Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2025, Volume 13, No. 4: 73-86.

Original article

The predictors of activities of daily living and instrumental activities of daily living in the elderly in Zahedan city in 2024

Shima Khosravi[1], Abolfazl Payandeh[2], Seyed Mehdi Tabatabaei[3], Hossein Ansari[3]

1. Student Research Committee, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2. Department of Biostatistics and Epidemiology, Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

3. Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Promotion Research Center, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Corresponding author: Hossein Ansari, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Promotion Research Center, School of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. e-mail: ansarih88@gmail.com

Received: 10 March 2025 Revised: 7 July 2025 Accepted: 12 July 2025

Keywords:

Elderly, Activities of daily living, Instrumental activities of daily living, Predictive factors

Abstract

Background & Aim: The quality of life for the elderly is largely dependent on the performance of daily activities. It is crucial to identify factors associated with these activities. This study aimed to assess the status of daily and instrumental activities of living among the elderly in Zahedan city and to identify predictive factors in 2024.

***Methods*:** This cross-sectional study was conducted on 324 elderly individuals aged 60 and above in Zahedan in 2024. Sampling was performed using a multi-stage cluster method. The methods and tools for data collection sequentially comprised interviews and standardized questionnaires on daily and instrumental activities. Data were analyzed using the Chi-square test and logistic regression in STATA 17 at a significance level of 0.05.

***Results*:** The mean age of the participants was 70.84±8.18 years, with 52.2% (169 individuals) being female. Results indicated that 90.7% (294 individuals) and 50.9% (165 individuals) were independent in daily and instrumental activities, respectively. The highest independence in these activities was related to eating (95.1%) and using the telephone (66.1%). Findings from logistic regression analysis showed that activities of daily living were associated with age (OR=0.93), physical activity (OR=0.13), and smoking (OR=0.12) (P<0.05). Also, instrumental activities of daily living were significantly associated with age (OR=0.94), physical activity (OR=0.18), smoking (OR=0.51), insurance status (OR=2.47) and high and medium socioeconomic status (OR=4.27, OR=2.29) (P<0.05).

***Conclusion*:** Socio-demographic and lifestyle variables have a great impact on the daily and instrumental activities of the elderly. Considering these factors, appropriate strategies can be developed to enhance activity levels and promote dynamic aging.

How to Cite this Article: Khosravi SH, Payandeh A, Tabatabaei SM, Ansari H. The predictors of activities of daily living and instrumental activities of daily living in the elderly in Zahedan city in 2024. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2025;13(4):73-86.DOI:

Copyright © 2025 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه
دوره۱۳. شماره ۴. زمستان ۱۴۰۴

مقاله پژوهشی

پیشگویی‌کننده‌های فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی در سالمندان شهر زاهدان سال۱۴۰۳

شیما خسروی[۱]، ابوالفضل پاینده[۲]، سید مهدی طباطبایی[۳]، حسین انصاری[۳]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، پژوهشکده علوم سلولی مولکولی در بیماری‌های عفونی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۱۲/۲۰
تاریخ بازنگری:
۱۴۰۴/۰۴/۱۶
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۴/۲۱

کلیدواژه‌ها:
سالمندان، فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی، عوامل پیشگویی‌کننده

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه محفوظ است.

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی سالمندان تا حد زیادی به انجام تکالیف روزانه وابسته می‌باشد. شناسایی عوامل مرتبط با این فعالیت‌ها اهمیت بسزایی دارد. این مطالعه باهدف تعیین وضعیت فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی سالمندان شهر زاهدان و شناخت عوامل پیشگویی‌کننده آن در سال ۱۴۰۳ طراحی شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی روی ۳۲۴ سالمند ۶۰ سال و بالاتر شهر زاهدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای صورت گرفت. روش و ابزار جمع‌آوری داده‌ها به ترتیب شامل مصاحبه و پرسشنامه‌های استاندارد فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی بود. داده‌ها در نرم‌افزار STATA.17 با استفاده از آزمون مجذورکای و رگرسیون لجستیک در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ آنالیز شدند.

نتایج: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۸/۱۸±۷۰/۸۴ بود که ۵۲/۲٪ (۱۶۹ نفر) از آنان زن بودند. نتایج نشان داد که ۹۰/۷٪ (۲۹۴ نفر) و ۵۰/۹٪ (۱۶۵ نفر) به ترتیب در فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی مستقل بودند. بیش‌ترین استقلال در این فعالیت‌ها به ترتیب مربوط به غذا خوردن (۹۵/۱٪) و استفاده از تلفن (۶۶/۱٪) بود. نتایج به‌دست‌آمده از رگرسیون لجستیک نشان داد که فعالیت‌های روزانه زندگی با سن (OR=۰/۹۳)، فعالیت‌بدنی (OR=۰/۱۳) و مصرف سیگار (OR=۰/۱۲) ارتباط دارد (P<۰/۰۵). همچنین، فعالیت‌های ابزاری زندگی با سن (OR=۰/۹۴)، فعالیت‌بدنی (OR=۰/۱۸)، مصرف سیگار (OR=۰/۵۱)، وضعیت بیمه (OR=۲/۴۷) و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا و متوسط (OR=۴/۲۷، OR=۲/۲۹) ارتباط معنی‌دار آماری داشت (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: متغیرهای جمعیت شناختی، اجتماعی و سبک زندگی تأثیر بسیاری بر فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی سالمندان دارند. با توجه به این عوامل، می‌توان استراتژی‌های مناسبی برای ارتقاء سطح فعالیت‌ها و ایجاد سالمندی پویا تدوین کرد.

نویسنده مسئول: حسین انصاری ،گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران
آدرس پست الکترونیک: ansarih88@gmail.com

مقدمه

سالمندی فرایندی اجتناب‌ناپذیر و طبیعی در تمام موجودات زنده محسوب می‌شود. درواقع، این فرایند به تغییرات ساختاری، روحی، روانی و اجتماعی در طول زمان اشاره می کند (۱). جمعیت سالمندان در دهه‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است و این روند شامل تمامی کشورها می‌شود. براساس آمار سازمان ملل متحد، جمعیت این گروه در طی یک دوره ۳۰ ساله، افزایشی دو برابری داشته است؛ به‌طوری‌که پیش‌بینی می‌شود در سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۵۰ این میزان در آمریکای لاتین از ۱۲/۹٪ به ۲۵/۱٪، در اروپا از ۲۵/٦٪ به ۳۵/۹٪ و در آسیا از ۱۳/۳٪ به ۲۵/۳٪ برسد (۲). ایران نیز مشابه بسیاری از کشورهای درحال‌توسعه، به دنبال کاهش نرخ باروری، افزایش امید به زندگی و گذار از جمعیت جوان به مسن، تغییرات زیادی را تجربه می‌کند (۳). به‌طوری که در سال ۲۰۱٦، حدود ۹/۳٪ از جمعیت این کشور را سالمندان تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۳۱/۵٪ برسد (٤).

افزایش سن، به دلایل متعددی ازجمله شیوع همزمان چندین بیماری، بیماری‌های مزمن و اختلالات شنوایی یا بینایی، بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر گذاشته و باعث ایجاد ناتوانی، محدودیت در انجام فعالیت‌های روزانه و کاهش عملکرد فیزیکی آنان می‌گردد (۵, ٦). از طرفی، عملکرد فیزیکی مناسب و مستقل به‌عنوان شاخصی مهم از سلامت و کیفیت زندگی سالمندان به‌حساب می‌آید. انجام فعالیت‌های روزانه زندگی اغلب به‌عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری ظرفیت عملکردی است که عموماً با دو مفهوم فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL) و فعالیت‌های ابزاری زندگی (IADL) ارزیابی می‌شود (۷).

فعالیت‌های روزانه زندگی یا ADL به فعالیت‌هایی در جهت مراقبت از بدن اشاره می‌کند که برای گذران زندگی اساسی‌اند. این فعالیت‌ها شامل تغذیه، حمل‌ونقل، نظافت، استفاده از توالت، حمام کردن، پیاده‌روی، بالا رفتن از پله، پوشیدن و درآوردن لباس و کنترل ادرار و مدفوع می‌شود (۸). در مقابل، IADL به فعالیت‌های پیچیده‌تری نسبت به ADL می‌پردازد که به فرد در برقراری ارتباط با محیط کمک می‌کند. این فعالیت‌ها عمدتاً مبتنی بر عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشند. ازجمله آن‌ها می‌توان به استفاده از تلفن، خرید کردن، تهیه غذا، خانه‌داری، شست‌وشوی لباس، مصرف دارو و مدیریت امور مالی اشاره کرد (۸, ۹). این عملکردها برای افراد مسن مهم بوده و استقلال در آن‌ها نقش مؤثری در پیری موفق و همراه با سلامتی دارد (۱۰).

غالباً شکستگی‌ها و کاهش کارایی مغز باعث ایجاد ناتوانی در ADL و IADL در سالمندان می‌شود (۱۱)؛ اما عوامل دیگری نیز همچون سن، جنسیت، تحصیلات، زندگی بدون همسر، بیماری‌های همراه، وضعیت اقتصادی‌اجتماعی، تغذیه، اضافه‌وزن یا کمبود وزن، مصرف سیگار و فعالیت بدنی می‌تواند بر توانمندی در انجام عملکرد روزانه مؤثر باشد (۹, ۱۲, ۱۳). از طرفی، با توجه به این‌که ناتوانی در ADL و IADL یک فرایند چندعاملی و پیچیده است که طی زمان‌های طولانی رخ میدهد و محدودیت در انجام این فعالیت‌ها ممکن است قابل‌برگشت باشد، دستگاه‌های بهداشتی و درمانی باید اقدامات حمایتی و توان‌بخشی لازم را برای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی و عملکرد سالمندان در نظر بگیرند تا از اثرات نامطلوبی مانند افزایش مراقبت‌ها و هزینه‌های ناشی از آن و درنهایت مرگ‌ومیر بکاهند (۹, ۱۱).

با توجه به ماهیت پویای ناتوانی، تشخیص زودهنگام می‌تواند منجر به ارتقای سلامت شود. همچنین، آگاهی از عوامل پیشگویی‌کننده، شناسایی سریع‌تر سالمندان در معرض خطر را تسهیل می‌کند. با توجه به تفاوت‌های موجود در این عوامل به دلیل سیاست‌های بهداشتی و زمینه‌های فرهنگی متفاوت، همچنین تناقضات موجود در ارتباط با عدم استقلال و عوامل پیشگویی‌کننده آن (۹)، انجام مطالعات از این قبیل می‌تواند مفید باشد. نظر به اهمیت سالمندی و افزایش جمعیت سالمندان در ایران، به‌ویژه در جنوب شرق کشور و با توجه به کمبود مطالعات جامع در زمینه وضعیت فعالیت سالمندان و عوامل

مرتبط و نیز وابستگی کیفیت زندگی سالمندان به انجام تکالیف روزانه، شناسایی عوامل مرتبط با استقلال در انجام این فعالیت‌ها در سالمندان اهمیت بسزایی دارد، بنابراین، این مطالعه باهدف تعیین وضعیت فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی سالمندان شهر زاهدان و شناخت عوامل پیشگویی‌کننده آن در سال ۱۴۰۳ طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۳ بر روی سالمندان شهر زاهدان انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل سالمند برای همکاری در مطالعه، توانایی برقراری ارتباط کلامی، عدم وابستگی به تخت، عدم ابتلا به آلزایمر بود. معیار خروج نیز امتناع از پاسخ به برخی سؤالات در حین مصاحبه تعیین شد.

با توجه به شیوع ۲۲ درصدی فعالیت‌های روزانه طبق مطالعه Chauhan و همکاران (۱۲) و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ و حداکثر اختلاف ۰/۰۵، حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد شیوع، حدود ۲۷۰ نفر به دست آمد که با توجه به روش نمونه‌گیری، با در نظر گرفتن اثر طرح ۱/۲ حجم نمونه نهایی ۳۲۴ نفر تعیین شد.

روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. ابتدا پایگاه‌های سلامت شهر زاهدان به‌عنوان خوشه در نظر گرفته شدند (۵۷ خوشه). سپس، ۸ خوشه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند که بر اساس منطقه پستی، توزیع نسبتاً یکسانی در نواحی مختلف شهر داشتند. بر اساس آمار معاونت بهداشتی، جمعیت تحت پوشش خوشه‌ها تفاوت چندانی نداشت؛ لذا، از هر خوشه حدود ۴۰ نمونه انتخاب شد. در یک یا چند روز متوالی از مراجعین درخواست شد که در صورت داشتن سالمند منطبق با معیارهای ورود در منزل، ایشان را معرفی کنند. در صورت موافقت و رضایت ایشان به منزل سالمند مراجعه و پرسشنامه تکمیل شد. لازم به ذکر است، برای ایجاد تصادف در انتخاب نمونه، پژوهشگر به‌طور تصادفی یکی از روزهای هفته را انتخاب و به هر پایگاه مراجعه می‌کرد.

روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه چهره‌به‌چهره و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد و ساختاریافته بود که با مصاحبه حضوری توسط پرسشگر آموزش‌دیده (کارشناس ارشد اپیدمیولوژی) تکمیل شد. پرسشنامه از ۳ بخش تشکیل‌شده بود. بخش اول، پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی-اجتماعی بود که شامل سؤالاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، فعالیت‌بدنی، مصرف سیگار، داشتن بیمه درمانی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی می‌شد. فعالیت‌بدنی کافی حالتی در نظر گرفته شد که فرد حداقل ۵ روز در هفته به مدت ۳۰ دقیقه، فعالیت هوازی از قبیل پیاده‌روی داشته باشد. مصرف سیگار نیز به این صورت طبقه‌بندی شد که اگر فرد مصرفی نداشته باشد در گروه هرگز، حداقل ماهی یک بار مصرف کند در گروه گاهی اوقات، حداقل یک‌بار در هفته مصرف کند در گروه اغلب اوقات و اگر هرروز مصرف کند در گروه همیشه قرار گیرد. با توجه به تعداد کم نمونه در گروه‌های گاهی اوقات، اغلب‌اوقات و همیشه، این گروه‌ها ادغام شدند. وضعیت اقتصادی-اجتماعی با استفاده از متغیرهای سطح تحصیلات، شغل، میزان دارایی خانوار (مانند خودرو، تلویزیون، یخچال و...) به روش تجزیه به مؤلفه‌های اصلی (CAT PCA)[1] تعیین شد. با توجه به همبستگی بین متغیرها، برای جلوگیری از هم‌خطی در مدل، سالمندان بر اساس نمرات حاصل از مؤلفه‌های اصلی (سه مؤلفه اول که بیش‌ترین درصد تغییرات را بیان می‌کردند) و ضرایب هر متغیر، بر اساس صدک‌های ۳۳ و ۶۶ به سه دسته وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، متوسط و بالا طبقه‌بندی شدند. بخش دوم، پرسشنامه ADL برگرفته از معیارتعدیل شده بارتل (نسخه ۱۰ آیتمی شاه) (۱۴) بود که جهت بررسی سطح توانمندی در انجام ADL استفاده شد. این ابزار شامل ۱۰ پرسش مربوط به "غذا خوردن"، "حرکت و رفت‌وآمد "، " بالا و پایین رفتن از پله"، " تعویض لباس"، "حمام‌کردن"،"دفع مدفوع"،" جابه‌جایی و خارج شدن از تخت"،" بهداشت فردی"، "رفتن به دستشویی" و"دفع

[1] Categorical Principal Component Analysis

ادرار" بود. مجموع امتیازات از ۰ تا ۱۰۰ متغیر بود (۱٤). سطوح وابستگی به این صورت طبقه‌بندی شد: نمره صفر تا ٦٦ وابسته و ٦٧ تا ۱۰۰ مستقل. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط تقربی و همکاران در سال ۱۳۹۰ تأیید شد. ثبات داخلی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹٦ و ضریب پایایی در روش دو نیمه کردن با فرمول Brown Spearman Length-equal و Guttman نیز ۰/۹۹ گزارش گردیده بود (۱۵). بخش سوم، پرسشنامه IADL، برگرفته از معیار لاوتون و برودی (۱۹٦۹) بود. این پرسشنامه دارای ۷ آیتم"استفاده از تلفن"، "مصرف دارو"، "آماده کردن غذا"، "انجام کارهای منزل"، "خرید مایحتاج"، "-استفاده از وسایل نقلیه" و "کنترل دخل و خرج" می‌باشد. نمره کلی IADL از صفر تا ۱٤ متغیر بود. نمره صفر تا ۱۰، وابسته و ۱۱ تا ۱٤ به‌عنوان مستقل طبقه‌بندی می‌شد (۱٦). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۱۳۹٤ توسط طاهری و همکاران بررسی شد؛ آلفای کرونباخ برای IADL، ۰/۷۵ گزارش گردید. در بررسی پایایی نیز ضریب همبستگی درون طبقه‌ای IADL، ۰/۷۹ ذکر شد (۱۷). لازم به ذکر است که دو پرسشنامه فوق دارای نقاط برش سه‌گانه بودند، اما به علت کمبود نمونه در گروه وابسته و انجام تحلیلی قابل اطمینان‌تر، دو گروه وابسته و نیازمند کمک ادغام شده، به‌عنوان گروه وابسته نام‌گذاری شدند. پایایی پرسشنامه‌ها در این مطالعه با مشارکت ۳۰ سالمند موردسنجش قرار گرفت و آلفای کرونباخ به ترتیب برای پرسشنامه ADL و IADL، ۰/۹۰ و ۰/۸۳ به دست آمد.

ضروری است اشاره شود در این مطالعه استقلال در ADL و IADL، به‌عنوان پیامد و متغیرهای مستقل (متغیرهای جمعیت‌شناختی-اجتماعی) نیز مواجهه در نظر گرفته شدند.

داده‌ها در نرم‌افزار STATA نسخه ۱۷ تحلیل شدند. جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و همچنین از فراوانی‌ها، درصدها و جداول آماری استفاده شد. جهت تحلیل دو متغیره از آزمون مجذورکای و جهت تحلیل چندگانه و تعیین تأثیر پارامترهای جمعیت‌شناختی بر سطوح ADL و IADL، کنترل مخدوش کننده‌های احتمالی و بررسی تأثیر هم‌زمان متغیرها و ارائه شانس تطبیق شده از رگرسیون لجستیک چندگانه به روش Forward LR استفاده شد. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ ازنظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شدند. این مقاله منتج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1403.150 می‌باشد.

نتایج

میانگین سنی سالمندان در این مطالعه ۸/۱۸±۷۰/۸٤ سال با دامنه سنی ٦۰ تا ۹۹ سال بود. ازنظر توزیع سنی، ۱۸٤ سالمند (٥٦/۸ درصد) در بازه سنی ٦۰ تا ۷۰ سال و ۱٤۰ سالمند (٤۳/۲ درصد) ۷۱ سال و بالاتر بودند. تعداد ۱٦۹ نفر (٥۲/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان زن بودند. ازلحاظ وضعیت تأهل، ۱۸٦ نفر (٥۷/٤ درصد) متأهل و از نظر سطح تحصیلات، ۱٤۲ نفر (٤۳/۸ درصد) بی‌سواد بودند. در خصوص فعالیت‌بدنی، ۱۷٤ نفر (٥۳/۷ درصد) فعالیت‌بدنی کافی داشتند. همچنین ۲۳۸ نفر (۷۳/٥ درصد) سیگار مصرف نمی‌کردند و ۲۸۰ نفر (۸٦/٤ درصد) تحت پوشش بیمه درمانی بودند.

مطالعه حاضر نشان داد تعداد ۲۹٤ نفر (۹۰/۷ درصد) از سالمندان در انجام ADL و تعداد ۱٦٥ نفر (٥۰/۹ درصد) نیز در انجام IADL مستقل بودند؛ بنابراین از نظر فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی به ترتیب تعداد ۳۰ نفر (۹/۳ درصد) و ۱٥۹ نفر (٤۹/۱ درصد) وابسته بوده و توانایی لازم برای انجام امورات روزانه خود را نداشتند. بیش‌ترین و کم‌ترین میزان استقلال در ADL به ترتیب در توانایی غذاخوردن، ۳۰۸ نفر (۹٥/۱ درصد) و توانایی در بالا و پایین رفتن از پله، ۱۷۲ نفر (٥۳/۱ درصد) بود. همچنین، بیش‌ترین و کم‌ترین استقلال در IADL به ترتیب در استفاده از تلفن، ۲۱٤ نفر (٦٦/۱ درصد) و کنترل دخل و خرج، ۱۲۲ نفر (۳۷/۷ درصد) بود (جدول۱).

نتایج به دست آمده نشان داد که افراد متأهل ۹/۱ درصد بیش‌تر از افراد بدون همسر در انجام ADL مستقل بودند (۹٤/٦ درصد در مقابل ۸٥/٥ درصد). همچنین، انجام مستقل این فعالیت‌ها در افراد با فعالیت‌بدنی ناکافی، افراد سیگاری و سالمندانی در سنین

بالاتر، کمتر بود (P<۰/۰۵). از نظر IADL نیز مردان ۱۸/۷ درصد بیش‌تر از زنان مستقل بودند (۶۰/۷ درصد در مقابل ۴۲/۰ درصد). انجام مستقل IADL در سالمندان متأهل نیز ۱۹/۲ درصد بیش‌تر از سالمندان بدون همسر بود (۵۹/۱ درصد در مقابل ۳۹/۹ درصد). علاوه بر این، سالمندانی که تحصیلات بالاتر داشتند، فعالیت‌بدنی آن‌ها کافی بود، سیگار نمی‌کشیدند، داری بیمه درمانی بودند، وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتری داشتند و در سنین پایین‌تر بودند، استقلال بیش‌تری در انجام IADL نشان دادند (P<۰/۰۵) (جدول۲).

جدول۱: توزیع فراوانی فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی سالمندان شهر زاهدان سال ۱۴۰۳

فعالیت های روزانه زندگی(ADL)	وابسته (درصد) تعداد	مستقل (درصد) تعداد
۱-توانایی در غذا خوردن	۱۶(۴/۹)	۳۰۸(۹۵/۱)
۲-توانایی در حرکت و رفت و آمد	۱۰۳(۳۱/۸)	۲۲۱(۶۸/۲)
۳-توانایی در بالا و پایین رفتن از پله	۱۵۲(۴۶/۹)	۱۷۲(۵۳/۱)
۴-توانایی در تعویض لباس	۴۰(۱۲/۴)	۲۸۴(۸۷/۶)
۵-توانایی در حمام کردن	۴۵(۱۳/۹)	۲۷۹(۸۶/۱)
۶-توانایی در دفع مدفوع	۲۲(۶/۸)	۳۰۲(۹۳/۲)
۷-توانایی در جابه جا و خارج شدن از تخت	۱۰۵(۳۲/۴)	۲۱۹(۶۷/۶)
۸-توانایی در بهداشت فردی	۲۰(۶/۲)	۳۰۴(۹۳/۸)
۹-توانایی در رفتن به دستشویی	۴۸(۱۴/۸)	۲۷۶(۸۵/۲)
۱۰-توانایی در دفع ادرار	۴۹(۱۵/۱)	۲۷۵(۸۴/۹)
فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی (IADL)		
۱-استفاده از تلفن	۱۱۰(۳۳/۹)	۲۱۴(۶۶/۱)
۲-مصرف دارو	۱۴۵(۴۴/۹)	۱۷۹(۵۵/۱)
۳-آماده کردن غذا	۱۴۳(۴۴/۱)	۱۸۱(۵۵/۹)
۴-انجام کار های منزل	۱۵۴(۴۷/۴)	۱۷۰(۵۲/۶)
۵-خرید مایحتاج زندگی	۱۳۳(۴۱/۱)	۱۹۱(۵۸/۹)
۶-استفاده از وسایل نقلیه	۱۷۸(۵۴/۹)	۱۴۶(۴۵/۱)
۷-کنترل دخل و خرج	۲۰۲(۶۲/۳)	۱۲۲(۳۷/۷)

جدول۲: تعیین و مقایسه فعالیت‌های روزانه و ابزاری زندگی برحسب متغیرهای جمعیت شناختی-اجتماعی و سبک زندگی سالمندان شهر زاهدان سال ۱۴۰۳

متغیرهای جمعیت شناختی-اجتماعی		فعالیت‌های روزانه زندگی			فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی		
		وابسته (درصد)تعداد	مستقل (درصد)تعداد	سطح معناداری	وابسته (درصد)تعداد	مستقل (درصد)تعداد	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۱۰(٦/٤)	۱٤٥(۹۳/٦)	۰/۰۹٥	٦۱(۳۹/٤)	۹٤(٦۰/٦)	۰/۰۰۱
	زن	۲۰(۱۱/۸)	۱٤۹(۸۸/۲)		۹۸(٥۸/۰)	۷۱(٤۲/۰)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰(٥/٤)	۱۷٦(۹٤/٦)	۰/۰۰٥	۷٦(٤۰/۹)	۱۱۰(٥۹/۱)	۰/۰۰۱
	مطلقه/بیوه	۲۰(۱٤/٥)	۱۱۸(۸٥/٥)		۸۳(٦۰/۱)	٥٥(۳۹/۹)	
تحصیلات	دبیرستان و بالاتر	٦(۷/٤)	۷٥(۹۲/٦)	۰/۷۲۹	۲۳(۲۸/٤)	٥۸(۷۱/٦)	<۰/۰۰۱
	ابتدایی و راهنمایی	۹(۸/۹)	۹۲(۹۱/۱)		۳۹(۳۸/٦)	٦۲(٦۱/٤)	
	بی‌سواد	۱٥(۱۰/٦)	۱۷٦(۸۹/٤)		۹۷(٦۸/۳)	٤٥(۳۱/۷)	
فعالیت بدنی	ناکافی	۲۸(۱۸/۷)	۱۲۲(۸۱/۳)	<۰/۰۰۱	۱۱۳(۷٥/۳)	۳۷(۲٤/۷)	<۰/۰۰۱
	کافی	۲(۱/۲)	۱۷۲(۹۸/۸)		٤٦(۲٦/٤)	۱۲۸(۷۳/٦)	
مصرف سیگار	دارد	۲۳(۲٦/۷)	٦۳(۷۳/۳)	<۰/۰۰۱	٦۰(٦۹/۸)	۲٦(۳۰/۲)	<۰/۰۰۱
	ندارد	۷(۲/۹)	۲۳۱(۹۷/۱)		۹۹(٤۱/٦)	۱۳۹(٥۸/٤)	
بیمه	دارد	۲٥(۸/۹)	۲٥٥(۹۱/۱)	۰/٦۰٤	۱۲۸(٤٥/۷)	۱٥۲(٥٤/۳)	۰/۰۰۲
	ندارد	٥(۱۱/٤)	۳۹(۸۸/٦)		۳۱(۷۰/٥)	۱۳(۲۹/٥)	
وضعیت اقتصادی اجتماعی	بالا	۷(٦/۳)	۱۰٤(۹۳/۷)	۰/۲۳۹	۲۹(۲٦/۱)	۸۲(۷۳/۹)	<۰/۰۰۱
	متوسط	۹(۸/۷)	۹٥(۹۱/۳)		٥۱(٤۹/۰)	٥۳(٥۱/۰)	
	پایین	۱٤(۱۲/۸)	۹٥(۸۷/۲)		۷۹(۷۲/٥)	۳۰(۲۷/٥)	
سن (انحراف معیار± میانگین)		۷۷/۱۷±۱۰/٦۸	۷۰/۷±۱۹/٦۱	<۰/۰۰۱	۷۳/۰۸±۸/۹۹	٦۸/٦۸±٦/٦٥	<۰/۰۰۱

نتایج مدل لجستیک نشان داد شانس مستقل بودن در ADL در افرادی با فعالیت‌بدنی ناکافی ۸۷ درصد کمتر از افرادی با فعالیت‌بدنی کافی بود (OR=۰/۱۳؛ CI=۰/۰۳- ۰/٦۱) و این شانس در سالمندان سیگاری نیز ۸۸ درصد کمتر از غیرسیگاری‌ها بود (OR=۰/۱۲؛ CI=۰/۰٤- ۰/۳۱). همچنین، شانس استقلال در انجام ADL در سالمندان با هر واحد افزایش سن ۷ درصد کاهش یافت (OR=۰/۹۳؛ CI=۰/۸۸- ۰/۹۸) (جدول۳). مطالعه حاضر نشان داد شانس مستقل بودن در IADL در افرادی با فعالیت‌بدنی ناکافی ۸۲ درصد کمتر از کسانی بود که فعالیت‌بدنی کافی داشتند (CI=۰/۱۰-۰/۳۲؛ OR=۰/۱۸). همچنین، شانس استقلال در انجام این فعالیت‌ها در سالمندان سیگاری ٤۹ درصد کمتر از غیرسیگاری‌ها بود (۰/۹۷ -CI=۰/۲٦؛ OR=۰/٥۱). شانس مستقل بودن در افراد داری بیمه درمانی و افرادی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا به ترتیب بیش‌تر از افراد بدون بیمه و با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و متوسط بود. با یک واحد افزایش سن نیز شانس مستقل بودن در انجام IADL به میزان ٦ درصد کاهش یافت (CI=۰/۹۰- ۰/۹۸؛ OR=۰/۹٤) (جدول٤).

جدول۳: نتایج مدل رگرسیون لجستیک چندگانه مربوط به فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان شهر زاهدان سال۱۴۰۳

متغیرهای مستقل		ضریب رگرسیونی	خطای معیار	سطح معناداری	(فاصله اطمینان ۹۵درصد) نسبت شانس تعدیل‌شده
جنس	مرد	۰/۰۲	۰/۵۳	۰/۹۷۱	۱/۰۲(۰/۳۷-۲/۸۱)
	زن	-	-	-	۱
وضعیت تأهل	متأهل	۰/۲۷	۰/۶۸	۰/۵۹۷	۱/۳۱(۰/۴۸-۳/۶۳)
	مطلقه/بیوه	-	-	-	۱
فعالیت بدنی	ناکافی	-۲/۰۳	۰/۱۰	۰/۰۰۹	۰/۱۳(۰/۰۳-۰/۶۱)
	کافی	-	-	-	
مصرف سیگار	دارد	-۲/۱۵	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۲(۰/۰۴-۰/۳۱)
	ندارد	-	-	-	۱
سن		-۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۰۰۴	۰/۹۳(۰/۸۸-۰/۹۸)

جدول۴: نتایج مدل رگرسیون لجستیک چندگانه مربوط به فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی سالمندان شهر زاهدان سال ۱۴۰۳

متغیرهای مستقل		ضریب رگرسیونی	خطای معیار	سطح معناداری	(فاصله اطمینان ۹۵ درصد) نسبت شانس تعدیل‌شده
جنسیت	مرد	۰/۰۰۴	۰/۳۳	۰/۹۹۰	۱/۰۰(۰/۱-۵۳/۹۱)
	زن	-	-	-	۱
وضعیت تأهل	متأهل	-۰/۳۶	۰/۲۲	۰/۲۵۶	۰/۷۰(۰/۱-۳۸/۳۰)
	مطلقه/بیوه	-	-	-	۱
تحصیلات	دبیرستان و بالاتر	۰/۰۴	۰/۴۸	۰/۹۳۲	۱/۰۴(۰/۲-۴۲/۵۸)
	ابتدایی و راهنمایی	۰/۱۵	۰/۴۸	۰/۷۱۳	۱/۱۶(۰/۲-۵۲/۶۲)
	بی‌سواد	-	-	-	۱
فعالیت بدنی	ناکافی	-۱/۷۳	۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۸(۰/۰-۱۰/۳۲)
	کافی	-	-	-	۱
مصرف سیگار	دارد	-۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۰۴۰	۰/۵۱(۰/۰-۲۶/۹۷)
	ندارد	-	-	-	۱
بیمه	دارد	۰/۹۰	۱/۱۴	۰/۰۵۰	۲/۴۷(۱/۶-۰۰/۰۸)
	ندارد	-	-	-	۱
وضعیت اقتصادی اجتماعی	بالا	۱/۴۵	۲/۲۶	۰/۰۰۶	۴/۲۷(۱/۱۲-۵۱/۰۳)
	متوسط	۰/۸۳	۰/۹۴	۰/۰۴۲	۲/۲۹(۱/۵-۵۱/۱۱)
	پایین	-	-	-	۱
سن		-۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۰۲	۰/۹۴(۰/۰-۹۰/۹۸)

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که ازنظر ADL و IADL به ترتیب ۹۰/۷ درصد و ۵۰/۹ درصد از سالمندان مستقل بوده و توانایی انجام امورات زندگی خود را دارند. طبق مطالعات قبلی انجام‌گرفته توسط حبیبی و همکارانش (۱۸) در سال ۲۰۰۸ در غرب تهران، ۹۳/٤ درصد از سالمندان و در مطالعه Patel و همکاران (۱۹) در سال ۲۰۲۱، ۹۳/۵ درصد در انجام ADL مستقل بودند که تقریباً با مطالعه ما همسو بود. همچنین، مطالعات حسینی و همکاران (۲۰) در سال ۲۰۱۸ و طوافیان و همکاران (۲۱) در سال ۲۰۱٤ نیز میزان استقلال در IADL را مشابه با نتایج مطالعه ما نشان دادند. البته در مطالعه‌ای نظیر مطالعه Chen و همکارانش (۲۲) در سال ۲۰۱۵، میزان استقلال در ADL بیش‌تر از مطالعه ما بود. در مطالعه Beltz و همکاران (۹) در سال ۲۰۲۲ و Connolly و همکارانش (۲۳) در سال ۲۰۱۷ این میزان کمتر از مطالعه ما بیان شد. این مطالعات ازنظر استقلال در IADL نیز با مطالعه ما همسو نبودند. عدم همخوانی بین مطالعات می‌تواند ناشی از تفاوت در عوامل خطر ناتوانی، استراتژی‌های بهداشتی متفاوت، عدم اعتراف به ناتوانی و تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی در نقاط مختلف باشد (۹). تفاوت در متدولوژی، نوع پرسشنامه و نمره‌دهی آن‌ها نیز می‌تواند دلیل دیگری بر این اختلاف باشد.

با وجود تناقضات در مطالعات مختلف، اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مستقل بودن در IADL کمتر از ADL است (۱۸-۲۱)، این نتیجه با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد. چون برای انجام IADL نیاز به مهارت و تفکر بیش‌تری است، بنابراین اغلب سالمندان از این جهت استقلال کمتری دارند (۸)، همچنین، عوامل فرهنگی-اجتماعی در کشور ما موجب شده، اکثریت سالمندان ترجیح دهند فعالیت‌های روزمره زندگی خود را به‌صورت مستقل انجام دهند (۲۱). درنهایت، می‌توان گفت که ماهیت پیچیده‌تر IADL به ADL عامل اصلی این تفاوت هست (۹).

نتایج مطالعه ما نشان داد که بیش‌ترین استقلال در ADL مربوط به غذاخوردن و کم‌ترین استقلال در بالا و پایین رفتن از پله‌هاست. در مطالعات حبیبی و همکاران (۱۸) و طوافیان و همکاران (۲۱) نیز بیش‌ترین استقلال مربوط به غذا خوردن بود که با یافته‌های ما همسو است، ولی در این مطالعات، کم‌ترین استقلال به ترتیب در حمام کردن و راه رفتن ذکر شد.

ازنظر IADL، بیش‌ترین استقلال مربوط به تلفن زدن و کم‌ترین استقلال در کنترل دخل و خرج بود که با مطالعه‌ای در سالمندان شهر یزد توسط مظلومی و همکاران (۲٤) در سال ۲۰۱٤ مطابقت دارد. همچنین، در مطالعه طوافیان و همکاران (۲۱)، اگرچه بیش‌ترین سطح استقلال در استفاده از تلفن مشاهده شد، اما برخلاف نتایج حاضر، کم‌ترین میزان استقلال مربوط به انجام تعمیرات جزئی منزل بود. این تفاوت احتمالاً ناشی از سطح بالاتر بی‌سوادی در مطالعه ما (٤۳/۸ درصد) نسبت به مطالعه طوافیان (۲۸/۳ درصد) و نیازمندی فعالیت‌هایی مانند مدیریت مالی به سواد بالاتر می‌باشد.

در بررسی مدل لجستیک، مشخص شد سالمندان دارای فعالیت بدنی شانس بیش‌تری از نظر انجام ADL و IADL به‌صورت مستقل دارند، این یافته ازنظر آماری نیز معنادار شد. این نتیجه با مطالعات Chauhan و همکاران (۱۲) وConnolly و همکاران (۲۳) در خارج از کشور و مطالعه طوافیان و همکاران (۲۱) در داخل همسو بود. تأثیر فعالیت‌بدنی بر ADL پیچیده است؛ کاهش آنزیم‌هایی مانند کاتالاز، کاهش کارایی اندامک‌های تولید-کننده انرژی و افزایش التهاب در سالمندان سبب افزایش بیومارکرهای اکسیداتیو می‌شود. فعالیت‌هایی نظیر ورزش می-تواند با آزادسازی انتقال‌دهنده‌های عصبی، التهاب را کاهش و حس تندرستی را ارتقاء دهد. فعالیت‌بدنی باعث افزایش حساسیت به انسولین، بهبود جذب گلوکز در عضلات، تحریک و بازسازی استخوان‌ها، افزایش تراکم استخوان، بهبود پمپاژ خون و تقویت خاصیت ارتجاعی در رگ‌های خونی می‌شود که

همه این عوامل از ابتلا به بیماری‌های قلبی، دیابت نوع دو، پوکی استخوان و سندروم متابولیک جلوگیری می‌کنند. همچنین، شرکت در فعالیت‌های ورزشی باعث بهبود خلق‌وخو، کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش تعاملات اجتماعی و عزت‌نفس شده و تأثیر بسزایی در افزایش کیفیت و رفاه زندگی و به‌تبع آن افزایش استقلال در سالمند دارد. لازم به ذکر است که ورزش باعث تعادل و قدرت عضلانی در فرد شده و از خطر زمین خوردن که یکی از علل ناتوانی است، جلوگیری می‌کند (۲۵). همچنین، گفته‌شده در صورت ادامه روند چاقی، میزان ناتوانی سالانه ۱ درصد بیش‌تر از حالتی خواهد بود که افزایش وزن وجود نداشته باشد؛ بنابراین، انجام فعالیت‌بدنی با توجه به نقش آن در کاهش چاقی، از این منظر نیز اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند (۲۳).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مصرف سیگار، یکی از عوامل مؤثر بر استقلال در انجام ADL و IADL است؛ به‌طوری‌که مصرف سیگار شانس استقلال را کاهش می‌دهد. این نتیجه با بسیاری از مطالعات همسو بود (۱۲, ۱۹). اگرچه در مطالعه Connolly و همکاران (۲۳) در سالمندان ایرلندی، رابطه معناداری یافت نشد، ولی باید توجه داشت که سیگار عامل خطر بالقوه بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و انسداد مزمن ریوی است که منجر به محدودیت عملکردی و ناتوانی در ADL و IADL می‌شود. در زنان مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریوی، این ناتوانی‌ها به‌ترتیب ۲ و ٤ برابر بیش‌تر از افراد عادی است. همچنین، حدود نیمی از بازماندگان سکته مغزی نیز در انجام امورات زندگی خویش ناتوان‌اند. علاوه بر این، رابطه علیتی بین مصرف سیگار و تراکم پایین استخوان، شکستگی لگن، بیماری‌های اسکلتی-عضلانی مانند آرتروز و سارکوپنی مشخص شده است که از عوامل اصلی ناتوانی در سراسر جهان محسوب می‌شوند (۲٦).

سن نیز یکی از عوامل مرتبط با استقلال در ADL و IADL بود که در تحلیل‌های ساده و چندگانه ازنظر آماری معنی‌دار شد، به‌طوری‌که با افزایش سن شانس مستقل بودن در افراد کمتر می‌شود. این نتیجه نیز با اکثریت مطالعات مطابقت داشت (۱۹-۲۳). کاهش استقلال به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و روانی مرتبط با پیری، ازجمله کاهش قدرت جسمانی و شناختی و افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد که به‌طورکلی کیفیت زندگی را نیز در این گروه کاهش می‌دهد. افزایش سن با کاهش سلامت بینایی و شنوایی نیز همراه است، با توجه به نقش این حواس در حفظ تعادل بدن، اختلال در آن‌ها منجر به عملکرد ناهماهنگ و ایجاد ناتوانی در سالمند می‌شود. به همین دلیل، درک این روند و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند به توسعه راهکارهای مناسب برای حفظ استقلال در سالمندان کمک کند (۵, ۸, ۱۲). بااین‌حال برخی از مطالعات با این نتیجه‌گیری مخالف‌اند و با توجه به قابلیت برگشت‌پذیر بودن ناتوانی در فعالیت‌های ابزاری و روزانه بر این باورند که شاید بتوان این ناتوانی را باگذشت زمان کاهش داد (۲۷).

داشتن بیمه درمانی، در تحلیل چندگانه، با استقلال در انجام IADL ارتباط معنی‌دار آماری داشت، اما این نتیجه در ارتباط با انجام مستقل ADL معنی‌دار نشد. یافته‌های ما نشان دادند افراد دارای بیمه درمانی در انجام IADL مستقل‌تر هستند که بامطالعه Chauhan و همکاران (۱۲) همخوانی داشت. بیمه سلامت نقش حیاتی در تشخیص به‌موقع و جلوگیری از پیشرفت بیماری‌های مزمن دارد و با کاهش بار مالی، پایبندی به برنامه‌های درمانی را تسهیل می‌کند. از جنبه روانی، بیمه درمانی استرس و نگرانی‌های مالی مرتبط با هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد و احساس امنیت خاطر ایجاد می‌کند. این عامل به افزایش انگیزه و اعتماد به نفس سالمندان در حفظ استقلال عملکردی کمک می‌کند. همچنین، بیمه از نابرابری‌های سلامت کاسته و رفاه ذهنی و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد که درنهایت منجر به کاهش ناتوانی در سالمندان می‌شود (۷, ۲۸).

مطالعه ما نشان داد که هرچه وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد بهتر باشد استقلال در انجام فعالیت‌های زندگی بیش‌تر است، این مورد نیز باوجود معنی‌داری در رابطه با IADL، در مورد انجام مستقل ADL، معنی‌دار نشد. این یافته با مطالعات خارجی،

نظیر Chen و همکاران، Chauhan و همکاران و مطالعه داخلی طوافیان و همکارانش هماهنگ بود (۱۲, ۲۱, ۲۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین به دلیل محدودیت‌های مالی غالباً از دریافت خدمات درمانی ضروری صرف‌نظر می‌کنند، الگوی تغذیه‌ای نامناسب دارند، کمتر به رفتارهای پیشگیرانه توجه نشان می‌دهند، محدودیت بیش‌تری در خرید وسایل ضروری دارند، وظایف کاری سنگین‌تری را به عهده می‌گیرند، کمتر به فعالیت‌های تفریحی می‌پردازند و سواد سلامت پایین‌تری نیز دارند. این عوامل در کنار یکدیگر منجر به شیوع بیماری‌های بیش‌تر و ضعف سلامت جسمی می‌شود. از سوی دیگر، دغدغه‌های معیشتی و ناامنی مالی، فشارهای روانی زیادی ایجاد می‌کنند که ممکن است خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش دهد و باعث کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی شود. این عوامل نیز با ناتوانی در انجام IADL مرتبط هستند (۲۹, ۳۰).

اگرچه نتایج نشان داد درصد وابستگی در زنان نسبت به مردان بیش‌تر است، اما مدل لجستیک حاکی از آن است که بین جنسیت و استقلال در ADL و IADL ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها در مقایسه با بسیاری از مطالعات که نشان می‌دهند زنان به‌طور معنی‌داری شانس بیش‌تری در ناتوانی دارند، نادر است (۹, ۱۲, ۱۳). علت این امر این گونه توجیح شده است که اکثر بیماری‌ها برای زنان ناتوان‌کننده و برای مردان مرگ‌بار هستند و این مسئله منجر به طول عمر بیش‌تر زنان نسبت به مردان می‌شود. همچنین، عوامل هورمونی و زایمان نیز، می‌تواند زنان را بیش‌تر در معرض ناتوانی قرار دهد (۹, ۱۳). عدم همخوانی نتایج مطالعه ما با مطالعات ذکرشده ممکن است به علت بالا بودن حجم نمونه در تحقیقات قبلی باشد که این عامل می‌تواند تفاوت‌های کوچک را معنی‌دار نشان دهد. همچنین، تفاوت در وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات و منطقه جغرافیایی نیز بر یافته‌های به‌دست‌آمده اثر-گذار است.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از روش خودگزارش‌دهی و پرسشنامه بوده است که با توجه به سن بالای شرکت‌کنندگان، ممکن است تأثیر منفی بر میزان تمایل و توانایی آنان در پاسخ‌گویی داشته باشد. همچنین، در مواردی که سالمندان قادر به پاسخگویی مناسب به برخی سؤالات نبودند، با رضایت آن‌ها، از اعضای خانواده برای تکمیل پرسشنامه‌ها استفاده شد. در پرسشنامه ADL سؤالاتی درباره بی‌اختیاری مدفوع و رفتن به توالت وجود داشت که گمان می‌رفت سالمند در پاسخ به آن‌ها تردید دارد یا احساس خجالت می‌کند و این امکان وجود داشت که این احساس روی صحت جواب وی اثرگذار باشد، بااین‌وجود محقق سعی کرد با ارائه توضیحات کافی و توجیه مناسب، سالمندان را به پاسخگویی تشویق کند. علیرغم این محدودیت‌ها، به علت اعمال تصادف در نمونه‌گیری، انتخاب روزهای هفته، پایگاه‌های مورد بررسی و همچنین پوشش کامل سطح شهر، به نظر می‌رسد نتایج مطالعه قابل تعمیم به تمام سالمندان شهر زاهدان باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حدود نیمی از سالمندان شهر زاهدان در انجام IADL و تقریباً ۹۰ درصد در انجام ADL مستقل هستند. این سطح از استقلال در مقایسه با مطالعات انجام‌شده در ایران و جهان، بالاتر است که می‌تواند ریشه در ساختار سنتی و حمایت‌های اجتماعی موجود در جامعه زاهدان داشته باشد. این مطالعه نشان داد متغیرهای جمعیت شناختی-اجتماعی نظیر سن پایین‌تر، فعالیت‌بدنی کافی و عدم مصرف سیگار به‌طور معناداری با استقلال در ADL مرتبط هستند. علاوه بر این عوامل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا و برخورداری از پوشش بیمه درمانی نیز از عوامل مؤثر بر استقلال در IADL شناسایی شدند. این نتایج بر اهمیت رویکردی چندوجهی در برنامه‌ریزی برای سلامت و رفاه سالمندان تأکید می‌کند که ابعاد فردی و زمینه‌های اقتصادی-اجتماعی را در برمی‌گیرد. لذا به نظر می‌رسد با انجام اقداماتی

نظیر ایجاد فرایند مستمری بگیری در سالمندان، گسترش پوشش بیمه‌ای، برگزاری دوره‌های آموزشی جهت تقویت اعتماد به نفس و مهارت‌های زندگی، احداث پارک‌هایی با امکانات ویژه برای سالمندان و ایجاد مسیرهای پیاده‌روی امن، ایجاد کلینیک‌های ترک سیگار با اولویت سالمندان، ترویج ورزش همگانی و افزایش معاینات دوره‌ای بتوان شاهد استقلال بیش‌تر در این گروه باشیم. به‌طورکلی، با در نظر گرفتن این عوامل، می‌توان استراتژی‌های مناسبی برای ارتقاء سطح فعالیت‌ها و ایجاد سالمندی پویا تدوین کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای پایان‌نامه دوره کارشناسی‌ارشد در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کد اخلاق: IR.ZAUMS.REC.1403.150) می‌باشد. بدین‌وسیله از سالمندان محترم و تمام کسانی که همکاری لازم را در اجرای این طرح پژوهشی داشتند، قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم‌پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه‌وتحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان

(۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان

(۳) تائید نهایی دست‌نوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

References

1. Damerchi lou A, Ghaffari M, Sadeghipour Roudsari M, Rakhshanderou S. Relationship of Perceived Social Support With Sleep Quality and Mental Health in the Elderly Referred to Health Centers in Tehran, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2024;18(4):554-69.[Persian]

https://doi.org/10.32598/sija.2023.3565.1

2. Secretariat A. Old Age Poverty and Active Ageing in Asean: Trends and Opportunities. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2024.

3. Meamar FZ, Farajkhoda T. Iranian Aging Tsunami from the Perspective of Sexual and Reproductive Health: Challenges and Strategies for Childbearing. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2023;11(1):3540-54.

4. Khiyali Z, Javidi Z, Banaei E, Ghasemi A, Dehghan A. Relationship between perception of aging and social support with treatment adherence in the aged with type 2 diabetes in Fasa, 2018. Journal of Gerontology. 2021;5(4):54-65.[Persian]

5. Chan YM, Sahril N, Chan YY, Ab Wahab NA, Shamsuddin N, Ismail MZH. Vision and hearing impairments affecting activities of daily living among Malaysian older adults by gender. International journal of environmental research and public health. 2021;18(12):6271.

https://doi.org/10.3390/ijerph18126271

6. Fong JH. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. BMC Geriatrics. 2019;19(1):323.

https://doi.org/10.1186/s12877-019-1348-z

7. Storeng SH, Sund ER, Krokstad S. Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population-based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. BMJ Open. 2018;8(3):e018942.

https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018942

8. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Schoo C. Activities of Daily Living. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

9. Beltz S, Gloystein S, Litschko T, Laag S, van den Berg N. Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly. BMC geriatrics. 2022;22(1):894.

https://doi.org/10.1186/s12877-022-03621-3

10. Galof K. The multidimensional concept of aging: addressing challenges and enabling participation in an aging society. Intergenerational relations-contemporary theories, studies and policies. London: IntechOpen; 2024.

https://doi.org/10.5772/intechopen.1002516

11. Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2020;34(13):33.

https://doi.org/10.47176/mjiri.34.33

12. Chauhan S, Kumar S, Bharti R, Patel R. Prevalence and determinants of activity of daily living and instrumental activity of daily living among elderly in India. BMC geriatrics. 2022;22(1):64.

https://doi.org/10.1186/s12877-021-02659-z

13. Nóbrega JCL, Medeiros JB, Santos TTM, Alves SAV, Freitas JLGDS, Silva JMM, et al. Socioeconomic factors and health status disparities associated with difficulty in ADLs and IADLs among long-lived populations in Brazil: a cross-sectional study. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2021;58:469580211007264.

https://doi.org/10.1177/00469580211007264

14. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. Journal of clinical epidemiology. 1989;42(8):703-9.

https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6

15. Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooky Z. Psychometric evaluation of Shah version of modified Barthel index in elderly people residing in Kashan Golabchi nursing home. Feyz Medical Sciences Journal. 2011;15(3):213-24.[Persian]

16. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

17. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric properties of the Persian version

of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;25(132):103-12.[Persian]

18.Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. Iran Journal of Nursing. 2008;21(53):29-39.[Persian]

19. Patel R, Srivastava S, Kumar P, Chauhan S, Govindu MD, Simon DJ. Socio-economic inequality in functional disability and impairments with focus on instrumental activity of daily living: a study on older adults in India. BMC public health. 2021;21(1):1541.

https://doi.org/10.1186/s12889-021-11591-1

20. Hosseini S, Zabihi A, Jafarian Amiri S, Bijani A. The relationship between chronic diseases and disability in daily activities and instrumental activities of daily living in the elderly. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2018;20(5):23-9.

21. Tavafian SS, Aghamolaei T, Moeini B. Functional independence level of physical activities in elderly people: a population-based study. Payesh (Health Monitor). 2014;13(4):449-56.[Persian]

22. Chen W, Fang Y, Mao F, Hao S, Chen J, Yuan M, et al. Assessment of Disability among the Elderly in Xiamen of China: A Representative Sample Survey of 14,292 Older Adults. PLoS One. 2015;10(6):e0131014.

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131014

23. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). Disability and rehabilitation. 2017;39(8):809-16.

https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161848

24.mazloomy MS, Soltani T, Morowatisharifabad M, Fallahzadeh H. Activities of Daily Living and Prevalence of Chronic diseases Among Elderly People in Yazd. Tolooebehdasht. 2014;13(3):42-53.[Persian]

25. Militello R, Luti S, Gamberi T, Pellegrino A, Modesti A, Modesti PA. Physical activity and oxidative stress in aging. Antioxidants. 2024;13(5):557.

https://doi.org/10.3390/antiox13050557

26. Greenhalgh EM, Scollo MM, Winstanley MH. Tobacco in Australia: Facts & issues. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2024.

27. Lin SF, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Master RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. American journal of public health. 2012;102(11):2157-63.

https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602

28. Luo L, Zeng X, Wang X. The effects of health insurance and physical exercise participation on life satisfaction of older people in China-Based on CHNS panel data from 2006 to 2015. Front Public Health. 2022;10:858191.

https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.858191

29. Liu H, Wang M. Socioeconomic status and ADL disability of the older adults: Cumulative health effects, social outcomes and impact mechanisms. PLoS One. 2022;17(2):e0262808.

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262808

30. Redzovic S, Vereijken B, Bonsaksen T. Aging at home: factors associated with independence in activities of daily living among older adults in Norway-a HUNT study. Front Public Health. 2023;11:1215417.

https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1215417