



دیوید بولنیک | مارتین کویل | آساف یوشا

آموزش جراحی

ختنه

مروّت گیوی

ترجمه
Parjomiac

راهنمای جراحی ختنه

علوم پزشکی

توجه :

کتاب حاضر حاصل زحمات **مروّت گیوی** می‌باشد. فایل کتاب حاوی اطلاعات DRM (مدیریت حقوق دیجیتال) است. وقتی برای اولین بار فایل را باز می‌کنید، کد شناسایی کتاب به همراه آدرس IP سیستم شما ذخیره شده و زمانیکه آنلاین شوید، به سرور انتشارات ترجمک انتقال می‌یابد.

خواهشمند است به حقوق نگارنده و انتشارات ترجمک احترام گذاشته و از توزیع بدون مجوز فایل کتاب اجتناب نمایید. شما با خرید و دانلود این کتاب موافقت نموده‌اید که اطلاعات فایل DRM به سرور انتشارات ترجمک انتقال یابد و در صورت محرز شدن نقض حقوق صاحب اثر، کلیه خسارات حاصله در طی فرآیند حقوقی و مطابق قانون حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان و ناشران جمهوری اسلامی (مصوب دوازده اسفند ۱۳۶۵ یا بعد از آن) از شما دریافت شود.

از اینکه با عرضه مقرون به صرفه کتاب‌های الکترونیک و شکوفایی انتشارات ترجمک همیاری می‌کنید، سپاسگزاریم.

انتشارات ترجمک

<https://tarjomac.ir>

دیوید بولنیک، مارتین کویل، آساف یوشا

آموزش جراحی

ختنه

گردآوری و ترجمه

مروت گیوی

ویراست اول

بهار ۱۴۰۲

انتشارات ترجمک

شماره کتابشناسی ملی	: ۹۲۹۶۷۰۵
شابک	: ۳-۴۶-۷۸۵۵-۶۲۲-۹۷۸. ۱۵۰۰۰۰۰ ریال
سرشناسه	: بولنیک، دیوید ا. (Bolnick, David A)
عنوان و نام پدیدآور	: آموزش جراحی ختنه/ویراستاران [دیوید بولنیک، مارتین کوپل، آساف یوشا؛ گردآوری و ترجمه مروت گیوی
مشخصات نشر	: همدان: ترجمک، ۱۴۰۲
مشخصات ظاهری	: ۳۲۰ ص، مصور، رنگی
عنوان اصلی	: Surgical guide to circumcision, 2012
موضوع	: ختنه (Circumcision)
رده بندی کنگره	: RD590
رده بندی دیویی	: 617/463

شناسنامه کتاب

نام کتاب: آموزش جراحی ختنه

ترجمه: مروت گیوی

ناشر: انتشارات ترجمک

صفحه آرایشی: انتشارات ترجمک

طراحی جلد: محمدحسین گیوی

نوبت چاپ: ویراست اول، ۱۴۰۲

قیمت: ۱۵۰۰۰۰ تومان

چاپ: گروه نشر الکترونیک ترجمک

شابک کتاب چاپی: ۳-۴۶-۷۸۵۵-۶۲۲-۹۷۸

شابک کتاب الکترونیک: ۶-۴۵-۷۸۵۵-۶۲۲-۹۷۸

تلفن تماس: ۰۹۱۸۱۵۰۶۱۰۰

ISBN : 978-622-7855-45-6



ISBN : 978-622-7855-46-3



تارنمای اینترنتی: <https://tarjomac.com>

نکته مهم

پزشکی علمی در حال تغییر و توسعه مداوم است. تحقیقات و تجربه بالینی بطور مداوم دانش ما را، بویژه دانش ما در مورد درمان مناسب و دارو درمانی، را گسترش می دهد. به همین دلیل هر جای این کتاب از دوزاژ یا روش درمانی خاصی صحبت شده باشد، به مخاطبان اطمینان خاطر می دهیم که تمام تلاش خود را به عمل آورده ایم تا اطلاعات ارائه شده منطبق با دانش روز در زمان تهیه کتاب باشد.

با این وجود، این شامل، به معنای یا بیانگر هیچ گونه ضمانت یا مسئولیتی از سوی ناشر یا مترجمان در رابطه با دستورالعمل‌های ذکر شده در کتاب نمی‌شود. مسئولیت هر گونه استفاده از مطالب این کتاب به عهده مخاطبان است، زیرا مترجمان یا ناشر به هیچ وجه در این کتاب رویه یا درمان خاصی را توصیه نمی کند. در صورت نیاز به استفاده بالینی و عملی از مطالب این کتاب بر روی خود یا بیماران خود، بهتر است با پزشک معالج خود مشورت کنید.

این کتاب، از جمله تمام بخش‌های آن، دارای حق چاپ قانونی است. هرگونه استفاده، بهره‌برداری یا تجاری‌سازی خارج از محدودیت‌های تعیین شده توسط قانون حق چاپ و بدون رضایت ناشر غیرقانونی است و قابل پیگرد است.

پیشگفتار

این کتاب همزمان با تولید مستقل بیانیه‌های آکادمی متخصصان اطفال آمریکا و مرکز کنترل بیماری‌ها در مورد ختنه، یعنی اثربخشی و قابلیت توصیه آن نوشته شد. من برای اولین بار در سال ۱۹۷۱ درگیر بحث ختنه شدم، زمانی که با خبرنگاری از شیکاگو تریبون به دنبال گزارش گروه ویژه AAP که گفت: «ختنه روتین هیچ اندیکاسیون پزشکی ندارد»، مصاحبه کردم. مدت کوتاهی پس از آن از من خواسته شد که یک تک نوشته درباره ختنه، روش شناسی و عوارض آن بنویسم. تحقیقاتی که در تهیه آن قطعه انجام دادم مرا متقاعد کرد که احتمالاً هیچ رویه‌ای وجود ندارد که به اندازه ختنه احساسات و سخنوری را برانگیخته باشد.

بیست و پنج سال بعد من به عضویت گروه ویژه AAP در مورد ختنه منصوب شدم که گزارش خود را در سال ۱۹۹۹ ارائه کرد. در آن زمان، شواهدی وجود داشت که نشان می‌داد عفونت‌های ادراری در نوزادان پس از ختنه کمتر بوده و سرطان آلت تناسلی نیز کمتر است. به همین دلیل بیانیه‌ای که تهیه شد نه ختنه روتین را توصیه می‌کرد و نه ختنه نوزاد را محکوم می‌کرد. هرچند سخنوری‌های که پیرامون آن بحث‌ها بود و حتی با صدای بلندتر به دنبال انتشار گزارش ایجاد شد، به نظر من واقعاً حیرت‌انگیز بود.

از آن زمان شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد نرخ بروز عفونت‌های HIV، سایر بیماری‌های مقاربتی و میزان انتقال ویروس پاپیلومای انسانی پس از ختنه به میزان معناداری کاهش می‌یابد. آیا این دلیل برای توصیه ختنه روتین نوزاد کافی است؟ برای کسانی که به دلایل فرهنگی، دلایل بیگانه‌هراسی، دلایل مالی یا سوگیری کورکورانه به شدت با ختنه مخالف هستند، مطمئن هستم که پاسخ یک نه قاطع خواهد بود!

از آنجایی که شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد ختنه مزایای سلامتی کوچک اما قطعی دارد، بحث ادامه خواهد داشت. در این کتاب سعی شده است دیدگاهی متعادل از موضوع ایجاد شود. نویسندگان هر فصل در هر دو طرف بحث نمایان بوده‌اند. فقط زمان نشان خواهد داد که آیا این کتاب به حل و فصل بحث‌های جاری کمک می‌کند یا شاید فقط آتش و شور بحث را بیشتر شعله‌ور کند.

دکتر جورج کاپلان، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا

مقدمه

دیوید ای. بولنیک، مارتین کویل، آسف یوشا^۱

دکتر دیوید ای. بولنیک، دپارتمان اورولوژی، دانشگاه واشنگتن، بیمارستان کودکان سیاتل، سیاتل، آمریکا

دکتر مارتین کویل، دپارتمان اورولوژی کودکان، دانشگاه تورنتو، بیمارستان کودکان بیمار، تورنتو، اونتاریو، کانادا

دکتر آسف یوشا، دپارتمان طب خانواده، دانشگاه روچستر، روچستر، نیویورک، آمریکا

کتاب دستورالعمل جراحی ختنه ۲ خلاصه ای از چه کسی، چه چیزی، کجا، چرا و مهمتر از همه چگونه انجام ختنه است. از آنجایی که یک سوم مردان جهان تحت این قدیمی‌ترین رویه جراحی قرار گرفته‌اند، یک منبع معاصر در مورد این موضوع ضروری می‌نماید.

اکثریت ختنه‌ها انتخابی (الکتیو) بوده و اندیکاسیون یا ضرورت حاد طبی ندارند و اینکه بیشتر ختنه‌ها به دلایل مذهبی و فرهنگی انجام می‌شود. بنابراین، این کتاب علاوه بر اینکه یک راهنمای استاندارد جراحی برای کسانی است که ختنه انجام می‌دهند بلکه گلچینی است از مطالب و دستورالعمل‌های ارائه شده، که ریشه در رویه‌های ماقبل تاریخ تا ترکیب امروزی آن از دین، فرهنگ و پزشکی دارد.

کتاب دستورالعمل جراحی ختنه در هشت بخش ارائه شده است: مقدمه ای بر ختنه، آناتومی ختنه، ختنه نوزادان، ختنه کودکان، ختنه بزرگسالان، موارد مخالف ختنه، موارد طرفدار ختنه، و درک و فهم ختنه.

پیش‌درآمدی بر ختنه

در فصل‌های این بخش روندها و دستورالعمل‌های جاری و فرآیند رضایت آگاهانه بازنگری شده است. از آنجایی که اکثر ختنه‌ها انتخابی یا الکتیو هستند، مراقبت دهنده باید نسبت به آداب و رسوم جاری منطقه هوشیار باشد و با نظرات و خواسته‌های بیمار (والدین) تعادل برقرار کند. علاوه بر این، توقعات عمومی و کلی برای رعایت فرآیند گرفتن رضایت آگاهانه مناسب قبل از انجام ختنه وجود دارد. از آنجایی که اکثر ختنه‌ها شبیه به جراحی زیبایی هستند و هیچ فایده پزشکی فوری ندارند، فرآیند

1 David A. Bolnick, Martin Koyle, and Assaf Yosha

2 Surgical Guide to Circumcision

رضایت آگاهانه باید به عنوان گفتمان بین مراقب و بیمار عمل کرده و در طی این فرآیند دلیل ختنه روشن شده و مزایا و معایب پزشکی آن مرور شود.

آناتومی ختنه

وقتی کسی از یک جراح با تجربه می پرسد: «کلید یک جراحی موفقیت آمیز چیست؟» - بدون شک در بالای لیست آنها تسلط قوی بر آناتومی موضعی که روی آن عمل انجام می شود، خواهد بود. ختنه هر چقدر هم که ساده و رایج به نظر برسد، از این قاعده مستثنی نیست. اگر مراقب تسلط بیشتری بر آناتومی «طبیعی» موضع داشته باشد و موارد «غیرطبیعی» را خوب بشناسد، می تواند از بسیاری از عوارض رایج ختنه به میزان قابل توجهی پیشگیری کند. از آنجایی که امروزه اکثر ختنه‌ها در دوران نوزادی انجام می‌شود، این بخش بیشتر روی آناتومی فالوس نوزاد در رابطه با ختنه متمرکز شده است. علاوه بر این، با توجه به اینکه بسیاری از عوارض ختنه، اگر نگوئیم همه آنها، با آناتومی طبیعی و غیر طبیعی آلت تناسلی در ارتباط است، فصل عوارض ختنه را نیز در این بخش گنجانده ایم. در نهایت، برای درک هرچه بهتر آناتومی سیستم ادراری تناسلی، چه طبیعی و چه غیر طبیعی، باید از زیستگاه و نحوه شکل گیری آن، یعنی جنین شناسی شروع کرد.

ختنه نوزادان

تعادل این کتاب به وضوح به سمت ختنه نوزاد متمایل است. در ایالات متحده آمریکا، اکثر ختنه‌ها در ماه اول زندگی انجام می‌شود، روندی که در سراسر جهان دیده می‌شود. عده کمی استدلال می‌کنند که ختنه در دوران نوزادی، در صورت وجود یک ساختار طبیعی سالم، آسان تر و ایمن تر است. علاوه بر این، ختنه نوزاد توسط طیف گسترده‌ای از پزشکان با طیف وسیعی از تخصص‌های جراحی انجام می‌شود. بنابراین، فصل‌های این بخش به عنوان یک متوازن کننده عمل می‌کند، به اصطلاح هم برای کمک به آموزش افراد تازه کار و تشویق به عملکرد برتر در کسانی که تجربه بیشتری دارند، نوشته شده است. علاوه بر این، فصل ۸ کتاب برای ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه و متخصصان زنان و زایمان، چه ختنه انجام دهند یا نه، می‌تواند منبع ارزشمندی برای کمک در معاینه فیزیکی اندام تناسلی نوزاد پسر باشد.

ختنه کودکان و ختنه بزرگسالان

اگرچه ختنه کودکان و ختنه بزرگسالان در دو بخش جداگانه ارائه شده است، اما شباهت خیلی زیادی دارند. هر دو نیاز به آموزش عملی خاصی دارند و برخلاف ختنه نوزادان، در حوزه عملکرد اورولوژیست یا متخصص جراحی قرار می‌گیرند. فصول این بخش‌ها به منظور تکمیل آموزش جراح مجرب و در عین حال معرفی مفاهیم ختنه غیر نوزاد برای ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه عرضه شده است. علاوه بر این، ختنه غیر نوزاد اغلب به عنوان یک درمان برای یک بیماری زمینه‌ای انجام می‌شود. از این رو سعی نشده است که به جزئیات گسترده آن اختلالات یا رویکردهای خاصی که در حیطه عملکرد یک جراح متعهد است، پرداخته شود.

دو روی یک سکه

بحث و مجادله همیشه دو طرف دارد، از این ادیتورهای این کتاب با اتخاذ موضعی بی طرف، از نویسندگان دعوت کردند تا دیدگاه‌ها و استدلال‌های موافق و مخالف ختنه را ارائه دهند. موضع ما این بود که اجازه دهیم هر نظر و گفته‌ای در کتاب گنجانده شود، تا زمانی که معقول بوده و با شواهد منتشر شده پشتیبانی شود.

مورد مخالف ختنه

در فصل اول نویسنده بحث مستدلی بر علیه ختنه روتین ارائه کرده است. نویسنده ضد ختنه نیست، اما با جراحی غیرمجاز مخالف است و به این موضوع می‌پردازد که چگونه عملکرد طبی استاندارد می‌تواند در خیلی از موارد لزوم ختنه را پیشگیری کند. این و فصل بعدی که به مراقبت و مسائل مربوط به آلت تناسلی ختنه نشده می‌پردازد، منابع ارزشمندی برای تمام ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه است که از بیمارانی که می‌خواهند ختنه نشده بمانند، مراقبت می‌کنند.

با توجه به تعادل دقیق بین ارزش و فایده طبی ختنه و خطرات مرتبط با انجام ختنه، فصل سوم هشدار می‌دهد که فرآیند گرفتن رضایت آگاهانه ممکن است مشکوک باشد و خطرات واقعی برای کسانی که ختنه نوزاد را انجام می‌دهند وجود داشته باشد.

مورد موافق ختنه

در فصل اول، نویسندگان بحثی در حمایت از ختنه روتین همراه با جزئیات تمامی فواید و مزایای این رویه ارائه کرده‌اند. آنها داده‌های فراوانی در حمایت از این مسئله ارائه کرده‌اند که ختنه یک رویه و اقدام در جهت پیشگیری مادام‌العمر از بیماری است و این مزیت بر خطرات جزئی این رویه می‌چربد.

فصل دوم به مرور تأثیر ختنه بر عملکرد و رضایت جنسی می‌پردازد. نویسنده با اتکای به کارهای خود و آثار دیگران نشان می‌دهد که ختنه هیچ تأثیر منفی بر عملکرد و رضایت جنسی ندارد و ممکن است در واقع فوایدی را به همراه داشته باشد (بویژه زمانی که برنامه‌های ختنه برای سرکوب گسترش HIV/AIDS در دگر جنس‌گرایان کشورهای آفریقایی اجرا شود).

درک و فهم ختنه

در فصول قبلی روی چرایی و چگونگی ختنه تمرکز شد، در اینجا چه کسی، کجا و چرا مورد بحث قرار می‌گیرد. ختنه یکی از قدیمی‌ترین جراحی‌های تاریخ بشر است. این مناقشه امروز در قرن بیست و یکم تفاوتی ندارد، همانطور که بیش از ۴۰۰۰ سال پیش در قرن بیست و یکم قبل از میلاد بود. این رویه همیشه دو روی داشته است. برخی از اولین شواهد ما از مصر نشان می‌دهد که سلسله‌های مختلف طرفداری خود را تغییر داده‌اند. در برخی اعضای خانواده سلطنتی ختنه می‌شد و در برخی افراد عادی ختنه می‌شد. بنابراین در اینجا به بررسی عوامل تاریخی، مذهبی و فرهنگی می‌پردازیم که عمل ختنه را تا قرن بیست و یکم حفظ کرده‌اند.

این بخش از بسیاری جهات جالبترین است (این بخش به کنایه نوری از یک دریچه قدیمی می‌تابد، دریچه‌ای که به شیوه‌ای منحصر به فرد، نقش بسزایی در شکل دادن به تاریخ بشریت داشته است).

این کتاب

این کتاب در مورد ختنه روتین موضع خاصی، چه موافق یا مخالف ندارد. در عوض، هدف آن ارائه علنی تاریخچه ای است که به دلایل فرهنگی و مذهبی منجر به گسترش ختنه شده است و اطلاعات مرتبطی که ممکن است به نفع پزشک و در این مورد برای بیمار/والدین در تصمیم گیری آگاهانه برای انجام یا عدم انجام ختنه باشد، را شناسایی و ارائه می کند. نویسندگان هر بخش سعی کرده اند تا جایی که ممکن باشد از سوگیری شخصی اجتناب کنند و اطلاعات مبتنی بر شواهد را ارائه دهند. صرف نظر از این، ادیتورها می دانند که این موضوع هم بحث برانگیز و هم بسیار احساسی است. ما از نویسندگان برای وقت و تلاشی که در ارائه کمک های متفکرانه خود انجام دادند تشکر می کنیم. ما همچنین از رندال کوهن (MedicoLens.com) برای تمام تصاویر فوق العاده اش تشکر می کنیم. و ما به ویژه از خانواده هایمان برای حمایت از ما و تعهدی که برای تکمیل این پروژه داشتیم، تشکر می کنیم.

فهرست مندرجات در یک نگاه

صفحه	عنوان
۱۴	فصل ۱- روندها و دستورالعمل های جاری ختنه
۲۱	فصل ۲- رضایت نامه آگاهانه: اصول ختنه انتخابی
۲۸	فصل ۳- جنین شناسی آلت تناسلی مردانه
۳۷	فصل ۴- آناتومی ختنه نوزاد
۴۷	فصل ۵- کتراندیکاسیون های آناتومیک ختنه
۶۲	فصل ۶- عوارض ختنه
۸۱	فصل ۷- کنترل درد در ختنه نوزادان
۹۶	فصل ۸- بررسی و شناخت و معاینه قبل از ختنه
۱۰۳	فصل ۹- تکنیک ختنه نوزاد
۱۶۱	فصل ۱۰- ترمیم، بانداز و مراقبت بعدی
۱۷۱	فصل ۱۱- درمان عوارض حاد
۱۹۴	فصل ۱۲- ختنه کودکان
۲۰۱	فصل ۱۳- پانسمان و مراقبت پس از جراحی ختنه
۲۱۰	فصل ۱۴- ختنه بزرگسالان
۲۲۵	فصل ۱۵- بازسازی پوست ختنه گاه
۲۳۵	فصل ۱۶- ختنه: نمونه مخالف جراحی بدون اندیکاسیون طبی
۲۴۴	فصل ۱۷- مراقبت و اختلالات پنیس ختنه نشده
۲۵۳	فصل ۱۸- سخنی در مورد رضایت نامه آگاهانه
۲۵۶	فصل ۱۹- شواهد پزشکی جاری حامی ختنه مردان
۲۹۱	فصل ۲۰- ختنه، عملکرد جنسی و رضایت جنسی
۳۰۰	فصل ۲۱- برش تناسلی زنان: نام اشتباه ختنه زنان

محتوای کتاب

عنوان

صفحه

فصل ۲- رضایت نامه آگاهانه: اصول ختنه

انتخابی..... ۲۱

- ۲۱..... مقدمه
- ۲۲..... اصول کلی رضایت آگاهانه
- ۲۲..... سه عنصر رضایت نامه آگاهانه
- ۲۳..... رضایت نامه آگاهانه در کودکان
- ۲۴..... رضایت نامه آگاهانه برای ختنه انتخابی
- ۲۵..... خلاصه فصل
- ۲۵..... منابع فصل

فصل ۳- جنین شناسی آلت تناسلی مردانه.. ۲۸

- ۲۸..... مقدمه
- ۲۸..... تمایز دستگاه تناسلی در جنین
- ۳۱..... نظریه اکتودرمی در مقابل آندودرمی
- ۳۲..... پره پوس
- ۳۳..... ایمونولوژی پره پوس
- ۳۳..... نورولوژی پره پوس
- ۳۴..... تکامل پس از تولد و قابلیت جمع شدگی پره پوس
- ۳۵..... خلاصه فصل
- ۳۵..... منابع فصل

فصل ۴- آناتومی ختنه نوزاد..... ۳۷

- ۳۷..... مقدمه
- ۳۷..... طبیعی، غیر طبیعی و ناهنجاری
- ۳۸..... ظاهر خارجی و نقطه نشان ها
- ۳۸..... و تتروم، دورسوم و اتصالات آنها
- ۴۰..... شیار تاجی

- نکته مهم
- پیش درآمدی بر ختنه
- آناتومی ختنه
- ختنه نوزادان
- ختنه کودکان و ختنه بزرگسالان
- دو روی یک سکه
- مورد مخالف ختنه
- مورد موافق ختنه
- درک و فهم ختنه
- این کتاب

فصل ۱- روندها و دستورالعمل های جاری ختنه

..... ۱۴

- مقدمه
- آکادمی متخصصان کودک آمریکا
- آکادمی پزشکان خانواده آمریکا
- انجمن اورولوژی آمریکا
- مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری
- انجمن متخصصان کودک کانادا
- کالج سلطنتی پزشکان استرالیا
- انجمن پزشکی بریتانیا و انجمن جراحان کودک بریتانیا
-
- انجمن سلطنتی پزشکی آلمان (KNMG)
- سازمان بهداشت جهانی
- خلاصه فصل
- منابع فصل

۶۶	مقایسه
۶۶	پیشگیری و درمان
۶۶	خونریزی
۶۸	عفونت ها
۶۸	بیهوشی/درد
۶۹	قطع گلنس
۶۹	برش آلت تناسلی
۶۹	آلت تناسلی لخت شده
۶۹	ختنه ناقص
۷۰	فیموز و آلت تناسلی محصور
۷۲	تنگی مئا
۷۲	فیستول اورتر و کتانتوس
۷۳	چسبندگی ها
۷۴	کیست های اینکلوزن اپیتلیال
۷۵	عملکرد جنسی
۷۵	کتراندیکاسیون های ختنه
۷۵	خلاصه فصل
۷۶	منابع فصل

فصل ۷- کنترل درد در ختنه نوزادان

۸۱	مقدمه
۸۲	تاثیر فیزیولوژیکی
۸۲	تکنیک ختنه و درد
۸۳	تکنیک های درمان درد
۸۳	آناتومی عصبی آلت تناسلی
۸۴	بلوک عصب پشتی پنیس
۸۴	نوزادان
۸۵	بچه های بزرگتر
۸۶	بلوک حلقوی
۸۶	نوزادان
۸۷	بچه های بزرگتر
۸۷	بیحس کننده های موضعی
۸۷	سایر مداخلات
۸۷	ساکارز
۸۸	مداخلات رفتاری
۸۹	بلوک کودال
۸۹	آناتومی
۸۹	تکنیک بلوک دمی
۹۰	عوارض بلوک دمی
۹۰	خلاصه فصل

۴۱	رافه
۴۱	پنیس (آلت تناسلی مذکر)
۴۱	تنه (جسم)
۴۳	پره پوس
۴۴	پیشابراه (مجرای ادرار)
۴۴	کیسه بیضه و بیضه
۴۴	کیسه بیضه
۴۵	بیضه ها
۴۶	طرح های بالینی
۴۶	خلاصه فصل
۴۶	منابع فصل

فصل ۵- کتراندیکاسیون های آناتومیک ختنه

۴۷	مقدمه
۴۷	ناهنجاری ها و اختلالات
۴۸	ناهنجاری های اولیه آلت تناسلی
۴۸	هیپوسپادیس و کوردی
۴۹	اپسپادیس
۵۲	میکروپنیس
۵۳	ناهنجاری های فشیای دارتوس
۵۴	آلت تناسلی دفن شده
۵۴	جابجایی پنو اسکروتال
۵۶	پیچ خوردگی آلت تناسلی
۵۷	ناهنجاری ها و بدشکلی های پنو اسکروتال
۵۸	پنیس شبکه شده
۵۸	هیدروسل
۵۹	دستگاه تناسلی مبهم و اختلالات تکامل جنسی
۵۹	خلاصه فصل
۶۱	منابع فصل

فصل ۶- عوارض ختنه

۶۳	اپیدیمیولوژی عوارض
۶۳	عوارض حاد
۶۳	عوارض تاخیری
۶۴	تجربه جهانی
۶۵	ختنه غیر نوزادان
۶۵	مقایسه تکنیک ها
۶۶	کلمپ گومکو
۶۶	پلاستی بل
۶۶	کلمپ موژن

فشار مستقیم (تکنیک پلاستی بل).....	۱۷۵
هموستاز عملی (شیمیایی).....	۱۷۵
له شدگی موضعی.....	۱۷۶
عایق کننده‌ها.....	۱۷۶
بانداز فشاری.....	۱۷۷
بخیه زدن.....	۱۷۸
عفونت.....	۱۷۸
علائم شایع عفونت.....	۱۷۹
احتیاس ادرار و بانداز محکم.....	۱۸۰
ظاهر شدن ناهنجاری های زمینه ای.....	۱۸۰
درمان در زمان کشف شدن.....	۱۸۱
آسیب به سر آلت تناسلی (له شدگی یا قطع تصادفی)
.....	۱۸۱
پوست برداری، لخت شدن و کنده شدن اسکروتوم.....	۱۸۲
پوست برداری.....	۱۸۳
لخت شدن.....	۱۸۳
کنده شدن.....	۱۸۴
باقیمانده لایه غشای مخاطی داخلی.....	۱۸۵
مسائل مربوط به پلاستی بل.....	۱۸۶
پارافیموز.....	۱۸۷
تزریق اپی نفرین به پنیس.....	۱۸۸
چسبندگی ها، نارسایی ها و جمع شدگی.....	۱۸۹
چسبندگی ها.....	۱۸۹
نارسایی ها.....	۱۸۹
جمع شدگی ها.....	۱۹۰
منابع فصل.....	۱۹۲
فصل ۱۲ - ختنه کودکان.....	۱۹۴
مقدمه.....	۱۹۴
تکنیک آستین (اسلیو).....	۱۹۵
منابع فصل.....	۱۹۹
فصل ۱۳ - پانسمان و مراقبت پس از جراحی	
ختنه.....	۲۰۱
اصول مراقبت پس از ختنه.....	۲۰۱
مراقبت از زخم ختنه در نوزادان.....	۲۰۲
انواع پانسمان های ختنه که بعد از دوره نوزادی
استفاده می شود.....	۲۰۳

منابع فصل.....	۹۰
فصل ۸- بررسی و شناخت و معاینه قبل از ختنه	
۹۶.....	
مقدمه.....	۹۶
شرایط پیش نیاز توصیه شده برای ختنه نوزاد.....	۹۷
معاینه آلت تناسلی پسر نوزاد.....	۱۰۰
خلاصه فصل.....	۱۰۱
منابع فصل.....	۱۰۱
فصل ۹- تکنیک ختنه نوزاد.....	۱۰۳
مقدمه.....	۱۰۳
رویه ها.....	۱۰۵
اول مسائل مهم.....	۱۰۵
آماده سازی موضع.....	۱۰۵
یادداشت سردبیر.....	۱۰۶
تکنیک گیره موژن.....	۱۰۷
تکنیک گومکو.....	۱۲۰
تکنیک پلاستی بل.....	۱۳۷
تکنیک آکیوسیرک.....	۱۵۰
منابع فصل.....	۱۵۹
فصل ۱۰- ترمیم، بانداز و مراقبت بعدی ...	۱۶۱
پس از ختنه نوزاد.....	۱۶۱
مراحل بهبودی ختنه نوزاد.....	۱۶۱
تصاویری از روند درمان.....	۱۶۲
بانداز بعد از ختنه نوزاد.....	۱۶۵
مراقبت های بعدی ختنه نوزاد.....	۱۶۶
نکاتی برای آرام کردن نوزاد.....	۱۶۷
بلافاصله پس از ختنه.....	۱۶۷
در ۲۴ ساعت اول پس از ختنه.....	۱۶۸
روز ۲ تا ۷ پس از ختنه.....	۱۶۹
بانداز و مراقبت های بعدی تکنیک پلاستی بل.....	۱۶۹
منابع فصل.....	۱۷۰
فصل ۱۱- درمان عوارض حاد.....	۱۷۱
مقدمه.....	۱۷۱
خونریزی.....	۱۷۲
پیشگیری.....	۱۷۲
درمان.....	۱۷۳
فشار مستقیم (تکنیک های کلمپ).....	۱۷۳

۲۴۰..... خلاصه فصل

۲۴۱..... منابع فصل

فصل ۱۷- مراقبت و اختلالات پنیس ختنه

نشده..... ۲۴۴

۲۴۴..... مقدمه

۲۴۴..... جنین شناسی

۲۴۵..... تاریخچه طبیعی پوست ختنه گاه

۲۴۵..... اختلالات موثر بر فالوس ختنه نشده

۲۴۵..... عدم جمع شدن

۲۴۷..... اسمگما

۲۴۷..... اختلالات التهابی

۲۴۷..... بالانوپوستیت

۲۴۸..... بلانیت زیروتیکا اوبلیترانس

۲۴۸..... اختلالات ساختاری

۲۴۸..... پارافیموز

۲۴۹..... پوست ختنه گاه کلاهدار

۲۵۰..... آلت تناسلی دفن شده

۲۵۱..... خلاصه فصل

۲۵۱..... منابع فصل

فصل ۱۸- سخنی در مورد رضایت نامه آگاهانه

۲۵۳.....

۲۵۴..... منابع فصل

فصل ۱۹- شواهد پزشکی جاری حامی ختنه

مردان..... ۲۵۶

۲۵۶..... مقدمه

۲۵۶..... بهداشت

۲۵۸..... فیموز

۲۵۹..... عفونت های دستگاه ادراری

۲۶۱..... عفونت های شایع مقاربتی

۲۶۱..... سیفلیس، شانکروئید، HSV-2، تریکوموناس و اورتریت مقاربتی

۲۶۱..... سرطان آلت تناسلی و عفونت HPV

۲۶۵..... سرطان پروستات

۲۶۵..... HIV: ویروس مسئول ایدز

۲۶۸..... پیشگیری از سرطان دهانه رحم در زنان

۲۶۹..... پیشگیری از سرطان سینه در زنان

۲۶۹..... ویروس هرپس سیمپلکس نوع ۲ در زنان

۲۶۹..... کلامیدیا در زنان

مراقبت های بعد از عمل از وضعیت پنیس پس از ختنه

۲۰۶.....

۲۰۶..... درمان درد بعد از ختنه

۲۰۷..... خلاصه فصل

۲۰۷..... منابع فصل

فصل ۱۴- ختنه بزرگسالان..... ۲۱۰

۲۱۰..... مقدمه

۲۱۱..... اندیکاسیون ها

۲۱۱..... اندیکاسیون های عمومی

۲۱۲..... پیشگیری از STD

۲۱۳..... لایکن اسکروزیس

۲۱۶..... تکنیک های جراحی

۲۱۶..... بیهوشی

۲۱۷..... تکنیک آستین

۲۲۰..... تکنیک هدایت شونده با فورسپس

۲۲۰..... شکاف پشتی

۲۲۰..... عوارض

۲۲۱..... نقص عملکرد جنسی

۲۲۲..... خلاصه فصل

۲۲۲..... منابع فصل

فصل ۱۵- بازسازی پوست ختنه گاه..... ۲۲۵

۲۲۵..... مقدمه

۲۲۶..... تکنیک جراحی

۲۲۹..... نتایج

۲۳۲..... حفظ پوست ختنه گاه

۲۳۲..... بازسازی پوست ختنه گاه بعد از ختنه قبلی

۲۳۲..... منابع فصل

فصل ۱۶- ختنه: نمونه مخالف جراحی بدون

اندیکاسیون طبی..... ۲۳۵

۲۳۵..... مقدمه

۲۳۶..... فیموز فیزیولوژیکی چیست؟

۲۳۶..... فیموز فیزیولوژیکی

۲۳۶..... فیموز پاتولوژیک

۲۳۶..... اندیکاسیون های درمان (نه لزوماً ختنه)

۲۳۷..... اندیکاسیون های ختنه

۲۳۸..... ملاحظات غیر از فیموزیس

۲۳۹..... عوارض ختنه

۲۴۰..... کنترا اندیکاسیون ها

مقایسه عملکرد جنسی مردان ختنه شده و ختنه نشده
۲۹۴.....

عملکرد جنسی و رضایت در مردان ختنه شده..... ۲۹۴

ختنه مردان، عملکرد و رضایت جنسی ۲۹۵

منابع فصل ۲۹۷

فصل ۲۱- برش تناسلی زنان: نام اشتباه ختنه

♦ ♦ ۳۰۰ **زنان**

مقدمه ۳۰۱

برش تناسلی زنان در سراسر جهان ۳۰۱

انواع برش تناسلی زنان ۳۰۳

پیامدهای سلامتی ناشی از برش و انفیبولاسیون

دستگاه تناسلی زنان ۳۰۵

تلاش های بین المللی برای ریشه کن کردن برش

تناسلی زنان ۳۰۷

سازدهای اجتماعی در برش اندام تناسلی زنان ۳۰۸

منابع فصل ۳۱۰

واژینوز باکتریایی و تریکوموناس در زنان ۲۷۰
تأثیر بر عملکرد جنسی، احساس، حساسیت و رضایت

۲۷۰.....

نرخ ختنه ۲۷۴

نرخ های بالاتر ختنه در رده های بالای جامعه..... ۲۷۴

شروع جنسی و تمایلات جنسی بر اساس وضعیت ختنه

تفاوتی ندارند..... ۲۷۵

دلایلی که چرا والدین تصمیم می گیرند پسران خود را

ختنه کنند..... ۲۷۵

بیانیه های خط مشی و تأثیر بر نرخ..... ۲۷۶

خلاصه فصل ۲۷۹

منابع فصل..... ۲۷۹

فصل ۲۰- ختنه، عملکرد جنسی و رضایت

♦ ۲۹۱ **جنسی**

مقدمه ۲۹۱

کارآزمایی بالینی تصادفی ختنه مردان بزرگسال در

کیسومو، کنیا..... ۲۹۲

نتایج..... ۲۹۳

اختلال عملکرد جنسی: در ابتدا شایع است..... ۲۹۴

بخش ۱

پیش‌درآمدی بر ختنه

روندها و دستورالعمل های جاری ختنه

مایکه جیکوبز، ریچارد گریدی، دیوید ای. بولنیک^۱

یادداشت سردبیر

بیشتر توافق نظرهای اظهار شده، پس از لحاظ روشن و صریح شواهد موجود که توسط سیاست های محلی تعدیل شده است، بدست آمد. ختنه روتین تا پس از جنگ جهانی دوم در بریتانیای کبیر، کانادا و ایالات متحده امری عادی و یک هنجار بود. مروجین اولیه ختنه روتین منعکس کننده وضعیت پزشکی در اواخر قرن نوزدهم بوده و اساساً تحت تأثیر گزارشات موردی حکایتی بوده اند که اغلب دارای ماهیت مشکوک بودند. گزارش های مرگ و میر نوزادان در اثر ختنه و ظهور خدمات ملی سلامت قبل از پایان دهه ۱۹۴۰ باعث شد بریتانیای کبیر پوشش ختنه روتین را رها کند. بیش از ۲۰ سال نگذشته بود که کانادا و استرالیا از آن قاعده تبعیت کردند. ایالات متحده به دلایل مختلف، مسیر متفاوتی را در پیش گرفت و به دنبال جنگ جهانی اول، ختنه روتین را با موضع قوی تر پس از جنگ جهانی دوم ترویج کرد. در سال ۱۹۹۹، برای پرداختن به سؤال رو به رشد مربوط به روایتی ختنه روتین، AAP بیانیه سیاسی صادر کرد که به جای دو قطبی شدن بصورت موافق یا مخالف، میانه راه را در نظر گرفت. این سیاست بر اساس داده های جدید مورد بازنگری و تجدید نظر قرار گرفته است و آخرین بار در سال ۲۰۰۵ مورد تأیید مجدد قرار گرفته است. یعنی ختنه برخی از فواید پزشکی را به ارمغان می آورد اما برای تصویب اجرای روتین آن کافی نیست.

مقدمه

از زمان رواج ختنه در فرهنگ غرب، در اواسط قرن نوزدهم، فواید بالقوه این رویه همراه با نگرانی های عملی و اخلاقی لحاظ شده است و باعث سردرگمی پزشکان و به همان ترتیب والدین شده است. در پاسخ به این سردرگمی، سازمان های پزشکی مختلف به صدور توصیه ها و دستورالعمل هایی پرداخته اند تا نظرات توافقی خود را به کسانی که به خانواده ها مشاوره می دهند و کسانی که ختنه روتین نوزادی (NC)^۲ را انجام می دهند، عرضه نمایند. متأسفانه این دستورالعمل ها همیشه یکنواخت و هم راستا نبوده و اغلب با توجه به احساسات عموم، تغییر می کنند. در اینجا هدف ما بازنگری ادله اصلی موافق

¹ Micah Jacobs, Richard Grady, and David A. Bolnick

² Neonatal Circumcision

و مخالف ختنه نوزادان است که توسط سازمان‌های پزشکی ارائه شده است، تا توصیه‌های جاری سازمان‌های بزرگ پزشکی در طب غربی را بیان کرده و اجماع این دیدگاه‌ها را که ممکن است در عمل استفاده شوند، را ارائه می‌کنیم.

آکادمی متخصصان کودک آمریکا

بیانیه خط مشی آکادمی متخصصان کودک آمریکا (AAP)^۱ در رابطه با ختنه روتین از بسیاری جهات حامل استاندارد سیاستگذاری ایالات متحده بوده است که سایر مواضع بر اساس آن سنجیده شده است.

آکادمی متخصصان کودک آمریکا در سال ۱۹۹۹ جدیدترین بیانیه خط مشی ختنه خود را منتشر کرد که در سال ۲۰۰۵ مجدداً تأیید گردید^(۲،۱). این بیانیه که در شوراها و متخصصان کودکان منتشر گردید، بیان می‌دارد که گرچه NC مزایای بالقوه فراوانی دارد، اما شواهد زیادی در حمایت از الزام به اجرای روتین آن وجود ندارد.

این بیانیه به چندین زمینه از مزایای بالقوه NC، از جمله پیشگیری از عفونت مجاری ادراری، سرطان آلت تناسلی و بیماری‌های مقاربتی اشاره می‌کند. در رابطه با عفونت مجاری ادراری، تأیید می‌کند که خطر ابتلا به عفونت ادراری در مردان ختنه نشده ده برابر افزایش می‌یابد. این شواهد با خطر مطلق بسیار کم عفونت مجاری ادراری و از دست دادن تاثیر خود پس از سال اول زندگی، کاهش می‌یابد. علاوه بر این، مطالعاتی که نرخ بروز کمتر عفونت مجاری ادراری را نشان می‌دهند، اغلب از نظر عوامل موثر دیگری مانند نارس بودن نوزاد و استفاده از تکنیک‌های ناکارآمد نمونه‌گیری مانند استفاده از کیسه برای نمونه ادرار، کنترل نشده‌اند.

در بیانیه AAP همچنین به سرطان آلت تناسلی اشاره شده و نتیجه گرفته است که میزان کارسینوم سلول سنگفرشی در مردان ختنه شده سه برابر کمتر است. این بیانیه ختنه را بر این اساس توجیه نمی‌کند، زیرا مانند نرخ UTI، ریت سرطان آلت تناسلی در ایالات متحده پایین است. بنابراین تعداد پسرانی که برای پیشگیری از یک مورد سرطان ختنه می‌شوند بسیار زیاد است.

موضوع بیماری‌های منتقله جنسی، به ویژه HIV، در یک پاراگراف منفرد در بیانیه خط مشی AAP مورد توجه قرار گرفته است. در این بیانیه تأیید شده است که شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مردان ختنه نشده در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به HIV هستند و مکانیسم بیولوژیکی برای توضیح این موضوع وجود دارد. با این حال، این سازمان همچنین اظهار می‌دارد که ریسک فاکتورهای رفتاری «به نظر می‌رسد عوامل خطر بسیار مهمتری در ابتلا به عفونت HIV نسبت به وضعیت ختنه بودن» باشد.

در بیانیه AAP به چندین زیان بالقوه این رویه اشاره شده است. نرخ بروز عوارض در این بیانیه ۰.۲ تا ۰.۶ درصد ذکر شده است، اما بیان می‌دارد که بیشتر این عوارض «جزئی» هستند. اینها شامل خونریزی، عفونت، برآیند زیبایی ضعیف و در موارد افراطی قطع سر آلت تناسلی است. علاوه بر این، AAP ناتوانی در گرفتن رضایت نامه آگاهانه و لزوم مشاوره کافی و کارآمد خانواده را توصیف می‌کند.

به این دلایل، AAP نتیجه‌گیری می‌کند که گرچه ممکن است ختنه فوایدی برای سلامتی داشته باشد، اما شواهد روشنی وجود ندارد که این فواید آنقدر قوی و عمقی باشد که اجرای روتین آن توسط پزشکان را توصیه کند. ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را تشویق می‌کند تا اطلاعات بی‌طرفانه‌ای را هنگام راهنمایی والدین برای تصمیم‌گیری در مورد ختنه ارائه نمایند. علاوه بر این، بیانیه AAP حق والدین (قیم) برای دادن رضایت نامه آگاهانه از طرف فرزند خود را تأیید می‌کند:

¹ American Academy of Pediatrics

در مواردی چون تصمیم گیری برای انجام ختنه در دوره نوزادی، زمانی که فواید و خطرات بالقوه ای وجود دارد و برهه ای که این رویه برای سلامت جاری کودک ضروری نیست، این والدین هستند که باید تعیین کنند که چه چیزی به نفع کودک است. در جامعه کثرت‌گرای ایالات متحده که در آن والدین اختیارات گسترده‌ای برای تعیین اینکه چه چیزی مناسب تربیت و رفاه کودک است دارند، مشروع است که والدین هنگام تصمیم گیری در این مورد علاوه بر عوامل پزشکی، سنت‌های فرهنگی، مذهبی و قومی را نیز در نظر بگیرند.

در حالی که بیانیه AAP از لزوم ختنه روتین پشتیبانی نمی‌کند، به طور مثبتی از پیاده سازی کنترل درد برای درد ختنه حمایت می‌کند: «اگر تصمیم برای انجام ختنه گرفته شود، باید مسکن برای درد رویه فراهم گردد».

آکادمی پزشکان خانواده آمریکا

موضع آکادمی پزشکان خانواده آمریکا (AAP) در سال ۲۰۰۱ و تأیید مجدد آن در سال ۲۰۰۷^۱، از نظر زمینه و لحن مشابه بیانیه AAP می‌باشد، از جمله درخواست استفاده از بیهوشی برای ختنه نوزادان:

کمیسیون علمی AAP متون و پیشینه مرتبط با ختنه نوزادان را بازنگری کرده است. شواهد حاصل از پیشینه اغلب متناقض و غیر قطعی است. اکثر والدین تصمیم خود مبنی بر ختنه کردن یا ختنه نکردن نوزاد پسر خود را بر اساس اولویت‌های غیر پزشکی (برای نمونه؛ مذهبی، قومی، فرهنگی، آرایشی) می‌گیرند. آکادمی پزشکان خانواده آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان در مورد مضرات و فواید بالقوه ختنه با همه والدین یا سرپرستان قانونی که این رویه را برای پسر تازه متولد شده خود در نظر می‌گیرند، صحبت کنند ... «اگر تصمیم به ختنه کردن گرفته شد، باید از بیهوشی استفاده شود».

انجمن اورولوژی آمریکا

بیانیه خط مشی انجمن اورولوژی آمریکا (AUA)^۲ در سال ۱۹۸۹ با تجدید نظر نهایی در سال ۲۰۰۷ بیان می‌کند که «ختنه نوزاد دارای فواید و مزایای پزشکی بالقوه و همچنین معایب و خطراتی است»^۴. در این بیانیه اظهار شده است که ختنه نوزاد زمانی که توسط یک پزشک با تجربه انجام شود نسبتاً ایمن است و بیشتر عوارض جزئی هستند. عوارض تاخیری ختنه مانند آلت تناسلی دفن شده سیکاتریسیال، تنگی مجرای ادرار، پل‌های پوستی، چسبندگی و زیبایی ضعیف باید در نظر گرفته شوند. اظهار شده است که در حالت متعادل، اگر ختنه به درستی انجام شود از فیموز، پارافیموز و بالانوپوستیت جلوگیری می‌کند و نرخ بروز سرطان آلت تناسلی، عفونت‌های مجاری ادراری و احتمالاً بیماری‌های منتقله جنسی را کاهش می‌دهد. به این معنا که «مواجهه با خطرات و مضرات ختنه زودهنگام است، در حالی که مزایا و فواید آن برای آینده است».

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری

اگرچه از سال ۲۰۰۹ بسیار انتظار می‌رفت، اما مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC)^۳ توصیه ای در موافقت یا مخالفت با ختنه روتین منتشر نکرده است. CDC گزارش می‌دهد که ختنه مقداری ارزش محافظتی در برابر بیماری زخم تناسلی و کلامیدیا، عفونت مجاری ادراری نوزادان، سرطان آلت تناسلی و سرطان دهانه رحم در زنان دارد (دو مورد آخر با ویروس پاپیلوما ای انسانی، HPV در ارتباط است).

¹ American Academy of Family Physicians

² American Urological Association

³ Centers for Disease Control and Prevention

CDC در حال حاضر در حال بازنگری این مسئله است که آیا می توان مطالعات جنوب آفریقا را به نحوه انتقال HIV که در ایالات متحده دیده می شود تعمیم داد و آیا نقش پیشگیری کننده مکمل برای ختنه وجود دارد یا خیر^[۵]. در همین حال، آنها موضعی معتدل اتخاذ کرده اند: «مردان ممکن است بخواهند ختنه را به عنوان یک اقدام اضافی برای پیشگیری از HIV در نظر بگیرند، اما باید بدانند که ختنه (۱) خطرات و هزینه‌هایی دارد که باید علاوه بر مزایای بالقوه آن در نظر گرفته شود. (۲) تاثیر آن در کاهش خطر عفونت ناشی از رابطه جنسی دخول در واژن ثابت شده است و (۳) محافظت نسبی ایجاد می کند و باید فقط همراه با سایر اقدامات پیشگیرانه اثبات شده در نظر گرفته شود».

انجمن متخصصان کودک کانادا

سازمان های بهداشتی کانادا تا حد زیادی در ۳۰ سال گذشته با NC روتین مخالفت کرده اند. در سال ۱۹۸۹، انجمن کودکان کانادا^۱ اظهار داشت که شواهد مربوط به STDs و UTI «به اندازه کافی برای توجیه تغییر سیاست قانع کننده نیست» و در سال ۱۹۹۶ مورد بازبینی قرار گرفت^[۶]. این سیاست از دهه ۱۹۷۰ ختنه نوزادان را منع کرده است. این موضع همچنین توسط موضع کالج پزشکان و جراحان بریتیش کلمبیا (CPSBC)^۲ که در سال ۲۰۰۹ منتشر شد، حمایت می شود که به طور قطع بیان می کند که ختنه روتین نوزادان «توصیه نمی شود» و حتی ممکن است پیامدهای حقوق بشری داشته باشد^[۷]. با وجود مخالفت با ختنه نوزادان، CPSBC به کد اخلاقی CMA، بخش ۸، اشاره می کند که والدین را در برابر ارائه دهنده‌ای که ممکن است ختنه را عملی غیرقابل قبول تلقی کند، محافظت می کند: «اگر اعتقادات شخصی شما علیه ختنه نوزادان پسر حکم می کند، این موضوع باید به بیمارانتان اطلاع داده شود و با پیشنهاد ارجاع به پزشک دیگری که در انجام این عمل صالح است همراه باشد». جالب توجه است که علیرغم چنین مخالفتی از سوی نهادهای پزشکی، در نظرسنجی سال ۲۰۰۹ آژانس بهداشت عمومی کانادا، «مادران چه می گویند: پیمایش تجربیات مادران در کانادا»^[۸]، گزارش می دهد که حدود یک سوم از مادران پاسخ دهنده، فرزند پسر خود را ختنه کرده اند.

کالج سلطنتی پزشکان استرالیا

در سال ۱۹۹۶، کالج سلطنتی پزشکان استرالیا (RACP)^۳ اذعان کرد که ریت عفونت مجاری ادراری، سرطان آلت تناسلی و HIV ممکن است در مردان ختنه شده کمتر باشد اما این امر از ختنه روتین پشتیبانی نمی کند. در عوض توصیه کرده است که این عمل تا زمانی که بیمار به اندازه کافی بزرگ باشد که «انتخاب آگاهانه» انجام دهد، به تأخیر بیفتد^[۹].

در سال ۲۰۱۰، کالج سلطنتی استرالیا خط مشی به روز شده ای را منتشر کرد که در آن موضع خود را علیه ختنه روتین نوزادان مجدداً تأکید می کند: «نرخ توزیع بیماری هایی که با ختنه قابل تعدیل هستند، سطح حفاظت ارائه شده توسط ختنه و نرخ عوارض ختنه، ختنه روتین نوزادان را در استرالیا و نیوزیلند واجب نمی کند. هرچند منطقی است که والدین فواید و خطرات ختنه را بسنجند و در مورد ختنه کردن یا عدم ختنه پسران خود تصمیم بگیرند»^[۱۰]. اگرچه مخالف ختنه روتین به عنوان یک موضوع خط مشی است، RACP تأکید می کند که در جایی که والدین ختنه را برای فرزند پسر شیرخوار خود انتخاب می کنند، باید بی دردی و مسکن ارائه شود: «ختنه نوزاد بدون بیحسی در استرالیا و نیوزیلند عملی غیرقابل قبول است».

¹ Canadian Pediatric Society

² College of Physicians and Surgeons of British Columbia

³ The Royal Australasian College of Physicians

در نیوزیلند ختنه به عنوان یک فعالیت محدود شده تعیین شده است (قانون تضمین شایستگی پزشکان بهداشتی، ۲۰۰۳) و فقط توسط یک پزشک قابل انجام است، در حالی که در استرالیا، هم درمانگران روحانی و هم پزشکان ممکن است ختنه را انجام دهند.

انجمن پزشکی بریتانیا و انجمن جراحان کودک بریتانیا

در انگلستان، اجماع نهادهای پزشکی مشابه با کانادا بوده است. هر دو انجمن پزشکی بریتانیا (BMA)^۱ و انجمن جراحان کودکان بریتانیا (BAPS)^۲ ابراز کرده اند که «به ندرت اندیکاسیون بالینی برای ختنه وجود دارد»^[۱]. این سازمان ها سؤال مربوطه به روایی رضایت نامه و نگرانی های اخلاقی در تصمیم گیری برای یک نوزاد پسر را مطرح می کنند. آنها از تأثیر بالقوه قانون حقوق بشر^[۲] بهره گرفته اند: «اگر نشان داده شود که ختنه در جایی که نیاز بالینی وجود ندارد برای سلامتی و رفاه کودک مضر است، به احتمال زیاد یک چالش قانونی در زمینه حقوق بشر موفقیت آمیز خواهد بود». آنها الزامی کرده اند که هر دوی والدین باید رضایت نامه آگاهانه بدهند. اگر کودک به اندازه کافی بزرگ باشد که بتواند نظرات شخصی خود را بیان کند، باید آنها را در نظر گرفت. با این حال، BMA بر نقش والدین به عنوان حامیان منافع کودک تأکید می کند: «... BMA معتقد است که والدین باید این حق را داشته باشند که بهترین راه را برای ارتقای منافع فرزندان خود انتخاب کنند و جامعه باید تصمیم بگیرد که چه محدودیت‌هایی باید بر انتخاب والدین تحمیل شود ... ختنه مرد در قانون اساسی نیست، با این حال بازنگری قضایی فرض می کند که به شرط رضایت هر دو والدین، ختنه غیر درمانی فرد مذکر قانونی است».

انجمن سلطنتی پزشکی آلمان (KNMG)

از میان تمام دیدگاه‌های ذکر شده در اینجا، KNMG^۳ قوی‌ترین موضع را در مخالفت با ختنه غیر درمانی دارد: «KNMG گفت‌وگو بین سازمان‌های پزشکی، کارشناسان و گروه‌های مذهبی مرتبط را فراخوان کرده است تا مسئله ختنه غیر درمانی خردسالان مذکر را در دستور کار قرار دهند و در نهایت آن را تا حد امکان محدود می کنند»^[۳]. موضع آنها این است که عوارض ختنه قابل توجه است و بنابراین بر دلایلی غیر از دلایل مستقیم پزشکی/درمانی می چربد: «بر خلاف آنچه اغلب تصور می شود، ختنه خطر عوارض طبی و روانی را به دنبال دارد. شایع ترین عوارض شامل خونریزی، عفونت، تنگی مئآتوس (تنگی مجرای ادرار) و حملات هراس است» و «ختنه غیر درمانی خردسالان مذکر مغایر با این قاعده است که افراد زیر سن قانونی فقط در صورتی تحت درمان های طبی قرار داده می شوند که بیماری یا ناهنجاری وجود داشته باشد، یا اگر بتوان به طور قانع کننده ای نشان داد که مداخله طبی به نفع کودک است، همانطور که در مورد واکسیناسیون وجود دارد» و «ختنه غیر درمانی خردسالان پسر با حق استقلال و تمامیت جسمانی کودک در تناقض است». در نهایت، KNMG، از نظر حقوقی ختنه مردان را برابر با «قطع اندام تناسلی زنان» می داند، اما بیم آن دارد که ممنوعیت اولی منجر به استفاده از درمانگران بدون مجوز شود. علیرغم مخالفت با ختنه، KNMG معتقد است که ختنه یک رویه جراحی است که تحت پوشش قانون حرفه های مراقبت های بهداشتی انفرادی قرار می گیرد. در مواردی که ختنه انجام می شود، باید توسط پزشک و با بیهوشی موضعی یا عمومی انجام شود.

¹ British Medical Association

² British Association of Pediatric Surgeons

³ Royal Dutch Medical Association

سازمان بهداشت جهانی

«ختنه مردان باید به عنوان یک گام مهم دیگر در مهار HIV اکتسابی دگر جنس گرا در مردان شناخته شود» - مارس ۲۰۰۷ (مرکز اخبار سازمان ملل). سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ به شدت درگیر درمان و سرکوب همه گیری HIV، به ویژه در جنوب صحرای آفریقا است. علاوه بر مشاوره رفتار ایمن تر و شروع زودهنگام درمان ضد رتروویروس، ختنه به ویژه در مناطق با شیوع بالا توصیه شده است^[۱۴]. این عمدتاً به دلیل شواهدی است که نشان می دهد ختنه خطر انتقال HIV را تا ۶۰٪ کاهش می دهد. از آنجایی که نرخ بروز HIV در مناطق جنوب صحرای آفریقا بسیار بالا است، این کاهش به کاهش انتقال HIV در تعداد زیادی از مردم برگردان می شود: «مطالعات مدل سازی حاکی از آن است که ختنه مردان در جنوب صحرای آفریقا می تواند از ۵.۷ میلیون مورد جدید HIV و سه میلیون مورد مرگ در طی ۲۰ سال جلوگیری کند»^[۱۵]. اگرچه در حال حاضر اکثر ختنه ها در برنامه های ریشه کنی HIV بر روی مردان بالغ انجام می شود، تلاش جدیدی برای گسترش آن به نوزادان تازه متولد شده وجود دارد، جایی که این روش ایمن تر و کم هزینه تر در نظر گرفته می شود. بر این اساس، WHO دستورالعملی برای ختنه نوزادان پسر منتشر کرده است^[۱۶].

شایان ذکر است که چندین کشور و منطقه از جنوب صحرای آفریقا بیانیه های خط مشی مخصوص خود را در مورد ختنه تدوین کرده اند.

خلاصه فصل

خارج از مناطق استراتژیک جنوب صحرای آفریقا، هیچ فراخوانی برای ختنه روتین توسط هیچ سازمان پزشکی یا نهاد دولتی انجام نشده است. دامنه مواضع از «برخی فواید طبی / انتخاب والدین» در ایالات متحده، تا «ضرورت فقدان فایده پزشکی / انتخاب والدین» در بریتانیا، تا «بدون مزیت پزشکی / آسیب جسمی و روانی / انتخاب والدین» در هلند متغیر است.

در نهایت عوامل متعددی روی موضع گیری یک سازمان پزشکی در مورد ختنه تاثیر دارد. در مناطقی مانند جنوب صحرای آفریقا، جایی که نرخ HIV بسیار بالاست و شواهد اخیر حاکی از ارزش پیشگیری کننده است، انگیزه قوی برای ختنه کردن تعداد هر چه بیشتری از مردان تا سر حد امکان وجود خواهد داشت. در جایی که ختنه به عنوان رویه دارای ارزش اسمی یا فاقد ارزش پزشکی تلقی می شود، تنها عوامل اجتماعی، فرهنگی و مذهبی این عمل را هدایت می کنند. در واقع، تمام بیانیه های خط مشی بررسی شده در مورد ختنه، صرف نظر از موضع آنها در مورد ختنه، برای والدین در حمایت از اولویت های فرهنگی یا مذهبی آنها، حق انتخاب را در نظر گرفته اند. علاوه بر این، برخی از سیاستگذاران موضع می گیرند که در چنین مواردی، ختنه باید تحت پوشش برنامه های بهداشتی دولتی باشد تا از استفاده از درمانگران غیر متخصص کمتر آموزش دیده جلوگیری شود.

در مکان هایی که دولت یا بیمه های درمانی ختنه را پوشش نمی دهند، نرخ بروز آن کم است یا رو به کاهش است. به عنوان مثال، با توقف پوشش ختنه توسط دولت، نرخ انجام ختنه و حمایت از این رویه در بریتانیای کبیر به شدت کاهش یافته است. علاوه بر این، توزیع جمعیتی ختنه در ایالات متحده به طور قابل توجهی تحت تاثیر بیمه و پوشش ایالتی (Medicaid) قرار دارد، به طوری که یک شکاف اجتماعی-اقتصادی آشکار است، که به داشته ها و نداشته ها معنای بیشتری می بخشد.

¹ World Health Organization

با توجه به جدیدترین تحقیقات در مورد اینکه آیا و تا چه اندازه ختنه ارزش پیشگیری کننده در پیشگیری از انتقال HIV و HPV دارد یا خیر، بسیاری از سازمان ها کمیته های بررسی جدیدی ایجاد کرده اند. بنابراین، این بازنگری نیز ممکن است به بروز رسانی نیاز داشته باشد.

منابع فصل

1. Lannon, C.M., et al., *American Academy of Pediatrics Circumcision Policy Statement*. Pediatrics, 1999. **103**(3): p. 686-693.
2. AAP, *AAP publications retired and reaffirmed*. Pediatrics, 2005. **116**(3): p. 796-796.
3. AAAP. *Circumcision: position paper on Neonatal Circumcision*. 2007 Reaffirmed Aug 2007; Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/clinicalrecs/children/circumcision.html>.
4. AUA. *Policy statements: circumcision*. 2007 May 2007; Available from: <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/policy-statements/c/circumcision.cfm>.
5. CDC. *Male circumcision and risk for HIV transmission and other health conditions: implications for the United States*. 2008 Feb 2008; Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/circumcision.htm>.
6. Canadian Medical Association, *Neonatal circumcision revisited. Fetus and newborn committee, Canadian Paediatric Society*. CMAJ, 1996. **154**(6): p. 769-780.
7. CPSBC, *Resource manual: circumcision (Infant Male)*. Updated Sept 2009. 2009, The College of Physicians and Surgeons of British Columbia.
8. Public Health Agency of Canada, *What mothers say: the Canadian maternity experiences survey*. 2009, Public Health Agency of Canada: Ottawa.
9. The Australian College of Paediatrics, *Position statement: routine circumcision of normal male infants and boys*. 1996, Australian College of Paediatrics: Parkville.
10. The Royal Australasian College of Physicians, *Circumcision of infant males*. 2010, Royal Australasian College of Physicians: Sydney.
11. British Medical Association, *Department of Medical Ethics: The law and ethics of male circumcision: guidance for doctors*. 2006, British Medical Association: London.
12. Parliament of the United Kingdom. *Human Rights Act*. 1998; Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1998/42/contents>.
13. Royal Dutch Medical Association (KNMG), *Nontherapeutic circumcision of male minors*. 2010, Royal Dutch Medical Association (KNMG): Utrecht.
14. WHO, *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015*. 2011, World Health Organization: Geneva.
15. WHO, *WHO and UNAIDS announce recommendations from expert consultation on male circumcision for HIV prevention*. 2007, World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): Geneva.
16. WHO and Jhpiego Corporation, *Manual for early infant male circumcision under local anaesthesia*. 2010, World Health Organization: Geneva.