



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
MARBURG
KLINIKUM

UNIVERSITÄT
MARBURG

INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY
University of Marburg
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 و مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و تن آرامی عضلانی تدریجی در درمان خستگی مزمن پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۱

مسعود صیادی^{۱*} دکتر علی پولادی ریشه‌ری^۲ دکتر سید موسی گلستانه^۳

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمان فراشناخت و آموزش تن آرامی عضلان تدریجی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر اجرا شد. روش این تحقیق آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و جمعیت هدف آن پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر بوشهر بود. در مرحله نخست بمنظور سنجش افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تعداد ۴۰۶ نفر از پرستاران شهر بوشهر به شیوه سرشماری از بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاههای علوم پزشکی شهر بوشهر انتخاب، و پرسشنامه‌های مربوط به سنجش خستگی مزمن روی آنان اجرا شد. تمامی پرسشنامه‌ها با استفاده از روشهای آماری مانند ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تحلیل واریانس دو متغیره و چند متغیره، تحلیل کواریانس، و آزمون تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مرحله بعد تعداد ۴۵ نفر پرستار از بین پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن، به صورت تصادفی انتخاب، و به گروههای آزمایشی و گواه گمارده شدند. ابزارهایی که در تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از: ۱- پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، ۲- مقیاس خستگی چالدرد (چالدرد و همکاران، ۱۹۹۳)، ۳- مقیاس شدت خستگی (کروپ و همکاران، ۱۹۸۹)، ۴- پرسشنامه فراشناخت (ولز و کارترایت، ۱۹۹۹)، ۵- مصاحبه بالین ساختار یافته (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، و ۶- چک لیست علائم نشانگان خستگی مزمن (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و اندازه‌گیریها مکرر و تحلیل کواریانس تفاوت‌های معنی‌داری را بین گروهها نشان داد. آزمون توکی مشخص نمود که گروههای درمان فراشناخت و تن آرامی در بهبود خستگی، تفاوت‌های معنی‌داری را با گروه گواه ظاهر ساختند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از درمان تن آرامی عضلانی تدریجی است. همچنین درمان فراشناخت در بهبود خستگی و اختلال در کارکرد کارایی بهتری دارد.

کلمات کلیدی: سندرم خستگی مزمن، فراشناخت، تن آرامی عضلانی تدریجی، پرستاران.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی: masoudsayadie@yahoo.com

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، مراکز بوشهر

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر

Evaluate and compare the effectiveness of metacognitive therapy and progressive muscle relaxation to reduce chronic fatigue in nurses of Bushehr (1391)

Abstract

Objective: The present project studied and Compared effectiveness and effectiveness of metacognition and progressive relaxation treatment in reduction of Choronic fatigue syndrome in Boushehr nurses. the project's subjects in epidemiology stage were 406 nurses. all of them selected through census sampling from the city of Boshehr and All participants were selected by census method. the treatment stage Includes of 45 patients with chronic fatigue were selected by using of random sampling. To collect data, the followings Tools were used: General Health Questionnaire (GHQ), Chalder of Fatigue Scale (COFS), Krupp Fatigue Severity Scale (KFSS), Whitely Index (WI), and clinical interviews. The results showed differences between the treatment groups before and after the implementation. In fact, the experimental group showed significant differences between pretest and posttest Bvdsth 05/0 <P, but the difference between pretest and posttest control group was not significantly different, indicating that its effect on metacognitive therapy and progressive muscle relaxation in reducing chronic fatigue syndrome. Parameter estimates suggest that the metacognitive treatment have a greater impact on reducing chronic fatigue Rmy muscle tone has been compared to nurses.

Keywords: Chronic Fatigue syndrome, metacognition, Progressive relaxation, nurses

مقدمه:

نشانگان خستگی مزمن نخستین بار به طور عملیاتی در سال ۱۹۸۸ تعریف شد (هولمند و گانتز^۱، ۱۹۸۸، به نقل رضایی، ۱۳۸۸). در سال ۱۹۸۸ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریهای (CDC)^۲ ایالت متحده، علایم 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 می باشد (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲). با وجود حجم زیاد تحقیقات انجام شده، میزان فهم ما از شرایط و خصوصیات نشانگان خستگی مزمن قابل توجه نمی باشد (شفر^۴، ۲۰۰۵). بیشتر متخصصان برداشتهای خیلی سطحی از پژوهش و کنترل خستگی دارند و غالباً آن را به عنوان علامت و شکایتی در نظر می گیرد که با شرایط متنوعی چون مولتیپل اسکلروزیس^۵، سرطان، افسردگی، عفونت ها و اختلالات خواب می آید (شارپ^۶، ۱۹۹۶). نشانه های خستگی مزمن، وضعیتی است که

1. Holmand&Ganter

2. Center for Disease Control and Prevention

3. Kaplan and Sadvk

4. Shephard

5. Multiplesclerosis (m.s)

6. Sharp

۲/۹۰۰۰۰۰ آمریکایی را تحت تأثیر قراردادده است. ووخیم تراینکه تقریباً ۸۰ درصد از این افراد هرگز برای ملایم نامشخص چندگانه خود، تشخیص دریافت نکرده اند (تنت^۱، ۲۰۰۷). 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 می گردد، حداقل از دو قرن گذشته و حتی احتمالاً قبل از آن شناخته شده است (استراوس^۲ ۱۹۹۱) در سال های آخر قرن نوزدهم، بیماران دارای این علامت، تشخیص "ضعف اعصاب"^۳ دریافت می کردند. نشانگان خستگی مزمن بعداً به عنوان یک بیماری "از نظر پزشکی غیر قابل تبیین"^۴ در نظر گرفته شد و شهرتی را بعنوان یک "معمای بالینی"^۵ کسب کرده است. 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. 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 (اسماعیل زاده، ۱۳۸۴). 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 شدید گردیده و با علائم دیگری چون تمرکز ضعیف، تحریک پذیری و درد عضلانی همراه بود (استراوس، ۱۹۹۱، به نقل از شارپ، ۱۹۹۶). از خستگی تعاریف متفاوتی شده است، به عقیده بریوس^۶ (۱۹۹۰) "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 (پاولیکووسکا^۷ و دیگران، ۱۹۹۴). تقریباً ۲۰ درصد افراد خستگی را به عنوان یک مشکل گزارش می کنند (لويس ووسلی^۸، ۱۹۹۲). 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 (دیوید و استراوس^۹، ۱۹۹۲، کرونسکی^{۱۰}، ۱۹۸۹). 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 سالم مهم ترین سرمایه هر سازمان است و وجود

7. Tennant

8. Estraous

9. Nevraasthenia

10. Medically unexplained

11. Clinical conundrum

12. Beryouse

13. Pawlikoveska

¹. Lowis & weesley

2. Dayvid&Estraws

3. Koroneseke

سازمان های مناسب در هر جامعه که بتواند با کارآمدی و اثربخشی از عهده وظایف خود برآیند، از مهم ترین وسایل دستیابی به پیشرفت و ترقی است (میچل^۱، ۱۹۷۸، به نقل از ضمیری، ۱۳۸۸).

ملاکهای تشخیصی CDC برای سندرم خستگی مزمن خستگی شدید و غیر قابل توضیح به مدت بیش از ۶ ماه که واجد این خصوصیات باشد: اخیراً شروع شده و یا شروع مشخصی داشته باشد، ناشی از فعالیت مداوم نباشد، با استراحت برطرف نشود، سبب اختلال کارکردی شود، وجود ۴ یا بیشتر از علائم جدید زیر: اختلال حافظه یا تمرکز، درد عضلانی، درد مفاصل بدون تورم یا قرمزی، گلو درد، درد در چندین مفصل، نوع جدید سردرد، حساس شدن گره های لنفاوی، خواب بیمار نیرو بخش نیست، ضعف متعاقب فعالیت که بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). 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 ۲/۵٪ در جمعیت عمومی می باشد (فرناندز^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). به اعتقاد با ولیکورسکا و همکاران، (۱۹۹۴)، نشانگان خستگی مزمن حدود ۱ درصد بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می دهد علائم 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 (فرناندز و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهشهای مختلف نشان از آن دارد که نشانگان خستگی مزمن در زنان شایع تر است. در مطالعه ای در کشور ایتالیا (لوید^۳ و همکاران، ۱۹۹۰) نسبت ۱/۳ به ۱ برای زنان در مقایسه با مردان، به دست آمد. بررسی گان^۴ و همکاران (۱۹۹۳) در آمریکا نسبت ۴ به ۱ را نشان می دهد.

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 (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۲۰۰۷). 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 (تننت^۵، ۲۰۰۷، به نقل از رضایی). در حال حاضر اکثر گزارش ها در مورد سیر و پیشین آگهی مبتنی بر نمونه های کوچک است. در یک مطالعه، در ۶۳ درصد بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن که به مدت ۴ سال پیگیری شدند، بهبودی نسبی گزارش شد. هم چنین تننت (۲۰۰۷) گزارش میکند که فقط ۱۰-۵ درصد از افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن، تجربه بهبودی کامل دارند. بیمارانی که بهترین پیش آگهی را

4. Mitchel
5. Fernandes
6. Loyed
7. Gunn
8. Tenent.

داشتند کسانی بودند که سابقه بیماری روانی فعلی و قبلی نداشتند و قادر به حفظ تماس های اجتماعی و کارکردن بودند (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲). پرستاران نیز به واسطه ماهیت شغلی شان مستعد این نشانگان هستند. در مطالعه جانسون^۱ (۱۹۹۶) 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. 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. 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 میباشد، 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.

روش

تحقیق حاضر شامل دو مرحله میباشد در مرحله اول پژوهش جهت سنجش پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن با استفاده از روش مطالعه از نوع توصیفی و گذشته نگر پرسشنامه های مربوط به سنجش خستگی مزمن بین تعداد ۴۰۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستانهای علوم پزشکی بوشهر توزیع شد در مرحل بعد با استفاده از روشهای آماری مختلف تمامی پرسشنامه ها مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و پس از مشخص شدن افراد مبتلا جهت اطمینان تشخیصی بیشتر همه افراد مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. در مرحله بعد با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه به مطالعه اثر بخشی و مقایسه روشهای درمانی فراشناخت و تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش نشانگان خستگی مزمن پرداخته شد، بدین منظور با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی از بین پرستارانی که در مرحله اول پژوهش مبتلا به نشانگان خستگی مزمن شناخته شده بودند سه گروه ۱۵ نفری بتعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند که شامل دو گروه درمان فراشناخت و تن آرامی عضلانی تدریجی که مداخلات درمانی را دریافت نمودند و یک گروه گواه که هیچ گونه درمان و یا مداخله ای دریافت نمود، میشد. دو گروه فراشناخت و تن آرامی عضلانی از لحاظ تاثیر گذاری بر کاهش خستگی مزمن مورد مطالعه قرار گرفتند و آثار آن با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. در این پژوهش، آزمودنی ها قبل و بعد از مداخله درمانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. همه گروههای تحقیق مورد پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری قرار گرفتند. گروههای درمانی مداخله دریافت نمودند و گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت نمود

1. Janson

نگاره طرح پژوهش به شرح ذیل بود:

جدول (۱) نگاره طرح پژوهش

طرح پژوهش					
GE1	R	T 1	X 1	T 2	T 3
GE2	R	T 1	X 2	T 2	T 3
G	R	T 1	-	T 2	T 3

متغیرهای مستقل در این پژوهش روشهای درمانی در نظر گرفته شد که عبارتند از: درمان فراشناخت، درمان تن آرامی عضلانی تدریجی، و عدم مداخله. متغیرهای وابسته عبارت بودند از میزان خستگی مزمن و شدت خستگی مزمن. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای علوم پزشکی و خدمات درمانی شهر بوشهر بود. ابزارهایی که در تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از: ۱- پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ^۱، ۱۹۷۲)، ۲- مقیاس خستگی چالد^۲ (چالدر و همکاران، ۱۹۹۳)، ۳- مقیاس شدت خستگی (کروپ^۳ و همکاران، ۱۹۸۹)، ۴- پرسشنامه فراشناخت (ولز کارترایت^۴، ۱۹۹۹)، ۵- مصاحبه بالینی ساختار یافته (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، و ۶- چک لیست علائم نشانگان خستگی مزمن (کاپلان و سادوک ۲۰۰۷).

ابزارهای سنجش

مقیاس خستگی چالدر^۵

چالدر و همکاران (۱۹۹۳) یک ابزار کوتاه ۱۴ سوالی را ساختند که علائم ذهنی و جسمی را که تصور می شود علامت شاخص برای نشانگان خستگی مزمن باشد را اندازه گیری می نماید این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است و توسط خود فرد تکمیل می شود. تحلیل مولفه های اصلی دو عامل (خستگی جسمی و خستگی ذهنی) را مشخص کرد. هشت سوال برای خستگی جسمی و شش سوال برای خستگی ذهنی است. همچنین چهار سازه در این مقیاس مشخص شده است: مشکلات شناختی، خواب الودگی، استقامت و

-
1. Goldberg
 2. Chaldr
 3. Kroup
 4. Wells & Kartrayt
 5. Chaldre Fatigue Scale

نیرومندی و فقدان انگیزش و علاقه. چالدرو و همکاران (۱۹۹۳) ظرایب اعتبار برای خستگی را با استفاده از نمره نقطه برش ۲۲ و با استفاده از جدول مصاحبه بالینی در بخش مراقبت‌های پزشکی ۷۵/۵ درصد (حساسیت) و ۷۴/۵ درصد (ویژگی) گزارش کردند. چالدرو و همکاران (۱۹۹۳) ضرایب همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۹ گزارش نمودند. همچنین آلفای کرونباخ به دست آمده برای سوال‌های خستگی جسمی و ذهنی به ترتیب ۰/۸۴۵ و ۰/۸۲۱ بوده است.

پرسشنامه فراشناخت

پرسشنامه فراشناخت توسط ولز و کارترایت-هاتون^۱ ساخته شده است و ۳۰ ایتیم دارد که هر سوال با یک مقیاس دو درجه ای (صحیح غلط) پاسخ داده می شود. این پرسشنامه دارای ۵ مولفه (باورهای مثبت در مورد نگرانی اعتماد شناختی خود آگاهی شناختی باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل می باشد. ضریب الفای کرونباخ این پرسشنامه و مولفه‌های آن در دامنه ای از ۰/۹۳ و ۰/۷۲ گزارش شده است. ضریب پایایی باز آزمایی فرم کوتاه این پرسشنامه (بعد از یک ماه) ۰/۷۳ میباشد. ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسش نامه اضطراب صفت -حالت اسپیل برگر (۲=۰/۵۳) پرسش نامه نگرانی پن (۲=۰/۵۴) و پرسش نامه اختلال وسواسی - اجباری بادو (۲=۰/۴۹) معنادار می باشد.

پرسشنامه اطلاعات کلی

این پرسشنامه شامل مقدمه ای در مورد هدف پژوهش و اطلاعات آزمودنیها از قبیل نام، نام خانوادگی، جنسیت، سن، میزان تحصیلات، میزان سابقه خدمت، وضعیت تاهل، نوع استخدام، بیمارستان محل خدمت، و نوع فعالیت میباشد و از آن در مرحله اول پژوهش استفاده شد.

مقیاس شدت خستگی (FSS)^۲

این مقیاس توسط کروپ و همکاران (۱۹۸۹) تدوین گردید دارای ۹ ماده است و آزمودنیها میزان موافقت خود را بر اساس مقیاس ۷ درجه ای از ۱ بمعنای (به شدت مخالفم) و ۷ بمعنای (کاملا موافقم) اعلام مینمایند. مقیاس شدت خستگی اساسا برای ارزیابی ویژگیهای خستگی در بیماران سرطانی ساخته شده است. در مطالعه کروپ اعتبار همزمان به دست آمده با استفاده از مقیاس قیاس دیداری ۰/۶۷ بوده است که از نظر آماری قابل توجه است. نصری (۱۳۸۱) در پژوهش به این نتیجه رسید بین نمره‌های مقیاس شدت خستگی گروه بیماران و گروه افراد سالم تفاوت معنی داری وجود دارد و این نتیجه بیانگر میزان کارایی این مقیاس برای ارزیابی شدت خستگی است (P = ۰/۰۰۰۱ و t = ۳/۵۱).

1. Kartrayt_Hawton
2. Fatigue Severity Scale

به عقیده کروپ و همکاران (۱۹۸۹) این پرسشنامه ۹ ماده‌ای دارای درجه بالایی از همسانی درونی است. آنها آلفای کرونباخ بدست آمده را ۰/۸۸ گزارش کردند. نصری (۱۳۸۱) در پژوهش ضریب همسانی درون گروه دانشجویان را ۰/۸۱ و گروه پرستاران را ۰/۸۹ بدست آورد که نشانگر همسانی روانی بالای این پرسشنامه است. در پژوهش کروپ و همکاران (۱۹۸۹) برای اعتبار ملاکی آن از مقیاس قیاس دیداری^۱ (VAS) استفاده گردید و ضریب همبستگی ۰/۶۸ در سطح آلفای ۰/۰۰۱ مشاهده گردید. در پژوهش نصری (۱۳۷۵) این مقیاس همراه با مقیاس خستگی چالدر در دو گروه دانشجویان ۰/۶۷ و در گروه پرستاران ۰/۶۹ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

چک لیست علائم نشانگان خستگی مزمن

این چک لیست جهت تشخیص قطعی و افتراقی موارد مشکوک نشانگان خستگی مزمن در مرحله انتخاب ازموذنیهای گروههای آزمایشی و گروه گواه مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۲ در سال ۱۹۷۲ توسط گلابرک ساخته شد و به عقیده هندرسون^۳ (۱۹۹۰) شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و روانشناسی است که تاثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۶۰، ۳۰، ۲۸، ۱۲ سوالی می باشد. فرم ۲۸ سوالی توسط گلابرک و هلییر^۴ (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش واریانس و براساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار مقیاس ۷ سوالی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال خواب و اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) می باشد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بیشتر به صورت لیکرت است که براساس این شیوه هر یک از سوالهای ۴ درجه ای و به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره گذاری می گردد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. مطالعات روانسنجی مربوط به این پرسشنامه حاکی از اعتبار و پایایی قابل توجه این پرسشنامه است.

کلابرک و بلک ون^۵ (۱۹۷۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از یک چک لیست مصاحبه بالینی بر روی بیماران بخش جراحی، ۰/۸۰ ذکر کرده اند. در مطالعه دیگری گلابرگ و همکاران (۱۹۷۶) همبستگی پرسشنامه مذکور را با فهرست نحوه علامتی تجدید نظر شده (SCI-90-R) در اگوتیس و همکاران (۱۹۷۶)، ۰/۷۸ بیان کردند (به نقل از هومن، ۱۳۷۷). یعقوبی (۱۳۷۵) در مطالعه ای حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را در بهترین نقطه برش (نمره ۲۳) به ترتیب ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۲ گزارش نموده است. در بررسی چان و اسپیرز (۱۹۹۴) در نیوزیلند، ضریب پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ تا ۴ هفته ۰/۵۵ به دست آمد. در مطالعه دیگری که

3. Visual analogue scale
4. General Health Questionnaire
5. Henaerson
6. Helier
1. Kelaber & Belkven

توسط چان (۱۹۸۳) در چین انجام شد ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ حاصل شد (به نقل از هومن، ۱۳۷۷). این پرسشنامه برای تشخیص و افتراق نشانگان خستگی مزمن در مرحله همه گیر شناسی و انتخاب آزمودنیهای گروههای آزمایشی و گروه گواه به کار برده شد.

روش اجرا و تحلیل داده ها

همه آزمودنیهای گروه های آزمایشی و گروه گواه در ۳ مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند: اجرای پیش آزمون، اجرای پس آزمون، و مرحله پیگیری. پیش آزمون قبل از اعمال مداخله درمان فراشناخت و تن آرامی عضلانی صورت گرفت و پس آزمون در پایان مرحله اعمال مداخلات آزمایشی برای هر دو گروه آزمایشی صورت گرفت. پیگیری پس از مرحله اعمال مداخلات آزمایشی انجام گرفت. از پرستاران هر دو گروه آزمایشی یعنی گروه درمان فراشناخت و تن آرامی عضلانی تدریجی خواسته شد تا با شرکت در جلسات درمان، تکنیک تن آرامی و آموزش فراشناخت را آموخته و از آن برای کنترل و کاهش تنش، تحریک پذیری و پریشانی هیجانی نشانگان خستگی مزمن استفاده کنند. شیوه های آموزش توسط روانشناسی بالینی مجرب و آموزش دیده به آزمودنیها ارائه می شد، همچنین از تمامی آزمودنیها خواسته شد ضمن شرکت فعال در جلسات درمانی و آموزشی، آموزشها را در منزل و یا محل کار نیز تمرین نمایند. در هر جلسه آموزشهای جلسه قبل مرور می شد و تکالیفی که در منزل انجام شده بود مورد بررسی قرار می گرفت. جلسات درمان برای هر گروه درمان ۸ جلسه بود و بصورت هفتگی برگزار می شد. طول جلسات یک ساعت و نیم بود.

اجرای پیش آزمون در گروه های آزمایش و گروه گواه، اجرای روشهای درمانی فراشناخت و تن آرامی عضلانی تدریجی برای گروه های آزمایشی، اجرای پس آزمون در گروه های آزمایشی و گروه گواه و پیگیری.

تعداد جلسات درمان برای گروه های آزمایشی هر کدام ۸ جلسه یک و نیم ساعته و به مدت ۸ هفته بود. جلسات درمان بصورت گروهی انجام می شد و در هر هفته دو جلسه درمان یک و نیم ساعته طرح ریزی شده بود. یکی از گروههای آزمایشی درمان فراشناخت و دیگر گروه آزمایشی درمان تن آرامی عضلانی تدریجی دریافت نمود. دروه درمان مدت دو ماه طول کشید و جلسات درمان عمدتاً در بیمارستان بنت الهدی و فاطمه الزهرا برگزار می شد. در حد امکان جلسات درمان در شیفت کاری پرستاران طرح ریزی شده بود و خوشبختانه آزمودنیها از اعتماد لازم برخوردار بودند و همکاری خوب و مناسبی را تا پایان دوره درمان با درمانگر داشتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، از ادامه پژوهش انصراف دهند.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از پژوهش از روش های آمار توصیفی نظیر فراوانی ها، انحراف معیار، میانگین، انحراف استاندارد، و ضریب 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 0/05 انجام شد. در این پژوهش از روش درمانی فراشناخت ولز جهت درمان گروه درمان فراشناخت استفاده شد. این روش درمان برای گروه آزمون درمان فراشناخت طراحی شده بود. در این روش از الگوی درمان فراشناخت ولز، ماتیوز و کارترایت (1994)، استفاده شد. تعداد جلسات درمان 8 جلسه یک و نیم ساعته و به مدت 8 هفته تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. در طول 8 هفته درمان، بیماران در فاصله ی بین جلسات و حین انجام تکالیف خانگی بصورت تلفنی با درمانگر در ارتباط بوده و راهنمایی می شوند.

خلاصه ای از محتوای جلسات درمان فراشناخت

جلسه اول: ارزیابی و گردآوری داده های پایه و ارائه اطلاعاتی از قبیل ماهیت نشانگان خستگی و رابطه آن با باورهای فراشناختی، جلسه دوم، معرفی بیماری نشانگان خستگی مزمن و ترسیم نمودار فراشناختی آن، همچنین معرفی منطق درمان فراشناختی و الگوی فراشناختی خستگی مزمن و تعیین اهداف درمانی و در پایان شناسایی و فراخوانی شناخت واژه های منفی صورت گرفت. در جلسه سوم تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی آموزش داده شد. (اینکه بیماران یاد بگیرند با افکار هم چون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنان چه نیاز به پردازش نداشته باشد). جلسه چهارم: ارزیابی فرااورهای مثبت و منفی جهت تغییر فرااورهای راجع به علائم و نشانگان خستگی مزمن، آموزش تجارب رفتاری، ارائه اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل در آمیختگی از طریق سوالاتی درباره ی ساز و کارهای در آمیختگی افکار یعنی کاهش ناهمخوانی، بازنگری تاریخچه ای و تجارب رفتاری. جلسه پنجم: توضیح تفاوت شیوه پردازش فکری بین افراد بهنجار و بیمار، آموزش درگیر شدن با نشخوار فکری، تضعیف باورهای منفی مربوط به نشانگان خستگی مزمن و سرانجام ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید) جلسه ششم: آموزش برخی از رویکردهای رفتاری درمان خستگی مزمن، آموزش روشهای تحلیل سود و زیان، همچنین روش آموزش توجه¹ (RTM) و تمرکز مجدد و توجه موقعیتی² (SRA). جلسه هفتم: آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی سازی ذهن، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه هوشیاری. جلسه هشتم: آماده کردن شرکت کنندگان در جلسات درمان جهت افتتاح جلسات، اصلاح نشانه های توقف و ملاک دانستن، طرح ریزی اولیه، طرح ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روشها، علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه گیری.

خلاصه ای از محتوای جلسات درمان تن آرامی عضلانی تدریجی

در این پژوهش برای گروه دوم آزمایش از روش آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی موریس (1991) که نسخه اصلاح شده روش جاکوسن بوده و از جامعیت بیشتری برخوردار است، استفاده شد. در جلسه اول ضمن ایجاد ارتباط درمانی مثبت و مبتنی بر همدلی، منطق درمان تنفس عمیق ارائه گردید و از بیماران خواسته شد تا تنفس عمیق را بارها در جلسه تمرین کرده و احساسات خود را گزارش

1. Regarding teaching methods
2. Situational Refocusing Attention

نمایند. همچنین اطلاعات خط پایه جمع آوری می‌شد و فرمهای خود سنجی برای ثبت خاطرات روزانه (ثبت رویدادها، احساسات، خستگی و تنش) ارائه می‌شد. هیچ توصیه‌ای در مورد فعالیت کردن و تهیه برنامه فعالیت، یا الگوهای خواب داده نمی‌شد. در جلسه دوم ضمن ارائه منطبق تن آرامی و تمایز آن با حرکات ورزشی و نرمشها، شرایط لازم برای تمرین تن آرامی توضیح داده می‌شد. در جلسه دوم حرکات مربوط به دستها (۹ حرکت)، در جلسه سوم حرکات مربوط به شانه و گردن (۶ حرکت)، در جلسه چهارم حرکات مربوط به دهان، زبان، تارهای صوتی، پلکها و چشمها و پیشانی (۱۲ حرکت) و در جلسه پنجم حرکات کمر، باسن و پاها (۷ حرکت) آموزش داده می‌شد. علاوه بر این، سعی می‌گردید که در خلال آموزش، عضلات مربوط به اندامهای آموزش داده شده را بررسی کنند در جلسه ششم از بیماران خواسته شد تا کل حرکات را به طور کامل انجام دهند. در جلسات آموزشی از بیماران خواسته می‌شد ضمن رعایت شرایط ضروری برای درمان، حرکات را به صورت جدی انجام داده و حداقل دو بار در روز تمرین نمایند. همچنین احساسات و مشکلات خود را در خصوص انجام حرکات گزارش نمایند. برای آموزش بهتر جزوه حرکات تن آرامی در اختیار آنها قرار می‌گرفت. همچنین از جلسه پنجم نیز نوار صوتی آموزش تن آرامی در اختیار بیماران قرار داده می‌شد. در جلسه هفتم از بیماران خواسته می‌شد تا حرکات تن آرامی را به صورت ذهنی انجام دهند. تفاوت بین حرکات تن آرامی واقعی و تصویر سازی دیداری توضیحی داده می‌شد. چگونگی چک کردن تک تک عضلات از طریق ذهنی تشریح می‌گردید. در نوار آموزشی نیز دو دستور العمل برای تن آرامی دیداری ارائه شده بود.

در جلسه هشتم براساس گزارشهای بیماران، ۶ تا از حرکات تن آرامی که بر روی خود تاثیر داشتن و آرامش بخشی بیشتری داشتند، برای تن آرامی سریع استخراج گردید و از این حرکات در موارد خاص در محیط طبیعی (محل کار، منزل و...)، استفاده گردید. در جلسه نهم و دهم، ضمن مرور و بررسی مسائل و مشکلات درمان و رفع آنها، نحوه استفاده مراجعین از تکنیکهای درمانی در آینده و افزایش مهارتهای خود سازی بیشتر بحث شد و در جلسه پایانی ارزیابی پس از درمان نیز صورت می‌گرفت.

یافته ها

جدول شماره 2) میزان شیوع خستگی مزمن و سلامت عمومی آزمودنیها

کل		فاقد علائم مرضی		دارای علائم مرضی		آماره مقیاس
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	خستگی مزمن
۱۰۰	۴۰۶	۸۲/۵	۳۳۵	۱۷/۵	۷۱	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سلامت عمومی
۱۰۰	۴۰۶	۷۶/۴	۳۱۰	۲۳/۶	۹۶	

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 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.



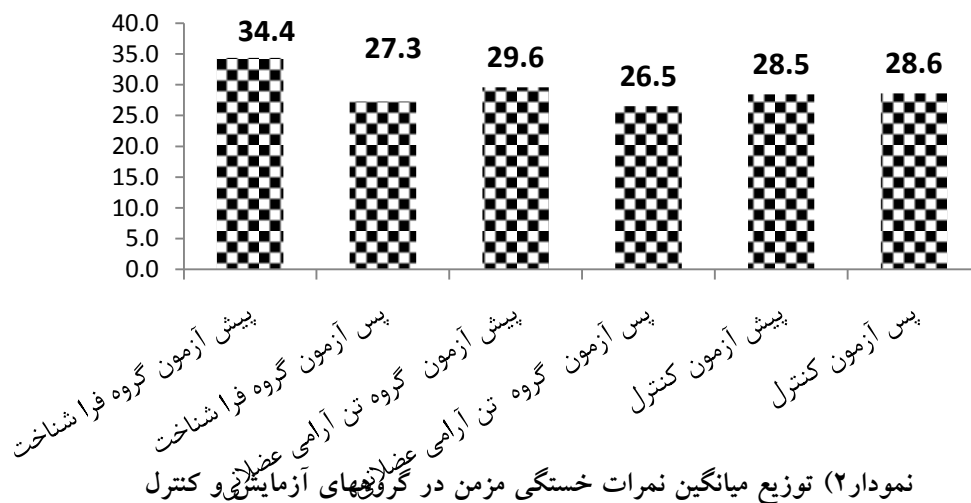
نمودار ۱) توزیع شیوع خستگی مزمن در بین آزمودنیها

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

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار نمرات خستگی مزمن گروه های آزمایش و کنترل

انحراف معیار	میانگین	تعداد	آماره / گروه
۳/۲۰	۳۴/۴	۱۵	پیش آزمون گروه فرا شناخت
۶/۲	۲۷/۳۳	۱۵	پس آزمون گروه فرا شناخت
۱/۲۹	۲۹/۶	۱۵	پیش آزمون گروه تن آرامی عضلانی
۱/۱۳	۲۶/۵۳	۱۵	پس آزمون گروه تن آرامی عضلانی
۰/۹۲	۲۸/۴۷	۱۵	پیش آزمون کنترل
۰/۹	۲۸/۶۰	۱۵	پس آزمون کنترل

همان طور که در جدول شماره ۲) مشاهده میگردد، میانگینهای نمرات گروههای درمانی و گروه کنترل را در خرده مقیاس خستگی مزمن پرستاران در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییراتی را نشان میدهد، اما میانگینهای گروههای کنترل چنین تغییراتی را در سه مرحله اجرای آزمون نشان نمیدهند.



نمودار شماره ۲) نتایج جدول شماره ۲) را بصورت نمودار ستونی نشان میدهد

فرضیه اصلی تحقیق) - درمان فراشناخت در کاهش میزان خستگی مزمون پرستاران مبتلا به خستگی مزمون مبتلا به نشانگان خستگی مزمون مؤثر تر از آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی است.

به منظور پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شده است که نتایج آن در جداول زیر نشان داده شده است.

(جدول 4-) تعیین تاثیر عوامل بین آزمودنیها

آماره	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	Partial η^2	R2 adj
مدل	۲۰۷/۲۷۵	۳	۶۹/۰۹۲	۷/۱۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۲۹۷
پیش آزمون	۱۷۴/۶۹۷	۱	۱۷۴/۶۹۷	۱۸/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷	
گروه	۱۵۷/۱۰۱	۲	۷۸/۵۵۰	۸/۱۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	
خطا	۳۹۳/۹۷۰	۴۱	۹/۶۰۹				
کل	۳۴۶۰۵/۰۰۰	۴۵					

(جدول 5) برآورد پارامتر اثر روش های درمانی بر کاهش خستگی مزمن

آماره / گروهها	B	خطای استاندارد	t	سطح معنی داری	Partial η^2
فراشناخت	-۶/۷۳	۱/۷۱	-۳/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۲۷۴
تن آرامی	-۳/۱۹	۱/۱۶	-۲/۷۴	۰/۰۰۹	۰/۱۵۵

(جدول 6) میانگین های تعدیل شده

گروه	میانگین	خطای استاندارد
گروه فراشناخت	۲۴/۰۶	۱/۱۱
گروه تن آرامی	۲۷/۶۱	۰/۸۳
گروه کنترل	۳۰/۷۹	۰/۹۵

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین دو روش درمانی فراشناخت و روش درمانی تن آرامی عضلانی تدریجی در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی دار وجود دارد مقدار $R^2 adj$ (مجذور R تنظیم شده) نشان می دهد که ۲۹/۷ درصد واریانس کاهش خستگی مزمن پرستاران مربوط به روشهای درمانی می باشد، $Partial \eta^2$ نیز نشان دهنده تاثیر ۲۸/۵ درصدی روشهای درمانی بر کاهش خستگی مزمن پرستاران است. برآوردهای پارامتر حاکی از آنست که روش فراشناخت دارای تاثیر بیشتری بر کاهش سلامت عمومی پرستاران نسبت به روش تن آرامی عضلانی بوده است مقدار مجذور اتا جزیی حاکی از تاثیر ۲۷/۴ درصدی روش فراشناخت و ۱۵/۵ درصدی روش تن آرامی عضلانی بر کاهش خستگی مزمن پرستاران بود میانگین های تعدیل شده نیز نشان می دهد که پرستارانی که با استفاده از روش فراشناخت مورد درمان قرار گرفته اند به میزان قابل توجه ای در مقابل پرستارانی که به روش تن آرامی عضلانی مورد درمان قرار گرفتند خستگی مزمن آنان کاهش پیدا کرد بنابراین این فرضیه که بیان می دارد درمان فراشناخت در کاهش میزان خستگی مزمن پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر تر از آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی است در سطح $P < ۰/۰۵$ تأیید می گردد $(F(۴۱،۲) = ۸/۱۷۵، Partial \eta^2 = ۰/۲۸۵، P < ۰/۰۵)$.

بحث

نتایج پژوهش نشان می‌دهد میزان شیوع خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر ۱۷/۱ درصد بوده است. بطوریکه از بین ۴۰۶ نفر پرستاری که در مرحله اول تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند تعداد ۷۱ نفر (۱۷/۵ درصد) از پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن بودند. در مطالعه ای 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 (نصری، ۱۳۸۱). همچنین در مطالعه دیگر میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن ۱/۱ درصد گزارش گردید (جانسون و همکاران، ۱۹۹۸). البته در مطالعه جانسون تنها ۵۰ درصد افراد نمونه را پرستاران تشکیل میدادند با توجه به اینکه کلیه جامعه آماری مطالعه مطالعه نصری را پرستاران تشکیل میدادند، نتایج پژوهش حاضر بیشتر با پژوهش نصری هماهنگ است. یکی از دلایل احتمالی شیوع ۱۷/۱ 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. پرستاران نرخ بالایی از مشکلات سلامتی بالقوه دارند که ممکن است به فشارزاهای حرفه‌ای ذاتی در شغل پرستاری مربوط باشد (تایلر^۱، ۱۹۹۱). از طرفی، در تحقیقی مشخص شد که نیمی از ۲۳ مورد همه گیرشناسی درد عضلانی-عصبی (شبه به نشانگان خستگی مزمن) در سالهای ۱۹۵۸-۱۹۳۴ را اعضای بیمارستانها تشکیل می‌دادند (هندرسون و شلوکوف^۲، ۱۹۵۹). پرستاران بدلیل فشارهای شغلی زیادی که در محیط کاری با آن مواجه هستند، از جمله شیفت‌های کاری فشارزا، استرس‌های شغلی، سختی کار، مواجهه با ویروسها و بیماری‌ها، نارضایتی شغلی، از گروههای می‌باشند که آمادگی بالایی جهت ابتلا به نشانگان خستگی مزمن دارند، علاوه بر این، ممکن است استعداد بالاتری برای برچسب بیماری جسمی و باورهای بیماری داشته باشند (وار^۳، ۱۹۹۲؛ سوراوی و دیگران، ۱۹۹۵). در مطالعات متعدد شیفت کاری باخستگی، بیماری بیشتر و کارکرد کاهش یافته همبسته بود (اکرستد^۴، ۱۹۸۵؛ میلن^۵، ۱۹۸۶). یکی دیگر از دلایل احتمالی افزایش نرخ شیوع نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر که در این مطالعه ۱۷/۱ درصد گزارش شده، می‌تواند شرایط خاص آب و هوایی استان، کمبود امکانات رفاهی در بیمارستانها، کمبود کادر پرستاری و فشارزاهای شغلی، اشاره نمود. فرضیه اصلی عبارت بود از اینکه درمان فراشناخت در کاهش میزان خستگی مزمن پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی است. نتایج بررسی بعمل آمدن نشان می‌دهد تفاوت بین گروهها در سطح $P < 0.05$ یعنی قبل و بعد از اجرای برنامه مداخلات درمانی فراشناخت، معنی‌دار است. نتایج این پژوهش با سایر پژوهشهای انجام شده در حوزه درمان‌های شناختی و فراشناختی در کاهش خستگی مزمن همخوان است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با استفاده از روش درمانی

¹.Taylor

².Hondrson & Shelokof

³. Ware

⁴.Ekrested

⁵. Milon

فراشناخت می توان افراد مبتلا به نشاناگان خستگی مزمن را درمان نمود و این درمان می تواند یکی از اساسی ترین روشهای درمانی نوین در درمان نشاناگان خستگی مزمن باشد. نتایج این تحقیق با پژوهشی فراشناخت و احساسات منفی به عنوان پیش بینی کننده شدت علائم در سندرم خستگی مزمن مورد مطالعه قرار گرفت (لورن ماهر، ادواردز و بروس، گابریل مورفی، آدریان ولز^۱، (۲۰۱۱).) نتایج پژوهش با پژوهشی دیگر که با هدف تعیین تاثیر درمان های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری صورت پذیرفت نیز هماهنگ است (ابوالقاسمی و دیگران، ۱۳۸۸). مطالعه دیگری که در شیراز انجام شد اثر درمان فرا شناختی (ولز) را در آمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مورد مطالعه قرار داد (خرم دل، ۱۳۸۷). یافته ها نشان داد بیماران گروه ازمون در نمره کل در آمیختگی افکار و هم چنین در نمرات سه گانه در آمیختگی کاهش معنی داری نسبت به گروه شاهد در پس آزمون نشان دادند. با توجه به اینکه در پژوهش آنان نیز از روش درمانی فراشناخت ولز استفاده شد، نتایج پژوهش آنان با یافته های بدست آمده در مطالعه حاضر هماهنگ است.

روش درمان تن آرامی عضلانی تدریجی نیز با توجه به میانگین خستگی مزمن پرستاران مبتلا به نشاناگان خستگی مزمن گروه آزمایش نسبت به میانگین پرستاران گروه گواه موجب کاهش خستگی مزمن گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۵۳/۳٪ می باشد یعنی ۵۳/۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون خستگی مزمن مربوط به تأثیر درمان تن آرامی عضلانی تدریجی می باشد. در تبیین نتایج این نتیجه می توان گفت همانگونه که در پژوهشی دیگر درمان تن آرامی عضلانی تدریجی بر خستگی مزمن بیماران مبتلا، موثر بود (ولز، ۲۰۰۱) این شیوه ی درمانی نیز بر کاهش خستگی مزمن پرستاران تأثیر داشته است. اگر چه در پژوهش آنان تنها در ۱۹ درصد نمونه آماری، پیامد های خوبی بدست آمده، اما بهبودیهای قابل توجهی در کارکرد جسمی، سازگاری شغلی و اجتماعی و خستگی وجود داشت. همچنین در پژوهش فولچر و وایت درمان انعطاف پذیر با تن آرامی عضلانی تدریجی بر کاهش نشاناگان خستگی مزمن افراد بیمار موثر بود، این شیوه ی درمانی نیز بر کاهش علائم خستگی مزمن تأثیر داشته است. در پژوهشی دیگر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم خستگی مزمن بیماران مبتلا موثر بود (اوکلی^۲، ۲۰۰۲). همچنین نتایج این تحقیق با مطالعه ای که به منظور بررسی میزان اثر بخشی دو روش درمان شناختی - رفتاری و آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش خستگی مزمن، پریشانی هیجانی و اختلال کارکردی پرستاران مبتلا به خستگی مزمن انجام شد نیز هماهنگ است (نصری، ۱۳۷۲). جامعه آماری مورد مطالعه او نیز مشتمل بر پرستاران زن شاغل در بیمارستان بوده است. پژوهش او نیز به شیوه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه گواه و بهنجار در چهار گروه انجام شد. استفاده منظم از پاسخ تن آرامی یکی از شفا بخش ترین فعالیت هایی است که می تواند انجام شود. شاید به خاطر اینکه در دسترس است، افراد تمایل ندارند تا ارزش آن را این گونه در نظر بگیرند.

تن آرامی یک روش ساده، دقیق و نیرومند و کمک کننده در منزل و محیط کار برای فرد است بنابراین این روش میتواند با سهولت در محیط کار و یا منزل مورد استفاده پرستاران و سایر گروههای مبتلا قرار گیرد. مدارکی وجود دارد که باعث کاهش قابل ملاحظه ای در پریشانی هیجانی می شود. در خصوص تاثیر آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش خستگی مزمن پرستاران میتوان چندین تبیین ارائه نمود، نخست اینکه فشار روانی در آسیب پذیری فرد برای رشد نشانگان خستگی مزمن، تشدید علائم و عود مجدد میتواند نقش مهمی را ایفا کند. اثرات منفی فشار روانی میتواند به صورت آشفتگی در سیستم ایمنی بدن هویدا میشود. به وسیله پاسخ تن آرامی یک مجموعه تغییرات فیزیولوژیکی در بدن ایجاد میشود که نقطه مقابل تغییرات فشار روانی است. از این رو میتواند باعث نیرومند سازی سیستم ایمنی بدن گردد. از سوی دیگر تن آرامی از راهبردها و تکنیک هایی مقابله ای محسوس میگردد. توانایی بالقوه آن در بالا بردن توانمندی فرد جهت مقابله با موقعیتهایی است که بعنوان پیامد بیماری ظاهر میگردد. در واقع کاهش تنش در عضلات موجب افزایش احساس سلامت روانی و آرامش ذهنی میگردد.

نقش تن آرامی در چهارچوب یک تکنیک انحراف توجه نیز میتواند یکی دیگر از تبیین ها باشد. نتایج پژوهش بیانگر این موضوع بود که بین دو روش درمانی فراشناخت و روش درمانی تن آرامی عضلانی تدریجی در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی دار وجود دارد مقدار R^2 adj (مجذور R تنظیم شده) نشان داد که ۲۹/۷ درصد واریانس کاهش خستگی مزمن پرستاران مربوط به روشهای درمانی می باشد، $Partial \eta^2$ نیز نشان دهنده تاثیر ۲۸/۵ درصدی روشهای درمانی بر کاهش خستگی مزمن پرستاران بود. برآوردهای پارامتر حاکی از آن بود که روش درمان فراشناخت دارای تاثیر بیشتری بر کاهش خستگی مزمن پرستاران نسبت به روش تن آرامی عضلانی بوده است مقدار مجذور اتا جزئی حاکی از تاثیر ۲۷/۴ درصدی روش فراشناخت و ۱۵/۵ درصدی روش تن آرامی عضلانی بر کاهش خستگی مزمن پرستاران بود میانگین های تعدیل شده نیز بیانگر این بود که پرستارانی که با استفاده از روش فراشناخت مورد درمان قرار گرفته اند به میزان قابل توجه ای در مقابل پرستارانی که به روش تن آرامی عضلانی مورد درمان قرار گرفتند خستگی مزمن آنان کاهش پیدا کرد بنابراین این فرضیه که بیان می دارد درمان فراشناخت در کاهش میزان خستگی مزمن پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر تر از آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی است مورد تأیید قرار گرفت. در خصوص تبیین اثر بخشی روش درمان فراشناخت در مقایسه با روش درمانی تن آرامی عضلانی تدریجی در بهبود علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن، میتواند به ساختار منسجم و منطبق زیر بنایی روش درمان فراشناخت مرتبط باشد (ولز^۱، ۲۰۰۲). درمان فراشناختی استفاده شده در این پژوهش، برگرفته از روش درمان فراشناخت ولز و کارترایت بوده که عمدتاً روشی جامع در حوزه روشهای درمان فراشناختی میباشد، در حالی که روش درمانی تن آرامی عضلانی تدریجی عمدتاً روشی رفتاری میباشد.

بنابراین تبیین احتمالی دیگر میتواند این باشد که روش درمان فراشناخت با تغییر و اصلاح و باورهای فراشناخت غلط و یا بهبود باورهای سالم، روشی موثر در کاهش علائم خستگی مزمن می باشد. همانگونه که نتایج این پژوهش بیانگر تاثیر مثبت روش درمان فراشناخت در افزایش سلامت عمومی پرستاران و باورهای مثبت پرستاران و همچنین در کاهش باورهای منفی پرستاران، موثر است. همچنین در خود آگاهی شناختی، اعتماد شناختی و در کنترل ناپذیری افکار و خطر پرستاران مبتلا موثر است. تبیین احتمالی دیگر این است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است هموار میسازد (ولز و کارترایت، ۲۰۰۱). در واقع افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است تا رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنان را قادر نموده تا فراشناخت هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می بخشند و یا باعث افزایش باورهای منفی میشوند را تغییر دهد و متعاقب آن موجت افزایش سلامت عمومی، خود آگاهی شناختی و اعتماد شناختی پرستاران گردد.

منابع فارسی

- ابوالقاسمی حسین (۱۳۸۸). تعیین تاثیر درمان های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری شهر. دانشگاه اردبیل، دانشکده روانشناسی.
- خرم دل، عباس (۱۳۷۷). استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره های کارشناسی. واحد پژوهش مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- رضایی، نرجس (۱۳۸۹). طراحی و آزمون الگویی از پیشایندهای خستگی مزمن در کارمندان شرکت گاز استان خوزستان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینا (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- سروش، احمدرضا، حامدی سرشت، احسان و دبیران، سهیلا (۱۳۸۷). ارزیابی میزان محرومیت از خواب و خستگی در دستیاران جراحی عمومی: آیا کاهش ساعت کاری دستیاران ضرورت دارد؟ مجله پژوهشی حکیم، دوره دوازدهم، شماره ۳، ۳۵-۴۱.
- کارلسون، نیل آر (۱۹۴۲). روانشناسی فیزیولوژیک، ترجمه اردشیرارضی، فریده براتی سده، جمشید کمایی، مهناز مهربانی زاده هنرمند و بهمن نجاریان (۱۳۷۹). تهران: انتشارات رشد.
- نصری، صادق (۱۳۷۲) بررسی اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش اثرات جانبی روانی شیمی درمانی در بیماران سرطانی و بهبود شیوه های مقابله آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

- 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.
- Berriou, G.E. (1990) Feeling of Fatigue and Psychotherapy: A conceptual history. *Psychiatry*, 31;140-151.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlinkowska, T, Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a Fatigue Scale. *J Psychosom Res*, 37 (2), 147-153.
- 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.
- Esteravose, A. T. & Beck, R. W. (1990). Screening depressed patients in family practice: A rapid Technique. *Postgraduat Medicine*, 52,81-85.
- 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.,
- Holmes, G P. Kaplan, J.E & Gants, N.M. (1988). choronic fatigue syndrome Workin deafin, *Annals of Internal Medicine*, 108:387-391.
- 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.
- Johnson, S. K., Deluca, J., & Natelson. B. H. (1996). Personality dimensions in the chronic fatigue syndrome : A comparison with multiple sclerosis and depression. *J . Psychiat . Res*, 30 (1) ,9-20
- Kerstedta, T., Fredlundb. P., Gillbergb, M., & Janssonb, B. (2002). Work Load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 585-588
- Kroencke, K (1989). choronic fatigue: Frequency, causes, evaluation, and maneagement. *Compr.ther.*, 15:3-10.
- Krupp. L. B., Larocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989).
- 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.
- Lewis, G., & Wessely, S. (1992). The epidemiology of fatigue: More questions than answers. *J. Epidemiol Community Health*, 46, 92-97.
- Mitchel, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98 -101.
- Milon. (2004). Sleep quality and psychological adjustment in chronic fatigue syndrome: *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (6), 120-138.

- Morphee, M., & Scott, J. (2002). The role of social support networks for rural nurses : Supporting and sustaining the rural nursing work force. In *J Nurse Adm* , 32 (5), 264-27.
- Oakley,J(2002) chronic fatigue syndrome .Emergence, September. Puwlikowes, T.Chaldr,T,&Hirch.S,R(1994). Populations treat stady of fatigue and psychological distress,B M I,308:163-770
- Pawliska.T., Chalder, T& hirseb. S, R.(1994).Population treat stady of fatigue and psychologival disorders.BMI,308:163-770.
- Sharpe., M,(1999)Cheronic farigue syndrome. In science and practice therapy. Oxford University Press. P. 380-414.
- 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.
- Tennant., G. (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.
- Tennant., R. (2007). Recognizing and talking steps toward treating chronic fatigue syndrome In: S. R. Lisman., & A. Dougherty. (Eds). *Chronic fatigue syndrome for Dummines*. Indiana: Published by Wiley Publishing, Inc, p, 10-50.
- 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.
- Ware, N. C. (1993). Society , mind and body in chronic faigue syndrome: an anthropological view . In: GR Bock and J Whelan, Editors, *Ciba Foundation Symposium 173: Chronic Fatigue Syndrome*, Wiley, England, p, 62-82. Sharpe., K. E. & Simking, S. (1996). Cgnitive behavior therapy for the Cheronic farigue syndrome: A randomized controlled .*BMJ*, 312 , 22-26.
- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ *Behaviour Research and Therapy*, 2004 42: 385- 396.
- Wells A. *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley and sons; 2000: 13-85.