

Translation, cultural adaptation and validation of the Vietnamese version of Knee Injury osteoarthritis Outcome Score (KOOS) questionnaire

Description

The translation and cultural adaptation of KOOS questionnaire was done according to guidelines issued by American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS).

Initially, the English version of KOOS questionnaire has been translated into Vietnamese by two independent native Vietnamese translators. One of the translators is physiotherapist (T1) and the other (T2) has no medical background. The two translations were synthesized by solving the discrepancies between the translators through a meeting which had the two translators and the developer. A Vietnamese version (T12) of the questionnaire has been developed after that phase. That version went through a backward translation process conducted by two translators (BT1 and BT2) whose native language is English (one is an Australian and one is an American). Those translators are fluent in Vietnamese and not aware of the concept. The Expert committee which included all translators, the developer and a methodologist was formed. The original instrument, instructions, scoring documentation and all translated versions (T1, T2, T12, BT1, BT2) were sent to all members of Expert committee for review and comment. After reaching the consensus on all discrepancies found, the pre-final version of the questionnaire for field testing was produced. The pre-test process of that pre-final version was done on 30 elderly with osteoarthritis. Their responses were noted and the questionnaire was revised where necessary.

The validation of the Vietnamese version of KOOS is ongoing.

Contact information:

Van Thanh Le

Head of Physiotherapy Department

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city

Add: 70 Ba Huyen Thanh Quan, district 3, Ho Chi Minh city, Vietnam

Email: lethanhvan@ump.edu.vn

BẢNG CÂU HỎI KHẢO SÁT KHỚP GỐI KOOS

Ngày trả lời: _____/_____/_____ Ngày/tháng/năm sinh: _____/_____/_____

Họ và tên: _____

HƯỚNG DẪN: Đây là cuộc khảo sát về quan điểm của ông/bà về đầu gối của ông/bà. Thông tin này sẽ giúp chúng tôi theo dõi cảm giác của ông/bà về đầu gối của ông/bà và khả năng thực hiện các hoạt động bình thường như thế nào.

Vui lòng trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu "X" vào ô tương ứng, chỉ có một ô cho mỗi câu hỏi.

Nếu ông/bà không có câu trả lời chắc chắn, vui lòng chọn câu trả lời tốt nhất theo ý ông/bà.

Các triệu chứng

Ông/bà cần trả lời những câu hỏi sau dựa vào các triệu chứng của đầu gối mình trong **TUẦN VỪA RỒI**

S1. Đầu gối của ông/bà có sưng không?

Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Ông/bà có cảm thấy tiếng cụp cụp, tiếng lạo xạo hoặc bất kỳ tiếng nào khác khi đầu gối ông/bà cử động?

Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Đầu gối của ông/bà có bị kẹt/ khựng hoặc bị dừng đột ngột khi di chuyển không?

Không bao giờ	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Ông/bà có thể duỗi thẳng đầu gối hoàn toàn không?

Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Ông/bà có thể co/gập đầu gối hoàn toàn không?

Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cứng khớp

Những câu hỏi sau đây liên quan đến mức độ cứng khớp của đầu gối của ông/bà trong suốt **TUẦN VỪA RỒI**. Cứng khớp là cảm giác bị giới hạn hoặc chậm lại trong khi ông/bà cử động đầu gối của mình

S6. Đầu gối của ông/bà bị cứng mức độ nghiêm trọng thế nào ngay khi thức dậy vào buổi sáng?

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. Đầu gối của ông/bà cứng mức độ nghiêm trọng thế nào sau khi ngồi, nằm hoặc nghỉ ngơi vào cuối ngày?

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đau

P1. Ông/bà bị đau đầu gối thường xuyên như thế nào?

Không bao giờ	Hàng tháng	Hàng tuần	Hàng ngày	Thường xuyên
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TUẦN VỪA RỒI, đầu gối của ông/bà đau nhiều như thế nào khi làm các hoạt động sau?

P2. Khi đầu gối làm các cử động xoắn/xoay

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Khi duỗi thẳng đầu gối

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Khi co/gập đầu gối sát hết mức.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Khi đi trên bề mặt bằng phẳng

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Khi đi lên xuống cầu thang.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Vào buổi tối lúc ngủ.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Khi ngồi hoặc nằm.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Khi đứng thẳng

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chức năng, sinh hoạt hằng ngày

Những câu hỏi sau đây liên quan đến chức năng thể chất của ông/bà. Bằng cách này chúng tôi muốn biết được khả năng của ông/bà có thể di chuyển xung quanh và chăm sóc bản thân. Cho mỗi hoạt động sau đây, ông/bà vui lòng chỉ ra mức độ khó khăn mà ông/bà đã trải qua trong **TUẦN VỪA RỒI** do đầu gối của ông/bà.

A1. Lên cầu thang

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Xuống cầu thang.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đối với mỗi hoạt động sau, hãy cho biết mức độ khó khăn ông/bà gặp phải trong **TUẦN VỪA RỒI** do đầu gối của ông/bà.

A3. Đứng lên khi đang ngồi

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Đứng.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Cúi xuống sàn nhà /nhặt 1 đồ vật

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Đi bộ trên mặt phẳng.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Lên /Xuống xe

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Đi mua sắm.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Mang vớ/tất

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Ngồi dậy trên giường.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Cởi vớ/tất

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Nằm trên giường – (xoay trở mình, giữ yên đầu gối lâu)

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Vào/ra nhà tắm

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Ngồi

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Đứng lên/ngồi xuống bàn cầu.

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đối với mỗi hoạt động sau, vui lòng cho biết mức độ khó khăn ông/bà gặp phải trong **TUẦN VỪA RỒI** do đầu gối của ông/bà.

A16. Công việc nặng trong gia đình (di chuyển hộp nặng, lau chùi sàn nhà,...)

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Công việc nhẹ trong gia đình (nấu ăn, lau bụi, dọn rác,.....)

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nghiêm trọng	Cực kì nghiêm trọng
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các hoạt động chức năng, thể thao và giải trí.

Các câu hỏi sau liên quan đến chức năng thể chất khi đang hoạt động ở mức độ cao hơn. Những câu hỏi này nên được trả lời bằng cách suy nghĩ về mức độ khó khăn nào mà ông/bà trải qua trong suốt **TUẦN VỪA RỒI** do đầu gối của ông/bà .

SP1. Ngồi xổm/khụy gối

Không có <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	---

SP2. Chạy

Không có <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	---

SP3. Nhảy

Không có <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	---

SP4. Xoắn vặn/xoay đầu gối bị đau.

Không có <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	---

SP5. Quỳ gối

Không có <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	---

Chất lượng cuộc sống liên quan đến đầu gối

Q1. Ông/bà gặp vấn đề với đầu gối của mình thường xuyên như thế nào?

Không bao giờ <input type="checkbox"/>	Hàng tháng <input type="checkbox"/>	Hàng tuần <input type="checkbox"/>	Hàng ngày <input type="checkbox"/>	Thường xuyên <input type="checkbox"/>
---	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Q2. Ông/bà có thay đổi lối sống của mình để tránh những hoạt động gây tổn thương một cách tiềm ẩn cho đầu gối của ông/bà không?

Không có gì <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Hoàn toàn <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

Q3. Mức độ phiền hà như thế nào khi ông/bà gặp vấn đề với đầu gối của mình?

Không có gì <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------------	--	---

Q4. Nhìn chung, ông/bà có khó khăn nhiều với đầu gối của mình?

Không có <input type="checkbox"/>	Nhẹ <input type="checkbox"/>	Vừa phải <input type="checkbox"/>	Nghiêm trọng <input type="checkbox"/>	Cực kì nghiêm trọng <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	---