

Original article

An Ergonomic Evaluation of Surgeons during Laparoscopic and Open Surgery in a General Hospital in Tehran, Iran, and Presentation of Corrective Measures in 2016

Farin Fatemi^{1,2}Mahdi Mohammadian^{3*}

- 1- Assistant Professor, Department of Occupational Health, School of Public Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
- 2- Student Research Committee, School of Public Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
- 3- Faculty Member, Department of Occupational Health, School of Public Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

***Corresponding author:** Mahdi Mohammadian, Department of Occupational Health, School of Public Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

Email: mohammadiyan.mahdi@yahoo.com

Received: 27 February 2018

Accepted: 31 May 2018

ABSTRACT

Introduction and purpose: Surgeons are exposed to different risk factors for musculoskeletal disorders (MSDs) due to their occupational nature. The aim of the current research was to investigate the ergonomics of surgeons during laparoscopic and open surgeries and present applicable ergonomic strategies for the reduction of MSDs risk factors among this population.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 85 surgeons, performing laparoscopic and open surgeries, in one of the general hospitals of Tehran, Iran, in 2016. The participants were assessed by means of two ergonomic assessment methods, namely Rapid Upper Limb Assessment (RULA) and Strain Index (SI). Additionally, they filled out the Nordic body map questionnaire. Finally, the equipment and environmental conditions of the operation rooms were also evaluated. The data were analyzed using Excel and SPSS software.

Results: The highest MSD prevalence rate was related to the lumber (76.4%) and neck (64.7%). Furthermore, laparoscopic surgery had the upper risk level of MSDs; in this regard, this risk was obtained as 72% and 86% by RULA and SI methods, respectively. Furthermore, among the laparoscopic surgeries, neck posture risk level was significantly different from that of the open surgeries in the RULA approach ($P<0.05$). Likewise, in the SI method, the risk level of the wrist in laparoscopic surgeries was significantly different from that of the open surgeries ($P<0.05$).

Conclusion: As the findings of the present study indicated, the risk level of laparoscopic operation was higher than that of the open surgeries. However, much non-compliance in terms of the surgeons and non-ergonomic equipment was observed with ergonomic instructions in both of the mentioned operations. Therefore, it is suggested to adopt ergonomic corrective measures with the priority of laparoscopic surgeries in order to prevent MSDs among surgeons.

Keywords: Laparoscopic surgery, Musculoskeletal disorders, Open surgery

► **Citation:** Fatemi F, Mohammadian M. An Ergonomic Evaluation of Surgeons during Laparoscopic and Open Surgery in a General Hospital in Tehran, Iran, and Presentation of Corrective Measures in 2016. Journal of Health Research in Community. Spring 2018;4(1): 1-11.

مقاله پژوهشی

ارزیابی ارگونومیکی جراحان حین انجام جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی در یکی از بیمارستان‌های عمومی شهر تهران و ارائه راه کارهای اصلاحی

چکیده

فرین فاطمی^۱
مهدی محمدیان^{۲*}

مقدمه و هدف: جراحان با توجه به ماهیت شغلی خود در معرض ریسک فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی متعددی قرار دارند. در این ارتباط، هدف از پژوهش حاضر ارزیابی ارگونومیکی جراحان حین انجام جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی و ارائه راه کارهای کاربردی ارگونومیک محیط برای کاهش ریسک فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان بود.

روش کار: پژوهش توصیفی-مقطعی حاضر در یکی از بیمارستان‌های عمومی شهر تهران انجام شد. ابتدا ۸۵ مورد جراحی (باز و لاپاراسکوپی) با استفاده از دو روش RULA (Rapid Upper Limb Assessment) و SI (Strain Index) مورد ارزیابی قرار گرفتند و پرسشنامه نوردیک با استفاده از نقشه بدن توسط جراحان تکمیل گردید. در بخش بعدی مطالعه، تجهیزات و شرایط محیطی اتاق‌های جراحی مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها توسط نرم‌افزارهای Excel و SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها بیشترین ناراحتی‌ها در نواحی کمر و گردن به ترتیب با ۷۶/۴ و ۶۴/۷ درصد گزارش شده بودند. جراحی لاپاراسکوپی در روش RULA با ۷۲ درصد و در روش SI با ۸۶ درصد بیشترین سطح ریسک اختلالات اسکلتی-عضلانی را به خود اختصاص داد. آزمون‌های تحلیلی نیز اختلاف معناداری را به لحاظ آماری بین نمره پوسچر گردن در جراحی‌های لاپاراسکوپی نسبت به جراحی‌های باز در روش RULA نشان دادند ($P < 0/05$). شایان ذکر است که در روش ارزیابی SI بین نمره پوسچر دست/مچ در جراحی لاپاراسکوپی در مقایسه با جراحی‌های باز اختلاف معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی، در پژوهش حاضر امتیاز ریسک جراحی‌های لاپاراسکوپی بالاتر از جراحی باز به‌دست آمد؛ البته مغایرت‌های بسیاری در دستورالعمل‌های ارگونومیکی در هر دو نوع جراحی مشاهده گردید که بخشی از این مغایرت‌ها مرتبط با جراحان و بخش دیگر ناشی از تجهیزات غیر ارگونومیکی بود؛ از این رو، راه کارهای اصلاحی ارگونومیکی با اولویت جراحی‌های لاپاراسکوپی پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: اختلالات اسکلتی-عضلانی، جراحی باز، جراحی لاپاراسکوپی

۱. استادیار، گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۲. سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۳. مربی، گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول: مهدی محمدیان، گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

Email: mohammadiyan.mahdi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۰

◀ **استناد:** فاطمی، فرین؛ محمدیان، مهدی. ارزیابی ارگونومیکی جراحان حین انجام جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی در یکی از بیمارستان‌های عمومی شهر تهران و ارائه راه کارهای اصلاحی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۳۹۷؛ ۴(۱): ۱۱-۱.

مقدمه

بیمارستان‌ها از جمله مراکز خدماتی هستند که کادر درمانی و کارکنان آن‌ها در اثر عدم تطبیق وسایل و تجهیزات با ابعاد

بدنی و شدت و فشار کاری اعمال شده ممکن است دچار اختلالات اسکلتی-عضلانی ناشی از کار شوند [۱]. با توجه به اینکه بیمارستان‌ها به عنوان واحدهای همیشگی ارائه کننده خدمات درمانی به مردم در شرایط طبیعی و حوادث محسوب می شوند، لازم است شرایط را به گونه ای فراهم نمایند که نیروی انسانی شاغل طی دوره کاری خود متحمل کمترین اختلالات و آسیب های جسمی و روانی گردد. علم ارگونومی با شناسایی و تهیه اطلاعات کاربردی در مورد رفتار انسان، قابلیت ها، محدودیت ها و مشخصات دیگر جهت طراحی ابزار، ماشین آلات، سیستم ها، وظایف و محیط در صدد ایجاد محیطی مناسب و ایمن در طول دوره کاری افراد می باشد. همچنین ارگونومی با رفع تنش های وارد شده بر نواحی بدن در محیط کار و پیشگیری از اختلالات اسکلتی-عضلانی، سهم قابل توجهی در بهبود کیفیت جراحی و بهینه سازی شرایط کار و عملکرد جراحان دارد [۲].

مطالعات مختلف نشان داده اند که شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در نیروی شاغل در بیمارستان ها اعم از پرستاران، پزشکان، جراحان و سایر کارکنان از میزان بالایی برخوردار می باشد [۳]. جراحی های انجام شده در بیمارستان ها معمولاً به دو دسته کلی باز و لاپاراسکوپی (کم تهاجمی) تقسیم می گردند که بسته به ماهیت وظایف شغلی، اعمال نیروی مورد نیاز و ابزار دستی مورد استفاده، جراحان دارای پوسچرهای متفاوت بدنی در حین انجام این جراحی ها می باشند [۴]. جراحان لاپاراسکوپی یک در مقایسه با جراحانی که جراحی باز انجام می دهند، با محدودیت حرکتی بیشتری مواجه هستند و تمایل بیشتری به حفظ قرار گرفتن مستقیم بالاتنه با حرکات کمتر پشت و عدم تغییر تکیه گاه وزن بدن دارند. حفظ پوسچر استاتیک پشت طی بیشتر مدت زمان جراحی های لاپاراسکوپی باعث خستگی تجمعی افزایش یافته در پشت و کمر می گردد [۵]. در حال حاضر توسعه و ارتقای رزولوشن های ویدئویی بالاتر و ارتقای وسایل و تجهیزات اتاق عمل امکان جراحی های لاپاراسکوپی

پیشرفته تری را فراهم نموده است. با این وجود، در ایران تغییرات چندانی در طراحی اتاق های جراحی و نمایشگرهای ویدئویی به منظور کاهش خستگی اسکلتی-عضلانی جراحان در این گروه از جراحی ها اعمال نشده است. از سوی دیگر پوسچرهای نامناسب بازوها، دست ها و انگشتان به هنگام استفاده از ابزار دستی در حین جراحی های باز و لاپاراسکوپی منجر به ایجاد آسیب های نقطه ای، گرفتگی اعصاب و خستگی اندام های فوقانی می شود و استمرار این شرایط کاری در درازمدت می تواند زمینه ساز بروز اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان گردد که این مهم یک مشکل شایع در جمعیت کاری در بیمارستان ها می باشد [۶]. اختلالات اسکلتی-عضلانی اندام فوقانی ناشی از کار در نواحی گردن، شانه ها، بازوها و دست ها از شایع ترین بیماری های شغلی در اروپا و سایر نقاط جهان است. همان گونه که اشاره شد، موقعیت قرار گرفتن نادرست بدن حین انجام جراحی، اعمال نیروی زیاد و تکرارپذیری کار از جمله دلایل عمده ایجاد بیماری های اسکلتی-عضلانی ناشی از کار در جراحان هستند [۷]. در ایران مطالعات بسیار محدودی در ارتباط با اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان انجام شده اند که در یک مطالعه به بررسی ریسک فاکتورهای ارگونومی در جراحان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداخته شده و در مطالعه دیگر صرفاً این ریسک فاکتورها در جراحان اعصاب بررسی گردیده اند و هر دو مطالعه شیوع بالای اختلالات اسکلتی-عضلانی در نواحی گردن، کمر، شانه و زانو را گزارش کرده اند [۸،۹].

در این راستا، در مطالعه ای که در کنفرانس سالیانه انجمن جراحان آلمان ارائه شد، مشاهده گردید که ۲۴ درصد از جراحان در کار با ابزار دستی مورد نیاز در حین عمل جراحی دچار مشکل هستند و ۵۶/۹ درصد از جراحان در حین کار در دست و بازوی خود احساس ناراحتی دارند. همچنین در پژوهشی در ارتباط با جراحانی که به طور مرتب کولونوسکوپی انجام می دادند، نرخ بالای شیوع

آسیب‌ها در دست، انگشتان، گردن و کمر گزارش شده است. در این زمینه در مطالعه دیگری در ارتباط با جمعیت جراحان در اروپا، بیش از ۸۰ درصد از آن‌ها دچار اختلالات اسکلتی-عضلانی در نواحی گردن، شانه و کمر بودند [۱۰]. شایان ذکر است که ارزیابی ریسک فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی با به‌کارگیری روش‌های مستقیم، خودگزارش‌دهی (پرسشنامه) و مشاهده‌ای در محیط کار انجام می‌شوند که در این میان روش‌های مشاهده‌ای قلم-کاغذی به دلیل ارزانی و سهولت نسبت به روش‌های مستقیم رایج‌تر می‌باشند [۱۱]. از آنجایی که مطالعات چندانی در رابطه با ارزیابی ارگونومیکی جراحان و ارتباط آن با نوع عمل جراحی در ایران صورت نپذیرفته است و انتظار می‌رود که شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در این گروه شغلی بالا باشد، هدف از پژوهش حاضر ارزیابی ارگونومیکی جراحان حین جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی به روش‌های مشاهده‌ای و ارائه راه کارهای اصلاحی ارگونومیکی برای کاهش ریسک فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان بود.

روش کار

پژوهش توصیفی-مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۵ به صورت سرشماری در ارتباط با تمامی جراحان یکی از بیمارستان‌های عمومی شهر تهران انجام شد. در این مطالعه به منظور ارزیابی ارگونومیکی جراحان در حین اعمال جراحی، اقدام به تهیه عکس و فیلمبرداری از ۸۵ مورد جراحی (باز و لاپاراسکوپی) انجام شده در فاصله زمانی سه ماه در بیمارستان گردید. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر بدترین پوسچرهای جراحان با تمرکز بر اندام فوقانی حین عمل جراحی انتخاب شدند و تحت عکس‌برداری و تهیه فیلم قرار گرفتند. در ادامه، وضعیت قرار گرفتن بدن جراحان طی جراحی‌های انجام شده با استفاده از دو روش RULA و SI

ارزیابی گردید. روش RULA با هدف غربالگری سریع جراحان هنگام عمل جراحی که با ریسک فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی اندام‌های فوقانی مواجه هستند، به کار گرفته شد. باید خاطرنشان ساخت که با استفاده از این روش فعالیت‌های ماهیچه‌ای مرتبط با پوسچر کار، اعمال نیرو و انجام کارهای استاتیک یا تکراری به خوبی شناسایی می‌گردند. همچنین، ارائه راه کارهایی برای پیشگیری از بروز اختلالات اسکلتی-عضلانی اندام فوقانی و کاهش شیوع آن‌ها توسط روش RULA امکان‌پذیر می‌باشد. امتیاز نهایی این روش در چهار سطح اقدامات اصلاحی دسته‌بندی می‌گردد (جدول ۱). روایی و اعتبار این روش ارزیابی ارگونومیکی در مطالعات مختلف پیشین به اثبات رسیده است [۱۲، ۱۳]. با توجه به اینکه عمده کار جراحان توسط دست‌ها و با انجام کارهای ظریف و تکراری صورت می‌گیرد، شاخص استرین (SI) به عنوان یک روش ارزیابی نیمه کمی به منظور تعیین ریسک اختلالات اسکلتی-عضلانی بخش انتهایی اندام فوقانی در جمعیت مورد مطالعه انتخاب گردید. در شاخص SI از شش متغیر شغلی شامل: شدت اعمال نیرو، مدت اعمال نیرو، تلاش در دقیقه، پوسچر دست/مچ، سرعت کار و مدت زمان وظیفه در روز جهت توصیف فعالیت‌های دست استفاده می‌شود. امتیاز نهایی ارزیابی ریسک ارگونومیکی در این روش در سه سطح برای هر دو دست طبقه‌بندی می‌گردد (جدول ۱). لازم به ذکر

جدول ۱: سطح اقدام روش‌های RULA و SI

سطح اقدام	روش‌ها	
	RULA	SI
سطح یک	۱-۲	≤۳
سطح دو	۳-۴	۳-۷
سطح سه	۵-۶	۷≤
سطح چهار	۷≤	

اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان ارائه گردید. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (همبستگی) تجزیه و تحلیل شدند.

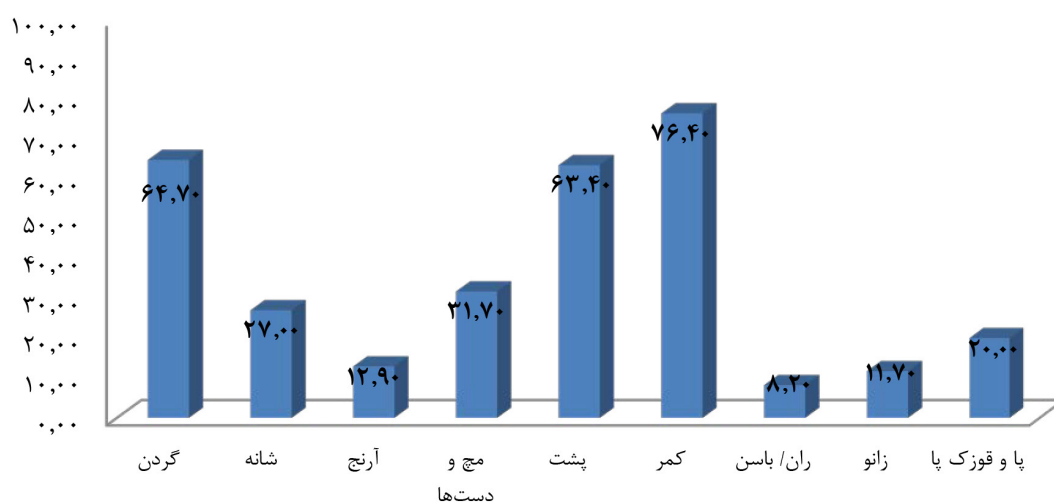
یافته‌ها

این مطالعه به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش را ۸۴ درصد مردان و ۱۶ درصد زنان تشکیل دادند. تمام افراد حاضر در مطالعه جراح و متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کاری در جامعه آماری مورد بررسی به ترتیب برابر با 42.6 ± 8.6 و 13.4 ± 10.7 سال بود.

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه، بیشترین ناراحتی و اختلالات اسکلتی-عضلانی در نواحی کمر و گردن به ترتیب با ۷۶/۴ و ۶۴/۷ درصد گزارش شده است. میزان شیوع این اختلالات به تفکیک نواحی مختلف بدن در نمودار ۱ قابل مشاهده می‌باشد. از سوی دیگر از مجموع اعمال جراحی فیلمبرداری‌شده، ۳۰ مورد (۳۵/۳ درصد) مربوط به جراحی لاپاراسکوپی (کم‌تهاجمی)

می‌باشد که روایی و اعتبار این روش در مطالعات مختلف از متوسط تا خوب ارزیابی شده است [۱۴]. استفاده همزمان از دو روش ارزیابی ریسک ارگونومیک نام‌برده در این پژوهش به دلیل تمرکز این روش‌ها بر پوسچرهای اندام‌های فوقانی بود که مهم‌ترین اندام‌های درگیر در معرض خطر در جراحان را شامل می‌شوند. باید توجه داشت که هرچه سطوح اقدامات اصلاحی ارزیابی‌شده در هر دو روش مورد ارزیابی بالاتر باشد، احتمال آسیب‌دیدگی بیشتر بوده و انجام اقدامات اصلاحی در محیط کار ضرورت بیشتری پیدا می‌کند. در این پژوهش برای تعیین محل ناراحتی و اختلالات اسکلتی-عضلانی در افراد مورد مطالعه از پرسشنامه‌های نقشه بدن (Body Map) و نوردیک استفاده شد که روایی و پایایی آن‌ها مورد تأیید قرار گرفته است [۱۵].

در ادامه مطالعه شرایط ارگونومیکی اتاق‌های عمل به لحاظ تجهیزات و وسایل مورد استفاده جراحان نظیر مانیپورها، صندلی‌ها، ابزارهای دستی و تخت‌های جراحی ارزیابی گردیدند. سپس با توجه به نتایج ارزیابی روش‌های ارگونومیکی و اتاق‌های جراحی، راه‌کارهای کاربردی و عملی برای اصلاح شرایط غیر ارگونومیک اتاق‌های عمل و کاهش ریسک فاکتورهای



نمودار ۱: درصد فراوانی شیوع ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی در نواحی مختلف بدن

جدول ۲: نتایج ارزیابی پوسچرهای جراحان با روش RULA به تفکیک نوع جراحی

نوع جراحی	تعداد	سطح ریسک (درصد)		
		سطح یک	سطح دو	سطح سه
لاپاراسکوپی	۳۰	۰	۰	۷۲
ارتوپدی	۸	۰	۸	۶۶
اعصاب	۵	۰	۱۵	۴۷
چشم	۴	۱۰	۳۰	۵۰
جراحی عمومی	۳۵	۰	۶	۳۴
ارولوژی	۸	۰	۹	۲۷
مجموع	۸۵	۱۰	۱۱/۳	۳۰/۵

جدول ۳: نتایج ارزیابی پوسچرهای جراحان با روش SI به تفکیک نوع جراحی

نوع جراحی	تعداد	سطح ریسک (درصد)		
		سطح یک	سطح دو	سطح سه
لاپاراسکوپی	۳۰	۰	۱۴	۸۶
ارتوپدی	۸	۸	۲۵	۶۷
اعصاب	۵	۱۵	۳۰	۵۵
چشم	۴	۴۰	۶۰	۰
جراحی عمومی	۳۵	۱۵	۲۸	۵۷
ارولوژی	۸	۱۸	۱۸	۶۴
مجموع	۸۵	۱۶/۵	۲۹/۱	۵۴/۴

بود و سایر موارد (۶۴/۷ درصد) در گروه اعمال جراحی باز در شاخه‌های ارتوپدی، اعصاب، چشم، جراحی عمومی و ارولوژی جای گرفتند. علاوه بر این، روش‌های مشاهده‌ای ارزیابی نشان دادند که پوسچرهای گردن، شانه و بازو، دست و کمر از جمله پوسچرهای نامناسب جراحان حین اعمال جراحی (باز و لاپاراسکوپی) هستند. در جراحی‌های لاپاراسکوپی نمره اختصاص یافته به پوسچرهای

گردن، دست، شانه، بازو و کمر در روش RULA و SI بیشتر از جراحی‌های باز می‌باشد که خود حاکی از آسیب‌زایی بیشتر جراحی‌های لاپاراسکوپی نسبت به جراحی‌های باز است. نتایج ارزیابی ارگونومیک پوسچرهای جراحان حین اعمال جراحی انجام شده به روش RULA و SI به ترتیب در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل نتایج اختلاف معناداری را به لحاظ آماری بین نمره پوسچر گردن در جراحی‌های باز با نمره پوسچر گردن در جراحی‌های لاپاراسکوپی با روش RULA نشان داد ($P=0/035$). همچنین در روش ارزیابی SI بین نمره پوسچر دست/مچ در اعمال جراحی لاپاراسکوپی در مقایسه با اعمال جراحی باز اختلاف معناداری مشاهده شد ($P=0/036$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج ارزیابی ریسک ارگونومی برای جراحی‌های باز و کم‌تهاجمی در این مطالعه نشان داد که جراحان در معرض خطر تجمع خستگی و آسیب‌های اختلالات اسکلتی-عضلانی قرار دارند. ریسک فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان دربرگیرنده پوسچر نامناسب تنه، حرکات تکراری اندام فوقانی و وضعیت استاتیک سر و گردن حین جراحی می‌باشند. این مهم در مطالعه مشابه دیگری که در آن همبستگی بین تنش‌های اختلالات اسکلتی-عضلانی و پوسچرهای استاتیک سر، پشت و کمر در جراحان گزارش گردید تأیید می‌شود [۱۰]. جراحان در جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی، حالت ایستاده دارند و موقعیت قرارگیری بدن آن‌ها مستقیم است؛ درحالی که در جراحی‌های لاپاراسکوپی، جراحان گاهی اوقات باید پوسچرهای نامناسب بدنی و حرکات تکراری اندام فوقانی را برای انجام وظایف جراحی متقبل گردند. ارزیابی‌های انجام‌شده به روش RULA و SI حاکی از آن بودند که پوسچر گردن در جراحی لاپاراسکوپی نسبت به جراحی باز، نمره ریسک بیشتری را به خود اختصاص داده است. در محیط کاری با ویژگی ارگونومیکی می‌بایست مسیر دید بدون مانع و با ایستادن در وضعیت طبیعی باشد [۱۶]. وضعیت نامناسب قرارگیری مانیتور در اتاق جراحی منجر به فلکشن و چرخش گردن جراحان هنگام جراحی می‌شود که با توجه به زمان طولانی

جراحی، در نهایت موجب شکایت از درد گردن و خستگی در ناحیه گردن می‌گردد [۸]. در پژوهش حاضر بین نمره پوسچر گردن در جراحی‌های لاپاراسکوپی نسبت به جراحی‌های باز اختلاف معناداری به‌دست آمد. مشابه با این یافته در مطالعه دیگری که در ارتباط با جراحان انجام شده بود، تعداد خمش و چرخش گردن در جراحی‌های لاپاراسکوپی اختلاف معناداری نسبت به جراحی‌های باز در سطح اطمینان ۰/۰۵ داشت [۱۷]. از دیگر اعضای بدن که در این مطالعه نمره بالای ریسک را هم در جراحی باز و هم در جراحی لاپاراسکوپی به خود اختصاص دادند، شانه و بازو می‌باشند. با توجه به وضعیت و عمق برش در جراحی باز در نواحی شکم، بازوان جراحان دارای پوسچر ثابت همراه با دورشدن از محور مستقیم بدن و بدون حمایت‌کننده می‌باشند که این امر بار استاتیک زیادی را بر ناحیه شانه و مفصل آن تحمیل می‌کند [۱۸].

دست در جراحی لاپاراسکوپی نمره بیشتری در مقایسه با جراحی باز در ارزیابی ریسک ارگونومی می‌گیرد. چنانچه در پژوهش حاضر نیز اختلاف معناداری بین نمره ناحیه دست و مچ در جراحی لاپاراسکوپی و جراحی باز به‌دست آمد ($P<0/05$). از آنجایی که تخت‌های جراحی برای جراحی‌های باز طراحی می‌شوند، عملاً قابلیت تنظیم کافی تخت وجود ندارد و این امر موجب کشیدگی اندام انتهایی جراح و در نهایت ایجاد درد و ناراحتی در شانه می‌گردد. از سوی دیگر، پیچیدگی و ناکارآمدی ویژگی‌های مکانیکی ابزار مورد استفاده در جراحی‌های لاپاراسکوپی باعث ایجاد مشکلاتی در چنگش و فعالیت می‌شود؛ درحالی که ابزارهای مورد استفاده در جراحی باز متمایز از لاپاراسکوپی بوده و دارای طراحی ساده و ویژگی‌های مکانیکی مطلوب می‌باشند [۱۵]. این امر امکان تماس مستقیم با بافت و گرفتن بازخورد لمسی را به جراحان می‌دهد؛ اما مطالعات پیشین نشان داده‌اند که اعمال نیرو در جراحی باز ناحیه شکم نسبت به جراحی لاپاراسکوپی بیشتر است [۱۹]. در جراحی‌های

لاپاراسکوپی چنگش قدرتی-دقتی نامناسب ابزار به دلیل طراحی غیرارگونومیک ابزار سبب ایجاد درد و ناراحتی در انگشتان، آرنج و میچ می‌شود. در مطالعه حاضر کمر نیز از جمله اعضای بدن بود که نمره ریسک بالایی را به لحاظ ارگونومی در جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی به خود اختصاص داد. در جراحی‌های باز، خم شدن به جلو در حین جراحی برای دید و دستکاری بهتر بافت‌ها باعث افزایش فعالیت عضلانی به‌ویژه در ناحیه پایین کمر برای حفظ تعادل بالاتنه می‌شود. حفظ این پوسچر به مدت طولانی، خستگی در عضلات کمر و تنش استاتیک را در نتیجه انقباض عضلات کمر به دنبال دارد. در این راستا، مطالعه‌ای در آلمان نشان داد که شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در جراحان حاکی از ۸۴ درصد کمر درد در مقایسه با ۲۲ درصد موجود در جمعیت عمومی می‌باشد [۸]. در جراحی لاپاراسکوپی در مقایسه با جراحی باز، حرکات بدن جراح بسیار محدود بوده و حفظ پوسچر استاتیک بسیار بیشتر است که حفظ این وضعیت برای مدت طولانی منجر به عوارض ذکر شده در جراحی‌های باز می‌گردد.

از سوی دیگر، جراحان در جراحی‌های کم‌تهاجمی نسبت به جراحی‌های باز با مشکلات ارگونومی شناختی بیشتری مواجه هستند. در طول جراحی باز، جراح دارای دید مستقیم بوده و به لحاظ شناختی، درک بصری مستقیم و مشخصی دارد. در مقابل، در جراحی لاپاراسکوپی جراح می‌بایست به کمک تصاویر (ادراک غیرمستقیم) کلیه مراحل جراحی را انجام دهد. براساس نظریه Gibson، تصاویر اشیا منجر به خطاهای ادراکی بیشتری نسبت به برداشت مستقیم از آن‌ها می‌شوند. بدین ترتیب، مانیتور تنها وسیله رابط بین تیم جراحی و محل جراحی است که باید ویژگی‌های ارگونومیک شناختی مشتمل بر کیفیت بالای تصاویر، وضوح و کنتراست کافی را دارا باشند [۲۰]. یکی از مهم‌ترین مشکلات ادراکی، تصویر مسطح مانیتور است که بر خلاف جراحی در حالت سه‌بعدی و طبیعی، جراح درک مشخصی از بعد عمق ندارد [۲۱]. در تصاویر مانیتور، آناتومی

ارگان‌ها به لحاظ ژرفانمایی و بزرگ‌نمایی اشیا نزدیک به آندوسکوپ متفاوت می‌باشد. مشکل دیگر، عدم کنترل مستقیم جراح بر موقعیت یا جهت‌گیری آندوسکوپ و نمایش وارونه حرکات جراح در مانیتور است که این امر عملکرد جراحان کم‌تجربه را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. باید خاطرنشان ساخت که این دسته از اعمال جراحی به هماهنگی کامل دست و چشم نیاز دارند [۲۲].

براساس ارزیابی ارگونومیک جراحی‌های باز و لاپاراسکوپی (کم‌تهاجمی) و تجزیه و تحلیل داده‌ها، در مجموع جراحی‌های لاپاراسکوپی امتیاز ریسک بالاتر و سطح اقدام اصلاحی در کوتاه‌مدت را نسبت به جراحی‌های باز به خود اختصاص دادند؛ اگرچه مشکلات و مغایرت‌های بسیاری بر خلاف دستورالعمل‌های ارگونومیکی در هر دو نوع جراحی تشخیص داده شد که بخشی از این مغایرت‌ها مرتبط با خود جراحان بوده و بخش دیگر ناشی از امکانات و تجهیزات غیر ارگونومیک موجود در اتاق‌های عمل بیمارستان می‌باشد. برای رفع این مغایرت‌ها و مشکلات ارگونومیکی، راه کارهای اصلاحی متعددی اعم از مدیریتی و مهندسی وجود دارند که در این ارتباط، جراحی‌های لاپاراسکوپی نسبت به جراحی‌های باز در اولویت قرار می‌گیرند.

انتظار می‌رود با اجرای راه کارهای پیشنهادی اصلاحی در این مطالعه، ضمن کاهش یافتن مشکلات ارگونومیکی اتاق‌های جراحی، میزان شکایات و ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی، کیفیت جراحی‌ها و عملکرد جراحان نیز بهبود یابد.

پیشنهادهات

۱- ارتفاع مطلوب تخت جراحی در جراحی باز، سه‌چهارم ارتفاع آرنج جراح می‌باشد. براساس متوسط ارتفاع آرنج (۱۱۰ سانتی‌متر)، میز جراحی باید در ارتفاع ۸۲/۵ سانتی‌متر



شکل ۲: نمونه صندلی ارگونومیک برای جراحان



شکل ۱: تخت جراحی ارگونومیک در اتاق جراحی بیمارستان

نشان داده شده است.

۳- انجام جراحی در نور زمینه کم و تنظیم محور دید با مانیتور می تواند انعکاس و میزان خیرگی چشم را در حین عمل های جراحی کم تهاجمی کاهش دهد. شایان ذکر است که زاویه دید مطلوب مانیتور برای جراح ۱۰ تا ۲۵ درجه زیر خط افق می باشد. همچنین ابعاد نمایشگر توصیه شده ۱۹ اینچ و متوسط فاصله مناسب بین چشم جراح و مانیتور بین ۷۰ تا ۹۵ سانتی متر عنوان شده است. در بررسی های صورت گرفته در مطالعه حاضر، فاصله بین چشم جراح و مانیتور بیشتر از میزان استاندارد بود که لازم است نسبت به اصلاح آن اقدامات لازم انجام شود [۲۰].

۴- گذراندن مهارت های تکنیکی شامل: دانش آناتومی و پاتولوژی، زبردستی، هماهنگی دست و چشم و تسلط بر تکنیک جراحی به منظور آموزش های جراحی برای جراحان ضروری است. علاوه بر این به منظور انجام جراحی های لاپاراسکوپی، جراح نیازمند مهارت های حرکتی می باشد [۱۷]. از سوی دیگر، آموزش های ارگونومی به منظور ارتقای سطح آگاهی جراحان در زمینه داشتن پوسچرهای صحیح بدنی حین انجام جراحی و شرایط ارگونومیک اتاق های جراحی از نظر چیدمان وسایل و شرایط محیطی برای پیشگیری و کاهش آسیب های ناشی از اختلالات

برای جراحی باز قرار گیرد. همچنین ارتفاع مناسب برای تخت جراحی در جراحی های لاپاراسکوپی بین ۰/۷ و ۰/۸ برابر ارتفاع آرنج جراح و دستیارانش (۱۰۰ تا ۶۵۰ میلی متر) برآورد شده است؛ به گونه ای که ارتفاع رایج تخت بین ۷۲۵ تا ۱۲۱۵ میلی متر متغیر می باشد. در بررسی تخت های جراحی اتاق های جراحی در بیمارستان مورد مطالعه مشاهده گردید که تنها تخت یکی از اتاق های جراحی به دلیل امکان تنظیم ارتفاع در دامنه مناسب بوده و دارای کنترل دستی با استانداردهای ارگونومیک متناسب می باشد. در این راستا، پیشنهاد می گردد سایر اتاق های جراحی بیمارستان با تخت ارگونومیک مذکور تجهیز گردند.

۲- با توجه به اینکه در تعدادی از جراحی های مشاهده شده، جراح در وضعیت نشسته مشغول به انجام کار می باشد، استفاده از صندلی مناسب برای ایجاد پوسچر مناسب بسیار ضروری بوده و این امر می تواند در کیفیت جراحی نیز تأثیرگذار باشد. از سوی دیگر بر مبنای بررسی های صورت گرفته، صندلی های موجود در اتاق های جراحی به هیچ عنوان مناسب نمی باشند و می بایست با صندلی های قابل تنظیم و ارگونومیک جایگزین شوند. در شکل زیر نمونه یک صندلی مناسب برای استفاده جراحان حین جراحی

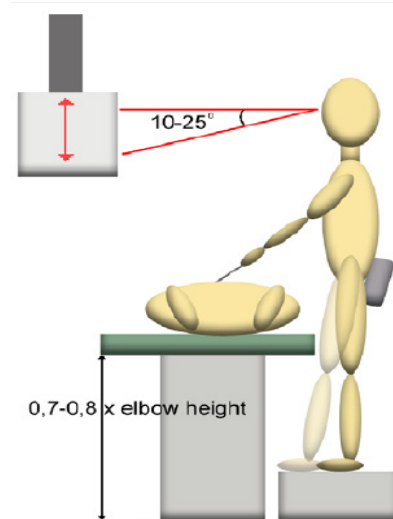
خدمت برای جراحان توصیه می‌گردد [۲۳].

۵- اتاق‌های جراحی لاپاراسکوپی بیمارستان به ابزارهای جدید ارگونومیک طراحی شده تجهیز گردند [۲۴،۲۵].

۶- پدال‌های پای با کنترل‌کننده‌های دستی جهت کنترل کوتر (چاقوی حرارتی) در جراحی‌های باز به‌منظور پیشگیری از پوسچر نامناسب در حین جراحی و کاهش احتمال حوادث ناشی از برخورد و سوختگی جایگزین شوند.

قدردانی

این مقاله با کد اخلاق IR.SEMSUMS.REC.1397.054 در دانشگاه علوم پزشکی سمنان ثبت گردیده است. بدین‌وسیله از مدیریت بیمارستان و جراحان شرکت‌کننده در پژوهش که نویسندگان را در انجام این طرح تحقیقاتی یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.



شکل ۳: وضعیت قرار گرفتن ارگونومیک مشاهده مانیتور در جراحی کم‌تهاجمی

اسکلتی-عضلانی ضروری می‌باشد؛ از این رو گنجاندن دوره‌های مهارتی و آموزشی ذکرشده در قالب برنامه‌های بازآموزی ضمن

References

1. Arora S, Sevdalis N, Nestel D, Tierney T, Woloshynowych M, Kneebone R. Managing intraoperative stress: what do surgeons want from a crisis training program? *Am J Surg* 2009; 197(4):537-43.
2. Sanders MS, McCormick EJ. Human factors in engineering and design: New York: McGraw-Hill; 1987.
3. Wauben L, Van Veelen MA, Gossot D, Goossens RH. Application of ergonomic guidelines during minimally invasive surgery: a questionnaire survey of 284 surgeons. *Surg Endosc* 2006; 20(8):1268-74.
4. Albayrak A. Ergonomics in the operating room: transition from open to image-based surgery. [Doctoral Dissertation]. Delft, Netherlands: Delft University of Technology; 2008.
5. Lorin S, Thierry C, Lavet C, Poumarat G, Wattiez A. Ergonomic analysis of laparoscopic procedures intended to create a surgical support for surgeons. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10(3):S46.
6. Stucky CC, Griffin KC, Chiang YJ, Ross MI, Lee JE, Cormier JN. Do no harm, except to ourselves? Surgeons in the operating room, a meta-analysis of musculoskeletal symptoms and ergonomic interventions. *J Am Coll Surg* 2014; 219(4):e144.
7. Berguer R. Ergonomics in the operating room. *Am J Surg* 1996; 171(4):385-6.
8. Afifzadeh H. Muscles disorders (Mss) in surgeons in Shiraz University of Medical Sciences Hospitals. 1st International Conference on Ergonomics, Shiraz, Iran; 7-8 May 2008.
9. Abrishamkar S, Vahdatpour B, Zamani Z. Comparing the ergonomic risk factors threatening neurosurgeons during craniotomy surgery in standing and sitting positions. *J Isfahan Med Sch* 2015; 33(338):10.
10. Van Veelen M, Nederlof EA, Goossens RH,

- Schot CJ, Jakimowicz JJ. Ergonomic problems encountered by the medical team related to products used for minimally invasive surgery. *Surg Endosc* 2003; 17(7):1077-81.
11. Takala EP, Pehkonen I, Forsman M, Hansson GÅ, Mathiassen SE, Neumann WP, et al. Systematic evaluation of observational methods assessing biomechanical exposures at work. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(1):3-24.
 12. 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; 3(4):322-55.
 13. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(2):147-53.
 14. Viry P, Creveuil C, Marcelli C. Nonspecific back pain in children. A search for associated factors in 17-year-old schoolchildren. *Rev Rhum Engl Ed* 1999; 66(7-9):381-8.
 15. Albayrak A, Kazemier G, Meijer D, Bonjer H. Current state of ergonomics of operating rooms of Dutch hospitals in the endoscopic era. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2004; 13(3):156-60.
 16. Nguyen NT, Ho HS, Smith WD, Philipps C, Lewis C, De Vera RM, et al. An ergonomic evaluation of surgeons' axial skeletal and upper extremity movements during laparoscopic and open surgery. *Am J Surg* 2001; 182(6):720-4.
 17. Veelen MA, Jakimowicz JJ, Goossens RH, Meijer DW, Bussmann JB. Evaluation of the usability of two types of image display systems, during laparoscopy. *Surg Endosc* 2002; 16(4):674-8.
 18. Sancibrian R, Gutierrez-Diez MC, Torre-Ferrero C, Benito-Gonzalez MA, Redondo-Figuero C, Manuel-Palazuelos JC. Design and evaluation of a new ergonomic handle for instruments in minimally invasive surgery. *J Surg Res* 2014; 188(1):88-99.
 19. Berguer R, Forkey DL, Smith WD. Ergonomic problems associated with laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 1999; 13(5):466-8.
 20. Moorthy K, Munz Y, Dosis A, Bann S, Darzi A. The effect of stress-inducing conditions on the performance of a laparoscopic task. *Surg Endosc* 2003; 17(9):1481-4.
 21. Berguer R, Smith W. An ergonomic comparison of robotic and laparoscopic technique: the influence of surgeon experience and task complexity. *J Surg Res* 2006; 134(1):87-92.
 22. Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. *Ann Surg* 2006; 244(5):642-8.
 23. Matern U, Koneczny S. Working conditions in the operating room: surgeons surveyed during the annual meeting of the German society of surgery 2004. *Zentralbl Chir* 2006; 131(5):393-400.
 24. Bartnicka J. Knowledge-based ergonomic assessment of working conditions in surgical ward – A case study. *Safety Sci* 2015; 71:178-88.
 25. Li Z, Wang G, Tan J, Sun X, Lin H, Zhu S. Building a framework for ergonomic research on laparoscopic instrument handles. *Int J Surg* 2016; 30:74-82.