

Abstract

Translation and cross-cultural adaptation of the Rheumatoid and Arthritis Outcome Score (RAOS) to Polish

Background:

New and more effective methods of treatment of autoimmune diseases enabled patients with inflammatory joint diseases to take up more physical activities including sport and recreation. The tools currently used to assess the quality of life and functioning in rheumatic diseases, available in the Polish language, do not address these issues. The "Rheumatoid and Arthritis Outcome Score" (RAOS) questionnaire was developed, but it is not available in the Polish language. This tool is used to evaluate the functional limitations of physically active people suffering from arthritis and associated lower limb disorders.

Objective:

Translation and cross-cultural adaptation of the Rheumatoid and Arthritis Outcome Score to Polish.

Methods:

Translation and cross-cultural adaptation process were conducted by following the guidelines being recommended by the American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) Evidence-Based Medicine Committee.

In the first stage, the questionnaire was translated by two independent translators. Polish was the mother language of both translators. The first translator had a medical academic background. The second translator had no history of medical education. In the second stage, the translations were synthesized and inconsistencies between the two translations have been resolved. In the third stage, two English first-language translators, naive to outcome measurement created two independent back translations from Polish synthesized version. In stage four expert committee reviewed all the reports to reach consensus on discrepancies and produced the pre-final version of the "Rheumatoid and Arthritis Outcome Score" questionnaire. The final stage is pre-testing of RAOS on a target setting. The final stage is undertaken to make possible amendments to address concerns raised by patients

Currently, the pre-testing stage and the assessment of RAOS reliability, validity, and sensitivity to change is ongoing.

For information on the Polish version please contact:

Łukasz Pulik MD, PhD candidate

Department of Orthopaedics and Traumatology, 1st Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw, Lindleya 4 St, 02-005 Warsaw, Poland

Phone: +48 508 221 462

E-mail: lukasz.pulik@wum.edu.pl or lukaszpulik@gmail.com

Formularz dla pacjentów z chorobą zapalną stawów - RAOS

Dzisiejsza data: ____/____/____ Data urodzenia: ____/____/____

Imię i nazwisko: _____

INSTRUKCJE: Poniższa ankieta ma na celu zapoznanie się z Pana/Pani opinią dotyczącą bioder, kolan i/lub kostek. Uzyskane informacje pomogą nam dowiedzieć się jak sprawnie jest Pan/Pani w stanie wykonywać codzienne czynności.

Prosimy odpowiedzieć na każde pytanie zaznaczając odpowiednie pole, tylko jedno w odpowiedzi na każde pytanie.

Jeżeli nie jest Pan pewien/Pani pewna, którą opcję wybrać, prosimy o zaznaczenie odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego.

Objawy

Poniższe pytania dotyczą problemów z biodrem, kolanem i kostką, które miał Pan/ miała Pani **w zeszłym tygodniu**.

- S1. Czy zauważył Pan/ zauważyła Pani obrzęk w okolicy biodra, kolana lub kostki?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S2. Czy odczuwał Pan/ odczuwała Pani tarcie lub słyssał Pan/słyssała Pani strzykanie lub inne dźwięki podczas poruszania nogą w biodrze, kolanie lub kostce?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S3. Czy podczas ruchu biodro, kolano lub kostka blokują się?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nigdy | Rzadko | Czasami | Często | Cały czas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S4. Czy może Pan /Pani w pełni wyprostować nogę w biodrze, kolanie lub kostce?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cały czas | Zazwyczaj | Czasami | Rzadko | Nigdy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- S5. Czy może Pan/Pani w pełni zgiąć nogę w biodrze, kolanie lub kostce?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cały czas | Zazwyczaj | Czasami | Rzadko | Nigdy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sztywność

Poniższe pytania dotyczą stopnia sztywności odczuwanego w stawie biodrowym, kolanowym lub w kostce **w zeszłym tygodniu**. Przez „sztywność” rozumiemy odczucie ograniczenia lub spowolnienia ruchomości stawu biodrowego, kolanowego lub kostki.

S6. W jakim stopniu odczuwał Pan/odczuwała Pani sztywność stawu biodrowego, kolanowego lub kostki rano zaraz po przebudzeniu?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. W jakim stopniu odczuwał Pan/odczuwała Pani sztywność stawu biodrowego, kolanowego lub kostki po przebywaniu w pozycji siedzącej, leżącej lub po odpoczynku **później w ciągu dnia**?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ból

P1. Jak często odczuwa Pan/Pani ból w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce?

Nigdy	Raz na miesiąc	Raz na tydzień	Codziennie	Zawsze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu odczuwał Pan/ Pani ból w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce **w zeszłym tygodniu** podczas...

P2. Wykonywania ruchów skrętnych biodra, kolana lub kostki (np. taniec, gra w piłkę)

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Pełnego prostowania nogi w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Pełnego zginania nogi w stawie biodrowym, kolanowym lub kostce?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Chodzenia po płaskiej powierzchni?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Wchodzenia lub schodzenia ze schodów?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Leżenia w łóżku w nocy?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Siedzenia lub leżenia?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Stania w pozycji wyprostowanej?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprawność fizyczna, życie codzienne

Poniższe pytania dotyczą sprawności fizycznej. Rozumiemy przez to zdolność poruszania się i samodzielne dbanie o siebie. Przy każdej z wymienionych czynności prosimy o wskazanie stopnia odczuwanej przez Pana/Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

A1. Schodzenie po schodach

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Wchodzenie po schodach

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przy każdej z wymienionych czynności, prosimy o wskazanie stopnia odczuwanej przez Pana/Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

A3. Wstawanie z pozycji siedzącej

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Stanie

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Schylanie się do podłogi/ podnoszenie przedmiotów z podłogi

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Chodzenie po płaskiej powierzchni

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Wsiadanie/ wysiadanie z samochodu.

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Robienie zakupów

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- A9. Zakładanie skarpetek/rajstop
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A10. Wstawanie z łóżka
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A11. Zdejmowanie skarpetek/rajstop
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A12. Leżenie w łóżku (przekręcanie się na boki, utrzymywanie nóg w jednej pozycji)
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A13. Wchodzenie / wychodzenie z wanny
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A14. Siedzenie
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- A15. Siadanie/ wstawanie z toalety
- | Wcale | W niewielkim stopniu | W umiarkowanym stopniu | W znacznym stopniu | Skrajnie |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Przy każdej z wymienionych czynności, prosimy o wskazanie stopnia odczuwanej przez Pana/Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

A16. Wykonywanie cięższych prac domowych (przenoszenie ciężkich pudeł, szorowanie podłogi, itd.)

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Wykonywanie lekkich prac domowych (gotowanie, ścieranie kurzu, itd.)

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sprawność fizyczna, sport i rekreacja

Poniższe pytania dotyczą sprawności fizycznej podczas aktywności o większym nasileniu.

Przy każdej z poniższych aktywności, prosimy o wskazanie w jakim stopniu odczuwał Pana/ odczuwała Panią **w zeszłym tygodniu** trudności w poruszaniu nogą w biodrze, kolanie lub kostce.

SP1. Robienie przysiadów

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Bieganie

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Skakanie

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Wykonywanie ruchów skrętnych na chorej kończynie (taniec, gra w piłkę, itd.)

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP5. Klękanie

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jakość życia

Q1. Jak często dokucza Panu/Pani problem z biodrem, kolanem lub kostką?

Nigdy	Raz na miesiąc	Raz na tydzień	Codziennie	Stale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Czy zmienił Pan/zmieniła Pani swój styl życia, tak aby unikać czynności potencjalnie pogarszających stan nogi?

Nie	Trochę	Umiarkowanie	Bardzo	Całkowicie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. W jakim stopniu niepokoi Pana/Panią, że nie może Pan/ Pani polegać na biodrze, kolanie lub kostce?

Wcale	W niewielkim stopniu	W umiarkowanym stopniu	W znacznym stopniu	Skrajnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Podsumowując, jak wiele trudności sprawiają Panu/Pani dolegliwości stawu biodrowego, kolanowego i kostki?

Wcale	Niewiele	Umiarkowanie dużo	Dużo	Bardzo dużo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bardzo dziękujemy za odpowiedź na wszystkie pytania zawarte w ankiecie