



## Comparison of the general health and happiness of the elderly living in nursing homes, private homes with and without family-based rehabilitation Services

\*Farhad Kahrazei<sup>1</sup>, Azam Akbarizadeh<sup>2</sup>

1- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (**Corresponding Author**)

**Email:** farhad\_kahraz@ped.usb.ac.ir

2- Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

**Received:** 15 January 2020

**Accepted:** 24 February 2020

### Abstract

**Introduction:** Public health and the happiness of the elderly are one of the most important economic, social and health challenges of the twenty-first century due to the phenomenon of increasing their population. This study was conducted with the aim of comparison of the General Health and Happiness of the Elderly Living in Nursing Homes, Private Homes with and without Family-Based Rehabilitation Services.

**Methods:** The method of this descriptive-analytic study. The statistical population of the study consisted of elderly people living in the family, family members under the family rehabilitation scheme and residents of the elderly in Zabol city in 2017 in 90 people. The sample size was 59 people. However, because of the criteria for entering and homogeneity of society, from each elderly group, 30 were selected by gender (15 women and 15 men). The present research tool was the General Health Questionnaire (28 questions form) and the Oxford Happiness Questionnaire. For data analysis and analysis, one-way ANOVA and Tukey's post hoc test were used by SPSS software version 21.

**Results:** There was a significant difference between the elderly living at home and the elderly covered by the plan with the difference of mean (2.47) and ( $P=0.01$ ). But there was no significant difference between the elderly living in the home and the elderly in the nursing home with respect to the ( $P=0.44$ ). In terms of social functioning, there was a significant difference between the elderly living at home and the elderly covered by the plan with a mean difference (3.33) and ( $P<0.001$ ). However, there was no significant difference between the elderly at home and the elderly at home with a significant level ( $P=0.08$ ).

**Conclusions:** Based on the findings of this study, by examining the health of the elderly and their ability to perform their daily activities, health teams and their family members can prevent the progression of their inability to perform life activities and depression.

**Keywords:** Aged, Happiness, Health, Family, Rehabilitation.

## مقایسه سلامت عمومی و شادکامی سالمندان ساکن در سرای سالمندان، خانه‌های شخصی بهره‌مند و فاقد از خدمات توانبخشی مبتنی بر خانواده

\*فرهاد کهرزائی<sup>۱</sup>، اعظم اکبری زاده<sup>۲</sup>

۱- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)  
ایمیل: farhad\_kahraz@ped.usb.ac.ir

۲- گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** سلامت عمومی و شادکامی سالمندان به دلیل پدیده افزایش جمعیت آن‌ها، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن بیست‌ویکم به شمار می‌رود. این مطالعه با هدف مقایسه سلامت عمومی و شادکامی سالمندان ساکن در سرای سالمندان، خانه‌های شخصی بهره‌مند و فاقد از خدمات توانبخشی مبتنی بر خانواده انجام شد.

**روش کار:** روش این پژوهش توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق شامل سالمندان مقیم خانواده، مقیم خانواده تحت پوشش توانبخشی مبتنی بر خانواده و مقیم سرای سالمندان شهرستان زابل در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۹۰ نفر بود. به دلیل ملاک‌های ورود و همگن بودن جامعه از هر گروه سالمند ۳۰ نفر به تفکیک جنسیت (۱۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد) انتخاب شدند. ابزار پژوهش حاضر، پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد بود که برای تجربه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید.

**یافته‌ها:** در بعد اضطراب و اختلال خواب با اختلاف میانگین (۲/۴۷) و ( $P=0/01$ ) بین سالمندان ساکن منزل و سالمندان تحت پوشش خدمات توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی بین سالمندان ساکن منزل و سالمندان ساکن سرای سالمندان با توجه به ( $P=0/44$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در بعد کارکرد اجتماعی بین سالمندان ساکن منزل و سالمندان تحت پوشش خدمات توانبخشی با اختلاف میانگین (۳/۳۳) و ( $P<0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما بین سالمندان منزل و سالمندان ساکن سرای سالمندان با سطح معنی‌داری ( $P=0/08$ ) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان با بررسی دقیق سلامت سالمندان و توانایی آنها در انجام فعالیت‌های روزانه خود، توسط تیم‌های بهداشتی و درمانی و اعضای خانواده آنها از پیشرفت ناتوانی آنها در انجام فعالیت‌های زندگی، و همچنین از ابتلای آنان به افسردگی پیشگیری کرد.

**کلیدواژه‌ها:** سالمندان، شادکامی، سلامت، خانواده، توانبخشی.

### مقدمه

را در برمی‌گیرد و این پدیده در مقایسه با گذشته رو به افزایش است. سالمندی فرآیندی زمانی است که افرادی که به سن ۶۵ سالگی و بالاتر از آن برسند در معرض آن قرار می‌گیرند. گاهی در ملاک سنی، تفاوت‌هایی دیده می‌شود اما به نظر می‌رسد بر اساس گروه‌بندی سه‌گانه آغاز ۶۵ سالگی برای تشخیص سالمندی مناسب‌تر باشد (۳).

سالمندان به خاطر مسائلی چون بازنشستگی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، ضعف قوای جسمانی، عدم استقلال مالی، از دست دادن نزدیکان، تحت فشار روانی زیادی هستند

سالمندی جمعیت پدیده مطرح سال‌های اخیر در عرصه سلامت جهانی است که برخی از جوامع با آن روبه‌رو شده و برخی دیگر در آینده نزدیک با آن روبه‌رو خواهند شد. بر بنیاد گزارش‌ها و آمارهای ملی و تحلیل روندهای موجود، ایران در حال گذار از جمعیت جوان به جمعیت میان‌سال است (۱) و در آینده به جرگه کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست (۲). سالمندی به آخرین دوره چرخه زندگی گفته می‌شود که همه موجودات زنده

استرس های زندگی و حل آنها به شیوه ای سودمند و مناسب را داشته باشند (۹). در این میان ارتباط قوی بین شادکامی و رضایت از زندگی با سلامت عمومی وجود دارد (۱۰)؛ به همین خاطر در سالهای اخیر ملاحظه می شود که روند توجه محققین از دردها و رنج های انسانی در حال تغییر در جهت توجه به شادکامی و عوامل مؤثر بر آن است. این توجه، باعث شده است که پژوهشگران مختلف ضمن تعریف شادمانی، پژوهش هایی را نیز در مورد عوامل مؤثر و شیوه های افزایش آن انجام دهند (۱۱). شوارز و استراک (۱۲) معتقدند که افراد شادکام، کسانی هستند که در پردازش اطلاعات در جهت خوش بینی و خوشحالی سوگیری دارند؛ یعنی اطلاعات را طوری پردازش و تفسیر می کنند که به شادمانی آنها منجر شود. داینر (۱۳) معتقد است که شادکامی، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی اش دارد و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می شود و جنبه های مختلف آن نیز به شکل شناخت ها و عواطف مثبت متجلی می شود (۱۴). تجربه استرس، احساس شادکامی را کاهش می دهد یعنی هر چه فرد استرس بیشتری را تجربه نماید، از میزان شادکامی او کاسته می شود و سلامت عمومی اش مورد تهدید قرار می گیرد. همچنین عواطف منفی همچون خشم، سبب می شوند ذهن فرد فقط به تولید واکنش دفاعی در برابر موضوعات ایجاد کننده این عواطف منفی، محدود شود در صورتی که عواطف مثبت، سبب می شوند که ذهن فرد بر روی محرکها باز باشد و این مساله به نوبه خود فرصتهایی را برای توجه گسترده تر به محیط، ایجاد کرده و در نتیجه خلاقیت فرد بیشتر شده و موجب شادکامی می شود. عاطفه مثبت و رضایتمندی با افزایش سن، افزایش و عاطفه منفی با افزایش سن کاهش می یابد. اما از آنجایی که کهولت سن و فقدان سلامت موجب مختل شدن فرایند دستیابی به اهداف می گردد، از تأثیری منفی بر شادمانی برخوردار می باشد (۱۵).

بررسی های طولی در تحقیقات مختلف نشان می دهند که شادکامی بر افزایش طول عمر مؤثر است. مطالعه طولی که بر روی بیش از دو هزار تن از آمریکایی های مکزیک تبار بالاتر از ۶۵ سال انجام شده نشان می دهند که میزان هیجان های مثبت تعیین شده در شروع مطالعه، پیش بینی کننده مرگ و بیماری یا ناتوانی افراد پس از ۲ سال هستند (۱۶). در تحقیقات حاکی از آنند که بسترهای فیزیکی و اجتماعی که سالمندان در آنها زندگی می کنند بر روی سلامت عمومی، شادکامی و سازگاری آنها تأثیر می گذارد.

که ممکن است باعث انزوای آنها از جامعه شود. هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالمتر خواهد بود (۴). همچنین کاهش بار بیماریهای روانی و ارتقای سلامت روان، ویژگیهایی را که برای قبول نقش های اجتماعی افراد لازم است افزایش می دهد. این مساله در خصوص سالمندان به خاطر شرایط خاص جسمی، روانی و اجتماعی آنها از اهمیت بیشتری برخوردار است تا آنجا که می توان با افزایش سلامت عمومی سالمندان حتی هزینه های صرف شده برای سلامت سالمندان را کاهش داد (۵). با توجه به افزایش سریع جمعیت سالمندان و نیز آسیب پذیرتر بودن سالمندان نسبت به گروه های جمعیتی دیگر موضوعات مرتبط با سلامت و رفاه و بهزیستی آنان هر روز ابعاد تازه تر و گسترده تری پیدا می کند. سلامت عمومی در دوره سالمندی نسبت به سایر دوره های زندگی، با مخاطرات بیشتری روبه رو هستند. مشکلات و مسائل متعدد فیزیولوژیک که در سنین بالا رخ می دهند و نیز فقدان های دوره سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خوداتکایی می شوند، ممکن است سلامت عمومی سالمندان را تهدید کنند (۶). از سوی دیگر، در گذشته افراد روابط بیشتری با هم داشتند، اما امروزه به علت تغییر ساختارهای اقتصادی و اجتماعی، روابط افراد با دوستان و همسایگان و دیگران کم رنگ تر شده است. از طرفی سالمندی عموماً با از دست دادن شغل (بازنشستگی) همراه است که به دنبال آن، ارتباطات اجتماعی سالمند با همکاران کمتر می شود. نتیجه عوامل فوق کاهش روابط اجتماعی است که ممکن است بر سلامت عمومی سالمندان تأثیر بگذارد. همتی علم دارلو (۷) شجاعی و حکیمی راد در تحقیقی با عنوان مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران به این نتیجه رسیدند که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده ها از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد.

مهمترین تأثیری که حمایت اجتماعی و بودن در کنار خانواده بر روی سالمندان دارد، افزایش سطح سلامت عمومی است. در زمینه سلامت عمومی تعاریف بی شماری موجود می باشد و یک توافق جمعی و مشترکی در این مورد وجود ندارد (۸). سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی را چنین تعریف می کند؛ سلامت عمومی تنها فقدان اختلال روانی نیست، بلکه سلامت عمومی را سطحی از سلامتی می توان تعریف کرد که در آن افراد توانایی برقراری ارتباط مناسب با محیط فردی و اجتماعی، برخورد منطقی با تضادها و

مؤثر است. در مقابل، یافته‌های محدودی به تأثیر مثبت نگهداری افراد سالخورده در مراکز سالمندان پرداخته‌اند که نشان می‌دهند حضور سالمندان در مراکز باعث غلبه بر محدودیت‌هایشان می‌شود. به عقیده این گروه از پژوهشگران اقامت در آسایشگاه‌های سالمندان انتخابی در جهت تطابق با فقدان‌های احتمالی در منابع و تأمین جنبه‌های مختلف زندگی سالمند است و مراکز نگهداری سالمندان می‌توانند فقدان ظرفیت عملکردی و استقلال نداشتن را برای فرد، تحمل‌پذیر و به‌گونه‌ای جبران کنند. از طرفی مزایای زندگی در سراهای سالمندان ارتباط با همسالان و هم‌تاه‌ها، دسترسی به امکانات بهداشتی، درمانی، توان‌بخشی و دورشدن از تنهایی و افسردگی است که خود می‌تواند در حفظ سلامت عمومی و امید به زندگی سالمندان مؤثر باشد (۲۰).

سالمندان با گذر از دوران جوانی و میان‌سالی زندگی خود، با مسائل و مشکلات مختلفی در حوزه روابط اجتماعی، سلامتی روبه‌رو می‌شوند. شواهد تجربی در دسترس نشان می‌دهد درصد درخور توجهی از سالمندان از مشکلات معطوف به سلامت جسمی و روانی در رنج هستند. به همین دلیل لازم است پژوهشگران به نقش متغیرهای مختلف در سلامتی امید به زندگی سالمندان توجه کنند.

برای حل مشکل توان‌بخشی در جوامع در حال توسعه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه به دو شیوه ارائه خدمات توان‌بخشی مبتنی بر موسسات و توان‌بخشی فرا موسسه‌ای پیشنهاد شده و در کشورهای متعددی بکار گرفته شده است. می‌توان این شیوه ارائه خدمات را توان‌بخشی دموکراتیک نامید. در این شیوه، اطلاعات جامعی درباره معلولیت و مهارت‌های توان‌بخشی در اختیار افراد معلول، خانواده آنان و افراد جامعه قرار داده می‌شود. ضمن اینکه جامعه محلی در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و ارزیابی برنامه دخالت داده می‌شود. در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه، خدمات به شیوه‌ای سطح‌بندی شده در سطوح منطقه، استان و ملی ارائه می‌شود؛ و تا ۷۰٪ از نیازها را می‌توان در جامعه محلی مرتفع نمود. یکی از پایه‌ای‌ترین خدماتی که در شیوه توان‌بخشی مبتنی بر جامعه به معلولین ارائه می‌شود، خدمت آموزش خانواده است. دریافت خدمت آموزش در خانواده باعث افزایش توانمندی و استقلال فرد معلول شود تا جایی که افراد دارای معلولیت از گوشه نشینی و تحت نظر و تابع فرمان دیگران بودن، همانند آنچه در توان‌بخشی مبتنی بر مراکز مشاوره مشاهده می‌شود، بیرون آیند و به افرادی فعال و با انگیزه تبدیل شوند (۲۱). سایر خدماتی که

سالخوردگان اغلب دوست دارند در خانه خودشان بمانند، جایی که سالهای بزرگسالی را گذرانده‌اند. آنها عمیقاً به خانه خود به عنوان محلی که یادآور رویدادهای گذشته است، دلبسته هستند و برای زندگی خصوصی و شبکه دوستان و آشنایان اهمیت زیادی قائل‌اند، حمایت اجتماعی موجود در محیط‌های خانوادگی سالمندان نقش قدرتمندی در کاستن استرس دارد (۶). دریافت محبت و قدردانی و سپاسگزاری از طرف دیگران، پیوندهای اجتماعی را استوارتر کرده و شادکامی و احساس رضایت خاطر آنها را افزایش می‌دهد (۱۷).

این که سالمند احساس کند در خانه خود زندگی می‌کند، در راس همه عوامل مؤثر بر شادکامی قرار دارد به همین علت بسیاری از سالمندان در اواخر عمر اصرار دارند که در خانه خود زندگی کنند و حتی برخی از آنها آشکارا اعلام می‌کنند که می‌خواهند در خانه خود بمانند (۱۸). از طرفی می‌توان اشاره داشت که مزایای زندگی در سرای سالمندان، ارتباط با همسالان، دسترسی به امکانات پرستاری و بهداشتی و درمانی می‌تواند در حفظ سلامت عمومی سالمندان مؤثر باشد (۱۹).

دگرگونی ساختارهای اجتماعی در دهه‌های اخیر و تغییر نظام خانواده سنتی از شکل گسترده که به حفظ و نگهداری سالمند در درون خانواده تأکید داشت، به نظام خانواده هسته‌ای که سعی در کوچک کردن واحد خانواده دارد و والدین جدا از فرزندان زندگی می‌کنند، باعث رونق گرفتن هرچه بیشتر آسایشگاه‌های سالمندی و فرهنگ سپردن سالمندان به مراکز نگهداری، شده است. تحقیقات نشان می‌دهد محیط زندگی سالمندان عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت عمومی، امید به زندگی و حتی طول عمر است. به عقیده برخی پژوهشگران قرارگرفتن سالمند در مراکز نگهداری، مشکلات زیادی را به دنبال خواهد داشت. سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد جدا از تغییر سبک و روش زندگی که در تعیین آن نقشی ندارد، گاه از نظر جسمی، روانی، عاطفی و حتی اقتصادی وابسته می‌شود و اگر این وابستگی تداوم یابد، ممکن است سلامت عمومی و امید به زندگی او را تهدید کند. در همین راستا تحقیقات متعددی نشان می‌دهند سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند سطح سلامت بالاتر و امید به زندگی بهتری دارند (۲۱، ۲۰، ۷). چراکه حضور در کنار خانواده از سویی با چتر حمایتی و عاطفی افراد خانواده همراه است و از سوی دیگر سبب روابط اجتماعی مفید و مؤثر فرد سالمند با افراد خانواده و دوستان و افراد جامعه می‌شود که این شرایط در حفظ سلامت عمومی و امید به زندگی افراد سالمند

نمونه‌گیری برای سالمندان غیرمقیم در مراکز سالمندی به صورت در دسترس و با هم‌تاسازی از نظر سن و جنسیت انجام پذیرفت. در این پژوهش ملاک انتخاب سالمندان تحت پوشش خدمات توان‌بخشی بودند که با توجه به جدول مورگان چون جامعه تحت پوشش ۹۰ نفر بود، لذا حجم نمونه ۵۹ نفر شد. ولی به دلیل ملاک‌های ورود و همگن بودن جامعه از هر گروه سالمند ۳۰ نفر به تفکیک جنسیت (۱۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد) انتخاب شدند. برای تجربه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد که مشخصات آن‌ها به شرح زیر است:

پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی)  
این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۲۴) ساخته و هنجاریابی شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده از این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۲۴) از دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ بوده است. آلفای بدست آمده توسط جان‌بزرگی نیز برابر با ۰/۸۶ بوده است. آلفای کرونباخ از این پرسشنامه توسط پژوهشگر ۰/۹۱ می‌باشد. پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس مذکور مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، مقیاس کارکرد اجتماعی و مقیاس علائم افسردگی است. شیوه نمره‌گذاری از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به اصلاً نمره صفر، در حد معمول نمره یک، بیش از حد معمول نمره دو و خیلی بیشتر از حد معمول نمره سه تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش ستوده ناورودی، پورآقا رودبرده، کافی و پورنسایی (۲۵) از دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آمده است و نیز آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ می‌باشد. آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۷۸ می‌باشد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد  
آرجیل و لو (۲۶) برای اندازه‌گیری شادکامی پرسشنامه ۲۹ ماده‌ای ساخته‌اند و با تحلیل عاملی نتایج آن ۷ عامل زیر را بدست داده است: شناخت مثبت، تعهد اجتماعی، خلق مثبت،

در توان‌بخشی مبتنی بر جامعه علاوه بر آموزش خانواده موجود می‌باشد عبارتند از: خدمات تشخیصی، درمانی، تحصیلی، حرفه‌آموزی و ارائه تجهیزات کمک توان‌بخشی (۲۲). در این میان مقوله آموزش و تربیت کارکنان محلی توان‌بخشی نیز از اهمیت غیر قابل انکار برخوردار است. در کشورهای مختلف در بدو بکارگماری کارکنان و قبل از عهده‌دار شدن مسئولیت‌ها دوره‌های آموزشی خاصی تدوین شده و به اجرا در می‌آید. بر اساس پروتکل پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۱ که هنوز به قوت خود باقی است، برنامه‌های آموزشی کارکنان محلی و نحوه انتخاب آنها با توجه به شرایط و امکانات خاص هر کشور طراحی شده و از جایی به جای دیگر متفاوت است (۲۳). هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنان باشد بلکه امروزه در جهان، مفهوم سالمندی پویا مطرح است یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آنها نیز باید مورد توجه قرار گیرد. باتوجه به مطالب فوق هدف پژوهش حاضر بررسی تبیین و بررسی مقایسه‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندان، سالمندان ساکن در خانه‌های شخصی بهره‌مند از خدمات توان‌بخشی مبتنی بر خانواده و فاقد خدمات توان‌بخشی از لحاظ سلامت عمومی و شادکامی می‌باشد.

## روش کار

نوع مطالعه مقایسه‌ای توصیفی تحلیلی به روش مقطعی بود. روش اجرای پژوهش بدین صورت که بعد از هماهنگی با سازمان بهزیستی و مراجعه به مرکز روزانه سالمندان در شهرستان زابل و انتخاب هدفمند آزمودنی‌ها به هر یک از افراد درباره هدف پژوهش و چگونگی انجام تست در صورت تمایل سالمند پرسشنامه‌ها به مورد اجرا گذاشته شد. جامعه آماری تحقیق شامل سالمندان مقیم خانواده، مقیم خانواده تحت پوشش توان‌بخشی مبتنی بر خانواده و مقیم سرای سالمندان شهرستان زابل در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۹۰ نفر بود. جامعه مورد پژوهش ۹۰ نفر بصورت هدفمند بر اساس معیارهای ورود رضایت آگاهانه، سن بالاتر از ۶۰ سال، دارای قدرت تکلم، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد و شدید جسمی و روانی و همچنین سالمندان سرای سالمندان سابقه شش‌ماه سکونت و سالمندان تحت پوشش خدمات توان‌بخشی به مدت شش ماه از مزایای خدمات توان‌بخشی استفاده کرده باشند انتخاب و از نظر بسیاری از شاخص‌ها (وضعیت اقتصادی، تعداد فرزند، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، سن و جنس) همگن شدند.

مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای شرکت کنندگان نداشت. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ گونه مغایرتی نداشت.

### یافته ها

نتایج نشان داد که ۱۵ نفر (۵۰٪) شرکت کنندگان زن و ۱۵ نفر (۵۰٪) مرد بودند. تعداد ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) در گروه سنی تا ۶۰ تا ۶۵، ۱۴ نفر (۴۶/۶٪) در گروه سنی ۶۵ تا ۷۵ بودند و ۶ نفر (۲۰/۰۳٪) بالای ۷۵ بودند. از نمونه های مورد مطالعه، ۵ نفر (۱۶/۶٪) متاهل و مابقی مطلقه یا همسر فوت شده بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه  $۸/۵ \pm ۱۶/۴۹$  سال که حداقل ۶۰ و حداکثر ۸۵ سال بود. ۷۵ درصد از سالمندان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۰ درصد تحصیلات دیپلم و ۵ درصد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. ۷۰ درصد از نمونه مورد مطالعه دارای اقامتی زیر ۳ سال، ۱۶ درصد ۳ تا ۵ سال و ۱۴ درصد بالاتر از ۵ سال در خانه سالمندان اقامت داشتند.

احساس کنترل زندگی، سلامت جسمی، رضایت از خویشتن و هوشیاری روانی. این پرسشنامه شامل ۲۹ ماده و هر کدام دارای ۴ عبارت است که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. امتیاز هر ماده بین ۰ تا ۳ می باشد؛ و حداقل امتیاز کلی ۰ و حداکثر آن ۸۷ می باشد. بررسی همسانی درونی فهرست شادکامی آکسفورد نشان داد که تمام ۲۹ ماده این فهرست با نمره کل همبستگی بالایی داشتند. در ایران علی پور و نوربالا (۲۷) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای ۰/۹۳ درصد را به دست آورده اند. بعد از اینکه هر فرد در هر ماده یکی از گزینه ها را انتخاب کرد امتیازات هر ماده را با هم جمع می کنیم تا امتیاز کلی بدست بیاید. امتیاز کلی بین ۰ تا ۰/۸۷ می باشد. آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۱ می باشد.

ملاحظات اخلاقی این تحقیق بدین شرح است؛ به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که از اطلاعات خصوصی و شخصی آنها محافظت خواهد شد و نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر خواهد شد. پیش از شروع کار شرکت کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی مربوط به متغیر سلامت عمومی و زیر مقیاس های آن

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
علائم جسمانی	منزل	۳۰	۸/۶۷	۵/۲۵	۱	۱۷
	مراقبین خانگی	۳۰	۸/۵۳	۲/۶۹	۴	۱۳
	سرای سالمندان	۳۰	۹/۴۳	۲/۹۱	۳	۱۳
علائم اضطراب و اختلال خواب	منزل	۳۰	۱۰/۰۰	۳/۶۴	۴	۱۵
	مراقبین خانگی	۳۰	۷/۵۳	۳/۷۳	۰	۱۳
	سرای سالمندان	۳۰	۸/۹۷	۲/۴۰	۱	۱۳
مقیاس کارکرد اجتماعی	منزل	۳۰	۱۱/۱۳	۳/۲۵	۴	۱۷
	مراقبین خانگی	۳۰	۷/۸۰	۲/۱۱	۴	۱۲
	سرای سالمندان	۳۰	۹/۶۷	۲/۴۸	۳	۱۴
علائم افسردگی	منزل	۳۰	۴/۸۷	۴/۱۹	۰	۱۴
	مراقبین خانگی	۳۰	۳/۳۰	۴/۲۹	۰	۱۷
	سرای سالمندان	۳۰	۵/۳۰	۴/۰۴	۱	۲۱
سلامت عمومی	منزل	۳۰	۳۴/۶۷	۱۲/۷۸	۱۶	۵۸
	مراقبین خانگی	۳۰	۲۷/۱۷	۱۰/۵۶	۱۱	۵۲
	سرای سالمندان	۳۰	۳۳/۳۷	۸/۱۱	۹	۴۲
رضایت از زندگی	منزل	۳۰	۱۳/۶۰	۸/۹۶	۰	۳۲
	مراقبین خانگی	۳۰	۱۳/۷۷	۷/۱۵	۰	۲۹
	سرای سالمندان	۳۰	۱۵/۱۰	۷/۳۹	۴	۳۰
خلق مثبت	منزل	۳۰	۱۰/۹۰	۵/۷۸	۰	۱۹
	مراقبین خانگی	۳۰	۱۰/۷۷	۴/۹۴	۱	۲۰
	سرای سالمندان	۳۰	۱۱/۵۳	۵/۰۶	۳	۲۴
سلامتی	منزل	۳۰	۶/۸۰	۴/۸۵	۰	۱۶
	مراقبین خانگی	۳۰	۷/۵۰	۴/۰۶	۰	۱۵
	سرای سالمندان	۳۰	۷/۷۳	۴/۳۹	۱	۱۶
کارآمدی	منزل	۳۰	۴/۸۳	۲۰/۴۹	۰	۱۲
	مراقبین خانگی	۳۰	۴/۹۳	۲/۵۲	۰	۱۰
	سرای سالمندان	۳۰	۴/۷۰	۳/۴۳	۰	۱۱
عزت نفس	منزل	۳۰	۲/۲۳	۱/۸۳	۰	۵
	مراقبین خانگی	۳۰	۲/۷۰	۱/۳۲	۰	۵
	سرای سالمندان	۳۰	۲/۵۷	۱/۷۷	۰	۶
شادکامی	منزل	۳۰	۳۸/۳۷	۲۳/۰۳	۳	۸۴
	مراقبین خانگی	۳۰	۳۹/۶۷	۱۸/۶۲	۲	۷۸
	سرای سالمندان	۳۰	۴۱/۶۳	۲۰/۴۰	۰	۸۷

آماره آزمون لوین (۲/۸۹۷) با سطح معناداری ۰/۰۶۱ نشان داد که واریانس گروه‌ها یکسان هستند. بنابراین شرایط اجرای

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس را برای مقایسه سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در سه گروه سالمندان

سطح معنی‌داری	F	میانگین مربع	درجه آزادی	مجموع مربعات	شاخص
۰/۶۱۴	۰/۴۹۱	۷/۰۷۸	۲	۱۴/۱۵۶	بین گروهی
		۱۴/۴۰۸	۸۷	۱۲۵۳/۵۰۰	درون گروهی
			۸۹	۱۲۶۷/۶۵۶	کل
* ۰/۰۱۶	۴/۳۱۴	۴۶/۰۳۳	۲	۹۲/۰۶۷	بین گروهی
		۱۰/۶۷۲	۸۷	۹۲۸/۴۳۳	درون گروهی
			۸۹	۱۰۲۰/۵۰۰	کل
*** ۰/۰۰۰۵	۱۱/۸۸۵	۸۳/۷۳۳	۲	۱۶۷/۴۶۷	بین گروهی
		۷/۰۴۵	۸۷	۶۱۲/۹۳۳	درون گروهی
			۸۹	۷۸۰/۴۰۰	کل
۰/۱۵۵	۱/۹۰۳	۳۳/۲۱۱	۲	۶۶/۴۲۲	بین گروهی
		۱۷/۴۴۹	۸۷	۱۵۱۸/۰۶۷	درون گروهی
			۸۹	۱۵۸۴/۴۸۹	کل
* ۰/۰۱۷	۴/۲۴۳	۴۸۱/۹۰۰	۲	۹۶۳/۸۰۰	بین گروهی
		۱۱۳/۵۸۴	۸۷	۹۸۸۱/۸۰۰	درون گروهی
			۸۹	۱۰۸۴۵/۶۰۰	کل

\* ۱٪ < \*\* ۵٪ < \*\*\*

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی مقایسه‌های زوجی گروه‌های سالمندان در مقیاس سلامت عمومی و ابعاد آن

معنی‌داری	اختلاف میانگین بین دو گروه (I-J)	گروه (J)	گروه	مقیاس
* ۰/۰۱۲	۲/۴۷	مراقبین خانگی	منزل	اضطراب و اختلال خواب
	۱/۰۳	سرای سالمندان	مراقبین خانگی	
	-۲/۴۷	منزل	سرای سالمندان	
	-۱/۴۳	سرای سالمندان	منزل	
	۱/۴۳	مراقبین خانگی	منزل	
	۳/۳۳	مراقبین خانگی	سرای سالمندان	
* ۰/۰۰۵	۱/۴۷	سرای سالمندان	منزل	کارکرد اجتماعی
	-۳/۳۳	منزل	مراقبین خانگی	
	-۱/۸۷	سرای سالمندان	سرای سالمندان	
	-۱/۴۷	منزل	مراقبین خانگی	
	۱/۸۷	مراقبین خانگی	سرای سالمندان	
	۷/۵۰	مراقبین خانگی	منزل	
* ۰/۰۲۱	۱/۳۰	سرای سالمندان	منزل	سلامت عمومی
	-۷/۵۰	منزل	مراقبین خانگی	
	-۶/۳۰	سرای سالمندان	سرای سالمندان	
	-۱/۳۰	منزل	مراقبین خانگی	
	۶/۳۰	مراقبین خانگی	سرای سالمندان	
		مراقبین خانگی	منزل	

\* ۱٪ < \*\* ۵٪ < \*\*\*

آماره آزمون لوین (۰/۱۰۱) با سطح معناداری ۰/۹۰۴ نشان داد که واریانس گروه‌ها یکسان هستند. بنابراین شرایط

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس را برای مقایسه شادکامی و زیر مقیاس‌های آن در سه گروه سالمندان

سطح معنی‌داری	F	میانگین مربع	درجه آزادی	مجموع مربعات	شاخص
۰/۱۱۲	۲/۲۴۲	۶/۷۱۱	۲	۱۳/۴۲۲	بین گروهی
		۲/۹۹۳	۸۷	۲۶۰/۳۶۷	درون گروهی
			۸۹	۲۷۳/۷۸۹	کل
۰/۵۹۸	۰/۵۱۷	۲/۷۴۴	۲	۵/۴۸۹	بین گروهی
		۵/۳۱۲	۸۷	۴۶۲/۱۶۷	درون گروهی
			۸۹	۴۶۷/۶۵۶	کل
*** ۰/۰۰۰۵	۱۱/۸۸۵	۸۳/۷۳۳	۲	۱۶۷/۴۶۷	بین گروهی
		۷/۰۴۵	۸۷	۶۱۲/۹۳۳	درون گروهی
			۸۹	۷۸۰/۴۰۰	کل
۰/۵۷۴	۰/۵۵۹	۱۳/۳۷۸	۲	۹۵/۴۸۹	بین گروهی
		۲۳/۹۱۳	۸۷	۶۷۳/۸۰۰	درون گروهی
			۸۹	۷۶۹/۲۸۹	کل
*** ۰/۰۰۲	۶/۸۴۷	۵۱/۷۴۴	۲	۱۰۳/۴۸۹	بین گروهی
		۷/۵۵۷	۸۷	۶۵۷/۵۰۰	درون گروهی
			۸۹	۷۶۰/۹۸۹	کل
*** ۰/۰۰۰۵	۱۳/۷۱۰	۴۱۸/۷۱۱	۲	۸۳۷/۴۲۲	بین گروهی
		۳۰/۵۴۱	۸۷	۲۶۵۷/۰۳۳	درون گروهی
			۸۹	۳۴۹۴/۴۵۶	کل

\* ۱٪ < \*\* ۵٪ < \*\*\*

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی مقایسه‌های زوجی گروه‌های سالمندان در مقیاس شادکامی و ابعاد آن

معنی‌داری	اختلاف میانگین بین دو گروه (I-J)	گروه (J)	گروه	شاخص
** /۰۰۰۵	۳/۳۳	مراقبین خانگی	منزل	سلامتی
/۰۰۸۸	۱/۴۷	سرای سالمندان	مراقبین خانگی	
** /۰۰۰۵	-۳/۳۳	منزل	سرای سالمندان	
* /۰۰۲۱	-۱/۸۷	سرای سالمندان		
/۰۰۸۸	-۱/۴۷	منزل		
* /۰۰۲۱	۱/۸۷	مراقبین خانگی	منزل	کارآمدی
** /۰۰۰۷	۲/۳۳	مراقبین خانگی	مراقبین خانگی	
* /۰۰۱۱	۲/۱۳	سرای سالمندان	سرای سالمندان	
** /۰۰۰۷	-۲/۳۳	منزل		
/۰۹۸۹	-۰/۱۰۰	سرای سالمندان		
* /۰۰۱۱	-۲/۱۳	منزل		
/۰۹۸۹	۰/۱۰۰	مراقبین خانگی		
/۰۵	۰/۸۰۰	مراقبین خانگی		
** /۰۰۰۱	۲/۵۷	سرای سالمندان	منزل	عزت نفس
/۰۵	-۰/۸۰۰	منزل	مراقبین خانگی	
* /۰۰۳۹	۱/۷۷	سرای سالمندان	سرای سالمندان	
** /۰۰۰۱	-۲/۵۷	منزل		
* /۰۰۳۹	-۱/۷۷	مراقبین خانگی		
** /۰۰۰۵	۶/۳۳	مراقبین خانگی		
** /۰۰۰۵	۶/۶۰	سرای سالمندان		
** /۰۰۰۵	-۶/۳۳	منزل	منزل	
/۰۹۸۱	۰/۲۷	سرای سالمندان	مراقبین خانگی	شادکامی
** /۰۰۰۵	-۶/۶۰	منزل	سرای سالمندان	
/۰۹۸۱	-۰/۲۷	مراقبین خانگی		

\* /۱ < % و \*\* /۵ < %

## بحث

نتایج نشان داد که شادکامی سالمندان ساکن منزل کمتر از شادکامی ساکن سرای سالمندان می‌باشد و میانگین سلامت عمومی سالمندان ساکن خانه بالاتر از سالمندان تحت پوشش شده است. اما بین سالمندان ساکن منزل و سالمندان ساکن سرای سالمندان تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

قبل از مقایسه تطبیقی یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر، باید خاطر نشان شود که علی‌رغم تلاش فراوان، هیچ پژوهشی در داخل و خارج از ایران در زمینه بررسی مقایسه‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندان، خانه‌های شخصی بهره‌مند و فاقد از خدمات توانبخشی مبتنی بر خانواده از لحاظ سلامت عمومی و شادکامی یافت نشد به همین خاطر در بررسی تطبیقی یافته‌های این پژوهش، از یافته‌های تحقیقاتی که حداکثر تشابه را با پژوهش حاضر داشته‌اند، استفاده شده است.

بخش بزرگی از جمعیت جهان را در طول ۵۰ سال آینده سالخوردگان شصت سال به بالا تشکیل می‌دهند یعنی به ازاء هر ۵ نفر یک نفر سالمند وجود دارد. در سال‌های اخیر پیش‌بینی‌های جمعیت‌شناختی نشان‌دهنده‌ی این است که جمعیت ایران به دلیل کاهش مولید نسبت به جمعیت و افزایش امید زندگی در نتیجه پیشرفت‌های پزشکی و بهبود

شرایط بهداشتی، تعداد بیشتری از جمعیت به سن سالخوردگی می‌رسند (سازمان یونسکو). در نتیجه این قشر با مسائل و چالش‌هایی روبرو است. از جمله این مسائل می‌توان به کاهش انسجام و پیوستگی بین نسل سالمند و نسل جوان اشاره کرد. مورد دیگر اینکه مشارکت سالمندان به‌عنوان قشری سرشار از تجربه، در سطح اجتماع رو به کاهش نهاده این مسائل باعث می‌شود که سالمندان در سطح جامعه کمتر احساس امنیت کنند و کیفیت زندگی آن‌ها تحت تأثیر قرار گیرد. از سوی دیگر، تغییر در ساخت خانواده از یک خویشاوندی به یک خانواده هسته‌ای باعث شده تا سالمندان از محیط خانوادگی خویش دور شوند. زندگی خود را دوره‌ای سراسر بطالت دانسته که هیچ مفهومی برایشان نداشته باشد. عدم توجه به نیازهای روانی این قشر به تدریج مشکلاتی در زمینه‌ی مسائل مختلف اقتصادی و اجتماعی و روانی افراد مسن در جامعه شکل می‌گیرد (مسعودی و همکاران). و این خود باعث می‌شود که سلامت عمومی سالمند دچار خدشه گردد. تحلیل مثبت باعث ایجاد احساس کمال و رضایت شده و به افراد نشان دهد که روابط آنان در طول حیات، مجموعه‌ای از هدایت‌گری و هدایت‌پذیری بوده است. که به دنبال آن هیجانات مثبت و شادکامی را خواهد داشت.

در جوامع صنعتی سیاست‌گذاران به طور رسمی به مسائل مربوط به سالمندی پرداخته‌اند، درحالی‌که جوامع رو



زندگی است یعنی مراقبت بهتر منجر به کیفیت زندگی بهتری می‌شود. منتهی در خروجی‌های مرتبط با تندرستی مانند سلامت تجربه شده، سلامت فکری و عملکرد اجتماعی تفاوتی نداشتند. از دید اعضای خانواده، ارتباط آنها با گیرنده مراقبت بیشتر شد. در نتیجه برنامه‌های از توانی ریوی مبتنی بر خانواده، اگر شامل اعضای خانواده گردد، ممکن است مهارت‌های کل خانواده را در مدیریت بیماری انسداد ریوی مزمن، افزایش دهد. در پژوهش سیکسمیت، سیکسمیت، فانج، نامن، کاسرا، تامسن و ولریچ (۳۳) به این نتیجه دست یافتند که مراقبت در منزل عملی به نظر می‌رسد و به نفع سالمندان می‌باشد. برای تبیین این نتیجه می‌توان گفت که محیط زندگی سالمندان، عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت عمومی و طول عمر آنان است. توجه به سلامت، کاهش ناتوانی‌ها و ارتقای کیفیت زندگی بایستی بیشتر به تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی معطوف شود، که این یک استراتژی مهم برای کاهش اینگونه تفاوت‌ها و به تعویق انداختن اختلال در سلامتی، ناتوانی و مرگ و میر می‌باشد. نیازهای رو به رشد جمعیت سالخورده مستلزم سیاست‌گذاری‌های بیشتر، خصوصاً در زمینه مراقبت و درمان و ترویج شیوه زندگی سالم و محیط حمایتی می‌باشد. از آنجا که بسیاری از بیماریها و مشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوه زندگی ناسالم است باید پایه و اساس سلامت در این ابعاد را با بکارگیری شیوه صحیح و ارتقاء کیفیت زندگی از ابتدای تولد ریزی نمود و به موازات آن با ایجاد زمینه‌های مشارکت سالمندان در خانواده و جامعه و همچنین فراهم نمودن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه‌ها در جهت نیل به سالمندی سالم گام برداشت. در برخورد با مسائل سلامتی سالمندان بایستی بیشتر به تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی معطوف شود، که این یک استراتژی مهم برای کاهش اینگونه تفاوت‌ها و به تعویق انداختن اختلال در سلامتی، ناتوانی و مرگ و میر می‌باشد.

اغلب سالمندان علاقمند هستند که در میان جمع و اعضای بستگان، فرزندان و نوه‌های خویش باشند در این حالت آنان احساس شادمانی و مسرت و خشنودی و رضایت بیشتری از زندگی خویش خواهند داشت. در جوامع سنتی به علت وجود خانوارهای گسترده، حضور سالمندان در خانواده امکان پذیر می‌گردد؛ در مناطق روستایی و عشایری ایران، سالمندان تا آخرین لحظه عمر، با ارزش و احترام در جمع خانواده زندگی کرده و به نسبت سابقه خانوادگی و نیروی ذهنی در موقعیتهای مناسبی مثل کدخدا، بزرگ فامیل

به توسعه در پرداختن به این مهم پیشرفت‌های زیادی نداشته‌اند. جهت برنامه ریزی صحیح به منظور دستیابی به سلامت سالمندان و تأمین نیازهای این گروه سنی، اولین گام شناسایی وضع موجود می‌باشد. از این رو حفظ بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی و شادکامی در دوران سالمندی بیش از گذشته اهمیت پیدا می‌کند. در این بین بررسی وضعیت سلامت، کیفیت زندگی و شادکامی آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چون نه تنها باعث پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌گردد، بلکه به استقلال و شرکت سالمندان در فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی کمک قابل توجهی می‌کند. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندان، سالمندان ساکن در خانه‌های شخصی بهره‌مند از خدمات توانبخشی مبتنی بر خانواده و فاقد خدمات توانبخشی از لحاظ سلامت عمومی، کیفیت زندگی و شادکامی بود. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه سالمند از نظر سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های اضطراب و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود داشت. اما در ابعاد علائم جسمانی و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

عطا دخت، زارع و کرامتی تهرقلو (۲۸) هر چه علاقه اجتماعی سالمندان کمتر باشد و نشانگان‌های سلامت عمومی آنها نیز کمتر می‌شود. همچنین میانگین اضطراب سالمندان مقیم در مراکز کمتر و میانگین اختلال در کارکرد اجتماعی سالمندان غیرمقیم بیشتر بود. عبدالهی و صیدی (۲۹) به این نتیجه رسیدند که میزان سلامت عمومی، وضعیت شناختی، کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل به طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان بود. سالمندان ساکن در خانه از لحاظ وضعیت شناختی، سلامت روان، کیفیت زندگی و کلیه خرده مقیاس‌های آنها از وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان برخوردار بودند. پژوهش‌های شریفی درآمدی و پناه علی (۳۰)، بیرامی و همکاران (۱۰) دیده شد که افسردگی و نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندان، بیشتر از افراد غیرساکن است. رضایی و منوچهری (۳۱)، وضعیت عاطفی و روانی سالمندان ساکن در خانه بهتر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان می‌باشد. لومن، فیورتی و هایجمن (۳۲) اثرات مراقبت یکپارچه بر روی سلامت و کیفیت زندگی افراد مسن ضعیف نشان داد که مدل مراقبت یکپارچه والچرین اثرات مثبتی روی کیفیت کلی زندگی و وابستگی که بعدی از کیفیت

سلامت عمومی، شادکامی و سازگاری آنها تأثیر می‌گذارد. سالخوردگان اغلب دوست دارند در خانه خودشان به عنوان محلی که یادآور رویدادهای گذشته است، بمانند و برای زندگی خصوصی و شبکه دوستان و آشنایان اهمیت زیادی قائل‌اند، حمایت اجتماعی موجود در محیط‌های خانوادگی سالمندان نقش قدرتمندی در کاستن استرس دارد. دریافت محبت و قدرانی از طرف دیگران، پیوندهای اجتماعی را محکم‌تر و شادکامی و رضایت از زندگی آنها را افزایش می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

توانایی سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (با و بدون ابزار)، پیشگویی کننده خوبی برای ابتلا به سلامت عمومی و شادکامی در آنها است. بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان با بررسی دقیق سلامت سالمندان و توانایی آنها در انجام فعالیت‌های روزانه خود، توسط تیم‌های بهداشتی و درمانی و اعضای خانواده آنها از پیشرفت ناتوانی آنها در انجام فعالیت‌های زندگی، و همچنین از ابتلای آنان به افسردگی پیشگیری کرد. پیشنهاد می‌گردد مطالعات گسترده‌تری در این زمینه بر روی سالمندان شهری و روستایی و همچنین سالمندانی که در مراکز نگه‌داری شبانه‌روزی سالمندان یا سالمندان بستری در بیمارستان نیز در سایر نقاط کشور انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از کلیه کسانی که در پژوهش مشارکت داشتند به ویژه سالمندان محترم شهرستان زابل سپاسگزاری مینماید.

### References

1. Hojjati H, Sharifnia SH, Hassanalipour S, Akhonzadeh G, Asayesh H. The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly. *Bimonthly Urmia Nursing Midwifery*. 2012; 9 (5):350-6. (Persian).
2. Mirzaei M, Shams-ghahfarkhi M. The elderly population in the censuses of 1976-2006. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2 (5): 326-31. (Persian).
3. Sharifzadeh G, Moudi M, Akhbari S. [Investigating health status of older people supported by Imam Khomeini. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 3(7):52-60. (Persian).

و ... حضور دارند اما پس از تغییر و تحولات اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و نگرش در جهت حمایت خانوادگی، مراقبت سالمند از محیط خانواده به آسایشگاه‌های مخصوص سالمندان انتقال یافته است که آغازی برای تنهایی سالمندان می‌باشد (۶). اکثر سال‌مندان نسبت به این‌گونه آسایشگاهها دید مثبتی ندارند و این آسایشگاهها را سمبل انزوای نمونه‌گویی تمایل جامعه به طرد خود تلقی کرده و حتی برخی از آنها پس از سالها زندگی در چنین محیطی به آن خو نگرفته‌اند و منتظرند تحولی پدید آید و از آنجا بیرون آیند.

از طرف دیگر، نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه سالمند از نظر نمره شادکامی و خرده‌مقیاس‌های سلامتی و عزت نفس تفاوت معنی‌دار وجود داشت. اما در ابعاد رضایت از زندگی، خلق مثبت و کارآمدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. یافته‌های این سوال با نتایج پژوهش شریفی‌درآمدی و قاسمی‌داوری (۳۴)، میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل به خاطر برخورداری آنها از حمایت اجتماعی و احترام و محبت خانواده به طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان است. مکبری، کاشانی، کاشانی و نامدار طجری (۳۵) نشان داد افراد فعال در تمامی خرده‌مقیاس‌های شادکامی از جمله رضایت از زندگی، خوشی، عزت نفس، کنترل، کارآمدی، آرامش و به طور کلی شادکامی از افراد غیرفعال به طور معناداری نمره‌های بالاتری را کسب کردند. در حالی که اثر جنسیت و تعامل سطح فعالیت و جنسیت اثر معناداری بر شادکامی سالمندان نداشت. بنابراین می‌توان گفت یکی از عوامل مؤثر بر شادکامی افراد در دوران سالمندی روی آوردن به فعالیت بدنی است، همخوان است. مکان زندگی و روابط اجتماعی سالمندان بر روی

4. Rostami M, Baraz Pordanjani S, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on elderly's quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2009; 12 (2): 51-9 (Persian).
5. Azadbakht M, Garmaroodi G, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheivandi E. Health promoting self-care behaviors and its related factors in elderly: application of health belief model. *J Educ Community Health*. 2014; 1(2): 20 - 9.
6. F. A review of the Iran's elderly status according to the census records. *Galen Medical Journal*. 2016; 5 (1):1-6.

7. Hemmatialam Darlou G, Dehshiri G, Shojaee S, Hakimirad A. Comparison of loneliness and public health in older people residing in homes and nursing homes in the North of Tehran. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2009; 3 (8): 557-63.
8. Sadock B, Sadock V. *Synopsis of psychiatry*. 20th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
9. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century—implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2009 Feb; 37 (1):1-8.
10. Luchesi BM, de Oliveira NA, de Morais D, de Paula Pessoa RM, Pavarini SC, Chagas MH. Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2018 1; 74: 83-7.
11. El-Gilany AH, Alam RR. Effects of nursing program as a life review on life satisfaction and happiness among elderly people. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2018;111(suppl\_1):hcy200-064.
12. Schwarz N, Strack F. *Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective*. Oxford: Pergamon Press; 1991.
13. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*. 2003; 54 (1): 403-25.
14. Sheykhi A, Navidian A, Keykha R, Rezaee N. Effect of reminiscence on the happiness the retired elderly members of the Islamic Republic of Iran Army. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32 (119):1-1.
15. Wang X. Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of health psychology*. 2016; 21(6):1037-42.
16. Gang M, Ko H, Lee J. Aging Anxiety and Subjective Well-being of Persons with Mental Disorder. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2019; 19 (1): 329-38.
17. Adler MG, Fagley NS. Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of personality*. 2005; 73 (1): 79-114.
18. Vener J. *Developmental psychology*. Tehran: Savalan Publication; 2009. (Persian).
19. Asakawa K, Feeny D, Senthilselvan A, Johnson JA, Rolfson D. Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions?. *Social science & medicine*. 2009; 69 (3): 345-53.
20. Winingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*. 2007;11(6):716-21.
21. Kang YS, Kim ES, Gu MO, Eun Y. A study on the health status and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2003; 17 (1):47-57.
22. Hatamizadeh N, Aminzadeh A, Mirarkhani SM, Kazemnejad A. Study of the success rate of "Family Education" service of community-based rehabilitation scheme for families with physical-motor disability. *Journal of Rehabilitation*.2011; 5 (3): 37-44. (Persian).
23. Sharifzadeh M, Khandan H, Abdollahzadeh Gh. Evaluating the Effectiveness of a Community-Based Rehabilitation Plan on empowerment of rural women in Birjand. *Local Development (Rural-Urban)*. 2016; doi: 10.22059/jrd.2017.67454. (Persian).
24. Iravani M, Hatamizadeh N, Fotohi A, Hosseinzadeh S. Comparison of the Effects of Two New Methods of Family Education in the Community Based Rehabilitation Program on Knowledge, Skill and Attitudes of Local Rehabilitation Staff. *Journal of Rehabilitation*.2011; 12 (3): 44-51. (Persian).
25. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979 Feb;9 (1):139-45.
26. Sotoudeh Nervood, SO, Pour Agha Roodbordeh F, Kafi SM, Pour Sanai, Gh. Sadat. The Effectiveness of Group-Based Memorization on Mental Health of Old Men. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*; 2013; 22 (85): 61-67. (Persian).
27. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*. 1990 Jan 1;11(10):1011-7.
28. Ali Pour A. Noor Bala A. Preliminary Study of Reliability and Validity of Oxford Happiness

- Questionnaire in Tehran University Students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.1999; 5 (1 & 2): 55-66. (Persian).
29. Atadkht A, Zare R, Keramati Tepraqlu N. The Relationship between Social Interest Rate and General Health of Non-Resident Elderly and Resident in Nursing Centers in Ardabil. Health education and health promotion.2015; 3 (2): 141-149. (Persian).
  30. Abdollahi, M, Seidi Z. Comparison of cognitive status, mental health and quality of life in the elderly living in residential homes in Tehran. Journal of Health Breeze.2016; 3 (2): 23-37. (Persian).
  31. Sharifi Daramadi, P, Pana'ah Ali A. Comparison of the Happiness of the Elderly Residents at the Nursing Home and Home. Iranian Journal of Ageing.2011; 6 (3): 49-55. (Persian).
  32. Rezaei S, Manouchehri, M. Comparison and comparison of mental disorders of elderly people living in homes and elderly living in nursing homes in Tehran. Iranian Journal of Ageing;2008; 3 (1): 16-25. (Persian).
  33. Looman W, Fabbriotti I, Huijsman R. Effects of an integrated care intervention on frail elderly's health and quality of life: a quasi-experimental study. International Journal of Integrated Care. 2015 May 27;15 (5).
  34. Sixsmith J, Sixsmith A, Fänge AM, Naumann D, Kucsera CS, Tomsone S, Haak M, Dahlin-Ivanoff S, Woolrych R. Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. Social Science & Medicine. 2014 Apr 1; 106: 1-9.
  35. Sharifi Payam P, Ghasemi Davari, L. Comparison of emotional insight, self-esteem and depression in victimized and towarded girls aged 15 to 18 years in Tehran in 2010-2011. Psychology of Exceptional Person. 2012; 7 (18): 115-132. (Persian).
  36. Makbarian M, Kashani, V, Kashani, K, Namdar Tajri, S. Comparison of the happiness of active and passive elderly women and men in Tehran. Motion-growth and learning-movement movement. Movement.2014; 6 (2): 183-194. (Persian).