



## ارتباط بین تمایل به سزارین و آگاهی از روش‌های کاهش درد

سزارین یکی از اقدامات اساسی برای حفظ حیات و سلامت مادر و جنین است و گرچه از مطمئن‌ترین روش‌های جراحی است، برای مادر نسبت به زایمان واژینال خطر بیشتری در بردارد. بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود 15 درصد زایمان‌ها با انتخاب صحیح می‌توانند به سزارین منجر شوند، ولی آمار سزارین در بسیاری از مناطق بیش از این تعداد است و در دهه‌ی گذشته افزایش قابل توجهی داشته است.

در بسیاری موارد سزارین ضرورت پزشکی منجر به زایمان به روش سزارین نبوده بلکه ناآگاهی، رفتارها و نگرش‌های غیرآزمون شده، عقاید غلط، تعیین کننده‌ی نوع زایمان انجام شده بوده و مطالعات متعدد نشان می‌دهند که عدم تمایل برای تحمل درد عامل اصلی افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی هستند، بنابر این به نظر می‌رسد که آگاهی از انواع روش‌های کاهش درد در دسترس می‌تواند سبب کاهش تقاضای سزارین گردد.

این مطالعه تحلیلی مقطعی روی 390 زن باردار در مراکز دولتی شهر مشهد به صورت مبتنی بر هدف انجام شد. پرسش‌نامه شامل مشخصات فردی، تاریخچه‌ی مامایی، تمایل به زایمان طبیعی یا سزارین و علت آن، میزان اطلاع از روش‌های کاهش درد را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی با ضریب اطمینان 95 درصد و سطح معنی دار 0/5 انجام شد.

نتایج به دست آمده نشان داد که متغیرهای سن، میزان تحصیلات و شغل در بین دو گروه تمایل به سزارین و تمایل به زایمان طبیعی اختلاف معنی‌داری نداشتند. در گروه زایمان طبیعی، ترس از بیهوشی و عمل جراحی و سپس تمایل به دیدن بلافاصله نوزاد، بیشترین علت تمایل بود و در گروه تمایل به سزارین بیشترین علت، ترس از درد زایمان و تشخیص پزشک بود. 80/8 درصد واحدهای پژوهش هیچ یک از روش‌های کاهش درد را نمی‌شناختند.

با وجود این که بیشترین علت تمایل به سزارین ترس از درد زایمان طبیعی است، آگاهی کافی از روش‌های کاهش درد قابل انجام در مراکز درمانی وجود ندارد و به نظر می‌رسد که مطالعات بیشتر در این زمینه و افزایش آگاهی از روش‌های کاهش درد و فواید آن می‌تواند در کاهش تمایل و تقاضای انجام سزارین موثر باشد.

Pain relief methods, Vaginal delivery, Cesarean section, knowledge

**نشاط پیمان**  
کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد

**الهام جنیدی**  
کارشناس ارشد مامایی

نگارنده پاسخگو: الهام جنیدی  
آدرس: مشهد، بلوار وکیل آباد، بلوار لادن، لادن 29، پلاک 20  
تلفن: 09159002296  
پست الکترونیک:  
Elham\_bj@yahoo.com

### مواد و روش‌ها

### نتایج

### نتیجه‌گیری

### واژه‌های کلیدی

تاریخ وصول: 1389/11/10  
تاریخ تایید: 1390/2/6

مقدمه

همواره تفکر زنان نسبت به زایمان، تاثیر فوق العاده‌ای بر بهداشت روانی اجتماعی مادران و اعضا خانواده‌ی آنها دارد (1). سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی و نیز یکی از اقدامات اساسی برای حفظ حیات و سلامت جنین است (2,3). گرچه سزارین برای مادران و جنین‌های پرخطر زایمانی سالم و بی‌خطر را سبب شده است ولی آیا مداخله‌های معمول در موقعیت‌های کم‌خطر هم ضرورت دارد (1)؟

سزارین از مطمئن‌ترین روش‌های جراحی است ولی برای مادر نسبت به زایمان واژینال خطر بیشتری در بردارد (1,4). میزان مرگ و میر ناشی از آن 2 تا 7 برابر زایمان طبیعی بوده است (1,5,6). و آندومتریت، خونریزی، عفونت ادراری، ترومبوآمبولیسم از جمله عوارض مادری می‌باشند که در سزارین تا 4 برابر زایمان طبیعی است (1,3,6). این عوامل همراه با افزایش زمان بستری و بهبودی سبب افزایش هزینه‌های آن تا 2 برابر زایمان واژینال شده (3,7) و ناتوانی‌های مادر پس از انجام سزارین موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد می‌گردد (8). خطر سزارین برای جنین شامل تولد زودرس، تاکی پنه‌گذرا، افزایش فشارخون مقاوم عروق ریه، جراحی، کبودی و صدمه‌های دیگر می‌باشد (6).

بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود 15 درصد زایمان‌ها با انتخاب صحیح و بدون افزایش مرگ و میر و عوارض پره‌ناتال می‌توانند به سزارین منجر شوند (3,9,10)، ولی آمار سزارین در بسیاری از مناطق بیش از این تعداد است. در دهه‌ی گذشته سزارین افزایش قابل توجهی داشته و در بعضی نقاط جهان به بیش از 50 درصد کل زایمان‌ها رسیده است و البته شواهدی وجود ندارد که نشان دهند میزان اورژانس‌های مامایی نیز افزایش یافته باشد (11). 50 تا 65 درصد زایمان‌ها در ایران به صورت سزارین انجام می‌شود که 90 درصد آن در شهرها و بیمارستان‌های خصوصی است و در مجموع میزان سزارین در ایران 3 تا 4 برابر استاندارد جهانی است (5,11).

مصطفی‌زاده و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش کردند در کشور ما میزان سزارین در زایشگاه مرکزی کرمان از 23/5 درصد در سال 73 به 37/6 درصد در سال 75 رسیده است. این میزان در رشت و در سال 1378، 41/5 درصد و اردبیل در سال 1382، 45/4 درصد بوده است (7) و در سال 79 در بیمارستان‌های دانشگاه شاهد 56/2 درصد اعلام شد (12)، که بیانگر افزایش روزافزون سزارین می‌باشد (7,13). این در حالی است که آمارهای اعلام شده میزان سزارین را در کشور سوئد در سال 1999، 14/2 درصد، همان سال در مکزیک 24/1 درصد، کلمبیا 32/5 درصد، شیلی 40 درصد گزارش نموده‌اند. در سال 1996 این میزان در ایتالیا 27/9 درصد بود که در سال 2000 به 33/2 درصد افزایش یافت و فرانسه با اعلام آمار 15/9 درصد در سال 1995 ابراز نگرانی از افزایش آمار سزارین نمود (7). این آمار در سال 2004 در ایالات متحده 18 درصد و در برزیل 80 تا 90 درصد تخمین زده شده است (11). سازمان بهداشت جهانی برای کاهش مرگ و میر زنان، حوزه‌هایی برای اقدامات اولیه مشخص کرده است که یکی از آنها محافظت در برابر تکنولوژی غیرضروری پزشکی است و بر این اساس عمل سزارین محدود به مواردی می‌شود که زایمان از کانال طبیعی میسر نیست یا مخاطره‌های جدی برای مادر و نوزاد همراه داشته باشد (1). میزان انتظار برای سزارین طبق توصیه‌ی سازمان بهداشت جهانی برای سال 2010 حد اکثر تا میزان 15 درصد قابل توجیه است (1,5,8,11,14).

در بسیاری موارد دلیل انجام سزارین ضرورت‌های پزشکی نمی‌باشد بلکه زایمان به روش سزارین نیست بلکه نا آگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های غیرآزمون شده و غلط تعیین کننده نوع زایمان انجام شده هستند (5,14). ترس از آسیب‌های جسمی (3) تصور ایجاد اختلال در روابط جنسی (5)، نگرانی از عوارض جنینی، ارزش دادن به ملاحظات پزشکی به عنوان نشانه‌ای از رفاه یا اعتبار، تعیین یک تاریخ خاص برای تولد کودک و عدم تمایل

منتخب شهر مشهد که به صورت خوشه‌ای و تصادفی از هر منطقه انتخاب گردیده بودند، مراجعه نموده و به واحدهای پژوهش در مورد مطالعه و اهداف آن توضیح و در صورت داشتن تمایل به شرکت در مطالعه، خانم‌هایی که در سه ماهه سوم بارداری و بدون اندیکاسیون قطعی سزارین بودند، ابتدا فرم رضایت‌نامه‌ی شرکت در مطالعه تکمیل و سپس فرم مصاحبه‌ی شماره‌ی یک جهت انتخاب واحد پژوهش (معیارهای ورود به مطالعه شامل سابقه‌ی هیچ‌گونه بیماری جسمی و روانی و هیچ‌گونه عارضه‌ی شناخته شده در بارداری فعلی نداشته باشد، سن بین 18-35 سال، حاملگی تک‌قلویی، عدم وجود سابقه‌ی سقط‌های مکرر و منعی برای انجام زایمان طبیعی، نداشتن سابقه‌ی نازایی و عدم وجود رویداد استرس‌زا در 3 ماه گذشته) تکمیل و چنانچه فرد معیارهای ورود به مطالعه را داشت فرم مصاحبه شماره‌ی 2 شامل: 1- مشخصات فردی در مورد سن، شغل، تحصیلات و 2- اطلاعات مربوط به تاریخچه‌ی مامایی شامل تعداد بارداری، نوع و نحوه‌ی زایمان‌ها، سرانجام زایمان برای مادر و جنین و... 3- اطلاعات راجع به تمایل به زایمان طبیعی یا سزارین و علت آن 4- میزان اطلاع از فواید و عوارض هر روش 5- اطلاع از روش‌های کاهش درد را پر می‌کرد.

پس از گردآوری داده‌ها، فرم‌ها، کدگذاری شده و کدها وارد رایانه گردید و پس از کسب اطمینان از صحت ورود داده‌ها تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS انجام و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای توصیف مشخصات واحد پژوهش در گروه‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد.

در آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان 95 درصد و سطح معنی دار 0/05 مد نظر قرار گرفت. یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در قالب نمودارها و جداول ارائه شده است.

برای تحمل درد، عوامل اصلی همراه با افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی هستند (3).

زنان باردار عمل سزارین را عملی با درد و عوارض کمتر در مقایسه با زایمان طبیعی تلقی می‌کنند و درخواست مادر یکی از دلایل عمده‌ی این افزایش هستند (1).

یک کارشناس وزارت بهداشت اعلام داشت که عامل افزایش سزارین در کشورمان تمایل مادر باردار (3) و به علت ترس از درد زایمان و عدم آگاهی از روش‌های کاهش درد زایمان (13)، شرایط انجام زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها (3)، انگیزه‌ی پزشک (15، 3) و تغییرات شرایط اجتماعی می‌باشد (3). خانم‌هایی که درخواست سزارین دارند اکثراً شهری، تحصیل کرده، شاغل و قادر به تصمیم‌گیری مستقل بوده‌اند و متأسفانه در برخی جوامع حالت تجملی به خود گرفته است (15، 13).

در مطالعه‌ای در برزیل 40 درصد مادران از خطرهای مادری و 5 درصد از آن‌ها از خطرهای جنینی سزارین اطلاع داشتند. در آمریکا 49 درصد خانم‌ها به خاطر راحت‌تر بودن سزارین نگرش موافق داشتند و در برخی سلامت خود یا فرزندشان دلیل تقاضا برای سزارین بوده است (6).

نگاهبان و همکاران گزارش کردند که بیشترین علت یعنی 52/5 درصد تمایل خانم‌ها به سزارین درد در زایمان طبیعی بوده است (10).

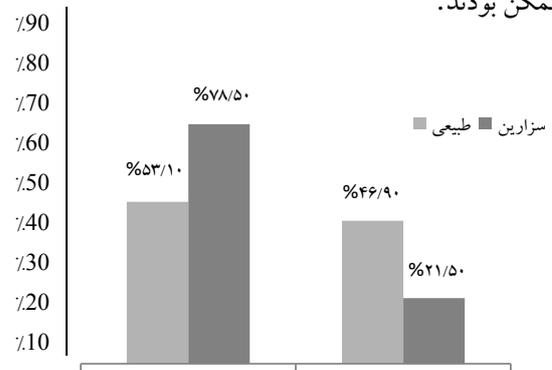
با توجه به این که در بسیاری بیمارستان‌ها روش‌های کاهش درد زایمان قابل استفاده می‌باشد لذا بر آن شدیم که میزان اطلاع و آگاهی زنان را از روش‌های کاهش درد زایمان و ارتباط آن را با تمایل آن‌ها به سزارین بسنجیم تا گامی در جهت کاهش میزان سزارین برداشته باشیم.

## روش کار

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه و مجوز از مسئولین مربوطه به واحد بهداشت مادر و کودک مراکز بهداشتی درمانی

### نتایج

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که متغیرهای سن، میزان تحصیلات و شغل بین دو گروه تمایل به سزارین و تمایل به زایمان طبیعی اختلاف معنی‌داری وجود نداشته و گروه‌ها همگن بودند.



Pearson Chi-Square=25/46 - P-Value=0.0001\*\*

**نمودار 1:** مقایسه‌ی تعداد زایمان و ارتباط آن با تمایل به نوع زایمان اما اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر تعداد بارداری و نوع زایمان دیده می‌شود. به نحوی که زنانی که تا کنون زایمان نداشته‌اند تمایل بیشتری به انجام سزارین دارند. در گروه تمایل به سزارین بیشترین علت تمایل، ترس از درد زایمان و توصیه‌ی پزشک بود. در این مطالعه 80/8 درصد خانم‌ها هیچ یک از روش‌های کاهش درد را نمی‌شناختند و در گروه زایمان طبیعی ترس از بیهوشی و عمل جراحی و سپس دیدن بلافاصله نوزاد بیشترین علت تمایل بود.

### جدول 1: علل تمایل به سزارین

درصد	علل تمایل به سزارین
59	ترس از درد زایمان
2/7	ترس از شلی عضلات کف لگن
2/7	ترس از محیط زایشگاه
6	سابقه زایمان سخت
9/4	سابقه حوادث سخت زایمانی در خانواده
12/8	ترس از عوارض جنینی زایمان
36/2	توصیه پزشک
2/7	توصیه دیگران

### جدول 2: علل تمایل به زایمان طبیعی

درصد	علل تمایل به زایمان طبیعی
34/4	ترس از عمل و بیهوشی
36/9	ترس از درد پس از عمل
8/7	ترس از عوارض جنینی
12/9	دیدن بلافاصله نوزاد
2/5	هزینه سزارین
9/5	توصیه پزشک
14/5	توصیه دیگران

### جدول 3: شناخت روش‌های کاهش درد زایمان در دو گروه

تعداد زایمان	سزارین		طبیعی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هیچ کدام	121	81/2	195	80/9	316	80/8
سایر*	7	4/7	12	5/0	19	4/9
گاز تنفسی	9	6/0	8	3/3	17	4/4
زایمان در آب	6	4/0	12	5/0	18	4/6
بی‌حسی کم‌ری	3	2/0	5	2/1	8	2/1
آمیول آرامبخش	3	2/0	4	1/7	7	1/8
ماساژ	0	0/0	3	1/2	3	0/8
تمرینات تنفسی	0	0/0	2	0/8	2	0/5
جمع	149	100	241	100	390	100

Fisher's Exact Test= 4/83

آماره آزمون

P-Value= 0/823	مقدار احتمال
----------------	--------------

در مطالعه‌ی حاضر بیشترین علت تمایل به سزارین ترس از درد زایمان (59٪) و سپس ترس از آسیب‌های جنینی حین زایمان اعلام شده بود.

در مطالعه‌ی نگهبان و انصاری در رفسنجان نتایج نشان می‌داد که در بین واحدهای پژوهش 93 درصد آن‌ها از زایمان می‌ترسیدند و بیشترین علت ترس از زایمان ترس از درد آن (68/3٪) اعلام شد و ترس از آسیب‌های جنینی در حدود 30 درصد در مرتبه بعد قرار گرفت (10). با وجود این که زنان شرکت کننده در این پژوهش فقط زنان شکم اول بودند که از نظر میانگین سنی و تجربه زایمان با واحدهای پژوهش مطالعه حاضر متفاوتند ولی از این جهت نتایج آن با مطالعه‌ی حاضر همسو است.

در مطالعه‌ی تابنده و همکاران با وجود این که مطالعه روی پرسنل بهداشتی درمانی و تحصیل کرده در گروه علوم پزشکی انجام شده بود، شیوع سزارین 49/8 درصد گزارش گردید و بیشترین علت تمایل به سزارین احساس درد کمتر (55٪) سپس نگرانی از آسیب کانال زایمان (23٪) و نگرانی از آسیب فرزند (17٪) اعلام شد (15). که جز در مورد آسیب کانال زایمان نتایج این مطالعه نیز با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در مورد آسیب به کانال زایمانی احتمالا تفاوت در نوع تحصیلات واحدهای پژوهش می‌تواند سبب این اختلاف در آگاهی و نگرش بین دو مطالعه شده باشد.

در مطالعه‌ی رعنائی نیز بیشترین علت تمایل به سزارین ترس از زایمان (48/3٪) و حفظ سلامت جنین (18/3٪) بوده است و شایع‌ترین علت ترس، درد زایمان و عدم وجود اقداماتی برای تسکین آن (32/2٪) اعلام گردید (3).

سید نوری و جمشیدی اوانکی بیشترین علت انتخاب سزارین حفظ سلامتی جنین (82/9٪) و ترس از درد (70٪) و پیش‌گیری از پارگی‌های تناسلی (60٪) بود (1) که نتایج آن با مطالعه‌ی حاضر همسویی دارد. گرچه در این مطالعه ترس از

\*: روش‌های تلاوت قرآن، مراقبه، لاماز

### بحث و نتیجه‌گیری

204  
در این مطالعه تعداد 390 خانم مراجعه کننده به مراکز دولتی مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد 241 نفر (61/8٪) تمایل به زایمان طبیعی و 149 نفر (38/2٪) تمایل به سزارین داشتند. هم‌چنین 80/8 درصد واحدهای پژوهش هیچ‌یک از روش‌های کاهش درد را نمی‌شناختند و این در حالی است که بیشترین علت تمایل به سزارین ترس از درد زایمان بوده است. در مقاله‌ی شریفی‌راد و همکاران که در اصفهان انجام شد 70 درصد مادران قصد زایمان طبیعی داشتند (8)، نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

اما در مطالعه‌ی مصطفی‌زاده و همکاران که در اردبیل انجام شد نگرش مثبت به زایمان طبیعی تنها در 30 درصد مراجعین وجود داشت (5). احتمالا این تفاوت می‌تواند مربوط به تفاوت در جامعه‌ی آماری دو مطالعه باشد.

در مطالعه‌ی فردی آذر و جعفری‌شیری نیز برخلاف مطالعه‌ی حاضر تمایل به سزارین (55٪) و زایمان طبیعی (45٪) گزارش شده است (16)، در این مورد نیز اختلاف در جامعه‌ی آماری و نیز تفاوت در مراجعین به مراکز دولتی و خصوصی می‌تواند علت این تفاوت باشد. چرا که مراجعین به مراکز خصوصی معمولا از نظر اقتصادی در سطح بالاتری قرار دارند و البته همان‌طور که در نتایج تحقیق نیز مشاهده می‌شود هزینه‌های انجام سزارین خود از عوامل موثر در انتخاب یا عدم انتخاب آن است. البته در مطالعه‌ی محمدپور اصل نیز که نتایج مشابه و همسو با پژوهش حاضر در بیمارستان‌های دولتی و تامین اجتماعی نسبت به به بیمارستان‌های خصوصی داشت نیز به این مطلب اشاره شده است که در سزارین در بیمارستان‌های خصوصی و زنان با سطح تحصیلات و طبقه‌ی اقتصادی اجتماعی بالاتر شیوع بیشتری دارد (13).

از آن‌جا که مطالعات کاملاً مشابهی در این زمینه یافت نشد به نظر می‌رسد انجام مطالعات بیشتر در زمینه‌ی میزان آگاهی زنان از روش‌های کاهش درد و فواید آن‌ها در امر زایمان طبیعی در مناطق و جامعه‌های آماری مختلف از یک‌سو و آموزش و اطلاع‌رسانی به زنان باردار در مورد وجود و قابل اجرا بودن روش‌های کاهش درد در زایمان طبیعی می‌تواند در کاهش تمایل و درخواست سزارین توسط مادران و در نتیجه کاهش شیوع سزارین بدون علت پزشکی موثر باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین و پرسنل محترم مراکز بهداشتی و درمانی و نیز نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش و همکاری‌هایی که ما را در انجام نتایج آماری این پژوهش یاری و همراهی نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

آسیب‌های جنینی بیشتر از درد زایمان سبب انتخاب سزارین شده است.

در مطالعه‌ی چانگ و مونگلی که در سنگاپور و با هدف سنجش نگرش زنان باردار سنگاپوری نسبت به زایمان طبیعی و سزارین انجام شده بود. نتایج نشان داد که 50 درصد مادران تمایل به انجام سزارین داشتند و بیشترین علت تمایل کاهش خطر دیسترس جنینی بود (17).

نکته‌ی جالب توجه در پژوهش حاضر این است که با وجود این که مهم‌ترین علت تمایل به سزارین ترس از درد زایمان اعلام شده است ولی حدود 80 درصد واحدهای پژوهش از هیچ‌کدام از روش‌های کاهش درد و امکان انجام آن‌ها در زایشگاه‌ها اطلاع نداشتند و البته از این جهت در دو گروه تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت و در هر دو گروه، استفاده و انتخاب نوع روش کاهش درد به تشخیص پزشک واگذار شده بود.

یافته‌ی نوین	کاربرد بالینی
مهم‌ترین علت تمایل به سزارین ترس از درد و بی‌اطلاعی از روش‌های کاهش درد می‌باشد.	آموزش و اطلاع‌رسانی به زنان باردار از روش‌های کاهش درد و فواید زایمان طبیعی.

### References

1. Seyed Noori T, Jamshidi Aranaki F. Survey the Relationship Between Knowledge and Attitude Of Pregnant Women Requesting Cesarean Section Referred to Rasht health Centers and Their Choice Reasons. Journal of medical faculty guilan university of medical sciences 2006; 59(15): 75-84.
2. Michel E, Rilin Rick W. Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology. 5<sup>th</sup> ed. London :Lippincott Williams&Wilkins;2000.p.233-44.

3. Ranae F. Reasons for Choosing Cesarean among Women Referred to Bea'sat Hospital in of Sanandaj(2004).Behbood, The Scientific Quarterly 2006;3(10):277-86.
4. Cunningham F Gary, Kenneth J Leveno, Steven LB, editors.Williams obstetric. 22<sup>th</sup>ed. USA: MAC Grew Hill; 2005.p.440-3.
5. Mohamadbeigi A, Tabatabaee S, Mohammad salehi N, Yazdani M. Factors Influencing Cesarean Delivery Method in<sup>206</sup> Shiraz Hospitals. Iran Journal of Nursing 2009; 56(21): 37-45. (persian)
6. Hantoushzadeh S, Shariat M, Rahimi Foroushani A, Ramezanzadeh F, Masoumi M. Sexual satisfaction after child birth: vaginal versus elective cesarean delivery. Tehran University Medical Journal 2009;12(66): 931-5. (persian)
7. Mostafazadeh F, Mashoufi M, Rostamnegad M. Attitude of Pregnant Women and Health Personnel toward Normal Delivery Vs Cesarean Section]. Journal of ardabil university of medical sciences & health services 2006;4(6): 403-8. (persian)
8. Sharifi Rad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan –Khomeiny shahr-1385. Ilam university of medical sciences journal 2007;1 (15):19-23. (persian)
9. Esmaeil Pour N, Asghar Nia M.[ Early neonatal injuries in normal vaginal and cesarean deliveries. Journal of medical faculty guilan university of medical sciences 2005;54(14): 83-76. (persian)
10. T. Negahban, A. Ansari Jaberi, M. Kazemi. Preference Method of Delivery and It's Relevant Causes in View of Pregnant Women Referring to Public and Private Clinics in Rafsanjan City. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2006;3(5): 161-8. (persian)
11. Azizi M, Salari P. C-section in request: an ethical approach]. Journal of medical ethics and history of medicine 2009;2(2): 55-66.
12. Mohseni M. S., Mohammadi K. Predicting the Increasing Cesarean Section Rate on the Basis of Present Statistical Records]. Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University 2007;14(66): 59-62. (persian)
13. Mohammadpoorasl A, Rostami F, Torabi SS. Prevalence of Cesarean Section and Its Demographic Correlates in Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services 2006;28(3): 101-5. (persian)
14. Mobaraki A, Zadeh Bagheri Gh, Zandi Ghashghaei K. Prevalence of cesarean section and the related causes in Yasuj city in 2003. Armaghane-danesh, journal of yasuj university of medical sciences 2005;39(10): 72-65. (persian)
15. Tabandeh A, Kashani E. The prevalancy of cesarean among employed educated women of medical science groups in Gorgan (2005). Journal of gorgan university of medical sciences 2007;2(9): 67-70. (persian)
16. Fardi Azar Z, Jafari Shabiri M. A survey for determining factors on women's attitudes toward vaginal and cesarean delivery. Medical journal of tabriz university of medical sciences & health services 2003;(59): 69-6. (persian)

17. Chong ES, Mongelli. Cesarean delivery on maternal request:bstetrician-gynecologists,knowledge practice paterns.GYN.2007;109(1):57-65.