Back Pain in the Workplace

الآم الظهر و ممارسة العمل

المقدمة

يعاني العديد من البالغين العاملين من الآم الظهر. بحيث يعاني واحد من بين كل اربعة بالغين من تلك الآم [1]. وقد ينتج الألم عن نوعية العمل، بينما يؤدي الألم سواء نتج عن العمل أو لم ينتج الى كثرة الغياب عن العمل كما يمنع الفرد من ممارسة العمل أو حتى الاستمرار في ممارسة العمل والعودة لممارسة العمل. علما بأن معظم الآم الظهر ليست شديدة الخطورة و قد تختفي تلقائيا، الا أنها امرا بغيضا و قد يخلق بعضها نوعا من التحديات التى تعوق ممارسة العمل.

مدى انتشارالآلام و تطورها

تنتشر الآلام بنوعيها الحادة و المزمنة (أكثر من 6 أشهر) بين البالغين الممارسين للعمل سواء الذكور أوالاناث. تشير الدراسات الاستقصائية الى أنتشار الآم الظهر بين العمالة اليدوية خلال العام الواحد، فيعاني قرابة 25% من العمالة من الآلام لمدة تفوق 7 أيام، بينما يراجع 14% منهم المراكز الطبية و يغيب قرابة 10% منهم عن العمل [2]. غالبا ما يعود معظم العاملين الى اعمالهم بعد الآم الظهر الحادة خلال بضعة أسابيع، الا أن 10% منهم تتحول الآمهم الى الآم مزمنة و تستمر لمدة تزيد عن 6 أشهر[3]. تتكرر الآم الظهر بعد نوبة الألم الأولية بنسبة تصل 75% خلال العام الأول من التعافي من نوبة الألم الاولية [4]. ان تحول الآم الظهرالى الآم مزمنة يستدعي تدخلات طبية اكبر لتشخيص الحالة و علاجها و التنسيق مع ارباب العمل واعادة تأهيل المرضى تأهيلا وظيفيا. يعد العلاج البيولوجي النفسي الاجتماعي لآلام الظهر الفوق حادة و المزمنة الطريقة المثلى لتحسين الاداء الوظيفي و الحد من العجز عن ممارسة العمل [5،6].

عوامل الخطور المؤدية لالآم الظهرو المرتبطة بالعمل

تزيد أنواع من العمل البدني المتطلبة لجهد كبير من نسبة حدوث الآم الظهر، وهذا لا يمنع من ظهورالآم الظهر عند العاملين في مختلف الصناعات و المهن، فالاعمال المهنية قد تؤدي الى الآم الظهر نتيجة اوضاع بدنية معينة يستدعيها العمل أو القيام بمهام مفاجئة أو التعب و الارهاق أو رفع الاشياء الثقيلة أو الالتواء والانحناء المتكرر أو الاعمال الميدانية او الاعمال اليدوية [7، 11].

كما أن زيادة الضغوط النفسية تزيد من نسبة الاصابة بالآم الظهر فانعدام دعم الرؤوساء و العمل الرتيب المجهد و كثرة العمل و انعدام الامن الوظيفي و غياب التوازن بين متطلبات العمل و العائلة و التعرض لتصرفات عدائية تزيد من تلك الضغوط و من امكانية حدوث الألم [7، 11]. اظهرت الدراسات أن المهن الى يزداد حدوث الآم الظهر عند العالمين بها تشتمل على التمريض و البناء و النقل و العاملين في الحدائق و في التخزين [1].

طرق الوقاية

في الدول ذات الدخل العالي و المتوسط تبذل جهود كبيرة للحد من الاصابة أو تفاقم حالات الآم الظهر بين العاملين. من هذه الجهود الحد من الجهد البدني و من الاوضاع البدنية المرهقة و كذلك تدريب العمالة على الطريقة الصحيحة لنقل الاشياء الثقيلة و كيفية تداول الاشياء، واعادة تصميم اماكن العمل وخطوط التجميع بما يقلل من نسبة حدوث الآم الظهر [12، 13]. ادت تدابير الحد من المخاطر هذه الى تقليل نسبة حدوث الآم الظهر بين العاملين [4]، الا أن بعض التدابير المنتشرة و التى يكثر النصح بها كاستخدام أحزمة الظهر لم تثبت فعاليتها في الحد من الآم الظهر كما جاء في الدراسات العشوائية [14، 15]. بينما دلة الدراسات المبنية على البراهين أن العمال الممارسين للرياضة بشكل منتظم و الممنوحين فرصة لممارسة الرياضة خلال ساعات العمل نسبة اصابتهم بالآم الظهر أقل من غيرهم [14، 16- 18].

الآم الظهر و القدرة على العمل

على الرغم من التقدم المشهود في طرق تقييم و علاج الآم الظهر، الا أن العاملين المعانين من انماط متشابهة من الآم الظهرقد تختلف قدراتهم على مواصلة العمل أو حتى العودة للعمل. بذلت جهود عديدة لتطوير أنظمة موضوعية صحيحة لتقييم القدرة على ممارسة العمل و امكانية تأديته الا أنها لم تنجح في التعرف على امكانية العودة للعمل [19، 20]. هذا و قد لاحظ العديد من الباحثين تداخل العديد من

العوامل في تحديد امكانية العودة للعمل و ممارسة الوظيفة عند من يعاني من الآم الظهر فالمعتقدات الخاطئة عن الألم، و أنظمة الرعاية الصحية، و مكان العمل ودعمه للمريض، و التركيبة الاجتماعية و السكانية للمرضى [21، 22] وتأثيرات الآم الظهر على ممارسة العمل و تسببه للاعاقة و العجز عن ممارسة المهام مرتبط بالافراد المصابين بالألم و بأمكنة العمل و الانظمة المتحكمة في ذلك و ليست حكرا على الألم و شدته.

طرق الوقاية الثانوية و مكان العمل

تعمل الانظمة و القوانين في الدول المتقدمة ذات الدخل المرتفع على حث ارباب العمل على توفيرالدعم الكامل للعمال المعانين من الآم الظهرفي أمكنة العمل للتقليل من نسبة الاعاقة و البطالة و الفصل التعسفي من العمل. من تلك الخدمات الاساسية توفيرامكانية تغيير طبيعة العمل لتتماشى مع وضع المريض الحالي و الناتج عن معاناته من الآم الظهراما بشكل مؤقت أو دائم فهي تمكن العمال من ممارسة العمل حتى الشفاء من الألم. كانت نتيجة هذه الانظمة و التعديلات التقليل من نسبة غياب العمال عن العمل و العودة السريعة للعمل [23، 24].

العوامل النفسية و الاجتماعية المرتبطة بممارسة العمل و علاقتها بالعجز عن العمل

ثبت أن بعض المعتقدات و التصورات المتعلقة بالألم عند العاملين قد تؤثر على توقعاتهم بنتائج اصابتهم بالألم، من هذه المعتقدات الخوف الكبير من نتائج الاصابة بالألم، والخوف من الحركة حتى لايزيد الألم، و انعدام الثقة في القدرة على التغلب على الألم، وانعدام التفاءل بالشفاء، والضغوط النفسية، وتوقع فقدان الوظيفة [25]. بعض العوامل في مكان العمل قد تنبء بالمزيد من الصعوبات في ممارسة العمل منها متطلبات العمل البدنية، و القدرة على تغيير كيفية العمل، وضغوط العمل، والدعم الاجتماعي المتوفر في مكان العمل، و الرضا الوظيفي، و توقع العامل بامكانية استئناف العمل، والخوف من عودة الألم [26]. مع وجود كل هذه العوامل يتطلب التعامل معا استراتيجيات تهدف التنسيق لعودة العامل للممارسة العمل و تقدم الاستشارات اللازمة للعامل و تزيد من تثقيفه عن الآم الظهرو وتعرضه تدريجيا لمتطلبات العمل حتى يتحقق الهدف و يعود العامل للعمل [27، 28].

التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية

تتوفر عدة خيارات لعلاج الآم الظهر عند العاملين، و يتوقع المرضى من مقدمي الرعاية الصحية أن يضمنوا العوامل المهنية في قراراتهم عند تشخيص و علاج الآم الظهر. قد لا تتضمن الانظمة و القواعد المنظمة للعمل و المقدمة من أصحاب العمل أي توجيهات بخصوص تقليص العمل عند معاناة العاملين من الألم، لذا يجب على المرضى اشراك معالجيهم من الاطباء بطبيعة عملهم و علاقة ذلك بألمهم خاصة تلك التى يصعب ممارستها. فقد ثبت أن التوجيه و تقديم النصيحة من مقدم الرعاية الطبية للمريض يساعد في عودته للعمل مبكرا [29]، خاصة عندما يتواصل مقدمي الرعاية باصحاب العمل مباشرة [30].

اعادة التأهيل المهني

عندما تمنع الآم الظهر العامل من العودة لممارسة عمله لعدة أشهر، يجب استخدام برامج لاعادة التأهيل متعدد التخصصات لتسهيل عودة المريض للعمل و تعيد بناء البدن و النفس لمرضى تلك الآلام سواء الحادة أو المزمنة [5، 6، 31، 32]. تشتمل هذه البرامج على علاج الألم و تقديم الاستشارات النفسية و العلاج الطبيعي وممارسة الرياضة و تثقيف المرضى و زيادة نشاط المرضى تدريجيا و حصول المرضى على الدعم من الجميع. للاسف لاتتوفرهذه البرامج في عدة دول و مناطق و اذا ماتوفرت لا تتوفرالتغطية المالية لها و هي مشكلة تتطلب الحلول. من ناحية أخرى قد تتطلب الحالة اعادة تأهيل المريض ليمارس مهام أخرى لا تتطلب التدخل البدني، علما بأن الهدف الاساسي عند رب العمل و العامل هو أن يعود المريض لوظيفته الاصلية.

المراجع

[1] Luckhaupt SE, Dahlhamer JM, Gonzales GT, Lu ML, Ward BW. Prevalence, recognition of work-relatedness, and effect on work of low back pain among U.S. workers. Ann Intern Med. 2019;171(4):301-304.

[2] Ferguson SA, Merryweather A, Thiese MS, Hegmann KT, Lu ML, Kapellusch JM, Marras WS. Prevalence of low back pain, seeking medical care, and lost time due to low back pain among manual material handling workers in the United States. BMC Musculoskeletal Disorders. 2019;20:243.

[3] Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? Best Prac Res Clin Rheumatol. 2010;24:167-179.

[4] Da Silva T, Mils K, Brown BT, Pocovi N, de Campos T, Maher C, Hancock MJ. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. J Physiother. 2019;65(3):159-165.
[5] Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 28;6(6):CD002193.
[6] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015;350:h444.
[7] Dick RB, Lowe BD, Lu ML, Krieg EF. Trends in work-related musculoskeletal disorders from the 2002 to 2014 General Social Survey, Quality of Work Life Supplement. J Occup Environ Med. 2020;62(8):595-610.
[8] National Research Council and Institute of Medicine Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Musculoskeletal disorders and the workplace: Low back and upper extremities. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
[9] Schneider S, Lipinski S, Schiltenwolf M. Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. Eur Spine J. 2006;15(6):821-833.
[10] Steffens D, Ferreira ML, Latimer J, Ferreira PH, Koes BW, Blyth F… Maher CG (2015). What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. Arthritis Care Res (Hoboken), 67(3), 403-410.
[11] Yang H, Haldeman S, Lu M, Baker D. Low back pain prevalence and related workplace psychosocial risk factors: A study using data from the 2010 National Health Interview Survey. J Manipulative Physiol Ther. 2016;39(7):459-472.
[12] Roman-Liu D, Kamińska J, Kokarski T. Effectiveness of workplace intervention strategies in lower back pain prevention: a review. Ind Health. 2020;58:503-519.
[13] Schaafsma FG, Anema JR, van der Beek AJ. Back pain: prevention and management in the workplace. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(3):483-494.
[14] Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S (2018). Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. J Safety Res, 77, 39-59.
[15] Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, Kuijer P, Viikari-Juntura E, Takala EP (2011). Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. Cochrane Database of Systematic Reviews (6).
[16] Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M,…Hancock MJ (2016). Prevention of low back pain: A systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med, 176(2), 199-208.
[17] Bell JA, Burnett A. Exercise for the primary, secondary, and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. J Occup Rehabil. 2009;19(1):8-24.
[18] van Poppel MNM, Hooftman WE, Koes BW. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain at the workplace. Occup Med (Lond). 2004;54(5):345-352.
[19] Gross DP, Battié MC. Functional capacity evaluation performance does not predict sustained return to work in claimants with chronic back pain. J Occup Rehabil. 2005;15(3):285-294.
[20] Gross DP, Asante AK, Miciak M, Battié MC, Carroll LJ, Sun A, Mikalsky M, Huellstrung R, Niemeläinen R. Are performance-based functional assessments superior to semistructured interviews for enhancing return-to-work outcomes. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(5):807-815.
[21] Schultz IZ, Chlebak CM, Stewart AM. Impairment, disability, and return to work. In IZ Schultz & RJ Gatchel (eds.), Handbook of Return to Work, Handbooks in Health, Work, and Disability, pp. 3-25. New York: Springer, 2016.
[22] Kristman VL, Shaw WS, Boot CRL, Delclos GL, Sullivan MJ, Ehrhart MG et al. Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. J Occup Rehabil. 2016;2:399-416.
[23] Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related, and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. J Occup Rehabil. 2018;28(1):1-15.
[24] Williams-Whitt K, Bültmann U, Amick III B, Munir F, Tveito TH, Anema JR et al. Workplace interventions to prevent disability from both the scientific and practice perspectives: A comparison of scientific literature, grey literature, and stakeholder observations. J Occup Rehabil. 2016;26:417-433.
[25] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, et al. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. Phys Ther. 2011;91(5):737-753.
[26] Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, et al. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. J Occup Rehabil. 2009;19(1):64-80.
[27] Nicholas MK, Costa DSJ, Linton SJ, Main CJ, Shaw WS, Pearce G et al. Implementation of early intervention protocol in Australia for 'high risk' injured workers is associated with fewer lost work days over 2 years than usual (stepped) care. J Occup Rehabil. 2020;30(1):93-104.
[28] Hill JC, Whitehurt DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomized controlled trial. Lancet. 2011;378(9802):1560-1571.

[29] Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brand RJ, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. J Occup Environ Med. 2001;43(6):515-525.
[30] Kosny A, Franche RL, Pole J, Krause N, Côté P, Mustard C. Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury. J Occup Rehabil. 2006;16(1):27-39.
[31] Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. J Occup Rehabil. 2012;22(4)462-477.
[32] Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. J Rehabil Med. 2009;41(3):115-121.

المؤلفون

William S. Shaw, Ph.D., Associate Professor
Division of Occupational and Environmental Medicine
University of Connecticut School of Medicine
Farmington, CT, USA

المراجعون

Chris J. Main, Ph.D., Emeritus Professor of Clinical Psychology
Keele University
Keele, North Staffordshire, UK

Michael K. Nicholas, Ph.D., Professor
Pain Management Research Institute
University of Sydney
Sydney, New South Wales, Australia

الترجمة

عبدالله محمد كعكي

استاذ التخدير و طب الألم

كلية الطب، جامعة الملك عبدالعزيز

جدة، المملكة العربية السعودية