

## بررسی وضعیت کمردرد و عوامل مؤثر بر آن در پرسنل اتاق عمل بیمارستان شهید محمدی بندرعباس در سال 1395

مریم عسکری<sup>1</sup>، حسین شرفی<sup>2</sup>، فاطیما رضایی<sup>3\*</sup>

- 1- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
- 2- کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی- جراحی، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
- 3- کارشناس ارشد علوم تشریح، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران  
rezaeifatima@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از شایع ترین علل مراجعه به پزشکان مسئله کمردرد است. این مشکل طیف‌های گسترده‌ای از شدت درد را شامل می‌شود. رسیدگی و کنترل آن در مراحل ابتدایی کار آسان‌تری است اما در صورت پیشرفت، مشکلات و آسیب‌های بسیاری را بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کند. این مسئله در کارکنان بخش سلامت دارای اهمیت بالاتری است.

**مواد و روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی است و بر روی 41 نفر از کارکنان بخش اتاق عمل بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در سال 1395 انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها اندکس استاندارد ODQ و سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد بوده است و توزیع پرسشنامه‌ها با شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس صورت پذیرفته است. داده‌ها با آمار توصیفی و استنباطی و آزمون Chi-square تحت نرم افزار SPSS نسخه 20 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** متوسط سنی کارکنان،  $32/45 \pm 5/71$  سال بود که 46/3٪ آنان را مردان و 53/7٪ را زنان تشکیل دادند. بیش تر افراد، کمردرد را به صورت ناتوانی خفیف تجربه کرده بودند (41/5٪) و سهم زنان در این ناتوانی از مردان بیش تر بود. بین سطح کمردرد با سطح تحصیلات و جنسیت افراد رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ) ولی رابطه‌ی سطح کمردرد با سن افراد معنادار بود (0/002).

**نتیجه گیری:** با توجه به میانگین نمره‌ی بدست آمده در این پژوهش، کارکنان بخش اتاق عمل از ناتوانی ناشی از کمردرد در درجات بالا رنج نمی‌برد.

**واژه‌های کلیدی:** کمردرد، کارکنان، اتاق عمل

## مقدمه

حدود 60 تا 80 درصد افراد در طول زندگی خود تجربه‌ای از داشتن کمر درد را بیان می‌کنند (3-1). کمر درد، نوعی اختلال مزمن یا حاد اسکلتی-عضلانی شایع است که قسمت پایینی ستون مهره‌ها را درگیر می‌کند. بیماری‌ها، ضربه‌ها و اختلالات باعث ایجاد درد در قسمت پایینی پشت (کمر) می‌شوند (4). آسیب‌هایی که باعث درگیر شدن عضلات، مهره‌ها، استخوان‌ها، مفاصل، تاندون‌ها، عروق خونی و اعصاب مرتبط به آن‌ها می‌شود، اختلالات اسکلتی-عضلانی نامیده می‌شود که می‌توانند در نقاط مختلفی از بدن شامل گردن، مچ دست و پا، زانو، قسمت‌های پایینی و بالایی بدن و ... درد ایجاد کند (5). شایع‌ترین این دردها همان کمر درد می‌باشد که دومین علت مراجعه به مراکز درمانی در دنیا محسوب می‌شود. همچنین کمر درد سومین عامل برای زیر تیغ جراحی رفتن و پنجمین دلیل بستری در مراکز درمانی است (4 و 6). بروز این اختلال، به عوامل مختلفی بستگی دارد که می‌توان از میان آن‌ها، عوامل شغل، روانی اجتماعی و ارگونومیکی را نام برد (7).

علی‌رغم شیوع بالای کمردرد، اتفاق نظری راجع به علت ایجاد یا تعریف مشخصی برای آن وجود ندارد (5). شیوع گسترده این اختلال میان افراد جامعه، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بسیار زیادی در پی دارد به طوری که در آمریکا، هر ساله 24 میلیارد دلار صرف اقدامات درمانی و مراقبتی ناشی از این اختلال می‌شود (6 و 8)؛ در کشور سوئیس مشکلات اسکلتی عضلانی، 3/3 میلیارد فرانک و 0/97 میلیارد فرانک به ترتیب به دلیل ناتوانی عملکردی افراد شاغل و غیبت از کار به سیستم اقتصادی ضرر وارد می‌کند (9) و در انگلیس 10/688 میلیون پوند در سال به جهت تلف شدن روزهای کاری و هزینه‌های پزشکی می‌شود

(10). مطالعات اپیدمیولوژی حاکی از آن است انجام کارهایی که در آن نیاز به تغییرات مکرر وضعیت بدن، حمل بار سنگین، چرخیدن و خم شدن‌های متعدد وجود دارد منجر به اعمال فشار روی ناحیه ستون مهره‌ها و کمر می‌شود که می‌تواند از عوامل تشدیدکننده کمر درد باشد (11، 12). البته در این میان عوامل روانی-اجتماعی نیز نقش بسزایی در ایجاد کمردرد ایفا می‌کنند (2).

برخی مطالعات بیان می‌کنند که مشاغل درمانی بیش از سایر مشاغل باعث بوجود آمدن اختلالات اسکلتی-عضلانی می‌شوند (13). از جهت شیوع کمردردهای شغلی، پرستاری در رتبه سوم در میان سایر مشاغل قرار دارند. همچنین کمردرد به عنوان مهم‌ترین علت غیبت از کار محسوب می‌گردد (8). مطالعه دیگری بیان داشت اخیراً 3/5 درصد پرستاران به علت کمردرد مجبور به ترک کردن شغل خود شده‌اند (12). برخی مطالعات ارتباط معناداری میان کمردرد و عوامل روانی-اجتماعی گزارش کرده‌اند (14). پرسترس بودن شغل پرستاری، وقوع شرایط غیر منتظره، اقدامات سریع و همچنین فعالیت در شیفت‌های کاری غیر منظم باعث افزایش فشار کاری پرستاران و همچنین باعث قرارگیری بیشتر پرستاران در معرض تنش‌های روانی می‌شود (15 و 16).

از عوامل دیگر تاثیرگذار در شیوع دردهای اسکلتی-عضلانی، ریسک فاکتورهای ارگونومیکی می‌باشد که به طور مستقیم با ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی وابسته کمردرد ارتباط دارند. از ریسک فاکتورهای ارگونومیکی کمردرد می‌توان به کار سنگین فیزیکی، چرخش‌ها و خم شدن‌های مکرر از ناحیه کمر و جابه جایی اجسام اشاره کرد (7). این ریسک فاکتورها در شغل پرستاری اهمیت دوچندان دارد زیرا ماهیت شغل پرستاری و وظایف آن‌ها شامل

اتاق عمل، بر آن شدیم تا این مطالعه را جهت بررسی وضعیت کمردرد و عوامل مؤثر بر آن در پرسنل اتاق عمل انجام دهیم.

### مواد روش کار

مطالعه‌ی پیش رو از نوع توصیفی-تحلیلی است و جامعه‌ی آماری آن را کارکنان شاغل در بخش اتاق عمل بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در سال 1395 تشکیل دادند. افراد شرکت کننده در مطالعه به روش سرشماری، 41 نفر از کارکنان اتاق عمل تعیین شدند که از لحاظ سطح تحصیلات، گروه‌های کاردانی، کارشناسی و دکترا را تشکیل می‌دهند. شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری داده‌ها انتخاب شده‌است و ابزار جمع‌آوری داده‌ها، اندکس استاندارد بین‌المللی اسوستری (ODQ) است که 10 سوال 6 گزینه‌ای را شامل می‌شود. اساس نمره‌دهی به هر سوال، به صورت طیفی از نمرات صفر تا 5 است و بر همین اساس نمره‌ی کلی پرسشنامه بر اساس دوبرابر شدن مجموع سوالات و به صورت درصد بیان می‌شود. نمره‌ی کلی کمردرد به پنج بخش تقسیم می‌شود. بخش اول شامل درصدهای 0-20٪ است که ناتوانی خفیف عنوان می‌شود و حالتی است که بیمار می‌تواند از پس فعالیت‌های زندگی برآید. در این گروه بیمار می‌تواند فعالیت‌های روزمره‌ی خود را انجام دهد و هیچ درمانی به جز آگاهی دادن به فرد در مورد وضعیت درست بلندکردن اجسام، نشستن و ورزش کردن توصیه نمی‌شود. بخش دوم را درصدهای 21-40٪ شامل می‌شود و ناتوانی متوسط است و بیمار درد بیشتری را نسبت به طیف اول احساس می‌کند و در نشستن و بلند کردن اجسام و ایستادن دچار سختی است. سفر کردن و پیش بردن زندگی اجتماعی مشکل‌تر شده و ممکن است فرد دچار ناتوانی در انجام

مراقبت از بیماران و کمک کردن به آن‌ها در جابه‌جایی و بلندشدن از عوامل مستعدکننده کمردرد در آن‌ها می‌باشد (10).

نتایج مطالعه صارمی و همکارش که روی 30 نفر از پرستارانی که در حمل دستی بیمار فعالیت داشتند انجام گرفت نشان دهنده آن بود که 46/7 درصد از پرستارانی که در بخش‌ها با ریسک ارگونومیک بالا قرار داشتند در 12 ماه گذشته کمردرد را تجربه نموده‌اند و میان سطح خطر بالای ارگونومیکی و کمردرد رابطه معنادار از نظر آماری وجود داشته است (8). مطالعه آقاخانی و همکارانش در تبریز، حاکی از آن بود که علی‌رغم وجود رابطه معنادار میان شب‌کاری و کمردرد، میان سن و کمردرد رابطه معناداری وجود داشت و با افزایش سن، شیوع کمردرد افزایش پیدا می‌کرد (16). مطالعه قاسمی و همکارانش روی 260 نفر از پرستاران نشان داد ارتباط معنی‌داری میان کمردرد با ساعات کار ماهیانه، ناتوانی عملکردی، سن و سابقه کار پرستاران وجود دارد (10). مطالعه آقاییاری و همکارانش نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار کمردرد با افسردگی و اضطراب در میان پرستاران بود ولی بین جنسیت و کمردرد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (4). در سال 2016، مطالعه shwn-huey و shien همکارانش روی 788 پرستار نشان داد هر ساعت کار اضافه، 35 درصد به ریسک کمردرد می‌افزاید (13).

پرستاران و پرسنل اتاق عمل نیز با توجه به شرایط کاری پر استرس و همچنین نیاز به انجام فعالیت‌های فیزیکی نسبتاً سنگین، شدیداً مستعد بروز کمردرد هستند. با توجه به مطالب فوق و نقش بسیار مهم پرستاران در سیستم بهداشتی درمانی و همچنین اهمیت کمردرد به عنوان عامل تهدیدکننده شغلی پرستاران، همچنین عدم بررسی وضعیت کمردرد در میان پرسنل

بیمارستان‌های آموزشی شهر بندرعباس پرداخته‌است، 41 نفر از پرسنل در مطالعه شرکت کرده‌اند. از میان شرکت‌کنندگان 46/3٪ آنان را جنس مذکر و 53/7٪ را جنس مؤنث به خود اختصاص داده‌است. متوسط سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه  $32/45 \pm 5/71$  بوده‌است که جوان‌ترین فرد 24 ساله و مسن‌ترین فرد 47 ساله بوده‌است. متوسط نمره‌ی کلی کمردرد در مطالعه،  $20/02 \pm 2/12$  بود و کم‌ترین و بیش‌ترین نمره‌ی به‌دست آمده، صفر درصد و 58٪ بوده‌اند (95% CI=15.72,32.2). غالب افراد شرکت‌کننده در مطالعه (5/41٪)، کمردرد را به صورت ناتوانی خفیف تجربه کرده‌اند (این ناتوانی به صورت نمره‌ی کمردرد در بازه‌ی 0-20٪ نمایش داده می‌شود) و سهم زنان با 58/8٪ نسبت به مردان با 41/2٪ بیش‌تر بوده‌است. کمترین فراوانی در نمره‌ی کمردرد مربوط به یک نفر از زنان شاغل بوده که نمره‌ی ناتوانی در محدوده‌ی 61-80٪ که به معنای ناتوانی محدود به بستر است را کسب کرده‌است. در مورد شاخص شدت درد، 70/6٪ افرادی که نمره‌ی کمردرد آن‌ها در 0-20٪ بوده‌است (گروه 1)، گزینه‌ی "من هم اکنون درد ملایمی را احساس می‌کنم" را انتخاب کرده‌اند. همچنین بین نمره‌ی کمردرد و سطح تحصیلات افراد شرکت‌کننده در مطالعه، رابطه‌ی معناداری یافت نشد ( $p=0.697$ ).

حرفه‌ی شغلی خود شود. مراقبت‌های شخصی، فعالیت جنسی و خوابیدن خیلی تحت تأثیر نیستند و بیمار معمولاً با راهکارهای محافظه کارانه مدیریت می‌شود. بخش سوم در طیف 41-60٪ قرار دارد و ناتوانی شدید است. درد مشکلات جدی ایجاد می‌کند. فعالیت‌های روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به طور کلی این بیماران نیازمند بررسی جدی‌تری هستند. چهارمین طیف 61-80٪ است و ناتوانی عمیق نام دارد که در این نوع ناتوانی، کمردرد تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد در نتیجه بیمار نیازمند رسیدگی عمیق و جدی است. طیف 81-100٪ حالتی است که فرد محدود به بستر می‌باشد. این بیماران ناتوان و افتاده هستند و علائم به صورت شدیدی در آن‌ها بروز می‌کند (4). هم‌چنین ارتباط بین برخی مشخصات دموگرافیکی مانند سن، جنس و سطح تحصیلات با نمره‌ی کمردرد، سنجیده شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل افرادی بود که حداقل به نیمی از سوالات پرسشنامه پاسخ نداده بودند، نیز افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند و کارکنانی که کمتر از 6 ماه سابقه‌ی کار داشتند. داده‌های جمع‌آوری شده در نهایت برای تجزیه و تحلیل توسط آمار توصیفی و استنباطی، آزمون chi-square وارد نرم افزار SPSS نسخه‌ی 20 شدند.

#### یافته‌ها

در این مطالعه که به بررسی وضعیت کمردرد و عوامل مرتبط با آن در کارکنان اتاق عمل

جدول 1: رابطه بین برخی مشخصات دموگرافیک با نمره کلی کمردرد

متغیر	توضیح	فراوانی				درصد				p-value
		20-0	40-21	60-41	80-61	20-0	40-21	60-41	80-61	
نمره کمردرد	درصد	20-0	40-21	60-41	80-61	20-0	40-21	60-41	80-61	
	کاردانی	6	3	4	-	37/5	21/4	50	-	
	کارشناسی	9	9	4	-	56/2	64/3	50	-	0/697
	دکترا	1	2	-	-	6/3	14/3	-	-	
	کل	18	38	100	100					
جنس	مؤنث	10	7	4	1	58/8	46/7	50	100	
	مذکر	7	8	4	0	41/2	53/3	50	-	0/927
	کل	17	15	8	1					
سن	25-21	0	1	1	0	0	12.5	0	0	
	30-26	13	7	1	0	76.5	50	0	0	
	35-31	3	2	1	0	17.6	14.3	12.5	0	0/002
	40-36	1	4	1	1	5.9	28.6	12.5	100	
	45-41	0	0	3	0	0	0	37.5	0	
	50-46	0	0	1	0	0	0	12.5	0	
	کل	14	40	100	100					

**بحث و نتیجه گیری**

این مطالعه به منظور بررسی وضعیت کمردرد در کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های آموزشی بندرعباس انجام شده است. یافته‌های مطالعه نشان داد که نمره‌ی متوسط کمردرد در این مطالعه  $20/02 \pm 2/12$  بوده است. در این مطالعه بین سن و ابتلا به کمردرد رابطه‌ی معناداری یافت نشد ک با مطالعات مهناز صارمی و همکاران در تهران همخوانی دارد (8). اما مطالعه‌ی غلامعلی قاسمی و همکاران در اصفهان در سال 1390 نشانگر یک رابطه‌ی معنی دار و با همبستگی مثبت بود (10) و نیز مطالعه‌ی آذر آقایی و همکاران در سال 1392 در اصفهان، رابطه‌ی مثبت و معنی داری را بین وضعیت کمردرد و سن افراد شرکت کننده در مطالعه نشان داد (4). در مطالعه‌ی ما هر چند رابطه معنادار نبود اما همبستگی مثبتی بین این دو متغیر وجود داشت به این معنا که با افزایش سن

کارکنان، وضعیت کمردرد آن‌ها رو به بدتر شدن می‌گذارد ( $r=0.59$ ).

در مورد ارتباط بین متغیر جنسیت با وضعیت کمردرد باید اینگونه گفت که در این مطالعه، رابطه‌ی معناداری یافت نشد که این یافته با مطالعه‌ی علی رضا چوبینه در شیراز در سال 1391 که عدم معناداری رابطه را بدست آورد ( $p=0.065$ ) (12) و نیز مطالعه‌ی غلامعلی قاسمی که رابطه‌ی بین این دو متغیر را بدون ارتباط معناداری یافت ( $p=0.74$ ) (10) همسو است. هم چنین آذرقاییاری ارتباط معناداری بین جنسیت افراد و وضعیت کمردرد آن‌ها پیدا نکرد (4) که با نتیجه‌ی این مطالعه و سایر مطالعات ذکر شده مطابقت دارد. هر چند در این مطالعه رابطه‌ی معناداری بین دو متغیر جنسیت و وضعیت کمردرد یافت نشد اما ضریب پیرسون ( $r=0.709$ ) نشان دهنده‌ی همبستگی مثبت بین این دو متغیر بود. از لحاظ ارتباط سطح تحصیلات

خود در تبریز، رابطه‌ی بین کمردرد با بلند کردن اجسام سنگین را بدون رابطه‌ی معنادار یافت ( $p=0.82$ ) (2) مطالعه‌ی احسان اله حبیبی و همکاران در اصفهان حاکی از رابطه‌ی معنادار مثبت در این ارتباط بود ( $p<0/05$ ).

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر وضعیت کمردرد، "پیاده‌روی یا راه رفتن" بود. در افرادی که نمره‌ی کمردرد آن‌ها در گروه 2 قرار داشت، بیش‌ترین گویه‌ی پاسخ داده شده، "درد مانع راه رفتن من بیش از یک ساعت می‌شود" بود که آماری معادل  $93/3\%$  داشت ( $p<0.05$ ). در پژوهش بیتا افتخار سادات و همکاران، رابطه‌ی معناداری بین راه رفتن ( $p=0.42$ ) و سرپا ایستادن‌های مکرر ( $p=0.17$ ) با وضعیت کمردرد یافت نشد (2) در پژوهش ما بیش‌ترین گویه‌ی پاسخ داده شده با فراوانی 13، مربوط به گزینه‌ی "من میتوانم برای مدت زمان دلخواه با کمی احساس درد بایستم" بود که در گروه 1، شیوع  $81/2\%$  داشت. احسان اله حبیبی عنوان کرد بین سرپا ایستادن (بیش از نیم ساعت) با وضعیت کمردرد، رابطه‌ی معناداری وجود دارد (7).

در مورد معیار "نشستن" توضیح بدین گونه است که در این مطالعه گویه‌ی "من می‌توانم به میزان دلخواه بر روی صندلی مناسب بنشینم" دارای بیش‌ترین شیوع و فراوانی 12 نفری ( $70/6\%$ ) در افراد گروه 1 است. هم‌چنین گویه‌های "گاهی اوقات به دلیل درد نمی‌توانم بخوابم" در شاخص "خوابیدن"، "رابطه‌ی زناشویی من طبیعی است" در شاخص "زندگی زناشویی"، "زندگی اجتماعی من با احساس درد طبیعی است" در شاخص "زندگی و روابط اجتماعی" و "من با کمی احساس درد به همه جا سفر می‌کنم" در شاخص "سفر"، دارای فراوانی‌های مشابه در گروه 1 و 2 بودند.

افراد شرکت‌کننده در مطالعه با وضعیت کمردرد مشاهده شد که هیچ رابطه‌ی معناداری وجود نداشت و این در حالی است که همبستگی مثبت اما نه چندان قوی را شاهد بودیم ( $p=0.574$ ). مطالعه‌ی علیرضا چوپینه با عدم یافتن رابطه‌ی معنادار بین متغیر وضعیت کمردرد و سطح تحصیلات پرستاران نیز گواه بر این مدعاست ( $p=0.34$ ).

در این مطالعه، بررسی عوامل مؤثر بر وضعیت کمردرد براساس اندکس بین المللی و استاندارد ODQ به عمل آمد و تحلیل نتایج به این صورت خواهد بود. با بررسی معیار شدت درد این نتیجه حاصل شد که  $70/6\%$  افرادی که نمره‌ی پرسشنامه‌ی آن‌ها جزو گروه اول (کسانی که نمره‌ی  $0-20\%$  گرفته‌اند) بود، گزینه‌ی "من هم اکنون درد بسیار ملایمی را احساس می‌کنم" انتخاب کرده بودند که به لحاظ آماری، بیش‌ترین درصد پاسخ‌گویی به گزینه‌های این سوال در معیار شدت درد بود. هم‌چنین کم‌ترین گویه‌ی پاسخ داده شده در گروه 4 (افرادی که نمره‌ی کمردرد آن‌ها در بازه‌ی  $61-80\%$  قرار داشت)، گویه‌ی "من هم اکنون درد بسیار شدیدی را احساس می‌کنم" بود. در معیار مراقبت‌های شخصی، گویه‌ی "من با کمی احساس درد میتوانم از خود مراقبت کنم" در گروه 1 و گروه 2 (افرادی که نمره‌ی کمردرد آن‌ها در بازه‌ی  $21-40\%$  قرار داشت) دارای بیش‌ترین فراوانی در بین گزینه‌های این شاخص بود (فراوانی=13).

عامل دیگری که در ارتباط با وضعیت کمردرد مؤثر است، "بلند کردن اجسام سنگین" است که گزینه‌ی "من می‌توانم اجسام سنگین را با کمی درد بلند کنم"، با آمار  $64/7\%$ ، بیش‌ترین گویه‌ی انتخاب شده در افراد با نمره‌ی کمردردی گروه 1 می‌باشد ( $p>0/05$ ). بیتا افتخار سادات و همکاران در مطالعه‌ی

هم با جوامع آماری بالاتر و هم در سایر بخش‌های بیمارستان تکرار شوند.

### تشکر و قدردانی

در پایان، از تمامی کارکنان محترم بخش‌های اتاق عمل که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند سپاسگزاری می‌کنیم.

در این مطالعه، میانگین نمره‌ی کمردرد بدست آمده نشانگر بروز کم اختلالات کمری در کارکنان اتاق عمل بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان است. اما با توجه به آمارهای بالای شیوع کمردرد در سایر مطالعات در میان قشر پرستاران، به نظر می‌رسد بهتر است اینگونه تحقیقات

### References

1. Mohseni Band pey MA, Fakhri M, Ahmad Shirveni M, Bagheri nami M, Khaliliyan AR. A Comparative Evaluation of an Exercise Program and Ergonomic Advices in the Treatment of Low Back Pain: A Randomised Controlled Clinical Trial in Nursing Population. *Guilan Uni Med Sci J.* 2007; 16(62):58-66.
2. Eftekhar Sadat B, Babaei A, Amidfar N, Jedari Eslami M. Prevalence and risk factors for low back pain in nursing staffs of Tabriz hospitals in 1387. *Nursing and Midwifery Urmia Uni Med Sci J.* 2013; 11(9):0-0.
3. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occupational Medicine (London)* 2001; 51 (2): 124-135.
4. Aghayari A, Ghasemi Gh A, Eshaghian M, Ghoghji M, Haghverdian S. Prevalence of low Back Pain and Its Association with Anxiety and Depression in Male and Female Nurses. *Res Sport Med & Tech J.* 2015; 12(8): 39-47
5. Aminian O, Banafsheh Alemohammad Z, Sadeghniat Haghighi K. Comparative assessment of low back pain and its determinants among Iranian male general dentists and pharmacists. *J Dent Med.* 2013; 26 (2) :108-114
6. Ramazani Badr F, Nikbakht A, Mohammadpour A. Low-back pain prevalence and its risk factors in nurses. *Iran J Nurs Res.* 2006; 1 (2) :0-0
7. Habibi E, Pourabdian S, Atabaki AK, Hoseini M. Evaluation of work-related psychosocial and ergonomics factors in relation to low back discomfort in emergency unit nurses. *Int J Prev Med.* 2012; 3(8).
8. Saremi M, Khayati F. Evaluation of incidence of low back pain and its relationship with ergonomic risk level of wards among nurses. *Modern Rehabilitation J.* 2015; 9 (4): 68-77
9. Nützi M, Koch P, Baur H, Elfering A. Work-Family conflict, task interruptions, and influence at work predict musculoskeletal pain in operating room nurses. *Safety and health at work J.* 2015; 6(4):329-37.
10. Ghasemi GA, Rahimi N. eshaghian M, Aghayari A. The prevalence of low back pain and its correlation with some occupational factors and demographic characteristics of the nurses working in the hospitals affiliated with social security organization in Isfahan, 2011. *Res Develop in Nurs & Midwifery J.* 2014; 20(2):69-76.
11. Mohseni-Bandpei M, Fakhri M, Âhmad-Shirvani M, Bagheri-Nesami M, Khalilian A. Risk factors for low back pain in nurses. *J Mazandaran Uni Med Sci.* 2006; 15 (50) :118-124
12. Choobineh A, Taghirpour-kazerooni MB, Tabatabai SH, Kamalinia M. study of nurses' Knowledge on low back pain risk factors in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Health & Safety at Work.* 2012; 2(1):55-62.

13. Shieh SH, Sung FC, Su CH, Tsai Y, Hsieh VC. Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: A questionnaire survey. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016; 55(4):525-9.
14. Kohestani H R, Baghcheghi N, Abedsaiidi J, Ghezelbash A, Alavimajd H. Determining the association between low back pain and occupational stress in nurses. *Arak Med Uni J.* 2006; 9 (3) :73-81
15. Mohseni Bandpei M, Fakhri M, Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M, Khalilian A. Epidemiological aspects of low back pain in nurses. *Babol Uni Med Sci J.* 2005; 7 (2) :35-40
16. Aghakhani N, Soheili A, Ataei L, Pouriran M. Correlation between night shift and lowback pain in nurses who work in educational hospitals in Tabriz, Iran. *J Urmia Nurs and Midwifery Faculty.* 2014; 12(7):521-15.



## Original paper

## Evaluation of Low Back Pain and Risk Factors in Bandarabbas Shahid Mohammadi's Operating Room Staffs

Maryam Askari<sup>1</sup>, Fatima Rezaei<sup>2\*</sup>, Hossein Sharafi<sup>3</sup>

1. student research committee, Homozgan University of medical sciences, Bandar Abbas, Iran

2. MSc Anatomical science, operation room department, paramedical students, Homozgan University of medical sciences, Bandar Abbas, Iran

3. MSc medical-surgical nursing, operation room department, paramedical students, Homozgan University of medical sciences, Bandar Abbas, Iran

### Abstract

**Background and Aim:** Low back pain (LBP) is one of the major reasons of medical consultations. This disorder includes a wide range of pain levels. Management and control of LBP in early stages is much easier than their progressed levels that imposes many problems and damages to the health care system.

**Material and Method:** This cross-sectional study was performed on 41 operating room staffs of associated hospitals to the Hormozgan University of Medical Sciences in 2017. Data was collected through ODQ standard index and demographic questionnaire and analyzed by descriptive statistics and chi-square test with SPSS V20.0.

**Results:** The staffs mean age was  $32.45 \pm 5.71$  and 46.3% was male and 53.7% was female. LBP mean scores of participants was  $12.2 \pm 20.02$ . Most of them had experienced a LBP as a mild disability (41.5%) and it was more in females than males. There were no significant association between LBP scores and educational level or gender ( $p > 0.05$ ) but LBP level had a significant relationship with individual's ages.

**Conclusion:** Based on mean scores in this study, operating room staffs werenot suffered from high levels of LBP.

**Keywords:** Low back pain, Staffs, Operating room