



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
PSYCHIATRIE KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND S.P.S. & G.C.P.F.
Ulrich-Greif
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

بررسی رابطه بین شدت خستگی مزمن و کیفیت زناشویی در سالمندان

مرضیه شریفی^۱

چکیده

خستگی یکی از شکایات بالینی متداول در بین سالمندان است که پیامدهای نامطلوبی بر کیفیت زندگی ایشان دارد در پژوهش حاضر رابطه بین شدت خستگی مزمن و کیفیت زناشویی سالمندان و نیز تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه مورد بررسی قرار می‌گیرد. نمونه مورد نظر در این پژوهش توصیفی شامل ۱۵۲ زوج سالمند از بین سالمندان متأهل شهر اصفهان (۷۳ زن و ۷۹ مرد) می‌باشد که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خستگی FACIT (وبستروهمکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه‌های فرسودگی زناشویی (پاینز، ۱۹۹۶)، مقیاس سازگاری زناشویی اصلاح شده (باسی و همکاران، ۱۹۹۵) و پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس (اسکیوم و همکاران، ۱۹۸۶) استفاده گردید و نتایج بوسیله تحلیل همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون t گروه‌های مستقل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که بین شدت خستگی مزمن سالمندان و فرسودگی زناشویی (جسمی، روانی و عاطفی) و سازگاری و رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$). با استفاده از رگرسیون گام به گام نیز مدل معنی‌داری بدست آمد که نشان می‌دهد فرسودگی زناشویی روانی و جسمی می‌تواند ۸۳ درصد از واریانس خستگی سالمندان را تبیین نمایند ($P < 0/001$). مقایسه میانگین نمرات بین زنان و مردان سالمند نشان داد که مردان سالمند میانگین کمتری در مقیاس‌های خستگی و فرسودگی زناشویی و میانگین بیشتری در مقیاس‌های رضایت و سازگاری زناشویی بدست آورده‌اند و اختلاف بین دو گروه معنادار است ($P < 0/001$). نتایج این پژوهش ضمن فراهم نمودن حمایت تجربی از نقش کیفیت زناشویی در خستگی مزمن سالمندان می‌تواند در تعیین راهبردهای پیشگیرانه و درمانی در زمینه سلامت سالمندان بویژه با تمرکز بر مداخلات زوج درمانی متناسب با مقتضیات دوره سالمندی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: خستگی مزمن، کیفیت زناشویی، سالمندان

^۱ - نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان msharifi.flj@gmail.com

The study of Correlation between severity of Fatigue and marital quality in older adults

Abstract

Objective: Fatigue or exhaustion is a common clinical complaint among older adults and it has adverse consequences on their life quality. This study conducted to determine association between severity of fatigue and marital quality in older adults.

Method: This is a descriptive research, and the sample included 152 older couples in Isfahan (73 women & 79 men) who were selected by purposive sampling. The FACIT Fatigue Scale (Version 4), the couple burnout measurement, Kansas Marital Satisfaction Scale, the revised Marital Adjustment Test, were used for data collecting, and the data were analyzed by Pearson correlation, multiple regression (stepwise), and independent t-test.

Results: The results showed that there is significant correlation between severity of fatigue and couple burnout, marital Adjustment and Satisfaction ($P \leq 0/01$). The results of multiple regression (stepwise) showed that 83% of the variance of fatigue was accounted by mental and physical couple burnout. Also old men had the lower scores in fatigue and couple burnout, and higher scores in marital adjustment & satisfaction than old women ($P < 0/001$).

Conclusion: The findings of this research provide empirical evidence to support the relationship between fatigue and marital quality, and it may be useful for determining Therapeutic and preventive strategies by focusing on appropriate couple therapy interventions for older adults.

Key words: chronic fatigue, marital quality, older adults

مقدمه

خستگی مزمن یکی از شکایات بالینی متداول در بین سالمندان است که به ناتوانی فرد در شروع یا حفظ وظایف شناختی (خستگی روانی) و فعالیتهای جسمی (خستگی جسمی) - که مستلزم خودآنگیزی هستند - اشاره دارد (باکشی¹ و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعات انجام گرفته میزان شیوع خستگی در سالمندان را از ۵ درصد تا تقریباً ۵۰ درصد و در زنان ۱/۲ تا ۲/۳ برابر بیشتر از مردان گزارش نموده اند (هاردی و استودنسکی^۲، ۲۰۰۸). خستگی تأثیر بسزایی بر خلق و عملکرد روزانه سالمندان دارد و به دلیل مختل نمودن فعالیت های روزمره زندگی نرخ مرگ و میر سالمندان را افزایش می دهد (کورنیا^۳ و همکاران، ۲۰۰۳).

¹ - Bakshi

² - Hardy & Studenski

³ - Courneya

متأسفانه اطلاعات محدودی درباره آسیب شناسی فیزیولوژی خستگی در سالمندان وجود دارد. مطالعات نشان می دهد این اختلال اغلب می تواند علامتی از یک اختلال روان پزشکی یا بیماری های طبی دیگر باشد. بیماریهایی مانند سرطان، بیماری های ریوی مزمن، پرکاری تیروئید، مولتیپل اسکلروز، آرتریت روماتوئید، کم خونی، تغذیه نامناسب، اختلال خواب و همچنین اختلالات شناختی، اضطراب و افسردگی مزمن از مهمترین اختلالات همبود خستگی مزمن می باشند؛ البته بسیاری از سالمندان نیز شکایات خستگی بدون هیچگونه بیماری روانی یا طبی مشخص دارند (آولوند، پدرسون و اسکروول^۱، ۲۰۰۳)؛ لذا به نظر میرسد هیچگونه توضیح روانشناختی یا فیزیولوژیکی مشخصی برای خستگی مزمن وجود ندارد و احتمال دارد که ترکیبی از عوامل چندگانه متابولسمی، عصب شناختی، ماهیچه ای و روان شناختی در ایجاد این نوع خستگی سهم باشند (هاردی و استودنسکی، ۲۰۰۸). اخیراً متخصصان مدل تلفیقی از عوامل مرتبط با خستگی دربردارنده عوامل زیستی (مانند بیماری ها)، روانشناختی (مانند هیجانات) و اجتماعی (مانند تعاملات بین فردی) را پیشنهاد نموده اند (زائوترا^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر میرسد عوامل روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، درد، عاطفه ی مثبت و منفی، استرس های بین فردی می توانند تأثیر معناداری بر احساس خستگی سالمندان داشته باشند. مطالعات بیانگر رابطه بین خستگی و نشانگان افسردگی (آولوند، رانتانن و اسکروول، ۲۰۰۷)، کیفیت زندگی پایین، اختلالات خواب، سطح بالای استرس ادراک شده، تنهایی و عملکرد اجتماعی - عاطفی ضعیف می باشد (لیردال، سلوس و ماوم^۳، ۲۰۰۳؛ باکشی و همکاران، ۲۰۰۰).

از طرف دیگر در سال های اخیر بررسی نقش استرس درون خانواده و عملکرد کلی خانواده در پیش بینی اغلب بیماری ها مورد توجه قرار گرفته است؛ مطالعات در زمینه نقش روابط زناشویی در سلامت جسمی سالمندان بیانگر آنست که متأهل بودن در دوران بازنشستگی در کاهش شیوع اختلالات مزمن، افت عملکرد و ناتوانی در دوران سالمندی نقش تعیین کننده ای دارد. پریگرسون^۴ و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که سالمندان متأهل در مقایسه با سالمندان بیوه، بیماری های مزمن کمتر، عملکرد بالاتر، روزهای بستری شدن و ملاقات با پزشک کمتری دارند. چندین مطالعه از رابطه ی مثبت بین متأهل بودن در دوران سالمندی و سلامت روان سالمندان حمایت نموده و کیفیت زناشویی را به عنوان عاملی کلیدی در تعیین سطح کیفیت و رضایت از زندگی سالمندان معرفی می نمایند (لونسون^۵ و همکاران، ۱۹۹۳؛ کیم و مک کرنی، ۲۰۰۲؛ ساندبرگ^۶ و هارپر، ۲۰۰۲).

¹ - Avlund, Pedersen, Schroll

² - Zautra

³ - Lerdal Celius, Moum

⁴ - Prigerson

⁵ - Levenson

⁶ - Sandberg & Harper

درپیشینه پژوهش کیفیت زناشویی غالباً به عنوان سازه ای چندبعدی توصیف می شود؛ برای مثال ساندبرگ، میلرو هارپر^۱ (۲۰۰۰) کیفیت زناشویی را ترکیبی از سه شاخص رضایت، صمیمیت و ناسازگاری زناشویی می دانند. فینچام و لینفیلد^۲ (۱۹۹۷) نیز معتقدند که هر دو جنبه ی احساسات مثبت و منفی در رابطه زناشویی حائز اهمیت است. شواهد نیز نشان می دهد با وجود این واقعیت که افراد متأهل بطور متوسط از سلامت روانی و جسمی بالاتری برخوردارند، حضور همسر الزاماً نقش حمایت کننده نخواهد داشت و یک رابطه زناشویی بغرنج، خود می تواند منبع اصلی استرس باشد درحالیکه همزمان توانایی فرد برای دسترسی به حمایت در روابط دیگر را نیز محدود می سازد (کیکولت - کلاس^۳ و همکاران، ۱۹۹۷)؛ لذا تحقیقات اخیر بر نقش کیفیت رابطه زناشویی (ونه صرفاً متأهل بودن) در بهداشت جسمی و روانی سالمندان تأکید بیشتری نموده و پیشنهاد می کنند که فرایندهای زناشویی بطور مستقیم بهداشت روانی و جسمی سالمندان را تحت تأثیر قرار می دهد (بوک والا و فرانکس^۴، ۲۰۰۵).

سرخوردگی^۵ و فرسودگی^۶ زناشویی از مهمترین ابعاد کیفیت زناشویی منفی می باشد که توصیف کننده ی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر، احساس بیگانگی، بی علاقتی و بی تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی بجای عواطف مثبت می باشد. در یک ازدواج سرخورده یکی یا هر دوزوج پس از تجربه احساسات گسستگی و دوری از همسر، کاهش علائق و ارتباطات متقابل، نگرانی های قابل توجهی در خصوص تخریب فراینده رابطه و پیشروی به سمت جدایی و طلاق را تجربه می نمایند (کایزر^۷، ۱۹۹۶). پاینز^۸ (۱۹۹۶) فرسودگی زناشویی را در سه بعد خستگی روانی، خستگی جسمانی و خستگی عاطفی مشخص نموده است. خستگی جسمی نشانگانی مانند احساس از یاد رفتادن، بی حالی، دردهای مزمن، اختلالات خواب و خوردن را به دنبال دارد. خستگی عاطفی با احساس رنجش، عدم تمایل به حل مشکلات، ناامیدی، غمگینی، احساس تهی بودن، بی معنایی، افسردگی، احساس تنهایی و بی کسی، فقدان انگیزش، دردام افتادگی، بیهودگی، پریشانی عاطفی و حتی انگیزه های خودکشی مشخص می شود. خستگی روانی نیز به مواردی همچون کاهش خودباوری، نظر منفی نسبت به همسر، احساس یأس و سرخوردگی نسبت به همسر، ناکامی و دوست نداشتن خود اشاره دارد (پاینز، ترجمه شاداب، ۱۳۸۱). مطالعات نشان می دهد زوجین سرخورده به دلیل ابراز خشم، ناامیدی، نفرت، شکایت و نارضایتی از همسر، دوری از همسر برای محافظت از خود در برابر صدمات بیشتر، توقف یا کاهش رفتار جنسی در معرض

1 -Harper

2 -Finchm &Linfield

3 - Kiecolt-Glaser

4 - Bookwala &Franks

5 - Disaffection

6 - Burnout

7 - Kayser

8 - Pines

پیامدهای نامطلوب سلامت جسمی و روانشناختی قرار دارند. مطالعه ی گودمن^۱ (۱۹۹۷) بر روی زنان مبتلا به خستگی مزمن نشان داد که میزان سازگاری زوجی، تعارض زناشویی و همدلی شوهران با خستگی مزمن در زنان رابطه دارد. پژوهش بوکوالا و فرانکس^۲ (۲۰۰۵) نیز پیشنهاد می کنند تعارضات زناشویی می تواند پیوند بین ناتوانی جسمی و افسردگی در سالمندان را تشدید نماید.

پیشینه پژوهش در کشورمان نشان می دهد با وجود اهمیت رابطه زناشویی در دوره سالمندی، تحقیقات نسبتاً محدودی در زمینه کیفیت روابط زناشویی سالمندان انجام گرفته و بیشتر تحقیقات بر روابط زناشویی جوانان متمرکز بوده است. لذا با توجه به نقش کیفیت زناشویی در سلامت سالمندان، در پژوهش حاضر قصد داریم تا رابطه بین کیفیت زناشویی و خستگی در سالمندان و همچنین تفاوت های جنسیتی در این زمینه را مورد بررسی قرار دهیم. نتایج این مطالعه می تواند درک بیشتری از نقش فرایندهای زناشویی در سلامت سالمندان در اختیار کارشناسان و درمانگران حوزه سالمندان قرار دهد.

فرضیه های این پژوهش عبارتند از:

- ۱- خستگی سالمندان با کیفیت زناشویی مثبت رابطه دارد.
- ۲- خستگی سالمندان با کیفیت زناشویی منفی (فرسودگی) رابطه دارد.
- ۳- بین میانگین نمرات خستگی در زنان و مردان سالمند تفاوت وجود دارد.
- ۴- بین میانگین نمرات کیفیت زناشویی در زنان و مردان سالمند تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ پژوهش حاضر از نوع توصیفی می باشد جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان متأهل (۶۵ تا ۸۵ سال) ساکن در شهرستان اصفهان می باشند که به شیوه نمونه گیری هدفمند وبا مراجعه به مراکز تفریحی، فرهنگسراها، کانون بازنشستگان و مرکز درمانی در سطح شهر، ۱۵۲ سالمند برای انجام پژوهش انتخاب گردیدند. ملاک های ورود به نمونه عبارتند از:

- متأهل بودن
- عدم اقامت در سرای سالمندان

^۱ - Goodwin

^۲ - Bookwala&Franks

- دارا بودن سلامت نسبی از لحاظ جسمی و روانشناختی (عدم ابتلا به بیماری های روانپزشکی و جسمی شدید و اختلالات شناختی از قبیل آلزایمر). این مورد طی برقراری تماس تلفنی یا حضوری با یکی از اعضای خانواده ی هردا و طلب مورد بررسی قرار گرفته است .

نمونه مورد نظر شامل ۷۳ زن با میانگین سنی ۶۵/۴ (انحراف استاندارد ۲/۴) و ۷۹ مرد با میانگین سنی ۶۷/۷ (انحراف استاندارد ۳/۳) می باشد. وضعیت درآمد خانوار نیز شامل ۴۲ درصد متوسط روبه بالا و ۵۸ درصد کمتر از متوسط است.

ابزار سنجش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه فرسودگی زناشویی به عنوان شاخص کیفیت زناشویی منفی و پرسشنامه های سازگاری زناشویی اصلاح شده و رضایت زناشویی کانزاس به عنوان شاخص های کیفیت زناشویی مثبت و نیز مقیاس خستگی FATIC^۱ استفاده گردید.

پرسشنامه فرسودگی زناشویی؛ این پرسشنامه توسط پاینز (۱۹۹۶) ساخته شده و شامل ۲۱ واژه ی بیانگر نشانگان فرسودگی و دارای سه مؤلفه فرسودگی جسمی، روانی و عاطفی می باشد. ضریب اطمینان آزمون- بازآزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره چهار ماهه بوده است. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی ها با ضریب ثابت آلفا بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بدست آمده است. در ایران نویدی (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در مورد ۲۴۰ نمونه، ۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم، ۰/۸۶ به دست آورده است .

پرسشنامه سازگاری زوجی اصلاح شده؛ این پرسشنامه توسط باسبی و همکاران (۱۹۹۵)؛ به نقل از عیسی نژاد، احمدی و اعتمادی، (۱۳۸۹) ساخته شده و شامل ۱۴ ماده است که به صورت مقیاس ۶ درجه ای از صفر تا ۵ نمره گذاری می شود، بطوری که به پاسخ کاملاً موافق نمره ی ۵ و به پاسخ کاملاً مخالف نمره ی صفر تعلق می گیرد. این ابزار از سه خرده مقیاس - همفکری و توافق، رضایت و انسجام تشکیل شده است و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. پایایی پرسشنامه به شیوه ی آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (هولیس و میلر^۲، ۲۰۰۵). روایی و اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه، توسط عیسی نژاد (۱۳۸۷) مورد بررسی قرار گرفته است. بدین منظور، ابتدا از طریق تحلیل عامل تأییدی، روایی ساختاری پرسش نامه بررسی و تأیید شده و میزان اعتبار، برای عامل های رضایت مندی، توافق و انسجام به شیوه آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمده است .

^۱ - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)

^۲ - Hollist & Miller

مقیاس رضایت زناشویی کانزاس^۱؛ این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی سه ماده ای است که برای اندازه گیری رضایت افراد از همسر، ازدواج و رابطه (بطور کلی) طراحی شده است. رضایت در هر مورد بوسیله یک مقیاس ۷ نقطه ای از ۱ (بی اندازه ناراضی) تا ۶ (بی اندازه راضی) مشخص می شود. مجموع نمرات سه ماده نیز یک ارزیابی کلی از رضایت زناشویی بدست می دهد. اعتبار این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ و همبستگی درونی بین ماده ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (اسکیوم^۲ و همکاران، ۱۹۸۶) به منظور اجرای پژوهش حاضر همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه سازگاری زوجی اصلاح شده ($r=0/85$) و ($P<0/001$) و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ بدست آمده است.

مقیاس خستگی FACIT؛ به منظور سنجش میزان خستگی در سالمندان از مقیاس خستگی FACIT استفاده گردید. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۱۳ ماده ای و یکی از چندین پرسشنامه ی کیفیت زندگی در رابطه با سنجش عملی درمان بیماری های مزمن می باشد که سطح خستگی افراد در فعالیت های روزانه را در طول هفته گذشته اندازه گیری می نماید. نمره گذاری این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه ای از صفر (بسیار زیاد) تا ۴ (اصلا) می باشد و سؤالات ۷ و ۸ نمره گذاری معکوس دارند. دامنه نمرات از صفر تا ۵۲ است که نمرات کمتر از ۳۰ نشاندهنده خستگی شدید (کیفیت زندگی پایین) و نمرات بالاتر نمایانگر خستگی کمتر (کیفیت زندگی بهتر) می باشد (وبستر^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). اعتبار درونی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۵ گزارش شده است (چاندران^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس با اجرا بر روی ۱۵۲ سالمند ۰/۹۱ بدست آمده است.

روش اجرا و تحلیل؛ پس از نمونه گیری، از سالمندان خواسته شد تا ابزارهای پژوهش را با کمک همکاران پژوهشگر تکمیل نمایند. سپس داده ها به روش محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون t گروه های مستقل وبا استفاده از نرم افزار SPSS 17 بررسی گردید.

یافته ها

نتایج توصیفی پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

به منظور بررسی فرضیه های ۱ و ۲ رابطه همبستگی بین متغیرها با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۲ آمده است.

¹ - Kansas Marital Satisfaction Scale

² - Schumm

³ - Webster

⁴ - Chandran

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۵۲	۱۵/۶۴	۲۹/۷۰	خستگی
	۳/۷	۱۰/۹	فرسودگی زناشویی جسمی
	۹/۵	۲۷/۰۵	فرسودگی زناشویی روانی
	۹/۳	۳۳/۳۲	فرسودگی زناشویی عاطفی
	۲/۶	۱۳/۶	رضایت زناشویی
	۱۵/۰	۴۰/۷	سازگاری زناشویی

*نمرات بالاتر درمقیاس خستگی بیانگر خستگی کمتر می باشد .

جدول ۲- ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	ضریب همبستگی	شاخص های آماری	متغیر ملاک
		متغیرهای پیش بین	
۰/۰۱	-۰/۸۲	فرسودگی زناشویی جسمی فرسودگی زناشویی روانی فرسودگی زناشویی عاطفی رضایت زناشویی سازگاری زناشویی	خستگی
۰/۰۱	-۰/۸۵		
۰/۰۱	-۰/۶۸		
۰/۰۱	۰/۷۱		
۰/۰۱	۰/۷۹		
۰/۰۱	-۰/۸۵		
۰/۰۱	۰/۸		

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می گردد بین خستگی سالمندان و ابعاد مختلف کیفیت زناشویی (مثبت و منفی) رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). به منظور بررسی سهم هریک از متغیرهای کیفیت زناشویی در پیش بینی خستگی سالمندان از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید. نتایج نشان می دهد که با استفاده از رگرسیون گام به گام مدل معنی داری بدست آمده ($P < 0/001$) و $F_{3,9148} = 242/9$ که ۸۳ درصد از واریانس خستگی سالمندان را تبیین می نماید (مجذور R اصلاح شده = ۰/۸۳). ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد متغیرهایی که وارد مدل شده اند در جدول ۳ آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۳ متغیرهای فرسودگی زناشویی روانی ($\beta = -0/63$) و فرسودگی زناشویی جسمی ($\beta = -0/46$) به ترتیب بیشترین نقش را در تبیین واریانس خستگی داشته اند و لذا قوی ترین متغیرها برای پیش بینی خستگی سالمندان می باشند. بقیه متغیرها نقش معناداری در تبیین خستگی سالمندان نداشته و از معادله رگرسیون حذف شده اند.

جدول ۳- ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد برای متغیرهای موجود در مدل

متغیرهای پیش بین	B	SE B	β	سطح معناداری
فرسودگی روانی	-۱/۰۳	۰/۱	-۰/۶۳	<۰/۰۰۱
فرسودگی جسمی	-۱/۹۵	۰/۲	-۰/۴۶	<۰/۰۰۱

به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی در متغیرهای خستگی، فرسودگی زناشویی و کیفیت زناشویی مثبت از آزمون آگروه های مستقل استفاده گردید که خلاصه نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود که با فرض برابری واریانسها اختلاف مشاهده شده بین میانگین نمرات دو جنس در مقیاس خستگی معنادار است ($P < 0/001$) و مردان میانگین نمره بالاتر (خستگی کمتر، کیفیت زندگی بهتر) نسبت به زنان گزارش نموده اند. همچنین با فرض برابری واریانسها اختلاف مشاهده شده بین میانگین نمرات فرسودگی زناشویی بین دو گروه معنادار است ($P < 0/001$) و زنان فرسودگی زناشویی بیشتری را تجربه نموده اند. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زناشویی مثبت نیز نشان می دهد که با فرض برابری واریانسها اختلاف بین دو گروه معنادار است ($P < 0/001$) و سطح کیفیت زناشویی مثبت (رضایت و سازگاری زناشویی) در مردان نسبت به زنان بالاتر می باشد.

جدول ۴- آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات خستگی، فرسودگی زناشویی و کیفیت زناشویی مثبت بین دو جنس

متغیر	جنس	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معناداری
خستگی	زن	۷۳	۲۳/۸	۱۴/۴	۱۵۰	-۴/۷	<۰/۰۰۱
	مرد	۷۹	۳۵/۱۱	۱۴/۸			
فرسودگی زناشویی	زن	۷۳	۷۹/۳	۱۸/۳	۱۵۰	۵/۰۵	<۰/۰۰۱
	مرد	۷۹	۶۳/۵	۲۰/۰			
کیفیت زناشویی مثبت	زن	۷۳	۴۷/۰	۱۵/۶	۱۵۰	-۵/۵	<۰/۰۰۱
	مرد	۷۹	۶۱/۰	۱۵/۴			

بحث

هدف از مطالعه حاضر بررسی رابطه کیفیت زناشویی با خستگی سالمندان می باشد و نتایج بدست آمده نشان می دهد که خستگی سالمندان با ابعاد مختلف کیفیت زناشویی منفی شامل فرسودگی زناشویی جسمی ($r = -0/82$)، فرسودگی زناشویی روانی ($r = -0/85$) و فرسودگی زناشویی عاطفی ($r = -0/68$) رابطه معناداری دارد ($P = 0/01$). منفی بودن ضرایب همبستگی موجود بین متغیرها بیانگر آنست که با افزایش فرسودگی زناشویی کیفیت زندگی سالمندان کاهش و میزان خستگی گزارش شده افزایش می یابد. همچنین بین خستگی سالمندان و کیفیت زناشویی مثبت در ابعاد سازگاری زناشویی ($r = 0/79$) و رضایت زناشویی ($r = 0/71$) رابطه معناداری وجود دارد ($P = 0/01$). بنابراین با افزایش رضایت و سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی سالمندان افزایش یافته و متعاقباً خستگی کمتری گزارش می نمایند. نتایج حاضر با یافته های دیگر پژوهشها در زمینه رابطه کیفیت زناشویی و شاخص های سلامت جسمی و روانی همراستا می باشد (پریگرسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۳؛ کیم و مک کارنی، ۲۰۰۲؛ ساندبرگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ بوکوالا و فرانکس، ۲۰۰۵؛ گودوین، ۱۹۹۷).

مطالعات نشان می دهد وقایع ناخوشایند، استرس مزمن و افسردگی با اثرگذاری بر سیستم عصبی مرکزی و ایجاد تغییراتی در عملکردهای مرکزی (مانند شناخت، رفتار و عاطفه) و پیرامونی (مانند پاسخ های ایمنی و فیزیولوژیکی) در بروز خستگی مزمن مؤثر می باشند لذا الگوی اخیر سبب شناسی خستگی مزمن پیشنهاد می کند که عوامل روانشناختی مانند استرس و افسردگی به علاوه ی تفاوت های فردی (مانند شخصیت و روان رنجوری) می تواند بطور مستقیم یا غیر مستقیم به خستگی منجر گردند (هاردی و استودنکسی^۱، ۲۰۰۸).

پژوهش نیز نشان می دهد که خستگی با حضور عاطفه منفی و فقدان عاطفه مثبت در روابط بین فردی مرتبط است و وقایع بین فردی مثبت یا پراسترس حتی پس از به حساب آوردن دیگر متغیرها مانند درد، افسردگی و خواب می تواند بطور معناداری خستگی روزانه راپیش بینی کند؛ همچنین مشاهده شد که استرس بین فردی با افزایش ضربان قلب، فشارخون سیستولیک و خستگی مرتبط است درحالیکه توانایی حفظ عاطفه مثبت (بهزیستی هیجانی) به سطوح پایین تری از استرس و خستگی متعاقب آن می انجامد (کورنیا و همکاران، ۲۰۰۳). بطور کلی براساس شواهد بدست آمده در زمینه همبستگی بین رفتارها و احساسات منفی زناشویی با عوامل ایمنی شناسی، هورمونی و فیزیولوژیکی پیشنهاد می شود که استرس ناشی از روابط زناشویی ناسازگارانه با ایجاد تغییراتی در سیستم ایمنی بدن می تواند پیامدهای زیانباری بر سلامت سالمندان به دنبال داشته باشد (کیکولت-گلاسروهمکاران، ۱۹۹۷).

برخی مطالعات در این زمینه به نقش واسطه ای کیفیت زناشویی بر ادراک حمایت اجتماعی اشاره نموده و پیشنهاد می کنند که یک رابطه زناشویی رضایت بخش می تواند به عنوان مهمترین منبع ارضای نیازهای بین فردی زوجین به حساب آید که بطور بالقوه صمیمانه ترین نوع حمایت عاطفی را در طول سالهای اواخر عمر به همراه خواهد داشت (آندرسون و مک کولاک^۲، ۱۹۹۳). رابطه زناشویی مثبت می تواند تأثیرات عوامل فشارزای مرتبط با سالمندی را تعدیل نموده و به عنوان یک منبع مهم حمایت اجتماعی عمل کند، این درحالی است که محدودتر شدن شبکه حمایت اجتماعی در دوران سالمندی (به دلیل فقدان والدین، دوستان و یا فرزندان) تأثیرات زیانبار روابط زوجی بغرنج بر سلامت جسمانی و روانشناختی ایشان را شدیدتر و وسیع تر می نماید (هاینس^۳ و همکاران، ۱۹۹۲). پژوهش توئر و کاسل^۴ (۱۹۹۵) نشان داد که رابطه صمیمانه با همسر و توصیف همسر به عنوان منبع حمایت عاطفی می تواند سالمندان را از پیامدهای منفی آسیب شناسی روانی محافظت نماید از طرف دیگر سالمندان دارای کیفیت زناشویی نامطلوب، کمتر از هم تیان خود برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه نموده و توجه کمتری به سلامتی خود دارند (توئر و کاسل، ۱۹۹۵).

در پژوهش حاضر با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون مشخص می شود که از بین متغیرهای مورد بررسی، کیفیت زناشویی منفی (فرسودگی زناشویی) توانایی بیشتری برای پیش بینی خستگی سالمندان دارد. بوک والا و فرانکس (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی با هدف

¹ - Hardy , Studenski

² - Anderson & McCulloch

³ - Haynes

⁴ - Tower & kasl

بررسی نقش کیفیت زناشویی در سلامت جسمی سالمندان نشان دادند که کیفیت زناشویی بطور کلی حجم معناداری از واریانس سلامت جسمی را به خود اختصاص می دهد؛ درعین حال پس از کنترل همه متغیرهای اجتماعی، جمعیت شناختی، نشانگان افسردگی و نیز شاخص های کیفیت زناشویی مشخص شد که جنبه های مثبت ازدواج سهم عمده ای در سلامت جسمی شرکت کنندگان نداشته و درعوض رفتارهای زناشویی منفی به طور خاص، قوی ترین پیش بینی کننده ی هریک از شاخصهای سلامت جسمی در سالمندان هستند. کیفیت زناشویی منفی می تواند فشار روانی مزمنی ایجاد نماید که اجتناب یا برطرف کردن آن برای سالمندان دشوار است و مانند دیگر عوامل فشارزای روانشناختی مزمن به مرور زمان بر سلامتی افراد تأثیر می گذارد (بوک والا و فرانکس^۱، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش حاضر در زمینه ی تفاوت های جنسیتی نشان داد که بطور کلی مردان سالمند خستگی کمتر، فرسودگی زناشویی کمتر و رضایت و سازگاری زناشویی بیشتری نسبت به زنان سالمند گزارش نموده اند. این یافته ها از فرضیه پاسخگویی متفاوت مرد و زن به ویژگی های همسری و اهمیت کیفیت زناشویی بویژه در بهزیستی زنان سالمند حمایت می نماید (کوئرویت و گولد^۲، ۱۹۹۲). بررسی رابطه ویژگی هایی از قبیل هوش کلامی، تحصیلات، شخصیت، سلامت جسمی و سازگاری زناشویی همسران با بهزیستی روانشناختی در بیش از هزار زوج بالای ۵۰ سال نشان داد که ویژگی های همسر بطور معناداری بهزیستی زنان سالمند را پیش بینی می نماید لیکن قدرت پیش بینی معناداری در مورد بهزیستی مردان ندارد. از طرف دیگر زنان ناراضی نسبت به مردان ناراضی مشکلات سلامتی بیشتری دارند (توئر و کاسل، ۱۹۹۵) همچنین زنان دارای رضایت زناشویی بالاتر نسبت به زنان کمتر راضی، خواب بهتر، ملاقات با پزشک کمتر و مشکلات بهداشتی کمتری گزارش می نمایند (پریگرسون و همکاران، ۲۰۰۰).

به نظر می رسد این قبیل تفاوت های جنسیتی در ارتباط با سندروم شوهر بازنشسته^۳ قابل تبیین باشد. این سندروم به فرسودگی ذهنی تجربه شده بوسیله زنان به دلیل افزایش حضور شوهران بازنشسته در خانه اشاره دارد که موجب افزایش فشار روان شناختی در ایشان می گردد شواهد بیانگر آن است که سندروم شوهر بازنشسته اثر تعیین کننده ای بر کیفیت رابطه همسری دارد؛ چون همسران بازنشسته مجبور به گذران وقت بیشتری در مصاحبت با یکدیگر هستند. اکثریت همسران بازنشسته تا حدودی از این سندروم رنج می برند و کیفیت تجربه بازنشستگی از عواملی است که رضایت زناشویی سالمندان را بویژه در زنان سالمند تحت تأثیر قرار می دهد (هیگین باتوم، بارلینگ و کلووای^۴، ۱۹۹۳). تبیین احتمالی دیگر در نظر گرفتن تأثیر وضعیت سلامتی بر کیفیت زناشویی است. این ارتباط بویژه در دوران سالمندی که معمولا زنان نقش مراقبت کننده ی اصلی در نگهداری از شوهران بیمار یا ناتوان خود را برعهده دارند آشکارتر است. مطالعات نشان می دهد که کیفیت و صمیمیت زناشویی تحت فشار ناشی از بیماری فرد یا مراقبت از همسر بیمار به طور معناداری

¹ - Franks

² - Quirouette & Gold

³ - Retired husband syndrome

⁴ - Higginbottom , Barling , Kelloway

کاهش می یابد؛ با توجه به نقش بیشتر زنان در فراهم کردن مراقبت اصلی از شوهران بیمار یا آسیب دیده فشارمراقبتی، افسردگی و احساسات منفی نسبت به ازدواج در زنان مراقبت کننده نسبت به مردان مراقبت کننده بیشتر مشاهده می شود (آلن^۱، ۱۹۹۴).

نتایج پژوهش حاضر با حمایت از نقش کیفیت زناشویی در خستگی سالمندان، تلویحاتی رادر جهت مداخلات درمانی و اقدامات پیشگیرانه دربر دارد. از جمله اینکه توجه به کیفیت زناشویی بیماران در طول مشورت پزشکی در سبب شناسی و درمان بسیاری از اختلالات سالمندان دارای اهمیت است. در سال های اخیر به دلیل افزایش امید به زندگی در سالمندان، افراد دوران طولانی تری از تأهل را تجربه می نمایند از طرف دیگر یک رابطه زناشویی پرتنش و آسیب زا می تواند به شدت سلامت و بهزیستی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد. لیکن متأسفانه در حال حاضر اکثر برنامه های حمایت از خانواده بر زوجین جوان متمرکز است و سالمندان در این زمینه از حمایت کافی برخوردار نمی باشند. بنابراین تدوین برنامه های زوج درمانی متناسب با مقتضیات و نیازهای خاص دوران سالمندی با کاهش پریشانی و ناسازگاری زناشویی می تواند به نوبه خود بر سلامت جسمی و روانی ایشان تأثیر قابل ملاحظه ای داشته باشد. از محدودیت های پژوهش حاضر عدم وجود گروه کنترل (سالمندان فاقد نشانگان خستگی) جهت مقایسه کیفیت زناشویی بین دو گروه می باشد که می تواند موضوع پژوهش های بعدی در این زمینه باشد.

منابع

- پاینز، آ. (۱۳۸۱). چه کنیم تا عشق روایی به دلزدگی نیانجامد. ترجمه ف. شاداب. تهران: ققنوس.
- عیسی نژاد، ا. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی غنی سازی روابط بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.
- عیسی نژاد، ا.، احمدی، س.ا.، اعتمادی، ع. (۱۳۸۹). اثربخشی غنی سازی روابط بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین. علوم رفتاری، ۴(۱)، ۹-۱۶.
- نویدی، ا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین دلزدگی زناشویی و ابعاد جو سازمانی و مقایسه آن در زنان و مردان شاغل در خدمات پرستاری و کارکنان ادارات آموزش و پرورش شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی تهران.

Allen, S. M. (1994). Gender Differences in Spousal Caregiving and Unmet Need for Care. *Journal of Gerontology B Psychology sciences*, 49, S187-S195.

Anderson, T. B., McCulloch, B. J. (1993). Conjugal support: Factor structure for older husbands and wives. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 133-142.

¹ - Allen

Avlund ,K., Rantanen ,T., Schroll ,M (2007). Factors underlying tiredness in older adults. *Aging Clinical Experience Research* ,19,16-25.

Avlund, K., Pedersen, A.N., Schroll ,M .(2003). Functional decline from age 80 to 85: influence of preceding changes in tiredness in daily activities. *Psychosomatic Medicine* ,65,771-777.

Bakshi ,R., Shaikh ,Z.A., Miletich ,R.S., Czarnecki ,D., Dmochowski ,J., Henschel ,K.,et al .(2000). Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. *Multiple Sclerosis Journal* ,6,181-185.

Bakshi .R., Shaikh ,Z.A., Miletich, R.S., Czarnecki ,D., Dmochowski ,J., Henschel ,K, et al.(2000) . Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. *Multiple Sclerosis Journal*,6,181-185.

Bookwala, J.,Franks, M.(2005). Moderating Role of Marital Quality in Older Adults' Depressed Affect: Beyond the Main-Effects Model. *Journal of Gerontology B Psychology sciences*, 60(6), 338–341

Chandran ,V., Bhella ,S., Schentag ,C., Gladman, D .(2007). Functional assessment of chronic illness therapy-fatigue scale is valid in patients with psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*,66(7), 936-39.

Courneya, K.S., Mackey ,J.R., Bell, G.J., Jones, L.W,. Field ,C.J., Fairey, A.S .(2003). Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. *Journal Clinical Oncology* ,21,1660-1668.

Fincham, F .D., Linfield .,K .J.(1997). A new look at marital quality: Can spouses feel positive and negative about their marriage?. *Journal of Family Psychology* , 11,489–502.

Goodwin, S .S.(1997).The marital relationship and health in women with chronic fatigue and immune dysfunction syndrome: Views of wives and husbands. *Nurs Research Journal* , 46(3),;138–146.

Hardy ,S.E., Studenski ,S.A.(2008).Fatigue Predicts Mortality among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1910–1914.

Haynes ,S.N., Floyd ,F.J., Lemsky ,C., Rogers ,E., Winemiller, D., Heilman, N., et al .(1992). The Marital Satisfaction Questionnaire for Older Persons. *Psychological Assessment* , 4 (4), 473-482.

Higginbottom ,S.F., Barling, J ., Kelloway ,E.K.(1993). Linking Retirement Experiences and Marital Satisfaction: A Mediational Model .*Psychology and Aging* , 8(4), 508-516.

Kayser, K.(1996).The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage. *The American Journal of Family Therapy*, 24(1),123-140.

Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Cacioppo, J.T., MacCallum, R.C., Snyder-Smith, M., et al. (1997). Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine*, 59, 339-349.

Kim, H.K., McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Social Issues*, 23, 885-911.

Lerdal, A., Celius, E.G., Moum, T. (2003). Fatigue and its association with sociodemographic variables among multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 9, 509-514.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313.

Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and Family*, 48, 381-387.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Rosenheck, R. A. (2000). Preliminary explorations of the harmful interactive effects of widowhood and marital harmony on health, health service use and health care costs. *The Gerontologist*, 40, 349-357.

Quirouette, C., Gold, D.P. (1992). Spousal characteristics as predictors of well-being in older couples. *International Journal of Aging and Human Development*, 34, 257-269.

Sandberg, J. G., Miller, R.B., Harper, J.M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51, 256-264.

Schumm, W.R., Paff-Bergen, L.A., Hatch, R.C., Obiorah, F.C., Copeland J.M., Meens, L.D., Bugaihis, M.A. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas

Schwartz, C.E., Coulthard-Morris, L., Zeng, Q. (1996). Psychosocial correlates of fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 165-170.

Tower, R.B., Kasl, S.V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10, 625-638.

Webster, K., Cella, D., Yost, K. (2003). The functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) measurement system: properties, applications and interpretation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(79), 1-7.

Weisbord, S.D., Fried, L.F., Arnold, R.M., Fine, M.J., Levenson, D.J., Peterson, R.A., Switzer, G.E. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16, 2487-2494.

Zautra, A.J., Fasman, R., Parish, B.P., Davis, M.C. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128, 128-135.