

به نام حضرت دوست

۹۶۷۹۰

دانشگاه پیام نور مرکز تهران

دانشکده علوم انسانی

گروه روانشناسی

مقایسه تفکر منطقی و کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان با سالمندان ساکن منزل

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی

کتابخانه اساتید و دانشجویان
گروه روانشناسی

مؤلف: سیمین داور

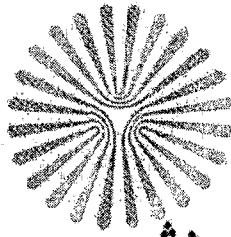
۱۳۸۷ / ۲ / ۲۹

استاد راهنما: دکتر احمد علیپور

استاد مشاور: دکتر علی دلاور

دی ماه ۱۳۸۵

۹۶۷۹۰



دانشگاه پیام نور

تصویب نامه

پایان نامه تحت عنوان:

{رابطه ای بین تفکر منطقی و کیفیت زندگی سالمندانی که تا بحال حداقل پنج سال در یکم از خانه های سالمندان شهر تهران ساکن بوده اند} .

نمره: ۱۹/۲۵ درجه: نقره و برنج

تاریخ دفاع ۸۵/۱۲/۱۷

اعضای هیات داوران:

امضاء هیات داوران

نام و نام خانوادگی

استاد راهنما

۱- آقای دکتر احمد علی پور

استاد مشاور

۲- دکتر علی دلاور

استاد داور

۳- آقای دکتر علیرضا آقا پور سفی

روان شناس بالین

شماره نظام ۶۳۱۶۶۵

نماینده گروه

۴- آقای دکتر احمد علی پور

تقدیم به :

نازنین مادر مهربانم

پیرمراد پدر بزرگوارم

تشکر و قدردانی

پروردگار را سپاس می گزارم که توفیق انجام این پژوهش را برایم فراهم ساخت . برعهده خویش می دانم مراتب سپاس و تشکر فراوان را نثار سروران فرزانه و ارجمندی کنم که در به ثمر رساندن این تحقیق مرا یاری نمودند .

- استاد بزرگوار جناب آقای دکتر احمد علی پور که هماهنگی های لازم را برای انجام این تحقیق فراهم نمودند و در تمامی مراحل کار از راهنمایی های ارزنده ایشان بهره مند شدم .

- استاد عالیقدر جناب آقای دکتر علی دلاور که با سعه صدر و نظری بلند در هدایت این پژوهش عنایت فراوان مبذول داشتند و با پیشنهادهای ارزنده و گرانبها بر کیفیت پژوهش افزودند .

- استاد بزرگوار جناب آقای دکتر علیرضا آقا یوسفی که از نظرات و راهنمایی های ارزنده ایشان در مقام استاد داور سود بردم .

همچنین از مسئولین محترم خانه های سالمندان حضرت مریم و کهریزک برای همکاری صمیمانه تشکر نموده و مراتب قدردانی خالصانه خود را از کلیه سالمندان معزز و محترمی که از همکاری ایشان بهره مند شدم ابراز می دارم واز پروردگار بزرگ برای ایشان سعادت و عزت آرزو می نمایم .

فهرست مطالب

صفحه

فصل اول: مقدمه

- ۱-۱ مقدمه ۱۳
- ۲-۱ بیان مساله ۱۷
- ۳-۱ سوال های تحقیق ۲۲
- ۴-۱ هدف تحقیق ۲۳
- ۵-۱ اهمیت موضوع مورد پژوهش ۲۴
- ۶-۱ فرضیه ها ۲۶
- ۷-۱ تعاریف اصطلاحات ۲۷

فصل دوم: ادبیات پژوهش

- ۱-۲ سالمندی ۳۱
- ۱-۱-۲ نظریه های جامعه شناختی ۳۴
- ۲-۱-۲ نظریه های روان شناختی ۳۶
- ۳-۱-۲ نظریه های زیست شناختی ۳۷
- ۴-۱-۲ مشکلات جسمی دوران سالمندی ۴۴
- ۲-۲ خانه سالمندان ۴۸
- ۳-۲ تفکر ۵۲

- ۵۳..... ۱-۳-۲ اشکال و طبقه بندی های فکر
- ۵۹..... ۲-۳-۲ سلامت فکر
- ۶۰..... ۳-۳-۲ اختلال فکر
- ۶۲..... ۴-۳-۲ شرح حال و تاریخچه تحول فکر ایس
- ۶۳..... ۵-۳-۲ نظریه شناختی ایس
- ۶۴..... ۶-۳-۲ شیوه درمان عقلانی - عاطفی
- ۶۸..... ۷-۳-۲ ماهیت انسان از دیدگاه ایس
- ۷۳..... ۸-۳-۲ انواع تفکرات غیرمنطقی
- ۷۸..... ۹-۳-۲ تفکر در سالمندی
- ۷۹..... ۴-۲ کیفیت زندگی
- ۹۰..... ۵-۲ پیشینه تحقیق

فصل سوم : روش پژوهش

- ۹۵..... ۱-۳ جامعه آماری
- ۹۵..... ۲-۳ روش نمونه گیری
- ۹۶..... ۳-۳ ویژگی های آزمودنی ها
- ۹۷..... ۴-۳ متغیرهای مورد پژوهش
- ۹۸..... ۵-۳ ابزار اندازه گیری و نحوه اجرا و ارزشیابی آن
- ۱۰۱..... ۶-۳ طرح تحقیق
- ۱۰۱..... ۷-۳ ملاحظات اخلاقی

۱-۴ تجزیه و تحلیل داده ها ۱۰۳

جدول ها

- جدول ۱-۴ کیفیت زندگی مردان ساکن خانه سالمندان ۱۰۴
- جدول ۲-۴ کیفیت زندگی زنان ساکن خانه سالمندان ۱۰۵
- جدول ۳-۴ کیفیت زندگی زنان ساکن منزل ۱۰۶
- جدول ۴-۴ کیفیت زندگی مردان ساکن منزل ۱۰۷
- جدول ۵-۴ تفکر زنان ساکن خانه سالمندان ۱۰۸
- جدول ۶-۴ تفکر مردان ساکن خانه سالمندان ۱۰۹
- جدول ۷-۴ تفکر زنان ساکن منزل ۱۱۰
- جدول ۸-۴ تفکر مردان ساکن منزل ۱۱۱
- جدول ۹-۴ میانگین کیفیت زندگی سالمندان ۱۱۲
- جدول ۱۰-۴ میانگین تفکر منطقی سالمندان ۱۱۳
- جدول ۱۱-۴ میزان F کیفیت زندگی سالمندان ۱۱۴
- جدول ۱۲-۴ میزان F تفکر منطقی سالمندان ۱۱۵
- جدول ۱۳-۴ رابطه کیفیت زندگی و تعداد فرزندان ۱۱۶
- جدول ۱۴-۴ رابطه تفکر منطقی و تعداد فرزندان ۱۱۶

نمودارها

- نمودار ۱-۴ کیفیت زندگی سالمندان ۱۱۷
- نمودار ۲-۴ تفکر منطقی سالمندان ۱۱۸
- نمودار ۳-۴ مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ۱۱۹

نمودار ۴-۴ مقایسه تفکر منطقی سالمندان ۱۲۰

فصل پنجم: نتیجه گیری و بیان پیشنهادها و محدودیت ها

۱-۵ نتیجه گیری و بیان پیشنهادها ۱۲۲

۲-۵ پیشنهادها ۱۲۷

۳-۵ پیشنهادها برای پژوهش های بعدی ۱۳۰

۴-۵ محدودیت ها ۱۳۰

پیوست شماره یک: پرسش نامه ATIB ۱۳۲

پیوست شماره دو: پرسش نامه لیپاد ۱۳۸

فهرست منابع ۱۴۴

چکیده

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی از نوع مقطعی است که به منظور مقایسه تفکر منطقی و کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان با سالمندان ساکن منزل در تهران در سال ۱۳۸۵ انجام شده است .

جامعه پژوهش در این مطالعه ، سالمندان ساکن خانواده و ساکن خانه های سالمندان شهر تهران می باشند ، که با نمونه گیری تصادفی براساس معیار پژوهش به تعداد ۱۱۰ نفر که ۵۵ نفر از ساکنین خانه های سالمندان و ۵۵ نفر از ساکنین منزل انتخاب گردیده اند . جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان و تست تفکرات منطقی که پایایی و روایی آن ها تأیید گردیده استفاده شده است . یافته های بدست آمده از تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه و ضریب همبستگی نشان دادند :

- کیفیت زندگی سالمندان ساکن منزل (میانگین ۸۳/۴۹) بهتر از کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان (میانگین ۶۹/۸۹) می باشد .

- تفکر منطقی سالمندان ساکن منزل (میانگین ۲۳/۱۶) بهتر از تفکر منطقی سالمندان ساکن خانه سالمندان (۲۶/۶۴) می باشد . لازم به ذکر است که نمره بالا در تست تفکرات نشان دهنده تفکرات غیرمنطقی بالا می باشد .

- تعامل معنا داری بین متغیر جنسیت و متغیر محل سکونت ($F_{AB}=0.02$) در تبیین کیفیت زندگی سالمندان وجود ندارد .

- کیفیت زندگی مردان سالمند (میانگین ۸۱/۲۳) بهتر از کیفیت زندگی زنان سالمند (میانگین ۷۲/۶۲) می باشد .

- تفکر منطقی مردان سالمند (میانگین ۲۱/۹۰) بهتر از تفکر منطقی زنان سالمند (میانگین ۲۷/۵۹) می باشد .

- تعامل معنا داری بین متغیر جنسیت و متغیر محل سکونت ($F_{AB} = ۰/۷۳$) در تبیین تفکر منطقی سالمندان وجود ندارد.

- ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان با کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان (ضریب همبستگی ۰/۰۲۵) نشان داده نشد .

- ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان با تفکر منطقی سالمندان ساکن خانه سالمندان (ضریب همبستگی -۰/۰۳۴) نشان داده نشد .

واژگان کلیدی : سالمند - خانه سالمندان - تفکر منطقی - کیفیت زندگی

فصل اول

ارادتی بنما تا سعادتت ببری

طفیل هستی عشقند آدمی و پری

در بولوار حکیم زاده در نزدیکی درب ورودی خانه سالمندان تابلویی نصب شده است بدین مضمون "عشق اینجاست تو کجایی؟؟". آنتونی رابینز^(۱) درباره قدرت سوال^(۲) و تاثیر آن بر ما بسیار سخن می گوید.

آری عشق را به فراموشخانه سپرده ایم تا آدمی چند به روزمرگی زودگذر دنیا دل مشغول شویم و فراموش کنیم آینده را پیری، تنهایی و عشق را. آیا نیندیشیدن به آینده ای مبهم و انکار آن تغییری در طبیعت ایجاد می کند.

تغییر و دگرگونی از خصایص ماده و حیات است که دامنه ی آن سراسر عالم طبیعت را فرا گرفته و همه موجودات را تحت تاثیر و نفوذ خود قرار می دهد.

قانون آفرینش این است که هر پدیده ای از عمری محدود بهره مند گردد. انسان به عنوان پدیده ای از این جهان و دارای ترکیباتی از عناصر این کره نمی تواند از این قانون دور و برکنار باشد. از آغاز تشکیل و تکوین جنین سیری به سوی تحول و رشد دارد و این سیر را هم چنان تا تولد و پس از آن تا دوران میانسالی ادامه می دهد. پس از این سن تدریجا مرحله سرایشی و سقوط را طی می کند تا روزی که به مرحله پیری و کهولت برسد و بیماری ها بر او هجوم آورند و ضعیفش سازند و به دیار دیگر رهسپارش سازند (قائمی، ۱۳۶۹).

1)Antony Robins 2)Power of question

پیری عبارتست از اضمحلال تدریجی در ساختمان ارگانیک که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می آید (شعاعی و همکاران ، ۱۳۸۱).

معمولا سالمندی را سنین بالاتر از ۶۰ سال می نامیم ولی حقیقت آن است که تعیین مرز مشخص سالمندی و خاتمه جوانی تا حدی مشکل است (استورز ، ۱۹۸۹).

آمارهای ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی بیانگر آن است که از آغاز قرن بیستم تا کنون در سراسر دنیا نزدیک به سه دهه به امید زندگی در هنگام تولد افزوده شده است (کالاک ، ۱۹۹۹).

عمر دراز خود نعمتی بزرگ از سوی پروردگار برای کسب دلایل و امکانات رشد و تجربه و پختگی و کمال است . باید سعی ها متوجه آن باشد که بر عمر آدمی افزوده شود تا در این مزرعه زندگی توشه ای بیشتر برای آن سرای فراهم کند و در عین حال برای جامعه انسانی فردی مفیدتر باشد (دوبوار ، ۱۳۶۷).

با افزایش جمعیت سالمندان ، مساله نگهداری ، تامین آسایش و رفاه آنان در جامعه ، هر روز ابعاد جدید و گسترده تری پیدا می کند . این جمعیت از جهات مختلف جسمی ، روانی ، اجتماعی ، اقتصادی و فرهنگی به طور مستمر و روزافزونی نیاز به مراقبت و نگهداری دارند (شاملو ، ۱۳۶۴).

دلاور و همکاران (۱۳۷۹) در یافته های تحقیق خود نشان داده اند که ۶۶ تا ۷۲ درصد از سالمندان زن و مرد در شهرها از کمک ها و حمایت هایی توسط همسر و فرزندان و اقوام برخوردارند که عمده این کمک ها در مردان سالمند از طرف همسرانشان و در زنان سالمند از طرف فرزندانشان می باشد . هم چنین حدود یک سوم از سالمندان مقیم خانواده شهری هیچ کمکی را از دیگران دریافت نمی کرده اند (دلاور و همکاران ، ۱۳۷۹).

بسیاری از سالمندان مواجه با ابتلائات و دشواری هایی هستند و بیمارند . پرستاری و مراقبت از آن ها کاری سخت و دشوار است ، امر و نهی آن ها و بهانه گیری برخی از آنان دشواری آفرین است . وجودشان در خانه سبب مزاحمت است پس برای دستیابی به یک زندگی راحت ، خانه باید از وجود آنان خالی گردد (قائمی ، ۱۳۶۶).

عدم پذیرش سالمند در خانواده منجر به رشد آسایشگاه های سالمندان گردیده است (هرو آبادی، ۱۳۷۲).

خانه سالمندان به صورت وشکل جدیدش ره آوردی از غرب و حاکی از عدم احساس مسئولیت نسبت به انسان ها و ارزشهای اوست که با معیارهای اخلاقی و فرهنگی کشور ما کاملا متفاوت است (شجری، ۱۳۷۳).

با توجه به تحقیقات انجام شده، به نظر می آید که نبود استقلال، خودمختاری و کنترل درانجام فعالیت های روزانه منجر به زوال و کاهش سریع سطح هشیاری و فعالیت سالمندان می شود و احساس بی یابوری و کاهش اعتماد به نفس و غیر فعال و کند شدن آن ها می شود و بدین ترتیب انگیزه زندگی کردن را از دست می دهند و دچار اختلالات شناختی، افسردگی و ناامیدی می گردند، محیط خانه سالمندان مسئول ایجاد چنین اختلالاتی است (نیک روان مفرد، ۱۳۷۸).

در زمان تحقیق حدود ۳۰۰ نفر از ۱۴۴۶ نفر (۵۰۹ مرد و ۹۳۷ زن) سالمند مقیم خانه سالمندان کهریزک دچار مشکلات شناختی شدید بودند و تعداد بسیاری از آنان قادر به درک سوالات تست تفکر منطقی پژوهش نبودند. در واقع طرز تفکر، تمام ابعاد زندگی را تحت الشعاع قرار می دهد. کارشناسان بهداشت جهانی سلامت فکر را این گونه تعریف می کنند: سلامت فکر عبارتست از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب (میلانی فر، ۱۳۷۰).

آلبرت ایس معتقد است: انسان ها از طریق فکر کردن احساسات خود را به وجود می آورند، فلسفه باورها و اعتقادات مردم در مورد تجاربشان، اثر عمیق تری بر احساسات و رفتار آن ها خواهد داشت تا خود تجارب، یک فکر منطقی حقیقت دارد، مطابق با واقعیت است، صرف نظر از اینکه مطلوب یا نامطلوب باشد. تفکر منطقی انسان را به طرف سلامتی روانی سوق می دهد و کمک می کند که انسان بتواند با حوادث سر و کار داشته باشد و از عهده آن برآید (آرین، ۱۳۷۲).

کیفیت زندگی رویکرد معتبری را برای بسط تعریف سلامتی از طریق لحاظ نمودن حیطه های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فراهم می آورد (دروناکسی و ایونز، ۲۰۰۱).

در بین جمعیت سالمندان فرض بر این است که سطح سلامتی یا بیماری می تواند اثر قابل ملاحظه ای بر روی کیفیت زندگی داشته باشد. به طور کلی چهار عامل: تماس اجتماعی بیشتر، رضایت فرد از سلامتی، آسیب پذیری کم در سطح فردی و حوادث استرس زا کمتر در طی سه سال گذشته در ارتقای پیری موفقیت آمیز که می تواند به عنوان کیفیت زندگی بالا در نظر گرفته شود موثر شناخته شده اند (چاپ و رابنت، ۱۹۹۹).

کیفیت زندگی سالمندان بستگی به زمینه یا شرایطی دارد که این افراد در آن زندگی می کنند. اجزای کیفیت زندگی بستگی به شیوه زندگی (درخانه یا مراکز نگهداری سالمندان) و شرایط فردی (سن و جنس) دارد. عقیده کلی بر این است که سالمندانی که در خانه های سالمندان زندگی می کنند (چه خصوصی، چه دولتی) دارای کیفیت زندگی پایین تری نسبت به آن هایی هستند که در خانه ی خود زندگی می کنند. از این رو کاملاً ضروری به نظر می رسد که نگاهی به کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منزل داشته باشیم (فرناندز - بالستروز، ۱۹۹۴).

همچنین براساس نظریه آلبرت الیس می توانیم به بررسی تاثیر تفکرات منطقی و غیرمنطقی بر روی

کیفیت زندگی سالمندان ساکن منزل و ساکن خانه ی سالمندان بپردازیم.

سالمندی یک فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در برمی گیرد. گذشت عمر را نمی توان متوقف کرد ولی می توان با به کارگیری روش ها و مراقبت های مناسب از اختلالات و معلولیت های سالمندی پیشگیری نمود و یا آن را به تعویق انداخت تا بتوان از عمر طولانی همراه با سلامت و رفاه که همواره هدف و آرزوی بشر بوده است، بهره مند شد (پارک و پارک، ۱۳۸۱).

اصطلاحاتی مانند سالمند، سالخورده و پیر و نظایر آن در مورد کسانی به کار برده می شود که ۶۰ سال یا بیشتر از سن آن ها گذشته باشد ولی بطور کلی پیری یک امر نسبی است (قدیمی ذاکر، ۱۳۷۴). پیری ممکن است به آهستگی یا با سرعت، تدریجی یا ناگهانی فرا برسد. به نظر می رسد بعضی افراد موقرانه و حتی به زیبایی به سوی پیری گام برمی دارند. در حالی که برخی دیگر در اثر واقعه ای ناگوار، خواه واقعی و خواه تصویری، ناگهان پیر می شوند. پیری بی توجه به اینکه چگونه فرا می رسد غیرقابل اجتناب و سرنوشت همگان است. پدیده پیری فصل مشترک تمام موجودات زنده است که در تمام دوران حیات رشد می کنند. در انسان سه نوع سن شرح داده شده است:

- ۱- سن زمانی (قانونی) که براساس تقویم مشخص می شود.

- ۲- سن فیزیکی (جسمی) که برحسب تحولات بدنی انسان تعیین می شود.

- ۳- سن روانی که برحسب هوش، عواطف و احساسات و سایر عوامل روانی تعیین می شود (مجیدی، ۱۳۶۷).

پیشرفت هایی که در زمینه های مختلف به ویژه بهبود تغذیه، کنترل بیماری های عفونی و سالم سازی محیط حاصل شده، سبب گردیده که انسان عمر بیشتری داشته باشد به طوری که امروزه متوسط عمر در بیشتر کشورها به سنین بالای ۶۰، ۷۰ سال رسیده و تعداد افراد سالخورده در همه جا رو به افزایش گذاشته است. به عنوان مثال در سال ۱۹۰۰ در ایالات متحده امریکا ۲/۵ میلیون نفر در گروه سنی بالاتر

از ۶۵ سال قرار داشتند یعنی ۴/۱ درصد کل جمعیت کشور. در سال ۱۹۸۰ این جمعیت به ۲۵/۵ میلیون نفر رسیده که ۱۱/۳ درصد کل جمعیت کشور می باشد (باجفلی ، ۱۳۷۸).

آمارهای مرکز آمار ایران نشان می دهد که از سال ۱۳۶۵ تا سال ۱۳۷۵ جمعیت سالمندان از ۱۲۸ ۱۵۰۳ نفر بوده به / ۳۷۶ ۲۵۹۴ نفر رشد داشته است (حیدرنیا ، ۱۳۷۸).

با توجه به آمار ذکر شده در سطح جهان و ایران پی می بریم که افزایش سریع تعداد سالمندان متضمن پی آمدهای متعددی است (کینسلا ، ۱۳۷۵).

مشکل سالمندان تنها در بالا رفتن سن و سال آن ها نیست ، بلکه مشکلات اصلی سالمندان علیی ، ناتوانی و متکی بودن نسبی به دیگران و اجتماع است ، زیرا بالا رفتن میزان درماندگی و احتیاج ، موجب ازدیاد نیاز جامعه نه تنها خدمات مراقبت و پرستاری در منازل می گردد ، بلکه لزوم احتمال دادن بخشی در بیمارستان را برای مراقبت و پرستاری از سالمندان بیمار را ایجاب می کند (مجیدی ، ۱۳۶۷).

اگرچه سالمندان تصور می کنند که از سلامتی خوبی برخوردارند اما از هر ۵ نفر ، ۴ نفر آن ها حداقل مبتلا به یک بیماری مزمن می باشند . در دوران پیری حالات حاد کمتر بروز می کند در حالی که بیماری های مزمن بیشتر شایع هستند (برونر و سودارت . ۱۹۹۶).

تغییرات جسمی کهنسالان به طور عمومی یک حالت خستگی پذیری به وجود می آورد ، که هیچ کس از آن در امان نیست . میان کهنسالی و بیماری یک رابطه متقابل وجود دارد . بیماری به کهنسالی شتاب می بخشد . کهنسالان معمولا گرفتار آسیب های چند گانه و مزمن می شوند (دوبوار ، ۱۳۶۷).
عمده ترین بیماری های سالمندان عبارت از : امراض قلبی - عروقی ، سرطان ، بیماری های دستگاه گوارش ، پروستات (درمردان) و برخی امراض عفونی مثل آنفولانزا و پنومونی (ذات الریه) می باشند (فقیهی ، ۱۳۷۸).

پیشرفت فرایند بیماری ، استقلال و کیفیت زندگی فرد را به وسیله کند کردن انجام مراقبت های شخصی به خطر می اندازد (برونر و سودارت ، ۱۹۹۶). سالمندان برای انجام کارهای روزانه خود از

قبیل رفت و آمد، خرید تهیه غذا و... نیاز به مراقبت و نگهداری داشته و از طرفی پیوند های عاطفی و وابستگی خانواده استحکام خود را از دست داده است و وجود پدربزرگ ها و مادر بزرگ ها در خانواده در کنار فرزندان به عنوان عامل مزاحم و سبب ایجاد فشارها و ناراحتی هایی در خانواده گردیده است (شجری، ۱۳۷۳).

در حقیقت این تحول جمعیت و نوع زندگی اجتماعی در جوامع کنونی سبب شده که تعداد کمتری از اعضای خانواده بتوانند از سالمندانشان نگهداری نمایند، که این امر سبب تشکیل و بوجود آمدن خانه های سالمندان شده است (هروی کریموی، ۱۳۷۶).

خانه سالمندان مرکزی است که در آن سالمندانی که مشکلات جسمی و روانی داشته باشند و یا به علت مشکلات خانوادگی و نداشتن مسئول به این مراکز انتقال داده می شوند تا مراقبت های لازم به بهترین نحو از آنان به عمل آید (سلامت، ۱۳۸۰). اما سرای سالمندان از نظر افراد سالمند سمبل انزوا و سمبل گویای تمایل جامعه به طرد آنان می باشد (زنجانی، ۳۵۵). طرد سالمندان از سوی خانواده سبب احساس پوچی و ناامیدی در آنان می شود و سالمندان از ادامه زندگی بی علاقه می شوند (قائمی، ۱۳۶۹).

در دوران پیری بسیاری از افراد سالمند به خصوص در کشورهای صنعتی در خانه های سالمندان بسر می برند و قرار گرفتن در خانه سالمندان مسایل و مشکلات روحی و روانی بسیاری برای آن ها فراهم می آورد. مطابق تحقیقات انجام شده توسط گانزینی^(۱) و اسمیت^(۲) (۱۹۹۷)، ده درصد از افراد ساکن خانه سالمندان مبتلا به بیماری یا اختلال روان پزشکی می باشند، که ۲۵ درصد این ۱۰ درصد مبتلا به یک بیماری پسیکوز و اختلال خلق تشخیص داده می شوند. همچنین ۲۵ درصد آنان دچار دمانس یا آلزایمر شناسایی می گردند (شعاری نژاد، ۱۳۶۴).

1) Ganzini 2) Smith

یکی از متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش طرز تفکر می باشد. تفکریا اندیشیدن یکی از مباحث عمده روان شناسی است که به تازگی توجه بسیاری از پژوهشگران و متخصصان مختلف را به خود جلب کرده است (سیف، ۱۳۶۹).

تفکر سالم و منطقی همیشه یک نوع هدفی را در پیش دارد و در سایه چنین تفکری است که شخص به وسیله ی عقاید خویش و به کار بردن تداعی و تجربیات گذشته می تواند مسائل زندگی را به نحوی که با واقعیات محیط تطابق داشته باشد حل و فصل نماید (کرمانی، ۱۳۴۹).

آلبرت آلیس معتقد است که انسان به وسیله اشیاء خارجی مضطرب و آشفته نمی شود، بلکه دیدگاه و تصویری که او از اشیاء دارد موجب نگرانی و اضطراب او می شود. بسیاری از ناراحتی ها و بی نظمی ها در زندگی عاطفی مردم ناشی از عقاید غیرمنطقی هستند که آن ها در مورد خود و جهان پیرامون خود دارند (فلد من، ۱۹۸۷).

تفکر غیر منطقی شامل باورهایی هستند که بر اجبار، الزام و وظیفه تاکید دارند و باعث می شوند فرد مضطرب، غیرعادی شده و شخصیت ناسالمی را کسب نماید (اتکینسون، ۱۳۶۹).

خوشبختی تابع توافق طرز فکر و نیازهای غریزی و امکانات اجتماعی است و می توان گفت کسی خوشبخت است که از سلامت فکر برخوردار باشد. هم چنین سلامت فکر نیز بر سلامت جسمی و روانی فرد و ارتباطات او با دیگران و خود یا محیط زندگی که در اینجا کیفیت زندگی برتر نامیده می شود، اثر می گذارد (ناکاجیما، ۱۳۷۷).

هنکلیف و همکاران (۱۹۹۳) سلامتی را به حالتی اطلاق می کنند که کلیه نیازهای اساسی انسان برآورده شده باشد و یا به عبارت دیگر منابع ضروری زندگی تامین شده باشد. به منظور بررسی سلامتی افراد جامعه می بایست تعریف روشنی از آن ارائه گردد و باید در نظر داشت که سلامتی همیشه یک مفهوم نسبی است. امروزه برای تامین نیازها و ارتقای سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آنان را مورد بررسی قرار می دهند. کیفیت زندگی در حقیقت چکیده ای از کل اهداف مراقبت های بهداشتی بوده و میزان تاثیر سلامتی بر زندگی را بررسی می کند. این بدان معناست که یک مراقبت بهداشتی،