

Αξιοπιστία της Ελληνικής Έκδοσης του Ερωτηματολογίου “Pain Self-Efficacy Questionnaire” σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο

Παρασκευή Θεοφίλου,¹ Αδαμαντία Αρώνη,²
Μαρία Τσιρώνη,³ Αθανάσιος Σαχλάς,⁴ Βικτώρια Αλικάρη,⁵
Πέτρος Κολοβός,⁶ Σοφία Ζυγά⁷

Reliability of the “Pain Self-Efficacy Questionnaire”

Abstract at the end of the article

¹PhD, Ψυχολόγος Υγείας, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

²Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc(c), Γενικό Νοσοκομείο Μολάων, Μολάοι

³PhD, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

⁴PhD, Στατιστικός, Διδάσκων Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

⁵Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c)

⁶PhD, ΕΕΔΙΠ Κλινικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

⁷PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

Υποβλήθηκε: 13.9.2013

Επανυποβλήθηκε: 24.2.2014

Εγκρίθηκε: 17.3.2014

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Βικτώρια Αλικάρη

Αγ. Γλυκερίας 25, 132 31 Πετρούπολη

Τηλ.: 6936 168 825, 210 50 68 066

e-mail: vicalikari@gmail.com

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια είναι ιδιαίτερα έντονο το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τη διερεύνηση της διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. **Σκοπός:** Ο έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου Pain Self-Efficacy Questionnaire σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. **Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν 50 ασθενείς (δείγμα ευκολίας) με ΧΝΝ που υποβάλλονταν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης σε δύο Μονάδες Τεχνητού Νεφρού της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά το χρονικό διάστημα Μαΐου έως Ιουνίου του 2013, ενώ το ποσοστό ανταπόκρισης των ασθενών ήταν 100%. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 13.0. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε δύο φορές, σε χρονικό διάστημα ενός μήνα. Η ελληνική εκδοχή περιλαμβάνει τις 10 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου. **Αποτελέσματα:** Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν εξαιρετική (Cronbach’s alpha=0,98 και τις δύο φορές). Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson και ο συντελεστής ICC έδειξαν εξαιρετικά υψηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο συμπληρώσεων του ερωτηματολογίου διαχείρισης του πόνου ($r=0,997$, $p<0,001$ και $ICC=0,997$, $p<0,001$). **Συμπεράσματα:** Το ερωτηματολόγιο Pain Self-Efficacy Questionnaire αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο εκτίμησης της διαχείρισης του πόνου στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε άλλες ομάδες ασθενών. Επιπρόσθετα, η χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών υπό αιμοκάθαρση, καθώς και σε ασθενείς με νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε διαφορετικό πρόγραμμα θεραπείας (π.χ. περιτοναϊκή κάθαρση) αξιολογείται ως απαραίτητη.

Λέξεις ευρετηρίου: Αιμοκάθαρση, νεφρική νόσος, ποιότητα ζωής, πόνος

Εισαγωγή

Η νεφρική νόσος αποτελεί μια χρόνια πάθηση που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ασθενών και ειδικότερα στην κοινωνική, την οικονομική και την ψυχολογική τους ευημερία.¹⁻⁴

Μια σημαντική διάσταση που αδιαμφισβήτητα επηρεάζει την ΠΖ των εν λόγω ασθενών είναι ο πόνος, τον οποίο είναι πολύ πιθανό να βιώσουν τα άτομα αυτά με δεδομένη την ανάπτυξη πολλαπλών συνοδών νοσημάτων, καθώς και τη χρονιότητα της νόσου.^{5,6} Οι πληροφορίες όσον αφορά στην προέλευσή του, τη συχνότητα και τη διαχείρισή του είναι σχετικά σπάνιες. Τα περισσότερα δημοσιευμένα στοιχεία προέρχονται έμμεσα από τις μελέτες, με επίκεντρο την υγεία σε σχέση με την ΠΖ.⁶⁻⁸ Είναι γνωστό ότι η παρουσία του χρόνιου πόνου σε μεγάλο βαθμό επηρεάζει την ΠΖ και μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη συν-νοσηρότητα του άγχους και της κατάθλιψης.⁹

Ο πόνος, σύμφωνα με την υποεπιτροπή ταξινόμησης (Subcommittee of Taxonomy) της IASP (International Association for the Study of the Pain), ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με ήδη υπάρχουσα ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται ως τέτοια.¹⁰

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τον πόνο των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.¹¹⁻¹³

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελβετία το 2013 συμμετείχαν 123 ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (ΑΚ). Το σύνολο των ασθενών ανέφεραν τον πόνο και την κόπωση ως τα σημαντικότερα ενοχλήματα, με το 66% να θεωρεί τον πόνο ως το κυρίαρχο ενοχλήμα. Από τα ευρήματα της μελέτης προέκυψε η συσχέτιση του πόνου με συμπτώματα, όπως η δύσπνοια, η κόπωση/αδυναμία, η ανορεξία, η ναυτία/έμετος, η δυσκοιλιότητα, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου. Ο συχνότερος πόνος που αναφέρθηκε ήταν ο μυοσκελετικός (64%) και ακολουθούσαν η κεφαλαλγία (31%) και οι κράμπες (20%) που αποτελούν τα κυριότερα ενοχλήματα κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.¹¹

Σε παρόμοια μελέτη που διεξήχθη το 2010 σε τέσσερις μονάδες τεχνητού νεφρού στην Αλμπέρτα του Καναδά προέκυψε ότι το 50,2% των ασθενών ανέφερε πόνο ανάμεσα στα συμπτώματα, με το 41,4% αυτών να τον χαρακτηρίζει μέτριας έως σοβαρής έντασης. Από τους τελευταίους ασθενείς (με πόνο μέτριας έως σοβαρής έντασης), το 42,7% αφορούσε σε εκείνους που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για χρονικό διάστημα >2 ετών, ενώ το 34% αυτών εμφάνιζε συμπτώματα κατάθλιψης και το 62% ανέφερε προβλήματα στον ύπνο.¹⁴

Σε προοπτική μελέτη κοόρτης μελετήθηκε η επίπτωση, τα αίτια, η ένταση, καθώς και η διαχείριση του πόνου μεταξύ 205 ασθενών που υποβάλλονταν σε κέντρα αιμοκάθαρσης του Καναδά. Ποσοστό 50% των ασθενών ανέφερε τον πόνο ως πρόβλημα. Από αυτούς, το 60% χαρακτήρισε τον πόνο ως μυοσκελετικό που σχετιζόταν με οστεοαρθρίτιδα, νεφρική οστεοδυστροφία, οστεοπόρωση, περιφερική νευροπάθεια ή περιφερική αγγειακή νόσο. Για το 74,8% των ασθενών που ανέφερε πόνο, η αντιμετώπιση με αναλγητικά ήταν ανεπαρκής.⁷

Σε άλλη μελέτη, μεταξύ 95 ασθενών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, το 48% ανέφερε χρόνιο πόνο. Η μέση ένταση του πόνου υπολογιζόμενη με βάση μια αριθμητική κλίμακα (0-10) ήταν 5,59, ενώ στο 25% η ΑΚ προκαλούσε παροξυσμικό πόνο. Μόνο 15 ασθενείς λάμβαναν αγωγή με αντιφλεγμονώδη και δύο λάμβαναν τραμαδόλη.⁶

Σε άλλη προοπτική μελέτη μεταξύ 162 ασθενών από τρία νεφρολογικά κέντρα των ΗΠΑ, ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των ασθενών ανέφερε οστικό πόνο.¹⁵

Το 2005 οι Shayamsunder et al, μελέτησαν τα επίπεδα του πόνου μεταξύ 156 ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στις ΗΠΑ. Το 30% από αυτούς παραπονέθηκε για πόνο κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ενώ το 40% παραπονέθηκε για χρόνιο πόνο εκτός αιμοκάθαρσης που σχετιζόταν με την πτωχή ΠΖ, τις διαταραχές ύπνου και τις καταθλιπτικές διαταραχές.⁸

Αναφορικά με τη μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, αυτές έχουν διερευνηθεί από διάφορους μελετητές, όπως οι Asghari και Nicholas,¹⁶ καθώς και οι Kaivanto et al,¹⁷ με άριστα αποτελέσματα.

Αξιολόγηση του πόνου

Η μέτρηση του πόνου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαγνωστικούς σκοπούς, για θεραπευτικές προσεγγίσεις και για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας. Απαντήσεις σε ερωτηματολόγια μπορούν να αναδείξουν τη φύση, την έναρξη, την εντόπιση και τα χαρακτηριστικά του πόνου, παρέχοντας σημαντικά διαγνωστικά δεδομένα.^{18,19}

Υπάρχουν διαθέσιμες πολλές αξιόπιστες και έγκυρες μέθοδοι εκτίμησης του πόνου, οι οποίες βασίζονται στην αυτοαξιολόγηση.

Το ερωτηματολόγιο πόνου McGill αποτελείται από τρία κύρια τμήματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν το αισθητικό, το συναισθηματικό και το γνωστικό στοιχείο του πόνου, αντίστοιχα.²⁰

Το σύντομο ερωτηματολόγιο πόνου του Wisconsin είναι ένα σύντομο πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και αρθρίτιδα.²¹

Η κάρτα αξιολόγησης πόνου Memorial (MPAC) βαθμολογεί τον πόνο, την ανακούφιση από αυτόν, καθώς και τη διάθεση του ασθενούς χρησιμοποιώντας οπτικές αναλογικές κλίμακες σε συνδυασμό με λίστα λέξεων, από τις οποίες ο ασθενής επιλέγει αυτές που περιγράφουν την ένταση του πόνου του.²²

Η ψυχολογική εκτίμηση μπορεί να αποδειχθεί δυνητικά πολύ χρήσιμη, ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπου ο πόνος μεταβάλλει την ικανότητα του ασθενούς να συμμετάσχει στις καθημερινές του δραστηριότητες, επηρεάζει τις σχέσεις του με τους άλλους και του προκαλεί δυσανάλογη συναισθηματική φόρτιση. Επίσης, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στην επιλογή στρατηγικής για την αντιμετώπιση του πόνου όσον αφορά στον ψυχολογικό τομέα, καθώς και στον τομέα συμπεριφοράς.²³

Το πολυφασικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Μινεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια πόνο.^{24,25}

Εδώ, πρέπει να επισημανθεί ότι η ένταση είναι το πλέον υποκειμενικό από τα χαρακτηριστικά του πόνου. Αξιολογείται με τη βοήθεια βαθμολογικών κλιμάκων. Οι κλίμακες αυτές προσπαθούν να δώσουν στην υποκειμενική εμπειρία ένα όσο το δυνατόν αντικειμενικότερο χαρακτήρα.²⁶

Οι οπτικές αναλογικές κλίμακες, οι αριθμητικές και οι λεκτικές κλίμακες περιλαμβάνονται στις κλίμακες μέτρησης που βασίζονται στην αυτοαξιολόγηση συγκεκριμένων παραμέτρων του πόνου.

Οπτικές αναλογικές κλίμακες

Αποτελούνται από μια ευθεία γραμμή, το ένα άκρο της οποίας αντιστοιχεί σε καθόλου πόνο και το άλλο στο χειρότερο πόνο. Πρόκειται για απλή και ταχεία μέθοδο και η μέχρι τώρα εμπειρία έχει αποδείξει ότι είναι επίσης έγκυρη και αξιόπιστη. Παρόλα αυτά, επειδή οι έννοιες που χρησιμοποιεί έχουν σχετικά αφηρημένο χαρακτήρα, μερικές φορές μπορεί να αποβεί δύσχρηστη για ορισμένους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, έχει απόλυτη ένδειξη σε ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις αριθμητικές κλίμακες.²⁷

Αριθμητικές κλίμακες

Επίσης, είναι απλές, ταχείες και εύχρηστες. Ο ασθενής μπορεί να σημειώσει ή να αναφέρει λεκτικά τον αριθμό, στον οποίο αντιστοιχεί ο πόνος του. Παρόλο που οι αριθμητικές κλίμακες δεν είναι δυσνόητες, δεν κατορθώνουν να ανιχνεύσουν μικρές αλλαγές ως προς το βαθμό αξιολόγησης του πόνου.²⁷

Λεκτικές κλίμακες αξιολόγησης

Βασίζονται στην επιλογή λέξεων-επιθέτων που περιγράφουν τον πόνο. Ο ασθενής πρέπει να αντιλαμβάνεται την έννοια των συγκεκριμένων λέξεων, η δε ακρίβεια της αξιολόγησης συμβαδίζει με τον αριθμό των λέξεων που χρησιμοποιούνται.²⁷

Σκοπός

Ο έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) σε δείγμα ασθενών υπό ΑΚ.

Υλικό και Μέθοδος

Ερευνητικός σχεδιασμός

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη.

Πληθυσμός μελέτης-επιλογή δείγματος

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 50 ασθενείς (δείγμα ευκολίας) που υποβάλλονταν σε ΑΚ στο Γενικό Νοσοκομείο Μολάων και στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας. Η μελέτη διεξήχθη από το Μάιο έως τον Ιούνιο του 2013. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς.

Η διεξαγωγή της μελέτης είχε την έγκριση των επιστημονικών συμβουλίων και των επιτροπών δεοντολογίας των νοσοκομειακών μονάδων που συμμετείχαν. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες ασθενείς έδειξαν θετική στάση και απάντησαν με προθυμία στις ερωτήσεις.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

- Ασθενείς, ηλικίας > 18 ετών
- Ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα
- Διάγνωση ΧΝΝ τελικού σταδίου
- Θεραπεία με ΑΚ για έναν τουλάχιστον χρόνο
- Ικανοποιητικό επίπεδο συνεργασίας και αντιληπτικής ικανότητας
- Αρνητικό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου.

Εργαλείο μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο "The Pain Self-Efficacy Questionnaire"

Στην αρχική του μορφή, το PSEQ αποτελείται από 10 ερωτήσεις.²⁸ Δημιουργήθηκε το 1980 από το Michael Nicholas.²⁹ Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί σε Πορτογάλους ασθενείς³⁰ με χρόνια μυοσκελετικό πόνο αλλά και σε Κινέζους ασθενείς³¹ με χρόνια πόνο υπό φυσικοθεραπεία.

Μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις κλινικές καταστάσεις του πόνου. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, περιλαμβανομένων των οικιακών εργασιών, της κοινωνικοποίησης, της εργασίας, καθώς και της αντιμετώπισης του πόνου χωρίς φάρμακα. Χρειάζονται δύο min για να συμπληρωθεί.²⁹

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διερευνά και αξιολογεί τη δυνατότητα του ασθενούς να εκτελεί τις συνήθειες δραστηριότητας και να έχει ομαλή ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή παρά την παρουσία χρόνιου πόνου στο ατομικό ιατρικό ιστορικό του. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις, με τις οποίες εξετάζεται η αποτελεσματικότητα διαχείρισης του χρόνιου πόνου από τον ίδιο τον ασθενή, ακόμη και χωρίς τη χορήγηση αναλγητικής θεραπείας. Για την κατασκευή της αντίστοιχης βαθμολογίας, αθροίζονται οι απαντήσεις των ασθενών στις 10 ερωτήσεις. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων είναι η εξής: 0=καθόλου σίγουρος(η), 1=λίγο σίγουρος(η), 2=όχι και τόσο σίγουρος(η), 3=δε γνωρίζω/δεν απαντώ (ΔΓ/ΔΑ), 4= αρκετά σίγουρος(η), 5=πολύ σίγουρος(η) και 6=απόλυτα σίγουρος(η). Συνεπώς, η βαθμολογία κυμαίνεται από 0-60, με την υψηλή βαθμολογία να υποδηλώνει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του πόνου.³¹

Συλλογή δεδομένων

Στην αρχική χορήγηση (ημέρα 1), η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου PSEQ δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες ασθενείς προκειμένου οι ίδιοι να το συμπληρώσουν, υπό την εποπτεία ενός από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Το PSEQ διανεμήθηκε και πάλι σε όλους τους συμμετέχοντες από τον ίδιο επόπτη, ένα μήνα μετά την ημερομηνία της πρώτης χορήγησης. Μεταξύ των δύο αξιολογήσεων, δεν καταγράφηκε κάποια μεταβολή στην κλινική κατάσταση των ατόμων και δεν πραγματοποιήθηκε κάποια άλλη θεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς.

Ανάλυση δεδομένων

Εφαρμόστηκε η δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov προκειμένου να ελεγχθεί, εάν οι ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του Welch επειδή δεν ισχύει η προϋπόθεση της ομοσκεδαστικότητας (δηλαδή, οι ομάδες δεν έχουν ίσες διακυμάνσεις). Αναφορικά με το επάγγελμα και την εκπαίδευση εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος των Kruskal-Wallis, επειδή δεν ισχύει η κανονικότητα. Επιπρόσθετα, ελέγχθηκαν οι πιθανές συσχετίσεις (Spearman *r*) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας διαχείρισης του πόνου

και της κάθε ερώτησης ξεχωριστά μετά από την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τιμή <0,05 θεωρήθηκε ότι υποδεικνύει στατιστική σημαντικότητα. Όλες οι αναλύσεις διενεργήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 13.0.

Αποτελέσματα

Δείγμα

Στην αρχή της μελέτης συλλέχθηκαν τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 100%. Το 60,0% ήταν άνδρες και το 40,0% ήταν γυναίκες (πίνακας 1). Η διάμεσος ηλικία ήταν 73,50 (±19,50) έτη. Ο μικρότερος ασθενής ήταν 22 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος ασθενής ήταν 93 ετών. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς (94,0%) ήταν ελληνικής εθνικότητας. Το 62,0% των ασθενών ήταν έγγαμοι, το 18,0% άγαμοι, το ίδιο ποσοστό τελούσε εν χηρεία, ενώ μόνο ένα άτομο

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	30	60,0
	Γυναίκα	20	40,0
Ηλικία	73,50 (19,50)*		
Εθνικότητα	Ελληνική	47	94,0
	Ξένη	3	6,0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	9	18,0
	Έγγαμος(η)	31	62,0
	Διαζευγμένος(η)	1	2,0
	Χήρος(α)	9	18,0
Επάγγελμα	Πλήρους απασχόλησης	1	2,0
	Μερικής απασχόλησης	4	8,0
	Άνεργος(η)	4	8,0
	Συνταξιούχος	29	58,0
	Οικιακά	12	24,0
Διαμονή	Πόλη	11	22,0
	Χωριό	39	78,0
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	34	68,0
	Δευτεροβάθμια	11	22,0
	Τριτοβάθμια	5	10,0
Ασφαλιστική κάλυψη	Δημόσια	47	95,9
	Ιδιωτική	2	4,1
Χρόνια θεραπείας	3,00 (5,25)*		

*Διάμεσος τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

ήταν διαζευγμένο. Ποσοστό 58,0% των ασθενών ήταν συνταξιούχοι, το 24,0% ασχολείται με τα οικιακά, το 8,0% ήταν μερικής απασχόλησης, το ίδιο ποσοστό ήταν άνεργο, ενώ μόλις ένα άτομο ήταν πλήρους απασχόλησης. Το 78,0% διέμενε σε χωριό, ενώ το 22% σε πόλη. Η πλειοψηφία των ασθενών (68,0%) ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 22,0% δευτεροβάθμιας και το 10,0% ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 95,9% είχε δημόσια ασφαλιστική κάλυψη, ενώ ο διάμεσος χρόνος θεραπείας ήταν 3 ($\pm 5,25$) έτη.

Διαχείριση του πόνου

Από τον πίνακα 2 παρατηρείται ότι το 72,0% των ασθενών ήταν από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορούσε να χαίρεται, παρά τον πόνο που αισθανόταν. Το 66,0% ήταν από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι

μπορούσε να κάνει περισσότερες οικιακές εργασίες. Το 76,0% ήταν από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορούσε να έχει συχνή επαφή με τους φίλους και την οικογένειά του. Το 70,0% ήταν από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορούσε να αντιμετωπίσει τον πόνο του στις περισσότερες καταστάσεις. Το 63,3% ήταν από μέτρια έως απόλυτα σίγουρο ότι μπορούσε να κάνει κάποιες μορφής εργασία. Το 65,3% ήταν από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορούσε ακόμη και σήμερα να κάνει πολλές από τις δραστηριότητες που του αρέσουν, όπως χόμπι ή δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο. Το 61,2% ήταν από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορούσε να αντιμετωπίσει τον πόνο χωρίς φάρμακα. Το 75,5% ήταν από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορούσε να επιτύχει τους περισσότερους στόχους του. Το 65,3% ήταν από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορούσε να

Πίνακας 2. Διαχείριση πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

	0	1	2	3	4	5	6	Μέση τιμή (ΤΑ)
Μπορώ να χαίρομαι	2 (4,0)	2 (4,0)	10 (20,0)	13 (26,0)	8 (16,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	3,52 (1,63)
Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές εργασίες	4 (8,0)	6 (12,0)	7 (14,0)	12 (24,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	9 (18,0)	3,24 (1,85)
Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά	2 (4,0)	5 (10,0)	5 (10,0)	13 (26,0)	3 (6,0)	6 (12,0)	16 (32,0)	3,84 (1,91)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις	4 (8,0)	4 (8,0)	7 (14,0)	9 (18,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	11 (22,0)	3,54 (1,89)
Μπορώ να κάνω κάποιες μορφής εργασία	5 (10,2)	7 (14,3)	6 (12,2)	9 (18,4)	7 (14,3)	8 (16,3)	7 (14,3)	3,18 (1,93)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν	5 (10,2)	9 (18,4)	8 (16,3)	10 (20,4)	3 (6,1)	6 (12,2)	8 (16,3)	2,95 (1,97)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή	6 (12,2)	5 (10,2)	9 (18,4)	10 (20,4)	4 (8,2)	6 (12,2)	9 (18,4)	3,12 (1,99)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή	5 (10,2)	12 (24,5)	7 (14,3)	13 (26,5)	4 (8,2)	3 (6,1)	5 (10,2)	2,57 (1,78)
Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής παρά τον πόνο που αισθάνομαι	4 (8,2)	3 (6,1)	12 (24,5)	13 (26,5)	4 (8,2)	5 (10,2)	8 (16,3)	3,16 (1,79)
Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος(α)	7 (14,3)	6 (12,2)	11 (22,4)	13 (26,5)	5 (10,2)	1 (2,0)	6 (12,2)	2,61 (1,78)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

0: Καθόλου σίγουρος, 6: Απόλυτα σίγουρος

ΤΑ: Τυπική απόκλιση

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ORIGINAL PAPER

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ "PAIN SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE" ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

έχει κανονικό τρόπο ζωής. Το 75,4% ήταν από καθόλου έως μέτρια σίγουρο ότι μπορούσε σταδιακά να γίνει πιο δραστήριο. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα που αφορούσαν στη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου παρατίθενται στον πίνακα 3.

Αθροίζοντας τις απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις, προέκυψε η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου διαχείρισης του πόνου. Τόσο η διαχείριση του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όσο και μετά τη δεύτερη, συσχετίζονται αρνητικά με την ηλικία των ατόμων (Spearman's rho = -0,468, p=0,001 και Spearman's rho = -0,451, p=0,001, πίνακας 4). Όσο πιο νέοι ήταν οι ασθενείς, τόσο καλύτερα διαχειρίζονταν τον πόνο που αισθάνονταν.

Η οικογενειακή κατάσταση (p=0,012), η εκπαίδευση (p<0,001) και το επάγγελμα (p=0,024) επηρέαζαν στατιστικώς σημαντικά τη διαχείριση του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (πίνακας 5). Οι άγαμοι, οι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ασθενείς

Πίνακας 4. Διαχείριση του πόνου σε σχέση με την ηλικία και τα χρόνια θεραπειάς

		Δείκτης διαχείρισης του πόνου (πρώτη συμπλήρωση)	Δείκτης διαχείρισης του πόνου (δεύτερη συμπλήρωση)
Ηλικία	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	-0,46	-0,45
	Τιμή p	0,001	0,001
Έτη θεραπειάς	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	-0,09	-0,07
	Τιμή p	0,520	0,603

και οι μερικής απασχόλησης ασθενείς διαχειρίζονταν καλύτερα τον πόνο που αισθάνονταν. Ανάλογα ήταν τα αποτελέσματα για τη διαχείριση του πόνου μετά από τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 3. Διαχείριση του πόνου μετά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

	0	1	2	3	4	5	6	Μέση τιμή (TA)
Μπορώ να χαίρομαι	2 (4,0)	3 (6,0)	7 (14,0)	15 (30,0)	8 (16,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	3,56 (1,65)
Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές εργασίες	3 (6,0)	8 (16,0)	5 (10,0)	14 (28,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	8 (16,0)	3,22 (1,81)
Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά	2 (4,0)	4 (8,0)	4 (8,0)	15 (30,0)	3 (6,0)	7 (14,0)	15 (30,0)	3,88 (1,83)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις	4 (8,0)	5 (10,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	3,46 (1,88)
Μπορώ να κάνω κάποιας μορφής εργασία	6 (12,0)	8 (16,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	3,04 (1,95)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν	5 (10,0)	10 (20,0)	6 (12,0)	11 (22,0)	5 (10,0)	6 (12,0)	7 (14,0)	2,94 (1,93)
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή	5 (10,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	12 (24,0)	4 (8,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	3,08 (1,94)
Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή	5 (10,0)	8 (16,0)	11 (22,0)	15 (30,0)	3 (6,0)	3 (6,0)	5 (10,0)	2,64 (1,69)
Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής παρά τον πόνο που αισθάνομαι	4 (8,0)	4 (8,0)	12 (24,0)	10 (20,0)	6 (12,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	3,22 (1,85)
Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος(α)	7 (14,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	16 (32,0)	5 (10,0)	3 (6,0)	4 (8,0)	2,62 (1,70)

0: Καθόλου σίγουρος, 6: Απόλυτα σίγουρος

TA: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 5. Συσχέτιση διαχείρισης του πόνου με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες μετά από την πρώτη και τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

			n	Μέση τιμή	TA	Τιμή p
Δείκτης διαχείρισης του πόνου (πρώτη συμπλήρωση)	Φύλο	Άνδρας	29	34,48	16,91	0,192
		Γυναίκα	20	28,00	16,72	
	Διαμονή	Πόλη	10	31,50	13,82	0,945
		Χωριό	39	31,92	17,84	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	9	42,33	20,71	0,012*
		Έγγαμος(η)	30	31,56	16,69	
		Χήρος(α)	9	21,88	7,13	
	Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	33	24,27	13,42	<0,001**
		Δευτεροβάθμια	11	49,81	13,74	
		Τριτοβάθμια	5	42,20	6,72	
Επάγγελμα	Μερικής απασχόλησης	4	55,75	7,22	0,024**	
	Άνεργος(η)	4	36,50	16,78		
	Συνταξιούχος	28	27,85	14,17		
	Οικιακά	12	29,25	18,35		
Δείκτης διαχείρισης του πόνου (δεύτερη συμπλήρωση)	Φύλο	Άνδρας	30	34,23	16,477	0,182
		Γυναίκα	20	27,80	16,43	
	Διαμονή	Πόλη	11	31,00	12,89	0,883
		Χωριό	39	31,84	17,64	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	9	42,00	20,18	0,011*
		Έγγαμος(η)	31	31,58	16,21	
		Χήρος(α)	9	21,55	7,66	
	Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	34	24,52	13,33	<0,001**
		Δευτεροβάθμια	11	49,00	13,46	
		Τριτοβάθμια	5	42,00	7,96	
Επάγγελμα	Μερικής απασχόλησης	4	55,00	6,78	0,021**	
	Άνεργος(η)	4	36,25	15,62		
	Συνταξιούχος	29	27,93	14,00		
	Οικιακά	12	29,00	18,05		

*Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμή Welch

**Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμή Kruskal-Wallis

TA: Τυπική απόκλιση

Έλεγχος αξιοπιστίας

Οι ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Στην πρώτη χορήγηση, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας του PSEQ ήταν 31,837 (τυπική απόκλιση $\pm 16,970$). Στη δεύτερη χορήγηση, η μέση τιμή ήταν ίση με 31,660 (τυπική απόκλιση $\pm 16,599$).

Από την ανάλυση επίσης προέκυψε ότι τα αποτελέσματα, τα οποία παρουσιάζονται στον πίνακα 6, ήταν συνεπή, σταθερά και ιδιαίτερα επαναληπτικά. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής μετά την πρώτη συμπλήρωση του

ερωτηματολογίου κρίνεται εξαιρετικά υψηλή (Cronbach's $\alpha=0,977$). Παρόμοιο ήταν το αποτέλεσμα για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και μετά τη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Cronbach's $\alpha=0,976$).

Ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson και ο συντελεστής ICC αποκάλυψαν επίσης εξαιρετική συσχέτιση μεταξύ των δύο δεικτών διαχείρισης του πόνου ($r=0,997$, $p<0,001$ και $ICC=0,997$, $p<0,001$, αντίστοιχα).

Η μέση τιμή διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ισούταν με 31,837 ($\pm 16,97$), ενώ μετά τη δεύτερη συμπλήρωση βρέθηκε ίση

Πίνακας 6. Έλεγχος αξιοπιστίας

Ιδιότητα	Μέτρο	Τιμή	Σημαντικότητα
Εσωτερική συνοχή	Cronbach's <i>a</i>	0,977	–
Επαναληψιμότητα	Pearson's <i>r</i>	<i>r</i> =0,997	<0,001
Αξιοπιστία δοκιμασίας επαναδοκιμασίας I	ΔΕ 95%	0,997 (0,995, 0,998)	<0,001
Αξιοπιστία δοκιμασίας επαναδοκιμασίας II	Κατά ζεύγη έλεγχος <i>t</i>	31,837 (16,970)* 31,660 (16,599)**	0,508

ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης

* Πρώτη συμπλήρωση

** Δεύτερη συμπλήρωση

με 31,660 (±16,59). Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών ($t(48)=0,66$, $p=0,508$).

Ο πίνακας 7 παρουσιάζει τις συσχετίσεις μεταξύ της διαχείρισης του πόνου μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και κάθε ερώτησης. Όλες οι συσχετίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές (Spearman's $\rho \geq 0,869$, $p < 0,001$), το οποίο δηλώνει ότι η συγκλίνοσα εγκυρότητα ήταν ιδιαίτερα υψηλή.

Πίνακας 7. Συσχέτιση συνολικής βαθμολογίας διαχείρισης του πόνου με κάθε ερώτηση μετά από την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

	Συντελεστής συσχέτισης Spearman
Μπορώ να χαίρομαι	0,91
Μπορώ να κάνω τις περισσότερες οικιακές εργασίες	0,92
Μπορώ να έρχομαι σε επαφή με τους φίλους μου ή την οικογένειά μου συχνά	0,87
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου στις περισσότερες καταστάσεις	0,92
Μπορώ να κάνω κάποιες μορφής εργασία	0,92
Μπορώ ακόμη και σήμερα να κάνω πολλές από τις δραστηριότητες που μου αρέσουν	0,95
Μπορώ να αντιμετωπίζω τον πόνο μου χωρίς φαρμακευτική αγωγή	0,87
Μπορώ ακόμη και σήμερα να επιτύχω τους περισσότερους από τους στόχους μου στη ζωή	0,92
Μπορώ να έχω έναν κανονικό τρόπο ζωής παρά τον πόνο που αισθάνομαι	0,89
Μπορώ σταδιακά να γίνω πιο δραστήριος(α)	0,87

Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια, πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τον πόνο των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμο-

κάθαρση. Στις περισσότερες από τις μελέτες, ο πόνος χαρακτηρίζεται από μέτριας έως σοβαρής έντασης^{14,17} ενώ ως συχνότερος αναφέρεται ο μυοσκελετικός.^{7,15,16}

Συγκεκριμένα, σε έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία με σκοπό την εκτίμηση του πόνου ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΑΚ με τη χρήση διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, συμμετείχαν 27 ασθενείς (13 άνδρες και 14 γυναίκες), με μέση ηλικία τα 66 έτη. Η μελέτη έδειξε υψηλό επιπολασμό του πόνου ανάμεσα στους ερωτώμενους ασθενείς (92,5% κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και 77,7% συνολικά κατά τη διάρκεια και εκτός συνεδρίας). Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς της εν λόγω μελέτης, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο όχι κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά στο σπίτι τους, χαρακτηρίζαν την ένταση του πόνου ήπια έως μέτρια. Διαπιστώθηκε επικράτηση του μυοσκελετικού πόνου, με τον ισχαιμικό πόνο και τον πόνο που συνδέεται με τη διαδικασία της θεραπείας να ακολουθούν. Διαπιστώθηκε επίσης ισχυρή στατιστικά σχέση μεταξύ του χρονικού διαστήματος που οι ασθενείς υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και της έντασης του πόνου, ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση με την ηλικία και το φύλο.³²

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη ανάμεσα σε 67 ασθενείς με ΧΝΝ, οι οποίοι υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στη Ραμπάτ του Μαρόκου, η ένταση του πόνου καθορίστηκε με χρήση λεκτικής κλίμακας. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 43,5 έτη, με επικράτηση των γυναικών στο 58,2%. Η επικράτηση του πόνου ήταν 50,7%. Ο πόνος χαρακτηρίστηκε ως διαλείπων σε ποσοστό 47,1% και ως συνεχής σε ποσοστό 20,6%, ενώ των 41% των ασθενών χαρακτήρισε την ένταση του πόνου ως μέτρια και το 44% ως σοβαρή. Οι παράγοντες κινδύνου που συσχετίστηκαν με τον πόνο ήταν η προχωρημένη ηλικία και το μεγάλο χρονικό διάστημα θεραπείας υπό ΑΚ.³³

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι η πρώτη μελέτη που εξετάζει τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου PSEQ σε ελληνικό πληθυσμό. Η ελληνική εκδοχή του PSEQ ελέγχθηκε σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου που παρα-

κολουθούσαν πρόγραμμα ΑΚ και βρέθηκε να έχει άριστη εσωτερική εγκυρότητα, υψηλή επαναληψιμότητα, άριστη αξιοπιστία μεταξύ των δύο μετρήσεων (test-retest reliability) και ικανοποιητικές ιδιότητες συγκλίνουσας ισχύος.

Αξιοπιστία

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το εργαλείο PSEQ είναι σταθερό και με υψηλή επαναληψιμότητα μεταξύ των δύο χορηγήσεων. Ο συντελεστής Cronbach's α είναι καλύτερος από εκείνον της πορτογαλικής εκδοχής³⁰ (0,88), αλλά και από εκείνον της κινέζικης³¹ (0,94), καταδεικνύοντας πολύ υψηλή εσωτερική εγκυρότητα για το συγκεκριμένο εργαλείο. Οι τιμές Pearson's r έδειξαν άριστη επαναληψιμότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στη διάρκεια του χρόνου ($r=0,997$). Η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability) του PSEQ βρέθηκε να είναι πολύ υψηλή (0,997), με χαμηλό τυπικό σφάλμα μέτρησης. Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι και σε άλλες παρόμοιες μελέτες, οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εν λόγω ερωτηματολογίου είναι πολύ ικανοποιητικές. Ειδικότερα, η εσωτερική εγκυρότητα είναι άριστη (0,92) και η αξιοπιστία μεταξύ των δύο μετρήσεων παραμένει άριστη για χρονικό διάστημα >3 μηνών.³⁰ Η εγκυρότητα αντικατοπτρίζει επίσης τις υψηλές συσχετίσεις με την ανικανότητα που συνδέεται με τον πόνο,

τις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου και τις πεποιθήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.³¹

Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα ευκολίας και συνεπώς τα αποτελέσματα δεν μπορούσαν να γενικευτούν σε όλον τον πληθυσμό των Ελλήνων ασθενών υπό ΑΚ. Από την άλλη πλευρά, ο έλεγχος της αξιοπιστίας του PSEQ διερευνήθηκε μόνο στην ομάδα των ασθενών που παρακολουθούσαν πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Κατ'επέκταση, παραμένει σημαντική η αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου και σε άλλες ομάδες ασθενών με ΧΝΝ που ακολουθούν θεραπεία, όπως είναι η περιτοναϊκή κάθαρση.

Συμπεράσματα

Στη συγκεκριμένη μελέτη, το ερωτηματολόγιο PSEQ χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αξιολογηθεί η διαχείριση του πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΑΚ. Συνολικά, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση της διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς με ΧΝΝ τελικού σταδίου.

ABSTRACT

Reliability of the Greek Version of "Pain Self-Efficacy Questionnaire" in Patients with Chronic Kidney Disease

Paraskevi Theofilou,¹ Adamantia Aroni,² Maria Tsironi,³ Athanasios Sachlas,⁴ Victoria Alikari,⁵ Petros Kolovos,⁶ Sofia Zyga⁷

¹PhD, Health Psychologist, Sotiria Hospital for Thoracic Diseases, Athens, ²Nurse, MSc(c), Molaoi General Hospital, Molaoi,

³Professor, Section of Nursing, University of the Peloponnese, Sparta, ⁴PhD, Statistician, Faculty of the Section of Nursing, University of the Peloponnese, Sparta, ⁵Nurse, MSc, PhD(c), ⁶PhD, Clinical Nursing, Section of Nursing, University of the Peloponnese, Sparta,

⁷PhD, Assistant Professor, Section of Nursing, University of the Peloponnese, Sparta, Greece

Introduction: In recent years the scientific community has shown particular interest in investigation of the management of pain in patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing haemodialysis. **Aim:** To test the psychometric properties of the Greek version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire in patients undergoing haemodialysis. **Method:** A sample of 50 patients with CKD undergoing haemodialysis in two dialysis units in the Peloponnese region completed the questionnaire twice within one month during the period May-June 2013. The Greek version includes 10 questions of English original questionnaire. For data analysis the Statistical Package for Social Sciences (SPSS0, v. 13.0 was used. **Results:** The reliability of the Greek version of the questionnaire was excellent (Cronbach's $\alpha=0.977$ in two tests). Pearson's correlation coefficient and coefficient ICC revealed extremely high correlation between the responses on the two administrations of the questionnaire ($r=0.997$; $p<0.001$ and $ICC=0.997$; $p<0.001$). **Conclusions:** The Greek version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire is a reliable assessment tool for pain management in patients undergoing dialysis and can be used for other patient groups. The use of the specific tool in a larger sample of patients under haemodialysis and in patients with kidney disease undergoing peritoneal dialysis will be of great importance.

Key-words: haemodialysis, kidney disease, pain, quality of life

✉ **Corresponding Author:** Victoria Alikari, 25 Agias Glikerias street, GR-132 31 Petroupoli, Greece, tel.: +30 6936 168 825; +30 210 50 68 066, e-mail: vicalikari@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Θεοφίλου Π, Παναγιωτάκη Ε. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ ασθενών με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας. Νοσηλευτική 2010, 49:295-304.
2. Theofilou P. Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: The role of health beliefs. *Int Urol Nephrol* 2012, 44:245-253.
3. Theofilou P. Association of insomnia symptoms with kidney disease quality of life reported by patients on maintenance dialysis. *Psychol Health Med* 2013, 18:70-78.
4. Theofilou P. Self-reported functional status: An important predictor of mental health outcomes among chronic dialysis patients. *Eur J Psychol Assess* 2013, 29:276-282.
5. Davison SN. Chronic kidney disease: Psychosocial impact of chronic pain. *Geriatrics* 2007, 62:17-23.
6. Mercadante S, Ferrantelli A, Tortorici C, Lo Cascio A, Lo Cicero M, Cutaia I et al. Incidence of chronic pain in patients with end-stage renal disease on dialysis. *J Pain Symptom Manage* 2005, 30:302-304.
7. Davison SN. Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity, and management. *Am J Kidney Dis* 2003, 42:1239-1247.
8. Shayamsunder AK, Patel SS, Jain V, Peterson RA, Kimmel PL. Sleepiness, sleeplessness, and pain in end-stage renal disease: Distressing symptoms for patients. *Semin Dial* 2005, 18:109-118.
9. Iacono SA. Coping with pain: The dialysis patient's perspective. *Journal of Nephrology Social Work* 2003, 22:42-44.
10. International Association for the Study of Pain. *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle, IASP Press, 1994.
11. Gamondi C, Galli N, Schönholzer C, Marone C, Zwahlen H, Gabutti L et al. Frequency and severity of pain and symptom distress among patients with chronic kidney disease receiving dialysis. *Swiss Med Wkly* 2013, 143:w13750.
12. Bruera E, MacMillan K, Hanson J, MacDonald RN. The Edmonton staging system for cancer pain: Preliminary report. *Pain* 1989, 37:203-209.
13. Davison SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2005, 30:465-473.
14. Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2010, 39:477-485.
15. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2005, 16:2487-2494.
16. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain* 2001, 94:85-100.
17. Kaivanto KK, Estlander AM, Moneta GB, Vanharanta H. Isokinetic performance in low back pain patients: The predictive power of the Self-Efficacy Scale. *J Occup Rehabil* 1995, 5:87-99.
18. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003, 18:141-184.
19. Turk DC, Monarch ES. *Biopsychosocial perspective on chronic pain*. New York, Guilford, 2002.
20. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975, 1:277-299.
21. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983, 17:197-210.
22. Μηνασίδου Ε, Λεμονίδου Χ. Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Νοσηλευτική* 2005, 44:202-211.
23. Λαού Ε. Αξιολόγηση του πόνου. Σεμινάριο Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας «Αντιμετώπιση του Πόνου», Άρτα, 2012.
24. Ahles TA, Blanchard EB, Ruckdeschel JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain* 1983, 17:277-288.
25. McGuire DB. Cancer-related pain: A multidimensional approach. *Dissert Abstr Int* 1987, 48:705.
26. International Association for the Study of Pain; Task force on acute pain. *Management of acute pain: A practical guide*. Seattle, IASP Publications, 1992.
27. Borsook D, LeBel A, McPeck B. *Εγχειρίδιο αντιμετώπισης πόνου. Μετάφραση-επιμέλεια: Καμβύση-Δέα Σ. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1998.*
28. Theofilou P, Aroni A, Tsironi M, Zyga S. Measuring pain self-efficacy and health related quality of life among hemodialysis patients in Greece: A cross-sectional study. *Health Psychol Res* 2013, 1:74-78.
29. Tonkin L. The Pain Self-Efficacy Questionnaire. *Aust J Physiother* 2008, 54:77.
30. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Psychometric properties of the Portuguese version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire. *Acta Reumatol Port* 2011, 36:260-267.
31. Vong SK, Cheing GL, Chan CC, Chan F, Leung AS. Measurement structure of the Pain Self-Efficacy Questionnaire in a sample of Chinese patients with chronic pain. *Clin Rehabil* 2009, 23:1034-1043.
32. Calls J, Rodríguez Calero M, Hernández Sánchez D, Gutiérrez Navarro M, Juan Amer F, Tura D et al. An evaluation of pain in haemodialysis patients using different validated measurement scales. *Nefrologia* 2009, 29:236-243.
33. Bouattar T, Skalli Z, Rhou H, Ezzaitouni F, Ouzeddoun N, Bayahia R et al. The evaluation and analysis of chronic pain in chronic hemodialysis patients. *Nephrol Ther* 2009, 5:637-641.