

ارتباط ناهنجاری‌های وضعیتی ستون فقرات با کیفیت زندگی در پرستاران

آیلین طلیم‌خانی^۱، رسول ترکمن^۲، زهرا مصلی‌نژاد^{۳*}، صدیقه سادات میرباقری^۴، الهه طالبی‌قانع^۵، مرتضی تقی‌پور^۶

چکیده

هدف: تعیین ناهنجاری‌های وضعیتی در نواحی شانه، گردن، سینه‌ای و کمر در پرستاران و چگونگی ارتباط این ناهنجاری‌ها با کیفیت زندگی آن‌ها.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۳۶ پرستار زن و ۲۰ پرستار مرد، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد پرسشنامه SF-36 را (جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی) تکمیل نمودند. با استفاده از روش آزمون سازمانی نیویورک و خط مرجع شاقولی، ارزیابی وضعیت قوس پشتی، قوس کمر، شانه نامتقارن، سر به جلو، کجی سر انجام شد و از طریق استفاده از خط کش انعطاف پذیر، اندازه‌گیری دقیق لوردوز و کایفوز انجام شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری تی مستقل، کای اسکور و آنوا انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از بین افرادی که ناهنجاری داشتند (شانه نامتقارن، میزان قوس کمر) شدت متوسط رایج‌تر بود. از لحاظ نمره پرسشنامه SF-36 و ناهنجاری کجی گردن، تفاوت معناداری بین مردان و زنان نبود. اما در ناهنجاری‌های افزایش قوس پشتی، سر به جلو و شانه نامتقارن زنان و در ناهنجاری افزایش قوس کمری مردان در وضعیت بدتری بودند. ارتباط معناداری بین ناهنجاری‌های وضعیتی و کیفیت زندگی یافت نشد.

نتیجه‌گیری: درجه ناهنجاری‌های وضعیتی و نمره کیفیت زندگی پرستاران هر دو در محدوده متوسط قرار داشتند. علت احتمالی عارض شدن ناهنجاری‌ها، راستای وضعیتی نامناسب، حرکات تکراری و فعالیت‌های جسمانی نامناسب مرتبط با حرفه پرستاری می‌باشد. عوامل متعدد دیگری علاوه بر ناهنجاری‌های وضعیتی در تعیین کیفیت زندگی پرستاران تأثیرگذارند.

کلیدواژه‌ها: ناهنجاری‌های وضعیتی، کیفیت زندگی، پرستاران

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۲۳

دریافت مقاله: ۹۲/۰۶/۰۳

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی فیزیوتراپی و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- کارشناس کاردرمانی، دانشجوی کارشناس ارشد حرکات اصلاحی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد
- ۳- دکتری تخصصی فیزیوتراپی، استادیار گروه فیزیوتراپی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- کارشناس ارشد اعضای مصنوعی، عضو هیئت علمی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی همدان
- ۵- دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی دانشگاه شهید بهشتی
- ۶- دانشجوی کارشناسی ارشد فیزیوتراپی و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی فیزیوتراپی

* تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۹

* رایانامه: zmosallanezhad@yahoo.com

• این مقاله برگرفته از طرح مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است.



مقدمه

عناصر اسکلتی نواحی کمر، سینه و گردن ستونی را تشکیل می‌دهند که نیروهای وارده به بدن در وضعیت‌های ایستا و پویا را به اندام تحتانی منتقل می‌کنند. در واقع ستون فقرات مانند یک پاندول معکوس عمل می‌کند. به گونه‌ای که ثبات و وضعیت مناسب این ساختار به عملکرد همزمان ساختارهای غیر فعال (مانند رباطها)، فعال (مانند عضلات) و همچنین به عناصر عصبی بستگی دارد (۱، ۲). وضعیت صحیح حالتی از تعادل اسکلتی عضلانی است که حداقل مقدار تنش یا کشش عضلانی را شامل می‌شود. رباطها و عضلات باید برای یک وضعیت مناسب در تعادل باشند (۳).

وضعیت قائم و صحیح، احساس سلامتی را در فرد تقویت می‌کند و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره به نحو بهتر، احساس رضایت فرد از انجام کارها، شرکت در انجام فعالیت‌ها و مهارت‌ها و یا به عبارتی قابلیت‌های حرکتی فرد بیشتر می‌شود (۴) در حالی که پیامدهای ناشی از وضعیت بدنی نادرست به حدی گسترده است که بر ابعاد جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی تأثیرات منفی زیادی بجا می‌گذارد. حرکات بدنی نامناسب و یا وضعیت‌های طولانی مدت در افراد باعث ایجاد ناهنجاری‌های وضعیتی شده، منجر به ایجاد اختلالات در سیستم‌های مختلف بدن، از جمله سیستم اسکلتی-عضلانی شده و عوارض متعددی همچون درد و بد شکلی برای فرد ایجاد می‌شود. همچنین بر روی کیفیت زندگی فرد نیز اثرات نامطلوبی را به جا می‌گذارد (۵). همچنین ناهنجاری‌های وضعیتی می‌توانند در ایجاد درد از جمله کمردرد نقش داشته باشند و باعث ایجاد ناتوانی عملکردی در افراد گردند (۶).

توجه به کیفیت زندگی و بررسی انحرافات و ناهنجاری‌های ستون فقرات در کارکنان هر سازمانی حائز اهمیت می‌باشد، چرا که وجود این ناهنجاری‌ها و درد می‌تواند بر کارایی افراد تأثیر منفی داشته باشد. به خصوص در پرستاران که از ارکان مهم کادر درمانی می‌باشند، این امر اهمیت بیشتری دارد. ناهنجاری‌ها وضعیتی و انحرافات ستون فقرات در پرستاران به دلیل حرکات مکرر نامناسب و حفظ وضعیت‌های طولانی مدت شایع می‌باشد که این مسئله می‌تواند بر کیفیت زندگی و کار آنها اثر گذار باشد و در نتیجه ارائه خدمات با کیفیت از جانب آنها را با چالش رو به رو کند و بر استرس زا بودن کارشان بیفزاید (۶).

تاکنون مطالعات زیادی ناهنجاری‌های ستون فقرات را در دیگر اقسام جامعه به ویژه دانش آموزان و دانشجویان بررسی کرده‌اند (۷-۱۳). از آنجا که در زمینه بررسی انحرافات ستون فقرات

پرستاران مطالعات کمی انجام شده و بویژه در مورد چگونگی ارتباط آن با کیفیت زندگی آنها هیچ مطالعه‌ای توسط این محققین یافت نشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی ناهنجاری‌های ستون فقرات در پرستاران و تعیین اینکه آیا این ناهنجاری‌ها و انحرافات ستون فقرات با کیفیت زندگی پرستاران ارتباط دارند، طراحی شد. با توجه به اهمیت و ضرورت نقش پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم بهداشت در بهبود سلامت جامعه توجه ویژه به ابعاد سلامت جسمانی و روانی پرستاران، ضروری به نظر می‌رسد و نیاز به توجه بیش از پیش دارد.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع مشاهده‌ای، توصیفی-تحلیلی و مقطعی^۱ می‌باشد. برآورد حجم نمونه بر اساس میانگین و انحراف معیار متغیرهای حاصل از مطالعه مقدماتی، با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۴۳ نفر تعیین شد. بدین منظور ۳۶ نفر پرستار زن و ۲۰ نفر پرستار مرد به صورت تصادفی از یکی از بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان- بیمارستان فرشچیان انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس^۲ بود. این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان قرار گرفت. همچنین شرکت کنندگان در این مطالعه با آگاهی از شرح مطالعه و داوطلبانه وارد مطالعه شدند. پرستارانی که سابقه درد با منشأ روماتولوژی، نورولوژیکی و یا بیماری‌های ارتوپدیکی چون سابقه پزشکی از اسکولیوز ناشناخته و اختلاف طول اندام بودند، از مطالعه خارج می‌شدند.

جهت بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی^۳ استفاده شد. این پرسشنامه شامل هشت حیطه در دو بعد جسمی و روانی می‌باشد که مجموع چهار حیطه عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی به عنوان کیفیت زندگی در بعد جسمی و مجموع چهار حیطه محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی، احساس نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی به عنوان کیفیت زندگی در بعد روانی می‌باشند. پایایی و روایی این ابزار در مطالعات گذشته مورد تأیید قرار گرفته است. جهت نمره دهی به پرسشنامه مذکور، ابتدا سوالات مربوط به هر کدام از هشت حیطه تفکیک شده و به هر حیطه نمره بین ۰ تا ۱۰۰ تعلق می‌گیرد و برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، میانگین اعداد بدست آمده از هشت حیطه که عددی بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد به عنوان نمره کل کیفیت زندگی می‌باشد. همچنین کیفیت زندگی



متری خط شاقولی ارزیابی ستون فقرات در دو صفحه فرونتال و ساجیتال توسط دو فیزیوتراپیست با تجربه انجام شد. از نمای قدامی در صفحه فرونتال، وضعیت کجی سر و تقارن شانه‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و سپس از نمای جانبی با استفاده از نقاط مرجع (نرمه گوش، مهره هفتم گردنی، زائده اکرومیون، تروکانتر بزرگ، کمی قدام خط میانی زانو، و کمی قدام قوزک خارجی) (۳) وضعیت جلو آمدگی سر، قوس پشتی و کمری مورد ارزیابی قرار گرفت و بر اساس نمودار آزمون نیویورک، نمره داده می‌شد که بر اساس این آزمون به وضعیت شدید نمره صفر، متوسط نمره پنج و عادی نمره ده تعلق گرفت. در ضمن به منظور انجام آنالیز آماری، داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۶ و از طریق روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در آمار توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل متغیرها از آزمونهای پارامتریک از نوع تی مستقل، آنووا^۱ و کای اسکور استفاده شد. مقدار پی برای معنی دار شدن اختلاف بین متغیرها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۵۶ پرستار حاضر در این مطالعه ۶۴/۳٪ پرستاران را خانمها و ۳۵/۷٪ را آقایان تشکیل دادند. میانگین سنی، وزن، قد و توده بدنی این افراد به ترتیب $33/78 \pm 6/91$ ، $69/50 \pm 17/99$ ، $162/98 \pm 14/15$ و $29 \pm 3/3$ بود. سابقه کاری آنها $10/05 \pm 7/18$ سال بود. ۶۲/۵٪ پرستاران از مشکلات مفصلی - عضلانی و درد در نواحی مختلف ستون فقرات گردنی، سینه‌ای، بین دو کتف و کمری شکایت داشتند. میانگین اندازه قوس کمر و توراسیک در جدول ۱ گزارش شده است. نتایج حاصل از ارزیابی عینی ناهنجاری‌ها ستون فقرات از طریق صفحه شطرنجی در نمودار ۱ گزارش شده است.

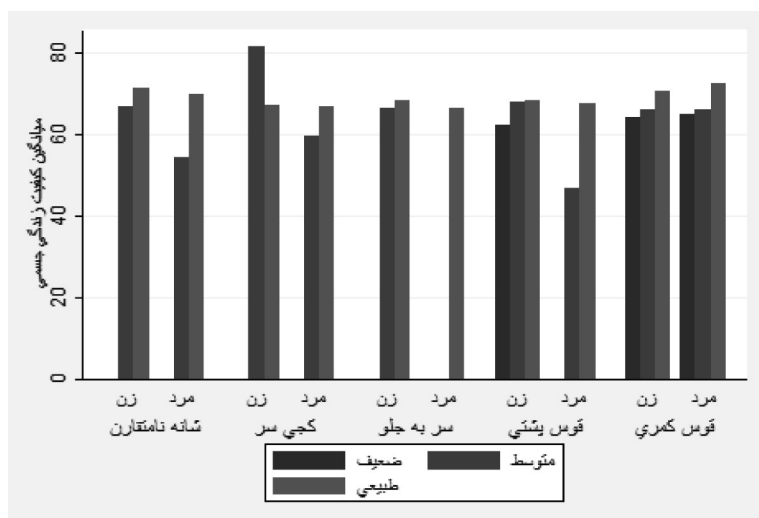
به سه دسته کیفیت زندگی بالا (نمره ۷۵ و بیشتر)، متوسط (۵۰ تا ۷۴) و پایین (نمره زیر ۵۰) طبقه بندی شده است (۱۴).

برای ارزیابی قوس‌های سینه‌ای و کمری، از خط کش منعطف استفاده شد. بر طبق مطالعات انجام شده در این زمینه، خط کش استاندارد، یک ابزار با دقت و روایی بالا می‌باشد (۱۷-۱۵) و همبستگی خطی آن با معیار رادیوگرافی ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۸) برای انجام آزمون انحنای سینه‌ای و کمری، فرد به طور راحت و طبیعی می‌ایستاد، سپس آزمونگر برای علامتگذاری نقاط مرجع پشت آزمودنی قرار می‌گرفت. نقاط مورد نظر برای ارزیابی قوس کمر، مهره دوازدهم سینه‌ای (T۱۲) و دوم خاجی (S۲) و برای ارزیابی قوس سینه‌ای مهره چهارم (T۴) و دوازدهم سینه‌ای (T۱۲) بوده است. سپس خط کش انعطاف پذیر بر روی مهره‌های مذکور به طور آرام با دست فشار داده می‌شد تا جایی که دیگر فاصله‌ای بین پوست و خط کش باقی نماند و دقیقاً حالت انحنای قوس را پیدا کند سپس خط کش منعطف بدون تغییر بر روی کاغذ قرار داده شده و قوس کمری و یا سینه‌ای رسم می‌شد. برای تعیین اندازه زاویه قوس کمر و یا سینه‌ای، از دو طرف منحنی کشیده شده بر کاغذ، خطی را به طور عمود و مستقیم رسم کردیم و سپس از وسط خط و عمود بر منحنی مورد نظر خط دیگری را رسم کردیم که به ترتیب L و H نام گذاری شدند و بر اساس فرمول $\alpha = \text{Arc tg} (2 H/L)$ زاویه قوس مورد نظر محاسبه گردید (۱۹، ۱۵). برای هر فرد این اندازه گیری سه بار تکرار شد و میانگین این سه زاویه در نظر گرفته شد (۲۰).

از میان روش‌های موجود جهت اندازه گیری ناهنجاری‌ها، صفحه شطرنجی و آزمون نیویورک به دلیل سهولت اجرا، نیاز نداشتن به امکانات و وسایل گران قیمت، بی خطر بودن، مدت زمان کوتاه اجرای تست و سریع بودن، مورد استفاده قرار گرفت (۲۱). جهت ارزیابی ناهنجاری‌ها، از خط شاقولی به عنوان مرجع استفاده شد. به این صورت که خط شاقولی در فاصله حدوداً یک متر و نیم از صفحه شطرنجی قرار گرفت و در فاصله حدوداً سه

جدول شماره ۱

نتیجه آزمون تی مستقل	پرستاران زن	پرستاران مرد	انحنای ستون فقرات
P-value	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
p=۰/۰۰۰	۴۸/۳۲ (۱۵/۲۱)	۵۸/۸۹ (۱۸/۱۳)	قوس کمر
P=۰/۰۰۰	۳۰/۱۰ (۹/۷۲)	۲۳/۱۵ (۵/۶۸)	قوس توراسیک



نمودار شماره ۱

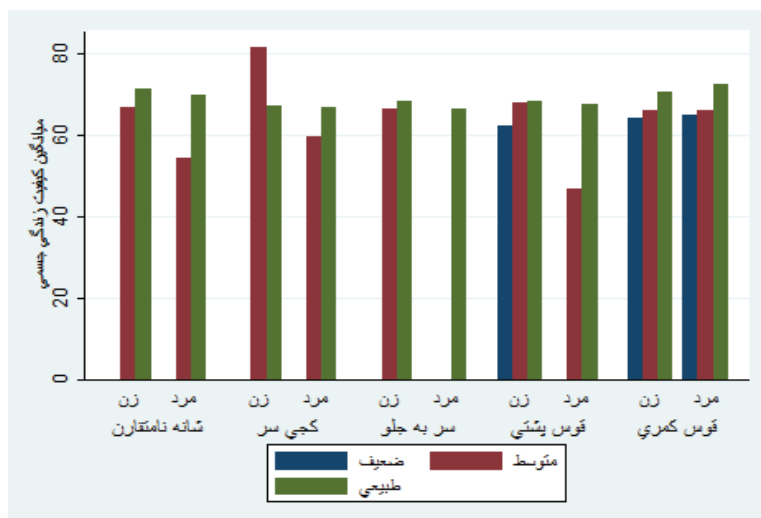
ناهنجاری‌ها به تفکیک جنسیت به ترتیب در نمودار ۲ و نمودار ۳ نشان داده شده است. مطابق با نمودارهای ذکر شده، افراد بدون ناهنجاری، کیفیت زندگی و همین طور کیفیت زندگی جسمی بالاتری داشتند. با انجام آزمون تحلیل واریانس، نیز مشخص شد که میانگین کیفیت زندگی در سطوح مختلف هر یک از ناهنجاری‌های قوس کمر، قوس پشتی، شانه نامتقارن، کجی سر، سر به جلو اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد.

طبق نتایج آزمون آماری کای دو، تمام ناهنجاری‌ها به جز ناهنجاری سر کج، بین پرستاران مرد و زن تفاوت معنادار داشت ($p=0/000$). میانگین نمره کیفیت زندگی در ۸ حیطه در جدول ۲ گزارش شده است. همان طور که نتایج نشان می‌دهد هر چند نمرات کیفیت زندگی به خصوص در بعد روان در پرستاران مرد بیشتر از پرستاران زن بود، اما تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی پرستاران مرد و زن یافت نشد. میانگین کیفیت زندگی و نیز کیفیت زندگی در بعد جسمی، در انواع

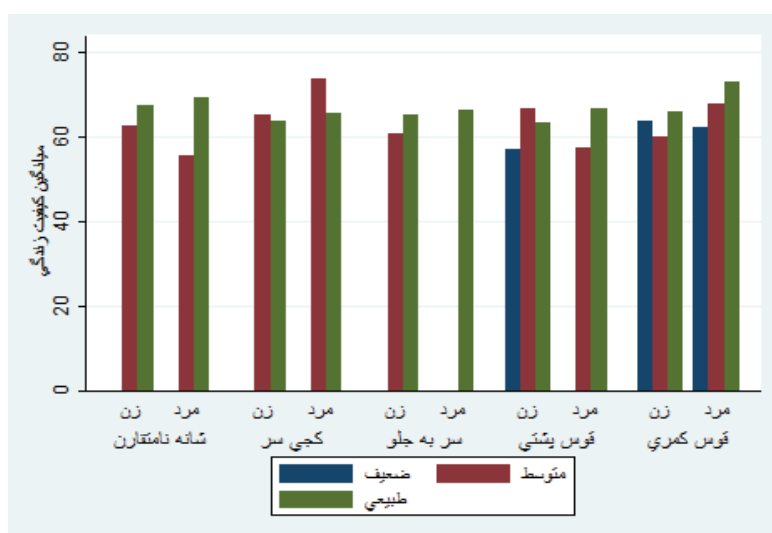
۷۰

جدول شماره ۲

نتیجه آزمون تی مستقل	پرستاران زن	پرستاران مرد	جنسیت
P-value	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	کیفیت زندگی
P=0/26	76/14 (20/54)	69/47 (20/6)	عملکرد جسمانی
P=0/35	68/92 (36/67)	59/21 (36/52)	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی
p=0/55	65/21 (23/06)	68/81 (18/11)	درد بدنی
P=0/16	60/1 (21/56)	68/15 (17/57)	سلامت عمومی
P=0/83	67/59 (19/71)	66/41 (18/19)	نمره کل بعد جسمی
P=0/28	57/79 (41/23)	68/38 (30/38)	محدودیت عملکردی ناشی از مشکلات عاطفی
P=0/36	54/24 (24/13)	60 (17/4)	احساس نشاط
P=0/37	63/92 (24/95)	69/73 (17/83)	عملکرد اجتماعی
P=0/16	63/82 (21/09)	72/21 (20/37)	سلامت روانی
P=0/16	59/94 (24/51)	67/58 (15/36)	نمره کل بعد روانی
P=0/54	63/77 (19/91)	66/99 (15/27)	کل نمره کیفیت زندگی



نمودار شماره ۲



نمودار شماره ۳

مدت و راستای وضعیتی نامناسب از قبیل فعالیت‌های جسمانی سنگین و فعالیت‌ها و وظایف مراقبت از بیماران، به مدت طولانی ویژگی‌های بافتی عضله را تغییر می‌دهند (۱۹) و این مورد خود منجر به ایجاد ناهنجاری‌هایی در نواحی مختلف ستون فقرات گردنی، کمری و سینه‌ای و سندرم دردهای اسکلتی-عضلانی از قبیل کمردرد و گردن درد می‌شود. مطالعات گذشته شیوع بالای ناهنجاری‌های ستون فقرات را در دانشجویان و دانش آموزان گزارش کرده‌اند و همچنین نشان داده‌اند که نرخ شیوع اغلب ناهنجاری‌ها در دختران بیشتر از پسران می‌باشد که می‌تواند به علت مستعد بودن زمینه‌های ژنتیکی ابتلای دختران به ناهنجاری‌های ستون فقرات و نیز محدودیت‌های اجتماعی مرتبط با فعالیت‌های حرکتی و ورزشی آنان باشد (۱۳، ۷). اما

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که اغلب پرستاران از لحاظ کایفوز، جلوآمدگی سر و کچی سر طبیعی بوده و همین طور شانه نامتقارن همراه افتادگی شانه با درجه متوسط در اغلب پرستاران دیده شد. در حالی که میزان قوس کمری در کمتر از نیمی از پرستاران طبیعی بود و در اکثر پرستاران با درجات متوسط و شدید همراه بود. همچنین به استثنای ناهنجاری کچی سر، بقیه ناهنجاری‌ها بین پرستاران مرد و زن تفاوت معناداری را نشان داد. اما در ناهنجاری‌های افزایش قوس پشتی، سر به جلو و شانه نامتقارن زنان و در ناهنجاری افزایش قوس کمری مردان در وضعیت بدتری بودند. اختلالات عضلانی-اسکلتی مرتبط با کار از جمله مشکلات شایع در حرفه پرستاری می‌باشند. وضعیت‌های طولانی

ارتباط ناهنجاری‌های وضعیتی ستون فقرات با کیفیت ...

همانطور که میسائو^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند در بسیاری از افراد مبتلا به مشکلات ارتوپدیکی علت اصلی عارضه، به کاربرد نامناسب و مکرر اندام‌ها و ستون فقرات و در نتیجه اختلالات وضعیتی و عدم تعادل مناسب اسکلتی - عضلانی در این افراد بوده است (۲۲).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی تمام پرستاران در محدوده متوسط بود و نیز بین نمرات کیفیت زندگی پرستاران مرد و زن تفاوت معناداری وجود نداشت، اگرچه نمره مردان بویژه از نظر بعد روانی بالاتر بود. مطابق با این یافته‌ها، تحقیقات گذشته نیز نشان داده‌اند که اغلب ابعاد کیفیت زندگی به خصوص کیفیت زندگی در بعد روان، در مردان بهتر از زنان می‌باشد (۲۴).

ارتباط مستقیم بین دردهای اسکلتی - عضلانی و عوامل روانی - اجتماعی محیط کار پرستاری همچون کار در محیط شلوغ، کمبود زمان استراحت، استرس شغلی و افسردگی، کیفیت زندگی پرستاران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

باقری و همکاران (۱۳۸۵) میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی پرستاران را $54/5 \pm 12$ گزارش کردند که مطابق با مطالعه حاضر میانگین کیفیت زندگی پرستاران در محدوده متوسط بود (۲۵). نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در انواع ناهنجاری‌های سر به جلو، کجی سر، شانه نامتقارن، قوس پشتی و قوس کمری تفاوت معناداری نداشت اگرچه افراد بدون ناهنجاری، کیفیت زندگی و بعد جسمانی کیفیت زندگی بالاتری را داشتند. همان طور که سایر محققین بیان داشته‌اند، عوامل متعدد دیگری از قبیل سن و جنس افراد، استرس روانی، اختلالات خواب، محرک‌ها، سابقه و نوبت کاری، اختلالات اسکلتی - عضلانی، ناهنجاری‌ها و دردهای ستون فقرات و دیگر مفاصل و اندامها می‌توانند بر کیفیت زندگی افراد اثر گذار باشند (۲۳، ۲۵). مطالعات گذشته نشان داده‌اند که کارکنان شبکار کیفیت خواب و کیفیت زندگی پایبندی نسبت به کارکنان ساینوبت‌های کاری دارند (۲۵). در مطالعه حاضر، اکثر پرستاران برنامه‌های ثابت نوبت کاری صبح، عصر و شب را به صورت گردشی داشتند.

ماک^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند که نوبت کار درگردش پرستاران باعث ایجاد اثرات مضر روانشناختی و فیزیولوژیکی بر روی آنان مخصوصاً در افراد بالای ۴۰ سال می‌گردد (۲۶). ادل - گوستافسون^۳ و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود نشان دادند که ۳۴٪ از کارکنان پرستاری از شرایط کاری خود راضی نیستند و فشار روانی بیشتر، کوفتگی و خستگی شدید و همچنین ناتوانی در تمدد اعصاب بعد از پایان نوبت

کاری به دلیل داشتن فشارهای روحی ناشی از محیط کار را به طور معناداری ابراز می‌دارند (۲۷). انتظار می‌رود، شدت بالای ناهنجاری‌های پوسچرال و بالطبع کیفیت زندگی پایین در سنین بالاتر با سابقه کار بالاتر، بیشتر دیده شود. در مطالعه حاضر عوامل فوق کنترل شده بودند و از این لحاظ افراد شرکت کننده در وضعیت مشابهی بودند.

گریگل موریس^۴ و همکاران (۱۹۹۲) در تحقیق خود نشان دادند که ارتباط معناداری بین شدت و فرکانس درد و ناهنجاری‌های وضعیتی دیده نشد اما افرادی که ناهنجاری‌های وضعیتی در آنها کمتر بود، شیوع درد در آنها کمتر گزارش شد (۲۳).

هر چه سبک زندگی افراد بهتر باشد افراد از نظر جسمی، روانی و اجتماعی احساس رضایتمندی بیشتری در نتیجه کیفیت زندگی مطلوب‌تری را خواهند داشت. لذا بهبود شرایط کاری پرستاران و برگزاری برنامه‌های آموزشی پیرامون رعایت اصول ارگونومی و پوسچر صحیح و تجویز حرکات اصلاحی، همچنین نظارت بیمارستان‌ها بر کمیت و کیفیت تجهیزات لازم برای اتخاذ پوسچر صحیح پرستاران جهت پیشگیری از ایجاد و گسترش ناهنجاری‌ها و درد در نواحی مختلف بدن و بالطبع کیفیت زندگی پایین، لازم و ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند عامل مهمی در افزایش سطح رضایتمندی و کیفیت کاری و زندگی پرستاران محسوب گردد.

لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی برای پوشش دادن محدودیت‌های تحقیق حاضر، مجموعه عوامل موثر بر کیفیت زندگی پرستاران مورد بررسی قرار گیرد تا به منظور بهبود و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان راهکارهای مناسب ارائه شوند. همینطور شامل کردن تعداد بیشتر پرستاران مرد می‌تواند تفاوت‌های جنسیتی در عارض شدن ناهنجاری‌ها و چگونگی تاثیر آن‌ها بر کیفیت زندگی هر جنس را بهتر نشان دهد.

نتیجه‌گیری

هم درجه ناهنجاری‌های وضعیتی و هم نمره کیفیت زندگی پرستاران متوسط ارزیابی شد. علت احتمالی عارض شدن ناهنجاری‌ها، راستای وضعیتی نامناسب، حرکات تکراری و فعالیت‌های جسمانی نامناسب مرتبط با حرفه پرستاری می‌باشد. با اینحال در مطالعه حاضر همراهی ناهنجاری‌ها با کیفیت زندگی پرستاران تایید نشد که می‌تواند به دلیل تاثیر عوامل متعدد دیگر، علاوه بر ناهنجاری‌های وضعیتی، در تعیین کیفیت زندگی پرستاران باشد.



فرشچیان همدان که در انجام این تحقیق نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

تقدیر و تشکر

محققین این تحقیق لازم می‌دانند که از کادر پرستاری بیمارستان

منابع:

- 1-Wagner H, Anders C, Puta C, Petrovitch A, Morl F, Schilling N, et al. Musculoskeletal support of lumbar spine stability. *Pathophysiology*. 2005;12(4):257-65.
- 2-Panjabi MM. Clinical spinal instability and low back pain. *J Electromyogr Kinesiol*. 2003;13(4):371-9.
- 3-Kendall FP. *Muscles: Testing and Function with Posture and Pain*. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 4-Alizadeh MH. [The role of physical position in sport. National Olympic Committee of Islamic Republic of Iran (Persian)]. *IJHPA*. 2000;3(4):35-45.
- 5-Zagyapan R, Iyem C, Kurkcuglu A, Pelin C, Tekindal MA. The Relationship between Balance, Muscles, and Anthropomorphic Features in Young Adults. *Anat Res Int*. 2012; 14:60-63.
- 6-Twomey LT, Taylor JR. *Physical therapy of the low back*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 2000.
- 7-Askari A. [A survey and a comparison of the amount of prevalence of spinal column abnormalities in the college students of physical education, boys and girls, at the Islamic Azad University and offering some corrective movements for recovery (Persian)]. graduate level Thesis for . Physical Education Office of Islamic Azad University; 2004.
- 8-SalehShoostary A (2004) [A survey of grades 4 and 5 primary students in spinal columns, central branch of Islamic Azad university (Persian)]. graduate level Thesis for . Islamic Azad University;2004.
- 9-MoosaviGilani S. [A comparative survey of the amount of prevalence of abnormalities in the spinal columns of students, boys and girls at the University of Medical Sciences of Zahedan (Persian)]. graduate level thesis for. Islamic Azad University;1995.
- 10-Kayhani M. [Explanation and comparison of disorders in the spinal columns of lower body organs in the girl students both athletes and non-athletes, at shiraz city high schools (Persian)]. graduate level thesis for. Physical Education Office of Islamic Azad University;2004.
- 11-Daneshmandi H, Poorhoseini H, Sardar MH. [A survey of comparison between boys and girls students, abnormalities in the spinal columns (Persian)]. *Harekat*.2003;23:143-56.
- 12-Kang JH, Park RY, Lee SJ, Kim JY, Yoon SR, Jung KI. The effect of the forward head posture on postural balance in long time computer based worker. *Ann Rehabil Med*. 2012;36(1):98-104.
- 13-Katzman WB, Wanek L, Shepherd JA, Sellmeyer DE. Age-related hyperkyphosis: its causes, consequences, and management. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2010;40(6):352-60.
- 14-Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
- 15-Seidi F, Rajabi R, Ebrahimi TI, Tavanai AR, Moussavi SJ. The Iranian flexible ruler reliability and validity in lumbar lordosis measurement. *World Journal of Sport Sciences*. 2009;2(2):95-9.
- 16-Hart DL, Rose SJ. Reliability of a noninvasive method for measuring the lumbar curve. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1986;8(4):180-4.
- 17-Youdas JW, Suman VJ, Garrett TR. Reliability of measurements of lumbar spine sagittal mobility obtained with the flexible curve. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1995;21(1):13-20.
- 18-Nourbakhsh MR, Moussavi SJ, Salavati M. Effects of lifestyle and work-related physical activity on the degree of lumbar lordosis and chronic low back pain in a Middle East population. *J Spinal Disord*. 2001;14(4):283-92.
- 19-Sahrman S. *Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes*. Elsevier Health Sciences; 2002.
- 20-Post RB, Leferink VJM. Spinal mobility: sagittal range of motion measured with the SpinalMouse, a new non-invasive device. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2004;124(3):187-92.
- 21-Auxter D, Pyfer J, Zittel L, Roth K, Huettig C. *Principles and Methods of Adapted Physical Education and Recreation*. McGraw-Hill Education; 2009.
- 22-Missaoui B, Portero P, Bendaya S, Hanktie O, Thoumie P. Posture and equilibrium in orthopedic and rheumatologic diseases. *Neurophysiol Clin*. 2008;38(6):447-57.
- 23-Griegel-Morris P, Larson K, Mueller-Klaus K, Oatis CA. Incidence of common postural abnormalities in the cervical, shoulder, and thoracic regions and their association with pain in two age groups of healthy subjects. *Phys Ther*. 1992;72(6):425-31.
- 24-National Health Survey: SF36 Population Norms [Internet]. Australia; 1995. Report No.: 4399.0. Available from: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4399.0>
- 25-Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alajnejad F. [The relation between the quality of sleep and life in nurses (Persian)]. *Hayat*. 2005;12(4):13-20.
- 26-Muecke S. Effects of rotating night shifts: literature review. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):433-9.
- 27-Edell Gustafsson UM, Kritiz EIK, Bogren IK. Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(2):179-87.