

**Załącznik 1.**

**Kwestionariusz STarT Back Tool [60] to jest przesiewowy**

Imię i nazwisko osoby badanej..... Data badania.....

**Biorąc pod uwagę ostatnie 2 tygodnie, proszę zaznaczyć odpowiedź na każde z poniższych pytań:**

|  | Zgadzam się<br>1 | Nie zgadzam się<br>0 |
|--|------------------|----------------------|
| 1. W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu pleców promieniującego <b>wzdłuż nogi</b> (nóg)   |                  |                      |
| 2. W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu <b>ramion</b> albo <b>karku</b>   |                  |                      |
| 3. Z powodu bólu pleców pokonuję <b>pieszko tylko niewielkie odległości</b>  |                  |                      |
| 4. W ciągu ostatnich dwóch tygodni, z powodu bólu pleców <b>ubierałam (fem) się wolniej niż zwykle</b>   |                  |                      |
| 5. Wykonywanie aktywności fizycznych nie jest zbyt bezpieczne dla osoby z taką dolegliwością jak moja  |                  |                      |
| 6. <b>Bardzo</b> często zamartwiam się   |                  |                      |
| 7. Mam poczucie, że <b>mój ból pleców jest okropny</b> i że <b>nigdy</b> się <b>nie poprawi</b>  |                  |                      |
| 8. Generalnie nic mnie <b>nie cieszy</b>   |                  |                      |
| 9. Ogólnie, jak bardzo uciążliwy był dla Pani (Pana) ból pleców w ciągu ostatnich dwóch tygodni  |                  |                      |
| Wcale    Trochę    Średnio    Bardzo    Ogromnie    (Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź)  |                  |                      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                  |                      |
| <b>Całkowity</b> wynik (wszystkie 9 pytań): _____  |                  |                      |
| <b>Częściowy</b> wynik (pytania 5-9): _____  |                  |                      |

**Interpretacja:**

Całkowity wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Całkowity wynik ≥ 4 – wysokie ryzyko tylko CI idą na wizytę do lekarza medycyny pracy

Częściowy wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Częściowy wynik ≥ 4 – niskie ryzyko tylko CI idą na wizytę do lekarza medycyny pracy

**Załącznik 2. [28, 29].**

**Kwestionariusz przesiewowy w kierunku spondyloartropatii.**

Imię i nazwisko osoby badanej .....Data badania.....

| L.p. | Pytanie  | Tak | Nie |
|------|--|-----|-----|
| 1.   | Czy Twój ból kręgosłupa rozpoczął się przed 45 rokiem życia ?  |     |     |
| 2.   | Czy Twój ból kręgosłupa rozpoczął się podstępnie i trwa > 3 miesięcy ?                                     |     |     |
| 3.   | Czy Twój ból kręgosłupa zmniejsza się po ruchu i ćwiczeniach ?   |     |     |
| 4.   | Czy Twój ból kręgosłupa nie zmniejsza się po wypoczynku ?  |     |     |
| 5.   | Czy Twój ból kręgosłupa występuje w drugiej połowie nocy i ustępuje po wstaniu z łóżka i rozruszaniu się ? |     |     |
| 6.   | Czy bólowi towarzyszy sztywność poranna kręgosłupa trwająca > 30 minut ?                                   |     |     |
| 7.   | Czy występują naprzemienne bóle pośladków?   |     |     |
| 8.   | Czy jest poprawa po zastosowaniu NLPZ ?  |     |     |
|      | <b>Wynik całkowity</b>   |     |     |

**Interpretacja wyników**

Podejrzenie spondyloartropatii (wynik pozytywny)  $\geq 4$  punkty - tylko Ci idą na wizytę do lekarza medycyny pracy

Załącznik nr 3. [61,62]. Te dwa służą tylko do oceny interwencji; pierwszy raz wypełniany na zajęciach z fizjoterapeutą; a drugi raz na zakończenie interwencji, ale nie wcześniej niż pół roku

### Kwestionariusz Revised Oswestry Low Back Pain Disability Scale - wersja polska.

Imię i nazwisko osoby badanej..... Data badania .....

**Instrukcja:** Niniejszy kwestionariusz został opracowany, aby pomóc nam zrozumieć, jak bardzo dolegliwości bólowe kręgosłupa wpływają na Państwa zdolność wykonywania codziennych czynności. Proszę w każdej sekcji zaznaczyć tylko JEDNĄ ODPOWIEDŹ, która najlepiej określa Państwa funkcjonalność. XZdajemy sobie sprawę, że mogą Państwo uważać, że pasuje więcej niż jedno stwierdzenie, niemniej jednak proszę zaznaczyć tylko jedną opcję, która najlepiej opisuje aktualne dolegliwości.

1. **Intensywność bólu**

- Ból jest bardzo słaby, pojawia się i ustępuje (0)
- Ból jest słaby, o stałym nasileniu (1)
- Ból jest umiarkowany, pojawia się i ustępuje (2)
- Ból jest umiarkowany o stałym natężeniu (3)
- Ból jest silny, pojawia się i ustępuje (4)
- Ból jest silny o stałym natężeniu (5)

2. **Pielęgnacja (mycie, ubieranie, itp.)**

- Nie muszę zmieniać mojego sposobu mycia lub ubierania się, aby uniknąć bólu (0)
- Zazwyczaj nie zmieniam swojego sposobu mycia lub ubierania się, mimo iż powoduje to lekki ból (1)
- Mycie i ubieranie się powoduje zwiększenie bólu, ale daję sobie radę nie zmniejszając sposobu wykonywania tych czynności(2)
- Mycie i ubieranie się powoduje zwiększenie bólu, co zmusza mnie do zmiany sposobu wykonywania tych czynności (3)
- Z powodu bólu nie jestem w stanie wykonywać bez pomocy niektórych czynności związanych z myciem i ubieraniem (4)
- Z powodu bólu nie jestem w stanie umyć się ani ubrać bez pomocy(5)

3. **Podnoszenie**

- Mogę podnieść ciężkie przedmioty bez bólu (0)
- Mogę podnieść ciężkie przedmioty, ale podnoszenie wywołuje ból (1)
- Ból nie pozwala mi podnieść ciężkich przedmiotów z podłogi (2)
- Ból nie pozwala mi podnieść ciężkich przedmiotów z podłogi, ale radzę sobie, jeśli są ułożone w dogodny sposób np. na stole (3)
- Ból nie pozwala mi podnieść ciężkich przedmiotów, ale mogę podnosić lekkie i niezbyt ciężkie przedmioty, jeśli są ułożone w dogodny sposób (4)
- Mogę podnosić jedynie lekkie przedmioty (5)

4. **Chodzenie**

- Ból nie powstrzymuje mnie od pokonania żadnego dystansu(0)
- Ból uniemożliwia mi chodzenie na odległość dłuższą niż 1500 m(1)
- Ból uniemożliwia mi chodzenie na odległość dłuższą niż 800 m (2)
- Ból uniemożliwia mi chodzenie na odległość dłuższą niż 400 m (3)
- Mogę chodzić tylko z pomocą laski lub o kulach(4)
- Spędzam w łóżku większość czasu i muszę czołgać się do toalety (5)

5. **Siedzenie**

- Mogę siedzieć na dowolnym krześle tak długo, jak chcę, bez bólu (0)
- Mogę siedzieć tylko w moim ulubionym krześle tak długo, jak chcę(1)

## Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa

- Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej, niż jedną godzinę(2)
  - Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej, niż pół godziny (3)
  - Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej, niż 10 minut (4)
  - Ból w ogóle nie pozwala mi siedzieć(5)
6. **Stanie**
- Mogę stać tak długo, jak chcę, bez bólu (0)
  - Odczuwam lekki ból gdy stoję, ale ból nie narasta(1)
  - Nie mogę stać dłużej, niż godzinę, bez narastającego bólu(2)
  - Nie mogę stać dłużej, niż pół godziny, bez narastającego bólu (3)
  - Nie mogę stać dłużej, niż 10 minut, bez narastającego bólu (4)
  - Unikam stania, ponieważ ból od razu narasta(5)
7. **Spanie**
- Leżąc w łóżku nie odczuwam bólu(0)
  - Leżąc w łóżku odczuwam ból, ale nie utrudnia mi on snu(1)
  - Z powodu bólu przesypiam jedynie  $\frac{3}{4}$  nocy(2)
  - Z powodu bólu przesypiam jedynie  $\frac{1}{2}$  nocy (3)
  - Z powodu bólu przesypiam jedynie  $\frac{1}{4}$  nocy (4)
  - Z powodu bólu w ogóle nie śpiam (5)
8. **Życie towarzyskie**
- Moje życie towarzyskie jest normalne i nie przysparza mi bólu kręgosłupa(0)
  - Moje życie towarzyskie jest normalne, ale wzmaga odczuwany ból (1)
  - Ból nie ma znaczącego wpływu na moje życie towarzyskie, ale muszę unikać bardziej wymagających zajęć takich, jak taniec itp.(2)
  - Ból ogranicza moje życie towarzyskie i nie wychodzę zbyt często z domu (3)
  - Z powodu bólu całe moje życie towarzyskie ograniczam do spotkań w domu(4)
  - Z powodu bólu nie prowadzę prawie żadnego życia towarzyskiego(5)
9. **Podróżowanie**
- Nie odczuwam bólu podczas podróży(0)
  - Odczuwam pewien ból, gdy podróżuję, ale żadna z moich typowych form podróżowania nie wzmaga bólu (1)
  - Odczuwam dodatkowy ból w trakcie podróży, ale nie zmusza mnie on do szukania innych sposobów podróżowania(2)
  - Odczuwam dodatkowy ból w trakcie podróży, który zmusza mnie do szukania innych sposobów podróżowania(3)
  - Ból ogranicza wszelkie sposoby podróżowania(4)
  - Ból uniemożliwia mi podróżowanie, chyba że podczas podróży mogę leżeć(5)
10. **Zmiana natężenia bólu**
- Odczuwany przeze mnie ból szybko słabnie(0)
  - Odczuwany przeze mnie ból jest zmienny, ale generalnie słabnie(1)
  - Odczuwany przeze mnie ból zdaje się słabnąć, ale obecnie [oprawa następuje powoli](2)
  - Odczuwany przeze mnie ból ani nie słabnie, ani nie wzmaga się(3)
  - Odczuwany przeze mnie ból stopniowo się wzmaga(4)
  - Odczuwany przeze mnie ból szybko się wzmaga (5)

### Interpretacja wyników

W zależności od odpowiedzi za pytanie można uzyskać od 0 do 5 punktów.

Maksymalna liczba punktów w kwestionariuszu 50

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 0-4    | Brak niepełnosprawności     |
| 5-14   | Niewielka niepełnosprawność |
| 15-24  | Średnia niepełnosprawność   |
| 25-34  | Poważna niepełnosprawność   |
| 35 -50 | całkowita niepełnosprawność |