The Comparison of Current Cognitive Status with Cognitive Status in the Last Ten Years among the Elderly with Dementia and Healthy Ones

Sousan Salary[1*], Fatemeh Amini[2], Muhammad Ali Asghari Moghaddam[1]

[1]Department of Clinical Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, Payame Noor University of Lamerd, Lamerd, Iran

Article Info:

Received: **29 Aug 2016** ***Revised:*** **21 Dec 2016** ***Accepted*****: 28 Jan 2017**

ABSTRACT

Introduction: Improvement in health and social situations increased life expectancy. The elderly are more likely experience psychological problems, including loss of cognitive functions. ***Materials and Methods:*** The aim of this study was to evaluate current cognitive status among the healthy elderly and those with dementia and to compare that with the recent decade. Accordingly, 230 healthy elderlies from the Jahandidegan center and 98 patients with dementia in Tehran were selected by convenience sampling method. In order to test the status of their current cognitive, the RUDAS and MMSE scales and for the assessment of cognitive status last ten years, IQCDE tool were used. ***Results:*** The results showed significant differences between the two healthy and dementia groups in current cognitive status as well as in the last ten years. The mean scores of dementia groups were lower than the healthy group. ***Conclusion:*** The results suggest that the elderly with dementia experience significant changes in their cognitive statues and they are faced with effective loss in their cognitive status.

Key words:

1. Aged
2. Patients
3. Dementia

***Corresponding Author:** Sousan Salary

E-mail: *salary.susan@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

مقایسهٔ وضعیت شناختی کنونی با وضعیت شناختی در ده سال اخیر میان سالمندان مبتلا به دمانس و سالمندان سالم

سوسن سالاری[۱*]، فاطمه امینی[۲]، محمد علی اصغری مقدم[۱]

[۱]گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران ،ایران

[۲]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور لامرد، لامرد، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۸ شهریور ۱۳۹۵ **اصلاحیه:** ۱ دی ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۹ بهمن ۱۳۹۵

چـــــکیده

مقدمه: بهبود وضعیت بهداشتی و اجتماعی امید به زندگی را افزایش داده است. سالمندان احتمالاً مشکلات روحی بیشتری را مانند از دست دادن عملکردهای شناختی تجربه می‌کنند. ***مواد و روش‌ها:*** هدف از این مطالعه ارزیابی وضعیت شناختی کنونی در مقایسه با ده سال اخیر میان سالمندان سالم و افراد مبتلا به دمانس بود. بر این اساس ۲۳۰ سالمند سالم از مرکز جهان‌دیدگان و ۹۸ بیمار مبتلا به دمانس در تهران توسط روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور بررسی وضعیت شناخت کنونی مقیاس‌های RUDAS و MMSE و برای بررسی وضعیت شناختی ده سال اخیر ابزار IQCDE مورد استفاده قرار گرفت. ***یافته‌ها:*** نتایج تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه سالم و مبتلا به دمانس در وضعیت شناختی کنونی و همچنین در ده سال اخیر نشان داد. میانگین نمرات گروه مبتلا به دمانس از گروه سالم پایین‌تر بود. ***نتیجه‌گیری:*** نتایج پیشنهاد می‌کند که سالمندان مبتلا به دمانس تغییرات معنی‌داری را در وضعیت شناختی خود تجربه می‌کنند و آن‌ها با افت محسوس در وضعیت شناختی خود مواجه هستند.

کلید واژه‌ها:

۱. سالمند
۲. بیماران
۳. دمانس

* **نویسنده مسئول:** سوسن سالاری

آدرس الکترونیکی: *salary.susan@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

مقدمه

رشد سریع و فزایندهٔ تعداد سالمندان نسبت به جمعیت عمومی در سال‌های اخیر که اصطلاحاً «خاکستری شدن (سفید شدن موی)» جهان نامیده می‌شود، نتیجهٔ روندی است که به‌عنوان گذار جمعیت‌شناسی[1] شناخته می‌شود (۱). برای تعریف سالمندی نه تنها سن تقویمی، توانمندی‌های بدنی و ذهنی، منابع اقتصادی – اجتماعی، زمینهٔ تحصیلی و تجربه‌های پیشین زندگی را باید در نظر داشت بلکه باید به مسائل فیزیولوژیک، کالبد شناختی، ژنتیکی و پویایی روانی نیز توجه کرد. از این رو سن به تنهایی نمی‌تواند عامل تعیین کننده‌ای در تعریف سالمندی باشد (۲).

ایران کشوری در حال توسعه است. در حال حاضر میانگین طول عمر برای زنان ۷۲ و برای مردان ۶۹ سال است. همانند سایر کشورها در ایران نیز کاهش نرخ تولد با کاهش نرخ مرگ و میر همراه شد که این پدیده منجر به افزایش سهم افراد بالای ۶۰ سال در جامعهٔ ایران گردید. در مقایسه با ۵/۲٪ در سال ۲۰۰۰ پیش‌بینی می‌شود که ۲۱/۷٪ جمعیت ایران را در سال ۲۰۵۰ افراد بالای ۶۰ سال تشکیل دهند. افراد مسن در ایران با مشکلات مربوط به سلامتی و چالش‌های اجتماعی رو به رو می‌شوند (۳).

افزایش سن بر فرایندهای شناختی و فراشناختی تأثیری قابل ملاحظه می‌گذارد و احتمال وقوع نارسایی‌های شناختی را افزایش می‌دهد (۴، ۵). ضعف خفیف حافظه شایع است و آن را فراموشی خوش‌خیم پیری می‌گویند. فرد می‌تواند مطالب جدید را یاد بگیرد اما در مقایسه با افراد جوان، نیاز به تکرار و تمرین بیشتری دارد.

علاوه بر این یکی از اختلالات شایع همراه با معلولیت شدید و پیشرونده در دورهٔ سالمندی اختلال شناختی دمانس است. دمانس اختلال روانی که شخص با ترکیب کلی در اعمال هوشی و غالباً با ضعف حافظه، اشکال در محاسبه، حواس پرتی، تغییرات خلق و عاطفه، اختلال در قضاوت و تفکر انتزاعی، کاهش مهارت‌های زبانی و اختلال جهت‌یابی است (۷). شایع‌ترین علامت در مراحل اولیهٔ زوال عقل، ضعیف شدن حافظهٔ کوتاه‌مدت می‌باشد. در هر ۳ ثانیه یک فرد مبتلا به دمانس می‌شود. ابتلاء به دمانس بار عظیمی برای بیماران، خانوادهٔ آن‌ها و جامعه در پی دارد چرا که دمانس سبب اختلال شدید عملکرد بیمار و از بین رفتن استقلال و موجب وابستگی وی به دیگران می‌شود. همچنین در خانواده سبب افزایش میزان اضطراب، افسردگی و صرف هزینه و زمان جهت نگهداری از بیماران می‌شود (۸). برخی پژوهشگران مانند لابووی –ویف[2] و چاندر[3] ۱۹۷۸، شای[4] ۱۹۷۹ (۱۰، ۹) بر این گمان هستند که کاهش شناختی مرتبط با سن تا سال‌های پس از بازنشستگی و پس از ۶۰ سالگی در خور توجه نیست. در حالی که دیگران ادعا کرده‌اند که کاهش مزبور مستمر است و از اواسط دههٔ بیست سالگی یا اواخر آن شروع می‌شود (۱۱). تشخیص زود هنگام آن به دلیل اهدافی از جمله: پیشگیری ثانویه و مداخلهٔ روانی -اجتماعی امری ضروری است (۱۴-۱۲). بر این اساس مسئلهٔ تحقیق حاضر بررسی وضعیت شناختی در سالمندان سالم و گروه بالینی و انجام مقایسهٔ وضعیت کنونی و ده ساله گذشته در شناخت هر چه بیشتر اختلالات شناختی متخصصان را یاری می‌کند تا با تشخیص زودتر، هزینه‌های ناشی از مشکلات شناختی در جامعه کاهش یابد.

مواد و روش‌ها

مطالعهٔ حاضر تحقیقی از نوع همبستگی می‌باشد. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS ویرایش ۱۸ و تحلیل به دو صورت توصیفی و استنباطی بوده است. در بخش توصیفی میانگین و انحراف معیار نمونه بررسی شده است و در قسمت آمار استنباطی از آزمون t مستقل و آزمون ام باکس برابری ماتریس کوواریانس استفاده شده است. جامعهٔ آماری برای گروه سالمندان سالم تحقیق شامل کلیهٔ سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان شهرداری‌های تهران می‌باشد که از این میان تعداد ۲۳۰ نفر به شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این میان تعداد ۱۲۲ نفر (۵۳/۰۴٪) مرد و ۱۰۸ نفر (۴۶/۹۵٪) را زنان تشکیل می‌دادند. دامنهٔ سنی شرکت کنندگان در مطالعه بین ۶۵ تا ۸۰ سال بود. که طبق دسته‌بندی کاپلان هم شامل سالمندان جوان (۷۵-۶۵) و هم شامل سالمندان پیر (۸۵-۷۵) می‌شد. میانگین و انحراف معیار سنی این گروه به ترتیب ۷۸ (۳/۶۵) بود. از نظر تحصیلات ۳۵ درصد اعضای نمونه تحصیلات سیکل (سوم راهنمایی) ۳۷ درصد (دیپلم) و مابقی ۲۸ درصد سواد خواندن و نوشتن داشتند. در گروه بالینی جامعهٔ آماری، کلیهٔ بیماران مبتلا به دمانس شهر تهران بود که از این میان ۹۸ نفر به شیوهٔ نمونه‌گیری در دسترس (از میان بیماران مبتلا به دمانس کلینیک‌های خصوصی روانپزشکی شهر تهران) انتخاب شدند. از این میان تعداد ۶۳ نفر (۶۴/۲۸٪) را زنان و ۳۵ نفر (۳۵/۷۱٪) را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر تحصیلات ۶۷٪ بی سواد، ۲۰٪ سواد خواندن و نوشتن و ۱۳٪ تحصیلات ابتدایی بودند. میانگین سنی و انحراف معیار گروه بالینی به ترتیب ۸۶/۱ (۲/۳۱) بود. ابزارها: در این مطالعه

[1] Demographics
[2] Labouvie –Vief
[3] Chandler
[4] Schaie

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

برای بررسی وضعیت شناختی از مقیاس سنجش جهانی دمانس رولاند (RUDAS)[5]، پرسشنامهٔ معاینهٔ مختصر وضعیت روانی (MMSE)[6] و همچنین برای بررسی وضعیت شناختی در ده سالهٔ اخیر از پرسشنامهٔ آگاهی دهندهٔ کاهش شناختی در پیری (IQCDE)[7] استفاده شد.

مقیاس سنجش جهانی دمانس رولاند (۱۵): این مقیاس توسط رولاند و همکاران ساخته شد و دارای ۷ بعد حافظه و یادگیری، جهت‌یابی دیداری -فضایی، برنامه‌ریزی و عمل، ترسیم، قضاوت، یادآوری و زبان است. نمره‌گذاری هر یک از ابعاد متفاوت از یکدیگر و جمع نمره‌ها ۳۰ است. نقطهٔ برش، ویژگی و حساسیت این مقیاس به ترتیب ۲۳، ۰/۸۹ و ۰/۹۸ گزارش شده است. پایایی بین ارزیاب‌ها ۰/۹۹ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۸ به دست آمده است (۱۵). نقطهٔ برش، حساسیت و ویژگی نسخهٔ هندی RUDAS به ترتیب ۲۳، ۰/۸۸ و ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۶). در ایران نیز هنجار یابی (۱۸، ۱۷) در نمونهٔ سالمندان و هنجار یابی در نمونهٔ بالینی توسط سالاری و همکاران انجام شد (۱۹).

پرسشنامهٔ معاینهٔ مختصر وضعیت روانی (۲۰): این پرسشنامه به‌عنوان روشی عملی برای درجه‌بندی وضعیت روانی بیماران در سال ۱۹۷۵ به وسیلهٔ فولستاین[8] به متخصصان بالینی معرفی شد. برای پاسخگویی به ۱۱ گویهٔ این پرسشنامه ۱۰-۵ دقیقه وقت نیاز است. پایایی به روش دو نیمه کردن، ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۰/۷۱۲، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۹).

پرسشنامهٔ آگاهی دهندهٔ کاهش شناختی در پیری (۲۱): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ به وسیلهٔ آنتونی جرم[9]، عضو مرکز تحقیقات بهداشت روان وابسته به دانشگاه ملی استرالیا، برای اندازه‌گیری میزان اُفت شناختی آزمودنی در ۱۰ سال گذشته طراحی شده است (۲۰). ۱۶ گویهٔ این پرسشنامه روی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و ۶ خرده مقیاس حافظهٔ اپیزودیک[10]، کارکردهای اجرایی[11]، فعالیت‌های روزمرهٔ ابزاری[12]، حافظهٔ دور[13]، جهت‌یابی زمانی[14] و توانایی تمرکز[15] را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی با فاصلهٔ ۳ روز ۰/۹۶ و با فاصلهٔ یک سال ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۲). در ایران پایایی باز آزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۰). بررسی انجام شده در ایران نشان داد همبستگی آن با MMSE و آزمون کوتاه شناختی (AMT)[16] (۲۱) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این پرسشنامه با توجه به ماهیت آن، برای بیماران مبتلا به دمانس، مقیاس توسط نزدیکان که سابقهٔ آشنایی ۱۰ سال و بیشتر داشتند تکمیل شد و در مورد سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان در روزهای همایش منطقه‌ای با حضور خانواده‌های سالمندان، توسط خانواده‌های آنان یا دوستانی با سابقهٔ دوستی و شناخت بیش از ۱۰ سال تکمیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌های شرکت کننده می‌باشد که برای کلیهٔ متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش (نمرهٔ کلی مقیاس رولاند و خرده مقیاس‌ها، پرسشنامهٔ معاینهٔ مختصر وضعیت شناختی و خرده مقیاس‌ها و پرسشنامهٔ محور افت شناختی و خرده مقیاس‌ها) در جدول ۱ نشان داده شده است.

در جدول ۱ میانگین نمرات دو گروه در مقیاس‌های RUDAS، MMSE و IQCDE مقایسه شده است و همان‌طور که دیده می‌شود میانگین نمرات در گروه بالینی پایین‌تر از گروه سالم است و تفاوت بین دو گروه در بررسی وضعیت شناختی کنونی معنی‌دار (t=۲۵/۶، $P<0/003$) است.

ماتریس واریانس کوواریانس را در جدول ۲ می‌توان دید. شاخص Box's M معنی‌دار نیست ($P<0/43$، M=۹/۷۶۵ Box's) و نشانگر آن است که ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در میان سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه سالم و بالینی) برابرند. لذا، فرض همگنی واریانس‌ها برای تحلیل مانوا رعایت شده است.

آزمون کرویت بارتلت از لحاظ آماری معنی‌دار است (مجذور کای تقریبی=۹۱/۵۷ و $P<0/005$) و همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته جهت اجرای تحلیل مانوا را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود اندازهٔ اثر پیلایی ۰/۴۳۲ است که به شاخص f که برابر ۳۹/۰۱ است تبدیل می‌شود (F(۷/۲۶۱) = ۳۹/۰۱ و مجذور اتای پاره‌ای=۰/۱۳۴). از روی ارزش مجذور اتای پاره‌ای، ۰/۱۳۴ می‌توان معین کرد که متغیر مستقل گروه سالمندان سالم و بیمار مقدار ۱۳ درصد از واریانس متغیرهای وابسته را تبیین می‌کند. چون آزمون چند متغیری از نظر آماری معنی‌دار است، در ادامه متغیرهای وابسته به طور جداگانه ارزیابی می‌شوند.

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج همگنی واریانس‌های خطا (آزمون لوین) نشان می‌دهد

[5] Rowland universal dementia assessment scale
[6] Mini mental state examination
[7] The informant questionnaire on cognitive decline in the
[8] Folstein
[9] Jorm
[10] Episodic memory
[11] Executive functions
[12] Instrumental activities of daily living
[13] Remote memory
[14] Orientation in time
[15] Ability to focus
[16] Abbreviated mental test

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی در مقیاس RUDAS، IQCDE و MMSE.

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
نمرهٔ کل RUDAS	سالم	۲۳۰	۱۴/۸	۲/۷	۰/۰۰۰۱
	بالینی	۹۸	۴/۷	۱/۸	
جهت‌یابی	سالم	۲۳۰	۳/۴	۲/۱	۰/۰۰۱*
	بالینی	۹۸	۱/۲	۱/۱	
کار عملی	سالم	۲۳۰	۲/۸	۱/۹	۰/۰۰۲
	بالینی	۹۸	۱/۷	۰/۴	
ترسیم	سالم	۲۳۰	۱/۶	۰/۵	۰/۰۰۱*
	بالینی	۹۸	۰/۳	۰/۳۹	
قضاوت	سالم	۲۳۰	۳/۸	۲/۱	۰/۰۰۵
	بالینی	۹۸	۳/۳	۲/۸	
یادآوری	سالم	۲۳۰	۵/۳	۲/۱	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۴/۷	۱/۸	
زبان	سالم	۲۳۰	۷/۱	۴/۳	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۴/۶	۲/۳	
حافظهٔ اپیزودیک	سالم	۲۳۰	۷/۸	۳/۳	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۴/۱	۲/۱	
کارکردهای اجرایی	سالم	۲۳۰	۴/۳	۳/۱	۰/۰۱
	بالینی	۹۸	۳/۱	۱/۱	
فعالیت‌های روزمرهٔ ابزاری	سالم	۲۳۰	۵/۱	۳/۲	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۳/۳	۱/۲	
حافظهٔ دور	سالم	۲۳۰	۶/۱	۳/۲	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۳/۷	۱/۲	
جهت‌یابی زمانی	سالم	۲۳۰	۴/۱	۳/۲	۰/۰۰۱*
	بالینی	۹۸	۳/۷	۲/۱	
توانایی تمرکز	سالم	۲۳۰	۶/۱	۳/۶	۰/۰۱
	بالینی	۹۸	۵/۱	۲/۴	
نمرهٔ کل MMSE	سالم	۲۳۰	۴/۶	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۵/۱	۴/۱	
Orientation جهت‌یابی	سالم	۲۳۰	۶/۱	۲/۳	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۴/۳	۱/۹	
Registration	سالم	۲۳۰	۶/۶	۳/۶	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۵/۳	۲/۳	
Attention Calculation	سالم	۲۳۰	۶/۱	۳/۸	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۳/۲	۲/۷	
Recent Memory	سالم	۲۳۰	۴/۹	۳/۵	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۲/۷	۲/۵	
Visuospatial Thinking	سالم	۲۳۰	۶/۱	۱/۴	۰/۰۰۲
	بالینی	۹۸	۴/۱	۲/۱	
Language Function	سالم	۲۳۰	۵/۱	۳/۱	۰/۰۰۱
	بالینی	۹۸	۳/۲	۱/۵	

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

جدول ۲- خلاصهٔ نتایج آزمون ام باکس برابری ماتریس کوواریانس.

ام باکس	f	df 1	df 2	سطح معنی‌داری
۹/۷۶۵	۱/۱۴	۸	۳۲۱/۱۲	۰/۴۳

جدول ۳- نتایج آزمون کرویت بارتلت.

نسبت احتمالی	مجذور خی تقریبی	df	سطح معنی‌داری
<۰/۰۰۵	۹۱/۵۷	۸	P<۰/۰۰۵

جدول ۴- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانوا بر روی میانگین نمره‌های RUDAS و MMSE و IQCDE در سالمندان سالم و بالینی.

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتای پاره‌ای
اثر پیلایی	۰/۴۳۲	۳۹/۰۱	۷	۲۶۱	P<۰/۰۰۰۱	۰/۱۳۴
لامبدای ویلکز	۰/۵۲۲	۳۹/۰۱	۷	۲۵۱	P<۰/۰۰۰۱	۰/۱۲۲
اثر هتلینگ	۰/۷۳۲	۳۹/۰۱	۷	۲۴۰	P<۰/۰۰۰۱	۰/۱۴۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۱۲	۳۹/۰۱	۵	۲۱۸	P<۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۸

جدول ۵- نتایج همگنی واریانس‌های خطا (آزمون لوین).

	متغیر	f	df 1	df 2	سطح معنی‌داری
RUDAS	نمرهٔ کل	۴/۶۵	۸	۲۱۲	۰/۰۰۶
	جهت‌یابی	۳/۵۴	۸	۲۱۲	۰/۰۰۵
	کار عملی	۵/۶۱	۸	۲۱۲	۰/۳۴
	ترسیم	۰/۱۳۴	۸	۲۱۲	۰/۰۷۶
	قضاوت	۲/۵۷	۸	۲۱۲	۰/۱۲۹
	یادآوری	۳/۷۸	۸	۲۱۲	۰/۳۰
	زبان	۷/۳۲	۸	۲۱۲	۰/۶۵
IQCDE	حافظهٔ اپیزودیک	۵/۶۱	۸	۲۱۲	۰/۰۰۵
	کارکردهای اجرایی	۴/۲۱	۸	۲۱۲	۰/۷۱
	فعالیت‌های روزمرهٔ ابزاری	۶/۲۱	۸	۲۱۲	۰/۱۳۲
	حافظهٔ دور	۴/۵۱	۸	۲۱۲	۰/۵۴
	جهت‌یابی زمانی	۳/۲۴	۸	۲۱۲	۰/۰۴۳
	توانایی تمرکز	۴/۳۳	۸	۲۱۲	۰/۶۱
MMSE	نمرهٔ کل	۹/۴۳	۸	۲۱۲	۰/۶۶
	جهت‌یابی	۶/۱۱	۸	۲۱۲	۰/۷۶
	کار عملی	۵/۶۳	۸	۲۱۲	۰/۶۵
	ترسیم	۳/۴۱	۸	۲۱۲	۰/۸۱
	قضاوت	۵/۲۳	۸	۲۱۲	۰/۲۱۰
	یادآوری	۶/۲۲	۸	۲۱۲	۰/۰۰۳
	زبان	۵/۶۹	۸	۲۱۲	۰/۱۲

که واریانس‌های خطا در اکثر مؤلفه‌ها معنی‌دار می‌باشد و لذا فرض همگنی واریانس‌ها رعایت می‌شود ولی آزمون‌های لوین در مورد متغیرهای نمرهٔ کلی RUDAS و خرده مقیاس جهت‌یابی آن، حافظهٔ اپیزودیک و جهت‌یابی زمانی و خرده مقیاس یادآوری مقیاس MMSE از نظر آماری معنی‌دار است که ناهمگنی واریانس گروه در این ۴ مؤلفه با توجه به همگنی آزمون ام باکس مشکل ساز نیست.

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، تحلیل واریانس تک متغیری متغیر RUDAS و خرده مؤلفه‌های آن‌ها (نمرهٔ کلی RUDAS (P<۰/۰۰۰۱ و F=۱۲/۴۵)، جهت‌یابی (P<۰/۰۰۱ و F=۳۲/۷)، کار عملی (P<۰/۰۰۳ و F=۳/۱۲)، قضاوت (P<۰/۰۰۰۱ و F=۵۶/۴۲)، یادآوری (P<۰/۰۰۱ و F=۴۲/۲۲) و زبان (P<۰/۰۰۵ و F=۳۲/۱) از نظر آماری معنی‌دار است، مشخص است که تفاوت بین دو گروه سالمند سالم و بیمار در مورد نمرهٔ کلی RUDAS، جهت‌یابی، کار عملی، قضاوت، یادآوری

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

جدول ۶- نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا بر میانگین نمرهٔ کلی RUDAS و MMSE و IQCDE در سالمندان سالم و بالینی و مؤلفه‌های آن.

	متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای پاره‌ای
RUDAS	نمرهٔ کل	۴۵۶/۷۶	۹	۲۲۸/۳۸	۱۲/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۱
	جهت‌یابی	۳۲۱/۸	۹	۱۶۰/۹	۳۲/۷	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶
	کار عملی	۲۲/۸	۹	۱۱/۴	۳/۱۲	۰/۰۰۳	۰/۱۵۶
	ترسیم	۱۲/۱	۹	۶/۰۵	۱۱/۳	۰/۴۳	۰/۰۴۴
	قضاوت	۵۴۳/۶۱	۹	۲۷۱/۸۰۵	۵۶/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۵
	یادآوری	۷۶۵/۲	۹	۳۸۲/۶	۴۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸
	زبان	۳۴۴/۵	۹	۱۷۲/۲۵	۳۲/۱	۰/۰۰۵	۰/۱۹۸
IQCDE	حافظهٔ اپیزودیک	۳۱۲/۲	۹	۱۵۶/۱	۴۲/۳	۰/۰۰۵	۰/۱۳۳
	کارکردهای اجرایی	۶۵۴/۳	۹	۳۲۷/۱۵	۵۱/۳	۰/۰۰۷	۰/۰۹۸
	فعالیت‌های روزمره ابزاری	۵۰۲/۱	۹	۲۵۱/۰۵	۳۲/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱۰
	حافظهٔ دور	۴۳۲/۲	۹	۲۱۶/۱	۷۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱۷
	جهت‌یابی زمانی	۳۴۲/۱	۹	۱۷۱/۰۵	۲۳/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۶
	توانایی تمرکز	۵۴/۸۹	۹	۲۷/۴۴۵	۷/۸۵	۰/۰۰۶	۰/۱۵۳
MMSE	نمرهٔ کل	۷۸۹/۴۳	۹	۳۹۴/۷۱۹	۳۹/۷	۰/۰۰۳۲	۰/۰۰۰۱
	جهت‌یابی	۵۴۶/۰۱	۹	۲۷۳/۰۰۵	۶۱/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۶۳
	کار عملی	۳/۶۰۴	۹	۱۵/۳۰۲	۲/۳۱	۰/۰۰۲	۰/۶۵
	ترسیم	۵۳/۲۱۳	۹	۷۶۵/۱۰۶	۷/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۱۷۷
	قضاوت	۳/۵۲۱	۹	۶۵/۲۶۰	۰۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۰۸۵
	یادآوری	۳/۲۶۵	۹	۶۵/۱۳۲	۷۷/۵	۰/۰۵	۰/۱۸۹
	زبان	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱۰

و زبان در اثر چند متغیری سهم معنی‌دار داشته است. تنها خرده مقیاس ترسیم مقیاس RUDAS (P<۰/۴۳ و F=۱۱/۳) در میان دو گروه سالمند سالم و بیمار قابل مقایسه (یکسان) است. تحلیل واریانس تک متغیری خرده مؤلفه‌های IQCDE (حافظهٔ اپیزودیک (۰۰۵/ P<۰ و F=۴۲/۳)، کارکردهای اجرایی (P<۰/۰۰۷ و ۳/ F=۵۱)، فعالیت‌های روزمره ابزاری (P<۰/۰۰۰۱ و ۷/ F=۳۲)، حافظهٔ دور (P<۰/۰۰۰۱ و F=۷۶/۳)، جهت‌یابی زمانی (P<۰/۰۰۱ و F=۲۳/۹) و توانایی تمرکز (۰۰۶/ P<۰ و F=۷/۸۵) از نظر آماری معنی‌دار است، مشخص است که تفاوت بین دو گروه سالمند سالم و بیمار در مورد خرده مؤلفه‌های جهت‌یابی، کار عملی، قضاوت، یادآوری و زبان در اثر چند متغیری سهم معنی‌دار داشته است. تحلیل واریانس تک متغیری متغیر

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

MMSE و خرده مؤلفه‌های آن‌ها (نمرهٔ کلی MMSE ($P<۰/۰۰۳$ و $F=۳۹/۷$)، جهت‌یابی ($P<۰/۰۰۰۱$ و $F=۶۱/۷$)، کار عملی ($P<۰/۰۰۲$ و $F=۳۱/۲$)، ترسیم ($P<۰/۰۰۲$ و $F=۴۱$/۷)، قضاوت ($P<۰/۰۰۱$ و $F=۳۳/۰۴$)، یادآوری ($P<۰$/۰۵ و $F=۵/۷۷$) و زبان ($P<۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۲/۶$) از نظر آماری معنی‌دار است، مشخص است که تفاوت بین دو گروه سالمند سالم و بیمار در مورد نمرهٔ کلی MMSE، جهت‌یابی، کار عملی، ترسیم، قضاوت، یادآوری و زبان در اثر چند متغیری سهم معنی‌دار داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعهٔ حاضر تفاوت معنی‌داری بین وضعیت شناختی کنونی و ده سالهٔ اخیر در دو گروه سالمندان سالم و بیماران مبتلا به دمانس را به دست آورد. افت شناختی به صورت تدریجی اتفاق می‌افتد و همین مسئله باعث شده است که در گروه بالینی بین وضعیت کنونی و ده سالهٔ اخیر تفاوت معنی‌داری به دست بیاید. همچنین بین ابزار مربوط به سنجش وضعیت شناختی کنونی همبستگی معنی‌داری وجود داشت که در مطالعات مختلف (۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۸) نیز تأیید شد.

در فرضیهٔ سرعت که یکی از نخستین فرضیه‌های پیشنهاد شده برای تبیین تفاوت‌های مرتبط با سن که در نتایج آزمون‌های هوشی میزان شده مشاهده شده است، این است که این تفاوت‌ها از کاهش سرعت فرایندهای حسی یا حرکتی محیطی[17] مرتبط با سن ناشی می‌شوند، بدین معنی که در بسیاری از آزمون‌های مجموعهٔ آزمون‌های هوشی، آزمودنی باید در مدت کوتاهی به پرسش‌ها پاسخ بدهد و در نتیجه عدهٔ قلیلی قادرند به همهٔ پرسش‌ها پاسخ بدهند. از این رو، حدس زده شده که بیشتر کاهش مرتبط با سن در عملکرد آزمون ممکن است دال بر اختلال‌های شناختی واقعی نباشد، بلکه شاید از سرعت کم در دریافت و رمزگردانی پرسش‌ها و یا سرعت کم در گفتن یا نوشتن پاسخ‌ها که مرتبط با افزایش سن است ناشی شده باشد. این نظریه تا حدی معتبر است زیرا کم شدن سرعت فرایندهای ادراکی و حرکتی همراه با افزایش سن، آشکارترین پدیده در زمینهٔ روانشناسی سالمندی دانسته می‌شود (۲۵).

افراد در گروه بالینی نمرهٔ پایینی در مقیاس‌ها نسبت به گروه سالم به دست آوردند. در مورد حافظهٔ ده سالهٔ اخیر میانگین بخش تمرکز در دو گروه با هم تفاوت زیادی نداشت و شاید بدین خاطر باشد که این توانایی با افزایش سن به طور کل کاهش می‌یابد. در عمل، زوال عقل خود را به صورت از دست دادن حافظه به علاوه اختلال در حداقل یکی از حوزه‌های کارکرد مراکز عالی قشر مغز مانند آفازی، آپراکسی، آگنوزی و اختلال در عملکرد اجرایی نشان می‌دهد علایم در حدی است که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی وی می‌گردد. در صورتی که در سالمندان سالم چنین مشکلاتی دیده نمی‌شود (۲۶).

در مورد وضعیت شناختی کنونی دو مقیاس استفاده شد. در مورد تفاوت میانگین نمرات در جهت‌یابی در هر دو گروه این نکته مطرح است که افراد در جهت‌یابی فضایی در مقیاس RUDAS (مربوط به تشخیص اعضای سمت راست و چپ بدن) نمرات بیشتری نسبت به جهت‌یابی زمانی و مکانی در مقیاس (MMSE) گرفتند.

در تبیین این مسئله باید گفت اختلال شناختی در مراحل اولیه و ابتدائی با کاهش حافظه شروع می‌شود. شایع‌ترین علامت در مراحل اولیه، ضعیف شدن حافظهٔ کوتاه‌مدت می‌باشد. افراد به طور مکرر یک سؤال را می‌پرسند حتی تکرار یک سؤال ممکن است فقط بعد از چند دقیقه اتفاق بیفتد. بیماران ممکن است که مکانی را که در آن قرار گرفته‌اند، فراموش کنند، این موضوع گاهی آن قدر جدی و عمیق است که تفکر دزدیده شدن و در یک مکان مجهول بودن ممکن است به آن‌ها دست دهد. (۸).

در یک جمعیت طبیعی، با افزایش سن، کاهش در عملکرد حافظه دیده می‌شود سالمندان طبیعی، در آزمون‌های استاندارد حافظه و فراگیری در مقایسه با گروه جوانان ضعیف‌تر عمل می‌کنند. کاهش حافظه، در سالمندی طبیعی و در بعضی از وجوه آن نمایان‌تر است.

در بعضی از قلمروها مانند: دامنهٔ توجه، مهارت‌های ارتباطی روزانه، مهارت‌های زبانی همچون ترکیب کلمات استنباط و درک موضوعات، استنباط درک بصری و بینایی، تغییر چندانی دیده نمی‌شود. توانایی ذخیره‌سازی لغات و کلمات، حتی تا سن ۸۰ سالگی می‌تواند افزایش یابد. در گروهی دیگر از عملکردهای عصبی روانی، مانند: توجه انتخابی، نامیدن اشیاء، روانی گفتار، مهارت‌های سه‌بعدی و فضایی پیچیده و تجزیه و تحلیل منطقی، نقائصی بروز می‌کند. فراگرفتن موضوعات جدید و زبان خارجی با افزایش سن مشکل‌تر می‌شود (۲۸، ۲۷). علت کاهش حافظه در سالمندی طبیعی را بیشتر کاهش قدرت پردازش سلول‌های عصبی و کاهش سرعت پردازش آن می‌دانند. یعنی در واقع کاهش در عملکردهای سلولی را عامل می‌دانند نه از دست رفتن عناصر ساختاری و ساختمانی مغز را (۲۹).

با توجه به هزینه‌های مربوط به بیماری دمانس و به دلیل عدم اطمینان از اینکه چه بیماری‌هایی دقیقاً منجر به دمانس می‌شود، راه‌های پیشگیری از دمانس را دشوار می‌سازد. ولی به طور کلی، شواهد نشان می‌دهد که رژیم غذایی سالم، سبک زندگی سالم به‌ویژه ورزش منظم، عدم استعمال سیگار، اجتناب از

[17] Peripheral

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

خـوردن غذاهـای چـرب و فعالیـت ذهنـی داشـتن، خطـر ابتـلاء بـه دمانـس نـوع آلزایمـر و دمانـس عروقـی را کاهـش می‌دهـد و بـه جلوگیـری از دمانـس کمـک می‌کنـد (۳۰). ایـن پژوهـش ماننـد هـر پژوهـش دیگـری در حیطـهٔ علـوم انسـانی بـا محدودیت‌هایـی همچـون، اسـتفاده از نمونه‌گیـری در دسـترس رو بـه رو اسـت کـه تعمیـم یافته‌هـا را بـا مشـکل رو بـه رو می‌کنـد. همچنیـن محدودیـت دیگـر در اسـتفاده از تنهـا یـک ابـزار بـرای بررسـی وضعیـت شـناختی ده سـالهٔ اخیـر اسـت و بررسـی دقیق‌تـر ایـن مقایسـه نیازمنـد تحقیقـات طولانـی می‌باشـد.

منابع

1. World Health Organization. “Social development and ageing: crisis or opportunity?” Special panel at Geneva. Switzerland. 2000; p. 4.

2. Jarvik LF, Small GW. Geriatric psychiatry: introduction. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000.

3. Kiani S, Bayanzadeh M, Tavallaee M, Hogg RS. The Iranian population is graying: are we ready? Arch Iran Med. 2010; 13(4): 333-9.

4. Craik IM, Salthouse ST, Mahwah, NJ. The handbook of aging and cognition. 2nd ed. US: Lawrence Erlbaum Associates. 2000.

5. Dixon R, Backman L, Nilsson LG. New frontiers in cognitive aging. England: Oxford University Press. 2004.

6. Kaplan H, Sadocks V. Handbook of psychiatry behavioral and sciences - clinical psychiatry. 3th ed. Tehran: Shahre ab. 2005.

7. Chop WC, Robnett HR. Gerontology for the health care from fissional. Philadelphia: FA Davis Company. 1999.

8. Fallahi-khoshkanad M, Mazaheri M, Nazari SH. Dementia care and rehabilitation. Tehran: Resaneye Takhasosi. 2009.

9. Labouvie Vief G. Chandra MJ. Cognitive development and lifespan developmental theory: idealistic versus conceptualistic perceive. P.B.Baltes.life –span developmental and behavior. New York: Academic Press. 1987; p. 181-210.

10. Schaie KW. The primary mental abilities in a adulthood: an exploration of psychometric intelegence. Baltes PB, Brim OG. Life–span developmental and behavior. New York: Academic Press. 1979.

11. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS. Screening for Alzheimer’s disease by clock drawing. J Am Geriatr Soc. 1989; 37(8): 730-4.

12. Small GW. Differential diagnosis and early detection of dementia. American Journal of Geriatric Psychiatry. 1998; 6(2): 26-33.

13. Sandson T, Price B. Diagnostic testing and dementia. Neurologic Clinics. 1996; 14(1): 45-59.

14. Brodaty H, Moore CM. The clock drawing test for dementia of thealzheimer’s type: a comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1997; 12(6): 619-27.

15. Storey JE, Jeffrey TJ, Rowland DA, Conforti G, Hugh G, Dickson R. The rowland universal dementia assessment scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. Int Psychogeriatr. 2004; 16(1): 13-31.

16. Iype T, Ajitha BK, Antony P, Ajeeth NB, Job S, Shaji KS. Usefulness of the rowland universal dementia assessment scale in South India. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006; 77(4): 513-4.

17. Salari S, Shaeiri M, Asghari-Moghadam MA. Validity and reliability the rowland universal dementia assessment scale in a sample of elderly women. Iranian Journal of Ageing. 2013; 8(30): 63-73.

18. Salari S, Shaeiri M, Asghari-Moghadam MA. Assessing the validity and reliability of universal dementia assessment scale (RUDAS) in patients with dementia. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2013; 15: 29-31.

19. Salari S, Shaeiri M, Asghari-Moghadam MA, Masomiyan S. Psychometric characteristics of the rowland universal dementia assessment scale amongst Iranian elderly. Journal of Research and Health. 2015; 5(2): 127-33.

20. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan PF, Barahani ZR, Rahgozar M. Standardization mini mental status examination (MMSE) in elderly in Tehran. J New Cogn Sci. 2009; 10(2): 29-37.

21. Jorm AF, Jacomb PA. The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCDE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med. 1989; 19(4): 1015-22.

22. Allain TJ, Wilson AO, Gomo ZA, Adamchak DJ, Matenga JA. Abbreviated mental test (AMT) in the

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]

elderly: shortcoming of an adapted AMT in Zimbabwe. Cent Afr J Med. 1996; 42(4): 98-101.

23. Basic D, Khoo A, Conforti D, Rowland J, Vrantsidis F, Logiudice D, et al. Rowland universal dementia assessment scale, mini-mental state examination and general practitioner assessment of cognition in a multicultural cohort of community-dwelling older persons with early dementia. Australian Psychologist. 2006; 44(1): 40-53.

24. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. Int J Geriatr Psychiatry. 2010; 25(2): 111-20.

25. Sandson T, Price B. Diagnostic testing and dementia. Neurologic Clinics. 1996; 14: 45-59.

26. McClane, Kimberly S. Screening instrument for use in complete geriatric assessment. Clinical Nurse Specialist. 2006; 20(4): 201-7.

27. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslader JG. Principles of geriatric medians and gerontology. 4th ed. New York: Mc Graw –Hill. 1999; p. 225-6.

28. Beers Mark H, Berkow R. Aging and mental health. The merck manual of geriatrics. 3th ed. USA: Merk. 2000. p.307-10.

29. Barry S, Fogel MD, Randolph B, Schiffer MD, Stephen M. Synopsis of neuropsychiatry. 1st ed. USA Lippincott Williams Wilkins(LWW). 2000; p. 528.

30. Iliffe S, Wilcock J, Griffin M, Jain P, Thuné-Boyle I, Koch T, et al. Evidence-based interventions in dementia: a pragmatic cluster-randomised trial of an educational intervention to promote earlier recognition and response to dementia in primary care (EVIDEM-ED). Terials. 2010; 13(11): 1-10.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.3.18]