



The Relationship between Social Support and Cognitive Status Among Older Adults: Neyshabur Longitudinal Study on Ageing

Zohreh Rahaei¹, Somaye Borji^{2*}, Nayyereh Aminisani³, Hossein Fallahzadeh⁴

1-Department of Health Education, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2- School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3- Healthy Ageing Research Centre, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran.

4- Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Corresponding author: Somaye Borji, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Email: sborji64@gmail.com

Received: 31 Oct 2023

Accepted: 26 Nov 2023

Abstract

Introduction: Aging has caused physical and cognitive defects in older adults, requiring serious intervention to support them. This research was conducted with the aim of investigating relationship between social support and cognitive status among older adults of Neyshabur city.

Methods: This cross-sectional study was conducted based on the data of the first phase of registration of the longitudinal Neyshabur Geriatric Cohort on 3451 people of 60 years and above. Data collection was done using demographic questionnaires, MMSE, MOCA and Duke social support questionnaire. data was analyzed using SPSS v.16 software.

Results: With the MMSE, one fifth of the participants (20.3%) and with the MOCA, almost half of the respondents (49.3%) did not have cognitive disorder. 84% of the respondents were satisfied with the social support received most of the time, and they were satisfied, had the least cognitive impairment. Education level was the strongest factor in predicting cognitive disorder, and MOCA was more influenced by demographic variables than MMSE.

Conclusions: Due to the high prevalence of cognitive disorders among older adults, careful examination and screening of cognitive disorders can lead to early diagnosis and prevention of disorder progression. Also, considering the relationship between social support and cognitive status, increasing the use of mass media, online technologies, designing programs and group recreational and sports activities can be effective in improving the cognitive status in older adults.

Keywords: Older adult, Cognitive, Social support, MMSE, MOCA.



رابطه حمایت اجتماعی با وضعیت شناختی سالمندان: مطالعه طولی سالمندی نیشابور

زهرة رهایی^۱، سمیه برجی^۲، نیره امینی ثانی^۳، حسین فلاح زاده ابرقویی^۴

۱- گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۲- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۳- مرکز تحقیقات سالمندی سالم، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران.

۴- گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات پیشگیری و اپیدمیولوژی بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: سمیه برجی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
ایمیل: sborji64@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۹

چکیده

مقدمه: افزایش سن موجب بروز نقایص جسمانی و شناختی سالمندان شده، مداخله جدی برای حمایت از سالمندان را می‌طلبد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی بر وضعیت شناختی در سالمندان شهرستان نیشابور انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مقطعی بر اساس داده‌های فاز اول ثبت نام مطالعه کوهورت طولی سالمندی نیشابور بر روی ۳۴۵۱ نفر از افراد ۶۰ سال به بالا انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، MMSE، MOCA و پرسشنامه حمایت اجتماعی دوک صورت گرفت و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** با ابزار MMSE یک پنجم سالمندان (۲۰/۳٪) و با ابزار MOCA تقریباً نیمی از پاسخگویان (۴۹/۳٪) اختلال شناختی نداشتند، ۸۴ درصد از پاسخگویان اکثر اوقات از حمایت اجتماعی دریافت شده راضی بودند و سالمندانی که از حمایت اجتماعی دریافت شده راضی بودند، کمترین اختلال شناختی را داشتند. تحصیلات قویترین عامل در پیش بینی اختلال شناختی بود و ابزار MOCA نسبت به MMSE بیشتر تحت تاثیر متغیرهای دموگرافیک قرار داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای اختلال شناختی در سالمندان، بررسی دقیق و غربالگری اختلالات شناختی می‌تواند به تشخیص زودرس و پیشگیری از پیشرفت اختلال منجر گردد. همچنین نظر به ارتباط حمایت اجتماعی با وضعیت شناختی افزایش استفاده از رسانه‌های گروهی، فناوری‌های آنلاین، طراحی برنامه‌ها و فعالیت‌های گروهی تفریحی و ورزشی می‌تواند در بهبود وضعیت شناختی سالمندان موثر باشد. **کلیدواژه‌ها:** سالمند، شناخت، حمایت اجتماعی، MMSE، MOCA.

مقدمه

سال ۱۴۱۰ در کشورمان انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سالگی قرار خواهند گرفت (۴).

اگر چه رسیدن به سن سالمندی را باید یکی از عمده ترین پیشرفت‌های بشر محسوب کرد اما متأسفانه سالمندان به خاطر قرارگیری در محدوده خاصی از زندگی، در معرض خطر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، ناتوانی حرکتی، اختلال حافظه و شناختی، تنهایی، انزوا، اضطراب، تغییر شخصیتی

جمعیت جهان به سرعت به سمت سالمندی پیش می‌رود؛ به طوری که سازمان جهانی بهداشت قرن بیست و یکم را قرن سالمندان نامیده است (۱). براساس گزارش سازمان ملل تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان جهان به میزان دو برابر افزایش خواهد یافت (۲). همچنین ۸۰ درصد این جمعیت در کشورهای با درآمد کم تا متوسط زندگی می‌کنند (۳). در صورتیکه روند زندگی به همین سان پیش رود در حوالی

و خلقی، کاهش عزت نفس و برخوردار نشدن از حمایت‌های اجتماعی هستند و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی استقلال فردیشان تهدید می‌شود (۵). افزایش سن موجب بروز نقایص جسمانی و شناختی سالمندان شده و با سلامتی آنان تداخل دارد. از جمله نقایصی که در حال حاضر توجه تعداد زیادی از متخصصان را به خود جلب کرده، اختلالات شناختی سالمندان است (۶). اختلالات شناختی نقص وسیع در عملکرد مغزی مربوط به توانایی، یادگیری با سرعت طبیعی، رفتارهای مناسب در اجتماع، درک فرآیندها و اطلاعات می‌باشد (۷).

مطالعات نشان داده‌اند حدود ۵٪ سالمندان اختلال شناختی شدید، ۴۷/۵٪ اختلال متوسط و ۳۰٪ اختلال شناختی خفیف داشته و تنها ۱۷/۵٪ اختلالی ندارند (۶). همچنین مطالعه کاظمی و همکاران بر روی سالمندان کهریزک نشان داد با کاهش وضعیت شناختی سالمندان، توانایی انجام کارهای روزانه مثل لباس پوشیدن و استحمام کردن کاهش می‌یابد (۸). این اختلال موجب افت کارایی و ناتوانی در انجام فعالیت روزانه، راه رفتن، تعادل و حفظ قامت می‌شود (۵). این سندروم معمولاً با از دست دادن حافظه طی ماه‌ها یا سالها شروع می‌گردد و در مراحل بعدی با علائم غیر شناختی مانند پرخاشگری، بی‌قراری، مشکلات عاطفی و رفتارهای سختگیرانه همراه است که در نهایت استقلال فرد را با مشکل مواجه می‌کند (۳)، بطوریکه زندگی فردی و اجتماعی شخص را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). Vivanti و همکاران معتقدند کاهش عملکرد شناختی به افزایش محدودیتها و مرگ و میر آنان منجر می‌شود. در مطالعات عواملی همانند سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، استرس بر وضعیت شناختی در سالمندان تأثیرگذار بوده است. یکی از این عوامل حمایت اجتماعی است که بر سلامت جسمی و روانی تأثیر مثبتی دارد (۷).

در دوره سالمندی، سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماریهای مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده‌اند (۱۰، ۳) و وجود ارتباط حمایت اجتماعی و اختلال شناختی با فعالیتهای روزمره زندگی تأیید شده است (۸). حمایت اجتماعی در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و شناختی (۱۱) و عامل مهمی در سالمندی موفقیت آمیز بوده و به طور سنتی به عنوان

حمایت از طرف خانواده، دوستان و آشنایان در نظر گرفته شده است. در پژوهشها مهمترین حمایت کنندگان در درجه اول همسر، سپس فرزند پسر و در درجه سوم فرزند دختر بوده است (۱۲).

حمایت اجتماعی یک عامل محافظتی در افراد دارای ناتوانی و یک فاکتور موثر بر سازگاری با عوارض پیری است. حمایت اجتماعی افراد را قادر می‌سازد تا در شرایط استرس زا احساس امنیت و آرامش، عزت نفس، ارزشمند بودن و تعلق خاطر داشته باشند و همه این عوامل با سلامت، همبستگی مثبت دارد به طوری که نجفی و باصری در مطالعه خود بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی خود شکوفایی و امید به زندگی در سالمندان را ارتقا می‌بخشد (۸).

علاوه بر این بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهند که کاهش حمایت‌های سنتی و فقدان نظامهای حمایتی جایگزین، سلامت روانی و اجتماعی سالمندگن را کاهش می‌دهد و در نتیجه افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند سلامت روانی و اجتماعی کمتری را دارا هستند (۱۳). همچنین شواهد بسیاری نشان می‌دهد افرادی که از حمایت اجتماعی بهتری برخوردارند، در مقایسه با آن دسته از افراد که حمایت اجتماعی دریافت نمی‌کنند، از سلامت بهتری بهره‌مند هستند (۱۴).

مطالعات زیادی برای بررسی جنبه‌های مختلف سلامتی در جمعیت مسن‌تر در ایران انجام شده است با این حال، اکثر آنها مقطعی و در یک ویژگی خاص از پیری متمرکز بوده‌اند، اندازه نمونه کوچک یا در یک نمونه غیر نماینده از سالمندان انجام شده است، نقاط ضعفی که تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌کند. مطالعات کوهورت در میان سالمندان بزرگسال در ایران کمیاب هستند (۱۵). با توجه به تحقیقات محدود در این زمینه نیاز است با مطالعات بیشتر در این خصوص به شناخت ابعاد مختلف مسائل و چالشهای سالمندی دست یافت تا بتوان جهت ارتقای سطح سلامت شناختی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان گام موثری برداشت. لذا این پژوهش با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با وضعیت شناختی در سالمندان شهرستان نیشابور براساس داده‌های فاز ثبت نام مطالعه طولی سالمندی که بخش سالمندان مطالعه کوهورت ملی پرشین می‌باشد انجام گرفت.

اجتماعی است. روانسنجی آن مورد تایید و پایایی پرسشنامه در مطالعه فرامرزی و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تأیید شده است (۱۶۸).

پرسشنامه آزمون کوتاه حالت روانی MMSE

این آزمون برای اولین بار توسط Flosetin در سال ۱۹۷۵ به عنوان یک روش عملکردی برای درجه بندی سطوح شناختی در نظر گرفته شد. Internal consistency گزارش شده برای این آزمون با آلفا کرونباخ ۹۶ درصد بوده است. در پایایی اولیه که توسط Flosetin و همکاران انجام گردید، حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۱۰۰ درصد گزارش شد. این پرسشنامه یک وسیله معتبر جهانی برای ارزیابی مخصوص شناختی در ۶ زمینه است. نمره گذاری این آزمون به صورت ۰-۱۰ اختلال شناختی شدید، ۱۱-۲۰ اختلال شناختی متوسط، ۲۱-۲۶ اختلال شناختی خفیف و ۲۷-۳۰ شناخت طبیعی می باشد. میزان پایایی به دست آمده Cronbach's alpha، ۷۸ درصد را نشان می داد و در نقطه برش، ۲۱ حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد. هنجاریابی این آزمون در ایران توسط فروغان و همکاران انجام شد (۱۷).

پرسشنامه ارزیابی شناختی مونترال MOCA

آزمون ارزیابی شناختی مونترال نیز توسط نصرالدین و همکاران برای تعیین MCI (اختلال شناختی خفیف) پایه گذاری شده است. نتایج نشان داد که MOCA حساسیت بالایی برای تشخیص MCI ۹۰ درصد (برای بیماری آلزایمر ۱۰۰ درصد) دارد. پایایی این آزمون با آلفا کرونباخ، ۹۲ درصد و میزان IC آن ۸۳ درصد بود. نقطه برش ۲۴ برای آن تعیین شده است. این آزمون یک صفحه ای با نمره حداکثر ۳۰ می باشد و در کمتر از ۱۵ دقیقه انجام می شود. نمره گذاری این آزمون به صورت ≤ 26 سالمند طبیعی، $MCI > 26$ و > 26 آلزایمر می باشد. بیشترین امتیاز این آزمون ۳۰ نمره است و امتیاز ۲۶ یا بیشتر طبیعی محسوب می شود (۱۷). در این مطالعه پرسشنامه MOCA در برابر MMSE توسط مرکز کوهورت سالمندی نیشابور اعتبارسنجی شد که با نظر متخصصان مربوطه قسمتهایی که نیاز به سواد داشت برای بیسوادان به شکل تصویری جایگزین گردید.

این آزمون شامل ۷ حیطه شناختی است. امتیاز ۳-۰ (اختلال شناختی شدید)، امتیاز ۶-۴ (اختلال شناختی متوسط) و امتیاز

روش کار

این مطالعه مقطعی بر اساس داده‌های فاز اول ثبت نام مطالعه کوهورت طولی سالمندی نیشابور که جزء مطالعه کوهورت ملی پرشین است، انجام شد. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش افراد ۶۰ سال به بالا بودند. در فاز ثبت نام کوهورت سالمندی نیشابور ۷۴۶۲ نفر بالای ۵۰ سال وارد مطالعه شدند و اطلاعات آن‌ها در زمینه های مختلف در دسترس است. حدود ۴۰۰۰ نفر هم پرسشنامه‌های تکمیلی و آزمایشات تکمیلی را علاوه بر اطلاعات پایه دارند. در این مطالعه از بخش اطلاعات پایه این کوهورت استفاده شد که با حذف افراد زیر ۵۰ سال، ۳۴۵۱ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. روش جمع آوری داده ها استفاده از پرسشنامه های مرکز کوهورت سالمندی نیشابور می باشد که روایی آن با استفاده از نظر متخصصین و پایایی آن انجام شده است.

معیارهای ورود و خروج در مناطق مختلف شامل قرار گرفتن در محدوده سنی موردنظر (۶۰ سال و بالاتر)، سکونت در منطقه موردنظر، ایرانی بودن (متولدین ایران با تابعیت متفاوت والدین مثلاً پدر افغانی مادر ایرانی و مشابه آن می‌توانستند ثبت‌نام شوند)، شرایط مطلوب برقراری ارتباط از نظر روانی و شناختی در فاز ثبت نام بود. در این پژوهش ابتدا نقشه شهر و لیست مراکز بهداشتی مشخص شد و هماهنگی های لازم جهت سرشماری انجام گردید. لیست افراد بالای ۶۰ سال مشخص شد. برای دستیابی صحیح به یک نمونه قابل معرف از طریق مراکز بهداشتی سرشماری صورت گرفته سپس طی دو مرحله نمونه گیری صورت گرفت. ابتدا به روش طبقه بندی سهم هر مرکز بهداشتی معین و سپس به روش تصادفی ساده افراد انتخاب شدند. هر فردی که در نمونه قرار گرفت از همسر وی نیز برای شرکت در مطالعه دعوت بعمل آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی دوک

این پرسشنامه حمایت اجتماعی را با ۱۱ سؤال در دو بعد تعاملات اجتماعی (۴ سؤال) و رضایت اجتماعی (۷ سؤال) اندازه گیری می کند. هر سؤال دارای نمره یک تا ۳ به صورت به ندرت/ بسیار ناراضی (امتیاز ۱)، گاهی اوقات/ ناراضی (امتیاز ۲) و اکثر اوقات/ راضی (امتیاز ۳) است. دامنه نمرات حمایت اجتماعی کل ۳۳ - ۱۱ است. هرچه نمره کسب شده بالاتر باشد، نشانه سطح بالاتری از حمایت

آزمون t مستقل، تحلیل واریانس (ANOVA) تحلیل شد. در تمام موارد سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۳۴۵۱ سالمند مورد بررسی شده در پژوهش حاضر، ۵۲/۵ درصد شرکت کنندگان در پژوهش مرد و بیشترین شرکت کنندگان در پژوهش، در رده سنی ۶۵-۶۰ (۴۳/۴ درصد) سال بودند. سایر متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱ آمده است. **جدول ۱:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد

بالاتر از ۷ (وضعیت شناختی طبیعی) محسوب می شود. همسانی درونی این ابزار در مطالعه بختیاری و همکاران به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد. همچنین فروغان و همکاران پایایی سوالات این آزمون را در سالمندان ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ اعلام نمودند (۱). در این پژوهش از شاخص های توصیفی مناسب مثل میانگین و انحراف معیار برای خلاصه سازی داده های کمی و از فراوانی و درصد برای داده های کیفی استفاده خواهد شد. داده ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از

مطالعه

| متغیرها | دموگرافیک | زیر گروه | تعداد | درصد |
|------------|-----------|-------------------|-------|------|
| جنسیت | | مرد | ۱۸۱۱ | ۵۲/۵ |
| | | زن | ۱۶۴۰ | ۴۷/۵ |
| سن | | ۶۵-۶۰ | ۱۴۹۸ | ۳۴/۴ |
| | | ۷۰-۶۶ | ۶۵۶ | ۱۹/۰ |
| | | ۷۵-۷۱ | ۴۳۱ | ۱۲/۵ |
| وضعیت تاهل | | ۸۰-۷۶ | ۲۴۸ | ۷/۲ |
| | | ۸۰ سال و بالاتر | ۲۳۴ | ۶/۸ |
| | | زندگی به تنهایی | ۴۸۹ | ۱۴/۲ |
| تحصیلات | | با کسی زندگی کردن | ۲۹۳۳ | ۸۵/۰ |
| | | بی سواد | ۱۲۶۱ | ۳۶/۵ |
| | | دبستان | ۱۳۴۴ | ۳۸/۹ |
| | | دیپلستان و دیپلم | ۵۶۱ | ۱۶/۳ |
| | | تحصیلات دانشگاهی | ۲۴۸ | ۷/۲ |
| شغل | | کارمند | ۶۱۶ | ۱۷/۸ |
| | | آزاد | ۹۴۹ | ۲۷/۵ |
| | | کشاورزی | ۳۳۴ | ۹/۷ |
| | | کارگر | ۲۲۸ | ۶/۶ |
| | خانه دار | ۱۲۸۴ | ۳۷/۲ | |

با ابزار MOCA، تقریباً نیمی از پاسخگویان ۴۹/۳٪ در رده نرمال قرار داشتند. تعداد موارد بی پاسخ ۴۶٪ بود (جدول ۳).

براساس ابزار MMSE تنها یک پنجم سالمندان مورد بررسی (۲۰/۳ درصد) در رده نرمال بودند. (جدول ۲) و مطابق

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های مورد بررسی بر حسب وضعیت شناختی MMSE

| متغیرها | وضعیت شناختی | زیر گروه | تعداد | درصد |
|---------|--------------|---------------------|-------|------|
| MMSE | | اختلال شناختی شدید | ۴ | ۱ |
| | | اختلال شناختی متوسط | ۸۷۸ | ۲۵/۴ |
| | | اختلال شناختی خفیف | ۱۷۱۶ | ۴۹/۷ |
| | | نرمال | ۶۹۹ | ۲۰/۳ |

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های مورد بررسی بر حسب وضعیت شناختی MOCA

| متغیرها | وضعیت شناختی | زیر گروه | تعداد | درصد |
|---------|--------------|---------------------|-------|------|
| MOCA | | اختلال شناختی شدید | ۱۴ | ۴ |
| | | اختلال شناختی متوسط | ۱۴۶ | ۴/۲ |
| | | نرمال | ۱۷۰۳ | ۴۹/۳ |

در این مطالعه ۸۴ درصد از پاسخگویان از حمایت اجتماعی دریافت شده اکثر اوقات راضی بودند (جدول ۴).

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های مورد بررسی بر حسب حمایت اجتماعی

| حمایت اجتماعی | زیر گروه | Frequency | Percent |
|---------------|---------------------|-----------|---------|
| حمایت اجتماعی | گاهی اوقات / ناراضی | ۵۰۷ | ۱۴/۷ |
| | اکثر اوقات / راضی | ۳۹۰۳ | ۸۴/۱ |

میانگین هر دو ابزار MMSE (۲۱/۵۹) و MOCA (۱۴/۴۲)، مشاهده شد سالمندانی که از حمایت اجتماعی دریافت شده راضی بودند کمترین اختلال شناختی را داشتند (جدول ۵).

رابطه بین وضعیت شناختی با حمایت اجتماعی با توجه به مقدار معنی داری ($P < ۰/۰۵$)، حداقل بین دو گروه اختلاف معنی داری از نظر اختلال شناختی وجود داشت که کمترین اختلال شناختی در رده راضی قرار داشت که در بررسی

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمره وضعیت شناختی سالمندان بر حسب حمایت اجتماعی در پاسخگویان

| متغیرها | حمایت اجتماعی | زیر گروه | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | Sig. (2-tailed) |
|---------------|---------------|---------------------|------|-------|----------------|-----------------|-----------------|
| حمایت اجتماعی | MMSE | گاهی اوقات / ناراضی | ۴۸۰ | ۲۱/۵۹ | ۴/۰۴۲ | ۰/۱۸۴ | > ۰/۰۰۱ |
| | | اکثر اوقات / راضی | ۲۸۰۳ | ۲۳/۱۳ | ۳/۸۹۲ | ۰/۰۷۴ | |
| | MOCA | گاهی اوقات / ناراضی | ۳۵۴ | ۱۴/۴۲ | ۵/۹۰۸ | ۰/۳۱۴ | > ۰/۰۰۱ |
| | | اکثر اوقات / راضی | ۱۵۰۳ | ۱۶/۲۷ | ۵/۸۹۶ | ۰/۱۵۲ | |

کل وضعیت شناختی با ابزار MMSE و MOCA داشته است، بطوریکه با هر واحد افزایش در نمره تحصیلات و حمایت اجتماعی، میانگین نمره کل وضعیت شناختی افزایش داشته است. در این مدل نمره وضعیت تاهل تاثیر معنی داری بر میانگین نمره کل وضعیت شناختی با ابزار MMSE و MOCA نداشته است. در هر دو مدل تحصیلات قویترین

براساس جدول نتایج حاصل از برآزش مدل رگرسیونی نشان داد که نمره سن و جنس تاثیر معنی داری بر نمره کل وضعیت شناختی با ابزار MMSE و MOCA داشته است، بطوریکه با هر واحد افزایش در نمره سن و جنس، میانگین نمره کل وضعیت شناختی کاهش داشته است و همچنین نمره تحصیلات و حمایت اجتماعی تاثیر معنی داری بر نمره

عامل در پیش بینی اختلال شناختی بود (جدول ۶).

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی ارتباط بین نمره کل وضعیت شناختی با ابزار MMSE و MOCA (متغیر وابسته) با متغیرهای مستقل و متغیرهای دموگرافیک

| R2 | P-value | آمار آزمون t | ضرایب رگرسیون استاندارد شده | ضرایب رگرسیون استاندارد نشده | متغیرهای مستقل | |
|-------|---------|--------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|------|
| ۰/۴۰۹ | >۰/۰۰۱ | -۱۰/۴۲۷ | -۰/۱۷۲ | -۰/۵۴ | سن | MMSE |
| | >۰/۰۰۱ | -۱۰/۳۳۱ | -۰/۱۸۱ | -۱/۴۲۶ | جنس | |
| | ۰/۷۷۰ | -۰/۲۹۲ | -۰/۰۰۵ | -۰/۰۵۶ | تاھل | |
| | >۰/۰۰۱ | ۲۷/۶۱۲ | ۰/۴۷۸ | ۲/۰۷۳ | تحصیلات | |
| | ۰/۰۱۴ | ۲/۴۶۲ | ۰/۰۳۹ | ۰/۰۴۹ | نمره حمایت اجتماعی | |
| | >۰/۰۰۱ | ۳۳/۱۷۰ | | ۶۱۹/۱۹ | مقدار ثابت | |
| ۰/۵۴۶ | >۰/۰۰۱ | -۲۶۵/۱۱ | -۰/۲۱۶ | -۰/۹۶۱ | سن | MOCA |
| | >۰/۰۰۱ | -۵/۷۹۸ | -۰/۱۱۹ | -۱/۴۰۵ | جنس | |
| | ۰/۸۴۲ | ۰/۱۹۹ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۶۶ | تاھل | |
| | >۰/۰۰۱ | ۱۶۲/۳۰ | ۰/۵۹۷ | ۴/۳۲۵ | تحصیلات | |
| | ۰/۰۳۴ | ۱۲۱/۲ | ۰/۰۴۰ | ۰/۰۷۳ | نمره حمایت اجتماعی | |
| | >۰/۰۰۱ | ۶۵۱/۸ | | ۱۰/۶۶۵ | مقدار ثابت | |

این نتایج براساس بالاترین مقدار ضریب تعیین بیان شده است.

شناختی طبیعی، یک سوم تا یک چهارم افراد اختلال شناختی متوسط، بیش از ۲۰ تا ۵۰ درصد دارای اختلال شناختی خفیف بودند و نیز درصد بسیار کمی ۱/۲ درصد دچار اختلال شناختی شدید بودند که در اختلال شناختی شدید با مطالعه حاضر در نتایج معیار MMSE همخوانی دارد (۱۸،۷۶،۱۹). در مطالعه سیکارودی و همکاران ۱۲/۲ درصد از بیماران مورد مطالعه با ابزار MOCA مبتلا به اختلال شناختی تشخیص داده شدند که البته اکثریت افراد مورد مطالعه متاهل و تحصیلات زیر دیپلم داشتند (۱۹). الگوریتم روانسنجی متفاوت برای تعریف اختلال روانشناختی، گروه های سنی، حجم نمونه و جوامع متفاوت در مطالعات مختلف می تواند توجیه کننده این تفاوت آماری باشد. وجود عواملی از جمله بیماری، ناتوانی های جسمی، بیکاری، عدم توجه دیگران و احساس ناتوانی در کنترل محیط سبب می شود اختلال شناختی در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی داشته باشد. پیشنهاد می شود با توجه به شیوع فراوان اختلال شناختی، با انجام اقداماتی مثل کاهش استرس، انجام فعالیت های ورزشی مناسب و رفتاردرمانی، بروز اختلال شناختی را کنترل کرد یا به تأخیر انداخت و افراد مبتلا را هر چه سریع تر شناسایی کرد (۶).

بحث

در این پژوهش وضعیت شناختی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی در سالمندان مراجعه کننده به مرکز کوهپور ملی پرشین در شهرستان نیشابور مورد بررسی قرار گرفت. براساس ابزار MMSE تقریباً نیمی از شرکت کنندگان اختلال شناختی خفیف و تنها یک پنجم در رده نرمال بودند و با ابزار MOCA، تقریباً نیمی از پاسخگویان در رده نرمال قرار داشتند. در مطالعه ای که در شاهرود ۲۰۰۸ انجام شد، اختلالات شناختی در سالمندان ساکن سرای سالمندان با سالمندانی که ساکن منازل شخصی بودند، مقایسه شد. نتایج نشان داد که در سالمندان ساکن منزل، نیمی از سالمندان دارای اختلال شناختی به صورت اختلال خفیف بودند که تقریباً با نتایج معیار MMSE همخوانی دارد، میزان اختلال شناختی متوسط ۴۴ درصد و شدید ۱/۱ درصد بود، درحالی که در سالمندان مقیم سرای سالمندان، بیش از یک سوم افراد دارای اختلال شناختی شدید و متوسط و کمتر از یک سوم اختلال شناختی خفیف داشتند (۷). میزان اختلالات شدید و متوسط در سرای سالمندان بیشتر از سالمندان ساکن منزل بود. در سایر مطالعات در حدود یک سوم تا یک پنجم وضعیت

موضوع نیاز به انجام مطالعات بیشتری خواهد داشت. در مطالعات دیگر نیز اثر مثبت سطح سواد بر نمره سلامت شناختی و ارتباط مثبت تحصیلات با زوال مغزی نشان داده شده است (۳،۷).

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای اختلال شناختی بررسی دقیق سلامت سالمندان و غربالگری اختلالات شناختی توسط تیم های بهداشتی و درمانی و اعضای خانواده آنها با تاکید بر توانایی های روانشناختی می تواند به تشخیص زودرس و پیشگیری از پیشرفت اختلال منجر گردد. از آنجایی که مشاهده شد سالمندانی که از حمایت اجتماعی دریافت شده راضی بودند کمترین اختلال شناختی را داشتند طراحی برنامه های تفریحی رایگان یا ارزان قیمت، ورزشی و فعالیت های گروهی از جمله ورزش و اردوهای زیارتی و سیاحتی در جهت افزایش تعامل سالمندان با همسالان، تاسیس مراکز تفریحی برای سالمندان در محله های گوناگون و استفاده از فناوری آنلاین در جهت حمایت و تعامل اجتماعی در سالمندان باید مد نظر قرار گیرد.

این مطالعه دارای محدودیت هایی بود که از آن جمله می توان مقطعی بودن مطالعه و جمع آوری داده ها به صورت خودگزارشی، عدم استفاده از آزمون ها و معاینات بالینی بر اساس راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی و تشخیص قطعی اختلالات شناختی با نظر پزشک متخصص اعصاب و نمونه گیری در یک شهر که امکان تعمیم پذیری مطالعه به کل کشور به علت تنوع قومی و فرهنگی را دچار مشکل می کند، اشاره کرد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دانشجویی خانم سمیه برجی (نویسنده اول) با عنوان «بررسی وضعیت شناختی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان: کوهسورت سالمندی نیشابور» می باشد که پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با شناسه اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1400.147 انجام شد.

حامی مالی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی پایان نامه دانشجویی نویسنده اول در گروه سلامت سالمندی دانشکده بهداشت،

در این مطالعه اکثریت شرکت کنندگان از حمایت اجتماعی دریافت شده راضی بودند و نیز وضعیت شناختی با حمایت اجتماعی ارتباط معناداری را نشان داد چنانکه در بررسی هر دو متغیر MMSE و MOCA، مشاهده شد سالمندانی که از حمایت اجتماعی دریافت شده راضی بودند کمترین اختلال شناختی را داشتند. در مطالعه خدادادی و همکاران از نظر حمایت اجتماعی اکثریت نیز معتقد بودند که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند. با وجود حمایت اجتماعی در جوامع آسیب پذیر، حمایت اجتماعی با افزایش سن کاهش می یابد. حمایت اجتماعی سالمندان در بندرعباس و شاهرود در حدود ۷۰ درصد گزارش شد که تقریباً با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. در همین راستا، مطالعه سیستماتیک انجام یافته در دیتا بیس های مدلاین، آمیبیس، سایکانفو و SOCA نشان داد برخورداری از حمایت اجتماعی پایین با ناتوانی و کاهش عملکردی در سالمند همراه بود (۸).

مطالعه Fu C و همکاران (۲۰۱۵) با نمونه ۸۹۶۶ نفر نشان داد که تعامل با دوستان، شرکت در گروه های سرگرمی و ورزش گروهی با عملکرد شناختی بهتر در بین زنان و مردان ارتباط داشتند. انجام کار داوطلبانه با کارکرد شناختی بهتر در زنان همراه بود. نتایج نشان داد که یک ارتباط مقطعی بین مشارکت در فعالیت های اجتماعی و عملکرد شناختی در سالمندان چینی وجود دارد (۲۰). در مطالعه پاپی و همکاران (۹۶) میانگین حمایت اجتماعی درک شده از سوی سالمندان $24/25 \pm 2/7$ بود که سطح پایینی از حمایت اجتماعی درک شده را نشان می دهد که البته این میزان حمایت اجتماعی درک شده به دلیل سکونت سالمندان در سرای سالمندان می باشد و مطالعات مختلف نیز اثر سکونت در سرای سالمندان را بر میزان حمایت اجتماعی درک شده مطالعه و بررسی کرده اند (۲۱).

در نتایج آنالیز رگرسیون سلسله مراتبی در مطالعه حاضر، تحصیلات به عنوان تاثیرگذارترین عامل در هر دو مدل بود که با هر دو ابزار MMSE و MOCA، وضعیت شناختی را پیشگویی نمایند که این مورد نشان دهنده نقش قوی تحصیلات در پیشگیری از بروز اختلالات شناختی در سالمندان می باشد؛ به نظر می رسد حفظ عملکرد مغزی و استفاده از توانمندیهای حافظه در سالمندان، روش مناسبی برای کاهش ابتلاء به دمانس در آنها باشد. هر چند این

و دانشگاه علوم پزشکی نیشابور و تمامی سالمندانی که در این پژوهش با ما همکاری کردند، تقدیر و تشکر می شود.

دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه انجام شده است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

References

1. Rahmani M, Darvishpour A, Pourghane P. The cognitive status and its relationship with some demographic characteristics of the elderly under hemodialysis. *Journal of Caspian Health and Aging*. 2020;5(1):9-18.
2. Eftekhar Ardebili H, Mirsaiedi ZS. Assessment of Factors Affecting Quality of Life of Elderly Clients Covered By Health Centers of Southern of Tehran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2015;9(4):268-77.
3. Kushkestani M, Parvani M, Hosseini Mr, Rezaei S. Investigating the cognitive function of the elderly and related factors in nursing homes in Tehran in 2019. *Journal of Gerontology*. 2020;5(1):40-7.
4. Joghataei MT, Nejati V. Assessment of Health Status of Elderly People in the City of Kashan. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2006;1(1):3-10.
5. Hosseinpour S, Behpour N, Tadibi V, Ramezankhani A. Effect of Cognitive-motor Exercises on Physical Health and Cognitive Status in Elderly. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;5(4):336-44. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.336>
6. Mirzaei M, Sepahvand E, Sahaf R, Mirzaei S, Pakdel A. The Prevalence of Cognitive Impairment in Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2017;23(6):896-901. <https://doi.org/10.21859/sums-2306896>
7. Arsalani N, Nobahar M, Ghorbani R, Kia N, Etemadi M. Cognitive disorders and some associated social factors in elderly people. *Koomesh journal*. 1397;20(2):240-7.
8. Khodadadi S, Pourhadi S, Hosseini SR, Sum S, Kheirkhah F, Mohammadi Z. Investigating the Relationship Between Social Support, Cognitive Status, and Depression With Daily Life Activities of the Elderly in Amirkola City. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022;17(1):2-15.
9. Rezaei jamaloei h. Frequency of cognitive impairment, functional decline and its related factors in aging women and men. *Journal title*. 2018;4(2):61-9.
10. Masoumi N, Jafrodi S, Ghanbari A, Ebrahimi S, Kazem Nejad E, Shojae F, et al. Assessment of cognitive status and related factors in elder people in Rasht. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013;8(2):80-6.
11. Jokar F, Asadollahi AR, Kaveh MH, Ghahramani L, Nazari M. Relationship of Perceived Social Support With the Activities of Daily Living in Older Adults Living in Rural Communities in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(3):350-65. <https://doi.org/10.32598/sija.10.15.3.2773.2>
12. Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. The Study of Relationship between Social Support and Quality of Life among Elderly People in Kerman. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2012;11(3):303-15.
13. Farokhnezhad Afshar P, Foroughan M, Vedadhi AA, Ghazi Tabatabaei M. Relationship Between Social Function and Social Well-Being in Older Adults. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017;15(2):135-40. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.15.2.135>
14. Hosseini A, Mjdy A, Hassani G. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad in 2014. *Journal of Gerontology*. 2016;1(2):10-8. <https://doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.2.10>
15. Aminisani N, Azimi Nezhad M, Shamshirgaran SM, Mirhafez S, Borji A, Poustchi H, et al. Cohort Profile: The Iranian Longitudinal Study on Ageing (IRLSA): the first comprehensive study on ageing in Iran. *International Journal of Epidemiology*. 2022;51. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab272>
16. M HB. The prediction amount of stress in the base of social support, personality factors MSc <https://doi.org/10.32598/sija.2021.593.4>

- dissertation in general psychology Tabriz: Tabriz University. 2008.
17. Nagin Chen FS, Sareh Z, Fatemeh K. . Studying the concordance of the Montreal cognitive test with the brief examination of mental status in healthy elderly. *Research in rehabilitation sciences*. 1390(5):674-.
 18. Kazemi H, Ghasemi S, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Ghaderpanahi M, Mirarefin M, et al. The Relationship Between Mental State and Functional Status in Elderly Residents of Kahrizak. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2010;4(2):0-.
 19. Sikaroodi H, Majidi A, Samadi S, Shirzad H, Aghdam H, Azimi Kia A, et al. Evaluating Reliability of the Montreal Cognitive Assessment Test and its Agreement with Neurologist Diagnosed among Patients with Cognitive Complaints. *Journal of Police Medicine*. 2012;1(1):15-21.
 20. Fu C, Li Z, Mao Z. Association between Social Activities and Cognitive Function among the Elderly in China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020231>
 21. Papi S, Karimi Z, Ghaed Amini Harooni G, Nazarpour A, Shahry P. Determining the Prevalence of Sleep Disorder and Its Predictors Among Elderly Residents of Nursing Homes of Ahvaz City in 2017. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;13(5):576-87. <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.576>