



Reducing the burden of low back pain among non-communicable diseases in Iran: A policy brief

Ali Ahmadi ^{1*}, Nilaye Rezaei Toavabe ², Fatemeh Hajivalizadeh ³, Asghar Norouzzadeh ⁴,
Jafar Jandaghi ³, Kourosh Etemad ⁵

¹Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

²Department of Research and Technology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³Non-Communicable Disease Management, Vice-Chancellor of Health, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

⁴Health Center of Chaharmahal and Bakhtiari Province, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

⁵Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: Ali Ahmadi, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Email: aliahmadi2007@gmail.com

Received: 6 December 2025 Revised: 30 December 2025 Accepted: 30 December 2025

Abstract

Low back pain (LBP) is one of the leading causes of disability and a major contributor to the non-communicable disease burden in Iran. In the absence of an integrated clinical guideline, care has been fragmented, imaging overused, and resources wasted. In response, and commissioned by the Ministry of Health, a national LBP guideline was developed through a structured review of high-quality international guidelines and their adaptation to the Iranian PHC system. Addressing 20 key clinical questions, the guideline defines standardized pathways for diagnosis, treatment, referral, and follow-up, and provides care flowcharts and service packages tailored to the national health network. A pilot implementation in Chaharmahal and Bakhtiari Province using the STarT Back risk assessment tool showed a 22% prevalence of LBP, with fewer than 1% classified as high-risk. These findings indicate that population-wide screening is not cost-effective, while targeted assessment of symptomatic individuals is the optimal strategy. The pilot also demonstrated that most patients can be effectively managed at the primary care level, with minimal need for specialist referral.

To reduce the burden of LBP, six policy options were assessed. Based on evidence, available resources, cost-effectiveness, and pilot results, a combined approach-public education, targeted secondary prevention, and integration of care into the national electronic health record-is recommended as the most effective strategy for Iran. This approach aligns with international guidelines and can meaningfully enhance public trust, service efficiency, and the sustainability of health policies.

Keywords: Clinical practice guidelines, Low back pain, Neurologic manifestations, Policy Brief



کاهش بار ناشی از کمردرد در حوزه‌ی بیماری‌های غیرواگیر ایران: خلاصه سیاستی

علی احمدی^{۱*}، نیلای رضایی توابع^۲، فاطمه حاجی ولی زاده^۳، اصغر نوروززاده^۴، جعفر جندقی^۵، کورش اعتماد^۵

^۱گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۲معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۳دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

^۴مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۵دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵ اصلاح مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹

چکیده

کمردرد (Low Back Pain) یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی و از اجزای اصلی بار بیماری‌های غیرواگیر در ایران است. در حالی که نبود یک راهنمای بالینی یکپارچه موجب مداخلات ناهمگون، تصویربرداری‌های غیرضروری و اتلاف منابع می‌شد، به سفارش وزارت بهداشت، گایدلاین ملی کمردرد با مرور ساختارمند راهنماهای معتبر جهانی و بومی‌سازی آن تدوین گردید. این گایدلاین با پاسخ به ۲۰ سؤال کلیدی، مسیر استاندارد تشخیص، درمان، ارجاع و پیگیری را مشخص و فلوچارت مراقبتی و بسته‌های خدمتی مناسب شبکه بهداشت را ارائه کرد. پیلوت اجرا در چهارمحال و بختیاری با ابزار استاندارد ارزیابی خطر (STarT Back) نشان داد که شیوع کمردرد ۲۲ درصد است و تنها کمتر از یک درصد در گروه پرخطر قرار می‌گیرند؛ بنابراین غربالگری عمومی مقرون به صرفه نیست و ارزیابی هدفمند افراد دارای شکایت، بهترین رویکرد است. نتایج پیلوت همچنین نشان داد که اکثریت بیماران در سطح اول قابل مدیریت‌اند و نیاز اندکی به ارجاع تخصصی وجود دارد.

برای کاهش بار کمردرد، شش گزینه سیاستی بررسی شد: پیشگیری اولیه و آموزش عمومی؛ پیشگیری ثانویه مبتنی بر غربالگری فعال؛ غربالگری غیرفعال و داوطلبانه؛ ادغام مدیریت کمردرد در سامانه سیب و پایش مستمر؛ توسعه خدمات توانبخشی جامع و حمایت روانی؛ و تقویت سیاست‌های ارگونومی شغلی. با توجه به شواهد علمی، منابع موجود، تحلیل هزینه-اثربخشی و یافته‌های پیلوت، گزینه ترکیبی شامل آموزش عمومی، پیشگیری ثانویه هدفمند و ارزیابی خطر و ادغام پایدار در پرونده الکترونیک سلامت، به عنوان بهترین رویکرد برای ایران پیشنهاد می‌شود. این رویکرد، ضمن همسویی با گایدلاین‌های بین‌المللی، می‌تواند اعتماد عمومی به نظام شبکه، کارایی خدمات و پایداری سیاست‌های سلامت را به طور معنادار ارتقا دهد.

کلیدواژه‌ها: دستورالعمل‌های بالینی، کمردرد، تظاهرات عصبی، خلاصه سیاستی

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر، به‌ویژه اختلالات اسکلتی عضلانی، از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت در جهان و ایران هستند. کمردرد بزرگ‌ترین علت منفرد ناتوانی محسوب می‌شود و سهم آن در بار کلی بیماری‌های ایران از رتبه نهم در ۱۹۹۰ به رتبه چهارم در ۲۰۲۳ ارتقا یافته است. شیوع کمردرد در طول عمر به ۸۴٪ جمعیت بزرگسال می‌رسد و پس از سرماخوردگی، دومین علت مراجعه به پزشک در کشور است [۱].

مرور ۲۲ گایدلاین جهانی، استفاده از داروهای ضدالتهاب، ورزش درمانی، فعال ماندن و در موارد مزمن، طب سوزنی و جراحی را توصیه کرده‌اند. با این حال، نبود گایدلاین بومی در ایران به سردرگمی درمانگران، تصویربرداری‌های غیرضروری و ارجاعات نامشخص انجامیده است. هزینه‌های مستقیم سالانه کمردرد در جهان به ازای هر بیمار ۹۲۳۱ دلار برآورد می‌شود که فیزیوتراپی و بستری، بیشترین سهم را دارند؛ اما بار اصلی، ناشی از کاهش بهره‌وری و هزینه‌های غیرمستقیم است [۲، ۳].

ابعاد اجتماعی این معضل شامل غیبت از کار، افت کیفیت زندگی و فشار بر بیمه‌هاست. غربالگری عمومی به دلیل شیوع پایین کمردرد شدید (کمتر از ۱٪) ناکارآمد است. از این رو، تدوین گایدلاین ملی مبتنی بر شواهد، با تفکیک انواع کمردرد، یک ضرورت فوری برای بهبود مراقبت و کاهش هزینه‌هاست. این مأموریت از سوی معاونت بهداشت وزارت بهداشت به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد واگذار شده است تا با بهره‌گیری از شواهد علمی و تحلیل ذی‌نفعان، گزینه‌های سیاستی مناسب برای کاهش بار کمردرد در کشور ارائه گردد.

روش‌ها

این مطالعه یک بررسی ترکیبی سیاست‌محور با هدف تدوین، بومی‌سازی و پیاده‌سازی گایدلاین بالینی کمردرد متناسب با نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) ایران بود. داده‌ها از منابع متعددی شامل مطالعه مقطعی پایلوت در استان چهارمحال و بختیاری، مطالعه پرشین کوه‌ورت شهرکرد [۴، ۵] و مرور سیستماتیک گایدلاین‌های معتبر جهانی استخراج شد.

ابتدا گایدلاین‌های بین‌المللی به صورت نظام‌مند مرور و ارزیابی شدند تا مرتبط‌ترین موارد با شرایط ایران شناسایی گردد. سپس این گایدلاین‌ها با توجه به ملزومات فرهنگی، منطقه‌ای و امکانات موجود در نظام سلامت ایران بومی‌سازی شدند. کیفیت شواهد استخراج‌شده در چهار سطح (A: قوی، B: متوسط، C: ضعیف، D: بسیار ضعیف) ارزش‌گذاری گردید. نسخه اولیه گایدلاین و مسیر ارائه خدمت تدوین و پرسشنامه استاندارد STaRT Back در سامانه سیب بارگذاری شد [۷].

برای اجرای پایلوت، جمعیت هدف شامل دریافت‌کنندگان خدمت PHC در استان چهارمحال و بختیاری (۲۹۵،۸۹۶ نفر) بود.

نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای و تصادفی خوشه‌ای با حجم نمونه ۱۳۳،۴۹۶ نفر انجام شد. پرسشنامه‌ها توسط مراقبان سلامت و بهورزان تکمیل گردید. افراد بر اساس نتایج ارزیابی به چهار گروه (فاقد مشکل، خطر پایین، متوسط و بالا) طبقه‌بندی شدند. افراد با خطر متوسط و بالا برای ارزیابی تکمیلی به پزشک ارجاع داده شدند و در صورت نیاز، به متخصصان تغذیه، مامایی، روانشناسی و بهداشت حرفه‌ای ارجاع گردیدند.

آموزش کارکنان به صورت آشنایی و مرحله‌ای انجام شد. بسته‌های خدمتی و مسیرهای ارجاع بر اساس مرور متون، مقررات اداری و نظر خبرگان تدوین گردید. در این گایدلاین، ۲۰ سؤال کلیدی طراحی و پاسخ داده شد [۷]. این روش، امکان ارزیابی یکپارچه خطر، مدیریت مناسب بیماران و ارجاع هدفمند را در نظام PHC ایران فراهم نمود.

نتایج

از جمعیت هدف ۲۶۴،۹۸۴ نفری (بالای ۷ سال)، ۱۳۳،۴۹۶ نفر با میانگین سنی ۴۸ سال (۶۲٪ زن) وارد مطالعه شدند. درصد پوشش ارزیابی خطر ۷۲٪ برآورد گردید. از این تعداد، ۱۱،۹۲۹ نفر به پزشکان خانواده و مابقی به بهورزان و مراقبان سلامت ارجاع شدند. ۲۹،۹۸۳ نفر (۲۲/۴٪) توسط بهورزان به پزشک خانواده ارجاع گردیدند. از سوی پزشکان خانواده، ۱۵،۰۲ نفر (۵٪) به سطح دو (ارجاع عمودی) و ۱۹،۱۴۴ نفر (۶۳/۸٪) به واحدهای تخصصی سطح یک (ارجاع افقی) ارجاع داده شدند.

در ارزیابی خطر با ابزار STaRT Back، ۷۷/۵٪ از جمعیت فاقد مشکل و شیوع کمردرد ۲۲/۵٪ بود. شیوع خطر پایین ۱۸/۴٪، خطر متوسط ۳/۱۴٪ و خطر بالا ۰/۸۸٪ به‌دست آمد.

در بخش مرور سیستماتیک، ۲۸ گایدلاین از کشورهای مختلف بررسی و بیش از ۱۵۰ طرح تحقیقاتی مرتبط با کمردرد در سامانه ملی اخلاق در پژوهش شناسایی شد. طبق نتایج، کمردرد در حدود ۷۰٪ موارد ماهیت مکانیکی دارد و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل خطر قابل‌تغییر شامل ارگونومی نامناسب (وضعیت بدنی ناصحیح، نشستن یا ایستادن طولانی، بلند کردن ناصحیح اجسام)، سبک زندگی کم‌تحرک، ضعف عضلات مرکزی، اضافه‌وزن و چاقی، استعمال دخانیات، استرس روانی، حرکات تکراری، حمل بار طولانی، کمبود خواب، سواد سلامت پایین، راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه، عوامل روان‌شناختی (افسردگی، ترس، نارضایتی شغلی)، شرایط اجتماعی-اقتصادی و مواجهه با دمای شدید است. عوامل غیرقابل‌تغییر شامل سن، جنس (به‌ویژه زنان و دوران بارداری) و زمینه ژنتیکی می‌باشند. عوامل خطر در کودکی و نوجوانی (نشستن طولانی، کیف سنگین، کاهش مصرف پروتئین، لبنیات و ویتامین D) نیز نقش مهمی دارند. بیشترین شیوع کمردرد در قالی‌بافان (۶۷،۵٪)، جوشکاران

می‌شود، اما به دلیل هزینه اولیه بالا و نیاز به تیم چندتخصصی، به‌تنهایی گزینه‌ای پرهزینه محسوب می‌شود.

۶) تقویت سیاست‌های ارگونومی شغلی: عمدتاً هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از غیبت و افت بهره‌وری را کاهش می‌دهد، ولی اجرای آن وابسته به تعهد کارفرمایان و نظارت مؤثر است. در غیاب داده‌های ملی هزینه - بیماری، بار مالی کمردرد شدید در ایران به‌صورت اکتباسی برآورد شد. از جمعیت ۸۶,۵۶۲,۰۰۰ نفری کشور، پس از کسر افراد زیر ۹ سال، ۷۳,۰۵۷,۷۱۹ نفر در معرض خطر در نظر گرفته شدند. با تعمیم محافظه‌کارانه شیوع کمردرد شدید (۰/۸۸٪) از مطالعه پایلوت، حدود ۶۴۳ هزار مورد سالانه در ایران برآورد شد. در غیاب داده‌های ملی هزینه-بیماری، برآورد بار مالی بر پایه یک متآنالیز بین‌المللی هزینه کمردرد (هزینه مستقیم تجمیع‌شده ۹۲۳۱ دلار و هزینه کل سالانه ۱۰۱۴۳ دلار به‌ازای هر بیمار) و نرخ تبدیل ۸۵۰۰۰ تومان برای هر دلار در بودجه کشور محاسبه گردید [۳]. سه سناریوی خوش‌بینانه (۳۰٪)، میانه‌رو (۵۰٪) و حداکثری (۷۰٪) به‌عنوان سطوح متفاوت تطبیق‌پذیری هزینه‌ها با نظام سلامت ایران تعریف و حدود اطمینان ۹۵٪ هزینه‌ها به‌طور متناظر تعدیل گردید [۸]. نتایج جدول-۱ نشان می‌دهد حتی در سناریوی خوش‌بینانه و معادل دلاری ناپایدار، نیز بار مالی سالانه کمردرد شدید در ایران قابل توجه است.

جمع‌بندی سیاستی

بر اساس مقایسه هزینه- اثربخشی، داده‌های پایلوت و محدودیت منابع، رویکرد ترکیبی شامل پیشگیری اولیه با آموزش عمومی، پیشگیری ثانویه هدفمند مبتنی بر شکایت و ارزیابی خطر، و ادغام و پایش مستمر در پرونده الکترونیک سلامت، مقرون‌به‌صرفه‌ترین و اثربخش‌ترین گزینه برای کاهش بار اقتصادی و اجتماعی کمردرد در ایران است؛ در حالی‌که اجرای منفرد هر سیاست یا اتکای صرف به غربالگری غیرفعال، اثربخشی و پوشش کمتری دارد. اجرای این استراتژی در گایدلاین تدوین شده آمده است (نمودار-۱). در این گایدلاین به صورت مبتنی بر شواهد، فلوجارت مراقبت بیماران، شرح وظایف و بسته خدمتی در سطوح مختلف نظام سلامت ایران تدوین گردید [۷].

(۵۷,۳٪)، کشاورزان (۳۸٪) و دانش‌آموزان (۳۲٪) گزارش شد [۷].

برای کاهش بار کمردرد در ایران، با اتکا به شواهد جهانی، نتایج پایلوت، دیدگاه ذی‌نفعان و خبرگان، ۶ گزینه سیاستی پیشنهاد شد:

۱) پیشگیری اولیه و آموزش عمومی: با تمرکز بر ارتقای سواد سلامت در جمعیت سالم (۷۷/۵۵٪ فاقد مشکل) می‌توان از بروز کمردرد در بخش مهمی از جمعیت در معرض خطر (۲۲/۴۵٪) پیشگیری نمود. مزیت اصلی این گزینه، بیشترین صرفه‌جویی بلندمدت در هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم است، به‌ویژه در اجزای پرهزینه شامل فیزیوتراپی و بستری (هرکدام ۱۷٪)، داروخانه و مراقبت‌های اولیه (هرکدام ۱۳٪) از هزینه‌های مستقیم). محدودیت آن شامل نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه و اثرگذاری تدریجی است.

۲) پیشگیری ثانویه مبتنی بر غربالگری فعال و درمان غیرتهاجمی: با شناسایی گروه‌های خطر کم (۱۸/۴٪)، متوسط (۱۴/۳٪) و بالا (۰/۸۸٪) و مداخله زودهنگام، می‌توان خطر مزمن‌شدن و ناتوانی را کاهش داد و از نظر بالینی مؤثرتر از غربالگری غیرفعال است، اما نیازمند نیروی انسانی آموزش‌دیده و زیرساخت پایش است.

۳) غربالگری غیرفعال و داوطلبانه: هزینه اجرایی کمتری دارد، ولی به دلیل پوشش محدود افراد پرخطر و تأخیر در شناسایی موارد شدید، اثربخشی اقتصادی و جمعیتی پایین‌تری دارد.

۴) ادغام نظام‌مند مدیریت کمردرد در پرونده الکترونیک و پایش مستمر: با کاهش مداخلات تشخیصی و درمانی غیرضروری و بهینه‌سازی مسیرهای ارجاع، می‌توان مطابق شواهد بین‌المللی ۱۵ تا ۲۰٪ از هزینه‌های مستقیم را کاهش داد. محدودیت اصلی آن شامل نیاز به سرمایه‌گذاری فناوریانه، هماهنگی بین سطوح مراقبت و یکپارچه سازی ثبت خدمات است.

۵) توسعه خدمات توانبخشی جامع و حمایت روانی: در بیماران پرخطر موجب کاهش ناتوانی مزمن و بهبود کیفیت زندگی

جدول-۱. برآورد بار مالی سالانه کمردرد شدید با حدود اطمینان ۹۵٪ در ایران بر اساس سه سناریو* و تفکیک هزینه‌های مستقیم (میلیارد تومان)

شاخص / سناریو	سناریو ۱ (۳۰٪)	سناریو ۲ (۵۰٪)	سناریو ۳ (۷۰٪)
هزینه کل سالانه	۱۶۶ (۱۱۷-۵۳۵)	۲۷۷ (۱۹۴-۸۹۲)	۳۸۸ (۲۷۲-۵۴۳)
هزینه غیرمستقیم	۱۴/۹ (۰-۱۱۶)	۲۴/۹ (۰-۱۹۳/۴)	۳۴/۹ (۰-۲۷۰/۷)
هزینه های مستقیم	۱۵۱ (۱۱۷-۴۲۰)	۲۵۲ (۱۹۴-۶۹۶)	۳۵۴ (۲۷۳-۹۷۹)
فیزیوتراپی	۲۶ (۲۰-۷۱)	۴۳ (۳۳-۱۱۸)	۶۰ (۴۶-۱۶۶)
بستری	۲۶ (۲۰-۷۱)	۴۳ (۳۳-۱۱۸)	۶۰ (۴۶-۱۶۶)
داروخانه	۲۰ (۱۹-۵۴)	۳۳ (۳۲-۹۱)	۴۶ (۳۵-۱۲۷)
مراقبت اولیه	۲۰ (۱۹-۵۴)	۳۳ (۳۲-۹۱)	۴۶ (۳۵-۱۲۷)
سایر خدمات	۶۱ (۶۰-۱۶۷)	۱۰۱ (۷۸-۲۷۸)	۱۴۲ (۱۰۹-۳۹۱)

* سه سناریو به‌ترتیب معادل ۳۰، ۵۰ و ۷۰ درصد هزینه‌های مستقیم و کل کمردرد در متآنالیز بین‌المللی مطالعات هزینه-بیماری [۳]

مطالعات نشان می‌دهند که صرف انتشار گایدلاین کافی نیست و پایداری درمانگران به آن نیازمند راهبردهای فعال، آموزش هدفمند و چارچوب نظری مشخص است [۲۱]. پیام‌های سیاستی این همگرایی آن است که تقویت مراقبت‌های غیردارویی، آموزش مؤثر بیمار و ارزیابی خطر می‌تواند کیفیت مراقبت را بهبود و بار فردی و اجتماعی کم‌درد را کاهش دهد. با توجه به نرخ ارز (۸۵۰۰۰ تومان)، بار مالی کم‌درد در ایران بسیار چشمگیر است و ضرورت اجرای گایدلاین را دوچندان می‌کند. تحقق این اهداف مستلزم پذیرش اجتماعی، نهادینه‌سازی تدریجی و تبیین منافع بالینی و اقتصادی برای جامعه است. گایدلاین باید به‌عنوان گزینه‌ای مبتنی بر انتخاب آگاهانه، نه مداخله‌ای تحمیلی، ارائه شود تا از برداشت نابرابری پیشگیری گردد.

سیاستگذاران: ادغام ارزیابی خطر کمردرد در پرونده الکترونیک سلامت، تخصیص بودجه برای آموزش ارگونومی و خودمراقبتی، و پوشش بیمه‌ای درمان‌های غیرتهاجمی ضروری است. مهم‌ترین محدودیت کنونی، نبود یکپارچگی میان سامانه‌های ثبت سوابق، مسیرهای ارجاع و پایگاه‌های بیمه است. یکپارچه‌سازی این سامانه‌ها، هدررفت منابع و تصویربرداری‌های غیرضروری را کاهش می‌دهد. پایش شاخص‌هایی چون نرخ تصویربرداری غیرضروری، ارجاع نابجا، بازگشت به کار و هزینه سرانه کمردرد برای تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد توصیه می‌شود.

مدیران: اجرای چک‌لیست‌های پایش و بسته‌های خدمتی ارزیابی خطر، ارجاعات را بهینه می‌کند. هماهنگی با طب سنتی، تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده با رویکرد مشوق‌های مبتنی

شیوع بالای کمردرد در ایران، تدوین گایدلاین ملی مبتنی بر شواهد را به ضرورتی انکارناپذیر تبدیل کرده است. مرور نظام‌مند گایدلاین‌های معتبر جهانی (۲۰۱۶-۲۰۲۴) نشان می‌دهد که بیش از دو-سوم توصیه‌ها از توافق نسبی یا کامل برخوردارند و اختلاف‌ها عمدتاً به حوزه دارودرمانی و مداخلات تهاجمی محدود می‌شود [۹]. گایدلاین ملی ایران با تأکید بر آموزش بیمار به‌عنوان درمان خط اول، خودمراقبتی، ارزیابی خطر و مسیر ارجاع مرحله‌ای، همخوانی چشمگیری با گایدلاین‌های اروپا [۱۰]، هلند [۱۱]، ژاپن [۱۲]، سازمان جهانی بهداشت [۱۳] و آمریکا [۱۴] دارد. یازده اصل مشترک مراقبت از دردهای اسکلتی-عضلانی از جمله رویکرد بیمار-محور، غربالگری خطر، توجه به عوامل روانی-اجتماعی، فعالیت بدنی و مداخلات شناختی-رفتاری، در فلوچارت مراقبتی ایران به‌طور کامل منعکس شده است [۱۵، ۱۶].

در حوزه تصویربرداری، گایدلاین ملی با توصیه‌های انجمن رادیولوژی آمریکا در پرهیز از تصویربرداری غیرضروری در کمردرد حاد ساده همسو است [۱۷]. در مدیریت دارویی، NSAIDها و پاراستامول به‌عنوان خط اول درمان توصیه شده و داروهای تهاجمی‌تر مانند اپیوئیدها، بنزودیازپین‌ها و استروئیدهای خوراکی منع می‌گردند [۱۸]. روش‌های مداخله‌ای نظیر تزریق اپیدورال نیز برای کمردرد غیررادیکولار توصیه ضعیف یا متناقض دارند. برای تنگی کانال کمری، مراقبت غیرجراحی چندوجهی شامل آموزش، اصلاح سبک زندگی و درمان روان-رفتاری مؤثر است [۱۹]. گایدلاین‌های کایروپراکتیک نیز بر ارزیابی جامع، همکاری بین‌رشته‌ای و تصمیم‌گیری آگاهانه تأکید دارند [۲۰].

کمردرد را در کشور کاهش دهد. افزایش مشارکت مردمی در مدیریت بیماری، کاهش فشار بر خدمات تخصصی، مدیریت عوامل خطر مشترک بیماری های غیرواگیر و صرفه جویی در منابع، مهم ترین پیامدهای مورد انتظار هستند. پایش سالیانه شاخص های عملکردی و به روزرسانی گایدلاین بر اساس شواهد نوین، برای پایداری اثربخشی آن ضروری است.

تشکر و قدردانی: مطالعه پابلوت تدوین گایدلاین کمردرد

با حمایت مالی اداره پیشگیری از اختلالات اسکلتی عضلانی دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1401.187 انجام و گایدلاین مطابق نامه شماره ۳۰۵/۱۷۶۱۲ مورخ ۱۴۰۴/۹/۲۹ مدیرکل دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر وزارت بهداشت تایید شد. برای تهیه این خلاصه سیاستی هیچگونه حمایت مالی از نویسنده و همکاران نشده است. بدین وسیله از معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و کمیته های علمی و اجرایی و همه افرادی که در تدوین و اجرای پابلوت گایدلاین کمک نمودند، تیم کمک به نویسندگان مشتمل بر دکتر مرتضی دهقان، دکتر محمد خاکسار بلداجی، دکتر شهین عسگری سوادجانی، دکتر سعید یزدانی راد، دکتر ناهید جیواد، دکتر الهه توسلی، دکتر میثم صادقی ثانی، دکتر فرنگیس شریفی، سیداکبر حسینی، مهدی کرمی، اکبر رفیعی وردنجانی، صالح جعفریان، دکتر زهره شیرانی، دکتر معصومه معزی، دکتر محمدرضا خسروی، دکتر ارسلان خالیدی فر، دکتر مجید ولیدی، دکتر الهام رئیسی، محبوبه درمان، دکتر پانته‌آ رمضان نژاد، دکتر علیرضا مهدوی هزاوه و دکتر سمیه جوادی، حدیث قجری، دکتر سپیده حاجی ولیزاده، زیبا رئیسی دهکردی، اسماعیل فتاحپور، بهمن بنایی، زهرا خرمی، راحله علیرضایی، علی حبیبی، دکتر زینب علی بیگی، دکتر عبدالله محمدیان، ماهرخ شاهرخ، عنایت الله کلیج، هوشنگ ناصری، دکترپوران خلیفیان، بهروزان، پزشکان، کارشناسان، مدیران و معاونین شبکه های بهداشت و درمان دوازده گانه استان و هیات رئیسه دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد سپاسگزاری می شود.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله

یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تضاد منافع: نویسنده اصلی قبلاً معاون بهداشت دانشگاه

علوم پزشکی شهرکرد بود و سمت اجرایی ندارد.

منابع

1. Global Burden of Disease (GBD) 2023. GBD compare at

بر کیفیت (نه حجم خدمت) و ارائه بازخورد منظم به ارائه دهندگان خدمات، اثربخشی مداخلات را افزایش می دهد.

پژوهشگران: طراحی مطالعات کوهورت برای ارزیابی اثربخشی گایدلاین (مانند رژیم ضدالتهابی)، تحلیل هزینه-اثربخشی مراقبت ها، و پژوهش در موانع پذیرش گایدلاین با تمرکز بر عوامل اجتماعی و شغلی (استرس، ماهیت کار) ضروری است.

مردم: اصلاح سبک زندگی شامل ورزش منظم، رژیم ضدالتهابی، حفظ وزن مناسب، پرهیز از نشستن یا ایستادن طولانی و مدیریت استرس توصیه می شود. در صورت کمردرد، از استراحت مطلق بیش از ۳-۲ روز پرهیز کرده و در کمپین های آموزشی مشارکت نمایید. آموزش «چه زمانی مراجعه لازم نیست» به کاهش مراجعات غیرضروری کمک می کند.

کارکنان سلامت و پزشکان: اولویت با درمان غیرتهاجمی، ارزیابی دقیق علائم هشدار (بدخیمی، شکستگی، سندرم دم اسب، عفونت) و تریاژ تشخیصی مبتنی بر شرح حال و معاینه فیزیکی است. از تصویربرداری روتین پرهیز کنید مگر آنکه به آسیب شناسی جدی مشکوک باشید. ارجاع افقی و عمودی (در صورت شک به رادیکولوپاتی یا عدم بهبود پس از ۴ هفته) و ثبت داده های باکیفیت در پرونده الکترونیک، زنجیره مراقبت را بهبود می بخشد.

نتیجه گیری

مرور کوکوران ۲۰۲۵ [۲۰] نشان می دهد که درمان های غیردارویی و غیرجراحی مانند ورزش، آموزش خودمدیریتی، فعالیت مستمر، درمان های روان شناختی و مداخلات ترکیبی چندوجهی، در کاهش درد و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به کمردرد مؤثر هستند. این یافته ها کاملاً از گایدلاین ملی ایران پشتیبانی می کند که اولویت را به مداخلات غیرتهاجمی، آموزش بیماران، غربالگری هدفمند و خودمراقبتی اختصاص داده است.

بر اساس یافته های پابلوت، شیوع کمردرد متوسط و به ویژه نوع شدید در جمعیت ایران پایین است؛ از این رو، غربالگری فعال و همگانی برای کمردرد توصیه نمی گردد. با این حال، ارزیابی خطر در افرادی که با شکایت کمردرد غیراختصاصی مراجعه می کنند، مطابق نمودار ۱- الزامی است. آموزش همگانی درباره اصلاح سبک زندگی متناسب با سطح خطر، پرهیز از عوامل خطر، و اجتناب از مراجعه غیرضروری برای تصویربرداری، از ارکان اصلی این راهبرد محسوب می شود.

اجرای گزینه سیاستی ترکیبی (آموزش عمومی، پیشگیری ثانویه هدفمند و ادغام در پرونده الکترونیک سلامت) می تواند بار

<https://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-compare>. Accessed 2025 May 12

2. Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2024; 25(1):344. doi: 10.1186/s12891-024-07468-0. PMID:38693474 PMCID:PMC11061926
3. Fatoye F, Gebrye T, Ryan CG, Useh U, Mbada C. Global and regional estimates of clinical and economic burden of low back pain in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2023;11:1098100. doi: 10.3389/fpubh.2023.1098100 PMid:37383269 PMCID:PMC10298167
4. Amiri, Raeisi Shahraki H, Ahmadi A, Mousavi M. Prevalence and Factors Associated with Rheumatic Disorders Among Shahrekord Cohort Study Population: The Use of a Screening Program. *Epidemiol Health Syst J.* 2024;1(11):43-46. doi:10.34172/ehsj.26079
5. Ghafouri M, Teymourzadeh A, Nakhostin-Ansari A, Sepanlou SG, Dalvand S, Moradpour F, et al. Prevalence and predictors of low back pain among the Iranian population: Results from the Persian cohort study. *Ann Med Surg (Lond).* 2022; 74: 103243. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103243 PMid:35145656 PMCID:PMC8801351
6. Abedi M, Manshadi FD, Khalkhali M, Mousavi SJ, Baghban AA, Montazeri A, et al. Translation and validation of the Persian version of the STarT Back Screening Tool in patients with nonspecific low back pain. *Man Ther.* 2015; 20(6):850-854. doi: 10.1016/j.math.2015.04.006 PMid:25925506
7. Ahmadi A, Rezaei N, Haji Valizadeh F, Etemad K, Darman M, et al. Clinical Guide Prevention, Care and Control of Low Back Pain. Commissioned by the Department of Prevention of Musculoskeletal Disorders, Office of Non-Communicable Disease Management, Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Fall 2025.
8. Bussi eres A, Cancelliere C, Ammendolia C, Comer CM, Zoubi FA, Ch atillon CE, et al. Non-surgical interventions for lumbar spinal stenosis leading to neurogenic claudication: a clinical practice guideline. *J Pain.* 2021;22(9):1015-1039. doi: 10.1016/j.jpain.2021.03.147 PMid:33857615
9. McKenzie BJ, Haas R, Ferreira GE, Gorelik A, Cyril S, Han JX, et al. Agreement between high-quality clinical practice guidelines in their treatment recommendations for low back pain: a systematic review. *Spine J.* 2025; 25(12):2587-2604. doi: 10.1016/j.spinee.2025.07.015. PMid:40639620
10. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Mors  L, Hill JC, van der Windt DA. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: a systematic review of guidelines. *Eur J Pain.* 2021; 25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679 PMid:33064878 PMCID:PMC7839780
11. Apeldoorn AT, Swart NM, Conijn D, Meerhoff GA, Ostelo RW. Management of low back pain and lumbosacral radicular syndrome: the guideline of the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2024; 60(2):292-318. doi: 10.23736/S1973-9087.24.08352-7 PMid:38407016 PMCID:PMC11112513
12. Shirado O, Arai Y, Iguchi T, Imagama S, Kawakami M, Nikaido T, et al. Structured abstract preparation team. Formulation of Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guideline for the management of low back pain- the revised 2019 edition. *J Orthop Sci.* 2022;27(1):3-30. doi: 10.1016/j.jos.2021.06.024. PMID: 34836746.
13. Briggs AM, Sumi Y, Banerjee A. The World Health Organization guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults: implications for equitable care and strengthening health systems globally. *Glob Health Res Policy.* 2025;10(1):26. doi: 10.1186/s41256-025-00426-w. PMID: 40624581; PMCID: PMC12232859.
14. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, et al. Interventions for the management of acute and chronic low back pain: Revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2021; 51(11):CPG1-CPG60. doi: 10.2519/jospt.2021.0304 PMid:34719942 PMCID:PMC10508241
15. Zaina F, C     P, Cancelliere C, Di Felice F, Donzelli S, Rauch A, et al. A systematic review of clinical practice guidelines for persons with non-specific low back pain with and without radiculopathy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2023; 104(11):1913-1927. doi: 10.1016/j.apmr.2023.02.022 PMid:36963709
16. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 2020; 54(2): 79-86. doi:10.1136/bjsports-2018-99878 PMid:30826805
17. Expert Panel on Neurological Imaging; Hutchins TA, Peckham M, Shah LM, Parsons MS, Agarwal V, Boulter DJ, et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain: 2021 Update. *J Am Coll Radiol.* 2021; 18(11S):S361-S379. doi: 10.1016/j.jacr.2021.08.002 PMid:34794594
18. Price MR, Cupler ZA, Hawk C, Bednarz EM, Walters SA, Daniels CJ. Systematic review of guideline-recommended medications prescribed for treatment of low back pain. *Chiropr Man Therap.* 2022; 30(1):26. doi: 10.1186/s12998-022-00435-3. PMid:35562756 PMCID:PMC9101938
19. Olivier TJ, Konda C, Pham T, Baltich Nelson B, Patel A, Sharma GS, et al. Clinical practice guidelines on interventional management of low back pain: A synthesis of recommendations. *PM R.* 2023;15(8):1052-1063. doi: 10.1002/pmrj.12930 PMid:36507598
20. Rizzo RR, Cashin AG, Wand BM, Ferraro MC, Sharma S, Lee H, et al. Non-pharmacological and non-surgical treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025; 3(3):CD014691. doi: 10.1002/14651858.CD014691.pub2 PMid:40139265
21. Bahns C, Scheffler B, Bremer A, Kopkow C. Measuring guideline adherence in physiotherapy: A scoping review of methodological approaches. *J Eval Clin Pract.* 2025; 31(5):10.1111/jep.14218. doi: 10.1111/jep.14218. PMid:39462990 PMCID:PMC12381545

How to Cite this Article:

Ahmadi A. Reducing the burden of low back pain among non-communicable diseases in Iran: A policy brief. *Feyz Med Sci J* 2025; 29 (7) :728-734. doi: 10.48307/FMSJ.2025.29.S.728