

Investigating the Relationship between Demographic Factors and Quality of Life and Health in Retired Nurses

Masoumeh Rashidi ¹, Abbaas Ebadi ², Ali Fathi Ashtiani ³, Monir Nobahar ⁴, Zahra Hajiamini ^{5,*}

¹ Department of Community Health, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Medical-Surgical Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Care Research Center, School of Nursing and Paramedical, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

⁵ Department of Community Health, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Zahar Haji Amini, Assistant Professor, Department of Community Health, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-02188040060, E-mail:

z_hajiamini@hotmail.com

Received: 2017/01/18

Accepted: 2017/03/5

Online published: 2017/10/6

Abstract

Introduction: Special condition of retirement period under the influence of individual and social characteristics makes it as a stressful life event. So this study was performed to evaluate the relationships between the quality of life with demographic factors in retired nurses.

Materials and Methods: This descriptive – analytical study was performed on 150 retired nurses in 2015. Data were obtained via collecting demographic information and "quality of life, SF-36" standard questionnaire and then were analyzed using SPSS version 22 thru using parametric statistical tests, Anova and T-test.

Results: Findings were showed that the medium mean score of quality of life in body health scale (56.7 ± 9.1), medium in mental health scale (59.3 ± 9.2) and was also medium in total quality of life (58 ± 7.7). Moreover, statistical analysis showed a significant relationship between some aspects of quality of life and some demographic characteristics like sex, physical education and history of chronic diseases ($P < 0.05$).

Conclusions: Regarding to the results of this study and based on the medium mean score in quality of life among retired subjects and direct link between reducing of quality of life with gender and history of chronic diseases and considering the nursing as a stressful job but effective layer in the area of health, special attention for improving retired nurses quality of life is needed.

Keywords: Quality of Life, Nurse, Retirement

©2017 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی و کیفیت زندگی و سلامت در پرستاران بازنشسته

معصومه رشیدی^۱، عباس عبادی^۲، علی فتحی آشتیانی^۳، منیر نوبهار^۴، زهرا حاجی امینی^{۵*}

^۱ گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

^۲ گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

^۴ دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۵ گروه بهداشت جامعه و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا حاجی امینی، استادیار، گروه آموزشی بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱۸۸۰۴۰۰۶۰-۹۸، ایمیل:

z_hajiamini@hotmail.com

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۷/۱۴

پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۵

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۹

چکیده

مقدمه: شرایط خاص دوران بازنشستگی موجب می‌شود که افراد بازنشسته تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و اجتماعی آن را به عنوان یک حادثه پرتنش زندگی تجربه نمایند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته با برخی عوامل جمعیت شناختی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی بود. تعداد نمونه‌ها ۱۵۰ نفر بودند که مبتنی بر هدف از بین پرستاران بازنشسته در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. با استفاده از پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و " کیفیت زندگی SF-36" اطلاعات جمع آوری شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک ANOVA و T-Test تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی در زیر مقیاس سلامت جسمی متوسط $(9/1 \pm 56/7)$ ، در زیر مقیاس سلامت روان متوسط $(9/2 \pm 59/3)$ و در کل نیز، کیفیت زندگی پرستاران متوسط $(7/7 \pm 58)$ بود. تجزیه و تحلیل آماری رابطه معنی داری را بین بعضی از ابعاد کیفیت زندگی و ویژگی‌های جمعیت شناختی جنس، تحصیلات و سابقه بیماری مزمن جسمی نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه مبنی بر متوسط بودن نمره کیفیت زندگی بازنشستگان مطالعه شده و ارتباط مستقیم بین کاهش کیفیت زندگی با جنسیت و سابقه وجود بیماری‌های مزمن جسمی و با توجه به استرس زا بودن حرفه پرستاری بعنوان قشر مؤثر در حیطه بهداشت و درمان، توجه ویژه بیشتر مسئولین و سیاستگذاران بهداشت و درمان در بهبود شرایط بازنشستگی پرستاران را می‌طلبد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، پرستار، بازنشستگی

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

بازنشستگی به عنوان پدیده اجتماعی، واقعیت مهمی است که لاجرم در زندگی شغلی انسان رخ می‌دهد، این پدیده دارای ابعاد و تبعات مختلف فردی، اجتماعی و اقتصادی است [۱]. از دید بعضی از افراد، بازنشستگی شروع جدید و دوره‌ای معنادار از زندگی است که در آن، تعهدات کاری حذف شده و افراد قادرند، فعالیت‌های غیرکاری‌شان را اولویت‌بندی کنند و به آن‌ها برسند [۲]. در حالی که ممکن است شرایط بازنشستگی و نوع حرفه فرد موجب شود که بازنشستگان آن را به عنوان یک حادثه پر تنش زندگی تجربه نمایند و دچار مشکلات روانی و اجتماعی شوند [۳]. با وجود این که کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت‌های اجتماعی است، در عین حال می‌تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمی و روانی منجر شود [۴]. از عوامل بسیار مهم و تأثیر گذار بر سلامتی فرد، شغل اوست که از طریق در معرض قرار دادن وی با عوامل مختلف، سلامتی فرد را مورد تهدید قرار می‌دهد. پرستاری به عنوان یکی از چهار حرفه اول پرسترس دنیا بیش از سایر مشاغل در معرض عوامل تنش زای مختلف فیزیکی، جسمی، روانشناختی و اجتماعی بوده و سبب تهدید و کاهش سلامتی و رفاه شاغلین خود می‌شود [۵]. طبق نظر Knezevic (۲۰۱۱) در بین افراد شاغل در مراکز درمانی، پرستاران بیش‌ترین فشار کاری را متحمل می‌شوند [۶]. و با توجه به استرس زا بودن شغلشان در معرض خطر فرسودگی شغلی قرار دارند، لذا این امر بر کیفیت زندگی آنان تأثیر خواهد گذاشت [۷]. Killian (۲۰۰۶) بیان می‌کند که استرس شغلی و فرسودگی شغلی تأثیر منفی مهمی روی کیفیت زندگی پرستاران دارد [۸]. بخش‌های کاری متفاوت بدلیل دارا بودن مقدار متفاوتی از شرایط استرس زا می‌توانند تأثیرات متفاوتی بر وضعیت بهداشت روانی کارکنان داشته باشند، استرس شغلی به مرور باعث فرسودگی شغلی شده که بر اثر آن قوای جسمی و هیجانی فرد تحلیل رفته و بروز پاسخ نامناسب فرد نسبت به خود و دیگران را در پی دارد. همچنین بر کیفیت زندگی نیز اثر منفی می‌گذارد [۹]. طی چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده است. به نحوی که این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد [۱۰، ۱۱]. کیفیت زندگی از شاخص‌های مهمی است که اندازه گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی، لازم و ضروری می‌باشد [۱۲]. کیفیت زندگی همانطور که ابعاد چندگانه عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد را در بر می‌گیرد از عوامل مختلفی هم تأثیر می‌پذیرد [۱۳]. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از

موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است [۱۴، ۱۵]. در مطالعه Menlibayeva (۲۰۱۶) که با هدف بررسی کیفیت زندگی جمعیت بازنشسته در قزاقستان بر روی ۲۰۳ نفر از بازنشستگان انجام شد نتایج مطالعه نشان داده است که شاخص سلامت جسمی (PH) و سلامت روانی (MH) در حد متوسط و به ترتیب ۴۳/۲ و ۴۲/۶ بوده است [۱۶]. همچنین Thuku (۲۰۱۶) نیز در مطالعه‌ای کیفی با هدف بررسی تأثیر عوامل اجتماعی و جمعیتی بر کیفیت زندگی ۴۴۷ نفر از بازنشستگان کنیا نشان داد که کمتر از نیمی (۴۱،۵ درصد) از پاسخ دهندگان کیفیت زندگی بالایی در دوران بازنشستگی داشتند و نیز کیفیت زندگی زنان متأهل بالا بوده و با سن و درآمد زنان ارتباط مثبتی داشته، ولی مردان با وجود داشتن درآمد بالاتر کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند [۱۷]. Raquel و همکاران (۲۰۰۹) نیز پژوهشی به منظور بررسی کیفیت زندگی پرستاران اتاق عمل در یک بیمارستان خصوصی بزرگ در شهرستان سائوپائولو انجام دادند. نتایج نشان داده است که کیفیت زندگی پرستاران اتاق عمل از بعد سلامت روان، پایین‌ترین نمره را داشته‌اند که دلیل آن استرس مربوط به محیط کار و فعالیت‌های حرفه‌ای مطرح گردیده است [۱۸]. Fradelos و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با هدف بررسی اثرات فرسودگی شغلی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در پرستاران یونان نشان دادند که فرسودگی شغلی به طور معنی‌داری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیر دارد [۱۹]. Si-Ying و همکاران (۲۰۱۱) پژوهشی به منظور بررسی تأثیر تنش شغلی و فرسودگی شغلی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پرستاران در چین بر روی ۲۰۱۲ نفر از پرستاران هشت بیمارستان انجام دادند، نتایج نشان داد که عوامل تنش زای شغلی و فرسودگی شغلی، ساعت کاری بیش‌تر از ۱۰ ساعت، بی‌نظمی رژیم غذایی و سن بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به طور معنی‌داری تأثیرگذار می‌باشد [۲۰]. مطالعه محققان کمال و همکاران (۱۳۸۶) با هدف مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمری بگیر سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم بر روی ۱۵۰ نفر از بازنشستگان نشان داد بین جنسیت و وضعیت تأهل و تحصیلات تفاوت معنا درار بود ($P < 0/05$) [۲۱]. صابری پور و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با هدف بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان الهادی شوشتر نشان دادند که میانگین

پرستاران پژوهش ضروری می‌باشد، مراحل بعد از کار نیز باید مطالعه شود، تا بازنشستگی به عنوان لحظات بحرانی زندگی محسوب نشود. لذا با توجه به اهمیت توجه به کیفیت زندگی در دوران بازنشستگی پرستاران این مطالعه با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته با برخی عوامل جمعیت شناختی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد، جامعه پژوهش بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) بودند که در این پژوهش بصورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، از بین مراجعین به کانون بازنشستگی دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) تعداد ۱۵۰ نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه مانند ضمن تمایل به شرکت در مطالعه، دوران اشتغال در حیطه پرستاری مشغول بوده باشند و همچنین حداقل یک سال از دوران بازنشستگی آنها گذشته بود شرکت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. که پرسشنامه جمعیت شناختی، شامل متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و مصرف دائمی دارو بود و جهت ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی از پرسشنامه "کیفیت زندگی SF-36" استفاده شد که این پرسشنامه در ایران بومی سازی شده و پایایی و روایی آن بارها توسط محققین ایرانی به اثبات رسیده است. پرسشنامه "کیفیت زندگی SF-36" به علت کوتاه و جامع بودن از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا می‌باشد. اغلب از این مقیاس برای ارزیابی یا ارزشیابی کارآیی خدمات مراقبت بهداشتی استفاده می‌شود. این مقیاس از روایی و پایایی بالایی برخوردار است و در ایران هنجاریابی شده است [۲۹].

۳۰. روایی و پایایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعه‌ای توسط منتظری و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمون پایایی با استفاده از تحلیل آماری "هم‌خوانی داخلی" و آزمون روایی با استفاده از روش "مقایسه گروه‌های شناخته شده" و "روایی هم‌گرایی" مورد بررسی قرار گرفت که به جز مقیاس نشاط ($\alpha = 0.65$) سایر مقیاس‌ها از ضریب پایایی $0.77 - 0.9$ برخوردار بودند [۲۹].

این ابزار ۸ مفهوم را در دو زیرمقیاس کلی قرار داده است. زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد، سلامت عمومی و زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی می‌باشد. نمره حیطه‌ها بر اساس دستورالعمل پرسشنامه SF-36، به شکل سؤالات سه گزینه‌ای بانمره‌های

کیفیت زندگی پرستاران متوسط بود [۲۲]. نتایج پژوهش عصارودی و همکاران (۱۳۹۰) که باهدف ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران انجام شد، نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمی و روانی در محدوده متوسط بود و نمره کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت در مردان و زنان تفاوت معنی داری نداشتند [۲۳]. در همین ارتباط در مطالعه انجام شده توسط عطوف و همکاران (۱۳۹۲) با هدف بررسی کیفیت زندگی پرستاران مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی کاشان و عوامل مرتبط با آن، نتایج بدست آمده بیانگر این است که میانگین کیفیت زندگی پرستاران متوسط بوده و عملکرد اجتماعی پرستاران نسبت به سایر ابعاد مطلوبتر بوده است و بین کیفیت زندگی بامتغیرهای جنسیت و سابقه کار رابطه معنی دار وجود داشت [۲۴]. رضاخانی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با هدف مقایسه کیفیت زندگی کارکنان ستادی و پرستاران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل نشان داد بین جنسیت و عوامل کیفیت زندگی، تنها در حیطه‌های محدودیت جسمی و مشکلات روحی اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.05$). بدین معنا که در این حیطه‌ها زنان وضعیت مطلوب تری داشتند و ارتباط میان کیفیت زندگی و وضعیت تأهل معنادار نبود [۲۵]. نتایج مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی کیفیت زندگی پرستاران بر اساس پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان نشان داد میانگین امتیاز در بعد جسمانی و روانی در مردان بیشترین از زنان بود ($P < 0.05$) و همچنین میانگین نمره بعد جسمانی در افراد مجرد بیش از متأهل بود [۲۶]. نصیری زرین قبائی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با استرس شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر ساری، بر روی ۹۴۰ پرستار شاغل، نشان داد ۶۲/۲ درصد دارای کیفیت زندگی متوسطی بودند. و افزایش استرس شغلی پرستاران بر برخی از ابعاد کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی می‌گذارد [۲۷]. از آنجایی که ارتقاء کیفیت زندگی هدف اصلی نظام سلامت در هر جامعه است [۲۸]. یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه سلامتی در جوامع بخش بهداشت و درمان می‌باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسان‌ها دارد و در این بین کارکنان شاغل در بیمارستان‌ها به عنوان یک گروه شغلی پر استرس در نظر گرفته می‌شود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان از تنش ناشی از کار رنج می‌برند جامعه از لحاظ حقوقی و اخلاقی در قبال بازنشستگان مسئولیت دارد. کم توجهی به این قشر باعث نگرانی و عدم اطمینان کارکنان فعلی نسبت به آینده و کاهش بهره‌وری آن‌ها می‌شود. همانطور که برای بهبود زندگی شغلی

کارشناسی بودند. میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها (۵/۵) ± (۵۱/۵) بود (جدول ۱).

همان‌طور که یافته‌ها در جدول ۲ نیز نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس سلامت جسمی پرستاران (۵۶/۷(۹/۱) و زیر مقیاس سلامت روانی (۵۹/۳(۹/۲) بود و کل کیفیت زندگی (۷/۷) ۵۸ بود و بطور کلی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی ۹۲ درصد از پرستاران بازنشسته متوسط و زیر متوسط بوده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در پرستاران بازنشسته

ابعاد	میانگین (انحراف معیار)
سلامت جسمی (Physical Health)	
کارکرد جسمی	۶۵(۲۵/۵)
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۶۴/۶(۳۵/۳)
درد	۳۸/۲(۲۵/۶)
سلامت عمومی	۵۹/۱(۱۴/۳)
کل	۵۶/۷(۹/۱)
سلامت روانی (Mental Health)	
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۸۰/۴(۳۲/۵)
انرژی/خستگی	۵۳/۵(۸)
بهبودی هیجانی	۶۰/۵(۸/۵)
کارکرد اجتماعی	۴۳/۱(۱۵/۲۵)
کل	۵۹/۳(۹/۲)

در خصوص ارتباط بین کیفیت زندگی و بعضی مشخصات فردی مانند سن و وضعیت تأهل ارتباط معناداری بدست نیامد. همچنین در خصوص جنسیت نیز یافته‌ها بیانگر این بود که کیفیت زندگی در ابعاد کارکرد جسمی و درد و سلامت عمومی بین مردان و زنان ارتباط معنادار بود ($P < 0/05$) بطوری که کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان بود (جدول ۳).

در جدول ۴ نیز نشان داده شده است که رابطه بین کیفیت زندگی و سابقه بیماری مزمن جسمانی بیانگر این بود که در بعد درد و سلامت عمومی ارتباط معنادار بود ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی در ابعاد بهبودی هیجانی و درد ارتباط معنادار بود ($P < 0/05$) (جدول ۵). ولی در ابعاد دیگر اختلاف معنادار نبود.

"۱۰۰،۵۰ و صفر"، سوالات ۵ گزینه‌ای "بانمره‌های" ۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵ و صفر" و سوالات ۶ گزینه‌ای "بانمره‌های" ۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰ و صفر" به طور مستقل نمره بندی و محاسبه می‌شوند. نمره ۱۰۰ بهترین وضعیت و نمره صفر بدترین وضعیت را نشان می‌دهد [۲۹]. در انجام این تحقیق به منظور رعایت موازین اخلاقی، مجوز اخلاق (IR.bmsu.rec.1394.67) تاریخ (۹۴/۲/۸) از دانشگاه فوق گرفته شد و به همه شرکت کنندگان در این پروژه، در مورد روش کار و اهداف پژوهش توضیح داده شد و با اخذ رضایت ورود به مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود.

جدول ۱: میزان فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت شناختی در نمونه‌های مطالعه شده

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۴۳	۲۸/۷
زن	۱۰۷	۷۱/۳
وضعیت تأهل		
مجرد	۹	۶
متأهل	۱۲۵	۸۳/۳
مطلقه یا همسر فوت شده	۱۶	۱۰/۶
تحصیلات		
فوق دیپلم	۶۵	۴۳/۴
لیسانس	۷۰	۴۶/۷
فوق لیسانس	۱۵	۱۰
سابقه بیماری مزمن جسمی		
ندارم	۸۳	۵۵/۳
دارم	۶۷	۴۴/۷

جهت جمع آوری اطلاعات با هماهنگی مسئولین کانون بازنشستگی دانشگاه فوق، پرسش‌نامه‌ها در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد و پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آزمون آماری t-test, Anova تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۷۱/۳ درصد نمونه‌ها زن، ۸۳/۳ درصد متأهل و همچنین از نظر مدرک تحصیلی ۴۶/۷ درصد دارای مدرک

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر حسب جنسیت گروه تحت مطالعه

حیطه	مرد	زن	P	تی مستقل
کارکرد جسمی	۷۴/۸(۲۱/۴)	۶۱(۲۶)	P = ۰/۰۰۲	t = ۳
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۷۲(۳۲/۳)	۶۱/۶(۳۶/۲)	P = ۰/۱۰۳	t = ۱/۶
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۷۵/۹(۳۶/۶)	۸۲/۲(۳۰/۸)	P = ۰/۲۸۸	t = ۱
انرژی/خستگی	۵۱/۳(۸/۶)	۵۴/۳(۷/۶)	P = ۰/۰۴۱	t = ۲/۰۶
بهبودی هیجانی	۶۰/۳(۹/۷)	۶۰/۵(۸)	P = ۰/۹۰۳	t = -۰/۱۲۲
کارکرد اجتماعی	۴۴/۱(۱۴/۵)	۴۲/۶(۱۵/۵)	P = ۰/۵۹	t = ۰/۵۴
درد	۳۱(۲۰/۱)	۴۱/۱(۲۷/۱)	P = ۰/۰۳	t = -۲/۱
سلامت عمومی	۵۵(۱۳/۳)	۶۰/۸(۱۴/۴)	P = ۰/۰۲	t = -۲/۲
سلامت جسمی	۵۸/۲(۹)	۵۶/۱(۹/۱)	P = ۰/۲۰۸	t = ۱/۲
سلامت روانی	۵۷/۹(۱۰)	۵۹/۹(۸/۸)	P = ۰/۲۳۶	t = -۱/۱
کل کیفیت زندگی	۵۸/۱(۸/۵)	۵۸(۷/۴)	P = ۰/۹۷۲	t = ۰/۰۳۵

مقادیر جدول به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر حسب سابقه بیماری جسمی گروه تحت مطالعه

حیطه	ندارم	دارم	P value	تی مستقل
کارکرد جسمی	۶۸/۴(۲۵/۱)	۶۰/۷(۲۵/۶)	P = ۰/۰۶	t = ۱/۸۶
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۶۸(۳۲/۷)	۶۰/۴(۳۸/۲)	P = ۰/۱۹	t = ۱/۳
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۷۷/۵(۳۳/۳)	۸۴(۳۱/۴)	P = ۰/۲۲	t = -۱/۲
انرژی/خستگی	۵۳/۶(۷/۷)	۵۳/۳(۸/۳)	P = ۰/۸۴۶	t = ۰/۹۴
بهبودی هیجانی	۶۰/۱(۸/۷)	۶۰/۸(۸/۳)	P = ۰/۶۱۸	t = ۰/۴
کارکرد اجتماعی	۴۳/۳(۱۳/۵)	۴۲/۸(۱۷/۲)	P = ۰/۱۸۲	t = ۰/۲۲
درد	۳۱/۸(۲۳/۶)	۴۶(۲۶/۱)	P = ۰/۰۰۱	t = -۳/۴
سلامت عمومی	۵۶/۹(۱۴/۱)	۶۱/۸(۱۴/۲)	P = ۰/۰۳	t = ۰/۰۳
سلامت جسمی	۵۶/۳(۸/۹)	۵۷/۲(۹/۳)	P = ۰/۵۳	t = -۰/۶
سلامت روانی	۵۸/۶(۱۰)	۶۰/۲(۸)	P = ۰/۲۸۸	t = -۱
کل کیفیت زندگی	۵۷/۵(۸/۱)	۵۸/۷(۷/۳)	P = ۰/۳۲	t = ۰/۹۹۶

مقادیر جدول به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده است.

بحث

داد تجربه پرستاران در مواجهه با بازنشستگی، تهدید هویت بود. تهدید هویت در پرستاران بازنشسته از طبقات شوک و ناباوری (با زیر طبقات آموزش ناکافی، شرایط کار نامناسب قبل از بازنشستگی و مواجهه پرستاران با تنگنای اقتصادی بعد از بازنشستگی)، جدایی سخت از حرفه (با زیر طبقات تحمل فشارها به دنبال از دست دادن شغل و جدا شدن از بیماران، همکاران و دوستان) و درماندگی (با زیر طبقات تحلیل توان بدنی، خلاء عاطفی، منزلت اجتماعی ناکافی و عدم تأمین هزینه زندگی) ناشی می‌شد [۳۳].

وقتی فرد وارد مرحله بازنشستگی می‌شود به دلیل جدا شدن از شغل و از دست دادن قابلیت‌های قبلی، و عدم آشنایی با نقش جدید دچار اضطراب شده و این امر می‌تواند روی ابعاد مختلف جسمی، روانی و در نهایت کیفیت زندگی اثرگذار باشد [۳۱]. مطالعات مختلف نشان می‌دهد شغل‌هایی مانند پرستاری که با تنش شغلی بالایی همراه است، می‌تواند در بازنشستگی اثرات مخرب جسمی و روان شناختی داشته باشد و بر سلامت افراد اثر سوء بگذارد [۳۲]. چنانچه مطالعه نوبهار و همکاران (۱۳۹۱) با هدف تبیین تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی، نشان

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر حسب تحصیلات گروه تحت مطالعه

حیطه	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	F	P
کارکرد جسمی	۶۳/۳(۲۳/۹)	۶۴/۲(۲۷/۴)	۷۷/۳(۲۵/۵)	F = ۱/۹	P = ۰/۱۴
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۶۳(۳۳/۹)	۶۴/۲(۳۷/۷)	۷۳/۳(۳۰/۵)	F = ۰/۵۱	P = ۰/۵۱
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۷۶/۹(۳۴/۳)	۸۳/۸(۳۱/۴)	۸۰(۳۰/۳)	F = ۰/۷۵	P = ۰/۴۷
انرژی/خستگی	۵۳/۳(۷/۱)	۵۳/۲(۸/۹)	۵۵/۶(۶/۷)	F = ۰/۶۱	P = ۰/۵۴
بهبزیستی هیجانی	۶۲/۷(۹/۸)	۵۸/۳(۶/۱)	۵۵/۶(۶/۷)	F = ۴/۷	P = ۰/۰۱
کارکرد اجتماعی	۴۰/۷(۱۵)	۴۴/۷(۱۵/۱)	۴۵/۸(۱۶/۱)	F = ۱/۴	P = ۰/۲۴
درد	۳۹/۹(۲۴/۴)	۴۰/۸(۲۶/۳)	۱۸/۶(۲۰/۴)	F = ۵/۱	P = ۰/۰۰۷
سلامت عمومی	۶۰/۳(۱۴/۵)	۵۹/۲(۱۵)	۸۵/۴(۹)	F = ۱/۱	P = ۰/۳۱
سلامت جسمی	۵۶/۶(۹/۱)	۵۷(۹/۳)	۵۵/۸(۸/۶)	F = ۰/۱۲	P = ۰/۸
سلامت روانی	۵۸/۴(۸/۱)	۶۰(۹/۹)	۶۰/۵(۱۰/۱)	F = ۰/۶۲	P = ۰/۵۳
کل کیفیت زندگی	۵۷/۵(۷/۲)	۵۸/۵(۸/۱)	۵۸/۲(۸/۳)	F = ۰/۲۸	P = ۰/۷۵

مقادیر جدول به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده است.

فلاحی خشکناز و همکاران (۱۳۸۵) که با مطالعه بر روی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان پزشکی نشان داد اکثر پرستاران از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند [۳۵]. با توجه به این که پژوهشگران در مطالعه فوق از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده کرده بودند، متفاوت بودن پرسشنامه‌ها و اشتغال بکار آن‌ها می‌تواند توجیه کننده بالا بودن کیفیت زندگی پرستاران باشد.

در مطالعه حاضر بین جنسیت و کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته در حیطه کارکرد جسمی و درد و سلامت عمومی ارتباط معنادار بود و مردان وضعیت بهتری داشتند. که با نتایج مطالعه محقق کمال و همکاران (۱۳۸۶) در بازنشستگان قم، که کیفیت زندگی با جنسیت ارتباط معنادار بود، همسو است. و با مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۳) و مطالعه نصیری زرین قبائی و همکاران (۱۳۹۵) در پرستاران شاغل همسو است و با مطالعه رضاخانی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) و Thuku (۲۰۱۶) که کیفیت زندگی زنان بهتر از مردان بود غیر همسو می‌باشد که دلیل آن می‌تواند تفاوت فرهنگی و محیط باشد. و با نتایج پژوهش عصارودی و همکاران (۱۳۹۰) که ارتباط بین کیفیت زندگی و جنسیت معنادار نبود، غیر همسو است. در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل ارتباط معنادار نبود که با مطالعه Thuku (۲۰۱۶) در بازنشستگان و رضاخانی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) و مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۳) و مطالعه صابری پور و همکاران (۱۳۹۴) در پرستاران شاغل همسو می‌باشد. ولی با مطالعه محقق کمال و همکاران (۱۳۸۶) در بازنشستگان و مطالعه انصاری و همکاران در پرستاران شاغل غیر همسو است. که علت آن می‌تواند تفاوت

لذا در این پژوهش ارتباط کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته با برخی عوامل جمعیت شناختی بررسی شده است. چنانچه یافته‌ها نشان داد در این پژوهش کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته متوسط و زیر متوسط می‌باشد. در این بخش مطالعه همسویی که دقیقاً ارتباط کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته با عوامل جمعیت شناختی بررسی نمایند، یافت نشد. ولی با نتایج مطالعه Menlibayeva (۲۰۱۶) که حاکی از متوسط بودن کیفیت زندگی در بازنشستگان قزاقستان است همسو می‌باشد [۱۶]. و نتایج مطالعه Thuku (۲۰۱۶) در بازنشستگان کنیا نشان داد، بیش از نیمی از نمونه‌ها کیفیت زندگی متوسط یا پائین تری داشته‌اند که با یافته ما همسو می‌باشد [۱۷] و مطالعه Raquel و همکاران (۲۰۰۹) که نشان دادند پرستاران اتاق عمل سلامت روان پایینی داشتند [۱۸]. و با مطالعه صابری پور و همکاران (۱۳۹۴) و عطوف و همکاران (۱۳۹۲) و مطالعه نصیری زرین قبائی و همکاران (۱۳۹۴) در پرستاران شاغل نیز، حاکی از کیفیت زندگی متوسط پرستاران می‌باشد. که با مطالعه حاضر هم خوانی دارند. از مطالعات غیر همسو، مطالعه مالک و همکاران (۱۳۹۴) که با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی بازنشستگان شهر تبریز بر روی دویست نفر انجام شد. میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد مطالعه شده مطلوب بوده است [۳۴]. که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و احتمال می‌رود که دلیل اختلاف، تفاوت‌های فرهنگی، محیطی دو جامعه و متفاوت بودن جامعه پژوهش در دو گروه مورد مطالعه باشد بطوری که در مطالعه فوق تمامی ابعاد بازنشسته به روش نمونه‌گیری دردسترس مورد بررسی قرار گرفته‌اند و مطالعه

تحصیلات و سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن و همچنین با توجه به اجتناب ناپذیر بودن عوامل استرس زا در شغل پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار جسمی و روانی در این حرفه، بکارگیری تمهیداتی به منظور بهبود شرایط کار و بازنشستگی و ارتقا کیفیت زندگی پرستاران از طرف مدیران و سیاست گذاران بهداشت و درمان ضروری می‌باشد. این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه معصومه رشیدی با راهنمایی خانم زهرا حاجی امینی می‌باشد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از حضور ارزشمند پرستاران محترم بازنشسته در مطالعه و همچنین از همکاری مسئولین کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) که در اجرای این مطالعه تیم پژوهشی را یاری رساندند نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشند.

References

- Ghaffari S. Factors affecting the employment status of pensioners. Tehran: Civil Servants Pension Fund; 2004.
- Davies E, Cartwright S. Psychological and psychosocial predictors of attitudes to working past normal retirement age. *Employee Relat.* 2011;33(3):249-68.
- Hedge JW, Borman WC, Lammlein SE. A look back and a look toward the future. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
- Vaghee S, Meshkin Yazd A, Asgharipour N, Ebrahimzadeh S. The effect of critical thinking training on nurses' job stress in psychiatric ward. *J Fundam Ment Health.* 2014;1(61):12-21.
- Darvishpoor Kakhki A, Ebrahim H, Alavi-Majd H. Medical University Hospital Nurses' Health status, Shahrood. *Shahrood J Med Sci.* 2008;22(60):19-27.
- Knezevic B, Milosevic M, Golubic R, Belosevic L, Russo A, Mustajbegovic J. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery.* 2011;27(2):146-53. DOI: [10.1016/j.midw.2009.04.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.002) PMID: [19589631](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19589631/)
- Kvranyan F, Khosravi A, Esmaeili H. Investigate the relationship between hardiness and locus of control and burnout in nurses. *Knowledge Horiz.* 2007;14(1):58-66.
- Killian JG. Career and technical education teacher burnout: Impact of humor-coping style and job-related stress: ProQuest Information & Learning; 2005.
- Chiu MC, Wang MJ, Lu CW, Pan SM, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nurs Outlook.* 2007;55(6):318-26. DOI: [10.1016/j.outlook.2007.07.002](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.07.002) PMID: [18061017](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18061017/)
- Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiat.* 2006;10(5):337-45.
- Kaplan RM. The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research.* 2003;12(1):3-16. PMID: [12803306](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12803306/)

محیط و شرایط فرهنگی و اجتماعی باشد. در مطالعه حاضر بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی در ابعاد بهزیستی هیجانی و درد ارتباط معنادار بود، که با مطالعه محققان کمال و همکاران (۱۳۸۶) در بازنشستگان همسو می‌باشد. ولی در مطالعه پرنده و همکاران (۱۳۹۱) در خصوص ارتباط برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی از قبیل تأهل، تحصیلات و جنسیت با نمرات ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنی دار بدست نیامد. علت این عدم همخوانی را در تفاوت بین محیط پژوهش و شاغل بودن نمونه‌ها باشد [۳۶]. در این مطالعه، عدم امکان بررسی صحت وجود بیماری‌های زمینه‌ای قبلی و استناد به گفته‌های نمونه‌ها از محدودیت‌های این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه که کیفیت زندگی پرستاران بازنشسته در حد متوسط و زیر متوسط بود. و ارتباط بین وضعیت کیفیت زندگی با مشخصات جمعیتی جنسیت، میزان

- King CR, Hinds P. Overview of quality of life and controversial issues. *Qual Life Nurs Patient Persp.* 2003;29-44.
- Zandipour T. MS Patients' attitude toward the quality of their life and counseling and psychology services. *Psychol Stud.* 2009;5(2):89-116.
- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(1):1-12. PMID: [10693897](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693897/)
- Organization WH. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. Geneva, Switzerland: WHO, 1996.
- Menlibayeva K, Karp L, Baigulova G, Baigenzheeva R, Baldanbayeva D, Karpikbayeva ZA. Assessment of quality of life of retired population. *Educ Chang Soc.* 2016;1:41-6.
- Thuku PW. Influence of Socio-demographic Factors on Quality of Life of Retirees in Kenya. *Imperial J Interdisc Res.* 2016;2(2):90-100.
- Santos RMA, Beresin R. Quality of life of nurses in the operating room. *Einstein.* 2009;7(2):152-8.
- Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo C, Vassilopoulou C, Argyrou P, Tsironi M, et al. Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Progr Health Sci.* 2014;4(1):102.
- Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health.* 2011;49(2):158-65. PMID: [21173535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21173535/)
- Mohagegi Kamal H, Sajjad H, Zarei H, BygLaryan A. Compare the quality of life of elderly pensioner Social Security Organization and National Retirement living in the city of Qom. *Health Adm.* 2007;10(27):49-56.
- Saberipour B, Mohammadzadeh H, Hemtipour A, Zamani M, Salehi Kambo M. [Quality of life and its related factors in nurses of Al Hadi hospital of Shushtar city in 2015]. *Mandish.* 2015;6(2-3):49-57.

23. Sarrudy A, Afshan A, Akaberi S. [Relationship between spiritual health and quality of life in nursing]. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2013;3(4):81-8.
24. Atoof F, Kogaiebidgoli A, Mehmandoost S, Sabery S. [Quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid- Beheshti hospital]. *Clin Res Med Sci.* 2014;2(3):147-55.
25. Reza-Khani Mogadam H, Mozaffari N, Mohammadi M, Habibi A, Dadkhah B, Svadpvr M. [Compare the quality of life of nurses in teaching hospitals and medical staff and medical university]. *J Health Care.* 2013;15(3):18-26.
26. Azizi M, Baroony Zadeh Z, Motamed Zadeh M, Goli S. [Study of Nurses Quality of Life using WHO Questionnaire in Hospitals of Hamadan University of Medical Sciences]. *J Occup Hyg Eng.* 2015;1(4):68-75.
27. Nasiry Zarrin Ghabaee D, Talebpour Amiri F, Hosseini Velshkolaei S, Rajabzadeh R. [Quality of Life and its Relationship with Job Stress among Nursing Staff in Hospitals of Sari]. *J Nurs Educ.* 2016;5(2):40-8.
28. Cavallero P, Morino-Abbele F, Bertocci B. The social relations of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44 Suppl 1:97-100. DOI: [10.1016/j.archger.2007.01.014](https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.014) PMID: [17317440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17317440/)
29. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. [The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. *Qual life Res.* 2005;14(3):875-82.
30. Eshaghi S-R, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. [Validity and reliability of the Short Form-36 Items questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population]. *Am J Appl Sci.* 2006;3(3):1763-6.
31. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002;35(1):9-20. PMID: [14764339](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14764339/)
32. Nobahar M, Ahmadi F, Alhani F, Fallahi Khoshknab M. [Experiences of Retired Nurses of Health Status during Retirement: A Content Analysis]. *J Qual Res Health Sci.* 2013;2(1):21-32.
33. Nobahar M, Ahmadi F, Alhani F, Fallahi Khoshknab M. [Retired nurses' experience from retirement: A qualitative study]. *J Health Promot Manag.* 2012;1(4):69-80.
34. Malek M, Hassankhani H, Darwish Kakhki A, Asghari Jafarabadi M, Mansouri Arani M, Mohammadnezhad S. [Quality of life and its relationship to individual, social, economic and health Tabriz retirees]. *Nurs Res.* 2015;11(1):34-41.
35. Fallahee Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fattah Moghaddam L. [Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran]. *Hakim Res J.* 2007;9(4):24-30.
36. Parandeh A, Izadi A, Mohamadi A. [The survey of comparative quality of life of nurses with paramedical staffs in selected military and non military hospital]. *J Mil Psychol.* 2012;3(10):23-33.