

بررسی شیوع درد در طول عمر، درد مزمن مستمر و برخی از ویژگی‌های همراه با آن

دکتر محمدعلی اصغری مقدم*، باقر کرمی**، صدریه رضایی**

چکیده

اهداف پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- بررسی میزان شیوع درد در طول عمر (شیوع عمرانه)، ۲- بررسی میزان شیوع درد طی یک دوره زمانی ۶ ماهه قبل از شروع مطالعه، ۳- بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و ۴- فراهم آوردن اطلاعات تفصیلی درباره برخی از ابعاد درد مزمن در جمعیت مورد مطالعه دو شهر کوچک قروه و ایلام. برای دستیابی به این اهداف، ۵۱۲ نفر (۲۹۸ مرد و ۲۱۴ زن) از اهالی این دو شهر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بدست آمده نشان داده است که ۷۲ درصد (۳۷۰ نفر) از افراد مورد مطالعه دست کم یکبار در طول عمر خود دردی را تجربه کرده‌اند که یا به دلیل درد مذکور به پزشک مراجعه نموده‌اند و یا برای رهایی از آن دارو مصرف کرده‌اند. علاوه بر این، ۲۶ درصد (۱۳۳ نفر) از افراد مورد مطالعه در طول ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند که دست کم یک روز و یا بیشتر طول کشیده است. میانگین سن این گروه از افراد ۳۳/۰۲ سال (سال = ۱۱/۹۰ = انحراف معیار) و میانگین مدت استمرار درد آنها ۲۱/۰۷ ماه (ماه = ۳۶/۶ = انحراف معیار) گزارش شده است. از مجموع ۱۳۳ نفر که در طول ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند، ۸۷ درصد به دلیل درد به پزشک مراجعه کرده‌اند، ۱۴ درصد به دلیل درد دست

کم یک بار تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و ۶۸ درصد از آنها به منظور رهایی از درد و یا تسکین آن دارو مصرف کرده‌اند. از مجموع ۱۳۳ نفری که در طول ۶ ماه قبل از انجام پژوهش درد را تجربه کرده بودند، ۴۶ نفر (یا ۹ درصد کل نمونه مورد مطالعه) گزارش کردند که درد آنها در طول این مدت بطور مستمر ادامه داشته است. بنابراین، میزان شیوع درد مزمن مستمر در جمعیت مورد مطالعه ۹ درصد بوده است. مقایسه دو گروه مبتلا به درد (۱۳۳ نفر) و بدون درد (۳۷۹ نفر) در ۸ شاخص مربوط به سلامت عمومی (درد بدنی، سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، ایفای نقش هیجانی، عملکرد اجتماعی و سرزندگی) نشان داد که وضعیت افراد دارای درد در کلیه شاخص‌های مربوط به سلامت به نحو معنی‌داری پائین‌تر از وضعیت سلامت افراد گروه بدون درد است. بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های انجام شده در کشورهای غربی دارای هماهنگی است.

کلید واژه‌ها: درد، درد مزمن، درد عمرانه، نرخ شیوع درد، ایران.

○ ○ ○

مقدمه

مطالعات همه‌گیرشناسی که اکثراً در اروپای غربی، آمریکای شمالی، استرالیا و نیوزیلند انجام شده است نشان می‌دهد که درد مزمن مستمر و عودکننده رایج است (اشترنباخ، ۱۹۸۶؛ باسولز و همکاران، ۱۹۹۹؛ براتبرگ و همکاران، ۱۹۸۹؛ بلیت و همکاران، ۲۰۰۱؛ بوشر و همکاران، ۱۹۹۱؛ جیمز و همکاران، ۱۹۹۱؛ فون کورف و همکاران، ۱۹۸۸، ۱۹۹۰؛ مانتیسلسکا و همکاران، ۲۰۰۱). کرومبی (۱۹۹۹)، با بررسی پژوهش‌های گوناگونی که هدف آنها تعیین میزان شیوع درد مزمن در جوامع غربی بوده است، میزان شیوع درد مزمن در این جوامع را از ۷ تا بیش از ۵۰ درصد گزارش کرده است. البته باید توجه داشت که بخشی از این نوسان در میزان شیوع درد مزمن به تعاریف عملیاتی گوناگون از درد مزمن و نیز به نوع ابزارهای بکار گرفته شده برای تعیین میزان شیوع آن بستگی دارد.

مطالعه‌ای بر روی ۱۴۹۸ آزمودنی (بین ۱۸ تا ۶۴ سالگی) از نظر وجود یا عدم وجود درد در نیوزیلند، نشان داده است که ۸۱/۷ درصد از نمونه مورد مطالعه، در طول زندگی، دردی را تجربه

کرده، که به دلیل آن یا به پزشک مراجعه نموده، یا دارو مصرف کرده و یا درد مذکور اختلالی در زندگی روزانه آنها ایجاد کرده است. در این مطالعه، درد مفاصل، کمر و سر درد، شایع تر بوده است (جیمز و همکاران، ۱۹۹۱). در مطالعه دیگری در آمریکا، فون کورف و همکاران (۱۹۹۰، ۱۹۸۸)، ۱۰۱۶ نفر را که سن آنها ۱۸ سال و بالاتر بود از نظر وجود و یا عدم وجود درد در طول ۶ ماه قبل از زمان مطالعه، مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، ۴۵ درصد پاسخ دهندگان وجود دردی مستمر و یا عود کننده را در طول ۶ ماه گذشته گزارش کردند. در این پژوهش، درد مستمر و شدید به وسیله ۸ درصد از پاسخ دهندگان و درد مستمر و شدیدی که ۷ روز و یا بیشتر باعث محدودیت فعالیت شده باشد به وسیله ۲/۷ درصد از پاسخ دهندگان گزارش گردید. مطالعه همه گیرشناسی تازه‌ای در استرالیا نشان داده است که ۱۷ درصد مردان و ۲۰ درصد زنان این کشور مبتلا به درد مزمن هستند. در این مطالعه، ۱۱ درصد از زنان و ۱۳/۵ درصد از مردان مبتلا به درد مزمن اشاره کرده‌اند که درد، درجاتی از اختلال را در زندگی روزانه آنان بوجود آورده است (بلیت و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج بررسی یک نمونه ۵۰۰ نفری از زنان خانه‌دار در کشور کانادا نشان داد که ۱۶ درصد آنها در فاصله زمانی دو هفته قبل از انجام پژوهش دردی را تجربه نموده و ۱۱ درصد آنها وجود درد مستمری را گزارش کرده‌اند (کروک و همکاران، ۱۹۸۴).

برخی از پژوهش‌های فوق، علاوه بر مستند کردن میزان شیوع درد مزمن در جوامع گوناگون، نشان داده‌اند که درد یکی از علل عمده مراجعه افراد به پزشکان است. مطالعه‌ای در فنلاند نشان داده است که درد، علت اصلی ۴۰ درصد از ملاقات‌های بیماران با پزشکان می‌باشد و بیشتر این ملاقات‌ها به دلیل درد در ناحیه کمر، شکم و سر و صورت می‌گیرد (مانتیسلا و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات انجام شده در کشور آمریکا نشان داده است که کمر درد دومین دلیل برای مراجعه به پزشک به حساب می‌آید و مشکلات طبی مربوط به کمر و جراحی‌های کمر و گردن قبل از ۷۰ سالگی به ترتیب سومین و سیزدهمین دلیل بستری شدن در بیمارستان به شمار می‌آید (لمرو و همکاران، ۱۹۹۰؛ والین، ۱۹۹۱).

در جوامع صنعتی، درد مزمن و پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی آن، مشکلی را بوجود آورده که از سطح فردی بسیار فراتر رفته و به معضلی اجتماعی بدل گشته است. درد مزمن یکی از علل عمده رنج، ناراحتی، ناتوانی و از کار افتادگی در جوامع غربی به شمار می‌آید (ترک،

(۱۹۹۶). درد مزمن در شمار علل عمده‌ای است که خدمات بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد (کروک و همکاران، ۱۹۸۴؛ لینتن، ۱۹۹۴) و به بازنشستگی و یا از کار افتادگی زودرس و نیز درخواست غرامت از کارافتادگی منجر می‌گردد (اندرسن، ۱۹۸۱؛ ناچمن، ۱۹۹۲). در جوامع صنعتی، کمر درد، علت ۲۵ درصد تمام غیبت‌ها از کار می‌باشد (کلارک و همکاران، ۱۹۷۷). در کشور آمریکا، هزینه درمان و پرداخت غرامت برای کمر درد به تنهایی سالیانه به پنجاه میلیارد دلار بالغ می‌گردد (فریمور، ۱۹۹۲). برآورد انجمن بین‌المللی مطالعه درد^۱ حاکی از آن است که هزینه‌های بهداشت و درمان درد مزمن به تنهایی از مجموع هزینه‌های صرف شده برای بیماری‌های شریان قلبی، سرطان و ایدز^۲ بیشتر است (کازینز، ۱۹۹۵). مطالعه‌ای در هلند نشان می‌دهد که فقط کمر درد معادل ۱/۷ درصد تولید ناخالص ملی برای این کشور هزینه در بردارد (ون تولدر و همکاران، ۱۹۹۵). این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که از این مقدار تنها ۷ درصد (۳۶۸ میلیون دلار آمریکا) صرف خدمات درمانی و مراقب‌های بهداشتی می‌گردد و ۹۳ درصد (۴ میلیارد و ششصد میلیون دلار) صرف هزینه‌های غیر مستقیم مربوط به پرداخت غرامت و ناتوانی ناشی از کمر درد می‌گردد.

مشاهدات بالینی و پژوهش‌های انجام شده با بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از آنها مشکلات روان‌شناختی و رفتاری متفاوتی را نشان می‌دهند که از میان آنها می‌توان به درماندگی، افسردگی، اضطراب و رفتار جستجوی دارو اشاره کرد. اختلال افسردگی در بین بیماران درد مزمن شایع است (آرنف و مک‌الری، ۱۹۹۰؛ دوان و وادن، ۱۹۸۹؛ رومانو و ترنر، ۱۹۸۰). برای نمونه رومانو و ترنر (۱۹۸۵)، با مرور منابع موجود گزارش کرده‌اند که تقریباً ۵۰ درصد بیماران درد مزمن که به درمانگاه‌های درد مراجعه می‌کنند به نحو معنی داری افسرده هستند. در این رابطه، مطالعاتی که میزان افسردگی را در بین بیماران درد مزمن خارج از درمانگاه‌های درد مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان افسردگی را در بین آنها ۱۸ درصد گزارش کرده‌اند (گامسا، ۱۹۹۰). با توجه به اینکه میزان شیوع افسردگی در بین جمعیت عمومی بین ۶ تا ۹ درصد (ماگنی و همکاران، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۳) گزارش شده است، می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی در بین بیماران درد مزمن به نحو معنی داری بیشتر از جمعیت عمومی جامعه است.

بیماران مبتلا به درد مزمن برای مقابله با درد خود از انواع گوناگونی از داروها استفاده می‌کنند.

برای نمونه، اصغری و نیکولاس (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای با ۱۴۵ بیمار مبتلا به درد مزمن گزارش کرده‌اند که تنها ۱۳ درصد از آنها هیچگونه دارویی مصرف نمی‌نمایند. در همین مطالعه، ۴۹ درصد از بیماران از داروهای مخدر استفاده می‌نمودند. ذکر این نکته ضروری است که مصرف چنین داروهایی به دلیل آسیب به توانایی‌های ذهنی و عملکرد شغلی، مشکلات درد را پیچیده‌تر کرده و فعالیت این گروه از بیماران را به درجات گوناگون محدود می‌کند (ترنر و همکاران، ۱۹۸۲).

از بررسی پژوهش‌های مربوط به درد می‌توان نتیجه گرفت که درد مزمن و پیامدهای زیستی، روانی، اجتماعی آن بر بهداشت روانی و عملکرد شغلی و خانوادگی افراد مبتلا آسیب جدی وارد می‌آورد (با سولز و همکاران، ۱۹۹۹؛ ماگنی و همکاران، ۱۹۹۳). این پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که درد نه تنها با رنج و ناراحتی همراه است و از این رو شاخصی از کیفیت زندگی و بهداشت روانی به حساب می‌آید بلکه نشانه‌ای است از یک اختلال زیر بنایی و لذا علامتی از بیماری به شمار می‌آید (کاری‌هالت و براتبرگ، ۱۹۹۸).

علیرغم اهمیت موضوع، بررسی منابع علمی موجود نشان می‌دهد که تا به امروز در ایران پژوهش گسترده‌ای در مورد میزان شیوع درد، درد مزمن مستمر و عودکننده انجام نشده است. در مطالعه‌ای که اصغری و همکاران (۱۳۷۷)، بر روی ۱۱۷۵ نفر از کارگران و کارمندان یک واحد صنعتی بزرگ در تهران انجام داده‌اند، ۵۰۱ نفر (۴۳٪) گزارش کرده‌اند که در ۶ ماه قبل از زمان مطالعه، دردی را تجربه کرده‌اند. در این مطالعه، میزان شیوع درد در ۶ ماه گذشته ۴۳ درصد، میزان شیوع درد مزمن مستمر (وجود درد مستمر بدون دوره بهبودی در طول ۶ ماه گذشته) ۱۵ درصد و میزان شیوع درد مزمن عودکننده (وجود درد در ۶ ماه گذشته با دوره‌هایی از بهبودی و عود مجدد) ۱۸ درصد گزارش شده است. در مطالعه مذکور، از مجموع جمعیت مورد مطالعه، ۱۶۱ نفر (۱۳/۷٪) گفته‌اند که در زمان مطالعه برای رهایی از درد و یا تسکین آن، دارو مصرف می‌کنند. میانگین مدت زمان مصرف داروهای ضد درد در این گروه از افراد ۶۷ ماه گزارش شده است. این یافته نشان می‌دهد که درد، در دست کم ۱۶۱ نفر از افراد مورد مطالعه از ماه‌ها و سال‌ها قبل شروع شده و ادامه یافته است. نتایج مطالعه اصغری و همکاران (۱۳۷۷)، همچنین نشان می‌دهد که بروز درد مزمن مستمر و عودکننده با سن رابطه دارد و گروه مبتلایان به درد مزمن

مستمر و عودکننده از گروه بدون درد، مسن تر هستند. سرانجام، نتایج این مطالعه نشان داده است که درد مزمن بر میزان خواب افراد مبتلا اثر منفی به جا می‌گذارد و باعث خواب آلودگی افراد در طول روز می‌گردد. به عبارت دیگر، میزان ساعات خواب مبتلایان به درد مزمن مستمر و عودکننده بطور معنی‌داری کمتر از گروه افراد بدون درد بوده است. در این مطالعه، احساس خواب آلودگی افراد دارای درد مزمن مستمر و عودکننده و افراد بدون درد مقایسه گردید. نتایج نشان داد در حالیکه ۶۲ درصد از مبتلایان به درد مزمن مستمر و عودکننده در طول روز احساس خواب آلودگی دارند، ۴۷ درصد از افراد گروه بدون درد در طول روز احساس خواب آلودگی دارند. نتایج آزمون مجذور خی نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه یاد شده در مورد احساس خواب آلودگی معنی‌دار می‌باشد.

به طور خلاصه می‌توان گفت که درد مزمن پدیده شایعی است که هم برای اجتماع و هم برای افراد مبتلا هزینه‌های زیادی را بوجود می‌آورد. علیرغم اهمیت موضوع، تا به امروز در ایران توجهی به بررسی میزان شیوع درد مزمن و شناخت ویژگی‌های کلی همراه آن نشده است. در تلاش برای بررسی میزان شیوع درد در طول عمر، میزان شیوع درد در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، میزان شیوع درد مزمن مستمر و نیز شناخت برخی از ویژگی‌های همراه با درد مزمن، دو شهر کوچک ایلام و قروه به عنوان جامعه مورد بررسی انتخاب شد. از آنجا که یکی از اهداف پژوهش حاضر شناخت کلی ویژگی‌های همراه با درد مزمن است، تلاشی در جهت روشن کردن نتایج اقدامات درمانی انجام شده به عمل نیامده است. موضوع اخیر دارای اهمیت فراوانی است و لازم است در پژوهش‌های بعدی به آن توجه ویژه‌ای معطوف گردد. در پژوهش حاضر، درد مزمن به دردی اطلاق شده است که دست کم از ۶ ماه قبل از شروع مطالعه شروع شده باشد و درد مزمن مستمر به دردی اطلاق شده که دست کم به مدت ۶ ماه به طور مستمر ادامه داشته و در طول این مدت هیچگاه به طور کامل بهبود نیافته است. این تعریف‌های عملیاتی با تعریف بلدک (۱۹۷۵)، از درد مزمن و درد مزمن مستمر هماهنگ است.

روش

جامعه و نمونه مورد مطالعه: دو شهر کوچک قروه و ایلام در غرب ایران به عنوان جامعه مورد

بررسی انتخاب گردید. جمعیت دو شهر قروه و ایلام در زمان مطالعه (سال ۱۳۷۸) به ترتیب برابر با ۱۷۰ و ۱۶۷ هزار نفر بود. نمونه مورد مطالعه از ۵۱۲ نفر از ساکنین این دو شهر تشکیل شده است که در طی دو ماه آبان و آذر سال ۱۳۷۸ برای ملاقات با یکی از بستگان بیمار خود که در بیمارستان بستری بود به بیمارستان‌های این دو شهر رفت و آمد می‌کردند.

اهداف مطالعه: اهداف پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- بررسی میزان شیوع درد در طول عمر، ۲- بررسی میزان شیوع درد طی یک دوره زمانی ۶ ماهه قبل از شروع مطالعه، ۳- بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و ۴- فراهم آوردن اطلاعات تفصیلی درباره برخی از ابعاد و ویژگی‌های همراه با درد مزمن مستمر در جمعیت مورد مطالعه.

ابزارها و متغیرهای مورد مطالعه: به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه تاریخچه درد^۳: این پرسشنامه از ۴۵ سؤال تشکیل شده و دارای سه بخش می‌باشد. بخش اول دارای ۱۶ سؤال است و اطلاعاتی را درباره سن، جنسیت، قومیت، سطح تحصیلات، وضعیت خانوادگی و شغلی فراهم می‌آورد. بخش دوم دارای ۵ سؤال است و اطلاعاتی را درباره میزان شیوع درد در طول عمر فراهم می‌آورد. این بخش از پرسشنامه از پاسخ دهنده می‌خواهد تا بگوید آیا در طول عمر خود در هیچ یک از نقاط ۸ گانه بدن خود دردی را احساس کرده است؟ نقاط جسمانی مورد پرسش عبارتند از: سر و صورت، گردن و شانه، دست، پا، شکم، سینه، کمر و پشت و اندامهای تناسلی و مقعد. برای پاسخ به این سؤال از افراد خواسته شد تا دردهای جزئی و زودگذر را به حساب نیاورند. از شرکت کنندگان در پژوهش خواسته شد در صورتی که درد مورد نظر دارای آنچنان شدتی بوده است که به دلیل آن یا به پزشک مراجعه کرده‌اند و یا برای رهایی و یا تسکین آن دارو مصرف کرده‌اند به این سؤال پاسخ مثبت دهند. همچنین، این بخش از پرسشنامه اطلاعاتی را درباره مدت (استمرار) درد مذکور و نیز تأثیری که بر زندگی و فعالیت‌های روزانه پاسخ دهنده به جا گذاشته است، فراهم می‌آورد. بخش سوم پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است و اطلاعاتی را درباره میزان شیوع درد در ۶ ماه گذشته فراهم می‌آورد. این بخش از پرسشنامه سؤالاتی را درباره وجود درد در هر یک از نقاط ۶ گانه بدن (سر، گردن و شانه، سینه، شکم، کمر و پشت و دست و پا) مطرح می‌کند. از آزمودنی‌ها خواسته شد تا دردهای جزئی و

کوتاه مدت را به حساب نیاورند و تنها دردی را گزارش کنند که یک روز تمام و یا بیشتر طول کشیده است. علاوه بر این از آزمودنی‌ها خواسته شد تا مشخص نمایند که آیا درد آنها در طول ۶ ماه گذشته به طور مستمر ادامه داشته است یا خیر. این بخش از پرسشنامه همچنین اطلاعاتی را درباره فراوانی رخداد درد و مدت استمرار آن، درمانهای انجام شده، مدت مصرف دارو و تأثیری که درد بر زندگی افراد گذاشته است، فراهم می‌آورد.

پرسشنامه^۴ درجه‌بندی درد مزمن: (فون کورف و همکاران، ۱۹۹۲). از آن گروه از افرادی که گزارش نمودند در طول ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند خواسته شد تا پرسشنامه^۴ درجه بندی درد مزمن را تکمیل نمایند. این پرسشنامه^۷ سؤالی، اطلاعاتی را درباره شدت درد و نیز میزان اختلالی که درد در طول ۶ ماه گذشته در شغل و فعالیت‌های معمولی و روزانه بیماران بوجود آمده است، فراهم می‌آورد. علاوه بر این، در این بخش از پرسشنامه افراد باید به این سؤال پاسخ دهند که در طول ۶ ماه گذشته چند روز به دلیل درد نتوانسته‌اند کارها و فعالیت‌های معمولی و روزانه خود را انجام دهند. برای محاسبه ضریب همسانی درونی^۵ پرسشنامه^۴ درجه‌بندی درد مزمن، داده‌های پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. نتایج تحلیل آماری نشان داد که پرسشنامه مذکور از ضریب همسانی درونی مطلوبی برخوردار است (ضریب الفای کرونباخ^۶ = ۰/۸۳).

پرسشنامه^۷ کوتاه ۳۶ سؤالی سلامت عمومی^۷: [SF=36] (گرت و همکاران، ۱۹۹۳). از تمام افراد شرکت کننده در پژوهش (۵۱۲ نفر) خواسته شد تا پرسشنامه^۷ کوتاه ۳۶ سؤالی سلامت عمومی را تکمیل نمایند این پرسشنامه ۳ حوزه وسیع عملکرد، بهزیستی و ارزیابی کلی از سلامت را می‌پوشاند. این سه حوزه وسیع با ۸ متغیر زیر سنجیده می‌شوند: عملکرد جسمانی (۱۰ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی (۴ سؤال)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی - هیجانی (۳ سؤال)، سلامت روانی (۵ سؤال)، انرژی و سرزندگی (۴ سؤال)، درد بدنی (۲ سؤال) و برداشت کلی از سلامت (۵ سؤال). یک سؤال این پرسشنامه از فرد می‌خواهد تا وضعیت سلامت خود را در طول سال گذشته ارزیابی نماید (جنکینسن و همکاران، ۱۹۹۳). پاسخ‌های آزمودنی به هر سؤال با یکدیگر جمع می‌شوند و به این ترتیب نمره فرد در هر یک از متغیرهای ۸ گانه به دست می‌آید. نمره فرد در هر یک از متغیرها بین صفر تا ۱۰۰ تغییر می‌کند و نمره بالاتر بیانگر وضعیت مطلوب‌تر فرد از لحاظ سلامت

می باشد (گرت، ۱۹۹۳). در پژوهش‌های چندی، اعتبار و روایی آزمون SF-36 در آمریکای شمالی (مک هورنی و همکاران، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳) و انگلستان (گرات و همکاران، ۱۹۹۳)، مورد تأیید قرار گرفته است. این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آزمون SF-36 قادر است در تمام ۸ مقیاس، تفاوت‌های آماری معنی داری را در میزان سلامت افراد بیمار و سالم تعیین کند. یافته‌های مطالعات مذکور شواهد مستحکمی از اعتبار و روایی آزمون SF-36 به عنوان وسیله‌ای برای ادراک (دریافت) بیماران از سلامت خود فراهم آورده است.

تلاش‌های اندکی برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه SF-36 در ایران به عمل آمده است. در مطالعه‌ای که توسط نگارنده مقاله حاضر به منظور ارزیابی همسانی درونی پرسشنامه SF-36 با ۲۸۲ دانشجوی دختر و پسر انجام شده است، برای هر یک از ۸ خرده مقیاس پرسشنامه SF-36، ضرایب آلفای کرونباخ به شرح زیر بدست آمده است: عملکرد جسمانی ($\alpha = 0/85$)، عملکرد اجتماعی ($\alpha = 0/73$)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی ($\alpha = 0/69$)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی - هیجانی ($\alpha = 0/67$)، سلامت روانی ($\alpha = 0/82$)، انرژی و سرزندگی ($\alpha = 0/82$)، درد بدنی ($\alpha = 0/72$)، و برداشت کلی از سلامت ($\alpha = 0/72$). این ضرایب نشان می‌دهند که پرسشنامه مذکور از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. فقیهی (۱۳۷۸)، نیز در مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که آزمون SF-36 قادر است در تمام ۸ خرده مقیاس، تفاوت‌های آماری معنی داری را در میزان سلامت افراد بیمار (۸۴ نفر) و سالم (۴۸ نفر) نشان دهد.

نتایج

متناسب با اهداف پژوهش، یافته‌های بدست آمده در جدول‌هایی ارائه شده است. جدول ۱ در برگزیده ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها است. از مجموع ۵۱۲ نفر از افراد مورد مطالعه، ۵۸ درصد مرد و ۴۲ درصد زن هستند. میانگین سنی آزمودنی‌های مورد مطالعه ۳۱/۴ سال (سال ۱۰/۸ = انحراف معیار) بوده است. ۲۹ درصد از افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۱۸-۲۴ ساله، ۵۸ درصد در گروه سنی ۲۵-۴۴ ساله و ۱۳ درصد در گروه سنی ۴۵ تا ۷۰ ساله قرار دارند. درصد قابل توجهی از افراد (۳۲٪) دارای مدک تحصیلی دیپلم هستند. سایر سطوح

تحصیلی به ترتیب فراوانی عبارتند از: فوق دیپلم / لیسانس (۲۳٪)، مدرک راهنمایی (۱۵٪) و مدرک پایان تحصیلات ابتدایی (۱۰٪). در این مطالعه ۲۰٪ از افراد بیسواد بودند. اکثریت آزمودنی‌ها (۷۴٪) گزارش کرده‌اند که متأهل هستند؛ بقیه افراد مورد مطالعه مجرد (۱۸٪)، طلاق گرفته (۲٪) و یا بیوه بودند. از لحاظ قومیت اکثریت افراد مورد مطالعه (۶۸٪) کرد هستند؛ بقیه افراد مورد مطالعه قومیت خود را ترک (۱۹٪)، لر (۸٪)، فارس (۴٪) و عرب (۱٪) گزارش کرده‌اند. از لحاظ شغلی، ۳۳ درصد از افراد مورد مطالعه کارمند، ۲۸ درصد خانه‌دار، ۲۳ درصد کشاورز، ۱۱ درصد دانش آموز / دانشجو و ۵ درصد کارگر بوده‌اند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه (تعداد ۵۱۲)

ویژگیهای جمعیت شناختی	جنس	گروههای سنی	سطح تحصیلات												وضعیت تاهل		ترکیب قومی						وضعیت شغلی					
			پایان ابتدایی	پایان راهنمایی	دیپلم	لیسانس	مجرد	متاهل	دیگر	کرد	لر	فارس	عرب	کارمند	خانه‌دار	کشاورز	محصل	کارگر										
فراوانی	۲۹۸	۲۱۴	۱۴۸	۲۹۹	۶۵	۱۰۵	۵۰	۷۵	۱۶۵	۱۱۷	۹۵	۳۷۹	۹	۲۹	۳۴۵	۹۸	۴۲	۲۲	۵	۱۷۵	۱۴۱	۱۱۶	۵۵	۲۵				
درصد	۵۸	۴۲	۲۹	۵۸	۱۳	۲۰	۱۰	۱۵	۳۲	۲۳	۱۸	۷۴	۲	۶	۶۸	۱۹	۴	۸	۱	۳۳	۲۸	۲۳	۱۱	۵				

○ نتایج حاصل از بررسی شیوع درد و شدت اختلال آن در طول عمر (مندرج در جدول ۲) نشان می‌دهد که ۷۲ درصد از افراد مورد مطالعه تجربه درد را در مقطعی از زندگی خود عنوان کرده‌اند که به خاطر آن یا دارو مصرف کرده‌اند و یا به پزشک مراجعه نموده‌اند. میانگین سن شروع این درد ۲۴/۸۹ سالگی (سال ۹/۳۷ = انحراف معیار) مدت استمرار آن ۷/۶۷ ماه (ماه ۱۱/۹۷ = انحراف معیار) گزارش شده است. همچنین ۱۰ درصد از آزمودنی‌ها گزارش کرده‌اند که درد در زندگی و فعالیت‌های روزانه آنها هیچگونه اختلالی ایجاد نکرده، ۳۶ درصد از افراد مورد مطالعه این میزان اختلال را خفیف، ۳۷ درصد متوسط و ۱۳ درصد شدید ارزیابی کرده‌اند. ۳ درصد از آزمودنی‌ها نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۲- فراوانی و درصد شیوع درد و شدت اختلال آن در طول عمر (تعداد ۵۱۲)

شاخصها	شیوع و شدت اختلال		درد در طول عمر				شدت اختلال	
	وجود	عدم وجود	هیچ	خفیف	متوسط	شدید	پاسخ نداده	
فراوانی	۳۷۰	۱۴۲	۳۸	۱۳۲	۱۳۸	۵۱	۱۱	
درصد	۷۲	۲۸	۱۰	۳۶	۳۷	۱۳	۳	

جدول ۳ اطلاعات مربوط به نقاط هشت‌گانه بدنی را که به علت درد عمرانه تحت تأثیر قرار گرفته‌اند خلاصه کرده است. از مجموع ۳۷۰ نفری که وجود درد عمرانه را گزارش کرده‌اند، ۲۳ درصد از افراد گزارش کرده‌اند که این درد در ناحیه کمر بروز کرده است. سایر نقاط بدنی که تحت تأثیر درد عمرانه قرار گرفته‌اند به ترتیب عبارتند از: شکم (۱۹٪)، سر و صورت (۱۷٪)، پا (۱۰٪)، سینه (۸٪)، گردن و شانه (۶٪)، دست (۴٪) و اندامهای تناسلی (۲٪). ۸ درصد از افراد نیز گزارش کرده‌اند که درد بیشتر از یک نقطه از بدن آنها را تحت تأثیر قرار داده است. ۳ درصد از آزمودنی‌ها نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۳- فراوانی و درصد مواضع مختلف بدن متأثر از درد.

موضوع درد	نقاط مختلف بدن									
	کمر	شکم	سر و صورت	پا	سینه و شانه	گردن	دست	تناسلی	یک نقطه بیش از	پاسخ نداده
فراوانی	۸۴	۷۲	۶۲	۳۸	۲۸	۲۰	۱۷	۹	۲۹	۱۱
درصد	۲۳	۱۹	۱۷	۱۰	۸	۶	۴	۲	۸	۳

○ نتایج حاصل از بررسی شیوع درد در فاصله زمانی شش ماه قبل از شروع مطالعه (جدول ۴) نشان می‌دهد که از مجموع ۵۱۲ نفر از افراد مورد مطالعه ۱۳۳ نفر (۲۶٪) در ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند. از این عده ۴۶ نفر (۹ درصد از مجموع افراد مورد مطالعه) اشاره کرده‌اند که درد آنها در طی این مدت به طور مستمر ادامه داشته است. بنابراین، میزان شیوع درد طی یک دوره زمانی ۶ ماهه در جمعیت مورد مطالعه ۲۶ درصد، میزان شیوع درد غیر مستمر ۱۷ درصد و میزان شیوع درد مزمن مستمر در جمعیت مورد مطالعه ۹ درصد است.

جدول ۴- فراوانی و درصد تجربه درد در ۶ ماه گذشته در آزمودنی‌ها

شاخصها	تجربه درد	وجود	عدم وجود
فراوانی		۱۳۳	۳۷۹
درصد		۲۶	۷۴

همچنین جدول ۵ ویژگی‌های اجتماعی، جمعیتی و شغلی ۱۳۳ نفر از افرادی را نشان می‌دهد که گزارش کرده‌اند در ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند که دست کم یک روز تمام طول کشیده است. از مجموع این افراد ۷۰ نفر (۵۳٪) مرد و ۶۳ نفر (۴۷٪) زن هستند. میانگین سن این افراد ۳۳/۰۲ سال است (سال ۱۱/۹۴ = انحراف معیار). در حالیکه ۲۹ درصد از این افراد در گروه سنی ۲۴ - ۱۸ ساله قرار دارند، ۵۴ درصد در گروه سنی ۲۵ - ۴۴ ساله و ۱۷ درصد در گروه سنی ۴۵ تا ۷۰ ساله قرار دارند. درصد قابل توجهی از آنها (۲۹٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم هستند. سایر سطوح تحصیلی به ترتیب فراوانی عبارتند از: مدرک راهنمایی (۲۲٪)، فوق دیپلم / لیسانس (۱۴٪)، و مدرک پایان تحصیلات ابتدایی (۱۴٪). افراد بیسواد ۲۱ درصد از کسانی را تشکیل می‌دهند که در ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند. اکثریت افراد (۷۴٪) متأهل بوده‌اند. از لحاظ شغلی، ۲۸ درصد از افرادی که در ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند، خانه‌دار، ۲۸ درصد کشاورز، ۲۳ درصد کارمند، ۱۳ درصد کارگر و ۸ درصد دانش آموز / دانشجو بوده‌اند.

جدول ۵- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌هایی که در ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند (تعداد= ۱۳۳)

ویژگیهای جمعیت شناختی شاخصها	جنس		گروههای سنی						سطح تحصیلات					وضعیت تاهل		وضعیت شغلی				
	زن	مرد	۱۸-۲۴	۲۵-۴۴	۴۵-۷۰	تالی	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	لیسانس	مجرد	متأهل	مطلقه، بیوه	خانه‌دار	کشاورز	کارمند	کارگر	محصل		
فراوانی	۶۳	۷۰	۳۸	۷۲	۲۳	۲۸	۱۸	۲۹	۳۹	۱۹	۱۰۴	۲۹	۳۷	۳۶	۳۰	۱۷	۱۰			
درصد	۴۷	۵۳	۲۹	۵۴	۱۷	۲۱	۱۴	۲۲	۲۹	۱۴	۷۸	۲۲	۲۸	۲۸	۲۳	۱۳	۸			

* به علت عدم پاسخ دهی ۳ نفر از بیماران به سؤال وضعیت شغلی، مجموع افرادی که به این سؤال پاسخ داده‌اند ۱۳۰ نفر بودند. لذا، درصدها در رابطه با این سؤال برای ۱۳۰ نفر محاسبه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۶ مبنی بر مدت استمرار، فراوانی درد و اقدامات درمانی، فراوانی مصرف دارو و محل درد، نشان می‌دهند که در طول ۶ ماه گذشته یک یا دو بار در دردت تجربه کرده‌اند و ۲۰ درصد از افراد در طی همین مدت چندین بار درد را تجربه کرده‌اند. در طول ۶ ماه گذشته ۳۷ درصد از افراد اغلب اوقات و ۲۳ درصد از افراد بیشتر اوقات و بالاخره ۹ درصد از افراد هر روز درد داشته‌اند. در حالیکه ۸۷ درصد از افراد دست کم یکبار به خاطر درد با پزشک ملاقات کرده‌اند، ۱۴ درصد از افراد، انجام دست کم یک عمل جراحی را به خاطر درد گزارش کرده‌اند.

کرده‌اند. ۶۸ درصد از افرادی که وجود دردی را در طول ۶ ماه گذشته گزارش کرده‌اند گفته‌اند که برای رهایی از درد و یا تسکین آن دارو مصرف کرده‌اند.

جدول ۶- اطلاعات مرتبط با درد در آزمودنی‌هایی که در ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند (تعداد = ۱۳۳)

شاخصها	مصرف دارو در ۶ ماه گذشته										اقدامات درمانی					استمرار درد در ۶ ماه گذشته					متغیرها
	گرددوشانه	سینه	دست‌وپا	شکم	سر	کمر	پنج و بیشتر در روز	۳ تا ۴ در روز	۱ تا ۳ در روز	چند بار هفته	ابار هفته	هیچ	دارو درمانی	تداومی	مراجعه به پزشک	هر روز	بیشتر اوقات	غالباً	بندوبار	بندوبار	
فراوانی	۶	۱۱	۱۲	۲۸	۳۰	۴۳	۹	۴	۱۴	۴۶	۱۸	۴۲	۹۱	۱۹	۱۱۵	۱۲	۳۱	۴۹	۲۶	۱۵	
درصد	۵	۸	۹	۲۲	۲۳	۳۳	۷	۳	۱۰	۳۵	۱۳	۳۲	۶۸	۱۴	۸۷	۹	۲۳	۳۷	۲۰	۱۱	

* به علت عدم پاسخ دهی ۳ نفر از بیماران به سؤال محل درد، مجموع افرادی که به این سؤال پاسخ داده‌اند ۱۳۰ نفر بودند. به این خاطر، درصدها در رابطه با این سؤال برای ۱۳۰ نفر محاسبه شده است.

همانطوریکه جدول ۶ نشان می‌دهد این افراد بطور میانگین ۲۲/۰۵ ماه (ماه ۳۲/۲ = انحراف معیار) دارو مصرف کرده‌اند. در حالیکه ۳۲ درصد از افراد برای رهایی یا تسکین درد هیچگونه دارویی مصرف نمی‌کنند، ۱۳ درصد افراد کمتر از یکبار در هفته، ۳۵ درصد از افراد چندین بار در هفته، ۱۰ درصد افراد یک یا دو بار در روز، ۳ درصد از افراد سه تا چهار بار در روز و ۷ درصد از افراد پنج بار و یا بیشتر در روز بخاطر رهایی یا تسکین درد، دارو مصرف می‌کنند. همچنین جدول ۶ نواحی گوناگون بدنی را که تحت تأثیر درد قرار گرفته است نشان می‌دهد. همانطوریکه دیده می‌شود ۳۳ درصد از افراد محل درد را ناحیه کمر ذکر کرده‌اند. ۲۳ درصد از افراد ناحیه سر، ۲۲ درصد از افراد ناحیه شکم، ۹ درصد از افراد دست‌ها و پاها، ۸ درصد از افراد ناحیه سینه و ۵ درصد از افراد ناحیه گردن و شانه‌ها را به عنوان محل‌های درد ذکر کرده‌اند.

جدول ۷- اطلاعات مربوط به شدت درد تجربه شده توسط آزمودنی‌ها در ۶ ماه گذشته و تأثیر آن بر عملکرد اجتماعی آنها (تعداد = ۱۳۳)

متغیرها	شاخصها	میانگین	انحراف معیار
شدت درد در زمان مطالعه*		۴/۶۳	۳/۱۳
حداکثر شدت درد در ۶ ماه گذشته*		۶/۵۸	۲/۳۱
اختلال در روابط اجتماعی به دلیل درد**		۴/۱۱	۲/۵۷
اختلال در کار به دلیل درد**		۴/۴۶	۲/۴۷
اختلال در فعالیت روزانه به دلیل درد**		۴/۵۱	۲/۴۹
روزهای غیبت از کار به دلیل درد در ۶ ماه گذشته		۱۲/۱۹	۲۶/۱۲

* حداکثر و میانگین شدت درد در ۶ ماه گذشته و نیز شدت درد در زمان انجام مطالعه، با استفاده از یک مقیاس صفر تا ۱۰ که در آن صفر به معنی عدم

وجود درد و ۱۰ به معنی حداکثر شدت درد ممکن است، اندازه گیری شده است.

*** میزان اختلالی که درد در ۶ ماه گذشته در روابط اجتماعی، شغلی و زندگی روزمره بیماران ایجاد کرده است با استفاده از یک مقیاس صفر تا ۱۰ که در

آن صفر به معنی عدم وجود اختلال و ۱۰ به معنی حداکثر اختلال ممکن است، اندازه گیری شده است.

جدول ۷ اطلاعاتی را درباره شدت درد و تأثیر آن بر زندگی و عملکرد اجتماعی آن گروه از افرادی نشان می دهد که در ۶ ماه گذشته دردی را که دست کم یک روز تمام طول کشیده است تجربه کرده اند. همانطوریکه در جدول ۷ دیده می شود، حداکثر و میانگین شدت درد در ۶ ماه گذشته و نیز شدت درد در زمان انجام مطالعه، به ترتیب برابر با $6/85$ ($2/31$) = انحراف معیار)، $5/72$ ($2/07$) = انحراف معیار) و $4/63$ ($3/13$) = انحراف معیار) گزارش شده است. این جدول همچنین اطلاعاتی را درباره میزان اختلالی که درد در ۶ ماه گذشته در روابط اجتماعی، شغلی و زندگی روزمره بیماران ایجاد کرده است خلاصه کرده است. براساس ارزیابی این افراد، میزان اختلال ایجاد شده در روابط اجتماعی، شغلی و فعالیت های روزمره به ترتیب برابر با $4/11$ ($2/57$) = انحراف معیار)، $4/46$ ($2/47$) = انحراف معیار) و $4/51$ ($2/49$) = انحراف معیار) گزارش شده است. علاوه بر این، میانگین تعداد روزهای غیبت از کار به دلیل درد در طول ۶ ماه گذشته $12/19$ روز ($26/12$) = انحراف معیار) گزارش شده است.

جدول ۸- فراوانی و درصد شیوع حالات درد درجه بندی شده (تعداد ۵۱۲)

درصد	فراوانی	شاخصها	درجه درد
۷۴	۳۷۹		درجه صفر: عدم وجود درد
۱۷	۸۷		درجه یک: درد غیر مستمر (عود کننده)
۱/۶	۸		درجه دو: دردمزمن مستمر (روزهای از کارافتادگی در ۶ ماه گذشته = صفر)
۲/۳۴	۱۲		درجه سه: درد مزمن مستمر (روزهای از کارافتادگی در ۶ ماه گذشته بین ۱ تا ۶ روز)
۵/۳	۲۶		درجه چهار: درد مزمن مستمر (روزهای از کارافتادگی در ۶ ماه گذشته بیشتر از ۷ روز)

جدول ۸ فراوانی و درصد شیوع حالات درد مزمن درجه بندی شده را در نمونه مورد مطالعه نشان می دهد. براساس یافته های این پژوهش، در هر لحظه از زمان، ۷۴ درصد از افراد مورد مطالعه بدون تجربه درد هستند. علاوه بر این، در حالیکه در هر لحظه از زمان ۱۷ درصد از افراد مورد مطالعه، درد غیر مستمری را تجربه می کنند، ۱/۶ درصد از افراد مورد مطالعه دارای درد مستمری هستند، اما درد در عملکرد شغلی آنها اختلالی ایجاد نمی کند، ۲/۳۴ درصد از افراد مورد مطالعه دارای دردمستمری هستند که در عملکرد شغلی آنها اختلال متوسط ایجاد می کند و ۵/۳

درصد از افراد مورد مطالعه دارای درد مستمر و شدیدی هستند که در عملکرد شغلی و حرفه‌ای آنها اختلال شدیدی ایجاد می‌کند.

جدول ۹- میانگین و (انحراف معیار) عملکردهای مربوط به سلامت عمومی دو گروه تجربه کننده درد و بدون تجربه درد و مقایسه آنها

سطح معناداری	آماره F	بدون درد (تعداد = ۳۷۸)		دارای درد (تعداد = ۱۳۳)		گروهها / شاخصها / متغیرها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۰۱	-۱۱/۶۰	۱۶/۴۲	۷۸/۴۶	۲۳/۹۷	۵۶/۵۳	درد بدنی
۰/۰۰۰۱	-۱۱/۰۱	۱۷/۷۶	۷۷/۷۹	۲۲/۷۱	۵۶/۳۴	سلامت عمومی
۰/۰۰۰۱	-۶/۶۹	۲۰/۹۰	۶۶/۷۸	۲۲/۹۷	۵۲/۰۳	سلامت روانی
۰/۰۰۰۱	-۷/۹۳	۱۴/۵۲	۸۸/۶۴	۲۳/۳۵	۷۴/۹۶	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۰۱	-۹/۰۶	۳۵/۶۵	۷۷/۹۴	۴۲/۶۵	۴۳/۲۶	ایفای نقش جسمانی
۰/۰۰۰۱	-۶/۵۰	۳۸/۱۶	۶۰/۹۹	۴۴/۳۵	۳۴/۸۳	ایفای نقش هیجانی
۰/۰۰۰۱	-۵/۷۹	۲۱/۵۹	۷۶/۱۳	۲۰/۲۳	۶۳/۷۲	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۱	-۱۰/۳۶	۱۸/۴۴	۶۹/۳۲	۲۰/۰۱	۴۹/۳۷	سرزندگی

○ جدول ۹ نمایانگر عملکردهای مربوط به سلامت عمومی و مقایسه آنها در دو گروه افراد دارای تجربه درد و بدون تجربه درد می‌باشد. همانطوریکه در این جدول دیده می‌شود تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه افراد دارای تجربه درد و بدون تجربه درد در رابطه با تمامی شاخص‌های مربوط به سلامت وجود دارد. به سخن دیگر، مبتلایان به درد (مزمین مستمر و غیر مستمر) در مقایسه با افراد غیر مبتلا به درد از لحاظ عملکردهای مربوط به سلامت در وضعیت نامناسب‌تری قرار دارند و درد بر سلامت آنها تأثیر منفی بجا گذاشته است.

بحث

● قبل از ورود به بحث پیرامون نتایج پژوهش حاضر، ذکر برخی از محدودیت‌های یافته‌های این پژوهش الزامی است. افراد مورد مطالعه، بطور تصادفی از جمعیت عمومی جامعه انتخاب نشده‌اند، بلکه در انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است. بنابراین، نمونه مورد مطالعه احتمالاً نمی‌تواند معرف جامعه مورد مطالعه باشد. لذا، در تعمیم نتایج مطالعه حاضر به جامعه مورد مطالعه و یا جوامع بزرگتر از آن، باید احتیاط نمود. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش‌های خود - گزارش دهی (پرسشنامه) بدست آمده

است. بنابراین، احتمال آن وجود دارد که یافته‌های مذکور، در مقایسه با نتایج حاصل از بکارگیری روش‌های دارای عینیت بیشتر، مانند مصاحبه و مشاهده، واجد درجه کمتری از روایی باشد.

● با عنایت به محدودیت‌های ذکر شده، براساس یافته‌های مطالعه حاضر، میزانهای شیوع درد در طول عمر، شیوع درد در ۶ ماه گذشته و شیوع درد مزمن مستمر در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب برابر است با ۷۲ درصد، ۲۶ درصد و ۹ درصد. این یافته‌ها، با نتایج مطالعاتی که همگی در جوامع صنعتی انجام شده است کم و بیش هماهنگ است و نشان می‌دهد که درد به وسیله بخش قابل توجهی از جمعیت مورد مطالعه تجربه شده است. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در بخش قابل توجهی از افراد مورد مطالعه، درد دارای آنچنان شدتی بوده است که افراد برای رهایی از آن به پزشک مراجعه کرده‌اند و دارو مصرف کرده‌اند. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که درد مزمن بر وضعیت سلامت افراد تأثیر منفی دارد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که درد احتمالاً یکی از خاستگاه‌های عمده پریشانی و ناراحتی در جمعیت مورد مطالعه به شمار می‌آید. اکنون شایسته است به بحث پیرامون یافته‌های مطالعه حاضر، در پرتو دستاوردهای مطالعاتی که اکثراً در کشورهای غربی انجام شده است، پرداخته شود.

● بین یافته‌های این مطالعه و یافته‌های مطالعه جیمز و همکاران (۱۹۹۱)، در مورد میزان شیوع عمرانه درد شباهت وجود دارد. علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که درد عمرانه از استمرار قابل توجهی برخوردار بوده است (۷/۶۷ ماه) و بروز درد عمرانه در بخش قابل توجهی از افراد (۵۰٪) با اختلال متوسط و شدید در زندگی و فعالیت‌های روزمره همراه بوده است. با توجه به مدت زمان استمرار درد عمرانه و اختلالی که درد مذکور در زندگی و فعالیت‌های روزمره افراد بوجود می‌آورد، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که درد عمرانه بر بهداشت روانی افراد تأثیر منفی به جا می‌گذارد.

● از لحاظ بخش‌هایی از بدن که تحت تأثیر درد مزمن قرار گرفته‌اند نیز شباهت جالب توجهی بین یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها به چشم می‌خورد. اکثر مطالعات همه‌گیرشناسی گزارش کرده‌اند که کم‌درد، در بین دردهای گزارش شده به وسیله بیماران مبتلا به درد مزمن، دارای بالاترین فراوانی است (اندرسن و همکاران، ۱۹۹۳؛ باسولز

و همکاران، ۱۹۹۹؛ برانبرگ و همکاران، ۱۹۸۹؛ بوشر و همکاران، ۱۹۹۱؛ جیمز و همکاران، ۱۹۹۱؛ فون کورف و همکاران، ۱۹۸۸). در مطالعه حاضر نیز کمردرد، دارای بالاترین فراوانی بوده است و با یافته‌های گزارش شده قبلی کاملاً هماهنگ است. مانیتسلکا و همکاران، (۲۰۰۱)، از کشور فنلاند نیز گزارش کرده‌اند که اکثر ملاقات‌های بیماران با پزشکان به دلیل کمردرد، شکم درد و سردرد صورت می‌گیرد. یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که کمردرد، سردرد و شکم درد، از نظر فراوانی ترتیب‌های اول، دوم و سوم را به خود اختصاص می‌دهند.

● یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اکثریت افراد (۶۹٪) مبتلا به درد مزمن، اغلب اوقات درد را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، در اکثریت افراد مبتلا به درد، درد دارای آنچنان شدتی است که برای رهایی از آن به پزشک مراجعه می‌کنند و دارو مصرف می‌کنند. میانگین طول مدت مصرف دارو در گروه مورد مطالعه (۲۲/۵۰ ماه)، گزارش شده است. نتایج این بخش از مطالعه، با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (برای نمونه، اصغری و همکاران، ۱۳۷۷؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۱؛ ترنر و همکاران، ۱۹۸۲) که نشان می‌دهند بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به درد مزمن برای رهایی از درد، مدتهای طولانی دارو مصرف می‌نمایند، هماهنگ است.

● مطالعه حاضر، میزان شیوع درد در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه را ۲۶ درصد نشان می‌دهد. اگر چه یافته‌های این بخش از مطالعه، میزان شیوع ۶ ماهه درد را کمتر از میزان شیوع گزارش شده توسط فون کورف و همکاران (۱۹۹۰، ۱۹۸۸) و اصغری و همکاران (۱۳۷۷)، نشان می‌دهد، اما اگر توجه خود را بر میزان شیوع درد مزمن مستمر متمرکز نمایم متوجه شباهت بین یافته‌های این مطالعه و نتایج مطالعه فون کورف و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۰) و اصغری و همکاران (۱۳۷۷)، می‌شویم. در مطالعه حاضر، میزان شیوع درد مزمن مستمر ۹٪، در مطالعه فون کورف و همکاران ۱۰/۷٪ و در مطالعه اصغری و همکاران (۱۳۷۷)، ۱۵٪ گزارش شده است. همچنین، میزان‌های شیوع درد ۶ ماهه و نیز میزان شیوع درد مزمن مستمر که در مطالعه حاضر گزارش شده است، با یافته‌های بلیت و همکاران (۲۰۰۱)، در کشور استرالیا و کروک و همکاران (۱۹۸۴)، در کشور کانادا بیش و کم هماهنگ است و نشان می‌دهد که درد (چه در شکل مزمن اما غیر مستمر) و چه در شکل درد مزمن مستمر پدیده، شایعی به شمار می‌آید.

● در مطالعه حاضر یک نکته قابل توجه وجود دارد. ۱۷ درصد از جمعیت مورد مطالعه (۷۹ نفر) گزارش کرده‌اند که در ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند که مستمر نبوده است، اما

یافته‌ها نشان می‌دهد که این درد، کوتاه مدت نیز نبوده است. میانگین مدت استمرار درد برای این گروه (گروه درد غیر مستمر) ۲۰/۹۳ ماه گزارش شده است. احتمالاً این گروه از افراد را می‌توان در گروه مبتلایان به دردهای مزمن عودکننده قرار داد. یعنی گروهی از افراد که درد در آنها برای مدتی ظاهر می‌گردد و پس از مدتی بر اثر درمان و یا بطور خودبخود از بین می‌رود و پس از مدتی خود را دوباره ظاهر می‌سازد. اگرچه این مطالعه، تعیین میزان شیوع دردهای مزمن عودکننده را هدف خود قرار نداده است، اما این احتمال مطرح است که دردهای مزمن عودکننده نیز بخش قابل توجهی از افراد جامعه را گرفتار می‌سازد.

● یکی از اهداف این مطالعه، بررسی تأثیر درد مزمن بر عملکردهای مربوط به سلامت است. نتایج مقایسه دو گروه دارای تجربه درد و بدون تجربه درد نشان می‌دهد که درد مزمن بر تمام عملکردهای مربوط به سلامت اثر منفی به جا می‌گذارد. با توجه به این یافته و نیز با توجه به محتوای سؤالات پرسشنامه کوتاه ۳۶ سؤالی سلامت عمومی (SF-۳۶) که عملکردهای فردی، اجتماعی و حرفه‌ای را می‌سنجد، می‌توان گفت هنگامی که درد استمرار می‌یابد به تدریج سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکردهای جسمانی و اجتماعی و نیز نقش‌هایی که فرد باید به لحاظ جسمی و روانشناختی در زندگی ایفا نماید در جهت منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. چنین محدودیت‌هایی که در سطح عملکرد و کارایی فرد نمایان می‌شود، ممکن است به کاهش سطح بهزیستی و کیفیت زندگی فرد منجر گردد. لذا، فرد مبتلا به درد مزمن مستمري که برای درمان مراجعه می‌نماید تنها از درد رنج نمی‌برد، بلکه از نظر سلامت عمومی و روانشناختی و نیز عملکردهای جسمانی و اجتماعی در وضعیت نامطلوبی به سر می‌برد. در نتیجه تلاش‌های درمانگری که تنها با هدف از بین بردن درد صورت می‌گیرد - تنها تدبیر درمانگری که در جامعه ما برای مبتلایان به درد مزمن مطرح است - احتمالاً نخواهد توانست کلیه عملکردهای آسیب دیده فرد را اعاده نماید. درمانگرهایی چند وجهی درد^۱ (درمانگرهایی که به جای متمرکز کردن تلاش‌های خود بر از بین بردن درد می‌کوشند تا پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی درد مزمن را رفع نمایند) از درمانگرهایی که تنها رهایی از درد را هدف قرار می‌دهند بهتر می‌توانند به مبتلایان به درد مزمن را کمک نمایند. چه، بدین ترتیب، هم از تلف شدن توان مالی فرد و زیانهای اجتماعی آن و هم از به هدر رفتن فرصت‌های اجتماعی و اقتصادی مورد نیاز جامعه، جلوگیری می‌شود و سلامت عمومی فرد گسترش می‌یابد، سلامتی که بدون شک می‌تواند بر

تمامی عرصه‌های رفتاری فرد، بویژه ارتباط‌های بین فردی تأثیر گذارد.

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- 1- International Association for the Study of Pain
- 2- AIDS
- 3- Pain History Questionnaire
- 4- Chronic Pain Grade Questionnaire
- 5- Internal consistency
- 6- Cronbach Alpha Coefficient
- 7- SF- 36 General Health Questionnaire
- 8- Multidisciplinary
- 9- Lifetime pain
- 10- Lifetime prevalence

منابع:

- اصغری، محمد علی؛ علیرضا مافی؛ محسن محمدی. (۱۳۷۷). تعیین میزان شیوع درد مزمن و عودکننده در بین کارکنان یک واحد بزرگ صنعتی تهران، چکیده مقالات اولین سمینار نیروی کار و توسعه پایدار. تهران.
- فقیهی، سمانه. (۱۳۷۸). تعیین اعتبار آزمون SF-36 با استفاده از یک ملاک خارجی. پایان نامه کارشناسی در رشته روانشناسی بالینی. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد.
- Anderson, G. (1981). Epidemiological aspects on low-back pain in industry. *Spine, 6*, 53-60.
- Anderson, H. ; Ejlertson, G. ; Leden, I. & Rosenberg, G. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population. *The Clinical Journal of Pain, 9*, 174-182.
- Aronoff, G. M. & McAlary, P. W. (1990). Multidisciplinary treatment of intractable pain syndromes. In S. Lipton, E. Tunks, and M. Zoppi (Eds.). *Advances in Pain Research and Therapy, 13*. 267-276. New York: Raven Press.
- Asghari, A. & Nicholas, M. K. (2001). Pain self efficacy beliefs and pain behaviour: A prospective study. *Pain, 94*, 84-100.
- Bassols, A. ; Bosch, F. ; Campillo, M. ; Canellas, M. & Eladi Banos, J. (1999). An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain, 83*, 9-16.
- Black, R. G. (1975). The chronic pain syndrome. *Surgical Clinics of North America, 55*, 999-1011.
- Blyth, F. M. ; March, L. M. ; Brnabic, A. J. M. ; Jorm, L. R. ; Williamson, M. & Cousin, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain, 89*, 127-134.

- Bowsher, D. ; Rigge, M. & Sopp, L. (1991). Prevalance of chronic pain in the British poulation: A telephone survery of 1037 households, *Pain Clinic, 4*, 223-230.
- Brattberg, G. ; Thorslund, M. & Wikman, A. (1989). The prevalence of pain in a general population: The results of postal survey in a county of Sweden. *Pain, 37*, 215-222.
- Clark, M. ; Gosnell, M. & Shapiro, D. (1977). The new war on pain. *Newsweek (April 25)*, 89, 48-58.
- Cousins, M. J. (1995). Back pain in work place. In: W. E. Fordyce (Ed), *Task Force on Pain in Work Place* (p. ix). Seattel: IASP Press.
- Crombie, I. K. (1999). The potential of epidemiology. In: I. K. Crombie, P. R. Croft, S. J. Linton, L. leResche, and M. Von Korff (Eds.), *Epidemiology of Pain*. (pp. 1-5). Seattle, USA: IASP Press.
- Crook, J. ; Rideout, E. & Browne, G. (1984). The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain, 18*, 299-314.
- Doan, B. D. & Wadden, N. P. (1989). Relationships between depression symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain, 36*, 75-84.
- Frymoyer, J. W. (1992). Predicting disability from low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 279*, 101-109.
- James, F. R. ; Large, R. G. ; Bushnell, J. A. & Wells, J. E. (1991). Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain, 44*, 279-283.
- Jenkinson, C. ; Coultrre, A. & Wright, L. (1993). Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: Normative data for adult of working age. *British Medical Journal, 306*, 1437-1440.
- Gamsa, A. (1990). Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain, 42*, 183-195.
- Garratt, A. M. ; Ruta, D. A. ; Abdalla, M. I. ; Buckingham, J. K. & Russell, I. T. (1993). The SF-36 health survey questionnaire: An outcome measure suitable for routine use within the NHS. *British Medical Journal, 306*, 1440-1444
- Kareholt, I. & Brattberg, G. (1998) Pain and mortality risk among elderly persons in Sweden. *Pain, 77*, 271-278.
- Lemrow, N. , Adams, D. , Coffey, R. , et al. (September 1990). *The 50 most frequent diagnosis-related groups (DRGs) diagnoses, and procedures: statistics by hospital size and location*,

- DHHS publication number (PHS) 90-3465, Hospital Studies Program Research Note 13*, Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, Rockville, Md.
- Linton, S. J. (1994). Chronic back pain: Integrating psychological and physical therapy-an overview. *Behavioural Medicine, 20*, 101-104.
- Magni, G. ; Caldieron, C. ; Rigatti-Luchini, S. & Merskey, H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depression symptoms in the general population: An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. *Pain, 43*, 299-307.
- Magni, G. ; Marchetti, M. ; Moreschi, C. ; Merskey, H. & Rigatti-Luchini, S. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depression symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I: Epidemiological follow-up study. *Pain, 53*, 163-168.
- Mantyselka, P. ; Kumpusalo, E. ; Ahonen, R. ; Kumpusalo, A. ; Kauhanen, J. ; Viinamaki, H. ; Halonen, P. & Takala, J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *Pain, 89*, 175-180.
- McHorney, C. ; Ware, J. E. & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): II. Psychometric clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care, 31*, 247-263.
- McHorney, C. ; Ware, J. E. ; Rogers, W. ; Raczek, A. E. & Rachel, A. F. (1992). The validity and relative prediction of MOS short-and long form health status scale and Dartmouth COOP charts. Results from the medical outcome study. *Medical Care, 30*, Supplement, 253-265.
- Nachemson, A. L. (1992). Newest knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 279*, 8-20.
- Romano, J. M. & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin, 97*, 18-34.
- Sternbach, R. A. (1986). *Survey of pain in the United States*. The Nuprin Pain Report.
- Turk, D. C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. J. Catchel and D. C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Turner, J. A. ; Calsyn, D. A. ; Fordyce, W. E. & Ready, L. B. (1982). Drug utilisation patterns in chronic pain patients. *Pain, 12*, 357-363.
- Van Tulder, M. W. ; Koes, B. W. & Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain, 62*, 233-240.
- Volinn, E. (1991). Theories of back pain and health care utilisation, *Neurosurg. Clin. N. Am.* , 2,

739-748.

Von Korff, M. ; Dworkin, S. F. & Le Resche, L. (1990). Graded chronic pain status: An epidemiologic evaluation. *Pain, 40*, 279-291.

Von Korff, M. ; Dworkin, S. F. ; Le Resche, L. & Kruger, A. (1988). An Epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain, 32*, 173-183.

Von Korff, M. ; Ormel, G. ; Keefe, F. J. & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain, 50*, 133-149.

○ ○ ○