

Translation and validation of the German version of the foot and ankle outcome score

C. J. A. van Bergen, I. N. Sierevelt, P. Hoogervorst, H. Waizy, C. N. van Dijk, C. Becher

PURPOSE: Outcome assessment is critical in evaluating the efficacy of orthopaedic procedures. The Foot and Ankle Outcome Score (FAOS) is a 42-item questionnaire divided into five subscales, which has been validated in several languages. Germany has no validated outcome score for general foot and ankle pathology. The aim of this study was to develop a German version of the FAOS and to investigate its psychometric properties.

MATERIALS AND METHODS: Forward and backward translation was executed according to official guidelines. The final version of the FAOS was investigated in 150 patients with various foot and ankle disorders. All patients completed the FAOS, Short Form-36, numeric rating scales for pain and disability, and the Hannover questionnaire. The FAOS was re-administered after 1 week. Test-retest reliability, internal consistency, minimal detectable change, construct validity, and floor and ceiling effects were analyzed.

RESULTS: Test-retest reliability and internal consistency of each subscale were excellent (intraclass correlation coefficient, 0.88-0.95; Cronbach's α , 0.94-0.98). The minimal detectable changes of each subscale were 17.1-20.8 at the individual level and 2.0-2.4 at group level. There were moderate to strong correlations between FAOS subscales and physical outcomes and low to moderate correlations between FAOS subscales and mental outcomes. Floor and ceiling effects were not present.

CONCLUSION: The German version of the FAOS is a reliable and valid instrument for use in foot and ankle patients.

For questions regarding the German version of FAOS, please contact:

Christiaan J.A. van Bergen, MD PhD
Academic Medical Center Amsterdam
Department of Orthopaedic Surgery
Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam
The Netherlands
E-mail: c.j.vanbergen@amc.uva.nl

„FAOS“ Fragebogen Fuß & Sprunggelenk

Datum: ____/____/____ Geburtsdatum: ____/____/____

Name: _____

ANLEITUNG: Dieser Fragebogen stellt Ihnen Fragen zum Zustand Ihres Fuß und Sprunggelenks. Die dadurch gewonnenen Informationen erlauben uns Ihre Beurteilung von Ihrem Fuß und Sprunggelenk zu verfolgen und dokumentiert wie gut Sie in der Lage sind, Ihre üblichen Aktivitäten zu verrichten.

Beantworten Sie bitte jede Frage durch ankreuzen des zugehörigen Kästchens. Bitte nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen. Wenn Sie sich unsicher sind, wie Sie die Frage beantworten sollen, wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen am zutreffendsten erscheint.

Symptome

Diese Fragen beziehen sich auf Ihre Fuß/Sprunggelenksbeschwerden während der **vergangenen Woche**.

S1. Hatten Sie Schwellungen an Ihrem Fuß/Sprunggelenk?

niemals selten manchmal oft immer

S2. Fühlten Sie ein Mahlen, hörten Sie ein Klicken oder irgendein Geräusch, wenn Sie Ihren Fuß/Ihr Sprunggelenk bewegten?

niemals selten manchmal oft immer

S3. Blieb Ihr Fuß/Sprunggelenk hängen, oder blockierte er/es bei Bewegung?

niemals selten manchmal oft immer

S4. Konnten Sie Ihren Fuß/Ihr Sprunggelenk ganz ausstrecken?

immer oft manchmal selten niemals

S5. Konnten Sie Ihren Fuß/Ihr Sprunggelenk ganz beugen?

immer oft manchmal selten niemals

Steifigkeit

Die nachfolgenden Fragen betreffen die Steifigkeit in Ihrem Fuß/Sprunggelenk während der **letzten Woche**. Unter Steifigkeit versteht man ein Gefühl der Einschränkung oder Verlangsamung der Fähigkeit Ihre Gelenke zu bewegen.

S6. Wie stark war Ihre Fuß/Sprunggelenkssteifigkeit morgens direkt nach dem Aufstehen?

keine schwach mäßig stark sehr stark

S7. Wie stark war Ihre Fuß/Sprunggelenkssteifigkeit nach dem Sie saßen, lagen, oder sich im **Verlauf des Tages** ausruhten?

keine schwach mäßig stark sehr stark

Schmerzen

P1. Wie oft haben Sie Schmerzen im Fuß/Sprunggelenk?

nie	monatlich	wöchentlich	täglich	immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ausgeprägt waren Ihre Schmerzen in der **vergangenen Woche** als Sie z.B.:

P2. Sich im Fuß/Sprunggelenk drehen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Ihren Fuß/Ihr Sprunggelenk ganz ausstrecken

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Ihren Fuß/Ihr Sprunggelenk ganz beugen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Auf ebenem Boden gehen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Treppen herauf oder herunterstiegen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Nachts im Bett liegen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Saßen oder lagen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Aufrecht standen

keine	schwach	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitäten des täglichen Lebens

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Leistungsfähigkeit.

Hierunter verstehen wir Ihre Fähigkeit, sich selbständig zu bewegen bzw. sich selbst zu versorgen.

Für jede der nachfolgenden Aktivitäten geben Sie bitte das Ausmaß der Schwierigkeiten an, welche Sie aufgrund Ihres Fuß/Sprunggelenks innerhalb der **letzten Woche** erfahren haben.

Welche Schwierigkeiten hatten Sie in der **letzten Woche** als Sie z.B.:

A1. Treppen herunterstiegen

keine	wenig	einige	große	sehr große
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Treppen hinaufstiegen

keine	wenig	einige	große	sehr große
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Vom Sitzen aufstanden

keine	wenig	einige	große	sehr große
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Schwierigkeiten hatten Sie in der **letzten Woche** als Sie z.B.:

A4. Aufrecht standen

keine wenig einige große sehr große

A5. Sich bückten um z.B. etwas vom Boden aufzuheben

keine wenig einige große sehr große

A6. Auf ebenem Boden gingen

keine wenig einige große sehr große

A7. Ins Auto ein- oder ausstiegen

keine wenig einige große sehr große

A8. Einkaufen gingen

keine wenig einige große sehr große

A9. Socken/Strümpfe anzogen

keine wenig einige große sehr große

A10. Vom Bett aufstanden

keine wenig einige große sehr große

A11. Socken/Strümpfe auszogen?

keine wenig einige große sehr große

A12. Im Bett lagen und sich drehen, ohne den Fuß/Sprunggelenk dabei zu beugen

keine wenig einige große sehr große

A13. In oder aus der Badewanne stiegen

keine wenig einige große sehr große

A14. Saßen

keine wenig einige große sehr große

A15. Sich auf die Toilette setzten oder aufstanden

keine wenig einige große sehr große

A16. Schwere Hausarbeit verrichteten (schwere Kisten umstellen, Boden schrubben, etc)

keine wenig einige große sehr große

A17. Leichte Hausarbeit verrichteten (kochen, Staub wischen, etc.)

keine wenig einige große sehr große

Aktivitäten bei Sport und Freizeit

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Belastbarkeit im Rahmen von Sport- und Freizeitaktivitäten. Für jede der nachfolgenden Aktivitäten geben Sie bitte das Ausmaß der Schwierigkeiten an, welche Sie aufgrund Ihres Fuß/Sprunggelenks innerhalb der **letzten Woche** erfahren haben.

SP1. In die Hocke gingen

keine wenig einige große sehr große

SP2. Rannten

keine wenig einige große sehr große

SP3. Hüpfen

keine wenig einige große sehr große

SP4. Sich auf Ihrem kranken Fuß umdrehen

keine wenig einige große sehr große

SP5. Sich hinknieten

keine wenig einige große sehr große

Lebensqualität

Q1. Wie oft sind Sie sich Ihres Fuß/Sprunggelenksproblems bewusst?

nie monatlich wöchentlich täglich immer

Q2. Haben Sie Ihre Lebensweise verändert, um eventuell Ihrem Fuß/Sprunggelenk schadende Tätigkeiten zu vermeiden?

gar nicht wenig etwas stark vollständig

Q3. Wie sehr leiden Sie unter einem Mangel an Vertrauen und Zuversicht hinsichtlich Ihres Fuß/Sprunggelenks?

gar nicht wenig etwas stark sehr stark

Q4. Wie würden Sie insgesamt die Schwierigkeiten bewerten die Sie durch Ihren Fuß/Ihr Sprunggelenk haben?

keine wenig einige große sehr große

Vielen Dank für die Beantwortung aller Fragen.

Fragebogen und Anleitung sind auf der folgenden Internetadresse zu finden: www.koos.nu