

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

بستری در بیمارستان

شهین سالاروند^{۱*}، دکتر محمد رضا مرآئی^۲

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 سالمند است 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 ۴۰۰ نفر 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 و تست ۶ آیتمی وضعیت شناختی یا Modified Barthel Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT) و پرسشنامه دوم شاخص تعدیل شده بارتل (Modified Barthel Index) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار 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 $76/28 \pm 8/3$ می‌باشد که ۱۰/۳ درصد افراد ۶۴-۶۰ سال، ۱۲ درصد آنها ۶۹-۶۵ سال، ۱۳ درصد آنها ۷۴-۷۰ سال، ۲۶/۳ درصد افراد ۷۹-۷۵ سال، ۳۸/۴ درصد بالاتر از ۸۰ سال بودند. که بیشترین فراوانی وابستگی عملکردی و نقص شناختی در گروه بالاتر از ۸۰ سال بود. بین تشخیص بیماریها و سن با وضعیت شناختی، بین سن و نوع 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) حدود ۹/۵۷ 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.

نتیجه گیری: 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 مسؤوَل مکاتبات: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری؛ تلفن: ۰۹۱۶۱۵۹۰۵۶۰؛ پست الکترونیکی: shsalarvand@lums.ac.ir

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 از ۶۵ 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 می‌شود 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 در میان 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 و آگاهی سالمند نسبت به محیط اطرافش و تعیین 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 فعالیت‌های 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 فعالیت‌های ساده روزانه را از دست میدهد به نظارت و مراقبت 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 می‌رسد که ارزیابی وضعیت عملکردی و وضعیت شناختی در سالمندان بستری در بیمارستان اهمیت داشته و امید 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 ۴۰۰ نفر 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 همکار 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 می‌دادند. 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 و تست 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 می‌باشد. 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

گذاری شاخص بارتل به این صورت است که؛ نمره کمتر یا مساوی ۴: کاملاً وابسته، نمره ۵-۸: خیلی وابسته، نمره ۹-۱۱: 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 از جداول دو بعدی و آزمون 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. $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

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

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

سطح معنی داری	نقص شناختی N (%)	سالم N (%)		
$P < 0/023$	۱۱۹ (۷۳/۹)	۴۲ (۲۶/۱)	قلبی و عروقی	نوع تشخیص
	۸۵ (۸۱/۷)	۱۹ (۱۸/۳)	تنفسی	
	۳۷ (۹۴/۹)	۲ (۵/۱)	بیماریهای روان و اعصاب	
	۵۰ (۷۰/۴)	۲۱ (۲۹/۶)	داخلی	
	۱۸ (۲۲)	۷ (۲۸)	بقیه	
$P < 0/009$	۲۱۱ (۷۹)	۵۶ (۲۱)	داخلی	نوع بخش بستری
	۵۸ (۷۸/۴)	۱۶ (۲۱/۶)	اورژانس	
	۱ (۱۶/۷)	۵ (۸۳/۳)	چشم و گوش	
	۲۳ (۷۱/۹)	۹ (۲۸/۱)	CCU	
	۱۶ (۷۶/۲)	۵ (۲۳/۸)	جراحی	
$p < 0/001$	۳۸ (۱۰۰)	۰ (۰)	کاملاً وابسته	وضعیت عملکردی
	۱۷ (۸۹/۵)	۲ (۱۰/۵)	خیلی وابسته	
	۲۱ (۹۵/۵)	۱ (۴/۵)	تقریباً وابسته	
	۲۲۸ (۷۲/۸)	۸۵ (۲۷/۲)	کاملاً مستقل	

عروقی (۴۰/۳٪)، تنفسی (۲۶٪)، اعصاب (۹/۵٪) و گوارشی (۶/۵٪) می باشد. 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 ۳/۵٪ در بخش جراحی بستری بودند. (۶۱/۲٪) ۲۴۵ نفر از نمونه ها در شهر و (۳۸/۸٪) ۱۵۵ نفر آنها در روستا زندگی می کردند.

از تعداد ۴۰۰ نفر سالمند شرکت کننده در مطالعه (۴۳/۸ درصد)، ۱۷۵ نفر آنها مرد و (۵۶/۲ درصد) ۲۲۵ نفر زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد بررسی $76/28 \pm 8/3$ می باشد. ۱۰/۳ درصد افراد ۶۴-۶۰ سال، ۱۲ درصد آنها ۶۵-۶۹ سال، ۱۳ درصد آنها ۷۰-۷۴ سال، ۲۶/۳ درصد افراد ۷۵-۷۹ سال و ۳۸/۴ درصد بالاتر از ۸۰ سال بودند. علت بستری سالمندان در بیمارستان به ترتیب بیماریهای قلبی

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

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

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، جدول ۱). ٪۶۲/۳ از مردان و

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 ۷۰-۷۴ سال، ٪۷۵/۲ سالمندان ۷۵-۷۹ سال و ٪۹۳/۵ از سالمندان بستری دارای نقص شناختی می-باشند. بین سن و نقص شناختی رابطه معنی داری 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.

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

نسبت شانس	سطح معنی داری	وضعیت عملکردی	مستقل وابسته
۱ (فرانس)	-	سن	۶۰-۶۴
۹۵۷	۰۰۰۱		۶۵-۶۹
۱ (فرانس)	-		۷۰-۷۴
۰۸۹	NS		۷۵-۷۹
۳۷۵	۰۰۱۷		۸۰ بالاتر
۲۹۷	۰۰۰۶	جنس	مرد
۱۷۵	۰۰۰۱		زن
۱ (فرانس)	-	محل سکونت	شهر
۹۰۶	۰۰۰۱		روستا
۱ (فرانس)	-	بخش بستری	داخلی و چشم و گوش
۱۳۸	NS		اورژانس
۱۰۸	NS		سی سی یو
۵۵۶	۰۰۲۵		جراحی
۱ (فرانس)	-	تشخیص	روان و اعصاب
۰۲۸	NS		قلبی عروقی
۰۶۱	NS		تنفسی
۰۳۱	NS		داخلی
۰۲۶	NS		بقیه

افراد با نقص شناختی ۸/۷ برابر نسبت به وضعیت شناختی سالم می‌باشد (جدول ۴).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد ۹۱ نفر از واحدهای پژوهش یعنی ۲۲/۸ درصد نمره کمتر از ۷ دریافت کردند (وضعیت شناختی سالم) و ۳۰۹ نفر یعنی ۷۷/۳ درصد 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 از ۱۰ 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 ($P < 0/001$). بدین معنی که درصد نقص شناختی در رده‌های سنی بالاتر بیشتر از رده‌های پایین‌تر می‌باشد. نتایج بدست آمده در پژوهشی که توسط ابوالقاسمی و همکاران این یافته را تأیید می‌کند که افزایش سن و سالمندی بر فرآیند‌های شناختی و فرا شناختی تاثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد و با تحت تأثیر قرار دادن عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد (۱۸). طبق بررسی‌های تابان و همکاران، نتایج تأثیرافزایش سن بر افزایش شیوع اختلالات شناختی بعد از

۸۸/۹٪ از زنان دارای نقص شناختی بودند ($p < 0/01$). 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 یک نفر دبیرستان و دو نفر فوق دیپلم بودند که امکان ارتباط سنجی نبود. بین سن ($P < 0/004$) و نوع بیماری ($P < 0/001$) با وضعیت عملکردی رابطه معنی‌دار آماري دیده شد (جدول ۲).

علاوه بر این، تحلیل یافته‌ها 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 پله‌ها، استفاده توالت، استحمام) ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$).

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 حدود ۹/۵۷ برابر نسبت به وضعیت عملکردی مستقل می‌باشد (جدول ۳). همچنین نسبت شانس (OR) افت عملکردی در

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

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

دیگر یافته‌های 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 ($P=0/049$). بررسی بیشتر در این مورد پیشنهاد می‌شود. سالاروند به نقل از گوشن (Gussion) و همکاران می‌گوید؛ شرایطی که بیشترین تأثیر را بر عملکرد سالمندان می‌گذارد شامل استئو آرتروز، سکتی مغزی،

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 سخت‌تر است و اشتباهات سهوی بیشتری مرتکب می‌شوند (۱۸).

یافته‌های پژوهش نشان داد نقص شناختی در زنان به طور معناداری بیش از مردان است ($P<0/001$). 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 مردان ۹/۷ 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 و ۱۸/۳۳ درصد از مردان و ۶۲/۱۳ درصد از زنان مبتلا به اختلال شناختی متوسط بودند که طبق نتایج اختلال شناختی در زنان بیش از مردان دیده می‌شود 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

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 دیمناس 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 پیشرفته-تری از اختلال شناخت بروز می‌کند 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 دیمناس دارند، درست از لحظه پذیرش بشود (۲۵). یافته‌های مطالعه در یک 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 می‌برند که این اختلال با متغیرهای 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 فعالیت‌های عملکردی و شیوه زندگی مستقل در سالمندان مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، لازم است تحقیقات بیشتری در شناسایی مکانیسم‌های افزایش آسیب

بیماری‌های قلبی و عروسی افسرده کننده هستند (۲۰). در مطالعه حاضر بین نقص شناختی و نوع بخش بستری رابطه معنی‌داری یافت شد ($P=0/009$). 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 معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/198$) 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 می‌باشند 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 معنی‌داری یافت نشد. در حالیکه یافته‌های مطالعه در یک 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 می‌دهند که بین نقص شناختی و وابستگی در فعالیت‌های روزانه سالمندان ارتباط وجود دارد بدین معنی که افراد کاملاً 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 ۲۲/۶٪ دارای نقص شناختی بودند. یافته‌های مطالعات دیگر نیز مؤید این مطلب می‌باشند، در مطالعه استاک و همکاران یافت شد که بین نقص شناختی و افت عملکردی رابطه ای قوی وجود داشت (۲۱). همچنین مطالعه ماکایلا راج (Mukaiila.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

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, Yadavarenikraves 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- Adibhajibageri 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 dementia. *Maturitas J* 2009;63:181-185.
- 16- Karbakshe 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]

- 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.