

Neck Outcome Score (NOOS)

Et spørgeskema til personer med nakkesmerter

Navn: _____

CPR.nr: _____ Dato _____

VEJLEDNING

Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om problemer relateret til din nakke. Svarene skal hjælpe os til at følge med i, hvordan du har det og, hvor godt du klarer dig i dagligdagen.

Du bedes besvare spørgsmålene ved at sætte kryds ved de svar, der passer bedst på dig. Du må kun sætte ét kryds ved hvert spørgsmål. Du bedes besvare ALLE spørgsmål.

Hvis et spørgsmål ikke er relevant for dig eller du ikke har oplevet det i den seneste uge, bedes du give dit bedste bud på det svar, der ville være mest nøjagtigt.

BEVÆGELIGHED

Tænk på de **nakkegener**, du har haft i løbet af **den sidste uge**, når du besvarer de næste spørgsmål. Hvor ofte...

M1. Har du uden besvær kunnet dreje hovedet helt?

Hele ugen Ofte Indimellem Sjældent Aldrig

M2. Har du uden besvær kunnet lægge nakken eller hovedet helt tilbage?

Hele ugen Ofte Indimellem Sjældent Aldrig

M3. Har du uden besvær kunnet se ned mod brystet?

Hele ugen Ofte Indimellem Sjældent Aldrig

Hvilken grad af **nakkesmerter** har du haft i løbet af **den sidste uge**, når du.....

M4. Har drejet hovedet helt til siden?

Ingen Lette Moderate Stærke Meget stærke

M5. Har lagt nakken eller hovedet helt tilbage?

Ingen Lette Moderate Stærke Meget stærke

STIVHED

Stivhed i nakken indebærer besvær ved at foretage bevægelser (bøje eller dreje din nakke). I **hvor høj grad** har du haft **stivhed i nakken** i løbet af **den sidste uge**?

M6. Hvor stiv har din nakke været, når du lige er vågnet om morgenen?

Slet ikke	Lidt	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M7. Hvor stiv har din nakke været senere på dagen?

Slet ikke	Lidt	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMER

Tænk på de **nakkegener**, du har haft i løbet af **den sidste uge**, når du besvarer de næste spørgsmål.

SY1. Hvordan er dine nakkesmerter, når de er værst?

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Ekstreme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SY2. Har du haft hovedpine?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Hele ugen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SY3. Hvordan er din hovedpine, når den er værst?

Ingen	Let	Moderat	Stærk	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SY4. Har du været svimmel?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Hele ugen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SY5. Har du haft svært ved at koncentrere dig?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Hele ugen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SØVNFORSTYRELSE

I **hvor høj grad** har dine nakke problemer forstyrret din søvn i løbet af **den sidste uge**, når du...

SL1. Har ligget i sengen?

Slet ikke	Lidt	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SL2. Hvilken grad af nakkesmerter har du haft, når du har ligget ned?

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Meget stærke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SL3. Hvilken grad af natlige nakkesmerter har du haft, for eksempel smerter der har forstyrret din søvn?

Ingen	Lette	Moderate	Stærke	Meget stærke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SL4. Hvor ofte har du sovet dårligt på grund af dine nakkegener?

Aldrig	Sjældent	Indimellem	Ofte	Hele ugen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DAGLIGDAGS AKTIVITETER OG SMERTER

Hvilken grad af nakkesmerter har du haft i løbet af den sidste uge, når du....

A1. Har siddet stille i mere end en time og for eksempel læst, set TV eller siddet foran en computerskærm?

Ingen Lette Moderate Stærke Meget stærke

A2. Har stået op i mere end 30 minutter?

Ingen Lette Moderate Stærke Meget stærke

A3. Har haft armene over hovedet, for eksempel at klæde dig på, vaske dig eller børste dit hår?

Ingen Lette Moderate Stærke Meget stærke

A4. Har løftet eller båret noget tungt som, for eksempel indkøbsposer?

Ingen Lette Moderate Stærke Meget stærke

I hvor høj grad har dine nakkeproblemer i løbet af den sidste uge vanskeliggjort din dagligdag, når du.....

A5. Har siddet stille i mere end en time?

Slet ikke Let Moderat Meget Rigtig meget

A6. Har skullet handlet ind?

Slet ikke Let Moderat Meget Rigtig meget

A7. Har skullet udføre let husarbejde som, for eksempel lave mad eller tørre støv af?

Slet ikke Let Moderat Meget Rigtig meget

A8. Har skullet udføre tungt husarbejde som, for eksempel vaske gulv eller støvsuge?

Slet ikke Let Moderat Meget Rigtig meget

DELTAGELSE I DAGLIGDAGEN

Du bedes besvare ALLE spørgsmål. Hvis et spørgsmål ikke er relevant for dig eller du ikke har oplevet det i den seneste uge, bedes du give dit bedste bud på det svar, der ville være mest nøjagtigt.

I **hvor høj grad** har dine **nakkeproblemer** i løbet af **den sidste uge vanskeliggjort** din dagligdag, når du....

PT1. Har deltaget i socialt samvær som, for eksempel besøge familie, venner eller kollegaer?

Slet ikke	Let	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT2. Har skullet udføre dine foretrukne fritidsaktiviteter, for eksempel hobbyer eller håndarbejde?

Slet ikke	Let	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT3. Har skullet udføre dine foretrukne sportslige aktiviteter, for eksempel svømning, cykling, løb eller tennis?

Slet ikke	Let	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT4. Har skullet passe dit arbejde eller dine studier i eller uden for hjemmet?

Slet ikke	Let	Moderat	Meget	Rigtig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT5. Har du kunnet deltage i dine foretrukne fysiske aktiviteter, så længe du gerne vil?

Altid	Ofte	Indimellem	Sjældent	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT6. Har du været i stand til at deltage i dine foretrukne fysiske aktiviteter, på den måde du gerne vil?

Altid	Ofte	Indimellem	Sjældent	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIVSKVALITET

PT7. Har du ændret din måde at leve på for at undgå dine nakkegener?

Slet ikke	I nogen grad	Moderat	I stor udstrækning	Fuldstændigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT8. Oplever du begrænsninger i dit liv som følge af dine nakkegener, så du for eksempel undgår eller reducerer tiden brugt til arbejde, fritidsaktiviteter, hobbyer eller socialt samvær?

Slet ikke	I nogen grad	Moderat	I stor udstrækning	I meget stor udstrækning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT9. Har dine nakkegener haft indflydelse på dit forhold til dine nærmeste?

Slet ikke	I nogen grad	Moderat	I stor udstrækning	I meget stor udstrækning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PT10. Er du følelsesmæssigt påvirket på grund af dine nakkegener, så du for eksempel er trist, ked af det, frustreret eller vred?

Slet ikke	I nogen grad	Moderat	I stor udstrækning	I meget stor udstrækning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>