

بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان

دکتر فضل‌ا... احمدی* (استادیار) - علیرضا سالار (کارشناس ارشد پرستاری) - دکتر سقراط فقیه‌زاده (دانشیار)

فصلنامه حیات

سال دهم شماره ۲۲ پاییز ۱۳۸۳ صص ۶۷-۶۱

تاریخ دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۲

تاریخ پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: مطالعات نشان می‌دهد نزدیک به ۳۵۵ میلیون سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. در سال ۲۰۰۰ نزدیک به ۱۳ درصد از جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهاند و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰ درصد برسد. در حال حاضر و از آنجا که پدیده سالمندی همواره با اختلالات جسمی و روحی روانی توأم است بررسی کیفیت زندگی در این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان صورت گرفته است.

مواد و روش کار: این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی است که بر روی ۲۰۰ سالمند شهر زاهدان انجام شده است. نمونه‌ها به طور خوشه‌ای و از تمام محله‌های شهر انتخاب شده و از ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ۳۶ موردی کیفیت زندگی استفاده گردیده است برای امتیازبندی پرسشنامه از نمره صفر تا ۱۰۰ استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری و شاخص‌های توصیفی تحلیلی مورد نظر استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سن نمونه‌های مورد مطالعه ۷۲/۳ سال بود. میانگین تعداد فرزند ۶/۷ نفر بوده و میانگین ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی بدین شرح بود: درک کلی از سلامتی، ۳۸/۶؛ فعالیت فیزیکی، ۴۲/۷؛ ایفای نقش جسمی، ۳۶/۸؛ درد جسمی، ۳۷/۸؛ فعالیت اجتماعی، ۴۳/۹؛ ایفای نقش روانی، ۴۵؛ نیروی حیاتی، ۴۶/۷ و سلامت روحی ۴۲/۷.

نتیجه‌گیری: از آنجا که در حال حاضر هنجار یا مبنایی از کیفیت زندگی در جامعه ما وجود ندارد، اگر میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار تلقی نماییم مشاهده می‌کنیم که تمامی ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی نمونه‌ها پایین بوده و ضروری است در این خصوص برنامه‌ریزی اصولی انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندی

* نویسنده مسئول مقاله: تهران - دانشگاه تربیت مدرس - دانشکده علوم پزشکی

تلفن: ۸۰۱۱۰۰۱ - داخلی ۳۵۵۳ نمابر: ۸۰۱۳۰۳۰

E-mail: fazlollaha@yahoo.com

مقدمه

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسأله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب‌نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب نموده است. ثابت شده است مشکلات و مسایل متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد در کاهش کیفیت زندگی در دوره سالمندی تأثیر دارد. در این رابطه مطالعه باری^۱ نشان می‌دهد در حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و ۳۵ درصد از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان‌ها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند. هشت درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مثل آرتروز، فشار خون، بیماری‌های قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند. با افزایش سن اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد (۱). بررسی دلیلو^۲ نشان می‌دهد در دهه هفتم زندگی با شروع اختلال در عملکرد سیستم گوارشی روند تغذیه سالمندان دچار اختلال می‌شود و این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۲). بررسی شیرلی^۳ بیانگر این واقعیت است که سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی از جمله بینایی، شنوایی و حس‌های دیگر می‌شوند که نتیجه آن محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران

و کاهش کیفیت زندگی است (۳). دانیل^۴ اظهار می‌دارد از آنجا که افراد سالمند به علت مشکلاتی چون اختلال بینایی، ضایعه اسکلتی عضلانی، افت فشارخون وضعیتی، عدم تعادل در راه رفتن و مصرف داروها و ... مستعد زمین خوردن‌های مکرر هستند نیازمند توجه و رعایت الگوی مراقبتی مؤثر در پیشگیری از حوادث می‌باشند (۴). فلکر^۵ طی مطالعه‌ای روی بیماران سالمند دارای ضایعه تنفسی اظهار می‌دارد سالمندانی که از بیماری مزمن ریوی رنج می‌برند همواره دارای اختلالات جدی در کیفیت زندگی خود هستند و استفاده از واکسیناسیون و مراقبت‌های بهداشتی مناسب در ارتباط با بیماری‌های تنفسی سالمندان تأثیر به‌سزایی روی رضایت آنها از کیفیت زندگی دارد (۵). مطالعه کان^۶ نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۰۰ جمعیت سالمندان در دنیا نزدیک به ۱۳ درصد جمعیت افراد بالای ۶۵ سال را تشکیل می‌داده است که ۱/۸ درصد از این جمعیت بالای ۸۴ سال بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰ درصد برسد (۶). بررسی انجام شده توسط هورن^۷ نشان می‌دهد تعداد افراد بالای ۶۰ سال در جهان ۵۸۰ میلیون نفر است که ۳۵۵ میلیون نفر از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۷). هم‌چنین شیدفر طی مطالعه‌ای اظهار می‌دارد اغلب کشورهای در حال توسعه جهان، پیچیدگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی انتقال جمعیتی را که به پیرشدن ملت مشهور است درک کرده‌اند. با افزایش روزافزون سالمندان مشکلات آنها نیز

4 - Daniel

5 - Felker

6 - Kun

7 - Horn

1 - Barry

2 - De Lillo

3 - Shirley

بیشتر شده به گونه‌ای که هنوز راه حل رضایت بخشی برای آن نیافته‌اند و در بسیاری از کشورها این مسأله به عنوان یک مسئولیت مهم نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی ارزش‌گذاری نشده است (۸). بر اساس گزارش فرانشیز^۱ آمار سالمندان در سطح جهان رو به افزایش است و هر روز که بر عمر جهان می‌گذرد بر عده سالمندان افزوده می‌شود. واقعیت این است که امید به زندگی در سطح جهان افزایش یافته است که این قابل مقایسه با دو سه قرن گذشته نیست (۹) و همچنین گزارش‌های بین‌المللی حاکی از این است که رشد جمعیت سالمندان که ابتدا در کشورهای توسعه یافته دیده شده است اکنون با آمار بیشتر در کشورهای در حال توسعه هم وجود دارد (۱۰). ماتر^۲ طی مطالعه‌ای در خصوص چگونگی امید به زندگی اظهار می‌دارد ژاپن بالاترین امید به زندگی (۷۴/۵ سال) در سال ۱۹۹۹ را داشته است. امید به زندگی بهداشتی در کشورها سریع‌تر از امید به زندگی کلی رشد می‌کند که نشان‌دهنده کاهش در مرگ و میر همراه با کاهش ناتوانی در سالمندان است (۱۱).

فاسینو^۳ در خصوص بررسی کیفیت زندگی اظهار می‌دارد امروزه کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است و برای ارزیابی صحیح کیفیت زندگی باید به ابعاد فوق توجه شود (۱۲). از نقطه نظر اندرو^۴ همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل مؤثر در

کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی راه‌کارهای مراقبتی، درمانی مفید و مؤثر می‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد (۱۳). روزنبرگ^۵ و همکاران طی مطالعه‌ای اظهار می‌دارند سالمندان متأهل نسبت به افراد بیوه کمتر در بیمارستان بستری می‌شوند. در کشورهای توسعه یافته به نسبت کشورهای در حال توسعه بیشترین سالمندان جدا از فرزندانشان زندگی می‌کنند که این نیز به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد (۱۴). در پنج سال گذشته نگرانی در مورد هزینه‌های اجتماعی سالمندان افزایش یافته است که در این خصوص توجهی به کمبود آشکار در تداوم بررسی نیازهای مراقبتی سالمندان نمی‌شود (۱۵).

فقدان خدمات مراقبت در منزل با تسهیلات طولانی مدت باعث شده که هزینه‌های پزشکی سالمندان به ۴۶ درصد در سال برسد و به همین علت دولت ژاپن مصمم شده است که با آموزش سالمندان و افراد خانواده کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد و از بستری شدن غیر ضروری سالمندان در بیمارستان‌ها بکاهد (۱۶). ویژگی‌های مهم کیفیت زندگی که مورد توافق اغلب صاحب‌نظران علوم انسانی و اجتماعی است، شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن است. این سه بعد اساس کیفیت زندگی در رابطه با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. کیفیت زندگی دارای مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد. این ابعاد شامل سلامتی است ولی تنها محدود به آن نمی‌گردد (۱۷). جیوووانی^۶ و

5 - Rosenberg

6 - Multi dimensional

7 - Subjective

8 - Dynamic

9 - Giovanni

1 - Franceschis

2 - Mathers

3 - Fassino

4 - Andrew

همکاران اظهار داشته‌اند سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین مددجو و تیم درمانی - مراقبتی می‌گردد. بررسی‌ها نشان می‌دهد پژوهش‌های انجام شده بر روی کیفیت زندگی و ابعاد متعدد آن مورد توجه محققان است به طوری که مقالات موجود تحت عنوان کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵ از ۲۱ درصد به ۷۶ درصد افزایش یافته است (۱۸).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سالمندی در جوامع صنعتی و در حال توسعه و با عنایت به ویژگی‌های این دوران و تأثیر آن بر روند زندگی آنها، ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور شناخت ابعاد کیفیت زندگی و تغییر در کیفیت زندگی این قشر از جامعه، پژوهشگران بر آن شدند که چگونگی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان را بررسی نمایند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش از نوع توصیفی است که به منظور بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ صورت پذیرفت. دویست نفر نمونه از مناطق شمال، جنوب، شرق و غرب شهر و تمامی محله‌های شهر به نسبت مساوی و به روش خوشه‌ای گزینش و انتخاب شدند. نمونه‌های مورد بررسی شامل افرادی بودند که حداقل ۶۵ سال داشته و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری و شاخص‌های توصیفی تحلیلی مورد نظر استفاده گردید.

شاخص کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه به وسیله پرسشنامه کوتاه ۳۶ موردی بررسی گردید. این پرسشنامه با توجه به

عمومیت، سادگی، سازگاری و انطباق ابعاد مورد ارزیابی با فرهنگ و نوع فعالیت فیزیکی - روانی جمعیت مورد مطالعه، برای این پژوهش مناسب تشخیص داده شد. این پرسشنامه به چندین زبان مختلف ترجمه شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین در همین رابطه در خصوص پیوستگی درونی و اعتبار این پرسشنامه از تست آلفای کرون باخ استفاده شد ($I=0/84$). میانگین ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی با روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی $I=0/86$ و میانگین پایایی ابعاد مربوطه بالای $0/86$ محاسبه شد که از نظر آماری قابل پذیرش و معتبر است. این پرسشنامه دارای ۳۶ بند مستقل بوده و بررسی سلامت جسمی روانی فرد را مورد توجه قرار می‌دهد. بر اساس نظر سازنده این پرسشنامه به هشت جنبه از ابعاد کیفیت زندگی فرد توجه دارد که شامل مواردی چون: فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی می‌گردد. برای امتیازبندی این پرسشنامه مخصوص از روش لیکرت از نمره صفر تا صد استفاده شد. صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و عدد صد بیانگر حداکثر یا بالاترین سطح کیفیت زندگی می‌باشد.

- 1 - Validity and Reliability
- 2 - Physical Function
- 3 - Bodily Pain
- 4 - Physical Role
- 5 - General Health
- 6 - Vitality
- 7 - Social Function
- 8 - Role Emotional
- 9 - Mental Health

یافته‌ها

میانگین سن در نمونه‌های مورد مطالعه ۷۲/۳ سال بود. ۴۹ درصد از نمونه‌ها را زنان و ۵۱ درصد را مردان تشکیل داده بودند که میانگین سن آنها تقریباً یکسان بود. میانگین تعداد فرزندان در نمونه‌های مطالعه ۶/۷ مورد و از نظر سطح سواد ۸۰/۵ درصد بی‌سواد و ۱۹/۵ درصد کم‌سواد (در حد خواندن و نوشتن) بودند. همچنین ۲۴ درصد از نمونه‌های پژوهش از ماده ناس (ماده‌ای است که از گیاهی بومی گرفته شده و زیر زبان نگهداشته می‌شود) استفاده می‌کردند که در این منطقه منحصر به فرد می‌باشد و تنها ۲۰ درصد از نمونه‌ها سیگاری بودند. ۲۱/۵ درصد از نمونه‌ها کشاورز، ۲۵/۵ درصد کارگر و ۹۹ درصد زنان خانه‌دار بودند. ۸۶ درصد از نمونه‌ها اظهار داشتند به طور مستقیم و غیر مستقیم مورد حمایت مالی و عاطفی فرزندان خود قرار می‌گیرند. تنها ۲۶ درصد از نمونه‌ها اظهار نمودند که از هیچ دارویی استفاده نمی‌کنند. همچنین ۴۴/۵ درصد سابقه بیماری را ذکر نموده و ۳۹/۵ درصد سابقه بستری شدن داشتند. از نقطه نظر مشکلات جسمی مربوط به دستگاه‌های مختلف بدن، ۸/۶ درصد مبتلا به ضایعه گوارشی، ۱۶ درصد ضایعه اسکلتی عضلانی، ۱۲/۵ درصد مشکل عروقی، ۹ درصد مشکلات حواس پنج‌گانه، ۷ درصد مشکل ریوی و ۴۲ درصد ضایعات متعدد داشتند و نزدیک به ۴۶ درصد از نمونه‌های مطالعه از اختلال خواب شکایت داشتند (جدول شماره ۱).

داده‌های به دست آمده در خصوص وضعیت میانگین ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی که بر اساس امتیاز پرسشنامه از صفر تا صد در نوسان می‌باشد نشان داد میانگین درک کلی از سلامت ۳۶/۸، فعالیت فیزیکی ۴۲/۷، ایفای نقش جسمی ۳۷/۸، درد جسمی ۳۷/۸، فعالیت اجتماعی

۴۳/۹، ایفای نقش روانی ۴۵، نیروی حیاتی ۶۷/۷ و سلامت روحی ۴۲/۷ می‌باشد (جدول شماره ۲). از نقطه نظر ابعاد کلی کیفیت زندگی، میانگین مربوط به معیارهای جسمی کیفیت زندگی ۳۸/۹ و میانگین معیارهای روان شناختی ۶۷/۵ بوده و میانگین کل ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی ۴۱/۷ بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱ - چگونگی شیوع اختلالات جسمی واضح در دستگاه‌های مختلف در نمونه‌های مورد مطالعه شهر زاهدان در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰

نوع مشکل	تعداد	درصد
ضایعه گوارشی	۱۷	۸/۶
اختلال اسکلتی عضلانی	۳۲	۱۶
ضایعه قلبی عروقی	۲۵	۱۲/۵
مشکلات ریوی	۱۴	۷
اختلال حواس پنج‌گانه	۱۸	۹
ضایعات متعدد دستگاه‌ها	۸۴	۴۲
اختلال خواب	۹۲	۴۶

جدول شماره ۲ - ابعاد کیفیت زندگی در سالمندان شهر زاهدان در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	واریانس
درک کلی از سلامتی	۳۸/۶	۱۵/۶	۲۴۶/۴
فعالیت فیزیکی	۴۲/۷	۲۱/۹	۴۸۲/۲
ایفای نقش جسمی	۳۶/۸	۳۳	۱۰۸۹/۳
درد جسمی	۳۷/۸	۱۹/۳	۳۷۴
فعالیت اجتماعی	۴۳/۹	۱۶	۲۵۹
ایفای نقش عاطفی	۴۵	۲۴/۷	۶۱۳/۸
نیروی حیاتی	۴۶/۷	۱۹/۴	۳۷۸
سلامت روحی	۴۲/۶	۱۸/۹	۳۵۹/۵

جدول شماره ۳ - میانگین معیارهای کلی (جسمی و روانی) کیفیت زندگی در سالمندان شهر زاهدان در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	واریانس
معیارهای جسمی	۳۸/۹	۱۷/۳	۳۰۱
معیارهای روان شناختی	۴۴/۵	۱۴/۹	۲۲۳/۶
معیار کلی	۴۱/۷	۱۴/۴	۲۰۷

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که تاکنون در جامعه ما، شاخص مبنایی و معیار هنجار از کیفیت زندگی افراد سالمند و دیگر اقشار جامعه تعیین نگردیده است چنانچه معیار صفر تا صد را که مربوط به پرسشنامه حاضر می باشد در نظر بگیریم می توان میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخصی قابل قبول و منصفانه برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در نظر بگیریم. بر این اساس جداول ۲ و ۱ نشان می دهند که میانگین تمامی شاخص های هشت گانه و کل پایین تر از شاخص های مورد نظر هستند (۴۱/۷ درصد). بنابراین بر اساس این پژوهش ثابت شد که در مجموع کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه پایین می باشد. این نتیجه گیری ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان را مورد تأثیر و تأکید قرار می دهد. نکته قابل توجه این که با عنایت به سن بالا و شیوع اختلالات در دستگاه های مختلف مقادیر مندرج در جدول شماره یک نشان می دهد مشکلات این گروه از سالمندان چندان زیاد نیست و به نظر می رسد عادت به فعالیت فیزیکی منظم، زندگی ساده، توقعات پایین و مواد غذایی مناسب، تا حد زیادی در تعدیل ضایعات و مشکلات آنها مؤثر بوده است. همچنین کیفیت زندگی با متغیرهای شغل، سطح سواد، جنس، سن ارتباط معناداری را نشان نمی دهد چرا که اکثریت مردان به شغل کشاورزی مشغول بوده و اغلب زنان خانه دار بودند. از طرفی اکثریت جامعه مورد مطالعه بی سواد و یا کم سواد هستند. سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد و انسان ها

از آن رو به سلامتی اهمیت می دهند که بر روند زندگی و آسایش آنها تأثیر می گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای رابطه دو طرفه می باشند به طوری که مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می گذارد می تواند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است (۱۹). طبعاً بروز بیماری ها و ناتوانی در سنین بالا بسیار شایع است و در همین خصوص مطالعه نشان می دهد که یک پنجم افراد سالمند برای انجام فعالیت های روزانه نیاز به کمک دارند که نزدیک به ۵۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال را شامل می شود که می تواند روند رو به رشد داشته باشد (۶). از آنجا که ترکیب جمعیتی فعلی کشور را نسل جوان تشکیل می دهد و در آینده ای نه چندان دور آنان هم وارد دوران پیری می شوند ضروری است از هم اکنون به فکر ارتقاء و بهبود ابعاد متعدد مؤثر در کیفیت زندگی آنها باشیم.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و کلیه خانواده های سالمندان زاهدانی که در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید و برای تک تک آنها آرزوی سلامتی و روزگار خوش داریم.

منابع

- 1 - Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol.* 2000 Jan; 95(1): 8-10.
- 2 - De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol.* 2000 Apr; 95(4): 901-5.
- 3 - Conger SA, Moore KD. Chronic illness and quality of life: the social workers role. TSAO foundation; 2002. P. 1.
- 4 - Lawes D. A retrospective review of emergency admission for head injury in the over 75s. *Injury.* 2002 May; 33(4): 349-51.
- 5 - Felker B, Katon W, Hedrick SC, et al. The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001 Mar-Apr; 23(2): 56-61.
- 6 - Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Comput Methods Programs Biomed.* 2001 Mar; 64(3): 155-67.
- 7 - Horn JV. Family health care for Elderly - News. College of agricultural sciences; 1998. P.11.
- ۸ - شید فر محمدرضا، شقاقی عبدالرضا. بهداشت سالمندان، چگونه از دوران پیری لذت ببریم. سازمان بهداشت جهانی، نشر سیاوش - تهران ۱۳۷۵، ص ۶.
- 9 - Franceschis, La Vecchia C. Cancer epidemiology in the elderly. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2001 Sep; 39(3): 219-26.
- 10 - Rocha FL, Uchoa E, Guerra HL, et al. Prevalence of sleep complaints and associated factors in community-dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS). *Sleep Med.* 2002 May; 3(3): 231-8.
- 11 - Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, et al. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet.* 2001 May 26; 357(9269): 1685-91.
- 12 - Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, et al. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr.* 2002 Jul-Aug; 35(1): 9-20.
- 13 - Coats AJ. Life, quality of life and choice in an ageing society. *Int J Cardiol.* 2001 Mar; 78(1): 1-3.
- 14 - Rosenberg M, Everitt J. Planning for aging populations: inside or outside the walls. *Prog Plann.* 2001; 56 (3): 119-168.
- 15 - Ford P, McCormack B. Keeping the person in the centre of nursing. *Nurs Stand.* 2000 Aug 2-8; 14(46): 40-4.
- 16 - Tamiya N, Kobayashi Y, Murakami S, et al. Factors related to home discharge of cerebrovascular disease patients: 1-year follow-up interview survey of caregivers of hospitalized patients in 53 acute care hospitals in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2001 Sep-Oct; 33(2): 109-21.
- 17 - Oliver JP, Huxley P, Bridges K, et al. Quality of life and mental health services. 1st ed. London: Routledge; 1997.
- 18 - Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant.* 1998; 13 Suppl 1:65-9.
- 19 - Guggenmoos - Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, et al. Quality of life and health. Vienna: Blackwell; 1996. P. 93-94.

