

# کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد غیر اختصاصی مزمن

سمانه پورهادی<sup>۱</sup>، سمیه حسینزاده<sup>۲</sup>، محمود حاجی احمدی<sup>۳</sup>، \*محمد تقی پور درزی<sup>۴</sup>

## چکیده

**هدف:** کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است و فراتر از بررسی صرف سلامت جسمانی است. کمردرد از شایع ترین اختلالات عضلانی اسکلتی است. بیمارهای مزمن مثل کمردرد غیر اختصاصی مزمن پیامدهای مهمی دارند؛ همچون تحول کیفیت زندگی افراد. این مطالعه به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد مبتلا به کمردرد غیر اختصاصی مزمن اجرا شد.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی است و به صورت مقطعی در بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام شده است. حجم نمونه ۱۲۵ نفر برآورد شد و افراد با استفاده از چهار پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک، ارزیابی سطح ناتوانی<sup>۱</sup> و کیفیت زندگی<sup>۲</sup> و ارزیابی شدت درد ارزیابی شدند.

**یافته‌ها:** شرکت کنندگان دامنه سنی ۱۸ تا ۵۸ سال داشتند که میانگین و انحراف معیار شدت درد و ناتوانی آن‌ها به ترتیب، با  $21/32 \pm 54/73$  و  $31/56 \pm 16/69$  برابر بود. از نظر جنسیتی و وضعیت تأهل، درباره متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما افراد با تحصیلات دانشگاهی نسبت به دیگر رده‌های تحصیلی، درباره تمام متغیرهای فوق اختلاف معناداری داشتند. شدت درد با سلامت عمومی و سلامت روان، رابطه معکوس و با نمره کلی ناتوانی ارتباط مستقیم دارد. نمره کلی ناتوانی نیز با کیفیت زندگی عمومی، سلامت عمومی، سلامت جسم، سلامت روان و روابط اجتماعی، ارتباط معکوس و با شدت درد رابطه مستقیم دارد.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به اینکه شدت درد و ناتوانی غیر از بُعد جسمی، بر سایر ابعاد نیز تأثیر می‌گذارد، لازم است در آینده، مداخلاتی نه فقط با تأکید بر جسم، بلکه با تأکید بر بهبودی مسائل روانی و اجتماعی نیز برای این بیماران انجام شود.  
**کلیدواژه‌ها:** کمردرد مزمن غیر اختصاصی، کیفیت زندگی

۱- دانشجوی دکتری سالمند شناسی، گروه سالمند شناسی، مرکز تحقیقات مسائل روانی اجتماعی سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
۲- دانشجوی دکتری بیومکانیک ورزشی، دانشگاه مازندران، بابل، ایران  
۳- دکترای آمار حیاتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر کودکان امیرکلا، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران  
۴- دانشیار فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات اختلال حرکت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۰۶/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۲/۰۵/۲۱

\* آدرس نویسنده مسئول:

بابل، خ گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات اختلالات حرکت.

\* تلفن: ۲۱۹۹۵۹۲ (۱۱۱) ۹۸+

\* رایانامه:

taghipourm@yahoo.com



مقدمه

کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی است. مفهومی پویا و چندبعدی است که دربرگیرنده جنبه‌های فیزیکی و روان‌شناختی و اجتماعی زندگی است و تعابیر متفاوتی از جنبه‌های فلسفی و سیاسی و سلامتی دارد (۱-۳). تعریف سازمان جهانی بهداشت از کیفیت زندگی عبارت است از: درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان که کاملاً فردی بوده و دیگران نمی‌توانند آن را مشاهده کنند؛ نیز بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است. باتوجه به تعاریف «تندرستی»<sup>۱</sup> و کیفیت زندگی از طریق سازمان جهانی بهداشت، لازم است اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی فقط به شاخص‌های تغییر در فراوانی و شدت بیماری محدود نباشد و وضعیت افراد به‌طور کامل در نظر گرفته شود (۴،۵). کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و لازم است به صورت مستقل، به مثابه یکی از پیامدهای مهم سنجیده شود (۶).

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، نه تنها دچار عوارض جسمی، بلکه دچار عوارض روانی هم می‌شوند. این موضوع تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی آن‌ها خواهد گذاشت (۶). یکی از بیماری‌های مزمن، کمردرد است. این بیماری از شایع‌ترین شکایات ناشی از اختلالات عضلانی اسکلتی بوده که تقریباً ۸۰ درصد افراد در طول زندگی خود، حداقل یک‌بار آن را تجربه کرده‌اند (۷، ۸). کمردرد بعد از عفونت‌های تنفسی فوقانی، دومین علت مراجعه به پزشک (۹، ۱۰)، و اولین علت ناتوانی در افراد زیر ۴۵ سال و سومین علت انجام‌دادن عمل جراحی است (۱۱). حدود ۹۰ درصد بیماران مبتلا به کمردرد، دچار نوع غیراختصاصی آن هستند (۱۰). کمردرد غیراختصاصی، کمردردی است که نمی‌توان برای ایجاد آن همچون کمردرد اختصاصی منشأ مشخصی مانند شکستگی‌ها و عفونت‌ها و... قائل شد (۹). از نظر زمان شروع، به سه گروه حاد و تحت حاد و مزمن (بیشتر از ۳ ماه) طبقه‌بندی می‌شود (۹، ۱۲). هنوز تشخیص و درمان این نوع از کمردرد به مثابه چالش مطرح است (۱۳، ۱۴). در کشورهای توسعه‌یافته، هزینه کلی ناشی از کمردرد هر ساله، ۱/۷ درصد از سهم کل تولید ناخالص ملی است. بخش عمده این هزینه به اداره کردن بیماران با کمردرد مزمن نسبت به کمردردهای متناوب و بازگشتی مربوط است (۱۲، ۱۱، ۸، ۷). همچنین، از دیدگاه سلامت شغلی، کمردرد را از مهم‌ترین دلایل غیبت از کار، ناتوانی شغلی، از کارافتادگی و

نیز پرداخت غرامت شغلی برشمرده‌اند. همچنین، ناتوانی ناشی از کمردرد را مسبب آثار بسیار منفی از لحاظ اجتماعی و اقتصادی بر بیمار و خانواده و در دید کلان برای جامعه یافته‌اند (۸، ۱۲). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد، به وضعیت عملکردی و عوامل روان‌شناختی بیش از آسیب جسمی وابسته شناخته شده‌اند. اهمیت مداخلات با تأکید بیشتر بر بهبود وضعیت عملکردی و استرس روان‌شناختی این بیماران را نشان می‌دهد (۱۵). کمردرد مزمن ممکن است به‌ویژه در افرادی که چندین بیماری جسمی و روحی هم‌زمان دارند یا در بیماران زن و در بیماران مبتلا به میزان بیشتر درد مزمن، علت ناتوانی‌های بزرگ‌تر و کیفیت زندگی ضعیف‌تر باشد. لازم است درمانگران فعالانه بر جست‌وجوی نشانه‌های افسردگی و اضطراب و اداره بهتر درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن تمرکز کنند، به‌ویژه اگر بیماری‌های هم‌زمان جسمی وجود دارند (۱۶).

بیشتر مطالعات درباره انواع کمردرد، درخصوص روش‌های درمان و اثرشان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد صورت گرفته است (۱۷، ۱۸). در ایران نیز اکثر مطالعات بر اثربخشی روش‌های درمانی مرتبط با کمردرد صورت گرفته است (۹، ۱۲). مطالعات محدودی نیز درباره میزان رضایتمندی یا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد درخصوص روش درمانی یا آموزش انجام شده است (۱۹-۲۱). طووفیان در مطالعه‌ای درباره کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد با شدت‌های مختلف و در تمام دامنه‌ها، به جز عملکرد اجتماعی و عاطفی، به تفاوت معناداری دست یافت (۲۲)؛ اما مطالعه‌ای یافت نشد که وضعیت کیفیت زندگی افراد مبتلا به کمردرد را از نوع غیراختصاصی مزمن ارزیابی کرده باشد. باتوجه به شیوع کمردرد غیراختصاصی مزمن (NSLBP<sup>۲</sup>) و تأثیرات آن بر روند عادی زندگی و نیافتن مطالعه مشابه، بر آن شدیم تا کیفیت زندگی این دسته از بیماران را بررسی کنیم.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی، در بیمارستان شهیدبهشتی بابل، در سال ۱۳۸۹ انجام شد. ۱۲۵ بیمار مبتلا به کمردرد غیراختصاصی مزمن در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۸ سال شرکت کردند. حجم نمونه با درصد اطمینان ۹۵ و توان ۰/۸۰ برآورد شد. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی ساده صورت گرفت. از بین بیماران، پس از مشاوره متخصص ارتوپدی و معاینات بالینی و اعلام رضایت کتبی، بیماران کمردردی وارد مطالعه شدند. آن‌ها حداقل مدت سه ماه، به صورت متناوب یا دائم کمردرد داشتند (۲۳). به علاوه،

۱- تندرستی ابعاد وسیع رفاه کامل جسمانی و روحی و اجتماعی دارد؛ لذا فقط فقدان بیماری نیست.



بیمارانی که مشکلات زیر را داشتند، وارد روند مطالعه نمی‌شدند: شکستگی مهره‌ای و اندام تحتانی، فتق دیسک حاد، کمردرد حاد ناشی از ضربه، بدخیمی‌ها، روماتوئیدآرتريت و دیگر بیماری‌های سیستمیک و متابولیک، ناهنجاری‌های ساختاری، عفونت‌ها، بیماری‌های عصبی، تغییر شکل‌های ساختاری، ضایعات ژنتیکی فقرات، سابقه جراحی فقرات، کمربند لگنی و مفصل ران، اسپوندیلولیزیس، اسپوندیلولیزستزیس، مشکلات روان‌شناختی، بیماران معتاد به الکل و مواد مخدر، پوکی استخوان به‌همراه شکستگی فشاری (۲۹-۲۴). افرادی که بیش از پنج پرسش بی‌پاسخ (۲۰ درصد) در پرسش‌نامه WHOQOL-BREF گذاشته بودند، از مطالعه خارج شدند.

برای افراد واجد شرایطی که وارد تحقیق شدند، درباره اهمیت طرح و محرمانه‌بودن اطلاعات توضیح داده شد. سپس، در صورتی که افراد فرم رضایت‌نامه را آگاهانه امضا می‌کردند، از آن‌ها خواسته می‌شد تا پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. اگر شرکت‌کنندگان درباره برخی پرسش‌ها، به توضیح بیشتری نیاز داشتند، محقق ابهام را رفع می‌کرد. پرسش‌نامه‌ها شامل چهار عدد می‌شد: پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه ارزیابی سطح ناتوانی آنان، پرسش‌نامه کیفیت زندگی شان<sup>۲</sup> و ارزیابی شدت درد.

پرسش‌نامه اطلاعات زمینه‌ای به‌گونه‌ای طراحی شده بود که اطلاعات مربوط به ویژگی‌های بیمار، از جمله نام پزشک ارجاع‌دهنده، جنس، سن، شغل، سابقه پزشکی و... را به صورت خوداظهاری جمع‌آوری می‌کرد.

پرسش‌نامه ارزیابی سطح ناتوانی برای افراد مبتلا به کمردرد، ده بخش دارد. هر بخش شامل شش جمله است و فرد جمله‌ای که بهترین توصیف را از وضعیت فعلی‌اش دارد، علامت می‌زند. این بخش‌ها عبارت‌اند از: وضعیت شدت درد، کارهای شخصی، بلندکردن اجسام، راه رفتن، نشستن، ایستادن، خوابیدن، فعالیت جنسی، زندگی اجتماعی، مسافرت کردن. در تحقیقی که موسوی و همکاران انجام دادند، این پرسش‌نامه را مطابق استانداردهای بین‌المللی به فارسی ترجمه و بومی‌سازی کردند. آلفای کرونباخ آن ۰/۷۵ و پایایی ۰/۹۱ به‌دست آمده است. بنابراین، اعتبار و تکرارپذیری فراوانی برای اندازه‌گیری ناتوانی در بیماران کمردردی فارسی‌زبان دارد (۳۱، ۳۰).

همچنین، از نسخه فارسی شده<sup>۳</sup> آن استفاده شد که در سایت سازمان بهداشت جهانی (WHO<sup>۴</sup>) موجود است (۳۲). پرسش‌نامه WHOQOL-BREF ۲۶ سؤال دارد که دربرگیرنده این موضوعات است: ۱. حیطه‌های کیفیت زندگی عمومی، یک سؤال؛ ۲. سلامت

عمومی، یک سؤال؛ ۳. رضایت در چهار دامنه کیفیت زندگی که شامل این گزینه‌هاست: سلامت جسمانی، هفت سؤال؛ سلامت روان، شش سؤال؛ روابط اجتماعی، سه سؤال و سلامت محیط، هشت سؤال. گزینه‌های پاسخ براساس مقیاس لیکرت بود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی و پایایی این نسخه را در تحقیقی بررسی و به انجام رساندند. پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد و آلفای کرونباخ سنجیده شد که در تمام حیطه‌ها، بیشتر از ۰/۷ بود، به‌جز حیطه روابط اجتماعی که آلفای کرونباخ آن ۰/۵۵ به‌دست آمد. روایی با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی محاسبه شده بود. در ۸۳ درصد موارد، هم‌بستگی هر سؤال با حیطه اصلی‌اش بیشتر از سایر حیطه‌ها بود. همچنین، عوامل ساختاری این ابزار در ایران، در گروه‌های سالم و بیمار پذیرفتنی بوده است (۴).

از پرسش‌نامه شدت درد نیز برای اندازه‌گیری درد استفاده شد. در معیار سنجش دیداری درد<sup>۵</sup> (۳۳) از بیمار درخواست می‌شود تا روی خطی به طول ۱۰ سانتی‌متر، بهترین نقطه‌ای را که توصیف‌کننده شدت درد او باشد، علامت‌گذاری کند. در این معیار، عدد صفر بیانگر حالت بدون درد و عدد ۱۰ توصیف‌کننده بدترین حالت ممکن درد است. فاصله محل علامت تا انتهای سمت چپ خط به میلی‌متر اندازه‌گیری شده و سپس به صورت یک ارزش عددی درمی‌آید که ثبت‌کردنی است. بدین ترتیب، عدد مذکور به‌مثابه شدت درد بیمار در پرسش‌نامه ثبت شد.

از بین ۲۸۰ بیمار مراجعه‌کننده برای کمردرد در مدت زمان ۸ ماه، پس از معاینه پزشک و بررسی معیارهای خروج، ۱۳۸ بیمار برای ورود به تحقیق شناسایی شدند. از این تعداد، ۶ نفر به پاسخ‌گویی تمایل نداشتند. از بین ۱۳۲ پرسش‌نامه جمع‌آوری‌شده نیز ۶ نفر به‌علت داشتن بیش از پنج پرسش بی‌پاسخ در پرسش‌نامه WHOQOL-BREF از مطالعه حذف شدند. در نهایت، ۱۲۶ پرسش‌نامه برای تجزیه و تحلیل نهایی در نظر گرفته شدند.

پس از اتمام جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ شدند. از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار برای بررسی متغیرهای موجود در مطالعه استفاده شد. برای مقایسه میانگین‌های دو گروه افراد مجرد و متأهل و زنان و مردان درباره متغیرهای کیفیت زندگی عمومی، سلامت عمومی، سلامت جسم، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط، شدت درد و نمره کلی ناتوانی<sup>۶</sup> از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. همچنین، از آزمون اسپیرمن برای بررسی هم‌بستگی متغیرهای آزمون WHOQOL-BREF با شدت درد و ناتوانی محاسبه شد.

1- Oswestry

2- WHOQOL-BREF

3- WHOQOL-BREF

4- World Health Organization

5- Visual Analogue Scale

6- Oswestry



## یافته‌ها

۲. مشخصات مربوط به شدت درد و ناتوانی و کیفیت زندگی: شدت درد، میانگین و انحراف معیاری برابر با  $54/73 \pm 21/32$  داشت. نمره کلی پرسش‌نامه ناتوانی نیز میانگین و انحراف معیار  $31/56 \pm 16/69$  داشت. میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای سلامت جسم، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط در محدوده  $12/72$  تا  $13/99$  بودند که هریک امتیاز ۴ تا ۲۰ داشتند. میانگین سلامت روان نیز به ترتیب عبارت‌اند از:  $12/72$  و  $13/11$ . میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی عمومی و سلامت عمومی نیز به‌دست آمده است (جدول ۱).

۱. مشخصات جمعیتی جامعه موضوع مطالعه: دامنه سنی شرکت‌کنندگان به‌طور کلی، از ۱۸ تا ۵۸ سال با میانگین سنی  $37/75$  و انحراف معیار  $11/7$  متغیر بوده است. ۵۲ درصد زن و ۴۷ درصد مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل نیز ۲۴ درصد افراد مجرد و ۷۵ درصد افراد متأهل بودند و ۱ درصد افراد نیز همسرشان فوت شده بود. از نظر وضعیت تحصیلی، ۲۰ درصد افراد زیر دیپلم و ۴۰ درصد افراد دیپلم و ۴۰ درصد افراد نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند که به ترتیب، لیسانس ۲۸ درصد، فوق‌لیسانس ۳/۸ درصد، دکترا ۸/۲ درصد بود.

جدول ۱. امتیاز کیفیت زندگی عمومی و سلامت عمومی و هریک از دامنه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط) در افراد مبتلا به کمردرد مزمن غیراختصاصی.

متغیر	میانگین نمره	انحراف معیار
سلامت جسم	۱۲/۷۲	۱/۶۹
سلامت روان	۱۳/۱۱	۲/۲۵
روابط اجتماعی	۱۳/۹۹	۳/۱۰
سلامت محیط	۱۳/۲۴	۲/۳۹
کیفیت زندگی عمومی	۳/۴۷	۰/۸۱
سلامت عمومی	۳/۳۲	۰/۹۹

در بین زنان و مردان، اختلاف معناداری درباره هیچ‌یک از متغیرهای سلامت جسم، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، شدت درد و نمره کلی ناتوانی با استفاده از آزمون من‌ویتنی دیده نشد ( $P > 0/05$ ). از نظر تأهل نیز ارتباط معناداری بین این متغیرها وجود نداشت ( $P > 0/05$ )؛ اما افراد با تحصیلات دانشگاهی درد و ناتوانی کمتر و کیفیت زندگی بهتری داشته‌اند ( $P > 0/05$ ).

سپس، با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف<sup>۱</sup> داده‌ها را از نظر نرمال بودن چهار متغیر اصلی سلامت جسم، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط بررسی کردیم که فقط توزیع متغیر سلامت محیط نرمال بوده است ( $P > 0/05$ ). شدت درد و ناتوانی نیز با آزمون مذکور بررسی شد که توزیع نرمال داشتند ( $P > 0/05$ ).

جدول ۲. نتایج آزمون هم‌بستگی اسپیرمن میان متغیرهای کیفیت زندگی عمومی، سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، شدت درد و نمره کلی ناتوانی در افراد مبتلا به کمردرد مزمن غیراختصاصی.

کیفیت زندگی عمومی	سلامت عمومی	سلامت جسم	سلامت روان	روابط اجتماعی	سلامت محیط	شدت درد	نمره کلی ناتوانی
کیفیت زندگی عمومی	۰/۴۰۹**	۰/۳۶۴**	۰/۳۸۱**	۰/۳۸۷**	۰/۲۹۶**	-۰/۲۶۵*	-۰/۲۶۵*
سلامت عمومی	۰/۴۰۹**	۰/۳۳۵**	۰/۴۳۹**	۰/۴۳۹**	۰/۲۲۲*	-۰/۲۴۷*	-۰/۴۱۶**
سلامت جسم	۰/۳۶۴**	۰/۳۳۵**	۰/۴۹۶**	۰/۴۳۱**	۰/۴۲۹**	-۰/۲۸۷*	-۰/۲۸۷*
سلامت روان	۰/۳۸۱**	۰/۴۳۹**	۰/۴۹۶**	۰/۶۳۸**	۰/۵۰۸**	-۰/۲۷۳**	-۰/۳۹۹**
روابط اجتماعی	۰/۳۸۷**	۰/۴۳۹**	۰/۴۳۱**	۰/۶۳۸**	۰/۶۲۷**	-۰/۳۲۵**	-۰/۳۲۵**
سلامت محیط	۰/۲۹۶**	۰/۲۲۲*	۰/۴۲۹**	۰/۵۰۸**	۰/۶۲۷**	-۰/۲۷۳**	-۰/۳۹۹**
شدت درد	-۰/۲۴۷*	-۰/۲۸۷*	-۰/۲۷۳**	-۰/۲۷۳**	-۰/۲۷۳**	-۰/۲۷۳**	-۰/۲۷۳**
نمره کلی ناتوانی	-۰/۲۶۵*	-۰/۴۱۶**	-۰/۲۸۷*	-۰/۳۹۹**	-۰/۳۲۵**	-۰/۳۹۶**	-۰/۳۹۶**

\*\* هم‌بستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (دو دامنه).

\* هم‌بستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).



همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده، میان هریک از چهار دامنه کیفیت زندگی (سلامت جسم، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط) و سلامت عمومی و کیفیت زندگی عمومی رابطه مستقیم وجود دارد. شدت درد با سلامت عمومی و سلامت روان رابطه معکوس دارد و با نمره کلی ناتوانی ارتباط مستقیم دارد. نمره کلی ناتوانی نیز با کیفیت زندگی عمومی، سلامت عمومی، سلامت جسم، سلامت روان و روابط اجتماعی ارتباط معکوس دارد و با شدت درد رابطه مستقیم دارد.

### بحث

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد غیراختصاصی مزمنی بررسی شدند که به بیمارستان شهیدبهشتی بابل مراجعه کرده بودند. تفاوت معناداری از نظر سن و جنس و تأهل درباره متغیرهای سلامت جسم، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، شدت درد و نمره کلی ناتوانی نداشتند. این یافته با نتایج مطالعه کلمنک کتیس<sup>۱</sup> (۱۶) همخوانی نداشته است. در این مطالعه، زنان مبتلا به کمردرد، ناتوانی بیشتر و کیفیت زندگی ضعیف‌تری نسبت به مردان داشتند. شاید این ناهمخوانی ناشی از تعداد بیشتر زنان در مقایسه با مردان در مطالعه آن‌ها بوده باشد یا تفاوت‌های فرهنگی که در کشورهای پیشرفته اروپایی نسبت به کشور ما وجود دارد.

متغیرهای مدنظر در خصوص سطوح مختلف تحصیلات اختلاف معناداری داشته‌اند. در گروه افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند، کیفیت زندگی بهتر و شدت درد و ناتوانی ضعیف‌تر وجود داشته است. در مطالعه هورنگ<sup>۲</sup> و همکاران (۱۵)، افراد با میزان تحصیلی بیشتر و  $HRQOL$  بالاتر، سطح ناتوانی و شدت درد کمتر داشتند. این موضوع می‌تواند بیانگر این باشد که تحصیلات بیشتر موجب آگاه‌تر شدن افراد به سبک زندگی بهداشتی‌تر و اجرای دقیق‌تر آن می‌شود.

در مطالعه حاضر، بین شدت درد با سلامت عمومی و سلامت روان رابطه معکوس وجود دارد. بیشترین تأثیر شدت درد نیز بر سلامت روان بوده است. این نتیجه با مطالعه‌ای از کشورمان همخوانی دارد. طوافیان و همکاران (۲۲) گزارش کردند کیفیت زندگی ضعیف‌تر بیماران مبتلا به کمردرد (به‌جز مقیاس نقش احساسات و عملکرد اجتماعی) وابسته به افزایش شدت دردشان است. این نتیجه هم‌راستا، احتمالاً نشان‌دهنده این است که شدت درد بیشتر، تنها بر جسم افراد اثر نمی‌گذارد و حیطه‌های دیگر

کیفیت زندگی از جمله سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، پرداختن صرف به جسم نمی‌تواند تأمین‌کننده رضایت افراد مبتلا به کمردرد باشد.

در مطالعه حاضر، بین نمره کلی ناتوانی با شدت درد ارتباطی مستقیم مشاهده شد. این یافته با بعضی مطالعات کشورهای توسعه‌یافته همخوانی دارد. پلیس<sup>۳</sup> و همکاران (۳۴) ارتباط افزایش ناتوانی را با شدت درد بیشتر گزارش کردند. همچنین، هورنگ و همکاران (۱۵) بین شدت درد و مقیاس ناتوانی روابط معناداری یافتند.

نمره کلی ناتوانی همچنین با کیفیت زندگی عمومی، سلامت عمومی، سلامت جسم، سلامت روان و روابط اجتماعی ارتباط معکوس دارد. این یافته نیز با بعضی مطالعات که در کشورهای توسعه‌یافته صورت گرفته است، همخوانی دارد. کلمنک کتیس (۱۶) عوامل همراه با کیفیت زندگی ضعیف و ناتوانی بسیار بیماران مبتلا به کمردرد مزمن را به ترتیب، وجود و ظهور علائم اضطراب و افسردگی بیان کرد. همچنین، هورنگ و همکاران (۱۵) به این نتیجه دست یافتند که بین ناتوانی با چهار دامنه WHOQOL-BREF در بیماران مبتلا به کمردرد رابطه معکوس وجود دارد. پلیس و همکاران (۳۴) ارتباط افزایش ناتوانی را با کیفیت زندگی ضعیف‌تر گزارش کردند. این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارند.

از طرفی، ارتباط ناتوانی با شدت درد و از طرف دیگر، ارتباط ناتوانی با ابعاد کیفیت زندگی و نیز نتایج همخوان شاید بیانگر این مطلب باشد: علاوه بر استفاده از راهکارهای کاهنده شدت درد، توجه به استفاده از راهکارهای ارتقادهنده سطح توانایی افراد مبتلا به کمردرد در مسائل روزمره نه تنها بر جسم، بلکه بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی اثرگذار است.

از محدودیت‌های بررسی حاضر، نحوه پاسخ‌گویی به برخی پرسش‌ها بوده است. بیشترین داده‌های از دست‌رفته، به پرسش شماره ۲۱ (رضایت از روابط جنسی) با ۶۳ پرسش‌نامه بی‌پاسخ به این پرسش مربوط است. رتبه بعدی نیز به پرسش شماره ۲۰ (رضایت از روابط خصوصی) با ۱۲ پرسش‌نامه بی‌پاسخ تعلق دارد که به مسائل فرهنگی و عرفی جامعه مرتبط است. از دیگر محدودیت‌ها، نبود کنترل جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به‌منظور مطالعه تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی افراد به‌طور اختصاصی را می‌توان نام برد.



### نتیجه گیری

از محدودیت‌های این مطالعه، انجام‌شدن آن در شهری کوچک و با فرهنگ خاص آنجاست. پیشنهاد می‌کنیم تحقیقی مشابه در شهرهای دیگر کشور نیز صورت گیرد تا امکان تعمیم نتایج فراهم شود. متأسفانه در تحقیق حاضر، به نکاتی مثل شدت درد در روز ارزیابی افراد مبتلا به کمردرد و شدت درد در طول مدت زندگی آن‌ها و در مدت ابتلای آن‌ها پرداخته نشد. براین اساس، مطمئناً بر کیفیت زندگی افراد بسیار تأثیرگذار و مهم هستند. همچنین، پیشنهاد می‌کنیم بهزیستی روانی، مشاوره‌های بهداشت روان، آموزش ساختاریافته و هدفمند زندگی مستقل، توانمندسازی افراد در انجام مسائل روزمره و ارتباطات اجتماعی کنار مداخلات درمانی نظیر توان‌بخشی، بیشتر درخور توجه درمانگران و پژوهشگران قرار گیرد. شاید اگر چنین اطلاعاتی در اختیار سیاست‌گذاران قرار گیرد، بتوانند برنامه‌ریزی‌های آینده را برای کنترل کمردرد ارتقا بخشند. در واقع، به نظر می‌رسد مراقبت همه‌جانبه از بیماران بتواند راهگشای درمان‌های مؤثرتر و پیشرفت‌های آینده باشد.

در مجموع، درباره اثر بیماری‌های مزمن جسمی بر کیفیت زندگی افراد می‌توان گفت نباید صرفاً محدودیت‌های جسمی ناشی از بیماری‌ها را باعث افت در کیفیت زندگی بیماران دانست. بیماری‌های مزمنی مانند کمردرد با تحت‌تأثیر قراردادن جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی فرد، در کیفیت زندگی افراد تغییر به وجود می‌آورند. در بحثی کلی، می‌توان با توجه به ابعاد سه‌گانه زیست‌شناختی و روان‌شناختی و اجتماعی انسان و متأثر بودن کیفیت زندگی از هر سه بُعد، با ارتقای هریک از جنبه‌ها بر تأثیر ویژه یک جنبه و برآیند کلی تأثیر گذاشت. به هر حال، ارتباط کیفیت زندگی عمومی و سلامت عمومی و هر چهار دامنه کیفیت زندگی در افراد مبتلا به کمردرد حاکی از آن است که کمردرد علاوه بر بُعد جسمی فرد، سایر ابعاد زندگی فرد را نیز متأثر می‌سازد؛ لذا با مداخله در این ابعاد روانی اجتماعی، می‌توان با وجود کمردرد، به ارتقای کیفیت زندگی به‌منابه هدف درمانی جامع و کلی نگر دست یافت.

### منابع

- 1-Fallowfield L. What is quality of life? 2009.
- 2-Amini H, Alimadadi Z, Nejatiasafa A, Sharifi V, Ahmadi Abhari S. [Quality of Life in a Group of Patients with Bipolar Disorder and Some of their Clinical Characteristics (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009;15(2):175-82.
- 3-Ghorban B, Yaghmaie F. [Quality of life in patients with endometriosis (Persian)]. *Journal Reproduction & Infertility*. 2009;(2):129-35.
- 4-Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. [The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version (Persian)]. *sjsph*. 2006;4 (4):1-12.
- 5-Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53(1):1-12.
- 6-Nejat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh SR, Sadat Nabavi N, Nejat F, et al. [Quality of life in patients with multiple sclerosis compared with healthy population of Tehran (Persian)]. *Journal of Epidemiology*. 2006:19-24.
- 7-Dankaerts W, O'sullivan PB, Burnett AF, Straker LM. The use of a mechanism-based classification system to evaluate and direct management of a patient with non-specific chronic low back pain and motor control impairment-A case report. *Manual Therapy*. 2007;12(2):181-91.
- 8-Van Tulder MW, Waddell G. Evidence-based medicine for non-specific low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):vii-ix.
- 9-Rasooli O, Amiri M, Arabloo AM. [Ultrasonic comparisons of thickness changes in the status of the abdominal muscles in healthy men and men with nonspecific chronic low back pain (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2009;10(4):32-9.
- 10-Panahi F, Kamali Sarvestani F. [Comparison between massage and modalities in the treatment of patients with sub-acute or chronic nonspecific low-back pain (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2011;15(5):327-32.
- 11-Noori S, Ghasemi Kahrizsangi Gh, Khayambashi Kh, Karimi A, Minasian V, Alizamani S. [Effect of Exercise Therapy and Physiotherapy on Patients with Chronic Low Back Pain (Persian)]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;29(151):1091-7.
- 12-Mehrdad R, Esmaeeli Javid Gh, Hasan Zadeh H, Sotoodeh Manesh A, Ghasemi M. [Sports and laser therapy in the treatment of chronic low back pain (Persian)]. *Journal of Tehran University of Medical Sciences*. 2005: 322-30.
- 13-Brennan G, Fritz J, Hunter S, Thackeray A, Delitto A, Erhad R. Identifying subgroups of patients with acute/sub acute nonspecific low back pain. *Spine*. 2006; 31: 623-31.
- 14-Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*. 2006;15: s192-s300.
- 15-Hong YS, Hwang YH, Wu HC, Liang HW, Mhe YJ, Twu FC, et al. Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. *Spine*. 2005;30(5):551-5.
- 16-Klemenc Ketivs Z. Predictors of health-related quality of life and disability in patients with chronic nonspecific low back pain. *Slovenian Medical Journal*. 2011;80(5):379-85.
- 17-Khauv KB, John C. Health-related quality of life improvements in adult patients with chronic low back pain under low-force chiropractic care: A practice-based study. *Chiropractic Journal of Australia*. 2011;41(4):118-22.
- 18-Lebovits A, Hainline B, Stone LS, Seminowicz DA, Brunz JT, Rosenquist RW, et al. Struck from behind: maintaining quality of life with chronic low back pain. *The Journal of Pain*. 2009;10(9):927-31.
- 19-Karimi N, Ezati K, Rahgozar M, Zarvar M, Esmaeeli K, Talimkhani A. [Evaluation of the satisfaction from stability training in patients with mechanical chronic non-specific low back pain (Persian)]. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*. 2009;16(2):39-44.
- 20-Tavafian SA, Jamshidi AR, Mohammad K, Montazeri A. [The effects of educational program of low back health on quality of life in women with chronic low back pain: a clinical trial with 3, 6, 12 and 18 months follow ups (Persian)]. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*. 2008;26(3):321-9.
- 21-Tavafian SA, Jamshidi AR, Mohammad K. [The effects of multidisciplinary educational program on quality of life and disability of patients with chronic low back pain: a clinical trial with 3, 6, 12 and



- 18 months follow ups (Persian)]. Journal of Isfahan Medical School. 2011;29(130):202-14.
- 22-Tavafian SS, Eftekhar H, Mohammad K, Jamshidi AR, Montazeri A, Shojaezadeh D, et al. Quality of life in women with different intensity of low back pain. Iranian Journal of Public Health [Internet]. 2005 [cited 2013 Dec 28];34(2). Available from: <http://journals.tums.ac.ir/abs/1343>
- 23-Radebold A, Cholewicki J, Panjabi MM, Patel TC. Muscle response pattern to sudden trunk loading in healthy individuals and in patients with chronic low back pain. Spine. 2000;25(8):947-54.
- 24-Petersen T, Olsen S, Laslett M, Thorsen H, Manniche C, Ekdahl C, et al. Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain. 2004;85-94.
- 25-Iguchi T, Kanemura A, Kasahara K, Sato K, Kurihara A, Yoshiya S, et al. Lumbar instability and clinical symptoms: which is the more critical factor for symptoms: sagittal translation or segment angulation? Journal of spinal disorders & techniques. 2004;17(4):284-90.
- 26-Fujiwara A, Tamai K, An HS, Kurihashi A, Lim T-H, Yoshida H, et al. The relationship between disc degeneration, facet joint osteoarthritis, and stability of the degenerative lumbar spine. Journal of Spinal Disorders & Techniques. 2000;13(5):444-50.
- 27-Salavati M. [Impairment of postural stability in patients with chronic low back pain and effect of active spinal stabilization training on it (Persian)]. Thesis for Ph.D. in Physical Therapy. Tarbiat Madarress University, 2001. Pp:100-150.
- 28-Van Dieën JH, Cholewicki J, Radebold A. Trunk muscle recruitment patterns in patients with low back pain enhance the stability of the lumbar spine. Spine. 2003;28(8):834-41.
- 29-Sullivan MS, Shoaf LD, Riddle DL. The relationship of lumbar flexion to disability in patients with low back pain. Physical Therapy. 2000;80(3):240-50.
- 30-Mousavi SJ, Mobini B, Mahdian H, et al. [Translation, localization, validation of the Persian version of the functional disability measurement index in patients with low back pain (Persian)]. Iranian Journal of Orthopedic Surgery. 2006;1(5):61-2.
- 31-Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B. The Oswestry disability index, the Roland-Morris disability questionnaire, and the Quebec back pain disability scale: translation and validation studies of the Iranian versions. Spine. 2006;31(14):E454-E459.
- 32-WHO. [cited 2013 May 20]; Available from: <http://www.who.int/en/>.
- 33-Petty NJ, Moor AP. Neuromusculoskeletal Examination and Assessment 1st ed. Edinburgh. Churchill Livingstone. 1998. pp: 12-13.
- 34-Pellisé F, Balagué F, Rajmil L, Cedraschi C, Aguirre M, Fontecha CG, et al. Prevalence of low back pain and its effect on health-related quality of life in adolescents. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2009;163(1):65-71.

# The Quality of Life in Patients with Nonspecific Chronic Low Back Pain

Pourhadi S. (M.Sc.)<sup>1</sup>, Hosseinzadeh S. (M.Sc.)<sup>2</sup>, Haji Ahmadi M.(Ph.D.)<sup>3</sup>, \*Taghipour Darzi M.( Ph.D.)<sup>4</sup>

Receive date: 09/09/2012

Accept date: 12/08/2013

1-Ph.D. student of gerontology,  
Iranian Research Center On Aging,  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2-Ph.D. student of Sports  
Biomechanic, Mazandaran  
University, Babolsar, Iran

3-Ph.D. of Biostatic, Amirkola Non-  
Communicable Pediatric Diseases  
Research Center, Babol University of  
Medical Sciences, Babol, Iran

4-Associate professor of  
Physiotherapy, Movement  
Impairment Research Center, Babol  
University of Medical Sciences,  
Babol, Iran

**\*Correspondent Author Address:**

Movement Impairment Research  
Center, Department of Physical  
Therapy, Faculty of Medicine, Babol  
University of Medical Sciences,  
Babol Ganjafroz Street, Babol, Iran.

\*Tel: +98 (111) 2199592

\*E-mail: taghipourm@yahoo.com

## Abstract

**Objectives:** Quality of life is a multi-faceted concept and goes beyond an examination merely in terms of physical health. Lower back pain is among the most prevalent musculoskeletal disorders, and chronic illnesses such as the nonspecific chronic lower back pain have important consequences like an alteration in the quality of life of the person. This study was conducted to evaluate the quality of life in people with nonspecific chronic lower back pain.

**Materials & Methods:** The present study is a descriptive inquiry carried out using the cross-sectional method at the Shahid Beheshti Hospital in Babol, Iran. The sample volume was estimated to be 125 subjects where individuals were evaluated through four questionnaires, namely demographic information, the assessment of the level of disability (Oswestry), quality of life (WHOQOL-BREF), and an evaluation of the intensity of the pain.

**Results:** The participants were from an age range of 18 to 58 years whose mean and deviation of pain intensity and disability were  $73.54 \pm 32.21$  and  $56.31 \pm 69.16$ , respectively. In Terms of gender and marital status, no meaningful variation was observed in the physical health, mental health, social relationships, and environmental health variables, but participants with academic education had meaningful differences in all of the above variables compared to individuals from other educational levels. Pain intensity was negatively correlated with general health and mental health, and was positively correlated with the overall disability score. Also, the overall score of disability was negatively correlated with the general quality of life, general health, physical health, mental health, and social relationships, and was positively correlated with the pain intensity.

**Conclusion:** Since pain intensity and disability not only have physical consequences but affect other facets too, future interventions need to consider the physical aspect, and put emphasis on the mental and social improvement of the patients.

**Keywords:** Nonspecific chronic lower back pain, quality of life