

همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر

مسعود صیادی^{۱*}، دکتر اله کرم پولادی ریشه‌ری^۲، دکتر سید موسی گلستانه^۳

(۱) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی واحد بوشهر

(۲) گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد بوشهر

(۳) گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر

*نویسنده مسوول: masoudsayadie@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۲/۲/۲۰ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۲/۵/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله ۹۲/۶/۱۸

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی غیر مستقیم بر شدت افسردگی دانش آموزان دختر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان رشت انجام گرفته است. مواد و روش: با اعمال طرح تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل با استفاده از پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان (C.A.D.S) 30 نفر دانش آموز افسرده به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. بازی درمانی غیر مستقیم یک روز در میان برای آزمودنی‌های گروه آزمایش و به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام گرفت. آزمودنی‌ها پس از یک ماه مورد بررسی مجدد قرار گرفتند. نتایج پرسشنامه با استفاده از آزمون کوواریانس یکطرفه (ANCOVA) با نرم افزار SPSS16 تحلیل گردید که نتیجه حاکی از اثربخشی درمانی غیر مستقیم بر کاهش شدت علائم افسردگی کودکان بود.

کلید واژگان: اختلال افسردگی، بازی درمانی، دانش‌آموزان دختر، شدت علائم، رویکرد غیرمستقیم.

مقدمه

و اختلالات خواب می‌آید (۴). نشانه‌های خستگی مزمن، وضعیتی است که ۲/۹۰۰۰۰۰ آمریکایی را تحت تأثیر قرار داده است. ووخیم‌ترین‌که تقریباً ۸۰ درصد از این افراد هرگز برای ملایم نامشخص چندگانه خود، تشخیص دریافت نکرده‌اند (۵).

یک نشانگان بالینی که در آن شکایت از خستگی است و به دلیل تقلا کردن بدتر شده، و با علائم دیگر چون تمرکز ضعیف، تحریک پذیری و درد عضلانی همراه می‌گردد، حداقل از دو قرن گذشته و حتی احتمالاً قبل از آن شناخته شده است (۶). در سال‌های آخر قرن نوزدهم، بیماران دارای این علامت، تشخیص "ضعف اعصاب" دریافت می‌کردند که حالتی بدون علت مشخص بوده است و معمولاً

نشانگان خستگی مزمن نخستین بار به طور عملیاتی در سال ۱۹۸۸ تعریف شد (۱). در سال ۱۹۸۸ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های (CDC) ایالت متحده، علائم مشخص سندرم خستگی مزمن را تعیین نموده و از آن تاریخ به بعد این اختلال توجه حرفه طب و عموم مردم را جلب نمود. مسایل مربوط به مطالعه سندرم خستگی مزمن در ایالت متحده امروزه مورد علاقه فراوان می‌باشد (۲). با وجود حجم زیاد تحقیقات انجام شده، میزان فهم ما از شرایط و خصوصیات نشانگان خستگی مزمن قابل توجه نمی‌باشد (۳). بیشتر متخصصان برداشتهای خیلی سطحی از پژوهش و کنترل خستگی دارند و غالباً آن را به عنوان علامت و شکایتی در نظر می‌گیرند که با شرایط متنوعی چون مولتیپل اسکلروزیس^۱، سرطان، افسردگی، عفونت‌ها

¹ - Multiplesclerosis (m.s)

به تأثیر فشارهای روانی زندگی برسیستم عصبی انسان نسبت داده شد (۷).

در طی سالهای گذشته پزشکان غیر روانپزشک به طور فزاینده ای این اعتقاد را پیدا کرده اند که علائم بیشتر بیمارانی که در آنها خستگی مزمن وجود دارد از طریق بیماری عضوی شخص یا اختلالات افسردگی و اضطراب قابل توصیف نمی باشند (۸). نشانگان خستگی مزمن بعداً به عنوان یک بیماری "از نظر پزشکی غیر قابل تبیین" در نظر گرفته شد و شهرتی را بعنوان یک "معمای بالینی" کسب کرده است. در کلینک های بیمارستانی این نشانگان اغلب در زنان سفید پوست میانسال مشاهده شده و در همه گروههای سنی حتی کودکان شناسایی شده است (۹).

خستگی مشکلی نیست که کسی گرفتار آن نشده باشد و کمتر کسی را می توان دید که در شبانه روز دست کم یک بار نگوید خسته ام یا خسته شده ام و کمتر کسی را می توان پیدا کرد که حتی یکبار گرفتار مسئله خستگی نشده باشد. اگر چه خستگی جزء لاینفک زندگی پرفشار ماست، اما امروزه ضعف و خستگی از جمله مسایل و مشکلات رایجی می باشد که یکی از علائم شایع تظاهر کننده در حیطه مراقبت های اولیه است و برانجام کار، زندگی خانوادگی و روابط اجتماعی آثار منفی می گذارد. خیلی ها گلایه دارند که احساس های نامطلوبی تجربه می کنند و توان و نیرویشان قابل قبول نیست. با اینکه امروزه در مقایسه با گذشته، بیشتر کارها با ماشین های مختلف انجام می شود، اما شکایت از خستگی افزایش یافته است و دائماً جملاتی با این مضمون می شنویم "وقتی از اداره به خانه می آیم گویی شیره جانم کشیده شده است و یا با وجود اینکه به مقدار کافی خوابیده ایم ولی صبح، همیشه کسل و خسته هستم". بنابراین خستگی یکی شایع ترین نشانه هایی است که بیمار بخاطر آن به پزشک و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کند و بدنبال یک علت پزشکی برای خستگی خود می باشد. به نظر می رسد که این نوع خستگی، طبیعی و نرمال نمی باشد و در اثر کارهای زیاد و روزانه و فعالیت

های جسمی مداوم ایجاد میشود و همچنین با خواب و استراحت کافی نیز برطرف نمی شود که می توان گفت خستگی مزمن می باشد (۴).

بنابراین سندرم خستگی مزمن^۱ یکی از شکایات شایع در حیطه مراقبت های اولیه، جمعیت عمومی و موقعیت های کاری می باشد. و بعنوان یک علامت ناتوان کننده و مداوم در گروه خاصی از بیماران مثل بیماران مبتلا به سرطان، رماتیسم مفصلی، دیابت، مولتیپل اسکلروزیس و پارکینسون شایع تر می باشد. بیرد روانپزشک و عصب شناس امریکایی برای اولین بار در سال ۱۸۶۰ میلادی اصطلاح "ضعف اعصاب" را معرفی نمود و آن را در مورد اختلالاتی به کار برد که شامل خستگی مزمن و احساس ناتوانی بود. در قرن نوزدهم و حتی احتمالاً قبل از آن نوعی نشانگان بالینی شناسایی شده بود که در آن شکایت از خستگی شدید بوده ، به واسطه تقلا و فعالیت تشدید گردیده و با علائم دیگری چون تمرکز ضعیف، تحریک پذیری و دردعضلانی همراه بود (۶).

از خستگی تعاریف متفاوتی شده است، به عقیده بریوس (۱۰) "خستگی یک احساس ذهنی ضعف، فقدان انرژی و فرسودگی است". احساس خستگی یک تجربه انسانی متداول است و درجه بندیهای ذهنی شدت آن در جمعیت عمومی بطور متفاوتی گزارش می شود (۱۱). تقریباً ۲۰ درصد افراد خستگی را به عنوان یک مشکل گزارش می کنند (۱۲). اگر چه تعدادی از این افراد یک علت پزشکی را برای خستگی شان جست و جو می کنند، اما خستگی یک علامت همه جا حاضر و شایع در بخش مراقبت های اولیه پزشکی است (۱۳).

اغلب کسانی که از خستگی مزمن رنج می برند هیچ نشانه ای دال بر بیماری جسمی ندارند و اغلب این اختلال ناشی از عوامل روانشناختی می باشد (۲). خستگی مزمن یکی از مسایلی است که علاوه بر جمعیت عمومی و مراقبت های اولیه در جمعیت کاری و شغلی هم بطور شایعی ذکر شده است. بنابراین واضح است که نیروی انسانی کارآمد و

تشخیصی روانپزشکی به ویژه اضطراب و افسردگی را نیز دریافت می کنند (۱۹).

ملاک قابل ملاحظه ای برای حمایت از این عقیده وجود دارد که نشانگان خستگی مزمن با افسردگی همراه می شود (۲۰). نخست چنانچه بیماران مبتلا به افسردگی درخصوص علایم جسمی مورد پرسش قرار گیرند، به طور تعجب برانگیزی مشابه با علایم گزارش شده توسط بیماران نشانگان خستگی مزمن هستند (۲۱). دوم اگر معیارهای عملی اختلالات افسردگی برای بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن به کار برده شوند، در مورد نسبت بالایی از آنها مصداق پیدا می کند و حتی نسبت بالاتری از بیماران یک تاریخچه قبلی افسردگی عمده دارند (۲۲). سوم، در بیمارانی که دارای ملاکهای تشخیص هم برای نشانگان خستگی مزمن و هم برای افسردگی هستند، شروع نشانگان خستگی مزمن و شروع افسردگی معمولاً در یک زمان اتفاق افتاده است (۶).

نهایتاً شیوع اختلال افسردگی عمده در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن اساساً در مقایسه با افراد دارای بیماریهای عضوی ناتوان کننده و مزمن، بالاتر است (۲۳) و (۲۴). نتیجه اینکه بین اختلال افسردگی عمده و نشانگان خستگی مزمن ارتباطی قوی وجود دارد.

یکی دیگر از اختلالات روانپزشکی همپوش با نشانگان خستگی مزمن اضطراب می باشد بررسی ملاک های تشخیص نشان می دهد که علایم جسمی اضطراب به علایم جسمی نشانگان خستگی مزمن شباهت دارد (۲۵). علاوه براین، مطالعاتی که ملاک های تشخیص اختلال اضطرابی را برای بیماران نشانگان خستگی مزمن به کار برده اند کشف نمودند که این ملاک ها معمولاً شایع و متداول می باشند (لان، ماتئوس و مانو، ۱۹۹۰). حتی زمانی که اختلالات افسردگی و اضطراب هر دو مورد توجه قرار می گیرند، همه موارد نشانگان خستگی مزمن و همه خصوصیات بالینی افراد مبتلا توسط این طبقه بندیهای تشخیصی توصیف می شوند. (۲۶).

سالم مهم ترین سرمایه هر سازمان است و وجود سازمان های مناسب در هر جامعه که بتواند با کارآمدی و اثربخشی از عهده وظایف خود برآید، از مهم ترین وسایل دستیابی به پیشرفت و ترقی است (۱۴).

جدول ۱-۲ ملاکهای تشخیصی CDC برای سندرم خستگی مزمن (۲):

الف: خستگی شدید و غیر قابل توضیح به مدت بیش از ۶ ماه که واجد خصوصیات ذیل باشد:

۱) اخیراً شروع شده و یا شروع مشخصی داشته باشد.

۲) ناشی از فعالیت مداوم نباشد.

۳) با استراحت برطرف نشود.

۴) سبب اختلال کارکردی شود.

ب) وجود ۴ یا بیشتر از علایم جدید زیر:

۱) اختلال حافظه یا تمرکز.

۲) درد عضلانی.

۳) درد مفاصل بدون تورم یا قرمزی.

۴) گلو درد.

۵) درد در چندین مفصل.

۶) نوع جدید سردرد.

۷) حساس شدن گره های لنفاوی.

۸) خواب بیمار نیرو بخش نیست.

ضعف متعاقب فعالیت که بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد.

همپوشی با سایر نشانگان از نظر پزشکی غیر قابل تبیین:

خستگی مزمن از نظر پزشکی غیر قابل تبیین در بیماران

مبتلا به سایر نشانگان کارکردی مانند درد مزمن (۱۵)، درد

رشته ای-عضلانی، و نشانگان روده تحریک پذیر، معمول

است (۱۶). خستگی یکی از علایم شایع در نشانگان های

فوق است (۱۷).

در واقع وجود همپوشی بین نشانگان خستگی مزمن و

نشانگان فوق به این پیشنهاد منجر گردیده است که آنها

احتمالاً دارای آسیب شناسی فیزیولوژیکی مشترکی هستند

و بهتر است با یکدیگر گروه بندی شوند (۱۸).

بیشتر بیمارانی که ملاکهای تشخیص برای نشانگان خستگی

مزمن و نشانگانهای وابسته را دارا هستند، ملاکهای

کردند. در واقع نشانگان خستگی مزمن حدود ۱ درصد بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۱).

علایم خستگی علاوه بر جمعیت عمومی و مراقبت های اولیه در جمعیت کاری و شغلی هم به طور شایعی ذکر شده است که به تعریف خستگی و روش مورد استفاده برای سنجش آن به شیوع آن ممکن است بین ۷ درصد و ۴۵ درصد متغیر باشد (۳۰).

لذا، در مطالعه ای توسط فرانس و همکاران (۳۰)، شیوع خستگی را در جمعیت کاری ۲۲ درصد گزارش می کنند اما رقم تخمینی در مورد میزان بروز خستگی مزمن ۱ در هزار گزارش شده است.

پژوهشهای مختلف نشان از آن دارد که نشانگان خستگی مزمن در زنان شایع تر است. در مطالعه ای در کشور ایتالیا (۳۱) نسبت ۱/۳ به ۱ برای زنان در مقایسه با مردان، به دست آمد. بررسی گان و همکاران (۳۲) در آمریکا نسبت ۴ به ۱ را نشان می دهد.

پژوهشهای متعدد گزارش نمودند که این نشانگان در افراد با تحصیلات بالاتر و هم چنین کسانی که انگیزش بیشتری دارند شایع تر است (۳۱).

در ایالات متحده مطالعات نشان داده اند که حدود ۲۵ درصد از جمعیت بالغ، دوره خستگی را به مدت دو هفته یا طولانی تر از آن تجربه می کنند. هم چنین بیان می شود که بیماری عمدتاً در بالغین جوان (۴۰-۲۰ ساله) دیده می شود (۲).

در مطالعات جمعیت شناسی در شیکاگو و ایلینویز، شایع ترین مدت زمان سندرم خستگی مزمن ۲۹ سال بوده است. اما در مطالعات انجام شده در مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها در خلال سال های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۱ در ویجتیا و کانزاس مدت زمان سندرم خستگی مزمن را در طیف متغیری از ۸ ماه تا ۴۴ سال با میانگین ۷/۳ سال را گزارش می کند (۳۲).

در حال حاضر اکثر گزارش ها در مورد سیروپیشین آگهی مبتنی بر نمونه های کوچک است. در یک مطالعه، در ۶۳ درصد بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن که به مدت ۴

بررسی فارمر، جونز و هیلیر (۲۷)، مشخص کرد که بیشتر بیماران ارجاع شده به یک کلینک خستگی مزمن، با ملاکهای جدید تعریف شده برای ضعف اعصاب مطابقت داشتند. اگر چه کاربرد آن باعث می شود که تقریباً همه موارد نشانگان خستگی مزمن یک تشخیص روانپزشکی را دریافت دارند اما سودمندی و کاربردهای بالینی آن هنوز مشخص نشده است.

نرخ شیوع برای اختلالات جسمانی سازی در سندرم خستگی مزمن از ۱ تا ۲۸ درصد تخمین شده است (۲۸).

خود بیمار انگاری نشانگانی را توصیف نماید که نگرش عمده بیمار در مورد آن، این احتمال است که وی از یک بیماری عضوی رنج می برد. اگر چه در بررسی های اولیه به نظر می رسد که این تشخیص برای اغلب بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن قابل استفاده می باشد (۴).

در نتیجه، همه بیماران نشانگان خستگی مزمن با ملاک های تشخیص اختلالات شبه جسمی راهنمای تشخیص و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا مطابقت نداشته و بنابراین نمی توانند در این طبقه بندی قرار داده شوند (۴).

میزان بروز و شیوع دقیق سندرم خستگی مزمن نامعلوم است. تحقیقات اولیه پیشنهاد کرده اند که شیوع بین ۰/۰۰۲٪ و ۰/۰۰۴٪ می باشد. مطالعات همه گیر شناسی بعدی در آمریکا نشان می دهد که نرخ شیوع از ۰/۰۰۷ تا ۰/۲۵٪ در جمعیت عمومی می باشد (۲۹). هم چنین در ژاپن، شیوع خستگی مزمن در جمعیت عموم ۱/۵٪ یافته شده است (۲۹).

مطابق با بررسی های انجام شده (۲۱)، شیوع نشانگان خستگی مزمن در بخش مراقبتهای اولیه پزشکی با استفاده از ملاک های تشخیصی سال ۱۹۸۸ مراکز کنترل بیماریهای (CDC) ۰/۸ درصد و با ملاک های تشخیص سال ۱۹۹۴، ۱/۸ درصد گزارش گردید. در سال ۱۹۹۹ با استفاده از ملاک های تشخیصی آکسفورد هزار نفر را مورد بررسی قرار دادند و شیوع نشانگان خستگی مزمن را ۰/۶ گزارش

سال پیگیری شدند، بهبودی نسبی گزارش شد. هم چنین گزارش شده که فقط ۱۰-۵ درصد از افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن، تجربه بهبودی کامل دارند. بیمارانی که بهترین پیش آگهی را داشتند کسانی بودند که سابقه بیماری روانی فعلی و قبلی نداشتند و قادر به حفظ تماس های اجتماعی و کارکردن بودند(۲).

پرستاران نیز به واسطه ماهیت شغلی شان مستعد این نشانگان هستند. در مطالعه جانسون (۳۳) تقریباً ۵۰ درصد افرادی را که با یک موسسه مربوط به بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تماس گرفته بودند، پرستاران تشکیل می دادند و ۹۰ درصد این افراد در بیمارستانها مسغول کار بودند. مطالعات بیانگر شیوع ۱/۱ درصد این اختلال در پرستاران بود. بنابراین با توجه به اهمیت وافر این موضوع، هدف این پژوهش بررسی همه گیر شناسی خستگی مزمن و همچنین مقایسه اثربخشی دو روش درمان فراشناخت و تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش نشانگان خستگی مزمن پرستاران میباشد(۴). لذا با توجه به شیوع بالای نشانگان خستگی مزمن در مراقبت های اولیه، جمعیت عمومی و بویژه جمعیت کاری و شغلی و تاثیر آن بر جنبه های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، و با توجه به اینکه پرستاران از گروههای تحت خطر بالا جهت ابتلا به خستگی مزمن هستند و بیشتر مسئولیت های تیم پزشکی در بیمارستانها به عهده تیم پرستاری می باشد، و همچنین بدلیل موقعیت شغلی استرسزا، شرایط شغلی و فعالیت های حساس و همچنین توقعات بیمار و همراهان آنها، که شرایط را برای ابتلای به این اختلال مساعد میکند، در این پژوهش به بررسی میزان همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر پرداخته شد.

مواد و روش ها:

همانگونه که اشاره شد این پژوهش به بررسی همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن در قالب یک مطالعه توصیفی پرداخت. بدین منظور، بوسیله روش سرشماری کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای علوم پزشکی و

خدمات درمانی شهر بوشهر مورد آزمون قرار گرفتند. تعداد کل نمونه مربوط به این مرحله ۴۳۶ نفر بود. در مرحله اول پژوهش به منظور بررسی همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شاغل در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر بوشهر، بعد از انجام هماهنگی لازم و کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بوشهر، همچنین معاونت درمان دانشگاه، مرحله اجرایی پژوهش آغاز شد. شیوه کار بطور خلاصه عبارت بودند از:

- هماهنگی و کسب مجوز لازم و انجام مکاتبات اداری
 - مراجعه به معاونت درمان و داروی دانشگاه و کسب آمار و اطلاعات لازم در خصوص مراکز درمانی
 - مراجعه به دفتر پرستاری دانشگاه و هماهنگی لازم با مدیر بیمارستان در خصوص شیوه اجرای پژوهش و بیان اهداف کلی آن و انتظارات مورد نظر
 - مراجعه به سوپر وایزر آموزشی و سر پرستاران و انجام هماهنگیهای لازم جهت جلب همکاری پرستاران
 - حضور در بخشهای مختلف بیمارستان به همراه سوپر وایزر بیمارستان و توزیع پرسشنامه ها به تعداد پرسنل پرستار شاغل
 - مراجعه مجدد به بخشهای مختلف جهت جمع آوری پرسشنامه ها
- در شهر بوشهر ۲ بیمارستان زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی وجود داشت و بدلیل شیفت های کاری مختلف و متنوع و سایر مشکلات از جمله مشغله کاری پرستاران جمع آوری پرسشنامه ها به سختی انجام گرفت و با چندین بار مراجعه و پیگیری تلفنی و حضوری، سرانجام بخش اعظم پرسشنامه ها تکمیل و جمع آوری شد.

در مرحله همه گیر شناسی تعداد ۴۳۶ فقره پرسشنامه توزیع شد از این تعداد ۳۰ پرسشنامه بدلیل نقص در اطلاعات و یا عدم همکاری برخی از پرستاران مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار نگرفت و در مجموع ۴۰۶ پرسشنامه جهت تجزیه و تحلیل مرحله همه گیر شناسی انتخاب شد. برای

ابزارهایی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت عبارت بود از:

مقیاس خستگی چالدر، پرسشنامه فراشناخت، پرسشنامه اطلاعات کلی، مقیاس شدت خستگی، پرسشنامه سلامت عمومی، چک لیست علائم نشانگان خستگی مزمن، مصاحبه بالینی

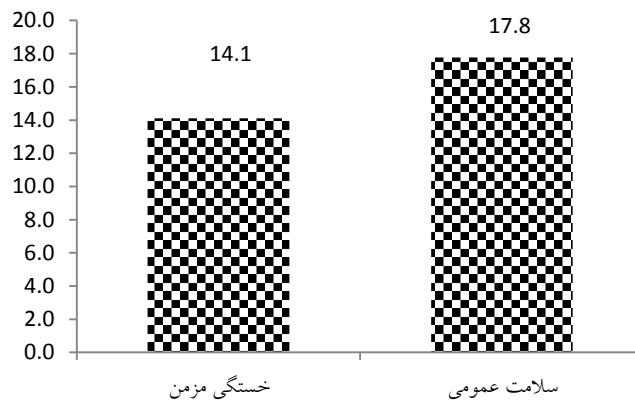
یافته ها: میزان شیوع خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر در جدول شماره ۱ آمده است:

تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از پژوهش از روش های آمار توصیفی نظیر فراوانی ها، انحراف معیار، میانگین، انحراف استاندارد، وضرب همبستگی پیرسون، و از روشهای آمار استنباطی مانند آزمون تحلیل واریانس دو متغیره و چند متغیره، تحلیل کواریانس چند متغیره، تحلیل کواریانس دو متغیره، و آزمون T استفاده شد. ضمناً تحلیل های آماری از طریق برنامه نرم افزار SPSS-16 در سطح معنی داری ۰/۰5 انجام شد.

جدول ۱. توزیع میانگین و انحراف معیار

مقیاس	آماره	میانگین	انحراف معیار
خستگی مزمن	۱۴/۱	۴/۶۳	
سلامت عمومی	۱۷/۷۷	۹/۰۶	

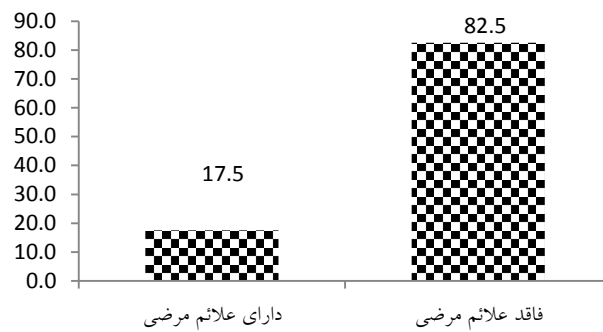
شکل ۲. توزیع میانگین خستگی مزمن و سلامت عمومی آزمودنیها



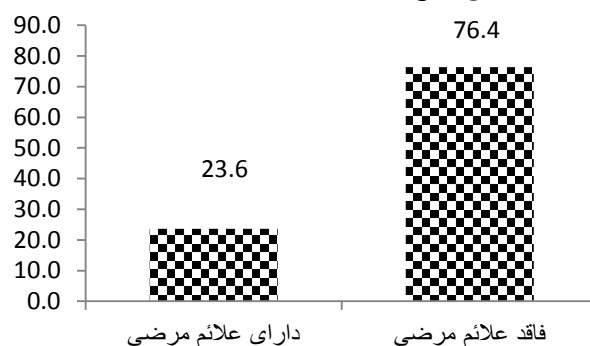
جدول ۳. میزان شیوع خستگی مزمن و سلامت عمومی

مقیاس	آماره	دارای علائم مرضی		فاقد علائم مرضی		کل
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
خستگی مزمن	۷۱	۱۷/۵	۲۴/۶	۳۳۵	۸۲/۵	۴۰۶
سلامت عمومی	۹۶	۲۳/۶	۲۴/۶	۳۱۰	۷۶/۴	۴۰۶

شکل ۴. توزیع شیوع خستگی مزمن در بین آزمودنیها



شکل ۵. توزیع شیوع سلامت عمومی در بین آزمودنیها



کمتر از ۲۲ بودند فاقد علائم مرضی و نمرات بالاتر از ۲۲ دارای علائم مرضی تشخیص داده شدند بنابراین در نمونه مورد مطالعه ۲۳/۶ درصد شیوع تشخیص علائم مرضی سلامت عمومی تعیین گردید و میزان شیوع خستگی مزمن ۱۷/۵ درصد تشخیص داده شد.

همانگونه که در نمودار فوق مشاهده می شود علائم مرضی خستگی مزمن در نمونه مورد مطالعه ۱۷/۵ درصد بوده است. همچنین همانگونه که در نمودار فوق مشاهده می شود علائم مرضی سلامت عمومی در نمونه مورد مطالعه ۲۳/۶ درصد بوده است.

نتایج جدول (۱) نشان می دهد که میانگین نمرات خستگی مزمن آزمودنیها برابر با ۱۴/۱ و انحراف معیار ۴/۶۳ می باشد و میانگین سلامت عمومی آنان برابر با ۱۷/۷۷ و انحراف معیار برابر با ۹/۰۶ می باشد. افرادی که دارای دو انحراف معیار بالای میانگین بودند، برای تشخیص قطعی نشانگان خستگی مزمن مورد ارزیابی مجدد و مصاحبه بالینی قرار گرفتند.

نتایج جدول فوق میزان شیوع خستگی مزمن و سلامت عمومی آزمودنیها را نشان می دهد نقطه برش ۲۲ جهت تشخیص علائم مرضی خستگی مزمن و سلامت عمومی استفاده گردید، بدین صورت آزمودنیهایی که دارای نمره

جدول ۶. توزیع میانگین و انحراف معیار

انحراف معیار	میانگین	آماره
۴/۶۳	۱۴/۱	مقیاس خستگی مزمن
۱۳/۱۲	۲۷/۸۸	شدت خستگی
۹/۰۶	۱۷/۷۷	سلامت عمومی

جدول ۷. میزان شدت خستگی در پرستاران بیمارستان

کل		شدید		عادی		میزان خستگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	مقیاس
۱۰۰	۴۰۶	۱۲/۶	۵۱	۸۷/۴	۳۵۵	شدت خستگی

میدادند، نتایج پژوهش حاضر بیشتر با پژوهش نصری هماهنگ است. یکی از دلایل احتمالی شیوع ۱۷/۵ درصد خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر استرس و فشار شغلی بالا، شیفت های کاری استرس زا، شرایط جغرافیایی استان، سختی کار و سایر متغیرهای احتمالی میتواند باشد که پیشنهاد میگردد مطالعات بیشتری در این خصوص صورت گیرد.

تایلر (25) اشاره می کند که پرستاران نرخ بالایی از مشکلات سلامتی بالقوه دارند که ممکن است به فشارزاهای حرفه ای ذاتی در شغل پرستاری مربوط باشد. از طرفی، در تحقیقی (۳۳) کشف کردند که نیمی از ۲۳ مورد همه گیرشناسی درد عضلانی-عصبی (شبهه به نشانگان خستگی مزمن) در سالهای ۱۹۳۴-۱۹۵۸ را اعضای بیمارستانها تشکیل می دادند، همچنین آنها اشاره کردند که پرستاران و پرشکان مستعدترین افراد برای این بیماری می باشند، بویژه آنهایی که تماس نزدیکی با بیماری دارند (34).

پرستاران بدلیل فشارهای شغلی زیادی که در محیط کاری با آن مواجه هستند، از جمله شیفت های کاری فشارزا، استرس های شغلی، سختی کار، مواجهه با ویروسها و بیماری ها، نارضایتی شغلی، از گروه های می باشند که آمادگی بالایی جهت ابتلا به نشانگان خستگی مزمن دارند،

نتایج (جدول ۴-۳) نشان دهنده توزیع میانگین و انحراف معیار خستگی مزمن، شدت خستگی، و سلامت عمومی می باشد.

نتایج (جدول ۷) نشان میدهد میزان شدت خستگی در ۳۵۵ نفر از پرستاران عادی و در ۵۱ نفر از پرستاران شدت میباشد.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش نشان می دهد میزان همه گیرشناسی خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر ۱۷/۵ درصد بوده است. بطوریکه از بین ۴۰۶ نفر پرستاری که در مرحله همه گیرشناسی مورد بررسی قرار گرفتند تعداد ۷۱ نفر (۱۷/۵ درصد) از پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن بودند. البته میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن در قیاس با سایر مطالعات انجام شده مربوط به همه گیرشناس بالاتر است. در مطالعه نصری (۱۳۸۱)، میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شاغل در بیمارستانهای زن شاغل در بیمارستانها آموزشی و درمانی شهرهای اهواز و تهران ۷/۳ درصد گزارش شد. همچنین در مطالعه جانسون و همکاران (32) میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن ۱/۱ درصد گزارش گردید. البته در مطالعه جانسون تنها ۵۰ درصد افراد نمونه را پرستاران تشکیل میدادند با توجه به اینکه کلیه جامعه آماری مطالعه نصری را پرستاران تشکیل

(1996). Cognitive, S. & Simking, 4. Sharpe., K. E - behavior therapy for the Chronic fatigue syndrome: A randomized controlled .BMJ 312, 22-26.

stress and 5. Tennant., G. (2002). Life events - depression: A review of recent findings. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 173- 36. and 182.

6. Esteravose, A. T. & Beck, R. W. (1990). - Screening depressed patients in family practice: A rapid Technique. Postgraduate Medicine, 52, 81-85.

7. Byrd, R., Afari, N., Ashton, S., Fischer, M., - Goldberg, J., & Buchwald, D. (2002). Chronic fatigue and anxiety/depression: A twin study . Br J Psychiatry, 180, 29-34.

8. Elinchi, A., Munemoto, T., Yamanaka, T., - Takei, M., & Teil . C. (2002). Psychosocial characteristics and immunological functions in patients with postinfectious chronic fatigue syndrome and noninfectious chronic fatigue syndrome. Journal of Behavioral Medicine, 25 (5), 211 , 230.

9. Dall, K. A., & Esteravos, R. (1990). Direct and - indirect effects: Classical and Bootstrap estimates of variability . In C. C. Clogg (Ed), Sociological methodology, (pp. 115-140). Oxford, UK: Basil Blackwell.

10. Berrius, G.E. (1990) Feeling of Fatigue and - Psychotherapy: A conceptual history. Psychiatry, 31; 140. 151.

11. Pawliska, T., Chalder, T & Hirseb. S, - R. (1994). Population treat study of fatigue and psychological disorders. BMI, 308: 163-770.

9. Lewis, G., & Wessely, S. (1992). The - epidemiology of fatigue: More questions than answers. J. Epidemiol Community Health, 46, 92-97.

12. Divid, R. A. (1998). Reliability and validity - of the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) and the Rhoten Fatigue Scale among rural cancer out patients. Cancer Nursing , 21 (5), 370 - 380.

13. Mitchel, P. L., & Flett, G. L. (1991). - Dimensions of perfectionism in unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology , 100, 98 -101.

14. Belk lee, A., Hovard, S. I., Sosich, T. & - Tanaka, H. (1994).

15. Nihlin, Reacher, K. J., & Fourd, A. F. - (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple

علاوه بر این، ممکن است استعداد بالاتری برای برچسب بیماری جسمی و باورهای بیماری داشته باشند (۳۵). در مطالعات متعدد، شیفیت کاری باخستگی، بیماری بیشتر و کارکرد کاهش یافته همبسته بود (۳۶).

همچنین بعنوان برخی دلایل اجتماعی شیوع خستگی مزمن در پرستاران می توان به شرایط نامساعد بهداشتی و شغلی در بیمارستانهای دولتی، مسئولیت سنگین و حساس در بیمارستان، و سایر مشکلات روانی، اجتماعی، تعارضات خانوادگی و شغلی، اشاره نمود. یکی دیگر از دلایل احتمالی افزایش نرخ شیوع نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر که در این مطالعه ۱۷/۱ درصد گزارش شده، می تواند شرایط خاص آب و هوایی استان، کمبود امکانات رفاهی در بیمارستانها، کمبود کادر پرستاری و فشارزاهای شغلی، اشاره نمود.

یکی دیگر از یافته های مربوط به بخش همه گیرشناسی میزان شیوع بالاتر نشانگان خستگی مزمن در پرستاران بیمارستان فاطمه زهرا نسبت به سایر مراکز درمانی می باشد، اگر چه نمونه مورد مطالعه در سایر مراکز درمانی نسبت به این مرکز کمتر بوده است، ولی شرایط خاص بیمارستان فاطمه زهرا، تراکم کاری زیاد در این بیمارستان و فشارزاهای پیچیده تر در محیط کاری می تواند دلایل احتمالی این یافته باشد.

تشکر و قدردانی: اینک قدردانی و سپاس دارم از اساتید فرهیخته و گرانقدر دکتر اله کرم پولادی ریشهری، دکتر سید موسی گلستانه که با حوصله و تواضع فراوان هدایت گر من در انجام این پژوهش بودند.

منابع

Holmes, G P. Kaplan, J.E & Gants, N.M. (1988). - choronic fatigue syndrome Working deafin, Annals of Internal Medicine., 108: 387-391.

Kaplan & Sadocks, Synapsis of psychiatry - behavioral 10th. ed, c2007.

Shoanse., M. R (2004). Social support in the - workplace: Nurse leader. Nurse Econ. Nov-Dec 313-9. 22 (6)

- Tajima, S., Yamaguti, K., Hakariya, Y. K., & Kiriike, N.(2007). A two-year follow-up study of chronic fatigue syndrome comorbid with psychiatric disorders. *Regular Article Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 365-373.
- 29.Fernandez, A. A., Martin, A. P., Martinez, - M. I, Bustillo, M. R., Javier., F. J., Hernadez, B., Labrado, J. R., C., Penas, R. D. D., Rivas, E. G., Delgado, C. P.,
- 30.Franssen, P. M. L., Bultmann, U., Kant, I., - & Amelvoort, G. P. M. (2002). The association between chronic diseases and in the working population. *Journal of psychosomatic Research*, 54,39-344.
- 31.Lloyd,A.,Hickie,I.,Brockman,A.Hickie,C., - Wilson,A.&Dwyer,J.(1993).Immunologic and psychologic therapy for patients with choronic fatigue syndrome:A double blind placebo controlled trait.AM.J,95:197-203.
- 32.Gone, W,Connel, D. &Pandel. - B.(1993):Epidemiology of choronic fatigue syndrome: the centers for diseas control study-
- 33.Kuratsune, H. ۲۹Ciba.Funed,Symp-303-101. (2007). Overview of chronic fatigue syndrome focusing prevalence and diagnostic criteria. *Nippon Rinsho*, 65 (6),983-90
- 34.Bihan, F. (2001). Psychological stress, - anxiety, depression, job satisfactionand personality characteristics in prevegration house officers. *Postgraduate Medical Journal*, 77 (904), p 109- 111.
- 35.Vijita, M., Kanzose, A., & Babkoff, H. - (2002). Multidimensional fatigue, somatic symptoms and depression. *British Journal of Health Psychology*, 7 , 67-75.
36. Nasri S., Epidemiological Study of Chronic - Fatigue Syndrome and its Relation to Psychiatric Difficulties in Nurses, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2004; 9 (4) :25-33
- mediator models . *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- 16.Kerni, D., Estanton, D., goldberg, J.P., - Shimin, S., Bar-Or, A., Robinson, A., Cruguel , J. P .L., Ducruet, T., Narayanan, S.,, Arcelin, K., Wong, A., Tartaglia , M.C., Y., Caramanos, Z., & Costa, D . D.(2007). Fatigue in multiple sclerosis: Association with disease- related, behavioural and psychosocial factors. *Mult Scler*, 13, 985-95.
- 17.Hodson, P.D., & Goldenberg, T. R.(2004). - Five year follow-up study of stress among nurses in public hospital in Thailand. In *J Nurse stud*, 41 (3), 247-254.
- 18.Greenberg, D. (1990. Neurasthenia in the - 1980s: Chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatics*, 3, 129- 137.
- 19.Kandel, S. J. (1995). The destructiveness of - perfectionism implications for the treatment of perfectionism . *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- 20.Wessely, S. C. (1996). Cognitive- - behavioral therapy for patients with chronic fatigue syndrome: An integrative approach to evaluation and treatment, Guilford press, New York. P, 212-239.
- 21.Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S., - Wallace, P., & Wright , D . (1997).
- 22.Wessley, S., Chalder , T., & Hirsch, S. - (1996).Psychological symptoms, somatic fatigue and chronic fatigue syndrome: A prespective study in the primary care setting . *Am. J. Psychiatry*, (8), 158-170.
- 23.Katon,W J.,Berkhoald, D X,& Simon,G - .E.(1991) Psychiatric illnese in patient with choronic fatigue syndrome and those with rheumatoid arthritis, *J. Gem.intern.Med.p*, 277
- 24.Wood,D.R.,mangelsorff.D - &Meier,N.J.(1998).C .F., in primary, K -Kroenck Characterstics and out come.*J.of A.M,Med,Assoce.*,260:929-939.
- 25.Taylor., R. R., Janson, L., A.(2002). - Choronic fatigue, abuse-related memory and psychiatric disorder in a community-based sample . *Soc.Sci.Med.*,55,247-256.
- 26.Suravy,C.,Hackman,A,Hawton,k& - sharpe,m(1995). choronic fatigue syndrome:A, cognitive spprouch,*Behave,Res.Ther.*,33:334-344
- 27.Farmer, A. Jonze,L, & - Hiller,J.(1995).Neourastenia revisited *Br,J.psychiatry*,167: 498.499.
- 28.Matsuda, Y., Matsui, T., Kataoka, K., - Fukada, R., Fukuda, S., Kuratsune, H.,

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 4, No. 3, fall 2013, No 15



Journal of Educational
Psychology

Epidemiological Study of Chronic Fatigue Syndrome in Nurses of boshehr city

M. sayady^{1*}, A. poladi reishery², M. Golestane³

- 1) Department of psychology, Islamic Azad University, Boshehr, Iran
- 2) Assistant professor of psychology, Islamic Azad University, Boshehr, Iran
- 3) Assistant professor of psychology, University of Khalij e Fars, Boshehr, Iran

*Corresponding author: masoudsayadie@yahoo.com

Abstract

The present project studied epidemiology of Chronic Fatigue Syndrome (CFS) in Boshehr nurses. These nurses were employed at educational hospitals under the auspices of Boshehr Universities of Medical Sciences. The project's subjects were 406 nurses all of them selected through census sampling from the city of Boshehr and all participants were selected by census method. To collect data, the followings were used: General Health Questionnaire (GHQ), Chalder of Fatigue Scale (COFS), Krupp Fatigue Severity Scale (KFSS), Whitely Index (WI), and clinical interviews. This evaluation showed that the prevalence of CFS was 17.5% in all nurses under study. The results showed levels of fatigue in 355 nurses was normal and in 51 of nurses was highly. According to the results of the high prevalence of chronic fatigue in nurses in Bushehr in comparison with other studies in this area and the importance of the treatment and prevention of this disorder is very impressive

Keywords: fatigue, chronic fatigue syndrome, epidemiology, nurses
