

عنوان: بررسی مشکلات موثر بر اجرای مراقبت‌های پرستاری در بیماران *End stage* سرطانی

نویسنده: ساناز رشیدی (دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری)

دکتر حیدر علی عابدی (دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان) - دکتر سید علی ناجی (رئیس دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.)

چکیده: مراقبت‌های پرستاری در سرطان مراحل گوناگونی دارد ولی دز مواردی که بیمار به مراحل پایانی سرطان رسیده است، مراقبت‌ها از شکل درمانی به مراقبت‌های تسکینی تغییر جهت می‌دهد که هدف اصلی آن ایجاد آرامش برای بیمار و خانواده و تسهیل نمودن سازگاری با ناتوانی و مرگ است. با توجه به نوآوری‌های فناوری و درمان‌های نوین افزایش طول عمر انسانها و در نتیجه، افزایش بیماری‌های مزمن و نیاز روز افزون به مراقبت‌های پرستاری، این مطالعه به مشکلات و موانع موجود در در خدمت‌رسانی مطلوب به بیماران *End stage* سرطانی می‌پردازد.

روش: از طریق مصاحبه و پرسشنامه با 30 پرستار، میزان انجام مراقبت‌های پرستاری تسکینی توسط آنان بررسی گردید. پس از تعیین مشکل اصلی، برای تغییر از وضعیت موجود به وضعیت مطلوب از روش حل مسئله (*Problem solving*) استفاده گردید. **نتیجه‌گیری و کاربرد در پرستاری:** این بررسی نشان می‌دهد وجود استرس زیاد و فشار کار و عدم تفکیک وظایف، باعث خستگی و فرسودگی شغلی در پرستاران، و در نتیجه باعث کاهش کارایی آنان و کاهش کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده از سوی آنان می‌گردد. لذا باید شرایط را به گونه‌ای تغییر داد که از ایجاد فشار کاری و استرس بیش از حد در محیط کار جلوگیری کرد. تاییدیه‌ها نیز خدمات بهتری دریافت کنند.

کلیدواژه‌ها: بیماران *End stage* سرطانی، مراقبت‌های پرستاری تسکینی، ناامیدی

مقدم: مراقبت‌های پرستاری در سرطان، مراحل گوناگونی دارد ولی در مواردی که بیمار به مراحل پایانی سرطان رسیده است مراقبت از شکل درمانی به مراقبت‌های تسکینی (*palliative*) تغییر جهت می‌دهد که هدف اصلی آن ایجاد آرامش و مرگ همراه با حفظ شخصیت و احترام می‌باشد.

مراقبت‌های تسکینی شیوه‌های مراقبتی خاص بیماری‌های وخیم هستند که از دیرباز به عنوان بخشی از مراقبت‌های مربوط به سرطان محسوب می‌شدند (هالن کلب، 2003).

واتسون (1997) و لینگر (1941) پرستاری را به عنوان علم مراقبت، نایتینگل (1852) به عنوان حرفه و وظیفه مدار، و نیومن، سایم و کوکوران پری (1991)، به عنوان یک حرفه سلامت مدار و بعضی دیگر از نظریه پردازان از جمله راجرز (1989) پرستاری را به عنوان یکی از حرف و وابسته به علوم انسانی مطرح نموده‌اند (1).

بسیاری دانشمندان مراقبت را اساس پرستاری می‌دانند (3) اگر چه بعضی از دانشمندان پرستاری، ارایه مراقبت را هدف نهایی ندانسته و بر تأمین را حتی بیمار تأکید می‌نمایند (4).

به نظر گروه اخیر مراقبت، هدف نیست. بلکه مراقبتی که تأمین کننده راحتی بیمار باشد مؤثر بوده توصیه شده است بنا به عقیده ویرجینیا هندرسن، یکی از تئوری پردازان پرستاری، مراقبت‌های پرستاری معمولاً در مواردی ضرورت می‌یابند که فردی قادر به انجام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی، بازیابی آن و یا دستیابی به مرگ توأم با آرامش نباشد (5).

اهداف پرستاری عبارت است از حفظ سلامتی و بهبودی با تأکید بر حداکثر امکاناتی که برای خوب شدن فراهم می‌شود. عملکرد دیگر پرستار، تسهیل نمودن سازگاری با ناتوانی و مرگ است (6).

در سال‌های اخیر با پیشرفت‌هایی که در امر مراقبت از بیماران مزمن و مرحله انتهایی حاصل شده است، تجربه مردن تغییر کرده است. نوآوری‌های فناوری و درمان‌هایی نوین، طول عمر را افزایش داده‌اند و امروزه بسیاری از مرگ‌ها در اثر بیماری‌های مزمن که منجر به زوال فیزیولوژیک و یا نارسایی چند عضو می‌شوند پیش می‌آید (7).

پرستاران با شناخت الگوهای زندگی و مردن می‌توانند برنامه‌ریزی مراقبتی مناسبی را برای مددجویان ارائه کنند. هدف از مراقبت‌های پرستاری از مددجویان رو به مرگ، فراهم کردن شرایط برای مرگ راحت همراه با حفظ شخصیت و احترام است. فرآیند مرگ سه جنبه است: بیمار، پرستار و خانواده (8).

مراقبت از بیماران در مرحله پایانی و خانواده، همیشه برخی از سرمایه‌های ذهنی را درگیر می‌کند. انتظار پرستاران جهت چگونگی رفتار در مورد مرگ افراد، بدون در نظر گرفتن احساسات، آنان در مورد این فقدان، غیر واقعی و غیر منصفانه است. بنابراین، احساسات خود پرستار نقش بزرگی را در اجرای چگونگی مراقبت‌های او از بیمار در مراحل پایانی دارد (9).

به طور کلی نگرش پرستاران نسبت به مرگ، بستگی به فرهنگ، سن، مذهب، تحصیلات، آینده‌نگری و آرامش درون آنان دارد (10). همه اشکال سرطان موجب 12٪ مرگ‌های جهان می‌شود و در کشورهای پیشرفته، سرطان‌ها دومین علت مرگ و میر موجب 21٪ کل مرگ‌ها می‌باشد. در کشورهای رو به توسعه، سرطان سومین علت مرگ و میر موجب 9/5٪ مرگ‌ها از مجموع 30/8 میلیون مرگ می‌باشد. هشت سرطان عمده در جهان موجب 60٪ همه موارد بروز مرگ ناشی از سرطان می‌باشد.

در سال 2020 حدود 15 میلیون موارد جدید بروز سرطان خواهیم داشت. در ایران، سرطان سومین عامل مرگ و میر می‌باشد و بیش از 70/000 موارد جدید سرطان در کشور سالیانه اتفاق می‌افتد (11 و 12) که این مسأله نشان دهنده اهمیت مراقبت‌های پرستاری در بیماری سرطان می‌باشد.

لحظات پایانی عمر، سخت‌ترین لحظات زندگی یک فرد می‌باشد که همراه با نیازهای گوناگون جسمی، عاطفی و روانی می‌باشد و چنانچه که فرد دچار بیماری‌های صعب‌العلاج و مزمن و ناتوان کننده مانند سرطان باشد و بیماری زمان زیادی به دراز کشیده باشد لزوم انجام این مراقبت‌ها به میزان بیشتری احساس می‌شود. هرگاه بدن نتواند خود را با شرایط جدید وفق دهد و فعالیت‌های حیاتی امکان پذیر نباشد، مرگ فرا می‌رسد. مردن با مرگ فرق می‌کند. مردن فرآیندی دارد و بخشی از زندگی است و در طی این فرآیند، فرد خود احساس مردن می‌کند. مثل بیمار مبتلا به سرطان، اما مرگ پایان فرآیند مردن است (13).

مدارا با مرگ فرد مورد علاقه یا پیش‌بینی مرگ خود به عنوان چالش نهایی انسان تلقی شده است با انجام برخی از مراقبت‌های پرستاری تسکینی می‌توان از درد و رنج بیماران کاست. هنگامی که مرگ بیمار نزدیک است، توانایی تغییر به موقع روش مراقبت، از مراقبت‌های شفا بخش به مراقبت توسط پرستاران اهمیت دارد. (14) یکی از حقوق افراد در حال احتضار، درد نکشیدن و برخورداری از مراقبت توسط افرادی با معلومات، احساس و دلسوزی می‌باشد. افرادی که برای درک نیازهای او تلاش کنند و کمک کردن به مددجو جهت رویارویی با مرگ، باعث رضایت خاطر شان شود (15).

گاهی با یک تغییر وضعیت ساده در بیماری که توانایی حرکت ندارد می‌توان از زخم بستر و درد ناشی از آن جلوگیری کرد و یا انجام فیزیوتراپی قفسه سینه می‌تواند از تجمع ترشحات در راه‌های هوایی و ایجاد عفونت در مجاری تنفسی جلوگیری کرد و یا با انجام فیزیوتراپی قفسه سینه می‌تواند تنفس بیمار را تسهیل کرد و در عین حال نیاز به تجویز آنتی بیوتیک توسط پزشک را کاهش داد و یا با آموزش در مورد عوارض داروها، بیمار را برای رویارویی و اتخاذ راهکارهایی جهت تحمل بهتر عوارض یاری داد و سهیل‌انگاری در اجرای این گونه مراقبت‌ها که لیست کامل آن‌ها در کتب معتبر پرستاری مانند بروتر، سود ارث آمده است، باعث افزایش هزینه‌های درمان و فشار به سیستم درمانی و افزایش بار مالی خانواده‌ها و افزایش درد و رنج بیماران و مرگ سریعتر آنان می‌گردد.

نگرش متخصصین بالینی نسبت به بیماری لاعلاج و مردن، هم‌چنان به عنوان بزرگترین مانع بر سر راه بهبود مراقبت‌های خاص مراحل پایانی زندگی باقی مانده است (15).

اینجانب با توجه به تجارب حرفه‌ای در زمینه مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایانی عمر، مشاهده نموده‌ام که برخی از پرستاران از انجام این مراقبت‌ها ناامید هستند و آن را کاری می‌دانند که در بهبود نسبی یا به تأخیر انداختن مرگ بیمار تأثیری ندارد و با توجه به این ناامیدی از انجام برخی مراقبت‌های پرستاری در مراحل پایانی عمر، سرباز می‌زنند و صرفاً به انجام دستورات پزشکی اکتفا می‌ورزند و فرصتی برای صحبت کردن با بیمار و خانواده و دادن آرامش و اطمینان به آنان و کمک در پذیرش واقعیت مرگ قریب الوقوع

بیمار نمی‌نمایند. حتی در بعضی موارد، بررسی‌ها و اقدامات اولیه پرستاری مانند پیشگیری و مراقبت از Bedsore - بهداشت دهان و دندان، مراقبت از پوست، بررسی وضعیت تغذیه و دفع بیمار و آموزش‌های لازم در مورد اضطراب - ترس‌ها و توضیح کافی در مورد عوارض داروها انجام نمی‌دهند. در بررسی که از طریق مصاحبه و پرسشنامه انجام شد، این موارد تأیید گردید. با بررسی برخی مقالات هم مشاهده گردید که در مراکز دیگر نیز پرستاران عملکرد ضعیفی در انجام اینگونه مراقبت‌ها داشتند (16).

روش‌ها: برای تغییر در وضعیت موجود به هدف مطلوب از روش **problem solving** یا حل مسئله استفاده می‌کنیم. حل مسئله در کلی‌ترین معنی عبارت است از تنظیم و اجرای یک استراتژی عملیاتی که فرد را قادر می‌سازد به یک مقصد نهایی یا یک هدف خاص برسد. برای اینکه یک مسئله با موفقیت حل شود باید از مراحل زیر عبور کرد: (17)

- شناخت و تعریف مسئله یا مشکل
- یافتن راه‌حل‌های ممکن
- انتخاب بهترین راه‌حل
- اجرای راه‌حل انتخابی
- ارزشیابی

شناخت و تعریف مشکل

صفر زاده (18)، یعقوبیان (17) و مورهد و گریفتین (19) معتقدند اولین قدم برای اینکه بتوان در یک مسئله را با موفقیت حل نمود، شناخت و تعیین مشکل و مسئله اصلی می‌باشد که در راه تحقق اهداف، مانع ایجاد کرده است ما را از رسیدن به هدف باز می‌دارد. زمانی که یک مسئله شناخته شد نیاز است که به آن عنوان بدهیم که در مواقع یک تعریف موقت است. این مطلب کمک می‌کند که تحقیق خود را روی اطلاعات مربوط متمرکز کنیم تا با استفاده از آن اطلاعات به تشریح یا تعریف دقیق مسئله پرداخته شود.

11 - شناسایی و تعیین مشکل اصلی

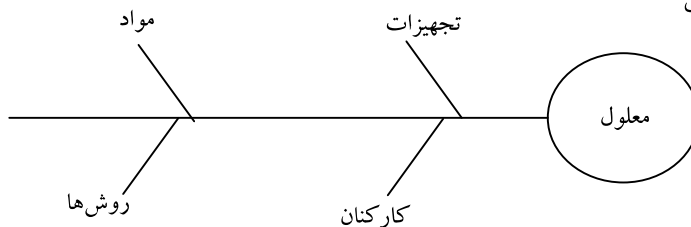
برای شناخت و تعیین مشکل و مسئله اصلی ابتدا با 7 نفر از پرسنل، مصاحبه‌ای با سؤالات باز انجام شد. سپس اطلاعات کلی حاصل از مصاحبه‌ها به صورت پرسشنامه دیگران داده شد. پرسشنامه شامل میزان انجام مراقبت‌های پرستاری در بیماران End stage بوده مراقبت‌ها در 2 گروه دسته‌بندی گردیده بود. گروه اول شامل مراقبت‌های جسمی که خود شامل 8 دسته از مراقبت‌های تسکینی می‌گردید. گروه دوم مراقبت‌ها شامل مراقبت‌های مربوط به آمادگی برای فقدان بود که آن‌ها نیز شامل 6 دسته می‌گردید. قسمت دوم پرسشنامه شامل دلایل انجام دادن یا انجام ندادن مراقبت‌ها به صورت سؤال باز و تشریحی بود. مجموع افراد شرکت کننده، 30 نفر بودند که در طی مصاحبه‌ها و پرسشنامه مشخص گردید که همه افراد شرکت کننده در نظر سنجی، یک یا چند تا از مراقبت‌های مربوط را انجام نمی‌دهند و مشخص گردید مشکل یا مسئله اصلی این است که بیماران End stage، خدمات مطلوب پرستاری را دریافت نمی‌کنند.

اولگا کراکر، سریل چارنی، جانی سیک لیونگ چيو (20) نیز معتقدند پس از شناسایی مشکل اصلی باید علت‌های فردی نیز شناسایی گردند. زیرا تعریف همه شرایط محیط که تمایل به انحراف از وضعیت نرمال دارند، نشانه محکمی از علت مسئله را به دست می‌دهد (17).

1-2- شناسایی دلایل فرعی

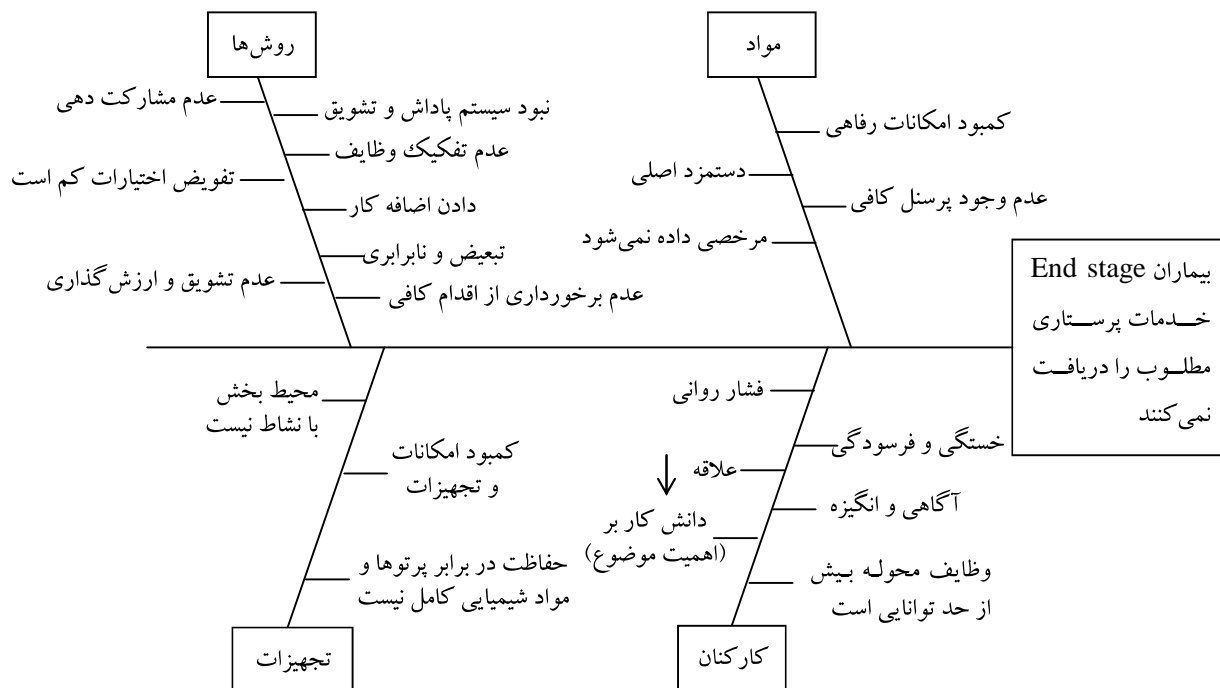
برای شناسایی دلایل فرعی، از نمودار علت و معلول یا نمودار موسوم به استخوان ماهی یا نمودار ایشی کاوا (پروفسور کاتور وایشی کاوار از دانشگاه ترکیه که برای اولین بار از اولین روش در فوکیایی ایرون ورکس در سال 1953 استفاده نمود) استفاده گردید. این نمودار با استخوان بندی شبیه آنچه در نمودار نشان داده شده، شروع می‌شود. سرماهی، مسئله‌ای است که دایره برای حل آن تلاش می‌کند (21).

نمودار 1- نمودار استخوان ماهی



پس برای شناسایی علل فرعی که باعث ایجاد محلول یا مشکل اصلی که همان عدم دریافت خدمات پرستاری مطلوب در بیماران End stage می‌باشد، اطلاعات حاصل از پرسشنامه در نمودار استخوان ماهی گذارده شد و بر حسب میزان فراوانی، به عنوان علت‌های فرعی شناخته شدند.

نمودار 1-2- نمودار استخوان ماهی یا نمودار علت و معلول کامل شده همراه با علت‌های فرعی که در بیضی قرار گرفته‌اند.



علت‌های فرعی در سه دسته طبقه‌بندی گردید: 1- شرایط محیط کار 2- مدیریت و سازماندهی 3- نگرش و انگیزش

3-1- الویت بندی دلایل فرعی

جدول 1- اولویت بندی دلایل فرعی

شماره	الویت بندی فرعی حاصل از نمودار استخوان ماهی	تعداد موارد ذکر شده در پرسشنامه

30	فشار کاری و استرس بیش از حد و خستگی و فرسودگی	1	شرایط محیط کار
10	کمبود امکانات رفاهی و سختی شرایط	2	
7	کمبود تجهیزات و امکانات	3	
6	حقوق و دستمزد پایین	4	
6	اضافه کار	5	
20	عدم وجود قردانی و سیستم پاداش و تشویق	6	مدیریت و سازماندهی
20	عدم مشارکت دادن پرستاران در تصمیم گیری ها و نظرسنجی از آنان	7	
12	عدم برخورداری از احترام و عزت نفس کافی	8	
9	نوع مدیریت و برنامه ریزی ها	9	
2	آگاهی نسبت به اهمیت مراقبت ها	10	نگرش و انگیزش

بر حسب تعداد افرادی که دلیل شماره 1 را انتخاب کرده اند، (30 نفر) دلیل شماره 1 را به عنوان مشکلی که اولویت اصلی را برای تصمیم گیری را دارد انتخاب گردید.

2- یافتن راه حل های ممکن

دومین قدم برای حل موفق آمیز مسئله یافتن راه حل های ممکن می باشد. (صفرزاده (18) یعقوبیان (17) مورهد و گریفتین (19) اوگلا کراکر و دیگران (20). لذا برای یافتن راه حل های ممکن به بررسی متون و مقالات پرداخته شد:

- مشکلات محیط کاری و نارضایتی از محتوای شغل وسایل حاشیه ای آن همواره بر مسایل اصلی و وظایف محوری پرستاری یعنی ارائه مراقبت خوب و تأمین راحتی برای بیمار، سایه انداخته است و در طول زمان منجر به بروز احساس ناکامی شغلی، افسردگی روانی و فرسودگی روانی و محدود شدن ارزش های معنوی حاکم برخوردار شده است (21) و (22).

مطالعات نشان می دهد شرایط محیط کاری ارتباط مستقیم با فرسودگی روانی کارمندان داشته است. هیتاشی جی (1991) گزارش داده است که این فرسودگی روانی با عواملی مثل ساعت طولانی مدت کار، مشکل در مرخصی گرفتن، عدم استفاده از همه تعطیلات، شرایط سخت فیزیکی محیط کار و احساس بی ارزشی و ناکارآمد بودن، حقوق پایین، کار نوبتی و حجم کار زیاد در ارتباط بوده است (23). مطالعات، کمبود شدید نیروی انسانی در پرستاری ایران تأیید می نماید. (24، 25، 26)

در این میان یکی از مسئولیت های مدیران پرستاری، ابقاء پرستاری در حرفه است. زیرا نیروی کار ثابت، هزینه مستقیم و غیر مستقیم را کاهش می دهد و با ترک خدمت توانایی سازمان برای ارائه خدمات ارتباط دارد (27).

کمبود نیروی پرستاری همچنین باعث ایجاد فشار کاری و فرسودگی شغلی و استرس شدید در پرستاران شاغل می گردد. در نهایت استرس شدید و طولانی موجب فرسودگی شغلی پرستاران می شود. استرس شدید و طولانی مدت موجب کاهش عملکرد فکری افراد می شود (28). استرس بالای محیط کار با عوامل زیر در ارتباط می باشد: کاهش عدالت سازمانی، کار در نوبت کاری شب، ناتوانی در انجام وظیفه جوتیمی ضعیف، کاهش کنترل در کار، ناامنی شغل و استرس حرفه ای (29)

خستگی هیجانی با ساعت کاری فرد رابطه مستقیم دارد (30) افزایش ساعات کار بیش از 8 ساعت در روز با بروز فرسودگی رابطه معناداری دارد (31) یکی از راه های کاهش فرسودگی شغلی، افزایش عزت نفس پرستاران است (32).

پرستاران برای اینکه بتوانند خوب مراقبت کنند باید در ابتدا خوب مراقبت شوند، آن ها باید احساس ارزش کنند و در مقابل کاری که انجام می دهند باز خورد مناسب و در خور آن دریافت کنند (22).

با توجه به اجتناب ناپذیر بودن برخی از عوامل استرس زا در حرفه پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری استرس بر شاغلین این حرفه، به کارگیری تمهیداتی در جهت بهبود شرایط محیط کار و آموزش روش های مقابله ای از جمله وظایفی است که بر عهده مدیران

سازمان های خدمات بهداشتی درمانی می باشد از جمله این مداخلات می توان مداخلات سازمانی را نام برد. مانند ترغیب به کار گروهی، شرکت دادن پرسنل در تصمیم گیری ها، حمایت های شغلی، کاهش تعارضات و ابهام های شغلی و افزایش کنترل بر رخدادهای شغلی. همچنین مداخلات روان شناختی جهت کاهش استرس های شغلی و افزایش سازگاری در محیط کار از جمله دیگر راهکارها است. بسیاری از محققین معتقدند که این مداخلات نه تنها باید در محیط کار انجام گیرد. بلکه آموزش آن ها جزء برنامه های آموزش پرسنل بهداشتی درمانی باشد (33 و 34).

2- یافتن راه حل های ممکن

از طریق بررسی متون و تجارب شخصی نویسنده، راه حل های زیر ارائه گردید:

- 1- قرار دادن پرسنل کافی در بخش
 - 2- تفکیک وظایف پرستاری جهت کاهش فشار کاری
 - 3- ایجاد انگیزه و علاقه از طریق تشویق و ارزش دهی به کیفیت خدمات
 - 4- افزایش دانش کارکنان از طریق آموزش
 - 5- آموزش کنترل استرس و فشار روانی در کارکنان
 - 6- کاهش تعداد شیفت ها و دادن مرخصی های تشویقی
 - 7- ندادن اضافه کار اجباری
 - 8- قرار دادن امکانات رفاهی جهت پرسنل
- 3- **انتخاب بهترین راه حل:** بر اساس معیارها که شامل 7 معیار بود راه حل ها در جدول گذاشته شد و از 0-5 امتیاز دهی گردید و راه حلی که بالاترین امتیاز را آورد انتخاب گردید.
- قرار دادن معیار برای این است که راه حل انتخاب شده تا چه حد می تواند به بهترین وجه ممکن مسئله را ارزیابی و حل نماید. (21).

8 0-5	7 0-5	6 0-5	5 0-5	4 0-5	3 0-5	2 0-5	1 0-5	راه حل معیار
								1- حداقل هزینه
1	4	2	1	4	5	4	0	2- صرفه جویی زمان
2	5	3	3	4	5	5	1	3- حداقل ریسک
4	5	5	2	5	5	5	4	4- قابلیت اجراء
2	3	3	1	4	5	4	1	5- حفظ پرستاران باتجربه
5	5	5	5	5	5	5	3	6- اساس علمی
3	4	5	4	5	5	5	5	7- مطابق با قوانین
4	5	5	4	5	5	5	1	
21	31	28	20	32	35	33	15	

جدول 1-3: انتخاب بهترین راه حل بر اساس معیار

راه حل 2 و 3 بالاترین امتیاز را آوردند که شامل:

- تفکیک وظایف پرستاری جهت کاهش فشار کاری
 - ایجاد انگیزه و علاقه از طریق تشویق و ارزش دهی به کیفیت خدمات
- پس وارد مرحله چهارم که اجرای راه حل می باشد می گردیم.

4- اجرای راه حل

اجرای راه حل نقطه اوج تمامی تلاش هاست (یعقوبیان). لذا برای اجرای راه حل اقدامات زیر در نظر گرفته شد:

- قرار دادن منشی جهت در خواست دارو های بیماران
- قراردادن نگهبان در ابتدای ورودی بخش جهت کنترل ورود و خروج همراهان
- دادن کارانه بر حسب میزان کاری که افراد انجام می دهند.
- به کار گیری کامپیوتر در بخش های بیمارستان جهت درخواست آزمایشات و پیگیری جواب آن ها
- ندادن اضافه کار
- فراهم کردن فرصت رشد و ترقی برای پرسنل
- ایجاد روحیه تیمی در پرسنل
- دادن تشویق کتبی از سوی مترون به پرسنلی که عملکرد بهتری دارند.

5- ارزشیابی:

- قدم آخر برای بررسی حصول موفقیت در رسیدن به هدف اصلی می باشد. (محبوبه یعقوبیان) (مورهد و گرفتین)
پس از پایان اجرا باید میزان موفقیت از دو دیدگاه بررسی و ارزیابی گردد:
- پرستاران برای بیماران سرطانی End stage مراقبت های پرستاری بهتر و بیشتر و با کیفیت تری را ارائه دهند. (در همه ابعادی که بیمار End stage نیاز دارد)
 - قابلیت کاربرد برای مشکلات آینده
- همچنین پرستاران روحیه وانگیزه بیشتری رانشان دهند

منابع:

1. Zerwekh J.claaborn JC. nursing today: transition and trends. Philadelphia: W. B. Saunders co: 1999 p.53-83
2. Leininger MM. C. re. the essence of nursing and health. Detroit: Wayne state university press;1984.p.124-132
- 3.sourial S. An analysis of caring. Jadv nurse 1997 Dec; 26(6); 1189-92
4. Morse JM ,Field PA. Qualitative research Methods for health professionals. Thousand oaks: sage publication 1995 p.116-124
5. کاربرد عملی مدل های پرستاری پیتر الگتون، ترجمه و تدوین، رسول طبری، نشر و تبلیغ بشری تهران 1382 ص 30
6. کارول تیلور و دیگران، اصول پرستاری تابلور: مفاهیم پرستاری بخش (3). تهران - نشر بشری، تحفه 1382
7. برونر و سودارث، پرستاری داخلی و جراحی برونر سودارث 2008 جلد 2: مفاهیم بیولوژیکی و روانی اجتماعی - ترجمه: ژیلایا عابد سعیدی. نشر سالمی - 1387
8. ربابه معماریان، کاربرد مفاهیم و نظریه های پرستاری: مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس، تهران- 1378 صص 252-258
9. کارول تیلور و دیگران، اصول پرستاری تابلور: مفاهیم پرستاری بخش (3). تهران - نشر بشری، تحفه 1382
10. مارلو، دارودتی، پرستاری کودکان (مارلو): ترجمه سونیا آرزومانیانس - تهران - نشر بشری، تحفه 1385 صص 612-613-618-621

11. محسن موسوی و دیگران، گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی 1383 -مرکز مدیریت بیماری ها معاونت غیر واگیر اداره سرطان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی -معاونت سلامت
12. جی ای پارک، ک پارکر، درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی جلد چهارم: ترجمه: حسین شجاعی تهرانی -تهران: نشر سمات 1387
13. ماخذ شماره 8
14. ضرغام علی و دیگران، آماده شدن برای فقدان: برقراری تعادل در مراقبت پایان عمر، <http://mui.ofis.ir>
15. برونر، سودارت، پرستاری داخلی جراحی برونر -سودارت 2008: ج 11، سرطان و مراقبت های پایان زندگی، ترجمه: مریم حسین زاده - نشر و تبلیغ بشری: تحفه 1386 صص 119-115
16. فریده عطار پارسایی و دیگران، بررسی نحوه عملکرد پرستاران در مراقبت از زخم دهان بیماران سرطانی با عارضه نوتروپنی بستری در مرکز آموزشی ودر مانی شهید قاضی طباطبایی تبریز
17. محبوبه یعقوبیان، مدیریت پریتاری و مامایی: نشر و تبلیغ بشری، تحفه، 1387
18. صفر زاده، حسین، تئوری مدیریت، نشر: پوران پژوهش 1386 -تهران.
19. مورهد، گریفین، رفتار سازمانی / ترجمه: مهدی الوانی و دیگران - تهران: مروارید، 1383.
20. اولگا کراکر، سریل چارنی، جانی سیک لیونگ چیو؛ دواير کیفیت-ترجمه: عباس موسوی. تهران -موسسه عالی آموزش دیپوهش مدیریت و برنامه ریزی -1380 ص 115
21. ادیب حاج باقری محسن، عوامل موثر بر مراقبت مبتنی بر شواهد: یک مطالعه کیفی
22. علیرضا نیکبخت نصر ابادی و دیگران، بررسی تحلیلی و مقایسه تجارب پرستاری ایران و سوئد (یک مطالعه پدیدار شناسی): فصلنامه حیات. سال دهم شماره 22 -پائیز 1383 صص 23-30
23. Hisashige A. burnout phenomenon and its occupational risk factors among Japanese hospital nurses. J hum Ergol (Tokyo). 1991 Dec;20(2):123-36
24. پارسا یکتا زهره، دهقان نیری ناهید، ذاکری مقدم معصومه، بررسی مهارت های بالینی پرستاران بخش های ویژه قلب بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی تهران: حیات؛ 137. 10: 6-13
25. گزارش کمیته نیروی انسانی. سامان دهی کمیته و توزیع نیروی انسانی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی بهشتی؛ 1381 ص 6-25
26. ذکایی یزدی و دیگران. دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های علوم پزشکی تهران در زمینه نقش ها و فعالیت های پرستاری. حیات؛ 1381. 16: 22-31
27. An thony Mary .Standing Theresa ,and et al. leader ship and nurse Rentention :The pivotal role of nurse Mannag ers .Journal of Nursing Administration.volum 35 (3). March 2005.p146-155
28. عزیز نژاد پروین ،حسینی سید جواد ،فرسودگی شغلی وعلل آن در پرستاران بالینی شاغل در در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل (1383).مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم ،شماره 2، فروردین -اردیبهشت 1385.ص 63
29. Ericson Willy , jams Krhstian ,Knardahl Stein. Work factors and Psychological distress in Nurses. Prospective Quhort study .BMC Public health .v.6:2006
30. خواجه الدین نیلوفر ،حکیم شوشتری میترا ،حاجبی احمد.ارتباط درک از مرکز کنترل و نشانگان فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در یک بیمارستان روانپزشکی ،پایگاه اطلاعات علمی SID.مجله روانپزشکی وروانشناسی بالینی ایران بهار 12/1385:صص 43-48
31. اصل نعمت ستوده ،بختیاری امیر هوشنگ .بررسی فرسودگی شغلی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران و ماماهاى شاغل در دانشگاه علوم پزشکی سمنان . پایگاه اطالات علمی SID .11: 77-83(39)1: 11: 1385

32. یعقوبی نیا فریبا، مظلوم سید رضا، صالحی فدردی جواد، اسماعیل حبیب الله. بررسی ارتباط عزت نفس با فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد . پایگاه اطلاعات علمی SID: 6. (1382)؛ 10 (3): 73-79
33. خاقانی زاده مرتضی، سیرتی نیر مرتضی و دیگران. بررسی سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. فصل نامه اصول بهداشت روانی. سال هشتم. پائیز وزمستان 1385، شماره 31 و 32 ص 141-148
34. Wong D, Sharon SK, Christopher K, Deion. Mental health of Chinese in Hong Kong :the roles of Nursing stresses and coping strategies .on line Journal of Issues IN Nursing .2001 ,vol:6 Issue 2:412-416