشته‌اند نیز هم‌چنان در حال افزایش است. به عقیده‌ی Rosenthal and Paterson-Brown، این مسأله می‌تواند در اثر تغییرات فیزیولوژیک ناشی از افزایش سن باروری (مادر شدن) باشد. یافته‌های مطالعاتی که در چندین کشور انجام شده‌اند، بیانگر این هستند که با افزایش سن، میزان زایمان سزارین افزایش می‌یابد (۱۱).

امر به‌عنوان بخشی از فرهنگی در خواهد آمد که ترس از زایمان را به دیگر زنان تلقین می‌کند. این ترس، باعث تثبیت زایمان سزارین می‌شود (۱۱).

در ایران، ترس مادر از زایمان طبیعی و ترس از وقوع پیامدهای منفی در حین زایمان طبیعی، از علل افزایش زایمان سزارین در نظر گرفته شده‌اند (۱۲). عوامل دیگری نیز مانند ناآگاهی بیماران، محرک‌های مالی، ترجیح پزشکان و فلسفه‌ی آموزش و تمرین در پزشکی همراه با نگرش پاتولوژیک نسبت به زایمان، در سال‌های اخیر نقش پر رنگ‌تری یافته‌اند (۴).

این مسأله که چه زمانی انجام سزارین به زن باردار پیشنهاد شود مشکلی اخلاقی است که متخصصان مامایی مکرراً با آن مواجه می‌شوند. توجه به اصول اخلاقی سود رسانی و احترام به اتونومی، و نیز در نظرگرفتن پزشک به‌عنوان فرد معتمد بیمار، ابزارهایی مؤثر برای بررسی این موضوع در اختیار قرار می‌دهند (۱۳).

مروری بر مطالعات انجام شده

مطالعاتی که در مورد تمایلات زنان باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان انجام شده‌اند، معمولاً بی‌نتیجه و بی‌پایان هستند. در مطالعه‌ای بر روی زنان ایرلندی، دو درصد آنان درخواست زایمان به شیوه‌ی سزارین را داشتند، و تمام این افراد زایمان قبلی خود را نیز به‌صورت سزارین انجام داده بودند. هفت درصد از زنان سوئدی و ۴ درصد از ماماها‌ی بریتانیایی چنین ترجیحی داشتند. در مقایسه با این اعداد اندک، ۲۸ درصد از زنان استرالیایی که سابقه‌ی سزارین قبلی را نیز داشتند، بر سزارین مجدد پافشاری می‌کردند، و ۳۱ درصد از ماماها در جنوب انگلستان گفتند که آن‌ها نیز تمایل به زایمان سزارین دارند (۱۴).

مطالعه‌ای بر روی زنان باردار سوئدی‌زبان نشان داد ۸/۲ درصد آن‌ها از اوایل بارداری ترجیح می‌دهند به شیوه‌ی سزارین زایمان کنند. سیگاری بودن زن باردار، تمایل وی برای زایمان سزارین را افزایش می‌دهد. در این مطالعه، داشتن

پرولاپس بند ناف، جداشدگی جفت، و عفونت‌های ویروسی مادر (مثل HIV یا هرپس فعال)، انجام سزارین مداخله‌ای است که می‌تواند باعث نجات زندگی جنین شود. شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند زایمان سزارین می‌تواند خطر بروز اختلالات لگن را در زنان کاهش دهد، مثل بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و پرولاپس اندام‌های لگنی، و نیز می‌تواند میزان مرده‌زایی در اثر علل نامشخص و مرگ و میر نوزادی در اثر پرولاپس بند ناف، کوریوآمینیوتیس، اختلال در ضربان قلب جنین و پرزانتاسیون بریچ را در مقایسه با زایمان واژینال کاهش دهد. این علل تا اندازه‌ای در افزایش میزان زایمان سزارین انتخابی نقش داشته‌اند. اجتناب از ایجاد درد و اضطراب حین زایمان، کاهش نگرانی والدین در مورد سلامت نوزاد و امکان تنظیم برنامه‌ی زایمان، سایر مزایای زایمان سزارین انتخابی می‌باشند (۲).

زایمان واژینال با استفاده از پروسیژرهای تهاجمی^۱ و سزارین اورژانس، که ممکن است هنگام لیبر لازم شود، در مقایسه با سزارین انتخابی، خطر بیش‌تری دارد. از سوی دیگر، با این‌که میزان ایمنی زایمان سزارین طبق درخواست مادر افزایش یافته است، همچنان یک پروسیژر جراحی شکمی است که می‌تواند به آسیب‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت منتهی شود. همچنین میزان مرگ و میر و ابتلا به عوارض بعد از جراحی در آن بالاتر بوده و زایمان‌های بعدی نیز باید به‌صورت سزارین انجام شوند (۱).

بر اساس موارد گزارش شده، زایمان واژینال می‌تواند باعث آسیب کف لگن و بی‌اختیاری ادراری کوتاه مدت شود، اما ارتباط احتمالی و علایم بالینی مرتبط، گزارش نشده‌اند. اجتناب از درد حین زایمان نیز به‌عنوان یک نفع بالقوه برای مادر گزارش شده است، اما با تسکین درد در زایمان طبیعی، این مسأله مورد سؤال قرار می‌گیرد. در زایمان سزارین انتخابی می‌توان برنامه‌ریزی بهتری داشت و نیز از عدم اطمینان نسبت به زمان شروع درد زایمان اجتناب نمود. سزارین برای جنین

چندین مطالعه نشان داده‌اند بین تمایل به سزارین برنامه‌ریزی شده و ترس از زایمان، رابطه وجود دارد. اما بین سزارین اورژانس و ترس از زایمان، رابطه‌ای یافت نشده است. مطالعات متعددی بیان می‌کنند که مداخلات کاهنده‌ی ترس و درخواست زایمان سزارین، اثری مثبت بر کاهش تعداد زایمان‌های سزارین دارند. ترس از زایمان را می‌توان به‌عنوان واکنش به بحران تعبیر کرد که در آن مشکلات و اتفاقاتی که ناشناخته مانده‌اند، پدیدار می‌شوند. چنین مسائلی، در یک معاینه‌ی مامایی معمول، به میزان اندکی شناسایی می‌شوند. زنان زمانی اختلالات روان‌شناختی و وقایع دردناک زندگی را گزارش می‌کنند که سلامت روان آن‌ها و علت زمینه‌ای ترس از زایمان و تمایل به سزارین، بررسی شوند (۱۵).

مطالعه‌ای که توسط Registrar و همکاران انجام شد، نشان داد زنانی که زایمان سزارین را انتخاب می‌کنند، احساس می‌کنند می‌توانند در تصمیم‌گیری برای انتخاب شیوه‌ی زایمان مشارکت کنند، و از تصمیم‌گیری خود رضایت دارند. اگرچه این مطالعه مستقیماً تأثیر تمایلات زنان باردار بر میزان زایمان سزارین را اثبات نمی‌کند، اما فرضیه‌ای را که قبلاً در بحث‌های مربوط به افزایش میزان زایمان به شیوه‌ی جراحی در نظر گرفته نشده بود، مطرح می‌کند. انتخاب بیمار، اهمیت فزاینده‌ای در مامایی مدرن پیدا کرده است، و میزان رضایت زنانی که در این مطالعه شرکت کرده و تحت زایمان سزارین قرار گرفته بودند، نشان می‌دهد این شیوه از زایمان نمی‌تواند شیوه‌ای غیرقابل پذیرش باشد. افزایش درک این واقعیت می‌تواند به ایجاد تعادل در این باور کنونی، «زنانی که تحت زایمان سزارین قرار گرفته‌اند، در اولین وظیفه‌ی مادری خود کوتاهی کرده‌اند» کمک کند (۱۶).

مقایسه‌ی معایب و مزایای زایمان طبیعی و سزارین

در بارداری‌هایی که مشکلاتی مربوط به جنین وجود دارد، مثل پرزانتاسیون نامناسب، رشد بیش از حد جنین، حاملگی‌های متعدد، ناهنجاری‌های ساختاری در جنین،

¹ operative

مراقبت بهداشتی، و حتی رابطه‌ی وی با فرزندش داشته باشد (۱).

احترام به اتونومی

رعایت اتونومی بیمار مستلزم احترام کامل به بیمار و نگرش وی به جهان، در هنگام اخذ تصمیمات پزشکی است (۳). به عبارت دیگر، اصل احترام به اتونومی مستلزم این است که دیدگاه‌های افرادی که می‌توانند در مورد اهداف فردی خود فکر کنند، مشخص شده و به آن‌ها احترام گذاشته شود. از آنجایی که جنین فاقد چنین توانایی‌هایی است، سؤال در مورد اتونومی جنین مطرح نمی‌شود (۱). البته براساس دستورات دین مبین اسلام، حق جنین و سلامت وی مهم بوده و نمی‌توان بدون در نظر گرفتن حق جنین و سلامت وی و تنها بر اساس درخواست مادر، تصمیمی گرفت که به سلامت جنین آسیب برساند.

اصل اتونومی پزشک را ملزم می‌سازد ارزش‌ها و باورهای زن باردار را بپذیرد، ادراکات وی را استنباط کند، و مطابق این ارزش‌ها عمل کند مگر این که دلیلی برای عمل بر خلاف آن وجود داشته باشد (۱۳).

اصل اتونومی معمولاً به این صورت تعبیر می‌شود که بیمار حق امتناع از یک مداخله‌ی خاص را دارد، و نه درخواست مداخله‌ای خطرناک یا بیهوده. آیا زایمان سزارین برنامه‌ریزی شده و بدون اندیکاسیون طبی، خطرناک، آسیب‌زننده، و بی‌فایده است؟ (۳)

توافقی کلی وجود دارد که به زن باردار باید در مورد شیوه‌ی اداره‌ی زایمان و پیامدهای انتخاب‌های مختلف، اطلاعات کافی داده شود اگرچه چنین نتیجه‌ای با دیدگاه‌های متضاد در مورد اتونومی مورد تردید قرار می‌گیرد؛ و بر حسب این که به اتونومی به‌عنوان یک حق مثبت یا منفی نگریسته شود، نتایج مختلفی حاصل خواهد شد: یعنی حق امتناع از یک مداخله‌ی خاص، یا حق درخواست آن. به نظر می‌رسد که در اینجا، یک دیدگاه مورد پذیرش کلی وجود دارد، که قانون نیز آن را تأیید می‌کند: این که تمایل زن باردار به عدم مداخله،

نسبتاً بی‌خطر است، اما بدون خطر نیز نمی‌باشد، از جمله خطرات آن افزایش بروز مشکلات تنفسی و طول مدت اقامت در بیمارستان است. این خطرات باید با خطرات زایمان واژینال مقایسه شوند. ممکن است تغذیه با شیر مادر در زایمان سزارین به نحو مطلوبی انجام نشود، البته داده‌های دقیقی در این مورد در دسترس نیست (۱). براساس پژوهش‌های دیگری که انجام شده‌اند، پیامدهای مضر که ممکن است برای نوزاد در زایمان سزارین قبل از موعد پیش آید عبارتند از: افزایش خطر زایمان پیش از موعد، تولد نوزاد با وزن کم، مرده‌زایی و مرگ نوزاد در بارداری‌های بعدی (۲). از سوی دیگر، پیامدهای نامطلوب زایمان سزارین برای مادر عبارتند از: عفونت در مادر و سیسس، عوارض بیهوشی، ترومبوآمبولی و عوارض آن، خونریزی رحم که مستلزم انتقال خون است، و آسیب مجرای ادراری. مدت بستری و زمان بهبودی نیز بیش از زایمان طبیعی است (۱۷).

به این دلایل، زایمان طبیعی به‌عنوان شیوه‌ی انتخابی زایمان در نظر گرفته شده است، و در صورت انجام سزارین، باید دلیلی برای آن وجود داشته باشد (۱۷).

تجزیه و تحلیل اخلاقی بر مبنای اصول چهارگانه

سودرسانی و عدم ضرررسانی

سودرسانی به معنای جست‌وجوی راه حلی است که بهترین تعادل بین خطرات و منافع را ایجاد کند (۱۸). اصل سودرسانی (که ضرر نرساندن را نیز شامل می‌شود)، بر الزام کارکنان مراقبت بهداشتی برای به حداقل رساندن آسیب و به حداکثر رساندن منافع تأکید دارد. آسیب تنها در صورتی قابل توجیه است که غیرقابل اجتناب بوده و در حین تلاش برای رسیدن به وضعیت بهتر در فرد رخ داده باشد. اصل سودرسانی، به غیر از توجه به نتایج پزشکی، مستلزم در نظر گرفتن تمام مسائل و علایق غیر پزشکی است که یک زن ممکن است داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، برنامه‌ریزی در مورد زمان زایمان. تصمیم‌گیری برخلاف تمایل زن باردار می‌تواند اثر منفی بر تجربه‌ی وی از زایمان و رابطه او با ارائه‌دهندگان

پرداخته شود (۱۸).

ممکن است در ابتدا به نظر برسد اصول اخلاقی در مورد تمام زنان به طور یکسان اجرا می‌شوند، اما همیشه این طور نیست. هم‌چنان مواردی وجود دارند که هنگام تصمیم‌گیری، این اصول کنار گذاشته می‌شوند. با استناد به این اصل، باید ملاحظاتی در مورد تمام زنان اعمال شود، چه باردار و چه غیرباردار (۸).

به عبارت دیگر، ارائه‌ی زایمان سزارین برنامه‌ریزی شده‌ی ایمن و راحت، در بیمارستانی با امکانات کافی، نباید باری بر دوش زنانی تحمیل کند که زایمان طبیعی را در شرایط نامناسب، هنگام شب، و در بیمارستانی با پرسنل ناکافی انجام می‌دهند (۱۸).

رضایت آگاهانه

فرآیند رضایت آگاهانه، که طی آن بیمار خطرات و فواید یک درمان پیشنهاد شده در مقایسه با انتخاب‌های جایگزین را می‌پذیرد، باید رعایت شود. امتناع آگاهانه مفهومی جدیدتر است که بیمار حق عدم پذیرش یک درمان، علی‌رغم توصیه‌ی پزشک را به عمل در می‌آورد. همانند الزام به سودرسانی، با رعایت این اصل نیز انتظار می‌رود مشارکت بیمار مفید بوده و آسیب به حداقل رسانده شود (۱۹).

برای داشتن ملزومات رضایت آگاهانه، پزشک باید به بیمار آگاهی داده و انتخاب‌های درمانی (در صورت وجود) و برنامه‌ی درمانی توصیه شده را به وی اطلاع دهد. بیمار باید دارای صلاحیت باشد، اطلاعات را درک کند، و بتواند از بین انتخاب‌های ارائه‌شده، داوطلبانه انتخاب کند. ممکن است تصور شود رضایت آگاهانه یک الزام قانونی یا سازمانی، یا امضا کردن یک سند است، اما در واقع فرایندی برای ارتقای ارتباط و اتونومی بیمار می‌باشد. مشاوره با زن باردار برای تصمیم‌گیری در مورد زایمان سزارین مستلزم رسیدن به تعادل بین خطرات و منافع آن برای زن باردار و جنین است. انتخاب بیمار (رضایت آگاهانه و امتناع آگاهانه)، یک اصل مهم اخلاقی و حقوقی در پزشکی است. در دوره‌ی بارداری، این

از سایر ملاحظات مهم‌تر است، اما درخواست برای مداخله، بحث برانگیز است. یک کار مامایی خوب، مستلزم این است که پزشک کاملاً به نفع مادر و جنین عمل کند. اتونومی پزشک و آموزش پزشکی، وی را ملزم می‌سازد به بیمار آگاهی داده و بهترین عمل را انتخاب کند. آموزش پزشکی سنتی به این صورت بوده است که مداخله‌ی جراحی، مثل سزارین، نیازمند توجه است. بنابراین در صورت نبود توجیه، اتونومی و رفتار حرفه‌ای پزشک به وی این اجازه را می‌دهد که درخواست بیمار را نپذیرد، با این شرط که بیمار در معرض خطر قرار نگیرد و برای انتقال مراقبت به پزشک دیگری، دقت لازم صورت گیرد (۱).

عدالت

عدالت به معنای الزام اخلاقی برای ارائه‌ی توضیح یا فرصت نسبتاً برابر در رفع نیازهاست. نیازهای مراقبت بهداشتی در بین افراد مختلف متفاوت است، اما نیاز به درمان و پیشگیری با هدف بازگرداندن یا حفظ عملکرد معمول، راهنمایی برای ارائه‌ی مراقبت است. عدالت به معنای توزیع برابر مشکلات و منافع، و عدم تبعیض می‌باشد. اجتناب از تبعیض ناعادلانه و اجازه برای داشتن دسترسی برابر به مراقبت بهداشتی، می‌تواند باعث فردگرایی در مراقبت براساس نیاز شود. بسیاری از اخلاق‌دانان عقیده دارند الزام برای ارائه‌ی چنین چیزی، می‌تواند رفع نیاز اساسی را محدود کند. در مورد جنین، ممکن است مطرح شود که الزام به رعایت عدالت می‌تواند فرصتی عادلانه به وی در ابتدای زندگی بعد از تولد بدهد (۱).

رعایت این اصل، که افراد را ملزم می‌سازد تصمیماتی عادلانه و برابر اخذ کنند، نقشی مهم در زایمان سزارین انتخابی دارد. اجرای این اصل مستلزم تخصیص عادلانه (برای هر فرد مطابق با نیازهای وی) و توزیع عادلانه (اطمینان از این که با همه به عدالت رفتار می‌شود) می‌باشد. از آنجایی که رعایت هر دو مورد همیشه امکان‌پذیر نیست، کاربرد این اصل مستلزم تعادل برابر بین منافع و هزینه‌هایی است که باید

موضوع به خوبی تعریف نشده است: آیا زن باردار می‌تواند زایمان سزارین را به عنوان جایگزین زایمان طبیعی انتخاب کند؟ (۱۷)

بحث و نتیجه‌گیری

در حال حاضر، کالج آمریکایی متخصصان مامایی و ژنیکولوژی^۱ عقیده دارد در صورت درخواست مادر برای زایمان به شیوهی جراحی، باید این مسأله به دقت بین وی و پزشک و به صورت فرد به فرد مورد بحث قرار گرفته و چهار عنصر اصلی کاربرد اخلاق پزشکی در عمل، شامل سود رسانی، ضرر نرساندن، اتونومی بیمار (شامل رضایت آگاهانه و امتناع آگاهانه)، عدالت و صداقت، در نظر گرفته شوند (۲۰)، و نهایتاً تصمیمی مطابق با اصول اخلاقی گرفته شود. طبق توصیهی این کالج، نمی‌توان یکی از انواع زایمان را بر دیگری ترجیح داد (۳)، و تا زمانی که انتخاب مادر برخلاف درمان طبق اصول اخلاق پزشکی نیست، باید به آن عمل کرد. البته توصیه‌های این کالج در تضاد با توصیه‌های سایر سازمان‌ها است (۲۰).

این دیدگاه که در صورت عدم وجود اندیکاسیون طبی برای سزارین، زایمان طبیعی ترجیح داده می‌شود، با اهمیت داده شده به سودمندی در پزشکی، که مفهومی است دربرگیرنده‌ی محاسبه‌ی خطرات و فواید و نیز نگرانی‌ها برای استفاده‌ی مطلوب از منابع، مشخص می‌شود. چگونه باید در مورد این دو موضوع متضاد به توافق رسید؟ (۱)

زنانی که تمایل به زایمان سزارین انتخابی دارند، باید از خطرات بالقوه‌ی این مداخله آگاهی یابند، اما این اطلاعات باید به عنوان یک عامل بالقوه‌ی تهدیدکننده در دوره‌ی پره‌ناتال ارائه شود (۲). در مطالعاتی که تاکنون انجام شده‌اند، بروز نتایج نا مطلوب در مادر می‌تواند ناشی از اندیکاسیون‌های بالینی سزارین باشد و نه خود مداخله. بهترین روش برای تعیین تفاوت انجام کارآزمایی بالینی تصادفی است، اما این کار

از نظر اخلاقی مشکلاتی به همراه خواهد داشت (۱۰). بسیاری از زنان دچار ترس از تولد کودک و پیامدهای تولد واژینال کودک هستند. متخصصان مامایی ممکن است از این ترس به نفع خود برداشت کنند. ممکن است در بیان ایمنی زایمان سزارین اغراق شود، به نحوی که تبدیل به مداخله‌ای معمول شده و حتی ایمن‌تر از زایمان واژینال در نظر گرفته شود. راحتی پزشک و کنترل وی بر زمان می‌تواند عوامل انگیزشی مؤثری برای پزشک باشند (۲۱).

تا حدی به علت کمبود شواهد تجربی قانع‌کننده، تجزیه و تحلیل در مورد فواید و مضار زایمان سزارین طبق درخواست، به تعادل نرسیده و به یک سمت یا سمت دیگر، شیفت پیدا نمی‌کند. این نشان می‌دهد که زایمان طبیعی خود به خود و بدون جراحی، ایمن‌ترین انتخاب برای مادر و نوزاد است، اما چنین نتیجه‌ی مطلوبی را نمی‌توان با قاطعیت پیش‌بینی کرد. در مجموع، به نظر می‌رسد فواید و مشکلات زایمان سزارین انتخابی با فواید و مشکلات زایمان برنامه‌ریزی شده برابر باشد، زیرا بیش‌تر خطرات زایمان سزارین ممکن است با اندیکاسیون اولیه‌ی آن مرتبط باشند، یا مداخلاتی که به صورت اورژانس انجام می‌شوند. کنترل عوامل مغشوش‌کننده مشکل است، و مقایسه‌ی تصادفی «زایمان طبیعی برنامه‌ریزی شده» با «سزارین برنامه‌ریزی شده»، در صورتی که اندیکاسیون طبی وجود نداشته باشد، در دسترس نیست. در اکثر دستورالعمل‌های جدید، بر این نکته تأکید شده که در مجموع، تفاوت عمده‌ای در نتایج بین سزارین و زایمان طبیعی برنامه‌ریزی شده، وجود ندارد، اما شواهد ضعیف‌تر از آن است که به راحتی گفته شود هیچ تفاوتی وجود ندارد. این مسأله، هرگونه تغییر در استاندارد توصیه شده‌ی فعلی مراقبت برای بارداری ترم بدون عارضه، یعنی زایمان واژینال را مورد سؤال قرار می‌دهد (۱).

از دیدگاه اخلاقی، باید به اتونومی بیمار احترام گذاشته شده و انتخاب آگاهانه، محفوظ باشد. از دیدگاه قانونی، درخواست آگاهانه در تضاد با رضایت آگاهانه است. در واقع،

¹ The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

یک عمل، از آن حمایت نیز می‌شود. چنین بحث‌هایی، طبق تجزیه و تحلیل اصول‌گرایانه، ما را به این نتیجه می‌رساند که زایمان طبیعی باید به‌عنوان مراقبت استاندارد در بارداری بدون عارضه در نظر گرفته شود. سؤال دیگری وجود دارد که باید پاسخ داده شود: زمانی که ارائه‌ی اطلاعات مناسب و تشویق مادر به زایمان طبیعی، بی‌نتیجه است و علی‌رغم توصیه‌ی متخصص مامایی، مادر بر زایمان سزارین اصرار دارد، چه باید کرد؟ پژوهش‌ها نشان داده‌اند به غیر از درخواست‌هایی که در اثر فشارهای اجتماعی و تأثیرات متخصصان مامایی ایجاد می‌شوند، درخواست خودانگیخته‌ی زایمان سزارین توسط مادر، احتمالاً در اثر دلایل دیگری می‌باشد. این دلایل با شرایط فردی خاص مرتبط می‌باشند، مثل مشکلات روان‌شناختی - اجتماعی، تجربیات منفی قبلی، و ترس‌ها یا نگرانی‌های خاصی در مورد زایمان واژینال. تصور می‌شود در موارد خاصی، در نظر گرفتن چنین شرایط فردی و موافقت با زایمان سزارین، از مجبور کردن مادر به فرآیند زایمان طبیعی، برخلاف تمایل وی، سودمندتر است. البته، پذیرش زایمان سزارین طبق درخواست مادر، همواره باید به‌عنوان استثناء، و براساس شرایط فردی خاص، مثل مواردی که در بالا اشاره شد، در نظر گرفته شود. بحث در مورد شیوه‌ی زایمان باید از اوایل بارداری آغاز شود، تا زمان کافی برای گوش دادن و مشاوره وجود داشته باشد (۱). در مجموع، می‌توان گفت اگر درخواست آگاهانه باشد، یعنی اگر زن باردار اطلاعات صحیح و کامل را در مورد خطرات و جایگزین‌های زایمان طبیعی دریافت کند و به خصوص اگر درخواست با نسبت‌های شانس تحت مداخله جراحی اورژانس قرار گرفتن مقایسه شود - زایمان سزارین طبق درخواست می‌تواند به میزان بیشتری رخ داده و بحث کم‌تری نیز ایجاد شود (۲۲).

قبل از انتخاب شیوه‌ی زایمان، به دو سؤال باید پاسخ داده شود: آیا زن باردار فقط به علت منفعت احتمالی برای جنین، سزارین را می‌پذیرد؟ و آیا متخصص مامایی سزارین را در

از پزشک درخواست می‌شود مداخله‌ی جراحی را انجام دهد که ممکن است در حین زایمان طبیعی، لازم شود. از دیدگاه بالینی، شواهدی وجود ندارد که نشان دهد زایمان سزارین بتواند با میزان بالاتر از ۷ درصد در نجات جان افراد مؤثر باشد؛ ضمناً ارزیابی انتقادی هزینه‌ها نشان می‌دهد که احتمالاً دلایل اقتصادی باعث می‌شود زنان درخواست خود برای زایمان سزارین را انکار کنند، و در هنگام تدوین استانداردهای مراقبتی، باید این مسأله را در نظر داشت (۲۲).

فلسفه‌ی رضایت آگاهانه مستلزم این است که پزشک، انتخاب‌های جانشین تشخیصی و درمانی در دسترس را با بیمار در میان بگذارد، خطرات مربوطه و فواید آن را توضیح دهد، و توصیه‌های لازم را ارائه نماید. این وظیفه در مورد زایمان به شیوه‌ی جراحی در صورت فقدان اندیکاسیون طبی نیز وجود دارد، اما آیا باید به آن به‌عنوان یک جایگزین در دسترس و استاندارد برای زایمان طبیعی نگریسته شود؟ کوتاهی در چنین مسأله‌ای، برای زنانی که درخواست سزارین داشته و از عواقب آن آگاه نمی‌باشند، غیرعادلانه است. از سوی دیگر، زمانی که سزارین انتخابی، ایمن در نظر گرفته می‌شود، آیا پنهان کردن چنین واقعیتی، زنان را از انتخاب آگاهانه در مورد زایمان محروم نمی‌کند؟ البته چنین «طبیعی جلوه دادن» زایمان سزارین، با شواهد موجود و در دسترس در مورد فواید و خطرات آن در مقایسه با زایمان طبیعی، توجیه نمی‌شود (۱).

طبق اصل سودرسانی/عدم ضرررسانی، زایمان سزارین طبق درخواست را نمی‌توان به‌عنوان ایمن‌ترین انتخاب در نظر گرفت. طبق اصل اتونومی، نگرانی در مورد تأثیر عوامل مداخله‌کننده در انتخاب مادر، و تفاوت‌ها بین حقوق مثبت و منفی، بر علیه زایمان سزارین طبق درخواست است؛ و طبق اصل عدالت، این دیدگاه که این نوع زایمان، یک جایگزین قابل پذیرش برای زایمان طبیعی در بارداری طبیعی است، مستلزم وارد کردن این اطلاعات در مشاوره‌ی روتین قبل از بارداری می‌باشد، با این پیامد متضاد که به‌جای فقط پذیرش

منابع

- 1- Nilstun T, Habiba M, Lingman G, et al. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principalist approach? *BMC Med Ethics* 2008; 9: 11.
- 2- Anthony BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? *CMAJ* 2007; 176(4): 475-6.
- 3- Stalburg CM. Doctor, I want a c-section. How should you respond? http://www.obgmanagement.com/pdf/2005/2005OBGM_Article1.pdf (accessed on Feb 2009).
- ۴- رمضان زاده ف. سزارین به خاطر پول نیست. <http://www.hamshahrionline.ir/News/?id=27101> (accessed on 2009)
- 5- Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111(2): 164-6.
- 6- Anderson GM. Making sense of rising caesarean section rates. Time to change our goals. *BMJ* 2004;329(7468): 696-7.
- 7- Bergholt T, Østberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective caesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(3): 262-6.
- 8- Christilaw JE. Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 94(3): 262-8.
- 9- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000; 356(9239): 1375-83.
- 10- Liu S, Listov RM, Joseph KS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007; 176(4): 455-60.
- 11- Marwick J C. High caesarean section rates among women over 30. Effect of age is

فقدان اندیکاسیون پزشکی مشخص انجام می‌دهد؟ اگر هریک از طرفین (پزشک یا بیمار) نتوانند پاسخ «نه» را بپذیرند، بهتر است مراقبت از زن باردار به همکار دیگری ارجاع شود (۱۹). پس می‌توان گفت انتخاب بعدی، و نیز در صورت عدم توافق با بیمار، ارجاع به همکار دیگری، بدون به مخاطره افتادن مراقبت از بیمار است (۱).

همچنین باید در نظر داشت بیماران دسترسی فزاینده‌ای به اطلاعات معتبر دارند که باعث می‌شود اشتیاق بیشتری به مشارکت در تصمیم‌گیری داشته باشند. پس می‌توان وضعیت بیمار را به دقت بررسی کرده و یافته‌های خود را تا حد امکان به‌صورت عینی با آنان در میان گذاشت. در فقدان اندیکاسیون‌های متقاعدکننده برای ترجیح یک رویکرد بر دیگری، باید به نظرات احترام گذاشت (۱۹).

بر اساس تجزیه و تحلیل انجام‌شده، قوی‌ترین دلیل انتخاب سزارین از سوی مادر، ترس از زایمان طبیعی است؛ پس تا زمانی که راهکارهای مناسب جهت کاهش ترس از زایمان در زایشگاه‌های کشور ما وجود ندارد، می‌توان به مادر اجازه داد که سزارین را به‌عنوان روش زایمان انتخاب نماید. اما در کشور ما نیز باید از روش‌های مختلف جهت کاهش ترس مادران از زایمان طبیعی استفاده شود. از جمله‌ی این روش‌ها، می‌توان به آموزش در دوران بارداری، برقراری ارتباط صحیح و استفاده از روش‌های آرمیدگی و تنفس عمیق در حین زایمان اشاره کرد. در واقع، می‌توان پیش‌بینی کرد با کاهش ترس مادران از زایمان طبیعی، تقاضای آنان برای زایمان سزارین کاهش خواهد یافت.

- section and their degree of satisfaction. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103(11): 1074-7.
- 17- Harris LH. Counseling women about choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2001; 15(1): 93-107.
- 18- Chervenak F. Let science and ethics guide primary elective c-section decisions. *OB/GYN News* 2004. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CYD/is_13_39/ai_n6114105/ (accessed on May 2009).
- 19- Harer BW. Elective cesarean: an option for primiparas? *OBG Management* 2002; 14(5): 38-44.
- 20- Gossman GL, Joesch JM, Tanfer K. Trends in maternal request cesarean delivery from 1991 to 2004. *Obstet Gynecol* 2006; 108(6): 1506-16.
- 21- Hopkins k. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000; 51(5): 725-40.
- 22- Tranquill AL, Giannubilo SR. Cesarean delivery on maternal request in Italy. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 84(2): 169-70.
- continuous and international. *BMJ* 2001; 323(7307): 284.
- ۱۲- بدون نام. میزان سزارین در ایران، سه تا چهار برابر استاندارد.
- <http://isna.ir/isna/NewsView.aspx?ID=News-1222936> (accessed on 2009)
- 13- Chervenak FA, McCullough LB, et al. Ethical issues in offering, recommending, and performing cesarean delivery. <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~qlqvi0WZNfzauWD> (accessed on Dec 2008)
- 14- Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002; 109(6): 618-23.
- 15- Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006; 33(3): 221-8.
- 16- Mould TA, Chong S, Spencer JA, Gallivan S. Women's involvement with the decision preceding their caesarean