

بررسی فراوانی دردهای عضلانی اسکلتی در دوران بارداری و عوامل مرتبط با کمردرد دوران بارداری

دکتر فریبا قادری^{۱*}، دکتر محمد اصغری جعفرآبادی^۲، دکتر محمد علی محسنی بندپی^۳

۱. استادیار گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. استادیار گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشیار گروه فیزیوتراپی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۷

خلاصه

مقدمه: فیزیولوژی بدن مادر در طول بارداری، تحت تأثیر عوامل هورمونی و ساختاری متعددی قرار می گیرد. بسیاری از این تغییرات به طور مستقیم یا غیر مستقیم در به وجود آوردن عوارض عضلانی اسکلتی نظیر کمردرد، سندرم تونل کارپ و سایر موارد دردناک دخیل هستند. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع دردهای اسکلتی عضلانی و عوامل خطر ساز مؤثر بر آن در زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی - مقطعی در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۳۵ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت، درمانگاه ها و مطب های خصوصی متخصصین زنان و زایمان انجام شد. افراد به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از یک پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی استاندارد جهت بررسی شیوع دردهای اسکلتی عضلانی خصوصاً کمردرد (به دلیل شیوع بالای آن) و عوامل خطر ساز مؤثر بر آن شامل سن، شاخص توده بدنی، سن بارداری، وضعیت های بهتر کننده و بدتر کننده درد، نوع زایمان قبلی، تعداد فرزندان، سابقه ورزش، میزان رضایت شغلی، وضعیت شغلی و معیار کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه و رابطه بین آنها مورد مطالعه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از بین دردهای عضلانی اسکلتی مورد مطالعه، کمردرد (۵۸/۲٪) شایعترین درد عضلانی اسکلتی در بین مادران باردار بود. از بین عوامل خطر ساز مؤثر بر کمردرد، میزان رضایت شغلی، شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی، معیار کیفیت زندگی و سابقه کمردرد قبلی با کمردرد زمان بارداری ارتباط آماری معنی داری داشت ($p < 0/05$).
نتیجه گیری: شیوع دردهای عضلانی اسکلتی و به خصوص کمردرد در زنان باردار نسبتاً زیاد است ولی انجام آموزش های لازم قبل و حین بارداری می تواند از شدت این مشکلات در دوران بارداری بکاهد. با توجه به وجود ارتباط معنی دار بین برخی از عوامل یاد شده و بروز کمردرد، به نظر می رسد انجام مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی جهت بررسی تأثیر این عوامل ضروری به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: بارداری، دردهای اسکلتی عضلانی، شیوع

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فریبا قادری؛ دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۳۴۶۴۷؛ پست الکترونیک: Ghaderimailbox@gmail.com

مقدمه

بارداری با تغییر بسیاری از شرایط فیزیکی و فیزیولوژیکی مادر، یکی از عوامل مستعد کننده مادران جهت ابتلاء به دردهای عضلانی اسکلتی می باشد. وزن مادر در طول بارداری به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۵ کیلوگرم افزایش می یابد و تغییرات هورمونی و بیومکانیکی بدن مادر، او را مستعد انواع مشکلات اسکلتی عضلانی مانند کمردرد، دردهای لگنی، درد سیاتیک، درد ناحیه دنبالچه، سندرم تونل کارپ و سندرم پای دردناک خواهد کرد. بسیاری از زنان تصور می کنند که این دردها، بخشی طبیعی از دوران بارداری آنان است که بعد از زایمان به طور خود به خود از بین خواهد رفت، در حالی که نتایج مطالعات نشان داده اند که این مشکلات باید جدی تلقی شوند (۱، ۲).

کمردرد بارداری، یکی از شایعترین دردهای اسکلتی عضلانی دوران بارداری می باشد و ممکن است برای برخی زنان، شروع یک کمردرد مزمن برای سایر دوران زندگی آنها باشد و باعث پیدایش مشکلات و ناتوانی های زیادی برای آنان شود. اکثر مطالعات گذشته به بررسی شیوع و عوامل خطر ساز کمردرد در حین بارداری پرداخته اند. مطالعات مختلف میزان شیوع کمردرد بارداری را حدود ۶۱٪ گزارش کرده اند که در ۷۵٪ موارد، این افراد هیچگونه سابقه کمردرد نداشتند و در یک سوم موارد، این کمردرد به عنوان یک مشکل جدی برای افراد در طول زندگی باقی ماند. اگر چه کمردرد، یکی از عوارض شایع بارداری می باشد، ولی علت و پاتوفیزیولوژی دقیق آن هنوز مورد بحث است. به نظر می رسد تغییرات هورمونال و افزایش وزن مادر، افزایش قوس کمر، شلی لیگامان ها و احتباس مایع در بافت های بینابینی، باعث اعمال نیروهای غیرطبیعی به سطوح مفصلی و عضلات و در نتیجه دردهای اسکلتی و عضلانی شود. از جمله عواملی که به عنوان عوامل مؤثر بر کمردرد در دوران بارداری ذکر شده اند می توان به سابقه کمردرد در بارداری قبل یا هر سابقه قبلی از کمردرد، سن کم مادر، زایمان های مکرر، عوامل هورمونی و جنسی، استرس های وارده، رضایتمندی کم از شغل، فشارهای فیزیکی در شغل و سابقه تروما به کمر یا لگن اشاره کرد (۳، ۴).

در مطالعه محسنی و همکاران (۲۰۰۹) که در منطقه شمال ایران در مورد عوامل مرتبط با کمردرد دوران بارداری بر روی ۱۱۰۰ زن باردار انجام شد، شیوع کمردرد و شدت درد و ناتوانی ناشی از آن به وسیله پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و میزان شیوع کمردرد در زمان مطالعه، یک ماه گذشته، ۶ ماه گذشته و سال قبل و شیوع آن در طول زندگی مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که بین وجود کمردرد در دوران بارداری با وجود کمردرد قبلی افراد ارتباط وجود دارد. همچنین مشخص شد که ایستادن های طولانی باعث تشدید کمردرد و استراحت کردن باعث کاهش کمردرد می شود (۵). مطالعه مذکور در منطقه شمال ایران انجام گرفت و عوامل محدودی به عنوان عوامل مؤثر بر کمردرد بارداری مورد بررسی قرار گرفت و سایر دردهای عضلانی اسکلتی و عوامل خطر ساز دیگر مؤثر بر آنها بررسی نشد. با توجه با اینکه شرایط اقلیمی و فرهنگی و تأثیر این شرایط بر نحوه زندگی و تغذیه افراد می تواند بر شیوع و عوامل خطر ساز مرتبط با دردهای اسکلتی عضلانی تأثیرگذار باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع دردهای اسکلتی عضلانی و عوامل خطر ساز مؤثر بر آن در زنان باردار انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی - مقطعی در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۳۵ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت، کلینیک های فوق تخصصی دانشگاه و مطب های خصوصی متخصصین زنان و زایمان که طبق نظر پزشک متخصص، دارای بارداری طبیعی بودند، انجام شد. افراد به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. مراکز ذکر شده به صورت تصادفی از سطح شهر تبریز و برخی شهرستاهای اطراف آن انتخاب شد تا سوگیری ناشی از سطح اقتصادی- اجتماعی مراجعین به حداقل برسد.

افرادی که دارای هرگونه بارداری غیر طبیعی، هر گونه سابقه تومور، بدخیمی، شکستگی یا جراحی قبلی در ستون فقرات، هر گونه بیماری زمینه ای التهابی و روماتیسمی، وجود بدشکلی های ستون مهره ای، وجود

عوامل خطرساز احتمالی مؤثر بر کمردرد این افراد شامل سن، شاخص توده بدنی، زمان شروع بارداری، سن بارداری، وضعیت های بهتر کننده و بدتر کننده درد، نوع زایمان قبلی، تعداد فرزندان، سطح سلامت عمومی، سابقه ورزش، وضعیت شغلی و میزان رضایت شغلی و معیار کیفیت زندگی افراد را نیز بررسی می کرد. نسخه نهایی این پرسشنامه از نظر تکرارپذیری، بین آزمونگرهای مختلف و برای یک آزمونگر در ۱۵ زن باردار قبل از انجام مطالعه بررسی شد و ضریب همبستگی بالای ۰/۸۰ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) انجام شد. داده ها به صورت توصیفی با ارائه متوسط (انحراف معیار) برای متغیرهای کمی و درصد (فراوانی) برای متغیرهای کیفی در جدول ارائه شده است. وجود کمردرد جهت بررسی عوامل مؤثر بر آن به عنوان متغیر اصلی در نظر گرفته شد. جهت بررسی متغیرهای وابسته دیگر با پیامد اصلی از آزمون لوجستیک ساده به صورت تک متغیره استفاده شد و مقادیر نسبت شانس با ۰/۹۵ فاصله اطمینان گزارش شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $27/51 \pm 5/36$ سال در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۴ سال بود که جهت بررسی تأثیر سن بر متغیرهای مورد بررسی، افراد در سه گروه سنی زیر ۲۶ سال، بین ۲۶ تا ۲۹ سال و بالای ۳۰ سال تقسیم بندی شدند. میانگین سن بارداری زنان $24/36 \pm 6/25$ هفته در محدوده ۳ تا ۳۹ هفته بود که جهت بررسی تأثیر سن بارداری بر متغیرهای مورد بررسی، افراد در سه گروه سه ماهه اول، سه ماهه دوم و سه ماهه سوم بارداری تقسیم شدند. جهت بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی، از یک متغیر ترکیبی سطح درآمد و تحصیلات خانواده در سه گروه پایین، متوسط و بالا استفاده شد. میانگین شاخص توده بدنی افراد $26/81 \pm 3/93$ در دامنه ۱۸ تا ۳۹ کیلوگرم بر متر مربع بود که جهت بررسی ارتباط شاخص توده بدنی با متغیرهای مورد بررسی،

پوکی استخوان و یا عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه بودند، از مطالعه خارج شدند. با توجه به اینکه هدف مطالعه بررسی عوامل خطر سازی نظیر سن مادر، سن بارداری، تعداد زایمان، میزان فعالیت روزانه، شغل و وضعیت شغلی بود، این موارد در انتخاب نمونه ها محدود و کنترل نشدند.

همه افراد ضمن آگاهی کامل از روند مطالعه و رضایتمندی کتبی و شفاهی جهت شرکت در مطالعه، وارد مطالعه شدند و مختار بودند در هر مرحله ای که خواستند از مطالعه خارج شوند. در این مطالعه، ۲۳۵ زن باردار واجد شرایط در مدت ۲۰ دقیقه، یک پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی که جهت بررسی انواع مشکلات اسکلتی عضلانی شایع در دوران بارداری و عوامل خطرساز مؤثر بر آنها طراحی شده بود را تکمیل کردند. این پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی از یک پایان نامه مرتبط که در کانادا انجام شده بود، اقتباس و ترجمه شد (۶) و نسخه تغییر یافته ای از پرسشنامه ناتوانی رولاند و موریس^۱، پرسشنامه ناتوانی کمردرد کوکب^۲ و پرسشنامه وضعیت سلامت عمومی^۳ و مقیاس بینایی درد^۴ بود. این پرسشنامه پس از ترجمه و بومی سازی، از نظر اعتبار محتوا به تأیید ۲ نفر زبان شناس و ۲ متخصص زنان و زایمان رسید و برخی اصلاحات لازم در این مرحله انجام شد. تکرارپذیری ثبات درونی^۵ پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ^۶ تأیید شد ($\alpha > 0/7$).

پرسشنامه مذکور توسط افراد آموزش دیده به صورت حضوری تکمیل شد. این افراد، دانشجویان سال آخر فیزیوتراپی بودند که طی یک دوره، نحوه تفهیم سؤالات به مادران باردار در هر سطح اجتماعی - اقتصادی و نحوه ثبت این پاسخ ها در گزینه های پرسشنامه را آموزش دیده بودند. این پرسشنامه ضمن بررسی شیوع دردهای اسکلتی عضلانی اعم از اختلالات مفاصل لگن، اختلالات مفصل فک، سندرم پای دردناک، درگیری های عصبی به صورت سندرم تونل کارپال، درگیری عصب جلدی ران؛

¹ Roland and Morris Disability Questionnaire

² Quebec Back Pain Disability Scale

³ SF General Health Status Measure

⁴ Visual Analogue Scale

⁵ Internal Consistency Reliability

⁶ Chronbach's α

افراد در سه گروه شاخص توده بدنی ۱۸ تا ۲۵، ۲۵ تا ۳۰ و بالای ۳۰ تقسیم بندی شدند.

از بین دردهای اسکلتی عضلانی مورد مطالعه، شایعترین درد گزارش شده از سوی مادران باردار، کمردرد (۵۴/۸٪) بود. دردهای شایع دیگر به ترتیب شامل: درد ناحیه پشت و قفسه سینه (۴۸/۶٪)، سندرم پای دردناک (۳۲/۶٪)، درد کف لگن (۳۱/۵٪)، اختلالات مفاصل لگن، (۲۷٪)، درد زانو و مچ پا (۲۱/۴٪)، شیوع سندرم تونل کارپال (۱۶/۵٪)، سندرم مرالژیپارستتیکا (درگیری عصب جلدی ران)؛ (۱۲/۹٪)، دردهای شانه و گردن (۱۲/۳٪) و اختلالات مفصل فک (۴/۷٪) بود.

در این مطالعه ارتباط بین میزان رضایت شغلی (زیاد، متوسط و کم)، سن مادر، سن بارداری، شاخص توده بدنی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، تعداد زایمان های قبلی (۱ بار، ۲ بار و بیشتر)، نوع زایمان (طبیعی یا

سزارین)، سابقه ورزش منظم (حداقل نیم ساعت روزانه)، وضعیت شغلی غالب (ایستاده، نشسته و راه رفتن)، سابقه کمردرد قبلی و معیار کیفیت زندگی (بر اساس پرسشنامه استاندارد در سه سطح پایین، متوسط و خوب) با کمردرد بارداری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه در مورد عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده کمردرد نشان داد که کمردرد در ۱۰۳ نفر (۶۶٪) با فعالیت و ایستادن های طولانی مدت بیشتر و در ۱۰۷ نفر (۶۸/۲٪) با استراحت کردن، کمتر شد. خلاصه نتایج مربوط به آزمون رگرسیون لجستیک یک متغیره در جدول ۱ آمده است.

بر اساس نتایج مطالعه، از بین عوامل مورد مطالعه، میزان رضایت شغلی، شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی، معیار کیفیت زندگی و سابقه کمردرد قبلی با کمردرد زمان بارداری ارتباط معنی داری داشت ($p < 0/05$).

جدول ۱- خلاصه نتایج مربوط به آزمون رگرسیون لجستیک یک متغیره

متغیرها	تعداد (درصد)	نسبت شانس	حد پایین فاصله اطمینان	حد بالای فاصله اطمینان	سطح معنی داری
میزان رضایت شغلی	زیاد	۳۱ (۳۰/۱)	۰/۰۴	۰/۷۵	۰/۰۱
	متوسط	۵۴ (۵۲/۴)	۰/۰۸	۱/۲۲	۰/۰۹
	کم	۱۸ (۱۷/۵)	رفرنس	-----	-----
سن مادر	زیر ۲۶ سال	۸۱ (۳۵/۱)	۱/۰۱	۱/۹۵	۰/۹۷
	بین ۲۶ تا ۲۹ سال	۷۴ (۳۲)	۱/۲۰	۲/۳۹	۰/۶۰
	بالای ۳۰ سال	۷۶ (۳۲/۹)	رفرنس	-----	-----
سن بارداری	سه ماهه اول	۳۴ (۱۶/۳)	۰/۴۹	۱/۱۰	۰/۰۸
	سه ماهه دوم	۵۵ (۲۶/۴)	۰/۶۶	۱/۳۱	۰/۲۳
	سه ماهه سوم	۱۱۹ (۵۷/۲)	رفرنس	-----	-----
شاخص توده بدنی	۱۸ تا ۲۵	۵۰ (۳۴/۸)	۰/۳۹	۰/۹۷	۰/۰۴
	۲۵ تا ۳۰	۶۴ (۴۳/۲)	۱/۱۱	۲/۶۸	۰/۸۰
	بالای ۳۰	۳۴ (۲۲)	رفرنس	-----	-----
وضعیت اقتصادی اجتماعی	پایین	۱۲۷ (۵۵/۲)	۱/۲۰	۳/۰۰	۰/۶۸
	متوسط	۷۶ (۳۳)	۱/۹۱	۵/۰۷	۰/۱۹
	بالا	۲۷ (۱۱/۷)	رفرنس	-----	-----
تعداد زایمان های قبلی	۱ بار	۷۸ (۷۶/۵)	۰/۵۹	۱/۵۹	۰/۲۹
	۲ بار و بیشتر	۲۴ (۲۳/۵)	رفرنس	-----	-----
	طبیعی	۵۳ (۵۲/۵)	۲/۱۰	۴/۸۶	۰/۸۳
نوع زایمان	سزارین	۴۸ (۴۷/۵)	رفرنس	-----	-----
	بله	۲۷ (۱۴/۶)	۱/۰۴	۲/۳۹	۰/۹۲
	خیر	۱۵۸ (۸۵/۴)	رفرنس	-----	-----

۰/۳۲	۵/۱۳	۰/۵۷	۱/۷۲	۲۷ (۲۷/۳)	راه رفتن	وضعیت شغلی غالب
۰/۰۲	۹/۴۶	۱/۱۳	۳/۲۸	۳۸ (۳۸/۴)	ایستاده	
-----	-----	-----	رفرنس	۳۴ (۳۴/۳)	نشسته	
۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۳۰	۰/۱۴	۹۵ (۴۹/۷)	پایین	معیار کیفیت زندگی
۰/۱۶	۱/۵۷	۰/۰۶	۰/۳۲	۸۳ (۴۳/۵)	متوسط	
-----	-----	-----	رفرنس	۱۳ (۶/۸)	خوب	
۰/۰۰	۴/۶۹	۱/۳۷	۲/۵۴	۸۱ (۴۲)	بله	سابقه کمردرد قبلی
-----	-----	-----	رفرنس	۱۱۳ (۵۸)	خیر	

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، دردهای اسکلتی عضلانی به خصوص کمردرد در بین مردان باردار شیوع بالایی دارد، همچنین در این مطالعه بین برخی عوامل خطر ساز مانند شاخص توده بدنی، میزان رضایت شغلی، وضعیت شغلی، معیار کیفیت زندگی و سابقه کمردرد قبلی با کمردرد زمان بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت.

مشکلات اسکلتی عضلانی در دوران بارداری یکی از مسائل مطرح در زمینه سلامت زنان است می توان گفت همه زنان در دوران بارداری درجاتی از این دردها را تجربه می کنند و ۲۵٪ از آنان به صورت دائم یا موقت به واسطه این دردها ناتوان می شوند. کمردرد، یکی از شایعترین این دردهاست که بر اساس نتایج مطالعات مختلف، ۵۰٪ زنان باردار را درگیر می کند. سایر دردهای شایع عضلانی اسکلتی شامل: دردهای لگنی، دردهای اندام فوقانی و تحتانی و درگیری های عصبی به صورت درگیری های اعصاب محیطی می باشند (۷-۹).

مهمترین تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری که باعث بروز این دردها می شوند شامل: ۱- ایجاد و افزایش ادم میان بافتی است که در ۸۰٪ زنان به خصوص در ۸ هفته آخر بارداری اتفاق می افتد. افزایش احتباس مایع، احتمال التهاب تاندون یا سینوویوم و یا گیرافتادگی عصب را افزایش می دهد (۱۰). ۲- شلی لیگامان ها به واسطه افزایش ترشح هورمون ریلکسین و استروژن، یکی دیگر از تغییرات فیزیولوژیک مؤثر است که افزایش سطح این هورمون ها با کمردرد یا درد سمفیزپوبیس ارتباط دارد (۱۰). ۳- حدود ۲۰٪ افزایش وزن، باعث اعمال نیروی حدود ۲ برابر به مفاصل می شود (۱۱). ۴- در ناحیه تحتانی کمر، افزایش لوردوز ناشی از تغییرات

بیومکانیک مرکز ثقل باعث اعمال فشار بیشتر به مفاصل ساکروایلیاک، لگن و کمر می شود (۱۱).

بر اساس گزارشات مختلف، میزان شیوع کمردرد از ۲۰ تا ۵۰ درصد متفاوت است. درصد شیوع در مطالعه حاضر نسبتاً بالا است (۵۸/۲٪). علت این تفاوت در گزارشات مختلف، ناشی از ویژگی های نمونه های مورد بررسی در هر مطالعه می باشد (۹). ولی به طور کلی، حدود یک سوم مادران در دوران بارداری خود کمردرد را تجربه می کنند.

ساختار پرسشنامه و سؤالات وسیع آن در زمینه دردهای اسکلتی عضلانی و تفهیم کامل متن سؤالات به مادران با هر سطح سواد توسط مصاحبه کنندگان آموزش دیده باعث شد که افراد، هر نوع درد عضلانی اسکلتی خود را به هر میزان که باشد، در پاسخ های خود منعکس کنند. به همین دلیل به نظر می رسد که در مطالعه حاضر طیف وسیعی از دردهای عضلانی اسکلتی مرتبط با بارداری در نمونه های مورد مطالعه بررسی شده باشد در حالی که در سایر مطالعات، فقط کمردرد مورد بررسی قرار گرفت.

در مطالعات گذشته نیز شیوع کمردرد نسبت به سایر دردهای عضلانی اسکلتی بیشتر بود، به طوری که در مطالعه توصیفی- مقطعی مورگن و همکار (۲۰۰۵) که بر روی ۸۹۱ زن باردار انجام شد، میزان شیوع کمردرد ۷۲٪ بود که این تفاوت در شیوع با مطالعات دیگر ناشی از تفاوت های روش انجام کار و نمونه های مورد مطالعه، تعریف کمردرد، تعریف بروز و شیوع در زمان بررسی یا در چند ماه گذشته بارداری بود (۱۲، ۱۳).

در مطالعات مختلف، تعاریف متفاوتی از کمردرد شده است. کمردرد از وجود هر گونه درد در ناحیه بین مهره اول تا پنجم کمری و مفصل ساکروایلیاک تا وجود درد در حد فاصل دنده ۱۲ تا چین گلوئتال با یا بدون درد در

لگن تعریف شده است (۵). در مطالعه حاضر کمردرد، وجود هرگونه درد در ناحیه تحتانی کمر تلقی شد و مصاحبه کنندگان، تفاوت بین درد ناحیه کف لگن با کمردرد را برای مادران تشریح کردند و تا حدود زیادی می توان از تمایز این دو نوع درد توسط مادران باردار اطمینان حاصل کرد، ولی با این حال توصیه می شود در مطالعات آینده از معاینات بالینی جهت تشخیص و تمایز این دردها استفاده شود.

در مطالعات اخیر، تأثیر دردهای عضلانی اسکلتی به خصوص کمردرد، بر عملکرد و کیفیت زندگی زنان باردار بررسی شد. کمردرد دوران بارداری نه تنها در بسیاری از موارد بعد از زایمان همچنان باقی می ماند، بلکه بسیاری از زنان، کمردرد مزمن دوران زندگی خود را به بارداری خود نسبت می دهند. وجود کمردرد در بارداری قبلی و یا در گذشته، احتمال ابتلاء به کمردرد در بارداری فعلی را افزایش می دهد که این مسئله در مطالعات گذشته و مطالعه حاضر نیز تأیید شد. واضح است که سابقه کمردرد قبلی در افراد به دلیل اختلالات بیومکانیک، زمینه های ژنتیکی و محیطی مستعد کننده است که در دوران بارداری به دلیل تغییرات هورمونال و بیومکانیکال و تغییرات وضعیت مادر به دلیل افزایش وزن سریع، تشدید می یابد (۵، ۱۲، ۱۳).

برخی زنان ممکن است وزنی معادل یک چهارم وزن پیش از بارداریشان را در طول بارداری اضافه کنند. برخی مطالعات نشان داده اند شیوع کمردرد در زنانی که شاخص توده بدنی بالاتری دارند، بیشتر است. در پیگیری ۶ ماهه مورگن و همکاران نیز شیوع کمردرد با افزایش شاخص توده بدنی نمونه ها افزایش یافت (از ۲۲٪ در شروع مطالعه به ۷۲٪ در خاتمه پیگیری شش ماه رسید). در مطالعه حاضر نیز زنانی که شاخص توده بدنی بالاتری داشتند، احتمال ابتلاء به کمردرد در آنان بیشتر بود و این احتمال با افزایش سن بارداری و افزایش تدریجی وزن بیشتر می شد که با نتایج مطالعات گذشته در این مورد همخوانی داشت (۱۲، ۱۳).

نتایج مطالعه حاضر در مورد عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده کمردرد نشان داد که کمردرد، با فعالیت و ایستادن های طولانی مدت بیشتر و با استراحت کمتر

می شود. این وضعیت ها در مطالعه محسنی و همکاران (۲۰۰۹) نیز به عنوان وضعیت های تشدید و تخفیف دهنده درد ذکر شد (۵). به طور کلی انجام فعالیت و ایستادن های طولانی مدت به عنوان عوامل تشدید کننده و استراحت کردن به عنوان عامل تخفیف دهنده درد در کمردردهای مکانیکال به شمار می رود و کمردرد حین بارداری نیز از آن مستثنی نیست و همه این عوامل تخفیف و تشدید دهنده کمردردهای مکانیکی در آن مؤثرند. در مطالعه حاضر با توجه به اینکه افراد از مراکز مختلف درمانی در سطوح مختلف و از مطب های خصوصی، مراکز آموزشی درمانی دانشگاه و خانه های بهداشت انتخاب شده بودند، این روش نمونه گیری از نقاط قوت این مطالعه می باشد که می تواند سوگیری ناشی از محدودیت نمونه ها به قشر یا گروه خاصی را به حداقل برساند و اعتبار مطالعه را افزایش دهد. به عبارت دیگر نمونه های شرکت کننده در این مطالعه می توانند نمونه ای از جمعیت زنان آذربایجان شرقی و به احتمال زیاد، منطقه شمال غرب کشور باشند که از لحاظ اقلیمی و فرهنگی در منطقه مشابهی زندگی می کنند و به این ترتیب تأثیر ناشی از فرهنگ زندگی، شرایط آب و هوایی و نحوه تغذیه در زندگی زنان باردار به حداقل می رسد. در مطالعه حاضر کیفیت زندگی افراد ارتباط معکوسی با کمردرد بارداری داشت. در این زمینه باید خاطر نشان کرد که میزان تحمل و آستانه بروز درد در افراد مختلف با توجه به سطوح مختلف زندگی و کیفیت زندگی متفاوت است، به طوری که در افرادی با کیفیت زندگی بالاتر، کیفیت زندگی با وجود دردهای خفیف نیز تحت تأثیر قرار می گیرد ولی در افرادی که کیفیت زندگی پایین تری دارند به دلیل مشغله و مشکلات فراوان به دردهایی شبیه کمردرد بارداری کمتر توجه می شود، به همین دلیل به نظر می رسد کمردرد در این افراد کمتر گزارش می شود (۱۵).

در برخی مطالعات ارتباط بین میزان رضایت شغلی با شیوع کمردرد بررسی شده است. در مطالعه غفاری و همکاران (۲۰۰۸)، احتمال ابتلاء به کمردرد در زنان بارداری که از شغل خود رضایت داشتند، کمتر بود که به تاثیر عوامل روحی و روانی بر کمردرد تأکید دارد

انجام شده است، لذا پیشنهاد می شود در آینده مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی در این زمینه انجام شود.

نتیجه گیری

شیوع دردهای عضلانی اسکلتی و به خصوص کمردرد در زنان باردار نسبتاً زیاد است و گاهی برخی از این زنان در ادامه زندگی مجبور می شوند کمردرد را به صورت یک درد مزمن تحمل کنند. ولی انجام آموزش های لازم قبل و حین بارداری می تواند از شدت این مشکلات در دوران بارداری بکاهد. با توجه به وجود ارتباط معنی دار بین برخی از عوامل یاد شده و بروز کمردرد، به نظر می رسد انجام مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی جهت بررسی تأثیر این عوامل ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه دانشجویان فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز که ما را در انجام این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

(۱۶). بررسی ارتباط وضعیت شغلی با شیوع کمردرد در زنان باردار نشان داد در شغل هایی که نیازمند وضعیت ایستاده است، احتمال شیوع کمردرد بیشتر است. با توجه به اینکه ایستادن از وضعیت های تشدید کننده درد ذکر شده است و با توجه به روند رو به افزایش شاخص توده بدنی و تغییرات راستا و وضعیت بدن در این زنان، این موضوع کمردرد قابل پیش بینی و توجیه است (۱۷).

پیشگیری و درمان کمردرد می تواند تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی مادران باردار در جامعه و در نتیجه کاهش هزینه های ناشی از آن داشته باشد. انجام تمرینات درمانی در حین بارداری می تواند به حفظ بیومکانیک بدن و ایجاد ثبات در مفاصل ساکروایلیاک و ایلئوساکرال کمک کند (۱۷). انجام تمرینات ثبات دهنده ستون فقرات با هدف بهبود عملکرد عضلات ثبات دهنده می تواند به بهبود وضعیت و عملکرد عضلانی کمک کند. علی رغم شیوع بسیار زیاد کمردرد در دوران بارداری، مطالعات بالینی محدودی جهت بررسی تأثیر رژیم های مختلف تمرین درمانی بر پیشگیری و درمان این دردها

منابع

1. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007 Jun;21(3):403-25. Review.
2. Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos-Hansseon E. Back pain in relation to pregnancy: a 6 years follow-up. *Spine (Phia Pa 1976)* 1997 Dec 15;22(24):2945-50.
3. Ostgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine (Phia Pa 1976)* 1991 May;16(5):549-52.
4. Borg-Stein J, Dugan Sh. Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2007 Aug;18(3):459-76, ix.
5. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nessami M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M, et al. Low back pain in 1,100 Iranian pregnant women: prevalence and risk factors. *Spine J* 2009 Oct;9(10):795-801.
6. Naidoo K. The relationship between exercise and functional disability during 2nd and 3rd trimester of pregnancy [Thesis for the degree of doctor of philosophy]. Boston:University of Boston;2004.
7. Ritchie JR. Orthopedic considerations during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2003 Jun;46(2):456-66.
8. Skaggs C, Nelson M, Prather H, Gross G. Documentation and classification of musculoskeletal pain in pregnancy. *J Chiro Educ* 2004;18:83-4.
9. Wang SM, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors and outcomes. *Obstet Gynecol* 2004 Jul;104(1):65-70.
10. Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B. Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Nov;175(5):1342-7.
11. Carlson HL, Carlson NL, Pasternak BA, Balderston KD. Understanding and managing the back pain of pregnancy. *Curr Womens Health Rep* 2003 Feb;3(1):65-71. Review.
12. Damen L, Buyruk HM, Guler-Uysal F, Lotgering FK, Snijders CJ, Stam HJ. Pelvic pain during pregnancy is associated with asymmetric laxity of the sacroiliac joints. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Nov;80(11):1019-24.
13. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine (Phia Pa 1976)* 2005 Apr 15;30(8):983-91.
14. Mogren IM. Perceived health, sick leave, psychological situation, and sexual life in women with low-back pain and pelvic pain during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(6):647-56.
15. Dornier TE, Muckenhuber J, Stronegger WJ, Räskey E, Gustorff B, Freidl W. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *Eur J Pain* 2011 Jan;15(1):103-9.

16. Ghaffari M, Alipour A, Farshad AA, Jensen I, Josephson M, Vingard E. Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. *Occup Med (Lond)* 2008 Aug;58(5):341-7.
17. Garshasbi A, Faghih Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *Int J Gynecol Obstet* 2005 Mar;88(3):271-5.