



نقش اعتقادات بهداشتی، شکایات جسمانی و سلامت روانی بر کمردرد در پرستاران

فریده صادقیان^{۱*} (M.Sc.)، سمانه حسین‌زاده^۲ (Ph.D.)، میترا لشکری^۳ (B.Sc.)، مهری دلوریان‌زاده^۱ (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- دانشکده بهداشت- عضو هیئت علمی. ۲- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی- گروه آمار- استادیار. ۳- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- بیمارستان فاطمیه شاهرود- پرستار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۴

چکیده

مقدمه: کمردرد یکی از شایع‌ترین ناراحتی‌ها در شغل پرستاری می‌باشد که ممکن است باعث ناتوانی، محدودیت کاری، غیبت از کار و ایجاد آثار سوء اقتصادی زیادی شود. این مطالعه با هدف تعیین نقش اعتقادات بهداشتی، شکایات جسمانی و سلامت روانی بر کمردرد در پرستاران اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی کلیه پرسنل پرستاری (پرستار و بهیار) (۲۴۶ نفر) شاغل در بیمارستان‌های شاهرود در سال ۸۷ انجام شد. از پرسش‌نامه CUPID برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های کای-دو، من-ویتنی و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه میانگین سن پرسنل پرستاری 33.7 ± 0.2 سال و ساعات کار در هفته 47.5 ± 8 ساعت بود. ۶۹٪ از پرستاران بیش از ۵ سال سابقه کار داشتند. در جامعه مورد مطالعه ۵۹٪ (۱۴۵ نفر) کمردرد را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کردند. نتایج نشان می‌دهد که بین کمردرد با سابقه کار پرستاری، کار کردن با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه، آشنایی با افراد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار، شکایات جسمانی و اعتقاد به اینکه کمردرد به دلیل کار افراد ایجاد می‌شود، ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: علاوه بر عوامل جسمانی مرتبط با کار، اعتقادات بهداشتی و شکایات جسمانی نیز می‌توانند از عوامل خطر مرتبط با کمردرد محسوب شوند، که با مطالعات مشابه در این زمینه در کشورهای دیگر مطابقت دارد.

واژه‌های کلیدی: کمردرد، پرستاری، اعتقادات بهداشتی، سلامت روانی، شکایات جسمانی.

Original Article

Knowledge & Health 2012;7(2):21-26

Role of Health Beliefs, Somatization Tendency and Mental Health on Low Back Pain among Nurses

Farideh Sadeghian^{1*}, Samaneh Hoseinzade², Mitra Lashkari³, Mehri Delvarian-Zadeh¹

1- Faculty Member, School of Health, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran. 2- Assistance Professor, Dept. of Biostatistics, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 3- Nurse, Fatemeye Hospital, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran.

Abstract:

Introduction: Low back pain is one of the widespread problems among nurses which can cause disability, absenteeism, work restriction, and negative economic impacts. This study aimed at determining the role of health beliefs, somatization tendency and mental health on back pain among nurses.

Methods: The present research was a cross sectional study among 246 nursing personnel (all nurses and nurse aids) working in Shahrood hospitals in 2008. CPUID questionnaire was used to collect data. Chi-square test, multiple logistic regressions and Mann Whitney test for analysis were performed.

Results: The mean age of participants was 33.7 ± 0.2 yrs, and the mean work hours per day were 47.5 ± 8 hours. 69% of them had more than 5 years work experience. 59% (n=145) of the study population reported back pain in previous 12 months. Significant relationships were found between work experience, working with hands above shoulder height, Familiarity with people suffering from back pain outside of work environment, somatisation tendency, health beliefs ($P < 0.05$).

Conclusion: Results indicated that in addition to physical work related risk factors, health beliefs and somatisation tendency can be risk factors for back pain which confirms results of similar studies in other countries.

Keywords: Nursing, Back pain, Somatisation tendency, Health beliefs, Mental health.

Conflict of Interest: No

Received: 30 November 2011

Accepted: 13 June 2012

*Corresponding author: F. Sadeghian, Email: farsadeghian@googlemail.com

مقدمه

کمردرد از شایع‌ترین مشکلات سلامتی مرتبط با کار (۱) و از مهم‌ترین ناراحتی‌های اسکلتی عضلانی (۲) در شغل پرستاری است. در بین همه مشاغل، بالاترین میزان روزهای از دست‌رفته و بالاترین میزان غرامت پرداخت‌شده به دلیل کمردرد، مربوط به شغل پرستاری بوده است (۳). تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی با عوامل فردی، فعالیت‌های فیزیکی مختلف در محیط‌های کار و همچنین با عوامل روانی اجتماعی مرتبط هستند (۴، ۵ و ۶). در مطالعه‌ای که روی پرستاران در نروژ به عمل آمد، جابه‌جا کردن تکراری مریض بر روی تخت، عدم حمایت مدیران و فقدان جو آرام و خوشایند در محیط کار، از عوامل مؤثر در کمردرد بودند (۶).

در مطالعه انجام‌شده در استان مازندران روی ۱۲۲۶ پرستار، شیوع ۵۹/۶٪ کمردرد در یک‌سال گذشته گزارش گردید. بلندکردن بار سنگین، بخش محل خدمت و رضایت شغلی، با کمردرد ارتباط معناداری را نشان داد (۷). در مطالعه دیگری در ایران، از بین عوامل روانی-سازمانی، استرس ارتباط معناداری را با کمردرد نشان داد (۸). اما این عوامل خطر ثابت شده، برای برخی تغییرات مشاهده‌شده در مورد این ناراحتی‌ها در سال‌های اخیر، توضیح کافی ندارد؛ برای مثال در اوایل سال ۱۹۸۰ در استرالیا اپیدمی مهم ناراحتی‌های بازو به‌وجود آمد که با کشورهای دیگر با روش کار و تکنولوژی مشابه، برابر نبود (۹) و یا در بریتانیا، میزان ناتوانی به‌علت ناراحتی‌های کمر در سال‌های ۱۹۵۳-۱۹۹۲ در زمانی که نیازهای جسمانی کار کاهش یافت بیشتر از ۷ برابر شد (۱۰). این تفاوت، این فرضیه را گسترش داده است که در وقوع شکایات اسکلتی-عضلانی ناشناخته و ناتوانی‌های ناشی از آن، اعتقادات و فرهنگ بهداشتی به اندازه فعالیت‌های فیزیکی و سلامت روانی اهمیت دارد (۱۱) و اعتقادات فردی و انتظارات، پیشگویی‌کننده‌های مهمی در مورد درد کمر و بازو می‌باشند (۱۲ و ۱۳). در ویکتوریای استرالیا، وقتی اعتقادات مردم در مورد کمردرد با یک برنامه آموزشی بهبود یافت، کاهش در میزان ناتوانی کاری ناشی از کمردرد ایجاد شد (۱۴ و ۱۵).

همچنین مطالعات اخیر نشان داده است که شکایات جسمانی باید به‌عنوان یک عامل مخدوش‌کننده و یک متغیر مؤثر، در مطالعات روی عوامل خطر شغلی ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی ارزیابی شود (۱۶). باتوجه به اینکه اعتقادات بهداشتی در مورد کمردرد در کشورهای مختلف اختلاف معناداری با یکدیگر دارد (۱۷) و عوامل فرهنگی می‌تواند در ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی شایع تأثیر مهمی داشته باشد (۱۵) و تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در ایران انجام نشده است، هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط اعتقادات بهداشتی و شکایات

جسمانی و سلامت روانی (در کنار سایر عوامل خطر) با کمردرد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که روی ۲۴۶ نفر از پرسنل پرستاری (پرستار و بهیار) شاغل در بیمارستان‌های امام حسین (ع)، فاطمیه و خاتم‌الانبیا شاهرود در سال ۸۷ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه CUPID شامل مشخصات فردی، عوامل جسمانی و سازمانی کار، پرسش‌نامه استاندارد نوردیک (۱۸)، پرسش‌نامه شکایات جسمانی (BSI (Brief Symptom Inventory) و بخش سلامت روانی پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36، پرسش‌نامه کوتاه‌شده اعتقادات بهداشتی Fear Avoidance Beliefs و سؤالاتی در مورد آشنایی با افراد مبتلا به کمردرد در داخل یا خارج از محیط کار بود. اعتبار و روایی پرسش‌نامه‌های مذکور در مطالعات مختلف تأیید شده است (۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳).

پرسش‌نامه شکایات جسمانی شامل ۷ سؤال در مورد میزان شکایت از برخی مشکلات جسمانی (سرگیجه و بی‌حالی، درد در قلب یا سینه، تهوع یا ناراحتی شکم، مشکل نفس کشیدن، بی‌حسی یا سوزش در قسمت‌هایی از بدن، احساس ضعف در قسمت‌هایی از بدن و احساس داغی یا سرما) است که با مقیاس لیکرت ابتدا تا بی‌نهایت (صفر تا ۴) کمی شده‌اند. نمره نهایی این پرسش‌نامه باتوجه به توزیع به ۳ گروه شکایات کم، متوسط و زیاد تقسیم شد. پرسش‌نامه کوتاه‌شده اعتقادات بهداشتی، در مورد اعتقاد شرکت‌کنندگان درباره علل و عاقبت کمردرد است که به دو بخش اعتقادات عمومی و کاری تقسیم شده است. در این پرسش‌نامه پاسخ‌ها به‌صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (۱ تا ۵) می‌باشد. بخش عمومی در مورد امتناع از فعالیت جسمانی جهت جلوگیری یا کاهش کمردرد شامل ۴ سؤال می‌باشد: کسی که درد در کمر دارد باید از فعالیت جسمانی خودداری کند؛ چون ممکن است به کمر او آسیب برسد، این مشکلات معمولاً در مدت ۳ ماه بهتر می‌شود، برای اینکه بهتر شود نیاز به استراحت دارد. نادیده‌گرفتن این نوع مشکلات ممکن است سبب مشکلات دائمی برای سلامتی شود. در این بخش ابتدا پاسخ نمونه‌ها جمع‌بندی و سپس تبدیل به یک متغیر دوحالتی (موافق و مخالف) شد. قسمت اعتقاد کاری شامل یک سؤال: این مشکلات به‌طور کلی به‌علت کار افراد ایجاد می‌شود؟ بوده و پاسخ آن به دو دسته (موافق و مخالف) تقسیم گردید.

بخش سلامت روانی پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36، شامل ۵ سؤال با مقیاس لیکرت تمام مدت تا هیچ‌وقت (۱ تا ۶) می‌باشد که بنابه توزیع به ۳ گروه سلامت روانی خوب، متوسط و بد تقسیم شد.

جدول ۱- عوامل فردی مرتبط با کمردرد در پرستاران

ویژگی‌ها	کمردرد دارند (%)	کمردرد ندارند (%)	مقدار احتمال
سن*	۳۴/۵ ± ۷/۶	۳۱/۳ ± ۶/۳	< ۰/۰۰۰۱*
قد*	۱۶۲ ± ۶/۹	۱۶۳ ± ۷/۷	۰/۵۴۸*
جنس			
مرد	۲۶ (۶۰/۵)	۱۷ (۳۹/۵)	۰/۸۲۳*
زن	۱۱۹ (۵۹)	۸۴ (۴۱)	
سابقه کار			
۱ تا ۵ سال	۳۵ (۴۵/۵)	۴۲ (۵۴/۵)	۰/۰۰۴*
بیش از ۵ سال	۱۱۰ (۶۵)	۵۹ (۳۵)	

* میانگین ± انحراف استاندارد، * آزمون t مستقل، * آزمون کای-دو

جدول ۲- عوامل مرتبط با کمردرد در پرستاران (عوامل جسمانی، آشنایی با فرد مبتلا به کمردرد، شکایات جسمانی، اعتقادات بهداشتی و سلامت روانی)

عوامل مرتبط	کمردرد دارند تعداد (%)	کمردرد ندارند تعداد (%)	مقدار احتمال
کارکردن با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت روز			
خیر	۷۲ (۵۲)	۶۷ (۴۸/۰)	۰/۰۱۱
بله	۷۲ (۶۸)	۳۴ (۳۲/۰)	
آشنایی با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار			
خیر	۲۲ (۳۹)	۳۵ (۶۱/۰)	< ۰/۰۰۰۱
بله	۱۲۳ (۶۵)	۶۶ (۳۵/۰)	
شکایات جسمانی			
کم	۹۶ (۵۳)	۸۵ (۴۷/۰)	۰/۰۰۲
متوسط	۳۵ (۲۰)	۱۵ (۳۰/۰)	
زیاد	۱۴ (۹۳)	۱ (۷/۰)	
سلامت روانی			
خوب	۵۷ (۴۵/۲)	۶۹ (۵۴/۸)	۰/۳۶۷
متوسط	۳۹ (۳۶)	۶۹ (۶۴/۰)	
بد	۷ (۵۳/۸)	۵ (۴۱/۷)	
اعتقادات بهداشتی عمومی			
موافق	۱۲۰ (۶۱)	۷۶ (۳۹/۰)	۰/۱۵
مخالف	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰/۰)	
اعتقادات بهداشتی کاری			
موافق	۱۱۵ (۶۴)	۶۶ (۳۶/۰)	۰/۰۱۵
مخالف	۳۰ (۴۶)	۳۵ (۵۴/۰)	

همچنین سایر عوامل دموگرافیک شامل شغل اصلی (بهیار یا پرستار)، تحصیلات، ساعات کاری در هفته، جنس و مصرف سیگار ارتباط معناداری را با کمردرد نشان ندادند. از عوامل جسمانی و سازمانی کار مورد بررسی در این مطالعه، کارکردن با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت در روز با ابتلا به کمردرد ارتباط معناداری نشان داد (آزمون کای-دو، $P=۰/۰۱۱$). افرادی که با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت در روز کار می‌کنند ۶۸٪ و سایرین ۵۲٪ کمردرد در ۱۲ ماه گذشته را گزارش کردند (جدول ۲). سایر عوامل جسمانی و سازمانی کار از جمله: حرکت دادن بار ۲۵ کیلوگرمی یا بیشتر با دست، بالا و پایین رفتن بیش از ۳۰ پلکان در روز، زانوردن یا چمباتمه‌نشستن یا دولاشدن بیشتر از یک ساعت در

نگارنده، پرسش‌نامه‌ها را به زبان فارسی ترجمه نمود و مجدداً یک فارسی‌زبان مسلط به زبان انگلیسی آن را ترجمه کرد و سپس هیئت علمی طب کار و بهداشت حرفه‌ای روایی، محتوای آن را تأیید نمود. جهت بررسی پایایی این پرسش‌نامه‌ها، ۱۵ نفر از پرستاران آن را تکمیل کردند و ضریب آلفای کرونباخ سؤالات مرتبط به اعتقادات بهداشتی و شکایات جسمانی (Brief Symptom Inventory) BSI و سلامت روانی به ترتیب ۰/۶، ۰/۹ و ۰/۸ به دست آمد.

معیار ورود به مطالعه، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در شغل پرستاری بود. پرستارانی که کمردردشان ناشی از عللی چون حادثه، بارداری یا عادت ماهیانه بود، حذف گردیدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای-دو، من-ویتنی و رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه میانگین سن پرسنل پرستاری $۳۳/۲ \pm ۷$ سال و ساعات کار در هفته $۴۷/۵ \pm ۸$ ساعت بود. ۱۶۹ نفر (۶۹٪) از پرستاران بیش از ۵ سال سابقه کار داشتند. میانگین قد $۱۶۲/۶ \pm ۷/۴$ سانتی‌متر و فقط ۷ نفر (۲/۸٪) سابقه مصرف سیگار داشتند. اکثر پرستاران شرکت‌کننده، زن (۸۲/۵٪) و بقیه مرد بودند.

در بین پرستاران ۱۴۵ نفر (۵۹٪) داشتن کمردرد در ۱۲ ماه گذشته را گزارش کردند که در میان آن‌ها ۹۰ نفر (۶۲٪) مبتلا به سیاتیک و ۱۰۳ نفر (۷۱٪) در یک ماه گذشته نیز کمردرد داشتند. ۷۲ نفر (۵۰٪) به علت کمردرد به پزشک یا سایر کارکنان درمانی مراجعه کرده بودند. به طور کلی ۲۹٪ پرستاران حداقل یک روز به دلیل کمردرد غیبت داشته‌اند که بیشترین غیبت به علت کمردرد (۲۳٪) بین ۱ تا ۵ روز طی ۱۲ ماه گذشته بوده است.

در بررسی عوامل دموگرافیک ملاحظه شد که ۴۵٪ از پرستاران با سابقه کار کمتر از ۵ سال و ۶۵٪ آنان با سابقه کار بیشتر از ۵ سال کمردرد را گزارش کردند که در افراد با سابقه کار بیشتر، شیوع بیشتری گزارش شد و آزمون کای-دو ارتباط معناداری را بین این دو نشان داد ($P=۰/۰۰۴$). ۶۱٪ پرستاران مرد و ۵۹٪ پرستاران زن کمردرد در ۱۲ ماه گذشته را گزارش کردند، اما ارتباط معناداری بین جنس و ابتلا به کمردرد مشاهده نشد ($P=۰/۸۲۳$). سن مبتلایان به کمردرد و افراد سالم به ترتیب برابر ۳۴ ± ۸ و ۳۱ ± ۶ سال به دست آمد که با توجه به آزمون من-ویتنی تفاوت معناداری بین دو میانگین وجود دارد ($P<۰/۰۵$). همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین سن مبتلایان به کمردرد بیشتر است. میانگین قد در گروه مبتلا به کمردرد $۱۶۲ \pm ۶/۹$ سانتی‌متر و در گروه سالم $۱۶۳ \pm ۷/۷$ سانتی‌متر به دست آمد که آزمون من-ویتنی تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ($P=۰/۵۴۸$) (جدول ۱).

موافق نبودند. ۶۴٪ پرستارانی که اعتقاد داشتند که کار باعث کمردرد می‌شود و ۴۶٪ پرستارانی که اعتقاد نداشتند، کمردرد را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کردند و آزمون کای-دو ارتباط معناداری در این خصوص نشان داد ($P=0/015$) (جدول ۲). اما در ارتباط با سلامت روانی براساس آزمون کای-دو ارتباط معناداری بین سلامت روانی و ابتلا به کمردرد در پرستاران مشاهده نشد ($P=0/367$) (جدول ۲).

جهت بررسی عوامل مرتبط با کمردرد مدل رگرسیون لجستیک به‌روش پسرو (Backward) برازش شد (جدول ۳). نتایج مدل، عوامل خطر کمردرد را در پرستاران: سابقه کار، کارکردن با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت در روز، آشنایی با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار، شکایات جسمانی و اعتقاد کاری، نشان داد. باتوجه‌به مدل برازش‌شده و نسبت شانس برآوردشده مشاهده می‌کنیم که شانس ابتلا به کمردرد در پرستاران با سابقه کار بیشتر از ۵ سال ۲ برابر بیشتر از شانس ابتلا به کمردرد در پرستاران با سابقه کار کمتر از ۵ سال ($CI: 1/2-4$) است (لازم به ذکر است که به‌علت رابطه سن با سابقه کار، فقط سابقه کار در مدل وارد شد). شانس ابتلا به کمردرد در پرستارانی که با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت در روز کار می‌کنند ۲ برابر بیشتر از سایر پرستاران ($CI: 1/1-3/6$) است. شانس ابتلا به کمردرد در پرستاران که با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار آشنا هستند حدود ۳ برابر از سایر پرستاران ($CI: 1/7-6/3$) بیشتر است. همچنین شانس ابتلا به کمردرد در پرستاران با نمره شکایات جسمانی متوسط و زیاد ۲/۵ برابر پرستاران با نمره شکایات جسمانی کم ($CI: 1/3-4/9$) می‌باشد (دو گروه شکایات جسمانی متوسط و زیاد به‌علت تعداد نمونه کم شکایات جسمانی زیاد در این آنالیز درهم ادغام شدند). سرانجام شانس ابتلا به کمردرد در پرستارانی که اعتقاد دارند کار باعث کمردرد می‌شود (اعتقاد کاری) حدود ۲ برابر پرستارانی است که به این موضوع اعتقاد ندارند ($CI: 1-3/2$) (لازم به ذکر است که گرچه سطح معناداری آن از ۰/۰۵ بیشتر است، ولی به‌خاطر افزایش نیکویی برازش مدل در مدل باقی‌مانده است).

روز، فشار زمانی کار، انجام مقدار مشخصی کار در روز، تصمیم‌گیری در کار، روابط شغلی، احساس امنیت شغلی، پاداش، رضایت از کار و شغل دو، با کمردرد ارتباط معناداری را نشان ندادند.

در مورد ارتباط کمردرد با آشنایی پرستار با افرادی که در محیط کار یا در خارج از محیط کار مبتلا به کمردرد بودند، آزمون کای-دو ارتباط معناداری را بین ابتلا به کمردرد و آشنایی پرستار با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار نشان داد ($P<0/05$). ۶۵٪ پرستارانی که با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار آشنا بودند و ۳۹٪ پرستارانی که با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار آشنا نبودند، کمردرد در ۱۲ ماه گذشته را گزارش دادند (جدول ۲).

در ارتباط با شکایات جسمانی مشاهده شد که ۵۳٪ پرستاران با میزان شکایات جسمانی کم، ۷۰٪ با شکایات جسمانی متوسط و ۹۳٪ با نمره شکایات جسمانی زیاد، کمردرد در ۱۲ ماه گذشته را گزارش کردند و ارتباط معناداری بین شکایات جسمانی و کمردرد به‌دست‌آمد ($P=0/002$)، به عبارتی شیوع کمردرد در پرستارانی که شکایات جسمانی بیشتری دارند بالاتر است (جدول ۲). شیوع کمردرد در پرستارانی که به هریک از سؤالات پرسش‌نامه شکایات جسمانی پاسخ زیاد و بی‌نهایت دادند برابر بود با: سرگیجه و بی‌حالی ۷۴٪، درد در قلب یا سینه ۶۰٪، تهوع یا ناراحتی شکم ۷۹٪، مشکل نفس کشیدن ۷۶٪، بی‌حسی یا سوزش در قسمت‌هایی از بدن ۸۳٪، احساس ضعف در قسمت‌هایی از بدن ۸۰٪ و احساس داغی یا سرما ۷۹٪.

در مورد اعتقادات بهداشتی درمورد کمردرد که خود به دو قسمت اعتقادات عمومی و کاری تقسیم می‌شود، در قسمت اعتقادات عمومی، ۱۹۶ نفر (۸۰٪) از پرستاران با امتناع از فعالیت جسمانی جهت جلوگیری از آسیب به کمر موافق بودند. ملاحظه شد که ۶۱٪ پرستارانی که با امتناع از فعالیت جسمانی موافق‌اند و ۵۰٪ پرستارانی که موافق نیستند، در ۱۲ ماه گذشته به کمردرد مبتلا می‌باشند که آزمون کای-دو ارتباط معناداری را در این خصوص نشان نداد ($P=0/150$). در قسمت اعتقادات کاری: در میان کلیه پرستاران، ۱۸۱ نفر (۷۴٪) اعتقاد داشتند که کار باعث کمردرد می‌شود و بقیه با آن

جدول ۳- مدل رگرسیون لجستیک برازش‌شده برای عوامل خطر همراه با کمردرد در پرستاران

عوامل خطر	برآورد ضریب	خطای استاندارد	مقدار احتمال	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای نسبت شانس
سابقه کار	۰/۷۸	۰/۳	۰/۰۱	۲/۱۹	۱/۲ - ۴/۰
کارکردن با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت در روز	۰/۶۹	۰/۲۹	۰/۰۱۹	۲/۰	۱/۱ - ۳/۶
آشنایی با فرد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار	۱/۱۷	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۳/۲	۱/۷ - ۶/۳
شکایات جسمانی	۰/۹۱	۰/۳۵	۰/۰۰۹	۲/۵	۱/۳ - ۴/۹
اعتقادات بهداشتی کاری	۰/۵۵	۰/۳۲	۰/۰۸۶	۱/۷	۰/۹ - ۳/۲

بحث

ناراحتی‌های اسکلتی عضلانی به‌لحاظ منشأ چند عاملی هستند. عوامل خطر احتمالی شامل عوامل فیزیکی، روانی-اجتماعی و عوامل شخصی هستند. این عوامل می‌توانند بر یکدیگر اثر بگذارند و به‌وسیله عوامل فرهنگی و اجتماعی تحت تأثیر قرار گیرند (۲۴). در مطالعه حاضر، کمردرد یکی از شایع‌ترین عوارض اسکلتی-عضلانی در پرستاران در یک‌سال گذشته ذکر شده که عوامل خطر ابتلا با آن: سابقه کار، کارکردن با دست‌های بالاتر از ارتفاع شانه بیش از یک ساعت در روز، شکایات جسمانی و اعتقادات بهداشتی درمورد اینکه دردها به‌دلیل کار افراد ایجاد می‌شود، آشنایی با افراد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار نشان‌دهنده شده‌است.

در مطالعه روی پرستاران در شیراز (۲۵)، ترکیه (۲۶) و یونان (۲۷) نیز کمردرد شایع‌ترین عارضه اسکلتی عضلانی، به‌ترتیب با شیوع ۶۹٪، ۴۴/۱٪ و ۷۵٪ به‌دست آمده است. همچنین شیوع کمردرد در پرستاران در ژاپن ۵۴/۷٪ (۲۸)، آمریکا ۲۹٪ (۲۹)، ایتالیا ۴۸٪ (۵)، تایلند ۶۱/۵٪ (۳۰)، استرالیا ۶۰٪ (۳۱)، آلمان ۶۲٪ (۳۲)، سوئیس ۷۳٪ (۳۳) و نیجریه ۷۳/۵۳٪ (۳۴) گزارش شده است.

در مطالعه حاضر، غیبت از کار پرستاران به‌دلیل کمردرد ۲۹٪ گزارش شد. آمار این مطالعه در یونان ۱۷٪ و در آلمان ۱۵٪ گزارش شده است (۳۲).

در مطالعه روی ۴ گروه شغلی از جمله پرستاران در ژاپن و اروپای غربی، شکایات جسمانی، عامل خطر اصلی ناراحتی‌های اسکلتی عضلانی معرفی شده و برای کمردرد نسبت شانس ۳ به‌دست آمده است (۳۵). در مطالعه‌ای که در ایتالیا انجام گرفت علائم سایکوسوماتیک مرتبط با استرس با کمردرد همراه بودند (۳۶). همچنین مطالعه پالمر و همکاران نشان داده است که خطر ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی به‌شدت مطابق با تعداد شکایات جسمانی افزایش می‌یابد (۱۵). در استرالیا شکایات جسمانی به‌طور ضعیفی با ناراحتی‌های اسکلتی عضلانی همراه بود (۳۷). نتایج مطالعه مشابه سولیداک و همکاران روی ۳ گروه شغلی پرستاران، کارکنان دفتری و کارمندان پست در یونان نشان داد که تعداد دردهای اسکلتی-عضلانی به‌شدت با بار فیزیکی کار و شکایات جسمانی مرتبط بوده و همچنین به‌طور معناداری با عوامل روانی سازمانی و اعتقاد به اینکه این دردها به‌علت کار به‌وجود می‌آید، همراه است (۳۸).

در انگلیس، تحقیقی درمورد درد بازو مشخص شد که، وجود درد در بین افرادی که درد بازوی خود را مرتبط با کار یا استرس می‌دانستند، به‌طور معناداری شایع بود (۳۹).

اما نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد سلامت روانی کیفیت زندگی، با کمردرد ارتباط معناداری ندارد. در مطالعه اسمیت و همکاران

وقوع کمردرد با نمره ضعیف در بعد سلامت روانی کیفیت زندگی همراه بود (۴۰). در مطالعه‌ای که در انگلیس انجام شد ارتباط کمردرد با بعد سلامت روانی کیفیت زندگی در مقایسه با شکایات جسمانی ضعیف‌تر بود (۱۶). در مطالعه هارکومب و همکاران سلامت روانی بهتر به‌طور ضعیفی با نسبت شانس کمتر ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی همراه بود (۳۷).

به‌لحاظ جنسیت، اگرچه در تحقیق حاضر شیوع کمردرد در زنان کمی بالاتر از مردان گزارش شد، ولی ارتباط معناداری در این خصوص به‌دست نیامد. در نیجریه شیوع کمردرد در زنان پرستار ۶۸٪ و در مردان ۳۲٪ گزارش شده است (۳۴). در مطالعه روی پرستاران در ایتالیا، زن بودن، یک عامل خطر برای کمردرد معرفی شده است (۵).

نتایج این مطالعه نشان داد که آشنایی با افراد مبتلا به کمردرد در خارج از محیط کار، شکایات جسمانی و اعتقادات بهداشتی درمورد اینکه درد کمر به‌دلیل کار افراد ایجاد می‌شود، با وقوع کمردرد ارتباط دارند.

تشکر و قدردانی

از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود در انجام این طرح پژوهشی متشکریم. همچنین از همکاری خانم‌ها فاطمه عرب‌اسدی، صدیقه رضوانی، فاطمه عالی و اکرم حسنی در جمع‌آوری اطلاعات بسیار سپاسگزاریم.

References

1. June KJ, Cho SH, Kyung JA, June Chonan, Sung-Hyun Cho. Low back pain and work-related factors among nurses in intensive care units. *J Clin Nurs* 2011;20(3-4):479-487.
2. Bolanle MS Tinubu, Chidozie E Mbada, Adewale L Oyeyemi, Ayodele A Fabunmi. Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, south-west nigeria: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:12.
3. Edlich R, Woodard CR, Haines MJ. Disabling back injuries in nursing personnel. *Emerg Nurs* 2001;27:150-5.
4. Devereux JJ, Vlachonikolis IG, Buckle PW. Epidemiological study to investigate potential interaction between physical and psychosocial factors at work that may increase the risk of symptoms of musculoskeletal disorder of the neck and upper limb. *Occup Environ Med* 2002;59:269-277.
5. Lorusso A, Bruno S, L'abbate N. A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel. *Ind Health* 2007;45(5):637-644.
6. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of intense or disabling low back pain: a prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med* 2004;61(5):398-404.
7. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Ahmad-Shirvani M, Bagheri-Nessami M, Khalilian AR. Epidemiological survey of low back pain among nurses. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2005;7(26):40-35.
8. Mehrdad R, Dennerlein JT, Haghghat M, Aminian O. Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses. *Am J Ind Med* 2010;53(10):1032-9.

9. Gun RT. The incidence and distribution of RSI in south Australia 1980-81 to 1988-87. *Med J Austral* 1990;153:376-380.
10. Clinical Standards Advisory Group. Epidemiology review: epidemiology and cost of back pain - annex to the clinical standards advisory group's report on back pain. Stationery Office Books;1994.
11. Coggon D. Occupational Medicine at attuning point. *Occup Environ Med* 2005;62(5):281-3.
12. Boersma K, Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006;10:551-7.
13. Ryall C, Coggon D, Peveler R, Poole J, Palmer KT. A prospective study of arm pain in primary care and physiotherapy: prognostic determinants. *Rheumatol* 2007;46:508-15.
14. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *Br Med J* 2001;322:1516-20.
15. Madan I, Reading I, Palmer KT, Coggon D. Cultural differences in musculoskeletal symptoms and disability. *Int J Epidemiol* 2008;37:1181-1189.
16. Palmer KT, Calnan M, Wainwright D, Poole J, O'Neill C, Winterbottom A, Watkins, et al. Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatization: a community-based postal survey. *Occupational Medicine* 2005;55(8):612-617.
17. Burnett A, Sze CC, Tam SM, Yeung KM, Leong M, Wang WT, et al. A Cross-cultural study of the back pain beliefs of female undergraduate healthcare students. *Clin J Pain* 2009;25(1):20-28.
18. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardized nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987;18(13):233-237.
19. Ware JE. SF-36 health status questionnaire. Boston, MA: Institute for the improvement of medical care and health, New England Medical Center Hospital, Quality Quest Inc; 1989.
20. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983;13:595-605.
21. Morland KK, Tan S-Y. Comparison of the brief psychiatric rating scale and the brief symptom inventory. *J Clin Psychol* 1998;54:885-894.
22. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993;306:1437-1440.
23. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville, Main CJ. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52(2):157-168.
24. Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S, Blatter BM. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioral perspective (part II). *J Occup Rehabil* 2006;16(3):279-302.
25. Choobineh A, Rajaeefard A, Neghab M. Association between perceived demands and musculoskeletal disorders among hospital nurses of Shiraz University of Medical Sciences: a questionnaire survey. *Int J Occup Saf Ergon* 2006;12(4):409-16.[Persian].
26. Tezel A. Musculoskeletal complaints among a group of Turkish nurses. *Int J Neurosci* 2005;115(6):871-80.
27. Alexopoulos EC, Burdorf A, Kalokerinou A. Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Occup Environ Health* 2003;76(4):289-294.
28. Smith DR, Mihashi M, Adachi Y, Koga H, Ishitake T. A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res* 2006;37(2):195-200.
29. Lipscomb J, Trinkoff A, Brady B, Geiger-Brown J. Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *Am J Public Health* 2004;94(8):1431-1436.
30. Sopajareeya C, Viwatwongkasem C, Lapvongwatana P, Hong O, Kalampakorn S. Prevalence and risk factors of low back pain among nurses in a Thai public hospital. *J Med Assoc Thai* 2009;92(Suppl 7):S93-9.
31. Mitchell T, O'Sullivan PB, Burnett AF, Straker L, Rudd C. Low back pain characteristics from undergraduate student to working nurse in Australia: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2008;45(11):1636-1644.
32. Alexopoulos EC, Burdorf A, Kalokerinou A. A comparative analysis on musculoskeletal disorders between greek and dutch nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health* 2006;79(1):82-88.
33. Maul I, Laubli T, Klipstein A, Krueger H. Course of low back pain among nurses: a longitudinal study across eight years. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60:497-503.
34. Sikiru L, Hanifa S. Prevalence and risk factors of low back pain among nurses in a typical Nigerian hospital. *Af Health Sci* 2010;10(1):26-30.
35. Matsudaira K, Palmer KT, Reading I, Hirai M, Yoshimura N, Coggon D. Prevalence and correlates of regional pain and associated disability in Japanese workers. *Occup Environ Med* 2010;68(3):191-36.
36. Violante FS, Fiori M, Fiorentini C, Risi A, Garagnani G, Bonfiglioli R. Associations of psychosocial and individual factors with three different categories of back disorder among nursing staff. *J Occup Health* 2004;46(2):100-8.
37. Harcombe H, McBride D, Derrett S, Gray A. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. *Inj Prev* 2010;16(2):96-100.
38. Solidaki E, Chatzi L, Bitsios P, Markatzi I, Planas E, Castro F, Palmer KT, et al. Work-related and psychological determinants of multisite musculoskeletal pain. *Scand J Work Environ Health* 2010;36(1):54-61.
39. Palmer KT, Reading I, Linaker C, Calnan M, Coggon D. Population-based cohort study of incident and persistent arm pain: Role of mental health, self-rated health and health beliefs. *Pain* 2008;136(1-2):30-7.
40. Smith BH, Elliott AM, Hannaford PC, Chambers WA, Smith WC. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community: results from a general population follow-up study. *Spine* 2004;29:1032-40.