فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۶



بررسی ارتباط بین شدت و حالات درد با ناتوانی‌های ایجاد شده در بیماران مبتلا به کمر درد

رشید حیدری مقدم[۱]، محمد بابا میری*[۲]، صفورا کریمی[۳]، فاطمه رستمی[۳]، نسیم علیپور[۴]

۱. گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد بهداشت حرفه‌ای، گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. گروه هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۱۵ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۶/۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۴

چکیده

زمینـه و هـدف: کمـر درد یکـی از علـل شـایع ویزیـت و انجـام مراقبت‌هـای پزشـکی اسـت. کمـردرد مزمـن تأثیـر قابـل توجهـی در وضعیـت عملکـردی و محـدود کـردن فعالیـت شـغلی دارد. در پژوهش‌هـای مربـوط بـه دردهـای مزمـن، ناتوانی جسـمی ناشـی از کمـردرد اهمیـت ویـژه‌ای دارد. هـدف از پژوهـش حاضـر تعییـن ارتبـاط بیـن شـدت و حـالات درد بـا ناتوانی‌هـای ایجـاد شـده در افـراد مبتـلا بـه کمـر درد بـود.

مـواد و روش‌هـا: ایـن مطالعـه از نـوع همبسـتگی اسـت و به‌صـورت مقطعـی انجـام گرفـت. ۷۵ بیمـار مبتـلا بـه کمـر درد بـه روش نمونـه گیـری در دسـترس وارد مطالعـه شـدند. جهـت انـدازه گیـری شـدت درد پرسشـنامه درد مـک گیـل و جهـت ارزیابـی میـزان ناتوانـی ناشـی از کمـر درد از پرسشـنامه اسـتاندارد بین‌المللـی WHODAS 2 اسـتفاده شـد. تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از نـرم افـزار SPSS21 انجـام گرفـت.

یافته‌هـا: نتایـج ایـن مطالعـه نشـان داد کـه اکثـر حالت‌هـای درد مـورد بررسـی بـا زیرمقیـاس معاشـرت بـا مـردم ارتبـاط مثبـت معنـی‌دار دارنـد ($p<۰/۰۱$) و ($p<۰/۰۵$) . همچنیـن ارتبـاط مثبـت و معنـی‌داری بیـن شـدت درد و ارتبـاط اجتماعـی، فعالیـت زندگـی، حضـور در جامعـه و ناتوانـی کلـی یافـت شـد ($p<۰/۰۱$) و ($p<۰/۰۵$) .

نتیجه‌گیـری: براسـاس نتایـج ناتوانی‌هـای ایجـاد شـده تنهـا فیزیکـی نیسـتند و کمـر دارد در انـواع و شـدت‌های مختلـف جنبه‌هـای مهـم زندگـی روانـی و اجتماعـی افـراد را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد لـذا توجـه بـه جنبه‌هـای ذکـر شـده و اسـتفاده از مداخـلات روانشناسـی در کاهـش ناتوانی‌هـای ایجـاد شـده ناشـی از کمـر درد می‌توانـد مؤثـر باشـد.

واژه‌های کلیدی: ناتوانی، کمردرد، شدت درد، حالت درد

مقدمه

کمـر درد یکـی از علـل شـایع ویزیـت و انجـام مراقبت‌هـای پزشـکی اسـت به‌طـوری کـه در سـال ۲۰۱۲بیـش از ۵۳/۲ میلیـون نفـر توسـط پزشـک مـورد معاینـه قـرار گرفته‌انـد[۱]. ۶۰ درصـد از ۹۰ درصـد جمعیـت بزرگسـال در طـول عمـر خـود در معـرض خطـر ابتـلا بـه کمـردرد قـرار دارنـد. اکثـر این دردهـا در برخـی قسـمت‌های مختلـف طـی ۶ هفتـه مرتفـع می‌شـود. مـدت زمـان کمـر درد در ۱۰٪ تـا ۲۰٪ بزرگسـالان مبتـلا بـه کمـردرد مزمـن طولانی‌تـر از ۳ مـاه اسـت. کمـردرد مزمـن تأثیـر قابـل توجهـی در وضعیـت عملکـردی، محـدود کـردن فعالیـت شـغلی و پیامدهـای اجتماعـی و اقتصـادی مشـخص دارد[۲]. در پژوهش‌هـای مربـوط بـه دردهـای مزمـن،

نویسنده مسئول: محمد بابا میری، استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
پست الکترونیک: m.babamiri@umsha.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

ناتوانی جسمی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و انتظار می‌رود حدود ۳۰٪ از افراد مبتلا به درد گردن، شانه یا کمر محدودیت‌های ناتوان کننده‌ای را در زندگی روزمره تجربه کنند[۳].

کمر درد مزمن همچنین می‌تواند به دلایل اجتماعی و اقتصادی، شرایط کاری و یا دلایل روانی ایجاد شود. بسیاری از مطالعات بالا بودن شکایت از کمر درد را در جامعه تائید می‌کنند. ۷۰-۸۵٪ از همه مردم کمر درد را در طی دوره زندگی تجربه می‌کنند. شیوع سالانه کمر درد بین ۱۵٪ تا ۴۵ ٪ در ایالت متحده آمریکا گزارش شده است. اگرچه شیوع کمر درد در مردان و زنان مشترک است، کمر درد و اختلالات ستون فقرات در زنان شایع‌تر از مردان است. روند ناتوانی در تمام کشورهای توسعه یافته در حال افزایش است. عوامل دخیل در طولانی شدن ناتوانی، سن، محل علائم و عوامل حقوقی، اجتماعی و اقتصادی، و روانی است. نرخ جراحی برای کمر درد در طول ۱۵ سال گذشته به‌سرعت افزایش یافته است، در حالی که نرخ پذیرش غیرجراحی در بیمارستان کاهش یافته است[۴].

در جمعیت بزرگسال ایالات متحده امریکا کمر درد با شدت و دوره متوسط دارای شیوع سالیانه ۱۰ تا ۱۵٪ و نقطه شیوع ۱۵ تا ۳۰٪ است. در سن بالای ۶۵ سال میزان شیوع کمر درد افزایش می‌یابد. عواملی مانند سن، موقعیت، علائم و عوامل فیزیولوژیکی و قانونی باعث ایجاد ناتوانی‌های طولانی مدت می‌شوند[۴]. نتایج حاصل از مطالعه دنیسون نشان داد اعتقادات مربوط به درد، از قبیل خودکفائی و اجتناب از ترس، به نوبه خود مهم‌ترین عوامل تعیین کننده ناتوانی نسبت به شدت درد و مدت درد در بیماران مبتلا به کمردرد است[۳].

در آمریکا سالانه معلولیت مرتبط با درد مزمن، تقریباً مسئول از دست رفتن نیم میلیون روز کاری و صدها میلیارد دلار هزینه است. مطالعه آرنستین تأثیر خودکارآمدی به‌عنوان یک میانجی قوی بین شدت درد و ناتوانی را نشان داد[۵]. همچنین آرنستین در مطالعه دیگر خود نشان داد عدم اعتقاد به توانایی خویش برای مدیریت درد، مقابله و عملکرد باوجود درد مداوم، پیش‌بینی کننده قابل توجه‌ای برای ابتلا به افسردگی یا درد مزمن غیرفعال در افراد است. بنابراین در روند درمان مبتلایان به کمر درد باید بهبود عملکرد و افزایش اعتقادات خود کارآمد و کاهش درد در اولویت قرار گیرد[۶].

علی رغم مطالعات صورت گرفته در ارتباط با میانجی‌های تأثیرگذار بر شدت درد و ناتوانی افراد مبتلا به کمر درد و اثبات تأثیر کمر درد در حوزه‌های مختلف و ایجاد ناتوانی‌های زیاد در افراد، اینکه دردهای ایجاد شده در کدام یک از حوزه‌های زندگی فرد را ناتوان می‌کند نیاز به بررسی دارد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال مشخص کردن این مسئله است که کدام یک از انواع درد باعث ایجاد ناتوانی بیشتری در افراد مبتلا به کمر درد می‌شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع همبستگی است که به‌صورت مقطعی انجام گرفت. ۷۵ بیمار مبتلا به کمر درد به روش نمونه گیری در دسترس جهت انجام پژوهش مشخص شدند. معیار ورود به پژوهش از این قرار بود که باید مشکل فرد مراجعه کننده توسط پزشک معالج کمر درد تشخیص داده میشد و همچنین فرد مراجعه کننده در زمان مراجعه از روشهای درمانی برای کاهش درد استفاده نکرده باشد. همچنین معیار خروج از مطالعه عدم رضایت فردی و یا دارا بودن بیماری مزمن جسمانی یا روانی بود که در قالب یک سؤال کلی از آزمودنی‌ها پرسیده شد. تمام بیماران پس از تشخیص قطعی پزشک مبتنی بر ابتلا به کمر درد و اعلام رضایت‌مندی مبنی بر شرکت در تحقیق، فرم مشخصات دموگرافیک و سابقه بیماری و پرسشنامه‌های تخصصی مربوطه را تکمیل کردند. جهت اندازه‌گیری شدت درد پرسشنامه درد مک گیل مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار پرسشنامه‌ای ۲۰ سؤالی است که ملاک نمره گذاری در آن عددی بود و جهت کسب امتیاز مربوط به هر گزینه باید براساس امتیازگذاری از صفر تا ۳ (به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

ترتیب عدم وجود حالت مربوطه، خفیف، متوسط و شدید) اقدام کرد. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرار گرفت[۷]. پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی مناسب گزارش شده است[۸،۹]. آلفای کرونباخ جهت سنجش میزان روایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر به ترتیب برای حالات درد و شدت درد ۰/۷۳ و ۰/۸ بدست آمد.

ارزیابی میزان ناتوانی ناشی از کمر درد با استفاده از پرسشنامه استاندارد بین‌المللی WHODAS 2 انجام شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که مشکلات مربوط به وضعیت سلامتی را بررسی می‌کند. پاسخ‌ها شامل هیچ، کم، متوسط و شدید و اصلاً نمی‌توانم می‌باشد[۱۰]. پرسش‌نامه استاندارد بین‌المللی WHODAS 2 حاوی ۶ حیطه مختلف از توانایی‌هاست. هر حیطه ۶-۴ پرسش و کلاً پرسشنامه دارای۳۶ پرسش و نیز جمع‌بندی کلی است. این پرسشنامه برای اندازه‌گیری کارایی و ناتوانی مطابق با طبقه‌بندی بین‌المللی و مقایسه علمی در میان جوامع مختلف طراحی شده است. مطالعات زیادی در سطح جهانی با این پرسشنامه انجام شده است و بیش از ۶۵۰۰۰ نفر از میان جمعیت عمومی و جمعیت بیماران با نسخه ۳۶ آیتمی و چکیده ۱۲ آیتمی WHODAS 2 توسط مصاحبه‌گرهای آموزش دیده مصاحبه شده‌اند[۱۱]. چهارچوب مفهوم این پرسشنامه بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی "کارایی و ناتوانی و سلامت (ICF)" است که توسط ۱۹۱ کشور به‌عنوان یک سیستم استاندارد برای طبقه بندی وضعیت سلامتی افراد تائید شده است. ICF متعلق به طبقه‌بندی‌های سازمان جهانی بهداشت است و مستقیماً به ICD10 مربوط می‌شود[۱۲]. بررسی میزان همبستگی مقیاس‌های پرسشنامه (WHYMPI) با ابزار دیگر نشان داد که این پرسشنامه از روایی قابل قبولی برخوردار است[۱۳]. آلفای کرونباخ جهت سنجش میزان روایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر درد ۰/۸۹ بدست آمد. پس از تهیه پرسشنامه‌ها، روایی و پایایی آن‌ها مورد تائید قرار گرفت. سپس به کلینیک مورد نظر مراجعه شد و پس از شرح اهداف تحقیق و کسب رضایت پرسشنامه‌های مرود نظر تکمیل شد. پس از خاتمه جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات آن‌ها به نرم افزار SPSS ورژن ۲۱منتقل شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به‌منظور تجزیه و تحلیل روابط بین متغیرها از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی ۷۵ نفر از بیماران شرکت کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها نشان داد که ۷۶ درصد از بیماران مورد مطالعه متأهل و بقیه مجرد بودند. سطح تحصیلات بیشتر بیماران مورد مطالعه زیر دیپلم بود (۴۸ ٪) و نزدیک به ۳۷ درصد از افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی بیماران مورد مطالعه

ویژگی‌های جمعیت شناختی	گروه بیماران(میانگین / تعداد)
میانگین سن (سال)	۴۶/۱۵ ±۴۲/۹۶
میانگین طول مدت بیماری(سال)	۲۰/۹۸ ± ۱۹/۲۰
جنسیت	
زن	۶۴(٪۸۵/۳۳)
مرد	۱۱(٪۱۴/۶۶)
وضعیت تأهل	
متأهل	۵۷(٪۷۶)
مجرد	۱۸(٪۲۴)
وضعیت تحصیلات	
زیردیپلم	۳۶(٪ ۴۸)
دیپلم	۱۱(٪۱۴/۶۶)
فوق دیپلم	۲۲(٪۲۹/۳۳)
لیسانس و بالاتر	۶ (٪ ۸)

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی وضعیت سلامتی و نتایج حاصل از حالت‌های مختلف درد را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ضریب همبستگی بین وضعیت سلامتی و حالت‌های مختلف درد

حالت‌های درد	ارتباطات اجتماعی	تحرک	مراقبت از خود	معاشرت با مردم	فعالیت‌های زندگی	حضور در جامعه	ناتوانی کل
نبض دار	۰/۰۲۵	-۰/۱۰۵	-۰/۰۲۷	۰/۰۳۸	-۰/۰۹۲	-۰/۰۵۵	-۰/۵۷
تیر کشنده	۰/۲۷۲*	۰/۰۱۵	۰/۲۴۵*	۰/۲۸۱*	۰/۳۷۴**	۰/۴۰۵**	۰/۳۴۴**
خنجری	۰/۰۹۴	۰/۰۷۹	۰/۰۸۱	۰/۳۵۱**	۰/۲۵۰*	۰/۱۵۰	۰/۲۲۶
تیز	۰/۰۹۱	۰/۰۳۰	-۰/۰۰۹	۰/۳۹۲**	۰/۰۸۲	۰/۱۰۷	۰/۱۵۴
گرفتگی عضلانی	۰/۱۷۴	۰/۲۱۶	۰/۱۱۴	۰/۳۹۵**	۰/۳۹۵**	۰/۲۸۹*	۰/۳۶۱**
فشار دائمی	۰/۱۹۵	۰/۲۲۴	-۰/۰۲۰	۰/۲۴۸*	۰/۱۲۵	۰/۱۱۷	۰/۲۰۴
داغ- سوزان	۰/۰۹۳	۰/۰۲۲	۰/۰۳۷	۰/۳۲۹**	-۰/۰۲۳	۰/۰۲۹	۰/۱۰۴
درد گنگ مداوم	۰/۰۷۳	۰/۰۱۸	-۰/۰۲۹	۰/۱۹۰	۰/۱۰۱	۰/۱۹۲	۰/۱۲۴
سنگین	۰/۲۹۳*	۰/۳۸۶**	۰/۱۹۸	۰/۲۹۴*	۰/۳۵۸**	۰/۳۸۴**	۰/۴۲۹**
حساس (دردناک با فشار)	۰/۱۹۹	-۰/۰۳۷	۰/۰۱۷	۰/۲۳۸*	۰/۰۵۱	۰/۱۴۵	۰/۱۲۶
جدا کننده	۰/۱۴۸	-۰/۰۲۴	-۰/۱۵۸	-۰/۰۴۸	-۰/۱۵۸	-۰/۱۲۴	-۰/۰۸۹
خسته کننده- بی رمق کننده	۰/۰۳۷	۰/۱۰۶	۰/۰۱۷	-۰/۰۵۲	۰/۱۸۶	۰/۰۵۶	۰/۰۸۴
تهوع آور	-۰/۰۴۲	۰/۰۰۸	-۰/۰۷۳	۰/۲۰۹	-۰/۰۰۷	-۰/۰۵۶	۰/۰۱۲
ترسناک	۰/۱۵۴	۰/۰۷۳	-۰/۰۵۱	۰/۰۲۷	۰/۰۴۴	۰/۱۳۳	۰/۰۸۵
تنبیه کننده- بیرحم	۰/۱۰۲	۰/۱۲۲	-۰/۰۷۵	۰/۰۰۲	-۰/۰۲۱	۰/۰۷۸	۰/۰۵۲

*ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

با توجه به نتایج جدول شماره ۲ و نتایج آزمون همبستگی پیرسون حالت درد تیر کشنده با ارتباطات اجتماعی و مراقبت از خود، معاشرت با مردم، فعالیت‌های زندگی، حضور در جامعه و ناتوانی کل ارتباط معنی‌دار دارد. همچنین حالت درد خنجری با معاشرت با مردم و فعالیت‌های زندگی و نیز حالت درد گرفتگی عضلات با معاشرت با مردم و فعالیت‌های زندگی و حضور در جامعه و ناتوانی کل و حالت درد سنگین با ارتباط اجتماعی، تحرک، مراقبت از خود، معاشرت با مردم و فعالیت‌های زندگی و حضور در جامعه و ناتوانی کل ارتباط معنی‌دار و مثبتی دارد. حالت درد فشار دائمی، حالت درد داغ و سوزان و همچنین حالت درد حساس (دردناک با فشار) و نیز حالت درد تیز تنها با معاشرت با

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

مـردم ارتبـاط معنـی‌دار و مثبـت داشـت. بیـن حالت‌هـای درد نبـض دار، گنـگ و مـداوم، درد جـدا کننـده، خسـته کننـده و بی‌رمـق کننـده، تهـوع آور، حالـت درد ترسـناک و تنبیـه کننـده و بی‌رحـم بـا هیچ‌کـدام از حالت‌هـای فعالیتـی ذکـر شـده در جـدول ۲ ارتبـاط معنـی‌دار یافـت نشـد.

بـا توجـه بـه نتایـج جـدول ۳، ارتبـاط مثبـت و معنـی‌داری بیـن شـدت درد و ارتبـاط اجتماعـی، فعالیـت زندگـی، حضـور در جامعـه و ناتوانـی کلـی وجـود دارد.

جدول ۳: ضریب همبستگی بین شدت درد با وضعیت سلامتی

متغیر		ارتباطات اجتماعی	تحرک	مراقبت از خود	معاشرت با مردم	فعالیت زندگی	حضور در جامعه	ناتوانی کل
	میانگین (انحراف معیار)	۱۰،۶۲ ۵	۱۴،۵۴ ۸،۵۰	۸،۸۰ ۵،۷۳	۹،۵۸ ۶،۶۴	۱۶،۴۶ ۶،۸۷	۱۷،۲۶ ۷،۳۸	۷۷،۲۹ ۳۰،۰۳
شدت درد	۵۰،۲۰ ۲۷،۹۶	۰/۳۴۵**	۰/۰۸۶	۰/۱۷۴	۰/۱۱۸	۰/۲۴۱*	۰/۳۱۹**	۰/۲۷۵*

*ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایـی کـه تأثیـر عوامـل روان‌شـناختی در افزایـش سـطح ناتوانـی در مطالعـات مختلفـی مـورد برسـی قـرار گرفتـه اسـت[۱۴-۱۹]، در مطالعـه حاضـر سـعی شـد ارتبـاط بیـن حـالات مختلـف درد کـه منجـر بـه بـروز ناتوانـی جسـمی در فـرد می‌شـود و همچنیـن ارتبـاط برخـی از عوامـل روان‌شـناختی بـا میـزان شـدت درد نیـز مـورد بررسـی قـرار گیـرد. نتایـج ایـن مطالعـه نشـان داد کـه اکثـر حالت‌هـای درد مـورد بررسـی بـا معاشـرت بـا مـردم ارتبـاط مثبـت معنـی‌دار دارد. بـه بیانـی دیگـر کسـانی کـه حالت‌هـای درد بیشـتری را تجربـه کرده‌انـد در معاشـرت بـا مـردم و اقـوام و برقـراری ارتبـاط بـا افـراد ناشـناس و دوسـتان مشـکل داشـته‌اند. در مطالعـه افشـار نـژاد و همـکاران نیـز ارتبـاط بیـن شـدت درد و ناتوانـی جسـمی معنـادار و مثبـت بـود. نتایـج مطالعـه افشـار نـژاد نشـان داد کنتـرل شـدت درد و تـرس از حرکـت باعـث پیشـگیری از ناتوانـی ناشـی از کمـر درد مزمـن می‌شـود[۲۰]. در مطالعـات دیگـر نیـز ارتبـاط بیـن شـدت درد و ناتوانـی مشـاهده شـده اسـت و بـا نتایـج مطالعـه حاضـر همخوانـی دارد[۱۰،۲۱،۲۲]. امـا در مطالعـه کریمـی ارتبـاط معنـی‌داری بیـن شـدت درد ناتوانـی یافـت نشـد، محققـان علـت را عـدم بررسـی مـوارد دیگـری غیـر از مـوارد بررسـی شـده در مطالعـه خـود عنـوان کردنـد کـه می‌تـوان بـه وضعیـت روحـی روانـی بیمـاران و کیفیـت زندگـی آن‌هـا اشـاره کـرد[۲۳]. دومیـن عاملـی کـه بیشـترین ارتبـاط را باحالت‌هـای درد مـورد بررسـی داشـت، فعالیت‌هـای زندگـی بـود. افـرادی کـه دچـار بیشـتر حـالات درد بوده‌انـد در انجـام امـورات منـزل و معمـول زندگـی توانایـی کمتـری داشـتند. عـلاوه بـر ایـن شـدت درد نیـز بـا میـزان ناتوانـی در انجـام فعالیت‌هـای زندگـی در ارتبـاط بـود. از طرفـی بـروز حـالات مختلـف درد بـر میـزان حضـور مؤثـر در جامعـه نیـز تأثیرگـذار بـوده اسـت. به‌گونـه‌ای کـه هـر چـه افـراد حـالات درد نبـض‌دار، تیـر کشـنده و سـنگین و گرفتگـی عضلانـی را بیشـتر تجربـه کرده‌انـد، در برنامه‌ریـزی و شـرکت در فعالیت‌هـای مختلـف و قبـول مسـئولیت بـه علـت مشـکلات مربـوط بـه سـلامتی ناتوان‌تـر بوده‌انـد. بـا

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

توجه به جدول ۲ و مرور موارد ذکر شده در بالا می‌توان اذعان داشت که بروز برخی حالت‌های درد مانند تیر کشنده، خنجری،گرفتگی عضلات و درد سنگین بیشترین تأثیر را در عدم حضور فرد در جامعه و انجام فعالیت‌های اجتماعی و معاشرت با مردم داشته است. علاوه بر این شدت درد بر سه عامل معاشرت با مردم، فعالیت‌های زندگی و حضور در جامعه، میزان فعالیت زندگی و حضور در جامعه تأثیر گذار بوده است. در مطالعه درخشان راد و همکاران یافته‌های مطالعه نشان داد بررسی هم‌زمان عوامل فیزیکی و روانی اجتماعی در میزان ناتوانی اهمیت به سزایی داشته و امورات اجتماعی و روز مره شامل هر دو این موارد هستند[۲۴]. در پرسشنامه WHODAS 2 سازمان جهانی بهداشت موارد مورد بررسی تا حدودی شامل هر دو عامل عوامل فیزیکی و روانی است. نتایج مطالعه حاضر نیز تأثیر حالات درد بر فعالیت‌های زندگی به‌عنوان عامل فیزیکی و حضور در جامعه و معاشرت با مردم را به‌عنوان بخشی از عوامل روانی تأثیر گذار بر را نشان می‌دهد. علاوه بر این در سایر مطالعات به اهمیت وجود علائم غیر جسمی بیماران به‌عنوان عوامل روان‌شناختی تأثیر گذار بر روند درمان اشاره شده است[۲۵-۲۷]. در برخی مطالعات نیز نشان داده شده است که عوامل روان‌شناختی در شروع درد و تبدیل درد حاد به نیمه مزمن و مزمن مؤثر می‌باشد[۲۸، ۲۹].

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین عدم توانایی افراد در معاشرت با مردم و میزان شدت درد مشاهده نشد، در حالی که بین اکثر حالت‌های درد (۹ حالت از ۱۵ حالت درد مورد بررسی) مانند تیر کشنده، خنجری، تیز، گرفتگی عضلات، فشار دائمی و درد سنگین و دردناک با میزان عدم توانایی افراد در معاشرت با مردم ارتباط مثبت و معنی‌دار یافت شد. می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد بروز حالت‌های درد بر میزان معاشرت موفق با مردم که جنبه روان‌شناختی بیشتری دارد، تأثیر گذار بوده اما در شدت گرفتن این حالات درد عوامل فیزیکی نیز دخیل می‌باشد. علاوه بر این وجود برخی حالات درد فارغ از شدت آن بر میزان معاشرت با مردم و حضور در جامعه تأثیرگذار است. در مطالعه لینتون نیز نشان داده شد بین میزان شدت درد و ناتوانی گزارش شده توسط بیماران ارتباط مستقیم وجود دارد، اما در عمل و در زمان فعالیت‌های روزانه چنین ارتباطی مشاهده نشد. در مطالعه تأثیر عوامل روان‌شناختی در روند درمان بیماران مهم‌ترین عامل این اختلاف گزارش شد[۳۰]. در مطالعه حاضر شدت درد با ناتوانی کل ارتباط مثبت و معنی‌دار داشت که با نتایج مطالعه افشار نژاد که نشان داد شدت درد بر میزان ناتوانی ادراک شده توسط بیماران تأثیر گذار است، همخوانی داشت[۳۱].

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه‌گیری کرد برخی از حالات درد بیشتر جنبه روان‌شناختی داشته و بر فعالیت‌هایی که نیازمند تمرکز و عزت نفس می‌باشد تأثیرگذار است. حتی ممکن است در این گونه موارد میزان شدت این حالات درد بااهمیت‌تر از وجود یا عدم وجود آن‌ها باشد. به بیان دیگر وجود برخی حالات درد چه به‌صورت درد خفیف و چه شدید بر رفتار فرد در جامعه تأثیرگذار خواهد بود. اما در مقابل برخی از حالات درد جنبه فیزیکی قوی‌تری داشته و مانع از انجام فعالیت‌هایی مانند مراقبت از خود و فعالیت‌های زندگی که نیاز به سلامت بدنی بیشتری دارد، می‌شود. بنابراین باید در بررسی ارتباط بین حالت‌های مختلف درد و شدت درد هر دو جنبه روان‌شناختی و فیزیکی درد را درنظر گرفت.

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان میدهد ناتوانی‌های ناشی از درد در افراد مختلف متفاوت هستند لذا میتوان پیشنهاد نمود که در پژوهش‌های آتی تاثیر انواع درمان‌های معمول در مورد کمر درد بر کاهش ناتوانی‌های مختلف مورد بررسی قرار بگیرد.

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری و مرکز تحقیقات علوم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان و در قالب طرح مصوب شماره ۹۵۱۱۰۳۷۳۷۳ انجام گرفته است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

References

1. Andersson G, Watkins-Castillo, Spine S. low back and neck pain. In: The burden of musculoskeletal diseases in the United States. The American Academy of Orthopaedic Surgeons: 2014.
2. Khadilkar A, Milne S, Brosseau L, Wells G, Tugwell P, Robinson V, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for the treatment of chronic low back pain: a systematic review. Spine. 2005;30(23):2657-66.
3. Denison E, Åsenlöf P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. Pain. 2004;111(3):245-52.
4. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. The lancet. 1999;354(9178):581-5.
5. Arnstein P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. Disability and rehabilitation. 2000;22(17):794-801.
6. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. Pain. 1999;80(3):483-91.
7. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). PAIN®. 2009;144(1):35-42.
8. Adelmanesh F, Arvantaj A, Rashki H, Ketabchi S, Montazeri A, Raissi G. Results from the translation and adaptation of the Iranian Short-Form McGill Pain Questionnaire (I-SF-MPQ): preliminary evidence of its reliability, construct validity and sensitivity in an Iranian pain population. Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology. 2011;3(1):27.
9. Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. Prevalence of chronic pain and its characteristics among elderly people in Ahvaz city: a cross sectional study.
10. Ruhe A, Fejer R, Walker B. Is there a relationship between pain intensity and postural sway in patients with non-specific low back pain? BMC musculoskeletal disorders. 2011;12(1):162.
11. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(11):815-23.
12. Federici S, Meloni F. WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. International encyclopedia of rehabilitation. 2010:1-22.
13. Beers MH, Berkow R. The merck manual. Merck Research Laboratories. 1999;17.
14. Alschuler KN, Theisen-Goodvich ME, Haig AJ, Geisser ME. A comparison of the relationship between depression, perceived disability, and physical performance in persons with chronic pain. European Journal of Pain. 2008;12(6):757-64.
15. Åsenlöf P, Söderlund A. A further investigation of the importance of pain cognition and behaviour in pain rehabilitation: longitudinal data suggest disability and fear of movement are most important. Clinical rehabilitation. 2010;24(5):422-30.
16. Asghari A, Julaeiha S, Godarsi M. Disability and depression in patients with chronic pain: pain or pain-related beliefs? Archives of Iranian medicine. 2008;11(3):263-9.
17. Costal LdCM, Maherl CG, McAuleyl JH, Hancockl MJ, Smeetsl RJ. Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. European Journal of Pain. 2011;15(2):213-9.
18. Heymans MW, van Buuren S, Knol DL, Anema JR, van Mechelen W, de Vet HC. The prognosis of chronic low back pain is determined by changes in pain and disability in the initial period. The Spine

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Journal. 2010;10(10):847-56.

19. Woby SR, Roach NK, Urmston M, Watson PJ. The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. European Journal of Pain. 2007;11(8):869-77.
20. Afshar-Nezhad T, Rezaie S, Yousef-zadeh S. The Relationship between Fear of Movement and Pain Intensity with Physical Disability in Chronic Lew-Back Pain Patients. Archives of Rehabilitation. 2010;11(2):21-8.
21. Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. Pain. 1999;80(1):329-39.
22. Sajjadian I, Neshat Dost H, Molavi H, Bagherian Sararoudi R. Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fear-avoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. J Res Behav Sci. 2011;9(5):79-90.
23. KARIMI A, SAEIDI M. The Association of Fear Avoidance Beliefs and pain intensity with disability and parameters of Postural stability in non specific Chronic Low Back Pain. 2014.
24. Derakhshan-Rad SAR, Ghanbari A, Sheikhi M, Derakhshan- Rad SM. Comparison of a Performance-Based Test Results with Two Self-Reported Questionnaires in Determining the Rate of Disability in Patients with Chronic Low Back Pain. Archives of Rehabilitation. 2011;12(3):8-15.
25. Scalzitti DA. Screening for psychological factors in patients with low back problems: Waddell's nonorganic signs. Physical therapy. 1997;77(3):306-12.
26. Taimela S, Negrini S, Paroli C. Functional rehabilitation of low back disorders. Europa medicophysica. 2004;40(1):29-36.
27. Van Vuuren B, Zinzen E, Van Heerden HJ, Becker P, Meeusen R. Psychosocial factors related to lower back problems in a South African manganese industry. Journal of occupational rehabilitation. 2005;15(2):215-25.
28. Ackerman MD, Stevens MJ. Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. Journal of clinical psychology. 1989;45(2):223-8.
29. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine. 2000;25(9):1148-56.
30. Linton SJ. The relationship between activity and chronic back pain. Pain. 1985 1985/03/01/;21(3):289-94.
31. Afshar-Nezhad T, Rezaie S, Yousef-zadeh S. The Relationship between Fear of Movement and Pain Intensity with Physical Disability in Chronic Lew-Back Pain Patients. Quarterly Journal of Rehabilitation. 2010;11(2):21-8.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2018, Vol 8, NO 2

A survey of relationship between severity and pain states with disability in patients with low back pain

Rashid Heydari Moghadam[1], Mohammad Babamiri[2], Safoora Karimi[3], Fateme Rostami[3], Nasim Alipour[4]

1. *Research Center for Health Sciences and Department of Ergonomics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
2. *Research Center for Health Sciences and Department of Ergonomics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.*
3. *MSc Student, Department of Occupational Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
4. *Department of Anesthesiology, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*

ABSTRACT

Aims and Background: Back pain is one of the common causes of visit and medical care. Chronic low back pain has a significant effect on functional status and limiting occupational activity. In research on chronic pain, physical disability due to back pain is of particular importance. The purpose of this study was to determine the relationship between severity and pain states with disability in patients with back pain.

Materials and Methods: This study was correlational and performed in a cross-sectional manner. 75 patients with low back pain were included in the study by available sampling method. To measure the pain intensity the McGill Pain Questionnaire and to assess the disability, the WHODAS 2 standard questionnaire were used. Data analysis was performed using SPSS21 software.

Findings: The results of this study showed that most of the studied pain states were positively associated with the subscale of socializing with people ($P<0.01$) and ($P<0.05$). There was also a positive and significant relationship between pain severity and social relation, life activity, presence in society and general disability with ($P<0.01$) and ($P<0.05$), respectively.

Conclusion: Based on the results the created disabilities are not just physical, and back pain in various types and severity affects the important aspects of people's mental and social life. Therefore, attention to the mentioned aspects and the use of psychological interventions in reducing the disabilities caused by back pain can be effective.

Keywords: Disability, Pain severity, Pain states, low back pain

Please cite this paper as:
Heidari Moghadam R, Babamiri M, Karimi S, Rostami F, Alipour N [The survey of relationship between severity and pain states with disability in patients with low back pain(Persian)]. J Anesth Pain 2017;8(2):37-45.

Corresponding Author: Mohammad Babamiri, Research Center for Health Sciences and Department of Ergonomics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
Email: m.babamiri@umsha.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]