

ارتباط وضعیت شناختی و توانایی عملکردی در سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک

(مقاله پژوهشی)

هادی کاظمی^۱، سیما قاسمی^۲، فرشاد شریفی^۳، حسین فخرزاده^{۴*}، مریم قادرپناهی^۴، مژده میرعارفین^۴،
مهشید فروغان^۷، پروانه محمدخانی^۸

چکیده:

هدف: در مطالعه حاضر، ارتباط بین اختلال شناختی و اجزای عملکرد روزانه در سالمندان ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک مورد مطالعه قرار گرفت.

روش بررسی: در یک مطالعه مقطعی با شرکت ۱۸۴ نفر از سالمندان آسایشگاه کهریزک وضعیت شناختی و عملکرد روزانه آنها به ترتیب با استفاده از پرسشنامه های «بررسی مختصر وضعیت شناختی» و «بارتل» مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: داده ها نشان داد ۷/۳۱٪ از شرکت کنندگان وضعیت شناختی طبیعی و ۳/۶۳٪ دچار اختلال شناختی بودند. ارتباط بین وضعیت شناختی و وضعیت عملکرد روزانه بعد از تصحیح عوامل مداخله گر معنی دار بود ($P = 0.01$ و $r = 0.2$). با استفاده از رگرسیون لجستیک چند گانه، ارتباط بین اختلال شناختی و اختلال عملکردی سنجیده شد ($P = 0.05$). نسبت شانس برای اختلال عملکردی روند رو به تازیدی با افزایش شدت اختلال شناختی داشت (برای اختلال شناختی خفیف $1.13/1 =$ نسبت شانس با فاصله اطمینان $0.54/2-3.7/2$ و برای اختلال شناختی متوسط تا شدید $3.67/3 =$ نسبت شانس با فاصله اطمینان $0.39/3-3.5/3$). ارتباط بین اختلال اجزای بارتل و وضعیت شناختی نشان داد بین توانایی استحمام و وضعیت شناختی $2.33/2 =$ نسبت شانس با فاصله اطمینان $0.72/4-1.14/1$ و همچنین بین توانایی حرکت کردن و وضعیت شناختی $2.96/2 =$ نسبت شانس با فاصله اطمینان $0.75/6-3.0/1$ ، معنی دار بود.

نتیجه گیری: به نظر می رسد وضعیت شناختی می تواند عامل پیش بینی کننده وضعیت عملکرد روزانه در سالمندان باشد.

کلید واژه ها: وضعیت شناختی، سالمندان، وضعیت عملکرد روزانه

۱- استادیار اطفال دانشگاه شاهد
۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۳- MD و دانشجوی MPH سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴- پژوهشگر مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران
۵- دانشیار قلب و عروق، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران
۶- کارشناس ارشد تغذیه مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران
۷- دانشیار روانپزشکی سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، مرکز تحقیقات سالمندی.
۸- دانشیار، روانشناس، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مرکز تحقیقات سالمندی
تاریخ ارسال: ۲۳/۳/۸۸
*نشانی: تهران- خیابان کارگر شمالی- بیمارستان دکتر شریعتی- طبقه پنجم- مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران- دکتر حسین فخرزاده
تلفن: ۸۴۹۰۲۴۷۶ - ۰۲۱
فکس: ۸۸۲۲۰۰۵۲ - ۰۲۱
پست الکترونیک:

fakhrzad@tums.ac.ir

مقدمه:

روزانه است که می تواند اطلاعات لازم جهت برنامه ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی درمانی قرار دهد (۴). امروزه تنها توجه به افزایش امید به زندگی و طولانی کردن عمر کافی نیست بلکه باید به کیفیت زندگی نیز توجه داشت که سالهای اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود و با ناتوانی و بیماری و عوارض مربوط به آن همراه نباشد. در صورتی که چنین شرایطی تامین نگردد، پیشرفت های علمی برای تامین زندگی طولانی تر بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود (۵).

اختلالات شناختی نیز یکی از مشکلات شایع در دوران

یکی از مسائل مهم در حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی سالمندان، حفظ استقلال آنان در فعالیت های روزمره زندگی و فراهم کردن شرایطی است که سالمند بتواند به صورت فعال و غیروابسته ادامه زندگی دهد (۱ و ۲). عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن با افزایش سن موجب محدود شدن فعالیت های جسمی سالمندان می شود و معمولاً از سن بازنشستگی به بعد ۱/۴ مردم قادر به انجام مستقل فعالیت های روزانه نبوده و ۱۰٪ آنان نیز کاملاً وابسته هستند (۳). یکی از بهترین راه های ارزشیابی سطح سلامت سالمندان، بررسی وضعیت عملکرد آنان در زندگی

کردند. کسانی که بررسی مختصر وضعیت شناختی شان (MMSE) کمتر از ۲۲ بود، علاوه بر توضیح در مورد نحوه مطالعه برای آنها، پس از اخذ رضایتنامه از سرپرست قانونی آنها وارد مطالعه شدند. از تعداد فوق الذکر ۳ نفر اطلاعات مربوط به وضعیت عملکردیشان به دلایل مختلف از جمله رفتن به مرخصی، عدم تمایل همکاری در زمان پر کردن پرسشنامه ها و یا عدم حضور در بخش در مراجعه مکرر، کامل نگردید. در مجموع اطلاعات مربوط به ۱۸۱ نفر در این مطالعه کامل شد.

از بین حدود ۱۱۰۰ سالمند ۶۵ ساله یا بالاتر ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک، ۱۸۱ نفر که مبتلا به بیماریهای پیشرفته قلبی عروقی، کبدی و کلیوی و یا دچار اختلال سطح هوشیاری نبودند و همچنین خود سالمند داوطلب شرکت در مطالعه بود، جهت شرکت در مطالعه انتخاب گردیدند.

اطلاعات اجتماعی و دموگرافیک جمع آوری شده شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات و عادات مرتبط با سلامت نظیر استعمال سیگار بود. موارد دیگری که بر سلامت افراد موثر است نظیر سوابق فشار خون، دیابت ملیتوس، بیماری عروق کرونر، سکته مغزی نیز از پرونده سلامت این افراد در آسایشگاه استخراج و ثبت شد.

برای بررسی وضعیت شناختی از پرسشنامه استاندارد و ترجمه شده ایرانی «بررسی مختصر وضعیت شناختی» استفاده شد. این پرسشنامه دارای یازده جزء است که شامل: آگاهی به زمان و مکان، ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه، حافظه، زبان، مهارت های اجرایی، خواندن، نوشتن و انجام کارهای ظریف می باشد. مجموع امتیاز این پرسشنامه ۳۰ امتیاز است. ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۸۴٪ و ۹۰٪ است (۵). امتیاز کمتر از ۲۲ به عنوان اختلال شناختی در نظر گرفته شد (۵). تمام پرسشنامه های بررسی مختصر وضعیت شناختی توسط یک نفر کارشناس روانشناسی بالینی که آموزش های لازم را گذرانده بود، تکمیل شد.

بررسی توانایی عملکردی، با استفاده از ترجمه فارسی شاخص بارتل^۲ انجام گرفت. این ترجمه توسط دو نفر کاملاً

سالمندی است (۶) که این مسئله به نوبه خود آنان را در معرض خطر قرار می دهد. از حدود ۷۰ سالگی، تقریباً کاهش متغیری در حداکثر توان هوشی افراد دیده می شود. افراد سالخورده، گر چه توانایی خود را برای درک و فهمیدن موضوعات و موقعیت خود و حتی آموزش تجارب و اطلاعات جدید حفظ می کنند، اما ممکن است که با فعالیت های نیازمند پاسخ سریع و دقیق، مشکل داشته باشند. مطالعات بسیاری، نشان داده اند که با افزایش سن بطور طبیعی، توانمندی های شناختی، کاهش نشان می دهند (۷). از طرف دیگر چندین مطالعه همراهی و ارتباطی را بین وضعیت شناختی و توانایی های عملکردی در سالمندان را مشخص کرده اند (۸ - ۱۲).

در مطالعات معدودی، ارتباط بین اجزای ارزیابی شناختی و وضعیت عملکردی مورد بررسی قرار گرفته است ولی علیرغم این بررسی ها رابطه اختلالات شناختی با اجزای عملکرد روزانه زندگی بررسی نشده اند. در این مطالعه وضعیت عملکرد به عنوان یک عامل وابسته به شناخت مورد ارزیابی واقع شد. از سوی دیگر میزان تاثیر وضعیت عملکرد بر اختلال شناخت نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

هدف از انجام این مطالعه بررسی ارتباط وضعیت شناختی بر توانایی عملکردی سالمندان و همچنین اجزای آنها با هم در یک مطالعه مقطعی در آسایشگاه خیریه کهریزک بود.

روش بررسی:

اطلاعات این مقاله از یافته های «مطالعه سالمندان کهریزک» استخراج شد.

گرچه مطالعه سالمندان کهریزک یک مطالعه طولی است ولی اطلاعات این مقاله از آنالیز مقطعی اطلاعات افراد وارد شده در این مطالعه اخذ شد. این اطلاعات از اول آذر تا اواسط دی ماه سال ۱۳۸۶ در آسایشگاه خیریه کهریزک جمع آوری شد.

۱۸۴ نفر از سالمندان ۶۵ سال یا بیشتر مقیم آسایشگاه خیریه کهریزک دارای معیار های ورود به مطالعه را دارا بوده و رضایت به شرکت در مطالعه داشتند، در این مطالعه شرکت

دیده و آشنا با مراقبت سالمندان تکمیل شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۱۷ تجزیه و تحلیل شد. جهت تعیین رابطه بین فعالیت‌های روزمره زندگی و وضعیت شناختی از آزمون‌های همبستگی و رگرسیون لجستیک استفاده شد. دلیل عدم وجود توزیع نرمال در امتیاز بارتل، میانه امتیاز بارتل محاسبه گردید و برای مقایسه امتیاز بارتل در گروه‌های دچار اختلال شناختی و عدم اختلال شناختی از روش پارامتری نظیر آزمون Mann-Whitney U و از روش Spearman جهت بررسی همبستگی بین وضعیت شناختی و وضعیت عملکرد سالمندان استفاده شد. از رگرسیون لجستیک چندگانه برای تعیین ارتباط اختلال عملکرد با وضعیت شناختی در مدل اول بدون تعدیل، مدل دوم بعد از تعدیل از نظر جنس، سن و مدل سوم تعدیل شده از نظر شاخص توده بدنی، بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته مغزی، بیماری دیابت ملیتوس و وضعیت افسردگی استفاده شد.

مسلط به زبان انگلیسی به صورت مستقیم و معکوس ترجمه شد و پس از آن تکرارپذیری آن مورد بررسی قرار گرفت که ضریب کاپا^۱ ۰.۹۶ و ضریب آلفا کرومباخ^۲ ترجمه این پرسشنامه ۰.۸۲۷ محاسبه شد. این شاخص در سال ۱۹۶۹ توسط بارتل جهت ارزیابی «فعالیت‌های روزمره زندگی»^۳ پیشنهاد شد و روایی و پایایی آن در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است (۱۳). این شاخص دارای ده جزء خوردن، توانایی استحمام کردن، مراقبت از خود، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، جابجایی، توانایی حرکت کردن و بالا رفتن از پله است که هر یک از اجزاء، امتیاز مخصوص به خود از صفر تا پنج یا ده یا پانزده را دارند و مجموع امتیازات ۱۰۰ است. بر اساس تقسیم بندی Sooyeon Kwon و همکارانش (۱۴) امتیاز ۱۰۰-۹۵ به عنوان عدم وابستگی، ۹۴-۷۰ وابستگی خفیف، ۶۹-۱۵ وابستگی متوسط و ۱۴-۰ وابستگی شدید طبقه بندی شده است. تمام پرسشنامه‌های بارتل توسط یک پرستار آموزش

جدول ۱- مشخصات افراد وارد شده در مطالعه

متغیرها	گروه دارای وضعیت شناختی طبیعی	گروه دچار اختلال شناختی	P Value
سن	۷۴/۰۴ ± ۸/۷۰	۷۷/۳۴ ± ۸/۴۴	۰/۰۱۴
جنس (مونث) درصد	۳۷/۹	۶۷/۵	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات (درصد بیسواد)	۴۵/۵	۸۴/۲	۰/۰۰۰۱
میانگین امتیاز ارزیابی مختصر شناختی	۲۵/۵ ± ۲/۲۹	۱۶/۷۴ ± ۳/۴۷	۰/۰۰۰۱
میانگین امتیاز بارتل	۸۷/۷۴ ± ۱۶/۱۱	۸۵/۵۹ ± ۱۵/۵۸	۰/۳۸۰
میانگین امتیاز مقیاس افسردگی سالمندان	۱۱/۴۴ ± ۶/۸۴	۱۲/۱۹ ± ۷/۲۲	۰/۵۱۲
میانگین شاخص توده بدنی	۲۶/۰۸ ± ۵/۸۶	۲۴/۹۹ ± ۵/۰۳	۰/۱۶۰
سابقه سکته مغزی (درصد)	۲۱/۲	۱۰/۵	۰/۰۰۱
سابقه پر فشاری خون (درصد)	۵۳	۵۶/۱	۰/۷۲۴
سابقه دیابت (درصد)	۱۶/۷	۱۲/۳	۰/۲۴۳
سابقه چربی خون (درصد)	۱۰/۸	۵/۳	۰/۱۰۴

یافته‌ها:

نام متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان نسبت شانس
سن	۱/۰۴۷	- ۱/۰۹۳ ۱/۰۰۳
جنس	۱/۱۳۷	- ۲/۳۷۴ ۰/۵۴۵
سطح تحصیلات	۱/۰۸۸	- ۱/۷۲۳ ۰/۶۸۷
نمایه توده بدن	۱/۰۸۷	- ۱/۱۶۷ ۱/۰۱۳
سابقه سکنه مغزی	۱/۴۰۰	- ۳/۹۴۱ ۰/۴۹۸
مقیاس افسردگی سالندان	۱/۱۱	- ۱/۱۷۱ ۱/۰۵۲
ارزیابی مختصر شناختی	۰/۹۲۹	- ۰/۹۹۸ ۰/۸۶۴

میانگین سنی سالمندان مورد بررسی ۷۶/۱۵ با انحراف معیار ۸/۶۳ سال بود. ۴۳/۵ درصد مرد و ۵۶/۵ درصد از آنان زن بودند. ۷۱/۱ درصد از سالمندان مورد بررسی بی‌سواد، و سطح سواد بقیه از ابتدایی تا سطح تحصیلات دانشگاهی بود. از نظر وضعیت شناختی و مطابق با بررسی مختصر وضعیت شناختی، ۳۱/۷ درصد از سالمندان مورد مطالعه دارای شناختی طبیعی، ۶۳/۳ درصد دارای اختلالات شناختی خفیف تا متوسط و ۵ درصد دچار اختلالات شدید شناختی بودند. از نظر وضعیت عملکرد روزانه و بر اساس امتیاز بارتل ۴۱/۹ درصد از این افراد کاملاً غیر وابسته بودند، ۴۱/۳ درصد وابستگی مختصر، ۱۶/۲ درصد وابستگی متوسط و ۰/۶ درصد وابستگی شدید داشتند. (جدول ۱)

میان امتیاز بارتل در شرکت کنندگان در مطالعه ۹۱ بود که این میزان در گروه دچار اختلال شناختی برابر با ۹۱ و در گروه با وضعیت شناختی طبیعی برابر با ۹۳/۵ بود. اختلاف در امتیاز بارتل در این دو گروه معنی دار نبود ($P = ۰/۱۷۰$). بین وضعیت شناختی براساس مقیاس بررسی مختصر وضعیت شناختی و وضعیت عملکرد روزانه براساس مقیاس بارتل همبستگی معنی داری آماری قبل از تعدیل از نظر عوامل مداخله گر وجود داشت ($r = ۰/۲$ و $P = ۰/۰۰۵$). بعد از تعدیل از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، شاخص توده بدنی، سابقه سکنه مغزی، سابقه پرفشاری خون، سابقه دیابت ملیتوس، استعمال سیگار و «امتیاز افسردگی سالمندان»، باز هم ارتباط بین وضعیت شناختی و وضعیت عملکردی از نظر آماری معنی دار بود ($r = ۰/۲$ و $P = ۰/۰۱$)، بدین معنی که هر چه که سالمندان مورد بررسی از نظر وضعیت شناختی دچار اختلال بیشتری بودند، امتیاز عملکردی کمتری کسب کردند.

جدول ۲- ارتباط بین اختلال عملکردی با عوامل

دموگرافیک، اجتماعی، آتروپومتریک و بیماریها

از نظر تعیین رابطه بین اجزای (سوالات) شاخص بارتل با وضعیت شناختی، توانایی استحمام کردن بیشترین همبستگی معنی دار آماری را داشت ($r = ۰/۲۹۸$ و $P < ۰/۰۰۰۱$). پس از آن توانایی لباس پوشیدن ($r = ۰/۱۷۳$ و $P = ۰/۰۲۰$) بیشترین همبستگی معنی دار آماری را با بررسی مختصر وضعیت شناختی داشتند. ارتباط سایر اجزای بارتل با امتیاز مختصر شناختی معنی دار نبود. همچنین همبستگی اجزای بررسی مختصر وضعیت شناختی با امتیاز بارتل مورد ارزیابی قرار گرفت که بترتیب اجرا کردن ($r = ۰/۲۹۴$ و $P > ۰/۰۰$) و شناخت زمان ($r = ۰/۲۷۰$ و $P > ۰/۰۰$) توانایی تکرار کردن ($r = ۰/۱۵۰$ و $P = ۰/۰۴۶$) ارتباط معنی داری با امتیاز بارتل داشتند. (جدول ۳)

جدول ۳- ارتباط اجزاء MMSE با اجزای بارتل به روش غیر پارامتریک

متغیرها	شناخت زمان	شناخت مکان	ثبت اطلاعات	توجه و محاسبه	یادآوری	نامید	تکرار کردن	اجرا کردن	خواندن	نوشتن	پراکسی	امتیاز MMSE
غذا خوردن	۰/۰۲۲	۰/۰۳۷	۰/۰۱۲	۰/۰۹۲	۰/۱۱۰	۰/۰۲۵	۰/۰۰۸	۰/۱۶۶	۰/۰۲۱	۰/۰۵۲	۰/۰۳۸	۰/۰۳۱
P value	۰/۷۶۹	۰/۶۲۷	۰/۸۷۱	۰/۲۲۳	۰/۱۴۴	۰/۸۴۱	۰/۹۱۶	*	۰/۷۸۱	-	-	۰/۶۸۲
لباس پوشیدن	۰/۱۴۴	۰/۰۵۴	۰/۰۰۸	۰/۰۵۸	۰/۰۳۶	۰/۰۱۷	۰/۱۹۶	۰/۳۶۲	۰/۰۴۸	۰/۰۸۳	۰/۰۷	۰/۱۷۳
P value	۰/۰۵۴	۰/۴۵۷	۰/۹۱۵	۰/۴۳۷	۰/۶۳۶	۰/۸۲۲	*	*	۰/۰۰۰	۰/۲۶۸	۰/۳۵۵	*۰/۰۲
مراقبت از خود	۰/۰۳۷	۰/۰۲۰	۰/۰۵۶	۰/۰۳۵	۰/۱۱۰	۰/۰۴۹	۰/۰۰۷	۰/۰۳۴	۰/۰۲۶	۰/۰۲۴	۰/۰۶۸	۰/۰۰۹
P value	۰/۶۵۰	۰/۷۸۵	۰/۴۵۶	۰/۶۴۳	۰/۱۴۱	۰/۵۱۴	۰/۹۲۴	۰/۶۴۹	۰/۷۳۱	۰/۷۴۶	۰/۳۶۶	۰/۹۰۸
توالی رفتن	۰/۱۷۶	۰/۰۹۴	۰/۱۱۰	۰/۰۲۰	۰/۰۶۹	۰/۰۸۳	۰/۱۸۶	۰/۲۷۹	۰/۰۷۹	۰/۰۲۳	۰/۰۲۷	۰/۱۴۳
P value	۰/۰۱۸	۰/۲۱۰	۰/۱۴۲	۰/۷۹۵	۰/۳۵۷	۰/۲۷۱	*	*	۰/۰۰۰	۰/۷۶۱	۰/۶۲۳	۰/۰۵۶
جابجا شدن	۰/۰۵۱	۰/۰۶۰	۰/۱۳۲	۰/۰۳۶	۰/۰۵۸	۰/۰۷۹	۰/۰۶۹	۰/۲۰۰	۰/۰۴۲	۰/۰۴۴	۰/۰۴۷	۰/۰۹۴
P value	۰/۴۹۵	۰/۴۲۶	۰/۰۷۸	-	۰/۴۳۷	۰/۲۹۳	۰/۳۶۰	۰/۰۰۷	*	۰/۵۳۹	۰/۵۳۴	۰/۲۱۰
حرکت کردن	۰/۱۳۷	۰/۱۰۲	۰/۲۹۳	۰/۰۲۷	۰/۰۳۱	۰/۰۱۸	۰/۰۲۳	۰/۱۰۱	۰/۰۴۷	۰/۰۳۲	۰/۰۰۹	۰/۱۱۹
P value	۰/۰۶۱	۰/۱۷۴	*	۰/۷۱۹	۰/۶۸۲	۰/۸۱۵	۰/۷۵۷	۰/۱۷۷	۰/۵۳۶	۰/۶۶۶	۰/۹۰۱	۰/۱۱۳
حمام کردن	۰/۳۱۶	۰/۱۸۶	۰/۱۴۷	۰/۱۸۹	۰/۰۰۵	۰/۰۷۸	۰/۱۱۳	۰/۲۲۷	۰/۰۷۰	۰/۲۱۶	۰/۰۸۳	۰/۲۹۸
P value	۰/۰۰۰	۰/۰۱۳	*	*	۰/۹۴۸	۰/۲۹۸	*	*	۰/۰۰۴	*	۰/۲۶۷	*۰/۰۰۰
کنترل ادرار	۰/۱۹۱	۰/۰۶۲	۰/۰۸۱	۰/۰۳۱	۰/۰۴۶	۰/۰۷۶	۰/۱۵۷	۰/۲۰۷	۰/۰۷۵	۰/۰۳۶	۰/۰۸۶	۰/۱۱۲
P value	۰/۰۱۰	۰/۴۰۷	۰/۲۸۰	۰/۶۷۸	۰/۹۴۳	۰/۳۱۴	*	*	۰/۰۰۵	۰/۶۶۳	۰/۲۵۲	۰/۱۳۶
کنترل مدفوع	۰/۱۱۶	۰/۰۲۱	۰/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۰۸۸	۰/۰۷۳	۰/۱۵۱	۰/۲۳۲	۰/۰۳۹	۰/۰۲۵	۰/۰۳۴	۰/۱۱۶
P value	۰/۱۲۰	۰/۷۸۱	۰/۸۸۲	۰/۹۸۵	۰/۲۴۲	۰/۳۲۹	۰/۰۴۴	*	۰/۰۰۲	۰/۷۳۶	۰/۶۵۲	۰/۱۲۳
بالا رفتن از پله	۰/۱۲۲	۰/۰۶۴	۰/۱۰۵	۰/۰۳۸	۰/۰۰۲	۰/۰۱۹	۰/۰۶۸	۰/۲۷۵	۰/۰۹۷	۰/۱۱۱	۰/۰۵۱	۰/۱۴۰
P value	۰/۱۰۴	۰/۳۹۷	۰/۱۶۲	۰/۶۱۷	۰/۹۷۸	۰/۸۰۵	۰/۳۶۹	*	۰/۰۰۱	۰/۱۳۹	۰/۵۰۰	۰/۰۶۲
امتیاز Barthel	۰/۲۷۰	۰/۱۲۱	۰/۱۴۳	۰/۰۵۱	۰/۰۰۴	۰/۰۲۹	۰/۱۵۰	۰/۲۹۴	۰/۰۴۱	۰/۰۹۶	۰/۰۰۹	۰/۲۱۰
P value	۰/۰۰۰	۰/۱۰۷	۰/۰۵۶	۰/۵۰	۰/۹۶۰	۰/۶۹۷	۰/۰۴۶	*	۰/۰۰۰	۰/۲۰۱	۰/۹۰۷	*۰/۰۰۵

معنی دار در $P < 0.05$

ماندند. گرچه ارتباط اختلال شناختی با اختلال عملکردی از نظر آماری به اثبات نرسید، ولی روند افزایشی در نسبت شانس، از وضعیت شناختی طبیعی به سمت اختلال شناختی شدید مشاهده شد (نسبت شانس ۱/۱۳ با فاصله اطمینان ۰/۳۷-۲/۵۴). برای اختلال شناختی خفیف و نسبت شانس ۳/۶۸ با فاصله اطمینان ۰/۳۹-۳۴/۳۵ برای اختلالات متوسط تا شدید شناختی). (جدول ۴)

همچنین از رگرسیون لجستیک به روش پیش رونده برای تعیین ارتباط بین اختلال شناختی با وضعیت عملکرد سالمندان، استفاده شد. در این مدل، برای سن، شاخص توده بدنی، امتیاز افسردگی سالمندان سابقه بیماریهای قلبی، سابقه سکنه مغزی، سابقه دیابت ملیتوس و سابقه پرفشاری خون تعدیل انجام شد (جدول شماره ۴). که در نهایت سن، شاخص توده بدنی و امتیاز افسردگی سالمندان در مدل باقی

جدول ۴- ارتباط اختلال در فعالیت روزانه زندگی با وضعیت شناختی بر اساس مدل رگرسیون لجستیک

شدت اختلال شناختی	نسبت شانس بدون تعدیل	نسبت شانس بعد از تعدیل از نظر سن و جنس	نسبت شانس بعد از تعدیل کامل
وضعیت شناخت طبیعی (MMSE ≥ 22)	۱	۱	۱
اختلال شناختی خفیف و متوسط (MMSE ≤ 21 ≥ 11)	P=۰/۵۷ ۱/۱۹ (۰/۶۳ - ۲/۲۶)	P=۰/۹۳ P=۱/۰۲ (۰/۶۲ - ۱/۹۹)	۱/۱۳ (۰/۵۴ - ۲/۳۷) P=۰/۷۴
اختلال شناختی شدید (MMSE ≤ 10)	P=۰/۰۷ ۶/۷۷ (۱/۷۸ - ۵۸/۴۲)	P=۰/۱۲ ۵/۴۴ (۰/۶۲ - ۴۷/۸۲)	P=۰/۲۴ ۳/۶۸ (۰/۳۹ - ۳۴/۳۵)

* نسبت شانس برای سن، جنس، شاخص توده بدنی، سابقه سکته مغزی، بیماری عروق کرونر، بیماری دیابت ملیتوس و وضعیت افسردگی به روش پیشرونده تعدیل شد که در نهایت سن، شاخص توده بدنی و وضعیت افسردگی در مدل باقی ماند و بر اساس آنها تعدیل انجام شد.

همچنین از مدل رگرسیون برای بررسی ارتباط اجزای بارتل با وضعیت شناختی استفاده شد که در نهایت توانایی استحمام (نسبت شانس ۲/۳۲ و فاصله اطمینان ۴/۷۲-۱/۱۴) و توانایی حرکت کردن (با نسبت شانس ۲/۹۶ و فاصله اطمینان ۶/۷۵-۱/۳۱) بعد از تعدیل از نظر موارد بالا رابطه معنی داری با اختلال شناختی داشتند (جدول شماره ۵).

جدول ۵- ارتباط اختلال در اجزای فعالیت روزانه زندگی و امتیاز ارزیابی مختصر شناختی

نسبت شانس	مراقبت از خود	لباس پوشیدن	کنترل ادرار	کنترل مدفوع	رفتن به توالت	بالا رفتن از پله	حمام رفتن	جابجا شدن	حرکت کردن
۱/۳۳	۲/۰۴	۱/۱۷	۲/۲۶	۱/۱۱	۱/۴۵	۲/۳۳*	۲/۳۴	۲/۹۶*	
(۰/۴۱-۴/۲۹)	(۰/۹۶-۴/۳۱)	(۰/۶۴-۲/۱۲)	(۰/۹۴-۵/۴۱)	(۰/۶۲-۲/۰۱)	(۰/۷۷-۲/۷۴)	(۱/۱۴-۴/۷۲)	(۰/۹۷۷-۵/۶۰)	(۱/۳۰-۶/۷۵)	

*معنی دار در $P < 0.05$

بحث:

توالی و وضعیت شناختی مشاهده شد. بعضی از مطالعات ارتباط معنی داری بین تمام اجزای فعالیت روزانه زندگی و امتیاز مختصر شناختی گزارش کرده اند (۲۱). این اختلاف شاید به علت این واقعیت باشد که درصد بسیار کمتری از شرکت کنندگان در مطالعه ما دچار اختلال شناختی متوسط تا شدید بودند. در مراحل خفیف اختلال شناخت معمولاً اختلال جدی در وضعیت عملکردی ایجاد نمی شود (۲۲).

گرچه در مدل رگرسیون لجستیک چندگانه بعد از تعدیل رابطه معنی داری بین اختلال عملکرد و وضعیت شناختی مشاهده نشد که می تواند به علت عواملی نظیر ناهمگون بودن سالمندان انتخابی، تعداد بسیار کم سالمندان در مرحله دمانس شدید در نمونه انتخابی باشد، ولی نسبت شانس

بر اساس یافته‌های حاصل از انجام این مطالعه در بررسی مقطعی، همبستگی معنی داری بین وضعیت شناختی و وضعیت عملکردی افراد سالمند حتی بعد از تصحیح از نظر عوامل مخدوش کننده وجود داشت. بدین معنی که سالمندانی که دچار اختلالات شناختی بودند، وضعیت عملکردی ضعیف تری نیز نشان دادند و در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی وابستگی بیشتری داشتند. این یافته‌ها با نتایج سایر تحقیقات انجام شده قبلی مطابقت دارد (۲۰ و ۱۷-۹). از نظر بررسی اجزای بارتل با وضعیت شناختی، در این مطالعه بعد از تصحیح از نظر متغیرهای مخدوش کننده، ارتباط معنی داری بین امتیاز استحمام کردن، لباس پوشیدن و رفتن به

نتیجه گیری:

با عنایت به نتایج بدست آمده در این مطالعه، به نظر می رسد که بین وضعیت شناختی و فعالیت روزانه زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین در مورد ارتباط اجزاء امتیاز شناخت با فعالیت روزانه زندگی، بیشترین ارتباط بین امتیاز فعالیت اجرایی و فعالیت روزمره زندگی دیده می شود. این نکته یافته بعضی از محققین که احتمالاً فعالیت روزمره زندگی در مراحل پیشرفته تری از اختلال شناخت بروز می کند (۲۸) را مورد تأیید قرار می دهد.

تشکر و قدردانی:

با تشکر از مسئولین مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران که هزینه های این مطالعه را تقبل کرد و همچنین هیئت مدیره مدیریت و کارکنان آسایشگاه خیریه کهریزک که همکاری تنگاتنگی با افراد محقق داشتند. و با امتنان از زحمات سرکار خانم ندا نظری که در انجام این پروژه تلاش زیادی داشتند.

اختلال شناختی بر اختلال عملکرد با افزایش شدت اختلال شناختی افزایش یافت. در این مدل رگرسیون، اختلال عملکرد با، شدت افسردگی و شاخص توده بدنی و سن در ارتباط بودند. ارتباط بین افسردگی و عملکرد روزانه در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است. (۲۶-۲۴)

در این مطالعه مشخص گردید که در نگرش مقطعی، افزایش سن و وزن و افسردگی با اختلال عملکرد روزانه مرتبط است ولی امتیاز بررسی مختصر وضعیت شناختی بالاتر، اثر پیشگیری کننده بر اختلال فعالیت روزانه دارد.

همچنین در مطالعه ما مشخص شد که تمام اجزای فعالیت روزانه به جز مراقبت از خود و حرکت کردن، رابطه معنی داری با جزء مهارت های اجرایی امتیاز مختصر شناختی داشتند. که شاید مهمترین جز شناخت در رابطه با عملکرد روزانه باشد بعد از آن تکرار کردن با لباس پوشیدن، توالی رفتن، کنترل ادرار و کنترل مدفوع در ارتباط بود. اینکه چرا بعضی از اجزای شناختی ارتباط بیشتری با عملکرد روزانه دارند شاید بیشتر با ماهیت و پیچیدگی آن عملکرد و میزان فعال شدن اجزاء بالاتر مغز در آن عملکرد در ارتباط باشد.

REFERENCES

منابع

1. Arslantas D , Ünsal A , Metintas S , Koc F , Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). Arch Gerontol & Geriatr. 2009; 48(2): 127-131.
2. Lee TW, Ko IS, Lee KY. Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea: a cross sectional survey. Int J of Nursing Stud. 2006; 43 (3): 293-300.
- ۳ – استورانت مارتا، وندان برس‌گری آر. روانشناس سالمندی. ترجمه خداحیمی سیامک، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۳: ۲۰۷ تا ۲۳۷.
- ۴ – یغمایی فریده. فعالیت‌های روزانه زندگی: بررسی ابزارهای اندازه‌گیری و ارائه یک ابزار با طراحی جدید. نشریه دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه شهید بهشتی ۱۳۸۴، سال پانزدهم، ۵۰: ۱۳ – ۱۲.
- ۵ – فروغان مهشید ، جعفری زهرا ، شیرین بیان پیمان ، قائم مقام فراهانی ضیا ، رهگذر مهدی. هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان شهر تهران ۱۳۸۵. فصلنامه تازه های علوم شناختی ۱۳۸۷ ، سال دهم ، شماره ۲ (پیاپی ۳۸)، تابستان صفحه ۲۹.
5. Nillson J, Parker MG, Kabir ZN. Assessing Health – Relatel quality of life among older people in Rural Bangladesh. J of Trans Cultural Nursing. 2004; 15(4): 298 – 307.
6. Esperanza A, Miralles R, Rius I, Fernandez B, Digón A, Arranz P, et al. Evaluation of functional improvement in older patients with cognitive impairment, depression and / or delirium admitted to a geriatric convalescence hospitalization unit. Arch Gerontol Geriatr. 2004; (9): S149 – 153.
- ۷ – اکبری کامرانی احمدعلی. حافظه و شناخت در سالمندی. تهران، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۴: ۲۰ – ۲۲.
8. Feliu F, Formiga F, Henríquez E, Lombarte Bonfill I, Olmedo C, Pujol Farriols R. Functional and cognitive assessment in an urban population older than 89 years: NonaSantFeliu Study. Revista Espanola de Geriatria Geronologia. 2006; 41: 21 – 26.
9. Hakkinens A, Heinonen M, kautiainen H, Huusko T, Sulkava R, Karppi P. Effect of cognitive impairment on basic activities of daily living in hipfracture patients: a 1 – year follow up. Aging Clin Exp Res. 2007; 19(2): 139-144.
10. Folquitto JC, Bustamante SE, Barros SB, Azevedo D, Lopes MA, Hototian SR, et al. The Bayer: Activities of Daily Living Scale (B-ADL) in the differentiation between mild to moderate dementia and normal aging. Rev Bras Psiquiatr. 2007; 29(4): 350-353.
11. Suzuki I, yanagi H, Tomura S. A study of factors related of activities of daily living (ADL) of the elderly receiving in home service longitudinal study using functional independence measure. Nippon Koshu Eisei Zasshi. 2007;54(2): 81-88.

REFERENCES

منابع

12. Barberger-Gateau P, Fabrigoule C, Helmer C, Rouch I, Dartigues JF. Functional impairment in instrumental activities of daily living: an early clinical sign of dementia? *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(4): 456–462.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: barthel Index. *Md State Med J.* 1965; 14(2): 61-65
14. Perneckzy R, Pohl C, Sorg C, Hartmann J, Komossa K, Alexopoulos P, et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age Ageing.* 2006; 35: 240 – 245.
15. Arcoverde C, Deslandes A, Rangel A, Rangel A, Pavão R, Nigri F, et al. Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008; 66(2B): 323-327.
16. Ostbye T, Tyas S, McDowell I, Koval J. Reported activities of daily Living: agreement between elderly subjects with and with out dementia and their caregivers. *Age Ageing.* 1997; 26(2): 99 – 106.
17. Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four Instrumental Activities of Daily Living Score as a predictor of one-year incident dementia. *Age Ageing.* 1993, 22: 57-463.
18. Dodge HH, Kadowaki T, Hayakawa T, Yamakawa M, Sekikawa A, Ueshima H. Cognitive Impairment as a Strong Predictor of Incident Disability in Specific ADL-IADL Tasks among Community-Dwelling Elders: The Azuchi Study. *Gerontologist.* 2005; 45(2): 222-230.
19. Iavarone A, Milan G, Vargas G, Lamenza F, De Falco C, Gallotta G, et al. Role of functional performce in diagnosis of dementia in elderly people with low educational level living in southern Italy. *Aging Clin Exp Res.* 2007; 19(2):104-109.
20. Lopes MA, Hototian SR, Bustamante SE, Azevedo D, Tatsch M, Bazzarella MC, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in a community sample in Ribeirão Preto, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007; 22(8):770-776.
21. Sumi, Y, Miura, H, Nagaya, M, Nagaosa, S, Umemara, O. Relationship between and function and general condition among Japanese nursing home residents. *Arch Gerontol Geriat.* 2009; 48(1): 100-105.
22. McConnell ES, Pieper CF, Sloane RJ, Branch LG. Effect of cognitive performance on change in physical function in long-stay nursing home residents. *J Gerantol Med Science.* 2002; 57A(12): M778-784.
23. Mathuranath PS, George A, Cherian PJ, Mathew R, Sarma PS. Instrumental activities of daily living scale for dementia screening in elderly people. *Int Psychogeriatr.* 2005; 17(3): 461-474.

REFERENCES

منابع

24. Fillenbaum GG, Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Gilby JE, Seaberg EC, et al. Development of an activities of daily living scale to screen for dementia in an illiterate rural older population in India. *Age Ageing*. 1999; 28(2): 161-168.
25. Eva Biringer. Functional impairment recovers after episodes of major depression. *Evid Based Ment Health*. 2005; 8(3):65.
26. Kales HC, Chen P, Blow FC, Welsh DE, Mellow AM. Rates of clinical depression diagnosis, functional impairment, and nursing home placement in coexisting dementia and depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005; 13(6):441-449.
27. Kaup BA, Loreck D, Gruber-Baldini AL, German P, Menon AS, Zimmerman S. Depression and its relationship to function and medical status, by dementia status, in nursing home admissions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007; 15(5):438-442.
28. Pernecky R, Pohl C, Sorg C, Hartmann J, Komossa K, Alexopoulos P, et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age Ageing*. 2006 May;35(3):240-5.