تاثیر برنامه آموزشی چندبعدی کمردرد بر کیفیت زندگی و ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به کمردرد با و بدون درد سیاتیک: مطالعه مداخله‌ای قبل و بعد

صدیقه السادات طوافیان: دانشیار، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
tavafian@modares.ac.ir
* **احمدرضا جمشیدی**: استاد، فوق تخصص روماتولوژی، مرکز تحقیقات روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
jamshida@sina.tmus.ac.ir
شهره شاه محمدی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. ht890901@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: درد سیاتیک ناشی از فتق دیسک کمری، یکی از هزینه‌برترین اختلالات برای جامعه از نظر کیفیت زندگی و ناتوانی است. به همین منظور این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر کیفیت زندگی و ناتوانی عملکردی زنان مبتلا به کمردرد با و بدون درد سیاتیک در فواصل زمانی قبل و ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی طراحی و اجرا گردید.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی که به روش سنجش قبل و بعد کاربردی است، تعداد ۲۷ نفر از زنان مبتلا به کمردرد مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران تحت مداخله برنامه مدون آموزشی قرار گرفتند که برحسب وجود یا عدم وجود درد سیاتیک به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول ۱۴ نفر همراه با درد سیاتیک و گروه دوم ۱۳ نفر بدون درد سیاتیک. افراد در گروه‌های ۶ تا ۸ نفره در کلاس آموزشی شرکت نمودند. در دو نوبت (یک و دو ماه بعد از مداخله) مشاوره تلفنی شده و ۶ ماه بعد از مداخله مجدداً پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. جمع آوری داده‌ها به شیوه مصاحبه بود و داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و از طریق آزمون تی‌تست زوجی و سطح معنی داری $p < ۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد در افراد مبتلا به درد سیاتیک طی ۶ ماه پس از مداخله آموزشی نمرات کیفیت‌زندگی درهمه ابعاد افزایش داشته و در سه بعد درد جسمانی (p=۰/۰۰۴)، سلامت عمومی (p=۰/۰۰۲) و سلامت روانی (p=۰/۰۰۲) تفاوت معناداری را نشان داد. ناتوانی جسمی افراد نیز از حیث دو مقیاس QDS و RDQ نیز به طور معنی‌داری بهبود یافت و در افراد بدون درد سیاتیک فقط بعد سلامت روانی و مقیاس QDS ارتقاء یافت (p=۰/۰۱، p=۰/۰۲).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزشی توأم با پیگیری و مشاوره تلفنی تا دو ماه بعد از مداخله نقش مهمی در کاهش ناتوانی و ارتقاء کیفیت زندگی و عملکرد جسمی مبتلایان به کمردرد همراه با درد سیاتیک دارد.

کلیدواژه‌ها: کمردرد، برنامه آموزشی، درد سیاتیک

مقدمه

کمردرد از شایعترین دردهایی است که موجب مراجعه به پزشک می شود و در برخی موارد همرا با درد سیاتیک است (۱). عصب سیاتیک طولانی‌ترین عصب داخل بدن است که از ناحیه ستون مهره‌ها در قسمت تحتانی کمر شروع می‌شود و در ساق پا ادامه دارد. درد سیاتیک موقعی ایجاد می شود که ریشه عصب سیاتیک در اثر فتق دیسک مورد فشار قرار می گیرد و این می‌تواند باعث ایجاد درد در تمام طول عصب شود البته علائم ان درد ممکن است از یک درد خفیف تا ناتوانی و از کارافتادگی کامل متغیر باشد و گاهی ممکن است با احساس خارش، سوزش، بی-حسی و ضعف عضلانی هم همراه باشد (۲). این درد باعث کاهش عملکردهای جسمی، روانی و اجتماعی افراد می‌شود (۳). یکی از راه‌ها و مداخلات مؤثر و کم‌هزینه جهت جلوگیری از عوامل خطرزا در ایجاد کمردرد به کارگیری شیوه‌های آموزشی در قالب برنامه‌هایی مثل Back school است. این برنامه با هدف افزایش آگاهی افراد به منظور بازنگری وضعیت بدنی و اصلاح وضعیت‌های غلط به‌کار می‌رود تا در نهایت منجر به بهبود سبک زندگی شود (۴). طی این برنامه بیماران با وضعیت‌های صحیح انجام کارهای روزمره و اصلاح سبک زندگی آموزش می‌بینند تا افزایش آگاهی و تمایل آنان به مشارکت در پروسه

درمان تثبیت گردد و فعالانه در امر درمان خود ایفای نقش نمایند. این نوع آموزش‌ها اولین بار در سوئد در سال ۱۹۶۹ با هدف کاهش کمردرد و جلوگیری از تکرار حملات درد و بهبود عملکرد مورد استفاده قرار گرفت (۶، ۵). ساختار متدهای برنامه سلامت کمر در باره آناتومی کمر، بیومکانیک، ارگونومی و ورزش‌های کمر آموزش داده می‌شود (۷). وهمچنین به بیمار آموزش داده می‌شود هنگام نشستن، ایستادن، راه‌رفتن و بلند کردن اجسام همواره قوس کمر را حفظ کند و وضعیتی که کم‌ترین فشار را به کمر وارد می‌کند به خود بگیرد (۸). هدف اصلی این مطالعه آموزش وضعیت‌های مناسب بدنی در فعالیت‌های روزمره و کسب مهارتهای مدیریت استرس در خلال یک برنامه مدون آموزشی چندمنظوره و مقایسه اثربخشی آن در بهبود کمردرد و کاهش ناتوانی جسمی زنان مبتلا به کمردرد همراه و بدون درد سیاتیک مراجعه کننده به مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه ع.پ. تهران بوده است. انتظار می‌رود این مداخلات آموزشی، رفتارهای غلط را تغییر دهد و منجر به تصمیماتی در شیوه زندگی ایشان گردد که در جهت ارتقای سلامت باشند. از آنجاییکه این بیماری اثرات نامطلوبی در زندگی شخصی و اجتماعی فرد می‌گذارد و منجر به اختلال عملکردجسمی، روانی و اجتماعی وی می‌گردد. در نتیجه تأثیر زیادی روی کیفیت زندگی بیماران دارد (۹)؛ بنابراین تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه مدون آموزشی بر روی کیفیت زندگی و ناتوانی جسمی در افراد مبتلا به درد سیاتیک انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی، به صورت مقایسه‌ای قبل و بعد کاربردی است و با هدف "بررسی میزان تأثیر برنامه آموزشی مدون بر عملکرد جسمی زنان مبتلا به کمردرد مراجعه کننده به مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۱" اجرا گردید. افراد مورد مطالعه در این پژوهش از زنان گروه شاهد مطالعه قبلی (۹) که مبتلا به کمردرد مزمن و مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه ع.پ.تهران بودند در صورتی در زمان مطالعه فعلی هنوز واجد شرایط بودند و مایل به شرکت در مطالعه بودند، بعد از توضیح اهداف و روش مطالعه در صورتی که رضایت به شرکت در مطالعه داشتند بعد از امضای فرم رضایت نامه وارد مطالعه می شدند. در زمان مطالعه این افراد صرفا تحت درمان علامتی با داروهای غیراستروئیدی و ضدالتهاب و آرام‌بخش تجویز شده توسط پزشک قرارداشتند و هر سه ماه یکبار توسط پزشک معالج ویزیت می‌شدند و هیچ گونه آموزشی در ارتباط با رفتارهای پیشگیری از کمردرد ندیده بودند. بعد از تماس با آنها در صورتی که واجد شرایط و راضی به شرکت در مطالعه بودند ثبت نام شدند. به جهت رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، فرایند مطالعه و اهداف آن برای بیمار توضیح داده می‌شد و پس از کسب رضایت، فرآیند تحقیق صورت می‌گرفت. همه آنها شرایط ورود را داشتند مگر اینکه تا زمان مطالعه فعلی معیارهای ورود را از دست داده باشند و یا مایل به شرکت در مطالعه نبودند. معیلر ورود به مطالعه داشتن کمردرد مزمن مکانیکی به تشخیص پزشک و سن ۱۸ سال به بالابود. در صورتی که این افراد به هرگونه تومور یا ناهنجاری در ناحیه ستون فقرات مبتلا بودند و یا از بیماری التهابی در ستون فقرات رنج می بردند و یا هرگونه مشکلی داشتندکه قادر به شرکت در کلاس نبودند از مطالعه خارج می شدند. با رعایت این شرایط در مجموع ۲۷ نفر از زنان مبتلا به کمردرد واجد شرایط بودند که برحسب وجود یا عدم وجود درد سیاتیک به دو گروه تقسیم شدند گروه اول ۱۴ نفر همراه با درد سیاتیک و گروه دوم ۱۳ نفر که بدون درد سیاتیک بودند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها و ارزیابی ناتوانی عملکردی از سه پرسشنامه سنجش توانایی ناشی از درد (Roland Disability Morris - (RDQ)، پرسشنامه سنجش ناتوانی ناشی از کمردرد (Quebec Back Pain Disability Scale(QDS) و پرسشنامه استاندارد فرم کوتاه ۳۶ (SF36) شامل ۳۶ سؤال است که کیفیت زندگی فرد مبتلا

به کمردرد را می‌سنجد و در عین حال طوری طراحی شده که حیطه‌های کیفیت زندگی را نیز به طور مجزا می‌توان با آن سنجید. استفاده شد.

این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال در ۸ بُعد است که ابعاد آن شامل عملکرد جسمی (Physical Functioning)، محدودیت نقش بدلیل عملکرد جسمی (Role Physical)، درد جسمانی (Bodily Pain)، سلامت عمومی (General Health)، احساس سرزندگی (Vitality)، سلامت روانی (Mental health)، محدودیت نقش بدلیل عملکرد روانی (Role Emotional)، عملکرد اجتماعی (Social Functioning) است. بر اساس دستورالعمل‌های موجود نمره‌های خام حیطه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی محاسبه و سپس به نمره استاندارد بین صفر تا صد تبدیل شد. نمره بالاتر نشانه وضعیت بهتر می‌باشد (۱۰،۱۱).

این پرسشنامه دارای پایایی و روایی بین‌المللی است و در ایران نیز توسط پژوهشکده جهاد دانشگاهی ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی و تأیید شده است (۱۰). جهت جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار پرسش‌نامه سنجش توانایی ناشی از درد Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ)) و پرسشنامه سنجش ناتوانی ناشی از کمردرد Back Pain Disability (Quebec Scale(QDS)) که دو پرسشنامه استاندارد هستند و پایایی و روایی آن‌ها تأیید شده بود (۱۲) استفاده شد. شیوه جمع‌آوری داده‌ها به شیوه مصاحبه بود و نمرات خام پرسشنامه به نمرات استاندارد تبدیل شد. داده‌های دو مرحله شامل مراحل صفر و ۶ ماه بعد از مداخله از طریق آزمون تی زوج با سطح معنی‌داری ($p<۰/۰۵$) تجزیه و تحلیل شدند. ارزیابی میزان ناتوانی جسمی ناشی از کمردرد با استفاده از پرسشنامه ناتوانی جسمی (RDQ ۲۴) سؤالی رولند و موریس انجام شد. در این مقیاس نمره بیشتر نشان‌دهنده ناتوانی جسمی بیشتر است. پرسشنامه سنجش ناتوانی از کمردرد (QDS) شامل فعالیت‌های گوناگون و وضعیت‌های مختلف است که در هر وضعیت یا حرکتی میزان درد مورد سؤال قرار می‌گیرد. این پرسشنامه حاوی ۲۰ سؤال ۶ گزینه‌ای است که گزینه‌ها از صفر (بدون مشکل) تا ۵ (عدم توانایی انجام آن) درجه‌بندی شده‌اند. نمره کل بین صفر تا ۱۰۰ گزارش می‌گردید در مجموع عدد صفر در پرسشنامه به منزله سلامت کامل و بدون مشکل در ناحیه کمر و هر چه نمره بالاتر باشد نشانه مشکل بیشتر می‌باشد. این پرسشنامه اطلاعات خوبی از ابعاد مختلف ناتوانی بیمار در انجام امور روزمره را در اختیار درمانگر قرار می‌دهد.

افراد مورد مطالعه در این پژوهش ۵۲ نفر بودند و بعد از امضای فرم رضایتنامه پرسشنامه‌های (RDQ، QDS، SF) ۳۶ برای ایشان تکمیل شد. همه افراد شرایط ورود به مطالعه قبلی (۹) را داشتند مگر اینکه تا زمان مطالعه فعلی معیارهای ورود را از دست داده باشند و یا مایل به شرکت در مطالعه نبودند. در مجموع ۲۷ نفر واجد شرایط بودند که پرسشنامه ها را در ابتدا تکمیل نمودند. پس از ارزیابی متغیرهای مورد نظر، مداخله آموزشی بدین نحو انجام شد که افراد وارد شده در مطالعه برای شرکت در ۴ ساعت کلاس آموزشی در گروه‌های ۶ تا ۸ نفره دعوت می شدند. ابتدا این افراد در یک کلاس ۲ ساعته با ساختمان و عملکرد ستون فقرات و عوامل تاثیر گذار بر درد و ناتوانی جسمی آشنا شده و سپس بطور عملی مهارت حفظ وضعیت صحیح ستون فقرات در حین انجام فعالیتهای فیزیکی روزمره نظیر ایستادن، نشستن، خوابیدن و راه رفتن و انجام ورزشهای انعطافی، کششی و قدرتی را فرا می گرفتند. در دوساعت بعدی بیماران با استرسهای روحی روانی و تأثیر آنها بر درد آشنا شده و مهارتهای کنترل استرس را فرا گرفته و تمرین می نمودند. در پایان پمفلت آموزشی نیز در اختیار افراد قرار می‌گرفت. این پمفلت حاوی تصاویری از حرکات نرمشی برای تقویت عضلات وستون فقرات می‌باشد. بعد از اتمام کلاسها، در پایان ماه اول و دوم بیماران پی‌گیری تلفنی و کنترل شدند. در تماسهای تلفنی مشکلات و موانع احتمالی انجام رفتارهای صحیح و تکنیک‌های مدیریت و مقابله با استرس مورد بحث قرار گرفت و راه‌حل‌های مناسب به افراد ارائه شد. در جریان این تماسها بیماران تشویق می‌شدند تا

با تکرار و انجام مرتب رفتارهای صحیح و حذف رفتارهای غلط، رفتار صحیح را در خود نهادینه کنند.

و در صورتی که نیاز به آموزش بیشتر داشتند به سوالات آنها پاسخ داده می‌شد. افراد در ۶ ماه بعد از مداخله اولیه مجددا پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. لذا ۲۷ بیمار موفق به تکمیل پرسشنامه ها در دو مرحله شدند. جمع‌آوری داده‌ها به شیوه مصاحبه بود و تکمیل پرسشنامه برای هر نفر ۲۰-۱۵ دقیقه زمان برد. داده ها از طریق آزمون تی تست زوجی و تی مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد و سطح معنی‌داری (p< ۰/۰۵) درنظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۷ نفر از زنان مبتلا به کمردرد مزمن وارد مطالعه شدند و ۲۷ نفر پرسشنامه‌ها را در دو مرحله تکمیل نمودند (میزان پاسخدهی ۱۰۰ درصد). میانگین سنی آنها ۵۱/۶۲ سال با انحراف معیار ۹/۲۹ و دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۳۳ تا ۶۶ سال گسترده بود.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد قبل از مداخله، افراد همراه با درد سیاتیک در همه ابعاد کیفیت زندگی از میانگین نمرات کمتری نسبت به افراد مبتلا به کمردرد بدون درد سیاتیک برخوردارند و این تفاوت درابعاد عملکرد جسمانی (p =۰/۰۲)، محدودیت به علت مشکلات جسمانی (p =۰/۰۱)، درد جسمانی (p =۰/۰۱) و محدودیت به علت مشکلات روحی (p =۰/۰۳) معنی‌دار می‌باشد؛ و یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد ۶ ماه بعد از مداخله بین دو گروه همراه و بدون درد سیاتیک در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار مشاهده نمی‌شود. عملکرد جسمانی (p =۰/۱۵)، محدودیت به علت مشکلات جسمانی (p =۰/۲۶)، درد جسمانی (p =۰/۱۲)، سلامت عمومی (p=۰/۷۰)، سرزندگی (p =۰/۶۸)، محدودیت به

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی در زنان مورد مطالعه (n=۲۷) بر حسب درد سیاتیک قبل از مداخله

سیاتیک	همراه با درد (n=۱۴)		بدون درد (n=۱۳)		p*
ابعادکیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جسمانی	۶۳/۵۷	۲۴/۸۴	۸۳/۰۷	۱۶/۲۷	*۰/۰۲
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۳۲/۱۴	۴۳/۲۲	۷۵	۳۸/۱۸	*۰/۰۱
درد جسمانی	۴۵/۴۲	۲۴/۰۸	۶۸/۸۴	۱۹	*۰/۰۱
سلامت عمومی	۵۹/۳۵	۱۳/۸۴	۶۳/۱۵	۱۸/۱۳	۰/۵۴
سرزندگی	۵۶/۴۲	۲۷/۳۴	۶۳/۰۷	۱۷/۷۴	۰/۴۶
سلامت روانی	۵۵/۴۲	۲۷/۶۱	۶۰/۳	۲۳/۶۹	۰/۶۲
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۴۵/۲۳	۴۰/۵۲	۷۹/۴۸	۳۹/۷۶	*۰/۰۳
عملکرد اجتماعی	۷۷/۶۷	۲۹/۰۷	۷۸/۸۴	۲۷/۶۶	۰/۹۱

*p <۰/۰۵

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی در زنان مورد مطالعه (n=۲۷) بر حسب درد سیاتیک بعد از مداخله

سیاتیک	همراه با درد (n=۱۴)		بدون درد (n=۱۳)		p *
ابعادکیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جسمانی	۷۵/۳۵	۱۳/۶۵	۸۴/۲۳	۱۷/۳۰	۰/۱۵
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۵۵/۳۵	۴۵/۱۲	۷۳/۰۷	۳۴/۵۵	۰/۲۶
درد جسمانی	۶۲/۱۴	۱۵/۴۳	۷۲/۳۸	۱۷/۸۱	۰/۱۲
سلامت عمومی	۶۳/۰۷	۱۵/۳۸	۶۵/۳۸	۱۶/۰۲	۰/۷۰
سرزندگی	۶۸/۹۲	۱۲/۸۸	۶۶/۵۳	۱۷/۳۶	۰/۶۸
سلامت روانی	۷۰/۰۰	۱۷/۳۸	۷۲/۳۰	۲۰/۶۸	۰/۷۵
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۶۱/۹۰	۳۴/۲۳	۷۹/۴۸	۳۷/۳۶	۰/۲۱
عملکرد اجتماعی	۸۷/۵۰	۱۳/۸۶	۸۲/۶۹	۱۶/۵۶	۰/۴۲

*p <۰/۰۵

علـت مشـکلات روحـی (p =۰/۲۱) و عملکـرد اجتماعی (p =۰/۴۲).

یافته‌های جدول ۳ قبل و بعد از مداخله در افراد همراه با درد سـیاتیک حـاکی از ارتقـاء نمـرات در همه ابعاد هشت‌گانه کیفیـت زنـدگی اسـت و ایـن تفاوت در ابعاد محدودیت نقش به علـت مشـکلات جسـمانی (p=۰/۰۲)، درد جسـمانی (p=۰/۰۰۸)، سـلامت عمـومی (p=۰/۰۰۵) و سـلامت روانـی (p=۰/۰۴) بطور معنی‌دار افزایش یافته است.

همانطور که در جدول ۴ نمایان است قبل و بعد از مداخله در افراد بدون درد سیاتیک نمرات به جز بعد محدودیت به علت مشکلات جسـمانی درهمـه ابعاد کیفیت زندگی افزایش یافتـه و فقـط در بعـد سلامت روانی تفاوت معنی‌دار می‌باشد (p= ۰/۰۱).

یافته‌های جدول ۵ حاکی از آن است که مداخله آموزشی در افراد همراه با درد سیاتیک از حیث دو مقیاس بکار رفته در پژوهش به طور معنـی‌دار، در بهبود سطح ناتوانی عملکردی مؤثر می‌باشد. سطح معنـــی‌داری در مقیـــاس RDQ (p= ۰/۰۰۵) و درمقیاس QDS (p=۰/۰۳) بود؛ و در مبتلایـان بـه کمردرد بدون درد سیاتیک بعد از مداخله از حیث هر دو مقیاس بهبود یافته و در مقیاس QDS ایـن کاهش معنی‌دار نیز می‌باشد (p=۰/۰۲).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی در بیماران همراه با درد سیاتیک (n=۱۴) قبل و بعد از مداخله

سیاتیک	قبل از مداخله		بعد از مداخله		p*
ابعادکیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جسمانی	۶۳/۵۷	۲۴/۸۴	۷۵/۳۵	۱۳/۶۵	۰/۰۵
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۳۲/۱۴	۴۳/۲۲	۵۵/۳۵	۴۵/۱۲	*۰/۰۲
درد جسمانی	۴۵/۴۲	۲۴/۰۸	۶۲/۱۴	۱۵/۴۳	*۰/۰۰۸
سلامت عمومی	۵۹/۳۵	۱۳/۸۴	۶۳/۰۷	۱۵/۳۸	*۰/۰۰۵
سرزندگی	۵۶/۴۲	۲۷/۳۴	۶۸/۹۲	۱۲/۸۸	۰/۰۸
سلامت روانی	۵۵/۴۲	۲۷/۶۱	۷۰/۰۰	۱۷/۳۸	*۰/۰۴
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۴۵/۲۳	۴۰/۵۲	۶۱/۹۰	۳۴/۲۳	۰/۰۸
عملکرد اجتماعی	۷۷/۶۷	۲۹/۰۷	۸۷/۵۰	۱۳/۸۶	۰/۱۲

*p <۰/۰۵

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی در بیماران بدون درد سیاتیک (n=۱۴) قبل و بعد از مداخله

سیاتیک	قبل از مداخله		بعد از مداخله		p *
ابعادکیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جسمانی	۸۳/۰۷	۱۶/۲۷	۸۴/۲۳	۱۷/۳۰	۰/۷۶
محدودیت نقش به علت مشکلات‌جسمانی	۷۵/۰۰	۳۸/۱۸	۷۳/۰۷	۳۴/۵۵	۰/۸۴
درد جسمانی	۶۸/۸۴	۱۹/۰۰	۷۲/۳۸	۱۷/۸۱	۰/۲۰
سلامت عمومی	۶۳/۱۵	۱۸/۱۳	۶۵/۳۸	۱۶/۰۲	۰/۱۲
سرزندگی	۶۳/۰۷	۱۷/۷۴	۶۶/۵۳	۱۷/۳۶	۰/۵۷
سلامت روانی	۶۰/۳۰	۲۳/۶۹	۷۲/۳۰	۲۰/۶۸	*۰/۰۱
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۶۹/۲۳	۴۱/۸۵	۷۹/۴۸	۳۷/۳۶	۰/۴۳
عملکرد اجتماعی	۷۸/۸۴	۲۷/۶۶	۸۲/۶۹	۱۶/۵۶	۰/۴۸

*p <۰/۰۵

جدول ۵- میانگین نمرات ناتوانی جسمی بر اساس دو ابزار RDQ و QDS قبل و ۶ ماه بعد از مداخله در افراد تحت مطالعه

متغیر	همراه با درد سیاتیک (n=۱۴)		*p	بدون درد (n=۱۳)		*p
	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	۶ ماه بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)		قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	۶ ماه بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	
RDQ	(۴/۴۴)۱۰/۴۲	(۳/۹۷)۷/۸۵	*۰/۰۰۵	(۲/۶۵)۶/۳۰	(۳/۲۷)۴/۳۸	۰/۰۵
QDS	(۱۶/۸۵)۲۹/۲۱	(۸/۰۹)۱۸/۲۱	*۰/۰۳	(۱۲/۲۸)۱۵/۷۶	(۶/۳۶)۱۰/۳۰	*۰/۰۲

*p <۰/۰۵

Quebec Back Pain Disability Scale (QDS), Roland-Morris Disability (RDQ)

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی تأثیر برنامه آموزشی مدون بر روی کیفیت زندگی وناتوانی جسمی زنان مبتلا به کمردرد در مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخت. نگاهی بر یافته‌ها و اطلاعات حاصل از سؤالات مربوط به کیفیت زندگی نشان می‌دهد کیفیت زندگی افراد مبتلا به کمردرد که دچار درد سیاتیک هم هستند قبل از مداخله در همه ابعاد پایین‌تر از افراد مبتلا به کمردرد بدون درد سیاتیک می‌باشند و در ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت نقش جسمانی، درد جسمانی و محدودیت نقش به علت مشکلات روحی تفاوت معنی‌دار بین این دو گروه وجود دارد و ۶ ماه بعد از مداخله در هیچ‌یک از ابعاد بین این دو گروه تفاوت معنی دار مشاهده نشد. این امر نشان‌دهنده تاثیر چشمگیر برنامه آموزشی بر ارتقاء ابعاد مختلف کیفیت زندگی است. بعد از مداخله همه ابعاد کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد سیاتیک افزایش یافته و در ابعادی چون محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، دردجسمانی، سلامت عمومی و سلامت روانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به نظر می‌رسد این برنامه آموزشی تأثیرات مثبت و ویژه تری در طی شش ماه بر روی ابعاد کیفیت زندگی افراد دارای درد سیاتیک داشته است چنانچه نتایج نشان می‌دهد کاهش درد در این افراد منجر به افزایش عملکرد جسمانی و کاهش محدودیت بعلت مشکلات جسمی و در نهایت باعث بهبود سلامت روانی و ارتقاء سلامت عمومی ایشان گردیده است. یافته‌های تحقیقاتی انجام شده، می‌تواند تأکیدی بر یافته‌های حاصل از این بررسی در خصوص کیفیت زندگی باشد (۱۳، ۱۴).

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد در زنان مبتلا به کمردرد بدون درد سیاتیک، برنامه آموزشی بکار رفته در این مطالعه توانست علیرغم بهبودی در همه ابعاد، در بعد سلامت روانی تفاوت فاحش معنی دار نیز ایجاد نماید که به نظر می‌رسد شرکت در جلسات آموزشی و مشاوره‌های تلفنی نقش مؤثری در بهبود سلامت روانی افراد داشته است. از نکات قابل ذکر این مطالعه ادامه آموزش بیماران از طریق مشاوره تلفنی بود در خصوص تمرین کنترل استرس و بکار گیری روش‌های حل مسئله که منجر به ارتقای سلامت روان در آنان تا ۶ ماه شد. این نتایج با یافته‌های قبلی مغایرت دارد (۱۴) که نشان داد کلاس آموزشی به تنهایی نتوانست منجر به افزایش معنی‌دار بعد از شش ماه در بعد سلامت روان شود ولی پیگیری‌های تلفنی و یادآوری آموزش‌های داده شده موجب ارتقاء معنی دار سلامت روان در ایشان گردید؛ بنابراین حمایت بیماران از طریق مشاوره‌های تلفنی می‌تواند موجب ارتقاء سلامت روان بیمارن گردد (۱۷-۱۵).

از طرفی انجام مداخله آموزشی و مشاوره‌ها نتوانست روی عملکرد اجتماعی افراد تفاوت معنی‌دار ایجاد نماید که این نتیجه با مطالعات قبلی پژوهشگران همسو می‌باشد (۱۴).

نتایج پژوهش حاضر نیز حاکی از تأثیرمثبت آموزش وضعیت‌های مناسب بدنی و کسب مهارتهای کنترل استرس در خلال یک برنامه مدون آموزشی با بهبود سطح ناتوانی جسمی در زنان مبتلا به درد سیاتیک می‌باشد به نظر می‌رسد این برنامه آموزشی با کاهش درد در این افراد منجر به کاهش ناتوانی جسمی در ایشان گردیده است و بطور معنی‌دار تأثیرات مثبتی طی ۶ ماه بر روی ناتوانی جسمی افراد دارای درد سیاتیک گذارده است. مطالعات زیادی مؤید این نتیجه می‌باشند که بر روی زنان مبتلا به کمردرد انجام شده‌اند (۱۵، ۱۳).

از طرفی به نظر می‌رسد برگزاری کلاسهای آموزشی به صورت بحث گروهی و مشاوره‌های تلفنی درافزایش آمادگی جسمانی و روانی در این افراد مؤثر باشد. مطالعات دیگر پژوهشگران نیز تأییدی است بر پژوهش حاضر (۱۵).

علیرغم نقاط قوت این مطالعه نظیر دیگر مطالعات خالی از محدودیت نیست. یکی از محدودیت‌های این مطالعه این بود که تمام افراد مورد مطالعه زن بودند و لذا نمی‌توان نتایج آن را به همه افراد تعمیم داد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده تأثیر این مداخله در هر دو جنس سنجیده شود. به نظر می‌رسد با توجه به

اینکه در مطالعه ما حجم نمونه ۱۴ نفر می‌باشد که برای نشان دادن این تفاوت کافی نبوده و از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

به نظر می‌رسد ادغام برنامه مدون آموزشی با مشاورهای تلفنی که در فواصل زمانی ۱ و ۲ ماه بعد از مداخله صورت پذیرفت در افزایش و پایداری تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء کیفیت زندگی و ناتوانی جسمی افراد مبتلا به کمردرد مزمن همراه با درد سیاتیک نقش مهمی را ایفا می‌نماید؛ و پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با تعداد نمونه بالاتر در هر دو جنس انجام شود.

تقدیر و تشکر

از مساعدت مسئولین محترم مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین از بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Pataro SMS, Fernandes RdCsP. Heavy physical work and low back pain: the reality in urban cleaning. Revista Brasileira de Epidemiologia; 2014. 17(1):17-30.
2. www.spine-health.com/wellness/exercise/ sciatica. Available on June1, 2016.
3. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. BMC Muscloskelet Disord; 2007. 8: 21.
4. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes B. Back School for non-specific low-back pain. Cochrane Database Syst Rev; 2004.4: CD000261
5. Cecchi F, Molino-Lova R, Chiti M, Pasquini G, Paperini A, Conti AA, et al. Spinal manipulation compared with back school and with individuaiiy delivered physiotherapy for the treatment of chronic low back pain: arandomized trial with one-year follow-up. Clin Rehabil; 2010. 24(1):26-36.
6. Hall H, Iceton JA. Back school. An overview with specific reference to the Canadian Back Education Units. Clin Orthip Relat Res; 1983. 179:7-10.
7. Claiborne N, Vandenburgh H, Krause TM, et al. Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: a back education program evaluation. Evaluation and program planning; 2002. 25: 61-70.
8. Tavafian SS, Eftekhar H, Jamshidi AR, Mohammad K, Montazeri A, Shojaeezadeh D, et al. [Quality of life in women with Different Intensity of Low back pain]. Iranian J Pub Health; 2005.34(2):36-39.[Persian]
9. Tavafian SS, Jamshidi AR, Mohammad K. Treatment of chronic low back pain. A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary Group-based Rehabilitation program and Oral Treatment with Oral Drug Treatment. Clin J Pain; 2011. 27(9): 811-18.
10. Montazeri A, Goshtasebi 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: 875-882.
11. Ware JE, Gandek B. Overview of SF-36 health survey and the international quality of life assessment project. J Clin Epidemiol; 1998. 51(11): 903-912.
12. Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B. The Oswestry Disability Index, the Roland-Morris Disability Questionnaire, and the Quebec Back Pain Disability Scale: translation and validation studies of the Iranian versions. Spine (Phila Pa 1976); 2006. 31(14): 454-459.
13. Jamshidi AR, Tavafian SS, Mohammad K, Montazeri A. [Effects of training on quality of life in women with chronic low back pain lower back health: clinical trial Survey]. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran; 2008. 26(3):321-329.[Persian]
14. Poiraudeau S, Revel M. Rehabilitation therapy in chronic low back pain. Joint Bone Spine; 2000. 67(6): 582-7.
15. Carroii LJ, Cassidy JD, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of trouble some neck and low back pain. Pain; 2004. 107(1-2): 134-9.
16. Tavafian SS, Jamshidi AR, Mohammad K. [The effects of multidisciplinary educational program on quality of life and disability of patients with chronic low back pain: A clinical trial with 3,6,12 & 18 months follow ups]. J Isfahan Med School 2011. 29(130):202-14.[Persian]
17. Hall H, Mclntosh G. Low back pain (chronic). Clin Evid (Online) 2008. 2008.

The effects of Low back pain educational programs on quality of life and physical disability among patients with chronic low back pain with or without sciatica: a before-after study

Sedigheh sadat Tavafian, Associate Professor, Department of Health Education, Faculty of Medicial Sciences, Tehran, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. tavafian@modares.ac.ir
***Ahmad Reza Jamshidi**, Professor, Rheumatology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). jamshida@sina.tmus.ac.ir
Shoherh Shahmohammadi, MSc of Health Education, Research Ethic committee, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. ht890901@yahoo.com

Abstract

Background: The sciatic pain caused by a herniated lumbar disc is one of the most expensive disorders for society in terms of quality of life and disability. This study aimed to explore the impact of educational programs on quality of life and disability in women with or without sciatica up to 6 months after intervention.

Methods: This is a semi experimental study that was carried out in Rheumatology Research Center of Tehran University of Medical Sciences. There were 27 eligible patients suffering from chronic low back pain (including 14 patients with sciatica and 13 patients without sciatica) entered in the study. All participants divided into groups of 6 to 8 members and were provided with a four-hour training session of physiotherapy and psychology followed by telephone counseling. Roland-Morris Disability (RDQ) & Quebec Back Pain Disability Scale (QDS) questionnaires and SF-36 were completed at initial of the study and 6 months after intervention. Data were analyzed by paired t-test; $p<0.05$ was considered significant.

Results: The findings of this study revealed that in people with sciatic pain quality of life's scores increased in all dimensions after 6 months educational intervention and especially there was significant differences in bodily pain ($p=0.004$), general health ($p=0.002$), and mental health ($p=0.002$). Considering QDS and RDQ scales, subjects' bodily disability was improved significantly and in patients without sciatic pain just mental health and QDS were improved ($p=0.01$ and $p=0.02$, respectively).

Conclusion: Educational program companied by telephone counseling after intervention had an important role in decreasing the disability and increasing the quality of life and bodily function of women suffering from low back pain and sciatic pain up two months.

Keywords: Low back Pain, Educational Program, Sciatic pain