

رابطه افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر

✉ کسری شریفی
دانشگاه رازی

دکتر مجید یوسفی افرشته
دانشگاه زنجان

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۰۱

دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۲۶

بیماری آلزایمر به عنوان شایع‌ترین نوع دمانس، با شروعی تدریجی و پیشرفتی مداوم همراه است که به تدریج حافظه و توانایی‌های ذهنی دیگر مانند تفکر، استدلال و قضاوت افراد را تحت تأثیر قرار داده و آنها را در انجام وظایف روزانه‌ی زندگی به خصوص در دوران سالمندی با مشکل مواجه می‌کند. در این میان آنچه بیش از حد تحت تأثیر قرار می‌گیرد، کیفیت زندگی این افراد است. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شد. این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ می‌شد که از میان آنها ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس جهت مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (بک، وارد، مندلسون، موک، و ارباک، ۱۹۶۱)، استرس هولمز-راهه (۱۹۶۷)، حمایت اجتماعی-مقیاس خانواده (پروسیدانو و هلر، ۱۹۸۳) و کیفیت زندگی بیماران آلزایمری (لاگسدون، گیونس، مک‌کری، و تری، ۱۹۹۸) می‌شد. یافته‌های حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان تنیدگی ادراک شده و افسردگی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون همزمان نشان داد که تنیدگی ادراک شده به طور معناداری پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر است ($p < 0/001$). پژوهش حاضر نشانگر اهمیت عوامل تعیین‌کننده‌ی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر مانند افسردگی و تنیدگی ادراک شده بوده و تأییدی برای توجه به این عوامل است.

کلیدواژه‌ها: آلزایمر، افسردگی، تنیدگی ادراک شده، حمایت اجتماعی، سالمند

کیفیت زندگی سالمندان را بیش از پیش پر رنگ نموده است. از طرفی کوچک‌تر شدن خانواده‌ها به خصوص در شهرهای پرجمعیت و کلان‌شهرها که ناشی از ضرورت کار تمام وقت بیشتر اعضای خانواده در خارج از منزل است و بالا بودن سرسام‌آور هزینه‌های زندگی و مسکن منجر به کوچک‌تر شدن فضای زندگی و کم‌شدن اوقات فراغت می‌شود که همه‌ی این عوامل باعث ایجاد مشکلاتی در نگهداری سالمندان به خصوص افراد مبتلا به آلزایمر شده است. به نظر می‌رسد سالمندان هم به دلیل کهولت و

افزایش سال‌های زندگی در عصر حاضر و روند رو به رشد جمعیت سالمندان، لزوم توجه به انواع متغیرها در افزایش

مجید یوسفی افرشته، دکتری روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه زنجان، ایران؛ کسری شریفی، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به کسری شریفی، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران باشد.

پست الکترونیکی: k.sharifi@pgs.razi.ac.ir

سال دنیا دو برابر خواهد شد و ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته به سر خواهند برد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). کشور ما نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این قضیه مستثنی نیست. به طوری که روند پیر شدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۳). با افزایش سن و رسیدن به دوران سالمندی، بروز برخی اختلالات جسمی و روانی دور از انتظار نیست. آلزایمر^۱ یکی از بیماری‌های دوره‌ی سالمندی است که بر حافظه، تفکر، رفتار و احساس اثر می‌گذارد. علائم آن ممکن است کاهش حافظه، مشکل دریافت کردن لغات درست برای صحبت کردن و یا فهمیدن صحبت‌های دیگران، مشکل در انجام دادن فعالیت‌های روزمره‌ی قبلی و تغییرات خلق و خو باشد. آلزایمر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی-رفتاری در سالمندان است. شیوع این بیماری هر ۵ سال دو برابر می‌شود، به طوری که در ۸۰ تا ۸۵ سالگی حدود ۵۰ درصد سالمندان دچار درجاتی از این بیماری‌ها هستند. از دست رفتن پیشرونده‌ی عملکرد شناختی که اغلب در سنین پیری روی می‌دهد با اصطلاح دمانس^۲ شناسایی می‌شود. شایع‌ترین شکل دمانس، بیماری آلزایمر است، اختلال مغزی که ویژگی آن اضمحلال توجه و شخصیت است (روزنهان و سلیگمن، ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۸۶) بیماری آلزایمر یک بیماری تحلیل برنده و پیش‌رونده‌ی سیستم عصبی مرکزی انسان است که باعث زوال قوای عقلانی می‌شود. بیماری آلزایمر شایع‌ترین نوع دمانس (خردسودگی)، با شروعی تدریجی و پیشرفتی مداوم است که به تدریج حافظه و توانایی‌های ذهنی دیگر مانند تفکر، استدلال و قضاوت فرد را تحت تأثیر قرار داده و او را در انجام وظایف روزانه زندگی با مشکل مواجه می‌کند (انجمن آلزایمر ایران، ۱۳۹۴). در دمانس با نوعی اختلال کلی اکتسابی در شناخت مواجه هستیم که پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر است. معمولاً تباهی حافظه نشانه‌ای است که سبب مراجعه‌ی فرد به پزشک می‌شود و علاوه بر آن نقایصی در چندین قلمرو شناختی مانند قدرت تفکر، تکلم، قضاوت، استدلال و ادراک دیده می‌شود (انجمن آلزایمر ایران، ۱۳۹۴).

کاهش توانایی‌هایشان و هم این‌که از افشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند، باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانی ارزیابی و بررسی شوند. همچنین شخص سالمند بیش از سایر افراد تحت تأثیر مشکلات ناشی از صنعتی شدن و تحولات ناشی از آن در خانواده و جامعه می‌باشد (استوارنت، ۱۳۷۳). حدود نیم قرن است که سازمان بهداشت جهانی بر روی مسأله‌ای به عنوان پیشگیری از بیماری‌ها در حفظ سلامت سالمندان کار می‌کند و از سال ۱۹۸۲، سالی که سازمان ملل متحد کنگره‌ی جهانی خود را در وین پیرامون مشکلات بهداشت سالمندان برپا نمود، این مسأله به صورت چشمگیرتری مورد توجه قرار گرفت (خرمی، رستگارپور، و آقای دوست، ۱۳۷۸). مجمع عمومی سازمان ملل متحد به منظور پذیرش جمعیت عظیم سالمندان در قطعنامه‌ی شماره‌ی ۴۷۱۵، سال ۱۹۹۹ را به عنوان سال جهانی سالمندان نامید. علی‌رغم آن‌که توجه به مسائل سالمندان در حوزه‌ی پزشکی قدمت طولانی دارد، اما رشد فزاینده و شتابان جمعیت سالخورده در سال‌های اخیر و تأثیر عمیقی که این پدیده بر شرایط اقتصادی-اجتماعی دارد، زمینه‌ی نگرش‌های چندجانبه‌ای همچون نگرش اجتماعی و روان‌شناختی را فراهم کرده است. از جمله مسائل مهم در زمینه‌ی سالمندی، بیماری‌ها و مشکلاتی است که در این دوره‌ی زمانی اتفاق می‌افتد. روند رو به رشد جمعیت سالمند موجب می‌شود که در آینده‌ای نزدیک زوال عقل یکی از مشکلات عمده‌ی جامعه باشد (فروغان، مجد، و عظیمی، ۱۳۸۴). سالمند به فردی اطلاق می‌شود که بیش از ۶۰ سال سن داشته و به علت عوارض افزایش سن و تغییرات فیزیولوژیک نیاز به مراقبت و توانبخشی دارد و از نظر سنی سه گروه سالمند جوان (۶۰-۷۰)، میانسال (۷۱-۸۰) و پیر (۸۱ سال به بالا) وجود دارد. همچنین سالمندان از نظر میزان وابستگی به سه گروه سالمند مستقل، نیمه‌مستقل و وابسته تقسیم می‌شوند (فروغان و همکاران، ۱۳۸۴). پیشرفت چشمگیر در علوم پزشکی، بالا رفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ و میر و افزایش تولد، میانگین عمر بشر را بالا برده است. امروزه متوسط عمر در بعضی از کشورهای پیشرفته به بیش از ۸۵ سال رسیده است (سیام، ۱۳۸۰). در ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵

¹ alzheimer

² dementia

شایع هستند و حدود ۱۷ درصد افراد در طول زندگی حداقل یک دوره‌ی افسردگی حاد را تجربه می‌کنند (اسمیت، هوکسما، ریکسون، ولافتوس، و جفری، ترجمه‌ی رفیعی و همکاران، ۱۳۸۵). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در سالمندان است. افسردگی بخش طبیعی از سالمندی نیست. در واقع مطالعات نشان می‌دهد که اکثر سالمندان از زندگی خود راضی هستند. عواملی مانند بیماری جسمی مصرف برخی داروها و فشارهای روانی مانند مرگ عزیزان، احساس تنهایی، مشکلات اقتصادی و غیره می‌تواند موجب بروز افسردگی در سالمندان شود، بخصوص اگر سالمند احساس کند که کنترل زندگی و حمایت اطرافیانش را از دست داده است (فروغان و همکاران، ۱۳۸۴). افسردگی در سالمندان شایعتر از جمعیت کلی است (کاپلان و سادوک، ترجمه‌ی پورافکاری، ۱۳۸۸). مطالعات مختلف میزان افسردگی را در سالمندان بین ۳۵ تا ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین افسردگی در سالمندان با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، از دست دادن همسر، بیماری جسمی همزمان و کناره‌گیری اجتماعی رابطه دارد (کاپلان و سادوک، ترجمه‌ی پورافکاری، ۱۳۸۸). این اختلال در نتیجه‌ی فشار روانی و رویدادهای تنیدگی‌زا نیز ایجاد می‌شود. در واقع فشار روانی می‌تواند موجب هیجان‌های ناخوشایندی مانند اضطراب، افسردگی و همچنین بیماری‌های جسمی عمده و کوچک شود. باید به خاطر داشت اگر تنیدگی به طور صحیح اداره شود، جنبه‌های مثبت و سودمندی را در برمی‌گیرد و به انسان کمک می‌کند تا توانایی‌هایش را به بهترین شکل ایفا کند (هارتلند، ترجمه‌ی باغبان، ۱۳۸۴). مردم در برابر رویدادهای تنش‌زا واکنش‌های گوناگون از خود نشان می‌دهند. برخی در مقابل گرفتاری‌ها، دچار اختلالات وخیم روانی یا جسمی می‌شوند، در حالی که مردم دیگر دچار اختلال نمی‌شوند و چنین رویدادی را فرصت و چالش می‌دانند. وقتی شخص با رویدادی روبرو شود که آن را برای سلامت جسم و روان خود مخاطره‌آمیز بداند، این رویداد، رویداد تنش‌زا است و واکنش مردم به آن را پاسخ‌های تنش‌زا می‌نامند (اتکینسون، اتکینسون، اسمیت و هوکسما، ترجمه‌ی براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). افراد با سطوح بالای تنیدگی، احساس خستگی و درماندگی، اضطراب و آسیب‌پذیری خواهند نمود. افرادی که تنیدگی شدید دارند اغلب بیان می‌کنند که دچار کاهش

از جمله عواملی که جزء تنیدگی‌زاهای بالقوه معرفی می‌شود، وقایع زندگی است. در بین رویدادهای مختلفی که در زندگی اتفاق می‌افتد و بر فرد تنیدگی اعمال می‌کند، بیماری و از دست دادن سلامتی است. موضوعی که مورد توجه پژوهش‌های مختلف قرار گرفته است. محدودیت فعالیت در بیماری‌ها مخصوصاً بیماری‌های مزمن بر کل شیوه‌ی زندگی بیماران اثر سوء دارد. بیماری‌های مزمن، افراد را مستعد ابتلا به تنیدگی و اختلالات خلقی می‌کند و سبب پایین آمدن کیفیت زندگی در آنها می‌گردد. امروزه پرداختن به کیفیت زندگی بیماران مزمن به عنوان چارچوبی برای ارائه‌ی خدمات مناسب و شناخت اثرات بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی بر اساس نیازهای انفرادی آنان ضروری و از نیازهای بیماران است. بیماری مزمن شامل طیف وسیعی از بیماری‌ها می‌شود که دستگاه‌های مختلف بدن را گرفتار می‌سازد و به دلیل طولانی و مادام‌العمر بودن، از زوایای مختلف، زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اطهری‌زاده، ۱۳۸۲). به دلیل اهمیت تحت تأثیر قرار گرفتن سلامت جسمی، روحی، رفاه اجتماعی فرد در اثر بیماری‌های مزمن، مفهوم کیفیت زندگی^۱ اهمیت خاصی می‌یابد. این مفهوم در زندگی افراد سالم یا بیمار تحت تأثیر شرایط مختلف قرار گرفته و تغییر می‌کند. واژه‌ی کیفیت زندگی، وابسته به سلامت، به محدوده‌ی فیزیکی، روانی و اجتماعی سلامت اشاره می‌کند که تحت تأثیر تجربیات، عقاید، انتظارات و ادراکات افراد قرار می‌گیرد و در واقع یکی از نشانگرهایی است که برای اندازه‌گیری سلامتی مطرح شده است (درویش پورکاخکی، ۱۳۸۳). کیفیت زندگی برداشت و پنداری است که فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه‌ی فرهنگی و ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق دارد (نجات، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی تمام ابعاد و فاکتورهای مؤثر بر زندگی شخص را در بر می‌گیرد و فراتر از سلامت جسمانی است و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل سنجیده شود (حمیدی‌زاده، ۱۳۸۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد از جمله عواملی که بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد افسردگی^۲ است (حضرتی، ۱۳۸۴). بروز نشانه‌های خفیف افسردگی در واقع پاسخ آدمی به فشارهای متعدد زندگی است. اختلال‌های افسردگی نسبتاً

¹ quality of Life

² depression

سالمندان مبتلا به آلزایمر حاضر در مراکز سالمندان شهر کرمانشاه بود. به دلیل آنکه تعداد افراد در هر مرکز نامشخص بود، پژوهشگر جهت برآورد تعداد سالمندان مبتلا به آلزایمر، روزانه تعداد و علت نگهداری در مراکز سالمندان را ثبت نمود، با بررسی به عمل آمده سهم سالمندان مبتلا به آلزایمر هر مرکز مشخص گردید و حجم نمونه برآورد شده ۵۵ نفر شد که به علت عدم همکاری ۵ نفر از افراد نمونه‌ای با حجم ۵۰ نفر و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. نحوه‌ی انتخاب این افراد به این صورت بود که پس از مراجعه به مراکز نگهداری بیماران آلزایمر، اسامی بیماران و مشخصات آنها در دسترس محقق قرار گرفت. ملاک ورود سالمندانی بودند که از نظر شناختی آسیب کمتری دیده بودند و قادر به تکمیل فرم بیمار بودند و پس از هماهنگی با مسئولین جهت بررسی پرونده‌ها، میزان آسیب از نظر شناختی در پرونده ذکر شده بود و پس از صحبت با خود شخص و مراقبین، با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند. همچنین قرار داشتن در دامنه‌ی سنی بین ۶۰-۷۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی تکلم، بینایی و شنوایی جهت برقراری ارتباط با پژوهشگر و مراقب، نداشتن مشکل جسمانی و معلولیت از جمله ملاک‌های دیگر ورود به مطالعه محسوب شدند. افرادی که فاقد این ملاک‌ها بودند از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزار

مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر^۱: این مقیاس توسط لاگسدون، گیونز، مک‌کری و تری در سال ۱۹۹۸ ساخته و اعتباریابی شد. این مقیاس برای بیماران مبتلا به زوال عقل از نوع آلزایمر اجرا می‌شود و یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی ۱۳ آیتمی است که کیفیت زندگی بیماران آلزایمری را می‌سنجد. این پرسش‌نامه دو فرم دارد: یک فرم از پرسش‌نامه توسط بیمار تکمیل می‌شود و فرم دیگر توسط مراقب کامل می‌گردد و در نهایت نمره‌ها با هم جمع می‌شوند و نمره‌ی کل کیفیت زندگی به دست می‌آید. لاگسدون و همکاران (۱۹۹۸) این پرسش‌نامه را همراه با مقیاس‌های وضعیت عقلی، فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی، افسردگی همیلتون، افسردگی مربوط به پیری و فهرست رویدادهای مطلوب بکار بردند که پایایی درونی مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. در مطالعات گذشته پایایی درونی این

اعتماد به نفس و خود-ارزشی شده‌اند. همچنین ممکن است آنقدر درگیر مشکلات‌شان باشند که توانایی یا علاقه‌ی کمتری برای برقراری ارتباط با دیگران داشته باشند (هافمن‌ولد، ترجمه‌ی عابدی، ۱۳۸۲). ممکن است دچار علائم افسردگی شده و یا حتی فکر خودکشی را بیان نمایند (هافمن‌ولد، ترجمه‌ی عابدی، ۱۳۸۲). براساس مطالعات، زمینه‌ی ظهور مفهوم حمایت اجتماعی و مطرح شدن آن به عنوان متغیر اصلی در پژوهش‌های گوناگون مرتبط با سلامت، نشان دهنده‌ی برداشتن گامی جدی در بررسی نقش عوامل اجتماعی بر سلامت می‌باشد. حمایت اجتماعی مفهومی با گستره‌ای بسیار وسیع بوده که می‌تواند کاربردهای زیادی در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی انسان داشته و باعث افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی او شود (ریچمن، روسپنند، و کلی، ۱۹۹۵). حمایت اجتماعی به چند دلیل دارای اهمیت ویژه است. اول اینکه انسان موجودی اجتماعی است و ارتباط اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اصلی در کیفیت زندگی اشخاص مطرح می‌باشد. همچنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی افراد شواهد محکمی برای تأیید این قضیه می‌باشند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی به عنوان یک ابزار مناسب و تقریباً در دسترس می‌تواند در برنامه‌های مداخله‌ای که برای افزایش سطح رفاه بخصوص رفاه روانی طراحی می‌شوند، کاربردهای بسیاری داشته باشند (هور، ۱۹۹۹). توجه به تمام ابعاد وجودی انسان، به ویژه سالمندان به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر به منظور بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنان مهم و ضروری است و به نظر می‌رسد یکی از عوامل تأثیرگذار بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقوله‌ی حمایت اجتماعی باشد. چنانچه سال‌های اخیر حمایت اجتماعی به عنوان مقوله‌ای که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد، توجه فزاینده‌ای به دست آورده است (کوب، ۱۹۷۶). بنابراین هدف این پژوهش بررسی رابطه‌ی افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌باشد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل کلیه‌ی

¹ quality of life in Alzheimer's disease (QOL-AD)

اهمیت وقایع زندگی توسط هولمز و راهه در سال ۱۹۶۷ ساخته شد. در پژوهش حاضر از فرم ۴۱ سؤالی استفاده شد. آزمودنی با خواندن هر سؤال در صورتی که آن مورد را در ۲ سال گذشته تجربه کرده باشد علامت می‌زند. حاصل جمع نمرات در نهایت نشان دهنده‌ی میزان تنیدگی است که فرد تجربه می‌کند. سازندگان جهت سنجش ضریب پایایی این مقیاس، آن را از بین ۳۹۴ نفر آزمودنی در دو زمان به فاصله‌ی ۹ ماه در سال‌های ۱۹۶۳، ۱۹۶۰، ۱۹۵۷ اجرا نمودند. همبستگی گشتاوری پیرسون برای سال‌های فوق به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۳، و ۰/۷۴ گزارش شد. کویانی، حاتمی، و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری فرم کوتاه ۹۰ SCL به ترتیب برابر ۰/۴۹، ۰/۷، و ۰/۱۴ بوده است.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی-مقیاس خانواده^۴: این پرسش‌نامه حاوی ۲۰ سؤال (به صورت بله، خیر و نمی‌دانم) می‌باشد که برای سنجش میزان رضای انسان از حمایت خانواده است. حمایت اجتماعی-مقیاس خانواده با ضریب آلفای ۹۰٪ از پایایی دورنی بالایی برخوردار است. آلفای نهایی برای مقیاس حمایت اجتماعی-مقیاس خانواده بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ است (ثنایی، ۱۳۸۷).

روش اجرا

ابتدا پرسش‌نامه‌ها جهت انجام هماهنگی‌های لازم به مسئولین مراکز جهت بررسی ارائه شد و در مرحله‌ی بعد پرسش‌نامه‌ها پس از ارائه توضیحات کافی توسط پژوهشگر برای شخص و مراقب و پاسخگویی به هرگونه سؤال و ابهام با رضایت کامل و با همکاری مراقبین تکمیل شد که در بین پرسش‌نامه‌ها، مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر دارای دو بخش بود و به ترتیب بخش اول آن به صورت مصاحبه‌ای به همراه سؤالات کوتاه پاسخ با فرد و بخش دوم نیز به صورت مصاحبه با مراقب اجرا شد. سایر پرسش‌نامه‌ها اگرچه باید تنها توسط فرد اجرا می‌شد، اما با توجه به شرایط افراد از نظر شناختی، پژوهشگر و مراقب در خواندن سؤالات و انتخاب پاسخ‌های مناسب، توضیحات و کمک لازم را ارائه دادند. در نهایت، داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ با شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین،

مقیاس توسط لاگسدون، گیونز، مک‌کری و تری (۲۰۰۲) و ماتسویی و همکاران (۲۰۰۶) به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲ دست آمد. لاگسدون و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار همزمان مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر با مقیاس افسردگی همیلتون^۱، فراوانی وقایع خوب و عملکرد روزانه را ارزیابی کردند. نتیجه این بررسی همبستگی بین این مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۶۵-، ۰/۱۸، و ۰/۴۱- نشان داد. هروی و همکاران (۲۰۰۶) اعتبار همزمان مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر با مقیاس شدت دمانس را برابر ۰/۷۹ به دست آوردند. این پرسش‌نامه برای اولین بار در پژوهش مهری‌آدریانی، مجدی‌نسب و شرف‌الدین‌زاده (۱۳۹۲) در ایران اعتباریابی شد. برای تعیین اعتبار همزمان مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی سلامت روان همبسته شده و میزان همبستگی ۰/۷۸ به دست آمد. برای تعیین اعتبار ملاک، نمره‌ی کلی آزمون کیفیت زندگی با سؤال ملاک همبسته شده و میزان همبستگی ۰/۸۲ به دست آمد. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای فرم بیمار ۰/۸۶ و برای فرم مراقب ۰/۸۷ به دست آمد. ضریب همبستگی بین گزارش بیمار و مراقب ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه افسردگی بک^۲: این پرسش‌نامه که برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد در سال ۱۹۷۱ فرم تجدید نظر شده آن به مراکز شناخت درمانی دانشگاه پنسیلوانیا معرفی و جایگزین نسخه اصلی گردید و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ ۰/۷۶، و با مقیاس افسردگی MMPI ۰/۷۴ است. بک در سال ۱۹۷۲ گزارش داد که پایایی این پرسش‌نامه با روش اسپیرمن در حدود ۰/۹۳ می‌باشد (کارگزارزاده، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر از فرم ۲۱ سؤالی استفاده شد. پایایی این آزمون در پژوهش مهری‌آدریانی و همکاران (۱۳۹۲) به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است. در پژوهش حاضر از فرم ۲۱ سؤالی استفاده شده است.

پرسش‌نامه تنیدگی هولمز-راهه^۳: برای اندازه‌گیری درجه‌ی

^۱ Hamilton depression scale

^۲ Beck depression scale

^۳ Holes-Rahe

^۴ perceived social support from family (PSS-FA)

انحراف معیار و فراوانی)، و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) تحلیل شدند.

یافته‌ها

ابتدا اطلاعات روان‌سنجی مربوط به متغیرهای مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۲
ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها

	۱	۲	۳	۴
۱. کیفیت زندگی	۱			
۲. افسردگی	۰/۵۷*	۱		
۳. تنیدگی ادراک شده	۰/۷۳*	۰/۶۵	۱	
۴. حمایت اجتماعی	۰/۳۴*	۰/۰۴	۰/۲۶	۱

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که همبستگی افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی به ترتیب $0/57$ ، $0/73$ و $0/34$ می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که بین دو متغیر تنیدگی ادراک شده و افسردگی با کیفیت زندگی همبستگی منفی وجود دارد، اما بین متغیر حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی اینکه آیا می‌توان کیفیت زندگی سالمندان را از طریق افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی پیش‌بینی کرد، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است.

جدول ۱
میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره‌ی متغیرهای مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
کیفیت زندگی کلی	۱۳/۶۸	۲/۴۸	۹	۱۸
افسردگی	۳۶/۰۲	۱۳/۱۵	۱۳	۶۱
تنیدگی ادراک شده	۴۲/۴۰	۲۰/۱۲	۱۳	۸۶
حمایت اجتماعی	۳۴/۰۶	۶/۶۸	۲۰	۴۶

برای بررسی همبستگی متغیرهای مطالعه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳

خلاصه‌ی نتایج تحلیل رگرسیون همزمان برای افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	R	R ²	نسبت F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۴۱۷/۱۳۵	۳	۴۷۲/۳۷۸	۰/۷۶	۰/۵۸	۲۱/۹۳۸	P<۰/۰۰۱
باقی مانده	۹۹۰/۴۸۵	۴۶	۲۱/۵۳۲				
کل	۲۴۰۷/۶۲۰	۴۹					

متغیرهای پیش‌بین: افسردگی، تنیدگی ادراک شده، حمایت اجتماعی
متغیر ملاک: کیفیت زندگی

جدول شماره ۳ تحلیل رگرسیون برای افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر آن است که مدل رگرسیون اعمال شده معنی‌دار بوده و مجاز به استفاده از آن می‌باشیم.

جدول شماره ۳ تحلیل رگرسیون برای افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. نتایج بیانگر آن است که مدل رگرسیون اعمال شده معنی‌دار بوده و مجاز به استفاده از آن می‌باشیم.

جدول ۴

ضرایب و اطلاعات مربوط به متغیرها

متغیر (عامل)	B	t	β	سطح معناداری	خطای استاندارد
افسردگی	۰/۱۱	۱/۶۴	۰/۲۰	۰/۱۰۷	۰/۰۴۸
تنیدگی ادراک شده	۰/۱۹	۴/۱۴	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۰۴۶
حمایت اجتماعی	۰/۲۰	۱/۹۷	۰/۱۹	۰/۰۵۴	۰/۱۰۴

پیش‌بینی کیفیت زندگی دارند.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که متغیرهای تنیدگی ادراک شده و افسردگی سهم معناداری در

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی افسردگی، تنیدگی ادراک شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان انجام پذیرفت. بر اساس یافته‌های بدست آمده از این پژوهش، کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر با افسردگی ($P < 0/01$ و $r = -0/57$) و تنیدگی ادراک شده ($P < 0/01$ و $r = -0/73$) رابطه‌ی منفی و با حمایت اجتماعی ($P < 0/01$ و $r = 0/34$) رابطه‌ی مثبت دارد که نتیجه‌ی حاصل از این پژوهش با نتایج تامپسون و لترمن (۲۰۰۷)، وانگ، بروکارت، ستوگوچی، پاتریک، و شنویس (۲۰۰۶)، لاگسدون و همکاران (۱۹۹۸)، رونر، برودهارد، اسپنسر و کارسون (۱۹۸۹) و مهری‌آدریانی و همکاران (۱۳۹۲) همسویی دارد.

در این پژوهش ۵۰ بیمار مبتلا به آلزایمر انتخاب شد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با افسردگی بیماران آلزایمر رابطه‌ی منفی دارد که با نتایج تامپسون و لترمن (۲۰۰۷) همخوانی دارد. تامپسون و لترمن در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۴ بیمار آلزایمری به بررسی تأثیر داروهای ضد افسردگی و پلاسیبو پرداختند. ۶۳ بیمار داروهای ضد افسردگی و ۶۴ نفر پلاسیبو دریافت کردند. این مطالعه نشان داد درمان با داروهای ضد افسردگی در بیماران آلزایمر مؤثر است. همچنین افسردگی در بیماران آلزایمر با کاهش کیفیت زندگی، کاهش در فعالیتهای زندگی روزانه و افزایش مرگ و میر همراه است که با نتایج استراکسین و میزراهی (۲۰۰۶) همخوان است. استراکسین و میزراهی (۲۰۰۶) بر اساس بررسی‌هایی در مورد بیماران آلزایمری دریافتند که افسردگی از متداول‌ترین اختلالات روانی این بیماران است و با کیفیت زندگی ضعیف و ناتوانی در فعالیتهای روزانه زندگی ارتباط دارد. همچنین رونر و همکاران (۱۹۸۹) به بررسی ۱۴۴ بیمار مبتلا به آلزایمر پرداختند. شیوع افسردگی در این افراد ۱۷ درصد و افسردگی این بیماران با ضعف شناختی و ناتوانی بیشتر همراه بود. آندرو، گریس، شری و اشیا (۲۰۰۱) به بررسی و مطالعه‌ی طولی کیفیت زندگی بیماران پیشرفته‌ی آلزایمر پرداختند. تعداد بیماران در این بررسی ۱۵۰ نفر بودند که به مدت ۵ سال ارزیابی شدند و سلامت کیفیت زندگی بیماران هر ۶ ماه بررسی شد. نتایج نشان داد بین دمانس

شدید و دامنه‌ی دسترسی به سلامت کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد.

بیماران مبتلا به آلزایمر پیشرفته نسبت به پیشروی بیماری حساسیت دارند و این حساسیت برای جلوگیری از پیشرفت بیماری مفید است. لاگسدون و همکاران (۱۹۹۸) به بررسی کیفیت زندگی بیماران آلزایمری و افسردگی و وضعیت روانی آنان پرداختند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با تنیدگی ادراک شده بیماران آلزایمر رابطه‌ی منفی دارد. پژوهشکده‌ی مرکز سرطان اندرسون (۲۰۰۹) تأثیر مدیریت تنیدگی را بر افزایش خلق و کیفیت زندگی بررسی کرد. نتایج نشان داد افراد شرکت کننده در جلسات مدیریت تنیدگی در کوتاه مدت و بلند مدت، کیفیت زندگی بهتری را گزارش کردند، که با نتایج حاصل از پژوهش وانگ و همکاران (۲۰۰۶) منطبق است. وانگ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی تأثیر مداخله آموزش را در کاهش تنیدگی و افسردگی بیماران آلزایمر را بررسی کردند. در این مطالعه ۱۸۴ نفر از میانسالان که ۹۵ فرد مسن غیر اسپانیایی و ۸۹ اسپانیایی مبتلا به آلزایمر بودند در برنامه آموزشی که به مدت ۸ هفته به طول انجامید شرکت کردند و در پایان برنامه آموزش، این گروه با گروه همتا مقایسه شدند و نتیجه نشان داد تغییر در مهارت‌های ادراکی و رفتاری ناشی از آموزش باعث کاهش تنیدگی و افسردگی در بیماران شد. همچنین کارلسون، اسپکا، پاتل، و گودی (۲۰۰۳) پژوهشی در مورد توجه بنیادی به کاهش تنیدگی و ارتباط آن با کیفیت زندگی، خلق، علائم تنیدگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که کاربرد همزمان چند برنامه‌ی کاهش تنیدگی با بالا رفتن کیفیت زندگی، کاهش علائم تنیدگی و بهبود کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری دارد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در بیماران آلزایمر رابطه‌ی مثبت دارد که با پژوهش وانگ و همکاران همخوانی دارد. پژوهش وانگ و همکاران نیز که بر روی زنان سالمند انجام شده است، نشان می‌دهد که حمایت عاطفی که یکی از انواع حمایت اجتماعی است، بیشترین تأثیر را بر سلامت جسمی و روانی دارد (وونگ، وو، گریگوریچ، و پرزاستیل، ۲۰۱۴). اوکابایاشی، لیانگ، کروس، آکیاما، و سوگیزاوا (۲۰۰۴) در مطالعه‌ی خویش به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و تعامل منفی بر بهداشت

انجمن آلزایمر ایران. (۱۳۹۴). برگرفته از www.iranalz.ir
 انجمن آلزایمر ایران. (۱۳۸۲). برگرفته از www.iranalz.ir
 ثنایی باقر، م. (۱۳۸۷). *مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج*.
 تهران: بعثت.

حضرتی، م.، زحمتکشان، ن.، دژبخش، ط.، نیک‌سرشت، ع.، و
 ضیغمی، ب. (۱۳۸۴). تاثیر فرایند ناتوانی بر کیفیت زندگی
 بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله ارمنان*
دانش، ۱۰ (۳۹)، ۶۴-۵۳.
 حمیدی‌زاده، ص. (۱۳۸۳). تاثیر درمان بر کیفیت زندگی. *نشریه*
کیفیت زندگی، ۲، ۲۳.

خرمی، ف.، رستگارپور، ش.، و آقایی دوست، م. (۱۳۷۸). *عرضه*
بیمه هزینه مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در ایران.
 مجموعه مقالات نخستین همایش پدیده سالمندی، جلد
 دوم، تهران: گروه بانوان نیکوکار.

درویش‌پور کاخکی، ع. (۱۳۸۳). کیفیت زندگی و ابزار اندازه-
 گیری سازمان بهداشت جهانی. *نشریه کیفیت زندگی*، ۲،
 ۲۲-۲۵.

راشدی، و.، غریب، م.، و یزدانی، ع. (۱۳۹۳). مشارکت اجتماعی
 و سلامت روان در بین بزرگسالان سالمند در ایران.
مجله‌ی توانبخشی ایرانیان، ۱۲ (۹)، ۱۳-۹.

روزنهان، دی. ال.، و سلیگمن، ام. ای. پی. (۱۳۸۶). *آسیب*
شناسی روانی (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران:
 ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴)
 سیام، ش. (۱۳۸۰). وضعیت اقتصادی سالمندان، بهداشت جهان،
 ۱۴.

شجاع، م.، نبوی، ح.، کسانلی، ع.، و باقری یزدی، ع. (۱۳۹۰).
 تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت
 روان سالمندان منطقه ۹ شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم*
پزشکی خراسان شمالی، ۳ (۵)، ۹۰-۸۱.

فروغان، م.، مجد، م.، و عظیمی، م. س. (۱۳۸۴). *شیوه زندگی*
سالم در دوره سالمندی. تهران: وزارت بهداشت درمان و
 آموزش پزشکی، اداره سلامت سالمندان.

کاپلان، بی.، و سادوک، جی. (۱۳۸۸). *خلاصه روانپزشکی و*
علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی (ترجمه نصرت ا... پور
 افکاری). تهران: آینده سازان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی،
 ۲۰۰۷)

کارگرزاده، م. (۱۳۸۵). *تأثیر عمل جراحی قلب باز بر افسردگی،*
سازگاری اجتماعی بیماران قلبی زن و مرد بیمارستان
شهید مدرس تهران (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه
 آزاد اسلامی واحد اهواز.

روان سالمندان ژاین پرداختند که یافته‌های این پژوهش
 نشان می‌دهد تأثیر منابع مختلف حمایت اجتماعی و
 تعاملات منفی بر بهداشت روان به ماهیت شبکه‌های
 اجتماعی نیز بستگی دارد. همچنین این یافته با پژوهش
 معتمدی شلمزاری، اژه‌ای، آزاد فلاح، و کیامنش (۱۳۸۱)
 نیز همخوانی دارد. معتمدی شلمزاری و همکاران در
 پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت‌مندی
 از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین
 سالمندان پرداخته‌اند که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد
 بین انواع حمایت اجتماعی با سلامت عمومی همبستگی
 وجود دارد و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیش از
 حمایت ابزاری می‌باشد. به‌علاوه مطالعات (مانند شجاع،
 نبوی، کسانلی، و باقری یزدی، ۱۳۹۰؛ راشدی، غریب، و
 یزدانی، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند که توجه به تعیین کننده‌های
 اجتماعی سلامت همچون سرمایه اجتماعی و مشارکت
 اجتماعی نیز نقش قابل توجهی در ارتقای سلامت روان
 سالمندان دارد با توجه به نتایج مطالعه ضروریست با
 تدوین، برنامه‌ریزی و ارائه‌ی خط‌مشی مناسب، بستر لازم
 برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر
 فراهم شود.

سیاسگزاری

از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر
 می‌شود.

منابع

اتکینسون، ال.، اتکینسون، سی.، اسمیت، ای. بی. جی.، و
 هوکسما، اس. (۱۳۸۵). *زمینه روانشناسی هیلگارد* (ترجمه
 محمد نقی برهانی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا
 زمانی، سعید شاملو، مهرانز شهرآرای، یوسف کریمی،
 نیسان گاهان، مهدی محی‌الدین، کیانوش هاشمیان).
 تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)
 استوارنت، ام.، و واندن بوس، جی. آر. (۱۳۷۳). *روانشناسی*
سالمندی (ترجمه‌ی سیامک ندا رحیمی) مشهد: آستان
 قدس رضوی.
 اسمیت، ای.، هوکسما، اس.، ریکسون، وی.، و لافتوس، بی.، و
 جفری، ر. (۱۳۸۵). *زمینه روانشناسی اتکینسون و هیلگارد*
 (ترجمه‌ی حسن رفیعی و محسن ارجمند). تهران: ارجمند.
 (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۰)
 اطهری‌زاده، ش. (۱۳۸۲). *بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی*
بیماران همودیالیز و پیوند کلیوی مشهد (پایان‌نامه
 کارشناسی ارشد). دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور.

- F. (2006). The validation of a caregiver assessment of dementia: the dementia severity scale. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19 (4), 186-194
- Hoffman Wold, G. (2011). *Basic geriatric nursing*. Milwaukee, WI: Mosby.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hur, J. S. (1999). A subject of social services of the Korean old-age welfare relationships between social support network and living arrangements among community resident Korean elderly persons. *International Journal Welfare Aged*, 1, 83-118.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1998). Quality of life in Alzheimer's disease patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21-32.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519.
- Matsui, T., Nakaaki, S., Murata, Y., Sato, J., Shingawa, Y., Tatsumi, H., & Furukawa, T. A. (2006). Determinants of the quality of Life-Alzheimer's disease scale. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 182-191.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine*, 59 (11), 2259-2270.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Richman, J. A., Rospenda, K. M., & Kelley, M. A. (1995). Gender roles and alcohol abuse across the transition to parenthood. *The Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 56, (5), 553-557.
- Rovner, J., Broudhrad, M., Spencer, K., & Carson, F. (1989). Depression and
- کاوپانی، ح، حاتمی، ن، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰ (۴)، ۳۹-۴۸.
- معمدی شلمزاری، ع، اژه‌ای، ج، آزاد فلاح، پ، و کیامنش، ع. (۱۳۸۱). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال. *مجله روانشناسی*، ۶ (۲)، ۱۱۵-۱۳۳.
- مهری‌آدریانی، م، مجدی‌نسب، ن، و شرف‌الدین‌زاده، ن. (۱۳۹۲). رابطه افسردگی و استرس با کیفیت زندگی بیماران آلزایمری. *مجله‌ی روانشناسی اجتماعی*، ۸ (۲۷)، ۴۳-۵۴.
- نجات، س. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴ (۲)، ۵۷-۶۲.
- هارتلند، دی. (۱۳۸۴). *استرس، پیشگیری و درمان* (ترجمه طلعت باغبان بفرولی). تهران: کتاب درمانی. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴.
- هافمن ولد، جی. (۱۳۸۲). *پرستاری در سالمندان* (ترجمه حیدر علی عابدی و همکاران). اصفهان: عروج. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۷۶.
- Anderson, C. (2009). Pre-Surgical stress management improves mood, quality of life. *British Medical Journal*, 18, 329.
- Andrew, R., Grace, C., Sherry, W., & Schaie, K. (2001). Factor structure and invariance of the quality of life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale. *Experimental Aging Research*, 35 (2), 250-267.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Carlson, E., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based stress reduction in relation to quality of life: mood symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatient. *American Psychosomatic Society Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psycho-Social-Medicine*, 38(5), 300-314.
- Harvey, P. J., Kleinman, L., Cpyne, K., Sadowsky, C. H., Chen, M. & Mirski, D.

- Alzheimer's disease. *American Psychiatry association*, 146, 350-353.
- Starkstein, S. E., & Mizrahi, R. (2006). Depression in Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6 (6), 887-895.
- Thompson, S., & Itermann, N. (2007). Efficacy and safety of antidepress and disease: a meta-analysis. *Journal Psychiatry Canadienne*, 52, 248-256.
- Wang, F., Brookhart, A., Setoguchi, S., Patrick, a., & Schneeweiss, S. (2006). Psychotropic Medication Use for Behavioral symptoms of dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 6, 490-495.
- Wong, S. T., Wu, A., Gregorich, S., Pérez-Stable, E. J. (2014). What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? *Journal of Aging Health*, 26(4), 663-678.

Archive of SID

The Relationship Between Depression, Perceived Stress and Social Support with Quality of Life in Elderly with Alzheimer's Disease

Majid Yousefi Afrashteh, Ph.D
University of Zanjan

Kasra Sharifi ✉
Razi University

Received: 2015.09.29

Accepted: 2015.11.22

Alzheimer's disease as the most common type of dementia, accompanied by at the start with gradual and steady progress that gradually memory and affected other mental abilities such as thinking, reasoning, and judgment of the person and Faced them in daily tasks of life especially in aging stage with the problem. In this respect what is more affected is the quality of life in elderly people. Therefore this research performed with purpose of investigating the relationship between depression, perceived stress and social support with quality of life in elderly with Alzheimer's disease. The study was correlational descriptive and statistical population consists of elderly patients with Alzheimer's disease in Kermanshah in 2015, that 50 of them were entered to the study by convenience sampling method. Data collection tools in this study include Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), Holmes-Rahe stress scale (Holmes & Rahe, 1967), social support scale (Procidano & Heller, 1983) and Quality of life in Alzheimer's disease (QOL-AD., Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri, 1998). Results showed that there is a significant negative relationship between perceived stress and depression with quality of life of elderly patients with Alzheimer's disease ($p < 0.001$). Also the results of entered regression analysis showed that perceived stress significantly predicted quality of life of elderly with Alzheimer's disease ($p < 0.001$). Present study showed the importance of determining factors of quality of life in elderly such as perceived stress and depression.

Keywords: Alzheimer, depression, perceived stress, social support, elderly

Majid Yousefi Afrashteh, assistant professor, Dept. of psychology, faculty of human sciences, University of Zanjan, I.R. Iran; Kasra Sharifi, M.A student in psychology, Dept. of psychology, faculty of social sciences, Razi University, Kermanshah, I.R. Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Kasra Sharifi, M.A student in psychology, Dept. of psychology, faculty of social sciences, Razi University, Kermanshah, I.R. Iran.
Email: k.sharifi@pgs.razi.ac.ir