

## بررسی تأثیر برنامه آموزش مرتبط با سلامت فیزیکی بر کیفیت زندگی کارکنان پرستاری مبتلا به کمردرد مزمن

مرجان قاسمی نژاد<sup>۱</sup>، صدیقه السادات طوافیان<sup>۲\*</sup>، علیرضا حیدر نیا<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۲

### چکیده:

**زمینه و هدف:** کمردرد از مشکلات شایع در پرستاران است. هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه آموزش مرتبط با سلامت فیزیکی بر کیفیت زندگی کارکنان پرستاری مبتلا به کمردرد مزمن بود.

**مواد و روشها:** در این پژوهش نیمه تجربی ۱۱۹ نفر از کارکنان پرستاری مبتلا به کمردرد مزمن شاغل در بیمارستانهای منتخب یزد در دو گروه مداخله (۶۰ نفر) و شاهد (۵۹ نفر) شرکت نمودند. گروه مداخله در یک برنامه آموزشی شامل یک جلسه با میانگین مدت زمان ۱۸۰ دقیقه در گروه های ۷-۸ نفره شرکت کردند. کیفیت زندگی کلیه آزمودنی ها، قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بوسیله پرسشنامه ۳۶ سئوالی کیفیت زندگی ارزیابی شد و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** علیرغم همسان بودن دو گروه در بدو مطالعه میانگین ابعاد عملکرد جسمانی ۷۲/۳۲، محدودیت نقش بعثت مشکلات جسمانی ۵۸/۱۸، درد جسمانی ۵۹/۹۶ و سلامت عمومی ۶۹/۱ در گروه مداخله در مقایسه با میانگین های همین ابعاد در ۳ ماه بعد از مداخله با میزانهای ۶۰/۵۰، ۴۷/۸۸، ۳۸/۰۵، ۵۱/۲۷ در گروه شاهد دارای تفاوت چشمگیر بود ( $PV < 0/001$ ). ابعاد روانی کیفیت زندگی در گروه مداخله تغییر فاحشی نسبت به قبل از مداخله نداشت ( $PV=0/855$ ).

**نتیجه گیری:** برنامه آموزشی مبتنی بر سلامت فیزیکی توانست بر ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت نقش بدنال مشکلات جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی موثر باشد.

**کلمات کلیدی:** کمردرد مزمن، برنامه آموزشی، کیفیت زندگی، پرستار، سلامت فیزیکی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران (\* نویسنده مسئول)

تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش بهداشت، صدیقه السادات طوافیان Email: tavafian@modares.ac.ir

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

## مقدمه

اختلالات عضلانی - اسکلتی از شایع ترین و پر هزینه ترین صدمات شغلی محسوب می شوند ، زیرا هر ساله یک سوم صدمات مرتبط با کار را تشکیل می دهند(۱).

مطالعات گذشته نشان می دهد که شیوع کمردرد در حدود ۸۰-۶۰ درصد و وقوع آن ۴۰-۳۰ درصد است(۲). بعلاوه شیوع کمردرد در برخی حرفه ها نسبت به سایر حرفه ها از میزان بالاتری برخوردار است(۳).

بررسی هایی که بر روی مشاغل گوناگون انجام شده نشان داد که پرستاری در رأس ده گروه شغلی که به سخت ترین صدمات عضلانی اسکلتی دچار می شوند ، قرار دارد و در این گروه نیز کمردرد مهم ترین زیر گروه اختلالات عضلانی اسکلتی را تشکیل می دهد(۱).

حرفه پرستاری در بیمارستان به دلیل ماهیت کار ، از جمله مشاغلی است که در آن اختلالات اسکلتی عضلانی مرتبط با کار از شیوع بالایی برخوردار است(۴).

تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان می دهد که ناراحتی های اسکلتی عضلانی با عوامل فردی ، فعالیت های فیزیکی مختلف در محیط های کار و همچنین با عوامل روانی اجتماعی مرتبط هستند(۵). علاوه بر آن رابطه نزدیکی بین این اختلالات و استفاده نا صحیح از مکانیک بدن وجود دارد(۴). اغلب افرادی که از این درد رنج می برند در طول عمر خود با مشکلات عمده جسمی و روانی مانند کاهش عملکرد های جسمی روانی و اجتماعی ، کاهش سلامت عمومی و ایجاد درد های ثابت یا دوره ای روبرو هستند و این وضعیت منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می گردد(۶).

تقریباً از هر سه بیمار مبتلا به درد مزمن ، یک بیمار با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت<sup>۱</sup> و سطوح بالایی از پریشانی روان شناختی روبرو می شود . علاوه بر این ، هنگامی که درد مزمن به درستی درمان نشود ، اثرات زیان بخشی بر تمام جنبه های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به درد می گذارد و ممکن است تمام ابعاد کیفیت زندگی کاهش یابد ، که این مسئله یکی از شایعترین مشکلات در این بیماران می باشد(۷).

اغلب اطلاعات در مورد کمردردهای مزمن ناقص هستند و بخش اعظم درمان بدون اتکاء به شواهد مستدل انجام می گیرد . با وجود افزایش چشمگیر کارآزمایی های بالینی تصادفی در دهه اخیر ، تنها دو درصد از این کارآزمایی ها مسأله کمردرد را مورد بررسی قرار داده اند .

کمیته مشورتی استانداردهای بالینی بریتانیا<sup>۲</sup> در مورد دستورالعمل چگونگی برخورد پزشکان با این نوع کمردرد توصیه هایی را منتشر کرده اند که اصول آن عبارت است از: ۱-درمان دارویی ( که بهتر است تا حد ممکن استفاده از آن کاهش یابد ) ۲-درمان دستی<sup>۳</sup> ۳-تمرین درمانی ۴-آموزش به بیمار به منظور پیشگیری یا کاهش ناتوانی جسمانی ، روانی و ارتقای کیفیت زندگی و عملکرد بیمار(۸).

تا کنون مداخلات درمانی زیادی برای بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بکار رفته است ولی مطالعات نشان داده است هیچ درمانی بطور تمام و کمال بر درمانهای دیگر برتری نداشته است(۹). برای پیشگیری از بروز آسیب های اسکلتی عضلانی ، آگاهی از نقش عوامل بیومکانیکی مانند وضعیت بدنی نامناسب یا ثابت ، اعمال نیروی زیاد و تکرار حرکت می تواند به در پیش گرفتن راهبردهای کنترلی منجر شود(۱۰).

با توجه به وجود ارتباط میان شرایط محیط کار و وقوع اختلالات اسکلتی عضلانی به خصوص دردهای ستون فقرات ، ممانعت از مواجهه افراد با عوامل خطرزا از جمله نشستن و ایستادن طولانی مدت ، وضعیت نامناسب بدن و نیروهایی که در حین کار به بدن وارد می شوند ، می تواند در راستای رفع و کاهش این عوامل و کم کردن دردهای ستون فقرات مؤثر واقع شود. یکی از راه ها و مداخله های مؤثر و کم هزینه جهت ممانعت از مواجهه با عوامل خطرزا ، به کار بردن شیوه های آموزشی در قالب برنامه هایی مثل مدرسه کمر است .

مدرسه کمر یک برنامه آموزشی است که با هدف افزایش آگاهی افراد به منظور بازنگری وضعیت بدنی و اصلاح وضعیت های غلط به کار می رود تا در نهایت منجر به بهبود سبک زندگی شود(۱۱). این برنامه بعنوان یکی از شیوه های درمانی کاهش دهنده شدت درد برای کمردرد مزمن که در سال ۱۹۶۹ در کشور سوئد تدوین شد و شامل برنامه هایی نظیر آموزش و ارتقاء آگاهی مبتلایان به کمردرد مزمن در خصوص ساختمان و عملکرد ستون فقرات ، راه های حفظ وضعیت صحیح ستون فقرات و ورزش های مخصوص کمر می باشد(۶).

با این که اهداف متد های مختلف در آموزش های مدرسه کمر مشابه است ، راه ها و روش های آموزشی برای رسیدن

<sup>2</sup> Group advisory committee in united kingdom clinical standards

<sup>3</sup> Manual therapy

<sup>1</sup> Health Related Quality of Life

## مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی، از نوع تصادفی شده شاهددار<sup>۲</sup>، دو مرحله ای و دو گروهی می باشد که شامل یک گروه آزمون و یک گروه شاهد است و به منظور بررسی تأثیر برنامه آموزش مرتبط با سلامت فیزیکی بر کیفیت زندگی کارکنان پرستاری (پرستاران، بهیاران و کمک بهیاران) مبتلا به کمردرد مزمن شاغل در چهار بیمارستان منتخب شهرستان یزد (سه بیمارستان دانشگاهی آموزشی افشار، شهید رهنمون و شهید صدوقی و یک بیمارستان خصوصی درمانی زنان زایمان و نازائی مادر) در بهار ۱۳۹۳ صورت گرفته است. حجم نمونه مطابق مطالعات تحلیلی و مقایسه ای میانگین ها در دو گروه غیر وابسته طبق فرمول پوکاک بدست آمد.

$$N = \frac{\left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

بر اساس این فرمول و با استفاده از شاخص های مطالعه قبلی (۱۲) حجم نمونه ۴۷ نفر بدست آمد که با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش، حجم نمونه در هر گروه ۵۲ نفر در نظر گرفته شد. در آغاز از بین بیمارستانهای شهر یزد چهار بیمارستان بصورت تصادفی، دوتا بعنوان بیمارستان شاهد (بیمارستانهای دانشگاهی آموزشی افشار و شهید صدوقی) و دوتای دیگر بعنوان مداخله (بیمارستان دانشگاهی آموزشی شهید رهنمون و بیمارستان خصوصی درمانی زنان زایمان و نازائی مادر) انتخاب شدند. در این چهار بیمارستان با مراجعه به بخشهای مختلف در شیفت های کاری صبح و عصر و مصاحبه با کارکنان شاغل، از بین این افراد آنهایی که واجد شرایط و مایل به شرکت در مطالعه بودند انتخاب شده و انتخاب نمونه ها به روش نمونه گیری در دسترس (غیرتصادفی هدفمند) صورت گرفت و به این ترتیب از ۱۱۹ نفر پرسنل انتخاب شده ۶۰ نفر در گروه شاهد و ۵۹ نفر در گروه مداخله قرار گرفتند. اگرچه انتخاب نمونه ها از چهار بیمارستان مختلف که حتی در میان آنها یک بیمارستان خصوصی بوده است، صورت گرفته است، لیکن دقت شده است تا حد امکان، نمونه های دارای شرایط کاری مشابه، در مطالعه وارد شوند. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل سابقه حداقل ۱۲ هفته کمردرد غیر اختصاصی مکانیکال بصورت متناوب یا دائمی، با شدت های مختلف، حداقل شش ماه سابقه کار،

به این اهداف گسترده است. ساختار متد های مدرسه کمر بر پایه اطلاعاتی از زمینه های مختلف شامل آناتومی کمر، بیومکانیک، وضعیت بدنی<sup>۱</sup> مطلوب، ارگونومی و ورزش های کمر می باشد.

متدهای مختلف مدرسه کمر از لحاظ جنبه های آموزش اگر چه هم پوشانی دارند، اما تأکید اصلی هر یک از آن ها روی یکی از چندین زمینه مذکور قرار می گیرد (۱۱). بنابراین اهم راهکار های عملی مقابله و کنترل این مشکل ارتقاء سطح آگاهی و مهارت شاغلین در مراقبت از ستون فقرات کمری می باشد که بلحاظ امکان دسترسی سهل به جامعه هدف، با حداقل هزینه و امکانات موجود، در صورت اثر بخشی، می تواند در زمره برنامه های آموزش بدو استخدام یا حین اشتغال قرار گیرد. لذا نیاز به مطالعات مختلف از سوی پژوهشگران ضروری بنظر می رسد تا در حیطه آموزش به پرسنل برای پیشگیری و کاهش پیامد های کمردرد و همچنین جلب توجه مسئولین درباره اخذ تدابیر پیشگیرانه و ارتقاء سطح آگاهی در زمینه انجام صحیح فعالیتهای پرستاری مورد استفاده قرار گیرد.

در اندک مطالعاتی که تاکنون در خصوص تأثیر برنامه آموزشی مدرسه کمر در بیماران دارای کمردرد صورت گرفته اند، ترکیبی از برنامه های آموزشی فیزیکی و روانی را مد نظر قرار داده اند اما مطالعه ای که تأثیر آموزش مرتبط با سلامت فیزیکی را بر تنهایی ارزیابی کرده باشد، صورت نگرفته است.

بنابراین با توجه به مستندات ذکر شده در مورد شیوع بالای کمردرد در کارکنان پرستاری و عوارض احتمالی آن و نظر به اینکه در کشور ما مداخلات فیزیوتراپی که صرفاً جسمانی است از مداخلات شایع است و از طرفی عدم انجام پژوهش مشابه در شهر یزد و شیوع بالای مشکل در کارکنان پرستاری در بیمارستانهای این شهر و ارتقاء عملکرد کارکنان و پیشگیری یا کاهش زیان های احتمالی وارده در امر مراقبت از بیماران، این پژوهش به منظور بررسی تأثیر برنامه آموزشی مرتبط با سلامت فیزیکی بر میزان کمردرد و کیفیت زندگی کارکنان پرستاری مبتلا به کمردرد مزمن شاغل در چهار بیمارستان منتخب شهرستان یزد صورت گرفته است. لذا انتظار می رود این مداخلات آموزشی، رفتارهای آسیب رسان به کمر را تغییر دهد و منجر به تصمیماتی در شیوه زندگی شود که در جهت ارتقای سلامت باشند (۱۱).

<sup>2</sup> Randomized clinical trial

<sup>1</sup> Posture

اختلالات اسکلتی عضلانی و اهمیت و لزوم خودمراقبتی در پیشگیری از این اختلالات، پرداخته شد.

سپس بمدت ۹۰ دقیقه، فیزیوتراپیست به بیان اطلاعاتی در زمینه آناتومی و فیزیولوژی ستون فقرات، وضعیت طبیعی ستون فقرات، انواع کمردرد و علائم درد ناشی از کمر، علل شایع کمردرد، کمردرد مکانیکی و عوامل ایجاد کننده ی کمردرد مکانیکی، علل وضعیتی کمردرد و نتایج وضعیت های آناتومیک نادرست و تکنیک های محافظت از کمر و چگونگی پیشگیری از کمردرد پرداخت و همچنین به بیان وضعیت های مناسب بدن در مواردی چون خوابیدن، نشستن، رانندگی کردن، ایستادن و راه رفتن، تکنیک های صحیح بلند کردن اشیاء یا بیمار و جابجایی و حمل و انتقال با استفاده از تصویر پرداخت.

جهت کسب مهارت مورد نظر، همزمان بطور عملی تمامی این وضعیت ها بدرستی و بدقت در حضور فراگیران نمایش داده شد تا اعضای گروه آنرا بیاموزد و حتی توسط فیزیوتراپیست چندین بار نمایش داده شد تا از دستیابی فراگیران به مهارت ها اطمینان حاصل شود. همچنین فیزیوتراپیست به ارائه اطلاعاتی در زمینه برخی از روشهای فیزیوتراپی و حرکت درمانی در پیشگیری و درمان کمردرد پرداخته و با بیان دلایل تجویز تمرینات ورزشی در کمردرد، تعدادی از حرکات درمانی مرتبط و مفید برای کمردرد را با استفاده از تصاویر متحرک آموزش داد. در این مورد نیز تمامی تمرینات ورزشی به ترتیب و هر تمرین بصورت مرحله به مرحله، همانطور که توضیح داده می شد، بصورت عملی نیز در حضور فراگیران بدقت نمایش داده شد و در مورد مدت زمان مختص به هر مرحله و تعداد دفعات تکرار هر تمرین توضیحات لازم ارائه شد.

پس از اتمام آموزش، از چندین نفر از فراگیران و در صورت امکان تمامی آنها خواسته شد تا تمرینات مورد نظر را در حضور فیزیوتراپیست انجام دهند تا علاوه بر رفع اشکالات و نقاط مبهم نیز بازخورد مناسبی از آموزش خود دریافت نماییم و از یادگیری فراگیران اطمینان یابیم. ۳۰ دقیقه بعد که بصورت پرسش و پاسخ برگزار شد، محقق به طرح سئوالات از قبل برنامه ریزی شده از فراگیران پرداخت. همچنین سئوالاتی دیگر که توسط فراگیران مطرح شد. هدف از طرح این سئوالات این بود تا فراگیران برای کسب توسط خودش تلاش کنند.

مفاهیم و مطالب جدید در این مرحله مطالب آموزشی مستقیماً توسط آموزشگر بیان نمی شد بلکه با پرسش های نظام مند از فراگیران، فعالیت ذهنی شان را در مسیر مطالب و مفاهیم جدید قرار داده و آنها را هدایت نمود.

مواردی که پزشک معالج قادر نبود مشخصاً یک عامل خاص را بعنوان علت کمردرد معرفی نماید و درد آنها با فعالیت بیشتر و با استراحت کمتر می شد و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری این پژوهش شامل پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی<sup>۱</sup> (SF-۳۶) بود که پایایی و روایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعات قبلی توسط منتظری و همکاران تأیید شده است (۱۳). این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال است که هشت بعد از کیفیت زندگی را می سنجد. این ابعاد شامل: عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی است. به هر یک از این ابعاد نمرات صفر تا صد تعلق می گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت سلامتی بهتر است (۱۴).

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک نیز اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، قد و وزن، شغل، تحصیلات، درآمد، وضعیت تأهل، ابتلا به سیاتیک را شامل می شد. بدین ترتیب داده های مرحله اول از دو گروه اخذ شد و تکمیل پرسشنامه ها در حضور محقق صورت گرفت، بصورتیکه اگر برای پاسخ دهنده سئوالی مبهم بود، توضیحات لازم جهت رفع ابهامات ارائه می شد. جهت رعایت اصول اخلاقی به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و همچنین روند تحقیق و نقش فرد در آن بطور شفاف توضیح داده شد. مداخله آموزشی شامل یک جلسه با میانگین مدت زمان ۱۸۰ دقیقه در گروه های ۷-۸ نفره و با حضور محقق و یک کارشناس فیزیوتراپی صورت گرفت. به منظور رعایت اصول آموزشی، تامین حداقل نیازهای آموزشی و انتقال بهینه مطالب، مخاطبین و پرسنل شرکت کننده در کلاس ها گروه بندی شدند و به این نکته توجه شد که افراد دارای سطح تحصیلات مشابه در یک گروه آموزشی قرار گرفته شوند. ۲۰ دقیقه شروع جلسه به افتتاحیه کلاس، معارفه، بیان عناوین و مراحل اجرای برنامه اختصاص یافت.

همچنین محقق با روش سخنرانی به ارائه مقدماتی در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات اسکلتی عضلانی، هزینه های ناشی از این اختلالات، فاکتور های فردی مرتبط با اختلالات اسکلتی عضلانی، شواهد اپیدمیولوژیکی ارتباط کار با اختلالات اسکلتی عضلانی و مشاغل دارای میزان بالای شیوع، تاثیر سبک زندگی و عوامل مکانیکی در

<sup>۱</sup> The Short Form Health Survey

می‌تواند در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد... داده‌ها از طریق آزمون‌های کای دو<sup>۱</sup>، تی تست<sup>۲</sup> و تی زوجی<sup>۳</sup> با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع تعداد ۱۱۹ نفر از پرسنلی که واجد شرایط بودند انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه شاهد (۵۹ نفر با میانگین سنی ۳۶/۶۲ سال و انحراف معیار ۵/۷۷ سال و دامنه سنی بین ۲۳-۵۰ سال) و گروه مداخله (۶۰ نفر با میانگین سنی ۳۸/۴۶ سال و انحراف معیار ۸/۱۵ سال و دامنه سنی بین ۲۳-۶۰ سال) قرار گرفتند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مشخصات دموگرافیک افراد، در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

همانطور که مشاهده می‌کنید تقریباً نیمی از واحدهای پژوهش در هر دو گروه در محدوده سنی ۳۱-۴۰ سال قرار داشته و اکثریت واحدهای پژوهش در هر دو گروه زن بودند. با توجه به داده‌های جدول ۱ اکثریت واحدهای پژوهش در هر دو گروه از سطح درآمد متوسط برخوردارند و از نظر این متغیر، اختلاف معنی داری ( $PV=0/095$ ) بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین داده‌ها نشان دادند که اکثریت واحدهای پژوهش در هر دو گروه متأهل بودند و تفاوتی نیز ( $PV=0/068$ ) در بین دو گروه، از این نظر نیز مشاهده نشد. همان گونه که در این جدول مشاهده می‌کنید دو گروه در آغاز مطالعه از نظر تمامی متغیرها شبیه به یکدیگر بودند ( $PV > 0/05$ ). لذا با وجود گروه کنترل مشابه می‌توان سوء گیری تأثیر متغیرهای مخدوش کننده را از بین برد.

هدف از مطرح کردن این سئوالات، تشویق و ترغیب فراگیران برای تفکر درباره یک مطلب جدید یا بیان مطالب مرتبط با موضوع آموزشی بود تا آنها با کوشش ذهنی خود از معلوم به مجهول برسند. طرح سئوالات متوالی به گونه ای بود که با زمینه ذهنی و سطح علمی فراگیران همخوانی داشته باشد و توجه آنها را به موضوع جلب کند. همچنین به این موضوع توجه شد که تمامی فراگیران در ارائه پاسخ شرکت کنند و سعی شد از پراکندگی مباحث و انحراف از بحث اصلی جلوگیری شود.

مرحله پایانی کلاس آموزشی بدلیل متد برگزاری کلاس که از نوع بحث گروهی بود، بصورت باز برگزار شد. زمان پایان جلسه مشخص نبوده و در گروه‌های مختلف، متغیر بود. مدت زمان بحث از گروهی به گروه دیگر ما بین حداقل ۲۰ الی حداکثر ۴۰ دقیقه بود. بطوریکه در ابتدا توسط آموزش دهنده موضوعی مشخص می‌شد و فراگیران پیرامون آن به تفکر و اظهار نظر پرداختند. به فراگیر فرصت داده شد تا نظرات، عقاید و تجربیات خود را با دیگر فراگیران در میان بگذارد.

در این مرحله مداخله آموزش دهنده در بحث تنها محدود به مواردی چون مشاهده انحراف از موضوع اصلی بمدت طولانی، مشاهده مکث و سکوت طولانی در بحث و ... می‌شد و سعی شد در بحث حداقل شرکت را داشته و تنها در پیگیری، تحلیل و ارزیابی بحث‌ها نقش داشته باشد. جهت حضور و شرکت فعال در بحث، لازم بود فراگیران سطح یکسانی از معلومات و اطلاعات را داشته باشند. بهمین دلیل همانطور که قبلاً ذکر شد افراد دارای سطح تحصیلی مشابه در یک گروه آموزشی قرار گرفتند و بدلیل اینکه در این بحث فراگیران مهارت لازم را در اجرای بحث کسب نکرده بودند، آموزش دهنده نقش رهبر، منشی و ناظر گروه را شخصاً بر عهده گرفته است و در نهایت از نظرات ارائه شده توسط فراگیران، جمع بندی و نتیجه گیری شد. در نهایت از کلیه افراد شرکت کننده درخواست شد ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. گرچه می‌توان تأثیر آموزش را در سطح آگاهی و نگرش آموزش گیرندگان، بلافاصله بعد از ارائه آن ارزیابی نمود، لیکن بدلیل اینکه در این مطالعه، متغیرهای مورد نظر شامل ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی و شدت کمردرد بوده لذا با در نظر گرفتن محدودیت مطالعه حداقل زمان سه ماه در نظر گرفته شده است که این زمان جهت ارزیابی متغیرهای نامبرده از نظر بالینی کافی و قابل قبول است ولی به هر حال اگر تأثیر آموزش در فواصل بیشتری صورت پذیرد پایداری بیشتر آموزش را نشان می‌دهد و

<sup>1</sup> chi-square

<sup>2</sup> t-test

<sup>3</sup> paired sample t-test

جدول ۱. مقایسه مشخصات دموگرافیک در دو گروه مداخله و شاهد در بدو مطالعه

P-value	گروه مداخله (۶۰ نفر)		گروه شاهد (۵۹ نفر)		متغیر
	(درصد) تعداد	(انحراف معیار) میانگین	(درصد) تعداد	(انحراف معیار) میانگین	
(کای دو) ۰/۱۵۹	۱۱(۱۸/۳)		۱۱(۱۸/۶)		سن (سال)
	۲۸(۴۶/۷)		۳۵(۵۹/۳)		۲۰-۳۰
	۱۶(۲۶/۷)		۱۳(۲۲/۱)		۳۱-۴۰
	۵(۸/۳)		۰(۰)		۴۱-۵۰
(کای دو) ۰/۹۶۱	۴۷(۷۸/۳)		۴۶(۷۸)		جنس
	۱۳(۲۱/۷)		۱۳(۲۲)		زن مرد
(تی تست) ۰/۴۵۴		۱۶۳/۷۸(۸/۳۰)		۱۶۴/۸۹(۷/۸۹)	قد (سانتیمتر)
(تی تست) ۰/۵۴۹		۶۹/۹۳(۱۳/۶۵)		۶۸/۵۵(۱۱/۱۶)	وزن (کیلوگرم)
(کای دو) ۰/۶۲۳	۲۷(۴۵)		۲۴(۴۰/۷)		شغل
	۱۰(۱۶/۷)		۱۱(۱۸/۶)		پرستار
	۲۳(۳۸/۳)		۲۴(۴۰/۷)		بهبیار خدمه
(کای دو) ۰/۳۹۴	۷(۱۱/۷)		۱۱(۱۸/۶)		تحصیلات
	۲۱(۳۵)		۲۲(۳۷/۳)		سیکل
	۶(۱۰)		۲(۳/۴)		دیپلم
	۲۶(۴۳/۳)		۲۴(۴۰/۷)		فوق دیپلم لیسانس
(کای دو) ۰/۰۹۵	۰(۰)		۴(۶/۸)		درآمد
	۴۶(۷۶/۷)		۳۹(۶۶/۱)		خوب
	۱۴(۲۳/۳)		۱۶(۲۷/۱)		متوسط بد
(کای دو) ۰/۰۶۸	۵۸(۹۶/۷)		۵۰(۸۴/۷)		وضعیت تأهل
	۲(۳/۳)		۷(۱۱/۹)		متأهل
	۰(۰)		۲(۳/۴)		مجرد بیوه/مطلقه
(کای دو) ۰/۸۹۱	۱۹(۳۱/۷)		۱۸(۳۰/۵)		سابقه سیاتیک
	۴۱(۶۸/۳)		۴۱(۶۹/۵)		بلی خیر

تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد و دو گروه در آغاز با یکدیگر همسان می باشند ( $PV > 0/05$ ). ابعاد سلامت عمومی، نشاط و سلامت روانی در گروه مداخله دارای وضعیت بهتری می باشند.

مقایسه میانگین و انحراف معیار کلیه ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه، قبل از مداخله آموزشی در جدول ۲ نمایان است. همانطور که در این جدول مشاهده می کنید تمامی ابعاد کیفیت زندگی، بین دو گروه، در بدو مطالعه و قبل از مداخله

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی، بین دو گروه شاهد (۵۹ نفر) و گروه مداخله (۶۰ نفر)، قبل و ۳ ماه بعد از مداخله.

P-value (تی تست)	گروه شاهد (۵۹ نفر) میانگین (انحراف معیار)	گروه مداخله (۶۰ نفر) میانگین (انحراف معیار)	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۷۷۰ P<۰/۰۰۰۱	(۱۹/۰۲)۵۹/۱۶ (۹/۴۶)۷۲/۳۲	(۲۲/۴۱)۵۸/۰۵ (۹/۶۸)۶۰/۵۰	عملکرد جسمانی قبل از مداخله بعد از مداخله
	P<۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۵	P-value (تی زوجی)
۰/۲۸۲ ۰/۰۱۹	(۳۱/۹۸)۳۲/۵۰ (۲۲/۶۴)۵۸/۱۸	(۳۷/۴۸)۳۹/۴۰ (۲۴/۲۵)۴۷/۸۸	محدودیت نقش بعثت مشکلات جسمانی قبل از مداخله بعد از مداخله
	P<۰/۰۰۰۱	۰/۰۲۶	P-value (تی زوجی)
۰/۹۰۰ P<۰/۰۰۰۱	(۱۳/۷۶)۴۱/۵۸ (۱۷/۵۵)۵۹/۹۶	(۲۰/۱۴)۴۱/۹۸ (۱۳/۹۰)۳۸/۰۵	درد جسمانی قبل از مداخله بعد از مداخله
	P<۰/۰۰۰۱	۰/۱۳۳	P-value (تی زوجی)
۰/۰۰۱ P<۰/۰۰۰۱	(۱۷/۴۷)۵۷/۴۶ (۱۱/۹۵)۶۹/۱۰	(۱۷/۶۸)۴۶/۶۹ (۱۳/۷۹)۵۱/۲۷	سلامت عمومی قبل از مداخله بعد از مداخله
	P<۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۱	P-value (تی زوجی)
۰/۰۲۳ P<۰/۰۰۰۱	(۱۷/۸۵)۶۳ (۱۴/۴۷)۵۵	(۱۵/۹۷)۵۵/۸۴ (۱۳/۲۷)۴۵/۶۷	نشاط قبل از مداخله بعد از مداخله
	۰/۰۰۹	P<۰/۰۰۰۱	P-value (تی زوجی)
۰/۰۱۱ P<۰/۰۰۰۱	(۱۸/۵۷)۶۷/۵۳ (۱۱/۱۹)۶۷/۵۱	(۲۰/۴۲)۵۸/۳۰ (۱۴/۹۱)۵۴/۰۳	سلامت روانی قبل از مداخله بعد از مداخله
	۰/۹۱۴	۰/۱۰۸	P-value (تی زوجی)
۰/۶۹۷ ۰/۰۰۸	(۴۴/۱۱)۴۴/۴۴ (۳۳/۱۰)۴۷/۷۰	(۴۵/۲۰)۴۱/۲۴ (۲۶/۶۱)۳۲/۷۶	محدودیت نقش بعثت مشکلات روحی قبل از مداخله بعد از مداخله
	۰/۵۴۶	۰/۱۷۱	P-value (تی زوجی)
۰/۹۰۲ P<۰/۰۰۰۱	(۲۰/۰۷)۵۴/۷۹ (۱۶/۳۱)۵۸/۱۸	(۲۴/۴۷)۵۵/۲۹ (۶۰/۲۴)۴۳/۶۴	عملکرد اجتماعی قبل از مداخله بعد از مداخله
	۰/۱۲۱	P<۰/۰۰۰۱	P-value (تی زوجی)
	(۱۴/۰۲)۵۲/۵۵ (۷/۰۰)۶۰/۹۹	(۱۸/۵۶)۴۹/۶۰ (۸/۳۱)۴۶/۷۲	میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله بعد از مداخله
	۰/۰۰۰۱P<	۰/۱۲۱	P-value (تی زوجی)

همچنین این بررسی نشان داد که مداخله آموزشی یاد شده در گروه مداخله، تنها موجب افزایش در ابعاد جسمانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شده است و مجموع ابعاد روانی کیفیت زندگی، بعد از مداخله تفاوت معنی داری نداشته است. در مقایسه ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی بین دو گروه، در زمینه ابعاد جسمانی بین دو گروه، قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد لیکن بعد از مداخله در مقایسه بین دو گروه تفاوت معنی داری بدست آمد و گروه مداخله وضعیت بهتری یافته است. در زمینه بعد سلامت عمومی، هر دو گروه شاهد و مداخله، قبل از مداخله با هم تفاوت آماری معنی داری دارند و در گروه مداخله میانگین سلامت عمومی بالاتر می باشد. بعد از مداخله نیز این دو گروه با هم تفاوت آماری معنی داری دارند و با اینکه میانگین سلامت عمومی علاوه بر گروه مداخله در گروه شاهد هم افزایش یافته است لیکن باز هم میزان میانگین سلامت عمومی در گروه مداخله بالاتر می باشد.

در مقایسه ابعاد روانی کیفیت زندگی بین دو گروه، قبل از مداخله، از نظر دو بعد محدودیت نقش بعثت مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ولیکن ابعاد نشاط و سلامت روانی بین دو گروه با هم تفاوت آماری معنی داری دارند و گروه مداخله از وضعیت بهتری برخوردار است. بعد از مداخله کلیه ابعاد روانی کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد دارای تفاوت آماری معنی داری شده است و از وضعیت بهتری برخوردار است. بعد از مداخله بین دو گروه دارای تفاوت معنی داری بوده است و گروه مداخله از نظر این بعد دارای وضعیت بهتری بوده است لیکن بعد از مداخله نیز با اینکه در هر دو گروه میانگین بعد نشاط کاهش یافته، لیکن از نظر این بعد گروه مداخله نسبت به گروه شاهد باز هم در وضعیت بهتری می باشد و بین این دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. بعد سلامت روانی نیز قبل از مداخله در گروه مداخله وضعیت بهتری داشته است ولیکن بعد از مداخله همچنان این بعد در گروه مداخله وضعیت بهتری دارد و اگرچه میانگین این بعد در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تغییری نکرده است ولیکن در گروه شاهد، میانگین بعد سلامت روانی کاهش یافته است.

مقایسه ابعاد کیفیت زندگی بین قبل و ۳ ماه بعد از مداخله نشان می دهد تمامی ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری دارند و از وضعیت بهتری برخوردار شده است ولیکن در گروه کنترل ملاحظه می کنیم این تفاوت ها معنی دار نشده است و تغییری نیافته اند و حتی میزان میانگین بعد

همچنین جدول شماره ۲ مقایسه کلیه ابعاد کیفیت زندگی را بین دو گروه، ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی نشان می دهد. بر اساس یافته های این جدول، آزمون تی تست، در تمامی ابعاد، تفاوت آماری معنی داری را ( $PV < 0/0001$ ) بین دو گروه، بعد از مداخله، نشان می دهد و دو گروه از نظر ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت دارند. همان گونه که در این جدول مشاهده می شود گروه مداخله ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی از وضعیت بهتری نسبت به گروه شاهد برخوردار است.

در این جدول نیز، کلیه ابعاد کیفیت زندگی در گروه شاهد، قبل و ۳ ماه بعد از مداخله مقایسه شده اند. بر اساس داده های این جدول، آزمون تی زوجی، در تمامی ابعاد، تفاوت آماری معنی داری را ( $PV > 0/05$ ) در گروه شاهد، مابین قبل و بعد از مداخله نشان نمی دهد و ملاحظه می کنیم حتی در ابعادی چون محدودیت نقش بعثت مشکلات جسمانی ( $PV = 0/026$ )، نشاط ( $PV < 0/0001$ )، عملکرد اجتماعی ( $PV < 0/0001$ ) و بطور کلی در مجموع ابعاد روانی کیفیت زندگی ( $PV < 0/0001$ ) با گذشت مدت ۳ ماه از زمان انجام مداخله، با توجه به کاهش میانگین ها، وضعیت بدتری نیز یافته اند.

همچنین ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله، قبل و ۳ ماه بعد از مداخله نیز در این جدول مقایسه شده است. همانطور که نمایان است در میان تمامی ابعاد کیفیت زندگی، تنها چهار بعد جسمانی ( $PV < 0/0001$ ) دارای تفاوت آماری معنی دار شده اند و مابقی ابعاد (سلامت روانی، محدودیت نقش بعثت مشکلات روحی، عملکرد اجتماعی و بطور کلی میانگین ابعاد روحی کیفیت زندگی) که شامل ابعاد روانی کیفیت زندگی می شوند تفاوت آماری معنی داری را در قبل و بعد از مداخله نشان نمی دهند ( $PV > 0/05$ ) و حتی کاهش میانگین بعد روانی نشاط را نیز داشته ایم ولیکن مقایسه میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی داری را نشان می دهد ( $PV < 0/0001$ ).

### بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مرتبط با سلامت فیزیکی بر کیفیت زندگی کارکنان پرستاری مبتلا به کمردرد مزمن شاغل در بیمارستان های شهرستان یزد می باشد. داده های حاصل از پژوهش حاضر نشان می دهد که میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد، ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی دار دارند و گروه مداخله از نظر کیفیت زندگی نسبت به گروه شاهد وضعیت بهتری یافته است.



بدن ایجاد می کند و برنامه آموزشی مدرسه کمر در مقایسه با درمان های فیزیکی غیر فعال مانند ماساژ و ... بهبود قابل توجهی را در کاهش کمردرد پرستاران نشان می دهد. اگر چه صلاح و همکارانش (۱۸)، در تحقیقشان با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی در عملکرد پرستاران بخش مراقبتهای ویژه شاغل در بیمارستان عین الشمس، بمنظور کاهش کمردرد، به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی می تواند سبب ارتقاء آگاهی و عملکرد پرستاران مبتلا به کمردرد شود، ولیکن آموزش در کاهش شدت درد در پرستاران نشد که این نتیجه با نتایج بدست آمده از این بررسی، مغایر می باشد.

یافته های این پژوهش همچنین با نتایج بدست آمده توسط ماسگیتا و همکارانش (۱۹)، همخوان می باشد. ماسگیتا در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی کارگران شاغل در بخش انبار و مبتلا به کمردرد، به این نتیجه رسید که برنامه آموزشی باعث افزایش در تمامی ابعاد کیفیت زندگی، در گروه مداخله شد ولیکن در گروه شاهد، نمرات تمامی ابعاد کاهش یافت. در مطالعه فنالو و همکارانش (۲۰)، برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد چند رشته ای در زمینه آموزش کارکنان جهت پیشگیری از کمردرد که در طی یک دوره دو ساله صورت گرفت، میزان بهبودی کمردرد در میان گروه مداخله بطور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود که این با یافته های حاصل از مطالعه حاضر همسو می باشد.

یافته های این پژوهش با نتایج طوافیان و همکاران (۱۲) در زمینه بررسی تأثیر برنامه ی آموزشی چند منظوره بر کیفیت زندگی و توانایی جسمی افراد مبتلا به کمردرد مزمن نیز همسو می باشد، نتایج آنها بیانگر این بود که برنامه ی آموزشی چند منظوره می تواند تا ۱۸ ماه در ارتقای هشت بعد کیفیت زندگی و کاهش ناتوانی افراد مبتلا به کمردرد مؤثر باشد. این مطالعه نشان داد گروه مداخله در زمانهای متفاوت، بطور بارزی دارای کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه کنترل بود و از طرفی در گروه مداخله هر دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی بین زمان قبل از مداخله و زمانهای دیگر دارای تفاوت بارزی بود.

همچنین مطالعه ی مداخله ای دیگری توسط طوافیان و همکاران (۶) در زمینه بررسی میزان تأثیر برنامه آموزشی بدون بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن، مؤید تأثیر مداخله آموزشی در همه ابعاد کیفیت زندگی می باشد. پژوهش کمالی سروستانی و همکاران (۱۱) در زمینه بررسی اثربخشی آموزش دستورالعمل های مدرسه کمر در بهبود درد و سطح ناتوانی کارکنان مبتلا به کمردرد مزمن نشان داد که رعایت دستورالعمل های بکار گرفته شده در پمفلت طی مدت

محدودیت نقش بعلت مشکلات جسمانی در گروه شاهد، بعد از مداخله نسبت به قبل کاهش یافته است و وضعیت بدتری یافته است.

بطور کلی میانگین ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از آن معنی دار شده و افزایش یافته است ولیکن در گروه شاهد این میزان تغییری نیافته است. در زمینه ابعاد روانی کیفیت زندگی، در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در هیچکدام از ابعاد تفاوت آماری معنی داری بدست نیامد و وضعیت این گروه نسبت به قبل از مداخله تغییری نیافته است بجز بعد روانی نشاط که میانگین آن بعد از مداخله، کاهش یافته است.

در گروه کنترل اگرچه دو بعد سلامت روانی و محدودیت نقش بعلت مشکلات روحی، بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تغییری نیافته اند ولیکن ابعاد نشاط و عملکرد اجتماعی، بعد از مداخله کاهش یافته و بدتر شده اند. بطور کلی میانگین ابعاد روحی کیفیت زندگی در گروه شاهد، بعد از مداخله نسبت به قبل کاهش یافته است و معنی دار شده است ولیکن در گروه مداخله این میزان تغییری نیافته است. بنابراین نتایج بدست آمده نمایانگر تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر سلامت فیزیکی بر ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی کارکنان می باشد که بر اساس نوع مداخله آموزشی قابل پیش بینی می باشد.

این نتایج با یافته های کلیبورن<sup>۱</sup> و همکارانش (۱۵) در زمینه ارزیابی میزان تغییرات کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری های مزمن کمر مطابقت دارد. طبق یافته های کلیبورن، برنامه آموزشی سلامت کمر، تنها بر جنبه فیزیکی کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار بوده است همچنین در گروه مقایسه که هیچ آموزشی را دریافت نکرده بودند، تفاوت آماری معنی داری هم در جنبه جسمی و هم روانی ابعاد کیفیت زندگی بدست نیامد.

یافته های الکساندرا و همکارانش (۱۶)، در تحقیقشان با عنوان ارزیابی برنامه کاهش کمردرد در پرسنل پرستاری، حاکی از آن بود که یک برنامه آموزشی با تأکید بر ارگونومی و ورزش، در گروه مداخله، می تواند عوارض اسکلتی - عضلانی و شدت کمردرد را در کادر پرستاری کاهش دهد که این با نتایج بدست آمده در این پژوهش همخوانی دارد. همچنین نتایج این تحقیق، با یافته های جرومی و همکارانش (۱۷)، همخوان می باشد. مطالعات جرومی نیز بیانگر این مورد بوده است که استفاده از روشهای درمانی فیزیکی فعال مانند بهداشت کمر در پرستاران مبتلا به کمردرد مزمن، کاهش قابل توجهی در شدت کمردرد و همچنین بهبودی در پوسچر

<sup>۱</sup> Claiborne

زندگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، پیشنهاد می شود در کنار برنامه های آموزشی مرتبط با سلامت فیزیکی، از آموزش های روان شناختی نیز استفاده شود و این محدودیت در مطالعات آتی بر طرف شود. تعداد کم نمونه ها، کوتاه بودن مدت زمان مطالعه، عدم کنترل محقق بر نحوه اجرای حرکات و کم و کیف تمرینات آزمودنی ها، عدم کنترل شرایط روحی و عاطفی آزمودنی ها، عدم کنترل محقق بر تأثیر عوامل مخدوش کننده مانند شرایط، نوع و حجم کاری هرکدام از آزمودنی ها و عوامل ارگونومیک موثر بر ساختار بدنی آنها و خود گزارش دهی نمونه ها از جمله موارد محدودیت این تحقیق بوده است که توصیه می شود در مطالعات آتی مد نظر قرار گیرد.

با همه محدودیتها نظر به اینکه دو گروه در بدو مطالعه از همه نظر مشابه بودند بنظر م رسد می توان ارتقاء جزء جسمی کیفیت زندگی را در این مطالعه ناشی از مداخله آموزشی دانست. این پژوهش دارای نقاط قوتی چون آینده نگر بودن، داشتن گروه کنترل، نمونه گیری از چهار بیمارستان و انتخاب تصادفی می باشد که قابلیت مطالعه را نشان می دهد.

### نتیجه گیری نهایی

برنامه آموزشی مبتنی بر سلامت فیزیکی در افزایش کیفیت زندگی کارکنان پرستاری مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر می باشد همچنین می توان با ادغام نمودن جنبه های آموزشی روان شناختی و اجرای برنامه آموزشی با مدت زمان بیشتر، تأثیر این آموزش را افزایش داد.

### تشکر و قدردانی

منابع مالی این پژوهش با حمایت دانشگاه تربیت مدرس تأمین شده است. همچنین از کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند به ویژه مسئولین و کارکنان پرستاری، صمیمانه قدردانی می نمایم.

۳ ماه می تواند با تخفیف درد و کاهش سطح ناتوانی در کارکنان همراه باشد.

نتایج بررسی خان زاده و همکاران (۲۱) در زمینه تأثیر پروتکل ترکیبی حرکت درمانی و ماساژ بر عملکرد جسمانی و کیفیت زندگی مردان مبتلا به کمردرد مزمن ناشی از فتق دیسک کمری، نشان داد که پروتکل ترکیبی در گروه مداخله، بر ارتقاء هر دو جنبه جسمی و روانی کیفیت زندگی تأثیر مثبتی داشته است.

در پژوهشی که توسط نوری و همکاران (۸) در زمینه مقایسه دو روش آموزش تمرین درمانی توسط پزشک و خوددرمانی از طریق کتاب کمر در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن صورت گرفت نتایج نشان داد که آموزش تمرین درمانی توسط پزشک بیش از خوددرمانی به وسیله کتاب کمر در درمان کمردرد مزمن تأثیر دارد.

کشتکاران و همکارانش (۲۲) در بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران استئوآرتریت در مراکز توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به این نتیجه رسیدند که آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به استئوآرتریت تأثیر مثبت دارد و با آموزش خودمراقبتی می توان نحوه مدارا و تطابق با بیماری را به نحو مؤثرتری فراهم کرد و در بهبود کیفیت زندگی فرد و سطح سلامت جامعه نقش مهمی را ایفاء کرد. نتایج اکثریت پژوهش های فوق مؤید تأثیر مداخله بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بوده، لیکن با توجه به محدودیت این پژوهش، در برنامه آموزشی تنها به سلامت جسمانی پرداخته شده است و مداخله تنها روی ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی تأثیرگذار بوده است و هیچ تأثیری بر روی ابعاد روانی نگذاشته است.

مطالعات اخیر نشان داده اند که کیفیت زندگی افراد مبتلا به کمردرد مزمن بیش از آنکه مربوط به مشکل جسمی آنها باشد بیشتر مربوط به عملکرد جسمانی و مسائل روحی روانی آنان است (۹) لذا با توجه به تأثیر عوامل روحی روانی بر کیفیت

## References

- 1- Mohseni-Bandpei M, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nesami M, Khalilian A. Risk factors for low back pain in nurses. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2006;15(50):118-124. [Persian]
- 2- Mohseni BandPey M, Fakhri M, Ahmad Shirveni M, Bagheri nami M, Khaliliyan AR. A comparative evaluation of exercise program and ergonomic advices in treatment of low back pain: A randomised controlled clinical trial in nursing population. *J Guilan Univ Med Sci*. 2007;16(62):58-66. [Persian]
- 3- Ramezani badr F, Nikbakht nasrabadi A.R., Mohammadpour A. Low-back pain prevalence and its risk factors in nurses. *I J NURSING RESEARCH*. 2006;1(2):37-42. [Persian]
- 4- Sharif nia S.H., Haghdooost A.A., Hajihosseini F., Hojjati H. Relationship between the musculoskeletal disorders with THE ergonomic factors in nurses. *KOOMESH* 2011;4(40):372-379. [Persian]
- 5- Sadeghian F, Hosseinzadeh S, Lashkari M, Delvriazadeh M. Role of health beliefs, somatization tendency and mental health on low back pain among nurses. *J Know ledge and Health* 2012;7(2):70-75. [Persian]
- 6- tavafian S, Jamshidi A, shahmohammadi S. Low back pain educational programs and quality of life in women living with chronic low back pain: a semi experimental study. *Journal IHEPSA* 2014; 2 (1) :49-56. [Persian]
- 7- Masumian S, Shairi M.R, Hashemi M. The effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *JAP* 2013;4(1):25-37. [Persian]
- 8- Nuri S, Ghasemi G.A, Karimi A, Salehi H, KHayambashi K, Alizamani S. Comparing the effects of exercise therapy and elf treatment through the back book on chronic low back pain. *JRPS* 2011;7(2):179-187. [Persian]
- 9- Tavafian SS, Jamshidi AR, Mohammadi K, Montazeri A. Effects of training on quality of life in women with chronic low back pain lower back health: clinical trial Survey. *JMCIRI* 2008;26(3):321-329. [Persian]
- 10- Moazzami Z, Dehdari T, Taghdisi MH, Soltanian AR. Readiness to adopting correct posture in operating-room nurses based on transtheoretical model (TTM) in hamadan city in 2011. *IJE A* 2013;9(1):66-74. [Persian]
- 11- Kamali Sarvestani I F, Derakhshan Rad S.A, Hamooleh E. The efficacy of back school guidelines for relieving pain and disability in clerks with chronic low back pain. *JRRS* 2012;8(1):77-83. [Persian]
- 12- 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 and 18 months follow ups. *J.U.M.S* 2011;29(130):202-214. [Persian]
- 13- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh J* 2006;5:49-56. [Persian]
- 14- Jafari S, Batebi A, Sadegi R, Shojaei F, Hosseini M, Ebrahimipour M et al. Health related quality of life in nurses. *Payesh* 2013;12(6):671-678. [Persian]
- 15- Claiborne N, Vandenberg H, Krause TM, Leung P. 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.
- 16- Alexandria NM, de Moraes MA, Correafillo H, Jorge SA. Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel. *RSP* 2001;35(4):356-361.
- 17- Jaromi M, Nemeth A, Kranicz J, Laczko T, Betlehem J. Treatment and ergonomics training of work-related lower back pain and body posture problems for nurses. *JCN* 2012; 21 (11-12): 1776 - 1784.
- 18 - Salah M, Elsayed mahdy N, Mohamed L. Effect of educational program on performance of intensive care nurses to decrement the low back pain. *Life sci J* 2012;9(4):3109-3125.
- 19 - Mesquita c.c, Ribeiro j.c, Moreira p. An exercise program improves health-related quality of life of workers. *Research in Quality of Life* 2012;7(3):295-307.
- 20- Fanello S, Jousset N, Roquelaure Y, Chotard-Frampas V, Delbos V. Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees. *Nurs health sci* 2002; 4(1-2):51-54.
- 21- Hashemi Javaheri AK; Khan Zadeh R; Omid Kashani F; Mohamadi J. The Effect of Combined Therapeutic Protocol (Exercise Therapy and Massage) on Quality of Life in Male Patients Suffering from Chronic Low Back Pain due to Lumbar Disc Herniation. *IJHPA* 2011;2(2):55-60. [Persian]
- 22- Keshtkaran Z, Ghodsbin F, Solouki S, Razeghi M, Zare N. The impact of self care education on quality of life of those clients suffering from osteoarthritis in rehabilitation centers of Shiraz university of medical science. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 12(1):65-70. [Persian]

## Surveying impact of physical health educational program on quality life of nurses with chronic low back pain

Ghaseminejad.M<sup>1</sup>, Tavafian.S.S<sup>2</sup>, Heidarnia.A<sup>3</sup>

Submitted: 2014.12.1

Accepted: 2015.2.1

### Abstract

**Introduction:** Low back pain is a common problem among nurses. the purpose of this study was to assess effectiveness of physical health educational program on the quality of life of nursing staff with chronic low back pain working in hospitals in yazd.

**Method:** This semi experimental study was carried over 119 employees with chronic low back pain working in hospitals in yazd in both intervention (n=60)and control (n=59) groups. The intervention group participated in a training program included a - 180 minutes education session. Data were collected through using the 36-item Short-Form Health Survey questionnaire (SF-36) at base line and 3- month follow up and analyzed using descriptive and analytical statistics.

**Conclusion:** This study showed the physical dimensions of quality of life including physical functioning , role physical , bodily pain and general health in the intervention group with mean age of 72/32,58/18,59/96,69/10 respectively were improved in compare with the same dimensions in control group with mean age of 60/50,47/88,38/05,51/27 at 3- month follow up (P<0/0001). There were no significant improvement in terms of mental component of quality of life in intervention (P=0/855).

**Results:** The results indicated the educational program could be effective on physical functioning, role physical, bodily pain and general health.

**Key words:** Chronic low back pain, curriculum, quality of life, nurses, physical health.

<sup>1</sup>.MSc student. health promotion and education,school of medicine,Tarbiat Modarres University, Tehran.

<sup>2</sup>.Associate professor , department of health education , school of medicine,Tarbiat Modarres University, Tehran.  
Email:tavafian@modares.ac.ir (corresponding author)

<sup>3</sup>.Associate professor, deptment of health education, school of medicine,Tarbiat Modarres University, Tehran.