

مدیریت ارتقای سلامت

انجمن علمی پرستاری ایران



دوره اول شماره ۴ پاییز ۱۳۹۱ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

- بررسی رفتارهای محیط کاری و همبستگی آن با مشخصات جمعیت شناسی از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی شهر گرگان.....
سهیلا کلانتری، میترا حکمت افشار، لیلا جویباری، اکرم ثناگو، رسول محمدی ۷
- ارزشیابی مهارت های بالینی کارکنان فوریت های پزشکی مرکز اورژانس شهر تهران در مواجهه با تروما.....
حسرو شاکری، مسعود فلاحت خشکناب، حمید رضا خانکه، محمد علی حسینی، سمانه حسین زاده، نادر حقی منیع ۱۶
- میزان آمادگی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای اجرای مدیریت کیفیت جامع درآموزش علوم پزشکی.....
مصطفود اکرامی، فهیمه یاری، سمیه رجب زاده ۲۵
- بررسی عوامل خطرزای بیماری های قلبی عروقی در سالمندان مقیم خانه های سالمندان تهران.....
افضل شمسی، مطهره پیله ورزاده، عباس عبادی ۳۲
- مقایسه سبک زندگی شاغلین نظامی و غیر نظامی مبتلا به پرفشاری خون.....
سید علی اکبر رفاهی ، افضل شمسی، عباس عبادی، یاسر سعید، علی مرادی ۴۳
- بررسی شیوع و تداوم مشکلات سلامتی مادران بعد از زایمان و همبستگی آن با تعداد زایمان.....
مریم روحی، مجیده هروی کریموی، هما یوسفی، کمال صالحی، سعید حبیب زاده، محدثه شجاعی ۵۱
- بررسی میزان همبستگی ابعاد عملکرد خانواده و خود پنداوه نوجوانان پسر سیگاری شهر زنجان.....
میمنت حسینی، رویا بیات، فریده یغمایی، صفیه حسین زاده، نویده نصیری ۶۱
- تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی: یک مطالعه کیفی.....
منیر نوبهار، فضل الله احمدی، فاطمه الحانی، مسعود فلاحت خشکناب ۶۹

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره یکم-شماره ۴-پاییز ۱۳۹۱

صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

سردبیر: دکتر فریده یغمایی

معاون سردبیر: فرشته نجفی

شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

شماره بین المللی نشریه چاپی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ ISSN: ۲۲۵۰/۱۲/۱۰ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ e-ISSN: ۱۳۹۱/۳/۸ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر سادات سیدباقر مdag، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحتی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سینمایی، استرالیا
- دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سید حبیب الله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراصیانی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت الله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیرپوشی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه قدوس استکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فخرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر جیدرعی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوارسان
- دکتر عباس عابدی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

داوران این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فریده یغمایی
- فرشته نجفی
- محمد غلامی
- دکتر فروزان آتش زاده شوریده
- دکتر عنایت الله بخشی
- دکتر ناهید رژه
- بتو نحریر
- فاطمه گودرزی
- سمیه شهری
- دکتر اکبر بیکلریان
- دکتر مجیده هروی کریمی
- دکتر ندا مهرداد

ویراستار انگلیسی: دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

ویراستار فارسی: دکتر فریده یغمایی

حروفچینی و صفحه آرایی: مهندس صادق توکلی

طراح جلد: مهندس صادق توکلی

ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

نشانی: تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

کد پستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۰۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی: یک مطالعه کیفی

*منیر نوبهار^۱، فضل الله احمدی^۲، فاطمه الحانی^۳، مسعود فلاحت خشکناب^۴

چکیده

مقدمه: بازنشستگی مرحله جدیدی در چرخه زندگی است و می‌تواند راهی برای بهبود سلامتی و مراقبت از خود و وضعیت زندگی باشد. این مطالعه با هدف تبیین تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه باطراحی کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف صورت گرفت. ۲۰ پرستار بازنشسته ساکن شهر سمنان، که دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند و ۱ تا ۵ سال از بازنشستگی آن‌ها گذشته بود و با سمت‌های مختلف در بخش‌ها و بیمارستان‌های متفاوت، ۳۰-۲۳ سال سابقه کار تمام وقت داشتند، در پژوهش مشارکت نمودند. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه نیمه سازمان یافته جمع‌آوری گردید. هنگامیکه داده‌ها به اشباع رسید، نمونه‌گیری خاتمه یافت. **یافته‌ها:** درونایه اصلی استخراج شده از داده‌ها تهدید هویت بود. طبقات شامل "شوک و ناباوری"، "جدایی سخت از حرفه" و "درمان‌گی" بودند که هر کدام حاوی طبقات فرعی متعددی بودند.

نتیجه‌گیری: تجارب پرستاران طی بازنشستگی، تهدید هویت بود. با برنامه‌ریزی مناسب جهت بازنشستگی و اتخاذ تدابیر موثر جهت اصلاح شرایط برای پرستاران بازنشسته از سوی مسئولین و مدیران پرستاری، می‌توان از بروز تهدید هویت در پرستاران بازنشسته پیشگیری نموده و ارتقاء سلامت و بهره‌وری را برای پرستاران فراهم نمود. همچنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند زمینه را برای مطالعات بیشتر در این رابطه فراهم نماید.

کلید واژه‌ها: بازنشستگی، پرستار بازنشسته، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۱۲

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Nobahar43@Sem-Ums.ac.ir

۲- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

بازنشستگی دارند (۸). از آنجا که پرستاران از جمله عوامل مهم و تعیین کننده سرنوشت حرفه‌ای پرستاری محسوب می‌شوند (۹)، شناخت چالش‌های بازنشستگی برای پرستاران می‌تواند در افزایش اعتماد به نفس پرستاران، ایجاد انگیزه و شوق کاری بسیار مفید باشد و آن‌ها را به ارائه بهتر خدمات پرستاری ترغیب نماید. از طرفی مسئولین و دست‌اندرکاران را با اطلاعات به روز در رابطه با بازنشستگان حرفه پرستاری مطلع نماید. بنابراین، استفاده از تجربه پرستاران بازنشسته زمینه مناسبی برای پیشرفت و ارتقاء حرفه‌ای فراهم می‌نماید و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی حرفه‌ای، ارتقاء سلامت و بهره‌وری هر چه بیشتر خواهد شد (۱۰). از طرف دیگر، درک تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی، زمینه لازم برای تطابق مطلوب با بازنشستگی را برای پرستاران فراهم می‌نماید. ضروری است تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی بررسی شود. Gabrielle تجربه پرستاران بازنشسته از بازنشستگی را از نظر جسمی، عاطفی و روانی ضروری دانسته‌اند (۱۱). جامعه از لحاظ حقوقی و اخلاقی در قبال بازنشستگان مسئولیت دارد. کم توجهی به این قشر باعث نگرانی و عدم اطمینان کارکنان فلی نسبت به آینده و کاهش بهره‌وری آن‌ها می‌شود (۱۲).

با وجود اهمیت و تاثیری که بازنشستگی در زندگانی فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه دارد، توجه به تجربه پرستاران در مواجه با بازنشستگی از اهمیت به سزایی برخوردار است. همچنین، لازم است ارتباط متقابل بین عوامل زیستی و معیارهای روانی و اجتماعی و تجربه‌های شخصی آن‌ها مورد مطالعه قرار داد. مطالعات ارزشمندی در رابطه با بازنشستگی در دنیا انجام شده است (۱۳، ۱۴). اما در ایران پژوهش‌های محدودی درباره تجربه افراد بازنشسته انجام شده و هیچ گونه پژوهش کیفی جامع و قابل توجهی درباره تجربه پرستاران بازنشسته صورت نگرفته است. اغلب مطالعات انجام شده در رابطه با بازنشستگی به صورت کمی است (۱۵، ۱۶).

در پژوهش‌های کیفی، تعیین تفکر فرد در ارتباط با تفسیر موقعیت با مصاحبه عمیق امکان‌پذیر شده و درک بهتری از

مقدمه

بازنشستگی به معنای آغاز فرهیختگی انسان است، زیرا فرهیختگی در بالندگی و تکامل است که در دوران جوانی به دست نمی‌آید. Abraham Maslow مرحله فرهیختگی را در بالاترین نقطه هرم نیازهای انسانی می‌داند و معتقد است که هر جامعه زنده‌ای به فرهنگ افتخار می‌کند و بازنشستگان بخشی از تبلور و جوهره فرهنگ جوامع خود هستند (۱). از آنجا که ارزش‌های انسان‌ها در تمامی جوامع، صرفظیر از تفاوت‌های فرهنگی آن‌ها، مشابه است، لذا در دوران بازنشستگی ممکن است تأثیرات مثبتی به واسطه افزایش ارزش‌های نوع دوستی و نیز تأثیرات منفی به واسطه کاهش ارزش‌های توأم با ارتقاء و پیشرفت فردی، به وجود آید. از طرفی، بین کشورهای پیشرفت‌ه و در حال توسعه از تجربه بازنشستگان تفاوت وجود دارد. عوامل روانی و اجتماعی که ریشه در ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی فرد دارد، احساس مفید بودن و تطابق اجتماعی فرد بازنشسته را در گرو حفظ ارتباط او با کار و فعالیت قرار می‌دهد (۲). مطالعه Mojon-Azzia و همکاران در سوئیس نشان داد بازنشستگی به تجربه کاهش میزان اضطراب و افسردگی و بهبود سلامتی منجر می‌شود (۳). هم چین & Wells Kendig از استرالیا می‌نویسند: بازنشستگان کاهش فعالیت فیزیکی و اجتماعی را تجربه می‌کنند، اما خوشحال‌تر هستند، خودکارآمدی زیاد و حس تمامیت، شاخص پیش‌بینی کننده مثبتی در تغییرات رفتارهای سلامتی و رفاه آن‌ها است (۴). 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 (۵).

مروری بر متون نشان می‌دهد که موضوع بازنشستگی، بازنشسته‌ها، مشکلات تجربه شده توسط آن‌ها، مورد توجه و پژوهش توسط صاحب‌نظران پرستاری و سایر حرفه‌ها بوده است، اما در رابطه با حرفه پرستاری و تجربه در پرستاران بازنشسته در اغلب موارد ابهام وجود دارد (۷، ۶). اغلب پرستاران در شروع بازنشستگی، اطلاعات محدودی در رابطه با

جمع آوری داده‌ها بین صورت بود که ابتدا اسمی پرستاران بازنیسته، آدرس و شماره تلفن تماس آن‌ها از بیمارستان‌های شهر سمنان تهیه شد. پژوهشگر ضمن برقراری تماس تلفنی پس از بیان هدف از انجام پژوهش، در صورت موافقت آن‌ها جهت مشارکت در مصاحبه، زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها را که عمدهاً منازل پرستاران بازنیسته و یا پارک‌های نزدیک به محل زندگی آن‌ها بود، مشخص می‌نمود. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه نیمه سازمان یافته (Semi-structure) با ۲۰ پرستار بازنیسته انجام شد. آن‌ها (۱۰ خانم و ۱۰ آقا) با داشتن تجربه پرستاری ۲۳-۳۰ سال در سمت‌های مختلف (۸ پرستار، ۷ سرپرستار، ۵ سوپر واپر و متrown) بودند. سن آن‌ها بین ۵۰-۶۰ سال بوده و ۱-۵ سال از بازنیستگی آن‌ها گذشته بود و نسبت به بیان این تجارت تمایل داشتند. نمونه‌ها با حداقل تنوع در سمت‌های مختلف، در بیمارستان‌ها و بخش‌های متعدد (داخلی-جراحی، زنان و نوزادان، اطفال، اورژانس، سی‌سی‌بو، آی‌سی‌بو و همودیالیز)، سن و جنس، تنوع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی دارای تجربه‌های متنوع بودند که سبب اعتبار بیشتر داده‌ها شد. مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۱۲۰ دقیقه طول می‌کشید. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی شروع می‌شد که تجربه خود از بازنیستگی را توضیح دهدید؟ یا سپس سوالات کاوی مانند می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ یا یک مثال بزنید، برای تشویق مشارکت کنندگان به منظور دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده می‌شد. در پایان از مشارکت کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آمد و از آن‌ها خواسته می‌شد تا اگر مطلبی باقی مانده و می‌خواهند بیان کنند. روش تجزیه تحلیل به صورت تحلیل محتوا بر اساس ۵ گام Lundman & Granheim صورت گرفت (۲۴). در گام اول متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه پیاده و به عنوان داده اصلی پژوهش استفاده شد. در گام دوم نوار صدای ضبط شده به دفعات گوش داده شد و متن‌های دست‌نویس چندین بار مرور گردید و تصمیم‌گیری در مورد تقسیم متن به واحدهای معنی (Meaning units) صورت گرفت. در گام سوم طراحی

تجارب و افکار و رفتارهای افراد مشخص می‌گردد (۱۷). بنابراین، همانطور که برای بیهود زندگی شغلی پرستاران، پژوهش ضروری می‌باشد، مراحل بعد از کار نیز باید مطالعه شود، تا بازنیستگی به عنوان لحظات بحرانی زندگی محسوب نشود (۱۲). هدف این مطالعه تبیین تجربه پرستاران بازنیسته از بازنیستگی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با طراحی کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوا مرسوم انجام شد. تحلیل محتوا فرآیندی است که طی آن داده‌های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق و منظم پژوهشگر به طبقاتی تبدیل می‌گردد. این فرآیند با استفاده از منطق استقراء صورت می‌گیرد که با بررسی دقیق پژوهشگر و مقایسه مداوم داده‌ها، طبقات و تهم‌ها از داده‌های خام استخراج می‌گردد (۱۸) و به وسیله آن داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر شده و برای تعیین درونمایه‌های غالب و اصلی استفاده می‌شود (۱۹). این روش برای بررسی تجارب و نگرش افراد نسبت به موضوعی خاص مناسب است (۲۰) و روی تجربه زندگی و تفاسیر و معانی که افراد با آن مواجه بودند، تمرکز می‌کند (۲۱). نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد. در این روش، نمونه‌گیری براساس معیارهای ورود به مطالعه و به صورت تدریجی تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه می‌یابد (۱۸). معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستاران بازنیسته ساکن شهر سمنان، دارای مدرک کارشناسی پرستاری و داشتن تمایل به مشارکت در مطالعه و ارائه تجربیات حداقل یک سال بعد از بازنیستگی بود. پژوهشگر در پی افرادی بود که دارای تجربه غنی از موضوع پژوهش بوده و تمایل به بیان این تجارت داشته باشند و تا آنجا نمونه‌گیری را ادامه داد که بتواند در راستای آن ایده جدیدی به دست آورد (۲۳، ۲۲). هنگامیکه داده‌ها به اشباع رسید و پس از ۳ مصاحبه که در آن‌ها داده‌ها تکرار داده‌های قبلی بود، به طوریکه اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌ها و داده‌های موجود به دست نیامد (۲۲) نمونه‌گیری خاتمه یافت.

اصلی، نتایج توسط سه نفر دیگر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت و توافق درمیان نتایج استخراج شده وجود داشت. پژوهشگر، یافته‌ها را با برخی از پرستاران بازنیسته‌ای External که در پژوهش شرکت نداشتند درمیان گذاشت (Acceptance) و آن‌ها هم تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها و تبیین غنی داده‌ها، قابلیت انتقال (Fittingness) و تناسب داده‌ها (Transferability) را امکان‌پذیر نمود. اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم گردید.

ملاحظات اخلاقی بدین صورت بود که کسب رضایت آگاهانه جهت مشارکت در پژوهش و ضبط صدا، اطمینان دادن به مشارکت کنندگان برای محترمانه نگهداشتن نام آن ها، حفظ نامی و رازداری و اطمینان دادن برای خروج از مطالعه از اصول اخلاقی این مطالعه بود.

ما فتھا

۲۰ پرستار بازنیسته (۱۰ خانم و ۱۰ آقا)، ۱۵ پرستار و ۵ مدیر پرستاری با سن ۵۰-۶۰ سال و سابقه کار ۳۰ تا ۳۵ سال، ۵ دارای مدرک کارشناسی پرستاری، ساکن شهر سمنان، که ۱-۵ سال از زمان بازنیستگی آن ها گذشته بود، در مطالعه مشارکت داشتند. تحلیل داده ها به استخراج "تهدید هویت" به عنوان درونمایه اصلی منجر شد که دارای ۳ طبقه "شوك و ناباوری"، "جدایی سخت از حرفة" و "درماندگی" بود (شکل ۱).

تہذیب ہوت

یافته‌های این مطالعه نشان داد که پرستاران بازنشسته "تهدید هویت" را تجربه کرده بودند. هویت پرستاران مفهومی است که شغل و محیط کار پرستاری، همکاران، بیماران و به عبارتی اجتماع پیرامون آن ها برایشان ساخته بود. پرستاران به واسطه تجربه بازنشستگی ناگهانی و بدون برنامه‌ریزی و کمبود اطلاعات برآمده، قوانین و مقررات و کمیتد حمایت تمام با از

جهت انتزاعی نمودن (Abstracting) واحدهای معنی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت کنندگان مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آن ها و کدهای دلالت کننده مشخص شد، سپس کدگذاری و خلاصه سازی انجام گرفت و در گام چهارم بر اساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک طبقه قرار گرفتند و زیر طبقات و طبقات دسته‌بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت. با استفاده از نظرات و پیشنهادات اعضای گروه نقاط مبهم و نیازمند توجه در مصاحبه‌های بعدی مشخص می‌شد و در مصاحبه‌های بعد مورد بررسی قرار می‌گرفت، به نحوی که نقاط ابهام برطرف شده و جایگاه کدها در هر طبقه کاملاً مشخص می‌شد. سپس در سطح تفسیری، طبقات تشخیص شد تا مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج گردید. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی در متن مشخص شد و با توجه به کل داده‌ها این مضامین درونی مورد بازبینی قرار گرفت.

در طول مطالعه، روش‌هایی برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ارتباط طولانی مدت با پرستاران باعث افزایش اعتماد آن‌ها و ایجاد تمایل بیشتر برای گفتن حقایق می‌شد و تولید داده‌های حقیقی و معتبر را افزایش داد. از بازنگری مشارکت کنندگان (Member) برای check تضمین اعتبار داده‌ها استفاده شد. پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و تفسیر خود از صحبت‌های مشارکت کنندگان را در اختیار آن‌ها قرار می‌داد و با آن‌ها در مورد تفسیر خود و معنای کلمات مشارکت کنندگان بحث می‌کرد تا به عقاید و مفاهیم یکسان دست می‌یافتد. بازبینی توسط اعضاء، خواندن متن مصاحبه‌ها، تجدید نظر روی کدهای اولیه، طبقات و مفاهیم و دریافت بازخورد از روش‌های تعیین اعتبار داده‌ها بود. مقبولیت داده‌ها (Credibility)، با بازنگری ناظرین (Peer) تأیید (Confirmability)، استفاده شد و متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شد. علاوه بر پژوهشگر

فرآیندهای روانی اجتماعی بازنشستگی، عدم وجود کلاس‌های آموزشی جهت آماده‌سازی آن‌ها، کمبود آشنایی با قوانین و مقررات بازنشستگی و کم توجهی سازمان‌ها باعث ایجاد چالش‌هایی در مواجهه آن‌ها با بازنشستگی شده بود. مشارکت کننده ۱۲ می‌گوید: "از طرح ضریبی برای بازنشستگی استفاده کردم، روز ۲۳ اسفند درخواست بازنشستگی دادم، ۲۷ اسفند از پشتیبانی خبر دادند که حکم بازنشستگی شما آماده است،... بدون/این که حتی بیمارستان از بازنشستگی من خبر بشه".

شرایط نامناسب کار قبل از بازنشستگی در تطابق با بازنشستگی تاثیرگذار بود. انعطاف ناپذیری محیط‌های کاری، ساعات کاری زیاد و کم توجهی نسبت به مشکلات و عدم تغییر برنامه کاری متناسب با توانایی پرستاران قبل از بازنشستگی از جمله مواردی بود که به دفعات توسط اغلب پرستاران بیان می‌شد و بعد از بازنشستگی نیز باعث تشدید تهدید هویت آن‌ها می‌شد. مشارکت کننده ۲ می‌گوید: "باید ساعات کاری با افزایش سنت و خدمت کاهش پیدا کنند، این حق ماست". مشارکت کننده ۱ می‌گوید: "این اواخر بیشتر دوست داشتم سیرکولیتی بدم تا این که اسکراب کنم، اسکراب بدن مرا خشک میکرد، ... اما همکارهای قبول نمیکردند".

بازنشستگی می‌تواند چالش‌های مهمی از نظر اقتصادی، اجتماعی و هیجانی ایجاد نماید. مواجهه با تنگناهای اقتصادی، بی توجهی نسبت به برنامه‌ریزی برای مشاغل مناسب، عدم وجود منابع کافی برای حمایت مالی باعث تشدید تهدید هویت در پرستاران بازنشسته می‌شد. مشارکت کننده ۱۴ می‌گوید: "برام یک گرفتاری پیش آمد و به ۲ میلیون پول نقد احتیاج داشتم، ... هنوز سنت و بازنشستگی ام را نگرفته بودم". مشارکت کننده ۵ می‌گوید: "بعد از کلی پیگیری با مقامات کشوری بعد از ۱/۵ سال توانستم حق و حقوق سنت و بازنشستگی ام را بگیرم".

۲- جدایی سخت از حرفه

یکی از طبقات تهدید هویت جدایی سخت از حرفه پرستاری بود. تنش جدایی از حرفه پرستاری منجر به ترک عادت، ایجاد احساس خلاء، ناراحتی، نگرانی ناشی از ندیدن دوستان و همکاران، سختی کنار آمدن با جدایی از بیماران،

دست دهی‌ها، از دست دادن شغل، دور شدن از محیط کار و همکاران، کاهش توانایی جسمی، مشکلات عاطفی، اجتماعی و اقتصادی با تهدید هویت روبرو می‌شدن. درونمایه اصلی 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 تنگناهای 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 تامین هزینه زندگی) ناشی می‌شد. این طبقات به دلیل ماهیت، تناسب و مشابهت زیر طبقات آن‌ها با یکدیگر که همه آن‌ها بیانگر مفهوم انتزاعی تهدید هویت بود، درک و واکنش روانی اجتماعی پرستاران بازنشسته نسبت به بازنشستگی را تشکیل می‌داد. این شرایط آن‌ها را با چالش‌های گوناگون روبرو می‌کرد و تجارب پرستاران بازنشسته را در دوران بازنشستگی در بر می‌گرفت (شکل ۱).

۱- شوک و ناباوری

یکی از طبقات تهدید هویت، شوک و ناباوری بود. شوک و ناباوری از زیر طبقات "آموزش ناکافی"، "شرایط کار نامناسب قبل از بازنشستگی" و "مواجهة پرستاران با تنگناهای اقتصادی بعد از بازنشستگی" ناشی می‌شد. شوک و ناباوری که ناشی از بازنشستگی ناگهانی و کمبود برنامه‌ریزی برای آن بود، آن‌ها را متعجب و گرفتار کرده بود. مشارکت کننده ۱۳ می‌گوید: "بازنشستگی یکباره و ناگهانی، مرا دچار بیهودگی و ناباوری کرده بود، بہت زده و هاج و واج بودم". یکی از مفاهیمی که باعث شوک و ناباوری در بازنشستگی و تشدید تهدید هویت در پرستاران بازنشسته می‌شد، ناشی از آموزش ناکافی بود. مشارکت کننده ۱۴ می‌گوید: "هیچ کس به ما اهمیت نداد، که بخواهد برای ما برنامه آموزشی در نظر بگیره.... یا از ما پرستارهای بازنشسته حمایتی بکنه". بازنشستگی برای آن‌ها به معنای ترک عادت‌های سالیان مت마다 بود که پذیرش آن برای اغلب پرستاران سخت بود. آمادگی ناکافی جهت مواجهه با

مشارکت کننده ۱۹ می‌گوید: "بودن با صریص‌ها، خودش به ذوق و شوق دیگه‌ای داشت". مشارکت کننده ۱۸ می‌گوید: "جدا شدن از بیمارهای که شب و نیمه‌شب بالای سرشاران می‌رفتم، همانا که سراغم می‌آمدند و کار آن‌ها را راه می‌انداختم، این خلاء آنقدر من را اذیت می‌کند که هیچ چیزی جای آن را نمی‌گیرد و این خلاء الان در من وجود دارد".

۳-درماندگی

یکی از طبقات تهدید هویت، درماندگی بود. بازنیستگی با وجود تحلیل توان جسمی، خلاء عاطفی، منزلت اجتماعی ناکافی و عدم تامین هزینه زندگی با تجربه درماندگی توأم بود. چرا که متقاضی با بازنیستگی بسیاری از توانایی جسمی افراد نیز تحلیل رفته، آن‌ها خود را تحت فشار روانی می‌دیدند. از طرفی دچار انزواه اجتماعی و استیصال مالی بودند. همچنین درماندگی نقش به سزاگیری در تشديد شکایات جسمی، روانی و نارسانی در عملکرد اجتماعی و به دنبال آن مشکلات اقتصادی را به همراه دارد. به همین جهت می‌توان گفت که هر چه بازنیسته بیشتر بر درماندگی و شکست تمرکز نماید، به همان میزان شکایات تندرنستی در او تشید می‌باید. در رابطه با تحلیل توان جسمی، مشارکت کننده ۱ می‌گوید: "در زمان کار خیلی فعال بودم، دوست داشتم همیشه سرپا بایستم و کار کنم، من این قدرت را در جوانی داشتم... ولی بعد از بازنیستگی، می‌بینم که این قدرت را ندارم که حتی بخواهم کار خودم را هم انجام بدhem، مشکل جسمی دارم". مشارکت کننده ۱۶ می‌گوید: "بعد از تقریباً ۲ ماه، رفتم چکاپی بکنم، دیدم قند بالا، چربی بالا که هیچ وقت فکر نداشتم را هم نمی‌کردم، به سراغم آمد".

برخی از پرستاران بازنیسته بعد از بازنیستگی احساس افسردگی، یاس و نالمیدی، عصبانیت و گاه پیشیمانی را تجربه می‌کردند. مشارکت کننده ۲ می‌گوید: "گاهی حسرت می‌خورم، ... بیش از حد از خودم کار کشیدم... اما حالا می‌بینیم که هیچ کس به من توجهی نداره".

کم توجهی نسبت به افراد بازنیسته، عدم رعایت احترام درخور منزلت آن‌ها از عمده‌ترین عوامل در تهدید هویت پرستاران بعد از بازنیستگی بود. مشارکت کننده ۷ می‌گوید: "از

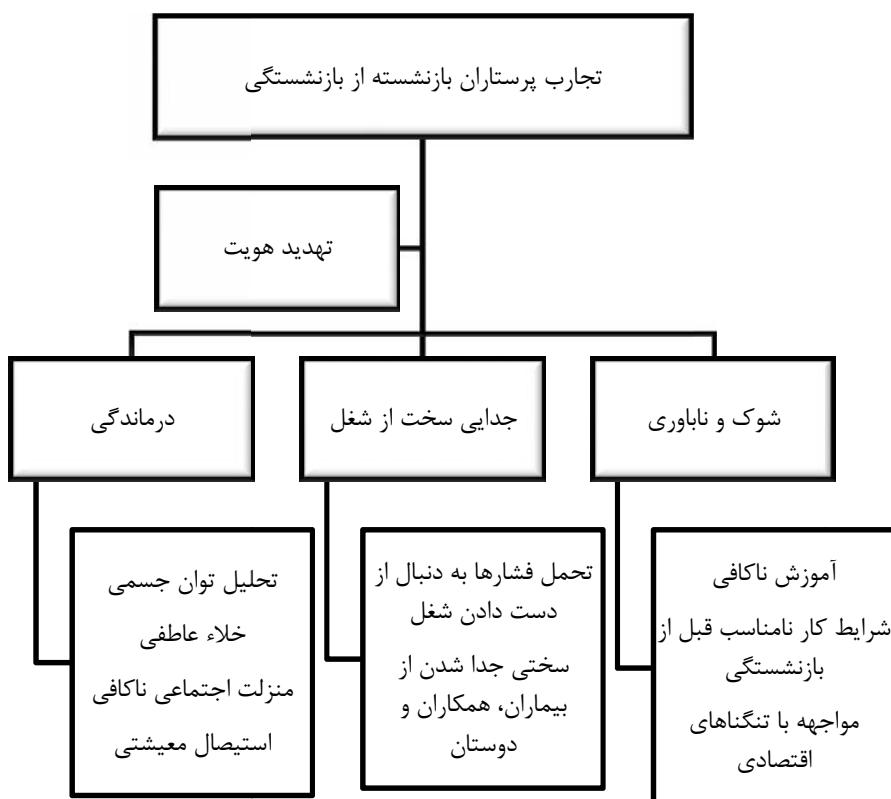
کسالت و گریه کردن، نالمیدی، افسردگی و حتی ترس از مرگ می‌شد. برخی از پرستاران بازنیسته در مواجهه با جدایی سخت از حرفه واکنش‌های عاطفی شدیدی نشان می‌دادند. این طبقه ناشی از دو زیر طبقه، "تحمل فشارها به دنبال از دست دادن شغل" و "جدا شدن از بیماران، همکاران و دوستان" بود. از آنجا که نقش پرستاران در محیط‌های کاری در هویت آن‌ها تاثیرگذار بود، از دست دادن حرفه پرستاری منجر به تهدید هویت در آن‌ها می‌شد. بازنیستگی و تهدید هویت توأم با آن، هر کدام دیگری را پیچیده‌تر می‌کرد. از دست دادن شغل و تغییرات سبک زندگی منجر به تهدید هویت می‌شد. مشارکت کننده ۱۶ می‌گوید: "بازنیستگی یه کوه غمه که نمی‌شه بیان کرد احساس پوچی و از کار اختنادگی، رکود و بی‌رزشی منو گرفته بود و برام تقلیل بود". همچنین تنهایی، کاهش روابط اجتماعی، کاهش تعاملات اجتماعی با دوستان و همکاران از یک طرف و از طرف دیگر کمود منابع حمایتی باعث تشید تهدید هویت می‌شد. مشارکت کننده ۸ می‌گوید: "هفتنه آخر که می‌خواستم بازنیست بشم، خیلی گریه کردم، ... کارم را خیلی دوست داشتم، همکارهای را، دوست داشتم... با همه با گریه خداحافظی کردم، ... خدا را قسم، به جدم قسم، آنقدر برای من سخت بود". مشارکت کننده ۱۸ می‌گوید: "تنها چیزی که الان از اون ناراحتم، ندیلن دوستان و همکارام است. من برادرم را گاهی ۱-۲ ماه نمی‌بینم، اما با همکارهای یک شب در میان با هم بودیم، هر صبح هم‌دیگر را می‌دیدیم". در بعضی موارد جدایی سخت از حرفه با ترس از مرگ همراه بود. مشارکت کننده ۲ می‌گوید: "گاهی به خودم می‌گوییم که حتماً خدا به من فرصتی داده تا دو سه سال قبل از مرگم بازنیست بشم، بچه-هام را ببینم و برم، من بیشتر به مرگ فکر می‌کنم".

کارکردن، ارتباط نزدیک بین بیمار و پرستار ایجاد کرده و روابط اجتماعی را گسترش می‌دهد، به همین علت بازنیستگی با احساس تهی شدن از همه این روابط انسانی توأم است. کار کردن در محیط‌های بیمارستان و ارائه کار پرستاری، انسان دوستانه و مورد علاقه، آنچنان آن‌ها را به بیماران وابسته کرده بود که آن‌ها جدایی سختی را در این رابطه تجربه می‌کردند.

می‌دونستم و احساس راحتی می‌کردم، الان اون احساس را ندارم. اگر مجبور نباشم، فکر کنم بیمارستان نرم، با اون برخوردی که با بازنشسته‌ها دارند، به قول معروف آن که از دیده برفت از دل برود،... من از بازنشستگی این را فهمیده‌ام که آدم وقتی بازنشست می‌شود، انگار از همه چیز بازنشست می‌شود. یعنی از نظر روحی، روانی، جسمی و اجتماعی، همه چیز بازنشست می‌شود".

وقتی بازنشست شدم هیچ کس تو اجتماع من را نمی‌شناسه، هیچ کس به من اهمیت نمی‌دهد. من بیشتر اوقات سعی می‌کنم که تو خونه باشم، این طوری راحت ترم". مشارکت کننده ۱۸ می‌گوید: "تا زمانی که کار می‌کردم، مردم خیلی سرانجام می‌آمدند، بعد از این که بازنشست شدم، دیگه کاری به کارم ندارند". مشارکت کننده ۹ می‌گوید: "هر وقت بیمارستان می‌روم، احساس غریبی می‌کنم، مثل قبلاً که اونجا را مثل خونه‌ام

شکل ۱: درونمایه، طبقات و زیر طبقات تجارب پرستاران بازنشسته از بازنشستگی



بحث

بدنی، خلاء عاطفی، منزلت اجتماعی ناکافی و عدم تامین هزینه زندگی) ناشی می‌شد.

تجارب مشارکت کنندگان در پژوهش نشان داد که تهدید هویت نقش بسیار مهمی در تطبیق پرستاران بازنشسته طی بازنشستگی ایفا می‌کند. پذیرش این واقعیت که طیف وسیعی از عوامل با کنار رفتن از کار دچار تغییر می‌شوند و بازنشستگی می‌تواند الگوهای زندگی آن‌ها را تغییر دهد و بر هویت پرستاران بازنشسته تاثیرگذار گذارد. Osborne می‌نویسد:

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 تنگناهای اقتصادی بعد از بازنشستگی)، جدایی سخت از حرفة (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

و پذیرش این خلاط بعد از بازنیستگی برای آن‌ها چالش مهمی محسوب می‌شد. احمدی و همکاران معتقدند یکی از مواردی که به کرات توسط پرستاران بازنیسته مطرح می‌باشد، ضرورت ارتباط انسانی با بیماران است (۲۹). Brown می‌نویسد: مفهوم بازنیستگی، بیش از ترک حرفه و شغل است و می‌تواند علاوه بر کاهش یا از دست دادن درآمد، بر استقلال، ثبات، ارتباط‌های اجتماعی، فعالیت‌ها و مهارت‌های حرفه‌ای تاثیر بگذارد (۳۰).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که پرستاران بازنیسته تجربه درمانگی (تحلیل توان جسمی، خلاط عاطفی، منزلت اجتماعی ناکافی و عدم تامین هزینه زندگی) را مطرح می‌کردند. سلامت عمومی بدن از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، در تجربه موفقیت‌آمیز بازنیستگی به دفعات مورد تأکید قرار گرفته است (۳۱).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تحلیل توان جسمی با تجربه درمانگی برای پرستاران بازنیسته و تهدید هویت همراه بود. ناتوانی، مشکلات استخوانی از قبیل پادرد و کمردرد، افزایش قند خون و ازدیاد چربی خون و فشارخون بالا از جمله مشکلات شایع در اغلب پرستاران بازنیسته بود. Camerino و همکاران تحلیل توان جسمی را عاملی برای تجربه عدم تطابق در بازنیستگی بیان کردند (۱۴). تحلیل توان جسمی ناشی از کار طاقت‌فرسای پرستاری اثرات نامطلوبی بر سیک زندگی پرستاران بعد از بازنیستگی و تهدید هویت آن‌ها داشت. Marshall معتقد است که پشت سرگذاشتن کار ممکن است با افزایش تهدیدات سلامتی همراه باشد (۳۲). در حالی که بازنیستگی می‌تواند شرایط عمدی برای تغییر سیک زندگی، ارتقاء سلامت توان با تاثیر آن بر سلامت و رفاه داشته باشد (۳۳، ۳۴). به نظر می‌رسد حمایت مسئولین جهت اصلاح شرایط کاری پرستاری و بهبود سیک زندگی پرستاران از جمله اقدامات ضروری و مطلوب در ارتقاء سلامتی پرستاران در دوران بازنیستگی می‌باشد.

پرستاران بازنیسته تجربه خلاط عاطفی بعد از بازنیستگی را بیان می‌نمودند. آن‌ها احساس افسردگی، یاس و نالمیدی را تجربه می‌کردند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که خلاط

آموخته‌های پیشین، خانواده، محیط رشد و زندگی، مدرسه و محیط کار، علایق و رفتارهای فردی اجتماعی فرد بر هویت فرد تاثیرگذار می‌باشند (۲۵).

تجارب پرستاران در بازنیستگی به واسطه تجربه بازنیستگی ناگهانی، اطلاعات ناکافی در رابطه با قوانین و مقررات، کمبود حمایت توان با از دست دادن‌ها، لزوم تغییر سیک زندگی با تهدید هویت همراه بود. از دست دادن‌ها توان با بازنیستگی باعث می‌شود که تمامیت پرستاران بازنیسته دچار خدشه شود، به نحوی که از ابعاد مختلف جسمی، عاطفی و روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی احساس درهم شکستن و تهدید هویت می‌کردند. برویزی و همکاران نیز معتقد است تهدید هویت به عنوان پاسخ اولیه افراد با ترس از متفاوت شدن و احساس از دست دادن کنترل همراه است (۲۶). بازنیستگی به عنوان مرحله جدیدی در زندگی پرستاران بازنیسته مطرح است. افراد در هر یک از مراحل زندگی با تهدید هویت روانی اجتماعی روبرو هستند. Osborne نیز معتقد است، از دست دادن عضویت در جامعه کاری، از بعد روانشناختی، بر شکل-گیری شخصیت و هویت بازنیستگان تاثیرگذار است (۲۵).

بازنیستگی برای پرستاران بازنیسته، واقعه تهدید کننده هویت محسوب می‌شود. بازنیستگی در زندگی پرستاران، مرحله جدیدی بود که به عنوان نقطه عطف با تغییر در فرآیند هویت همراه بود. از دست دهی شغل، از دست دادن دوستان و همکاران، جدا شدن از بیماران و محیط کار، باعث ایجاد خلابی در زندگی پرستاران بازنیسته می‌شد، که هویت شکل گرفته را با تهدید روبرو می‌نمود. میرزاگی و همکاران می‌نویسند: پرستاری از جمله مشاغلی است که به دلیل سختی آن از زمان شروع به تحصیل تا بازنیستگی فراز و نشیب‌های متعددی دارد (۲۷). بعد از بازنیستگی اغلب پرستاران بازنیسته از ندیدن و نبودن کنار همکاران و دوستان خود ابراز ناراحتی می‌کردند. Blakeley & Ribeiro نیز می‌نویسند: بازنیستگی با کاهش درآمد، از دست دادن کار، کاهش سایر موارد توان با کار، دوستان، همکاران، شبکه اجتماعی و شرایط شغلی همراه است (۲۸). برای پرستاران بازنیسته جدا شدن از بیماران، سخت بود

یافته‌های این مطالعه نشان داد که عدم تامین هزینه زندگی در تجربه درماندگی برای پرستاران بازنشسته با تهدید هویت همراه بود. اکثریت قریب به اتفاق بازنشستگان اظهار داشتند که میزان مستمری ماهیانه آن‌ها تکافوی هزینه‌های روزمره شان را نمی‌کند. تاثیر درآمد بر بازنشستگی در مطالعه افراد بازنشسته American Association of Retired Persons (AARP) نیز تائید شد. در مواردی که بازنشسته‌ها از نظر اجتماعی-اقتصادی وضعیت بهتری دارند، تجربیات بازنشستگی مطلوب است (۳۸). گرچه جایگزینی نقش‌های از دست رفته با بازنشستگی ممکن است دشوار باشد، اما در تجربه موفقیت‌آمیز بازنشستگی تاثیرگذار است و به پیشگیری از تهدید هویت در زندگی پرستاران بازنشسته کمک می‌نماید.

نتیجه گیری نهایی

تجارب پرستاران طی بازنشستگی، تهدید هویت بود. برنامه‌ریزی مناسب جهت بازنشستگی و اتخاذ تدابیر موثر جهت اصلاح شرایط برای پرستاران بازنشسته از سوی مسئولین و مدیران پرستاری، می‌توان از بروز تهدید هویت در پرستاران بازنشسته پیشگیری نموده و ارتقاء سلامت و بهره‌وری را برای پرستاران فراهم نمود. یافته‌های این مطالعه همچنین می‌تواند زمینه را برای مطالعات بیشتر در این رابطه فراهم نماید.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بخشی از پایان نامه دکترای خانم منیر نوبهار و به راهنمایی آقای دکتر فضل الله احمدی می‌باشد. بدین وسیله از مشارکت کنندگان محترمی که در انجام پژوهش همکاری کرده‌اند و تجارب ارزشمند خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، سپاسگزاری می‌شود.

عاطفی با تجربه درماندگی برای پرستاران بازنشسته و با تهدید هویت همراه بود. احساس پوچی، از خودبیگانگی و تنها بی از مشکلات عاطفی بود که باعث تجربه خلاء عاطفی برای پرستاران بازنشسته شده بود. Miller & Rosow می‌نویسند: از دست دادن نقش کار با افسردگی و کاهش مفهوم اعتماد به نفس، ارزش فردی و هویت همراه است (۳۵، ۳۶). در حالی که نتایج مطالعه Mojon-Azzia و همکاران در سوئیس نشان داد بازنشستگی منجر به بهبود تغییرات بیان شده توسط فرد، در سلامتی او شده و کاهش مکرر میزان اضطراب و افسردگی را سبب می‌شود که منجر به بهبود سلامتی می‌شود (۳). Joukamaa & Salokangas نیز می‌نویسند: بازنشستگی می‌تواند با اثرات مطلوب بر سلامت روانی همراه باشد (۳۷). دانستن این که احساس افسردگی طبیعی است و به بازنشستگی مربوط می‌شود، می‌تواند باعث آرامش آن‌ها در این دوره شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که منزلت اجتماعی ناکافی در تجربه درماندگی برای پرستاران بازنشسته با تهدید هویت همراه بود. منزلت اجتماعی ناکافی از مقولاتی بود که در ایجاد تجربه درماندگی نقش داشت. رعایت احترام متقابل و منزلت اجتماعی مناسب از جمله انتظارات پرستاران بازنشسته می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای در امریکا نشان داد که ارزش‌های اجتماعی مردان و زنان بعد از بازنشستگی کاهش می‌یابد و مهارت‌ها و تجربه آن‌ها که با کار سخت ایجاد شده، به وسیله اجتماع قابل جبران نیست (۳). درماندگی از ابعاد مختلف بر سازگاری با بازنشستگی تاثیرگذار می‌باشد. مشکلات باعث عدم رضایتمندی آن‌ها از بازنشستگی می‌شود و می‌تواند تنش‌ها، دودلی‌ها، نالمیدی و احساس پشیمانی، عصبانیت، افسردگی و بی‌حوصلگی را در آن‌ها تشدید نماید.

منابع

- 1- Aghajannoory N. Emadkhorasani N. [Retirement or withdrawn of life, which of that?]. 1th of National Congress of Retirement, Shahid Rejaee Festival; Tehran: Organization of Country Retirement Publisher. 1998; 113-120. (Persian).

- 2- Ardabili Y. [Retirement, retirees and identify problems through consultation with their. Collection of the best article in retired subjects]. 4th Shahid Rejaee Festival: Organization of Country Retirement Publisher. 2001; 2-7. (Persian).
- 3- Mojon-Azzia S. Sousa-Pozab A. Widmer C. The effect of retirement on health: A panel analysis using data from the Swiss Household Panel. *Swiss Medical Weekly*. 2007; 137(41-42) 581-5.
- 4- Wells YD. Kendig HL. Psychological Resources and Successful Retirement. *Australian Psychologist*. 1999; 34(2) 111-5.
- 5- Hedge JW. Borman WC. Lammlein SE. A look back and a look toward to the future. In: J. W. Hedge WCB.S. E. Lammlein. *The Aging Workforce: Realities, Myths and Implications for Organizations*. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2006; 155-71.
- 6- Kelli NR. Swisher L. Transitional process of retirement for nurse. *Journal of Professional Nursing*. 1998; 14(1) 53-61.
- 7- Gobeski KT. Beehr TA. How retirees work: Predictors of differenttypes of bridge employment. *Journal of Organizational Behavior*. 2009; 30(3) 401-25.
- 8- Nobahar M. Ahmadi F. Alhani F. Fallahi Khoshknab M. [Designing an adaptation model for retired nurses]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012; 24(74) 63-71. (Persian).
- 9- Dehghan Nayeri N. Negarandeh R. Vaismoradi M. Ahmadi F. Faghihzadeh S. Burnout and productivity among Iranian nurses. *Nursing & Health Sciences*. 2009; 11(3) 263-70.
- 10- Nobahar M. Ahmadi F. Alhani F. Fallahi Khoshknab M. [Nursing management from retired nurses' perspective]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 10(1) 87-96. (Persian).
- 11- Gabrielle S. Jackson D. Mannix J. Older women nurses: health, ageing concerns and self-care strategies. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(3) 316-25.
- 12- Mosaei M. [Social and psychological effects of retirement in academic member in Tehran university]. *Modares Journal of Human Sciences*. 2005; 36(2) 157-80. (Persian).
- 13- Andrews J. Manthorpe J. Watson R. Employment transitions for older nurses: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(3) 298-306.
- 14- Camerino D. Conway PM. Van der Heijden BI. Estryn-Béhar M. Costa G. Hasselhorn HM. Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job and actual leaving among Italian nurses: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(11) 1645-59.
- 15- Abedi HA. Mohammadi MH. Paknezhad F. [Condition of everyday life after retirement in Esfahan at 2000]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2001; 3(4) 1-8. (Persian).
- 16- Salimzadeh H. Ephtekhar H. Pourreza A. Moghimbeigi A. [Reproffision of retirement and quality life criteria. *Social Welfare Research Journal*]. 2007; 7(26) 287-97. (Persian).
- 17- Polit DF. Beck CT. *Nursing Research Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.

- 18- Hsieh HF. Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9) 1277-88.
- 19- Polit DF. Beck CT. Essential of Nursing Research. 6thEdition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins Co. 2006.
- 20- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative Description:Research in Nursing & Health. 2003; 3(19) 114-23.
- 21- Pope C. van Royen P. Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality & Safety in Health Care*. 2002; 11(2) 148-52.
- 22- Streubert HJ. Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2011.
- 23- Holloway I. Freshwater D. Narrative Research in Nursing. Massachusetts: Blackwell Publishing. 2007.
- 24- Granheim UH. Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2003; 24(2) 105-12.
- 25- Osborne JW. Commentary on retirement, identity, and Erikson's developmental stage model. *Canadian Journal on Aging*. 2009; 28(4): 295-301.
- 26- Parvizy S. Ahmadi F. Nikbakht Nasrabad A. [An identity-based model for adolescent health in the Islamic Republic of Iran: A qualitative study]. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2008; 14(4) 869-979. (Persian).
- 27- Mirzabeigi Gh. Salemi S. Sanjari M. Shirazi F. Heidari Sh. Maleki S. [Job satisfaction among Iranian nurses]. *Hayat*. 2009; 15(1) 49-59. (Persian).
- 28- Blakeley J. Ribeiro V. Are nurses prepared for retirement? *Journal of Nursing Management*. 2008; 16(6) 744-52.
- 29- Ahmadi F. Nobahar M. Alhani F. Fallahi Khoshknab M. [Prespectives of retired nurses on factors that affect quality of nursing]. *Hayat*. 2011;17(1) 24-34. (Persian).
- 30- Brown P. Health care and the aged: A nursing perspective. Sydney: MacLennan and Petty. 1994.
- 31- Reichstadt J. Depp CA. Palinkas LA. Folsom DP. Jeste DV. Building blocks of successful aging: A focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 15(3) 194-201.
- 32- Marshall VW. Issues of an aging workforce in a changing society: Cases and comparisons. Toronto: Institute for Human Development, University of Ontario. 1996.
- 33- Teshuva K. Stanislavsky Y. Kendig H. towardsHealthy Ageing. Melbourne: Lincoln Gerontology Centre. 1994.
- 34- Kendig H. Helme R. Teshuva K. Osborne D. Flicker L. Browning C. Health status of older people project: Preliminary findings from a survey of the health and lifestyles of older Australians. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation. 1996.
- 35- Rosow I. One moral dilemma of an affluent society. *Gerontologist*. 1961; 2(1) 182-91.

- 36- Miller SJ. The social dilemma of the aging leisure participation. In B.L.Neugarten (Ed.), Middle age and aging. Chicago: University of Illinois Press. 1975. 364-74.
- 37- Salokangas RK. Joukamaa M. Physical and mental health changes in retirement age. Psychother Psychosom. 1991; 55(2-4) 100-7.
- 38- Cassels CS. Eckstein AM. Fortinash KM. Retirement: Aspects, response, and nursing implications. Journal of Gerontological Nursing. 1981; 7(6) 355-9.

Retired nurses' experience from retirement: A qualitative study

*Nobahar M¹, Ahmadi F², Alhani F³, Fallahi Khoshknab M⁴

Abstract

Introduction: Retirement is a new phase in the life cycle and away to improve health and self-care and living conditions. The aim of this study was to explore the experiences of retired nurses in retirement time.

Materials and Methods: This study was performed by qualitative design and content analysis method. Sampling was based on purposive and participants were 20 retired nurses that live in Semnan. In addition, participants had a BSc in nursing and 1 to 5 years of retirement time. However, they had different positions in various wards and hospitals with 23-30 years' of full-time experience. Data was collected through semi- structured interviews and the sampling ended when the data reached saturation.

Findings: The main theme extracted from the data analysis was to identity the threat. Classes include "shock and disbelief", "hard separation of the work" and "frustration" that contained several sub-classes.

Conclusion: The experience of retired nurses during the retirement was identity threat. Suitable retirement planning and effective interventions to improve existing conditions by authorities and managers of nursing, can prevent incidence of identity threat in retired nurses and provide health promotion and efficiency for nurses. Furthermore, findings of this study can provide and facilitate more future studies in this field.

Keywords: Retirement, Retired nurse, Qualitative study, Content analysis.

Received: 29 May 2012

Accepted: 2 Sep 2012

1- Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Paramedical, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran. (**Corresponding author**).

E-mail: Nobahar43@Sem-Ums.ac.ir

2- Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

ISSN: 2251-8614 Vol.1 No.4 Fall 2012

Workplace Behaviors and its correlation with demographic characteristics, perspective of nurses in teaching hospitals in Gorgan

Kalantari S, Hekmat Afshar M, Jouybari LM, Sanagoo A, Mohammadi R

Evaluation of clinical skills of medical emergency personnel in Tehran Emergency Center confronting the trauma

Shakeri Kh, Fallahi Khoshknab M, Khankeh H, Hosseini MA, Hosseinzadeh S, Haghi Monie N

Preparation of Mashhad University of Medical Sciences for implementation of Total Quality Management

Ekrami M, Yari F, Rajabzadeh S

Assessment the risk factors of cardiovascular disease in elderly resident in nursing homes in Tehran

Shamsi A, Pilehvarzadeh M, Ebadi A

Comparison of military and civilian life style of people with hypertension

Refahi SAA, Shamsi A, Ebadi A, Saeeid Y, Moradi A

Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity

Rouhi M, Heravi-Karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S, Shojaee M

The correlation of family functioning dimensions and self-concept of adolescent smokers in Zanjan

Hosseini M, Bayat R, Yaghmaei F, Hosseinzadeh S, Nasiri N

Retired nurses' experience from retirement: A qualitative study

Nobahar M, Ahmadi F, Alhani F, Fallahi Khoshknab M