

WOMAC Score

بررسی Out come استثنوآرتريت و آسيب زانو توسط خود بیمار

« مشخصات فردی »

نام و نام خانوادگی: سن: تاریخ روز: سمت درگیر: شماره تماس: شغل: تحصیلات: آدرس:

علائم بالینی (Symptom) پاسخ های زیر باید بر مبنای وجود علائم طی هفته گذشته داده شود

۱. آیا در زانوی خود تورم دارید؟
 خیر هرگز به ندرت گاهی اوقات اغلب همیشه
۲. آیا صدای تق تق یا ساییده شدن یا هر گونه صدای دیگر در زمان حرکت زانو احساس می کنید؟
 خیر هرگز به ندرت گاهی اوقات اغلب همیشه
۳. در زمان حرکت آیا احساس گیر کردن یا گرفتن زانو دارید؟
 خیر هرگز به ندرت گاهی اوقات اغلب همیشه
۴. آیا می توانید زانوی خود را کاملاً صاف کنید؟
 همیشه اغلب گاهی اوقات به ندرت هرگز
۵. آیا می توانید زانوی خود را کاملاً خم کنید؟
 همیشه اغلب گاهی اوقات به ندرت هرگز

سفتی مفصل (Stiffness) پاسخ های زیر باید بر مبنای میزان خشکی که طی هفته گذشته در مفاصل خود احساس کرده اید داده شود
 سفتی احساس محدودیت یا کم شدن سهولت حرکت زانو است (با علائم بالینی محاسبه کنید)

۱. سفتی مفصل زانوی شما بلافاصله بعد از بیدار شدن صبحگاهی چقدر شدت دارد؟
 ندارد خفیف است متوسط است شدید است بسیار شدید است
۲. سفتی مفصل زانوی شما بعد از نشستن، دراز کشیدن یا استراحت کردن در طی روز چقدر شدت دارد؟
 ندارد خفیف است متوسط است شدید است بسیار شدید است

درد

۱. چه مدت در زانوی خود احساس درد می کنید؟
 هرگز ماهی یکبار هفته ای یکبار روزانه همیشه
۲. در زمان چرخیدن روی زانو
 احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید
۳. در زمان صاف کردن کامل زانو
 احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید
۴. در زمان خم کردن کامل زانو



مرکز تحقیقات ارتوپدی
Orthopedic Research Center



دانشگاه علوم پزشکی مشهد
Mashhad University of
Medical Sciences

احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید

۵. در زمان راه رفتن روی سطح صاف

احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید

۶. در زمان بالا رفتن و پائین آمدن از پله ها

احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید

۷. درد شبانه و در زمان خواب

احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید

۸. درد در زمان نشستن و دراز کشیدن

احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید

۹. درد در زمان ایستادن

احساس درد نداشته ام احساس درد خفیف احساس درد متوسط احساس درد شدید احساس درد بسیار شدید

عملکرد و انجام کارهای روزانه پرسشهای زیر شامل توانایی شما در مراقبت از خود و انجام کارهای روزمره می باشد.

برای هر سؤال شدت مشکل در فعالیت های مورد نظر طی هفته گذشته را ذکر نمائید.»

۱. پائین آمدن از پله

مشکلی ندارم مشکل خفیف مشکل متوسط مشکل شدید مشکل بسیار شدید

۲. بالا رفتن از پله

مشکلی ندارم مشکل خفیف مشکل متوسط مشکل شدید مشکل بسیار شدید

۳. مشکل در زمان بلند شدن از وضعیت نشسته

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۴. مشکل در زمان ایستادن

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۵. مشکل در خم شدن و برداشتن اشیاء از زمین

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۶. مشکل در راه رفتن روی سطح صاف

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۷. مشکل در سوار شدن و پیاده شدن از وسیله نقلیه

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۸. مشکل در خرید خانه رفتن

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۹. مشکل در پوشیدن جوراب

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۱۰. مشکل در بلند شدن از تختخواب

نداشته ام خفیف متوسط شدید بسیار شدید

۱۱. مشکل در درآوردن جوراب



مرکز تحقیقات ارتوپدی
Orthopedic Research Center



دانشگاه علوم پزشکی مشهد
Mashhad University of
Medical Sciences

- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۱۲. مشکل در دراز کشیدن در تخت (حفظ وضعیت زانو و چرخیدن)
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۱۳. مشکل در حمام رفتن
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۱۴. مشکل در نشستن
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۱۵. مشکل در رفتن توالت
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۱۶. مشکل در انجام کارهای سنگین خانه (مثل تی کشیدن خانه، خانه تکانی کردن، شستشوی خانه و ...)
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۱۷. مشکل در انجام کارهای سبک خانه (مثل پخت و پز، گردگیری کردن، شستن ظروف و ...)
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید

موارد زیر سوالات اضافه شده توسط KOOS می باشد (the knee injury and osteoarthritis outcome score)

ورزش و فعالیت های بدنی

طی هفته گذشته در فعالیت های زیر چقدر مشکل احساس کرده اید:

۱. مشکل در چمپاتمه زدن
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۲. مشکل در دویدن
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۳. مشکل در زمان پریدن
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۴. مشکل در زمان چرخیدن روی زانوی آسیب دیده
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید
۵. مشکل در زمان زانو زدن
- نداشته ام □ خفیف □ متوسط □ شدید □ بسیار شدید

کیفیت زندگی مرتبط با زانو

طی هفته گذشته در فعالیت های زیر چقدر مشکل احساس کرده اید:

۱. چقدر از مشکلات زانوی خود آگاهی پیدا می کنید؟
- هرگز □ ماهی یکبار □ هفته ای یکبار □ روزانه □ همیشه
۲. آیا شیوه زندگی خود را جهت جلوگیری از فعالیت های آسیب زنده به زانو تغییر داده اید؟
- نه اصلاً تغییر نداده ام □ کمی تغییر داده ام □ متوسط تغییر داده ام □ بسیار تغییر داده ام □ کاملاً تغییر داده ام
۳. چقدر فقدان اعتماد به زانوی آسیب دیده شما را به مشکل می اندازد؟



مرکز تحقیقات ارتوپدی
Orthopedic Research Center



Mashhad University of
Medical Sciences

- کاملاً مشکل دارم بسیار مشکل دارم متوسط مشکل دارم کمی مشکل دارم اصلاً مشکلی ندارم
۴. به طور کلی چقدر با زانوی خود مشکل دارید؟
- کاملاً مشکل دارم بسیار مشکل دارم متوسط مشکل دارم کمی مشکل دارم اصلاً مشکلی ندارم

Score بندی

هر سوال از ۰ تا ۴ با افزایش شدت علائم و مشکل بیمار نمره بیشتری داده می شود و نمره خام هر قسمت مجموع نمرات آن می باشد، سپس Score خام به ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می شود و هر چه Score بالاتری بدست آید بیمار مشکل کمتری دارد .

	بالاترین نمره خام ممکن	Score تغییر یافته $100 - \frac{100 \times \text{نمره خام بیمار}}{\text{بالاترین نمره خام ممکن در هر گروه}}$
درد	۳۶	
علائم بالینی، خشکی	۲۸	
عملکرد روزانه	۶۸	
ورزش	۲۰	
کیفیت زندگی	۱۶	