

Research Paper

Relationship of Perceived Social Support With the Activities of Daily Living in Older Adults Living in Rural Communities in Iran

Fateme JOKAR¹, Abdol Rahim ASADOLLAHI¹, Mohammad Hossein KAVEH¹, Leila GHAHRAMANI¹, *Mahin NAZARI¹

1. Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.



Citation: Jokar F, Asadollahi AR, Kaveh MH, Ghahramani L, Nazari M. [Relationship of Perceived Social Support With the Activities of Daily Living in Older Adults Living in Rural Communities in Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2020; 15(3):350-365. <https://doi.org/10.32598/sija.10.15.3.2773.2>

<https://doi.org/10.32598/sija.10.15.3.2773.2>



Received: 09 Nov 2019

Accepted: 17 May 2020

Available Online: 01 Oct 2020

Key words:

Old people, Rural older adults, Social support, Activities of daily living

ABSTRACT

Objectives The increasing trend in aging population raises the need to pay attention to the daily activities of the elderly and their social support as an effective factor in promoting their health. This study aims to investigate the correlation of perceived social support and demographic variables with the Activities of Daily Living (ADL) in older adults living in rural communities in Iran.

Methods & Materials This is a descriptive-analytical study with cross-sectional design conducted on 430 elderly people aged ≤ 60 years living in a rural community in Iran (Bayza county located 45 km away from Shiraz city) who were selected using a convenience sampling method. Procidano & Heller's Perceived Social Support - Family Scale (PSS-Fa) and the ADL scale for the elderly were used for data collection. The ADL questionnaire's internal consistency by calculating Cronbach's alpha coefficient was obtained 0.96. The PSS-Fa with a Cronbach's alpha coefficient ranging from 0.88 to 0.91 has acceptable internal consistency. The reliability of its Persian version using Cronbach's alpha coefficient was obtained 87%. Data were analyzed in SPSS V. 25 software using multivariate ANOVA and regression analysis.

Results The Mean \pm SD age of the participants was 69.67 \pm 7.067 years. The Mean score of PSS-Fa and the ADL scale was reported 16.55 \pm 5.16 and 55.10 \pm 3.07, respectively. Perceived social support, education and age had significant effect correlation with the ability to perform ADL in the elderly ($P < 0.001$), while marital status and gender showed no significant correlation ($P > 0.05$). The age factor was inversely correlated with the ability to perform ADL; hence, the independence of older adults decreases with the increase of age.

Conclusion Many demographic variables and social support affect the ability to perform ADL in the elderly. Social support can be used as a social investment to improve the quality of life of the elderly. Therefore, considering that one of the duties of health care providers is to improve the health status of the elderly, it is necessary for health care providers to increase social support and maintain and promote a healthy and active life for them through educational programs and periodic physical examinations.

Extended Abstract**T****1. Introduction**

he growing trend in aging population raises the need to pay attention to the daily activities of the elderly and their social support

as an effective factor in promoting their health. Although friendship and support are concepts as old as human communication, the concept of social support is a relatively new concept. Today, diseases and injuries are studied in correlation with social support. The present study aims to investigate the relationship of perceived social support and demo-

***Corresponding Author:**

Mahin Nazari, PhD.

Address: Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Tel: +98 (71) 32305001

E-mail: manazari@sums.ac.ir

graphic variables with Activities of Daily Living (ADLs) in the elderly live in rural communities.

2. Methods & Materials

This is a descriptive/analytical study. The study population consists of the elderly live in Bayza County located 45 kilometers away from the city of Shiraz, Iran. This county has 6 districts, and one district (Harabal) that was easier to access, was selected. This district has 8 health centers. The present study was conducted in the villages of Haft Khan, Haji Abad, Aliabad Tang, Ayazjan, Jafarabad, Ebrahimabad. The sample size was determined 400 according to the previous study [32] and using the formula, which increased to 420 by considering $\alpha=0.05$, test power ($\beta-1$)=80% and a drop rate of 20%. Samples were selected using a convenience sampling method. Inclusion criteria were: hearing and speaking abilities, age 60 or older, having an active medical record in comprehensive health databases,

and declaring informed consent. Exclusion criteria were: return of incomplete questionnaire, unwillingness to cooperate, and the presence of diagnosed diseases. Data collection tools were Procidano & Heller's Perceived Social Support - Family Scale (PSS-Fa) and the ADL scale for the elderly. The internal consistency of the ADL questionnaire using Cronbach's alpha coefficient in Iranian samples was calculated 0.96. The PSS-Fa has a Cronbach's alpha coefficient of 0.88-0.91. For its Persian version, a Cronbach's alpha coefficient of 0.87 was obtained. Data analysis was performed in SPSS V. 25 software using multivariate ANOVA and regression analysis.

3. Results

The Mean \pm SD age of participants was 69.67 \pm 7.067; 60.2% aged 60-70 years, 33% aged 71-80 years, and 6.8% aged 80 years and older. Moreover, 51.6% were women and the rest were men; 79.3% were married and 20.5% were widowed;

Table 1. Multivariate ANOVA Results of comparing the effect of perceived social support on the ADLs of older adults in rural areas

Variable	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	
Perceived social support	Between-group	4860.508	17	2850.370	3.235	0.000	0.118	
	Heavy work activities	Within-group	36409.308	412				700.628
	Total	41269.816	429					
	Between-group	2204.952	17	285.912	2.060	0.008	0.178	
	Religious activities	Within-group	25939.515	412				88.372
	Total	28144.467	429					
	Between-group	1413.027	17	129.703	1.863	0.003	0.186	
	Personal care	Within-group	14984.138	412				62.960
	Total	16397.165	429					
Between-group	1183.530	17	119.83	2.285	0.000	0.138		
Subtle activities	Within-group	7363.121	412				36.369	
Total	8546.651	429						
Between-group	406.847	17	69.619	3.235	0.000	0.147		
Washing	Within-group	2362.150	382				17.872	
Total	2768.998	399						
Between-group	48456.258	17	23.932	068.4	0.000	0.248		
Overall	Within-group	252926.796	361				184.6	
Total	301383.082	378	2850.370					

80.2% were illiterate and the rest had primary education. The mean score of perceived social support was obtained 16.55 ± 5.16 (ranging 0-20) and the mean score of ADL scale was 55.10 ± 3.7 (ranging 0-90), indicating relatively high social support and independence of the elderly. 59.21% of the elderly with the age of 60-70 years, 51.93% with 80-71 years, and 41.24% with the age of 81 years and older were able to perform daily activities, indicating that with increasing age, the daily activities of the elderly decrease.

Multivariate ANOVA Results reported ICC= 0.979 (95%) CI:0./975 (95%), and showed that the factors of marital status and gender had no significant effect on the ADL of the elderly in rural areas ($P > 0.05$). According to Table 1, multivariate ANOVA Results showed that perceived social support had a significant effect on the overall ADL and its subscales (subtle activities, washing and heavy work activities). For heavy work activities, religious activities, personal care, subtle activities and the overall ADL, Eta Squared coefficient were 0.118, 0.178, 0.186, 0.138, 0.147, and 0.248, respectively. This indicates that social support can explain 24.8% of the total ADL of the elderly in rural areas, and high social support increases the ADLs of the elderly (Adjusted $R^2 = 0.288$, $P \leq 0.05$).

4. Conclusion

Many demographic variables and social support affect the ADL level of the elderly. Social support can be used as a social investment to improve the quality of life of the elderly. Therefore, considering that one of the duties of health care providers is to improve the health status of the elderly, it is necessary for health care providers to increase social support and maintain and promote a healthy and active life for them through educational programs and periodic physical examinations.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study obtained its ethical approval from the Research Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences (Code: SUMS.11128). Informed consent was obtained from all participants prior to study.

Funding

This study received financial support from the Deputy for Research of Shiraz University of Medical Sciences.

Authors' contributions

Conceptualization, interview: Fatemeh Jokar; Supervision and writing – original draft: Mahin Nazari; Methodology and data analysis: Abdolrahim Asadollahi; Approve: All authors.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank the older adults participated in the study for their valuable cooperation.

ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت فعالیت روزمره سالمندان جامعه روستایی

فاطمه جوکار^۱، عبدالرحیم اسداللهی^۱، محمد حسین کاوه^۱، لیلا قهرمانی^۱، مهین نظری^۱

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ آبان ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۱ تیر ۱۳۹۹

هدف: روند رو به رشد پدیده سالمندی، لزوم توجه به فعالیت روزمره سالمندان و حمایت اجتماعی آنان را به عنوان عامل مؤثری در ارتقای سلامت سالمندان مطرح می‌کند. هدف این تحقیق بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای با سطح فعالیت روزمره سالمندان در سالمندان جامعه روستایی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که با مشارکت ۴۳۰ نفر از سالمندان شصت سال و بالاتر جامعه روستایی (شهرستان بیضا در ۴۵ کیلومتری شیراز) با روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ابزارهای سنجش، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی پرسیدانو و هلر و مقیاس فعالیت روزمره سالمندان (ADLs) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و تحلیل واریانس چندمتغیره و رگرسیون خطی ساده انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره حمایت اجتماعی درک‌شده ۱۶/۵۵±۵/۱۶ و میانگین نمره فعالیت روزمره سالمندان ۵۵/۱۰±۳/۰۷ بود. حمایت اجتماعی، سطح تحصیلات و سن متغیرهای تأثیرگذار بر انجام فعالیت روزمره سالمندان بودند ($P < 0/001$). اما وضعیت تأهل و جنس مؤلفه‌های اثرگذاری بر سطح فعالیت روزمره سالمندان نبودند ($P > 0/05$). همچنین سن سالمند با توانایی او در انجام فعالیت روزمره سالمندان رابطه معکوس داشت، به گونه‌ای که با افزایش سن از استقلال سالمندان کاسته می‌شد.

نتیجه‌گیری: متغیرهای زیادی بر سطح فعالیت روزمره سالمندان تأثیرگذار هستند و حمایت اجتماعی عامل مهم و تأثیرگذار بر فعالیت روزمره سالمندان است. حمایت اجتماعی به عنوان یک مؤلفه اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی سالمندان می‌تواند به عنوان یک سرمایه اجتماعی در راستای پویایی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

سالمندان روستایی،
فعالیت روزمره
سالمندان، حمایت
اجتماعی

مقدمه

قدرت عضلانی، انعطاف‌پذیری محدود و کاهش توده استخوانی [۶]. هدف اصلی برنامه‌های بهداشت سالمندی، حفظ و بهبود توانایی‌های فرد در انجام فعالیت‌هایی مانند شستن لباس، توالیت رفتن و غذا خوردن است [۷، ۸] که به عنوان فعالیت‌های روزمره سالمندان^۱ در ارائه استقلال و بهبود سبک زندگی سالمندان بسیار مهم هستند. اگر آن‌ها استقلال خود را از دست بدهند، منجر به بستری شدن در بیمارستان، افزایش هزینه و مرگ‌ومیر می‌شود [۹، ۱۰]. اکثر سالمندان برای انجام فعالیت‌های روزمره خود ناتوان هستند [۱۱، ۱۲]. در مطالعه‌ای ۵۶/۲، ۳۴ و ۶/۸ درصد سالمندان کاملاً مستقل، نسبتاً مستقل و نسبتاً وابسته گزارش شدند [۱۳]. سلامت خوب [۱۴، ۱۵]، انجام فعالیت‌های داوطلبانه [۱۶] و فعالیت بدنی [۱۷]، افراد سالمند را قادر می‌سازد تا بیشتر کار کنند. مطالعات نشان داده‌اند فرایندهای مختلفی در عدم توانایی نقش دارند [۱۸، ۱۹]. ناتوانی سالمندان به عنوان اختلال در فعالیت‌های روزانه تعریف می‌شود که وابستگی بیشتر

سالمندی به عنوان یک پدیده جهانی به دلیل بهبود علوم پزشکی، آموزش و در نتیجه توسعه در امید به زندگی رخ داده است [۱]. مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، تعداد افراد بالای شصت سال کل جهان ۸۴۱ میلیون نفر بود که برآورد می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر خواهد رسید [۲]. در کشور ایران بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵، سالمندان بالای شصت سال حدود ۶/۶ درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ این میزان به حدود ۷/۳ درصد رسیده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹ درصد برسد [۳]. در کشور ایران سالمندان حدود ۸ درصد جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند [۴]. بنابراین با توجه به افزایش جمعیت سالمند، توجه به کیفیت زندگی آن‌ها ضرورت می‌یابد [۵]. چالش‌های بهداشت سالمندان عبارتند از فعالیت فیزیکی محدود، کاهش ظرفیت حیاتی، ضعف

1. Activities of Daily Living (ADLs)

* نویسنده مسئول:

دکتر مهین نظری

نشانی: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت.

تلفن: ۳۳۳۰۵۰۱ (۰۷۱) +۹۸

پست الکترونیکی: manazari@sums.ac.ir

در روستاهای هفت‌خوان، حاجی‌آباد، علی‌آباد تنگ، ایازجان، جعفرآباد و ابراهیم‌آباد انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه قبلی [۲۲] با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۴۰۰ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، توان (1- β) ۸۰ درصد و نرخ ریزش ۲۰ درصد به ۴۳۰ نفر افزایش یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن توانایی‌های شنوایی و گفتاری، سن شصت سال یا بیشتر، داشتن پرونده فعال در پایگاه‌های جامع سلامت و نیز داشتن رضایت آگاهانه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز تکمیل ناقص پرسش‌نامه، عدم تمایل به همکاری و وجود بیماری‌های تشخیص داده‌شده در مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسش‌نامه فعالیت روزمره سالمندان و حمایت اجتماعی بود. پرسش‌نامه فعالیت روزمره سالمندان دارای سی سؤال با طیف پاسخ‌گویی لیکرت در ابعاد فعالیت‌های درشت شامل بالا رفتن از تپه (سربالایی)، راه رفتن روی سطح لیز (مثل سرامیک خیس)، حمل وسیله ده کیلویی (مثلاً از مغازه محل تا منزل)، پایین آمدن از تپه (سربالایی)، راه رفتن روی سطح یخ‌زده (مثلاً زمین یخ‌زده در زمستان)، انجام دادن کارهای سخت و سنگین در خانه، حمل وسیله پنج کیلویی (مثلاً از مغازه محل تا منزل)، راه رفتن روی سطح ناهموار و ناصاف، نگهداری از نوه یا یک کودک و فعالیت‌های شخصی، اعتقادی و اجتماعی، ظریف و شست‌وشو با ماشین بود. گزینه‌های این پرسش‌نامه عبارتند از کاملاً مخالفم (با نمره صفر)، مخالفم (با نمره ۱)، نظری ندارم (با نمره ۲) و موافقم (با نمره ۳). برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد و همچنین امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات سؤالات مربوطه با هم جمع شدند. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده میزان فعالیت‌های زندگی روزانه بالاتر خواهد بود و برعکس. در پژوهش خواجوی و پارسا، روایی و پایایی این پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گرفت و پایایی ۰/۹۷ برای نمره کل مقیاس محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی آزمون مجدد خوب تا عالی است. همچنین پایایی درونی به روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۹۶ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی درونی عالی این مقیاس است [۳۳].

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده) که توسط مری پروسیدانو و کنیت هلر در سال ۱۹۸۳ ساخته شده [۳۴]. از بیست گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان حمایت اجتماعی از طرف خانواده به کار می‌رود. گزینه‌های این پرسش‌نامه شامل بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره نمی‌دانم برای اکثر سؤالات به جز سؤالات ۳، ۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ که مساوی ۱+ است، برابر با صفر است و برای بقیه سؤالات نمره پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل سؤالات بین صفر تا ۲۰ است که نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است. پرسش‌نامه حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی فوق‌العاده‌ای برخوردار است. آلفای نهایی برای این پرسش‌نامه

را در پی دارد [۲۰]. این امر نشان‌دهنده اهمیت این موضوع است و باید با توجه به نیاز شدید جامعه، برنامه‌ریزی‌های بهداشتی درمانی مناسب برای این گروه سنی تهیه و اجرا شود.

حمایت اجتماعی عامل مهمی در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و شناختی مرتبط با مشارکت در امور زندگی است [۲۱] و نبود آن منجر به بیماری می‌شود [۲۲]. حمایت اجتماعی به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف می‌شود که موجب تسهیل رفتارهای ارتقای سلامتی می‌شود [۲۳]. همچنین حمایت اجتماعی به عنوان حمایت‌های اطلاعاتی، عاطفی، ابزاری و ارزیابی که از روابط بین فردی به دست می‌آید، شناخته می‌شود [۲۴]. به این معنی که مردم در محیط اطراف، احساس امنیت و کفایت می‌کنند. تعاملات اجتماعی به روابط مثبت یا منفی با خانواده، هم‌سالان، جوامع و مؤسسات در سطح وسیع جامعه اشاره دارند [۲۵]. برکمن معتقد است صمیمیت باید در راستای حمایت از ارتقای سلامت به عنوان عامل ایجادکننده حمایت احساسی ارائه شود. این نوع حمایت با بهبود عملکرد فیزیکی [۲۶] و کاهش مرگ‌ومیر در سالمندان مرتبط است [۲۷]. افراد سالخورده‌ای که با افراد دیگر در جامعه خود ارتباط برقرار می‌کنند و از منابع اطلاعاتی بیشتری برای حل مشکلات روزانه بهره می‌گیرند، طراوت و شادابی بیشتری دارند. در مقابل، انزوای اجتماعی منجر به کاهش پتانسیل شناختی آن‌ها به عنوان متغیر مستقل می‌شود [۲۸]. افراد سالخورده که با خویشاوندان خود زندگی می‌کنند دارای سلامت جسمی، ذهنی و احساسی بیشتری نسبت به کسانی هستند که تنها زندگی می‌کنند [۲۹]. علاوه بر این، حمایت اجتماعی به عنوان پیش‌بینی‌کننده ارتباط بین افسردگی و فعالیت‌های زندگی روزمره شناخته شده است [۳۰]. یک مطالعه در مورد تأثیر تسهیل‌کنندگان حمایت اجتماعی نشان داد حمایت اجتماعی نمی‌تواند اثرات منفی افسردگی را تحت تأثیر فعالیت روزمره سالمندان خنثی کند [۳۱]. بنابراین اگرچه دوستی و حمایت مفاهیمی به قدمت ارتباطات انسان هستند، مفهوم حمایت اجتماعی نسبتاً جدید است. امروزه، هر ناخوشی و حادثه سلامت با حمایت اجتماعی مطالعه می‌شود. با توجه به موارد بالا، پژوهش حاضر با هدف بررسی فعالیت روزمره سالمندان در سالمندان جامعه روستایی و اثر حمایت اجتماعی درک‌شده و متغیرهای زمینه‌ای بر آن انجام شد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که در جامعه روستایی (شهرستان بیضا واقع در ۴۵ کیلومتری شهر شیراز) در سال ۱۳۹۷ انجام شد. این مطالعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام پذیرفت. شهرستان بیضا شش مرکز بهداشتی درمانی را تحت پوشش دارد که یک مرکز (هرابال) که دسترسی به آن آسان‌تر است انتخاب شد. این مرکز هشت خانه بهداشت را تحت پوشش خود قرار داده است که پژوهش حاضر

سالمندان به ترتیب ۰/۱۱۸، ۰/۱۷۸، ۰/۱۸۶، ۰/۱۳۸، ۰/۱۴۷ و ۰/۲۴۸ بود؛ بدین معنی که حمایت اجتماعی به میزان ۲۴/۸ درصد می‌تواند سطح کل فعالیت روزمره سالمندان روستایی را تبیین کند، به گونه‌ای که حمایت اجتماعی بالا موجب افزایش فعالیت روزمره سالمندان می‌شود (Adjusted R=۰/۲۸۸) Square و $P < ۰/۰۵$.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره حمایت اجتماعی ۱۶/۵۵±۵/۱۶ (محدوده صفر تا ۲۰) و میانگین نمره فعالیت روزمره ۵۵/۱۰±۳/۰۷ (محدوده صفر تا ۹۰) به دست آمد که به ترتیب نشان‌دهنده حمایت اجتماعی نسبتاً بالا و استقلال سالمندان است (جدول شماره ۴).

همچنین سالمندان ۶۰ تا ۷۰ سال ۵۹/۲۱ درصد، سالمندان ۷۱ تا ۸۰ سال ۵۱/۹۳ درصد و سالمندان ۸۱ سال و بیشتر ۴۱/۲۴ درصد دارای فعالیت روزمره بودند که نشان می‌دهد با افزایش سن، فعالیت روزمره سالمندان کاهش می‌یابد (جدول شماره ۵).

بحث

در مطالعه حاضر، میانگین نمره حمایت اجتماعی ۱۶/۵۵±۵/۱۶ (محدوده صفر تا ۲۰) به دست آمد که نشان‌دهنده حمایت اجتماعی نسبتاً بالاست. یافته‌های ما با یافته‌های نظری و همکاران سازگار است [۳۷]. همچنین در مطالعه خلیلی و همکاران حمایت اجتماعی سالمندان در سطح متوسطی قرار داشت [۳۸]، اما در مطالعه ایزدی و همکاران میزان حمایت اجتماعی از حد متوسط بالاتر بود که هم‌سو با یافته‌های ما نیست [۳۹].

بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ است. این پرسش‌نامه از روایی هم‌زمان خوبی برخوردار است [۳۵]. در ایران نیز پایایی این پرسش‌نامه بررسی و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای آن به دست آمد [۳۶].

تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل رگرسیون خطی ساده انجام شد. همچنین در کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۶۹/۶۷±۷/۰۷ سال بود. فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

نمره آلفای کرونباخ قبل از نرمال‌سازی داده‌ها ۰/۹۷۳ بود. نرمال‌سازی داده‌ها با حذف ۲۰ رکورد از دست‌رفته و جایگزینی آن‌ها با نمره میانگین به روش کاکس و باکس به دست آمد. نتایج جدول شماره ۲ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره ($P = ۰/۰۰۰۱$ ، $Cl_{95\%} = ۰/۹۷۵$ ، $ICC = ۰/۹۷۹$) به دست آمد. تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد مؤلفه‌های وضعیت تأهل و جنسیت اثر معنی‌داری بر سطح فعالیت روزمره سالمندان ندارند ($P > ۰/۰۵$).

مطابق با جدول شماره ۳، تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد حمایت اجتماعی اثر معنی‌دار و بالایی بر سطح نمره کل فعالیت روزمره سالمندان و خرده‌مقیاس‌های آن (فعالیت‌های ظریف، شست‌وشو و سخت) دارد. ضریب مجذور اتا برای فعالیت‌های سخت، اعتقادی، شخصی، ظریف و سطح نمره کل فعالیت روزمره

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی سالمندان منطقه روستایی شهرستان بیضا (۴۳۰ نفر)

متغیرها	طبقه‌بندی	تعداد (درصد)
جنس	مرد	۲۰۸ (۴۸/۴)
	زن	۲۲۲ (۵۱/۶)
وضعیت تأهل	مجرد	۱ (۰/۲)
	متاهل	۳۴۱ (۷۹/۳)
	بیوه	۸۸ (۲۰/۵)
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۳۴۵ (۸۰/۲)
	ابتدایی	۸۵ (۱۹/۸)
رده‌بندی سنی	۶۰ تا ۷۰ سال	۲۵۹ (۶۰/۲)
	۷۱ تا ۸۰ سال	۱۴۲ (۳۳/۰)
	۸۱ سال و بیشتر	۲۹ (۶/۷)

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره اثر متغیرهای زمینه‌ای بر سطح کیفیت ADL سالمندان روستایی

متغیر اثرگذار	منابع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	ضریب مجذور آتا
فعالیت سخت	بین گروهی	۶۵۶۳/۲۷۸	۳۰	۲۱۸/۷۷۶			
	درون گروهی	۳۴۷۰۶/۵۳۸	۳۹۹	۸۶/۹۸۴	۲/۵۱۵	۰/۰۰۰	۰/۱۵۹
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹	۳۰۵/۷۶			
اعتقادی	بین گروهی	۳۷۷۲/۳۵۰	۳۰	۱۲۵/۷۴۵			
	درون گروهی	۲۴۳۷۲/۱۱۷	۳۹۹	۶۱/۰۸۳	۲/۰۵۹	۰/۰۰۰	۰/۱۳۴
	کل	۲۸۱۴۴/۴۶۷	۴۲۹	۱۸۶/۸۲۸			
شخصی	بین گروهی	۲۰۱۴/۷۲۰	۳۰	۶۷/۱۵۷			
	درون گروهی	۱۴۳۸۲/۴۴۵	۳۹۹	۳۶/۰۴۶	۱/۸۶۳	۰/۰۰۴	۰/۱۲۳
	کل	۱۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹	۱۰۳/۲۰۳			
سن	بین گروهی	۷۹۲/۲۳۵	۳۰	۲۶/۴۰۸			
	درون گروهی	۷۷۵۴/۴۱۶	۳۹۹	۱۹/۴۳۵	۱/۳۵۹	۰/۱۰۲	۰/۰۹۳
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹	۴۵/۸۴۳			
ظریف	بین گروهی	۳۸۷/۲۶۴	۳۰	۱۲/۹۰۹			
	درون گروهی	۲۳۸۱/۷۳۴	۳۶۹	۶/۴۵۵	۲/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۱۴۰
	کل	۲۷۶۸/۹۹۸	۳۹۹	۱۹/۳۶۴			
شست‌وشو	بین گروهی	۳۷۶۱۷/۳۵۶	۳۰	۱۲۵۳/۹۱۲			
	درون گروهی	۲۶۳۷۸۶/۲۳۵	۳۹۹	۶۶۱/۱۱۸	۱/۸۹۷	۰/۰۰۴	۰/۱۲۵
	کل	۳۰۱۴۰۳/۵۹۱	۴۲۹	۱۹۱۵/۰۳			
نمره کل ADL	بین گروهی	۱۱۴۳/۹۷۳	۱	۱۱۴۳/۹۷۳			
	درون گروهی	۴۰۱۲۵/۸۴۳	۴۲۸	۹۳/۷۵۲	۱۲/۲۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۲۸
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹	۱۵۳۷/۷۲۵			
فعالیت سخت	بین گروهی	۹۴۲/۴۹۷	۱	۹۴۲/۴۹۷			
	درون گروهی	۲۷۲۰۲/۰۰۱	۴۲۸	۹۳/۵۵۶	۱۴/۸۲۹	۰/۰۰۰	۰/۰۳۳
	کل	۲۸۱۴۴/۴۶۷	۴۲۹	۱۰۰۶/۰۲۳			
اعتقادی	بین گروهی	۸۱۷/۵۷۰	۱	۸۱۷/۵۷۰			
	درون گروهی	۱۵۵۷۹/۵۹۵	۴۲۸	۳۶/۴۰۱	۲۲/۴۶۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	کل	۱۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹	۸۵۳/۹۷۱			
شخصی	بین گروهی	۱۸۹/۱۶۷	۱	۱۸۹/۱۶۷			
	درون گروهی	۸۳۵۷/۴۸۴	۴۲۸	۱۹/۵۲۷	۹/۶۸۸	۰/۰۰۲	۰/۰۲۲
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹	۲۰۸/۶۹۴			
ظریف	بین گروهی	۴۸/۴۶۱	۱	۴۸/۴۶۱			
	درون گروهی	۲۷۲۰/۳۱۶	۳۹۸	۶/۸۳۵	۷/۱۲۲	۰/۰۰۸	۰/۰۱۸
	کل	۲۷۶۸/۹۹۷	۳۹۹	۵۵/۵۱۶			
شست‌وشو	بین گروهی	۱۳۶۹۴/۳۰۸	۱	۱۳۶۹۴/۳۰۸			
	درون گروهی	۲۸۷۷۰۹/۲۸۳	۴۲۸	۶۷۲/۲۱۸	۲۰/۳۷۲	۰/۰۰۰	۰/۰۴۵
	کل	۳۰۱۴۰۳/۵۹۱	۴۲۹	۱۴۳۶۶/۵۲۶			
سطح تحصیلات	بین گروهی	۱۱۴۳/۹۷۳	۱	۱۱۴۳/۹۷۳			
	درون گروهی	۴۰۱۲۵/۸۴۳	۴۲۸	۹۳/۷۵۲	۱۲/۲۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۲۸
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹	۱۵۳۷/۷۲۵			
فعالیت سخت	بین گروهی	۹۴۲/۴۹۷	۱	۹۴۲/۴۹۷			
	درون گروهی	۲۷۲۰۲/۰۰۱	۴۲۸	۹۳/۵۵۶	۱۴/۸۲۹	۰/۰۰۰	۰/۰۳۳
	کل	۲۸۱۴۴/۴۶۷	۴۲۹	۱۰۰۶/۰۲۳			
اعتقادی	بین گروهی	۸۱۷/۵۷۰	۱	۸۱۷/۵۷۰			
	درون گروهی	۱۵۵۷۹/۵۹۵	۴۲۸	۳۶/۴۰۱	۲۲/۴۶۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	کل	۱۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹	۸۵۳/۹۷۱			
شخصی	بین گروهی	۱۸۹/۱۶۷	۱	۱۸۹/۱۶۷			
	درون گروهی	۸۳۵۷/۴۸۴	۴۲۸	۱۹/۵۲۷	۹/۶۸۸	۰/۰۰۲	۰/۰۲۲
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹	۲۰۸/۶۹۴			
ظریف	بین گروهی	۴۸/۴۶۱	۱	۴۸/۴۶۱			
	درون گروهی	۲۷۲۰/۳۱۶	۳۹۸	۶/۸۳۵	۷/۱۲۲	۰/۰۰۸	۰/۰۱۸
	کل	۲۷۶۸/۹۹۷	۳۹۹	۵۵/۵۱۶			
شست‌وشو	بین گروهی	۱۳۶۹۴/۳۰۸	۱	۱۳۶۹۴/۳۰۸			
	درون گروهی	۲۸۷۷۰۹/۲۸۳	۴۲۸	۶۷۲/۲۱۸	۲۰/۳۷۲	۰/۰۰۰	۰/۰۴۵
	کل	۳۰۱۴۰۳/۵۹۱	۴۲۹	۱۴۳۶۶/۵۲۶			

متغیر اثرگذار	منابع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	ضریب مجذور اتا
	بین گروهی	۲۲۵۶/۱۷۵	۲	۱۱۲۸/۰۸۸			
فعالیت سخت	درون گروهی	۳۹۰۱۳/۶۴۱	۴۲۷	۹۱/۳۶۷	۱۲/۳۴۷	۰/۰۰۰	۰/۲۳۴
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹	۱۲۱۹/۴۵۵			
	بین گروهی	۱۴۲۲/۷۹۰	۲	۷۱۱/۳۹۵			
اعتقادی	درون گروهی	۲۶۷۲۱/۶۷۷	۴۲۷	۶۲/۵۸۰	۱۱/۳۶۸	۰/۰۰۰	۰/۲۲۵
	کل	۲۸۱۴۴/۴۶۷	۴۲۹	۷۷۳/۹۷۵			
	بین گروهی	۱۹۳/۹۷۳	۲	۹۶/۹۸۷			
شخصی	درون گروهی	۶۲۰۳/۱۹۲	۴۲۷	۳۷/۹۴۷	۲/۵۵۶	۰/۰۷۹	۰/۱۰۹
	کل	۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹	۱۳۴/۹۳۴			
	بین گروهی	۲۲۲/۳۰۳	۲	۱۱۱/۱۵۱			
رده‌بندی سنی	درون گروهی	۸۳۳۴/۳۴۹	۴۲۷	۱۹/۴۹۵	۵/۷۰۲	۰/۰۰۴	۰/۱۶۱
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹	۱۳۰/۶۴۶			
	بین گروهی	۷۲/۳۱۹	۲	۳۶/۱۶۰			
شست‌وشو	درون گروهی	۲۶۹۶/۶۷۸	۳۹۷	۶/۷۹۳	۵/۳۲۳	۰/۰۰۵	۰/۱۶۲
	کل	۲۷۶۸/۹۹۸	۳۹۹	۴۲/۹۵۳			
	بین گروهی	۱۱۲۷۱/۶۶۴	۲	۵۶۳۵/۸۳۲			
ADL	درون گروهی	۲۹۰۱۳۱/۹۲۷	۴۲۷	۶۷۹/۴۶۶	۸/۲۹۵	۰/۰۰۰	۰/۱۹۳
	کل	۳۰۱۴۰۳/۵۹۱	۴۲۹	۶۳۱۵/۲۹۸			
	بین گروهی	۱۰۵/۶۱۷	۱	۱۰۵/۶۱۷			
فعالیت سخت	درون گروهی	۴۱۱۶۴/۲۰۰	۴۲۸	۹۶/۱۷۸	۱/۰۹۸	۰/۲۹۵	۰/۰۰۳
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹	۴/۹۱۰			
	بین گروهی	۴/۹۱۰	۱	۴/۹۱۰			
اعتقادی	درون گروهی	۲۸۱۳۹/۵۵۷	۴۲۸	۶۵/۳۴۷	۰/۰۷۵	۰/۷۸۵	۰/۰۰۰
	کل	۲۸۱۴۴/۴۶۷	۴۲۹	۱/۲۵۲			
	بین گروهی	۱/۲۵۲	۱	۱/۲۵۲			
شخصی	درون گروهی	۱۶۳۹۵/۹۱۳	۴۲۸	۳۸/۳۰۸	۰/۰۳۳	۰/۸۵۷	۰/۰۰۰
	کل	۱۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹	۲۵/۱۱۳			
	بین گروهی	۲۵/۱۱۳	۱	۲۵/۱۱۳			
جنسیت	درون گروهی	۸۵۲۱/۵۳۹	۴۲۸	۱۹/۹۱۰	۱/۲۶۱	۰/۲۶۲	۰/۰۰۳
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹	۷/۶۵۰			
	بین گروهی	۷/۶۵۰	۱	۷/۶۵۰			
شست‌وشو	درون گروهی	۲۷۶۱/۳۴۷	۳۹۸	۶/۹۳۸	۱/۱۰۳	۰/۲۹۴	۰/۰۰۳
	کل	۲۷۶۸/۹۹۷	۳۹۹	۳۹/۱/۹۸۵			
	بین گروهی	۳۹/۱/۹۸۵	۱	۳۹/۱/۹۸۵			
نمره کل ADL	درون گروهی	۳۰۱۰۱۱/۶۰۶	۴۲۸	۷۰۳/۲۹۸	۰/۵۵۷	۰/۴۵۶	۰/۰۰۱
	کل	۳۰۱۴۰۳/۵۹۱	۴۲۹				

متغیر اثرگذار	منابع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	ضریب مجذور اتا
	بین گروهی	۵۱۱/۴۹۰	۲	۲۵۵/۷۴۵			
فعالیت سخت	درون گروهی	۴۰۷۵۸/۳۲۶	۴۲۷	۹۵/۴۵۲	۲/۶۷۹	۰/۰۷۰	۰/۰۱۲
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹				
	بین گروهی	۴۶۴/۳۹۱	۲	۲۳۲/۱۹۵			
اعتقادی	درون گروهی	۲۷۶۸۰/۰۷۷	۴۲۷	۶۴/۸۲۵	۳/۵۸۲	۰/۰۲۹	۰/۰۱۷
	کل	۲۸۱۴۴/۴۶۷	۴۲۹				
	بین گروهی	۲۲/۵۱۳	۲	۱۱/۲۵۶	۰/۲۹۴		
شخصی	درون گروهی	۱۶۳۷۴/۶۵۲	۴۲۷	۳۸/۳۴۸		۰/۷۴۶	۰/۰۰۱
	کل	۱۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹				
وضعیت تأهل	بین گروهی	۴/۴۰۲	۲	۲/۲۰۱	۰/۱۱۰		
	درون گروهی	۸۵۴۲/۲۵۰	۴۲۷	۲۰/۰۰۵		۰/۸۹۶	۰/۰۰۱
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹				
	بین گروهی	۱/۴۶۳	۲	۰/۷۳۱	۰/۱۰۵		
شست و شو	درون گروهی	۲۷۶۷/۵۳۵	۳۹۷			۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
	کل	۲۷۶۸/۹۹۸	۳۹۹				
	بین گروهی	۱۹۸۴/۲۹۷	۲	۹۹۲/۱۴۹	۱/۴۱۵	۰/۲۳۴	
نمره کل ADL	درون گروهی	۲۹۹۴۱۹/۲۹۴	۴۲۷	۷۰۱/۲۱۶			۰/۰۰۷
	کل	۳۰۱۴۰۳/۵۹۱	۴۲۹				

سالمند

Adjusted R Square=۰/۳۰۲، P≤۰/۰۰۵

فعالیت اعتقادی و اجتماعی و فعالیت ظریف با حمایت اجتماعی همبستگی مثبت آماری وجود داشت ($P \leq 0/05$). میانگین نمره کسب شده ابزار فعالیت روزمره سالمندان در سالمندان مرد کمی بیشتر از سالمندان زن بود که معنی دار بود. در مطالعاتی از جمله مطالعه سوگیموتو و همکاران، در ۱۶۷ سالمند نیز نشان داده شد نمره کسب شده ابزار فعالیت روزمره سالمندان در سالمندان مرد بیشتر از سالمندان زن بوده است که همسو با مطالعه ماست [۴۶]. اما مطالعه اوهری و همکاران نشان داد نمرات کسب شده فعالیت روزمره سالمندان در زنان و مردان تفاوتی ندارد و نتیجه‌ای خلاف مطالعه ما را ارائه داد [۴۷] که اختلاف نمرات به دست آمده می‌تواند ناشی از تفاوت در محدوده حرکتی مفاصل و BMI سالمندان باشد [۴۸].

در مطالعه حاضر بر اساس آنالیز رگرسیون چندمتغیره، سطح تحصیلات، رده‌بندی سنی و سن متغیرهای تأثیرگذار بر انجام فعالیت روزمره سالمندان در سالمندان منطقه روستایی بودند. مطالعه زیو و همکاران نشان داد بین سن و ADL ارتباطی وجود ندارد [۴۹]، اما یافته‌های منس [۵۰] و احمدی و همکاران [۵۱] برخلاف آن نشان دادند تأثیر عامل سن، معنی دار و با کاهش عملکرد همراه است. همچنین مطالعه علیزاده و همکاران تأثیر سن بر سطح ADL را نشان داد که همسو با نتایج ماست [۵۲].

در مطالعه حاضر میانگین نمره فعالیت روزمره سالمندان $55/10 \pm 3/07$ (محدوده صفر تا ۹۰) به دست آمد که نشان‌دهنده فعالیت روزمره متوسط و نسبتاً پایین تری نسبت به دیگر مطالعات است که افراد در رده‌های دیگر گروه سنی قرار داشتند [۴۰] که همسو با یافته ما نیست. ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و توانایی انجام فعالیت روزمره سالمندان وجود دارد و با افزایش حمایت اجتماعی بر میزان فعالیت روزمره سالمندان افزوده می‌شود که با نتایج مطالعه هانگ و همکاران که نشان داده بودند حمایت اجتماعی باعث بهبود وضعیت فعالیت فیزیکی می‌شود هم‌خوانی دارد [۴۱] و یافته‌های بوزو و همکاران [۴۲] و اورارد و همکاران [۴۳] را نیز تأیید می‌کند. همچنین مطالعه علی‌پور و همکاران نشان داد افرادی که از حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردارند، سلامتی بهتری دارند [۴۴].

در این پژوهش میانگین فعالیت روزمره سالمندان، $55/10 \pm 3/07$ بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت. در تحقیقی که توسط لین و همکاران انجام شد ۵۰/۱ درصد سالمندان برای انجام فعالیت روزمره مستقل بودند [۴۵]. در مطالعه حاضر بین فعالیت درشت، فعالیت شخصی، فعالیت اعتقادی، فعالیت ظریف و شست‌وشوی مانشین با فعالیت روزمره سالمندان ($P=0/0001$) و بین فعالیت درشت، فعالیت شخصی،

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره اثر شاخص حمایت اجتماعی بر سطح ADL سالمندان روستایی

متغیر اثرگذار	منابع واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	ضریب مجذور اتا
فعالیت سخت	بین گروهی	۴۸۶۰/۵۰۸	۱۷	۲۸۵۰/۳۷۰			
	درون گروهی	۳۶۴۰۹/۳۰۸	۴۱۲	۷۰۰/۶۲۸	۳/۲۳۵	۰/۰۰۰	۰/۱۱۸
	کل	۴۱۲۶۹/۸۱۶	۴۲۹				
اعتقادی	بین گروهی	۲۲۰۴/۹۵۲	۱۷	۲۸۵/۹۱۲			
	درون گروهی	۲۵۹۲۹/۵۱۵	۴۱۲	۸۸/۳۷۲	۲/۰۶۰	۰/۰۰۸	۰/۱۷۸
	کل	۲۸۱۳۴/۴۶۷	۴۲۹				
شخصی	بین گروهی	۱۴۱۳/۰۲۷	۱۷	۱۲۹/۷۰۳			
	درون گروهی	۱۴۹۸۴/۱۳۸	۴۱۲	۶۲/۹۶۰	۱/۸۶۳	۰/۰۰۳	۰/۱۸۶
	کل	۱۶۳۹۷/۱۶۵	۴۲۹				
حمایت اجتماعی	بین گروهی	۱۱۸۳/۵۳۰	۱۷	۱۱۹/۸۳			
	درون گروهی	۷۳۶۳/۱۲۱	۴۱۲	۳۶/۳۶۹	۲/۲۸۵	۰/۰۰۰	۰/۱۳۸
	کل	۸۵۴۶/۶۵۱	۴۲۹				
ظریف	بین گروهی	۴۰۶/۸۴۷	۱۷	۶۹/۶۱۹			
	درون گروهی	۲۳۶۲/۱۵۰	۳۸۲	۱۷/۸۷۲	۳/۲۳۵	۰/۰۰۰	۰/۱۴۷
	کل	۲۷۶۸/۹۹۸	۳۹۹				
شست و شو	بین گروهی	۴۸۴۵۶/۲۵۸	۱۷	۲۳/۹۳۲			
	درون گروهی	۲۵۲۹۲۶/۷۹۶	۳۶۱	۱۸۴/۶	۴/۰۶۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴۸
	کل	۳۰۱۳۸۲/۰۸۲	۳۷۸	۲۸۵۰/۳۷۰			

سالمند

Adjusted R Square=۰/۲۸۸، P≤۰/۰۵.

جسم آن‌ها می‌شود و زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این راستا یافته‌های برجی و متقی [۵۵] و حبیبی و همکاران [۵۷] نتایج ما را تأیید کردند، اما یافته‌های وانگ و همکاران [۵۴] هم‌سو با یافته‌های ما نبودند.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشتر سالمندان از نظر فعالیت روزمره مستقل هستند و سطح فعالیت روزمره سالمندان با بیشتر متغیرهای زمینه‌ای و حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری دارد. از آنجا که سطح فعالیت روزمره سالمندان و حمایت اجتماعی در دوران سالمندی می‌تواند مورد تهدید قرار گیرد، لازم است مراقبان سلامت از طریق برنامه‌های آموزشی و نیز بررسی دوره‌ای وضعیت جسمانی موجب افزایش حمایت اجتماعی و حفظ و ارتقای زندگی سالم و فعال برای آن‌ها شوند.

از مشکلات و محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که نتایج

واقعیت این است که با افزایش سن کنش‌های زیست‌شناختی کاهش و عضلات ضعیف می‌شوند و این تغییرات عملکرد کامل افراد را محدود می‌کنند که این تغییرات از فردی به فرد دیگر متفاوت است [۵۳].

یافته‌های ما نشان دادند وضعیت تأهل مؤلفه اثرگذار بر سطح فعالیت روزمره سالمندان نبود که با مطالعه وانگ و همکاران [۵۴]، برجی و متقی [۵۵] و احمدی و همکاران [۵۱] هم‌خوانی ندارد. همچنین یافته‌های ما نشان دادند متغیر جنس مؤلفه‌ای اثرگذار بر سطح فعالیت روزمره سالمندان نیست که با مطالعه وانگ و همکاران [۵۴] و های‌وود و همکاران [۵۶] هم‌خوانی داشت، اما یافته‌های احمدی و همکاران [۵۱] و حبیبی و همکاران [۵۷] یافته‌های ما را تأیید نکردند. همچنین یافته‌های ما نشان دادند تحصیلات مؤلفه اثرگذار بر سطح فعالیت روزمره سالمندان است، به طوری که تحصیلات موجب تغییر نگرش افراد و بهره‌مندی آن‌ها از یک زندگی سالم شده و این امر منجر به سلامت روح و

جدول ۴. AUC، حساسیت، ویژگی و شاخص بودن برای نقاط برش احتمالی مقیاس ADL و PSS

متغیرها	AUC	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		میانگین \pm انحراف معیار	دامنه نمرات	نقطه برش	حساسیت	ویژگی	شاخص بودن
		کران بالا	کران پایین						
سخت	۰/۷۱۷	۰/۷۶۹	۰/۶۶۵	۱۴/۰۹ \pm ۹/۷۱	۴۵ تا ۹	۲۳/۵	۰/۸۷۱	۰/۹۱۳	۰/۷۸۴
اعتقادی	۰/۸۳۴	۱/۰۰۰	۰/۶۴۳	۱۶/۱۰ \pm ۷/۵۰	۴۰ تا ۸	۱۲/۵	۰/۷۵۱	۰/۸۳۹	۰/۵۸۹
فعالیت روزمره شخصی	۰/۷۲۲	۱/۰۰۰	۰/۴۰۷	۱۶/۵۱ \pm ۶/۰۱	۳۵ تا ۷	۱۶	۰/۷۰۵	۰/۹۰۶	۰/۶۱۱
ظریف	۰/۸۰۸	۱/۰۰۰	۰/۵۸۶	۷/۳۹ \pm ۷/۳۹	۲۰ تا ۴	۷/۱۹	۰/۶۹۱	۰/۹۰۷	۰/۵۹۸
شست و شو	۰/۸۱۶	۱/۰۰۰	۰/۶۰۴	۳/۱۰ \pm ۳/۱۰	۱۰ تا ۲	۳/۵۵	۰/۷۲۳	۰/۸۳۷	۰/۵۶۰
مقیاس فعالیت روزمره	۰/۹۵۱	۱/۰۰۰	۰/۸۹۷	۵۵/۱۰ \pm ۳/۰۷	۱۵۰ تا ۰	۴۱/۵	۰/۸۷۱	۰/۹۰۱	۰/۷۷۲
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۷۷۶	۰/۸۱۹	۰/۷۳۴	۱۶/۵۵ \pm ۵/۱۹	۲۰ تا ۰	۱۶/۲۷	۰/۸۲۱	۰/۸۹۱	۰/۷۱۲

AUC: سطح زیر منحنی

سالمند

جدول ۵. تأثیر متغیر گروه‌های سنی بر سطح ADL سالمندان روستایی

گروه سنی	سخت	اعتقادی	شخصی	ظریف	شست و شو	نمره کل ADL
۶۰ تا ۷۰ سال	۱۵/۴۶ \pm ۹/۵۹	۱۷/۱۹ \pm ۷/۵۸	۱۷/۱۳ \pm ۵/۵۹	۸/۰۸ \pm ۴/۴۱	۳/۴۱ \pm ۲/۶۶	۵۹/۲۱ \pm ۲۵/۸۵
۷۱ تا ۸۰ سال	۱۱/۶۵ \pm ۸/۰۷	۱۴/۶۹ \pm ۸/۳۳	۱۶/۴۵ \pm ۶/۳۵	۷/۰۹ \pm ۴/۳۰	۲/۸۶ \pm ۲/۵۶	۵۱/۹۳ \pm ۲۶/۰۵
۸۰ سال و بیشتر	۸/۲۴ \pm ۷/۸۶	۱۰/۶۹ \pm ۸/۶۴	۱۴/۵۲ \pm ۷/۸۶	۵/۵۲ \pm ۵/۰۱	۱/۹۰ \pm ۲/۳۵	۴۱/۳۴ \pm ۲۸/۰۱
کل	۱۳/۷۱ \pm ۹/۸۱	۱۵/۹۲ \pm ۸/۱۰	۱۶/۷۳ \pm ۶/۱۸	۷/۵۸ \pm ۴/۴۶	۳/۱۲ \pm ۲/۶۳	۵۵/۶۰ \pm ۲۶/۵۱

سالمند

شرکت‌کنندگان توضیحات کلامی در مورد اهداف و رویه‌های مطالعه را دریافت کرده و سپس رضایت‌نامه‌های آگاهانه کتبی را برای شرکت در مطالعه امضا کردند. شرکت‌کنندگان همچنین درباره ناشناس بودن و محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز این تحقیق را با کد اخلاق No: SUMS.11128 تصویب کرده است. کلیه مراحل انجام‌شده در مطالعات مربوط به مشارکت‌کنندگان انسانی مطابق با معیارهای اخلاقی کمیته تحقیقاتی نهادی و / یا ملی و اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ و اصلاحات بعدی آن شامل رضایت آگاهانه و محرمانه بودن کلیه اطلاعات شخصی است.

حامی مالی

این پژوهش با حمایت و تأیید معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفته است.

این مطالعه ممکن است قابل تعمیم به سایر نقاط نباشد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه در سایر مناطق روستایی دارای گروه‌های اقلیت مذهبی و قومی با توزیع اقلیمی جغرافیایی متفاوت نیز انجام و نتایج آن‌ها با هم مقایسه شود. هرچند در این مطالعه سالمندان سالم مورد بررسی قرار گرفتند و وجود بیماری‌های تشخیص‌داده‌شده به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد، اما ممکن بود بعضی از سالمندان از وجود بیماری در خود آگاهی لازم را نداشته باشند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی معایناتی توسط پزشک به عنوان معیار ورود سالمندان به مطالعه صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر از اصول اخلاق پژوهش پیروی می‌کند. همه

مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه، انجام مصاحبه: فاطمه جوکار؛ نظارت و نوشتن
پیش‌نویس مقاله: مهین نظری؛ روش‌شناسی و تحلیل نتایج:
عبدالرحیم اسداللهی؛ تایید نسخه نهایی: تمامی نویسندگان.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار کردند که این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] World Health Organization, US National Institute of Aging, editors. Global health and aging [Internet]. 2011 [Updated 2011 October]. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/
- [2] World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. 2015 [Updated 2015]. Available from: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- [3] Ministry of Health and Medical Education. [Training guide integrated care comprehensive elderly special medicine (Persian)] [Internet]. 2009 [Updated 2009]. Available from: <https://phc.mui.ac.ir/sites/phc.mui.ac.ir/files/aein-name/gheire%20pezeshk%20%281%29.pdf>
- [4] Ghaffari F, Dehghan-Nayeri N, Navabi N, Seylani Kh. Evaluation of the Master's curriculum for elderly nursing: A qualitative study. *Clinical Interventions in Aging*. 2016; 11:1333-42. [DOI:10.2147/CIA.S109004] [PMID] [PMCID]
- [5] Nourbakhsh SF, Fadayevatan R, Alizadeh-Khoei M, Sharifi F. [Determining the status of Activity of Daily Living (ADL) and Instrumental Activity of Daily Living (IADL) in healthy and cognitive impaired elderlies (Persian)]. *Jorjani Biomedicine Journal*. 2018; 5(2):63-77. <http://goums.ac.ir/jorjanijournal/article-1-561-en.html>
- [6] Seo K, Cho M. The effects of a balloon-blowing exercise in a 90/90 bridge position using a ball on the pulmonary function of females in their twenties. *Journal of Physical Therapy Science*. 2018; 30(10):1267-70. [DOI:10.1589/jpts.30.1267] [PMID] [PMCID]
- [7] Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nikbakht Nasrabadi AR. Exploring the barriers of home care services in Iran: A qualitative study. *Scientifica*. 2016; 2016:2056470. [DOI:10.1155/2016/2056470] [PMID] [PMCID]
- [8] Osakwe ZT, Larson E, Agrawal M, Shang J. Assessment of activity of daily living among older adult patients in home healthcare and skilled nursing facilities: An integrative review. *Home Healthcare Now*. 2017; 35(5):258-67. [DOI:10.1097/NHH.0000000000000537] [PMID] [PMCID]
- [9] Chen Sh, Zheng J, Chen C, Xing Y, Cui Y, Ding Y, et al. Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in Eastern China: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2018; 18(1):160. [DOI:10.1186/s12877-018-0856-6] [PMID] [PMCID]
- [10] Chan CS, Slaughter SE, Jones CA, Wagg AS, editors. Greater independence in activities of daily living is associated with higher health-related quality of life scores in nursing home residents with Dementia. *Healthcare*. 2015; 3(3):503-18. [DOI:10.3390/healthcare3030503] [PMID] [PMCID]
- [11] Mlinac ME, Feng MC. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2016; 31(6):506-16. [DOI:10.1093/arclin/acw049] [PMID]
- [12] Henry-Sánchez JT, Kurichi JE, Xie D, Pan Q, Stineman MG. Do elderly people at more severe activity of daily living limitation stages fall more? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2012; 91(7):601-10. [DOI:10.1097/PHM.0b013e31825596af] [PMID] [PMCID]
- [13] Hillcoat-Nallétamby S. The meaning of "independence" for older people in different residential settings. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2014; 69(3):419-30. [DOI:10.1093/geronb/gbu008] [PMID]
- [14] Udayshankar PM, Parameaswari PJ. Healthy and active ageing. *World Applied Sciences Journal*. 2014; 30(7):927-8. [DOI:10.5829/idosi.wasj.2014.30.07.82124]
- [15] Lagiewka K. European innovation partnership on active and healthy ageing: Triggers of setting the headline target of 2 additional healthy life years at birth at EU average by 2020. *Archives of Public Health*. 2012; 70(1):23. [DOI:10.1186/0778-7367-70-23] [PMID] [PMCID]
- [16] Moran M, Van Cauwenberg J, Hercky-Linnewiel R, Cerin E, Deforche B, Plaut P. Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014; 11:79. [DOI:10.1186/1479-5868-11-79] [PMID] [PMCID]
- [17] Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985; 100(2):126-31. [PMID] [PMCID]
- [18] Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*. 2014; 110:10-7. [DOI:10.1016/j.socscimed.2014.03.022] [PMID]
- [19] Ashford S, Edmunds J, French DP. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*. 2010; 15(2):265-88. [DOI:10.1348/135910709X461752] [PMID]
- [20] Gill TM, Desai MM, Gahbauer EA, Holford TR, Williams CS. Restricted activity among community-living older persons: Incidence, precipitants, and health care utilization. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 135(5):313-2. [DOI:10.7326/0003-4819-135-5-200109040-00007] [PMID]
- [21] Daffner KR. Promoting successful cognitive aging: A comprehensive review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2010; 19(4):1101-22. [DOI:10.3233/JAD-2010-1306] [PMID] [PMCID]
- [22] Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani AA. [Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(2):110-5. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1210-en.html>
- [23] Kwong EWY, Kwan AYH. Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: Implications for tailoring a stress-reduction program. *Geriatric Nursing*. 2004; 25(2):102-6. [DOI:10.1016/j.gernurse.2004.02.007] [PMID]
- [24] Sallis JF, Bowles HR, Bauman A, Ainsworth BE, Bull FC, Craig CL, et al. Neighborhood environments and physical activity among adults in 11 countries. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009; 36(6):484-90. [DOI:10.1016/j.amepre.2009.01.031] [PMID]
- [25] Abbey A, Abramis DJ, Caplan RD. Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*. 1985; 6(2):111-29. [DOI:10.1207/s15324834baspp0602_2]
- [26] Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*. 1995; 57(3):245-54. [DOI:10.1097/00006842-199505000-00006] [PMID]

- [27] Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*. 1982; 115(5):684-94. [DOI:10.1093/oxfordjournals.aje.a113351] [PMID]
- [28] Tesch-Roemer C, Huxhold O. Social isolation and loneliness in old age [Internet]. 2019 [Updated 2020 December 28]. Available from: <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-393> [DOI:10.1093/acrefore/9780190236557.013.393]
- [29] Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*. 2009; 18(1):51-5. [DOI:10.4103/0972-6748.57861] [PMID] [PMCID]
- [30] Bozo Ö, Toksabay NE, Kürüm O. Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology*. 2009; 143(2):193-206. [DOI:10.3200/JRPL.143.2.193-206] [PMID]
- [31] You KS, Lee H. The physical, mental, and emotional health of older people who are living alone or with relatives. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006; 20(4):193-201. [DOI:10.1016/j.apnu.2005.12.008] [PMID]
- [32] Bakhtiyari M, Emaminaeini M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. [Depression and perceived social support in the elderly (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(2):192-207. [DOI:10.21859/sija-1202192]
- [33] Khajavi D, Parsa Z. [The development of psychometric properties of "the elderly's activities of daily life scale" (Persian)]. *Journal of Motor Learning and Movement*. 2014; 6(1):91-108. [DOI:10.22059/JMLM.2014.50192]
- [34] Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*. 1983; 11(1):1-24. [DOI:10.1007/BF00898416] [PMID]
- [35] Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 125(1-3):207-12. [DOI:10.1016/j.jad.2010.06.022] [PMID] [PMCID]
- [36] Karami J, Bagheri A, Vaseghi F. [The relationship between stress and social support with a tendency to addiction (Persian)]. Paper presented at: 2nd Global Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the Beginning of the Third Millennium. 19 May 2016; Shiraz, Iran. <https://www.sid.ir/fa/seminar/ViewPaper.aspx?ID=23146>
- [37] Nazari M, Ghasemi S, Vafaei H, Fararouei M. The perceived social support and its relationship with some of the demographic characteristics in Primigravida pregnant women. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2015; 7(9):141-5. [DOI:10.5897/IJNM2015.0186]
- [38] Khalili F, Sam Sh, Sharifirad GR, Hassanzadeh A, Kazemi M. [The relationship between perceived social support and social health of elderly (Persian)]. *Journal of Health System Research*. 2012; 7(6):1216-25. <http://hsr.mui.ac.ir/article-1-293-en.html>
- [39] Izadi S, Khamahvar A, Aram SS, Yazdanpanah Nozari A. [Social support and quality of life of elderly people admitted to rehabilitation centers (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23(105):101-9. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-2765-en.html>
- [40] Eisapareh K, Nazari M, Kaveh MH, Ghahremani L. The relationship between job stress and health literacy with the quality of work life among Iranian industrial workers: The moderating role of social support. *Current Psychology*. 2020; May. [DOI:10.1007/s12144-020-00782-5]
- [41] Huang X, Yang H, Wang HH, Qiu Y, Lai X, Zhou Z, et al. The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: A cross-sectional study of a rural population in Southern China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(10):13209-23. [DOI:10.3390/ijerph121013209] [PMID] [PMCID]
- [42] Bozo Ö, Guarnaccia CA. Activities of daily living, social support, and future health of older Americans. *The Journal of Psychology*. 2009; 144(1):1-14. [DOI:10.1080/00223980903356032] [PMID]
- [43] Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2000; 55(4):S208-12. [DOI:10.1093/geronb/55.4.S208] [PMID]
- [44] Alipoor F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. [The role of social support in elderly quality of life (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2009; 8(33):149-67. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1862-en.html>
- [45] Lin LP, Hsu SW, Hsia YC, Wu CL, Chu C, Lin JD. Association of early-onset dementia with activities of daily living (ADL) in middle-aged adults with intellectual disabilities: The caregiver's perspective. *Research in Developmental Disabilities*. 2014; 35(3):626-31. [DOI:10.1016/j.ridd.2013.12.015] [PMID]
- [46] Sugimoto H, Demura Sh, Nagasawa Y. Age and gender-related differences in physical functions of the elderly following one-year regular exercise therapy. *Health*. 2014; 6(8):792-801. [DOI:10.4236/health.2014.68101]
- [47] Ohri P, Gupta SK, Upadhyai N. A study of daily living dependency status among elderly in an urban slum area of Dehradun. *Indian Journal of Community Health*. 2014; 26(4):417-22. <https://www.iapsmupuk.org/journal/index.php/IJCH/article/view/450>
- [48] Nakazawa A, Nakamura K, Kitamura K, Yoshizawa Y. Association between activities of daily living and mortality among institutionalized elderly adults in Japan. *Journal of Epidemiology*. 2012; 22(6):501-7. [DOI:10.2188/jea.JE20110153] [PMID] [PMCID]
- [49] Ziv N, Roitman DM, Katz N. Problem solving, sense of coherence and instrumental ADL of elderly people with depression and normal control group. *Occupational Therapy International*. 1999; 6(4):243-56. [DOI:10.1002/oti.100]
- [50] Menec VH. The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2003; 58(2):S74-82. [DOI:10.1093/geronb/58.2.s74] [PMID]
- [51] Ahmadi B, AminiSaniei N, Bani F, Bakhtari F. Predictors of Physical Activity in Older Adults in Northwest of Iran. *Elderly Health Journal*. 2018; 4(2):75-80. [DOI:10.18502/ehj.v4i2.260]
- [52] Alizadeh M, Rahimi A, Arshinji M, Sharifi F, Arzaghi SM, Fakhrazadeh H. [Physical health status and socio-economic outcomes on elderly in Tehran metropolitan area (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013; 13(1):29-37. <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5089-en.html>

- [53] Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*. 1980; 280(6207):66-8. [DOI:10.1136/bmj.280.6207.66] [PMID] [PMCID]
- [54] Wang D, Zheng J, Kurosawa M, Inaba Y, Kato N. Changes in Activities of Daily Living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2009; 14(2):128-41. [DOI:10.1007/s12199-008-0072-7] [PMID] [PMCID]
- [55] Borji M, Motaghi M. [The relationship between physical activity, social support and Fatigue Severity of elderly Ilam in 2016 (Persian)]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2017; 3(4):50-7. [DOI:10.21859/ijrn-03047]
- [56] Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*. 2005; 14(7):1651-68. [DOI:10.1007/s11136-005-1743-0] [PMID]
- [57] Habibi A, Savadpoor M T, Molaei B, Shamshiri M, Ghorbani M. [Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2009; 4(3):68-78. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-314-en.html>

This Page Intentionally Left Blank
