

# درک دانشجویان پرستاری از موانع حساسیت اخلاق حرفه ای: یک تحقیق کیف

فریبا برهانی  
عباس عباسزاده  
محدثه محسنپور<sup>۱</sup>

## چکیده

حساسیت اخلاقی یکی از ویژگی‌هایی است که فرد واجد آن به پدیده‌های اخلاقی حساس می‌شود و پدیده‌ها را از زاویه اخلاق می‌بیند. دانشجویان پرستاری با موانع زیادی در حساسیت اخلاقی مواجهند. این مطالعه با هدف درک دانشجویان پرستاری از موانع حساسیت اخلاقی انجام شده است. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار با ۸ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری و دو گروه متمرکز جمع‌آوری و بر اساس آنالیز محتوا به روش برنارد تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌های این بررسی سه درونمایه اصلی ندانستن، نخواستن، نتوانستن را شامل می‌شود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد ویژگی‌های شخصی، برنامه آموزشی و محیط بالینی بر حساسیت اخلاقی مؤثرند. این مطالعه طرحی از طبقه‌بندی موانع حساسیت اخلاقی را ارائه می‌دهد که زمینه‌ای را برای تحقیقات کمی و کیفی فراهم می‌آورد.

## واژگان کلیدی

حساسیت اخلاقی؛ دانشجویان پرستاری؛ موانع؛ آنالیز محتوا

---

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، نویسنده‌ی مسؤول  
Email: mohsenpour\_m81@yahoo.com

## درک دانشجویان پرستاری از موانع حساسیت اخلاق حرفه‌ای:

### یک تحقیق کیفی

حساسیت اخلاقی یکی از ویژگی‌هایی است که فرد واجد آن، به پدیده‌های اخلاقی حساس می‌شود و پدیده‌ها را از زاویه اخلاق می‌بیند. زمانی که انسان مجبور به تصمیم‌گیری در مورد جاندار می‌گردد، یک موقعیت اخلاقی پیش آمده است. حتی تصمیم به واگذاری این حق به خود فرد، نیازمند تفکر و تصمیم‌گیری اخلاقی است. درمانگران و به ویژه پرستاران که مدت زمان زیادی را در ارتباط با بیمار سپری می‌کنند مکرراً نیازمند به این تصمیم‌گیری‌ها می‌شوند. پرستاران اغلب با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که باید برای آنها راه‌حلی پیدا کرده و تصمیمات اخلاقی مناسب اتخاذ کنند. برای رسیدن به هدف توسعه اخلاق پرستاری بایستی نظامی از ساختارها و مفاهیم مرتبط با آن طراحی و تکامل یابند. وجود حساسیت اخلاقی تا حد زیادی به دانش قبلی و نحوه نگرش جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند به مسأله‌ی اخلاق و خاطره‌ی وی از موارد اخلاقی در جامعه بستگی دارد (رابرتسون، سناری، اوسلی، هارنسکی، بومن، گیلکی و کیلتس، ۲۰۰۷ م.) و با آگاهی فرد از موقعیت‌های اخلاقی و رفاه فردی مرتبط است. (کیم، پارک، یو، سئو و هان، ۲۰۰۵ م.) حساسیت اخلاقی نیازمند این توانایی است که فرد تشخیص دهد چه چیزی درست است و در ذهن خود در خصوص موضوعات اخلاقی و قانونی فکر و در مورد آن با دیگران بحث و مذاکره نماید. (ارسوی و گانداگموس، ۲۰۰۳ م.)

شواهد موجود حاکی از این است که حساسیت اخلاقی پرستاران، اغلب در انجام‌دادن مسئولیت حرفه‌ای و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آنان نقش مهمی دارد. (کیم و همکاران، ۲۰۰۳ م.) با این وجود موانع زیادی بر حساسیت اخلاقی پرستاران

تأثیر می‌گذارد. هر چند که حساسیت اخلاقی اولین مؤلفه برای رعایت اخلاق است (ارسوی و گانداگموس، ۲۰۰۳ م.) و با وجود آن که در مراقبت‌های معمول درمانی در میان پرستاران می‌توان به رعایت این مهم اشاره کرد، اما بررسی متون نشان می‌دهد که به سبب برخی موانع گاهی پرستاران حساسیت لازم را ندارند و نوعی سردرگمی و گاهی بی‌اهمیتی و بی‌توجهی در مواجهه با موضوعات اخلاقی در آنها وجود دارد. (ویور و مورس، ۲۰۰۶ م.) در نتیجه‌گیری مطالعه مروری خود تأکید می‌کنند حساسیت اخلاقی نیاز به ترجمه در بالین و رفتار دارد (ویور و مورس، ۲۰۰۶ م.) که برای این منظور شناخت موانع موجود در زمینه حساسیت اخلاقی اهمیت می‌یابد.

مفهوم حساسیت اخلاقی با این که در متون پرستاری به کار رفته (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م. و ادی، کاسیدی و فیشر، ۱۹۹۵ م.)، اما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در جستجوی انجام شده، مطالعه‌ای که دقیقاً موانع حساسیت اخلاقی را بر اساس درک پرستاران و یا دانشجویان پرستاری بررسی کرده باشد یافت نشد و تنها در چند مطالعه که به بررسی حساسیت اخلاقی در پرستاران و پزشکان پرداخته‌اند میزان آن در گروه‌های متفاوت بررسی و مقایسه شده است.

مطالعات بر تأثیر آموزش بر حساسیت اخلاقی تأکید دارند. (ارسوی و گانداگموس، ۲۰۰۳ م.، آوینز، سومین، لینوکین پی، هلکاما، ۲۰۰۴ م.، مک فایل، ۲۰۰۱ م.، ویور، ۲۰۰۷ م.، برهانی، الحانی، محمدی، عباس‌زاده، ۱۳۹۰ ش.) همین مطالعات تأکید می‌کنند که نبود آموزش اخلاقیات می‌تواند مانعی برای گسترش اخلاق در حرفه و حساسیت اخلاق حرفه‌ای شود. برهانی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی درک دانشجویان پرستاری از موانع کسب صلاحیت اخلاق حرفه‌ای پرداخته و در نتایج خود به هشت درونمایه اشاره کرده‌اند: کمبود انگیزه و علاقه‌مندی به حرفه پرستاری،

خودآگاهی ناکافی، کمبود مدرسین مسلط به اخلاق، نارسایی برنامه درسی، استفاده از روش‌های نامناسب در آموزش اخلاق، مشکلات ارزشیابی ویژگی‌های اخلاقی، ضعف ارتباطات بین فردی، محدودیت‌های محیط بالین. (برهانی و همکاران، ۱۳۹۰ م.) در مطالعه پتتارد و همکاران (۲۰۰۳ م.) و آونین و همکاران (۲۰۰۴ م.) حساسیت اخلاقی دانشجویان سال آخر از دانشجویان سال اول بیشتر بوده است که این می‌تواند تأثیر آموزش یا مواجهه با محیط بالینی را نشان دهد. (پتتارد، نیونسنگا، فافارد، ۲۰۰۳ م. و آونین و همکاران، ۲۰۰۴ م.) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی میزان حساسیت اخلاقی پزشکان انجام شده است، بر لزوم آموزش اخلاق به افراد برای بالا بردن حساسیت و توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی در آنها تأکید شده است. (ارسوی و گانداگموس، ۲۰۰۳ م.) برخی شواهد نشان می‌دهد که سابقه کار بالینی می‌تواند حساسیت اخلاقی را تحت تأثیر قرار دهد و گاهی در افراد با تجربه حرفه‌ای کم، ممکن است حساسیت اخلاقی کمتر وجود داشته باشد. (ویور، ۲۰۰۷ م.) اما مطالعه‌ای در دانشجویان پزشکی نشان می‌دهد که این دانشجویان در سال‌های اول حضور در بیمارستان از حساسیت اخلاقی زیادی برخوردار بوده‌اند و به مرور زمان از حساسیت اخلاقی آنها کاسته شده است. (پتتارد و همکاران، ۲۰۰۳ م.) این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر برعکس حضور در محیط بالینی باشد. پژوهشگران حساسیت اخلاقی را تحت تأثیر تربیت، فرهنگ، مذهب، آموزش و تجارب زندگی افراد دانسته‌اند. (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.) (ایرسوی و گاز، ۲۰۰۱ م.) در ترکیه حساسیت اخلاقی پرستاران را بررسی و تأکید کرده‌اند هر چند که اطلاعات پرستاران از موضوعات اخلاقی تاحدی مناسب است؛ اما کمبود آموزش‌های مداوم ممکن است سبب کاهش حساسیت اخلاقی شود. لذا توصیه

شده که بهتر است به آموزش اخلاق حرفه‌ای به‌طور مداوم اهتمام ورزید. (ایرسوی و گاز، ۲۰۰۱ م.)

طبعاً زمینه‌های فرهنگی بر موضوع بسیار مهم حساسیت اخلاقی تأثیرگذار است. (کلوسن و گریتیدن، ۲۰۰۰ م.) بنابراین موانع آن هم از این قاعده مستثنی نیست. لذا بررسی‌های متعدد در جوامع مختلف سبب شناخت جوانب مختلف حساسیت اخلاقی می‌شود. (ویور و مورس، ۲۰۰۶ م.) با وجود این موضوع، مطالعات صورت گرفته در زمینه حساسیت اخلاقی محدود است و این موضوع نسبت به اهمیتی که در عملکرد بالینی دارد به حد کافی مورد توجه محققان قرار نگرفته است. کیم و همکاران معتقدند پیامدهای تحقیقات قبلی در موضوع مهم حساسیت اخلاقی محدود و دارای عمق کمی هستند؛ (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.) بنابراین به نظر می‌رسد دیدگاه جامع به این موضوع مهم می‌تواند ارزشمند باشد. با توجه به این که زمان تحصیل، فرصت مناسب و مهمی برای ایجاد حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری فراهم می‌آورد و پرداختن به این امر خطیر یکی از وظایف مهم دست‌اندرکاران امر آموزش پرستاری است؛ (برهانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) بنابراین شناخت موانع حساسیت اخلاقی بر اساس درک دانشجویان پرستاری می‌تواند ارزشمند باشد. با توجه به این که از طریق تحقیقات کیفی می‌توان به درک جامع‌تر و عمیق‌تر از یک مفهوم دست یافت؛ لذا این تحقیق جهت تبیین درک دانشجویان پرستاری از موانعی که بر حساسیت اخلاقی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، به صورت کیفی انجام شده است. امید است نتایج آن، بتواند در برنامه‌ریزی‌های آموزش و مدیریت پرستاری مؤثر باشد.

## روش

در این بررسی از مصاحبه فردی، به روش نیمه ساختار و عمیق که روشی معتبر برای کسب اطلاعات از مشارکت کنندگان در تحقیقات کیفی است (پولیت و بک، ۲۰۰۶ م.) استفاده شد و با ۸ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مصاحبه انجام شد و همچنین برای تکمیل داده‌های جمع‌آوری شده، از آنجا که بهتر است مصاحبه‌ها هم با افراد و هم در گروه‌های کوچک انجام گردد (استروبرت و کارپنتر، ۲۰۱۰ م.) از ۲ گروه متمرکز هم استفاده شد. در مصاحبه‌های فردی که به صورت نیمه ساختار انجام شد، عمده سؤالات از نوع باز بود تا پاسخگو بتواند آزادانه احساسات و افکار و دیدگاه‌های خود را بیان کند و برحسب ضرورت برای درک بهتر و تکمیل اطلاعات از سؤالات پیگیر هم استفاده شد. (صلصالی، پرویزی، حاج باقری، ۱۳۸۲ ش.) زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۵۰ دقیقه بود.

بعد از اتمام مصاحبه‌های فردی، دو گروه متمرکز که در هر کدام از گروه‌ها ۴ دانشجوی پرستاری شرکت داشتند، تشکیل شد. با توجه به این که در مصاحبه‌های فردی موضوعاتی مطرح شد که نیاز بود به صورت خاص مورد بررسی قرار گیرند لذا تعداد مشارکت کنندگان در گروه‌ها کمتر در نظر گرفته شد تا آنها بتوانند بر روی موضوعات مورد نظر صحبت کنند. به عبارتی گروه‌های متمرکز کوچک<sup>۱</sup> تشکیل شد. به طور متوسط هر جلسه یک ساعت طول کشید و در این گروه‌ها فرصتی فراهم شد تا مشارکت کنندگان بتوانند تجارب خود را از موانعی که در حساسیت اخلاقی داشتند، بیان کنند. محقق در این گروه‌ها نقش هماهنگ کننده را ایفا می‌نمود و از مطرح شدن صحبت‌ها خارج از هدف پژوهش پیشگیری می‌نمود. جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با هم انجام شد (پولیت و بک، ۲۰۰۶ م.) این عمل تا اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آنالیز محتوا که یکی از روش‌های آنالیز کیفی است و می‌تواند هماهنگی و یکپارچگی صحبت‌ها و تجارب مشارکت‌کنندگان را نشان دهد، استفاده شد. یکی از روش‌های آنالیز محتوا، روش صوری<sup>۲</sup> است که بر روی ارتباطات انسانی تمرکز می‌کند و اجازه می‌دهد محقق بتواند عناصر ظاهری و آشکار صحبت‌های مشارکت‌کنندگان را درک نماید. (داون وارم بولت، ۱۹۹۲ م.) روش آنالیز محتوای صوری بر اساس نظر برنارد<sup>۳</sup> استفاده شد. این روش دارای ۱۴ مرحله است که هفت مرحله اول آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. بلافاصله بعد از انجام مصاحبه‌ها، متن صحبت مشارکت‌کنندگان دست‌نویس شد. سپس دو نفر از تیم تحقیق به طور، جداگانه متن صحبت‌ها را برای درک بهتر محتوای سخنان مشارکت‌کنندگان مطالعه کردند. سپس هر دو نفر اقدام به استخراج واحدهای معنی نموده و بر روی نسخه اصلی نوشتند. سپس واحدهای معنی به شکل کوتاه شده خلاصه شدند و کدهایی از آنها استخراج گردید. سپس کدها طبقه‌بندی شدند. طبقه‌بندی بر اساس شباهت‌های موجود بین واحدهای خلاصه شده انجام شد. سپس طبقه‌بندی‌ها بر اساس محتوای ظاهری آنها نام‌گذاری گردیدند. نام‌گذاری کمک کرد که درک بهتری از موضوع برای پژوهشگران ایجاد شود. سپس در مرحله بعد به ایجاد طبقه‌بندی‌های وسیع اقدام گردید، تا در نهایت سه طبقه باقی ماند. (برنارد، ۱۹۹۱ م.) این طبقه‌بندی‌ها نشان‌دهنده درک دانشجویان از موانع حساسیت اخلاقی است. در حین این فرآیند چندین بار به داده‌ها و نسخه‌های اصلی رجوع شد و طبقات مرتب مورد بررسی قرار گرفت، تا اطمینان حاصل شود که نتایج محتوای ظاهری داده‌ها را نشان می‌دهد. برای سازماندهی طبقات ایجاد شده از نرم‌افزار One Note 2007 استفاده گردید.

برای شرکت در پژوهش از شرکت کنندگان رضایت شفاهی اخذ شد. به امکان کناره گیری در هر مرحله از پژوهش اشاره شد. اطلاعات شفاهی محرمانه تلقی شده و از هرگونه انتشار آن پیشگیری و در این مورد اطمینان لازم به مشارکت کنندگان داده شد. از مراجع و مسؤولان ذیصلاح برای انجام دادن پژوهش اجازه نامه دریافت گردید. به شرکت کنندگان این امکان داده شد در صورت تمایل از نتایج این پژوهش مطلع شوند. با توجه به این که مشارکت کنندگان در این پژوهش، دانشجویان پرستاری بودند، ممکن بود انجام مصاحبه با امور درسی آنان تداخل داشته باشد بنابراین سعی شد زمان و مکان انجام مصاحبه با نظر مشارکت کنندگان و با هماهنگی قبلی انجام شود و با زمان امتحانات دانشجویان تداخل پیدا نکند. از آنجایی که مثل همه مطالعات کیفی حجم نمونه در مطالعه حاضر محدود و جامعه مورد مطالعه کوچک بود، نتایج آن با احتیاط قابل تعمیم است. از سوی دیگر با توجه به این که پذیرش دانشجو در مقطع کارشناسی ارشد به صورت متمرکز انجام می شود؛ می توان گفت جامعه پژوهش تقریباً معرف دانشجویان کشور است.

### نتایج

یافته های این بررسی سه درون مایه اصلی را شامل می شود: الف) ندانستن (کمبود آگاهی اخلاقی، کمبود دانش تخصصی، کمبود آگاهی از قانون) ب) نخواستن (بازخوردهای مخرب، عادی شدن نقض اخلاق) ج) نتوانستن (زیاد بودن بارکاری و امکانات ناکافی، ارتباطات غیر حمایتی، تعارض اخلاق و قانون)

**الف) ندانستن:** این درونمایه را می توان در سه دسته تقسیم بندی کرد: کمبود آگاهی اخلاقی، کمبود دانش تخصصی، کمبود آگاهی از قانون.



در اظهارات شرکت‌کنندگان به کمبود آگاهی اخلاقی به عنوان یکی از مهمترین موانع حساسیت اخلاقی اشاره شده است که خود از دو جنبه قابل توجه است. از نظر آنان، کمبود سرفصل اخلاق در آموزش پرستاری و ناتوانی دانشجویان پرستاری در تشخیص موقعیت اخلاقی و ناتوانی در تصمیم‌گیری در موقعیت‌های اخلاقی به نقص در آگاهی از موضوعاتی که ماهیت اخلاقی دارند، مربوط می‌شوند.

اکثر شرکت‌کنندگان از کم بودن یا نبودن سرفصل اخلاق در برنامه آموزشی پرستاری به عنوان یک مسأله‌ای مهم یاد کردند؛ برخی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند آموزش اخلاق آنقدر نادیده گرفته شده که می‌توان گفت به صورت رسمی توجه چندانی به آن نمی‌شود.

یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان کرد:

«تو درس‌های پرستاری که ما خونديم، اخلاق هيچ بحث نشده، اگر هم خودمون چیزی انجام داديم يا فهميديم از تربيتيه که از قبل داشتيم، يا مطالعات مختصري که خودمون داشتيم يا شنیده‌هامون...»

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در زمینه لزوم آگاهی اخلاقی چنین گفت:

«وجدان بعضی وقت‌ها بعضی چیزها رو نمی‌دونه. وقتی نمی‌دونه اجراشم نمی‌کنه. وقتی کسی در مورد مطالبی بدونه خوب بهتر هم اجراش می‌کنه... برخی دانشکده‌ها هم می‌بینیم که خیلی روی بیدار کردن وجدان‌ها و حساس کردن بچه‌ها فعالیت نمی‌کنند. بیدار کردن نه! حساس کردن! مثلاً بچه‌ها از یه جای دیگه، همراه من اومده بودند کارآموزی... یه موضوع مهمی رو رعایت نمی‌کردند. وقتی بهشون تذکر دادم گفتند ما سه ساله داریم پرستاری می‌خونیم و هیچ کس از ما اینو نخواسته!».»

وقتی فرد به مسأله اخلاق حساس باشد، اما دروسی را که برای شناخت بیشتر و توانایی تصمیم‌گیری لازم هست یاد نگیرد و در تصمیم‌گیری در مسایل آن درمانده شود؛ کم کم حساسیت خود را نیز به آن از دست خواهد داد.

گاهی کمبود دانش تخصصی حرفه، سبب کاهش اطلاع از موقعیت اخلاقی و حساسیت اخلاقی می‌شود. به زعم مشارکت‌کنندگان این تحقیق، زمانی که آگاهی فرد در مورد موضوعی کم باشد، ممکن است به جنبه‌های مختلف آن توجه مناسبی نداشته باشد. موضوع مهم این است که کمبود دانش تخصصی باعث می‌شود که دانشجو به سبب آگاهی ناکافی از نحوه‌ی انجام کار، وقت زیادی را هنگام انجام یک رویه مراقبت گذرانده و یا به علت ندانستن موضوع به سبب اقداماتی که انجام می‌دهد ممکن است به بیمار ضرر و زیان رسانده و به واسطه نبود آگاهی کافی، حساسیت لازم را هم به دست نیآورد. از طرفی ناآگاهی سبب نقص در توانایی تصمیم‌گیری در معضلات اخلاقی می‌شود و پرداختن به جنبه‌های اخلاقی مراقبت سبب بی‌توجهی و مغفول ماندن اخلاق در مراقبت می‌گردد. در نتیجه به مرور زمان این کار برایش عادی می‌شود.

یکی از شرکت‌کنندگان در گروه‌های متمرکز در مورد نقص در دانش تخصصی خود در ابتدای شروع به کارش ذکر کرد: «تو بقیه مسایل حرفه‌ای هم همش گیج بودم. ترس داشتم. وحشت داشتم. اصلاً دیگه فرصت نشد که من بینم اخلاقیات چیه؟ من پایه کارم ایراد داشت. یعنی کار پرستاری رو خوب یاد نگرفته بودم. می‌ترسیدم و نگران انجام کارهام بودم».

موضوع دیگر کمبود آگاهی از قانون بود: آگاهی دانشجویان پرستاری و آگاهی مردم از قانون‌هایی که از اخلاقیات حمایت می‌کنند. شرکت‌کنندگان در مطالعه، بیان کردند هنگامی که بیمار از حقوق خود اطلاع نداشته باشد به مرور

زمان حساسیت پرستاران هم برای انجام دادن کار صحیح کاهش می‌یابد. آگاهی سبب تغییر دیدگاه و پایبندی به اخلاق خواهد شد. شرکت‌کننده ششم در این زمینه ذکر کرد: «حالا که اون رو خوندم احساس می‌کنم کلاً تحول در دید من ایجاد کرده. احساس می‌کنم اخلاقیاتم هم عوض شده و به یه سری چیزهای دیگه هم پایبند شدم. احساس می‌کنم همین آگاهی بوده و کسانی که باعث می‌شن این آگاهی افزایش پیدا کنه. که مداوم این نگرش رو در من به وجود آوردند.»

**ب) نخواستن:** این درون‌مایه با دو زیر طبقه بیان شد: بازخوردهای مخرب و عادی شدن نقض اخلاق شرکت‌کنندگان بیان کردند وقتی در مقابل عمل اخلاقی، بازخوردی نامناسب صورت می‌گیرد یا جامعه از نقض اخلاق برای افراد تجربه شیرینی به وجود می‌آورد شخص به سمت رفتار غیراخلاقی روی می‌آورد. به اعتقاد آنان رعایت اخلاق و اخلاقی بودن مشکل است. در مواقعی بازخوردهای متفاوت و نامناسب به یک رفتار اخلاقی موجب ترس از عمل به آن در موارد مشابه خواهد شد.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «اگه بری و تذکر بدی که اینجا حقی از کسی ضایع شده (یعنی اخلاقی باشی) که بیچاره‌ات می‌کنند!» این بازخوردها سبب سخت شدن رعایت اخلاق و کاهش انگیزه فرد برای اخلاقی ماندن خواهد شد. شرکت‌کنندگان تأکید داشتند در محیطی که اکثریت افراد، مدت زیادی به نقض اخلاق عادت کرده باشند عمل به اخلاقیات یا حتی حساسیت به آن امری غیرعادی و نامأنوس خواهد بود که نیازمند عزمی راسخ برای حفظ آن است. این امر در کنار سخت بودن رعایت اخلاقیات، و بی‌اطلاعی از موقعیت‌های اخلاقی، که قبلاً به عنوان موانع حساسیت اخلاقی به آن اشاره شد؛ سبب می‌شود فرد به خود

حق بدهد که نخواهد به مسایل اخلاقی حساس باشد و باقی ماندن در چنین وضعیتی به مدت طولانی، سبب از بین رفتن حساسیت اخلاقی وی خواهد شد.

شرکت کننده هفتم در این مورد ذکر کرد: «مثلا اتاق احیا، یه مریض احیا می آرند چهارنفر این رو می بینند. اومدن بیمار رو! اما واکنش نشون نمی دن! فکر می کنند چون زیاد این کار رو کردند مسأله کوچکیه!» عادی شدن نقض اخلاق در محیطی که فرد در آن کار می کند، سبب کاهش حساسیت اخلاقی، یعنی تلاش برای عمل به اخلاق و اخلاقی ماندن خواهد شد. عادی شدن یک عادت بد، سبب می شود افراد حتی وادار به فکر کردن در مورد درست یا نادرست بودن آن نشوند و در این حالت افراد جدیدی که به این محیط وارد می شوند، ممکن است به گزینه‌ی دیگری نیندیشند.

ج) نتوانستن: این درون‌مایه با سه زیرمجموعه بیان شد: زیادبودن بارکاری و امکانات ناکافی، ارتباطات غیرحمایتی، تعارض اخلاق و قانون شرکت کنندگان در مطالعه بیان کردند ندانستن می تواند یکی از علل نتوانستن باشد؛ در حالی که تنها دلیل آن نیست. شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند علاوه بر دانش برای توانایی انجام دادن عمل اخلاقی و حتی برای این که بتوان به مسایل اخلاقی حساس بود، به مؤلفه‌های دیگری هم نیاز است. آن‌ها بیان کردند در هنگام کارآموزی در محیط‌های بالینی متوجه می شوند وقتی پرستار به سبب کار زیاد فرصت اندیشیدن به اقداماتی را که انجام می دهد، نداشته باشد در این صورت ممکن است مراقبت از بیمار به انجام دادن امور تکراری و معمول محدود شده و تنها به برخی از ابعاد و مشکلات جسمی بیمار توجه شود و به جوانب اخلاقی مراقبت و به‌طور کلی انجام مراقبت با دیدگاه کل‌نگر کم پرداخته شود و گاهی در این میان، روابط انسانی و

اخلاقی نادیده گرفته شود. در این حالت حتی اگر پرستار بداند و بخواهد، باز به علت حجم زیاد کار، نمی‌تواند آن طور که شایسته است به مسایل اخلاقی حساس باشد. دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه، خود نگران ابتلا به چنین سرنوشتی بودند.

شرکت‌کنندگان عوامل زیادی نظیر خستگی، کمبود نیرو و کمبود وقت و امکانات را به عنوان عواملی برای بی‌توجهی به کیفیت مراقبت ارائه شده و مسایل اخلاقی آن ذکر کردند و بیان نمودند در این وضعیت حتی با وجود خواست پرستاران، آن‌ها قادر به رعایت و یا حتی حساس بودن به اخلاقیات نخواهند بود:

«وقتی ساعت کاری زیاد باشه بعضی وقت‌ها به بیمار دیگه توجه نمی‌کنند ... باعث می‌شه اون چیزهایی که اخلاقیه توجهی بهش نشه. فقط روتین!، یه کارهایی انجام بشه و بره.»

شرکت‌کنندگان بازخوردهای نامناسب همکاران، مدیران و سایر افراد در تیم مراقبت و حتی بیمار را در کاهش حساسیت اخلاقی بسیار مؤثر دانستند. آنان معتقد بودند، وقتی فرد به موضوعی حساس می‌شود، حمایت دیگران از وی می‌تواند نقص‌ها و ناتوانی وی را جبران کرده و این حساسیت را در وی تقویت کند؛ در حالی که حمایت ناکافی و یا برعکس آن می‌تواند این حساسیت را سرکوب کند.

یکی از دانشجویان در این زمینه ذکر کرد:

«بعضی وقت‌ها یه چیز اخلاقی رو رعایت می‌کنی که فکر می‌کنی هیچ نفعی ازش نمی‌بری و کسی که اینو رعایت نمی‌کنه ازت جلوتره. مثلاً یه تکنیکی رو اینقدر با ظرافت و دقت انجام میدی که سعی می‌کنی مریض درد کمتری رو تحمل کنه. بعد اون یکی میاد الکل هنوز خشک نشده خونش رو هم گرفته و

تموم شده و رفته و جاش کلی می‌سوزه و...! اونم کار انجام می‌ده ماهم کار انجام می‌دیم. بعد دوروبرمون رو نگاه می‌کنیم، نه برای بیمار نه برای مربی، و نه مسئولان هیچ فرقی نمی‌کنه. اینا یادگیریه. بداخلاقی‌هامون یادگیریه. این برامون نهادهینه می‌شه.»

عده‌ای از شرکت‌کنندگان ذکر کردند گاهی اوقات حتی قوانین لازم برای حمایت از یک رفتار اخلاقی وجود ندارد. نداشتن اختیار در تصمیم‌گیری یکی از این موارد بود. شرکت‌کنندگان تأکید داشتند در پاره‌ای موارد برای اجرای تصمیم‌گیری اخلاقی نیاز به اختیار وجود دارد، در حالی که اختیارات آنان در این موارد محدود است.

شرکت‌کننده چهارم این‌گونه اشاره کرد:

«مثلاً رضایت عمل جراحی که ما (پرستارها) از مریض می‌گیریم، غلطه! ... خوب این‌ها رو هیچ‌کس نمی‌تونه عوض بکنه. من اطلاع دارم، می‌رم می‌گم غلطه! اما من مدیر نیستم پس اختیار ندارم و نمی‌تونم چیزی رو عوض کنم! این مواقع کار ریشه‌ای ایراد داره!»

شرکت‌کنندگان ذکر کردند گاهی اوقات قانون که باید به عنوان حامی اخلاق باشد، خود به مثابه شمشیر دو لبه‌ای عمل می‌کند و مانع از رعایت اخلاق می‌شود. قوانینی که برای حل مشکلات حتی گاهی کوچک، بدون در نظر گرفتن همه جنبه‌های همان مشکل وضع و اجرا می‌شوند، گاه خود علت نقض اخلاق هستند. تعارض قانون با اخلاق موجب گیج‌شدن پرستار و از دست‌دادن توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی می‌شود. شرکت‌کننده اول در این زمینه ذکر کرد: «مثلاً اخلاقیات می‌گه فلان مریض نیاز داره همراهش کنارش باشه. اما قوانین بخش می‌گه ورود هرگونه همراه ممنوعه! خوب این نمی‌شه. آدم نمی‌تونه تصمیم بگیره. یا بعضی وقت‌ها

خوب همه این کارها به خاطر مریضه دیگه. خود مریض نیازمند حضور همراهش هست، ولی یه مریض دیگه‌ای هم تو اتاقه که ما نمی‌تونیم این کار رو بکنیم. یعنی آدم در تعارض رفتاری قرار می‌گیره. از این موارد زیاده».

### بحث

یافته‌های این مطالعه سه درون‌مایه اصلی «ندانستن، نخواستن و نتوانستن» را به عنوان موانع حساسیت اخلاقی نشان داد. این سه یافته به گونه‌ای مختصر و مفید، موانع حساسیت اخلاقی را از دیدگاه دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری، که اکثراً سابقه حضوری طولانی در محیط‌های آموزشی بالینی داشته‌اند و حتی گاهی خود به عنوان مدرس ایفای نقش کرده‌اند نشان می‌دهد. «روبرتسون» و همکاران (۲۰۰۶ م.)، حساسیت اخلاقی را آگاهی از جنبه‌های موقعیتی تعریف می‌کند که بر خوب بودن افراد اثر می‌گذارد و با شناخت، درک مستقیم، دانش اخلاقی، خواسته افراد و توانایی آنان برای فکر کردن در هر موقعیتی که موضوع اخلاق در آن وجود داشته باشد، ارتباط پیدا می‌کند. (رابرتسون و همکاران، ۲۰۰۷ م.) چنانچه دیده می‌شود در این تعریف جایگاه ویژه‌ای برای دانش، خواست و توانایی افراد که در یافته ما نیز به آن‌ها اشاره شده، در نظر گرفته شده است.

درون‌مایه ندانستن در موانع بیان شده از دیدگاه دانشجویان پرستاری شرکت کننده در مطالعه دارای سه زیرطبقه بود؛ که اولین و مهم‌ترین زیرمجموعه بیان شده کمبود آگاهی اخلاقی بود. روبرتسون در این مورد ذکر می‌کند فهم فرایند حساسیت اخلاقی، زمینه استدلال اخلاقی را فراهم می‌کند و برای پرورش اخلاقی لازم است (رابرتسون و همکاران، ۲۰۰۷ م.) چنان‌که در ابتدا ذکر شد آگاهی جنبه مهمی از حساسیت اخلاقی را شامل می‌شود. شرکت‌کنندگان در پژوهش تأکید

کردند آگاهی از دانش حرفه‌ای و قوانین موجود می‌تواند در کنار آگاهی از موقعیت اخلاقی منجر به حساسیت اخلاقی شود. ارسوی و گانداموس بیان می‌کنند شناخت ابعاد اخلاقی یک موقعیت و جداسازی آن از مشکل دیگر نیازمند دانش اخلاقی است. (ارسوی و گانداموس، ۲۰۰۳ م.) در مطالعه‌ای در تبریز، (ایران، ۲۰۱۰ م.) تفاوت در برداشت پرستاران در مورد رعایت یا عدم رعایت حقوق بیمار، (رحمانی، قهرمانیان، الله بخشیان، ۲۰۱۰ م.) گزارش شده است که می‌تواند ناشی از همین کمبود آگاهی اخلاقی یا کمبود آگاهی از قوانین حامی اخلاق باشد. در مطالعات بسیاری بر تأثیر آموزش در افزایش حساسیت اخلاقی تأکید شده است. (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ ویور و مورس، ۲۰۰۶ م؛ آوینن و همکاران، ۲۰۰۴ م؛ مک فایل، ۲۰۰۱ م.)

دومین زیرطبقه در زمینه ندانستن که شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر به آن تأکید داشتند، کمبود آگاهی نسبت به دانش تخصصی بود. «ویور» ذکر می‌کند از آنجایی که به سبب افزایش دانش و مهارت، حرفه پرستاری هر روز حساس‌تر می‌شود، حساسیت اخلاقی درجات مختلفی پیدا می‌کند. (ویور، ۲۰۰۷ م.) مطالعات زیادی تجربه کار بالینی و حضور در بخش را در افزایش حساسیت اخلاقی مؤثر دانسته‌اند. (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ ویور و مورس، ۲۰۰۶ م؛ آوینن و همکاران، ۲۰۰۴ م.)

هرچند در بسیاری متون بر اهمیت آموزش و آگاهی از دانش تخصصی حرفه تأکید شده است؛ مطالعاتی هم هستند که نتایج آن‌ها عکس این موضوع را نشان می‌دهند. دانشجویان پزشکی شرکت‌کننده در مطالعه پتتارد و همکاران در پایان دوره حساسیت اخلاقی کمتری در مقایسه با ابتدای دوره داشته‌اند. (پتتارد و همکاران، ۲۰۰۳ م.) به نظر می‌رسد این توافق نداشتن در نتایج لزوم بررسی بیشتر در این زمینه را روشن می‌سازد. برهانی و همکاران در مطالعه مروری در زمینه توسعه



صلاحیت‌های اخلاق حرفه‌ای، بیان کردند آموزش و روش‌های آموزشی می‌تواند بر حساسیت اخلاقی تأثیر داشته باشد. (برهانی، الحانی، محمدی، عباس‌زاده، ۱۳۸۸ ش.)

آخرین زیرطبقه که از تحلیل دیدگاه‌های دانشجویان در درونمایه ندانستن حاصل شد کمبود آگاهی از قانون بود. دیده شده است در پرستارانی که در بالین مشغول کار هستند حساسیت اخلاقی به سطح توقع بیماران از پرستار ارتباط دارد. (ایرسوی و گاز، ۲۰۰۱ م.)

همان‌طور که از نظرات دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه برمی‌آید دانش تنها عامل تضمین‌کننده حساسیت اخلاقی نیست. همان‌طور که اشاره شد، شرکت‌کنندگان خواسته پرستار را در این مسأله بسیار مهم و تعیین‌کننده ارزیابی کردند. خواسته‌ای که تحت تأثیر ارتباط و نحوه برخورد سایر افراد قرار می‌گیرد و حتی گاهی نقض اخلاق را به یک اتفاق عادی روزمره تبدیل می‌کند. درونمایه نخواستن، حاصل از دو زیرمجموعه بود که اولین آنها بازخوردهای مخرب بود. سایر مطالعات نیز یکی از عوامل دیسترس اخلاقی را نگرش‌های غیراخلاقی همکاران بیان می‌کنند (ایرسوی و گاز، ۲۰۰۱ م.) و محیط اخلاقی را به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاران ذکر می‌کنند. (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.) همچنین آن‌ها حساسیت اخلاقی را در پرستاران با خواسته‌های بیماران مرتبط می‌دانند. (ایرسوی و گاز، ۲۰۰۱ م.)

عادی شدن نقض اخلاق موضوع دیگری بود که مورد توجه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه قرار گرفته است. برخی نویسندگان معتقدند که حساسیت اخلاقی تحت تأثیر تجارب حرفه‌ای افراد قرار می‌گیرد. (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.) نتایج برخی مطالعات ارتباط میان وضعیت اخلاقی سازمان، حساسیت اخلاقی و دیسترس اخلاقی را تأیید می‌کنند. (شلاتر، وینچ، هولزوسر و هندرسون، ۲۰۰۸ م.) در این زمینه

برخی ویژگی‌های شخصیتی افراد هم می‌تواند نقش داشته باشد. به گونه‌ای که عباس‌زاده و همکاران تأکید می‌کنند افراد برای ورود به حرفه پرستاری باید از نظر ویژگی‌های فراشناختی نظیر شخصیت بررسی شوند، تا با نیازهای این حرفه هماهنگ باشند. (عباس‌زاده، برهانی، محسن‌پور، ۲۰۱۰م.)

یافته دیگر این مطالعه (نتوانستن) حاصل از سه زیرطبقه بود. زیاد بودن بار کاری و امکانات ناکافی یافته‌ای است که در مطالعه شلوتر و همکاران نیز به آن اشاره شده است. آنان بیان می‌کنند ناتوانی در ارائه خدمات مناسب و نارسایی مراقبت ارتباط مثبت خطی با دیسترس اخلاقی دارد و کمبود نیرو می‌تواند منجر به خطاهای بیشتر پرستاران در همه زمینه‌ها و از جمله حساسیت اخلاقی شود. (شلوتر و همکاران، ۲۰۰۸م.) در مطالعاتی هم تأکید شده است که حساسیت اخلاقی تحت تأثیر توانایی تمرکز بر مددجو قرار دارد (ویور، ۲۰۰۷م.) با توجه به این نکته، در وضعیتی که پرستار نتواند تمرکز کافی هنگام مراقبت بر بیمار داشته باشد، حساسیت اخلاقی کم‌رنگ و گاه بی‌رنگ خواهد شد. محدودیت‌های محیط بالین از دیدگاه دانشجویان یکی از موانع کسب صلاحیت اخلاق حرفه‌ای در آموزش مطرح شده است. (برهانی و همکاران، ۱۳۹۰ش.)

ارتباطات غیرحمایتی به عنوان یکی از موانع حساسیت اخلاقی مورد توجه دانشجویان شرکت‌کننده در این تحقیق قرار گرفت. مشارکت‌کنندگان در مطالعات مشابه به بازخوردهای نامناسب و حمایت ناکافی از سوی مدیران و سازمان اشاره کرده‌اند که این موضوع سبب کاهش حساسیت اخلاقی می‌گردد (شلوتر و همکاران، ۲۰۰۸م.) و بر روابط بین فردی به عنوان یکی از عوامل حساسیت اخلاقی تأکید و نارسایی در این روابط را سبب کاهش حساسیت اخلاقی ذکر کرده‌اند. (ویور و مورس، ۲۰۰۶م.) آنها تأکید دارند حمایت ناکافی مدیران و

همکاران از یکدیگر سبب کاهش رضایت شغلی و در نتیجه منجر به کاهش حساسیت اخلاقی و افزایش دیسترس اخلاقی می‌گردد. (شلوتر و همکاران، ۲۰۰۸ م.) دانشجویان شرکت کننده در مطالعه برهانی و همکاران ضعف ارتباطات بین فردی را از موانع کسب صلاحیت اخلاق حرفه‌ای بیان کرده‌اند. (برهانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

آخرین زیرطبقه مورد بحث در این یافته تعارض قانون و اخلاق است که بر حساسیت اخلاقی تأثیر می‌گذارد. کیم و همکاران تأکید می‌کنند استانداردهای بیمارستان نباید با استانداردهای اخلاقی تعارض داشته باشد. پیش آمدن چنین شرایطی فرد را در بحران و دیسترس اخلاقی قرار می‌دهد و از حساسیت وی می‌کاهد. (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.) قوانین جاری در جامعه باید در جهت رعایت اخلاق و به عنوان عامل کنترل خارجی در ایجاد حساسیت اخلاقی باشند. در این زمینه تأکید شده است قانون باید حامی اخلاق باشد و نباید با آن در تعارض باشد. (ویور و مورس، ۲۰۰۶ م.)

## نتیجه

حساس شدن دانشجویان پرستاری در زمینه موضوعات و مسایل اخلاقی با موانعی همراه است که شناخت آنها می‌تواند به تعیین راه‌هایی برای غلبه بر آنها و در نهایت توسعه حساسیت اخلاقی بینجامد. با توجه به دسته‌بندی ارائه شده در یافته‌ها برطرف کردن موانع ندانستن، نخواستن و نتوانستن در سطوح مختلف زیربنایی، از خانواده تا دانشگاه و محل کار و جامعه به برنامه‌ریزی دقیق نیاز دارد. مطالعات قبلی از زوایای مختلفی به موضوع پرداخته‌اند، این مطالعه طرحی از طبقه‌بندی موانع حساسیت اخلاقی را ارائه می‌دهد که علاوه بر مبتنی بودن بر تجارب دانشجویان، در اثر پژوهش‌های کمی و کیفی بیشتر می‌تواند راه‌هایی را برای غلبه بر این موانع به دست بدهد. شناخت این موانع در برنامه‌ریزی‌های آموزش پرستاری و مدیریت پرستاری بالینی می‌تواند به بهبود خدمات ارائه شده به بیماران و ارتقای سلامت جامعه و ازتقای حرفه پرستاری کمک کند.

## تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده و همکاران دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان که انجام‌دادن این پژوهش بدون همکاری آنان ممکن نبود؛ قدردانی می‌شود.

## پی‌نوشت‌ها

- <sup>1</sup>- mini focus group
- <sup>2</sup>-Manifest content analysis
- <sup>3</sup>- Burnard

## فهرست منابع

- برهانی، فریبا؛ الحانی، فاطمه؛ محمدی، عیسی؛ عباس‌زاده، عباس – (۱۳۸۸ش.)، توسعه صلاحیت اخلاق حرفه‌ای پرستاران، ضرورت‌ها و چالش‌ها در آموزش اخلاق، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره سوم
- برهانی، فریبا؛ الحانی، فاطمه؛ محمدی، عیسی؛ عباس‌زاده، عباس – (۱۳۹۰ش.)، درک دانشجویان پرستاری از موانع کسب اخلاق حرفه‌ای: یک تحقیق کیفی، گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، دوره هشتم، شماره اول
- صلصالی، مهوش؛ پرویزی، سرور؛ ادیب حاج‌باقری، محسن – (۱۳۸۲ش.)، روش‌های تحقیق کیفی، تهران، انتشارات بشری
- Abbaszadeh A, Borhani F, Mohsenpour M. (2010) Compatibility of personality and major among freshman undergraduate nursing students of the Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal Nursing and Midwifery Research*. 15(2), 85-90.
- Auvinen J, Suominen T, Leino-Kilpi H, Helkama K. (2004) The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*. 24, 538-46.
- Burnard P (1991) A method of analysis interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*. 89, 461-6.
- Claussen AH, Crittenden PM. (2000) Maternal sensitivity. In: Crillenden PM ed. *The organization of attachment relationships: maturation, culture and context*. New York: Cambridge University Press, 115-22.
- Downe-warm boldt B. (1992) Content analysis method, applications and issues, *International Health Care for Woman*. 13, 313-21.
- Ersoy N, Göz F. (2001) The ethical sensitivity of nurses in turkey. *Nursing Ethics*. 8 (4), 299-312.
- Ersoy N, Gündogmus UN. (2003) A study of the ethical sensitivity of physicians in turkey. *Nursing Ethics*. 10 (5), 472-84.
- Kim YS, Park JW, You MA, Sea YS, Han SS. (2005) Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics*. 12, 595-605.

- McPhail K. (2001) The other objective of ethics education: re-humanising the accounting profession: a study of ethics education in law, engineering, medicine and accountancy. *J Bus Ethics*. 34, 279-98.
- Oddi LF, Cassidy VR, Fisher c. (1995) Nurses' sensitivity to ethical aspect of clinical practice. *Nursing Ethics*. 2, 197-202.
- Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. (2003) Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ*. 168, 840-44.
- Polit DF, Beck CT. (2006) *Essentials of nursing research, Methods, Appraisal and utilization*. 6th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rahmani A, Ghahramanian A, Alahbakhshian A. (2010) Respecting to patients' autonomy in viewpoint of nurses and patients in medical-surgical wards. *Iranian Journal Nursing and Midwifery Research*. 15(1), 14-19.
- Robertson D, Snarey J, Ousley O, Harenski K, Bowman FD, Gilkey R, Kilts C. (2007) The neural processing of moral sensitivity to issues of justice and care. *Neuropsychologia*. 45: 755-66.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. (2008) nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*. 15 (3), 304-21.
- Streubert HJ, Carpenter DR. (2010) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Weaver K, (2007) Ethical sensitivity: State of knowledge and need for future research. *Nursing Ethics*. 14 (21), 141-55.
- Weaver K, Morse AM. (2006) Pragmatic Utility: Using Analytical Questions to Explore the Concept of Ethical sensitivity. *Research and Theory for Nursing Practice*. 20 (3), 191-214.

#### یادداشت شناسه مؤلف

فریبا برهانی: استادیار دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
عباس عباسزاده: دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشگر  
مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.  
محدثه محسن پور: کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، مربی عضو هیأت علمی دانشگاه  
علوم پزشکی سبزوار نویسنده مسئول

نشانی الکترونیکی: mohsenpour\_m81@yahoo.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۹/۶/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۸