

داشتن میزان زایمان سزارین تا حد امکان به نفع زنان در سنین باروری است. مرگ و میر مادران بعد از سزارین در کشورهای با درآمد بالا نادر است اما در کشورهای با درآمد متوسط تا پایین مرگ و میر مادران همچنان بالاست. در یک مطالعه جامع در سال ۲۰۱۹ که ۳ میلیون تولد سزارین را در کشورهای با درآمد کم تا متوسط شامل می شد، ۷۶۰ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار سزارین گزارش شده است. شایع ترین علت مرگ خونریزی بعد از سزارین گزارش شده است. همچنین میزان مرگ و میر مادری همراه با زایمان سزارین ۲ تا ۴ برابر زایمان واژینال است. یک مطالعه در کشور ایالات متحده آمریکا در مورد مرگ و میر نوزادان بر اساس روش زایمان در میان زنان، نشان داد که مرگ و میر نوزادان پس از تولد با سزارین بیش از دو برابر شده است. [۵۳]

لازم به ذکر است، تقریباً در تمام بررسی های سزارین های انتخابی، عوارض مشاهده شده بیشتر بوده است.

عوارض نوزادی سزارین: این عوارض شامل تولد نوزاد نارس با دخالت های پزشکی و ترومای حین تولد است.

در مطالعه جامع شامل ۲۹۶۶۹ مورد تولد، وقوع تندی تنفس نوزادی (Tachypnea) پس از سزارین برنامه ریزی شده، حدوداً سه برابر بیشتر از زایمان طبیعی بود. (۳۰۱ درصد در مقابل ۱۰۱ درصد)

همچنین ریسک ابتلا به آسم و آلرژی در کودکان حاصل از زایمان سزارین نسبت به زایمان طبیعی بالاتر است.

تصمیم گیری در مورد نحوه ی زایمان باید توسط ارائه دهنده مراقب سلامت و دریافت کننده آن با هم گرفته شود. فواید زایمان واژینال موفق، شامل کاهش خطر خونریزی و عفونت، کاهش بستری بعد از زایمان در بیمارستان و بهبود سریع می باشد. اگرچه زایمان سزارین نیز ممکن است در موارد خاصی مانند جفت سرراهی لازم باشد.

در مجموع عوارض سزارین شامل: عوارض مادری از جمله: تب، اندومتريت، عوارض زخم، خونریزی، آسیب جراحی، ترمبومبولی وریدی، مرگ مادر، عوارض انواع روش های بیهوشی و بی حسی، بی حرکتی و انسداد کاذب کولون، ترمبومبولی عفونی لگن، ترومبوفلیبیت ورید تخمدان (التهاب رگ و ایجاد لخته در آن)، عدم جلوگیری کامل از پرولاپس ارگان های لگنی و بی اختیاری ادراری، مشکلات روانی، و خطرات نوزادی و جنینی است.

خطرات طولانی مدت سزارین شامل: تشکیل جفت غیر طبیعی، پارگی رحم در بارداری بعدی، عوارض اسکار (جای زخم)، چسبندگی های داخل شکمی و انسداد روده، نازایی، مرده زایی بدون علت، تولد زودهنگام، و اثرات جانبی بر روی میکروبیوم های روده در نوزاد می باشند.

### بارداری اندام زنانه را برهم میزند.

تغییر تناسب اندام در طی بارداری امری اجتناب ناپذیر است، اما اکثریت این تغییرات قابل برگشت هستند. با ورزش و تحرک بدنی کافی و نیز ورزش های مخصوص هر عضو، به خوبی می توان هم سطح سلامت بالاتری را کسب کرد هم تناسب اندام را به حتی بهتر از قبل بازگرداند. همچنین در مواردی مانند لکه های پوستی که ممکن است در برخی افراد بعد از زایمان باقی بماند، انواع روش های درمانی زیبایی وجود دارد. از طرف دیگر، باید توجه داشت تجربه یک دوره بارداری، زایمان و سپس شیردهی، آن قدر منافع طبی جسمی و روانی اثبات شده برای زنان دارد که نمی توان به خاطر مسئله ای گذرا - هر چند قابل توجه - مانند به هم خوردن موقت تناسب اندام، از آن ها چشم پوشید. فواید بیشمار بارداری و شیردهی در فصل ۳ ذکر شده است.



۶

## شبهات پزشکی

- زایمان طبیعی خطرناک است
- بارداری اندام زنانه را برهم می زند
- فواصل زایمان ها
- سن بارداری
- تعداد زایمان های مجاز
- درد زایمان طبیعی
- بارداری عامل پوکی استخوان
- غربالگری بارداری
- سقط بی درد سر
- عوارض اقلام ممانعت از بارداری

### زایمان طبیعی خطرناک است

سوال: آیا زایمان طبیعی خطرناک است؟ آیا احتمال مرگ مادر و بچه در این زایمان بالاست و سزارین بهتر، راحت تر و امن تر از زایمان طبیعی است؟

باید برای بررسی درست بودن این گزاره، آمار و مطالب موجود مرگ و میر مادران بعد از زایمان طبیعی و سزارین را براساس منابع معتبر علمی [۲، ۵۱، ۵۲] با هم مقایسه کنیم.

در کشور هلند، در مطالعه ای خطر مرگ مادران پس از زایمان با سزارین تقریباً سه برابر بیشتر از زایمان طبیعی بود؛ که عمدتاً به دلیل مرگ و میر ناشی از خونریزی پس از زایمان و عوارض بیهوشی بوده و در مطالعه ای دیگر زایمان با سزارین هفت برابر خطرناک تر از زایمان طبیعی بوده است. بنابراین پایین نگه

## فواصل زایمان ها

سوال: آیا بین زایمان‌های یک زن باید ۳ تا ۵ سال فاصله وجود داشته باشد؟

مطالعات از ارتباط مولتی پار بودن و احتمال بیشتر سزارین، ترومبوز وریدی، پره اکلامپسی و فشار خون بارداری، دیابت بارداری، پوزانتاسیون بد جنین و زایمان‌های ایزاری، زایمان طولانی، زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، میزان بستری نوزاد در NICU، مرگ نوزاد، اختلالات مایع آمنیوتیک، و پارگی‌های پرینه حمایت نمی‌کنند.

هر چند که داده‌ها به نفع برخی عوارض مثل خونریزی بیشتر پس از زایمان، اختلالات جفت و پرولاپس بند ناف در زایمان‌های ششم به بعد است.

## درد زایمان طبیعی

سوال: زایمان طبیعی خیلی دردناک‌تر از سزارین است؟

میزان درد بسته به آمادگی‌های حین بارداری و قبل از زایمان و شرایط بالینی مادر یا جنین، درجات مختلفی دارد. ممکن است زایمان فردی سه ساعت بیشتر زمان نبرد در حالیکه در فرد دیگری سیزده ساعت طول بکشد. در زایمان سزارین دردهای بعد از عمل نیز تحمل می‌شود. در کل نمی‌شود برای همه حکم یکسان داد و هرکس براساس فاکتورهای مختلف تجربه خاص خود را دارد چه در زایمان سزارین چه در زایمان طبیعی.

در زایمان طبیعی هم مانند سزارین می‌شود از بی‌حسی نخاعی و سایر روش‌های بی‌دردی که به تازگی رواج پیدا کرده است، استفاده کرد. به طور ایده‌آل مادر باید قبل از شروع پروسه زایمان از روش‌های موجود اطلاع پیدا کند تا بتواند انتخاب مناسبی را برای بی‌دردی زایمان داشته باشد.

## بارداری عامل پوکی استخوان

سوال: آیا بارداری و زایمان باعث تحلیل قوای جسمی زن و پوکی استخوان می‌شود؟

بارداری و شیردهی با افزایش جذب کلسیم و تراکم استخوان همراه است چرا که جذب کلسیم و قرارگیری آن در بافت استخوانی در صورت کفایت منابع با افزایش برداشت آن افزایش می‌یابد. بنابراین در صورتی که مادر در دوره بارداری و شیردهی کلسیم کافی مصرف کند نه تنها دچار پوکی استخوان و دندان نمی‌شود بلکه تراکم استخوان او در پایان این دوران از قبل نیز بالاتر خواهد رفت. [۵۱]

طبق مطالعات انجام شده [۵۴] بهترین و مناسب‌ترین فاصله بعد از یک بارداری کامل و موفق، ۱۸ تا ۲۴ ماه است که البته در موارد خاص مثل سن بالای مادر یا از دست رفتن بارداری قبلی نیز ملاحظاتی دارد. طبق مطالعات جهانی، فاصله گذاری ۱۸ تا ۲۴ ماه با کمترین ریسک پیامدهای ناگوار پیرامون زایمان همراه است و برای افراد بالای ۳۵ سال با در نظر گرفتن احتمال انواع نازایی با افزایش سن، فاصله گذاری ۱۲ تا ۱۸ ماه را توصیه می‌کنند. پس از زایمان سزارین، حداقل فاصله مناسب برای زایمان بعدی ۱۸ ماه است تا به رحم فرصت کافی ترمیم داده شود. بارداری پس از سقط جنین، بسته به آمادگی خود شخص دارد و از نظر بیولوژیک زمانی برای فاصله گذاری بین سقط و بارداری بعدی نیاز نیست.

## سن بارداری

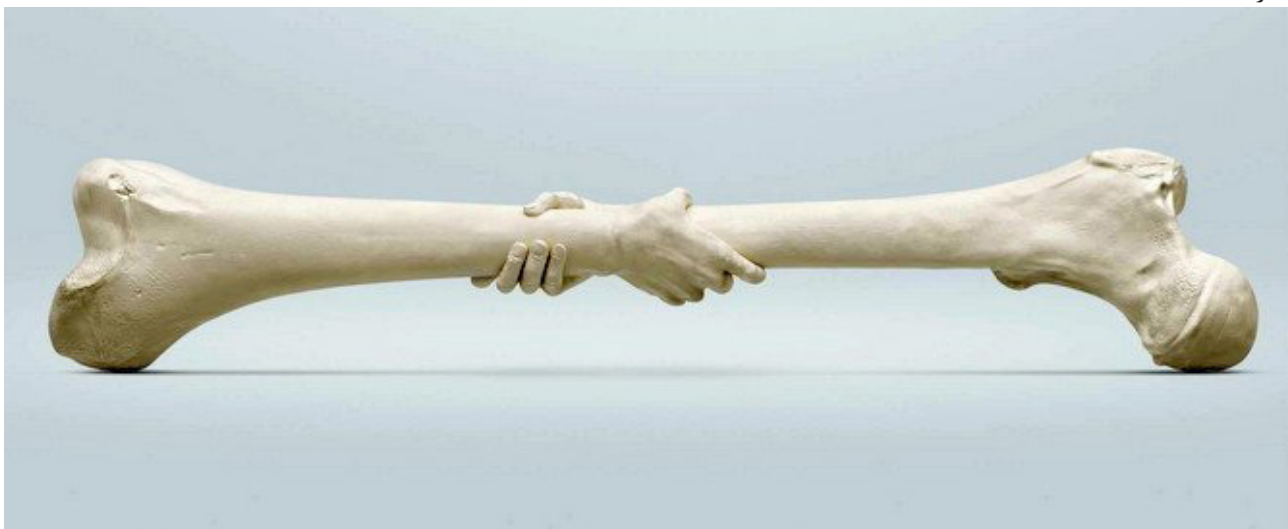
سوال: بارداری زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال پرخطر است؟

تعریف یکسان جهانی برای سن باروری در زنان وجود ندارد. سن باروری یک بازه است که در همه زنان شروع و پایان یکسانی ندارد. قدرت باروری واضحاً با افزایش سن کاهش می‌یابد. اما مطالعات نشان داده‌اند که به طور کلی خانم‌های بالای ۴۵ و بالای ۵۰ سال هم بارداری خوب با پیش‌آگهی خوبی را تجربه کرده‌اند و قادراند از پس استرس‌های فیزیکی و احساسی بارداری و والدگری بر بیایند. [۵۵]

## تعداد زایمان‌های مجاز

سوال: آیا بعد از سه بار زایمان طبیعی، زایمان چهارم پرخطر است؟ محدودیتی برای تعداد زایمان وجود دارد؟

زایمان بالای پنج نوبت (Grand multiparous): در اکثر مطالعات دیده شده است تعداد بارداری‌های فرد، روی نتایج حاملگی‌های بعدی اثری ندارد





## غربالگری (Screening)

آیا غربالگری برای داشتن یک بارداری بدون ریسک ضروری است؟

### غربالگری بارداری

سوال: آیا غربالگری برای داشتن یک بارداری بدون ریسک ضروری است؟

غربالگری بارداری عمدتاً به بررسی ناهنجاری های کروموزومی جنین اطلاق می شود که مرحله اول آن یک آزمایش خون و سونوگرافی است که در هفته یازده تا سیزده بارداری انجام می گردد. به سونوی آن سونوگرافی ان تی گفته می شود و در آزمایش خون آن، مقدار دو مارکر خونی بررسی می شود، سپس آزمایشگاه در نرم افزاری این دو مورد را با سن مادر تلفیق می کند و یک عدد بعنوان ریسک اعلام می کند که احتمال ابتلا به سندرم داون (تریزومی ۲۱) و دو سندرم دیگر (تریزومی ۱۳ و ۱۸) را برآورد می کند. بنابراین دقت داشته باشید که این غربالگری تشخیص دهنده انواع و اقسام بیماری های جنینی نیست. از آنجایی که شیوع تریزومی ۱۳ و ۱۸ بسیار پایین است و تقریباً تمام جنین های سندرم ۱۳ و ۱۸ نیز در شکم یا بدو تولد می میرند، لذا هدف اصلی این غربالگری کشف و سقط سندروم داون (تریزومی ۲۱) است. طبق پروتکل وزارت بهداشت اگر پس از تلفیق نتایج سونوی ان تی و آزمایش خون مادر و سن مادر این احتمال بین یک-یکم تا یک-دویست و پنجاهم باشد، در این بازه مادر به تست های تکمیلی ارجاع می شود. این تست های تکمیلی به دو روش تهاجمی یا غیرتهاجمی صورت می گیرد. در حالت تهاجمی آمنیوسنتز از طریق سوزن از روی شکم مادر انجام می شود، که در این روش بین ۰/۵ تا ۲ درصد احتمال سقط جنین وجود دارد. (یعنی ممکن است جنین سالم باشد و حین آمنیوسنتز سقط شود). روش غیرتهاجمی نیز یک آزمایش خون بسیار گران قیمت است. با انجام تست های تکمیلی فوق اگر سندرم داون در جنین محرز شد، مادر به سمت اسقاط جنین هدایت می شود.

در نتیجه فرایند غربالگری سندرم داون صرفاً مسیری برای شناسایی جنین های مبتلا به و هدایت به سقط آنها است و عملاً کمکی به ارتقای سلامت مادر یا جنین نمی کند. قابل توجه است که در کشور ما حدود ۹۵ درصد زنان باردار، تست های غربالگری بارداری را انجام می دهند که در مقایسه با کشوری مثل هلند یا کانادا که تنها ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان باردار آنها غربالگری می شوند عدد بزرگی است؛ ضمن این که جامعه هدف آنها هم عمدتاً زنان باردار بالای ۳۵ تا ۴۰ سال هستند نه همه زنان.

نکته بعد این که شیوع سندروم داون در ایران یک در هزار است؛ یعنی از هر هزار مادر باردار یک نفر جنین سندروم داون به دنیا می آورد اما در غربالگری از هر هزار مادر باردار ۱۶۵ نفر مشکوک گزارش می شوند (یعنی ۱۶۴ نفر دیگر فرزند سالم داشته اما به آنها گفته می شود که فرزند شما مشکوک به سندرم داون است!) یعنی ۱۶/۵ درصد (یک ششم) از مادرانی که غربالگری می شوند نتیجه آزمایشاتشان

میزان مثبت کاذب بالای نتایج غربالگری بدین معناست که آزمایشگاه یا متخصص مربوطه، تعداد زیادی از مادرانی که فرزند سالم دارند را بر حسب معلولیت می زند و مجدد برای انجام تست های چندین میلیون تومانی به سمت خودش ارجاع می دهد.

در شرایطی که سالانه ۱ میلیون تولد در کشور ما رخ میدهد، با توجه به احتمال بروز سندرم داون یعنی ۱ در ۱۰۰۰ تولد، توقع می رود حدود ۱۰۰۰ جنین داون متولد شود. اما در فرایند غیر استاندارد فعلی غربالگری، حدود ۱۶۰ هزار جنین بر حسب مشکوک به منگولیسم می خورد و روانه تست های گران قیمت می شوند.



سقط می کنند!، از این رو ما برای کشف و سقط ۱۰۰۰ جنین مبتلا، بیش از ۲۲ هزار انسان سالم را در این فرایند از دست می دهیم. در واقع اگر نتیجه غربالگری مادری یک-دویست و پنجاهم باشد و به تست تکمیلی ارجاع بشود به احتمال ۹۹/۹۶ درصد جنینش از نظر سندرم داون سالم است. مشکل بعدی اینجاست که حتی به پروتکل غربالگری وزارت بهداشت نیز به درستی عمل نمی شود و بخش زیادی از مثبت کاذب بالا ناشی از عدم پایداری عمده آزمایشگاه ها و متخصصین به همین دستورالعمل ابلاغی است؛ به نحوی که به جای آنکه مادران باردار را از آستانه ۱ به ۲۵۰ و کمتر اطمینان خاطر بدهند برعکس تا ۱ به ۲۰۰۰ را هم پرخطر تفسیر می کنند و درگیر تست های گرانقیمت و بعضاً تهاجمی تکمیلی می نمایند! بدین ترتیب خانواده هایی که در سن فرزندآوری قرار دارند در مواجهه با چنین فرآیند پراشکالی، از اینکه به سمت بچه دار شدن بروند پشیمان می شوند؛ در حالی که غربالگری اصلاً در کشورهای دیگر بدین صورت انجام نمی شود؛ بلکه کاملاً اختیاری و بدون هیچ اجبار و کاملاً رایگان انجام می گیرد.

### ❖ سقط بی دردسر

سوال: آیا سقط جنین عارضه ای برای مادر ندارد؟

سقط جنین در هر سنی از بارداری حرام است. علاوه بر این عوارض جسمی و روانی متعددی نیز به همراه دارد که به تفصیل در فصل ۷ بیان شده است.

### ❖ عوارض اقلام ممانعت از بارداری

سوال: آیا قرص های ضدبارداری بی خطرند؟ خیر! زیرا این قرص ها حاوی هورمون بوده و عوارض متعددی دارند که در فصل ۱ به طور کامل تشریح شده است.

مشکوک گزارش می شود و به سمت تست های تکمیلی ارجاع می شوند. در حالی که در کشوری مثل انگلستان آزمایشگاه ها هر سه روز کاری به صورت آنلاین نظارت می شوند و اگر آزمایشگاهی بالای ۲/۵ درصد از مادران باردار تحت غربالگری را مشکوک یا پرخطر گزارش کند، این آزمایشگاه دیگر حق انجام تست غربالگری را ندارد. میزان مثبت کاذب بالای نتایج غربالگری بدین معناست که آزمایشگاه یا متخصص مربوطه، تعداد زیادی از مادرانی که فرزند سالم دارند را بر چسب معلولیت می زند و مجدد برای انجام تست های چندین میلیون تومانی به سمت خودش ارجاع می دهد! در شرایطی که سالانه ۱ میلیون تولد در کشور ما رخ می دهد، با توجه به احتمال بروز سندرم داون یعنی ۱ در ۱۰۰۰ تولد، توقع می رود حدود ۱۰۰۰ جنین داون متولد شود. اما در فرایند غیر استاندارد فعلی غربالگری، حدود ۱۶۰ هزار جنین برچسب مشکوک به منگولیسم می خورد و روانه تست های گران قیمت می شوند! بر اساس پژوهش های انجام شده حدود ۲ هزار جنین سالم بدنال تست های تهاجمی سقط می شوند و ۲۰ هزار نفر از این ۱۶۰ هزار مادر نگران نیز نه هزینه ای برای تست های تکمیلی گرانقیمت می پردازند و نه تا آخر بارداری منتظر می شوند، بلکه عطای این بارداری را به لقای آن بخشیده و جنین خود را بصورت غیر قانونی

