



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الباطنة

دراسة انتشار ألم أسفل الظهر عند الممرّضات وعلاقته بالاكْتئاب والعوامل المهنية

بحث علمي أُعدّ لنيل درجة الماجستير في الأمراض الباطنة

إعداد طالبة الدراسات العليا

د. لونا محمد زكوان الدروبي

بإشراف

الأستاذ الدكتور

ماجد عبود

2022 م

قرار الحكم مع توقيع اللجنة Approval

نُوقِشت هذه الرسالة الموسومة بعنوان (دراسة انتشار ألم أسفل الظهر عند الممرضات وعلاقته بالاكْتئاب والعوامل المهنية) في جلسة علنية يوم الأربعاء بتاريخ 8 / 2 / 2023 م، وبعد الاطلاع على النسخة المُعدّلة المُقدّمة من قبل طالبة الدراسات العليا: لونا محمد زكوان الدروبي تبين أنه تم التقيد بكافة الملاحظات، وتم إجراء كافة التصويبات المطلوبة، وأُجيزت من قبل أعضاء لجنة التحكيم التالية أسماؤهم:

الأستاذ الدكتور في قسم الأمراض الباطنة، اختصاص أمراض الجهاز الحركي، كلية الطب البشري،
جامعة دمشق - مشرفاً

الاسم : أ.د. ماجد عبود

الأستاذ الدكتور في قسم الأمراض الباطنة، اختصاص أمراض الجهاز الحركي، كلية الطب البشري،
جامعة دمشق - عضواً.

الاسم : أ.د. ميسون قدسي

المدرس الدكتور في قسم الأمراض الباطنة، اختصاص الطب النفسي، كلية الطب البشري،
جامعة دمشق - عضواً.

الاسم : م.د. نائر حيدر

تصريح خطي

أنا الموقع أدناه أصرخ بعلمي الكامل وقبولي:

- 1- أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وأنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتني بنشر البحث أو الأطروحة أو جزء منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع إلكترونية وغيرها من وسائل النشر).
- 2- أنه لا يوجد جزء من هذه الأطروحة اقتبس من عمل آخر أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أية جامعة أو معهد تعليمي داخل الجمهورية العربية السورية أو خارجها.

الاسم والتوقيع

لونا محمد زكوان الدروبي

شهادة المشرف

نشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة أو الأطروحة نتيجة عمل قامت به المرشحة لونا محمد زكوان الدروبي تحت إشراف الأستاذ الدكتور ماجد عبود جامعة دمشق - كلية الطب البشري - قسم الأمراض الباطنة - أمراض الجهاز الحركي، وأية مراجع أخرى بُحِثت في هذه الرسالة مؤثقة في النص.

المشرف

أ.د. ماجد عبود

شكر وتقدير

كامل الشكر والتقدير لجامعة دمشق لرعايتها هذا البحث العلمي، وتوفير الإمكانيات العلمية والمادية المتاحة لإنجازه الإنجاز الأفضل

وأقدم بخالص الشكر والاحترام والتقدير للهيئة التدريسية وطاقم الأطباء المشرفين في قسم الداخلية في مستشفى المواساة والأسد الجامعي لما قدموه من الدعم العلمي والمعنوي طوال سنوات الاختصاص

والطاقم التمريضي في مستشفى المواساة والأسد الجامعي على الدعم والتعاون الكامل لإتمام هذا البحث

وأخص بالشكر الأستاذ الدكتور ماجد عبود لتفضله بالإشراف على هذا البحث، وتوفيره كامل الوقت والعلم والنصح والإرشاد، لإتمامه الإتمام الأمثل

كما أدين بالشكر للأستاذة الدكتورة ميسون قدسي لفضلها الكبير باغناء هذا البحث بالكثير من المعلومات الدقيقة والملاحظات القيمة

وكل الشكر وخالص المودة لزملائي وزميلاتي أثناء سنوات الدراسة والاختصاص متمنية لهم التوفيق والنجاح

فهرس المحتويات (Table of Contents)

V	قائمة الجداول
VI	قائمة الأشكال والرسوم البيانية
VII	قائمة الاختصارات
VIII	الملخص
1	الباب الأول: القسم التمهيدى
9	الباب الثاني: القسم النظري
10	الفصل الأول: مقدمة عن ألم أسفل الظهر، والوبائيات، والأسباب
10	1-1- مقدمة
11	1-2- الوبائيات
12	1-3- مسببات ألم أسفل الظهر
16	الفصل الثاني: ألم أسفل الظهر المهني وتقييمه
16	2-1- مقدمة
16	2-2- القصة المرضية
21	2-3- الفحص السريري
23	2-4- الاختبار التشخيصية
25	الفصل الثالث: الاكنتاب وعلاقته بألم أسفل الظهر
25	3-1- مقدمة
25	3-2- التعريف
26	3-3- وبائيات الاكنتاب وعوامل الخطر
28	3-4- العلاقة بين ألم أسفل الظهر والاكنتاب
29	3-5- المسخ عن أعراض الاكنتاب
32	الفصل الرابع: ألم أسفل الظهر عند الممرضات
32	4-1- مقدمة
32	4-2- وبائيات ألم أسفل الظهر عند الممرضات
32	4-3- عوامل الخطر لألم أسفل الظهر عند الممرضات
35	4-4- الوقاية من ألم أسفل الظهر عند الممرضات

36	الباب الثالث: القسم العملي
37	الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه
37	1-1-خلفية البحث وأهميته
38	1-2-هدف البحث
38	1-3-مناهج البحث وأدواته
42	الفصل الثاني: نتائج البحث
42	2-1-الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للممرضات المشاركات في البحث
48	2-2-الخصائص المهنية للممرضات المشاركات في البحث
52	2-3-ألم أسفل الظهر لدى الممرضات المشاركات في البحث
55	2-4-العلاقة بين ألم أسفل الظهر والخصائص الديموغرافية والاجتماعية
61	2-5-العلاقة بين ألم أسفل الظهر والخصائص المهنية
65	2-6-العلاقة بين ألم أسفل الظهر والاكنتاب
67	الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة بنتائج الدراسات العالمية
71	الفصل الرابع: الخلاصة، والمحددات، والتوصيات
71	4-1-الخلاصة
71	4-2-المحددات
71	4-3-التوصيات
73	المراجع
79	الملاحق
81	Abstract

قائمة الجداول List of Tables

رقم الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
12	التشخيص التفريقي لألم أسفل الظهر	1
17	العلامات الحمراء لأسباب الكامنة الخطيرة المحتملة لألم أسفل الظهر	2
19	العوامل النفسية الاجتماعية المترافقة مع ألم أسفل الظهر المستمر	3
31	النموذج باللغة العربية لمقياس CES-D للمسح عن أعراض الاكتئاب	4
42	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب الفئات العمرية	5
43	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب الحالة العائلية	6
44	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب عدد الأولاد	7
45	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب فئات مؤشر كتلة الجسم (BMI)	8
46	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب حالة التدخين	9
47	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب ممارسة التمارين الرياضية	10
48	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب عدد سنوات العمل في التمريض	11
49	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب مكان العمل في المستشفى	12
50	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب عدد ساعات العمل الأسبوعية	13
51	توزع الممرضات بحسب ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل	14
52	توزع المشاركات في البحث بحسب وجود ألم أسفل الظهر	15
53	خصائص ألم أسفل الظهر لدى المشاركات في البحث	16
54	عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر	17
55	العلاقة بين عمر المشاركات وألم أسفل الظهر	18
56	العلاقة بين الحالة العائلية للمشاركات وألم أسفل الظهر	19
57	العلاقة بين عدد أولاد المشاركات وألم أسفل الظهر	20
58	العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) وألم أسفل الظهر	21
59	العلاقة بين حالة التدخين وألم أسفل الظهر	22
60	العلاقة بين ممارسة التمارين الرياضية وألم أسفل الظهر	23
61	العلاقة بين عدد سنوات العمل في التمريض وألم أسفل الظهر	24
62	العلاقة بين مكان عمل الممرضات في المستشفى وألم أسفل الظهر	25
63	العلاقة بين عدد ساعات العمل الأسبوعية وألم أسفل الظهر	26
64	العلاقة بين ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل وألم أسفل الظهر	27
65	توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب انتشار الاكتئاب	28
66	العلاقة بين ألم أسفل الظهر وانتشار الاكتئاب	29

قائمة الأشكال والرسوم البيانية List of Figures

رقم الشكل	محتوى الشكل	رقم الصفحة
1	مقياس التناظر البصري (Visual Analog Pain Scale) (VAS) لشدة الألم	20
2	اختبار رفع الساق الممدودة	22
3	التهامات العصبية لاعتلال الجذور القطنية العجزية	22
4	النموذج باللغة الانكليزية لمقياس CES-D للمسح عن أعراض الاكتئاب	30
5	توزع المشاركات في البحث بحسب الفئات العمرية	42
6	توزع المشاركات في البحث بحسب الحالة العائلية	43
7	توزع المشاركات في البحث بحسب عدد الأولاد	44
8	توزع المشاركات في البحث بحسب فئات مؤشر كتلة الجسم (BMI)	45
9	توزع المشاركات في البحث بحسب حالة التدخين	46
10	توزع المشاركات في البحث بحسب ممارسة التمارين الرياضية	47
11	توزع المشاركات في البحث بحسب عدد سنوات العمل في التمريض	48
12	توزع المشاركات في البحث بحسب مكان العمل في المستشفى	49
13	توزع المشاركات في البحث بحسب عدد ساعات العمل الأسبوعية	50
14	توزع المشاركات في البحث بحسب ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل	51
15	توزع المشاركات في البحث بحسب وجود ألم أسفل الظهر	52
16	عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر	54
17	العلاقة بين عمر المشاركات وألم أسفل الظهر	55
18	العلاقة بين الحالة العائلية للمشاركات وألم أسفل الظهر	56
19	العلاقة بين عدد أولاد المشاركات وألم أسفل الظهر	57
20	العلاقة بين BMI للمشاركات وألم أسفل الظهر	58
21	العلاقة بين حالة التدخين وألم أسفل الظهر	59
22	العلاقة بين ممارسة التمارين الرياضية وألم أسفل الظهر	60
23	العلاقة بين عدد سنوات العمل في التمريض وألم أسفل الظهر	61
24	انتشار ألم أسفل الظهر وفقاً لمكان عمل الممرضات في المستشفى	62
25	انتشار ألم أسفل الظهر وفقاً لعدد ساعات العمل في الأسبوع	63
26	انتشار ألم أسفل الظهر وفقاً لضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل	64
27	انتشار أعراض الاكتئاب بحسب مقياس CES-D لدى المشاركات في البحث	65
28	العلاقة بين ألم أسفل الظهر وانتشار الاكتئاب	66

قائمة الاختصارات List of Abbreviations

الاختصار	باللغة الإنكليزية	باللغة العربية
LBP	Low back pain	ألم أسفل الظهر
BMI	Body Mass Index	مُشعر كتلة الجسم
VAS	Visual Analog Pain Scale	مقياس التناظر البصري
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	مقياس الاكتئاب في مركز الدراسات الوبائية
MRI	magnetic resonance imaging	التصوير بالرنين المغناطيسي
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th edition	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس
MDD	Major Depressive Disorders	اضطرابات الاكتئاب الرئيسية
ANA	American Nurses Association	جمعية الممرضات الأمريكية
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences	الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية
X²-test	Chi squared test	اختبار كاي مربع

المُلخَص

الخلفية: التمرّض مهنة ذات خطورة عالية لحدوث ألم أسفل الظهر (LBP)، مع عواقبه الطبيّة والمهنيّة. تختلف معدلات الانتشار بين البلدان. أظهرت العديد من الدّراسات وجود ارتباط بين ألم أسفل الظهر والاكتئاب.

الهدف: تهدف هذه الدّراسة إلى تحديد مدى انتشار ألم أسفل الظهر والعوامل المرتبطة به لدى عيّنة من الممرضات.

المواد والطرق: كانت هذه دراسة مقطعية مستعرضة شملت 156 ممرضة من مختلف الأقسام/الشعب في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين بدمشق، سوريا بين تموز 2021 وتموز 2022. جمعت البيانات حول العوامل الاجتماعية والديموغرافية وتلك المتعلقة بالعمل. استخدم مقياس الاكتئاب في مركز الدّراسات الوبائية (CES-D) لتقييم انتشار أعراض الاكتئاب.

النتائج: تؤكد نتائج هذه الدّراسة على نطاق واسع المستويات العالية لألم أسفل الظهر عند الممرضات، إذ بلغ انتشار LBP خلال العام السابق 57.7%. أبلغ عن الغياب عن العمل بسبب LBP من قبل 47.7% من الممرضات، وبلغ متوسط أيام الغياب عن العمل 3.7 ± 4 أيام في العام الماضي.

كانت العوامل المرتبطة ارتباطاً مهماً إحصائياً بـ LBP على مدار الـ 12 شهراً الماضية هي: قلة ممارسة التمارين المنتظمة ($P=0.005$)، والمزيد من سنوات العمل في التمرّض ($P=0.005$)، والرفع اليدوي للمرضى والمعدات الثقيلة ($p=0.011$). وجدت أعراض الاكتئاب لدى 29.5% من المشاركات وكانت هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين ألم أسفل الظهر والاكتئاب ($P=0.021$).

الاستنتاج: قد تمكّن نتائج هذه الدّراسة صانعي السياسات من اعتماد استراتيجيات معينة نحو تقليل أعباء LBP وتحدياته بين الممرضات بشكل أفضل.

الكلمات المفتاحية: ألم أسفل الظهر، الانتشار، عوامل الخطر، الممرضات، الاكتئاب.

الباب الأول: القسم التمهيدي

أولاً: المقدمة

يُعرف ألم أسفل الظهر (Low back pain) (LBP) بأنه حدوث ألم أو عدم راحة في منطقة العمود الفقري بين الصِّلَع الثاني عشر والطنَّات الأليوية، ويمكن أن يُسبب مشاكلَ طبيَّةً وغير طبيَّةٍ مُستمرةً، بما في ذلك الإعاقة، وفقدان الإنتاجية، والتعبُّب عن العمل، وتغيير الوظيفة [1].

يُبلغ ما بين 70 إلى 85% من الأفراد البالغين عن حدوث نوبةٍ واحدةٍ على الأقلٍ من ألم أسفل الظهر في حياتهم [1]. وجدت دراسة أجريت في 195 دولة لتقييم حدوث الإعاقة وانتشارها وسنوات العيش معها لـ 354 حالة مرضية طبيَّة، ونُشرت في مجلة Lancet عام 2018 أنَّ ألم أسفل الظهر هو السبب الرئيسي لفقدان الإنتاجية في جميع أنحاء العالم، والسبب الرئيسي لسنوات العيش مع الإعاقة في 126 دولة [2].

الممرضات أكثر عرضةً للآذيات والاضطرابات العضلية الهيكلية المتعلقة بالعمل، مثل ألم أسفل الظهر، مقارنةً بغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية [3]. يتفاوت معدل انتشار ألم أسفل الظهر بين الممرضات في جميع أنحاء العالم من 64.6% في اليابان [4]، إلى 62% في إيطاليا [5]، و84% في الولايات المتحدة الأمريكية [6]. في الدراسات التي أُجريت في المنطقة العربية، أبلغ عن معدل انتشار ألم أسفل الظهر لدى الممرضات بنسبة 54.3% في قطر [7]، و58.1% في تونس [8]، و80% في السعودية [9].

أظهرت الدراسات السابقة أنَّ هناك عدداً من عوامل الخطر المرتبطة بألم أسفل الظهر عند الممرضات، بما في ذلك العوامل الديموغرافية والسلوكية والمهنية. تشمل العوامل الديموغرافية والسلوكية المرتبطة بألم أسفل الظهر العمر، وحالة التدخين، وعادات ممارسة الرياضة [10]. تشمل عوامل الخطر الأخرى الأقدمية في المؤسسة، والفئة المهنية، ومقدار الاتصال المباشر بالمريض، ووضعية العمل، وضرورة رفع الأشياء أو المرضى، والرضا الوظيفي، وضغوط العمل [11]. تشمل المتغيرات النفسية المرتبطة بألم أسفل الظهر الشدة (stress)، والضيق (distress)، والمزاج والعواطف، والوظائف المعرفية، وسلوك الألم، والاضطرابات الاكتئابية [11].

ثانياً: المشكلة البحثية

إنَّ ألم أسفل الظهر (LBP) هو السَّبَبُ الرَّئِيسِيُّ للغِيَابِ عن العملِ بين المُمَرِّضَاتِ [10] ، والسَّبَبُ الأكثرُ أهميَّةً لتغيُّيرِ الوظائفِ من العاملين في مجالِ الرِّعَايَةِ الصِّحِّيَّةِ [12]. فضلاً عن ذلك، فقد تبيَّنَ أنَّ 11% من الممرضات تركوا وظائفهنَّ بسبب LBP [13].

في سوريا، كما هو الحال في عدد من الدُولِ الأخرى، يمثِّلُ ألم أسفل الظهر قضيَّةً مُهمَّةً بين العاملين في مجالِ الرِّعَايَةِ الصِّحِّيَّةِ، ولاسيما بين المُمَرِّضَاتِ. لم يُتَحَقَّقْ سابقاً من انتشارِ ألم أسفل الظهر لدى المُمَرِّضَاتِ في سوريا، وهناك قَلَّةٌ في المعلوماتِ المتعلِّقةِ بعواملِ خطرِ LBP وتأثيره في المهنيين الصِّحِّيِّين ولاسيما المُمَرِّضَاتِ.

ثالثاً: التساؤلات

ما نسبة انتشار ألم أسفل الظهر عند عيِّنة من المُمَرِّضَاتِ العاملاتِ في مستشفى الأسدِ والمواساة الجامعيين؟
ما العواملُ الديموغرافيَّةُ، والسَّريريَّةُ، والسلوكيَّةُ، والمهنيَّةُ المرتبطةُ بألم أسفل الظهر عند هذه الفئة من المجتمع؟

رابعاً: هدف البحث

الهدف الرئيسي: دراسة نسبة انتشار ألم أسفل الظهر عند عيِّنة من المُمَرِّضَاتِ العاملاتِ في مستشفى الأسدِ والمواساة الجامعيين.

الأهداف الثانويَّة: دراسة العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر عند المُمَرِّضَاتِ والعوامل الديموغرافيَّة والاجتماعيَّة، والمهنيَّة، والنفسية. دراسة الخصائص السَّريريَّة للألم: (كشدَّة الألم، والعوامل التي تزيد شدَّة الألم أو تخفِّفها، ومدَّة المعاناة من ألم أسفل الظهر، والغِيَابِ عن العملِ بسبب الألم)

خامساً: أهميَّة البحث

يتركُّ ألم أسفل الظهر تأثيراً مباشراً في نوعيَّة حياة المُمَرِّضَاتِ وأدائهنَّ المهنيَّ. هناك ندرةٌ في الأبحاثِ التي تناقشُ العواملَ النفسيَّة والاجتماعيَّة مثل الاكنتاب من حيث صلتها بالصحة المهنية في الأدبيَّاتِ العالميَّة وفي سوريا. هناك حاجةٌ ماسَّةٌ لتحديد انتشار وخصائص ألم أسفل الظهر عند المُمَرِّضَاتِ بهدف تطوير تداخلاتٍ وصنع سياساتٍ من شأنها تقليل عبء هذه المشكلة الصحيَّة العامَّة.

سادساً: مناهج البحث وأدواته

تصميم البحث: دراسة مقطعية مُستعرضة (Cross –sectional study) في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين في دمشق بين شهري تموز 2021 وتموز 2022. أجريت الدراسة وفق المعايير التالية:

معايير الاشتمال:

- عينة من الممرضات العاملات في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين بعمر ما بين 20 – 60 سنة
- الموافقة على المشاركة في البحث

معايير الاستبعاد:

تم استبعاد الممرضات اللواتي لديهن أحد المعايير التالية:

- الحوامل
- أمراض الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي
- سوابق جراحة سابقة على العمود الفقري، أو كسر سابق في الفقرات أو الحوض
- تشوهات العمود الفقري
- أمراض العظام الاستقلابية

اعتماداً على موقع Open Epi كانت العينة مؤلفة من 270 ممرضة، وكانت عينة البحث النهائية مؤلفة من 156 من الممرضات اللواتي تم التوصل إليهن خلال سنوات الدراسة واللواتي استوفين شروط الدخول في البحث.

طريقة العمل:

كانت جميع المشاركات في هذا البحث على دراية تامة بالدراسة، وقد أخذت موافقتهن الخطية المستنيرة (مدرجة ضمن ملاحق البحث) على المشاركة بعد تلقي المعلومات الكافية. أجريت المقابلات من قبلي شخصياً، وجمعت البيانات من المشاركات وفق استمارة البحث (مدرجة ضمن ملاحق البحث). تضمنت استمارة البحث توثيق الآتي:

العوامل الديموغرافية والاجتماعية:

- العمر
- الطول، والوزن، وحساب مؤشر كتلة الجسم (Body Mass Index) (BMI) بتقسيم الوزن (كغ) على مربع الطول (متر) والتعبير عنه بوحدة كغ/م²

- حالة التدخين : توزعت الممرضات ضمن فئتين مدخنة: كل ممرضة دُخنت 100 سيجارة أو أكثر خلال حياتها، وتدخن حالياً بشكلٍ منتظم أو غير منتظم.
- غير مدخنة: كل ممرضة لم يسبق لها أن دُخنت مطلقاً، أو دُخنت أقل من 100 سيجارة خلال حياتها.
- عدد مرّات ممارسة التمارين الرياضية ضمن الأسبوع
- الحالة العائليّة
- عددُ الأولاد

العواملُ المهنيّة:

- مكانُ العملِ في المستشفى
- عددُ سنواتِ العملِ مُمرّضةً
- عددُ ساعاتِ العملِ الأسبوعيّة
- ضرورةُ رفعِ الأشياءِ الثقيلةِ في أثناءِ العملِ

العواملُ النفسيّة:

- وجودُ أعراضِ الاكنتابِ

تشخيصُ ألمِ أسفلِ الظّهر:

سُئلت المشاركون في البحث عن وجود ألم في منطقة أسفل الظهر في السّنة السّابقة للاستبيان، وحُدّدت الخصائص السريريّة التالية: شدّة الألم، والعوامل التي تزيد شدّة الألم أو تخفّفه، ومدّة المعاناة من ألم أسفل الظّهر، والغياب عن العمل بسبب الألم.

تقييمُ شدّة الألم: استُخدم مقياسُ التّناظرِ البصري (Visual Analog Pain Scale) (VAS). في هذا المقياس، يُطلَبُ من المريض وضع دائرة حول الرّقم بين 0 و10 الذي يتناسب تناسباً أفضل مع شدة الألم لديهم. يمثل الصفر عادةً "انعدام الألم على الإطلاق"، بينما يمثل 10 "أسوأ ألمٍ ممكنٍ على الإطلاق". يعتبر الألم بين [3-1] خفيف الشدّة، [4-6] متوسط الشدّة، [7-10] ألم شديد. [14]

تشخيص الاكتئاب: تمّ تقييم وجود أعراض الاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب في مركز الدراسات الوبائية (CES-D) (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) [15]. يتكوّن هذا المقياس من 20 عنصراً للقياس، تشير النقاط الأعلى من 16 إلى أعراض ذات دلالة تشخيصية سريرية هامة للاكتئاب. أُدرجت النسختان العربية والإنكليزية من هذا المقياس في الفصل الثالث من البحث.

سابعاً: الدراسات المرجعية

1- دراسة Byrns

عنوان الدراسة:

Risk Factors for Work-Related Low Back Pain in Registered Nurses, and Potential Obstacles in Using Mechanical Lifting Devices [6]

وهي دراسة مقطعية مستعرضة أجراها Byrns وزملاؤه في الولايات المتحدة الأمريكية ونُشرت عام 2004 في مجلة Journal of Occupational and Environmental Hygiene. شملت الدراسة 270 ممرضة اخترن عشوائياً من العاملات في مركزين للرعاية الحادة. أفادت 84% من الممرضات عن معاناتهنّ من ألم أسفل الظهر، وأبلغت 36.2% عن وجود ألم أسفل الظهر الذي يحدّ من الحركة أو يعيق الأنشطة الروتينية. من بين عوامل الخطر المرتبطة ارتباطاً مهماً إحصائياً مع ألم أسفل الظهر، كانت سنوات العمل في سلك التمريض، والرفع المتكرّر للمرضى، والدعم الاجتماعي المنخفض.

2- دراسة Boughattas

عنوان الدراسة:

Low Back Pain among Nurses: Prevalence, and Occupational Risk Factors [8]

وهي دراسة مقطعيةً مستعرضة أجراها Boughattas وزملاؤه في تونس ونُشرت عام 2017 في مجلة Occupational Diseases and Environmental Medicine. تضمّنت الدراسة 203 ممرضاتٍ بمتوسط عمر 39.8 سنة. بلغ معدّل انتشار ألم أسفل الظهر خلال الاثني عشر شهراً الماضية 58.1%. كانت العوامل المرتبطة ارتباطاً مهماً إحصائياً مع ألم أسفل الظهر هي: ارتفاع مشعر كتلة الجسم (BMI)، وعدد حالات الحمل، والتهاب المفاصل، وسوء الحالة البدنية، وتوزيع المواد في مكان العمل. في هذه الدراسة، لم تُؤكد العلاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وألم أسفل الظهر.

3- دراسة Sharma

عنوان الدراسة:

Pain-related factors associated with lost work days in nurses with low back pain: A cross-sectional study ^[16]

وهي دراسة مقطعيةً مستعرضة أجراها Sharma وزملاؤه في نيبال، ونُشرت عام 2016 في مجلة Scandinavian Journal of Pain. شملت الدراسة 111 ممرضةً طُلبَ منهنّ الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالمعلومات الديموغرافية، والمهنية، ووجود ألم أسفل الظهر أو عدمه، وعدد أيام الغياب عن العمل بسبب المرض، وعدد من العوامل التي يمكن أن تكون مرتبطة بألم أسفل الظهر.

أفادت 65% من الممرضات بوجود ألم أسفل الظهر. ارتبط الألم المستمر وألم أسفل الظهر الذي يخفّ بالراحة ارتباطاً مهماً إحصائياً مع عدد أيام الغياب عن العمل بسبب المرض، بينما لم يكن هنالك ارتباط مع شدة الألم.

4- دراسة Yokota

عنوان الدراسة:

Association of low back pain with presenteeism in hospital nursing staff ^[4]

وهي دراسة مقطعيةً مستعرضة أجراها Yokota وزملاؤه في اليابان ونُشرت عام 2018 في مجلة Journal of Occupational Health. شملت الدراسة 765 ممرضةً، كان معدّل الانتشار الكلي للألم

أسفل الظهر 64.6% (47.5% ألم حاد، 17.1% ألم مزمن). في تحليل الانحدار مُتعدّد المتغيّرات، لم يترافق الألم الحاد بغياب الإنتاجية. على العكس من ذلك، ارتبط ألم أسفل الظهر المزمن بغياب الإنتاجية بعدّ التعديل بحسب السنوات المهنية. عندما ضُمّن الاكنتاب في عوامل التعديل، لم يكن هناك ارتباط بين ألم أسفل الظهر المزمن ومقاييس الإنتاجية. اقترحت الدراسة أهمية منع حدوث انخفاض في إنتاجية العمل بواسطة اتخاذ الاحتياطات للوقاية من ألم أسفل الظهر المزمن والاكنتاب.

5- دراسة Jradi

عنوان الدراسة:

Psychosocial and occupational factors associated with low back pain among nurses in Saudi Arabia ^[9]

وهي دراسة مقطعية مستعرضة أجرتها Jradi وزملاؤها في السعودية ونُشرت عام 2019 في مجلة Journal of Occupational Health. أُجريت الدراسة في 16 مستشفى في جميع أنحاء مدينة الرياض. مُسحت عيّنة من 427 ممرضة. احتوى الاستبيان على أسئلة صحيحة وموثوقة لتقييم ألم أسفل الظهر، وأسئلة متعلّقة بالعوامل النفسية والاجتماعية والمهنية التي واجهتها الممرضات. قُيِّمت تحليلات الانحدار اللوجستي احتمالية وجود ارتباطات مهمة بين متغيّرات الدراسة وألم أسفل الظهر.

أبلغ عن معدّل انتشار لألم أسفل الظهر بنسبة 80%. كانت العوامل المرتبطة بألم أسفل الظهر في التحليلات النهائية متعدّدة المتغيّرات هي ضرورة الرّفْع المُتكرّر للأشياء (نسبة أرجحية 2.04)، والإجهاد المرتبط بالعمل (نسبة أرجحية 4.22)، ونقص الرّضا الوظيفي (نسبة أرجحية 1.87). أوصت الدراسة بإيلاء اهتمام خاصّ للحدّ من التوتّر، وتقديم المشورة والسياسات لتحسين الرّضا الوظيفي من أجل تقليل ألم أسفل الظهر، وتحسين صحّة الممرضات وسلامتهم.

ثامناً: مكونات البحث

يتكوّن البحث من ثلاثة أبواب:

الباب الأول: القسم التمهيدي.

الباب الثاني: القسم النظري، ويتحدّث عن الإطار النظري لموضوع الدراسة وعن التعريفات الأساسية

ليكون لدى القارئ الإلمام الكامل، ويتكوّن هذا الجزء من أربعة فصول:

- **الفصل الأول، مقدّمة عن ألم أسفل الظهر، والوبائيات، والأسباب:** ويتحدّث عن تعريف ألم أسفل الظهر عموماً ووبائياته من حيث الانتشار والحدوث والعبء الاقتصادي. يتحدّث أيضاً عن مسببات ألم أسفل الظهر كالألم غير النوعي والمُسببات الجهازية الخطيرة والمُسببات الأقل خطورة.

- **الفصل الثاني، ألم أسفل الظهر المهني وتقييمه:** ويتحدّث عن خصائص هذا الألم لدى العاملين التي يمكن تقييمها استناداً إلى القصّة المرضيّة والعلامات الحمراء (red flags) للأسباب الخطيرة والعوامل النفسيّة الاجتماعيّة. يتحدّث هذا الفصل أيضاً عن التّقييم بالفحص السريري والاستقصاءات التشخيصيّة، وعن طريقة تقييم شدّة ألم أسفل الظهر.

- **الفصل الثالث، الاكْتئاب وعلاقته بألم أسفل الظهر:** يتحدّث عن تعريف الاكْتئاب ووبائياته وطرق المسح عنه، ويتحدّث هذا الفصل أيضاً عن العلاقة التفاعليّة بين الاكْتئاب وألم أسفل الظهر.

- **الفصل الرابع، ألم أسفل الظهر عند الممرضات:** يتحدّث عن أهميّة هذه الحالة الصحيّة ومعلومات وبائيّة عن انتشارها في مختلف دول العالم، ويتحدّث هذا الفصل أيضاً عن عوامل الخطر الفرديّة والمهنيّة لألم أسفل الظهر عند الممرضات وسبل الوقاية منها.

الباب الثالث: القسم العملي، وهو الإطار العملي للدراسة والخطط التي اتبعت ضمن مدّة الدراسة

للولصول إلى النّاتج في هذا البحث، ويتكوّن هذا الجزء من أربعة فصول:

- **الفصل الأول، هدف البحث وطريقته إجرائيه:** ويحوي خلفيّة البحث وأهميّته، وهدف البحث، وموادّ البحث وطرائقه (تصميم الدراسة، وعيّنة البحث، ومعايير الاشتمال والاستبعاد، وطريقة العمل والدراسة الإحصائيّة المُنبّعة، ونموذج الموافقة المُستتيرة والاستمارة التي استُخدمت في البحث).

- **الفصل الثاني، نتائج البحث:** ويحوي عرضاً للنّاتج الإحصائيّة.

- **الفصل الثالث، المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالميّة:** ويحوي مراجعة للنّاتج التي تُوصّل إليها ومقارنتها بنتائج الدراسات العالميّة المُشابهة.

- **الفصل الرابع، الاستنتاجات والمُحدّدات والتوصيات:** ويحوي خلاصة نتائج البحث والصّعوبات أو العيوب في الدراسة والمُفترحات المستقبلية لإجراء دراسات حول هذا الموضوع لاحقاً

الباب الثاني: القسم النظري

يتألف الباب الثاني من أربعة فصول:

- الفصل الأول: مقدّمة عن ألم أسفل الظهر، والوبائيات، والأسباب
- الفصل الثاني: ألم أسفل الظهر المهني وتقييمه
- الفصل الثالث: الاكتئاب وعلاقته بألم أسفل الظهر
- الفصل الرابع: ألم أسفل الظهر عند الممرضات

الفصل الأول: مقدّمة عن ألم أسفل الظهر، والوبائيّات، والأسباب

1-1 - مقدّمة:

يشمل ألم أسفل الظهر (Low back pain) (LBP) مجموعة من أنواع الألم المختلفة، بما في ذلك الألم الميكانيكي، والألم العصبي (الجزري) الذي ينتقل إلى الساقين، والألم غير النوعي. في كثير من الأحيان، تتداخل أنواع الألم الفرعية هذه [1].

يُعرّف أسفل الظهر تشريحياً بامتداده من الصِّلح الثاني عشر إلى العُرف الحرقفي، وعلى الرُّغم من أنّ ألم أسفل الظهر يترافق غالباً مع ألم الأرداف ويختلط به، إلا أنّ منطقة الأرداف متميّزة تشريحياً وتشمل المنطقة من العُرف الحرقفي إلى الطيّات الأليوية. يُعاني معظم الأشخاص من نوبة واحدة على الأقل من ألم أسفل الظهر الحادّ في حياتهم، وتكون هذه الحالة محدّدة لذاتها عادةً، ولكنّها تصبح أحياناً مُزمناً [1]. وجدت الدِّراسات أنّ أكثر من 60% من الأفراد الذين يعانون ألم أسفل الظهر الميكانيكي سيستمرون في الشّعور بالألم، أو سينكس بشكلٍ مُتكرّر بعد عامٍ واحدٍ من ظهوره [2]. بالنسبة إلى اعتلال الجذور القطنية حديث الظهور، يُعاني ما بين 15 و 40% من الأشخاص من ألمٍ مزمنٍ أو نكسٍ مُتكرّر [17]. إنّ ألم أسفل الظهر المزمن هو نتيجة للتفاعلات المُعقّدة التي تشمل عوامل بيولوجيّة ونفسيّة واجتماعيّة [18].

من المُهم إدراك أنّ الألم (pain) يختلف عن الشّعور بالألم (nociception)، ولا يشمل تنشيط ألياف دلتا، وألياف C فحسب، ولكن يشمل أيضاً العناصر العاطفيّة والمعرفيّة والسلوكيّة [19]. يُفسّر هذا التميّز جزئياً الارتباط الضّعيف بين الباثولوجيا والأعراض [20]، ولماذا يمكن للتداخلات التي ليس لها تأثير في الحدثّات التّكسيّة (كالعلاجات النفسيّة أو الوخز بالإبر) أن تحمل تأثيرات عميقة في الألم ونوعيّة الحياة، في حين أنّ التداخلات التي تُعالج الحدثيّة المرضيّة (مثل الجراحة) لا تقدّم فائدة في كثير من الأحيان. وصّف هذه الفكرة ببلاغة Casey و Melzack في تصنيفهما التّاريخي للألم إلى مكونات حسيّة-تمييزيّة، وعاطفيّة-تحفيزيّة، ومعرفيّة-تقييميّة [21]. إنّها تشكّل الأساس للمقاربة الطبيّة الدّقيقة متعدّدة الوسائط لألم أسفل الظهر، وهي أساس للنّموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي [22].

2-1-1- الوبائيات:

2-1-1- الانتشار والحدوث:

وجدت دراسة أجريت في 195 دولة لتقييم حدوث الإعاقة وانتشارها وسنوات العيش معها لـ 354 حالة طبية ونُشرت في مجلة Lancet عام 2018 أن ألم أسفل الظهر هو السبب الرئيسي لفقدان الإنتاجية في جميع أنحاء العالم، والسبب الرئيسي لسنوات العيش مع الإعاقة في 126 دولة [2]. قدرت مراجعة منهجية شملت 165 دراسة من 54 دولة معدل انتشار ألم أسفل الظهر بنسبة 11.9% والانتشار ضمن شهر واحد بنسبة 23.3%، وهو أكثر شيوعاً في النساء بمر ما بين 40 إلى 80 عاماً [23].

في عام 2019، أفادت مراجعة منهجية لـ 13 دراسة من أمريكا الشمالية وشمال أوروبا أن معدل انتشار ألم أسفل الظهر يتراوح ما بين 1.4% و 20%، ويتراوح الحدوث السنوي ما بين 0.024% و 7%، وهو أعلى في الولايات المتحدة [24]. أظهرت مراجعة منهجية انتشار ألم أسفل الظهر في البلدان منخفضة، ومتوسطة الدخل في إفريقيا بمعدل انتشار يبلغ 47% [25].

يزداد انتشار ألم أسفل الظهر مع تقدم العمر، بمعدلات تتراوح من 1% إلى 6% في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 7-10 سنوات، و 18% بين المراهقين [26]، ويبلغ الانتشار ذروته عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 40 عاماً و 69 عاماً بمعدل يتراوح ما بين 28% إلى 42% [23].

2-1-2- العبء الاقتصادي:

يُقدّر العبء الاقتصادي السنوي لألم أسفل الظهر بنحو 2-8 مليار جنيه إسترليني في المملكة المتحدة [27]، وأكثر من 100 مليار دولار أمريكي في الولايات المتحدة الأمريكية [28]. أظهر تحليل بأثر رجعي لنحو 2.5 مليون مريض أمريكي يعانون ألم أسفل الظهر حديث الظهور بين عامي 2008 و 2015، أن 98.8% لم يخضعوا لعملية جراحية في العام التالي للتشخيص، وأن ثلثي التكاليف الاقتصادية الناتجة عن LBP تتبع من التكاليف غير المباشرة (كفقد الإنتاجية) [29]. وجدت الدراسات أن جنس الإنانث، وصغر السن، والأسباب المتعددة لـ LBP، وسوء نوعية الحياة، والإعاقة العالية (الضعف الوظيفي) تنبئ بالتكاليف المرتفعة (من حيث الرعاية الصحية أو انخفاض الإنتاجية) بين مرضى ألم أسفل الظهر المزمن [30].

3-1-مُسَبِّبَاتُ أَلَمِ أَسْفَلِ الظَّهْرِ:

على الرُّغم من وجود عدد من مُسَبِّبَاتِ أَلَمِ أَسْفَلِ الظَّهْرِ (الجدول 1)، فَإِنَّ غَالِبِيَّةَ المَرْضَى الذين يُفَحِّصُونَ فِي مَرَاكِزِ الرِّعَايَةِ الْأَوَّلِيَّةِ يَعَانُونَ أَلَمَ أَسْفَلِ الظَّهْرِ غَيْرِ النَّوعِي [21].

الجدول (1): النَّشْخِصُ النَّفْرِيْقِي لِأَلَمِ أَسْفَلِ الظَّهْرِ [21]

المرضُ الحشوي	ألم الظهر غير الميكانيكي	ألم الظهر الميكانيكي
أعضاء الحوض:	الأورام:	الإجهاد القطني
- التهاب البروستات - التهاب بطانة الرحم - الدَّاء الالتهابي - الحوضي المزمن	- الورم النَّقويَّ العديّد - السَّرطان النَّقيليّ - اللمفوما وابيضاض الدَّم - أورام الحبل الشوكي - الأورام خلف البريتوان	- المرضُ التَّكسِّي: - أقراص (داء الفقار) - المفاصلُ الوجيّهية (هشاشة العظام)
أمراض الكلية:	الخمج:	انزلاق الفقرات (Spondylolisthesis)
- التَّحْصِي الكُلوي - التهاب الحويضة والكليّة - الخَرَّاج حول الكليّة	- ذاتُ العظم والنقي - التهاب القرص الخمجي - الخَرَّاج ما حول الشوكي - الخَرَّاج فوق الجافية	- الانزلاق الغضروفي - تضيق العمود الفقري - هشاشة العظام (Osteoporosis) - الكسور
أمراض الجهاز الهضمي:	التهاب المفاصل:	المرضُ الخَلْقِيّ:
- التهاب البنكرياس - التهاب المرارة - القرحة الثاقبة	- التهاب الفقار اللاصق - التهاب الفقار الصدفي - التهاب المفاصل - الارتكاسي - الدَّاء المعوي الالتهابي	- الخُدَاب (kyphosis) الشَّدِيد - الجنف (scoliosis) الشَّدِيد
ألم الدَّم الأُبهريّة	الارتكاسي	
انفتاق الشحم في المنطقة القطنية	داء Scheuermann (التنكس العظمي الغضروفي)	انحلال الفقار (spondylolysis) المُحتمل
	داء باجيت (Paget)	عدم تناسق المفصل الوجيّهي المُحتمل

3-1-1- ألم أسفل الظهر غير النوعي (Nonspecific LBP):

تُعاني الغالبية العظمى (< 85%) من المرضى الذين يُفحصون في مراكز الرعاية الأولية ألم أسفل الظهر غير النوعي، وهذا يعني أنَّ المريض يُعاني ألم الظهر في ظل غياب حالة مستبطنية نوعية^[31]. قد يُعاني عدد من هؤلاء المرضى ألماً في الجهاز العضلي الهيكلي. يتحسن معظم المرضى الذين يعانون ألم أسفل الظهر غير النوعي في غضون أسابيع قليلة^[31].

3-1-2- مُسببات جهازية خطيرة:

من بين المرضى الذين يعانون ألم أسفل الظهر في مراكز الرعاية الأولية، سيكون لأقل من 1% مُسببات جهازية خطيرة (متلازمة ذيل الفرس، والسرطان النقيلي، وحمى العمود الفقري)^[32]. تقريباً يملك جميع المرضى الذين يعانون هذه الحالات من عوامل خطر أو أعراض أخرى.

- **انضغاط الحبل الشوكي أو متلازمة ذيل الفرس (cauda equina):** هناك عدد من أسباب متلازمة ذيل الفرس، وأكثرها شيوعاً هو فتق القرص الفقري. وجدت مراجعة منهجية أنَّ متلازمة ذيل الفرس كانت ناتجة عن فتق القرص الفقري في 22.7% من الحالات، والتهاب الفقار اللاصق في 15.9%، والبرزق القطني في 15.9%، والرض في 7.6%، والورم الخبيث في 7.2%، والورم الحميد في 5.7%، والحمى في 5.3%^[33]. عادةً ما يكون الألم هو أول أعراض انضغاط الحبل الشوكي، ولكن تُلاحظ الموجودات الحركية (عادةً الضعف) والحسية في غالبية المرضى عند التشخيص. يُعد سوء وظيفة الأمعاء و/أو المثانة من الموجودات المتأخرة عموماً. يُحسن التشخيص والعلاج المبكر النتائج.
- **السرطان النقيلي:** العظام من أشيع المواقع للنقائل. إن قصة الإصابة بالسرطان هي أقوى عامل خطر للألم أسفل الظهر الناتج عن النقائل العظمية^[34]. من بين السرطانات الصلبة، تمثل النقائل من سرطان الثدي، والبروستات، والرئة، والدرق، والكلية 80% من النقائل الهيكلية. الألم هو العرض الأكثر شيوعاً. في المرضى الذين لديهم قصة للسرطان، يثير الألم المفاجئ والشديد القلق من الكسر المرضي. قد يُعاني المرضى أيضاً أعراضاً عصبية إما من انضغاط الحبل الشوكي أو عدم ثبات العمود الفقري.

- **الخراج فوق الجافية:** يُعد الخراج فوق الجافية سبباً نادراً ولكنه خطير للألم الظهر. غالباً ما تكون الأعراض الأولية (مثل الحمى والإنهاك) غير نوعية، وبمرور الوقت، قد يُنبغ ألم الظهر الموضعي بآلام جذرية، وإن ترك دون علاج، يتسبب بعجز عصبي. تشمل عوامل الخطر الحقن الشوكي الحديث أو وضع قنطرة فوق الجافية، وتعاطي المخدرات بالحقن، وحمى آخر

(على سبيل المثال، خمج العظام أو الأنسجة الرخوة المجاورة أو تجرثم الدم). قد يكون المرضى الذين يعانون نقص المناعة أكثر عرضة لخطر الإصابة.

- **ذات العظم والنقي الفقرية:** يزداد حدوث ذات العظم والنقي الفقرية عموماً مع تقدّم العمر. يتأثر الرجال أكثر من النساء. يُعتقد أن العديد من الحالات مرتبطة بالرعاية الصحية أو ما بعد الإجراءات الجراحية من الانتشار الدموي لتجرثم الدم. تشمل عوامل الخطر الأقل نوعيّة حالة نقص المناعة وتعاطي المخدرات بالحقن.

3-1-3- مسببات نوعيّة أقل خطورة:

سيكون لدى أقل من 10% من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية الذين يعانون ألم أسفل الظهر مسببات أقل خطورة ولكنها نوعيّة لآلامهم.

- **الكسر الانضغاطي الفقري:** يعاني ما يقرب من 4% من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية بسبب ألم أسفل الظهر كسراً انضغاطياً في العمود الفقري [32]. في حين أن البعض لا تظهر عليهم أعراض، يعاني مرضى آخرون بدايةً حادةً لألم ظهري موضعي. قد لا يكون هناك قصة لرضٍ سابق. تشمل عوامل الخطر التقدم في السن والاستخدام المزمن للستيرويدات القشرية السكرية.

- **اعتلال الجذور:** يشير اعتلال الجذور إلى الأعراض أو الإعاقات المتعلقة بجذور الأعصاب الشوكية. قد تنتج أذية جذور الأعصاب الشوكية عن التغيرات التنكسية في الفقرات وبروز القرص. تختلف التظاهرات السريرية لاعتلال الجذور القطنية العجزية وفقاً لمستوى جذر العصب المصاب. أكثر من 90% من اعتلالات الجذور هي على مستوى القطني الخامس والعجز الأول [35].

- **تضيّق العمود الفقري:** غالباً ما يكون متعلّقاً بالعوامل. يُعد داء الفقار (spondylosis) (التهاب مفاصل تنكسي يُصيب العمود الفقري)، وانزلاق الفقرات (spondylolisthesis)، وسماكة الرباط الأصفر من أكثر الأسباب شيوعاً، وعادةً ما يُصيب المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاماً. يعدّ الألم الناجم عن المشي الموضّع في رولة الساق والجزء القاصي من الطرف السفلي الذي يتلاشى بالجلوس أو الانحناء إلى الأمام (العرج العصبي) سمةً مميزةً لتضيّق العمود الفقري القطني. يمكن أن تشمل الأعراض الأخرى لتضيّق العمود الفقري القطني ألم الظهر وفقدان الحسّ والضعف في الساقين، على الرغم من أن عدداً من المرضى يُبدون فحصاً عصبياً طبيعياً [36].

3-1-4- مسببات أخرى:

- **التهاب الفقار المُقَسِّط (Ankylosing spondylitis):** يشكّل نسبة 0.5% من مراجعي مراكز الرعاية الأولية بشكوى ألم أسفل الظهر [32]. يُشخص بأنه شائع عند الرجال الذين تقل أعمارهم عن 40 عاماً. يُبلغ جميع المرضى تقريباً عن ألم الظهر الذي غالباً ما تكون له خصائص تشير إلى مسببات التهابية (اليبوسة الصّباحيّة، والتحسن مع التمرين، والألم الليلي) [31]. قد يعاني المرضى أيضاً مظاهر مرض خارج الجهاز العضلي الهيكلي (مثل التهاب الفرجيّة).
- **هشاشة العظام (Osteoarthritis):** قد يكون ألم أسفل الظهر من أعراض هشاشة العظام للمفاصل الوجهيّة الفقرية، وقد يشكو المرضى أيضاً من ألم الورك، إمّا من هشاشة عظام الورك أو ألم رجيع من العمود الفقري. تظهر هشاشة العظام ظهوراً أكثر شيوعاً في المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 40 عاماً. وعادةً ما يتفاقم الألم بالنشاط ويزول بالراحة. يمكن أن تؤدي هشاشة العظام إلى تضيق العمود الفقري.
- **الجنف (Scoliosis) وفرط الخداب (Hyperkyphosis)**
- **الضيق النفسي (Psychologic distress):** قد يسهم الضيق النفسي كالاكتئاب أو الاضطرابات الجسمانيّة (somatization) في شدة أعراض ألم أسفل الظهر أو قد يكون سبباً لألم الظهر غير العضوي [36].
- **المسببات خارج العمود الفقري:** قد يكون ألم أسفل الظهر عرضاً لمشاكل خارج الظهر. من الأمثلة على المسببات الأخرى التهاب البنكرياس، التّحصي الكلوي، التهاب الحويضة والكلية، أم الدم الأبهرية البطنية، أو الحلا النطاقي [36]. يعاني المرضى عموماً أعراضاً أخرى مرافقة.

الفصل الثاني: ألم أسفل الظهر المهني وتقييمه

1-2- مقدمة:

إنَّ ألم أسفل الظهر لدى الأفراد العاملين هو شكوى شائعة. رُبطَ عدد من المهنيّ ربطاً متناقلاً ببعض الاضطرابات العضليّة الهيكلية، مثل "كعب الشّرطي" أو "ظهر عامل التوصيل". بالنسبة إلى بعض اضطرابات الألم، مثل متلازمة نفق الرسغ، فإنَّ العلاقة بين الحالة وأنماط معيّنة من العمل ثابتة ثبوتاً أفضل^[37]. ومع ذلك، بالنسبة إلى الاضطرابات الأخرى، قد تكون العلاقة بين بيئة العمل وأعراض المريض أقلّ تأكيداً، على الرغم من إدراك المريض بوضوح للعلاقة السببية.

قد يكون من الصعب تحديد ما إذا كان ألم أسفل الظهر لدى المريض نتيجةً لنشاطه المهنيّ، وما أفضل طريقة لعلاج الأعراض لتحسين الأداء الوظيفي وإمكانية العودة إلى القدرة الوظيفية الكاملة. تُشير دراسات الإعاقة المتعلقة بالعمل إلى أنَّه كلما طالّت مدّة توقّف المريض عن العمل قلّت احتماليّة العودة إليه^[38]. أدّت هذه الملاحظة إلى فرضيّة أن التّدخل المُبكر في مكان العمل قد يقلّل من الإعاقة طويلة الأمد ويعزّز العودة إلى العمل.

2-2- القصّة المرضيّة:

يجب أن تشمل القصّة المرضيّة والفحص السريريّ للفرد المُصاب بألم أسفل الظهر المهنيّ خمسة مجالات واسعة:

- التّشخيصات المُتعلّقة بالجهاز العضليّ الهيكليّ، والعصبيّ، والتّشخيصات الأخرى
- العوامل النفسيّة والاجتماعيّة
- الألم
- الضّعف الوظيفي
- التّأثير المهني

بالنسبة إلى جميع المرضى الذين يعانون ألم أسفل الظهر، يجب أن تُركّز القصّة على تحديد الحالات النّادرة والخطيرة (العلامات الحمراء) فضلاً عن عوامل الخطر النفسيّة والاجتماعيّة للألم المُستمرّ.

2-2-1- التَّشخيصات العضليَّة الهيكلية، والعصبية، والتَّشخيصات الأخرى:

ينصبُّ التَّركيزُ الرَّئيسيُّ في التَّقيُّمِ الأوَّليِّ لمرضى ألم أسفل الظَّهرِ على تحديدِ الجزءِ الصَّغيرِ (> 5%)^[39] من المرضى الذين قد يكونُ لديهم انضغاطٌ عصبِيٌّ، أو كسرٌ، أو مرضٌ جهازِيٌّ كامِنٌ (خُمجٌ أو خبائِثٌ أو التهابٌ مفاصلٍ فكريَّةٍ) بوصفه سبباً لألمِ الظَّهرِ. يحتاجُ هؤلاء المرضى إلى اختباراتٍ تشخيصيةٍ مُبكِّرةٍ (التَّصوير) وقد يحتاجونَ إلى علاجٍ نوعيٍّ (كالصَّاداتِ الحيويَّةِ لذاتِ العظمِ والنَّقيِّ الفكريَّةِ)، أو علاجٍ عاجلٍ (كتخفيفِ الانضغاطِ جراحياً في المريض الذي يُعاني انضغاطاً عصبياً كبيراً أو مترقِّياً). على هذا النحو، يجبُ البحثُ بعنايةٍ عن أدلَّةٍ وجودِ هذه الحالاتِ التي يُشارُ إليها غالباً باسم "العلاماتِ الحمراء" "red flags" (الجدول 2)^[40].

الجدول (2): العلاماتُ الحمراءُ للأسبابِ الكامنةِ الخطيرةِ المُحتملةِ لألمِ أسفلِ الظَّهرِ^[40]

كسرُ العمودِ الفقريِّ رضٌّ كبيرٌ الاستخدامُ المُطوَّلُ للمستروئيداتِ القشريَّةِ السكريةِ العمرُ < 50 سنة
خُمجٌ أو سرطانٌ وجودُ قصَّةٍ للسرطانِ فقدانُ الوزنِ غيرِ المُفسَّرِ التَّثبيطُ المناعيُّ تعاطيُ المُخدِّراتِ بواسطةِ الحقنِ الألمُ الليليُّ العمرُ < 50 سنة
متلازمةُ ذيلِ الفرسِ (Cauda Equina) احتباسُ البولِ السَّلسُ البوليُّ بالإفاضةِ السَّلسُ البرازيُّ العجزُ الحركيُّ ثنائيُّ الجانبِ أو المترقِّي التَّخديرُ السَّرجِيّ
التهابُ المفاصلِ الفقاريَّةِ (Spondyloarthritis) يبوسةٌ صباحيةٌ شديدةٌ يتحسَّنُ الألمُ بالتَّمرينِ وليسَ بالراحةِ ألمٌ في النِّصفِ الثَّاني من اللَّيلِ ألمُ الأردافِ المتناوبِ العمرُ > 40 سنة

من المهم أيضاً البحث عن أي ضائقة اجتماعية أو نفسية، كعدم الرضا عن العمل، والسعي وراء تعويض الإعاقة، والاكنتاب التي قد تُضخم الألم أو تطيله [41].

ينتج ألم أسفل الظهر الميكانيكي عن خلل تشريحي أو وظيفي في العمود الفقري غير مترافق بمرض التهابي أو ورم. يزداد عادةً مع النشاط البدني ووضعيات الوقوف ويخف بالراحة والاستلقاء. إن أكثر من 95% من حالات ألم أسفل الظهر ميكانيكية [39]، ويُعد التغير التكتسي في العمود الفقري القطني السبب الأكثر شيوعاً لألم أسفل الظهر الميكانيكي [40]. قد يشير ألم أسفل الظهر الميكانيكي الحاد والشديد في امرأة بعد انقطاع الطمث إلى حدوث كسر انضغاطي في العمود الفقري ثانوي لهشاشة العظام. يشير الألم الليلي إلى احتمال وجود خمج مستبطن أو ورم سبباً لألم أسفل الظهر.

إن ألم أسفل الظهر الالتهابي أكثر شيوعاً عند الرجال الذين تقل أعمارهم عن 40 عاماً. يترافق بيبوسة صباحية ملحوظة تستمر عادةً لأكثر من 30 دقيقة. كثيراً ما يتحسن الألم مع ممارسة الرياضة ولكن ليس بالراحة. غالباً ما يكون الألم أسوأ خلال النصف الثاني من الليل [42].

من المهم أن يُسأل المريض عما إذا كان ألم الظهر ينتقل إلى الأطراف السفلية، وهذا يشير إلى حدوث عرج عصبي ثانوي لتضييق العمود الفقري أو التهاب العصب الوركي (بسبب الفُرص المفتحة الذي يُشاهد أكثر عند البالغين الصغار أو تضييق العمود الفقري الذي يُشاهد أكثر عند المسنين). ينتج التهاب العصب الوركي (sciatica) عن انضغاط جذر العصب، وينجم عنه ألم بتوزع قطاعي جلدي (جذري)، عادةً إلى مستوى القدم أو الكاحل. غالباً ما يكون الألم حاداً وطاعناً ومصحوباً بالتشنج والوخز وقد يكون مصحوباً بعجز حسي وحركي. عادة ما يزداد التهاب العصب الوركي الناتج عن فتق القرص مع السعال أو العطس أو مناورة فالسافا [40].

2-2-2- العوامل النفسية والاجتماعية:

هناك دليل جيد على ارتباط بعض العوامل النفسية والاجتماعية بزيادة خطر الإصابة بألم أسفل الظهر المستمر (الجدول 3) [43]. في إحدى الدراسات، تُبَيّن بالتحسين الوظيفي والعودة إلى العمل أقوى من خلال عوامل نفسية اجتماعية ومتعلقة بالوظيفة أكثر من الفصّة الصحية أو الفحص السريري [43]. وجدت إحدى الدراسات ارتباطاً عكسياً بين الدعم الاجتماعي، وعدم تحقيق التعافي التام من ألم أسفل الظهر [44]، بينما حدّدت دراسة أخرى دعم المشرفين على العمل، ولكن ليس دعم زملاء العمل، بوصفه عاملاً يُعزّز العودة المبكرة إلى العمل [45].

الجدول (3): العوامل النفسية الاجتماعية المترافقة مع ألم أسفل الظهر المستمر [43]

المعتقدات العامة أو المتعلقة بالعمل: الاعتقاد بأن الألم والنشاط ضاران سلوك تجنب الخوف (تجنب الأنشطة بسبب الخوف من زيادة الألم) التحويل (التكيز المفرط على الألم والشعور بعجز السيطرة على الألم) توقع أن العلاجات/إعادة التأهيل السلبية ستكون فعالة توقع زيادة الألم مع النشاط أو العودة إلى العمل
العوامل المتعلقة بالعمل: ضعف التحكم في بيئة العمل الرضا الوظيفي المنخفض التعيين الحديث في العمل مهارات/خبرة العمل المحدودة مطالبة سابقة بتعويض أو إجازة من العمل بسبب إصابة وجود دعاوى قضائية حالية عمل يتطلب جهداً بدنياً
عوامل عاطفية أخرى: الاكتئاب القلق تعاطي الكحول أو المخدرات الانسحاب الاجتماعي (نقص الدعم الأسري/الاجتماعي)

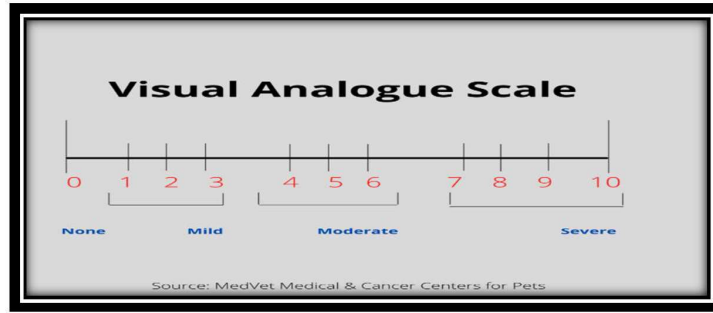
من المرجح أن تتنبأ هذه العوامل النفسية الاجتماعية بالعجز المطول أكثر من طبيعة إصابة أسفل الظهر [46]. في حين أن عوامل الخطر النفسية الاجتماعية قد ارتبطت باستمرار ألم أسفل الظهر، لا توجد أدوات لتقييمها. تتوفر أدوات مسح مناسبة للاكتئاب وتعاطي المخدرات.

2-3-2- الأمل:

يشمل تقييم الألم تحديد تواتر الألم وشدة وموقعه، فضلاً عن العوامل التي تؤدي إلى تفاقم الأعراض وتخفيفها. يجب أيضاً ملاحظة العوامل المرافقة، مثل التثميل.

من المفيد أن يسأل المريض عما إذا كان الألم يتغير خارج أوقات العمل، مثل الإجازات أو عطلات نهاية الأسبوع. يجب أن يستفسر عما إذا كان الأفراد الآخرون في الوظيفة أنفسهم لديهم شكاوى ألم مماثلة.

يُستخدم مقياس التناظر البصري (VAS) (Visual Analog pain Scale) (الشكل 1) لتحديد شدة الألم. في هذا المقياس، يُطلب من المرضى وضع دائرة حول الرقم بين 0 و 10 الذي يتناسب تناسباً أفضل مع شدة الألم لديهم [47]. يمثل الصفر عادةً "انعدام الألم على الإطلاق" بينما يمثل 10 "أسوأ ألم ممكن على الإطلاق". يعتبر الألم بين [3-1] خفيف الشدة، [4-6] متوسط الشدة ، [7-10] ألم شديد.



الشكل (1): مقياس التناظر البصري (VAS) (Visual Analog Pain Scale) لشدة الألم [47]

أظهر مقياس التناظر البصري (VAS) ارتباطات عالية مع أدوات تقييم الألم الأخرى في عدد من الدراسات، وأثبتت جدوى استخدامه والامتثال الجيد. من مزايا (VAS) لتقييم شدة الألم أنه قصير التطبيق وسهله [47].

2-2-4- الضعف الوظيفي (Functional impairment):

ينبغي مراجعة التحدّيات الوظيفية للمريض، لا يُعدّ التقييم المفصّل مطلوباً. الهدف هو ببساطة توثيق ما يقوله المريض عن المهام التي لا يمكنه القيام بها في العمل والمنزل. مثلاً، يُستعسر عن:

- الرفع: كيف تتعامل مع الأشياء اليومية التي تتطلب الرفع؟
- الجلوس: إلى أي مدى يمكنك القيادة دون توقّف؟ كم من الوقت يمكنك الجلوس دون انزعاج؟
- المشي: كم عدد الأمتار التي يمكنك مشيها دون زيادة الألم؟

2-2-5- التأثير المهني (Occupational impact):

ينبغي الاستفسار عن القصة المهنية للمريض. لا يلزم إجراء تقييم تفصيلي لموقع العمل، ولكن يجب السؤال عن الساعات والواجبات المتضمنة، وما إذا كانت الحالة أفضل في أثناء وجود المريض بعيداً عن العمل، وما إذا كان لدى العمال الآخرين أعراض مماثلة [48].

2-3- الفحص السريري:

لا يقود الفحص السريري عادةً إلى تشخيص مُحَدَّد. ومع ذلك، قد يُساعد الفحص العام بما في ذلك الفحص العصبي الدقيق في تحديد تلك الحالات القليلة ولكنها بالغة الأهمية من ألم أسفل الظهر التي تكون ثانوية لمرض جهازّي أو تتم على إصابة عصبية مهمة سريريّاً (الجدول 2).

قد يكشف التأمل عن وجود جَنَفٍ. يمكن أن يكون الجنف بنيويّاً أو وظيفيّاً. يترافق الجنف البنيوي بتغيّرات هيكلية في العمود الفقري وأحياناً القفص الصدري أيضاً. عادةً ما يكون الجنف البنيوي عند البالغين ثانويّاً لتغيّرات تنكسية، أو قد يكون موجوداً منذ المراهقة. يبقى الجنف البنيوي موجوداً عند الانحناء إلى الأمام. في المقابل، عادةً ما يختفي الجنف الوظيفي، الذي ينتج عادةً عن تشنّج العضلات المجاورة للفقر أو اختلاف طول الساق. قد تُشير خصلة الشَّعر في منطقة العمود الفقري القطني إلى خللٍ بنيوي خلقي مثل السنسنة المشقوقة الخفية (spina bifida occulta).

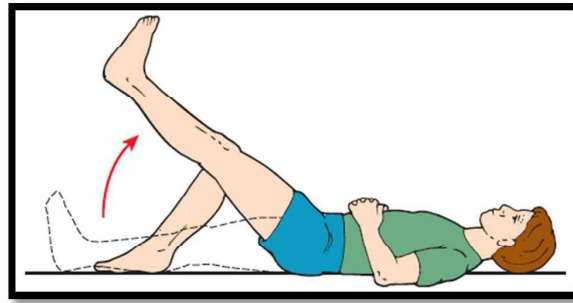
يمكن أن يكشف الجس عن تشنّج العضلات المجاورة للفقر. غالباً ما يقود ذلك إلى فقدان القوس القطني الطبيعي. يملك الإيلام النقطي عند القرع فوق العمود الفقري حساسية ولكن ليس نوعية لذات العظم والنقي الفقريّة.

لا يرتبط تحدّد حركة العمود الفقري (الانثناء، والبسط، والانحناء الجانبي، والدوران) بأيّ تشخيص مُحَدَّد لأنّ ألم أسفل الظهر الناجم عن أيّ سببٍ قد يحد من الحركة. ومع ذلك، يمكن أن تساعد قياسات مجال الحركة في مراقبة العلاج [49]. يملك تمدد الصدر الذي يقل عن 2.5 سم نوعية ولكن ليس حساسية من أجل التهاب الفقر المُقَسِّط.

يجب فحص مفاصل الورك بحثاً عن أيّ انخفاض في مجال الحركة لأنّ التهاب مفصل الورك الذي يُسبب عادةً ألماً إريبياً، قد يُحوّل الألم في بعض الأحيان إلى الظهر. يمكن الخلط بين التهاب الجراب المدوّري (trochanteric bursitis) مع إيلام فوق المدوّر الكبير لعظم الفخذ مع ألم أسفل

الظهر. يشير وجود نقاط إيلام عديدة، ولاسيما عند النساء، إلى احتمال أن يكون ألم أسفل الظهر ثانوياً للألم العضلي المزمن (fibromyalgia) [49].

في المرضى الذين لديهم قصة لألم أسفل الظهر الذي ينتقل إلى الأطراف السفلية، يجب إجراء اختبار رفع الساق المستقيمة (الشكل 2). يستلقي المريض على ظهره، يضغط الفاحص الكعب في راحة يده ويرفع ساق المريض تدريجياً مع تمديد الركبة بالكامل. تضع هذه الحركة توتراً على العصب الوركي (الذي ينشأ من L4، وL5، وS1، وS2، وS3) ومن ثم تُمدد جذور الأعصاب (ولا سيما L5 وS1 وS2). إذا كان أي من هذه الجذور العصبية مُتهيجاً بالفعل، بسبب قرصٍ منفتق، يؤدي المزيد من التوتّر على جذر العصب عبر رفع الساق الممدودة إلى ألم جذري يمتد أسفل الركبة. يكون الاختبار إيجابياً إذا تحرّض ألم جذري عند رفع الساق أقل من 70 درجة. يزيد الانثناء الظهرى للكاحل من تمدد العصب الوركي، ويزيد من حساسية الاختبار. يُعد هذا اختباراً حساساً ولكنه غير نوعي لفقرات القوس عند المستوى L4-L5 أو L5-S1 [49].



الشكل (2): اختبار رفع الساق الممدودة

يمكن للتقييم العصبي (الشكل 3) للأطراف السفلية لدى المريض المصاب بالتهاب العصب الوركي تحديد جذر العصب المعني. يجب أن يشمل التقييم الاختبار الحركي مع التركيز على عطف ظهر القدم (L4)، وعطف ظهري لإصبع القدم الكبير (L5)، وانثناء أخمصي للقدم (S1)، وتحديد المنعكسات الوترية العميقة للركبة (L4) والكاحل (S1)؛ واختبارات فقدان الحواس الجلدي. يشير عدم القدرة على المشي على أصابع القدم (غالباً S1) ومشى الكعب (غالباً L5) إلى ضعف عضلي [49].

Lower extremity dermatome	Disk	Nerve root	Motor loss	Sensory loss	Reflex loss
	L3-4	L4	Dorsiflexion of foot	Medial foot	Knee
	L4-5	L5	Dorsiflexion of great toe	Dorsal foot	None
	L5-S1	S1	Plantarflexion of foot	Lateral foot	Ankle

الشكل (3): السّماتُ العصبيةُ لاعتلالِ الجذورِ القطنيةِ العجزيةِ

4-2- الاختباراتُ التشخيصيةُ:

4-2-1- التصويرُ:

هناك قلقٌ بشأن الإفراط في تصوير العمود الفقريّ القطنيّ. يؤديّ التصويرُ العشوائيّ للعمود الفقريّ إلى تقليل النتائج المفيدة سريريّاً، وزيادة النتائج المضلّة، والتعرّض للإشعاع، وزيادة التكاليف. تتمثّل الوظيفةُ الرئيسيّةُ للاختبار التشخيصيّ، ولأسيما التصويرُ، في التّحديد الباثولوجي المبكّر لدى هؤلاء المرضى القلائل الذين لديهم دليلٌ على عجزٍ عصبيّ كبيرٍ أو متّرقٍ، وأولئك الذين يُشتَبه لديهم بوجود مرضٍ جهازيّ أو كسرٍ في العمود الفقري. خلاف ذلك، لا يلزم التصويرُ ما لم تستمرّ الأعراضُ المهمّةُ بعد 6 إلى 8 أسابيع. يتجنّب هذا النهجُ الاختبارات المبكّرة غير الصّوريّة لأن أكثر من 90% من المرضى سيتعافون تعافياً كبيراً بحلول الأسبوع الثامن^[50]. علاوةً على ذلك، لا يعملُ التصويرُ بالرنين المغناطيسي (magnetic resonance imaging) (MRI) ولا الصّور الشعاعيّة البسيطة التي يُحصل عليها في وقتٍ مبكّرٍ من مسارٍ تقييم ألم أسفل الظهر على تحسين النتائج السريريّة، أو التنبؤ بالتعافي، أو تقليل التكلفة الإجماليّة للرعاية^[51].

هناك مشكلةٌ كبيرةٌ في جميع دراسات التصوير وهي أنّ عدداً من التّشوّهات التّشريحية التي تُحدّد في المرضى الذين يعانون ألم أسفل الظهر موجودة أيضاً وجوداً شائعاً في الأفراد غير العرضيين، وكثيراً ما تكون غير مرتبطة بالألم أسفل الظهر^[52]. غالباً ما تنتج هذه التّشوّهات عن التّغيّرات التّكسّية المرتبطة بالعمر التي تبدأ في الظهور حتّى في بداية مرحلة البلوغ وهي من بين التّغيّرات التّكسّية الأولى في

الجسم [53]. على الرغم من كونه يمثل تحدياً سريريًا ومستحيلاً في بعض الأحيان، يجب على الممرء الامتناع عن تقديم استنتاجات سببية تستند فقط إلى الشذوذات التصويرية في غياب الموجودات السريرية المقابلة لأن هذا قد يؤدي إلى تدخلات غير ضرورية وغازية ومكلفة [54].

نظراً إلى الارتباط الضعيف بين الشذوذات التصويرية والأعراض، فليس من المستغرب أنه فيما يصل إلى 85% من المرضى لا يمكن وضع تشخيص تشريحي مرضي دقيق، ولا يمكن تحديد مصدر الألم [55]. يجب أن يفهم المرضى أن سبب التصوير هو استبعاد الحالات الخطيرة وأن الموجودات التكتسية الشائعة متوقعة.

4-2-2- الدراسات التشخيصية الكهربائية (electrodiagnostic studies):

يمكن أن تكون الدراسات التشخيصية الكهربائية مفيدة في تقييم بعض المرضى الذين يعانون اعتلال الجذور القطنية العجزية. الإجراءات الرئيسية هي تخطيط العضلات الكهربائي ودراسات التوصيل العصبي. يمكن أن تؤكد هذه الدراسات انضغاط جذر العصب وتحديد توزع الإصابة وشدةها. في حين أن الدراسات مثل التصوير بالرنين المغناطيسي لا توفر سوى معلومات تشريحية، تقدم الدراسات التشخيصية الكهربائية معلومات فيزيولوجية قد تدعم نتائج التصوير أو تدحضها. لذلك، تؤخذ الدراسات التشخيصية الكهربائية بالحسبان في الغالب لدى المرضى الذين يعانون أعراض إعاقة مستمرة لاعتلال الجذور، إذ يوجد تعارض بين التظاهر السريري ونتائج التصوير [56].

4-2-3- الدراسات المخبرية:

تستخدم الدراسات المخبرية في الغالب في تحديد المرضى الذين يعانون أسباباً جهازية لألم أسفل الظهر. من غير المحتمل أن يكون المريض الذي لديه تعداد طبيعي لخلايا الدم، ومعدل تثقل كريات حمراء طبيعي، وصور شعاعية طبيعية للعمود الفقري القطني مصاباً بجمع مستوطن أو ورم خبيث سبباً لألم أسفل الظهر [57].

الفصل الثالث: الاكتئاب وعلاقته بألم أسفل الظهر

1-3- مقدمة:

الاكتئاب هو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعاً بين عامة السكان وحالة الصحة العقلية الأكثر شيوعاً في المرضى الذين يُفحصون في مراكز الرعاية الأولية^[58]. على الرغم من انتشار أعراض الاكتئاب بين المرضى، إلا أن القليل منهم يناقشون هذه الأعراض مباشرة مع الأطباء. بدلاً من ذلك، يعاني ثلثا المرضى المُصابين بالاكتئاب المراجعين لمراكز الرعاية الأولية أعراضاً جسدية (مثل الصداع أو ألم الظهر أو الألم المزمن)، وهذا يجعل اكتشاف الاكتئاب أكثر صعوبة^[59].

في غياب المسح، تُشير التقديرات إلى أنه يُحدّد 50% فقط من المرضى المُصابين بالاكتئاب الشديد (major depression)^[60]. ما لم يُسأل المرضى مباشرة عن مزاجهم، فإنهم يتجاهلون المعلومات المتعلقة بأعراض الاكتئاب لأسباب متنوعة، بما في ذلك الخوف من وصمة العار، والاعتقاد بأن الاكتئاب ليس مرضاً "حقيقياً" ولكنه مرض شخصي، والمخاوف بشأن سرية السجلات الطبية، والقلق بشأن وصف الأدوية المضادة للاكتئاب أو الإحالة إلى طبيب نفسي^[61].

يترافق الاكتئاب غير المُعالج بانخفاض نوعية الحياة، وزيادة خطر الانتحار، والنتائج الفيزيولوجية السيئة عندما يُصاب الاكتئاب حالات طبية مزمنة^[62]. مقارنةً بالأشخاص غير المُصابين بالاكتئاب، فإن المرضى المُصابين بالاكتئاب لديهم مخاطر متزايدة للوفاة. علاوةً على ذلك، يستلزم الاكتئاب عبئاً اقتصادياً كبيراً. تمتد آثار الاكتئاب إلى ما هو أبعد من المريض بحد ذاته، مع تأثير سلبي في الأزواج، والأطفال، وأرباب عمل المرضى^[63].

2-3- التعريف:

عُرفت المتلازمات الاكتئابية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM-5) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition)^[64]. تتظاهر متلازمة الاكتئاب الشديد أو نوبته بخمسة من الأعراض التالية أو أكثر، وتحدث معظم أوقات اليوم تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين متتاليين على الأقل. يوجد على الأقل عرض واحد هو إما المزاج المكتئب أو فقدان الاهتمام والمتعة:

- مزاج مكتئب
- فقدان الاهتمام أو المتعة في معظم الأنشطة أو كليها
- الأرق أو فرط النوم
- تغير في الشهية أو الوزن
- التراجع أو الانفعال النفسي الحركي
- طاقة منخفضة
- ضعف التركيز
- أفكار انعدام القيمة أو الذنب
- الأفكار المتكررة حول الموت أو الانتحار

تُسبب الأعراض ضائقة كبيرة أو ضعفاً في الأداء النفسي الاجتماعي، وهي ليست نتيجة مباشرة للتأثير الفيزيولوجي لمادة أو اضطراب طبي عام. علاوة على ذلك، لا يمكن تفسير الأعراض برد فعل لخسارة كبيرة، على الرغم من أنه لا يزال يتعين على الطبيب أن يفكر بعناية في إمكانية وجود الاكتئاب إذا امتدت الأعراض إلى ما هو أبعد مما هو معياري لرد الفعل بعد الخسارة.

يتميز الاضطراب الاكتئابي المستمر (الاكتئاب الجزئي) (dysthymia) بأعراض اكتئابية تستمر لمدة عامين على الأقل، مع وجود مزاج مكتئب معظم اليوم ولأيام أكثر من الأيام الطبيعية. يترافق المزاج المكتئب باثنين من الأعراض التالية أو أكثر:

- انخفاض الشهية أو زيادتها
- الأرق أو فرط النوم
- طاقة منخفضة
- ضعف الثقة بالنفس
- ضعف التركيز
- اليأس

3-3- الوبائيات وعوامل الخطر:

ينتشر الاكتئاب انتشاراً كبيراً في جميع أنحاء العالم، ويبدو أن انتشاره أخذ في الازدياد. وجدت الدراسات الاستقصائية المجتمعية للبالغين الذين يعيشون في 10 دول (البرازيل، كندا، تشيلي، التشيك، ألمانيا، اليابان، المكسيك، هولندا، تركيا، والولايات المتحدة) أن معدل انتشار الاكتئاب الشديد يتفاوت من 3% في اليابان إلى 17% في الولايات المتحدة، وتتراوح معظم المعدلات بين 8 إلى 12% [65].

قد تعكس أسباب الانتشار المُخفض للاكتئاب في بعض البلدان تبايناً حقيقياً في مُحدّدات الاكتئاب بسبب عوامل ثقافيّة أو وراثيّة، وتحيزات اختيار العيّنة، واختلاف قابليّة معايير التشخيص عبر الثقافات. يصعب اكتشاف الاكتئاب في الثقافات، إذ يكون المرضى أكثر ميلاً للتظاهر بأعراض جسديّة بدلاً من الأعراض العاطفيّة [66].

في الولايات المتّحدة، وُجد أنّ مُعدّل الانتشار السنوي لاضطرابات الاكتئاب الرئيسيّة (major depressive disorders) (MDD) يبلغ 6.7%، ويبلغ مُعدّل الانتشار مدى الحياة 16.5% [67]. بين المرضى الذين يعانون أمراضاً طبيّةً مُزمنةً، فإنّ مُعدّل الانتشار السنوي أعلى بكثير، ويبلغ نحو 25%. قد تكون مُعدّلات الاكتئاب مرتفعةً ولاسيما مع أمراض الجهاز العصبيّ المركزي (مثل السكتة الدماغيّة وأدّيّات الدّماغ الرّضيّة وداء باركنسون)، والاضطرابات القلبيّة الوعائيّة، والسّرطان، والحالات التي تشمل آليّات مناعيّة والتهابيّة (مثل الدّنبّة الحماميّة الجهازية).

تشمل عوامل الخطر للإصابة بالاكتئاب تأثيرات جينيّة وطبيّة وبيئيّة واجتماعيّة وتشمل:

- نوبة اكتئابيّة سابقة
- القصّة العائليّة
- الجنس الأنثويّ
- الولادة (أي اكتئاب ما بعد الولادة)
- رضّ الطُفولة
- أحداث الحياة المُجهدة
- ضعف الدّعم الاجتماعيّ
- مرضاً طبيّاً خطيراً
- الخرف (dementia)
- تعاطي المخدرات

على الرّغم من أنّ المعرفة بعوامل الخطر يمكن أن تكون مُفيدةً سريريّاً، إلّا أنّها ليست كافيةً لتوجيه الممارسة السريريّة أو قرار المسح عن الاكتئاب.

4-3- العلاقة بين ألم أسفل الظهر والاكْتئاب:

هناك عدد من الطرق التي يمكن أن يرتبط من خلالها الألم والاكْتئاب بعامل واحد أو أكثر في مريض واحد. أولاً، يمكن أن يؤدي الانزعاج النفسي والجسدي للألم المستمر الذي يتفاعل مع الضعف الفردي والاجتماعي إلى تسريع بداية نوبة الاكْتئاب [68]. ثانياً، يمكن أن يكون الاكْتئاب سابقاً، وأحياناً مُسهماً، في حدوث الألم. من الجدير بالذكر أن أكثر من نصف مرضى الاكْتئاب، عند طلب الرعاية الأولية، يعانون الألم بوصفه عرضاً رئيسياً [69].

وفقاً لدراسات عدة [70] [71]، يُعد الاكْتئاب أكثر شيوعاً لدى مرضى الألم المزمن. هناك أدلة متزايدة على أن مشاكل الألم تزيد من خطر الإصابة بالاكْتئاب. وأكثر تحديداً، هناك دراسات تُسلط الضوء على الاكْتئاب بوصفه نتيجة لمشاكل الألم المزمن، فضلاً عن الدراسات التي تُسلط الضوء على الاكْتئاب بوصفه سبباً وعاملاً خطراً مهماً لتطور الألم المزمن، مثل ألم أسفل الظهر.

وفقاً لدراسة Ohayon وزملائه [72]، كان لدى غالبية المرضى الذين يعانون اكْتئاباً شديداً مشكلة مزمنة واحدة على الأقل من الألم الشديد، أعلى بأربع مرات، مقارنةً بأولئك الذين لم يعانون اكْتئاباً شديداً. عُثر على نتيجة مماثلة في دراسة Arnou وزملائه [73]، الذين أفادوا بأن 41% من مرضى الاكْتئاب يعانون مشكلة شديدة من الألم المزمن. وفقاً لـ Demyttenaere وزملائه [74] اختبر 56% من المرضى المُشخصين بالاكْتئاب ألماً شديداً، لم يتمكن 70% منهم من تفسير الأسباب الطبيعية لهذا الألم. فضلاً عن ذلك، وفقاً لـ Gerrits وزملائه [75]، يرتبط الاكْتئاب بحدوث آلام متعددة في جسم المريض ويزيد من شدة الألم.

هناك عدد من الدراسات التي تربط ألم أسفل الظهر بالاكْتئاب، إما بوصفه سبباً أو نتيجة لبعضهما البعض [76]، بينما في دراسات أخرى [77]، تُعد الأعراض الاكتئابية مؤشراً قوياً ومستقلاً لبدء نوبة ألم أسفل الظهر. وفقاً لدراسة Mercado وزملائه [78]، قد يكون الارتباط بين الاكْتئاب وألم أسفل الظهر نتيجة للموقف السلبي العام للأفراد المُصابين بالاكْتئاب، بمعنى أن السلبية والخمول من السمات الرئيسية للاكْتئاب وأن الأنماط المعرفية السلبية للأفراد المُصابين بالاكْتئاب تهيئهم لأحداث غير سارة، بما في ذلك الشعور بالألم. فضلاً عن ذلك، هناك عوامل نفسية عامة مثل عدم الراحة والمزاج المكتئب متورطة في حدوث ألم أسفل الظهر المزمن ويُفسر على أنها سبب هذا الألم، بينما على العكس من ذلك وفقاً لـ Diepenmaat وزملائه [79] ترتبط أعراض الاكْتئاب ارتباطاً وثيقاً بالألم أسفل الظهر، وهي أكثر شيوعاً وشدة عند النساء.

درس Wang و Currie [80] إمكانية الإصابة بالاكتئاب الشديد بسبب وجود ألم أسفل الظهر المزمن. في دراستهم، استخدموا في دراستهم أيضاً العوامل الاجتماعية والاقتصادية وعدد المشكلات الصحية المزمنة بوصفها مؤشرات للاكتئاب. أظهرت النتائج التي توصلوا إليها ترفافاً أقوى لحدوث الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون ألم أسفل الظهر مقارنة بالأفراد الأصحاء عموماً، بينما لم تؤثر المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية أو المتغيرات الأخرى (مثل العمر والجنس والحالة العائلية) في حدوث الاكتئاب، سواء في المرضى الذين يعانون ألم أسفل الظهر أو الأفراد الأصحاء.

5-3- المسح عن الاكتئاب:

5-3-1- الأساس المنطقي للمسح عن الاكتئاب:

- يبدو أن عدداً من العوامل المتعلقة بالاكتئاب تؤدي إلى حجة مقنعة للمسح عنه بين السكان:
- غالباً ما يصعب اكتشاف الاكتئاب نظراً إلى أن المرضى غالباً ما يعانون مجموعة متنوعة من الأعراض الجسدية، وقد يحجمون عن تعريف أعراض الاكتئاب.
 - يرتبط الاكتئاب غير المعالج بانخفاض نوعية الحياة، وزيادة معدل الوفيات، وزيادة العبء الاقتصادي.
 - يمكن علاج الاكتئاب بنجاح، ويكون العلاج أكثر فعالية عندما يبدأ في وقت مبكر من مساره.

5-3-2- أدوات المسح عن الاكتئاب:

من أدوات المسح عن أعراض الاكتئاب: مقياس الاكتئاب في مركز الدراسات البائية (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [15]. يتكوّن هذا المقياس من 20 عنصراً لقياس المشاعر والسلوكيات على مدار الأيام السبعة السابقة، وتُصنّف على مقياس مكون من 4 نقاط يتراوح من 0 (نادراً أو لا شيء) إلى 3 (معظم الوقت أو كله). يكون لمجموع النقاط مجال محتمل من 0 إلى 60 نقطة، وتشير النقاط الأعلى من 16 إلى أعراض ذات دلالة تشخيصية سريرية مهمة للاكتئاب [15]. يوضّح الشكل (4) النموذج باللغة الانكليزية لمقياس CES-D فيما يعرض الجدول (4) النموذج باللغة العربية لهذا المقياس.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), NIMH

Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the **past week**. Circle **one** number on each line.

	During the Past Week			
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me	0	1	2	3
2. I did not feel like eating; my appetite was poor	0	1	2	3
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends	0	1	2	3
4. I felt I was just as good as other people	0	1	2	3
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing	0	1	2	3
6. I felt depressed	0	1	2	3
7. I felt that everything I did was an effort	0	1	2	3
8. I felt hopeful about the future	0	1	2	3
9. I thought my life had been a failure	0	1	2	3
10. I felt fearful	0	1	2	3
11. My sleep was restless	0	1	2	3
12. I was happy	0	1	2	3
13. I talked less than usual	0	1	2	3
14. I felt lonely	0	1	2	3
15. People were unfriendly	0	1	2	3
16. I enjoyed life	0	1	2	3
17. I had crying spells	0	1	2	3
18. I felt sad	0	1	2	3
19. I felt that people dislike me	0	1	2	3
20. I could not get "going"	0	1	2	3

الشكل (4): النموذج باللغة الانكليزية لمقياس CES-D للمسح عن أعراض الاكتئاب^[15]

الجدول (4): النموذج باللغة العربية لمقياس CES-D للمسح عن أعراض الاكتئاب

خلال الأسبوع الفائت				
نادراً أو ولا مرة (أقل من يوم)	في بعض الأحيان (1-2 يوم)	عادةً أو من حين لآخر (3-4 أيام)	معظم الوقت أو دائماً (5-7 أيام)	
0	1	2	3	1 انزعجت من أشياء لا تزعجني عادةً
0	1	2	3	2 لم أشعر بالرغبة بالطعام-شهية ضعيفة
0	1	2	3	3 شعرت أنني لا أستطيع التخلص من الكآبة حتى بمساعدة عائلتي
3	2	1	0	4 شعرت بأنني بحالة جيدة مثل الآخرين
0	1	2	3	5 كان لدي مشاكل في التركيز على ما أقوم به
0	1	2	3	6 شعرت بالاكتئاب
0	1	2	3	7 شعرت أن كل ما أقوم به غير مجدٍ
3	2	1	0	8 شعرت بالتفاؤل بالمستقبل
0	1	2	3	9 شعرت أن حياتي كانت فاشلة
0	1	2	3	10 شعرت بالخوف
0	1	2	3	11 كان يومي مضطرباً
3	2	1	0	12 كنت سعيداً
0	1	2	3	13 اتحدث أقل من المعتاد
0	1	2	3	14 أشعر بالوحدة
0	1	2	3	15 أشعر أن الناس غير وديين
3	2	1	0	16 أستمتع بالحياة
0	1	2	3	17 عانيت نوبات البكاء
0	1	2	3	18 شعرت بالحزن
0	1	2	3	19 شعرت بعدم محبة الناس لي
0	1	2	3	20 لم أستطع المضي قدماً

الفصل الرابع: ألم أسفل الظهر عند الممرضات

1-4- مقدمة:

تقضي الممرضات وقتاً أطول مع المرضى مقارنةً بغيرهم من المهنيين الصحيين، ويقدمون الرعاية المباشرة للمرضى [81]. لذلك، من المعروف أن تواتر ألم أسفل الظهر أعلى لدى الممرضات مقارنةً بالمهنيين الصحيين الآخرين وبقية المجتمع [82]. قد يسبب ألم أسفل الظهر لأداء الممرضات فيما يتعلق بأنشطتهن اليومية وبعيق علاقاتهن الشخصية، وهذا يؤدي إلى مشاكل نفسية مختلفة ويؤثر في نوعية الحياة تأثيراً سلبياً [83]. علاوةً على ذلك، يؤثر ألم أسفل الظهر أيضاً في اقتصاد البلدان تأثيراً سلبياً بسبب فقدان العمالة للممرضات، وانخفاض كفاءة العمل، والتكاليف المالية الأخرى [16]. قد تُجبر الممرضات على ترك وظائفهن، أو تغيير أماكن عملهن بسبب ألم أسفل الظهر [84].

2-4- وبائيات ألم أسفل الظهر لدى الممرضات:

الممرضات أكثر عرضةً للآذيات والاضطرابات العضلية الهيكلية المتعلقة بالعمل، مثل ألم أسفل الظهر، مقارنةً بغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية [3]. يتفاوت معدل انتشار ألم أسفل الظهر بين الممرضات في جميع أنحاء العالم من 64.6% في اليابان [4]، إلى 62% في إيطاليا [5]، و84% في الولايات المتحدة الأمريكية [6]. في الدراسات التي أجريت في المنطقة العربية، أبلغ عن معدل انتشار ألم أسفل الظهر لدى الممرضات بنسبة 54.3% في قطر [7]، و58.1% في تونس [8]، و80% في السعودية [9].

3-4- عوامل الخطر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات:

يمكن تصنيف عوامل الخطر لألم أسفل الظهر عند الممرضات ضمن مجموعتين رئيسيتين بوصفها عوامل خطر فردية وعوامل خطر مهنية. تتكون عوامل الخطر المهنية من مجموعتين فرعيتين: عوامل جسدية وعوامل نفسية اجتماعية [81] [85].

3-4-1- عوامل الخطر الفردية:

تزيد عوامل الخطر الفردية لألم أسفل الظهر لدى الممرضات مثل التقدم في العمر^[83]، والوضع الاقتصادي المنخفض^[86]، والتدخين من تواتر ألم أسفل الظهر. في حين أن التمارين الرياضية تحمي صحة أسفل الظهر وتقلل من ألمه^[87].

3-4-2- عوامل الخطر المهنية:

إن المستشفيات هي أماكن للخدمات الصحية تضم عوامل خطر بدرجات مختلفة للسلامة المهنية والأمان الجسدي والعاطفي والاجتماعي للممرضات. قد تتعرض الممرضات اللواتي يقضين جزءاً مهماً من حياتهن اليومية في المستشفيات لعوامل خطر مختلفة تهدد صحة أسفل الظهر بسبب أماكن عملهن ومسؤولياتهن المهنية^[88]. في حين وجدت الدراسة التي أجراها Akinci وزملائه^[81] أن 92.9% من الممرضات قد عانين من ألم أسفل الظهر بعد بدء العمل، أشارت دراسة Hanifa وزملائه إلى أنه مع زيادة وقت العمل، يزداد أيضاً ألم أسفل الظهر الناجم عن الرضوض الجسدية والنفسية^[89].

❖ عوامل الخطر المهنية الجسدية:

هناك علاقة مهمة بين العوامل الجسدية والمشاكل العضلية الهيكلية، إذ إن الحركات المتكررة، والوضعية (posture) غير السليمة، والاستخدام المفرط للقوة هي العوامل الرئيسية الثلاثة التي تؤدي إلى المشاكل العضلية الهيكلية^[90]. تؤدي هذه العوامل إلى الإفراط في استخدام الأوتار والأربطة والعضلات وزيادة الحمل الثابت للعضلات والإرهاق، ومن ثم تزيد من احتمالية الإصابة برضوض أسفل الظهر. قد ينجم أيضاً عن أداء الواجبات المتعلقة بالرفع دون الحصول على دعم أو أي معدات داعمة حدوث ألم أسفل الظهر^[90].

من بين عوامل الخطر المهنية لحدوث ألم أسفل الظهر عند الممرضات: ساعات العمل الطويلة، وعناء العمل المفرط، وعدم كفاية الموظفين والمعدات، وأوقات الراحة غير الكافية، والوقوف لمُدد طويلة، والعمل في وضع خاطئ، واضطرابات دورة النوم وعادات الأكل بسبب المناوبات^[91]. إن المسؤوليات المهنية المختلفة مثل مساعدة المرضى في الحياة اليومية، ووضعهم على الأسرة، وحملهم ورفعهم أو حمل الأجهزة الطبية من مختلف الأوزان والأحجام، وترتيب الأسرة ذات الارتفاعات المختلفة، تزيد أيضاً من خطر تعرض الممرضات لرضوض أسفل الظهر.

كذلك ذكرت جمعية الممرضات الأمريكية (ANA) (American Nurses Association) أن واجبات الممرضات التي تتطلب حمل المرضى مرتبطة بألم أسفل الظهر [81] [83] [84]. وجدت دراسة أجريت على ممرضات الجراحة أن العامل الذي يُسبب ألم أسفل الظهر في أغلب الأحيان هو نقل المريض إلى سرير/نقالة أخرى [92]. ورد في الأدبيات أن الممارسات التمريضية هي عوامل خطر لتطوير ألم أسفل الظهر وأن حمل المرضى هو العامل الأكثر شيوعاً لحدوث هذا الألم. أشارت الدراسة التي أجراها ElSoud وزملاؤه [83] إلى أن 85.7% من الممرضات قد عانين ألم أسفل الظهر نتيجة حمل الأحمال الثقيلة (المرضى أو المعدات الطبية الثقيلة).

يُشار إلى أن الحصول على الدعم/المساعدة في أثناء ممارسات الرعاية التمريضية يرتبط بألم أسفل الظهر. وجدت الدراسة التي أجراها Ovayolu وزملاؤه [91] أن إجراء ممارسات تمريضية معينة دون مساعدة/الحصول على دعم من جهاز مساعد يزيد من تواتر ألم أسفل الظهر وشدة. وجدت الدراسة التي أجريت على ممرضات الجراحة [92] أن الممرضات اللواتي يضعن المرضى في الأسرة ويرفعونه دون الحصول على مساعدة يختبرون ألم أسفل الظهر في كثير من الأحيان بالمقارنة مع الممرضات اللاتي يحصلن على المساعدة.

❖ عوامل الخطر المهنية النفسية الاجتماعية:

تشير مراجعة الأدبيات إلى أن تأثيرات العوامل النفسية الاجتماعية في الصحة تزداد تدريجياً وتؤدي إلى مشاكل جسدية مختلفة مثل ألم أسفل الظهر [93]. قد تؤدي العوامل النفسية الاجتماعية إلى زيادة تؤثر العضلات والتوتر الميكانيكي المرتبط بالعمل وظهور الأعراض. قد تؤدي نوبات الألم المرتبطة بالإصابات الجسدية في البداية إلى حدوث خلل مزمن في الجهاز العصبي المركزي النفسي والفزيولوجي وقد تؤدي إلى ألم مزمن. في بعض المواقف المهنية، قد تكون التغيرات في التوقعات النفسية والاجتماعية مرتبطة بالخصائص الفيزيائية والتغيرات في الإجهاد الميكانيكي الحيوي [94].

يُعد التوتر والقلق من العوامل النفسية الاجتماعية الرئيسية التي قد تسبب ألم أسفل الظهر [84]. قد يؤدي عدم رضا الممرضات عن عملهن، وقلة فرص الراحة والاسترخاء في مكان العمل، والافتقار إلى ثقافة الدعم، وحياء العمل الرتيبة، وعبء العمل الثقيل، وأساليب المواجهة السلبية إلى التوتر والقلق عند الممرضات [81] [88]. علاوة على ذلك، هناك بعض المواقف السلبية مثل ساعات العمل الطويلة، المناوبات الليلية المتكررة، والالتزام المهني بالبقاء بعيداً عن الأسرة والأطفال إلى مشاكل نفسية اجتماعية مختلفة للممرضات [95].

وجدت الدراسات أن عدم الرضا عن الوظيفة يزيد من تواتر ألم أسفل الظهر وأن تواتر الإعاقة الوظيفية المرتبطة بألم أسفل الظهر أكثر في الممرضات غير الراضيات عن وظائفهن. أشارت المراجعة المنهجية التي أجراها Kamper وزملاؤه عام 2015^[96] إلى أن تدخلات إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي متعددة التخصصات أكثر فعالية من الرعاية المعتادة والعلاجات الفيزيائية في تقليل الألم والإعاقة لدى الأشخاص الذين يعانون ألم أسفل الظهر المزمن.

4-4- الوقاية من ألم أسفل الظهر لدى الممرضات:

من السمات الرئيسية لألم أسفل الظهر المهني، أنه يمكن الوقاية منه تماماً إذا اتخذت الاحتياطات اللازمة. ورد في الأدبيات أن ألم أسفل الظهر لا يتعلق بالمهام التي يُقام بها ولكن بالكيفية التي يُقام بها. في هذا السياق، يعدّ الجلوس بطريقة مناسبة ومنضبطة، ورفع السّاقين رفعاً صحيحاً ومتوازناً، وممارسة التمارين لتقوية عضلات أسفل الظهر والبطن، وتطبيق مبادئ ميكانيك الجسم تطبيقاً صحيحاً، والامتناع عن الأنشطة التي تضغط على منطقة الظهر، وأخذ أوقات راحة في أثناء الواجبات المهنية التي تتطلب الجلوس أو الانحناء للأمام لمدة طويلة هي احتياطات مهمة. إن الحفاظ على حياة عاطفية وجسدية متوازنة بعدم زيادة الوزن، وعدم التدخين، وإتباع نظام غذائي صحيّ وعادات ممارسة الرياضة هي أيضاً فعالة في حماية صحة الظهر^[94].

الباب الثالث: القسم العملي

يتألف الباب الثالث من أربعة فصول:

- الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه
- الفصل الثاني: نتائج البحث
- الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة بالدراسات السابقة
- الفصل الرابع: الخلاصة، المُحدّثات، والتوصيات

الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه

1-1- خلفية البحث وأهميته:

يُبلغ ما بين 70 إلى 85% من الأفراد البالغين عن حدوث نوبة واحدة على الأقل من ألم أسفل الظهر في حياتهم [1]. الممرضات أكثر عرضة للأدبيات والاضطرابات العضلية الهيكلية المتعلقة بالعمل، مثل ألم أسفل الظهر، مقارنةً بغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية [3]. يتفاوت معدل انتشار ألم أسفل الظهر بين الممرضات في جميع أنحاء العالم من 64.6% في اليابان [4]، إلى 62% في إيطاليا [5]، و84% في الولايات المتحدة الأمريكية [6]. في الدراسات التي أجريت في المنطقة العربية، أبلغ عن معدل انتشار ألم أسفل الظهر لدى الممرضات بنسبة 54.3% في قطر [7]، و58.1% في تونس [8]، و80% في السعودية [9]. أظهرت الدراسات السابقة أنَّ هناك عدداً من عوامل الخطر المرتبطة بألم أسفل الظهر عند الممرضات، بما في ذلك العوامل الديموغرافية والسلوكية والمهنية. تشمل العوامل الديموغرافية والسلوكية المرتبطة بألم أسفل الظهر العمر، وحالة التدخين، وعادات ممارسة الرياضة [10]. تشمل عوامل الخطر الأخرى الأقدمية في المؤسسة، والفئة المهنية، ومقدار الاتصال المباشر بالمريض، ووضعية العمل، وضرورة رفع الأشياء أو المرضى، والرضا الوظيفي، وضغوط العمل [11]. تشمل المتغيرات النفسية المرتبطة بألم أسفل الظهر الشدة (stress)، والصِّيق (distress)، والمزاج والعواطف، والوظائف المعرفية، وسلوك الألم، والاضطرابات الاكتئابية [11].

يترك ألم أسفل الظهر تأثيراً مباشراً في نوعية حياة الممرضات وأدائهن المهني، فهو السبب الرئيسي للغياب عن العمل بين الممرضات [10] والسبب الأكثر أهمية لتغيير الوظائف من العاملين في مجال الرعاية الصحية [12]. فضلاً عن ذلك، فقد تبين أن 11% من الممرضات تركز وظائفهن بسبب LBP [13].

الوضع في سوريا، كوضع في عددٍ من الدول الأخرى، يمثل ألم أسفل الظهر قضية مهمة بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وعلى الأخص بين الممرضات. لم يُتحقق سابقاً من انتشار ألم أسفل الظهر لدى الممرضات في سوريا، وهناك ندرة في الأبحاث التي تناقش العوامل النفسية والاجتماعية مثل الاكتئاب من حيث صلتها بالصحة المهنية في الأدبيات العالمية وفي سوريا. هناك حاجة ماسة لتحديد انتشار ألم أسفل الظهر وخصائصه عند الممرضات بهدف تطوير تدخلات وصنع سياسات من شأنها تقليل عبء هذه المشكلة الصحية العامة.

2-1-هدفُ البحث:

دراسةُ نسبة انتشار ألم أسفل الظهر عند عيّنة من الممرضات العاملات في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين وعلاقته بالعوامل الديموغرافية والاجتماعية، والمهنية، والاكنتاب.

3-1-مناهجُ البحثِ وأدواته:

3-1-1-مكانُ الدراسةِ وزمنُها:

المكانُ: شعبُ مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين بدمشق وأقسامهما.
الزمن: ما بين تموز 2021 - تموز 2022.

3-1-2-تصميمُ البحث:

دراسةُ مقطعيةٌ مُستعرضةٌ (Cross-sectional study)

3-1-3-معاييرُ الاشتمال والاستبعاد:

شملت الدراسة عيّنة من الممرضات العاملات في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين اللواتي أعمارهن بين 20 - 60 سنة ووافقن على المشاركة في البحث.

معاييرُ الاستبعاد من الدراسة:

استُبعدت الممرضات اللواتي لديهن أحد المعايير التالية:

- الحوامل
- أمراضُ الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي
- سوابقُ جراحةٍ سابقةٍ على العمود الفقري أو كسرٍ سابقٍ في الفقرات أو الحوض
- تشوهاتُ العمود الفقري
- أمراضُ العظام الاستقلابية

اعتماداً على موقع Open Epi كانت العيّنة مؤلفةً من 270 ممرضةً، وكانت عيّنةُ البحثِ النهائيةً مؤلفةً من 156 من الممرضات اللواتي تمّ التوصلُ إليهن خلال سنوات الدراسة واللواتي استوفين شروط الدُخول في البحث.

3-1-4- طريقة الدراسة:

كانت جميع المشاركات في هذا البحث على دراية تامة بالدراسة، وقد أخذت موافقتهن الخطية المستنيرة على المشاركة بعد تلقي المعلومات الكافية. أُجريت المقابلات من قبلي شخصياً وجمعت البيانات من المشاركات وفق استمارة البحث. تضمنت استمارة البحث توثيق الآتي:

العوامل الديموغرافية والاجتماعية:

- العمر
- الطول، والوزن، وحساب مؤشر كتلة الجسم (Body Mass Index) بتقسيم الوزن (كغ) على مربع الطول (متر) والتعبير عنه بوحدة كغ/م²
- حالة التدخين: توزعت الممرضات ضمن فئتين مدخنة: كل ممرضة دخن 100 سيجارة أو أكثر خلال حياتها، وتدخن حالياً بشكل منتظم أو غير منتظم.
- غير مدخنة: كل ممرضة لم يسبق لها أن دخن مطلقاً، أو دخن أقل من 100 سيجارة خلال حياتها.
- عدد مرات ممارسة التمارين الرياضية ضمن الأسبوع
- الحالة العائلية
- عدد الأولاد

العوامل المهنية:

- مكان العمل في المستشفى
- عدد سنوات العمل ممرضة
- عدد ساعات العمل الأسبوعية
- ضرورة رفع الأشياء الثقيلة في أثناء العمل

العوامل النفسية:

- وجود أعراض الاكتئاب

3-1-5- المتغيرات المدروسة:

تشخيص ألم أسفل الظهر: سُئلت المشاركون في البحث عن وجود ألم في منطقة أسفل الظهر ضمن السنة السابقة للاستبيان، وحُددت الخصائص السريرية التالية: شدة الألم، والعوامل التي تزيد شدة الألم أو تخففه، ومدة المعاناة من ألم أسفل الظهر، والغياب عن العمل بسبب الألم.

تقييم شدة الألم: استُخدم مقياس التناظر البصري (Visual Analog Pain Scale) (VAS) (الشكل 1). في هذا المقياس، يُطلب من المرضى وضع دائرة حول الرقم بين 0 و10 الذي يتناسب تناسباً أفضل مع شدة الألم لديهم. يمثل الصفر عادةً "انعدام الألم على الإطلاق" بينما يمثل 10 "أسوأ ألم ممكن على الإطلاق". يعتبر الألم بين [3-1] خفيف الشدة، [6-4] متوسط الشدة، [10-7] ألم شديد. [14]

تشخيص الاكتئاب: تم تقييم وجود أعراض الاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب في مركز الدراسات الوبائية (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (CES-D) (الشكل 4 والجدول 4) [15]. يتكوّن هذا المقياس من 20 عنصراً للقياس، تشير النقاط الأعلى من 16 إلى أعراض ذات دلالة تشخيصية سريرية مهمة للاكتئاب.

3-1-6- الميزانية:

لم يكن هناك أي ميزانية أو كلف إضافية.

3-1-7- المحدّات الأخلاقية:

تقتضي أخلاقيات البحث العلمي احترام حقوق الآخرين وآرائهم وكرامتهم سواء كانوا من الزملاء الباحثين أو المشاركين في البحث أو المستهدفين في البحث، وتتبنّى مبادئ أخلاقيات البحث العلمي عامةً قيمتي العمل الإيجابي وتجنب الضرر، وينبغي أن تكون هاتان القيمتان ركيزتي الاعتبارات الأخلاقية في عملية البحث. وفي بحثنا هذا، سئلتم بالاعتبارات الأخلاقية من المصادقية، والنّعة، والالتزام بسرية المعلومات من العودة إلى سجلات المرضى والحصول على النتائج دون إلحاق الأذى بهم.

3-1-8- تحليل البيانات:

أُجري التحليل باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for the Social Sciences) (SPSS) (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) (النسخة 20) وكذلك برنامج Excel 2010. اعتُبرت القيمة التنبؤية الأقل من 0.05 ($P \text{ value} < 0.05$) هامة إحصائياً.

الإحصاء الوصفي (Description Statistical): للمتغيرات الفئوية، قمنا بالاعتماد على التكرار، والنسب المئوية، والأشكال البيانية. للمتغيرات المتواصلة، استُخدمت مقاييس النزعة المركزية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، والمجال، والوسيط).

الإحصاء الاستدلالي (Inferential Statistical): بالنسبة إلى اختبار العلاقات الإحصائية بين الخصائص القاعدية قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

❖ اختبار كاي مربع ($X^2\text{-test}$): لاختبار الفروق القاعدية في المتغيرات الفئوية بين المجموعات.

3-1-9- الاستبيان والموافقة المستنيرة:

أدرجا في الملاحق في نهاية البحث.

الفصل الثاني: نتائج البحث (Results)

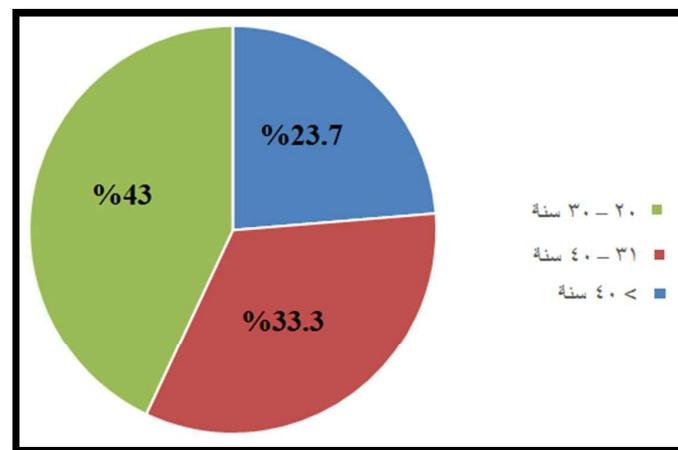
1-1- الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للممرضات المشاركات في البحث:

1-2-1- العمر:

بلغ متوسط عمر الممرضات المشاركات في البحث 11.5 ± 34.8 سنة بمجال تراوح ما بين 20-60 سنة. يوضح الجدول (5) والشكل (5) توزع الممرضات وفقاً للفئات العمرية.

الجدول (5): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب الفئات العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
20 - 30 سنة	67	43%
31 - 40 سنة	52	33.3%
< 40 سنة	37	23.7%
المجموع	156 ممرضة	100%



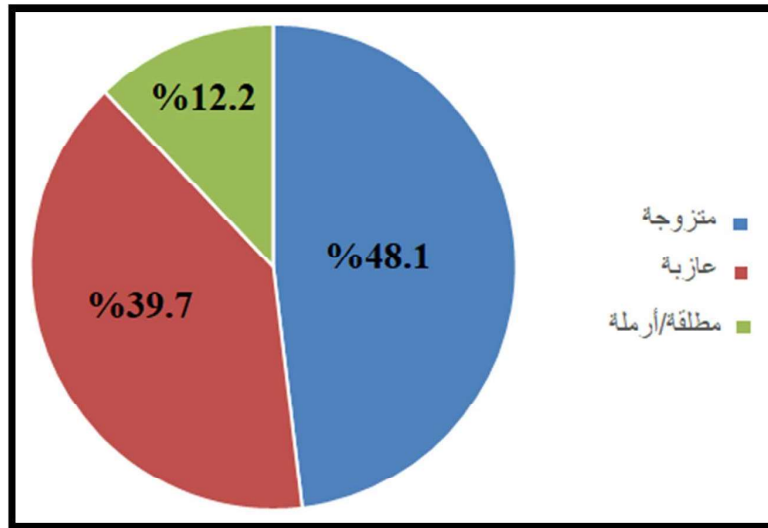
الشكل (5): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب الفئات العمرية

1-2-2- الحالة العائليّة:

كانت النسبة الأكبر من المشاركات في البحث متزوجات (48.1%)، فيما بلغت نسبة العازيات 39.7%، والمنفصلات (مطلقة/أرملة) 12.2%. يوضّح الجدول (6) والشكل (6) توزّع الممرضات وفقاً للحالة العائليّة.

الجدول (6): توزّع الممرضات المشاركات في البحث بحسب الحالة العائليّة

الحالة العائليّة	العدد	النسبة المئوية
متزوجة	75	48.1%
عازبة	62	39.7%
مطلقة/أرملة	19	12.2%
المجموع	156 ممرضة	100%



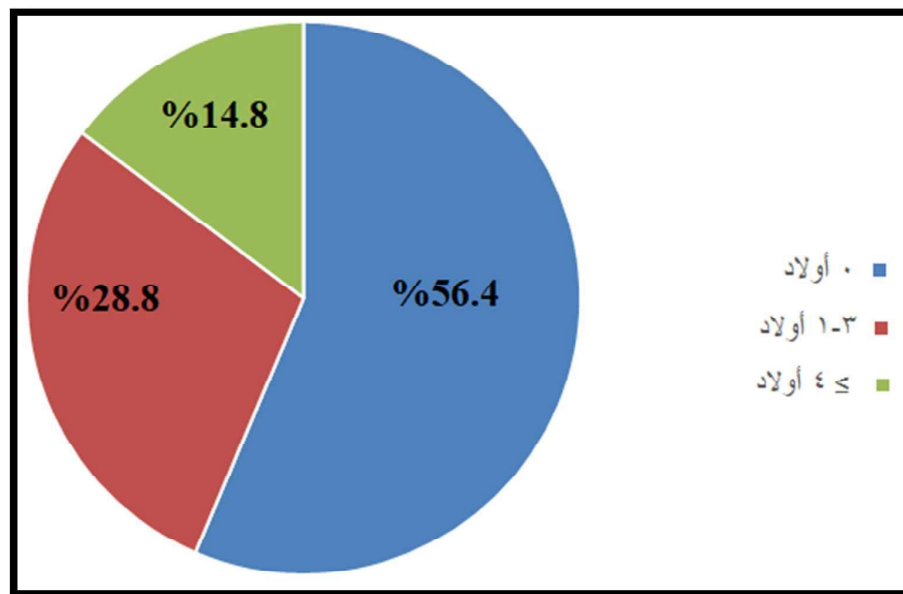
الشكل (6): توزّع المشاركات في البحث بحسب الحالة العائليّة

1-2-3- عدد الأولاد:

يوضح الجدول (7) والشكل (7) توزع الممرضات وفقاً لعدد الأولاد.

الجدول (7): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب عدد الأولاد

عدد الأولاد	العدد	النسبة المئوية
0 أولاد	88	56.4%
1-3 أولاد	45	28.8%
≤ 4 أولاد	23	14.8%
المجموع	156 ممرضة	100%



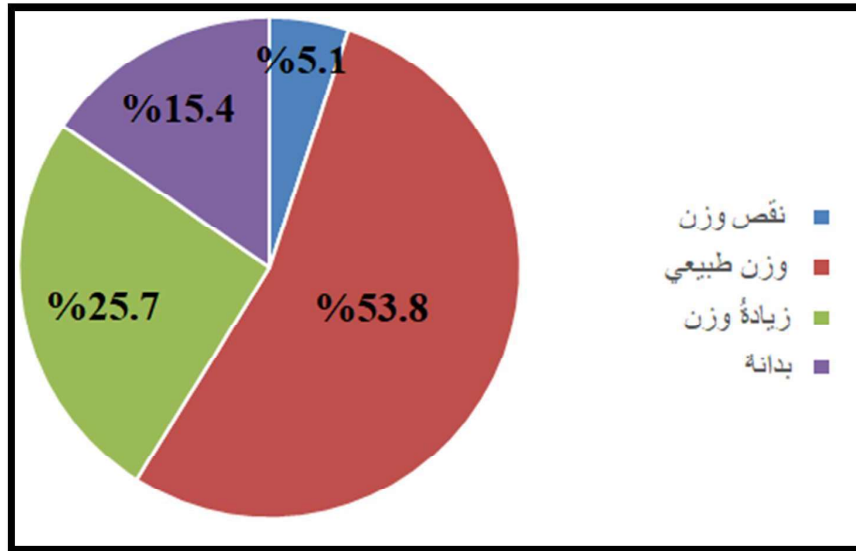
الشكل (7): توزع المشاركات في البحث بحسب عدد الأولاد

1-2-4 - مؤشر كتلة الجسم (BMI):

بلغ متوسط BMI للممرضات المشاركات في البحث 26.6 ± 4.7 كغ/م² بمجالٍ تراوَح ما بين 16-35 كغ/م². وُجِدَت البدانة لدى 15.4% وزيادة الوزن لدى 25.7% من المشاركات. يوضِّح الجدول (8) والشكل (8) توزُّع الممرضات وفقاً لفئات مؤشر كتلة الجسم (BMI).

الجدول (8): توزُّع الممرضات المشاركات في البحث بحسب فئات مؤشر كتلة الجسم (BMI)

فئات BMI	العدد	النسبة المئوية
نقص وزن (> 18.5 كغ/م ²)	8	5.1%
وزن طبيعي (18.5-24.9 كغ/م ²)	84	53.8%
زيادة وزن (25-29.9 كغ/م ²)	40	25.7%
بدانة (≤ 30 كغ/م ²)	24	15.4%
المجموع	156 ممرضة	100%



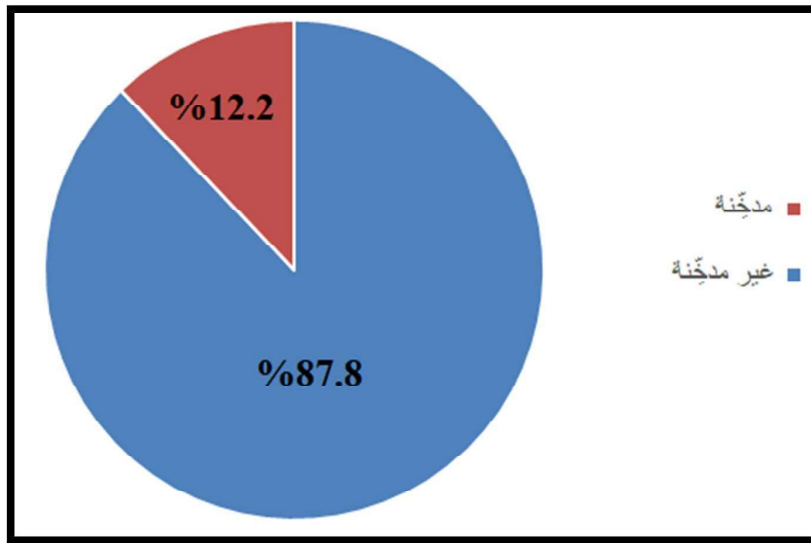
الشكل (8): توزُّع الممرضات المشاركات في البحث بحسب فئات مؤشر كتلة الجسم (BMI)

1-2-5- حالة التدخين:

كانت النسبة الأكبر من المشاركات في البحث من غير المدخنات. شكّلت الممرضات المدخنات 12.2% من عينة البحث. يوضّح الجدول (9) والشكل (9) توزّع الممرضات وفقاً لحالة التدخين.

الجدول (9): توزّع الممرضات المشاركات في البحث بحسب حالة التدخين

حالة التدخين	العدد	النسبة المئوية
مدخنة	19	12.2%
غير مدخنة	137	87.8%
المجموع	156 ممرضة	100%



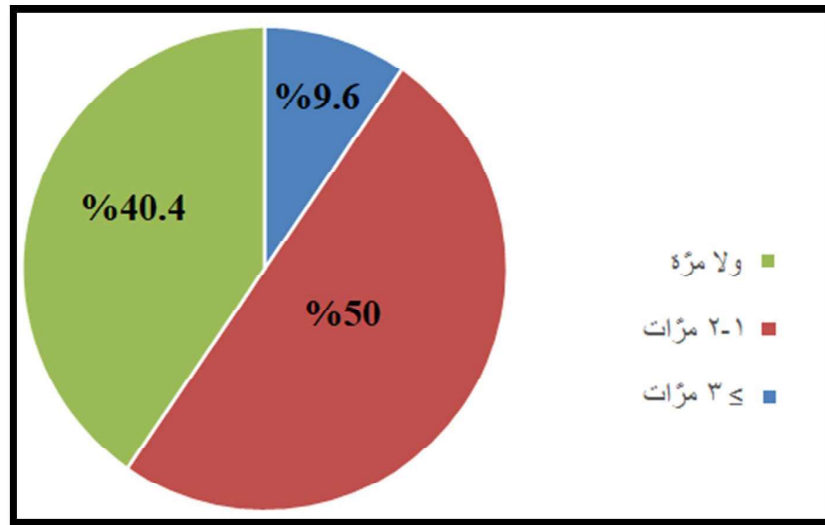
الشكل (9): توزّع المشاركات في البحث بحسب حالة التدخين

6-2-1- ممارسة التمارين الرياضية:

يوضح الجدول (10) والشكل (10) توزع الممرضات وفقاً لممارسة التمارين الرياضية.

الجدول (10): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب ممارسة التمارين الرياضية

النسبة المئوية	العدد	ممارسة الرياضة لأكثر من 30 دقيقة في الأسبوع
40.4%	63	ولا مرة
50%	78	1-2 مرات
9.6%	15	3 ≤ مرات
100%	156 ممرضة	المجموع



الشكل (10): توزع المشاركات في البحث بحسب ممارسة التمارين الرياضية

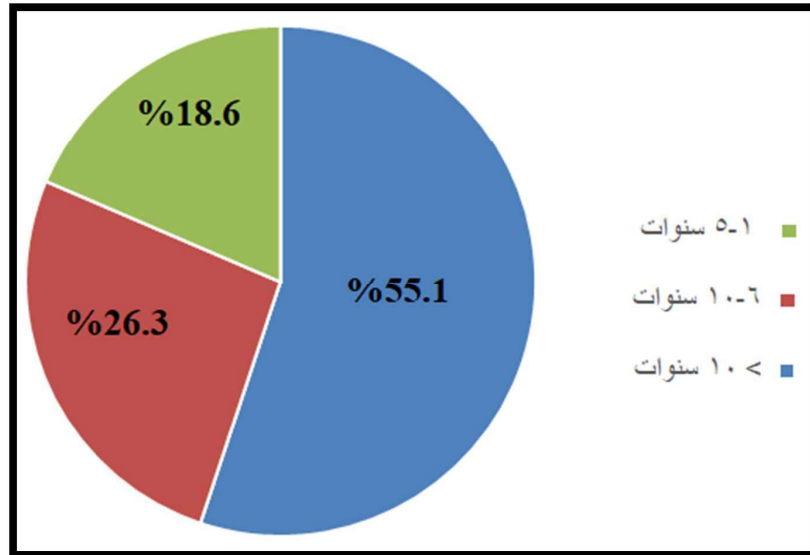
2-1- الخصائص المهنية للممرضات المشاركات في البحث:

2-2-1- عدد سنوات العمل في التمريض:

يوضح الجدول (11) والشكل (11) توزع الممرضات وفقاً لعدد سنوات العمل في التمريض.

الجدول (11): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب عدد سنوات العمل في التمريض

عدد سنوات العمل في التمريض	العدد	النسبة المئوية
1-5 سنوات	29	18.6%
6-10 سنوات	41	26.3%
< 10 سنوات	86	55.1%
المجموع	156 ممرضة	100%



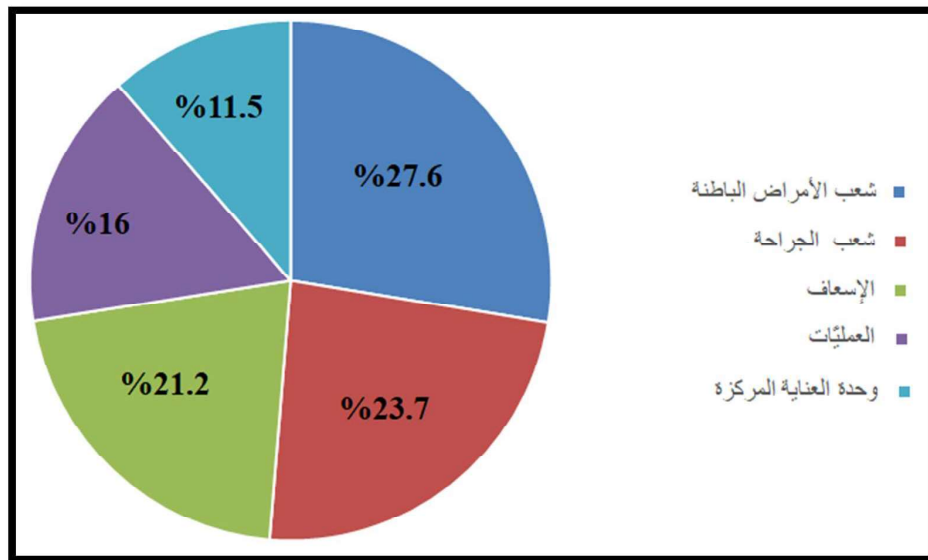
الشكل (11): توزع المشاركات في البحث بحسب عدد سنوات العمل في التمريض

2-2-2- مكان العمل في المستشفى:

كان القسم الأكبر (51.3%) من الممرضات المشاركات في البحث يعملن في شعب المستشفى (مختلف الشعب الباطنة والجراحة). يوضح الجدول (12) والشكل (12) توزع الممرضات وفقاً لمكان العمل في المستشفى.

الجدول (12): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب مكان العمل في المستشفى

مكان العمل في المستشفى	العدد	النسبة المئوية
شعب الأمراض الباطنة	43	27.6%
شعب الجراحة	37	23.7%
الإسعاف	33	21.2%
العمليات	25	16%
وحدة العناية المركزة	18	11.5%
المجموع	156 ممرضة	100%



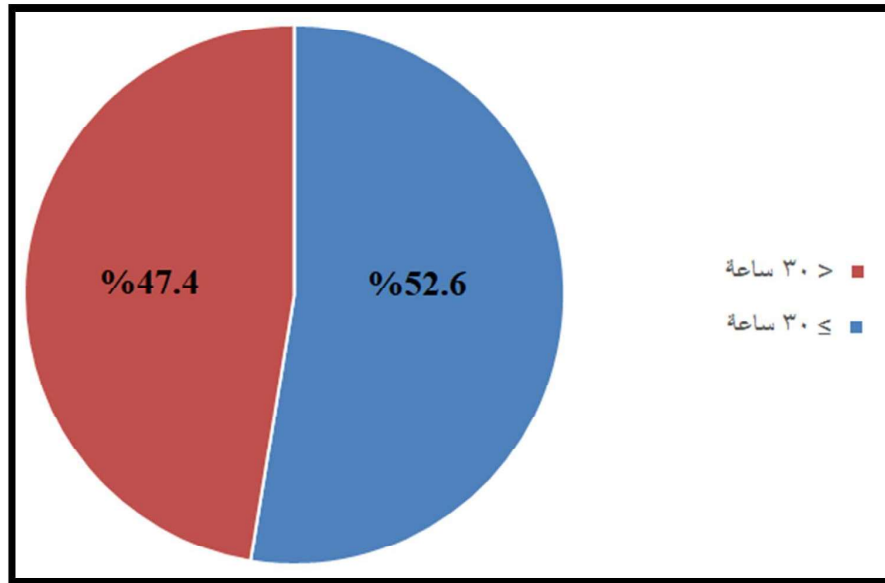
الشكل (12): توزع المشاركات في البحث بحسب مكان العمل في المستشفى

2-2-3- عدد ساعات العمل الأسبوعية:

بلغ متوسط عدد ساعات العمل الأسبوعية 4.2 ± 35 ساعة بمجال تراوح ما بين 25 - 48 ساعة يوضح الجدول (13) والشكل (13) توزع الممرضات وفقاً لعدد ساعات العمل الأسبوعية.

الجدول (13): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب عدد ساعات العمل الأسبوعية

عدد ساعات العمل الأسبوعية	العدد	النسبة المئوية
> 30 ساعة	74	47.4%
≤ 30 ساعة	82	52.6%
المجموع	156 ممرضة	100%



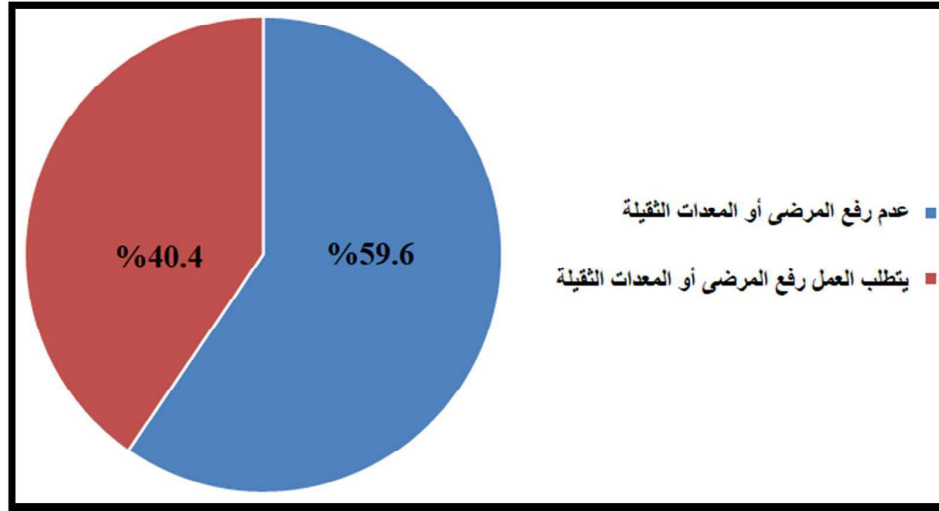
الشكل (13): توزع المشاركات في البحث بحسب عدد ساعات العمل الأسبوعية

2-2-1- ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة:

يوضّح الجدول (14) والشكل (14) توزّع الممرضات وفقاً لضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة أثناء العمل.

الجدول (14): توزّع الممرضات بحسب ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة أثناء العمل

رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة أثناء العمل	العدد	النسبة المئوية
نعم	63	40.4%
لا	93	59.6%
المجموع	156 ممرضة	100%



الشكل (14): توزّع المشاركات في البحث بحسب ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة أثناء العمل

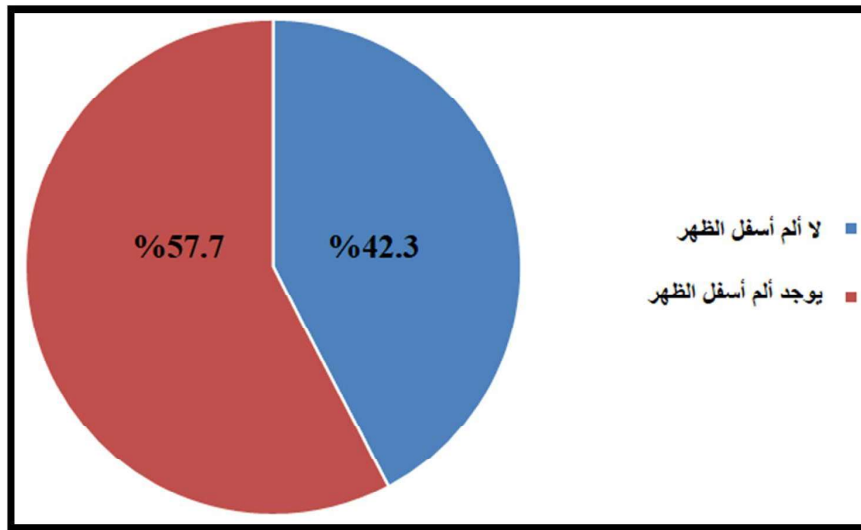
3-2- ألم أسفل الظهر لدى المشاركات في البحث:

3-2-1- الانتشار:

بلغ عدد الممرضات اللواتي أبلغن عن وجود ألم أسفل الظهر في السنة السابقة 90 ممرضة بنسبة 57.7%. كما هو موضح في الجدول (15) والشكل (15).

الجدول (15): توزع المشاركات في البحث بحسب وجود ألم أسفل الظهر

ألم أسفل الظهر	العدد	النسبة المئوية
موجود	90	57.7%
غير موجود	66	42.3%
المجموع	156 ممرضة	100%



الشكل (15): توزع المشاركات في البحث بحسب وجود ألم أسفل الظهر

3-2-2- خصائص ألم أسفل الظهر:

يوضح الجدول (16) خصائص ألم أسفل الظهر لدى المشاركين في البحث.

الجدول (16): خصائص ألم أسفل الظهر لدى المشاركين في البحث

خصائص ألم أسفل الظهر	العدد (90 ممرضة)	النسبة المئوية
شدة الألم		
خفيف	9	10%
متوسط	57	63.3%
شديد	24	26.7%
مدة الألم		
≥ 3 أشهر	54	60%
< 3 أشهر	36	40%
العوامل التي تزيد شدة الألم		
الوقوف المطول	40	44.4%
رفع الأشياء	31	34.4%
الانحناء	27	30%
المشي	18	20%
العوامل التي تخفف شدة الألم		
الراحة	54	60%
التمارين	15	16.7%
ألم مستمر	12	13.3%
الأدوية	9	10%

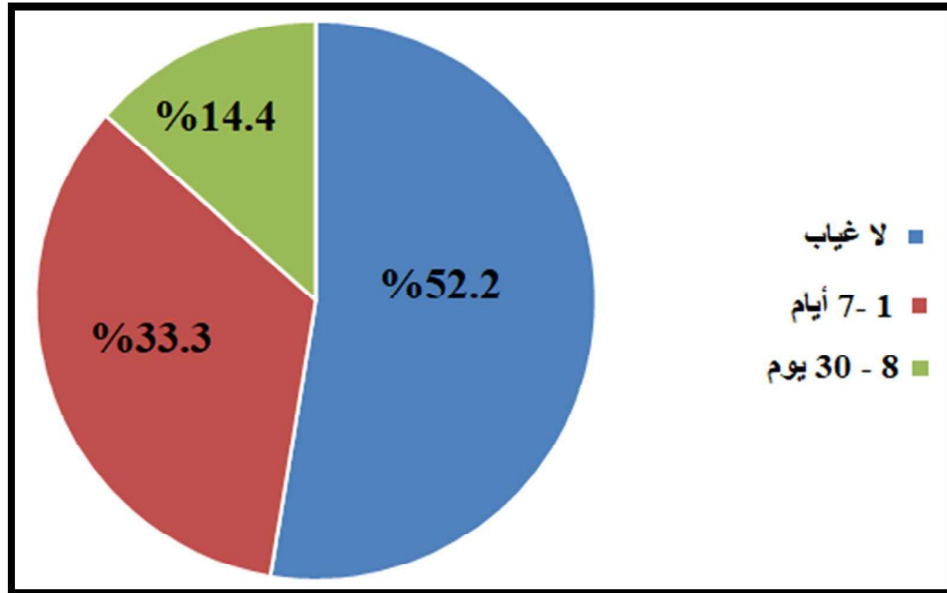
بالنسبة إلى الممرضات اللواتي عانين من ألم أسفل الظهر، اختبرت معظمهن (60%) ألماً حاداً (مدته ≥ 3 أشهر خلال السنة السابقة). عانت غالبية هؤلاء الممرضات ألماً متوسط الشدة (63.3%). كانت صفات الألم ميكانيكية، إذ كان الوقوف المطول ورفع الأشياء والانحناء والمشي هي العوامل التي تزيد من شدة الألم، في حين كانت الراحة هي العامل الأشيع الذي يخفف شدة الألم.

3-2-3- الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر:

بلغ متوسط عدد أيام الغياب بسبب ألم أسفل الظهر في السنة السابقة 3.7 ± 4 أيام بمجال تراوح ما بين 0 - 30 يوم. يوضح الجدول (17) والشكل (16) عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر لدى الممرضات المشاركات في البحث.

الجدول (17): عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر

عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر	العدد	النسبة المئوية
0 يوم	47	52.2%
1-7 أيام	30	33.3%
8 - 30 يوم	13	14.4%
المجموع	90 ممرضة	100%



الشكل (16): عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر

4-2- العلاقة بين ألم أسفل الظهر والخصائص الديموغرافية الاجتماعية:

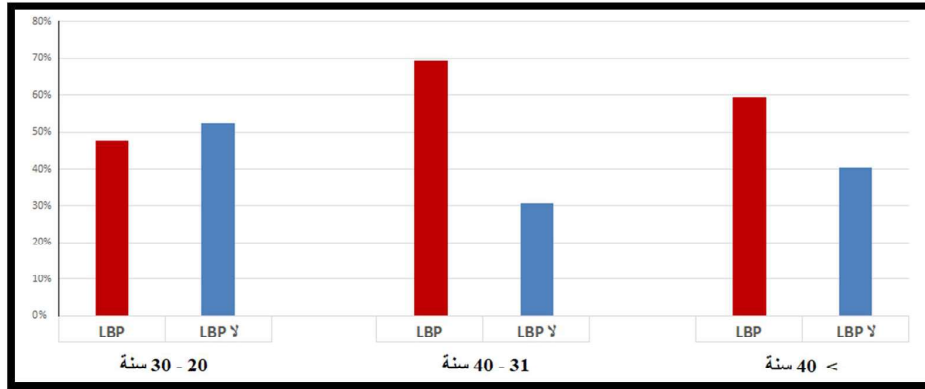
4-2-1- العلاقة مع العمر:

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 47.8% من الممرضات في الفئة العمرية (20-30 سنة)، ولدى 69.2% من الممرضات في الفئة العمرية (31-40 سنة)، أما بالنسبة إلى الممرضات اللواتي تزيد أعمارهن عن 40 سنة ف لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر بنسبة 59.5%. يوضح الجدول (18) والشكل (17) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر والفئات العمرية.

الجدول (18): العلاقة بين عمر المشاركات وألم أسفل الظهر

الفئة العمرية	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
30 - 20 سنة	67 ممرضة	32 (47.8%)	35 (52.2%)	5.591	0.061
40 - 31 سنة	52 ممرضة	36 (69.2%)	16 (30.8%)		
< 40 سنة	37 ممرضة	22 (59.5%)	15 (40.5%)		

لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائياً بين انتشار ألم أسفل الظهر وعمر الممرضات المشاركات في البحث (P=0.061).



الشكل (17): العلاقة بين عمر المشاركات وألم أسفل الظهر

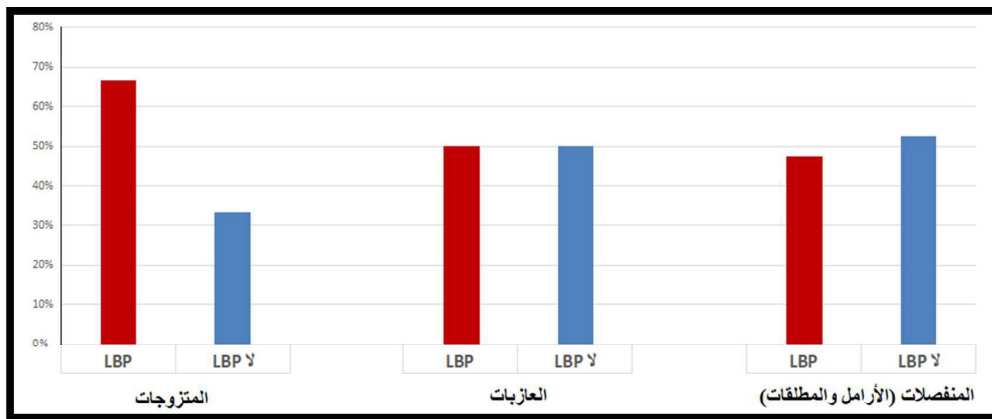
4-2-2- العلاقة مع الحالة العائليّة:

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 66.7% من الممرضات المتزوجات، ولدى 50% من الممرضات العازبات، أمّا بالنسبة إلى الممرضات المنفصلات (الأرامل والمطلقات) فقد لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر بنسبة 47.4%. يوضّح الجدول (19) والشكل (18) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر والحالة العائليّة.

الجدول (19): العلاقة بين الحالة العائليّة للمشاركات وألم أسفل الظهر

الحالة العائليّة	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
متزوجة	75 ممرضة	50 (66.7%)	25 (33.3%)	4.807	0.09
عازبة	62 ممرضة	31 (50%)	31 (50%)		
مطلقة/أرملة	19 ممرضة	9 (47.4%)	10 (52.6%)		

لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائيّاً بين انتشار ألم أسفل الظهر والحالة العائليّة للممرضات المشاركات في البحث (P=0.09).



الشكل (18): العلاقة بين الحالة العائليّة للمشاركات وألم أسفل الظهر

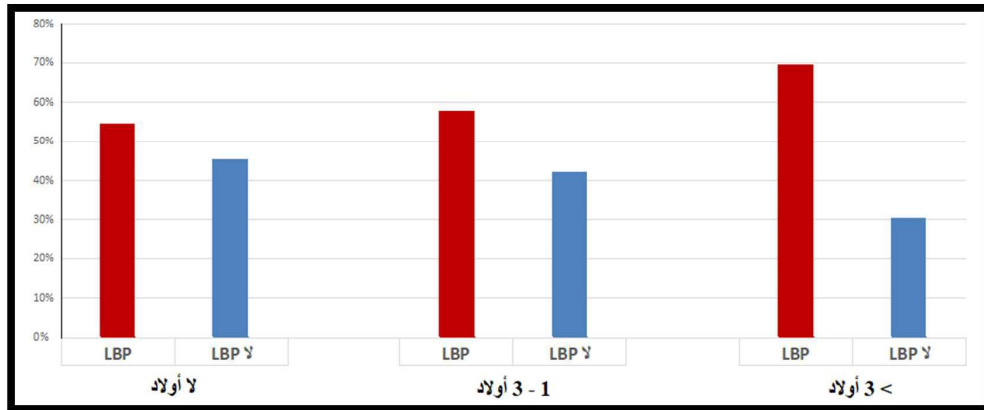
4-2-1- العلاقة مع عدد الأولاد:

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 54.5% من الممرضات اللواتي ليس لديهن أولاد، ولدى 57.8% من الممرضات اللواتي لديهن 1-3 أولاد، ولدى 69.6% من الممرضات اللواتي لديهن 4 أولاد أو أكثر. يوضح الجدول (20) والشكل (19) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وعدد الأولاد.

الجدول (20): العلاقة بين عدد أولاد المشاركات وألم أسفل الظهر

عدد الأولاد	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
0 أولاد	88 ممرضة	48 (54.5%)	40 (45.5%)	1.685	0.43
1-3 أولاد	45 ممرضة	26 (57.8%)	19 (42.2%)		
≤ 4 أولاد	23 ممرضة	16 (69.6%)	7 (30.4%)		

لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائياً بين انتشار ألم أسفل الظهر وعدد الأولاد للممرضات المشاركات في البحث (P=0.43).



الشكل (19): العلاقة بين عدد أولاد المشاركات وألم أسفل الظهر

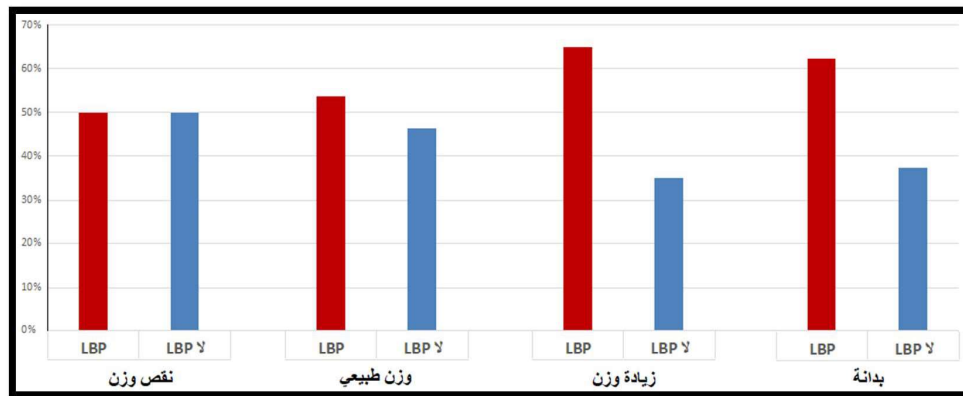
1-2-1- العلاقة مع مؤشر كتلة الجسم (BMI):

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 50% من الممرضات ناقصات الوزن، و53.6% من الممرضات ذوات الوزن الطبيعي، و65% من الممرضات زائدات الوزن، و62.5% من الممرضات البدينات. يوضح الجدول (21) والشكل (20) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وفئات مؤشر كتلة الجسم (BMI).

الجدول (21): العلاقة بين مؤشر كتلة الجسم (BMI) وألم أسفل الظهر

BMI	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
نقص وزن	8 ممرضات	4 (50%)	4 (50%)	1.881	0.597
وزن طبيعي	84 ممرضة	45 (53.6%)	39 (46.4%)		
زيادة وزن	40 ممرضة	26 (65%)	14 (35%)		
بدانة	24 ممرضة	15 (62.5%)	9 (37.5%)		

لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائياً بين انتشار ألم أسفل الظهر وفئات مؤشر كتلة الجسم (BMI) للممرضات المشاركات في البحث ($P=0.597$).



الشكل (20): العلاقة بين BMI للمشاركات وألم أسفل الظهر

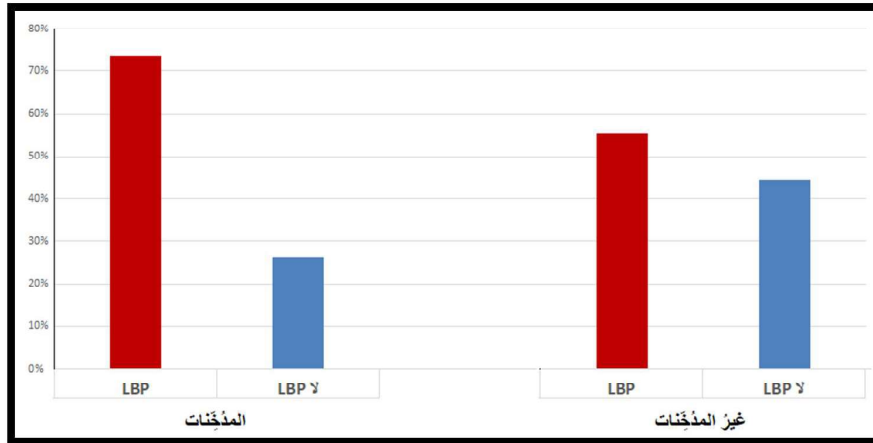
1-2-2- العلاقة مع حالة التدخين:

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 73.7% من الممرضات المدخنات، و55.5% من الممرضات غير المدخنات. يوضح الجدول (22) والشكل (21) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وحالة التدخين.

الجدول (22): العلاقة بين حالة التدخين وألم أسفل الظهر

حالة التدخين	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
مدخنة	19 ممرضة	14 (73.7%)	5 (26.3%)	2.267	0.132
غير مدخنة	137 ممرضة	76 (55.5%)	61 (44.5%)		

لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائياً بين انتشار ألم أسفل الظهر وحالة التدخين لدى الممرضات المشاركات في البحث ($P=0.132$).



الشكل (21): العلاقة بين حالة التدخين وألم أسفل الظهر

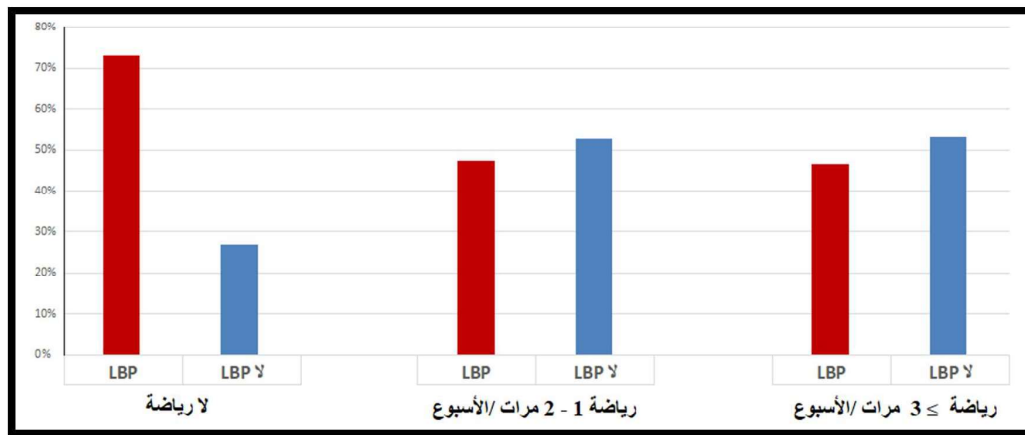
1-2-3- العلاقة مع ممارسة التمارين الرياضية:

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 73.1% من الممرضات اللواتي لا يمارسن الرياضة، ولدى 47.4% من الممرضات اللواتي يمارسن الرياضة بمعدل 1 - 2 مرّات/الأسبوع، ولدى 46.7% من الممرضات اللواتي يمارسن الرياضة بمعدل ≤ 3 مرّات بالأسبوع. يوضّح الجدول (23) والشكل (22) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وممارسة الرياضة.

الجدول (23): العلاقة بين ممارسة التمارين الرياضية وألم أسفل الظهر

ممارسة الرياضة لأكثر من 30 دقيقة/الأسبوع	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
ولا مرّة	63 ممرضة	46 (73.1%)	17 (26.9%)	10.43	0.005
1-2 مرّات	78 ممرضة	37 (47.4%)	41 (52.6%)		
≤ 3 مرّات	15 ممرضة	7 (46.7%)	8 (53.3%)		

أظهر التحليل الإحصائي أنّ الممرضات اللواتي عانين من ألم أسفل الظهر يمارسن التمارين الرياضية بمعدل أسبوعي أقلّ بفارقٍ مهمٍ إحصائياً مقارنةً بالممرضات اللواتي لا يشكنّ من ألم أسفل الظهر. (P=0.005).



الشكل (22): العلاقة بين ممارسة التمارين الرياضية وألم أسفل الظهر

5-2- العلاقة بين ألم أسفل الظهر والخصائص المهنية:

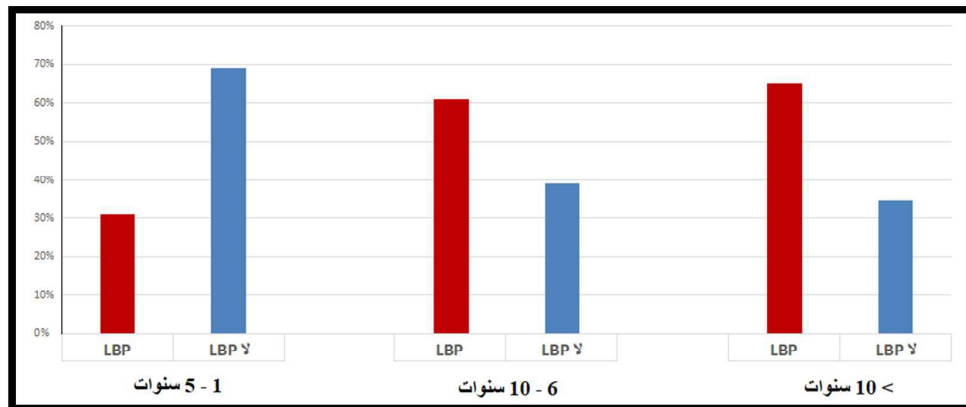
5-2-1- العلاقة مع عدد سنوات العمل في التمريض:

لوحظ انتشار ألم أسفل الظهر لدى 31.1% من الممرضات اللواتي عملن في مجال التمريض لمدة 1-5 سنوات، ولدى 60.9% من الممرضات اللواتي عملن في مجال التمريض لمدة 6-10 سنوات، ولدى 65.1% من الممرضات اللواتي عملن في مجال التمريض لمدة تزيد عن 10 سنوات. يوضح الجدول (24) والشكل (23) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وعدد سنوات العمل في التمريض.

الجدول (24): العلاقة بين عدد سنوات العمل في التمريض وألم أسفل الظهر

سنوات العمل في التمريض	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
1-5 سنوات	29 ممرضة	9 (31.1%)	20 (68.9%)	10.566	0.005
6-10 سنوات	41 ممرضة	25 (60.9%)	16 (39.1%)		
< 10 سنوات	86 ممرضة	56 (65.1%)	30 (34.9%)		

أظهر التحليل الإحصائي أنَّ الممرضات اللواتي عانين من ألم أسفل الظهر قد عملن في مجال التمريض لمدة أطول مقارنةً بالممرضات اللواتي لا يشكين من ألم أسفل الظهر بفارقٍ مهمٍ إحصائياً (P=0.005).



الشكل (23): العلاقة بين عدد سنوات العمل في التمريض وألم أسفل الظهر

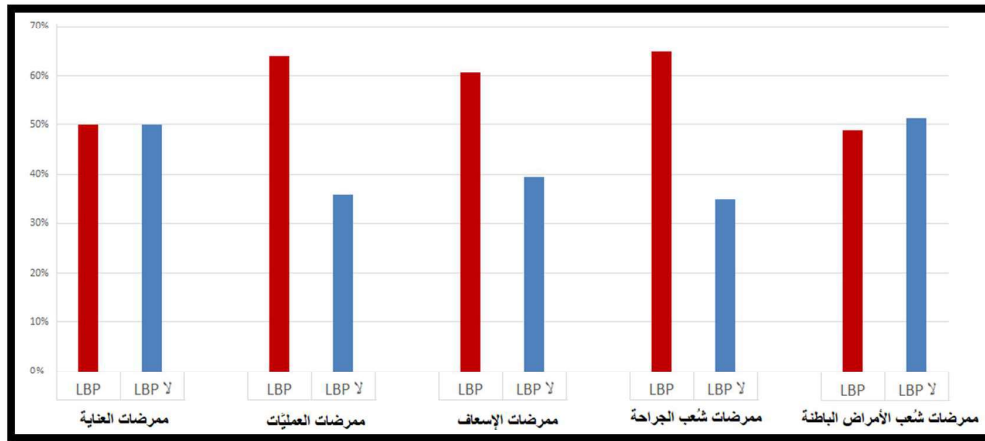
5-2-2- العلاقة مع مكان العمل في المستشفى:

يوضّح الجدول (25) والشكل (24) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر ومكان عمل الممرضات في المستشفى.

الجدول (25): العلاقة بين مكان عمل الممرضات في المستشفى وألم أسفل الظهر

مكان العمل في المستشفى	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
شعب الأمراض الباطنة	43 ممرضة	21 (48.8%)	22 (51.2%)	3.12	0.537
شعب الجراحة	37 ممرضة	24 (64.9%)	13 (35.1%)		
الإسعاف	33 ممرضة	20 (60.6%)	13 (39.4%)		
العمليات	25 ممرضة	16 (64%)	9 (36%)		
وحدة العناية المركزة	18 ممرضة	9 (50%)	9 (50%)		

لوحظ أكبر انتشار لألم أسفل الظهر لدى ممرضات الشعب الجراحية (64.9%)، يليه ممرضات غرف العمليات (64%)، وممرضات الإسعاف (60.6%). ومع ذلك، لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائياً بين انتشار ألم أسفل الظهر ومكان عمل الممرضات في المستشفى (P=0.537).



الشكل (24): انتشار ألم أسفل الظهر وفقاً لمكان عمل الممرضات في المستشفى

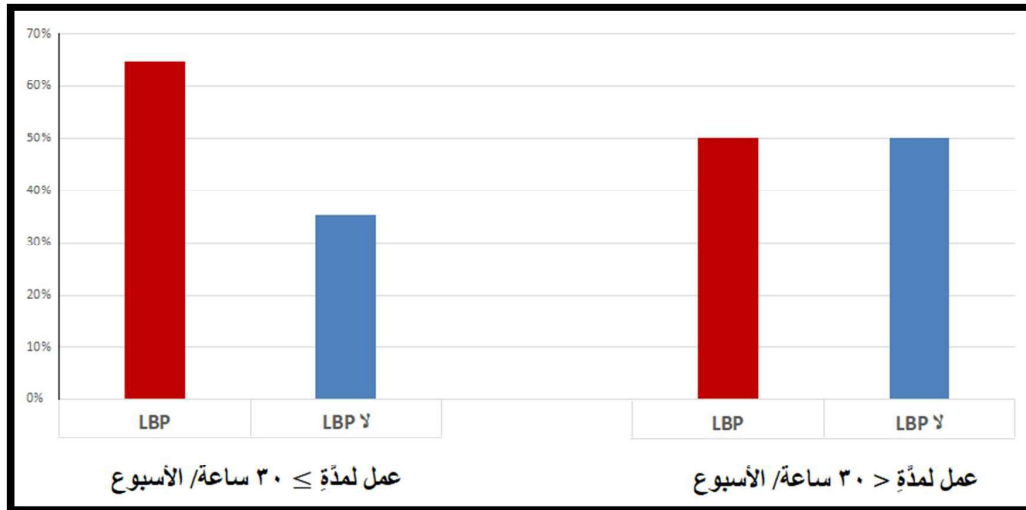
5-2-3- العلاقة مع عدد ساعات العمل الأسبوعية:

يوضح الجدول (26) والشكل (25) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وعدد ساعات العمل في الأسبوع.

الجدول (26): العلاقة بين عدد ساعات العمل الأسبوعية وألم أسفل الظهر

عدد ساعات العمل في الأسبوع	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
> 30 ساعة	74 ممرضة	37 (50%)	37 (50%)	3.413	0.064
≤ 30 ساعة	82 ممرضة	53 (64.6%)	29 (35.4%)		

لوحظ انتشار أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي يعملن لمدة 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع (64.6%) مقارنة بالممرضات اللواتي يعملن لمدة تقل عن 30 ساعة في الأسبوع. ومع ذلك، لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائياً بين انتشار ألم أسفل الظهر وعدد ساعات العمل الأسبوعية (P=0.064).



الشكل (25): انتشار ألم أسفل الظهر وفقاً لعدد ساعات العمل في الأسبوع

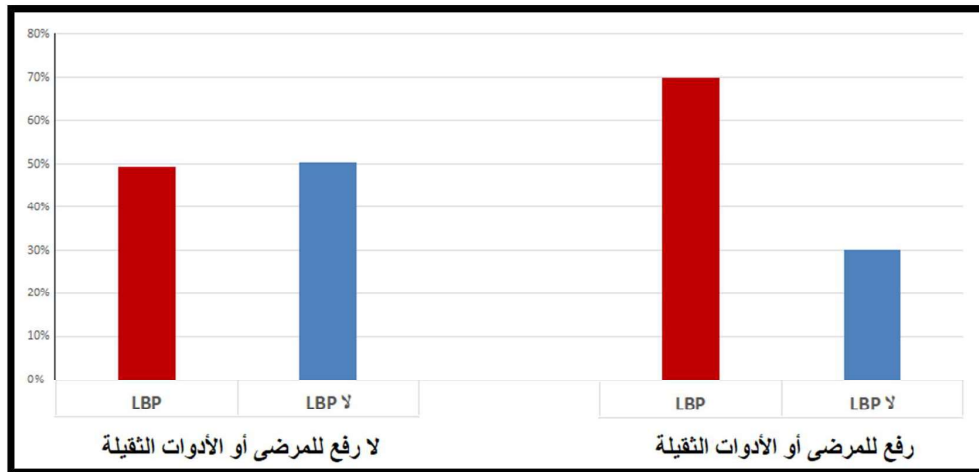
5-2-4- العلاقة مع رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة:

يوضح الجدول (27) والشكل (26) العلاقة بين انتشار ألم أسفل الظهر وضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل.

الجدول (27): العلاقة بين ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل وألم أسفل الظهر

رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة أثناء العمل	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
نعم	63 ممرضة	44 (69.8%)	19 (30.2%)	6.39	0.011
لا	93 ممرضة	46 (49.5%)	47 (50.5%)		

لوحظ انتشار أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي تفرض ظروف عملها ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل (69.8%) مقارنة بالممرضات اللواتي لا يضطررن لذلك بفرق مهم من الناحية الإحصائية (P=0.011).



الشكل (26): انتشار ألم أسفل الظهر وفقاً لضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل

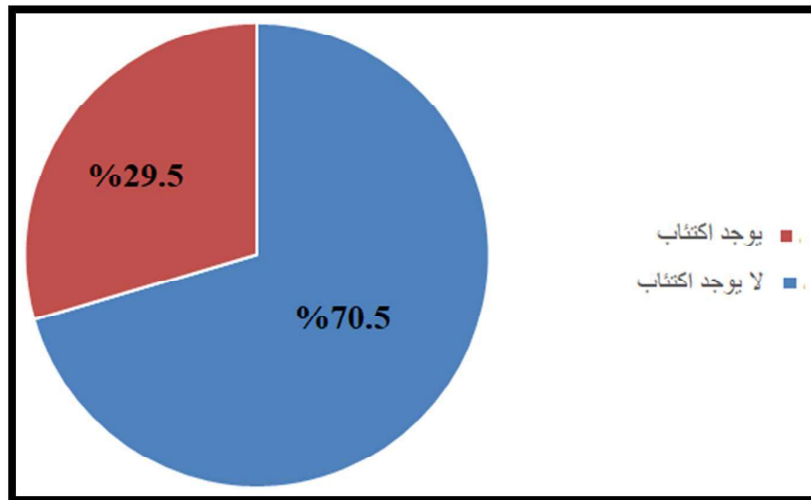
6-2-العلاقة بين ألم أسفل الظهر والاكتئاب:

6-2-1- انتشار الاكتئاب لدى الممرضات في البحث:

بلغ متوسط مقياس الاكتئاب في مركز الدراسات الوبائية (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) لدى ممرضات البحث 15.8 ± 22.7 نقطة بمجال تراوح ما بين 4 - 55 نقطة. شُخصت أعراض الاكتئاب عند وجود مجموع نقاط CES-D أكثر من 16 نقطة وبلغ عدد الحالات 46 ممرضة بنسبة 29.5%. يوضح الجدول (28) والشكل (27) توزع الممرضات وفقاً لانتشار أعراض الاكتئاب بحسب مقياس CES-D.

الجدول (28): توزع الممرضات المشاركات في البحث بحسب انتشار الاكتئاب

الاكتئاب	العدد	النسبة المئوية
غير موجود (نقاط $CES-D \geq 16$)	110	70.5%
موجود (نقاط $CES-D < 16$)	46	29.5%
المجموع	156 ممرضة	100%



الشكل (27): انتشار أعراض الاكتئاب بحسب مقياس CES-D لدى المشاركات في البحث

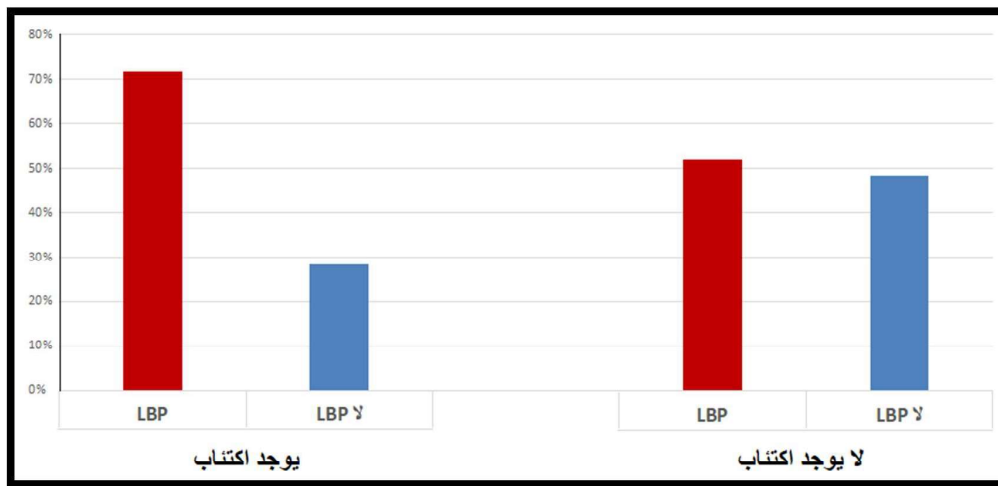
6-2-2- العلاقة بين الاكنتاب وألم أسفل الظهر لدى الممرضات في البحث:

وُجِدَ ألم أسفل الظهر لدى 71.7% من الممرضات اللواتي عانين أعراض اكنتاب، ولدى 51.8% من الممرضات دون أعراض اكنتاب. يوضّح الجدول (29) والشكل (28) العلاقة بين ألم أسفل الظهر وانتشار أعراض الاكنتاب لدى الممرضات المشاركات في البحث.

الجدول (29): العلاقة بين ألم أسفل الظهر وانتشار الاكنتاب

الاكنتاب	العدد	ألم أسفل الظهر	لا ألم أسفل الظهر	X ² -test	P-value
غير موجود	110 ممرضات	57 (51.8%)	53 (48.2%)	5.274	0.021
موجود	46 ممرضة	33 (71.7%)	13 (28.3%)		

لوحظ انتشار أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي عانين أعراض اكنتاب مقارنةً بالممرضات دون أعراض اكنتاب بفرق ذي دلالة من الناحية الإحصائية (P=0.021).



الشكل (28): العلاقة بين ألم أسفل الظهر وانتشار الاكنتاب

الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة بالدراسات العالمية

ألم أسفل الظهر هو السبب الرئيسي لفقدان الإنتاجية في جميع أنحاء العالم، والسبب الرئيسي لسنوات العيش مع الإعاقة [2]. إن الممرضات أكثر عرضة للأذيات والاضطرابات العضلية الهيكلية المتعلقة بالعمل، مثل ألم أسفل الظهر، مقارنة بغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية [3].

أظهرت الدراسة الحالية ارتفاع معدل انتشار ألم أسفل الظهر عند الممرضات (57.7%). إن هذه النسبة مقاربة لعدد من الدراسات العالمية مثل الدراسة التي أجراها Boughattas وزملاؤه في تونس على 203 ممرضات، وبلغ معدل انتشار ألم أسفل الظهر خلال الاثني عشر شهراً السابقة 58.1% [8]، والدراسة التي أجراها Abolfotouh وزملاؤه في قطر التي شملت 254 ممرضة وبلغ معدل انتشار ألم أسفل الظهر 54.3% [8]. في دراسة Sharma وزملائه في نيبال التي شملت 111 ممرضة، كان معدل انتشار ألم أسفل الظهر 65% [16]. أبلغت الدراسة التي أجراها Yokota وزملاؤه في اليابان عن معدل انتشار لألم أسفل الظهر بنسبة 64.6% [4]. من جهة أخرى أبلغت دراسات أخرى عن معدلات أعلى بكثير لحدوث ألم أسفل الظهر عند الممرضات، ففي دراسة Byrns وزملائه في الولايات المتحدة الأمريكية التي شملت 270 ممرضة، أفادت 84% من الممرضات عن معاناتهن من ألم أسفل الظهر [6]. أبلغت الدراسة التي أجرتها Jradi وزملاؤها في السعودية عن معدل انتشار لألم أسفل الظهر عند الممرضات بنسبة 80% [9].

يؤكد الانتشار العالي لألم أسفل الظهر بين الممرضات على أهمية هذه المشكلة لدى طاقم التمريض. يمكن أن تغزى الاختلافات في معدلات انتشار LBP الواردة في الأدبيات عبر البلدان وحتى ضمن البلد الواحد إلى أسباب عدة منها: طبيعة مكان العمل، وحجم العينة، والاختلافات في المقاربة المنهجية المستخدمة لقياس انتشار LBP والاستبيان المستخدم. [97]

أظهرت الدراسة الحالية أن غالبية المشاركات كن متزوجات (48.1%). فضلاً عن ذلك، كشفت النتائج عن ارتفاع معدل انتشار ألم أسفل الظهر بين المشاركات المتزوجات (66.7%) مقارنةً بالعازبات أو المنفصلات مع أن الفرق لم يكن ذا دلالة إحصائية، وهو ما يتفق مع الدراسات العالمية مثل دراسة Chan Gim في ماليزيا عام 2017 التي ذكرت أن 69.1% من الممرضات المتزوجات قد اشتكين من ألم أسفل الظهر دون فرق مهم إحصائياً [98]، ودراسة Almaghrabi وزملائها في السعودية عام 2021 التي أبلغت أن 72.9% من الممرضات المتزوجات قد اشتكين من ألم أسفل الظهر دون فرق مهم إحصائياً [99]. بسبب المعتقدات الثقافية، تتعرض النساء، ولاسيما المتزوجات، للأنشطة الشاقة

والأنشطة المنزلية مثل المهام المنزلية الروتينية اليومية والليلية التي تتطلب على رعاية أسرهن إلى جانب القيام بأنشطتهم المتعلقة بالوظيفة المهنية. يزيد ذلك بدوره من خطر المعاناة من ألم أسفل الظهر.

فيما يتعلق بالخصائص الفردية، لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائية بين انتشار ألم أسفل الظهر وأي من عمر الممرضات، أو عدد الأولاد، أو مشعر كتلة الجسم، أو حالة التدخين لدى الممرضات المشاركات في البحث. في دراسة Almaghrabi وزملائها [99]، لم يكن هناك ارتباط بين العمر أو مشعر كتلة الجسم وألم أسفل الظهر. في دراسة Chan Gim [98]، لم يكن هناك ارتباط بين العمر أو مشعر كتلة الجسم أو التدخين وألم أسفل الظهر. أظهرت دراسة Boughattas وزملائه [8] انتشاراً أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات مع $BMI \leq 25$ كغ/م² وفسروا ذلك بأن البدانة هي سبب لتدهور القرص بين الفقرات بسبب الإجهاد الميكانيكي الزائد أو الحد من النشاط بسبب هذا التدهور.

أظهرت دراستنا أن الممرضات اللواتي عانين من ألم أسفل الظهر يمارسن التمارين الرياضية المنتظمة بمعدل أسبوعي أقل بفارق مهم إحصائياً مقارنة بالممرضات اللواتي لا يشكين من ألم أسفل الظهر. أي قد يكون للرياضة تأثير وقائي في ألم أسفل الظهر. أظهرت دراسة Abolfotouh وزملائه [8] أن ممارسة الجري لأكثر من 15 دقيقة يومياً بشكل عاملاً وقائياً لـ LBP. على الرغم من أن عدداً من الدراسات العالمية مثل دراسة Chan Gim [98] ودراسة Akinci وزملائه [81] لم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية بين التمرين وألم أسفل الظهر، إلا أنها أفادت بأن مجموعة الممرضات اللواتي لم يمارسن الرياضة بانتظام هن أكثر عرضة للإصابة بألم أسفل الظهر. هناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر وهي مستوى المنافسة وطبيعة الأنشطة الرياضية فضلاً عن حجم وشدة التمارين.

يُعد إجمالي سنوات الخبرة في التمريض أو طول مدة العمل مؤشراً مهماً على LBP عند الممرضات. في الدراسة الحالية، لوحظ أن انتشار LBP كان أعلى بين الممرضات اللواتي عملن في مجال التمريض لأكثر من عشر سنوات (65.1%) بفارق مهم إحصائياً ($P=0.005$). تتفق نتائج دراستنا بذلك مع نتائج دراسة Chan Gim [98] ودراسة Almaghrabi وزملائها [99]. يمكن تفسير ذلك من حقيقة أن الممرضات يتعرضن لمزيد من الأحداث التي تتطلب على الاستخدام غير المناسب لآلية الظهر والتوتر المتراكم على الظهر مع المزيد من سنوات الممارسة. كانت هذه النتيجة متسقة مع عدد من الدراسات التي أظهرت ارتباطاً مهماً بين انتشار LBP والخبرة الوظيفية. في المقابل، لاحظت دراسة أخرى (Ibrahim وزملاؤه في ماليزيا) [100] أن LBP كان أكثر انتشاراً بين الممرضات اللواتي لديهن أقل من خمس سنوات من الخبرة في التمريض (76.9%) مقارنة باللواتي لديهن خمس سنوات أو أكثر من الخبرة في التمريض. قد تفتقر الممرضات اللواتي لديهن مدة خدمة أقل نسبياً إلى الوعي والمهارات

حول إجراءات السلامة وآليات التحكم في المخاطر، وهذا يجعلهن عرضة للإصابات والحوادث في مكان العمل.

عندما درس انتشار ألم أسفل الظهر لدى الممرضات وفقاً لمكان عملهن في المستشفى، لوحظ أكبر انتشار لألم أسفل الظهر لدى ممرضات الشَّعب الجراحية (64.9%)، يليه ممرضات غرف العمليات (64%)، وممرضات الإسعاف (60.6%). ومع ذلك، لم يكن الفرق ذا دلالة إحصائية ($P=0.537$). تتفق نتائج دراستنا بذلك مع نتائج دراسة Almaghrabi وزملائها [99]، ودراسة Thon وزملائه [97]. من المحتمل أن يكون هذا مرتبطاً بارتفاع عبء العمل البدني ومقدار ضغط العمل الذي يخلقه المرضى قبل الجراحة وبعدها. إنهم يحتاجون إلى مزيد من المساعدة في التحريك في السرير وفي عمليات النقل في قسم الجراحة. بالمقابل أظهرت دراسات أخرى فروقاً ذات دلالة إحصائية مثل دراسة Akinci وزملائه في تركيا، حيث كان انتشار ألم أسفل الظهر في الممرضات العاملات في قسم الإسعاف، وغرف العمليات، ووحدات العناية المركزة أعلى من العاملات في الأقسام الأخرى [81]

في الدراسة الحالية، لوحظ انتشار أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي يعملن لمدة 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع (64.6%) مقارنةً بالممرضات اللواتي يعملن لمدة تقل عن 30 ساعة في الأسبوع. ومع ذلك، لم يكن هنالك علاقة مهمة إحصائية بين انتشار ألم أسفل الظهر وعدد ساعات العمل الأسبوعية ($P=0.064$). في عديد من الدراسات مثل دراسة Chan Gim [98] ودراسة Almaghrabi وزملائها [99] ودراسة Ibrahim وزملائه [100]، أبلغ عن زيادة ألم أسفل الظهر بالتوازي مع زيادة ساعات العمل، وكانت هذه النتيجة مرتبطة بانخفاض وقت الراحة، ويمكن أن تكون بسبب التعرض المتكرر للعمل المفرط، مثل رفع الأشياء الثقيلة، وهذا يؤدي إلى إصابة منطقة أسفل الظهر. علاوة على ذلك، يُضطررون أحياناً إلى العمل لبضع ساعات إضافية لتغطية زملائهم في إجازة طارئة، أو عندما يكون هناك نقص في القوى العاملة.

أظهرت الدراسة الحالية انتشاراً أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي تفرض ظروف عملهن ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل (69.8%) مقارنةً بالممرضات اللواتي لا يضطررن لذلك بفرق مهم من الناحية الإحصائية ($P=0.011$). مع ساعات العمل الطويلة وعبء العمل المرتفع، تُعرض الممرضات أنفسهن لتكرار المناولة اليدوية، ومن ثم، التراكم المستمر لرض عضلات الظهر وتعرضهن لخطر حدوث LBP. فضلاً عن ذلك، قد يكون بعض المرضى غير متعاونين. قد تؤدي أي حركة أو مقاومة غير متوقعة من المريض إلى فقدان توازن طاقم التمريض في أثناء النقل أو التحريك، وهذا يؤدي إلى أذية في الظهر. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة Byrns وزملائه

[6] ودراسة Jradi وزملاؤها [9] ودراسة Almaghrabi وزملائها [99] ودراسة Chan Gim وزملائه [98] ودراسة Ibrahim وزملائه [100].

لوحظ انتشار أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي عانين أعراض اكنتاب مقارنة بالممرضات دون أعراض اكنتاب بفرق ذي دلالة من الناحية الإحصائية ($P=0.021$). في دراسة Smith وزملائه [101] في كوريا الجنوبية والتي شملت 330 ممرضة وجد أن خطر الإصابة بألم أسفل الظهر أعلى بثلاث مرات لدى الممرضات اللواتي يعانين من نوبات اكنتاب دورية. في دراسة Yokota وزملائه [4] شخّصت أعراض الاكنتاب باستخدام مقياس CES-D لدى 24.1% من الممرضات اللواتي لم يعانين ألم أسفل الظهر، ولدى 31.4% من اللواتي عانين من LBP حادّ، ولدى 38% من اللواتي عانين من LBP مزمن ($P<0.05$).

هناك عدد من الدراسات التي تربط ألم أسفل الظهر بالاكنتاب، إمّا بوصفه سبباً أو نتيجة لبعضهما البعض [76]، بينما في دراسات أخرى [77]، تُعدّ الأعراض الاكنتابية مؤشراً قوياً ومستقلاً لبدء نوبة ألم أسفل الظهر. وفقاً لدراسة Mercado وزملائه [78]، قد يكون الارتباط بين الاكنتاب وألم أسفل الظهر نتيجة للموقف السلبي العام للأفراد المصابين بالاكنتاب، بمعنى أن السلبية والخمول من السمات الرئيسية للاكنتاب، وأن الأنماط المعرفية السلبية للأفراد المصابين بالاكنتاب تهيئهم لأحداث غير سارة، بما في ذلك الشعور بالألم. فضلاً عن ذلك، هناك عوامل نفسية عامة مثل عدم الراحة والمزاج المكتئب متورطة في حدوث ألم أسفل الظهر المزمن وتُفسّر على أنّها سبب هذا الألم، بينما على العكس من ذلك وفقاً لـ Diepenmaat وزملائه [79] ترتبط أعراض الاكنتاب ارتباطاً وثيقاً بألم أسفل الظهر، وهي أكثر شيوعاً وشدة عند النساء.

الفصل الرابع: الخلاصة، المحددات، والتوصيات

1-4- الخلاصة:

- أظهرت دراستنا أن نسبة انتشار ألم أسفل الظهر لدى عينة من الممرضات في مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين هي 57.7%.
- بالنسبة إلى الممرضات اللواتي عانين ألم أسفل الظهر، اختبرت معظمهن (60%) ألماً حاداً (مدته ≥ 3 أشهر خلال السنة السابقة). عانت غالبية هؤلاء الممرضات ألماً متوسط الشدة (63.3%). كانت صفات الألم ميكانيكية، إذ كان الوقوف المطول ورفع الأشياء والانحناء والمشي هي العوامل التي تزيد من شدة الألم، في حين كانت الراحة هي العامل الأشيع الذي يخفف شدة الألم.
- ترافق انتشار ألم أسفل الظهر مع قلة التمارين الرياضية الأسبوعية المنتظمة، ومع زيادة سنوات العمل في مجال التمريض، ومع ظروف العمل التي تحتّم ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة.
- وجدت أعراض الاكنتاب لدى 29.5% من الممرضات المشاركات. لوحظ انتشار أكبر لألم أسفل الظهر لدى الممرضات اللواتي عانين أعراض اكنتاب مقارنة بالممرضات دون أعراض اكنتاب بفرق ذي دلالة من الناحية الإحصائية (71.7% مقابل 51.8%).

2-4- المحددات:

كان هناك عدد من القيود على هذه الدراسة:

- أولاً، كانت العينة مؤلفة من 270 ممرضة حسب موقع Open Epi ، ولكن خلال سنوات الدراسة تمّ التوصل إلى 156 ممرضة فقط من الممرضات اللواتي استوفين شروط الدخول في البحث ووافقن على المشاركة به.
- ثانياً، أجريت الدراسة على عينة من الممرضات العاملات في مركز واحد (مستشفى الأسد والمواساة الجامعيين)، لذلك لا يمكن تعميم النتائج على نطاق واسع.

3-4-التوصيات:

- اقتراح إجراء استجوابٍ لكافة الممرضات، وزيادة درجة الوعي لديهنّ للتّقدّم بمراجعة العيادات وإجراء فحصٍ سريريّ عند وجود أيّ شبهةٍ بألم أسفل الظهر مهما كانت شدّته ومدّته.
- إجراء دراسةٍ مسحيةٍ شاملةٍ لسوريا بأكثر من مركزٍ وبحجمٍ عينةٍ أكبر.
- تشجيع الممرضات على اتباع التدابير الوقائية واستراتيجيات المواجهة ضدّ إصابات العمل، مثل ألم أسفل الظهر. على سبيل المثال، يجب على الممرضات طلب المساعدة عند القيام بأنشطة التعامل مع المريض ويجب أن يؤدّين تمارين الاسترخاء والتمدّد في أثناء ساعات العمل.

المراجع

1. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73:968–74.
2. Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789–858.
3. Shieh S-H, Sung F-C, Su C-H, Tsai Y, Hsieh VC-R. Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: a questionnaire survey. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016; 55(4):525-529.
4. Yokota J, Fukutani N, Nin K, Yamanaka H, Yasuda M, Tashiro Y, Teramukai S, Aoyama T. Association of low back pain with presenteeism in hospital nursing staff. *J Occup Health*. 2019 May; 61(3):219-226.
5. Lorusso A, Bruno S, L'abbate N. A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel. *Ind Health*. 2007;45(5):637-644.
6. Byrns G, Reeder G, Jin G, Pachis K. Risk factors for work-related low back pain in registered nurses, and potential obstacles in using mechanical lifting devices. *J Occup Environ Hyg*. 2004 Jan;1(1):11-21.
7. Abolfotouh SM, Mahmoud K, Faraj K, Moammer G, ElSayed A, Abolfotouh MA. Prevalence, consequences and predictors of low back pain among nurses in a tertiary care setting. *Int Orthop*. 2015; 39(12):2439-2449.
8. Boughattas W, Maalel O, Maoua M, Bougmiza I, Kalboussi H, Brahem A, and Mrizak, N. Low Back Pain among Nurses: Prevalence, and Occupational Risk Factors. *Occupational Diseases and Environmental Medicine*, 2017; 5, 26-37.
9. Jradi H, Alanazi H, Mohammad Y. Psychosocial and occupational factors associated with low back pain among nurses in Saudi Arabia. *J Occup Health*. 2020 Jan;62(1):e12126.
10. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Bargheri-Nesami M, Ahmad- Shirvani M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M. Occupational back pain in Iranian nurses: an epidemiological study. *Br J Nurs*. 2006;15(17):914-917.
11. Wong T, Teo N, Kyaw M. Prevalence and Risk Factors Associated with Low Back Among Health Care Providers in a District Hospital. *Malaysian Orthopaedic Journal*. 2010;4(2):23-28.
12. Karahan A, Bayraktar N. Determination of the usage of body mechanics in clinical settings and the occurrence of low back pain in nurses. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(1):67-75.
13. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004;14(1):13-23.
14. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J*. 2006 Jan;15 Suppl 1 (Suppl1):S17-24
15. Siddaway AP, Wood AM, Taylor PJ. The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale measures a continuum from well-being to depression: Testing two key predictions of positive clinical psychology. *J Affect Disord*. 2017 Apr 15;213:180-186

16. Sharma S, Shrestha N, Jensen MP. Pain-related factors associated with lost work days in nurses with low back pain: A cross-sectional study. *Scand J Pain*. 2016 Apr;11:36-41
17. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and treatment of low back pain: a clinically focused review for primary care specialists. *Mayo Clin Proc* 2015; 90: 1699-718.
18. Lall MP, Restrepo E. The biopsychosocial model of low back pain and patient-centered outcomes following lumbar fusion. *Orthop Nurs* 2017; 36: 213-21.
19. Vlaeyen JWS, Crombez G. Behavioral conceptualization and treatment of chronic pain. *Annu Rev Clin Psychol* 2020; 16: 187-212.
20. Mounce K. Back pain. *Rheumatology* 2002; 41: 1-5.
21. Nebojsa Nick Knezevic, Kenneth D Candido, Johan W S Vlaeyen, Jan Van Zundert, Steven P Cohen. Low back pain. *Lancet* 2021; 398: 78-92.
22. Khor S, Lavalley D, Cizik AM, et al. Development and validation of a prediction model for pain and functional outcomes after lumbar spine surgery. *JAMA Surg* 2018; **153**: 634-42.
23. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; **64**: 2028-37.
24. Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatol Int* 2019; **39**: 619-26.
25. Morris LD, Daniels KJ, Ganguli B, Louw QA. An update on the prevalence of low back pain in Africa: a systematic review and meta-analyses. *BMC Musculoskelet Disord* 2018; **19**: 196.
26. Taimela S, Kujala UM, Salminen JJ, Viljanen T. The prevalence of low back pain among children and adolescents. A nationwide, cohort-based questionnaire survey in Finland. *Spine* 1997; **22**: 1132-36.
27. Hong J, Reed C, Novick D, Happich M. Costs associated with treatment of chronic low back pain: an analysis of the UK General Practice Research Database. *Spine* 2013; **38**: 75-82.
28. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am* 2006; **88**: 21-24.
29. Kim LH, Vail D, Azad TD, et al. Expenditures and health care utilization among adults with newly diagnosed low back and lower extremity pain. *JAMA Netw Open* 2019; **2**: e193676.
30. Mutubuki EN, Luitjens MA, Maas ET, et al. Predictive factors of high societal costs among chronic low back pain patients. *Eur J Pain* 2020; **24**: 325-37.
31. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011; 154:181.
32. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137:586.
33. Sun JC, Xu T, Chen KF, et al. Assessment of cauda equina syndrome progression pattern to improve diagnosis. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014; 39:596.
34. Acute low back problems in adults: assessment and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin 1994; :iii.
35. Delitto A, Piva SR, Moore CG, et al. Surgery versus nonsurgical treatment of lumbar spinal stenosis: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2015; 162:465.
36. Chou R. In the clinic. Low back pain. *Ann Intern Med* 2014; 160:ITC6.
37. Palmer KT, Harris EC, Coggon D. Carpal tunnel syndrome and its relation to occupation: a systematic literature review. *Occup Med (Lond)* 2007; 57:57.

38. Love T, Crampton P, Salmond C, Dowell A. Patterns of medical practice variation: variability in referral for back pain by New Zealand general practitioners. *N Z Med J* 2005; 118:U1381.
39. Jarvik JG, Deyo RA: Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 137:586–597, 2002.
40. Dixit RK, Schwab JH: Low back and neck pain. In Stone JH, editor: *A clinician's pearls and myths in rheumatology*, New York, 2009, Springer.
41. Deyo RA, Weinstein DO: Low back pain. *N Engl J Med* 344(5):363– 370, 2001
42. Gran JT: An epidemiological survey of the signs and symptoms of ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 4:161–169, 1985.
43. Costa-Black KM, Loisel P, Anema JR, Pransky G. Back pain and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24:227.
44. Mielenz TJ, Garrett JM, Carey TS. Association of psychosocial work characteristics with low back pain outcomes. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33:1270.
45. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, et al. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med* 2001; 40:374.
46. Abásolo L, Blanco M, Bachiller J, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Ann Intern Med* 2005; 143:404.
47. Haefeli M, Elfering A. Pain assessment. *Eur Spine J.* 2006 Jan;15 Suppl 1 (Suppl1):S17-24
48. Cone, J, LaDou, J. Chapter 2 The Occupational Medical History. In: *Current Occupational & Environmental Medicine*, 4th ed, LaDou, J, McGraw-Hill Medical, New York 2006.
49. Dixit RK: Approach to the patient with low back pain. In Imboden J, Hellmann D, Stone J, editors: *Current diagnosis and treatment in rheumatology*, ed 2, New York, 2007, McGraw-Hill, pp 100–110.
50. Jarvik JG, Deyo RA: Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 137:586–597, 2002.
51. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al: Imaging strategies for low back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 373:463–472, 2009.
52. Dixit RK, Schwab JH: Low back and neck pain. In Stone JH, editor: *A clinician's pearls and myths in rheumatology*, New York, 2009, Springer
53. Deyo RA: Diagnostic evaluation of LBP. *Arch Intern Med* 162:1444– 1447, 2002.
54. Webster B, Choi Y, Bauer A, et al: The cascade of medical services and associated longitudinal costs due of nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. *Spine* 39:1433–1440, 2014.
55. Deyo RA, Weinstein DO: Low back pain. *N Engl J Med* 344(5):363– 370, 2001
56. Tullberg T, Svanborg E, Issacson J, et al: A preoperative and postoperative study of the accuracy and value of electrodiagnosis in patients with lumbosacral disc herniation. *Spine* 18:837–842, 1993.
57. Deyo RA: Early diagnostic evaluation of low back pain. *J Gen Intern Med* 1:328–338, 1986.
58. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
59. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7:167.
60. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374:609.

61. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med* 2011; 9:439.
62. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:851.
63. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289:3135.
64. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
65. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:3.
66. Raguram R, Weis M, Keval H, Channabavanna S. Cultural dimensions of clinical depression in Bangalore, India. *Anthropology & Medicine* 2001; 8:31.
67. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617.
68. Smeets, R. J., Maher, C. G., Nicholas, M. K., Refshauge, K. M., & Herbert, R. D. Do psychological characteristics predict response to exercise and advice for subacute low back pain?. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 2009: 61(9), 1202-1209.
69. Damush, T. M., Kroenke, K., Bair, M. J., Wu, J., Tu, W., Krebs, E. E., & Poleshuck, E. Pain self-management training increases self-efficacy, self-management behaviours and pain and depression outcomes. *European Journal of Pain*, 2016: 20(7), 1070-1078.
70. Lee, H. J., Choi, E. J., Nahm, F. S., Yoon, I. Y., & Lee, P. B. Prevalence of unrecognized depression in patients with chronic pain without a history of psychiatric diseases. *The Korean journal of pain*, 2018: 31(2), 116.
71. Brünahl, C., Dybowski, C., Albrecht, R., Riegel, B., Höink, J., Fisch, M., & Löwe, B. Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Journal of psychosomatic research*, 2017: 98, 19-26.
72. Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of psychiatric research*, 2010: 44(7), 454-461.
73. Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., ... & Hayward, C. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic medicine*, 2006: 68(2), 262-268.
74. Demyttenaere, K., Reed, C., Quail, D., Bauer, M., Dantchev, N., Montejo, A. L., ... & Grassi, L. Presence and predictors of pain in depression: results from the FINDER study. *Journal of affective disorders*, 2010: 125(1-3), 53-60.
75. Gerrits, M. M., van Oppen, P., van Marwijk, H. W., Penninx, B. W., & van der Horst, H. E. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *PAIN®*, 2014: 155(1), 53-59.
76. Shmagel, A., Foley, R., & Ibrahim, H. Epidemiology of chronic low back pain in US adults: data from the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis care & research*, 2016: 68(11), 1688-1694.
77. Carroll, L. J., Cassidy, J. D., & Côté, P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, 2004: 107(1-2), 134-139.
78. Mercado, A. C., Carroll, L. J., Cassidy, J. D., & Côté, P. Coping with neck and low back pain in the general population. *Health Psychology*, 2000: 19(4), 333.

79. Diepenmaat, A. C. M., Van der Wal, M. F., De Vet, H. C. W., & Hirasig, R. A. Neck/shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among Dutch adolescents. *Pediatrics*, 2006: 117(2), 412-416.
80. Currie, S. R., & Wang, J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 2004: 107(1-2), 54-60.
81. Akinci, A. C., Dereli, E., & Sert, H. Low back pain among nurses working in Kırklareli and the associated factors. *Journal of the Acıbadem University of Health Sciences*, 2014: 1, 70-76.
82. Terzi, R., & Altin, F. The prevalence of low back pain in hospital staff and its relationship with chronic fatigue syndrome and occupational factors. *Pain*, 2015: 27(3), 149-154.
83. El-Soud, A. M. A., El-Najjara, A. R., El-Fattaha, N. A., & Hassanb, A. A. Prevalence of low back pain in working nurses in Zagazig University Hospitals: an epidemiological study. *Egyptian Rheumatology & Rehabilitation*, 2014: 41, 109-115.
84. Moussa, M. M. M., El-Ezaby, H. H., & El-Mowafy, R. I. Low back pain and coping strategies' among nurses in Port Said City, Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2015: 5(7), 55-62.
85. Yang, H., Haldeman, S., Lu, M. L., & Baker, D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: a study using data from the 2010 National Health Interview Survey. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2016: 39(7), 460-472.
86. Kabatas, S.M., Kocuk, M., & Kucukler, O. Evaluation of frequency and factors affecting low back pain in health care workers. *Firat University Medical Journal of Health Sciences*, 2012: 26(2), 65-72.
87. Stieglitz, D. D., Vinson, D. R., & Hampton, M. D. C. Equipment-based Pilates reduces workrelated chronic low back pain and disability: A pilot study. *Journal of bodywork and movement therapies*, 2016: 20(1), 74-82.
88. Roupá, Z., Vassilopoulos, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Noulá, M., Faros, E., & Marvaki C. The Problem of lower back pain in nursing staff and its effect on human activity. *Health Service Journal*, 2008: 2(4), 219-225.
89. Sikiru, L., & Hanifa, S. Prevalence and risk factors of low back pain among nurses in a typical Nigerian hospital. *African Health Sciences*, 2010: 10(1), 26-30.
90. Buker, N., Aslan, E., Altug, F., & Cavlak, U. Investigation of the effects of morale status and depression level on functional status in aged people living at home and community. *Dumlupinar University Science Institute Journal*, 2006: 10, 163-170.
91. Ovayolu, O., Ovayolu, N., Genc, M., & Col-Araz, N. Frequency and severity of low back pain in nurses working in intensive care units and influential factors. *Pakistan Jour of Medical Sciences*, 2014: 30, 70-6.
92. Hinmikaiye, C. D., & Bamishaiye, E. I. The incidence of low back pain among theatre nurses: a case study of university of Ilorin and Obafemi Awolowo University Teaching Hospital. *International Journal of Nursing Science*, 2012: 2(3), 23- 28.
93. Yilmaz, E., & Dedeli, O. Effect of physical and psychosocial factors on occupational low back pain. *Health Science Journal*, 2014: 6(4), 598-609.
94. Yilmaz, F., Sahin, F. & Kuran, B. Work related musculoskeletal disorders and therapy. *Nobel Medicus*, 2006: 2(3), 15-22.
95. Akcapinar, M., & Inceboz, T. Occupational Diseases and causes in the delivery room: Izmir Instance. *Journal of Dokuz Eylul University Medical Faculty*, 2016: 30 (1), 1-8.

96. Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal*, 2015: 350, h444.
97. Thon, C.C.; Feng, P.K.J.; Lian, C.W. Risk factors of low back pain among nurses working in Sarawak General Hospital. *Health Environ. J.* 2016, 7, 13–24.
98. Chan S G. Factors Associated with Low Back Pain Among Nurses in Critical Care Units, Hospital Universiti Sains Malaysia. *Biomed J Sci & Tech Res* 1(7)-2017. BJSTR. MS.ID.000613.
99. Almaghrabi, A.; Alsharif, F. Prevalence of Low Back Pain and Associated Risk Factors among Nurses at King Abdulaziz University Hospital. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1567.
100. Mohd Ismail Ibrahim, Izani Uzair Zubair, Najib Majdi Yaacob, Mohd Izmi Ahmad and Mohd Nazri Shafei. Low Back Pain and Its Associated Factors among Nurses in Public Hospitals of Penang, Malaysia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 4254.
101. Smith, D.R., Choe, M.A., Jeon, M.Y., et al. Epidemiology of Musculoskeletal Symptoms among Korean Hospital Nurses. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2005, 11, 431-440.

الملاحق

الملحق رقم (1): الموافقة المستنيرة:

نحن بصدد إجراء بحثٍ علميٍّ عن دراسة انتشار ألم أسفل الظهر عند الممرضات وعلاقته بالاكنتاب والعوامل المهنية، ندعوك للمشاركة في هذا البحث ولكم مُطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك، لكن قبل أن تتخذ أي قرار نرجو منك أن تقرأ بعناية المعلومات التالية:

- في حال الموافقة على الاشتراك، سيتم الاستفسار عن وجود ألم أسفل الظهر وعن مجموعة من العوامل الاجتماعية والديموغرافية والعوامل المتعلقة بالعمل. سيتم توزيع استبيانٍ للمسح عن وجود أعراضٍ اكتئابية.
- سوف يُساعد ذلك على اتخاذ القرار المناسب لتلافي هذه المشكلة.
- سيتم الإطلاع على البيانات من قبل الباحثين المشاركين في هذه الدراسة وذلك بعلم إدارة المستشفى.
- لن يتم نشر أية معلوماتٍ متعلقة بك ذات طابعٍ شخصيٍّ.
- في حال موافقتك على الاشتراك يرجى التوقيع أدنى هذه الورقة.

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه وكان لدي الفرصة لأطرح الأسئلة وحصلت على إجاباتٍ مُقنعةٍ لذا أعلن موافقتي على الاشتراك في الدراسة.

اسم المشرف: الأستاذ الدكتور ماجد عبود

التوقيع:

اسم الباحث: د. لونا الدروبي

التوقيع:

اسم المشارك:

توقيع المشارك:

الملحق رقم (2): استمارة البحث:

دراسة انتشار ألم أسفل الظهر عند الممرضات وعلاقته بالاكنتاب والعوامل المهنية

د. لونا الدروبي

الاسم:	العمر:	الحالة العائلية:
عدد الأولاد:	التدخين:	رقم الهاتف:
الطول:		
الوزن:		
BMI:		
عدد مرات ممارسة التمارين الرياضية لأكثر من 30 دقيقة في الأسبوع:		
عدد سنوات العمل في التمريض:		
مكان العمل في المستشفى:		
عدد ساعات العمل الأسبوعية:		
ضرورة رفع المرضى أو الأدوات الثقيلة في أثناء العمل:		
وجود ألم أسفل الظهر خلال السنة السابقة:		
شدة الألم وفقاً لمقياس التناظر البصري (VAS):		
مدة الشعور بالألم:		
العوامل التي تزيد من شدة الألم:		
العوامل التي تخفف من شدة الألم:		
عدد أيام الغياب عن العمل بسبب ألم أسفل الظهر:		
وجود أعراض الاكتئاب وفقاً لمقياس الاكتئاب في مركز الدراسات الوبائية (CES-D):		

المُلخَص باللُّغة الإنكليزيَّة (Abstract)

Background: Nursing is a profession with high incidence and prevalence of low back pain (LBP), with its medical and professional consequences. Prevalence rates vary among countries. Many studies have shown an association between low back pain and depression.

Aim: To determine the prevalence of low back pain (LBP) and its associated factors among a sample of female nurses.

Materials and methods: This was a cross-sectional study among 156 female nurses from different departments/wards at Al-Assad and Al-Mouassat University Hospitals, Damascus, Syria during the period between July 2021 and July 2022. Data about socio-demographic and work-related factors were collected. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale was used to assess the prevalence of depressive symptoms.

Results: The findings of this study broadly confirm the high levels of back pain in nursing, with a one-year prevalence of LBP of 57.7%. Work stop due to LBP was reported by 47.7 % of nurses, with 3.7 ± 4 days within the last year. The factors significantly associated with LBP over the past 12 months were having less regular exercise ($P=0.005$), more years worked in nursing ($P=0.005$), and manual lifting of patients and heavy equipment ($p = 0.011$). Depressive symptoms were found among 29.5% of participants and there was a statistically significant association between low back pain and depression ($P=0.021$).

Conclusion: The findings from this study may better enable policymakers to adopt certain strategies toward reducing the burdens and challenges of LBP among nurses.

Keywords: prevalence, low back pain, risk factors, nurses, depression

Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education and Scientific
Research
Damascus University
Faculty of Medicine
Internal Medicine Department



Study of low back pain prevalence among nurses and its relationship with depression and occupational factors

Scientific research prepared to obtain a post-graduate certificate
subspecialized in Internal Medicine

Graduate student preparation

Louna Aldrouby

Supervisor

Prof. Dr. Majid Aboud

2022