

بررسی میزان شیوع کمردرد و ارتباط آن با اضطراب و افسردگی در پرستاران زن و مرد

آذر آقایاری^{*}, غلامعلی قاسمی^{**}, محسن اسحاقیان^{***}, مریم قوچقی^{***}, سوانا حقوردیان^{****}

^{*} استادیار آسیب‌شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی دانشگاه پیام نور.

^{**} استادیار آسیب‌شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه اصفهان.

^{***} کارشناسی ارشد حرکات اصلاحی و آسیب‌شناسی ورزشی دانشگاه پیام نور.

^{****} دانشجوی کارشناسی ارشد رفتار حرکتی دانشگاه تهران.

^{*****} کارشناس ارشد آسیب‌شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی دانشگاه تهران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع کمردرد و ارتباط آن با اضطراب و افسردگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شهرستان اصفهان بود. این تحقیق از نوع توصیفی- همبستگی است و جامعه آماری آن شامل ۸۱۵ پرستار شاغل در بیمارستان‌های شریعتی (۵۱۰ نفر) و غرضی (۳۰۵ نفر) بود. ۲۴۴ آزمودنی (۷۸ نفر مرد و ۱۶۶ نفر زن) با دامنه سن ۲۵ تا ۴۰ و میانگین سنی $35/3 \pm 6/4$ با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه‌های تحقیق انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری در تحقیق حاضر شامل پرسشنامه معیار اندازه‌گیری شدت درد (VAS)، پرسشنامه اضطراب کل و پرسشنامه افسردگی بک بود. داده‌های این تحقیق به وسیله SPSS نسخه ۱۶ و روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل تحلیل شد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد ۵۵/۳ درصد از پرستاران به انواع کمردردهای حاد یا مزمن با علت‌های مکانیکی با شدت‌های متفاوت مبتلا بودند. همبستگی مثبت و معنی‌داری نیز بین کمردرد با اضطراب و افسردگی در پرستاران مشاهده شد ($p < 0.05$). اما تفاوت معنی‌داری بین میانگین شدت کمردرد در پرستاران مرد و زن مشاهده نشد. با توجه به ارتباط بین کمردرد با اضطراب و افسردگی در پرستاران زن و مرد، توجه به عوامل جسمانی و روانی به طور همزمان در پیشگیری و درمان کمردرد در این افراد توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کمردرد، اضطراب، افسردگی و پرستار.

Prevalence of low Back Pain and Its Association with Anxiety and Depression in Male and Female Nurses

Aghayari, A.*., Ghasemi, Gh.A**, Eshaghian, M.***., Ghojoghi, M.****., Haghverdian, S. *****

* Assistant Professor, Sport Injuries and Corrective Exercises, Payame Noor University, Iran.

** Assistant Professor, Sport Injuries and Corrective Exercises, Faculty of Physical Education and Sport Sciences Isfahan University, Iran.

*** Master of Science, Sport Injuries and Corrective Exercises, Payame Noor University, Iran.

**** Master of Science, Motor Behavior, Faculty of Physical Education and Sport Sciences Tehran University, Iran.

***** Master of Science, Sport Injuries and Corrective Exercises, Faculty of Physical Education and Sport Sciences Tehran University, Iran.

Abstract

Introduction: The present study examined the prevalence of back pain and its association with anxiety and depression in nurses working in affiliated hospitals to social security organization in Isfahan city.

Research Method: The design of this research was descriptive-correlation and its population consisted of 815 nurses working in Shariati (510 subjects) and Gharazy hospitals (305 subjects). Research sample included 244 (78 males and 166 females) with age range of 25 to 40 years and mean age $35/3 \pm 6/4$ years subjects selected using stratified random sampling method. Visual analog scale of pain questionnaire (VAS), Ketel Anxiety questionnaire and the Beck Depression questionnaire were used. Pearson correlation coefficient and independent t-test were used in inferential statistic part. The data were analyzed with significant level of 0/05, by SPSS 16.

Results: The results showed that 55/3% of nurses had mechanical acute or chronic low back pain. There was a positive and significant correlation between low back pain and anxiety and depression in nurses ($P \leq 0.05$). Also there was no significant difference between the mean value of pain severity in male and female nurses.

Conclusion: Due to the relationship between pain, anxiety and depression in nurses, attention to physical and psychological factors simultaneously in the prevention and treatment of back pain in these patients is recommended.

Key words: Back Pain, Anxiety, Depression and Nurse.

1. Sevanahaghverdian@yahoo.com

مقدمه

کمردرد^۱ نوعی اختلال اسکلتی- عضلانی^۲ شایع است که بخش تحتانی ستون فقرات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به دو صورت حاد یا مزمن بروز می‌کند. این درد اغلب ماهیت مکانیکی^۳ دارد و غالباً ناشی از بیماری‌ها، اختلالات و ضربات وارد بر بخش پایین پشت^۴ (کمر) است (۱). کمردرد یکی از شایع‌ترین دردهای اسکلتی- عضلانی است که حدود ۵۰ الی ۸۰ درصد از افراد آن را دست کم یکبار در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (۱و۲). براساس مطالعات اپیدمیولوژی حدود ۸۰ درصد از آسیب‌های مربوط به ستون فقرات در ناحیه کمری رخ می‌دهد (۲). براساس مطالعات اپیدمیولوژی، کمردرد دومین دلیل مراجعه بیماران به پزشک، سومین دلیل انجام آعمال جراحی و پنجمین دلیل بستری شدن افراد در بیمارستان است (۳). کمردرد بیماری نیست، بلکه علامتی است که در بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات سیستمیک اسکلتی- عضلانی و عصیی دیده می‌شود (۴). پیامدها و آثار ناشی از کمردرد شامل ناتوانی، معلولیت، ازدستدادن شغل و مرخصی‌های استعلامی است که در زمینه‌های اجتماعی، روانی و اقتصادی زیان‌های قابل توجهی به فرد و جامعه وارد می‌کند (۵).

از دیدگاه سلامت شغلی، کمردرد از مهم‌ترین دلایل غیبت از کار، ناتوانی شغلی، ازکارافتادگی و نیز پرداخت غرامت شغلی است، به طوری که ۳۴ الی ۴۰ درصد از کل هزینه‌های غرامت شغلی مربوط به کمردرد است. هرچه دوره ابتلا به کمردرد طولانی‌تر باشد، احتمال بازگشت به کار نیز کمتر می‌شود (۶). تقریباً ۸۰ درصد کمردردهای شغلی در سنین مهمن کاری یعنی بین ۲۰ تا ۵۵ سال دیده می‌شوند. گزارش شده است که فقط در ایالات متحده در هر سال ۸ میلیون نفر با کمردرد به پزشکان مراجعه می‌کنند و سالیانه حدود ۲۰ تا ۵۰ بیلیون دلار در این خصوص هزینه می‌شود (۷). درواقع کمردرد علاوه بر آسیب‌های جسمی و روانی، خسارات اقتصادی زیادی را درنتیجه کاهش بهره‌وری، کاهش تولید و افزایش میزان مصرف دارو متوجه جامعه می‌کند (۵). بررسی‌هایی که درباب مشاغل گوناگون انجام شده است نشان می‌دهد که پرستاری یکی از مشاغل دهگانه سنگین است و شاغلان این حرفه درمعرض ابتلا به اختلالات اسکلتی- عضلانی هستند (۸). در بین پرستاران، کمردرد مهم‌ترین زیرگروه اختلالات اسکلتی- عضلانی است (۹)؛ به نحوی که شیوع آن بعد از مشاغل صنعتی سنگین مقام دوم را دارد (۱۰). کیو و همکاران (۱۹۹۴) در مطالعات خود نشان دادند که پرستاری یکی از مشاغل سخت است و کمردرد یکی از مهم‌ترین علت‌های بازنشستگی زودهنگام پرستاران است؛ به طوری که ۱۸ درصد از پرستاران به علت کمردرد شغل خود را ترک می‌کنند (۱۱). در این زمینه عوامل خطر جسمانی و روانی^۵ متعددی در محیط کار وجود دارند که می‌توانند باعث ایجاد و عود کمردرد شوند. فقدان شناخت و کنترل این عوامل باعث ناتوانی افراد حرفه‌ای و متخصص می‌شود و هزینه‌های درمانی و مراقبتی درخور توجه و غیبت از کار را به دنبال دارد (۱۲). ازنظر ماهیت درد، کمردرد را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: کمردردهای گذرا^۶ که شامل دردهای ناگهانی در ناحیه کمر و

1 . Low Back Pain (LBP)
2 . Musculoskeletal Disorder

3 . Mechanical
4 . Low Back

5. Physical And Mental Risk
6. Transient Low Back Pain

اغلب ناشی از استرین بخش تحتانی ستون فقرات است؛ کمردرد حاد^۱ که با اتخاذ وضعیت‌های غلط، خم شدن‌های مکرر و طولانی‌مدت یا ضربات وارد بر ستون فقرات ایجاد می‌شود و اغلب کمتر از یکماه از شروع آن می‌گذرد؛ و کمردردهای مزمن^۲ که بیش از یکماه از بروز آن می‌گذرد و اغلب درنتیجه درمان نشدن کمردردهای حاد بروز می‌کند. از نظر علت‌شناسی،^۳ کمردرد را می‌توان به دو دسته با علت مکانیکی و غیرمکانیکی تقسیم کرد. حدود ۹۰ درصد کمردردها ناشی از عوامل مکانیکی مانند ضربه، حرکات نامناسب، ضعف عضلات، فشار به ستون فقرات کمری یا در اثر وضعیت بدنش نامطلوب در حالات نشسته و ایستاده است. عوامل مکانیکی به دو گروه عوامل پیش‌زمینه‌ای و آشکارساز تقسیم می‌شوند که عوامل پیش‌زمینه‌ای (مستعدکننده) شامل قرارگرفتن در وضعیت‌های نامناسب، کاهش تحرک درنتیجه عدم استفاده و بیهود ناکافی، استرس ناشی از کار، چاقی و عوامل آشکارساز شامل استفاده جدید،^۴ استفاده بیش از حد،^۵ استفاده نامناسب^۶ و ضربه^۷ هستند. علتهای غیرمکانیکی شامل آن دسته از علتهای کلینیکی و یا بیماری‌های سیستمی هستند که در سیر بیماری ممکن است باعث کمردرد شوند. شایع‌ترین علل غیرمکانیکی کمردرد عبارت از بیماری‌های التهابی، بیماری‌های عفونی، سرطان‌ها، و بیماری‌های متابولیکی و مسمومیت با فلزات سنگین رادیوم است (۱۳).

تحقیقات پرشمار همه‌گیر‌شناسی نشان می‌دهند فعالیت‌هایی که نیازمند تغییر مکرر وضعیت بدنش، بلندکردن بارهای سنگین، خم شدن و چرخش مکرر ستون فقرات کمری هستند، می‌توانند در ایجاد کمردردهایی با ماهیت مکانیکی نقش داشته باشند (۱۴). در تحقیقی که درباره ۱۸۰۳۱ کارمند و کارگر شرکت ایران خودرو انجام شد، شیوع کمردرد در طول یک سال ۲۱ درصد (۲۰ درصد مردان و ۲۷ درصد زنان) بوده است. در این تحقیق عواملی چون افزایش سن، نداشتن ورزش منظم، برداشتن اجسام سنگین، و انجام کارهای تکراری و یکنواخت با شیوع کمردرد رابطه نزدیکی داشتند (۱۴). برخی از روان‌شناسان اضطراب را موقعیت‌های هیجانی ذکر می‌کنند که ممکن است موجب بروز دردهای داخلی با ریشه‌ای اغلب ناشناخته و گاهی فراموش شده شود و که حاصل آن به هم‌ریختن وضع تعادل است که با سن، جنس، شغل و بیماری همبستگی دارد. افسردگی نیز اختلال خلقی^۸ طبقه‌بندی شده‌ای است؛ به‌طوری‌که نشانه‌های معینی مانند ازدست‌دادن احساس لذت از انجام فعالیت‌هایی که قبلًا لذت‌بخش بوده‌اند، داشتن حالت روحی اندوهگین یا تحریک‌پذیر، بروز تغییراتی چشمگیر در وزن بدن یا اشتها، بروز مشکلاتی در زمینه خوابیدن یا تمرکزکردن به مدت دست‌کم دوهفته به صورت پایدار دارد (۱۵). لوئیس و همکاران (۲۰۱۲) بیان کردند که اگرچه اغلب عامل کمردرد جسمانی است، عوامل روانی و احساسی نقش زیادی در شدت و زمان درد ایفا می‌کنند (۱). مانیون (۱۹۹۶) با مطالعه پرستاران دریافت افرادی که میزان استرس بالاتری داشتند، بیشتر مبتلا به کمردرد بودند و سطح تحمل کمتری داشتند (۱۶). در تحقیق رضایی و همکاران (۱۳۹۰) با هدف تعیین عوامل روان‌شناسنخانی

1. Acute Low Back Pain

4. New Use

7 . Trauma

2. Chronic Low Back Pain

5. Over Use

8. Mood Disorder

3. Etiology

6. Abuse

مرتبط با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، یافته‌های حاصل نشان داد عوامل روان‌شناسختی ۵۲ درصد از واریانس ناتوانی جسمی را تبیین کنند (۱۷). پرویز و همکاران (۱۳۸۵) بیان کردند عواملی از قبیل ویژگی‌های فردی، روانی و اجتماعی، وضعیت بدن در انجام فعالیت، استراحت و عوامل فیزیکی و محیطی نقش مهمی در کمردرد پرستاران دارد (۱۸).

فقدان شناخت و کترل نشدن این عوامل باعث ناتوانی افراد حرفه‌ای و متخصص، هزینه‌های درمانی و مراقبتی درخور توجه، غیبت از کار و هزینه‌های ناشی از آن می‌شود (۱۲). هدف تحقیق حاضر بررسی میزان شیوع کمردرد و ارتباط آن با اضطراب و افسردگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شهرستان اصفهان بود. در این تحقیق دردهای حاد و مزمن ناحیه کمر با علت‌های مکانیکی هدف توجه بوده‌اند و ارتباط آنها با اضطراب و افسردگی بررسی شده است.

روش‌شناسی

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است و جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی شهرستان اصفهان شامل ۸۱۵ نفر بود (بیمارستان شریعتی ۵۱۰ نفر و غرضی ۳۰۵ نفر). ۲۴۴ آزمودنی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه‌های تحقیق انتخاب شدند. با توجه به تفاوت تعداد پرستاران دو بیمارستان شریعتی و غرضی و با هدف تعیین سهم حجم نمونه از هر بیمارستان و افزایش تعمیم نتایج تحقیق، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای مناسب با جامعه آماری استفاده شد. براین اساس، ۱۵۳ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان شریعتی و ۹۱ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان غرضی به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. آزمودنی‌ها، پس از دریافت فرم اطلاعات، رضایت خود را مبنی بر مشارکت در مطالعه اعلام کردند. آزمودنی‌های این تحقیق را پرستاران مرد و زن با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال تشکیل دادند که در دوره تحقیق کمردرد حاد یا مزمن با علل مکانیکی داشتند و سابقه پاتولوژیک یا دردهایی با علل غیرمکانیکی در ناحیه کمر نداشتند که طبق نظر متخصص ارتوپد تعیین می‌شد. معیارهای خروج از تحقیق شامل تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه، سابقه جراحی ستون فقرات، سابقه آسیب‌های ارتوپدی همچون شکستگی مهره‌ها و بارداری بود.

در این پژوهش از مقیاس اندازه‌گیری شدت درد (VAS)^۱ جهت بررسی شدت درد افراد مبتلا به کمردرد استفاده شد. مقیاس اندازه‌گیری شدت درد یک نوار افقی به طول ۱۰۰ میلیمتر (۱۰ سانتی‌متر) است که یک انتهای آن صفر یعنی بدون درد و انتهای دیگر آن ۱۰ یعنی شدیدترین میزان درد است. اعتبار و روایی این مقیاس قابل اطمینان بوده است و پایایی داخلی آن $ICC=0.91$ گزارش شده است و به طور گسترده در تحقیقات علمی به کار رفته است (۱۹).

1. Visual Analog Scale

از پرسشنامه اضطراب کتل^۱ برای بررسی میزان اضطراب آزمودنی‌ها استفاده شد. پرسشنامه کتل دارای ۴۰ سؤال با طیف ۳ گزینه‌ای بله یا درست، بین این دو، غلط یا نه است. کتل همبستگی این پرسشنامه را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. پایایی آزمون در داخل کشور ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۰). از پرسشنامه افسردگی بک^۲ نیز برای تعیین میزان افسردگی آزمودنی‌ها استفاده شد. این دو فرم کوتاه ۱۳ ماده‌ای و فرم بلند ۲۱ ماده‌ای دارد که در پژوهش حاضر از فرم بلند آن استفاده کردیم. این پرسشنامه نشانه‌های جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه می‌گیرد. هر ماده دارای ۴ یا ۵ گزینه است که برمبنای صفر تا ۵ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از ضعیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر و حداقل نمره در این تست ۶۳ و صفر است. نتایج فراتحلیل درباره پرسشنامه افسردگی بک (۲۰۰۰)، ضریب اعتبار درونی آن را بین ۰/۹۳ تا ۰/۶۳ و ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت را در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است. بک، استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۰). داده‌های این تحقیق با استفاده از اس. پی. اس. اس نسخه ۱۶ تحلیل شده و به منظور بررسی میزان شیوع کمردرد و میزان ارتباط آن با متغیرهای افسردگی و اضطراب در هر گروه از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون^۳ و جهت مقایسه میزان شدت درد بین دو گروه زنان و مردان از آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این تحقیق شامل ۲۴۴ پرستار (۷۸ مرد و ۱۶۶ زن) با دامنه سن ۲۵ تا ۴۰ و میانگین سن ۳۵/۳±۶/۴ بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۵/۳ درصد پرستاران در جامعه این تحقیق مبتلا به کمردرد با شدت‌های متفاوتی بودند. با توجه به نتایج حاصل به ترتیب ۵۲/۷ درصد از مردان و ۵۷/۹ درصد از زنان پرستار تحت مطالعه در این تحقیق کمردردهای خفیف تا شدید داشتند. به طورکلی، حدود ۵۹/۳ درصد به کمردرد با شدت خفیف، ۳۴/۹ درصد به کمردرد با شدت متوسط و ۵/۸ درصد کمردرد شدید مبتلا بودند. نتایج میزان شدت کمردرد آزمودنی‌ها در جدول ۱ آمده است. نتایج این تحقیق نشان داد که بروز کمردرد با اضطراب و افسردگی در پرستاران ارتباط معناداری دارد ($p \leq 0.05$). درصورتی که بین میانگین شدت کمردرد بین پرستاران مرد و زن تفاوت معناداری مشاهده نشد و با توجه به تأثیر نداشتن جنسیت در میزان میانگین شدت درد در پرستاران نتایج به صورت کلی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میزان شدت کمردرد در بین آزمودنی‌ها

درصد فراوانی	فراوانی آزمودنی‌ها		میزان شدت کمردرد (بر اساس مقیاس VAS)
	آزمودنی‌های زن	آزمودنی‌های مرد	
۸/۳	۱۴	۶	میزان شدت کمردرد (بر اساس مقیاس VAS)
۱۲/۷	۲۲	۱۲	
۹/۸	۱۹	۵	
۷/۴	۱۰	۸	
۷/۴	۱۲	۷	
۲/۵	۵	۱	
۲	۳	۲	
۰/۸	۱	۱	
۰/۴	۱	۰	
۲	۳	۲	
۵۵/۳	۹۱	۴۴	مجموع
۴۴/۷	۷۵	۳۴	بدون کمردرد

بحث

یافته‌ها درباب میزان شیوع کمردرد در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی شهرستان اصفهان نشان داد، ۵۵/۳ درصد پرستاران کمردردهای مکانیکی با شدت‌های خفیف تا شدید دارند که می‌تواند نشان‌دهنده وجود سختی کار و ویژگی‌های شغلی آسیب‌رسان در پرستاران باشد. رمضانی بدر و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند میزان شیوع کمردرد در پرستاران ۵۲/۷ درصد است و میانگین روزهای غیبت از کار در اثر کمردرد در طول یک‌سال قبل از مطالعه در آنان ۱۰/۳ روز با انحراف معیار ۱۶/۸ بوده است (۱۲). مفت و همکاران (۱۹۹۳) دریافتند مرخصی استعلامی به علت کمردرد ۶۹ درصد افزایش یافته است و مشکلات ناشی از کمردرد موجب شده تا هزینه‌ای بالغ بر ۳۸ میلیون دلار بر صنعت بیمه تحمیل شود (۱۰). با توجه به یافته‌های محققان، مسلم است شغل پرستاری یکی از مشاغلی است که احتمال بروز کمردرد بسیار زیاد می‌کند که این موضوع در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد. بنابراین با توجه به همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با تحقیقات مذبور، می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران درمعرض خطر ابتلا به کمردردهایی با علل مکانیکی قرار دارند.

یافته‌ها درخصوص میزان بروز کمردرد در بین پرستاران مرد و زن نشان داد که به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین میزان بروز کمردرد در بین پرستاران مرد و زن وجود ندارد و هر دو گروه به یک میزان از این مشکل برخوردارند. درحالی‌که پیش‌بینی می‌شود مردان از قدرت عضلانی بالاتری برخوردار باشند و بتوانند سختی کار را در مشاغل سخت بهتر تحمل کنند، اما نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در شغل پرستاری هر دو گروه پرستاران مرد و زن به یک میزان درمعرض کمردرد قرار دارند. به همین منظور لازم است

آموزش‌های لازم درخصوص چگونگی برخورد با چنین مشکلی به تمام پرستاران ارائه شود. یافته‌ها همبستگی مثبت و معنی‌داری را بین کمردرد و سن پرستاران نشان داد. به‌طوری‌که با افزایش سن و متناسب با آن تحلیل قدرت جسمانی و فرسودگی شغلی، به‌ویژه در مشاغل سخت، احتمال بروز اختلالات اسکلتی-عضلانی و به‌طور خاص کمردرد افزایش می‌یابد. در همین زمینه، پژوهش‌های دیگری نیز نشان دادند که بین سن و بروز کمردرد در بین پرستاران همبستگی معنی‌داری وجود دارد و احتمال بروز کمردرد در پرستاران با بالارفتن سن افزایش می‌یابد (۲۱-۲۲). بنابراین، هم یافته‌های پژوهش حاضر و هم یافته‌های پژوهش‌های مزبور تأیید‌کننده این موضوع هستند که با افزایش سن، احتمال بروز کمردرد بیشتر می‌شود و این موضوع در پرستاران به علت وجود سختی کار بیشتر خواهد بود. یافته‌ها همبستگی مثبت و معنی‌داری را بین کمردرد و اضطراب پرستاران نشان دادند. اضطراب انتقال‌دهنده‌های شیمیایی به‌خصوص نورآدرنالین و آدرنالین خون را افزایش می‌دهد که موجب تنش و به‌دبیال آن اسپاسم عضلانی می‌شود و می‌تواند زمینه‌ساز بروز کمردرد گردد (۱۳). لوئیس و همکاران (۲۰۱۲) سازوکار پیشنهادی برای تأثیر عوامل روانی بر کمردرد مزمن را تغییر در میزان فعالیت عضلانی به صورت تأخیر در فعال‌سازی و فراخوانی به‌ویژه در عضلات پارا‌سپینال و متعاقباً افزایش فشار بر ستون فقرات بیان کردند. در بررسی‌های صورت گرفته، آنها چنین نتیجه گرفتند که در افراد مبتلا به کمردرد مزمن، به دلیل ترس از ایجاد درد بیشتر و اتخاذ وضعیت‌های خاص به‌هنگام مواجهه با حرکاتی که از نظر آنها مضر است، فعالیت عضلات پارا‌سپینال تغییر یافته و افزایش می‌یابد. محققان در پایان وجود ارتباط بین عوامل روانی و کمردرد مزمن را تأیید و پیشنهاد کردند در مرحله درمان برای کاهش تنش عضلانی، بهتر است بیمار از لحاظ وجود اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی بررسی شود (۱). جنسن و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که پیشگیری از کمردرد و درد اندام فوقانی به رویکردهای مختلفی نیاز دارد و اضطراب در بین فاکتورهای مؤثر بر درد باید در نظر گرفته شود (۲۳). برهمن خوردن تعادل روانی عاملی اثربخش در بروز کمردرد و دردهای عضلانی گزارش شده است. اعتقاد بر این است که اضطراب عامل اولیه در بروز اختلالات روانی است و افرادی که از اضطراب مداوم برخوردار باشند که به لحاظ جسمانی نیز دچار مشکل می‌شوند (۱۶). بنابراین، وجود مشکلات روانی، به‌خصوص اضطراب، می‌تواند زمینه‌ساز کمردرد و دیگر دردهای عضلانی شود و این موضوع در دیگر پژوهش‌ها (۲۴-۲۵) نیز تأیید شده است. رضایی و همکاران (۱۳۹۰) در طی پژوهش خود نشان دادند که رابطه‌ای نسبتاً قوی بین عوامل روان‌شناختی و ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن وجود دارد. بنابراین متخصصان بالینی بایست از اثر باورهای خوداثربخشی و عوامل روان‌شناختی، ترس مرتبط با درد، شدت درد، میزان آگاهی بیماران از بهداشت ستون فقرات و میزان فعالیت‌های جسمانی مطلوب با هدف بهینه‌سازی راستای بدنه و آمادگی جسمانی پایه در کاهش و مدیریت ناتوانی جسمی در افراد مبتلا به کمردردهای مزمن آگاهی داشته باشند و بیماران را مطلع سازند (۱۷).

یافته‌ها در زمینه رابطه بین کمربرد و افسردگی در پرستاران نشان‌دهنده وجود همبستگی مثبت و معنی‌دار بین آنهاست. پارکیتیا و همکاران (۲۰۱۲) و پینکوس و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند افسردگی درمیان افرادی که از دردهای مزمن رنج می‌برند رایج است و به نظر می‌رسد که در انتقال درد از فاز حاد به فاز مزمن در مقایسه با فاکتورهای جسمانی، نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کند. در صورت وجود درد مزمن، سطوح بالای استرس و اضطراب با درد و ناتوانی بیشتر ارتباط نزدیکی دارند و متعاقباً درمان اختلالات خلقي و خوي در بيماران داراي درد مزمن، موجب كاهش درد و افزايش كيفيت زندگي می‌شود (۲۶-۲۷). بير^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی رابطه بین افسردگی و اضطراب با شدت درد، ناتوانی مرتبط با درد و كيفيت زندگي در ۵۰۰ بيمار مبتلا به درد مزمن كمر، زانو و لگن به اين نتيجه رسيدند که درجات بالاي افسردگی و اضطراب با درد شدید، ناتوانی بیشتر و كيفيت پائين تر زندگي همبستگی قوي دارد (۲۸). افسردگي از جمله اختلالاتی است که از سوی موجب افت روانی در فرد می‌شود و نوعی حالت سکون و بی‌حرکتی به وجود می‌آورد، به طوری که فرد از فعالیت جسمانی دوری می‌کند و درنتیجه توانایی‌های عملکردی او محدود می‌شود. به همین لحاظ فقدان فعالیت و سکون موجب می‌شود تا فرد از عضلات خود به خوبی استفاده نکند (۲۷). از سوی ديگر، برهم خوردن تعادل در انتقال‌دهنده‌های شیمیایی خون و کندشدن حرکت آنها، که موجب ناراحتی روانی فرد می‌شود، می‌تواند دردهای عضلانی و به خصوص کمربرد را در فرد به وجود آورد. حال با توجه به اينکه شغل پرستاری دارای سختی کار است و به علت فعالیت زياد می‌تواند مشكل جسماني به وجود آورد، با بروز افسردگی و افت روانی می‌تواند انواع مشكلات جسماني را در فرد سبب شود که يكى از اين مشكلات می‌تواند کمربرد باشد. تأثير اختلالات روانی به عنوان عامل مؤثر در بروز کمربرد در پژوهش‌های ديگر نيز گزارش شده است (۲۶-۲۸) که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق توصیه می‌شود پرستاران به‌طور منظم به ورزش‌های اصلاحی و فعالیت‌های جسمانی منظم در کنار رعایت اصول مربوط به بهداشت حرکتی پردازنده تا به این وسیله از بروز و پیشرفت کمربرد جلوگیری شود. رعایت اصول ارگونومی نیز می‌تواند با فراهم کردن محیط فیزیکی مناسب اثر به‌سزایی در پیش‌گیری و تقلیل کمربرد پرستاران داشته باشد. با توجه به هزینه‌های هنگفتی که کمربرد به لحاظ درمانی و مرخصی استعلامی برای پرستاران دارد و اضطراب نیز عامل تأثیرگذاری در بروز کمربرد است، لازم است مدیران بیمارستان‌ها محیط آرامی را برای پرستاران و کارکنان ديگر ایجاد کنند و با برگزاری کلاس‌های تن‌آرامی آرامش روانی آنها را تأمین کنند.

منابع

1. Lewis, S., Holmes, P., Woby, S., Hindle, J., Fowler, N.(2012). The relationships between measures of stature recovery, muscle activity and psychological factors in patients with chronic low back pain. *Manual Therapy*. 17: 27-33.
2. Andrea, D., Furlan, M.D., Brosseau, L., Imamura, M., Irvin, E.(2002). Massage for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine*. 27 (17): 1896-1910.
3. Sherman, K.J., Cherkin, D.C., Erro, J., Miglioretti, D.L., Deyo R.A.(2005). Comparing Yoga, exercise, and a self-care book for chronic low back pain. *Annals of Internal Medicine*. 143(12. 143(12):849-56.
4. Roach, K.E., Brown, M.D., Albin, R.D., Delaney, K.G., Liprandi, H.M., Ranjelli, D.(1997). The sensitivity and specificity of pain response to activity and position in categorizing patients with low back pain. *Physical Therapy*. 77 (7): 730-37.
5. Hazard, R.G.(1996). Chronic low back pain and disability: the efficiency of functional restoration. *Bulletin Hospital for Joint Diseases*. 55 (4): 213-16.
6. Nachemson, A., Waddell, G., Norlund, A.I.(2004). Epidemiology of neck and low back pain. Philadelphia.165.
7. Hopko, D.R., Sanchez, L., Hopko, S.D., Dvir, S.H., Lejuez, C.W.(2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors In patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 17 (5): 460-478.
8. Meier, E.(2001). Ergonomic standards and implications for nursing. *Nursing Economics*. 19(1): 31-32.
9. Smith, D., Leggat, p.(2003). Musculoskeletal disorder in nursing. *Australian Nursing Journal*. 11(1): 1-6.
10. Moffet, J.A., Hughes, G., Graffiths, P.(1993). A Longitudinal study of low back pain in student nurses. *International Journal of Nursing studies*. 30(3): 197-212.
11. Chio, W.K., Wong, M.K., Lee, Y.H.(1994). Epidemiology of low back pain in Chinese nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 31(4): 361-68.
١٢. رمضانی بدر، فرهاد، نیکبخت، علیرضا، محمدپور، علی. (۱۳۸۵). شیوع کمردرد و برخی عوامل خطر آن در کارکنان پرستاری. *پژوهش پرستاری*. ٤(٢) : ٣٠-٣٨.
13. Biancalana, M., Sauer, S., Filner, B.(2010). Trigger point therapy for low back pain: A self-treatment workbook. New Harbinger Publications, Inc.
14. Gaffari, M., Alipour, A., Jensen, I., Farshad, A.A., Vingard, E.(2006). Institute Public Health Stockholm Sweden Tehran University of Medical Sciences Oxford Journal Press. *Occupational Medicine*. 56 (7): 405.
15. Mokhtaripoor, M., Siadat, S.A., Amiri, S.h.(2006). Emotional quotient and the pathogenesis of mental disorders [in Farsi]. *The Quarterly Journal of Updates in Psychotherapy*. 41: 54-63.
16. Mannion, A.f., Dolan, p., Adams, M.(1996). Physiological questionnaires: do abnormal Scores precede or follow first-time low back pain. *Spine*. 21: 2603-611.
١٧. رضایی، سجاد، یوسفزاده، شاهrix، افشارنژاد، طاهر، اصغری مقدم، محمدعلی، ضرایی، هما. (۱۳۹۰). تعیین عوامل روان‌شناختی مرتبط با ناتوانی جسمی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. *روان‌شناسی بالینی*. ١(٣) : ٥٣-٣٩. (پیاپی ٩)
١٨. پرویز، نوروز، نصیری، حسین.. قادری، دلب. (۱۳۸۵). میزان شیوع کمردرد و عوامل خطرزای آن در کارکنان پرستار بیمارستان های دانشگاهی مشهد در سال ١٣٧٨-٧٩. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، شماره ١ (پیاپی ٩)
19. Karimi, A. (2004). A prospective study of the outcome of treatment of chronic low back pain patients with consistent and in consistent clinical signs as defined by three screening tests. (Thesis: 423794) .University of East Anglia Norwich. 1-22.
20. Mokhtaripour, M., Goodarzi, Z., Siadat, A., Keivanara, M.(2007). Anxiety, Depression and some of their Demographic Correlates in Students of Isfahan Medical University. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 5 (2): 107-13.
21. Kuiper, J., Burdorf, A., Verbeek, J. (1999). Epidemiologic evidence on materials as a risk factor for back disorder; systemic review. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 24: 389-404.
22. Croft, P.R., Macfarlane, G.J. (1998). Outcome of low back pain in general practice. A prospective study. *British Medical Journal*. 316: 1356-59.
23. Jensen, J.C., Haahr, J.P., Frost, P., Andersen, J.H. (2012). The significance of health anxiety and somatization in care-seeking for back and upper extremity pain. *Family Practice*. 29 (1): 86-95.
٢٤. محسنی بندهی، محمدعلی، خلیلیان، علیرضا، فخری، مولود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مرتبط با کمردرد در پرستاران شاغل در بیمارستانهای استان مازندران، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران دوره پانزدهم، شماره ٥٠.
25. Feye, A.M., Herbison, P. (2000). The role of physical and Psychological factors in occupational low back pain: a prospective cohort study. *Occupational and Environment Medicine*. 57 (2): 116-20.
26. Parkitnya, L., McAuleya, J.H., Waltonc, D., Costad, L., Refshaugee, K.M., Wandf, B.M. (2012). Rasch analysis supports the use of the Depression, Anxiety, and Stress Scales to measure mood in groups but not in individuals with chronic low back pain. *Journal of Clinical Epidemiology*. 65: 189–198.
27. Pincus, T., Burton, A., Vogel, S., Field, A. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 27 (5): 109-120.
28. Bair, M.J., Wu, J., Damush, T.M., Sutherland, J.M., Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*. 70 (8): 890-897.