



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

# بررسی رابطه بین سلامت روان و ابتلا به افسردگی و استرس درک شده بین دانشجویان

## پرستاری کره

**چکیده:** این تحقیق برای شناسایی رابطه میان سلامت معنوی ، افسردگی و استرس درک شده اجرا شد. شرکت کنندگان 518 دانشجوی پرستاری در استان کی در کره بودند.

**طرح:** طرح اکتشافی برای این تحقیق استفاده شد . داده ها از طریق  $t$  test و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون جمع آوری و تجزیه و تحلیل شدند. نتایج از این قرار بودند:

1- نمرات میانگین داوطلبین برای سلامت معنوی  $76/3$  (15/74) سلامت مذهبی ،  $32.8$  (15.74) ، سلامت وجودی  $43/23$  (8/12) ، افسردگی  $9/10$  (7/06) و سطح استرس  $15.47$  (5.49) بودند.

2- سلامت معنوی، سلامت وجودی و سلامت مذهبی به طور معناداری با میزان حضور در مراسمات مذهبی و رضایت ذهنی مرتبط با رشته تحصیلی و عقیده در مورد شغل آینده متفاوت است.

3- بین سلامت روان و استرس درک شده و افسردگی داوطلبین رابطه منفی وجود دارد

4- بویژه سلامت وجودی بیشتر با افسردگی و استرس درک شده رابطه معکوس دارد تا با سلامت مذهبی.

این تحقیق سلامت و معنوی را به عنوان یک فاکتور مهم با سطوح پایین افسردگی و استرس را برجسته می کند. طبق این نتایج لازم است تا برنامه ارتقا سلامت معنوی به عنوان یک مفهوم مثبت توسعه یابد تا بین زندگی دانشجویی و سلامت معنوی که لازمه مراقبت از بیماران به عنوان یک نیروی بالقوه برای دانشجویان پرستاری در آینده می باشد سازگاری ایجاد نماید.

**مقدمه:** دانشجویان پرستاری کره ای به دلیل حجم دروس دانشگاهی ، فعالیتهای بالینی ، آزمونهای درسی و نگرانی برای استخدام با استرس شدید روبرو می شوند. استرس بیش از حد باعث بروز مشکل در عملکرد دانشگاهی و عدم سازگاری با شرایط بالینی مورد نیاز در رابطه بین فردی شده که در گزارشات مکرر به عنوان عامل اختلال در عملکرد دانشگاهی معرفی شده که باعث افزایش ابتلا به عفونت های ویروسی، اختلال خواب ، نگرانی در مورد خانواده و دوستان و مشکل در روابط می شود. علاوه براین پژوهش های قبلی ادعان دارند که بین

تجربه استرس و خطر دوره های افسردگی متعدد در بالغین رابطه وجود دارد. طبق تحقیقات قبلی افسردگی می تواند با بعد روانی - اجتماعی منفی مرتبط باشد.

برای مثال نشانه ها و علائم افسردگی شامل کاهش وزن ، خستگی ، بیخوابی، احساس درماندگی، ناامیدی و گناه می باشد. براساس تحقیقات افسردگی دانشجویان کره ای جدی است و ابتلا به افسردگی در دانشگاه بسیار بدتر از افسردگی دانش آموزان مقطع متوسطه است. در سال 2012، 49/5 درصد از بالغین کره ای تجربه استرس شدید، 30/5 درصد احساس افسردگی بیش از دوهفته در مقایسه با سال قبل داشته اند، 18/3 درصد به طور جدی به خودکشی فکر کرده اند و 4٪ درصد حداقل یکبار در طول سال تحصیلی قبل اقدام به خودکشی کرده اند. بنابراین دانشجویان سیستم های حمایتی آنها باید از مدیریت استرس و افسردگی آگاهی داشته باشند تا با مسائل اجتماعی صحیح برخورد کنند و زندگی دانشگاهی موفق داشته باشند. با این وجود تحقیق دیگری نیز اثبات میکند که رابطه حفاظتی بین معنویت و پیامدهای بهداشتی منفی در افراد جوان وجود دارد. براساس پژوهش اخیر معنویت می تواند برای کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی مفید باشد. به هر حال تحقیقات محدودی رابطه بین سلامت روان و معنویت یا مذهبیت را بررسی کرده اند و بیشتر تحقیقات مربوط به سلامت مذهبی را بیش از سلامت معنوی مورد بررسی قرار داده اند. در حقیقت سلامت معنوی یا معنویت یک مفهوم انتزاعی است که توسط پالوتزیان و الیژن ارائه شد و براساس مرزهای مذهبی یا فرهنگی تعریف نشده است. به طور ملموس معنویت همان مذهبیت نیست؛ ممکن است در یک فرد معنویت از طریق مذهب بروز پیدا کند؛ مذهب نیز میتواند سرچشمه سلامت معنوی فرد باشد. این عقیده که سلامت مولفه های معنوی، اجتماعی، محیطی، روانی - اجتماعی، احساسی و جسمانی را در برمیگیرد دیگر عجیب بنظر نمیرسد. با این وجود بررسی سیستماتیک ادبیات تجربی دلالت بر این دارد که مذهب و معنویت نشانگر متغیرهای مورد مطالعه در تحقیقات مرتبط با سلامت است. در ارتقاء سلامت تلاشی برای بررسی سلامت معنوی به عنوان یک بعد مهم از سلامت کل انجام نمی شود. علاوه بر این تحقیق کنونی اثبات میکند که پرستاران رابطه بالایی با مراقبتهای معنوی دارند. با این حال پرستاران بالینی به دلیل عدم وجود سیستم آموزشی مناسب معنویت در دانشگاههای پرستاری تمایل به مراقبتهای معنوی کافی ندارند. تحقیقات در زمینه مراقبت معنوی در رشته پرستاری نشان میدهد پرستارانی که احساس شخصی بالاتری از سلامت معنوی دارند دیدگاه مثبت تری نسبت به مراقبت معنوی دارند. در نتیجه

ارتقاء احساس شخص نسبت به سلامت معنوی برای دانشجویان پرستاری یک استراتژی مهم آموزشی در رویکرد کل در آینده محسوب می شود. بنابراین در تحقیق کنونی سلامت معنوی دانشجویان کره ای پرستاری ارزیابی شد و رابطه آن با افسردگی و استرس مورد شناسایی قرار گرفت. و داده‌های اساسی برای تهیه برنامه آموزشی معنوی بهینه آماده گردید.

هدف این تحقیق در چهار بند بیان شده است: 1- بررسی سلامت معنوی، استرس و افسردگی داوطلبین 2- ویژگیهای شخصی مرتبط با ابعاد ویژه ای از سلامت مذهبی یا سلامت وجودی 3- شناسایی رابطه بین سلامت معنوی، افسردگی و استرس درک شده 4- بررسی ارتباط بعد ویژه سلامت روان با کاهش استرس و افسردگی

2- روش:

2.1 طرح تحقیق: طرح اکتشافی برای این تحقیق استفاده شد. 2.2 نمونه مورد مطالعه : داوطلبین 518 دانشجوی پرستاری از دانشکده ای در استان کی کره هستند. داده ها از 9 تا 24 ماه سپتامبر جمع آوری شد. شرکت کنندگان داوطلبانه در تحقیق همکاری کردند و به آنها از محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد.

### 2.3 ارزیابی

2.3.1 سلامت معنوی : در تحقیق کنونی مقیاس سلامت معنوی ترجمه شده به زبان کره استفاده شد که شامل 20 گزینه بود و سوالات بصورت لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافق از 1 تا 6 نمره گذاری شدند. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس می باشد : سلامت مذهبی و سلامت وجودی. ده سوال (سوالات فرد) سلامت مذهبی، ده سوال (سوالات زوج) سلامت وجودی را می سنجد . هشت سوال (1 و 2 و 5 و 6 و 9 و 12 و 13 و 16) سوالات با نمره معکوس هستند. نمره کلی از 20 تا 120 متغیر می باشد و نمره دو خرده مقیاس نیز بین 10 تا 70 می باشد. نمره بالاتر بترتیب نشاندهنده سلامت معنوی، مذهبی یا وجودی بیشتر است الفای کرونباخ برای سلامت معنوی در نسخه اصلی کره ای 0/89 بود و در تحقیق کنونی 0/92 می باشد.

2.3.2 پرسشنامه افسردگی بک (1961) که توسط لی و سونگ (1991) به زبان کره ای ترجمه شد مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس یک گروه از سوالات فارغ از نوع فرهنگ هستند و نیازمند خود اظهاری داوطلبین است. نمره کلی آن بین 0 تا 0/63 است که در چهار گروه درجه بندی شده اند : نمره 0 تا 9 در دسته نرمال، 10 تا 19 دسته حاشیه ای، نمره 20 تا 29 در دسته متعادل و نمره 30 تا 39 در دسته متعادل تا شدید و نمره

بالتر از 40 در دسته شدید قرار میگیرند. الفای کرونباخ برای پرسشنامه بک در تحقیق بک 0/86 و در این تحقیق 0/87 بود.

2.3.3 نسخه کره ای مقیاس استرس درک شده توسط لی استفاده شد. PSS توسط کوهن و همکاران بسط داده شد و از طریق تحلیل عاملی اصلاح گردید. ماهیت جهانی و کلی این پرسشنامه آن را برای سنجش استرس بدون تمرکز بر موقعیت های خاص مناسب می سازد. پرسشنامه PSS از 10 گزینه تشکیل شده که با تعداد دفعات ایجاد استرس در موقعیت های مختلف مربوط می باشد. پاسخها در این پرسشنامه نشان دهنده این است که داوطلبین احساسات و افکار خاصی در ماه گذشته تجربه کرده اند. داوطلبین بر مبنای مقاس چهار نمره ای از 0 (هرگز) تا 4 (غالبا) به سولات پاسخ می دهند که نمره بالاتر نشانگر سطح استرس بالاتر می باشد. گزینه های مثبت دارای نمره گذاری معکوس بودند. الفای کرونباخ برای نسخه کره ای PSS 0/83 و در این تحقیق 0/86 بود.

2.4 تحلیل داده ها: داده ها با نرم افزار SPSS نسخه 18 تجزیه و تحلیل شد. فراوانی ها، نسبتها، میانگین و انحراف معیار ها محاسبه شدند تا داده های توصیفی حاصل شود. تی تست و انوا برای سنجش سطوح مختلف سلامت معنوی، افسردگی و استرس استفاده شد. آزمون شفه برای تمایز میان نتایج معنادار استفاده شد و ضریب همبستگی پیرسون برای شناسایی رابطه میان متغیرها استفاده شد.

### 3. نتایج:

1. ویژگیهای نمونه: داده های 518 داوطلب بعد از حذف پرسشنامه های غیر معتبر یا ناقص تجزیه و تحلیل شدند. بیشتر داوطلبین زن با تعداد 496 معادل 90/5 درصد نمونه و تعداد مردان 49 نفر معادل 9/5 درصد نمونه بودند. میانگین سن داوطلبین 21/35 بود تقریباً 60 درصد از شرکت کنندگان گزینه هیچچدام را برای مذهب خود انتخاب کرده بودند 180 درصد مسیحی، 14٪ کاتولیک، 8٪ بودا و 4٪ مذاهب دیگر را انتخاب کردند. 31٪ از داوطلبین گزینه هرگز، 40٪ گزینه یکبار در ماه، 16٪ گزینه 2 تا 3 بار در ماه، 6 درصد گزینه 4 بار در ماه و 7٪ گزینه بیش از 5 بار در ماه را برای مولفه فعالیت مذهبی ثبت کرده اند. بیش از نیمی از داوطلبین از انتخاب پرستاری به عنوان رشته تحصیلی خود اظهار رضایت کرده اند 34٪ گزینه متوسط و 10/8٪ گزینه ناراضی را برای رشته تحصیلی خود انتخاب کردند. 63٪ نسبت به آینده شغلی خود خوشبین، 4/8٪

درصد بدبین بودند. ( جدول 1) سلامت وجودی گزارش شده داوطلبین ( $M=43.23, SD=8.12$ ), سلامت مذهبی ( $M=32.8, SD=10.85$ ) و سلامت معنوی کل ( $M=76.03, SD=15.74$ ) ، افسردگی ( $M=9.10, SD=7.06$ ) و استرس ( $M=15.47, SD=5.49$ ) می باشد.

Characteristic	Categories	N (%)
Gender	Male	469 (90.5)
	Female	49 (9.5)
Age		21.35
Religion	None	310 (59.8)
	Christian	95 (18.3)
	Catholic	40 (7.7)
	Buddhist	71 (13.7)
	Others	2 (0.5)
Attendance	Never	161 (31.1)
	1/m	205 (39.6)
	2-3/m	83 (16.0)
	4/m	31 (6.0)
	5/m	38 (7.3)
Satisfaction with major	Satisfaction	281 (54.2)
	Medium	181 (34.9)
	Dissatisfaction	56 (10.9)
Career opportunity	Optimistic	325 (62.7)
	Medium	168 (32.5)
	Pessimistic	25 (4.8)

جدول 1

Variables	Subcategories	M (SD)
SWB	RWB	32.80 (10.85)
	EWB	43.23 (8.12)
Depression		9.10 (7.06)
Stress		15.47 (5.49)

جدول 2

Characteristics	Variable	M (SD)	t/F	p	Scheffe
Gender	Male	76.51 (16.68)	.123	0.726	
	Female	75.99 (15.66)			
Religion	Religious	83.77 (17.04)	-9.889	0.000	
	Areligious	70.89 (12.47)			
Attendance	none	72.70 (13.12)	51.876	0.000	4/m
	1-3 / m	82.52 (16.40)			>1-3/m
	4/m	96.95 (16.26)			> none
Satisfaction with major	Satisfaction	81.00 (15.46)	40.450	0.000	Satisfaction > Medium
	Medium	71.82 (14.26)			> Dissatisfaction
	Dissatisfaction	64.55 (13.80)			
Career opportunity	Optimistic	79.92 (15.52)	30.525	0.000	Optimistic >
	Medium	70.01 (13.26)			Medium, Pessimistic
	Pessimistic	65.80 (17.20)			

### جدول 3

جدول 1 : همگونی ویژگیهای جمعیتی : تفاوت سطح سلامت معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی بر اساس ویژگیهای جمعیتی : تفاوت معناداری میان مردان و زنان در رابطه با سطح سلامت معنوی ، سلامت مذهبی و سلامت وجودی مشاهده نشد. با اینحال چهار متغیر ( مذهب،مراقبت ، رضایت از رشته تحصیلی ، ایده ذهنی یبرای فرصتهای حرفه ای) عواملی را تجزیه وتحلیل کردند که بر سطح سلامت روان ، سلامت وجودی و سلامت مذهبی تاثیر می گذارد.برای داوطلبین مذهبی به طور معناداری سطوح بالاتری از سلامت معنوی گزارش شده است.

بحث: پژوهش کنونی به بررسی رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی و استرس و اینکه کدام بعد بیشتر با بعد روانی -اجتماعی مرتبط می باشد می پردازد. در رابطه با سوال اول نمره میانگین سلامت معنوی ، سلامت مذهبی و سلامت وجودی داوطلبین به ترتیب  $76.03 \pm 15$ ،  $74.32.8$ ،  $43.23 \pm 8.12$ ،  $10.85$  بودند. این نمرات سطح متوسطی را نسبت به تحقیقات قبلی برای دانشجویان پرستاری گزارش میکند. SWB  $68.32 \pm 9.38$  (Jung & Eun, 2011):  $64.85$  (Lee, Park, & Son, 2007):  $79.52 \pm 16.37$  (Choi & Kim, 1998)

سطح افسردگی و استرس درک شده داوطلبین همانند دیگر دانشجویان پرستاری کره ای متوسط بودند. برای پرسشنامه دوم وسوم داوطلبین مذهبی سطوح بالاتری از سلامت معنوی ، سلامت مذهبی و سلامت وجودی بالاتری نسبت به دیگران برخوردار هستند. با این حال تفاوت معناداری بین مردان و زنان وجود ندارد. یافته های این تحقیق مفهوم اساسی سلامت معنوی توسط الیژن و پالوزیان را اثبات میکند که دارای دو بعد می باشد: بعد سلامت وجودی و بعد سلامت مذهبی. بعد سلامت وجودی به محور افقی داشتن احساس معنایابی و هدفمندی در زندگی اشاره دارد در حالیکه سلامت مذهبی نشاندهنده محور عمودی داشتن یک نقطه تمرکز بر رابطه شخص با خدا یا قدرت برتر اشاره دارد. بنا براین مذهب می تواند به منبع سلامت معنوی تاثیر بگذارد. با اینحال معنویت همان مذهبیت نیست. مذهب و متغیرهای مراقبت با سلامت وجود در تحقیق کنونی مرتبط است. این نتیجه می تواند حاکی از این باشد که داشتن یک مذهب یا انجام فعالیتهای مذهبی به افراد کمک میکند تا معنا را در زندگی و وجود خود بیابند. در حقیقت تحقیقات قبل ثابت میکند که انجام اعمال مذهبی با توجه به اینکه

حس زندگی را در افراد با ناتوانی های روانی ایجاد میکند خود آگاهی را نیز افزایش میدهد. همان طور که در جدول 5 نشان داده شده سلامت وجودی رابطه معناداری با رضایت دانشجویان از رشته تحصیلی و ایده ذهنی آنها در آینده دارد. فرض براین است که رضایت دانشجویان و انتظارات ذهنی آنان به عنوان بخش مهم در معنا یابی مد نظر قرار گیرد. تحقیق چوی با اثبات اینکه پرستاران با رضایت شغلی بالاتر دارای نمرات بالاتری از سلامت وجودی و سلامت مذهبی هستند نتایج این تحقیق را تایید می کند. یافته های تحقیق دیگری نیز نشان میدهد که پرستاران با نمرات سلامت مذهبی بالاتر امید بیشتری به زندگی دارند. پرسش نامه چهارم تحقیق این بود که آیا ابعاد خاصی از سلامت معنوی با کاهش استرس درک شده و افسردگی مرتبط می باشد؟ همبستگی نشان داد که سطح بالای سلامت معنوی با سطح پایین استرس و افسردگی ارتباط دارد و سلامت وجودی رابطه معکوس با استرس و افسردگی دارد تا سلامت مذهبی. این یافته ها تحقیقات قبلی را تایید میکند. سلامت وجودی رابطه منفی با افسردگی، ناامیدی و فکر خودکشی دارد تا سلامت مذهبی. تحقیقات دیگر نشان داد که سلامت وجودی تاثیر افزایشی مستقیم در بیماران مبتلا به درک یا عدم قطعیت سندرم فیبرو ملاژیا داشت. این نتایج می تواند اینگونه استنباط شود که سلامت وجودی با شناخت وجود شخص، انرژی درونی، روانی- اجتماعی قدرتمند تری دارد در حالیکه سلامت معنوی محور عمودی داشتن تمرکز بر رابطه فرد با خدا یا قدرت برتر است. به طور کل این یافته ها نشان میدهد که یک استراتژی برای کاهش پریشانی و فکر خودکشی در میان دانشجویان مکانیزمهایی را دنبال میکند که حس معنایی در زندگی را برای افرادی که به مسائل مذهبی توجه ندارند پرورش دهد. چندین تحقیق در زمینه سلامت معنوی انجام شده است تا پریشانی را کاهش دهد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. تکرار مانترام بویژه در تاثیر آن به افزایش سلامت وجود معنادار بود. جانگ و یان مدلی را برای فعالسازی معنویت و مراقبت معنوی در آموزش و پرورش پرستاران برای دانشجویان پرستاری کره ای تنظیم کردند. این مدل توسط نارایانامی طراحی شد تا مراقبت معنوی پرستاران بریتانیایی و معنویت دانشجویان پرستاری را توسعه دهد. مطالعات قبلی ثابت کرده اند که این مدل در افزایش خود آگاهی در مورد اهمیت مراقبت معنوی موثر بود. همسو با تحقیقات قبلی مدل ASSET که به مدت 6 هفته (2 ساعت در هفته) برای دانشجویان کره ای ارائه شد تاثیر معناداری برقابلیت مراقبت معنوی، بکارگیری مراقبت معنوی، حمایت فردی و مشاوره بیماری، دیدگاه نسبت معنویت بیمار داشته است. با اینحال تحقیقات برنامه های توسعه معنویت کافی



نیست و به مطالعه بیشتر نیاز دارد. این تحقیق چندین محدودیت دارد. نخست این داده ها از یک آموزشگاه پرستاری جمع آوری شد بنابراین نیاز است تا با احتیاط تفسیر شود. دوم این داده ها از یک نظرسنجی به روش مقطعی بدست آمده بنابراین تحلیل ها نمیتواند رابطه علی و معلولی داشته باشد و مطالعات بلند مدت می تواند رابطه علت و معلول را شناسایی کند. علیرغم این محدودیت ها یافته های این تحقیق نشان میدهد که سلامت معنوی بویژه سلامت وجودی می تواند قدرت بالقوه برای ابعاد روانی-اجتماعی مثبت باشد. بنابراین ما انتظار داریم برنامه آموزشی جدید که سلامت روان را بهبود بخشد می تواند برای مدیریت استرس و افسردگی و منبعی از مراقبت معنوی در آینده مفید باشد.

Characteristics	Variable	M (SD)	t/F	p	Scheffe
<b>Gender</b>	Male	30.65 (11.79)	.825	0.364	
	Female	33.03 (10.74)			
<b>Religion</b>	Religious	38.83 (11.51)	-11.442	0.000	
	Areligious	28.83 (8.32)			
<b>Attendance</b>	none	30.32 (8.89)	69.340	0.000	4↑/m
	1-3 / m	38.59 (10.02)			>1-3/m
	4↑/ m	48.03 (10.73)			> none
<b>Satisfaction with major</b>	Satisfaction	35.10 (11.13)	16.669	0.000	Satisfaction >
	Medium	30.86 (10.21)			Medium,
	Dissatisfaction	27.51 (9.01)			Dissatisfaction
<b>Career opportunity</b>	Optimistic	34.28 (11.37)	8.343	0.000	Optimistic >
	Medium	30.35 (9.21)			Medium
	Pessimistic	30.00 (10.94)			

جدول 4

Characteristics	Variable	M(SD)	t/F	p	Scheffe
<b>Gender</b>	Male	45.86(9.50)	3.415	0.065	
	Female	42.95(7.93)			
<b>Religion</b>	Religious	44.94(8.21)	-3.982	0.034	
	Areligious	42.06(7.88)			
<b>Attendance</b>	none	42.38(8.08)	10.689	0.000	4↑/m
	1-3 / m	43.93(8.00)			>1-3/m
	4↑/ m	48.92(8.23)			> none
<b>Satisfaction with major</b>	Satisfaction	45.90(7.48)	44.690	0.000	Satisfaction >
	Medium	40.96(7.29)			Medium >
	Dissatisfaction	37.07(8.35)			Dissatisfaction
<b>Career opportunity</b>	Optimistic	45.63(7.50)	48.298	0.000	Optimistic >
	Medium	39.66(7.30)			Medium,
	Pessimistic	35.80(8.19)			Pessimistic

جدول 5

	RWB	EWB	Stress	Depression
SWB	.877*	.766*	-.299*	-.394*
RWB	-	.363*	-.153*	-.175*
EWB		-	-.376*	-.530*
Stress			-	-.358*

### جدول 6

نتیجه : به طور خلاصه علیرغم بعضی محدودیت ها یافته های این تحقیق از مجادلات موجود در مورد اینکه سلامت معنوی بویژه سلامت وجودی نشانگر یک بعد متمایز است که نیروی اکتشافی را برای پیش بینی سلامت روان می افزاید. با اینحال سیستم آموزش پرستاری کره اهمیت بعد معنوی را نشناخته است و شرایط پرستاری بر مدل بیمار یا درمان-محور تمرکز می کند. بنابراین غلبه بر موانع آموزش و پرورش در حوزه سلامت معنوی وظیفه مهم محسوب می شود و نتایج این تحقیق کارکردهایی برای سیاست گذاری آموزشی خواهد داشت.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی