

مقایسه کیفیت زندگی بازنشستگان در کارکنان درمانی و اداری یکی از مراکز آموزشی و درمانی تهران

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

^۱ کارشناس ارشد، گروه آموزشی بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه آموزشی داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران
^۳ استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران
^۴ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
^۵ استادیار، گروه آموزشی بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران
* نویسنده مسئول: زهرا حاجی امینی، استادیار، گروه آموزشی بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران. ایمیل: z_hajiamini@bmsu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۱

چکیده

مقدمه: بازنشستگی با کاهش توانایی‌های فیزیکی، درآمد، کم شدن موقعیت‌هایی اجتماعی و احساس تنهایی همراه است، این عوامل کیفیت زندگی بازنشستگان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بازنشستگان در کارکنان درمانی و اداری یکی از مراکز آموزشی و درمانی تهران صورت پذیرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-مقایسه ای می‌باشد. تعداد نمونه‌ها ۳۱۵ نفر بودند که به صورت تصادفی ساده از بین بازنشستگان مراجعه کننده به کانون بازنشستگان مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و "فرم کوتاه ۳۶ سوالی" (SF: Short Form) بود. روایی و پایایی ابزار در مطالعات گذشته بررسی شده است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کارکنان درمانی ($58 \pm 8/1$) و کارکنان اداری ($57/5 \pm 8/5$) بود که اختلاف میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه از نظر آماری معنادار نبود، ولی در بعد کارکرد جسمی و بعد اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی بین کارکنان درمانی و کارکنان اداری بین دو گروه اختلاف معنادار بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: دو گروه از نظر نمره کلی کیفیت زندگی اختلاف آماری نداشتند ولی در بعد کارکرد جسمی بازنشستگان کارکنان درمانی وضعیت نامطلوب‌تری داشتند. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور بهبود کیفیت زندگی دوران بازنشستگی، سیاستگذاران سلامت به این امر مهم توجه نمایند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، بازنشستگان، کارکنان درمانی، کارکنان اداری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

خصوص بازنشستگی در دهه ۱۹۵۰ میلادی انجام شد. این موضوع مهم اجتماعی به طور جدی از دهه ۱۹۹۰ مورد توجه قرار گرفت، زیرا پیشرفت‌های سریع در علوم پزشکی و ارتقاء سطح زندگی موجب طولانی‌تر شدن عمر و زندگی پس از بازنشستگی شد (۴). در کشور ایران اولین مواد قانونی در زمینه تأمین آینده کارکنان و وراث آن‌ها در قانون استخدام کشور در سال ۱۳۰۱ خورشیدی مشخص شده است که می‌توان آن را مبدأ پیدایش نظام بازنشستگی در ایران دانست (۵). از دید بعضی از افراد، بازنشستگی شروع جدید دوره‌ای معنادار از زندگی است که در آن، تعهدات کاری حذف شده و افراد قادرند، فعالیت‌های

آدمی با گذشت زمان فرسوده شده و توان کار کردن را از دست خواهد داد لذا دورانی خواهد رسید که باید از کار کردن دست بکشد به چنین فردی بازنشسته گفته می‌شود (۱). بازنشستگی از نظر تعریف لغوی به معنی خروج از ارائه خدمات به دنبال افزایش سن و سنوات کاری است (۲). بنابراین، در تعریفی ساده می‌توان گفت، بازنشستگی وضعیتی است که طی آن فرد به دلیل شرایط سنی و سابقه خدمتی خود و بر مبنای قانون بازنشستگی مورد تأیید مراجع صلاحیت‌دار، از فعالیت شغلی رسمی خود بر پایه حقوق و مزایای مشخص کناره‌گیری می‌کند (۳). بازنشستگی به معنای کناره‌گیری از کار است و نخستین پژوهش در

شغلی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در پرستاران یونان نشان دادند که فرسودگی شغلی به طور معنی داری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همبستگی دارد (۲۱). هم‌چنین Raquel و همکاران پژوهشی با هدف تعیین 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 تنش مربوط به محیط کار و فعالیت‌های حرفه‌ای مطرح گردیده است (۲۲).

Si-Ying و همکاران پژوهشی با هدف تعیین 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 (۲۳). مطالعه خرسندی و همکاران نیز که بر روی ۳۰۰ نفر از کارکنان بیمارستانی و کارکنان ستادی انجام گرفته است، مبین آن است که میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کارمندان ستادی به طور معنی‌داری بیش‌تر از کارمندان بیمارستانی می‌باشد (۲۴). در همین ارتباط در مطالعه انجام شده در سبزواری توسط یزدی مقدم و همکاران، در خصوص کارکنان درمانی در بعد جسمانی، ۲۰ درصد کیفیت زندگی پایین، ۶۴ درصد متوسط و تنها ۱۵ درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند و میانگین نمره کیفیت زندگی مردان به صورت معنی‌داری بیش‌تر از زنان بود (۲۵). هم‌چنین در مطالعه رضاخانی مقدم و همکاران که با هدف مقایسه کیفیت زندگی کارکنان ستادی و پرستاران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد، نتایج نشان داد که نمره کلی سلامت جسمی و روانی کارکنان ستادی نسبت به پرستاران به طور معناداری بالا بود. در حیطه‌های عملکرد جسمی، اجتماعی و سلامت جسمی اختلاف آماری معناداری وجود داشت و کارکنان ستادی نسبت به پرستاران از وضعیت بهتری برخوردار بودند (۲۶). هم‌چنین مطالعه انصاری و همکاران نشان داد که پرستاران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند (۲۷). امروزه فقط زنده بودن هدف نیست، چگونگی و کیفیت زندگی نیز مهم است (۲۸). چالش عمده و اصلی بهداشت در قرن حاضر افزایش امید به زندگی بود ولی چالش عمده قرن بیست و یکم، زندگی با کیفیت بهتر است (۲۹). بنابراین، در جوامع امروزی با افزایش امید به زندگی ضرورت و اهمیت توجه به کیفیت زندگی بازنشستگان بیشتر می‌شود (۳۰). 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 تنش در نظر گرفته می‌شود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان از تنش ناشی از کار رنج می‌برند. لذا 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. پرستاران بازنشسته‌ای که حدود ۳۰ سال خدمت کرده‌اند، انتظار دارند که در سایه قانون بازنشستگی، سال‌های بعد از بازنشستگی را در آرامش و فارغ از روزمرگی‌ها، به کارهایی مشغول باشند که همیشه آرزوی انجام آن‌ها را در ذهن خود پروراند

غیرکاری‌شان را اولویت بندی کنند و به آن‌ها برسند (۶). 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 (۷). در نظام رفاهی مدرن بازنشستگی مرحله‌ای از زندگی فرد است که به سبب بهبود و توسعه بهداشت طولانی‌تر از گذشته شده است. بازنشستگی که به معنای جدا شدن فرد از نقشی است که سال‌هایتمادی آن را داشته است و اکنون در قالب جدیدی در آمده است (۸). بازنشستگی یکی از رویدادهای مهم در دوران سالمندی است که می‌تواند کیفیت زندگی سالمند را تحت تأثیر خود قرار دهد (۹). به طوری که وقتی سالمند 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 سالمند اثرگذار باشد (۸). یکی از عوامل مهم و مؤثر در کیفیت زندگی افراد، شغل و محیط کاری آنان است (۱۰). داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست. در طول سالیانتمادی یافتن مفهوم حقیقی زندگی خوب و چگونگی دستیابی به آن، افکار و مطالعات فلاسفه را به خود معطوف داشته است. بر همین اساس از آغاز تاکنون تعاریف گوناگونی از زندگی خوب و کیفیت زندگی از سوی اندیشمندان و پژوهشگران ارائه شده است (۱۱). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام 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 (۱۲).

شغل یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی است (۱۳). مشاغل سخت بر درک فرد از کیفیت زندگی بصورت کلی و در ابعاد محیطی، اجتماعی، جسمانی و روانی اثرات منفی دارد (۱۴). همه افراد درجاتی از تنش را در محیط کار احساس می‌کنند و این واقعیت، امری ملموس و انکارناپذیر در سازمان‌های مدرن امروزی است (۱۵). اگر چه تنش شغلی در تمام مشاغل وجود دارد ولی در حرفه‌هایی که با سلامت انسان‌ها سر و کار دارند این موضوع اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۶). هم‌چنین ابعاد منفی یک شغل از قبیل، داشتن شغل خطرناک و ناسالم که محیط کاری رضایت‌بخشی را برای فرد ایجاد نمی‌کند، می‌تواند به رضایت شغلی و کیفیت زندگی پایین منجر شود (۱۷). بنابراین، عوامل تهدیدکننده سلامت در بعضی از مشاغل هم‌چون مشاغل علوم پزشکی بیش از سایرین می‌باشد و پرستاران جزو بزرگ‌ترین گروه مشاغل در حرفه‌های علوم پزشکی هستند (۱۸). پرستاران یکی از مهم‌ترین اعضاء تیم سلامت محسوب می‌شوند (۱۹). از پرستاری به عنوان یکی از پر مخاطره‌ترین و تنش‌زاترین مشاغل نام برده می‌شود به گونه‌ای که به عنوان یکی از چهار حرفه اول پر تنش دنیا مطرح است (۲۰). با توجه به تنش‌زا بودن شغل، افراد در معرض خطر فرسودگی شغلی نیز قرار دارند، لذا این امر بر کیفیت زندگی آنان تأثیر خواهد گذاشت (۸). 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 (۲۱). Fradelos و همکاران در پژوهشی با هدف تعیین اثرات فرسودگی

(۳۲). 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 حیطة‌ها بر اساس دستورالعمل پرسشنامه، به شکل سؤالات سه گزینه‌ای با نمره‌های "۱۰۰، ۵۰ و صفر"، سؤالات ۵ گزینه‌ای "با نمره‌های "۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵ و ۰" و سؤالات ۶ گزینه‌ای "با نمره‌های "۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰ و ۰" به طور مستقل نمره بندی و محاسبه می‌شوند. نمره ۱۰۰ بهترین وضعیت و نمره صفر بدترین وضعیت را نشان می‌دهد (۳۲). در انجام این مطالعه به منظور رعایت موازین اخلاقی، با کسب مجوز اخلاق (IR.bmsu.rec.1394.67) تاریخ ۹۴/۲/۸ از دانشگاه فوق برای اجرای پژوهش، به همه بازنشستگان شرکت کننده، در مورد روش کار و اهداف پژوهش توضیح و اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و از همه آن‌ها رضایت کتبی و آگاهانه گرفته شد. سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار بازنشستگان قرار داده شد. سپس داده‌ها با استفاده آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آزمون‌های مجذور کای و t test با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵/۳ درصد نمونه‌ها مرد بودند. ۵۷/۵ درصد نمونه‌ها از بازنشستگان دارای سابقه درمانی ۸۷/۶ درصد نمونه‌ها متأهل بودند و همچنین ۲۶/۴ درصد از نمونه‌ها دیپلم و زیر دیپلم و ۶۰ درصد دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی بودند و ۱۳/۶ درصد افراد نیز دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار سن در کارکنان درمان (۵۱/۵۰ ± ۵/۴۴) و در کارکنان اداری (۶۱/۰ ± ۵۲/۴۵) بود و از نظر مشخصات جمعیتی دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری نداشتند. یافته‌های پژوهش بیانگر این است که کیفیت زندگی در دو گروه مطالعه شده در وضعیت متوسط و زیر متوسط قرار داشت. میانگین و انحراف معیار کل کیفیت زندگی کارکنان درمانی (۸/۱ ± ۵۸) و کارکنان اداری (۸/۵ ± ۵۷/۵) بود که میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۱).

بودند. اما به طور قطع بازنشستگی در وضعیت فعلی به معنی در سایه آرامش نشستن و راحت بودن نیست، بلکه ممکن است به معنی کاهش درآمد، منزلت و اعتباری باشد که طی سال‌ها کسب شده است. لذا با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در دوران بازنشستگی در کارکنان درمانی و اداری بیمارستان‌ها و عدم گزارش مطالعه‌ای در خصوص مقایسه کیفیت زندگی بازنشستگان کارکنان درمانی و کارکنان اداری، این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بازنشستگان کارکنان درمانی و اداری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است که جامعه آماری آن بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) بودند. بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و براساس فرمول کوکران و نتایج مطالعه گزارش شده (۳۱)، ۳۱۵ تن از بین بازنشستگان مراجعه کننده به کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) در سال ۱۳۹۴ به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل افراد به شرکت در مطالعه و بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) با گذشت حداقل یک سال از دوران بازنشستگی بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بود. پرسشنامه جمعیت شناختی، مشتمل بر متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع عضویت، سابقه کار، مدت بازنشستگی به ماه و آخرین پست سازمانی بود و جهت ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی از "فرم کوتاه ۳۶ سوالی" (Short Form 36 (SF-36)) استفاده شد که این پرسشنامه در ایران بومی سازی شده و پایایی و روایی آن بارها توسط پژوهشگران ایرانی به اثبات رسیده است (۳۲، ۳۳). "فرم کوتاه ۳۶ سوالی" به علت کوتاه و جامع بودن از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا می‌باشد. اغلب از این ابزار برای ارزشیابی کارآیی خدمات مراقبت بهداشتی استفاده می‌شود. روایی و پایایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعه‌ای توسط منتظری و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفت.

روایی پرسشنامه با استفاده از روش "مقایسه گروه‌های شناخته شده" و "روایی هم‌گرایی" مورد بررسی قرار گرفت که به جز مقیاس نشاط (α = ۰/۶۵) سایر مقیاس‌ها از ضریب بالایی ۰/۷۷ - ۰/۹۰ برخوردار بودند. پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت

جدول ۱: مقایسه میانگین کیفیت زندگی کل در بازنشستگان درمانی و اداری

حیطه	درمانی	اداری	تی مستقل	P-Value
سلامت جسمی	۵۶/۵(۹/۶)	۵۷/۰(۹/۸)	t = ۰/۴۸	۰/۶۲
سلامت روانی	۵۹/۵(۱۰/۲)	۵۷/۷(۱۰/۵)	t = ۱/۵	۰/۱۱
کیفیت کل زندگی	۵۸(۸/۱)	۵۷/۵(۸/۵)	t = ۰/۶۹	۰/۴۸

هیجانی و کارکرد اجتماعی، اختلاف میانگین‌ها معنادار نبود. ولی در بعد اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی اختلاف معنادار (P < ۰/۰۵) بود.

همچنین یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه در حیطه سلامت جسمی، کیفیت زندگی در بعد کارکرد جسمانی دارای اختلاف معنادار آماری وجود دارد (P < ۰/۰۵) (جدول ۲). جدول ۳ نیز گویای این است که در حیطه سلامت روانی، در بعد انرژی و خستگی و در بعد بهزیستی

جدول ۲: مقایسه میانگین کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی در بازنشستگان درمانی و اداری

گروه	درمانی	اداری	تی مستقل	P-Value
سلامت جسمی	۶۵/۵(۲۶/۲)	۷۱/۱(۲۴/۶)	$t = -۱/۹$	۰/۰۴
کارکرد جسمی	۶۳/۱(۳۵/۹)	۶۱/۳(۳۷/۴)	$t = ۰/۴۱۷$	۰/۶۷
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۳۸/۶(۲۶/۴)	۳۶/۴(۲۸/۰)	$t = ۰/۷۱$	۰/۴۷
درد	۵۸/۸(۱۴/۳)	۵۹/۲(۱۰/۰)	$t = -۰/۳$	۰/۷۴
سلامت عمومی				

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

جدول ۳: مقایسه میانگین کیفیت زندگی در ابعاد سلامت روانی بازنشستگان درمانی و اداری

گروه	درمانی	اداری	تی مستقل	P-Value
سلامت روانی	۷۹/۹(۳۲/۲)	۶۹/۶(۳۸/۸)	$t = ۵/۲$	۰/۰۱۲
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۵۳/۶(۱۰/۲)	۵۵/۵(۹/۷)	$t = ۱/۶$	۰/۱۰۷
انرژی/اخذگی	۶۰/۲(۱۱/۰)	۶۰/۹(۷/۷)	$t = ۰/۵$	۰/۵۶۶
پهزیستی هیجانی	۴۴/۵(۱۶/۰)	۴۴/۸(۱۳/۳)	$t = ۰/۱۸$	۰/۸۵۴
کارکرد اجتماعی				

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

بحث

نشان داد که در زیرمقیاس سلامت روانی، در بعد اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی نیز بین کارکنان درمانی و کارکنان اداری این اختلاف معنی دار بود ولی در کل سلامت روانی کارکنان درمانی و کارکنان اداری وضعیت متوسط و زیر متوسطی داشتند. در زمینه مطالعات همسو با این مطالعه، می‌توان به مطالعه Raquel و همکاران اشاره نمود که نشان دادند پرستاران اتاق عمل سلامت روان پایینی داشتند و علت را تنش مربوط به محیط کار و فعالیت‌های حرفه‌ای مطرح کردند (۲۲). که نتایج مطالعات گزارش شده همسو با یافته‌های این مطالعه می‌باشد و از مطالعات غیر همسو مطالعه فلاحی خشک‌ناب و همکاران می‌باشد 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 از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده کرده بودند، متفاوت بودن پرسشنامه‌ها می‌تواند توجیه کننده بالا بودن کیفیت زندگی پرستاران باشد. تنش شغلی و نداشتن منابع سازگاری کافی می‌تواند منجر به بیماری‌های روانی و جسمی در فرد شده و در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی شود (۳۶).

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی دو گروه مطالعه شده در وضعیت متوسط و زیر متوسط قرار داشت و اختلاف میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه از نظر آماری معنادار نبود. ولی در بعد کارکرد جسمی کیفیت زندگی کارکنان اداری وضعیت مطلوب‌تری داشتند. از محدودیت‌های این مطالعه، عدم دسترسی آسان به افراد پس از بازنشستگی به دلیل پراکندگی نمونه‌ها بود که الزاماً پیگیری و تلاش بیشتر را می‌طلبد.

این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بازنشستگان کارکنان درمانی و ستادی انجام گرفت. با توجه به یافته‌های پژوهش کیفیت زندگی در کارکنان درمانی و ستادی در وضعیت متوسط و زیر متوسط قرار داشت و میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کارکنان درمانی ($۵۸ \pm ۸/۱$) و کارکنان اداری ($۵۷/۵ \pm ۸/۵$) بود که اختلاف میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه از نظر آماری معنادار نبود. از جمله مطالعات مرتبط انجام شده می‌توان به مطالعه عصارودی و همکاران اشاره نمود که به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی پرستاران در هر دو بعد جسمی و روانی در محدوده متوسط می‌باشد (۳۴). همچنین مطالعه انصاری و همکاران نشان داد که پرستاران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند (۲۷). نتایج مطالعه در زیر مقیاس سلامت جسمی از نظر بعد کارکرد جسمی بین کارکنان درمانی و کارکنان اداری اختلاف معنی دار بود و این نشان می‌دهد که عملکرد جسمی کارکنان اداری نسبت به کارکنان درمان که شغل پر تنش و سختی دارند بهتر است و کاملاً همسو با نتایج این مطالعه می‌باشد.

در همین راستا مطالعه Si-Ying و همکاران می‌باشد که بین عوامل تنش‌زای شغلی و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری را گزارش نموده‌اند (۲۳) و Fradelos و همکاران نیز نشان دادند که فرسودگی شغلی به طور معنی داری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مرتبط است (۲۱). همچنین در مطالعه انجام شده در سبزواری توسط یزدی مقدم و همکاران، در خصوص کارکنان درمانی در بعد جسمانی، تنها ۱۵ درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند و میانگین نمره کیفیت زندگی مردان به صورت معنی داری بیش‌تر از زنان بود (۲۵). نتایج مطالعه رضاخانی مقدم و همکاران که نشان داد نمره کلی سلامت جسمی کارکنان ستادی نسبت به پرستاران به طور معناداری بالا بود و کارکنان ستادی از وضعیت بهتری نسبت به پرستاران برخوردار بودند (۲۶). یافته‌های این مطالعه

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه معصومه رشیدی با راهنمایی خانم زهرا حاجی امینی می‌باشد. نویسندگان این مقاله از کارکنان کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) و بازنشستگان محترمی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود بررسی وضعیت کیفیت زندگی بازنشستگان کارکنان درمانی و همچنین اداری مورد توجه مسئولین بهداشتی- درمانی قرار گیرد و تدابیر مدیریتی بمنظور ارتقاء کیفیت زندگی این قشر مؤثر بر سلامت جامعه اندیشیده شود.

سپاسگزاری

References

1. Sheikh M. [The phenomenon of the growing elderly in Asia. To study effects of sociolinguistics]. Shahid Rajai Festival; Tehran 2002.
2. Vaillant GE, DiRago AC, Mukamal K. Natural history of male psychological health, XV: retirement satisfaction. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):682-8. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.682 PMID: 16585444
3. Golparvar M, Bozorgmehri K, Kazemi MS. [Integrative relationship between retirement syndromes components with general health symptoms among retired adults]. *Iranian J Age*. 2011;6(2):15-25.
4. Nicksirat Z. [Check the quality of life of elderly retired members of the pension residing in Tehran in 2005]. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
5. Nobahar M, Ahmadi F, Alhani F, Fallahi-khosknab M. [Coping to retirement: A review article]. *Iranian J Psychiatr Nurs*. 2013;1(2):38-53.
6. Davies E, Cartwright S. Psychological and psychosocial predictors of attitudes to working past normal retirement age. *Employee Relat*. 2011;33(3):249-68. DOI: 10.1108/01425451111121768
7. Hedge JW, Borman WC, Lammlein SE. A look back and a look toward the future. *Am Psychol Assoc*. 2006:155-71. DOI: 10.1037/11325-009
8. 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
9. Zandipour T. [MS Patients' attitude toward the quality of their life and counseling and psychology services]. *Psychol Stud*. 2009;5(2):89-116.
10. Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Bermas H. [Resiliency and quality of life in mothers of children with intellectual disability]. *Health Psychol*. 2011;1(1):179-89.
11. Jalili N, Godarzi M, Rassafiani M, Haghgoo H, Dalvand H, Farzi M. [The influenced factors on quality of life of mothers of children with severe cerebral palsy: A survey study]. *J Mod Rehabil*. 2013;7(3):40-7.
12. Atoof F, Kogaiebidgoli A, Mehmandoost S, Sabery M. [Quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid-Beheshti hospital]. *J Clin Res Paramed Sci*. 2013;2(3):147-55.
13. Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji Amini Z. [Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses]. *J Crit Care Nurs*. 2010;3(3):9-10.
14. Soltaniyan M, Aminbeidokhti A. [The role of sport on job burnout of employees]]. *Koomesh*. 2009;10(4):281-6.
15. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs*. 2007;59(3):233-9. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04301.x PMID: 17590211
16. Origo F, Pagani L. Flexicurity and job satisfaction in Europe: The importance of perceived and actual job stability for well-being at work. *Labour Econom*. 2009;16(5):547-55. DOI: 10.1016/j.labeco.2009.02.003
17. 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 PMID: 18061017
18. Ebrahimian A, Mahmoudi H. [Evaluating the knowledge of intensive care unit nursing staffs]. *J Crit Care Nurs*. 2009;2(1):41-6.
19. Darvishpoor Kakhki A, Ebrahim H, Alavi Majd H. [Health status of nurses of hospitals dependent to Shahroud Medical University]. *Iran J Nurs*. 2009;22(60):19-27.
20. 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.
21. 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]. *Prog Health Sci*. 2014;4(1):102.
22. Santos RMA, Beresin R. Quality of life of nurses in the operating room. *Einstein (São Paulo)*. 2009;7(2):152-8.
23. 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
24. Khorsandi M, Jahani F, Rafiei M, Farazi A. [Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak University of Medical Sciences in 2009]. *Arak Med Univ J*. 2010;13(1):40-8.
25. Yazdimoghaddam H, Estaji Z, Heidari A. [Evaluation of the quality of life of nurses in hospitals in Sabzevar]. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2009;16(1):50-6.
26. 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.
27. Ansari H, Abbasi M, Norouzzadeh R. [Health-related quality of life of nurses of hospitals in Zahedan University of Medical Sciences]. *J Hosp*. 2015;14(3):47-55.
 28. Rezvani M, Mansourian H, Ahmadabadi H, Ahmadabadi F, Parvai Here-Dasht S. [An assessment on factors affecting the quality of life of elderly in rural regions (case study: Neishabour county)]. *Rural Res*. 2013;4(2):306-21.
 29. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house]. *Iran J Nurs*. 2011;24(72):48-56.
 30. ZadehGholam Z. [Employment of young retirees (Need - how)]. Tehran: Institute of Studies and Research in insurance auditing Civil Pension Fund; 2010.
 31. Abedi H, Paknegad F. [Life status after retirement in Esfahan]. *J Mashhad Univ Med Sci*. 2000:8-16.
 32. 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. PMID: 16022079
 33. Eshaghi S-R, Arash Rame M, 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. DOI: 10.3844/ajassp.2006.1763.1766
 34. Sarrvdy A, Golafshani A, Akaberi S. [Relationship between spiritual health and quality of life in nurses]. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2011;3(4):81-8.
 35. Fallahi 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. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag*. 2014;22(4):506-18. DOI: 10.1111/jonm.12160 PMID: 24175955

Comparing the Retirement Quality of Life between Medical and Administrative Personnel in one of the Educational and Medical Centers of Tehran

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

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

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

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

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

⁵ Assistant Professor, Department of Community Health, School of Nursing and Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Hajiamini, Assistant Professor, Department of Community Health, School of Nursing and Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: z_hajiamini@hotmail.com

Received: 11 Jan 2015

Accepted: 22 Sep 2016

Abstract

Introduction: Retirement is associated with reduced physical ability, low income, social problems, and loneliness. These factors affect the quality of life of retirees. The aim of this study was to compare the retirement quality of life in medical and administrative personnel in one of the educational and medical centers of Tehran.

Methods: This was a descriptive-comparative study. A total of 315 pensioners who referred to retirement center Hospitals of Medical University of Baqiyatallah in 2015 were selected through simple random sampling method. Data was collected using demographic questionnaires and the "Short Form 36" (SF-36). Validity and reliability had been measured in previous studies. Data was analyzed using SPSS 22.

Results: The mean and standard deviation of quality of life of medical and administrative staff was 58 ± 8.1 and 57.5 ± 8.5 , respectively. The mean difference of quality of life between the two groups was not statistically significant. However, this figure had a significant difference in physical functioning and emotional health disorder due to the roles of medical and administrative staff ($P > 0.05$).

Conclusions: The two groups had no statistical difference in overall quality of life score. However, in physical functioning, retired medical staff had a more unfavorable situation. Therefore, to improve the quality of life of retirees, health policy makers should consider this important issue in regard to retirees and their lives.

Keywords: Quality of life, Retirement, Medical Staff, Administrative Staff