

بررسی شدت ناراحتی‌های کمر با فاکتورهای روانی-اجتماعی، شغلی و عوامل ارگونومیکی در پرستاران بخش اورژانس*

احسان‌اله حبیبی^۱، سیامک پورعبدیان^۲، آزاده کیانپور اتابکی^۳، سیدمحسن حسینی^۴

چکیده

مقدمه: فاکتورهای مؤثر در ایجاد اختلالات اسکلتی-عضلانی از جمله کمر درد از مباحث مهم دانش ارگونومی می‌باشد هدف این تحقیق بررسی رابطه شدت ناراحتی در ناحیه کمر با دو فاکتور عامل کمر درد شغلی-عوامل خطر ارگونومیکی و عوامل روانی-اجتماعی-که در پرستاران بخش اورژانس افزایش بالایی دارند، بود.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۲۰ نفر از پرستاران بخش اورژانس سه بیمارستان در اصفهان انجام شد. در این تحقیق برای ارزیابی روزانه عوامل شغلی روانی-اجتماعی، عوامل خطر ارگونومیکی و شدت ناراحتی کمر به ترتیب از پرسشنامه معتبر محتوی شغلی (Job Content Questionnaire)، چک‌لیست شناسایی خطرات ارگونومیکی (NIOSH, 1994) و پرسشنامه نوردیک استفاده شد. سوالات در پایان هر روز کاری به مدت پنج هفته از افراد پرسیده شدند. اطلاعات با آزمون آماری Mann-، Spearman و Whitney، اسپیرنوف کولوگروف و نرم افزار SPSS18/PASW تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نیاز کار، ماهیت شغل، تقابل اجتماعی با شدت ناراحتی کمر رابطه معنی‌داری داشتند ($P-value < 0.05$). در حالی که میان آزادی تصمیم‌گیری با شدت ناراحتی کمر رابطه وجود نداشت. همچنین رابطه میان شدت ناراحتی کمر و عوامل خطر ارگونومیکی معنی‌دار بود ($P-value < 0.05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که با کاهش تقابل اجتماعی و افزایش نیاز کاری، ماهیت شغل و عوامل خطر ارگونومیکی، شدت ناراحتی کمر در پرستاران بخش اورژانس افزایش می‌یابد. بنابراین به منظور کاهش شدت ناراحتی کمر در پرستاران، باید علاوه بر فاکتورهای ارگونومیکی، عوامل روانی اجتماعی را نیز مدنظر قرار داد.

واژه‌های کلیدی: عوامل شغلی روانی اجتماعی، عوامل ارگونومیکی، کمر درد، پرستاران بخش اورژانس.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۱/۱۰/۲۹

دریافت مقاله: ۱۱/۸/۲۷

- * این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.
۱. دانشیار، گروه مهندسی بهداشت حرفاًی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
Email: habibi@hlth.mui.ac.ir
۲. استادیار، گروه مهندسی بهداشت حرفاًی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه بهداشت حرفاًی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

نظرخواهی از کارکنان در تصمیماتی که کار آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اجازه انتخاب بهترین فرایندکاری و ترتیب و توالی کار به کارکنان، و افزایش مشارکت آن‌ها در فرآیند تولید، نمونه مثال‌هایی هستند که باعث افزایش کنترل فرد بر کارخود می‌شوند (۱۱). نیازکاری، میزان تلاش لازم برای انجام کار تعریف می‌گردد.

Karasek و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند بارکاری، سرعت انجام کار، میزان انباشته‌شدن کارهای ناتمام، کمبود وقت برای انجام کارها، کمبود پرسنل پنج فاکتور تعیین‌کننده آن در این تحقیق بودند.

مطالعات تایید شده بیانگر آن است که خطر بیماری شغلی در حرفه پرستاری که آزادی تصمیم‌گیری و تقابل اجتماعی کمتر است، شیوع بیشتری دارد (۱۳). بدوفاری مراجعه‌کنندگان، تقابل و پشتیبانی سرپرست ما فوق و سایر همکاران، ارتباط با افراد مضطرب و نگران از مواردی هستند که در ارزیابی تقابل اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرند.

Astrand و همکاران پی‌بردنده که فاکتورهای شغلی روانی - اجتماعی گوناگون از قبیل کار یکنواخت، عدم رضایت شغلی، و حمایت و پشتیبانی ضعیف میان همکاران، با افزایش خطر شکایات کمردرد و درخواست هزینه همراه است (۱۴). همچنین مطالعات نشان دادند که فاکتورهای روانی - اجتماعی از قبیل رضایت شغلی کم و فقدان تقابل اجتماعی با کمردرد پرستاران در ارتباط بودند (۵).

Smith و همکاران پی‌بردنده که محیط‌های کاری با علائم اختلالات اسکلتی - عضلانی بالا، از حمایت کم از سوی همکاران، آزادی تصمیم‌گیری و آزادی عمل کم، عدم شفافیت وظایف، استرس و فشارکاری بالا، و رضایت شغلی کم برخوردار بودند (۱۴).

Kivimaki و همکاران (۲۰۰۱)، Kangas (۲۰۰۴) نشان داده که کاهش آزادی تصمیم‌گیری با افزایش میزان غبیت ناشی از کار و خطر بسترهای شدن در بیمارستان به دلیل افزایش اختلالات اسکلتی - عضلانی همراه است (۱۵). عوامل خطر ارگونومیکی به عنوان عوامل مخاطره‌زایی

میزان بالایی از روزهای کاری از دست رفته و ناتوانی کارکنان مشاغل مختلف به دلیل کمردردهای شغلی می‌باشد (۲، ۱). پرستاری از حرفه‌هایی است که شیوع آسیب‌های کمری شغلی با کار در آن زیاد است (۳). کمردرد شغلی از مشکلات رایج پرستاران می‌باشد (۴، ۵).

ارزیابی فاکتورهای مؤثر در ایجاد اختلالات اسکلتی - عضلانی از جمله کمردرد از مباحث مهم دانش ارگونومی می‌باشد (۷). در این زمینه مطالعات گسترشده‌ای در نقش عوامل خطر شغلی در گسترش کمردرد انجام شده است (۸، ۹). البته به دلیل وجود اندکی خطاهای متداول‌ژیکی معمول، یافته‌های قطعی کمی وجود دارد (۱).

کمردرد پدیده‌ای چند علیتی است که در نتیجه عوامل گوناگونی از جمله عوامل روانی - اجتماعی و ارگونومیکی ایجاد می‌شود (۱۰).

عوامل روانی - اجتماعی، ویژگی‌های ادراکی محیط کار هستند که مفهوم عاطفی برای کارکنان و مدیریت دارند، و باعث فشار روحی و جسمی می‌گردند (۱۱). به طور معمول در محیط‌های کاری، از فاکتورهای روانی - اجتماعی به عنوان (فاکتورهای سازمانی) یاد می‌کنند، اما بر اساس نظر Huang (۲۰۰۲) و همکاران (۲۰۰۴)، فاکتورهای روانی - اجتماعی، همان تجارب ادراکی کارکنان از کیفیت محیط‌های سازمانی هستند. این فاکتورها ماهیت روانی دارند و به ندرت در محیط‌های کار مورد توجه قرار می‌گیرند (۱۱).

عوامل روانی - اجتماعی متعدد و متنوع هستند و نقش مهمی در بروز و گسترش کمردرد دارند (۱۱). در طی دهه گذشته، نقش فاکتورهای شغلی روانی - اجتماعی بر سلامتی کارکنان مورد توجه بیشتری قرار گرفته است (۱۱). فاکتورهایی از قبیل نیازکاری، ماهیت شغل، آزادی تصمیم‌گیری، تقابل اجتماعی در حیطه عوامل شغلی روانی - اجتماعی قرار دارند.

آزادی تصمیم‌گیری یکی از فاکتورهای شغلی روانی - اجتماعی است. اجازه‌دادن به کارکنان برای برنامه‌ریزی کار خود مطابق خط مشی‌های سازمانی و نیازهای تولید، مشارکت و

به نظر می‌رسد که کار با پوسچر استاتیک مثل ایستادن طولانی مدت، با خطر بالای کمربند همراه است (۱۴). مطالعات مقطعی گوناگون رابطه میان کمربند با پوسچر استاتیک (به طور مثال ایستادن طولانی مدت در یک مکان) و حرکات تکراری را تایید نموده‌اند (۱۸). مطالعات زیادی نشان دادند که خمشدن و چرخش از ناحیه کمر با کمربند رابطه دارد (۱۴).

اغلب داده‌های اپیدمیولوژیکی در مورد کمربند مربوط به کشورهای صنعتی و توسعه یافته است و اطلاعات کمی راجع به کمربند در جوامع با نیروی کار در کشورهای در حال پیشرفت وجود دارد. این فقدان تحقیقات باعث شده تا اطلاعات کمی راجع به کمربند در قشر بزرگی از جمعیت دنیا وجود داشته باشد (۲۰). به این دلیل در تحقیق حاضر پرستاران بخش اورژانس سه بیمارستان در اصفهان از لحاظ عوامل ارگونومیکی و فاکتورهای شغلی روانی- اجتماعی در ارتباط با کمربند مورد بررسی قرار گرفتند. اهداف این مطالعه عبارتند از:

- بررسی ارتباط فاکتورهای ارگونومیکی (وضعیت بدنی نامطلوب (چرخش یا خمشدن از ناحیه کمر)، جابه‌جایی بیمار و حرکات تکراری، ایستادن بیش از نیم ساعت) با شدت ناراحتی در ناحیه کمر
- بررسی ارتباط فاکتورهای روانی- اجتماعی (نیازکاری، آزادی تصمیم‌گیری، تقابل اجتماعی، ماهیت شغلی) با شدت ناراحتی در ناحیه کمر
- فرض براین بودکه فاکتورهای روانی- اجتماعی و فاکتورهای ارگونومیکی با شدت ناراحتی در ناحیه کمر در پرستاران رابطه دارند.

روش‌ها

پرستاران در این مطالعه مقطعی ۱۲۰ نفر (۷۹/۲ درصد زن و ۲۰/۸ درصد مرد) و شامل ۶۴ پرستار بخش اورژانس بیمارستان A، ۲۶ پرستار بخش اورژانس بیمارستان B و ۳۰ پرستار بیمارستان C شهر اصفهان بودند که به صورت تصادفی ساده بدون جای‌گذاری و از لیست اسامی پرستاران بخش اورژانس

شناخته شده‌اند که به طور مستقیم با ناراحتی‌های اسکلتی- عضلانی ارتباط دارند. این فاکتورها به جنبه‌های جسمانی انجام وظایف مشخصی ارتباط دارند که موجب وارد آمدن استرس بر بدن می‌شوند (۱۶).

از عوامل خطر ارگونومیکی کمربند عبارتند از:

- کار جسمانی سنگین
- پوسچر نامناسب (خم شدن و چرخش مکرر از ناحیه کمر)
- جابه‌جایی اجسام
- کار تکراری (فرکانس بالا)
- از آنجایی که اغلب این عوامل خطر با هم رخ می‌دهند، تعیین اهمیت نسبی هر کدام از آن‌ها مشکل است (۱۴). به طور تحریکی مشخص شده که این عوامل خطر با گسترش آسیب بافت ستون فقرات ارتباط دارند.
- شغل پرستاری اغلب نیازمند انجام فعالیت‌های فیزیکی سنگین مانند کمک به جابه‌جایی بیماران، کار در پوسچرهای نامناسب و .. می‌باشد. محققین این حرفه را از نظر حجم کار جسمانی، بعد از کارهای صنعتی در رده دوم ذکر می‌نمایند (۱۷).

مقالات مروی متعدد به رابطه میان کمربند و بلندکردن و جابه‌جا کردن بار، خمشدن مکرر به سمت جلو، چرخش از ناحیه کمر، و کارهای جسمانی سنگین پی‌برده‌اند (۱۸). Uyttendaele و همکاران پی‌برند که غیبت از کار به دلیل کمربند در کارکنان بیمارستانی با کار جسمانی بالا به طور معنی‌داری بیشتر از همکاران خود بود که کار جسمانی پایینی داشتند (۱۴). تحقیقات دیگر نیز رابطه کار جسمانی از قبیل حمل بیمار را با کمربند تایید نمودند (۱۹).

Smedley و همکاران پی‌برند که اختلالات کمر در پرستاران با کار جسمانی سنگین، به ویژه بلندکردن و جابه‌جا نمودن بیماران، و پوسچر نامناسب ارتباط دارد (۶). بلندکردن اجسام می‌تواند منجر به کمربند شود، البته فرکانس بلندکردن بار علت اصلی تفاوت در کمربند در میان مطالعات مختلف است (۱۴).

دامنه پاسخ‌ها از ۱ = "به طور شدید مخالف" تا ۴ = "به طور شدید موافق" متغیر بود.

به دلیل اینکه این تحقیق بر ناراحتی در ناحیه کمر متمرکز بود، سؤالات این قسمت از پرسش‌نامه استاندارد نوردیک اتخاذ شد، و به ارزیابی میزان ناراحتی در ناحیه کمر پرداخت. [Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, et al., 1987] به این منظور از پرستاران خواسته شد که میزان ناراحتی در کمر خود را در قالب درد، خشکی، سوزش، کرختی بیان کنند. دامنه ناراحتی از ۱ تا ۴ است که ۱ معادل (عدم وجود) و ۴ (دردغیرقابل تحمل) بود (۱۶).

ارزیابی عوامل خطر ارگونومیکی با چک لیست شناسایی مخاطرات ارگونومیکی Grant, Habes, Fernandez, and (NIOSH, Cincinnati, Ohaio, 1994 Puta-Anderson) انجام شد. وضعیت بدنی نامطلوب یا پوسچراستاتیک، جابه‌جایی بیمار و حرکات تکراری از عوامل خطر ارگونومیکی مورد بررسی در این تحقیق بودند.

قابلیت اعتماد مقیاس‌ها با روش آلفاکرونباخ سنجیده شد. در روش آلفاکرونباخ سؤالاتی که دارای همبستگی کمتری با کل آزمون باشند، قدم به قدم حذف و دوباره آلفاکرونباخ گرفته می‌شود. این کار تا زمانی تکرار می‌شود که آلفای کرونباخ به میزان قابل قبولی برای تحقیق مورد نظر بررسد. به منظور تعیین همبستگی و ثبات درونی، این پرسش‌نامه قبل از آغاز تحقیق توسط ۲۰ نفر تکمیل شد و درنهایت پس از حذف سؤالاتی که ارتباط نداشتند و انجام آزمون اولیه کرونباخ ۷۵ دهم بدست آمد که میزان قابل قبولی است.

نسخه فارسی این پرسش‌نامه با ترجمه استاندارد و آزمودن روایی و اعتبار آن، آماده شد. به منظور تشخیص روایی پرسش‌نامه، از شیوه test-retest برای ۴۰ پرستار استفاده شد. ضریب روایی قابل قبول بود (0.77). coefficient

استفاده از یک نمونه‌ی همانند، روش ساده‌ای برای اعمال کنترل متغیرهای مخدوش‌گر است. محدودیت این روش در تعیین‌پذیری نتایج است، زیرا نتایج تحقیق را به افرادی که

انتخاب شدند و به مدت ۵ هفته کاری متوالی در زمستان ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند.

افراد شرکت‌کننده در این تحقیق از نظر عدم وجود کمر درد قبل از استخدام و ناشی از حوادث غیرشعلی بررسی شدند. در این تحقیق برای ارزیابی روزانه فاکتورهای شعلی روانی-اجتماعی، عوامل خطر ارگونومیکی و شدت ناراحتی در ناحیه کمر از پرسش‌نامه استفاده شد. فاکتورهای شعلی روانی-اجتماعی مورد بررسی در این مطالعه عبارتند از:

۱. نیازکاری که متغیرهای آن بارکاری، سرعت انجام کار، کمبود وقت، انبساطه شدن کارهای ناتمام و کمبود پرسنل بودند.
۲. ماهیت شغل با متغیرهای توجه و دقت در انجام کار و میزان چالش‌انگیزی کار.
۳. آزادی تصمیم‌گیری با متغیرهای آزادی انتخاب در تعیین سرعت انجام کار، آزادی انتخاب در ترتیب و توالی انجام کار و امکان استراحت‌های کوتاه در حین کار
۴. تقابل اجتماعی با متغیرهای بدرفتاری ارباب رجوع (بیماران و خانواده‌های آن‌ها)، حمایت سرپرست موفق، حمایت همکاران و سایرین و مواجهه با افراد آشفته.

از آنجایی که اطلاعات مربوط به فاکتورهای روانی-اجتماعی محیط کار ادراکی هستند، رایج‌ترین شیوه ارزیابی آن‌ها بررسی پرسش‌نامه‌ی است (۱۱). سؤالات مربوط به فاکتورهای شعلی روانی اجتماعی به طور مستقیم از پرسش‌نامه محتوای شغلی (JCO) اتخاذ شد که نتیجه مطالعات دکتر Job Content Karasek از دانشگاه ماساچوست می‌باشد. (Questionnaire ۱۹۹۸). آنالیزهای اعتبار و روایی به روی این پرسش‌نامه انجام شده است. این پرسش‌نامه برساختار روانشناسی و اجتماعی شرایطکاری و به ویژه موضوعات درارتباط با نیازکاری، ماهیت شغل، آزادی تصمیم‌گیری و تقابل اجتماعی تمرکز دارد (۱۶). نیازکاری (گستره امتیازی ۱۲ تا ۴۸)، ماهیت شغل (گستره امتیاز ۲ تا ۸)، تقابل اجتماعی (گستره امتیاز ۱۶ تا ۴)، آزادی تصمیم‌گیری (گستره امتیاز ۱۲ تا ۴۸) و عوامل روانی-اجتماعی مورد بررسی در این مطالعه بودند که

سنی ۲۲ تا ۵۲ سال بود. سابقه کار آن‌ها از ۱ تا ۳۲ سال متغیربود (میانگین ۱۰ سال و انحراف معیار ۸/۲۲). میانگین شاخص توده بدنی $4 \pm 24/22$ بود که طبیعی می‌باشد.

از نظر شدت ناراحتی در ناحیه کمر در $29/8$ درصد موارد ملایم، $37/6$ درصد موارد متوسط و $21/7$ درصد شدید گزارش شد. میانگین کلی امتیاز نیازکاری در سه بیمارستان $36/39$ (انحراف معیار $4/69$) بود که به حد بالایی (دامنه تحمل $12-48$) نزدیک بود. آزادی تصمیم‌گیری ($32/13 \pm 5/57$) نزدیک به حد میانه (دامنه تحمل $12-48$) بود. تقابل اجتماعی ($9/11 \pm 2/33$) از حد میانه کمتر بود. ماهیت شغل ($1/4 \pm 6/17$) بود که بیشتر از حد میانه بود (جدول ۱).

آزمون اسپیرنوف کولوگروف نشان داد که توزیع متغیرهای شدت ناراحتی در ناحیه کمر، فاکتورهای شغلی روانی اجتماعی و عوامل خطر ارگونومیکی نرمال می‌باشد ($P-value < 0.05$). آزمون اسپیرمن نشان داد که آزادی تصمیم‌گیری تنها فاکتور روانی-اجتماعی در ارتباط با کار بود که با شدت ناراحتی در ناحیه کمر رابطه معنی‌داری نداشت. در حالی که میان شدت ناراحتی در ناحیه کمر و سایر فاکتورهای روانی-اجتماعی با کار رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P-value < 0.05$) (جدول ۲).

مشابه نمونه‌های مورد مطالعه باشند می‌توان تعمیم داد (۲۶). کمردرد غیرشغلی و شغل دوم یا فعالیت‌های غیرشغلی فرد از عوامل مخدوش‌گری بودند که با روش همانندسازی یعنی عدم انتخاب پرستارانی که کمردرد غیرشغلی و شغل دوم داشتند، حذف شدند.

سوالات پرسش‌نامه به مدت پنج هفته و در پایان هر شیفت‌کاری تکمیل، جمع‌آوری و پاسخ‌ها به نرم افزار SPSS 18/Wارد می‌شدند. به منظور رعایت اخلاق در تحقیقات پزشکی، به همه پرستارانی که در تحقیق شرکت کردند اطمینان داده شد که اطلاعات فردی و پاسخ‌های آن‌ها محروم‌می‌باشد و فقط برای انجام این تحقیق از آن‌ها استفاده می‌گردد.

تجزیه و تحلیل نهایی با نرم افزار SPSS 18/Ward انجام شد. بررسی توزیع متغیرهای شدت ناراحتی در ناحیه کمر، فاکتورهای شغلی روانی اجتماعی و عوامل خطر ارگونومیکی با آزمون اسپیرنوف کولوگروف انجام شد. ارتباط شدت ناراحتی در ناحیه کمر با عوامل روانی-اجتماعی و ارگونومیکی با آزمون آماری Spearman سنجیده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی پرستاران 34 سال (انحراف معیار $8/07$)، و دامنه

جدول ۱: مقایسه فاکتورهای شغلی روانی-اجتماعی و ارگونومیکی در پرستاران بخش اورژانس سه بیمارستان در اصفهان (۱۳۸۸)

بیمارستان	آن‌زادی تصمیم‌گیری	تقابل اجتماعی	نیازکاری	فاکتورهای ارگونومیکی	ماهیت شغل
A	۲۲/۱۳	۹/۱۱	۳۶/۳۹	۱۲/۴۸	۶/۲۸
	۵/۵۷	۲/۲۳	۴/۶۹	۲/۴۵	۱/۳۱
	۳۲/۷۴	۸/۶۱	۳۵/۹۱	۱۲/۰۹	۵/۸۵
	۵/۱۷	۲/۷۳	۶/۰۳	۲/۷۶	۱/۵۸
B	۳۲/۷۶	۸/۳۱	۴/۲۴	۲/۸۷	۱/۳۴
	۵/۵۷	۱/۹۴	۲۶/۳۸	۱۲/۵۲	۱/۳۴
	۲۲/۴۳	۸/۷۹	۲۶/۳۸	۱۲/۵۲	۶/۱۷
	۵/۴۹	۲/۳۶	۴/۹۶	۲/۳۹	۱/۴
C	میانگین انحراف معیار				
	میانگین انحراف معیار				
کل	میانگین انحراف معیار				

میانگین کلی امتیاز نیازکاری در سه بیمارستان $36/39$ (انحراف معیار $4/69$) بود که به حد بالایی (دامنه تحمل $12-48$) نزدیک بود. آزادی تصمیم‌گیری ($32/13 \pm 5/57$) نزدیک به حد میانه (دامنه تحمل $12-48$) بود. تقابل اجتماعی ($9/11 \pm 2/33$) از حد میانه کمتر بود. ماهیت شغل ($1/4 \pm 6/17$) بود که بیشتر از حد میانه بود (جدول ۱).

جدول ۲: رابطه میان شدت ناراحتی کمر در پرستاران بخش اورژانس سه بیمارستان در اصفهان(۱۳۸۸)

متغیرها	P-value	ضریب اسپیرمن
شدت ناراحتی کمر	۰/۹۲۲	۰/۰۰۲
شدت ناراحتی کمر	۰/۰۰	۰/۲۵۷
شدت ناراحتی کمر	۰/۰۳۵	۰/۰۴۲
شدت ناراحتی کمر	۰/۰۰	۰/۳۷۷
شدت ناراحتی کمر	۰/۰۰	۰/۴۹۵

آزمون اسپیرمن نشان داد که آزادی تصمیم‌گیری تهها عوامل روانی- اجتماعی در ارتباط با کار بود که با شدت ناراحتی در ناحیه کمر رابطه معنی‌داری نداشت. در حالی که میان شدت ناراحتی در ناحیه کمر و سایر عوامل روانی- اجتماعی مربوط با کار رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P-value < 0.05$).

جدول ۳: رابطه شدت ناراحتی در ناحیه کمر با فاکتورهای ارگونومیکی در پرستاران بخش اورژانس سه بیمارستان در اصفهان ۱۳۸۸

متغیرها	P-value	ضریب اسپیرمن
شدت ناراحتی کمر	۰/۰۰	۰/۴۷۵
جادبه‌جایی اجسام	۰/۰۰	۰/۱۰۶
بلندکردن اجسام	۰/۰۰	۰/۳۴۸
ایستادن ممتد	۰/۰۰	۰/۴۱۷

پوسچر نامناسب (چرخش یا خم شدن از ناحیه کمر)، جادبه‌جایی بیمار با فرکانس بالا در ارتفاع بین کمر تا زمین، ایستادن طولانی مدت (بیش از نیم ساعت)، جادبه‌جایی اجسام یا بیمار، از فاکتورهای ارگونومیکی مورد بررسی بودند که طبق آزمون اسپیرمن با شدت ناراحتی در ناحیه کمر رابطه معنی‌دار داشتند.

به کمردید در جوامع یا نیروی کار در کشورهای درحال پیشرفت وجود دارد. این فقدان تحقیقات باعث شده تا اطلاعات کمی راجع به کمردید در قشربرزگی از جمعیت دنیا وجود داشته باشد (۲۰). به همین دلیل مطالعه کنونی به بررسی همزمان دو فاکتور عامل کمردید شغلی- عوامل خطر ارگونومیکی و فاکتورهای شغلی روانی- اجتماعی - در پرستاران بخش اورژانس در اصفهان پرداخت.

این مطالعه نشان داد که با افزایش عوامل روانی- اجتماعی در ارتباط با کار (نیازکاری، ماهیت شغل)، شدت ناراحتی در ناحیه کمر به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد و بنا به اظهار پرستاران میزان نیازکاری در بخش اورژانس بالا بود. به عبارت دیگر بالا بودن بارکاری و کمبود پرسنل در بخش اورژانس موجب می‌شده که در بسیاری از روزها پرستاران با کمبود وقت مواجهه شوند و به ناچار با سرعت بالایی به انجام وظایفشان پردازند، که همه این موارد موجب وارد آمدن استرس بر آن‌ها

پوسچر نامناسب (چرخش یا خم شدن از ناحیه کمر)، جادبه‌جایی بیمار با فرکانس بالا در ارتفاع بین کمر تا زمین، ایستادن طولانی مدت (بیش از نیم ساعت)، جادبه‌جایی اجسام یا بیمار، از فاکتورهای ارگونومیکی مورد بررسی بودند که طبق آزمون اسپیرمن با شدت ناراحتی در ناحیه کمر رابطه معنی‌دار داشتند (جدول ۳). به این مفهوم که با افزایش پوسچر نامناسب (چرخش یا خم شدن از ناحیه کمر)، جادبه‌جایی بیمار با فرکانس بالا در ارتفاع بین کمر تا زمین، ایستادن طولانی مدت (بیش از نیم ساعت)، جادبه‌جایی اجسام یا بیمار، شدت ناراحتی کمر افزایش می‌یافتد.

بحث

اغلب داده‌های اپیدمیولوژیکی در مورد کمردید مربوط به کشورهای صنعتی و توسعه یافته است و اطلاعات کمی راجع

رابطه بین نیازکاری بالا، تقابل اجتماعی کم از سوی سرپرست ما فوق و همکاران با کمردرد یافت شد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که تقابل اجتماعی کم از سوی سرپرست ما فوق و همکاران، عامل خطر برای کمردرد می‌باشد (۱۱).

همچنین این مطالعه نشان داد که با افزایش عوامل خطر ارگونومیکی (وضعیت بدنی نامطلوب) چرخش یا خم‌شدن از ناحیه کمر، جابه‌جایی بیمار و حرکات تکراری، ایستادن بیش از نیم ساعت) شدت ناراحتی در ناحیه کمر به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد، که با نتیجه مطالعات Bergenud and Nilsson (۱۹۸۸) همخوانی دارد. آن‌ها پی‌بردنده که شیوع کمردرد در کارکنان میان‌سالی که کارهای جسمانی سنگین انجام می‌دهند، بالاست (۱۴). مقالات موروث شواهدی از رابطه میان کمردرد با حمل بار- بلندکردن و جابه‌جایی بار- خم‌شدن به جلو و چرخش مکرر کمر پی‌برده‌اند (۲۳). مطالعات مقطعی گوناگون رابطه میان کمردرد با وضعیت بدنی استاتیک (به طور ایستادن طولانی مدت دریک مکان) و کار تکراری را پیشنهاد کرده‌اند (۲۳) که با نتیجه مطالعه کنونی همخوانی دارد. از مشکلات در طول اجرای تحقیق عدم تمایل پنج نفر از پرستاران بیمارستان B و ده نفر از پرستاران بیمارستان A به ادامه همکاری بود و از لیست اسامی افراد مورد تحقیق حذف شدند. عدم در نظر گرفتن فاکتورهای غیرشعلی روانی- اجتماعی از نقاط ضعف این پژوهش بود.

از نقاط قوت این مطالعه بررسی همزمان دو فاکتور عامل کمردرد شغلی- عوامل خطر ارگونومیکی و فاکتورهای شغلی روانی- اجتماعی بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به وجود رابطه میان عوامل شغلی روانی- اجتماعی و فاکتورهای ارگونومیکی با شدت ناراحتی در ناحیه کمر در پرستاران بخش اورژانس، باید به منظور کاهش ناراحتی در ناحیه کمر، این دو فاکتور را مد نظر قرار داد و راه حل‌های بیشتری با هدف صرفه‌جویی در هزینه‌ها از طریق کاهش شکایات، غیبت و ناتوانی‌ها فراهم آورد.

می‌شود که پاسخ فیزیولوژیکی آن به صورت تنفس عضلانی و در نهایت ناراحتی در ناحیه کمر بروز می‌کند.

میزان توجه و دقت در حین انجام وظیفه و میزان چالش انگیزی کار از متغیرهای تعیین‌کننده ماهیت شغل هستند که میزان آن بیش از حد میانه بود. پرستاری بخش اورژانس از جمله مشاغلی است که نیازمند توجه و دقت پرستاران در حین انجام وظیفه است، زیرا عدم توجه و دقت آن‌ها می‌تواند نتایج وخیم و حتی مرگ بار برای بیماران به همراه داشته باشد. همین مسأله استرس شغلی برای آن‌ها به همراه دارد.

همچنین تقابل اجتماعی رابطه معنی‌داری با شدت ناراحتی در ناحیه کمر داشت. به عبارت دیگر با افزایش بدرفتاری ارباب رجوع (بیماران و خانواده‌های آن‌ها) و مواجهه با افراد آشفته و نگران و کاهش حمایت از سوی سرپرست ما فوق، همکاران و سایرین، شدت ناراحتی در ناحیه کمر افزایش می‌یافتد.

در این مطالعه، آزادی تصمیم‌گیری تنها فاکتور روانی- اجتماعی در ارتباط با کار بود که با شدت ناراحتی در ناحیه کمر رابطه معنی‌داری نداشت، که با نتیجه مطالعه Lagerstrom و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر اینکه آزادی تصمیم‌گیری با شدت ناراحتی در ناحیه کمر رابطه‌ی ندارد (۲۲). همخوانی داشت. مطالعات طولی (Longitudinal) تایید کردند که فاکتورهای روانی- اجتماعی عامل مهمی در تعیین کمردرد هستند (۲۶). در مطالعه مقطعی که توسط Hagen KB و همکاران (۱۹۸۸) انجام شد، به این نتیجه رسیدند که میان اختلالات اسکلتی عضلانی و فاکتورهای شغلی روانی- اجتماعی رابطه وجود دارد (۱۶).

Bongers و همکاران طی مطالعات گوناگون به این نتیجه رسیدند که ماهیت شغلی کم و تقابل اجتماعی ضعیف از عوامل خطر کمردرد محسوب می‌شوند (۲۱). همچنین آن‌ها (۱۹۹۳) پی‌بردنده بارکاری بالا رابطه مستقیمی با اختلالات اسکلتی عضلانی دارد، که با نتایج این مطالعه نیز همخوانی دارد. در مطالعه Hoogendoorn که توسط همکاران (۲۰۰۱) بر روی ۸۶۱ نفر از کارکنان ۳۴ شرکت در هلند به مدت ۳ سال صورت گرفت، نشانه‌هایی مبنی بر وجود

با کم‌درد مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به تاثیرات منفی شب‌کاری بر خواب فرد و مشکلات روانی ناشی از بی‌خوابی، در بررسی‌های آینده به رابطه آن با کم‌درد پرداخته شود. از آنجایی که حمل بیمار اغلب بر عهده بهیاران بود، کم‌درد در بهیاران بررسی شود.

عدم رضایت شغلی به دلیل کمبود دستمزد، موضوعات استرس‌زا دیگری است که جای بررسی و توجه دارد.

تشکر و قدردانی

این طرح در تاریخ ۸۸/۸/۲ به شماره ۳۸۸۳۹۲ توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است. هزینه‌های این طرح از بودجه آن معاونت پرداخت گردیده که جا دارد از مسؤولین محترم پژوهشی قدردانی و تشکر به عمل آید.

از آنجایی که نتایج این مطالعه وجود رابطه عوامل خطرارگonomیکی و مؤلفه‌های استرس‌زا شغلی را با شدت ناراحتی در ناحیه کمر نشان داد، پیشنهاد می‌شود در راستای کاهش شدت ناراحتی در ناحیه کمر در پرستاران، به این دو فاکتور توجه نمود.

۱- با توجه به رابطه میان مؤلفه‌های استرس‌زا با کم‌درد، از استخدام پرستارانی که سابقه کم‌درد دارند در بخش اورژانس

که استرس شغلی بالایی دارد، پرهیز شود.

۲- کمبود پرسنل و بالابودن بارکاری عاملی دیگر در بروز استرس است که باید با افزایش تعداد پرستاران، تناسبی برقرار نمود.

علاوه بر عوامل خطر شغلی در ارتباط با کم‌درد، عوامل خطر غیرشغلی از قبیل استعمال دخانیات، پشت میزنشینی، تحصیلات به عنوان عوامل خطر مهم شناخته شده‌اند (۸)، پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی رابطه استرس‌های غیرشغلی

References

1. Ghaffari M, Alipour A, Farshad AA, Jensen I, Josephson M, Vingard E. Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. *Occup Med (Lond)* 2008 Aug; 58(5): 341-7.
2. Clays E, De Bacquer D, Leynen F, Kornitzer M, Kittel F, De Backer G. The impact of psychosocial factors on low back pain: longitudinal results from the Belstress study 1. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007 Jan 15; 32(2): 262-8.
3. Punnett L, Pruss-Utun A, Nelson DI, Fingerhut MA, Leigh J, Tak S, et al. Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures 1. *Am J Ind Med* 2005 Dec; 48(6): 459-69.
4. Choobineh A. Posture assessment methods in occupational ergonomics. 1st ed. Hamedan: Fanavar; 2004.
5. Carayon P, Lim SY, Karwowski W, Marras W. The occupational ergonomics handbook, CRC. 2nd ed. USA: 1999.
6. Lee H, Wilbur J, Kim MJ, Miller AM. Psychosocial risk factors for work-related musculoskeletal disorders of the lower-back among long-haul international female flight attendants 1. *J Adv Nurs* 2008 Mar; 61(5): 492-502.
7. Engkvist IL. Back injuries among nurses – A comparison of the accident processes after a 10-year follow-up. *Safety Science* 2008; 46(2): 291.
8. Handbook of Human Factors and Ergonomics. 3th ed. Wiley; 2006.
9. Occupational Ergonomics: Work Related Musculoskeletal Disorders of the Upper Limb and Back. 1st ed. CRC Press; 2000.
10. Houtman IL, Bongers PM, Smulders PG, Kompier MA. Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems 1. *Scand J Work Environ Health* 1994 Apr; 20(2): 139-45.
11. Huang GD, Feuerstein M, Sauter SL. Occupational stress and work-related upper extremity disorders: concepts and models 1. *Am J Ind Med* 2002 May; 41(5): 298-314.
12. U.S.Dept of Health and Human Services. Musculoskeletal disorders and workplace factors : a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper ... and low back (SuDoc HE 20.7102:M 97/3). U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health National Institute for Occupational Safety and Health, Publications Dissemination [distributor] National Technical Information Service [distributor]; 1997.

13. Karwowski W, Marras WS. Occupational Ergonomics Reference Library-3 Volume Set: The Occupational Ergonomics Handbook (The Occupational Ergonomics Handbook, Second Edition). 1st ed. USA: CRC Press; 1998.
14. Yip VY. New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle 1. J Adv Nurs 2004 May;46(4): 430-40.
15. Smedley J, Egger P, Cooper C, Coggon D. Manual handling activities and risk of low back pain in nurses. Occup Environ Med 1995 Mar; 52(3): 160-3.
16. Warming S, Precht DH, Suadicani P, Ebbehoj NE. Musculoskeletal complaints among nurses related to patient handling tasks and psychosocial factors--based on logbook registrations. Appl Ergon 2009 Jul;40(4): 569-76.
17. Tirgar A, Kohpaei A, Allahyari T, Alimohammadi E. Health professionals. [Persian]. 1st ed. Tehran: Andisheye Rafi Publication; 2005.
18. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol 1998 Oct;3(4): 322-55.
19. Karasek RA. Job Content Questionnaire and User's Guide. Lowell (MA): University of Massachusetts; 1985.
20. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Work Environ Health 1993 Oct;19(5): 297-312.
21. Ergonomics Guidelines and Problem Solving. Oxford: Elsevier; 2001.
22. Henry JT. A Study Of Psychosocial Work Factors and Ergonomics Risk Factors and How They Affect Worker Stress And Musculoskeletal Discomfort In Assembly Workers Within A Manufacturing Environment, (thesis), USA, Clemson university 2004.
23. Cameron SJ, Armstrong-Stassen M, Kane D, Moro FB. Musculoskeletal problems experienced by older nurses in hospital settings. Nurs Forum 2008 Apr;43(2): 103-14.
24. Louw QA, Morris LD, Grimmer-Somers K. The prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord 2007;8: 105.
25. David R, Waldemar K. Handbook of Human Factors and Ergonomics. 3th ed. Wiley; 2006.
26. Fernandes RC, Carvalho FM, Assuncao AA, Silvany Neto AM. Interactions between physical and psychosocial demands of work associated to low back pain. Rev Saude Publica 2009 Apr;43(2): 326-34.
27. Abed Saedi J, Amir Ali Akbari S. Research in Medical Sciences and Health. [Persian]. Tehran: Salemi Publication; 2008.

Evaluation of work-related psychosocial and ergonomics factors in relation to low back discomfort in emergency Unit nurses*

***Ehsanollah Habibi¹, Siamak Pourabdiān², Azadeh Kianpour Atabaki³,
Seyed Mohsen Hosseini⁴***

Abstract

Background: The aim of this study was to evaluate the relation of intensity of low back discomfort with two factors that contribute to low back pain -Ergonomics risk factors and psychosocial factors- most seen in emergency unit nurses.

Methods: This cross-sectional survey was conducted on 120 emergency unit nurses in Isfahan. For daily assessment of psychosocial and Ergonomics factors and intensity of Low back discomfort, questionnaires such as: Job Content, Ergonomics hazards and Nordic questionnaire were used respectively. Nurses were questioned during a 5-week period, at the end of each shift work. Using Spearman, Mann-Whitney and Kolmogorov-Smirnov test, the final results were analyzed with SPSS software18/PASW.

Findings: There was significant relationship between work demand, job content, social support and intensity of low back discomfort ($P\text{-value}<0.05$). But there was not any link between intensity of Low Back discomfort and decision latitude. Also there was significant relationship between Intensity of low back discomfort and Ergonomics risk factors.

Conclusion: This study showed that intensity of low back discomfort will increase with decreasing social support and increasing work demand, Job Content and Ergonomics factors. So, to decrease work related low back discomfort, psychosocial factors should be attended in addition to Ergonomics factors.

Key words: Work-related Psychosocial Factors, Ergonomics Factors, Low Back Pain, Emergency Unit Nurses.

* This article derived from master thesis by Isfahan University of Medical Science.

1- Associate Professor, Department of Occupational Health, School of Health, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
(Corresponding Author)

Email: habibi@hslth.mui.ac.ir

2- Assistant Professor, Department of Occupational Health, School of Health, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

3- MSc student, Department of Occupational Health, School of Health, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.