

آگاهی زنان باردار از معایب سزارین و ارتباط آن با برخی متغیرها در سال ۱۳۸۸

کرامت اله رحمانیان*^۱، وجیهه رحمانیان^۲، میترا قسوری^۲

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم. ۲- کارشناس آمار و مدارک پزشکی، معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی جهرم.

چکیده

زمینه و هدف: سزارین آثار ناخوشایندی بر سلامت مادران و نوزادان دارد و سطح آگاهی زنان باردار از عوارض سزارین می‌تواند بر استفاده از سزارین به عنوان یک روش زایمان موثر باشد. هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان آگاهی زنان باردار نسبت به معایب زایمان سزارین می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۳۶۰ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک تخصصی زنان و زایمان به روش در دسترس انتخاب شدند. افراد دارای شغل پزشکی و یا مامایی از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه شامل دو بخش خصوصیات دموگرافیک و ۱۸ سؤال مربوط به آگاهی بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ثبت گردید و توسط آزمون‌های آماری تی مستقل و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی زنان باردار از معایب سزارین برابر ۱۲/۲۳ با انحراف معیار ۴ بود. میانگین نمره معایب سزارین، رابطه معنی‌دار آماری با سطح تحصیلی زنان داشت ($P=0/008$)، اما بین میانگین نمره آگاهی با سایرمتغیرهارابطه‌ای وجود نداشت ($P>0/05$). نتیجه‌گیری: بدین ترتیب آگاهی زنان باردار از معایب زایمان سزارین بسیار خوب نبوده که می‌تواند بر انتخاب نوع زایمان تاثیرگذار باشد. بنابراین جا دارد که مسئولین بهداشتی در جهت افزایش آگاهی این گروه از افراد برنامه‌ریزی‌های مناسبی انجام دهند.

کلید واژه‌ها: آگاهی، معایب سزارین، بارداری، زنان

*نویسنده مسئول: کرامت اله رحمانیان، پست الکترونیکی: rahmaniank47@yahoo.com

نشانی: جهرم، بلوار استاد مطهری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی. تلفن ۳۳۳۱۵۲۰ (۰۷۹۱)

وصول مقاله: ۹۱/۹/۲۱، اصلاح نهایی: ۹۱/۱۰/۲۰، پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۸

مقدمه

اگرچه زایمان طبیعی یک روش فیزیولوژیک خاتمه بارداری است (۱)، اما در چند دهه اخیر میزان آن به علت افزایش میزان سزارین رو به کاهش است (۴-۲). افزایش میزان سزارین از موضوعات مورد توجه در سراسر جهان از جمله در کشورهای درحال توسعه می‌باشد (۶-۵). با افزایش میزان سزارین، سازمان جهانی بهداشت میزان مورد انتظار آن را بین ۱۵-۵ درصد تعیین کرده است (۹-۷).

در یک مطالعه مروری که در کشورهای عربی انجام شد، بیشترین میزان سزارین مربوط به کشور مصر (۲۶/۲ درصد) و کمترین میزان مربوط به کشور موریتانی بود. در این بررسی میزان سزارین در کشورهای مصر، سودان، اردن، لبنان، بحرین و قطر بیشتر از حداکثر میزان قابل قبول سازمان جهانی بهداشت (۱۵ درصد) گزارش شده بود (۳).

در یک بررسی ملی در ایران که در سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۸ انجام شد، میزان زایمان انجام شده به روش سزارین برابر ۲۷/۱ درصد بدست آمد (۱۰)، اما در سال‌های اخیر میزان سزارین در کشورمان افزایش یافته (۱۱) و درحال حاضر ۶۵-۵۰ درصد از زایمان‌ها به روش سزارین انجام می‌شود (۱۲)، زیرا زنان باردار به علت ترس از درد زایمان، انجام زایمان سزارین را به علت نداشتن درد ترجیح می‌دهند (۱۳). در مطالعات انجام شده در شهرهای مختلف ایران میزان سزارین در استان کهکلوویه و بویر احمد برابر ۳۲/۹ درصد، در شهر کرمان برابر ۳۷/۶ درصد، در شهر کرد برابر ۴۶ درصد و در شهر شیراز برابر ۶۶/۴ درصد بوده است (۷ و ۹ و ۱۲). همچنین در بررسی که در سال ۱۳۸۷ در شهرستان جهرم انجام شد، فراوانی سزارین برابر ۳۲/۲ درصد بدست آمد (۱۵).

انجام زایمان سزارین در شرایط خاص، بهترین روش انجام زایمان است، ولی برای مادر خطرات بیشتری نسبت به زایمان طبیعی دارد (۱۶)، زیرا میزان مرگ و میر ناشی از آن هفت برابر زایمان طبیعی است (۱۴ و ۱۸-۱۷). همچنین خطرات عمده‌ای مانند عفونت شدید، خونریزی، بیهوشی، حملات ترومبوآمبولی و عفونت ریوی زنان سزارین شده را تهدید می‌کند (۱۴ و ۱۹).

از طرفی سزارین برای نوزاد نیز خطرهایی را دربردارد که شامل تولد نوزاد نارس، پرفشاری خون ریوی و آسیب‌های جسمی مانند زخمی شدن جنین هنگام برش رحم، شکستگی جمجمه و غیره می‌باشد (۲۰-۱۹).

در مطالعه انجام شده توسط عمیدی و همکار (۱۳۸۴) نشان داده شد که آموزش به روش بحث گروهی می‌تواند سطح آگاهی و نگرش مثبت زنان باردار را نسبت به زایمان طبیعی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (۲۱). در مطالعه‌ای که توسط سید نوری و همکار (۱۳۸۵) در رشت انجام شد، تنها ۹/۵ درصد از مادران باردار در مورد مزایا و مضرات سزارین آگاهی خوبی داشتند (۲۲). همچنین در مطالعه ارجمندی و همکار (۱۳۸۴) که در تهران انجام شد، ۳۳/۵ درصد از خانم‌های باردار آگاهی مناسب یا عالی نسبت به مزایا و معایب سزارین داشتند (۲).

مطالعات اخیر حاکی از افزایش میزان زایمان سزارین به علت افزایش استفاده از تکنولوژی در زایمان، وجود ترس، اضطراب، عدم همکاری بیمار و محرک‌های مالی می‌باشد (۲۲). درحال حاضر درخواست مادر به منظور انجام سزارین، از مهم‌ترین عوامل افزایش میزان سزارین می‌باشد (۲۴-۲۳). ترس از درد زایمان طبیعی و تمایل به سزارین به دلایل مختلف، می‌تواند باعث ایجاد اختلال در زایمان شود. بنابراین یکی از راه‌های کاهش سزارین، شناسایی علل تمایل بیماران به انجام سزارین (Cesarean section - c/s) است. فقدان آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی به زایمان طبیعی و نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی، از علل مهم روی آوردن زنان به انجام زایمان سزارین می‌باشد (۲).

این مطالعه به منظور ارزیابی آگاهی زنان باردار نسبت به معایب زایمان سزارین انجام شده است که ممکن است منجر به تشخیص راهکارهایی برای کاهش میزان تولدها با روش سزارین بیانجامد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی، ۳۶۰ خانم باردار با سن حاملگی ۷-۹ ماهه (سه ماهه سوم حاملگی) که به دو کلینیک تخصصی

بیمارستان‌های استاد مطهری و پیمانیه جهرم در سال ۱۳۸۸ مراجعه کرده بودند، انجام شده است. کسانی که از پر کردن پرسشنامه امتناع ورزیدند و یا افرادی که دارای شغل پزشکی و مامایی بودند، از مطالعه خارج شدند. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت و تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه خودساخته‌ای بود که حاوی مشخصات دموگرافیک و سوابق مامایی و سئوال‌های مربوط به آگاهی بود. به منظور تعیین سطح آگاهی خانم‌های باردار مورد بررسی ۱۸ سئوال استفاده شد. معیار سنجش میزان آگاهی، تعداد سئوال‌های درست بود. هر پاسخ صحیح یک امتیاز و پاسخ غلط یا نمی‌دانم صفر امتیاز داشت. بنابراین امتیاز آگاهی محدوده‌ای از صفر تا ۱۸ را در بر می‌گرفت. برای کسب روایی پرسشنامه از روایی محتوا و به منظور تعیین پایایی آن از روش آزمون آلفای کرونباخ

استفاده شد ($\alpha=0/85$).

اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار آماری Spss-11/5 و با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان باردار تحت بررسی، ۲۵/۸۴ سال با انحراف معیار ۴/۸۳ سال بود که اکثر زنان مورد مطالعه (۳۷/۵ درصد) در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال و کمترین آن‌ها (۵ درصد) در گروه سنی ۳۵ سال به بالا قرار داشتند. از نظر میزان تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع دیپلم (۳۶/۴ درصد) و کمترین آن مربوط به افراد بی‌سواد (۴/۳ درصد) بود. ۶۶ درصد از زنان مورد بررسی ساکن شهر بودند. ۵۵/۵ درصد از افراد بررسی شده، بارداری اولشان بوده و ۵۹ درصد از زنان تحت مطالعه نیز اولین زایمانشان را تجربه می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی زنان باردار تحت مطالعه بر حسب متغیرهای

مورد بررسی شهر جهرم در سال ۱۳۸۸

متغیرها	تعداد (درصد)
گروه سنی	کمتر از ۲۰ سال ۳۴(۹/۴)
	۲۰-۲۴ سال ۱۱۵(۳۱/۹)
	۲۵-۲۹ سال ۱۳۵(۳۷/۵)
	۳۰-۳۴ سال ۵۸(۱۶/۱)
	۳۵ سال و بیشتر ۱۸(۵/۱)
محل سکونت	شهر ۲۳۷(۶۶/۰)
	روستا ۱۲۲(۳۴/۰)
تعداد زایمان قبلی	صفر ۲۱۰(۵۹/۰)
	یک ۹۲(۲۵/۸)
	دو ۳۸(۱۰/۷)
	سه و بیشتر ۱۶(۴/۵)
حاملگی	اول ۱۹۸(۵۵/۵)
	دوم ۸۶(۲۴/۱)
	سوم ۵۱(۱۴/۳)
	چهارم و بعد ۲۲(۶/۱)
میزان تحصیلات	بی‌سواد ۱۵(۴/۳)
	کمتر از دیپلم ۱۲۶(۳۵/۸)
	دیپلم ۱۲۸(۳۶/۴)
	بالتر از دیپلم ۸۳(۲۳/۶)

احشاء و نازایی (۸۱/۱ درصد) قرار داشت. کمترین میزان آگاهی شرکت کنندگان از معایب سزارین، مربوط به افزایش خطر مرگ و میر مادر (۴۵/۶ درصد)، عفونت رحمی و سیستم ادراری (۵۲/۸ درصد) و خونریزی (۵۳/۳ درصد) می‌باشد (جدول ۲).

میزان آگاهی خانم‌های باردار مورد بررسی از معایب سزارین، بر حسب سئوال‌های پرسشنامه آمده است. بیشترین آگاهی افراد تحت بررسی مربوط به سئوالی در مورد هزینه مالی - (۹۶/۹ درصد) بود. در رده‌های بعدی به ترتیب موارد نیاز به مراقبت بیشتر مادر و نوزاد (۸۱/۸ درصد)، افزایش خطر ایجاد لخته در ریه مادر (۸۱/۴ درصد) و افزایش خطر چسبندگی

جدول ۲: توزیع فراوانی آگاهی مادران باردار در مورد

سئوالات آگاهی	تعداد(درصد)	سئوالات آگاهی	تعداد (درصد)
خونریزی	۱۹۳(۵۳/۳)	خطر حاملگی خارج رحمی در حاملگی بعدی	۲۵۷(۷۱/۴)
عفونت محل زخم	۲۸۴(۷۸/۹)	افزایش خطر چسبندگی احشاء و نازایی	۲۹۲(۸۱/۱)
عفونت رحمی و سیستم ادراری	۱۹۰(۵۲/۸)	خطر پارگی رحم در حاملگی های بعدی	۱۶۰(۴۴/۴)
افزایش مدت درد و ناتوانی در مادر	۲۷۶(۷۶/۷)	فقدان زایمان طبیعی در حاملگی های بعدی	۲۱۳(۵۹/۲)
افزایش خطر مرگ و میر مادر	۱۸۵(۵۱/۴)	آسیب به مثانه و روده و کاهش فعالیت روده	۲۳۳(۶۴/۷)
افزایش خطر مرگ و میر نوزاد	۱۶۴(۴۵/۶)	افزایش خطر ایجاد لخته در ریه مادر	۲۹۲(۸۱/۴)
افزایش خطر ابتلا به آسم نوزادی	۲۶۴(۷۳/۳)	نیاز بیشتر به مراقبت از مادر و نوزاد	۲۹۲(۸۱/۸)
افزایش خطر تولد نوزاد زودرس	۲۳۱(۶۴/۲)	افزایش خطر مشکلات تنفسی در نوزاد	۲۲۸(۶۳/۳)
افزایش هزینه های مالی	۳۴۹(۹۶/۹)	خطر ناهنجاری جنینی در حاملگی بعدی	۲۸۶(۷۹/۴)

وجود داشت $C.I = ۰/۳۷ - ۲/۵۹$ و $LSD = ۱/۸$ (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین نمره آگاهی زنان باردار از معایب سزارین بر حسب

متغیرهای مورد مطالعه در شهر جهرم در سال ۱۳۸۸

متغیرها	میانگین نمرات	انحراف معیار	ارزش P
گروه سنی	کمتر از ۲۰ سال	۱۲/۰۶	۴/۲۸
	۲۰ - ۲۴ سال	۱۲/۱۳	۴/۰۵
	۲۵ - ۲۹ سال	۱۲/۹۷	۳/۹۷
	۳۰ - ۳۴ سال	۱۲/۱۸	۳/۷۳
محل سکونت	شهر	۱۲/۱۹	۴/۰۴
	روستا	۱۲/۲۶	۳/۹۴
تعداد زایمان قبلی	صفر	۱۲/۱۱	۴/۱۲
	یک و بیشتر	۱۲/۴۸	۳/۸۳
تعداد حاملگی	اولین	۱۲/۱۱	۴/۱۶
	دومین به بعد	۱۲/۴۴	۳/۷۸
میزان تحصیلات	بی سواد	۱۰/۰	۳/۶۸
	کمتر از دیپلم	۱۱/۷۴	۳/۹
	دیپلم	۱۲/۴۲	۴/۱۵
	بالتر از دیپلم	۱۳/۲۲	۳/۸۷

بحث

زایمان سزارین به منظور جلوگیری از خطرات تهدید-کننده سلامت مادر و جنین انجام می شود و هم اکنون از موضوعات مهم جامعه پزشکی است. اگر برای ارزیابی زایمان سزارین از سیستم نظارتی درستی استفاده نشود، بیشتر از زایمان طبیعی و در شرایط غیر ضروری انجام خواهد شد (۲۵).

در مطالعه حاضر در مجموع میانگین نمره آگاهی زنان باردار تحت بررسی از معایب سزارین بسیار خوب نبوده که این وضعیت می تواند بر روی میزان سزارین در جامعه تاثیرگذار باشد. بدین ترتیب انجام برنامه ریزی مدون و صحیح به منظور آموزش و ارتقای سطح آگاهی زنان نسبت به این موضوع ضروریست.

بیشترین آگاهی افراد تحت بررسی، مربوط به بالا بودن هزینه سزارین (۹۶/۹ درصد)، نیاز به مراقبت بیشتر مادر و

در مجموع میانگین نمره آگاهی زنان باردار از معایب زایمان سزارین برابر ۱۲/۲۳ با انحراف معیار ۴ بود (۶۱/۱۵ درصد کل نمره). کمترین امتیاز کسب شده برابر صفر و بیشترین آن، برابر ۱۸ (امتیاز کامل) بود. در جدول ۳ رابطه بین میانگین نمرات با متغیرهای سن، محل سکونت، تعداد زایمان، تعداد حاملگی و سطح تحصیلات مادران نشان داده شده است. بیشترین میانگین نمره آگاهی مربوط به گروه سنی ۲۵ - ۲۹ سال (۱۲/۳۹) و کمترین آن مربوط به زنان گروه سنی ۲۰ - ۳۴ سال و کمتر (۱۲/۰۶) بود، ولی از نظر آماری تفاوت معنی - داری بین میانگین نمره آگاهی و گروه سنی وجود نداشت. در زنانی که حداقل یک بار زایمان داشته اند، میانگین نمره آگاهی برابر ۱۲/۴۸ بود که از نظر آماری تفاوتی با میانگین نمره زنان زایمان نکرده (۱۲/۱۱) نداشت ($P = ۰/۳۹$). همچنین میانگین نمره آگاهی زنان با تعداد حاملگی یک بار با سایرین تفاوتی نداشت ($P = ۰/۴۲$). زنان روستایی میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان شهری داشتند (۱۲/۲۶) در برابر (۱۲/۱۹)، اما از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P = ۰/۸۶$). بین میانگین نمره آگاهی با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۸$)؛ به عبارتی با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره آگاهی زنان باردار از معایب زایمان سزارین بیشتر می شد. بر اساس آزمون Post-Hoc (تست LSD) بیشترین تفاوت میانگین نمره مربوط به سطح تحصیلی بالاتر از دیپلم با افراد بی سواد ($LSD = ۳/۲۲$ و $C.I = ۱/۰۲ - ۵/۴۱$) و سطح تحصیلی دیپلم با افراد بی سواد بود ($LSD = ۲/۴۲$ و $C.I = ۰/۲۹ - ۴/۵۶$). همچنین میانگین نمره آگاهی بین افراد با سطح تحصیلی بالاتر از دیپلم و سطح تحصیلی زیر دیپلم تفاوت آماری معنی داری

نوزاد (۸۱/۸ درصد)، افزایش خطر ایجاد لخته در ریه مادر (۸۱/۴ درصد) و افزایش خطر چسبندگی احشاء و نازایی (۸۱/۱ درصد) بود.

در مطالعه مصطفی زاده و همکاران (۱۳۸۳) که در اردیبهل انجام شد، مشخص شد که زنان باردار هزینه بالای سزارین (۹۴/۱ درصد)، طولانی بودن مدت بستری بعد از سزارین (۸۲/۲ درصد) و عدم خطرات ناشی از بیهوشی در زایمان طبیعی (۶۷ درصد) را از عوارض و مشکلات سزارین می دانستند (۲۵).

در مطالعه جمشیدی اوانکی و همکاران (۱۳۸۳) و سید نوری و همکار (۱۳۸۵) که بر روی مادران باردار متقاضی سزارین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر رشت انجام شد، بیشترین آگاهی در مورد درد بعد از عمل جراحی (۹۲/۴ درصد) و مراقبت بیشتر نوزاد و شیردهی (۸۸/۱ درصد) بوده است (۲۶ و ۲۲). یکی از دلایل متفاوت بودن آگاهی افراد شرکت کننده در مطالعات فوق، مربوط به جمعیت مورد بررسی می باشد.

در این پژوهش بین گروه سنی، از نظر میانگین نمره آگاهی، اختلاف آماری معنی داری بدست نیامد. این یافته نیز در مطالعه ارجمندی و همکار (۱۳۸۴)، شریفی راد و همکاران (۱۳۸۶) و عائلی و همکار (۱۳۸۴) کاملاً مورد تایید قرار گرفته است و به نظر می رسد سن افراد در میزان آگاهی آن ها نسبت به معایب زایمان سزارین تاثیری نداشته باشد (۲۸-۲۷).

به نظر می رسد افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، نمره آگاهی بهتری نسبت به گروه های دیگر داشته باشند. این موضوع نیز در مطالعه ارجمندی و همکار به اثبات رسیده است (۲)، اما در مطالعه انجام شده توسط شریفی راد و همکاران، بین سطح تحصیلی مادران باردار مورد پژوهش و میانگین نمره آگاهی رابطه معنی دار آماری وجود نداشت (۲۷). شاید علت تفاوت این باشد که شرکت کنندگان در مطالعه شریفی راد و همکاران از زنان باردار شکم اول استفاده شده است که از نظر سنی و تحصیلات تفاوت قابل ملاحظه ای بین شرکت کنندگان وجود نداشته باشد.

در مطالعه حاضر بین میزان آگاهی زنان باردار از معایب زایمان سزارین با متغیرهای محل سکونت، تعداد زایمان و

تعداد حاملگی ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. در مطالعه عائلی و همکار نیز سطح آگاهی افراد با متغیر تعداد زایمان ارتباط آماری معنی داری نداشت (۲۸)، اما در مطالعه- ای که در سال ۱۳۸۴ در شهر تهران انجام شد، میانگین نمره آگاهی زنان شرکت کننده در بررسی با تعداد بارداری رابطه آماری معنی داری داشت. در مطالعه ارجمندی و همکار حدود ۷۴ درصد از شرکت کنندگان حاملگی های دوم به بعد را داشتند که در مقابل مطالعه حاضر که ۴۵/۵ درصد شرکت- کنندگان چنین وضعیتی را داشتند، می تواند بر روی میزان آگاهی موثر باشد، چرا که تجربه قبلی زایمان یا سزارین می- تواند تا حدودی بر روی دانش فرد نسبت به عوارض نوع زایمان تاثیر گذار باشد (۲).

از محدودیت های موجود در این مطالعه می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برخی از زنان شرکت کننده در بارداری های قبلی عمل سزارین را تجربه کرده بودند که خود می تواند بر پاسخ ها تاثیر گذار باشد.

- برخی از خانم های باردار در طول دوران بارداری به کلینیک های تخصصی زنان و زایمان مراجعه نمی کنند. بنابراین ممکن است جمع آوری داده های منطبق بر جامعه را مشکل ساز نماید.

نتیجه گیری

بدین ترتیب مطابق با یافته های این پژوهش، حدود ۵۰ درصد زنان باردار شرکت کننده در پژوهش، سطح آگاهی خوبی از معایب زایمان سزارین نداشته اند. فقدان آگاهی کافی زنان باردار از معایب سزارین می تواند بر انتخاب نوع زایمان تاثیر گذار باشد. بنابراین جا دارد که مسئولین بهداشتی در جهت افزایش آگاهی این گروه از افراد برنامه ریزی های مناسبی انجام دهند.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد ۲۶ و برگرفته از پایان نامه دانشجویی مقطع دکترای عمومی با کد ۲۶۳ در تاریخ ۱۳۸۸/۸/۶ می باشد. از شرکت کنندگان در بررسی و کسانی که در جمع آوری اطلاعات ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG*. 2008;115(12):1494-502.
2. Arjmandi Rafsanjani B, Farzin Moghaddam F. Assessment of the Level of the Pregnant Womens Knowledge Towards the Advantages and Disadvantages of Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section, Tehran (2005). *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2007;55(14):13-22. [Article in Persian]
3. Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. *East Mediterr Health J*. 2009;15(2):458-69.
4. estin MR, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR, Henderson-Smart DJ, Crowther CA. Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9:17.
5. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KB. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*. 2009;36 (3):208-12.
6. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008;35(2): 121-8.
7. Mobaraki A, Zadeh bagheri G, Zandi Ghashghaie 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):65-72. [Article in Persian]
8. Tamook A, Aminisani N, Moghadam Yeganeh G. Cesarean Section Rate and Its Indications in Social-Security Hospital of Ardabil, 2003. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services*. 2003;8(2):28-32. [Article in Persian]
9. Shakerian B. Prevalence and causes of cesarean section in Chaharmahal anx Bakhtiary, 2002. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2004;1(6):63-9. [Article in Persian]
10. Ahmad Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, KazemiPour S, Mehryar A, Naghavi M. Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J*. 2009;15(6):1389-98.
11. Mohseni MS, Mohammadi K. Predicting the Increasing Cesarean Section Rate on the Basis of Present Statistical Records. *Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University*. 2007;66(14): 59-62. [Article in Persian]
12. Mohammad Beigi A, Tabatabaee SHR, Mohammad Salehi N, Yazdani M. Factors Influencing Cesarean Delivery Method in Shiraz Hospitals. *Iran Journal of Nursing*. 2009; 21(56):37-45. [Article in Persian]
13. MohammadPour Asl A, Rostami F, Torabi SS. Prevalence of Cesarean Section and Its Demographic Correlates in Tabriz. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services*. 2006; 3(28):101-5. [Article in Persian]
14. Motamedi B, Janghorbani M, Eftekhari N. Prevalence of Cesarean Section and Some Determinant Factors In Kerman. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences*. 2000; 33-34(9):88-95. [Article in Persian]
15. Rahmanian K, Ghasvari M, Rahmanian V. Cesarean, ever to need attention: Prevalence and causes of cesarean section in Jahrom, *Journal of Jahrom Medical School*. 2011;9(1):46-52. [Article in Persian]
16. Jamshidi Manesh F, Oskouie SF, Jouybary L, Sanagoo A. The Process of Women's Decision Making for Selection of Cesarean Delivery. *Iran Journal of Nursing*. 2009;21(56): 55-67. [Article in Persian]
17. Faramarzi M, Bakhtiari A, Nazari T. The study on prevalence and causes of cesarean section in Babol, 1998. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2000; 53-6. [Article in Persian]
18. Mobaraki A, zadeh bagheri G. Prevalence of cesarean section and the related causes in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2005;1(8):73-8. [Article in Persian]
19. Asnafi N, Hajian K, Hesari H. Causes and complications of emergency cesarean-section in Yahyanejad Hospital, Babol, 1999. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2002;13(4):16-9. [Article in Persian]
20. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. Cesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran. *Payesh J, Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2002;3(1): 5-10. [Persian]

21. Amidy M, AkbarZadeh K. Effect of health education on knowledge and attitude of pregnant women about cesarean. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2005;4(13):17-25. [Article in Persian]
22. Seyyed 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. [Article in Persian]
23. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007; 34 (1): 65-79.
24. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*. 2007; 34 (4): 331-40.
25. MostafaZadeh F, Mashoufi M, RostamNejad M. Attitude of Pregnant Women and Health Personnel toward Normal Delivery Vs Cesarean Section. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services*. 2006;4(6):403-8.[Article in Persian]
26. Jamshidi Evanaki F, Khakbazan Z, Babaei G, Noori T. Reasons of choosing Cesarean section as the delivery method by the pregnant women referred to health- treatment centers in Rasht The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. 2004; 22 (10): 51-60. [Article in Persian]
27. SharifiRad 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. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2007; 1(15):19-23. [Article in Persian]
28. Aali BS, Motamedi B. Women's knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2005;11(4):663-72.

Original Paper

The Knowledge of Pregnant Women about Shortcomings of Cesarean and Its Associated Factors in 2009

Keramatollah Rahmanian(PhD)¹, Vajiheh Rahmanian(BSc)³, Mitra Ghasvari(BSc)²

1- Assistant professor of Social Medicine, Department of Social Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran. 2- BSc in Medical Record, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Abstract

Background and Objective: Cesarean section has some adverse effects on maternal and neonatal health. The knowledge of pregnant women about disadvantages of cesarean can affect on the use of cesarean delivery. The aim of this study is to determine the knowledge of pregnant women about disadvantages of cesarean section.

Material and Methods: In this descriptive study, we studied 360 pregnant women referring to obstetric and gynecology clinics, via convenience sampling. The women who were physicians or midwives were not assessed. We used a questionnaire including demographic part and eighteen questions about knowledge. The data were recorded by SPSS version 11.5 then analyzed by use of t- test and Chi square.

Results: The mean of knowledge is (12.23±4.0). There is a significant relation between knowledge and education level (p=0.008). But it is not significant for other variables (p>0.05).

Conclusion: In terms of our findings, the knowledge of pregnant women is not very good about cesarean disadvantages that it can affect on the selection of delivery type. Therefore, it is a necessity for health officials to perform appropriate programs to increase the knowledge about disadvantages of cesarean section.

Key Words: Knowledge, Cesarean disadvantages, Pregnancy, Women

* **Corresponding Author:** Keramatollah Rahmanian (PhD), **Email:** rahmaniank47@yahoo.com

Received 11 Des 2012

Revised 9 Jan 2013

Accepted 16 Feb 2013