

تبیین تجارب پرستاران بازنشسته از وضعیت سلامتی طی دوران بازنشستگی: تحلیل محتوا

منیر نوبهار^۱، فضل‌اله احمدی^۲، فاطمه الحانی^۳، مسعود فلاحی خشک‌ناب^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بازنشستگی دوران حساسی از زندگی است و توجه به وضعیت سلامتی و نیازهای بازنشستگان یک ضرورت اجتماعی می‌باشد که به طور عمده مورد غفلت قرار می‌گیرد. هدف از این مطالعه، تبیین تجارب پرستاران بازنشسته از وضعیت سلامتی طی دوران بازنشستگی بود.

روش: پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی بود که در آن از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع استفاده شد و ۲۳ مشارکت‌کننده در سمنان طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ با سؤالات باز مورد مصاحبه قرار گرفتند. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد و به روش تحلیل محتوایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل یافته‌ها از مجموع مضمون‌های استخراج شده، مضمون اصلی «درماندگی» انتزاع شد. زیرطبقات درماندگی شامل «تحلیل توان جسمی»، «خلأ عاطفی»، «منزلت اجتماعی ناکافی» و «استیصال معیشتی» بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، مادی و معنوی را بر اساس تجارب پرستاران بازنشسته تبیین نمود. این عوامل می‌تواند مفهوم توجه به نیازهای سلامتی بازنشستگان را برای مسؤولین و برنامه‌ریزان بازنشستگی روشن نموده و مداخلات لازم نسبت به حمایت از آنان، به منظور حفظ و ارتقای سلامتی را تسهیل نماید تا جهت بهبود سلامت بازنشستگان در جامعه قدم‌های مؤثری برداشته شود.

کلیدواژه‌ها: تجارب، پرستاران بازنشسته، سلامتی، درماندگی، بازنشستگی، تحلیل محتوا

ارجاع: نوبهار منیر، احمدی فضل‌اله، الحانی فاطمه، فلاحی خشک‌ناب مسعود. تبیین تجارب پرستاران بازنشسته از وضعیت سلامتی طی دوران بازنشستگی: تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲(۱): ۳۲-۲۱.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۸

مقدمه

در سلامتی تصور شده است (۷، ۶) و منجر به افزایش مرگ می‌شود (۸)؛ در حالی که می‌تواند فرصت اولیه‌ای برای ارتقای سلامت در نظر گرفته شود (۶). هر چند در این زمینه نتایج مطالعات متناقض هستند و اثرات مثبت، منفی و خنثی بازنشستگی را روی طول عمر و خطر مرگ و میر گزارش کرده‌اند (۹) و بیان شده که با بازنشستگی ممکن است سلامت جسمی و روانی مختل شده، کاهش یافته و یا تحت تأثیر قرار نگیرد (۱۰).

مطالعات قبلی نشان داده است که وقایع عمده زندگی می‌تواند بر سلامتی اثرات کوتاه و یا بلند مدت داشته باشد (۱). بازنشستگی واقعه استرس‌زای مهمی در زندگی است (۲) و مانند هر انتقالی در زندگی، ممکن است با شرایط عمده‌ای برای تغییر سبک زندگی، توأم با تأثیر آن بر سلامت و رفاه همراه باشد (۳-۵). بازنشستگی برهه حساسی از زندگی و نقطه عطف مهمی است که اغلب نقطه آغاز انحطاط مستمر

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

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

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر منیر نوبهار

استفاده آنان از مراقبت‌های بهداشتی و بازنشستگی زودرس توأم می‌باشد (۱۷) و از آن‌جا که سلامت خوب اغلب به عنوان مهم‌ترین معیار رضایت‌مندی در زندگی بیان شده است (۱۸)، تبیین وضعیت سلامتی آنان می‌تواند در تعیین فعالیت‌هایی که می‌تواند در زندگی بازنشستگی موفقیت‌آمیز تأثیرگذار باشد، مؤثر باشد (۱۹).

Haber زندگی موفقیت‌آمیز را توانایی زندگی کردن به طور کامل تا زمان مرگ تعریف می‌کند (۲۰). Payne و Doyal در رابطه با سلامتی افراد مسن بر این عقیده هستند که: «اطلاعات کمی از اثرات مختلف سلامت و نتایج سلامت و رفاه جسمی و روانی آنان وجود دارد» (۲۱). مطالعاتی که در زمینه سلامتی این قشر در کشور صورت گرفته، محدود و به صورت کمی با استفاده از پرسش‌نامه‌ها انجام گرفته است. در پژوهش‌های کیفی، تعیین تفکر فرد در ارتباط با تفسیر موقعیت با مصاحبه عمیق امکان‌پذیر می‌گردد و درک بهتری از تجارب، افکار و رفتارهای افراد مشخص می‌شود (۲۲). هدف این مطالعه، تبیین تجارب پرستاران بازنشسته از وضعیت سلامتی طی دوران بازنشستگی بود.

روش

پژوهش حاضر یک تحقیق کیفی بود. تولید داده‌ها (Data generation) در زمان‌ها و مکان‌های مختلف طی سال ۱۳۸۹-۹۰ تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها (Data saturation) ادامه یافت (۲۳). روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع (Maximum variance of sampling) بود (۲۴). طی این تحقیق، ۲۳ شرکت‌کننده شامل ۲۰ پرستار بازنشسته و ۳ همسر پرستار بازنشسته در سمنان مشارکت داشتند و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. معیارهای ورود پرستاران به پژوهش شامل پرستاران بازنشسته دارای مدرک کارشناسی ساکن شهر سمنان بود که حداقل یک سال از زمان بازنشستگی آنان گذشته باشد و به مشارکت در مطالعه و بیان تجارب تمایل داشته باشند.

مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و محل مناسب از نظر مشارکت‌کنندگان انجام می‌شد. مصاحبه با سؤال وسیع و کلی

از طرف دیگر، بررسی وقایع از سال ۱۸۰۱ تا ۲۰۰۶ نشان داده است که بازنشستگی بر خطر مرگ و میر و کاهش سال‌های زندگی تأثیرگذار بوده و تأییدی بر این فرضیه است که بازنشستگی با کاهش سلامت، افزایش خطر مرگ و میر و کاهش سال‌های زندگی توأم می‌باشد و حتی ممکن است گروه‌های شغلی که با سطح بالای استقلال کاری، رضایت شغلی و ایمنی مالی همراه هستند را نیز شامل گردد (۹). این در حالی است که دوران بازنشستگی به طور قطع با تجربیات منفی سلامتی همراه نیست (۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که رسیدن به سلامتی و رضایت‌مندی از زندگی با بازنشستگی مطلوب ارتباط دارد (۱۲) و وقتی یک شغل خیلی سخت یا توأم با استرس باشد، سلامتی طی بازنشستگی بهبود می‌یابد (۱۳).

حفظ و ارتقای سلامتی و اجتناب از خطر برای بازنشستگان در طول مدت زندگی از اهمیت ویژه و کلیدی برخوردار است. مطالعات متعدد اهمیت آشکار مزایای کوتاه و بلند مدت ارتقای سلامت در دوران بازنشستگی را نشان می‌دهد (۶). همچنین ارتقای سلامت در بازنشستگی از نظر سیاسی و اجتماعی اهمیت دارد و ضروری است مسئولین مراقبت‌های بهداشتی که برای بهبود سلامتی و رفاه بزرگسالان قوانین و برنامه‌ها را وضع می‌کنند، به این موضوع توجه ویژه داشته باشند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) یا World Health Organization) نیز اولویت برنامه تمرکز بر فرایندهای توانمندسازی برای بزرگسالان را در سه حیطه؛ افراد بزرگسال و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه آنان و اطمینان بخشی از ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی قرار داده است (۱۴). اولین مرحله در ارتقای وضعیت سلامت و عملکرد بزرگسالان، ارتقای سلامت و رفاه آن‌ها در بازنشستگی است؛ به طوری که آن‌ها بهترین استفاده را از بازنشستگی دریافت نمایند (۱۵).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد، شغل‌هایی مانند پرستاری که با استرس شغلی بالایی همراه است، می‌تواند در بازنشستگی اثرات مخرب جسمی و روان‌شناختی داشته باشد و بر سلامت افراد اثر سوء بگذارد (۱۶). شواهد اخیر نشان می‌دهد که ناتوانی و ضعف سلامتی بازنشستگان، با افزایش

که «در مورد وضعیت سلامت خودتان برایم بگویید» تا سؤالات اکتشافی «بعد از بازنشستگی چه تغییری در روند سلامت شما ایجاد شده است؟» و یا «در مورد تجربیات خود از سلامتی بعد از بازنشستگی بگویید» و ... برای تشویق شرکت کنندگان و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر ادامه می‌یافت. از همسر پرستاران بازنشسته در رابطه با وضعیت سلامت همسرانشان سؤال می‌شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل مشارکت کنندگان ۱۲۰-۴۰ دقیقه بود. همه مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه گردید و داده‌ها از شروع مطالعه به طور هم‌زمان جمع‌آوری، کدگذاری و تحلیل شد. کدگذاری و طبقه‌بندی در کل جریان تحقیق ادامه داشت. داده‌ها تغییر شکل داده شده و محدودتر شدند تا مقوله‌ها ساخته شد. از طریق ایجاد این مقوله‌ها، داده‌ها با کدگذاری باز (Open coding) و محوری (Axial coding) کدگذاری شدند. از دو شیوه کدگذاری از زبان افراد مصاحبه شده و کدهای تلویحی (Implicit) که توسط محقق و بر اساس مفاهیم به دست آمده از داده‌ها ساخته می‌شدند، استفاده شد (۲۵). با کدگذاری باز، داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شدند و برای به دست آوردن شباهت‌ها و تفاوت‌ها، داده‌ها به دقت بررسی و سؤالاتی درباره پدیده‌ها -که داده‌ها حاکی از آن هستند- مطرح گردید. بدین ترتیب، اولین قدم در تجزیه و تحلیل داده‌ها یعنی مفهوم‌پردازی از داده‌ها انجام شد. وقتی در داده‌ها، پدیده خاصی مشخص می‌شد، مفاهیم در محور آن طبقه‌بندی می‌گردید. این کار باعث می‌شد که کدهای مربوط به یک موضوع در یک طبقه خاص قرار گیرند و یک اسم مفهومی که انتزاعی‌تر از مجموعه آن مقوله‌ها بود، برای آن طبقه خاص در نظر گرفته می‌شد. داده‌ها با یکدیگر ربط داده شدند و کدگذاری محوری انجام گرفت. با کدگذاری محوری و ایجاد روابط بین هر مقوله و مقوله‌های فرعی مرتبط با آن، داده‌ها به صورت جدید با یکدیگر مرتبط می‌شدند و به روش تحلیل محتوایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام علمی

یافته‌ها (Truth worthing) در تحقیق کیفی است، درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged engagement) و تماس و ارتباط او با مشارکت کنندگان به جلب اعتماد آنان و درک تجارب توسط پژوهشگر کمک می‌کرد. مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع و با سمت‌های مختلف از بیمارستان‌ها و بخش‌های متعدد، همراه با تجارب کاری متنوع، تفاوت در سن و جنس و تنوع فرهنگی و اقتصادی اعتبار داده‌ها را افزایش می‌داد. همچنین از روش‌های مقبولیت داده‌ها (Credibility) با مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان (Member check) جهت رفع هر گونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد. برای این منظور، پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار آنان قرار داد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های مشارکت کنندگان دست یابد. همچنین از اشباع داده‌ها نیز برای بالا بردن اعتبار استفاده شد. قابلیت تعیین -تأیید (Confirmability) نیز با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها (Audit trial) و با رعایت بی‌طرفی محققان، توافق اعضا (Peer check) روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آن‌چه که محقق برداشت نموده با آن‌چه که منظور مشارکت کنندگان بوده است، استفاده شد. علاوه بر پژوهشگر اصلی، یافته‌ها توسط سه نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج استخراج شده مورد تأیید آنان قرار گرفت. اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها و قابلیت انتقال (Transferability) از طریق مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت، ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها و تبیین غنی داده‌ها امکان‌پذیر گردید.

اصول اخلاقی در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی از مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی‌نامی و رازداری و اختیار آنان برای ترک مطالعه بود.

یافته‌ها

۲۰ پرستار (۱۰ زن و ۱۰ مرد) که سن آن‌ها ۵۰-۶ سال،

دارای ۲۳-۳۰ سال سابقه کار و ۵-۱ سال از بازنشستگی آن‌ها گذشته بود و ۳ همسر پرستار در این مطالعه مشارکت نمودند. با تجزیه و تحلیل یافته‌ها از مجموع مضمون‌های استخراج شده پیرامون وضعیت سلامتی طی دوران بازنشستگی، مضمون اصلی «درماندگی» انتزاع شد. وقتی افراد پس از یک دوره زمانی به نسبت طولانی (میانگین ۳۰ سال) بر اساس قانون و با توجه به شرایط کاهش تندرستی خود ناگزیر می‌شوند که از شغل رسمی و قانونی خود کناره‌گیری نمایند، تجربه درماندگی بارز می‌باشد؛ چرا که متقارن با این رخداد، بسیاری از توانایی جسمی افراد نیز تحلیل رفته و آن‌ها خود را تحت فشار روانی می‌بینند، از طرفی دچار انزوای اجتماعی هستند، استیصال مالی و توکل به خدا را تجربه می‌کنند.

شواهد پژوهش‌های داخلی و خارجی از افت سلامت عمومی بازنشستگان حمایت می‌کند. همچنین درماندگی نقش بسزایی در تشدید شکایات جسمی، روحی- روانی و نارسایی در عملکرد اجتماعی و به تبع آن اقتصادی را به همراه دارد. به همین جهت می‌توان گفت که هر چه بازنشسته بیشتر بر درماندگی و شکست تمرکز نماید، به همان میزان شکایات تندرستی در او تشدید می‌یابد. این طبقه از ۴ زیرطبقه شامل «تحلیل توان جسمی»، «خلأ عاطفی»، «منزلت اجتماعی ناکافی» و «استیصال معیشتی و توکل به خدا» استخراج شده است (شکل ۱). پرستاران بازنشسته مشکلات خاص سلامت در ابعاد مختلف را تجربه کرده بودند. بازنشستگی برای آن‌ها بیش از آن‌که تجربه موقعیت زندگی توأم با بسیاری از مفاهیم مثبت باشد، تجربه نیازها و از دست دهی‌ها بود. پرستاران بازنشسته از نظر سلامتی در ابعاد مختلف دچار مشکل بودند. کار طاقت‌فرسا و طولانی مدت طی ۳۰ سال، توانایی جسمی، روحی و روانی را به میزان زیادی از آن‌ها سلب کرده بود. با وجود تحمل شرایط سخت کاری و کار پراسترس حتی از نظر مالی نیز تأمین نبودند، اما امیدشان به خدا بود. معتقد بودند که قدرت برتر خداوند، در تحمل شرایط به آنان کمک می‌کند و معنویت را سپر حمایتی در قبال چالش‌های توأم با بازنشستگی می‌دیدند. بروز مشکلات سلامتی عمومی امکان مواجهه

مثبت و مطلوب با بازنشستگی را در آن‌ها تقلیل می‌داد. بر اساس آمار ارایه شده از سوی سازمان نظام پرستاری کشور، ۷۵ درصد پرستاران دچار افسردگی و انواع ناراحتی‌های جسمی و روحی هستند و کمتر می‌توان پرستاری را یافت که پس از ۱۲ سال کار، دچار ناراحتی‌های فیزیولوژیکی، بیماری‌های عفونی یا ناراحتی‌های روحی نشده باشد.

مشارکت کننده ۶ می‌گوید: «یکی از مشکلات من نداشتن سلامتی کامل است. بعد از سی سال کار طاقت‌فرسای پرستاری از نظر جسمی و روحی، سلامت کامل را ندارم».

مشارکت کننده ۲۳ (همسر یکی از پرستاران بازنشسته) می‌گوید: «دوست ندارم که همسر من تو خونه بشینه، وقتی تو خونه بشینه، مشکل جسمی، روحی و روانی پیدا می‌کند و پیری زودرس سراغ او می‌آید».

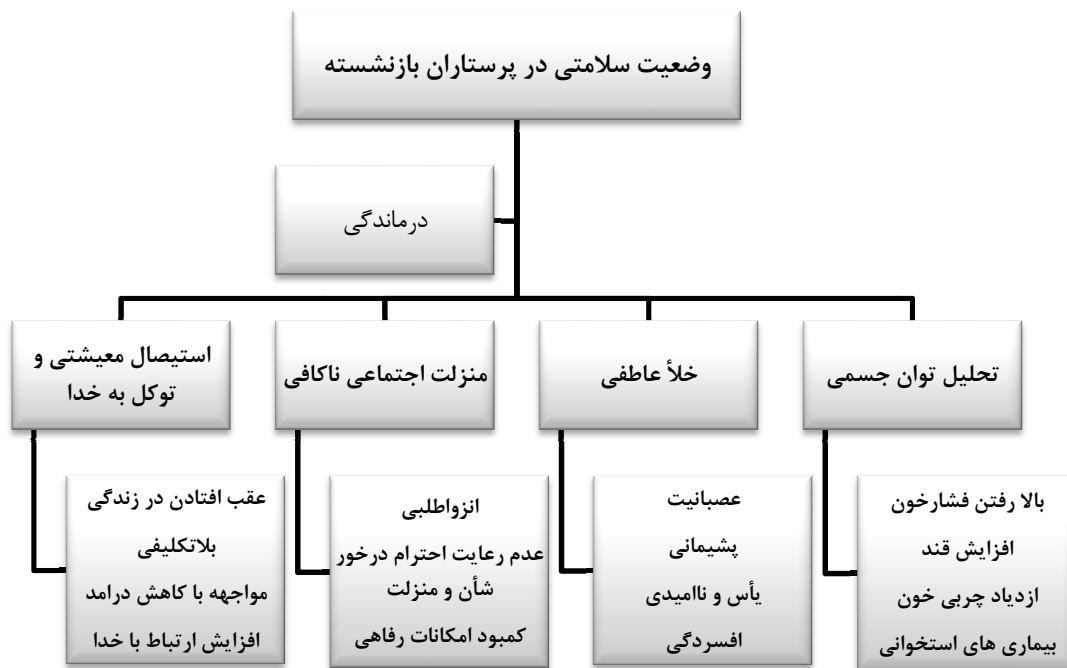
در جامعه ما که اساس آن بر کار به عنوان یک ارزش اخلاقی نهاده شده است، حرکت از یک نقش فعال در یک روز به نقش بی‌نقش در روز دیگر این باور را برمی‌انگیزاند که بازنشستگی منجر به بیماری روحی و جسمی و بعضی وقت‌ها مرگ زودرس می‌شود.

مشارکت کننده ۱۵ می‌گوید: «چه کسی بعد از بازنشستگی زنده مانده، ببین هر کدام که حکمشون را می‌گیرند، مرگ می‌آید سراغشون. من ۳۰ سال کار کردم، حالا می‌خوام برم تو خونه استراحت کنم، پام نرسیده تو خونه، فوت می‌کنم».

تحلیل توان جسمی

یکی از زیرطبقات درماندگی، تحلیل توان جسمی بود. مشارکت کنندگان بیان می‌کردند، بعد از بازنشستگی سلامتی مهم‌ترین معیار رضایت‌مندی در زندگی است، اغلب پرستاران از مشکلات جسمی متفاوت ناشی از کار طاقت‌فرسای پرستاری شکایت داشتند. ناتوانی، مشکلات استخوانی (از قبیل کمردرد، پادرد و...)، فشار خون بالا، افزایش قند خون و ازدیاد چربی خون از جمله مشکلات شایع نزد پرستاران بازنشسته بود.

مشارکت کننده ۹ می‌گوید: «بخش ویژه کار می‌کردم، تخت‌ها استاندارد نبود، گاهی بالای سر بیماری که رگ مناسبی نداشت، ۱ تا ۲ ساعت طول می‌کشید تا یک رگ



شکل ۱. وضعیت سلامتی در پرستاران بازنشسته و عوامل مؤثر بر آن

خلأ عاطفی

یکی از زیرطبقات درماندگی، خلأ عاطفی بود. برخی از پرستاران بازنشسته بعد از بازنشستگی احساس افسردگی، یأس و ناامیدی، عصبانیت و گاه پشیمانی را تجربه می‌کنند. آن‌ها دلایل ایجاد این خلأ را به پرستاری و زمان اشتغال خود ربط می‌دادند. برای برخی از افراد، بازنشستگی ورود به دوران تنهایی، ناراحتی و افسردگی است.

مشارکت کننده ۲۲ (همسر یکی از پرستاران بازنشسته) می‌گوید: «بیشتر بازنشسته‌ها افسرده هستند، آن قدر بی‌حوصله هستند که نمی‌شه با آن‌ها حرف زد».

مشارکت کننده ۴ می‌گوید: «بیماری داشتم که ۱۷ سال دیالیز می‌شد و دچار افسردگی مزمن بود. من در طول ۱۷ سال با این مریض روبرو بودم، شما قضاوت کن، چیزی به اسم روان سالم در من باقی می‌مونه».

مشارکت کننده ۱۶ می‌گوید: «عوارضی که کار و محیط کار برایم گذاشته، منو عصبی می‌کنه... هر چه من بخوام که این عصبانیت برای من رخ نده، یک لحظه فکرم می‌ره به جایی که من نمی‌تونم خودم را کنترل کنم، عصبانی می‌شوم».

برای دیالیز کردن بیمار جور کنم و ... که باعث شد حالا دچار کمردرد بشوم».

بیشتر بازنشسته‌ها از بیماری‌های استخوان مانند آرتروز و کمردرد رنج می‌بردند. بر اساس آخرین تحقیقات، ۷۰ درصد از پرستاران با ۱۲ سال سابقه کار دچار آسیب‌های شغلی از جمله آسیب‌های اسکلتی-عضلانی هستند.

مشارکت کننده ۸ می‌گوید: «پادرد دارم، زانو هام، مینیسک پاهام قفل می‌کنه، وقتی پیاده‌روی می‌روم، زانو هام درد می‌گیره». اکثر بازنشستگان مبتلا به یک نوع بیماری مزمن بودند. مشارکت کننده ۲۲ (همسر پرستار بازنشسته) می‌گوید: «بعد از تقریباً ۲ ماه دیدم که همسر کم‌کم داره مریض می‌شود، از نظر روحی و جسمی اوضاع خیلی بدی داشت، رفتند به چکابی بکنند، دیدند قند بالا و چربی بالا که هیچ وقت فکرش را هم نمی‌کرد، به سراغ او آمده».

پرستاران بازنشسته، سلامتی را بزرگ‌ترین نعمت خداوند می‌دانستند، آن‌ها می‌خواستند که بعد از بازنشستگی وضعیت سلامتی بهتری داشته باشند. سلامت آنان نقش مهمی در بازنشستگی داشت.

منزلت اجتماعی ناکافی

یکی از زیرطبقات درماندگی در بازنشستگی، منزلت اجتماعی ناکافی بود. تجارب مشارکت کنندگان در این مطالعه نشان داد که یکی از عمده‌ترین مشکلات پرستاران بازنشسته، کم‌توجهی و عدم رعایت احترام درخور شأن و منزلت آنان بود. مشارکت کننده ۱۸ می‌گوید: «متأسفانه مردم ما تا زمانی که با من کار داشتند، خیلی سراغم می‌آمدند، بعد از این‌که بازنشسته شدم کاری به کارم ندارند... می‌گویند شما بیمارستان نیستی، پس به درد ما نمی‌خوری».

مشارکت کننده ۱۷ می‌گوید: «از وقتی که از کار برکنار شدم، مردم فکر می‌کنند که دیگه هیچ کاری از دستم بر نمی‌آید». مشارکت کننده ۲۲ (همسر یکی از پرستاران بازنشسته) می‌گوید: «من احساس می‌کنم که بعد از بازنشستگی ایشون خیلی بیشتر تو خونه نشسته و رفت و آمدها خیلی محدود شده است. سعی می‌کند که بیشتر تو خونه باشه، زیاد بیرون نمی‌ره». لازم است فعالیت‌ها در این زمینه گسترده و پایدار باشد تا فرهنگ ارزش‌گذاری به بازنشستگان در جامعه نهادینه شود.

یکی دیگر از مشکلاتی که توسط پرستاران بازنشسته به دفعات مطرح گردید، کمبود یا عدم امکان استفاده از امکانات رفاهی بود.

مشارکت کننده ۹ می‌گوید: «خواستم از استخر دانشگاه استفاده کنم. وقتی رفتم استخر، گفتند ۵ نفر بازنشسته بیشتر حق ندارند که بیایند؛ در صورتی که بازنشسته‌ها به خاطر مشکلات جسمی‌شون به استخر نیاز دارند».

مشارکت کننده ۱۵ می‌گوید: «مکانات تفریحی برای ما بازنشسته‌ها خیلی کم است».

امکانات رفاهی و تسهیلاتی باید با همکاری دولت، سازمان‌ها، دانشگاه و بیمارستان‌های وابسته فراهم گردد.

استیصال معیشتی و توکل به خدا

یکی از زیرطبقات درماندگی در بازنشستگی، استیصال معیشتی و توکل به خدا است. اغلب آنان از لحاظ زندگی و گذراندن معاش در وضع خوبی نیستند که این می‌تواند سایر ابعاد سلامتی را تحت تأثیر قرار دهد. اکثریت بازنشستگان

اظهار داشتند که میزان مستمری ماهیانه آنان تکافوی هزینه‌های روزمره‌شان را نمی‌کند. مشکل اصلی پرستاران ما این است که پایه حقوقشان بسیار کم است. در تعیین پایه حقوق پرستاران، شاخص‌های جهانی و استانداردها در نظر گرفته نشده است، اما از نظر وجدانی و معنوی از ارایه خدمات پرستاری به بیماران راضی بودند و معتقد بودند چون آن‌ها برای رضای خدا کار کرده‌اند و حالا به این روز افتاده‌اند، خداوند هم کارهای آنان را نادیده نمی‌گیرد، باید به خدا توکل کنند.

مشارکت کننده ۱۸ می‌گوید: «بعد از بازنشستگی ماهی ۱۰۰ تا ۱۲۰ هزار تومان حقوقم کمتر شد، حالا اضافه کاری و پاداش‌های متفرقه شامل من نمی‌شود، اما من همیشه دست خدا را در زندگیم دیدم».

مشارکت کننده ۳ می‌گوید: «حقوق من خیلی پایین است، هر وقت تو تنگناهای مالی قرار می‌گیرم، فقط از خدا کمک می‌خواهم».

مشارکت کننده ۲۲ (همسر یکی از پرستاران بازنشسته) می‌گوید: «با ۳۰ سال خدمات، این حقوقی که بازنشسته‌ها می‌گیرند کم است و کفاف زندگی نمی‌شه... تا حالا که خدا ما را تنها نگذاشته، از این به بعد هم خدا کریم است».

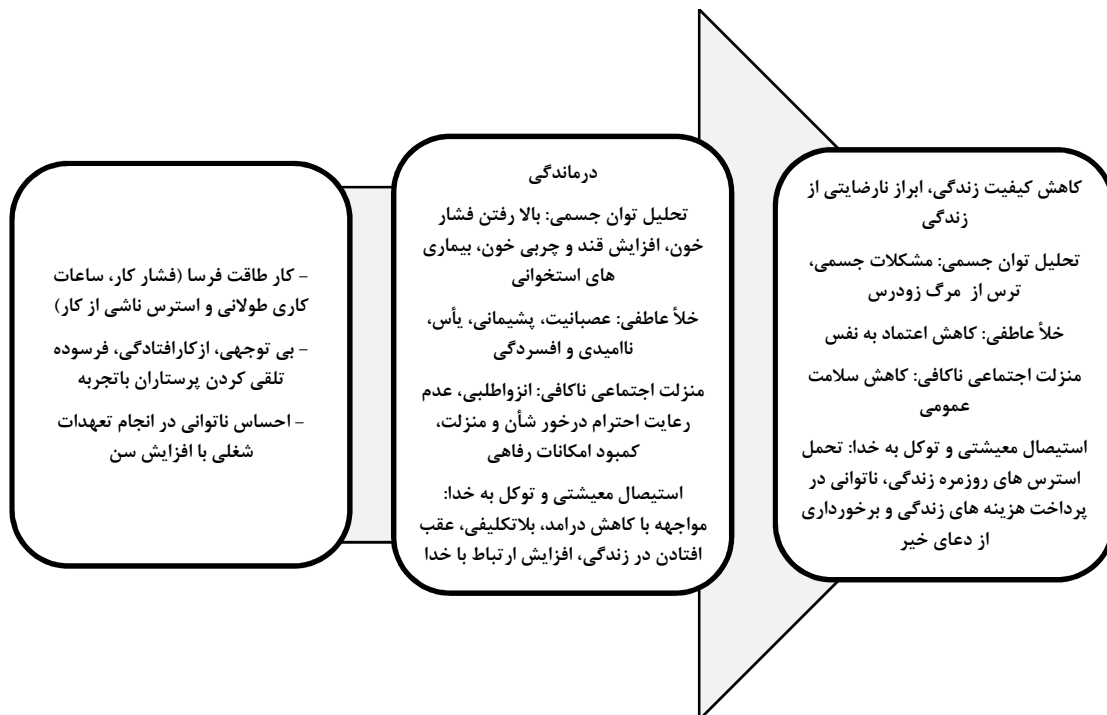
وضعیت معیشتی آن‌ها چندان مناسب نبود و روز به روز به علت افزایش هزینه زندگی و افزایش تورم بیشتر تحت فشار اقتصادی قرار می‌گرفتند، اما در گرفتاری‌ها به خداوند متوسل می‌شدند.

مشارکت کننده ۱۰ می‌گوید: «افزایش حقوق متناسب با وضعیت تورم در جامعه نیست، اگر تورم نبود، این حقوق برای ما کافی بود... امیدم به حق است، خدا خودش به من کمک می‌کنه».

مشارکت کننده ۱ می‌گوید: «خدا هیچ وقت منو لنگ نمی‌گذارد، من همراهی خدا را همیشه دیدم» (شکل ۲).

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهد که بازنشستگی با «درماندگی» همراه بود. پرستاران بازنشسته با «تحلیل توان جسمی»، «خلاء عاطفی»، «منزلت اجتماعی ناکافی» و «استیصال معیشتی و



شکل ۲. رابطه بین عوامل مؤثر بر درماندگی و پیامدهای آن

توکل به خدا» روبرو بودند. در جوامع مختلف، اثرات بازنشستگی بسیار وسیع بوده و گذر از کار به بازنشستگی، با تجارب متفاوتی توأم است (۵). در برخی از موارد، بازنشستگی به عنوان یک حادثه قابل پیش بینی و مشتاقانه برای کارکنان است که طی سال ها برای آن ها حالت رؤیایی دارد و فرصتی برای تجربه رهایی از فشار کار و مسؤولیت ها است (۲۶). انتقال به بازنشستگی می تواند با بهبود شرایط، دستیابی به موقعیت ها و یا وقایع سلامت یا بیماری همراه باشد (۵). تجربه درماندگی از ابعاد مختلف بر تطابق با بازنشستگی تأثیرگذار می باشد. مشکلات باعث عدم رضایت مندی آن ها از بازنشستگی می شود و می تواند استرس ها، دودلی ها، ناامیدی و احساس پشیمانی، عصبانیت، افسردگی و بی حوصلگی را در آن ها تشدید نماید؛ در حالی که سلامتی موجب رضایت از بازنشستگی می شود.

George بیان می کند: «سلامتی مثبت، رفاه مثبت در بازنشستگی را افزایش می دهد» (۲۷). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران بازنشسته با تحلیل توان جسمی روبرو بودند. Kremer ارتباط مثبت بین وضعیت سلامت و

رضایت مندی در بازنشستگی را بیان کرد (۲۸). بازنشستگی که از نظر سلامتی دچار مشکل هستند و درآمد کافی ندارند، نسبت به بازنشستگی نگرش منفی دارند (۲۹). افراد بازنشسته یکی از مهم ترین گروه های آسیب پذیر در تجربه بیماری ها محسوب می شوند (۳۰). اغلب بیماری های مزمن از سال های کاری فرد منشأ می گیرند (۲۰). بیماری های مزمن در بین افراد بازنشسته بسیار شایع می باشد و می تواند منجر به ناتوانی و مرگ شود (۳۱). بنابراین آن ها بیشتر در معرض حوادث کشنده قرار می گیرند (۳۲). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران بازنشسته با خلأ عاطفی روبرو بودند. بازنشستگی، با کاهش درآمد و موقعیت هایی جهت برقراری ارتباطات اجتماعی همراه است که باعث ایجاد احساس تنهایی، افسردگی و اضطراب می شود و نیازمند حمایت های اجتماعی بیشتر سازمان های اجتماعی و رفاهی است (۵).

Koivumaa-Honkanen و همکاران طی مطالعه ای با پیگیری ۱۵ ساله نشان دادند که در بالغین سالم، شاخص ترین گزارش فردی در بازنشستگی، عدم رضایت از زندگی به صورت افزایش خطر افسردگی بود (۳۳). Lo و Brown

می‌نویسند: «بسیاری از بازنشسته‌ها، خیلی به کارشان وابسته‌اند و بازنشستگی بحران بزرگی در زندگی آن‌ها است. تعلق زیاد به کار، از دست‌دهی آن را بزرگ‌تر می‌کند (۳۴)، از طرفی ساعات طولانی کار قبل از بازنشستگی، باعث تخریب منابع شخصی، جسمی و هیجانی می‌شود» (۳۶، ۳۵). سایر مطالعات نیز نشان داده است که فرد بازنشسته ممکن است در خانواده دچار فشارها، قطع ارتباط و تعارض شود (۳۷-۳۹) که ممکن است منجر به کاهش شبکه دوستان و شاخص شدن حس ایزوله و تنهایی گردد (۴۰-۴۲). Brajkovic و همکاران می‌نویسند: «کاهش سلامت و تنهایی اثرات منفی در این دوران دارد» (۱۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران بازنشسته با منزلت اجتماعی ناکافی روبرو بودند. پشتیبانی اجتماعی می‌تواند حفاظت رفاهی را علیه عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی در بازنشستگی فراهم نماید (۴۳). هدف خدمات بازنشستگی مجموعه‌ای از خدمات متنوع اثربخش می‌باشد که بر ایجاد محیط اجتماعی امن و قابل زندگی برای بازنشستگان تأکید می‌کند. برنامه‌های بازنشستگی و برنامه‌های تضمینی جهت تشویق فعالیت‌های جسمی، رفاهی و کاهش انزوای اجتماعی است که می‌تواند در ایجاد سازگاری برای آنان مؤثر باشد. آموزش مراقبت بهداشتی و درمانی و خدمات پیشگیری، ورزش، حمل و نقل و فعالیت‌های اجتماعی از قبیل مسافرت‌ها و مشارکت در امور فرهنگی از خدمات و فعالیت‌های عمده مورد نیاز بازنشستگان می‌باشد (۴۴). درک دسترسی به منابع کلیدی از قبیل امکانات حمل و نقل، ارایه خدمات و امکانات رفاهی، تصویر مثبت از محیط فیزیکی، محل‌هایی برای تعامل اجتماعی از قبیل کافه‌ها، پارک‌ها و باشگاه‌های ورزشی از جمله عوامل مهم اجتماعی می‌باشند که می‌تواند بر رفتارهای بازنشستگان تأثیرگذار باشند (۴۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران بازنشسته با استیصال معیشتی و توکل به خدا روبرو بودند. Borg و همکاران ارتباط بین کاهش رضایتمندی از زندگی و وضعیت اقتصادی ضعیف را مطرح کردند که ماهیتی اجتماعی، سلامتی و اقتصادی دارد (۴۶). بسیاری از مطالعات اخیر

بازنشستگان نشان می‌دهد که آن‌ها پس‌انداز یا درآمدی ندارند که این امر ناشی از بحران‌های اقتصادی می‌باشد (۴۷). وضعیت اقتصادی و منافع ناشی از آن بر رفتار تأثیرگذار است (۴۸) و می‌تواند نقش مهم و ارزشمندی را در کیفیت مراقبت‌های پرستاری داشته باشد (۴۹). بازنشستگی بر سن، سلامتی، تصدی شغل و حقوق بازنشستگی تأثیر دارد (۴۸). افرادی که دارای عقاید مذهبی قوی هستند، همیشه توکلشان به خداوند است (۵۰). Kass و همکاران ارتباط مثبت بین تجربیات معنوی و رضایتمندی در زندگی را بیان می‌کنند (۵۱). معنویت با تأکید بر ارتباط فرد با خدا، تجربه وجود خدا به عنوان یک حامی و جستجوی حمایت معنوی نقش مهمی در دوره پراسترس بازنشستگی و تجربه سلامتی دارد (۵۳، ۵۲).

فرد بازنشسته با دریافت کمک می‌تواند نه تنها سلامتی خود را حفظ نماید، بلکه کیفیت زندگی خود را نیز بهبود بخشد. تأکید مطالعه Rosenkoetter و Garris بر تعیین برخی از مشکلات قابل پیشگیری، پیش‌بینی نیازهای افراد بازنشسته جهت حفظ سلامتی و فراهم نمودن اطلاعاتی است که می‌تواند به کاهش هزینه‌های مراقبت سلامتی کمک کند (۵۴). تلاش‌های ارتقای سلامت در بازنشستگی برای سلامتی بیشتر در زندگی بعدی یک شاخص قابل ملاحظه محسوب می‌گردد (۵۵). Nateetanasombat و همکاران با مطالعه کیفی روی زنان بازنشسته در تایلند منافع ارتقای سلامت در دوران بازنشستگی را نشان دادند (۵۶). Swanson و همکاران مطرح کردند که ارتقای سلامت در بازنشستگی می‌تواند بر پیشگیری از بیماری‌ها، با تأکید بر مدیریت بیماری‌ها در زندگی بعدی باشد (۵۷). بهترین روش‌های حفظ و ارتقای سلامتی، تغییرات سبک زندگی در بین بازنشستگان است (۵۸). نتایج مثبت ارتقای سلامت در بازنشستگی می‌تواند برای غلبه بر اینرسی سیاست‌گذاران و سایرین در رابطه با توسعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی که با هدف ارتقای سلامت در بازنشستگی است، اهمیت داشته باشد (۶). بی‌توجهی به این مسأله، مشکلات روحی و افسردگی برای پرستاران را به همراه دارد (۵۹). طراحی و توسعه حفظ رفتارهای سلامتی و رفاهی در بازنشستگان مورد نیاز است.

این نکته مهمی است که بدانیم عواقب بازنشستگی به عوامل اجتماعی- روانی مربوط است (۶۰).

از آنان، به منظور حفظ و ارتقای سلامتی را تسهیل نماید تا جهت بهبود سلامت بازنشستگان در جامعه قدم‌های مؤثری برداشته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، مادی و معنوی را بر اساس تجارب پرستاران بازنشسته تبیین نموده است. این عوامل می‌تواند مفهوم توجه به نیازهای سلامتی بازنشستگان را برای مسؤولین و برنامه‌ریزان بازنشستگی، روشن نموده و مداخلات لازم نسبت به حمایت

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مشارکت کنندگان محترمی که تجارب ارزشمند خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *J Pers Soc Psychol* 2012; 102(3): 592-615.
2. Brown P. Health care and the aged: a nursing perspective. 2nd ed. Philadelphia, PA: F a Davis Company; 1994.
3. Ebersole P. Toward healthy aging: human needs and nursing response. 7th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2008.
4. Kendig H, Helme R, Teshuva K. Health status of older people project: preliminary findings from a survey of the health and lifestyles of older Australians. Melbourne, AU: Victorian Health Promotion Foundation; 1996.
5. Soderhamn O, Skisland A, Herrman M. Self-care and anticipated transition into retirement and later life in a Nordic welfare context. *J Multidiscip Healthc* 2011; 4: 273-9.
6. Wilson DM, Palha P. A systematic review of published research articles on health promotion at retirement. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39(4): 330-7.
7. Marshall VW. Issues of an aging workforce in a changing society: cases and comparisons. Toronto, CA: CARNET, The Canadian Aging Research Network, Centre for Studies of Aging, University of Toronto; 1996.
8. Portnoi VA. The natural history of retirement. Mainly good news. *JAMA* 1981; 245(17): 1752-4.
9. Stolzenberg RM. Do not go gentle into that good night: the effect of retirement on subsequent mortality of U.S. Supreme Court justices, 1801-2006. *Demography* 2011; 48(4): 1317-46.
10. Khan HU, Latif SA. Retirement and relevant contemplation. *Mymensingh Med J* 2010; 19(1): 150-3.
11. Wheaton B. Life transitions, role histories, and mental health. *American Sociological Review* 1990; 55(2): 209-23.
12. Neuhs HP. Retirement self-efficacy: the effects of socioeconomic status, life satisfaction, health, and readiness for retirement. *J N Y State Nurses Assoc* 1990; 21(1): 15-20.
13. Ekerdt DJ, Bosse R, LoCastro JS. Claims that retirement improves health. *J Gerontol* 1983; 38(2): 231-6.
14. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva, CH: World Health Organization; 2002.
15. Martel L, Belanger A. Dependence-free life expectancy in Canada. *Canadian Social Trends* 2000; 58: 26-9.
16. Abbaspour S, Hassanzadeh M. Association between psychosocial work characteristics and performance of public health nurses working in hospitals in the city Torbat 1384. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2007; 5(2): 25-30.
17. Pimenta FA, Santos AC, Da Gama TH, Rezende N. The association between self-rated health and health care utilization in retired. *Acta Med Port* 2010; 23(1): 101-6. [In Portuguese].
18. Lewis MJ, Edwards AC, Burton M. Coping with retirement: well-being, health, and religion. *J Psychol* 2009; 143(4): 427-48.
19. Brajkovic L, Gregurek R, Kusevic Z, Ratkovic AS, Bras M, Dordevic V. Life satisfaction in persons of the third age after retirement. *Coll Antropol* 2011; 35(3): 665-71.
20. Haber D. Health promotion and aging: implications for the health professions. 2nd ed. New York, NY: Springer; 1999.
21. Payne S, Doyal L. Older women, work and health. *Occup Med (Lond)* 2010; 60(3): 172-7.
22. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
23. Streubert Speziale HJ, Streubert Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

24. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997; 26(3): 623-30.
25. Mullen PD, Reynolds R. The potential of grounded theory for health education research: linking theory and practice. *Health Educ Monogr* 1978; 6(3): 280-94.
26. Rosenkoetter MM. Is your older client ready for a role change after retirement? *J Gerontol Nurs* 1985; 11(9): 21-4.
27. George LK. Role transitions in later life. San Francisco, CA: Brooks/Cole; 1980.
28. Kremer Y. Predictors of retirement satisfaction: a path model. *Int J Aging Hum Dev* 1984; 20(2): 113-21.
29. Braithwaite A, Gibson DM. Adjustment to retirement: What we know and what we need to know. *Ageing and Society* 1987; 7(1): 1-18.
30. (30) Health Canada. Division of aging and seniors. dare to age well: workshop on healthy aging. Part1: Aging and Health Practices. Ottawa, ON: Government of Canada. 2002.
31. Canada Parliament Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and technology, kirby mjl. Reforming health protection and promotion in Canada: time to act. Ottawa, CA: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; 2003.
32. Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. *Occup Med (Lond)* 2010; 60(3): 184-92.
33. Koivumaa-Honkanen H, Koskenvuo M, Honkanen RJ, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J. Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychol Med* 2004; 34(2): 221-8.
34. Lo R, Brown R. Stress and adaptation: preparation for successful retirement. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1999; 8(1): 30-8.
35. Hockey GRJ. Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In: Baddeley AD, Weiskrantz L, editors. Attention: selection, awareness, and control: a tribute to Donald Broadbent. Oxford, UK: Clarendon Press; 1995.
36. Hockey GR. Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload; a cognitive-energetical framework. *Biol Psychol* 1997; 45(1-3): 73-93.
37. Hill EA, Dorfman LT. Reactions of housewives to the retirement of their husbands. *Family Relations* 1982; 31(2): 195-200.
38. Moen P, Kim JE, Hofmeister H. Couples' work/retirement transitions, gender, and marital quality. *Social Psychology Quarterly* 2001; 64(1): 55-71.
39. Szinovacz D, Ekerdt DJ. Families and retirement. In: Blieszner RH, Bedford VH, editors. Aging and the family: theory and research. Westport, IE: Greenwood Publishing Group; 1996. p. 375-400.
40. Alpass FM, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health* 2003; 7(3): 212-6.
41. Barnes H, Parry J. Renegotiating identity and relationships: Men and women's adjustments to retirement. *Ageing and Society* 2004; 24(2): 213-33.
42. Stevens N, van Tilburg T. Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology* 2000; 26(1): 15-35.
43. Kagamimori S, Nasermoaddeli A, Wang H. Psychosocial stressors in inter-human relationships and health at each life stage: A review. *Environ Health Prev Med* 2004; 9(3): 73-86.
44. Ormond BA, Black KJ, Tilly J, Thomas S. Supportive services programs in naturally occurring retirement communities. US Department of Health and Human Services 2004.
45. Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Laforest S. Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promot Int* 2009; 24(1): 46-57.
46. Borg K, Goine H, Soderberg E, Marnetoft SU, Alexanderson K. Comparison of seven measures of sickness absence based on data from three counties in Sweden. *Work* 2006; 26(4): 421-8.
47. Earl JK. The contribution of spirituality to the process of retirement. *Journal of Management Spirituality & Religion* 2010; 7(3): 223-40.
48. Stolzenberg RM, Lindgren J. Retirement and death in office of U.S. Supreme Court justices. *Demography* 2010; 47(2): 269-98.
49. Ahmadi F, Nobahar M, Alhani F, Fallahi Khoshknab M. Perspectives of retired nurses on factors that affect quality of nursing care. *Hayat* 2011; 17(1): 24-34.
50. Lowis MJ, Edwards AC, Roe CA, Jewell AJ, Jackson MI, Tidmarsh WM. The role of religion in mediating the transition to residential care. *Journal of Aging Studies* 2005; 19(3): 349-62.
51. Kass JD, Friedman R, Leserman J, Zuttermeister PC, Benson H. Health outcomes and a new index of spiritual experiences. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1991; 30(2): 203-11.

52. Maton K. The Stress - buffering role of spiritual support: cross- sectional and prospective investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1989; 28(3): 310-23.
53. Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, Koenig HG, Swyers JP, Milano MG. Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. *Arch Fam Med* 1998; 7(2): 118-24.
54. Rosenkoetter MM, Garris JM. Psychosocial changes following retirement. *J Adv Nurs* 1998; 27(5): 966-76.
55. Poon LW, Gueldner SH, Sprouse BM. Successful aging and adaptation with chronic diseases. New York, NY: Springer Publishing Company; 2003.
56. Nateetanasombat K, Fongkaew W, Sripichyakan K, Sethabouppha H. The lived experience of retired women. *Thai J Nurs Res* 2004; 8(2): 111-25.
57. Swanson EA. Health promotion and disease prevention in the older adult: interventions and recommendations. New York, NY: Springer; 2001.
58. Tidwell L, Holland SK, Greenberg J, Malone J, Mullan J, Newcomer R. Community-based nurse health coaching and its effect on fitness participation. *Lippincotts Case Manag* 2004; 9(6): 267-79.
59. Nobahar M, Ahmadi F, Alhani F, Fallahi Khoshknab M. Nursing management from retired nurses' perspective. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012; 10(1): 87-96.
60. Wells YD, Kendig HL. Psychological resources and successful retirement. *Australian Psychologist* 1999; 34(2): 111-5.

Experiences of Retired Nurses of Health Status during Retirement: A Content Analysis

Monir Nobahar¹, Fazlollah Ahmadi², Fatemah Alhani³,
Masood Fallahi Khoshknab⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Retirement is a crucial period of life. However, the necessity of paying attention to the retired person's health and needs is usually neglected. This study explored the experiences of retired nurses of health status during retirement.

Method: This qualitative study used maximum variation sampling to select 23 retired nurses in Semnan (Iran) during 2010-11. Semi-structured interviews with open questions were used to collect data. The interviews were recorded and transcribed word by word. They were finally analyzed with content analysis.

Results: Helplessness was extracted as the main theme. It included subthemes of physical weakness, emotional emptiness, inadequate social status, and desperation and trust in God.

Conclusion: The findings of this study explained the physical, mental, social, financial, and spiritual aspects of health based on the experience of retired nurses. These factors emphasized the necessity of attention to the health needs of the retired population by health authorities and planners. Obviously, implementing appropriate interventions for supporting this group will promote the health of all retired individuals in the community.

Keywords: Experience, Retired nurse, Health, Helplessness, Retirement, Content analysis

Citation: 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.

Received date: 07.01.2013

Accept date: 12.03.2013

1- Assistant Professor, School of Nursing and Paramedicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

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

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

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

Corresponding Author: Monir Nobahar PhD, Email: nobahar43@sem-ums.ac.ir