

تحلیل فقهی - پزشکی سزارین انتخابی

عباس کلانتری خلیل آباد^۱

فاطمه قدرتی^۲

علی اکبر کریمی زارچ^۳

چکیده

ارتباط بین مسائل پزشکی و فقه مترقی شیعه عامل تحول و رشد موضوعات حوزه سلامت است. یکی از این موضوعات ارجاع زنان به عمل سزارین در عین توانمندی برای زایمان طبیعی است، اگرچه به نظر می‌رسد عدم تغییر این سیاست در نظام تحول سلامت، مبتنی بر برخی آرای فقهی دال بر جواز آن باشد یا ناشی از نگرش مادران متقاضی در نفع عقلایی آن از جهت بدون درد بودن این روش نسبت به روش طبیعی است، اما با توجه به آمار و ارقام موجود در منابع پزشکی نسبت به عوارض عمل سزارین و آسیب‌های ماندگار آن در مادر و کودک، به عنوان اولین قدم برای تغییر این سیاست، بازپژوهی حکم اولیه مسأله از جهت فقهی ضروری می‌نماید.

هدف از این پژوهش بررسی مشروعیت و حکم اقدام به عمل سزارین در شرایطی است امکان انجام زایمان به شیوه طبیعی (زایمان واژینال) وجود دارد و روش سزارین انتخابی محسوب شده و به عنوان تنها روش پیش رو مطرح نیست.

این پژوهش به شیوه تحلیلی - اسنادی و در دو بخش انجام شده است: ابتدا در مقام موضوع‌شناسی، با استناد به نتایج تحقیقات کیفی و میدانی به ارزیابی این روش در علم پزشکی در مقایسه با روش تکوینی و طبیعی پرداخته شد که بر اساس نتایج حاصله، روش

۱. دانشیار، گروه فقه و حقوق اسلامی دانشگاه آیتا... حائری میبد، میبد، ایران.

۲. استادیار، گروه الهیات، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Fatima.arta@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری رشته فقه و حقوق جزا، دانشگاه آیتا... حائری میبد، میبد، ایران.

سزارین در مقایسه با روش طبیعی به عنوان یک روش پرخطر و پرعارضه نسبت به زایمان طبیعی معرفی شده است. در بخش دوم با تحلیل و بررسی آرای فقهی موافقین و مخالفین، با نظر به یافته‌های علم پزشکی به عنوان نظر خبره در شناخت موضوع، نهایتاً حکم عدم جواز در مسأله استنباط شده است و در ادامه بر اساس تحقیقات پزشکی تعدادی از موارد ضرورت و جواز برای اقدام به عمل سزارین غیر انتخابی نیز شناسایی شده است.

در این حالت با نظر به این حکم اولیه که عدم جواز است، طبیعتاً حکم فقهی عمل پزشک در ارجاع بیمار در موارد غیر ضروری، حرمت خواهد بود و از جهت حکم وضعی و ضمان او در صورت بروز حادثه برای متقاضی نیز این مسأله قابل بررسی است.

واژگان کلیدی

زایمان طبیعی (واژینال)، سزارین انتخابی، تحلیل فقهی سزارین انتخابی

مقدمه

عمل سزارین به عنوان روشی در کنار شیوه طبیعی و تکوینی، در دو حالت ممکن است انتخاب پزشک یا بیمار باشد: ۱- زمانی که روش طبیعی میسر نیست یا با مخاطره‌های جدی برای مادر و نوزاد همراه است؛ ۲- زمانی که انجام روش طبیعی منعی ندارد و سزارین بنا به عقاید، رفتارها و نگرش‌های اثبات‌نشده، مثل کم‌درد بودن یا کم‌آسیب‌دیدن اندام‌های تحتانی نسبت به روش طبیعی به اصرار بیمار انجام شود یا به واسطه عایدات بیشتر مالی آن برای پزشک در مراکز خصوصی، عین توانمندی برای زایمان طبیعی توسط پزشک پیشنهاد شود.

به نظر می‌رسد تعیین مشروعیت یا عدم مشروعیت این عمل در حالت دوم، در جوامع اسلامی می‌تواند در جهت تعدیل یا گسترش آن نقش مؤثری داشته باشد. بر این اساس در بازپژوهی مبانی فقهی حکم جواز یا عدم جواز سزارین زمانی که انتخابی بوده و روش طبیعی منعی ندارد، همچنین بررسی حکم وضعی آن در جهت ضمان برای مادر و پزشک پاسخ به سه سؤال، کلیدی خواهد بود:

۱- آیا عمل سزارین اضرار به نفس محسوب می‌شود؟

۲- در صورت ارجاع مادر توسط پزشک متخصص، برای انجام سزارین، حکم این رفتار با توجه به انگیزه‌های متعدد قابل فرض برای آن چیست؟

۳- در چه صورت پزشک نسبت به مخاطرات پیش‌آمده ضامن خواهد بود؟

لازم به ذکر است که این موضوع گرچه از جهت اخلاقی یا پزشکی^۱ بارها در مقالات و همایش‌ها مورد توجه قرار گرفته، اما علی‌رغم ابتلا و شیوع آن در جامعه ایران به عنوان یک جامعه اسلامی از جهت فقهی کم‌تر مورد مذاقه و پژوهش‌های بایسته بوده است و در منابع فقهی نیز تنها در قالب چند فتوا از فقهای معاصر قابل پی‌جویی است.

الف - ارزیابی روش سزارین انتخابی در علم پزشکی

در ارزیابی این روش ابتدا به اجمال شیوع آن در جوامع مختلف و سپس رویکرد علم پزشکی را در خصوص این عمل با توجه به عوارض گزارش شده برای آن بررسی کرده و نهایتاً مواردی که عموماً در کتب و منابع پزشکی به عنوان ضرورت برای لزوم عمل سزارین نام می‌برند، معرفی می‌شود.

۱- شیوع این عمل در ایران و سایر کشورها

به طور کلی سازمان جهانی بهداشت هدف از مراقبت‌های زایمانی را حفظ سلامت مادر و نوزاد با حداقل مداخلات پزشکی مطرح کرده است. (پاتا و همکاران، ۲۰۱۱ م.) بر این اساس میزان مورد انتظار سزارین در تمام زایمان‌ها حدود ۱۵-۱۰ درصد تخمین زده شده است، (آریکان و همکاران، ۲۰۱۱ م.) اما برخلاف این رقم آمار سزارین در تمام دنیا رو به گسترش است، هم در کشورهای در حال توسعه (سوفانگ و همکاران، ۲۰۰۷ م.) و هم در کشورهای پیشرفته آمریکا و انگلیس، (دجمی و همکاران، ۲۰۰۷ م.) به طوری که در آمریکا از سال ۱۹۹۶ به بعد افزایشی در حد ۴۰٪ گزارش شده است. (مارتین و همکاران، ۲۰۰۶ م.)

طبق گزارشات ارائه شده، یکی از دلایل عمده انجام این عمل درخواست مادر بوده است. (مکورت و همکاران، ۲۰۰۷ م.) همچنین یکی دیگر از دلایل، توجیه اقتصادی این عمل برای متولیان آن است، چراکه مثلاً در ایتالیا منطقه کامپانیا^۲ شیوع سزارین در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی تقریباً دو برابر (۵۳/۱ درصد در مقابل ۲۴/۳ درصد) بوده است. (جیانی و همکاران، ۲۰۱۱ م.)

در ایران، شیوع زایمان سزارین از ۲۶٪ تا ۶۰٪ و حتی در بعضی از مراکز خصوصی حدود ۹۰٪ گزارش شده است. (مرادی و همکاران، ۲۰۱۲ م.) در یک مطالعه دیگر آمده است که آمار سزارین در ایران ۴۷٪ می‌باشد و در بیمارستان‌های تهران

نیز به ترتیب در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ۵۲٪ و ۶۴٪ زایمان‌ها به شکل سزارین انجام می‌شود. (استوار و همکاران، ۲۰۱۰ م.)

در کنار گزارشات متعددی که از وسعت اقبال به این عمل وجود دارد، مطالعات متعددی نیز در خصوص عوارض ناشی از این عمل در مقایسه با زایمان‌های طبیعی در دست است که این روش را به عنوان یک انتخاب پرعارضه معرفی می‌کند.

۲- سزارین و عوارض گزارش شده در مطالعات پزشکی

یک مطالعه در شهر تهران نشان داد که در زنان سزارین شده، میزان افت بیشتر از ۱۰٪ هماتوکریت^۳ به شکل معنی‌داری بیشتر از زنانی بود که به شکل طبیعی زایمان کرده بودند (تقریباً دو برابر). همچنین درد ناحیه برش (اپیزیوتومی)^۴ در زایمان طبیعی یا سزارین) در زنان سزارین شده بیشتر و رضایت از نوع زایمان پس از ۱۰ روز کم‌تر بوده است. (شریفی‌زاد و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

بررسی بندتو و همکارانش در سال ۲۰۰۶ میلادی نشان داده که عوارضی مانند خونریزی، پارگی شدید سرویکس (رحم) و نیز واژن با نوع زایمان ارتباط دارد و در سزارین بیشتر رخ می‌دهد. در همین راستا در پژوهش دیگری شایع‌ترین عارضه سزارین نسبت به زایمان طبیعی، خونریزی یا نیاز به تزریق خون تشخیص داده شده است. (هاگر و همکاران، ۲۰۰۳ م.)

و نهایتاً طبق مطالعات انجام شده، میزان مرگ و میر عمل جراحی سزارین پنج برابر بیشتر از زایمان واژینال و طبیعی است. (هودنت، ۲۰۰۲ م.)

علاوه بر مخاطرات اشاره شده در حین عمل، تحقیقات متعددی نیز ثابت کرده‌اند که عوارض پس از عمل نیز در سزارین بسیار بیشتر از روش طبیعی است. (بندتو و همکاران، ۲۰۰۶ م؛ اسکات، ۲۰۰۶ م؛ اولسن و همکاران، ۲۰۰۸ م.)

در یکی از مطالعات ابعاد مختلف سلامت مادر پس از سزارین بررسی شد و نتیجه آن این بود که نمره ابعاد عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی (از جهت محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی) در گروه زایمان طبیعی در فاصله دو ماه بعد از زایمان به طور معنی داری نسبت به گروه سزارین افزایش یافت و نمره بازیابی سلامت روانی آن‌ها نیز در فاصله چهار ماه پس از زایمان نسبت به گروه سزارین عدد بالاتری بوده است. (سادات و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

همچنین تحقیقات در خصوص میزان درد در سزارین ثابت کرد که نمره درد در دوره بعد از عمل با تجربه درد مزمن پس از سه ماه از عمل در ارتباط است (دبریتو و همکاران، ۲۰۱۲ م.) و به میزانی که مادر بعد از عمل درد شدیدتری داشته باشد، مدت طولانی‌تری را پس از سه ماه با درد مزمن خواهد گذراند. بنابراین برخلاف تصور عامه مبنی بر کم‌درد بودن سزارین نسبت به زایمان طبیعی، چنین مادرانی علاوه بر درد شدید بعد از عمل (ناشی از شکاف عمیق ایجاد شده در لایه‌های شکم تا رحم)، تا مدت‌های مدید با درد مزمن ناشی از زایمان مواجه خواهند بود.

لازم به ذکر است که در یک مطالعه در ایران نگرش، رفتارها و عقاید نادرست، را تعیین‌کننده روش زایمان گزارش نمود (محمدیگی و همکاران، ۲۰۰۹ م.) و یکی از این نگرش‌های غلط همین ترس مادران از درد بیشتر در زایمان طبیعی است که موجب افزایش سزارین‌های انتخابی شده است. (مرادی و همکاران، ۲۰۱۴ م.)

در خصوص عوارض این عمل روی نوزادان نیز تحقیقات مفصلی انجام گرفته است. در یک مطالعه آمده که روش زایمان با رفتار شیردهی ارتباط دارد و مادران سزارین‌شده در مقایسه با گروه زایمان طبیعی نیاز به حمایت حرفه‌ای بیشتر و کمک در شیردهی دارند. (کریمی، ۱۳۹۰ ش.)

همچنین مقدار هموگلوبین^۵ و هماتوکریت^۶ خون بند ناف در نوزادان سزارینی کم‌تر از نوزادان حاصل از زایمان طبیعی گزارش شده، در نتیجه این نوزادان بیشتر در معرض خطر کم خونی فقر آهن می‌باشند. (وزیری و همکاران، ۲۰۰۶ م؛ مرواها و همکاران، ۱۹۹۲ م.)

با توجه به وسعت عوارض این عمل که در مواردی مادام‌العمر با مادر همراه می‌شود، در منابع پزشکی عمل سزارین به عنوان یک شیوه تهاجمی در درمان و روشی پرعارضه محسوب شده و تنها در موارد خاص توصیه می‌شود.

۳- موارد دارای توجیه پزشکی برای سزارین

عموماً این موارد در کتب و منابع پزشکی در دو بخش ارائه می‌شود: علل جنینی و علل مادری. (کانینگ‌هام، ۲۰۱۰ م. و ۲۰۱۴ م.)

۳-۱- **علل جنینی:** ضربان غیر طبیعی قلب جنین، عدم تطابق سر جنین با لگن مادر، قرارگرفتن غیر طبیعی جنین در رحم، مشکلات تکاملی جنین (مثل تجمع مایع مغزی در سر جنین) یا اشکالات مهره‌ای و نخاعی یا بزرگ‌بودن شکم همچنین در چندقلویی و جنین‌های نارس و دیررس (کم‌تر از ۳۸ هفته و بیشتر از ۴۲ هفته) نمونه‌ای از این موارد است.

۳-۲- **علل مادری:** جراحی رحمی قبلی مادر (مثل جراحی فیبروم و سزارین قبلی)، حاملگی‌های پرخطر ناشی از بیماری شدید مادر (مثل بعضی موارد بیماری قلبی و مسمومیت حاملگی) و ضایعه فعال عفونت تبخالی. همچنین وجود بدخیمی دهانه رحم، و برخی مشکلات جفت یا بند ناف مانند سرراهی‌بودن جفت^۷، جداشدن پیش از موعد جفت (کیسه جنینی) از دیواره رحم، خروج بند ناف از دهانه رحم پیش از تولد جنین (پرولاپس بند ناف^۸) از مواردی است که در علم پزشکی روش سزارین را با وجود عوارض آن توجیه می‌کند.

ب - مشروعیت (تحلیل) فقهی عمل سزارین انتخابی

بسیاری از فقهای معاصر از جمله آیت‌الله نوری، امام خمینی، آیت‌الله خامنه‌ای، فاضل لنکرانی، آیت‌الله تبریزی، مطلقاً زایمان از طریق سزارین را جایز می‌دانند و حتی در مواردی با وجود تصریح سؤال‌کننده به امکان زایمان طبیعی برای مادر، حکم به جواز سزارین داده و صرف درخواست زن باردار یا رضایت شوهر را کافی دانسته‌اند، (فاضل لنکرانی، ۱۴۲۷ ق؛ خمینی، ۱۳۸۱ ش؛ مکارم، ۱۳۸۰ ش. و ۱۳۸۷ ش؛ خامنه‌ای، ۱۳۹۰ ش). البته برخی نیز حکم اولیه آن را حرمت و عدم جواز می‌دانند و این که تنها در موارد ضرورت جایز است. (بهجت، بی‌تا)

بدیهی است که اگر به واقع خطرات و عوارض آن در مقایسه با روش تکوینی و طبیعی، به یک اندازه باشد هم‌سو با قول بسیاری از فقهای معاصر در غیر ضرورت نیز می‌تواند به عنوان یکی از طرق زایمان تجویز شود.

صرف نظر از یافته‌های علم پزشکی، در متون فقهی جهت توجیه و تأیید عمل سزارین انتخابی به مواردی استناد شده که در اینجا به تعدادی از آنها اشاره و پاسخ داده می‌شود. همچنین در تأیید دیدگاه منتخب این مقاله، به تعدادی از دلایل فقهی منع انتخاب سزارین توسط بیمار یا اقدام پزشک به آن، اشاره می‌شود.

۱- دلایل توجیه سزارین انتخابی

سزارین انتخابی ممکن است با توجه به دلایل و جنبه‌های زیر قابل توجیه باشد که بررسی اجمالی آن ضروری است.

۱-۱- اصل اختیار مطلق: مختاربودن انسان مقتضی آن است که آدمی خود درباره امورش تصمیم‌گیری کند. در تعیین دایره اختیار انسان دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد، اما یکی از مهم‌ترین مسائل این حوزه اختیار آدمی بر تن خود و متعلقات آن است. برخی بر این باورند که انسان حق دارد درباره ادامه حیات خود نیز

تصمیم‌گیری کند. تسلط آدمی بر تن و جان خود از دیدگاه این گروه همچون تسلط او بر اموال او است. (راسخ، ۱۳۸۸ ش.)

اما این استدلال در مورد سزارین صحیح نیست، زیرا اولاً در انتخاب نوع زایمان، مادر فقط برای خود تصمیم‌گیری نمی‌کند، بلکه تصمیم او بر سلامت نوزاد نیز تأثیرگذار خواهد بود؛ ثانیاً از نظر فقهی هرچند تصمیم‌گیری درباره تن به اختیار فرد است، اما این اختیار تنها در جهت حفظ مصالح و منافع فرد که مهم‌ترین آن‌ها حفظ جان و سلامت او است می‌تواند جریان یابد. از این رو فرد نمی‌تواند صدمه به تن یا جان خود را برگزیند. چنین اقداماتی از جهت فقهی مشمول ادله حرمت اضرار به نفس هستند.^۹

۲-۱- قاعده لاجرح: قاعده لاجرح ممکن است یکی از مهم‌ترین مستندات برای سزارین به شمار آید. بدین معنا که زایمان طبیعی دارای درد زیاد بوده و موجب حرج مادر می‌شود، در حالی که در سزارین به دلیل بیهوش کردن، این احساس درد برای مادر وجود ندارد و بر اساس قاعده لاجرح هر جا که عملی مشتمل بر حرجی باشد، برداشته شده و عمل دیگری که این چنین نباشد، جایگزین می‌شود. بنابراین سزارین جایز و حتی واجب است.

پاسخ این است که اولاً قسمت اول این استدلال مخدوش است، زیرا هرچند در حین عمل سزارین مادر دردی را احساس نمی‌کند، اما چنانکه گفته شد، پس از آن دارای دردی به مراتب بیشتر از زایمان طبیعی خواهد بود. ضمن این که تا مدت‌ها مادر از جراحات حادث در حین عمل رنج می‌برد. برخلاف زایمان طبیعی که درد آن مقطعی بوده و بازیابی سلامت مادر در مدت کوتاه‌تری اتفاق می‌افتد؛ ثانیاً نکته قابل توجه در قاعده لاجرح این است که این قاعده به اتفاق با ادله حرمت نفس تخصیص می‌خورد (مکارم، ۱۴۱۶ ق.) و نمی‌تواند در جایی جریان یابد

که جان یا سلامت دیگری در مخاطره قرار می‌گیرد. از این رو با توجه به این که سزارین خطراتی را برای فرزند به همراه دارد، نمی‌توان به استناد به لاجرح قائل به جواز آن شد، مگر این که خطر زایمان طبیعی بیشتر باشد که در این صورت جزء موارد تراحم بوده و باید طبق قاعده «الأهمّ والمهمّ» عمل شود. بنابراین عمل سزارین که دارای خطر کم‌تری است انجام می‌شود.

۳-۱- اصل اباحه: بهترین دلیل ارائه شده بر جواز سزارین انتخابی این است که در آیات و روایات به حرمت سزارین اشاره نشده و این عمل صرفاً یک روش برای وضع حمل است و هیچ عنوان حرامی، نظیر اضرار به نفس، حرج و... ندارد. بر این اساس از شبهات حکمیه به شمار می‌رود و در تمام شبهات حکمیه و موضوعیه اصل اباحه مقتضی عدم حرمت است. به عبارت دیگر به واسطه اصل اباحه در حالت شک در حرمت می‌توان عدم حرمت و جواز اقدام به این عمل را به دست آورد تا زمانی که نص صریح شرعی یا دلیل قطعی عقلی بر آن اقامه گردد. پاسخ این است که اصل اباحه بعد از جستجوی دلیل برای حرمت و ناامیدی از آن قابل اجرا خواهد بود. در حالی که با وجود آن همه دلیل بر عدم جواز سزارین و عوارض گزارش شده در تحقیقات پزشکی در مقایسه با زایمان طبیعی چگونه می‌توان اصل اباحه جاری نمود.

۴-۱- قاعده اضطرار: بر مبنای نظر فقهای امامیه مراد از ضرورت، ضرورت عرفی است، نه عقلی، یعنی مشقتی مراد است که نوعاً قابل تحمل نباشد (نجفی، بی تا) وضع حمل بسیار مشقت‌آور است - تا جایی که بدترین درد نامیده شده است - ، لذا بر اساس قاعده «الضروریات تبيح المحظورات^{۱۰}» می‌توان به اباحه سزارین برای رفع این مشقت حکم کرد. بنابراین در مورد زایمان که نوعاً مشتمل بر مشقت است، سزارین جایز است.

در پاسخ می‌توان گفت: اولاً همیشه زایمان طبیعی مشتمل بر مشقتی که نوعاً قابل تحمل نباشد، نیست. به ویژه امروزه که با اقدامات مختلف قبل از عمل تا حدود زیادی از درد زایمان می‌کاهند و حتی زایمان طبیعی به شیوه بدون درد و با روش نخاعی (اسپینال^{۱۱}) یا روش استنشاقی (انتونوکس^{۱۲} یا اپیدورال^{۱۳}) قابل انجام است^{۱۴}؛ ثانیاً بر اساس قاعده «الضرورات تقدر بقدرها» آنچه به موجب ضرورت یا عنوان ثانوی دیگری مجاز می‌گردد، تنها در محدوده ضرورت قابل اجرا بوده و توسعه آن ممنوع است. بنابراین صرفاً سزارین اورژانس جایز است، اما مشروعیت سزارین انتخابی محل بحث است.

ثالثاً طبق آنچه در بخش اول در ارزیابی این روش در علم پزشکی ارائه شد، مشقت‌های مشتمل بر سزارین به مراتب بیشتر از زایمان طبیعی است. مگر در موارد خاص که در آن موارد سزارین جائز و از محل بحث ما خارج است.

۵-۱- روایات: در روایات متعددی آمده بریدن شکم مادری که فوت کرده، برای بیرون‌آوردن فرزند زنده داخل شکم او جایز و بلکه واجب است. به عنوان نمونه در روایتی علی بن یقطین از امام موسی بن جعفر (ع)، در مورد زن بارداری که فوت کرده، سؤال می‌کند و امام می‌فرماید شکم او باز شود و نوزاد بیرون آورده شود: «سألت العبد الصالح (ع) عن المرأة تموت و ولدها فی بطنها؟ قال: یشق بطنها و یخرج ولدها» (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق.) که از این روایات استنباط می‌شود که انجام عمل سزارین فی نفسه جایز است.

همچنین در کتاب شریف «فقه الرضا» منسوب به امام رضا (ع) نیز آمده است: اگر زن بارداری فوت کند و بچه در شکم او زنده باشد و حرکت کند، باید شکم او را از سمت چپ بشکافند و بچه را بیرون بیاورند. (امام رضا (ع)، ۱۴۰۶ ق.) برخی از فقهای متقدم نیز این چنین فتوا داده‌اند. (مفید، ۱۴۱۳ ق؛ طوسی، ۱۳۸۷ ق.)

پاسخ این است، این روایت از محل بحث ما خارج است، زیرا در بخش بیان مسأله اشاره شد، محل بحث ما صرفاً سزارین انتخابی است و نه سزارین در شرایطی که تنها راه پیش رو است - از این جهت که انجام شیوه طبیعی دچار محضورات و همراه با حال مخاطراتی برای مادر و جنین است اورژانسی تلقی می‌شود - و حال آنکه موضوع این روایات سزارین اورژانسی است و اختلافی در جواز آن نیست.

۶-۱- **قاعده احسان:** در رابطه با جواز روش سزارین و مشروعیت تجویز آن توسط پزشک - حتی در موارد غیر ضروری - و عدم ضمان او اگر منجر به صدماتی برای زن باردار یا جنین گردد، می‌توان به قاعده احسان استناد کرد با این توضیح که بدیهی است پزشک با عمل سزارین قصد جنایت بر زن حامله را ندارد، بلکه نیت او کمک به زن و کم کردن درد او است و با این نیت نمی‌توان پزشک را مورد بازخواست قرار داد، زیرا جزای نیکی را نمی‌توان به بدی داد.

پاسخ این است که اولاً این استدلال بر فرض کامل بودن صرفاً جواز عمل جراحی از طرف پزشک را تجویز می‌کند؛ ثانیاً اقدام پزشک به سزارین انتخابی، به خاطر ضررها و عوارض ثابت شده آن در تحقیقات پزشکی برای مادر و نوزاد، به جای کمک به مادر، به او آسیب می‌رساند. بنابراین مصداق احسان نیست؛ ثالثاً با توجه به درآمد بالای عمل سزارین برای پزشکان نسبت به زایمان طبیعی، در خیرخواهانه بودن نیت پزشک تشکیک می‌شود. بنابراین سزارین انتخابی مصداق قاعده احسان نیست.

۲- دلایل منع سزارین انتخابی

ادله توجیه و جواز عمل سزارین انتخابی و پاسخ به آن‌ها، ارائه شد. در ادامه در تأیید دیدگاه منتخب این مقاله، دلایل فقهی منع انتخاب غیر ضروری و حرمت

سزارین انتخابی توسط بیمار یا اقدام پزشک به آن ارائه می‌شود که البته در مواردی این ادله قابل مناقشه بوده که مناقشات قابل طرح نیز ارائه شده است.

۱-۲- اولویت دفع مفسده از جلب منفعت: تمام بدن زن به جز وجه و کفین عورت است و سزارین در بسیاری موارد مستلزم کشف عورت زن و نگاه نامحرم به آن است. ضمن این که سزارین اختیاری از درمان‌های اضطراری محسوب نمی‌شود تا لمس و نگاه در مورد آن جائز باشد. بنابراین هم به عنوان سد ذرائع و هم از باب «درء المفسد اولی من جلب المنافع» به حرمت این روش حکم می‌شود. این دلیل در مدعای بحث کامل نیست، از این جهت که اولاً در فقه امامیه سد ذرائع پذیرفته نشده است؛ ثانیاً بر فرض پذیرش، استناد به این قاعده در مواردی است که فعل مورد نظر قطعاً به حرام منجر گردد. در حالی که سزارین در بسیاری موارد توسط پزشک زن انجام می‌شود و این مفسده را ندارد؛ ثالثاً حتی در صورت قطعی بودن با وضع یک سری ضوابط می‌توان این مفسد را دفع کرد؛ رابعاً چون وضع حمل به هر شکل صورت بگیرد، مستلزم کشف عورت است و بر اساس قاعده ضروریات تبیح المحظورات کشف عورت در هنگام آن اساساً جائز است.

۲-۲- روایات: اگرچه ممکن است از نظر عقلی به دلیل عدم بیان در خصوص این مسأله، به حلیت عمل سزارین انتخابی حکم شود، اما از نظر شرعی می‌توان به روایاتی استناد کرد که به نوعی بیان در مسأله محسوب می‌شود، از جمله روایاتی که در مورد حرمت دماء و احتیاط در نفوس آمده است؛ به عنوان نمونه در روایتی پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: «إِنَّ دِمَاءَ كُمْ وَأَعْرَاضَكُمْ عَلَيْكُمْ حَرَامٌ إِلَى أَنْ تَلْقَوْا رَبَّكُمْ» (ابن شعبه، ۱۳۶۲ ش.) یا در روایتی امام صادق (ع) می‌فرماید: «الْمُؤْمِنُ حَرَامٌ كُلُّهُ: عَرْضُهُ وَمَالُهُ وَدَمُهُ». (نوری، ۱۴۰۸ ق.)

در استدلال به این روایات می‌توان گفت عمل سزارین از جهت مخاطراتی که برای مادر و فرزند دارد، از باب احتیاط در دماء باید منع شده و از آن اجتناب شود.

۲-۳- قاعده لاضرر: یکی از مهم‌ترین و محکم‌ترین مبانی عدم جوار سزارین انتخابی قاعده لاضرر است. بدین نحو که همانطور که گفته شد سزارین قطعاً درد و ضرر بسیاری نسبت به زایمان طبیعی برای مادر و مخاطرات و ضررهای فراوانی برای کودک دارد و بر اساس قاعده لاضرر (به هر یک از تفاسیر) سزارین به صورت انتخابی جایز نیست و تنها در موارد ضروری که جان مادر یا فرزند در خطر باشد یا بنا بر تشخیص پزشک ضرر آن برای مادر و فرزند کم‌تر از زایمان طبیعی باشد، از باب دفع افسد به فاسد، جایز است.

ممکن است گفته شود هرچند سزارین برای مادر و فرزند مخاطراتی دارد، اما در زایمان طبیعی نیز درد و آسیب‌هایی برای مادر و مخاطراتی برای فرزند محتمل است و دفع ضرر محتمل عقلاً واجب است، پس سزارین هم جایز است.

پاسخ این است که اولاً در سزارین ضرر قطعی و در زایمان طبیعی ضرر محتمل است و در جایی که امر دایر بین اقدام به امر دارای ضرر محتمل و امر دارای ضرر قطعی باشد، عقلاً باید از امری که دارای ضرر قطعی است، اجتناب نمود؛ ثانیاً بر فرض که هر دو دارای ضرر قطعی مساوی باشند. مورد از موارد تزاحم است و باید با توجه به اهمیتی که سلامت هر یک از مادر و فرزند دارد بر اساس الاهی فلاحی یکی از دو نوع زایمان را انتخاب نمود. بدین نحو که اگر در موردی حفظ مادر به دلیل ناقص بودن فرزند اهمیت دارد و فقط سزارین جان مادر را نجات می‌دهد، سزارین ارجح است و هر جا که حفظ فرزند به دلیل بیماری لاعلاج مادر ارجح است و با زایمان طبیعی به فرزند آسیب نمی‌رسد و مادر آسیب می‌بیند، زایمان طبیعی انجام می‌شود و اگر هر دو سلامتشان در یک درجه اهمیت باشد، بسته به

نظر پزشک در آن مورد هر کدام از دو نوع زایمان که برای هر دو ضرر کمتری داشته باشد، تجویز می‌شود؛ ثالثاً نمی‌پذیریم که درد و ضرر سزارین با زایمان طبیعی یکی باشد، بلکه همانطور که در بخش عوارض گزارش شده اشاره شد، یافته‌های پزشکی مؤید این است که ضرر سزارین به مراتب بیشتر از زایمان طبیعی است و عقل حکم می‌کند که سزارین در حالت عادی انجام نشود.

به عبارتی به نظر می‌رسد با توجه به آنچه در ارزیابی روش سزارین در علوم پزشکی ارائه شد (مبنی بر این که روش سزارین به عنوان یک انتخاب اولیه در کنار روش زایمان طبیعی تأیید پزشکی ندارد)، حال اگر در بخش موضوع‌شناسی حکم، نظرات کارشناسی پزشکان و حاصل تحقیقات صورت گرفته را که نگاهی عینی و واقعی به موضوع دارد و با آمار و ارقام ارائه می‌شود، بپذیریم، لاجرم باید قبول کنیم که خطرات و عوارض عمل سزارین فی نفسه بیش از روش زایمان طبیعی است، در این صورت مصداق بارز اضرار به نفس بوده و حکم اولیه آن حرمت و عدم جواز خواهد بود، حتی اگر مکلف (اعم از زن باردار یا پزشک) جهل به حکم یا موضوع داشته باشد و مبتنی بر یک نگرش غلط یا عدم آگاهی از عوارض پیش‌گفته اصرار بر انجام آن داشته باشد.

بنابراین چیزی تحت عنوان سزارین انتخابی مشروعیت فقهی نخواهد داشت و تنها در حالت ضرورت می‌توان به این عمل مبادرت کرد. برخی فقها قاعده فقهی «وجوب دفع ضرر احتمالی» شامل امور دنیوی نیز می‌دانند و شیخ انصاری صراحته در شبهات موضوعیه تحریمیه دفع ضرر احتمالی را واجب دانسته است. (انصاری، ۱۴۱۹ ق.) احتمال ضرری بودن سزارین انتخابی نیز یکی از مصادیق شبهات موضوعیه تحریمیه است. همچنین بر اساس قاعده «وجوب دفع افسد به فاسد» لزوماً شخص باید از بین (انتخاب روش تکوینی و طبیعی با وجود درد فعلی و

عوارض آن نسبت به روش سزارین) روش طبیعی را برگزیند. در ادامه به مناسبت بحث ادله منع و حرمت سزارین انتخابی به تفصیل ارائه خواهد شد.

۳- حکم اقدام پزشک به انجام عمل سزارین اختیاری

اگر حکم اولیه سزارین اختیاری جواز باشد و اتفاقاً در حین عمل برای مادر یا فرزند خطر یا آسیبی به همراه داشته باشد که ناشی از قصور یا تقصیری پزشکی نباشد، در این صورت عمل پزشک با اخذ براءت، ضمانی برای او در پی نخواهد داشت. هم چنانکه در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲ ش.) در رابطه با کلیه اقدامات و معالجات مشروع پزشکی که منجر به تلف یا صدمه بدنی گردد، همین حکم بیان شده است، حتی در تبصره این ماده آمده است که با پیش شرط‌های گفته شده مبنی بر مشروع بودن اقدام پزشکی و نیز عدم قصور پزشک در فعل و علم، حتی با وجود عدم اخذ براءت نیز ضامن نخواهد بود.

اما اکنون که ثابت گردید سزارین انتخابی از جهت فقهی جایز نیست و مشروعیت ندارد، اگر پزشک به آن اقدام نماید و آسیبی به فرزند وارد گردد یا مادر در حین عمل، ناقص یا فوت گردد، حتی با وجود اخذ براءت ضامن خواهد بود، چراکه: ۱- اخذ براءت از بیمار در این موارد بر جواز فعل پزشک اثر ندارد؛ ۲- قاعده اقدام شامل اجازه در اضرار به نفس نمی‌گردد و هیچ کس حق ندارد دیگری را برای ایراد صدمه به جان خود مجاز کند؛ ۳- حق تمتع انسان نسبت به نفس خود انصراف از این موارد دارد. ضمن این‌که به دلیل ارتکاب حرام شرعی قاضی می‌تواند برای مادر و پزشک مجازات تعزیری تعیین نماید.

بنابراین در مواردی که اقدام پزشک نامشروع است، همواره مقصر محسوب می‌گردد و در فقه امامیه در هر موردی که پزشک، مقصر یا غیر مأذون باشد (در

مواردی که اذن اثر دارد) و عمل او منجر به ورود خسارت جانی یا جسمی به بیمار گردد، هیچ اختلافی در ضامن بودن او نیست. (نجفی، بی تا)

با توجه به آنچه گفته شد، می توان در یک دسته بندی، حکم اقدام پزشک را در سزارین اختیاری با توجه به دو عامل مهم دردآور بودن برای مادر در حین زایمان و مخاطره آمیز بودن آن برای مادر یا حمل در چهار فرض بیان کرد:

فرض اول: به تشخیص پزشک، زایمان طبیعی برای مادر یا فرزند قطعاً خطر داشته یا برای مادر درد حرجی داشته باشد. بی شک در این حالت، در صورتی که ضوابط شرعی و قانونی رعایت شود، سزارین جایز خواهد بود و این مورد از محل بحث خارج است، چون مسأله انتخاب سزارین پدید نمی آید.

فرض دوم: به تشخیص پزشک در زایمان طبیعی برای مادر یا حمل صرفاً احتمال خطر وجود دارد. در چنین شرایطی نیز سزارین برای تضمین سلامت فرزند یا مادر صورت می گیرد و این مورد نیز محل بحث ما نیست، زیرا در باب حفظ نفس رعایت احتیاط عقلاً و شرعاً واجب است.

فرض سوم: به تشخیص پزشک زایمان طبیعی صرفاً برای مادر و سزارین صرفاً برای فرزند مخاطره آمیز باشد، به نحوی که احتمال خطر در هر دو مساوی باشد، این مورد از موارد تزاحم است، یعنی حفظ جان مادر با عمل سزارین و حفظ جان حمل با زایمان طبیعی تزاحم می کند و در این حالت تعیین اولویت سلامت جسمی و روحی مادر یا فرزند تأثیر جدی در پاسخ مسأله دارد، مثلاً اگر مادر دارای بیماری لاعلاج باشد، حفظ فرزند اهم است، اما اگر فرزند دارای مشکلات جسمی یا روحی باشد، حفظ مادر اهم است و بدیهی است تشخیص چنین ملاکی بر عهده پزشک متخصص است و در صورتی که هیچ یک اهم نباشد. بر اساس تبصره ماده ۷۱۸ ق.م.ا (مصوب ۱۳۹۲ ش.) اقدام پزشک به عمل سزارین برای نجات

جان مادر جایز و دیه‌ای به عهده مادر و پزشک ثابت نمی‌شود. در تبصره ماده ۷۱۸ ق.م.ا (مصوب ۱۳۹۲ ش.) آمده: هرگاه جنینی که بقای آن برای مادر خطر جانی دارد به منظور حفظ نفس مادر سقط شود، دیه ثابت نمی‌شود.

فرض چهارم: به تشخیص پزشک زایمان طبیعی برای مادر درد غیر قابل تحمل (حرجی) نداشته و برای مادر یا حمل خطری ندارد، در این صورت سزارین انتخابی است. این مورد محل بحث ما در پژوهش حاضر بود که با استناد به آرا و ادله فقهی و نیز نتایج تحقیقات کیفی در علوم پزشکی عدم مشروعیت عمل پزشک و ضمان آن در این مورد قابل دفاع دانستیم.

نتیجه‌گیری

سزارین خود یکی از مصادیق اضرار به خود و گاهی اضرار به جنین است. از این رو بدون وجود عنوانی ثانوی، مثل اضطرار که آن را توجیه کند به حکم اولی جایز نیست. با این حال در رابطه با تشخیص موارد اضطرار به سزارین به نظر می‌رسد امری تخصصی و پزشکی است و تنها بر مبنای ملاک‌هایی چون ایجاد مخاطره زایمان طبیعی برای مادر یا فرزند، حرجی بودن تحمل درد زایمان طبیعی برای مادر و... با نظر پزشک یا شورای پزشکی قابل تجویز خواهد بود.

با توجه به تفاوت نظرات لازم است قانون‌گذار با تدوین قانونی جامع در این حوزه به ابهامات عملی و چالش‌های حقوقی آن پایان دهد. در این مورد پیشنهاد می‌گردد قانون‌گذار انتخاب را به پزشک یا شورای پزشکی واگذار نموده و آن را تنها بر مبنای وجود یکی از ملاک‌های ذکرشده، نظیر ایجاد درد حرجی، ایجاد مخاطره و... تجویز نماید.

پی‌نوشت‌ها

۱. برای مطالعه تحقیقات صورت‌گرفته در این حوزه به عنوان نمونه ر.ک.: فارسی، زهرا. (۱۳۹۲ ش.). آسیب‌شناسی پدیده سزارین و حکم شرعی آن. خلاصه مقالات دومین همایش بررسی ضوابط شرعی در پزشکی، برگزارشده توسط دانشگاه علوم پزشکی ارتش، صص ۱۴۰-۱۳۹. همچنین ر.ک.: آباد، معصومه. مرقاتی خویی، عفت‌السادات. (۱۳۸۸ ش.). سزارین انتخابی رویکردی اخلاقی یا غیر اخلاقی. فصلنامه اخلاق پزشکی. دوره سوم، شماره هشتم، صص ۱۲۶-۱۰۳.

2. Campania Region - Italy

3. Hematocrit

۴. Episiotomy: اپی‌زیاتومی، برش فاصله میان واژن و مقعد را می‌گویند. عملی است رایج که برای تسهیل زایمان طبیعی در مامایی انجام می‌شود. اپی‌زیاتومی برای جلوگیری از پارگی‌های شدید واژینال در طول زایمان کمک می‌کند و بهتر از پارگی طبیعی بهبود می‌یابد، البته امروزه منافع آن تا حدودی زیر سؤال رفته است.

5. Hemoglobin

6. Hematocrit

۷. Placenta Previa: در بیشتر بارداری‌ها جفت در قسمت بالا و یا کنار رحم قرار دارد، ولی در جفت سر راهی، جفت به قسمت پایینی رحم چسبیده است و جفت به طور کامل و یا قسمتی از دهانه گردن رحم را می‌بندد. جفت سر راهی باعث خونریزی رحمی شدید مادر باردار و یا در طی زایمان می‌شود. (کانینگ‌هام، ۲۰۱۴ م، ص ۸)

8. Cord Prolaps

۹. لازم به ذکر است که برخی در ادله حرمت اضرار به نفس به قاعده لاضرر استناد می‌کنند (انصاری، ۱۳۷۶ ش.؛ خمینی، بی‌تا) و برخی نیز این قاعده را تنها مفید حرمت اضرار به غیر دانسته‌اند (حسینی بهسودی، ۱۳۸۶ ش.) که در هر دو حالت برای مدعای ما قابل استفاده است، اگر جنین و حمل را مصداق «غیر» بدانیم. در کنار این قاعده برای حرمت اضرار به نفس می‌توان به برخی احادیث نیز اشاره کرد: «ان الجار كالنفس غیر مضار ولا آثم: همسایه مانند خود انسان مورد زیان و جنایت واقع نمی‌شود». (حر عاملی، ۱۴۰۹ ق، ج ۱۷، باب ۱۲ از ابواب احیاء الموات، ح ۲)

۱۰. قاعده «الضروریات تبیح المحظورات» که گاهی به شکل «الضرورات تبیح المحظورات» آمده و مرادف با قاعده «رفع ما اضطرروا» می‌باشد و هر دو قاعده به معنای آن است ناگزیری و ناچاری باعث مباح‌شدن، جواز و رفع محرمات و محظورات می‌شود که مثال بارز آن جواز خوردن گوشت مردار در هنگام ناچاری است. (برای مطالعه بیشتر ر.ک.: عبداللہی علی‌بیک، ۱۳۸۳ ش.)

11. Spinali

12. Entonox

13. Epidura

۱۴. برای پدیدارشناسی و آشنایی با انواع روش‌های زایمان طبیعی بدون درد به عنوان نمونه ر.ک.: قدسی و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ ملک خسروی و همکاران، ۱۳۸۸ ش.

فهرست منابع

منابع فارسی:

- ابن شعبه، حسن. (۱۳۶۲ ش.). *تحف العقول فیما جاء من الحکم و المواعظ من آل الرسول*. مصحح علی اکبر غفاری، قم: انتشارات جامعه المدرسین، ص ۳۱.
- انصاری، مرتضی. (۱۴۱۹ ق.). *فرائد الاصول*. قم: مجمع الفکر الاسلامی، جلد اول: ص ۳۷۸؛ جلد دوم: ص ۹۱.
- انصاری، مرتضی. (۱۳۷۶ ش.). *رسالة فی قاعدة نفی الضرر المطبوعة فی المكاسب، المكاسب*. قم: انتشارات دهقانی، سه جلدی، جلد سوم، چاپ چهارم، ص ۳۷۲.
- بهجت، محمدتقی. (بی تا). *استفتادات آیت... بهجت*. قم: انتشارات دفتر آیت... بهجت، جلد سوم، ص ۱۷۶، سؤال ۵۵۴.
- حر عاملی، محمد. (۱۴۰۹ ق.). *وسائل الشیخ إلى تحصیل مسائل الشریع*. قم: مؤسسه آل البيت علیهم السلام، بیست و نه جلدی، جلد دوم: ص ۴۷۰، ح ۲، ح ۳، ح ۴؛ جلد بیستم: ص ۳۳۵.
- حسینی بهسودی، محمدسرور. (۱۳۸۶ ق.). *مصباح الاصول (تقریرات سیدابوالقاسم الخویی)*. نجف: مطبعة النجف، دو جلدی، جلد دوم، ص ۵۴۹.
- خامنه‌ای، سیدعلی. (۱۳۹۰ ش.). *اجوبه الاستفتاءات*. تهران: انتشارات بین الملل الهدی، دو جلدی، چاپ هفتادم، ص ۱۲۵۸.
- خمینی، سیدروح‌ا... (۱۳۸۱ ش.). *توضیح المسائل مراجع*. گردآورندگان احسان اصولی و محمدحسین بنی‌هاشمی، قم: جامعه المدرسین حوزه علمیه، جلد دوم، ص ۹۴۴.
- خمینی، سیدروح‌ا... (بی تا). *تحریر الوسیله*. قم: مؤسسه مطبوعات دارالعلم، جلد دوم، ص ۱۶۳.
- راسخ، محمد. (۱۳۸۸ ش.). *جدال حیات: بررسی اجمالی نظریه‌های سقط جنین*. تهران: سمت، ص ۱۸۹.

طوسی، محمد بن حسن. (۱۳۸۷ ق.). *المبسوط فی فقه آل امامیه*. تهران: انتشارات مرتضوی، جلد اول، چاپ سوم، ص ۱۴۳.

عبداللهی علی بیگ، حمیده. (۱۳۸۳ ش.). *قاعده اضطرار (الضرورات تبیح المحذورات)*. *فصلنامه مطالعات اسلامی*. شماره شصت و سوم، صص ۸۳-۱۲۴.

فاضل لنکرانی، محمد. (۱۴۲۷ ق.). *احکام پزشکان و بیماران*. گردآوری غلامحسین خدادادی، قم: مرکز فقهی ائمه اطهار، ص ۷۵.

علی بن موسی (ع). (۱۴۰۶ ق.). *الفقه المنسوب للإمام الرضا (ع)*. مشهد: کنگره بین الملل امام رضا (ع)، ص ۱۷۴.

قدسی، زهرا. حاکم زاده، فریار. (۱۳۹۰ ش.). *تجارب مادران از زایمان بدون درد با گاز انتونوکس در زنان مراجعه کننده به بیمارستان تأمین اجتماعی شهر همدان سال ۱۳۸۸*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد دانش)*. دوره چهاردهم، شماره پنجاه و چهارم، صص ۷۸-۸۶.

کریمی، شهناز. نجفی کلیانی، مجید. نقی زاده. محمد مهدی. نکویی، فرهود. کمالی، مژگان. (۱۳۹۰ ش.). *مقایسه الگوی شیردهی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین*. *مجله زنان مامایی و نازایی*. دوره چهاردهم، شماره ششم، صص ۵۳-۴۶.

مفید، محمد بن نعمان. (۱۴۱۳ ق.). *المقنعه*. قم: کنگره جهانی هزاره شیخ مفید، چاپ اول، ص ۳۷.

مکارم، ناصر. (۱۳۸۰ ش.). *استفتائات جدید*. گردآوری ابوالقاسم علیان نژادی، قم: مدرسه امام علی (ع)، جلد دوم، چاپ دوم، ص ۶۲۲.

مکارم، ناصر. (۱۳۸۷ ش.). *احکام پزشکی*. گردآوری ابوالقاسم علیان نژادی، قم: مدرسه امام علی (ع)، ص ۶۲.

مکارم، ناصر. (۱۴۱۶ ق.). *القواعد الفقهیه*. قم: مدرسه الامام امیرالمومنین (ع)، چاپ چهارم، ص ۱۹۵.

ملک خسروی، شهره. رضاوند، نگین. کرباس فروشان، علی. زنگنه، مریم. مکرری، یگانه. (۱۳۸۸ ش.). *عوارض استفاده از روش بی حسی ترکیبی (نخاعی - اپیدورال) و تأثیر آن بر پیشرفت زایمان*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)*. دوره سیزدهم، شماره چهل و سوم، صص ۳۲۷-۳۲۰.

نجفی، محمدحسن. (بی تا). *جواهر الکلام فی شرح شرایع الاسلام*. بیروت: دار احیای التراث العربی، چهل و سه جلدی، جلد بیست و نهم: ص ۸۸؛ جلد چهل و سوم: ص ۴۴.

نوری، حسین. (۱۴۰۸ ق.). مستدرک الوسائل. بیروت: مؤسسه آل البیت، جلد نهم، ص ۲۳۹.

هاشمی شاهرودی، محمود. (۱۳۸۲ ش.). فرهنگ فقه مطابق مذهب اهل بیت علیهم السلام. قم: مؤسسه دائره المعارف الفقه الاسلامی، مرکز پژوهش‌های فارسی الغدیر، پنج جلدی، جلد چهارم، ص ۴۴۸.

منابع انگلیسی:

- Arikan, DC. Ozer, A. Arikan, I. Coskun, A. Kiran, H. (2011). Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet*. 284(3): 543-549.
- Benedetto, C. Marozio, L. Prandi, G. Roccia, A. Blefaria, S. Fabris, C. (2006). Short term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery. *Euro J Obstet Gynec Reprod Biol*. 135(1): 35-40.
- Cunningham, FG. Kenneth, JL. Steven, LB. John, CH. Dwight, JR. Catherine, YS. (2014). *Williams obstetrics, Parkland Hospital*. 24rd ed, New York: McGraw-Hill, 595-603.
- De Brito Cançado, TO. Omais, M. Ashmawi, HA. Torres, ML. (2012). Chronic pain after cesarean section. Influence of anesthetic/surgical technique and postoperative analgesia. *Rev Bras Anesthesiol*. 62(6): 74-762.
- Decherney, AH. Nathan, L. Goodwin, TM. Laufer, N. (2007). *Current obstetric & gynecologic: diagnosis & treatment*. 10th ed, New York: McGraw Hill, 469-475.
- Giani, U. Bruzzese, D. Pugliese, A. Saporito, M. Triassi, M. (2011). Risk factors analysis for elective caesarean section in Campania region (Italy). *Epidemiol Prev*. 35(2): 10-101.
- Hager, RM. Daltveit, AK. Hofoss, D. Nilsen, ST. Kolass, T. Qian, P. Henriksen, T. (2003). Complications of cesarean deliveries: Rate and risk factors. *Ame J Obstet Gynecol*. 190(2): 428-434.
- Hodnett, ED. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 186(5 Suppl Nature): S72-160.
- Liu, S. Liston, RM. Joseph, KS. Heaman, M. Sauve, R. Kramer, MS. (2007). Maternal mortality and sever morbidity associated with low-risk

- planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Med Asso J.* 176(4): 455.
- Martin, JA. Hamilton, B. Sutton, PD. Menacker, F. Kimeyer, S. (2006). Births: Final data for 2004. *National Vital Statistics Reports.* 55(1): 1-101.
- Marwaha, N. Marwaha, RK. Narang, A. Thusu, K. Garewal, G. Bhakoo, ON. (1992). Routine hematological values in term newborns. *Indian Pediatr.* 29(9): 1095-1099.
- McCourt, C. Weaver, J. Statham, H. Beake, S. Gamble, J. Creedy, DK. (2007). Elective cesarean section and decision making. *A critical Review of the Literature.* 34: 65-69.
- Mohamadbeigi, A. Tabatabaee, SH. Mohammad Salehi, N. Yazdani, M. (2009). Factors influencing cesarean delivery method in Shiraz hospitals. *Iran J Nurs.* 21(56): 37-45.
- Moradi, Z. Akbarzadeh, M. Moradi, P. Toosi, M. Hadianfard, MJ. (2014). The Effect of Acupressure at GB-21 and SP-6 Acupoints on Anxiety Level and Maternal-Fetal Attachment in Primiparous Women: a Randomized Controlled Clinical Trial. *Nurs Midwifery Stud.* 3(3): e19948.
- Moradi, Z. Akbarzadeh, M. Zare, N. Hadianfard, MJ. Jowkar, A. (2012). Comparative Study of Effect of Two-Staged Acupressure at GB-21 and SP-6 Points on the Labor Pain of Active Phase in Nulliparous Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 25(26): 21-29.
- Olson, L. Gregory, K. Mongoue, T. Mcconneell, J. Morris, C. Guise, JM. (2008). Maternal and neonatal outcomes of planned primary cesarean versus vaginal delivery for low risk primiparous women at term. *Ame J Obstet Gynecol.* 199(6): s37-s37.
- Ostovar, R. Rashidian, A. Pourreza, A. Hossein Rashidi, B. Hantooshzadeh, S. Eftekhari Ardebili, H. Mahmoudi, M. (2010). Developing criteria for Cesarean Section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 14(10): 52.
- Patah, LE. Malik, AM. (2011). Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. *Rev Saude Publica.* 45(1): 185-194.

- Sadat, Z. Saberi, F. Taebi, M. Abedzadeh, M. (2012). Comparative study of the postnatal quality of life subscales after normal vaginal delivery and caesarean section. *Payesh*. 11(3): 377-383.
- Scott, J. (2006). Cesarean delivery on request, where do we go from here?. *Obstet Gynec*. 107(6): 1222-1223.
- Sharifizad, M. Khodakaram, N. Jannesari, S. Akbarzadeh, A. (2012). The Outcomes of Natural Childbirth and C-Section on the Mother and Infant's Health in Selected Hospitals in Tehran. *Horizon Med Sci*. 18(1): 11-15.
- Sharifizad, M. Khodakaram, N. Jannesari, S. Akbarzadeh, A. (2012). The Outcomes of Natural Childbirth and C-Section on the Mother and Infant's Health in Selected Hospitals in Tehran. *Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services*. 18(1): 11-15.
- Sufang, G. Padmadas, SS. Fengmin, Z. Brown, JJ. Stones, RW. (2007). Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bull World Health Organ Oct*. 85(10): 755-762.
- Vaziri Esfarjani, SH. Asgharinejad, L. (2006). Correlation beetween mean hemoglobin of umblicul cord who were borned in razi hospital. *Journal of Isfahan Medical School*. 82(24): 21-25.

یادداشت شناسه مؤلفان

عباس کلانتری خلیل آباد: دانشیار، گروه فقه و حقوق اسلامی، دانشگاه آیت... حائری میبد، میبد، ایران.

فاطمه قدرتی: استادیار، گروه الهیات، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: Fatima.arta@yahoo.com

علی اکبر کریمی زارچ: دانشجوی دکتری رشته فقه و حقوق جزا، دانشگاه آیت... حائری میبد، میبد، ایران.

Legal – Medical legitimacy of Optional Caesarean*Abbas Kalantari Khalilabad**Fatemeh Ghodrati**Aliakbar Karimi Zarch***Abstract**

The main factor of great changes in health issues is a relationship between medical & jurisprudence. One of the major issues is referring of women for caesarean in spite of good powers for natural delivery. Although it seems that no more changes in this policy is based upon jurisprudent ideas and/ or mothers' attitude for prevention from any pains. But regarding current statistics and numbers in medical resources about any charges of this method and permanent damages to mother and child, this is the first step for any changes of this policy through a revising of primary order from jurisprudent viewpoint.

The purpose of this study was to investigate the legitimacy and mandate to Caesarean section in a condition, there is the possibility of giving birth the normal delivery (vaginal delivery) and cesarean section delivery methods is not as the only method of delivery.

This study was conducted to analytical documents and in two parts: The first one is methodology, citing the results of qualitative research and medical sciences evaluation was compared with creative and natural method, Based on the results, cesarean section compared with vaginal delivery than as a with many complications and high risk method was introduced.

In the second part, we will evaluate and analyzing the proponent and opponent jurisprudent ideas, about medical science findings as expert opinion to identify the subject, finally, the lack of licenses in the inferred sentence. So, Based on medical research and licenses number of the need for action to non-elective cesarean section is detected.

Furthermore, considering the mentioned primary order that is not allowed (elective cesarean), naturally, physician practice in referring

patients to unnecessary legal ruling, will the prohibition. As for guarantee (civil liability of doctor), in the event of an accident to the applicant, this problem can be investigated.

Keywords

Natural Delivery (Vaginal Delivery), Elective Caesarean Section, Juridical Analysis of Elective Caesarean Section