

فراوانی کمردرد در هر یک از سه ماهه‌های بارداری و عوامل مرتبط بر آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی در سال ۱۳۹۴

دکتر مریم ربیعی^{۱*}، دکتر نیلوفر سرچمی^۲

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. دانش آموخته پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۵

خلاصه

مقدمه: در دوران بارداری بدن تحت تأثیر تغییرات فیزیولوژیکی و هورمونی قرار می‌گیرد که منجر به کمردرد می‌شود. زنان باردار به واسطه این دردها ناتوان می‌شوند و سلامت آنها تحت الشعاع قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی کمردرد در هر یک از سه ماهه‌های بارداری و عوامل تأثیرگذار در بروز آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۵۱۴ زن باردار که به درمانگاه پره‌ناتال شهید مصطفی خمینی تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد. داده‌های مربوط به مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه مشخصات فردی مادری و پرسش‌نامه مربوط به ارزیابی وضعیت کمردرد و شدت آن گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های کای‌دو، تی‌مستقل و رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۵۱۴ زن باردار، ۳۵۵ نفر (۶۶/۹٪) کمردرد داشتند که ۱۰۰ نفر (۲۴/۰۹٪) از آنها، قبل از باردار شدن کمردرد داشتند. بیشترین شکایت از کمردرد مربوط به سه ماهه سوم بارداری بود و بین شیوع کمردرد در سه ماهه‌های بارداری اختلاف معناداری وجود داشت ($p=۰/۰۳$). بر اساس تحلیل رگرسیون لجستیک چند متغیره، سن مادر، سن حاملگی و مدت ایستادن از عوامل معنی‌دار در بروز کمردرد بودند ($p<۰/۰۵$). بین شاخص توده بدنی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، روش زایمان و بیهوشی و شغل با کمردرد ارتباط معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** احتمال بروز کمردرد در حاملگی زیاد است و در مادران جوان و کسانی که زیاد می‌ایستند، بیشتر مشاهده می‌شود.

کلمات کلیدی: حاملگی، عوامل خطر، کمردرد

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم ربیعی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۴۳۹۷۶؛ پست الکترونیک:

dr_rabi_maryam@yahoo.com

مقدمه

مشکلات اسکلتی عضلانی، یکی از مسائل مطرح در زمینه سلامت زنان در دوران بارداری است و بیشتر زنان در جاتی از دردهای عضلانی و اسکلتی را تجربه می‌کنند و ۲۵٪ آنها به واسطه این دردها ناتوان می‌شوند. کمردرد یکی از شایع‌ترین شکایات در دوران بارداری است که سلامت زنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در مطالعات مختلف شیوع کمردرد بارداری به‌طور متوسط ۵۰٪ (بین ۹۰-۲۰٪) گزارش شده است. شیوع کمردرد در مطالعه محسنی بندپی و همکاران (۲۰۰۹) ۸۴/۱٪ و در مطالعه قادری و همکاران (۲۰۱۲) ۵۴/۸٪ گزارش شد (۱، ۳). به‌واسطه شیوع زیاد کمردرد، اغلب تصور می‌شود کمردرد بخشی از یک حاملگی طبیعی است، با این وجود هنوز اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی آن به‌طور کامل شناخته نشده است. در دوران بارداری بدن تحت تأثیر تغییرات فیزیولوژیکی وضعیتی و هورمونی قرار می‌گیرد که با ایجاد تغییرات مکانیکی و ساختمانی در مهره‌ها و فشار به سیستم عصبی، منجر به کمردرد می‌شود. از جمله این تغییرات، سستی لیگامان‌های مفاصل ساکروایلیاک و افزایش لوردوز کمری است که افزایش وزن همراه با بزرگ شدن رحم باعث تغییر مرکز ثقل بدن به جلو می‌گردد که کم‌تحركی، کاهش عملکرد عضلات شکم، خستگی و کشش عضلات ناحیه کمری، باعث تشدید لوردوز و انحنا کمری در دوران بارداری می‌شوند. در نتیجه فشار به مفاصل و رباط‌های مهره‌ای کمری افزایش یافته و باعث کمردرد می‌شود (۱، ۲). همچنین در ماه‌های آخر بارداری با افزایش وزن جنین، فشار بر روی اعصاب نخاعی افزایش یافته که خود باعث تشدید کمردرد می‌شود. علاوه بر این، تغییرات اندوکراین مانند افزایش هورمون‌های ریلکسین و پروژسترون، از طریق افزایش احتباس آب، باعث نرمی و شل شدن لیگامان‌های اطراف مفاصل لگن و بین مهره‌ای می‌گردند که این تغییرات در بروز کمردرد حاملگی مؤثر می‌باشند (۳).

نکته مهم این است که کمردرد بارداری می‌تواند بعد از بارداری نیز ادامه یافته و باعث تأخیر در بازگشت زنان به زندگی فعال طبیعی گردد؛ تا آنجا که فراوانی کمردرد در

فاصله کوتاهی بعد از زایمان در ۴۰٪ زنان گزارش شده است (۴). کمردرد معمولاً به تدریج در عرض ۳ ماه بعد از زایمان، همزمان با بازگشت تغییرات هورمونی و بیوشیمیایی از بین می‌رود (۵). در ۲۰-۸٪ زنان، کمردرد بارداری حتی ۲-۳ سال بعد از زایمان نیز باقی مانده و عملکرد زندگی روزمره آنها را مختل می‌کند (۶). اهمیت کمردرد بارداری می‌تواند به اندازه‌ای باشد که ۱۹٪ از زنانی که کمردرد را در بارداری تجربه کرده‌اند، از باردار شدن مجدد امتناع می‌کنند (۷). کمردرد عامل ۶۸٪ از موارد غیبت از محل کار و ۲۲٪ از موارد مرخصی‌های زایمان می‌باشد (۸). ۳۳-۱۰٪ از زنان باردار، به دلیل کمردرد مجبور به استراحت کامل در منزل می‌باشند (۱). علاوه بر این کمردرد بارداری سطح فعالیت‌های روزمره را کاهش داده و باعث ناتوانی قابل توجه در زندگی زنان می‌شود (۷، ۹، ۱۰). در ایران مطالعات محدودی در خصوص میزان بروز کمردرد در بارداری و عوامل خطر ساز آن انجام شده است. یکی از این مطالعات مطالعه محسنی و همکاران (۲۰۰۹) در منطقه شمال ایران است که بین سابقه کمردرد قبلی و ایستادن‌های طولانی با بروز کمردرد در دوران حاملگی به ارتباط معنی‌داری رسیدند (۱). در مطالعه قادری و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی فراوانی دردهای عضلانی اسکلتی در حاملگی در شهر تبریز پرداختند، شایع‌ترین درد عضلانی اسکلتی، درد کمر بود (۳). با توجه به شکایت زیاد از کمردرد در زنان باردار ایرانی که دارای عادات رفتاری خاص در نحوه نشستن، ایستادن، فعالیت، استفاده از سرویس‌های بهداشتی سنتی و مراقبت‌های دوران بارداری هستند، و نیز نقش شرایط اقلیمی و فرهنگی بر روی نحوه زندگی افراد، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان بروز کمردرد در زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی شهر تهران و بررسی میزان فراوانی کمردرد به تفکیک در هر یک از سه ماهه‌های بارداری و عوامل تأثیرگذار در بروز آن انجام شد تا بتوان مقدمات اطلاعاتی در زمینه عوامل مرتبط بر آن و در صورت امکان پیشگیری و کاهش شدت یکی از شایع‌ترین شکایات زنان در بارداری را که

بر روی سلامت جسم و روان آنها بسیار مؤثر است، را فراهم کرد.

روش کار

این مطالعه مقطعی توصیفی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۵۱۴ زن باردار که به درمانگاه پره‌ناتال شهید مصطفی خمینی شهر تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد. زنان بارداری که برای مراقبت‌های دوران بارداری به درمانگاه پره‌ناتال مراجعه کرده بودند و بنا به گفته خودشان سابقه فتق دیسک کمری، تروما، جراحی قبلی در مهره‌های کمری، تومورهای کمری و بیماری‌های التهابی درگیر کننده کمر نداشتند و در بررسی ظاهری، ناهنجاری‌های ستون مهره‌ها از جمله اسکولیوز را نیز نداشتند، وارد مطالعه شدند. پس از ارائه توضیحات لازم در مورد اهمیت طرح و کسب رضایت از مادران باردار، اطلاعات افراد شامل: سن مادر، سن بارداری، تعداد دفعات حاملگی و زایمان، قد، وزن، وضعیت شاغل بودن، ورزش در بارداری (روزی ۳۰ دقیقه پیاده‌روی، شنا، نرمش بالا تنه حداقل ۳ روز در هفته)، نوع زایمان و روش بیهوشی در بارداری قبلی، سابقه بیماری زمینه‌ای، مدت ایستادن و نشستن (کمتر و بیشتر از ۳ ساعت) توسط آنها تکمیل گردید. فرم دوم مربوط به ارزیابی وضعیت کمردرد و شدت آن بود. وجود کمردرد بر اساس درک و احساسی که خود مادر از هرگونه درد در ناحیه تحتانی کمر داشت، به صورت دو حالتی تعریف شد (۱، ۱۱) و شدت کمردرد بر اساس تصویری که بیمار از کمردرد خود داشت، با مقیاس VAS بررسی شد (۱۱). این ابزار شامل یک خط‌کش ۱۰ سانتی‌متری است که به صورت طولی بین عدد صفر تا ۱۰۰ گسترده شده است. عدد صفر بیانگر بدون درد و عدد ۱۰۰ بیانگر درد غیر قابل تحمل می‌باشد که "۲۰-۰" به معنای درد در حد خفیف و کمی آزادنده"، "۴۰-۲۰" به معنای درد در حد متوسط و ناراحت‌کننده"، "۶۰-۴۰" درد در حد شدید، "۸۰-۶۰" درد بسیار شدید و خیلی وحشتناک" و "۱۰۰-۸۰" به معنای درد غیر قابل تحمل" بود. از مادران باردار خواسته شد که میزان کمردرد خود را در این خط‌کش علامت بزنند. سپس با اندازه‌گیری فاصله علامت از نقطه صفر، میزان درد آنها اندازه‌گیری می‌شد. این ابزار یک

معیار معتبر، آسان و شایع برای اندازه‌گیری شدت درد می‌باشد (۱، ۱۱).

حجم نمونه با توجه به مطالعات قبلی (۱، ۷) که شیوع کمردرد در زنان باردار را ۷۰٪ گزارش کردند و با سطح اطمینان ۹۵٪ با استفاده از فرمول کوکران، ۵۱۴ نفر بدست آمد. این مطالعه در جلسه کمیته اخلاق پزشکی در پژوهش پزشکی دانشگاه شاهد در تاریخ ۹۲/۶/۱۹ به تصویب رسید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد. در این مطالعه برای تعیین فراوانی و میانگین از روش‌های آماری توصیفی، برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های کای‌دو و تی‌مستقل و همچنین برای برآورد نسبت شانس همسان شده هر یک از متغیرها با وضعیت کمردرد، از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۵۱۴ زن باردار انجام شد که از این افراد، ۹۸ نفر (۱۹/۱٪) در سه ماهه اول بارداری، ۱۴۵ نفر (۲۸/۲٪) در سه ماهه دوم و ۲۷۱ نفر (۵۲/۷٪) در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند. سن مادران شرکت‌کننده بین ۱۶-۴۳ سال و میانگین سنی مادران باردار $28/98 \pm 5/02$ هفته بود. شاخص توده بدنی در محدوده $17/51 - 58/96$ و میانگین شاخص توده بدنی مادران باردار شرکت‌کننده $29/07 \pm 4/76$ کیلوگرم بر متر مربع به دست آمد. تعداد دفعات بارداری افراد بین ۱-۴ بود. از بین ۵۱۴ زن باردار شرکت‌کننده، ۲۹۱ نفر (۵۴/۴۲٪) سابقه زایمان نداشتند (نولی‌پار). از بین ۲۲۳ زن باردار که سابقه قبلی زایمان داشتند، ۱۵۹ نفر (۷۲/۹۳٪) سابقه زایمان قبلی سزارین و ۵۹ نفر (۲۷/۰۶٪) سابقه قبلی زایمان طبیعی داشتند (۵ نفر). اطلاعات مربوط به روش زایمان را تکمیل نکرده بودند. از ۱۵۹ زن بارداری که زایمان قبلی آنها به روش سزارین بود، ۷۱ نفر (۴۴/۶۵٪) به روش عمومی و ۸۸ نفر (۵۵/۳۵٪) به روش موضعی بیهوش شده بودند.

زن باردار سه ماهه سوم ۲۰۱ نفر (۰/۷۴/۲) کمردرد داشتند که بیشترین شکایت از کمردرد مربوط به سه ماهه سوم بارداری بود و بین شیوع کمردرد در سه ماهه‌های بارداری اختلاف معناداری وجود داشت ($p=0/03$) و بیشترین فراوانی کمردرد در سن بارداری ۳۴ هفته مشاهده شد (جدول ۱).

از ۵۱۴ زن باردار، ۳۵۵ نفر (۰/۶۶/۹) کمردرد داشتند که ۲۵۵ نفر از آنها شروع کمردرد خود را به این بارداری نسبت می‌دادند و ۱۰۰ نفر (۰/۲۴/۰۹) از آنها قبل از باردار شدن کمردرد داشتند که ۶۷ نفر از آنها شروع کمردرد خود را به بارداری قبلی نسبت می‌دادند. از ۹۸ نفر زن باردار سه ماهه اول ۶۲ نفر (۰/۶۳/۳)، از ۱۴۵ زن باردار سه ماهه دوم ۹۲ نفر (۰/۶۳/۴) و از ۲۷۱

جدول ۱- فراوانی کمردرد در سه ماهه‌های بارداری

سطح معنی‌داری*	فاقد کمردرد تعداد (درصد)	دارای کمردرد تعداد (درصد)	کل موارد تعداد (درصد)	گروه
				سن حاملگی (هفته)
p=0/03	۳۶ (۳۶/۷)	۶۲ (۶۳/۳)	۹۸ (۱۹/۱)	سه ماهه اول (۴-۱۲)
	۵۳ (۳۶/۶)	۹۲ (۶۳/۴)	۱۴۵ (۲۸/۲)	سه ماهه دوم (۱۳-۲۶)
	۷۰ (۲۵/۸)	۲۰۱ (۷۴/۲)	۲۷۱ (۵۲/۷)	سه ماهه سوم (۲۷-۴۱)
	۱۵۹ (۳۰/۹۳)	۳۵۵ (۶۹/۰۶)	۵۱۴ (۱۰۰)	جمع

*آزمون کای اسکوئر

وجود داشت (به ترتیب $p=0/036$, $p=0/01$) که این ارتباط در جدول ۲ و ۳ نشان داده شده است.

در بررسی عوامل مرتبط بر کمردرد بارداری، بین سن مادر و سن بارداری با کمردرد بارداری ارتباط معناداری

جدول ۲- ارتباط متغیرهای فردی مادر با کمردرد

سطح معنی‌داری	فاقد کمردرد	دارای کمردرد	گروه
			متغیر
0/036	۲۹/۷۱±۵/۴۷	۲۸/۶۵±۴/۷۷	سن مادر
0/01	۲۴/۱۳±۱۰/۸۸	۲۶/۸۰±۹/۸۸	سن حاملگی
0/۸۹	۲۹/۱۱±۵/۳۹	۲۹/۰۵±۴/۴۴	شاخص توده بدنی

از بین ۳۵۲ زن بارداری که کمردرد داشتند، ۲۵۰ نفر (۰/۷۱) بیش از ۳ ساعت و ۱۰۲ نفر (۰/۲۹) کمتر از ۳ ساعت در طول روز می‌نشستند. بین مدت نشستن در طول روز با کمردرد ارتباط معناداری وجود داشت ($p=0/015$). بین شاخص توده بدنی، تعداد حاملگی و زایمان، روش زایمان و بیهوشی و سایر موارد با کمردرد ارتباط معناداری وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول ۳).

بین سابقه کمردرد قبل از بارداری و بروز کمردرد در بارداری ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<0/001$). بر اساس نتایج آزمون تی‌تست، بین کمردرد حاملگی با دفعات بارداری ($p=0/05$) و تعداد زایمان ($p=0/059$) ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. از بین ۳۴۹ نفر زن باردار دارای کمردرد، ۱۷۶ نفر (۰/۵۰/۴) بیش از ۳ ساعت و ۱۷۳ نفر (۰/۴۹/۶) کمتر از ۳ ساعت در طول روز می‌ایستادند. بین مدت زمان ایستادن در طول روز با کمردرد ارتباط معناداری وجود داشت ($p=0/02$).

جدول ۳- ارتباط متغیرهای فردی با کمردرد در حاملگی

سطح معنی‌داری	گروه		متغیر
	فاقد کمردرد تعداد (درصد)	دارای کمردرد تعداد (درصد)	
۰/۲۷	۲ (۱)	۷ (۲)	کمتر از ۲۰
	۴۰ (۲۵)	۸۶ (۲۴)	۲۰-۲۵
	۵۰ (۳۱)	۱۳۹ (۳۹)	۲۶-۳۰
	۴۱ (۲۶)	۹۸ (۲۸)	۳۱-۳۵
	۲۶ (۱۶)	۲۴ (۷)	بیشتر یا مساوی ۳۰
۰/۶۵	۱۶ (۲۵)	۴۳ (۲۷/۹)	واژینال
	۴۸ (۷۵)	۱۱۱ (۷۲/۱)	سزارین
۰/۸۸	۲۷ (۵۶/۳)	۶۱ (۵۵)	موضعی
	۲۱ (۴۳/۸)	۵۰ (۴۵)	عمومی
۰/۱۰	۱۱۹ (۷۴/۱۱)	۲۸۸ (۸۱/۱)	خانه‌دار
	۴۰ (۲۵/۲)	۶۷ (۱۸/۹)	شاغل
۰/۴۳	۵۸ (۳۶/۵)	۱۴۲ (۴۰/۱)	می‌کند
	۱۰۱ (۶۳/۵)	۲۱۲ (۵۹/۹)	نمی‌کند
۰/۱۲	۱۲ (۷/۵)	۴۳ (۱۲/۱)	دارد
	۱۴۷ (۹۲/۵)	۳۱۲ (۸۷/۹)	ندارد
۰/۰۱۵	۱۰۲ (۶۴/۴)	۱۰۲ (۰/۲۹)	کمتر از ۳ ساعت
	۵۶ (۳۵/۴)	۲۵۰ (۷۰/۱۰)	بیشتر از ۳ ساعت
۰/۰۲	۶۳ (۳۹/۹)	۱۷۳ (۴۹/۶)	کمتر از ۳ ساعت
	۹۵ (۶۰/۱)	۱۷۶ (۵۰/۴)	بیشتر از ۳ ساعت

سپس عوامل مرتبط با کمردرد که معنی‌دار بودند (جدول ۲) در آزمون آماری تحلیل رگرسیون لوجستیک چند متغیره با سطح اطمینان ۹۵٪ بررسی شدند، بر اساس این آنالیز، سن مادر، سن حاملگی و مدت ایستادن مهم‌ترین عوامل مؤثر در کمردرد بودند (جدول ۴).

جدول ۴- آزمون تحلیل رگرسیون لوجستیک عوامل مرتبط با کمردرد

متغیر	فاصله اطمینان نسبت شانس (٪۹۵)	نسبت شانس	سطح معنی‌داری
سن	۹۱۱-۹۵۸	۹۴۷	۰/۰۰۷
سن بارداری	۱/۰۴۹-۱/۰۱۰	۱/۰۲۹	۰/۰۰۳
مدت ایستادن	۱/۱۷۰-۲/۶۴۲	۱/۷۵۸	۰/۰۰۷

بحث

سن مادر، سن بارداری، شاخص توده بدنی مادر، تعداد دفعات بارداری و زایمان، روش زایمان و بیهوشی، وضعیت شاغل بودن مادر، ورزش در بارداری، کمردرد مزمن قبلی و سابقه کمردرد در بارداری قبلی بر روی فراوانی کمردرد مورد بررسی قرار گرفت. از بین عوامل ذکر شده، با حذف عوامل مداخله‌گر در آزمون لوجستیک، بین سن کم مادر، افزایش سن بارداری و افزایش مدت زمان ایستادن و نشستن در طول روز با فراوانی کمردرد ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

کمردرد یکی از شایع‌ترین شکایات زنان در دوران بارداری در بین تمام کشورها می‌باشد و یکی از مسائلی است که سلامت زنان را تحت شعاع قرار می‌دهد (۱)، (۱۲). با این وجود هنوز پیش‌بینی اینکه کدام دسته از زنان باردار به کمردرد مبتلا می‌شوند و به شدت و ناتوانی بیشتری مبتلا خواهند شد، مشکل می‌باشد. مطالعه حاضر بر روی ۵۱۴ زن باردار در سه ماهه‌های مختلف بارداری انجام شد. در این مطالعه نقش عواملی همچون

کمردرد نقش داشت. میانگین سنی مادرانی که کمردرد داشتند، ۱/۰۶ سال پایین‌تر از مادرانی بود که کمردرد نداشتند. در واقع همانند مطالعات قبلی، مادران جوان‌تر بیشتر مستعد کمردرد بودند (۱، ۱۴). می‌توان علت فراوانی بیشتر گزارش کمردرد در میان زنان جوان‌تر امروزی را پایین‌تر بودن میزان تحمل و آستانه بروز درد آنها نسبت داد، اما در مطالعه حاضر در بین زنان باردار دارای کمردرد، میزان ناتوانی با افزایش سن افزایش یافته بود؛ به عبارتی اگرچه زنان مسن‌تر کمتر کمردرد خود را گزارش می‌کردند، اما در صورت گزارش کمردرد، میزان ناتوانی بیشتری داشتند.

به نظر می‌رسد، چاقی فاکتور مهمی در فراوانی کمردرد زنان باردار نباشد. در مطالعه حاضر همانند برخی مطالعات قبلی (۱۵، ۱۶)، بین شاخص توده بدنی مادر با داشتن کمردرد ارتباط معناداری وجود نداشت. شاید علت این امر این باشد که زنانی که وزن بیشتری دارند، فعالیت‌های فیزیکی خود را محدود می‌کنند، در نتیجه کمتر دچار کمردرد و تشدید آن می‌شوند، اما همین محدودیت فعالیت‌های فیزیکی در زندگی اجتماعی و روزمره آنها تأثیر گذاشته و همراه با تأثیرات منفی روانی که چاقی در زندگی آنان می‌گذارد، میزان ناتوانی آنها در زندگی را افزایش می‌دهد.

هرچند برخی مطالعات تعداد دفعات بارداری را از عوامل مؤثر در فراوانی کمردرد گزارش کرده بودند (۱۶، ۱۷)، اما در مطالعه حاضر، همانند مطالعه استپلتون و همکاران (۲۰۰۲) و فست و همکاران (۱۹۸۷)، احتمال داشتن کمردرد با افزایش تعداد دفعات بارداری و زایمان افزایش نیافت (۱۴، ۱۸). شاید یکی از علل آن این باشد که در این مطالعه تنها ۱۵/۵۲٪ از زنان سه و بیش از سه نوبت بارداری داشتند و اکثر آنها (۵۴/۴۲٪)، اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند (۱۶).

همانند مطالعات قبلی در مطالعه حاضر، نوع روش زایمان قبلی، هیچ‌گونه ارتباط معناداری با فراوانی کمردرد نداشت (۱۵، ۱۶). همچنین در مطالعه حاضر بین بیهوشی موضعی و کمردرد بعد از زایمان ارتباطی وجود نداشت که با سایر مطالعات همخوانی داشت (۱۹، ۲۰).

در نقاط مختلف دنیا شیوع درد کمر- لگنی در بارداری بین ۹۰-۱۴٪ گزارش شده است. در مطالعه مورگان (۲۰۰۶) و محسنی و همکاران (۲۰۰۹) که به صورت مقطعی بر روی زنان باردار انجام شد، شیوع کمردرد در گروه مورد به ترتیب ۷۲٪ و ۸۴/۱٪ گزارش شد (۱، ۷). در مطالعه حاضر شیوع کمردرد بارداری در ۵۱۴ زن باردار ۶۶/۰۹٪ به دست آمد که حاکی از شیوع تقریباً دو سومی در زنان باردار با زندگی شهری است که تقریباً به این مطالعات شبیه است.

در مطالعه حاضر از ۵۱۴ زن باردار شرکت‌کننده، ۲۴/۰۹٪ افراد قبل از بارداری کمردرد داشتند که ۴۲/۱٪ آنها سرآغاز شروع کمردرد خود را به بارداری قبلی نسبت می‌دادند؛ به عبارتی بروز کمردرد برای اولین بار در بارداری ۴۹/۶۱٪ به دست آمد. در مطالعه محسنی و همکاران (۲۰۰۹) که در شمال ایران انجام شد، سابقه کمردرد قبل از بارداری ۴۸/۹٪ بود که ۴۴/۱٪ آنها کمردرد را در بارداری قبلی خود نیز داشتند (۱). در مطالعه منس و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی شدت علائم لومبوپلوپیک در طی حاملگی انجام شد نیز سابقه درد کمر - لگنی در ۶۳/۶٪ زنان وجود داشت (۱۳). در واقع اکنون این مسئله مطرح است که کمردرد دوران بارداری نه تنها در بسیاری از موارد، بعد از زایمان همچنان باقی می‌ماند، بلکه بسیاری از زنان سرآغاز کمردرد مزمن دوران زندگی خود را به بارداری خود نسبت می‌دهند (۱۴). به غیر از سابقه کمردرد قبلی، در مطالعه حاضر همانند مطالعه گلی و همکاران (۲۰۱۴) شیوع کمردرد با افزایش سن بارداری افزایش یافت (۱۵). در مطالعات قبلی بیشترین فراوانی کمردرد در هفته‌های ۳۰-۳۶ بارداری گزارش شده بود (۱۶). در مطالعه نیز حاضر حداکثر شیوع کمردرد در سه ماهه سوم بارداری ۷۴/۲٪ و در سن بارداری ۳۴ هفته بود. در برخی مطالعات بیشترین زمان آغاز کمردرد در هفته ۱۲-۰ بارداری گزارش شده بود (۱۵). در این مطالعه نیز از میان سه ماهه‌های بارداری، کمردرد در اکثر افراد (۴۱/۲٪) از سه ماهه اول بارداری آغاز شده بود.

در مطالعه حاضر نیز شبیه برخی مطالعات برخلاف انتظار (۱) سن به عنوان یک ریسک فاکتور در افزایش شیوع

در مطالعه محسنی بندپی و همکاران (۲۰۰۹)، زنانی که از نظر سلامت عمومی وضعیت مناسب‌تری داشتند، شدت درد کمتری از کمردرد را گزارش می‌کردند (۱)، اما در مطالعه حاضر، ارتباط معناداری بین داشتن بیماری‌هایی همچون دیابت و فشارخون در بارداری با کمردرد بارداری وجود نداشت.

در مطالعه حاضر همانند سایر مطالعات (۱۵، ۱۶) لزوماً بین شاغل و یا خانه‌دار بودن با فراوانی، شدت و ناتوانی ناشی از کمردرد ارتباط معناداری وجود نداشت که علت این امر می‌تواند ناشی از این باشد که در واقع نوع فعالیت شغلی، بیش از صرف شاغل و یا خانه‌دار بودن، در کمردرد بارداری تأثیرگذار است. احتمال بروز و تشدید کمردرد در زنانی که مشاغل سنگین دارند، همچون فعالیت‌هایی که با ایستادن و نشستن طولانی، برداشتن اجسام سنگین، حرکات چرخشی کمر و خم شدن به جلو همراهند، بیشتر می‌باشد. در مطالعه هلی‌ساز و همکاران (۲۰۰۷) و قادری و همکاران (۲۰۱۲) کسانی که وضعیت شغلی ایستاده داشتند، از احتمال بالاتری برای کمردرد برخوردار بودند (۳، ۱۷). در مطالعه حاضر، بین مدت زمان ایستادن و نشستن در طول روز با فراوانی کمردرد ارتباط معناداری وجود داشت. در این مطالعه کسانی که در طول روز بیش از ۳ ساعت سرپا می‌ایستادند، ۱/۷۵ برابر بیشتر در معرض کمردرد بودند. هولی‌ساز و همکاران نیز در مطالعه‌شان به نتیجه مشابهی رسیدند و علت را چنین بیان کردند که هنگامی که یک زن باردار می‌ایستد، قسمت اعظم رحم به دیواره شکم تکیه می‌زند و باعث تغییر مرکز ثقل بدن می‌شود. این امر همراه با افزایش انحنای ستون فقرات با افزایش سن بارداری با تشدید فشار بر روی مفاصل و رباط - کمری همراه بوده، لذا با بروز و تشدید کمردرد خود را نشان می‌دهد (۱۷). در خصوص ارتباط ورزش با کمردرد، در مطالعه گرشاسبی و همکار (۲۰۱۰) که به گروهی از زنان باردار ورزش‌های منظم در سه ماهه دوم داده بودند، ورزش در کاهش شدت کمردرد مؤثر بود (۲۱). مطالعه مرووری حسن‌آبادی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که مطالعات انجام شده در زمینه نقش ورزش بر روی کمردرد بسیار پراکنده بوده و به دلیل طراحی بسیار

متفاوت این مطالعات، نمی‌توان یک جمع‌بندی قطعی از تأثیر یک برنامه ورزشی مشخص بر بهبود کمردرد دوران بارداری ارائه داد و به‌طور کلی نتیجه‌گیری کردند که ورزش اثرات مثبت بر کاهش میزان کمردرد طی دوران بارداری دارد (۲۲).

در مطالعه علامه‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) بیان شد در افراد غیر ورزشکار، ورزش در بارداری به طور کامل مانع از بروز کمردرد نمی‌شود، اما درد کمر را در سه ماهه دوم و سوم به تأخیر می‌اندازد و دوره درد را کوتاه‌تر می‌کند (۲۳). در مطالعه حاضر همانند برخی مطالعات (۱، ۱۶)، ارتباط معناداری بین فراوانی کمردرد با ورزش یافت نشد. شاید یکی از علل آن این باشد که در این مطالعه به طور کلی، تنها ۳۸/۹۸٪ از افراد در بارداری ورزش می‌کردند، همچنین در مطالعه حاضر از مادران باردار تنها در مورد اینکه آیا در بارداری ورزش می‌کنند یا نه، پرسیده شده بود، اما از کیفیت و نحوه انجام ورزش اطلاعاتی در دست نبود. باید در نظر داشت که ورزش‌های غیر اصولی در بارداری، خود می‌تواند از عوامل به‌وجود آورنده و تشدیدکننده درد باشد.

مطالعه حاضر بر روی ۵۱۴ نفر از زنان باردار انجام شد و از نقاط قوت مطالعه حاضر، حجم افراد مورد مطالعه، همکاری آنها در تکمیل کردن پرسش‌نامه، بررسی درد در سه ماهه‌های حاملگی و لحاظ کردن تعداد زیادی از فاکتورهای مادری بود، ولی برای مطالعات آینده بررسی کمردرد با لحاظ تست‌های دقیق که محل درد را مشخص می‌کند، توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود از همان اوایل بارداری، آموزش‌های لازم جهت حفظ وضعیت صحیح در فعالیت‌های روزانه، روش صحیح بلند کردن اجسام، اصلاح وضعیت نشستن و ایستادن و کار کردن به مادران باردار داده شود.

همچنین با توجه به اینکه علی‌رغم شیوع بسیار زیاد کمردرد و ناتوانی ناشی از آن در بارداری، مطالعات بالینی محدودی جهت بررسی تأثیر روش‌های مختلف پیشگیری و کاهش درک و شدت این دردها انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات کارآزمایی بالینی بیشتری در این زمینه انجام شود.

نتیجه‌گیری

کمردرد در حدود دو سوم زنان باردار (۶۶/۹٪) روی می‌دهد و احتمال بروز آن در مادران جوان‌تر، با افزایش سن بارداری و مدت ایستادن بیشتر می‌شود. در مطالعه حاضر بیش از یک سوم زنان باردار سابقه کمردرد داشتند و حدوداً نیمی از آنها شروع کمردرد خود را به بارداری قبلی خود نسبت می‌دادند.

منابع

بدین‌وسیله از همکاران درمانگاه بیمارستان مصطفی خمینی (ره) و واحد پژوهشی دانشگاه شاهد که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

1. 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; 9(10):795-801.
2. Majchrzcki M, Mrozikiewicz PM, Kocur P, Bartkowiak-wieczorek J, Hoffmann M, Styła W, et al. Low back pain in pregnant women. *Ginokol Pol* 2010; 81(11):851-5.
3. Ghaderi F, Asghari-Jafarabadi M, Mohseni-Bandpei MA. Prevalence and associated factors of musculoskeletal pain in pregnancy. *J Health Care* 2012; 14(3):55-62. (Persian).
4. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after child birth prospective search for causative factors. *BMJ* 1996; 312(7043):1384-8.
5. Noren L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J* 2002; 11(3):267-71.
6. Orvieto R, Achiron A, Ben-Rafael Z, Gelernter I, Achiron R. Low-back pain of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73(3):209-14.
7. Morgen I. Perceive 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.
8. Kjaermann I, Malmqvist S, Andersen K, Økland I, Brønnick K, Larsen JP. Prevalence of low back and pelvic pain during pregnancy in a Norwegian population. *J Manipulative Physiol Ther* 2012; 35(4):272-8.
9. Stafne SN, Salvesen KÅ, Romundstad PR, Stuge B, Mørkved S. Does regular exercise during pregnancy influence lumbopelvic pain? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91(5):552-9.
10. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2014.
11. Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B. The Oswestry disability index, the Roland-Morris disability questionnaire, and the Quebec back pain disability scale: translation and validation studies of the Iranian versions. *Spine* 2006; 31(14):E454-9.
12. Brynhildsen J, Hasson A, Persson A, Hammar M. Follow up of patients with lowbackpain during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 91(2):182-6.
13. Mens JM, Huis YH, Pool-Goudzwaard A. The active straight leg raise test in lumbopelvic pain during pregnancy. *Man Ther* 2012; 17(4):364-8.
14. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42(5):482-5.
15. Goli S, Shayanmanesh M, Moeinimehr M. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *J Health Syst Res* 2014; 10(2):226-34.
16. Sedighi A, Moradi A, Ostad RA, Lotfinia I, Zarghami NA. Prevalence of low back pain in women of fertility age in Tabriz and related factors. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2008; 30(2):87-91.
17. Hollisaz MT, Kashani ZN, Shams AA, Hosseini SM. Study of prevalence of low back pain in pregnant women referring to department of Gynecology & Obstetrics of Baqyatallah hospital. *Ann Milt Health Sci Res* 2007; 5(3):1293-7. (Persian).
18. Fast A, Shapiro D, Ducommun EJ, Friedmann LW, Bouklas T, Floman Y. Low-back pain in pregnancy. *Spine* 1987; 12(4):368-71.
19. Abbasi S, Hamid M, Ahmed Z, Nawaz FH. Prevalence of low back pain experienced after delivery with and without epidural analgesia: A non-randomised prospective direct and telephonic survey. *Indian J Anaesth* 2014; 58(2):143-8.
20. Loughnan BA, Carli F, Romney M, Dore CJ, Gordon H. Epidural analgesia and backache: a randomized controlled comparison with intramuscular meperidine for analgesia during labour. *Br J Anaesth* 89(3):466-72.
21. Garshasbie A, Faghhih ZS. The effect of exercise on the intensity of low back pain and kinematics of spine in pregnant women. *Daneshvar Med* 2010; 88(17):45-50. (Persian).
22. Hasanabadi H, Bahri N, Tara F, Bahr N. The effects of exercise on back pain during pregnancy: A review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(127):16-28. (Persian).
23. Alamzadeh M, Farahpour N, Mohammadi M. The role of special exercises to reduce back pain during pregnancy in women with no history of sports. *J Move* 2006; 25:53-62. (Persian).