

ABSTRACT

Cross cultural adaptation & validation of Neck Outcome Score (NOOS) amongst Saudi Arabian population.

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 different setting. NOOS, a recently developed and administered questionnaire amongst people with various origin of neck pain. Proposed to undergo cross cultural adaptations into various international languages. However, similar efforts have been made only for few International languages like English and Danish.

Objective: To translate and adapt NOOS questionnaire amongst the Arabic speaking Saudi Arab population who were comprehensively assessed with different domains for neck pain.

Methods: Cross cultural adaptation was taken up by administering the following phases. Phase I (Translation phase) constituted translating the questionnaire into Arabic 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 assessed for the neck pain.

Corresponding Author/Contact:

Dr. Mazen Alqahtani, PT, MSc, DSc.

Assistant Professor

Chairman- Department of Physical Therapy & Health Rehabilitation

College of Applied Medical Sciences

Majmaah University (<http://mu.edu.sa>)

Email: mm.alqahtani@mu.edu.sa

الجزء المتعلق بالحركة

عند الرد على الأسئلة التالية، فكر في مشاكل الرقبة التي كانت لديك خلال الأسبوع الماضي. كم مر.....

M1. هل لديك القدرة على تحويل رأسك تماما ودون صعوبة؟

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| طوال الأسبوع | غالبا | أحيانا | نادرا | ابدا |
| <input type="checkbox"/> |

M2. هل لديك القدرة على إمالة الرقبة أو الرأس للخلف بكافة الطرق دون صعوبة؟

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| طوال الأسبوع | غالبا | أحيانا | نادرا | ابدا |
| <input type="checkbox"/> |

M3. هل لديك القدرة على النظر لأسفل عند مستوى الصدر دون صعوبة؟

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| طوال الأسبوع | غالبا | أحيانا | نادرا | ابدا |
| <input type="checkbox"/> |

ما هي درجة آلام الرقبة التي شعرت بها خلال الأسبوع الماضي، عند ...

M4. تحويل رأسك الى جانب واحد بكافة الطرق؟

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| لا شيء | خفيف | معتدل | نادرا | ابدا |
| <input type="checkbox"/> |

M5. إمالة رأسك أو عنقك للخلف بكافة الطرق؟

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| لا شيء | خفيف | معتدل | نادرا | ابدا |
| <input type="checkbox"/> |

نتيجة مخرجات الرقبة

استبيان للأشخاص الذين يعانون من الام الرقبة

الاسم :

التاريخ :

التعليمات

هذا الاستبيان يحتوي على أسئلة تتعلق بمشاكل الرقبة. واجابتك سوف تساعدنا في ملاحظة كيف تفعل وكيف تتعامل مع الام الرقبة في الحياة اليومية.

رجاء الإجابة على كل سؤال عن طريق وضع علامة على الإجابة الأفضل بالنسبة لك، اختار اجابة واحدة فقط لكل سؤال، من فضلك اجب عن كل الأسئلة.

إذا كان السؤال غير ذي صلة بالنسبة لك، أو كان السؤال عن شيء لم يحدث لك خلال الأسبوع الماضي، رجاء تخمين أفضل اجابة والتي قد تكون أكثر دقة.

اضطرابات النوم

إلى أي درجة لديك مشاكل بعنقك تضطرب نومك خلال الأسبوع الماضي، عندما انت
SL1. ترقد في السرير؟

لا شيء على الإطلاق خفيفة متوسطة معتبرة معتبرة جدا

SL2. هل كان لديك صداع؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

SL3. كيف يبدو صداعك عندما يكون في أسوأ حالاته؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

SL4. كم مرة نمت بشكل سيئ بسبب مشاكل عنقك؟

أبدا نادرا أحيانا غالبا طوال الأسبوع

الانشطة اليومية والألم

ما درجة شعورك بالألم في الرقبة خلال الأسبوع الماضي، عندما انت ...

A1 . تجلس متواصل لأكثر من ساعة واحدة، على سبيل المثال القراءة أو مشاهدة التلفزيون أو الجلوس أمام الكمبيوتر؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

A2 . هل كان لديك صداع؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

A3 . كيف يبدو صداعك عندما يكون في أسوأ حالاته؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

A4 . كم مرة نمت بشكل سيئ بسبب مشاكل عنقك؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

الجزء المتعلق بالتيبس

تصلب الرقبة يتضمن صعوبة في تنفيذ حركات الرقبة (الانحناء أو الالتفات). إلى أي درجة قد شعرت بتيبس في الرقبة خلال الأسبوع الماضي؟

M6. كيف تكون عنقك متيبسة عندما تكون لتوك مستيقظ صباحا؟

لا شيء على الإطلاق القليل متوسطة تيبس شديد تيبس شديد جدا

M7. كيف تكون عنقك متيبسة بعد ذلك طوال اليوم؟

لا شيء على الإطلاق القليل متوسطة تيبس شديد تيبس شديد جدا

الاعراض

عند الرد على الأسئلة التالية، تذكر مشاكل الرقبة التي حدثت لك خلال الأسبوع الماضي.

SY1 . كيف يبدو ألم عنقك عندما يكون في أسوأ حالاته؟

لا شيء على الإطلاق القليل متوسطة تيبس شديد تيبس شديد جدا

SY2 . هل كان لديك صداع؟

أبدا نادرا أحيانا غالبا طوال الأسبوع

SY3 . كيف يبدو صداعك عندما يكون في أسوأ حالاته؟

لا شيء خفيفة متوسطة شديدة جدا شديدة

SY4 . هل شعرت بالدوار؟

أبدا نادرا أحيانا غالبا طوال الأسبوع

SY5 . هل كان لديك صعوبة في التركيز؟

أبدا نادرا أحيانا غالبا طوال الأسبوع

Neck Outcome Score, Arabic version LK 1.0, October 2016

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| PT4 . دوامك إلى عملك أو دراستك في المنزل أو خارجه؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT5 . تكون قادرا على المشاركة في الأنشطة البدنية المفضلة، للوقت الذي ترغبه؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT6 . تكون قادرا على المشاركة في الأنشطة البدنية المفضلة، بالطريقة التي ترغبها؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| جودة الحياة | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| PT7 . هل تؤدي مشاكل عنقك لإجراء تغييرات على نمط حياتك؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| الى مدى كبير | لحد معتبرا | باعتدال | إلى حد ما | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT8 . هل واجهت قيود في حياتك نتيجة لمشاكل عنقك، مثل تجنب أو الحد من العمل والأنشطة الترفيهية والهوايات أو العلاقات الاجتماعية؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| الى مدى كبير | لحد معتبرا | باعتدال | إلى حد ما | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT9 . هل اثرت مشاكل عنقك على علاقات بأقرب الناس اليك؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| الى مدى كبير | لحد معتبرا | باعتدال | إلى حد ما | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT10 . هل لمشاكل عنقك تأثير عاطفي عليك، على سبيل المثال هل تعاني من الحزن والإحباط أو الغضب؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| الى مدى كبير | لحد معتبرا | باعتدال | إلى حد ما | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| إلى أي درجة تجعل مشاكل عنقك الحياة اليومية صعبة خلال الأسبوع الماضي، عندما انت ... لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A5 . تجلس متواصلًا لأكثر من 1 ساعة؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A6 . تقوم بالتسوق؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A7 . عند القيام بالأعمال المنزلية الخفيفة، مثل الطبخ أو نفض الغبار؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A8 . عند القيام بالأعمال المنزلية الثقيلة، مثل غسل الأرض أو الكنس؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| المشاركة في الأنشطة الحياة اليومية | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| إذا كان السؤال غير ذي صلة بالنسبة لك، أو كان السؤال عن شيء لم يحدث لك خلال الأسبوع الماضي، رجا تخمين أفضل اجابة والتي قد تكون أكثر دقة. إلى أي درجة تؤدي مشاكل عنقك الي صعوبة الحياة اليومية خلال الأسبوع الماضي، عندما انت ... | | | | |
| PT1 . تشارك في الحياة الاجتماعية، مثل زيارة عائلتك أو الأصدقاء أو الزملاء في العمل؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT2 . تمارس الأنشطة الترفيهية المفضلة، مثل الهوايات أو الحرف اليدوية؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PT3 . تمارس نشاطاتك الرياضية المفضلة، مثل السباحة وركوب الدراجات والجري أو كرة التنس؟ لا شيء على الإطلاق | | | | |
| معتبرة جدا | معتبرة | متوسطة | خفيفة | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |