

Η στάθμιση της κλίμακας Τροποποιημένης Σωματικής Αντίληψης (Modified Somatic Perception Questionnaire) κατά την αξιολόγηση του μυοσκελετικού πόνου από τον μη-ειδικό

Κ. Κατσουλάκης¹, Α. Νταβατζίκος², Α. Μαρμαρινού³, Γ. Γεωργούδης^{3,4}

¹ Φυσικοθεραπευτής, Π.Γ.Ν.Α. "Αγία Σοφία"

² Εργοθεραπευτής

³ Φυσικοθεραπεύτρια, Κέντρο Έρευνας & Εφαρμογών Φυσικοθεραπείας (Κ.Ε.Ε.Φ.)

⁴ Φυσικοθεραπευτής, Π.Γ.Ν. "Γζάνειο", ΤΕΙ Αθηνών – Τμήμα Φυσικοθεραπείας

Επικοινωνία: Γιώργος Γεωργούδης, Α. Μπέρτου 106, Αμφιάλη, Τ.Κ. 187 58 Πειραιάς

E-mail: georgoudis@eef.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πλέον ενδεδειγμένος τρόπος αξιολόγησης και θεραπείας των χρόνιων επώδυνων μυοσκελετικών προβλημάτων αφορά στην εφαρμογή του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου (biopsychosocial model), όπως αυτό περιγράφηκε από τον Waddell (1987) και τροποποιήθηκε μέσα από την εικοσαετή σχεδόν κλινική του εφαρμογή στις πολυδύναμες Μονάδες Θεραπείας Πόνου (Pain Management Units).

Είναι γεγονός ότι στους ασθενείς με χρόνια πόνο, εκτός από τη συχνά ανύπαρκτη οργανική κατά τη κλασική έννοια παθολογία, η εκτίμηση του ψυχολογικού προφίλ και της γνωσιακής κατάστασης έχουν κυρίαρχο ρόλο στην αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου. Σύμφωνα με τον Waddell (1987), ο πιο σημαντικός ψυχολογικός παράγοντας στην περίπτωση των ασθενών με χρόνια οσφυ-

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αξιολόγηση των ασθενών με επώδυνα μυοσκελετικά προβλήματα βάσει του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου αποτελεί μονόδρομο για ορθή πρακτική. Η «σωματοποίηση» των συμπτωμάτων από τον ασθενή είναι μια σημαντική παράμετρος για τον κλινικό, που χρειάζεται να μπορεί να την αξιολογήσει και να την καταγράψει έγκυρα, αξιόπιστα, και να έχει τη δυνατότητα να συγκρίνει τα αποτελέσματα τα του διεθνώς. Το ερωτηματολόγιο της Τροποποιημένης Σωματικής Αντίληψης (Modified Somatic Perception Questionnaire - MSPQ) αποτελεί ένα διεθνές εργαλείο κατασκευασμένο για αυτό το σκοπό. Σε δείγμα 70 ασθενών με χρόνια οσφυαλγία έγινε έλεγχος της εγκυρότητας της Ελληνικής έκδοσης του MSPQ (MSPQ-GR) με ικανοποιητικά αποτελέσματα ($\alpha=0.87$). Η επαναληψιμότητα του MSPQ-GR ήταν επίσης ικανοποιητική (ICC=0.92), όπως και η ευαισθησία του στην διαφοροποίηση των μετρήσεων μετά από θεραπεία ($t=-3.29$, $p<0.005$). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της Ελληνικής έκδοσης μετά από συσχέτιση (κατά Pearson's) με άλλα αντίστοιχα εργαλεία, ήταν ικανοποιητικές τόσο για τη συγχρονική συνάφεια ($r=0.36-0.42$, $p<0.005$), όσο και για την διακριτική εγκυρότητα ($r<0.2$, $p=NS$). Συμπερασματικά, η ελληνική έκδοση του MSPQ αποτελεί ένα έγκυρο, αξιόπιστο και ευαίσθητο εργαλείο για χρήση σε ασθενείς με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.

Λέξεις κλειδιά: ερωτηματολόγια, αξιολόγηση, πόνος, σωματοποίηση

Key words: questionnaire, assessment, pain, psychosomatic symptoms

αλγία είναι η όξυνση της σωματικής αντίληψης (σωματοποίηση), η οποία σχετίζεται με το άγχος και τη κατάθλιψη. Αυτές οι ψυχολογικές διαταραχές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο ως σημεία ψυχολογικής δυσφορίας,

αλλά και ως συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις στον πόνο και την ανικανότητα, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το ζήτημα της σωματοποίησης και του άγχους.

Προκειμένου να γίνει «μετρή-

ΕΡΕΥΝΑ

σιμη» η έννοια της σωματοποίησης, ο συνεργάτης του Waddell, ο Chris Main σχεδίασε το ερωτηματολόγιο Τροποποιημένης Σωματικής Αντίληψης, το Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) για τον παραπάνω σκοπό. Το MSPQ αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης της σωματοποίησης και γενικότερα του ψυχικού στρες που βιώνει ο ασθενής λόγω του πόνου του. Αποτελεί ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο ερωτηματολόγιο όπου η εγκυρότητα εννοιολογικής δομής του και η αξιοπιστία του αναφέρονται ως ικανοποιητικές (Main 1983, Deyo et al 1989). Το MSPQ παρουσιάζει μέτρια συσχέτιση με άλλες ψυχομετρικές μετρήσεις, όπως είναι η κλίμακα Zung για τον προσδιορισμό της κατάθλιψης (Zung Depression Scale: $r=0.54$ – Main 1983; $r=0.50$ – Deyo et al 1989), η κλίμακα

φόβου-αποφυγής της δραστηριότητας (Fear Avoidance Belief Questionnaire-FABQ: $r=0.29-0.36$ – Staerkle et al 2004), και η κλίμακα προσδιορισμού του Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression scale - HAD: $r=0.39$ για την υποκλίμακα του άγχους – Graver et al 1995). Η προβλεπτική ισχύς του MSPQ, σχετικά με τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή, φαίνεται να είναι ικανοποιητική σε περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης ασθενών με χρόνια οσφυαλγία (Graver et al 1995, Dolan et al 2000, Trief et al 2000), αν και αυτό διαφοροποιείται σε περι-

πτώσεις συντηρητικής αντιμετώπισης της οσφυαλγίας (Deyo et al 1989), ή όταν η αιτιολογία δεν περιορίζεται στους κλασικούς εκλυτικούς παράγοντες της οσφυαλγίας (Norrefolk et al 2005). Το MSPQ, μαζί με την κλίμακα Zung Depression Scale, αποτελούν από κοινού μια μέθοδο εκτίμησης του πιθανού κινδύνου για δυσφορία, τη Distress Risk Assessment Method (DRAM) (Main et al 1992), η οποία έχει καλή συσχέτιση με άλλους δείκτες λειτουργικής ικανότητας, όπως είναι το Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) ($r=0.41$ – Cairns et al 2003). Η DRAM χρησιμοποιείται συνήθως για την πρόβλεψη της λει-

Η χρήση των ερωτηματολογίων που συμπληρώνει μόνος του ο ασθενής, αποτελούν την αμέσως καλύτερη λύση μετά τη συνέντευξη του ειδικού ψυχολόγου

τουρσιμότητας (Graver et al 1995, Dolan et al 2000, Trief et al 2000). Αν και το MSPQ έχει σχεδιαστεί ειδικά για ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Main 1983), έχει εφαρμοστεί με μέτρια ως καλή επιτυχία σε ασθενείς με εντελώς διαφορετική παθολογία. Η Frasure – Smith (1987) αναφέρει μια αρκετά καλή κατάταξη (57%) των ανδρών σύμφωνα με τον αριθμό των αποφραγμένων αγγείων, βάσει της βαθμολογίας τους στο MSPQ, πριν από καρδιακό καθετηριασμό. Η βαθμολογία του MSPQ είχε μια ισχυρή συσχέτιση με την ομάδα ασθενών με την υψηλότερη απόφραξη, κάτι που σημαίνει ότι η ομάδα αυτή σωματοποιούσε τα συμπτώματα. Σε μια άλλη μελέτη γυναικών ασθενών με στεφανιαία

νόσο (Warner 1995), η ομάδα με τα σοβαρότερα προβλήματα είχε και τα πιο αυξημένα επίπεδα σωματοποίησης (βαθμολογία MSPQ).

Η ανάγκη ύπαρξης ενός εργαλείου που θα «μετρούσε» το βαθμό «σωματοποίησης» των συμπτωμάτων ασθενών με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, καταδεικνύεται από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, προκειμένου να είμαστε ακριβείς στην αξιολόγηση και επαρκέστεροι στη θεραπεία αυτών των ασθενών. Πολλές φορές όμως, η μη-παρουσία του ειδικού ψυχολόγου που κυρίως θα ασχολείτο με αυτές τις ψυχοκοινωνικές διαταραχές, μας υποχρεώνει να εκτιμήσουμε αυτές τις παραμέτρους ως μη-ειδικοί. Η χρήση των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων (self-reported questionnaires), που συμπληρώνει μόνος του ο ασθενής, αποτελούν την αμέσως καλύτερη λύση μετά τη συνέντευξη του ειδικού ψυχολόγου. Τα εργαλεία αυτά, προκειμένου να έχουν νόημα τόσο στην αξιολόγηση των ασθενών όσο και στην διαμόρφωση καταλληλότερης θεραπείας, απαιτείται να έχουν ελεγχθεί για την εγκυρότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία τους. Κάλιστα, θα μπορούσε κάθε ερευνητής-θεραπευτής να κατασκευάζει ένα δικό του τέτοιο ερωτηματολόγιο, όμως κάτι τέτοιο θα οδηγούσε στην ύπαρξη πολλών εργαλείων με αμφίβολες παραμέτρους εγκυρότητας και αξιοπιστίας, μα το κυριότερο, σε μια αδυναμία σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών ερευνητικών ομάδων. Η ύπαρξη ενός κοινού εργαλείου-ερωτηματολογίου που

θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί δια-πολιτισμικά, σε άτομα με διαφορετική γλώσσα, συνήθειες, ήθη και έθιμα, που να διατηρεί όμως τις αρχικές του ιδιότητες, θα έλυne το πρόβλημα των πολιτισμικών διαφορών σε μεγάλο βαθμό και θα δημιουργούσε συνθήκες σύγκρισης των αποτελεσμάτων των διαφόρων ερευνητικών προσπαθειών.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η προσαρμογή στην Ελληνική γλώσσα του ερωτηματολογίου της Τροποποιημένης Σωματικής Αντίληψης (Modified Somatic Perception Questionnaire – MSPQ), καθώς και ο έλεγχος της εγκυρότητας, της αξιοπιστίας και της ευαισθησίας της Ελληνικής του Έκδοσης (MSPQ-GR).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το Ερωτηματολόγιο. Το MSPQ αποτελείται από 22 ερωτήσεις, από τις οποίες μόνο οι 13 βαθμολογούνται, σύμφωνα με μια κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων σημείων (0: καθόλου ως 3: υπερβολικά πολύ – χειρότερα δεν γίνεται) (Main, 1983). Οι εννέα ερωτήσεις, που δεν βαθμολογούνται, χρησιμεύουν για να αποσπάσουν την προσοχή του ασθενή. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 0 και 39. Τυπικά οι άνδρες έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες από τις γυναίκες (Main 1983, Deyo et al 1989).

Διαδικασία Μετάφρασης. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε βάση της προτυποποιημένης διαδικασίας μετάφρασης από τα αγγλικά στα ελληνικά και από τα ελληνικά στα αγγλικά (Guillemin et al 1993). Σκοπός των δύο μεταφρα-

Πίνακας 1. Περιγραφή των Χαρακτηριστικών του Δείγματος		
Συμμετέχοντες (N=69)		
Άνδρες	12 (17.4%)	
Γυναίκες	57 (82.6%)	
Ηλικία	40.2±12.0 έτη (εύρος: 28-52 έτη)	
Γενική Υγεία	Άριστη	4.2%
	Πολύ καλή	27.1%
	Καλή	33.3%
	Επαρκής	31.3%
	Κακή	4.1%

στών ήταν η ιδιοματική απόδοση των όρων, παρά η επί λέξει μετάφραση. Μετά την ολοκλήρωση της ελληνικής μετάφρασης ένας ανεξάρτητος δίγλωσσος επαγγελματίας μετέφρασε την ελληνική έκδοση στα αγγλικά, και έγινε η σύγκριση με το πρωτότυπο κείμενο για σημαντικές διαφορές, που θα μετέβαλλαν το νόημα των ερωτήσεων. Μετά τις απαραίτητες τροποποιήσεις προέκυψε η τελική μορφή της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου, η MSPQ-GR (Παράρτημα Α).

Επιλογή Δείγματος. Στη μελέτη συμμετείχαν 69 άτομα (57 γυναίκες και 12 άνδρες) (ηλικίας 40.2±12.0 έτη) με συμπτώματα μη ειδικής οσφυαλγίας για περισσότερο από τρεις μήνες (Πίνακας 1). Οι ασθενείς ανέφεραν χρόνια οσφυαλγία, η οποία δεν ακτινοβολούσε προς τα κάτω άκρα, για τρεις τουλάχιστον μήνες, χωρίς κάποια άλλα συμπτώματα πριν από την περίοδο αυτή. Από τη μελέτη αυτή αποκλείστηκαν άτομα, τα οποία: (1) υπέφεραν από πόνους λόγω μη μηχανικής αιτιο-

λογίας (π.χ. τραυματισμός, συστηματικές νόσοι, μόλυνση κτλ), (2) υπέφεραν από νεοπλασίες, (3) είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και (4) ήταν έγκυες.

Το δείγμα συμπληρώθηκε από τους πρώτους 69 ασθενείς, που ανταποκρίθηκαν στα παραπάνω κριτήρια, και προσήλθαν για φυσικοθεραπεία σε ένα ιδιωτικό θεραπευτήριο. Όλοι οι ασθενείς πληροφορήθηκαν για τη φύση της μελέτης κατά την πρώτη αξιολόγηση και πριν από τις θεραπευτικές θεραπείες, ενώ στη συνέχεια τους ζητήθηκε να συμμετέχουν. Όλοι οι ασθενείς που αποδέχτηκαν την πρόσκληση, έδωσαν τη γραπτή τους συναίνεση σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι.

Εργαλεία. Οι ασθενείς έπρεπε να συμπληρώσουν μια σειρά από ερωτηματολόγια. Πιο συγκεκριμένα, έπρεπε να συμπληρώσουν:

- Ένα ερωτηματολόγιο για τη γενική κατάσταση της υγείας τους και για την καταγραφή των επιδημιολογικών δεδομένων.

ΕΡΕΥΝΑ

- Την ελληνική έκδοση του MSPQ, όπως αυτή διαμορφώθηκε από την προαναφερθείσα διαδικασία.
- Την ελληνική έκδοση της κλίμακας Hospital Anxiety και Depression Scale (HAD) (HAD-GR), η οποία αποτελείται από δύο υποκλίμακες, κάθε μια με 7 ερωτήσεις (HAD_anxiety and HAD_depression), και η οποία στοχεύει στη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης (Zigmond & Snaith, 1983). Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης θεωρούνται ικανοποιητικές (Georgoudis & Oldham 2001).
- Την ελληνική έκδοση του Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ-GR) (Waddell et al 1993). Το FABQ διαιρείται σε δύο υποκλίμακες: μια με 7 ερωτήσεις, που καταγράφει τον φόβο του ασθενή για τραυματισμό ή υποτροπή αυτού σε σχέση με την εργασία του, και μια δεύτερη με 4 ερωτήσεις, που καταγράφει τον φόβο σχετικά με τις σωματικές δραστηριότητες. Το FABQ-GR διαθέτει παρόμοια αξιοπιστία και εγκυρότητα με την πρωτότυπη έκδοση (Georgoudis et al 2004).
- Χρησιμοποιήθηκε η Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale – VAS) για την καταγραφή της μέσης έντασης του πόνου από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την ημέρα της αξιολόγησης. Η VAS είναι μια οριζόντια γραμμή, μήκους 10 cm, όπου η αριστερή άκρη αντιστοιχεί στο 0 και στην ένδειξη «καθόλου πόνος», ενώ η δεξιά άκρη στο 10 και στην έν-

δειξη «ο χειρότερος δυνατός πόνος».

Διαδικασία. Κατά την πρώτη επίσκεψη για αξιολόγηση από τον φυσικοθεραπευτή, οι ασθενείς πληροφορήθηκαν για την μελέτη και τους στόχους της. Μετά την συναίνεσή τους συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για πρώτη φορά (t1, N=69). Πριν από την έναρξη του προγράμματος φυσικοθεραπείας δύο ημέρες μετά, επιλέχθηκαν τυχαία 21 ασθενείς, οι οποίοι συμπλήρωσαν για δεύτερη φορά όλα τα ερωτηματολόγια, εκτός του γενικού (t2, N=21). Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος φυσικοθεραπείας μια άλλη τυχαία επιλεγμένη από το δείγμα ομάδα ασθενών συμπλήρωσε το MSPQ-GR για ακόμη μια φορά (t3, N=20). Η επεξήγηση της διαδικασίας προς τους ασθενείς περιελάμβανε τις ίδιες επεξηγήσεις και παραδείγματα, προκειμένου να διατηρηθεί η ομοιομορφία της διαδικασίας. Η σειρά συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν τυχαιοποιημένη, για την αποφυγή προκατάληψης (π.χ. οι ασθενείς συμπληρώνουν με πολύ μεγάλη προσοχή το πρώτο ερωτηματολόγιο).

Στατιστική Ανάλυση. Προκειμένου να ελέγξουμε την εσωτερική εγκυρότητα, επιλέχθηκε η στατιστική διαδικασία Cronbach's alpha. Για τη διαδικασία αυτή, οι τιμές μεταξύ 0.70 - 0.90 θεωρούνται ικανοποιητικές. Για την εσωτερική εγκυρότητα αναλύθηκαν

τα δεδομένα, που συλλέχθηκαν τη χρονική στιγμή t1.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας – επαναληψιμότητας επιλέχθηκε η δοκιμασία του Intraclass Correlation Coefficient (ICC). Αυτός ο δείκτης δεν αντιπροσωπεύει μόνο τη συσχέτιση στην τάση των τιμών, αλλά και τη συσχέτιση του μεγέθους των τιμών. Τα δεδομένα, που συλλέχθηκαν τις χρονικές στιγμές t1 & t2 (με διαφορά 48 ωρών για την αποφυγή του φαινομένου της ανάκλησης των απαντήσεων) υποβλήθηκαν στον έλεγχο αυτό.

Για τον έλεγχο της συγχρονικής συνάφειας το MSPQ-GR συσχέτιστηκε με το FABQ-GR_work & FABQ-GR_physical. Για τον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του MSPQ-GR, συσχέτιστηκε με τη HAD-GR (υποκλίμακα κατάθλιψης HAD-GR_depression και υποκλίμακα άγχους HAD-GR_anxiety). Για όλες τις συσχέτισεις επιλέχθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν τη χρονική στιγμή t1 χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση αυτή.

Τέλος, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μετά από την ολοκλήρωση του προγράμματος φυσικοθεραπείας (t3, N=20) χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ευαισθησίας της MSPQ-GR.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p = 0.05$. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό πακέτο SPSS 12®.

Πίνακας 2. Τιμές για Cronbach's a.

	Όλοι οι ασθενείς (N=69)	Άνδρες (N=12)	Γυναίκες (N=57)
Cronbach's a	0.87	0.80	0.88

Πίνακας 3. Μέσοι όροι βαθμολογιών για άνδρες και γυναίκες.

	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση	Εύρος
Άνδρες	7.17	12	4.67	1-14
Γυναίκες	7.12	57	7.12	0-26

Πίνακας 4. Τιμές συσχέτισης του MSPQ-GR με τη HAD & FABQ.

MSPQ σε συσχέτιση με...	r	p	N
HAD_anxiety	0.36	0.002	69
HAD_depression	0.42	<0.001	67
FABQ_work	0.19	<0.02	68
FABQ_physical	0.20	>0.10	68

Πίνακας 5. Διαφορές του μέσου όρων των βαθμολογιών του MSPQ πριν και μετά το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.

	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση	Stand. Error Mean
MSPQ (post-Rx) (t ₃)	5.1	21	3.9	0.85
MSPQ (pre-Rx) (t ₁)	7.6	21	5.2	1.14

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εσωτερική Εγκυρότητα

Η τιμή της δοκιμασίας Cronbach's alpha βρέθηκε να είναι 0.87 (N=69) για όλους τους συμμετέχοντες. Η τιμή αυτή υπολογίστηκε για τους άνδρες και τις γυναίκες ασθενείς ξεχωριστά, και τα αποτελέσματα αποδίδονται στον Πίνακα 2.

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας του MSPQ για τις άνδρες και τις

γυναίκες υπολογίστηκε ξεχωριστά, καθώς οι άνδρες παρουσιάζουν την τάση για χαμηλότερες βαθμολογίες από ότι οι γυναίκες (Main 1983, Deyo et al 1989) (Πίνακας 3).

Συσχέτιση με άλλες Μετρήσεις

Το MSPQ συσχετίστηκε με άλλες μετρήσεις με τον συντελεστή Pearson's correlation coefficient r, όπως είναι οι κλίμακες HAD_anxiety, HAD_depression, FABQ_

work & FABQ_physical. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4, όπου σε αντίθεση με την κλίμακα FABQ, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα HAD.

Ευαισθησία στις Μεταβολές

Η ευαισθησία στις μεταβολές αξιολογήθηκε μέσω της σύγκρισης των τιμών πριν (pre-Rx) (t₁) και μετά (post-Rx) (t₃) το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας (N=21)

ΕΡΕΥΝΑ

Πίνακας 6. Στατιστική σημαντικότητα του μέσου όρων των βαθμολογιών του MSPQ πριν και μετά το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.								
	Ζευγαρωτές παρατηρήσεις					t	df	Sig.(2-t.)
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Std. Error Mean	95% Διάστημα εμπιστοσύνης των διαφορών				
				Άνω	Κάτω			
MSPQ (post) – MSPQ (pre)	-2.43	3.38	0.74	-3.97	-0.89	-3.288	20	0.004

Πίνακας 7. Διασπορά των τιμών για επαναληψιμότητα μετά από 48 ώρες					
	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
MSPQ (t1)	69	0	26	7.13	6.15
MSPQ (t2) <i>μετά 48 ώρες</i>	20	2	26	7.95	5.93

(Πίνακες 5 & 6). Παρατηρείται μια σημαντική μείωση της μέσης τιμής (από 7.6 σε 5.1), η οποία είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0.05$).

Επαναληψιμότητα

Η επαναληψιμότητα αξιολογήθηκε μέσω της σύγκρισης των βαθμολογιών του MSPQ τη χρονική στιγμή t1 και t2 μετά από 48 ώρες. Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Intraclass Correlation Coefficient (ICC), αφού δεν εντοπίζει διαφορές μόνο στην τάση των τιμών, αλλά και στο απόλυτο μέγεθος τους. Η τιμή αυτή υπολογίστηκε 0.92 (95% ΔΕ: 0.79 – 0.96). Η διασπορά των τιμών περιγράφεται στον Πίνακα 7.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσαρμοστεί στην Ελληνική γλώσσα το ερωτηματολόγιο Τροποποιημένης Σωματικής Αντίληψης (Modified Somatic Perception Questionnaire – MSPQ), διατηρώντας τις αρχικές του ιδιότητες, καθώς και να ελεγχθεί η εγκυρότητα, αξιοπιστία και ευαισθησία της Ελληνικής έκδοσης (MSPQ-GR). Διαπιστώθηκαν ικανοποιητικοί δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας και φάνηκε ότι το MSPQ-GR είναι επίσης ένα ευαίσθητο εργαλείο που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα, τόσο για την αξιολόγηση των ασθενών αλλά και για την παρακολούθηση της προόδου της θεραπείας τους.

Η εσωτερική εγκυρότητα του MSPQ-GR ($\alpha = 0.87$) θεωρείται ως ικανοποιητική. Είναι υψηλότερη από άλλες τιμές στην αρθρογραφία, [Main 1983: 0.77, Deyo et al 1989: 0.78]. Η τιμή Cronbach's alpha για τους άνδρες και για γυναίκες ξεχωριστά είναι εντός των ορίων που αναφέρονται στην αρθρογραφία (0.80 για τους άνδρες και 0.88 για τις γυναίκες, σε σύγκριση με 0.78-0.79 για τους άνδρες και 0.83-0.85 για τις γυναίκες στη μελέτη του Main 1983). Είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε εδώ ότι η εσωτερική εγκυρότητα της κλίμακας παραμένει η ίδια ακόμη και σε μελέτες με ασθενείς με εντελώς διαφορετική παθολογία, όπως σε γυναίκες ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο ($\alpha = 0.79$) (Warner 1995), ή σε άνδρες ασ-

θενείς πριν από καρδιακό καθετηριασμό ($\alpha = 0.80$) (Frasure – Smith 1987).

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας του MSPQ για τους άνδρες ήταν 7.2, ενώ για τις γυναίκες 7.1. Ο Main (1983) αναφέρει ως μέσο όρο για τους ασθενείς του με οσφυαλγία 4.9, ενώ οι Deyo et al (1989) 6.1 (4.0 για τους άνδρες και 6.2 for γυναίκες), και οι Graver et al (1995) 7.4. Στην αρθρογραφία αναφέρεται η τάση των γυναικών να σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες (Main 1983, Deyo et al 1989). Αυτό το φαινόμενο δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη. Από την άλλη όμως, η διασπορά ήταν πολύ μεγαλύτερη για τις γυναίκες ασθενείς (τυπική απόκλιση 7.12 έναντι 4.67 για τους άνδρες). Ένας άλλος λόγος για αυτό μπορεί να είναι ο πολύ μεγαλύτερος αριθμός των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες (57 γυναίκες και 12 άνδρες). Αυτό το φαινόμενο παρατηρήθηκε στη μελέτη των Nolan et al (2000), όπου ο μέσος όρος της βαθμολογίας των γυναικών και των ανδρών ήταν παραπλήσιος (3.0 και 2.7 αντίστοιχα), αλλά οι γυναίκες ήταν πολύ περισσότερες από τους άνδρες (371 προς 32 αντίστοιχα).

Το MSPQ-GR συσχετίστηκε περισσότερο με τη HAD_depression ($r=0.42$) παρά με τη HAD_anxiety ($r=0.36$). Αυτή η τάση έχει απαντηθεί και άλλες

φορές στην αρθρογραφία, όπου το MSPQ σε γενικές γραμμές συσχετίζεται καλύτερα με εργαλεία που μετρούν την κατάθλιψη, όπως η Zung Depression Scale ($r=0.54$ – Main 1983), ($r=0.50$ – Deyo et al 1989). Παρόλα αυτά η τιμή συσχέτισης για τη HAD_anxiety είναι παρόμοια με άλλες αναφορές ($r=0.39$ – Graver et al 1995). Η συσχέτιση μεταξύ MSPQ-GR και FABQ_work ($r=0.19$) και FABQ_physical ($r=0.20$) είναι χαμηλότερη από ότι αναφέρεται στην αρθρογραφία ($r=0.29-0.36$ & $r=0.24-0.31$ – Staerkle et al 2004). Αυτό μπορεί να οφείλεται στον κατά πολύ μεγαλύτερο αριθμό των ατόμων ($N=221$ ως $N=361$) που συμμετείχαν στη μελέτη των Staerkle et al.

Η ευαισθησία στις μεταβολές βρέθηκε να είναι ικανοποιητική. Εντοπίστηκε στατιστική σημαντικότητα στις βαθμολογίες πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος φυσικοθεραπείας, ενώ η τάση για μείωση στις απόλυτες τιμές των μέσων όρων (από 7.6 σε 5.1) συγκρίνεται καλά με άλλες αναφορές (από 3.0 σε 1.3 – Dolan et al 2000).

Τέλος, η επαναληψιμότητα του MSPQ-GR, ($ICC=0.92$), είναι σαφώς εντός των αποδεκτών

ορίων. Η επιλογή του μεσοδιαστήματος των 48 ωρών μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων έγινε, για δύο λόγους: επει-

Η εσωτερική εγκυρότητα της κλίμακας παραμένει η ίδια ακόμη και σε μελέτες με ασθενείς με εντελώς διαφορετική παθολογία

δή αυτή ήταν η συνήθης περίοδος που μεσολαβεί πριν από την έναρξη του προγράμματος φυσικοθεραπείας και δεν θα ήταν ηθι-

κό να παραταθεί, αλλά και γιατί σε ένα τόσο μικρό σχετικά διάστημα δεν θα ήταν πιθανό να υπάρξει κάποια θεαματική και αυτόματη μεταβολή της κατάστασης του ασθενή (συμπτωματικοί ασθενείς για περισσότερο από 3 μήνες). Επιπλέον, η περίοδος των 48 ωρών θεωρείται σχετικά ασφαλής διάστημα ώστε να μην υπάρχει δυνατότητα ανάμνησης των προηγούμενων απαντήσεων του ασθενή (recall bias).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ελληνική έκδοση του MSPQ όπως ελέγχθηκε σε δείγμα ασθενών με χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα (οσφυαλγία), διαθέτει αποδεκτά επίπεδα εσωτερικής εγκυρότητας, ευαισθησίας και αξιοπιστίας, ενώ παρουσιάζει παρόμοια συμπεριφορά με την πρωτότυπη κλίμακα σε σχέση με άλλα ψυχομετρικά εργαλεία.

ΕΡΕΥΝΑ

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Cairns, M.C., Foster, N.E., Wright, C.C. and Pennington, D. (2003) Level of distress in a recurrent low back pain population referred for physical therapy. *Spine* 28, 953-959.
- Deyo, R.A., Walsh, N.E., Schoenfeld, L.S. and Ramamurthy, S. (1989) Studies of the Modified Somatic Perceptions Questionnaire (MSPQ) in patients with back pain. Psychometric and predictive properties. *Spine* 14, 507-510.
- Dolan, P., Greenfield, K., Nelson, R.J. and Nelson, I.W. (2000) Can exercise therapy improve the outcome of microdiscectomy? *Spine* 25, 1523-1532.
- Frasure-Smith, N. (1987) Levels of somatic awareness in relation to angiographic findings. *J. Psychosom. Res.* 31, 545-554.
- Georgoudis, G., Katsoulakis K., Katrambasas I., Marmarinou A., (2004) The cognitive assessment of pain. The Greek Version of the Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ-GR). 18o Symposium of the Hellenic Scientific Society of Physiotherapy. (Poster).
- Georgoudis, G. and Oldham, J (2001) Anxiety and Depression as confounding factors in cross-cultural pain research studies: Validity and reliability of a Greek version of the Hospital Anxiety & Depression Scale. *Physiotherapy*, 87 (2): 92-93.
- Graver, V., Ljunggren, A.E., Malt, U.F., Loeb, M., Haaland, A.K., Magnaes, B. and Lie, H. (1995) Can psychological traits predict the outcome of lumbar disc surgery when anamnestic and physiological risk factors are controlled for? Results of a prospective cohort study. *J. Psychosom. Res.* 39, 465-476.
- Guillemin, F., Bombardier, C. and Beaton, D. (1993) Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin. Epidemiol.* 46, 1417-1432.
- Main, C.J. (1983) The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ). *J. Psychosom. Res.* 27, 503-514.
- Main, C.J., Wood, P.L., Hollis, S., Spanswick, C.C. and Waddell, G. (1992) The Distress and Risk Assessment Method. A simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome. *Spine* 17, 42-52.
- Norrefalk, J.R., Svensson, O., Ekholm, J. and Borg, K. (2005) Can the back-to-work rate of patients with long-term non-malignant pain be predicted? *Int. J. Rehabil. Res.* 28, 9-16.
- Sikorski, J.M., Stampfer, H.G., Cole, R.M. and Wheatley, A.E. (1996) Psychological aspects of chronic low back pain. *Aust. N. Z. J. Surg.* 66, 294-297.
- Staerkle, R., Mannion, A.F., Elfering, A., Junge, A., Semmer, N.K., Jacobshagen, N., Grob, D., Dvorak, J. and Boos, N. (2004) Longitudinal validation of the fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) in a Swiss-German sample of low back pain patients. *Eur. Spine J.* 13, 332-340.
- Trief, P.M., Grant, W. and Fredrickson, B. (2000) A prospective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome. *Spine* 25, 2616-2621.
- Waddell, G. (1987) Understanding the patient with back pain. In *The Lumbar Spine and Back Pain* (Edited by Jayson MIV). 3rd Edn, pp. 420 ~ 34. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Warner, C.D. (1995) Somatic awareness and coronary artery disease in women with chest pain. *Heart Lung* 24, 436-443.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, 361-370.