

پرسشنامه پیامدهای استئوآرتریت و صدمات زانو (KOOS)

نام و نام خانوادگی :

نوع بیماری:

سن بیمار :

آدرس و تلفن تماس:

شغل بیمار :

موبایل :

تحصیلات بیمار:

راهنمایی: این پرسشنامه از شما در مورد مشکل زانویتان نظرخواهی می‌کند. این اطلاعات به ما کمک می‌کند تا احساس شما را در مورد زانویتان بدانیم و این که تا چه حدی قادر به انجام فعالیت‌های معمول خود هستید. به هر سوال با علامت‌گذاری در یکی از مربع‌های توخالی پاسخ دهید. برای هر سوال فقط یک مربع را علامت‌گذاری کنید. اگر در پاسخ به سوالی شک دارید، نزدیکترین (بهترین) گزینه ممکن را انتخاب کنید.

ناراحتی زانوی شما

به این سوالات با توجه به وضعیت زانویتان در **هفته گذشته** پاسخ دهید.

S1. آیا زانوی شما ورم دارد؟

هرگز	بندرت	گاهی	اغلب	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. آیا شما موقع حرکت در زانویتان احساس سایدگی (قرچ قروچ)، تق تق یا هر صدای دیگری می‌کنید؟

هرگز	بندرت	گاهی	اغلب	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. آیا در هنگام حرکت زانویتان می‌گیرد یا قفل می‌شود؟

هرگز	بندرت	گاهی	اغلب	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. آیا می‌توانید زانوی خود را کاملاً صاف کنید؟

هرگز	بندرت	گاهی	اغلب	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. آیا می‌توانید زانوی خود را کاملاً خم کنید؟

هرگز	بندرت	گاهی	اغلب	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

خشکی

سوالات زیر مربوط به میزان "خشکی مفصلی"، است که شما در هفته گذشته در زانوی خود احساس کرده‌اید. منظور از خشکی، احساس محدودیت یا کند شدن حرکات روان در زانوی شما هنگام حرکت است.

S6. صبحها، به محض بیدار شدن از خواب خشکی زانوی شما چقدر است؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. روزها، شدت خشکی زانوی شما بعد از مدتی نشستن، دراز کشیدن یا استراحت چقدر است؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

درد

P1. چند وقت یکبار در زانوی خود احساس درد می‌کنید؟

هیچوقت	ماهی یکبار	هفته‌ای یکبار	روزی یکبار	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

در هفته گذشته هنگام انجام هر یک از فعالیتهای زیر چقدر درد داشته‌اید؟

P2. هنگام چرخیدن یا پیچیدن روی زانو؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. هنگام صاف کردن کامل زانو؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. هنگام خم کردن کامل زانو؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. هنگام راه رفتن روی زمین صاف؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. هنگام بالا رفتن از پله؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. شب، هنگام خواب؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. هنگام نشستن یا دراز کشیدن؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. هنگام ایستادن؟

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت شدید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فعالیتها و کارهای روزانه

سوالات زیر مربوط به فعالیتهای جسمانی شما می باشد. منظور از فعالیتهای جسمانی، توانایی شما در جابجا شدن و انجام کارهای شخصی است. لطفاً مشخص کنید در هفته گذشته به علت مشکل زانویتان انجام هر یک از فعالیتهای زیر چقدر برایتان دشوار بوده است.

A1. پایین رفتن از پله

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. بالا رفتن از پله

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

لطفاً مشخص کنید در هفته گذشته به علت مشکل زانویتان انجام هر یک از فعالیتهای زیر چقدر برایتان دشوار بوده است.

A3. برخاستن از حالت نشسته

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. ایستادن

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. خم شدن و برداشتن اشیاء از زمین

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. راه رفتن روی زمین صاف

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. سوار شدن و پیاده شدن از ماشین

هیچ	کمی	متوسط	شدید	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. خرید رفتن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. پوشیدن جوراب

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. بیرون آمدن از رختخواب

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. درآوردن جوراب

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. دراز کشیدن در رختخواب (غلتیدن با حفظ وضعیت زانو)

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. حمام کردن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. نشستن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. نشستن یا بلند شدن از توالت

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

لطفاً مشخص کنید در هفته گذشته به علت مشکل زانویتان انجام هر یک از فعالیتهای زیر چقدر برایتان دشوار بوده است.

A16. انجام کارهای سنگین خانه (مثل جابجا کردن جعبه‌های سنگین، دستمال کشیدن زمین و...)

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. انجام کارهای سبک خانه مثل (مثل آشپزی، گردگیری و ...)

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ورزش و تفریح

سوالات زیر مربوط به فعالیتهای شدید جسمانی است. لطفاً مشخص کنید در هفته گذشته به علت ناراحتی زانو، انجام هر یک از فعالیتهای زیر چقدر برایتان دشوار بوده است.

SP1. چمباتمه زدن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. دویدن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. پریدن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. چرخیدن و پیچیدن روی زانوی آسیب دیده

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. دو زانو نشستن، زانو زدن

هیچ	کمی	متوسط	زیاد	بی‌نهایت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

کیفیت زندگی

Q1. شما چند وقت به چند وقت یاد ناراحتی زانویتان می‌افتید؟

هیچوقت	ماهی یکبار	هفته‌ای یکبار	روزی یکبار	همیشه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. آیا در روش زندگی‌تان تغییری داده‌اید تا کارهایی را که می‌توانند به زانویتان آسیب برسانند کمتر انجام دهید؟ (مثلاً استفاده از توالی‌فرنگی به جای توالی ایرانی و خواندن نماز به صورت نشسته و ..)

اصلاً	خیلی کم	تا حدی	زیاد	کاملاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. نداشتن اطمینان کافی به زانویتان تا چه حدی برای شما ایجاد مزاحمت و ناراحتی کرده است؟

اصلاً	خیلی کم	تا حدی	زیاد	کاملاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. به طور کلی با زانویتان چقدر مشکل دارید؟

اصلاً	خیلی کم	تا حدی	زیاد	کاملاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

از اینکه به تمامی سوالات این پرسشنامه با دقت و حوصله پاسخ دادید متشکریم.

تاریخ : -----

شماره : -----

نام و نام خانوادگی : -----

سطح تحصیلات : -----

زبان مادری : -----

ملیت : -----

انواع آسیب زانو : ACL Men OA Combined Others

درمان‌های انجام شده : دارویی فیزیکی جراحی

آرتريت التهابی : مثبت منفی

تاندونیت و بورسیت : مثبت منفی

روماتیسم بافت نرم : مثبت منفی

بیماری‌های نرولوژیک : مثبت منفی

بیماری های عروقی اندام تحتانی :

مثبت منفی

رادیکلوپاتی اندام تحتانی :

مثبت منفی

درد های عضلانی اسکلتی در سایر نواحی اندام تحتانی :

مثبت منفی

مشکلات ذهنی :

مثبت منفی