

## بررسی عوامل مرتبط با کمردرد در پرستاران شاغل در بیمارستان های استان مازندران

محمدعلی حسینی بندپی (Ph.D.)<sup>+</sup> مولود فخری (M.Sc.)<sup>\*\*</sup> مرجان  
احمدشیروانی (M.Sc.)<sup>\*\*</sup>  
معصومه باقری نسامی (M.Sc.)<sup>\*\*\*</sup> علیرضا خلیلیان (Ph.D.)<sup>\*\*\*\*</sup>

### چکیده

سابقه و هدف: کمردرد یکی از شایع ترین و پر هزینه ترین صدمات شغلی محسوب می شود و پرستاری از جمله مشاغل است که به علت ماهیت کاری با شیوع بالای کمردرد همراه است. اکثر تحقیقات انجام شده، شیوع کمردرد در این گروه شغلی را بیش از 50 درصد گزارش کرده اند که هزینه های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از آن قابل توجه است. تحقیق حاضر با هدف شناخت عوامل خطر کمردرد و در نتیجه کاهش هزینه های آن در پرستاران انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی- مقطعی بر روی 1226 نمونه تصادفی از پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های مختلف شامل اطلاعات فردی، شغلی، سوابق پزشکی، مشخصات کمردرد، اضطراب اسپیلبرگر و افسردگی بک استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی، کای دو و میزان خطر (Odds Ratio) انجام گرفت.

یافته ها: در نمونه مورد بررسی شیوع نقطه ای، یک ماهه، شش ماهه، یک ساله و در طول زندگی کمردرد به ترتیب 51/5 ، 56/3 ، 58/9 ، 59/6 و 62 درصد گزارش شد. سن، نمایه توده بدنی (Body Mass Index) BMI، تعداد حاملگی و زایمان، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، اضطراب و افسردگی با  $P < 0/05$  از عوامل خطر کمردرد محسوب شدند. کمردرد با عوامل مختلف شغلی از جمله سابقه کار، سمت در شغل، بخش محل خدمت و میزان رضایت شغلی ارتباط معنی داری داشت ( $P < 0/05$ ). بیشترین علت شیوع درد، بلند کردن بار سنگین (30/4 درصد) و شایع ترین عامل تشدیدکننده و تسکین دهنده درد ایستادن طولانی و استراحت (57/6 درصد و 59/2 درصد به ترتیب) ذکر شد. از بین نمونه ها 33/7 درصد به علت کمردرد، مرخصی با میانگین 79 روز گرفته بودند.

استنتاج: یافته های این تحقیق تأییدی بر این مطلب است که پرستاران در معرض خطر بیشتری برای آسیب های کمری هستند. همچنین رابطه عوامل شغلی با کمردرد معنی دار بوده و به نظر می رسد که با کوشش جهت تصحیح یا تعدیل این عوامل خطر بتوان به ارتقاء سلامت و بازده کاری در این گروه افزود و به کاهش پی آمدها و هزینه های حاصل از آن کمک نمود.

واژه های کلیدی: کمردرد، پرستاری، عوامل خطر



**E** این تحقیق طی شماره 106-82 در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

\* متخصص فیزیوتراپی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران + \* ساری:  
 بلوار خزر- دانشکده پزشکی

\*\* کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران \*\*\* کارشناس  
 ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

\*\*\*\* متخصص آمار و اپیدمیولوژی، عضو هیأت علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
**E** تاریخ دریافت: 83/5/20 تاریخ تصویب: 84/5/12

## مقدمه

در سال 1996 کمردرد در بین 100/000 زن شاغل منجر به 500/000 روز مرخصی استعلاجی شده بود (2).

بررسی‌هایی که بر روی شاغل‌گوناگون انجام شده نشان داد که پرستاری در راس ده گروه شغلی که به سخت‌ترین صدمات MSD دچار می‌شوند، قرار دارد (2) و در این گروه نیز کمردرد مهم‌ترین زیر گروه MSD را تشکیل می‌دهد (3)؛ به طوری که شیوع آن بعد از شاغل صنعتی سنگین، مقام دوم را داراست (11). مطالعات مربوط به هم‌گیری‌شناسی که در طی بیش از دو دهه انجام گرفته‌اند بروز بالاتر کمردرد در پرستاران را در مقایسه با جمعیت عمومی نشان می‌دهند (15-12). در این مطالعات شیوع نقطه‌ای 13/9 درصد، یک ماهه 24 درصد، سالانه 69/7 درصد و در طول زندگی 77/9 درصد (5) و بروز آن در طی یک مدت 2 ساله 47 درصد گزارش شده است (13).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که 18 درصد پرستاران به علت کمردرد کار خود را ترک می‌کنند (5) و به دنبال شغل دیگری می‌روند که البته به علت مشکلات کمری فرصت‌های شغلی دیگر نیز برای آنان محدود است. از طرفی کمردرد علت سه چهارم از یک میلیون روز کاری از دست رفته در بین پرستاران در طی سال بوده است (11). به هر حال این مسائل باعث تحمیل بار اقتصادی و مشکلات کیفی مراقبتی در سیستم بهداشتی درمانی می‌گردد.

لذا تحقیق حاضر با هدف شناخت عوامل خطر کمردرد در پرستاران انجام گرفت تا بدین وسیله بتوان با انجام اقدامات

اختلالات عضلانی- اسکلتی<sup>1</sup> (MSD) از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین صدمات شغلی محسوب می‌شوند، زیرا هر ساله یک سوم صدمات مرتبط با کار را تشکیل می‌دهند (2،1).

کمردرد یکی از رایج‌ترین این اختلالات می‌باشد که 80 - 60 درصد افراد آن را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (3). در بین بعضی از گروه‌های شغلی از جمله کارکنان و مراقبین بهداشتی درمانی، MSD و خصوصاً کمردرد از شیوع بالاتری برخوردار است (4). مقالات متعدد مربوط به هم‌گیری‌نشان می‌دهند فعالیت‌هایی که نیازمند تغییر مکرر وضعیت بدن، بلند کردن بارهای سنگین، خم شدن و چرخش مکرر هستند به علت عدم تعادل بدن و فشار روی ناحیه کمر می‌توانند در ایجاد کمردرد نقش داشته باشند (7 - 5). علاوه بر عوامل فیزیکی، عوامل روانی- اجتماعی نیز در شروع کمردرد می‌توانند موثر باشند (9،8،1). همچنین عوامل مربوط به محیط کار از جمله حمایت شغلی، تعداد کارکنان، حمایت اجتماعی از طرف همکاران و کلاً رضایت شغلی از عوامل مؤثر بر کمردرد می‌باشند (3،10،7).

کمردرد وابسته به کار هزینه‌ای بالغ بر 38 بلیون دلار بر صنعت تحمیل می‌کند (5). در طی نیمه دوم سال‌های 1980 تعداد روزهای کاری از دست رفته به علت کمردرد در بریتانیا تا 69 درصد افزایش داشته و تا پایان این دهه کمردرد مسئول 13 درصد روزهای کاری تلف شده بوده است (11).

1- Musculoskeletal Disorders

سنجیده شده است و پژوهشگران زیادی در کشور ما آن را به کار گرفته اند. این ابزارها یک مقیاس بین‌المللی هستند که توسط دادستان (1368) در ایران هنجاریابی شده اند (16). این ابزار در ایران توسط پناهی شهری (1372) نیز مورد بررسی قرار گرفت که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ همبستگی درونی مقیاس حالت و صفت اضطراب مشخص گردید. این ضریب در مقیاس حالت بین 0/9-89 و در مقیاس صفت بین 0/9-0/87 بوده است (17). آزمون افسردگی بک نیز به عنوان یک آزمون مستقل از فرهنگ خاص شناخته شده و طبقات مختلف سازنده آن اختصاص به محیط اجتماعی معینی ندارد و حتی مخصوص به هیچ طبقه اقتصادی یا تحصیلی خاص نیست. گودرزوند (1361) ضریب همبستگی آزمون افسردگی بک با آزمون فارسی مینی مالت را با در نظر گرفتن درجه آزادی 62 و ضریب همبستگی پیرسون 99 درصد بیان کرده است (18). داده‌های این تحقیق با استفاده از نسخه 11 SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و برای بررسی شیوع کمردرد و رابطه آن با متغیرها از آمار توصیفی، کای دو و میزان خطر استفاده گردید.

### یافته‌ها

در این تحقیق 1226 پرستار که 18/1 درصد آنان را مردان و 81/9 درصد را زنان تشکیل می‌دادند، مورد بررسی قرار گرفتند و 100 درصد نمونه‌های مورد نظر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. بیشتر نمونه‌ها در محدوده سنی 35-25 (41/4 درصد) قرار داشتند و متاهل بودند (85/2 درصد).

پیشگیرانه و تعدیل بعضی از این عوامل خطر گامی موثر در جهت ارتقاء سلامت این گروه و کاهش هزینه‌های آن برداشت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران که دارای کلیه بخش‌های عمومی بودند، انجام گرفت و

1226 نمونه به صورت تصادفی از بین پرستارانی که در رده‌های مختلف شغلی در بخش‌های گوناگون بیمارستان به کار پرستاری مشغول بودند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی در ابتدا از بین بیمارستان‌های استان مازندران انجام گردید و سپس از بین بخش‌های مختلف هر بیمارستان تعداد یکسانی به صورت تصادفی به مطالعه وارد شدند. کلیه این افراد پس از دریافت فرم اطلاعات رضایت خود را از ورود به مطالعه اعلام کردند. معیارهای حذف مطالعه شامل:

- 1 - سابقه جراحی پشت 2 -
- اسکولیوز 3 - شکستگی مهره‌ها
- 4 - حاملگی 5 - استئوپروز 6 -
- مولتیپل اسکروزیس 7 - عدم رضایت از شرکت در مطالعه و
- 8 - تومور پشت بوده است.

برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک، شغلی و طبیبی از پرسشنامه‌ای که توسط نمونه‌ها تکمیل می‌شد، استفاده گردید. هم‌چنین پرستاران به سؤالاتی در مورد وجود کمردرد و ویژگی‌های آن پاسخ دادند. پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر (Spilberger) و افسردگی بک (Beck) نیز برای بررسی وضعیت روانی پرستاران تکمیل گردید. اعتبار علمی آزمون اضطراب اسپیلبرگر و افسردگی بک توسط محققین زیادی

میانگین 49/9 درصد روز داشتند. 33/7 درصد نیز به علت کمردرد مرخصی گرفته بودند که میانگین آن 79/27 روز بود.

جدول شماره 1. بررسی رابطه کمردرد با عوامل خطر فردی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران

OR	فاصله اطمینان	مشخصات فردی
0/39	0/31-0/49	سن
0/41	0/30-0/55	تعداد حاملگی
0/43	0/31-0/61	تعداد زایمان
0/77	0/6-0/99	وضعیت اجتماعی - اقتصادی
0/62	0/49-0/78	BMI
0/56	0/44-0/70	اضطراب
0/50	0/34-0/73	افسردگی

\*OR: Odds Ratio

\*\* BMI: Body Mass Index

جدول شماره 2: رابطه کمردرد با عوامل خطر شغلی در پرستاران پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران

value P	تعداد درصد مبتلایان	عوامل شغلی
P=0/0001	8 (27/6)	سابقه کار کمتر از 2 سال
	19 (31/7)	2 - 5 سال
	19 (33/3)	5 - 10 سال
	30 (32/6)	10 - 20 سال
	557 (56/4)	بیش از 20 سال
P=0/04	73 (59/8)	بخش عمل خدمات اورژانس
	86 (51/8)	داخلی
	50 (54/9)	CCU
	56 (50/9)	ICU
	4 (50)	آنکولوژی
P=0/01	2 (50)	ارولوژی
	5 (38/5)	چشم ENT
	2 (20)	NICU
	108 (56/3)	رضایت شغلی
	112 (60/2)	عدم رضایت کم
P=0/0005	321 (48/7)	متوسط
	92 (48/7)	زیاد
	552 (50/3)	صحت پرستار
	81 (63/3)	صحت پرستار، سوپروایزر و مترجم

شیوع نقطه‌ای، یک ماهه، شش ماهه، و یک ساله کمردرد به ترتیب 51/5 ، 56/3 ، 58/9 و 59/6 درصد و شیوع آن در طول زندگی 62 درصد به دست آمد. از بین عوامل فردی مطابق جدول شماره 1 سن، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، نمایه توده بدنی (BMI)، اضطراب و افسردگی با  $P < 0/05$  عامل خطر کمردرد محسوب شدند.

اکثر پرستاران (30/3 درصد) علت شروع کمردرد را بلندکردن بار سنگین ذکر کردند. همچنین 20/6 درصد از درد مزمن دایمی شکایت داشتند و 18/2 درصد طول مدت درد را چند سال گزارش کردند. در نمونه مورد بررسی 7/2 درصد افراد برای یک بار، 14/9 درصد برای دوبار و 53/6 درصد بیش از دوبار کمردرد را تجربه کرده بودند. بیشترین عاملی که باعث تشدید درد می‌شد ایستادن طولانی (57/6 درصد) و بیشترین عامل تسکین دهنده آن استراحت (59/2 درصد) ذکر شد. شایعترین روش درمانی، استفاده از دارو بود که از این بین داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) (Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs) بیشترین

## بحث

اختلالات عضلانی- اسکلتی وابسته به کار یکی از معضلات اصلی سلامت در بین کارکنان بخش بهداشت و درمان می باشد. کمردرد مهم‌ترین زیرگروه اختلالات عضلانی- اسکلتی بوده و پرستاری یکی از شغل‌های پرخطر محسوب می‌شود. شیوع کمردرد در پرستاران کشورهای مختلف، متفاوت است که این امر ممکن است به علت اختلاف عوامل شغلی باشد اما در اکثر مطالعات

کاربرد (25/3 درصد) را داشت. از بین عوامل شغلی کمر درد با سابقه کار، بخش عمل خدمات، رضایت شغلی و سمت پرستاری رابطه معنی داری داشت و بیشترین شیوع کمردرد در بخش اورژانس گزارش شد (جدول شماره 2).

همچنین 39/6 درصد به علت کمر درد سابقه بستری در منزل با میانگین 71/44 روز و 5/3 درصد سابقه بستری در بیمارستان با

مهم‌ترین علت شروع درد، بلندکردن بار سنگین گزارش شد که البته بسیاری از مطالعات دیگر نیز این عامل را در ایجاد کمردرد مؤثر یافته‌اند (14:5،2:1). شیوع این عامل 30/3 درصد و نزدیک به می‌زانی بود که وازی‌لیودون<sup>1</sup> (1995) گزارش نموده است (15) (36 درصد). عوامل مؤثر دیگر در شروع درد جابه‌جا کردن بیماران، وضعیت‌های نامناسب، ایستادن طولانی و دولا شدن بودند. همان‌طور که تحقیقات دیگر نیز ثابت کرده‌اند (19:15،4) این عوامل با ماهیت کار پرستاری ارتباط مؤثری دارند.

همانند مطالعات دیگر ارتباط معنی داری بین بخش محل خدمت با کمردرد یافت شد (20،5) و کمردرد در بخش‌هایی که وظایف جسمانی سنگین تری داشتند، شایع‌تر بوده است (5:4). بیشترین میزان ابتلا در بین کارکنان بخش اورژانس دیده شد که مشابه نتایج مطالعه آندو<sup>2</sup> (2000) در پرستاران ژاپنی بوده است (4). افزایش شیوع در بخش‌هایی مثل اورژانس، CCU، ICU که با جابه‌جا کردن و حمل بیماران، شرایط فوری، محدودیت زمانی و استرس‌های روحی همراه است، قابل توجیه می‌باشد زیرا عواملی که به نحوی در ایجاد کمردرد مؤثرند را می‌توان در بخش‌های فوق‌الذکر یافت.

مطالعه مایتون<sup>3</sup> (2004) رابطه بین کمردرد و عوامل روانی را نشان داد. وی با بررسی پرستاران متوجه شد کسانی که دیسترس بیشتری دارند بیشتر کمردرد قبلی را گزارش می‌کنند

گزارش شده است که بیش از نیمی از پرستاران از کمردرد رنج می‌برند (15،14،12،4).

در این مطالعه نیز که بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران انجام گرفت 51/5 درصد از آنان در زمان تحقیق دچار کمردرد بودند که نزدیک به یافته مطالعه آندو<sup>1</sup> (2000) و استابز<sup>2</sup> (1986) است (19:4). همچنین شیوع کمردرد در یک ماه، شش ماه و یک سال گذشته به ترتیب افزایش نشان می‌داد. کم‌تر بودن شیوع کمردرد در مطالعه حاضر در مقایسه با تحقیقات دیگر (15:14،8:3) ممکن است به علت اختلاف عوامل شغلی و یا اختلاف در تعریف کمردرد باشد، برای مثال در این مطالعه شیوع نقطه‌ای به وجود کمردرد در همان روز بررسی اطلاق شد، اما در بعضی از مطالعات تا چند روز قبل از بررسی را نیز به حساب آوردند (15). به هر حال در مقایسه با جمعیت عمومی شیوع کمردرد در پرستاران در تمام موارد (شیوع نقطه‌ای، یک ماه، شش ماهه، یک ساله) بیشتر بود و همانند تحقیقات دیگر می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران گروهی پرخطر جهت ابتلا به کمردرد هستند (20-22).

همچنین بعضی از عوامل فردی به عنوان عوامل خطر کمردرد شناخته شدند که در بعضی از مطالعات دیگر نیز رابطه آنها با کمردرد تأیید شده است. از جمله آنها می‌توان به سن (24:23،20)، تعداد حاملگی و تعداد زایمان‌های قبلی (25-27)، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (27-29)، عوامل روانی و روانی (9:10) نمایه توده بدنی و (BMI) (4) اشاره نمود.

1. Vasiliodon  
2. Ando  
3. Monnion

1. Ando  
2. Stubbs

توجهی از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف انجام‌گردید، نشان می‌دهد که کم‌درد یکی از مشکلات جدی بهداشتی- درمانی در این گروه می‌باشد و عوامل متعددی می‌توانند بر آن تأثیر بگذارند. بنابراین مطالعات دیگر لازم است تا تأثیر روش‌های مختلف پیشگیری از این عارضه را بررسی نموده و از هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم آن بکاهند.

و نیز نسبت به درد تحمل کم‌تری دارند. نتیجه‌گرفته شده که بهترین عامل پیش‌گویی‌کننده کم‌درد دیسترس روانی بوده است (30). از آنجایی‌که تأثیر عوامل روانی در ایجاد کم‌درد شناخته شده است (30.9.8.1) انتظار می‌رود عوامل روانی محیط کار از جمله عدم رضایت شغلی نیز بر آن تأثیرگذار باشند (25.1). دان<sup>4</sup> (2004) ارتباط کم‌درد با اضطراب، افسردگی و عوامل محیط‌کاری مانند رضایت شغلی (31)، هاگمن<sup>5</sup> (2004) همراهی کم‌درد با افسردگی (32) را بیان‌کردند که در مطالعه حاضر نیز ارتباط معنی‌داری بین کم‌درد با عدم رضایت شغلی، اضطراب و افسردگی به دست آمد. به نظر می‌رسد ترکیبی از همه این عوامل خطر شامل عوامل فردی، شغلی، روانی و روانی- اجتماعی در پیشرفت کم‌درد دخالت می‌کنند و این عوامل به طرق مختلف باعث مشکلات کم‌درد می‌شوند. در یک حالت عوامل خطر روانی ممکن است عامل اصلی باشد و در موارد دیگر عوامل خطر شغلی می‌توانند علل اولیه کم‌درد باشند. پس هرگونه کوششی برای درمان کم‌درد باید با توجه به عوامل خطر ممکن برای هر فرد صورت گیرد.

میانگین روزه‌های کاری از دست‌رفته به علت مرخصی، بستری شدن در بیمارستان و منزل مؤید تحمیل هزینه‌های غیرمستقیم بر سیستم بهداشت و درمان است که باید مورد توجه قرار گیرد، خصوصاً که میزان غیبت از کار در مطالعه حاضر بیش از مطالعات دیگر می‌باشد (15.13.3). به طور کلی یافته‌های این مطالعه که بر روی تعداد قابل

4. Dunn

5. Haggman



- فهرست منابع
1. Feye AM, Herbison P. The role of physical and psychological factors in occupational low back pain: a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2000; 57(2): 116-20.
  2. Meier E. Ergonomic standard and implication for nursing. *Nursing Economic*, 2001; 19(1): 31-2.
  3. Smith D, Leggat P. Musculoskeletal disorders in nursing. *Australian Nursing Journal*. 2003; 11(1): cu 1-6.
  4. Ando S, Ono Y. Association of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occupational and Environment Medicine*, 2000; 57(3): 211-16.
  5. Chiou WK, Wong MK, Lee YH. Epidemiology of low back pain in Chinese nurses. *Int J. Nurs. Stud.* 1994; 31(4): 361-368.
  6. Andersson G. *The epidemiology of spinal disorders, in the adult spine: principles and practice* (Frymoyer). Raven press, New York, 1991; 107-146.
  7. Frymoyer J, Pope M, Clements J, et al. Risk factors in low back pain: An epidemiological survey. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1983; 65: 213-218.
  8. Mannion AF, Dolan P, Adams M. Physiological questionnaires: do abnormal scores precede or follow first time low back pain? *Spine*, 1996; 21: 2603-2611
  9. Rihimacki H. Low back pain, its origin and risk indicators *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. 1991; 17: 81-90.
  10. Symonds T, Burton A, Tillotson K, Main C. Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? *Occupational Medicine*. 1996; 46: 25-32.
  11. Moffet J.A.K, Hughes GI, Graffiths P. A Longitudinal study of low back pain in student nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* 1993; 30(3): 197-212.
  12. Hignett S. Work- related back pain in nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23: 1238-1240.
  13. Smedley J. Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses. *BM J* 1997, 314: 1225-1228.
  14. Lee JH, Hoshino Y. Epidemiological comparison of low back pain in three Asian countries. *Journal of Orthopedic Surgery*. 1998; 6(2): 23-28.
  15. Vasiliadon A, Karrountzis QG. Occupational low back pain in nursing staff in a Greek hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 125-130.
  16. دادستان پریخ، منصور محمود،  $\theta \tilde{r} \tilde{o} \tilde{u} \tilde{u} \tilde{i} \tilde{o} \tilde{u} \tilde{u}$  شهر انتشار، نام نشر، صفحه 269-263-1376.
  17. پناهی شهری محمود. بررسی مقدماتی روانی، اعتبار و فرم یابی سیاهه حالت- صفت اضطراب اسپیلبرگر.  $\tilde{u} \tilde{u} \tilde{u}$ .

دانشکده علوم تربیت و روانشناسی  
دانشگاه تربیت مدرس.  
صفحه 120، 1372

18. گودرزوند چگینی سیاوش. پژوهش در ارزش تشخیص میزان افسردگی فرم فارسی مینی مالت و پرسشنامه بک. دانشکده علوم تربیت و روانشناسی دانشگاه تهران. صفحه 59، 1361.
19. Stubbs DA. Backing out: Nurses wastage associated with back pain. *International Journal of Nursing Studies*. 1986; 23: 325-36.
20. CSAG(Clinical Standards Advisory Group). *Epidemiology review; the epidemiology and cost of back pain*. Hmso, London. 1994.
21. Andersson B. Epidemiology of low back pain. *Acta Orthopædica Scandinavia* (suppl 281). 1998; 69: 28-31.
22. Leighton DJ, Reilly T. epidemiological aspect of back pain: the incidence and prevalence of back pain in nurses. Compared to the general population. *Occup Med*. 1995; 45(2): 265-8.
23. Croft P, Papageorgiu A, Thomas E, Macfarlane G, Silman A. A short term physical risk factors for new episodes of low back pain. Prospective evidence from the South Manchester back pain study. *Spine*. 1999; 24: 1556-1561.
24. Kuiper J, Burdorf A, Verbeek J, Frings-Dresen M. Epidemiologic evidence on manual materials handling as a risk factor for back disorders: a systemic review. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 1999; 24: 389-404.
25. Ostgaard HC, Andersson GBJ, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine*. 1991, 16: 549 – 52.
26. Turgut F, Turgut M, Cetinsahin M. A prospective study of persistent back pain after pregnancy. *European J of Obstet and Gynecol and Resroductive Biology*. 1998, 80: 45 – 48.
27. Worku Z. Prevalence of low back pain in Lesotho mothers. *J of Manipulative and Physiol Ther*. 2000, 23 (3): 147-154.
28. Fast A, Shapiro D, Ducomman EJ, Fiedmann LW, Bouklast, Flowman Y. Low back pain in pregnancy. *Spine*. 1987, 12: 368-71.
29. Orvieto R, Achiron A, Ben-Rafael Z, Gelernter I, Achiron R. Low back pain of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994; 73(3): 209-14.
30. Mannion AF, Dolan P, Adams M. Physiological questionnaires: do abnormal scores precede or follow first- time low back pain? *Spine*. 1996; 21: 2603-2611.
31. Dunn KM, Croft PR. Epidemiology and natural history of low back pain. *Eura Medicophys*. 2004; 40(1): 9-13.
32. Haggman S, Maher CG, Refshauge KM. Screening for symptoms of depression by physical therapists managing low back pain. *Phys Ther*. 2004; 84(12): 1157-66.