

عوامل خطر در بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه کننده به مراکز درمانی کرمانشاه (۱۳۷۹)

محمدباقر شمسعی*؛ دکتر سیروس رضایی**

چکیده

سابقه و هدف: کمردرد دومین علت مراجعه بیمار به پزشک و درمانگاه و پس از سرماخوردگی دومین علت غیبت از کار و مرخصی استعلاجی بوده و مورد شکایت بسیاری از مردم است. عوامل مختلفی به عنوان عامل خطرزا یا زمینه ساز بروز کمردرد معرفی شده اند. با وجود اینکه کمردرد یک مشکل جهانی است، عوامل مربوط به آن در جوامع مختلف تفاوت دارد و فرهنگ های مختلف باعث ایجاد تأثیرات متفاوت در میزان شیوع آن می شود. با شناخت عواملی که تأثیر بیشتری در بروز کمردرد در یک جامعه داشته اند و با کنترل آن ها می توان برای پیشگیری از آن گام برداشت؛ لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی عوامل خطر بروز کمردرد در بیماران مراجعه کننده به مراکز آموزشی و درمانی شهر کرمانشاه و مقایسه آن با گروه شاهد انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه تحلیلی از نوع مورد-شاهدی است. جامعه آماری شامل ۶۰۴ نفر بیمار مبتلا به کمردرد مکانیکی بودند و همین تعداد به عنوان گروه شاهد از میان بیمارانی که به علتی غیر از کمردرد به همان مرکز درمانی مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. اطلاعات جمعیت شناختی بیمار و نیز اطلاعاتی در مورد نحوه انجام دادن کار، برداشتن اجسام، ایستادن، نشستن، کشیدن سیگار، سابقه فعالیت ورزشی و سابقه بیماری روانی از طریق پرسشنامه اخذ گردید.

یافته ها: میزان سن در گروه مورد و شاهد به ترتیب $42/6 \pm 14/63$ و $42/57 \pm 14/54$ سال بود. $52/7$ و $53/7$ درصد نمونه ها در گروه مورد و شاهد مرد و بقیه زن بودند. میزان قد آنان به ترتیب در گروه مورد و شاهد $166/185 \pm 9/275$ و $166/344 \pm 9/138$ سانتی متر بود. وزن در گروه مورد و شاهد به ترتیب $68/54 \pm 21/71$ و $67/957 \pm 12/341$ کیلوگرم و شاخص جرم بدن $2/5041 \pm 0/442$ و $2/5187 \pm 0/4581$ سانتی متر بر کیلوگرم بود. بیشترین شغل اظهار شده در هر دو گروه خانه دار و بیشترین سطح تحصیلات در هر دو گروه بی سواد بود. $91/3$ درصد گروه مورد و $91/5$ درصد گروه شاهد در روز بیش از ۵ بار (در حد زیاد) خم و راست می شدند. گروه مورد و شاهد به ترتیب $77/9$ و $75/8$ درصد در روز بیش از یک ساعت به طور مداوم در یک جا می ایستادند. $69/8$ درصد گروه مورد و 71 درصد گروه شاهد در شغل خود بارهای بیش از ۱۲ کیلوگرم (بارهای سنگین) را جابه جا می کردند. $39/1$ درصد گروه مورد و $41/3$ درصد گروه شاهد در طول روز بیش از دو ساعت مداوم می نشستند. $13/4$ و $14/4$ درصد گروه مورد و شاهد بیش از یک ساعت در روز رانندگی می کردند. $21/3$ و $19/7$ درصد گروه های مورد و شاهد سیگاری بودند. در گروه مورد و شاهد به ترتیب $14/7$ و $13/9$ درصد سابقه مراجعه به پزشک یا بستری شدن را به علت مشکل روانی ذکر کردند و به ترتیب $15/4$ و $15/7$ درصد گروه های مورد و شاهد سابقه فعالیت ورزشی یا عضویت در تیم های مدرسه یا باشگاه را داشتند.

بحث: گرچه عوامل خطر کمردرد در بیماران مورد مطالعه در حد بالایی وجود داشت، اختلاف معناداری بین گروه کمردرد و شاهد به دست نیامد و براساس این پژوهش حداقل بین بیماران مورد مطالعه نمی توان قایل به تأثیر این عوامل در بروز کمردرد شد.

کلیدواژه ها: کمردرد، عوامل خطر، کرمانشاه. «دریافت: ۱۳۸۲/۴/۲۵ پذیرش: ۱۳۸۵/۱/۲۹»

Email: mbshamsi@yahoo.com

* کارشناس ارشد فیزیوتراپی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

** متخصص ارتوپدی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی - مدیریت آموزشی، تلفن: ۰۸۳۱ ۸۳۵۰۱۷۷

مقدمه

کمردرد دومین علت مراجعه بیمار به پزشک و درمانگاه است که موجب ناتوانی سالانه ۵/۴ میلیون نفر در آمریکا می‌شود، به طوری که بعد از سرماخوردگی دومین علت غیبت از کار و مرخصی استعلاجی بوده است (۱ و ۲). تقریباً ۸۰ درصد مردم در طول زندگی به کمردرد مبتلا می‌شوند (۳ و ۴). گرچه کمردرد مشکلی است که معمولاً خودبه‌خود بهبود می‌یابد، در آمریکا در هر سال حداقل باعث ۱۶ میلیارد دلار هزینه و ۵/۴ میلیون نفر معلول می‌گردد (۵). در قرن حاضر، این مشکل به تدریج همه‌گیر شده، به طوری که در آمریکا از سال ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۸ تعداد افرادی که به دلیل کمردرد دچار ناتوانی شده‌اند، ۲۶ درصد افزایش یافته، در حالی که در همین مدت جمعیت فقط ۷ درصد اضافه شده است (۵).

عوامل مختلفی به عنوان عوامل خطرزا یا زمینه‌ساز بروز کمردرد معرفی شده‌اند، از جمله: وارد شدن فشار بر کمر، شغل، وضعیت بدنی غلط، برداشتن، کشیدن یا هل دادن بارهای سنگین، چاقی، شاخص جرم بدن، ایستادن طولانی مدت و تعداد زایمان (در مورد خانم‌ها). در مورد این عوامل دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. در مطالعه‌ای که به منظور بررسی میزان ارتباط کمردرد و عوامل خطر مختلف بر مبنای اظهار بیمار انجام شد، مشخص گردید که بروز کمردرد با میزان کشیدن سیگار، حاملگی، در معرض ارتعاش بودن در مراکز صنعتی و مدت زمان صرف‌شده در اتومبیل رابطه مثبت داشته و با برداشتن بار به صورت روزانه، شاخص جرم بدن (BMI)، سطح فعالیت و نیز زمان صرف‌شده در وضعیت ایستاده یا نشسته یک رابطه مثبت ضعیف داشته است (۶). در مطالعه

دیگری که برای پیش‌بینی میزان شیوع کمردرد و تجزیه و تحلیل تأثیر عوامل خطر مهم مربوط به کار انجام شد، مشخص گردید که شیوع کمردرد در گروه‌هایی که سن بالاتر داشتند و در خانم‌ها بیشتر بود. در مردان بالای ۴۰ سال، چاقی، اضافه‌وزن و بالابودن مصرف سیگار خطر شیوع کمردرد را افزایش داد. در این مطالعه دلیلی بر تأثیر بالابودن کلسترول خون در بروز کمردرد به دست نیامد (۷). شغل‌هایی که به جابه‌جا کردن دستی بار خصوصاً برداشتن مکرر بارهای سنگین و برداشتن همراه با چرخش نیاز دارند، خطر شدید بروز کمردردی را ایجاد می‌کنند که منجر به ناتوانی و ترک کار می‌شود. علاوه بر آن قرارداشتن کل بدن در معرض لرزش و داشتن شغل‌هایی که به قرارگرفتن در وضعیت‌های ثابت نیاز دارند، با کمردرد ارتباط دارد. گرچه همه پژوهش‌ها قدرت عضلات تنه را با کمردرد مرتبط ندانسته‌اند، دیدگاه‌هایی وجود دارد که در موقع برداشتن بارهای سنگین، اگر کار مورد نیاز از قدرت و توانایی شخص فراتر باشد، شرایط بروز کمردرد مساعد است. در حدود ۲۰ سالگی شیوع کمردرد به علت این است که این سن، سن انجام دادن کار است و در جوانانی که کار سنگین ندارند، فقط کشیدن سیگار با کمردرد ارتباط داشته است که علت بیولوژیک آن مشخص نیست. شواهدی از تأثیر انعطاف کمر، ظرفیت فعالیت هوازی، کسب آموزش و متغیرهای دیگر در این مورد مطرح شده‌اند، ولی مورد تأیید همگان نیست. شواهدی هم وجود دارد که رابطه شخص با کار که به عنوان رضایت‌مندی از شغل شناخته می‌شود، با کمردرد مرتبط است (۸). تحقیقی در روی کارگران ۲۱ شرکت هلندی انجام شد تا بررسی کند

که آیا بار فیزیکی و روانی ناشی از کار بر غیبت استعلاجی ناشی از کمردرد مؤثر است یا خیر؟ نتیجه‌گیری شد که خم‌شدن و چرخش تنه، برداشتن بار و پایین‌بودن رضایت شغلی از عوامل خطر برای غیبت استعلاجی ناشی از کمردرد بوده‌اند(۹). در پژوهش دیگری که در روی پرستاران به منظور ارزیابی اثر جابه‌جا کردن بیماران و خصوصیات مستعدکننده فردی در ایجاد کمردرد انجام شد، مشخص گردید که خطر کمردرد در افرادی که مکرراً بیماران را بین تخت و صندلی و روی تخت و یا در حمام جابه‌جا می‌کنند، بیشتر است. در بین شاخص‌های استعداد شخصی فقط سابقه داشتن کمردرد قبلی به اندازه کافی قابلیت پیش‌بینی بروز کمردرد را داشت(۱۰). ارتباط بین عوامل روانی و فیزیکی و نیز شرایط اوقات فراغت با کمردرد در مطالعه دیگری بررسی شد و مشخص گردید که کار یکنواخت و خسته‌کننده و روابط اجتماعی کم یا نامطلوب در خارج محیط کار عوامل خطر برای ایجاد کمردرد در زنان شناخته شدند. سابقه کمردرد قبلی و نارضایتی از اوقات فراغت عامل خطر کمردرد در هر دو جنس بود(۱۱). در پژوهش آینده‌نگری که در روی ورزشکاران انجام شد، سابقه صدمه به کمر به طور معناداری توانست بروز کمردرد را در سال‌های بعد پیش‌بینی کند. ورزشکارانی که سابقه صدمه این قسمت را گزارش کرده بودند، سه مرتبه بیشتر در معرض خطر بودند و آن‌هایی که در موقع انجام تحقیق هنوز درد داشتند، شش برابر بیش از ورزشکاران فاقد سابقه امکان ابتلای به کمردرد داشتند(۱۲). پژوهشی نیز در روی رانندگان در مورد عوامل درگیر در کمردرد شغلی به

وسیله پرسشنامه انجام شد. افرادی که ابراز نموده بودند، زمانی که در کنار خانواده صرف می‌کنند کوتاه است، در مقایسه با آنان که پاسخ داده بودند، این زمان طولانی است، ابتلای به کمردرد به‌طور قابل‌توجهی بیشتر بود. در زمینه نحوه کار کردن، سه موضوع نامنظم بودن زمان انجام وظیفه، کوتاه بودن زمان استراحت و طولانی بودن مدت رانندگی در یک روز رابطه معناداری با کمردرد داشتند(۱۳). با آنکه کمر درد یک مشکل جهانی است و در تمام دنیا شایع است، عوامل مربوط به آن در جوامع مختلف تفاوت دارد و فرهنگ‌های مختلف باعث تأثیرات متفاوت بر میزان شیوع آن می‌شوند. با توجه به اینکه این موضوع در کرمانشاه مورد بررسی قرار نگرفته و احتمالاً عوامل خطر متفاوتی در آن برای بروز کمردرد وجود دارند، این پژوهش به منظور بررسی عوامل خطر بروز کمردرد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه و مقایسه آن با گروه شاهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی _ تحلیلی از نوع مورد _ شاهدهی است. نمونه‌های گروه مورد تعداد ۶۰۴ نفر بیمار مبتلا به کمردرد بودند که به یکی از مراکز درمانی تخصصی دولتی یا مطب‌های خصوصی شهر کرمانشاه مراجعه نموده بودند و برای گروه شاهد نیز دقیقاً به همان تعداد نمونه انتخاب گردید، طوری که در ازای هر بیمار مبتلا به کمردرد یک نفر بیمار مراجعه‌کننده به همان مرکز درمانی با همان سن و جنس به شرطی که به علتی غیر از کمردرد مراجعه نموده باشد، منظور شد. ضمن هماهنگی با مراکز درمانی، پس از معاینه و تشخیص کمر درد

مکانیکی، بیماران گروه مورد به مطالعه وارد شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات بیماران پرسشنامه‌ای طراحی شد که دارای دو قسمت بود: در قسمت اول اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، قد، وزن، تعداد زایمان (در مورد خانم‌ها)، میزان تحصیلات و شغل سؤال می‌شد و در قسمت دوم سؤالاتی در مورد نحوه انجام کار، برداشتن اجسام، ایستادن، نشستن، کشیدن سیگار، میزان مداومت در رانندگی، سابقه مشکل روانی، ابتلا به بیماری‌های دیگر و سابقه فعالیت ورزشی مطرح می‌گردید. پس از ارجاع بیمار در همان محل معاینه پزشکی، ضمن کسب رضایت از بیماران، پرسشنامه برای آن‌ها تکمیل می‌شد. قد و وزن افراد توسط ترازوی استاندارد SECA اندازه‌گیری شد. شاخص جرم بدن (BMI) بر اساس تقسیم قد (سانتی‌متر) بر وزن (کیلوگرم) بدن آن‌ها محاسبه گردید (روش پاندا). با توجه به اینکه خم و راست شدن مکرر به عنوان عامل بروز کمردرد مطرح است، در این پژوهش میانگین ۵ بار خم و راست‌شدن در هر روز در فعالیت شغلی به عنوان "حد زیاد" انتخاب گردید. ایستادن مداوم در یک جا بدون جابه‌جایی تا مدت بیش از یک ساعت نیز به عنوان عامل خطر مورد سؤال واقع شد. در خصوص برداشتن بارهای سنگین در حین انجام کار با توجه به بررسی مطالعات مشابه، مقدار بیش از ۱۲ کیلوگرم به عنوان بار سنگین در نظر گرفته شد. و در مورد نشستن مداوم در یک محل به عنوان عامل خطر دیگر، مدت زمان بیش از دو ساعت به عنوان محدوده زیاد در نظر گرفته شد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها به تعداد مورد نیاز، اطلاعات مربوطه به رایانه منتقل گردید و با نرم افزار

SPSS تحلیل شد. از آزمون t مستقل با دو روش واریانس‌های ترکیبی و مجزا برای مقایسه میانگین صفات کمی در دو گروه بیمار و شاهد استفاده شد. در مورد متغیرهای رتبه‌ای از آزمون من‌ویتینی و در خصوص صفات اسمی از آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات ۶۰۴ نفر بیمار مبتلا به کمردرد و هم‌مین تعداد افراد گروه شاهد از پرسشنامه استخراج گردید. بیماران گروه مورد دارای سن $14/63 \pm 42/63$ ، دامنه ۸۰ - ۱۳ و نمای ۴۰ سال و افراد گروه شاهد دارای سن $14/54 \pm 42/57$ ، دامنه ۸۰ - ۱۳ و نمای ۴۵ سال بودند ($p=0/91$ ، $t=114$). ۵۳/۷ درصد بیماران گروه مورد و ۵۲/۷ درصد گروه شاهد مرد و بقیه زن بودند ($P=0/742$ ، $X2=0/109$). بیشترین شغل اظهارشده در بین هر دو گروه کمردرد (۴۰٪) و شاهد (۴۰/۲ درصد) خانه‌داری بود ($P=0/656$ ، $X2=9/542$). فراوانی هریک از مشاغل در هر دو گروه در جدول ۱ آورده شده است.

قد بیماران در گروه مبتلا به کمردرد $166/344 \pm 9/138$ سانتی‌متر با دامنه ۱۹۳-۳۵ و در گروه شاهد $166/185 \pm 9/275$ با دامنه ۱۹۳-۱۴۴ سانتی‌متر بود ($p=0/561$ و $t=0/582$). فراوانی بیماران در گروه‌های مختلف قد در جدول ۲ آورده شده است.

وزن بیماران گروه مورد $68/54 \pm 21/78$ با دامنه ۱۲۰-۲۹ و در گروه شاهد $67/95 \pm 12/341$ با دامنه ۱۱۵-۲۸ کیلوگرم بود ($P=0/419$ و $t=0/808$). فراوانی بیماران در گروه‌های مختلف وزن در جدول ۳ آورده شده است.

شاخص جرم بدن (BMI) در گروه مبتلا به کمردرد $2/50 \pm 0/44$ و با دامنه $1/36-4/66$ ، در گروه شاهد $2/51 \pm 0/45$ با دامنه $0/97-5/43$ سانتیمتر بر کیلوگرم محاسبه گردید (براساس روش پاتند) ($P = 0/573$)، $t = -0/564$). در این شاخص مقادیر کمتر از $2/4$ چاق محسوب میشوند. فراوانی بیماران در گروه های شاخص جرم بدن در جدول ۴ آورده شده است.

از لحاظ میزان تحصیلات بیشتر بیماران از هر دو گروه

جدول ۱- توزیع فراوانی شغل اظهارشده بیماران گروه مبتلا به

کمردرد و گروه شاهد مراجعه کننده به مراکز درمانی کرمانشاه در

سال ۱۳۷۹

شغل	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کارمند	۳۸	۶/۶	۳۳	۵/۷
کارگر	۱۱۰	۱۹/۰	۱۱۴	۱۹/۶
کشاورز	۲۶	۴/۵	۳۱	۵/۳
راننده	۲۶	۴/۵	۲۳	۴/۰
مغازه دار	۲۱	۳/۶	۲۳	۴/۰
معلم	۱۰	۱/۷	۲۶	۴/۵
نظامی	۸	۱/۴	۸	۱/۴
خانه دار	۲۴۰	۴۱/۵	۲۳۴	۴۰/۲
بیکار	۱۲	۲/۱	۹	۱/۵
آرایشگر	۲	۰/۳	۳	۰/۵
محصل	۳۰	۵/۲	۳۰	۵/۲
بازنشسته	۲۶	۴/۵	۲۱	۳/۶
سایر مشاغل	۲۹	۵/۰	۲۷	۴/۶
جمع	۵۷۸	۱۰۰	۵۸۲	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به کمردرد دو گروه شاهد

بر حسب قد (مراکز درمانی کرمانشاه ۱۳۷۹)

قد (cm)	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۱۵۰	۲۶	۴/۳	۲۵	۱/۴
۱۵۱-۱۶۰	۱۶۷	۲۷/۶	۱۸۷	۳۱/۰
۱۶۱-۱۷۰	۲۲۶	۳۷/۴	۲۰۱	۳۳/۳
بیش از ۱۷۱	۱۸۵	۳۰/۶	۱۹۱	۳۱/۶
جمع	۶۰۴	۱۰۰	۶۰۴	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به کمردرد و گروه شاهد بر

حسب وزن (مراکز درمانی کرمانشاه ۱۳۷۹)

وزن (kg)	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۶۰	۱۵۹	۲۶/۴	۱۶۹	۲۸/۱
۶۱-۷۰	۲۰۲	۳۳/۵	۱۹۰	۳۱/۶
۷۱-۸۰	۱۵۰	۲۴/۹	۱۵۸	۲۶/۲
بیش از ۸۰	۹۲	۱۵/۳	۸۵	۱۴/۱
جمع	۶۰۳	۱۰۰	۶۰۲	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به کمردرد و گروه شاهد بر

حسب شاخص جرم بدن (مراکز درمانی کرمانشاه ۱۳۷۹)

شاخص جرم بدن (BMI)	گروه مورد		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۱/۹۹	۶۳	۱۰/۶	۴۹	۸/۲
۲-۲/۳۹	۱۸۴	۳۰/۹	۲۱۸	۳۶/۳
۲/۴-۲/۹۹	۲۷۵	۴۶/۱	۲۴۶	۴۱
بالتر از ۳	۷۴	۱۲/۴	۸۷	۱۴/۵
جمع	۵۹۶	۱۰۰	۶۰۰	۱۰۰

مورد و شاهد در دسته بی سواد بودند. میزان تحصیلات بیماران در جدول ۵ آمده است.

براساس نتایج پرسشنامه مشخص گردید ۹۱/۳ درصد بیماران گروه مورد و ۹۱/۵ درصد گروه شاهد در موقع انجام فعالیت شغلی خود در روز بیش از ۵ بار (در حد زیاد) خم و راست میشوند ($X^2 = ۰/۰۰۵۹$ ، $P = ۰/۹۳۹$).

در پاسخ به سؤالی در مورد ایستادن مداوم در یکجا در محل کار (شغل) به مدت بیش از یک ساعت در روز ۷۷/۹ درصد بیماران مبتلا به کمر درد و ۷۵/۸ درصد گروه شاهد پاسخ مثبت دادند ($X^2 = ۰/۳۲$ ، $p = ۰/۳۹۲$).

در مورد اعمال برداشتن، کشیدن یا هل دادن بارهای بیش از ۱۲ کیلوگرم (بارهای سنگین) در شغل خود، ۶۹/۸ درصد از بیماران مبتلا به کمر درد و ۷۱/۰ درصد از گروه شاهد جواب مثبت دادند و اعلام نمودند که در

جدول ۵- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به کمر درد و گروه شاهد بر

حسب میزان تحصیلات (مراکز درمانی کرمانشاه ۱۳۷۹)

میزان تحصیلات	کمر درد		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی سواد	۱۹۲	۳۲/۰	۱۹۲	۳۲/۲
خواندن و نوشتن	۵۹	۹/۸	۶۷	۱۱/۲
ابتدایی	۱۰۷	۱۷/۸	۹۳	۱۵/۶
راهنمایی	۹۸	۱۴/۷	۸۵	۱۴/۴
دبیرستان	۱۱۴	۱۹/۰	۱۱۳	۱۸/۹
فوق دیپلم	۱۹	۳/۲	۲۷	۴/۵
لیسانس، فوق لیسانس و حوزوی	۲۱	۳/۵	۱۹	۳/۲
جمع	۵۹۹	۱۰۰	۵۹۲	۱۰۰

سرکار و در حین انجام وظیفه بارهای سنگین را جابه جا می کنند ($X^2 = ۰/۱۴۹$ ، $P = ۰/۶۹۹$).

در پاسخ به سؤال در مورد نشستن طولانی مدت ۳۹/۱ درصد بیماران مبتلا به کمر درد و ۴۱/۳ درصد گروه شاهد اعلام نمودند که در طول روز بیش از دو ساعت به طور مداوم در وضعیت نشسته قرار می گیرند ($X^2 = ۰/۶۰۸$ ، $P = ۰/۴۳۵$).

۱۳/۴ درصد بیماران گروه مورد و ۱۴/۴ درصد گروه شاهد بیش از یک ساعت در طول روز به طور مداوم رانندگی می کردند ($X^2 = ۰/۲۲۸$ ، $P = ۰/۶۳۲$).

۲۱/۳ درصد بیماران گروه مورد و ۱۹/۷ درصد گروه شاهد سیگاری بودند ($t = ۰/۵۱۱$ ، $P = ۰/۴۷$) که بین ۴۰-۱ نخ و به ترتیب با میانگین ۱۰/۳۸ و ۹/۹۰ نخ سیگار در روز مصرف می کردند.

۱۴/۷ درصد بیماران مبتلا به کمر درد و ۱۳/۹ درصد گروه شاهد سابقه مراجعه به پزشک یا بستری شدن به علت مشکل روانی را ذکر کرده بودند ($x^2 = ۰/۱۴۵$ ، $p = ۰/۷۰$).

۱۵/۴ درصد از بیماران مبتلا به کمر درد و ۱۵/۷ درصد گروه شاهد اعلام کرده بودند که سابقه فعالیت ورزشی و عضویت در تیم های مدرسه یا باشگاه را داشته اند ($X^2 = ۰/۲۹$ ، $p = ۰/۸۶۵$).

بحث

یافته ها نشان داد که با وجود بالا بودن میزان عوامل خطر بروز کمر درد در بیماران گروه مبتلا به کمر درد از جمله: خم و راست شدن بیش از پنج بار در روز (بیش از ۱۲ کیلوگرم) در انجام فعالیت های شغلی (بیش از نیمی از بیماران گروه مورد به وجود این عوامل در زندگی خود

اشاره کرده بودند)، اختلاف معناداری در خصوص وجود این عوامل بین گروه بیماران مبتلا به کمردرد و گروه شاهد وجود نداشت و به عبارتی در این پژوهش نمی توان قایل به تأثیر این عوامل در بروز کمردرد بود، در حالی که در مطالعات مشابه اثر برخی از این عوامل مورد تأیید قرار گرفته بود، به طور مثال خم شدن در ناحیه کمر که به عنوان یک عامل خطرزای مهم در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت در کارهای مشابه مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه ای که بر روی افرادی که در هلند امور پرستاری سالمندان را انجام می دادند و در معرض خم شدن تنه بیش از ۴۵ درجه بودند این عمل آنان به عنوان یک عامل خطرزای ایجاد کمردرد و ناتوانی مشخص شد (۱۴). در همین ارتباط در تحقیق دیگری مشخص شد که نارسایی های عصبی عضلانی تجمعی (Cumulative) به علت تکرار خم شدن ایستا (Static) در کمر افزایش می یابد و شدت این نارسایی تحت تأثیر تعداد خم شدن ها بیشتر می شود (۱۵). همچنین مشخص شد که کوتاه بودن دوره های استراحت بین خم شدن ایستای کمر نیز خود عامل خطرزای ایجاد کمردرد تجمعی است (۱۶). در پژوهشی هم که در داخل کشور بر روی هزار مرد با پنج نوع شغل مختلف انجام شد، مشخص گردید که بدترین وضعیت بدن درموقع کار کردن حالت دولا شدن (Stooping) است که این وضعیت باعث شیوع کمردرد در بین برنج کاران گردیده است. در این مطالعه بین کمردرد و نشستن روی صندلی به مدت یک ساعت تا ۴ ساعت رابطه ای یافت نشد، ولی در تداوم نشستن بیش از ۴ ساعت ارتباط معنادار گردید. در این پژوهش ارتباط مهمی بین کمردرد و استعمال

دخانیات پیدا نشد (۱۷). قرار گرفتن در وضعیت نشسته و رانندگی مداوم هم عامل دیگری بود که مورد بررسی قرار گرفت. در کارهای مشابه تأثیر این عامل مورد تأکید قرار گرفته است. در تحقیقی که بر روی کارگران انجام گردید نشان داده شد که برداشتن بار به علاوه انجام رانندگی خطر بیشتری را در زمینه ایجاد مشکل برای مفاصل مهره ها ایجاد می نماید (۱۸). در مطالعه ای هم که در تهران بر روی کارکنان شرکت واحد اتوبوسرانی انجام شد مشخص شد که شیوع کمردرد در رانندگان بیش از کارکنان دیگر بود. در این مطالعه ارتباط بین شغل رانندگی و کمردرد معنادار بود (۱۹). ولی در پژوهش حاضر ارتباط بین رانندگی طولانی مدت و کمردرد معنادار نبود. مراجعه به پزشک یا بستری شدن به علت مشکلات روانی به عنوان یک عامل مورد بررسی قرار گرفت که همانطور که قبلاً به عرض رسید ارتباط معناداری با بروز کمردرد نداشت ولی در مطالعه ای که به منظور بررسی اینکه آیا افسردگی به عنوان عامل خطرزای مستقل در شروع مشکلات کمر و گردن درد مطرح است یا خیر، مشخص شد که افسردگی یک عامل پیشگیری کننده در زمینه آغاز کمر و گردن دردهای شدید و یا ناتوان کننده است (۲۰).

در مورد تأثیر عوامل خطر مختلف در بروز کمردرد در مقالات و منابع مختلف اختلاف نظر وجود دارد. البته نوع مطالعات نیز متفاوت هستند و در مورد ذکر شده اخیر شیوع عوامل خطر در افراد مبتلا به کمر درد بررسی شده و مطالعه فاقد گروه شاهد بود، در حالی که در پژوهش حاضر وجود عوامل خطر در بین دو گروه مبتلا به کمردرد و شاهد بررسی شده است.

در این خصوص در بروز کمردرد مؤثر باشند. به هر حال این عوامل بر ما پوشیده هستند و لزوم انجام تحقیقات دیگری در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

البته علل مختلفی ممکن است باعث کمردرد باشند که ممکن است عوامل خطر ذکر شده در این پژوهش ارتباط معناداری با بروز کمردرد نداشته باشند. شاید عوامل خاص جغرافیایی یا عادات و رسوم محلی دیگری

منابع

1. Cato C, Olson DK, Stader M. Incidence, prevalence and variables associated with low back pain in staff nurses. AAOHN J 1989; 37(8):321-7
2. Cary TS, Evans AT, Hadler NM, Liberman G, Kalsbeek WD, Jackman AM, et al. Acute sever low back pain: a population based study of prevalence and care seeking. Spine 1996; 21(3):334-44
3. Anderson L. Educational approaches to management of low back pain. Othop Nurs 1989; 8(1):43-6
4. Pramer A, Fuyes S, Rice DP. Musculoskeletal conditions in United States, Rosemont: AAUS 1992; 1-99
5. Basmajian JV. Therapeutic exercise. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990, PP. 299-321
6. Levangie PK. Association of low back pain with self-reported risk factors among patients seeking physical therapy services. Phys Ther 1999; 79(8):757-66
7. Kostova V, Koleva M. Back disorders (low back pain, cervicobrachial and lumbosacral radicular syndromes) and some related risk factors. J Neurol Sci 2001; 192(1-2):17-25
8. Skovron ML. Epidemiology of low back pain. Bailliers Clin Rheumatol 1992; 6(3):559-73
9. Hoogendoorn WE, Bongers PM, Vet HCW, Aviens GAM, Van MW, Bouter LM. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. Scand J Work Environ Health 2001; 27(4):258-67
10. Smedley J, Egger P, Coggon D. Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses. BMJ 1997; 314(1089):1225-8
11. Thorbjörnsson CO, Alfredsson L, Fredriksson K, Koster M, Michelsen H, Vingard E, et al. Psychosocial and physical risk factors associated with low back pain: a 24 year follow up among women and men in a broad range of occupations. IM 1998; 55(2):84-90

12. Greene HS, Cholewicki J, Galloway MT, Nguyen CV, Radebold A. A History of low back injury is a risk factor for recurrent back injuries in Varsity Athletes. *Am J Sport Med* 2001; 29(6):745-800
13. Miyamoto M, Shirai Y, Nakayama Y, Gembun Y, Kaneda K. An epidemiologic study of occupational low back pain in truck drivers. *J Nippon Med Sch* 2000; 67(3):186-90
14. Jansen JP, Morgenstern H, Burdorf A. Does response relation between occupational exposures to physical and psychological factors and the risk of low back pain. *Occup Environ Med* 2004; 61(12):972-9
15. Sbriccoli P, Yousof K, Kupershtein I, Solomonow M, Zhou BH, Zhu MP, et al. Static load repetition is a risk factor in the development of lumbar cumulative musculoskeletal disorder. *Spine* 2004; 29(23):43-53
16. Courville A, Sbriccoli P, Zhou BH, Solomonow M, Lu Y, Burger EL. Short rest periods after static lumbar flexion are a risk factor for cumulative low back disorder. *J Electromyography Kinesiol* 2005; 15(1):37-52
۱۷. عبدی نژاد فرزاد، امامی محمدجعفر، آزادی محسن. کمردرد و ارتباط آن با پیشه های گوناگون در مردان. *مجله تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز*، دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۳۸۱؛ صفحات: ۳۹-۴۷
18. Pardo Lean LR, Celis A, Avila Chaurand R. Occupational lifting tasks as a risk factor in low back pain: a case control study in a Mexican population. *Work* 2005; 25(2):107-14
۱۹. عبدالله زاده سیدمهدی، جعفری مصطفی. شیوع کمردرد در بین کارکنان شرکت واحد اتوبوس رانی تهران-۱۳۸۰. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، سال ۶۳، شماره ۲، سال ۱۳۸۴، صفحات: ۱۶۵-۱۶۰
20. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 2004; 107(1-2): 134-9