

Foot and Ankle Outcome Score

Polish version

Abstract

The purpose of this study was to develop the Polish language version of the Foot and Ankle Outcome Score (FAOS). Translation and cross - cultural adaptation was performed according to the international guidelines developed by Beaton et al. It involved three translations into the target language followed by its synthesis and two back – translations into English. Next an expert committee reviewed the translations and after reaching a consensus on outlined discrepancies the Pre – final version was produced. This version is currently being tested for validity and reliability.

Contact information

Anna Rivière PT, PhD

Physio Med

Kopernikusstr.9

81241 Munich, Germany

email: arivieremail@gmail.com

Krzysztof A. Tomaszewski MD, PhD

Department of Anatomy, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

Department of Trauma Surgery and Orthopedics, 5th Military Clinical Hospital, Krakow, Poland

e-mail: krtomaszewski@gmail.com

FAOS

Kwestionariusz Oceny Stopy, Stawu Skokowo-Goleniowego, Kostek Goleni

Dzisiejsza data: ____ / ____ / ____ Data urodzenia: ____ / ____ / ____

Imię i nazwisko: _____

INSTRUKCJA: Niniejszy kwestionariusz dotyczy Pana/Pani własnej oceny stanu stopy/kostki. Informacja ta pomoże nam zrozumieć, jak ocenia Pan/Pani swoją stopę/kostkę i jak radzi sobie Pan/Pani z codziennymi czynnościami. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie stawiając krzyżyk we właściwej i tylko jednej kratce dla każdego pytania. Jeśli nie jest Pan/Pani pewien/na jaką odpowiedź udzielić, proszę zaznaczyć tę możliwość, która wydaje się być najbliższa prawdy.

Objawy

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania biorąc pod uwagę objawy, które wystąpiły **w trakcie ostatniego tygodnia**.

S1. Czy pojawia się obrzęk w stopie/kostce?

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Czy czuje Pan/Pani tarcie, słyszy klikanie lub jakikolwiek inny dźwięk podczas poruszania stopą/kostką?

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Czy Pana/Pani stopa/kostka blokuje się podczas ruchu?

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Czy może Pan/Pani w pełni wyprostować stopę/kostkę? (palce w górę)

Zawsze	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Czy może Pan/Pani w pełni zgiąć stopę/kostkę? (palce w dół)

Zawsze	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sztywność

Poniższe pytania dotyczą stopnia sztywności w stawach, której Pan/Pani doświadczył/a **w ciągu ostatniego tygodnia** w stopie/kostce. Sztywność jest uczuciem ograniczenia lub zmniejszenia swobody ruchu w stawach.

S6. Jak duża jest sztywność Pana/Pani stopy/kostki tuż po porannym przebudzeniu?

Nie ma	Delikatna	Umiarkowana	Duża	Bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. Jak duża jest sztywność Pana/Pani stopy/kostki po siedzeniu, leżeniu lub odpoczynku **w trakcie dnia**?

Nie ma	Delikatna	Umiarkowana	Duża	Bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ból

P1. Jak często odczuwa Pan/Pani ból stopy/kostki?

Nigdy

Raz w miesiącu

Raz w tygodniu

Codziennie

Cały czas

Jak silny ból stopy/kostki odczuwał/a Pan/Pani **w trakcie ostatniego tygodnia** podczas wykonywania następujących czynności?

P2. Skręcanie, obracanie się na stopie/kostce

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P3. Pełny wyprost stopy/kostki (palce w górę)

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P4. Pełne zgięcie stopy/kostki (palce w dół)

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P5. Chodzenie po płaskim podłożu

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P6. Wchodzenie lub schodzenie ze schodów

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P7. W trakcie spoczynku nocnego

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P8. Siedzenie lub leżenie

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

P9. Stanie w pozycji wyprostowanej

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Nie do wytrzymania

Funkcjonowanie, codzienne czynności

Poniższe pytania dotyczą sprawności fizycznej. Poprzez to rozumiemy zdolność do przemieszczania się i dbania o siebie. Dla każdej z poniższych czynności proszę wskazać stopień trudności, którego doświadczył/a Pan/Pani **w ostatnim tygodniu** z powodu swojej stopy/kostki.

A1. Schodzenie po schodach

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Bardzo duży

A2. Wchodzenie po schodach

Żadnego

Lekki

Średni

Duży

Bardzo duży

Dla każdej z poniższych czynności proszę wskazać stopień trudności, którego doświadczył/a Pan/Pani **w ostatnim tygodniu** z powodu swojej stopy/kostki.

A3. Wstawanie z pozycji siedzącej

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Stanie

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Schylenie się do podłogi/podniesienie przedmiotu z podłogi

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Chodzenie po płaskim podłożu

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Wsiadanie i wysiadanie z samochodu

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Chodzenie na zakupy

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Ubieranie skarpetek/pończoch

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Wstawanie z łóżka

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Zdejmowanie skarpetek/pończoch

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Leżenie w łóżku (obracanie się, utrzymywanie stałej pozycji stopy/kostki)

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Wchodzenie/wychodzenie z wanny/spod prysznic

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Siedzenie

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Siadanie/wstawanie z sedesu

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dla każdej z poniższych czynności proszę wskazać stopień trudności, którego doświadczył/a Pan/Pani **w ostatnim tygodniu** z powodu swojej stopy/kostki.

A16. Ciężkie prace domowe (przesuwanie ciężkich pudeł, szorowanie podłóg itp.)

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Lekkie prace domowe (gotowanie, ścieranie kurzy itp.)

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funkcjonowanie, sport i rekreacja

Poniższe pytania dotyczą sprawności fizycznej związanej ze wzmożonym wysiłkiem. Odpowiedzi na pytania powinny zostać udzielone w odniesieniu do stopnia trudności, którego Pan/Pani doświadczył/a **w trakcie ostatniego tygodnia** z powodu swojej stopy/kostki.

SP1. Przysiady

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Bieganie

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Skakanie

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Skręcanie/obracanie się na uszkodzonej stopie/w kostce

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Klękanie

Żadnego	Lekki	Średni	Duży	Bardzo duży
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jakość życia

Q1. Jak często zdaje sobie Pan/Pani sprawę ze swoich problemów ze stopą/kostką?

Nigdy	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie	Cały czas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Czy zmienił/a Pan/Pani swój tryb życia, aby unikać czynności potencjalnie szkodliwych dla Pana/Pani stopy/kostki?

Nie	Trochę	Średnio	Bardzo	Całkowicie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Jak bardzo niepokoi Pana/Panią brak pewności związany ze stopą/kostką?

Nie niepokoi	Trochę	Średnio	Bardzo	Całkowicie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Generalnie, jak dużo trudności odczuwa Pan/Pani w związku ze stopą/kostką?

W ogóle	Trochę	Średnio	Dużo	Bardzo dużo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dziękujemy bardzo za wypełnienie wszystkich pytań ankiety.