مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن شهرستان کامیاران در سال۱۳۸۸

دکتر شاکر سالاری لک[۱]، لیدا گرگین کرجی*[۲]، سعیده امیری[۳]

تاریخ دریافت: 1391/10/3 تاریخ پذیرش: 1391/11/29

چکیده

پیش زمینه و هدف: در سال ۲۰۰۶تعداد کل سالمندان جهان ۶۸۷میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد شده است و پیش بینی می‌شود در سال۲۰۵۰ به بیش از یک میلیارد نفر برسد، با افزایش تعداد سالمندان مسائل و مشکلات حمایتی، اجتماعی، توان‌بخشی آنان نیز افزایش خواهد یافت.با توجه به اینکه هدف فقط طولانی کردن عمر نیست بلکه ارتقاء کیفیت زندگی هم ضروری است. بررسی وضعیت روانی و کیفیت زندگی سالمندان می‌تواند اطلاعات جامعی در مورد شرایط سلامت آنان فراهم کند، مطالعات کمی اثر تغییرات محیطی را بر تغییرات سلامت زندگی سالمندان شهر و روستا مورد بررسی قرار داده‌اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن شهر و روستا، شهرستان کامیاران انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش، با طراحی مقطعی و اهداف توصیفی-تحلیلی بر روی ۴۰۰ سالمند ساکن شهرستان کامیاران انجام گردید.نمونه‌ها از سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به روش نمونه گیری چند مرحله‌ای و طبقه بندی شده انتخاب گردیدند.داده‌ها مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه SF36 جمع آوری شد.برای تجزیه تحلیل داده‌ها از اندازه‌های توصیفی و آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه وt مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۶۸/۳ سال بود. بیش از سه چهارم آنان به همراه خانواده زندگی می‌کردند.طبق یافته‌ها میانگین نمره تمام کل هشت مورد شاخص کیفیت زندگی بالاتر از ۵۰ بود. مردان سالمند نسبت به زنان میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند، همچنین میانگین تمام شاخص‌های کیفیت زندگی در سالمندان روستایی بیشتر از شهرنشینان بود و این اختلاف از نظر آماری رابطه معنی‌داری بود (p=۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: در صورتی که میانگین نمره هشت شاخص کیفیت زندگی۵۰ با انحراف معیار ۱۰را به عنوان شاخص هنجار تلقی کنیم، کیفیت زندگی سالمندان خصوصاً روستانشینان، در حد مطلوب بود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندان، کامیاران، کردستان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره اول، ص ۲۹-۲٤، فروردین ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۲۹۳۷۲۴۳

Email: gorginlida@yahoo.com

مقدمه

کیفیت زندگی در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی بوده و از شاخص‌های مهمی است که اندازه گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل لازم و ضروری است(۱). بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد. بنابراین درک از کیفیت زندگی کاملاً فردی بوده و بوسیله دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد بر جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است(۲). امروزه جوامع به طرف پیر شدن در حرکت هستند و هیچ کشوری از این قاعده مستثنی نیست پیر شدن جمعیت ناشی از افزایش امید به زندگی افراد جامعه می‌باشد. همان‌طور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها روز به روز بیشتر آشکار می‌شود(۳).

[۱] دانشیار اپیدمیولوژی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، دانشکده پزشکی
[۲] کارشناس ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)
[۳] کارشناس بهداشت حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی کردستان

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد، که این تعداد در سال۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. هم اکنون ۶۰درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، در کشورهای مدیترانه شرقی تا سال۲۰۰۰ افراد بالای ۶۰ سال حدود ۵درصد کل جمعیت را تشکیل می‌داد. در کشور ایران بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند، که بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ این میزان به حدود ۷/۳درصد رسیده است و پیش بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹درصد برسد(۴). آشکار است که با افزایش تعداد سالمندان مسائل و مشکلات حمایتی، اجتماعی توان‌بخشی و بهداشتی –درمانی آنان نیز افزایش خواهد یافت (۵). آنچه که دانش امروز به آن توجه می‌کند تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه بایستی توجه داشت که سال‌های اضافه عمر انسان در کمال آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود(۶). افزایش سن، نیازهای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فرد سالمند تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.امروزه برای تعیین نیازها و ارتقاء سلامتی افراد، کیفیت زندگی آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهند(۷).در روند درمان و مراقبت سالمندان باید به عوامل موثر در کیفیت زندگی آن‌ها توجه شود و زمانی راهکارهای مراقبتی، درمانی مفید و موثر می‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد(۸). سازمان بهداشت جهانی با کمک و همکاری ۱۵ مرکز در سرتاسر دنیا ابزارهایی برای اندازه گیری کیفیت زندگی فراهم نموده است، که در فرهنگ‌های مختلف قابل کاربرد بوده و امکان مقایسه نتایج حاصل در جمعیت‌های مختلف را می‌دهد(۹). بر اساس اعلام سازمان در همه جا عمر طولانی یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته شده است، ولی به شرطی که به کیفیت زندگی و شمار سال‌های عمر توجه بیشتری شود این سازمان نیازهای اصلی سالمندان را مواردی چون سلامت جسمانی، مسکن، رفاه اجماعی، درآمد، آموزش، ایاب و ذهاب، تفریح و سرگرمی اعلام نموده است(۱۰). مطالعات کمی اثر تغییرات محیطی را بر زندگی سالمندان شهر و روستا بررسی کرده‌اند(۱۱). نتایج مطالعات در ایتالیا نشان می‌دهد اختلاف معنی‌داری بین سالمندان شهر و روستا در خصوص احساس رضایت بخشی نسبت به محیط زندگی و سلامت خودشان وجود دارد(۱۲). در مطالعه بررسی سالمندان شهر و روستا در لبنان هم افراد مقیم روستا از نظر شاخص سر زندگی نسبت به افراد مقیم شهر نمرات بیشتری را کسب کردند(۱۳).

بدیهی است که با افزایش شمار سالمندان، حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بیشتری برخوردار می‌گردد.بررسی وضعیت ابعاد سلامت جسمی، روانی و کیفیت زندگی سالمند ان می‌تواند اطلاعات جامعی در مورد شرایط سلامت آنان فراهم کند.با توجه به اختلافات مشاهده شده در ابعاد مختلف سلامت افراد سالمند در مطالعات انجام شده و با عنایت به این که مطالعات کمی اثر تغییرات محیطی را بر تغییرات سلامت زندگی سالمندان شهر و روستا مورد بررسی قرار داده‌اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن شهر و روستا، شهرستان کامیاران انجام گردید.

مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی با اهداف توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۸۸ انجام گردید.جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ۶۰سال و بیشتر شهرستان کامیاران بود، که بر اساس ارزیابی با آزمون به ذهن سپاری کلمات، مشکلاتی مانند آلزایمر و عدم هوشیاری نداشتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول d2 /n=z2∂2 حدود ۳۸۵نفر تعیین شد، که برای افزایش دقت به ۴۰۰نفر افزایش داده شد.

روش نمونه‌گیری ترکیبی از چند روش بود، که ابتدا مراکز بهداشتی –درمانی شهرستان به مراکز شهری و روستایی تقسیم و سپس از بین ۵۸۰۰ نفر جمعیت سالمند تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی که ۲۰۸۸نفر تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و ۳۷۱۲ نفر تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی بودند، به نسبت جمعیت تحت پوشش ۱۴۴نفر به صورت تصادفی از مراکز شهری و ۲۵۶ نفر نیز به صورت تصادفی از جمعیت تحت پوشش کلیه مراکز روستایی انتخاب شدند.برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگیSF36 که اعتبار و روائی آن در مطالعات مختلف در کشور ارزیابی شده است استفاده گردید. داده‌ها توسط پرسشگران جمع‌آوری و بر اساس دستورالعمل‌های موجود، نمره‌های خام حیطه‌های هشتگانه کیفیت زندگی محاسبه گردید. پس از کنترل کیفیت داده‌های جمع‌آوری شده، داده‌ها وارد نرم افزار spss گردید.برای سنجش اهداف توصیفی با متغیر کیفی، فراوانی‌های مطلق و نسبی اندازه‌گیری و در مورد متغیرهای کمی پیوسته میانگین, انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵درصد محاسبه گردید. برای سنجش ارتباط بین نمره کیفیت به صورت مطلق و متغیرهای دو حالته از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای چند حالته از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مبنای قضاوت ارتباط آماری قرار گرفت.

.پرسشنامه SF36 یکی از ابزارهای استاندارد بررسی کیفیت زندگی است که دارای ۳۶بند است و بررسی سلامت جسمانی-روانی فرد را مورد توجه قرار می‌دهد.این پرسشنامه به هشت جنبه از ابعاد کیفیت زندگی فرد توجه دارد که شامل مواردی چون:

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی می‌گردد (۱۴). این پرسشنامه به چندین زبان مختلف ترجمه شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. وجدانی نیا و همکاران(۱۵) پایایی و روایی آن را تأیید نمودند. احمدی و همکاران(۱۶) هم ضریب آلفای کرونباخ برای اعتبار درونی و روایی آن به ترتیب ۸۴ درصد و۸۶درصد و میانگین پایایی ابعاد هشت‌گانه را ۸۶درصد به دست آوردند.برای سنجش عملکرد فیزیکی پرسش‌های مربوط به فعالیت شدید، فعالیت متوسط، بلند کردن و حمل کردن، بالا رفتن از پله، خم شدن و زانو زدن، راه رفتن و حمام کردن در نظر گرفته می‌شود.برای بعد ایفای نقش فیزیکی، پرسش‌های محدودیت در فعالیت‌های روزانه، کارایی مورد انتظار و میزان صرف زمان برای فعالیت‌های روزانه به کار برده می‌شود.برای بررسی درک کلی از سلامت، پرسش‌هایی در زمینه مقایسه سلامت فرد با دیگران و برای ارزیابی فعالیت اجتماعی پرسش‌هایی درباره ارتباط فرد با خانواده، دوستان و آشنایان وجود دارد(۱۸). برای سنجش پاسخ‌ها از مقیاس لیکرت (خیلی زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، نسبتاً کم، خیلی کم)استفاده شد.امتیازات در نظر گرفته شده برای سؤالات از یک تا پنج تنظیم شده بود، که امتیاز ۱ نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز ۵ نشانگر وضعیت مطلوب فرد بود و در سؤالات منفی نمره سؤالات بر عکس شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۶۸/۳سال با انحراف معیار ۶/۸ بود، بیش از نیمی از سالمندان تحت پوشش مردان (۵۵%) و بیش از سه چهارم آنان به همراه خانواده زندگی می‌کردند(۸۸/۲%). از نظر وضعیت بیماری، ۲۴/۲% فشارخون و ۴/۸درصد دیابت، ۸/۲درصد بیماری قلبی و۵درصد روماتیسم داشتند و از نظر مصرف سیگار و الکل هم، ۱۴/۵درصد سیگاری بودند و ۱درصد الکل مصرف می‌کردند.

میانگین نمره ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی عبارت بود از درد جسمی (۶۹/۸)، عملکرد اجتماعی (۶۵/۵)، فعالیت جسمی (۶۵/۲)، سلامت عمومی (۶۱/۷)، سلامت روحی-روانی (۵۷/۹)، سرزندگی (۵۶/۵)، محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل روحی (۵۵/۲)، محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل جسمی (۵۴/۷) و میانگین نمره کلی کیفیت زندگی(۶۰/۸) بود.

نتایج ارائه شده در جدول شماره۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره تمامی ابعاد کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان است ولی از نظر آماری این رابطه بجز در بعد سرزندگی و فعالیت جسمی معنی‌دار نبود(p>۰/۰۵).

جدول شماره (۱): بررسی ارتباط بین جنس با ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کامیاران طی سال۱۳۸۸

حیطه	زن n=۱۸۰	مرد n=۲۲۰	نتیجه آزمون t test	P-valu
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)		
سلامت عمومی(GH)	۵۹ (۲۴،۵)	۶۳،۹ (۲۵،۴)	۱،۹۲	p=۰،۰۵
عملکرد جسمی(PF)	۶۱،۷۰(۲۹،۵)	۶۸،۱۸(۲۷،۹)	۲،۲۴	p=۰،۰۲
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی(RP)	۵۴،۲ (۲۲،۴۰)	۵۵،۱ (۲۰،۴۵)	.۴۲	p=۰،۶
درد جسمی(BP)	۶۷،۷(۲۳،۹)	۷۱،۴(۲۲،۶)	۱،۵۸	p=۰،۱
سرزندگی(VT)	۵۳،۵(۱۵،۲)	۵۸،۹ (۲۱،۴۶)	۲،۷۹	p=۰،۰۰۵
عملکرد اجتماعی(SF)	۶۴،۱ (۲۲،۱)	۶۶،۶ (۲۲،۴)	۱،۱۳	p=۰،۲
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روحی(RE)	۵۴،۰۷ (۱۷،۶)	۵۶،۱ (۱۷،۹)	۱،۱۴	p=۰،۲
سلامت روانی(MH)	۵۶،۹ (۱۳،۶)	۵۸،۷ (۱۲،۷)	۱،۳۴	p=۰،۱

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره (۲): بررسی ارتباط بین محل سکونت با ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کامیاران طی سال۱۳۸۸

حیطه	روستا n=۲۵۶	شهر n=۱۴۴	نتیجه آزمونt test	P-valu
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
سلامت عمومی(GH)	۶۷(۲۴،۱۷)	۵۲(۲۳،۹)	۵،۹۳	p=۰،۰۰۱
عملکرد جسمی(PF)	۶۸،۱۵(۲۸،۴)	۶۰(۲۸،۹)	۲،۷	p=۰،۰۰۷
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی(RP)	۵۹،۸(۲۰،۸۶)	۴۵،۵(۱۹،۰۱)	۶،۷	p=۰،۰۰۱
درد جسمی(BP)	۷۲،۴۶(۲۱،۷)	۶۴،۹(۲۵،۲)	۳،۱	p=۰،۰۰۲
سرزندگی(VT)	۵۹،۸(۲۰،۳۶)	۵۰،۴۸(۱۴،۷۰)	۴،۸	p=۰،۰۰۱
عملکرد اجتماعی(SF)	۷۰،۲(۲۰،۳۰)	۵۶،۹(۲۳،۳۴)	۵،۹	p=۰،۰۰۱
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روحی(RE)	۵۸،۴(۱۸،۱)	۴۹،۳(۱۵،۶)	۵،۰۴	p=۰،۰۰۱
سلامت روانی(MH)	۶۰،۱(۱۴)	۵۳،۹(۱۰،۶)	۴،۵	p=۰،۰۰۱

همچنین مطابق جدول شماره۲ میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان ساکن در روستا بیشتر از سالمندان ساکن شهر بود به طوری که میانگین ابعاد هشتگانه در روستائیان ۶۴/۵ و در شهرنشینان۵۴/۱۲ بود.این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۵).

بررسی ارتباط بین نحوه زندگی و بیماری‌های مورد بررسی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی نیز نشان داد که میانگین تمامی ابعاد در سالمندانی که همراه با خانواده زندگی می‌کردند، بیشتر از سالمندانی بود که تنها زندگی می‌کردند، این اختلاف از نظر آماری بجز در مورد جنبه محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکل جسمی معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی در سالمندانی که بیماری دیابت، رماتیسم، فشارخون و بیماری قلبی داشتند کمتر از سالمندانی بود که مبتلا به بیماری‌های ذکر شده نبودند، اختلاف مشاهده شده بین میانگین نمرات کیفیت زندگی معنی‌دار بود (p<۰/۰۵).

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه ۹/۷درصد از سالمندان ساکن روستا و ۱۶/۸ درصد از ساکنین شهر به تنهایی زندگی می‌کردند، ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود(P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری

با در نظر گرفتن میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ به عنوان شاخص هنجار (۱۴)کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی شهرستان در حد مطلوب بود.بر طبق یافته‌های این مطالعه، مردان کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان داشتند، همچنین کیفیت زندگی سالمندان روستانشین نسبت به شهرنشینان مطلوب‌تر بود.نکته دیگر ارتباط آماری معنی‌دار بین کیفیت زندگی سالمندان بیمار و بدون بیماری مورد بررسی بود.

اگر ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه ابعاد جسمی و ابعاد روانی در نظر بگیریم، سالمندان کامیاران از نظر ابعاد جسمی (سلامت عمومی، عملکرد جسمی، درد جسمی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی) نسبت به مطالعه احمدی و همکاران در شهرستان زاهدان (۱۴) وجدانی نیا و همکاران(۱۵) و بررسی کانباز در ترکیه (۱۶) نمره بیشتری را کسب نمودند، ولی از مطالعه صباح و همکاران (۱۳) که در کشور لبنان انجام شد نمره کمتری را کسب نمودند.از نظر ابعاد روحی –روانی هم (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روحی) نسبت به مطالعه احمدی (۱۴)، نمره بیشتر ولی از مطالعه وجدانی نیا (۱۵) و صباح از لبنان (۱۳) نمره کمتری کسب نمودند.که می‌توان فعالیت بدنی زیاد و نوع تغذیه (مصرف مواد لبنی محلی، غذاهای محلی، سبزیجات و میوه) در سالمندان منطقه و همچنین بافت سنتی منطقه از نظر نوع نگرش به افراد سالخورده را دلایل احتمالی این امر دانست.

یافته دیگر، بیشتر بودن میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی در سالمندان مرد نسبت به زنان بود، که در بعد سرزندگی و عملکرد جسمی و سلامت عمومی رابطه آماری معنی‌داری بن اندازه میانگین نمرات دو گروه مشاهده شد.این یافته در مطالعات

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

انجام شده در کشور ایران (۱۷, ۱۸) و کشورهای دیگر(۱۳, ۱۶) نیز بدست آمد.شاید بتوان به دلیل فعالیت جسمی و اجتماعی بیشتر مردان نسبت به زنان و همچنین باورهای سنتی منطقه که زنان را بیشتر به عنوان مراقبین بچه‌ها و سایر اعضای خانواده می‌شناسند این اختلاف را توجیه کرد.

از نظر میانگین ابعاد کیفیت زندگی در سالمندان روستایی و شهرنشین، روستانشینان وضعیت بهتری داشتند.در مطالعه سالمندان لبنانی (۱۳) و پرتغالی که توسط پائول انجام شد (۱۹) هم نتایج مشابه به دست آمد، ولی در مطالعه تسای در تایوان (۲۰) در ۷ شاخص نمره سالمندان شهری بیشتر بود.به نظر می‌رسد به دلیل فعالیت جسمی بیشتر روستانشینان که اکثراً محل زندگی و مزارع کشاورزی آنان در مناطق مرتفع و صعب‌العبور واقع شده، طوری که مقدار پیاده روی در آنان بیشتر از شهرنشینان بوده و همچنین نوع تغذیه و آب و هوای مناسب منطقه را می‌توان دلایل از عوامل احتمالی تأثیر گذار در این اختلاف ذکر نمود.

بر اساس نتایج حاصل پژوهش توصیه می‌گردد برنامه ریزی مناسب برای افزایش سطح کیفی سلامت سالمندان منطقه در ابعاد جسمی و روانی صورت گیرد.در این راستا انجام برنامه‌های مراقبت از سلامتی برای سالمندان، افزایش میزان دسترسی و استفاده از این خدمات، توجه کافی به بهبود کیفیت تغذیه سالمندان و افزایش کمی و ارتقاء کیفی نحوه استفاده از اوقات فراغت سالمندان توصیه می‌گردد.در خصوص رفع نابرابری بین شاخص‌های کیفت سلامتی زنان و مردان در منطقه، آموزش‌های لازم به گروه‌های مسئول در سلامت سالمندان و جامعه برای توجه بیشتر به کیفیت سلامت زنان تاکید می‌گردد، در این راستا اتخاذ سیاست‌های افزایش دسترسی این گروه به مجموعه خدمات سلامت در ابعاد جسمی و روانی می‌تواند به رفع نابرابری‌ها کمک نماید.برای رسیدن به کیفیت زندگی مطلوب می‌توان با گسترش و تقویت برنامه کشوری مراقبت از سالمندان که در سال اخیر در شهرستان اجرا می‌شود خصوصاً با تقویت بعد روانی برنامه در سالمندان ساکن شهر کامیاران و ایجاد مکان‌های فرهنگی-تفریحی کیفیت زندگی را در حد مطلوب حفظ و ارتقا بخشید.برای پایش مرتب شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان انجام مطالعات مشابه در آینده برای جمعیت سالمند شهرستان و منطقه پیشنهاد می‌گردد.

References:

1. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire Translation and validation study of the Iranian version. Sci J Sch Public Health Institute of Public Health Research 2007(4)
2. Bonmi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M.Quality of life measurement.Will we ever be satisfied? CLIN Epidemio 2000; 53(1): 1-12.
3. Lee TW, Ko I, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. Intern J Nurs Studies 2005; 49(2): 129-37.
4. Training Guide Integrated care Comprehensive elderly special medicine. Department Health- Office of Family Health Population. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Department Health- Office of Family Health Population; 2009. (Persian)
5. Nursing rehabilitation and welfare of the elderly. Tehran: National Congress of Nursing and Rehabilitation; 2006. (Persian)
6. Tajor M. Elderly health: a review of life. Tehran: Next Generation Publications; 2003.
7. Dunn S. Quality of life for spouses of CAPD. ANNA J 1994; 14(3): 176-9.
8. Coats AJ. Life quality of life and choice in an ageing society. Int J Cardiol 2001;78(1): 1-3.
9. Worl Health Organization. WHOQOL measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
10. Sajadi H, Biglarian A. Quality of life of elderly woman in a nursing home Kahrizak Charity. Payesh Health Monit 2007; 6(2): 105-8. (Persian)
11. Scharf T, Scharf F, Thissen G, Editors. Rurality and ageing in Europe: contextualizing the OPERA study. 4th European Congress of Gerontology; 1999.
12. Marcellini F, Giuli C, Gagliardi C, Papa R. Aging in Italy: Urban-rural differences. Arch Gerontol Geriatr 2007;44(3): 243-60.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

13. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude1 N, Mer cier M. Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. Health Qual Life Outcome J 2003; 1: 30.
14. Ahmadi F, Salar A, Fagihzadeh S. Survay quality of life elderly in Zahedan city. Hayat 2004; 10(22): 61-7. (Persian)
15. Vojdaninia M, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health-related quality of life in the elderly: a population-based study. Payesh 2005;4(2): 113-20. (Persian)
16. Canbaz S, Tevfik SA, Dabak S.The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci 2003(33): 335-40.
17. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14: 56-61.
18. Rafati N, Yavari P, Mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people Public Health J 2003;2:10. (Persian)
19. Paul C. Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. Eur Psychol J 2003; 8(3): 160-7.
20. Tsai S. Health-related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. Formos Med Assoc J 2004;103(3): 196-204.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]