ORIGINAL ARTICLE

The relationship between attitudes towards death and missed nursing care among intensive care unit nurses: A descriptive-analytical study

Omolhoda Kaveh[1]
Atefeh Sharifi[2]
Afsaneh Fenderski[3]
Hedayat Jafari[4]

[1] Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] MSc in Critical Care Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]Statistical Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 4, 2026; Accepted August 29, 2026)

Abstract

Background and purpose: Missed nursing care is one of the key concepts in the field of nursing care and patient safety. Since nurses' attitudes toward death may be related to the extent of missed nursing care, this study aimed to investigate the relationship between attitudes toward death and missed nursing care among nurses working in intensive care units (ICUs).

Materials and methods: This descriptive–analytical correlational study was conducted among 215 ICU nurses working in teaching and treatment hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences. Stratified random sampling proportional to the size of each hospital stratum was used. Data collection tools included a demographic characteristics form, the Wong et al. Death Attitude Profile-Revised (DAP-R), and the Kalisch and Williams Missed Nursing Care Questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 26 through descriptive statistics, normality tests (Kolmogorov–Smirnov), comparative tests (independent t-test, ANOVA, and Friedman test), Spearman correlation, and simple and multiple linear regression analyses.

Results: None of the dimensions of attitudes toward death were significantly related to missed nursing care ($P > 0.05$). Stressful events and unpredictable situations had a positive and significant relationship with missed nursing care. The results of multivariate regression analysis showed that none of the demographic and occupational factors studied had a statistically significant relationship with the dimensions of attitudes toward death ($P < 0.005$). However, for the "escape acceptance" dimension, age had an inverse and significant relationship with the dimension score, such that each additional year of age was associated with an average decrease of 0.829 points in the score ($B = -0.829$, $P = 0.005$).

Conclusion: Organizational factors and environmental pressures may play a greater role than nurses' individual attitudes in the occurrence of missed nursing care. Therefore, training courses on stress and crisis management, strengthening teamwork and job motivation, and providing continuous psychological support may help improve nurses' attitudes toward death and reduce missed care.

Keywords: attitude toward death, intensive care nurses, missed nursing care, intensive care unit, death

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (260): 170-184 (Persian).

Corresponding Author: Hedayat Jafari - School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: h.jafari@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۰ شهریور سال ۱۴۰۵ (۱۸۴-۱۷۰)

ارتباط نگرش نسبت به مرگ با مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه توصیفی-تحلیلی

ام‌الهدی کاوه [۱]
عاطفه شریفی [۲]
افسانه فندرسکی [۳]
هدایت جعفری [۴]

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت پرستاری ازدست‌رفته یکی از مفاهیم کلیدی در حوزه مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیمار به شمار می‌رود. از آنجا که نگرش پرستاران نسبت به مرگ ممکن است با میزان مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته ارتباط داشته باشد، این تحقیق با هدف بررسی ارتباط نگرش نسبت به مرگ با مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته در پرستاران بخش‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی با مشارکت ۲۱۵ پرستار شاغل در ICU بیمارستان‌های آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم طبقه در بیمارستان‌ها انجام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها فرم مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه نگرش به مرگ وونگ و همکاران و پرسشنامه مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته کالیش و ویلیامز بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های نرمالیتی (کولموگروف-اسمیرنف)، مقایسه‌ای (تی مستقل، ANOVA، فریدمن)، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی ساده و چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: هیچ یک از ابعاد نگرش به مرگ ارتباط معنی‌داری با مراقبت‌های از دست‌رفته نداشتند ($p>0/05$). حوادث استرس زا و موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی ارتباط مثبت و معناداری با مراقبت‌های از دست‌رفته داشت. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که هیچ‌یک از عوامل جمعیت شناختی و شغلی با ابعاد نگرش نسبت به مرگ ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند ($P>0/005$). تنها در بُعد «پذیرش با گریز»، متغیر سن ارتباط معکوس و معنی‌داری با نمره این بُعد داشت؛ به‌طوری‌که با افزایش هر یک سال سن، نمره پذیرش با گریز به‌طور متوسط ۰/۸۲۹ واحد کاهش می‌یافت (۰/۸۲۹- =B و $P=0/005$).

استنتاج: عوامل سازمانی و فشارهای محیطی بیش از نگرش فردی پرستاران در بروز مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته نقش دارند، بنابراین برگزاری دوره‌های مدیریت استرس و موقعیت‌های بحرانی، تقویت کار تیمی و انگیزه شغلی، و حمایت روانی مستمر می‌تواند به بهبود نگرش پرستاران نسبت به مرگ و کاهش مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته کمک کند.

واژه های کلیدی: نگرش نسبت به مرگ، پرستاران مراقبت ویژه، مراقبت پرستاری ازدست‌رفته، بخش مراقبت ویژه، مرگ

مولف مسئول: ،هدایت جعفری- ساری، اورژانس و مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران **Email:** h.jafari@gmail.com

۱. استادیار و عضو هیات علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، اورژانس و مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

۲. کارشناس ارشد مراقبت‌های پرستاری ویژه، مرکز تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

۳. استادیار و عضو هیات علمی گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

۴. استاد و هیات علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، اورژانس و مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۴/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۴/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۶/۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

نجات و حفظ زندگی انسانها، همواره از اهداف اصلی سیستم بهداشتی-درمانی است(۱). با این حال، تیم‌های درمانی با وجود تلاش‌های فراوان برای حفظ حیات بیماران، بارها با پدیده اجتناب‌ناپذیر مرگ مواجه می‌شوند(۲). مرگ یکی از شدیدترین و پیچیده‌ترین تجارب عاطفی انسان است که از ابتدای خلقت مورد بحث و پرسش بوده و اکثر افراد به دلیل عدم تجربه مستقیم، دچار اضطراب مرگ می‌شوند(۳). پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم‌های درمانی که بیشترین وقت را با بیماران می‌گذرانند، هنگام مواجهه با مرگ واکنش‌های هیجانی و شناختی متنوعی نشان می‌دهند(۴). نگرش نسبت به مرگ، مجموعه‌ای از پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد نسبت به حقیقت مرگ است که می‌تواند مثبت یا منفی باشد(۵). نگرش‌های منفی شامل ترس و اجتناب از مرگ و نگرش‌های مثبت شامل پذیرش و توانایی کنار آمدن با مرگ هستند(۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از پرستاران در کنار آمدن با مرگ دچار اضطراب، درماندگی و احساس غمگینی می‌شوند که این امر می‌تواند کیفیت مراقبت آنان از بیماران را تحت تأثیر قرار دهد(۶، ۷). فارونبی و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خویش گزارش کردند که ۷۸ درصد پرستاران دارای نگرش منفی نسبت به مرگ هستند(۸)؛ همچنین مطالعه ژانگ و همکاران نگرش پرستاران را در حد متوسط نشان داد(۹). پژوهش‌های اخیر در برخی کشورها نگرش مثبت‌تر و ترس کمتر از مرگ را گزارش کرده‌اند(۱۰). مطالعه‌ای در پرستاران اروپایی، تفاوت‌های قابل توجهی در نگرش آنها نسبت به مرگ را برجسته می‌کند که تحت تأثیر شرایط قانونی، اخلاقی، فرهنگی و سازمانی قرار دارد(۱۱). از سویی، پرستاران بخش‌های ویژه بیشترین مواجهه را با بیماران بحرانی و در حال مرگ دارند(۶). بیش از ۵۰ درصد مرگ‌ها در مراکز مراقبت ویژه و سالمندان رخ می‌دهد و این روند رو به افزایش است(۴). شواهد نشان می‌دهد بیش از نیمی از پرستاران آموزش کافی درباره مراقبت‌های پایان زندگی دریافت نکرده‌اند(۱۲)؛ در حالی که نگرش آنان نسبت به مرگ می‌تواند کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده را تحت تأثیر قرار دهد(۱۳).

کیفیت مراقبت پرستاری به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی ایمنی بیمار و شاخصی مهم در ارزیابی عملکرد نظام سلامت شناخته می‌شود(۱۴، ۱۵). با این حال، در سال‌های اخیر پدیده «مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته»(Missed Nursing Care) به عنوان یکی از چالش‌های مهم در محیط‌های بالینی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این مفهوم به مراقبت‌های ضروری پرستاری اطلاق می‌شود که به دلیل عواملی نظیر کمبود نیروی انسانی، حجم بالای کار، محدودیت منابع، اولویت بندی نامناسب یا عوامل فردی و سازمانی با تأخیر ارائه شده و یا به طور کامل انجام نمی‌شوند(۱۶). بروز مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته می‌تواند پیامدهای نامطلوبی همچون افزایش عوارض مرتبط با مراقبت، کاهش رضایت بیماران، افزایش خطاهای مراقبتی و افت کیفیت خدمات پرستاری را به دنبال داشته باشد(۱۷، ۱۸). پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل ماهیت پیچیده محیط کاری، مراقبت از بیماران با شرایط بحرانی، مواجهه مکرر با مرگ و فرآیندهای پایان زندگی، در معرض فشارهای روانی و عاطفی قابل توجهی قرار دارند. در این میان، نگرش نسبت به مرگ به‌عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی مهم، می‌تواند بر نحوه مواجهه پرستاران با موقعیت‌های دشوار بالینی، فرآیند تصمیم‌گیری، سازگاری روان‌شناختی، تاب‌آوری و عملکرد حرفه‌ای آنان تأثیرگذار باشد. شواهد نشان داده‌اند که نگرش نامطلوب نسبت به مرگ می‌تواند با پیامدهایی همچون افزایش فشار روانی، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و تمایل بیشتر به ترک حرفه در پرستاران همراه باشد(۱۹-۱۷).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مطالعات پیشین نشان می‌دهند که نگرش نسبت به مرگ و سازه‌های مرتبط با آن، به‌ویژه اضطراب مرگ، با پیامدهای شغلی و عملکرد مراقبتی پرستاران ارتباط دارند(۲۰). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که سطوح بالاتر اضطراب مرگ با افزایش استرس، خستگی ناشی از شفقت، نگرش منفی‌تر نسبت به مراقبت از بیماران در حال احتضار و کاهش آمادگی برای ارائه مراقبت‌های پایان حیات همراه است(۲۴- ۲۱). در مقابل، پذیرش بیشتر مرگ و داشتن نگرش مثبت‌تر نسبت به آن می‌تواند با سازگاری روان‌شناختی بهتر، توانایی بیشتر در مواجهه با موقعیت‌های بحرانی و عملکرد مراقبتی مطلوب‌تر در پرستاران مرتبط باشد(۲۵، ۲۶). از سوی دیگر، شواهد حاصل از مطالعات مرور سیستماتیک نشان داده‌اند که مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته پدیده‌ای چندعاملی است که تحت تأثیر تعامل عوامل سازمانی، محیطی و فردی قرار دارد. اگرچه عواملی مانند کمبود نیروی انسانی، حجم کاری بالا و محدودیت منابع از عوامل شناخته‌شده مؤثر بر این پدیده هستند؛ ویژگی‌های فردی و وضعیت روان‌شناختی پرستاران نیز می‌توانند در نحوه اولویت‌بندی مراقبت‌ها، تصمیم‌گیری بالینی و ارائه خدمات پرستاری نقش داشته باشند(۲۷). بر این اساس، با توجه به تأثیر احتمالی نگرش نسبت به مرگ بر وضعیت روان‌شناختی، نحوه مقابله با شرایط بحرانی و عملکرد مراقبتی پرستاران، می‌توان فرض کرد که این عامل نیز ممکن است با میزان مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته مرتبط باشد.

با وجود اهمیت موضوع، مرور مطالعات موجود نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌های پیشین به بررسی ارتباط نگرش یا اضطراب مرگ با پیامدهایی همچون فرسودگی شغلی، سلامت روان، کیفیت زندگی کاری، نگرش نسبت به مراقبت پایان حیات و کیفیت مراقبت پرداخته‌اند؛ در حالی که شواهد محدودی درباره ارتباط مستقیم نگرش نسبت به مرگ با مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته، به‌ویژه در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، وجود دارد(۱، ۱۶، ۳۳- ۲۸) ازاین‌رو، با توجه به اهمیت مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در ایمنی بیمار و نقش احتمالی عوامل روان‌شناختی در شکل‌گیری این پدیده، انجام پژوهشی با هدف بررسی ارتباط نگرش نسبت به مرگ با مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی است که با هدف بررسی ارتباط نگرش پرستاران نسبت به مرگ با مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در پرستاران مراکز آموزشی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۴۰۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳,۱ و بر اساس آزمون رگرسیون خطی چندگانه (Linear Multiple Regression)، با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط(f^2=۰/۱۵)، سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آزمون ۹۰ درصد و ۲۲ متغیر پیش‌بینی‌کننده بالقوه برابر ۱۹۸ نفر برآورد شد(۳۴). با در نظر گرفتن حدود ۱۰ درصد ریزش احتمالی نمونه، حجم نمونه مورد نیاز ۲۱۸ نفر تعیین گردید. از میان ۲۱۸ پرستار موردنظر، ۳ نفر پرسشنامه را عودت ندادند؛ بنابراین، در نهایت ۲۱۵ پرستار وارد تحلیل نهایی شدند. هیچ‌یک از ۲۱۵ پرسشنامه مورد تحلیل به دلیل داده‌های مفقود یا ناقص حذف نشد. پرستاران به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم طبقات از بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۴۰۴ انتخاب شدند. جامعه پژوهش شامل ۳۷۳ پرستار شاغل در بخش‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

ICUبیمارستان‌های امام خمینی (ره) (۱۰۷ نفر)، بوعلی سینا (۸۸ نفر)، فاطمه الزهرا (س) (۷۶ نفر)، رازی قائمشهر (۶۵ نفر) و شهید زارع (۳۷ نفر) بود. بر اساس تخصیص متناسب با حجم هر طبقه، به‌ترتیب ۶۲، ۵۱، ۴۴، ۳۷ و ۲۱ نفر از بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، بوعلی سینا، فاطمه الزهرا (س)، رازی و شهید زارع وارد مطالعه شدند. برای انتخاب نمونه‌ها، ابتدا فهرست تمامی پرستاران واجد شرایط در هر بیمارستان تهیه و برای هر فرد یک کد عددی اختصاص داده شد؛ سپس نمونه‌های مورد نیاز در هر طبقه با استفاده از اعداد تصادفی تولید شده در نرم‌افزار Excel انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر و حداقل شش ماه سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه بود.

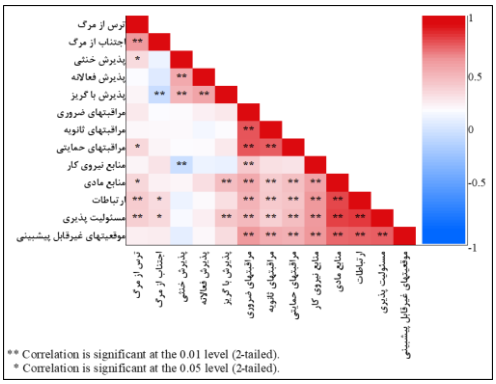
در این مطالعه جهت گردآوری داده‌ها از سه ابزار استفاده گردید. فرم اطلاعات جمعیت شناختی که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران (قومیت، جنسیت، سن، تأهل و مدرک تحصیلی) و متغیرهای شغلی پرستاران (میزان کفایت درآمد ماهیانه، نوع بخش ویژه و نوبت کاری، سابقه کاری در بخش ویژه، وضعیت اشتغال، بیماری زمینه ای و موقعیت تنش‌زا در ۶ ماه اخیر مانند مرگ عزیزان، طلاق) را مورد بررسی قرار داد. فرم پرسشنامه نیمرخ نگرش نسبت به مرگ توسط وونگ، ریکر و گیسر در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۲ سوالی است که ۵ بعد نگرش به مرگ را ارزیابی می‌کند. این پنج بعد هم نگرش های مثبت (خرده مقیاس‌های پذیرش) و هم منفی (خرده مقیاس‌های ترس و اجتناب) نسبت به مرگ را نشان می‌دهند(۳۵). منظور از نمره استاندارد نگرش به مرگ نمره‌ای است که فرد به سوالات ۳۲ ماده‌ای پرسشنامهٔ وونگ و همکاران می‌دهد. پنج مولفه پرسشنامه شامل ترس از مرگ، اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی، پذیرش فعالانه، پذیرش با گریز است. نمرات سوال‌های مربوط به هر خرده مقیاس با هم جمع شده و با تقسیم برتعداد سوال‌ها، میانگین نمره فرد در آن خرده مقیاس بدست می‌آید که نمرات بالاتر نشان دهنده پذیرش، ترس و اجتناب بیشتر فرد از مرگ می‌باشد. در پژوهش بشرپور و همکاران روایی صوری پرسشنامه تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این آزمون نیز در دامنه ۶۴ درصد برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ تا ۸۸ درصد برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه مرگ بدست آمد (۳۶). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ (۸۰/۸ درصد) محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است. ابزار سوم، پرسشنامه سنجش مراقبت‌های ازدست‌رفته کالیش و ویلیامز است که از دو قسمت تشکیل شده و منظور از نمره استاندارد مراقبت ازدست‌رفته پرستاری نمره‌ای است که فرد به سوالات می‌دهد. پرسشنامه به دو حوزه‌ی مختلف تقسیم شده است. بخش A شامل مراقبت‌های ضروری، مراقبت‌های ثانویه و مراقبت‌های حمایتی است که شامل ۲۴ گویه است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «همیشه» تا «هیچ وقت» پاسخ داده شده است. بخش B شامل ارتباطات، منابع مادی، منابع نیروی کار، مسئولیت و موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی است که شامل ۱۷ گویه در رابطه با دلایل مراقبت از دست رفته است که در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از "دلیل مهم" تا " دلیلی برای از دست رفتن مراقبت نیست" پاسخ داده شده است(۳۷). در پژوهش حسینی و همکاران(۲۰۲۲)، CVI برای قسمت الف ۰/۹۴۴ و برای قسمت ب ۰,۹۶۹ بود که بسیار بالاتر از حداقل نمره لازم است. اعتبار صوری پس از تعیین نمره تأثیر هر سؤال محاسبه شد (۳۸). در این مطالعه نیز محاسبه ضریب آلفای کرونباخ قسمت اول ۰/۹۴۶(۹۴/۶ درصد) و قسمت دوم ۰/۹۱۷ (۹۱/۷ درصد) بدست آمد و حاکی از آن بود که تمامی بخش‌های پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار بودند.

پس از اخذ مجوز از معاونت آموزشی و مدیر پرستاری هر مرکز، هماهنگی‌های لازم صورت گرفت و پرسشنامه‌ها به صورت حضوری، قبل از آغاز شیفت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

کاری صبح و عصر و پایان شیفت شب در اختیار پرستاران شیفت در گردش قرار گرفت تا مانعی برای انجام مراقبت از بیماران نباشد. مدت زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه ۳۰ الی ۴۵ دقیقه در طی ۲۴ ساعت بعد از آخرین شیفت کاری بود و از پرستاران درخواست شد که تمام سوالات را با دقت و صادقانه پاسخ دهند و پرسشنامه‌ی تکمیل شده را در زمان جمع‌آوری در پاکت‌هایی که از قبل در اختیارشان قرار داده شد به صورت کاملا بسته تحویل دهند و پرسشنامه‌ها نیز بدون ذکر نام و نام‌خانوادگی تهیه شد؛ بدین سان اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات رعایت گردید. در مجموع جمع‌آوری اطلاعات به مدت تقریبی دو ماه از اواخر فروردین تا اواخر خرداد ۱۴۰۴ انجام گرفت.

در ابتدا نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد. مقایسه بین گروه ها با استفاده از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس و مقایسه بین نمرات ابعاد مختلف پرسشنامه با توجه به نرمال نبودن توزیع داده ها در اغلب ابعاد، با استفاده از آزمون فریدمن انجام شد. همبستگی بین ابعاد با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن بررسی شد. بررسی ارتباط متغیرهای مورد بررسی با نمره کلی مراقبت‌های از دست‌رفته ابتدا با استفاده از رگرسیون خطی ساده انجام شد. سپس تمامی متغیرهای پیش‌بینی کننده بالقوه به‌طور همزمان و با استفاده از روش Enter در مدل رگرسیون خطی چندگانه وارد شدند. در بررسی پیش فرض های مدل رگرسیونی، عدم وجود همخطی با استفاده از شاخص VIF<۵، نرمال بودن توزیع باقیمانده‌های مدل با استفاده از نمودار هیستوگرام و Q-Q plot برای باقیمانده های استاندارد شده، خطی بودن رابطه با رسم مانده ها در برابر مقادیر برازش شده و تصادفی بودن خطاها و ثبات واریانس با رسم مانده ها در برابر ترتیب مشاهدات بررسی و تایید شد. تمامی تحلیل ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.



نمودار شماره ۱: نمودار حرارتی بررسی همبستگی ابعاد نگرش به مرگ، مراقبت‌های ازدست‌رفته و علت از دست رفتن مراقبت‌ها در پرستاران

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد IR.MAZUMS.REC.1403.528 مصوب و مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و محیط پژوهش اخذ گردید. پس از تشریح اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، بر تضمین محرمانگی اطلاعات، امکان خروج آزادانه از مطالعه، عدم تأثیر بر شرایط شغلی و انتشار صادقانه نتایج تأکید گردید.

یافته ها

از مجموع ۲۱۵ پرستار مورد مطالعه، ۶۸/۴ درصد زن و ۹۵/۸ درصد دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین سنی ۷/۳۲± ۳۲/۸۷ و سابقه کار در بخش ویژه بین ۱ تا ۲۲ سال با میانگین ۵/۸۸± ۷/۸۶ و میانه ۶ سال گزارش شد. توصیف نمره نگرش به مرگ در پرستاران تحت مطالعه به تفکیک هر یک از ابعاد در جدول شماره ۱ و توصیف نمره مراقبت‌های ازدست‌رفته در پرستاران تحت مطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است. همچنین ارتباط متغیرهای تحت بررسی با مراقبت‌های ازدست‌رفته با استفاده از مدل رگرسیون خطی ساده و رگرسیون چندگانه و ارتباط متغیرهای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

تحت بررسی با ابعاد نگرش به مرگ با استفاده از مدل رگرسیون چندمتغیره به ترتیب در جداول شماره ۳ و۴ ارائه شده است. یافته‌ها نشان دادند که بیشترین میانگین نمره نگرش به مرگ مربوط به بعد «پذیرش با گریز» (۶۳/۳) و کمترین آن مربوط به بعد «پذیرش خنثی» (۲۷/۲) بود. در مورد مراقبت‌های ازدست‌رفته، بیشترین میزان مربوط به «مراقبت‌های ضروری» (۸۲/۵۵) و کمترین آن «مراقبت‌های ثانویه» (۷۳/۸۵) بود.

جدول شماره ۱: توصیف نمره نگرش به مرگ در پرستاران تحت مطالعه

متغیر	انحراف معیار ±میانگین	امه بینچار کیمیانه	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	آم اره آزمون	سطح معنی داری
ترس از مرگ	۱۷/۶۲ ± ۴۴/۶۹	۵۷/۲-۳۳/۳(۴۵/۲)	۰	۹۷/۷	۲۸۹/۳	<۰/۰۰۱
اجتاب از مرگ	۲۴/۴۹ ± ۴۱/۶۷	۶۳/۳-۲۳/۳(۳۶/۷)	۰	۱۰۰		
پذیرش خنثی	۱۲/۵۳ ± ۲۷/۲۴	۳۳/۳-۲۰(۲۶/۷)	۰	۱۰۰		
پذیرش فعالانه	۱۶/۵۵ ± ۴۲/۷۲	۵۵-۳۱/ (۴۱/۷)	۰	۹۰		
پذیرش باگریز	۲۰/۶۱ ± ۶۳/۳۹	۷۶/۷-۵۰(۶۳/۳)	۱۰	۱۰۰		

جدول شماره ۲: توصیف نمره مراقبت‌های از دست رفته در پرستاران تحت مطالعه

متغیر	انحراف معیار ±میانگین	دامنه بینچارکی میانه	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	آماره آزمون	سطح معنی داری
مراقبت‌های ضروری	۸/۸ ± ۸۲/۵۵	۸۸/۵-۷۵ (۸۴/۶)	۵۱/۹	۱۰۰	۱۱۴/۶	<۰/۰۰۱
مراقبت‌های ثانویه	± ۷۳/۸۵ ۱۲/۳۵	۷۹/۲-۶۶/۷(۷۰/۸)	۴۱/۷	۱۰۰		
مراقبت‌های حمایتی	± ۷۹/۸۶ ۱۲/۶۹	۹۰-۷۰(۷۵)	۳۵	۱۰۰		

بر اساس این نتایج در مدل تک متغیره، متاهل بودن ارتباط معکوس و معنی داری با مراقبت‌های ازدست‌رفته داشت، به این معنی که میزان مراقبت ازدست‌رفته در افراد متاهل کمتر از سایر افراد بود. همچنین هیچ یک از ابعاد نگرش به مرگ ارتباط معنی‌داری با مراقبت‌های از دست‌رفته نداشتند (p>۰/۰۵). در بررسی ارتباط علل از دست رفتن مراقبت، تمامی علت‌ها ارتباط معنی‌داری با از دست رفتن مراقبت در پرستاران نشان دادند.

در مدل چندگانه، با کنترل سایر عوامل، هیچ یک از ابعاد نگرش به مرگ ارتباط معناداری با مراقبت‌های از دست‌رفته نداشتند. حوادث استرس زا و موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی ارتباط مثبت و معناداری با مراقبت‌های از دست‌رفته نشان داد. میزان ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل شده در مدل چندگانه به ترتیب برابر ۰/۲۷۸ و ۰/۲۱۹ بود به این معنی که متغیرهای در نظر گرفته شده در این مطالعه تنها حدود ۲۲ درصد از تغییرات نمره مراقبت‌های از دست‌رفته در پرستاران را توجیه می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که هیچ‌یک از عوامل جمعیت شناختی و شغلی مورد بررسی (جنسیت، تأهل، نوع بخش، استخدام، درآمد، حوادث استرس‌زا، سن) با ابعاد «ترس از مرگ»، «اجتناب از مرگ»، «پذیرش خنثی» و «پذیرش فعالانه» ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند (p>۰/۰۰۵). در بُعد «پذیرش با گریز»، سن ارتباط معکوس و معنی‌داری با نمره این بُعد داشت؛ به‌طوری‌که با افزایش هر یک سال سن، نمره پذیرش با گریز به‌طور متوسط ۰/۸۲۹ واحد کاهش می‌یافت (B=-۰/۸۲۹ و p=۰/۰۰۵).

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به مرگ، ماهیتی چندبعدی دارد و در میان ابعاد آن، «پذیرش با گریز» بالاترین میانگین را به خود اختصاص داد. همچنین، بیشترین موارد مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته در حیطه مراقبت‌های ضروری و پایه مشاهده شد. هیچ یک از ابعاد نگرش نسبت به مرگ ارتباط معناداری با مراقبت‌های ازدست‌رفته نداشتند. این یافته نشان می‌دهد که اگرچه نگرش پرستاران نسبت به مرگ می‌تواند بر برخی جنبه‌های رفتاری آنان اثرگذار باشد، اما کیفیت و تداوم ارائه مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه بیش از آنکه تحت تأثیر نگرش‌های فردی باشد، از شرایط سازمانی و محیط کار تأثیر می‌پذیرد. در بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها سن با بعد پذیرش با گریز ارتباط معناداری داشتند، به‌گونه‌ای که پرستاران با سن بالاتر نمرات پایین‌تری در این بعد کسب کردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول شماره ۳: ارتباط متغیرهای تحت بررسی با مراقبت‌های ازدست‌رفته با استفاده از مدل رگرسیون خطی ساده و رگرسیون چندگانه

متغیر		مدل ساده			مدل چندگانه		
		B(95% CI)	آماره آزمون	سطح معنی داری	B(95% CI)	آماره آزمون	سطح معنی داری
جنسیت	زن/ مرد	(-۰/۹۴۶,۴/۵۰۱-۱/۷۸)	۱/۲۸۶-	۰/۲۰۰	(-۰/۴۸۶-۲/۰۳۹,۳/۰۱۱)	۰/۳۷۹-	۰/۷۰۵
سن		(-۰/۰۰۲,۰/۳۴۳-۰/۱۷۰)	۱/۹۴۶-	۰/۰۵۳	(-۰/۰۶۴-۰/۱۸۲,۰/۳۱۱)	۰/۵۱۵-	۰/۶۰۷
تاهل	متاهل/ مجرد	(-۱/۲۱۹,-۶/۴۳۷-۳/۸۳۰)	۲/۸۹۲-	۰/۰۰۴	(-۲/۷۰۴-۰/۲۳۲,۵/۶۳۹)	۱/۸۱۶-	۰/۰۷۱
قومیت	غیر بومی/ بومی	(-۸/۴۹۷,۱۰/۳۲۱-۰/۹۱۰)	۰/۱۹۱-	۰/۸۴۹	–	–	–
تحصیلات	کارشناسی ارشد/ کارشناسی	(-۱/۶۵۸,۱۰/۹۷۷-۴/۶۶۰)	۱/۴۵۴-	۰/۱۴۷	–	–	–
نوبت کاری	گردشی/ ثابت	(-۱۶/۳۸۸,۲/۳۳۶-۷/۰۳۰)	۱/۴۷۹	۰/۱۴۱	–	–	–
سابقه کاری		(-۰/۰۲۶,۰/۴۰۵-۰/۱۹۰)	۱/۷۳۷-	۰/۰۸۴	–	–	–
نوع بخش ویژه	تخصصی/ جنرال	(-۲/۳۵۱,۲/۷۵۹ -۰/۲۰)	۰/۱۵۷-	۰/۸۷۵	(-۰/۴۸۵-۱/۹۲۸,۲/۸۹۷)	۰/۳۹۶-	۰/۶۹۲
وضعیت استخدام	غیر رسمی/ رسمی	(-۴/۴۱۳,۰/۶۵۴-۱/۸۸۰)	۱/۴۶۲	۰/۱۴۵	(-۰/۹۲۶-۴/۰۷۴,۲/۳۲۱)	۰/۵۸	۰/۵۶۲
درآمد	متوسط/ کم	(-۱/۱۱,۳/۹۶۲-۱/۴۳۰)	۱/۱۰۸-	۰/۲۶۹	(-۰/۲۷۴-۲/۸۸,۲/۳۳۳)	۰/۲۰۷	۰/۸۳۶
بیماری زمینه ای		(-۰/۱۷۶,۱۱/۷۹۷-۵/۸۱۰)	۱/۹۱۳-	۰/۰۵۷	–	–	–
حوادث استرس زا		(-۶/۰۵۷,۰/۵۶۹-۲/۷۴۴)	۱/۶۳۳	۰/۱۰۴	(-۳/۳۲۹-۶/۳۸۵,۰/۲۷۳)	۲/۱۴۸	۰/۰۳۳
ترس از مرگ		(-۰/۱۳۳,۰/۰۱۱-۰/۰۶۰)	۱/۶۷۲	۰/۰۹۶	(-۰/۰۵۵-۰/۱۲۹,۰/۰۱۹)	۱/۴۶۷	۰/۱۴۴
اجتناب از مرگ		(۰/۰۵ ,۰/۰۵۴) ۰	۰/۰۸	۰/۹۳۶	(-۰/۰۳۹-۰/۰۱۵,۰/۰۹۳)	۱/۴۳۹-	۰/۱۵۲
پذیرش خنثی		(-۰/۰۷۱,۰/۱۳۲-۰/۰۳۰)	۰/۵۸۹-	۰/۵۵۷	(-۰/۰۲۵-۰/۰۸۴,۰/۱۳۴)	۰/۴۵۱-	۰/۶۵۲
پذیرش فعالانه		(-۰/۰۸۴,۰/۰۷۰-۰/۰۱۰)	۰/۱۸۲	۰/۸۵۶	(-۰/۰۱۱-۰/۰۷,۰/۰۹۱)	۰/۲۶۵-	۰/۷۹۱
پذیرش با گریز		(-۰/۱۰۸,۰/۰۱۵-۰/۰۵۰)	۱/۴۸۸	۰/۱۳۸	(-۰/۰۱۱-۰/۰۷۸,۰/۰۵۶)	۰/۳۳۴	۰/۷۳۹
منابع نیروی کار		(-۰/۱۶۶,۰/۰۰۲۹/۰۹۷)	۲/۸۰۶	۰/۰۰۵	(-۰/۰۱۱۰-۰/۰۶۳,۰/۰۸۵)	۰/۲۹۲-	۰/۷۷
منابع مادی		(-۰/۱۴۴,۰/۰۰۶۱/۱۰۳)	۴/۸۱۷	<۰/۰۰۱	(-۰/۰۳۲-۰/۱,۰/۰۳۵)	۰/۹۴۷	۰/۳۴۵
ارتباطات		(-۰/۱۵,۰/۰۰۵۹/۱۰۴)	۴/۵۱	<۰/۰۰۱	(-۰/۰۲۷-۰/۰۴۷,۰/۱۰۲)	۰/۷۲-	۰/۴۷۲
مسئولیت پذیری		(-۰/۱۳۶,۰/۰۰۴۴/۰۹۰)	۳/۸۷۵	<۰/۰۰۱	–	–	–
موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی		(-۰/۲۰۱,۰/۰۱۱۷/۱۵۹)	۷/۴۵۸	<۰/۰۰۱	(۰/۱۵۷-۰/۲۱۶,۰/۰۹۸)	۵/۲۴	<۰/۰۰۱

جدول شماره ٤: ارتباط متغیرهای تحت بررسی با ابعاد نگرش به مرگ با استفاده از مدل رگرسیون چندمتغیره

ابعاد نگرش به مرگ	متغیر	B (95% CI)	آماره آزمون	سطح معنی داری
ترس از مرگ	جنسیت مرد/زن	(-۴/۰۲۱, ۱/۱۹۷) ۹/۲۴۰	۱/۵۱۹	۰/۱۳۰
	وضعیت تأهل مجرد/متأهل	(-۱/۴۲۵, ۷/۵۰۳) ۴/۶۵۳	۰/۴۶۲-	۰/۶۴۴
	نوع بخش ویژه جراحی/تخصصی	(-۰/۳۴۴, ۵/۳۶۳) ۴/۶۷۶	۰/۱۳۵-	۰/۸۹۳
	وضعیت استخدام رسمی/غیررسمی	(-۰/۶۹۷, ۵/۸۶۵) ۷/۲۵۹	۰/۲۰۹	۰/۸۳۴
	درآمد کم/متوسط	(-۱/۶۵۸, ۷/۰۸۰) ۳/۷۶۵	۰/۶۰۳-	۰/۵۴۷
	حوادث استرس‌زا	(-۳/۷۷۲, ۲/۵۵۳) ۱۰/۰۹۷	۱/۱۷۶	۰/۲۴۱
	سن	(-۰/۳۳۸, ۰/۸۳۳) ۰/۱۵۶	۱/۳۴۸-	۰/۱۷۹
اجتناب از مرگ	جنسیت مرد/زن	(-۴/۳۸۰, ۲/۸۳۲) ۱۱/۵۹۳	۱/۱۹۷	۰/۲۳۳
	وضعیت تأهل مجرد/متأهل	(-۲/۰۸۱, ۶/۳۲۰) ۱۰/۴۸۲	۰/۴۸۸	۰/۶۲۶
	نوع بخش ویژه جراحی/تخصصی	(-۱/۸۴۸, ۵/۰۹۰) ۸/۷۸۶	۰/۵۲۵	۰/۶۰۰
	وضعیت استخدام رسمی/غیررسمی	(-۲/۱۵۱, ۱۱/۲۲۱) ۶/۹۱۸	۰/۴۶۸-	۰/۶۴۱
	درآمد کم/متوسط	(-۳/۴۷۹, ۱۰/۹۷۴) ۴/۰۱۵	۰/۹۱۵-	۰/۳۶۱
	حوادث استرس‌زا	(-۸/۵۷۵, ۰/۱۶۷) ۱۷/۳۱۷	۱/۹۳۴	۰/۰۵۴
	سن	(-۰/۰۷۸, ۰/۷۶۲) ۰/۶۰۶	۰/۲۲۵-	۰/۸۲۲
پذیرش خنثی	جنسیت مرد/زن	(-۰/۳۳۶, ۳/۳۴۸) ۴/۰۲۰	۰/۱۸	۰/۸۵۸
	وضعیت تأهل مجرد/متأهل	(-۰/۵۳۹, ۳/۷۵۲) ۴/۸۳۰	۰/۲۴۸	۰/۸۰۵
	نوع بخش ویژه جراحی/تخصصی	(-۲/۹۷۹, ۰/۵۶۵) ۶/۵۲۳	۱/۶۵۷	۰/۰۹۹
	وضعیت استخدام رسمی/غیررسمی	(-۱/۲۷۶, ۳/۳۵۶) ۵/۹۰۹	۰/۵۴۳	۰/۵۸۸
	درآمد کم/متوسط	(-۱/۷۰۶, ۵/۵۳۴) ۲/۱۲۲	۰/۸۷۹-	۰/۳۸۱
	حوادث استرس‌زا	(-۲/۶۶۱, ۱/۸۰۴) ۷/۱۲۷	۱/۱۷۵	۰/۲۴۱
	سن	(-۰/۱۰۰, ۰/۲۴۹) ۰/۴۵۰	۰/۵۶۶	۰/۵۷۲
پذیرش فعالانه	جنسیت مرد/زن	(-۳/۴۱۴, ۱/۴۹۴) ۸/۳۲۳	۱/۳۷۱	۰/۱۷۲
	وضعیت تأهل مجرد/متأهل	(-۴/۳۱۷, ۱۰/۰۳۴) ۱/۴۰۰	۱/۴۸۹-	۰/۱۳۸
	نوع بخش ویژه جراحی/تخصصی	(-۰/۱۸۷, ۴/۹۰۸) ۴/۵۳۵	۰/۰۷۸-	۰/۹۳۸
	وضعیت استخدام رسمی/غیررسمی	(-۱/۴۳۲, ۷/۶۰۴) ۴/۷۴۱	۰/۴۵۷-	۰/۶۴۸
	درآمد کم/متوسط	(-۱/۶۱۹, ۶/۷۲۰) ۳/۴۸۱	۰/۶۲۶-	۰/۵۳۲
	حوادث استرس‌زا	(-۲/۶۶۸, ۳/۲۸۱) ۸/۶۱۷	۰/۸۸۴	۰/۳۷۸
	سن	(-۰/۲۶۱, ۰/۷۲۶) ۰/۲۰۵	۱/۱۰۴-	۰/۲۷۱
پذیرش با گریز	جنسیت مرد/زن	(-۱/۱۴۷, ۴/۸۶۷) ۷/۱۶۱	۰/۳۶۷	۰/۷۰۷
	وضعیت تأهل مجرد/متأهل	(-۶/۸۹۱, ۱۳/۸۹۵) ۰/۱۱۴	۱/۹۳۹-	۰/۰۵۴
	نوع بخش ویژه جراحی/تخصصی	(-۰/۶۰۰, ۶/۳۸۵) ۵/۱۸۵	۰/۲۰۵-	۰/۸۳۸
	وضعیت استخدام رسمی/غیررسمی	(-۰/۹۳۰, ۸/۴۹۲) ۶/۶۳۲	۰/۲۴۲-	۰/۸۰۹
	درآمد کم/متوسط	(-۴/۳۲۳, ۱۰/۵۷۲) ۱/۹۲۵	۱/۳۶۴-	۰/۱۷۴
	حوادث استرس‌زا	(-۱/۱۳۴, ۶/۱۵۴) ۸/۴۲۳	۰/۳۰۷	۰/۷۵۹
	سن	(-۰/۸۲۹, -۱/۳۹۹) ۰/۲۵۹	۲/۸۶۶-	۰/۰۰۵

B: ضریب رگرسیونی؛ CI: فاصله اطمینان

*متغیرهای قومیت، سطح تحصیلات، نوبت کاری و بیماری زمینه‌ای به دلیل تعداد کم در برخی زیرگروه‌ها (≤۱۰) در مدل چندگانه وارد نشدند.

**متغیرهای سابقه کاری و مسئولیت‌پذیری به دلیل همبستگی بالا با سایر متغیرها (VIF>۵) از مدل چندگانه حذف شدند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

هرچند این ارتباط از نظر آماری معنادار بود، اما سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی رابطه‌ای با نگرش نسبت به مرگ نشان ندادند که بیانگر نقش محدود این متغیرها در تبیین نگرش به مرگ است. احتمالاً افزایش سن و تجربه زندگی، همراه با مواجهه مکرر با مرگ بیماران، موجب شکل‌گیری نگرشی واقع‌بینانه‌تر و کاهش تمایل به پذیرش مرگ به‌عنوان راهی برای رهایی از رنج می‌شود. همچنین، مسئولیت‌های خانوادگی و تجربه‌های شخصی افراد متأهل ممکن است در تعدیل نگرش آنان نسبت به مرگ نقش داشته باشد. این یافته با مطالعات Alhusamiah و همکاران(۳۹)، Ip و همکاران(۴۰) و مطالعات انجام‌شده در ایران(۲۲) و عمان(۱۹) همسو است که نشان داده‌اند متغیرهای جمعیت‌شناختی سهم اندکی در پیش‌بینی نگرش نسبت به مرگ دارند. این همسویی احتمالاً ناشی از آن است که نگرش به مرگ بیش از ویژگی‌های فردی، تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، تجارب حرفه‌ای، باورهای فرهنگی و آموزش‌های مرتبط با مراقبت پایان زندگی قرار می‌گیرد.

در بررسی عوامل مرتبط با مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته، مواجهه با حوادث استرس زا و موقعیت های غیرقابل پیش‌بینی با افزایش مراقبت‌های از دست‌رفته همراه بود. همچنین، متغیرهای فردی و شغلی تنها حدود ۲۲ درصد از واریانس مراقبت‌های از دست‌رفته را تبیین کردند. این میزان تبیین نسبتاً پایین نشان می‌دهد که بخش عمده تغییرات این پدیده به عواملی مربوط است که در این مطالعه اندازه‌گیری نشده‌اند؛ از جمله نسبت پرستار به بیمار، حجم کار، کمبود نیروی انسانی، حمایت مدیریتی، فرهنگ ایمنی، کیفیت ارتباطات بین‌حرفه‌ای و دسترسی به منابع. بنابراین، مراقبت‌های ازدست‌رفته را باید پدیده‌ای چندعاملی دانست که سهم عوامل سازمانی در آن بیش از ویژگی‌های فردی کارکنان است. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌های خواجویی(۴۱)، جعفری(۴۲)، قاسمی(۴۳)، چگینی(۴۴) و Yang و همکاران(۴۵) همخوانی دارد که نقش پررنگ عوامل محیطی و سازمانی را در بروز مراقبت‌های ازدست‌رفته گزارش کرده‌اند.

در بررسی نگرش نسبت به مرگ، بیشترین میانگین مربوط به بعد «پذیرش با گریز» و کمترین میانگین مربوط به «پذیرش خنثی» بود. این الگو می‌تواند بیانگر آن باشد که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، به دلیل مواجهه مداوم با مرگ، رنج بیماران و فشارهای روانی ناشی از مراقبت از بیماران بدحال، مرگ را بیشتر به‌عنوان راهی برای پایان رنج، تجربه می‌کنند تا پدیده‌ای طبیعی در چرخه زندگی. علاوه بر این، محدود بودن آموزش‌های رسمی در زمینه مراقبت پایان زندگی، مهارت‌های ارتباط با بیمار در مراحل انتهایی حیات و مدیریت هیجانات مرتبط با مرگ نیز ممکن است در شکل‌گیری چنین نگرشی نقش داشته باشد. این یافته با نتایج مطالعه سرحدی(۴۶) و پژوهش انجام‌شده در چین(۹) همسو است، اما با مطالعه Cybulska و همکاران(۴۷)، همچنین مطالعه Wang(۴۸)و Arribas-García(۴۹) تفاوت دارد؛ به‌گونه‌ای که در این مطالعات، پذیرش خنثی بیشترین میانگین را داشت. این تفاوت احتمالاً ناشی از تفاوت در زمینه‌های فرهنگی، باورهای مذهبی، آموزش مراقبت تسکینی، تجربه حرفه‌ای پرستاران و تفاوت در ساختار نظام سلامت است. در بسیاری از کشورهای اروپایی، آموزش مراقبت پایان زندگی و مراقبت تسکینی بخش ثابتی از آموزش پرستاری است؛ در حالی که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، چنین آموزش‌هایی هنوز به‌صورت نظام‌مند و گسترده ارائه نمی‌شود.

در زمینه مراقبت‌های پرستاری از دست‌رفته، بیشترین میزان مربوط به مراقبت‌های ضروری و پایه بود و ارتباطات و مسئولیت‌پذیری مهم‌ترین علل گزارش‌شده برای بروز این پدیده بودند. درحالیکه کمترین آن در مراقبت‌های ثانویه (۷۳/۸۵) گزارش شد. این یافته احتمالاً ناشی از آن است که در شرایط فشار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

کـاری، کمبـود نیـروی انسـانی و محـدودیت زمـان، پرسـتاران ناچارنـد اقـدامات درمـانی فـوری را بـر مراقبت‌هـای پایـه و حمـایتی اولویـت دهنـد. بنـابراین، حذف یا تأخیر در انجام مراقبت‌های پایه، بیش از آنکـه ناشی از غفلـت فـردی باشـد، پیامـد محـدودیت منـابع و شـرایط کـاری اسـت. همسـویی ایـن یافتـه بـا مطالعـات انجام‌شـــده در ایـــران ، فلســـطین(۵۰)، ســـوئد(۵۱)، عربستان(۵۲) نشان می‌دهد که مراقبت‌های ازدسـت‌رفته، بـه‌ویژه در بخـش مراقبت‌هـای ویـژه، مسـئله‌ای جهـانی است؛ هرچند شدت آن بسته بـه سـاختار نظـام سـلامت، نسبت پرسـتار بـه بیمـار، سیاسـت‌های مـدیریتی و سـطح منابع موجود متفاوت است.

در بررسـی رابطـه بـین نگـرش نسـبت بـه مـرگ و مراقبت‌هـای پرسـتاری از دسـت‌رفته، یکـی از مهم‌تـرین یافته‌های این پژوهش، نبود ارتبـاط معنـی دار بـین ابعـاد نگـرش نسـبت بـه مـرگ و مراقبت‌هـای پرسـتاری از دست‌رفته بود. این نتیجه نشـان می‌دهـد کـه نگرش‌هـای فـردی، بـه‌رغم اهمیـت روان‌شـناختی، الزامـاً بـه رفتـار حرفه‌ای در محیط‌های پیچیده و پراسـترس ماننـد بخـش مراقبت ویـژه تبـدیل نمی‌شـوند. احتمـالاً فشـار ناشـی از کمبود نیروی انسانی، حجم بالای کـار، شـرایط بحرانـی بیماران و الزامات سازمانی، فرصت بروز اثر نگرش‌هـای فردی را کاهش داده و نقش آن‌ها را تحت‌الشـعاع قـرار می‌دهـد. از سـوی دیگـر، نمی‌تـوان احتمـال تـأثیر ویژگی‌های ابزارهای اندازه‌گیری را نیـز نادیـده گرفـت. هرچند پرسشنامه‌های مـورد اسـتفاده از روایـی و پایـایی مناسبی برخوردار بودند، ممکـن اسـت حساسـیت آن‌هـا برای شناسایی ارتباط‌های ظریف میان نگرش به مرگ و رفتارهای مراقبتی در بافت فرهنگی ایران محـدود باشـد. همچنین، ماهیت مقطعی پژوهش و اسـتفاده از ابزارهـای خودگزارشی ممکن است توانایی شناسایی روابـط علّـی یا پیچیده بین این متغیرها را کاهش داده باشد. ازایـن‌رو، پیشـنهاد می‌شـود پژوهش‌هـای آینـده بـا اسـتفاده از طرح‌های طـولی، روش‌هـای ترکیبـی و در نظـر گـرفتن متغیرهای سازمانی و فرهنگـی، سـاز وکارهـای مـؤثر بـر ارتبـاط نگـرش نسـبت بـه مـرگ و مراقبت‌هـای از دست‌رفته را با دقت بیشتری بررسی کنند.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه نگرش پرستاران نسـبت بـه مـرگ یکـی از ابعـاد مهـم سـلامت حرفـه‌ای آنـان اسـت، امـا مراقبت‌هـای پرستاری ازدست‌رفته عمدتاً تحت تأثیر عوامل سازمانی، محیطی و مدیریتی قرار دارد. بنـابراین، مـداخلات مـؤثر بـرای کـاهش مراقبت‌هـای ازدسـت‌رفته نبایـد صـرفاً بـر اصـلاح نگرش‌هـای فـردی متمرکـز باشـند، بلکـه بایـد هم‌زمان بر بهبـود شـرایط کـاری، تـأمین نیـروی انسـانی کافی، ارتقای آمـوزش مراقبـت پایـان زنـدگی، تقویـت حمایت روانی از پرستاران و بهبود ارتباطات بین‌حرفه‌ای نیز تأکید کنند.

نقاط قوت و کاربردهای پژوهش

یکی از نقاط قوت اصـلی پـژوهش حاضـر، تمرکـز آن بر دو مفهوم اساسی و در عین حال کمتر بررسی‌شده در حیطه پرسـتاری، یعنـی «نگـرش پرسـتاران نسـبت بـه مرگ» و «مراقبت‌های پرستاری ازدسـت‌رفته» اسـت کـه در ترکیـب بـا یکـدیگر مـی‌توانـد تصـویری جـامع از چالش‌هـای انسـانی و سـازمانی موجـود در محیط‌هـای مراقبت ویژه ارائه دهد. این مطالعه با در نظر گـرفتن هـر دو بعـد روان‌شـناختی (نگـرش بـه مـرگ) و رفتـاری (مراقبت ازدست‌رفته)، توانسته است ارتباط میان عوامـل فردی و حرفه‌ای پرستاران را در بروز پدیده‌های بالینی و مراقبتـی تحلیـل کنـد. همچنـین، اجـرای مطالعـه در بخش‌های ویژه بیمارستانی که محیط‌هایی با فشار کاری بالا، مواجهه مستمر با مرگ بیماران و تصمیم‌گیری‌هـای پیچیده هستند، بر ارزش یافته‌ها می‌افزاید؛ چرا که نتـایج به دست آمده از این گروه می‌تواند به درک عمیـق‌تر از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت مراقبت پرستاری در شـرایط بحرانی کمک کند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

این پژوهش از جنبه کاربردی نیز حائز اهمیت است؛ زیرا یافته‌های آن می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی، روان‌شناختی و مدیریتی جهت ارتقای نگرش پرستاران نسبت به مرگ و کاهش مراقبت‌های ازدست‌رفته در محیط‌های پرتنش بالینی فراهم آورد. در نهایت، انجام این مطالعه در بافت فرهنگی و نظام سلامت ایران، امکان مقایسه بین‌فرهنگی با سایر کشورها را فراهم ساخته و می‌تواند به غنی‌سازی دانش بومی در حوزه پرستاری مراقبت ویژه کمک نماید.

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش عواملی چون خودگزارشی بودن، تعداد زیاد سوالات، حساسیت شغل پرستاری و کمبود نیروی انسانی ممکن است بر مشارکت و دقت پاسخ‌ها اثرگذار باشند و از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. همچنین با وجود تأکید بر رعایت محرمانگی داده‌ها، در مطالعات پیمایشی همواره احتمال وجود دغدغه‌ی افشای دیدگاه‌ها و باورهای فردی مطرح است که امری اجتناب‌ناپذیر و خارج از کنترل پژوهشگر است. مواردی نظیر اشتغال همزمان در دو بیمارستان، مرخصی‌های طولانی و سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی می توانند از عوامل مخدوش‌کننده باشند. از طرفی متغیرهای شغلی مانند فرسودگی شغلی، بار کاری و مدت شیفت، نیز می توانند از عوامل مؤثر بر مراقبت‌های پرستاری ازدست‌رفته باشند که عدم بررسی این عوامل در این مطالعه از دیگر محدودیت ها محسوب می‌شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، به شناسایی و تحلیل این متغیرها و سایر عوامل فردی و محیطی که احتمالاً بر نگرش پرستاران نسبت به مرگ و کیفیت مراقبت‌های آنان اثرگذارند، پرداخته شود.

پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در ایران، نگرشی چندبعدی نسبت به مرگ دارند؛ به‌گونه‌ای که ابعاد «پذیرش با گریز» و «اجتناب از مرگ» در آنان غلبه دارد و کمترین گرایش به «پذیرش خنثی» مشاهده می‌شود. بیشترین میزان مراقبت‌های ازدست‌رفته، مربوط به مراقبت‌های پایه و ضروری است که تحت تأثیر عوامل سازمانی و ضعف ارتباطات تیمی قرار دارد و نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی در بروز این پدیده محدود بود. بنابراین، تمرکز بر اصلاح شرایط محیطی و مدیریتی می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها داشته باشد. بر این اساس، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت مرگ و تاب‌آوری روانی و نیز بهبود ارتباطات تیمی و سازمانی در ICU به‌عنوان دو راهکار کلیدی برای کاهش مراقبت‌های ازدست‌رفته و بهبود نگرش پرستاران نسبت به مرگ پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1403.528 و مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران است. نگارندگان از همکاری پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین پشتیبانی موثر معاونت محترم، صمیمانه قدردانی و سپاسگزاری می‌نمایند.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی پژوهش، گردآوری و تحلیل داده‌ها، نگارش و بازبینی نسخه نهایی مقاله مشارکت داشته‌اند و تمامی آنان محتوای نهایی را تأیید می‌کنند.

تضاد منافع

بدین وسیله تمامی نویسندگان تاکید می‌کنندکه هیچ تضاد منافع مرتبط با این مطالعه وجود ندارد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

References

1- Kolaii fsm, Jouibari l, Pahlevanzade b, Sanago a, Jahanshahi r. Attitudes of intensive care nurses towards death. Journal of Medical Ethics 2020;13(44):1-10.
2- Brunner LS. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
3- Tehrani M ,Hassanpour A, Amiri Laragani m. Identifying the Antecedents and Consequences of Anxiety Due to Patient Death Among Nurses. Quarterly Journal of Nursing Management 2021;10(2):104-117.(persian)
4- Karimi Moneghy H, Zubin F, Yavari M, Noghredani M, Abdollahi H. NURSES' EXPERIENCE OF DEALING WITH DYING PATIENTS. Nursing and Midwifery Journal 2013;11(9).
5- Hojati H, Arazi S, Mozafari N, Ghezelsofla Z, Akhond zade G, Hekmati pour, etal. Attitude of nurses to end-life care in social security hospitals in Golestan province.Education and Ethics in Nursing 2015;4(4):17-23.(persian)
6- Wang L, Li C, Zhang Q, Li Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. Int J Palliat Nurs 2018;24(1):33-39 PMID: 29368558.
7- Khanjari S, Fathi Z, Haghani H. Nurses' attitude towards end-of-life care in neonatal intensive care units. Journal of Pediatric Nursing 2019;6(1):31-38.
8- Faronbi JO, Akinyoola O, Faronbi GO, Bello CB, Kuteyi F, Olabisi IO. Nurses' attitude toward caring for dying patients in a Nigerian teaching hospital. SAGE Open Nurs 2021;7:23779608211005213 PMID: 33912673.
9- Zhang J, Tao H, Mao J, Qi X, Zhou H. Correlation between nurses' attitudes towards death and their subjective well-being. Ann Palliat Med 2021;10(12):12159-12170 PMID: 35016468.
10- Duran S, Polat S. Nurses' attitudes towards death and its relationship with anxiety levels. OMEGA 2024;88(4):1530-1544 PMID: 34982589.
11- Nordhaug M, Jerpseth H, Staats K. European nurses' attitudes towards assisted death: A scoping review. Nursing Ethics 2026;33(3):899-926 PMID: 41563090.
12- Lange JW, Shea J, Grossman SC, Wallace M, Ferrell BR. Validation of the end-of-life nursing education consortium knowledge assessment test: an abbreviated version. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2009;11(5):284-290.
13- Henoch I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Sundler AJ, etal. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale: Aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. Cancer Nurs 2014;37(1):E1-E11 PMID: 23357885.
14- Rezaee S, Baljani E, Feizi A. Missed Nursing Care In Educational, Private And Social Welfare Hospitals. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2019;17(4):300-308.
15- Purabdollah M. Can nurses' social responsibilities decreases the rate of missed nursing care: Evidences from IRAN. Health Education and Health Promotion. 2022;10(4):1001-10. یافت نشد
16- Ghezeljeh TN, Gharasoflo S, Haghani S. The relationship between missed nursing care and teamwork in emergency nurses: a

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

predictive correlational study. Nursing Practice Today 2021;8(2):103-112.

17- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2009;65(7):1509-1517.

18- Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. Int J Nurs Pract 2020;26(1):e12803 PMID: 31850645.

19- Qutishat M. Relationship between death anxiety and resilience among critical care nurses in Oman. Nursing in Critical Care 2025;30(3):e13177.

20- Lim GS, Yoo YG. Factors influencing performance of end-of-life care by ICU nurses: a descriptive survey study. Korean J Adult Nurs 2023;35(1):47-60.

21- Norouzi M, Ghorbani Vajargah P, Falakdami A, Mollaei A, Takasi P, Ghazanfari MJ, etal. A systematic review of death anxiety and related factors among nurses. OMEGA-Journal of Death and Dying 2024;89(4):1473-1491.

22- Karkhah S, Jafari A, Paryad E, Kazemnejad leyli E, Ghazanfari MJ, Osuji J, etal. Death anxiety and related factors among Iranian critical care nurses: A multicenter cross-sectional study. OMEGA-Journal of Death and Dying 2024;88(3):1153-1167.

23- Barnett MD, Reed CM, Adams CM. Death attitudes, palliative care self-efficacy, and attitudes toward care of the dying among hospice nurses. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2021;28(2):295-300.

24- Milligan F, Almomani E. Death anxiety and compassion fatigue in critical care nurses. British Journal of Nursing 2020;29(15):874-879.

25- Srivastava M, Ghosh A. Societal impact of death anxiety and mental health among nurses in India. Societal Impacts 2024;4:100095.

26- Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. Int J Community Based Nurs Midwifery 2016;4(1):2-10 PMID: 26793726.

27- Haile KE, Amsalu AA, Kassie GA, Asgedom YS, Chema TZ, Gebrekidan AY, etal. Missed nursing care and associated factors among Ethiopian nurses: a systematic review and meta-analysis. BMC Nurs 2025;24(1):1043 PMID: 40781673.

28- Asadpour M, Bidaki R, Rajabi Z, Mostafavi SAM, Khaje-Karimaddini Z, Ghorbanpoor MJ. Attitude toward death in nursing staffs in hospitals of Rafsanjan (South East Iran). Nurs Pract Today2015;2(2):43-51.

29- Shahri H, Kahrazei F. Role of Attitude to the Care of a Dying Patient in Prediction of Clinical Anxiety and Sleep Quality of Nurses. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2018;26(3):173-182.(persian)

30- Eghbali T, Ahmadi Nejad M, Dehghan M, Maazallahi M, Rahiminezhad E, Azizzadeh Forouzi M. View of intensive care units nurses toward factors related to missed nursing. Journal of Patient Safety and Risk Management 2024;29(6):292-297.

31- Karimi H, Rooddehghan Z, Mohammadnejad E, Sayadi L, Haghani S. Causes Of Missed Nursing Care In Emergency Departments In Selected Hospitals Of Tehran University Of Medical Sciences: A Descriptive Study In Iran.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

Iranian Journal of Nursing Research 2021;16(4):50-60.

32- Falk AC, Nymark C, Göransson KE, Von Vogelsang AC. Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs 2022;72:103276 PMID: 35672210.

33- Zeleníková R, Gurková E, Jarošová D. Missed nursing care measured by MISSCARE survey–the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. Central European Journal of Nursing and Midwifery 2019;10(1):958-966.

34- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge; 2013.

35- Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application: Taylor & Francis; 2015: 121-148.

36- Pasarpoor S, Vojodi B, Atarod N. The Relation of Religious Orientation and Attitudes toward Death with Quality of Life and Somatization Symptoms in Women. Health Psychology 2014;3(10):80-97.(persian)

37- Gahramani S, Mahmoudi M, Nouri, Valiee S. Factors associated with the quality of dying and death and missed nursing care. International Journal of Palliative Nursing 2024;30(4):190-198.

38- Hosseini Z, Raisi L, Maghari A, Karimollahi M. Translation and psychometric properties of the MISSCARE survey-Persian version. BMC Nurs 2022;21(3):1-9.

39- Alhusamiah B, Zeilani RS. Attitude Toward Death and Associated Factors Among Nurses And Physicians: A cross-sectional study. 2024.

40- Ip TW, Chiu WK, Fong BY. Attitudes of General Public and Nurses to Death and Dying. End of Life Care in Hong Kong 2026:14-27.

41- Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi M. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. Hayat 2019;25(1):11-24.

42- Heidari T, Jafari Koulaee A, Azimi Lolaty H, Khorram M, Rezaei S, Hosseinnataj A. Relationship between perceived stress and quality of life of nurses working in COVID-19 wards. Asia Pacific Journal of Health Management 2022;17(3):78-87.

43- Ghasemi Z, Radmehr M. The relationship between missed nursing care, personality traits and attitudes toward the nursing profession in nurses. Journal of Translational Medical Research 2025;32(4):338-349.(persian)

44- Chegini Z, Jafari Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, etal. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. J Nurs Manag 2020;28(8):2205-2215 PMID: 32472718.

45- Yang L, Liu L, Hu X, Gan X. Prevalence and reasons for missed nursing care in adult intensive care units. Scientific Reports 2025;15(1):39712.

46- Sarhadi M. Iranian Nurses' Attitudes Toward Death and Their Understanding of Spirituality and Spiritual Care. Health Education and Health Promotion 2025;13(2):235-240.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

47- Cybulska AM, Żołnowska MA, Schneider Matyka D, Nowak M, Starczewska M, Grochans S, etal. Analysis of nurses' attitudes toward patient death. Int J Environ Res Public Health 2022;19(20):13119 PMID: 36293697.

48- Wang L, Li S, Liu X, Li R, Li R. The mediating role of resilience in the relationship between meaning in life and attitude toward death among ICU nurses: a cross-sectional study. Front Psychol 2024;15:1414989.

49- Arribas García S, Petkari E, Jauregizar J, Sanchez Gutierrez T, Morales I, Doval S. Attitudes towards death in nursing staff: The role of resilience. BMC Palliat Care 2026;25(123).

50- Daraghmeh H, Ayed A, Salameh B, Fashafsheh I. Factors of Missed Nursing Care in Intensive Care Units: Palestinian Perspective. Crit Care Nurs Q 2024;47(1):62-70 PMID: 38031309.

51- Falk AC, Nymark C, Göransson KE, von Vogelsang AC. Missed nursing care in the critical care unit, before and during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs 2022;72(9931):103276.

52- Alshammari B, Alsaleh GS, Alrasheeday A, Baghdadi N, Almalki N, Alshammari F, etal. Association Between Missed Nursing Care and Nurse Fatigue: A Cross-Sectional Correlational Study. Nurs Rep 2025;15(8):298 PMID: 40863685.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]