

تاریخ دریافت مقاله: ۸۱/۸/۲۵

بررسی مقاله: ۸۲/۲/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۲/۳/۲۶

مجله علوم تربیتی و روانشناسی

دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۱

دوره سوم، سال نهم، شماره‌های ۱ و ۲

صص: ۵۳-۸۸

مقایسه اثربخشی دوروش درمان روانشناختی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شهر تهران

دکتر صادق نصری*

دکتر بهمن نجاریان**

دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند**

دکتر حسین شکرکن**

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی میزان اثربخشی دو روش درمان شناختی- رفتاری و آموزش تن آرامی عضلاتی تدریجی در کاهش خستگی، پریشانی هیجانی و اختلال کارکردی پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه مشتمل بر پرستاران زن شاغل در بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران بوده است. از جامعه مورد نظر به شیوه تصادفی طبقه‌ای ۱۰۸۸ پرستار جهت تشخیص نشانگان خستگی مزمن (CFS) مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین ترتیب، مجموعاً ۷۲ آزمودنی CFS در سه گروه ۲۴ نفری به طور تصادفی گمارده شدند. از همان بیمارستانها، ۲۴ پرستار بهنجار به طور تصادفی جهت گروه گواه بهنجار انتخاب شدند. پژوهش به شیوه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه گواه و بهنجار در چهار گروه انجام شد. سه گروه متعلق به پرستاران CFS و یک گروه مربوط به پرستاران بهنجار بوده است. نوع مداخله در گروههای CFS به روش تصادفی تعیین شد. متغیرهای وابسته (خستگی، پریشانی هیجانی و اختلال در کارکرد) با استفاده از مقیاس خستگی چالدر و فرم خودسنجی ارزیابی شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش خستگی، و اختلال کارکردی مؤثرتر از آموزش تن آرامی می باشد، در حالی که برای کاهش پریشانی هیجانی، آموزش تن آرامی درمان کارآمدتری است.

کلید واژگان: خستگی مزمن، همه گیرشناسی، درمان شناختی- رفتاری، تن آرامی، پرستار

* فارغ التحصیل دکترای روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

** عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

بکشد.

عوامل زیادی به عنوان علت خستگی مزمن از نظر پزشکی غیرقابل توصیف، پیشنهاد شده‌اند، اما هیچ کدام به اثبات نرسیده‌اند. در حقیقت، تاکنون میسر نشده است که علت واحدی شناسایی شود و امکان دارد عوامل فیزیولوژیکی، روانشناختی، اجتماعی و تعامل بین آنها را شامل گردد. عفونت مزمن^۵، عدم تعادل شیمیایی^۶، مشکلات سوخت و ساز^۷، بدنظمی مزمن سیستم ایمنی^۸، بدکاری عضلانی^۹ و نابهنجاریهای عصبی - غدد درون‌ریز^{۱۰} از جمله علل جسمی بیان شده‌اند که شواهد تجربی کافی را دریافت نکرده‌اند. همچنین نگرشها و باورهای بیماری، مقابله اجتنابی، سبک زندگی، تعارضها و حالات خلقی منفی نیز

در سال ۱۹۸۸، مراکز کنترل بیماریها^۱ (CDC) در آمریکا نشانگان خستگی مزمن^۲ (CFS) را شناسایی کرد. این اختلال با خستگی شدید و ناتوان کننده و اختلالاتی در خواب و تمرکز مشخص می‌شود. در دهمین راهنمای طبقه‌بندی بین المللی بیماریهای سازمان بهداشت جهانی^۳ (ICD-10) این اختلال به عنوان یک بیماری با تعریف مبهم و علت نامعین، به دو گروه خستگی و ناتوانی نامشخص طبقه‌بندی شده است (کاپلان و سادوک^۴، ۱۹۹۸).

ملاکهای تشخیصی مراکز کنترل بیماریها (CDC) برای نشانگان خستگی مزمن عبارتند از: الف. خستگی شدید و غیرقابل توصیف به مدت بیش از شش ماه که واجد خصوصیات زیر باشد:

۱) اخیراً آغاز شده و یا شروع مشخصی داشته باشد. ۲) ناشی از فعالیت مداوم نباشد. ۳) یا استراحت برطرف نشود. ۴) سبب اختلال در کارکرد شود.

ب. وجود چهار علامت یا بیشتر از علایم زیر: ۱) اختلال حافظه یا تمرکز ۲) گلودرد ۳) حساس شدن غده لنفی ۴) درد عضلانی ۵) درد در چندین مفصل ۶) نوع جدید سردرد ۷) خواب بیمار نیروبخش نیست ۸) ضعف متعاقب فعالیت که بیش از ۲۴ ساعت طول

- 1- Centers for Diseases Control
- 2- Chronic Fatigue Syndrome
- 3- International Classification of Diseases
- 4- Kaplan & Sadock
- 5- chronic infection
- 6- chemical imbalance
- 7- metabolic problems
- 8- chronic immune dysregulation
- 9- muscle dysfunction
- 10- neuroendocrine

پرستاران از گروههای تحت خطر بالا برای این بیماری هستند. علت آن احتمالاً فشارزاهای شغلی چون مواجهه با ویروسها در موقعیتهای کاری، شیفت کاری استرسزاکه ریتمهای زیستی را دچار مشکل میسازد و یا سایر فشارزها در موقعیت کار (مثل حوادث و برخوردها) می باشد. در مطالعه جانسون^۱ (۱۹۹۶)، تقریباً ۵۰ درصد افرادی را که با یک مؤسسه مربوط به بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن تماس گرفته بودند پرستاران تشکیل می دادند و ۹۰ درصد این افراد در بیمارستانها کار می کردند. مطالعه جاسون^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۸) بیانگر شیوع ۱/۱ درصد این نشانگان در پرستاران می باشد.

با توجه به شیوع نسبتاً قابل توجه نشانگان خستگی مزمن در جمعیت عمومی، بخشهای مراقبتهای پزشکی و پرستاران، پژوهش در ارتباط با روشهای مختلف روان درمانی برای کاهش علائم آن ضرورت اساسی دارد. هدف

می توانند به عنوان علل روانشناختی مطرح باشند (شارپ^۱، ۱۹۹۷).

شیوع برآورد شده برای نشانگان خستگی مزمن در مطالعات منتشر شده متناقض بوده است. پراکندگی میزان شیوع ممکن است به فقدان هماهنگی لازم در ملاکهای تشخیصی مورد استفاده و موقعیتهای بالینی مطالعه شده نسبت داده شود. براساس بررسی بوخوالد^۲ و همکاران (۱۹۹۵) در آمریکا شیوع نقطه ای^۳ از ۰/۰۸ تا ۰/۳ در جمعیت عمومی گزارش گردید. وسلی^۴ (۱۹۹۵) شیوع ۱/۸ درصد را در بخشهای مراقبتهای اولیه برآورد می کند. پاولیکووسکا^۵ و همکاران (۱۹۹۴) معتقدند که نشانگان خستگی مزمن حدود ۱ درصد بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین لوری و پیلوسی^۶ (۱۹۹۵) شیوع ۰/۶ درصد را بیان می کنند.

مطالعات جمعیتی مختلف، نرخهای مشابه را برای وضعیتهای اجتماعی - اقتصادی متفاوت و همچنین شیوع آن را در همه گروههای قومی گزارش نموده اند (به عنوان مثال، استیل^۷ و همکاران، ۱۹۹۸؛ لوری و پیلوسی، ۱۹۹۵). جنس تنها عامل خطر جمعیت شناختی بوده است و نسبت ۱/۳ به ۱ (لوید^۸ و همکاران، ۱۹۹۰) و ۴ به ۱ (گان^۹ و همکاران، ۱۹۹۳) برای زنان در مقایسه با مردان به دست آمده است.

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1- Sharpe | 2- Buchwald |
| 3- point prevalence | |
| 4- Wessley | 5- Pawlikowska |
| 6- Lawrie & Pelosi | |
| 7- Steele | 8- Lloyd |
| 9- Guñti | 10- Janson |
| 11- Jason | |

پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران مبتلا می باشد. اگر چه روشهای درمانی فوق در غرب مورد استفاده قرار گرفته است، اما تکنیکهای به کار برده شده در این پژوهش از جامعیت نسبتاً بیشتری برخوردار می باشد و نخستین مطالعه مربوط به نشانگان خستگی مزمن در ایران محسوب می گردد.

بازنگری پیشینه درمان

درمانهای روانشناختی مانند تن آرامی عضلانی تدریجی و درمان شناختی- رفتاری، رویکرد درمانی جدید به نشانگان خستگی مزمن هستند. درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر این نرض است که باورهای نادرست و ناامید کننده فرد (مثلاً، اسنادها و باورهای بیماری فاجعه آمیز، کمال گرایی و غیره) در شکل گیری و تداوم خستگی تأثیر دارند. همچنین رفتارهای مقابله ای نامؤثر در مواجهه با فشارها و مشکلات مختلف زندگی (مثلاً، رفتارهای اجتنابی)، حالات خلقی منفی (مانند اضطراب و افسردگی)، مشکلات اجتماعی (مثلاً، شرایط شغلی، تعارضهای زندگی و...) و فرایندهای آسیب شناختی فیزیولوژیکی همگی با تداوم و استمرار بیماری تعامل دارند

(شارپ، ۱۹۹۷).

سه آزمایش کنترل شده تصادفی در انگلستان وجود داشته است که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کنترل و اداره نشانگان خستگی مزمن مورد بررسی قرار دادند.

در مطالعه اول که به وسیله دیل^۱، چالدر^۲، مارکس^۳ و وسلی^۴ (۱۹۹۷) انجام گرفت، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فعالیت درجه بندی شده^۴ با یک برنامه مرکب از آموزش تن آرامی (برای نمونه، تن آرامی عضلانی تدریجی و تجسم) مقایسه شد. کل ۶۰ آزمودنی مطالعه، معیارهای راهنمای تشخیصی آکسفورد و مراکز کنترل بیماریها را تکمیل کردند. قبل از درمان، به استثنای سن، تفاوتهای معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. در گروه درمان شناختی- رفتاری ۵۷ درصد آزمودنیها علایمشان را به بیماری جسمی نسبت می دادند، در حالی که ۷۳ درصد افراد گروه تن آرامی چنین اسنادی داشتند. اثربخشی با استفاده از فرم کوتاه زمینه یابی پیامدهای پزشکی^۵ (MOS) که ناتوانی را ارزیابی می کند، پرسشنامه خستگی (چالدر و

1- Deale

2- Chalder

3- Marks

4- graded activity

5- Medical Outcomes Survey

همکاران، ۱۹۹۳)، پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-12) و پرسشنامه افسردگی بک^۲ (BDI) سنجیده شد. همچنین برای بیماران یک مصاحبه روانپزشکی برای تعیین وضعیت روانشناختی آنان انجام شد. ارزیابیهای قبل، حین و بعد از درمان و ۱، ۳ و ۶ ماه بعد از آن صورت گرفت. نرخ افت آزمودنی پایین بود (۶ نفر). نتایج تفاوت‌های معنی‌داری را بین گروهها در زمینه خستگی و پریشانی روانی نشان نداد. در پیگیری نهایی، ۷۰ درصد افراد گروه درمان شناختی- رفتاری به پیامدهای خوبی دست یافتند، در حالی که ۱۹ درصد گروه تن‌آرامی چنین وضعیتی داشتند. بهبودیهای قابل توجهی در کارکرد جسمی، سازگاری شغلی و اجتماعی و خستگی وجود داشت. در مقابل، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی و افسردگی بک مشاهده نگردید. ۳۰ درصد افراد گروه درمان شناختی- رفتاری خودشان را به عنوان غیرقابل تغییر یا بدتر درجه‌بندی کردند و در مقابل، ۶۹ درصد گروه تن‌آرامی چنین ارزیابی‌هایی را دارا بودند. همچنین بررسی نشان داد که وضعیت روانپزشکی و اسنادها پیامد را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند. ۷۸ درصد بیماران گروه درمان شناختی- رفتاری و ۵۰ درصد بیماران گروه تن‌آرامی از درمان رضایت داشتند. ضمناً گروه

تن‌آرامی در این مطالعه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده بود.

دیل و همکاران (۲۰۰۱) در یک مطالعه پیگیری ۵ ساله، پیامد بلندمدت درمان شناختی- رفتاری را در برابر تن‌آرامی آزمایش فوق‌مورد بررسی قرار دادند. از ۶۰ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه قبلی دعوت گردید تا پرسشنامه‌های خودسنجی را تکمیل کنند و در یک مصاحبه که توسط ارزیاب (این فرد از نوع درمان استفاده شده قبلی اطلاعی نداشت) انجام می‌شد، شرکت نمایند. ۵۳ بیمار (۸۸ درصد) در مطالعه پیگیری شرکت کردند که ۲۵ نفر درمان شناختی- رفتاری و ۲۸ نفر درمان تن‌آرامی را دریافت کرده بودند. کل ۶۸ درصد افرادی که درمان شناختی- رفتاری را دریافت کرده بود و ۳۶ درصد بیمارانی که درمان تن‌آرامی را گرفته بودند خودشان را بعد از ۵ سال «زیاد بهبود یافته» یا «خیلی زیاد بهبود یافته» درجه‌بندی کردند. افراد گروه درمان شناختی- رفتاری، در مقایسه با گروه درمان تن‌آرامی، با ملاکهای بهبودی کامل بیشتر منطبق بودند، موارد عود بیماری کمتری داشتند و علائمی را تجربه نمودند که به طور پیوسته‌ای بهبود یافته بودند. نسبت‌های مشابهی به کار مشغول شده

1- General Health Questionnaire

2- Beck Depression Inventory

بوده است. ۱۶۰ بیمار مبتلا به نشانگان خستگی مزمن به خدمت گرفته شدند. داده‌ها قبل از واگذاری تصادفی، بعد از درمان و در مرحله پیگیری جمع‌آوری شدند. همه بیماران ملاکهای استاندارد چالدر و همکاران را برای خستگی دارا بودند. میانگین خستگی در مرحله خط پایه ۲۳ و در مرحله پیگیری ۱۵ بود. ۶۱ نفر از بیماران (۴۷ درصد) ملاکهای استاندارد خستگی را در زمان پیگیری نداشتند. تفاوت معنی‌داری در اثربخشی بین دو نوع درمان در میزان خستگی، اضطراب و افسردگی یا پیامدهای سازگاری اجتماعی وجود نداشت. پس از درمان استفاده از داروهای ضد افسردگی و مشاوره با پزشک کاهش پیدا کرد، اما تفاوت‌هایی بین دو گروه مشاهده نشد. مطالعه کنترل شده دیگری که در استرالیا انجام شد، درمان شناختی-رفتاری و ایمنی درمانی^۲ را مورد مقایسه قرار داد. لوید و همکاران (۱۹۹۳) ۹۰ بیمار را به طور تصادفی در چهار گروه قرار دادند:

- ۱) درمان شناختی-رفتاری همراه با ایمنی
- درمانی (۲) درمان شناختی-رفتاری همراه با تزریق دارونما^۳ (۳) مراقبت بالینی تنها همراه با ایمنی درمانی (۴) مراقبت بالینی تنها همراه با

بودند، اما بیماران گروه درمان شناختی-رفتاری به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از میانگین ساعات کاری در هفته کار می‌کردند. تعداد معدودی از بیماران، با وجود رسیدن به یک پیامد خوب، خستگی کمتر از حد طبیعی را گزارش نمودند. درمان شناختی-رفتاری به طور مثبتی ارزیابی شد و هنوز هم توسط بیشتر از ۸۰ درصد بیماران استفاده می‌شد.

مطالعه دوم توسط شارپ و همکاران (۱۹۹۶) صورت گرفت. آنها ۶۰ بیمار را به تصادف به دو گروه گماردند. گروه اول فقط مراقبت‌های پزشکی استاندارد را دریافت می‌کردند و گروه دوم علاوه بر مراقبت‌های پزشکی استاندارد، از درمان شناختی-رفتاری نیز برخوردار بود. در مقایسه با گروه کنترل، نسبت قابل توجهی از گروه درمان شناختی-رفتاری به یک سطح کارکردی رضایت بخش دست یافتند. کاهش معنی‌داری در افسردگی، تداخل با فعالیتهای روزانه و شدت خستگی در گروه بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری را دریافت می‌نمودند، نشان داده شد. ۱۶ جلسه درمان شناختی-رفتاری در این آزمایش به بیماران سرپایی ارائه شد و بیماران پس از ۱۲ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند.

مطالعه سوم توسط رید سیل^۱ و همکاران (۲۰۰۱) انجام شد و هدف آن مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با مشاوره

1- Ridsale

2- immune therapy

3- placebo

تزریق دارونما.

چهار گروه درمان یک پیامد مشابه داشتند. درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با مراقبت بالینی تنها، بزحسب عملکرد جسمی و روانشناختی، مزیت زینادی نداشت. میزان ساعات فعالیت سرپایی به طور قابل توجهی در گروه بیماران درمان شناختی- رفتاری افزایش پیدا نکرد. این مسأله مسکن است. به دلیل عدم به کارگیری مؤلفه رفتاری در برنامه درمان باشد. تعداد جلسات درمان شناختی- رفتاری نیز به نظر می‌رسد که در این آزمایش کم بوده است (۶ جلسه). علاوه بر این، به واسطه اجزای همزمان تزریقهای ایمنی شناختی یا دارونما ممکن است منطق درمان شناختی- رفتاری به مخاطره افتاده باشد. با توجه به دلایل فوق، چالدرو همکاران (۱۹۹۵) اعتقاد داشته‌اند که این مطالعه نمی‌تواند آزمون مناسبی برای میزان کارایی درمان شناختی- رفتاری باشد.

یک آزمایش کنترل شده غیرتصادفی توسط فریدبورگ^۱ و همکاران (۱۹۹۴) در آمریکا انجام شده است. در این مطالعه ۶۲ بیمار شرکت داشتند. ۲۲ بیمار مبتلا به نشانگان خستگی مزمن درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند، ۲۰ بیمار دارای تشخیص نشانگان مزمن هیچ گونه درمانی را نگرفته بودند و ۲۰ بیمار مبتلا به افسردگی

اولیه با شیوه شناختی- رفتاری درمان گردیدند. به همه بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن درمان شناختی- رفتاری پیشنهاد گردید و بیماران که درمان را نمی‌پذیرفتند، به گروه غیردرمانی (اختصاص غیرتصادفی) واگذار شدند. یک روند رو به کاهش افسردگی در گروه درمان نشانگان خستگی مزمن مشاهده شد، اما تغییرات قابل ملاحظه‌ای در نمره‌های فشار روانی یا نمره‌های شدت خستگی وجود نداشت. بهبودیهای معنی‌داری در افسردگی، خستگی و فشار روانی در زیرگروه بیماران خستگی مزمن دارای نمره‌های افسردگی بالا دیده شد. بیماران در این آزمایش ۶ جلسه درمان شناختی- رفتاری داشتند و برای ۶ تا ۹ هفته مورد پیگیری قرار گرفتند. بیماران که درمان شناختی- رفتاری را دریافت می‌کردند توصیه شدند تا علی‌رغم محدودیتهای تحمیل شده توسط بیماری، در حالت فعالیت زندگی کنند (اغلب کاهش فشار کاری، کاهش تقاضاهای اجتماعی و برنامه‌ریزی فواصل استراحت منظم را در بر می‌گرفت). این مسأله با برنامه‌های رفتاری «فعالیت درجه بندی شده» مورد نظر در سایر مجموعه‌های درمان شناختی- رفتاری فرق دارد.

1- Friedburg

سه بررسی موردی درمان شناختی- رفتاری نیز گزارش شده است. کوکس^۱ و همکاران (۱۹۹۴) پیامدهای احتمالی ۲۸ بیمار بستری تحت درمان شناختی- رفتاری، فعالیت درجه بندی شده و داروی ضد افسردگی را به صورت گذشته نگر بررسی کردند. پیامدهای مثبت برای تنها دو نفر از بیماران تحت درمان گزارش شد. بوتلر^۲ و همکاران (۱۹۹۱) ۲۶ بیمار سرپایی و ۶ بیمار بستری را تحت درمان شناختی- رفتاری قرار دادند. بهبودیهای قابل ملاحظه‌ای در میانگین وضعیت کارکردی و روانشناختی گزارش گردید. زمانی که پس از ۴ سال پیگیری صورت گرفت، ۱۴ مورد از ۱۷ بیمار بهبود یافته پیامدهای مثبت درمانی شان را حفظ کرده بودند. بررسی چالدِر، بوتلر و وسلی (۱۹۹۶) درمان ۶ بیمار را که معیارهای تشخیصی نشانگان خستگی مزمن (نوع نامتمایز) را کامل کردند و تصور می‌کردند که مبتلا به درد عضلانی ناشی از التهاب مغز و نخاع^۳ (ME) هستند، مورد توصیف قرار می‌دهد. نتایج بهبودیها و پیشرفتهایی را در ۵ مورد نشان داد. کاهشهایی در خستگی و افسردگی و پیشرفتهایی در کار و کارکرد اجتماعی وجود داشت. چهار نفر از بیماران بهبودی را در سه ماه پیگیری حفظ کردند و دو مورد قادر شدند تا به سرکارشان برگردند. یک مورد هم کار

درمان را ادامه نداد. محققان اشاره می‌کنند به درستی روشن نشده است که بهبودی حاصل شده نتیجه زمان اختصاص داده شده درمانگر، روشهای ویژه یا داروهای ضد افسردگی بوده است.

دو مطالعه گروهی نیز اثرهای درمان شناختی- رفتاری را به صورت گذشته‌نگر بررسی کردند. در مطالعه نخست که توسط آکاجی^۴، کلیمز^۵ و باس^۶ (۲۰۰۱) انجام شد، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در یک موقعیت بیمارستانی از طریق یک مطالعه پیگیری پرسشنامه‌ای ۹۴ بیمار که به وسیله یک مرکز خدمات روانپزشکی به آنها درمان شناختی- رفتاری پیشنهاد شده بود، مورد ارزیابی قرار گرفت. نرخ پاسخ به پرسشنامه ۶۱ درصد بود. ۱۸ درصد در مرحله پیگیری به کارکرد طبیعی برگشته بودند. در کل گروه بهبودی قابل توجهی در آسیب کارکردی و اجتماعی و تعداد علائم شایع تجربه شده وجود داشت. ۵۳ درصد افراد سرکار بودند (۲۹ درصد قبل از درمان به کار مشغول بودند)، ۶۵ درصد بیماران فشار شغلی را به عنوان یک

1- Cox 2- Butler

3- myalgic encephalomyelitis

4- Akagi 5- Klimes

6- Bass

عامل کمک کننده در بیماری شان ذکر کردند. کاهش معنی داری در فراوانی مراقبت پزشکی در یک سال بعد از پایان درمان شناختی - رفتاری وجود داشت. پژوهشگران فوق نتیجه گیری کردند که درمان شناختی - رفتاری یک درمان قابل قبول برای اکثر بیماران است و در یک موقعیت بیمارستانی به وسیله تنوعی از درمانگران آموزش دیده می تواند استفاده

شود.

مطالعه دوم به وسیله پرینس^۱ و همکاران (۲۰۰۲) برای بررسی پیش بینهای پیامد درمان صورت گرفت. در یک مرکز تخصصی نشانگان خستگی مزمن ۲۷۰ بیمار تحت درمان ۱۸ تا ۶۰ ساله به مدت ۸ و ۱۴ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. این تعداد بیماران در سه گروه قرار داشتند: ۹۲ نفر در گروه شناختی - رفتاری، ۹۰ نفر در گروه حمایت هدایت شده و ۸۸ نفر در گروه گواه. ارزش پیش بین الگوی فعالیت، ادعاهای مربوط به ناتوانی و اختلالات روانپزشکی همزمان برای پیامد درمان شناختی - رفتاری آزمون شد. پس از درمان با درمان شناختی - رفتاری هیچ کدام از بیماران دارای یک الگوی فعالیت کاملاً منفعل، در مقایسه با ۴۰ درصد و ۵۰ درصد بیماران دارای فعالیت متوسط و کاملاً فعال، از نظر بالینی بهبود پیدا نکردند. درصد بیماران بهبود یافته در گروه بیماران دارای ادعاهای ناتوانی به

طور قابل ملاحظه ای کمتر بود. تفاوت معنی داری در پیامد درمان بین بیماران دارای اختلالات روانپزشکی متداول و بیماران بدون اختلالات روانپزشکی مشاهده نشد.

فرضیه های پژوهش

در پژوهش حاضر نه فرضیه وجود داشته است:

۱. درمان شناختی - رفتاری در کاهش خستگی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است.
۲. آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش خستگی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است.
۳. درمان شناختی - رفتاری در کاهش میزان خستگی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی است.
۴. درمان شناختی - رفتاری در کاهش پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است.
۵. آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است.
۶. آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در

طریق نمره برش ۲۲ پرسشنامه خستگی چالدر (ابزار اصلی سرند) موارد مشکوک مشخص شدند و در مرحله دوم با استفاده از برنامه مصاحبه بالینی^۲ (CIS-IV) مربوط به انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۹۴، موارد نشانگان خستگی مزمن در پرستاران تشخیص قطعی داده شد.

ب. خستگی^۳: خستگی یک احساس ذهنی ضعیف، فقدان انرژی و فرسودگی است (بریوس^۴، ۱۹۹۰). در این مطالعه، خستگی جسمی و ذهنی به وسیله مقیاس خستگی چالدر و همکاران (۱۹۹۳) مورد سنجش قرار گرفت. نمره بالا در مقیاس فوق بیانگر خستگی بیشتر است.

ج. پریشانی هیجانی^۵: پریشانی هیجانی یک حالت دلتنگی، بیقراری، ناراحتی و عدم آرامش است که تا حدود زیادی مشتمل بر حالات اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و تحریک پذیری می باشد (ریبر^۶، ۱۹۸۵). در تحقیق کنونی این متغیر به وسیله فرم

کاهش پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از درمان شناختی- رفتاری است.

۷. درمان شناختی- رفتاری در کاهش اختلال کارکردی در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است.

۸. آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش اختلال کارکردی در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است.

۹. درمان شناختی- رفتاری در کاهش اختلال کارکردی در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از روش آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی است.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
الف. نشانگان خستگی مزمن: اصطلاح نشانگان خستگی مزمن برای توصیف اختلالی استفاده می شود که با خستگی ناتوان کننده یا فرسودگی مزمن مشخص می گردد و به واسطه تقلا و فعالیت بدتر می شود. این نشانگان از نظر پزشکی نیز یک بیماری عضوی غیرقابل توصیف است و سبب شناسی شناخته شده ای ندارد (شارپ، ۱۹۹۷). در این پژوهش با بهره گیری از معیارهای تشخیصی مراکز کنترل بیماریها (CDC) که در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (۱۹۹۴) آمده است، در مرحله اول از

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
- 2- Clinical Interview Schedule-IV
- 3- fatigue
- 4- Berrios
- 5- Emotional distress
- 6- Reber

خودسنجی سنجیده شد.

د. اختلال کارکردی: اختلال کارکردی شامل مشکلاتی است که در نتیجه ابتلای فرد به نشانگان خستگی مزمن در نقشهای فردی، شغلی و اجتماعی وی ایجاد می‌گردد (شارپ، ۱۹۹۶). کیفیت کارکرد و فعالیت فرد براساس یک مقیاس ده درجه‌ای در فرم خودسنجی اندازه‌گیری شد.

روش پژوهش

الف. طرح پژوهش: در این پژوهش از یک طرح پژوهشی آزمایشی میدانی و آینده‌نگر مشتمل بر پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و بهنجار استفاده شد. آزمودنیهای پژوهش شامل چهار گروه بودند. سه گروه متعلق به پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن و یک گروه متشکل از پرستاران بهنجار بود. آزمودنیهای مبتلا به نشانگان خستگی مزمن به صورت تصادفی در سه گروه گمارده شدند. اعمال مداخله آزمایشی به صورت تصادفی برای هر گروه انتخاب شد. دو گروه در معرض دو نوع درمان روانشناختی قرار گرفتند و یک گروه به عنوان گواه در آزمایش وارد شد. گروه چهارم که شامل آزمودنیهای بهنجار بود به عنوان گروه گواه بهنجار در آزمایش استفاده شد.

متغیرها: در این پژوهش شیوه‌های مختلف

درمانی به عنوان متغیر مستقل در گروهها اعمال شد که حالت‌های آن عبارتند از: ۱) درمان شناختی- رفتاری (۲) آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی (۳) عدم مداخله. همچنین میزان خستگی، شدت پریشانی هیجانی و اختلال در کارکرد (عملکرد) به عنوان متغیرهای وابسته در مراحل پیش از درمان، پس از درمان و دو ماه پس از درمان (پیگیری) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

گروههای مداخله: دو گروه از پرستاران زن مبتلا به نشانگان خستگی مزمن در معرض دو نوع مداخله درمانی متفاوت قرار گرفتند. گروه اول: پرستاران این گروه، طی فرایند درمان با روش درمان شناختی- رفتاری به صورت انفرادی توسط یک روانشناس بالینی، که برای هیمن منظور آموزش دیده بود. در محل بیمارستان مورد درمان قرار گرفتند. مدل شناختی افسردگی بک (۱۹۷۶) به عنوان یک الگوی پایه استفاده گردید و به دنبال آن از الگوهای پیشنهادی وسلی و همکاران (۱۹۹۷) و شارپ (۱۹۹۷) به عنوان راهنمای اصلی بهره گرفته شد. اجزای اصلی درمان شناختی- رفتاری عبارت بودند از: ۱) ارتباط مثبت و مبتنی بر تشریح مساعی بین درمانگر و بیمار ۲) ارزیابی منظم شناختها (۳) فرمول‌بندی شناختی- رفتاری بیماری فرد (۴) تغییر شناختی مانند در نظر گرفتن تفسیرهای کمتر

حرکات و جامعیت بیشتری برخوردار است، را دریافت کردند. از پرستاران خواسته می شد تا ضمن شرکت در جلسات انفرادی، تکنیک تن آرامی را آموخته و از آن برای کنترل و کاهش تنش، تحریک پذیری و پریشانی هیجانی نشانگان خستگی مزمن استفاده کنند. این شیوه توسط یک روانشناس بالینی مجرب به آزمودنیها ارائه می شد و فرایند آموزش و درمان در بیمارستان محل خدمت پرستاران انجام می گرفت. همچنین از پرستاران خواسته می شد تا ضمن شرکت فعال در جلسات درمانی و جدیت در یادگیری، آموزشها را در محل کار و منزل تمرین کنند. هر جلسه با مرور آموزشها و درمانهای گذشته، بررسی گزارشهای مراجعین و پیگیری نحوه انجام تکالیف آغاز می شد و پس از آن، گامهای بعدی درمان آموزش داده می شد. مدت آموزش تن آرامی و پیگیری آن در ۱۰ جلسه یک ساعته و هفته ای دوبار انجام گرفت. آموزش جامع کلیه حرکات مربوط به دستها، صورت، گردن، شانه ها، شکم و پاها، آموزش به شیوه تصویرسازی و دیداری، و آموزش تن آرامی سریع از مراحل این نوع درمان بود. همچنین آموزش آزمودنیها با استفاده از جزوه تن آرامی و یک نوار صوتی،

فاجعه آمیز، حذف استانداردهای غیر واقع بینانه شغلی، اجتماعی و فردی (۵) تغییر رفتاری مانند فعالیت پایدار و غلبه بر اجتناب از عدم فعالیت (۶) حل مشکلات و مسائل شخصی، شغلی و اجتماعی. یک دوره معمول درمان شناختی- رفتاری شامل ارزیابی و فرمول بندی مسائل و مشکلات بیمار، شناسایی شناختها و رفتارهای مقابله ای ادامه دهنده بیماری، ایجاد شناختهای انطباقی تر و رفتارهای مقابله ای سازگارانه تر، آزمون رویکرد جدید توسط بیمار و پذیرش آن و تحکیم و برنامه ریزی برای خودیاری بیشتر می گردید. یک جلسه واحد درمان شناختی- رفتاری، مرور جلسه قبلی و تکالیف خانگی، تعیین کردن دستور کار برای جلسه، بحث کردن با تمرکز بر مسأله و مشکل هدف و در نهایت برنامه ریزی تکلیف برای آزمون کردن درک جدید از طریق تغییر رفتار را در برمی گرفت. این شیوه درمانی در ده جلسه و هفته ای دو بار ارائه می گردید. از جلسه پنجم یک نوار صوتی حاوی دو متن مراقبه هدایت شده برگرفته از متون سیجل^۱ (۱۹۹۰) جهت استفاده در منزل و محل کار در اختیار آزمودنیها قرار داده می شد. گروه دوم: در گروه دوم آزمایشی پرستاران روش آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی مورس^۲ (۱۹۹۱) که نسخه اصلاح شده روش جاکوبسن^۳ (۱۹۳۸) بوده و از

1- Sigel

2- Morris

3- Jacobsen

که از جلسه پنجم در اختیار آنها قرار داده می‌شد، تسریع می‌گردید.

ب. آزمودنیها: جمعیت آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران زن کارشناس شاغل در بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاههای علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی شهر تهران است که در سالهای ۸۰ و ۸۱ مشغول خدمت بوده‌اند. جهت انتخاب نمونه، به دلیل آمار ناهمگون پرستاران و بیمارستانهای زیر مجموعه هر دانشگاه، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی استفاده گردید. به این منظور با توجه به جمعیت آماری هر دانشگاه تعدادی بیمارستان به تصادف انتخاب شد و کلیه پرستاران آن مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله پرسشنامه ۱۰۸۸ پرستار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ۴۵ درصد افراد جامعه را تشکیل می‌دادند. بر اساس ادبیات تحقیق، از نقطه برش ۲۲ پرسشنامه چالدر استفاده گردید. همچنین برای کاهش خطا، حدود ۱۰ درصد پرستاران دارای نمره ۱۶ تا ۲۰ نیز انتخاب شدند. طبق این معیار ۲۳۲ نفر برای مصاحبه بالینی انتخاب شدند که در نهایت ۸۶ نفر دارای معیارهای تشخیصی نشانگان خستگی مزمن بودند. این تعداد به صورت گمارش تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. همچنین از بین آزمودنیهای بهنجار بیمارستانهای محل

خدمت افراد گروههای آزمایشی و گواه، ۲۷ نفر به شیوه تصادفی به عنوان گروه پرستاران بهنجار انتخاب گردیدند. به دلایل مختلف، ۶ نفر از گروههای آزمایشی درمان را ادامه ندادند و با حذف تصادفی ۲ نفر از سایر گروهها، در نهایت تعداد آزمودنیهای هر گروه به ۲۴ نفر رسید. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنیها به ترتیب ۳۸/۵۸ و ۷/۷۸ و سابقه خدمت آنها به ترتیب ۱۳/۹۹ و ۸/۵۱ بوده است.

ابزارهای پژوهش

الف. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^۱ ساخته شد و به عقیده هندرسون^۲ (۱۹۹۰)، شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و روانشناسی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است. فرم ۲۴ سؤالی آن دارای چهار خرده مقیاس ۷ سؤالی (علائم جسمانی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بیشتر به صورت لیکرت است که بر اساس این شیوه هر یک از سؤالات ۴ درجه‌ای به صورت ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. در

1- Goldberg

2- Henderson

درمان در بیماران نشانگان خستگی مزمن (برای نمونه، دیل و همکاران، ۱۹۹۷؛ وایت^۱ و همکاران، ۱۹۹۷) به کار برده شد. اعتبار و پایایی این مقیاس توسط چالدرد و همکاران (۱۹۹۳) مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از چک لیست مصاحبه بالینی، حساسیت ۷۵/۵٪ و ویژگی ۷۴/۵٪ به دست آمد. ضریب همسانی درونی برای سؤالات خستگی جسمی ۸۴۵/۰٪ و برای سؤالات خستگی ذهنی ۶۲۱/۰٪ بود. در این پژوهش برای ارزیابی اعتبار، یک گروه از بیماران دارای علائم خستگی با یک گروه افراد سالم با استفاده از این مقیاس مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج بیانگر ارزشمندی این مقیاس برای اندازه‌گیری خستگی است ($P=0/0001$ ، $t=6/367$). ضرایب بازآزمایی، همسانی درونی و تنصیف به ترتیب ۸۵/۰٪، ۹۱/۰٪ و ۸۲/۰٪ به دست آمد.

ج. مصاحبه بالینی: برنامه مصاحبه بالینی

بررسی گلدبرگ و بلاک ول^۱ (۱۹۷۰) با استفاده از چک لیست مصاحبه بالینی، ضریب اعتبار ۹۰/۰٪ به دست آمد. نتایج فواتحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز و ماری^۲ انجام شد، میانگین حساسیت^۳ ۸۴٪ و ویژگی^۴ ۸۲٪ حاصل شد. هومن (۱۳۷۷) ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و فهرست ۹۰ علامتی^۵ (SCL-90-R) را ۸۲٪ گزارش کرده است. در بررسی یعقوبی و همکاران (۱۳۷۵)، حساسیت پرسشنامه در نقطه برش ۲۳ برابر با ۸۷٪ و ویژگی آن برابر با ۸۲٪ به دست آمد. همچنین ضریب بازآزمایی و همسانی درونی ۸۸/۰٪ بود. در مطالعه چان^۶ (۱۹۸۳) ضرایب بازآزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۵۵/۰٪ و ۸۵/۰٪ گزارش شد. ضریب همسانی درونی در پژوهش هومن (۱۳۷۷)، ۸۳٪ بیان شده است. در چندین مطالعه در حیطه نشانگان خستگی مزمن (مثلاً: بوخوالد و همکاران، ۱۹۹۵؛ وسلی، ۱۹۹۵؛ دیل و همکاران، ۱۹۹۷) برای مطالعه همه‌گیرشناسی و ارزیابی سلامت روانی مورد استفاده قرار گرفته است.

ب. مقیاس خستگی چالدرد^۷: چالدرد و همکاران (۱۹۹۳) یک ابزار کوتاه ۱۴ سؤالی را ساختند که علائم ذهنی و جسمی خستگی را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس چالدرد در چندین مطالعه مربوط به همه‌گیرشناسی و پیامد

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 1- Blackwell | 2- Williams & Marri |
| 3- sensivity | 4- specificity |
| 5- Symptom Checklist- 90-Rivised | |
| 6- Chan | |
| 7- Chaidler Fatigue Seale | |
| 8- White | |

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی با استفاده از گروههای شناخته شده، نمره‌های گروه بیماران با گروه افراد سالم مورد مقایسه قرار گرفت و تفاوت میانگینهای دو گروه در تمامی مقیاسهای پرسشنامه مطالعه پیامدهای پزشکی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است.

همچنین استوارت و همکاران (۱۹۸۸) ضرایب پایایی را برای مقیاسهای مختلف از ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ بیان کردند. در تحقیق منتشر نشده دیگری در ایران (اصغری مقدم) آلفای کرونباخ در مقیاسهای مختلف حدودی از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ بیان گردیده است. در پژوهش حاضر با استفاده از یک نمونه دانشجویی آلفای کرونباخ مشاهده شده برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاسهای مختلف حدود ۰/۶۲ تا ۰/۸۷ بوده است و حاکی از همسانی درونی مطلوب این پرسشنامه می‌باشد.

(CIS-IV) آخرین ویرایش انجمن روانپزشکی آمریکا مورد استفاده قرار گرفت. این مصاحبه ساختار یافته مبتنی بر ملاکهای تشخیصی و آماری (DSM) است. از این شیوه برای تشخیص قطعی و افتراقی موارد مشکوک به نشانگان خستگی مزمن استفاده گردید. همچنین چک لیستی از علائم تشخیصی نشانگان خستگی مزمن و نرم شرح حال روانپزشکی در مصاحبه استفاده شد.

د. پرسشنامه مطالعه پیامدهای پزشکی: فرم کوتاه ۳۶ سؤالی^۱ (SF-36) مطالعه پیامدهای پزشکی (MOS) توسط استوارت^۲ و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۹ مقیاس زیر است: ۱) کارکرد جسمانی^۳ ۲) کارکرد نقش- جسمی^۴ ۳) کارکرد اجتماعی^۵ ۴) درد بدنی^۶ ۵) سلامت عمومی^۷ ۶) سرزندگی^۸ ۷) کارکرد نقش- هیجانی^۹ ۸) سلامت روانی^{۱۰} ۹) تغییر وضعیت گزارش شده استوارت و همکاران (۱۹۸۸) برای بررسی

اعتبار این آزمون نمره‌های گروههای بیماران و افراد سالم را با یکدیگر مقایسه نمودند و تفاوت دو گروه در سطح احتمال ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین همبستگی قابل توجه آزمون با ویژگیهای اجتماعی- جمعیت شناختی، حاکی از اعتبار مناسب آن بوده است. در مطالعه اصغری مقدم و فقیهی (۱۳۷۹)

- 1- Short-Form
- 2- Steward
- 3- physical function
- 4- role function- physical
- 5- social function
- 6- bodily pain
- 7- General health
- 8- vitality
- 9- role- functioning- emotions
- 10- mental health

یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای از ۱ (ضعیف) تا ۱۰ (بسیار خوب) ارزیابی می‌کردند. فرم مذکور از مرحله خط پایه تا مرحله پیگیری برای ارزیابی پریشانی هیجانی و میزان اختلال کارکردی آزمودنیها استفاده گردید.

ضریب پایایی به روش بازآزمایی پس از فاصله زمانی سه هفته برای کل مقیاس ۰/۶۹ به دست آمد. از پرسشنامه مزبور جهت ارزیابی وضعیت سلامت آزمودنیها پس از تشخیص استفاده گردید.

و. فرم خودسنجی پریشانی هیجانی و اختلال کارکردی: این فرم برای ارزیابی فراوانی و شدت پریشانی هیجانی و اختلال کارکردی آزمودنیها در مرحله آزمایشی به کار گرفته شد. آزمودنیها دفعات رخداد و شدت پریشانی خود را در طول شبانه روز و در خلال روزهای هفته گزارش می‌کردند. دفعات رخداد به صورت فراوانی و شدت آن بر اساس یک مقیاس لیکرت از ۰ تا ۱۰۰ توسط آزمودنیها ارزیابی می‌گردید. همچنین افراد نمونه کیفیت کارکرد و فعالیت خود را در طول هفته بر اساس

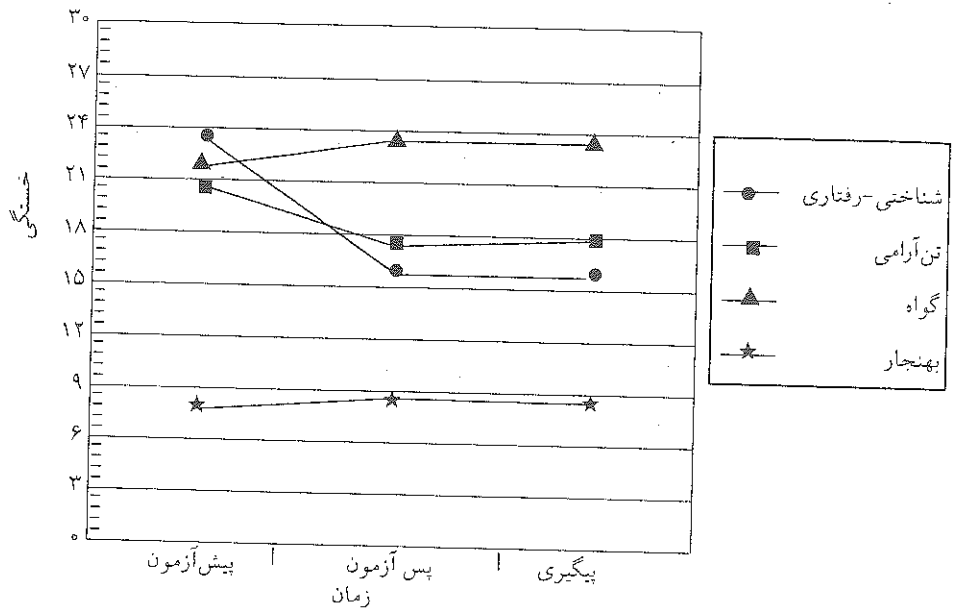
یافته‌ها

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروههای مختلف پرستاران را در مقیاس چالدر در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

بر اساس جدول شماره (۱) میانگینهای نمره‌های گروههای درمانی در مقیاس خستگی چالدر در مراحل پس آزمون و پیگیری با پیش آزمون نشان دهنده تغییرات است، ولی میانگینهای گروههای گواه و بهنجار چنین

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس خستگی چالدر آزمودنیهای گروههای مختلف در سه مرحله اجرای آزمون

گروه	آماره			میانگین			انحراف معیار	
	موقعیت	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	
درمان شناختی- رفتاری	۲۲/۵۴	۱۵/۲۵	۱۶/۰۴	۴/۷۴	۴/۶۷	۳/۲۱		
آموزش تن آرامی	۲۰/۳۸	۱۷/۵۴	۱۷/۸۳	۳/۸۸	۲/۸۱	۲/۶۳		
گواه	۲۱/۵	۲۳/۶۳	۲۳/۶۷	۳/۱۶	۴/۷۳	۴/۰۹		
بهنجار	۷/۹۶	۸/۵۸	۸/۷۱	۳/۸۸	۳/۸۷	۳/۸۲		



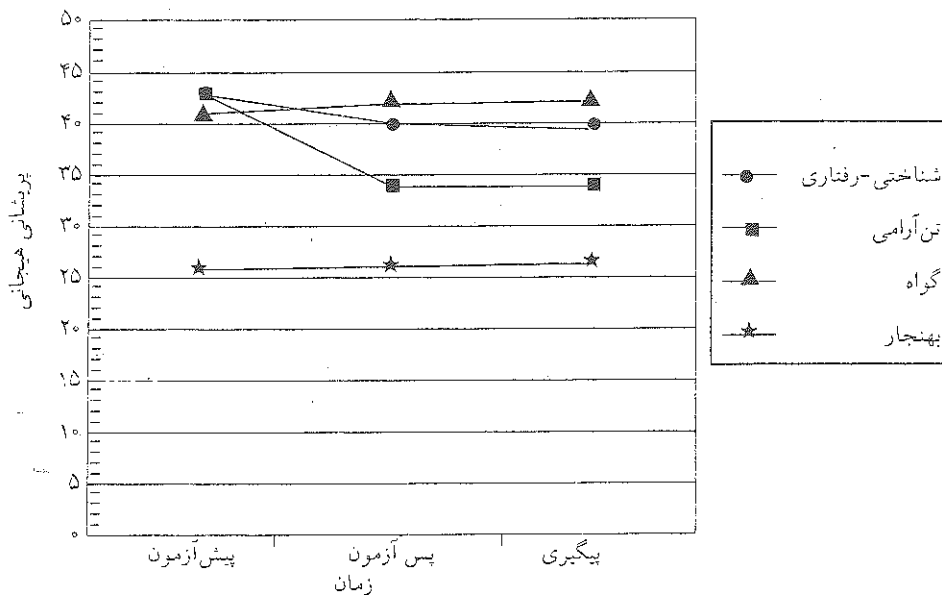
نمودار خطی ۱. مقایسه میانگینهای نمره‌های گروههای مختلف در سه مرحله اجرای مقیاس خستگی چالدر

تغییراتی را نشان نمی‌دهند. میانگینهای نمره‌های آزمودنیها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودار خطی (۱) آمده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروههای مختلف در سه مرحله اجرای مقیاس خستگی چالدر در جدول (۲)، میانگین و انحراف معیار خودسنجی شدت پریشانی هیجانی آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شدت پریشانی هیجانی آزمودنیهای گروههای مختلف در سه

مرحله اجرای فرم خودسنجی

گروه	میانگین			انحراف معیار		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری
درمان شناختی-رفتاری	۴۱/۹۷	۳۹/۸۱	۳۹/۴۱	۸/۰۷	۶/۹۵	۶/۹۲
آموزش تن آرامی	۴۲/۱۷	۳۴/۰۸	۳۳/۵۸	۱۱/۴	۷/۳۹	۶/۹۳
گواه	۴۰/۹۸	۴۱/۸	۴۲/۲۳	۸/۱۲	۷/۳۸	۷/۲۶
بهنجار	۲۵/۵۳	۲۵/۷۵	۲۶/۱۸	۵/۵۴	۵/۵۲	۵/۲



نمودار خطی ۲. مقایسه میانگینهای شدت پریشانی هیجانی براساس مقیاس خودسنجی در گروههای مختلف

پیگیری نشان داده شده است. طبق جدول (۳) میانگینهای نمره‌های گروههای درمانی در مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تغییراتی را نشان می‌دهند، اما میانگینهای گروههای گواه و بهنجار در سه مرحله اجرا، تغییرات را نشان نداده‌اند. میانگینهای نمره‌های آزمودنیها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز در نمودار خطی (۳) نشان داده شده است.

در استنباط پیش از بررسی فرضیه‌های تحقیق، این فرض کلی مبتنی بر وجود تفاوت

مطابق با جدول (۲) میانگینهای نمره‌های گروههای درمانی در مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تغییراتی را نشان می‌دهند، ولی در میانگینهای نمره‌های گروههای گواه و بهنجار چنین تغییراتی مشاهده نمی‌گردد. میانگینهای نمره‌های آزمودنیهای گروههای مختلف را می‌توان در نمودار خطی (۲) نیز ملاحظه کرد.

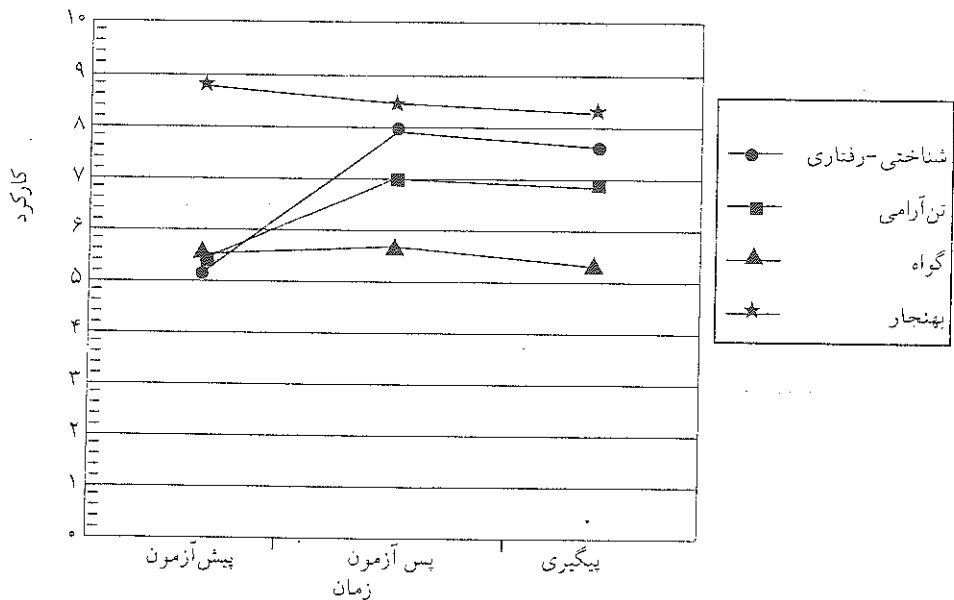
در جدول (۳) میانگین و انحراف معیار نمره‌های ستغیر اختلال کارکردی گروههای مختلف در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره‌های متغیر اختلال کارکردی آزمودنیهای گروههای مختلف در

سه مرحله اجرای فرم خودسنجی

گروه	میانگین			انحراف معیار		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمان شناختی- رفتاری	۵/۱۷	۷/۸۸	۷/۶۳	۱/۳۹	۱/۴	۱/۰۶
آموزش تن آرامی	۵/۴۲	۶/۹۶	۶/۸۸	۱/۰۸	۰/۸۸	۰/۹
گواه	۵/۵۸	۶/۶۲	۵/۲۹	۱/۱۳	۱/۰۲	۰/۸۱
پهنجار	۸/۸۳	۸/۴۲	۸/۳۹	۰/۹۳	۰/۸۲	۰/۸۱

معنی دار بین گروهها، با استفاده از هر یک از نمره‌های تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری سه متغیر وابسته (مقیاس خستگی چالدر، شدت پریشانی هیجانی و اختلال کارکردی) در گروههای مختلف به طور همزمان مورد تحلیل واریانس چندمتغیری (سه متغیری وابسته) در چهار گروه قرار گرفت. جدول شماره (۴) نتایج



نمودار خطی ۳. مقایسه میانگینهای نمره‌های اختلال کارکردی براساس مقیاس خودسنجی در گروههای مختلف

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) نمره‌های تفاضل پیش آزمون- پس آزمون سه متغیر وابسته بین گروههای مختلف

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df اشتباه	سطح معنی داری
Pillai's Trace	۱/۱۹۳	۲۰/۲۶	۹	۲۷۶	۰/۰۰۰۱
Hotelling's Trace	۳/۴۲۳	۳۳/۷۲۵	۹	۲۶۶	۰/۰۰۰۱
Wilk's Lambda	۰/۱۵۲	۲۸/۴۵۲	۹	۲۱۹	۰/۰۰۰۱

تفاضل پیش آزمون- پیگیری با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) نشان می‌دهد.

طبق جدول (۵) می‌توان استنباط نمود که گروههای تحقیق در سطح $P=0/0001$ تفاوت معنی داری در تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پیگیری آزمونهای مختلف با یکدیگر نشان می‌دهند. بدین معنی که حداقل دو گروه در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت آماری دارند.

اینک با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های

تفاضل پیش آزمون- پس آزمون با این شیوه تحلیل نشان می‌دهد.

همان طور که از جدول (۴) می‌توان استنباط کرد، گروههای دخیل در سطح $P=0/0001$ تفاوت معنی داری در تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون در آزمونهای مختلف با یکدیگر نشان می‌دهند. بدین معنی که حداقل دو گروه در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند.

همچنین جدول شماره (۵) نتایج تعامل متغیرهای وابسته و گروهها را در نمره‌های

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) نمره‌های تفاضل پیش آزمون- پیگیری هفت متغیر وابسته بین گروههای مختلف

نام آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df اشتباه	سطح معنی داری
Pillai's Trace	۱/۲۹۰	۹/۴۸۸	۲۱	۲۶۴	۰/۰۰۰۱
Hotelling's Trace	۳/۹۴۵	۷۵/۹۰۴	۲۱	۲۵۴	۰/۰۰۰۱
Wilk's Lambda	۰/۱۲۴	۱۲/۵۸۸	۲۱	۲۴۷	۰/۰۰۰۱

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش

آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خستگی چالدر در چهار گروه پرستار.

P	F	میانگین مجددورات	درجه آزادی	مجموع مجددورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰۱	۲۵/۰۱	۸۴۲/۲۲	۳	۲۵۲۶/۶۷	بین آزمودنیها
		۳۳/۶۸	۹۲	۳۰۹۸/۴۵	گروهها
					درون خانه‌ای

پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری متغیرهای مختلف، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها را با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خستگی چالدر در چهار گروه پرستار نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس

خستگی چالدر پرستاران گروههای درمان شناختی- رفتاری، آموزش تن آرامی عضلاتی تدریجی، گواه و بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=25/01, P=0/0001$).

جدول (۷) خلاصه نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنیها را با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خستگی چالدر در چهار گروه پرستار نشان می‌دهد.

طبق جدول (۷) بین تفاضل نمره‌های عامل (پیش آزمون- پس آزمون و پیش

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش

آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خستگی چالدر در چهار گروه پرستار.

P	F	میانگین مجددورات	درجه آزادی	مجموع مجددورات	منبع تغییرات
۰/۳۰۴	۱/۰۷	۰/۰۵۲	۱	۰/۰۵۲	درون آزمودنیها
۰/۰۰۷۰۰	۳/۲۰۹	۰/۱۵۶	۳	۰/۴۶۹	عامل
		۰/۰۴۹	۹۲	۰/۴۴۸	عامل > گروهها
					خطا (عامل)

جدول ۸. مقایسه تفاضل میانگین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری مقیاس خستگی چالدر در گروه‌های درمانی، گواه و بهنجار با آزمون توکی

میانگین	گروه‌ها	۲	۳	۴
۷/۳۰۲	۱. درمان شناختی - رفتاری	*	*	*
۲/۸۴	۲. آموزش تن آرامی	-	*	*
-۲/۱۳	۳. گواه	*	-	-
-۰/۶۳	۴. بهنجار	*	-	-

آزمون - پیگیری) تفاوت معنی داری وجود ندارد، لیکن بین تعامل عامل با گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد ($P=0/027$ ، $F=3/209$). این نتایج نشان می‌دهد که زمان در تعامل با گروه‌ها در کاهش خستگی تأثیر داشته است.

بنابراین، در ارتباط با متغیر خستگی فرضیه‌های اول تا سوم مورد تأیید قرار می‌گیرند. جدول (۹). نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها را با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری در مقیاس خستگی چالدر مربوط به گروه‌های مختلف در جدول (۸) آمده است.

براساس جدول (۸) نتایج آزمون توکی تفاوت معنی داری را بین میانگین گروه‌ها به شرح زیر نشان می‌دهد:

۱. گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی.
۲. گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه گواه.
۳. گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه

بنابراین، در ارتباط با متغیر خستگی فرضیه‌های اول تا سوم مورد تأیید قرار می‌گیرند. جدول (۹). نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها را با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی در چهار گروه پرستار نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول (۹) مشاهده می‌گردد بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی پرستاران

جدول ۹. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین آزمودنیها					
گروهها	۲۶۴۳/۵۵	۳	۸۸۱/۱۸	۳۲/۵۹۳	۰/۰۰۰۱
درون خانهای	۲۴۸۷/۳	۹۲	۲۷/۰۴		

گروههای درمان شناختی- رفتاری، روش تن آرامی عضلانی تدریجی، گواه و بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P=0/0001$ ، $F=32/593$).

در جدول (۱۰) نتایج تحلیل واریانس

درون آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی در چهار گروه پرستار آمده است.

طبق جدول (۱۰) بین تفاضل نمره‌های عامل (پیش آزمون- پس آزمون و پیش

آزمون- پیگیری) تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما اثر متقابل عامل و گروهها معنی دار است. نتایج بیانگر آن است که زمان در تعامل با گروهها در کاهش شدت پریشانی هیجانی تأثیر داشته است.

جدول (۱۱) نتایج آزمون توکی تفاضل میانگینهای نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری در مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی را در گروههای مختلف پرستاران نشان می‌دهد.

براساس جدول (۱۱) نتایج آزمون توکی تفاوت معنی داری را بین میانگین گروهها به

جدول ۱۰. خلاصه نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس حسنگی چالدر در چهار گروه پرستار.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
درون آزمودنیها					
عامل	۰/۰۵۲	۱	۰/۰۵۲	۱/۰۷	۰/۳۰۴
عامل × گروهها	۰/۴۶۹	۳	۰/۱۵۶	۳/۲۰۹	۰/۰۶۷
خطا (عامل)	۰/۴۴۸	۹۲	۰/۰۴۹		

جدول ۱۱. مقایسه تفاضل میانگینهای نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی شدت پریشانی هیجانی در گروه‌های درمانی، گواه و بهنجار با آزمون توکی

میانگین	گروهها	۲	۳	۴
۲/۳۶	۱. درمان شناختی- رفتاری	*	*	*
۸/۳۴	۲. آموزش تن آرامی	-	*	*
-۱/۰۴	۳. گواه	*	-	-
-۰/۰۴۳	۴. بهنجار	*	-	-

شرح زیر نشان می‌دهد:

۱. گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی با گروه درمان شناختی- رفتاری.
 ۲. گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی با گروه گواه.
 ۳. گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی با گروه بهنجار.
 ۴. گروه درمان شناختی- رفتاری با گروه گواه.
 ۵. گروه درمان شناختی- رفتاری با گروه بهنجار.
- نتایج مبین آن است که درمان شناختی- رفتاری و آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی
- در کاهش پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر بوده‌اند. این کاهش در مقایسه با گروه‌های گواه و بهنجار در سطح $P=0/0001$ معنی دار می‌باشد. همچنین تن آرامی در کاهش پریشانی هیجانی مؤثرتر از درمان شناختی- رفتاری بوده است. بنابراین، فرضیه‌های چهارم و پنجم و ششم تأیید می‌گردد.
- جدول (۱۲) نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها را با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی اختلال

جدول ۱۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی در چهار گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین آزمودنیها					
گروهها	۲۹۴/۸۵	۳	۹۸/۲۸	۷۷/۰۲۲	۰/۰۰۰۱
درون خانه‌ای	۱۱۷/۱۰	۹۲	۱/۲۸		

جدول ۱۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی در چهار گروه پرستار.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
درون آزمودنیها					
عامل	۱/۸۸	۱	۱/۸۸	۵/۹۳۵	۰/۰۱۷
عامل x گروهها	۰/۴۷۴	۳	۰/۱۵۸	۰/۴۹۹	۰/۶۸۴
خطا (عامل)	۲۹/۱۵	۹۲	۰/۳۱۷		

کارکردی در چهار گروه پرستار نشان می‌دهد. همان طور که در جدول (۱۲) مشاهده می‌شود بین تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی پرستاران گروههای درمان شناختی- رفتاری، آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی، گواه و بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=0/0001$ ، $F=77/022$).

در جدول (۱۳) نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنیها را با اندازه‌گیریهای مکرر روی تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی در چهار گروه پرستار آمده است.

همان طور که در جدول (۱۳) مشاهده می‌شود بین تفاضل نمره‌های عامل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. لیکن اثر متقابل

عامل و گروهها معنی‌دار نیست. این نتایج نشان می‌دهد که زمان در کاهش اختلال کارکردی تأثیر نداشته است.

جدول (۱۴) نتایج آزمون توکی تفاضل میانگینهای نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری را در مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی در گروههای مختلف پرستاران نشان می‌دهد.

طبق جدول (۱۴) نتایج آزمون توکی تفاوت معنی‌داری را بین میانگین گروهها به شرح زیر نشان می‌دهد:

۱. گروه درمان شناختی- رفتاری با گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی.
۲. گروه درمان شناختی- رفتاری با گروه گواه.
۳. گروه درمان شناختی- رفتاری با گروه بهنجار.
۴. گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی با گروه گواه.
۵. گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی با

جدول ۱۴. مقایسه نفاضل میانگینهای نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون- پیگیری مقیاس خودسنجی اختلال کارکردی در گروههای مختلف درمانی، گروههای گواه و بهنجار با آزمون توکی

میانگین	گروهها	۲	۳	۴
-۲/۵۸	۱. درمان شناختی- رفتاری	*	*	*
-۱/۵	۲. آموزش تن آرامی	-	*	*
۰/۱۳	۳. گواه	*	-	-
۰/۴۸	۴. بهنجار	*	-	-

گروه بهنجار.

دیگر، درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با روش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش اختلال کارکردی مؤثرتر بوده است ($P=0/0001$). بنابر این فرضیه نهم تحقیق مبنی بر تأثیر بیشتر درمان شناختی- رفتاری تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که در نتایج نشان داده شد، آزمون توکی بیانگر این بود که روش درمانی شناختی- رفتاری میزان خستگی بیماران را به طور قابل توجهی کاهش داد. یافته‌های حاصل از تحقیق با برخی از نتایج تحقیقات انجام شده دیگر درباره کارآمدی درمان شناختی- رفتاری هماهنگ است (دیل و همکاران، ۱۹۹۷؛ دیل و همکاران، ۲۰۰۱؛ شارپ و همکاران، ۱۹۹۸؛ ریدسیل و همکاران، ۲۰۰۱؛ کوکس و همکاران، ۱۹۹۴؛ چالدر و همکاران، ۱۹۹۶؛ آکاجی، کلیمز و باس، ۲۰۰۱؛ چالدر و

بررسی نتایج بیانگر آن است که اختلال کارکردی در گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی به طور قابل توجهی کاهش پیدا کرده است. به عبارت دیگر، روشهای درمان شناختی- رفتاری و آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش اختلال کارکردی مبتلایان به نشانگان خستگی مزمن مؤثر بوده است. این کاهش در مقایسه با گروههای گواه و بهنجار در سطح $P=0/0001$ معنی دار می‌باشد. بنابراین، فرضیه هفتم و هشتم پژوهش مبنی بر تأثیر روشهای درمان شناختی- رفتاری و آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی در کاهش اختلال کارکردی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

همچنین آزمون توکی نشان داد که میزان کاهش اختلال کارکردی در گروه درمان شناختی- رفتاری بیشتر از گروه آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی بوده است. به عبارت

- همکاران، ۲۰۰۲). این یافته با برخی مطالعات دیگر (مثلاً، لوید و همکاران، ۱۹۹۳؛ فرید بورگ و همکاران، ۱۹۹۴) همخوانی نداشته است. عدم به کارگیری مداخله رفتاری، ساختار درمان شناختی-رفتاری مورد استفاده و مشکلات روش شناختی می‌توانند دلایل عدم توفیق درمان شناختی-رفتاری در این مطالعات باشد. چنانکه چالدر و همکاران (۱۹۹۵) اذعان داشتند که مطالعه لوید و همکاران (۱۹۹۳) نمی‌تواند آزمون مناسبی برای درمان شناختی-رفتاری باشد.
- همچنین نتایج این پژوهش حاکی است که درمان شناختی-رفتاری در کاهش میان‌خستگی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از درمان تن‌آرامی بوده است. این یافته با تنها مطالعه انجام شده در زمینه مقایسه دو روش درمانی فوق (دیل و همکاران، ۱۹۹۷) هماهنگ نمی‌باشد. در بررسی محققان مذکور آموزش تن‌آرامی عضلانی تدریجی به عنوان یک روش درمانی برای گروه گواه استفاده گردید و نتایج تفاوت‌های قابل توجهی را در کاهش خستگی با روش درمان شناختی-رفتاری نشان نداد.
- تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی بیماران نیز با نتایج مطالعاتی چون دیل و همکاران (۱۹۹۷)، شارپ و همکاران (۱۹۹۸)، ریدسیل و همکاران (۲۰۰۱)؛ فرید بورگ و همکاران (۱۹۹۴)، بوتلر و همکاران (۱۹۹۱) و چالدر و همکاران (۲۰۰۲) هماهنگ است.
- علاوه بر این، بررسی نتایج پژوهشی کسنونی نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش اختلال در کارکرد و افزایش عملکرد جسمی در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر است. همچنین این نوع درمان برای افزایش کارکرد بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثرتر از درمان تن‌آرامی عضلانی است. مطالعه دیل و همکاران (۱۹۹۷)، دیل و همکاران (۲۰۰۲)، شارپ و همکاران (۱۹۹۸)، بوتلر و همکاران (۱۹۹۱)، چالدر و همکاران (۱۹۹۶)، چالدر و همکاران (۲۰۰۲) و آکاجی، و کلیمز و باس (۲۰۰۱) نیز بیانگر تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری در افزایش عملکرد جسمانی، سازگاری شغلی و اجتماعی بوده است و نتایج حاصل شده در این پژوهش را مورد تأیید قرار می‌دهند، اما تنها مطالعه‌ای که درمان شناختی-رفتاری را با آموزش تن‌آرامی از لحاظ اثر بخشی مورد مقایسه قرار داد، مطالعه دیل و همکاران (۱۹۹۷) بود که تفاوت فاحشی مشاهده نشد، اما در مطالعه پیگیری آنان (دیل و همکاران، ۲۰۰۲) اثرات مثبت‌تر درمان شناختی-رفتاری، در مقایسه با آموزش تن‌آرامی، گزارش گردیده است.

درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر این فرض است که باورهای نادرست و ناامید کننده، رفتارهای مقابله‌ای نامؤثر، حملات خلقی منفی، مشکلات اجتماعی و فزایندهای آسیب شناختی فیزیولوژیکی، همگی با تداوم و استمرار بیماری تعامل دارند. هدف درمان شناختی- رفتار این است تا با ایجاد تغییرات در شناختها و رفتارهای مربوط به بیماری، بهنجار سازی فیزیولوژیکی و سرعت بهبودی را تسهیل ببخشند.

رویکرد شناختی- رفتاری جدید به خستگی مزمن تلاش دارد تا چشم‌انداز پزشکی را گسترش داده تا علاوه بر علائم جسمی و حالات فیزیولوژیکی، عواملی چون شناختها، خلق، رفتار و شرایط محیطی رانیز در بر بگیرد و همچنین مدلی را اتخاذ نماید که عوامل شناسایی شده در تعامل با یکدیگر برای تداوم بیماری هستند.

از آنجایی که بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن باورهای نادرستی در مورد علت بیماری خود دارند و اغلب زمینه مشکل خود را عضوی تلقی می‌کنند، تمایلی ندارند تا نقشی را برای عوامل روانشناختی سبب شناختی در نظر بگیرند (وارا، ۱۹۹۲). تفکر فاجعه‌آمیز در مورد علائم نیز سبب می‌گردد تا سطوح بالاتر ناتوانی و افسردگی در بیماران ایجاد شود و سپس این باور در آنها شکل

می‌گیرد که فعالیت نمودن به تشدید و بدتر شدن خستگی و علائم دیگر منجر می‌شود (شارپ، ۱۹۹۸). احتمالاً یکی از دلایل اصلی تأثیر درمان شناختی- رفتاری در تقلیل علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران، کمک به آنها برای تغییر فکرشان در خصوص بیماری و رفتار مقابله‌ای بوده است. به دنبال تغییرات در باورها و نگرشهای پرستاران، تغییراتی در خلق، رفتار، محیط اجتماعی و جنبه‌های فیزیولوژیکی آنها روی داد و بیماران یاد گرفتند که چگونه سلامتی و فعالیتهای مربوط به خودشان را بهبود ببخشند. علاوه بر این، کمک به بیماران برای برنامه‌ریزی فعالیتهای افزایش تدریجی آنها در راستای تغییرات ایجاد شده در اسنادهای بیماری این باور را بیشتر تقویت نمود که ارتباط قابل توجهی بین سبب‌شناسی بیماری و کاهش عملکرد وجود ندارد. از طرفی، تأثیرات مثبت درمان شناختی- رفتاری بر نگرشهای کمال‌گرایانه انعطاف‌ناپذیر در مورد عملکرد، سبب شده است تا اعتماد به نفس بیمار برای فعالیت و تلاش در جهت انجام وظایف شغلی، اجتماعی و خانوادگی بهبود پیدا نماید.

تبیین احتمالی دیگر برای اثرهای قابل توجه درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم

نشانگان خستگی مزمن، تغییر نگرش پرستاران در مورد اطلاعات پزشکی سوگیری شده است. پرستاران به خاطر دسترسی آسان به اطلاعات متعدد پزشکی در مورد بیماریها و از طرفی، تعاملات گسترده با بیماران ممکن است به احساسات بدنی بیشتر حساس شوند و گرایش بزرگنمایی مشکل در آنها دیده شود. تأثیر این نوع درمان بر تفکرات شخصی سازی و ارزیابی افراطی از احساسات بدنی می تواند منجر به کاهش علائم بیماری گردد. اگر چه بعضی سوابق پزشکی قبلی در پرستاران وجود داشت، ولی در موقع ارزیابی و تشخیص بیماری، شواهد پزشکی قابل توصیفی در پرستاران گزارش نشده بود.

به کارگیری مراقبه به عنوان یکی از تکنیکهای درمان شناختی-رفتاری نیز می تواند تبیین کننده بخشی از نتایج مربوط به اثربخشی این نوع درمان باشد. از آن جایی که مراقبه نوعی تکنیک مقابله‌ای محسوب می‌گردد و در کنترل تهدیدهای زندگی و بیماریهای بلند مدت روش نسبتاً مفیدی است، می تواند برای افزایش توانایی و ایجاد آرامش ذهنی در بیماران کمک کننده باشد. به واسطه استراحت کامل ذهن برای اوقاتی در روز، تفکرات و هیجانات بیماری بی اهمیت فرض می‌شوند و در نتیجه کمتر اتفاق می‌افتند. علاوه بر این، مراقبه به عنوان یک

تکنیک شناختی فعال، احتمالاً از طریق کاهش فشار روانی و معتدل کردن هیجانات ناخوشایند، کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن بهبود بخشیده است. ممکن است مراقبه از طریق کاهش پریشانی هیجانی در پرستاران، به افزایش سلامت و بهبودی در آنها کمک کرده است.

تبیین احتمالی دیگر برای نقش مثبت مراقبه، تأثیر آن به عنوان یک تکنیک انحراف توجه است. این تکنیک نیاز دارد تا بیمار به طور شناختی در مداخله درمانی، معمولاً با توجه به آرامش یا حداقل موقعیتهای غیر اضطراب‌انگیز شرکت کند. امکان دارد که این گونه انحراف توجه یا جهت‌گیری مجدد توجهی واسطه اثر درمانی مداخلات شناختی-رفتاری باشد. حداقل، مراقبه فرصتی را فراهم می‌سازد تا بیماران با توجه نمودن به محرکهای بیرونی (مثل تصویر سازیهای خوشایند) جالب، بر روی احساسات درونی ناخوشایند یا عوامل فشارزا کمتر تمرکز کنند.

توضیح احتمالی دیگر برای اثر بخش بودن مراقبه، نقش آن در ایجاد آرامش بخشی فیزیولوژیکی است. مراقبه ممکن است با ایجاد استراحت ذهنی در بهنجارسازی فیزیولوژیکی تأثیر داشته باشد و تغییراتی بر

انتقال دهنده‌های عصبی اعمال نماید. البته این مکانیسم عمل مراقبه مستلزم انجام پژوهشهای علمی بیشتری است.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان تن‌آرامی در زمینه بهبودی میزان خستگی و اختلال کارکردی در پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن، می‌تواند به ساختار و منطق درمان شناختی-رفتاری نسبت داده شود. درمان شناختی-رفتاری استفاده شده در این پژوهش از مداخله‌های شناختی و رفتاری نسبتاً جامعی برخوردار است، در حالی که تن‌آرامی عمدتاً یک مداخله رفتاری محسوب می‌گردد. به علاوه، درمان شناختی-رفتاری با توجه به مفهوم سازی شناختی-رفتاری نشانگان خستگی مزمن، از پشتوانه علمی و پژوهشی بیشتری بهره‌می‌گیرد. استفاده از برنامه رفتاری به منظور افزایش تدریجی فعالیت روزانه، بهره‌گیری از شناخت درمانی جهت ایجاد تغییر در افکار خودبه‌خودی و نگرشها و باورهای غیرمنطقی و به‌کارگیری مراقبه به عنوان یک تکنیک مثبت شناختی، ارائه پیشنهادها و راهبردهای مقابله‌ای مفید و تغییر در سبک زندگی روزانه، می‌تواند شواهد قانع‌کننده‌ای را برای توجیه و تبیین مزیت درمان شناختی-رفتاری فراهم نماید.

همچنین یافته‌ها نشان داد که آموزش

تن‌آرامی عضلانی تدریجی در کاهش علائم خستگی، پریشانی هیجانی و اختلال کارکردی در پرستاران مبتلا به نشانگان خستگی مزمن مؤثر بوده است. بدین صورت که بیماران گروه تن‌آرامی علائم کمتری را پس از درمان، در مقایسه با گروه گواه، نشان دادند. علاوه بر این، نتایج حاکی از آن بوده است که آموزش تن‌آرامی عضلانی تدریجی، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، در کاهش پریشانی هیجانی بیماران روش مؤثرتری است. تنها مطالعه‌ای که تن‌آرامی را به عنوان یک شیوه درمانی برای کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن مورد استفاده قرار داد، مطالعه دیل و همکاران (۱۹۹۷) بود. در این بررسی تن‌آرامی و تجسم به عنوان یک شیوه مداخله برای بیماران گروه گواه در نظر گرفته شده بود. نتایج حاکی از آن بود که تن‌آرامی، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، در کاهش خستگی، پریشانی هیجانی و بهبود کارکرد جسمی و سازگاری شغلی برتری نداشته است، اگرچه در هر دو گروه مورد مطالعه آنها کاهش در علائم دیده شده بود. مطالعه دیل و همکاران (۱۹۹۷) از لحاظ روش‌شناسی دارای ضعفهایی بوده است. قبل از ارائه درمان، میانگین مدت بیماری آزمودنیهای گروه تن‌آرامی بیشتر بود و همچنین تعداد بیشتری از بیماران گروه تن‌آرامی باورها و اسنادهای

سیستم ایمنی فرد گردد و بر فعالیت سلولهای کشته طبیعی^۱ (NK) که یکی از ویژگیهای نشانگان خستگی مزمن است تأثیر بگذارد.

دوم، تن آرامی از راهبردها و تکنیکهای مقابله‌ای محسوب می‌گردد. توانایی بالقوه آن بالا بردن توانمندی فرد جهت مقابله با موقعیتهایی است که به عنوان پیامد بیماری ظاهر می‌گردند. کاهش تنش در عضلات باعث افزایش احساس سلامت روانی و آرامش ذهنی می‌گردد.

سوم، اگر چه روش تن آرامی مورد استفاده در این پژوهش بیشتر یک مقابله رفتاری بوده است، ولی با تصویرسازی هدایت شده‌ای در آغاز برنامه آرام‌سازی همراه بوده است که می‌تواند یک مداخله شناختی منفعلانه باشد. ممکن است احساس مثبت ناشی از تجسم در ترکیب با آرامش عضلات مکانیسم تأثیر این مداخله را افزایش داده باشد.

چهارم، نقش مثبت تن آرامی در چارچوب یک تکنیک انحراف توجه نیز قابل تبیین است. روش تن آرامی با تأکید بر آرامش عضلانی می‌تواند سبب جهت‌گیری مجدد توجه بر احساسات خوشایند درونی شده و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجانات مثبت را ایجاد نماید. در نتیجه فرد بر موقعیتهای

مربوط به علل جسمی برای بیماری داشتند (۷۳ درصد در برابر ۵۷ درصد).

در مطالعه پیگیری دیل و همکاران (۲۰۰۲) نتایج بیشتر به نفع درمان شناختی-رفتاری بوده است. محققان نتیجه‌گیری نمودند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای بیماران نتایج و سودمندبهای طولانی مدت داشته باشد.

بررسی دیل و همکاران (۱۹۹۷) اگر چه تأکید بیشتری بر درمان شناختی-رفتاری داشته است، ولی اثرهای سودمند تن آرامی را نیز مورد تأیید قرار داده است و تفاوت‌های قابل توجهی از نظر میزان کارایی دو درمان استفاده شده مشاهده نگردید. نتایج این پژوهش می‌تواند شواهدی برای اثربخشی آموزش تن آرامی باشد. در مورد مکانیسم تأثیر آموزش تن آرامی عضلانی تدریجی می‌توان چند تبیین را مطرح ساخت:

نخست اینکه فشار روانی در آسیب پذیری فرد برای رشد نشانگان خستگی مزمن، تشدید علائم و عود مجدد می‌تواند نقش مهمی را ایفا کند. اثرهای منفی فشار روانی می‌تواند به صورت آشفتگی در سیستم ایمنی بدن هویدا شود. به وسیله پاسخ تن آرامی یک مجموعه تغییرات فیزیولوژیکی در بدن ایجاد می‌شود که نقطه مقابل تغییرات فشار روانی است. از این رو، ممکن است باعث نیرومند سازی

1- natural killer

اثرهای مشاهده شده کافی باشند. هر چند مطالعات متعدد (مثلاً، کرای^۱ و بوریش^۲، ۱۹۸۸) در حوزه‌های دیگر نشان می‌دهند که انتظارات مثبت و توجه افزایش یافته به تنهایی نمی‌توانند کارآیی زیادی در درمان داشته باشند و استفاده از دارو نما در مطالعات آتی می‌تواند نقش این عوامل غیراختصاصی را مشخص سازد (به نقل از نصری، ۱۳۷۲)، فرضیه دیگر این است که درمانهای روانشناختی می‌توانند یک راهبرد مقابله فعال را فراهم سازند و ممکن است در بیماران یک حس افزایش یافته خوداثربخشی^۳ یا تسلط ادراک شده^۴ را ایجاد کنند (سندورا^۵، ۱۹۷۵). زمانی که بیمار اعتقاد پیدا می‌کند استفاده از یک مداخله به او اجازه خواهد داد تا یک موقعیت فشارزا را کنترل نماید، اعتماد به نفس رشد پیدا می‌کند و ممکن است به دنبال این اعتقاد، عناصر مجموعه درمان برای فرد اهمیت پیدا کند (کرای و بوریش، ۱۹۸۸؛ به نقل از نصری، ۱۳۷۲).

و محرکهای تنش‌زا و اضطراب‌انگیز کمتر تمرکز نماید.
تن‌آرامی اساساً یک شیوه مقابله با تنش، اضطراب، تحریک‌پذیری و پریشانی است. همچنین روش ساده، دقیق و نیرومندی برای کمک به فرد در موقعیتهای متعدد است. منطق روشن و مستدل آن سبب می‌گردد تا بیماران پذیرش بیشتری داشته باشند و برای استفاده از آن ترغیب گردند. با توجه به هدف اختصاصی تن‌آرامی، کارآیی بیشتر این مداخله در کاهش پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به نشانگان خستگی، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری تا حدودی قابل توجه است. علاوه بر توضیحاتی که برای مکانیسم اثر درمان شناختی-رفتاری و آموزش تن‌آرامی عضلانی تدریجی بیان گردید، دو فرضیه احتمالی دیگر نیز قابل ذکر است. نخستین فرضیه‌ای که در هر بحث مربوط به مکانیسمهای ممکن تأثیر درمان باید مورد ملاحظه قرار گیرد، این است که اثرهای درمان امکان دارد از عوامل غیراختصاصی همراه با درمان ناشی شده باشد، عوامل اختصاصی ممکن است انتظارات و توقعات مثبت بیمار از درمان تا همدلی و حمایت اجتماعی فراهم شده توسط درمانگر را شامل گردد. اگر چه احتمال دارد عوامل غیر اختصاصی به اثر کلی درمانها کمک کنند، ولی بعید به نظر می‌رسد که برای تبیین

1- Carey

2- Burish

3- self-efficacy

4- perceived

5- Bandura

منابع

فارسی

- اصغری مقدم، محمد علی، (۱۳۷۷). بررسی اعتبار و پایایی آزمون SF-36. تهران دانشگاه شاهد.
- اصغری مقدم، محمد علی، و فقیهی، سمانه. (۱۳۷۹) تعیین اعتبار آزمون SF-36 سؤال با استفاده از یک ملاک خارجی. تهران دانشگاه شاهد.
- کاپلان، هارولد. و سادوک، بنیامین. (۱۹۹۸). خلاصه روانپزشکی، جلد دوم. ترجمه دکتر حسن رفیعی و دکتر فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- نصری، صادق. (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری در کاهش اثرات جانبی روانی شیمی درمانی در بیماران سرطانی و بهبود شیوه‌های مقابله آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- هومن، عباس. (۱۳۷۷). استاندارد سازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های روانشناسی. واحد پژوهش مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- یعقوبی، ن. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

لاتین

- Akagi, H., Klimes, I. & Bas, C. (2001). cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital feasible and effective. *General Hospital Psychiatry*, 23: 254-260.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Psychiatry*, Washington, DC, a. p. a.
- Barsky, A. J. (1986). Hypochondriasis: An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 493-500.
- Berrios, G. E. (1990). Feeling of fatigue and psychotherapy: A conceptual history. *Compr. Psychiatry*, 31: 140-151.
- Buchwald, D. (1995). Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome:

- Prevalence in a pacific Northwest health care system. *An. Intern. Med.* 128 (2): 81-88.
- Butler. S., Chalder, T., Ron, M. & Wessely, S. (1991). Cognitive behavior therapy in the chronic fatigue syndrome. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 54: 153-158.
- Chalder, T. Tong, J., & Deary, V. (2002). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome. A uncontrolled study. *Archives of Disease in childhood*, 86: 95-7.
- Chalder, T, Butler, S. & Wessely, S. (1996). In- patient treatment of chronic fatigue syndrome. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24: 351-365.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Hirsch, S. et al. (2993). Development of a fatigue scale. *J. Psychosom. Res.* 31: 147-153.
- Deale, A., Husain, K., Chalder, T. & wessely, S. (2001). Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: A 5-year follow-up study. *Am. J. of Psychiatry*, 158: 2038-2042.
- Deale. A., Chalder, T., Marks, I. M. & Wessely, S. (1997). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry*, 154: 408-414.
- Freidberg, F., & Krupp, L. B. (1994). A comparison of chronic fatigue syndrome and primary depression. *Clin. Infect. Dis.*, 18 (1): S 105-S 110.
- Greenberg, D. (1990). Neurasthenia in the 1980S: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatics*, 31: 129-137.
- Gunn. W., et al. (1993). Epidemiology of chronic fatigue syndrome: The centers for disease control study. *ciba. Found. Symp.*, & 3: 93-101.
- lason. L. A., Wagner, L., Rosenthal, S. et al. (1998). Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am. J. Med.* 105 (3S): 91S-93S.
- oyce, J., Hötöpf, m. & Wessely, S. (1997). The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: A sysstematic review. *QJM*, 90-223-33.
- rupp. L. B., La Rocca, N. G., Muir-nash, J., & Steinberg. A. D. (1989). The fatigue severity scale. *Arch. Neurol.*, 46: 1121-1123.

- Lawrie, S. M. & Pelosi, A. J. (1995). chronic fatigue syndrome in the community: Prevalence and associations. *Br. J. of Psychiatry*, 166: 739-97.
- Lloyd, A., Hickie, I. et al. (1993). Immunologic and psychologic therapy for patients with chronic fatigue syndrome: A double blind placebo controlled trial. *Am. J. Med.*, 95: 197-203.
- Lloyd, A. (1990). Prevalence of chronic fatigue syndrome in and Australian. *Med. J. Aust.* 153 (9): 522-528.
- Morriss, R, J. (1991). Fear reduction methods, *In Helping People Change, A text book of methods.* (eds. F. H. Kanfer & A. P. Goldstein). PP: 161-201. New York: pergamon press.
- Oakley, J. (2002). chronic fatigue syndrome. *Emerge*. September.
- Puwlikowska, T., Chalder, T., & Hirsch, S, R. et al. (1994). Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ*, 308: 163-770.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *Br. J. Psychiatry*, 113: 39-43.
- Prins, J., Bazelmans, E. et al. (2002). Cognitive behavior therapy for fatigue syndrome: predictors of treatment outcome. *Psychosomatic Medicine*, 64: 90-95.
- Reber, S. (1988). Dictionary of psychology. Tehran. Roshd Pub.
- Ridsale, L., Godfery, E., Chalder, T. et al. (2001). chronic fatigue in general practice: Is counseling as good as cognitive behavior therapy? An UK randomized trial. *Br. J. of Gen. Pract.*, 51: 19-24.
- Sharpe, M. (1998). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: Efficacy and implications. *The Am. J of Med.* 105 (3A): 104S-109S.
- Sharpe, M. (1997). Chronic fatigue syndrome. *In Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy.* (eds. D. M. Clark & C. G. Fairburn). PP: 380-414. Oxford University press.
- Sharpe, M. (1997). Cognitive behavior therapy for functional somatic complaints, the example of chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics.*, 38 (4): 350-359
- Sharpe, M., Hawton, K. E, Simking, S. et al. (1996a). Cognitive behavior

- therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *BMJ*, 312: 22-26.
- Sharpe, M. (1996). chronic fatigue syndrome. *Consultation Liaison Psychiatry*, 35: 549-567.
- Stewart, A. L., Hays, R. D. & Ware, J. E. (1988). The MOS short-Form general health survey: Reliability and validity in a practice population, *Medical Care*, 26(7): 724-735.
- Surawy, C. Hackman, A., Hawton, K. & Sharpe, M. (1995). chronic fatigue syndrome: A cognitive approach. *Behav. Res. Ther.*, 33: 334-344.
- Tyler, P. A. Carroll, D. & Cumingham, S. E. (1991). Stress and well-being in nurses: A comparison of the public and private sectors. *Inter. J. Nurses. Study*, 28: 156-161.