

PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA

PROGRAM PROZDROWOTNY W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA CHOROBYM KRĘGOSŁUPA ORAZ FIZJOPROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ ERGONOMII PRACY NA LATA 2022–2026 (KONTYNUACJA PROGRAMU REALIZOWANEGO W LATACH 2012-2015 oraz 2017-2021)

Lublin 2022

SPIS TREŚCI

1. Opis problemu zdrowotnego.....	3
2. Cel główny programu	12
3. Cele szczegółowe programu	12
4. Podmiot programu	13
5. Czas realizacji programu	14
6. Zespół realizujący program	14
7. Harmonogram działań	14
8. Pozyskanie środowiska do współpracy.....	18
9. Organizacja programu profilaktycznego.....	18
10. Monitorowanie programu	18
11. Analiza i ocena końcowa skuteczności programu	18
12. Załączniki	19

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Zespoły bólowe kręgosłupa są chorobami o szerokim rozpowszechnieniu w populacji ogólnej co nadaje im rangę chorób społecznych. Stanowią one także istotny problem medyczny. Uwarunkowania cywilizacyjne, takie jak pośpiech, stres, ogólny wzrost intensywności życia spowodowały wzrost liczby chorych z bólami kręgosłupa, gdyż paradoksalnie wzrost tempa życia nie zaowocował zwiększeniem aktywności fizycznej przeciętnego człowieka, a wręcz przeciwnie – znaczna część populacji nie tylko pracuje, ale i odpoczywa na siedząco. W efekcie choroby narządu ruchu zajmują obecnie trzecie miejsce wśród dolegliwości trapiących osoby w wieku średnim stanowią połowę schorzeń przewlekłych ludzi po 50 r. ż.^{1,2}. Zdaniem innych autorów ok. 60 - 80% ludności europejskiej w wieku 30 lat cierpi na bóle krzyża sporadycznie lub często, powyżej 55 roku życia dysfunkcją tą dotkniętych jest już 98% populacji³.

W krajach wysoko rozwiniętych zespoły bólowe kręgosłupa są najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej osób poniżej 45 roku życia, a w grupie wiekowej 50-64 lat, przewyższają je tylko schorzenia kardiologiczne oraz choroby reumatyczne. Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa wiążą się z dolegliwościami umiejscowionymi w okolicy lędźwiowej, lędźwiowo-krzyżowej, krzyżowo-biodrowej, często promieniują do kończyn dolnych. Są to w większości dolegliwości przemijające, z powodu których pacjenci nawet nie zgłaszają się do lekarza. Około 70% wraca do dobrej formy i do pracy w ciągu 14 dni, a 90% w ciągu dwóch miesięcy. U pozostałych 10% dolegliwości przechodzą w stan przewlekły: ból i upośledzenie sprawności utrzymują się powyżej 3 miesięcy, stanowiąc poważny problem socjoekonomiczny^{4,5}. Bóle szyi i karku stwierdza się u 10% populacji ogólnej. W Polsce szacunkowo bóle te zgłasza 2 miliony osób⁶. Skuteczne leczenie ograniczających sprawność następstw bólów kręgosłupa to wielkie wyzwanie stojące przed społeczeństwem państw uprzemysłowionych. Koszty spowodowane dolegliwościami bólowymi kręgosłupa są ogromne. Na przykład w Szwecji całkowity koszt roczny ocenia się na 22 miliardy koron szwedzkich, z czego główna część (ok. 90%) to koszty absencji chorobowej wcześniejszego przechodzenia na emeryturę⁷. W Holandii przybliżony koszt związany z występowaniem w społeczeństwie bólów krzyża wynosił 1,7% całego dochodu narodowego⁸. W Polsce w latach 90-tych 1/3 wszystkich orzeczeń o inwalidztwie z

¹ Świerkot J. *Bóle krzyża – etiologia, diagnostyka i leczenie*, Przewodnik Lekarza 2006: 9 s. 86-98.

² Śliwiński Z., Kasperek – Konopka K. *Analiza dolegliwości bólowych u pacjentów z przewlekłym zespołem kręgotwórczym leczonych w warunkach sanatoryjnych*, Fizjoterapia Polska 2003: 3(1) s.38-47.

³ Dziak. A., Tayara S. *Bóle krzyża*. KASPER, Kraków 1997.

⁴ Deyo R. A. *Fads in the treatment of low back pain*. New England Journal of Medicine 1991: 325 s. 1039 – 1040.

⁵ Kiwerski J. (red.) *Rehabilitacja medyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

⁶ Kwolek A., Szydelko M., Kołodziej K. *Wytyczne postępowania w zespole bólowym kręgosłupa szyjnego* Postępy Rehabilitacji 2004: 3 s. 23-26.

⁷ Cherkin D. C., Deyo R. A., Loeser J. A. *An international comparison of back surgery rates*. Spine 1994: 19 s. 1201 – 1206.

⁸ Katz R. T. *Ocena stopnia uszkodzenia i niepełnosprawności w przypadku bólów krzyża*. Rehabilitacja Medyczna 2001: 5 s. 23-47.

powodu chorób neurologicznych stanowiły orzeczenia wydawane z powodu chorób kręgosłupa i korzeni nerwowych⁹.

Raport z 2011 roku – „Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo – szkieletowego a rynek pracy w Polsce” wskazuje, że choroby układu mięśniowo – szkieletowego (musculoskeletal disorders MSD) w istotny sposób wpływają na zdolność do pracy, zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i zbiorowej zmniejszając produktywność i udział w rynku pracy tysięcy polskich pracowników. Wyniki badań wskazują, że:

- Ponad połowa osób zatrudnionych w Polsce przynajmniej jednokrotnie doświadczyła bólów mięśni podczas wykonywania pracy.
- Około 300 000 – 400 000 osób może cierpieć na RZS lub spondyloartropatie zapalne.
- W 2010 r. przypadki MSD i zespołu cieśni nadgarstka skutkowały ponad 26 milionami dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą.
- W 2009 r. schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego kosztowały niemal 330 milionów euro wypłaconych w postaci zasiłków chorobowych i kolejne 470 milionów euro tytułem kosztów związanych z niezdolnością do pracy. Aż 874 miliony euro przeznaczone zostało na finansowanie świadczeń związanych z niezdolnością do pracy, podczas gdy na rehabilitację zdrowotną wydano zaledwie 38 milionów euro.
- W 2010 r. ogólne bezpośrednie koszty związane ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego zamknęły się kwotą 937 milionów euro, z czego zaledwie 223 miliony euro wydatkowano na profilaktykę zdrowotną.
- Średni wiek osoby rehabilitowanej w Polsce wynosi 46 lat, co oznacza, że coraz więcej relatywnie młodych osób w wieku produkcyjnym wymaga wsparcia w leczeniu schorzeń długoterminowych.
- Co najmniej 12 procent bezrobotnych zarejestrowanych w Polsce nie poszukuje pracy z powodu problemów zdrowotnych¹⁰.
- Dolegliwości związane z kręgosłupem w tym: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych czyli rwa kulszowa, bóle grzbietu, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz choroby krążka międzykręgowego należą do najczęstszych przyczyn nieobecności w pracy, przy czym wystawiane z ich powodu zwolnienia są relatywnie długie. W pierwszym kwartale 2021 roku wystawiono z ich powodu blisko 685 tys. zwolnień na łącznie 8,5 mln dni, średnia długość zwolnienia wynosiła ok. 12,5 dnia. Analizując strukturę absencji chorobowej na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za rok 2020, choroby układu kostno-

⁹ Kwolek A., Szydełko M., Kołodziej K. *Wytyczne postępowania w zespole bólowym kręgosłupa szyjnego* Postępy Rehabilitacji 2004: 3 s. 23-26.

¹⁰ Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A. *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo – szkieletowego a rynek pracy w Polsce*.

stawowego oraz mięśniowego i tkanki łącznej zajmowały drugie miejsce, stanowiąc 16,1% ogółu absencji. W roku 2019 wartość ta wynosiła 15,7%. Ranking jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy w kontekście liczby dni absencji chorobowej kształtował się odmiennie w zależności od płci. W grupie mężczyzn najdłuższą absencję w roku 2020 powodowały zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych stanowiąc 7,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej (w 2019 r. – 6,7%), bóle grzbietu obejmowały 5,2% (w 2019 r. – 3,9%). W populacji kobiet zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych stanowiły w roku 2020 4,2% (w 2019 r. – 3,8%) absencji chorobowych.

Od wielu lat zdrowie i samopoczucie polskich pracowników stanowi powód do niepokoju. Niepokój ten będzie się nasilał w kontekście zarówno kryzysu gospodarczego, jak i faktu starzenia się siły roboczej w Polsce (Bank Światowy, 2011). Poniższe wyniki badań ilustrują niektóre z omawianych trendów:

- Czwarte europejskie badanie warunków pracy (European Working Conditions Survey (EWCS), Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley i Vermeulen, 2007) wykazało, że w 2005 r. niemal 46% polskich pracowników uskarżało się na związany z pracą ból pleców. Raport „Aktywność ekonomiczna ludności Polski“ (GUS, 2008) wskazuje, że praca zawodowa była przyczyną bądź czynnikiem nasilającym objawy co najmniej 1,7 miliona przypadków bólu pleców w 2006 r.
- Parent-Thirion i in. stwierdzili, że 44% polskich pracowników uskarżało się na bóle mięśni karku, ramion i kończyn (średnia unijna: 22,8%)¹¹. Zgodnie z raportem „Aktywność ekonomiczna ludności Polski w latach 2006-2007“ niemal milion polskich pracowników uskarżało się na związane z pracą bóle mięśni karku, ramion, rąk i dłoni (GUS, 2008).
- W 2010 r. przypadki MSD i zespołu cieśni nadgarstka skutkowały prawie 26,3 milionami dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą – dane uzyskane z ZUS¹².
- Średni wiek wyjścia z rynku pracy w Polsce wynosi 61,4 lat w przypadku mężczyzn i 57,5 lat w przypadku kobiet, podczas gdy średnia unijna wynosi odpowiednio 61,9 i 60,5 lat – dane z bazy statystycznej Eurostat¹³.
- W 2008 r. co najmniej 3,1 miliona osób pozostawało nieaktywnych zawodowo z powodu całkowitej bądź częściowej niepełnosprawności. Liczba ta stanowi 10% całej populacji w wieku produkcyjnym. Jednocześnie coraz więcej osób w wieku produkcyjnym jest niepełnosprawnych: w 2010 r. wśród zatrudnionych było do 21,9% niepełnosprawnych, podczas

¹¹ Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. i Vermeulen, G. *Fourth European Survey on Working Conditions*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Standards 2007.

¹² Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dostępny w Internecie: <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=5> [data dostępu: 8 marca 2012 r.].

¹³ Baza danych statystycznych Eurostat. Dostępny w Internecie: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> [data dostępu: 9 marca 2012 r.].

gdy w 2007 r. odsetek ten wynosił 19,4% – dane ze statystyki GUS¹⁴ i Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych¹⁵.

- W 2005 r. co najmniej 5% Polaków pozostawało bez pracy z powodu niepełnosprawności związanej z MSD; kolejne 2,8% było niezdolnych do samodzielnej egzystencji, a u 16,3% pracowników stwierdzono częściową niezdolność do pracy spowodowaną MSD¹⁶.
- Co najmniej 12% zarejestrowanych bezrobotnych nie poszukuje pracy z powodu problemów zdrowotnych¹⁷.

W Polsce, według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, około 15% przyczyn niezdolności do pracy ma związek z dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego, co czyni ten typ chorób trzecią co do częstości przyczyną absencji chorobowej, tuż po chorobach układu krążenia (21%) oraz chorobach psychicznych (16%). Około 50% wcześniejszych emerytur spowodowanych jest przez patologiczne zmiany w obrębie kręgosłupa¹⁸.

Zgodnie z rankingiem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wśród jednostek chorobowych powodujących najdłuższą absencję chorobową, na 30 pozycji: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych zajmują 2 miejsce (14 059,7 dni absencji, 6,8%); zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa zajmują 5 miejsce (4 663,9 dni absencji, 2,3%); inne choroby krążka międzykręgowego znajdują się na 6 miejscu (4 234 dni absencji chorobowej, 2,1%); bóle grzbietu na 15 miejscu (2 686,1 dni absencji chorobowej, 1,3%)¹⁹.

Zgodnie z analizą danych sytuacji epidemiologicznej w kraju oraz województwa lubelskiego pod kątem niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (zgodnie ze wskaźnikiem YLD – Years Lived with Disability) Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, choroby układu mięśniowo-szkieletowego to jedna z głównych przyczyn niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością ludności kraju i województwa lubelskiego w 2019 roku. Biorąc pod uwagę strukturę problemów zdrowotnych choroby układu mięśniowo-szkieletowego zajmują pierwsze miejsce w grupie chorób niezakaźnych stanowiąc w przypadku kraju 21% udział zaś dla województwa lubelskiego udział ten wynosi 21,15%. Wśród danej grupy chorób dominują:

- bóle dolnego odcinka kręgosłupa stanowiąc wartość (dla kraju 67 89%, województwa lubelskiego 68,8%)

¹⁴ Główny Urząd Statystyczny. Dostępny w Internecie: <http://www.stat.gov.pl> [data dostępu: 9 marca 2012 r.].

¹⁵ Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Dostępny w Internecie: <http://www.niepelnospawni.gov.pl> [data dostępu: 12 marca 2012 r.].

¹⁶ Roman-Liu D., Bartuzy P. *Ocena obciążenia i zmęczenia układu mięśniowo-szkieletowego z zastosowaniem elektromiografii*. Bezpieczeństwo Pracy 2007: 4 s. 7-10.

¹⁷ Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A. *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo – szkieletowego a rynek pracy w Polsce*.

¹⁸ Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dostępny w Internecie: <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=5> [data dostępu: 8 marca 2012 r.].

¹⁹ Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A. *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo – szkieletowego a rynek pracy w Polsce*.

- zapalenia kości i stawów stanowią (dla kraju 14,47%, województwa lubelskiego 14,64%);
- bóle odcinka szyjnego kręgosłupa stanowią (dla kraju 10,25%, województwa lubelskiego 10,34%).

Biorąc pod uwagę prognozę epidemiologiczną rozwoju chorób układu mięśniowo-szkieletowego do roku 2034 należy stwierdzić stały wzrost zachorowalności i chorobowości na powyższą grupę schorzeń zarówno w kraju jak i województwie lubelskim.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 roku zajmowały pierwsze miejsce w grupie problemów zdrowotnych obejmując 50,9 mln porad lekarskich, w 2019 r. liczba porad wyniosła 42,2 mln, zaś w roku 2016 – 42 mln. W kwestii leczenia szpitalnego średni okres oczekiwania na hospitalizację w wyniku chorób układu mięśniowo szkieletowego w roku 2020 wynosił 73 dni, odpowiednio w roku 2019 wartość ta wynosiła 65 dni zaś w roku 2016 - 55 dni. W przypadku działań rehabilitacyjnych choroby układu mięśniowo szkieletowego stanowiły najczęstszą grupę rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiali na zabiegi rehabilitacyjne, stanowiąc 72,4% udziału pacjentów w świadczeniach²⁰.

Województwo lubelskie plasuje się na drugiej pozycji województw w Polsce, w których wydano największą liczbę orzeczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do pracy z powodu chorób układu kostno-stawowego w przeliczeniu na 100 tys. pracujących (poza rolnictwem indywidualnym). **W województwie lubelskim w 2010 r.** choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej były przyczyną 895,1 tys. dni absencji chorobowej i wystawienia 64,9 tys. zwolnień lekarskich²¹.

Absencje chorobowe w województwie lubelskim związane z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w 2020 r. wynosiły 1,51 mln dni, w roku 2019 - 1,42 mln dni a w roku 2016 – 1,33 mln dni. Liczba wydanych zaświadczeń odpowiednio w roku 2020 wyniosła 104,8 tys., w roku 2019 – 97 tys., a w roku 2016 - 89,5 tys. Średnia długość absencji spowodowana chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w 2020 r. wyniosła 14,4 dnia, w roku 2019 – 14,6 dnia a w roku 2016 – 14,9 dnia.²²

Niektórzy autorzy podają, że współczynnik zachorowalności na zespoły bólowe kręgosłupa jest wyższy niż w przypadku chorób układu sercowo – naczyniowego. Istnieje wiele przyczyn tych dolegliwości, ale na pierwszy plan wysuwają się zmiany zwyrodnieniowe – wytwórcze, prowadzące do podrażnienia zakończeń nerwowych struktur kręgosłupa²³.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego za lata 2007-2008 podają, że osoby z dolegliwościami związanymi z plecami stanowiły ok. 25% populacji polskiej (1 703 tys. osób),

²⁰ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – data dostępu 01.03.2022

²¹ *Absencja chorobowa w 2010 r.* Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych. Warszawa 2011.

²² Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – dostęp 01.03.2022

²³ Morton M. *Zespoły bólowe kręgosłupa*. Przewodnik Lekarza 2008: 5 s. 45-55.

a bóle związane z szyją, barkami i ramionami zgłaszało kolejne 949 tys. osób (ok. 14% populacji polskiej).

Na uwagę zasługuje fakt, iż **na terenie województwa lubelskiego** odnotowano równie wysoki wskaźnik zachorowalności na choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej. Podając za Informatorem Statystycznym Ochrony Zdrowia w 2010 r. na te schorzenia leczyło się 1 112,5/10 tys. osób powyżej 18 roku życia. Najwyższe wskaźniki chorobowości wystąpiły w powiatach: lubartowskim i grodzkim Lublin u osób pomiędzy 19 a 54 rokiem życia. **W liczbach bezwzględnych wygląda to następująco: wśród wszystkich osób chorujących w województwie lubelskim w roku 2010 (784 961 osób) osoby zgłaszające się z powodu chorób układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej stanowią liczbę 189 756 co wynosi aż 24,2% ogółu. Na terenie województwa w 2010 r. odnotowano 26 498 nowych zachorowań z powodu tych schorzeń (wskaźnik zachorowalności – 155,35/10 tys. osób)²⁴.** Zgodnie z Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej dla województwa lubelskiego w 2020 roku zajmowały pierwsze miejsce w grupie problemów zdrowotnych obejmując 6,6 mln porad lekarskich, w 2019 r. liczba porad wyniosła 8,2 mln, zaś w roku 2016 – 8,5 mln. W kwestii leczenia szpitalnego średni okres oczekiwania na hospitalizację w wyniku chorób układu mięśniowo szkieletowego w roku 2020 wynosił 74 dni, odpowiednio w roku 2019 wartość ta wynosiła 54 dni zaś w roku 2016 - 34 dni. W przypadku działań rehabilitacyjnych choroby układu mięśniowo szkieletowego podobnie jak w kraju stanowiły najczęstszą grupę rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiali na zabiegi rehabilitacyjne, stanowiąc 69% udziału pacjentów w świadczeniach.²⁵

Główna przyczyna zespołów bólowych kręgosłupa to jego zmiany przeciążeniowe. Przeciążenia te, to skutki jednostronnych ruchów roboczych związanych z wykonywaniem zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka urazu np.: w przemyśle, budownictwie, transporcie. Nagły uraz lub kumulujące się mikrourazy są często konsekwencją nie przestrzegania zasad bezpieczeństwa i ergonomii. Charakter zmian, ich natężenie, czas ujawniania się determinowane są również stopniowym zmniejszeniem kondycji fizycznej populacji (z jej wszystkimi ujemnymi skutkami), rozwojem komunikacji oraz stylem życia.

Zespół przeciążenia kręgosłupa lędźwiowego manifestuje się bólem, w początkowym okresie trwającym krótko, prowokowanym ruchami kręgosłupa, ból ustępuje samoistnie po odpoczynku. W stanach zaawansowanych, ból występuje znacznie dłużej, ma charakter

²⁴ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2010. LUW w Lublinie, Wydział Zdrowia, Oddział Zdrowia Publicznego, Lublin 2011. Dostępny w Internecie: http://zdrowie.lublin.uw.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=103:informator-statystyczny-ochrony-zdrowia-województwa-lubelskiego-za-rok-2010&catid=16:statystyka-medyczna&Itemid=20 [data dostępu: 15 marca 2012 r.].

²⁵ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – dostęp 01.03.2022

promieniujący do kończyn dolnych, występują zaburzenia czucia powierzchniowego, niedowłady niektórych grup mięśniowych, mogą pojawić się zaburzenia w oddawaniu moczu oraz zaburzenia seksualne.

Istotny jest również fakt, iż zespoły bólowe kręgosłupa stanowią przyczynę ok. 10% wszystkich porad lekarskich w poz²⁶.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa wynikające z nieprawidłowych pozycji siedzących lub podczas wykonywania pracy połączonej z dźwiganiem i opieką nad pacjentem mogą w perspektywie czasu wpływać na poważne schorzenia kręgosłupa związane ze zmianami zwyrodnieniowymi, dyskopatią a co za tym idzie z niezdolnością do pracy.

Analiza danych ze zleceń lekarskich dotyczących rehabilitacji w schorzeniach kręgosłupa informuje że 80% pacjentów to pacjenci skarżący się na poważne dolegliwości kręgosłupa głównie lędźwiowego i szyjnego wynikające z nieprawidłowych pozycji ciała podczas wykonywania pracy. Tak więc coraz więcej osób skarży się na bóle kręgosłupa a co jest z tym związane na bóle kończyn dolnych i górnych.

Do zawodowych czynników ryzyka zespołów bólowych kręgosłupa zalicza się:

- niefizjologiczne obciążenia statycznie – dynamiczne,
- nadmierny długotrwały nacisk na określone odcinki kręgosłupa,
- długotrwałą pracę w pozycji jednostronnie obciążającej kręgosłup,
- długotrwałą pracę siedzącą lub stojącą w pozycji wymuszonej,
- niedostosowanie stanowiska pracy do wykonywania czynności zawodowych – brak ergonomii pracy
- pracę w niekorzystnych warunkach mikroklimatycznych, zwłaszcza w chłdzie i wilgoci.

W profilaktyce zapobiegania chorobom kręgosłupa niezwykle ważne jest

1. przestrzeganie zasad ergonomii pracy:
 - a. prawidłowa pozycja siedząca, odpowiednie stanowisko pracy dopasowane do wzrostu i wymiarów pracownika
 - b. prawidłowa sylwetka podczas pracy przy łóżku chorego i wykonywaniu czynności zabiegowych,
2. wprowadzanie do programu szkół i uczelni wyższych, które przygotowują potencjalnych pracowników, zasad utrzymywania prawidłowej sylwetki podczas siedzenia, stania oraz nauki wykonywania podstawowych ćwiczeń jako przerywnika podczas nauki,

²⁶ Michoń P. i wsp. *Najczęstsze postacie chorób narządu ruchu u pacjentów leczonych w praktyce lekarza rodzinnego*. Family Medicine & Primary Care Review 2010; 12 (2) s. 279-281.

3. obowiązkowe przeszkolenie pracowników nie posiadających odpowiedniej wiedzy nt. skutków wynikających z nieprawidłowych pozycji ciała oraz egzekwowanie w/w form ergonomii pracy na stanowisku pracy,
4. wykonywanie badań określających przydatność do określonych zawodów,
5. wprowadzanie obowiązkowych krótkich przerw w pracy siedzącej (np. przy komputerze) celem rozluźnienia kręgosłupa i wykonania kilku ćwiczeń odprężających,
6. dostateczna wiedza na temat schorzeń kręgosłupa i zmiana nawyków umożliwiłaby zmniejszenie absencji pracowników i większą ich efektywność w pracy.

Działania podjęte w programie zgodne są z zaleceniami zawartymi w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015 – cel strategiczny nr 5 – zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno – stawowego oraz z priorytetami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1226).

Zgodnie z opracowaną przez Ministra Zdrowia Mapą potrzeb zdrowotnych na okres 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r choroby układu mięśniowo-szkieletowego stanowią jeden z najbardziej istotnych problemów zdrowotnych Biorąc pod uwagę analizę porównawczą w Polsce i Unii Europejskiej na podstawie wskaźnika DALY dotkliwym problemem zdrowotnym był ból dolnego odcinka kręgosłupa, który w rankingu ustępował tylko chorobom niedokrwiennym serca oraz udarom. W 2019 r. wartość wskaźnika YLD dla Polski wyniósł blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego (przede wszystkim ból dolnego odcinka kręgosłupa). Analiza wskaźnika YLD (liczba lat przeżytych w niesprawności) przedstawia obciążenie danym problemem zdrowotnym systemu opieki zdrowotnej, systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz samych pacjentów i ich rodziny. Najwyższą wartość YLD (wartości bezwzględne) dla Polski w 2019 r. odnotowano dla problemów zdrowotnych obejmujących ból dolnego odcinka kręgosłupa (0,57 mln), cukrzycę (0,34 mln) oraz upadki (0,28 mln). Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób narządów zmysłów. Drugą rosnącą podgrupą będą cukrzyca i choroby nerek. Na trzecim miejscu plasować się będą choroby układu mięśniowo-szkieletowego (1 878 na 100 tys. ludności w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., wzrost o 8,25%). Najczęstszymi problemami zdrowotnymi będącymi przyczyną kontaktu w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w latach 2015-2019 były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (10,9% wszystkich porad), choroby narządów zmysłów (10,8%, w tym ślepota i upośledzenie wzroku – 7,3% wszystkich wizyt) oraz nowotwory (9,2%). Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w trafiali na

rehabilitację, wyróżnia się choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,5%).

Wśród głównych wyzwań systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanymi kierunkami działań na terenie województwa lubelskiego określonymi w Mapie potrzeb zdrowotnych na okres 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. są choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Analizując wartości wskaźnika YLD w 2019 r., najwyższe wartości zaobserwowano dla takich problemów zdrowotnych jak: ból dolnego odcinka kręgosłupa, cukrzyca i utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami (łącznie 80% ogółu wskaźnika YLD). Wartość YLD wzrastała dla każdego z wymienionych problemów przez ostatnich 20 lat. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że wskaźnik chorobowości w 2028 r. w przypadku bólu dolnego odcinka kręgosłupa podniesie się o 2%, w stosunku do 2019 r. Będzie to skutkowało wzrostem wartości wskaźnika chorobowości, co będzie miało wpływ na utratę lat życia spowodowaną niesprawnością. Według klasyfikacji ICD-10 trzema największymi grupami chorób, w związku z którymi zasięgano porad lekarskich w ramach AOS, były choroby oka i przydatków oka, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz choroby układu krążenia. Głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej (we wszystkich rodzajach świadczeń łącznie) były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (70,1%) oraz choroby układu nerwowego (21,5%).

Kierunek realizacji działań zawartych w programie został precyzyjnie wskazany w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022 – 2026. Wśród głównych obszarów działań, Plan wskazuje na wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, układu oddechowego, neurologicznych, **układu kostno-mięśniowego**, zakaźnych (w szczególności w kierunku boreliozy i gruźlicy) i wysoce zakaźnych oraz w dziedzinie: nefrologii i urologii, diabetologii i okulistyki. Uzasadnieniem tego kierunku działań jest wzrost zapotrzebowania związany z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną. Wykrywalność chorób układu kostno-mięśniowego we wczesnych stadiach rozwojowych oraz wysoki poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa zwiększa szanse na uniknięcie oraz wyleczenie choroby. Głównymi celami działań, a także oczekiwanymi rezultatami jest zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie zapobiegania chorobom układu kostno-mięśniowego jak i zwiększenie zgłaszalności mieszkańców na badania profilaktyczne dot. chorób układu kostno-mięśniowego²⁷.

Widoczne efekty realizacji programu będzie można stwierdzić po kilku latach oceniając poszczególne zakłady pracy czy dostosowały się do zaleceń. Należy jednak pamiętać, że

²⁷ Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022 – 2026 – data dostępu 03.03.2022 r.

najskuteczniejszym i najtańszym postępowaniem jest upowszechnianie właściwego stylu życia oraz dobrych nawyków w życiu codziennym, w pracy i podczas wypoczynku.

CEL GŁÓWNY PROGRAMU

Ochrona kręgosłupa przed poważnymi zmianami zwyrodnieniowymi, dyskopatią, które są związane z nieprawidłową ergonomią pracy i wymuszonymi nieprawidłowymi pozycjami ciała u osób objętych programem.

CELE SZCZEGÓŁOWE PROGRAMU

1. Zapoznanie uczestników z mechanizmami powstawania przeciążeń kręgosłupa i metodami przeciwdziałania ich skutkom.
2. Zmniejszenie absencji chorobowej będącej wynikiem ostrego bólu kręgosłupa i niemożności wykonywania czynności zawodowych.
3. Zmniejszenie zachorowalności osób narażonych się na przeciążenia kręgosłupa w pracy (praca siedząca, wymuszona pozycja ciała, dźwiganie itp.)
4. Doskonalenie jakości świadczeń profilaktycznych związanych z propagowaniem przez lekarzy i fizjoterapeutów zdrowego stylu życia i zachęcanie ich do dodatkowej aktywności ruchowej.
5. Podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie poprzez ukierunkowaną edukację osób biorących udział w programie na temat:
 - ergonomii pracy
 - czynników zwiększających zachorowalność
 - istoty choroby.
6. Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków chorób kręgosłupa we wczesnym stadium, w którym włącznie leczenia może zahamować tempo jej rozwoju.
7. Zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji.
8. Zachowanie aktywności zawodowej i społecznej u osób z wcześniej wykrytą chorobą.

PODMIOT PROGRAMU

Populacja podlegająca programowi: **mieszkańcy województwa lubelskiego powyżej 18 roku życia, u których na etapie badania kwalifikacyjnego do programu zostanie zidentyfikowany problem zdrowotny dotyczący zespołów bólowych kręgosłupa.**

REALIZACJA PROGRAMU W 2025 ROKU

Wielkość populacji z terenu województwa lubelskiego objętej działaniami programu w 2025 roku wynosi minimum: 320 osób

Koszt jednostkowy dla pełnej ścieżki wsparcia jednego uczestnika projektu wynosi – 550 zł

Roczny koszt realizacji programu wynosi – 176 000,00 zł

Dane liczbowe populacji:

- Osoby z terenu województwa lubelskiego, u których w 2010 roku zdiagnozowano problem zdrowotny w zakresie chorób układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej – **189 756 osób²⁸**
- Struktura problemu zdrowotnego (choroby układu mięśniowo-szkieletowego) wg wskaźnika YLD – wartość bezwzględna dla populacji kobiet i mężczyzn w województwie lubelskim w 2019 r. - 46 279 osób²⁹
- Wielkość populacji objętej działaniami w każdym roku trwania programu w latach (2012 – 2015) oraz (2017-2021) – 21 084 osób/rok
- Koszt jednostkowy 400 zł osoba
- Roczny koszt realizacji programu – 8 433 600 zł
- Całkowity koszt realizacji programu – 75 902 400 zł
- **Program finansowany ze środków Samorządu Województwa Lubelskiego zgodnie z umowami zawartymi z placówkami wybranymi do realizacji Programu.**
- Skala realizacji Programu w poszczególnych latach będzie odpowiadała warunkom finansowym Budżetu Samorządu Województwa Lubelskiego.

²⁸ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2010. LUW w Lublinie, Wydział Zdrowia, Oddział Zdrowia Publicznego, Lublin 2011. Dostępny w Internecie:

http://zdrowie.lublin.uw.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=103:informator-statystyczny-ochrony-zdrowia-województwa-lubelskiego-za-rok-2010&catid=16:statystyka-medyczna&Itemid=20 [data dostępu: 15 marca 2012 r.].

²⁹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych – data dostępu 23.03.2022

CZAS REALIZACJI PROGRAMU

Przewidywany czas realizacji programu – lata 2022–2026 (kontynuacja programu realizowanego w latach 2012-2015 oraz 2017-2021).

Planowany termin rozpoczęcia – **niezwłocznie po podpisaniu umowy.**

Oczekiwane efekty:

- zwiększenie świadomości osób na temat zalet fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy,
- zmniejszenie absencji chorobowej,
- objęcie profesjonalną opieką profilaktyczną osób narażonych na podwyższony stopień ryzyka urazu kręgosłupa.

ZESPÓŁ REALIZUJĄCY PROGRAM

- koordynator,
- mgr rehabilitacji, mgr. fizjoterapii - specjaliści rehabilitacji ruchowej,
- lekarz medycyny – specjalista rehabilitacji medycznej, specjalista ortopeda, specjalista medycyny sportowej, specjalista medycyny pracy – oraz lekarze w trakcie powyższych specjalizacji,
- mgr psychologii,
- mgr pielęgniarstwa.

HARMONOGRAM DZIAŁAŃ

- Zawiadomienie o realizacji programu.
- Szkolenie personelu realizującego program.
- Kwalifikowanie osób do programu – badanie lekarskie i wywiad (Załącznik nr 1, Załącznik nr 4). Do dalszego etapu programu (tj. udział w zajęciach warsztatowych) zostaną zakwalifikowane osoby, u których w trakcie badania lekarskiego zostanie zdiagnozowany problem zdrowotny dotyczący zespołów bólowych kręgosłupa.

Osoba odpowiedzialna za realizację: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej/specjalista ortopeda/specjalista medycyny sportowej/specjalista medycyny pracy, w tym lekarze w trakcie powyższych specjalizacji.

- Ankietowanie uczestników przed programem - kwestionariusz ankiety (Załącznik nr 2).

Osoba odpowiedzialna za realizację: mgr pielęgniarstwa.

- Popularyzacja wiedzy nt. zagrożeń wynikających z nieprawidłowej pozycji ciała podczas wykonywania pracy – działania realizowane na etapie promocji programu na podstawie działań informacyjno – edukacyjnych, rozdawnictwo materiałów, ulotek, broszur.

Osoba odpowiedzialna za realizację: specjalista rehabilitacji medycznej/specjalista ortopeda/specjalista medycyny sportowej/ specjalista medycyny pracy/ lekarze w trakcie powyższych specjalizacji/ mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji/specjaliści rehabilitacji ruchowej.

- Prowadzenie ćwiczeń w grupach w wymiarze 16 godz. na grupę na podstawie opracowanego przez mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji/specjalistę rehabilitacji ruchowej programu ćwiczeń rozluźniających kręgosłup i korygujących pozycję ciała, w tym: monitorowanie stanu kręgosłupa i prawidłowych nawyków pozycji ciała, nauka samokontroli właściwej pozycji ciała oraz rozluźniania mięśni.

Osoba odpowiedzialna za realizację: specjalista rehabilitacji medycznej/ specjalista ortopeda/specjalista medycyny sportowej/ specjalista medycyny pracy/ lekarze w trakcie powyższych specjalizacji/ mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji/ specjaliści rehabilitacji ruchowej.

- Prowadzenie zajęć relaksacyjnych i odprężających w wymiarze 1 godz. na grupę dla uczestników programu na podstawie opracowanego przez psychologa programu ćwiczeń rozluźniających i odstresowujących wg metod psychologicznych.

Osoba odpowiedzialna za realizację: psycholog

- Ankietowanie uczestników po programie –kwestionariusz ankiety (Załącznik nr 3).

Osoba odpowiedzialna za realizację: mgr pielęgniarstwa.

- Rozdanie zaświadczeń o uczestnictwie w programie profilaktyki chorób narządu ruchu.

- Prowadzenie ewidencji uczestników programu.

- Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników oraz ewaluacja programu.

Metody działań

L.p.	Zadania do realizacji	Formy, metody i techniki	Osoby odpowiedzialne za realizację
1.	Zawiadomienie o realizacji programu	- rozesłanie zaproszeń do zakładów pracy - ogłoszenie na stronie internetowej - ogłoszenie w gazetach lokalnych - ogłoszenie w telefonicznej informacji medycznej - informacje na terenie placówki realizatora programu	• koordynator programu
2.	Rekrutacja uczestników do programu, w tym zorganizowanie systemu umożliwiającego wczesne rozpoznanie i skuteczną terapię schorzeń kręgosłupa	- kwalifikowanie osób do programu – badanie lekarskie i wywiad (Załącznik nr 1 i 4) - do dalszego etapu programu (udział w zajęciach warsztatowych) zostaną zakwalifikowane osoby, u których w trakcie badania lekarskiego zostanie zdiagnozowany problem zdrowotny dotyczący zespołów bólowych kręgosłupa, - zbieranie dokładnego wywiadu zawodowego.	• specjalista rehab. medycznej, • specjalista ortopeda, • specjalista medycyny sportowej, • specjalista medycyny pracy, • lekarze w trakcie powyższych specjalizacji
3.	Ankietowanie uczestników przed programem	Kwestionariusz ankiety (Załącznik nr 2)	• mgr pielęgniarstwa
4.	Popularyzacja wiedzy na temat zagrożeń wynikających z nieprawidłowej pozycji ciała podczas wykonywania pracy – działania realizowane na etapie promocji programu	- działania informacyjno-edukacyjne - rozdawnictwo materiałów, ulotek nt. profilaktyki bólów kręgosłupa, prawidłowych pozycji ciała oraz broszur z zestawem ćwiczeń	• specjalista rehab. medycznej, • specjalista ortopeda, • specjalista medycyny sportowej, • specjalista medycyny pracy, • lekarze w trakcie powyższych specjalizacji, • mgr fizjoterapii, • mgr rehabilitacji, • specjaliści rehabilitacji ruchowej
5.	Opracowanie programu ćwiczeń rozluźniających kręgosłup i korygujących pozycję ciała	- przygotowanie graficzne programu ćwiczeń	• mgr fizjoterapii, • mgr rehabilitacji, • specjaliści rehabilitacji ruchowej

6.	Opracowanie programu ćwiczeń rozluźniających i odśrodkujących wg metod psychologicznych	- przygotowanie programu ćwiczeń	• psycholog
7.	Prowadzenie ćwiczeń w grupach – 16 godzin na grupę na podstawie opracowanego programu ćwiczeń rozluźniających kręgosłup i korygujących pozycję ciała	Zajęcia grupowe – 16 godzin - monitorowanie stanu kręgosłupa i prawidłowych nawyków pozycji ciała, - nauka samokontroli właściwej pozycji ciała oraz rozluźniania mięśni	• specjalista rehab. medycznej, • specjalista ortopeda, • specjalista medycyny sportowej, • specjalista medycyny pracy, • lekarze w trakcie powyższych specjalizacji • mgr fizjoterapii, • mgr rehabilitacji, • specjaliści rehabilitacji ruchowej,
8.	Przeprowadzenie zajęć relaksacyjnych i odprężających dla uczestników programu na podstawie opracowanego programu ćwiczeń rozluźniających i odśrodkujących wg metod psychologicznych	Zajęcia grupowe (1 godzina) - część teoretyczna – czym jest stres, przyczyny i objawy, fizjologiczne i psychologiczne skutki przewlekłego stresu, profilaktyka - część praktyczna – sposoby radzenia sobie ze stresem – ćwiczenia relaksacyjne: ćwiczenia prawidłowego oddechu, ćwiczenia rozciągające i rozluźniające, ćwiczenia z psychomotoryki, trening relaksacyjny Schulza, wizualizacja i medytacja.	• psycholog
9.	Ankietowanie uczestników kończących program.	- Kwestionariusz ankiety (Załącznik nr 3)	• mgr pielęgniarstwa

POZYSKANIE ŚRODOWISKA

- Pracodawcy,
- Lekarze,
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii,
- Polskie Towarzystwo Rehabilitacji,
- i inne związane.

ORGANIZACJA PROGRAMU

W latach 2022 – 2026 program będzie skierowany do mieszkańców województwa lubelskiego.

Informacje o realizacji programu zostaną podane do publicznej wiadomości (j. w.).

Uczestnicy programu zostaną podzieleni na 10 – 12 osobowe grupy. Każda edycja programu obejmuje badanie lekarskie kwalifikujące do udziału w programie, 16 godzin wykładów i zajęć, 1 godzinne zajęcia relaksacyjne oraz poradnictwo dotyczące ergonomii pracy.

MONITOROWANIE PROGRAMU

- Ilość uczestników i zainteresowanie programem.
- Bieżące monitorowanie i analiza poszczególnych etapów programu.
- Sprawdzanie efektywności i poprawnego wykonywania programu ćwiczeń u osób biorących udział w programie (po zakończeniu programu przez osobę prowadzącą ćwiczenia).
- Analiza ankiet osób biorących udział w programie.

ANALIZA I OCENA KOŃCOWA PO ZAKOŃCZENIU PROGRAMU

- analiza wyników badań lekarskich,
- analiza zestawień statystycznych,
- opracowanie merytoryczne,
- ewaluacja programu,
- sprawozdanie merytoryczne.

Osobą odpowiedzialną za analizę wyników ankiet oraz przedstawienie oceny efektów realizacji programu jest koordynator programu.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik Nr 1

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO UDZIAŁU W PROGRAMIE

Data badania.....

WYWIAD

Nazwisko i imię.....

Wiek

Miejsce zamieszkania: miasto wieś

Zawód :

Specjalność:

Praca: fizyczna	tak.....	nie.....
umysłowa	tak.....	nie.....

Lata pracy

Aktualnie pracuje nie pracuje

Warunki pracy:	wymuszona pozycja ciała	tak..... nie.....
	dźwiganie ciężarów	tak..... nie.....
	używanie sprzętu pomocniczego	tak..... nie.....

Badanie wstępne Rtg tak..... nie rok

Korzystał z leczenia sanatoryjnego z powodu dolegliwości ze strony kręgosłupa
ile razy..... kiedy ostatnio.....

Korzystał z długotrwałych (powyżej 2 tyg) zwolnień lekarskich z powodu jw
ile razy kiedy ostatnio.....

Waga..... WzrostBMI.....

SCHORZENIA NARZĄDU RUCHU

Skrzywienie boczne kręgosłupa	tak..... nie.....
Skrócenie kończyn dolnych (P/L)	tak..... nie.....
Choroby wrodzone – kręgozmyk	tak..... nie.....
Przebyte operacje: kręgosłupa	tak..... nie.....
kończyn	tak..... nie.....
klatki piersiowej	tak..... nie.....
brzucha	tak..... nie.....

SCHORZENIA NEUROLOGICZNE

.....

**ANKIETA DLA OSÓB, KTÓRE CHCĄ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROGRAMIE PROMOCJI
ZDROWIA W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA CHOROBYM KRĘGOSŁUPA
ORAZ FIZJOPROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ ERGONOMII PRACY**

Organizator Programu promocji zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy pragnie poznać Pani/Pana opinię na temat w/w programu. Opinia ta będzie dla nas niezmiernie cenna w ustalaniu tematów i sposobu prowadzenia zajęć w przyszłości, a jednocześnie umożliwi nam ocenę efektywności realizacji programu. Pozwoli nam także optymalnie dostosować treści programów do Państwa oczekiwań.

- 1) Czy odczuwa Pani/Pan dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa?
 - a) tak
 - b) nie
- 2) Czy ból pojawia się:
 - a) często
 - b) sporadycznie
 - c) po wyjątkowo ciężkiej pracy
- 3) Czy pojawienie się bólu wiąże się z :
 - a) przeciążeniami powstającymi w pracy
 - b) przeciążeniami powstającymi w domu
 - c) schorzeniami somatycznymi
 - d) inne.....
- 4) Występowanie bólu:
 - a) rano
 - b) popołudnie
 - c) noc
 - d) różnie
- 5) Charakter bólu:
 - a) tępy
 - b) rozlany
 - c) stopniowo narastający
 - d) zaostrzający się po przeciążeniu pracą
 - e) zaostrzający się po długotrwałej pozycji siedzącej
- 6) Ból pojawia się:
 - a) incydentalnie
 - b) nawracająco
- 7) Czas trwania bólu:
 - a) 1 dzień
 - b) 2-5 dni
 - c) ponad tydzień

- 8) Czy ból ustępuje po odpoczynku w pozycji leżącej:
- a) tak
 - b) nie
- 9) Umieszczenie bólu:
- a) odcinek szyjny
 - b) odcinek piersiowy
 - c) odcinek lędźwiowo – krzyżowy
 - d) różne miejsca
- 10) Ból mija po:
- a) samoistnie
 - b) po odciążeniu w pozycji leżącej
 - c) po wykonywaniu odpowiednich ćwiczeń
 - d) po zażyciu leków
 - e) po zabiegach fizjoterapeutycznych
 - f) inne.....
- 11) Czy ból odczuwany przez Panią/Pana w czasie pracy obniża jakość wykonywanej pracy?
- a) tak
 - b) nie

**ANKIETA DLA OSÓB, KTÓRE UKOŃCZYŁY PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA
W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA CHOROBYM KRĘGOSŁUPA ORAZ
FIZJOPROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ ERGONOMII PRACY**

Organizator Programu promocji zdrowia w zakresie zapobiegania chorobom kręgosłupa oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy pragnie poznać Pani/Pana opinię na temat w/w programu. Opinia ta będzie dla nas niezmiernie cenna w ustalaniu tematów i sposobu prowadzenia zajęć w przyszłości, a jednocześnie umożliwi nam ocenę efektywności realizacji programu. Pozwoli nam także optymalnie dostosować treści programów do Pani/Pana oczekiwań.

1. Czy forma organizacji prowadzonego programu wg Pani/Pana jest dobra?
 - a) tak
 - b) nie i dlaczego
2. Czy treści przekazywane w ramach programu satysfakcjonują Panią/Pana?
 - a) tak
 - b) nie i dlaczego
3. Czy zakres ćwiczeń praktycznych spełnia Pani/Pana oczekiwania?
 - a) tak
 - b) nie i dlaczego
4. Czy ćwiczenia i sposoby radzenia sobie z bólem, które poznała Pani/Pan w trakcie programu ocenia Pani/ pan jako:
 - a) skuteczne
 - b) nieskuteczne
 - c) inne.....
5. Jaką problematykę tematyczną wg Pani/Pana należałoby uwzględnić w programie?

.....

.....
6. Czy osoby prowadzące program spełniły Pani/Pana oczekiwania jako profesjonalści?
 - a) tak
 - b) nie i dlaczego.....

.....
7. Czy wiedza i umiejętności zdobyte w programie przydadzą się w dalszej pracy zawodowej?
 - a) tak
 - b) nie i dlaczego

.....
8. Czy chciałaby Pani/Pan, aby program profilaktyki schorzeń narządu ruchu był kontynuowany?

tak

nie
9. Proszę ocenić atrakcyjność programu w skali 0 – 5, gdzie 0 – ozn. nie był dla mnie atrakcyjny, 5 – ozn. był dla mnie bardzo atrakcyjny:

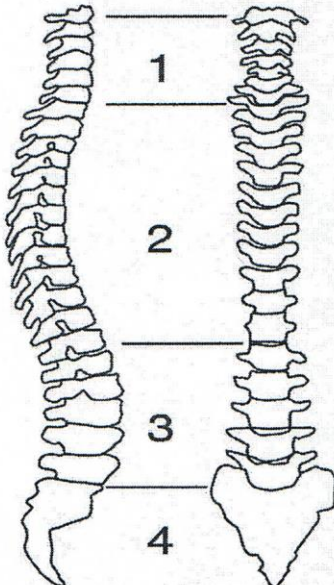
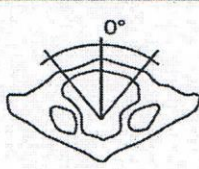
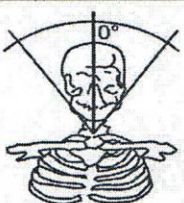
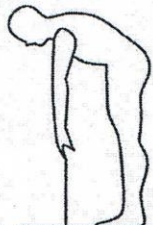
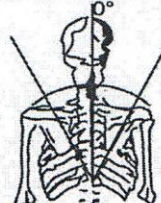
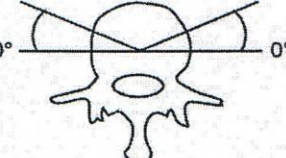
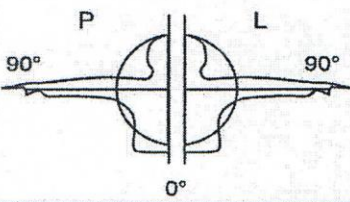
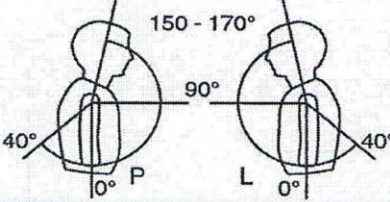
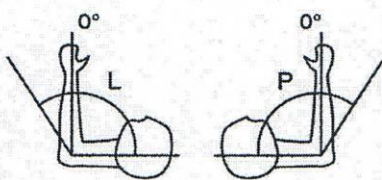
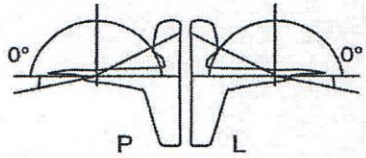
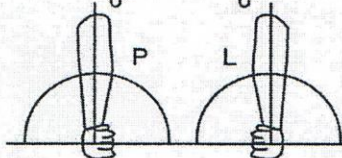
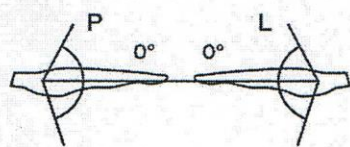
.....

.....

ARKUSZ OCENY NARZĄDU RUCHU

Imię i nazwisko

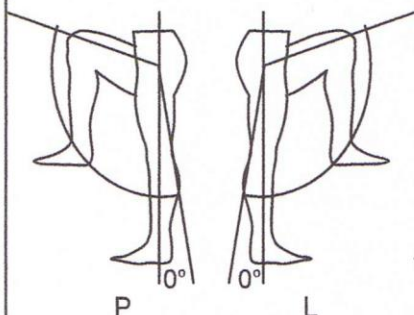
KARTA POMIAROWA NARZĄDU RUCHU WG. METODY ODNIESIENIA DO POZYCJI „0”
(wpisać tylko ustalenia patologiczne lub prawidłowe wymagające uwidocznienia)

KRĘGI: 1 - szyjne 2 - piersiowe 3 - lędźwiowe 4 - krzyżowe 	KRĘGOSŁUP SZYJNY <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">prostowanie/zgięcie odstęp: broda - mostek</td> <td colspan="3">rotacja w prawo w lewo</td> <td colspan="3">nachylenie boczne w prawo w lewo</td> </tr> <tr> <td>40°</td><td>0°</td><td>40°</td> <td>60°</td><td>0°</td><td>60°</td> <td>40°</td><td>0°</td><td>40°</td> </tr> </table>    cm KRĘGOSŁUP PIERSIOWY I LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWY <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">odstęp palców od podłoża</td> <td colspan="3">nachylenie boczne w prawo w lewo</td> <td colspan="3">rotacja</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>30°</td><td>0°</td><td>30°</td> <td>50°</td><td>0°</td><td>50°</td> </tr> </table>    cm	prostowanie/zgięcie odstęp: broda - mostek			rotacja w prawo w lewo			nachylenie boczne w prawo w lewo			40°	0°	40°	60°	0°	60°	40°	0°	40°	odstęp palców od podłoża			nachylenie boczne w prawo w lewo			rotacja						30°	0°	30°	50°	0°	50°
prostowanie/zgięcie odstęp: broda - mostek			rotacja w prawo w lewo			nachylenie boczne w prawo w lewo																															
40°	0°	40°	60°	0°	60°	40°	0°	40°																													
odstęp palców od podłoża			nachylenie boczne w prawo w lewo			rotacja																															
			30°	0°	30°	50°	0°	50°																													
STAW BARKOWY <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">odwiedzenie przywiedzenie</td> <td colspan="3">zgięcie prostowanie</td> <td colspan="3">rotacja wewnętrzna zewnętrzna</td> </tr> <tr> <td>180°</td><td>0°</td><td>20° - 40°</td> <td>150° - 170°</td><td>0°</td><td>40°</td> <td>95°</td><td>0°</td><td>40° - 60°</td> </tr> </table>   									odwiedzenie przywiedzenie			zgięcie prostowanie			rotacja wewnętrzna zewnętrzna			180°	0°	20° - 40°	150° - 170°	0°	40°	95°	0°	40° - 60°											
odwiedzenie przywiedzenie			zgięcie prostowanie			rotacja wewnętrzna zewnętrzna																															
180°	0°	20° - 40°	150° - 170°	0°	40°	95°	0°	40° - 60°																													
STAW ŁOKCIOWY <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">zgięcie prostowanie</td> <td colspan="3">supinacja pronacja</td> </tr> <tr> <td>150°</td><td>0°</td><td>10°</td> <td>80° - 90°</td><td>0°</td><td>80° - 90°</td> </tr> </table>  						zgięcie prostowanie			supinacja pronacja			150°	0°	10°	80° - 90°	0°	80° - 90°	STAW NADGARSTKOWY <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">dłoniowe grzbietowe</td> </tr> <tr> <td>35° - 60°</td><td>0°</td><td>50° - 60°</td> </tr> </table> 			dłoniowe grzbietowe			35° - 60°	0°	50° - 60°											
zgięcie prostowanie			supinacja pronacja																																		
150°	0°	10°	80° - 90°	0°	80° - 90°																																
dłoniowe grzbietowe																																					
35° - 60°	0°	50° - 60°																																			

STAW BIODROWY

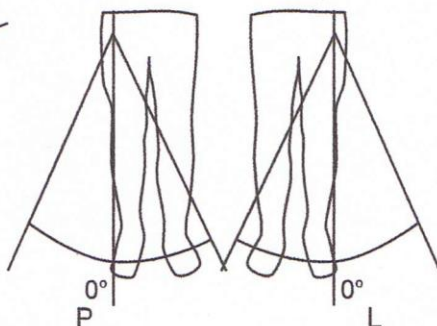
zgięcie / prostowanie

130°	0°	10°
------	----	-----



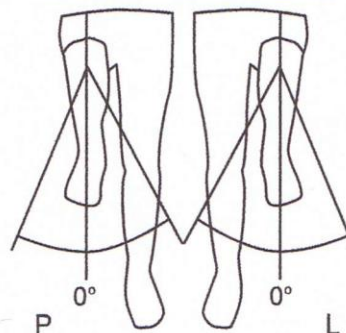
odwiedzenie / przywiedzenie

30° - 45°	0°	20° - 30°
-----------	----	-----------



rotacja
wewnętrzna / zewnętrzna

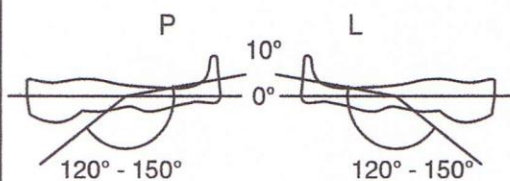
40° - 50°	0°	30° - 45°
-----------	----	-----------



STAW KOLANOWY

zgięcie / prostowanie

120° - 150°	0°	10°
-------------	----	-----

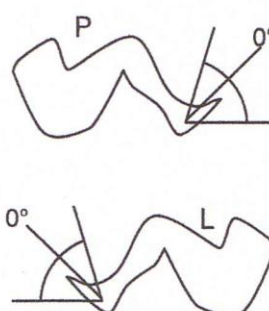


STAW SKOKOWY

zgięcie

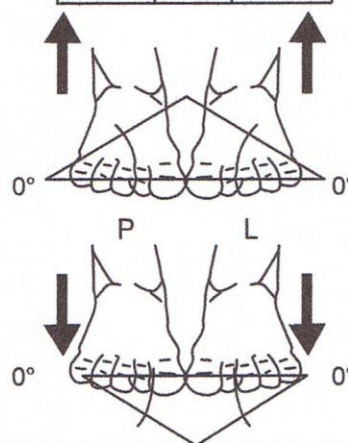
grzbietowe / podeszwowe

20° - 30°	0°	40° - 50°
-----------	----	-----------

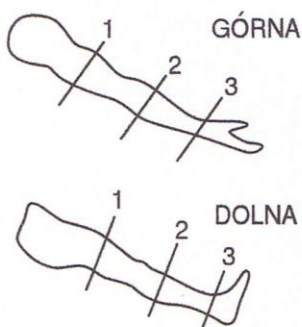


supinacja / pronacja

60°	0°	30°
-----	----	-----

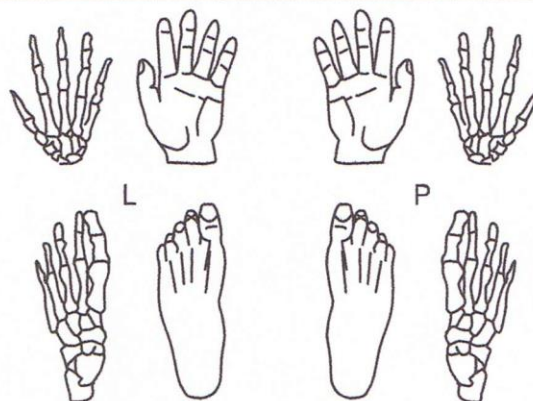


OBWODY KOŃCZYN w cm



	P	L
1		
2		
3		

	P	L
1		
2		
3		



OPIS BADANIA: