



## Ból pleców w miejscu pracy

### Wstęp

Ból pleców jest często spotykanym problemem w grupie pracujących dorosłych osób. Ponad 1 na 4 pracujących dorosłych doświadcza bólu pleców [1]. Niektóre epizody bólu pleców mogą być wywołane fizycznymi wymaganiami w pracy, jednak zarówno bóle związane, jak i niezwiązane z wykonywaną pracą mogą przyczynić się do absencji w pracy, a niektórzy pracownicy będą mieli trudności w kontynuacji lub podejmowaniu zwyczajowych czynności w pracy. Mimo że większość przypadków bólu pleców nie stanowi poważnych stanów medycznych, samo odczucie bólu może budzić awersję i ograniczać funkcjonowanie pacjentów, a ból może stać się przyczyną wyzwań i zakłóceń w życiu zawodowym. Poniższa broszura informacyjna podsumowuje wszystkie zebrane dotychczas informacje dotyczące bólu pleców w miejscu pracy.

### Chorobowość i przebieg

Ostre epizody bólu pleców i pierwotny przewlekły ból pleców (trwający > 6 miesięcy) są częstym zjawiskiem wśród dorosłych w wieku produkcyjnym, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Badania ankietowe, przeprowadzone wśród pracowników przeładunku materiałów, sugerują roczny wskaźnik chorobowości dla bólu pleców na poziomie 25% u osób z bólem trwającym ponad 7 dni, na poziomie 14% w przypadku bólu wymagającego konsultacji lekarskiej oraz 10% w przypadku bólu wymagającego zwolnienia lekarskiego [2]. Po przebyciu ostrego epizodu bólu pleców większość pracowników jest gotowa powrócić do codziennych obowiązków w przeciągu kilku tygodni, jednak w 10% przypadków ostry napad bólu może przejść się w przewlekłe dolegliwości trwające ponad 6 miesięcy [3]. Po wystąpieniu pierwszego epizodu bólu pleców, nawracające epizody bólowe są częstym zjawiskiem – wskaźniki prawdopodobieństwa nawrotu sięgają dwóch trzecich w przeciągu pierwszych 12 miesięcy od momentu wyzdrowienia [4]. W przypadku przewlekłego bólu pleców pracownicy mogą: zostać poddani poszerzonej diagnostyce, postępowaniu terapeutycznemu lub paliatywnemu, koordynacji przez pracodawcę, a także skorzystać z usług rehabilitacji zajęciowej. Terapie biopsychospołeczne są powszechnie uznawane za najskuteczniejsze postępowanie w podoстрыm lub pierwotnie przewlekłym bólu pleców, ponieważ mogą poprawić codzienne funkcjonowanie i zapobiec długotrwałej nieobecności w pracy [5, 6].

### Czynniki ryzyka bólu pleców obecne w miejscu pracy

Choć czynności wykonywane w niektórych zawodach wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia bólu pleców, dolegliwości mogą tak naprawdę wystąpić we wszystkich branżach i zawodach. Fizyczne czynności zawodowe związane z ryzykiem wystąpienia bólu pleców obejmują: przyjmowanie nieprawidłowych postaw, nagłe przerywanie czynności, zmęczenie, podnoszenie ciężarów, pracę na zewnątrz, ruchy rąk oraz częste schylanie się i skręcanie [7–11]. Z kolei czynniki psychologiczne wpływające na zwiększone ryzyko wystąpienia bólu pleców obejmują: niewystarczające wsparcie ze strony przełożonych, stresującą i monotonną pracę, szybkie tempo pracy, niepewność zatrudnienia, brak równowagi między życiem



zawodowym i osobistym oraz narażenie na wrogie środowisko w pracy [7–11]. Wśród zawodów charakteryzujących się najwyższymi wskaźnikami występowania bólu pleców wymienia się: pielęgniarstwo, zatrudnienie w branży transportowej lub budowlanej, magazynowanie oraz architekturę krajobrazu [1].

### Prewencja pierwotna w miejscu pracy

W krajach o średnich oraz wysokich dochodach poczyniono znaczne starania, aby zapobiec występowaniu lub nasilaniu się bólu w miejscach pracy. Wśród podjętych działań znalazły się m.in.: obniżenie wysokich wymagań fizycznych oraz ograniczenie przyjmowania nieprawidłowych postaw podczas pracy, szkolenie pracowników w zakresie bezpiecznego podnoszenia ciężarów oraz technik przeładunku materiałów oraz przeprojektowanie stanowisk pracy i linii produkcyjnych [12, 13]. Po wdrożeniu powyższych metod zmniejszania ryzyka zaobserwowano pewną tendencję spadkową w występowaniu bólu pleców związanego z pracą [4], jednak niektóre powszechnie zalecane środki ochrony osobistej (np. korzystanie z pasów stabilizujących plecy) nie przyniosły spodziewanych korzyści w randomizowanych badaniach klinicznych [14, 15]. Według niektórych źródeł, u pracowników, którzy regularnie uprawiają sport lub mają dostęp do aktywności fizycznej w pracy, obserwuje się niższe wskaźniki występowania bólu pleców, bez względu na ich wcześniejsze przeszkolenie lub jego brak [14, 16–18].

### Ból pleców a zdolność do pracy

Nawet po wnikliwej konsultacji medycznej oraz wdrożeniu odpowiedniego postępowania, pracownicy zgłaszający ból pleców o podobnych cechach mogą odczuwać bardzo zmienne efekty leczenia pod względem zdolności kontynuowania pracy lub gotowości do powrotu do pracy. Starania mające na celu stworzenie wiarygodnych i obiektywnych narzędzi do oceny zdolności funkcjonalnych oraz gotowości do pracy są niestety często nieskorelowane z rezultatami powrotu do pracy [19, 20], a badacze podkreślają złożoność czynników wpływających na funkcjonalne i zawodowe skutki bólu pleców, w tym: przekonania pacjentów dotyczące bólu, warunki opieki zdrowotnej, wsparcie i udogodnienia w miejscu pracy oraz warunki społeczno-demograficzne [21, 22]. Dlatego też to, czy ból pleców doprowadzi do obniżenia sprawności w miejscu pracy zależy nie tylko od nasilenia bólu, lecz także od indywidualnych cech pacjenta/pacjentki, uwarunkowań systemowych oraz charakterystyki miejsca pracy.

### Prewencja wtórna w miejscu pracy

W większości krajów o wysokich dochodach istnieją odpowiednie regulacje i przepisy prawne, które nakładają na pracodawcę obowiązek dostosowania warunków pracy i zapewnienia wsparcia pracownikom cierpiącym z powodu bólu pleców, tak aby zapobiegać długotrwałej niezdolności do pracy, bezrobociu lub niepotrzebnym odejściom z rynku pracy. Jednym z podstawowych wymagań jest zapewnienie przez pracodawców czasowych lub stałych modyfikacji w warunkach pracy w taki sposób, aby przez pewien czas umożliwić pracownikom wykonywanie wymaganych czynności z pewnymi udogodnieniami, do momentu, w którym możliwy będzie powrót do wykonywania pełni obowiązków pracowniczych. W zakładach pracy

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzesza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.



, które wdrożyły bardziej proaktywną politykę ułatwiania powrotu i modyfikacji warunków pracy, pracownicy korzystają z mniejszej liczby zwolnień lekarskich i zgłaszają więcej pozytywnych rezultatów powrotu do pracy [23, 24].

### **Czynniki psychospołeczne i związane z miejscem pracy, które mogą wpływać na niezdolność do pracy**

Wykazano, że niektóre przekonania i spostrzeżenia związane z bólem mogą przyczynić się do większych trudności w powrocie do pracy po wystąpieniu bólu pleców. Warto wymienić tu: myślenie katastroficzne, strach przed wykonywaniem ruchów, brak odwagi do pokonywania przeszkód związanych z bólem, niewielkie oczekiwania względem powrotu do zdrowia, stres psychologiczny oraz wyobrażenia znacznej utraty zdolności funkcjonalnych [25]. Niektóre czynniki związane z miejscem pracy również mogą powodować większe problemy w kontynuowaniu aktywności zawodowej. Wśród takich czynników wyróżniamy np.: wymagania fizyczne związane z zawodem, możliwości modyfikowania pracy, stres zawodowy, wsparcie społeczne dla dysfunkcji w miejscu pracy, zadowolenie z pracy, oczekiwania względem wznowienia aktywności zawodowej czy obawę przed ponownym urazem [26].

Jeśli jednocześnie występuje wiele z tych czynników, pomocna w złagodzeniu wymienionych wyżej wątpliwości może okazać się dodatkowa interwencja w formie: koordynacji powrotu do pracy (ang. *return-to-work*, RTW), poradnictwa, edukacji na temat bólu lub stopniowej ekspozycji na aktywność fizyczną [27, 28].

### **Komunikacja ze świadczeniodawcą**

Istnieje wiele opcji terapeutycznych dla pracowników z bólem pleców, dlatego pacjenci powinni oczekiwać od pracowników ochrony zdrowia uwzględnienia czynników zawodowych podczas podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Opisowe informacje o stanowisku pracy przekazywane przez pracodawców mogą być niewystarczająco szczegółowe do podjęcia świadomej decyzji dotyczącej ograniczeń w aktywności zawodowej, dlatego pacjenci powinni być gotowi do rozmowy ze swoimi lekarzami na temat konkretnych czynności wykonywanych w pracy – zwłaszcza tych, które są przez nich uważane za najbardziej problematyczne do podjęcia. Udowodniono, że proaktywna komunikacja i zalecenia od pracowników ochrony zdrowia ułatwiają powrót do pracy [29], szczególnie kiedy pracownicy ochrony zdrowia kontaktują się bezpośrednio z pracodawcami pacjentów [30].

### **Rehabilitacja zajęciowa**

W sytuacjach, gdy ból pleców uniemożliwia powrót do pracy przez okres dłuższy niż kilka miesięcy, istnieją dowody na umiarkowaną skuteczność multidyscyplinarnych programów rehabilitacyjnych w ułatwianiu powrotu do pracy oraz poprawie sprawności fizycznej i społecznej – zarówno w przypadku ostrego, jak i przewlekłego bólu pleców [5, 6, 31, 32]. Programy te zazwyczaj stanowią zintegrowane połączenie: korzyści płynących z leczenia bólu, poradnictwa psychologicznego, fizjoterapii, ćwiczeń, edukacji pacjenta, stopniowej ekspozycji na aktywność fizyczną oraz wsparcia rówieśników; niestety, w wielu krajach i regionach świata dostęp lub finansowanie tych programów są ograniczone. W niektórych przypadkach

konieczne może okazać się przekwalifikowanie zawodowe, umożliwiające przeniesienie umiejętności do zawodu o mniejszych wymaganiach fizycznych – z reguły jednak utrzymanie obecnej pracy jest celem preferowanym zarówno przez pracownika, jak i pracodawcę.

## PIŚMIENNICTWO

- [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 RJE, 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, Schiltewolf 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, Kuijper 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, Hoofman 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, Battie 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, Battie 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.

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzesza naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.



- [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 3<sup>rd</sup>. 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.

## AUTOR

prof. nadzw. dr hab. n. med. William S. Shaw  
Wydział Medycyny Zajęciowej i Środowiskowej  
Uniwersytet Connecticut, Szkoła Medyczna  
Farmington, CT, Stany Zjednoczone

## RECENZENCI

prof. em. psychologii klinicznej, dr hab. n. med. Chris J. Main  
Uniwersytet w Keele  
Keele, Północne Staffordshire, Wielka Brytania

prof. dr hab. n. med. Michael K. Nicholas  
Instytut Badawczy Leczenia Bólu  
Uniwersytet w Sydney  
Sydney, Nowa Południowa Walia, Australia

©Prawa autorskie 2021 Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Wszystkie prawa zastrzeżone. IASP zrzeka naukowców, klinicystów, personel medyczny oraz organy ustawodawcze, aby stymulować i wspierać badania nad bólem oraz wdrażać zdobytą wiedzę w celu poprawy skuteczności leczenia bólu na świecie.

