مقاله پژوهشی

بررسی شیوع کمردرد و ریسک فاکتورهای سبک زندگی در افراد مصرف‌کننده اپیوئید و مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیر اپیوئید در جمعیت کوهورت پرشین فسا

علیرضا جلایی[۱]، طاهره غلامی[۲*]، عزیزاله دهقان[۳]، حبیب ذاکری[۳]

۱- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
۲- گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیردار، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
۳- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیردار، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: کمردرد شکایت شایعی است که بسیاری از افراد در طول زندگی با آن روبرو می‌شوند. و یکی از پرهزینه‌ترین مشکلات بهداشتی-درمانی است. مطالعه حاضر باهدف تعیین شیوع کمردرد و ریسک فاکتورهای سبک زندگی در افراد مصرف‌کننده اپیوئید و مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیر اپیوئید در جمعیت کوهورت پرشین فسا انجام شده است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش مقطعی- توصیفی- تحلیلی و جامعه آماری پژوهش ساکنین شهر ششده فسا در استان فارس بوده که تعداد ۱۰۰۰۰ نفر به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار مورداستفاده پرسشنامه کوهورت کشوری بود و به‌منظور تجزیه‌وتحلیل اطلاعات از آزمون‌های آماری توصیفی، مجذور کای، تی مستقل و همچنین رگرسیون لجستیک برای مدل‌سازی و برآورد نسبت شانس (OR) در نرم‌افزار $SPSS_{24}$ استفاده شد.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که بین کمردرد با مصرف تریاک، قلیان، سیگار، الکل و جنسیت رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۰). با افزایش یک سال سن شانس کمردرد ۱/۰۲ برابر می‌شود (CI=۱/۰۱۹-۱/۰۳۱، OR= ۱/۰۲) همچنین زنان ۱/۶۷ برابر مردان شانس کمردرد (CI= ۱/۴۴-۱/۹۴، OR= ۱/۶۷) داشتند همچنین افرادی که قلیان می‌کشند ۱/۴۳ برابر کمردرد بیشتری دارند (CI=۰/۵۲۶-۰/۹۲، OR= ۱/۴۳). شانس کمردرد در افرادی که ناس می‌کشند ۲/۵۰ برابر بیشتر است (CI=۱/۳۴-۴/۶۷، OR= ۲/۵۰). شانس کمردرد در افرادی که سیگار می‌کشند ۱/۲۰ برابر بیشتر است (CI=۱/۰۳۲-۱/۴۱۵، OR= ۱/۲۰) و با افزایش یک واحد BMI شانس ابتلا به کمردرد در افراد ۱/۰۱۷ برابر بیشتر می‌شود (CI=۱/۰۱۷-۱/۰۲۹، OR= ۱/۰۱۷).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مصرف مواد مخدر اپیوئید (تریاک) و غیر اپیوئید (سیگار، قلیان، ناس و الکل) با کمردرد تفاوتی وجود ندارد و این مواد به علت تأثیری که بر سیستم اسکلتی-عضلانی می‌گذارند باعث کاهش میزان کلسیم بدن، تراکم توده استخوان می‌شوند و درنهایت منجر به کمردرد در افراد مصرف‌کننده می‌شوند.

کلمات کلیدی: کمردرد مزمن، مواد مخدر، فعالیت فیزیکی، پرشین کوهورت

مقدمه

کمردرد یک بیماری منحصربه‌فرد نیست بلکه یک نشانه است که می‌تواند از چندین بیماری مختلف حاصل گردد. این نشانه بر اساس موقعیت درد مشخصاً بین حاشیه تحتانی دنده‌ها و شیار گلوتئال تعریف می‌شود و معمولاً با درد در یک یا هر دو پا همراهی دارد. در ضمن برخی افراد نیز، دچار علائم نورولوژیک مرتبط در اندام تحتانی هستند (۱). تعریف کمردرد مزمن عبارت است از دردی که برای ۱۲ هفته یا بیشتر باقی می‌ماند حتی بعد از بهبود عامل آسیب‌زای اولیه (۲).

کمردرد یک علامت بسیار شایع است طوری که حداقل ۸۰٪ افراد بالغ در دوره‌ای از زندگی فعال خود آن را تجربه کرده‌اند (۳، ۴). در صورت مزمن شدن کمردرد مشکلات مختلف

*نویسنده مسئول: طاهره غلامی، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیردار، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
Email: gholamitahereh@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0002-8170-3730

اجتماعی، شخصی، اقتصادی و روانی برای فرد به وجود می‌آید و باعث تأثیر جدی بر روی کیفیت زندگی افراد می‌گردد (۵، ۶). در مطالعه صورت گرفته توسط Vos T و همکاران (۷) در سال ۲۰۱۵، میزان شیوع کمردرد محدودکننده فعالیت ۷/۳٪ بود و این آمار به این معنی است که حدود ۵۴۰ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار داده است و نیز دومین علت شایع ناتوانی در بین بالغین ایالات‌متحده و همچنین دلیلی شایع برای غیبت‌های شغلی است. در حدود ۱۴۹ میلیون روز کاری در سال به خاطر کمردرد از دست می‌روند. همچنین این شرایط نیز هزینه‌بر است؛ طوری که هزینه کل سالیانه بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلیون دلار برآورد شده است. در کشورهای با سطح درآمد بالا، متوسط، پایین و همه گروه‌های سنی از کودکان تا افراد مسن اتفاق می‌افتد. همچنین مقدار شیوع کمردرد در نوجوانان هم به‌اندازه بزرگ‌سالان است. بیشترین میزان افزایش ناتوانی ناشی از کمردرد طی چند دهه اخیر در کشورهای با درآمد متوسط و پایین شامل کشورهای آسیایی، آفریقایی و خاورمیانه اتفاق افتاده که سیستم سلامت به‌طور ضعیف و نامتناسب با رشد جمعیت تجهیز شده است (۱، ۳-۷).

در بررسی که Hartvigsen و همکاران در سال ۲۰۱۸ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کمردرد ناتوان‌کننده بیشتر در بین افراد با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین تظاهر یافته است (۱).

برخی علت‌های کمردرد عبارت‌اند از: کشیدگی‌ها و پیچ-خوردگی‌ها، تخریب دیسک بین مهره‌ای، فتق یا پارگی دیسک‌ها، سیاتیک، رادیکولوپاتی، تروما، تنگی کانال نخاعی، پوکی استخوان، بیماری‌های التهابی مفاصل و spondylolisthesis. ریسک فاکتورهایی که می‌توانند احتمال بروز کمردرد را افزایش دهند شامل موارد زیر است: افزایش سن، فعالیت فیزیکی پایین، افزایش وزن، حاملگی، ریسک فاکتورهای شغلی، ژنتیک، فاکتورهای روانی مثل اضطراب و افسردگی. همچنین مصرف سیگار، جریان خون را به ستون مهره‌ها کاهش داده که می‌تواند سبب تخریب دیسک‌ها گردد. مصرف سیگار شانس پوکی استخوان را افزایش می‌دهد و روندترمیم را طولانی می‌کند. سرفه به علت سیگار هم ممکن است باعث کمردرد شود (۷).

همچنین در مطالعه‌ای که Lindal E و همکاران در سال ۱۹۹۶ انجام دادند میزان شیوع کمردرد در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیر سیگاری بیشتر بود (۸). بعلاوه در مطالعه Frymoyer نیز به این نتیجه رسیدند که افراد با کمردردهای شدید، مصرف بیشتری از سیگار چه ازلحاظ تعداد نخ‌های مصرف‌شده در یک روز و چه ازلحاظ سال‌های مواجهه داشتند (۹). در مطالعه Shiri و همکاران در سال ۲۰۱۹ عنوان‌شده چاقی شکمی ریسک کمردرد را افزایش می‌دهد (۱۰).

اعتیاد به مواد مخدر اختلالی مزمن است که فرد (وابسته) در صورت عدم دسترسی به مواد دچار احساساتی ناخوشایند و منفی می‌شود و ناخواسته و بدون اراده به دنبال مصرف مواد می‌رود. مواد اپیوییدی، موادی هستند که از طریق گیرنده‌های عصبی اپیوئید بر روی بدن تأثیر می‌گذارند. دارای اثرات مخدر بوده، یعنی دردزدا و خواب‌آور هستند. افیون‌ها مواد شیمیایی طبیعی هستند که در خشخاش یافت شده و دارای اثر مخدر می‌باشند مواد مخدر محرک (تنباکو، اکستاسی و کراک) و توهم‌زا (حشیش، متامفتامین، LSD) از دسته مواد مخدر غیر اپیوئید می‌باشند. مصرف مواد اپیوییدی معمولاً با شرایطی مثل سیگار کشیدن، فعالیت فیزیکی پایین، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و تغذیه نامناسب همراهی دارد. اعتیاد به اپیوم می‌تواند منجر به کاهش دریافت کلسیم و فسفر شود و به‌صورت غیرمستقیم فرد را مستعد به از دست رفتن استخوان و پوکی استخوان نماید (۱۱) و همان‌طور که ذکر شد پوکی استخوان از علل کمردرد است.

افراد مصرف‌کننده اپیوییدی در معرض ابتلا به طیفی وسیع از اختلالات حاد و مزمن هستند شامل اوردوز، خودکشی، بیماری‌های قلبی عروقی، کبدی، ریوی، سرطان، درد مزمن و مشکلات و مسائل سیستم اسکلتی عضلانی ازجمله کمردرد (۱۲).

در مطالعات مختلف عوارض بسیاری در رابطه با مصرف شیشه عنوان‌شده است. برای مثال: افزایش فعالیت‌های فیزیکی نوعی حالت سرخوشی، ناآرامی و دلواپسی، هراس و اضطراب، سوءظن همراه با توهم رفتارهای پرخاشگرانه و حمله‌های ناگهانی، بی‌خوابی شدید، پرچانگی، تکرار حرف‌ها، تغییر ناگهانی در رفتار و گفتار و اختلال در درک، ایجاد بیماری روانی شبیه اسکیزوفرنی، توهمات بینایی و شنوایی، بدبینی و پرخاشگری، توهم به‌ویژه توهم پرواز، بالا رفتن فشارخون، خشکی دهان و عوارض بیشمار دیگر (۱۳).

در ایالت متحده آمریکا، تجویز داروهای مخدر برای درمان کمردرد رو به افزایش است و در حال حاضر مصرف مواد مخدر

شیوع بالایی دارد. بیش از نیمی از افراد مصرف‌کننده اپیوئید کمردرد را گزارش کرده‌اند. میزان تجویز مواد مخدر در ایالات‌متحده و کانادا ۲ تا ۳ برابر بیشتر از کشورهای اروپایی است. شواهد نشان می‌دهند که به بازگشت به کار در کارگران مجروح و آسیب‌دیده و یا بهبود نتایج عملکردی درد حاد در مراقبت‌های اولیه کمک نمی‌کند (۱۴). حتی در مطالعه Carnide و همکاران در سال ۲۰۱۸ نتایج حاکی از این بود که تجویز زودهنگام اپیوئیدها تأثیر معکوسی بر ناتوانی از کار دارد (۱۵).

همچنین برای رسیدن به کیفیت مطلوب زندگی و بدون مشکل، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای بیماران، کارکنان بهداشتی، خانواده‌های بیماران دارای اهمیت است تا با کنترل بیماری از میزان ازکارافتادگی، محدودیت اجتماعی، نگرانی‌های روحی و مراجعه مکرر برای درمان به پزشکان کاسته شود (۴). با توجه به مطالب فوق، مطالعات نتایج متفاوتی در مورد ریسک فاکتورهای سبک زندگی در ایجاد کمردرد گزارش نموده‌اند و این تفاوت را ناشی از تفاوت در گروه‌های مختلف موردمطالعه و فرهنگ‌های مختلف می‌دانند (۱۶). علاوه بر این در ایران نیز مطالعه خاصی در مورد مقایسه شیوع کمردرد در افراد مصرف‌کننده اپیوئید و مصرف‌کنندگان مواد غیر اپیوئید مانند شیشه، کراک و پان در دسترس نیست؛ بنابراین بر آن شدیم تا مطالعه زیر را باهدف تعیین شیوع کمردرد و ریسک فاکتورهای سبک زندگی در این دو گروه در جمعیت کوهورت پرشین فسا انجام دهیم تا نتایج آن در مطالعات آینده و توان‌بخشی برای جلوگیری از کمردرد مورداستفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

داده‌های پژوهش حاضر مربوط به طرح پرشین کوهورت شاخه فسا (۱۷) بوده که بر روی حدود ۱۰۰۰۰ نفر از ساکنین شهر ششده که در ۴۰ کیلومتری شهرستان فسا قرار دارد باهدف انجام غربالگری به‌منظور کاهش خطر سکته قلبی در افراد در معرض خطر، انجام‌شده است. از میان این افراد، کسانی که به سؤال «آیا هرگز دچار کمردردی که بیش از یک هفته طول بکشد و در کار روزمره اختلال جدی ایجاد کند»، پاسخ مثبت داده‌اند وارد مطالعه شدند که تعداد آن‌ها ۱۰۰۰۰ نفر بود و برای این تعداد داده‌های دیگری مانند اطلاعات دموگرافیک، مصرف انواع مخدر (اپیوئید و غیر اپیوئید)، میزان فعالیت فیزیکی، اطلاعات مربوط به معاینه آنتروپومتریک (قد، وزن و BMI) از مرکز کوهورت دانشگاه علوم پزشکی فسا درخواست شد.

مطالعه کوهورت فسا (FACS) به‌منظور ارزیابی عوامل خطر مستعد کننده‌ی ساکنان منطقه روستایی فسا به بیماری‌های غیر واگیر (شامل شایع‌ترین آن‌ها) طراحی‌شده است. این مطالعه یک بررسی طولی مبتنی بر جمعیت است که مجموعاً پیگیری آن ۱۵ سال طول خواهد کشید. افراد توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی روستایی (بهورزها) که نمایندگان سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در هر خانه بهداشتی در روستاها و شهرهای کوچک هستند، به شرکت در مطالعه دعوت می‌شوند (۱۷). ازآنجاکه بهورز در مرحله اول وضعیت همه روستائیان محدوده تحت خود را ثبت کرده است، تمام افراد دعوت‌شده و وضعیت سلامتی آن‌ها را می‌شناسد. در مدل ایرانی شبکه بهداشت و درمان، بهورز از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است؛ زیرا وی از ساکنین همان شهرها و روستاها انتخاب‌شده و قبل از شروع کار به‌عنوان کارمند مراقبت‌های بهداشتی در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تحت برنامه‌های آموزشی ویژه قرارگرفته است. آن‌ها جمعیتی در حدود ۲۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر را تحت پوشش خود قرار می‌دهند و با پیگیری‌های معمول و برنامه‌ریزی‌شده و ثبت وضعیت پایه سلامت منطقه خود، در تماس مستقیم با مردم محدوده خود هستند. پیگیری‌های بهورز در خانه‌های بهداشت انجام می‌شود، جایی که وی مرتباً مردم را می‌بیند و معاینات جسمی پایه مانند کنترل فشارخون و همچنین ثبت وقایع بهداشتی را انجام می‌دهد. بهورزها به‌عنوان دعوت‌کننده مردم به مطالعه کوهورت فسا بودند، زیرا آن‌ها همه افراد منطقه را می‌شناختند و مردم به آن اعتماد می‌کردند. بهورزها طی جلسات آموزشی ویژه‌ای توسط محققان ارشد مطالعه، در مورد پروتکل و اهداف مطالعه توجیه شده‌اند. بهورزها با استفاده از روشی که به‌خوبی آزموده شده است، هر یک از ساکنین واجد شرایط منطقه را به‌صورت ساعت‌گرد شمارش و دعوت کردند و درنهایت هر یک از خانه‌های تحت پوشش خانه بهداشت را انتخاب کردند.

عناوین هر ۱۸ مجموعه سؤال پرسشنامه مطرح در کوهورت کشوری عبارت‌اند از: مشخصات عمومی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سوابق شغلی، وضعیت محل زندگی، سبک زندگی، سؤالات مربوط به تاریخچه باروری (مختص بانوان) سوابق بیماری‌های مزمن، سوابق مربوط به داروهای مصرفی، سوابق خانوادگی بیماری‌ها، اندازه‌گیری فشارخون، بهداشت دهان و

دندان، سؤالات مربوط به عادات فردی، معاینه فیزیکی و معلولیت جسمانی، خواب، فعالیت فیزیکی، معاینه آنتروپومتریک، فراوانی مصرف خوراک و عادات غذایی. و به دلیل اینکه این پرسشنامه راجع به شرایط و وضعیت زندگی، مسائل شخصی و مربوط به‌سلامتی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی است، نیازی به سنجش روایی و پایایی ندارد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. جهت گزارش داده‌های توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و به‌منظور تعیین ارتباط بین کمردرد و متغیرهای دیگر از آزمون-های مجذور کای، تی مستقل و همچنین رگرسیون لجستیک برای مدل‌سازی و برآورد نسبت شانس (OR) استفاده شد.

نتایج

در جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک افراد موردمطالعه نشان داده‌شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۹/۵۷)۴۸/۶۴ است و کمترین و بیشترین سن افراد به ترتیب ۳۴ و ۹۲ سال بود. میانگین و انحراف معیار قد افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۹/۶۵)۱۶۱/۶۷ سانتی‌متر بود و کوتاه‌ترین و بلندقدترین فرد به ترتیب ۱۵۰ و ۱۹۷ سانتی‌متر بودند. میانگین و انحراف معیار وزن افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۱۳/۳۱)۶۷/۰۲ کیلوگرم بود و کمترین و بیشترین مقدار وزن به ترتیب ۴۷ و ۱۵۰ کیلوگرم بود. میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۴/۸۲)۲۵/۶۶ بود و بیشترین و کمترین مقدار BMI به ترتیب ۵۵/۴۳- ۱۴/۰۹ بود. میانگین و انحراف معیار دور کمر افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۱۱/۷۹)۹۳/۱۴ بود و بیشترین و کمترین مقدار به ترتیب ۱۵۰-۴۹ سانتی‌متر بود. میانگین و انحراف معیار دور ران افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۸/۸۶)۹۹/۵۸ بود و بیشترین و کمترین مقدار دور ران به ترتیب ۱۵۳-۶۸ سانتی‌متر بود. میانگین و انحراف معیار میزان فعالیت فیزیکی افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۶۷۷/۳۱)۲۴۹۰/۵۳ MET بود و بیشترین و کمترین مقدار فعالیت فیزیکی ۶۲۶۴-۱۴۰۴بود. ۵۴/۸ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه زن بودند و ۴۹/۲ درصد از افراد به شغل خانه‌داری مشغول بودند. ۸۲/۸ درصد از افراد کمردرد نداشتند و ۷۵/۶ درصد از افراد احساس خشکی در کمر خود نداشتند.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک افراد موردمطالعه

متغیر کمی	N	Max-min	M(SD)
سن (سال)	۱۰۱۳۸	۹۲-۳۴	۴۸/۶۴(۹/۵۷)
قد (Cm)	۱۰۱۲۱	۱۹۷-۱۵۰	۱۶۱/۶۷(۹/۶۵)
وزن (Kg)	۱۰۱۲۱	۱۵۰-۴۷	۶۷/۰۲(۱۳/۳۱)
شاخص توده بدنی (BMI)	۱۰۱۱۳	-۱۴/۰۹ ۵۵/۴۳	۲۵/۶۶(۴/۸۲)
فعالیت فیزیکی (MET)	۱۰۱۱۲	۶۲۶۴-۱۴۰۴	۲۴۹۰/۵۳(۶۷۷/۳۱)
متغیر کیفی		n(٪)	
جنسیت	زن	۵۵۶۰(۵۴/۸)	
	مرد	۴۵۷۸(۴۵/۲)	
شغل	خانه‌دار	۴۹۸۶(۴۹/۲)	
	فعالیت سنگین روزانه	۳۵۳۱(۳۴/۸)	
	فعالیت سبک روزانه	۱۶۲۱(۱۶)	
کمردرد	دارد	۱۷۴۴(۱۷/۲)	
	ندارد	۸۳۹۴(۸۲/۸)	

در جدول ۲ تعداد افرادی که انواع مواد مخدر را مصرف می‌کنند به تفکیک فاکتورهای سبک زندگی (میزان تحصیلات، شاخص توده بدنی، وضعیت تأهل، فعالیت فیزیکی) نشان

جدول ۲- تعداد افرادی که انواع مواد مخدر را مصرف می‌کنند به تفکیک فاکتورهای سبک زندگی (میزان تحصیلات، شاخص توده بدنی، وضعیت تأهل، فعالیت فیزیکی)

		تریاک		سیگار		ناس		قلیان		چپق		شیشه		الکل	
		می‌کشد n(%)	نمی‌کشد n(%)	می‌کشد n(%)	نمی‌کشد n(%)	می‌کشد n(%)	نمی‌کشد n(%)	می‌کشد n(%)	نمی‌کشد n(%)	می‌کشد n(%)	نمی‌کشد n(%)	می‌کشد n(%)	نمی‌کشد n(%)	می‌نوشد n(%)	نمی‌نوشد n(%)
تحصیلات	ابتدایی	۸۱۵	۲۴۷۷	۸۶۰	۲۴۲۹	۱۸	۳۲۷۴	۱۸۹	۳۱۰۳	۶	۳۲۸۶	۷	۳۲۸۵	۶۳	۳۲۲۹
	راهنمایی	۵۱۸	۸۴۰	۵۴۶	۸۱۲	۱۹	۱۳۳۹	۱۵۹	۱۱۹۹	۰	۱۳۵۸	۱۰	۱۳۴۸	۶۵	۱۲۹۳
	دیپلم	۱۸۸	۴۱۶	۲۰۶	۳۹۸	۷	۵۷۹	۷۹	۵۲۵	۰	۶۰۴	۲	۶۰۲	۲۸	۵۷۶
	فوق‌دیپلم	۲۱	۴۰	۲۰	۴۱	۱	۶۰	۱۲	۴۹	۰	۶۱	۲	۵۹	۲	۵۹
	لیسانس	۳۰	۱۱۹	۳۵	۱۱۴	۱	۱۴۸	۲۰	۱۲۹	۰	۱۴۹	۰	۱۴۹	۵	۱۴۴
	فوق‌لیسانس	۴	۱۹	۴	۱۹	۰	۲۳	۴	۱۹	۰	۲۳	۰	۲۳	۰	۲۳
	دکترا	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱
	بی‌سواد	۷۷۹	۳۸۶۵	۱۰۶۱	۳۸۸۱	۱۲	۴۶۳۲	۱۳۸	۴۵۰۶	۲۸	۴۶۱۶	۶	۴۶۳۸	۴۹	۴۵۹۵
شاخص توده بدن	کم‌وزن	۳۱۶	۲۶۱	۳۴۸	۲۲۸	۱۰	۵۶۷	۴۱	۵۳۶	۴	۵۷۳	۴	۵۷۳	۲۴	۵۵۳
	نرمال	۱۱۹۴	۲۸۷۶	۱۳۹۱	۲۶۷۷	۲۶	۴۰۴۴	۲۵۷	۳۸۱۳	۱۶	۴۰۵۴	۱۰	۴۰۶۰	۱۰۵	۳۹۶۵
	پیش از چاقی	۶۱۹	۲۹۵۳	۷۱۴	۲۸۵۷	۱۷	۳۵۵۵	۲۲۴	۳۳۴۸	۹	۳۵۶۳	۱۱	۳۵۶۱	۶۸	۳۵۰۴
	چاقی کلاس	۱۶۳	۱۲۲۱	۲۰۵	۱۱۷۹	۵	۱۳۷۹	۵۸	۱۳۲۶	۲	۱۳۸۲	۲	۱۳۸۲	۱۱	۱۳۷۳
	چاقی کلاس	۲۶	۲۸۲	۳۲	۲۷۵	۰	۳۰۸	۱۲	۲۹۶	۱	۳۰۷	۰	۳۰۸	۲	۳۰۶
	چاقی کلاس	۸	۶۱	۷	۶۲	۰	۶۹	۴	۶۵	۰	۶۹	۰	۶۹	۱	۶۸
وضعیت تأهل	مجرد	۵۵	۳۱۸	۵۲	۳۲۱	۵	۳۶۸	۲۴	۳۴۹	۱	۳۷۲	۳	۳۷۰	۱۰	۳۶۳
	متأهل	۲۲۷۴	۶۷۴۲	۲۵۹۹	۶۴۱۲	۵۳	۸۹۶۳	۵۶۶	۸۴۵۰	۲۹	۸۹۸۷	۲۴	۸۹۹۲	۱۹۹	۸۸۱۷
	بیوه	۱۶	۹۱	۶۶	۵۷۹	۰	۶۴۵	۵	۹۷	۰	۶۴۱	۰	۶۴۵	۳	۹۹
	مطلقه	۱۱	۶۲۹	۱۶	۸۶	۰	۱۰۲	۷	۶۳۸	۴	۱۰۲	۰	۱۰۲	۰	۶۴۵
فعالیت فیزیکی	کم	۴	۵	۳	۶	۰	۹	۱	۸	۰	۹	۰	۹	۰	۹
	متوسط	۱۶۲۶	۶۶۴۶	۱۹۱۰	۶۳۵۹	۴۲	۸۲۳۰	۴۲۷	۷۸۴۵	۲۴	۸۲۴۸	۲۰	۸۲۵۲	۱۵۰	۸۱۲۲
	شدید	۷۲۲	۱۱۱۵	۸۱۴	۱۰۲۱	۱۶	۱۸۲۱	۱۷۴	۱۶۶۳	۱۰	۱۸۲۷	۷	۱۸۳۰	۶۲	۱۷۷۵

که تریاک می‌کشند متأهل بوده دارای تحصیلات ابتدایی بودند، BMI آن‌ها نرمال بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود. بیشتر افرادی که سیگار می‌کشیدند بی‌سواد بوده، متأهل بودند، BMI آن‌ها نرمال بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود. بیشتر افرادی که الکل می‌نوشیدند تحصیلات ابتدایی داشته، متأهل بودند، BMI آن‌ها نرمال بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود. بیشتر افرادی که ناس می‌کشیدند تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند، متأهل بودند، BMI آن‌ها نرمال بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود. بیشتر افرادی که قلیان می‌کشیدند تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشته، متأهل بودند، BMI آن‌ها نرمال بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود. بیشتر افرادی که شیشه می‌کشیدند بی‌سواد بوده، متأهل بودند، BMI آن‌ها در گروه پیش از چاقی بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود و بیشتر افرادی که چپق می‌کشیدند بی‌سواد بوده، متأهل بودند، BMI آن‌ها نرمال بود و فعالیت فیزیکی آن‌ها در حد متوسط بود.

در جدول ۳ رابطه بین متغیرهای کمی (سن، قد، وزن، BMI و فعالیت فیزیکی)، متغیرهای کیفی (جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات) با کمردرد نشان داده‌شده است. همان‌گونه که نتایج حاصل از آزمون آماری t-test نشان می‌دهد بین همه متغیرهای کمی و کیفی با کمردرد رابطه آماری معنادار وجود دارد به‌جز متغیر وزن (P=۰/۲۶۱).

در جدول ۴ رابطه بین انواع مواد مخدر و کمردرد در افراد موردپژوهش نشان داده‌شده است. همان‌گونه که نتایج آزمون

جدول ۳. رابطه بین متغیرهای کمی و کیفی موردپژوهش با کمردرد

متغیرهای کمی		کمردرد		P*
		دارد میانگین (انحراف معیار)	ندارد میانگین (انحراف معیار)	۰/۰۰۰
سن		۵۰/۷۲(۹/۵۷)	۴۸/۲۰(۹/۵۲)	۰/۰۰۰
قد		۱۶۰/۵۳(۱۰/۴۸)	۱۶۱/۹۰(۹/۴۵)	۰/۰۰۰
وزن		۶۷/۳۵(۱۲/۸۸)	۶۶/۹۵(۱۳/۴۰)	۰/۲۶۱
BMI		۲۶/۱۲(۴/۹۳)	۲۵/۵۵(۴/۸۳)	۰/۰۰۰
فعالیت فیزیکی		۴۰/۴۰(۱۱/۰۲)	۴۱/۶۹(۱۱/۴۱)	۰/۰۰۰
متغیرهای کیفی		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	۶۲۵(۱۳/۷)	۳۹۵۰(۸۶/۳)	۰/۰۰۰
	زن	۱۱۱۸(۲۰/۱)	۴۴۳۸(۷۹/۹)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳۱(۸/۳)	۳۴۲(۹۱/۷)	۰/۰۰۰
	متأهل	۱۵۴۵(۱۷/۱)	۷۴۶۷(۸۲/۹)	
	بیوه	۱۴۷(۲۲/۸)	۴۹۷(۷۷/۲)	
	مطلقه	۲۰(۱۹/۶)	۸۲(۸۰/۴)	
میزان تحصیلات	ابتدایی	۱(۲۵)	۳(۷۵)	۰/۰۰۰
	راهنمایی	۵۲۸(۱۶)	۲۷۶۳(۸۴)	
	دیپلم	۱۸۵(۱۳/۶)	۱۱۷۳(۸۶/۴)	
	فوق‌دیپلم	۶۳(۱۰/۴)	۵۴۰(۸۹/۶)	
	لیسانس	۴(۶/۶)	۵۷(۹۳/۴)	
	فوق‌لیسانس	۶(۴)	۱۴۳(۹۶)	
	دکترا	۱(۴/۳)	۲۲(۹۵/۷)	
	بی‌سواد	۰	۱(۱۰۰)	
		۹۵۵(۲۰/۶)	۳۶۸۶(۷۹/۴)	

t-test*

جدول ۴- رابطه بین انواع مواد مخدر با کمردرد

		کمردرد		P*
		دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)	
تریاک	می‌کشد	۳۴۲(۱۴/۵)	۲۰۱۳(۸۵/۵)	۰/۰۰۰
	نمی‌کشد	۱۴۰۱(۱۸)	۶۳۷۵(۸۲)	
چپق	می‌کشد	۸(۲۳/۵)	۲۶(۷۶/۵)	۰/۲۲
	نمی‌کشد	۱۷۳۵(۱۷/۲)	۸۳۶۲(۸۲/۸)	
قلیان	می‌کشد	۶۳(۱۰/۵)	۵۳۹(۸۹/۵)	۰/۰۰۰
	نمی‌کشد	۱۶۸۰(۱۷/۶)	۷۸۴۹(۸۲/۴)	
ناس	می‌کشد	۱۴(۲۴/۱)	۴۴(۷۵/۹)	۰/۱۱۲
	نمی‌کشد	۱۷۲۹(۱۷/۲)	۸۳۴۴(۸۲/۸)	
شیشه	می‌کشد	۳(۱۱/۱)	۲۴(۸۸/۹)	۰/۲۹۳
	نمی‌کشد	۱۷۴۰(۱۷/۲)	۸۳۶۴(۸۲/۸)	
سیگار	می‌کشد	۴۳۹(۱۶)	۲۲۹۹(۸۴)	۰/۰۳۱
	نمی‌کشد	۱۳۰۴(۱۷/۶)	۶۰۸۹(۸۲/۴)	
الکل	می‌نوشد	۱۷۱۷(۱۷/۳)	۸۲۰۲(۸۲/۷)	۰/۰۳۳
	نمی‌نوشد	۲۶(۱۲/۳)	۱۸۶(۸۷/۷)	

*کای اسکوئر

جدول ۵- مدل رگرسیون لجستیک ارتباط بین کمردرد و انواع مواد مخدر و متغیرهای سبک زندگی

	OR	95%CI FOR OR LOWER-UPPER	P*
الکل	۰/۹۲۶	۰/۶۰۱-۱/۴۲۶	۰/۷۲۶
تریاک	۱/۱۲۲	۰/۹۴۲-۱/۳۳۷	۰/۱۹۸
قلیان	۱/۴۳	۰/۵۲۶-۰/۹۲۰	۰/۰۱۱
ناس	۲/۵۰۲	۱/۳۴-۴/۶۷	۰/۰۰۴
سیگار	۱/۲۰۸	۱/۰۳۲-۱/۴۱۵	۰/۰۱۹
جنسیت	۱/۶۷۲	۱/۴۴-۱/۹۴	۰/۰۰۰
سن	۱/۰۲۵	۱/۰۱۹-۱/۰۳۲	۰/۰۰۰
تحصیلات	۱/۰۱	۰/۹۹۱-۱/۰۲۹	۰/۳۱۳
BMI	۱/۰۱۷	۱/۰۰۶-۱/۰۲۹	۰/۰۰۲
فعالیت فیزیکی	۰/۹۹۷	۰/۹۹۱-۱/۰۰۲	۰/۲۱۳

*رگرسیون لجستیک

آماری کای اسکوئر نشان می‌دهد بین مصرف تریاک (P=۰/۰۰۰)، قلیان (P=۰/۰۰۰)، سیگار (P=۰/۰۳۱) و الکل (P=۰/۰۳۳) با کمردرد رابطه آماری معنادار وجود دارد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که پس از انجام رگرسیون لجستیک تنها متغیرهای قلیان، ناس، سیگار، جنسیت و سن و BMI با کمردرد رابطه دارند. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد افرادی که قلیان می‌کشند ۱/۴۳ برابر کمردرد بیشتری دارند. شانس کمردرد در افرادی که ناس می‌کشند ۲/۵۰ برابر بیشتر است. شانس کمردرد در افرادی که سیگار می‌کشند ۱/۲۰ برابر بیشتر است و زنان ۱/۶۷ برابر مردان شانس کمردرد داشته‌اند و با افزایش یک سال سن شانس کمردرد ۱/۰۲۵ برابر می‌شود و با افزایش یک واحد BMI شانس ابتلا به کمردرد در افراد ۱/۰۱۷ برابر بیشتر می‌شود.

بحث

در مطالعه حاضر به بررسی شیوع کمردرد و ریسک فاکتورهای سبک زندگی در افراد مصرف‌کننده اپیوئید و مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیر اپیوئید در جمعیت کوهورت پرشین فسا پرداختیم.

در این مطالعه معتادین به انواع مواد مخدر، یا بی‌سواد بودند یا تحصیلاتی در حد ابتدایی و راهنمایی داشتند که احتمالاً این مسئله به علت کاهش امکانات و فرصت‌های تربیتی از طریق یادگیری می‌تواند باشد که با نتایج حاصل از مطالعه Svendsen و همکاران، موسوی و همکاران و نویدیان و همکاران همخوانی دارد (۲۰-۱۸). همچنین در مطالعه حاضر بیشترین افراد معتاد به انواع مواد مخدر دارای شاخص توده بدنی نرمال بودند که با نتایج حاصل از مطالعه Gozashti و همکاران همخوانی دارد (۲۱) اما فاطمی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که افراد معتاد به تریاک BMI کمتری نسبت به افراد معتاد به انواع مواد مخدر داشتند (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مصرف تریاک و کمردرد رابطه وجود دارد. Heydari و همکاران نیز در سال ۲۰۱۷ این مسئله را در مطالعه خود گزارش کردند و نشان دادند که میزان کاهش دانسیته استخوانی در افراد استفاده‌کننده از اپیوم بالاتر است. تمام این موارد مطرح کننده این است که استفاده طولانی‌مدت از اپیوم با افزایش قابل‌توجه ریسک از دست دادن کلسیم و استئوپروز همراه خواهد بود و همان‌طور که نتایج مطالعات گذشته نشان داده‌اند خود استئوپروز به‌عنوان یکی از علل کمردرد شناخته‌شده است (۲۳).

Dijken در سال ۲۰۰۸ در مطالعه خود در سوئد نشان داد که در افرادی که دچار کمردرد مزمن هستند احتمال اینکه بیشتر سیگار بکشند بیشتر است (۱۱). Kumar و همکاران نیز نشان دادن که سیگار کشیدن باعث کاهش قدرت کشش کمر و درنتیجه افزایش کمردرد در افراد می‌شود (۱۲) نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج مطالعات دیگر نشان داد ارتباط بین کمردرد مزمن و مصرف تنباکو همخوانی دارد (۱۳، ۲۵، ۲۴). Zimmermann-Stenzel و همکاران در سال ۲۰۰۸ در مطالعه خود نشان دادند که افرادی که سیگاری هستند یا قبلاً سیگار می‌کشیدند شانس بیشتری در ابتلا به کمردرد دارند (۲۶).

نتایج مطالعات کوهورت آینده‌نگر ۲۸ ساله نشان داده‌اند که سیگار کشیدن و اضافه‌وزن با افزایش خطر بستری به علت کمردرد مزمن در بزرگ‌سالی همراه است (۲۷)، همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان داده است که سیگار کشیدن ممکن است به‌عنوان یک فاکتور خطر برای کمردرد در نوجوانان باشد (۲۸). در مطالعه حاضر، سیگار کشیدن یک عامل خطر در کمردرد بود، بااین‌حال، علت ارتباط بین LBP و سیگار کشیدن، حتی در مطالعات اپیدمیولوژیک بزرگ اثبات نشده است (۲۹). همچنین در مطالعه ما بین نوشیدن الکل و کمردرد ارتباط معنی‌داری نشان داده شد. نتایج مطالعات قبلی نشان داده است که مستی مکرر مربوط به تروما است (۳۰) که ممکن است زمینه‌ساز ایجاد کمردرد و بیرون‌زدگی دیسک باشد (۳۱).

یکی از نتایج مهم مطالعه ما ارتباط بین قلیان کشیدن و کمردرد بود. باور غلطی که خیلی در جوامع شایع است این است که کشیدن قلیان سالم‌تر از کشیدن سیگار است اما نتایج مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که قلیان کشیدن باعث کاهش تراکم توده استخوان (BMD) و افزایش خطر شکستگی‌های متعدد در اندام‌های مختلف بدن مانند ستون فقرات، کمر، گردن استخوان ران، ران و دیگر قسمت‌های بدن می‌شود (۳۲، ۳۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین کشیدن ناس و کمردرد رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد اما مطالعه‌ای که به بررسی این ماده مخدر بر کمردرد پرداخته باشد یافت نشد احتمالاً این تأثیر به علت وجود ماده نیکوتین در ناس است که Iwahashi و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که مصرف نیکوتین منجر به از دست رفتن دیسک‌های بین مهره‌ای می‌شود (۳۴).

نتایج مطالعه Iizuka و همکاران در ژاپن نشان داد که بین متغیرهای جنسیت، سن و BMI با کمردرد رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۳۵) که با نتایج مطالعه ما متفاوت است و این تفاوت احتمالاً به علت تفاوت در نژاد، فرهنگ، نوع تغذیه و سبک زندگی جامعه موردمطالعه است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مصرف مواد مخدر اپیوئید (تریاک) و غیر اپیوئید (سیگار، قلیان، ناس و الکل) با کمردرد تفاوتی وجود ندارد و این مواد به علت تأثیری که بر سیستم اسکلتی-عضلانی می‌گذارند باعث کاهش میزان کلسیم بدن، تراکم توده استخوان می‌شوند و درنهایت منجر به کمردرد در

افراد مصرف‌کننده می‌شوند لذا در این مطالعه هم افرادی که این مواد را مصرف می‌کردند بیشتر دچار کمردرد بودند.

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه به‌صورت مقطعی رابطه بین مصرف انواع مواد مخدر و کمردرد را نشان می‌دهد لذا پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعات طولی جهت بررسی این مواد بر سیستم اسکلتی عضلانی در این جمعیت انجام شود. همچنین در این مطالعه از سؤال بلی-خیر برای پرسیدن کمردرد افراد استفاده‌شده که پیشنهاد می‌شود برای مطالعات بعدی از آزمایش‌ها و سؤال‌های اختصاصی‌تری برای بررسی کمردرد استفاده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه پایان‌نامه کد ۹۷۳۶۱ است. بدین‌وسیله مراتب سپاسگزاری خود را از مسئولین واحد پژوهش، معاون پژوهشی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ولیعصر فسا اعلام می‌نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet. 2018;391(10137):2356-67.
2.www.ninds.nih.gov/sites/default/files/low_back_pain_20-n5161_march_2020_508c.
3. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. Archives of internal medicine. 2009;169(3):251-8.
4. Mostafazadeh F, Rostamnegad M, Mashof M, Afzalifard H. The quality of life in patient with low backpain referral Ardabil's clinics 2003. Journal of Nursing and Midwifery Khorramabad. 2003;2(2-3):15-20. [In persian]
5. Sundell CG, Bergström E, Larsén K. Low back pain and associated disability in Swedish adolescents. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2019;29(3):393-9.
6. Thakur K, Singh N, Singh Y, Debnath U, Singh L. Prevalence of Disability in low back pain: A Hospitalbased Study.. Global Journal for Research Analysis. 2018;6(9):16-53
7. Vos T, Barber R, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2015;386(9995):743-800.
8. Lindal E, Stefansson J. Connection between smoking and back pain-findings from an Icelandic general population study. Scandinavian journal of rehabilitation medicine.1996;28(1):8-33.
9. Frymoyer J, Pope M, Clements JH, Wilder DG, MacPherson B, Ashikaga T. Risk factors in low-back pain. An epidemiological survey. JBJS. 1983;65(2):213-8.
10. Shiri R, Falah-Hassani K, Heliövaara M, Solovieva S, Amiri S, Lallukka T, et al .Risk Factors for Low Back Pain: A Population-Based Longitudinal Study. Arthritis care & research. 2019;71(2):290-9.
11. Dijken CB-v, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C. Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population-based study. Journal of rehabilitation medicine. 2008;40(10):864-9.
12. Kumar GP. Assessment of fatigue susceptibility of the lumbar extensor muscles amongst smokes. Biomedical Engineering: Applications, Basis and Communications. 2010; 22(40): 6-321.
13. Neuhauser H, Ellert U, Ziese T. Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. Das Gesundheitswesen. 2005;67(10):685-93.
14. Deyo RA, Von Korff M, Duhrkoop D. Opioids for low back pain. Bmj. 2015;350:g6380.

15. Carnide N, Hogg-Johnson S, Koehoorn M, Furlan A ,Côté P. 953 The relationship between early prescription dispensing patterns and work disability in a cohort of low back pain workers' compensation claimants. BMJ Publishing Group Ltd; 2018. 50(14):1458
16. Wilder DG, Vining RD, Pohlman KA, Meeker WC, Xia T, DeVocht JW, et al. Effect of spinal manipulation on sensorimotor functions in back pain patients: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2011;12(1):161.
17. Farjam M, Bahrami H, Bahramali E, Jamshidi J, Askari A, Zakeri H, et al. A cohort study protocol to analyze the predisposing factors to common chronic non-communicable diseases in rural areas: Fasa Cohort Study. BMC Public Health. 2016;16(1):1-8.
18. Svendsen K, Fredheim OM, Romundstad P, Borchgrevink PC, Skurtveit S. Persistent opioid use and socio-economic factors: a population-based study in N orway. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2014;58(4):437-45.
19. Navidian A, Davachi A, Bashardoost N. Survey of personality traits of drug addicts in Zahedan rehabilitation center. Hakim journal,2002, 5(1):17-22 [In persian]
20. Setayeshfar M, The role of education in the prevention of social harms. Social science studies. 2018 22; 11 (4): 53-6 [In persian]
21. Gozashti MH, Shahesmaeili A, Zadeh NA. Is opium addiction a risk factor for bone loss? Iranian Red Crescent Medical Journal. 2011;13(7):464.
22. Fatemi SS, Hasanzadeh M, Arghami A, Sargolzaee MR. Lipid profile comparison between opium addicts and non-addicts. The Journal of Tehran University Heart Center. 2008;3(3):169-72.
23. Heydari Z, Shahesmaeili A, Khajeh-Bahrami MR, Rezazadeh-Mehrizi M, Gozashti MH, Moazed V. An Investigation of the Risk Factors of Osteoporosis and the Correlation between Opium Consumption and Osteoporosis in Adults. Addiction & Health. 2017;9(4):214.
24. Power C, Frank J, Hertzman C, Schierhout G, Li L. Predictors of low back pain onset in a prospective British study. American Journal of Public Health. 2001;91(10):1671-8.
25. Vogt MT, Hanscom B, Lauerman WC, Kang JD. Influence of smoking on the health status of spinal patients :the National Spine Network database. Spine. 2002;27(3):313-9.
26. Zimmermann-Stenzel M, Mannuß J, Schneider S, Schiltenwolf M. Smoking and chronic back pain: analyses of the German Telephone Health Survey 2003. Deutsches Ärzteblatt International. 2008;50(24):1441.
27. Kaila-Kangas L, Leino-Arjas P, Riihimäki H, Luukkonen R, Kirjonen J. Smoking and overweight as predictors of hospitalization for back disorders. Spine. 2003;28(16):1860-8.
28. Feldman DE, Shrier I, Rossignol M, Abenhaim L. Risk factors for the development of low back pain in adolescence. American journal of epidemiology. 2001;154(1):30-6.
29. Leboeuf–Yde C. Smoking and low back pain: a systematic literature review of 41 journal articles reporting 47 epidemiologic studies. Spine. 1999;24(14):1463
30. Mattila V, Parkkari J, Kannus P, Rimpelä A. Occurrence and risk factors of unintentional injuries among 12-to 18-year-old Finns–a survey of 8219 adolescents. European journal of epidemiology. 2004;19(5):437-44.
31. Schmidt C, Zwingenberger S ,Walther A, Reuter U, Kasten P, Seifert J, et al. Prevalence of low back pain in adolescent athletes–an epidemiological investigation. International journal of sports medicine. 2014;35(08):684-9.
32. El-Zaatari ZM, Chami HA, Zaatari GS. Health effects associated with waterpipe smoking. Tobacco control. 2015;24(Suppl 1):i31-i43.
33. Ardawi MS, Akbar D, Alshaikh A,. ea. Shisha (hubbly bubbly) smoking is associated with a significant decrease in BMD among postmenopausal women [abstract]. Osteoporos Int. 2013;24(1):S213
34. Iwahashi M, Matsuzaki H, Tokuhashi Y, Wakabayashi K, Uematsu Y. Mechanism of intervertebral disc degeneration caused by nicotine in rabbits to explicate intervertebral disc disorders caused by smoking. Spine. 2002;27(13):1396-1401.
35. Iizuka Y, Iizuka H, Mieda T, Tsunoda D, Sasaki T, Tajika T, et al. Prevalence of chronic nonspecific low back pain and its associated factors among middle-aged and elderly people: an analysis based on data from a musculoskeletal examination in Japan. Asian spine journal. 2017;11(6):989.

Original Article

Prevalence of Low Back Pain and Lifestyle Risk Factors in Opioid Users and Non-Opioid Drug Users in Fasa Persian Cohort Population

Jalayee AR[1], Gholami T[2]*, Dehghan A[3], Zakeri H[3]

1. Medical student, Faculty of Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
2. Department of Public Health, Non-Communicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
3. Non-Communicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Received: 12 Aug 2020 Accepted: 22 Sep 2020

Abstract

Background & Objective: Low back pain is a common complaint that many people face throughout their lives. It is one of the most costly health problems. The aim of this study was to determine the prevalence of low back pain and risk factors for lifestyle in opioid users and non-opioid drug users in the population of Fasa Persian cohort.

Materials & Methods: The research method was cross-sectional-descriptive-analytical and the statistical population of the study was the residents of Sheshdeh in Fars province among whom 10,000 people were selected by census method. The instrument used was a national cohort questionnaire and in order to analyze the data, descriptive statistical tests, chi-square, independent t-test as well as logistic regression were used to model and estimate the odds ratio (OR) in SPSS24 software.

Results: The results showed that there was a statistically significant relationship between low back pain and opium, hookah, cigarette and alcohol consumption (P <0.000). With increasing one year of age, the chance of low back pain increases 1.02 times (CI = 1.019-01.191, OR = 1.02). Also, women have 1.67 times more chance of low back pain (CI = 1.44 / 1.94, 67 OR = 1.1) Moreover, people who smoke hookah have 1.43 times more back pain (CI = 0.526-0.92, OR = 1.43). The chance of low back pain in people who sneeze is 2.50 times higher (CI = 1.34-3.67, OR = 2.50). The chance of low back pain in people who smoke is 1.20 times higher (CI = 1.03-1.032 / C1, OR = 1.20) and with an increase in BMI, the chance of low back pain in people increases by 1.017 times (029 / 1-017 / 1 = CI, 017/1 = OR).

Conclusion: The results of the present study showed that there is no difference between opioid (opium) and non-opioid drugs (cigarettes, hookah, nasal sprays and alcohol) with low back pain and these substances decreased calcium levels due to their effect on the musculoskeletal system and increased bone mass density and eventually lead to low back pain in consumers.

Keywords: Chronic low back pain, Drugs, Physical activity, Persian cohort

***Corresponding Author: Gholami Tahereh,** Department of Public Health, Non-Communicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
Email: gholamitahereh@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0002-8170-3730