

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

Sousan Salary<sup>1\*</sup>, Fatemeh Amini<sup>2</sup>, Muhammad Ali Asghari Moghaddam<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran

<sup>2</sup>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 elderly 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 statuses 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

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

سوسن سالاری<sup>۱\*</sup>، فاطمه امینی<sup>۲</sup>، محمد علی اصغری مقدم<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور لامرد، لامرد، ایران

### اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۹ بهمن ۱۳۹۵

اصلاحیه: ۱ دی ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: ۸ شهریور ۱۳۹۵

## چکیده

**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 جهان دیدگان 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

## مقدمه

(۸). برخی پژوهشگران مانند لابووی - ویف<sup>۲</sup> و چاندر<sup>۳</sup> (۱۹۷۸، سال 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 دهه بیست سالگی یا اواخر آن شروع می‌شود (۱۱). تشخیص زود هنگام آن به دلیل اهدافی از جمله: پیشگیری ثانویه و مداخله روانی - اجتماعی امری ضروری است (۱۴-۱۲). بر این اساس مسئله تحقیق حاضر بررسی وضعیت شناختی در سالم‌مندان سالم و گروه بالینی و انجام مقایسه 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

مطالعه 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. جامعه آماری برای گروه سالم‌مندان سالم تحقیق شامل کلیه سالم‌مندان عضو کانون جهان دیدگان شهرداری‌های تهران می‌باشد که از این میان تعداد ۲۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از این میان تعداد ۱۲۲ نفر (۴۰/۵۳٪) مرد و ۱۰۸ نفر (۹۵/۴۶٪) را زنان تشکیل می‌دادند. دامنه سنی شرکت کنندگان در مطالعه بین ۶۵ تا ۸۰ سال بود. که طبق دسته‌بندی کاپلان هم شامل سالم‌مندان جوان (۷۵-۷۵) و هم شامل سالم‌مندان پیر (۸۵-۸۵) می‌شد. میانگین و انحراف معیار سنی این گروه به ترتیب (۷۸/۶۵٪) 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 جامعه آماری، کلیه بیماران مبتلا به دمانس شهر تهران بود که از این میان ۹۸ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس (از میان بیماران مبتلا به دمانس کلینیک‌های خصوصی روانپزشکی شهر تهران) انتخاب شدند. از این میان تعداد ۶۳ نفر (۲۸/۶۴٪) را زنان و ۳۵ نفر (۷۱/۳۵٪) را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر تحصیلات سواد، ۲۰٪ سواد خواندن و نوشتن و ۱۳٪ تحصیلات ابتدایی بودند. میانگین سنی و انحراف معیار گروه بالینی به ترتیب ۸۱/۸۶ (۳۱/۲) بود. ابزارها: در این مطالعه

رشد سریع و فزاینده تعداد سالم‌مندان نسبت به جمعیت عمومی در سال‌های اخیر که اصطلاحاً «خاکستری شدن (سفید شدن موی)» جهان نامیده می‌شود، نتیجه روندی است که به عنوان گذار جمعیت‌شناسی<sup>۱</sup> شناخته می‌شود (۱). برای تعریف سالم‌مندان نه تنها سن تقویمی، توانمندی‌های بدنی و ذهنی، منابع اقتصادی - اجتماعی، زمینه 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 تنها یعنی نمی‌تواند عامل تعیین کننده‌ای در تعریف سالم‌مندان 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 جامعه ایران گردید. در مقایسه با ۲/۵٪ در سال ۲۰۰۰ پیش‌بینی می‌شود که ۷/۲۱٪ جمعیت ایران را در سال ۲۰۵۰ افراد بالای ۶۰ سال تشکیل دهنند. 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 دوره سالم‌مندان 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 قضاؤت و تفکر انتزاعی، کاهش مهارت‌های زبانی و اختلال جهت‌یابی است (۷). شایع ترین علامت در مراحل اولیه زوال عقل، ضعیف شدن حافظه کوتاه‌مدت می‌باشد. در هر ۳ ثانیه یک فرد مبتلا به دمانس می‌شود. ابتلاء به دمانس بار عظیمی برای بیماران، خانواده 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

<sup>1</sup> Demographics<sup>2</sup> Labouvie -Vief<sup>3</sup> Chandler<sup>4</sup> Schae

سال و بیشتر داشتند تکمیل شد و در مورد سالمندان عضو کانون جهان دیدگان در روزهای همایش منطقه‌ای با حضور خانواده‌های سالمندان، توسط خانواده‌های آنان یا دوستانی با سابقه دوستی و شناخت بیش از ۱۰ سال تکمیل شد.

### یافته‌ها

یافته‌هایی توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌های شرکت کننده می‌باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش (نمودار کلی مقیاس رولاند و خرده مقیاس‌ها، پرسشنامه معاينة مختصر وضعیت شناختی و خرده مقیاس‌ها و پرسشنامه 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 ( $P < 0.03$ ) است.

ماتریس واریانس کوواریانس را در جدول ۲ می‌توان دید. شاخص Box's M معنی‌دار نیست ( $P > 0.42$ ).  $M = 9/765$  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  $= 57/11$  و  $P < 0.05$ ) کافی بین متغیرهای وابسته جهت اجرای تحلیل مانوا را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود اندازه اثر پیلایی  $= 43/0/0$  است که به شاخص  $f$  که برابر  $1/0/39$  است تبدیل می‌شود ( $1/0/39 = 61/0/1$ ) و مجذور اتای پاره‌ای  $= 4/13/0$ . از روی ارزش مجذور اتای پاره‌ای  $= 0/13/0$  می‌توان معین کرد که متغیر مستقل گروه سالمندان سالم و بیمار مقدار  $13$  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 خطای (آزمون لوین) نشان می‌دهد

برای بررسی وضعیت شناختی از مقیاس سنجش جهانی دمانس رولاند (RUDAS)<sup>۵</sup>، پرسشنامه معاينة مختصر وضعیت روانی (MMSE)<sup>۶</sup> و همچنین برای بررسی وضعیت شناختی در ده ساله اخیر از پرسشنامه آگاهی دهنده کاهش شناختی در پیری (IQCDE)<sup>۷</sup> 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، قضابت، یادآوری و زبان است. نمره گذاری هر یک از ابعاد متفاوت از یکدیگر و جمع نمره‌ها ۳۰ است. نقطه برش، ویژگی و حساسیت این مقیاس به ترتیب  $23/0/89$  و  $0/98/0/0$  گزارش شده است. پایایی بین ارزیابها  $= 0/99/0$  و پایایی بازآزمایی  $= 0/98/0$  به دست آمده است (۱۵). نقطه برش، حساسیت و ویژگی نسخه هندی RUDAS به ترتیب  $23/0/88$  و  $0/76/0/88$  گزارش شده است (۱۶). در ایران نیز هنجار یابی (۱۷، ۱۸) در نمونه سالمندان و هنجار یابی در نمونه بالینی توسط سalarی و همکاران انجام شد (۱۹).

پرسشنامه معاينة مختصر وضعیت روانی (۲۰): این پرسشنامه به عنوان روشی عملی برای درجه‌بندی وضعیت روانی بیماران در سال ۱۹۷۵ به وسیله فولستاین<sup>۸</sup> به متخصصان بالینی معرفی شد. برای پاسخگویی به گویه این پرسشنامه ۱۰-۵ دقیقه وقت نیاز است. پایایی به روش دو نیمه کردن، ویژگی و حساسیت آن به ترتیب  $0/712/0/84/0/90$  گزارش شده است (۱۹).

پرسشنامه آگاهی دهنده کاهش شناختی در پیری (۲۱): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ به وسیله آنتونی جرم<sup>۹</sup>، عضو مرکز تحقیقات بهداشت روان وابسته به دانشگاه ملی استرالیا، برای اندازه‌گیری میزان افت شناختی آزمودنی در ۱۰ سال گذشته طراحی شده است (۲۰). گویه این پرسشنامه روی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌های نمره گذاری می‌شود و خرده مقیاس حافظه اپیزودیک<sup>۱۰</sup>، کارکردهای اجرایی<sup>۱۱</sup>، فعالیت‌های روزمره ابزاری<sup>۱۲</sup>، حافظه دور<sup>۱۳</sup>، جهت‌یابی زمانی<sup>۱۴</sup> و توانایی تمرکز<sup>۱۵</sup> را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی با فاصله ۳ روز  $= 0/96/0/75/0/0$  و با فاصله یک سال  $= 0/89/0/93/0/0$  گزارش شده است (۲۲). در ایران پایایی بازآزمایی و همسانی درونی به ترتیب  $= 0/93/0/89/0/0$  گزارش شده است (۲۰). بررسی انجام شده در ایران نشان داد همبستگی آن با MMSE و آزمون کوتاه شناختی (AMT)<sup>۱۶</sup> (۲۱) در سطح  $0/0/1/0/0$  معنی‌دار است. این پرسشنامه با توجه به ماهیت آن، برای بیماران مبتلا به دمانس، مقیاس توسط نزدیکان که سابقه آشنایی  $10/0$

<sup>5</sup> Rowland universal dementia assessment scale

<sup>6</sup> Mini mental state examination

<sup>7</sup> The informant questionnaire on cognitive decline in the

<sup>8</sup> Folstein

<sup>9</sup> Jorm

<sup>10</sup> Episodic memory

<sup>11</sup> Executive functions

<sup>12</sup> Instrumental activities of daily living

<sup>13</sup> Remote memory

<sup>14</sup> Orientation in time

<sup>15</sup> Ability to focus

<sup>16</sup> Abbreviated mental test

# شناخت

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

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
نمره کل RUDAS	سالم	۲۳۰	۱۴/۸	۲/۷	+/-۰۰۱
	بالینی	۹۸	۴/۷	۱/۸	+/-۰۰۱*
جهت یابی	سالم	۲۳۰	۳/۴	۲/۱	+/-۰۰۱*
	بالینی	۹۸	۱/۲	۱/۱	+/-۰۰۲
کار عملی	سالم	۲۳۰	۲/۸	۱/۹	+/-۰۰۲
	بالینی	۹۸	۱/۷	+/-۴	+/-۰۰۲*
ترسیم	سالم	۲۳۰	۱/۶	+/-۵	+/-۰۰۳*
	بالینی	۹۸	-۰/۳	-۰/۳۹	+/-۰۰۳
قساوت	سالم	۲۳۰	۳/۸	۲/۱	+/-۰۰۴
	بالینی	۹۸	۳/۳	۲/۸	+/-۰۰۴*
یادآوری	سالم	۲۳۰	۵/۳	۲/۱	+/-۰۰۵
	بالینی	۹۸	۴/۷	۱/۸	+/-۰۰۵*
زبان	سالم	۲۳۰	۷/۱	۴/۳	+/-۰۰۶
	بالینی	۹۸	۴/۶	۲/۳	+/-۰۰۶*
حافظة اپیزودیک	سالم	۲۳۰	۷/۸	۳/۳	+/-۰۰۷
	بالینی	۹۸	۴/۱	۲/۱	+/-۰۰۷*
کارکردهای اجرایی	سالم	۲۳۰	۴/۳	۲/۱	+/-۰۰۸
	بالینی	۹۸	۳/۱	۱/۱	+/-۰۰۸*
فعالیت‌های روزمره ایزاری	سالم	۲۳۰	۵/۱	۳/۲	+/-۰۰۹
	بالینی	۹۸	۳/۳	۱/۲	+/-۰۰۹*
حافظة دور	سالم	۲۳۰	۶/۱	۳/۲	+/-۰۰۱۰
	بالینی	۹۸	۳/۷	۱/۲	+/-۰۰۱۰*
جهت یابی زمانی	سالم	۲۳۰	۴/۱	۳/۲	+/-۰۰۱۱*
	بالینی	۹۸	۳/۷	۲/۱	+/-۰۰۱۱
توانایی تمرکز	سالم	۲۳۰	۶/۱	۳/۶	+/-۰۰۱۲
	بالینی	۹۸	۵/۱	۲/۴	+/-۰۰۱۲*
نمره کل MMSE	سالم	۲۳۰	۴/۶	-۰/۷۴	+/-۰۰۱۳
	بالینی	۹۸	۵/۱	۴/۱	+/-۰۰۱۳*
جهت یابی Orientation	سالم	۲۳۰	۶/۱	۲/۳	+/-۰۰۱۴
	بالینی	۹۸	۴/۳	۱/۹	+/-۰۰۱۴*
Registration	سالم	۲۳۰	۶/۶	۲/۶	+/-۰۰۱۵
	بالینی	۹۸	۵/۳	۲/۳	+/-۰۰۱۵*
Attention Calculation	سالم	۲۳۰	۶/۱	۲/۸	+/-۰۰۱۶
	بالینی	۹۸	۳/۲	۲/۷	+/-۰۰۱۶*
Recent Memory	سالم	۲۳۰	۴/۹	۲/۵	+/-۰۰۱۷
	بالینی	۹۸	۲/۷	۲/۵	+/-۰۰۱۷*
Visuospatial Thinking	سالم	۲۳۰	۶/۱	۱/۴	+/-۰۰۱۸
	بالینی	۹۸	۴/۱	۲/۱	+/-۰۰۱۸*
Language Function	سالم	۲۳۰	۵/۱	۲/۱	+/-۰۰۱۹
	بالینی	۹۸	۳/۲	۱/۵	+/-۰۰۱۹*

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

ام باکس	f	df 1	df 2	سطح معنی داری
۹/۷۶۵	۱/۱۴	۸	۲۲۱/۱۲	۰/۴۳

جدول ۳- نتایج آزمون کرویت بارتلت.

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

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

نمای آزمون	مقدار	F	df	سطح معنی داری	مجذور اثای پاره ای	نمای آزمون
اثر پلایی	.۰/۴۲۲	۳۹/۰۱	۲	۲۶۱	P<۰/۰۰۱	.۰/۱۳۴
لامبادای ولکز	.۰/۵۲۲	۳۹/۰۱	۲	۲۵۱	P<۰/۰۰۱	.۰/۱۱۲
اثر هنلینگ	.۰/۷۲۲	۳۹/۰۱	۲	۲۴۰	P<۰/۰۰۱	.۰/۱۴۳
بزرگترین رشته روی	.۰/۸۱۲	۳۹/۰۱	۵	۲۱۸	P<۰/۰۰۱	.۰/۱۷۸

جدول ۵- نتایج همگنی واریانس های خطای آزمون لوبن).

متغیر	RUDAS	IQCDE	MMSE	متغیر
نمره کل	۴/۶۵	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۰۰۶
جهت یابی	۲/۵۴	۶/۲۱	۶/۱۱	۰/۰۰۵
کار عملی	۵/۶۱	۶/۲۱	۶/۲۲	۰/۲۴
توسیع	۰/۱۲۴	۰/۱۲۴	۰/۱۲۴	۰/۰۷۶
قضاؤت	۲/۵۷	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۱۲۹
یادآوری	۲/۷۸	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۳۰
زبان	۷/۲۲	۶/۲۱	۶/۲۲	۰/۶۵
حافظه اپیزودیک	۵/۶۱	۶/۲۱	۶/۲۲	۰/۰۰۵
کارکردهای اجرایی	۴/۲۱	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۷۱
فعالیت های روزمره ابزاری	۶/۲۱	۶/۲۱	۶/۲۲	۰/۱۲۲
حافظه دور	۴/۵۱	۴/۵۱	۴/۵۱	۰/۰۴۴
جهت یابی زمانی	۲/۲۴	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۰۴۳
توانایی تمرکز	۴/۲۲	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۶۱
نمره کل	۹/۴۴	۹/۴۴	۹/۴۴	۰/۶۶
جهت یابی	۶/۱۱	۶/۱۱	۶/۱۱	۰/۷۶
کار عملی	۵/۶۳	۶/۱۱	۶/۱۱	۰/۶۵
توسیع	۳/۴۱	۴/۲۱	۴/۲۱	۰/۸۱
قضاؤت	۵/۲۲	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۲۱۰
یادآوری	۶/۲۲	۶/۲۱	۶/۲۲	۰/۰۰۳
زبان	۵/۶۹	۴/۲۱	۴/۲۲	۰/۱۲

# شناختی

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

متغیر	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F معنی‌داری	محدوده اتاویارهای
RUDAS	۴۵۶/۷۶	۹	۲۲۸/۲۸	۱۲/۴۵	+/۳۲۱
	۴۲۱/۸	۹	۱۶۰/۹	۲۲/۷	+/۱۷۶
	۲۲/۸	۹	۱۱۱/۴	۳/۱۲	+/۱۵۶
	۱۲/۱	۹	۶/۰۵	۱۱/۲	+/۰۴۴
	۵۴۲/۶۱	۹	۲۷۱/۸۰۵	۵۶/۴۲	+/۰۶۵
	۷۶۵/۲	۹	۳۸۲/۶	۴۴/۲۲	+/۱۴۸
	۲۴۴/۵	۹	۱۷۲/۲۵	۳۲/۱	+/۱۹۸
	۳۱۲/۲	۹	۱۵۶/۱	۴۲/۳	+/۱۲۳
	۶۵۴/۳	۹	۲۲۷/۱۵	۵۱/۲	+/۰۹۸
	۴۰۴/۱	۹	۲۵۱/۰۵	۳۲/۷	+/۰۰۱+
IQCDE	۴۳۲/۲	۹	۲۱۶/۱	۷۶/۲	+/۱۱۷
	۳۴۲/۱	۹	۱۷۱/۰۵	۲۳/۹	+/۰۷۶
	۵۴۱/۸۹	۹	۲۷/۴۴۵	۷/۸۵	+/۱۵۳
	۷۸۹/۴۳	۹	۳۹۴/۷۱۹	۳۹/۷	+/۰۰۱
	۵۴۶/۱	۹	۲۷۲/۰۰۵	۶۱/۷	+/۱۶۳
	۲/۶۰۴	۹	۱۵/۳۰۲	۲/۳۱	+/۰۶۵
	۵۲/۲۱۲	۹	۷۶۵/۱۰۶	۷/۴۱	+/۱۷۷
	۳/۵۲۱	۹	۶۵/۲۶۰	+۵/۳۳	+/۰۸۵
	۲/۲۶۵	۹	۶۵/۱۳۲	۷۷/۵	+/۱۸۹
	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	+/۰۰۱+
MMSE	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	مشترک
	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	مشترک
	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	مشترک
	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	مشترک
	۹/۷۸	۹	۴۵/۳۹	۶/۲۲	مشترک

(F=۳۲، P<۰/۰۰۰۱)، حافظه دور زمانی (F=۲۳/۹ و P<۰/۰۰۱)، توانایی تمرکز (F=۲۳/۹ و P<۰/۰۰۶) از نظر آماری معنی‌دار است، مشخص است که تفاوت بین دو گروه سالم‌مند سالم و بیمار قابل مورد خرده مؤلفه‌های جهت‌یابی، کار عملی، قضاوت، یادآوری و زبان در اثر چند متغیری سهم معنی‌دار داشته است. تحلیل واریانس تک متغیری

و زبان در اثر چند متغیری سهم معنی‌دار داشته است. تنها خرده مقیاس ترسیم مقیاس RUDAS (P<۰/۰۴۳) و (F=۱۱/۳) در میان دو گروه سالم‌مند سالم و بیمار قابل مقایسه (یکسان) است. تحلیل واریانس تک متغیری خرده مؤلفه‌های IQCDE (حافظه اپیزودیک (P<۰/۰۰۵ و F=۴۲/۳)، کارکردهای اجرایی (P<۰/۰۰۷ و F=۴۲/۳)، فعالیت‌های روزمره ابزاری (P<۰/۰۰۱ و F=۵۱/۳)،

حدی است که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی وی می‌گردد. در صورتی که در سالم‌مندان 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 اعصابی 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 حافظه 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 سالم‌مندان طبیعی، در آزمون‌های استاندارد حافظه و فرآگیری در مقایسه با گروه جوانان ضعیفتر عمل می‌کنند. کاهش حافظه، در سالم‌مندی طبیعی و در بعضی از وجوده آن نمایان‌تر است.

در بعضی از قلمروها مانند: دامنه 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، نمائی برخوردار باشد. فراگرفتن موضوعات جدید و زبان خارجی با افزایش سن مشکل تر می‌شود (۲۸، ۲۷). علت کاهش حافظه در سالم‌مندی 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 رفتان 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

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

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری بین وضعیت شناختی کنونی و ده ساله اخیر در دو گروه سالم‌مندان 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 ساله 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 فرضیه 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<sup>۱۷</sup> مرتبط با سن ناشی می‌شوند، بدین معنی که در بسیاری از آزمون‌های مجموعه آزمون‌های هوشی، آزمودنی باید در مدت کوتاهی به پرسش‌ها پاسخ بدهد و در نتیجه عده قلیلی قادرند به همه 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 زمینه روانشناسی سالم‌مندی دانسته می‌شود (۲۵).

افراد در گروه بالینی نمره پایینی در مقیاس‌ها نسبت به گروه سالم به دست آورده‌اند. در مورد حافظه ده ساله 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

<sup>۱۷</sup> Peripheral

در دسترس رو به رو است که تعمیم یافته‌ها را با مشکل رو به رو می‌کند. همچنین محدودیت دیگر در استفاده از تنها یک ابزار برای بررسی وضعیت شناختی ده ساله اخیر است و بررسی دقیق‌تر این مقایسه نیازمند تحقیقات طولانی می‌باشد.

خوردن غذاهای چرب و فعالیت ذهنی داشتن، خطر ابتلاء به دمانس نوع آلزایمر و دمانس عروقی را کاهش می‌دهد و به جلوگیری از دمانس کمک می‌کند (۳۰). این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری در حیطه علوم انسانی با محدودیت‌هایی همچون، استفاده از نمونه‌گیری

## 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. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000.
3. Kiani S, Bayanzadeh M, Tavallaei 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. 2<sup>nd</sup> 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. 3<sup>th</sup> 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 VieG. 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 intelligence. 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 the Alzheimer'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, Masomian 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 (IQCODE): 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

- 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, Loguidice 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 medicine and gerontology. 4<sup>th</sup> 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. 3<sup>th</sup> ed. USA: Merk. 2000. p.307-10.
29. Barry S, Fogel MD, Randolph B, Schiffer MD, Stephen M. Synopsis of neuropsychiatry. 1<sup>st</sup> 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). Trials. 2010; 13(11): 1-10.