

یافته های نو در روان شناسی

سال هفتم، شماره ۲۳، تابستان ۱۳۹۱

صفحات مقاله: ۱۶۰-۱۴۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۲

مقایسه سلامت روانی و ناامیدی در پرسنل بازنشسته و در شرف بازنشستگی یک شرکت صنعتی در استان خوزستان

بهنام مکنونی*

دکتر علیرضا حیدرئی**

شاهرخ ولی زاده***

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روانی و ناامیدی در میان پرسنل در شرف بازنشستگی و بازنشسته بود. بدین منظور نمونه ای به حجم ۲۴۸ نفر متشکل از ۱۵۰ پرسنل در شرف بازنشستگی و ۹۸ بازنشسته به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و با استفاده از پرسشنامه علائم سلامت روانی SCL-۹۰-R و پرسشنامه ناامیدی بک ارزیابی شدند. داده های جمع آوری شده با استفاده از روش های آماری واریانس چند متغیره (مانوا) و t تست گروه های مستقل در سطح $p < 0/001$ تحلیل شدند. نتایج حاکی از آن بود که بین پرسنل در شرف بازنشستگی و بازنشسته از نظر سلامت روانی تفاوت معنی دار وجود دارد، اما از نظر ناامیدی تفاوت معنی دار نبود.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، ناامیدی، بازنشستگی

* دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان، عضو هیات علمی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

** دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، عضو هیات علمی، اهواز، ایران.

*** کارشناس ارشد روانشناسی

مقدمه

بازنشستگی یک تحول و انتقال از نقشی به نقش دیگر است. برای این گونه تحولات فرد نیاز به سازش و تطابق با تغییر نقش دارد. بازنشستگی یک وقفه عمیق را در زندگی فرد به وجود می‌آورد. او از گذشته خود بریده می‌شود و با وضعیت جدیدی مواجه می‌گردد (عابدی، محمدی، حسین پاک‌نژاد، ۱۳۷۹). بازنشسته شدن از پدیده‌هایی است که جوامع صنعتی پدید آورده‌اند. هر چند قرائن نشان می‌دهد بازنشستگی یک استرس روانشناختی عمده است، معهداً در جدول رخدادهای زندگی که هلمز و راهه ساخته‌اند بازنشستگی معادل ۴۵ واحد استرس و تقریباً برابر با اخراج از کار شمرده شده است (پور افکاری، ۱۳۸۰). متخصصان علوم انسانی بیش از پیش معتقدند که شیوه زندگی سالها پیش از بازنشستگی، و برنامه ریزی آن در رضایت آینده نقش مهمی دارد. وقتی بازنشستگی به شیوه مثبت به اطلاع می‌رسد و به شیوه ملموس و واقعی برنامه ریزی می‌شود و مخصوصاً زمانی که با درخواست همراه است، شخص خیلی راحت با آن کنار می‌آید. درک موقعیتی اهمیت خاص دارد؛ شخصی که به موجودیت خود معنا می‌دهد احساس می‌کند که بر زندگی خود مسلط است و در فعالیتهایی که مهم می‌داند، شرکت می‌کند و بهتر با موقعیت سازگار می‌شود (وندرزندن، ۱۹۸۶، ترجمه گنجی، ۱۳۷۹).

خانواده‌ها و وظایفی را در قبال سالمندان و بازنشستگان دارند. در فرهنگ ما رها کردن سالمندان و بازنشستگان، امری زشت و ناپسند تلقی می‌شود. از طرفی در شهرهای بزرگ خانه‌ها طوری ساخته می‌شوند که نمی‌توان از سالمندان در خانه نگهداری کرد، آپارتمانهای ۶۰-۵۰ متری در طبقات دوم به بالا و آن هم در مرکز شهر که معدن آلودگی و سر و صداست، چگونه می‌تواند، پذیرای سالمندان باشد؟ و آیا حتی اگر سالمندی هم با رضایت قبلی خود به خانه سالمندان برود، آیا امکانات موجود در آن، مناسب شرایط جسمی و روحی او می‌باشد؟ به هر حال آنچه در هر شرایطی باید مدنظر باشد، این است که سالمندان چه در خانه سالمندان و چه در آپارتمانها و یا برج‌های مدرن باشند، از توجه عاطفی به آنها نباید دریغ شود، به طوری که احساس زیادی بودن یا سربار بودن یا فراموش شدگی پیدا نکنند. اگر چه محل سکونت اهمیت زیادی در بهبود شرایط سالمند یا بازنشسته دارد و باید ترجیحاً سعی شود، چنان فضایی ترسیم شود که رضایتمندی سالمند جلب شود. البته آنچه مسلم است، عدم رضایت قطعی افراد از خانه سالمندان است؛ نه به خاطر پایین بودن استانداردهای آن و یا موجود نبودن امکانات کافی و مناسب شرایط آنها، بلکه به خاطر معانی ضمنی که در مورد مهاجرت به خانه سالمندان مطرح است. یکی از آن معانی، نوع نگاه جامعه به این عده می‌باشد که آنها را افرادی بی کس و فاقد سرپرست می‌دانند و دیگر، نوع نگاه خانواده‌های آنهاست که آنها را افرادی سربار و اضافی محسوب می‌کنند که با مرگشان به مشکلات خانواده‌ها پایان می‌دهند. البته ضرورت وجودی خانه سالمندان برای کسانی که فاقد سرپرست یا بدسرپرست هستند، انکار ناشدنی است و گریزی از آن نیست، ولی متأسفانه آنچه در جوامع غربی نهادینه شده و در جوامع صنعتی شده یا در حال صنعتی شدن هم در حال شکل‌گیری است، حضور بی قید و شرط همه سالمندان است، و آنچه برای این فرایند استدلال می‌شود، با پیامدهای زندگی مدرن بی ارتباط نیست، چرا که سالمند یا بازنشسته بیش از درآمد خودش مخارجی دارد که خانواده‌ها عهده دار آن نیستند و حال آنکه این نوع نگاه به انسان و خصوصاً سالمندان در اسلام مطرود و همواره

به رعایت احترام آنها تأکید و توصیه شده است. پس می توانیم نتیجه گیری کنیم که دولتها و خانواده در کنار هم باید شرایط یک زندگی آرام بخش و بدون دغدغه چه در بعد اجتماعی و چه در بعد روانی فراهم کرده و موانع این مناسبات را برطرف نمایند (رحیمی، ۱۳۸۷).

جمعیت دنیا به سرعت در حال سالخورده شدن است. و بخش بزرگی از این تغییر در قرن اول هزاره سوم و در کشورهای در حال توسعه در حال شکل گیری است. طبق پیش بینی های بخش جمعیت سازمان ملل متحد نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۱ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش یافته است. (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶). ایران نیز، اگر چه در این راه نسبت به کشورهای مثل چین و کره متأخر محسوب می شود (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۷) اما در پی تغییرات وسیع و سریع دموگرافیک طی دو دهه اخیر به سرعت به سمت سالخوردگی پیش می رود. امروزه جمعیت بالای ۶۰ سال جهان تقریباً با جمعیت کودکان زیر پنج سال برابری می کند و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان چند برابر جمعیت کودکان زیر ۵ سال می شود و در ۵۰ سال آینده جمعیت سالمندان اروپا از ۲۲ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳۰ درصد در سال ۲۰۲۵ و ۳۴ درصد ۲۰۵۰ خواهد رسید (هلرزگ-ریدل، ۲۰۰۶). با توجه به افزایش شاخص امید به زندگی در ایران طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی که امروز در مردان ایرانی ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال می باشد می توان حدس زد که آمار سالمندان ایرانی نیز رو به افزایش است و ما در آینده در برابر مسائل جدی درباره سالمندان و حل مشکلات آنها قرار خواهیم گرفت. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تأمین بهداشت و سلامت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه ای را می طلبد (اصولی، ۱۳۸۶).

سلامت روان^۱ نیازی ضروری و اساسی برای افراد در هر زمان است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). بهداشت و سلامت روانی یکی از نیازهای اجتماعی است (موحدابطحی، ۱۳۸۷، نقل از شریفی، شکرکن، احدی و مظاهری، ۱۳۸۸) و در افراد جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است (عسکری و همائی، ۱۳۸۸). سلامتی یکی از واژه هایی است که گمان می کنیم تعریف آن آسان است، مگر وقتی که در یابیم این واژه برای مردم مختلف معانی بسیار متفاوتی دارد. معنای لغوی ریشه سلامتی، کامل بودن^۲ است. این واژه در زبانهای آنگلو ساکسون از ریشه ایی گرفته می شود که واژه های کامل^۴، بی عیب^۵ و مقدس^۶ هم از آن گرفته شده اند. سلامتی و مذهب با یکدیگر رابطه ای طولانی داشته اند و هم اکنون نیز در بسیاری از فرهنگها با هم رابطه دارند (شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲، ترجمه شجاعی تهرانی و قنبری، ۱۳۷۴). سلامتی در دوران ما از یک مفهوم انفرادی به صورت یک هدف اجتماعی جهانی، و شامل کلیت و کیفیت و زندگی در آمده است (حسینی، ۱۳۷۱). افرادی که از سلامت روانی خوبی برخوردارند نسبت به افکار و احساسات و رفتارشان آگاهی دارند (بخشی سورشجانی، ۱۳۸۸)

1. Hellersg-Riedel
2. Mental health
3. Wholeness
4. Whole
5. Hale
6. Holy

طبق مفهوم زیست پزشکی، سلامتی بطور نسبی به عنوان «عدم بیماری» در نظر گرفته می شود و اگر کسی بیمار نباشد سالم محسوب می شود. از نظر بوم شناختی، سلامتی به عنوان تعادل پویا بین انسان و محیط زیست و بیماری را بصورت بدی تنظیم وجود انسان با محیط زیست در نظر می گیرند. تطابق فرهنگی و بوم شناختی انسان نه تنها بروز بیماری بلکه در دسترس بودن غذا و انفجار جمعیت را هم تعیین می کند. این نظریه موضوع مهم (انسان ناقص و محیط ناقص) را پیش می آورد (حسینی، ۱۳۷۱).

از نظر مفهوم روانشناختی در دوران معاصر آشکار شده است که سلامت تنها یک پدیده زیست پزشکی نیست، بلکه چیزی است که می تواند تحت تأثیر عوامل اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و زیست محیطی قرار گیرد. این مفهوم به طرق گوناگون و به عنوان فرایند یکنواخت یا چند بعدی، شامل سلامتی هم به عنوان یک پدیده زیست پزشکی و هم پدیده اجتماعی در نظر گرفته شده است (حسینی، ۱۳۷۱).

از نظر اریکسون و هیلگارد (۱۹۸۳)، ترجمه براهنی و همکاران، (۱۳۷۱) بیشتر روانشناسان ویژگیهای زیر را نمودار بهزیستی عاطفی می دانند، هر چند که این ویژگیها نیز بصورت کاملاً مشخص، فرد برخوردار از سلامت روان را از فردی که بیمار روانی است متمایز نمی کند، بلکه ویژگیهایی هستند که فرد بهنجار به مقدار بیشتری از آنها برخوردار است که عبارتند از: کار آمدی در ادراک، آگاهی از انگیزه کار خود و عدم پنهان نمودن آن، توانایی در کنترل اختیاری رفتار، عزت نفس و پذیرش، توانایی در برقراری روابط محبت آمیز و باروری یا خود شکوفایی.

مدتهای مدیدی تصور بر این بود که بازنشستگی پیامدهای منفی دارد. کار، منبع بسیاری از رضایتهای شخصی، امکانات نوآوری و جنبه های مهم فضای اجتماعی به حساب می آمد. منظور از فضای اجتماعی بافتی است که در آن سالمندان، مثل جوانان، واقعیت خود را تعیین می کنند، خویشتن پنداری فراهم می آورند و با دیگران کنش متقابل برقرار می سازند. اما مطالعات نشان داده است، وقتی شخص از سلامتی خوبی برخوردار است و می تواند بر درآمد خوبی متکی باشد معمولاً از بازنشسته شدن خوشحال می شود (هرزبرگ^۱ و مورگان^۲، ۱۹۹۱، به نقل از گنجی، ۱۳۷۹). اما برخی بر این اعتقادند که بازنشستگی ممکن است یکی از لحظات بحرانی زندگی را تشکیل دهد و به این عنوان با نوعی نگرانی و عدم تعادل همراه باشد (بزرگمهری بوذرجمهری، گل پرور و نوری، ۱۳۸۹).

متخصصان علوم انسانی بیش از پیش معتقدند که شیوه زندگی سالهای پیش از بازنشستگی و برنامه ریزی آن، در رضایت آینده نقش مهم دارد. وقتی بازنشستگی به شیوه مثبت به اطلاع می رسد و به شیوه ملموس و واقعی برنامه ریزی می شود و مخصوصاً زمانی که با در خواست همراه است، شخص خیلی راحت با آن کنار می آید (گنجی، ۱۳۷۹). برخی مطالعات نشان می دهد که فقدان سلامت روانی و از جمله افسردگی مشکلاتی هستند که در کارکنان با غیبت از کار و سطح بازدهی پائین رابطه داشته است (کسلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). برخی محققین معتقدند که بازنشستگی ریسک خطر افسردگی را افزایش

1. Herzo
2. Morgan
3. kessler

می دهد (هامیتون^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ شزینوواکز^۲ و داوی^۳، ۲۰۰۴).

سلامتی، چه جسمی و چه روانی، مستقیماً روی کار کردن و علاقه به شغل مؤثر است، افسردگی بطور مستقیم، با کاهش سطح انرژی، خلق پایین و فقدان تمرکز و انگیزه به قدرت پرداختن به کار افراد آسیب وارد می کند (کاتریجی^۴ و همکاران، ۲۰۰۸؛ کونتی^۵ و همکاران، ۲۰۰۶)، در حالیکه تأثیر بیکاری بر سلامت روان تأیید شده است. برخی شواهد عملی بیانگر این حقیقت است که بازنشستگی بر سلامتی تأثیر منفی دارد (شزینوواکز و داوی، ۲۰۰۴؛ داوس^۶ و همکاران، ۲۰۰۶) و برخی مطالعات بیانگر تأثیر مثبت بازنشستگی بر سلامت روانی است (مین^۷ و همکاران، ۲۰۰۳).

در مجموع وقایع ناگوار زندگی نظیر از دست دادن شغل و بیکاری، مرگ عزیزان یا نزاع و مشکلات خانوادگی اغلب منجر به استرس می شود که باعث آغاز افسردگی، اضطراب و بسیاری مشکلات و ناراحتی های فیزیکی می گردد (آور هسلر^۸ آدامز^۹، ۱۹۷۷). بنابراین بکار بردن روش هایی برای کاهش استرس به منظور سلامتی بی نهایت مهم و ضروری است. با توجه به متعیرهای تحقیق (سلامت روانی و ناامیدی) در دو گروه در شرف بازنشستگی و بازنشسته، فرضیه های زیر تدوین شد:

۱- بین پرسنل در شرف بازنشستگی و پرسنل بازنشسته از نظر مؤلفه های سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد.

۲- بین پرسنل در شرف بازنشستگی و پرسنل بازنشسته از نظر ناامیدی تفاوت معنی داری وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری و روش نمونه گیری: مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه ای بود. بدین منظور پس از آماده سازی ابزار مربوط به متغیرهای تحقیق، نمونه مورد نظر انتخاب گردید و بوسیله ابزار مورد نظر مورد سنجش قرار گرفتند. جامعه آماری عبارت بودند از کلیه پرسنل بازنشسته و در شرف بازنشستگی شرکت که ۱۵۰ نفر از پرسنل در شرف بازنشستگی که از این میان ۵۰ نفر یک سال، ۵۰ نفر ۲ سال و ۵۰ نفر سه سال به بازنشستگی آنان باقی مانده بود و ۹۸ نفر بازنشسته که از این میان نیز ۳۳ نفر از کسانی که یکسال از بازنشستگی آنان گذشته بود، ۳۱ نفر دو سال و ۳۴ نفر نیز سه سال از بازنشستگی آنان گذشته بود به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند.

ابزارهای اندازه گیری عبارت بودند از: (۱) پرسشنامه سلامت روان (SCL-90-R و ۲) آزمون ناامیدی بک.

(الف) مقیاس فهرست تجدید نظر شده علایم روانی (SCL-90-R): شامل ۹۰ سوال می باشد و ۹ مقیاس را

1. Hamilton
2. Szinovacz
3. Davey
4. Chatterji
5. Conti
6. Daves
7. Mein
8. Overhosler
9. Adams

مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار می‌دهد این مقیاس‌ها عبارتند از مقیاس افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط فردی، افکار پارانوئید، روان‌پریشی و پرخاشگری است و نخستین بار توسط دراگوتیس، لیمن و کوری (۱۹۷۶) معرفی شد و بعدها توسط دراگوتیس، ریکلز و راکز مورد تجدید نظر نهایی قرار گرفت و نسخه تجدید نظر نهایی شده آن توسط دراگوتیس، مورو، فیتینگ، هالند^۳ (۱۹۸۴) انتشار یافت. در زمینه اعتبار همزمان دراگوتیس، ریکلز و راک (۹۷۶) این پرسشنامه را با پرسشنامه چند وجهی (MMPI)^۴ در یک تحقیق روی داوطلبین استخدام در آمریکا مورد مقایسه و بررسی قرار دادند. دامنه همبستگی بدست آمده بین ۰/۷۳-۰/۳۶ بود که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار بوده است (پولادی، ۱۳۷۴، به نقل از یعقوبی، ۱۳۸۲). ضرایب پایایی پرسشنامه مذکور در تحقیقی بر روی ۹۴ بیمار روانی در آمریکا، نمره‌های سلامت روانی کلی و هر یک از اختلالات نه گانه فهرست تجدید نظر شده علائم روانی SCL-۹۰-R را با روش باز آزمایی پس از یک هفته، محاسبه نمود که دامنه ضریب پایایی همگی آنها ۰/۹۰ و ۰/۷۸ گزارش گردید. همچنین یار احمدی در پژوهشی بر روی ۱۶۲ نفر از دبیران مقطع راهنمایی شهرستان اهواز، ضریب اعتبار همزمان پرسشنامه فهرست تجدید نظر شده علائم روانی را از طریق همبستگی با پرسشنامه چند وجهی شخصیت مینه سوتا (MMPI) محاسبه نمود که دامنه همگی آنها ۰/۵۶-۰/۲۷ به دست آمد که در سطح آلفای ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنی دار بوده‌اند (یعقوبی، ۱۳۸۲). نادری و صفوی (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه را از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ محاسبه کردند.

(ب) **آزمون ناامیدی بک (BHS):** این مقیاس شامل ۲۰ سؤال صحیح و غلط می‌باشد که توسط بک^۵ (۱۹۷۴) ساخته شد و برای سنین ۱۷ سال به بالا قابل استفاده می‌باشد. در بیماران روانی نوجوان بستری، استیر^۶ و همکارانش در سال ۱۹۹۳ با اجرای BHS ضریب همسانی درونی را ۰/۸۶ بدست آوردند. پایایی و اعتبار آزمون ناامیدی بک بوسیله مکوندی و همکاران بر روی ۶۰ دانشجوی سال اول دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که میزان پایایی آزمون با روش باز آزمایی ۰/۶۵ و میزان اعتبار آزمون به وسیله اجرای همزمان با تست افسردگی بک^۶ ۰/۶۴ بوده است. همچنین اعتبار سازه ۰/۶۲ بدست آمده است.

یافته‌های پژوهش

فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها، بر اساس سطح تحصیلات و سابقه بیماری جسمی و روحی در جدول‌های ۱ و ۲ آورده شده است.

1. Deragotis, Lipman & Corey
2. Deragotis, Rickels & Rock
3. Morrow, Fetting & Hullan
4. Multiple Minesota Personality Hnventory
5. Beck
6. Steer

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها، بر اساس سطح تحصیلات

ردیف	سطح تحصیلات	پرسنل در شرف بازنشستگی		پرسنل بازنشسته	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	سوم راهنمایی	۲۶	۱۷/۳۳	۲۱	۲۱/۴۳
۲	دبیرستان	۷	۴/۶۶	۱۱	۱۱/۲۲
۳	دیپلم	۸۲	۵۴/۶۷	۴۶	۴۶/۹۴
۴	فوق دیپلم	۱۸	۱۲	۱۴	۱۴/۲۹
۵	لیسانس	۱۵	۱	۶	۶/۱۲
۶	فوق لیسانس	۱	۰/۶۷	۰	-
۷	دکتری	۱	۰/۶۷	۰	-
	جمع	۱۵۰	۱۰۰	۹	۱۰۰

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها، بر حسب سابقه بیماری

ردیف	سابقه بیماری جسمی و روحی پرسنل	پرسنل در شرف بازنشستگی		پرسنل بازنشسته	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱	بیماری جسمی	۴۶	۷۹/۳۱	۴۲	۸۴
۲	بیماری روحی	۱۲	۲۰/۶۹	۸	۱۶
	جمع	۵۸	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی میانگین نمرات

سلامت روانی افراد در شرف بازنشستگی و بازنشسته

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری (p)
آزمون اثر پیلاپی	۰/۱۸۵	۹	۲۳۹	۴/۳۵۰	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۲۵	۹	۲۳۹	۴/۳۵۰	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۴۵	۹	۲۳۹	۴/۳۵۰	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۲۴۵	۹	۲۳۹	۴/۳۵۰	۰/۰۰۱

همانطور که جدول (۳) نشان می دهد سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن است که بین پرسنل در شرف بازنشسته و پرسنل بازنشسته از نظر مؤلفه های سلامت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد در نتیجه فرضیه ۱ تأیید شد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج اثرات بین آزمودنی ها در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی ها روی میانگین نمرات پرسنل در شرف بازنشستگی و پرسنل بازنشسته در مؤلفه های سلامت روانی

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری
شکایت بدنی	۴/۰۶	۱	۴/۰۶	۰/۳۲۱	n.s.
وسواس	۵۳۵/۵	۱	۵۳۵/۵	۱۴/۷۵	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط متقابل	۶/۳۰	۱	۶/۳۰	۰/۳۴۶	n.s.
افسردگی	۷۲۶/۲۴	۱	۷۲۶/۲۴	۱۸/۴۵	۰/۰۰۱
اضطراب	۶۳۵/۴۰	۱	۶۳۵/۴۰	۱۶/۰۷	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۱۴/۳۰	۱	۱۴/۳۰	۱/۰۸	n.s.
ترس مرضی	۴۶۵/۵	۱	۴۶۵/۵	۱۲/۳۷	۰/۰۰۱
افکار پارانوئیدی	۸/۱۸	۱	۸/۱۸	۰/۴۲۶	n.s.
روان پریشی	۱۲/۰۶	۱	۱۲/۰۶	۰/۴۸۲	n.s.

n.s. = عدم معنی داری

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود بین پرسنل در شرف بازنشستگی و پرسنل بازنشسته از نظر وسواس، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی تفاوت معنی داری وجود دارد و پرسنل بازنشسته از میانگین بالاتری در این مؤلفه ها برخوردارند و در سایر مؤلفه های سلامت روانی تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

جدول ۵: تست t: تست گروههای مستقل روی میانگین نمرات نا امیدی پرسنل در شرف بازنشستگی و بازنشسته

گروه ها	میانگین	درجه آزادی	T مشاهده شده	سطح معناداری
پرسنل در شرف بازنشستگی	۵/۶۷	۲۴۶	۰/۲۵	N.S
پرسنل بازنشسته	۵/۸۲			

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می شود بین پرسنل در شرف بازنشستگی و پرسنل بازنشسته از نظر نا امیدی تفاوت معنی داری وجود ندارد در نتیجه فرضیه دوم تحقیق مورد تأیید قرار نگرفت. با توجه به اینکه بین گروه آزمودینها در شرف بازنشستگی و افراد بازنشسته تفاوت سنی وجود دارد و این احتمال وجود دارد که یک عامل در تفاوت بین نتایج دو گروه می تواند سن آزمودنی ها باشد، لذا جهت ثابت نگه داشتن نقش سن در داده های جمع آوری شده از روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج به دست آمده بین دو گروه بازنشسته و در شرف بازنشستگی در متغیرهای ناامیدی، خرده مقیاس های آزمون SCL۹۰R در اکثر متغیرها تفاوت معنی داری نشان داد، اما تفاوت معنی داری بین گروه ها مختلف بازنشسته و در شرف بازنشستگی دیده نشد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس بین متغیرهای مختلف تحقیق در دو گروه در شرف بازنشستگی و بازنشسته با کنترل سن آزمودنیها

متغیر	F	سطح معناداری	متغیر	F	سطح معناداری
نامامیدی	۰/۱۲	۰/۰۶	ترس مرضی	۶/۲۹	۰/۰۱
شکایت بدنی	۲/۹۲	۰/۰۸	افکار پارانوئیدی	۳/۲۷	۰/۰۱
وسواس	۱۰/۵۸	۰/۰۱	روان پریشی	۶/۷۵	۰/۰۱
حساسیت در روابط متقابل	۱/۷۲	۰/۰۵۱			
افسردگی	۹/۴۶	۰/۰۱			
اضطراب	۷/۴۶	۰/۰۱			
پرخاشگری	۱/۵۶	۰/۰۷۲			

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که بین پرسنل در شرف بازنشستگی و بازنشسته از نظر سلامت روانی تفاوت معنی دار وجود دارد، اما بین پرسنل در شرف بازنشستگی و پرسنل بازنشسته از نظر ناامیدی تفاوت معنی داری دیده نشد. به نظر می رسد همانگونه که هولمز و راهه اشاره کردند (پور افکاری، ۱۳۸۰) بازنشستگی به عنوان یک فقدان، مقداری استرس یا فشار به فرد وارد می سازد و مهم این نیست که فرد چند سال دیگر بازنشسته می شود و یا اینکه چند سال از بازنشستگی وی گذشته است. یکی از دلایل احتمالی مهم این فشار در این شرکت صنعتی در افراد بازنشسته تفاوت قابل توجه حقوق و مزایای قبل و بعد از بازنشستگی است که پس از بازنشستگی حقوق دریافتی پرسنل بصورت محسوسی کاهش پیدا می کند و این مسئله می تواند در مورد کسانی که پس از بازنشستگی منبع در آمد دیگری نداشته باشند آسیب مالی و روحی شدیدی وارد سازد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که از نظر علائم وسواس بین پرسنل بازنشسته و در شرف بازنشستگی شرکت تفاوت معنی داری وجود دارد و این علائم در پرسنل بازنشسته بیشتر دیده می شود. علائم وسواس معمولاً از اوایل بزرگسالی شروع می شود و اغلب در پی رویدادی تنش زا مثل بارداری، زایمان، کشمکش های خانه داری یا مشکلات شغلی بروز می کند (کرینگلن، ۱۹۷۰)، به نقل از دهستانی، ۱۳۸۳). بنابراین وسواس به عنوان یکی از زیر مجموعه های اختلالات اضطرابی می تواند در پی بروز بازنشستگی به عنوان یک رویداد تنش زا در دوران بازنشستگی تجربه گردد. نتایج بدست آمده وجود تفاوت از نظر میزان افسردگی و اضطراب و ترس مرضی در بین دو گروه بازنشسته و در شرف بازنشستگی را نیز تأیید نمود. چرا که بازنشستگی یک نوع فقدان را به وجود می آورد، از دست دادن جایگاه و موقعیت اجتماعی و برخی از وابستگی های شغلی، منجر به کاهش شبکه حمایت اجتماعی فرد می گردد و همانگونه که در دیدگاه هولمز و راهه (پورافکاری، ۱۳۸۰) بیان داشته است، به عنوان یک ضربه بر فرد فشار وارد می سازد، این فقدان می تواند هم از

نظر سلامت جسمی و یا روحی عواقب گسترده ای را به دنبال داشته باشد (پارکز، ۱۹۶۴؛ هامیلتون و همکاران، ۱۹۹۷؛ شزینو واکز و داوی، ۲۰۰۴؛ کاترجی و همکاران، ۲۰۰۸؛ کونتی و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه ترس مرضی و وسواس جزء اختلالات اضطرابی است و معمولاً افرادی که اضطراب را تجربه می کنند افسردگی نیز دارند. طبق ادعای نظریه پردازان شناختی آشفتگی های فکری می تواند ناشی از ارزیابی های غیر واقعی موقعیت ها و بزرگ جلوه دادن موقعیت ها باشد (ساراسون و همکاران، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۱). تجربه بازنشستگی و ترس از موقعیت به وجود آمده باعث نگرش منفی افراد نسبت به موقعیت و افکار مرتبط با خطر به وجود آمده می گردد و باعث نوعی آشفتگی همراه با وسواس، ترس و افسردگی می گردد.

نتایج تحقیق نشان داد که از نظر برخی مؤلفه های سلامت روان و ناامیدی بین دو گروه در شرف بازنشستگی و بازنشسته تفاوت معنی داری وجود ندارد، اگر چه سایر نتایج مشخص نمود که بازنشستگی به عنوان یک ضربه و یا یک اتفاق مهم در زندگی فردی می تواند روی برخی علائم نوروپیک از جمله وسواس و ترس مرضی تاثیر بگذارد، اما بر روی علائمی چون پرخاشگری و علائم پسیکو تیک چون افکار پارانوئیدی و روان پریشی تأثیر چندانی بجای نمی گذارد. در سنین بازنشستگی خود کنترلی افراد در نشان دادن علائم پرخاشگری بالاست و در این سن افراد ناراحتی روحی را بیشتر بصورت علائم افسردگی، ترس مرضی و وسواس نشان می دهند تا پرخاشگری و احتمالاً مسائل خانوادگی و فرهنگی در این مورد مؤثر باشد. اما بازنشستگی حتی اگر به عنوان یک ضربه منفی برای فرد محسوب گردد آنچنان به فرد استرس و فشار وارد نمی کند که باعث بروز علائم شدید روانی یا پسیکو تیک مانند افکار پارانوئیدی و روان پریشی گردد.

در مجموع با توجه به تجزیه و تحلیل های مختلف صورت گرفته و برخی واقعیت های حقوقی بین پرسنل بازنشسته و در شرف بازنشستگی که در پیشنهادات برخی آزمودنی ها ذکر شد پایین بودن حقوق بازنشستگی و تفاوت فاحش آن نسبت به زمان اشتغال، پایین بودن حقوق بازنشستگی و مزایای مربوطه در این شرکت نسبت به سایر شرکت ها، عدم استفاده از تجارب افراد در زمان بازنشستگی، احساس بی توجهی، تبعیض، نارضایتی نسبت به طرح بازنشستگی و انتظار اینکه پس از بازنشستگی شرکت آنها را مورد توجه قرار دهد و در زمینه خدمات درمانی، رفاهی، تفریحی و از جمله استخدام فرزندان آنها بجای خودشان توجه لازم را مبذول دارند، از مسائلی است که می بایست مورد توجه این شرکت صنعتی قرار گیرد.

بازنشستگی در این شرکت یک ضربه و آسیب روحی است بخصوص برای بازنشستگان بیکار. مهم نیست فرد چند سال از بازنشستگی خود را سپری کرده و یا چند سال به بازنشستگی وی مانده آنچه مهم است خود بازنشستگی است.

بازنشستگی روی علائم نوروپیک مانند افسردگی، وسواس، اضطراب و ترس مرضی بیشتر اثر می گذارد تا علائم پسیکو تیک مانند افکار پارانوئیدی یا روان پریشی. یعنی بازنشستگی یک ضربه

محسوب می گردد، اما نه یک ضربه ای که منجر به فروپاشی فرد گردد. پایین بودن حقوق و تفاوت فاحش آن نسبت به زمان اشتغال و احساس بی توجهی و نگرش منفی نسبت به آنان از طرف این شرکت مشکل عمده نمونه تحقیق محسوب می گردد.

منابع

- اتکینسون، ریتال؛ اتکینسون، ریچارد س. و هیلگارد ارنست. زمینه روانشناسی. جلد دوم. ترجمه محمد تقی براهنی، سعید شاملو، نیسان گاهان، یوسف کریمی و کیانوش هاشمیان (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.
- اصولی، پریسا (۱۳۸۶). سالمندان ایرانی به روایت آمار. سلامت، شماره صد و سی و نه. ص ۱۳. بزرگمهری بوذرجمهری، خاطره؛ گل پرور، محسن و نوری، ابوالقاسم (۱۳۸۹). ساخت و اعتباریابی مقیاس نشانگان بازنشستگی در افراد بازنشسته شهر اصفهان. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۷، صص ۵۲-۳۵.
- بخشی سورشجانی، لایلا (۱۳۸۸). رابطه هوش هیجانی و سلامت روان با تعهد سازمانی در معلمان، پرستاران و کارمندان. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۳، صص ۳۳-۲۳. پور افکاری، نصرت اله (۱۳۸۰). فرهنگ جامع روانشناسی- روانپزشکی. جلد اول. تهران: انتشارات فرهنگ معاصر.
- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۱). اصول بهداشت روانی، جلد اول، مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی.
- رحیمی، داوود (۱۳۸۷). دولت، خانواده و تکریم بازنشستگان. مقاله پژوهشی برگرفته از سایت پژوهشکده باقر العلوم.
- ساراسون، ایرویی جی. و ساراسون، باربارا آر. (۱۹۸۷). روانشناسی مرضی. جلد اول. ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی (۱۳۷۱). تهران: انتشارات رشد.
- شریفی، طیبه؛ شکرکن، حسین؛ احدی، حسن و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین هویت های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۳، شماره ۱۱، صص ۱۴۲-۱۲۵.
- شیریدان، سی. ال. و رادماچر، اس. آر. (۱۹۹۲). روانشناسی تندرستی، دگرگونی اساسی در مدل زیست پزشکی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی و ابوتراب قنبری (۱۳۷۴). تهران: انتشارات هدایت.
- عابدی، حیدر علی؛ محمدی، محمد و حسینپاک نژاد، فتانه (۱۳۷۹). وضعیت زندگی روزمره به دنبال بازنشستگی در اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد.
- عسگری، پرویز و همایی، رضوان (۱۳۸۸). رابطه فشارزاهای روانی و سرسختی روان شناختی با سلامت روان دانش آموزان دختر. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۳، شماره ۱۲، صص ۹۵-۱۰۹.

- وندرزندن، جیمز دبلیو (۱۹۸۶). روانشناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی (۱۳۷۹). تهران: انتشارات بعثت.
- یعقوبی، حمید (۱۳۸۲). بررسی رابطه سلامت روانی و سرسختی روان شناختی با رضایت شغلی بهورزان خانه های بهداشت شهری و روستایی تربت جام در سال ۸۲-۸۱. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- نادری، فرح و صفوی، سیده آسیه (۱۳۸۹). رابطه سبک های تفکر و انعطاف پذیری کنشی با اختلال در سلامت روان زنان آسیب دیده شهر اهواز. یافته های نو در روانشناسی، دوره ۵، شماره ۱۶، صص ۱۱۳-۱۲۸.

- Chatterji, P., Alegria, M., & Takeuhi, D. (2008). Psychiatric disorders and employment: new evidence from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. NBER working paper series, working paper 14404, National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA.
- Conti, R. M., Berndt, E. R., & Frank, R. G. (2006). Early retirement and public disability insurance applications: Exploring the impact of depression, NBER Working Paper Series, Working Paper 12237, National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA.
- Daves, D., Rashad, I., & Spasojevic, J. (2006). The effects of retirement on physical and mental health outcomes. NBER Working Paper Series, Working Paper 12123, National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA.
- Hamilton, V. H., Merrigan, P., & Dufresne, E. (1997). Down and out: Estimating the relationship between mental health and unemployment. *Health Economics*, 6(4), 397-406.
- Kessler, R., Greenberg, P., Mickelson, K., Meneades, L., & Wang, P. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3), 218-225.
- Mein, G., Martikainen, P., Hemingway, H., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2003). Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 46-49.
- Overholser, J. C., & Dalia, M. A. (1997). Stressful life events and social support in depressed psychiatric inpatients. In Miller, Thomas W. (ed). *Clinical disorders and stressful life events*. Madison: International Universities Press, 121-141.
- Parkes, C. M. (1964). Recent bereave meat as a cause of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, vol .110.198-204.
- Szinovacz, M. E., & Davey, A. (2004). Retirement transitions and spouse disability: Effects on depressive symptoms. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(6), 333-342.
- United Nations Population Division (2007). *World population ageing*. New York.
- United Nations (2006). *World population prospects, Revision Population Database*. New York: <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>.
- World Health Organization (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. The World Health Repot. Geneva: Author.