

بررسی مشکلات روانی در بیماران با درد ناحیه تحتانی کمر

ناهید خواجه موگهی*، قاسم احمدی**

چکیده

هدف: دردهای مزمن یکی از مشکلات شایع امروز می باشد که یکی از شایعترین نمونه های آن درد ناحیه تحتانی کمر (LBP)^۱ بعد از سردرد می باشد. درد مزمن می تواند باعث مشکلات متعدد روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی گردد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی مشکلات روانی بیماران «LBP» صورت گرفته است. **روش بررسی:** مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی می باشد. از میان بیماران «LBP» مراجعه کننده به مراکز درمانی اهواز، ۹۲ بیمار حاضر به همکاری (۵۰ مرد و ۴۲ زن) با دامنه سنی ۶۳-۱۹ سال در مشاغل مختلف به روش غیر تصادفی و مبتنی بر هدف انتخاب گردید. بیماران با تکمیل فرم ثبت اطلاعات و آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته ها:** در بررسی نتایج ۷۱/۷ درصد جمعیت نمونه مشکلات روانی را نشان دادند (مردها ۶۶ درصد و زنها ۷۸/۶ درصد). میانگین ضریب کلی علائم (GSI)^۲ در مردها (T=۶۸) بالاتر از زنها (T=۶۳) مشاهده شد. هم چنین مردها در تمام مقیاسها شدت مشکلات را بیشتر از زنها گزارش کرده اند. بین نوع شغل مردها و میزان مشکلات روانی رابطه معنی داری (P<۰/۰۱) به دست آمد. **نتیجه گیری:** با توجه به اینکه یافته های پژوهش نشان داده درصد قابل توجهی از بیماران LBP دچار مشکلات روانی همراه می باشند، ضرورت ارزیابی روانشناختی بیماران LBP و اضافه نمودن درمانهای روان شناختی به درمانهای سنتی رایج پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه گان: درد مزمن، درد تحتانی ناحیه کمر (LBP)، مشکلات روانی، آزمون SCL-90-R

مقدمه

می دهد که ۱۲ تا ۴۵ درصد تمام بزرگسالان و ۶۰ تا ۸۰ درصد کل جامعه در طول زندگی خود یک بار به LBP مبتلا خواهند شد (۳). هم چنین ۱۲ درصد مرخصی های استعلاجی ناشی از این مشکل است (۲) و دلیل ۲۵ درصد کل هزینه های جبرانی ناشی از ناتوانی در محیط کار می باشد (۴و۲).

دردهای مزمن یکی از مشکلات شایع امروزی می باشد که شایع ترین نمونه آن دردهای ناحیه تحتانی کمر (LBP)، سردرد، درد سرطانی و آرتریت می باشد. درد مزمن می تواند باعث مشکلات متعدد روان شناختی مانند اضطراب و افسردگی و ناامیدی گردد (۱). دردهای ناحیه تحتانی کمر بعد از سردرد مزمن رایج ترین علت مراجعه به مطب پزشکان است (۲). برآوردهای موجود نشان

1- Low Back Pain

2- Global Severity Index

*مربی، روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤل

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۶/۵/۱۰ اعلام قبولی: ۱۳۸۶/۷/۱۷

Archive of SID

افسردگی را به رفتار درد پیوند دهند، اما مردان با رفتار افراطی درد تمایل به افسردگی را بیشتر از زنان نشان داده اند و با میزان ناتوانی و شدت درد ارتباط داشته است (۱۱).

مطالعات نقش عوامل سایکوزنیک و روانی-اجتماعی را در بروز LBP بااهمیت تر از پدیده های معین جسمی و یافته های پزشکی با استفاده از روشهای تشخیصی مطرح نموده اند (۴). در مطالعه ای بر روی کارگران حمل کننده اجناس سنگین مشخص شد که ناراضبیتی شغلی عامل عمده ای در بروز خطر LBP بوده است (۱۲) همچنین در بررسی عوامل روانی-اجتماعی مربوط به LBP نتیجه گرفتند که سخت کوشی و رضایتمندی ارتباط بین شیوع و اتیولوژی LBP را تعدیل می کند (۱۳). امروزه با در نظر گرفتن نقش عوامل روان شناختی، رفتاری، آموزشی در برنامه توانبخشی عملکردی برای بیماران مزمن LBP، فیزیوتراپی، ورزشهای هوازی، ارگونومیک و آرام سازی را به درمان اضافه نموده اند (۱۴). نتایج مطالعه دیگری وجود علائم غیرجسمی بیماران با درد خفیف LBP را به عنوان هشدار برای درمانگران یزکی جهت نیاز به ارزیابی روانشناختی و نه نشانه ای از تمارض پیشنهاد می دهند و بر تمرکز بر درمان مشکلات روانی همراه با درمانهای جسمی تاکید می نماید (۱۵). شواهد به دست آمده از مطالعات آینده نگر نشان می دهد که متغیرهای روان شناختی در شروع درد و هم چنین در تبدیل درد حاد به نیمه مزمن و مزمن مؤثر می باشد. استرس، اضطراب، آشفتگی خلق و هیجانات، عملکردهای شناختی و رفتار درد متغیرهای مؤثری می باشند (۱۶) اما بین درد حاد و مزمن و ابعاد درد رابطه ای وجود ندارد (۱۷). همچنین خانمها مشکلات روانشناختی بیشتری نسبت به مردان نشان می دهند (۱۸) و محدودیت در عملکرد شغلی را بیشتر پیدا می کنند (۱۹). با توجه به مطالعات انجام شده، مطالعه حاضر با هدف کلی بررسی مشکلات روانشناختی بیماران LBP در جهت لزوم ارزیابی روانشناختی برای شناخت بهتر این بیماری و پیشنهاد

بر اساس برآوردهای موجود همه روزه نیم درصد نیروی انسانی برای بیشتر از شش ماه بر اثر کمردرد مزمن ازکار کناره می گیرند (۵). اگر چه زنان علائم کمردرد مزمن را با همان فراوانی مردان نشان می دهند، اما مردان دو برابر بیش از زنان تحت عمل جراحی قرار می گیرند (۲). برآورد هزینه های پزشکی مستقیم مانند حق ویزیت، جراحی، بستری در بیمارستان و جبران مالی در زمینه ناتوانی بسیار زیاد است و برآورد هزینه های پزشکی غیر مستقیم آن مانند غیبت از کار و فقدان بهره وری نیزمشکل می باشد (۴و۶). مطالعات نشان می دهد که ویژگی های روانی اجتماعی می تواند عامل مهمی در طول مدت درد و ناتوانی باشد و درمانهای روان شناختی در کاهش درد مؤثر می باشد (۷). هم چنین مشکلات هیجانی همراه با درد کمردرد کمک به مزمن شدن بیماری می نماید (۸)، بعلاوه خود درد کمردرد باعث تظاهرات و مشکلات روانشناختی در بیماران می شود (۷).

اگر چه اکثر بیماران به طور موقت به کمردرد مبتلا می گردند و طی یک یا دو ماه نیز بهتر می شوند، اما بخش قابل ملاحظه ای از این بیماران، به نوع مزمن آن مبتلا می گردند و این بخش از جمعیت مبتلایان به کمردرد مزمن نیز در سالهای اخیر پیوسته افزایش یافته است که این موضوع می تواند توانایی درمان موفقیت آمیز این بیماران را مورد سؤال قرار دهد. از سوی دیگر درک ما از عوامل مؤثر در علت شناسی و حفظ این اختلال مزمن به گونه ای چشم گیر محدود است به عبارت دیگر فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نوعی آسیب شناسی با علت روشن و قطعی برای علائم خود نشان داده اند (۹).

با توجه به نتایج مطالعات که پیش بینی می کنند ۷/۹۰ درصد بیماران مبتلا به درد حاد ناحیه تحتانی کمردرد مشکلات ناتوانی مزمن می شوند (۸) دیده شده افرادی که یکی از اختلالات محور I روانپزشکی را همراه مشکل خود دارند شانس بسیار بیشتری برای ناتوانی مزمن را دارند (۱۰). هرچند در یک مطالعه نتوانسته اند اضطراب و

ترکیب درمانهای روانشناختی با درمانهای رایج، انجام یافته است.

روش بررسی

حاضر از نوع تحلیلی-مقطعی می باشد. از میان مراجعه کنندگان به مراکز سرپایی و بستری ارتوپدی، جراحی اعصاب، طب فیزیکی و نیز فیزیوتراپی در سطح شهر اهواز که تشخیص LBP توسط متخصص گرفته بودند، ۹۲ نفر مایل به همکاری (۵۰ مرد و ۴۲ زن) با دامنه سنی ۱۹-۶۳ سال در مشاغل مختلف به روش غیر تصادفی و مبتنی بر هدف انتخاب گردید. پس از توضیح هدف پژوهش، فرم تجدید نظر شده چک لیست علائم ۹۰ سئوالی (SCL-90-R)^۱ و یک فرم ثبت اطلاعات شامل جنسیت، سن، تحصیلات، شغل و طول مدت بیماری جهت تکمیل به آنها داده شد. مدت بیماری کمتر از ۶ ماه به عنوان دوره حاد و بیشتر از آن دوره مزمن قرار داده شد. نقطه برش SCI-90-R برای ضریب کلی علائم مرضی^۲ (GSI) بر اساس مطالعات قبلی در ایران ۴/۰ منظور شده است. سئوالات آزمون ۹ بعد شکایات جسمانی^۳ (SOM)، وسواس و اجبار^۴ (OC)، حساسیت در روابط تقابلی^۵ (IS)، افسردگی^۶ (DEP)، اضطراب^۷ (ANX)، خصومت^۸ (HOS)، فوبیا^۹ (PHOB)، پارانویا^{۱۰} (PAR) و سایکوز^{۱۱} (PSY) را ارزیابی می کند. هریک از سئوالات آزمون از یک طیف ۵ درجه ای میزان ناراحتی که از نمره صفر «هیچ» تا چهار «به شدت» می باشد تشکیل شده است (۲۵). پس از نمره گذاری آزمون SCL-90-R، نمرات خام آزمودنیها براساس نرم ب آزمون برای

جمعیت غیر بیمار روانی به نمره استاندارد (T) تبدیل و سپس نیمرخ روانی آن رسم گردید. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۴ نرم افزار SPSS با آزمونهای غیر پارامتریک مجذور کای و آزمون دقیق فیشر تحلیل گردید.

یافته ها

مشخصات دموگرافیک جمعیت نمونه در جدول شماره ۱ آمده است:

در پاسخ به سئوالات پژوهش، نمره ۷۱/۷ درصد آزمودنیها (زنها ۷۸/۶ درصد و مردها ۶۶/۴ درصد) بالاتر از نقطه برش آزمون بود. نمودار شماره ۱ مقایسه توزیع نیمرخ روانی آزمودنیها را بر اساس جنسیت نشان می دهد.

همانگونه که مشاهده می شود مردها در تمام مقیاسها شدت مشکلات را بیشتر از زنها گزارش کرده اند، اما خانمها درصد بالاتری از مشکلات را ذکر کرده اند.

بیشترین مشکلات در مردها، مشکلات جسمانی (SOM)، اضطراب (ANX)، و فوبیا (PHOB) و در زنها مشکلات جسمانی (SOM)، سایکوز (PSY) و خصومت کلی (HOS) می باشد. همچنین در بررسی نتایج رابطه ای بین مشکلات روانشناختی با جنسیت، طول دوره بیماری (حاد-مزمن) به دست نیامد، اما بین شغل مردها و مشکلات روانشناختی آنها رابطه معنی دار ($P < 0/027$) به دست آمد.

- 1 - Symptom Check List-90- revised
- 2-Global Severity Index
- 3-Somatization
- 4 -Obsessive – Compulsive
- 5 -Interpersonal Sensitivity
- 6-Depression
- 7- Anxiety
- 8 -Hostility
- 9- Phobia
- 10- Paranoid
- 11- Psychosis

جدول ۱: توزیع مشخصات جمعیتی آزمودنیها (تعداد: ۹۲ نفر)

جنسیت	سن	وضعیت تأهل	شغل
مرد	زیر ۲۰ سال	متاهل	شغل خانه دار
زن	۲۱-۳۰	مجرد	بیکار و بازنشسته
	۳۱-۴۰	متاهل	کار ساده و کم تحرک
	۴۱-۵۰	مجرد	کار پرتحرک و سخت
	۵۱-۶۰	متاهل	
	بیشتر از ۶۱	متاهل	
	دوره بیماری		



نمره دار شماره ۱: مقایسه توزیع نیمرخ روانی آزمودنیها بر اساس جنسیت

نتیجه گیری

میزان ناتوانی فرد مبتلا به LBP ذکر کرده‌اند ۲۳،۲۲،۶،۱۰۸) و برخی دیگر عوامل روانی را در مزمن شدن درد مؤثر دانسته‌اند (۶،۱۶،۱۱،۹۸). مطالعات برخی محققین عوامل روانی را در بروز کمردرد مؤثر دانسته‌اند (۱۳ و ۱۲،۴). در مطالعه حاضر هدف همراه بودن میزان مشکلات روانی با کمردرد بوده است و تلاش در جهت علت شناسی نداشته است. به این منظور نمی‌توان از این مطالعه در جهت تأثیر عوامل روانی در ایجاد یا شدت یا ناتوانی درد قضاوت نموده. اما به نسبت مطالعات مشابه درصد بالاتری از مشکلات روانی را بیماران ما ذکر نموده‌اند. بیماران LBP در مطالعات مشابه از درمانهای چندگانه شامل درمان های فیزیکی و روان درمانی سود برده‌اند (۲۴،۲۳،۲۲،۱۴،۷). اما بیماران این مطالعه از

در مطالعه حاضر با استفاده از آزمون SCI-90-R ، ۷۱/۷ درصد جمعیت نمونه دارای مشکلات روانی می‌باشند. هم چنین میانگین ضریب کلی علائم مرضی (GSI) آنها ۰/۷۸ (T= ۶۳) است یعنی نمره میانگین آن از ۸۴ درصد جمعیت عادی بالاتر می‌باشد. این یافته که درصد قابل توجهی از مشکلات روانی را در بین جمعیت نمونه نشان می‌دهد با مطالعات مشابه ذکر شده (۲۰،۱۵،۱۱،۱۰،۹،۷،۶،۱۸) همخوانی دارد. میزان مشکلات در این مطالعات از ۴۰ درصد (۶) تا ۸۳ درصد (۲۱) در نوسان بوده است. مطالعات زیادی همراه بودن مشکلات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، اشکال در عملکردهای شناختی و ... را با افراد مبتلا به درد مزمن مانند LBP نشان داده‌اند. برخی از آنها عوامل روانی را در افزایش

مراکزی که تنها درمانهای فیزیکی (دارو-فیزیوتراپی) ارائه شده، انتخاب شده اند. لازم به ذکر است در حال حاضر مرکزی که درمان ترکیبی را در اهواز انجام دهد وجود ندارد. بنظر می آید چنانچه همزمان درمانهای روان شناختی بکار رود میزان مشکلات روانی تا حدی کاهش یابد.

در ابعاد تشخیصی SCI-90-R مهمترین شکایات بیماران به ترتیب: مشکلات جسمانی، سایکوز، خصومت کلی و پارانوایا و پس از آن اضطراب بوده است. شواهدی وجود دارد که نشان می دهند بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل شکست در دستیابی به تسکین درد، مشکلات روان شناختی خاصی را بروز می دهند که آنها را از بیماران دارای درد حاد متمایز می سازد. این نتایج نشان می دهند که در طی مراحل اولیه درد مشکلات روان شناختی به وجود نمی آیند، بلکه به موازات اینکه درد مزمن می شود، تغییرات روان شناختی نیز رخ می دهند. این دگرگونی احتمالاً به ناراحتی مستمر، ناامیدی و اندیشیدن به دردی که بر زندگی بیمار مسلط می گردد. مربوط می شود. این امر ممکن است لایه ای از مشکلات روان شناختی- رفتاری را به وجود آورد که مبنای اولیه درد را بپوشاند (۶) در مطالعه حاضر شدت درد بیماران و میزان شکایات آنها از درد مورد سنجش قرار نگرفته است که مشخص نماید آیا مشکلات روانی شدت درد افزایش می یابد یا خیر، که این موضوع باعث می شود نتایج را بخوبی نتوان با نظریه های رایج مقایسه نمود. اما در هر حال شکایاتی حتی بیش از مطالعات مشابه ذکر نموده اند که تحقیقات بیشتری را برای گرفتن شواهد قابل اطمینان تر پیشنهاد می نماید. شاید تنها بتوان از میزان شکایات جسمانی آن که در صدر جدول قرار گرفته حدس بر شدت درد آنها نمود و از مقیاس بالای پارانوایا ($T=63$) در آنها، حدس بر بدبین بودن نسبت به درمانهای فعلی آنها زد اما بر شواهد عینی و مستدل استوار نمی باشد.

در آزمونی که به عمل آمد رابطه معنی داری بین میزان مشکلات روانی و جنسیت در جمعیت نمونه به دست

نیامد ($P < 0/135$). نمره استاندارد GSI در مردها ۶۸ و در زنها ۶۳ بوده است. با اینکه رابطه معنی داری به دست نیامد، اما در تمام مقیاس های SCL-90-R شکایات مردها بیش از زنها بوده است به ویژه بعد شکایات جسمانی (SOM) مردها خیلی بیشتر از زنها شکایت داشته اند که با مطالعه دیسکنز و همکاران (۱۱) همخوان می باشد. در مطالعه کوئینت و همکارانش (۱۸) که بیماران خود را با SCI-90-R ارزیابی نموده اند زنها سطوح بالاتری از آشفتگی روانی را نسبت به مردها نشان داده اند که با نتایج مطالعه حاضر همخوان نمی باشد اما در مطالعه لروکس و همکاران (۱۹) محدود شدن عملکردهای شغلی به علت درد کمر در خانمها بیش از آقایان در محیط کار دیده شد. هم چنین مطالعه جنسن و همکاران (۲۶) تفاوت جنسیت را در شیوه های مقابله با درد مشاهده نمود خانمها از شیوه های مقابله ای که باعث عملکردها و پیامدهای ضعیف آنها در برنامه های توان بخشی می شود استفاده می نمایند و در میزان مشکلات روانی با هم تفاوتی نداشتند که نتایج با مطالعه حاضر همخوان می باشد. به نظر می آید مشکلات روانی همراه با درد کمر بیشتر باعث ناتوانی در خانمها می شود اما مردها با وجود شکایت بیشتر، آسیب کمتری را تجربه می کنند. در این مطالعه بر روی شیوه های مقابله ای و میزان ناتوانی افراد بررسی نکرده است به این دلیل نمی شود تبیین قابل اعتمادی در این رابطه و یا در مقایسه با مطالعه دیگر انجام داد. هر چند که خانمهای این مطالعه اکثراً خانه دار، بازنشسته و بیکار بوده اند با این حال میزان کارایی عملکرد آنها به عنوان خانم خانه دار به علت اینکه جزء اهداف پژوهشی نبوده اند، بررسی نشده است. چنانچه بررسی جامع تری در این زمینه انجام یابد بهتر می توان قضاوت نمود. همانگونه که در بخش نتایج ذکر شد بین میزان مشکلات روانی و نوع شغل در مردها رابطه معنی داری ($P < 0/027$) به دست آمد اما در زنها رابطه معنی داری دیده نشد. در مجموع در هر دو جنس تفاوت معنی داری به دست نیامد. در مطالعاتی که دیگران

داشته باشند و در نتیجه احساس خودکفایی بهتری برای کنترل درد خود داشته باشند.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر و محدودیت هایی که در حین پژوهش مشاهده گردید، جهت بررسی بهتر و قابل اطمینان تر اثرات عوامل روان شناختی در بروز، شدت و ناتوانی کمردرد بر روی بیماران نکات زیر پیشنهاد می گردد:

۱- درصد بالای مشکلات روانی همراه با کمر درد، ضرورت ارزیابی روان شناختی اینگونه بیماران را پیشنهاد می نماید.

۲- اضافه نمودن درمانهای روانشناختی کنترل درد به رژیم درمانی این بیماران حتی المقدور در قالب طرح پژوهشی کار آزمایشی بالینی بروی جمعیت های ایرانی توصیه می گردد.

۳- انجام مطالعاتی در مورد سنجش شدت درد، میزان ناتوانی در کار و میزان شکایت از درد در ارتباط با عوامل روان شناختی پیشنهاد می گردد.

۴- بررسی و مقایسه رعایت اصول بهداشت روانی کار با استفاده از نظریه ها و توصیه های روان شناسان صنعتی در محیط کار با وضعیت فعلی جهت رضایتمندی بیشتر از شغل و کاهش فشارهای هیجانی همراه با درد، در قالب طرح های پژوهشی مناسب پیشنهاد می گردد.

(۱۲، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۱۳، ۲۵، ۲۷ و ۱۹) انجام داده اند. بجز یکی دو مورد (۱۲ و ۲۰) که فعالیت مکانیکی را سنجیده، بقیه دیگر میزان ناتوانی در کار و از کارافتادگی و نارضایتی از شغل را در ارتباط با عوامل روانشناختی مؤثر مورد ارزیابی قرار داده اند. نتایج مطالعه حاضر با برخی مطالعات (۱۲ و ۲۰) همخوان است و به طور غیرمستقیم می تواند با دیگر مطالعات همخوان باشد. نادیده گرفتن نوع شغل در اینگونه مطالعات احتمالاً با این فرض که تفاوتی وجود ندارد و به دنبال عوامل شغلی دیگری بوده اند صورت گرفته است که در این مطالعه این کار انجام نشده است. اما در این مطالعه نوع شغل مردها با مشکلات روانی آنها در ارتباط بوده است. با توجه به اینکه ۷۰/۴ درصد زندهای مطالعه حاضر خانه دار و بیکار بوده اند، و در مقابل ۵۶ درصد مردها راننده، کارگر فنی (جوشکار- مکانیک، خیاط و ..) و کارگران ساده (بنا، کشاورز ...) بوده اند، شاید بتوان کار سخت و یا زیاد و طولانی مدت را به همراه کمردرد علتی برای توجیه شدت مشکلات روانی دانست. درصد مشکلات روانی خانمها بیشتر از مردها اما شدت آن به نسبت مردها خفیف تر بوده است. زنها به علت نداشتن شغل سخت یا ساعات طولانی کار ممکن است فرصت های بیشتری را برای ورزش و فیزیوتراپی و رعایت رژیم های درمانی پیشنهادی به آنها

منابع

- 1-Fleurmond J, Sharpe I. Is it all in the head? The Psychological effects of chronic pain and the effectiveness of modern therapies. *Ethn Dis* 2005 Summer 15(3Suppl, 4): 47- 80.
- 2-Cavanaugh J, Weinstein J. Low back pain: Epidemiology, anatomy, and neurophysiology. In: Wall P, Melzack R, editors. *Text book of pain*. 3rd Ed. New york: Chauchill Livingstone; 1994. P.441-445.
- 3-Andrasik F, Blanchard EB. Biofeedback: Treatment of muscle Contraction headache. In: Hatch JP, Fisher JG, Rugh J D, editors. *Biofeedback: Studies in clinical efficacy*. New York: Plenum Press; 1987. P. 281-315.
- 4- Olbrich D. Psychological and psycho social factors in chronic backache, Findings and social medicine consequences. *Versickerungs Medizin* 2005 Jun 1; 55 (2); 70-5.
- 5- Teasell R w, white k Clinical approachesto lowback pain; part 1: Epidemiology, diagnosis, and prevention. *Canadian Fam Phys* 1994; 40: 481-6.

۶- گجل رابرت ج، ترک دی‌نسی. روانشناسی درد روی‌کردهای کنترل و درمان. ترجمه محمد علی اصغری مقدم و همکاران. تهران: رشد؛ ۱۳۸۱

- 7- Weise S Cedraschi C. Psychosocial issues in the prevention of Chronic Low back pain- a Literature review. *Baillieres Clin Rheumatol* 1992 Oct; 6(3): 657- 84.
- 8- Gatchel R J, Polatin PB, MayerTG. The dominant role of psychosocial Risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*1995 Dec 15; 2 (24):2702-q.
- 9- Frymoyer JW, Akeson w, Brand k Goldenberg D Specer D. Postural Support structures: Part A. Clinical perspective. In: Frymoyer Jw, Gordon SL, editors. *New Perspectives in low buck Pain*. Park Ridge:American Acad Orthopedic Surgeons;1989. P.217-468
- 10-Pulliam CB, Gatchel R J, Gardea MA. Psychosocial differences in high risk versus low risk acute low back pain patients. *J Occup Rehabil* 2001 Mar; 11(1): 43-52.
- 11- Dickens C, Jayson M, Creed F. Psychological Correlates of behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatic* 2002 Jan- Feb; 43(1): 42-8.
- 12- Johnston JM, Landsitel DP, Nelson NA, Gardner LT, Wassell JT. Stressful Psychosocial work environment increases rick for back pain among retail material handlers. *Am J Ind Med* 2003 Feb; 43(2):179-89.
- 13- 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. *J Occup Rehabil* 2005 Jun; 15(2): 215-25.
- 14- Taimela S, Negrini S, Parolic C. Functional rehabilitation of low back disorders. *Eura Medicophys* 2004 Mar; 40(1): 29-36.
- 15- Sealzitti DA, Screening for psychological factors in patients with low back problems. *Waddell's nonorganic Signs- Phys Ther* 1997 Mar; 77(3): 306-12.
- 16- Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000 May 1; 25 (9): 1148-56.
- 17-Ackerman MD, Stevens M J. Acute and chronic Pain: Pain dimensions and psychological status. *J Clin Psycho* 1989 Mar; 45(2): 223-8.
- 18- Quint u, Hasenburg H, patsalis T, Franke GH. Psychological stress Of inpatients with acute and chronic lumbar syndrome. *Zor thoplnre G Renzgeb*1998 Sep-oct; 136(5): 444-500.
- 19-Leroux I, Dionne C E, Bourbonnais R. Psychological Job factors and the One- year evolution of back – related functional limitations. *Scand J Work Environ Health* 2004 Feb; 30(1): 47-55.
- 20- Janes GT, Watson KD, Silman AJ, Symmons DP, Macfarlane GJ. Predictors of low back Pain in British school children: a Population based Prospective Cohort Study.*Pediatrics* 2003Apr; 111(4 pt 1): 882-80.
- 21-Council JR, Ahern DK, Follick MJ, Kline CL. Expectancies and functional impairment in chronic low back Pain. *Pain*1988; 33: 323-31.
- 22- Schmidt AJM. Cognitive factors in the performance of chronic low back Pain patients. *J Psychosom Res* 1985; 29:183-9.
- 23- Schmidt AJM. Performance level of chronic low back pain patients in different Treadmill test conditions. *J psychosom Rese* 1985; 29: 639-46.
- 24-Morley S, Ecclesto C,Williams A . Systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior Therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*1999 Mar; 80(1-2):1-13.
- 25- Derogatis LR. *SCL-9o-R. Administration, scoring & procedures manual-II*. SE. Clin Psychomet Res; 1983.
- 26- Jenson I, Nygren A, Gamberale F, Goldie I, Westerholm P. Coping with Long- term musculoskeletal pain and its Consequences: is gender a factor? *Pain* 1994 May; 57(2):167-72
- 27- Estlander AM, Takala E P, Viikri- Jantura E. Do psychological factors Predict changes in musculoskeletal pain? A prospective, Two- years follow- up Study of a Working population. *J Occu Environ Med*1998 May; 40(5): 445-53.

دارند (۱۰). هرچند در یک مطالعه نتوانسته اند اضطراب و افسردگی را به رفتار درد پیوند دهند، اما مردان با رفتار افراطی درد تمایل به افسردگی را بیشتر از زنان نشان داده اند و با میزان ناتوانی و شدت درد ارتباط داشته است (۱۱).

مطالعات نقش عوامل سایکوزنیک و روانی-اجتماعی را در بروز LBP با اهمیت تر از پدیده های معین جسمی و یافته های پزشکی با استفاده از روشهای تشخیصی مطرح نموده اند (۴). در مطالعه ای بر روی کارگران حمل کننده اجناس سنگین مشخص شد که نارضایتی شغلی عامل عمده ای در بروز خطر LBP بوده است (۱۲) همچنین در بررسی عوامل روانی-اجتماعی مربوط به LBP نتیجه گرفتند که سخت کوشی و رضایتمندی ارتباط بین شیوع و اتیولوژی LBP را تعدیل می کند (۱۳). امروزه با در نظر گرفتن نقش عوامل روان شناختی، رفتاری، آموزشی در برنامه توانبخشی عملکردی برای بیماران مزمن LBP، فیزیوتراپی، ورزشهای هوازی، ارگونومیک و آرام سازی را به درمان اضافه نموده اند (۱۴). نتایج مطالعه دیگری وجود علائم غیرجسمی بیماران با درد خفیف LBP را به عنوان هشدار برای درمانگران یزیکسی جهت نیاز به ارزیابی روانشناختی و نه نشانه ای از تمارض پیشنهاد می دهند و بر تمرکز بر درمان مشکلات روانی همراه با درمانهای جسمی تاکید می نماید (۱۵). شواهد به دست آمده از مطالعات آینده نگر نشان می دهد که متغیرهای روان شناختی در شروع درد و هم چنین در تبدیل درد حاد به نیمه مزمن و مزمن مؤثر می باشد. استرس، اضطراب، آشفتگی خلق و هیجانات، عملکردهای شناختی و رفتار درد متغیرهای مؤثری می باشند (۱۶) اما بین درد حاد و مزمن و ابعاد درد رابطه ای وجود ندارد (۱۷). همچنین خانمها مشکلات روانشناختی بیشتری نسبت به مردان نشان می دهند (۱۸) و محدودیت در عملکرد شغلی را بیشتر پیدا می کنند (۱۹). با توجه به مطالعات انجام شده، مطالعه حاضر با هدف کلی بررسی مشکلات

بر اساس برآوردهای موجود همه روزه نیم درصد نیروی انسانی برای بیشتر از شش ماه بر اثر کمردرد مزمن از کار کناره می گیرند (۵). اگر چه زنان علائم کمردرد مزمن را با همان فراوانی مردان نشان می دهند، اما مردان دو برابر بیش از زنان تحت عمل جراحی قرار می گیرند (۲). برآورد هزینه های پزشکی مستقیم مانند حق ویزیت، جراحی، بستری در بیمارستان و جبران مالی در زمینه ناتوانی بسیار زیاد است و برآورد هزینه های پزشکی غیر مستقیم آن مانند غیبت از کار و فقدان بهره وری نیز مشکل می باشد (۴و۶). مطالعات نشان می دهد که ویژگی های روانی اجتماعی می تواند عامل مهمی در طول مدت درد و ناتوانی باشد و درمانهای روان شناختی در کاهش درد مؤثر می باشد (۷). هم چنین مشکلات هیجانی همراه با درد کمر کمک به مزمن شدن بیماری می نماید (۸). بعلاوه خود درد کمر باعث تظاهرات و مشکلات روانشناختی در بیماران می شود (۷).

اگر چه اکثر بیماران به طور موقت به کمر درد مبتلا می گردند و طی یک یا دو ماه نیز بهتر می شوند، اما بخش قابل ملاحظه ای از این بیماران، به نوع مزمن آن مبتلا می گردند و این بخش از جمعیت مبتلایان به کمردرد مزمن نیز در سالهای اخیر پیوسته افزایش یافته است که این موضوع می تواند توانایی درمان موفقیت آمیز این بیماران را مورد سؤال قرار دهد. از سوی دیگر درک ما از عوامل مؤثر در علت شناسی و حفظ این اختلال مزمن به گونه ای چشم گیر محدود است به عبارت دیگر فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نوعی آسیب شناسی با علت روشن و قطعی برای علائم خود نشان داده اند (۹).

با توجه به نتایج مطالعات که پیش بینی می کنند ۷/ ۹۰ درصد بیماران مبتلا به درد حاد ناحیه تحتانی کمر دچار مشکلات ناتوانی مزمن می شوند (۸) دیده شده افرادی که یکی از اختلالات محور I روانپزشکی را همراه مشکل خود دارند شانس بسیار بیشتری برای ناتوانی مزمن را

روانشناختی بیماران LBP در جهت لزوم ارزیابی
روانشناختی برای شناخت بهتر این بیماری و پیشنهاد

Archive of SID