

تأثیر حرکت درمانی بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی فتق دیسک کمر

نصراله علی محمدی^۱، منیژه اسلامی^۲، حجت‌اله یوسفی^۳

۱. استادیار، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استادیار، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴، صفحات ۳۳-۴۰

چکیده

زمینه و هدف: بیماران پس از عمل جراحی فتق دیسک کمر، درد و ناتوانی مزمن را تجربه می‌کنند که می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حرکت درمانی بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی فتق دیسک کمر انجام شد.

مواد و روش‌ها: کارآزمایی بالینی حاضر به صورت سه مرحله‌ای با طرح مداخله قبل و بعد بر روی بیماران تحت جراحی فتق دیسک کمر بستری در یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام شد. بیماران به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۳۲ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. برنامه حرکت درمانی ۴ هفته بعد از جراحی به مدت ۲ هفته انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات فردی و کیفیت زندگی SF-36 جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی‌مستقل و واریانس با اندازه‌های مکرر تحت نرم افزار آماری SPSS ۱۸ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله، ۶ هفته (۶۵/۲ ± ۷/۴۵) و ۳ ماه بعد از مداخله (۸/۲ ± ۷۰/۹) نسبت به قبل از مداخله (۳۱/۵ ± ۶/۰۵) افزایش معنی‌داری داشت (p < ۰/۰۰۱). همچنین میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران در دو گروه اختلاف معنی‌داری را نشان داد (p < ۰/۰۰۱). ابعاد جسمی و روانی نیز در هر دو گروه در بازه زمانی ۶ هفته و ۳ ماه بعد از مداخله بطور معنی‌داری افزایش یافت که در گروه مداخله این اختلاف چشمگیرتر بود (p < ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: حرکت درمانی موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی فتق دیسک کمر می‌شود. به‌کارگیری این برنامه توسط کادر بهداشتی درمانی جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: حرکت درمانی، کیفیت زندگی، فتق دیسک کمر، جراحی

نویسنده مسوول:

حجت‌اله یوسفی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پست الکترونیک:
yousefi@nm.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۱/۰۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۲۵

مقدمه

فتق دیسک بین مهره‌ای کمر، یکی از شایع‌ترین انواع جراحی‌هایی است که در جهان صورت می‌گیرد.^۱ در آمریکا جهت درمان فتق دیسک کمری تقریباً سالانه ۵۰۰۰۰۰ نفر و در کشورهای اروپای غربی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر، ۱۵۰ نفر مورد جراحی قرار می‌گیرند. این اقدام درمانی در حالی صورت می‌گیرد که عود آن یک مشکل نسبتاً شایع است.^۲ اکثر مطالعات، عود فتق دیسک کمری بعد از جراحی را به طور شایعی گزارش می‌کنند.^۳ در حدود ۳۰ درصد بیماران نیز پس از جراحی ستون فقرات، درد و ناتوانی مزمن را تجربه می‌کنند؛^۴ که می‌تواند بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی فرد تأثیر قابل توجهی داشته باشد و موجب کاهش آن در کلیه ابعاد گردد.^۵ این عوارض، اثرات مخربی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته و هزینه‌های زیادی را بر وی و اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند.^۶

فتق دیسک بین مهره‌ای کمر یکی از مشکلات شایع در جوامع امروزی است که به صورت درد در ناحیه کمر و پا آشکار می‌گردد. در کشورهای صنعتی میزان شیوع آن ۹۰-۶۰٪ گزارش شده است.^۱ به عنوان مثال در کانادا شیوع فتق دیسک بین مهره‌ای کمر بین ۳-۵۶٪ گزارش شده است.^۲ این در حالی است که شیوع کم‌رشد ناشی از آن در ایران از ۱۴/۴ درصد تا ۸۴/۱ درصد ذکر شده است.^۳ پس از بیماری‌های ریوی، کم‌رشد دومین علت مراجعه به پزشک، پنجمین علت بستری در بیمارستان و سومین علت اعمال جراحی است. این در حالی است که در ۸۵٪ موارد نمی‌توان علت تشریحی خاصی برای آن پیدا کرد. در این میان به نظر می‌رسد فتق دیسک، یکی از عواملی است که رابطه بسیار نزدیکی با علایمی از جمله کم‌رشد دارد.^۴

اهمیت است. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر حرکت درمانی بر کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی فتق دیسک کمر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت کارآزمایی بالینی دو گروهی و سه مرحله‌ای با طرح مقایسه قبل و بعد انجام شد. جمعیت مورد مطالعه را بیماران مرد و زن مبتلا به فتق دیسک بین مهره‌ای کمر بستری در بخش‌های جراحی اعصاب یکی از بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. حجم نمونه با استفاده از ضریب اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از فرمول حجم نمونه^{۲۲} $(Z_1=1/96, Z_2=0/84, d=0/7, S=16/4)$ ، ۶۴ نفر تعیین شد. بیماران به روش نمونه‌گیری آسان در طی مدت ۶۰ روز انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی در گروه‌های ۳۲ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. به این منظور با استفاده از جدول اعداد تصادفی، اعداد انتخاب شده و در پاکت گذاشته شدند و بیماران از آن‌ها برداشته و با توجه به فرد یا زوج بودن گروه‌بندی شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار گرفتن در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، دارا بودن هوشیاری کامل، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روانی، عدم استفاده از طب مکمل و کاندید عمل جراحی فتق دیسک بین مهره‌ای کمر برای اولین بار بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا همزمان به یک بیماری دیگر و عدم امکان انجام تمرینات ورزشی، ممنوعیت از طرف پزشک و غیبت از برنامه آموزشی حتی در یک جلسه بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه دوقسمتی استفاده گردید. قسمت اول شامل مشخصات فردی از جمله سن، جنس، وضعیت تاهل، قد، وزن، توده بدنی و همچنین اطلاعات بالینی از قبیل مدت ابتلا به بیماری بود و قسمت دوم شامل پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی SF-۳۶ بود. این پرسشنامه توسط Ware و همکاران در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده است که دارای ۳۶ سوال جهت بررسی کیفیت زندگی در ابعاد مختلف جسمی (۴ حیطه) و روانی (۴ حیطه) است. بعد جسمی شامل حیطه‌های عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، ایفای نقش جسمی (۴ سوال)، دردهای بدنی (۲ سوال)، سلامت عمومی (۶ سوال) و بعد روانی شامل حیطه‌های انرژی و نشاط (۴ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، ایفای نقش عاطفی (۳ سوال) و سلامت روحی - روانی (۵ سوال) است.^{۲۳} پرسشنامه SF-36 با فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه فارسی این ابزار در اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از روایی و پایایی لازم برخوردار می‌باشد.^{۲۴} ضرایب آلفای کرونباخ برای حیطه‌های هشت‌گانه عملکرد جسمی (۰/۹۰)، ایفای نقش جسمی (۰/۸۵)، دردهای بدنی (۰/۸۳)، سلامت عمومی (۰/۷۱)، انرژی و نشاط (۰/۶۵)، عملکرد اجتماعی (۰/۷۷)، ایفای نقش عاطفی (۰/۸۴) و سلامت روحی - روانی (۰/۷۷) محاسبه شد. نمره هر سوال حداکثر ۱۰۰ و حداقل صفر است. جهت نمره‌دهی پرسشنامه، نمره صفر برای بدترین شرایط و نمره ۱۰۰ برای بهترین شرایط استفاده شد. با

توجه به این که کیفیت زندگی دارای ساختار چندبعدی است و کلیه ابعاد وجودی انسان نظیر ابعاد جسمی، شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی را شامل می‌گردد؛ دور از انتظار نیست که جراحی ستون فقرات نیز کیفیت زندگی افراد را در کلیه ابعاد تحت تاثیر قرار دهد.^{۱۱}

از جمله تغییرات مهم در کیفیت زندگی، می‌توان تغییر در فعالیت، خواب، عملکرد اجتماعی، شغلی، روابط جنسی، اختلال در خم و راست شدن و همچنین انجام فعالیت‌های روزمره را نام برد. این امر می‌تواند منجر به بروز مشکلات روحی - روانی و بی‌تحریکی بیشتر در بیماران و اثرات منفی ناشی از مشکلات اقتصادی شامل افت کارکرد، کاهش بهره‌وری کاری، افزایش هزینه‌های درمانی و هزینه‌های مربوط به ناتوانی گردد.^{۱۲} مطالعه Jansson (۲۰۰۵) نشان داد که جراحی فتق ستون فقرات بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تا حدودی تاثیر مثبت دارد، اما سابقه مصرف سیگار و یا مدت درد مزمن بیمار می‌تواند میزان بهبودی را کاهش دهد.^{۱۳} مطالعه Heider و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که ۲ تا ۶ ماه بعد از جراحی دیسک بین مهره‌ای کمر، اگرچه کیفیت زندگی کلی بیماران افزایش یافته است؛ اما کیفیت زندگی در بعد سلامت روانی بهبودی اندک و در ابعاد ارتباط اجتماعی و محیطی بدون تغییر باقی مانده است.^{۱۴}

Satink و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند که هرگونه اقدام مراقبتی در جهت ارتقای رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند بیماران را برای مدیریت زندگی و نقش‌های خود بعد از وقوع این بیماری مزمن توانمند سازد.^{۱۵} لذا آموزش با هدف کمک به بیمار و خانواده‌اش در جهت کسب توانایی خودمراقبتی برای به حداکثر رساندن عملکردها و بهبود کیفیت زندگی بایستی جایگاه و اهمیت خاصی در برنامه درمانی بیماران داشته باشد.^{۱۵} اولین و مهم‌ترین سوالی که برای پرستاران در کار بالینی مطرح است؛ این است که چگونه می‌توانند به مددجویان خویش کمک نموده و اقدامات مراقبتی را به ایشان ارایه نمایند.^{۱۶} آموزش مهارت‌های لازم به بیماران کمک خواهد کرد تا به طور موثرتری مراقبت‌های موردنیاز از خود را به عمل آورند.^{۱۷} توصیه به انجام ورزش‌های استاندارد شده به طور موثری، موجب بهبود کم‌درد می‌شوند.^{۱۸} حرکت‌های درمانی نه تنها به برقراری مجدد و بهبود عملکرد بیمار کمک می‌کنند، بلکه در کاهش درد، افزایش قدرت و استقامت عضلانی و تناسب بدنی بیمار نقش قابل توجهی دارند؛ همچنین احتمال بیشتری دارد که این بیماران از جراحی و بروز مجدد کم‌درد رهایی یابند.^{۱۹} نتایج مطالعه Raymond و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که شروع تمرینات حرکتی ۶-۴ هفته بعد از جراحی، درد و ناتوانی بعد از عمل جراحی را کمتر می‌کند و هرچه این تمرینات با شدت بیشتری صورت گیرد، تاثیر بیشتری خواهد داشت. بنابراین لزومی بر بی‌حرکتی بعد از عمل جراحی وجود ندارد.^{۲۰} در مطالعه جوادیان و همکاران (۱۳۸۷) تمرینات ثبات‌دهنده، میزان تحمل عضلات کمری را افزایش داده بود.^{۲۱} بنابراین اگرچه شروع تمرینات بعد از جراحی فتق دیسک کمری با بهبود جسمی بیمار همراه است، اما توجه به کلیه ابعاد کیفیت زندگی دارای

قبل از تیم پزشکی از بیماران خواسته شد تا در بازه‌های زمانی مذکور به درمانگاه مراجعه کنند. هنگام مراجعه جهت پیگیری و مراقبت پس از عمل به درمانگاه بیمارستان، پرسشنامه‌ها در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل می‌گردید. شایان ذکر است که پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله اول (قبل از ترخیص) یک جلسه آموزشی برای افراد گروه کنترل در رابطه با کلیات عمل جراحی به صورت گروهی در درمانگاه مذکور برگزار گردید. به کلیه بیماران توصیه شد در موعد مقرر مجدداً به درمانگاه برای پیگیری و تکمیل پرسشنامه مراجعه کنند. در پایان مطالعه، آموزش لازم در رابطه با حرکات ورزشی مناسب و مراقبت‌های لازم به بیماران گروه کنترل نیز داده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل (مقایسه اختلاف میانگین بین دو گروه مداخله و کنترل)، آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر (جهت مقایسه اختلاف میانگین‌های ابعاد کیفیت زندگی در بازه زمانی قبل از مداخله، ۶ هفته و ۳ ماه بعد از مداخله) تحت نرم افزار آماری SPSS ۱۸ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۴ مرد و ۳۰ زن شرکت کردند. کلیه مشارکت کنندگان تا پایان مطالعه حضور داشتند و هیچ مشارکت کننده‌ای از مطالعه خارج نشد. یافته‌های پژوهش نشان داد که قبل از مداخله دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱). برای بررسی ماندگاری اثر مداخله، نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد نمره کیفیت زندگی در دو بعد جسمی و روانی در هر دو گروه، در بازه‌های زمانی ۶ هفته و ۳ ماه بعد به طور معنی‌داری افزایش یافته است که این افزایش در گروه مداخله چشم‌گیرتر بود ($p < 0/001$). همچنین آزمون تی مستقل نشان دهنده اختلاف معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل بود ($p < 0/001$) (جدول ۲).

توجه به میانگین نمره ۵۰، نمره پایین‌تر از میانگین، نامطلوب و بالاتر از آن مطلوب در نظر گرفته شد.^{۲۵}

هدف پژوهش و چگونگی انجام کار برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت کتبی از آنان اخذ گردید. در ۴ هفته اول پس از عمل جراحی بیماران به رعایت و به‌کارگیری راهنمایی‌ها پرداختند (پیوست ۱) و در ۲ هفته آخر برنامه حرکت درمانی اجرا شد. این برنامه با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و با تایید اساتید راهنمای طرح تدوین گردید. با شروع هفته پنجم برنامه حرکت درمانی آغاز شد و از بیماران خواسته شد تا مراقبت‌های زیر را نیز در طی این مدت رعایت نمایند. از هفته پنجم به بعد زمان نشستن، ایستادن و راه رفتن را به مرور بیشتر نمایند تا حدی که خستگی حاصل نشود. مراقبت‌ها شامل اجتناب از پوشیدن کفش‌های پاشنه بلند، انجام تمرین‌ها بطور منظم، انجام مناسب هر نرمش به آرامی و نگاه داشتن بدن حدود ۵ ثانیه در آن وضعیت و افزایش تدریجی زمان انجام تمرین به ۱۵ ثانیه (هر هفته ۲ ثانیه اضافه شود)، تکرار هر حرکت ۵ مرتبه و افزایش تدریجی آن به ۱۰ بار (هر هفته ۱ مرتبه اضافه شود) بودند.

نرمش‌ها ترکیبی از حرکات کششی Mackenzie & Williams^{۲۶} و شامل حرکت لگن به پایین و بالا، حرکت یک زانو بطرف سینه، حرکت دو زانو بطرف سینه در حال درازکش، بالا آوردن سر و سینه، بالا آوردن ران با زانوی خم در حالت دمر، حرکت به شکل گربه و شتر، بالا آوردن پا و حرکت تقویت عضلات چهارسر رانی بودند. این حرکات در بخش فیزیوتراپی بیمارستان به بیمار آموزش داده شد و سپس از بیمار خواسته شد در منزل با استفاده از جزوه آموزشی مربوطه به تکرار آن بپردازد. بیماران توسط پژوهشگر مورد پیگیری تلفنی قرار گرفتند و در صورت نیاز می‌توانستند با وی تماس برقرار کنند.

پرسشنامه ویژگی‌های فردی و کیفیت زندگی نیز در هر دو گروه با توجه به مطالعه Kulig (۲۰۰۹)،^{۲۷} روز قبل از عمل جراحی، ۶ هفته بعد (بلافاصله پس از اتمام مداخله) و ۳ ماه بعد از آن (جهت پیگیری) تکمیل شد. با هماهنگی

جدول ۱: ویژگی‌های فردی مشارکت کنندگان

متغیر	گروه	تعداد (درصد)		P
		مداخله	کنترل	
جنس	مرد	۱۹ (۵۹/۴)	۱۵ (۴۶/۹)	*۰/۳۱۶
	زن	۱۳ (۴۰/۶)	۱۷ (۵۳/۱)	
وضعیت تاهل	مجرد	۲۶ (۸۱/۲)	۲۹ (۹۰/۶)	*۰/۱۶۲
	متاهل	۶ (۱۸/۸)	۲ (۶/۲)	
سن (سال)	میانگین \pm انحراف معیار	۳۹/۴ \pm ۱۱/۲	۳۹/۹ \pm ۱۱/۳	**۰/۸۷
قد (سانتی‌متر)	میانگین \pm انحراف معیار	۱۶۷/۹ \pm ۹/۲	۱۶۷/۵ \pm ۹/۱	**۰/۸۸
وزن (Kg)	میانگین \pm انحراف معیار	۷۳/۲ \pm ۱۲/۴	۷۳/۹ \pm ۹/۹	**۰/۸۰
توده بدنی (Kg/m^2)	میانگین \pm انحراف معیار	۲۵/۹ \pm ۳/۹	۲۶/۴ \pm ۴/۱	**۰/۶۲
مدت ابتلا به بیماری (ماه)	میانگین \pm انحراف معیار	۱۲/۴ \pm ۱۳/۱	۱۳/۱ \pm ۱۵/۵	**۰/۸۵

*آزمون کای دو؛ **آزمون تی مستقل

جدول ۲: میانگین نمره کیفیت زندگی مشارکت کنندگان قبل از مداخله، ۶ هفته و ۳ ماه بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

کیفیت زندگی	زمان			مداخله			کنترل		
	قبل از مداخله	۶ هفته بعد	۳ ماه بعد	* P	قبل از مداخله	۶ هفته بعد	۳ ماه بعد	* P	
توانایی جسمانی	عملکرد جسمانی	۵/۱۵±۹/۲۸	۶۷/۳۴±۱۷/۲۲	۸۴/۲۱±۱۴/۲۰	<۰/۰۰۱	۷/۳۴±۱۰/۹۲	۳۰/۱۵±۲۳/۹۴	۳۷/۰۳±۲۵/۰۴	<۰/۰۰۱
	ایفای نقش	۵۰±۰	۹۱/۴۰±۱۷/۲۲	۸۹/۸۴±۱۶/۳۲	<۰/۰۰۱	۵۰/۰±۰/۰	۶۲/۱۰±۱۹/۶۹	۵۷/۴۲±۱۵/۸۳	<۰/۰۰۱
	دردهای بنی	۸/۳۵±۱۷/۲۵	۷۲/۸۱±۱۷/۸۷	۷۵/۸۸±۱۸/۷۵	<۰/۰۰۱	۹/۸۴±۱۴/۸۶	۴۸/۳۵±۱۲/۵۳	۴۳/۷۵±۱۶/۱۳	<۰/۰۰۱
	سلامت عمومی	۴۶/۷۴±۹/۹۶	۶۰/۲۸±۸/۹۱	۶۳/۴۱±۹/۳۳	<۰/۰۰۱	۴۵/۱۸±۷/۸۵	۵۲/۸۳±۱۰/۶۱	۵۶/۲۵±۱۰/۶۸	<۰/۰۰۱
توانایی روانی	کل	۲۴/۹۴±۶/۷۶	۷۰/۲۹±۱۰/۵۴	۷۹/۰۶±۱۰/۷۱	<۰/۰۰۱	۲۵/۶۴±۶/۶۶	۴۳/۷۷±۱۴/۸۹	۴۶/۵۹±۱۴/۱۳	<۰/۰۰۱
	ایفای نقش	۵۲/۰۸±۵/۶۰	۹۵/۸۳±۱۰/۳۶	۹۲/۷۰±۱۵/۲۲	۰/۸۹۵	۵۰/۵۲±۲/۹۴	۶۹/۲۷±۱۵/۳۲	۶۵/۱۰±۱۴/۸۸	۰/۳۸۱
	عملکرد اجتماعی	۱۶/۴±۲۱/۶۳	۷۱/۸۷±۱۴/۵۴	۸۳/۹۸±۱۵/۹۴	<۰/۰۰۱	۱۳/۶۷±۱۷/۴۹	۴۸/۸۲±۱۵/۳۴	۴۱/۷۹±۱۷/۵۶	<۰/۰۰۱
	انرژی و نشاط	۴۹/۵۳±۱۳/۱	۴۴/۵۳±۱۰/۰۲	۴۶/۲۵±۹/۰۶	<۰/۰۰۱	۴۵/۱۵±۱۰/۳۵	۴۴/۸۴±۹/۰۲	۴۴/۳۷±۷/۹	<۰/۰۰۱
نمره کل	سلامت روحی	۳۹/۸۷±۱۳/۲	۳۸/۱۲±۵/۸۳	۳۶/۵۵±۹/۰۵	۰/۷۱۱	۴۰/۸۷±۱۲/۲۶	۳۷/۳۷±۹/۷۷	۳۴/۸۷±۷/۴۱	۰/۳۶
	کل	۴۱/۸۹±۷/۱۵	۵۷/۱۴±۴/۹۳	۵۸/۲۰±۷/۳۰	<۰/۰۰۱	۴۰/۲۷±۶/۱۸	۴۷/۹۷±۷/۵۱	۴۵/۰۵±۶/۶۶	<۰/۰۰۱
	نمره کل	۳۱/۵±۶/۰۵	۶۵/۲±۷/۴۵	۷۰/۹±۸/۲	<۰/۰۰۱	۳۱/۳±۵/۰۸	۴۵/۴±۱۰/۹	۴۶/۰±۱۰/۵	<۰/۰۰۱

*آزمون آنالیز اندازه‌های مکرر و ** آزمون تی مستقل

بحث

هفته پس از جراحی فتق دیسک کمر، سه بار در هفته به مدت ۱۲ هفته سبب افزایش کیفیت زندگی در بعد جسمی شده است.^{۳۱} با این تفاوت که طول مدت و حجم نمونه این مطالعه نسبت به مطالعه حاضر بیشتر بوده است. همچنین نتایج مطالعه Kulig و همکاران (۲۰۱۳) در مورد اثر بخشی برنامه ورزشی ۴-۶ هفته پس از جراحی فتق دیسک کمر، نشان داد که برنامه ورزشی فشرده سبب کاهش ناتوانی و بهبود عملکرد فیزیکی در بیماران می‌شود.^{۲۷} شاید علت شباهت یافته‌ها، استفاده از برنامه ورزشی تقریباً مشابه باشد.

مطالعه‌ای توسط Sharma و همکاران (۲۰۱۳) با هدف بررسی پیامدهای زودرس بعد از دیسکتومی در ۶ ماه پس از عمل در روسیه انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که درد اغلب بیماران، پس از جراحی کاهش و کیفیت زندگی آن‌ها افزایش پیدا کرده بود.^{۳۲} کاهش درد پس از عمل جراحی، می‌تواند در امر اجرای تمرینات ورزشی کمک کننده باشد. با توجه به اینکه ورزش، خود می‌تواند تاثیر بسزایی بر احساس خوب بودن و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی داشته باشد. نتایج مطالعه Boskovic و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که انجام ورزش منظم در منزل پس از جراحی فتق دیسک کمر، سبب بهبود عملکرد فیزیکی شده و پس از شش ماه نیز همچنان نمره بعد فیزیکی بالا بود؛ اما وضعیت سلامت روانی تغییر نکرده بود.^{۳۳} در این مطالعات نیز مدت مطالعه بیشتر از مطالعه حاضر بوده است؛ اما هم‌راستا با آن بر ابعاد فیزیکی موثر بوده است. به نظر می‌رسد اثربخشی یک برنامه ورزشی و حرکت درمانی می‌تواند تا مدت‌ها در بیمار باقی بماند.

یافته‌های پژوهش طوافیان و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که آموزش نکات بهداشتی در زمینه‌ی حفظ سلامت ستون فقرات، در تمامی حیطه‌ها بجز حیطه سلامت عمومی در بعد جسمی و حیطه سرزندگی در بعد روانی، منجر

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حرکت درمانی نه تنها کیفیت زندگی بیماران را تغییر داده بود، بلکه توانسته بود طی ۳ ماه بعد از مداخله نیز آن را بهبود بخشد. در این راستا نتایج مطالعه برزو و همکاران (۱۳۹۰) در مورد تاثیر ورزش بر نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان نشان داده است که کیفیت زندگی این افراد بعد از مداخله بطور معنی داری بهتر از قبل گزارش شده است.^{۲۸} اگر چه نوع ورزش و جامعه این مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت است، اما نشان‌دهنده تاثیر ورزش بر کیفیت زندگی است.

طوافیان و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که برنامه آموزشی مدون در رابطه با مراقبت‌ها و ورزش‌های مناسب، تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد داشته است. اگر چه جامعه پژوهش دو مطالعه متفاوت است، اما نتایجی همسو با نتایج مطالعه حاضر دارد. در مطالعه طوافیان، بیماران علاوه بر آموزش مراقبت‌های لازم فیزیکی و ورزش‌های مناسب، با استرس‌های روحی روانی و تاثیر آن‌ها بر درد نیز آشنا شده و مهارت‌های کنترل استرس را فراگرفته بودند که می‌تواند تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی خصوصاً بعد روانی آن داشته باشد.^{۲۹} در مطالعه امینی و همکاران (۱۳۹۱) نیز کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکنه مغزی که دچار محدودیت حرکتی بودند، پس از ۶ هفته حرکت درمانی ارتقا یافته بود. آن‌ها علت این افزایش را به خاطر بهبودی مشکلات روانی ناشی از محدودیت ایجاد شده به دنبال سکنه می‌دانستند؛ درحالی که در مطالعه حاضر برخی از زیر مجموعه‌های بعد عاطفی افزایش نیافته بود و نمی‌توان بهبود کیفیت زندگی را به این امر نسبت داد.^{۳۰}

نتایج پژوهش حاضر نشان داد کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی فتق دیسک کمر در بعد جسمی در گروه مداخله افزایش چشمگیر و پایداری نسبت به گروه کنترل داشته است. نتایج مطالعه Selkowitz و همکاران (۲۰۰۶)، هم‌راستا با مطالعه حاضر، نشان داد که حرکت درمانی ۴-۶

به افزایش کیفیت زندگی شده است.^{۲۹} در مطالعه حاضر نیز تمام ابعاد جسمی و دو مورد از ابعاد روانی افزایش معنی‌دار داشتند. شاید علت این تفاوت در یافته‌ها در نوع آموزش یا تفاوت جمعیت‌های مورد مطالعه باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی فتق دیسک کمر در بعد روانی به جز حیطه‌های سلامت و نشاط و سلامت روحی و روانی، در گروه مداخله افزایش چشمگیر و پایداری نسبت به گروه کنترل داشته است. برخلاف مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Boskovic (۲۰۰۹) در مورد تمرینات ورزشی پس از دیسک کمر نشان داد که ورزش اثری بر سلامت روانی افراد نداشته است. شاید علت تفاوت در یافته‌ها طولانی بودن مدت بستری بیماران در مطالعه Boskovic (۲۰۰۹) باشد، چرا که بستری طولانی مدت خود می‌تواند آثار سوئی بر روان بیماران داشته باشد.^{۳۳} از طرفی تفاوت در جوامع و فرهنگ‌های مختلف در دو مطالعه خود می‌تواند یکی از دلایل اختلاف در یافته‌ها باشد. در نهایت می‌توان گفت که در مطالعه حاضر اثر مداخله بر بعد جسمی بیشتر از بعد روانی بوده است.

مطالعه امینی (۱۳۹۱) در مورد محدودیت درمانی حرکت بر کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی، نشان داد پس از مداخله کیفیت زندگی بیماران در تمام حیطه‌ها افزایش داشته، ولی برخلاف مطالعه حاضر تأثیر آن بر حیطه‌های روانی، ابفای نقش و عملکرد اجتماعی بیشتر بوده است.^{۳۰} احتمالاً آنچه در بیماران سکنه مغزی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد، تغییر در نقش آنان در خانواده و اجتماع است و لذا توجه به این بیماران می‌تواند این مشکل را بهبود بخشد. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده از مطالعات صورت گرفته و مطالعه حاضر می‌توان اظهار کرد که حرکت درمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مختلف می‌تواند اثر قابل توجهی داشته باشد و در برگشت هر چه سریع‌تر بیماران به سلامتی زمان قبل از مداخله کمک کند.

به نظر می‌رسد مداخلات حرکتی در زمان نسبتاً کوتاهی منجر به تغییرات جسمی می‌گردد؛ درحالی که در مورد ابعاد روانی به زمان بیشتری نیاز است. مطالعه Puolakka و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد که اجرای یک برنامه خودمراقبتی همچون منع بیماران از نشستن طولانی مدت، رانندگی برای ۴ هفته و خم شدن برای ۶ هفته پس از جراحی دیسک کمر و همچنین استفاده از فیزیوتراپی (سرمدارمانی، ماساژ درمانی و طب سنتی) سبب افزایش انگیزه در برگشت به کار بیماران شد.^{۳۴} در این مطالعه به اثرات عوامل خطر بر تأخیر در بازگشت به کار و ناتوانی تأکید شده است، درحالی که در مطالعه حاضر تأکید بر روی

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای برنامه حرکت درمانی توانسته است منجر به ارتقای پایدار کیفیت زندگی کلی و ابعاد جسمی و روانی آن در بیماران، پس از عمل جراحی فتق دیسک کمر شود. لذا می‌توان از این برنامه برای آموزش حین ترخیص بیماران استفاده کرد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

نصراله علی محمدی: مجری طرح و مشارکت در تدوین مقاله
منیژه اسلامی: مشارکت در جمع آوری داده‌ها و تدوین مقاله
حجت اله یوسفی: ویرایش مقاله و مشارکت در تدوین مقاله.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با شماره کمیته اخلاق ۳۹۲۴۷۳ و شماره IRCT2015071213039N3 در مرکز کارآزمایی بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ثبت رسیده است. پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسوولین و پرسنل محترم مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نمودند، اعلام می‌دارند.

References

1. Brodke DS, Ritter SM. Nonsurgical management of low back pain and lumbar disk degeneration. Instructional Course Lectures 2005; 54: 279-86.
2. Battie MC, Videman T, Parent E. Lumbar disc degeneration: epidemiology and genetic influences. Spine. Spine 2004; 29(23) : 2679-90.
3. Mousavi SJ, Akbari ME, Mehdiان H, Mobini B, Montazeri A, Akbarian B, et al. Lowback pain in Iran: a growing need to adapt and implement evidence-based practice in developing countries. Spine 2011; 36(10): 638-46.

4. Darenhal M, Attarchi MS, Seyed Mehdi SM, Rahimiyan A, Yazdanparast T. Factors affecting return to work after lumbar disc herniation surgery. *Razi Journal of Medical Sciences* 2011; 18(90): 7-16. [Persian]
5. Rahighi S, Arshadi HR, Nejabatian O. The role of depression, anxiety and expectations of patient on satisfaction after lumbar disc surgery. *Medical Journal of Mashhad Azad university* 2009; 5(4): 239-44. [persian]
6. Jamieson SG, Joseph Y, Richard DG, Donna DO. Anterior discectomy and total disc replacement for three patients with multiple recurrent lumbar disc herniations, Case Report. *The Spine Journal* 2011; 11(9): 1-6.
7. Lee JK, Amorosa L, Cho SK, Weidenbaum M, Kim Y. Recurrent lumbar disk herniation. *The American Academy of Orthopedic Surgeons* 2010; 18(6): 327-37.
8. Den Boer JJ, Oostendorp R, Beems T, Munneke M, Oerlemans M, Evers A. A systematic review of biopsychosocial risk factors for an unfavorable outcome after lumbar disc surgery. *European Spine Journal* 2006; 15(5): 527-36.
9. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia* 2008; 101(1): 17-24.
10. Fayssoux R, Goldfarb NI, Vaccaro A, Harrop J. Indirect Costs associated with surgery for low back pain- A secondary analysis of clinical trial data. *Population Health Management* 2010; 13(1): 9-13.
11. Wong M, Tavazzi L. Effect of drug therapy for heart failure on quality of life. *The Journal of Clinical Hypertensions* 2004; 6(5): 256-61.
12. Heider D, Kitze K, Zieger M, Riedel-Heller S, Angermeyer N. Health-related quality of life in patients after lumbar disc surgery: A longitudinal observational study. *Quality of Life Research* 2007; 16(9): 1453-60.
13. Jansson K, Németh A, Granath F, Jönsson B, Blomqvist P. Health-related quality of life in patients before and after surgery for a herniated lumbar disc. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 2005; 87(7): 959-64.
14. Satink T, Cup E, Iloft I, Prins J, Swart B, Nijhuis-van der Sanden M. Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: A thematic synthesis of qualitative studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013; 94(6): 1171-83.
15. Aliakbarzadeh-Arani Z, Taghavi T, Sharifi N, Noghani F, Faghizade S, Khani-Arani M. Impact of training on social adaptation in mothers of educable mentally-retarded children based on Roy adaptation theory. *Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2012; 16(2): 128-34. [Persian]
16. Asgri MR, Mohammadi E, Fallahi KHoshknab M, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; 3(4): 133-44.
17. Macdonald W, Rogers A, Blakeman T, Bower P. Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(2): 191-9.
18. Saadi S, Hakimi M, Ali-Mohammadi M, Karimiani N. Comparing the effects of hydrotherapy, relaxation and McKenzie exercise on improvement of chronic low back pain in athletes. *Journal of Anesthesiology and Pain Official* 2014; 4(2): 11-21. [Persian]
19. Mohammadi M, Sadeghi H, Nasri S. Impact and Sustainability of the Training Methods of Tai Chi, Stretching and Williams Exercises on Spinal Flexor Muscle Strength in Patients with Chronic Low Back Pain. *Physical Treatments* 2013; 2(2 and 3, 4): 43-8.
20. Raymond O, Leonardo O, Christopher M, Henrica V, Maurits T. Rehabilitation after Lumbar Disc Surgery: An Update Cochrane Review. *Spine* 2009; 34(17): 1839-48.
21. Javadian Y, Behtash H, Akbari M, Taghipour M, Zekavat H. The effects of stabilization exercise on pain, functional disability and muscle endurance in patients suspected. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2008; 18(65): 63-73. [Persian]
22. Stofmeel MA, Post MW, Kelder JC, Grobbee DE, Hemel NV. Psychometric properties of Aquarel: a disease specific quality of life questionnaire for pacemaker patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54(2): 157-65.
23. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30(6): 473-83.
24. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (sf-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005; 14(3): 875-82.
25. Kalantar-Zadeh K, Kopple J, Block G, Humphreys M. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and mortality in Hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology* 2001; 12(12): 2797-806.
26. Lee M, Song C, Jo Y, Ha HD, Han D. The effects of core muscle release technique on lumbar spine deformation and low back pain. *Journal of Physical Therapy Science* 2015; 27(5): 1519-22.
27. Kulig K, Beneck GJ, Selkowitz DM, Popovich JM, Ting GET, Flanagan SP, et al. An intensive, progressive exercise program reduces disability and improves functional performance in patients after single-level lumbar microdiscectomy. *Physical Therapy* 2009; 89(11): 1145-57.
28. Borzoo S, Arastoo AS, Ghasemzade R, Zahednezhad S, Habibi A, Latifi SM. Effects of aerobic exercise on quality of life in residents of geriatric homes, Ahvaz, Iran. *Iranian Journal of Ageing* 2011; 6(1): 47-51. [Persian]
29. tavafian SS, Jamshidi A, shahmohammadi S. Low back pain educational programs and quality of life in women living with chronic low back pain: a semi experimental study. *Journal of Health Education and Health Promotion* 2014; 2(1): 49-56. [Persian]
30. Amini N, Bagheri H, Abdolvahab M, Baghestani AR, Raji P, Jalili M, et al. The effect of constraint-induced movement therapy (CIMT) on quality of life, function and Range of motion of upper extremity of patients with stroke. *Journal of Modern Rehabilitation* 2012; 6(3): 1-4. [Persian]
31. selkowitz DM, Kulig K, Poppert EM, Flanagan SP, Matthews ND, Beneck GJ, et al. The immediate and long-term effects of exercise and patient education on physical, functional, and quality-of-life outcome measures after single-level lumbar microdiscectomy: A randomized controlled trial protocol. *Bio Medical Central Musculoskeletal Disord* 2006; 7(1): 70.

32. Sharma M, Chichanovskaya L, Shlemsky V, Petrukhina E. A Comprehensive Study of Outcome after Lumbar Discectomy for Lumbar Degenerative Spine Disease at 6 Months Post-Operative Period. the Open Neurosurgery Journal 2013; 6(1): 1-5.
33. Boskovic K, Todorovic-Tomasevic S, Naumovic N, Grajac M, Knezevic A. The quality of life of lumbar radiculopathy patients under conservative treatment. Vojnosanitetski Pregled Vojnosanit Pregl 2009; 66(10): 807-12.
34. Puolakka K, Ylilinen J, Neva MH, Kautiainen H, Hakkinen A. Risk factors for back pain-related loss of working time after surgery for lumbar disc herniation: a 5-year follow-up study. European Spine Journal 2008; 17(3): 386-92.

پیوست شماره ۱: راهنمای بیماران پس از جراحی دیسک مهره‌ای کم‌تر در ۴ هفته اول

۱. استفاده از بستر سفت و محکم
۲. عدم درخواستن ناگهانی از بستر (ابتدا به پهلو چرخیده، سپس با کمک کف دست‌ها به تخت فشار وارد کرده و برخیزید).
۳. استفاده از غذاهای غنی از فیبر (سبزیجات، کاهو، سالاد و...) جهت جلوگیری از یبوست
۴. استفاده از حمام چهار روز پس از عمل جراحی (بدون استفاده از لیف و کیسه)
۵. تعویض پانسمان محل جراحی یک‌روز در میان (با سرم شستشو و گاز استریل)
۶. عدم نیاز به پانسمان از روز چهارم پس از عمل جراحی (مراجعه به پزشک در صورت وجود ترشح یا چرک از محل جراحی)
۷. پرهیز از نشستن در دو هفته اول پس از عمل جراحی (بیمار فقط اجازه دارد هر بار ۱۰-۵ دقیقه بنشیند، راه رفتن نیز نباید ۵ دقیقه بیشتر طول بکشد. بیمار باید نماز خود را به صورت خوابیده بخواند).
۸. بلند کردن اجسام، خم شدن و قوز کردن تا ۶ هفته ممنوع است و حتماً باید از دستشویی فرنگی استفاده شود.
۹. زمان کشیدن بخیه‌ها ۱۴ روز پس از عمل جراحی خواهد بود.
۱۰. مصرف سیگار گردش خون را کند کرده و ترمیم قسمت‌های آسیب دیده دیرتر انجام می‌شود، بنابراین باید سعی شود مصرف سیگار محدود شود.
۱۱. بالا و پایین رفتن از چند پله با احتیاط و به آرامی مانعی ندارد. بهتر است ابتدا پایی که درد نمی‌کند روی اولین پله قرار گیرد و سپس پای دردناک روی همان پله قرار داده شود و به همین ترتیب پله‌های بعدی
۱۲. مسافرت‌های طولانی تا ۳ ماه اجازه داده نمی‌شود.
۱۳. کارهای سنگین و مشاغل سخت باید کنار گذاشته شوند.

The effect of movement therapy on quality of life of patients after lumbar disc herniation surgery

Nasrollah Alimohammadi¹, Manijeh Eslami², Hojatollah Yousefi³

1. Assistant Professor, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. MSc in Nursing, Al Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(2): 33-40.

ABSTRACT

Background and Objective: Patients after lumbar disc herniation surgery experience chronic pain and disability and can impact on their quality of life. This study aimed to determine the effect of movement therapy on quality of life of patients after lumbar disc herniation surgery.

Materials and Method: The current clinical trial study with before and after design in three stages was done on patients with lumbar disc herniation surgery in one of the hospitals in Isfahan in 2013. Patients were selected through convenience sampling and then were randomly allocated into two intervention and control groups (32 patients in each group). The movement program was implemented 4 weeks after surgery for 2 weeks. Data were collected through demographic questionnaire and SF-36 quality of life questionnaire. Data were analyzed by SPSS-18 using independent t-test and repeated measures ANOVA.

Results: There has been a significant increase in the mean of overall quality of life score in intervention group 6 weeks (65.2 ± 7.45) and 3 months after intervention (70.9 ± 8.2), in compare with before the intervention (31.5 ± 6.05) ($p < 0.001$). Also the mean of overall quality of life score showed the significant difference in two groups ($p < 0.001$). Physical and psychological aspects increased significantly in both groups in the period of 6 weeks and 3 months after intervention, the increase was greater in intervention group than control group. ($p < 0.001$).

Conclusion: Movement therapy promotes the quality of life of patients after lumbar disc herniation surgery. Thus, using this program by health care professionals in improving the quality of life of patients is recommended.

Keywords: *Movement therapy, quality of life, lumbar disc herniation, surgery*

Correspondence:

Hojatollah Yousefi
Isfahan University of
Medical Sciences

Email:

yousefi@nm.mui.ac.ir

Received: 28/03/2015

Accepted: 15/06/2015

Please cite this article as: Alimohammadi N, Eslami M, Yousefi H. The effect of movement therapy on quality of life of patients after lumbar disc herniation surgery. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2015; 4(2): 33-40.