# Frequency of cognitive impairment, functional decline and its related factors in aging women and men

Rezaei jamaloei H*[1]


## Abstract

**Introduction and purpose**: The aim of this study was to evaluate the frequency of cognitive impairment, functional decline and its related factors.

**Materials and methods**: In a cross-sectional study, 30 men and 30 women aged 70-78 years old with chronic history of chronic disease, their cognitive status and their daily performance were assessed by a randomized sampling method using a 16-item cognitive status questionnaire and a Barthel modified index questionnaire. it placed. Data analysis was performed using two-dimensional tables, Chi-square and logistic regression tests using SPSS version 20 software.

**Findings**: Data using multiple logistic regression showed that there was a significant relationship between cognitive status and functional status of elderly people ($p < 0.001$). There was also a significant relationship between age, cognitive deficits and performance status, and cognitive impairment was significantly higher in women than in men ($p < 0.001$).

**Conclusion**: The present study showed that the elderly suffer from an undesirable cognitive status to varying degrees, which is related to age, gender and gender variables. According to the results, improvement in performance, mobility and cognitive function are among the main goals of the elderly's rehabilitation, and the status of independence in elderly people's livelihood and lifestyle activities should be considered.


***Keywords**: Cognitive impairment؛Functional defect؛Aging.*

*Received: 2018/01/26* *Accepted: 2018/02/23*

***Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.***

1-Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
(**Corresponding Author):E-mail:**E-mail: H.reazayi2@yahoo.com



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

# بررسی فراوانی نقص شناختی، افت عملکردی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان

حسن رضایی جمالویی[*۱]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۱/۶ /۱۳۹۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۴

**چکیده**

**مقدمه و هدف:** در مطالعه حاضر، بررسی فراوانی نقص شناختی، افت عملکردی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان سنین ۷۰ تا ۷۸ سال مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مقطعی است. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۳۰ مرد و ۳۰ زن در سنین ۷۰ تا ۷۸ سال در شهرستان همدان که سابقه بیماری مزمن داشتند انتخاب شدند و وضعیت شناختی و عملکرد روزانه آنها با استفاده از پرسشنامه وضعیت شناختی و پرسشنامه شاخص تعدیل شده بارتل مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و مدل رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که رابطه معنی داری بین وضعیت شناختی و وضعیت عملکردی افراد سالمند وجود داشت ($p<۰/۰۰۰۱$). همچنین بین سن و نقص شناختی و وضعیت عملکردی ارتباط معنی داری وجود داشت و نقص شناختی در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بود ($p<۰/۰۰۰۱$).

**نتیجه گیری:** پژوهش حاضر نشان داد که سالمندان از وضعیت شناختی نامطلوب به درجات متفاوتی رنج می برند که این اختلال با متغیرهای سن و جنس به طور معناداری مرتبط است. با توجه به نتایج، بهبود عملکرد، تحرک و وضعیت شناختی از اهداف اصلی توانبخشی سالمندان بوده و باید وضعیت استقلال در فعالیت های عملکردی و شیوه زندگی سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه:** شناخت، عملکرد، نقص شناختی، نقص عملکردی.

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** H.reazayi2@yahoo.com



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

**مقدمه**

در دنیای مدرن و پیشرفته امروزی، توسعه اجتماعی اقتصادی منجر به کاهش رشد جمعیت و افزایش امید به زندگی در جهان شده، به طوری که در حال حاضر رشد جمعیت سالمندی و پیری بیش از رشد کلی جمعیت جهان است[۱].

پیری[1]، یا سالخوردگی بیولوژیکی، فرایند زوال و کاهش نیروی موجود زنده در گذر زمان است. فرآیند پیر شدن اصطلاحاً در مورد موجودات زنده قابل اطلاق است ولی معمولاً در مورد جانوران نیز استفاده می‌شود. به علم شناخت سالخوردگی، پیری شناسی زیستی گفته می‌شود[۲] و یکی از مراحل زندگی همه انسان‌هاست، ولی درک افراد از آن در سطوح زیستی، روانی و اجتماعی، با توجه به ارتباطات بین‌فردی و زمینه فرهنگی حاکم بر جامعه آنها بسیار متفاوت است[۳] .

پیری روندی انکارناپذیر است اما سرعت آن در افراد متفاوت است. تردیدی نیست تعریفی که خود سالمندان از این مرحله دارند، تجربه پیری را بلاواسطه‌تر و ملموس‌تر بازتاب خواهد داد، به‌ویژه آنکه ادراک هر فرد از پیری با توجه به طرز تفکر، دانش و پیشینه قبلی‌اش منحصر به فرد خواهد بود. بسیاری از مؤلفان معتقدند که پرستاران و اعضای گروه بهداشتی به کمک این روش قادرند مراقبت‌های لازم را برای حفظ سلامت و استقلال سالمندان را بهتر پیش‌بینی نمایند [۴] .

جمعیت شناسان آغاز دوران پیری و سالخوردگی را سنین ۶۰-۶۵ سال محسوب می‌کنند [۵] . سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است که این امر بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می افزاید [۶] ، به همین دلیل برای آگاهی از وضعیت سلامتی، احساس خوب بودن، هویت فردی و پیامدهای رفتاری فرد در دوران میانسالی و سالمندی، شناخت تجربه و درک او از پیری اهمیتی اساسی دارد [۷].

ادراک از پیری، معیاری برای رضایت هر فرد از پیری خودش و بازتابی از تطابق فرد با تغییرات مرتبط با پیری است[۸] . درک از پیری به درک هر شخص از فرایند پیری خودش در زمینه فرهنگی _ اجتماعی که قرار دارد، اطلاق می‌شود. می‌توان گفت توجه به تمام جنبه‌های آگاهی، درک، تجربه، ارزیابی، تفسیر و شناخت مراحل پیرشدن خود نیز در این مفهوم جای می‌گیرد[۹] . تحقیقات انجام شده در زمینه ادراک پدیده پیری، عمدتاً از چشم انداز حیطه‌های مختلف علمی و مبتنی بر دیدگاه افراد کارشناس در این زمینه بوده است و تنها تحقیقات محدودی به بررسی این مفهوم از دیدگاه افراد سالمند پرداخته است[۱۰] .

مهمترین بیماری‌های روانی سالمندی و پیری به ترتیب عبارتند از: اختلالات افسردگی، اختلالات شناختی، حالت ترس، اعتیاد، خودکشی و اختلالات خواب[۱۱]. بالا رفتن امید به زندگی در سنین پیری، سبب افزایش نگرانی در دسترسی به منابع برای این جمعیت شده است که دچار بیماری‌های مزمن و ناتوانی شده‌اند، ناتوانی در این سنین، به صورت اختلال در فعالیت‌های روزانه یا نیاز به کمک در حداقل یکی از فعالیت های روزمره زندگی تعریف می شود[۱۲] و در مقابل استقلال عملکردی به حضور فعال سالمند در فعالیت های روزانه اشاره دارد بنابراین بررسی سطح فعالیت‌های روزمره و ابزاری زندگی سالمند از راه‌های مؤثر ارزشیابی استقلال عملکردی می‌باشد[ ۱۳].

استقلال و نقص عملکردی می‌تواند از فاکتورهای مهم تعیین کننده سلامت باشد[۱۴]. اختلالات شناختی، به مجموعه‌ای از اختلالها و بیماریهای عصبی گفته می‌شود که می‌تواند بصورت مستقیم یا غیر مستقیم (بصورت پایدار یا گذرا) با ایجاد اختلال در Cognitive Function و Executive Function سیستم عصبی، موجب ایجاد آشفتگی در آگاهی فرد نسبت به خود و جهان اطرافش شده و ناهنجاریهای رفتاری خاصی را بوجود آورد بطوری که زندگی فردی و اجتماعی شخص بیمار را به شدت تحت تاثیر قرار دهد. نقص شناختی به عدم توانایی سالمند در پاسخ گویی صحیح به ده سؤال (تاریخ روز، نام روز هفته، آدرس کنونی محل سکونت، نام استان محل اقامت، محل تولد، نام مادر، نام رییس جمهور فعلی، رییس جمهور قبلی، حاصل تفریق عدد سه از بیست، حاصل تفریق عدد سه از عدد به دست آمده به ترتیب به سمت صفر) اطلاق می‌گردد[۱۵]. نتایج مطالعه انجام شده در ایران نشان داده ۵۳/۸ درصد از سالمندان مورد مطالعه

1 . Senescence



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

دارای اختلال شناختی خفیف و ۴۴ درصد دارای اختلالات شناختی متوسط بوده‌اند [۱۶].

با توجه به اهمیت روز افزون و پیری و روند رو به گسترش جمعیت این گروه و این که شناخت مشخصات جمعیت شناختی و ارتباط آن با مشخصات سلامت می‌تواند نقش مهمی را در جهت تدوین برنامه‌های کاربردی برای حمایت از این گروه و کمک به حفظ هرچه بیشتر استقلال آن‌ها ایفاء نماید. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراونی نقص شناختی، افت عملکردی و عوامل مرتبط با آن در زنان و مردان در سنین پیری (۷۰ تا ۷۸ سال) صورت گرفت.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی ـ مقطعی بر روی ۳۰ زن و ۳۰ مرد در سنین پیری ۷۰ تا ۷۸ سال شهرستان همدان که دارای سابقه بیماری مزمن بودند، انجام شد. روش نمونه‌گیری، نمونه گیری تصادفی از جامعه حاشیه شهری بود. با توجه به اینکه بیشتر افراد سواد برای پاسخ دادن نداشتند لذا پژوهشگر پرسشنامه های مربوطه را خوانده و جواب ها را علامت زد. قبل از انجام مصاحبه، رضایت نامه کتبی اخذ شد و پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید. معیار ورود به مطالعه، سنین۷۰ تا ۷۸ سال، دارا بودن حداقل یکی از بیماری های مزمن جسمیی. معیار خروج افرادی که دارای بیماری روانی به صورت مزمن بوده که دارو مصرف می‌کردند.

اطلاعات این پژوهش از طریق ۲ پرسشنامه جمع آوری گردید که پرسشنامه اول مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک و تست ۱۶ آیتمی وضعیت شناختی و پرسشنامه دوم شاخص تعدیل شده بارتل بود.

با توجه به استاندارد بودن تست وضعیت شناختی، که در مطالعه هاتفیلد[1][۱۷] بکار گرفته شده است روایی وپایایی در حد مطلوب رعایت شده است. حداکثر نمره این مقیاس، ۲۸ می‌باشد. افراد با نمره ۰–۷ را از نظر داشتن وضعیت شناختی سالم و افرادی که نمره ۸–۲۸ بگیرند دارای وضعیت شناختی نامطلوب یا دارای نقص شناختی محسوب می‌شوند، شاخص تعدیل شده بارتل برای ارزیابی عملکرد روزانه افراد در فعالیت‌های رومزه و تحرک آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این شاخص دارای ۱۰ آیتم است که شامل پرسش‌هایی مربوط به غذا خوردن، استحمام، نظافت، لباس پوشیدن، توانایی نگهداری ادرار و مدفوع، استفاده از توالت، انتقال از تخت به صندلی، تحرک در سطوح هموار و استفاده از پله‌ها می‌باشد. هدف اصلی این شاخص سنجش درجه عدم وابستگی یا استقلال از هر نوع کمک زیانی و فیزیکی و به هر دلیلی می‌باشد و نیاز به نظارت در کارهای بیمار به معنی وابسته شدن بیمار است[۱۸]. بارتل در سال 1388 در کشور انگلیس یک فرم سه سوالی را به عنوان ابزاری ساده و کاربردی جهت بررسی توانمندی عملکردی بیماران پیشنهاد نموده اند. این ابزار در برگیرنده سه گویه کنترل ادرار"،" انتقال "و " تحرک "می باشد؛ نامبردگان بیان نموده اند که ۹۳٪ از واریانس نمره کل بارتل توسط سه عامل مزبور قابل تبیین است و برای پیش بینی توسط سه عامل مزبور قابل تبیین است و برای پیش بینی نمره کل مقیاس بارتل میتوان از رابطه (نمره تحرک+ نمره انتقال +نمره کنترل ادرار) استفاده نمود؛ به گونه ای که فرمول فوق می تواند با حدود ۲ امتیاز اختلاف در ۹۵٪ نمونه ها نمره واقعی مقیاس بارتل را برآورد نماید. لازم به ذکر است در این ابزارها بسته به سطح توانمندی فرد در هر یک از ابعاد مد نظر، با توجه به وضعیت نمره دهی پیشنهادی، در مقیاس لیکرت 5 گزینه ای که برای هر سوال متفاوت بود، نمره داده می شد؛ اولین گزینه هر سوال به عدم توانایی و پنجمین گزینه آن به استقلال کامل اختصاص داشت. بر این اساس و با توجه به ماهیت گویه های هر پرسشنامه، پرسشنامه ۵ سوالی در مقیاس ۰–۵۵، پرسشنامه ۴ سوالی در مقیاس ۰–۴۰، پرسشنامه سه سوالی Hobart در مقیاس ۳۰–۰، و پرسشنامه 9 سوالی Ellul در مقیاس ۰–۴۰ توانایی در عملکرد روزانه را نشان می دادند. در ۴ ابزار مزبور نمره بالاتر بیان گر وضعیت بهتر بود با استفاده از جداول دو بعدی و آزمون‌های آماری مجذور کای یا تست دقیق فیشر و مدل رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

1 . Hatfield



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

## یافته‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی است. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۳۰ مرد و ۳۰ زن در سنین ۷۰ تا ۷۸ سال در شهرستان همدان که سابقه بیماری مزمن داشتند انتخاب شدند و وضعیت شناختی و عملکرد روزانه آنها با استفاده از پرسشنامه وضعیت شناختی و پرسشنامه شاخص تعدیل شده بارتل مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و مدل رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

**جدول ۱، توزیع گروه براساس خصوصیات فردی و بیماری و وضعیت شناختی**

| | | سالم | | نقص شناختی | | سطح معنی داری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | زنان | مردان | زنان | مردان | زنان | مردان |
| نوع بیماری مزمن | **بیماری قلبی** | ۱ (۳/۳۴) | ۴ (۱۳/۳۳) | ۳ (۱۰) | ۴ (۱۳/۳۳) | ۰/۰۴۱ | ۰/۰۲۸ |
| | **بیماری عضلانی** | ۳ (۱۰) | ۱ (۳/۳۴) | ۲ (۶/۶۷) | ۳ (۱۰) | | |
| | **بیماری تنفسی** | ۲ (۶/۶۷) | ۳ (۱۰) | ۳ (۱۰) | ۳ (۱۰) | | |
| | **دیسک عمل** | ۳ (۱۰) | ۴ (۱۳/۳۳) | ۳ (۱۰) | ۴ (۱۳/۳۳) | | |
| | **سایر بیماری‌ها** | ۵ (۱۶/۶۷) | ۲ (۶/۶۷) | ۵ (۱۶/۶۷) | ۳ (۱۰) | | |
| وضعیت عملکردی | **کاملا وابسته** | ۲ (۶/۶۷) | (۰) ۰ | ۵ (۱۶/۶۷) | ۲ (۶/۶۷) | | |
| | **خیلی وابسته** | ۳ (۱۰) | ۲ (۶/۶۷) | ۳ (۱۰) | ۵ (۱۶/۶۷) | | |
| | **تقریبا وابسته** | ۴ (۱۳/۳۳) | ۳ (۱۰) | ۲ (۶/۶۷) | ۲ (۶/۶۷) | ۰/۰۰۴ | < ۰/۰۰۱ |
| | **مستقل** | ۳ (۱۰) | ۵ (۱۶/۶۷) | ۲ (۶/۶۷) | ۴ (۱۳/۳۳) | | |
| | **کاملا مستقل** | ۴ (۱۳/۳۳) | ۳ (۱۰) | ۲ (۶/۶۷) | ۴ (۱۳/۳۳) | | |

نتایج جدول شماره ۱ نشان داد، ۴ نوع بیماری مزمن (بیماری قلبی، عضلانی، تنفسی، دیسک عمل) و ۱ گروه با بیماری مزمن نامشخص مورد بررسی قرار گرفتند که در همه گروهها گروه بیماری های نامشخص بیشتر از سایرین بوده است، در گروه زنان سالم، بیماری عضلانی و دیسک عمل بیشترین تعداد گروه ازمودنی، گروه مردان سالم، بیماری قلبی و دیسک عمل، گروه زنان و مردان با نقص شناختی، افراد بین همه گروه بیماری ها تقریبا به طور مساوی تقسیم شده بودند ولی میزان وابستگی در گروه هایی که نقص شناختی بالایی داشتند بالاتر از سایر گروه ها بوده است.

**جدول ۲، توزیع گروه نمونه براساس خصوصیات فردی، بیماری و وضعیت عملکردی**

| | | | کاملا وابسته | خیلی‌وابسته | تقریبا وابسته | مستقل | کاملا مستقل | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جنس | زن | ۳۰ (۱۰۰) | ۷ (۲۳/۳۳) | ۶ (۲۰) | ۶ (۲۰) | ۵ (۱۶/۶۷) | ۶ (۲۰) | |
| | مرد | ۳۰ (۱۰۰) | ۲ (۶/۶۷) | ۷ (۲۳/۳۳) | ۵ (۱۶/۶۷) | ۹ (۳۰) | ۷ (۲۳/۳۳) | < ۰/۰۱ |
| | کل | ۶۰ (۱۰۰) | ۹ (۱۵) | ۱۳ (۲۱/۶۷) | ۱۱ (۱۸/۳۴) | ۱۴ (۲۳/۳۳) | ۱۳ (۲۱/۶۷) | |
| سن | ۷۰-۷۲ | ۱۴ (۲۳/۳۳) | ۳ (۵) | ۴ (۶/۶۷) | ۳ (۵) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | |
| | ۷۲-۷۴ | ۱۹ (۳۱/۶۷) | ۳ (۵) | ۵ (۸/۳۳) | ۴ (۶/۶۷) | ۴ (۶/۶۷) | ۳ (۵) | |
| | ۷۴-۷۶ | ۱۳ (۲۱/۶۷) | ۴ (۶/۶۷) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۳ (۵) | P< ۰/۰۰۲ |
| | ۷۶-۷۸ | ۱۴ (۲۳/۳۳) | ۴ (۶/۶۷) | ۳ (۵) | ۳ (۵) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | |
| نوع بیماری | بیماری قلبی | ۹ (۱۵) | ۳ (۵) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۰ | |
| | بیماری عضلانی | ۱۳ (۲۱/۶۷) | ۴ (۶/۶۷) | ۳ (۵) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | |
| | بیماری تنفسی | ۱۱ (۱۸/۳۴) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | ۳ (۵) | P< ۰/۰۹ |
| | دیسک عمل | ۱۴ (۲۳/۳۳) | ۴ (۶/۶۷) | ۲ (۳/۳۳) | ۴ (۶/۶۷) | ۲ (۳/۳۳) | ۲ (۳/۳۳) | |
| | سایر بیماری‌ها | ۱۳ (۲۱/۶۷) | ۳ (۵) | ۳ (۵) | ۲ (۳/۳۳) | ۳ (۵) | ۲ (۳/۳۳) | |



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

جدول شماره ۲ توزیع گروه نمونه براساس خصوصیات فردی، بیماری و وضعیت عملکردی را مورد بررسی قرار داد و طبق نتایج با بالارفتن سن بیماری های مزمن بیشتر شده و افراد وابستگی بیشتری را پیدا میکنند.

**جدول ۳، نتایج تحلیل عوامل مرتبط با نقص شناختی با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک**

| | | نسبت شانس | سطح معنی‌داری |
|---|---|---|---|
| **وضعیت عملکردی** | کاملا وابسته | ۹/۷۸ | ۰/۰۰۱ |
| | خیلی وابسته | ۸/۹۷ | ۰/۰۰۱ |
| | تقریبا وابسته | ۹/۵۶ | ۰/۰۰۱ |
| | مستقل | ۱ (رفرانس) | ۰ |
| | کاملا مستقل | ۱ (رفرانس) | ۰ |
| **سن** | ۷۲-۷۰ | ۱ (رفرانس) | - |
| | ۷۴-۷۲ | ۵/۷۸ | NS |
| | ۷۶-۷۴ | ۱۴/۷۵ | ۰/۰۷۴ |
| | ۷۸-۷۶ | ۱۸/۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| **جنس** | زن | ۷/۷۵ | ۰/۰۰۱ |
| | مرد | ۱ (رفرانس) | - |
| **نوع بیماری** | بیماری قلبی | ۰/۲۴ | NS |
| | بیماری عضلانی | ۰/۶۵ | NS |
| | بیماری تنفسی | ۱/۶۴ | NS |
| | دیسک عمل | ۸/۶۵ | NS |
| | سایر بیماری‌ها | ۴/۳۵ | NS |

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی فراوانی نقص شناختی، افت عملکردی و عوامل مرتبط با آن در زنان و مردان در سنین پیری (۷۰ تا ۷۸ سال) بود. بعد از سال ۱۳۶۵ و با کاهش اساسی و منحصر به فرد باروری در مدت زمان حدود سه دهه، ساخت سنی کشور هم به سرعت تغییر کرده و جمعیت به شدت به سالخورده شدن پیش رفته است. در حال حاضر هنوز جمعیت کشور از نظر شاخصهای سالخوردگی، سالخورده به حساب نمی آید ولی تا دهه آینده ساخت آن سالخورده خواهد بود و با یک جمعیت عظیم بالای ۶۸-۷۲ سال یعنی حدود ۹ درصد از کل جمعیت در سال ۱۴۰۵ مواجه خواهیم شد[۱۹].

بر اساس یافته‌های حاصل از انجام این مطالعه در بررسی مقطعی، رابطه معنی داری بین وضعیت شناختی و وضعیت عملکردی افراد سالمند وجود داشت، بدین معنی که سالمندانی که دچار اختلالات شناختی بودند، وضعیت عمکردی ضعیف تری نیز نشان دادند و در انجام فعالیت های روزمره زندگی وابستگی بیشتری داشتند. این یافته ها با نتایج سایر تحقیقات انجام شده قبلی مطابقت دارد[۲۰]. این نکته یافته بعضی از پژوهشگرانی که احتمالا فعالیت روزمره زندگی در مراحل پیشرفته تری از اختلال شناخت بروز می کند را مورد تایید قرار می دهد[۲۱].

بعضی از مطالعات ارتباط معنی داری بین تمام اجزای فعالیت روزانه زندگی و امتیاز مختصر شناختی گزارش کرده اند[۲۲]. در این مدل رگرسیون، نقص شناختی با وضعیت عملکردی وابسته و



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

همچنین سن و جنس در ارتباط بودنـد کـه در مطالعـات متعـددی اشاره شده است[۲۳].

یافته های این پژوهش نشان داد که بـین سـن و نقـص شـناختی رابطه معنی داری به لحاظ آماری وجـود دارد($p<0/001$). بـدین معنی که درصد نقص شناختی در رده های سنی بالاتر بیشـتر از رده های پایین تر می باشد.

نتایج به دست آمده در پژوهشی که توسط ابوالقاسمی[ ۲۴] انجام گرفت ، این یافته را تایید می کند که افزایش سن و سـالمندی بـر فرآیندهای شناختی و فراشناختی تاثیر قابل ملاحظه ای می گذارد و با تحت تاثیر قرار دادن عملکرد شناختی، احتمال وقوع نارسـایی های شناختی را افزایش می دهد.

پژوهش ها نشان داده اند که آزمـودنی هـای مسـن تـر از حـواس پرتی بیشتری رنج می برند، تمرکز آنها ضعیف تر است، مشـکلات حافظه ای بیشتری دارنـد، یـادآوری اسـامی و مطالـب بـرای آنهـا سخت تر است و اشتباهات سهوی بیشتری مرتکب می شوند.

یافته های پژوهش نشـان داد نقـص شـناختی در زنـان بـه طـور معناداری بیش از مردان است($p<0/001$). طبق بررسی نجاتی و همکاران [۲۵]، ۳/۳۳ درصد زنان مبتلا به اختلال شناختی شـدید و ۱۸/۳۳ درصد از مردان و ۶۲/۱۳ درصد از زنان مبتلا به اختلال شناختی متوسط بودند که با نتایج بدسـت آمـده در ایـن پـژوهش همخوانی دارد.

یافته های این مطالعه نشان داد که بین سن با وضعیت عملکـردی رابطه معنی دار آماری وجود دارد. مطالعـات دیگـر نیـز موید ایـن مطلب می باشد که با افزایش سن بر میزان ناتوانی شدید و متوسط سالمندان افزوده شده است[۲۶]. در مطالعه کاظمی وهمکارن نیـز هر چه سالمندان مورد مطالعه از نظر نقص شناختی دچـار اخـتلال بیشتری بودند، امتیاز عملکردی کمتری کسـب کردنـد، در نتیجـه بین وضعیت شناختی و فعالیـت روزانـه ارتبـاط معنـی داری وجـود دارد[۲۷].

در پـژوهش حاضـر تغییـر همزمـان وضـعیت هـای عملکـردی و شناختی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. بین افت عملکردی در فعالیت روزانه و نقص شناختی سالمندان ارتباط وجود دارد. پژوهش حاضر نشان داد که سـالمندان از وضـعیت شـناختی نـامطلوب بـه درجات متفاوتی رنج می برند که این اخـتلال بـا متغیرهـای سـن، جنس به طور معناداری مرتبط است.

تحرک، بهبود عملکرد و وضعیت شناختی بایستی از اهداف اصـلی توانبخشی سالمندان بوده و بررسی اولیه وضعیت های عملکردی و شناختی در ارزیابی سالمند در مکان های مراقبتی ضروری اسـت و همچنین به وضعیت استقلال در فعالیت هـای عملکـردی و شـیوه زندگی مستقل در سالمندان توجه شود.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان وظیفـه خـود میداننـد از تمـامی شـرکت کننـدگان در پژوهش کمال قدردانی را داشته باشند.

## *References*

1. Fathi E, Sarkhayl B. [Outlook on aging in world and Iran (Persian)]. Journal of Statistics. 2013; 7(1):23-6.
2. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2014; 69(2):168-73
3. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JA. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. Revista da Escola de Enfermagemda USP. 2010; 44(2):407-12.



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

4. Westerhof GJ, Whitbourne SK, Freeman GP. The aging self in a cultural context: The relation of conceptions of aging to identity processes and self-esteem in the United States and the Netherlands. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2012; 67(1):52-60.
5. Mellor D, Russo S, Mccaba MP, Davison TE, George K. Depression Training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. Gerontol Nurs 2008; 34(9): 8-15.
6. Tagoor M. Elderly Health and review of the differens of aspects in their life. Tehran: Nasle Farda co; 2003; p. 11-65.
7. Demakakos P, Hacker E, Gjonça E. Perceptions of ageing. Retirement, health and relationships of the older population in England. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J, editors. Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2). London: The Institute for Fiscal Studies. 2006; 339-366.
8. Philip Rice F. Human development: A life-span approach. London: Macmillan Publishing Company; 2014.
9. Movahedmajd M, Jahanbazian S, Panahinasab S. The Study of Self-Assessed Health between the Elderly People of Shiraz and Yasuj, Iran, Case study men elderly over 65 years old . jgn. 2017; 3 (2) :9-20
10. Jafari A, Hesampour F. Predicting Life Satisfaction Based On Spiritual Intelligence and Psychological Capital in Older People. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 12 (1) :90-103
11. Barghi Irani, Z., Ali Akbari Dehkordi, M., and Vebgian Kolemarz, M.J. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Memory and Sleep of the Elderly. Journal of Aging Psychology. 2015; 1, 1, 19-30. [In Persian]
12. Adibhajbageri M, Akbari H. Severity of disability and its related factors in elders. Feyz J 2009;13(3): 225-234. [In Persian]
13. Aslan UB, Cavlak U, Yagci N, Akdag B. Balance performance aging and falling: a comparative study basedon a Turkish sample. Arch Gerontol Geriatr 2008; 46: 283-292. [In Persian]
14. Goncalves Lc, Vale RG, Barata NJ, Varejaoc RV, Dantas EH. Flexibility, functional autonomy and quality of life in elderly yoga practitioners. Arch Geront Geriatr 2010; 53: 158-162.
15. Yang P. A pro-active approach to conceptualize the informal Care giving process and outcomes: An application of human capital theory. 1997, Columbia university.
16. Tajvar M, Arab M. Determinants of healthrelated quality of life in elderly in Tehran. Iran. BMC Public Health 2008; 8(1): 323
17. Hatfield CF, Dudas RB, Dening T. Diagnostic tools for dimentia. Maturitas J 2009; 63:181-185.
18. Karbakhshe M, Zargar M, Eshadi Z, Khaji A. Mechanism and outcome of hip fracture: a multi-center study. Tehran Univ Med J 2012;64(7):37- 46. [In Persian]



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]

19. Mehri Nejad S A, Ramezan Saatchi L, Paydar S. Death Anxiety and Its Relationship with Social Support and Adherence to Religion in the Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 11 (4) :494-503
20. 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.
21. Perneczky 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. 2014; 35(3):240-5.
22. 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.
23. 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.
24. 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]
25. Nejati V, Ashayeri H. Assessing relation between cognitive disorders and depression in elders. Iran J Aging 2006;1(2):8-15. [In Persian]
26. Adib Hajbagheri M, Akbari H. The tensity of disabilities and the factors related to it in elderlys. The scientific-research. Feyz 2009; 13(3): 225-234. [In Persian]
27. 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. [InPersian]

[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15 ]