



I. Kwestionariusz STarT Back Tool [60] to jest przesiewowy

Imię i nazwisko

Nr telefonu.....

e-mail.....

Nazwa Zakładu Pracy.....

Stanowisko.....

Data

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

Lp.	Pytanie	Zgadzam się 1	Nie zgadzam się 0
1.	W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu pleców promieniującego wzdłuż nogi (nóg)		
2.	W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu ramion albo karku		
3.	Z powodu bólu pleców pokonuję pieszko tylko niewielkie odległości		
4.	W ciągu ostatnich dwóch tygodni, z powodu bólu pleców ubierałam (łem) się wolniej niż zwykle		
5.	Wykonywanie aktywności fizycznych nie jest zbyt bezpieczne dla osoby z taką dolegliwością jak moja		
6.	Bardzo często zamartwiam się		
7.	Mam poczucie, że mój ból pleców jest okropny i że nigdy się nie poprawi		
8.	Generalnie nic mnie nie cieszy		
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)	
	Wynik całkowity		

Interpretacja:

Całkowity wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Całkowity wynik ≥ 4 – wysokie ryzyko



I. Kwestionariusz przesiewowy w kierunku spondyloartropatii.

Lp.	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 ?		
	Wynik całkowity		

Interpretacja wyników

Podejrzenie spondyloartropatii (wynik pozytywny) ≥ 4 punkty

II. Wykluczenia do udziału w projekcie: „Priorytet kręgosłup” (Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź):

- ☐ przebyty uraz kręgosłupa
- ☐ rozpoznana i leczona choroba autoimmunologiczna, w tym pod kątem bólów przewlekłych kręgosłupa
- ☐ rozpoznana i leczona przewlekłe farmakologicznie i/lub operacyjnie choroba kręgosłupa
- ☐ kiedykolwiek przebyta choroba nowotworowa



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. Zdajemy sobie sprawę, że mogą Państwa 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 ¾ nocy (2)
- Z powodu bólu przesypiam jedynie ½ nocy (3)
- Z powodu bólu przesypiam jedynie ¼ 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

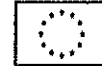
0-4 Brak niepełnosprawności

5-14 Niewielka niepełnosprawność

15-24 Średnia niepełnosprawność

25-34 Poważna niepełnosprawność

35 -50 Całkowita niepełnosprawność



Kwestionariusz niepełnosprawności z powodu bólu kręgosłupa szyjnego (Neck Disability Index)

Imię i nazwisko osoby badanejData badania.....

Poniższy kwestionariusz pozwala zrozumieć, w jaki sposób ból szyi oddziałuje na Twoje możliwości wykonywania codziennych czynności. Postaraj się odpowiedzieć na pytania z każdej sekcji. W każdej sekcji zaznacz tylko JEDNĄ odpowiedź najlepiej opisującą Twój stan. Może Ci się wydawać, że więcej niż jedna odpowiedź pasuje do Twojego stanu, w takim wypadku zaznacz w każdej sekcji jedną odpowiedź najbardziej oddającą Twój stan w dniu DZISIEJSZYM.

1. Nasilenie bólu
 - W tej chwili nie odczuwam bólu (0)
 - W tej chwili ból jest łagodny (1)
 - Ból pojawia się i odchodzi i jest umiarkowany (2)
 - Ból jest umiarkowany i w zasadzie stały (3)
 - Ból jest silny, odchodzi i przychodzi (4)
 - Ból jest silny i nie bardzo się zmienia (5)
2. Codzienne czynności (mycie, ubieranie, itp.)
 - Mogę wykonywać samodzielnie codzienne czynności bez dodatkowego bólu (0)
 - Mogę wykonywać samodzielnie codzienne czynności, ale wywołują one znaczny ból (1)
 - Samodzielne wykonywanie codziennych czynności jest bardzo bolesne, wykonuję je powoli i uważnie (2)
 - Wymagam pewnej pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności, lecz większość wykonuję samodzielnie (3)
 - Potrzebuję pomocy każdego dnia przy wykonywaniu większości czynności (4)
 - Nie jestem w stanie się ubrać, myje się z trudem, większość czasu spędzam w łóżku (5)
3. Podnoszenie
 - Mogę podnieść ciężkie przedmioty bez dodatkowego bólu (0)
 - Mogę podnieść ciężkie przedmioty, lecz powoduje to dodatkowy ból (1)
 - Z powodu bólu nie mogę podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, lecz mogę je podnosić, gdy są dogodnie położone, na przykład na stole (2)
 - Z powodu bólu nie mogę podnosić ciężkich przedmiotów, lecz mogę podnosić lekkie lub średnio ciężkie, gdy są dogodnie położone np. na stole (3)
 - Z powodu bólu mogę podnieść tylko bardzo lekkie przedmioty (4)
 - Z powodu bólu nie mogę podnosić żadnych przedmiotów (5)
4. Czytanie
 - Mogę czytać tyle, ile chcę nie odczuwając żadnego bólu karku (0)
 - Mogę czytać tyle ile chcę, lecz czytanie powoduje niewielki, dodatkowy ból karku (1)
 - Mogę czytać tyle, ile chcę, lecz czytanie powoduje dodatkowy ból karku o średnim nasileniu (2)
 - Muszę ograniczać czytanie z powodu dodatkowego bólu o średnim nasileniu (3)
 - Prawie wcale nie mogę czytać z powodu silnego bólu karku (4)
 - Z powodu bólu karku wcale nie jestem w stanie czytać (5)
5. Ból głowy
 - Nie miewam bólów głowy (0)
 - Ból głowy zdarza się rzadko i jest niewielki (1)
 - Ból głowy zdarza się rzadko i ma średnie nasilenie (2)
 - Często miewam bóle głowy o średnim nasileniu (3)
 - Często miewam silne bóle głowy (4)
 - Głowa boli mnie prawie cały czas (5)
6. Koncentracja
 - Mogę się zawsze w pełni skoncentrować bez trudu (0)
 - Mogę się zawsze w pełni skoncentrować, choć z niewielkimi trudnościami (1)
 - Mam pewne trudności z koncentracją (2)

Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa



- Mam znaczne trudności z koncentracją (3)
- Mam bardzo duże trudności z koncentracją (4)
- W ogóle nie mogę się skoncentrować (5)

7. Praca

- Mogę pracować bez ograniczeń (0)
- Mogę wykonywać wyłącznie rutynowe czynności w pracy, lecz nie więcej (1)
- Mogę wykonywać większość moich obowiązkowych czynności w pracy (2)
- Nie jestem w stanie wykonywać rutynowych czynności w pracy (3)
- Z wielkim trudem wykonuję jakąkolwiek pracę (4)
- Z powodu bólu nie jestem w stanie pracować (5)

8. Jazda samochodem

- Mogę jeździć samochodem i nie powoduje to dodatkowego bólu karku (0)
- Ból Mogę jeździć samochodem bez ograniczeń, lecz towarzyszy temu niewielki dodatkowy ból karku (1)
- Mogę jeździć samochodem bez ograniczeń, lecz towarzyszy temu dodatkowy ból karku o średnim nasileniu (2)
- Nie mogę jeździć samochodem tyle, ile chcę z powodu bólu karku o średnim nasileniu (3)
- Prawie wcale nie jeżdżę samochodem z powodu silnego bólu karku (4)
- Wcale nie mogę jeździć samochodem z powodu bólu karku (5)

9. Spanie

- Ból w ogóle nie zaburza mojego snu (0)
- Ból zaburza mój sen w bardzo niewielkim stopniu (mniej niż 1 godzina bezsenności na dobę) (1)
- Ból zaburza mój sen w niewielkim stopniu (1-2 godziny bezsenności na dobę) (2)
- Ból zaburza mój sen w średnim stopniu (2-3 godziny bezsenności na dobę) (3)
- Ból zaburza mój sen w znacznym stopniu (3-5 godzin bezsenności na dobę) (4)
- Ból w ogóle nie pozwala mi spać (5-7 godzin bezsenności na dobę) (5)

10. Rekreacja

- Mogę wykonywać wszystkie czynności rekreacyjne bez bólu (0)
- Mogę wykonywać wszystkie czynności rekreacyjne z niewielkim bólem karku (1)
- Z powodu bólu karku mogę wykonywać większość czynności rekreacyjnych – lecz nie wszystkie (2)
- Z powodu bólu karku nie jestem w stanie wykonywać większości typowych czynności rekreacyjnych (3)
- Mogę z trudem wykonywać tylko niektóre czynności rekreacyjne z powodu bólu karku (4)
- Z powodu bólu karku wcale nie wykonuję czynności rekreacyjnych (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