

بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به کمردرد مزمن مراجعه کننده به مراکز فیزیوتراپی اردبیل ۱۳۸۳

فریده مصطفی زاده^۱، معصومه رستم نژاد^۱، مهرناز مشعوفی^۱، دکتر حبیب افضلی فرد^۲

۱- مربی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده پرستاری و مامایی

۲- استاد یار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

افلاک / سال دوم / شماره ۳۰۲ / بهار و تابستان ۸۵

چکیده

مقدمه و هدف: کمردرد یکی از شایعترین معضلات بهداشتی جوامع مختلف دنیا به شمار می رود که طبق گزارش انستیتو ملی سلامت حدود ۸۰-۵۰٪ از جمعیت جهان حداقل یکبار آن را در زندگی خود تجربه کرده اند و در صورت مزمن شدن کمردرد مشکلات مختلف اجتماعی، شخصی، اقتصادی، روانی و ... برای فرد بوجود می آید و باعث تاثیر جدی روی کیفیت زندگی افراد می شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام شده است.

مواد و روشها: ۹۱ بیمار مبتلا به کمردرد مزمن در یک مطالعه توصیفی - مقطعی مورد بررسی قرار گرفتند که این بیماران به مراکز فیزیوتراپی شهر اردبیل در سال ۱۳۸۳ مراجعه کرده بودند و کمردرد مزمن بر اساس شرح حال و ویزیت پزشک متخصص تشخیص داده شده بود. یافته ها با استفاده از یک پرسشنامه با ۹ سطح (هر سطح ۶ سوال) جمع آوری شدند و پاسخ هر سوال از ۱ تا ۶ بر حسب شدت مشکلاتی که شخص تجربه می کند کدگذاری شد. پس از ثبت اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان دادند که ۴۶ نفر (۵۱/۷٪) قادر به مراقبت از خود هستند. ۳۱ نفر (۳۴/۴٪) با بلند کردن اشیاء سنگین دچار کمردرد زیاد می شوند. ۲۷ نفر (۳۰٪) با پیاده روی بیش از ۱ کیلومتر در روز دچار کمردرد می شوند. ۲۴ نفر (۲۷/۲٪) بیش از یک ساعت قادر به نشستن در یک محل نیستند و دچار کمردرد می شوند. ۲۶ نفر (۲۹/۹٪) بیش از ۱۰ دقیقه قادر به ایستادن در یکجا نیستند. ۴۰ نفر (۴۷/۲٪) با مسافرت دچار کمردرد می شوند. ۴۵ نفر (۶۶/۵٪) کمردرد باعث عدم خواب مناسب می شود. ۲۲ نفر (۲۸/۹٪) بعد از فعالیت جنسی دچار کمردرد می شوند. ۳۵ نفر (۴۰/۲٪) در زندگی اجتماعی روزمره دچار مشکل می شوند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت، برای رسیدن به کیفیت مطلوب زندگی و بدون مشکل برگزاری کارگاههای آموزشی برای بیماران، پرسنل بهداشتی و خانواده های بیماران دارای اهمیت می باشد. تا با کنترل بیماری از میزان از کار افتادگی، محدودیت اجتماعی، نگران های روحی و مراجعه مکرر به پزشکان برای درمان کاسته شود.

واژه های کلیدی: کمردرد مزمن، کیفیت زندگی

مقدمه

کمر درد یکی از شایعترین معضلات بهداشتی جوامع مختلف دنیا به شمار می رود طبق گزارش انستیتو ملی سلامت حدود ۸۰-۵۰٪ از جمعیت جهان حداقل یک بار آن را در زندگی خود تجربه کرده اند (۳،۲،۱). کمر درد بعد از سردرد دومین دلیل مراجعه بیماران به پزشک و پنجمین دلیل بستری شدن افراد در بیمارستان ها می باشد (۴). مرکز ملی آمار بهداشتی ایالات متحده آمریکا گزارش داده که کمر درد مهمترین عامل محدودیت فعالیت و کار آیی افراد زیر ۴۵ سال جامعه می باشد (۵). کمر درد ممکن است بصورت حاد (کمتر از ۳ ماه) یا مزمن در بیاید یعنی بیش از ۳ ماه طول بکشد (۶). تحقیقات نشان داده اند که کمر درد مزمن یک بیماری شایع در جمعیت جهانی است که عواملی همچون زایمان سخت و طولانی، ایستادن یا رانندگی طولانی مدت، کار فیزیکی سنگین و بلند کردن اشیاء سنگین، ورزش و تحرک کم، سیگار کشیدن و الکل چاقی، وضعیت بد بدن^۱، سرفه و عطسه مزمن، استرس ها و عوامل روانی و سابقه خانوادگی، نژاد، صدمه به ستون فقرات و ... باعث کاهش قابلیت انعطاف و قدرت عضلانی در ستون فقرات و ایجاد یا تشدید کمر درد می شوند (۹،۸،۷). مطالعه ای توسط لینسون^۲ در سال ۱۹۹۸ نشان داده که ۶۰٪ از افراد با سابقه یکبار کمر درد تا یکسال پس از اولین ابتلا مجدداً به این درد مبتلا می شوند و حدود ۴۵٪ از این افراد دچار کمر درد مزمن در طول زندگی خود می شوند (۱۰). در صورت مزمن شدن کمر درد مشکلات اجتماعی، شخصی، اقتصادی و روانی زیادی برای فرد بوجود می آید بطوری که تحقیقات نشان داده اند که کمر دردهای مزمن و طولانی باعث کاهش اعتماد به نفس فرد، خستگی، مشکلات شخصی و جمعی، مشکلات جنسی، افت عملکرد شخصی، درسی و ارتباطی و ... در فرد می شود (۱۱،۱۲،۱۳).

کمردرد مزمن ممکن است تاثیر جدی بر روی کیفیت زندگی افراد بگذارد بطوری که افراد مبتلا نمی توانند بدون دغدغه و ناراحتی به زندگی خود ادامه دهند و کیفیت زندگی آنها دچار اختلال و مشکل می شود (۱۴،۱۵). کیفیت زندگی به رضایت مندی فرد در رابطه با حیطة ای از مسایل زندگی اطلاق می شود که از نظر فرد مهم تلقی می شود آنچه که در درمان و مراقبت از یک بیماری مزمن چون کمر درد اهمیت دارد علاوه بر کنترل علائم بیماری، بهبود کیفیت زندگی بیمار می باشد و مسایلی همچون محدودیتهای اجتماعی، فیزیکی و مشکلات جسمی ناشی از کمر درد از جمله مواردی قابل بررسی در ارزیابی کیفیت زندگی به شمار می روند و کشف مشکلات مربوط به کیفیت زندگی فرد در بهبود روند درمان کمک می کند (۱۶،۱۷). در مطالعه حاضر هدف آن است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن مورد ارزیابی قرار گیرند تا با بررسی کیفیت زندگی بیماران اقدامات درمانی و آموزشی و راهنمایی های لازم برای بیماران را بتوان به نحو احسن انجام داد.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت یک مطالعه توصیفی - مقطعی در طی شش ماهه دوم سال ۸۳ انجام شد در این پژوهش، تمام بیمارانی که با تشخیص کمردرد مزمن براساس علائم بالینی (کمر درد بیش از ۳ ماه بطور مداوم) که توسط پزشک متخصص تأیید شده و به مراکز فیزیوتراپی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند که تعداد بیماران در این مدت ۹۲ نفر شد. افرادی که به بیماریهای روانی از قبیل افسردگی و یا سابقه مصرف داروهای مسکن و کورتیکو استروئیدها به مدت طولانی داشتند، از مطالعه حذف شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ای که روائی آن توسط چندین متخصص مربوطه تأیید شده بود

1. Poor Posture
2. Liebenson

بیش از یک ساعت قادر به نشستن در یک محل نبودند و دچار کمردرد می شدند در ۲۶ نفر (۲۹/۹٪) کمردرد باعث می شد تا افراد بیش از ۱۰ دقیقه نتوانند ایستاده فعالیت نمایند. ۴۰ نفر (۴۷/۸٪) با سفر کردن و نشستن در ماشین دچار کمردرد می شدند. در ۵۴ نفر (۶۶/۷٪) کمردرد باعث عدم خواب راحت می شد. ۲۲ نفر (۲۸/۹٪) بعد از انجام فعالیت جنسی دچار کمردرد می شدند. ۳۵ نفر (۴۰/۲٪) هم در زندگی روزمره و اجتماعی خود دچار کمی کمردرد می شدند (جدول ۱).

میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد مبتلا 20 ± 8 بود. در مجموع، ۱۹ نفر (۲۲/۵٪) بدون مشکل، ۲۷ نفر (۳۷/۵٪) کمی مشکل، ۲۶ نفر (۳۶/۱٪) تا حدی مشکل، ۱۷ نفر (۱۹/۷٪) خیلی مشکل و ۳ نفر (۴/۲٪) کاملاً مشکل داشتند (ناتوان بودند) (جدول ۲). به عبارت دیگر، ۲۷ نفر (۳۷/۵٪) از بیماران دارای کیفیت زندگی خوب همراه با کمردرد بودند و ۳ نفر (۴/۲٪) از بیماران دچار ناتوانی در زندگی شخصی و اجتماعی و خانوادگی خود بودند (جدول ۲).

بحث

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با توجه به افزایش روز افزون این بیماران و اثرات آن بر کل زندگی بیمار و خانواده وی اهمیت بسیاری دارد. فردی که دچار کمردرد مزمن شده ممکن است دچار مشکلات خانوادگی، اجتماعی، فردی و ... شود. در این مطالعه نشان داده شد که ۲۷ نفر (۳۷/۵٪) از شرکت کنندگان در مطالعه تا حدودی در کارهای روزمره نظیر ایستادن، راه رفتن، قدم زدن، کار بیرون از منزل، خوابیدن، فعالیت جنسی، مسافرت و ... مشکل داشتند و از فعالیت نسبتاً مطلوبی برخوردار بودند. در مطالعه حاضر، یافته ها نشان دادند که ۳ نفر (۴/۲٪) از افراد وضعی نامطلوب و ناتوانی در زندگی خود دارند. در حالیکه در مطالعه ای در آمریکا بر روی افراد مبتلا به کمردرد مزمن در سال ۲۰۰۲ نشان داده شد که ۵۰٪ افراد اظهار داشته بودند که کمردرد اثر منفی بر روی زندگی آنها

استفاده شد. پرسشنامه شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک و ۹ سوال تعیین کیفیت زندگی که شامل مراقبت های شخصی، بلند کردن اشیاء، قدم زدن، نشستن، ایستادن، مسافرت کردن، خوابیدن، فعالیت جنسی و زندگی اجتماعی بود. هر کدام از سوالات دارای ۶ گزینه بودند. از افراد مورد نظر خواسته شد تا پرسشنامه را مطالعه کرده و پس از علامت زدن موارد خواسته شده، آن را به پژوهشگران تحویل دهند. در پاسخ به هر سوال نمره گذاری از ۱ تا ۶ برحسب شدت مشکلاتی که شخص تجربه می کند، انجام شد. بدین ترتیب که حداقل نمره برای هر گزینه ۱ و حداکثر نمره برای هر سوال ۶ بود. نمره ۱ نشان دهنده شرایط (عالی) و نمره ۶ نشان دهنده بدترین شرایط (ناتوان) بود. حداقل و حداکثر نمره در رابطه با مجموع سوالات ۹ و ۵۴ بود که نشان دهنده حداکثر شرایط مطلوب و حداقل شرایط مطلوب بود. یک نفر از نمونه ها به پرسشنامه کامل جواب نداده بود که از پژوهش حذف شد. پس از ثبت اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS یافته ها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

در این مطالعه ۹۱ نفر شامل ۶۸ زن و ۲۳ مرد مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین سنی آنها $55/1 \pm 6/94$ سال بود. یافته های پژوهش نشان دادند که ۸۰ نفر (۹۰/۹٪) از بیماران متاهل، ۶۸ نفر (۷۴/۷٪) زن، ۴۲ نفر (۵۳/۹٪) تحصیلات زیر دیپلم ۱۶ نفر (۱۷/۶٪) از آقایان کارمند و ۶۳ نفر (۶۹/۲٪) از خانم ها خانه دار بودند. (۲۲٪) از زنان سابقه ۲ بار حاملگی داشتند. یافته های پژوهش در رابطه با هدف پژوهش نشان داد که ۴۶ نفر (۵۱/۷٪) از نمونه ها قادر به مراقبت از خود بودند ولی فعالیت برای آنها ایجاد کمردرد می کرد. ۳۱ نفر (۳۴/۴٪) با بلند کردن اشیاء سنگین دچار کمردرد می شدند. ۲۷ نفر (۳۰٪) با پیاده روی بیش از یک کیلومتر در روز دچار کمردرد می شدند. ۲۴ نفر (۲۷/۳٪)

نتیجه گیری

با توجه به یافته های این پژوهش، لازم است. بیماران از شرایط مطلوب زندگی خوب آگاهی یابند. در مطالعه حاضر، علی رغم وجود مشکلات قابل توجه در رابطه با بیماری، بیماران از کیفیت زندگی خود راضی بودند (کمی مشکل داشتند) که این نشان دهنده آن است که برای رسیدن به کیفیت مطلوب زندگی و بدون مشکل زندگی کردن افراد مبتلا به کمردرد، برگزاری کارگاههای آموزشی برای بیماران، پرستاران و خانواده های بیماران مبتلا به کمردرد دارای اهمیت می باشد تا با کنترل بیماری از میزان از کار افتادگی، محدودیت های اجتماعی، نگرانی های روحی - روانی و مراجعات مکرر بیماران به مطب پزشکان جلوگیری شود.

دارد (۱۶) شاید دلیل این امر این باشد که بیماران مبتلا به کمردرد در مطالعه ما با مشکلات ایجاد شده سازگار شده اند و در نتیجه شکایت کمتری از وضعیت خود دارند. در پژوهش فوق یافته ها نشان دادند که افراد مبتلا به کمردرد در موقع ایستادن (۰/۲۶/۶)، نشستن (۰/۲۷/۳)، خوابیدن (۰/۶۶/۷)، رانندگی (۰/۴۷/۸)، بلند کردن اشیاء (۰/۳۴/۴)، قدم زدن (۰/۳۰) و فعالیت جنسی (۰/۲۸/۹) دچار مشکل زیادی نیستند. مطالعه اگزتر^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۰ در آلمان با هدف بررسی ۲۸۲ مبتلا به کمردرد مزمن نشان داد که وضعیت ایستادن، نشستن، خوابیدن، رانندگی، بلند کردن اشیاء، قدم زدن و فعالیت جنسی افراد با وجود کمردرد مزمن دچار مشکل نشده و این افراد مشکلات زیادی در زندگی شخصی و فردی خود نداشتند و ارتباط بین ناتوانی در کارهای شخصی و روزمره و کمردرد مشاهده نشد (۱۸). مطالعه هاریبی^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۶ نشان داد که کمردرد مزمن با انجام کارهای سنگین و بلند کردن اشیاء سنگین و فعالیت های فردی و اجتماعی رابطه مستقیم دارد و با افزایش میزان این اعمال، میزان کمردرد و ناتوانی ناشی از آن افزایش می یابد (۱۹).

در مطالعه حاضر یافته ها نشان دادند که ۱۵ نفر (۰/۱۹/۷) از نمونه ها با کمردرد مزمن از زندگی و فعالیت جنسی خود ناراضی هستند و دچار ناتوانی در این مورد می باشند. مطالعه ای توسط مایژن^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۱ نشان داده شد، ۱۶٪ از افراد با کمردرد مزمن از فعالیت جنسی و زندگی زناشویی خود ناراضی هستند (۲۰) در مطالعه ای دیگر توسط پیتری و همکاران^۴ در سال ۱۹۹۲ یافته نشان دادند که مسافرت و زمان رانندگی طولانی با ماشین، حمل اشیاء سنگین، ایستادن طولانی مدت و عوامل روانی باعث افزایش کمردرد مزمن در افراد می شود (۲۱، ۲۲).

1. Exner and et al
3. Maigen etal

2. Harreby
4. Pietri etal

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات کمر درد مزمن در مراجعه کنندگان با مشکل کمر درد مزمن

سطح حداقل نمره	سطح سوالات						جمع							
	۱	۲	۳	۴	۵	۶								
۹	۱۸	۲۷	۳۶	۴۵	۵۴	۵۴								
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد							
۱	۸	۹	۴۶	۵۱/۷	۳	۳/۴	۱۹	۲۱/۳	۱۱	۱۲/۴	۲	۲/۲	۸۹	مراقبت فردی
۲	۷	۷/۸	۳۱	۳۴/۴	۲۸	۳۱/۳	۱۳	۱۴/۴	۵	۵/۶	۶	۶/۷	۹۰	بلند کردن اشیاء
۳	۲۲	۲۴/۴	۲۷	۳۰	۲۵	۲۷/۸	۱۴	۱۵/۶	۱	۱/۱	۱	۱/۱	۹۰	قدم زدن
۴	۱۷	۱۹/۳	۱۲	۱۳/۶	۲۴	۲۷/۳	۱۸	۲۰/۵	۱۱	۱۲/۵	۶	۶/۸	۸۸	نشستن
۵	۳	۳/۴	۲۳	۲۶/۴	۲۱	۲۴/۳	۱۰	۱۱/۵	۲۶	۲۹/۹	۴	۴/۶	۸۷	ایستادن
۶	۷	۸/۳	۴۰	۴۷/۸	۱۹	۲۲/۶	۷	۸/۳	۵	۶	۶	۷/۱	۸۴	رانندگی
۷	۵۴	۶۶/۷	۱۲	۱۴/۸	۱۱	۱۳/۶	-	-	-	-	۴	۴۰/۹	۸۱	خوابیدن
۸	۱۰	۱۳/۲	۲۲	۲۸/۹	۷	۹/۲	۷	۹/۲	۱۵	۱۹/۷	۱۵	۱۹/۷	۷۶	فعالیت جنسی
۹	۴	۴/۶	۳۵	۴۰/۲	۱۱	۱۲/۶	۱۷	۱۹/۵	۱۰	۱۱/۵	۱۰	۱۱/۵	۸۷	فعالیت اجتماعی

جدول (۲): توزیع فراوانی و مطلق و نسبی مشکلات مبتلایان به کمر درد مزمن

مشکل	تعداد	درصد
عالی (۹-۱۷)	۱۹	۲۲/۵
خوب (۱۸-۲۶)	۲۷	۳۷/۵
متوسط (۲۷-۳۵)	۲۶	۳۶/۱
ضعیف (۳۶-۴۴)	۱۷	۱۹/۷
خیلی ضعیف (۴۵-۵۴)	۳	۴/۲
جمع	۹۱	۱۰۰

منابع

1. Borenstein DG, Wesel SW. Low back pain. 2nd ed, Philadelphia WB Saunders, 1995, 22-25.
2. Frymoyer J.W, Willam WL. An overview of the incidences and costs of Low back pain (review). Orthop clin North, 1991; 22:263-71.
۳. صالحی ح. بابایی غ. بررسی ارتباط کمر درد با مشکلات پا. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، جلد ۶، شماره ۱۰، پاییز ۱۳۸۳، ص ۶-۱۰.
4. www.webmed.com/back pain/ topic overview. 2005.
۵. عبدی نژاد ف، امامی م ج، آزادی م. کمر درد و ارتباط آن با پیشه های گوناگون در مردان. مجله تحقیقات پزشکی، ص ۳۹-۴۷.
6. www.webmed.com/hw/hacle owbackle pain risk factor.
7. Ver bunt JA, Sieben JM Seelen HA. Decline in physical activity, disability and pain – related fear in subacute low back pain. Eur J pain. 2005, Aug, (4): 477-25.
8. Deutch FE. Isolated lumber strengthening in the rehabilitation of chronic LBP. J Manipulative physiol ther 1996; 19(2):124-33.
9. Low Back pain: predisposing factor. www.healing chronic pain.org 2006.
10. Liebenson, C. Rehabilitation of the spine. Baltimore: Williams & Wilkins. 1998.
11. Bayamoglu Meral et al. Isokinetic measurement of trunk muscle strength in women with chronic low back pain. Am J phys Med Rehabil 2001 sep; 80(9):650-5.
12. www.painconnection.com/my treatment/articles/back overview.asp. back and neck pain overview. 2005/07/08.
13. Troup JDO, et al. Back pain in industry: a prospective study. Spine 1981; 6:61-69.
14. Guzman J, Esmail R, Karyalainier kand et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. 2005 Up date; tss, 4.
15. Nancy claibrone. Measuring patient quality of life changes in an education program for chronic low back pain patients. Apha. Confem.com. 2000 nov 14.
16. Olseon M, subjectively perceived quality of life. Inage, 2005; 198(22):187-190.
17. Williams AC dec, Nicholas MK, Richardson PH, Pither CE, Justins DM, Chamberlain JH, et al. Evaluation of a cognitive behavioural programme for rehabilitation patients with chronic pain. British journal of general practice 2002; 43:515-8.
18. Exner V, Keelp. Measerunig disability of patient with low back pain validation of a Germanuersion of the Rolaned & Morris disability questionnaire. Schmerz. 2000 Dec 14(6):392-400.
19. Harry M, kjer J, Hessel soc G. epidemiological aspects and risk factors for low back pain in 38 year old men and women: a 25 year prospective cohort study of 640 school children. Eur spineg. 1996; 5(5):372-8.
20. Maigenj Y, Chatellier G, Assesment of sexual activity in patients with back pain compared with patients with neckpain. Clin or thop Relate Res. 2001 Apr 325:182-70.
21. Pietri F, Leclerc A, Boitel L and et al. Low back pain in commercial travelers. Scand J work Enciroh health. 1998 Feb 78(1):52-8.
22. Venban AB, Nielsen MK. Chiropractic Maintenance care and quality of life a patient presenting with chronic low back pain. J manipulative physiother, 2005 Feb 23(2):136-142.