



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT KLINIKUM
MARBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOLOGIE
Chemie Universität
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)

همه‌گیرشناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر در سال ۱۳۹۱

مسعود صیادی^۱ - دکتر علی پولادی ریشه‌ری^۲ - دکتر سید موسی گلستانه^۳ - فاطمه رضایی^۴

چکیده

این پژوهش با هدف همه‌گیرشناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر بوشهر اجرا شد. روش این تحقیق توصیفی-میدانی و جمعیت هدف آن، پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر بوشهر بودند. جامعه آماری این پژوهش 406 پرستار بود که در شهر بوشهر به شیوه سرشماری از بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاههای علوم پزشکی شهر بوشهر انتخاب شدند. ابزارهایی که در تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از: ۱- پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، ۲- مقیاس خستگی چالدر (چالدر و همکاران، ۱۹۹۳)، ۳- مقیاس شدت خستگی (کروپ و همکاران، ۱۹۸۹)، ۴- چک لیست علائم نشانگان خستگی مزمن (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). ابزارها فوق از لحاظ فن و مبانی روان‌سنجی مورد بررسی قرار گرفتند، نتایج بیانگر پایان و اعتبار مطلوب این ابزارها بود. تمامی پرسشنامه‌ها با استفاده از روشهای آماری مانند میانگین، انحراف معیار ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی، و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های مربوط به مرحله همه‌گیرشناسی نشان داد که شیوع نشانگان خستگی مزمن در پرستاران مورد مطالعه کل نمونه ۱۷/۵ درصد می‌باشد. همچنین نتایج بیانگر این بود که بین میزان خستگی مزمن پرستاران بر حسب درآمد و وضعیت تاهل آنان تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

واژگان کلیدی: سندرم خستگی مزمن، همه‌گیرشناسی، پرستاران

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس: masoudsayadie@yahoo.com

^۲ - گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، مراکز بوشهر

^۳ - گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر

^۴ - ارشد روانشناسی بالینی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران

Fatigue Syndrome in Nurses of Epidemiological Study of Chronic boshehr city

Abstract

The present project studied epidemiology of Chronic Fatigue Syndrom(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 Descriptive field method. To collect data, the followings Tools were used: General Health Questionnaire (GHQ), Chalder of Fatigue Scale (CFS), Krupp Fatigue Severity Scale (FSS) and Whitely Index (WI). 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:., chronic fatigue syndrome, epidemiology, nurses, Fatigue.

مقدمه:

نشانه‌گان 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 نشانه‌گان 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 گیرند که با شرایط متنوعی چون مولتیپل اسکلروزیس^۵، سرطان، افسردگی، عفونت ها و اختلالات خواب می آید (شارپ^۷، ۱۹۹۶). نشانه های خستگی مزمن، وضعیتی است که که ۲/۹۰۰۰۰۰ آمریکایی را تحت تأثیر قرارداده است. ووخیم تر اینکه تقریباً ۸۰ درصد از این افراد هرگز برای ملایم نامشخص

1. Holmand&Ganter

2. Center for Disease Control and Prevention

3. Kaplan and Sadvk

5. Shephard

6. Multiplesclerosis (m.s)

7. Sharp

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 علایم 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 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 تشدید 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 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 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^{۱۱}، ۱۹۷۸، به نقل از ضمیری، ۱۳۸۸).

-
8. Tennant
 9. Estraous
 ۳. Nevraasthenia
 10. Medically unexplained
 11. Clinical conundrum
 12. Beryouse
 13. Pawlikoveska
 1. Lowis & weesley
 9. Dayvid&Estraws
 3. Koroneseke
 4. Mitchel

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: ختلال 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^۱ 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^۲ و همکاران، ۱۹۹۰) نسبت ۱/۳ به ۱ برای زنان در مقایسه با مردان، به دست آمد. بررسی گان^۳ 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^۴، ۲۰۰۷، به نقل از رضایی). 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 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 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^۵

5. Fernandes
6. Loyed
7. Gunn
8. Tenent.
1. Janson

(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 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 استرس زا، 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

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 موردآزمون 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. 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. ملاکهای ورود به تحقیق نیز پرستار بودن و-شاغل بودن در بیمارستان های شهر بوشهر بود.

ابزارهای سنجش

مقیاس خستگی چالدرا^۱

چالدرا و همکاران (۱۹۹۳) یک ابزار کوتاه ۱۴ سوالی را ساختند که علایم 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 نیرومندی و فقدان انگیزش و علاقه. چالدرا و همکاران (۱۹۹۳) ظرایب اعتبار برای خستگی را با استفاده از نمره نقطه برش ۲۲ و با

2. Chalдре Fatigue Scale

استفاده از جدول مصاحبه بالینی در بخش مراقبتهای پزشکی ۷۵/۵ درصد (حساسیت) و ۷۴/۵ درصد (ویژگی) گزارش کردند. چالدر 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 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)^۱

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 (کاملاً موافقم) اعلام مینمایند. مقیاس شدت خستگی اساساً برای ارزیابی ویژگیهای خستگی در بیماران سرطانی ساخته شده است. در مطالعه کروپ اعتبار همزمان به دست آمده با استفاده از مقیاس قیاس دیداری 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 معنی‌داری وجود دارد و این نتیجه بیانگر میزان کارایی این مقیاس برای ارزیابی شدت خستگی است ($P=0/0001$ و $t=3/51$).

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^۲ (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 آزمودنیهای گروههای آزمایشی و گروه گواه مورد استفاده قرار گرفت.

1. Fatigue Severity Scale
2. Visual analogue scale

پرسشنامه سلامت عمومی

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱ در سال ۱۹۷۲ توسط گلابرک ساخته شد و به عقیده هندرسون^۲ (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 هلیر^۳ (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^۴ (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 آگوتیس 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^۵ (۱۹۹۴) در نیوزیلند، ضریب پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ تا ۴ هفته ۰/۵۵ به دست آمد. در مطالعه دیگری که 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

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.

3 General Health Questionnaire

4. Henaerson

5. Helier

6. Kelaberk & Belkven

1. chun & spirz

برای 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 تعقیبی توکی و آزمون T استفاده شد. ضمناً تحلیل های آماری از طریق برنامه نرم افزار SPSS-16 در سطح معنی داری ۰/۰5 انجام شد.

یافته ها:

میزان شیوع خستگی مزمن، شدت خستگی و سلامت عمومی در پرستاران شهر بوشهر در جدول شماره (۱) آمده است.

جدول (۱) توزیع میانگین و انحراف معیار

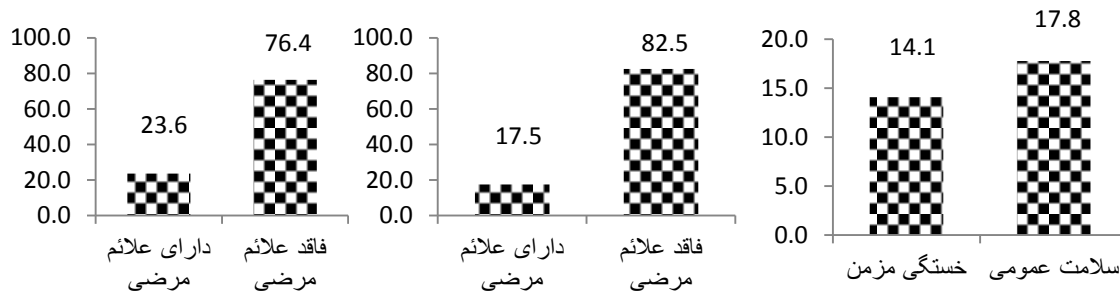
انحراف معیار	میانگین	آماره مقیاس
۴/۶۳	۱۴/۱	خستگی مزمن
۱۳/۱۲	۲۷/۸۸	شدت خستگی
۹/۰۶	۱۷/۷۷	سلامت عمومی

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.

جدول (۲) میزان شیوع خستگی مزمن و سلامت عمومی

کل		فاقد علائم مرضی		دارای علائم مرضی		آماره مقیاس
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۴۰۶	۸۲/۵	۳۳۵	۱۷/۵	۷۱	خستگی مزمن
۱۰۰	۴۰۶	۷۶/۴	۳۱۰	۲۳/۶	۹۶	سلامت عمومی
۱۰۰	۴۰۶	۱۲/۶	۵۱	۸۷/۴	۳۵۵	شدت خستگی

نتایج جدول فوق میزان شیوع خستگی مزمن، شدت خستگی 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. میزان شدت خستگی در ۳۵۵ نفر از پرستاران عادی و در ۵۱ نفر از پرستاران شدت میباشد.



نمودار شماره ۱) توضیح فراوانی نمرات خستگی مزمن و سلامتی عمومی نمودار شماره ۲) توضیح فراوانی نمرات خستگی مزمن نمودار شماره ۳) توضیح فراوانی نمرات سلامتی عمومی

جدول شماره ۳) ارتباط بین میزان خستگی مزمن و سلامت عمومی پرستاران را بر حسب درآمد نشان میدهد.

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	گروه ها	آماره متغیر
۰/۰۰۱	۶/۴۱۴	۴۶/۳۸۵	۳	۱۳۹/۱۵۵	خستگی مزمن	بین گروهها
۰/۰۴	۲/۳۷	۷۶/۵۶۴	۳	۲۲۹/۶۹۲	سلامت عمومی	
۰/۰۰۱	۶/۴۱۴	۷/۲۳۱	۴۱	۲۹۶/۴۸۹	خستگی مزمن	درون گروهها
۰/۰۴	۲/۳۷	۳۲/۲۲۶	۴۱	۱۳۲۱/۲۸۶	سلامت عمومی	
۰/۰۰۱	۶/۴۱۴		۴۴	۴۳۵/۶۴۴	خستگی مزمن	کل
۰/۰۴	۲/۳۷		۴۴	۱۵۵۰/۹۷۸	سلامت عمومی	

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین میزان خستگی مزمن پرستاران بر حسب درآمد آنان تفاوت معنی دار وجود دارد، آزمون تعقیبی توکی نشان داد که پرستاران با درآمد بالا از خستگی مزمن کمتری نسبت به پرستارانی که در آمد پایین تر داشتند برخوردار بودند. بین میزان سلامت عمومی پرستاران بر حسب درآمد آنان تفاوت معنی دار وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که پرستاران با درآمد بالا از سلامت عمومی بهتری نسبت به پرستارانی که در آمد پایین تر داشتند برخوردار بودند.

جدول شماره ۴) ارتباط بین میزان خستگی مزمن و وضعیت تاهل نشان میدهد.

بدین منظور از آزمون t نمونه های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل نشان داده شده است :

سطح معنی داری	df	مقدار t	تفاضل میانگین ها	انحراف معیار	میانگین	تعداد	آماره وضعیت تاهل
۰/۰۴	۴۳	۲/۱۷	۲/۰۰	۴/۰۷	۳۱/۸۸	۱۸	مجرد
				۲/۰۶	۲۹/۸۸	۲۷	متاهل

نتایج جدول فوق نشان می دهد که بین میانگین نمرات خستگی مزمین پرستاران مجرد و متاهل تفاوت معنی دار وجود دارد ($P = ۰/۰۰۱$) و $t = ۴/۱۴$.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش نشان می دهد میزان همه گیرشناسی خستگی مزمین 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 مزمین بودند. البته میزان شیوع نشانگان خستگی مزمین در قیاس با سایر مطالعات انجام شده مربوط به همه گیرشناس بالاتر است. در مطالعه ای دیگر میزان شیوع نشانگان خستگی مزمین 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 جانسون و همکاران (۱۹۹۸) میزان شیوع نشانگان خستگی مزمین 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 میدادند، نتایج پژوهش حاضر بیشتر با پژوهش نصری هماهنگ است. یکی از دلایل احتمالی شیوع ۱۷/۵ درصد خستگی مزمین 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 فشارهای حرفه ای ذاتی در شغل پرستاری مربوط باشد (تایلر، ۱۹۹۱). از طرفی، در تحقیقی کشف کردند که نیمی از ۲۳ مورد همه گیرشناسی درد عضلانی - عصبی (شبه به نشانگان خستگی مزمین) در سالهای ۱۹۳۴-۱۹۵۸ را اعضای بیمارستانها تشکیل می دادند، همچنین آنها اشاره کردند که پرستاران و پزشکان مستعدترین افراد برای این بیماری می باشند، بویژه آنهایی که تماس نزدیکی با بیماری دارند (هندرسون و شلوکوف، ۱۹۵۹). 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 گروهای می باشند 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^۱، ۱۹۹۲؛ سوراوی و دیگران، ۱۹۹۵). در مطالعات متعدد، شیفت کاری باخستگی، بیماری بیشتر و کارکرد کاهش یافته همبسته بود (کرستد^۲، ۱۹۸۵؛ میلن^۳، ۱۹۸۶). 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 فشارهای شغلی، اشاره نمود. یافته دیگر این تحقیق در مرحله همه گیر شناسی مربوط به این موضوع می شد که بین میانگین نمرات خستگی مزمن پرستاران مجرد و متاهل تفاوت معنی دار وجود دارد ($P = ۰/۰۰۱$ و $t = ۴/۱۴$). در مروری بر ادبیات تحقیق در غرب ارتباط وضعیت تاهل با خستگی مزمن مورد تایید قرار نگرفته است. البته یافته های مربوط به این پژوهش حاکی از شیوع بیشتر نشانگان خستگی مزمن در پرستاران مجرد میباشد که دلایل احتمالی آن میتواند ازدواج و یا سایر متغیرهای مربوطه باشد از آنجا که ازدواج از بسیاری از اختلالات روانپزشکی پیشگیری مینماید میتواند یکی از دلایل شیوع بیشتر نشانگان خستگی مزمن در پرستاران مجرد در قیاس با پرستاران متاهل باشد. همچنین دیگر یافته های مربوطه نشان داد که بین میزان خستگی مزمن پرستاران بر حسب درآمد آنان تفاوت معنی دار وجود دارد، آزمون تعقیبی توکی نشان داد که پرستاران با درآمد بالا از خستگی مزمن کمتری نسبت به پرستارانی که در آمد پایین تر داشتند برخوردار بودند. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن بود که پرستاران با درآمد بالا از سلامت عمومی بهتری نسبت به پرستارانی که در آمد پایین تر داشتند برخوردار بودند و بین میزان سلامت عمومی پرستاران بر حسب درآمد آنان تفاوت معنی دار وجود داشت. در تحقیقات پیشین نیز اشاره ای به این موضوع شده است و ارتباط این دو متغیر مورد تایید قرار گرفته است (وسلی و همکاران، ۱۹۹۵). در خصوص سایر متغیرهای جمعیت شناختی مطالعه شده در این پژوهش از قبیل تحصیلات، سن، محل کار، سابقه کار و غیره ارتباط معنی داری مشاهده نگردید که در پژوهشهای انجام شده در غرب نیز ارتباط متغیرهای ذکر شده با سندرم خستگی مزمن مورد تایید قرار نگرفته است. خستگی مزمن اثرات منفی به سلامت فکری و جسمی افراد دارد، و تبعات آن در عملکرد حرفه ای، آموزشی و زندگی شخصی افراد متجلی می شود (سروش، ۱۳۸۷). بنا بر این با توجه به یافته های این تحقیق توجه به درمان این اختلال از اهمیت وافری برخوردار است.

1. Ware

2. Kerstedta

3. Milon

منابع فارسی

- 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، ۴۱-۳۵.
- کارلسون، نیل آر (۱۹۴۲). روانشناسی فیزیولوژیک، ترجمه اردشیر ارضی، فریده براتی سده، جمشید کمایی، مهناز مهربابی 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.

References

- 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) choronic fatigue syndrome .Emergence, September. Puwlikowes, T.Chaldr,T,&Hirsch.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 psychologica 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.