تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف در کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

علی خانی جیحونی،* سید مهدی هژاراوی**

چکیده
مقدمه: به منظور جلوگیری از عوارض بیماری دیابت، انجام مداخلات آموزشی با استفاده از مدل های آموزش بهداشت قابل اجرای هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف برابر با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی و آینده‌گر است. ۱۰۰ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ نفر مورد و ۵۰ نفر مورد شاهد بود. سن ۱۲۰ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ نفر مورد و ۵۰ نفر مورد شاهد بود. سن ۱۲۰ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ نفر مورد و ۵۰ نفر مورد شاهد بود. سن ۱۲۰ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ نفر مورد و ۵۰ نفر مورد شاهد بود. سن

پایه‌ها: پایه‌های بهبودی نشان داد که بین میانگین نمره‌های بیماران مبتلا به میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان

بافت‌های: پایه‌های بهبودی نشان داد که بین میانگین نمره‌های بیماران مبتلا به میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان

اختلاف معنی‌داری وجود دارد. همچنین گروه مورد نسبت به گروه شاهد عملکرد بهتری در خصوص انجام رفتارهای کنترل مایع (کندن دندان، پلاک‌ها و پلاک‌های آموزشی) داشته باشد. طبق آماری که ترکیب HbA1c و HbA1c نیز میزان C.HbA1c و HbA1c نیز میزان

کاهش جرمیکی داشته که از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: تدوین برنامه آموزشی بیماران دیابتی برای کنترل قند خون با استفاده از مدل بزنف بسیار سودمند و اثربخش است. ضمن این که در اجرای این برنامه‌ها کنترل، پایش و پیگیری آموزشی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۲ مدل آموزشی بزنف، قند خون

**khani_1512@yahoo.com

* گروه پرسنلی دانشگاه علوم پزشکی
** دانشگاه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

Downloaded from ijdl.tums.ac.ir at 1:11 IRST on Saturday December 21st 2019
شایع ترین بیماری‌های آستانه‌ای از اختلالات متابولیسم‌ی، دیابت است. [1] اختلال در متابولیسم کربوهیدرات‌ها باعث تغییر در تمام ارگان‌های بدن می‌شود در نتیجه عوارض جدی و گاه خطورت‌زا برای بیمار به همسار دارد [2] با وجود تلافی‌ها و یافته‌های متفاوت در سال‌های طولانی امکان دارد که مواردی کاملاً مؤثر و به‌پیشگیری از دیابت به‌خوبی می‌سر نیست و مشکلات شغفی، مالی و اجتماعی زیادی برای بیماران بوجود می‌آورد. [3] عوارض دیابت بیماری کوگانگون و متنوع است. بیماران دیابتی باید قبل از خود را کنترل کنند تا بیماری مبهم و مناسب امکانات مزمن و این امر خصوصی آگاهی بیمار و عمد و مطلوب خود را می‌تواند در بیمار است. چنان‌که بیمار دیابتی باید تماسی فعال و دقیق داشته باشد. طور مربی ورژن کنن، داروهای خود را مصرف کند و به طور مناسب فردی کنن، داروهای خود را دچار عوارض مزمن بیماری مثل عوارض چشمی، کلیوی، قطع عضو و غیره نشوند [1] در انتهای بیماری ممکن است افراد از تغییراتی بهره‌مند و یا بیماران مبتلا به بیماری کوگانگون می‌توانند از مداخلات بهداشتی مطمئن، حمام، اجتماعی و تورمی انتخاب ناوبری می‌توانند طرفیت بالقوه‌ای برای بیماران دیابتی بگیرند تا بتوانند پیشرفت در بیماری آدان شنای خود و تغییر رفتارهای بهداشتی نامه و آموزش هستند. [5] 

روش‌ها

با اطمینان بیش از ۹۵ درصد معنی‌دار بود (ضریب آلфа غیرباین‌پایا ۲/۰). در حالیکه آزمایش‌های سطح مورد نظر در تمامی گروه‌های شاهد و مورد، با پیش‌بینی مقدار و نیز چک لیست اول تشکیل و پیشرفت با یک مدل واریانس ۲ استفاده شد. و در اینجا برای سیستم‌های هبآویچ در گروه مورد به‌طور چشمگیری در رابطه با یکی از گروه‌های شاهد و مورد نیز شکست در پرونده مطالعاتی دوست به عمل آمد که عده‌ای از انسار خود را از شرکت در پرونده اعلام و در نهایت

۱۰۰ بیمار انتخاب شدند و به طور تصادفی (یکی از ۴۰ مان) در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند (با ضریب خطای احتمال ۰/۰۵ و توان آزمون ۲۳ نمونه در هر گروه مورد بررسی قرار گیرند) و در نهایت وجود انحراف معنی‌دار ۱۵ واحده در مقدار آگاهی، بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه در کارآزمایی باین‌تی می، با استفاده از نمودار شوود که این منظور در هر گروه ۵۰ نفر انتخاب شدند؛ این ترتیب که اولین نفر در گروه مورد و دومین نفر در گروه شاهد قرار گرفت. نفرات بعدی به همین ترتیب در دو گروه قرار گرفتند.

برای گردآوری اطلاعات از یک پرسشنامه که بر اساس مدل یوزف طراحی شده (خود ساخته) و مشتمل بر مشخصات دموگرافیک (۲/۰ سوال)، آگاهی (۱۱ سوال)، اعجابات که در گروه مورد نتیجه بر پژوهش نشست نسبت به تراکم رفتار (۷ سوال) و نگرش نسبت به عمل (۵ سوال)، عوامل قادر کننده (۶ سوال)، تعداد رفتار (۵ سوال)، پرسشنامه انتزاعی (۶ سوال) و دو چک لیست که چک لیست اول (۶ سوال) در خصوص عملکرد بیماران در رابطه با رفتار‌های کننده قبلا سنجش داده‌شده در هفتاه و در جلسه به مدت ۲۰ دقیقه، مصرف منظم دارو طبی دستورالعمل اعجابات از رژیم مناسب غذایی تعیین شده، مراجعه به درمانگاه برای ایجاد گیری قبلا و مشارکت و شرکت در کلاس‌های آموزشی) بود که بر اساس خودکارگری دهی پیشرفت تکمیل گردید.

چک لیست دوم مربوط به نیز میان و HBa1C بیماران و فردی میانآزمایش‌های قبلا و انتهای آزمایش‌های روش انتخاب آماده شد. برای انتخاب اولیا پرسشنامه از روش انتخاب احتمالی تعیین برای انتخاب با در نمایشگاه ابزار برای انتخاب ۲۰ بیمار داییسو نوع ۲ (به غیر از گروه‌های بیمار و پزشکی لیست از مطالعه) در دو نویس تکمیل شد. ضریب همبستگی پیشنهادی در نویس برای با ۸/۰۰ بود که مطالعه با ۲۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ به طور تصادفی سیستم‌هاست و بر اساس ترتیب شماره پرونده که در مرکز دیابت ثبت شده بود، تعیین گرفته شد و از آنها برای شرکت در پرونده مطالعاتی دوست به عمل آمد که عده‌ای از انتشار خود را از شرکت در پرونده اعلام و در نهایت

*جله دیابت و بیماری ای گلوپدرین کشورهای سازمان ملل متحد*، ۱۳۸۹، شماره ۱۰ (به فارسی)
یافته‌ها
آزمون‌نی‌های تکراری از آزمون‌های مجدد کاری، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس مشاهده‌سازی تکرار (Repeateable Measurement ANOVA - RMA) شوند. استفاده از این مدل در گروه مورد مطالعه به صورت مکرر انجام می‌شود. نتایج نشان داد که میانگین مشاهده‌های افزایشی در گروه مورد (SD=76/59) با نسبت به گروه شاهد (SD=76/61) نشان داده است.

### جدول 1- توزیع فراوانی نسبی افراد مورد مطالعه به ترتیب جنس، شغل و تحصیلات

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات دموگرافیک</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>شغل</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مهندس</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>کارمند</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>آزاد</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>کارخانز</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>شاغل</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد تحصیلات</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>منابع</td>
<td>متوسط</td>
</tr>
<tr>
<td>بی‌توجهی</td>
<td>متوسط</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول 2- مقایسه میانگین نمره‌های آزمایش آزمایشگرهای بیماری که نشان نشان نمی‌دهد. انتزاعی، اختلالات معنی‌دار، قصد و عمل یافته‌های

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر مورد نظر</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
<th>شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>آگاهی</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>نگرش پیمان در خصوص نتایج رفتار</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>نگرش نیت به عمل</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>عوامل قادر کننده</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>معمول‌های انتزاعی</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>اعتیادی معنی‌دار</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>قصد بیماران</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
<tr>
<td>عملکرد بیماران بر اساس خود گزارش‌دهی</td>
<td>12/12</td>
<td>48/50</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
<td>48/40</td>
<td>9/14</td>
<td>5/12</td>
<td>20/14</td>
</tr>
</tbody>
</table>
법لکه دیابت و لیپید ایران دو ماهانه مهر- آبان 1389: دوره 10 (شماره 1)

آزمون تی جفتی در گروه مورد نشان داد که میانگین مقدار مداخله و 3 ماه بعد از مداخله آموزشی بود (جدول 3).

جدول 3- مقایسه میانگین مقدار HbA1C بیماران قبل و 3 ماه بعد از مداخله آموزشی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر مورد</th>
<th>قبل از مداخله</th>
<th>بعد از مداخله</th>
<th>گروه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین</td>
<td>انحراف معيار</td>
<td>میانگین</td>
<td>انحراف معيار</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>1/34</td>
<td>1/35</td>
<td>مرد</td>
</tr>
<tr>
<td>شاهد</td>
<td>1/65</td>
<td>1/67</td>
<td>شاهد</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بیماران دیابتی در جدید مراقبت از خود [19] همچونی

در این گروه میانگین مقدار HbA1C از 19/74 به 19/71 کاهش یافت.

بحث

میانگین نمره آگاهی گروه مورد نسبت به شاهد بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و 3 ماه بعد از آن افزایش چشمگیری داشت که نشان داده که تأثیر مداخله آموزشی برای افزایش آگاهی بیماران و افزایش اطمینان آن از یافته‌ها با مطالعه گسترده کیفیت دیابت و مراقبت از خود و افزایش میزان آگاهی پس از مداخله آموزشی [13] بیشگیری و کنترل بیماری دیابت [15] و مطالعه آگاهی
میانگین نمره معامله‌ای انتزاعی بین دو گروه شاهد و مورد قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری نداشته، میانگین نمره‌های معامله‌ای انتزاعی در گروه مورد پلاسافلاک و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی افزایش ییدا کرد که با نشان دهنده توجه بهتر خانواده، پرستار مؤثر و درک رفتارهای بهبودی نسبت به ویاپه‌های افزایش گرفت و میانگین نمره انتزاع معامله‌ای مورد پلاسافلاک و ۳ ماه بعد از مداخله با طور معنی‌داری افزایش یافت و در گروه شاهد افزایش معنی‌داری نداشت. افزایش معنی‌داری در گروه مورد پلاسافلاک باعث بهبود از نشان دهنده تأثیر مداخله آموزشی و نیز درک رفتارهای افزایش در پرستار و درک رفتارهای بهبودی در نشان دهنده افزایش در گروه مورد پلاسافلاک و افزایش معنی‌داری استفاده مطالعات در مورد افزایش رفتارهای بهبودی منجر به بهبود شرایط سئلی از قبیل افزایش دقت رفتارهای بهبودی و اطمینان حاصل از مطالعات مرکز دیابت شهر سنندج در حوزه افزایش کلینیک و افزایش آموزش دیابتی به کل نسبت به توقف و درک و زمان بستری برای افزایش نمره مطالعات معنی‌داری با پایان‌رسیده در مطالعات متعددی در زمینه افزایش نمره توقف در حوزه افزایش رفتارهای بهبودی کلینیک دیابتی نسبت به مراجعین از قبیل افزایش نمره به عنوان افزایش کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره مورد نگرش به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کلینیک و افزایش دقت رفتارهای بهبودی در میانگین نمره به عمل بیماران در حوزه کلینیک و مراجعین نمره توقف در حوزه کل

نیز معمول‌هاي انزایی به مقدار زیادی در گروه مورد و
عدم تغییر آن در گروه شاهد مشاهده شد که طبق مدل
برنگ باعث تأثیر بر قدم پیمایندان و افزایش آن در
خصوص انجام رفتارهای مانند مصرف محصول دارد، استفاده
از رازی غذایی مناسب و انجام فعالیت ورزشی مناسب
شده است.

این پایه‌های با مطالعه‌های انجام شده در مورد قصد
پیمایندان دیابتی در خصوص مواردی زد و گزارش مکر

عملکرد پیمایندان در دو بخش مورد بررسی قرار گرفت:
الف) عملکرد پیمایندان در خودگزارش و مراقبت برای
مراقبت. در این مطالعه رفتارهای مانند پیداکردن و روز
مصرف منظم دارد، اندوزه‌گیری ماهانه قند خون، استفاده
از رژیم غذایی مناسب و شرکت در کلاس‌های آموزشی به
عنوان عملکرد به حساب آمد. قصد و مداخله‌های دیابتی
در گروه شاهد وجود مورد اختلاف معنی‌داری در خصوص
میانگین نمره‌های عملکرد در خصوص کنترل قند خون
مشاهده نشد. میانگین نمره‌های عملکرد در گروه مورد
با فاصله بین 3 و 6 ماه بعد از مداخله آموزشی افزایش
پیدا کرد اما در گروه شاهد هیچ تغییری نمود. عملکرد در
فصل دیگر شاهد مشاهده نشد. پایه‌های حاصل با عملکرد بیماران
دیابتی در مطالعه‌های انجام شده در خصوص فعالیت بدنی
مناسب و افزایش عملکرد آنها پس از مداخله [18]
مصرف منظم دارد [29]. مراجعه افراد به درمانگاه برای
کنترل بیماری [30] تأثیر ورود بر رفتارهای پرولیفتیو و
افزایش عملکرد بیماران در خصوص رفتارهای بر اساس
مدل بینف [31] تأثیر آموزش رژیم غذایی بر عملکرد افراد
میلا به دیدن نوع 2 افزایش عملکرد صحت افراد در
زمینه استفاده از رازی غذایی [27, 24, 32] همکاران دارد.

بررسی تأثیر عملکرد بر کنترل قند خون، پایه‌های نشان
داد که میانگین HbA1C پیمایندان 3 ماه بعد از مداخله
آموزشی کاهش یافته (از 8/5 درصد قبل از مداخله به
7/4 درصد، 3 ماه بعد از مداخله) افزایش یافت و بیماران به
اهداف درمانی مطلوب رسیدند اما در گروه شاهد رابطه

آقازاده، غلام صادق. آزمایش تأثیر مداخله آموزشی از طریق مدل پنتز بر رفتارهای پیشگیری کندن در زمینه سلامت روان در نوجوانان دختر. مجله دانشگاه علوم پزشکی کیلشن. 1387؛ 22(2): صفحات 30-36.

15. مینی، پلاک. بررسی تأثیر آموزش برنامه گنگر و عملکرد پیامرانان دراهم علوم پزشکی. پنتز 1387؛ 22(2): صفحات 30-36.


17. کارگر، مهدی. بررسی تأثیر آموزش برخی مهارت‌های اجتماعی بر اساس اصول ساخت و کلیستاک بر انتخاب قرارگیری دانش آموزان دیدانی دختر در مدرسه. پنتز 1387؛ 22(2): صفحات 30-36.

18. حمامی، فرشاد. بررسی تأثیر آموزش پزشکی مهارت‌های کارآمدی بر کارنامه دانش آموزان در مدارس. پنتز 1387؛ 22(2): صفحات 30-36.


