

KOOS – VPRAŠALNIK O TEŽAVAH S KOLENSKIM SKLEPOM

Datum: ____/____/____ Datum rojstva: ____/____/____

Ime: _____

NAVODILA: S tem vprašalnikom želimo izvedeti vaše mnenje o vašem kolenu. Pridobljeni podatki nam bodo pomagali spremljati občutke o vašem kolenu in to, kako dobro zmorete opravljati vaše običajne aktivnosti. Na vprašanje odgovorite tako, da označite okvirček pri ustreznem odgovoru. Pri vsakem vprašanju lahko označite samo en okvirček. Če niste prepričani o svojem odgovoru, izberite odgovor, ki se vam zdi najustreznejši.

Simptomi

Ko odgovarjate na naslednja vprašanja, upoštevajte simptome, ki so se v vašem kolenu pojavljali v **preteklem tednu**.

S1. Ali vam koleno zateka?

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Ali pri premikanju kolena slišite škrtanje, pokanje ali kakršen koli drug zvok?

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Ali vam koleno zaskoči oziroma obvisi, ko ga premaknete?

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Ali lahko koleno popolnoma iztegnete ?

Vedno	Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Ali lahko koleno popolnoma pokrčite?

Vedno	Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otrdelost

Naslednja vprašanja poizvedujejo o tem, kako močna je bila otrdelost kolena, ki ste jo opazili v **preteklem tednu**. Otrdelost je občutek omejitve in upočasnitve lahkotnosti, s katero premikate koleno.

S6. Kako močna je otrdelost kolena zjutraj, ko se prebudite?

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. Kako močna je otrdelost kolena po sedenju, ležanju ali počitku **tekom dneva**?

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bolečina

P1. Kako pogosto občutite bolečino v kolenu?

Nikoli	Najmanj enkrat na mesec	Najmanj enkrat na teden	Najmanj enkrat na dan	Vedno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kako močna je bila v **preteklem tednu** bolečina pri opravljanju naslednjih aktivnosti?

P2. Pri obračanju telesa/vrtenju na kolenu

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Pri popolnem iztegovanju kolena

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Pri popolnem pokrčenju kolena

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Pri hoji po ravni površini

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Pri hoji po stopnicah navzgor ali navzdol

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Ponoči v postelji

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Pri ležanju ali sedenju

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Pri stanju pokonci

Je ni bilo	Blaga	Zmerna	Huda	Zelo huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vsakanje aktivnosti

Naslednja vprašanja se nanašajo na vašo telesno mobilnost. S tem mislimo na vašo zmožnost premikanja po prostoru in sposobnost skrbeti zase. Pri vsaki aktivnosti označite, kakšne težave ste imeli v **preteklem tednu** zaradi vašega kolena pri naslednjih aktivnostih.

A1. Pri hoji po stopnicah navzdol

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Pri hoji po stopnicah navzgor

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pri vsaki aktivnosti označite, kakšne težave ste imeli v **preteklem tednu** zaradi vašega kolena pri naslednjih aktivnostih.

A3. Pri vstajanju iz sedečega položaja

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Pri stanju

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Pri pripogibanju do tal/pobiranju stvari s tal

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Pri hoji po ravni površini

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Pri vstopanju/izstopanju iz avtomobila

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Pri nakupovanju

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Pri obujanju nogavic

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Pri vstajanju s postelje

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Pri sezuvanju nogavic

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Med ležanjem v postelji (pri obračanju, ohranjanju položaja kolena)

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Pri vstopanju v kopalno kad/kabino za prhanje in izstopanju iz nje

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Pri sedenju

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Pri sedenju na straniščni školjki ali vstajanju z nje

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pri vsaki aktivnosti označite, kakšne težave ste imeli v **preteklem tednu** zaradi vašega kolena pri naslednjih aktivnostih.

A16. Pri opravljanju težkih hišnih opravil (premikanje težkih škatel, ribanje tal itd.)

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Pri opravljanju lahkih hišnih opravil (kuhanje, brisanje prahu itd.)

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Telesna mobilnost med športnimi in rekreacijskimi aktivnostmi

Naslednja vprašanja se nanašajo na telesno mobilnost med opravljanjem zahtevnejših aktivnosti. Pri vsaki aktivnosti označite, kakšne težave ste imeli v **preteklem tednu** zaradi vašega kolena pri naslednjih aktivnostih.

SP1. Pri čepenju

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Pri teku

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Pri skakanju

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Pri obračanju telesa/vrtenju na poškodovanem kolenu

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Pri klečanju

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kvaliteta življenja

Q1. Kako pogosto se zavedate težav s kolenom?

Nikoli	Najmanj enkrat na mesec	Najmanj enkrat na teden	Najmanj enkrat na dan	Vedno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Ali ste spremenili način življenja zato, da bi se izognili morebitnim aktivnostim, ki so škodljive za vaše koleno?

Sploh ne	Malo	Zmerno	Močno	Popolnoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. Kako močno vas skrbi pomanjkanje zaupanja v koleno?

Sploh ne	Malo	Zmerno	Močno	Zelo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Na splošno, kako velike so vaše težave s kolenom?

Jih ni bilo	Blage	Zmerne	Hude	Zelo hude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Najlepše se vam zahvaljujemo za odgovore na vsa vprašanja v vprašalniku.