

رابطه ترکیبی مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی با نشانه‌های سلامت عمومی در سالمندان بازنشسته

(مقاله پژوهشی)

محسن گل‌پرور^{۱*}، خاطره بزرگمهری^۲، ملیحه السادات کاظمی^۳

چکیده:

هدف: هدف از این مطالعه، بررسی رابطه مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی با نشانه‌های سلامت عمومی در سالمندان بازنشسته شهر اصفهان بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی و همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش را سالمندان بازنشسته شهر اصفهان تشکیل دادند، که از میان آنها به شیوه تصادفی طبقه‌ای، ۴۶۱ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب و پرسشنامه‌های نشانگان بازنشستگی (درماندگی و شکست، پیری و بطالت، تلاش و جهت‌گیری جدید و سردرگمی و تعارض) و سلامت عمومی (نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی) در مورد آنها اجرا شد.

یافته‌ها: (۱) برای پیش‌بینی نشانه‌ها و شکایات جسمانی، سه مؤلفه احساس درماندگی و شکست، احساس پیری و بطالت و احساس تلاش و جهت‌گیری جدید دارای توان پیش‌بین معنادار بودند. (۲) برای اضطراب و بیخوابی، احساس درماندگی و شکست و احساس تلاش و جهت‌گیری و احساس پیری و بطالت دارای توان پیش‌بین معنادار بودند. (۳) برای نارسایی عملکرد اجتماعی، احساس درماندگی و شکست و احساس تلاش و جهت‌گیری جدید دارای توان پیش‌بین معنادار بودند. (۴) برای افسردگی نیز احساس درماندگی و شکست و احساس تلاش و جهت‌گیری جدید دارای توان پیش‌بین معنادار بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که احساس درماندگی و شکست و احساس تلاش و جهت‌گیری جدید، دو مؤلفه‌های اصلی هستند که در سالمندان بازنشسته باید بطور جدی مورد توجه قرار گیرد. بنظر می‌رسد که در این دو حوزه لازم است مراکز مشاوره وابسته به کانونهای بازنشستگی تأسیس و سالمندان بازنشسته را یاری کنند. **کلید واژه‌ها:** نشانگان بازنشستگی، سالمندان بازنشسته، سلامت عمومی.

۱- دانشیار گروه آموزشی روانشناسی صنعتی و سازمانی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران

* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

drmgolparvar@gmail.com

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه آموزشی روانشناسی عمومی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران

۳- دکترای روانشناسی، گروه آموزشی روانشناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

شرایط معین سابقه خدمت، ۳- جنبه قانونی، ۴- جنبه تأییدی از سوی مراجع صلاحیت‌دار و ۵- تعیین مدت زمان برخورداری از حقوق و مزایای بازنشستگی (۲).

بنابراین در تعریفی ساده می‌توان گفت، بازنشستگی وضعیتی است که طی آن فرد بدلیل شرایط سنی و سابقه خدمتی خود و بر مبنای قانون بازنشستگی مورد تأیید مراجع صلاحیت‌دار، از فعالیت شغلی رسمی خود بر پایه حقوق و مزایا مشخص کناره‌گیری می‌کند (۱). براساس شواهد و قرائن موجود، بازنشستگی از لحاظ تبعات و مشخصه‌های موجود، به صورت یک فرایند مبتنی بر مشخصه‌های روانی - اجتماعی، شامل آمادگی روانی - اجتماعی قبل از بازنشستگی، هنگام بازنشستگی و بعد از بازنشستگی بوقوع می‌پیوندد (۴، ۵، ۶، ۷، ۸). بویژه

بازنشستگی و سالمندی اغلب پدیده‌های به هم مرتبطی هستند که در یک تقارن زمانی با یکدیگر پدید می‌آیند. به بیانی ساده‌تر، اغلب افراد در دوره‌ی پایانی میانسالی و آغاز دوره‌ی سالمندی، پس از سالها تلاش و کوشش، بویژه در مشاغل غیرآزاد، که معمولاً فرد در استخدام یک نهاد یا سازمان کاری بوده، بوقوع می‌پیوندد (۱، ۲، ۳). تقارن این دو با یکدیگر، علیرغم اینکه نه برای همه سالمندان بازنشسته، ولی برای بسیاری از آنها همراه با تغییر و تحولاتی است که در ابعاد روانی و جسمی برای آنها اتفاق می‌افتد. براساس گزارش علیخانی در کلیه تعاریفی که تاکنون از بازنشستگی ارائه شده، چند وجه مشخص عمومی بدین شرح دیده می‌شود: ۱- احراز شرایط سنی، ۲- احراز

دوره‌ی زمانی قبل از بازنشستگی، تحت عنوان نشانگان در آستانه بازنشستگی، که شامل نشانه‌های اصلی انتظارات و حالات متعارض، احساس رهایی و آزادی، دوراندیشی و تصورات و برنامه‌های پراکنده است، بروز می‌یابد و سپس طی یک روند تحولی رو به جلو به نشانگان بازنشستگی مشتمل بر احساس درماندگی و شکست، احساس پیری و بطالت، احساس تلاش و جهت‌گیری جدید و احساس سردرگمی و تعارض تبدیل می‌شود (۱۷و۱).

آنچه بطور جدی در سیر تحول نشانه‌های درآستانه بازنشستگی به نشانگان بازنشستگی، محسوس است، تغییراتی است که در سطح سلامت عمومی سالمندان بازنشسته به وقوع می‌پیوندد. نسبت قابل توجهی از افراد بازنشسته که به مرز سالمندی نزدیک شده و یا این دوره را آغاز نموده‌اند، با افت نشانه‌های جسمی و روانی سلامت عمومی مواجه می‌شوند (۱۴ و ۱۵). در این پژوهش از نشانه‌های سلامت عمومی بر شکایات جسمانی^۴، اضطراب و بیخوابی^۵، نارسایی عملکرد اجتماعی^۶ و افسردگی^۷ تمرکز شده است. در متون نظری و پژوهشی موجود بر این نکته که سطوح چهار عامل مورد اشاره در بالا را می‌توان بعنوان نشانه‌هایی از وجود یا عدم وجود سلامتی عمومی در نظر گرفت، اتفاق نظر بالایی وجود دارد (۱۸). بهرحال شواهد پژوهشی داخلی و خارجی از اینکه سالمندان بازنشسته علایمی از افت سلامت عمومی را نشان می‌دهند، حمایت نموده‌اند.

بیدول، گریفین و هسکت^۸ نشان داده‌اند که در صورت سلامتی روانی و جسمی بالاتر، افراد بهتر با دوران بازنشستگی می‌توانند کنار آمده و با آن سازگار شوند (۱۹). وار، بوچر، رابرتسون و کالینان^۹ طی پژوهشی به بررسی نقش اشتغال، بازنشستگی، ویژگی‌های محیطی و رجحان شاغل بودن در بهزیستی افراد بازنشسته سالمند پرداخته و پی بردند که تمایل به شاغل بودن و ایفای نقش‌های شغلی با شاخص‌های بهزیستی و سلامتی دارای ارتباط معنادار هستند (۲۰). گارسیا، گونزالس و مانزانو^{۱۰} و دوگان، سنگلتون و سونگ^{۱۱} بر پایه پژوهش‌هایی که انجام داده‌اند نیز ضرورت توجه بیشتر به برنامه‌های معطوف به حفظ و ارتقاء سلامت عمومی بازنشستگانی که به مرز سالمندی رسیده و یا در آینده‌ای نزدیک می‌رسند را گوشزد نموده و نتیجه‌گیری نموده‌اند که در صورت فعالیت برنامه‌ریزی شده، سطح انعطاف‌پذیری روانی و شناختی افراد را که عاملی جهت

قرائن و شواهد موجود حاکی از آن است که در هنگام بازنشستگی و بعد از بازنشستگی، میزان فشار تجربه شده توسط فرد و تبعات جسمی و روانی آن به صورت بارز و چشمگیری پیش از دوره قبل از بازنشستگی است (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵).

بر همین پایه نیز واریس^۱ در سالهای آغازین دهه ۲۰۱۰، با مطالعات گسترده و وسیعی که انجام داد، به مجموعه علایم و نشانه‌هایی رسید، که آن را بعنوان نشانگان بازنشستگی^۲ نامگذاری کرد (۱۶). براساس گزارش واریس نشانگان بازنشستگی مشتمل بر مجموعه نشانه‌هایی شامل احساس به پایان خط رسیدن، پوچی و بی‌هدفی احتمالی، اضطراب، افسردگی، ترس از طرد شدن و نگرانی‌هایی از این دست است که پس از بازنشستگی افراد به اشکال مختلف با آن دست به گریبان هستند. این علایم به ویژه در کسانی که در دوره‌ی زمانی اشتغال خود دارای مقام و قدرت بوده‌اند، و با بازنشستگی نفوذ کلام و قدرت خود را از دست می‌دهند بسیار محسوس‌تر و جدی‌تر است (۱ و ۱۶).

ساز و کار اصلی که از آن طریق بازنشستگی می‌تواند زمینه بروز علایم و نشانه‌های نه چندان خوشایندی را در قالب نشانگان بازنشستگی فراهم آورد، به این واقعیت مربوط می‌شود که تجربه هیچ بودن و عقده بر جای گذاشتن ارث^۳، پدیده‌های بسیار نیرومندی هستند که تقریباً در بدو شروع سالمندی و بازنشستگی در افراد نیرو گرفته و سررشته فضای ذهنی و روانی افراد را در دست می‌گیرد (۱۶). به معنای صریح‌تر، وقتی افراد پس از یک دوره زمانی نسبتاً طولانی (میانگین ۳۰ سال)، براساس قانون و بر پایه شرایط جسمی خود ناگزیر می‌شوند که از شغل رسمی و قانونی خود کناره‌گیری کنند، اولین تجربه محسوس و بارز، می‌تواند تجربه هیچ بودن باشد. چرا که مقارن با این رخداد بسیاری از توانایی‌های جسمی افراد نیز تحلیل رفته و در عین حال فرد با تمایل به اینکه اثری از خود بر جای گذارد، با اندیشه به گذشته‌ای که دارای توان بوده و با شبکه‌ای نسبتاً گسترده از افراد (بویژه همکاران) دارای ارتباط بوده، خود را تحت فشار روانی قرار می‌دهد. این فشار روانی بعنوان یک هسته اصلی، نشانه‌های پیرامونی فراهم می‌سازد که در قالب نشانگان بازنشستگی نمود می‌یابد (۱). این مجموعه نشانگان براساس گزارش پژوهشی موجود در ایران (۱۷) با احتمال زیاد از یک

1- Varies

2- Retirement syndrome

3- The edifice complex

4- Somatization

5- Anxiety and insomnia

6- Social dysfunction

7- Depression

8- Bidewell , Griffin & Hasketh

9- Warr P, Butcher V, Robertson I, Callinan

10- Garcia , Gonzalez & Manzano

11- Duggan , Singelton & Song

روش بررسی

این پژوهش از زمره پژوهش‌های همبستگی در قالب تحلیل رگرسیون چند گانه است (۲۳) و جامعه آماری پژوهش را کلیه سالمندان بازنشسته عضو کانونهای بازنشستگان شهر اصفهان، در بهار و تابستان ۱۳۸۶ تشکیل داده‌اند. تعداد کل بازنشستگان مورد نظر در دوره‌ی زمانی تحقیق براساس اطلاعات واصله از کانون بازنشستگان، حدود ۲۳۰۰۰ نفر بود. براساس تناسب حجم نمونه با حجم جامعه آماری، ۴۶۱ نفر براساس رعایت نسبت زنان و مردان (۵۲ درصد معادل ۲۴۰ نفر) و زنان (۲۳ درصد معادل ۲۲۱ نفر) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند (۲۴). شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به این شکل بوده که از کانونهای بازنشستگی (کشوری، آموزش و پرورش، مخابرات، برق، نفت و نظایر آنها) فهرست اسامی بازنشستگان دریافت، سپس با رعایت نسبت زنان و مردان و رعایت نسبت اعضای هر کانون به کل اعضای کانونها، به شیوه تصادفی، اعضای نمونه انتخاب شدند. همچنین برای مطالعه مقدماتی پرسشنامه‌های پژوهش، ۳۰ نفر از طریق این کانونها بطور مستقل نمونه‌گیری و پرسشنامه‌های پژوهش بر روی آنها اجرا شد.

دو ابزار بررسی در این پژوهش استفاده شد. پرسشنامه نشانگان بازنشستگی یک پرسشنامه ایرانی (مبتنی بر شرایط بازنشستگان سالمند ایرانی) با ۴۰ سؤال است که توسط بزرگمهری ساخت و اعتباریابی شده است (۱). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج گزینه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۵) است (یک نمونه سؤال این پرسشنامه به این شرح است: بعد از بازنشستگی بیش از گذشته غمگین شده‌ام). علاوه بر روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه که توسط تنی چند از متخصصین بررسی و تأیید شده است، برای روایی سازه این پرسشنامه، از تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس استفاده بعمل آمد. تحلیل عاملی مرتبه اول ۱۸ عامل و سپس تحلیل عاملی مرتبه دوم، ۱۸ عامل را بر روی ۵ عامل قرار داد. شاخصهای مربوط به تحلیل عاملی مرتبه دوم $KMO=0/8$ و $P<0/01$ و $4650/08=$ آزمون کرویت بارتل (همگی مطلوب بودند. پنج مؤلفه استخراج شده در تحلیل عاملی مرتبه دوم، به ترتیب با مقادیر ویژه ۲/۲۶، ۱/۲۹، ۱/۱۴، ۱/۰۸ و به ترتیب ۱۵/۱۱، ۱۲/۵۴، ۷/۱۶، ۶/۳۵ و ۶/۰۱ درصد از واریانس مفهوم کلی زیربنایی (نشانگان

افت سلامت عمومی است، افزایش می‌یابد (۲۱ و ۲۲). گستره‌ی وسیعی از تحقیقات داخلی نیز به وجود برخی نشانه‌های معطوف به سلامت عمومی در بازنشستگان و سالمندان بازنشسته تاکنون توجه نشان دادند. شایعترین مشکلات جسمی گزارش شده در پژوهش‌های داخلی در میان سالمندان (بویژه سالمندان بازنشسته) مشکلات بینایی و شنوایی (حضور مشکلات بینایی و شنوایی در سالمندان می‌تواند برای آنها علایمی از نگرانی، اضطراب و حتی افسردگی را به همراه آورد) و شایع‌ترین نشانه‌های روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، نشانه‌های روان‌تنی، احساس بی‌هوگی و انزوای اجتماعی بوده است (۱ و ۱۷).

آنچه از خلال اشاره به برخی تحقیقات داخلی و خارجی محرز است، این واقعیت است که تاکنون کمتر پژوهشی بطور جدی به نشانه‌های روانی - اجتماعی بعد از بازنشستگی، در قالب نشانگان بازنشستگی، و ارتباط آن با علایم صریح سلامت عمومی شامل اضطراب و بیخوابی، شکایات جسمانی، افسردگی و نارسایی عملکرد، بطور مستقیم توجه نشان داده‌اند. این مسئله در حالی است که در اغلب تحقیقات داخلی و خارجی به این مسئله اشاره شده که لازم است عواملی که موجب ارتقاء یا تضعیف نشانه‌های سلامت عمومی در بازنشستگان و بویژه بازنشستگان سالمند می‌شود مورد توجه جدی قرار گیرد. باور پژوهشگران این پژوهش بر این است که عواملی نظیر احساس درماندگی و شکست و احساس پیری و بطالت که از مهم‌ترین عوامل نشانگان بازنشستگی است (۱)، می‌تواند بطور جدی باعث تشدید علایم معطوف به افت سلامت عمومی (نظیر افزایش اضطراب، بیخوابی، افسردگی، شکایات جسمانی و نارسایی عملکرد اجتماعی) شود. بنابراین از آنجایی که مطالعه‌ای برای همبستگی بین مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی با نشانه‌های سلامت عمومی پژوهشی در ایران انجام نشده بود، این پژوهش برای نشان دادن نقش نشانگان بازنشستگی در سلامت عمومی بازنشستگان سالمند به مرحله اجرا درآمد. در عین حال یافته‌های این پژوهش زمینه طرح راهبردهایی برای مقابله با افت احتمالی سطح سلامتی عمومی بازنشستگان سالمند را فراهم خواهد ساخت. بر این پایه هدف اصلی این پژوهش یافتن پاسخی برای این سؤال بوده است: نقش ترکیبی مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی بر سلامت عمومی بازنشستگان سالمند چگونه است؟

داده می‌شد، سپس پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار می‌گرفت تا پاسخ گویند. در مواردی که فرد پاسخگو تمایلی به پاسخ شخصی نداشته و یا از بینایی یا سواد کافی برخوردار نبوده، سؤالات توسط یک تن از محققین همراه با پاسخنامه آن خوانده می‌شده و سپس پاسخ انتخاب شده در پرسشنامه علامت زده شده است. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام با استفاده از نرم‌افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ (SPSS) مورد تحلیل قرار گرفت. تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام^۲ به این دلیل استفاده شد که این روش تحلیل می‌تواند بطور دقیق‌تری سهم انحصاری و افزوده متغیرهای پیش‌بین (چهار عامل نشانگان بازنشستگی) را برای متغیرهای ملاک (چهار عامل سلامت عمومی) مشخص نماید (۲۳).

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه پژوهش ارائه شده است. چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود از ۴۶۱ نفر گروه نمونه پژوهش، ۲۴۰ نفر (معادل ۵۲/۱ درصد) مرد و ۲۲۱ نفر (معادل ۴۷/۹ درصد) زن بودند. اکثریت اعضای نمونه را (معادل ۳۹۶ نفر و برابر با ۸۵/۹ درصد) افراد متأهل و مابقی را مطلقه یا همسر فوت کرده تشکیل داده‌اند. از نظر ترکیب تحصیلات، ۴۰ نفر (معادل ۸/۷ درصد) دارای تحصیلات تا راهنمایی، ۱۹۰ نفر دارای تحصیلات دیپلم (معادل ۴۱/۲ درصد)، ۲۲۶ نفر (معادل ۴۹ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (معادل ۱/۱ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و دکتری بودند. از نظر زمان و دلیل بازنشستگی، سه طبقه اصلی در میان اعضای نمونه بنامه‌های درخواست به موقع (۳۱۰ نفر، معادل ۶۷/۲)، بازنشستگی پیش از موعد (۱۴۶ نفر، معادل ۳۱/۷ درصد) و بازنشستگی بدلیل از کارافتادگی (۴ نفر، معادل ۰/۸ درصد) وجود داشت. میانگین سنی اعضای نمونه ۵۷/۶۶ سال (با انحراف معیار ۷/۴۶ سال) و میانگین سنوات خدمتی آنها ۲۹/۴ (با انحراف معیار ۴/۸۴) بود. در جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

بازنشستگی) را تبیین نمودند. در مجموع پنج عامل استخراج شده ۴۷/۱۵ درصد از واریانس نشانگان بازنشستگی را تبیین نموده‌اند. عامل پنجم که دارای ۲ سؤال بود و از آلفای کرونباخ مطلوبی برخوردار نبود، در نهایت از تحلیلها کنار گذاشته شد. چهار عامل نهایی براساس محتوای سؤالات، به ترتیب احساس درماندگی و شکست (۱۸ سؤال)، احساس پیری و نظافت (۱۱ سؤال)، تلاش و جهت‌گیری جدید (۶ سؤال) و سردرگمی و تعارض (۵ سؤال) نام گرفتند (۱). آلفای کرونباخ این چهار عامل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶، ۰/۶ و ۰/۶ و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۱ بدست آمد.

برای سنجش سلامت عمومی، از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ)، که دارای چهار خرده مقیاس موسوم به نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی است، استفاده بعمل آمد (۲۵). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای (بعضی سؤالات به صورت خیلی زیاد=۵ تا خیلی کم=۱ و برخی دیگر از سؤالات اصلاً=۱ تا خیلی زیاد=۵) است (یک نمونه سؤال این پرسشنامه به این شرح است: آیا اخیراً احساس کرده‌اید که نیاز به یک داروی نیروبخش دارید). گل پرور و مولوی شواهدی از پایایی این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ ارائه نموده‌اند که در حد مناسبی (۰/۷۴ تا ۰/۸۸) است (۲۵). در این پژوهش ۲۸ سؤال این پرسشنامه مورد تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس قرار گرفت. شاخصهای این تحلیل عاملی ($KMO=0/86$ ، $\lambda=3162/34$ آزمون کرویت بارتلت و $P<0/004$) مطلوب بود و هفت عامل در مرتبه اول و در مرتبه دوم چهار عامل بدست آمدند. در مجموع چهار عامل استخراج شده، ۵۹/۴ درصد از واریانس مفهوم زیربنایی کلی (سلامت عمومی) را تبیین نمودند. آلفای کرونباخ نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب در این پژوهش، ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه‌های پژوهش به شیوه خودگزارش دهی و در فاصله زمانی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه توسط سالمندان بازنشسته پاسخ داده شدند. شیوه اجرا به این شکل بود که ابتدا پس از آشنایی مقدماتی، به هر یک از اعضای نمونه هدف کلی تحقیق توضیح

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی گروه نمونه پژوهش

ردیف	متغیر جمعیت شناختی	ابعاد متغیر جمعیت شناختی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
۱	جنسیت	مرد	۲۴۰	۵۲/۲	۵۲/۲
۲		زن	۲۲۱	۴۷/۸	۱۰۰
۳	وضعیت تاهل	مجرد	۱۹	۴/۱	۴/۱
۴		متاهل	۳۹۶	۸۵/۹	۹۰
۵		مطلقه	۱۰	۲/۲	۹۲/۲
۶		همسر فوت کرده	۳۶	۷/۸	۱۰۰
۷	تحصیلات	ابتدایی	۱۸	۳/۹	۳/۹
۸		راهنمایی	۲۲	۴/۸	۸/۷
۹		دیپلم	۱۹۰	۴۱/۲	۴۹/۹
۱۰		فوق دیپلم و لیسانس	۲۲۶	۴۹	۹۸/۹
۱۱		فوق لیسانس و دکتری	۵	۱/۱	۱۰۰
۱۲	گروه‌های شغلی	اداری	۸۳	۱۸	۱۸
۱۳		خدماتی	۳۰	۶/۵	۲۴/۵
۱۴		فنی	۹۶	۲۰/۸	۴۵/۳
۱۵		مدیریتی	۳۸	۸/۲	۵۳/۶
۱۶		فرهنگی	۲۱۴	۴۶/۴	۱۰۰
۱۷		نحوه بازنشستگی	بازنشستگی به موقع	۳۱۰	۶۷/۲
۱۸	بازنشستگی پیش از موعد مقرر		۱۴۶	۳۱/۷	۸۹/۹
۱۹	بازنشستگی در اثر از کار افتادگی		۵	۱/۱	۱۰۰
۲۰	اشتغال به کار جدید	بلی	۱۴۳	۳۱/۱	۳۱/۱
۲۱		خیر	۳۱۸	۶۹	۱۰۰
۲۲	سن	تا ۶۰ سال	۳۳۵	۷۲/۷	۷۲/۷
۲۳		۶۱ تا ۷۰ سال	۹۵	۲۰/۶	۹۳/۳
۲۴		۷۱ سال و بالاتر	۳۱	۶/۷	۱۰۰
۲۵		سالهای خدمت	تا ۳۰ سال	۳۴۸	۷۵/۵
۲۶	۳۱ سال و بیشتر		۱۱۳	۲۴/۵	۱۰۰

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	متغیرهای پژوهش	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	نشانگان بازنشستگی	احساس درماندگی و شکست	۲/۴۲	۰/۶۴	-						
۲		احساس پیری و بطالت	۳/۶۵	۰/۶	۰/۱۳۸**	-					
۳		احساس تلاش و جهت‌گیری جدید	۳/۵	۰/۷۴	-۰/۲۵۳**	۰/۱۶۳**	-				
۴		احساس سردرگمی و تعارض	۲/۵	۰/۷۵	۰/۲۹۶**	۰/۰۶۲	-۰/۰۳۹	-			
۵	سالمندان	نشانه‌ها و شکایات جسمی	۱۷/۱۱	۴/۸۵	۰/۲۹۷**	۰/۱۳۸**	-۰/۱۵**	۰/۱۲۴*	-		
۶	بازنشستگی	اضطراب و بیخوابی	۲۳/۵۹	۴/۸۵	-۰/۲۹۳**	۰/۱۳۳**	۰/۲۵۶**	-۰/۰۶۳	-۰/۳۲**	-	
۷	مؤلفه‌های سلامت عمومی	نارسایی عملکرد اجتماعی	۱۴/۲۹	۶/۲۵	۰/۴۷**	۰/۰۵۳	-۰/۲۲۵**	۰/۰۹۹*	۰/۳۷**	-۰/۰۸۳	-
۸	نشانگان	افسردگی	۱۱/۵۲	۵/۴	۰/۴۵**	۰/۰۰۳	-۰/۲۴۴**	۰/۱۸۳**	۰/۳۶**	-۰/۱۹۲**	۰/۵۱۵**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، از ابعاد سلامت عمومی، نشانه‌ها و شکایات جسمانی، به ترتیب بیشترین تا کمترین همبستگی را با احساس درماندگی و شکست ($P < 0.01$)، با احساس تلاش و جهت‌گیری شخصی ($P < 0.01$)، با احساس پیری و بطالت ($P < 0.01$) و با احساس سردرگمی و تعارض ($P < 0.01$) داشته است. همبستگی نشان‌ها و شکایات جسمانی با احساس درماندگی و شکست، با احساس پیری و بطالت و با احساس سردرگمی و تعارض مثبت، ولی با احساس تلاش و جهت‌گیری جدید دارای رابطه منفی است.

اما نتایج ارائه شده در جدول ۳ که مربوط به تحلیل رگرسیون گام به گام است، نقش انحصاری برخی از مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی را در پیش‌بینی ابعاد سلامت عمومی نشان می‌دهد. برای نشانه‌ها و شکایات جسمانی، در گام اول، احساس درماندگی و شکست با ضریب بتای استاندارد 0.29 ، $8/8$ درصد از واریانس این متغیر را تبیین نموده است. در گام دوم، احساس پیری و بطالت با ضریب بتای استاندارد 0.99 به احساس درماندگی و شکست افزوده شده و توان تبیین واریانس نشانه‌ها و شکایات جسمانی را به $9/7$ درصد رسانده، که از این مقدار $0/9$ درصد واریانس انحصاری افزوده مربوط به احساس پیری و بطالت است. بالاخره در گام سوم، به احساس درماندگی و شکست (با ضریب بتای استاندارد $0/12$)، احساس تلاش و جهت‌گیری جدید افزوده شده (با ضریب بتای استاندارد $-0/11$) و توان تبیین واریانس نشانه‌ها و شکایات جسمانی را به $10/8$ درصد رسانده است. از این مقدار، $1/1$ درصد واریانس انحصاری افزوده مربوط به احساس تلاش و جهت‌گیری جدید است. برای اضطراب و بیخوابی (ردیف‌های ۱۰ تا ۱۸ جدول ۳ را نگاه کنید)، در گام اول احساس درماندگی و شکست با ضریب بتای استاندارد $0/29$ ، $8/6$ درصد از واریانس این متغیر را

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، از ابعاد سلامت عمومی، نشانه‌ها و شکایات جسمانی، به ترتیب بیشترین تا کمترین همبستگی را با احساس درماندگی و شکست ($P < 0.01$)، با احساس تلاش و جهت‌گیری شخصی ($P < 0.01$)، با احساس پیری و بطالت ($P < 0.01$) و با احساس سردرگمی و تعارض ($P < 0.05$) داشته است. همبستگی نشان‌ها و شکایات جسمانی با احساس درماندگی و شکست، با احساس پیری و بطالت و با احساس سردرگمی و تعارض مثبت، ولی با احساس تلاش و جهت‌گیری جدید منفی است. اضطراب و بیخوابی نیز بعنوان دومین مؤلفه سلامت عمومی، بیشترین تا کمترین همبستگی معنادار را با احساس درماندگی و شکست ($P < 0.01$)، با احساس تلاش و جهت‌گیری شخصی ($P < 0.01$) و با احساس درماندگی و شکست ($P < 0.01$) داشته است، ولی با احساس سردرگمی و تعارض دارای رابطه معنادار نبوده است. اضطراب و بیخوابی همبستگی‌اش با احساس بطالت و پیری و احساس تلاش و جهت‌گیری جدید مثبت، ولی با احساس درماندگی و شکست منفی بوده است. سومین بُعد سلامت عمومی، یعنی نارسایی عملکرد اجتماعی بیشترین تا کمترین همبستگی را با احساس درماندگی و شکست ($P < 0.01$)، با احساس تلاش و جهت‌گیری جدید ($P < 0.01$) و با احساس سردرگمی و تعارض ($P < 0.01$) داشته است، ولی با احساس پیری و بطالت همبستگی معناداری ($P > 0.05$) نداشته است. همبستگی نارسایی عملکرد اجتماعی با احساس درماندگی و شکست و با احساس سردرگمی و تعارض مثبت و با احساس تلاش و جهت‌گیری جدید منفی بوده است. بالاخره افسردگی بعنوان چهارمین بعد از سلامت عمومی، بیشترین تا کمترین همبستگی معنادار را با

به احساس درماندگی و شکست و احساس تلاش و جهت‌گیری جدید (با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۶- و ۰/۱۵)، احساس پیری و بطالت با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۴ افزوده شده و واریانس تبیین شده اضطراب و بیخوابی را به ۱۳/۸ درصد رسانده، که از این مقدار ۱/۹ درصد واریانس انحصاری افزوده مربوط به احساس پیری و بطالت است.

تبیین نموده است. در گام دوم به احساس درماندگی و شکست (با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۴-)، احساس تلاش و جهت‌گیری جدید با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۸ افزوده شده، و توان تبیین واریانس اضطراب و بیخوابی را به ۱۱/۹ درصد رسانده که از این مقدار، ۳/۳ درصد واریانس انحصاری افزوده مربوط به احساس تلاش و جهت‌گیری جدید است. بالاخره در گام سوم،

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام پیش‌بینی ابعاد سلامت عمومی از طریق مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی

ردیف گامها	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	R	R^2	F
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹	مقدار ثابت	۱۱/۷**	۰/۸۸	-	۰/۲۹۷	۰/۰۸۸	۳۹/۸۰**
	احساس درماندگی و شکست	۲/۲۴**	۰/۳۵	۰/۲۹			
	مقدار ثابت	۹/۰۹**	۱/۵۳	-			
	احساس درماندگی و شکست	۲/۱۴**	۰/۳۵	۰/۲۸	۰/۳۱۲	۰/۰۹۷	۲۲/۲۴**
	احساس پیری و بطالت	۰/۷۸*	۰/۳۷	۰/۰۹۹			
	مقدار ثابت	۱۱/۵۱**	۱/۸۶	-			
	احساس درماندگی و شکست	۱/۹۲**	۰/۳۷	۰/۲۵	۰/۳۲۹	۰/۱۰۸	۱۶/۶۶**
	احساس پیری و بطالت	۰/۹۶*	۰/۳۸	۰/۱۲			
	احساس تلاش و جهت‌گیری جدید	-۰/۷۲*	۰/۳۲	-۰/۱۱			
۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۳ ۱۴ ۱۵ ۱۶ ۱۷ ۱۸	مقدار ثابت	۲۸/۸۸**	۰/۸۹	-	۰/۲۹۳	۰/۰۸۶	۳۷/۸۸**
	احساس درماندگی و شکست	۲/۱۹**	۰/۳۵	۰/۲۹			
	مقدار ثابت	۲۳/۶۹**	۱/۶	-			
	احساس درماندگی و شکست	۱/۷۹**	۰/۳۶	۰/۲۴	۰/۳۴۵	۰/۱۱۹	۲۷/۰۴۵**
	احساس تلاش و جهت‌گیری جدید	-۱/۲۱**	۰/۳۱	۰/۱۸			
	مقدار ثابت	۲۰/۶۶**	۱/۸۸	-			
	احساس درماندگی و شکست	۲**	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۳۷۲	۰/۱۳۸	۲۱/۴۲**
	احساس تلاش و جهت‌گیری جدید	۱/۰۱**	۰/۳۱	-۰/۱۵			
	احساس پیری و بطالت	۱/۱۵**	۰/۳۸	۰/۱۴			
۱۹ ۲۰ ۲۱ ۲۲ ۲۳	مقدار ثابت	۳/۳۷**	۱/۰۲	-	۰/۴۷	۰/۲۲۱	۱۲۰/۸۸**
	احساس درماندگی و شکست	۴/۵۲**	۰/۴۱	۰/۴۷			
	مقدار ثابت	۷/۳۸**	۱/۸۷	-			
	احساس درماندگی و شکست	۴/۲۵**	۰/۴۲	۰/۴۴	۰/۴۸۳	۰/۲۳۳	۶۴/۴۹**
	احساس تلاش و جهت‌گیری جدید	-۰/۹۵*	۰/۳۷	-۰/۱۱			
۲۴ ۲۵ ۲۶ ۲۷ ۲۸	مقدار ثابت	۲/۳۲**	۰/۸۹	-	۰/۴۵۶	۰/۲۰۸	۱۱۲/۹۸**
	احساس درماندگی و شکست	۳/۷۹**	۰/۳۵	۰/۴۵			
	مقدار ثابت	۶/۶۱**	۱/۶۳	-			
	احساس درماندگی و شکست	۳/۵**	۰/۳۷	۰/۴۲	۰/۴۷۵	۰/۲۲۶	۶۲/۴۸**
	احساس تلاش و جهت‌گیری جدید	-۱/۰۱**	۰/۳۳	۰/۱۳			

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

احساس درماندگی و شکست، با ضریب بتای استاندارد ۰/۴۵، ۲۰/۸ درصد از واریانس افسردگی را تبیین نموده است. در گام دوم به احساس درماندگی و شکست (با ضریب بتای استاندارد ۰/۴۲)، احساس تلاش و جهت‌گیری جدید (با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۳) افزوده شده و توان تبیین واریانس افسردگی را به ۲۲/۶ درصد رسانده است. در مجموع براساس آنچه که در جدول ۲ ارائه شده، معادله پیش‌بینی هر یک از ابعاد سلامت عمومی از طریق مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی در گام آخر رگرسیون‌های گام به گام انجام شده به شرح زیر است.

$$\begin{aligned} & (\text{احساس تلاش و جهت‌گیری جدید}) - 0.072 - (\text{احساس پیری و بطالت}) + 0.096 + (\text{احساس درماندگی و شکست}) + 1.092 + 11.051 = \text{نشانه‌ها و شکایات جسمانی} \\ & (\text{احساس پیری و بطالت}) + 1.115 + (\text{احساس تلاش و جهت‌گیری جدید}) - 1.01 - (\text{احساس درماندگی و شکست}) + 2 + 20.66 = \text{اضطراب و بی‌خوابی} \\ & (\text{احساس تلاش و جهت‌گیری جدید}) + 0.095 - (\text{احساس درماندگی و شکست}) + 4.25 + 7.38 = \text{نارسایی عملکرد اجتماعی} \\ & (\text{احساس تلاش و جهت‌گیری جدید}) - 1.01 - (\text{احساس درماندگی و شکست}) + 3.05 + 6.61 = \text{افسردگی} \end{aligned}$$

به مخاطره افکنند. این نظر نیز با یافته‌های این پژوهش همسویی نشان می‌دهد. محتوای درماندگی و شکست و پیری و بطالت، حول محور ناامیدی، یأس، بی‌ثمر بودن و مواردی از این دست دور می‌زند. ماهیت همه این موارد روانی است (۱۶).

بدین معنی که در فضای ذهنی و شناختی بازنشستگان نظیر یک آوای درونی، دائم شرایط روانی و بدنبال آن جسمی افراد بازنشسته، بویژه بازنشستگان سالمند را زیر سلطه خود می‌گیرد. واریس مهم‌ترین مکانیسم مطرح در اثرگذاری نشانگان بازنشستگی را تجربه هیچ بودن و به جای گذاشتن ارث و اثر از خود می‌داند. بر این پایه ملاحظه می‌شود که احساس درماندگی و شکست و پیری و بطالت، همسویی قابل توجه با این دو مکانیسم (هیچ بودن و ارث و اثر از خود به جای گذاشتن) دارند (۱۶). به همین جهت می‌توان گفت که هر چه سالمندان بازنشسته بیشتر بر درماندگی و شکست و سپس پیری و بطالت تمرکز نمایند، به همان میزان شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی بعنوان نشانه‌های افت سلامت عمومی در آنها تشدید می‌شود.

از لحاظ منطقی نیز احساس درماندگی و شکست و پیری و بطالت، تناسبی با سلامتی روانی و جسمی ندارند، بلکه درون‌مایه اصلی آنها بیماری، ناتوانی، به پایان خط رسیدن و درماندگی است. اما در کنار این یافته، اینکه احساس تلاش و جهت‌گیری جدید می‌تواند باعث شود تا سالمندان بازنشسته

در ردیف‌های ۱۹ تا ۲۳ جدول ۳ نشان داده شده که در گام اول، احساس درماندگی و شکست با ضریب بتای استاندارد ۰/۴۷، ۲۲/۱ درصد از واریانس نارسایی عملکرد اجتماعی را تبیین نموده است. در گام دوم به احساس درماندگی و شکست (با ضریب بتای استاندارد ۰/۴۴) احساس تلاش و جهت‌گیری جدید، با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۱- افزوده شده و توان تبیین واریانس نارسایی عملکرد اجتماعی را به ۲۳/۳ درصد رسانده است. از این مقدار، ۱/۲ درصد واریانس انحصاری افزوده به احساس تلاش و جهت‌گیری جدید اختصاص دارد. بالاخره در ردیف‌های ۲۴ تا ۲۸ جدول ۳ نشان داده شده که در گام اول،

بحث

شواهد حاصل از این پژوهش از نقش برخی مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی برای سلامت عمومی سالمندان بازنشسته (نشانه‌ها و شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی) حمایت لازم را بعمل آورد. براساس نتایج ارائه شده در جدول ۲، احساس درماندگی و شکست و احساس پیری و بطالت دو مؤلفه‌ی نشانگان بازنشستگی بودند که بر نشانه‌ها و شکایات جسمانی نقش منفی و در مقابل احساس تلاش و جهت‌گیری جدید بر نشانه‌ها و شکایات جسمانی دارای نقش مثبت بود. برای سه مؤلفه‌ی دیگر سلامت عمومی، یعنی اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی نیز احساس درماندگی و شکست دارای نقش مثبت و در مقابل احساس تلاش و جهت‌گیری جدید دارای نقش منفی بود.

آنچه که از خلال یافته‌ها محرز است، این حقیقت است که در درجه اول احساس درماندگی و شکست و سپس احساس پیری و بطالت نقش به‌سزایی در افزایش شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی بازنشستگان سالمند دارد. این یافته‌ها بطور ضمنی با آنچه در نمونه تحقیقات داخلی (۱ و ۱۷) و خارجی (۱۵ - ۳) اشاره شده همسویی نسبی نشان می‌دهد. در عین حال واریس که خود مطرح‌کننده نشانگان بازنشستگی است نیز بر این باور است که این نشانگان و مؤلفه‌های مطرح آن می‌توانند سلامت عمومی افراد بازنشسته را

از لحاظ کاربردی سازی یافته‌های این پژوهش، تعدادی از سالمندان بازنشسته درماندگی، شکست، پیری و بطالت را بطور جدی تجربه می‌کنند (۲۱ و ۲۲) لذا نیازمند یاری‌رسانی از طریق مشاوره و راهنمایی هستند. بویژه در مشاوره و راهنمایی این سالمندان بازنشسته، باید بر تلاش و جهت‌گیری‌های فعالیتی و کاری جدید تمرکز شود. این مهم را می‌توان از طریق دفاتر یاری‌رسانی در کانونهای بازنشستگی یا تشکیل انجمن‌های گمنام بازنشستگی و با استفاده از بازنشستگان و سالمندان موفق که با استفاده از تلاش و جهت‌گیری جدید از نظر سلامت روانی و جسمی در شرایط بهتری بسر می‌برند، میسر ساخت. از طرف دیگر لازم است پژوهشگران علاقه‌مند، نقش مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی را بر سلامت روانی و جسمی سالمندان بازنشسته بصورت مجزا بررسی نمایند، تا از این طریق دانش مربوط به نقش مؤلفه‌های نشانگان بازنشستگی بر سلامت جسمی و روانی بازنشستگان سالمند بطور واضح‌تری مشخص گردد. در پایان نیز باید توجه داشت که بازنشستگان گروه نمونه این پژوهش عموماً از کانونهای بازنشستگی شهر اصفهان بوده‌اند. لذا ممکن است در مناطق دیگر تفاوت‌هایی وجود داشته باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی مسئولان و بازنشستگان محترمی که با همکاری صمیمانه خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم ساختند تشکر و قدر دانی نموده و از خداوند متعال سعادت و بهروزی را برای این عزیزان طلب می‌نمایم.

نشانه‌های افت سلامتی عمومی را کمتر تجربه کنند، دارای تلویحات پژوهشی و کاربردی قابل توجهی است. در درجه اول، تلاش و جهت‌گیری جدید، می‌تواند بخشی از اثرات احساس پیری و بطالت و درماندگی و شکست را بر شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی را از میان ببرد. دلیل نظری این امر این است که تلاش و جهت‌گیری جدید بعنوان مؤلفه‌ی مثبت نشانگان بازنشستگی، موجبات انگیزه، تلاش و امید را در افراد فراهم می‌آورد (۱، ۱۶ و ۲۰). این انگیزه بخشی، تلاش و امید بطور منطقی باعث می‌شود تا از تسلط درماندگی و شکست بر فضای روانی و ذهنی سالمندان بازنشسته جلوگیری شود. این بازاریاری به این دلیل است که احساس تلاش و جهت‌گیری جدید با درماندگی و شکست و پیری و بطالت ناهماهنگ و در تضاد است. بنابراین بنظر می‌رسد که با نیرومند شدن احساس تلاش و جهت‌گیری جدید کاری و فعالیت، عاقبت درماندگی، شکست، پیری و بطالت تضعیف و از این طریق از اثرات منفی آنها بر سلامت عمومی سالمندان بازنشسته کاسته می‌شود.

نتیجه‌گیری

چند نتیجه‌گیری و پیشنهاد کاربردی پایانی بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان مطرح کرد. در درجه اول اینکه تسلط احساس درماندگی، شکست و پیری و بطالت بر فضای روانی و ذهنی بازنشستگان بعد از دوران بازنشستگی در گروهی از بازنشستگان بعنوان دو مؤلفه از نشانگان بازنشستگی قابل توجه و تأمل است.

REFERENCES

منابع

1. Bozorgmehri K. Assessment the retirement and beginning to retirement syndrome and relation between beginning retirement syndrome with workaholism in Esfahan city. [MA Thesis]. Esfahan, Islamic Azad University (Khorasgan Branch); 2007.
2. Alikhani V. Senile from different viewpoints. Tehran: Organization of Parents & Teachers Association Press; 2002.
3. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113(5):372-87.
4. Zhan Y, Wang M, Liu S, Shultz KS. Bridge employment and retirees' health: A longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology* 2009; 14(4):374-389.
5. Christ SL, Lee DJ, Fleming LE, LeBlanc WG, Arheart KL, Chung-Bridges K, Caban AJ, McCollister KE. Employment and occupation effects on depressive symptoms in older Americans: Does working past age 65 protect against depression? *The Journal of Gerontology B: Psychological Science and Social Science* 2007; 62(6):S399-S403.
6. Tokuda Y, Ohde S, Takahashi O, Shakudo M, Yanai H, Shimbo T, Fukuhara S, Hinohara S, Fukui T. Relationships between working status and health or health-care utilization among Japanese elderly. *Geriatrics & Gerontology International* 2008; 8(1):32-40.
7. Choi NG, Bohman TM. Predicting the changes in depressive symptomatology in later life: How much do changes in health status, marital and caregiving status, work and volunteering, and health-related behaviors contribute? *Journal of Aging Health* 2007; 19(1):152-77.
8. Butterworth P, Gill SC, Rodgers B, Anstey KJ, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social Science and Medicine* 2006; 62(5): 1179-1191.
9. Lum TY, Lightfoot E. The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on Aging* 2005; 27(1):31-55.
10. Butterworth P, Gill SC, Rodgers B, Anstey KJ, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social Science and Medicine* 2006; 62(5):1179-1191.
11. Cahill KE, Giandrea MD, Quinn JF. Retirement patterns from career employment. *The Gerontologist* 2006; 46(4):514-523.
12. Costa DL. Health and labor force participation of older men 1900-1991. *The Journal of Economic History* 1996; 56(1):62-89.
13. Shultz KS, Wang M. The influence of specific physical health conditions on retirement decisions. *The International Journal of Aging and Human Development* 2007; 65(2):149-161.
14. McGarry K. Health and retirement: Do changes in health affect retirement expectations? *Journal of Human Resources* 2004; 39(4) : 624-48.
15. Zhan Y, Wang M, Liu S, Shultz KS. Bridge employment and retirees health: A longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology* 2009; 14(4):374-389.
16. Varies MK. The retirement syndrome: The psychology of letting go. *European Management Journal* 2003; 21(6):707-716.
17. Bozorgmehri K, Golparvar M, Nouri, A. Construction and validation of beginning to retirement syndrome scale among beginning to retirees in Esfahan city. *Knowledge & Science in Applied Psychology* 2009; 9(34):93-16.
18. Golparvar M, Khaksar S. General health of students as a function of religious orientation, religiosity and distributive and procedural just world beliefs. *Biquarterly Journal of Studies in Islam & Psychology* 2009; 3(4):43-65.
19. Bidewell J, Griffin B, Hesketh B. Timing of retirement, including a delay discounting perspective in retirement models. *Journal of Vacation and Behavior* 2005; 68(2): 368-387.
20. Warr P, Butcher V, Robertson I, Callinan M. Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference. *British Journal of Psychology* 2004; 95(3):297-324.
21. Garcia C, Gonzalez N, Manzano L. Influence of level of activity performance and cognitive plasticity in elderly persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007; 45(3):307-318.

22. Van Solinge H. Health change in retirement: A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Research on Aging* 2007; 29(3):225-256.
23. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research methods in behavioral sciences*. Tehran:Agah Publication;1997.
24. Hassanzadeh R. *Research methods for behavioral sciences*. Tehran:Savalan Press,2004.
25. Golparvar M , Molavi H. Psychological characteristics and marital relations compared in addicts and non addicts spouses. *Danesh va Pazhouhesh* 2001; 2(7):1-21.