

مقایسه تأثیر دو روش آموزشی ایفای نقش و سخنرانی بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان نخست باردار درباره نوع زایمان

زهرا عابدیان^۱، مریم نوائی^{۲*}، حسین جعفری ثانی^۳، آرین آرانی^۴، سعید ابراهیم زاده^۵

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دکترای علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس ارشد سنجش و اندازه گیری، مجتمع آموزش عالی پیامبر اعظم (ص) تهران، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۶

خلاصه

مقدمه: دانش با تأثیر بر نگرش، تغییر رفتار را ممکن می سازد. آموزش زمانی مؤثر است که بتواند با تغییر نگرش باعث انتخاب ایمن ترین و بهترین روش زایمان شود. هدف از این مطالعه مقایسه تأثیر ایفای نقش و سخنرانی بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان نخست باردار درباره نوع زایمان است.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی یک سوکور، ۶۷ زن نخست باردار با حاملگی طبیعی ۳۴-۳۶ هفته و بدون اندیکاسیون سزارین از مراکز بهداشتی- درمانی مشهد در سال ۱۳۸۹ انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آموزشی ایفای نقش و سخنرانی تخصیص یافتند. در دو گروه پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از پرسشنامه های پژوهشگر ساخته روا و پایا (با روش تحلیل عاملی) انجام شد. آموزش با روش ایفای نقش در قالب سه نمایشنامه، طی ۷ مرحله صورت گرفت. یافته ها با آزمون اختلاف نسبت ها، کای اسکوئر، تی مستقل و زوج و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: درصد تغییرات نمره آگاهی در دو گروه معنی دار بود ($p=0/001$). دو گروه از نظر میانگین نمره نگرش در قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار داشتند ($p<0/05$). اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله نمره آگاهی و نگرش در دو گروه معنی دار نبود ($p>0/05$). تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر عملکرد یافت نشد، اما میزان سزارین انتخابی در گروه ایفای نقش یک پنجم سخنرانی بود.

نتیجه گیری: تأثیر سخنرانی بر افزایش آگاهی و ایفای نقش در کاهش سزارین انتخابی بیشتر است.

کلمات کلیدی: آگاهی، ایفای نقش، سخنرانی، عملکرد، نگرش، نوع زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: مریم نوائی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۲۵۲۴۹۶۲۳۰؛ پست الکترونیک: helennavaee@yahoo.com

مقدمه

نگرش دید درونی فرد است که به صورت رفتار در برخورد با افراد، عقاید، نظریات و حوادث بروز می کند (۱). خاصیت مهم نگرش ها در این است که بر رفتار و اعمال بارز انسان اثر می گذارند (۲). به نظر می رسد که ساختار نگرش ها، زنجیر واسط مهمی میان اطلاعات دریافتی از محیط و چگونگی پاسخ به آنها باشد (۳). نگرش ها در تمام زندگی و در شرایط متفاوت بر انتخاب افراد تأثیر گذار است. در بارداری نیز یکی از عوامل مؤثر بر انتخاب نوع زایمان نوع نگرش فرد است (۴). متأسفانه امروزه انجام سزارین برای فرار از درد به فرهنگ تبدیل شده است. سزارین خطر بیشتری نسبت به زایمان طبیعی برای مادر و نوزاد در بر دارد (۱۰). کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا پیشنهاد کرد که تا سال ۲۰۱۰ میزان سزارین به ۱۵/۵ درصد برسد (۵) حال آن که در بسیاری از جوامع ایران، میزان سزارین ۴۷ درصد است (۶). طبق تحقیقات، ۶۵ درصد سزارین هایی که در ایران انجام شده، غیر ضروری و به صورت انتخابی بوده است. از عوامل مؤثر بر انتخاب سزارین سلامت جنین، پیشگیری از پارگی های دستگاه تناسلی، ترس از درد، تغییر در روابط جنسی، پافشاری همسر، توصیه پزشک، بیمه بودن برای هزینه سزارین و تجربیات اطرافیان بوده است (۷-۱۰).

آگاهی ناکافی و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی از دیگر دلایل مهم انتخاب سزارین توسط زنان باردار است. همان طور که شریفی راد گزارش کرد حدود ۷۰ درصد از زنان نگرش منفی نسبت به زایمان مهملی دارند (۶). یارندی نیز گزارش کرد که میزان آگاهی اکثریت زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران نسبت به روش های زایمانی در حد متوسط است که این مسئله می تواند مبین عدم کفایت آموزش های لازم در دوران بارداری باشد (۱۱).

از آن جایی که نگرش انسان به دنبال آگاهی به وجود می آید، لذا برای تغییر در نگرش ها، باید با فراهم کردن زمینه در جهت بالا بردن سطح آگاهی، امکان این امر و رفتار مناسب را فراهم کرد. از جمله خدماتی که در مراقبت های بارداری پیش بینی شده است، آموزش به

زنان باردار است (۱۲). این آموزش زمانی مؤثر است که بتواند با تغییر نگرش موجب انتخاب ایمن ترین و بهترین روش زایمان شود (۱۳).

امروزه در اکثر کشورهای پیشرفته دنیا با اعمال سیاست ها و اقدامات مداخله ای مانند برنامه آموزش پزشکان و تشویق کارآزمایی لیبر بعد از سزارین عرضی قبلی، سعی در کاهش میزان سزارین شده است (۵)، اما در جوامع در حال توسعه همچنان رو به افزایش است (۷). در ایران، محققان با استفاده از روش های آموزشی مختلف توانسته اند از میزان سزارین به درخواست مادر بکاهند (۱۴-۱۶). عمیدی با مداخله آموزشی به صورت بحث گروهی، آگاهی و نگرش زنان باردار را در زمینه زایمان طبیعی افزایش و میزان سزارین به اصرار مادر را نسبت به گروه شاهد، به طور معنی داری کاهش داد (۱۴). اما آمار بالای سزارین در کشور و تأثیر انجام مداخلات در کاهش سزارین، نشان دهنده لزوم انجام مداخلات جدی تر در این زمینه می باشد (۱۶).

روش های آموزشی متفاوتی برای تغییر در نگرش و ارتقاء سطح آگاهی وجود دارد (۱۷). سخنرانی اغلب به عنوان رایج ترین روش به کار گرفته می شود، در حالی که این روش موجب یادگیری غیر فعال می شود (۱۸). زمانی که تغییر نگرش با حضور و اشتغال فعال فراگیر کسب شده باشد، پایدارتر و در برابر تغییرات بعدی مقاوم تر است (۱۹).

ایفای نقش یکی از شیوه های نوین آموزش است که با تکیه بر مشارکت فعال فراگیران سعی در کمک به افراد برای یافتن معنای خود درون جهان اجتماعی و استعانت از گروه اجتماعی برای اتخاذ تصمیم خود در حل دو راهی های سخت است (۲۱). از مزیت های ایفای نقش این است که فراگیران می توانند از طریق بحث، بینشی نسبت به نگرش ها و ادراکات خود بدست آورند و نگرش ها و مهارت های مشکل گشای خویش را گسترش دهند. ایفای نقش، مدت ها است که به عنوان راهی برای ایجاد تغییرات نگرشی شناخته شده است (۱۹).

مطالعات مختلفی برای بررسی تأثیر ایفای نقش بر آگاهی و نگرش افراد انجام شده است و نتایج ضد و

حجم نمونه برای متغیر کیفی اتخاذ تصمیم زنان باردار درباره نوع زایمان در گروه ایفای نقش بدست آمد که از آن برای حجم نمونه نهایی در این پژوهش استفاده شد (با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای متغیر کیفی). در نهایت حجم نمونه در هر گروه ۳۲ نفر محاسبه شد. اما در مطالعه مقدماتی برای رسیدن به تعداد ۱۰ نفر در هر گروه، از گروه A (آموزش به روش ایفای نقش)، ۱ نفر و از گروه B (آموزش به روش سخنرانی) ۲ نفر حذف شدند که با در نظر گرفتن کمی بیشتر از میانگین حذف این واحدهای پژوهش در گروه، ۱۸ درصد ریزش در نظر گرفته شد. در نهایت با احتساب ۱۸ درصد ریزش، حجم نمونه در هر گروه ۳۸ نفر بدست آمد. ۷۶ واحد پژوهش وارد مطالعه شدند که از گروه آموزشی به روش ایفای نقش، ۳ واحد پژوهش و از روش آموزشی سخنرانی، ۶ واحد پژوهش حذف و در نهایت ۶۷ واحد پژوهش مطالعه را به پایان رساندند. نمونه گیری در این پژوهش به روش خوشه ای بود. در ابتدا مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۳ به علت تعداد مراجعان بیشتر و همکاری کارکنان انتخاب شد. پژوهشگر پس از تأیید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، با ارائه معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و کسب مجوز از مسئولین مرکز بهداشت استان و مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۳ شهر مشهد، لیست مراکز تحت پوشش مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۳ را تهیه کرده و از بین ۱۶ مرکز، ۵ مرکز به همراه پایگاه های تحت پوششان به صورت قرعه کشی انتخاب شدند و به منظور کنترل انتشار اطلاعات در بین واحدهای پژوهش، مراکز بهداشتی-درمانی به طور تصادفی به دو گروه مورد مطالعه تخصیص یافتند. به طوری که ۲ مرکز به روش ایفای نقش و ۲ مرکز به روش سخنرانی و از یک مرکز باقی مانده، ۳ پایگاه تحت پوشش آن به روش ایفای نقش و ۳ پایگاه به روش سخنرانی اختصاص یافتند. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل: بارداری اول و تک قلو، سن بارداری ۳۶-۳۴ هفته، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، نداشتن سابقه ناباروری، نداشتن علت مامایی برای انجام سزارین، ندیدن آموزش مدون درباره روش های زایمان و معیارهای خروج شامل وجود بیماری طبی در

نقیضی بدست آمده است. هزاوه ئی آگاهی و عملکرد دانش آموزان دختر را درباره تغذیه دوران بلوغ با روش ایفای نقش در مقایسه با سخنرانی بهبود بخشید (۲۲). در حالی که در مطالعه پرلینی ایفای نقش آگاهی و نگرش نسبت به ایدز را در نوجوانان افزایش داد، اما این افزایش در زمینه نگرش معنی دار نبود (۲۳). مارگالیت با روش تعاملی (مانند ایفای نقش) نسبت به روش تعلیمی (سخنرانی و پمفلت)، سطح دانش، عزت نفس و نگرش بیمار محور، در پزشکان را ارتقاء بخشید (۲۴). مک لارن با استفاده از این روش توانست آگاهی و توانایی برای اجرای مدیریت درد کودکان را در دانشجویان پرستاری افزایش دهد. اما سطح نگرش را نتوانست در دانشجویان ارتقاء دهد (۲۵).

از آنجایی که جهت یک دوره معین آموزش بهداشت، تغییر رفتار در یک حیطه عاطفی یک تکلیف مهم محسوب می شود، بنابراین باید در برنامه ریزی آموزشی در تدوین اهداف آموزشی به رغبت، نگرش، احساسات و ارزش ها توجه شود (۲۶). با عنایت به مطالب گفته شده و احتمال اثر بخشی برنامه های آموزشی مناسب در بهبود بازدهی آموزش، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزشی ایفای نقش و سخنرانی بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان نخست باردار درباره نوع زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی یک سو کور بود که بر روی ۶۷ نفر از زنان نخست باردار (۳۵ نفر در گروه ایفای نقش و ۳۲ نفر در گروه سخنرانی) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شماره ۳ شهرستان مشهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد. با توجه به اینکه در ابتدای پژوهش در مورد تأثیر ایفای نقش بر روی آگاهی و نگرش تنها دو مقاله یافت شد که در ارتباط با تأثیر ایفای نقش بر آگاهی و نگرش افراد غیر باردار بود و با این مطالعه تفاوت داشت، لذا برای تعیین حجم نمونه به مطالعه مقدماتی با تعداد ۲۰ نفر (در هر گروه ۱۰ نفر) نیاز بود که بر اساس نتایج حاصل از آن حجم نمونه به صورت قطعی محاسبه شود. در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta = 0.2$)، بیشترین

زن باردار، تشخیص جنین غیرطبیعی و غیر قابل زنده ماندن توسط سونوگرافی و غیر طبیعی بودن حجم مایع آمنیوتیک و محل قرارگیری جفت بود. در صورت وجود تمامی معیارهای ورود و عدم وجود معیارهای خروج، زنان مورد بررسی به عنوان واحد پژوهش انتخاب می شدند و فرم رضایت آگاهانه در اختیارشان قرار می گرفت و هدف از انجام پژوهش به آنها توضیح داده می شد.

با توجه به عدم وجود پرسشنامه استاندارد در این زمینه، با استفاده از منابع و کتب مرجع، پرسشنامه های سنجش آگاهی و نگرش درباره نوع زایمان تهیه و اعتبار آن ها توسط ۲۰ نفر از متخصصان زنان و اساتید مامایی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تأیید شد و پایایی آنها توسط تحلیل عاملی (پرسشنامه سنجش آگاهی $\alpha = 0/83$ و پرسشنامه سنجش نگرش $\alpha = 0/94$) مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه سنجش آگاهی دارای ۲۳ سؤال بود که پاسخ های هر سؤال به صورت صحیح، غلط و نمی دانم طراحی شده بود. پرسشنامه سنجش نگرش شامل ۲۲ سؤال که بر مبنای مقیاس درجه بندی لیکرت ۵ تایی^۱ طبقه بندی شده بود و از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده بود.

پس از انتخاب گروه سخنرانی و گروه ایفای نقش و اخذ پیش آزمون در دو گروه، دو گروه به ۴ دسته تقسیم شدند. برای آموزش به روش ایفای نقش افراد به دو دسته ۱۰ نفره و دو دسته نه نفره (مجموعاً ۳۸ نفر) تقسیم شدند. به هر دسته در طی یک جلسه ۹۰ دقیقه ای، در مورد فواید و معایب زایمان طبیعی و سزارین آموزش داده شد. در این روش پژوهشگر به همراه دو کمک پژوهشگر دیگر به ایفای نقش در قالب ۳ نمایشنامه و در طی ۷ مرحله (برای هر نمایشنامه) شامل باز کردن موضوع یا باز کردن ذهن گروه درباره مشکل موجود، گزینش شرکت کنندگان، پردازش صحنه، آماده ساختن مشاهده گران، نمایش، بحث و ارزشیابی و تجارب مشترک و تعمیم به آموزش در خصوص فواید و معایب زایمان طبیعی و سزارین پرداختند.

در مرحله باز کردن ذهن گروه درباره مشکل موجود، پژوهشگر در دو نمایشنامه اول دو داستان واقعی در

خصوص افرادی که بر سر دوراهی برای انتخاب نوع زایمان بودند، تعریف کرد و سپس از شرکت کنندگان خواسته شد که یکی از آن ها به طور داوطلبانه برای قرار گرفتن در نقش زن باردار داستان، در کنار ایفاگران نقش (پژوهشگر و دو کمک پژوهشگر) قرار گیرد. سپس با کمک شرکت کنندگان به پردازش صحنه پرداخت و از مشاهده کنندگان خواست به دقت به نمایشنامه توجه کرده و نکته های مهم تر را یادداشت کنند و در انتهای نمایشنامه به بحث درباره آن با سایر شرکت کنندگان بپردازند. در نمایشنامه اول یکی از کمک پژوهشگرها نقش زنی را داشت که به دنبال سزارین دچار عوارض جسمی و روحی شده بود و به همراه مادرش (کمک پژوهشگر دیگر) به مطب مراجعه کرده بود. در اجرای این نمایشنامه ها سعی شد تا به نگرش های زنان باردار درباره دو نوع زایمان پرداخته شود. زن بارداری که در نقش زن باردار داستان قرار گرفته بود، بعد از تماشای اتفاقاتی که در مطب اتفاق افتاد به ماما مراجعه کرده و درباره نگرانی ها و افکارش با ماما مشورت کرد و ماما بی طرفانه در خصوص دو نوع زایمان برای او صحبت کرده و از او خواست در پایان نمایشنامه تصمیمش را در مورد نوع زایمان بیان کند. بعد از انتخاب نوع زایمان، شرکت کنندگان به بحث در مورد انتخاب زن باردار (بدون دخالت مستقیم پژوهشگر) و متقاعد کردن یکدیگر برای رسیدن به یک نتیجه تقریباً واحد پرداختند. نمایشنامه دوم با داستانی درباره زنی که زایمان طبیعی داشته و فواید و عوارض زایمان طبیعی در او ایجاد شده، آغاز شد و مراحل بعدی مانند نمایشنامه اول اجرا شد. در نمایشنامه سوم یکی از کمک پژوهشگرها در نقش سزارین و دیگری در نقش زایمان طبیعی در دادگاه حضور یافتند و در حضور قاضی (پژوهشگر) به دفاع از خود پرداختند. بعد از اجرای ۳ نمایشنامه از افراد خواسته شد در مورد تجربیات و خاطرات آشنایان و دوستانشان از هر دو نوع زایمان صحبت کنند. در گروه سخنرانی (دو دسته ۱۰ نفره و دو دسته ۹ نفره) فواید و معایب زایمان طبیعی و سزارین در مدت زمان ۹۰ دقیقه با روش سخنرانی (توسط اسلاید و مازیک و تخته آموزش) داده شد و در پایان جلسه به پرسش های شرکت کنندگان پاسخ داده شد.

¹ Likert rating scale

ها کارگر (۰/۴۴/۸) بود. دو گروه از نظر سن، میزان تحصیلات زن باردار و همسر، میزان درآمد، شغل زن باردار و همسر، میزان درآمد، منبع گرفتن اطلاعات درباره نوع زایمان، استفاده از بیمه، تعداد دفعات مراجعه جهت مراقبت های بارداری، پیشنهاد مادر، همسر، دوستان و آشنایان و پزشک درباره نوع زایمان همسان بودند ($p > 0/05$).

جدول ۱ نشان می دهد در دو گروه ایفای نقش و سخنرانی، میانگین نمره آگاهی درباره نوع زایمان بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معنی داری داشته است ($p = 0/000$) به عبارتی دیگر مداخله در دو گروه ایفای نقش و سخنرانی، تغییر معنی داری در افزایش میزان آگاهی درباره نوع زایمان ایجاد کرده است. همچنین نتایج نشان داد دو گروه ایفای نقش و سخنرانی از نظر میانگین نمره آگاهی درباره نوع زایمان در بعد از مداخله اختلاف معنی داری ندارند ($p = 0/287$). این اختلاف در قبل از مداخله نیز معنی دار نبود ($p = 0/424$) (جدول ۱). اختلاف میانگین نمره آگاهی درباره نوع زایمان در قبل و بعد از مداخله در دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل بررسی شد و نتایج نشان داد که پیشرفت ایجاد شده در نمرات آگاهی دو گروه یکسان می باشد ($p = 0/099$).

دو هفته پس از اجرای جلسه آموزشی در هر گروه (سخنرانی و ایفای نقش)، مجدداً پرسشنامه آگاهی و نگرش زنان باردار درباره نوع زایمان توسط زنان باردار تکمیل شد و سپس پیگیری گروه ها جهت اطلاع از نوع زایمان انجام شده، ادامه یافت. در نهایت پژوهشگر با رجوع به پرونده بیمارستانی واحدهای پژوهش و مصاحبه با واحدهای پژوهش، نوع زایمان همراه با علل آنان را ثبت کرد.

اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش قبل و دو هفته بعد از مداخله آموزشی در گروه سخنرانی و ایفای نقش از آزمون تی زوج و جهت مقایسه میانگین آگاهی و نگرش بین دو گروه بعد از انجام مداخله از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه فراوانی نسبی سزارین و زایمان طبیعی بین دو گروه از آزمون کای اسکور استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه ($p < 0/05$) در نظر گرفته شد.

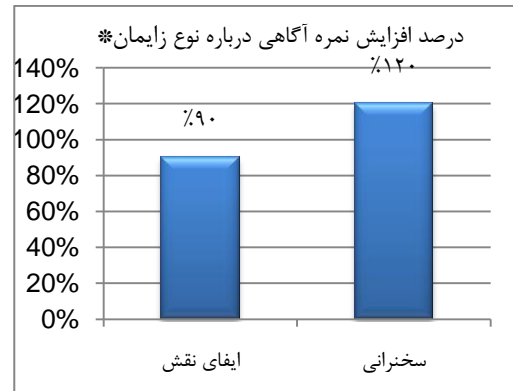
یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش 24 ± 4 سال بود. ۸۵/۱ درصد از آنان خانه دار و ۱۴/۹ درصد شاغل بودند. سطح تحصیلات اکثر آنان (۵۱/۴٪) مقطع دبیرستان بود. در اکثر واحدهای پژوهش سطح تحصیلات همسران راهنمایی (۳۸/۸٪) و شغل آن

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره آگاهی زنان نخست باردار درباره نوع زایمان در قبل و دو هفته بعد از مداخله در دو گروه

نتیجه آزمون تی مستقل	سخنرانی و ایفای نقش				نمره آگاهی درباره نوع زایمان
	گروه سخنرانی		گروه ایفای نقش		
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
df = 65 p = 0/424 T = 0/804	32	8/3 \pm 4/0	35	9/0 \pm 3/0	قبل از مداخله
df = 65 p = 0/287 T = -1/073	32	18/3 \pm 5/3	35	17/1 \pm 4/0	دو هفته بعد از مداخله
	p = 0/000		p = 0/000		نتیجه آزمون تی زوج

تغییرات نمره آگاهی درباره نوع زایمان در دو گروه نشان داد که گروه سخنرانی بیشترین (۱۲۰٪) درصد افزایش نمره آگاهی را در مقایسه با گروه ایفای نقش (۹۰٪) دارد. نتیجه آزمون اختلاف نسبتها نشان داد که بین درصد تغییرات نمره آگاهی (افزایش نمره) در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ($p=0/001$) (نمودار ۱).



نتیجه آزمون اختلاف نسبتها: $p=0/001$

نمودار ۱- مقایسه درصد افزایش نمره آگاهی درباره نوع زایمان* بعد از مداخله در دو گروه ایفای نقش و سخنرانی

جدول ۲ نشان می دهد در دو گروه ایفای نقش و سخنرانی، میانگین نمره نگرش درباره نوع زایمان بعد از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش معنی داری داشته است ($p=0/000$) به عبارتی دیگر مداخله در دو گروه ایفای نقش و سخنرانی، تغییر معنی داری در افزایش نمره نگرش درباره نوع زایمان ایجاد کرده است. نتایج نشان داد دو گروه ایفای نقش و سخنرانی از نظر میانگین نمره نگرش درباره نوع زایمان در بعد از مداخله اختلاف معنی داری دارند ($p=0/034$)، این در حالی است که اختلاف قبل از مداخله نیز معنی داری بود ($p=0/003$) (جدول ۲).

همچنین اختلاف میانگین نمره نگرش درباره نوع زایمان در قبل و بعد از مداخله در دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل بررسی شد و نتایج نشان داد که پیشرفت ایجاد شده در نمرات نگرش دو گروه یکسان می باشد ($p=0/149$). تغییرات نمره نگرش درباره نوع زایمان در دو گروه نشان داد که گروه سخنرانی بیشترین (۱۱۸٪) درصد افزایش نمره نگرش را در مقایسه با گروه ایفای نقش (۱۲٪) دارد. نتیجه آزمون اختلاف نسبت ها نشان داد که بین درصد تغییرات نمره نگرش (افزایش نمره) در دو گروه اختلاف معنی داری وجود ندارد ($p=0/173$).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره نگرش زنان نخست باردار درباره نوع زایمان در قبل و دو هفته بعد از مداخله در دو گروه سخنرانی و ایفای نقش

نتیجه آزمون ت مستقل	گروه				نمره نگرش درباره نوع زایمان
	سخنرانی		ایفای نقش		
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	
df = ۶۵					
p = 0/003	۳۲	۷۵/۸ ± ۱۴/۳	۳۵	۸۵/۴ ± ۱۰/۱	قبل از مداخله
T = ۳/۱۵۶					
df = ۶۵					
p = 0/034	۳۲	۸۹/۳ ± ۱۳/۸	۳۵	۹۵/۴ ± ۸/۲	دو هفته بعد از مداخله
T = ۲/۱۸۱					
					نتیجه آزمون تی زوج
					$p=0/000$

معنی داری ندارند ($p=0/117$) (جدول ۳).

نتایج آزمون کای اسکور نشان داد دو گروه از نظر فراوانی نوع زایمان (عملکرد زنان باردار) اختلاف

جدول ۳- مقایسه فراوانی نوع زایمان زنان نخست باردار در دو گروه ایفای نقش و سخنرانی

نوع زایمان انجام شده		گروه	
		سخنرانی	ایفای نقش
		تعداد	درصد
به درخواست مادر	تعداد	۲۲	۶۲/۹
	درصد	۱۱	۳۴/۴
زایمان طبیعی بدون استفاده از ابزار	تعداد	۰	۰
	درصد	۰	۰
کل	تعداد	۲۲	۶۲/۹
	درصد	۱۴	۴۳/۸
به درخواست مادر	تعداد	۱	۲/۸
	درصد	۵	۱۵/۶
سزارین	تعداد	۱۲	۳۴/۳
	درصد	۱۳	۴۰/۶
کل	تعداد	۱۳	۳۷/۱
	درصد	۱۸	۵۶/۲
نتیجه آزمون کای اسکوتز: $p=0/117$		$df=1$	
		$x=2/455$	

بحث

یافته ها نشان داد میانگین نمره آگاهی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه افزایش معنی داری داشته است که این نشان دهنده مؤثر بودن هر دو روش در تغییر سطح آگاهی است. میانگین نمره آگاهی قبل و دو هفته بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری ندارد (جدول ۱). اختلاف میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در دو گروه نیز معنی دار نبود. اما همان گونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود، بین درصد تغییرات نمره آگاهی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و درصد تغییرات در گروه سخنرانی بیشتر از ایفای نقش است. بنابراین تأثیر سخنرانی در ارتقاء سطح آگاهی بیشتر است. در مطالعه پرلینی و همکاران (۲۰۰۰) بر روی نوجوانان، سه گروه آموزشی ایفای نقش، فیلم و سخنرانی از نظر میانگین نمره آگاهی نسبت به ایدز و راه های پیشگیری کننده از آن، بعد از مداخله تفاوت معنی داری نداشتند ($p=0/07$) (۲۳). لازم به ذکر است در هر سه گروه آموزشی از تعهد رفتاری نیز برای آموزش استفاده شده بود. در تعهد رفتاری شرکت کنندگان کارت تعهدی را با مضمون "من به اطلاعات مربوط به ایدز با هدف ایمن نگه داشتن خودم و انتقال اطلاعات به دیگران تعهد می دهم"، امضاء می کردند و این کارت را به درب اتاقشان در خانه برای یادآوری نصب می کردند. مطالعه ما با مطالعه پرلینی از جهت معنی دار نشدن نمره آگاهی در بعد از مداخله همخوانی دارد اما در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعه پرلینی، نمره آگاهی و درصد تغییرات آن

در گروه سخنرانی بیشتر از ایفای نقش است. مطالعه حاضر با مطالعه هزاوه ئی همخوانی ندارد. در مطالعه هزاوه ئی و همکاران (۱۳۸۵) میانگین نمره آگاهی در مورد تغذیه دوران بلوغ، در سه گروه ایفای نقش، بازی و سخنرانی اختلاف معنی دار داشت و نمره آگاهی در دو گروه بازی و ایفای نقش بیشتر از گروه سخنرانی بود (۲۲). در مطالعه فتحیان و همکاران (۱۳۸۵) آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری موجب ارتقاء معنی دار سطح آگاهی و نگرش در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد (دریافت کننده مراقبت های معمول بارداری) شده است ($p<0/001$). در مطالعه فتحیان، آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری توانسته بود آگاهی زنان باردار درباره نوع زایمان را ۵۳٪ افزایش دهد در حالی که در گروه مراقبت های معمول فقط ۲٪ افزایش یافته بود (۱۶). اما در مطالعه ما روش ایفای نقش ۹۰٪ افزایش در میانگین نمرات آگاهی زنان باردار درباره نوع زایمان ایجاد کرد و در روش سخنرانی، این افزایش به ۱۲۰٪ رسید. روش سخنرانی در ارتقاء سطح آگاهی زنان باردار درباره نوع زایمان مؤثرتر است ($p=0/001$). مطالعه فتحیان نیز با مطالعه حاضر همخوانی نداشت.

سخنرانی یکی از ساده ترین شیوه های افزایش معلومات فراگیران است (۳۰) و روش اصلی آموزش برای مشاغل بهداشتی است و هنوز بسیاری از صاحب نظران معتقدند که چنان که این روش به نحو مطلوب ارائه شود مؤثر خواهد بود (۳۱). برای بعضی از مردم که عادت به خواندن کتاب ها و مقالات و همچنین تماشای تلویزیون ندارند، سخنرانی می تواند یک منبع خوب اطلاعات بهداشتی

باشد (۳۲). در مطالعه حاضر شاید یکی از علل مؤثرتر بودن روش سخنرانی بر آگاهی، همین مطلب باشد.

در آموزش به روش سخنرانی می توان مطالب زیادی را در مدت زمان کمتر به فراگیران انتقال داد (۲۰) اما اطلاعاتی که به طور فعال کسب می شوند در حافظه طولانی مدت باقی می ماندند و بعد از یک دوره تأخیر قابل دسترس تر نسبت به روش های غیر فعال هستند (۲۷). در روش های آموزشی غیر فعال (مانند سخنرانی) ممکن است تغییر سطح آگاهی و نگرش بلافاصله بعد از مداخله به وجود آید اما این تغییرات نمی تواند پایدار بماند و در پیگیری های بعدی ممکن است به سطحی نزدیک به سطح قبل از آموزش برسد (۱۹). در مطالعه حاضر تأثیر ایفای نقش بر ارتقاء سطح آگاهی کمتر از گروه سخنرانی بود. دلیل اصلی این تفاوت مشخص نیست، اما دلیل احتمالی آن می تواند کوتاه بودن مدت زمان آموزش برای گروه ایفای نقش (۹۰ دقیقه) و حجم تقریباً بالای مطالب، کوتاه بودن فاصله بین پیش آزمون و پس آزمون باشد. بنابراین پیشنهاد می شود مطالعه ای برای مقایسه ماندگاری اطلاعات منتقل شده توسط دو روش ایفای نقش و سخنرانی صورت گیرد.

در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمره نگرش بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو گروه افزایش معنی داری داشته است که این نشان دهنده مؤثر بودن هر دو روش در تغییر سطح نگرش است. میانگین نمره نگرش قبل و دو هفته بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری دارد با وجود اینکه معنی داری اختلاف در قبل از مداخله به نفع گروه ایفای نقش و در بعد از مداخله به نفع گروه سخنرانی بود، اما اختلاف میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در دو گروه معنی دار نبود و بین درصد تغییرات نمره نگرش دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت. بنابراین تأثیر دو روش بر تغییر سطح نگرش یکسان بود.

در مطالعه پرلینی میانگین نمره نگرش نسبت به ایدز و راه های پیشگیری کننده از آن در سه گروه آموزشی ایفای نقش، فیلم و سخنرانی، بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشتند ($p=0/017$) و تأثیر روش ایفای نقش بر تغییر نگرش نسبت به دو روش دیگر

بیشتر بوده است (۲۳). شاید دلیل تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه پرلینی در عدم استفاده از تعهد رفتاری باشد. چرا که تعهد رفتاری باعث افزایش سطح انگیزش فراگیر برای توجه به پیام و بسط عمیق افکار در رابطه با موضوع مورد نظر و در نتیجه تغییر بادوام نگرش می شود. تعهد رفتاری ممکن است از طریق روندهای مشابه با ایفای نقش موجب تغییر نگرش شود (۱۹). نگرش هایی که با سطح عمیق تر پردازش بدست می آیند از حافظه دست یافتنی تر و به تغییر مقاوم ترند (۲۷). در بیشتر مطالعات آموزشی انجام شده بر روی زنان باردار، پس آزمون حداقل ۴ هفته بعد از آموزش انجام شده است (۱۶-۱۴) اما در مطالعه حاضر به دلیل انجام مطالعه در هفته های ۳۶-۳۴ بارداری و در نتیجه احتمال زایمان و ریزش در واحدهای پژوهش، این آزمون ۲ هفته بعد از مداخله انجام گرفت. بنابراین شاید با افزایش فاصله زمانی بین پیش آزمون و پس آزمون بتوان تغییر نگرش بیشتر و ماندگارتری در گروه ایفای نقش نسبت به سخنرانی مشاهده کرد.

در مطالعه بک و همکاران (۲۰۰۳) روش ایفای نقش توانسته بود نمرات نگرش کودکان را درباره همسالانشان که از سیستم های ارتباطی و جایگزینی استفاده می کردند، افزایش دهد و این تفاوت در مقایسه با روش اطلاعاتی (سخنرانی و فیلم) معنی دار بود (۲۸) و با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه بک در محتوای آموزشی و موقعیت آموزشی در فراگیر است. زنان باردار در موقعیت بسیار حساسی قرار دارند که صحبت های اطرافیان در مورد سلامتی خود و جنینشان می تواند بر روی نگرش آنان تأثیرگذار باشد. هرچند در مطالعه ما سعی شد مطالب به صورت ساده و قابل فهم منتقل شود.

در مطالعه فتحیان، آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری موجب ارتقاء معنی دار سطح نگرش در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد (دریافت کننده مراقبت های معمول بارداری) شده است ($p<0/001$) (۱۶). در این مطالعه یک جلسه سخنرانی جهت ارتقاء سطح آگاهی، یک جلسه بحث عمومی جهت تغییر نگرش و یک جلسه در ماه آخر جهت تأکید بر نگرش و قصد زنان نسبت به

در مطالعه حاضر، مقایسه دو روش آموزشی باشد که توانسته است با بهبود سطح آگاهی و نگرش، تغییر عملکرد را در هر دو گروه ایجاد کند، در حالی که در مطالعه عمیدی و فتحیان به گروه شاهد آموزشی داده نشده بود.

روش ایفای نقش بر خلاف روش های سنتی که تمرکز آنها بر تغییر نگرش قبل از تغییر رفتار است، ابتدا روی تغییر رفتار تمرکز می کند و سپس افراد را وادار به اصلاح نگرش ها برای همسان کردن آن با رفتارهای جدید می کند (۳۳). بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی با افزایش حجم نمونه و انجام پس آزمون نگرش با فاصله بیشتری از پیش آزمون، سطح تغییر نگرش و کاهش میزان سزارین انتخابی را در گروه ایفای نقش بررسی و با روش های دیگر آموزشی مقایسه کرد. امید است که نتایج این مطالعه بتواند در خدمات بالینی، آموزشی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. از مزایای مطالعه حاضر می توان به این مطلب اشاره کرد که با وجود تأثیر کم روش سخنرانی بر ارتقاء سطح دانش و آگاهی فراگیران نسبت به روش های فعال در اکثر مطالعات، ما شاهد ارتقاء عالی سطح آگاهی زنان باردار درباره نوع زایمان نسبت به گروه ایفای نقش هستیم. اما از آنجایی که هدف از ارتقاء سطح آگاهی، تغییر سطح نگرش و در نتیجه تغییر رفتار و به عبارتی دیگر تغییر انتخاب نادرست زنان درباره نوع زایمان است، استفاده از روش های آموزشی فعال و اثرگذار بر میزان سزارین های انتخابی امری ضروری است. بنابراین در جهت نیل به اهداف پژوهش، آموزش به روش ایفای نقش در کنار روش سخنرانی پیشنهاد می شود تا از این طریق همچنان سطح آگاهی افراد افزایش یافته و نگرششان در انتخاب نوع زایمان طبیعی مثبت شود و از میزان سزارین های انتخابی یا به اصرار مادر کاسته شود. از آنجایی که با وجود افزایش آگاهی زنان باردار و مثبت تر شدن سطح نگرش آنان، باز هم شاهد بالا بودن درصد سزارین هستیم بنابراین ایجاد تغییرات اساسی در زمینه مداخلات غیر ضروری در بخش زایمان بیمارستان ها، ایجاد امکانات و روش های غیر دارویی و یا دارویی زایمان کم درد، ایجاد

زایمان طبیعی و یک جلسه نیز برای شوهران زنان باردار برگزار شد. در حالی که در مطالعه حاضر برای هر گروه فقط یک جلسه آموزشی برگزار شد و مسلماً افزایش جلسات آموزشی می تواند تأثیر بیشتری بر آگاهی، نگرش و عملکرد داشته باشد. شاید علت دیگر تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه فتحیان در این موضوع باشد که در مطالعه فتحیان یک جلسه آموزشی نیز برای همسران واحدهای پژوهش برگزار شد. چندین مطالعه دیگر نیز نقش همسر را بر انتخاب نوع زایمان و تغییر نگرش زنان باردار مؤثر دانسته اند (۱۶، ۲۹). در ضمن، یکسان بودن تأثیر سخنرانی و روش فعال آموزشی ایفای نقش بر تغییر نگرش می تواند نشان دهنده اهمیت یک سخنرانی مدون و خوب طراحی شده بر اساس قوانین سخنرانی باشد. بنابراین می توان با آموزش اجرای یک سخنرانی برنامه ریزی شده به ماماها و ارائه بسته های آموزشی در مورد فواید و معایب زایمان طبیعی و سزارین به مراکز بهداشتی و با هزینه ای کم، سطح آگاهی و نگرش زنان باردار درباره نوع زایمان را ارتقاء بخشید.

جدول ۳ نشان می دهد عملکرد دو گروه تفاوت معنی داری ندارد اما میزان سزارین انتخابی در گروه ایفای نقش (۲/۸٪) یک پنجم گروه سخنرانی (۱۵/۶٪) است. مطالعه حاضر از نظر معنی دار نشدن عملکرد با مطالعه فتحیان و عمیدی همخوانی ندارد. در مطالعه فتحیان بین عملکرد زنان باردار (نوع زایمان انجام شده) در دو گروه آموزشی تفاوت معنی داری وجود داشت ($p=0/02$) اما در این مطالعه میزان سزارین انتخابی و بدون دلیل مامایی بررسی نشد و مقایسه بین گروه ها بر اساس کل سزارین ها (با و بدون دلیل مامایی) انجام شد در حالی که در مطالعه عمیدی میزان سزارین انتخابی از سوی مادر در گروه آموزش به روش بحث گروهی نسبت به گروه بدون مداخله کمتر بود. در مطالعه حاضر گرچه بین عملکرد زنان باردار تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/117$) اما میزان سزارین انتخابی در گروه سخنرانی پنج برابر گروه ایفای نقش بود و هدف از آموزش ها در دوران بارداری کاهش سزارین های درخواستی و انتخابی از سوی مادر است که در مطالعه حاضر این هدف محقق شد. شاید دلیل احتمالی معنی دار نشدن عملکرد

شرایطی مناسب برای همراهی همسر و یا یکی از نزدیکان با زائو در بیمارستان ها پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

با یک سخنرانی مدون و کم هزینه توسط ماماهاى مراکز بهداشت، می توان سطح آگاهی زنان باردار را برای انتخاب ایمن ترین نوع زایمان بالا برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد است. از تمامی واحدهای مورد پژوهش، همکاران طرح (خانم ها گلزار، کرمی و میرزایی) و پرسنل محترم مراکز بهداشتی و درمانی شماره سه شهر مشهد تشکر می شود. در پایان از سایر همکاران معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مساعدت های مالی این دانشگاه قدردانی می گردد.

منابع

- Gilbert JJ. Training manual to train hygienists. Translated by: Naseri, K & Arfa, F. Tehran:Center for Academic Publications; 1985: 18-40. [Text in Persian]
- Olsen L, Siment I. Health education(practical guide for health Seekers).Translated by: shirudfar,mohammad reza.Mashhad: siavash publications; 1985: 42-58. [Text in Persian]
- Oppenheim AN. Questionnaire design and attitude measurement. Translated by :marzieh karimnia. Mashhad: Astan-e Qods Razavi Publications; 1990:124-137. [Text in Persian]
- Faramarzi M, Pasha H. Survey of knowledge and attitudes of pregnant women toward vaginal delivery. Journal of Babol University of Medical Sciences 2001;3(4):39-44. [Text in Persian]
- Cunningham F. Williams Obstetrics. Translated by Ghazi Jahani. Golban Publications; 2005. 22nd ed. P:590.
- Sharifi rad G, Fathian Z. survey of pregnant women view than vaginal and cesarean delivery based on behavioral intention model. journal of illam university of medical sciences. 2007;1(15):19-23. [Text in Persian]
- Nuri T. Reasons of cesarean choice in pregnant women refer to Rasht health centers. Midwifery ,MSc Thesis ,Tehran University of Medical Sciences. 2004. [Text in Persian]
- Ryding Elsa Lena, Wijma B, Wijma K, Rtdhstorm H. Fear Of childbirth during pregnancy may increasing the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77: 542-7
- Kinglee L, Holroyd E, Ngyuen C. Exploring factors influencing chines women's decision to have elective cesarean surgery.Midwifery.2001; 17:314-22.
- Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. Foundations of maternal newborn nursing. 3rd ed. Philadelphia; W.B. Saunders Co.; 1998: 466.
- Yarandi F, Rezaee Z, Eftekhar Z, Saadat H, Ansari Jafari M. The knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods in health centers in Tehran. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences. 2002;42(11):15-20. [Text in Persian]
- Dioreh M. safety in pregnancy: Translated by:Ehtesabi Moghaddam,Ozra.Tehran:Paikema Publications; 1993. [Text in Persian]
- Hildingsson I, Thomas J. Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions. Journal of midwifery & women's health. 2007;52(2):126-33.
- Amidy M, Akbarzadeh K. Effect of health education on knowledge and attitudes of pregnant women in Cesarean Section. journal of illam university of medical sciences. 2005;13(4):17-26. [Text in Persian]
- Lashgari M, delavari S, Markazi Moghaddam N, Gorouhi F. Effect of training programs of pregnant women on their delivery type selection: A single blind, randomized control trial. Journal of tehran army university of medical sciences. 2005;3(12):679-84. [Text in Persian]
- Fathian Z, Sharifi rad G, Hasanzade A, Fathian Z. Study of the effects of Behavioral Intention Model education on reducing the cesarean rate among pregnant women of Khomeiny-Shahr. journal of east medico 2006;9(2):123-31. [Text in Persian]
- Chaizari M. Planning for effective training: Tarbiat Modarres University publications; 1997:101-121. [Text in Persian]
- Mohajer T. Principles of patient education. Tehran: nashre salemy;2001.101. [Text in Persian]
- Cacioppo J, Petty R, Kao C, Rodriguez R. Central and peripheral routes to persuasion: An individual difference perspective. Journal of Personality and Social Psychology. 1986;51(5):1032-43.
- Saghravanian M. The effect of programmed instruction and lecture on students cognitive domain. [thesis]. Mashhad: nursing and midwifery faculty, university of medical science; 2003. [Text in Persian]
- Joyce BR, Weil M, Calhoun E. models of theaching. 7 th ed. translated by:Behrangi,Mohammad Reza.tehran:kamale tarbiat Publications. 2004. [Text in Persian]
- Hazavehee MM, Taghdisi Mh. Effect of three theaching methods lecture, games and role playing on knowledge and practice of secondary school students about nutrition during puberty. Journal of study and Medical Education Center. 2006;2(3):126-33. [Text in Persian]
- Perlini A, Ward C. HIV Prevention Interventions: The Effects of Role-play and Behavioural Commitment on Knowledge and Attitudes* 1. Canadian Journal of Behavioural Science. 2000;32(3):133-43.

24. Margalit A, Glick S, Benbassat J, Cohen A, Katz M. Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practising primary care physicians. *Medical Teacher*. 2005;27(7):613-8.
25. MacLaren J, Cohen L, Larkin K, Shelton E. Training nursing students in evidence-based techniques for cognitive-behavioral pediatric pain management. *The Journal of nursing education*. 2008;47(8):351.
26. Saberian M, Hajiaghajani S. The process of curriculum planning in medical science. Tehran: Salemi publications; 2006: 43-54. [Text in Persian]
27. King B, Janis I. Comparison of the effectiveness of improvised versus non-improvised role-playing in producing opinion changes. *Human Relations*. 1956;9:177-86.
28. Beck A, Fritz-Verticchio H. The Influence of Information and Role-Playing Experiences on Children's Attitudes Toward Peers Who Use AAC. *American journal of speech-language pathology*. 2003;12(1):51.
29. Salmani N. assessment of the pregnant women view's in relation to affecting causes in select of delivery method in shohada kargar hospital of Yazd. *Journal of rumiye nursing & midwifery faculty* 2007;5(4): 156-161. [Text in Persian]
30. Yaghubian M, Yaghubi T, Salmeh F, Golmohammadi F, Safari H. Comparison of the effects of education booklet and lecture method with booklet Training on the knowledge of nurses about professional rules. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009;9(4):372-81. [Text in Persian]
31. Azizi f. *Medical Education, Challenges and Prospects*. Tehran: Education Deputy and Affairs of Student , Ministry of Health and Medical Education. 2003. [Text in Persian]
32. Ewles L, Simnett I. *Promoting health: A practical guide*. 5th ed. London, Elsevier. 2003
33. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*: Stanford University Press; 1957.