

## تبیین نیازهای آموزشی اخلاق حرفه ای در رشته گفتاردرمانی

زهرا سادات قریشی<sup>۱</sup>، فرحناز محمدی<sup>۲</sup>، طلیعه ظریفیان<sup>۳</sup>، شفیعه پناه زاده<sup>۴\*</sup>

۱- استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه گفتاردرمانی، تهران، ایران

۲- دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری، تهران، ایران

۳- دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه گفتاردرمانی، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد گفتاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

\*zahraQoreshi@yahoo.com

ارسال: فروردین ماه ۹۹ پذیرش: خرداد ماه ۹۹

### چکیده

**مقدمه:** آسیب‌شناسان گفتار و زبان روزانه با مسائل و مشکلات بسیاری در حین ارائه خدمات بالینی مواجه می‌شوند و تصمیم‌گیری اخلاقی را برای این متخصصان دشوار می‌کند. با توجه به مطالعات اندک در زمینه اخلاق حرفه‌ای در رشته گفتاردرمانی و نبود تصویری روشن از نیازهای آموزشی در این حوزه، این مطالعه انجام شد.

**روش:** شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین آسیب‌شناسان گفتار و زبان انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار یافته (۱۲ خانم و ۲ آقا) جمع‌آوری گردید.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۱۵۶۲ کد ۵۴ زیرطبقه و ۱۸ طبقه اصلی شد که شامل آشنایی با اصول اخلاق حرفه‌ای بین فردی، کنترل خشم و واکنش‌های هیجانی، ارائه خدمات بالینی مبتنی بر علم، صبر و بردباری در ارائه خدمات، حفظ ایمنی بیمار، رعایت صداقت در ارائه خدمات، ارائه اطلاعات کافی به مددجو و خانواده مددجو، احترام به شأن مددجو، حفظ استمرار در ارائه خدمات، توجه به اختیار مددجو، رازداری، رعایت عدالت در ارائه خدمات، رعایت حریم خصوصی، تعهد به حرفه، کم‌رنگ بودن موضوع اخلاق حرفه‌ای در آموزش حرفه گفتاردرمانی، نگاه منفعت‌طلبانه در ارائه خدمات، آموزش رویارویی با تنش‌های اخلاقی و ضابطه‌مندی می‌باشند.

**نتیجه‌گیری:** نتیجه این مطالعه نشان می‌دهد که نقص در آموزش اخلاق حرفه‌ای و عدم آگاهی گفتاردرمانان در این رابطه مشکل اساسی در حرفه گفتاردرمانی در کشور است. بنابراین تدوین برنامه‌هایی در جهت آموزش اخلاق حرفه‌ای به منظور رفع نیازهای آموزشی موجود و ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده به مددجویان، متناسب با نیاز جامعه گفتار درمانی الزامی است.

**کلمات کلیدی:** اخلاق حرفه‌ای، نیازهای آموزشی، گفتار درمانی، مطالعه کیفی

## ۱- مقدمه

در دوره‌های مختلف تاریخ بشر، رعایت اخلاق و رفتار در جامعه، از جمله مهم‌ترین مسائل زندگی اجتماعی انسان به شمار آمده است. با رشد زندگی اجتماعی، مسئله اخلاق هم شکل گسترده‌تر و پیچیده‌تری به خود گرفته است و تعریف اخلاق در روابط انسان‌ها در جامعه مشکل‌تر شده است و تشخیص مصادیق اخلاقی از غیر اخلاقی دشوارتر گردیده است. امروزه مسئولیت‌های اخلاقی در طیفی از مسئولیت‌های فردی-شخصی تا مسئولیت‌های فردی-شغلی گسترده شده است. در این زمینه، اخلاق حرفه‌ای یکی از مسائل اساسی در جوامع بشری به شمار می‌آید [۱].

اخلاق حرفه‌ای، به عنوان شاخه‌ای از علم اخلاق و به منزله یک دانش، نوعی تعهد اخلاقی و وجدان کاری نسبت به هر نوع کار، وظیفه و مسئولیت است. اخلاقی بودن در حرفه، حاصل دانستن، خواستن و توانستن است [۲]. به عبارتی اخلاق حرفه‌ای، به مسائل و پرسش‌های اخلاقی و اصول و ارزش‌های اخلاقی یک نظام حرفه‌ای می‌پردازد و ناظر بر اخلاق در محیط حرفه‌ای است [۳].

تحولات دنیای کنونی نیاز به رویکرد اخلاق در حرفه‌های مرتبط با پزشکی را تبدیل به ضرورتی انکارناپذیر کرده است [۴]. رعایت اخلاق حرفه‌ای جزء ماهیت ذاتی حرفه‌های مرتبط با پزشکی است و رسالت این حرفه‌ها، ارائه خدمات مورد نیاز بهداشتی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی در بالاترین سطح استاندارد جهت تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه است [۵]. اخلاق حرفه‌ای از عوامل مؤثر در کیفیت مراقبت و بازگشت سلامتی بیماران می‌باشد؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد که حرفه‌های مرتبط با پزشکی بر پایه اخلاق استوار بوده و رعایت معیارهای اخلاقی در عملکرد حرفه‌های مرتبط با پزشکی از سایر موارد مراقبت‌ها، حساس‌تر و مهم‌تر می‌باشد و تأثیر بسزایی در ارتقای فرایند بهبود بیماران دارد [۶]. به طوری که درمانگرهایی که اصول اخلاق حرفه‌ای را در عمل رعایت می‌کنند، درمان با کیفیت‌تری ارائه می‌دهد [۷]. که این امر، منجر به رعایت حقوق بیمار شده و موجب بهبود ارتباط بیماران و ارائه دهندگان خدمت می‌گردد و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی ارتقاء می‌یابد [۸].

اخلاق در همه مشاغل ضروری است. در حرفه گفتار درمانی هم این عامل ضرورت دارد چرا که رفتار معنوی و توأم با مسئولیت گفتار درمان با بیماران، نقش مؤثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنان دارد، بنابراین می‌توان گفت حرفه گفتار درمانی بر پایه اخلاق استوار است [۹]. بنابراین رعایت اخلاق حرفه‌ای در عملکردهای آسیب شناسان گفتار و زبان، از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۰]. علی‌رغم اهمیت مسائل اخلاقی و عوامل مؤثر بر آن‌ها در جوامع مختلف، مطالعات مربوط به ارزش‌های حرفه‌ای در حرفه پزشکی در آسیا و به خصوص در ایران از عنایت کافی برخوردار نبوده است و ناکافی است [۱۱]. نتایج مرور مطالعات گذشته، نیاز برای تمرکز افزاینده بر روی ارائه درمان اخلاقی در محیط کار بالینی را حمایت می‌کند. در ایران بیشترین مطالعه در باب اخلاق حرفه‌ای در حرفه پرستاری انجام شده است [۱۱-۱۳]. با توجه به ضرورت تدوین و آموزش کدهای اخلاق حرفه‌ای به دانشجویان، درمانگران، اساتید و محققین آسیب شناس گفتار و زبان، گروه گفتاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی کدهای اخلاقی را تدوین کرده است [۱۴]. همچنین مطالعه‌ای مداخله‌ای به منظور طراحی و اجرای بسته آموزشی اخلاق حرفه‌ای در دوره آموزش بالینی دانشجویان رشته گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شده است [۱۵]. با این حال موضوع ارزش‌های حرفه‌ای و مسائل اخلاقی در حرفه آسیب‌شناسی گفتار و زبان در ایران، با توجه به جمعیت رو به افزایش سالمندان و افزایش اختلالات ارتباطی و بلع و ضرورت مداخلات به هنگام به منظور درمان اختلالات گفتار و زبان در کودکان، نیازمند توجه‌ای ویژه است [۱۶-۱۷]. رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای در عملکرد آسیب شناسان گفتار و زبان، منجر به بهبود خدمات آنان می‌گردد که لازم است در راستای بهبود و آرامش مراجعان مورد توجه جدی قرار گیرد.

با توجه به این که یکی از مهمترین نیازهای آموزشی در حیطه کادر پزشکی، آموزش اخلاق پزشکی است؛ اساس رابطه گروه پزشکی با بیماران، یادگیری اخلاق است [۱۸] و از آن جا که در گفتاردرمانی، آسیب‌شناسان گفتار و زبان مستقیماً با بیماران یا

مراقبان آنها سرو کار دارند، انجام پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، این پژوهش سعی دارد با تعیین نیازهای آموزشی اخلاق حرفه‌ای در رشته گفتار درمانی، سهمی کوچک در حل برخی مشکلات کاری را داشته باشد و زمینه‌ای را برای آموزش اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های کار ایجاد نماید.

طی بررسی پیشینه مطالعات خارج از کشور در رابطه با اخلاق حرفه‌ای در حرفه آسیب‌شناسی گفتار و زبان، انواع مطالعات (گزارش موردی، مروری، کیفی) یافت شد. به طور کل این مقالات به بررسی، تفسیر و تبیین کدهای اخلاقی توسط آسیب‌شناسان گفتار و زبان (در محیط‌های بالینی مختلف، در حین ارائه خدمات بالینی به انواع اختلالات گفتار و زبان و در آسیب‌شناسان با تجربه و کم تجربه) پرداخته بودند. این کدهای اخلاقی به طور کل در حوزه‌های مربوط به تعادل بین سود و زیان، مدیریت بیمار، درمان‌های تجارت محور، دسترسی به منابع بودجه‌ای خارجی و توزیع هزینه‌ها، درستی و یکپارچگی حرفه‌ای و شخصی و صداقت در حرفه‌ی بالینی بود. همه این مطالعات تعهد به کدهای اخلاقی را تایید کردند و افزایش دانش اخلاق حرفه‌ای به منظور کاربرد آن در حین تصمیم‌گیری در مواجهه با مشکلات اخلاقی در محیط بالینی را ضروری دانستند.

بررسی و شناخت نیازهای آموزشی، پیش نیاز یک سیستم آموزشی موفق بوده و در واقع نخستین عامل ایجاد و تضمین اثربخشی برنامه‌های آموزشی و بهسازی نیروهای ماهر و متخصص است که اگر به درستی انجام شود احتمال تطابق و کارایی آن با نیازهای حرفه‌ای جامعه بهداشتی افزایش خواهد یافت [۱۹]؛ موضوع فرهنگ و آموزش حرفه‌ای هر دو جزء عوامل تاثیرگذار بر ارزش‌های حرفه‌ای<sup>۱</sup> می‌باشند. از این منظر ارزش‌های اخلاقی<sup>۲</sup> را باید در قالب زبان و فرهنگ هر جامعه مورد توجه قرار داد و در صورت نیاز با ارزش‌های جامعه هدف انطباق داد. از آنجایی که مطالعات مربوط به نیازهای اخلاق حرفه‌ای در ایران محدود به سایر رشته‌ها و در آسیا نیز نادر می‌باشد [۲۰]؛ لذا ضروری است ضمن تبیین نیازهای آموزشی، به ارزش‌های حرفه‌ای این رشته توجه ویژه صورت گیرد. همچنین نظر به اینکه مقوله اخلاق حرفه‌ای و تأثیرات غیر قابل انکار آن در بهبود عملکرد و کارایی آسیب‌شناسان گفتار و زبان، از مباحث مهم و اثرگذار و راه‌گشا در خصوص دستیابی به جامعه‌ای پویا می‌باشد، لذا تبیین نیازهای آموزشی اخلاق حرفه‌ای در رشته گفتار درمانی حائز اهمیت بوده و با شناسایی نیازهای آموزشی باید جامعه را به سمت توسعه و پیشرفت هدایت نمود و انجام مطالعات تطبیقی در این زمینه بدون شک موجبات اتخاذ تدابیر جدیدی را برای برنامه‌ریزان و مجریان در کشور فراهم نمود. بنابراین این پژوهش به دنبال آن است تا با بررسی علمی و دقیق نیازهای آموزشی، راه حل و راهبردهای کلیدی را ارائه نموده تا از این راه گامی موثر در جهت پیشبرد اخلاق حرفه‌ای در رشته گفتار درمانی برداشته شود.

## ۲- روش کار

باتوجه به هدف پژوهش حاضر؛ مناسبترین روش تحلیل محتوای قراردادی یا استقرایی<sup>۳</sup> است [۲۱-۲۲]. آنالیز محتوا یکی از روش‌های تجزیه و تحلیل مطالعات کیفی است که به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر می‌شوند [۲۳] و برای تعیین درون‌مایه غالب و اصلی استفاده می‌شود [۲۴] که روشی مناسب برای بررسی تجارب و نگرش افراد به موضوعی خاص است [۲۵]. مشارکت کنندگان این تحقیق<sup>۴</sup> (نمونه‌ها) با روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۵</sup> که شیوه مناسبی جهت پژوهش‌های کیفی می‌باشند انتخاب شدند جامعه مورد مطالعه آسیب‌شناسان گفتار و زبان و مدرسان گفتار درمانی بودند که در این مطالعه ۱۴ نفر (۵ نفر جز مدرسان گفتار درمانی، ۹ نفر درمانگران گفتار و زبان) انتخاب شدند معیار ورود برای آسیب‌شناسان گفتار و زبان و مدرسان

- 1- Professional values
- 2- Moral Values
- 3- Deductive Content Analysis
- 4- Participants
- 5- purposeful

گفتاردرمانی سابقه بالینی حداقل یکسال، فارغ التحصیل گفتار درمانی و رضایت دادن به شرکت در پژوهش بود. عدم رضایت به شرکت در مطالعه نیز معیار خروج این مطالعه بود.

### ۳- شیوه جمع آوری داده ها

در پژوهش حاضر به منظور جمع آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته<sup>۱</sup> همراه با سوالات باز<sup>۲</sup> جهت تبیین نیازهای آموزش اخلاق حرفه‌ای در رشته آسیب شناسان گفتار و زبان در ارائه خدمات تخصصی استفاده شد [۲۱]. مصاحبه یکی از رایج‌ترین روش‌های جمع آوری داده‌هاست و این امکان را فراهم می‌کند که شرکت کنندگان تجربیات خود را در مورد پدیده کاملاً توضیح دهند. پس از برقراری ارتباط و پرسیدن سوالات ساده‌ی عمومی در جهت ایجاد محیطی غیر رسمی، سوالات مصاحبه از شرکت کنندگان پرسیده شد. سؤال‌ها در ابتدا به صورت کلی و به تدریج اختصاصی تر مطرح شدند.

### ۴- شیوه تجزیه و تحلیل

به منظور تحلیل داده‌های کیفی در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی یا استقرایی گرانهایم<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) استفاده شد [۲۶]. این رویکرد شامل سه مرحله آماده سازی<sup>۴</sup>، سازمان‌دهی<sup>۵</sup> و گزارش‌دهی<sup>۶</sup> است [۲۷]. برای تحلیل متون، بعد از هر مصاحبه محقق ابتدا متن را چندین مرتبه مرور نموده تا دریافتی کلی از آن داشته باشد؛ سپس متن را کلمه به کلمه خوانده می‌شود تا کدگذاری<sup>۷</sup> صورت بگیرد و فرایند استخراج تا نام‌گذاری کدها ادامه می‌یابد. کدها براساس شباهت و تفاوت در طبقات مختلف دسته‌بندی می‌شود و نحوه ارتباط بین آنها نیز مشخص می‌گردد. هدف از گروه‌بندی داده‌ها، کاهش تعداد طبقات از طریق ادغام طبقات مشابه در طبقات بزرگتر می‌باشد [۲۸] لازم به ذکر است که تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه بدون استفاده از نرم افزار خاص و به صورت دستی انجام شد. این کار همزمان با جمع آوری داده‌ها انجام می‌شد. در ابتدا مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط شد و بعد توسط پژوهشگر به صورت کلمه به کلمه تایپ گردید. بعد از تایپ کردن متن مصاحبه هر شرکت کننده، کل متن چندین مرتبه خوانده می‌شد. در واقع با خواندن مکرر کل متن، یک درک کلی از متن به دست می‌آمد. در مرحله بعد متن به صورت کلمه به کلمه خوانده می‌شد تا واحدهای تحلیل از کلمات و گفته‌های خود شرکت کنندگان و برداشت‌های محقق در قالب کدگذاری اولیه یا کدهای باز استخراج شوند. سپس آن‌ها نام‌گذاری شدند و به برگه کدگذاری انتقال یافتند. بعد از اتمام استخراج کدها، چندین مرتبه بازخوانی و با توجه به تشابه و تفاوت مضامین در طبقات خاصی دسته‌بندی شدند. با مرور مکرر کدهای اولیه استخراج شده از تمام مصاحبه‌ها و ادغام و اطلاق کدهای مشابه و متفاوت، طبقات مشخصی شکل گرفت. این مرحله را کدگذاری سطح دوم نامیده می‌شود و زیرطبقات مطالعه در این مرحله شکل گرفت. در مرحله بعد مجدداً طبقات به وجود آمده مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند و طبقاتی که از نظر مضمون مشابه یکدیگر بودند، ادغام شدند. بدین ترتیب طبقات گسترده‌تری شکل گرفت و طبقات اصلی نمایان شدند. معیار مقبولیت که معادل اعتبار محتوایی می‌باشد با بکارگیری استراتژی‌های مختلف ارتقا پیدا کرد مانند تخصیص زمان کافی، ارتباط و مصاحبه‌های عمیق با شرکت کنندگان، توضیح روشن اهداف مطالعه، برگرداندن کدها به شرکت کنندگان جهت بررسی صحت آنها، چک کردن توسط ناظرین انجام شد.

- 1- Semi structured interview
- 2- Open-ended
- 3- Granheim
- 4- Preparation
- 5- Organization
- 6- Reporting
- 7- Coding sheet

## ۵- نتایج

مشارکت کنندگان تحقیق ۱۴ گفتاردرمان بودند. دو گروه مدرسان و درمانگران آسیب شناس گفتار و زبان در مصاحبه ها شرکت داده شدند. در این دو گروه طیف سابقه کار بالینی ۲۸-۲ سال و سطح تحصیلات از مقطع کارشناسی تا دکتری حرفه گفتاردرمانی دیده می شود. یافته های نهایی تحقیق شامل ۱۸ طبقه بود که هر کدام حاوی زیر طبقات فرعی بود.

(آشنایی با اصول ارتباط اخلاق حرفه ای بین فردی)، (کنترل خشم و واکنش های هیجانی)، (ارائه خدمات بالینی مبتنی بر علم)، (صبر و بردباری در ارائه خدمات)، (حفظ ایمنی بیمار)، (رعایت صداقت در ارائه خدمات)، (ارائه اطلاعات کافی به مددجو و خانواده)، (احترام به شأن مددجو) (حفظ استمرار در ارائه خدمات) (توجه به اختیار مددجو)، (رازداری)، (رعایت عدالت در ارائه خدمات) (رعایت حریم خصوصی) (تعهد به حرفه)، (کم رنگ بودن موضوع اخلاق حرفه ای در آموزش حرفه گفتار درمانی)، (نگاه منفعت طلبانه در ارائه خدمات) (آموزش رویارویی باتنش های اخلاقی)، (ضابطه مندی) که هر کدام دارای زیر طبقاتی به شرح زیر است.

زیرطبقات اصلی	طبقات اصلی
روابط حرفه ای با مددجویان روابط حرفه ای با خانواده مددجو روابط حرفه ای با همکاران نحوه ارتباط با تیم سلامت القای آرامش به مراجع و خانواده	آشنایی با اصول ارتباط اخلاق حرفه ای بین فردی
برخورد با شکایت مددجویان برخورد با شکایت خانواده مددجو برخورد با قضاوت های نا آگاهانه خانواده برخورد با نظرات سایر درمانگران برخورد با رفتار نامناسب مددجویان	کنترل خشم و واکنش های هیجانی
ارائه خدمات بالینی مبتنی بر شواهد ارائه خدمات بالینی با کیفیت	ارائه خدمات بالینی مبتنی بر علم
برخورد صبورانه با مددجویان برخورد صبورانه با خانواده برخورد صبورانه با تیم سلامت	صبر و بردباری در ارائه خدمات
حفظ ایمنی جسمی بیمار حفظ ایمنی روانی بیمار	حفظ ایمنی بیمار
جلب اعتماد مراجع، خانواده و همراهان صداقت در ارائه اطلاعات به مددجو صداقت در درمان صداقت با مراجع و خانواده	رعایت صداقت در ارائه خدمات
آگاهی دادن به مراجع و خانواده در مورد برنامه مراقبتی اخذ اجازه برای تماس های بدنی اطلاع رسانی مراجع و خانواده به سیستم های حمایتی	ارائه اطلاعات کافی به مددجو و خانواده
احترام به خانواده مددجو ارائه توضیحات کافی به مراجع و خانواده با توجه به سطح فرهنگ ارائه توضیحات کافی به مراجع و خانواده با توجه به وضعیت اقتصادی احترام به مراجعان	احترام به شأن مددجو
پیگیری طرح درمانی مددجو مسئولیت پذیری	حفظ استمرار در ارائه خدمات

زیرطبقات اصلی	طبقات اصلی
توجه به تصمیم و ترجیحات مددجو توجه به تصمیم و ترجیحات خانواده	توجه به اختیار مددجو
حفظ اسرار شخصی و پزشکی مددجو حفظ اطلاعات مراجعان، مبتنی بر اصول اخلاقی در پژوهش	رازداری
عدم تبعیض در ارائه خدمات به قومیت های مختلف عدم تبعیض در ارائه خدمات به طبقه اجتماعی و فرهنگی مختلف عدم تبعیض در ارائه خدمات به سطوح تحصیلی عدم تبعیض سنی در ارائه خدمات	رعایت عدالت در ارائه خدمات
رعایت حریم خصوصی مراجع رعایت حریم خصوصی خانواده ها	رعایت حریم خصوصی
به روز نگه داشتن دانش تخصصی احترام به شئون حرفه ای تعهد به مراجع و خانواده تعهد درمانگر به وعده های خود در درمان	تعهد به حرفه
آموزش دانشگاهی اخلاق حرفه ای نیاز به ارتقاء دانش اخلاق حرفه ای	کم رنگ بودن موضوع اخلاق حرفه ای در آموزش حرفه گفتار درمانی
ارائه درمان های تجارت محور ارجاع مراجع به سایر متخصصان کسب اعتبار کاری	نگاه منفعت طلبانه در ارائه خدمات
نارضایتی درمانگر در ارائه خدمات ناصحیح ناتوانی درمانگر در مدیریت ترس حرفه ای ناتوانی درمانگر در ارائه خدمات	آموزش رویارویی با تنش های اخلاقی
رعایت نظم و مقررات بالینی رعایت نظم و مقررات آموزشی	ضابطه مندی

## ۶- بحث

این تحقیق که با رویکرد کیفی انجام شده است. با این نگاه، که اگر پدیده ها در بستر وقوع و با نگاه کسانی که آن را تجربه می کنند، مورد تفحص قرار گیرد، بسیاری از زوایای پنهان آن ها آشکار می گردد و در نتیجه، منجر به دانش و بصیرت جدید شده و از طرفی شرایط را برای تحقیقات بعدی و عملیاتی کردن مفاهیم انتزاع شده، آسانتر می کند. اما نکته ای که باید بدان توجه داشت، این است که مفاهیم انتزاع شده معمولاً در هم تنیده اند و مرز کاملاً مشخص و روشنی ندارند و گاهی مفاهیم مقداری درهم پوشانی دارند. در این بخش به بحث در مورد طبقات اصلی نیازهای آموزشی پرداخته می شود.

بیشترین سهم کدها و طبقات در این مطالعه به ترتیب مربوط به طبقه آموزش رویارویی با تنش های اخلاقی با ۳۲۱ کد اولیه و طبقه آشنایی با اصول اخلاق حرفه ای بین فردی با ۲۷۸ کد اولیه بود. در ادامه به ترتیب تعداد کدهای هر طبقه به بحث در مورد یافته های آن می پردازیم.

برخی از کدهای مربوط به طبقه آموزش رویارویی با تنش های اخلاقی شامل عذاب وجدان درمانگر در برخورد نامناسب با بیمار، مشارکت در درمان و مراقبت بیمار بدون رضایت آگاهانه، عدم بیان حقیقت به بیمار یا خانواده، نارضایتی خانواده از رویکرد انجام شده توسط درمانگر، قانع نشدن خانواده از رویکرد درمانی درمانگر، ترخیص زود هنگام بیمار قبل از پایان درمان، عدم پیگیری مستمر درمان مراجع، مراقبت و درمان غیر استاندارد به علت کمبود وقت، مراقبت و درمان نامناسب به دلیل وسایل و تجهیزات با کیفیت پایین، داد زدن سر کودک، کوتاه کردن زمان مراجع، فحش دادن به مراجع، عدم اهمیت به احساسات و

عواطف بیمار، افت کیفیت مراقبت از مددجو، عدم اطلاع کافی از وضعیت درمانی مراجع، اقدامات غیر ضروری برای مراجعان، احساس گناه از حاضر جوابی به خانواده مراجع، آسیب زدن به کودک، واهمه داشتن از ادامه و روند درمان به علت ناتوانی درمانگر، ترس از دست دادن اعتبار کاری و ترس از دست دادن مسائل مالی بود.

طبقه آشنایی با اصول اخلاق حرفه‌ای بین فردی دارای ۵ زیر طبقه روابط حرفه‌ای با مددجویان، روابط حرفه‌ای با خانواده مددجو، روابط حرفه‌ای با همکاران، نحوه ارتباط با تیم سلامت و القای آرامش به مراجع و خانواده است. زیر طبقه روابط حرفه‌ای با مددجویان به ارتباط با بیمار اشاره دارد که در آن بیمار و آسیب شناس گفتار و زبان به عنوان شرکت کننده تعامل نموده و هریک سهم فعالی را در تبادل اطلاعات به عهده می‌گیرند [۲۹]. هیچ کدام از مشاغل به اندازه حرفه گفتاردرمانی به چنین ارتباط پیچیده‌ای نیاز ندارد و ایفای نقش در آن از طریق ارتباط شکل می‌گیرد [۳۰-۳۱]. بنابراین آنها فرصت قابل توجهی برای تأثیر بر روی نگرش بیماران و رفتار آنها در ارتباط با درمان، باز توانی و فرایند بهبودی دارند [۳۲]. در زیر طبقه روابط حرفه‌ای با خانواده مددجو می‌توان دریافت؛ پرسنل مراقب بهداشتی تقریباً با احتمال بالایی در معرض تجربه خشونت یا تهدید به خشونت در محیط کار هستند، آسیب شناسان گفتار و زبان که به صورت مستقیم با بیماران و خانواده‌هایشان کار می‌کنند در معرض خشونت فیزیکی و کلامی قرار دارند [۳۳]. رواج رفتارهای نامحترمانه در بین افراد در موقعیت‌های شغلی مختلف و به ویژه در مشاغل مراقب بهداشتی منجر به ایجاد شرم و به خطر انداختن سلامت آسیب شناس گفتار و زبان و بیماران در محیط‌های بالینی و درمانی می‌گردد، جو سازمانی را نیز به خطر می‌اندازد و در صورتی که به آن توجه نشود عواقب ناخوشایند بسیاری دارد [۳۴-۳۵]. زیر طبقه روابط حرفه‌ای با همکار ذیل این طبقه به نحوه تعامل با همکاران و عدم نامیدن همکار گفتاردرمانگر با نام مستعار دلالت داشت. زیر طبقه القای آرامش به مراجع و خانواده حاکی از احترام به خانواده و خوش رفتاری با مراجع و خانواده بود مطالعات انجام شده در برخی از حرفه‌های علوم پزشکی مانند پرستاران و پزشکان نشان دادند که به علت حوزه کاری مشترک و مکمل بودن حرفه‌ها در ارائه خدمات به بیماران، برقراری ارتباطات حرفه‌ای نظیر احترام متقابل نسبت به خانواده مراجع اجتناب‌ناپذیر است [۳۶-۳۷].

یکی از مهمترین گروه از افراد جامعه که مدام در معرض هیجان خشم قرار دارند، آسیب شناسان گفتار و زبان هستند. خستگی جسمی و برانگیختگی فیزیولوژیکی در حین فعالیت جسمی، آنان را در معرض این هیجان منفی قرار می‌دهد. بنابراین آموزش مدیریت هیجانی برای نظم بخشی هیجانی و خودکنترلی آسیب شناسان گفتار و زبان امری ضروری است، زیرا اگر افراد بتوانند خلق و هیجان خود را در لحظه رقابت تشخیص دهند، می‌توانند مهارت‌های لازم برای مقابله با آن حس را از حافظه بازیابی کرده و به خوبی موقعیت را کنترل کنند. کنترل درست موقعیت برای آسیب شناسان گفتار و زبان به افزایش اعتماد به نفس خود منجر می‌شود [۳۸]. آسیب شناسان گفتار و زبان با توجه به شغل حساس و پرتنش و زمینه‌های خدمت رسانی خود در معرض انواع تنش و هیجانات کاری قرار دارند و این خود منجر به بروز بعضی از رفتارها از جمله خشم و خشونت می‌شود. خشم به عنوان یکی از معضلات اخلاقی، محسوب شده و شناخت و کنترل آن در افراد مهم است [۳۹]. لذا، با وجود اینکه اقدامات و مداخلات متعددی از سوی متولیان حوزه بهداشت و درمان در سراسر جهان در خصوص کنترل و مهار خشم کادر درمانی فراهم گردیده است، هنوز یکی از چالش‌های مهم در خدمات گفتاردرمانی، میزان بالای خشونت و آسیب شناسان گفتار و زبان می‌باشد [۴۰].

طبقه ارائه خدمات مبتنی بر علم دارای دو زیر طبقه ارائه خدمات درمانی مبتنی بر شواهد و ارائه خدمات درمانی با کیفیت می‌باشد. در پژوهش حاضر مشارکت کنندگان به لزوم آموزش ارائه انجام تکنیک درمانی با زمینه علمی، پیدا کردن شیوه درمانی جدید برای درمان مراجع، یادگیری دروس از جانب اساتید، جستجو از اینترنت، آموزش از جانب استاد، استفاده از تکنیک‌های درمانی که توسط اساتید بیان شدند اشاره کردند که این موارد تسهیلات لازم برای ارائه خدمات مبتنی بر شواهد را فراهم می‌کند.

زیر طبقه ارائه خدمات درمانی با کیفیت در این طبقه به ارائه خدمات در حیطه تخصصی، استفاده از فضا و تجهیزات درمانی مناسب، رعایت زمان جلسات درمانی، ارائه خدمات خانواده محور، آگاهی کامل بیمار نسبت به اختلال خود، داشتن خلاقیت در درمان، درمان کودک با وجود خستگی درمانگر، درمان کودک با وجود بیماری درمانگر، عدم قرار دادن حالت سکوت تلفن همراه، توجه به ویژگی های گروه های آسیب پذیر مانند کودکان و سالمندان، توجه به ویژگی های کودکان کم توان ذهنی و توجه به ویژگی های کودکان با معلولیت شدید جسمی و ذهنی شدید دلالت داشت. امروزه عرصه مراقبت های بهداشتی درمانی از رویکرد عرضه خدمات به سوی ارزیابی کیفیت خدمات در جریان است و بر این اساس نقش بیماران در تعریف اندازه گیری، کیفیت خدمات بیش از پیش آشکار است [۴۱-۴۲].

زیر طبقه استفاده از فضا و تجهیزات درمانی مناسب، منجر به ارائه خدمات با کیفیت و اخلاقی تر می شود و عدم تجهیزات و فضای کافی و مناسب در مراکز بالینی رعایت اصول اخلاقی را برای آسیب شناسان گفتار و زبان دشوار می کند. در بسیاری از حرفه های تیم سلامت از جمله گفتار درمانی، تصمیم گیری بالینی تحت تاثیر کمبود منابع و محدودیت های خارجی قرار می گیرد [۴۳-۴۷]. زیر طبقه رعایت زمان جلسات درمانی به اتلاف زمان جلسات مددجویان و عدم ارائه خدمات درمانی در زمان مقرر اشاره داشت. صبر یکی از شاخص های مهم سلامت فرد و جامعه می باشد و با توجه به کارکردهای بسیار مهم صبر، پرورش آن ضروری است. توجه به پایه های زیربنایی صبر می تواند به پرورش این فضیلت کمک نماید [۴۸]. این طبقه به آموزش تحمل و بردباری در مقابل طیفی از رفتارهای خانواده و مراجعان دارای اختلالات همراه اشاره کرد. در این ارتباط، پژوهش های مختلفی در مورد صبر انجام شده است که بر اهمیت آن تأکید می کند. تا آنجا که مروری بر روی مطالعات پیشین نشان داده است، در هیچ پژوهشی به اهمیت رعایت این اصل در حرفه آسیب شناسی گفتار و زبان در داخل و خارج کشور اشاره نشده است. با این حال در این پژوهش رعایت بردباری در ارائه خدمات به عنوان یک نیاز آموزشی برای برخی از مشارکت کنندگان به وجود آمده بود. بنابراین ضرورت نیاز به آموزش این اصل اخلاقی و گنجاندن آن در واحد آموزشی اخلاق حرفه ای احساس می شود.

اکثر مصاحبه شوندگان، رعایت اصول ایمنی جسمی و روحی را برای درمان مهم تلقی کردند. حفظ ایمنی جسمی و روانی بیمار در این طبقه جای گرفت. ایمنی بیمار به عنوان یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارایه مراقبت های بهداشتی است. با توجه به پژوهش بیان شده، در رشته گفتار درمانی هم برگزاری کلاس های آموزشی در ارتباط با آسیب ها و صدماتی که درمانگر از لحاظ جسمی و روحی می تواند به مددجو و خانواده اش وارد کند، ضروری است. که مشارکت کنندگان در این پژوهش به این موضوع اشاره کردند.

یکی از طبقه های بدست آمده از تحلیل محتوای مصاحبه شوندگان، رعایت صداقت در ارائه خدمات است که به داشتن صداقت در همه امور اعم از ارائه اطلاعات به مددجویان و نشان دادن صلاحیت حرفه ای دلالت داشت. در این طبقه چهار زیر طبقه جلب اعتماد مراجع، خانواده و همراهان، صداقت در ارائه اطلاعات به مددجو، صداقت در درمان و صداقت با مراجع و خانواده قرار داشت. زارعی و همکاران (۱۳۹۳)، داشتن صداقت در درمان و آشکار سازی اطلاعات و ابراز عذرخواهی را نه تنها موجب استحکام و افزایش ارتباط با بیمار بلکه برای ارتقاء سطح اعتماد بیمار و جامعه ضروری می دانند [۴۹].

طبقه ارائه اطلاعات کافی به مددجو و خانواده با دو زیر طبقه آگاهی دادن به مراجع و خانواده در مورد برنامه مراقبتی و اخذ اجازه برای تماس های بدنی دلالت داشت. مشارکت بیمار در روند درمان، بر بهبود فرایند کنترل، مراقبت بیمار، اثربخشی سیستم سلامت، افزایش رضایت مندی بیماران از درمان مؤثر است [۵۰]. همچنین یکی از اصول اخلاقی در منشور اخلاق حرفه ای انجمن آسیب شناسان گفتار و زبان و شنوایی آمریکا، ارائه اطلاعات حقیقی مربوط به درمانگر و خدمات ارائه شده، اثرات احتمالی عدم شرکت در درمان، پیش آگاهی و... به مددجویان دریافت کننده خدمات است [۵۱].

از جمله مواردی که توسط مصاحبه شوندگان مورد تأکید قرار گرفت، احترام به شأن مددجو بود. این طبقه دربردارنده طبقاتی چون احترام به خانواده مددجو، ارائه توضیحات کافی به مراجع و خانواده با توجه به سطح فرهنگ و ارائه توضیحات کافی به



مراجع و خانواده با توجه به وضعیت اقتصادی و احترام به مراجعان بود. همچنین به دید انسانی به مددجویان و حفظ شأن و منزلت آنان از نظر کلامی و رفتاری دلالت می‌کند. احترام به شأن مددجو، به معنی احترام گذاشتن به بیمار، احترام به همراهان بیمار، رعایت ادب و احترام در برخورد با آن‌ها، توجه به انتقادات و پیشنهادهای آنان و رعایت عدالت و بردباری در برخورد با آنان است [۵۲]. با بررسی رعایت حقوق بیماران و توجه به مواردی که رعایت نمی‌شوند، می‌توان تلاش‌هایی در جهت رعایت تکريم بیماران و کسب رضایت آنان از اقدامات درمانی انجام داد و توجه مسئولین را به نقاط ضعف در این مورد جلب کرد. مشخص است که شایسته‌ترین افراد برای رعایت حقوق بیماران خودآنان هستند. بدیهی است که احترام به شأن مددجو، احساس امنیت و رضایتمندی را در وی افزایش می‌دهد و این موضوع موجب می‌شود که میزان مشارکت بیمار در امور درمانی افزایش یابد [۵۳]. از نظر شرکت کنندگان در مصاحبه، احترام به شخص اساسی‌ترین حق انسانی است و جهت نیل به این حق لازم است که هر فرد به عنوان شخص منحصر به فردی نگریسته شود که از نظر حقوق با سایرین مساوی است و احترام و کرامت انسانی در همه‌ی انسان‌ها باید رعایت شود. این موضوع در رشته آسیب شناسان گفتار و زبان، شکل ویژه‌ای به خود می‌گیرد. چون بیماران در خیلی از موارد، توانایی دفاع از حقوق خود را ندارند. به عبارت دیگر، این آسیب شناسان گفتار و زبان هستند که مسئول حفظ شأن بیماران و احترام به آنان از طریق تعامل و همکاری با مددجویان هستند و باید در همه موقعیت‌ها و با همه افراد به طور یکسان رفتار کرده و به شأن و منزلت آنان احترام بگذارند [۵۴].

همچنین بی‌احترامی به شأن مددجو منجر به تنش‌های غیر ضروری و فشارهای جسمی و روحی فراوان به فرد می‌شود [۵۵]. بدخش و هاشمی (۱۳۸۲) میزان رعایت حقوق بیماران در خصوص حق آگاهی بیمار و انتخاب آگاهانه را در امور بهداشتی ۳۲ درصد گزارش نمودند. مطالعات آنان نشان داد که آگاه کردن بیماران، سهم کردن آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و محترم شمردن حقوق آنان به بهبودی آن‌ها سرعت می‌بخشد و سبب شرکت فعالانه آن‌ها در درمان می‌شود. در این صورت نتایج بهتری کسب می‌شود [۵۶]. با این وجود به نظر می‌رسد علی‌رغم فواید مدل تصمیم‌گیری مشارکتی، بسیاری از بیماران در سطحی که متمایل به شرکت می‌باشند شرکت داده نمی‌شوند [۵۷]. بنابراین ضروری است که آسیب شناسان گفتار و زبان به این مفهوم توجه داشته باشند. چرا که آگاه نمودن بیماران و سهم کردن آنها در تصمیم‌گیری‌ها و محترم شمردن حقوقشان بهبودی آنان را سرعت می‌بخشد [۵۸] و در مجموع نیز رضایت بیمار و کادر درمانی را به دنبال خواهد داشت. پرداختن هر چه بیشتر به این موضوع سبب درک روشنی از ماهیت شأن و چگونگی به خطر افتادن آن در محیط‌های مراقبتی می‌شود. از آنجایی که حفظ شأن و منزلت انسان از اصول اساسی و اولیه حقوق بشر است و نقش بسیار مهمی در ارتقاء سطح سلامت بیماران ایفا می‌کند [۵۹-۶۰]. بنابراین یکی از موضوعات قابل تأمل در آموزش اخلاق حرفه‌ای به شمار می‌رود [۶۱].

طبقه حفظ استمرار در ارائه خدمات شامل زیر طبقه پیگیری طرح درمانی مددجو بود. زیر طبقه پیگیری طرح درمانی مددجو ذیل این طبقه به تلاش آسیب‌شناسان گفتار و زبان در جهت کمک به استمرار جلسات درمانی به منظور نتیجه‌گیری بهتر از خدمات درمانی ارائه شده، دلالت داشت. با توجه به این موضوع که برنامه‌های خدمات گفتار درمانی طولانی مدت هستند و نیاز به جلسات مستمر دارند [۶۲-۶۳]، مشارکت کنندگان در این پژوهش به آموزش‌های مداوم حتی در طول درمان اشاره کردند. درمانگران تنها نیازمند آموزش‌های ابتدایی نمی‌باشند. از آنجا که اکثر مددجویان نیازمند خدمات طولانی گفتار درمانی هستند. اگر درمانگران آموزش‌های لازم را دریافت نکرده باشد ممکن است مددجو بی‌اخلاقی‌هایی را در محیط بالینی طی این مدت زمان تجربه کند. به نظر می‌رسد اغلب مددجویان به دلیل وضع اقتصادی و بالا بودن هزینه جلسات و یا شرکت در جلسات کار درمانی و.. به صورت هم‌زمان و هزینه‌های درمانی دیگر و عدم تامین هزینه‌ها از جانب بهزیستی و سایر ارگان‌ها، برنامه درمانی بیمار خود را به طور ناخواسته قطع کنند. این مشکلات باعث شده است که اکثر آسیب‌شناسان گفتار و زبان در این پژوهش تعهدی درونی نسبت به مددجوی خود احساس کنند و به منظور ارائه خدمات موثر و مداوم در مراکز بالینی به فکر راهکاری برای حل این مشکل باشند. با توجه به افزایش روزافزون مشکلات اقتصادی به نظر می‌رسد که مسئولان گفتار درمانی

و وزارت بهداشت بهتر است که هر چه سریعتر به منظور تسهیل شرایط اقتصادی مددجویان دریافت کننده خدمات گفتار درمانی تدابیر لازم مانند قرار دادن همه مددجویان تحت پوشش بیمه را انجام دهند. همچنین کارگاهها و سمینارهایی جهت آموزش اخلاق به دانشجویان و درمانگران برگزار شود. یکی دیگر از زیر طبقات کشف شده، مسئولیت پذیری بود که در بر دارنده کدهایی چون تعیین اهداف درمانی متناسب با نیاز بیمار، تصمیم گیری با هدف برای انجام مسئولیت، مسئول بودن در انتخاب رویکرد درمانی و ارائه خدمات، انجام درست کار برای مراجع، مسئولیت پذیر بودن با وجود هر نوع مشکل بیمار، رفتار مسئولانه نسبت به مشکل مراجع و مسئولیت در ارائه خدمات است. با توجه به این که مسئولیت پذیری آسیب شناسان گفتار و زبان، منجر به کیفیت خدمات می شود، لذا آموزش صحیح آسیب شناسان گفتار و زبان در زمینه های مسئولیت پذیری، پاسخگویی و مهارت ارتباطی، منافع زیادی در برداشته و یکی از راهکارهای اصلی بالا بردن کیفیت خدمات می باشد. یکی از زیر طبقه های کشف شده مسئول بودن در انتخاب رویکرد درمانی و ارائه خدمات است.

طبقه توجه به اختیار مددجو به توجه به تصمیم و ترجیحات مددجو و توجه به تصمیم و ترجیحات خانواده دلالت داشت. با وجود این که آسیب شناسان گفتار و زبان به مسئولیت های قانونی، اخلاقی و ارزشی و اهمیت آن در حرفه ای خود آگاه هستند، به نظر می رسد تاکنون آسیب شناسان گفتار و زبان پذیرای درک نقش واقعی خود در این مورد نشده اند [۶۴]. توجه به اختیار مددجو یکی از اجزای مراقبت های درمانی و از توقعاتی است که مددجویان از گفتاردرمانگر انتظار دارند. پیامد توجه به مددجو، حفظ و توسعه سلامتی در جامعه است و مزایای زیادی را در بر خواهد داشت از جمله می توان به کاهش هزینه ها، سرعت بخشیدن به کسب استقلال مددجو و حفظ اعتماد به نفس در امر مراقبت از خود را در نزد مددجویان نام برد [۵۸]. توجه به اختیار به مددجو از اولویت ها و از استانداردهای مراقبت های درمانی است اما مطالعات انجام شده و تجربیات پژوهشگران در بالین حاکی از آن است که برنامه ای منسجم و سازمان یافته ای از جمله در نظر گرفتن نیروی انسانی، تأمین وقت و مکان مناسب برای آموزش به مددجو وجود ندارد. با توجه به مددجویان کم سن مراجعه کننده به گفتار درمانی، والدین به عنوان نماینده آنان حق تصمیم گیری دارند، با این حال آسیب شناسان گفتار و زبان سعی دارند تا کودکان در رابطه با اهداف درمانی و پژوهشی مطلع و راضی باشند [۶۵-۶۶].

رازداری از عوامل مهم در درمان محسوب می شود؛ به طوریکه در بین بیماران و درمانگران به عنوان یک اصل شناخته می شود و به همین دلیل است که بیماران موضوعات و مشکلاتی را که حتی از نزدیکترین کسان خود مخفی می داشته اند، برای کادر درمانی بازگو می کنند. اکنون نیز این موضوع در کدهای اخلاقی و دستورالعمل های حرفه ای، یک اصل مهم قلمداد می شود و تأکید فراوانی به آن شده است [۸]. زیر طبقه حفظ اسرار شخصی و پزشکی مددجو در پژوهش به حفظ اسرار و اطلاعات مددجویان بدون رضایت آگاهانه آن ها حتی به منظور ارائه خدمات بهتر و استفاده در پژوهش دلالت داشت.

طبقه رعایت عدالت در ارائه خدمات دارای چهار زیر طبقه عدم تبعیض در ارائه خدمات به قومیت های مختلف، عدم تبعیض در ارائه خدمات به طبقه اجتماعی و فرهنگی مختلف، عدم تبعیض در ارائه خدمات به سطوح تحصیلی و عدم تبعیض سنی در ارائه خدمات می باشد و بر مسئله مهم ارائه خدمات برابر و یکسان به تمام مددجویان دلالت داشت. تفاهک و همکاران (۲۰۰۳) بر این باورند که؛ موضوع حقوق بیمار در کنار رضایت مندی وی از خدمات سلامت از مهمترین محورهای حاکمیت بالینی است [۶۷]. این موضوع منبعث از بیانیه ای است که در آن عزت ذاتی، حقوق برابر و لاینفک تمام افراد بشر به عنوان پایه و اساس آزادی، عدالت و صلح در جهان به رسمیت شناخته شده است [۶۸]. رعایت عدالت در برخورد با بیمار یکی از عوامل ایجاد کننده رضایت آن ها از خدمات دریافت شده می باشد [۶۹]. توجه به انتقادات و پیشنهادهای همراهان بیمار، احساس ارزشمند بودن می دهد، می تواند در ارتقای رضایت آن ها از خدمات ارائه شده توسط کادر درمانی بسیار مؤثر باشد [۷۰].

طبقه رعایت حریم خصوصی شامل دو زیر طبقه رعایت حریم خصوصی مراجع و رعایت حریم خصوصی خانواده ها بود. نیاز به آموزش حفظ فضای شخصی مددجویان از بعد روانی و فیزیکی مضمون این طبقه است. یکی دیگر از موارد مهم در رعایت

حقوق بیماران، حفظ حریم خصوصی آنان است که جزء مهمترین اهداف نظام سلامت نیز می‌باشد [۷۱]. قلمرو یا حریم به عنوان یک نیاز اساسی در انسان شناخته شده است. احترام به حریم خصوصی یکی از اجزای اساسی مراقبت جامع نگر در برآوردن نیازهای فرد است. این عمل به بیماران شان و منزلت داده و دامنه ای از اعتماد متقابل را ایجاد می‌کند. حفظ حریم بیماران به معنای پذیرفتن تمامیت او به عنوان یک انسان می‌باشد [۷۲].

مفهوم حریم بیمار دارای ابعاد فیزیکی، روحی روانی، اجتماعی و اطلاعاتی است که تاکنون بعد فیزیکی آن بیش از همه مورد توجه قرار گرفته است. در بررسی های گوناگون بیماران مواردی مانند عدم آگاهی از بیماری، عدم دریافت اطلاعات کافی در مورد روند درمان، عدم پاسخگویی به سوالات و در معرض دید قرار گرفتن بخش هایی از بدن را از موارد نقض حقوق خود بیان نموده اند. همچنین امروزه با توجه به افزایش تکنولوژی و افزایش استفاده از اطلاعات بیماران جهت انجام تحقیقات، لزوم آموزش و توجه بیشتر به حفظ حریم خصوصی و رازداری بیشتر احساس می‌گردد [۷۳]. در پژوهش حاضر برخی از مشارکت کنندگان در حفظ حریم خصوصی مددجویان، به آموزش این نیاز تاکید کردند. با توجه به این که محدوده قلمرو و حریم انسان‌ها در افراد، موقعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است [۷۴]، این محتمل است که در پژوهش حاضر این نیاز آموزشی به سبب تفاوت فرهنگی برای آسیب‌شناسان گفتار و زبان در ایران به وجود آمده باشد.

طبقه کم رنگ بودن موضوع اخلاق حرفه‌ای در آموزش حرفه گفتار درمانی شامل دو زیر طبقه آموزش دانشگاهی اخلاق حرفه‌ای و نیاز به ارتقاء دانش اخلاق حرفه‌ای بود. زیر طبقه آموزش دانشگاهی اخلاق حرفه‌ای ذیل این طبقه حاکی از نبود واحد اخلاق حرفه‌ای در کوریکولوم آموزشی رشته گفتار درمانی و عدم آموزش کدها و اصول اخلاق حرفه‌ای در محیط دانشگاهی بود. مطالعات مختلف در حرفه‌های علوم پزشکی به اهمیت نیاز به آموزش اخلاق حرفه‌ای به کرات اشاره کرده‌اند [۷۵-۷۶]. علی‌رغم اهمیت آموزش اخلاق حرفه‌ای علوم پزشکی، در مطالعات محمدی (۱۳۹۵) و مرادی (۱۳۹۶) به آموزش ناکافی آسیب‌شناسان گفتار و زبان اشاره شده است [۴۴، ۷۷-۸۰]. که همسو با زیر طبقه آموزش دانشگاهی اخلاق حرفه‌ای است. نیاز به ارتقاء دانش اخلاق حرفه‌ای زیر طبقه دیگر این طبقه است که به برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های بازآموزی در رابطه با اصول اخلاق حرفه‌ای دلالت داشت. در واقع نیاز به شرکت در کارگاه‌ها و پنل‌های آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای و عدم برگزاری آن مشکلات بسیاری برای گفتار درمانان شرکت کننده در این پژوهش به وجود آورده است. شایان ذکر است که در کوریکولوم جدید مصوب وزارت بهداشت در رشته گفتار درمانی، دو واحد اخلاق حرفه‌ای به عنوان واحد اجباری در نظر گرفته شده است و از مهر سال ۱۳۹۸ قابل اجرا است. برگزاری دوره‌های آموزش مداوم به منظور آموزش اخلاق حرفه‌ای در دیگر مطالعات به عنوان فاکتور مهمی در افزایش آگاهی و رعایت اصول اخلاقی ذکر شده است [۸۱-۸۲] بنابراین برگزاری این دوره‌ها برای فارغ التحصیلان و درمانگران حرفه گفتار درمانی بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

طبقه نگاه منفعت طلبانه در ارائه خدمات با در بر داشتن سه زیر طبقه ارائه درمان‌های تجارت محور، ارجاع مراجع به سایر متخصصان، کسب اعتبار کاری دلالت داشت. زیر طبقه اول، ارائه درمان‌های تجارت محور حاکی از ارائه خدماتی بود که بیشتر جنبه نمایشی داشتند و به منظور جذب مددجو به مراکز بالینی انجام می‌شد. در این زیر طبقه نیازهای آموزشی بسیاری دیده شد که با بسیاری از مطالعات انجام شده در این حرفه همسو است [۸۳-۸۵].

در این پژوهش برخی از مشارکت کنندگان با نگاهی تجارت محور به حرفه خویش، رسیدن به اهداف مالی را به اصول اخلاقی صداقت، سودرسانی به مددجو و تعهد به حرفه ارجح دانستند. با توجه به اینکه در حرفه پزشکی نیز تعداد قابل توجهی از مسائل مربوط به تعارض منافع مانند حمایت از منافع فردی و فدا کردن منافع بیمار و جامعه به نفع منفعت خود، به اعتبار حرفه پزشکی لطمه زده است، لذا آموزش دانشجویان به منظور شناخت و اجتناب از تعارض منافع بالقوه در روابط پزشک-بیمار و پزشک-جامعه ضروری می‌باشد [۸۶]. به همین دلایل ضرورت آموزش دانشجویان حرفه گفتار درمانی به منظور شناخت و اجتناب از تعارض منافع احساس می‌شود.

یکی دیگر از زیرطبقات، ارجاع مراجع به سایر متخصصان است که به ارجاع مددجویان به متخصصین اشاره دارد. علی‌رغم آن که اولویت دادن به منافع بیمار از حس نوع دوستی نشأت می‌گیرد و به عنوان یکی از رفتارهای حرفه‌ای محسوب می‌شود، برخی از مسائل اجتماعی، سیاسی و فرهنگی پول را به یک عامل هدایت‌کننده تبدیل می‌کند. این مسئله باعث می‌شود تا متخصصان نظام سلامت منافع شخصی خود را نسبت به منفعت بیمار ترجیح دهند و دچار انحرافات اخلاقی از جمله پایمال کردن حق بیمار، خانواده وی و همکاران شوند [۷۷، ۸۶].

طبقه تعهد به حرفه دو زیر طبقه به روز نگه داشتن دانش تخصصی، احترام به شأن حرفه و حفظ ظاهر و پوشش حرفه‌ای را در بر داشت. در این زمینه تحقیقی در خصوص آسیب شناسان گفتار و زبان صورت نگرفته است. به روز نگه داشتن دانش تخصصی بر اهمیت و نقش محیط‌های بالینی تأکید فراوانی دارد [۸۷]. به روز نگه داشتن تخصصی، آسیب شناسان گفتار و زبان را قادر به انجام و ارزشیابی فعالیت‌های مراقبتی از بیماران، تلفیق و ارزیابی مستندات علمی و ارتقای فعالیت‌های مراقبتی خواهند کرد. به منظور دستیابی به اهداف فوق، مشارکت و درگیری آسیب شناسان گفتار و زبان در خود ارزشیابی و عملکرد بالینی، ارتقای برنامه‌هایی برای پیشرفت فردی و شناخت این که چگونه یادگیری جدید می‌تواند برای ارتقای مراقبت از بیمار مورد استفاده قرار گیرد ضروری است [۸۸].

مضمون زیر طبقه به روز نگه داشتن دانش تخصصی، یادگیری مداوم دانش و مهارت‌های لازم در تمام طول زندگی حرفه‌ای از طریق یادگیری‌های ضمن خدمت و دیگر روش‌ها بود. همچنین مبتنی بر زیر طبقه احترام به شئون حرفه‌ای نحوه رفتار، عدم استفاده از زیور آلات صحبت و نحوه لباس پوشیدن و آراستگی متناسب با شأن حرفه گفتار درمانی جزء نیازهای آموزشی آسیب شناسان گفتار و زبان به منظور رعایت تعهد حرفه‌ای است.

طبقه پایبندی به تعهدات دارای سه زیر طبقه تعهد به مراجع و خانواده، تعهد به حرفه و تعهد درمانگر به وعده‌های خود در درمان بود. تعهد یکی از ارکان اصلی اخلاق در هر جامعه است. به همین دلیل، این مفهوم عضویت محوری در تمام نظریه‌های اخلاق دارد. تعهد نقش اساسی در کارایی و اثربخشی فعالیت‌های یک آسیب شناسان گفتار و زبان دارد [۸۹].

تأکید مصاحبه‌شوندگان بر لزوم پایبندی به تعهدات جهت رعایت اخلاق حرفه‌ای با عقیده رهگذر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) که معتقدند میان اخلاق حرفه‌ای و تعهد سازمانی رابطه معنی‌داری وجود دارد در یک راستاست [۹۰].

طبقه ضابطه‌مندی شامل دو زیر طبقه رعایت نظم و مقررات بالینی و آموزشی بود. که طبقه رعایت نظم و مقررات بالینی، حضور به موقع و ثبت دقیق مراقبت‌های انجام شده را در برداشت و رعایت نظم و مقررات آموزشی ارائه خدمات استاندارد و مناسب برای بیمار را در بر داشت. اشاره به موضوع رعایت بیشتر و بهتر نظم و انضباط در محیط کار، از جمله مواردی بود که آسیب شناسان گفتار و زبان به آن تأکید داشتند. در واقع با این روش، آسیب شناسان گفتار و زبان خود را ملزم به رعایت نظم می‌دانستند. آسیب شناسان گفتار و زبان خود را موظف به رعایت نظم در محیط کاری می‌دانستند و سعی می‌کردند با حضور به موقع و انجام وظایف به طور صحیح و به موقع انجام وظیفه نمایند. اگرچه در این زمینه مطالعات مشابهی یافت نشد، اما می‌توان به این نکته اشاره نمود که نظم از جمله اصول گفتاردرمانی است و نیاز است که در دوران دانشجویی و به خصوص در محیط بالینی، این امر را رعایت نمود تا در وجودشان نهادینه گردد. این مفهوم از جمله مواردی است که در متون کمتر به چشم می‌خورد و از جمله موارد پیشنهادی برای مطالعات آینده می‌باشد.

## ۷- جمع بندی و نتیجه گیری

نیازهای آموزشی آسیب شناسان گفتار و زبان در واقع منعکس‌کننده مشکلات به وجود آمده در حین کار بالینی است که بین بیماران و متخصصان، سیاست‌های نظام سلامت و روش‌های درمانی، کارفرماها و تیم‌های میان رشته‌ای وجود دارد. از میان تمام

<sup>1</sup> Rahgozar

طبقات به دست آمده در این پژوهش، طبقه آموزش رویارویی با تنش‌های اخلاقی با بیشترین تعداد کدهای اولیه (۳۲۱)، مهم‌ترین طبقه برای مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بوده است. تنش اخلاقی با تأثیر منفی بر سلامت روان به صورت اضطراب و ناکامی در زندگی شغلی آسیب‌شناسان گفتار و زبان همراه بوده است و در صورت عدم سازگاری، اثرات منفی دیسترس اخلاقی به صورت احساس بی‌ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه‌ای آنان نمایان خواهد شد. با توجه به اینکه آسیب‌شناسان گفتار و زبان نقش عمده‌ای را در کیفیت ارائه خدمات به عهده دارد و در صورتی که با تنش‌های اخلاقی مواجه شوند، مشکلات فیزیکی و روحی بسیاری برای آن‌ها ایجاد می‌شود که می‌تواند بر کیفیت ارائه خدمات آسیب‌شناسان گفتار و زبان تأثیر بگذارد، لذا شناخت تنش‌های اخلاقی آسیب‌شناسان گفتار و زبان می‌تواند به مدیران خدمات سلامتی کمک کند تا با دریافت پیشنهاداتی از سوی محققین، برای کاهش این پدیده اقداماتی انجام دهند.

اکثر یافته‌ها در این پژوهش، صرفاً به حرفه گفتار درمانی اختصاص ندارد؛ بلکه در دیگر حرفه‌های تیم سلامت مانند حرفه پزشکی، پرستاری، فیزیوتراپی و کاردرمانی بسیاری از این نیازهای آموزشی مطرح بوده‌اند [۷۹، ۹۱]. در این راستا و به منظور هدایت دانشجویان و دانش‌آموختگان رشته گفتاردرمانی برای تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای و اخلاقی، کدهای اخلاق حرفه‌ای گفتار درمانی در ایران تدوین شده است [۹۲]. با این حال اکثر شرکت‌کنندگان این پژوهش از وجود منشور اخلاقی آگاه نبودند. ضرورت آموزش اخلاق حرفه‌ای و به کارگیری اصول اخلاقی تدوین شده در منشور اخلاقی را برجسته‌تر می‌سازد. همچنین درک این نیازهای آموزشی به تسهیل استفاده از استراتژی‌ها و راهکارهای پیشگیرانه به منظور افزایش ارائه خدمات اخلاقی توسط مسئولان می‌انجامد.

#### ۸- مراجع

1. Fazeli ZFB, Fatemeh Sadat. Rezaei Tavaryani, Mostafa Mozafari, Fascinating. Heidari Moghadam, Rashid. Professional Ethics and its Role in Medical Practice. Journal of Ilam University of Medical Sciences. Twentieth Century, No. 4, pp. 18-13. 1391.
2. Zarifian T, Fotohi, Mina, Shahriari, Marjan Speech disorders in children, Tehran: Medical Sciences University. (1393).
3. A A. The standards of professionalism in nursing: the nursing instructors' experiences. Evidence Based Care. 2014;4(1):27-40.
4. Bailey PH TS. Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research. Journal of advanced nursing. . 2002;38(6):574-83.
5. Jollaei S BB, Mohammad Ebrahim M, Asgarzade M, Vasheghani Farahani A, Shareiat E, et al. Nursing ethics codes in Iran: Report of a qualitative study. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3(2): 46 – 52
6. Dheghihan A SM, Cheraghi MA. . Dheghihan A, Salsali M, Cheraghi MA. Professionalism in Iranian Nursing: Concept Analysis. Int J Nurs Knowl. 2015;1-8.155.
7. Ulrich CM ZQ, Hanlon A, Danis M, Grady C. . The impact of ethics and work-related factors on nurse practitioners' and physician assistants' views on quality of primary healthcare in the United States. Applied Nursing Research. 2014;27(3): 152-6 [persian].
8. Parsapour A Mk, MalekAfzali H, Alaedini F, Larijani B. Attituds of patients, physicians and nurses of Educational, selected private and public hospital about necessity of provision of Patient's Right Charter. J Med Ethics Hist 2009.
9. Sanjari M ZF, Larijani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in iran. Iranian J Publ Health. 2008;37(1): 22- 27.
10. Peasant AA, Negar Shamsi Zadeh, Morteza. Parvinian Nasab, Ali. And Talebi, Mitra. Evaluation of Patients' Viewpoints on Professional Ethical Standards in Nursing Practice. Nursing Education 1393;3(2, pp. 76-76).

11. Borhani F AF, Mohammadi I, Abbas Zadeh A. Understanding nursing instructors from nursing student's professional ethics competencies: A qualitative research. *Quarterly journal of legal medicine*. 2010;3(16):165-73.
12. Sadeghi R ATT. Ethical Problems Observed by Nursing Students: A Qualitative Approach. *medical ethics journal*. 2011;5(15):43-62.
13. Hosseini F PK, Zaman Zadeh V. Professional Values from the Perspective of Nursing Students in Type 1 Medical Universities. *Quarterly Journal of Nursing Horizons*. 2013;1:69-81.
14. Yadegari F eM, Zarifian T, Darouei A, Salehi A, Qhoreishi Z, et al. Professional Speech Therapy Ethics Charter. 2016.
15. Moradi J SM, Shaterzadeh M, Hamed D. Design and implementation of the "Professional Ethics Package", in Clinical Curriculum of Speech Therapy Students, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. 2017.
16. Adorable HJ, Hussein. Observing Ethics in Universities and Higher Education Institutions: An Option to Improve Behaviors,. *Journal of Nashkat Alam*, Volume One, No 2, pp 40-31. 1390.
17. Vameghi R SF, Yadegari F, Zarifian T, Shahshahanipour S, Hatamizadeh N, et al. Production of a protocol on early in-tervention for speech and language delays in early childhood: An novice experience in Iran. *Archives of Rehabilitation* 2006;374-81.
18. Elahi N AF, Ahmadi F. Challenges to Effective Teaching, Reflection on Experience, and Perceived Nursing: A content Analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 1(3):229-39 [In Persian]. 2012.
19. Irwin D. pannbacher M. pTvG. Ethics for Speech-language pathologists and Aduiologists: An illusterative Gsebookfirst edition 2007.
20. A S. Ethics Education Package. In: Australia SPAo, editor. Melbourne. 2002.
21. Speziale HS SH, Carpenter DR. . *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; . 2014.*
22. Sawatzky J-AV EC. A mentoring needs assessment: Validating mentorship in nursing education. . *Journal of Professional Nursing* 2009;;25(3):145-50.
23. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Research in nursing & health*. 1995;18(2):179-83.
24. Polit-O'Hara D, Beck CT. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.*
25. Sandelowski M. Telling stories: Narrative approaches in qualitative research. *Journal of nursing scholarship*. 1991;23(3):161-6.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
27. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
28. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
29. Mir Haghghat SNN, Neda. Again, Ramesh. Liz Kazim race, Ehsan. . *Patient Communication Skills and Related Factors in Nursing Students*. . *omprehensive Nursing and Midwifery Journal* (1394). ;25, No. 76, pp. 101-93. Persian.
30. Rostami H GM, Mirzaei A. Evaluation Of Communication Skills Of Nurses From Hospitalized Patints' Perspective. . *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012;; 10(1): 27-34. Persian.
31. Aghabarary M ME, Varvani-Farahani A. . Barriers to Application of Communicative Skills by Nurses in Nurse-Patient Interaction: Nurses and Patients' Perspective. . *Iran J Med Educ*. 2009; ;22(61): 19-31. Persian.

32. kku T MH. Developemet of the nursing Relationship scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care. . International journal of Mental Health system. 2010; ;4: 4-12.
33. SA. H. Workplace incivility: state of the science. J Nurs Adm. . 2006;;36(1):22-7; discussion 7-8. PMID: 16404196.
34. Winstanley S WR. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. Acta Psychiatr Scand Suppl 2002;(412):144-7. PMID: 12072147.
35. DM. F. Incivility and bullying in the workplace and nurses' shame responses. . J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;;37(2):234-41; quiz 41-2. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00227.x PMID: 18336449.
36. Thempson D SS. Handmaiden or right handman: is the relationship between doctors and nurses still therapeutic. . International journal of Cardiology 2007;139-40.
37. Chaboyer WP PE. Australian hospital generalist and critical care nurses perceptions of doctor-nurse collaboration. . Nursing and Health Science 2001;;73-9.
38. Asgari Balazuj AAM, Khalil. Hejazi, sweet. . The Relationship between Moral Intelligence and Anger in Nurses in Emergency Wards of Kashan University of Medical Sciences Hospitals. . Journal of Health and Care. (1396). ; Nineteenth Year, No. 4, pp. 271-263.
39. Yang BX ST, Petrini MA, Morris DL. . Incidence, type, related Factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. . Archives of Psychiatric Nursing 2017;;21(1):1-7.
40. Fute M MZ, Wakgari N, Tessema GA. . High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. BMC Nursing 2015;;14(1):1-7.
41. Abbaszadeh AB, F. Mawzen of Divine blessings L. . Comparison of Nursing Students and Nurses' Ethical Sensitivity in Kerman University of Medical Sciences in 89. . Journal of Medical Ethics,. (1389). ; Volume 4, Number 12, pp. 54-39. .
42. Hariharan S JR, Walrond E, Moseley H. . Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. . BMC Med Ethics 2006; ;7:7-1.
43. Barnitt R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. Journal of Medical Ethics. 1998;24:193 – 99.
44. Buie J. Clinical ethics survey shows members grapple with ethical dilemmas. ASHA Leader 1997;2:1-4.
45. Fire Shade F, Ashkbarab T, Yaghmaei F. ICU Nurses Experience of Moral Stresses: A Qualitative Study. Bachelor of Science in Shahed University. two-part scientific and research journal. 2011;19(95).
46. Çobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. Nursing Ethics. 2004;11(5):444-58.
47. Park HA, Cameron ME, Han SS, Ahn SH, Oh HS, Kim KU. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. Nurs Ethics. 2003;10:638-53.
48. Mehdi Yar MT, Seyyed Mohammad Reza. Goodarzi, Mohammad Ali. . Prediction of patience based on material belonging and attachment to God in students. . Religion and health (1395). ;Volume 4, Number 2, pp. 29-29.
49. Zarei FSZ, Neda. Saleh Vahedi, Muhammad. Ardalan, Marlin. Scholar, Nasrin. Evaluation of honesty and apology in nurses when providing services to patients from patients' point of view. . Journal of Kurdistan School of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences (1393). ;Volume One, Number Four, pp. 56-64.
50. Movahed Kor E AM, Akbari Sari A, Hosseini M. . Inpatient perceptions of participating in cure decision making and safety among public hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Hospital 2012; ;11(1):29-38. [In Persian].
51. M. H. Philosophy and mechanism of response in the system of the Islamic Republic of Iran. Islamic social research (Thought for the former domain). . 2004;(49):197.

52. Hudon A PK, Laliberté M, Desrochers P, Williams-Jones B, Ehrmann Feldman D, et al. . Ethics teaching in rehabilitation: results of a pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators Disability and Rehabilitation. 2015.
53. Aga Khan NMe, cleaner. The leader, Narges. Shafei, Violet. Valerakhshi, Muhammad. . Viewpoints of hospitalized patients in Urmia teaching hospitals regarding their rights. . Journal of Nursing & Midwifery Faculty. (1390). ;Twelfth Year, pp. 46-37.
54. Jo K-H DA. Understanding the meaning of human dignity in Korea: a content analysis. Int J Palliat Nurs. 2009;;15(4):178-85.
55. Mansfield A NV, Jayesinghe N, Foyle G. . The psychological and social needs of patients. UK: British Medical Association. . 2011.
56. Badakhsh MPH, Z. . A survey on the observance of the rights of women using contraceptive methods from their perspective in Zabol clinics. Summary of Papers of the First National Conference on the Patients' Rights Charter of Fasa University of Medical Sciences, 2003. (1381).
57. . Asiaszadeh SANNE, Alireza. Vesco, Eskuri, sun. Evaluation of Nursing Managers Training Needs in Public Hospitals. . Iranian Journal of Nursing Research (1388). ;Vol. 4, No. 15, pp. 24-16.
58. Sadeghi T DNN. [Patients' dignity: patients' and nurses' perspectives]. . Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2009;;3(1):9-20. Persian.
59. WHORofEECOTRO. P. Declaration on promotion of the patient's rights in Europe- Amsterdam Copenhagen: Amesterdam. 1994.
60. U. N. Universal declaration of human rights. In: Nations GAotU, editor. . Retrieved ed1948. 2009.
61. R. B. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. . Journal of Medical Ethics 1998;;24:193 – 99.
62. Zamani P, Shahabi P, Mohebbinejad F, Heidari S. Comparison of client's satisfaction about opportunities of educational speech therapy clinics related to Ahvaz Jundishapur university of medical sciences in 2011. Jentashapir 20102;3(3):141-9.
63. Vameghi R, Sajedi F, Yadegari F, Zarifian T, Shahshahanipour S, Hatamizadeh N, et al. Production of a protocol on early in-tervention for speech and language delays in early childhood: An novice experience in Iran. Archives of Rehabilitation. 2006;16(4):374-81.
64. Goodarzi ZK, Khadija. Critical, Nasser. Vesco, the sun. But Pur Gavgani, Parvin. Chug, Sima. Mousavi Nia Sigari, Munir al-Sadat. Factors Affecting the Patient Education Process from the Nurses' Perspective. . (1383).Life Quarterly, Tenth Year, No. 23, pp. 65-57.
65. Moore L KS. A literature review of children's and young people's participation in decisions relating to health care. . J Clin Nurs 2010;;19:2215-25.
66. Silber T BM. Ethical dilemmas in the treatment of children with disabilities. . Pediatr Ann. 2004;;33:752-61.
67. Tefag M NNA, Mehran A, Dinmohammadi N. . Investigation of the ethical practice in medication process among nurses. Hayat 2004;;10(4):77-85.(Persian).
68. Hassanpoor M HM, Fallahi Khoshknab M Abbaszadeh A. . Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 2010. . Ijme 2011; ;4 (5):58-64.
69. Pasco AC MJ, Olson JK. The cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. J Nurs Scholarsh 2004; ;36(3): 239-46.
70. Gajic O AB, Hanson AC, Krpata T, Yilmaz M, Mohamed SF, et al. Effect of 24-hour mandatory versus ondemand critical care specialist presence on quality of care and family and provider satisfaction in the intensive care unit of a teaching hospital. . Crit Care Med 2008;;36(1): 36-44.



71. Aghajani M, Dehghannayeri N. The rate of observe "various dimensions of patients privacy" by treatment team. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2009;2(1):59-70.
72. Abedi HAAF, Mansoura. Savior, Seyed Ali. Nasiri Rizi, Mehri. . Patient privacy by health care personnel. The first regional conference of innovation students in nursing and midwifery. (1392). .
73. Peasant Mobake MM, Ahmad Reza. Malekpour Tehrani, Legend. Rahimi Medisah, Mohammad. The Importance of Patients' Privacy from the Perspective of Shahrekord University of Medical Sciences. . *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, . (1392). ;Volume 3, Issue 3, pp. 17-9.
74. Christensen BL KE. *Foundations and Adult Health Nursing*. Elsevier Health Sciences. 2014.
75. Mohtashemi R SZ, Miri A, Honar H. . Teaching Medical Ethics in Research. *Journal of Training Strategies*. . 2011;;3(2):81-6.
76. Borhani F AF, Mohammadi E, Abbaszade A. Development of nursing professional ethics competence, necessity and challenges in ethic education. . *J Med Ethics Hist Med* 2009;;2(3):27-38.
77. Mohammadi F. Exploration of professional ethics in post graduate rehabilitation sciences curriculums (Occupational therapy, Physical Therapy, Speech therapy, and Rehabilitation nursing). 2016
78. Moradi J, Soltani M, Shaterzadeh M, Hamed D. Design and implementation of the "Professional Ethics Package", in Clinical Curriculum of Speech Therapy Students, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. 2017.
79. F. M. Exploration of professional ethics in post graduate rehabilitation sciences curriculums (Occupational therapy, Physical Therapy, Speech therapy, and Rehabilitation nursing). . 2016.
80. Moradi J SM, Shaterzadeh M, Hamed D. . Design and implementation of the "Professional Ethics Package", in Clinical Curriculum of Speech Therapy Students, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. . 2017.
81. Sadeghi R, Ashktorab T. Ethical problems of observed by nursing students: a qualitative approach. *J f Med Ethics Hist Med*. 2011;5(15):44-62.
82. Dehghani A, Islamiakbar R, Parviniyan Nasab A, Shamsizadeh M, Shamsi A. The determination of management factors related to professional ethics in nurses practice. *Journal of Ethics in Education*. 2013;2(3):53-60.
83. Kenny B LM, Blyth K, Balandin S. . Ethical perspective on quality of care: The nature of ethical dilemmas identified by new graduate and experienced speech pathologists. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2009;;44(4):421-39.
84. J. B. Clinical ethics survey shows members grapple with ethical dilemmas. . *ASHA Leader* 1997;;2:1-4.
85. Flatley DR KB, Lincoln MA. . Ethical dilemmas experienced by speech-language pathologists working in private practice. *International Journal of Speech-Language Pathology* 2014;;16(3):290-303.
86. *Medicine*. ABoI. Project Professionalism: Professionalism in Medicine: Issues and Opportunities in the Educational Environment. 2001:5-10.
87. Parandeh AHA, Zahra. . Activity-Based Learning and its Consequences in Nursing Students' Education. . *Quarterly Journal of Education & Ethics in Nursing*.. (1394). ;Volume 2, Number 3, pp. 8-1.
88. Lieberman Joshua D WCT. Brief report: reducing inappropriate usage of stress ulcer prophylaxis among internal medicine residents, a practice-based educational intervention. . *J Gen Intern Med* 2006; ;21(5): 498-500.
89. Niyaz Azari KE, song. Behnam Farr, Reza. Kahrudi, Zahra. . The Relationship between Professional Ethics and Organizational Commitment. . *Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences (Iranian Journal of Nursing)* (1393). Volume 27, Number 87, pp. 42-34.
90. Rahgozar H ST, Molaei S. . [Study of relation between professional ethics and organizational commitment.] *Spectrum: A Journal of Multidisciplinary Research* 2014; ;3(2): 231-9. Persian.

91. Yadegari F eM, Zarifian T, Darouie A, Salehi A, Qhoreishi Z, et al. . Professional Speech Therapy Ethics Charter. . 2016.

92. Yadegari F, ebrahimipour M, Zarifian T, Darouie A, Salehi A, Qhoreishi Z, et al. Professional Speech Therapy Ethics Charter. 2016.