





دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه

دوره کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت

عنوان

طراحی و ارزشیابی بسته آموزشی سلامت روان جهت کاهش کمردرد در
پرستاران شاغل بیمارستان ولیعصر (عج)

نگارش

مریم علی غیاث

استاد راهنما

دکتر صدیقه السادات طوافیان

استاد مشاور

دکتر شمس الدین نیکنامی

بهمن ۱۳۹۳



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از
پایان نامه کارشناسی ارشد

خانم مریم علی غیاث رشته آموزش بهداشت پایان نامه کارشناسی ارشد خود را با عنوان
« طراحی و ارزشیابی بسته آموزشی سلامت روان جهت کاهش کمردرد در پرستاران شاغل
بیمارستان ولی عصر (عج) » در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۱۱ ارائه کردند.
بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای
تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر صدیقه السادات طوافیان	استاد راهنما
	دکتر شمس الدین نیکنامی	استاد مشاور
	دکتر فضل اله غفرانی پور	استاد ناظر
	دکتر محمود طاووسی	استاد ناظر
	دکتر فرخنده امین شکروی	نماینده تحصیلات تکمیلی

آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آئین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب مریم علی غیاث دانشجوی رشته آموزش بهداشت و پرستاری سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مقطع کارشناسی ارشد دانشکده علوم پزشکی متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا
تاریخ
۹۳/۱۱/۲۸

آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:
"کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته آموزش بهداشت است که در سال ۱۳۹۳ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر صدیقه السادات طوافیان، مشاوره دکتر شمس الدین نیکنمایی از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب مریم علی غیاث دانشجوی رشته آموزش بهداشت مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی: مریم علی غیاث
تاریخ و امضا:
۹۳، ۱۱، ۲۸

تقدیم به :

روح پاک پدرم که عالمانه به من آموخت تا چگونه در عرصه زندگی، ایستادگی را تجربه

نمایم...

و به مادرم، دریای بی کران فداکاری و عشق که وجودم برایش همه رنج بود و وجودش برایم

همه مهر...

و به برادر و خواهرم همراهان همیشگی و پشتوانه های زندگی ام...

تشکر و قدردانی

سپاس بیکران پروردگار یکتا را که هستی مان بخشید و به طریق علم و دانش رهنمونمان شد و به همنشینی رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و خوشه چینی از علم و معرفت را روزیمان ساخت.

و با سپاس از سه وجود مقدس:

آنان که ناتوان شدند تا ما به توانایی برسیم ...

موهایشان سپید شد تا ما روسفید شویم...

و عاشقانه سوختند تا گرمابخش وجود ما و روشنگر راهمان باشند...

پدرانمان

مادرانمان

استادانمان

و با تشکر از دکتر صدیقه السادات طوآفیان و دکتر شمس الدین نیکنامی به پاس راهنمایی و مشاوره های ارزشمندشان

چکیده

مقدمه: نظر به ماهیت زیستی-روانی و اجتماعی کمردرد و تأثیر آن بر سلامت روان، این پژوهش با هدف طراحی و ارزشیابی بسته آموزشی سلامت روان در پرستاران مبتلا به کمردرد شاغل در بیمارستان ولیعصر(عج) انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی شاهد دار می باشد. جامعه آماری آن ۸۴ نفر از پرستاران و بهیاران مبتلا به کمردرد مزمن شاغل در بیمارستان ولیعصر تهران است. افراد به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه شاهد و مداخله تقسیم شدند. در پژوهش از چهار ابزار استفاده شد. پرسشنامه دموگرافیک و سنجش درد، بخش سلامت روان پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه روانشناختی DASS-21، توسط افراد مطالعه پر شد. گروه مداخله طبق برنامه آموزشی طراحی شده آموزش دیدند. پس از ۳ ماه مجدداً پرسشنامه های درد، بخش سلامت روان پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه روانشناختی DASS-21 توسط افراد دو گروه تکمیل شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تعداد افراد در هر گروه ۴۲ نفر بود. میانگین سنی گروه مداخله $32 \pm 8/2$ و گروه شاهد $31/5 \pm 7/4$ سال بود. دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر متغیرهای مطالعه مقایسه شده و اختلاف معنادار نداشتند ($P > 0/05$). میانگین بعد نشاط پس از مداخله در گروه مداخله از $64/64 \pm 17/99$ به $77/26 \pm 11/95$ بعد سلامت روان از $70/28 \pm 17/44$ به $80/95 \pm 9/29$ بعد محدودیت نقش بدلیل مشکلات روانی از $64/28 \pm 42/54$ به $87/30 \pm 24/36$ و بعد عملکرد اجتماعی از $69/64 \pm 22/11$ به $85/11 \pm 12/41$ افزایش یافت که همه اختلافات با $P < 0/001$ معنادار بود. همچنین میانگین استرس از $15/52 \pm 4/93$ به $9/52 \pm 4/73$ ، اضطراب از $17/73 \pm 3/68$ به $9/76 \pm 4/43$ و افسردگی از $4/18 \pm 17/66$ به $10/45 \pm 4/06$ کاهش یافت که همه اختلافات با $P < 0/001$ معنادار بود.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که با طراحی برنامه آموزشی می توان از ایجاد یا تشدید کمردرد پرستاران و بهیاران جلوگیری کرد.

واژه های کلیدی: کمردرد مزمن، پرستاران، سلامت روان، مداخله آموزشی

فهرست مطالب

فصل اول : مقدمه و مروری بر مطالعات گذشته.....	۱
۱-۱.مقدمه	۲
۱-۱-۱. تعریف درد.....	۲
۱-۱-۲. انواع درد	۲
۱-۲. کلیّات.....	۴
۱-۲-۱. تعریف کمردرد.....	۴
۱-۲-۲. انواع کمردرد بر اساس مدت	۵
۱-۲-۳. کمردرد مکانیکی.....	۵
۱-۲-۴. علل کمردرد	۶
۱-۲-۵. درمان کمردرد.....	۹
۱-۳. بیان مسئله	۱۰
۱-۳-۱. کمردرد در پرستاران	۱۱
۱-۴. کیفیت زندگی.....	۱۵
۱-۴-۱. تعریف کیفیت زندگی	۱۵
۱-۴-۲. اهمیت کیفیت زندگی	۱۵
۱-۴-۳. ویژگی های کیفیت زندگی	۱۵
۱-۵. بررسی متون گذشته.....	۱۶
۱-۵-۱. مروری بر مطالعات داخلی	۱۶
۱-۵-۲. مروری بر مطالعات خارجی	۲۰
فصل دوم : مواد و روشها.....	۲۳
۱-۲. اهداف پژوهش.....	۲۴

۲۴	۱-۱-۲. هدف اصلی
۲۴	۲-۱-۲. اهداف فرعی
۲۵	۳-۱-۲. اهداف کاربردی
۲۵	۲-۲. فرضیه ها/پیش فرض ها
۲۶	۳-۲. کلید واژه ها
۲۶	۱-۳-۲. تعریف کلیدواژه ها
۲۷	۴-۲. ابزارهای سنجش
۲۷	۱-۴-۲. پرسشنامه دموگرافیک
۲۷	۲-۴-۲. پرسشنامه کیفیت زندگی
۲۸	۳-۴-۲. پرسشنامه روانشناختی DASS-21
۲۹	۵-۲. مداخله آموزشی
۲۹	۱-۵-۲. معیار ورود به مطالعه
۲۹	۲-۵-۲. معیار خروج از مطالعه
۲۹	۳-۵-۲. نحوه انجام مداخله آموزشی
۳۰	۴-۵-۲. محتوای برنامه آموزشی
۳۱	۶-۲. ملاحظات اخلاقی مطالعه
۳۲	۷-۲. محدودیت های پژوهش
۳۳	۸-۲. متغیرهای مطالعه
۳۴	۹-۲. مواد و روش انجام تحقیق
۳۴	۱-۹-۲. جامعه پژوهش
۳۴	۲-۹-۲. حجم نمونه
۳۴	۳-۹-۲. فرمول تعیین حجم نمونه (پوکاک)
۳۵	۴-۹-۲. روش نمونه گیری

فصل سوم : نتایج و یافته ها	۳۶
۱-۳. جداول	۳۷
۲-۳. نتایج بررسی فرضیه ها	۵۵
فصل چهارم : بحث، نتیجه گیری و پیشنهادها	۵۶
۱-۴. بررسی یافته ها	۵۷
۲-۴. نتیجه گیری نهایی	۶۳
۳-۴. پیشنهادات	۶۳
فهرست منابع	۶۴
ضمائم	۷۳
چکیده انگلیسی	۱۰۶

فهرست جداول

- جدول ۳-۱. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت مطالعه برحسب برخی ویژگی های دموگرافیک در هر دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله ۳۷
- جدول ۳-۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار برخی ویژگی های دموگرافیک افراد تحت مطالعه در هر دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله ۳۸
- جدول ۳-۳. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی افراد تحت مطالعه بر حسب برخی ویژگی های دموگرافیک در هر دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله ۳۹
- جدول ۳-۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار مشخصه های درد و توانایی افراد تحت مطالعه در هر دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله ۴۰
- جدول ۳-۵. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی گروه مداخله و شاهد از نظر وجود درد سیاتیک قبل از مداخله ۴۱
- جدول ۳-۶. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد جزء روانی کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه قبل از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد ۴۲
- جدول ۳-۷. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای روانشناختی افراد تحت مطالعه قبل از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد ۴۳
- جدول ۳-۸. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای روانشناختی افراد تحت مطالعه قبل از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد ۴۴
- جدول ۳-۹. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد روانی کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد ۴۵
- جدول ۳-۱۰. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای روانشناختی افراد تحت مطالعه بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد ۴۶
- جدول ۳-۱۱. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای روانشناختی افراد تحت مطالعه بعد از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد ۴۷

- جدول ۳-۱۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد روانی کیفیت زندگی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله ۴۸
- جدول ۳-۱۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد روانی کیفیت زندگی گروه شاهد قبل و بعد از مداخله ۴۹
- جدول ۳-۱۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای روانشناختی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله ۵۰
- جدول ۳-۱۵. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای روانشناختی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله ۵۱
- جدول ۳-۱۶. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای روانشناختی گروه شاهد قبل و بعد از مداخله ۵۲
- جدول ۳-۱۷. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای روانشناختی گروه شاهد قبل و بعد از مداخله ۵۳
- جدول ۳-۱۸. مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان درد و مدت حرکت در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله ۵۴

فصل اول

مقدمه و مروری بر مطالعات گذشته

۱-۱-۱. مقدمه

۱-۱-۱. تعریف درد

درد پدیده ای متشکل از مجموعه ای از علائم زیستی، روانی و اجتماعی و شاخصی از کیفیت زندگی و بهداشت روانی است که نشانه یک اختلال زیربنایی و علامتی از بیماری به شمار می آید [۱].

به عبارتی درد یکی از تلخ ترین تجربیات زندگی انسان است که فهم و درک ساز و کار آن، پیشرفت بزرگی در علم پزشکی خواهد بود. انجمن مطالعات بین المللی درد، درد را به صورت یک احساس و تجربه ناخوشایند که همراه با آسیب به یک بافت باشد، تعریف می کند [۲].

همچنین درد یک احساس ناخوشایند است که در ذهن احساس می شود ولی با نشأت گرفتن از بخشی از بدن، شناسایی می شود یعنی درد یک مکانیسم دفاعی بدن است که برای جلوگیری از آسیب بیشتر بافت آسیب دیده بوجود آمده است [۳].

۱-۱-۲. انواع درد

گونه های درد شامل درد حاد، درد مزمن و درد ارجاعی است.

۱- درد حاد که معمولاً با کشیده شدن عضله، تاندونیت، خونمردگی، جراحی یا آسیب رباط همراه است، دوره زمانی کوتاهی دارد و در بیشتر مواقع با دارو و روش هایی مانند کمپرس یخ درمان می شود.

۲- درد مزمن دردی است که پس از از میان رفتن محرک زیان آور نیز همچنان وجود دارد.

۳- درد ارجاعی، دردی است که با محل جراحی یا بیماری فاصله زیادی دارد [۴].

دردهای مزمن یکی از مهمترین معضلات پزشکی در جهان هستند که سالیانه میلیون ها نفر دچار آن می شوند ولی درمان مناسبی دریافت نمی کنند. در سراسر دنیا دردهای مزمن، مهمترین علت رنج و معلولیت انسان بوده و به طور جدی بر کیفیت زندگی افراد بشر تأثیر می گذارند [۵].

توجه به عوامل روانشناختی و عوارض درد همچون غیبت از کار، روی آوردن به مصرف سیگار، اشکال در خواب و خستگی ناشی از کار یا بی خوابی هنوز مورد غفلت می باشد و حجم خسارات اقتصادی و اجتماعی ناشی از درد مزمن در ایران محاسبه نشده است. پژوهش های مختلف در ایران و سایر کشورها نشان داده اند که درد مزمن اغلب با علایم روانشناختی، به خصوص اضطراب و افسردگی توأم است و افسردگی و شاخص های اختلالات روانپزشکی همبستگی بالایی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن دارند [۵].

در نظریه کنترل دروازه^۱، که شدت و ماهیت درد را تابعی از ساز و کارهای حسی، عاطفی و شناختی می دانند، نقش فرایندهای روانی در تجربه درد و کنترل آن مشخص شده است [۶]. بدین معنی که اگر علایم درد توسط مراکز عالی تر شناختی تفسیر نشوند، درد ممکن است به حداقل برسد. برعکس شرایطی مانند اضطراب، نگرانی، تنش، افسردگی، تمرکز بردرد، ملال و عدم اشتغال به فعالیت های روزمره، درد را افزایش می دهند [۷].

دیدگاه توسعه یافته زیستی-روانی اجتماعی نه فقط شکایات درد و یافته های جسمی همراه آن را مورد توجه قرار می دهد، بلکه بسیاری از عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی را که می توانند در پیشرفت حالت درد مزمن، تداوم نشانگان درد و پاسخ به درمان پزشکی نقش داشته باشند را نیز مورد توجه قرار می دهد [۸].

بنابراین شکایات درد یکی از علل مراجعه به پزشک است و بیشترین شکایات، مربوط به اختلالات اسکلتی-عضلانی است که در این بین کمردرد، شایع ترین آنهاست [۹].

¹ Gate Control Theory

۱-۲-۲. کلیات

۱-۲-۱. تعریف کمردرد

کمردرد به درد ناحیه بین دنده دوازدهم و چین ناحیه سرینی اطلاق می شود. ۵۰ تا ۸۰ درصد بالغین در طول زندگی خود حداقل از یک نوع کمردرد رنج می برند [۲].

کمردرد پس از بیماریهای تنفسی، دومین علت مراجعه افراد به پزشک است به همین دلیل یکی از شایع ترین بیماریهای انسانی بوده و تقریباً همه انسانها حداقل یکبار در زندگی شان به آن مبتلا می شوند [۱۰]. همچنین دومین علت غیبت از کار پس از شکایات دستگاه تنفسی است و بیش از دیگر وضعیتهای پزشکی باعث از دست رفتن بهره وری شده است [۱۱].

کمردرد ممکن است در هر سنی اتفاق بیافتد ولی شیوع آن در سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی بیشتر از سایر سنین است. به عبارت دیگر تجمع شیوع آن در سن ۲۲ سالگی است ولی میزان عود و شدت آن با افزایش سن، افزایش می یابد [۱۲].

طبق تحقیقات انجام شده، کمردرد قبل از ۴۵ سالگی اولین دلیل محدودیت فعالیت های کاری و در سنین ۴۵ تا ۶۵ سالگی، سومین دلیل ناتوانی بعد از آسیب های تنفسی و تروما است [۲].

دکتر ناچمسون که از پیشکسوتان مطالعه بر روی ستون فقرات است می گوید:

"کمردرد همچون کوه یخی است که ما قسمت اعظم آن را نمی بینیم" و یا یک ضرب المثل اروپایی می گوید: کمردرد سردردی است که به پایین لغزیده است چون تمام خواص آن را دارد [۱۳].

کمردرد به دلیل اثرات منفی اش بر زندگی روزانه، زندگی شغلی، هزینه ها و سلامت جسمانی- روانی افراد، یک نگرانی عمده در جامعه است. تحقیقات صورت گرفته بر روی مبتلایان نشان داد که تأثیر منفی کمردرد بر زندگی روزانه افراد ۸۰ درصد است به طوریکه ۵۰ درصد افراد دچار مشکلات عاطفی و روانی می شوند، ۴۶ درصد آنها زندگی جنسی شان دچار مشکل می شود و اکثریت آن ها زمانی را که با خانواده و صرف فعالیت هایشان می کردند، کاهش می دهند. همچنین کمردرد یکی از مشکلات بهداشتی است که باعث زیان رساندن به زندگی شغلی افراد می شود. آسیب به مهره ها،

سومین دلیل جراحت در محیط کار است که در ۱۲ درصد از موارد، افراد مبتلا ناچارند یا شغل خود را عوض کنند یا آن را با مسئولیت های سبکتر جا به جا نمایند [۱۴].

بر طبق مطالعات، بدن انسان برای جبران ضعف در ناحیه پشت افرادی که مبتلا به کمردردند، از سایر اندامهای بدن کمک می گیرد و این موضوع باعث بروز درد در سایر مناطق بدن می شود که این واکنش، سبب دو حالت می شود: ۱- نشانه های کمردرد کمتر می شود ۲- علائم درد در مناطق مختلف بدن دیده می شود که اینها به عوامل فردی و شیوه ی زندگی فرد ربط دارند [۱۵].

۱-۲-۲. انواع کمردرد بر اساس مدت

بیشتر کمردرد ها حاد هستند، اما حدود ۲۰-۱۵٪ مزمن می شوند. کمردرد حاد یک مشکل خود محدود شونده و خوش خیم است، با این وجود خیلی از بیماران در پی درمانی جهت کاهش درد و علائم خود هستند [۱۶]. کمردرد معمول (حاد) فراوانی بالایی دارد به طوریکه ۸۰ درصد جمعیت فعال حداقل به صورت موقتی از آن رنج می برند [۳].

کمردرد مزمن کمردردی است که بیش از ۳ ماه و بدون هرگونه سابقه پاتولوژیک به طول بیانجامد. این نوع کمردرد از جمله شایع ترین معضلات بهداشتی است که دارای تبعات زیادی از جمله کاهش عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی است [۱۰].

مطالعات پیش بینی می کند که ۷ درصد از بیماران مبتلا به درد حاد ناحیه تحتانی کمر، دچار مشکلات ناتوانی مزمن می شوند و افرادی که علاوه بر مشکل خود، یکی از اختلالات روان پزشکی را دارند، شانس بیشتری برای ناتوانی مزمن دارند. همچنین مطالعات نقش عوامل روانی-اجتماعی را در بروز کمردرد مزمن بااهمیت تر از پدیده های معین جسمی و پزشکی مطرح کرده اند [۵].

۱-۲-۳. کمردرد مکانیکی

کمردرد مکانیکی از شایع ترین آسیب های مرتبط با کار است، به طوریکه ۸۵٪ از افراد در دوره زندگی خود به آن مبتلا می شوند و علاوه بر ایجاد ناراحتی و رنجش پرسنل، تأثرات اقتصادی و

کاهش سطح کیفی کار را نیز به دنبال دارد [۱۷]. بنابراین کمردرد مکانیکی از مشکلات بهداشتی وابسته به شغل است و به همین دلیل در شغل پرستاری به دلیل ویژگی هایش از شیوع بالایی برخوردارست به طوریکه در اکثر مقالات میزان شیوع این عارضه را در پرستاران بین ۴۳ تا ۷۶ درصد ذکر کرده اند [۱۸].

۱-۲-۴. علل کمردرد

کمردرد پدیده ای چند علیتی است که در نتیجه عوامل روانی-اجتماعی و ارگونومیکی ایجاد می شود. میزان بالایی از روزهای از دست رفته و ناتوانی کارکنان مشاغل مختلف به دلیل کمردردهای شغلی است [۱۹].

عوامل مختلفی در ایجاد آسیب های جزئی و مداوم به ستون مهره ها نقش دارند که زمینه را برای ظهور کمردرد مهیا می کنند، بطوریکه با کوچکترین ضربه، فرد وارد حمله ناگهانی و درد می شود. برخی از این عوامل عبارتند از: استفاده نادرست از بدن، خم بودن کمر به مدت طولانی، کاهش تحرک، استرس های شغلی، چاقی و وضعیت های ناتوان کننده [۲].

تحقیقات متعددی ارتباط میان عوامل روان شناختی و کمردرد را تبیین کرده اند و بسیاری از مطالعات آینده نگر عوامل روانی را پیشگویی کننده قوی در ایجاد کمردرد مزمن نشان داده اند [۲۰]. در جوامع عادی نیز، شواهد نشان داده است که متغیرهای روان شناختی از جمله نگرش ها، شناخت ها و اضطراب در مقایسه با عوامل زیست حرکتی و زیست پزشکی بر عوامل خطرزای کمر درد اثر بیشتری دارند [۲۱].

منظور از عوامل روانی عواملی است که فرد را از نظر روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می دهد. در بررسی ها عوامل روانی به عنوان عامل پیش بینی کننده ناتوانی و مزمن شدن کمردرد تعیین شده اند [۲۲]. به عبارتی دیگر، در مطالعات اپیدمیولوژیک دخیل بودن عوامل خطری مثل کارهای دستی، وضعیت شخص در حین کار و انجام کارهای تکراری در رابطه با کمردرد در سال های گذشته ثابت

شده است ولی اخیراً عوامل روانی مثل استرس شغلی، وظایف خسته کننده، درک حجم کار و فشار زمان نیز ظهور پیدا کرده اند [۲۳].

عوامل روانی به طور بالقوه با اختلالات روانی و تغییرات ساختمانی بدن که مربوط به کمردرد هستند، رابطه دارند. یک عامل روانی به عنوان یک معیار به طور بالقوه با پدیده های روانی، محیط اجتماعی و تغییرات پاتوفیزیولوژیک که برای کمردرد تعریف شده است رابطه دارد. قرار گرفتن در معرض عوامل روانی-اجتماعی کمتر از حد مطلوب، منجر به تغییر ستون فقرات به دلیل افزایش فشار وارده بر عضله می شود. سپس این موضوع باعث اثراتی بر تغذیه دیسک های مهره ای و ریشه های عصبی و دیگر بافت های ستون فقرات می شود و همچنین باعث افزایش تقاضاهای روانی عضلات آسیب پذیر می شود. با پیشرفت کمردرد بدین طریق، عوامل روانی اجتماعی نیز تحت تاثیر قرار می گیرند. به طور مثال دردی که در شرایط محیطی و روانی مطلوب توسط فرد قابل تحمل بوده، در شرایط محیطی استرس زا و از نظر روانی فقیر، غیر قابل تحمل می شود و فرد دچار کمردرد تمایل بیشتری به گرفتن مرخصی استعلاجی پیدا می کند [۲۴،۲۵].

عوامل روانی متعدد و متنوع هستند و نقش مهمی در بروز و گسترش کمردرد دارند. عوامل از قبیل: نیازکاری، ماهیت شغل، آزادی تصمیم گیری و تقابل اجتماعی در حیطه عوامل شغلی روانی-اجتماعی قرار دارند [۱۹].

از مهم ترین مشکلات روانی-اجتماعی شغلی که می تواند سبب افزایش علایم اسکلتی-عضلانی شود می توان به کمبود زمان استراحت، کار در محیط شلوغ، استرس شغلی و اضطراب و افسردگی اشاره کرد [۱۸].

به عبارتی شرایط تنش زا و فشارهای روحی و روانی مداوم می تواند باعث تغییر در عملکرد اعضای بدن و اسپاسم عضلانی در ناحیه پشت شود و یا آستانه درک درد را پایین بیاورد که در صورت تکرار زیاد در بدن تغییرات ساختمانی ایجاد می کند و باعث افزایش شیوع کمردرد می شود [۱۸،۲۶].