پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال شانزدهم، شماره ۶، پی در پی ۸۴، صفحات ۲۸۴ تا ۲۹۲
بهمن و اسفند ۱۳۹۰

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۴/۱۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲۹

بررسی فراوانی افت عملکردی و نقص شناختی و عوامل همراه در سالمندان بستری در بیمارستان

شهین سالاروند[1*]، دکتر محمد رضا مرآثی[2]

۱- مربی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۲- دکترای اپیدمیولوژی، دانشیار گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

سابقه و هدف: بستری شدن در بیمارستان حادثه ای بحرانی در زندگی افراد سالمنداست که با افزایش خطر افت عملکردی و نقص شناختی سالمند همراه بوده و از آنجا که عملکرد شناختی مطلوب، عاملی حیاتی برای ارتقاء و حفظ کیفیت زندگی سالمندان است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین افت عملکردی و نقص شناختی سالمندان بستری در بیمارستان انجام شده است.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که با حجم نمونه ۴۰۰نفر در سال ۱۳۸۹ با نمونه گیری به روش آسان یا در دسترس از سالمندان بستری در بیمارستان و تا رسیدن به حجم نمونه محاسبه شده انجام گردید. اطلاعات این پژوهش از طریق دو پرسشنامه جمع آوری گردید که پرسشنامه اول مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک وتست ۶ آیتمی وضعیت شناختی یا Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT) و پرسشنامه دوم شاخص تعدیل شده بارتل (Modified Barthel Index) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده ازآمار توصیفی و مجذور کای یا تست دقیق فیشر و مدل رگرسیون لجستیک با نرم افزار SPSS17 انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد بررسی ۸/۳±۷۶/۲۸ میباشد که ۱۰/۳ درصد افراد ۶۴-۶۰ سال ،۱۲ درصد آنها ۶۹-۶۵سال، ۱۳ درصد آنها۷۴-۷۰سال،۲۶/۳ درصد افراد۷۹-۷۵ سال ،۳۸/۴ درصد بالاتر از ۸۰ سال بودند.که بیشترین فراوانی وابستگی عملکردی و نقص شناختی در گروه بالاتر از ۸۰سال بود. بین تشخیص بیماریها و سن با وضعیت شناختی، بین سن ونوع تشخیص با وضعیت عملکردی و بین افت عملکردی در فعالیتهای روزانه و نقص شناختی سالمندان ارتباط وجود دارد. همچنین این مطالعه نشان می دهد که نسبت شانس وضعیت شناختی ناسالم در افراد با افت عملکردی (یا وضعیت عملکردی وابسته) حدود۹/۵۷ برابر نسبت به وضعیت عملکردی مستقل می باشد و بر عکس آن، یعنی نسبت شانس افت عملکردی در افراد با نقص شناختی ۸/۷ برابر نسبت به وضعیت شناختی سالم می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بین افت عملکردی در فعالیتهای روزانه و نقص شناختی سالمندان بستری در بیمارستان ارتباط وجود دارد. بهبود عملکرد، تحرک و وضعیت شناختی بایستی از اهداف اصلی توانبخشی سالمندان بوده و بررسی اولیه وضعیتهای عملکردی و شناختی در ارزیابی سالمند در مکانهای مراقبتی ضروری است.

واژگان کلیدی: افت عملکردی، نقص شناختی، سالمند، بیمارستان.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Salarvand Sh, Maracy MR. Assessing relation between Functional Decline and Cognitive Impairment in Hospitalized Elders. Pejouhandeh 2012;16(6):284-92.

مقدمه

در نیمه سال ۲۰۰۴، حدود ده درصد از جمعیت جهان یعنی ۶۰۶ میلیون نفر، در سن ۶۰ سال یا بالاتر بودند (۱) که تا سال ۲۰۲۵ این تعداد از مرز یک میلیارد و صد میلیون نفر تجاوز خواهند کرد (۲). طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، ایران با داشتن بیش از ۷/۲ درصد سالمند بالای ۶۰ سال به کشوری سالمند تبدیل شده است (۳). بر این اساس و به دلیل مراجعات اورژانسی بیماران سالمند به بخش‌های درمانی جهت

*نویسنده مسؤول مکاتبات: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری؛ تلفن: ۰۹۱۶۱۵۹۰۵۶۰؛ پست الکترونیک: shsalarvand@lums.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

دریافت خدمات پزشکی و نیز با توجه به هزینه بر بودن ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی به ایشان، تعیین اولویت رسیدگی در این گروه از بیماران درجه اهمیت بالایی خواهد داشت (۴).

مراقبت و نگرانی برای افراد سالمند را نمی‌توان به یک اصل محدود نمود، بلکه از طریق تلاش مشترک می‌توان آن را به بهترین نحو اجرا نمود (۵). از سوی دیگر مطالعات جمعیت شناختی نشان داده اند که حدود پنج درصد از افراد ۶۵ سال و بالاتر به نقص شناختی(Cognitive Impairment) واضح گرفتارند. میزان ابتلا به این اختلال پس از۶۵ سالگی، هرپنج سال دو برابر میشود، به طوری که در جمعیت ۸۰ سال و بالاتر، به بیش از ۴۰ درصد میرسد (۶). علاوه بر این، تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۵۰، تعداد سالمندان دارای افت عملکردی تقریباً سه برابر خواهند شد (۳). اختلال عملکرد جسمی و شناختی بیانگر دو تا از ترسناک‌ترین وضعیت‌ها درمیان سالمندان است زیرا آنها می‌توانند منتهی به وابستگی جسمی و انزوای اجتماعی شوند (۷). ادیب حاج باقری به نقل از ملزر (Melzer) می‌گوید که یک سوم سالمندان دچار ناتوانی‌های شناختی شده و بیش از ۶۰ درصد آنها به کمک‌هایی در انجام فعالیت‌های زندگی روزمره نیاز دارند (۸) و ماهیت چند بعدی عملکرد جسمی برپیچیدگی بررسی عملکرد فیزیکی تأکید می‌کند. ماهیت بهم مرتبط عملکرد جسمی و شناختی، اهمیت شناخت را هنگام بررسی عملکرد جسمی در سالمندان را برجسته می‌کند (۷). از سوی دیگر، بستری شدن به عنوان حادثه‌ای بحرانی در زندگی افراد سالمند شناخته شده است (۹) و از آنجا که، عملکرد شناختی مطلوب، عاملی حیاتی برای ارتقا و حفظ سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است (۱۰). ارزیابی روانشناختی برای تعیین چگونگی هوشیاری وآگاهی سالمند نسبت به محیط اطرافش وتعیین سطح گیجی دلیریوم یا زوال عقلی انجام می‌شود (۱۱). علاوه بر این، بیماران با نقص شناختی بدو پذیرش، توانایی کمتری در سازگاری با خطرات همراه با بستری شدن در بیمارستان و در تمایل به درمانهای پزشکی داشته و مسایل بیشتری در گزارش عوارض جانبی دارویی داشته است (۱۲). همچنین، خطر افت عملکردی یا ناتوانی در بیماران سالمند نیز بیشتر بوده زیرا محیط بیمارستان اغلب با نیازهای ویژه این جمعیت سازگار نیست (۹)؛ از سوی دیگر، تعیین نمره کلی فعالیت-های روزانه زندگی و میزان استقلال در این فعالیت‌ها اهمیت داشته و می‌تواند وضعیت کلی سلامتی سالمند را مشخص کرده و راهنمای مناسبی جهت سطح بندی ارائه و نوع خدمات به سالمند شود (۱۳). زیرا هدف پرستاری، حفظ و ارتقا وضعیت عملکرد سالمندان و کمک به آنان جهت شناخت و کاربرد توانایی‌های خود برای رسیدن به استقلال مطلوب بوده (۵) و هنگامی که بیمار توانایی انجام فعالیت های ساده روزانه را از دست میدهد به نظارت ومراقبت مداوم نیاز دارد (۱۴) و پرستار به فرد سالمند کمک می‌کند تا شخصیت خود را حفظ کرده و استقلالش را به حداکثر برساند (۵)، به همین دلیل به نظر می رسد که ارزیابی وضعیت عملکردی و وضعیت شناختی در سالمندان بستری در بیمارستان اهمیت داشته وامید است که نتایج این تحقیق در بهبود برنامه مراقبتی بیماران سالمند در بیمارستان موثر باشد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی افت عملکردی و نقص شناختی و عوامل همراه در سالمندان بستری در بیمارستان انجام شده است.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی با حجم نمونه ۴۰۰نفر در سال ۱۳۸۹ انجام گردید. پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی و مراجعه به بیمارستان نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. جمع آوری اطلاعات با بررسی سالمند و تکمیل دو تست توسط همکاری همزمان دو پرسشگر (پرستار) صورت گرفت. به این صورت که تمام سالمندان (۶۰ ساله و بالاتر) پذیرش شده در تمام بخشهای بیمارستان (بخشهای داخلی، اورژانس، چشم و گوش، سی سی یو، جراحی) در یک مقطع زمانی نمونه گیری شدند. دو پرسشگر پرستار با مطلع شدن از بستری سالمند در بیمارستان توسط واحد پذیرش بیمارستان، به بیمارستان مراجعه و با بررسی سالمند و تکمیل دو پرسشنامه مورد نظر نمونه گیری را انجام می دادند. نمونه گیری این مطالعه از اول زمستان ۱۳۸۸ آغاز و تا تابستان ۱۳۸۹ ادامه یافت.

اطلاعات این پژوهش از طریق دو پرسشنامه جمع آوری گردید که پرسشنامه اول مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک وتست ۶ آیتمی وضعیت شناختی یا Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT) و پرسشنامه دوم شاخص تعدیل شده بارتل (Modified Barthel Index) بود. درباره روایی و پایایی این ابزارها؛ با توجه به استاندارد بودن تست ۶ آیتمی وضعیت شناختی، که در مطالعات مختلف منجمله مطالعه هاتفیلد (Hatfield) بکار گرفته شده است، بخاطر نداشتن مؤلفه های فرهنگی، روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۵). حداکثر نمره این مقیاس، ۲۸ می باشد. افراد با نمره ۷-۰ را از نظر داشتن وضعیت شناختی سالم و افرادی که نمره ۲۸-۸ بگیرند دارای وضعیت شناختی نامطلوب یا دارای نقص شناختی محسوب می‌شوند. شاخص تعدیل شده بارتل

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

برای ارزیابی عملکرد روزانه افراد در فعالیتهای روزمره و تحرک آنها مورد استفاده قرار می گیرد. این شاخص دارای ۱۰ آیتم است که شامل پرسشهایی مربوط به غذا خوردن، استحمام، نظافت، لباس پوشیدن، توانایی در نگهداری ادرار و مدفوع، استفاده از توالت، انتقال از تخت به صندلی و بالعکس، تحرک در سطوح هموار و استفاده از پله ها می باشد. هدف اصلی این شاخص سنجش درجه عدم وابستگی یا استقلال از هر نوع کمک فیزیکی و یا زبانی و به هر دلیلی می باشد و نیاز به نظارت در کارهای بیمار به معنی وابسته شدن بیمار است. البته استفاده بیمار از وسایل کمکی همانند عصا و غیره از نظر مستقل بودن مانعی ندارد. آیتم های مختلف این شاخص تعدیل شده از ۰ تا ۳ امتیاز و در مجموع ۲۰ امتیاز دارد. نمره گذاری شاخص بارتل به این صورت است که؛ نمره کمتر یا مساوی ۴: کاملاً وابسته، نمره ۸-۵ : خیلی وابسته، نمره ۱۱-۹: تقریباً وابسته و انجام کارها با کمک، نمره ۱۲ یا بیشتر: کاملاً مستقل ارزش گذاری شده است. و روایی و پایایی این شاخص در مطالعات متعدد تأیید شده است (۴ و ۱۶).

با استفاده ازجداول دو بعدی و ازمون های آماری مجذور کای یا تست دقیق فیشر و مدل رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم افزار SPSS17 تجزیه و تحلیل داده ها انجام گرفت. P <۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع سالمندان براساس خصوصیات فردی و بیماری و وضعیت شناختی

		سالم N (%)	نقص شناختی N (%)	سطح معنی داری
نوع تشخیص	قلبی و عروقی	۴۲(٪۲۶/۱)	۱۱۹(٪۷۳/۹)	P<۰/۰۲۳
	تنفسی	۱۹(٪۱۸/۳)	۸۵(٪۸۱/۷)	
	بیماریهای روان و اعصاب	۲(٪۵/۱)	۳۷(٪۹۴/۹)	
	داخلی	۲۱(٪۲۹/۶)	۵۰(٪۷۰/۴)	
	بقیه	۷(٪۲۸)	۱۸(٪۷۲)	
نوع بخش بستری	داخلی	۵۶(٪۲۱)	۲۱۱(٪۷۹)	P<۰/۰۰۹
	اورژانس	۱۶(٪۲۱/۶)	۵۸(٪۷۸/۴)	
	چشم و گوش	۵(٪۸۳/۳)	۱(٪۱۶/۷)	
	ccu	۹(٪۲۸/۱)	۲۳(٪۷۱/۹)	
	جراحی	۵(٪۲۳/۸)	۱۶(٪۷۶/۲)	
وضعیت عملکردی	کاملاً وابسته	۰ (٪۰)	۳۸ (٪۱۰۰)	p<۰/۰۰۱
	خیلی وابسته	۲ (٪۱۰/۵)	۱۷ (٪۸۹/۵)	
	تقریباً وابسته	۱ (٪۴/۵)	۲۱ (٪۹۵/۵)	
	کاملاً مستقل	۸۵(٪۲۷/۲)	۲۲۸(٪۷۲/۸)	

از تعداد۴۰۰ نفر سالمند شرکت کننده در مطالعه (۴۳/۸ درصد)، ۱۷۵ نفر آنها مرد و(۵۶/۲درصد) ۲۲۵ نفر زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد بررسی ۸/۳±۷۶/۲۸ می‌باشد. ۱۰/۳ درصد افراد ۶۴-۶۰ سال ،۱۲ درصد آنها ۶۹-۶۵ سال، ۱۳ درصد آنها ۷۴-۷۰سال،۲۶/۳ درصد افراد۷۹-۷۵ سال و ۳۸/۴ درصد بالاتر از ۸۰ سال بودند. علت بستری سالمندان در بیمارستان به ترتیب بیماری‌های قلبی عروقی(۴۰/۳٪)، تنفسی (۲۶٪)، اعصاب (۹/۵٪) و گوارشی (۶/۵٪) می‌باشد. ۶۶/۸٪ از بیماران در بخش داخلی، ۱۸/۵٪در بخش اورژانس، ۱/۵٪ در بخش چشم و گوش، ۸٪ در بخش سی سی یو و ۵/۳٪ در بخش جراحی بستری بودند. (۶۱/۲٪) ۲۴۵ نفر از نمونه ها در شهر و (۳۸/۸٪) ۱۵۵ نفر آنها در روستا زندگی می‌کردند.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

جدول ۲: توزیع سالمندان براساس خصوصیات فردی و بیماری و وضعیت عملکردی

		کاملاً وابسته n(%)	خیلی وابسته n(%)	تقریباً وابسته n(%)	کاملاً مستقل n(%)	کل	سطح معنی داری
سن	۶۰-۶۴	۲ (۰/۵/۳)	۱ (۰/۵/۳)	۲ (۰/۹/۱)	۳۳ (۱۰/۵/۰)	۳۸ (۹/۷/۰)	P<۰/۰۰۴
	۶۵-۶۹	۳ (۷/۹/۰)	۰ (۰/۰)	۱ (۴/۵/۰)	۴۱ (۱۳/۱/۰)	۴۵ (۱۱/۵/۰)	
	۷۰-۷۴	۲ (۵/۳/۰)	۲ (۱۰/۵/۰)	۲ (۹/۱/۰)	۴۶ (۱۴/۷/۰)	۵۲ (۱۳/۳/۰)	
	۷۵-۷۹	۶ (۱۵/۸/۰)	۴ (۲۱/۱/۰)	۳ (۱۳/۶/۰)	۹۱ (۲۱/۹/۰)	۱۰۴ (۲۶/۵/۰)	
	۸۰و بالاتر	۲۵ (۶۵/۸/۰)	۱۲ (۶۳/۲/۰)	۱۴ (۶۳/۶/۰)	۱۰۲ (۳۲/۶/۰)	۱۵۳ (۳۹/۰/۰)	
	کل	۳۸ (۱۰۰/۰/۰)	۱۹ (۱۰۰/۰/۰)	۲۲ (۱۰۰/۰/۰)	۳۱۳ (۱۰۰/۰/۰)	۳۹۲ (۱۰۰/۰/۰)	
جنس	مرد	۱۷ (۴۴/۷/۰)	۹ (۴۷/۴/۰)	۱۱ (۵۰/۰/۰)	۱۳۴ (۴۲/۸/۰)	۱۷۱ (۴۳/۶/۰)	NS
	زن	۲۱ (۵۵/۳/۰)	۱۰ (۵۲/۶/۰)	۱۱ (۵۰/۰/۰)	۱۷۹ (۵۷/۲/۰)	۲۲۱ (۵۶/۴/۰)	
	کل	۳۸ (۱۰۰/۰/۰)	۱۹ (۱۰۰/۰/۰)	۲۲ (۱۰۰/۰/۰)	۳۱۳ (۱۰۰/۰/۰)	۳۹۲ (۱۰۰/۰/۰)	
محل سکونت	شهر	۲۶ (۶۸/۴/۰)	۱۴ (۲۳/۷/۰)	۱۶ (۷۲/۷/۰)	۱۸۴ (۵۸/۸/۰)	۲۴۰ (۶۱/۲/۰)	NS
	روستا	۱۲ (۳۱/۶/۰)	۵(۲۶/۳/۰)	۶ (۲۷/۳/۰)	۱۲۹ (۴۱/۲/۰)	۱۵۲ (۳۸/۸/۰)	
	کل	۳۸ (۱۰۰/۰/۰)	۱۹ (۱۰۰/۰/۰)	۲۲ (۱۰۰/۰/۰)	۳۱۳ (۱۰۰/۰/۰)	۳۹۲ (۱۰۰/۰/۰)	
بخش بستری	داخلی	۳۱(۸۱/۶/۰)	۱۵ (۷۸/۹/۰)	۱۶(۷۲/۷/۰)	۲۰۰ (۶۳/۹/۰)	۲۶۲ (۶۶/۸/۰)	NS
	اورژانس	۲(۵/۳/۰)	۲ (۱۰/۵/۰)	۴ (۱۸/۲/۰)	۶۴ (۲۰/۴/۰)	۷۲ (۱۸/۴/۰)	
	چشم و گوش	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۶ (۱/۹/۰)	۶ (۱/۵/۰)	
	سی سی یو	۱ (۲/۶/۰)	۰ (۰/۰)	۲ (۹/۱/۰)	۲۹ (۹/۳/۰)	۳۲ (۸/۲/۰)	
	جراحی	۴ (۱۰/۵/۰)	۲ (۱۰/۵/۰)	۰ (۰/۰)	۱۴ (۴/۵/۰)	۲۰ (۵/۱/۰)	
	کل	۳۸ (۱۰۰/۰/۰)	۱۹ (۱۰۰/۰/۰)	۲۲ (۱۰۰/۰/۰)	۳۱۳ (۱۰۰/۰/۰)	۳۹۲ (۱۰۰/۰/۰)	
نوع تشخیص	قلبی عروقی	۷ (۱۸/۴/۰)	۵ (۲۶/۳/۰)	۱۱ (۵۰/۰/۰)	۱۳۵ (۴۳/۱/۰)	۱۵۸ (۴۰/۳/۰)	p<۰/۰۰۱
	تنفسی	۱ (۲/۶/۰)	۴ (۲۱/۱/۰)	۵ (۲۲/۷/۰)	۹۲ (۲۹/۴/۰)	۱۰۲ (۲۶/۰/۰)	
	اعصاب و روان	۲۳ (۶۰/۵/۰)	۳ (۱۵/۸/۰)	۱ (۴/۵/۰)	۱۱ (۳/۵/۰)	۳۸ (۹/۷/۰)	
	داخلی	۴ (۱۰/۵/۰)	۴ (۲۱/۱/۰)	۴ (۱۸/۲/۰)	۵۷ (۱۸/۲/۰)	۶۹ (۱۷/۶/۰)	
	بقیه	۳ (۷/۹/۰)	۳ (۱۵/۸/۰)	۱ (۴/۵/۰)	۱۸ (۵/۸/۰)	۲۵ (۶/۴/۰)	
	کل	۳۸ (۱۰۰/۰/۰)	۱۹ (۱۰۰/۰/۰)	۲۲ (۱۰۰/۰/۰)	۳۱۳ (۱۰۰/۰/۰)	۳۹۲ (۱۰۰/۰/۰)	

از سالمندان بررسی شده ۲۲/۸٪ از نظر وضعیت شناختی سالم و ۷۷/۳٪ دارای نقص شناختی بودند. ۵۸/۵٪سالمندان ۶۰-۶۴ سال، و ۷۳/۱٪از افراد ۷۰-۷۴سال،۷۵/۲٪ سالمندان ۷۵-۷۹ سال و ۹۳/۵٪از سالمندان بستری دارای نقص شناختی می‌باشند. بین سن و نقص شناختی رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). ۹/۷ درصد از سالمندان کاملاً وابسته، ۴/۸ درصد خیلی وابسته، ۵/۶ درصد تقریباً وابسته و ۷۹/۸ درصد کاملاً مستقل بودند.

بیشترین موارد نقص شناختی در مبتلایان به بیماری‌های اعصاب و روان (۹۴/۹٪) دیده شد. بین بیماری تشخیص داده شده و نقص شناختی ارتباط معنی دار آماری دیده شد (P<۰/۰۲۳). بیشترین موارد نقص شناختی در بستری شدگان بخش داخلی(۷۹٪) دیده شد. بین بخش بستری شده و نقص شناختی ارتباط معنی دار آماری دیده شد (P <۰/۰۰۹). بین نقص شناختی و وضعیت عملکردی نیز رابطه معنی دار آماری دیده شد (P <۰/۰۰۱، جدول۱). ۶۲/۳٪ از مردان و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

جدول ۳: نتایج آنالیز عوامل مرتبط با نقص شناختی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک

		نسبت شانس	سطح معنی داری
وضعیت عملکردی	مستقل	۱(رفرانس)	-
	وابسته	۹.۵۷	۰.۰۰۱
سن	۶۰-۶۴	۱(رفرانس)	-
	۶۵-۶۹	۰.۸۹	NS
	۷۰-۷۴	۳.۷۵	۰.۰۱۷
	۷۵-۷۹	۲.۹۷	۰.۰۰۶
	۸۰و بالاتر	۱۷.۵	۰.۰۰۱
جنس	مرد	۱(رفرانس)	-
	زن	۹.۰۶	۰.۰۰۱
محل سکونت	شهر	۱(رفرانس)	-
	روستا	۲.۲۸	۰.۰۱۳
بخش بستری	داخلی و چشم وگوش	۱(رفرانس)	-
	اورژانس	۱.۳۸	NS
	سی سی یو	۱.۰۸	NS
	جراحی	۵.۵۶	۰.۰۲۵
تشخیص	روان و اعصاب	۱(رفرانس)	-
	قلبی عروقی	۰.۲۸	NS
	تنفسی	۰.۶۱	NS
	داخلی	۰.۳۱	NS
	بقیه	۰.۲۶	NS

۸۸/۹٪ از زنان دارای نقص شناختی بودند (p<۰۰۱) . ۸۰/۶٪ از سالمندانی که در روستا و ۷۵/۱٪ از سالمندانی که در شهر زندگی می‌کنند دارای وضعیت شناختی بودند که این ارتباط معنادار نبود. در بین بررسی شدگان ۳۱۰ نفر (۷۷/۵٪) بیسواد، ۸۶ نفر (۲۱/۵٪) ابتدایی، ۱ نفر راهنمایی و یکنفر دبیرستان و دو نفر فوق دیپلم بودند که امکان ارتباط سنجی نبود. بین سن (P <۰/۰۰۴) و نوع بیماری (P <۰/۰۰۱) با وضعیت عملکردی رابطه معنی‌دار اماری دیده شد (جدول ۲).

علاوه بر این، تحلیل یافته ها نشان داد که بین وضعیت شناختی و هر کدام از آیتم‌های شاخص بارتل (از جمله؛ تغذیه و غذا خوردن، انتقال از تخت به ویلچیر و بلعکس یا برخاستن از تخت، تحرک، بهداشت فردی(اصلاح کردن، مسواک زدن، آرایش کردن، شانه زدن موی سر، شستن صورت ....)، کنترل ادرار، کنترل دفع مدفوع، لباس پوشیدن، بالا رفتن و پائین آمدن از پله ها، استفاده توالت، استحمام) ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد (P <۰/۰۰۱).

نسبت شانس (OR) نقص شناختی در افراد با افت عملکردی (یا وضعیت عملکردی وابسته) با کنترل متغیرهای سن و جنس و محل سکونت و بخش بستری و نوع تشخیص حدود۹/۵۷ برابر نسبت به وضعیت عملکردی مستقل می باشد (جدول۳). همچنین نسبت شانس (OR) افت عملکردی در افراد با نقص شناختی ۸/۷ برابر نسبت به وضعیت شناختی سالم می‌باشد (جدول ۴).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد ۹۱ نفراز واحدهای پژوهش یعنی ۲۲/۸ درصد نمره کمتر از ۷ دریافت کردند (وضعیت شناختی سالم) و ۳۰۹ نفر یعنی ۷۷/۳ درصد نفر نمره ۸ به بالاتر کسب نمودند که دارای نقص شناختی می‌باشند، این درصد نشان‌دهنده شیوع بالای نقص شناختی در سالمندان بستری در بیمارستان می‌باشد. بر اساس بررسی‌های تابان و همکاران فراوانی نسبی اختلالات شناختی از۱۰ درصد قبل از عمل جراحی به ۲۹/۱ درصد بعد از آن رسیده است (۱۷). یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین سن و نقص شناختی رابطه معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). بدین معنی که درصد نقص شناختی در رده های سنی بالاتر بیشتر از رده های پایین‌تر می باشد. نتایج بدست آمده در پژوهشی که توسط ابوالقاسمی وهمکاران این یافته را تأیید می‌کند که افزایش سن و سالمندی بر فرآیند های شناختی و فرا شناختی تاثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد و با تحت تأثیر قرار دادن عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی های شناختی را افزایش می‌دهد (۱۸). طبق بررسی‌های تابان و همکاران، نتایج تأثیرافزایش سن بر افزایش شیوع اختلالات شناختی بعد از

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

جدول ۴: نتایج آنالیز عوامل مرتبط با افت عملکردی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک

		نسبت شانس	سطح معنی داری
وضعیت شناختی	سالم	۱(رفرانس)	-
	ناقص	۸.۷	۰.۰۰۱
سن	۶۰-۶۴	۰.۵۷	NS
	۶۵-۶۹	۰.۲۹	NS
	۷۰-۷۴	۰.۳۷	۰.۰۳۷
	۷۵-۷۹	۰.۳۵	۰.۰۰۷
	۸۰و بالاتر	۱(رفرانس)	--
جنس	مرد	۱.۷۱	NS
	زن	۱(رفرانس)	--
محل سکونت	شهر	۱.۴۲	NS
	روستا	۱(رفرانس)	
بخش بستری	داخلی و چشم وگوش	۱(رفرانس)	-
	اورژانس	۲.۳۰	NS
	سی سی یو	۲.۲۹	NS
	جراحی	۱.۱۱	NS
تشخیص	روان و اعصاب	۱(رفرانس)	-
	قلبی عروقی	۰.۱۱	۰.۰۰۱
	تنفسی	۰.۰۵	۰.۰۰۱
	داخلی	۰.۱۲	۰.۰۰۱
	بقیه	۰.۱۹	۰.۰۱۴

عمل را نشان می‌دهد و اکثر مطالعات افزایش سن را یک عامل خطر برای ایجاد اختلالات شناختی دانسته‌اند (۱۷). این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آزمودنی‌های مسن‌تر از حواس‌پرتی بیشتری رنج می‌برند، تمرکز آنها ضعیف‌تر است، مشکلات حافظه‌ای بیشتری دارند، یادآوری اسامی و مطالب برای آنها سخت تر است و اشتباهات سهوی بیشتری مرتکب می شوند (۱۸).

یافته‌های پژوهش نشان داد نقص شناختی در زنان به طور معناداری بیش از مردان است (P<۰/۰۰۱). طبق بررسی که تابان و همکارانش انجام دادند قبل از عمل جراحی تفاوت چشمگیری بین فراوانی نسبی اختلال شناختی در دو جنس وجود نداشت به طوری که در مردان۹/۷ درصد و در زنان ۱۰/۴ درصد بود. اما بعد از عمل جراحی میزان اختلال در مردان بیشتر از زنان بود که با نتایج مطالعه ما هم خوانی نداشت (۱۷) اما در پژوهشی دیگر که توسط نجاتی و همکاران صورت گرفت ۳/۳۳ درصد از زنان مبتلا به اختلال شناختی شدید و۱۸/۳۳ درصد از مردان و۶۲/۱۳ درصد از زنان مبتلا به اختلال شناختی متوسط بودند که طبق نتایج اختلال شناختی در زنان بیش از مردان دیده می شود که با نتایج بدست آمده در این پژوهش همخوانی دارد (۱۲) و نتایج بدست آمده در پژوهشی که توسط ابوالقاسمی و همکارانش صورت گرفت میانگین نمره نارسایی شناختی در سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن به طور معناداری بیشتر است (۱۸). از سوی دیگر یافته های مطالعه دریک و همکاران (Dirik & et.al) نشان داد که سالمندان مرد عملکرد شناختی بالاتری نسبت به سالمندان زن داشتند (۱۹).

یافته‌های این پژوهش نشان داد شایع‌ترین بیماری‌ها در سالمندان بیمارستان به ترتیب بیماری‌های قلبی عروقی، تنفسی، اعصاب، گوارش، عضلانی حرکتی و ... می‌باشد. در پژوهش سالاروند شایع‌ترین بیماری‌ها در سالمندان بستری در بیمارستان‌های شهر اصفهان به ترتیب آرتروز، نقص بینایی و فشارخون بوده است (۲۰). مطالعه محتشم امیری و همکاران نشان داد که از نظر علل بستری سالمندان نیز شایع‌ترین علل بیماری‌های قلبی و عروقی، تروما، بیماریهای تنفسی، اختلالات بینایی، سرطان‌ها و بیماری‌های عروقی مغز و بیماری‌های عفونی بود. همچنین در مطالعه محتشم امیری به نقل از مطالعات قبلی ذکر شده که شایع‌ترین علل بستری سالمندان را بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، پنومونی و حوادث عروقی مغز نشان داده‌اند (۲).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، عضلانی حرکتی، تنفسی، اعصاب، خون، غدد و زنان به طور معنی‌داری میزان وضعیت شناختی در سالمندان را افزایش می‌دهد (P=۰/۰۴۹). بررسی بیشتر در این مورد پیشنهاد می‌شود. سالاروند به نقل از گوشن (Gussion) و همکاران می‌گوید؛ شرایطی که بیشترین تأثیر را بر عملکرد سالمندان می گذارد شامل استئو آرتریت، سکته مغزی،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

بیماری های قلبی و علایم افسرده کننده هستند (۲۰). در مطالعه حاضر بین نقص شناختی و نوع بخش بستری رابطه معنی داری یافت شد (P=۰/۰۰۹). به طوری که بیشترین میزان نقص شناختی به تفکیک بخش بستری به ترتیب شامل بخش داخلی، اورژانس، جراحی، سی سی یو و بخش چشم و گوش بود. همچنین در این پژوهش بین محل سکونت (شهر و روستا) سالمندان بستری در بیمارستان و نقص شناختی رابطه معنی داری وجود نداشت (P=۰/۱۹۸) که مطالعه ای مرتبط با این دو مورد یافت نشد.

یافته‌های این مطالعه نشان دادند که بین سن و نوع تشخیص با وضعیت عملکردی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشته و بیشترین میزان وابستگی در سن ۸۰ سال و بالاتر مشاهده شد. مطالعات دیگر نیز مؤید این مطلب می باشند که با افزایش سن بر میزان ناتوانی شدید و متوسط سالمندان افزوده شده است (۸).

در مطالعه حاضر بین جنس، محل سکونت شهر/روستا و نوع بخش بستری و میزان وابستگی عملکردی رابطه معنی داری یافت نشد. در حالیکه یافته‌های مطالعه دریک و همکاران نشان داد که زنان سالمند نسبت به مردان سالمند سطح پائینی از تحرک را داشته و در فعالیت‌های روزانه زندگی وابسته‌تر بودند (۱۹). همچنین مطالعه ادیب حاج باقری ارتباط معنی‌داری را بین سن، جنس و محل سکونت نشان داد به طوری که زنان ناتوانی شدید و متوسط بیشتری را در مقایسه با مردان داشتند و همچنین میزان ناتوانی شدید در شهر تا حدی بیش از نواحی حومه بوده در حالی که ناتوانی متوسط در حومه شهر بیش از نواحی مرکزی شهر بوده است (۸).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهندکه بین نقص شناختی و وابستگی در فعالیت‌های روزانه سالمندان ارتباط وجود دارد بدین معنی که افراد کاملا وابسته ۱۰۰٪ دارای نقص شناختی و در افراد تقریباً وابسته ۹۵/۵٪ دارای نقص شناختی و در افراد خیلی وابسته ۸۹/۵٪ دارای نقص شناختی بودند ولی در مقابل در افراد کاملاً مستقل تنها ۷۲/۶٪ دارای نقص شناختی بودند. یافته‌های مطالعات دیگر نیز مؤید این مطلب می باشند، در مطالعه استاک و همکاران یافت شد که بین نقص شناختی و افت عملکردی رابطه ایی قوی وجود داشت (۲۱). همچنین مطالعه ماکایلا راج (Mukaila.a.raj) و همکارانش نشان داد که افراد مسن با عملکرد شناختی کمتر، ۵۸٪شانس بیشتری برای ناتوانی در فعالیت‌های روزانه زندگی یا Activity daily living (ADL) داشتند (۲۲). در مطالعه کاظمی و همکاران نیز هرچه سالمندان مورد بررسی از نظر نقص شناختی دچار اختلال بیشتری بودند، امتیاز عملکردی کمتری کسب کردند. در نتیجه بین وضعیت شناختی و فعالیت روزانه زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۳). همچنین مطالعه Arcoverde و همکاران نشان داد که انجام فعالیت جسمی و عملکرد فیزیکی مطلوب با شیوع و بروز کمتر دیمانس و نقص شناختی همراه است (۲۴).

همچنین در مورد ارتباط اجزاء امتیاز شناخت با فعالیت روزانه زندگی، بیشترین ارتباط بین امتیاز فعالیت اجرایی و فعالیت روزمره زندگی دیده می‌شود. این نکته یافته بعضی محققین که احتمالاً اختلال فعالیت روزمره زندگی در مراحل پیشرفته‌تری از اختلال شناخت بروز می کند را مورد تأیید قرار می‌دهد. در مطالعه یانهون (Yan Hoon) و همکاران در آخر به این نتیجه می‌رسد که افت عملکردی در سرای سالمندان شایع است و توجه بیشتری باید به سالمندان و آنهایی که دیمانس دارند، درست از لحظه پذیرش بشود (۲۵). یافته‌های مطالعه دریک نشان داد که وضعیت شناختی و وضعیت عملکردی و میزان تحرک در سالمندان بستری در مؤسسات کاهش می‌یابد (۱۹).

با توجه به اینکه در این مطالعه ما ارتباط نقص شناختی و عملکردی را در هر فرد جستجو کردیم، بخاطر مصرف چند دارویی در سالمندان بستری در بیمارستان، امکان ارتباط سنجی با نوع و دسته دارویی نبود و این یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود. همچنین محدودیت دوم مطالعه ما نمونه‌گیری در دسترس بود که امکان بررسی رابطه سببی را غیرممکن می‌ساخت.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر ما تغییر همزمان وضعیت‌های عملکردی و شناختی سالمندان بستری در بیمارستان را بررسی کردیم. بین افت عملکردی در فعالیت‌های روزانه و نقص شناختی سالمندان ارتباط وجود دارد. پژوهش حاضر نشان داد که از ۱۰ سالمند بستری در بیمارستان ۸ نفر آنها از وضعیت شناختی نامطلوب به درجات متفاوتی رنج می برند که این اختلال با متغیر های سن، جنس، بخش بستری، نوع تشخیص و تحصیلات به طور معنی‌داری مرتبط است. بهبود عملکرد، تحرک و وضعیت شناختی بایستی از اهداف اصلی توانبخشی سالمندان بوده و بررسی اولیه وضعیت‌های عملکردی و شناختی در ارزیابی سالمند در مکان‌های مراقبتی ضروری است. استقلال در فعایتهای عملکردی و شیوه زندگی مستقل در سالمندان مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، لازم است تحقیقات بیشتری در شناسایی مکانیسم‌های افزایش آسیب

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

پذیری در افت عملکردی و ارتباط سببی بین اختلال عملکـرد جسمی و شناختی انجام شود.

REFERENCES

1- Lee TFD. Quality long term care for older people: a commentary. J Advanced nursing 2005;52(6):609-619.

2- Mohtasham Z, Toloei MH, Farazmand E. Causes of patients' hospitalization in Guilan university hospitals. J MED Fac Guilan Univ Med Sciences 2002;42(11):28-32. [In Persian]

3- Mohammadi F, Dabagi F, Yadavarenikravesh M. Facilitating and barrier factors in fragile elders' family caring at home: the experience of women caregivers. Iran J Ageing 2007;2(6):445-453.[In Persian]

4- Shahhosiny S, Tagdisy H, Rahgozar M, Fadayevatan R. Relationship between Barthel Index scoring in admission time and elders patients' clinical findings in discharge time. Iran J Ageing 2008;3(9, 10):60. [In Persian]

5- Smeltzer SC. Medical-surgical nursing (Elders' diseases). Boshra J 2005;2(1):15-19. [In Persian]

6- Frogan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Gaem magame farahani Z, Rahgozar M. Validation study of Mini-Mental State Examination (MMSE) in elders living in Tehran. J Advances in Cognitive Sci 2008;10(2):29. [In Persian]

7- Tabbarah M, Crimmins EM, Seeman TE. The relationship between cognitive and physical performance: Mac Arthur studies of succesful Aging. J Gerontol Med Sci 2002;57A(4): M228-M235.

8- Adibhajbageri M, Akbari H. Severity of disability and its related factors in elders. Feyz J 2009;13(3): 225-234. [In Persian]

9- Pedone C, Ercolani S, Catani M, Maggio D, Ruggiero C, et al. Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA study. J Gerontol Med Sci 2005;60(12):1576-1580.

10- Nejati V, Ashayeri H. Assessing relation between cognitive disorders and depression in elders. Iran J aging 2006;1(2):8-15. [In Persian]

11- Haffman G. Geriatric nursing. Isfahan Univ Med Sci 2003;3(1):5-10. [In Persian]

12- Miller CA. Nursing for wellness in older Adults theory and practice. philadelphia; Lippincott Williams & wilkins. 2004.

13- Nejati V, Ashayeri H. Assessing relation between cognitive disorders and depression in elders. Iran J Aging 2006;1(2):8-15. [In Persian]

14- Taylor F. The principles of nursing in wards. Boshra J 2003;3(1):3-8. [In Persian]

15- Hatfield CF, Dudas RB, Dening T. Diagnostic tools for dimentia. Maturitas J 2009;63:181-185.

16- Karbakhshe M, Zargar M, Eshadi Z, Khaji A. Mechanism and outcome of hip fracture: a multi-center study. Tehran Univ Med J 2006;64(7):37- 46. [In Persian]

17- Taban H, Ahmadzadeh GH, Tavasoli M. Cognitive disorders in elders before and after surgical operation. J Hormozgan Univ Med Sci 2003;7(3):136-137. [In Persian]

18- Abolgasemi A, Kiamersi A. Assessing relation between supra cognition and cognition failure in elders. J Advances in Cogn Sci 2009; 11(1):8-15. [In Persian]

19- Dirik A, Cavlak U, Akdag B. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: Gender differences. Arch Gerontol Geriatr 2006;42(1):339-350.

20- Salarvand SH, Meraci M, Ghaedi F, Zamani M. Prediction risk of falling in hospitalized elders in Esfahan, 2009. J Kordestan Univ of Med Sci 2010;35(2):25. [In Persian]

21- Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohman C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med 1999;48(1):445-469.

23- Kazemi H, Gasemi S, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Gaderpanahi M, Mirarefin M, Forogan M. Relationship between cognitive status and functional ability in elders living in Kahrizak nursing home. Iran J Aging.2009;4(12):16-25. [In Persian]

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]

24- Arcoverde C, Deslandes A, Rangel A, Rangel A, Pavao R, Nigri A, 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(2-8):323-327.

25- Yan Hoon A, Au S, Yap L, Ee CH. Functional decline of the elderly in a nursing home. J Singapore Med 2006;47(3):219-222.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-11]