

بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر میزان آگاهی و نگرش زنان تهرانی در مورد سزارین

ابوالقاسم اصفیا¹، کمال اعظم²، اکبر بابائی حیدرآبادی^{3*}، حمیدرضا گیلانی⁴، زهرا قانع⁵، علیرضا داریانی⁶، زهره کربلایی⁷، هیلدا نورمعبودی⁸

1. استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
2. استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
3. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
4. مربی گروه اپیدمیولوژی و آمار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران و دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
5. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
6. کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
7. کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
8. کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بیش از 70 درصد زنان باردار در ایران به دلایل غیر ضروری خواستار انجام سزارین هستند. در صورتی که تنها 15 درصد زایمان‌ها نیاز به مداخله درمانی سزارین دارد. هدف از این پژوهش بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر میزان آگاهی و نگرش زنان تهرانی در مورد سزارین بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مداخله‌ای از نوع قبل و بعد بود که بر روی 64 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی مناطق 16 و 17 شهر تهران، در سال 1389 انجام شد. ابتدا آگاهی و نگرش افراد بوسیله پرسشنامه ارزیابی گردید و سپس مداخله انجام شد. مداخله شامل آموزش حضوری به روش سخنرانی و یک جزوه آموزشی بود. آگاهی و نگرش افراد پس از 2 هفته به وسیله همان پرسشنامه ارزیابی گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمون مربع کای و تی زوجی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی افراد مورد بررسی قبل از مداخله آموزشی $46/6 \pm 5/7$ و بعد از مداخله آموزشی $54 \pm 5/86$ بود؛ که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$). همچنین میانگین نمرات نگرش زنان قبل و بعد از مداخله آموزشی به ترتیب $47/6 \pm 7/04$ و $49/5 \pm 5/8$ بود ولی این میزان افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p = 0/24$).

نتیجه‌گیری: برگزاری دوره‌های آموزشی هادر کنار روش‌های مداخله‌ای مبتنی بر نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، می‌تواند گامی موثر در کاهش میزان سزارین و در نتیجه ارتقاء سطح سلامت مادران و نوزادان باشد.

کلید واژه‌ها: سزارین، آگاهی، نگرش، آموزش

مقدمه

در صورتی که تنها 15 درصد زایمان‌ها نیاز به مداخله درمانی سزارین دارند (Ghooshchian و همکاران، 2011). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت میزان قابل قبول سزارین حداکثر تا 15 درصد می‌تواند باشد. در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، افزایش تصاعدی زایمان به روش سزارین دیده می‌شود، به خصوص در آسیا و در کشور چین که بیش از 50

بیش از 70 درصد زنان باردار در ایران به دلایل غیرضروری خواستار انجام سزارین هستند (Nikpoor و همکاران، 2011).

نویسنده مسئول مکاتبات: اکبر بابائی حیدرآبادی، بزرگراه چمران، ولنجک، خیابان تابناک، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی
آدرس پست الکترونیکی

آگاهی از سیر صحیح زایمان های طبیعی و سزارین در افزایش آمار سزارین نقش داشته باشد و دلیل آن وجود زنان حامله ای است که زایمان سزارین را بیشتر درخواست می کنند (Rahimikian و همکاران، 2009 Sadat و همکاران، 2011).

میزان خطر سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی برای مادران بیشتر است چرا که میزان مرگ و میر ناشی از سزارین هفت برابر زایمان طبیعی است و عوارض آن شامل عفونت رحمی، مشکلات قلبی و ریوی، ترومبوآمبولیسم، مشکلات جراحی مامایی و آسیب به لگن می باشد (Sadat و همکاران، 2011). همچنین باعث افزایش عفونت نفاسی، خونریزی پس از زایمان، میزان بستری شدن به مدت 60 روز پس از سزارین، خطر هیستریکتومی، عفونت محل زخم، جراحی های ترمیمی مثانه، تولد نوزاد نارس، تاکی پنه نوزادی و هزینه بالای بستری و جراحی در قیاس با زایمان طبیعی می می شود (Jansen و همکاران، 2007).

افزایش سطح آگاهی و شناخت مادران مادران باردار در رابطه با با روند کاهش زایمان طبیعی و نیز مشکلات و عوارض مربوط به سزارین، موجب تصحیح برخی عقاید و باورهای غلط می شود و از ترس در مواجهه با ناشناخته ها می می کاهد. لذا تحقیق کنونی با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و نوزادان به عنوان دو گروه آسیب آسیب پذیر جامعه اهمیت ویژه ویژه ای دارد. به همین دلیل ترویج زایمان طبیعی در تمام سطوح نظام بهداشتی و درمانی کشور به عنوان سیاستی اساسی همواره مورد توجه قرار گرفته است (Sharghi و همکاران، 2011). لذا این مطالعه لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر میزان آگاهی و نگرش زنان تهرانی در مورد سزارین انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش مطالعه مداخله ای از نوع قبل و بعد می باشد که بر روی 64 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی مناطق 16 و 17 شهر تهران، در سال 1389 انجام شد. جهت نمونه گیری ابتدا از بین 15 مرکز بهداشتی و درمانی، 4 مرکز به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. در مرحله دوم از هر مرکز 16 نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی بودن، باردار بودن، سن 15 تا 40، دریافت مراقبت های دوران بارداری و معیار خروج از مطالعه شامل عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. از مادران مراجعه کننده در صورت داشتن شرایط

درصد زایمان ها به صورت سزارین انجام می گردد (Villar و همکاران، 2006).

به هر حال در طی چند دهه گذشته، میزان زایمان سزارین در تمام کشور ها در حال افزایش بوده و تعداد زنانی که از راه سزارین فرزند خود را به دنیا می آورند در حال افزایش است (Najmi و همکاران، 2000). در ایالات متحده آمریکا، نرخ زایمان سزارین 46 درصد افزایش یافته است و در سال 2005 به 30/2 رسیده است (Liu و همکاران، 2007؛ Lowdermilk و Perry، 2007). و در تایوان نیز 33 درصد بوده است (Azh و همکاران، 2011). در ایران نرخ زایمان سزارین، سه برابر بیش از آمارهای جهانی است و با شیوع بیش از 41 درصد جز کشورهای در معرض خطر در زایمان سزارین در نظر گرفته می شود (Ghooshchian و همکاران، 2011).

سازمان جهانی بهداشت معتقد است انجام سزارین باید در ارتباط با مشکلات زایمانی و برای حفاظت جنین یا مادر باشد و عواملی مانند عدم تناسب سر جنین و لگن مادر، نمایش بریج و شانه در جنین، ناهنجاری های جفتی مانند کنده شدن زودتر از موعد جفت و جفت سرراهی، الگوی غیر طبیعی زایمان، افتادگی بندناف، زجر جنین، حاملگی چندقلو و دلایل طبیی مادری شامل پرفشاری خون، هرپس فعال ژنیتال، وضعیت ایدز و دیابت مادر برای لزوم انجام سزارین ذکر شده اند (Lowdermilk & Perry، 2007). علل انتخاب زایمان به روش سزارین در ایران، ترس مادر از درد زایمان، باورهای غلط در ارتباط با احتمال آسیب کمتر مادر و نوزاد، پیروی از مد، بی احترامی کارکنان بخش زایمان و زایشگاه و ترس از مشکلات تشریحی که روابط جنسی بعدی را تحت تأثیر قرار می دهد، عنوان شده اند (Jansen و همکاران، 2007). بر طبق پژوهش های انجام شده، 92 درصد میزان سزارین در ایران به علت ترس از درد زایمان و عوارض زایمان طبیعی می باشد (Nikpoor و همکاران، 2011). این در حالی است که در کشورهای پیشرفته علل درخواست سزارین ترس از آسیب رابطه جنسی بعدی و شل شدگی های لگنی، اجتناب از صدمه به واژن، احتمال آسیب به جنین در زایمان طبیعی، سن بالای 35 سال مادر و سزارین تکراری، ذکر شده اند (Scott و همکاران، 2003).

در حالی که برخلاف عقاید مادران در غیاب مشکلات خاص، زایمان طبیعی ایمن تر از سزارین است. درد، ضعف، ناتوانی، طول دوره بهبودی (Mehdizadeh و همکاران، 2005) و مشکلات جسمی نیز پس از سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیشتر هستند (Nikpoor و همکاران، 2011). به نظر می رسد عدم

ورود به مطالعه، رضایت نامه آگاهانه دریافت گردید. جهت بررسی آگاهی و نگرش افراد از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه مورد استفاده مشتمل بر سه قسمت بود که 14 سوال مربوط به متغیرهای زمینه ای، 22 سؤال مربوط به قسمت آگاهی و 14 سؤال مربوط به قسمت نگرش بود. هر سؤال قسمت آگاهی دارای سه گزینه بله، خیر و نمی دانم است که به ترتیب به آن امتیاز 3، 2 و 1 تعلق می گیرد. سؤالات مربوط به قسمت نگرش 5 رتبه ای (مقیاس لیکرت) و گزینه ها به ترتیب شامل: کاملاً موافق (امتیاز 5)، موافق (امتیاز 4)، بی نظر (امتیاز 3)، مخالف (امتیاز 2)، کاملاً مخالف (امتیاز 1) بود. در ضمن دامنه نمره آگاهی از 22-46 و نمره نگرش 14-70 بود. برای کسب روایی پرسشنامه از روایی محتوا و جهت تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد ($r=0/89$).

مداخله عبارت بود از: آموزش حضوری به روش سخنرانی به مدت 60 دقیقه در مرکز بهداشتی در مورد فواید و مضرات زایمان طبیعی و سزارین و همچنین ارائه یک پمفلت در مورد زایمان طبیعی و سزارین بود. پس از 2 هفته آگاهی و نگرش افراد در مورد سزارین مجدداً بوسیله پرسشنامه اولیه مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه 16 و آزمون تی زوجی جزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مناطق 16 و 17 تهران $26 \pm 5/45$ سال بود. همچنین میانگین تعداد حاملگی، تعداد زایمان و تعداد بچه سالم به ترتیب شامل $1/8 \pm 0/89$ ، $0/65 \pm 0/78$ و $0/60 \pm 0/74$ بود (جدول 1). تحصیلات و همسران آنان به ترتیب 75 و 73/4 درصد راهنمایی تا دیپلم بود. شغل بیش از 95 درصد آنها خانه دار و 50 درصد شوهران آنها کارگر بود. حقوق ماهیانه بیشتر از 60 درصد سرپرست خانواده بین 250 تا 500 هزار تومان بود. بیش از 50 درصد خانوار ها تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی بودند. 31 درصد زنان بطور نا خواسته باردار شده بودند (جدول 2).

میانگین نمره آگاهی افراد مورد بررسی قبل از مداخله آموزشی $46/6 \pm 5/7$ بود که بعد از مداخله آموزشی به رقم $54 \pm 5/86$ رسید که از نظر آماری معنی دار می باشد ($P \leq 0/001$). میانگین نمرات نگرش زنان قبل از مداخله آموزشی $47/6 \pm 7/04$ بود که بعد از مداخله آموزشی $49/5 \pm 5/8$ شد اما با وجود افزایش، نسبت به قبل از مداخله آموزشی، تفاوت معنی داری نداشت. (جدول 3) به لحاظ کیفی 12/5 درصد افراد مورد بررسی قبل از مداخله آموزشی دارای آگاهی خوب بودند که این مقدار بعد از مداخله آموزشی به 65/6 درصد افزایش می یابد که از نظر آماری نیز معنی دار می باشد. در مورد نگرش بیش از 70 درصد مراجعه کنندگان قبل از مداخله آموزشی دارای نگرش متوسط بودند ولی تغییر معنی داری بعد از مداخله آموزشی مشاهده نشد. (جدول 4)

جدول 1: شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای زمینه ای افراد مورد بررسی

نام متغیر	میانگین	میانه	حداقل	حداکثر	انحراف معیار
سن	26	25/5	17	38	$\pm 5/45$
تعداد حاملگی	1/8	2	1	5	$\pm 0/89$
تعداد زایمان	0/65	1	0	3	$\pm 0/78$
تعداد بچه سالم	0/60	0	0	3	$\pm 0/74$

جدول 2: توزیع فراوانی متغیرهای زمینه ای افراد مورد بررسی

نام متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد	نام متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
وضعیت تحصیلی	ابتدائی و پایین تر	10	15/6	تحصیلات	ابتدائی و پایین تر	13	20/3
	راهنمایی تا دیپلم	48	75	همسر	راهنمایی تا دیپلم	47	73/4
	دانشگاهی	6	9/4		دانشگاهی	4	6/2
وضعیت شغلی	خانه دار	61	95/3	شغل همسر	کارگر	32	50/0
	غیر خانه دار	3	4/7		کارمند	6	9/4
					آزاد	26	30/6
وضعیت درآمدی	کمتر از 250 هزار تومان	19	29/7	نوع بیمه	آزاد	19	29/7
	بین 250 تا 500	39	60/9		خدمات درمانی	7	10/9
	بیش از 500	6	9/4		تأمین اجتماعی	33	51/6
					غیره	5	7/8
وضعیت حاملگی	بله	20	31/2	حاملگی ناخواسته	خیر	44	68/8

جدول 3: مقایسه میانگین نمرات آگاهی و نگرش افراد مورد بررسی قبل و بعد از آموزش

مرحله	تعداد	قبل از آموزش	بعد از آموزش	سطح معنی داری
آگاهی	63	46/6 ±5/7	54/1 ±5/86	≤0/001
نگرش	63	47/6 ±7/04	49/54 ±5/8	0/24

جدول 4: مقایسه فراوانی آگاهی و نگرش افراد مورد بررسی قبل و بعد از آموزش

مرحله	قبل از آموزش	بعد از آموزش	سطح معنی داری
آگاهی	ضعیف	ضعیف	≤0/001
	متوسط	متوسط	
درصد	ضعیف	ضعیف	0/22
	متوسط	متوسط	
نگرش	ضعیف	ضعیف	0/22
	متوسط	متوسط	
درصد	ضعیف	ضعیف	0/22
	متوسط	متوسط	

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش میانگین نمره آگاهی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مناطق 16 و 17 تهران قبل از آموزش نسبت به بعد از آموزش افزایش پیدا کرده است که این افزایش از لحاظ آماری معنی دار می باشد. همچنین از نظر کیفی میزان آگاهی بیش از 85 درصد زنان باردار قبل از مداخله آموزشی در مورد روش های زایمانی، در حد متوسط و ضعیف بود که بعد از مداخله آموزشی به 31

درصد کاهش می یابد. این شرایط خود می تواند بیانگر عدم کفایت آموزش های ضروری در دوران بارداری و قبل از بارداری در مراکز بهداشتی درمانی باشد. این یافته با نتایج مطالعه شرقی و شریفی مطابقت دارد (Liu و همکاران، 2007؛ Nerum و همکاران، 2006). یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر سلامت، آگاهی و شرط اساسی و اولین قدم در اتخاذ یک رفتار بهداشتی کسب آگاهی است (Nerum و همکاران، 2006). نقش آگاهی در سزارین نیز بسیار حائز اهمیت است و

این نتیجه گیری می تواند به این دلیل باشد که آن مطالعه ها بر روی افرادی انجام شده است که قبلا سزارین شده بودند (Azh و همکاران، 2011).

شیوع سزارین در مطالعه انجام شده در تایوان 34/72 درصد ارزیابی شد که یکی از دلایل آن پسر بودن جنین بود. زیرا در بین عوام این کشور این عقیده وجود داشت که اگر پسران در روزهای خاص هفته متولد شوند، خوشبخت خواهند شد. مطالعه تصریح می کند که افزایش نرخ بیمه و سایر فشارهای مالی از طرف دولت نتوانسته است سبب کاهش موارد سزارین شود و بهترین عامل در کاهش این روند، تغییر باورهای مردم و آموزش معرفی شده است (Liu و همکاران، 2007).

در این پژوهش آموزش های حمایتی دوران بارداری جهت افزایش آگاهی و نگرش برای پیشگیری از افزایش میزان سزارین در مراجعین به مراکز بهداشتی مؤثر بود؛ بنابراین برگزاری دوره های آموزشی در کنار روش های مداخله ای مبتنی بر نظریه ها و الگو های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، می تواند گامی مؤثر در کاهش میزان سزارین و در نتیجه ارتقاء سطح سلامت مادران و کودکان باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد 591/132 مورخ 10/1389 می باشد، بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که با تأمین منابع لازم و تصویب این طرح پژوهشی در انجام این پژوهش نقش به سزایی داشتند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

آندرسون در پژوهش خود به این نتیجه می رسد که برای کاهش شیوع سزارین و عوارض ناشی از این عمل جراحی بایستی آگاهی زنان باردار را افزایش داد (Liu و همکاران، 2007). کسب آگاهی زنان در مورد بارداری بیشتر از تجارب زنان دیگر سرچشمه می گیرد که این آگاهی ها ممکن است پایه علمی درستی نداشته باشند. فقدان آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی از زایمان طبیعی، نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی و ترویج سزارین از علل مهم روی آوردن زنان به سزارین است (Liu و همکاران، 2007).

همچنین میانگین نمره نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی قبل از آموزش نسبت به بعد از آموزش افزایش پیدا کرد اما از لحاظ آماری معنی دار نبود. بنظر می رسد با توجه به اینکه میزان نگرش مناسب (خوب) در زنان قبل از مداخله آموزشی نسبت به میزان آگاهی آنها بیش از دو برابر بیشتر بوده است (26/6 به 12/5) تأثیر مداخله آموزشی در تغییر آن کمتر است. همچنین ضرورت انجام مداخلات مبتنی بر نظریه ها و الگو های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت را ایجاب می کند تا با استفاده از نظریه ها و الگو های مناسب بتوان راهبرد های موثرتری را به منظور تغییر نگرش و در نهایت تغییر رفتار به کار برد.

مطالعه های انجام شده در زمینه علل و روش های غلبه بر روند رو به افزایش سزارین تا حدود زیادی بر روی تغییر نگرش زنان باردار نسبت به سزارین تأکید کرده اند (Bagheri و همکاران، 2012). هر چند برخی پژوهش ها ارتباط بین آموزش دوران بارداری و کاهش سزارین را انکار کرده اند و

REFERENCES

- Azh N Sabet Ghadam S Younesian M (2011). [The effect of health education on the rate of cesarean section]. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 14 (4) 71-6. (Persian)
- Bagheri A Masoodi-Alavi N Abbaszade F (2012) [Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan]. KAUMS Journal (FEYZ). 16 (2) 146-153. (Persian)
- Ghooshchian S Dehghani M Khorsandi M Farzad V (2011). [The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor]. ARAK MEDICAL UNIVERSITY JOURNAL (AMUJ). 14 (56) 45-54. (Persian)
- Jansen A Duvekot J Hop W ESSINK- BOT M Beckers E Karsdorp V Scherjon S Steegers E A and Van Rhenen D J (2007). New insights into fatigue and health- related quality of life after delivery. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 86 (5) 579-584.
- Liu T Chen C Tsai Y Lin H (2007). Taiwan's high rate of Cesarean births: impacts of National Health Insurance and fetal gender preference. Birth. 34 (2) 115-122.
- Lowdermilk D Perry S (2007). Maternity & women's health care. 9th edition. St. Louis, Mosby.
- Mehdizadeh A Roosta F Chaichian S Alaghebandan R (2005). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. Am J Perinatol. 22 (1) 7-9.

- Najmi R Rehan N (2000). Prevalence determinants of caesarean section in a teaching hospital of Pakistan. *J Obstet Gynaecol.* 20 5 :479-483.
- Nerum H Halvorsen L Sørli T Øian P (2006). Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis- Oriented Counseling? *Birth.* 33 (3) 221-228.
- Nikpoor M Abedian Z Ebrahimzadeh S Mokhber N Khani S (2011). Relationship between type of delivery and quality of life in women referred to health center in Amol. *J Gorgan Uni Med Sci.* 13 (1)101-8. (Persian)
- Rahimikian F Mirmohamadali M Mehran A Aboozari K Salmaani Barough N (2009). [Effect of Education Designed based on Health Belief Model on Choosing Delivery Mode]. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 14 (3-4) 25-32. (Persian)
- Sadat Z Saberi F Taebi M Abedzadeh M (2011). [Relationship between women's quality of life and type of delivery]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences.* 13 (1) 101-108. (Persian)
- Scott J Danforth D gynecology (2003) Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. / edited by James R. Scott. [et al.] edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sharghi A Kamran A Sharifirad G (2011). [Assessing the factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, 2010]. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences.* 15 (3) 234-242. (Persian)
- Villar J Valladares E Wojdyla D Zavaleta N Carroli G Velazco A Shah A Campodónico L Bataglia V Faundes A (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet.* 367 (9525) 1819-1829.

The effect of health education on knowledge and attitudes about cesarean in Tehrani women

Abolghasem Asfia¹, Kamal Azam², Akbar Babaei Heydarabadi^{*3}, Hamid Reza Gilasi⁴, Zahra Ghanei⁵, AliReza Dariyani⁶, Zohreh Karbalaie⁷, Hilda Normabodi⁸

1. Assistant Professor of Health Education, Faculty of Health. Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor of Statistics Faculty of Health. Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Ph.D Candidate in Health Education & Health promotion, Department of Public Health, Student's committee research, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Prof, Dept. of epidemiology, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran & Ph.D Candidate in epidemiology, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Bachelor in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Bachelor in Public Health, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Department of Public Health, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tabnak Ave, Daneshjou Blvd, Velenjak, Tehran, Iran.
E-mail: babaei.a8946@yahoo.com

Abstract:

Background: More than 70 percent of pregnant women in Iran demand unnecessary cesarean. Although just 15% of cesarean sections required to intervention. Also, according to World Health Organization, acceptable cesarean rate can be up to 15%.

Materials and Methods: This study is an intervention type before and after that on 64 pregnant women referred to health centers in areas 16 and 17 in Tehran in 2010. First, knowledge and attitude

was assessed by questionnaire and then the intervention was conducted. The intervention was included education lectures and an educational pamphlet. Knowledge and attitude was assessed after 2 weeks by the same questionnaire. After collecting the data were analyzed using statistical software SPSS-16.

Results: Mean age was $26 \pm 5/45$ years and 75 and 73.4 percent of them were women and their spouses in order to graduate with a degree of guidance. Jobs more than 95 percent of them were housewives and 50% of their husbands were worker. 31% of them were unwanted pregnancy. Average score of knowledge about training before $46/6 \pm 5/7$ and after the educational intervention was $54 \pm 5/86$. This increase is statistically significant. The attitude scores of women before and after the educational intervention was $47/6 \pm 7/4$ and $49/5 \pm 5/8$, respectively, but this increase was not statistically significant.

Conclusion: Management of training courses beside interventional procedures based on theories and models of health education and health promotion will be effective step in reducing the cesarean rate as well as promoting the level of health mothers and their children.

Keywords: Knowledge, attitude, educational intervention, cesarean