

Cross cultural adaptation of Knee Injury osteoarthritis Outcome Score (KOOS) amongst Kannada speaking Indian population.

Karvannan H ¹, R D chakravarty ², Arun G Maiya ³, S P Hegde,² Shivakumar Y S,² Chitra L, ⁴ Niveditha⁵

Background:

Cross cultural adaptation is used to encompass a process that looks at both language and cultural adaptation issues in the process of preparing a questionnaire for use in another setting. KOOS, a most commonly administered questionnaire amongst knee osteoarthritis subjects underwent cross cultural adaptations into various international languages. However, similar efforts have been made only for few Indian languages like Hindi, Tamil, Telugu, Bengali and Gujarati and no attempt has been made to translate and adapt the same into Kannada.

Objective:

To translate and adapt KOOS questionnaire amongst the Kannada speaking Indian population who were treated with total knee replacement following knee osteoarthritis.

Methods:

Cross cultural adaptation was taken up by administering the following phases. Phase I (Translation phase) constituted translating the questionnaire into Kannada language (target language) by two independent translators (T1 & T2). One of the translators (T1) is an informed translator and the other (T2) is uninformed about the procedure. Phase II (Synthesis phase) constituted blending of T1 & T2 translation outputs into T12 by resolving the discrepancies between the translators. Phase III (Retrospective Translation) involved backward translation of T12 into English language by two independent translators RT1 & RT2. Phase IV constituted expert committee review under the guidance of methodologists, developers and translators to produce the pre-final version of the questionnaire. Pretesting (Phase V) & Submission and appraisal (Phase VI) are in progress amongst subjects treated with total knee replacement following knee osteoarthritis.

Contributors:

1. Assistant Professor, College of Physiotherapy, School of Allied Health Sciences, Manipal University, Bangalore.
2. Consultant, Department of Orthopedics, Manipal Hospital, Bangalore.
3. Professor, College of Physiotherapy, School of Allied Health Sciences, Manipal University, Manipal.
4. Senior Resident, Manipal Hospital, Bangalore.
5. Physiotherapist, Manipal Hospital, Bangalore.

Contact:

Karvannan H, email: karvannan.h@manipal.edu

KOOS KNEE SURVEY

ದಿನಾಂಕ : _____ / _____ ಜನ್ಮದಿನಾಂಕ : _____

ಹೆಸರು : _____

ಸೂಚನೆಗಳು : ಈ ಗಣತಿ ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕೆಲವು ಅನಿಸಿಕೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸಿಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೀವು ಕೊಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿಯಿಂದ ನಮಗೆ ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮಗೆ ಎಷ್ಟು ಸುಖಕರವಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಮಾಡಬಲ್ಲರಿ ಎಂದು ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರತಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಉತ್ತರ ಅದಕ್ಕೆ ಹತ್ತಿರವಾಗಿರುವಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಿ ಮತ್ತು ಒಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಒಂದೇ ಉತ್ತರವನ್ನು ಕೊಡಿ. ನಿಮಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಸಾಧ್ಯವಿರುವ ಉತ್ತಮ ಉತ್ತರವನ್ನು ನೀಡಿ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು:-

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ **ಕಳೆದ ವಾರದ** ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟು ಉತ್ತರಿಸಿ.

S1. ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿ ಉದಿಕ್ಕೊಂಡಿತ್ತೆ?

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ಇಲ್ಲವೆಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗದರೊಮ್ಮೆ <input type="checkbox"/> | ಆಗಾಗ <input type="checkbox"/> | ಅನೇಕ ಬಾರಿ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗಲೂ <input type="checkbox"/> |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

S2. ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯಿಂದ ಗರಗರ, ಕಟಕಟ, ಅಥವಾ ಯಾವುದಾದರೂ ಶಬ್ದ ಹೊರಬರುತ್ತಿತ್ತೆ?

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ಇಲ್ಲವೆಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗದರೊಮ್ಮೆ <input type="checkbox"/> | ಆಗಾಗ <input type="checkbox"/> | ಅನೇಕ ಬಾರಿ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗಲೂ <input type="checkbox"/> |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

S3. ನಡೆಯುವಾಗ ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯು ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿತ್ತೆ?

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ಇಲ್ಲವೆಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗದರೊಮ್ಮೆ <input type="checkbox"/> | ಆಗಾಗ <input type="checkbox"/> | ಅನೇಕ ಬಾರಿ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗಲೂ <input type="checkbox"/> |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

S4. ನೀವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಂಡಿಯನ್ನು ನೇರ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| ಯಾವಾಗಲೂ <input type="checkbox"/> | ಅನೇಕ ಬಾರಿ <input type="checkbox"/> | ಆಗಾಗ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗದರೊಮ್ಮೆ <input type="checkbox"/> | ಇಲ್ಲವೆಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|

S5. ನೀವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಂಡಿಯನ್ನು ಮಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವೇ?

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| ಯಾವಾಗಲೂ <input type="checkbox"/> | ಅನೇಕ ಬಾರಿ <input type="checkbox"/> | ಆಗಾಗ <input type="checkbox"/> | ಯಾವಾಗದರೊಮ್ಮೆ <input type="checkbox"/> | ಇಲ್ಲವೆಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|

ಗಡಸುತನ:- ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ನಿಮ್ಮ ಕೀಲುಗಳ ಗಡಸುತನದ ಬಗ್ಗೆ **ಮೊದಲವಾರದಲ್ಲ** ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ತಿಳಿಯಲು: ಗಡಸುತನ ಅಂದರೆ ಮಂಡಿಯನ್ನು ಮಡಿಸಿದಾಗ ಅಥವಾ ನೇರ ಮಾಡಿದಾಗ ಅಡೆತಡೆಗಳು ಅಥವಾ ನಿಧನವಾಗುವುದು.

S6. ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ನೀವು ಎದ್ದ ತಕ್ಷಣ ಮಂಡಿಯ ಗಡಸುತನ ಎಷ್ಟು ಕಷ್ಟವಿರುತ್ತದೆ ?

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ಸ್ವಲ್ಪ <input type="checkbox"/> | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ತುಂಬಾ <input type="checkbox"/> | ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|

S7. ನೀವು ಕುಳಿತಾಗ, ಮಲಗಿರುವಾಗ ಅಥವಾ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುತ್ತಿರುವಾಗ ಮಂಡಿ ಗಡಸುತನ ಎಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ **ದಿನದ ಕೊನೆಯ ಗಳಿಗೆಯಲ್ಲಿ?**

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ಇಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ಸ್ವಲ್ಪ <input type="checkbox"/> | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ <input type="checkbox"/> | ತುಂಬಾ <input type="checkbox"/> | ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|

ನೋವು:-

P1. ನಿಮಗೆ ನಿಮ್ಮ ಕೀಲು ನೋವು ಯಾವಾಗ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಬರುವುದೇ ಇಲ್ಲ | ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ | ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ | ದಿನವು | ಯಾವಾಗಲೂ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ನೀವು **ಕೆಲವೆವಾರ** ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಮಾಡುವಾಗ ಕೀಲು ನೋವು ಯಾವ ರೀತಿ ಅನುಭವಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ?

P2. ತಿರುಗುವಾಗ / ಕಾಲು ತಿರುಗಿಸಿದಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P3. ಮಂಡಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನೇರಮಾಡಿದಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P4. ಮಂಡಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಡಿಸಿದಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P5. ಸಮತಟ್ಟಾದ ನೆಲದ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುವಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P6. ಮೆಟ್ಟಿಲು ಹತ್ತುವಾಗ / ಇಳಿಯುವಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P7. ರಾತ್ರಿ ಮಲಗಿದಾಗ?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P8. ಕುಳಿತಿರುವಾಗ / ಮಲಗಿರುವಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P9. ನೆಟ್ಟಗೆ ನಿಂತಿರುವಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ದಿನ ನಿತ್ಯ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ:

ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿ / ಕೀಲುಗಳ ದೈಹಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಂದರೆ ನಿಮಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಹಾಗೂ ತಮ್ಮನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ **ಕೆಲವೆ ವಾರದಲ್ಲ** ಎಷ್ಟು ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದಿರಾ?

A1. ಮೆಟ್ಟಿಲು ಇಳಿಯುವಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A2. ಮೆಟ್ಟಿಲು ಹತ್ತುವಾಗ

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ | ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ | ಪರವಾಗಿಲ್ಲ | ತುಂಬಾ | ತಡೆಯಲಾಗದಷ್ಟು |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತಲೆದ ವಾರದಲ್ಲ ಎಷ್ಟು ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದಿರಾ

- A3. ಕುಳಿತಲ್ಲದ ಎದ್ದು ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A4. ನಿಂತಿರುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A5. ನೆಲಕ್ಕೆ ಬಗ್ಗುವಾಗ / ಬಗ್ಗಿ ನೆಲದಿಂದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಎತ್ತುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A6. ಸಮತಟ್ಟಾದ ಜಾಗದ ಮೇಲೆ ನಡೆಯುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A7. ಕಾರಿನಲ್ಲಿ ಹತ್ತುವಾಗ / ಇಳಿಯುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A8. ಮಾರುಕಟ್ಟೆಗೆ ಖರೀದಿಸಲು ಹೊರಬಂದಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A9. ನೀವು ಕಾಲುಜೀಲ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A10. ಮಲಗಿದ್ದು ಏಳುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A11. ನೀವು ಕಾಲುಜೀಲ ತೆಗೆಯುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A12. ಮಲಗಿರುವಾಗ (ಮಗ್ಗಲು ತಿರುಗುವಾಗ ಮಂಡಿಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಇರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು)
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A13. ಸ್ನಾನಕ್ಕೆ ಹೋದಾಗ / ಹಿಂತಿರುಗುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A14. ಕುಳಿತು ಕೊಳ್ಳುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು
- A15. ಸಂಧಾನಿಲ್ಲ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವಾಗ/ ಏಳುವಾಗ
 ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿಯ ತೊಂದರೆಯಿಂದ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ **ಕೆಳದ ವಾರದಲ್ಲ** ಎಷ್ಟು ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದಿರಾ

A16. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಭಾರವಾದ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡುವಾಗ (ಭಾರವಾದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಚಲಿಸುವಾಗ, ನೆಲವನ್ನು ಸ್ವಚ್ಛಗೊಳಿಸುವಾಗ ಮುಂತಾದವುಗಳು)

ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

A17. ಸುಲಭವಾದ ಮನೆಗೆಲಸ ಮಾಡುವಾಗ (ಅಡಿಗೆ ಮಾಡುವಾಗ, ಧೂಳು ಉದುರಿಸುವಾಗ)

ತೊಂದರೆ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

ಕಾರ್ಯ, ಕ್ರೀಡೆ ಮತ್ತು ಮನೋರಂಜನೆ

ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳು ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿ / ಕೀಲುಗಳ ಭೌತಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಅಂದರೆ ಭಾರವಾರ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಮಾಡುವಾಗ **ಕೆಳದ ವಾರದಲ್ಲ** ಎಷ್ಟು ಕಷ್ಟಗಳನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದೀರಿ?

SP1. ಕುಕ್ಕರುಗಾಲಿನಲ್ಲಿ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವಾಗ

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

SP2. ಓಡುವಾಗ

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

SP3. ಕುಪ್ಪಳಿಸಿದಾಗ

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

SP4. ತಿರುಗಿದಾಗ / ಗಾಯ ಆದ ಮಂಡಿಯನ್ನು ತಿರುಗಿಸಿದಾಗ

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

SP5. ಬಗ್ಗಿದಾಗ

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

ಜೀವನ ಶೈಲಿ:-

Q1. ನಿಮ್ಮ ಕೀಲಿನ ತೊಂದರೆ ಯಾವಾಗ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತದೆ ?

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ ದಿನಾಲೂ ಯಾವಾಗಲೂ

Q2. ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯನ್ನು ಮಂಡಿ / ಕೀಲಿನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟು ಹೇಗೆ ಬದಲಾಯಿಸಿದ್ದೀರಾ?

ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

Q3. ನಿಮ್ಮ ಮಂಡಿ ನೋವುನಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಮನಸ್ಸಿನ ಮೇಲೆ ಯಾವ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ?

ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

Q4. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಕೀಲಿನ ತೊಂದರೆ ಎಷ್ಟಿದೆ?

ಯಾವಾಗಲೂ ಇಲ್ಲ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರವಾಗಿಲ್ಲ ತುಂಬಾ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟು

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಬಗ್ಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಧನ್ಯವಾದಗಳು