



## همه گیرشناسی نشانگان خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی در پرستاران

دکتر صادق نصری\*

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی همه گیرشناسی نشانگان خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی زیرمجموعه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرهای تهران و اهواز بود.

**روش:** آزمودنی‌های پژوهش ۱۲۶۳ پرستار بودند که ۱۷۵ نفر از شهر اهواز به روش سرشماری نمونه‌گیری و ۱۰۸۸ نفر از شهر تهران که به روش طبقه‌ای تصادفی گزینش شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، مقیاس خستگی چالدر، مقیاس شدت خستگی کروب، شاخص وایت لی و مصاحبه‌ی بالینی به‌کار برده شد.

**یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن در نمونه‌ی مورد بررسی ۷/۳٪، در پرستاران شهر اهواز ۳/۴٪ و در پرستاران شهر تهران ۷/۹٪ بود. همچنین میزان شیوع این نشانگان در پرستاران متأهل ۷/۹٪ و در پرستاران مجرد ۶/۵٪ بود. همبستگی خستگی با خودبیمارانگاری، شکایت‌های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی معنی‌دار بود.

**نتیجه:** پرستاران مشغول به کار در بیمارستان‌های تهران و اهواز وضعیت روانی مطلوبی ندارند.

:

از دو عامل باشد. نخست شیوه‌های بسیار محدودی

برای ارزیابی خستگی وجود دارد و دوم، روشی جامع و مناسب برای کنترل و درمان این مشکل در بیماران در

خستگی<sup>۱</sup> از شکایت‌های شایع در بیماران است که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. این غفلت می‌تواند ناشی

\* دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران، تهران، لویزان، خیابان شهید شعبانلو، دانشگاه شهید رجایی، گروه علوم تربیتی.

E-mail:snasri@mail.com

1- fatigue

اختلال با خستگی شدید و اختلال در خواب و تمرکز مشخص می‌شد. عوامل زیادی از جمله عفونت مزمن، عدم تعادل شیمیایی، مشکلات سوخت و ساز، بدنظمی مزمن سیستم ایمنی، اختلال عملکرد عضلانی و نابهنجاری‌های عصبی به عنوان علت‌های خستگی مزمن بیان شده اند (شارپ، ۱۹۹۷a). هم‌چنین نگرش‌ها و باورهای بیمار، سبک زندگی و حالت‌های خلقی منفی نیز می‌توانند به عنوان علل روان‌شناختی مطرح باشند. هم‌چنین فرمول‌بندی‌های شناختی- رفتاری برای تبیین سبب شناسی و تداوم نشانگان خستگی مزمن مطرح شده است (شارپ، ۱۹۹۸).

در بررسی‌های مختلف، شیوع نقطه‌ای<sup>۲۱</sup> ۰/۳٪ تا ۱٪ در جمعیت عمومی و ۱/۸٪ در بخش‌های مراقبت‌های اولیه گزارش شده است (پاولیکووسکا و همکاران، ۱۹۹۴؛ بوخوالد<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۵؛ وسلی، ۱۹۹۵؛ لوری<sup>۲۳</sup> و پیلوسی<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۵). به علاوه، شیوع این اختلال در زنان ۱/۳ تا ۴ برابر مردان بوده است (لیوید<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۰؛ گان<sup>۲۶</sup>، کونل<sup>۲۷</sup> و راندال<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۳).

در این میان پرستاران از گروه‌های پرخطر برای گرفتارشدن به این بیماری هستند. علت آن شاید عوامل فشارزای شغلی چون تماس با ویروس‌ها در موقعیت‌های کاری، نوبت کاری فشارزا که ریتم‌های زیستی را دچار مشکل می‌سازد و سایر عوامل فشارزا باشد. در یک بررسی نزدیک به ۵۰٪ افرادی که با یک

دسترس نیست. بیشتر متخصصان برداشتی سطحی از پژوهش درباره‌ی خستگی و کنترل آن دارند و غالباً آن را به عنوان علامتی در نظر می‌گیرند که در شرایط گوناگونی چون مولتیپل اسکلروز<sup>۱</sup>، سرطان، افسردگی، بیماری‌های عفونی و مشکلات خواب دیده می‌شود. این ابهام سبب یک‌دست نشدن مفاهیم مربوط به خستگی و موفق‌نبودن برخی متخصصان در زمینه‌ی کنترل و درمان آن گردیده است (شارپ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶).

خستگی احساس ذهنی ضعف، کمبود انرژی و فرسودگی است (بریوس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). احساس خستگی یک تجربه‌ی انسانی شایع است و درجه‌بندی‌های ذهنی شدت آن، در جمعیت عمومی به گونه‌های متفاوتی انجام می‌شود (پاولیکووسکا<sup>۴</sup>، چالدر<sup>۵</sup> و هیرش<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴). ۲۰٪ افراد خستگی را به عنوان یک مشکل گزارش می‌کنند (لویس<sup>۷</sup> و وسلی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲) و این یک علامت به نسبت شایع در بخش مراقبت‌های اولیه‌ی پزشکی است (دیوید<sup>۹</sup> و استراوس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲، به نقل از لویس و وسلی، ۱۹۹۲؛ کرونکی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۹).

شمار کمی از کسانی که خستگی مزمن شدید را تجربه می‌کنند به پزشک مراجعه می‌کنند و زمانی که به نظر می‌رسد خستگی نشانه‌ی یک بیماری عضوی باشد، در بیشتر موارد پس از ارزیابی پزشکی دقیق، نمی‌توان علتی برای آن یافت (کرونکی، وود<sup>۱۲</sup> و منگلز دروف<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۸). در سده‌ی نوزدهم این بیماران بیشتر تشخیص ضعف اعصاب می‌گرفتند (شارپ، ۱۹۹۶). این اصطلاح در مورد اختلالی به کار برده می‌شد که در بردارنده‌ی خستگی مزمن و احساس ناتوانی بود و در دهمین طبقه بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مربوطه<sup>۱۴</sup> (ICD-10) به عنوان یک اختلال روان‌نژندی باقی مانده است (کاپلان<sup>۱۵</sup> و سادوک<sup>۱۶</sup>، ۱۳۷۸).

در سال ۱۹۸۸ مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری<sup>۱۷</sup> (CDC) در امریکا، نشانگان خستگی مزمن<sup>۱۸</sup> را شناسایی کرد (هولمز<sup>۱۹</sup>، کاپلان و گانتز<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۸). این

- |  |                |
|--|----------------|
| 1- multiple sclerosis  | 2- Sharpe      |
| 3- Berrios   | 4- Pawlikowska |
| 5- Chalder   | 6- Hirsch      |
| 7- Lewis   | 8- Wessely     |
| 9- David   | 10- Straus     |
| 11- Kroenke  | 12- Wood       |
| 13- Mangesdroff  |                |
| 14- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |                |
| 15- Kaplan   | 16- Sadock     |
| 17- Centers for Disease Control and Prevention                                       |                |
| 18- chronic fatigue syndrome   |                |
| 19- Holmes   | 20- Gantz      |
| 21- point prevalence   | 22- Buchwald   |
| 23- Lawrie   | 24- Pelosi     |
| 25- Lioyd  | 26- Gunn       |
| 27- Connell  | 28- Randall    |

انتخاب شدند. در شهر اهواز همه‌ی پرستاران ۷ بیمارستان زیرمجموعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی اهواز (۱۷۵ نفر) مورد ارزیابی قرار گرفتند و در تهران با توجه به آمار پرستاران دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، شهیدبهبشتی و تهران، به ترتیب ۲۵، ۲۵ و ۶۰ درصد بیمارستان‌های دانشگاه‌های یادشده به شیوه‌ی طبقه‌ای-تصادفی انتخاب و همه‌ی پرستاران زن شاغل در آنها (۱۰۸۸ نفر) بررسی شدند. برای اجرای پژوهش، نخست همه‌ی آزمودنی‌ها مقیاس خستگی چالدر<sup>۱۴</sup>، مقیاس شدت خستگی<sup>۱۵</sup>، شاخص وایتلی<sup>۱۶</sup> و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی<sup>۱۷</sup> را تکمیل کردند. سپس برپایه‌ی نمره‌ی برش ۲۲ در مقیاس خستگی چالدر (ابزار اصلی سرند) آزمودنی‌های مشکوک به نشانگان خستگی مزمن انتخاب شدند. هم‌چنین برای کاهش خطای احتمالی، حدود ۱۰٪ افراد دارای نمره‌ی ۱۶ تا ۲۱ نیز مورد توجه قرار گرفتند. با این روش، ۳۸ نفر در اهواز و ۲۳۲ نفر در تهران برای تشخیص قطعی نشانگان خستگی مزمن مصاحبه‌ی بالینی شدند.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:  
 ۱- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شده است. فرم ۲۸ سؤالی آن را گلدبرگ و هیلیر<sup>۱۸</sup> با هدف افزایش واریانس و برپایه‌ی تحلیل عامل بر روی فرم اصلی ساختند و دارای چهار مقیاس ۷ سؤالی (علامت‌های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. بررسی‌های اعتباریابی پرسش‌نامه‌ی سلامت روانی

مؤسسه‌ی مربوط به بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تماس گرفته بودند، پرستار بودند و ۹۰٪ این افراد در بیمارستان‌ها کار می‌کردند (جانسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). جیسون<sup>۲</sup>، واگنر<sup>۳</sup> و روزنتال<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) شیوع ۱/۱ درصدی این نشانگان را در پرستاران گزارش نمودند. بیشتر بیمارانی که ملاک‌های تشخیصی نشانگان خستگی مزمن را دارا هستند، برخی ملاک‌های تشخیصی روانپزشکی به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را نیز دریافت می‌کنند (گرینبرگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰؛ هودسون<sup>۶</sup>، گلدبرگ<sup>۷</sup> و پوپ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲، به نقل از شارپ، ۱۹۹۶). به باور شارپ (۱۹۹۶) بین اختلال افسردگی اساسی و نشانگان خستگی مزمن رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد. هم‌چنین بررسی ملاک‌های تشخیصی نشان می‌دهد که علائم بدنی اضطراب به علائم بدنی نشانگان خستگی مزمن شباهت دارد (تایلر<sup>۹</sup>، ۱۹۷۶؛ لین<sup>۱۰</sup>، ماتیوس<sup>۱۱</sup> و مانو<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۰).

مهم‌ترین هدف این پژوهش بررسی همه‌گیرشناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی زیر مجموعه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهرهای اهواز و تهران بوده است. هم‌چنین تعیین ارتباط خستگی با سن، وضعیت تأهل، سابقه‌ی خدمت و مشکلات روانپزشکی (خود بیمارانگاری، شکایت‌های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) از هدف‌های دیگر این بررسی بوده است.

این پژوهش از نوع توصیفی- گذشته‌نگر<sup>۱۳</sup> و جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی پرستاران زن کارشناس و بالاتر شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرهای تهران و اهواز در سال ۱۳۸۰ بود.

برای تعیین شیوع نشانگان خستگی مزمن، ۱۲۶۳ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهرهای اهواز و تهران

- |                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| 1- Johnson                       | 2- Jason     |
| 3- Wagner                        | 4- Rosenthal |
| 5- Greenberg                     | 6- Hudson    |
| 7- Goldberg                      | 8- Pope      |
| 9- Tyler                         | 10- Lane     |
| 11- Matthews                     | 12- Manu     |
| 13- descriptive-retrospective    |              |
| 14- Chalder Fatigue Scale        |              |
| 15- Fatigue Severity Scale       |              |
| 16- Whitely Index                |              |
| 17- General Health Questionnaire |              |
| 18- Hillier                      |              |

بود (کروپ<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). ضریب آزمون-بازآزمون، ۰/۶۹ بود. ضریب‌های آزمون-بازآزمون، همسانی درونی و تنصیف محاسبه شده در بررسی حاضر به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۲ به دست آمد. بررسی‌های انجام شده در پژوهش کنونی نیز نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی بالا بوده است. این مقیاس به‌عنوان ابزار سرند به‌کار برده شد و نمره‌ی نقطه برش ۲۲ محسوب گردید.

۳- مقیاس شدت خستگی (FSS): این مقیاس را کروپ و همکاران (۱۹۸۹) تدوین نموده‌اند و دارای ۹ ماده‌ی ۷ درجه‌ای می‌باشد. پرسش‌ها برای شناسایی ویژگی‌های معمول خستگی در بیماران سرطانی انتخاب شده، توان تشخیصی یا کارکرد تمیزدهندگی نزدیک به ۹۵٪ افراد بهنجار را از بیماران سرطانی دارا بوده و دارای روایی ملاکی و ضریب همسانی درونی بالا بوده است (کروپ و همکاران، ۱۹۸۹). این پژوهشگران روایی ملاکی این ابزار را ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۸ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، روایی این آزمون در افراد بیمار و سالم، مورد بررسی قرار گرفت و از این نظر تأیید شد ( $p < 0/001$ ,  $t = 3/50$ ). هم‌چنین ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس خستگی چالدر ۰/۶۹ به دست آمد. ضریب‌های آزمون-بازآزمون، تنصیف و همسانی درونی محاسبه شده به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ بود.

۴- شاخص وایتلی (WI): این شاخص یک پرسش‌نامه‌ی دوگزینه‌ای است که به‌وسیله‌ی پیلوسکی<sup>۹</sup> (۱۹۶۷) ساخته شده است. هدف این پرسش‌نامه تشخیص اختلال خودبیمارانگاری و دارای ۱۴ پرسش است. بارسکی<sup>۱۰</sup>، ویشاک<sup>۱۱</sup> و کلرمن<sup>۱۲</sup> (۱۹۸۶)، ضریب همسانی درونی و پایایی این پرسش‌نامه را به‌شيوه‌ی آزمون-بازآزمون در بیماران

نشان‌دهنده‌ی حساسیت<sup>۱</sup> و ویژگی<sup>۲</sup> بالای این پرسش‌نامه است (ویلیامز<sup>۳</sup> و ماری<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸، به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۵). ویلیامز و ماری (همان‌جا) میانگین حساسیت این پرسش‌نامه را ۰/۸۴٪ و ویژگی آن را ۰/۸۲٪ گزارش نمودند. این پژوهشگران ضریب همبستگی ۰/۹۰ را با بهره‌گیری از فهرست علایم مصاحبه‌ی بالینی برای روایی آن گزارش نمودند. در بررسی‌های انجام‌شده در ایران پرسش‌نامه‌ی یادشده دارای اعتبار و پایایی خوبی گزارش شده است. یعقوبی (۱۳۷۵) حساسیت پرسش‌نامه را در نقطه برش ۲۲، ۰/۸۷ و ویژگی آن را برابر ۰/۸۲ گزارش نمود. هم‌چنین ضریب آزمون-بازآزمون و همسانی درونی ۰/۸۸ بود. ضریب همسانی درونی در پژوهش هومن (۱۳۷۷)، ۰/۸۳ گزارش گردیده است.

این پرسش‌نامه در چندین بررسی در زمینه‌ی نشانگان خستگی مزمن (برای نمونه، بوخوالد، ۱۹۹۵؛ وسلی، ۱۹۹۵؛ دیل<sup>۵</sup>، چالدر، مارکز<sup>۶</sup> و وسلی، ۱۹۹۷) برای بررسی همه‌گیرشناسی و ارزیابی سلامت روانی به‌کار برده شده است.

۲- مقیاس خستگی چالدر: چالدر، برلوویتز<sup>۷</sup> و هیرش (۱۹۹۳) یک ابزار کوتاه ۱۴ ماده‌ای را ساخته‌اند که علامت‌های ذهنی و بدنی خستگی را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس چالدر در چندین بررسی مربوط به همه‌گیرشناسی و پیامد درمان در بیماران نشانگان خستگی مزمن (برای نمونه، دیل و همکاران، ۱۹۹۷) به‌کار رفته است. روایی و پایایی این مقیاس توسط چالدر و همکاران (۱۹۹۳) مورد بررسی قرار گرفته و با بهره‌گیری از فهرست علایم مصاحبه‌ی بالینی، حساسیت ۰/۷۵٪ و ویژگی ۰/۷۴٪ به دست آمده است. ضریب همسانی درونی برای پرسش‌های خستگی بدنی ۰/۸۵ و برای پرسش‌های خستگی ذهنی ۰/۸۲ بود.

برای ارزیابی اعتبار این پرسش‌نامه، یک گروه از بیماران دارای علایم خستگی با یک گروه افراد سالم به کمک این مقیاس مقایسه شدند و نتایج بیانگر ارزشمند بودن این مقیاس برای اندازه‌گیری خستگی

1- sensitivity	2- specificity
3- Williams	4- Marri
5- Deale	6- Marks
7- Berelowitz	8- Krupp
9- Pilowsky	10- Barsky
11- Wyshak	12- Klerman

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی را در پرستاران شهرهای تهران و اهواز نشان می‌دهد. همان‌گونه که دیده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس خستگی چالدر برای کل نمونه به ترتیب ۱۲/۵۳ و ۶/۵۵ می‌باشد.

جدول ۲، توزیع فراوانی پرستارانی که دارای نمره‌ی بالاتر از نقطه برش (نمره ۲۲ در مقیاس چالدر) بودند را برحسب وضعیت تأهل نشان می‌دهد.

جدول ۳، توزیع فراوانی پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن را در شهرهای تهران و اهواز نشان می‌دهد.

سرپایی خیلی بالا گزارش نمودند. بارسکی و همکاران (۱۹۸۶)، ضریب همسانی درونی و پایایی به‌شیوه‌ی آزمون-بازآزمون را در بیماران سرپایی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۱ گزارش نمودند. در بررسی حاضر ضریب همسانی درونی محاسبه شده ۰/۶۸ و ضریب پایایی به‌شیوه‌ی تنصیف ۰/۵۳ بوده است.

۵- مصاحبه‌ی بالینی: جدول مصاحبه‌ی بالینی<sup>۱</sup> (CIS-IV) آخرین ویرایش انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup> است و برپایه‌ی ملاک‌های تشخیصی و آماری (DSM) ساخته شده است. در پژوهش حاضر، این شیوه برای تشخیص قطعی و افتراقی موارد مشکوک به نشانگان خستگی مزمن به کار برده شد. هم‌چنین در مصاحبه، از یک فهرست علامت‌های تشخیصی نشانگان خستگی مزمن نیز بهره گرفته شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پرستاران شهرهای تهران و اهواز

متغیر	شهر		تهران		اهواز		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودبیمارانگاری	۴/۳۹	۲/۷۲	۴/۷۴	۲/۶۵	۴/۴۴	۲/۷۱	۴/۴۴	۲/۷۱
مقیاس خستگی چالدر	۱۲/۴۶	۶/۵۴	۱۲/۹۹	۶/۶۳	۱۲/۵۳	۶/۵۵	۱۲/۵۳	۶/۵۵
خستگی بدنی	۷/۸۶	۴/۱۵	۸/۳۴	۴/۴۴	۷/۹۲	۴/۱۹	۷/۹۲	۴/۱۹
خستگی ذهنی	۴/۷۱	۳/۹۸	۴/۶۴	۳/۰۷	۴/۷۰	۳/۸۹	۴/۷۰	۳/۸۹
مقیاس شدت خستگی کروپ	۳۴/۵۲	۱۴/۰۸	۳۶/۲۳	۱۴/۴۵	۳۶/۷۶	۱۴/۱۴	۳۶/۷۶	۱۴/۱۴
پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی	۲۲/۲۱	۱۲/۳۵	۲۰/۶۵	۱۱/۳۷	۲۰/۸۷	۱۱/۵۲	۲۰/۸۷	۱۱/۵۲
شکایت‌های بدنی	۵/۳۱	۳/۸۳	۵/۵۷	۳/۶۴	۵/۳۴	۳/۸۰	۵/۳۴	۳/۸۰
اضطراب و مشکلات خواب	۵/۹۲	۴/۲۱	۶/۴۲	۴/۶۶	۵/۹۹	۴/۲۷	۵/۹۹	۴/۲۷
اختلال در کارکرد اجتماعی	۶/۸۶	۳/۱۵	۷/۰۰	۳/۱۴	۶/۸۸	۳/۱۵	۶/۸۸	۳/۱۵
افسردگی	۲/۷۷	۳/۹۰	۳/۳۱	۳/۷۰	۲/۸۵	۳/۸۷	۲/۸۵	۳/۸۷

1- Clinical Interview Schedule

2- American Psychiatric Association

همان گونه که در جدول ۵ دیده می شود، متغیر خستگی با سن و سابقه‌ی خدمت همبستگی معنی داری نشان نداد. بررسی ارتباط خستگی با مشکلات روان پزشکی بین خستگی با خودبیمارانگاری، شکایت های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی داری را نشان داد.

جدول ۵- خلاصه‌ی نتایج مربوط به همبستگی خستگی با متغیرهای مورد بررسی

متغیر	r	سطح معنی داری
سن ( به سال )	۰/۰۱	N.S.
سابقه‌ی خدمت ( به سال )	۰/۰۱	N.S.
خودبیمارانگاری	۰/۳۳	۰/۰۱
شکایات بدنی	۰/۴۷	۰/۰۱
اضطراب و مشکلات خواب	۰/۵۳	۰/۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۴۰	۰/۰۱
افسردگی	۰/۳۹	۰/۰۱

آزمون خی دو فراوانی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران متأهل را بیشتر از پرستاران مجرد نشان داد ( $\chi^2=7/34, p<0/01$ ). یافته های مربوط به مقایسه‌ی پرستاران برحسب وضعیت تأهل در زمینه‌ی متغیرهای بررسی شده در جدول ۶ آمده است. همان گونه که جدول ۶ نشان می دهد، نمره‌ی پرستاران متأهل در مقیاس خود بیمارانگاری بالاتر و میزان نگرانی آنها در زمینه‌ی بیماری ها بیشتر از پرستاران مجرد بوده است. هم چنین پرستاران متأهل شکایت های بدنی را در مقایسه با پرستاران مجرد بیشتر گزارش نمودند، در حالی که پرستاران مجرد در خرده مقیاس افسردگی پرسش نامه‌ی سلامت عمومی، نسبت به پرستاران متأهل، نمره های بالاتری گرفتند. در سایر متغیرها تفاوت چشم گیری بین پرستاران متأهل و مجرد دیده نشد.

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی های دارای نمره‌ی بالاتر از نقطه برش برحسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	شمار افراد مورد بررسی	افراد دارای نمره بالاتر از نقطه برش	درصد فراوانی نسبی
مجرد	۵۰۷	۷۶	۱۵/۰
متأهل	۷۵۶	۱۲۵	۱۶/۵
جمع	۱۲۶۳	۲۰۱	۱۵/۹

همان گونه که در جدول ۳ آمده است، میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن در پرستاران شهر اهواز ۳/۴٪، در پرستاران شهر تهران ۷/۹٪ و در کل پرستاران شهرهای اهواز و تهران ۷/۳٪ بوده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن در شهرهای اهواز و تهران

شهر	شمار افراد مورد بررسی	افراد مبتلا به خستگی مزمن	درصد فراوانی نسبی
اهواز	۱۷۵	۶	۳/۴
تهران	۱۰۸۸	۸۶	۷/۹
جمع	۱۲۶۳	۹۲	۷/۳

جدول ۴، توزیع فراوانی افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن را برحسب وضعیت تأهل نشان می دهد. برپایه‌ی جدول ۴، نرخ شیوع نشانگان خستگی مزمن در پرستاران مجرد ۶/۵٪ و در پرستاران متأهل ۷/۸٪ می باشد.

جدول ۴- توزیع فراوانی نشانگان خستگی مزمن برحسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	شمار افراد مورد بررسی	افراد مبتلا به خستگی مزمن	درصد فراوانی نسبی
مجرد	۵۰۷	۳۳	۶/۵
متأهل	۷۵۶	۵۹	۷/۸
جمع	۱۲۶۳	۹۲	۷/۳

جدول ۶- خلاصه نتایج آزمون t مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش در پرستاران مجرد و متأهل

متغیر	مجرد (n=۵۰۷)		متأهل (n=۷۵۶)		درجه آزادی	سطح معنی‌داری	نمره t
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
خودبیمارانگاری	۴/۱۱	۲/۵۴	۴/۶۶	۲/۸۱	۱۲۶۱	۰/۰۰۰۱	۳/۵۵۷
خستگی بدنی	۷/۷۳	۴/۱۹	۸/۰۶	۴/۱۹	۱۲۶۱	N.S.	۱/۳۷۶
خستگی ذهنی	۴/۷۹	۴/۷۸	۴/۶۴	۳/۱۲	۱۲۶۱	N.S.	۰/۶۷۹
کل خستگی چالدر	۱۲/۳۵	۶/۶۵	۱۲/۶۶	۶/۴۹	۱۲۶۱	N.S.	۰/۸۰۲
شدت خستگی	۳۴/۰۵	۱۴/۳۱	۳۵/۲۴	۱۴/۰۱	۱۲۶۱	N.S.	۱/۴۷۲
شکایات بدنی	۵/۰۶	۴/۲۳	۵/۵۳	۳/۴۸	۱۲۶۱	۰/۰۲۹	۲/۱۹۱
اضطراب و مشکلات خواب	۵/۸۱	۴/۳۶	۶/۱۰	۴/۲۱	۱۲۶۱	N.S.	۱/۱۸۵
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۰۶	۳/۲۴	۶/۷۵	۳/۰۷	۱۲۶۱	N.S.	۱/۷۰۴
افسردگی	۳/۲۸	۴/۳۶	۲/۵۶	۳/۴۷	۱۲۶۱	۰/۰۰۱	۳/۲۳۳
سلامت عمومی	۲۰/۷۸	۱۲/۲۷	۲۰/۹۲	۱۰/۹۸	۱۲۶۱	N.S.	۰/۲۱۲

همه‌گیرشناسی ضعف عضلانی عصبی<sup>۳</sup> (شیبه به نشانگان خستگی مزمن) در سال‌های ۱۹۳۴ تا ۱۹۵۸ را کارکنان بیمارستان‌ها تشکیل می‌دادند و پرستاران و پزشکان را مستعدترین افراد برای دچار شدن به این بیماری دانستند، به‌ویژه آنهایی که تماس نزدیک با بیماران دارند.

در بررسی‌های انجام شده (میلن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از جیسون و همکاران، ۱۹۹۸) نوبت کاری با خستگی، بیماری بیشتر و کاهش کارکرد همبستگی داشته است. شرایط نامساعد بهداشتی و کاری در بیمارستان‌ها، مسئولیت سنگین و جایگاه نامناسب پرستار در تیم پزشکی، افزایش شمار بیماران، نوبت کاری فشرده، ناامنی شغلی و مشکلات روانی-اجتماعی فزاینده می‌تواند دلایلی برای شیوع بیشتر نشانگان خستگی مزمن در پرستاران ایرانی باشد. افزون بر آن شرایط بیمارستان‌های تهران و مراجعه‌ی بیش از اندازه‌ی بیماران از سراسر ایران برای بیماری‌های تخصصی و

همان‌گونه که بیان شد، این بررسی نشان داد میزان همه‌گیرشناسی نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی ۷/۳٪ است که در مقایسه با سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه بالاتر است. در بررسی جاسون و همکاران (۱۹۹۸) میزان شیوع نشانگان خستگی مزمن ۱/۱٪ گزارش گردید، ولی در بررسی جیسون (۱۹۹۶) نزدیک به ۵۰٪ افرادی که به یک مرکز تخصصی نشانگان خستگی مزمن مراجعه نموده بودند پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها بودند. گرچه در بررسی جانسون (۱۹۹۶) همه‌ی مراجعان تشخیص قطعی نشانگان را نداشتند، به‌نظر می‌رسد نتایج به‌دست آمده در این بررسی با گزارش وی بیشتر هم‌خوانی دارد. به باور شلوکوف<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۵۵)، به نقل از جیسون و همکاران، (۱۹۹۸) کارکنان بهداشتی با خطر فزاینده‌ی ابتلا به بیماری‌ها روبه‌رو هستند. هندرسون<sup>۲</sup> و شلوکوف (۱۹۵۹)، به نقل از جیسون و همکاران، (۱۹۹۸) دریافتند که آزمودنی‌های نیمی از ۲۳ مورد بررسی‌های

1- Sholokov  
2- Henderson  
3- neuromyasthenia  
4- Milne

حاد و بدخیم، می‌تواند زمینه‌ساز شیوع بیشتر اختلال‌ها از جمله نشانگان خستگی مزمن در پرستاران تهرانی باشد.

در این پژوهش بین سن پرستاران و خستگی رابطه‌ای دیده نشد. جوینس<sup>۱</sup>، هوتویف<sup>۲</sup> و وسلی (۱۹۹۶)، به نقل از شارپ (۱۹۹۷b) در بازبینی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه سن بالا را به‌عنوان یک متغیر پیش‌بین برای پیامد خستگی دانسته‌اند. از سوی دیگر، پرستاران با افزایش سابقه‌ی خدمت از نظر داشتن مسئولیت، نوبت کاری و شرایط شغلی وضعیت به‌نسبت بهتری پیدا می‌کنند که شاید یافته‌ی پژوهش حاضر را در این زمینه توجیه کند.

یافته‌ی دیگر این پژوهش شیوع بیشتر نشانگان خستگی مزمن در پرستاران متأهل بود. نکته‌ای که در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده مورد تأیید قرارنگرفته است (به‌عنوان نمونه، لیوید، ۱۹۹۰). فراوانی بالاتر موارد نشانگان خستگی مزمن در پرستاران متأهل ممکن است ناشی از فشارهای خانوادگی بیشتر و افزوده‌شدن مسئولیت‌های زندگی زناشویی بر مسئولیت‌های حرفه‌ای باشد.

هم‌چنین بالا بودن میزان افسردگی در پرستاران مجرد در مقایسه با پرستاران متأهل نیز از یافته‌های این بررسی بوده است. شاید بتوان گفت ازدواج در پیش‌گیری از برخی مشکلات روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های خلقی نقش مثبتی دارد. بررسی‌های دقیق‌تری در این زمینه ضروری است.

این پژوهش نشان داد که بین خستگی و مشکلات روان‌پزشکی از جمله خودبیمارانگاری، شکایت‌های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، همبستگی معنی‌دار وجود دارد. بوخوالد (۱۹۹۵) ۳۵٪ افراد مبتلا به نشانگان خستگی مزمن را دارای یک اختلال روان‌پزشکی و ۸۲٪ را نیز دارای سابقه‌ی اختلال روان‌پزشکی در گذشته گزارش نمودند. وسلی (۱۹۹۵) احتمال بروز اختلال‌های روان‌پزشکی را در افراد دارای خستگی مزمن، بیشتر

دانست. به نظر می‌رسد وجود ارتباط بین خستگی مزمن و مشکلات روان‌پزشکی در پرستاران حتی از دیدگاه علت‌شناسی اهمیت داشته باشد. بالا بودن میانگین نمره‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نشان‌دهنده‌ی نابسامان بودن وضعیت سلامت روانی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهرهای تهران و اهواز است.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین (۱۳۷۸). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه: حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.

هومن، عباس (۱۳۷۷). *استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی*. واحد پژوهش مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.

یعقوبی، نورا... (۱۳۷۵). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرای گیلان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

Barsky, A.J., Wyshak, G., & Klerman, G.L. (1986). Hypochondriasis: An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493-500.

Berrios, G.E. (1990). Feeling of fatigue and psychopathology: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 140-151.

Buchwald, D. (1995). Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome: Prevalence in a Pacific north-west health care system. *Annals of Internal Medicine*, 128, 81-88.

Chalder, T., Berelowitz, G., & Hirsch, S. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 147-153.

Deale, A., Chalder, T., Marks, I., & Wessely, S. (1997). Cognitive-behavior therapy for chronic fatigue



- syndrome: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1121-1123.
- Greenberg, D. (1990). Neurasthenia in the 1980s: Chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome and anxiety and depression. *Psychosomatics*, 31, 129-137.
- Gunn, W., Connell, D., & Randall, B. (1993). Epidemiology of chronic fatigue syndrome: the centers for disease control study. *Ciba Foundational Symposium*, 83, 93-101.
- Holmes, G.P., Kaplan, J.E., & Gantz, N.M. (1988). Chronic fatigue syndrome working case definition. *Annals of Internal Medicine*, 108, 387-389.
- Jason, L.A., Wagner, L., & Rosenthal, S. (1998). Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *American Journal of Medicine*, 105(3s), 91s-93s.
- Johnson, H. (1996). *Olsers Web: inside the labyrinth of chronic fatigue syndrome epidemic*, New York: Grown Publishers, (p.p.196-216).
- Kendall, R.E. (1991). Chronic fatigue, viruses and depression. *Lancet*, 337, 160-162.
- Kroenke, K., Wood, D.R., Mangelsdorff, D., & Meier, N.J. (1988). Chronic fatigue in primary care, prevalence, patient characteristics and outcome. *Journal of the American Medical Association*, 260, 929-934.
- Kroenke, K. (1989). Chronic fatigue: frequency, causes, evaluation, and management. *Comprehensive Therapy*, 15, 3-9.
- Krupp, L.B. (1989). The fatigue severity scale. *Archives of Neurology*, 46, 1121-1123.
- Lane, T.J., Matthews, D.A., & Manu, P. (1990). The low yield of physical examinations and laboratory investigations of patients with chronic fatigue. *American Journal of Medicine*, 299, 313-317.
- Lawrie, S.M., & Pelosi, A.J. (1995). Chronic fatigue syndrome in the community prevalence and associations. *British Journal of Psychiatry*, 166, 793-797.
- Lewis, G., & Wessely, S. (1992). The epidemiology of fatigue: More questions than answers. *Gender Epidemiology Community Health*, 46, 92-95.
- Lloyd, A. (1990). Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Medical Journal of Australia*, 153, 522-528.
- Pawlikowska, T., Chalder, T., & Hirsch, S.R. (1994). Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ*, 308, 763-768.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 39-43.
- Sharpe, M. (1996). Chronic fatigue syndrome. *Consultation Liaison Psychiatry*, 35, 306-308.
- Sharpe, M. (1997a). Cognitive-behavior therapy for functional somatic complaints, the example of chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics*, 38, 350-359.
- Sharpe, M. (1997b). Chronic fatigue. In D.M. Clark, & C.G. Fairburn, (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy*, Oxford: Oxford University Press, (p.p.380-414).
- Sharpe, M. (1998). Cognitive-behavior therapy for chronic fatigue syndrome: efficacy and implications. *Journal of Medicine*, 105, 104s-109s.
- Tyler, P. (1976). *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph 23: The role of bodily feeling in anxiety*. Oxford: Oxford University Press.
- Wessely, S. (1995). The epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Epidemiologic Reviews*, 77, 139-151.