



MfJ

Medical Fighh Journal

2025; 17(47): e4



A Jurisprudential Explanation of Natural Childbirth: Examining the Boundaries of Unnecessary Intervention in Modern Midwifery

Laleh Rastak^{1*}, Shahram Mashhadizadeh², Marzieh Ghasemi Goujani³, Khatareh Shahinfard⁴

1. Instructor, Department of Midwifery, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Basic Medical Sciences, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Midwifery, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Law, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Physiological childbirth refers to delivery in which no pharmacological or medical intervention is performed. This approach denotes spontaneous childbirth, the absence of medical interventions and medication use, freedom of movement, and the mother's active participation in the birthing process. From the perspective of medical science, childbirth as a physiological process involves complex hormonal, neural, and psychological mechanisms that, in the absence of unnecessary intervention, yield more favorable outcomes for the health of both mother and newborn. In this regard, Islamic jurisprudential sources likewise regard childbirth as a biological process possessing moral and spiritual values, and their recommendation to accept it as the authentic form of human birth is significant.

Materials and Methods: This study was conducted using a descriptive–analytical approach and comparative analysis of data gathered from Islamic jurisprudential sources and authoritative midwifery texts. Accordingly, the process of physiological, intervention-free childbirth was examined from a medical–midwifery perspective, and the relevant jurisprudential documents were analyzed.

Conclusion: A review of religious texts, jurisprudential sources, and scientific research in the field of midwifery indicates that a significant portion of the medical, psychiatric, and physiological rationales for avoiding obstetric intervention in unnecessary cases is consistent with the principles of Islamic jurisprudence. Given the growing problem of increased obstetric interventions, providing information to mothers and offering them the necessary support for informed decision-making regarding the choice of physiological childbirth will contribute to improving reproductive health in Iran. The Islamic cultural context of Iranian women, together with the theoretical synergy between Islamic jurisprudence and modern midwifery, can prove effective in reforming childbirth patterns and promoting low-intervention approaches, and can achieve results by drawing on the religious essence of women and families.

Keywords: Physiological Childbirth, Modern Midwifery, Islamic Jurisprudence

Corresponding Author: Laleh Rastak; **Email:** Lrastak@iau.ac.ir

Received: January 10, 2026; **Accepted:** February 17, 2026; **Published Online:** April 21, 2026

Please cite this article as:

Rastak L, Mashhadizadeh Sh, Ghasemi Goujani M, Shahinfard Kh. A Jurisprudential Explanation of Natural Childbirth: Examining the Boundaries of Unnecessary Intervention in Modern Midwifery. *Med Fighh Journal*. 2025; 17(47): e4.



مجله فقه پزشکی

دوره هفدهم، شماره چهل و هفت، ۱۴۰۴



تبیین فقهی زایمان طبیعی: واکاوی مرزهای مداخله غیر ضروری در مامایی نوین

لاله رستاک^{۱*}، شهرام مشهدی‌زاده^۲، مرضیه قاسمی گوجانی^۳، خاطره شاهین‌فرد^۴

۱. مربی، گروه مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲. استادیار، گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳. استادیار، گروه مامایی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴. استادیار، گروه حقوق، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ایمان فیزیولوژیک به زایمانی اشاره دارد که مداخلات دارویی و پزشکی در آن انجام نشده است. این روش به معنای زایمان خودبه‌خود، عدم وجود مداخلات پزشکی، عدم مصرف داروها، آزادی حرکت و مشارکت فعال مادر در روند زایمان است. از منظر علم پزشکی زایمان به‌عنوان روندی فیزیولوژیک، دربردارنده مکانیسم‌های پیچیده هورمونی، عصبی و روان‌شناختی است که در صورت عدم مداخله غیرضروری، پیامدهای مطلوب‌تری برای سلامت مادر و نوزاد به همراه دارد. در همین راستا منابع فقه اسلامی نیز زایمان را به‌عنوان فرآیندی زیستی می‌دانند که واجد ارزش‌های اخلاقی و معنوی است و توصیه به پذیرش آن به‌عنوان شکل اصیل تولد انسان قابل توجه است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد توصیفی - تحلیلی و با استفاده از تحلیل تطبیقی داده‌های گردآوری شده از منابع فقه اسلامی و متون مامایی معتبر انجام شده است. فرایند زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله از دیدگاه پزشکی - مامایی بررسی شده و مستندات فقهی مرتبط با این مبحث مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: نتایج حاصل از بررسی متون دینی، منابع فقهی و پژوهش‌های علمی در حوزه مامایی نشان داد که بخش قابل توجهی از دلایل پزشکی، روان پزشکی و فیزیولوژی در توصیه به عدم مداخله زایمانی، در مواردی که ضرورتی وجود ندارد، با اصول فقهی اسلام همخوانی دارد. با توجه به معضل افزایش مداخلات زایمانی، ارائه اطلاعات به مادران و حمایت لازم از آنان برای تصمیم‌گیری آگاهانه درخصوص انتخاب زایمان فیزیولوژیک به ارتقاء سلامت باروری در ایران منجر خواهد شد. بستر فرهنگ اسلامی زنان ایرانی، همراه با هم‌افزایی نظری میان فقه اسلامی و مامایی مدرن، می‌تواند در جهت اصلاح الگوهای زایمانی و ترویج رویکردهای کم‌مداخله مؤثر واقع شده و با بهره‌گیری از جوهره مذهبی زنان و خانواده‌ها به نتیجه برسد.

واژگان کلیدی: زایمان طبیعی، مامایی نوین، فقه اسلامینویسنده مسئول: لاله رستاک؛ پست الکترونیک: Lrastak@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Rastak L, Mashhadizadeh Sh, Ghasemi Goujani M, Shahinfard Kh. A Jurisprudential Explanation of Natural Childbirth: Examining the Boundaries of Unnecessary Intervention in Modern Midwifery. Med Fiqh Journal. 2025; 17(47): e4.

مقدمه

زایمان به عنوان یکی از اساسی ترین مراحل چرخه زیستی انسان، دارای مکانیسم های پیچیده زیستی، روانی و فرهنگی است. در پزشکی و مامایی نوین، زایمان فیزیولوژیک روندی خودتنظیم گر تلقی می شود که تحت تأثیر سازوکارهای عصبی - هورمونی نظیر ترشح اکسی توسین^۱ و اندورفین ها^۲، زمینه ساز تولدی ایمن تر و پویاتر برای مادر و نوزاد می گردد. زایمان فیزیولوژیک به معنای زایمان خودبه خود، عدم وجود مداخلات پزشکی غیر ضروری، عدم استفاده از داروها، با آزادی حرکت و مشارکت فعال مادر در روند زایمان است. در برخی از کشورها زایمان فیزیولوژیک یک هنجار است و به طور فعال توسط سیستم مراقبت های بهداشتی ترویج می شود (۱). در این روند، مداخلات پزشکی تنها در صورت وجود خطر واقعی ضرورت می یابند و اصل بر حمایت از روند طبیعی زایمان و توانمندسازی زنان در تجربه آن است. درواقع زایمان مفهومی درآمیخته با ادراکات فرهنگی است؛ لذا انتخاب مادران بدون بازگشایی این کلاف فرهنگی و بدون تفهیم فرآیند مداخلات توسط متخصصین و مراقبین بهداشتی می تواند امری غیراخلاقی باشد (۲). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ در گزارشی تعریف زایمان فیزیولوژیک را ارائه نمود و خواستار حمایت جهانی از آن گردید. هدف اصلی از این حمایت، داشتن مادران و نوزادانی سالم تر با کمترین میزان مداخله بود (۳).

اگرچه مداخلات بالینی در بعضی موارد نجات بخش جان مادر یا نوزاد خواهد بود؛ اما مطالعات مختلف نشان می دهد که ۸۵ درصد از زایمان های طبیعی نیاز به مداخله پزشکی ندارند و فقط با ارائه آموزش به مادران و مراقبت و پایش آنان طی زایمان، این روند فیزیولوژیک به سلامت سپری می شود. متأسفانه برخی از مداخلات رایج در زایمان از قبیل تزریقات وریدی، برش پرینه^۳، پاره نمودن کیسه آب^۴، مصرف داروهای منقبض کننده رحمی همچون سینتوسینون^۵ یا

پروستاگلاندین ها^۶، مصرف داروهای بی حسی و بیهوشی، محدودیت مصرف غذا و مایعات، معاینات مکرر واژینال، پایش مداوم قلب جنین و در نتیجه محدودیت حرکت مادر و قرار گرفتن در محیط نامأنوس در کنار پرسنل ناآشنا به طور بسیار معمول به کار برده می شوند. این اقدامات نه تنها منفعتی در پیامدهای مادری و نوزادی ندارند بلکه می توانند برای مادر و نوزاد خطراتی را ایجاد کنند. بسیاری از مداخلات پزشکی بایستی تنها در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر است انجام شوند. مداخلات فراوان در حیطه زایمان طبیعی می تواند باعث به وجود آوردن مشکلات متعدد از جمله افزایش سزارین، جدایی مادر و نوزاد در بدو تولد، فقدان حمایت کافی روحی - روانی از مادر، عوارض داروهای مصرفی و عفونت های ناشی از مداخلات گردد و مؤثرترین اقدام در جهت کاهش این مداخلات و عوارض آن ها، انتخاب زایمان فیزیولوژیک است (۴).

در چند دهه اخیر گرایش گسترده به مداخلات پزشکی در روند زایمان در بسیاری از کشورها از جمله ایران، نوعی چالش در سلامت عمومی به ویژه در سلامت باروری زنان ایجاد کرده است. به عنوان مثال براساس آمار وزارت بهداشت، نرخ سزارین در ایران بیش از ۴-۳ برابر میزان قابل قبول سازمان جهانی بهداشت است (۵) که عمدتاً به دلایل غیرپزشکی همچون ترس از درد زایمان، کمبود آگاهی، اطلاعات غلط در مورد زایمان طبیعی و تمایل به برنامه ریزی زایمان انجام می شود (۷-۶). در بسیاری از موارد، ضرورت های پزشکی منجر به سزارین نمی شود، بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش نادرست، تعیین کننده شیوه زایمان شده است. به این معنا که ارجحیت مداخلات و از جمله سزارین در زنان، دارای ریشه های فرهنگی، اجتماعی و روانی است (۸). پرواضح است که باورهای مذهبی در جامعه ای با ۹۹ درصد مسلمان که از دیرباز ریشه های عمیق فرهنگ اسلامی داشته اند، در تصمیم گیری امور خانواده از جمله فرزندآوری و نوع زایمان مؤثر خواهد بود؛ لذا یادآوری اصول فقه اسلامی در پذیرش زایمان فیزیولوژیک و کاهش مداخلات غیرضروری در زنان ایرانی، محرک بسیار تأثیرگذاری خواهد بود.

1. Oxytocin
2. Endorphins
3. Episiotomy
4. Amniotomy
5. Syntocinon

6. Prostaglandins

اندیشمندان مسلمان، کتب مرجع مامایی، مقالات نمایه شده در پایگاه‌های پابمد^۱، اسکوپوس^۲، سید^۳، سیویلیکا^۴ و همچنین راهنماهای بالینی سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران گردآوری شده‌اند. یافته‌های فیزیولوژی پزشکی و مامایی درخصوص عدم مداخله غیرضروری در زایمان با اصول فقه اسلامی مورد تحلیل مقایسه‌ای قرار گرفت.

اعتبار علمی یافته‌ها با استفاده از اعتبار منابع و تطبیق آن‌ها با مقالات هم‌راستا سنجیده شده است. همچنین برای افزایش دقت تحلیل‌ها در مواردی از تکنیک مقایسه تطبیقی مفهومی^۵ بهره گرفته شده است. این روش‌شناسی به پژوهشگر امکان می‌دهد از طریق واکاوی مفاهیم، استخراج ساختارهای معنایی مشترک و تحلیل انتقادی متون دینی و علمی، تصویری دقیق از هم‌سویی یا واگرایی احتمالی میان دو نظام دانشی فقه اسلامی و پزشکی معاصر در موضوع زایمان فیزیولوژیک ارائه دهد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش درخصوص زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله در دو محور مامایی نوین و اصول و قواعد فقه اسلامی تنظیم شده است. تأکید علم پزشکی بر حفظ روند طبیعی، کاهش مداخلات غیرضروری و تأمین ایمنی و سلامت مادر و جنین - نوزاد است. با توجه به غنای بالای قواعد و اصول فقه اسلامی در این زمینه، بررسی مبانی فقهی می‌تواند در تبیین ضرورت یا عدم ضرورت مداخلات تعیین‌کننده باشد.

۱. مفهوم زایمان فیزیولوژیک

زایمان فیزیولوژیک روندی بیولوژیک و انعطاف‌پذیر است که در آن شروع، پیشرفت و پایان زایمان به‌صورت خودبه‌خود و بدون القاء یا تقویت دردهای زایمان و بدون مداخلات غیرضروری صورت می‌گیرد و در نهایت منجر به زایمانی به معنای واقعی کلمه طبیعی، با مادر و نوزادی سالم خواهد شد.

از منظر ورود به مداخلات، مفهوم مالکیت بر بدن ضروری است. در فقه اسلامی مالکیت خداوند نسبت به انسان از نوع مالکیت حقیقی است؛ اما مالکیت انسان بر بدن خود از نوع مالکیت ذاتی است که می‌توان آن را چنین تعریف کرد: «رابطه، سلطه یا حق دائمی که بین انسان و اعضاء مقرر شده و قانون‌گذار آن را معتبر شناخته است و شخص به موجب چنین حقی می‌تواند در حدود قوانین، تصرف در اعضایش را به خود اختصاص دهد، به‌گونه‌ای که کسی نتواند از وی جلوگیری کند». البته از نظر فقهی محدودیت‌هایی برای این مالکیت وجود دارد؛ ازجمله حکم تکلیفی «اضرار به نفس» در حال حیات. در هر صورت این مالکیت متعلق به خود شخص است و فقط در موارد محدود و با شرایط ویژه به‌عنوان حکم ثانوی قابل انتقال به غیر (ازجمله پزشک) است (۹).

اگرچه مطالعه روند زایمان از منظر میان‌رشته‌ای به‌ویژه با تلفیق دیدگاه‌های دینی و علمی در دهه‌های اخیر به‌طور تدریجی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است؛ اما بخش عمده‌ای از پژوهش‌های گذشته یا بر بعد زیستی - پزشکی زایمان تمرکز داشته‌اند و یا جنبه‌های اجتماعی یا معنوی آن را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند؛ لذا تلاش برای تحلیل تطبیقی این دو حوزه همچنان محدود و کم‌عمق باقی مانده است.

پژوهش حاضر با رویکردی میان‌رشته‌ای نگاهی تازه به پیوند میان فقه اسلامی و اصول پزشکی مدرن درباره زایمان دارد تا تبیینی فقهی - پزشکی از زایمان فیزیولوژیک ارائه نموده و از این رهگذر بتوان الگویی برای بازنگری در سیاست‌گذاری‌های سلامت باروری در بستر فرهنگ اسلامی با رویکردی تلفیقی همسو با سلامت‌نگری اسلامی و پزشکی مبتنی بر شواهد فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی - تحلیلی است. گردآوری داده‌ها در این تحقیق به‌صورت کتابخانه‌ای و اسنادی صورت گرفته است. داده‌ها از منابع اسلامی شامل قرآن، روایات، کتب فقهی و آثار

1. PubMed

2. Scopus

3. SID

4. Civilica

5. Comparative Conceptual Analysis

سیستم‌های عصبی، غدد درون‌ریز، عضلانی و روانی بدن مادر است که بدون مداخله به‌طور طبیعی آغاز و به پایان می‌رسد. زایمان نه‌تنها یک رخداد زیستی بلکه یک روند تطابقی - تکاملی است که بدن زن برای آن از طریق سازوکارهای پیچیده تنظیم‌شده در سطح سلولی، هورمونی و رفتاری، آمادگی کامل دارد (۱۲).

۱-۱. **مراحل بالینی زایمان:** زایمان به ۳ مرحله بالینی تقسیم می‌شود. مرحله اول از شروع انقباضات رحمی یا دردهای زایمانی تا اتساع کامل دهانه رحم است. مرحله دوم با باز شدن کامل دهانه رحم و خروج جنین از کانال زایمان مشخص می‌شود. مرحله سوم پس از خروج جنین بوده و مرحله خروج جفت و پرده‌های جنینی (آمنیون و کوریون) از رحم است. بخشی از فیزیولوژی زایمان به ساختار دیواره رحم مربوط است که متشکل از سه لایه است که میومتر^۵ یا لایه عضلانی آن مسئول انقباضات زایمان است. کنترل عصبی این انقباضات از طریق اعصاب خودکار و سیستم عصبی - غدد درون ریز صورت می‌گیرد (۱۳).

۲-۱. **نقش فیزیولوژیک سیستم غدد درون‌ریز در زایمان:** از بین هورمون‌های سیستم غدد درون‌ریز، اکسی‌توسین مهم‌ترین هورمون محرک انقباضات رحمی در طی زایمان است. در رحم، اکسی‌توسین به گیرنده‌های خاص خود متصل شده و مسیرهای فسفولیپاز C^۶ و افزایش کلسیم داخل سلولی را فعال می‌کند که نهایتاً منجر به انقباض می‌شود (۱۴-۱۵). افزون بر این، اکسی‌توسین در تنظیم پیوند و دلبستگی مادر و نوزاد، افزایش رفتارهای مادری، کاهش استرس و اضطراب، روابط بین فردی و شروع شیردهی نیز نقش دارد (۱۶). زنانی که با زایمان فیزیولوژیک احساس امنیت، حمایت عاطفی، حس کنترل در روند زایمان و حضور ماما یا همراهان آشنا را تجربه می‌کنند، سطوح بالاتری از اکسی‌توسین و اندورفین‌ها داشته و به‌طور قابل توجهی درد کمتر، رضایت بیشتر و سیر فیزیولوژیک مناسب‌تری را تجربه می‌کنند (۱۷-۱۸).

همان‌طور که اشاره شد این تعریف معادل زایمان واژینال نمی‌باشد؛ زیرا در زایمان واژینال که سال‌هاست آن را به اشتباه زایمان طبیعی می‌نامند، ممکن است از القاء زایمان، تقویت دردهای زایمانی، مداخلات تهاجمی، مصرف داروهای مختلف و یا ابزارهایی همچون واکيوم^۱ و فورسپس^۲ استفاده شود (۱۰). اصول فیزیولوژیک مامایی، زایمان را بخشی از تداوم طبیعی چرخه باروری می‌داند که در شرایط حمایتی و بدون استرس، خودبه‌خود و سالم رخ می‌دهد (۱۱).

زایمان به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین فرآیندهای فیزیولوژیک بدن انسان شناخته می‌شود. این پدیده نتیجه هماهنگی بین سیستم‌های عصبی، غدد درون‌ریز، عضلانی و روانی بدن مادر است که بدون مداخله به‌طور طبیعی آغاز و به پایان می‌رسد. زایمان نه‌تنها یک رخداد زیستی بلکه یک روند تطابقی - تکاملی است که بدن زن برای آن از طریق سازوکارهای پیچیده تنظیم‌شده در سطح سلولی، هورمونی و رفتاری، آمادگی کامل دارد (۱۲).

زایمان فیزیولوژیک روندی بیولوژیک و انعطاف‌پذیر است که در آن شروع، پیشرفت و پایان زایمان به‌صورت خودبه‌خود و بدون القاء یا تقویت دردهای زایمان و بدون مداخلات غیرضروری صورت می‌گیرد و در نهایت منجر به زایمانی به معنای واقعی کلمه طبیعی، با مادر و نوزادی سالم خواهد شد. همان‌طور که اشاره شد این تعریف معادل زایمان واژینال نمی‌باشد؛ زیرا در زایمان واژینال که سال‌هاست آن را به اشتباه زایمان طبیعی می‌نامند، ممکن است از القاء زایمان، تقویت دردهای زایمانی، مداخلات تهاجمی، مصرف داروهای مختلف و یا ابزارهایی همچون واکيوم^۳ و فورسپس^۴ استفاده شود (۱۰). اصول فیزیولوژیک مامایی، زایمان را بخشی از تداوم طبیعی چرخه باروری می‌داند که در شرایط حمایتی و بدون استرس، خودبه‌خود و سالم رخ می‌دهد (۱۱).

زایمان به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین فرآیندهای فیزیولوژیک بدن انسان شناخته می‌شود. این پدیده نتیجه هماهنگی بین

1. Vacuum
2. Forceps
3. Vacuum
4. Forceps

5. Myometrium
6. Phospholipase C

بی‌حسی و داروهای القاء زایمان و حمایت کافی روحی - روانی از مادر به دلیل عدم مداخله در روند زایمان می‌باشد (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کاهش نرخ مداخلات جهت استفاده از مزایای آن، با آموزش، حضور ماما، توسعه مراکز زایمان فیزیولوژیک و ترویج آگاهی جامعه نسبت به فواید زایمان فیزیولوژیک امکان‌پذیر است (۱۹).

۴-۱. پیامدهای منفی مداخلات غیر ضروری در زایمان: یکی از چالش‌های مامایی در حال حاضر افزایش بی‌رویه مداخلات در زایمان بدون ضرورت پزشکی است، این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد مداخلات غیرضروری می‌تواند فرآیند فیزیولوژیک را مختل کرده و پیامدهای جسمی و روانی ناخواسته برای مادر و نوزاد ایجاد کند. گرایش به سزارین‌های بی‌دلیل، القاء زودهنگام زایمان و استفاده بیش از حد از داروهای ضد درد چالش‌های جدی پزشکی هستند (۲۱).

انجام مداخلات زایمانی مانند القاء زایمان، انواع بی‌حسی (چه در زایمان طبیعی و چه سزارین) و سزارین در غیاب ضرورت و الزام پزشکی منجر به بروز عوارض متعددی ازجمله آبشار مداخلات یا انجام مداخلات متوالی جهت نظارت، پیشگیری یا درمان عوارض جانبی مداخله قبلی (۱۲)، افزایش بروز افسردگی پس از زایمان به دلیل تنش ناشی از سزارین و درد آن (۲۲)، درد شدید پس از سزارین (۲۳)، افزایش نیاز نوزاد به درمان‌هایی همچون تهویه مکانیکی، اکسیژن تراپی و تجویز سورفاکتانت^۳ (۲۴)، افزایش عوارضی همچون مرگ، عفونت، بستری طولانی مدت در بیمارستان، هزینه‌های سنگین و آسیب به نوزادان و عوارض مادری منجر به انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه (۲)، افزایش میزان مرگ‌ومیر مادری و عوارضی مثل جفت سرراهی، حاملگی خارج از رحم و مرده‌زایی در بارداری‌های بعدی (۲۵)، افزایش زایمان زودرس، چسبندگی جفت و پارگی رحم در بارداری‌های آینده (۲۶)، افزایش ایست قلبی، عوارض بیهوشی، نارسایی حاد کلیوی و ترومبوآمبولی^۴ در دوران نفاس می‌گردد (۲۷).

اندورفین‌ها پپتیدهای اوپیوئیدی درون‌زا هستند که توسط هیپوفیز ترشح شده و طی زایمان به میزان بالا آزاد می‌شوند و با اتصال به گیرنده‌های خود انتقال درد را مهار می‌کنند. آن‌ها همچنین با کاهش فعالیت محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - غده فوق کلیوی موجب آرامش فیزیولوژیک می‌شوند. سطح بتاندورفین‌ها در طی حاملگی و زایمان افزایش یافته و چون این مواد با احساس سرخوشی و بی‌دردی مرتبط هستند، آستانه تحمل درد را بالا برده، سبب کاهش درک از درد شده و زنان را قادر می‌سازند که درد زایمان را تحمل نمایند (۴). در تحقیقات جدید مشخص شده است که بتاندورفین آزاد شده در روند زایمان فیزیولوژیک از طریق حفظ جریان خون مغز در شرایط کمبود اکسیژن^۱، باعث محافظت جنین از هیپوکسی و آسیب‌های عصبی ناشی از آن می‌شود (۱۹).

۳-۱. مزایای زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله: با توجه به اینکه در اکثر موارد زایمان طبیعی نیاز به مداخله ندارد، زایمان فیزیولوژیک زایمانی ایمن، کم‌درد، طبیعی و بدون مداخلات پزشکی با رعایت حریم خصوصی زائو در کنار همراه است که محیطی امن و آرام برای او ایجاد می‌کند. در زایمان فیزیولوژیک، زایمان روند طبیعی خود را طی کرده و دخالت‌های دارویی، پزشکی و اقدامات روتین بیمارستانی انجام نمی‌شود (۴). مطابق پژوهش‌های گسترده، زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله با پیامدهای مثبت متعددی همراه است که شامل کاهش ریسک عفونت، خونریزی، آسیب‌های جراحی در مادر، آغاز موفق‌تر شیردهی، بهبود پیوند عاطفی مادر و نوزاد، تسریع و بهبود روند زایمان، افزایش سازگاری جنین با هیپوکسی زایمان (۱۲)، توانمند ساختن زنان برای ایفای نقش فعال در تولد، ایجاد حس کنترل و رضایت و تأثیر مثبت بر سلامت عاطفی آنان، کاهش خطرات نوزادی مانند دیسترس تنفسی و پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (۱)، انتقال میکروارگانیسم‌های واژن^۲ و در نتیجه تقویت سیستم ایمنی و تنظیم متابولیسم نوزاد (۲۰)، کاهش جدایی مادر و نوزاد در بدو تولد، کاهش عوارض دارویی ازجمله داروهای

3. Surfactant

4. Thromboembolism

1. Hypoxia

2. Vaginal Microbiota

۵-۱. **قوانین کشوری و زایمان فیزیولوژیک:** با توجه به وجود قوانین مدونی که بر زایمان ایمن و فیزیولوژیک تأکید دارند (مانند قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت)، به نظر می‌رسد قوانین نظام جمهوری اسلامی در این حیطه به‌عنوان یک پل رابط بین اصول فقه اسلامی و اصول فیزیولوژی پزشکی در زایمان عمل می‌کنند. تقویت ارتباط بین اصول فقهی و مامایی نوین با تأکید بر قوانین در کنار ذکر مسائل این دو مقوله علمی، می‌تواند به سرعت بخشی ارتقاء سلامت مادران و نوزادان کمک شایانی نماید. با اذعان به قوانین کشوری جهت اصلاح هرم جمعیتی، هدایت خانواده‌ها و مادران به سمت ایمن‌ترین روش زایمان، نقشی کلیدی در روند فرزندآوری به‌عنوان یک موضوع مهم سیاسی - اجتماعی دارد. استناد به این قوانین ازجمله تبصره ۴ ماده ۴۱، بند الف ذیل ماده ۴۶، تبصره ۱ ماده ۴۹ و ماده ۵۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در جهت اختصاص بودجه به زایمان‌های طبیعی استاندارد و ایمن، اصلاح و بروزرسانی متون و منابع آموزشی درخصوص منع زایمان غیرطبیعی غیرضروری، ارتقاء مهارت مامایی در کشور جهت انجام زایمان فیزیولوژیک، کاهش سالانه ۵٪ از میزان زایمان غیرطبیعی و مداخله‌ای (در یک مقطع زمانی ۷ساله) جهت حفظ سلامت مادر و جنین و پیش‌نیاز بودن این مورد در اعتبار بخشی بیمارستان‌ها می‌تواند راهگشای مشکل استراتژیک کاهش باروری در ایران باشد (۲۸).

تمامی این موارد زمانی به‌صورت عینی در جامعه نمود خواهند یافت که بتوان با تکیه بر فرهنگ جامعه، اعم از کادر بهداشت و درمان و مادران، این قوانین را عملی و کاربردی نمود. درواقع زایمان مفهومی درآمیخته با ادراکات فرهنگی است؛ لذا انتخاب مادران بدون بازگشایی این کلاف فرهنگی و بدون تفهیم فرآیند مداخلات توسط متخصصین و مراقبین بهداشتی می‌تواند امری غیراخلاقی باشد. مراقبین سلامت، ماماها و متخصصان زنان باید با آگاه‌سازی زنان در انتخاب یک زایمان ایمن و کم‌عارضه به مواجهه با مسئله کاهش باروری در کشور بپردازند (۲). با وجود فرهنگ و اعتقادات ریشه‌دار مذهبی اسلامی در بین مادران جامعه، پیروی آنان از روش‌هایی که

هم سلامت آنان را به دنبال خواهد داشت و هم توجیه اسلامی دارد، در مقایسه با جوامعی که این پتانسیل را ندارند، بسیار بیشتر است. در این رابطه تنها چیزی که مورد نیاز بوده و باید انجام شود، استفاده از آموزش‌های دینی و جهت دادن به این آموزش‌ها در مسیر ایجاد رفتارهای صحیح بهداشتی و سلامتی است (۲۹). استفاده از همسویی قوانین کشوری با فرهنگ اسلامی ایرانیان و اصول فقه اسلامی مسلماً شتاب بیشتری به بهبود وضعیت بهداشت باروری خواهد داد.

۲. واکاوی ادله فقهی منع مداخلات غیرضروری زایمانی

در نگاه توحیدی اسلام، بدن زن در دوران بارداری جایگاهی قدسی و خلقت‌محور دارد. قرآن کریم در آیات متعددی مانند آیه ۲ سوره انسان و آیه ۶ سوره زمر به فرآیند شگفت‌انگیز آفرینش انسان در رحم به‌عنوان نشانه‌ای از قدرت الهی اشاره کرده است. این آیات نگاهی ملکوتی و هوشمندانه را به مراحل رشد انسانی نشان داده و بدن زن را به‌عنوان ظرف تجلی خلقت معرفی می‌نمایند. علامه طباطبایی در تفسیر آیه ۱۴ سوره لقمان تأکید دارد که واژه «وَهْن» صرفاً به معنای ضعف عضلانی نیست، بلکه ناظر به انباشت خستگی‌های جسمی، روحی و روانی مادر در فرآیند بارداری است. این رنج نه‌تنها امری جسمی بلکه نشانه‌ای از استقامت، ایمان و مشارکت زن در حکمت آفرینش است (۳۰).

اسلام با بهره‌گیری از مبانی قرآنی، فقهی و روایی، زایمان را فرآیندی طبیعی، مقدس، اخلاقی و حکیمانه می‌داند. چنین دیدگاهی برخلاف تصور رایج، محدود به سنت‌گرایی یا دوره پیش تکنولوژی نیست، بلکه بر شناختی عمیق از کارکرد طبیعی بدن و کرامت زن در مقام شریک خلقت الهی استوار است. در این حیطه مؤلفه‌های اصلی کرامت مادر شامل احترام به حقوق و شخصیت مادران، مشارکت و خودمختاری، تعاملات و ارتباطات مؤثر، حمایت از مادر و نوزاد و پیوند عاطفی آنان در روند زایمان است (۳۱). از دیدگاه فقه اسلامی اصول و قواعدی وجود دارند که با استناد به آن‌ها می‌توان گفت که در غیاب ضرورت پزشکی، زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخلات غیرضروری نه‌تنها مجاز که ارجح است.

۱-۲. **قاعده «لا ضرر»:** یکی از قواعد کلیدی در فقه، قاعده «لا ضرر و لا ضرار فی الاسلام» است (۳۲). طبق این اصل، هرگونه مداخله در فرآیندها، تنها در صورتی جایز است که از بروز ضرر جلوگیری کند یا ضرری را دفع کند. به اقتضای این اصل هرگونه مداخله پزشکی در زایمان تنها در صورتی جایز است که خطر واقعی برای مادر یا جنین وجود داشته باشد. این دیدگاه با دستورالعمل‌های علمی مامایی در زمینه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد کاملاً هم‌راستا است. امروزه سازمان جهانی بهداشت استفاده بدون دلیل و بیش از حد مداخلات از جمله سزارین‌های بدون ضرورت پزشکی، القاء دارویی و مکانیکی زایمان و استفاده بیش از حد از داروهای ضد درد را نه تنها بی‌اثر بلکه مضر برای سلامت مادر و نوزاد می‌داند (۲۴، ۳۳).

قاعده «لا ضرر» نه تنها قاعده‌ای اصولی در استنباط احکام، بلکه اصلی اخلاقی، اجتماعی و کاربردی در فقه پزشکی محسوب می‌شود. در حوزه بارداری و زایمان قاعده «لا ضرر» چند کارکرد فقهی محور دارد؛ اول آن که اگر زایمان به صورت فیزیولوژیک بدون خطر پیش می‌رود، هرگونه مداخله مانند القاء دارویی، برش پرینه، تکنیک‌های تهاجمی، بی‌حسی اپیدورال^۱ یا سزارین بدون اندیکاسیون پزشکی، در صورتی که احتمال بروز آسیب‌هایی مانند درد مزمن، خونریزی، عفونت، استرس روانی یا هر نوع اختلال بعدی را در پی داشته باشد، شرعاً جایز نیست. نکته دیگر آنکه اگر مادر نسبت به سزارین یا زایمان پرمداخله دچار ترس، نگرانی روانی یا تجربه آسیب‌های قبلی باشد و ترجیح او به زایمان فیزیولوژیک به دلیل سلامت و آرامش روانی‌اش باشد، قاعده «لا ضرر» این حق را برای او قائل است که از مداخلات بی‌دلیل امتناع کند. اصل فقهی «لا ضرر» شامل هرگونه فشار روانی، ترس، استرس و تنها گذاشتن در شرایط حساس جسمی - روانی نیز می‌شود (۳۴). مطابق با این آموزه‌ها در مامایی نوین نقش همراه در زایمان^۲ به عنوان یکی از عوامل مهم در بهبود نتایج زایمانی شناخته شده است. حضور یک فرد آشنا و آموزش‌دیده در کنار مادر موجب

کاهش مدت زایمان، کاهش اضطراب، تبدیل زایمان به تجربه‌ای خوشایندتر و کاهش نیاز به مداخلات می‌شود (۳۵، ۳۶). این همسویی نشان‌دهنده پشتوانه علمی بسیاری از توصیه‌های دین اسلام است. اگر همراه آگاه با رعایت عفاف و ادب حضور یابد، نه تنها جایز بلکه مستحب مؤکد است؛ زیرا به تسهیل زایمان کمک کرده و مانع اضطراب زن می‌شود به همین دلیل در اسلام کمک به زایمان و زائو واجب کفایی دانسته شده است (۳۷). امروزه در مامایی، ماما نه فقط ارائه‌دهنده خدمات بالینی، بلکه حامی روانی، آموزشی و حتی معنوی مادر است. در زایمان فیزیولوژیک نقش ماما فراهم آوردن محیطی آرام، ایمن، کم‌استرس و مملو از حمایت عاطفی است تا بدن بتواند به‌طور طبیعی هورمون‌هایی مانند اکسی‌توسین و بتاندورفین را ترشح کند که عامل کلیدی در پیشرفت آرام زایمان و کاهش درد هستند. دیدگاه روان‌تنی به زایمان تأکید می‌کند که تجربه ذهنی زن از زایمان اثر مستقیم بر پیشرفت فیزیولوژیک آن دارد. ترس، اضطراب و تجربه منفی قبلی می‌تواند ترشح آدرنالین^۳ را افزایش داده و در نتیجه با مهار اکسی‌توسین، زایمان را کند، درک از درد را تشدید و نیاز به مداخله را بالا ببرد (۱۲).

۲-۲. **اصل «فطرت»:** یکی از مهم‌ترین اصول اسلام در مواجهه با بدن انسان، پذیرش طبیعت یا تغییر غیرضروری در فرآیندهای طبیعی است. در قرآن کریم آمده است «فَطَرَتَ اللَّهُ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا، لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ» (روم/۳۰). در این آیه اصل فطرت به مثابه الگویی ثابت و حکیمانه برای سامان‌دهی نظام هستی و بدن انسان معرفی می‌شود. در فقه اسلامی اصل بر اباحت هر آن چیزی است که با فطرت انسان سازگار باشد و تنها در صورت وجود دلیل معتبر شرعی یا عقلی، تغییر در آن رواست (۳۸). زایمان به‌عنوان فرآیندی طبیعی، از جمله مصادیق خلقت فطری الهی است که بدون دخالت انسانی و با مکانیسم‌های فیزیولوژیک پیش می‌رود و هرگونه مداخله بی‌مورد در آن ممکن است منجر به اختلال شود. این اصل با رویکرد «زن‌محور» در مامایی تطابق دارد که

1. Epidural Anesthesia

2. Doula

3. Adrenaline

اندیکاسیون و ضرورت، طبق نظر پزشک یا شورای تخصصی، مداخلات لازم انجام خواهد شد.

۲-۴. **قاعده «اضطرار»:** مراد از ضرورت در سراسر فقه، ضرورت عرفی است، یعنی سختی که از حد توان خارج باشد؛ اما زایمان در زنان از قواعد خلقت و تحمل آن در زنان نهادینه شده است؛ لذا استفاده از قاعده «اضطرار» جهت تجویز مداخلات صحیح نمی‌باشد. صرفاً در مواردی که به تشخیص پزشک متخصص یا شورای پزشکی تشخیص اضطرار داده شده است، توصیه و انجام مداخلات مجاز خواهد بود و طبق اصل «عدالت»، بی‌عدالتی است که عواقب و عوارض مداخلات بدون ضرورت برای مادر گفته نشود؛ بنابراین لازم است کادر بهداشت و درمان تا حد امکان به مادران مشاوره لازم را ارائه نمایند و با حمایت از وی، معایب و مضرات مداخلات غیر ضروری را به وی تفهیم نمایند (۴۰).

در مواردی که اضطراری وجود ندارد و با توجه به وجود جایگزین ایمن‌تری مانند زایمان فیزیولوژیک، پزشک یا بیمار اذن تصرف ضروری در بدن را بدون غرض عقلایی ندارد. لازم به ذکر است که زایمان همیشه مشتمل بر مشقتی که نوعاً قابل تحمل نباشد، نیست و به‌ویژه امروزه با مراقبت‌های تخصصی و روش‌های پیشرفته غیر تهاجمی می‌توان زایمان را به تجربه‌ای مثبت تبدیل نمود. از سوی دیگر براساس 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 (۴۳). این موضوع دقیقاً این جمله را به ذهن متبادر می‌سازد که در علم پزشکی - مامایی «در زایمان، مداخلات پزشکی تنها در صورت وجود خطر واقعی ضرورت می‌یابند و اصل بر حمایت از روند طبیعی زایمان و توانمندسازی زنان در تجربه آن است» (۲).

۲-۵. **قاعده «نفی عسر و حرج»:** براساس قاعده «نفی عسر و حرج» در شرع اسلام هیچ‌گونه حکم حرجی وجود ندارد، برای نمونه در آیه ۷۸ سوره حج آمده است «و بر شما در دین اسلام هیچ مشقت و سختی قرار نداد». خداوند در آیه ۱۸۵ سوره بقره فرموده است «خداوند برای شما آسانی خواسته و برایتان

تأکید می‌کند زن یک بیمار نیست، بلکه فردی است که به یک روند فیزیولوژیک و طبیعی وارد شده است (۳۹). سازمان جهانی بهداشت براساس نتایج مطالعات عنوان می‌سازد که انجام مداخلات، نادیده گرفتن توانایی فیزیولوژیک زنان است و زایمان فیزیولوژیک در صورت فقدان ضرورت پزشکی خاص، ایمن‌تر، کم‌عارضه‌تر و رضایت‌بخش‌تر از زایمان‌های پرمداخله و سزارین است (۳۳).

۲-۳. **قاعده «تسلیط»:** از منظر فقه اسلامی احترام به انتخاب زن و مشورت و مشارکت او در تصمیمات پزشکی از اصول مهم اخلاق پزشکی شمرده شده است. به دلیل قاعده «الناس مسلطون علی انفسهم» نمی‌توان هیچ شخص یا بیماری را مجبور به معالجه و مداوا کرد؛ جز در صورتی که موجب آسیب و زیان رساندن به خود یا دیگری گردد، که در این صورت قاعده «لاضرر» بر قاعده «تسلیط» حکومت یافته و بیمار را مجبور به معالجه می‌کند (۳۲).

با توجه به اینکه مادر تنها بر نفس خود تسلط دارد نه بر نفس جنین، اگر تسلط مادر منتهی به اضرار به جنین - نوزاد شود، قاعده «تسلیط» دیگر کاربرد و کارایی ندارد؛ زیرا قاعده «تسلیط» قاعده‌ای امتنانی است، یعنی تا جایی کاربرد و کارایی دارد که به دیگری ضرری وارد نکند. در این حالت با استناد به قاعده «لاضرر» و با تشخیص پزشک مجوز مداخله ضرور صادر می‌گردد (۴۰) و مادر نمی‌تواند صرفاً به دلایل غیر پزشکی به دنبال انتخاب مداخلات باشد.

در مدل‌های نوین مراقبت‌های مامایی رویکرد «زن‌محور» اصلی بنیادین است. این مدل نه تنها نیازهای جسمی، بلکه ابعاد روانی، فرهنگی، اجتماعی و اعتقادی زن را مد نظر قرار می‌دهد. زن نه بیمار، بلکه شریک مراقبت است. در تمام روند مراقبت، اطلاعات کامل به مادر داده می‌شود تا توانایی مشارکت و تصمیم‌گیری او تقویت گردد (۳۹). مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد «زن‌محور» مهم‌ترین عامل در افزایش رضایت‌مندی زنان از زایمان فیزیولوژیک بوده (۴۱) و موجب کاهش عوارض زایمان و پس از زایمان می‌گردد (۴۲)؛ با این حال طبق اصول زایمان فیزیولوژیک، در صورت وجود

سختی نخواسته است». با این مبنا شخص می‌تواند از اموراتی که وی را در حرج و سختی قرار داده برهاند و این حق را دارد تا امر غیر حرج را برگزیند. حرج و سختی که مداخلات بدون ضرورت پزشکی بر جان و جسم مادر و فرزند وارد می‌نماید بیشتر از فایده آن است، چه بسا درد و حرج زایمان طبیعی رفتنی است لکن سختی، حرج و عوارض مداخلات تا مدت‌ها و گاه تا پایان عمر همراه و گریبانگیر مادر و کودک است؛ از سوی دیگر با استناد به قاعده حرج نمی‌توان جواز مداخلات را اثبات نمود؛ چرا که ادله حرمت اضرار به نفس از حکومت قاعده حرج جلوگیری می‌کند (۳۴). همین مفهوم فقهی در مامایی و امر زایمان، کاربردی بالینی پیدا می‌کند که در تمام کتب مرجع مامایی، دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت، مقالات معتبر و پروتکل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نمود می‌یابد. خطرات مداخلات غیر ضروری امری ثابت‌شده در علوم پزشکی است که هم بر مادر و هم جنین - نوزاد وارد شده و تعدادی از آن‌ها سلامت این دو گروه جمعیتی را حتی در ماه‌ها و سال‌های بعدی هم تحت تأثیرات منفی خود قرار خواهد داد (۲، ۱۲، ۲۷-۲۲).

اگر تصور شود که استفاده از قاعده «نفی عسر و حرج» می‌تواند راهی برای انتخاب مداخلات (مداخلات بدون ضرورت پزشکی) باشد، باید گفت که این قاعده نمی‌تواند در جایی جریان یابد که جان یا سلامت دیگری در مخاطره قرار می‌گیرد؛ پس نمی‌شود به استناد قاعده «لا حرج» قائل به جواز آن شد، مگر اینکه خطر عدم مداخله بیشتر باشد که در این صورت جزء موارد تراحم بوده و باید طبق قاعده «الاهم و المهم» عمل شود (۴۳).

نتایج

۱. از منظر مامایی مدرن، زایمان بدون نیاز به مداخله غیر ضروری سبب حفظ عملکرد طبیعی مادر و نوزاد، مناسب‌سازی روند زایمان و کاهش عوارض متعدد در نوزادان و مادران می‌گردد. طبق قاعده «لاضرر» در حالتی که زایمان به صورت فیزیولوژیک پیش رود، هیچ مداخله‌ای جایز نیست؛ زیرا طبق

نتایج پزشکی، مداخلات بدون ضرورت مضر برای سلامت مادر و نوزاد هستند. اگرچه طبق قاعده «تسلیط» و از منظر فقه اسلامی، احترام به انتخاب مادر و مشارکت او در زایمان ضروری است؛ اما اگر انتخاب نوع خاصی از مداخله توسط مادر موجب آسیب رساندن به خود او یا جنین یا نوزاد گردد، در این صورت قاعده «لا ضرر» بر قاعده «تسلیط» حاکم می‌شود.

۲. در فقه اسلامی اصل بر اباحه مواردی است که با فطرت انسان سازگار باشد و تنها در صورت وجود دلیل معتبر شرعی یا عقلی، تغییر در آن روا است. زایمان نیز امری طبیعی و از مصادیق خلقت فطری الهی است که هرگونه مداخله بی‌مورد در آن ممکن است منجر به بروز اختلال گردد. با توجه به توانایی فطری و فیزیولوژیک زنان در امر زایمان استفاده از قاعده «اضطرار» جهت انجام مداخلات، صرفاً در حالتی مجاز خواهد بود که به تشخیص متخصصین مورد اضطراری و خطرآفرین برای مادر یا جنین پیش آمده باشد.

۳. با توجه به اینکه زایمان غیرفیزیولوژیک مشکلات متعددی برای جسم و روان مادر و نوزاد ایجاد می‌نماید، پس از ارائه اطلاعات در این زمینه، مادر می‌تواند در امر زایمان مشارکت آگاهانه داشته باشد و با استناد به قاعده «نفی عسر و حرج» خود و کودکش را از سختی برهاند. خطرات و حرج مداخلات غیر ضروری امری ثابت‌شده در علوم پزشکی است که با استفاده از کاربرد بالینی این قاعده فقهی می‌توان از آن دوری جست.

۴. اگرچه امروزه در تمامی جهان ازجمله ایران به انجام زایمان فیزیولوژیک توصیه می‌شود؛ اما توجه به این نکته حائز اهمیت است که اجرای زایمان فیزیولوژیک در یک کشور نیازمند رویکردی چندوجهی است که شامل ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، سیاست‌گذاران و افراد جامعه می‌شود. این امر مستلزم تغییر در باورها و نگرش‌های فرهنگی نسبت به زایمان فیزیولوژیک و همچنین ارائه آموزش و منابع به زنان و خانواده‌ها برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد انتخاب نوع زایمان است.

۵. در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، طرح‌های تشویقی و حمایتی از زایمان‌های طبیعی استاندارد و ایمن

۳. افزایش آگاهی مادران از حقوق و انتخاب‌های خود در فرآیند زایمان که با تأکید بر مداخلات غیر ضروری و تشریح موضوع از منظر مامایی نوین، فقه اسلامی، اخلاق پزشکی و قوانین کشوری انجام شود.

۴. سیاست‌گذاران و مسئولان حوزه سلامت در تدوین یا بازنگری دستورالعمل‌های مراقبت زایمانی، ظرفیت‌های فقه اسلامی در حمایت از کاهش مداخلات غیرضروری را مورد توجه قرار دهند؛ زیرا استفاده از پتانسیل اعتقادات مذهبی ایرانیان (مادران، خانواده‌ها و کادر درمان) عامل مؤثری در پیشبرد این زمینه خواهد بود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

ابراز نشده است

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، دقت و امانتداری رعایت شده است.

وجود دارد. این طرح‌ها شامل برنامه‌های بازآموزی کادر بهداشت و درمان، مراقبت‌های بهداشتی مادران باردار و کلاس‌های آمادگی برای زایمان هستند که نیاز به اعمال تغییرات دارند. این تغییرات باید شامل مطرح نمودن اصولی از فقه اسلامی که جلوگیری از مداخلات غیرضروری را به وضوح تبیین نموده‌اند، در کنار آموزش‌های نوین مامایی باشد. این رویه می‌تواند بازده برنامه‌های فوق‌الذکر را افزایش دهد؛ زیرا وجود بعد اسلامی در باورها و تفکرات جامعه ایرانی قطعاً پذیرش موضوعات علمی که توجیه فقهی داشته باشند را بالاتر خواهد برد.

۶. تلفیق دو منظر اسلامی و پزشکی می‌تواند منجر به طراحی و پیاده‌سازی الگوهایی از مراقبت زایمانی شود که نه تنها مبتنی بر شواهد علمی، بلکه منطبق با باورهای فرهنگی و اعتقادی جوامع اسلامی باشد. این الگوها می‌توانند در بستر سلامت معنوی، موجب افزایش اعتماد مادران، تصمیم‌گیری صحیح و ارتقاء سلامت جسمی و روانی آن‌ها و کودکانشان شوند. مطالعه حاضر نشان داد اصول فقه اسلامی می‌تواند مبنای نوآوری در آموزش مامایی، اصلاح سیاست‌های سلامت باروری و طراحی دستورالعمل‌های فرهنگی مبتنی باشد که همسو با باورهای اسلامی، سلامت مادران و نوزادان را تضمین نماید.

پیشنهادهات

با توجه به یافته‌های این پژوهش و با عنایت به همسویی اصول و قواعد فقه اسلامی با رویکرد زایمان فیزیولوژیک در مامایی نوین پیشنهادهات زیر ارائه می‌گردد:

۱. چارچوبی بین رشته‌ای برای تصمیم‌گیری درباره مداخلات هنگام زایمان طراحی شود که در آن ضرورت پزشکی، اصل حفظ سلامت مادر و جنین و موازین فقه اسلامی به صورت توأمان مورد توجه قرار گیرد.

۲. آموزش کادر درمان در جهت کاهش مداخلات غیرضروری و ارائه محتوایی آموزشی که مبانی اخلاق پزشکی و فقه اسلامی را در کنار شواهد علمی پزشکی مورد توجه قرار دهد.

References

- Behzadifar M, Hasanvandi H, Shahabi S, Bakhtiari A & Azari S. "Development of Physiological Childbirth in Iran: Policy Brief". *Yafteh*. 2023 (1401). 24(4): 94-101. [In Persian]
- Zareipour MA, Mohammad KS, Khorsandi B, Afkhami AF, Moshirenia F & Hardani NM. "Investigating the Relationship Between the Type of Delivery and Neonatal and Maternal Outcomes in Public and Private Hospitals in Yazd". *Tehran University Medical Journal*. 2024 (1403). 82(1): 54-61. [In Persian]
- Papoutsis, D. "Methods to Promote a Natural Birth". *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*. 2024. 41(4): 485-492. [In English]
- Rastak L, Goodarzi L. Physiologic Childbirth. Shahrekord: Scientific and Academic Publication of Islamic Azad University; 2024 (1403). 134. [In Persian]
- Pirdadeh Beiranvand S, Behboodi Moghaddam Z, Hasani M, Beiranvand S & Beygizadeh A. "Fear of Natural Childbirth and its Related Factors Among Primigravid Women: a Mixed-Methods Study". *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2024 (1403). 27(3): 21-36. [In Persian]
- Malik S, Ishaq S & Farzooq H. "Global Variations in Cesarean Section Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Indus Journal of Bioscience Research*. 2025. 3(6):10-19. [In English]
- Astaraki P, Ahadi M, Khademi Z & Changae F. "Transformation Plan and Mode of Delivery in Lorestan Province". *Yafteh*. 2024 (1403). 26(2):1-9. [In Persian]
- Latifnejad Roudsari R, Zakerihamidi M, Merghati Khoei E & Kazemnejad A. "Comparing the Cultural Beliefs Related to Mode of Delivery Among Pregnant Women and Women with Childbirth Experiences as Vaginal Delivery or Cesarean Section (Tonekabon, 2014)". *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015 (1394). 24(120): 54-68. [In Persian]
- Rajaei F, Mohaghegh Damad M & Mousavi SMS. "Legal and Jurisprudential Consideration of Legal Relationship of Human to His Body Organs". *Jurisprudence and Islamic Law*. 2011 (1390). 2(2): 45-62. [In Persian]
- Feeley C. Supporting Physiological Birth Choices in Midwifery Practice: the Role of Workplace Culture, Politics and Ethics. 1st ed. New York: Routledge; 2023. 3. [In English]
- Walsh D, Devane D. "A Metasynthesis of Midwife-Led Care". *Qualitative health research*. 2012; 22(7): 897-910. [In English]
- Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. Washington, D.C.: National Partnership for Women & Families; 2015. 12 and 170. [In English]
- Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY & Casey BM. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. 408-410. [In English]
- Hermesch AC, Kernberg AS, Layoun V & Caughey AB. "Oxytocin: Physiology, Pharmacology, and Clinical Application for Labor Management". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2024. 230(3): 729-739. [In English]
- Hamburg-Shields E & Mesiano S. "The Hormonal Control of Parturition". *Physiological Reviews*. 2024. 104(3):1121-1145. [In English]
- Algoe SB, Kurtz LE & Grewen K. "Oxytocin and Social Bonds: The Role of Oxytocin in Perceptions of Romantic Partners' Bonding Behavior". *Psychological science*. 2017. 28(12):1763-1772. [In English]
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ & Sakala C. "Continuous Support for Women During Childbirth". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. 7(7): 7-14. [In English]
- Salehi A, Fahami F, Aghaie N & Beigi M. "The Role of Husband on Satisfaction of Childbirth: An Approach to Promote Natural Childbirth". *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2024 (1403). 27(10):53-62. [In Persian]
- Khajehei, M. Endorphins, Sexuality, and Reproduction. in Endogenous Opioids: From Basic Science to Biopsychosocial Applications. Springer International Publishing. 2024. 15: 397-433. [In English]
- Korpela, K. "Impact of delivery mode on infant gut microbiota". *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2021. 77(3):11-9. [In English]
- Angolile CM, Max BL, Mushemba J & Mashauri HL. "Global Increased Cesarean Section Rates and Public Health Implications: A Call to Action". *Health science reports*. 2023. 6 (5): e1274. [In English]
- Cárdenas EF, Yu E, Jackson M, Humphreys KL & Kujawa A. "Associations Between Maternal Birth Complications and Postpartum Depressive Symptoms: A Systematic Narrative Review and Meta-Analysis". *Women's Health*. 2025. 21(Feb):1-20. [In English]

23. Froeliger A, Deneux-Tharaux C, Loussert L, Bouchghoul H, Sutter-Dallay AL, Madar H, et al. "Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression 2 Months After Cesarean Delivery: A Prospective Multicenter Study". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2025. 232(5): 491.e1-491.e11. [In English]
24. Korchynska, OO. "Cesarean Section—A Pathological Pattern of the Mother and the Newborn". *Problems Of Clinical Pediatrics*. 2025. 2(68): 97-100. [In English]
25. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. "Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children". *The Lancet*. 2018. 392(10155):1349-1357. [In English]
26. Kietpeerakool C, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Rattanakanokchai S, Vogel JP & Gülmezoglu AM. "Pregnancy Outcomes of Women with Previous Caesarean Sections: Secondary Analysis of World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health". *Scientific Reports*. 2019. 9(1): 9748. [In English]
27. Ramasauskaite D, Nassar A, Ubom AE, Nicholson W, FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee, et al. "FIGO Good Practice Recommendations for Cesarean Delivery on Maternal Request: Challenges for Medical Staff and Families". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2023. 163(S2):10-20. [In English]
28. Islamic Parliament Research Center Of The Islamic Republic Of IRAN. Law on the Protection of the Family and Youthful Population. 2021 (1400). Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266>
29. Vazirinejad R, Kazemi M, Kazemi F, Azhdari T & Gomnami N. "The Effect of the Level of Religious Regulations Compliance Among Pregnant Mothers on Their Decision about the Type of Delivery in an Iranian community: A Case-Control Study". *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016 (1395). 15 (6): 503-514. [In Persian]
30. Tabatabaei MH. Al-Mizan fi Tafsir al-Quran. 9th ed. Qom: Islamic Publications Office Affiliated with the Qom Seminary Teachers' Association; 2023 (1402). 16: 322. [In Persian]
31. Mostafazadeh F. "Identification and Analysis of Key Components of Maternal Dignity: A Review Study". *Medical Ethics*. 2024 (1403). 18(49): 1-19. [In Persian]
32. Adnani M. "The Jurisprudential Rule of Harmlessness and its Application in Medical Jurisprudence". *Journal of Social Jurisprudence*. 2014 (1393). 2 (3): 59-80. [In Persian]
33. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. 2018. 1-18. [In English]
34. Makarem Shirazi N. Medical Rules. Qom: The school of Imam Ali ibn Abi Talib. 2008 (1387). 62. [In Persian]
35. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK & Cuthbert A. "Continuous Support for Women During Childbirth". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. 7(7):13-31. [In English]
36. Lai X, Chen J, Lu D, Wang L, Lu X, Chen I, et al. "The Association Between Doula Care and Childbirth- Related Post- Traumatic Stress Disorder Symptoms: The Mediating Role of Childbirth Experience". *Birth*. 2025. 52(2): 243-251. [In English]
37. Najafi M. H. The Jewels of the Word in the Explanation of the Laws of Islam. Quchani A. Tehran: Darul Kutub al-Islamiyya; 1988 (1367). 31:250. [In Persian]
38. Javadi Amoli A. Tasnim interpretation of the Holy Quran. Qom: Israa Publishing Center; 2022 (1401). 64: 417-437. [In Persian]
39. Rotich EN, Clow S & Coetzee M. "A Model for Woman-Centred Maternity Care Using Appreciative Inquiry and Human Scale Development in Uasin Gishu County, Kenya". *African Journal of Midwifery and Women's Health*. 2025. 19(1):1-2. [In English]
40. Ghorbani F, Ghorbani L, Rezaei E & Ebrahimi E. "Jurisprudential Approach, Medical to the Criterion of Selective Cesarean Section Prohibition". *Journal of Medicine Spiritual Cultivation*. 2019 (1397). 27(1):74-92. [In Persian]
41. Ghobadi M, Ziaee T, Mirhaghjo N & Pazandeh F. "Evaluation of Satisfaction with Natural Delivery Experience and its Related Factors in Rasht Women". *Journal of Health and Care*. 2018 (1397). 20 (3): 215-224. [In Persian]
42. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A & Devane D. "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women". *Cochrane database of systematic reviews*. 2016.4(4): 11-22. [In English]
43. Kalantari Khalilabad A, Ghodrati F & Karimi Zarch A. "Legal-Medical Legitimacy of Optional Caesarean". *Medical Figh*. 2016 (1395). 8(26-27): 11-37. [In Persian]