

مقدمه

به هر گونه صدمه یا اختلال در ماهیچه، استخوان، تاندون، رباط، مفصل، اعصاب و عروق خونی که همراه با رگ به رگ شدن، درد و التهاب باشد، اختلالات اسکلتی-عضلانی گفته می شود. این اختلالات می توانند بر اثر شرایط کار ایجاد و یا تشدید شوند(۱). اختلالات اسکلتی-عضلانی یکی از عوامل شایع آسیب های شغلی و ناتوانی در کشورهای صنعتی و کشورهای در حال توسعه می باشد. (۲، ۳) بر اساس برآورد سازمان بین المللی کار در حدود ۱۶۰ میلیون بیماری مرتبط با کار در هر سال در جهان اتفاق می افتد که بیش ترین آمار ثبت شده مرتبط با اختلالات اسکلتی-عضلانی ناشی از کار است. به علاوه، در هر سال ۲/۳ میلیون نفر بر اثر بیماری ها و حوادث شغلی جان خود را از دست می دهند. بیش از یک میلیون شاغل، انواعی از آسیب ها را در هر سال تجربه می کنند که حرکات تکراری، پوسچر نامناسب و فشار بیش از حد از دلایل اصلی این آسیب ها هستند(۴). طبق مطالعات انجام شده، علت بیش از نیمی از غیبت ها در محیط کار، اختلالات اسکلتی-عضلانی می باشد(۵). هم چنین آسیب های اسکلتی-عضلانی ناشی از کار سبب تحمیل هزینه های زیادی به سیستم بهداشتی-درمانی کشورها می شود. هزینه های مستقیم شامل هزینه های پرداختی به پزشک و بیمارستان، توان بخشی، بیمه و غیره، هزینه های غیرمستقیم شامل از کار افتادگی فرد آسیب دیده و تلفات دستمزد او، هزینه های تحمیل شده به کارفرما در خصوص استخدام و آموزش نیروی جدید به جای فرد آسیب دیده و هزینه های اداری شامل هزینه های مرتبط برای دریافت غرامت است و هزینه ی مرتبط با کیفیت زندگی که مرتبط با درد و رنج فرد آسیب دیده و خانواده ی او می باشد(۶). شغل رانندگی با سختی مختص به خود ممکن است سلامت شاغلین را به دلیل مواجهه با عوامل زیان آور شغلی تهدید کند. یکی از عمده ترین بیماری ها و عوارض ناشی از شغل رانندگی ابتلا به اختلالات اسکلتی-عضلانی است (۷) رانندگان شیوع بالاتری از اختلالات اسکلتی و عضلانی را نسبت به دیگر

گروه های شغلی نشان می دهند (۸). نظر به این که رانندگان مدت زیادی از عمر خود را به این حرفه مشغول هستند، در دراز مدت این صدمات و ناراحتی ها در آن ها مزمن گردیده و پس از تجمع باعث اختلالات حرکتی در آن ها می گردد که اثرات زیادی در زندگی فردی و اجتماعی شان می گذارد(۹). نشستن به تنهایی با ریسک افزایش کمردرد ارتباط ندارد، اما زمانی که فاکتورهای ارتعاش و پوسچر نامطلوب با هم وجود داشته باشند، ریسک کمردرد چهار برابر افزایش می یابد(۱۰). اختلالات اسکلتی-عضلانی پدیده های چند عاملی هستند و به طور کلی این عوامل در چهار گروه ژنتیکی، ریخت شناسی (مورفولوژیک)، روانی-اجتماعی و عوامل بیومکانیکی دسته بندی می شوند (۱۱، ۱۲) که دو عامل اول غیرقابل تغییر هستند و عوامل روانی - اجتماعی و بیومکانیکی برای پیش گیری از وقوع آسیب ها، متغیر می باشند(۱۲). رانندگی یکی از ریسک فاکتورهای فتق دیسک بین مهره ای می باشد و طبق مطالعات اپیدمیولوژیک، کمردرد با مدت زمان و طول مسافت رانندگی ارتباط دارد(۲) . عوامل متعدد فیزیکی وجود دارند که می توانند در افزایش بار فیزیکی در سیستم اسکلتی-عضلانی رانندگان اتوبوس نقش داشته باشند که نتیجه آن ناراحتی و درد است. مهم ترین ریسک فاکتورهای فیزیکی شناسایی شده عبارتند از نشستن طولانی مدت ، عدم تناسب ارگونومیک صندلی با ابعاد آنتروپومتریک بدن، ارتعاش تمام بدن (WBV) راننده، نوع خودرو و مکانیزم رانندگی (۱۳). عوامل فردی، سن، جنس، وزن و قد یا شاخص توده بدنی (BMI) هم چنین وضعیت سلامت عمومی جزو ریسک فاکتورهای مهم در رانندگان می باشد(۱۴-۱۶). افزون بر این ها، فاکتورهای مربوط به سبک زندگی (مانند استعمال دخانیات و چاقی)، از جمله فاکتورهای اختلالات اسکلتی-عضلانی در میان رانندگان به حساب می آید(۱۷). رانندگان در کشورهای رو به رشد همانند مالزی و برزیل، شیوع بالایی از اختلالات اسکلتی-عضلانی را گزارش کرده اند(۱۸، ۱۹). هم چنین مطالعات فراوانی در آمریکا و اروپا صورت گرفته است که شیوع بالای این اختلالات را تأیید

پژوهش گران به صورت مستقل از هم انجام گرفت و در صورت اختلاف نظر در مورد واجد شرایط بودن یک مقاله، آن مقاله توسط نویسندگان دیگر که در زمینه فراتحلیل صاحب نظر بود، داوری شد. جهت بررسی کیفیت متدولوژیک مطالعات مقطعی از چک لیست The Joanna Briggs Institute (JBI) استفاده گردید (۲۲).

در این مطالعه، پس از اتمام جستجو، تمامی مقالاتی که در آن‌ها به میزان شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در رانندگان اشاره کرده بودند وارد لیست اولیه شدند سپس چک لیستی از اطلاعات لازم برای مطالعه از جمله تعداد نمونه، نوع مطالعات انجام گرفته، سن، منطقه جغرافیایی، کشور، سال انجام مطالعه، میزان شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی، حجم نمونه و اسم نویسندگان، سال انتشار مقاله برای تمام مطالعات به منظور ارزیابی نهایی تهیه شد.

بر این اساس، در جستجوی اولیه تعداد ۲۲۱ مقاله با استفاده از واژه‌های کلیدی تحت بررسی قرار گرفت. با حذف مقالات تکراری و با توجه به معیار خروج، ۲۶ مقاله با متن کامل را بررسی کردیم و در نهایت با ارزیابی کیفیت مقالات، ۲۲ مقاله مناسب به مرحله مرور سیستماتیک و متآنالیز وارد شد (شکل ۱).

تحلیل آماری

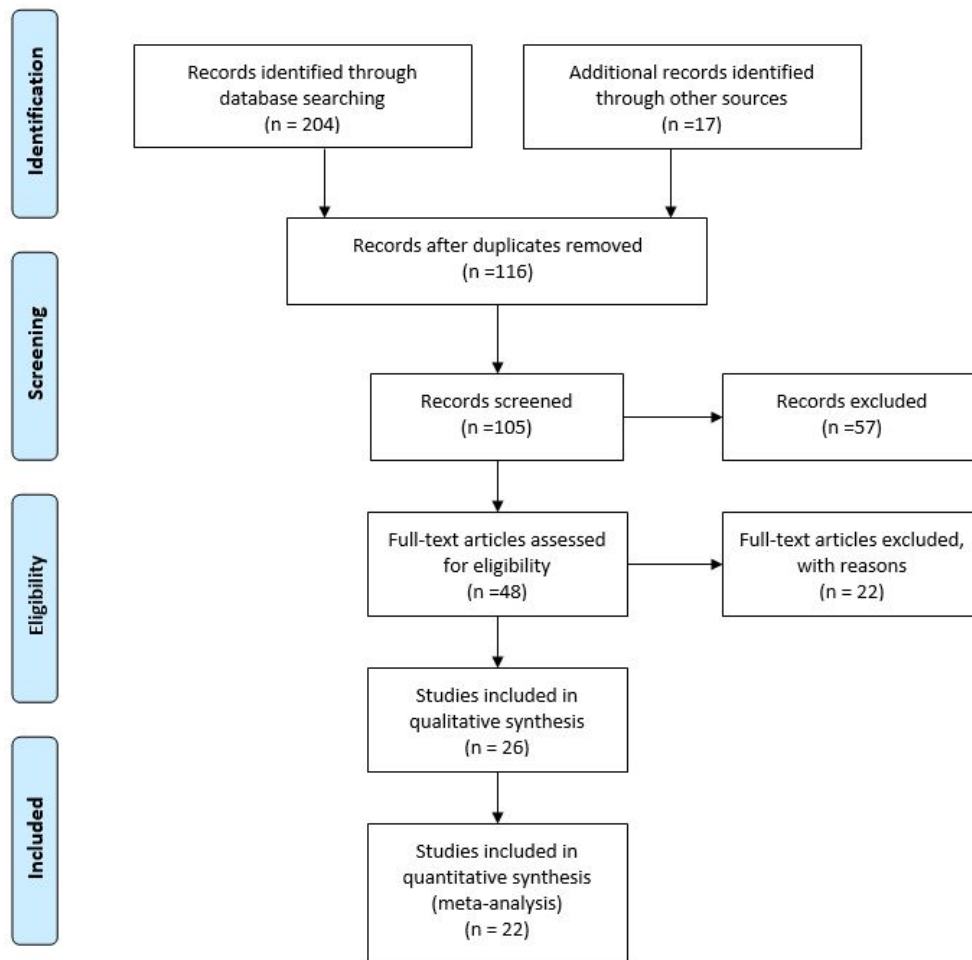
با توجه به این که میزان شیوع دارای توزیع دو جمله ای است، واریانس هر مطالعه از طریق واریانس توزیع دو جمله ای محاسبه شد. برای ترکیب میزان‌های شیوع مطالعات مختلف از میانگین وزنی استفاده شد و وزنی که به هر مطالعه اختصاص داده شد عکس واریانس آن بود. برای بررسی ناهمگنی و تناقض موجود در داده‌ها از شاخص‌های I^2 و Q کوکران استفاده شد. بر اساس شاخص I^2 ناهمگنی‌ها به سه طبقه کم تر از ۲۵٪ (ناهمگنی کم)، ۲۵٪ تا ۷۵٪ (ناهمگنی متوسط) و بیش از ۷۵٪ (ناهمگنی زیاد) تقسیم بندی می‌شوند. با توجه به معنادار شدن آزمون‌های ناهمگنی از مدل اثرات تصادفی جهت برآورد اشتراکی شیوع استفاده شد. جهت بررسی

می‌کنند (۱۳). اختلالات اسکلتی-عضلانی، نه تنها باعث کاهش عمل کرد رانندگان می‌شود، بلکه ممکن است در اثر عدم درمان، منجر به بازنشستگی زودرس یا ترک خدمت نیروهای مجرب شود (۲۰).

مطالعات متآنالیز اغلب به منظور دست‌یابی به نتایجی دقیق با قدرت آماری بالا و در عین حال معتبر صورت می‌گیرد که از افزایش حجم نمونه ناشی از ترکیب مطالعات مختلف و کاهش فاصله اطمینان این اندازه‌ها است (۲۱). این مطالعه با توجه به تفاوت در گزارش شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در رانندگان و به منظور اعتبار بخشیدن به نتایج حاصل از مطالعات انجام گرفته در این حوزه و با هدف تعیین میزان شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی به روش مرور سیستماتیک و متآنالیز انجام گردید.

روش کار

در این مطالعه مرور سیستماتیک و متآنالیز میزان شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در رانندگان براساس مقالات چاپ شده در مجلات داخلی و خارجی بررسی شد. هم‌چنین از پایگاه‌های اطلاعاتی ملی و بین‌المللی، ISI، Science Direct، PubMed، Pre Quest، Scopus با کلید واژه‌های Drivers، Musculoskeletal، Prevalence و نیز از پایگاه‌های فارسی گوگل اسکالر، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانش گاهی، بانک جامع مقالات پزشکی (مدلیب)، ایران مدکس، بانک اطلاعات نشریات کشور با کلید واژه‌های شیوع، اسکلت-عضلانی رانندگان از سال ۲۰۰۰ تا اوت ۲۰۱۷ استفاده گردید. پذیرش مطالعات جهت ورود به پژوهش توسط یک سری معیارهای ورود و خروج انجام گرفت. معیار ورود شامل مطالعاتی بود که میزان شیوع اختلالات اسکلتی را در رانندگان گزارش کردند و فقط مقالاتی با زبان فارسی و انگلیسی وارد مقاله شدند و معیار خروج شامل عدم دسترسی به متن کامل مقالات، ناکافی بودن داده‌ها (مثلاً به میزان شیوع اختلالات در مقاله مورد نظر اشاره نشده باشد) و تکراری و غیر مرتبط بودن مطالعات با موضوع بود. هم‌چنین برای جلوگیری از سوگرایی، ارزیابی و استخراج داده‌ها توسط ۳ نفر از



شکل (۱) - دیاگرام روند انتخاب مطالعات وارد شده به مرور ساختاریافته

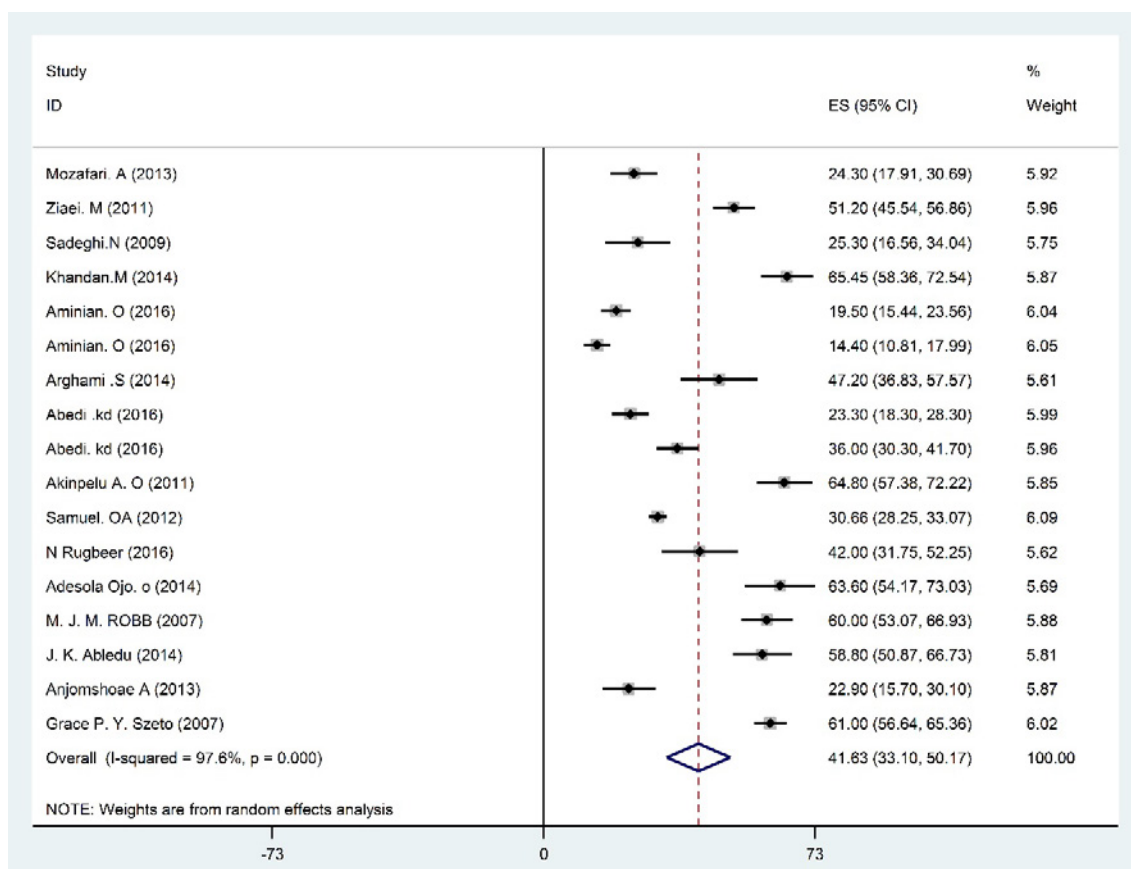
در هر مطالعه بود. بیشترین و کمترین حجم نمونه به ترتیب مربوط به مطالعات ساموئل (۱۴۰۶) و ارقامی (۸۹) بود. مشخصات کلی مطالعات منتخب مورد بررسی در جدول (۱) آمده است.

شیوع کلی اختلالات گردن، شانه، مچ / دست و آرنج در این مطالعه به ترتیب ۲۶،۱۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۰،۱۶-۳۸،۳۰)، ۱۸،۰۷٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۸،۲۷-۲۵،۹۹) و ۵،۷۵٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۳،۲۲-۸،۲۷) بود. بیشترین شیوع مربوط به اختلال ناحیه تحتانی کمر (۴۱،۶۳) با (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۵۰،۱۷-۳۳،۰۹) و کمترین شیوع مربوط به اختلال آرنج (۷،۴۵) با (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۵،۴۶-۹،۴۳) بود (جدول ۲).

رابطه سال انجام مطالعات، حجم نمونه، میانگین سنی و شاخص توده بدنی با تمامی اختلالات اسکلتی-عضلانی از آزمون متارگرسیون یک متغیره استفاده گردید. جهت بررسی اثر مطالعات کوچک و خطای انتشار مطالعات از فیونل پلات بر مبنای آزمون رگرسیونی ایگر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از نرم افزار Stata نسخه ۱۴ انجام شد. در تمامی آزمون ها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۲ مقاله وارد فرآیند متاآنالیز شدند. حجم نمونه مورد بررسی ۷۷۰۶ نفر با میانگین ۳۵۰ نفر



نمودار (۲) - میزان شیوع ناحیه تحتانی کمر به صورت کلی و جداگانه بر اساس مدل اثرات تصادفی برای کلیه مطالعه‌ها برحسب مشاغل مختلف (بیشترین میزان شیوع) توضیحات: پاره‌خط‌ها فاصله اطمینان میزان شیوع را در هر مطالعه نشان می‌دهند، نقطه وسط هر پاره‌خط برآورد میزان شیوع در هر مطالعه را نشان می‌دهد و علامت لوزی فاصله اطمینان میزان شیوع را برای کل مطالعه‌ها مشخص می‌کند.

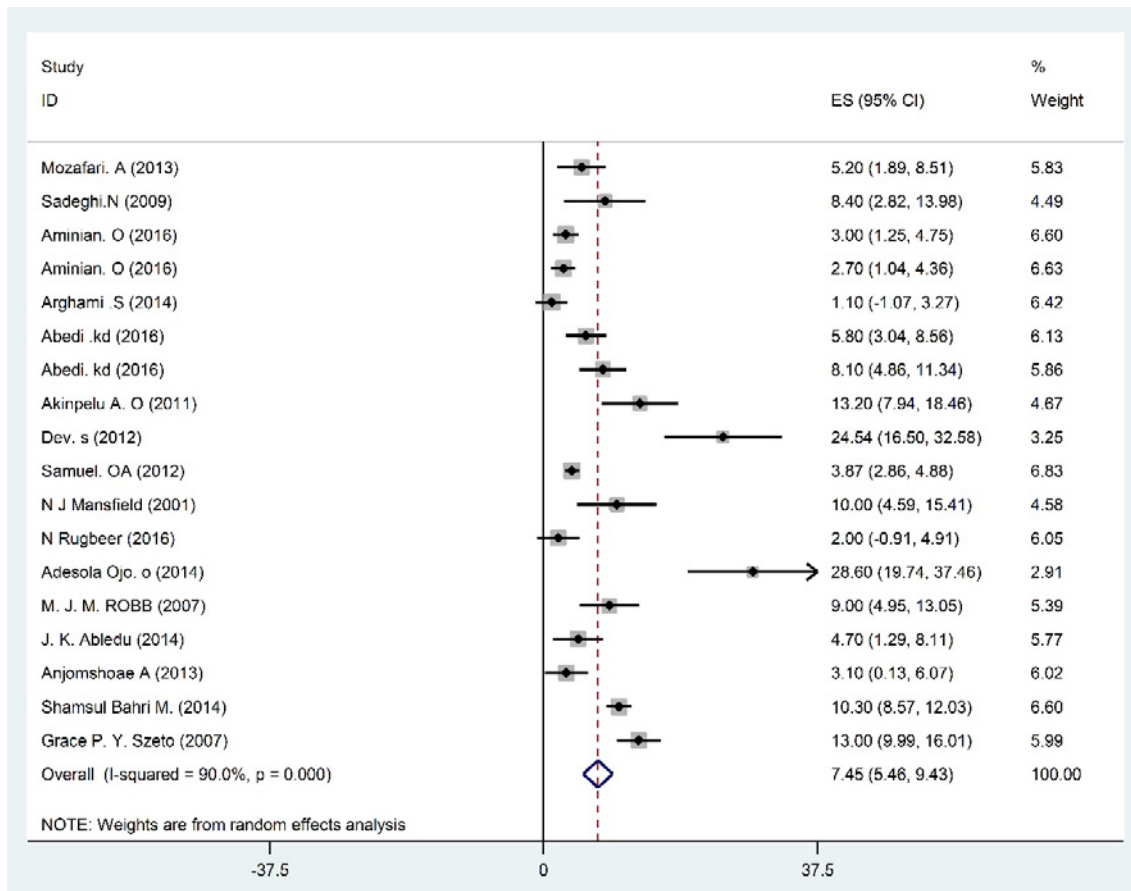
از نظر آماری رابطه معناداری بین حجم نمونه و سال انجام مطالعات با هیچ کدام از اختلالات اسکلتی-عضلانی مشاهده نشد.

از آن جایی که در مطالعه حاضر بیشترین اختلال مربوط به ناحیه تحتانی کمر و کمترین اختلال مربوط به آرنج گزارش شده است، در این مطالعه میزان شیوع اختلال در این دو اندام به طور جداگانه در مطالعات مورد بررسی قرار گرفت (نمودار ۳ و ۲).

بحث

در این مطالعه مروری سیستماتیک میزان شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در اندام‌های تحتانی و

بررسی متارگرسیون تک متغیره اختلالات لگن، بازوها/دست‌ها و زانو، مچ پا و آرنج در رانندگان نشان داد که بین میانگین سنی و مچ پا و زانو ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$). به عبارت دیگر می‌توان گفت با افزایش میانگین سنی نمونه‌ها، شیوع اختلالات قوزک پا و زانو به طور معنی‌داری افزایش یافته بود (روند صعودی داشت). هم‌چنین ارتباط معنی‌داری بین لگن، بازوها/دست‌ها و آرنج با BMI وجود داشت ($p < 0.05$). یعنی با افزایش BMI، شیوع اختلالات بازو/دست و آرنج به طور معناداری کاهش یافته بود (روند نزولی داشت) ولی با افزایش BMI، شیوع اختلال لگن به طور معناداری افزایش یافته بود (روند صعودی داشت). لازم به ذکر است که



نمودار (۳) - میزان شیوع آرنج به صورت کلی و جداگانه بر اساس مدل اثرات تصادفی برای کلیه مطالعه‌ها برحسب مشاغل مختلف (کمترین میزان شیوع) توضیحات: پاره‌خط‌ها فاصله اطمینان میزان شیوع را در هر مطالعه نشان می‌دهند، نقطه وسط هر پاره‌خط برآورد میزان شیوع در هر مطالعه را نشان می‌دهد و علامت لوزی فاصله اطمینان میزان شیوع را برای کل مطالعه‌ها مشخص می‌کند.

و باسن ۲۰/۷٪ و آرنج ۱۷/۴٪ محاسبه گردید (۶، ۲۳). مطالعه بر روی رانندگان مبتدی و حرفه‌ای رالی که رقابت را در بیش تر از ۱۰ روز در سال انجام داده بودند، نشان داد که ۹۱ درصد از شرکت کنندگان ناراحتی را حداقل در یک عضو از بدن خود گزارش کردند و مشکلات در ستون فقرات کمری (۷۰٪)، گردن (۵۴٪)، شانه (۴۷٪) و ناحیه قفسه سینه (۳۶٪) وجود داشت (۲۴). نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که بیشترین میزان شیوع مربوط به کمر درد بود. در مطالعه مروری و متاآنالیز انجام شده توسط عزیزپور و همکاران میزان شیوع کمر درد در ایران ۵۱/۶٪ گزارش شده است (۲۵). در یک مطالعه مروری نظام‌مند، Louw و همکاران میزان شیوع کمر درد را در

فوقانی در ۲۲ مطالعه انجام شده در بین تمام رانندگان با استفاده از روش متاآنالیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. حجم نمونه مورد بررسی ۷۷۰۶ نفر با میانگین ۳۵۰ نفر در هر مطالعه بود. بیشترین شیوع مربوط به اختلال ناحیه تحتانی کمر (۴۱،۶۳) با (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۵۰،۱۷-۳۳،۰۹) و کمترین شیوع مربوط به اختلال آرنج (۷،۴۵) با (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۹،۴۳-۵،۴۶) بود. در مطالعات مروری و متاآنالیز انجام شده توسط پرنو و همکاران بر روی شیوع اختلالات اسکلتی عضلانی ناشی از کار در ایران میزان شیوع اختلالات اسکلتی-عضلانی در زنان ۴۲/۱٪، ناحیه فوقانی پشت ۳۸/۱٪، شانه ۳۶/۸٪، مچ دست ۳۴/۶٪، گردن ۳۱/۸٪، مچ پا ۲۷/۷٪، ران

جدول (۱) - مشخصات کلی مطالعات منتخب مورد بررسی در مطالعه

Prevalence of disorders%											کشور	حجم نمونه	نویسنده اول سال
Hip	leg	Ankle	Arms and hands	knee	Low back	Upper back	Elbow	Wrist/hand	shoulder	neck			
۲۹	۲۴	۲۵	۲۹	۳۷	NA	NA	NA	NA	۲۸	۳۹	Iran	۱۲۰۰	۲۰۱۷. Maleki. A
۵.۸	۵.۸	۴	۸.۲	۱۹.۱	۲۴.۳	۱۵.۶	۵.۲	۸.۲	۱۴.۵	۲۷.۲	Iran	۱۷۳	۲۰۱۳. Mozafari. A
NA	۱۷	۱۷.۴	NA	۳۵	۵۱.۲	۲۲.۷	NA	۱۶	۲۸	۳۰.۴	Iran	۳۰۰	۲۰۱۱. Ziaei. M
۴.۲	۷.۴	۹.۵	۱۰.۲	۱۴.۷	۲۵.۳	۸.۴	۸.۴	۴.۲	۱۳.۷	۲۳.۲	Iran	۹۵	۲۰۰۹. Sadeghi. N
۱۸.۱۸	۲۰.۶۱	۴۰.۶	۱۰.۳	NA	۶۵.۴۵	۱۰.۹۱	NA	۸.۴۸	۳۲.۱۲	۵۰.۳	Iran	۱۷۳	۲۰۱۴. Khandan. M
NA	۲.۵	۲.۲	۱.۹	۹.۳	۱۹.۵	۹.۶	۳	۱.۹	۴.۱	۱۱.۵	Iran	۳۶۶	۲۰۱۶. Aminian. O
NA	۳	۰.۰۵	۱.۴	۱.۹	۱۴.۴	۸.۲	۲.۷	۱.۴	۲.۲	۲.۷	Iran	۳۶۸	۲۰۱۶. Aminian. O
۱۶.۹	NA	۱۲.۴	NA	۲۷	۴۷.۲	۱۵.۷	۱.۱	۱.۱	۱۰.۱	NA	Iran	۸۹	۲۰۱۴. Arghami. S
۲.۵	NA	۸	NA	۱۷.۵	۲۳.۲	۱۵.۵	۵.۸	۵.۸	۱۹.۳	۲۶.۹	Iran	۲۷۵	۲۰۱۶. Abedi. kd
۸.۸	NA	۱۴.۳	NA	۳۱.۶	۳۶	۹.۹	۸.۱	۸.۱	۲۹.۸	۲۵.۴	Iran	۲۷۲	۲۰۱۶. Abedi. kd
۸.۸	NA	۱۱.۹	NA	۲۷	۶۴.۸	۲.۶	۱۳.۲	۸.۱۹۹	۳۰.۸	۱۷	Nigeria	۱۵۹	Akinpelu A. O ۲۰۱۱.
NA	NA	NA	NA	NA	NA	۵۳.۵۸	NA	۶۰.۷۲	۵۳.۵۸	۴۶.۴	India	۲۸۰	۲۰۱۵. Yasobant. s
NA	NA	NA	۵۰	NA	NA	۶۹.۰۹	۲۴.۵۴	۲۰.۹	۷۳.۸	۵۹.۰۹	India	۱۱۰	۲۰۱۲. Dev. s
۱۶.۰۴	۱۶.۹	۷.۲۸	۶.۹۷	۶.۵۲	۳۰.۶۶	۲۴.۹۷	۳.۸۷	۱۹.۲۳	۸.۲۶	۶۴	Nigeria	۱۴۰۶	۲۰۱۲. Samuel. OA
NA	NA	۷	۱۵	۱۰	NA	NA	۱۰	۱۰	۴۹	۵	UK	۱۱۸	N J Mansfield ۲۰۰۱
۲۴	NA	۲۴	NA	۲۳	۴۲	۴۴	۲	۳۱	۳۷	۴۲	South Africa	۸۹	۲۰۱۶. N Rugbeer
۲۸.۶	NA	۳۲.۴	NA	۳۸.۹	۶۳.۶	۱۸.۲	۲۸.۶	۳۶.۴	۴۴.۱	۳۳.۷	Nigeria	۱۰۰	Adesola Ojo. o ۲۰۱۴.
۱۵	NA	۱۳	NA	۳۶	۶۰	۱۴	۹	۲	۳۹	۳۴	UK	۱۹۲	M. J. M. ROBB ۲۰۰۷.
۲.۷	NA	۹.۵	NA	۱۴.۹	۵۸.۸	۲۳.۳	۴.۷	۷.۴	۱۸.۲	۲۵	Ghana	۱۴۸	۲۰۱۴. J. K. Abledu
۴.۶	NA	۱۲.۲	NA	۹.۹	۲۲.۹	۶۰.۳	۳.۱	۱۱.۵	۷۹.۴	۶۶.۴	Malaysia	۱۳۱	Anjomshoae A ۲۰۱۳. J
۲۰.۲	۲۹.۲	NA	۱۷.۷	۲۷.۸	NA	۳۹.۲	۱۰.۳	NA	۳۶.۲۹	۵۱.۹	Malaysia	۱۱۸۱	Shamsul Bahri M ۲۰۱۴.
NA	NA	۱۶	NA	۳۶	۶۱	۱۲	۱۳	۱۱	۴۸	۵۲	China	۴۸۱	Grace P. Y. Szeto ۲۰۰۷.

NA= not available

طولانی مدت، نداشتن استراحت کافی جهت رفع خستگی و تنش های عضلانی، وارد شدن ضربات تکراری به این ناحیه از بدن در اثر ناهمواری مسیر و دست اندازها و وجود نشستن گاه و تکیه گاه نامناسب صندلی خودرو به خصوص در کشورهای در حال توسعه می باشد (۲). در مطالعه Lis و همکاران عنوان شده که نشستن بیش از نیمی از روز کاری، به همراه ارتعاش تمام بدن و پوسچر نامطلوب احتمال کمر درد و یا سیاتیک را افزایش می دهد که ترکیب این ریسک فاکتورها منجر به بیشترین میزان افزایش کمردرد می شود (۱۰) در مطالعه حاضر، رتبه دوم بیشترین میزان شیوع اختلالات اسکلتی و عضلانی در رانندگان مربوط به اندام های گردن و شانه بوده است. مطالعه Rehn و همکاران افزایش ریسک ابتلا

بین کارکنان کشورهای قاره آفریقا با استفاده از ۲۷ مقاله مورد ارزیابی قرار دارند. نتایج این مطالعه نشان می دهد میزان شیوع کمردرد ۵۰٪ بود (۲۶). Massaccesi و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که رانندگی به ویژه به دلیل استفاده از صندلی نامناسب و غیرقابل تنظیم با ریسک کمردرد رابطه دارد (۱۵). افزون بر این، نتایج مطالعه مروری Hoy و همکاران حاکی از آن است که مشکل کمردرد یک مشکل اساسی در کل کشورهای جهان است، به طوری که شیوع مشکلات اسکلتی-عضلانی یک ساله جهانی مقاله های مورد بررسی در این مطالعه بین ۶۵-۲۲ درصد بود (۲۷). مطالعات انجام گرفته نشان می دهند که بروز کمردرد در رانندگان بیش از سایر اندام های بدن می باشد و این به دلیل عواملی از قبیل نشستن

جدول (۲) - شیوع کل اختلالات اسکلتی و عضلانی در رانندگان (n=22)

نوع اختلال	شیوع اشتراکی (%)	فاصله اطمینان	تعداد مطالعات (حجم نمونه)	heterogeneity		ضریب	t	p
				خطای انتشار	Q			
گردن	۳۴٫۸۴	۲۴٫۳۸-۴۵٫۱۳	۲۱(۷۶۱۷)	۲۵۸۹٫۷۴	۰٫۰۰۰	۶٫۶۱۶	۱٫۳۴	۰٫۱۹۷
شانه	۳۱٫۵۵	۲۴٫۰۲-۳۹٫۰۹	۲۲(۷۷۰۶)	۱۹۶۵٫۳۳	۰٫۰۰۰	۱۱٫۵۵	۴٫۴۷	۰٫۰۰۰
مچ دست / دست	۱۳٫۰۴	۸٫۹۷-۱۷٫۱۲	۲۰(۵۳۲۵)	۷۶۲٫۱۰	۰٫۰۰۰	۷٫۳۶	۳٫۳۰	۰٫۰۰۴
آرنج	۷٫۴۵	۵٫۴۶-۹٫۴۳	۱۸(۵۷۵۳)	۱۶۹٫۸۶	۰٫۰۰۰	۳٫۴۸۰	۲٫۷۶	۰٫۰۱۴
ناحیه فوقانی کمر	۲۳٫۵۱	۱۷٫۱۲-۲۹٫۹۰	۲۰(۶۳۸۸)	۹۵۱٫۸۵	۰٫۰۰۰	۶٫۱۱۵	۱٫۶۳	۰٫۱۲۱
ناحیه تحتانی کمر	۴۱٫۶۳	۳۳٫۰۹-۵۰٫۱۷	۱۷(۴۸۱۷)	۶۷۰٫۷۴	۰٫۰۰۰	۷٫۰۶۵	۲٫۰۱	۰٫۰۶۲
زانو	۲۲٫۱۱	۱۵٫۹۱-۲۸٫۳۱	۱۹(۷۱۴۳)	۱۱۰۲٫۳۷	۰٫۰۰۰	۷٫۸۶۵	۳٫۱۳	۰٫۰۰۶
بازوها / دست ها	۱۴٫۳۸	۸٫۵۰-۲۰٫۲۷	۱۰(۵۱۹۰)	۶۰۰٫۲۷	۰٫۰۰۰	۸٫۳۳	۲٫۰۲	۰٫۰۷۹
مچ پا	۱۴	۱۰-۱۸	۱۹(۶۱۳۵)	۶۹۹٫۹۸	۰٫۰۰۰	۶٫۷۵	۶٫۰۱	۰٫۰۰۰
پا	۱۴٫۰۱	۶٫۹۴-۲۱٫۰۹	۹(۵۲۶۳)	۵۵۱٫۶۸	۰٫۰۰۰	۷٫۳۲۴	۱٫۰۳	۰٫۳۳۶
لگن	۱۳٫۳۷	۸٫۵۰-۱۸٫۲۳	۱۵(۵۶۸۳)	۴۶۱٫۴۲	۰٫۰۰۰	۱٫۵۸۲	۰٫۴۴	۰٫۶۶۸

زانو در رانندگان باشد (۲). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین سنی و درد در اندام های مچ پا و زانو ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$). به عبارت دیگر می توان گفت با افزایش میانگین سنی نمونه ها، شیوع اختلالات قوزک پا و زانو به طور معنی داری افزایش یافته بود. هم چنین از آن جایی که رانندگان بیش ترین زمان کاریشان را صرف رانندگی می کنند احتمالاً این درد نیز می تواند ناشی از استفاده مداوم از پدال های هنگام رانندگی باشد. Sadeghi و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین برخی از پارامترهای فیزیکی فردی از قبیل سن، وزن و ابعاد بدن فرد با ایجاد ناراحتی های اسکلتی-عضلانی ارتباط وجود دارد (۸). در مطالعه ارقامی و همکاران نیز میان افزایش سن با درد پا و قوزک پا ارتباط معنادار دیده شد (۱). در مطالعه حاضر با افزایش BMI، شیوع اختلال لگن به طور معناداری افزایش یافته بود (روند صعودی داشت). مطالعات مقطعی و کوهورت نشان داد که اضافه وزن و چاقی با درد پشت، گردن / شانه، اندام فوقانی و کمر در کارگران ارتباط دارد (۲۸-۳۰) فرضیه های چند گانه ممکن است ارتباط بین اضافه وزن و چاقی و علایم اسکلتی-عضلانی را شامل شود، از جمله افزایش نیاز مکانیکی و عوامل متابولیکی مرتبط با چاقی. افزایش نیرو در مفاصل، احتمالاً در رابطه

به اختلالات اسکلتی-عضلانی در گردن، شانه و قفسه سینه را نشان داد (۲۷). مطالعه Mansfield نیز در بین افراد مورد مطالعه ۵۴٪ درد ناحیه گردن و ۴۷٪ درد ناحیه شانه را گزارش کردند (۲۴). نیاز به توجه و دقت مداوم در حین رانندگی، منجر به نداشتن فرصت کافی رانندگان جهت تغییر وضعیت گردن خود در پشت فرمان و در نتیجه بروز اختلالات اسکلتی-عضلانی در این ناحیه از بدن می شود که البته ماهیت این حرفه به گونه ای است که درد در ناحیه گردن تا حدودی اجتناب ناپذیر است و تنها با رعایت استانداردهای ارگونومی در طراحی تکیه گاه سر، نداشتن ساعات کاری طولانی مدت و یکنواخت و انجام حرکات نرمشی جهت رفع خستگی، می توان از بروز بیش از حد این اختلالات پیش گیری کرد (۲). در مطالعه حاضر میزان شیوع در اندام زانو در رانندگان ۲۲/۱۱٪ گزارش گردید. در مطالعه ضیایی و همکاران ۴۱/۸٪ از رانندگان درد در زانو ها را گزارش کردند و طبق نتایج این مطالعه، شیوع اختلالات در این ناحیه در رتبه دوم بعد از اختلالات کمر قرار گرفته است. قرار گرفتن زانوی راننده در وضعیت نامناسب به دلیل نبود فضای کافی طراحی شده، حرکات تکراری زیاد پاها بر روی پدال های ماشین و وارد شدن فشار بر روی پای چپ به دلیل سفت تر بودن کلاچ از حد استاندارد می تواند از دلایل درد

های طولانی مدت پشت فرمان در طول شبانه روز، قابل توجه باشد. بنابراین برای حل این مشکلات و به حداقل رساندن آن‌ها در جامعه مورد مطالعه، باید تحقیقات بیشتر برای شناسایی عوامل خطر و مداخلات فرهنگی مناسب جهت پیش‌گیری و درمان کم‌درد صورت گیرد. هم‌چنین به رفع مشکلات فیزیکی و بهبود وضعیت ارگونومی محل کار (وسایل نقلیه)، توجه بیشتر تری شود و برای کاهش و برطرف نمودن آن‌ها اقداماتی صورت گیرد و در باز طراحی وسایل نقلیه دقت نظر بیشتر تری اعمال شود.

بین BMI و BMI بالا (ناحیه کم‌ری و اندام تحتانی) در مقایسه با علائم در مفاصل غیر وزن (در شانه / گردن و اندام فوقانی) نقش مهمی ایفا می‌کند. (۳۰).

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این بررسی سیستماتیک، کم‌درد یک مشکل رایج در بین رانندگان بوده است و تعداد رانندگان مبتلا به کم‌درد احتمالاً در دهه‌های آتی افزایش قابل ملاحظه‌ای خواهند داشت که می‌تواند با توجه به نشست

REFERENCES

1. Arghami S, Kamali K, NasabAlhosseini M. A Survey on Musculoskeletal Pain in Suburban Bus Drivers. *Muhandisi-i bihdāsh-t-i hirfah/i*. 2015;2(2):72-81. [Persian].
2. Ziaei M, Izadpanah S, Sharafi K, BARZEGAR SA, IZADI LM. Prevalence and Risk Factors of Musculoskeletal Disorders in Inside and Outside-City Taxi Drivers, Andisheh City, 2011. 2014. [Persian].
3. Marvimilan H, Mohebbi I, Khalkhali H, Hajaghazadeh M. An analytical study of musculoskeletal symptoms, demographic characteristics and physical work load among construction workers. *Health and Safety at Work*. 2019;9(1):61-72. [Persian].
4. Niu S. Ergonomics and occupational safety and health: An ILO perspective. *Applied ergonomics*. 2010;41(6):744-53.
5. Choobineh A. Posture evaluation methods in occupational ergonomics. Tehran: Fanavaran Publication Co. 2007:1-27. [Persian].
6. Parno A, Sayehmiri K, Parno M, Khandan M, Poursadeghiyan M, Maghsoudipour M, et al. The prevalence of Occupational Musculoskeletal disorders in Iran: A Meta-analysis study, work, 2017. (58),203-214
7. Naeini HS, Karuppiah K, Tamrin SB, Dalal K. Ergonomics in agriculture: an approach in prevention of work-related musculoskeletal disorders (WMSDs). *Journal of Agriculture and Environmental Sciences*. 2014;3(2):33-51. [Persian].
8. Sadeghi N, Habibi E. The survey of relation between Musculoskeletal Disorders and Anthropometric Indices in the bus drivers in Isfahan. *Iran Occupational Health*. 2009;6(1):6-14. [Persian].
9. Sadri G. A model of bus drivers' diseases: risk factors and bus accidents. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2015;27(1):39-41. [Persian].
10. Lis AM, Black KM, Korn H, Nordin M. Association between sitting and occupational LBP. *European Spine Journal*. 2007;16(2):283-98.
11. Nasiri I, Motamedzade M, Golmohammadi R, Faradmal J. Assessment of risk factors for musculoskeletal disorders using the Rapid Office Strain Assessment (ROSA) Method and implementing ergonomics intervention programs in Sepah Bank. *Health and Safety at Work*. 2015;5(2):47-62. [Persian].
12. Choobineh A. The methods of posture analyses in job ergonomics. Hamadan: Fanavaran; 2004. [Persian].
13. Szeto GP, Lam P. Work-related musculoskeletal disorders in urban bus drivers of Hong Kong. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(2):181-98.
14. Magnusson ML, Pope MH, Wilder DG, Areskoug B. Are occupational drivers at an increased risk for developing musculoskeletal disorders? *Spine*. 1996;21(6):710-7.
15. Massaccesi M, Pagnotta A, Soccetti A, Masali M, Masiero C, Greco F. Investigation of work-related disorders in truck drivers using RULA method. *Applied ergonomics*. 2003;34(4):303-7.
16. Hulshof CT, Verbeek JH, Braam I, Bovenzi M, Van Dijk F. Evaluation of an occupational health intervention programme on whole-body vibration in forklift truck drivers: a controlled trial. *Occupational and*

- environmental medicine. 2006;63(7):461-8.
17. Poulsen K, Drewes K, Grøn S, Petersen P, Bach E. Reflections on interventions. Experience based on more than. 2005;200.
 18. Tamrin SBM, Yokoyama K, Jalaludin J, Aziz NA, Jemoin N, Nordin R, et al. The association between risk factors and low back pain among commercial vehicle drivers in peninsular Malaysia: a preliminary result. *Industrial health*. 2007;45(2):268-78.
 19. Andrusaitis SF, Oliveira RP, Barros Filho TEP. Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2006;61(6):503-10.
 20. Khandan M, sakhaie Z, Koohpaei A. Survey of musculoskeletal disorders prevalence and its relationship with Occupational stress among Iranian truck drivers. *Iran Occupational Health*. 2016;13(2):39-49. [Persian].
 21. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. *Family Practice*. 2002;19(5):469-70.
 22. Institute JB. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. The Joanna Briggs Institute. 2014.
 23. Parno A, Sayehmiri K, Azrah K, Ebrahimi MH, Poursadeghiyan M. The prevalence of work-related musculoskeletal disorders in the lower limbs among Iranian workers: A meta-analysis study. *Iran Occupational Health*. 2016;13(5):50-9. [Persian].
 24. Mansfield N, Marshall J. Symptoms of musculoskeletal disorders in stage rally drivers and co-drivers. *British journal of sports medicine*. 2001;35(5):314-20.
 25. Hemmati F. Prevalence of one-year back pain in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iran Occupational Health*. 2014;11(1):1-12. [Persian].
 26. Louw QA, Morris LD, Grimmer-Somers K. The prevalence of low back pain in Africa: a systematic review. *BMC Musculoskeletal disorders*. 2007;8(1):105.
 27. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*. 2012;64(6):2028-37.
 28. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 2009;171(2):135-54.
 29. da Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American journal of industrial medicine*. 2010;53(3):285-323.
 30. Nilsen TIL, Holtermann A, Mork PJ. Physical exercise, body mass index, and risk of chronic pain in the low back and neck/shoulders: longitudinal data from the Nord-Trøndelag Health Study. *American journal of epidemiology*. 2011;174(3):267-73.

Evaluating the Prevalence of Musculoskeletal Disorders in Drivers Systematic Review and Meta-analysis

Hamed Yarmohammadi¹, Seyed Hassan Niksima², Soudabeh Yarmohammadi¹,
Alireza Khammar³, Hossein Marioryad⁴, Mohsen Poursadeqiyani^{5,*}

¹ Research Center for Environmental Determinants of Health, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Occupational Health Engineering, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

⁴ Social Determinants of Health Research Center Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

⁵ Health Sciences Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

*Corresponding Author Email: mo.poursadeghiyan@uswr.ac.ir

Received: 2018-06-28, accepted: 2019-06-01

ABSTRACT

Introduction: Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs) are any disorders or injuries to the musculoskeletal system due to working procedure or conditions. WMSDs is one of the main causes of occupational injuries and disability in advanced and developing countries. The present study was conducted to evaluate the prevalence of musculoskeletal disorders in drivers in order to achieve complete results with high statistical power, using meta-analysis method.

Material and Methods: This study is a systematic review and meta-analysis. In this study, the articles extracted from national and international databases, including Scientific Information Database (SID), Science Direct, PubMed (using the word MESH), Pre Quest, Scopus, Google Scholar, Iran Medix, SID, and MedLib. The main keywords for the search were Prevalence, Musculoskeletal and Drivers. The time for selecting articles was from 2000 to 2017. Data were analyzed using meta-analysis (random effect model). I² and Q indexes were used to calculate heterogeneity. All statistical analysis was performed using STATA 14 software.

Results: In this study, 22 articles were entered into the meta-analysis process. The sample size was 7706 people with mean of 350 people in each study. The prevalence of musculoskeletal disorders in different organs of drivers was as follows: 26.19% (CI: 38-14.30), 18.07% (CI: 25.99-10.16), and 5.75% (CI: 8.27-3.22) in neck, shoulder, wrist / hand, and elbow respectively. The highest prevalence was related to low back pain 41.63% (confidence Interval (CI): 33.09-50.17), and the lowest prevalence was related to elbow disorder 7.45% with (CI: 95.46-9.43). The significance level was set at 0.05.

Conclusion: The results of this study show that the prevalence of pains in the back, neck, and shoulder are high among drivers. Also, due to the high prevalence of predicting the incidence of impaired driving, in order to control and reduce these disorders, appropriate design of seats and equipment of vehicles, conducting periodic examinations of drivers, performing proper exercise, and considering adequate rest time in working hours are recommended. Ergonomics and occupational health education programs are also recommended to reduce the risk of developing musculoskeletal disorders associated with driving.

Keywords: Musculoskeletal, Drivers, Systematic Review, Meta-Analysis

HOW TO CITE THIS ARTICLE

Yarmohammadi H, Niksima SH, Yarmohammadi S, Khammar A, Marioryad H, Poursadeqiyani M. (2019). Evaluating the Prevalence of Musculoskeletal Disorders in Drivers Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Health and Safety at Work*, 9(3): 221-230.

COPYRIGHTS

Copyright for this article is retained by the author(s), with publication rights granted to the Journal of Health and Safety at Work. This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution. License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

