

بررسی میزان به کارگیری و اثربخشی روش‌های کاهنده خستگی در بیماران مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران

شیوا سادات بصام‌پور^۱ دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۲ دکتر سقراط فقیه‌زاده^۳ فاطمه منجدبی^۴
^۱ مربی پرستاری^۲ استادیار گروه داخلی جراحی^۳ کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تهران^۴ استاد گروه آمار زیستی
دانشگاه تربیت مدرس

حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران دوره ۱۱ شماره ۴-۳ پاییز و زمستان ۱۳۸۴ صص ۲۷-۲۹

چکیده

زمینه و هدف: ۷۵-۹۰ درصد از بیماران مبتلا به MS از خستگی رنج می‌برند، اهمیت خستگی و اثرات آن بر زندگی بیماران لزوم استفاده از روش‌های کاهنده خستگی غیردارویی را مورد تأکید قرار داده است. **روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع پیمایشی - مقطعی است که تعداد ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها پرسش و پاسخ و ابزار آن پرسشنامه بود. جهت اندازه‌گیری خستگی از مقیاس اندازه‌گیری شدت خستگی (FSS)، همچنین جهت اندازه‌گیری میزان به کارگیری و اثربخشی روش‌های کاهنده خستگی از پرسشنامه روش‌های کاهنده خستگی و مقیاس راحتی از خستگی استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیشترین درصد واحدهای مورد مطالعه (۶۳٪) دچار خستگی شدید (۷۰-۸۰) بودند. همچنین شایع‌ترین روش‌های کاهنده خستگی عبارت بود از: دراز کشیدن (۵۱٪) تماشا کردن تلویزیون (۳۰٪) استراحت دوره‌ای (۲۸٪) نشستن بدون انجام فعالیت (۲۸٪). اثربخش‌ترین روش‌های کاهنده خستگی مورد استفاده بیماران در پژوهش حاضر خوابیدن (۸۱٪)، چرت روزانه (۸٪)، دوش آب ولرم (۷/۲۵)، دوری از گرما (۷/۱۶) و نرمش کردن (۷/۱۴) بوده است. در بررسی علایم همراه با خستگی نتایج نشان داد که شدت خستگی بر برخی علایم مثل کرختی اندام‌ها، گسستگی فکری، اختلال در حافظه، بی‌حوصلگی، نداشتن ظرفیت انجام کار، احساس ضعف و بی‌حالی و تغییر وزن (کاهش یا افزایش وزن) تأثیر داشته است. میان شدت خستگی و اثربخشی کلی روش‌های کاهنده خستگی ارتباط معکوس بوده و معنادار نمی‌باشد ($r = -0.63$ و $p = 0.032$). به عبارتی هنگامی که شدت خستگی در بیماران مبتلا به MS بالا می‌رود هیچ روشی نمی‌تواند به طور کامل این خستگی را بر طرف نماید.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد مؤثرترین روش‌های کاهنده خستگی: خوابیدن، چرت روزانه، دوش آب ولرم، دوری از گرما و نرمش کردن بوده است. در این بیماران آموزش‌های پرستاری، فعالیت‌های روزانه و مراقبت‌ها باید به گونه‌ای باشد که بیمار در فواصل متناسب اقداماتی جهت کاهش خستگی خود انجام دهد. اما چنانچه بیمار به سطح بالای خستگی برسد استفاده از هر روشی؛ از آسان‌ترین و در دسترس‌ترین می‌تواند در کاهش خستگی مؤثر باشد.

^۱ نویسنده مسؤول
مقاله: دانشکده
پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی
تهران

e-mail:
SH_BassamPoor@
yahoo.com

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، خستگی، روش‌های کاهنده خستگی، اثربخشی، پرستار

- تاریخ دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۴ - تاریخ پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۸۴

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS=Multiple sclerosis) نوعی بیماری

پیشرونده و تحلیل‌برنده غلاف میلینی سلول‌های عصبی، در سیستم اعصاب مرکزی است. (۱) به طور معمول اولین تظاهرات این

مشخص شد که ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به MS از خستگی و اثرات آن بر فعالیت و کار روزانه خود رنج می‌برند، برخی از این بیماران شغل خود را از دست می‌دهند چرا که خستگی توانایی افراد را برای انجام وظایف و نقش‌های فردی و اجتماعی، کار و فعالیت و حفظ یک زندگی طبیعی کاهش می‌دهد، همچنین نتایج این تحقیق نشان می‌دهد ۷۱ درصد بیماران شاغل در طول یک ماه چندین روز غیبت از کار داشته‌اند، ۲۸ درصد از بیماران در اثر خستگی شدید مجبور به استعفاء شده‌اند و ۷۵ درصد بیماران در اثر خستگی شدید مجبور به تغییر شغل و پذیرش شغل‌های دیگر شده‌اند که کاهش درآمد ماهیانه را در پی داشته است. (۷) اولین قدم در راه کنترل خستگی در این بیماران ارزیابی صحیح خستگی، بررسی شدت خستگی و افتراق آن از سایر علایم و نشانه‌های این بیماری می‌باشد و درمان آن شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی است. درمان‌های دارویی اغلب تا حدودی مؤثر می‌باشند و میزان تأثیر آنها از بیماری به بیمار دیگر متفاوت می‌باشد. (۵) Bakshi درمان‌های غیردارویی خستگی در بیماران مبتلا به MS را شامل ورزش، استراتژی‌های نگهدارنده انرژی، توانبخشی و آموزش‌های طولانی مدت مراقبت از خود می‌داند. (۸) به عقیده Zimmerman درمان‌های غیردارویی خستگی در این بیماران شامل فعالیت، استراحت، خواب منظم و استراحت‌های کوتاه مدت بین فعالیت‌ها است. (۹) به نظر پایالاردو روش‌های کاهش خستگی غیردارویی هیچ‌گونه هزینه و بار مالی را به بیماران تحمیل نمی‌کند، مقدار، زمان و عوارض جانبی خاصی

بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علایمی چون اضطراب، ضعف، کاهش قدرت هماهنگی، خواب رفتن اندام‌ها، اختلال بینایی و تغییرات روانی مثل افسردگی، ناامیدی و کاهش قدرت حل مشکل بروز می‌کند. اگر چه بیماری MS باعث ایجاد اختلالات جسمی، روحی و روانی متعددی می‌شود، اما یکی از شایع‌ترین علایم این بیماری که سبب ناراحتی‌های روحی و روانی جدی و متعدد می‌شود، خستگی است. (۲) آمار مبتلایان به MS در دنیا ۲/۵ میلیون نفر است. (۳) در ایران شیوع MS در حدود ۳۰-۱۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است. (۴) در مطالعه‌ای که توسط Zifko در آمریکا صورت گرفت مشخص شد که ۷۵-۹۰ درصد از بیماران مبتلا به MS از خستگی رنج می‌برند و ۶۰-۵۰ درصد بیماران گزارش کردند که خستگی در ابعاد مختلف زندگی آنان اختلال ایجاد می‌کند، وی همچنین نشان داد خستگی مهم‌ترین عامل کاهش کیفیت زندگی و بی‌کاری در بیماران مبتلا به MS است در حالی که مکانیزم آن ناشناخته و بسیار پیچیده است. در بیماران مبتلا به MS خستگی به شکل ضعف ناگهانی و کاهش تحمل فرد به فعالیت بروز می‌کند و اغلب باعث ایجاد مشکلات متعددی برای این بیماران می‌شود به شکلی که بیمار صبح خود از منزل خارج می‌شود و بعد از ظهر با صندلی چرخ‌دار به منزل بر می‌گردد. (۵) در مطالعه‌ای که توسط رئیسی در ایران صورت گرفت مشخص شد تعداد دفعات بروز خستگی در ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به MS بیش از ۲۸ بار در طول یک ماه می‌باشد. (۶) در مطالعه دیگری که توسط Pappalardo و Reggio صورت گرفت

مؤثرترین و مورد توجه‌ترین روش‌ها جهت آموزش بیماران مبتلا به MS این مرزوبوم به پرستاران و مددجویان آنها معرفی می‌گردد تا هر بیمار با توجه به شرایط اختصاصی خود در صورت تمایل، آنها را برگزیند.

روش بررسی

بررسی حاضر یک مطالعه پیمایشی - مقطعی می‌باشد که به منظور تعیین میزان به‌کارگیری و اثربخشی روش‌های کاهنده خستگی در بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران سال ۱۳۸۳ به اجرا در آمده است. نمونه‌های این پژوهش که با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده انتخاب شده بودند عبارت بودند از ۱۰۰ بیمار مبتلا به MS از نوع عودکننده - خاموش شونده؛ با شدت متوسط (عدم محدودیت بیمار به صندلی چرخ‌دار و یا نبودن در مرحله عود بیماری)؛ در سنین ۴۵-۲۰ سال؛ بدون ابتلای به بیماری‌های روانی، بیماری مزمن کلیوی، قلبی، ریوی و گوارشی (نظیر سیروز) و در نهایت عدم مصرف داروهای کاهنده خستگی (Amantadine، Modafinil و Pemolin). روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش و پاسخ و با استفاده از پرسشنامه‌ی چهار بخشی بود: بخش اول پرسشنامه به بررسی خصوصیات فردی و بیماری اختصاص داشت. بخش دوم مقیاس اندازه‌گیری شدت خستگی (FSS= Fatigue Severity Scale) جهت سنجش شدت خستگی بود. این مقیاس شامل ۹ سؤال بود که به طریق Likert (عدم وجود خستگی نمره صفر تا خستگی شدید نمره ۷)

ندارند و اگر به شکل کامل و صحیح استفاده شوند حتماً باعث کاهش خستگی در بیماران مبتلا به MS خواهند شد. (۷) در مطالعه‌ای که توسط Rogers و Stuijbergen بر روی تجربه خستگی و راه‌های مقابله با آن در بیماران مبتلا به MS انجام گرفت روش‌های مورد استفاده بیماران برای کاهش خستگی به پنج دسته تقسیم شدند که شامل حفظ انرژی، تمدید انرژی، افزایش مقاومت در مقابل خستگی، کنترل دما و انحراف افکار بود. (۱۰) انجام مطالعات فراوان در زمینه خستگی در بیماران مبتلا به MS و کسب اطلاعات بیشتر در مورد ابعاد مختلف این پدیده‌ی چند بُعدی و چند علتی، می‌تواند منجر به افزایش دانش و آگاهی ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی و بیماران در مورد خستگی شود. ارایه اطلاعات مناسب به بیماران نیز می‌تواند به آنان کمک کند تا آنها خستگی را قسمتی از بیماری خود بدانند و آن را نشانه پیشرفت بیماری تلقی نکنند. در کشور ما تاکنون بر روی روش‌های کاهنده خستگی، میزان به‌کارگیری و اثربخشی آن در بیماران مبتلا به MS مطالعه‌ای صورت نگرفته و مشخص نیست که این بیماران معمولاً از چه روش‌هایی استفاده می‌کنند و این که تا چه حد این روش‌ها در کاهش خستگی آنها مؤثر است. لذا در تحقیق حاضر میزان به‌کارگیری هر یک از روش‌های کاهنده خستگی در ابتدا بررسی شده و سپس اثربخشی گزارش شده هر یک از روش‌ها مورد مقایسه قرار گرفت تا در نهایت مشخص گردد آیا ارتباطی میان میزان خستگی و اثربخشی گزارش شده هر یک از روش‌های کاهنده خستگی وجود دارد یا خیر. بدین ترتیب

اعتبار محتوا و جهت پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد که ضریب همبستگی آن $r=0/74$ به دست آمد. جهت گردآوری داده‌ها؛ هر یک از واحدهای مورد پژوهش یک بار مصاحبه گردید. در صورت بالاتر بودن نمره حاصل از پرسشنامه FSS از عدد ۴۰، شدت خستگی شدید و چنانچه نمره پایین‌تر از عدد ۴۰ بود شدت خستگی خفیف طبقه‌بندی شد. همچنین رهایی از خستگی (اثربخشی روش‌های کاهنده خستگی) در سه سطح پایین (نمره صفر تا ۳)، متوسط (نمره ۳/۱ تا ۶/۹) و بالا (نمره ۷ تا ۱۰) طبقه‌بندی گردید. برای هر یک از روش‌های به کار گرفته شده میانگین اثربخشی کلی (حاصل جمع تمامی اثربخشی‌های ذکر شده بر تعداد بیماران استفاده کننده از آن روش) نیز تعیین شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های مجذور کای و دقیق فیشر) توسط نرم‌افزارهای SPSS version 14 و EXCEL مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

مطالعه نشان داد در بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۶۳ درصد) شدت خستگی شدید (۷۰-۴۰) بوده است. نتایج یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد در بُعد حفظ انرژی، بیشترین میزان به‌کارگیری (۵۱ درصد) مربوط به روش دراز کشیدن بوده و تنها ۴ درصد از واحدهای مورد پژوهش از روش کمک گرفتن از دیگران و یا دست از کار کشیدن استفاده می‌کردند. در بُعد افزایش مقاومت در مقابل خستگی، بیشترین میزان به‌کارگیری

پاسخ داده می‌شد. بخش سوم پرسشنامه مربوط به روش‌های کاهنده خستگی بود. این پرسشنامه فهرستی است شامل: روش‌های کاهنده خستگی که در پنج طبقه حفظ انرژی (کاهش وظایف، کمک گرفتن از دیگران، دراز کشیدن، چرت روزانه، نشستن و ادامه فعالیت، نشستن بدون انجام فعالیت، خوابیدن و دست از کار کشیدن)، افزایش مقاومت در مقابل خستگی (انجام فعالیت‌های ساده مانند خانه‌داری، نرمش کردن، قدم زدن، معاشرت با دوستان و خانواده)، انحراف افکار (تن آرامی یا Meditations، عبادت کردن، انجام تمرینات یوگا و نگرش مثبت به زندگی)، تمدید انرژی (گوش دادن به موسیقی، استراحت دوره‌ای، مطالعه کردن و تماشا کردن تلویزیون)، کنترل دما (دوری از گرما، استفاده از نوشیدنی‌های خنک و دوش آب ولرم) و سایر روش‌ها (خوردن و آشامیدن، سیگار کشیدن و ...) بود. بخش چهارم پرسشنامه، مقیاس راحتی از خستگی است بدین صورت که جهت هر یک از روش‌های کاهنده خستگی از مقیاس رهایی از خستگی استفاده گردید تا اثربخشی هر یک از روش‌ها در کاهش خستگی مورد سنجش قرار گیرد. این مقیاس شامل یک نمودار دیداری ۱۰ سانتیمتری بود که عدد صفر مبین غیر مؤثر بودن و عدد ده نشانه مؤثر بودن روش در کاهش خستگی است. به تمامی بیماران اطمینان داده شد اطلاعات به دست آمده کاملاً محرمانه می‌باشد، همچنین در صورت عدم تمایل در هر مرحله از مطالعه بیماران می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. به منظور بررسی اعتبار علمی پرسشنامه روش‌های کاهنده خستگی از روش

(۶۶/۱ درصد) از بیماران و در بُعد سایر روش‌ها سیگار کشیدن (۵۷/۱ درصد) اثربخشی بالا داشته است (جدول شماره ۱).

یافته‌ها مؤید آن است که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۸۸ درصد) احساس ضعف و بی‌حالی و کم‌ترین تعداد (۲۹ درصد) کم شدن اشتها را به عنوان علامت همراه با خستگی ذکر نموده‌اند. آزمون آماری مجذور کای بین شدت خستگی و برخی علایم همراه با خستگی نظیر: کرختی اندام‌ها $p=0/05$ گسستگی فکری $p=0/059$ اختلال در حافظه $p=0/002$ ، بی‌حوصلگی $p=0/008$ ، نداشتن ظرفیت انجام کار $p=0/002$ ، تغییر وزن $p=0/002$ ، احساس ضعف و بی‌حالی $p=0/027$ رابطه آماری معناداری را نشان داده است (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط بین میزان اثربخشی کلی روش‌های کاهنده خستگی مورد استفاده با میزان خستگی، معکوس و بدون معنا است ($p=0/032$ و $r=-0/63$).

(۱۵ درصد) مربوط به روش مشغول کردن خود به امور خانه و کم‌ترین میزان به کارگیری (۲ درصد) مربوط به روش معاشرت با خانواده بوده است. در بُعد انحراف افکار، بیشترین میزان به کارگیری (۶ درصد) مربوط به روش انجام تمرینات یوگا بوده است در حالی که تنها ۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش از روش نگرش مثبت به زندگی استفاده می‌کردند. در بُعد تمديد انرژی، نیز ۳۰ درصد واحدهای مورد پژوهش تماشا کردن تلویزیون و ۲۸ درصد استراحت دوره‌ای داشته‌اند و کم‌ترین میزان (۵ درصد) واحدهای مورد پژوهش از روش مطالعه کردن استفاده می‌کردند. در بُعد کنترل دما، فقط ۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش از روش دوری از گرما و فقط ۳ درصد روش استفاده از نوشیدنی خنک را به کار برده‌اند. در بُعد سایر روش‌ها نیز بیشترین میزان به کارگیری (۱۳ درصد) مربوط به روش خوردن و آشامیدن بوده است.

این مطالعه مشخص نمود بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۸۰ درصد) اثربخشی روش چرت روزانه مربوط به بُعد حفظ انرژی را در کاهش خستگی بالا (نمره ۷-۱۰) ذکر نمودند. در بُعد افزایش مقاومت در مقابل خستگی روش نرمش کردن در بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۵۷/۱ درصد) اثربخشی بالا داشته است. در بُعد انحراف افکار بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۵۰ درصد) اثربخشی روش تن آرامی و انجام تمرینات یوگا، در بُعد تمديد انرژی روش استراحت دوره‌ای در (۵۷/۱ درصد) از بیماران، در بُعد کنترل دما روش دوری از گرما در

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی میزان به کارگیری و اثربخشی برخی از روش‌های کاهشده خستگی بر حسب نوع روش در مراجعه‌کنندگان به انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۳

میانگین اثربخشی	درصد	تعداد	فراوانی نوع روش	ابعاد کاهش خستگی
۶/۳۹	۵۱/۰	۵۱	دراز کشیدن	حفظ انرژی
۶/۱۸	۲۸/۰	۲۸	نشستن بدون انجام فعالیت	
۵/۱۷	۱۵/۰	۱۵	مشغول کردن خود به امور خانه	افزایش مقاومت در مقابل خستگی
۵	۶/۰	۶	انجام تمرینات یوگا	انحراف افکار
۷	۵/۰	۵	عبادت کردن	
۶/۶۴	۲۸/۰	۲۸	استراحت دوره‌ای	تمدید انرژی
۵/۳۷	۳۰/۰	۳۰	تماشا کردن تلویزیون	
۷/۱۶	۶/۰	۶	دوری از گرما	کنترل دما
۵/۲۳	۱۲/۰	۱۲	خوردن و آشامیدن	سایر روش‌ها

جدول شماره ۲ - خلاصه نتایج آزمون آماری رابطه متغیر شدت خستگی و علایم همراه با خستگی در بیماران مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون دقیق فیشر و قضاوت	علایم همراه با خستگی
$p=۰/۰۵۹$ معنادار است	گسستگی فکری
$p=۰/۰۰۲$ معنادار است	اختلال در حافظه
$p=۰/۰۰۸$ معنادار است	بی‌حوصلگی
$p=۰/۰۰۲$ معنادار است	نداشتن ظرفیت انجام کار
$p=۰/۰۰۲$ معنادار است	تغییر وزن
$p=۰/۰۲۷$ معنادار است	احساس ضعف و بی‌حالی
$p=۰/۰۰۵$ معنادار است	کرختی اندام
$p=۰/۳۴۸$ معنادار نیست	اختلال خواب
$p=۰/۲۵$ معنادار نیست	کم شدن اشتها
$p=۰/۱۱۵$ معنادار نیست	کوفتگی

هزینه‌های ناشی از درمان، استفاده از روش‌های غیر دارویی و غیرتهاجمی کاهشده خستگی با توجه به مزایای آن از جمله نداشتن هیچ‌گونه

بحث
با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به MS در ایران و همچنین افزایش

عارضه جانبی و هزینه مالی، سهولت اجرا، در دسترس بودن، غیرتهاجمی بودن و قابل اجرا بودن توسط بیمار بسیار با ارزش خواهد بود زیرا مراقبت و نگهداری این بیماران و علایم بیماری خصوصاً خستگی و پیامدهای آن بر تمام ابعاد زندگی این بیماران سایه افکنده است. (۱۱)

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که به ترتیب بیشترین میزان استفاده از روش‌های کاهش خستگی رایج مربوط به روش‌های زیر بوده است: دراز کشیدن، تماشا کردن تلویزیون، استراحت دوره‌ای، نشستن بدون انجام فعالیت و خوابیدن. مطالعه Coryell و Kraft، Freal با عنوان «علامت خستگی در MS» که بر روی ۶۵۶ بیمار مبتلا به MS ساکن در ایالت واشنگتن انجام گرفت مبین آن بود که ۹۰ درصد بیماران از استراحت دوره‌ای و چرت روزانه و ۲۸ درصد بیماران از عبادت کردن و تن آرامی و ۲۷ درصد بیماران از ورزش سبک (نرمش) هنگام خستگی خود استفاده می‌کردند. (۱۲) با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر میانگین اثربخشی کلی روش‌های کاهش خستگی مورد استفاده بیماران مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران به ترتیب: خوابیدن (۸/۱۷)، چرت روزانه (۸/۴)، دوش آب ولرم (۷/۲۵)، دوری از گرما (۷/۱۶)، نرمش کردن (۷/۱۴)، عبادت کردن (۷/۰) و معاشرت با خانواده (۷/۰) بوده است. سادات صفوی در تحقیق خود گزارش نمود اثربخشی روش‌های مورد استفاده خوابیدن ۷/۶ نرمش کردن ۷/۰۶، تقاضای کمک از دیگران ۶/۹۵ و معاشرت کردن ۵/۹۵ بوده است.

بیماران مبتلا به MS اکثراً جوان بوده در مرحله مولد زندگی خویش به سر می‌برند

بنابراین خستگی اثرات بسیار مخربی بر زندگی آنان خواهد داشت. از این رو خستگی باید به عنوان یکی از علایم مهم مدنظر پرستاران، مراقبین در منزل و درمانگران این بیماران قرار گیرد. از آنجا که شدت خستگی در بیماران مبتلا به MS در مقایسه با افراد سالم بالاتر است لذا، آموزش‌های پرستاری، فعالیت‌های روزمره و مراقبت‌ها باید به گونه‌ای باشد که بیمار در فواصل متناسب اقداماتی (اقداماتی که برای هر فرد خاص بر اساس آموزش‌ها، امکانات، توانایی‌ها و تجربه مؤثرتر باشد) جهت کاهش خستگی خود انجام دهد. این اقدامات نباید محدود به مواردی باشند که بیمار در زمان گذشته استفاده می‌نموده است بلکه این بیماران می‌توانند روش‌های جدید را آزمایش کرده، تکرار نموده و از آن سود ببرند. چنانچه بیمار به سطح بالای خستگی رسید بر اساس یافته‌های این مطالعه استفاده از هر روشی که معمولاً آسان‌ترین و در دسترس‌ترین روش تلقی می‌گردد می‌تواند در کاهش خستگی مؤثر باشد. در بیشترین تعداد بیماران مذکور شدت خستگی بالا بوده که این مسأله خود بیانگر اهمیت خستگی و اثر آن بر تمام ابعاد زندگی و فعالیت‌های روزانه این بیماران می‌باشد. به علاوه این پژوهش نشان داد خستگی با یک سری از علایم ناراحت‌کننده همراه است که خود این علایم مثل بی‌خوابی، گسستگی فکری و اختلال در حافظه می‌تواند بر کیفیت زندگی، شخصیت، کار، مسایل اجتماعی و خانوادگی فرد اثرات بسیار مخربی بر جا گذارد. بنابراین مراقبین این بیماران به خصوص پرستاران نه تنها باید به خستگی بلکه به علایم همراه با آن نیز توجه ویژه‌ای داشته باشند.

می‌شود و اغلب بیماران مبتلا به MS از فعالیت و گرمای حاصل از آن هراس داشته و به توانایی خود در این زمینه اطمینان لازم را ندارند. آموزش به بیماران جهت یک برنامه‌ریزی صحیح از وظایف پرستاران محسوب می‌شود. نتایج به دست آمده از تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که خستگی ناشی از تمرینات بدنی باعث تشدید بیماری MS نمی‌شود. جنبه منفی خستگی در مبتلایان به MS این است که در برخی از آنها خستگی ناشی از تمرینات ورزشی آن قدر طول می‌کشد که توازن بین زمان تمرین و رفع خستگی به هم می‌خورد. (۱۵) با توجه به این که پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود تا به مطالعات نیمه تجربی هم‌چون بررسی آموزش انواع روش‌های کاهنده خستگی و تأثیر آن بر روی خستگی در بیماران مبتلا به MS پرداخته شود. هم‌چنین از آنجا که در پژوهش حاضر مقایسه‌ای بین روش‌های کاهنده خستگی در مردان و زنان صورت نگرفته است پیشنهاد می‌شود تا مطالعه‌ای با عنوان بررسی مقایسه‌ای روش‌های کاهنده خستگی در مردان و زنان مبتلا به MS پرداخته شود.

تشریح و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی تهران بوده است. بدین وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت همه کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند اعلام می‌نماییم.

نتایج این مطالعه مؤید آن است که شایع‌ترین روش‌های مورد استفاده دراز کشیدن، تماشا کردن تلویزیون، استراحت دوره‌ای، نشستن بدون انجام فعالیت و خوابیدن بود که لزوماً مؤثرترین روش‌ها محسوب نمی‌گردیدند. به طور معمول استراحت، دراز کشیدن و خوابیدن پاسخ معمول به خستگی تلقی شده و اغلب توسط اطرافیان و گروه پزشکی به مددجویان هم توصیه می‌شود. اگر چه این روش‌ها در مورد رفع خستگی حاد مؤثر می‌باشد اما در مورد خستگی مزمن می‌تواند منجر به افزایش خستگی گردد. مطالعه‌ی Wininghame نیز نشان می‌دهد که الزاماً شایع‌ترین روش‌های کاهنده خستگی از مؤثرترین روش‌ها محسوب نمی‌شوند و به طور معمول رایج‌ترین روش کاهنده خستگی در بیماران استراحت و کاهش فعالیت می‌باشد، این در حالی است که استفاده از استراحت در خستگی مزمن منجر به افزایش میزان خستگی گشته و کاهش فعالیت فیزیکی، منجر به ناتوانی بیمار خواهد شد. (۱۳)

مکانیسم فیزیولوژیکی این پدیده مشخص نشده است. مطالعات نشان می‌دهد که هر چه فرد بی‌حرکت‌تر باشد انرژی کمتری جهت فعالیت در اختیار خواهد داشت. کاهش فعالیت فیزیکی باعث کم شدن توده عضلانی و کاهش بیشتر عملکرد خواهد شد. اثر تمرینات ورزشی (انقباض و استراحت توده عضلانی در یک دوره زمانی) بر روی بهبود عملکرد فیزیکی بیماران مبتلا به MS ثابت شده است. در مطالعات اخیر نیز تأثیر این روش‌ها در کاهش خستگی نشان داده شده است. (۱۴)

نتیجه‌گیری

استراحت طولانی در رختخواب و بی‌حرکی طولانی منجر به کاهش غیر قابل جبران انرژی

References

- 1 - Solari A, Radice D. Health status of people with multiple sclerosis: a community mail survey. *Neurol Sci.* 2001; 22(1): 307-315.
- 2 - MC Guinness S, Peters S. The diagnosis of multiple sclerosis: Peplaus interpersonal relation's model in practice. *Rehab Nurs.* 1999; 24(1): 30-36.
- 3 - Clinical trial on MS related fatigue of MSS. Available at: [http:// www. mss.](http://www.mss) Accessed 2000.
- ۴- نفیسی شهریار. سمینار بیماری MS. ماهنامه ندا، نشریه داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۷۸؛ ۲(۱۰): صفحات ۹-۱۰.
- 5 - Zifko U. Treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis. *Wien Med wochenschr.* 2003; 153(3-4): 65-72.
- ۶- رئیسی حمیده. بررسی تأثیر آموزش بر نحوه مراقبت از خود و میزان بروز مشکلات شایع در بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های داخلی اعصاب شهر شیراز در سال ۱۳۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۷.
- 7 - Pappalardo A, Reggio E. Management of fatigue in multiple sclerosis. *Europa Medicophyica.* 2003; 39(3): 147-151.
- 8 - Bakshi R. Fatigue associated with multiple sclerosis: diagnosis, impact and management. *Mult Scler.* 2003; 9(3): 219-227.
- 9 - Zimmermann C, Hohlfeld R. Fatigue in multiple sclerosis. *Nervenarzt* 1999; 70(6): 566-574.
- 10 - Stuijbergen AK, Rogers S. The experience of fatigue and strategies of self-care among persons with multiple sclerosis. *Appl Nurs Res.* 1997; 10(1): 2-10.
- ۱۱ - شهابی ونوس. بررسی خستگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب بیمارستان شریعتی در سال ۱۳۸۰. پایان‌نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰.
- 12 - Freal J, Kraft G, Coryell J. Symptomatic fatigue in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 1984; 65: 135-138.
- 13 - Winingham M, Nail L. Fatigue and the cancer experience: the state of knowledge. *Oncology Nursing Forum.* 1994; 21: 23-36.
- 14 - De Groot MH, Phillips SJ, Eskes GA. Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: implications for stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2003; 84(11): 114-122.
- ۱۵ - کرافت ج، کاتانزارو م. زندگی با ام اس، ترجمه دبیرزاده علیرضا. تهران: نشر ثمره، ۱۳۷۸؛ ۱۵.