


Role of Attitude to the Care of a Dying Patient in Prediction of Clinical Anxiety and Sleep Quality of Nurses

Hamideh Shahri¹, Farhad Kahrazei^{2*}

1. Student of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Article Info	Abstract
Received: 2017/11/6 Accepted: 2018/01/25 Published Online 2018/03/16	Introduction: Due to their job nature, nurses are the first group whose time is mostly associated with dying patients and their families. The aim of this study was to determine the role of attitude to the care of a dying patient in prediction of clinical anxiety and sleep quality of nurses in Zahedan city.
DOI: 10.30699/sjhmfmf.26.3.173	Methods: This is a descriptive-correlational study. The statistical population of the study included all nurses working in medical sciences hospitals of Zahedan. 130 nurses were selected by available sampling method; they completed the Clinical Anxiety Scale of Thyer & Westhuis (1989), Scale for the End of Life Caregiving Appraisal of Lee, Yoo & Kim (2009) and the Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (1989). Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression and SPSS19.
Original Article	Results: Findings showed that in components of attitude to patient care there was a positive correlation between physical suffering and burden with clinical anxiety ($P<0.01$); there was also a negative correlation between maturation with clinical anxiety ($P<0.01$) and social support pursuit with clinical anxiety ($P<0.01$). There was a positive correlation between physical suffering and burden with quality of sleep ($P<0.01$), and there was a negative correlation between maturation and sleep quality ($P<0.01$). Also, in stepwise regression analysis, two components of burden and maturation of 0.165 variance of clinical anxiety and components of physical suffering and burden a 0.254 predicted the variance of sleep quality.
Use your device to scan and read the article online	Conclusion: According to the results, the positive attitude to the care of a dying patient can help to reduce the level of clinical anxiety and increase the quality of sleep in nurses.
	Keywords: Attitude, End-of-life care, Clinical anxiety, Sleep quality

Corresponding Information

Farhad kahrazei, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. Email: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Shahri H, Kahrazei F. Role of Attitude to the Care of a Dying Patient in Prediction of Clinical Anxiety and Sleep Quality of Nurses. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (3): 172-182

بررسی نقش نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ در پیش‌بینی اضطراب بالینی و کیفیت خواب پرستاران

حمیده شهری^۱، فرهاد کهرآزنی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران
 ۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۸/۱۵	مقدمه: پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود، اولین گروهی هستند که بیشترین زمان را با بیماران بدحال و در حال مرگ و خانواده آن‌ها سپری می‌کنند. هدف از انجام این پژوهش تعیین نقش نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ در پیش‌بینی اضطراب بالینی و کیفیت خواب پرستاران است.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۵	روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی شهرستان زاهدان در سال ۹۶ بوده است. تعداد ۱۳۰ پرستار براساس روش نمونه‌گیری در دسترس، به پرسش‌نامه‌های اضطراب بالینی Thyer و Westhuis (۱۹۸۹)، مقیاس ارزیابی مراقبت از بیمار در حال مرگ Lee و همکاران (۲۰۰۹) و کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) پاسخ دادند. داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵	یافته‌ها: نتایج نشان داد در مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار، بین رنج جسمانی و فشار با اضطراب بالینی رابطه مثبت ($P < 0/01$)، و بین اضطراب بالینی با بالیدگی ($P < 0/01$) و اضطراب بالینی با حمایت اجتماعی ($P < 0/01$) رابطه منفی وجود داشت. همچنین بین رنج جسمانی و فشار با کیفیت خواب، رابطه مثبت ($P < 0/01$) و بین بالیدگی با کیفیت خواب ($P < 0/01$)، رابطه منفی وجود داشت. همچنین در تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، دو مؤلفه بالیدگی و فشار ۰/۱۶ اضطراب بالینی و مؤلفه‌های رنج جسمانی و فشار نیز ۰/۲۵ از واریانس کیفیت خواب را پیش‌بینی کردند.
نویسنده مسئول: فرهاد کهرآزنی دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران پست الکترونیک: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir	نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، مؤلفه‌های مراقبت از بیمار در حال مرگ در ارتقای کیفیت خواب و اضطراب بالینی پرستاران نقش عمده‌ای دارد که از طریق آموزش می‌توان به ایجاد نگرش مطلوب در پرستاران نسبت به مراقبت از بیمار در حال مرگ و پیامد آن، افزایش کیفیت خواب و کاهش اضطراب بالینی کمک کرد.
	واژه‌های کلیدی: نگرش، مراقبت از بیمار در حال مرگ، اضطراب بالینی، کیفیت خواب

مقدمه

بیمار در حال مرگ داشته باشند، زندگی رضایت‌بخش‌تری را برای آن‌ها به وجود خواهند آورد [۲]. در صورتی که نگرش پرستاران نسبت به بیمار منفی باشد، در کیفیت و نوع مراقبت از این بیماران تأثیر خواهد داشت [۴]؛ زیرا در مدت بستری در بیمارستان، کیفیت مراقبتی که بیماران دریافت می‌کنند، به‌طور مؤثری تحت تأثیر دانش، نگرش و مهارت پرستاران قرار خواهد گرفت [۳]. نگرش شخصی پرستاران نسبت به مرگ و عوامل فرهنگی و اجتماعی مانند اعتقادات، روابط خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، بر مراقبت از بیمار در حال احتضار تأثیرگذار است [۶]. پرستاران زمانی می‌توانند نگرش مثبتی به مرگ و مراقبت از افراد در حال مرگ داشته باشند که ارتباطی بشردوستانه با افراد جامعه داشته باشند [۲۲]. موفقیت پرستاران در مراقبت تسکینی، می‌تواند ناشی از ارتباط آن‌ها با همه بیماران در حال مرگ نیز باشد. تحقیقات، رابطه بین نگرش نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ را نشان می‌دهد [۷].

پرستاران وقت بیشتری را در تماس با بیماران در حال مرگ می‌گذرانند و این بخش از کار را از جنبه‌های سخت حرفه خود می‌دانند و بیشتر دچار تنش و آشفتگی‌های روانی-ذهنی می‌شوند [۱]. در این بین نگرش منطقی پرستاران به مراقبت از بیمار در حال مرگ می‌تواند در مراقبت از این بیماران و خانواده آن‌ها مؤثر باشد. اگر کارکنان بهداشتی - درمانی مرگ را موضوعی ترسناک و شوم بپندارند، نخواهند توانست به صورتی آرام و مؤثر با مرگ بیماران روبه‌رو شوند [۲].

نگرش (ادراکات، احساسات و عقاید) نسبت به مراقبت از بیماران، مسئله‌ای تعیین‌کننده در نوع رفتار مراقبتی است که بر سلامت و بهبودی بیمار تأثیر می‌گذارد. هرچه پرستاران احساسات و نگرش مثبت‌تری نسبت به مراقبت از

داد پرستاران شاغل در شیفت‌های صبح، سطح استرس بالاتر و کیفیت خواب پایین‌تری در مقایسه با پرستاران سایر شیفت‌های کاری دارند [۲۴].

با توجه به اهمیت نگرش به مراقبت از بیماران و نقش آن در سلامت روان پرستاران، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ در پیش‌بینی اضطراب بالینی و کیفیت خواب پرستاران چه نقشی دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی شهرستان زاهدان را در بر می‌گیرد. براساس روش نمونه‌گیری در دسترس، از ۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در سطح شهر زاهدان، تعداد ۱۳۰ پرستار که در سال ۱۳۹۶ در بخش‌های مختلف این بیمارستان‌ها مشغول به فعالیت بودند، انتخاب و پس از تأیید رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و تشریح اهداف پژوهش، از آن‌ها خواسته شد پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، اضطراب بالینی، مقیاس ارزیابی مراقبت از بیمار در حال مرگ و مقیاس کیفیت خواب را کامل کنند.

معیارهای ورود به مطالعه: رضایت از شرکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم بهیاری، نداشتن سابقه بیماری جسمی، روانی و بیماری مزمن، اشتغال تمام‌وقت در بخش‌های بیمارستانی، داشتن حداقل یک سال سابقه کار.

معیار خروج از مطالعه: رضایت نداشتن از شرکت در پژوهش، داشتن بیماری‌های مزمن جسمی و روانی، تنش و ناراحتی شدید طی ۳ ماه گذشته از قبیل مرگ یکی از نزدیکان یا طلاق، اشتغال پاره‌وقت در بخش‌های بیمارستانی، سابقه کمتر از یک سال، مصرف هر نوع داروی مسکن و آرام‌بخش.

ابزار پژوهش

مقیاس ارزیابی مراقبت از بیمار در حال مرگ:
مقیاس ارزیابی مراقبت از بیمار در حال مرگ در سال ۲۰۰۹ از سوی Lee و همکاران برای ارزیابی نگرش‌های پرستارانی که از بیماران در حال مرگ مراقبت می‌کنند، طراحی شده است. این آزمون ۳۲ عبارت و چهار زیرمقیاس دارد. اولین زیرمقیاس رنج جسمانی است که ۹ عبارت دارد و مواردی مانند خستگی، اختلال خواب، روابط اجتماعی محدود و ... را نشان می‌دهد و حاکی از ارزیابی فیزیولوژیکی منفی پرستار است. زیرمقیاس دوم بالیدگی است و ۸ گویه دارد. این عامل بیانگر ارزیابی مثبت مراقبت‌کننده مانند رشد، قدردانی یا بهبود روابط وی است. زیرمقیاس سوم فشار نام دارد که ۹ عبارت است و ارزیابی منفی روان‌شناختی مراقبت‌کننده را نشان می‌دهد و زیرمقیاس چهارم حمایت اجتماعی نام دارد که ارزیابی خنثی‌کننده را نشان می‌دهد و ۶ عبارت است. نمره‌گذاری با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» انجام می‌شود و نمره‌گذاری آن به صورت

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و در برگیرنده تغییرات جسمی، روانی و رفتاری در رویارویی با تهدید و خطر هستند. اضطراب بالینی، نمودی از اضطراب است که بر اثر حضور در بیمارستان ایجاد می‌شود، عملکرد فرد را مختل و او را نسبت به محیط بیمارستان دچار رعب و وحشت می‌کند [۸]. نتایج تحقیقات نشان داده‌اند بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان می‌تواند در دیگر افراد خانواده اضطراب و مشکلات روحی - روانی به وجود آورد؛ به‌ویژه اگر این بیمار در بخش‌های پرتنشی مانند بخش مراقبت‌های ویژه یا اورژانس بستری باشد [۹]. در ارتباط با بحث نقش فضای بیمارستان در ایجاد اضطراب، می‌توان گفت محیط بیمارستان می‌تواند با ایجاد شرایط مطلوب از بیماری‌های حمایت کند که در شرایط روحی نامناسب و همراه با ترس و اضطراب هستند. تأثیر فضای مطلوب بیمارستان منجر به کاهش اضطراب و ایجاد آرامش روانی بیماران می‌شود [۱۰]. پرستاران از جمله گروه‌های شاغلی هستند که در جریان اضطراب، استرس و مسائل روانی دیگران قرار دارند و افسردگی و اضطراب و خستگی، از مشکلات رایج این گروه است [۱۱]. Aghajani و همکاران گزارش کردند بیش از ۵۶٪ از پرستاران بخش‌های عمومی و ۵۳/۵۵٪ از پرستاران بخش‌های ویژه، اضطراب متوسط و ۱۷/۲۴ درصد پرستاران بخش‌های عمومی و ۳۰/۳۲ درصد پرستاران بخش‌های ویژه اضطراب شدید دارند [۱۲]. در بعضی پژوهش‌ها نقش نگرش پرستاران به بیماران و محیط درمانی، بر اضطراب پرستاران بررسی شده است که پژوهش‌های Tavan و همکاران [۱۳]، Bagherian و همکاران [۱۴]، Dong و همکاران [۱۵]، O'Hanlon و همکاران [۱۶]، Gama و همکاران [۱۷]، Wessel و همکاران [۱۷] و Peters و همکاران [۱۸] نمونه‌هایی از آن‌ها است.

همچنین پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی‌های ناشی از آن، همواره در معرض این هستند که سلامتی آن‌ها در ابعاد مختلف تهدید شود [۱۹]. یکی از این مشکلات کیفیت خواب ضعیف است. پرستاران در معرض بی‌خوابی قرار دارند و برخی از مطالعات گزارش داده‌اند الگوی نامنظم خواب‌بیداری در آن‌ها باعث کاهش کیفیت خواب، کم‌شدن طول مدت خواب و کاهش عملکرد شغلی می‌شود [۲۰]. همچنین خواب‌آلودگی حین روز که جزء عوارض لاینفک شیفت‌های کاری (به‌ویژه شب‌کاری) است، زمان انجام واکنش در موقعیت‌های بحرانی و سطح دقت و تمرکز پرستاران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است سبب بروز حوادث شغلی شود [۲۱]. Oshvandi و همکاران در پژوهشی نشان دادند نمره کیفیت خواب در گروه مداخله تدابیر پرستاری، نسبت به گروه کنترل بهتر بود [۲۲]. Chien و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند ۷۵/۸٪ از پرستاران در پرسش‌نامه کیفیت خواب نمره مطلوبی گرفتند. همچنین پرستارانی که تحصیلات دانشگاهی و بالاتر داشتند نسبت به پرستارانی که تحصیلات پایین‌تری داشتند، کمتر در معرض اختلال خواب بودند [۲۳]. Da Rocha و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین استرس و خواب ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان

۰/۶۴ تا ۰/۷۴ بوده است [۳۲].

در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۷۱ محاسبه شد و قابل قبول است. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری گام‌به‌گام) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش از نظر جنسیت ۶۲/۳۰٪ (۸۱ نفر) زن و ۳۷/۷۰٪ (۴۹ نفر) مرد بودند. از نظر سن ۲۲٪ (۲۹ نفر) کمتر از ۳۰ سال، ۵۷٪ (۷۴ نفر) بین ۳۱-۴۰ سال و ۲۱٪ (۲۷ نفر) بالای ۴۱ سال بودند. از نظر وضعیت تأهل ۲۶/۹٪ (۳۵ نفر) مجرد و ۷۳/۱٪ (۹۵ نفر) متأهل بودند. از نظر بخش فعالیت پرستاران، ۲۲/۳٪ (۲۹ نفر) اورژانس، ۲۱/۵٪ (۲۸ نفر) بخش داخلی، ۳۳/۸٪ (۴۴ نفر) بخش جراحی و ۲۲/۳٪ (۲۹ نفر) در بخش‌های ICU و CCU مشغول به فعالیت بودند.

نتایج جدول شماره ۱ نشان داد در زیرمقیاس‌های نگرش به مراقبت از بیمار، مقیاس فشار با میانگین $۸/۳۰ \pm ۲۶/۸۶$ ، بالاترین، و حمایت اجتماعی با میانگین $۷/۲۲۲ \pm ۱۹/۴۴$ پایین‌ترین میانگین را دارد. همچنین میانگین کیفیت خواب با میانگین $۷/۵۱۶ \pm ۳/۵۱۶$ و میانگین اضطراب بالینی $۲۷/۷۴۵ \pm ۷۳/۵۲$ به دست آمده است.

نتایج جدول شماره ۲، ماتریس ضرایب همبستگی، نشان داد بین اضطراب بالینی و رنج جسمانی رابطه مثبت ($r = ۰/۰۱$)، $P = ۰/۲۴۶$ ، بین مؤلفه اضطراب بالینی با بالیدگی رابطه منفی ($r = -۰/۳۸۱$ ، $P < ۰/۰۱$)، بین اضطراب بالینی و فشار رابطه مثبت ($r = ۰/۲۶۵$ ، $P < ۰/۰۱$) و بین اضطراب بالینی با حمایت اجتماعی ($r = -۰/۱۸۹$ ، $P < ۰/۰۵$) رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین کیفیت خواب و رنج جسمانی رابطه مثبت ($r = ۰/۴۹۳$ ، $P < ۰/۰۱$)، بین کیفیت خواب با بالیدگی رابطه منفی ($r = -۰/۰۱$)، $P < ۰/۰۱$) و بین کیفیت خواب و فشار رابطه مثبت ($r = -۰/۲۹۵$ ، $P < ۰/۰۱$) وجود دارد؛ اما بین کیفیت خواب با حمایت اجتماعی ($r = -۰/۰۵۰$ ، $P > ۰/۰۵$) رابطه معنی‌دار مشاهده نشد.

نتایج جدول شماره ۳، رگرسیون چند متغیری گام‌به‌گام، نشان داد از بین مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ، ۲ مؤلفه بالیدگی و فشار توانستند وارد معادله رگرسیون شوند و اضطراب بالینی را پیش‌بینی کنند و ۲ مؤلفه رنج جسمانی و حمایت اجتماعی به‌طور خودکار از معادله رگرسیون کنار گذاشته شدند. همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، در مرحله اول که بالیدگی وارد شد، آزمون F معنی‌دار است و مؤلفه بالیدگی به تنهایی ۰/۱۳ درصد از واریانس اضطراب بالینی را تبیین کرده است. در مرحله دوم که فشار به معادله رگرسیون اضافه شد، آزمون F

۵، ۴، ۳، ۲، ۱ است [۲۵]. Lee و همکاران، آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آوردند که نشان‌دهنده سازگاری درونی قابل قبول است. ضریب اطمینان برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها متغیر بود و طی آن آلفای کرونباخ برای عامل رنج جسمانی ۰/۸۶، عامل بالیدگی ۰/۷۹، عامل فشار ۰/۷۲ و برای حمایت اجتماعی ۰/۴۹ به دست آمد [۲۵]. در این پژوهش، میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸، عامل رنج جسمانی ۰/۷۴، عامل بالیدگی ۰/۸۱، عامل فشار ۰/۶۹ و برای حمایت اجتماعی ۰/۷۲ محاسبه شد.

سیاهه کیفیت خواب پیتزبرگ: یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی شده است، پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبرگ (PSQI) است. این مقیاس را Buysse در سال ۱۹۸۹، برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، طراحی کرد. این مقیاس، خودگزارشی، کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (نسبت طول مدت خواب مفید از زمان سپری شده در بستر)، اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه)، میزان مصرف داروی خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه (مشکلات ناشی از بی‌خوابی در طی روز) را می‌سنجد. امتیاز ۳ حداکثر منفی در مقیاس لیکرت پاسخ‌ها، و دامنه امتیازات در این مقیاس بین ۰-۲۱ است. سازندگان این مقیاس معتقدند نمرات ۵ و بالاتر اختلال خواب فراوان تلقی می‌شود. این ابزار نیز استاندارد است و در مطالعات قبلی پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۶]. همچنین در مطالعات مختلف دیگر پایایی و روایی این ابزار تأیید شده است [۳۰-۲۷]. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس اضطراب بالینی: Thyer و همکاران در سال (۱۹۸۹) مقیاس اضطراب بالینی را برای ارزیابی این نوع اضطراب طراحی کردند [۳۱]. این آزمون ابزاری ۲۵ عبارتی است که بر روی سنجش میزان، شدت و سطح اضطراب بالینی گزارش شده از سوی آزمودنی، تمرکز دارد؛ نمره بالاتر در این مقیاس به معنای سطح بالاتر اضطراب است. مقیاس اضطراب بالینی عبارات ساده‌ای دارد و اجراء نمره‌گذاری و تفسیر آن ساده است. عبارات‌های مقیاس اضطراب بالینی براساس ملاک‌های ابتلا به اختلال اضطراب مطرح شده در DSM III انتخاب شده‌اند. نقطه برش مقیاس اضطراب بالینی امتیاز ۳۰ (± 5) در نظر گرفته شده است و نمره‌گذاری آن شبیه مقیاس‌های ارزیابی والمیر است. به‌طورکلی این ابزار برای سنجش اضطراب عمومی در موقعیت‌های بالینی مناسب است و به این صورت نمره‌گذاری می‌شود:

به ندرت یا هیچ‌وقت = ۱، کم = ۲، گاهی اوقات = ۳، زیاد = ۴، بیشتر اوقات یا همیشه = ۵ [۳۲].

در بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بالینی، نتایج نشان داد مقیاس اضطراب بالینی ثبات درونی مطلوبی دارد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شد. همچنین پایایی حاصل از بازآزمایی این آزمون در یک فاصله ۲ هفته‌ای بین

معادله رگرسیون کنار گذاشته شدند. همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، در مرحله اول که رنج جسمانی وارد شد. آزمون F معنی‌دار است و مؤلفه رنج جسمانی به تنهایی ۰/۲۳۷ درصد از واریانس، کیفیت خواب را تبیین کرده است. در مرحله دوم که فشار به معادله رگرسیون اضافه شد، آزمون F معنی‌دار است و متغیرهای فشار با رنج جسمانی ۰/۲۵۴ از واریانس، کیفیت خواب را تبیین کردند.

معنی‌دار است و متغیرهای فشار به همراه بالیدگی ۰/۱۶ از واریانس، اضطراب بالینی را تبیین کردند.

همچنین نتایج جدول شماره ۴ رگرسیون چند متغیری گام‌به‌گام نشان داد از بین مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ، ۲ مؤلفه رنج جسمانی و فشار توانستند وارد معادله رگرسیون شوند و کیفیت خواب را پیش‌بینی کنند و ۲ مؤلفه بالیدگی و حمایت اجتماعی به‌طور خودکار از

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار، کیفیت خواب و اضطراب بالینی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
زیرمقیاس‌های نگرش به مراقبت از بیمار		
رنج جسمانی	۲۵/۳۱	۶/۹۲۲
بالیدگی	۲۵/۲۲	۷/۷۵۱
فشار	۲۶/۸۶	۸/۳۰۰
حمایت اجتماعی	۱۹/۴۴	۷/۲۲۲
کیفیت خواب	۸/۶۳	۳/۵۱۶
اضطراب بالینی	۷۳/۵۲	۲۷/۷۴۵

جدول شماره ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار، کیفیت خواب و اضطراب بالینی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ رنج جسمانی	۱					
۲ بالیدگی	-۰/۵۱۵	۱				
۳ فشار	۰/۸۳۹	-۰/۲۸۵	۱			
۴ حمایت اجتماعی	-۰/۲۰۴	۰/۳۹۵	-۰/۲۱۲	۱		
۵ اضطراب بالینی	**۰/۲۴۶	**۰/۳۸۱	**۰/۲۶۵	*-۰/۱۸۹	۱	
۶ کیفیت خواب	**۰/۴۹۳	*-۰/۲۹۵	*۰/۳۰۹	-۰/۰۵۰	*۰/۵۶۰	۱

* رابطه در سطح معنی‌داری ۰/۰۵
** رابطه در سطح معنی‌داری ۰/۰۱

جدول شماره ۳. رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی اضطراب بالینی براساس زیرمقیاس‌های نگرش به مراقبت از بیمار

مدل	ضرایب استاندارد شده	T	sig	F	sig	R Square	Adjusted R Square
۱ بالیدگی	-۰/۳۸۱	-۴/۶۵۷	۰/۰۰۰	۲۱/۶۸۷	۰/۰۰۰	۰/۱۴	۰/۱۳
۲ بالیدگی	-۰/۳۳۷	-۴/۰۶۶	۰/۰۰۰	۱۳/۷۰۲	۰/۰۰۰	۰/۱۷	۰/۱۶
۳ فشار	۰/۱۸۶	۲/۲۴۳	۰/۰۲۷				

جدول شماره ۴. رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی کیفیت خواب براساس زیرمقیاس‌های نگرش به مراقبت از بیمار

مدل	ضرایب استاندارد شده	T	sig	F	sig	R Square	Adjusted R Square
۱ رنج جسمانی	۰/۴۹۳	۶/۴۱۲	۰/۰۰۰	۴۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۲۳
۲ رنج جسمانی	۰/۶۹۹	۵/۴۳۲	۰/۰۰۰	۱۳/۷۰۲	۰/۰۰۰	۰/۲۶	۰/۲۵
۳ فشار	-۰/۲۵۵	-۱/۹۳۸	۰/۰۴۹				

بحث

و هوشیاری عقلی، احترام نهادن به زیبایی‌ها و خلاقیت‌ها و پذیرش واقعیت‌ها - که در بعد بالیدگی قرار می‌گیرند - دارند، ارتباط بهتری با بیماران برقرار می‌کنند، اضطراب کمتری در محیط بیمارستان تجربه می‌نمایند و نگرش مثبتی نسبت به افراد دریافت‌کننده خدمات بهداشت روانی دارند. این عوامل به آماده‌سازی پرستاران برای ارائه خدمات سلامت روانی باکیفیت‌تر به مددجویان و در نهایت افزایش سازگاری و کاهش اضطراب بالینی آن‌ها منجر می‌شود [۴].

همچنین نتایج نشان داد از مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ، بین ۳ مؤلفه رنج جسمانی، بالیدگی و فشار، با کیفیت خواب بیماران رابطه معنی‌داری وجود دارد و یافته‌های پژوهش حاصل از رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد ۲ مؤلفه رنج جسمانی و فشار توانستند کیفیت خواب را پیش‌بینی کنند. یافته به دست آمده، با نتایج پژوهش Oshvandi و همکاران [۲۲]، Khoshab و همکاران [۳۷] و Gómez-García و همکاران [۳۹] هم‌سو بود و یافته غیرهم‌سو دیده نشد. همچنین Oshvandi و همکاران نشان دادند کیفیت خواب در گروه مداخله تدابیر پرستاری نسبت به گروه کنترل، بهبود معنی‌داری داشت [۲۲]. در مطالعه Khoshab و همکاران مشخص شد از نظر پرستاران خوابیدن روی تخت بیمارستان و تغییر بستر، عوامل جسمی مانند درد، عوامل روانی مانند نگرانی برای خانواده و دور شدن از آن‌ها و بیدار کردن بیمار برای انجام مراقبت‌های پرستاری، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت خواب پرستاران بوده است [۳۸]. همچنین Gómez-García و همکاران نیز در سال ۲۰۱۶ در پژوهشی درباره پرستاران اسپانیایی، به این نتیجه رسیدند که تفاوت عمده‌ای بین کیفیت خدمات پرستاران در گردش کاری با پرستارانی وجود دارد که در طول روز کار می‌کنند. همچنین این گروه از پرستاران کیفیت خواب، نگرش و کیفیت خدمات مراقبتی بهتری داشتند [۳۸].

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان به نقش عوامل میانجی بین نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ و کیفیت خواب اشاره کرد؛ زیرا ممکن است نگرش منفی یا مثبت به مراقبت از بیمار در حال مرگ به‌خودی‌خود تأثیر زیادی بر کیفیت خواب نداشته باشد و این تأثیر از طریق عوامل میانجی پررنگ‌تر باشد. یکی از این عوامل، نگرش منفی به مرگ است. اگر کارکنان بهداشتی - درمانی، در زندگی خود مرگ را موضوعی ترسناک و شوم بیندارند، نخواهند توانست به‌صورت آرام و مؤثر با مرگ بیماران روبه‌رو شوند. در نتیجه بیشتر دچار تنش و آشفتگی روانی می‌شوند که سلب آرامش و کیفیت پایین خواب را به دنبال خواهد داشت. همچنین گردشی بودن شیفت و تأثیری که شیفت‌های کاری بر وضعیت فیزیولوژیکی پرستاران دارد، در نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ و کیفیت خواب نقش دارد.

درباره نقش رنج جسمانی در پیش‌بینی کیفیت خواب پرستاران، می‌توان گفت پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و پرفشار و مواجهه با بیماران بدحال و وضعیت آزاردهنده محیط بیمارستانی، با شرایط بدی مواجه هستند.

نتایج پژوهش نشان داد بین هر ۴ مؤلفه نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ، با اضطراب بالینی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد از بین مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ ۲ مؤلفه فشار و بالیدگی، اضطراب بالینی را پیش‌بینی کردند. یافته به دست آمده با نتایج Tavan و همکاران [۱۳]، Bagherian و همکاران [۱۴]، Dong و همکاران [۱۵]، O'Hanlon و همکاران [۱۶]، Gama و همکاران [۱۷]، Wessel و همکاران [۷]، Peters و همکاران [۱۸] نیز هم‌سو است و یافته غیرهم‌سو یافت نشد. در همین زمینه Rahmani و همکاران گزارش داده‌اند نیمی از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند و حدود ۶۲/۷٪ از این پرستاران به همین دلیل عملکرد مطلوبی در کار ندارند [۳۳]. همچنین Bagherian و همکاران نشان دادند نگاه شخصی پرستاران تحت‌تأثیر نگرش آن‌ها نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ است. به‌علاوه محدودیت‌های شغلی و فرهنگی، در ایجاد نگرش منفی پرستاران مطالعه‌شده نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ دخیل است [۱۴]. Peters و همکاران نیز در تحقیقی نشان دادند نگرش به مراقبت از بیماران در حال مرگ، با اضطراب مرگ پرستاران رابطه دارد و هر چه تجربه بالینی پرستاران بیشتر شود، اضطراب آن‌ها کمتر و کیفیت خدمات مراقبت از بیمار ارتقا می‌یابد [۱۸].

در تبیین یافته‌ها مشخص شد باورها و نگرش‌های منفی نسبت به این بیماران موجب تبعیض و غفلت از بسیاری از نیازهای آن‌ها می‌شود و مانعی در برابر برقراری ارتباط درمانی و ارائه مراقبت‌های مناسب به شمار می‌رود [۳۴]. نگرش‌های ترس‌انگیز، سرزنشی، خصمانه و منفی نسبت به بیماران، بر مراقبت از آن‌ها اثرات قابل‌توجهی دارد و در اکثر موارد این نگرش‌ها ناشی از باورهای کلیشه‌ای نادرست در مورد بیماران است که در پرستار ترس و اضطراب به وجود می‌آورد و حتی انگیزه او را برای کسب دانش و مهارت لازم در مراقبت از این بیماران کاهش می‌دهد [۳۵].

در تبیین نقش فشار در پیش‌بینی اضطراب بالینی پرستاران می‌توان گفت واکنش‌های هیجانی نامناسب مثل استرس و اضطراب، جزء شناخته‌شده و لاینفک در پرستاری مدرن است و به مشکلات عدیده‌ای برای پرستاران و بیماران منجر می‌شود. استرس‌های گوناگون بر مکانیسم‌های مقابله فردی و اجتماعی شخص تأثیر منفی دارد، باعث کاهش مقاومت فرد و اختلالات عاطفی و فیزیکی هنگام مواجهه با فشار و تغییرات زندگی می‌شود [۳۶]. این استرس شغلی زیاد در ایجاد اضطراب بالینی پرستاران مطالعه‌شده در این پژوهش نقش عمده‌ای داشته است.

در تبیین نقش مقیاس بالیدگی در پیش‌بینی اضطراب بالینی می‌توان به دیدگاه مازلو درباره سلسله مراتب نیازها اشاره کرد که براساس آن پرستارانی که خصایصی مانند رشد و شکوفایی استعدادها و توانایی‌های فطری، کنجکاوی

استفاده شود و برای آموزش ابعاد اخلاقی و معنوی پرستاران، برنامه‌ریزی برای ارتقای نگرش به مراقبت از بیمار، کاهش اضطراب بالینی و بهبود کیفیت خواب آنها به کار آید. با توجه به اینکه نگرش پرستار به بیمار در حال مرگ، به بالا رفتن کیفیت ارائه خدمات کمک می‌کند، پژوهش‌های کمی به بررسی این مؤلفه در داخل کشور پرداخته‌اند که خلاء تحقیقاتی عمده‌ای به شمار می‌رود و انجام پژوهش حاضر تا اندازه‌ای خلاء تحقیقاتی موجود را رفع می‌کند. توجه به نتایج این پژوهش در ارتقای سلامت پرستاران و بهبود کیفیت ارائه خدمات به بیماران تأثیر مثبت دارد و در نهایت به افزایش کیفیت زندگی کاری، کاهش اضطراب بالینی و افزایش کیفیت خواب پرستاران منجر می‌شود. این عوامل از نقاط قوت پژوهش حاضر است.

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش محدودیت‌هایی مانند مشکل در تعمیم دادن نتایج به دلیل بافت فرهنگی جامعه پژوهش، استفاده کم از پرسش‌نامه‌های نگرش به مراقبت از بیمار و اضطراب بالینی در جامعه داخلی و نبود آموزش کافی به پرستاران در ابعاد معنوی و اخلاقی، نسبت به مراقبت از بیمار وجود داشت.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه زاهدان است و با کد ۲۱۷۱۷-۹۵ و با حمایت این دانشگاه انجام شده است. از این‌رو از تمامی عوامل حمایت‌کننده در این دانشگاه سپاسگزاریم. همچنین از مدیریت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و تمامی پرستارانی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

در این مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

حجم زیاد کار، کم‌حمایتی و بی‌توجهی مدیران، تعارض و تضاد با همکاران و مواجهه زیاد با مرگ بیماران، بر رضایت شغلی، بیماری‌های جسمانی و کاهش کیفیت زندگی پرستاران تأثیرگذار است [۲۹] و به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم به کیفیت پایین خواب منجر می‌شود.

درباره نقش مقیاس فشار در پیش‌بینی کیفیت خواب بیماران، می‌توان گفت عوامل شغلی مانند تغییرات سازمانی، حقوق و دستمزد، کاهش نیروی انسانی و فشردگی کار، بر پرستاران فشار می‌آورد و آن‌ها را دچار تشویش و نگرانی و اضطراب می‌کند [۴۰]. همچنین رویارویی دائمی با بیماران، داشتن مسئولیت سلامت انسان‌ها، انجام فرایندهای بالینی، مواجهه با بیماران در حال احتضار و روبه‌رو شدن با شرایط اورژانسی، از عوامل استرس‌زای حرفه‌ای است که می‌تواند در حرفه‌های بهداشتی - درمانی باعث کاهش کیفیت مراقبت از بیماران، افسردگی، خستگی از کار و در نهایت به مشکلاتی مانند کیفیت پایین خواب منجر شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد مؤلفه‌های نگرش به مراقبت از بیمار در حال مرگ، در اضطراب بالینی و کیفیت خواب پرستاران نقش دارد. می‌توان گفت برگزاری کارگاه‌های مهارت‌افزایی در زمینه مهارت‌های مقابله با استرس، آموزش نحوه تعامل با بیماران، ارائه آموزش‌های مبتنی بر رویکرد معنوی و دینی برای درک اهمیت مراقبت از بیمار از نگاه دین، بهبود امکانات رفاهی در بیمارستان و شیفت‌بندی متناسب با وضعیت روانی - جسمی پرستاران، می‌تواند به کاهش اضطراب بالینی و بهبود کیفیت خواب پرستاران کمک کند.

نتایج این پژوهش می‌تواند برای آگاهی از وضعیت نگرش به مراقبت از بیمار، اضطراب بالینی و کیفیت خواب پرستاران

References

1. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Death attitudes and emotional intelligence in nursing student. *J of dea and dyi*. 2013; 66 (1): 39-55.
2. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Onco Nurs Forum J*. 2010; 37(1): 43-9. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E43-E49> PMID: 20044331
3. Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review. *Int J Nurs Pract*. 2000; 6(2):62-9. PMID: 11111490
4. McCann T, Deegan J. Bachelor of nursing students' beliefs about prognosis and outcomes for people with schizophrenia: A longitudinal study. *Inter J of Ment Health Nurs*. 2009; 18: 72-79. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00585.x>. PMID: 19125789
5. Inghelbrecht E1, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliat Med*. 2009 Oct; 23(7): 649-58. <https://doi.org/10.1177/0269216309106810>. PMID: 19605604
6. Olthuis G, Dekkers W, Leget C. The caring relationship in hospice care: An analysis based on the ethics of the caring conversation. *Nurs Ethi*. 2006; 13: 29-40. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne848oa>. PMID: 16425902
7. Wessel EM, Rutledge DN. Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *Journal of Hospice & Palli-*

- ative Nursing. 2005;7(4):212-8.. <https://doi.org/10.1097/00129191-200507000-00012>
8. Tiwari N, Baldwin DS. Yogic Breathing Techniques in the Management of Anxiety and Depression: Systematic Review of Evidence of Efficacy and Presumed Mechanism of Action. *Mind and Brain J Psychia*. 2012; 1(3): 320: 228.
 9. Pochard F. Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit Patient before Discharge or Death. *J of Crit Car*: 2004; 110 (20): 90- 96.
 10. Ghorbani M, Enayati B. Investigating the Effect of Green Space Design in Cancer Children's Hospital with an Anxiety Reduction Approach. *Interna Conf on Huma, Archit, Civi Enginee and City*. 2015.
 11. OmidiHosin Abadi H, Abasi A. To Assess The Effects of The Night Shift Work in Nurses' Depression And Anxiety in Hospitals of Chalous. *Nurs Manag*. 2015; 4 (2): 29-39.
 12. Aghajani M, Valiee S, Toli A. Death anxiety amongst nurses in critical care and general wards. *AJN*. 2010; (67) 23: 59-68.
 13. Tavan B, Jahani F, Hekmatpou D. Death Concept from Academicians' Point Of View: A Qualitative Research. *J Qual Res Health Sci*. 2014; 2 (4):358-365.
 14. Bagherian S. Iranmanesh S. Dargahi H. Abbaszadeh A. The attitude of nursing staff of institute cancer and Valie-Asr hospital toward caring for dying patients. *J Qual Res Health Sci*. 2010; 9 (1 and 2): 8-14.
 15. Dong F, Zheng R, Chen X, Wang Y, Zhou H, Sun R. Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. *Eur J Onco Nurs*. 2016; 21:189-96. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.003>. PMID: 26547883
 16. O'Hanlon S, O'Connor M, Peters C and O'Connor M. Nurses' attitudes towards Do Not Attempt Resuscitation orders. *Clin Nurs Stu*. 2013; 1 (1): 43- 51. <https://doi.org/10.5430/cns.v1n1p43>
 17. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factor's influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs*. 2012; 18(6): 267-73. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.6.267>. PMID: 22885899
 18. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, and Shimoinaba K. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nurs J*. 2013; 7: 14-21. <https://doi.org/10.2174/1874434601307010014>. PMID: 23400515 PMCid: PMC3565229
 19. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health*. 2004; 46(6):448-454. PMID: 15613767
 20. Samaha E1, Lal S, Samaha N, Wyndham J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *J Adv Nurs*. 2007; 59(3): 221-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04338.x>. PMID: 17590207
 21. Soleimany M, Nasiri Ziba F, Kermani A, Hosseini F. Comparison of Sleep Quality in Two Groups of Nurses With and Without Rotation Work Shift Hours . *Iranian J Nurs*. 2007; 20 (49): 29-38.
 22. Oshvandi K, Moghadarikoosha M, Cheraghi F, Fardmal J, Nagshtabrizi B, Falahimia G. The impact of nursing interventions on quality of sleep among patients in coronary care unit of Ekbatan Hospital in Hamadan City, Iran. *Sci J Hamadan Nurs Mid Fac*. 2014; 22 (1): 60-69.
 23. Chien PL, Su HF, Hsieh PC, Siao RY, Ling PY, Jou HJ. Sleep quality among female hospital staff nurses. *Sleep disorders*. 2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/283490>
 24. Rocha MC, Martino MM. Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010 Jun;44(2):280-6.
 25. Lee J, Yoo S, Kim T, Jung D. Development and Validation of a Scale for the End of Life Caregiving Appraisal. *Asi Nurs Res*. 2010; 4(1): 1-10.
 26. Aloba OA, Adewuya AO ,Ola BA, Mapayi BM. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. *Sleep Med J*. 2007; 8(3): 266-270. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2006.08.003>. PMID: 17368977
 27. Ghoreishi A, Aghajani A H. Sleep quality in Zanjan university medical students. *Tehran Univ Med J*. 2008; 66 (1):61-67.
 28. Farhadi Nasab A, Azimi H. Study of Patterns and Subjective Quality of Sleep and Their Correlation with Personality Traits among Medical Students of Hamadan University of Medical Sciences. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2008; 15 (1):11-15.
 29. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010; 46: 124- 32. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>. PMID: 20113918
 30. Ghaljaei F, Naderifar M, Ghaljeh M. Comparison

- of general health status and sleep quality between nurses with fixed working shifts and nurses with rotating working shifts. *Zahe Jou of Res in Medi Sci*. 2011; 13: 47-50.
31. Thyer BA, Westhuis D. Development and Validation of the Clinical Anxiety Scale: A Rapid Assessment Instrument for Empirical Practice. *Educa and Psycho Measu J*. 1989; 49, 153-164. <https://doi.org/10.1177/0013164489491016>
 32. Hudson WW. The WALMYR assessment scales scoring manual. WALMYR Pub. Co.; 1992.
 33. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. *Iran J of Nurs*. 2010; 23 (66): 54-63.
 34. Wenzke KS, Trosbach J, Dietrich S, and Angermeyer MC. Experience of Stigmatization by Relatives of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Archi of Psychia Nurs*. 2004; 18(3): 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2004.03.004>
 35. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J of Psyc and Ment Heal Nurs*, 2009; 16: 558-567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>. PMID: 19594679
 36. Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajiamini Z, Salimi H, Radfar S. Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city . *J Holist Nurs Mid*. 2011; 21 (1): 13-21.
 37. Khoshab H, Sabzevari S, Gholamhosseini Nejad N, Rezaie M. Comparing view of physicians, nurses and patients in regard to related factors to sleep disorders of patients. *J of Health Promo Manag*. 2013; 2 (2): 16-24.
 38. Gómez-García T, Ruzafa-Martínez M, Fuentelsaz-Gallego C, Madrid JA, Rol MA, Martínez-Madrid MJ, Moreno-Casbas T. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ open*. 2016;6(8):e012073.
 39. Potter P1, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, Olsen S. Compassion fatigue and burnout. *Clin J Onco Nurs*. 2010; 14(5): 56-62. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62>. PMID: 20880809
 40. Hosseini F, Fasihi Harandi T, Kazemi M, Rezaeian M, Hosseini R. The Relationship between Sleep Quality and General Health of Nurses in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2012. *J of Raf Uni Medi Sci*. 2013; 12 (10): 843-854.

