Fragebogen zur Nachbehandlung der lumbalen Spinalkanalstenose

(deutsche Version)

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____ Untersucher: _____

Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir untersuchen, wie sich Ihre Schmerzen durch die Behandlung entwickelt haben.

Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie mit den vorgegebenen Aussagen einverstanden sind. Für die Durchführung benötigen Sie ca. 5 Minuten. Bitte nehmen Sie sich die Zeit für die korrekte Beantwortung der Fragen. Sie können für den weiteren Behandlungsverlauf sehr wichtig sein.

1. Wie würden Sie ihre Schmerzen im letzten Monat vor der Operation bzw. konservativen Therapie beschreiben?

a. Die Schmerzen im Rücken, Gesäß und in den Beinen bzw. die Ausstrahlung in die Beine waren:

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

b. Wie oft hatten Sie Rücken-, Gesäß- oder Beinschmerzen?

Weniger als 1x pro Woche	
Einmal in der Woche	
Täglich, für mindestens 5 Minuten	
Täglich, für mehrere Stunden	
Täglich, jede Minute	

c. Die Schmerzen im Rücken waren:

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

d. Die Schmerzen in den Beinen und/oder Füßen waren:

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

e. Hatten Sie ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln in den Beinen oder Füßen?

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

f. Fühlten sich die Beine gefühllos oder kraftlos an?

Keine	
Leicht	
Mäßig	
Stark	
Sehr Stark	

g. Sind Probleme bei der Balance oder Standsicherheit aufgetreten?

Nein, keine Probleme	
Ja, manchmal	
Ja, oft	

2. Fragen zur körperlichen Leistungsfähigkeit (vor der Operation)

a. Wie weit waren Sie in der Lage zu laufen?

Mehr als 3,2 km	
Zwischen 2,5 km und 3,2 km	
Zwischen 1,5 km und 2,5 km	
Weniger als 1,5 km	

b. Haben Sie Spaziergänge außerhalb der Wohnung unternommen?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	

Nein	

c. Haben Sie Einkäufe selbst erledigt?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

d. Konnten Sie sich in der Wohnung frei bewegen?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

e. Konnten Sie von Ihrem Schlafzimmer ins Badezimmer gehen?

Ja, ohne Beschwerden	
Ja, aber manchmal mit Schmerzen	
Ja, aber immer mit Schmerzen	
Nein	

3. Beurteilung der Zufriedenheit nach der konservativen Therapie, bzw. nach der Operation.

a. Ihr Gesamteindruck nach der konservativen Therapie/Operation?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

b. Verbesserung der Schmerzen nach der konservativen Therapie/Operation?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

c. Wie zufrieden waren Sie mit dem Gehen nach der konservativen Therapie/Operation?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	

Gar nicht zufrieden	

d. Wie zufrieden waren Sie mit der Fähigkeit, Haus- oder Gartenarbeit bzw. ihren Beruf wieder auszuüben?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

e. Wie zufrieden waren Sie mit der Kraft in Ihren Beinen, bzw. Füßen?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

f. Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Balance/Standsicherheit?

Sehr zufrieden	
Zufrieden	
Nicht zufrieden	
Gar nicht zufrieden	

Auswertung:

Die einzelnen Items werden mit einer Likert Skala
1-3,
1-4 oder
1-5 bewertet.

Ein geringerer Wert zeigt eine geringere Symptomatik an.

Je geringer der Score, desto geringer ist die Beeinträchtigung insgesamt.

Quelle:

Stucki G, Daltroy L, Liang MH, Lipson SJ, Fossel AH, Katz JN. Measurement Properties of a Self-Administered Outcome –Measure in Lumbar Spinal Stenosis. Spine. 1996; 21: 796-803.