

نظرات زنان باردار در مورد علل عدم مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۱۳۸۰

منصوره عزیززاده فروزی^۱ سکینه محمد علیزاده^۱ مینا منشی‌زاده^۱ طیبه فصیحی هرندی^۱

^۱ مربی، گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مجله پزشکی هرمزگان سال هشتم شماره چهارم زمستان ۸۳ صفحات ۲۲۱ تا ۲۲۶

چکیده

مقدمه: اعتقاد بر این است که زنان برای حاملگی و نوزاد سالم باید از مراقبت‌های قبل از زایمان که از اصول اساسی می‌باشد بهره‌مند شوند. این پژوهش به منظور بررسی موانع انجام مراقبت‌های دوران بارداری در زنان مراجعه‌کننده به زایشگاههای شهر کرمان صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به زایشگاههای شهر کرمان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخصهای مرکزی و پراکنندگی و آزمونهای آنالیز واریانس و کروسکال والیس استفاده شد و موانع مراجعه جهت انجام مراقبت‌های قبل از زایمان به سه گروه موانع مربوط به نظام، موانع مربوط به مددجو و موانع مربوط به ارائه‌دهندگان تقسیم گردید.

نتایج: در تعیین موانع مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری نتایج نشان داد که بیشترین درصد موانع (۵۸/۷) به مشکلات مربوط به رفت و آمد و پس از آن به مناسب نبودن محل ارائه خدمات و معطل شدن جهت دریافت خدمات به ترتیب با درصدهای ۳۱/۴٪ و ۳۰/۹٪ تعلق گرفت. نتایج در مورد موانع مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات بیشترین درصد (۷/۲٪) به عدم پیگیری در مورد مراجع به موقع زنان باردار جهت دریافت خدمات دوران بارداری تعلق گرفت. نتایج در مورد موانع مربوط به مددجو نشان داد که حاملگی ناخواسته بیشترین درصد (۳۵/۱٪) را به خود اختصاص داد. نتایج مربوط به مقایسه موانع با ویژگیهای فردی نیز در بعضی موارد اختلاف معنی‌داری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: از آنجاییکه مراقبت‌های دوران بارداری از مشکلات حین بارداری و زایمان پیشگیری می‌کند بایستی در رفع موانع منتج شده از این پژوهش کوشید.

کلیدواژه‌ها: مراقبت‌های دوران بارداری - حاملگی - کرمان

نویسنده مسئول:

منصوره عزیززاده فروزی

گروه پرستاری - دانشکده

پرستاری و مامایی - دانشگاه

علوم پزشکی کرمان

کرمان - ایران

تلفن: ۰۲۰ ۲۲۳۲۰۲۱ ۳۴۱ ۹۸+

مقدمه:

مشکلات حاملگی و زایمان بستگی دارد. اصولاً مراقبت‌های دوران بارداری شامل اقدامات پزشکی و پرستاری است که از زمان لقاح تا زایمان صورت می‌گیرد. هدف از این نوع مراقبت اقدامات پزشکی و پرستاری برای حفظ مادر و جنین است (۱). با وجود پیشرفت‌های اخیر در جوامع مختلف پزشکی هنوز عده‌ای از زنان باردار از نعمت معاینه توسط پزشک متخصص محرومند و علل آن بر حسب بیمار متفاوت است. مهمترین علل را می‌توان سه‌انگاری، غفلت و عدم دسترسی و بضاعت مالی نامید (۲).

حاملگی فرآیندی فیزیولوژیک و طبیعی است گرچه تعداد زیادی از حاملگی‌ها نیاز به تدابیر فعال حرفه‌های بهداشتی ندارند ولی حاملگی سیستم جسمی و روانی زن حامله را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بطور بالقوه بر سلامت کودک و مادر تأثیر می‌گذارد. مهمترین عوامل تنش‌زایی که توسط زنان در دوران حاملگی گزارش شده است به علائم فیزیکی تصویر ذهنی رفاه کودک، تغییر در الگوی زندگی، اختلالات عاطفی و نگرانی در مورد

بسیاری از عوارض و مشکلات دوران بارداری و زایمان با مراقبت صحیح در دوران بارداری قابل پیشگیری است. بنابراین هر زن باردار به محض اطلاع از بارداری باید تحت نظر پزشک متخصص زنان قرار گیرد. ایده‌آل آن است که زنان قبل از بارداری معاینه شوند. به این ترتیب ناهنجاریهای موجود برطرف شده و خطری برای حاملگی و زایمان بوجود نمی‌آید (۳). بالکی و کالب در این مورد می‌نویسد بسیاری از کشورهای اروپای غربی دارای سیستم مراقبتی مناسب و کافی جهت مراقبت از مددجو از ابتدای حاملگی می‌باشند و موانعی بر سر راه این مراقبت وجود ندارد. بنابراین نسبت بالایی از زنان مراقبت دوران بارداری را زود شروع می‌کنند. اصولاً مراقبت در دوران بارداری از نظر اقتصادی به صرفه است (۴). فالون و فیشر معتقدند موانعی بر سر راه انجام مراقبت‌های بهداشتی قبل از زایمان وجود دارد از جمله این موارد نداشتن پول کافی برای پرداختن هزینه‌ها، عدم وجود هماهنگی بین سرویس خدماتی مختلف و آموزش کافی در مورد اهمیت مراقبت‌های بهداشتی پیش از تولد است.

لیا-هوالبرگ در تحقیقی که به منظور تعیین موانع مراقبت‌های دوران بارداری از دید زنان کم‌درآمد انجام داده است به این نتیجه رسیده است که عوامل روانی ساختاری اجتماعی و دموگرافیکی از جمله موانع مراقبت‌های دوران بارداری بوده‌اند (۶).

یورک معتقد است که در دهه‌های اخیر بسیاری از موانع ساختاری و دموگرافیکی برای دریافت مراقبت دوران بارداری شناسایی شده‌اند ولی اخیراً موانع رفاهی به عنوان مانع مراقبت ذکر شده است (۷). هاری نیز موانعی از قبیل مشکلات مربوط به بیمه، ترس از حاملگی، عدم اهمیت دادن به مراقبت‌های دوران بارداری، مشکلات رفاهی، استرس‌های روانی فیزیکی و مشکلات وقت گرفتن را ذکر کرده است (۸). از این رو این پژوهش به منظور شناسایی علل عدم مراجعه زنان باردار جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی طرح‌ریزی شده است تا بر اساس نتایج آن مسئولین ذیربط بتوانند در جهت رفع مشکلات و موانع اقدامات لازم را به عمل آورند.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در آن نظرات زنان باردار در مورد موانع مراجعه آنان جهت انجام مراقبت‌های

بهداشتی در دوران مورد بررسی قرار گرفت و شدت این موانع بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، تعداد زایمان و بیمارستان مورد مقایسه قرار گرفت. نمونه پژوهش از میان افرادی که مراجعه کافی جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری نداشته‌اند (مراجعه کمتر از ۶ بار در طی دوران بارداری ملاک تشخیص عدم مراجعه است). با مراجعه به زایشگاههای شهر کرمان موارد مورد نظر که دارای ملاک فوق بودند شناسایی شده و بطور متوالی نمونه‌گیری صورت گرفت. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از زنان با توجه به درصد شدت هر یک از موانع (مجموع کاملاً مؤثر و نسبتاً مؤثر) بیشترین حجم نمونه ۳۸۵ نفر نظرخواهی بعمل آمد. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه پژوهشگر ساخته که مشتمل بر بخش اطلاعات دموگرافیک و موانع می‌باشد استفاده شد. بخش موانع شامل موانع مربوط به سیستم ارائه‌دهنده خدمات، موانع مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات و موانع مربوط به مددجو بود. پرسشنامه مذکور در اختیار هر یک از آزمودنی‌ها قرار گرفت تا نظرات خود را بر روی مقیاس سه درجه‌ای کاملاً مؤثر، نسبتاً مؤثر و تأثیر ندارد مشخص نمایند (به ترتیب نمرات ۱ و ۲ و ۳ تعلق گرفت). در این پژوهش اطلاعات در زمان مراجعه زنان به زایشگاههای شهر کرمان جهت زایمان گردآوری شد. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا قبل از جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد به این صورت که ابزار در اختیار ده نفر از متخصصین رشته مربوطه گذاشته شد تا مناسبت ابزار با اهداف پژوهش را ارزیابی نمایند. پس از انجام اصلاحات لازم روایی بدست آمده ۷۸٪ برآورد گردید. جهت محاسبه پایایی ابزار از روش آزمون ثبات داخلی با محاسبه آلفا کرونباخ استفاده گردید که میزان آن ۸۳٪ بدست آمد. در این پژوهش جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی جهت توصیف هر یک از موانع استفاده گردید و سپس با جمع زدن نمرات موارد مربوط به کلیه موانع و نمره مقیاسهای فرعی ابزار (شامل موانع سازمانی موانع مربوط به ارائه‌دهندگان و موانع مربوط به مددجو) نمره کل و نمره مقیاسهای فرعی به دست آمده، مقایسه شدت موانع بر حسب متغیرهای مختلف نمرات محاسبه شده فوق استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل این بخش با آنالیز واریانس یک راهه یا معادل غیرپارامتریک آن آزمون کروسکال واریس صورت گرفت.

نتایج:

نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد که بیشترین درصد (۳۲/۹٪) واحدهای مورد پژوهش بین ۲۵-۲۱ سالگی قرار داشتند و کمترین درصد (۸٪) در گروه سنی بیشتر از ۳۶ سال قرار داشتند از نظر تعداد زایمان بیشترین فراوانی (۲۹/۲٪) متعلق به زنانی بود که دارای ۲ فرزند بودند. نتایج از نظر توزیع فراوانی مربوط به شغل نشان می‌دهد که بیشترین درصد (۸۳/۳۳٪) در گروه خانه‌دار بودند و ۱۶/۶۶ درصد شاغل بودند از نظر تحصیلات بیشترین درصد (۴۹/۵٪) به گروه دیپلم و کمترین آن (۸/۵٪) به گروه بالاتر از دیپلم و کمترین درصد (۴/۱٪) دارای مدرک ابتدایی بودند. نتایج مربوط به تعیین شدت موانع نشان داد که بیشترین میانگین نمره (۵۸/۷٪) متعلق به عبارت مشکلات مربوط به رفت و آمد و عبارت بی‌اعتمادی زن باردار به پرسنل ارائه‌دهنده خدمات و کمترین میانگین نمره (۱/۰۸٪) را دریافت کرد. توزیع فراوانی موانع سازمانی نشان داد که به ترتیب مشکلات مربوط به رفت آمد، معطل شدن جهت دریافت خدمت، مناسب نبودن محل ارائه خدمت، مناسب نبودن زمان ارائه خدمات و محدود بودن زمان ارائه خدمات بیشترین درصد را به خود اختصاص دادند نتایج حاصله در رابطه با تعیین موانع مربوط به ارائه‌دهندگان نشان داد که بیشترین درصد به ترتیب به عبارات عدم پیگیری کارکنان در مورد مراجعه به موقع زن باردار، برخورد نامناسب کارکنان با مددجو و نتایج مربوط به تعیین موانع مربوط به مددجو نشان داد که بیشترین درصد به ترتیب

به عبارات حاملگی ناخواسته، تردید در مورد حامله بودن در سه ماهه اول و عدم آگاهی زن باردار از اهمیت خدمات دوران بارداری تعلق گرفت. در مقایسه شدت موانع مراجعه بر حسب شغل (جدول شماره ۱) نتایج نشان داد که در کل موانع اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ولی در موانع مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات و موانع مربوط به مددجو اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.05$).

جدول شماره ۱ - مقایسه شدت موانع مراجعه ناکافی جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری بر حسب شغل

P-value	کارمند	خانه‌دار	شغل	
			میانگین	شاخص
۰/۵۸	۲۹/۵۶	۳۰/۶۱	میانگین	کل موانع
	۶/۳۰	۷/۳۶	انحراف معیار	
۰/۳۷	۶/۳۰	۷/۳۶	میانگین	موانع سازمانی
	۱۶/۹۲	۱۶/۱۴	انحراف معیار	
۰/۰۰۷	۵/۴۲	۵/۷۹	میانگین	موانع مربوط به ارائه‌دهندگان
	۱/۴۳	۱/۴۷	انحراف معیار	
۰/۰۰۰۱	۷/۲۱	۸/۶۹	میانگین	موانع مربوط به مددجو
	۱/۹۲	۲/۹۵	انحراف معیار	

نتایج مربوط به مقایسه شدت موانع بر حسب میزان تحصیلات در کل موانع و در موانع مربوط به ارائه‌دهندگان و موانع مربوط به مددجو اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (جدول شماره ۲) نتایج مربوط به مقایسه شدت موانع بر حسب تعداد زایمان (جدول شماره ۳) نشان داد که در کل موانع و سایر مقیاس‌های فرعی مربوط به موانع اختلاف معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$).

جدول شماره ۲ - مقایسه شدت موانع مراجعه ناکافی جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری بر حسب میزان تحصیلات

نتیجه آزمون کروسکال والیس	بالاتر از دیپلم	دیپلم	سیکل	ابتدایی	بیسواد	تحصیلات	
						میانگین	شاخص
۰/۰۰۰۱	۲۸/۲	۲۸/۸۹	۳۱/۶۴	۳۲/۵۶	۳۴/۳۶	میانگین	کل موانع
	۱۶/۴	۳۱/۰۵	۶۸/۸۱	۴۸/۵۲	۸۴/۹۱	انحراف معیار	
۰/۵۴	۱۶	۱۵/۸۳	۱۶/۴۲	۱۷/۱۷	۱۷/۴۱	میانگین	موانع سازمانی
	۳/۶۱	۱/۲۷	۵/۰۳	۴/۴۸	۶/۰۴	انحراف معیار	
۰/۰۰۰۵	۵/۱۱	۵/۴۱	۶/۰۵	۵/۸۲	۶/۵۸	میانگین	موانع مربوط به ارائه‌دهندگان
	٪۶۷	۱/۰۶	۴/۱۳	۲	۳/۵۸	انحراف معیار	
۰/۰۰۰۰۱	۷/۰۸	۷/۰۸	۹/۱۷	۹/۸۷	۱۰/۳۶	میانگین	موانع مربوط به مددجو
	۱/۵	۲/۲۰	۳/۰۶	۴/۰۴	۳/۲۱	انحراف معیار	

جدول شماره ۳ - مقایسه شدت موانع مراجعه ناکافی جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری بر حسب تعداد زایمان

شاخص	تعداد زایمان				
	یک زایمان	دو زایمان	سه زایمان	بیش از سه زایمان	نتیجه آزمون کروسکال والیس
کل موانع	میانگین	۲۸/۸۱	۲۹/۹۸	۳۲/۸۶	۰/۰۰۹
	انحراف معیار	۶/۹۵	۶/۰۹	۸/۷۳	
موانع سازمانی	میانگین	۱۷/۲۹	۱۵/۷۱	۱۶	۰/۰۰۷
	انحراف معیار	۴/۷۹	۴/۳۸	۵/۰۶	
موانع مربوط به ارائه‌دهندگان	میانگین	۵/۷۰	۵/۳۶	۶/۴۷	۰/۰۰۷
	انحراف معیار	۱/۵۶	۱	۶/۳۹	
موانع مربوط به مددجو	میانگین	۱۶/۳۵	۱۶/۲۶	۱۳/۶	۰/۰۰۰۱
	انحراف معیار	۲/۳۳	۲/۵۶	۳/۰۲	

بحث و نتیجه‌گیری:

دوران بارداری است و سرویس‌های مربوط به زنان و بارداری باید در راه رفع این مشکل کوشا باشند (۶). در موانع مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات بیشترین درصد به عبارت عدم پیگیری در مورد مراجعه زن باردار (۷/۲) تعلق گرفت که درصد قابل توجهی نمی‌باشد.

نتایج مربوط به موانع مربوط به مددجو نشان داد که عبارت حاملگی ناخواسته بیشترین درصد (۳۵/۱) را به خود اختصاص داد. احتمال می‌رود که حاملگی ناخواسته احساس ناخوشایندی را در مادر ایجاد نموده و باعث می‌شود حاملگی خویش را انکار یا از ابراز کردن آن احساس شرم‌زدگی کند و این خود مانعی بر مراجعه جهت دریافت خدمات گردد. بالکی نیز ترس، انکار و شک در مورد حاملگی را از جمله موانع مربوط به مددجو ذکر کرده است (۴). ابراهیمی در مورد اهمیت مسئله حاملگی‌های ناخواسته در بهداشت و سلامت زن خانواده و نهایت جامعه می‌نویسد حاملگی ناخواسته نقش خطیری در بهداشت مادر و کودک بازی می‌کند (۱۰). در مقایسه نمره موانع بر حسب شغل، در کل موانع اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید. در حالیکه در مقایسه موانع مربوط به ارائه‌دهندگان و موانع مربوط به مددجو اختلاف معنی‌داری مشاهده شد به طوری که میانگین نمره در گروه خانه‌دار برای موانع مربوط به ارائه‌دهندگان ۵/۷۸ و در گروه شاغل ۵/۴۲ بود. احتمال می‌رود که گروه شاغل به دلیل اطلاع بیشتری

انجام مراقبت‌های قبل از زایمان همیشه با موانعی روبرو بوده است و مراقبین بهداشتی باید در تلاش برای از بین بردن موانع و دستیابی و استفاده از خدماتی که در دوران بارداری ارائه می‌شود کوشا باشند (۷).

نتایج این پژوهش در بررسی موانع نشان داد (جدول شماره ۱) در موانع سازمانی یا موانع مربوط به نظام بیشترین درصد (۵۷/۷) به عبارت مشکلات مربوط به رفت و آمد و پس از آن به عبارت مناسب نبودن محل ارائه خدمات و معطل شدن جهت دریافت خدمات به ترتیب درصدهای ۳۰/۹ و ۳۱/۴ تعلق گرفت. در مورد عبارات مشکلات مربوط به رفت و آمد و مناسب نبودن محل ارائه خدمات، فالون و فیشر نیز به همین نتیجه دست یافتند. بطوریکه آنها نیز به مشکلات مربوط به رفت و آمد را از موانع مهم تحقیق خویش اعلام کرده‌اند (۵). بالکی نیز در این مورد مناسب نبودن محل ارائه خدمات اظهار می‌دارد زنان باردار بایستی به مراکز مراقبت‌های قبل از زایمان دسترسی داشته باشند و وی نیز متذکر می‌گردد یکی از موانع مراجعه جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری مشکلات مربوط به حمل و نقل است (۴). سومین عبارت که درصد بالایی را به خود اختصاص داده است عبارت معطل شدن جهت دریافت خدمات است. هنچلیف و دیگران می‌نویسد شلوغی مراکز بهداشتی یکی از موانع مراقبت در

مددجو میانگین بیشتری اختصاص دادند. احتمالاً افراد با یک زایمان دارای تجربه کم بوده و موانع مربوط به نظام را مؤثر دانسته در حالیکه افراد با بیشتر از سه زایمان باتجربه‌تر بوده و موانع مربوط به ارائه‌دهندگان را مؤثرتر تلقی نموده‌اند. با توجه به این نکته که در مقایسه موانع با متغیرهای دموگرافیکی اغلب اختلاف معنی‌داری مشاهده شد باید ذکر شود که یورک عوامل دموگرافیکی را نیز از جمله موانع مراقبت‌های دوران بارداری ذکر کرده است (۷).

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش و از آنجاییکه مراقبت در دوران بارداری آسانتر از مراقبت از مادر و نوزاد بیمار است، پیشنهاد می‌شود که با توجه به شعار پیشگیری بهتر از درمان است قبل از بروز مشکلات ناشی از عدم مراجعه جهت دریافت خدمات دوران بارداری در رفع موانع مربوط به آن که نیاز به صرف هزینه و وقت زیادی نیز نمی‌باشد کوشید.

سپاسگزاری:

از مسئولین زایشگاههای شهر کرمان و خانمهای مراجعه‌کننده به این زایشگاهها که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند صمیمانه تشکر و سپاسگزاری بعمل می‌آید.

که از وظایف و موازین کاری شاغلین دارند این موانع را مؤثر تلقی نکرده‌اند و شاید انتظار شاغلین بیشتر باشد به این دلیل که از مشکلات حین کار آنها باخبر هستند. در مورد موانع مربوط به مددجو در گروه خانه‌دار ۸/۶۹ و در گروه شاغلین ۷/۲۱ بود. در این مورد احتمالاً گروه خانه‌دار به دلیل گرفتاری بیشتر در خانه و حضور کمتر در اجتماع بیشتر موانع را مربوط به خود تلقی می‌کنند.

لیا هوالبرگ در گزارش تحقیق خود می‌نویسد که در دهه‌های اخیر بسیاری از موانع ساختاری دموگرافیکی و اجتماعی در این مورد شناسایی شده‌اند (۹). در مقایسه نمره موانع بر حسب میزان تحصیلات نتایج نشان داد که در کل موانع مربوط به ارائه‌دهندگان و موانع مربوط به مددجو اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. احتمالاً گروههای تحصیلی به این امر واقف بوده‌اند که نظام باید به رفاه و آسایش زن در دوران بارداری بیندیشد. در مقایسه موانع بر حسب تعداد زایمان نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری در مقایسه موانع با این متغیر وجود داشت. بطوری که در مقایسه کل موانع نتایج نشان داد که افرادی که بیش از سه زایمان داشته‌اند میانگین بیشتری نسبت به سایر گروهها اختصاص داده‌اند. در مقایسه میانگین مربوط به نظام و مددجو افرادی که دارای یک زایمان بودند به موانع مربوط به نظام و

References

منابع

- دستجردی، وحید. اقصی، مرضیه. ویلیامز. ۱۹۹۷. تهران، انتشارات اشتیاق، ۱۳۳۷.
- صاحب کشف، حمید و همکاران. ویلیامز. بهداشت دوران بارداری. تهران، انتشارات اشاعت، ۱۳۷۲.
- Simpson KR, Creehan PA. Prenatal nursing. Philadelphia: Lippincot Raven; 1996.
- Buckley K, Kulb NW. High risk maternity nursing manual. Baltimor: Williams and Wilkins; 1993.
- Fallen PD, Fisher LS. Clerical staff attitudes toward patients in prenatal care clinic in New York city. *Am J Prenatal*. 1994;11(5):362-366.
- Liahoagberg B. Barriers and motivators to prenatal care among low income women. *Soc Sci Med*. 1990;30(4):487-495.
- York R. A review of problems of universal access to prenatal Care. *Nurs Clin North Am*. 1990;31(2):279-292.

8. Harry SM, Faver KS. Obstacles to prenatal care following implementation of community bases program to reduce financial barriers. *Fam Plann Perspect.* 1993;25(1):32-36.
 9. Hinchliff SM. Nursing practice and health care. London: Edward Arnold Co; 1993.
- . ابراهیمی مرضیه. بررسی علل حاملگی ناخواسته. فصلنامه پرستاری و مامایی همدان. شماره ۱۵، سال هفتم، بهار و تابستان ۱۳۷۷. صفحات ۸-۳.