

بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده و تأثیر آن بر عملکرد اجتماعی و زندگی کارکنان یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران

نویسنده: دکتر محمدعلی اصغری مقدم

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد

چکیده

نوشته حاضر شامل نتایج دو مطالعه جداگانه است که با هدف بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده و تأثیر این درد بر برخی از وجوه زندگی مبتلایان، انجام شده است. ۱۱۷۵ نفر از کارکنان یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران با تکمیل پرسشنامه‌ای در مطالعه اول شرکت کردند؛ نتایج به دست آمده نشان داد که میزان شیوع درد در جمعیت مورد بررسی در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، ۳۹ درصد بوده است. میزان شیوع درد مزمن مستمر (وجود درد در ۶ ماه گذشته بدون دوره بهبودی) و درد مزمن عودکننده (وجود درد در ۶ ماه گذشته با دست کم یک دوره بهبودی و عود مجدد) به ترتیب برابر بوده است با ۱۴ و ۱۵ درصد. همچنین نتایج مطالعه اول بیانگر آن است که درد مزمن مستمر و عودکننده، احتمالاً باعث اختلال در خواب مبتلایان می‌شود و باعث می‌گردد که این بیماران در طول روز احساس خواب‌آلودگی کنند. علاوه بر این، نتایج مطالعه اول حاکی از آن است که رویداد درد در ۶ ماه گذشته و استمرار و عود کردنش با گروه شغلی افراد مورد آزمایش، رابطه‌ای ندارد. در مطالعه دوم، تأثیر درد مزمن مستمر و عودکننده بر برخی از وجوه زندگی و عملکرد اجتماعی بیماران مورد مطالعه قرار گرفت و از مجموع ۳۳۸ نفری که در مطالعه اول، مبتلا به درد مزمن مستمر و عودکننده تشخیص داده شدند، ۲۲۹ نفر (۶۸٪) با تکمیل پرسشنامه‌ای که تأثیر درد مزمن مستمر و عودکننده را بر وجوه گوناگون زندگی می‌سنجید، در مطالعه دوم شرکت کردند، نتایج بررسی‌ها نشان داد که درد مزمن مستمر و عودکننده بر وجوه گوناگون زندگی افراد تأثیر منفی دارد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، درد مزمن مستمر، عملکرد اجتماعی، شیوع، درد مزمن عودکننده

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال یازدهم - دوره جدید

شماره ۴

اردهیشت ۱۳۸۳

مقدمه

انجمن جهانی مطالعه درد (International Association for the study of pain)، «یک تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی» را درد معرفی کرده است [۱] براساس این تعریف، درد همواره تجربه‌ای ذهنی است؛ بنابراین پژوهش‌هایی که در مورد مدت، شدت، ماهیت و دیگر ویژگی‌های درد چون مستمر بودن و یا عودکننده بودن آن صورت می‌گیرد، به ناچار بر روش‌های خودگزارش‌دهی (Self-report) استوار است [۲]. درد مزمن (Chronic pain) به درد مقاوم به درمانی اطلاق می‌شود که فراتر از دوره‌ای که برای بهبودی آن انتظار می‌رود، طول کشیده باشد [۳]. با توجه به این تعریف، درد مزمن، دردی است که به طول انجامیده است. اما سؤال این است که یک درد حاد چقدر باید طول بکشد تا بتوان آن را مزمن به حساب آورد؟ بررسی مطالعاتی که با هدف تعیین میزان شیوع درد مزمن انجام شده است، نشان می‌دهد که پژوهشگران ملاک‌های زمانی متفاوتی را برای مزمن انگاشتن درد به کار گرفته‌اند. برای مثال برخی از مطالعات [۴ و ۵]، دردی را که بیش از یک ماه طول کشیده است مزمن به حساب آورده‌اند و مطالعات دیگر [۶، ۷ و ۸] دردی را که بیش از ۳ ماه طول کشیده است مزمن معرفی کرده‌اند. این در حالی است که پژوهش‌های دیگر [۹ و ۱۰] دردی را که بیش از ۶ ماه طول کشیده است، مزمن به حساب آورده‌اند.

عدم به‌کارگیری تعریف عملیاتی یکسان از درد مزمن، به‌ویژه در مطالعات فراگیر، باعث شده است اعداد و ارقام بسیار متفاوتی به‌عنوان میزان‌های شیوع درد مزمن، گزارش شود. برای مثال، کرومبی [۱۱] با بررسی پژوهش‌های گوناگونی که هدف آن‌ها تعیین میزان شیوع درد مزمن در جوامع غربی بوده است، میزان شیوع درد مزمن را در این جوامع، بین ۷ درصد [۶] تا بیش از ۴۰ درصد [۱۰] گزارش کرده است. به‌همین

دلیل انجمن جهانی مطالعه درد [۱]، کوشیده است تا ملاک زمانی یکسانی را برای مزمن پنداشتن درد ارائه نماید. براساس توصیه‌های این انجمن در فعالیت‌های بالینی و به‌هنگام سر و کار داشتن با دردهای غیرسرطانی، انتخاب مقطع زمانی ۳ ماه برای تفکیک بین درد حاد و درد مزمن مناسب است ولی برای مقاصد پژوهشی، بهتر است مقطع زمانی ۶ ماه به‌عنوان ملاک تشخیص درد مزمن در نظر گرفته شود.

مطالعات همه‌گیرشناسی درد که بیش‌تر در اروپای غربی، آمریکای شمالی، استرالیا و نیوزیلند انجام شده است و غالباً ملاک زمانی ۳ ماه یا ۶ ماه را برای مزمن انگاشتن درد پذیرفته‌اند حاکی از آن است که درد مزمن مستمر و عودکننده رایج است [۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶]. و این درد یکی از علل عمده مراجعه به پزشکان و مراکز درمانی به‌شمار می‌آید [۱۶ و ۱۷] و پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی آن، مشکلاتی را به‌وجود آورده است که از سطح فردی فراتر رفته و به مشکلی اجتماعی بدل گشته است [۱۹ و ۲۰]. نتایج این مطالعات در نوشته دیگری به تفصیل بیان شده است [۲۱].

نتایج مطالعات انجام‌شده در کشورهای صنعتی نشان می‌دهد که درد مزمن نه تنها شایع‌ترین مشکل افرادی است که در سن اشتغال قرار دارند بلکه یکی از عوامل عمده بروز ناتوانی و ازکارافتادگی این افراد از جامعه نیز به‌شمار می‌آید. براساس گزارش انجمن بین‌المللی مطالعه درد [۲۲] حدود ۷۰ میلیون آمریکایی، مبتلا به درد مزمن هستند که از این میان، بیش از ۵۰ میلیون نفر برای دوره‌ای که از چند روز تا چند ماه طول می‌کشد، به‌طور کامل و یا نسبی ناتوان هستند. درد مزمن بزرگ‌ترین عامل از دست رفتن روزهای کار است و بیش از هر بیماری دیگری برای اجتماع هزینه دارد. در جامعه انگلستان ۱۲/۵ درصد کل روزهای غیبت شاغلان به‌دلیل درد بخش تحتانی کمر بوده است و این درد به تنهایی باعث شده است تا نیروی کار انگلستان ۵۲/۶ میلیون روز از کار غیبت کند [۲۳]. در سال ۱۹۹۱ هزینه‌های مستقیم کم‌رود در جامعه آمریکا بالغ بر ۲۴/۳

در آن برآورد شده، مشخص نکرده است. به طور دقیق تر، معلوم نیست که آیا وجود درد فقط در هنگام انجام مطالعه مورد پرسش قرار گرفته است و یا در یک فاصله زمانی مشخص مثلاً یک هفته، سه ماه یا ۶ ماه.

در یک مطالعه زمینه‌یابی درد مزمن [۲۱]: نمونه‌ای مرکب از ۵۱۲ نفر از اهالی دو شهر قروه و ایلام را مورد بررسی قرار داده‌اند. بر پایه نتایج این مطالعه، ۷۲ درصد از افراد، دست‌کم یک بار در طول عمر خود دردی را تجربه کرده‌اند که یا به دلیل درد مذکور به پزشک مراجعه کرده یا برای رهایی از آن دارو مصرف کرده‌اند. در این مطالعه، ۲۶ درصد از افراد گزارش کرده‌اند که در طول ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند که دست‌کم یک روز طول کشیده است. مطالعه مذکور میزان شیوع درد مزمن مستمر (وجود درد به مدت دست‌کم ۶ ماه بدون دوره بهبودی) را ۹ درصد و میانگین مدت استمرار آن را ۲۲ ماه گزارش کرده است. ۸۷ درصد از افرادی که در طول ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند برای رهایی از آن به پزشک مراجعه کرده‌اند و ۱۴ درصد، دست‌کم یک بار به دلیل درد، تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. ۶۸ درصد از افرادی که در طول ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند در زمان مطالعه برای رهایی از درد دارو مصرف می‌کرده‌اند. میانگین مدت مصرف دارو در این گروه از افراد ۲۲ ماه و میانگین روزهای غیبت از کار به دلیل درد طی ۶ ماه گذشته، ۱۱/۵ روز گزارش شده است.

یافته‌های موجود بیانگر این اندیشه است که درد مزمن تنها یک علامت نیست بلکه پدیده‌ای است بسیار فراتر از حد یک علامت (Symptom) یا یک نشانگان (Syndrome). علاوه بر این، پژوهش‌های موجود حکایت از آن دارد که بیمار مبتلا به درد مزمن، بیماری نیست که فقط درد وی طولانی شده است [۲۵ و ۳۱]. دیدگاه‌های موجود [۲۲ و ۳۲]: درد مزمن را پدیده‌ای متشکل از مجموعه‌ای از علایم زیستی- روانی- اجتماعی می‌دانند و معتقداند به موازات استمرار درد و مزمن شدن آن، بخش‌های گوناگون زندگی فرد را تحت

میلیارد دلار و هزینه‌های غیرمستقیم آن بین ۷۵ تا ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد شده است [۲۴]. براساس آمارهای موجود، هزینه‌ای که درد مزمن برای جامعه به بار می‌آورد به تنهایی از مجموع هزینه‌های به وجود آمده ناشی از بیماری‌های قلبی، سرطان و ایدز بیش‌تر است [۲۵].

می‌توان به صراحت گفت که درد مزمن، پدیده شایعی است که هم برای جامعه و هم برای افراد مبتلا، هزینه‌های مالی قابل توجهی را به وجود می‌آورد. اما همواره باید به خاطر داشت که درد مزمن و ناتوانی و ازکار افتادگی ناشی از آن، دارای هزینه‌های غیرقابل محاسبه بسیاری است. رنج بسیارفرد مبتلا، تجربه مشکلات روان شناختی و رفتاری شدید، مانند احساس درماندگی، افسردگی، اضطراب و رفتار جستجوی دارو [۲۷، ۲۸ و ۲۹]: تأثیر منفی درد همچنین پیامدهای زیستی، روانی، اجتماعی آن بر بهداشت روانی و عملکرد شغلی و خانوادگی فرد مبتلا [۱۳ و ۲۹] و تهدیدی که ناتوانی و ازکارافتادگی برای بقاء نهاد خانواده به بار می‌آورد را می‌توان در شمار این گونه هزینه‌های غیرقابل محاسبه دانست.

پژوهش‌های محدودی که تا به امروز در ایران درباره میزان‌های شیوع درد انجام شده است حاکی از شایع بودن پدیده درد است. گزارش نتایج دومین طرح ملی سلامت و بیماری در ایران، یافته‌های به دست آمده از مطالعه ۶۱۱۴۰ نفر را منتشر کرده است [۳۰]. بنابراین گزارش، میزان شیوع درد در نواحی پنج‌گانه بدن به شرح زیر است: درد پشت و کمر (۱۷/۹ درصد)، گردن (۷/۶ درصد)، لگن خاصره (۴/۱ درصد)، درد مفاصل کوچک (۵/۵ درصد) و درد مفاصل بزرگ (۱۵/۳ درصد). یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که احتمال بروز دردهای استخوان و مفاصل (پشت و کمر، گردن، لگن خاصره، درد مفاصل کوچک و درد مفاصل بزرگ) با بالا رفتن سن بیش‌تر می‌شود و در کلیه سنین، میزان شیوع این دردها در زنها بیش‌تر از مردها است؛ گرچه نتایج منتشر شده از اولین مطالعه گسترده و فراگیر درد در ایران دارای اهمیت بسیاری است، اما متأسفانه، مطالعه مذکور دامنه زمانی را که این میزان‌های شیوع

مطالعه اول

روش پژوهش

جامعه مورد مطالعه: کلیه کارکنان یک واحد صنعتی بزرگ در تهران، شامل ۱۱۷۵ نفر، که همگی به عنوان نمونه پژوهش حاضر مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری و متغیرهای مورد مطالعه: به منظور شناسایی صاحبان درد مزمن، ابتدا پرسشنامه‌ای، متناسب با پرسشنامه‌های مربوط به مطالعات درد، طراحی شد و در مطالعه‌ای مقدماتی روی ۳۲ نفر از کارکنانی که به طور تصادفی از یکی از واحدهای مشابه با واحد مورد مطالعه انتخاب شده بودند، به کار گرفته شد. با استفاده از نتایج این مطالعه، اصلاحات لازم در پرسشنامه به عمل آمد و در مرحله بعد پرسشنامه مذکور در جمعیت مورد مطالعه به کار گرفته شد. این پرسشنامه اطلاعاتی را در مورد ویژگی‌های مردم شناختی، وضعیت شغلی، وجود درد در ۶ ماه، ۳ ماه، ۴ هفته و یک هفته گذشته، مستمر بودن درد در طول مدت مذکور، سابقه احتمالی مصرف دارو به دلیل درد، میزان خواب در ۲۴ ساعت و احساس خواب‌آلودگی در طول روز را فراهم می‌آورد.

اجرا: جمع‌آوری اطلاعات به وسیله تعدادی از کارشناسان شاغل در واحد مورد مطالعه انجام شد. به منظور یکسان کردن روش گردآوری اطلاعات، این افراد آموزش‌های لازم را فرا گرفتند و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه را براساس دستورالعمل نوشته شده‌ای کامل کنند. شرکت‌کنندگان به طور انفرادی به اطاق مصاحبه دعوت شدند و پس از آگاهی از روش پژوهش، از آن‌ها خواسته شد تا به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند. نویسنده مقاله نیز به طور تصادفی به محل‌های مصاحبه رجوع و بر کار گردآوری اطلاعات، نظارت می‌کرد.

نتایج

جدول ۱ ویژگی‌های اجتماعی، جمعیتی و شغلی شرکت‌کنندگان در پژوهش را خلاصه کرده است. اکثریت (۹۸٪) شرکت‌کنندگان در پژوهش را، مردان

تأثیر قرار می‌دهد و الگوهای شناختی و رفتاری خاصی را پدید می‌آورد. در بیمار مبتلا به درد مزمن به تدریج شاهد کاهش توانایی برای ارائه عملکرد طبیعی در زمینه‌های گوناگون (شغلی، اجتماعی، خانوادگی و ...) خواهیم بود و معمولاً اقدامات درمانی گوناگون وی برای رهایی از درد به نتیجه مطلوبی نمی‌رسند. ناتوانی در برخورداری از عملکردی مطلوب و سرخوردگی از اقدامات درمانی به افسردگی، یأس و ناامیدی بیمار می‌انجامد. بیمار به تدریج در می‌یابد که داروهای ضد درد می‌تواند اندکی درد وی را بکاهد، اما مصرف طولانی مدت داروهای ضد درد، اثرات جانبی چون خواب‌آلودگی، کاهش قدرت تمرکز، گیجی و بی‌بوست به وجود می‌آورد که این‌گونه اثرات جانبی به نوبه خود، وضع فرد را وخیم‌تر می‌کند.

اگرچه در چند مطالعه معدود تلاش شده تا میزان‌های شیوع درد را در جامعه ایران مستند نمایند، اما در باره پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی درد به طور اعم و درد مزمن مستمر و عودکننده به طور خاص اطلاعات مدونی در دست نیست. به سخن دیگر، تاکنون مطالعه‌ای تأثیر منفی درد را بر زندگی و عملکرد افراد مبتلا در جامعه ایران مورد بررسی قرار نداده است. در پاسخ به این نیاز، پژوهش حاضر که در برگیرنده دو مطالعه است، انجام شده است. در مطالعه اول میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده در بین کارکنان یک واحد صنعتی بزرگ در تهران مورد مطالعه قرار گرفت. هماهنگ با توصیه انجمن جهانی مطالعه درد [۱]، در پژوهش حاضر درد مزمن به دردی اطلاق شده است که دست‌کم از ۶ ماه قبل از شروع مطالعه شروع شده باشد و درد مزمن مستمر به دردی اطلاق شده که دست‌کم به مدت ۶ ماه به طور مستمر ادامه داشته و در طول این مدت هیچ‌گاه به طور کامل بهبود نیافته است. در مطالعه دوم تأثیر درد مزمن مستمر و عودکننده، بر برخی از وجوه زندگی و عملکرد اجتماعی این گروه از افراد مورد مطالعه قرار گرفت.

جدول ۱ ویژگی‌های اجتماعی، جمعیتی و شغلی آزمودنی‌های مورد مطالعه

متغیر	شاخص		درصد
	فرآوانی	مرد	
جنسیت	مرد	۱۱۵۵	۹۸
	زن	۲۰	۲
گروه‌های سنی	۱۸-۲۴	۱۵	۲
	۲۵-۴۴	۶۷۳	۵۶
	۴۵-۷۰	۴۸۷	۴۲
وضعیت تأهل	مجرد	۹۲	۸
	متأهل	۱۰۷۴	۹۱
	متارکه	۵	۰/۰۵
	بیوه	۴	۰/۰۵
قومیت	فارس	۸۰۰	۶۸
	ترک	۲۳۹	۲۰
	لر	۷۱	۶
	کرد	۴۴	۴
	عرب	۱۴	۱
	بلوچ	۱	۰/۰۱
وضعیت کاری	سایر	۶	۰/۰۵
	کارمند	۶۶۴	۵۶
	کارگر	۵۱۱	۴۴
	بدون مدرک رسمی	۹۲	۸
مدرک تحصیلی	ابتدایی	۳۳۳	۲۸
	راهتمایی	۱۶۹	۱۴
	دیپلم	۴۳۱	۳۷
	فوق دیپلم	۶۲	۵
	لیسانس و بالاتر	۸۸	۷

۱۴٪ (۱۶۹ نفر) دارای مدرک تحصیلی راهنمایی یا سیکل اول نظام آموزشی قدیم، ۳۷٪ (۴۳۱ نفر) دارای دیپلم، ۵٪ (۶۲ نفر) دارای فوق دیپلم و ۷٪ (۸۸ نفر) دارای مدرک تحصیلی لیسانس و یا بالاتر هستند.

جدول ۲ اطلاعاتی در مورد چگونگی بروز درد در ۶ ماه گذشته و استفاده از دارو برای رهایی از آن را در جمعیت مورد مطالعه بیان می‌کند. از مجموع ۱۱۷۵ نفر از افراد مورد مطالعه، ۴۵۴ نفر (۳۹٪) وجود دردی را در بخشی از بدن خود، طی ۶ ماه گذشته گزارش کرده‌اند. بنابراین میزان شیوع درد در جمعیت مورد بررسی، در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، ۳۹ درصد است. از مجموع ۴۵۴ نفر از افرادی که در ۶ ماه گذشته دردی را تجربه کرده‌اند، ۲۸۹ نفر (۲۵ درصد از مجموع جمعیت مورد مطالعه) وجود حداقل یک دوره بهبودی کامل درد را گزارش کرده‌اند و ۱۶۵ نفر (۱۴ درصد از مجموع جمعیت مورد مطالعه) گزارش کرده‌اند که درد آن‌ها در طول ۶ ماه گذشته به‌طور مستمر ادامه داشته است. بنابراین، میزان شیوع درد مزمن مستمر در جمعیت مورد مطالعه ۱۴ درصد است. همچنین جدول ۲ نشان می‌دهد که ۱۴۹ نفر از افراد (۱۳ درصد جمعیت مورد مطالعه یا ۳۳ درصد افرادی که در طی ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند) در زمان مطالعه، گزارش کرده‌اند که برای رهایی از درد دارو مصرف می‌کنند. میانگین مدت مصرف دارو در این گروه از افراد، ۶۶ ماه (انحراف معیار برابر با ۷۲ ماه و نما برابر با ۳۶ ماه) گزارش شده است. اگرچه در این مرحله از مطالعه از افراد پرسیده نشد که درد آن‌ها از کی شروع شده است، اما مدت مصرف دارو نشان می‌دهد که حداقل در بخشی از جمعیت مورد مطالعه ممکن است درد از ماه‌ها و سال‌ها قبل شروع شده و ادامه یافته باشد. همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود ۲۸۹ نفر از افرادی که در ۶ ماه گذشته درد را تجربه کرده‌اند وجود حداقل یک دوره بهبودی کامل درد را در طی مدت مذکور در مورد خود گزارش کرده‌اند. از میان این گروه ۸۴ نفر (۲۹٪) گفته‌اند که به

تشکیل می‌دهند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۴۱ سال است. در حالی که ۶۷۳ نفر (۵۷٪) از افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۴۴-۲۵ ساله قرار دارند، ۴۸۷ نفر (۴۲٪) در گروه سنی ۷۰-۴۵ ساله قرار دارند. اکثر افراد مورد مطالعه (۹۱٪) متأهل هستند. از نظر نژادی ۸۰۰ نفر (۶۸٪) از افراد مورد مطالعه فارس، ۲۳۹ نفر (۲۰٪) ترک، ۷۱ نفر (۶٪) لر، ۴۴ نفر (۴٪) کرد و ۱۴ نفر (۱٪) عرب هستند. از لحاظ شغلی ۵۶٪ (۶۶۴ نفر) کارمند و ۴۴٪ (۵۱۱ نفر) کارگر هستند. سرانجام، جدول ۱ وضعیت تحصیلی افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. ۸٪ (۹۲ نفر) فاقد مدرک رسمی آموزشی هستند. ۲۸٪ (۳۳۳ نفر) دارای مدرک تحصیلی ابتدایی،

جدول ۲ فراوانی رخداد درد، چگونگی استمرار یا بهبود آن در ۶ ماه گذشته، مصرف دارو برای رهایی از درد و مدت مصرف آن در جمعیت مورد مطالعه (N=۱۱۷۵)

متغیر	شاخص	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار) مدت مصرف دارو به ماه
وجود حداقل یک بار درد در ۶ ماه گذشته	۴۵۴ (۳۹٪)	۱۴۹ (۱۳٪)	۶۶ (۷۲)	
وجود درد در ۶ ماه گذشته با حداقل یک دوره بهبودی کامل	۲۸۹ (۲۵٪)	۸۴ (۷٪)	۶۴ (۵۵)	
درد مزمن مستمر (استمرار درد در ۶ ماه گذشته بدون وجود حداقل یک دوره بهبودی کامل)	۱۶۵ (۱۴٪)	۶۵ (۶٪)	۶۸ (۸۹)	

جدول ۳ مقایسه سن، مدت خواب و سابقه کار سه گروه دارای درد مزمن، درد مزمن عودکننده و بدون درد (اعداد داخل پرانتز انحراف استاندارد است)

متغیر	گروه درد مزمن N=۱۶۵	گروه درد مزمن عودکننده N=۱۷۳	گروه بدون درد N=۸۳۷	F	سطح معناداری
سن (سال)	۴۲ (۸/۴)	۴۲ (۹/۵)	۴۰ (۹/۸)	۶/۶۷	۰/۰۰۱
مدت خواب (ساعت)	۶ (۱/۱۲)	۶/۲ (۱/۲)	۶/۶ (۱/۱)	۱۱/۴۳	۰/۰۰۰۱
سابقه کار (سال)	۱۹/۴ (۷/۸)	۱۸/۴ (۹/۹)	۱۶ (۸/۶)	۱۲/۶۷	۰/۰۰۰۱

آمده به شیوه‌ای دیگر تحلیل شد. از افراد مورد مطالعه سؤال شده بود که آیا در طول ۶ ماه، ۳ ماه، ۴ هفته و یک هفته گذشته دردی را تجربه کرده‌اند و یا خیر، و اگر دردی را تجربه کرده‌اند آیا درد مذکور هیچ‌گاه به‌طور کامل بهبود یافته است؟ از مجموع ۱۱۷۵ نفر، ۱۷۳ نفر (۱۵٪ از جمعیت مورد مطالعه) گزارش کرده‌اند که در طول این مدت دوره‌هایی از درد و بعد بهبودی کامل را تجربه کرده‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر به دو گروه مستقل دست یافته است، یک گروه که ملاک تشخیص درد مزمن مستمر را دارا است و از ۱۶۵ نفر (۱۴٪ افراد مورد مطالعه) تشکیل شده و گروه دوم که ملاک تشخیص درد مزمن عودکننده را دارا است و از ۱۷۳ نفر (۱۵٪ افراد مورد مطالعه) تشکیل شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه‌ای را نشان می‌دهد که با استفاده از آن سه گروه درد مزمن مستمر (۱۶۵ نفر)، درد مزمن عودکننده (۱۷۳ نفر) و بدون درد مزمن مستمر و یا عودکننده (۸۳۷ نفر) با یکدیگر از نظر سن، میزان خواب و سابقه کار مقایسه شدند. نتایج آزمون نشان داد در حالی که دو گروه درد مزمن مستمر و درد مزمن عودکننده از نظر سن تفاوت آماری

خاطر رهایی از درد دارو مصرف می‌کنند. میانگین و انحراف معیار مدت مصرف دارو برای این گروه به ترتیب ۶۴ ماه و ۵۵ ماه گزارش شده است. میانگین مدت مصرف دارو در این گروه بیان‌کننده این احتمال است که سابقه درد در برخی از افراد این گروه طولانی است. به سخن دیگر ممکن است درد به‌طور مکرر در این افراد ظاهر شده باشد و پس از مدتی بهبود یافته باشد. سرانجام از میان ۱۶۵ نفر که وجود درد مستمری را در ۶ ماه گذشته بیان نموده‌اند، ۶۵ نفر (۴۰٪) گزارش کرده‌اند که به‌طور متوسط ۶۸ ماه (انحراف معیار برابر است با ۸۹ ماه) دارو مصرف کرده‌اند. میانگین مدت مصرف دارو در این گروه نیز بیانگر این احتمال است که سابقه درد در این گروه بسیار طولانی است و بخشی از افراد مورد مطالعه از ماه‌ها و سال‌ها قبل به درد مزمن مستمر گرفتار آمده‌اند.

مجموع اطلاعات به‌دست آمده این احتمال قوی را مطرح می‌کند که حداقل گروهی از افراد مورد مطالعه دارای درد عودکننده هستند. یعنی این که درد در آن‌ها برای مدتی ظاهر می‌گردد سپس بر اثر درمان و یا بدون درمان برای مدتی بهبود می‌یابد و دوباره درد شروع می‌شود. به‌منظور آزمون این احتمال، اطلاعات به‌دست

جدول ۴ احساس خواب آلودگی در طول روز برای سه گروه دارای درد مزمن مستمر، درد مزمن عودکننده و بدون درد

نتیجه آماری	عدم احساس خواب آلودگی	احساس خواب آلودگی	متغیر
$X^2=25/20$ $df=2$ $p<0/0001$	۷۸ (%۴۵)	۹۵ (%۵۵)	گروه درد عودکننده n=۱۷۳
	۵۶ (%۳۴)	۱۰۹ (%۶۶)	گروه درد مزمن n=۱۶۵
	۴۲۷ (%۵۱)	۴۰۹ (%۴۹)	گروه بدون درد n=۸۳۷

درد مزمن عودکننده نه تنها باعث اختلال در خواب مبتلایان می‌گردد بلکه باعث می‌شود این بیماران در طول روز احساس خواب آلودگی کنند.

با استفاده از روش آزمون آماری مجذور خی، رابطه رویداد درد در ۶ ماه گذشته با دو گروه شغلی کارگر و کارمند مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که در جدول ۵ مشخص است نتایج آزمون آماری نشان داد که رویداد درد در ۶ ماه گذشته، رابطه‌ای با گروه شغلی ندارد.

با استفاده از روش آزمون آماری مجذور خی، رابطه درد مزمن و مستمر، و درد مزمن و عودکننده با گروه شغلی کارگر و کارمند مورد بررسی قرار گرفت. همان‌گونه که در جدول ۶ مشخص است نتایج آزمون آماری، حاکی از آن است که استمرار یا عود کردن درد، رابطه‌ای با گروه شغلی ندارند.

جدول ۵ بروز درد در ۶ ماه گذشته برای دو گروه کارگر و کارمند

نتیجه آماری	عدم بروز درد	بروز درد	متغیر
$X^2=0/05$ $df=1$ $p=0/81$	۳۱۲ (%۶۱)	۱۹۹ (%۳۹)	کارگر
	۴۰۹ (%۶۱/۶)	۲۵۵ (%۳۸/۴)	کارمند

جدول ۶ بروز درد مزمن مستمر و مزمن عودکننده برای دو گروه کارگر و کارمند

نتیجه آماری	عدم بروز درد	بروز درد	متغیر
$X^2=0/86$ $df=1$ $p=0/35$	۷۶ (%۲۳/۵)	۷۱ (%۴۸/۳)	کارگر
	۸۹ (%۴۶/۶)	۱۰۲ (%۵۳/۴)	کارمند

معناداری با یکدیگر ندارند، افراد گروه بدون درد مزمن مستمر و یا عودکننده به‌طور معناداری از افراد دو گروه دیگر، جوان‌تر هستند. در حالی که دو گروه درد مزمن مستمر و درد مزمن عودکننده از لحاظ مدت خواب در شبانه‌روز با یکدیگر تفاوت آماری معناداری ندارند میزان خواب گروه افراد بدون درد مزمن مستمر و یا عودکننده بیش‌تر از دو گروه دیگر است. سرانجام، در حالی که دو گروه درد مزمن مستمر و درد مزمن عودکننده از لحاظ سابقه خدمت با یکدیگر تفاوت آماری معناداری ندارند، سابقه خدمت افراد گروه بدون درد مزمن مستمر و یا عودکننده، کم‌تر از سابقه خدمت دو گروه دیگر است.

جدول ۴ نتایج آزمون مجذور خی را نشان می‌دهد که احساس خواب آلودگی را در طول روز، بین سه گروه دارای درد مزمن مستمر، درد مزمن عودکننده و بدون درد مزمن مستمر و یا عودکننده مقایسه کرده است. نتایج نشان می‌دهد در حالی که ۵۵ درصد مبتلایان به درد مزمن عودکننده و ۶۶ درصد مبتلایان به درد مزمن مستمر در طول روز احساس خواب آلودگی را گزارش کرده‌اند، ۴۹ درصد از افراد گروه بدون درد در طول روز احساس خواب آلودگی داشته‌اند. نتایج آزمون مجذور خی نشان می‌دهد که افراد دو گروه درد مزمن مستمر و درد مزمن عودکننده به‌طور معناداری بیش‌تر از افراد بدون درد در طول روز خواب آلوده هستند از نتایج دو جدول ۳ و ۴ می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که احتمالاً درد مزمن مستمر و

مطالعه دوم

روش

نمونه مورد مطالعه: نمونه مرحله دوم مطالعه از ۳۳۸ نفر تشکیل شده است که در مرحله اول مطالعه مبتلا به درد مزمن مستمر و یا درد مزمن عودکننده تشخیص داده شده بودند. از این تعداد ۱۶۵ نفر دارای درد مزمن مستمر و ۱۷۳ نفر دارای درد مزمن عودکننده بودند.

ابزار اندازه‌گیری و متغیرهای مورد مطالعه: در این مرحله از پژوهش از پرسشنامه بررسی تاریخچه درد استفاده شد. این پرسشنامه که از فرم پیشنهاد شده به وسیله انجمن جهانی مطالعه درد اقتباس شده است دارای ۵۱ سؤال است و اطلاعاتی را در زمینه‌های زیر فراهم می‌آورد.

۱. اطلاعات عمومی درباره بیمار (سن، میزان تحصیلات، شغل و سابقه کار)
۲. اطلاعاتی اختصاصی درباره درد بیمار و تاریخچه پزشکی وی (مدت درد، شدت درد، الگوی درد، مصرف دارو به دلیل درد، الگوی مصرف دارو، مراجعه به پزشک به دلیل درد، انجام عمل جراحی به دلیل درد، تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان و یا اورژانس به دلیل درد، غیبت از کار به دلیل درد و علت شروع درد از دید بیمار)
۳. تأثیر درد بر روابط خانوادگی، رضایت شغلی، وضعیت اقتصادی، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های تفریحی.

اجرا: پژوهشگر با مراجعه به محل کار فرد مورد نظر با وی به طور انفرادی ملاقات می‌کرد و با بیان هدف پژوهش از وی خواسته می‌شد تا در صورت تمایل در آن شرکت کند. پس از موافقت اولیه بیمار، سؤالات پرسشنامه یک به یک برای وی خوانده و پاسخ‌های وی ثبت می‌شد.

افت نمونه: از مجموع ۳۳۸ نفر از جمعیت مورد مطالعه، اطلاعات کامل در مورد ۲۲۹ نفر (۶۸٪) گردآوری شد. ۱۷ نفر (۵٪ افراد نمونه) به مأموریت‌های بلند مدت اعزام شده بودند لذا امکان دسترسی به آنها

وجود نداشت. ۹۲ نفر نیز حاضر به شرکت در مرحله دوم مطالعه نشدند.

در هر مطالعه‌ای عدم شرکت گروهی از افراد این نگرانی را به وجود می‌آورد که نمونه مورد مطالعه، دارای سوگیری باشد و اطلاعات به دست آمده ارزش خود را از دست بدهد مگر این که بررسی‌ها ثابت کند که دو گروه شرکت کننده و غیر شرکت کننده در متغیرهای اصلی مطالعه با یکدیگر تفاوت آماری معناداری نداشته باشند. برای بررسی تأثیر عدم شرکت ۱۰۹ نفر در مطالعه و به منظور اطمینان از عدم سوگیری اطلاعات به دست آمده، دو گروه شرکت کننده و غیر شرکت کننده در مطالعه از نظر متغیرهای اصلی که در مرحله اول مطالعه مشخص شده بود، با یکدیگر مقایسه شدند.

جدول ۷ نتایج مقایسه دو گروه شرکت کننده و غیر شرکت کننده را در متغیرهایی چون سن، میزان حقوق، سابقه کار و مدت مصرف دارو به دلیل درد، نشان می‌دهد. نتایج آزمون آماری t برای دو گروه مستقل نشان می‌دهد که بین دو گروه مذکور در هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد.

جدول ۸ نتایج مقایسه دو گروه شرکت کننده و غیر شرکت کننده را در متغیرهایی مانند محل تولد، نوع درد، وضعیت تأهل و گروه شغلی نشان می‌دهد. نتایج آزمون آماری مجذور χ^2 نشان می‌دهد که بین دو گروه، تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. به طور کلی می‌توان گفت که عدم شرکت ۱۰۹ نفر احتمالاً نمی‌تواند سوگیری خاصی در یافته‌های مرحله دوم مطالعه ایجاد کند.

نتایج

جدول ۹ ویژگی‌های اجتماعی، جمعیتی و شغلی شرکت کنندگان در مرحله دوم پژوهش را خلاصه کرده است. تمام (۱۰۰٪) شرکت کنندگان در پژوهش مردان هستند. میانگین سن افراد مورد مطالعه ۴۲ سال است. اکثر افراد مورد مطالعه (۹۵٪) متأهل هستند. از نظر نژادی ۷۲ درصد از افراد مورد مطالعه فارس، ۲۰ درصد

جدول ۷ مقایسه دو گروه شرکت کننده و غیرشرکت کننده در پژوهش از لحاظ برخی از متغیرهای مطالعه شده در مرحله اول (اعداد داخل پرانتز انحراف استانداردها هستند)

متغیر	شرکت کننده (n=۲۲۹)	غیرشرکت کننده (n=۱۰۹)	مقدار t	سطح معناداری
سن	۴۲/۴۴ (۸/۸۵)	۴۲/۷۳ (۹/۱۳)	۰/۲۹	۰/۷۷۷
دستمزد به هزار	۸۹۰۰۰ (۴۱۰۰۰)	۸۷۰۰۰ (۴۳۰۰۰)	۰/۴۳	۰/۶۶۵
سابقه کار (به سال)	۱۸/۹۸ (۸/۴۱)	۱۸/۸۷ (۸/۳۸)	۰/۱۱	۰/۹۱۰
مدت مصرف دارو به دلیل درد (به ماه)	۷۱/۹۵ (۸۳/۳۴)	۶۳/۴۷ (۵۳/۹۵)	۰/۵۸	۰/۵۶۵

جدول ۸ مقایسه دو گروه «شرکت کننده» و «غیرشرکت کننده» در پژوهش از لحاظ برخی از متغیرهای مطالعه در مرحله اول

متغیر	شرکت کننده (n=۲۲۹)	غیرشرکت کننده (n=۱۰۹)	مجذور خی و درجه آزادی	سطح معناداری	
				محل تولد	شهر روستا
نوع درد	۱۹۸ (%۶۷)	۹۵ (%۳۳)	$\chi^2=۰/۳۹$ df=۱	۰/۵۲	
	۳۰ (%۱۳)	۱۶ (%۱۵)			
وضعیت تأهل	۱۱۸ (%۶۷)	۵۶ (%۳۳)	$\chi^2=۰/۰۳$ df=۱	۰/۸۴	
	۱۱۱ (%۶۶)	۵۵ (%۳۷)			
گروه شغلی	۲۱۷ (%۶۶)	۱۰۶ (%۳۴)	$\chi^2=۰/۰۲$ df=۱	۰/۸۴	
	۱۱ (%۴۸)	۵ (%۳۱)			
وضعیت شغلی	۱۲۷ (%۶۷)	۶۲ (%۳۳)	$\chi^2=۰/۰۱$ df=۱	۰/۹۵	
	۱۰۰ (%۴۶)	۵۰ (%۳۴)			

جدول ۱۰ اطلاعات مربوط به نوع درد بیماران

متغیر (نوع درد)	شاخص	فراوانی (درصد)	میانگین مدت درد به ماه (انحراف معیار)
درد مزمن مستمر	۱۰۸ (۴۷)	۸۷ (۸۱)	
درد مزمن عودکننده	۱۲۱ (۵۳)	۸۰ (۷۱)	

جدول ۹ ویژگی‌های اجتماعی، جمعیتی و شغلی بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	شاخص	فراوانی	درصد	متغیر	
				جنسیت	وضعیت تأهل
وضعیت نژادی	مرد	۲۲۹	۱۰۰		
	مجرد	۱۲	۵		
	متاهل	۲۱۷	۹۵		
	فارس	۱۶۴	۷۳		
	ترک	۴۶	۲۰		
وضعیت شغلی	لر	۱۰	۴		
	کرد	۵	۲		
	عرب	۳	۱		
وضعیت تحصیلی	کارمند	۱۲۸	۵۶		
	کارگر	۱۱۱	۴۴		
بدون مدرک رسمی	ابتدایی	۲۳	۱۰		
	راهنمایی	۴۸	۲۱		
	دیپلم	۲۷	۱۲		
	فوق دیپلم	۹۲	۴۰		
	لیسانس و بالاتر	۱۵	۶		
لیسانس و بالاتر	۲۴	۱۱			

ترک، ۴ درصد لر، ۲ درصد کرد و ۱ درصد عرب هستند. از لحاظ شغلی ۵۶ درصد از افراد مورد مطالعه را کارمندان، ۴۴ درصد را کارگران تشکیل می‌دهند. سرانجام، جدول ۹ وضعیت تحصیلی افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. ۱۰ درصد فاقد مدرک رسمی آموزشی هستند. ۲۱ درصد دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۱۱ درصد دارای مدرک تحصیلی راهنمایی یا سیکل اول نظام آموزشی قدیم، ۴۰ درصد دارای دیپلم، ۶ درصد دارای فوق دیپلم و ۱۱ درصد دارای مدرک تحصیلی لیسانس و یا بالاتر هستند.

جدول ۱۰ اطلاعات کلی مربوط به نوع درد افراد شرکت کننده در مطالعه را نشان می‌دهد. ۱۰۸ نفر (۴۷ درصد افراد مورد مطالعه) از افراد شرکت کننده در مرحله دوم مطالعه مبتلا به درد مزمن مستمر هستند و

جدول ۱۱ اطلاعات کلی مربوط به محل درد بیماران

درصد	فراوانی	شاخص متغیر (موضع درد)
۱۴	۳۳	سر
۵	۱۲	گردن
۳	۸	شانه
۱۰	۲۲	سینه
۱۱	۲۵	شکم
۲۶	۵۸	پشت و کمر
۴	۱۰	لگن
۲۷	۶۰	دست‌ها و پاها

میانگین سابقه درد در این گروه ۸۷ ماه است. همچنین جدول نشان می‌دهد که ۱۲۱ نفر (۵۳ درصد افراد مورد مطالعه) از افراد شرکت‌کننده در مرحله دوم مطالعه، دارای درد مزمن عودکننده هستند و میانگین سابقه درد در این گروه ۸۰ ماه است.

جدول ۱۱ اطلاعات کلی مربوط به محل درد افراد شرکت‌کننده در مرحله دوم پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که دیده می‌شود ۱۴ درصد از افراد مورد مطالعه محل درد خود را ناحیه سر، ۵ درصد ناحیه گردن، ۳ درصد ناحیه شانه، ۱۰ درصد ناحیه سینه، ۱۱ درصد ناحیه شکم، ۲۶ درصد ناحیه پشت و کمر، ۴ درصد ناحیه لگن و ۲۷ درصد دست‌ها و پاها ذکر کرده‌اند.

جدول ۱۲ سابقه پزشکی مربوط به درد، تلاش‌های درمانی و نتایج تلاش‌هایی را که افراد مورد مطالعه برای رهایی از درد انجام داده‌اند، نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود ۹۲ درصد افراد (۲۱۰ نفر) برای رهایی از درد به پزشک مراجعه کرده‌اند (۱۳۱ نفر به پزشکان متخصص و ۷۹ نفر به پزشکان عمومی). ارزیابی افراد شرکت‌کننده در مطالعه از مراجعه به پزشکان به این شرح است: ۲ درصد گزارش کرده‌اند که پس از مراجعه به پزشک درد آن‌ها بدتر شده است. ۴۷ درصد هیچ‌گونه بهبودی در درد خود احساس نکرده‌اند، ۳۷ درصد در درد خود بهبودی اندکی احساس کرده‌اند، ۱۲ درصد بهبودی چشمگیر و ۲ درصد رهایی کامل از درد را پس از مراجعه به پزشکان گزارش کرده‌اند. از مجموع افراد شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۳ درصد (۲۹ نفر) به دلیل درد، تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و به‌طور میانگین، ۲ عمل جراحی داشته‌اند. از این عده ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند که پس از عمل جراحی درد آن‌ها بدتر شده است، ۱۴ درصد پس از عمل جراحی هیچ‌گونه بهبودی در درد خود احساس نکرده‌اند، ۴۱ درصد بهبودی اندک، ۲۷ درصد بهبودی چشمگیر و ۷ درصد رهایی کامل از درد را پس از عمل جراحی گزارش کرده‌اند. مطالعه حاضر همچنین نشان می‌دهد که ۱۵۶ نفر (۶۸٪) از افراد مورد مطالعه برای تسکین یا رهایی از درد دارو مصرف می‌کنند. این عده به‌طور میانگین ۷۵ ماه (۶/۲۵ سال)

جدول ۱۲ سابقه پزشکی افراد و تلاش‌های درمانی و نتایج این اقدامات

درصد	فراوانی	شاخص متغیر
۹۲	۲۱۰	مراجعه به پزشک به دلیل درد نتیجه مراجعه به پزشک: درد بدتر شد
۲	۵	درد تغییری نکرد
۴۶	۹۸	درد کمی بهتر شد
۳۸	۷۸	درد تقریباً خوب شد
۱۲	۲۵	درد کاملاً خوب شد
۲	۵	عمل جراحی به دلیل درد نتیجه عمل جراحی: درد بدتر شد
۱۳	۲۹	درد تغییری نکرد
۱۰	۳	درد کمی بهتر شد
۱۴	۴	درد تقریباً خوب شد
۴۱	۱۲	درد کاملاً خوب شد
۲۷	۸	مصرف دارو برای رفع درد الگوی مصرف دارو: کم‌تر از یکبار در هفته
۷	۲	چند بار در هفته
۶۸	۱۵۶	۱ تا ۲ بار در روز
۳۱	۴۸	۳ تا ۴ بار در روز
۳۱	۴۸	نتیجه مصرف دارو: درد بدتر می‌شود
۲۰	۳۲	درد تغییری نمی‌کند
۱۸	۲۸	کمی از شدت درد کم می‌شود
۱	۲	تقریباً درد خوب می‌شود
۱۱	۱۸	درد کاملاً خوب می‌شود
۵۶	۸۷	بستری شدن به دلیل درد
۲۷	۴۱	مراجعه به اورژانس به دلیل درد
۵	۸	
۳۲	۷۳	
۴۵	۱۰۵	

صدمه دیدگی در محل کار را نشان می‌دهد. ۹ درصد افتادن، ۱۶ درصد بلند کردن اشیاء، ۸ درصد تصادف با اشیاء در حال سقوط، ۲ درصد هل دادن اشیاء و ۳۱ درصد انجام فعالیت‌های تکراری را به‌عنوان عامل صدمه دیدگی در محل کار ذکر کرده‌اند. ۳۴ درصد نیز نتوانسته‌اند نوع صدمه را مشخص نمایند.

جدول ۱۵ تأثیر احتمالی درد بر میزان خواب، میزان مشارکت در روابط اجتماعی، رضایت از شغل، رضایت از میزان درآمد و رابطه با همسر را در بین افراد شرکت‌کننده در مطالعه نشان می‌دهد همان‌طوری که دیده می‌شود افراد مورد مطالعه در مقایسه با قبل از شروع درد، در شرایط حاضر به میزان کم‌تری می‌خوابند، به میزان کم‌تری در روابط اجتماعی شرکت می‌کنند، از شغل و میزان درآمد خود رضایت کم‌تری دارند و بر این باور هستند که رضایت کم‌تری از رابطه با همسر دارند.

جدول ۱۳ تأثیر درد بر عملکرد شغلی در بین بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	شاخص	فراوانی	درصد
تغییر شغل به دلیل درد		۲۱	۹
محدودیت شغلی به دلیل درد (شغل سبک یا کم استرس ۹)		۲۴	۱۰
غیبت از کار به دلیل درد در ۶ ماه گذشته (میانگین روزهای غیبت از کار = ۱۰ روز)		۶۸	۳۰
تأخیر در ورود به محل کار یا تعجیل در خروج از محل کار به دلیل درد در ۶ ماه گذشته (میانگین روزهای تأخیر در ورود یا تعجیل در ورود از محل کار = ۹ روز)		۲۹	۱۳

جدول ۱۴ علل شروع درد از نظر بیماران شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	شاخص	فراوانی	درصد
صدمه دیدگی در محل کار		۱۰۹	۴۷
صدمه دیدگی خارج از محل کار		۶	۲
بدنبال بیماری یا انجام جراحی		۱۴	۵
بدون علت مشخص		۱۰۰	۴۶
نوع صدمه دیدگی در محل کار افتادن		۱۰	۹
بلند کردن اشیاء		۱۷	۱۶
تصادف با اجسام در حال سقوط		۹	۸
حین هل دادن اشیاء		۲	۲
صدمه در اثر فعالیت تکراری		۳۴	۳۱
نامشخص		۳۷	۳۴

دارو مصرف کرده‌اند. ۳۱ درصد از این افراد کم‌تر از یکبار در هفته، ۳۱ درصد چند بار در هفته، ۲۰ درصد یک تا دو بار در روز و ۱۸ درصد سه تا چهار بار در روز به‌خاطر درد دارو مصرف می‌کنند. ۱ درصد گزارش داده‌اند که در نتیجه مصرف دارو، درد آن‌ها بدتر شده است، ۱۱ درصد گزارش داده‌اند که درد آن‌ها هیچ‌گونه تغییری نکرده است، ۵۶ درصد بهبودی اندک، ۲۷ درصد بهبودی چشمگیر و ۵ درصد رهایی کامل از درد را گزارش کرده‌اند. ۷۳ نفر (۳۲٪) از افراد مورد مطالعه گزارش کرده‌اند که به دلیل درد در بیمارستان بستری شده‌اند و ۱۰۵ نفر (۴۵٪) گزارش کرده‌اند که به دلیل درد به اورژانس مراجعه کرده‌اند. میانگین تعداد دفعات مراجعه به اورژانس برای این گروه از افراد ۵ بار اعلام شده است.

جدول ۱۳ تأثیر درد بر عملکرد شغلی را در بین بیماران شرکت‌کننده در مطالعه نشان می‌دهد. همان‌طوری که دیده می‌شود ۲۱ نفر از بیماران (۹٪) به دلیل درد شغل خود را تغییر داده‌اند و ۲۴ نفر از بیماران (۱۰٪) به دلیل درد دارای محدودیت شغلی هستند از این عده ۲۱ نفر به انجام کار سبک و ۳ نفر به انجام کار کم استرس اشتغال دارند. در طول ۶ ماه گذشته ۶۸ نفر از بیماران به دلیل درد از کار غیبت کرده‌اند. میانگین غیبت از کار برای هر یک این افراد ۱۰ روز بوده است. این جدول همچنین نشان می‌دهد که طول ۶ ماه گذشته ۲۹ نفر از بیماران به دلیل درد دیرتر به سرکار آمده‌اند یا زودتر از حد معمول کار را ترک کرده‌اند. میانگین تعداد روزهای مذکور برای هر یک از افراد این گروه ۹ روز بوده است.

جدول ۱۴ علل شروع درد از نظر بیماران شرکت‌کننده در مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌طوری که دیده می‌شود درصد چشمگیری از افراد مورد مطالعه (۴۷٪) صدمه دیدگی در محل کار را علت شروع درد خود می‌دانند، ۲ درصد از افراد صدمه دیدگی در خارج از محل کار و ۵ درصد از افراد بیماری یا انجام عمل جراحی را علت درد خود گزارش کرده‌اند. ۴۶ درصد از افراد مورد مطالعه نتوانسته‌اند برای درد خود علت مشخصی را ذکر نمایند. همین جدول نوع

جدول ۱۵ تأثیر درد بر میزان خواب، میزان مشارکت در روابط اجتماعی، رضایت از شغل، رضایت از میزان در آمد و رابطه با همسر در بین افراد شرکت کننده در مطالعه (اعداد داخل پرانتز انحراف استانداردها هستند)

متغیر	قبل از شروع درد	بعد از شروع درد	مقدار t	سطح معناداری
میزان خواب	۷/۰۳ (۱/۲۷)	۶/۲۰ (۱/۴۳)	-۷/۰۱	۰/۰۰۰۱
مشارکت در روابط اجتماعی	۶/۱۳ (۲/۶۵)	۴/۷۴ (۲/۶۶)	-۸/۹۱	۰/۰۰۰۱
رضایت از شغل	۷/۴۲ (۲/۷۸)	۵/۹۲ (۳/۱۹)	-۸/۷۶	۰/۰۰۰۱
رضایت از میزان درآمد	۵/۲۱ (۲/۵۲)	۴/۵۷ (۲/۵۳)	-۴/۸۳	۰/۰۰۰۱
رابطه با همسر	۸/۶۴ (۱/۷۲)	۷/۵۲ (۲/۸۶)	-۶/۷۱	۰/۰۰۰۱

بحث

یافته‌های بخش اول این مطالعه نشان می‌دهد که درد مزمن مستمر و عودکننده در بین جامعه مورد مطالعه شایع است. از مجموع ۱۱۷۵ نفر از افراد مورد مطالعه، ۴۵۳ نفر (۳۹٪) در فاصله ۶ ماه قبل از شروع مطالعه درد را تجربه کرده‌اند. یافته‌های این بخش از مطالعه با یافته‌های مطالعه فون کورف و همکاران [۱۵ و ۳۳] هماهنگ است و نشان می‌دهد که در جمعیت مورد مطالعه درد پدیده شایعی است و در هر لحظه از زمان، بخش قابل توجهی از جمعیت دارای درد هستند. این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که فقط در ۲۵ درصد (۱۱۵ نفر) از افرادی که در ۶ ماه گذشته درد داشته‌اند، دردی گذرا و کوتاه مدت داشته‌اند و در اکثر مبتلایان به درد، دردی کوتاه مدت، نبوده است. به سخن دیگر، از مجموع افراد مورد مطالعه، ۳۳۸ نفر (۲۹٪) ملاک‌های تشخیصی درد مزمن مستمر و یا درد مزمن عودکننده را دارا هستند. این مطالعه نشان می‌دهد که شیوع درد مزمن با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد. این یافته با نتیجه پژوهش فون کورف و همکاران [۱۵] هماهنگ است. علاوه بر این یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده در بین افرادی که دارای سابقه خدمت بیش‌تری هستند بالاتر است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از افراد شرکت کننده در مطالعه (۱۳٪) برای تسکین و یا رهایی از درد به‌طور میانگین به مدت ۶۶ ماه دارو مصرف کرده‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان

می‌دهد که احتمالاً درد مزمن مستمر و عودکننده نه تنها باعث اختلال در خواب بیماران می‌گردد بلکه باعث می‌شود بیماران در طول روز احساس خواب آلودگی داشته باشند. با در نظر داشتن اطلاعات فوق، بدیهی است که بخش قابل توجهی از کارکنان مورد مطالعه احتمالاً نمی‌توانند عملکرد شغلی مطلوبی داشته باشند. سرانجام یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که رابطه‌ای بین نوع شغل (کارگر یا کارمند بودن) و بروز درد در فاصله زمانی ۶ ماه و نیز بروز درد به شکل مزمن مستمر و یا عودکننده وجود ندارد.

به‌طور خلاصه، یافته‌های بخش اول مطالعه که به‌منظور شناسایی درد مزمن در بین کارکنان واحد صنعتی مورد مطالعه، طراحی شده بود نشان می‌دهد همانند جوامع صنعتی غرب، درد مزمن در بین کارکنان مورد مطالعه، پدیده شایعی است و برای ارائه خدمات درمانی مطلوب‌تر باید ویژگی‌های این افراد مورد مطالعه قرار گیرد. همان‌طوری که ذکر شد، مرحله دوم مطالعه با هدف بررسی برخی از ویژگی‌های بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شد. یافته‌های این مرحله در بخش زیر مورد بحث قرار خواهد گرفت.

گردآوری اطلاعات در مرحله دوم با سختی بسیار انجام شد. به‌طور کلی، میزان همکاری افراد مورد مطالعه با پژوهشگر، پایین‌تر از حد انتظار بود. با وجود به‌کارگیری اقدامات متعدد برای بالا بردن میزان پاسخ‌ها، از مجموع ۳۳۸ نفر از افراد نمونه، اطلاعات کامل در مورد ۲۲۹ نفر (۶۸٪) گردآوری گردید. مقایسه

چگونگی ارتباط با همسر، رابطه دارد و در گروهی از افراد، درد به غیبت از کار و یا عملکرد شغلی ناکافی منجر می‌گردد. این یافته نیز با یافته‌های مورد اشاره در مقدمه، که از مطالعه بیماران مبتلا به درد در کشورهای غربی حاصل شده است هماهنگی دارد. به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش از این اندیشه که درد مزمن تنها یک علامت نیست و بیمار مبتلا به درد مزمن، بیماری نیست که فقط درد وی طولانی شده است، حمایت می‌کند. یافته‌های این پژوهش بیانگر این واقعیت است که درد مزمن پدیده‌ای است متشکل از مجموعه‌ای از علایم زیستی - روانی - اجتماعی و نتایج یافته‌های این مطالعه با دیدگاه انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP) درباره درد مزمن هماهنگ است. به موازات استمرار یافتن درد و مزمن شدن آن، بخش‌های گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و الگوهای شناختی و رفتاری خاصی را پدید می‌آورد. همان‌طوری که در این مطالعه دیده شد فرد به تدریج توانایی خود را برای ارائه عملکرد طبیعی در زمینه‌های گوناگون (شغلی، اجتماعی، خانوادگی و ...) از دست می‌دهد و معمولاً اقدامات درمانی گوناگون وی برای رهایی از درد به نتیجه مطلوبی نمی‌رسند. ناتوانی در برخورداری از عملکردی مطلوب و سرخوردگی از اقدامات درمانی، به افسردگی، یأس و ناامیدی بیمار می‌انجامد. بیمار به تدریج درمی‌یابد که داروهای ضد درد، می‌توانند کاهش اندکی در درد وی ایجاد کنند، اما مصرف طولانی مدت داروهای ضد درد اثرات جانبی چون خواب‌آلودگی، کاهش قدرت تمرکز، گیجی و یبوست به وجود می‌آورند که این‌گونه اثرات جانبی به نوبه خود مشکل فرد را وخیم‌تر می‌کنند.

دو گروه شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در مطالعه از نظر متغیرهای اصلی که در مرحله اول مطالعه مشخص شده بود نشان داد که دو گروه در تمام این متغیرها با یکدیگر تفاوت آماری معناداری ندارند. لذا، پژوهشگر اطمینان یافت که اطلاعات به دست آمده در مرحله دوم فاقد سوگیری است و می‌توان با اطمینان به تفسیر آن پرداخت.

مدت ابتلا به درد، الگوی بروز و شیوه استمرار درد در بین جمعیت مورد مطالعه، ما را به تفکر جدی‌تر درباره درد مزمن سوق می‌دهد. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که افراد مورد مطالعه به‌طور متوسط تقریباً به مدت ۷ سال با درد، دست به گریبان بوده‌اند. درد پشت و کمر و دست‌ها و پاها بیش‌تر از نقاط دیگر بدن گزارش شده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که افراد شرکت‌کننده در مطالعه فعالانه برای رهایی از درد اقدام کرده‌اند و از امکاناتی که در اختیار داشته‌اند استفاده کرده‌اند: ۹۲ درصد به پزشک مراجعه کرده‌اند، ۱۳ درصد تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، ۶۸ درصد برای رهایی از درد برای ماه‌های متمادی (۷۵ ماه) دارو مصرف کرده‌اند. ۳۲ درصد به دلیل درد در بیمارستان بستری شده‌اند و ۴۵ درصد به‌طور مکرر به خاطر درد به بخش فوریت‌های پزشکی مراجعه کرده‌اند. نتایج این تلاش‌ها که در جدول ۱۱ نشان داده شده است تأمل‌برانگیز است. این اقدامات، در درصد بسیار کمی از بیماران به رهایی کامل از درد منجر شده است. البته باید گفت که هیچ‌یک از این بیماران به شکل چند تخصصی (Multidisciplinary) تحت درمان قرار نگرفته‌اند و این نتایج درمانی ناامیدکننده که از شیوه سنتی درمان درد، حاصل آمده است به هیچ وجه تعجب‌برانگیز نیست. امروزه ثابت شده که درد پدیده‌ای چند وجهی (Multidimensional) است و کنترل آن جز از طریق برنامه‌های کنترل چند تخصصی درد، میسر نیست.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درد با عملکرد شغلی، میزان خواب، میزان مشارکت در روابط اجتماعی، رضایت از شغل، رضایت از میزان درآمد و

منابع

19. Nachemson AL. (1992) Newest knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*; 279: 8-20.
20. Turk, D.C. (1996) Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. J. Cachel and D.C. Turk(Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management.*; New York: Guilford Press, pp. 3-36.
۲۱. اصغری، محمدعلی؛ کرمی، باقر؛ رضایی، صدریه (۱۳۸۱) بررسی شیوع درد در طول عمر، درد مزمن مستمر و برخی از ویژگی‌های همراه با آن. *مجله روان‌شناسی* ۲۱، سال ششم، شماره ۱، صص ۳۰-۵۱.
22. International Association for the Study of Pain (IASP). (1995) Back pain in the work place. In: W. E. Fordyce (Ed.), *Task Force on Pain in Work Place.*; Seattle: IASP Press.
23. Frank A.(1993) Regular review: low back pain. *British Medical Journal*; 306: 901- 909.
24. Frymoyer JW, Cats- Baril WL.(1991) An overview if the incidences and costs of low back pain, *Orthop. Clin. North America*; 22: 263- 271.
25. Cousins MJ. Back pain in the work place. In: W. E. Fordyce (Ed.), (1995) *Task Force on Pain in Work Place*; Seattle: LASP Press, p. ix.
26. Romano JM, Turner JA. (1985) Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*; 97: 18- 34.
27. Gamsa A. (1990) Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain*, 42: 183- 195.
28. Crombie IK, Oakley Davies HT. (1999) Requirements for epidemiological studies. In: IK Crombie, PR Croft, SJ Linton, L LeResche, M. Von Korff (Eds.). *Epidemiology of Pain*; Seattle: LASP Prees, p. p. 17- 24.
29. 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. 1: *Epidemiological follow- up study*. *Pain*; 53: 163- 168.
۳۰. بررسی سلامت و بیماری در ایران (۱۳۸۰). از انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. تهران.
31. Jayson IV. (1997) Why does acute back pain becom chronic? *British Medical*; 314: 1639- 1640.
32. Nicholas MK, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. (2000) *Manage Your Pain: Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic Pain.*; Sydney: ABC Books.
33. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. (1990) Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain* 40; 279- 291.
1. International Association for the Study of Pain. (1994) *Classification of chronic pain.*; International Association for the Study of pain Press. Seattle.
2. Asghari A, Nicholas MK. (2001) Pain Self Efficacy Beliefs and Pain Behaviour: A Prospective Study. *Pain*; 94: 85- 100.
3. Bonica JJ.(1953) *The management of pain.*; Philadelphia: Lea & Febiger.
4. 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.
5. McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. (1992) Knee pain and disability in the community, *British Journal of Rheumatology*; 31: 189- 192.
6. Bowsher D, Rigge M, Sopp L. (1991) Prevalance of chronic pain in the British poulation: a telephone survey of 1037 households, *Pain Clinic*; 4: 223-230.
7. Anderson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. (1993) Chronic pain in a geographically defined general population: study of differences in age, gender, social class and pain localization. *Clinical Journal of Pain*; 9: 174-182.
8. Blyth FM. (2001) March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins, M. J. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*; 89: 127-134.
9. Black RG. (1975) The chronic pain syndrome. *Surgical Clinics of North America*; 55: 999- 1011.
10. 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.
11. Crombie IK.(1994) Epidemiological studies of pain. *Journal of Pain Society*; 11: 30- 31.
12. Stembach, R. A. (1986) Survey of pain in the United States. *The Nuprin Pain Report, Clin J Pain*; 2: 49- 53.
13. Bassols, A, Bosch, F, Campillo, M, Canellas. M. and Eladi Banos, J.(1999) An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*; 83, 9-16.
14. James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE. (1991) Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain*; 44: 279-283.
15. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, (1988) Kruger A. An Epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*; 32, 173-183.
16. 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.
17. Volinn E. (1991) Theories of back pain and health care utilisation. *Neurosurg Clin North America*; 2, 739- 748.
18. Linton SJ. (1994) Chronic back pain: Integrating psychological and physical therapy- an overveiw. *Behavioural Medicine*; 20: 101-104.

• • • • •