



Journal Website

Article history:
Received 02 September 2025
Revised 01 January 2026
Accepted 08 January 2026
Published online 28 January 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 4, Issue 4, pp 1-18



E-ISSN: 2981-1759

Evaluation and Presentation of a Model for Improving the Quality of Life of Older Adults Using a Biopsychosocial Approach and Alzheimer's Disease Prevention

Leila. Jabbari¹, Gholamali. Afrooz^{2*}, Simin. Hosseini³

¹ PhD Student, Department of Health Psychology, Kish International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran

² Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

* Corresponding author email address: afrooz@ut.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Jabbari, L., Afrooz, G., & Hosseini, S. (2025). Evaluation and Presentation of a Model for Improving the Quality of Life of Older Adults Using a Biopsychosocial Approach and Alzheimer's Disease Prevention. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(4), 1-18.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to design and conceptualize an operational biopsychosocial model to enhance the quality of life of older adults living in care centers and to prevent cognitive decline and Alzheimer's disease.

Methodology: A causal-comparative, retrospective design was employed involving 40 older adults residing in care centers in northern Tehran, including 20 cognitively healthy individuals and 20 individuals diagnosed with Alzheimer's disease at late stage I to mid-stage II. Data were collected over six months using observation, interviews, and standardized instruments assessing cognitive status, geriatric depression, activities of daily living, sleep quality, quality of life, general health, social support, and social participation. Descriptive statistics and inferential analyses, including univariate and multivariate analyses of variance, were applied.

Findings: Multivariate analysis revealed a statistically significant difference between healthy older adults and those with Alzheimer's disease in the overall combination of biopsychosocial variables. Participants with Alzheimer's disease demonstrated significantly poorer cognitive status, daily functioning, sleep quality, overall quality of life, social support, and social participation. No significant group differences were observed in depression, general health, or perceived loneliness. Effect size indices indicated that cognitive status and social participation accounted for the largest between-group differences.

Conclusion: The findings support the biopsychosocial approach as an effective framework for understanding functional disparities in aging and for developing preventive and supportive interventions, emphasizing that integrated biological, psychological, and social strategies are essential for improving quality of life and mitigating Alzheimer's disease progression in older adults.

Keywords: Aging, Quality of Life, Biopsychosocial Model, Alzheimer's Disease, Prevention

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Population aging has emerged as one of the most profound demographic transformations of the twenty-first century, presenting complex challenges for public health systems, social care structures, and long-term policy planning. Increased life expectancy, combined with declining fertility rates, has resulted in a growing proportion of older adults worldwide, making the maintenance of quality of life a central concern in aging societies ([Beard & Bloom, 2015](#); [Fernandez-Ballesteros et al., 2013](#)). Contemporary gerontological research emphasizes that longevity without well-being imposes substantial individual and societal costs, thereby necessitating a shift from disease-centered models toward holistic approaches to aging.

Quality of life in older adults is a multidimensional construct encompassing physical health, psychological well-being, social participation, and subjective life satisfaction ([Bowling & Windsor, 2001](#)). Empirical evidence suggests that successful aging cannot be defined solely by the absence of illness, but rather by the preservation of autonomy, functional capacity, and meaningful social engagement ([Buys & Miller, 2006](#)). Within this framework, quality of life is increasingly recognized as a key outcome indicator for evaluating health interventions and care models targeting older populations.

A major threat to quality of life in later life is the rising prevalence of dementia, particularly Alzheimer's disease, which constitutes the most common cause of cognitive impairment among older adults ([Duong et al., 2017](#)). Alzheimer's disease is characterized by progressive cognitive decline, loss of independence in activities of daily living, and increasing reliance on formal and informal care systems. Forecasting studies indicate a substantial increase in the number of individuals living with Alzheimer's disease in Iran over the coming decades, highlighting the urgency of preventive and supportive strategies ([Borhaninejad et al., 2025](#)).

Research consistently demonstrates that older adults with Alzheimer's disease experience significantly lower quality of life compared to cognitively healthy peers, largely due to impairments in cognition, daily functioning, sleep quality, and social interaction ([Akpınar Soylemez et al., 2020](#); [Flicekoglu, 2021](#)). Functional decline in activities of daily living represents a critical pathway through which cognitive impairment translates into reduced independence and diminished well-being ([Cipriani et al., 2020](#)). Moreover, biological factors such as sleep disturbances and nutritional patterns have been shown to further exacerbate functional and cognitive deterioration, thereby affecting overall quality of life ([Bergman et al., 2022](#)).

Beyond biological determinants, psychosocial factors play a decisive role in shaping the lived experience of aging. Social networks, perceived social support, and opportunities for participation have been identified as protective factors against cognitive decline and poor quality of life ([Dodds et al., 2024](#)). Conversely, social isolation and loneliness are associated with adverse psychological outcomes and reduced life satisfaction, particularly among institutionalized older adults ([Bahrevar et al., 2023](#)). These findings underscore the necessity of moving beyond reductionist biomedical models toward integrative perspectives.

The biopsychosocial model offers a comprehensive theoretical framework for understanding aging by emphasizing the dynamic interaction between biological, psychological, and social dimensions of health ([Chen et al., 2024](#)). Evidence from long-term care settings suggests that interventions addressing

psychosocial well-being, autonomy, and social engagement can substantially enhance quality of life, even in the presence of chronic illness or cognitive impairment (Cooney & Windsor, 2014). In Iran, although several studies have examined quality of life among older adults, there remains a notable gap in research focused on operationalizing biopsychosocial models for Alzheimer's disease prevention and quality of life promotion, particularly in institutional care contexts (Emami Moghaddam et al., 2015; Taheri et al., 2015; Zanjani et al., 2018).

Methods and Materials

This study employed a causal-comparative, retrospective research design to examine differences in biopsychosocial indicators between cognitively healthy older adults and those diagnosed with Alzheimer's disease. The study population consisted of older adults residing in care centers located in northern Tehran. A purposive sampling method was used to select participants based on predefined inclusion criteria.

The final sample comprised 40 older adults, including 20 cognitively healthy individuals and 20 individuals diagnosed with Alzheimer's disease at late stage I to mid-stage II, as confirmed by specialist clinical diagnosis. Data collection was conducted over a six-month period through structured observation, semi-structured interviews, and standardized assessment instruments.

Measures assessed multiple domains: cognitive status, activities of daily living, sleep quality, quality of life, depression, general health, social support, and social participation. Demographic data were also collected. All instruments were administered under researcher supervision to ensure accuracy and completeness, with assistance provided when necessary.

Data analysis was performed using descriptive statistics to summarize sample characteristics and inferential statistics to test group differences. Independent sample t-tests and multivariate analysis of variance (MANOVA) were employed to examine differences between groups across multiple dependent variables simultaneously. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and equality of covariance matrices were evaluated prior to conducting inferential analyses.

Findings

Descriptive analyses indicated that the two groups did not differ significantly in age, gender distribution, or educational level, suggesting adequate comparability. Inferential analyses revealed a statistically significant multivariate effect of group membership on the combined set of biopsychosocial variables.

Specifically, older adults with Alzheimer's disease demonstrated significantly lower cognitive status scores compared to cognitively healthy participants. They also exhibited greater limitations in activities of daily living, indicating reduced functional independence. Sleep quality was significantly poorer among participants with Alzheimer's disease, reflecting higher levels of sleep disturbance.

Quality of life scores were significantly lower in the Alzheimer's group, highlighting the cumulative impact of cognitive, functional, and social impairments. In the social domain, participants with Alzheimer's disease reported significantly lower levels of perceived social support and social participation.

In contrast, no statistically significant differences were observed between the two groups in measures of depression, general health, or perceived loneliness. Effect size estimates indicated that the

largest group differences were associated with cognitive status, followed by social participation and activities of daily living.

Overall, the findings suggest that Alzheimer's disease is associated with a distinct pattern of biopsychosocial vulnerability, with pronounced effects on cognitive functioning, daily independence, sleep, social engagement, and overall quality of life.

Discussion and Conclusion

The findings of this study provide empirical support for the biopsychosocial model as a robust framework for understanding quality of life disparities among older adults with and without Alzheimer's disease. The observed differences across cognitive, functional, and social domains indicate that Alzheimer's disease exerts multidimensional effects that extend well beyond cognitive impairment alone.

Lower cognitive status among participants with Alzheimer's disease was accompanied by reduced ability to perform daily activities, underscoring the interdependence of cognition and functional autonomy. Functional decline emerged as a key mechanism through which cognitive impairment translated into diminished quality of life, reinforcing the importance of maintaining daily functioning in aging populations.

Sleep disturbances were more prevalent among individuals with Alzheimer's disease, suggesting that sleep quality represents a critical but often under-addressed component of well-being in this group. Poor sleep may further compromise cognitive performance and emotional regulation, thereby accelerating functional decline and reducing overall life satisfaction.

The social dimension of quality of life was notably affected, as evidenced by lower levels of social support and participation among participants with Alzheimer's disease. These findings highlight the role of social engagement as both a protective factor and a potential target for intervention. Reduced participation may contribute to a cycle of withdrawal and dependency that exacerbates psychosocial vulnerability.

Interestingly, the absence of significant differences in depression and perceived loneliness suggests that these experiences may be influenced by contextual factors beyond cognitive status alone. In institutional settings, structured routines and social presence may buffer against severe loneliness, even when meaningful engagement is limited.

Taken together, the results emphasize that improving quality of life in older adults, particularly those at risk of or living with Alzheimer's disease, requires integrated strategies that address biological health, psychological resilience, and social connectedness simultaneously. Interventions that focus exclusively on medical management are unlikely to produce sustained improvements in well-being without parallel efforts to enhance daily functioning, sleep, and social participation.

In conclusion, this study demonstrates that a biopsychosocial perspective offers valuable insights into the complex determinants of quality of life among older adults. By identifying specific domains of vulnerability associated with Alzheimer's disease, the findings provide a foundation for designing comprehensive, preventive, and supportive care models in long-term care settings, ultimately contributing to healthier and more dignified aging.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۱ شهریور ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۱۱ دی ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۱۸ دی ۱۴۰۴

منتشر شده در تاریخ ۸ بهمن ۱۴۰۴

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۴، شماره ۴، صفحه ۱۸-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

ارزیابی و ارائه الگوی ارتقای کیفیت زندگی سالمندان با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی و پیشگیری از آلزایمر

لیلا جباری^۱، غلامعلی افروز^{۲*}، سیمین حسینیان^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، پردیس بین الملل کیش، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: afrooz@ut.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

جباری، لیلا، افروز، غلامعلی، و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۴). ارزیابی و ارائه الگوی ارتقای کیفیت زندگی سالمندان با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی و پیشگیری از آلزایمر. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۴(۴)، ۱۸-۱.



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف این مطالعه طراحی و تبیین یک الگوی عملیاتی مبتنی بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز مراقبتی و پیشگیری از افت شناختی و اختلال آلزایمر بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش به صورت علی-مقایسه‌ای و پس‌روپدای بر روی ۴۰ سالمند مقیم مراکز مراقبتی شمال تهران انجام شد که شامل ۲۰ سالمند سالم و ۲۰ سالمند مبتلا به آلزایمر در مراحل پایانی مرحله اول تا میانه مرحله دوم بیماری بودند. داده‌ها طی شش ماه و از طریق مشاهده، مصاحبه و پرسشنامه‌های استاندارد شامل وضعیت ذهنی، افسردگی سالمندان، فعالیت‌های روزمره زندگی، کیفیت خواب، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و روش‌های استنباطی شامل تحلیل واریانس تک‌متغیره و چندمتغیره انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت معناداری بین سالمندان مبتلا به آلزایمر و سالمندان سالم در ترکیب کلی متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی وجود دارد. به طور مشخص، سالمندان مبتلا به آلزایمر در وضعیت ذهنی، فعالیت‌های روزمره زندگی، کیفیت خواب، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی نمرات پایین‌تری داشتند، در حالی که تفاوت معناداری در افسردگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی بین دو گروه مشاهده نشد. بیشترین اندازه اثر مربوط به وضعیت ذهنی و مشارکت اجتماعی بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی چارچوبی کارآمد برای تبیین تفاوت‌های عملکردی سالمندان و طراحی مداخلات پیشگیرانه محسوب می‌شود و ارتقای هم‌زمان ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود کیفیت زندگی و کاهش خطر پیشرفت آلزایمر در سالمندان ایفا کند.

کلیدواژگان: سالمندی، کیفیت زندگی، مدل زیستی-روانی-اجتماعی، آلزایمر، پیشگیری



مقدمه

پدیده سالمند شدن جمعیت در دهه‌های اخیر به یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیت‌شناختی جهان تبدیل شده است؛ تحولی که پیامدهای گسترده‌ای برای نظام‌های سلامت، رفاه اجتماعی و سیاست‌گذاری عمومی به همراه دارد. افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری موجب شده است که نسبت سالمندان در ساختار جمعیتی کشورها به‌طور چشمگیری افزایش یابد و این روند، چالش‌های جدیدی را در حوزه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان ایجاد کند (Beard & Bloom, 2015; Fernandez-Ballesteros et al., 2013). در این میان، تمرکز صرف بر طول عمر بدون توجه به کیفیت زندگی، رویکردی ناکافی تلقی می‌شود و ضرورت توجه به ابعاد چندگانه سالمندی بیش از پیش برجسته شده است.

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و ادراکی تجربه زیسته افراد را دربرمی‌گیرد و در سالمندان، نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ استقلال، کارکرد روزمره و رضایت از زندگی ایفا می‌کند (Bowling & Windsor, 2001). پژوهش‌های جمعیت‌محور نشان داده‌اند که سالمندی مطلوب صرفاً به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه مستلزم حفظ مشارکت اجتماعی، احساس معنا، امنیت روانی و توانمندی عملکردی است (Buys & Miller, 2006). از این منظر، کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی سلامت سالمندان مطرح شده و به‌طور مستقیم با پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی آنان مرتبط است.

در ایران نیز، همگام با روند جهانی، ساختار جمعیتی به‌سوی سالمندی در حال حرکت است و مطالعات نشان می‌دهند که نیازهای مراقبتی، بهداشتی و روانی سالمندان به‌طور فزاینده‌ای در حال افزایش است (Zanjani et al., 2018). افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، محدودیت‌های عملکردی و مشکلات روان‌اجتماعی، ضرورت بازنگری در رویکردهای مراقبتی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان را دوچندان کرده است. پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهند که سالمندان، به‌ویژه آن‌هایی که در مراکز مراقبتی زندگی می‌کنند، در معرض کاهش کیفیت زندگی و محدودیت‌های اجتماعی بیشتری قرار دارند (Taheri et al., 2015).

یکی از چالش‌های عمده سالمندی، افزایش شیوع اختلالات شناختی و دمانس، به‌ویژه بیماری آلزایمر است. آلزایمر شایع‌ترین نوع دمانس محسوب می‌شود و با افت تدریجی حافظه، کاهش عملکرد شناختی و اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی همراه است (Duong et al., 2017). این اختلال نه‌تنها فرد سالمند، بلکه خانواده، مراقبان و نظام سلامت را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های اقتصادی و روانی قابل‌توجهی ایجاد می‌کند. برآوردهای آینده‌نگرانه نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان به آلزایمر در ایران در سال‌های آتی به‌طور چشمگیری افزایش خواهد یافت و این امر، اهمیت پیشگیری و مداخله زودهنگام را برجسته می‌سازد (Borhaninejad et al., 2025).

کاهش کیفیت زندگی یکی از پیامدهای اصلی ابتلا به آلزایمر است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به آلزایمر در مقایسه با سالمندان سالم، سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی، استقلال عملکردی و مشارکت اجتماعی را تجربه می‌کنند (Akpınar Soylemez et al., 2020; Flicekoglu, 2021). افت شناختی، مشکلات رفتاری و وابستگی فزاینده در انجام فعالیت‌های روزمره، موجب افزایش بار روانی و اجتماعی این بیماری می‌شود و نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش رفاه ذهنی سالمندان دارد.

در این میان، عملکرد روزمره زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی سالمندان شناخته می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های پایه و پیچیده زندگی روزمره، ارتباط مستقیمی با شدت دمانس و افت کیفیت زندگی دارد (Cipriani et al., 2020). از سوی دیگر، کیفیت خواب، تغذیه سالم و سلامت جسمی نیز از عوامل زیستی اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان به‌شمار می‌روند و اختلال در هر یک از این حوزه‌ها می‌تواند روند افت شناختی و عملکردی را تشدید کند (Bergman et al., 2022).



با این حال، سالمندی و کیفیت زندگی سالمندان را نمی‌توان صرفاً از منظر زیستی تحلیل کرد. شواهد علمی نشان می‌دهد که عوامل روانی و اجتماعی، از جمله حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه‌های ارتباطی و احساس تعلق، نقش اساسی در سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کنند (Dodds et al., 2024). انزوای اجتماعی و احساس تنهایی، به‌ویژه در سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی یا ساکن مراکز مراقبتی، با پیامدهای منفی روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (Bahrevar et al., 2023).

در پاسخ به این پیچیدگی‌ها، رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی به‌عنوان چارچوبی جامع برای درک سالمندی و طراحی مداخلات مؤثر مطرح شده است. این رویکرد تأکید می‌کند که سلامت و کیفیت زندگی سالمندان حاصل تعامل پویا میان عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است و هرگونه مداخله اثربخش باید این ابعاد را به‌صورت یکپارچه مدنظر قرار دهد (Chen et al., 2024). پژوهش‌های مبتنی بر این چارچوب نشان داده‌اند که مداخلات چندبعدی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی، حفظ استقلال و حتی کاهش سرعت پیشرفت اختلالات شناختی کمک کنند.

در محیط‌های مراقبت بلندمدت، توجه به رفاه روان‌اجتماعی سالمندان اهمیت ویژه‌ای دارد. مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهند که کیفیت تعاملات اجتماعی، احساس کنترل فردی و حمایت روانی در مراکز مراقبتی، نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند (Cooney & Windsor, 2014). در مقابل، رویکردهای صرفاً پزشکی‌محور، بدون توجه به ابعاد روانی و اجتماعی، اغلب در بهبود پایدار کیفیت زندگی سالمندان ناکام می‌مانند.

در ایران، اگرچه پژوهش‌هایی به بررسی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند، اما همچنان خلأ مطالعاتی در زمینه طراحی الگوهای عملیاتی مبتنی بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، به‌ویژه با تمرکز بر پیشگیری از آلزایمر، مشاهده می‌شود (Emami Moghaddam et al., 2015). بسیاری از مطالعات موجود به بررسی توصیفی متغیرها بسنده کرده‌اند و کمتر به ارائه چارچوب‌های تلفیقی و کاربردی پرداخته‌اند که بتواند راهنمای سیاست‌گذاری و مداخله در مراکز مراقبتی باشد.

با توجه به افزایش پیش‌بینی‌شده شیوع آلزایمر در ایران، ضرورت توجه به پیشگیری و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان سالم و در معرض خطر، بیش از پیش احساس می‌شود (Borhaninejad et al., 2025). شواهد علمی حاکی از آن است که بهبود کیفیت زندگی، از طریق ارتقای فعالیت‌های روزمره، حمایت اجتماعی، تغذیه سالم و مشارکت اجتماعی، می‌تواند نقش محافظتی در برابر افت شناختی ایفا کند و روند پیشرفت آلزایمر را کند سازد (Akpınar Soylemez et al., 2020; Chen et al., 2024).

در مجموع، سالمندی پدیده‌ای است که مستلزم نگاهی فراتر از درمان بیماری و تمرکز بر ارتقای کیفیت زندگی در ابعاد مختلف است. اتخاذ رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، امکان تحلیل جامع‌تر نیازهای سالمندان و طراحی مداخلات مؤثرتر را فراهم می‌آورد و می‌تواند به‌عنوان مبنایی علمی برای پیشگیری از آلزایمر و بهبود رفاه سالمندان مورد استفاده قرار گیرد (Beard & Bloom, 2015; Fernandez Ballesteros et al., 2013).

هدف این مطالعه، ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز مراقبتی و طراحی یک الگوی عملیاتی ارتقای کیفیت زندگی مبتنی بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی با تأکید بر پیشگیری از اختلال آلزایمر است.



مواد و روش پژوهش

در این پژوهش، با اتکا بر چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی، تلاش شد الگویی کاربردی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان طراحی گردد. در مرحله نخست، مرور نظام‌مند مطالعات پیشین و مبانی نظری مرتبط انجام شد تا اهداف پژوهش و ضرورت انجام آن مشخص شود و ابزارهای گردآوری داده متناسب با جامعه هدف و ابعاد پژوهش انتخاب و از نظر روایی و پایایی اعتبارسنجی گردیدند.

جامعه آماری شامل سالمندان مقیم مراکز مراقبت در شمال تهران بود و با هماهنگی مسئولان مراکز، امکان دسترسی به افراد واجد شرایط فراهم گردید. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و سالمندان مبتلا به آلزایمر بر اساس تشخیص پزشک متخصص در مراحل پایانی مرحله اول تا میانه مرحله دوم بیماری انتخاب شدند. برای ایجاد گروه مقایسه، تعداد مساوی از سالمندان سالم نیز برگزیده شدند و در نهایت، ۴۰ نفر (۲۰ سالمند سالم و ۲۰ سالمند مبتلا به آلزایمر) به عنوان نمونه نهایی وارد مطالعه گردیدند. با توجه به قابل شناسایی بودن آمار و تعداد افراد مبتلا به آلزایمر در این مراکز و حساسیت موضوع، بسیاری از مراکز تمایلی به افشای نام خود در مطالعات و گزارش‌های تحقیقاتی نداشتند. بنابراین، در این مطالعه، این مراکز صرفاً تحت عنوان «مراکز نگهداری سالمند شمال تهران» ذکر شده‌اند تا حریم خصوصی افراد مبتلا به آلزایمر حفظ شده و اعتبار مؤسسات خدشه‌دار نشود. این محدودیت‌ها نشان‌دهنده حساسیت بالای خانواده‌ها و مؤسسات نسبت به حفظ محرمانگی اطلاعات فرد مبتلا به آلزایمر است و بر اهمیت تدوین راهبردهایی تأکیدی‌کننده هم امکان ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات رافراهم سازد و هم حفاظت از اطلاعات شخصی افراد مبتلا را تضمین نماید. سالمندان انتخاب‌شده از این مراکز، با هماهنگی خانواده‌ها و مراکز نگهداری، برای شرکت در جلسات مصاحبه، تکمیل پرسشنامه‌ها و مشارکت در فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده به فرهنگسرای خانواده هدایت شدند. تمامی هزینه‌های مربوط به حضور و اجرای برنامه‌ها توسط پژوهشگر تأمین گردید.

گردآوری داده‌ها طی مدت شش ماه و در چند نوبت انجام شد و پژوهشگر نظارت مستقیم بر تمامی مراحل داشت تا از صحت، کامل بودن و اعتبار اطلاعات اطمینان حاصل شود. پرسشنامه‌ها شامل دو بخش بودند: بخش نخست جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم ارزیابی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان در مراکز نگهداری. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد در سطح دبستان بود و سالمندان دارای اختلال‌های شدید جسمی غیرمرتبط یا فاقد تمایل به همکاری مطابق با معیارهای ورود و خروج از مطالعه از تحلیل داده‌ها کنار گذاشته شدند از مطالعه مستثنی شدند. پرسشنامه‌ها عمدتاً توسط سالمندان به صورت خودتکمیل انجام می‌شد و در صورت نیاز، پژوهشگر راهنمایی لازم را برای تکمیل دقیق و معتبر آن‌ها ارائه می‌کرد تا اطمینان حاصل شود که پاسخ‌ها به صورت دقیق و معتبر ثبت شوند. پس از جمع‌آوری، داده‌ها بازبینی، کدگذاری و وارد نرم‌افزار آماری شدند. تحلیل‌های آماری شامل مقایسه گروه‌ها و بررسی روابط میان متغیرهای مستقل (ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی) و متغیر وابسته (کیفیت زندگی) انجام شد. نتایج بر اساس چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی تفسیر گردید و الگویی پیشنهادی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ارائه شد که نشان می‌دهد مداخلات ترکیبی در حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی، علاوه بر ارتقای وضعیت فعلی سالمندان، نقش مؤثری در پیشگیری از پیشرفت اختلال آلزایمر نیز ایفا می‌کند. همچنین، پژوهشگر با تدوین پروتکل‌های اخلاقی و رعایت محرمانگی داده‌ها، محیطی امن و حمایت‌کننده برای مشارکت سالمندان فراهم نمود و اعتبار علمی پژوهش را تضمین کرد. . همچنین قبل از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان و خانواده‌های آن‌ها از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت کردند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد، اطلاعات به دست آمده صرفاً برای پژوهش استفاده می‌شود و مشخصات آن‌ها در طول تحقیق و پس از آن به صورت محرمانه حفظ می‌شود. همچنین شرکت‌کنندگان تحقیق از آزادی و اختیارشان برای انصراف از ادامه شرکت در پژوهش در هر زمان مطلع شدند.



این مطالعه در قالب مطالعات علی-مقایسه‌ای وبه روش پس‌رویدادی طراحی شد، که در آن پژوهشگر بدون مداخله یادستکاری متغیرها، به بررسی روابط موجود میان متغیرهای مستقل و وابسته پرداخته و تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته را تحلیل می‌کند. هدف اصلی پژوهش، ارزیابی وبه کارگیری مدل زیستی، روانی واجتماعی سالمندان مقیم مراکز مراقبت است، به نحوی که با ارائه الگوی مناسب، کیفیت زندگی سالمندان ارتقا یافته و امکان پیشگیری از اختلال آلزایمر فراهم گردد. با توجه به ماهیت داده‌ها و اهداف تحقیق که بر مقایسه تفاوت‌ها و تحلیل روابط میان متغیرها تمرکز دارد، این مطالعه در چارچوب تحقیقات کمی قرار می‌گیرد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های استاندارد و معتبر گردآوری شد و تحلیل‌های آماری متناسب با فرضیات پژوهش براساس آن‌ها انجام گردید.

پرسشنامه افسردگی (GDS): افسردگی سالمندان با نسخه کوتاه ۱۵ سؤالی GDS سنجیده شد؛ پاسخ‌ها به صورت بله/خیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت افسردگی بیشتر است. پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است (Malakouti et al., 2006). احساس تنهایی با نسخه کوتاه ۶ سؤالی پرسشنامه «دی‌جونگوگیرفلد» ارزیابی شد؛ پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تنهایی شدیدتر هستند (حسین‌آبادی و همکاران، ۲۰۲۰).

پرسشنامه کوتاه شده وضعیت ذهنی سالمندان (MMSE): وضعیت شناختی سالمندان با آزمون کوتاه شده وضعیت ذهنی که شامل ۱۱ سؤال در حوزه‌های شناختی مختلف سنجیده شد؛ نمره کل ۰ تا ۳۰ بوده و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده کاهش عملکرد شناختی است (Seyedian et al., 2007).

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ): این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال است وبه شکل فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی ارائه شده است. فرم‌های ۲۸ و ۱۲ سؤالی در ایران و سایر کشورها کاربرد فراوانی دارند. پس از فرم ۲۸ سؤالی، فرم ۱۲ سؤالی این پرسشنامه به ویژه مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در این فرم، پاسخ هر سؤال به صورت مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای ثبت می‌شود. بهداشت روان یا سلامت روان به معنی سلامت هیجانی و روانشناختی است، به شکلی که فرد بتواند از تفکرات توانایی‌های خود استفاده کند، در جامعه عملکرد داشته باشد و نیازهای معمول زندگی روزمره را برآورده سازد. پیشگیری از پیدایش اختلال‌های روانی و سالم کردن محیط روانی از نیازهای اولیه تأمین بهداشت روانی محسوب می‌شود.

پرسشنامه فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL): فعالیت‌های روزمره زندگی با پرسشنامه ۱۷ آیتمی ADL کتزنسجیده شد؛ افراد در سه طبقه وابسته، نیازمند کمک و مستقل قرار گرفتند و پایایی ابزار ۰/۷۳ گزارش شده است (Tavvafian et al., 2014). پرسشنامه کیفیت خواب (PSQ): کیفیت خواب سالمندان با پرسشنامه پترزبورگ شامل ۱۹ سؤال و ۷ مؤلفه اصلی اندازه‌گیری شد؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت پایین‌تر خواب بوده و پایایی نسخه فارسی بالاتر از ۰/۸۳ است (Kakuei et al., 2010).

پرسشنامه کوتاه شده کیفیت زندگی (WHO QOL-BREF): کیفیت زندگی سالمندان با نسخه کوتاه ۲۶ سؤالی پرسشنامه کیفیت زندگی سنجیده شد که ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی را پوشش می‌دهد؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتری و پایایی زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (Kakuei et al., 2010).

پرسشنامه مشارکت اجتماعی (CCHS): مشارکت اجتماعی با پرسشنامه‌ای شامل ۲۳ سؤال و دو بخش فعالیت‌های گروهی و موانع مشارکت سنجیده شد و پایایی آن ۰/۷۶ گزارش شده است (Darvishpour et al., 2006).

پرسشنامه حمایت اجتماعی (MSPSS): حمایت اجتماعی با مقیاس MSPSS شامل ۱۲ سؤال از سه خرده‌مقیاس خانواده، دوستان و دیگران مهم ارزیابی شد؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده دریافت حمایت بیشتر است و پایایی آن در ایران بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (Salimi et al., 2009).



به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در ادامه، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش و آزمون تفاوت‌های میان گروه‌ها، از روش‌های آمار استنباطی بهره گرفته شد. بدین منظور، آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین دو گروه سالمندان سالم و سالمندان مبتلا به آلزایمر به کار گرفته شد. همچنین به منظور تحلیل همزمان چند متغیر وابسته و ارزیابی الگوی کلی تفاوت‌ها میان دو گروه، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده گردید. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری آماری در کلیه آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه سالمندان دارای آلزایمر برابر با ۴۵/۷۵ سال با انحراف معیار ۰۷/۶ بود، در حالی که میانگین سنی گروه سالمندان عادی ۷۰/۷۵ سال با انحراف معیار ۵۷/۵ گزارش شد. مقدار p برای مقایسه میانگین سنی دو گروه برابر با ۸۹۳/۰ بود، که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین سنی دو گروه وجود ندارد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه سالمندان نشان داد که در گروه سالمندان دارای آلزایمر، ۱۱ نفر (۵۵٪) زن و ۹ نفر (۴۵٪) مرد بودند، در حالی که در گروه سالمندان عادی $n = ۲۰$ ، ۱۲ نفر (۶۰٪) زن و ۸ نفر (۴۰٪) مرد حضور داشتند. در مورد سطح تحصیلات، در گروه سالمندان دارای آلزایمر، ۴ نفر (۲۰٪) کمتر از دیپلم، ۱۰ نفر (۵۰٪) دارای مدرک دیپلم و ۶ نفر (۳۰٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در گروه سالمندان عادی، ۶ نفر (۳۰٪) کمتر از دیپلم، ۹ نفر (۴۵٪) دیپلم و ۵ نفر (۲۵٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. مقدار p برای این متغیر برابر با ۰۰۷۶۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ابعاد مختلف زیستی، روانی و اجتماعی سالمندان بررسی شد تا کیفیت زندگی آن‌ها و نقش مداخلات زیستی-روانی-اجتماعی در پیشگیری از آلزایمر مشخص گردد.

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی در دو گروه سالمندان دارای آلزایمر و سالمندان عادی

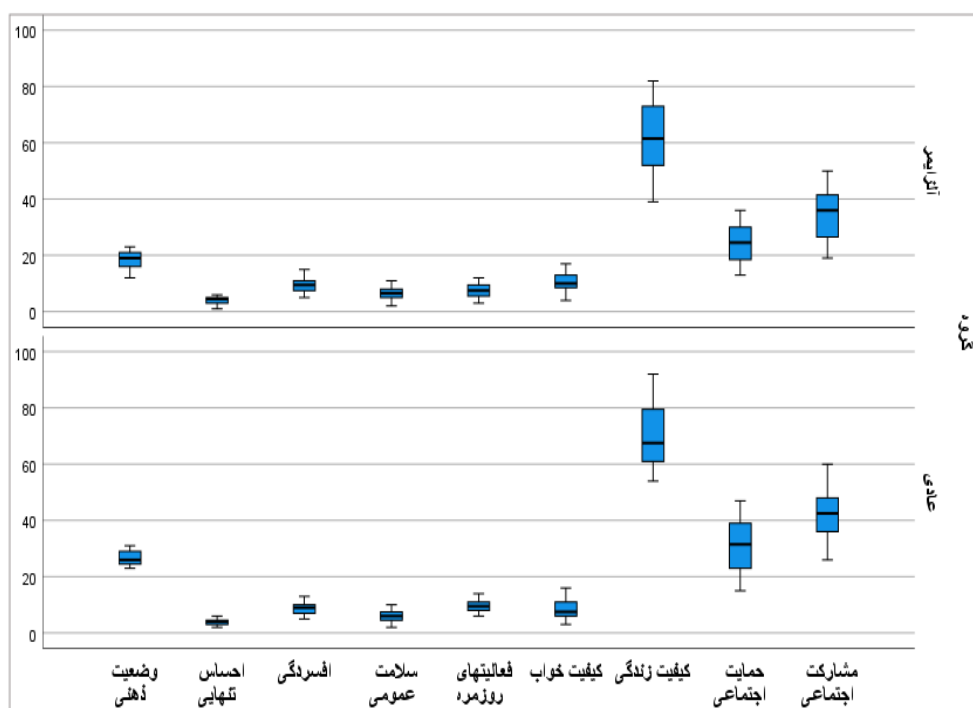
متغیر	گروه سالمندان دارای آلزایمر		گروه سالمندان عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وضعیت ذهنی	۱۸/۸۰	۳/۱۹	۲۶/۵۵	۲/۴۴
احساس تنهایی	۴/۱۰	۱/۴۸	۳/۷۵	۱/۰۷
افسردگی سالمندان	۹/۶۰	۲/۸۰	۸/۸۰	۲/۲۶
مشکلات سلامت عمومی	۶/۵۰	۲/۴۴	۶/۰۵	۲/۲۶
فعالیت‌های روزمره زندگی	۷/۵۵	۲/۶۵	۹/۴۵	۲/۰۶
مشکلات کیفیت خواب	۱۰/۷۰	۳/۱۳	۸/۴۵	۳/۷۶
کیفیت زندگی	۶۱/۸۵	۱۲/۸۴	۶۹/۹۵	۱۱/۳۳
حمایت اجتماعی	۲۴/۱۵	۶/۹۱	۳۰/۱۰	۹/۹۳
مشارکت اجتماعی	۳۴/۹۰	۹/۱۹	۴۲/۷۵	۸/۹۰

در این پژوهش، به منظور بررسی و مقایسه نمرات متغیرهای اصلی میان دو گروه سالمندان دارای آلزایمر و سالمندان عادی، از روش‌های آماری تحلیل واریانس تک‌متغیره (ANOVA) و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. تحلیل واریانس یک آزمون پارامتریک

است که دارای چند مفروضه است. پیش فرض‌های مختص به روش تحلیل واریانس شامل عدم وجود داده‌های پرت، نرمال بودن شکل توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها و مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس است که در ادامه این پیش فرض‌ها بررسی شده است. مفروضه عدم وجود داده‌های پرت یا دورافتاده با نمودار جعبه‌ای بررسی شد در شکل (۱) تمامی متغیرها از نظر وجود داده‌های پرت به صورت تجمیعی بررسی شده اند. در نمودار جعبه‌ای داده‌های پرت با علامت دایره یا ستاره مشخص می‌شوند و چنانچه در نمودار جعبه‌ای فرد یا موردی با علامت ستاره مشخص نشود نشان از عدم وجود داده‌های پرت دارد.

شکل ۱

نمودار جعبه‌ای بررسی عدم وجود داده‌های پرت



۱

نتایج جدول شماره ۲ نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار هستند. مقدار چولگی (کجی) تمامی متغیرها در دامنه ۲- تا ۲+ بدست آمد و همچنین مقادیر کشیدگی تمامی متغیرها هم در دامنه ۲- تا ۲+ قرار داشت که بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه سالمندان، با توزیع نرمال اختلاف نداشت و مفروضه نرمال بودن شکل توزیع متغیرها تایید شد. در بخش بعدی به نرمال بودن متغیرهای پژوهش پرداخته شده است. در جدول شماره نتایج بررسی نرمال بودن داده‌ها آمده است. توزیع نرمال با مقادیر کجی و کشیدگی بررسی شد. در مورد کجی و کشیدگی، چنانچه مقادیر این آماره‌ها بین ۲- و ۲+ باشد نشان دهنده نرمال بودن توزیع تک متغیره است.



جدول ۲

مقادیر کجی و کشیدگی جهت ارزیابی نرمال بودن متغیرها

متغیر	گروه سالمندان دارای آلزایمر		گروه سالمندان عادی	
	کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی
وضعیت ذهنی	-۰/۵۱۲	-۰/۴۹۳	۰/۳۶۸	-۱/۲۱۰
احساس تنهایی	-۰/۶۱۹	-۰/۵۹۴	۰/۲۶۹	-۰/۴۳۱
افسردگی سالمندان	۰/۴۵۹	-۰/۵۴۸	۰/۰۳۳	-۰/۶۰۳
مشکلات سلامت عمومی	۰/۰۹۷	-۰/۶۳۲	۰/۰۲۳	-۰/۸۴۶
فعالیت‌های روزمره زندگی	۰/۰۸۹	-۰/۸۱۰	۰/۱۹۹	-۰/۰۸۵
مشکلات کیفیت خواب	-۰/۰۳۴	۰/۰۱۲	۰/۶۶۳	-۰/۴۶۴
کیفیت زندگی	-۰/۰۸۵	-۰/۹۷۱	۰/۵۰۵	-۰/۸۵۳
حمایت اجتماعی	۰/۰۵۶	-۱/۰۳۳	۰/۰۳۰	-۱/۱۶۶
مشارکت اجتماعی	-۰/۰۴۳	-۱/۱۲۱	۰/۲۸۱	-۰/۳۳۷

یکی دیگر از پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، برقرار بودن همگنی واریانس گروه هاست. نتایج آزمون بررسی همگنی (برابری) واریانس گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در جدول شماره ۳ آمده است. برای آزمون مفروضه یکسانی یا همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. مقادیر بیشتر از ۰/۰۵ نشان از تایید مفروضه همگنی واریانس‌ها دارد ($p > 0.05$).

نتایج حاصل از آزمون لوین نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرهای مورد بررسی رعایت شده است. سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده برای تمامی متغیرها بالاتر از ۰۰۰۵ گزارش شد ($p > 0.05$)، که این امر بیانگر آن است که داده‌های پژوهش از نظر پراکندگی در گروه‌های مختلف تفاوت معناداری نداشتند و بنابراین، مفروضه همسانی واریانس‌ها برقرار است. شایان ذکر است که کمترین سطح معنی‌داری مربوط به متغیر حمایت اجتماعی بود ($p = 0.061$) که با وجود نزدیکی به سطح مرزی، همچنان از ۰۰۰۵ بالاتر بوده و این یافته نیز بر تأیید مفروضه همگنی واریانس‌ها دلالت دارد. در نتیجه، داده‌های پژوهش شرایط لازم برای اجرای آزمون‌های پارامتریک را از این حیث دارا بودند.

علاوه بر این، برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، آزمون ام‌باکس (M Box) مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس مبانی نظری، سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰۰۰۱ نشان‌دهنده تأیید این مفروضه است. یافته‌های پژوهش نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون ام‌باکس برابر با ۰۰۰۵۴ به دست آمد که به‌طور معناداری بزرگ‌تر از سطح معیار ۰۰۰۱ است ($p < 0.001$).

این نتیجه حاکی از آن است که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در داده‌های پژوهش برقرار بوده و استفاده از روش‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و تحلیل واریانس تک‌متغیره (ANOVA) در این شرایط از اعتبار و استحکام لازم برخوردار است.

به‌طور کلی، نتایج حاصل از هر دو آزمون لوین و ام‌باکس نشان دادند که تمامی پیش فرض‌های ضروری برای انجام تحلیل‌های آماری پارامتریک رعایت شده است. این امر اطمینان خاطر بیشتری در تفسیر نتایج به دست آمده ایجاد می‌کند و بیانگر آن است که یافته‌های پژوهش از پشتوانه آماری معتبر برخوردار هستند. در جدول شماره ۳ به توصیف متغیرهای اصلی به تفکیک دو گروه سالمندان پرداخته شده است.



جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی در دو گروه سالمندان دارای آلزایمر و سالمندان عادی

متغیر	گروه سالمندان دارای آلزایمر		گروه سالمندان عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وضعیت ذهنی	۱۸/۸۰	۳/۱۹	۲۶/۵۵	۲/۴۴
احساس تنهایی	۴/۱۰	۱/۴۸	۳/۷۵	۱/۰۷
افسردگی سالمندان	۹/۶۰	۲/۸۰	۸/۸۰	۲/۲۶
مشکلات سلامت عمومی	۶/۵۰	۲/۴۴	۶/۰۵	۲/۲۶
فعالیت‌های روزمره زندگی	۷/۵۵	۲/۶۵	۹/۴۵	۲/۰۶
مشکلات کیفیت خواب	۱۰/۷۰	۳/۱۳	۸/۴۵	۳/۷۶
کیفیت زندگی	۶۱/۸۵	۱۲/۸۴	۶۹/۹۵	۱۱/۳۳
حمایت اجتماعی	۲۴/۱۵	۶/۹۱	۳۰/۱۰	۹/۹۳
مشارکت اجتماعی	۳۴/۹۰	۹/۱۹	۴۲/۷۵	۸/۹۰

بررسی میانگین‌های جدول ۳ نشان داد که میانگین متغیر وضعیت ذهنی در گروه سالمندان دارای آلزایمر ۱۸/۸۰ بود و کمتر از گروه سالمندان عادی با میانگین ۲۶/۵۵ بود. میانگین احساس تنهایی در سالمندان دارای آلزایمر ۴/۱۰ بود که بیشتر از سالمندان عادی بود. میانگین افسردگی در سالمندان دارای آلزایمر ۹/۶۰ بود و بیشتر از سالمندان عادی با میانگین ۸/۸۰ بود. میانگین مشکلات سلامت عمومی در سالمندان دارای آلزایمر ۶/۵۰ بود که بیشتر از سالمندان عادی با میانگین ۶/۰۵ بود. میانگین فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان دارای آلزایمر ۷/۵۵ بود که کمتر از سالمندان عادی با میانگین ۹/۴۵ بود. میانگین مشکلات کیفیت خواب در سالمندان دارای آلزایمر ۱۰/۷۰ بود که بیشتر از سالمندان عادی با میانگین ۸/۴۵ بود. میانگین کیفیت زندگی در سالمندان دارای آلزایمر ۶۱/۸۵ بود و کمتر از سالمندان عادی با میانگین ۶۹/۹۵ بود. میانگین حمایت اجتماعی در سالمندان دارای آلزایمر ۲۴/۱۵ بود که کمتر از سالمندان عادی با میانگین ۳۰/۱۰ بود و میانگین مشارکت اجتماعی در سالمندان دارای آلزایمر ۳۴/۹۰ بود که کمتر از سالمندان عادی با میانگین ۴۲/۷۵ بود.

نتایج آزمون چندمتغیره به منظور بررسی تفاوت بین ترکیب کلی نمره متغیرهای اصلی سطح معنی داری آزمون لامبدای ویلکز کمتر از ۰/۰۵ بود که نشان داد اثر چندمتغیره برقرار بود و به طور کلی تفاوت معنی داری در ترکیب خطی نمره متغیرهای اصلی بین دو گروه سالمندان دارای آلزایمر و سالمندان عادی مشاهده در حداقل یکی از متغیرهای اصلی بین دو گروه تفاوت وجود داشت ($p < 0.05$). در جدول شماره ۴، نتایج مقایسه میانگین هر یک از سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه ارائه شده است. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین شش متغیر اصلی شامل وضعیت ذهنی، فعالیت‌های روزمره زندگی، مشکلات کیفیت خواب، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی بین دو گروه سالمندان دارای آلزایمر و سالمندان عادی وجود دارد ($p < 0.05$). میانگین سه متغیر احساس تنهایی، افسردگی سالمندان و مشکلات سلامت عمومی در دو گروه تفاوت مهم و معناداری نداشت ($p > 0.05$). به طور کلی، یافته‌ها نشان داد که فرضیه اصلی پژوهش تا حدی تأیید شد و تفاوت معناداری در میانگین متغیرهای وضعیت ذهنی، فعالیت‌های روزمره زندگی، مشکلات کیفیت خواب، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی بین دو گروه سالمندان دارای آلزایمر و سالمندان عادی وجود داشت.

بررسی میانگین‌ها نشان داد که در متغیرهای وضعیت ذهنی، فعالیت‌های روزمره زندگی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی، میانگین سالمندان دارای آلزایمر پایین‌تر بود، و در متغیر مشکلات کیفیت خواب، میانگین سالمندان دارای آلزایمر بالاتر بود. شاخص



اندازه اثر (مجذور جزئی اتا) نشان داد که بیشترین تفاوت بین دو گروه سالمندان مربوط به متغیر وضعیت ذهنی با اندازه اثر ۰٫۶۶۲، متغیر مشارکت اجتماعی با اندازه اثر ۰٫۱۶۵ و متغیر فعالیت‌های روزمره زندگی با اندازه اثر ۰٫۱۴ بود.

جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی تفاوت میانگین متغیرهای اصلی در دو گروه

متغیر وابسته	میانگین گروه‌ها		اختلاف میانگین	میانگین یا مجموع مجذورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر (مجذور جزئی اتا)
	دارای سالمندان آلزایمر	سالمندان عادی					
وضعیت ذهنی	۱۸/۸۰	۲۶/۵۵	-۷/۷۵	۶۰۰/۶۳	۷۴/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
احساس تنهایی	۴/۱۰	۳/۷۵	۰/۳۵	۱/۲۲	۰/۷۳	۰/۳۹۷	۰/۰۱۹
افسردگی سالمندان	۹/۶۰	۸/۸۰	۰/۸۰	۶/۴۰	۰/۹۸	۰/۳۲۶	۰/۰۲۵
مشکلات سلامتی عمومی	۶/۵۰	۶/۰۵	۰/۴۵	۲/۰۳	۰/۳۷	۰/۵۴۹	۰/۰۱۰
فعالیت‌های روزمره زندگی	۷/۵۵	۹/۴۵	-۱/۹۰	۳۶/۱۰	۶/۴۱	۰/۰۱۶	۰/۱۴۴
مشکلات کیفیت خواب	۱۰/۷۰	۸/۴۵	۲/۲۵	۵۰/۶۳	۴/۲۳	۰/۰۴۷	۰/۱۰۰
کیفیت زندگی	۶۱/۸۵	۶۹/۹۵	-۸/۱۰	۶۵۶/۱۰	۴/۴۸	۰/۰۴۱	۰/۱۰۵
حمایت اجتماعی	۲۴/۱۵	۳۰/۱۰	-۵/۹۵	۳۵۴/۰۳	۴/۸۴	۰/۰۳۴	۰/۱۱۳
مشارکت اجتماعی	۳۴/۹۰	۴۲/۷۵	-۷/۸۵	۶۱۶/۲۳	۷/۵۳	۰/۰۰۹	۰/۱۶۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه وضعیت زیستی، روانی و اجتماعی سالمندان مبتلا به آلزایمر و سالمندان سالم و تبیین نقش رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی در ارتقای کیفیت زندگی و پیشگیری از افت شناختی بود. نتایج تحلیل‌های استنباطی نشان داد که بین دو گروه سالمندان از نظر ترکیب کلی متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طور مشخص، سالمندان مبتلا به آلزایمر در متغیرهای وضعیت ذهنی، فعالیت‌های روزمره زندگی، کیفیت خواب، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به سالمندان سالم داشتند، در حالی که تفاوت معناداری در افسردگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی مشاهده نشد. این الگوی یافته‌ها نشان‌دهنده ماهیت چندبعدی اثرات آلزایمر بر زندگی سالمندان است و اهمیت تحلیل هم‌زمان ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی را برجسته می‌سازد.

در بعد زیستی، نتایج نشان داد که سالمندان مبتلا به آلزایمر در وضعیت ذهنی و عملکرد شناختی به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری نسبت به سالمندان سالم دارند. این یافته با بدنه گسترده‌ای از پژوهش‌ها همسو است که افت شناختی را ویژگی محوری آلزایمر دانسته و آن را عامل اصلی کاهش استقلال و کیفیت زندگی معرفی می‌کنند (Cipriani et al., 2020; Duong et al., 2017). کاهش وضعیت ذهنی، به‌ویژه در مراحل خفیف تا متوسط بیماری، پیامدهای زنجیره‌ای بر سایر جنبه‌های زندگی سالمند دارد و می‌تواند توانایی برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و انجام فعالیت‌های روزمره را مختل کند. بر این اساس، یافته حاضر تأکید می‌کند که وضعیت شناختی نه تنها یک شاخص بالینی، بلکه یک متغیر کلیدی در تحلیل کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر است.



در ارتباط با فعالیت‌های روزمره زندگی، نتایج نشان داد که سالمندان مبتلا به آلزایمر در مقایسه با سالمندان سالم محدودیت‌های بیشتری را تجربه می‌کنند. این یافته با مطالعاتی که کاهش عملکرد روزمره را از پیامدهای مستقیم افت شناختی و پیشرفت دمانس می‌دانند، همخوانی دارد (Cipriani et al., 2020). ناتوانی در انجام فعالیت‌های پایه و ابزاری زندگی روزمره، وابستگی سالمند به دیگران را افزایش داده و در بلندمدت می‌تواند به کاهش عزت‌نفس و احساس کارآمدی منجر شود. چنین فرآیندی در نهایت کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، تفاوت معنادار دو گروه در کیفیت خواب بود، به‌طوری که سالمندان مبتلا به آلزایمر مشکلات خواب بیشتری را گزارش کردند. این نتیجه با شواهد پیشین همسو است که اختلالات خواب را یکی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به آلزایمر معرفی کرده‌اند و آن را با تشدید افت شناختی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط می‌دانند (Flicekoglu, 2021). کیفیت خواب نامطلوب می‌تواند عملکرد شناختی روزانه، تنظیم هیجانی و سلامت جسمی سالمندان را تضعیف کند و در چارچوب رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، به‌عنوان یکی از عوامل زیستی اثرگذار بر کیفیت زندگی مطرح است.

در متغیر کیفیت زندگی، نتایج نشان داد که سالمندان مبتلا به آلزایمر از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سالمندان سالم برخوردارند. این یافته با نتایج مطالعات مقطعی انجام‌شده در کشورهای مختلف همخوانی دارد که کاهش کیفیت زندگی را یکی از پیامدهای اصلی آلزایمر می‌دانند (Akpınar Soylemez et al., 2020; Flicekoglu, 2021). کیفیت زندگی پایین‌تر در این گروه را می‌توان حاصل تعامل عوامل زیستی (افت شناختی و مشکلات جسمی)، روانی (کاهش احساس کنترل و خودکارآمدی) و اجتماعی (کاهش مشارکت و حمایت اجتماعی) دانست. این نتیجه از چارچوب نظری رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی حمایت می‌کند که کیفیت زندگی را پیامدی چندعلتی و برآمده از تعامل ابعاد مختلف می‌داند (Chen et al., 2024).

در بعد اجتماعی، یافته‌های پژوهش نشان داد که سالمندان مبتلا به آلزایمر از سطح پایین‌تری از حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی برخوردارند. این نتیجه با پژوهش‌هایی همسو است که نشان می‌دهند کاهش شبکه‌های اجتماعی و محدود شدن تعاملات اجتماعی در سالمندان مبتلا به اختلالات شناختی، نقش مهمی در افت کیفیت زندگی دارد (Dodds et al., 2024). مشارکت اجتماعی نه‌تنها منبعی برای حمایت عاطفی و ابزاری است، بلکه به حفظ احساس تعلق و معنا در زندگی سالمندان کمک می‌کند. کاهش مشارکت اجتماعی می‌تواند به تسریع فرایند انزوا و افت روانی سالمندان مبتلا به آلزایمر منجر شود.

با این حال، در متغیر احساس تنهایی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. این یافته در نگاه نخست ممکن است غیرمنتظره به نظر برسد، اما با برخی مطالعات داخلی همخوانی دارد که نشان داده‌اند احساس تنهایی سالمندان بیش از آنکه به وضعیت شناختی وابسته باشد، به کیفیت روابط اجتماعی و ادراک حمایت اجتماعی مرتبط است (Bahrevar et al., 2023). در مراکز مراقبتی، حضور فیزیکی سایر سالمندان و کارکنان ممکن است تا حدی از شدت احساس تنهایی بکاهد، حتی اگر کیفیت روابط اجتماعی محدود باشد. بنابراین، عدم تفاوت معنادار در احساس تنهایی می‌تواند بازتاب شرایط خاص محیط‌های مراقبتی باشد.

در بعد روانی، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین سالمندان مبتلا به آلزایمر و سالمندان سالم از نظر افسردگی و سلامت عمومی وجود ندارد. این یافته با برخی پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند افسردگی سالمندان پدیده‌ای چندعاملی است و لزوماً به ابتلا به آلزایمر محدود نمی‌شود (Emami Moghaddam et al., 2015). عوامل جسمی، شرایط مزمن سلامت، وضعیت اقتصادی و کیفیت حمایت اجتماعی می‌توانند در بروز افسردگی سالمندان نقش داشته باشند. از این رو، نتایج حاضر نشان می‌دهد که اگرچه آلزایمر بر بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی اثرگذار است، اما در این نمونه خاص، افسردگی و سلامت عمومی تحت تأثیر عوامل گسترده‌تری قرار داشته‌اند.



در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر از رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی به‌عنوان چارچوبی مناسب برای تبیین تفاوت‌های کیفیت زندگی سالمندان حمایت می‌کند. این نتایج با دیدگاه‌های مطرح‌شده در ادبیات سالمندی فعال همخوانی دارد که بر اهمیت سلامت، مشارکت و امنیت در سالمندی تأکید دارند (Buys & Miller, 2006; Fernandez-Ballesteros et al., 2013). همچنین، یافته‌ها با مطالعاتی که ضرورت پاسخ جامع نظام سلامت به پدیده سالمندی جمعیت را مطرح کرده‌اند، همسو است (Beard & Bloom, 2015). در زمینه ایران، با توجه به پیش‌بینی افزایش قابل‌توجه تعداد مبتلایان به آلزایمر در سال‌های آینده، نتایج این پژوهش بر ضرورت طراحی و اجرای مداخلات چندبعدی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان تأکید می‌کند (Borhaninejad et al., 2025). چنین مداخلاتی می‌تواند نه تنها کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر را بهبود بخشد، بلکه در سطح پیشگیری، خطر افت شناختی را در سالمندان سالم کاهش دهند.

یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش، حجم نمونه نسبتاً محدود و تمرکز آن بر سالمندان مقیم مراکز مراقبتی در یک محدوده جغرافیایی خاص بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش دهد. همچنین، استفاده از طرح علی-مقایسه‌ای و پس‌رویدادی امکان استنتاج روابط علی-قطعی را محدود می‌سازد. اتکای پژوهش به ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی سالمندان قرار گرفته باشد، به‌ویژه در گروه مبتلا به آلزایمر که محدودیت‌های شناختی دارند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی متنوع انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، استفاده از طرح‌های طولی می‌تواند به بررسی مسیر تغییرات کیفیت زندگی و نقش عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در طول زمان کمک کند. بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی و مقایسه سالمندان مقیم مراکز مراقبتی با سالمندان ساکن در جامعه نیز می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی این حوزه بیفزاید.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که طراحی برنامه‌های مراقبتی سالمندان باید به‌صورت یکپارچه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توجه داشته باشد. ارتقای مشارکت اجتماعی، تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی، بهبود کیفیت خواب و حفظ توانمندی‌های روزمره می‌تواند به‌عنوان محورهای اصلی مداخلات در مراکز مراقبتی مدنظر قرار گیرد. همچنین، آموزش کارکنان مراکز سالمندی برای شناسایی نیازهای چندبعدی سالمندان و تدوین برنامه‌های پیشگیرانه می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش پیامدهای آلزایمر ایفا کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Akpınar Soylemez, B., Kucukguclu, O., Akyol, M. A., & Isik, A. T. (2020). Quality of life and factors affecting it in patients with Alzheimer's disease: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01554-2>
- Bahrevar, V., Abolfathi Momtaz, Y., & Hosseini, S. (2023). Feeling lonely among the elderly in Iran: A systematic review. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 45(5), 389-401. <https://doi.org/10.34172/mj.2023.041>
- Beard, J. R., & Bloom, D. E. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *The Lancet*, 385(9968). <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Bergman, E., Vepsalainen, H., Erkkola, M., Laaksonen, M., Kautiainen, H., & Penttinen, M. A. (2022). Healthy and unhealthy food consumption in relation to quality of life among Finnish female municipal employees: A cross-sectional study. *Nutrients*, 14(17), 3630. <https://doi.org/10.3390/nu14173630>
- Borhaninejad, V., Ahmadi Gohari, M., Jahani, Y., Amirzadeh Googhari, S., Jannati, N., & Mirzaee, M. (2025). Population forecasting with Alzheimer's disease in Iran using a system dynamic model. *Iranian Journal of Public Health*, 54(5), 1064-1073. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i5.18641>
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82. <https://doi.org/10.1023/A:1011564713657>
- Buys, L., & Miller, E. (2006, 2006/08/06). The meaning of active aging to older Australians: Exploring the relative importance of health, participation and security. Australian Association of Gerontology Conference, Sydney, Australia.
- Chen, Y., Li, Y., & Zhang, J. (2024). Factors influencing quality of life in older adults: A biopsychosocial approach. *Journal of Geriatric Medicine*, 12(1), 45-53.
- Cipriani, G., Danti, S., Picchi, L., Nuti, A., & Di Fiorino, M. (2020). Daily functioning and dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(2), 93-102. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020001>
- Cooney, C. A., & Windsor, J. (2014). Psychosocial well-being in long-term care: A systematic review. *Journal of Aging and Health*, 26(7), 1187-1203. <https://doi.org/10.1177/0898264314544744>
- Darvishpour, A., Karimi, M., & Rahimi, Z. (2006). Development and validation of the elderly social participation questionnaire (CCHS). *Journal of Elderly Social Research*, 4(2), 112-122.
- Dodds, L., Smith, J., & Brown, A. (2024). Associations between social networks, cognitive function, and quality of life in older adults. *BMC Geriatrics*, 24(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-0110-1>
- Duong, S., Patel, T., & Chang, F. (2017). Dementia: What pharmacists need to know. *Canadian Pharmacists Journal*, 150(2), 118-129. <https://doi.org/10.1177/1715163517690745>
- Emami Moghaddam, Z., Khoshraftar Roudi, E., Ildarabadi, E., & Behnam Voshani, H. R. (2015). Quality of life in hypertensive elderly patients referred to health centers in Mashhad. *Journal of Shahrood University of Medical Sciences*, 22(3), 444-452. https://jsums.medsab.ac.ir/article_580.html
- Fernandez-Ballesteros, R., Robine, J.-M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatric Research*, 1-4. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>
- Flicekoglu, E. (2021). Investigation of the factors affecting quality of life in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: A cross-sectional study from Turkey. *Journal of Mental Health*, 34(4), 210-220. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1985812>
- Kakuei, A., Moradi, F., & Nikzad, S. (2010). Validity and reliability of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in elderly. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 121-130.
- Malakouti, K., Pezeshman, M., Mohsenpour, R., Kaveh, J., & Hashemi, M. (2006). Validity and reliability of the Persian version of the 15-item Geriatric Depression Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(3), 289-293.
- Salimi, M., Jokar, A., & Nikpour, R. (2009). Validity and reliability of the Persian version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Iranian elderly. *Iranian Journal of Aging Psychology*, 5(1), 45-55.
- Seyedian, M., Foroughan, M., Ghaedamini Harouni, G., Zeidali Beiranvand, R., & Pournia, Y. (2007). Preparation and validation of the Persian version of the Mini-Mental State Examination (MMSE). *Iranian Journal of Gerontology*, 7(2), 50-60.



- Taheri, A., Faridouni Moghaddam, M., Cheraghian, M., Hekmatipour, F., & Vahjti, H. (2015). Comparison of quality of life among elderly residents of nursing homes and community-dwelling elderly. *Research in Psychological Health*, 9(2), 57-68.
- Tavvafian, R., Ahmadi, M., & Mousavi, Z. (2014). Psychometric evaluation of the Persian version of the Activities of Daily Living questionnaire in Iranian elderly. *Journal of Aging and Rehabilitation*, 10(1), 55-64.
- Zanjani, M., Mahmoudi, M., Hosseini, M., Soleimani, M., & Hosseini, M. (2018). Health status and care needs of the elderly in Iran. *Iranian Journal Of Health Sciences*, 46(3), 231-240. <https://jhosp.tums.ac.ir/article-1-150-fa.html>