

مقایسه امید به زندگی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی

شهرستان ارومیه

هاله علی پور^{۱*}، اسماعیل سلیمانی^۲

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره پانزدهم، پاییز ۱۴۰۱، صفحات ۱۶۹-۱۵۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه امید به زندگی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی شهرستان ارومیه بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۰ در بازه زمانی فروردین‌ماه الی خردادماه بودند. نمونه آماری مطالعه حاضر شامل ۳۰ نفر به‌عنوان گروه اصلی و ۳۰ نفر به‌عنوان گروه مقایسه از بین جامعه آماری بود که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های امید به زندگی میلر (۱۹۸۸) پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) استفاده شد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از ابزارهای آمار توصیفی ازجمله جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار و همچنین برای بررسی سؤالات پژوهشی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA)، آزمون اسمیرنوف-کلموگروف، آزمون لوین و آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد بین اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد اما در امید به زندگی پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر به مسئولان حوزه پزشکی و بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌گردد در کاهش اضطراب مرگ تدابیر روان‌شناختی لازم را در نظر داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، اضطراب مرگ، پرستار، کرونا.

مقدمه

با توجه به گستردگی شیوع کووید ۱۹ در جهان و میزان تلفات این بیماری کارکنان حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دلیل بودن در خط اول مقابله با این بیماری امکان بیشتری نسبت به دیگران دارند که در معرض بروز اختلالات روان‌شناختی و اضطراب قرار گیرند. یک مطالعه مقطعی که روی پرسنل پزشکی در کشور چین طی شیوع کووید-۱۹ انجام شد نشان داده است که از بین ۵۱۲ نفر کارمند، حدود ۱۶۴ نفر تماس مستقیم با بیمار آلوده داشتند. در این میان میزان شیوع اضطراب مرگ حدود ۵/۱۲ درصد بود که ۳۵/۱۰ درصد اضطراب خفیف، ۳۶/۱ اضطراب متوسط و حدود ۷۸/۰ درصد اضطراب شدید را تجربه کردند (بروکس و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات گذشته نشان می‌دهند که اختلالات روانی، ازجمله اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب مرگ، افسردگی، حملات هراس، تحریک‌پذیری، دلهره، بی‌اعتمادی و افکار خودکشی، در پرستارانی که مراقب بیماران مبتلا به سارس بودند رواج داشت. این اختلالات می‌توانند منجر به از دست دادن اشتها، خستگی، متغیر دیگری که منعکس‌کننده جهت‌گیری کلی فرد به زندگی است و فرد را در یافتن و استفاده از منابع برای حفظ سلامتی و مدیریت استرس راهنمایی می‌کند، امید به زندگی است. امید به زندگی به توانایی فردی برای درک موقعیت خاص و استفاده مؤثر از منابع موجود (مادی، روان‌شناسی و اجتماعی) اشاره دارد که به فرد اجازه استفاده از استراتژی‌های مقابله انطباقی را می‌دهد. پرستاران توانمند در زمینه امید به زندگی، به علت سازگاری و انعطاف‌پذیری بیشتری که در شرایط شغلی و محیطی خود دارند. استرس شغلی‌شان کمتر است و می‌توانند وظایف خودشان را به نحو احسن انجام دهند (کیم و همکاران، ۲۰۲۰). افراد دارای امید به زندگی بالا در مواجهه با عوامل استرس‌زا، توانایی درک و مدیریت وضعیت را با استفاده از منابع در دسترس خواهند داشت و این مسئله منجر به حفظ سلامتی آن‌ها خواهد شد (آنجلا و بوش، ۲۰۱۱). کاواکلی، آک، اوغوز و تورکمن (۲۰۲۰) در تحقیق خود به نقش واسطه‌ای امید به زندگی در رابطه‌ی بین تهدید درک شده کووید ۱۹ و اضطراب مرگ پرداختند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که امید به زندگی می‌تواند نقش واسطه‌ای در رابطه‌ی بین تهدید درک شده کوید ۱۹ و اضطراب مرگ ایفا کند. رویارویی دائمی با بیماران، داشتن مسئولیت سلامت انسان‌ها، انجام فرآیندهای بالینی، مواجهه با بیماران در حال احتضار، برخورد با موقعیت‌های اضطراری و اورژانسی می‌تواند باعث کاهش عملکرد مطلوب پرستاران گردد و بر سلامت جسمی و روانی آنان اثر بگذارد (نادری، بختیارپور و شکوهی، ۱۳۸۹). لذا سعی شده تا با انجام تحقیقات پیرامون شرایط روان‌شناختی پرستاران گامی در جهت سلامت روانی آن‌ها برداشته شود اما از یک سو با توجه به دسترسی محدود به پرستاران بخش کرونایی به علت فشار بالای شغلی با توجه به شیوع پاندمی کرونا و ویروس کووید ۱۹ و از سوی دیگر به دلیل ماهیت نوظهور بیماری که با ناشناخته بودن و مبهم بودن خود بیماری و نیز شرایط قرنطینه‌ای حاکم بر جامعه و سایر شرایط موجود همراه شده همگی این مسائل باعث شده که پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه اندک و با وسعت کم صورت گرفته است. لذا با توجه به خلأ پژوهشی موجود این تحقیق بر آن است تا با بررسی و تحقیق پیرامون جوانب امر به این پرسش اساسی پاسخ دهد که آیا بین امید به زندگی و اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد. تعریف‌های گوناگونی در رابطه با امید به زندگی وجود دارد اما به‌طور خلاصه می‌توان گفت امید به زندگی متوسط سال‌هایی است که فرد انتظار دارد، زندگی کند. پیشرفت علم در زمینه‌های مختلف صنعتی، کشاورزی و پزشکی در چند دهه اخیر نقش بسیار

مؤثری در ارتقای سطح کیفیت زندگی و به دنبال آن افزایش طول عمر انسان‌ها ایفا کرده است. این پیشرفت‌ها باعث شده تا متوسط تعداد سال‌هایی که فرد انتظار دارد زندگی کند (لوکاس و پاول، ۱۳۹۸). به بیان دیگر، شنایدر و لویز (۲۰۲۰) امید را «مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدف مدار) و مسیرها (شیوه‌های انتخاب شده برای نیل به اهداف) است». بنابراین، امید یا تفکر هدف مدار، از دو مؤلفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. «مسیرهای تفکر» انعکاس‌دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال‌های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر هم عبارت‌اند از افکاری که افراد درباره توانایی‌ها و قابلیت‌هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده‌اند تا به اهدافشان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می‌توان به اهداف رسید (کلانتری، ۱۳۹۸). اگر هرکدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است (سرای، ۱۳۹۱). شواهد تحقیقاتی زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند بین بالا بودن میزان امید افراد و موفقیت آن‌ها در فعالیت‌های ورزشی، بالا بودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی بهتر و بیشتر مؤثر بودن روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات، ارتباط وجود دارد. از آنجاکه عناصر دوگانه سازنده امید، یعنی منابع و مسیرها، بیانگر فرآیند افکار هدف مدار می‌باشند و فکرت هدف مدار هم از لحاظ نظری نقطه مرکزی و ثقل معنا در زندگی هستند، پس می‌توان فرض نمود که تفکر امیدوارانه پیامد اصلی معناداری در زندگی می‌باشد (شنایدر و فلدمن، ۲۰۱۵).

اضطراب مرگ و به‌طور کلی، مرگ همیشه همراه انسان بوده و خواهد بود، از این‌رو که بخشی از زندگی اوست و پیوسته ذهن او را به خود مشغول کرده و به دنبال پاسخی برای پرسش‌هایی درباره مرگ است. بشر بدین دلیل که نمی‌تواند بر مرگ چیره شود، به فکر می‌افتد که به آن نیندیشد تا شادکام شود، برخی نیز اندیشیدن درباره مرگ را علت اصلی ترس از آن می‌دانند؛ بنابراین، هرگونه اندیشه، مطالعه و صحبت درباره مرگ را به حداقل می‌رسانند؛ اما درواقع انکار مرگ افزون بر اینکه توانسته است جلوی احساس‌های منفی مرگ را بگیرد، آثار منفی نیز به‌جای گذاشته است؛ چراکه عقب راندن مرگ از شمار مسائل زندگی، مداومت در تجاهل به جنبه‌های واقعی آن است و این خود رنج و ترس همراه با واقعیات را تشدید می‌کند. هرچه انسان از مرگ بیشتر بترسد، کمتر آن را می‌شناسد و هر چه کمتر درباره آن بپرسد، بیشتر می‌ترسد، بی‌اعتنایی به مرگ آرامشی برای زیستن ایجاد نمی‌کند؛ بلکه فرد را به وضعیت ناراحتی، که بین بی‌تشویش و اغتشاش نوسان دارد قرار می‌دهد؛ پس باید گفت مسئله انسان، شکل‌گیری فراموشی درباره مرگ نیست، بلکه باید آن را به‌صورت هشیارانه در خدمت زندگی خود درآورد (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب نیز یکی از عمده مسائل و مشکلاتی است که در بین افراد به‌وفور دیده می‌شود. اضطراب کما واکنشی است در برابر خطری نامعلوم، مبهم و منشأ آن، ناخودآگاه و غیرقابل مهار است که عوامل متعددی آن را ایجاد می‌کنند. در این میان، انواع خاصی از اضطراب، بر اساس منشأ آن، شناخته و نام‌گذاری شده‌اند که اضطراب مرگ یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی دارد و اغلب به‌عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود. اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است. این اضطراب نوعی از اضطراب است که انسان‌های زنده آن را تجربه می‌کنند و می‌تواند سلامتی وجودی فردی و مخصوصاً کارکرد سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد (قاضوی، ۱۳۹۶).

اضطراب مرگ صرفاً یک اضطراب دوردست نیست که در پایان راه به انتظارمان نشسته باشد، اضطراب نهفته‌ای است که به نگاه‌های احساس رخنه می‌کند تا جایی که گویی طعم مرگ را در همه چیز می‌چشیم. در اواخر بزرگسالی، سال‌خوردگان به مرگ می‌اندیشند و درباره آن صحبت می‌کنند اما آن‌ها از تغییرات جسمانی، میزان بالای بیماری و معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان کما شواهد بیشتری برای مرد به دست می‌آورند، با توجه به این‌که، تجربه کردن مقداری اضطراب درباره‌ی مرگ طبیعی است؛ اما مانند سایر ترس‌ها، چنانچه این اضطراب خیلی شدید باشد سازگاری را تضعیف می‌کند. اضطراب مرگ می‌تواند نگرش منفی در مورد پیری را افزایش دهد و حتی منجر به اضطراب و ترس از پیری شود و این اضطراب با نگرانی و ناراحتی، احساس عدم امنیت و تنش همراه است. سربوزی حسین آبادی، عسکری، میری و نمازی نیا (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان «افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کوید-۱۹ در بیمارستان نهم دی تربت حیدریه» با مطالعه بر روی ۱۲۵ پرستار شاغل در بخش‌های بستری بیماران مبتلا به کوید - ۱۹ در بیمارستان نهم دی شهر تربت حیدریه اعلام کردند که نتایج آزمون کای اسکوتر نشان داد افسردگی، اضطراب و استرس پرستاران در حد متوسط بود. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد افسردگی با سن، اضطراب با سن، وضعیت استخدامی و رضایت از تجهیزات حفاظت فردی و استرس با سن، وضعیت استخدامی به صورت معنی‌داری در ارتباط است. عینی، عبادی وهاشمی (۱۳۹۹) در تحقیقاتی با عنوان «اضطراب کرونا در پرستاران: نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس انسجام» با قرار دادن جامعه پرستاران شاغل در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر رشت موفق شدند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها را به صورت آنلاین مورد بررسی قرار دهند که به این نتیجه رسیدند که اضطراب ناشی از بیماری کرونا در پرستاران دارای رابطه‌ی منفی و معنی‌دار با حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس انسجام می‌باشد. حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس انسجام ۴۲ درصد واریانس، امتیازات اضطراب از کرونا را در پرستاران پیش کرد. بنابراین آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس انسجام نقش حیاتی در اضطراب از بیماری کرونا در پرستاران ایفا می‌کند. برومندیان و سرافراز (۱۳۹۶) در تحقیقی با عنوان «پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس سازه عدم تحمل ابهام در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و عادی شهر شیراز» با مطالعه‌ی ۱۶۳ نفر به صورت تصادفی خوشه‌ای این نتایج را بیان داشتند که عدم تحمل ابهام، میزان اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند. اضطراب مرگ در زنان در مقایسه با مردان بالاتر است. پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه در مقایسه با بخش‌های عادی بیمارستان اضطراب مرگ بیشتری دارند؛ اگرچه تفاوت معناداری در میزان اضطراب مرگ افراد متأهل و مجرد دیده نشد. روحی، دادگری و فارسی (۱۳۹۴) در تحقیق خویش با عنوان «بررسی اضطراب مرگ در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا» با تحقیق بر روی ۱۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا که به شیوه سرشماری انجام گرفت به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره کل اضطراب مرگ با متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معناداری نداشت.

کاواکلی، آک، اوغوز و تورکمن (۲۰۲۰) در تحقیق خویش با عنوان «نقش واسطه‌ای امید به زندگی در رابطه‌ی بین تهدید درک شده کوید ۱۹ و اضطراب مرگ» با نمونه‌گیری از جامعه به ۵۶۲ نمونه دست یافتند که با استفاده از پرسشنامه داده‌ها به دست آمدند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که امید به زندگی تا حدی می‌تواند نقش واسطه‌ای در رابطه‌ی بین تهدید درک شده کوید ۱۹ و اضطراب مرگ ایفا کند. افراد در گروه با درآمد بالا در مقایسه با گروه کم‌درآمد سطح پایین‌تری از درک تهدید کوید ۱۹ و نمره اضطراب مرگ

را داشتند. سطح تهدید در مقایسه با افراد بیکار در بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کمتر بود. شرکت‌کنندگان زن در مقایسه با مردان شرکت‌کننده سطح بالاتری از تهدید درک شده کوید ۱۹ و نمره اضطراب مرگ را داشتند. هو، کنگ، لی، هان و ژانگ (۲۰۲۰) در تحقیقی با عنوان «فرسودگی شغلی، اضطراب، افسردگی و وضعیت‌های ترس و عوامل مرتبط با آن‌ها در پرستاران خط مقدم در هنگام شیوع کوید ۱۹ در ووهان، چین: یک مطالعه مقطعی بزرگ» با بررسی در مجموع ۲۰۱۴ پرستار واجد شرایط از دو بیمارستان به این نتیجه رسیدند که به طور متوسط، شرکت‌کنندگان سطح متوسط فرسودگی و ترس بالایی داشتند. حدود نیمی از پرستاران فرسودگی شغلی متوسط و زیاد گزارش کردند، همان‌طور که در خستگی عاطفی نشان داده شده است (۱۲۱۸ نفر، ۶۰٫۵ درصد)، بی‌هویتی (۸۵۳ نفر، ۴۲٫۳ درصد) و موفقیت شخصی (۱۲۱۹ نفر، ۶۰٫۶ درصد). یافته‌ها نشان داد که ۲۸۸ نفر (۱۴٫۳٪)، ۲۱۷ نفر (۱۰٫۷٪) و ۱۸۳۷ نفر (۹۱٫۲٪) پرستاران به ترتیب از اضطراب، افسردگی و ترس در حد متوسط و زیاد گزارش کردند. امیری و واهتری (۲۰۱۹) در تحقیق خویش با عنوان «پرسنل پرستار و امید به زندگی در بدو تولد و در ۶۵ سالگی: مدارکی از ۳۵ کشور OECD»، پنج متغیر کنترل به‌عنوان فیلتر برای سطح کارکنان پزشکی، منابع مالی و جسمی مراقبت‌های بهداشتی و فناوری پزشکی استفاده کردند. بین استخدام در پرستاری و امید به زندگی از بدو تولد تا سن ۶۵ سالگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. به‌طور کلی، نقش ویژگی‌های پرستاری در افزایش شاخص‌های امید به زندگی در دستگاه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی کشورهای OECD متفاوت است و به طور متوسط در بالاترین سطح در ژاپن (۰٫۲۵)، و پس‌از آن ایسلند (۰٫۲۴)، بلژیک (۰٫۲۱)، جمهوری چک (۰٫۲۱)، اسلونی (۰٫۲۰) و سوئد (۰٫۱۸) تعیین می‌شود. نسبت بالاتری از استخدام پرستاری با افزایش امید به زندگی در کشورهای OECD مرتبط است و وابستگی امید به زندگی به کار پرستار با افزایش سن افزایش می‌یابد. کاراباک و همکاران (۲۰۱۹) یک مطالعه تجربی با هدف ارزیابی استرس تجربه شده توسط دانشجویان پرستاری از زمان شروع تمرین بالینی انجام شد و دریافت که این دانشجویان در اولین روز تمرین بالینی خود دچار استرس شده‌اند. آن‌ها تشخیص دادند که اجتناب‌ناپذیر است که دانشجویان در محیط بیمارستان مقداری استرس را تجربه کنند و هیچ پیش‌آزمون برای تأیید اینکه نقطه شروع هر دو گروه مشابه است استفاده نشده است.

روش پژوهش

روش تحقیق پژوهش حاضر با توجه به هدف پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای از نوع مقطعی-مقایسه‌ای بود که متغیرهای مستقل مطالعه حاضر شامل دو گروه پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی و متغیرهای وابسته شامل امید به زندگی، حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام پرستاران شاغل در تمامی مراکز درمانی و بهداشتی دولتی و خصوصی شهرستان ارومیه در بازه فروردین‌ماه تا خردادماه سال ۱۴۰۰ می‌باشد، که با برآوردهای موجود بالای ۲۰۰۰ نفر را در این زمینه در نظر گرفته شد. که در دو بیمارستان مورد مطالعه جمعاً در حدود ۱۵۰ نفر می‌باشند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل: پرسشنامه‌ی امید به زندگی؛ که این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سوال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سوال افزایش یافت. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. که این آزمون از نوع آزمون تشخیصی بوده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری

در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج‌درجه‌ای لیکرت (بسیار مخالف = ۱، مخالف = ۲، بی تفاوت = ۳، موافق = ۴، بسیار موافق = ۵) تنظیم شده است (غلامی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر: پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (DAS) در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر طراحی و برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ ساخته شده و بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این پرسشنامه یک پرسشنامه خود اجرا متشکل از ۱۵ سوال چهارگزینه‌ای (خیلی کم، کم، زیاد، خیلی زیاد) است. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال و ۵ بعد می‌باشد. شیوه امتیازدهی بدین ترتیب می‌باشد که برای هر گزینه‌ها از ۰ تا ۳ نمره در نظر گرفته می‌شود. البته این روش نمره‌گذاری در سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ معکوس می‌شود (۳ تا ۰). ابعاد این پرسشنامه شامل ترس از مرگ (سؤالات ۱۲ - ۱ - ۱۴)، ترس از درد و بیماری (سؤالات ۱۳ - ۶ - ۴ - ۲)، افکار مربوط به مرگ (سؤالات ۱۱ - ۹ - ۵)، زمان گذرا و زندگی کوتاه (۱۰ - ۷ - ۳)، ترس از آینده (سؤالات ۱۵ - ۸) می‌باشند.

یافته‌ها

به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بهره گرفته شد. اگر سطح معناداری بیشتر از ۵٪ باشد متغیر نرمال و اگر کمتر از ۵٪ باشد متغیرها نرمال نیستند. جدول ۱- خروجی این آزمون را به نمایش درآورده است.

جدول ۱. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تست نرمال بودن داده‌ها

متغیر	ابعاد	مقدار آزمون	سطح معناداری
امید به زندگی		۰/۰۹۷	۰/۲۰۰
اضطراب مرگ	کل	۰/۱۲۰	۰/۱۳۱
	ترس از مرگ	۰/۱۲۴	۰/۲۳۰
	ترس از درد و بیماری	۰/۱۰۰	۰/۲۰۰
	افکار مربوط به مرگ	۰/۱۱۸	۰/۱۳۹
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۰/۱۳۶	۰/۱۷۳
	ترس از آینده	۰/۲۱۸	۰/۱۴۸

نظر به این که سطح معناداری همه متغیرها بیشتر از ۵٪ می‌باشد، همه متغیرها نرمال می‌باشند.

طبق مشاهدات به دست آمده، اختلاف معنی‌داری بین امید به زندگی در تفکیک پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی شهرستان ارومیه که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند، مشاهده نشد. یعنی اختلاف مشاهده شده در میانگین نمرات امید به زندگی در بین پرستاران بخش کرونا و سایر بخش‌ها، معنی‌دار نبود. بر اساس تست لون، همگنی واریانس‌ها برقرار است. ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا نیز تأثیر معنی‌داری بر روی نتایج نداشت.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیر امید به زندگی

متغیر	بخش	ابتلا به کرونا	تعداد	میانگین	انحراف معیار
امید به زندگی	کرونا	خیر	۱۶	۱۹۰/۱۳	۲۰/۰۳۳
		بله	۱۴	۱۸۲/۶۴	۴۲/۵۱۸
		کل	۳۰	۱۸۶/۶۳	۳۲/۱۳۱
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۱۸۹/۴۶	۲۳/۱۲۱
		بله	۱۷	۱۸۶/۳۳	۲۴/۰۳۵
		کل	۳۰	۱۸۷/۷۹	۲۳/۲۳۰
	مجموع	خیر	۳۰	۱۸۹/۸۳	۲۱/۰۷۷
		بله	۳۰	۱۸۴/۵۵	۳۳/۶۴۱
		کل	۶۰	۱۸۷/۱۹	۲۷/۹۵۰

جدول ۳. آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها

متغیر	آزمون F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
امید به زندگی	۱/۵۹۴	۱	۵۸	۰/۲۱۲

با نگاهی به نتایج جدول لوین مشخص است که مقدار Sig برای متغیر امید به زندگی بالای ۰/۰۵ است. بنابراین واریانس‌های خطاهای آن‌ها با هم برابر هستند.

جدول بعدی یعنی جدول ۴، (Test of Between-Subjects Effects) به بررسی اثرات هر یک از متغیرهای کمی یعنی شاغل بودن یا نبودن در بخش کرونا و ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا به صورت جداگانه در گروه‌های متغیرهای کیفی و نیز اثر تعاملی آن دو متغیر بر روی امید به زندگی می‌پردازد.

جدول ۴. آزمون اثرات متغیرهای کیفی بر روی امید به زندگی

منبع اثر	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری
بخش	۳۳/۰۱۷	۱	۳۳/۰۱۷	۰/۴۰	۰/۸۴۱
ابتلا به کرونا	۴۰۵/۶۶۵	۱	۴۰۵/۶۶۵	۰/۴۹۸	۰/۴۸۴
بخش و ابتلا به کرونا	۶۸۳/۰۸	۱	۶۸۳/۰۸	۰/۰۸۴	۰/۷۷۳

طبق مشاهدات به دست آمده، به طور کلی اختلاف معنی‌داری بین اضطراب مرگ و خرده مؤلفه‌های آن در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی شهرستان ارومیه که در پژوهش حاضر شرکت کرده بودند، مشاهده شد. بر اساس تست لون، همگنی واریانس‌ها برقرار است. البته ابتلا یا عدم ابتلا به کرونا تأثیر معنی‌داری بر روی نتایج نداشت.

جدول ۵. اطلاعات توصیفی متغیر اضطراب مرگ

متغیر	بخش	ابتلا به کرونا	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ترس از مرگ	کرونا	خیر	۱۶	۷/۱۹	۱/۹۰۵
		بله	۱۴	۸/۳۶	۲/۵۶۰
		کل	۳۰	۷/۷۳	۲/۲۷۳
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۷/۶۹	۱/۹۳۲
		بله	۱۷	۸/۸۷	۲/۱۶۷
		کل	۳۰	۸/۳۲	۲/۱۰۹
	مجموع	خیر	۳۰	۷/۴۱	۱/۹۰۰
		بله	۳۰	۸/۶۲	۲/۳۳۶
		کل	۶۰	۸/۰۲	۲/۱۹۶
ترس از درد و بیماری	کرونا	خیر	۱۶	۱۲/۲۵	۲/۶۷۱
		بله	۱۴	۱۱/۵۰	۳/۶۳۲
		کل	۳۰	۱۱/۹۰	۳/۱۲۲
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۱۱/۰۸	۳/۶۸۵
		بله	۱۷	۱۱/۳۳	۳/۷۱۶
		کل	۳۰	۱۱/۲۱	۳/۶۳۵
	مجموع	خیر	۳۰	۱۱/۷۲	۳/۱۶۱
		بله	۳۰	۱۱/۴۱	۳/۶۱۱
		کل	۶۰	۱۱/۵۷	۳/۳۶۷
افکار مربوط به مرگ	کرونا	خیر	۱۶	۱۰/۸۸	۲/۲۱۷
		بله	۱۴	۱۱/۴۳	۱/۳۹۹
		کل	۳۰	۱۱/۱۳	۱/۸۷۱
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۱۱/۶۹	۲/۵۶۲
		بله	۱۷	۱۲/۳۳	۲/۲۵۷
		کل	۳۰	۱۲/۰۴	۲/۳۸۰
	مجموع	خیر	۳۰	۱۱/۲۴	۲/۳۷۰
		بله	۳۰	۱۱/۹۰	۱/۹۱۵
		کل	۶۰	۱۱/۵۷	۲/۱۶۱
زمان گذرا و زندگی کوتاه	کرونا	خیر	۱۶	۹/۱۳	۱/۶۶۸
		بله	۱۴	۸/۳۶	۱/۲۷۷
		کل	۳۰	۸/۷۷	۱/۵۲۴
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۷/۹۲	۳/۰۹۵
		بله	۱۷	۸/۰۰	۳/۳۸۱
		کل	۳۰	۷/۹۶	۳/۱۹۱
	مجموع	خیر	۳۰	۸/۵۹	۲/۴۴۲
		بله	۳۰	۸/۱۷	۳/۵۵۰
		کل	۶۰	۸/۳۸	۲/۴۸۴
ترس از آینده	کرونا	خیر	۱۶	۶/۱۳	۱/۶۶۸
		بله	۱۴	۴/۶۴	۱/۳۹۳
		کل	۳۰	۵/۴۳	۱/۶۹۵
	غیر کرونا	خیر	۱۳	۵/۳۱	۱/۳۷۷
		بله	۱۷	۶/۰۰	۰/۹۲۶
		کل	۳۰	۵/۶۸	۱/۱۸۸
	مجموع	خیر	۳۰	۵/۷۶	۱/۵۷۳
		بله	۳۰	۵/۳۴	۱/۳۴۴
		کل	۶۰	۵/۵۵	۱/۴۶۵

روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس آزمون M باکس است، که در آن معناداری آماری شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود. بر اساس نتایج جدول ۵، ماتریس‌های کوواریانس همگن بودند.

جدول ۶. آزمون M باکس متغیر اضطراب مرگ

۸۳/۴۰۱	M باکس
۱/۵۳۴	آزمون F
۴۵	درجه آزادی اول
۶۸۸۶/۴۸۲	درجه آزادی دوم
۰/۱۱۲	سطح معناداری

آزمون لانداى ويلكس بين صفر و يك نوسان دارد و هر چه به مقدار صفر نزديك شود گواهي به تفاوت بيشتر ميانگين متغيرهاي كمى در گروهها مي دهد و بر عكس هر چه به يك نزديكتر نشان از عدم تفاوت ميانگينها در بين گروهها است. در اين جا و بر اساس داده هاي جدول ۶، ميانگين هاي مؤلفه هاي اضطراب مرگ در بين پرستاران، براي ابتلا يا عدم ابتلا به کرونا نزديك به هم بودند. (اين موضوع احتمالاً مي تواند ناشي از ترس همگاني از کرونا باشد) اما اين ميانگينها در پرستاران شاغل در بخش هاي کرونا و غير کرونا اختلاف معناداري داشتند. به عبارت ديگر، پرستاران شاغل در بخش کرونا، اضطراب مرگ بيش تری نسبت به شاغلين در ساير بخشها داشتند.

جدول ۷. آزمون لانداى ويلكس

متغير	مقدار لاندا	آزمون F	سطح معناداري	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا
بخش	۰/۰۲۰	۶۰/۷۰۵	۰/۰۰۰	۱۰	۱۰۰
ابتلا به کرونا	۰/۷۸۹	۲/۶۷۶	۰/۰۳۲	۵	۵۰
بخش و ابتلا به کرونا	۰/۱۸۵	۲/۲۶۴	۰/۰۶۲	۵	۵۰

جدول ۸. آزمون لوين براي برابري واريانسها

متغير	آزمون F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداري
ترس از مرگ	۰/۴۰۱	۳	۵۶	۰/۷۵۳
ترس از درد و بيماري	۰/۶۷۷	۳	۵۶	۰/۵۷۰
افكار مربوط به مرگ	۱/۱۳۵	۳	۵۶	۰/۳۴۳
زمان گذرا و زندگي کوتاه	۴/۴۳۵	۳	۵۶	۰/۱۰۷
ترس از آينده	۳/۷۵۲	۳	۵۶	۰/۲۱۶

با نگاهی به نتایج جدول لوین مشخص است که مقدار sig برای متغیر اضطراب مرگ بالای ۰/۰۵ است بنابراین واریانسهای خطاهای آنها با هم برابر هستند. در جدول بعدی یعنی جدول ۹ (Test of Between-Subjects Effects) به بررسی اثرات هر یک از متغیرهای کمی به صورت جداگانه در گروههای متغیرهای کیفی و نیز اثر تعاملی آن دو متغیر پرداخته شده است. همان طور که پیش تر نیز گفته شد، شاغل بودن در بخشهای کرونا و غیرکرونا اثر معناداری بر روی ميانگين هاي مؤلفه هاي اضطراب مرگ در بين پرستاران داشت. اما ابتلا يا عدم ابتلا به کرونا اثر معناداري بر روی اين ميانگينها در پرستاران نداشت. به عبارت ديگر، پرستاران شاغل در بخش کرونا، اضطراب مرگ بيش تری نسبت به شاغلين در ساير بخشها داشتند. اما اين اضطراب در اثر ابتلا يا عدم ابتلا به کرونا نبود. (و همان طور که ذکر شد، اين موضوع احتمالاً مي تواند ناشي از ترس همگاني از کرونا باشد).

جدول ۹. آزمون اثرات بین متغیرها

منبع اثر	متغیر	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری
بخش	ترس از مرگ	۳۷۳۳/۰۲۶	۲	۱۸۶۶/۵۱۳	۴۰۲/۹۱۸	۰/۰۰۰
	ترس از درد و بیماری	۷۷۶۹/۵۸۶	۲	۳۸۸۴/۷۹۳	۳۳۰/۴۸۷	۰/۰۰۰
	افکار مربوط به مرگ	۷۷۷۴/۵۶۹	۲	۳۸۸۷/۲۸۵	۸۴۲/۰۷۵	۰/۰۰۰
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۴۰۸۱/۶۶۹	۲	۲۰۴۰/۸۳۵	۳۲۶/۱۵۹	۰/۰۰۰
	ترس از آینده	۱۷۸۸/۵۲۶	۲	۸۹۴/۲۶۳	۴۷۴/۶۷۴	۰/۰۰۰
ابتلا به کرونا	ترس از مرگ	۱۹/۸۱۹	۱	۱۹/۸۱۹	۴/۲۷۸	۰/۰۴۳
	ترس از درد و بیماری	۱/۰۰۸	۱	۱/۰۰۸	۰/۰۸۶	۰/۷۷۱
	افکار مربوط به مرگ	۵/۱۲۲	۱	۵/۱۲۲	۱/۱۱۰	۰/۲۹۷
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۱/۸۷۲	۱	۱/۸۷۲	۰/۲۹۹	۰/۵۸۷
	ترس از آینده	۲/۷۰۳	۱	۲/۷۰۳	۱/۴۳۵	۰/۲۳۶
بخش و ابتلا به کرونا	ترس از مرگ	۸/۰۱۵	۱	۸/۰۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹۷
	ترس از درد و بیماری	۳/۶۵۰	۱	۳/۶۵۰	۰/۳۱۰	۰/۵۸۰
	افکار مربوط به مرگ	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۰۶	۰/۹۳۹
	زمان گذرا و زندگی کوتاه	۲/۵۷۲	۱	۲/۵۷۲	۰/۴۱۱	۰/۵۲۴
	ترس از آینده	۱۷/۰۳۸	۱	۱۷/۰۳۸	۹/۰۲۴	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با فرضیه اول نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین امید به زندگی در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی وجود ندارد. بنابراین فرضیه ۱ مطالعه حاضر مبنی بر «بین امید به زندگی در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد» تأیید نشد. به عبارت دیگر، با توجه به نتایج به دست آمده، امید به زندگی پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونا بیشتر به چشم می‌خورد که این مطلب همسو با نتایج حاصل از مطالعات بوزانگا و همکاران (۲۰۲۰) و همچنین کالیش (۲۰۲۱) می‌باشد که در این مطالعات پرستاران بخش کرونا نسبت به پرستاران بخش غیرکرونا نمرات بیشتری از پرسشنامه اضطراب مرگ گرفتند.

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با فرضیه اول فرضیه دوم نشان داد؛ اختلاف معنی‌داری بین اضطراب مرگ در تفکیک پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم مطالعه حاضر مبنی بر «بین اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت وجود دارد» تأیید شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که جامعه مورد بررسی از نظر میزان نمره اضطراب مرگ در سطح مطلوبی قرار ندارد زیرا تنها یک‌چهارم پرستاران دارای اضطراب خفیف بودند. در تبیین این یافته می‌توان عللی چون افزایش فشار کاری، شیفت‌های پی‌درپی و بدون فرصت استراحت را بیان کرد. نتایج مطالعه مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد که ۵۷/۸ درصد از کارکنان بیمارستان دولتی شهر ساری اضطراب مرگ بالایی داشته‌اند، آن‌ها نیز در مطالعه خود شرایط ویژه کاری و ترکیب سنی و جنسی نمونه‌ها را عامل اضطراب بالا دانسته‌اند البته پژوهش آن‌ها بر روی تمام کارکنان بیمارستان و نه صرفاً گروه پزشکی انجام شده بود. مطالعات نشان داده‌اند که میزان اضطراب مرگ در حرفه پرستاری بیشتر از سایر حرفه‌ها می‌باشد مطالعه چن و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی اضطراب مرگ سه گروه از دانشجویان (پرستاری باتجربه پرستاری بدون تجربه، غیرپزشکی) در تایوان نشان داد که دانشجویان پرستاری باتجربه، اضطراب مرگ بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشته و اضطراب مرگ دانشجویان کمتر بوده است و آموزش پرستاری ممکن است باعث افزایش اضطراب در دانشجویان گردد.

روش نمونه‌گیری این مطالعه از نوع در دسترس بود که باید در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده جوانب احتیاط را ملاحظه نمود. مطالعه حاضر بر روی پرستاران شهرستان ارومیه که جمعیت نسبتاً همگنی بوده، صورت گرفته است. در این پژوهش برای ارزیابی متغیرها از ابزارهای خود گزارشی استفاده شده که ممکن است آزمودنی‌ها با سوگیری، عدم صداقت یا عدم شناخت صحیح از وضعیت خود، به سؤالات پاسخ‌گو بوده باشند، لذا این نیز تعمیم‌پذیری پژوهش را با محدودیت مواجه می‌کند. در شرایط بحرانی کرونا پرستاران سایر بخش‌ها مانند بخش گوارش و قلب و عروق برای ارائه مراقبت به بخش کرونا انتقال یافتند در این صورت باید بین پرستاران بخش سی‌سی‌یو که میزان مرگ‌ومیر در آن زیاد است و با استرس بیشتر همراه است مورد تفکیک قرار گیرد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی شهرستان ارومیه پیشنهاد می‌گردد مسئولین تمهیداتی از قبیل آموزش عوامل مقابله با استرس، مرخصی برای پرستاران و استفاده از لباس‌ها و عینک‌ها و شیلدهای مخصوص بیمارستانی برای مقابله با کرونا و همچنین افزایش تعداد کادر پرستاری جهت کاهش حجم کار پرستاران انجام دهند تا نقش حمایت اجتماعی را در کاهش اضطراب مرگ و امید به زندگی خود در نظر بگیرند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر مبنی بر وجود اختلاف معنی‌دار در اضطراب مرگ در پرستاران بخش کرونایی و غیر کرونایی پیشنهاد می‌گردد، مسئولین تمهیداتی از قبیل آموزش عوامل مقابله با استرس، مرخصی برای پرستاران و افزایش تعداد کادر پرستاری جهت کاهش حجم کار پرستاران انجام دهند همچنین مسئولین تمهیداتی اتخاذ نمایند برای ملاقات پرستاران بخش کرونا با خانواده‌هایشان تا عوامل اضطراب در کلیه پرستاران کاهش یابد. نتیجه شخصی این است که مطالعه حاضر به نفع گروه پرستاران بخش کرونایی است و اقدامات لازم پیشنهاد شده می‌توان کمک بیشتری به این گروه از پرستاران کند تا میزان اثرات منفی در این شرایط بحرانی را تعدیل یابد.

منابع

- برومندیان، نیکیتا؛ سرافراز، مهدی رضا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس سازه عدم تحمل ابهام در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و عادی شهر شیراز. کنفرانس تحقیقات جدید ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد، حسابداری و انسان‌شناسی.
- روحی، مریم؛ دادگری، فهیمه فارسی، زهرا. (۱۳۹۴). بررسی اضطراب مرگ در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا. مجله علوم مراقبت نظامی، ۲(۳)، ۱۵۷-۱۵۰.
- سرایی، حسن (۱۳۹۱). روش‌های مقدماتی تحلیل جمعیت (با تاکید بر باروری و مرگ‌ومیر). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- سربوزی حسین آبادی، طاهره؛ عسکری، محمدرضا؛ میری، خیزران؛ نمازی نیا، محمد. (۱۴۰۰). افسردگی، استرس و اضطراب پرستاران در پاندمی کووید-۹۱ در بیمارستان نهم دی تربت حیدریه. مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۵۳۳-۵۲۶.
- قاضوی، سیدتقی. (۱۳۹۶). زمینه‌های ایجاد اضطراب مرگ و راههای پیشگیری از آن در تعالیم اسلام. فصلنامه فرهنگ و تربیت اسلامی، ۱۳، ۱۹۴-۱۷۳.
- کلانتری، صمد. (۱۳۹۸). مبانی جمعیت‌شناسی. اصفهان: انتشارات مانی.
- لوکاس، دیوید و پاول، میر. (۱۳۹۸). درآمدی بر مطالعات جمعیتی. ترجمه حسین محمودیان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مسعودزاده، عباس؛ جواد، ستاره؛ محمدپورتهمن، رضاعلی و مدانلوکردی، منا. (۱۳۸۷). شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری در بهار ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۸(۶۷)، ۸۴-۹۰.

▪ نادری، فرح، بختیارپور، سعید و شکوهی، مینا. (۱۳۸۹). مقایسه اضطراب مرگ، خوش بینی و شوخ طبعی بین پرستاران زن. فصلنامه زن و فرهنگ، ۲(۳)، ۴۱-۵۰.

- Amiri, A., Vahteri, T.S. (2019), Nurse staffing and life expectancy at birth and at 65 years old: Evidence from 35 OECD countries, *International Journal of Nursing Sciences*, 6: 362-370.
- Anngela, L., & Busch, M. (2011). Stress and grief among family caregivers of older adults with cancer: A multicultural comparison from Hawai'i. *Journal of Social Work in Endof-Life & Palliative Care*, 7(4), 318-337.
- Arnetz, J.E., Goetz, C.M., Arnetz, B.B., Arble, E. (2020), Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses, *International Journal of Environmental research and public health*, 17, 8126: 1-12.
- Brooks, S.K., Rebecca, K., Webfler, L.E ... (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Published Online February 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L., & et.al. (2020), Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study,. Published by Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. medrxiv. The Preprint Server for Health Sciences. March 09, 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>.
- Kavaklı, M., A.M., Uğuz, F., Türkmen, O.O. (2020), The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety, *Turkish J Clinical Psychiatry*, 23 (Supp 1), 15-23.
- Kim, Y.J., Lee, S.Y., Cho, J.H. (2020). A Study on the Job Retention Intention of Nurses Based on Social Support in the COVID-19 Situation, *Sustainability Journal*, 12(7276): 1-9.
- Li, J., & Hardly, W. (2019). The WHOQoL Group development of the world health organization. *Quality of life. Assesment Internal perspective*, 12, 6-1.
- Miller, J.F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82:165-177.