

Streszczenie

Wstęp: Ocena bólu, który jest zjawiskiem bardzo złożonym z klinicznego punktu widzenia, stanowi jedno z istotnych wyzwań współczesnej medycyny. Rzetelne oszacowanie bólu ma podstawowe znaczenie dla postawienia prawidłowego rozpoznania przyczyn bólu i zaplanowania właściwego postępowania przeciwbólowego oraz dla podjęcia odpowiedniej diagnostyki klinicznej choroby, której towarzyszy ból. Nieprawidłowo prowadzony proces terapeutyczny skutkuje tym, że utrzymujący się ból powoduje szereg negatywnych zmian w funkcjonowaniu psychofizycznym chorego, co ma istotny wpływ na stan somatyczny i emocjonalny osoby cierpiącej, a w konsekwencji prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia chorego.

Ze względu na występowanie bólu w przebiegu wszystkich chorób układu ruchu, szczegółowa ocena bólu stanowi istotny element prawidłowo przeprowadzonego badania klinicznego. Jednokomponentowe skale pozwalają tylko na ocenę intensywności bólu u chorych, jednak ustalenie pełnej charakterystyki bólu wymaga zastosowania narzędzia wielowymiarowego. Ze względu na ocenę stanu chorego i ocenę skuteczności leczenia istnieje konieczność dobrania takiej techniki pomiaru bólu, aby można było uchwycić nawet drobne zmiany w jego charakterystyce. W Polsce brak jest użytecznego narzędzia do oceny bólu, które dostarczy szczegółowej charakterystyki ilościowej i jakościowej tego doznania. Narzędziem badawczym pozwalającym na stosunkowo pełną ocenę i charakteryzację bólu jest anglojęzyczny kwestionariusz *The Short-Form McGill Pain Questionnaire-2* (SF-MPQ-2). Z tego względu podjęto niniejsze badanie, w którym sformułowano hipotezę badawczą stanowiącą, że ocena bólu występującego w przebiegu chorób układu ruchu oparta na charakterystyce specyficznych cech jakościowych i ilościowych doznania bólowego mierzonych kwestionariuszem SF-MPQ-2 może być pomocna w różnicowaniu etiopatogenezy tych chorób. Łączy się to z opracowaniem polskiej wersji narzędzia.

Cel pracy: Celem głównym pracy było ustalenie szczegółowej charakterystyki jakościowej i ilościowej bólu występującego w przebiegu chorób układu ruchu z zastosowaniem polskiej wersji kwestionariusza *The Short-Form McGill Pain Questionnaire-2* (SF-MPQ-2). Celem podrzędnym było przeprowadzenie polskiej adaptacji kwestionariusza SF-MPQ-2 (walidacja językowa) oraz dokonanie oceny właściwości psychometrycznych adaptowanego do polskiego obszaru kulturowego narzędzia (walidacja psychometryczna).

Material i metody: Grupa badana obejmowała 140 osób, przy czym 120 badanych stanowili chorzy z bólem występującym w przebiegu chorób układu ruchu, natomiast 20 badanych stanowili chorzy z bólem neuropatycznym. W grupie chorych z bólem towarzyszącym chorobie układu ruchu było 60 pacjentów z rozpoznaniem RZS (42%), 30 pacjentów z rozpoznaniem ChZS (21%), 26 pacjentów z rozpoznaniem ZZSK (19%) oraz 4 osoby z rozpoznaniem ŁZS (3%). Badanie przeprowadzono w Klinice Chorób Wewnętrznych i Reumatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Klinice Chorób Wewnętrznych, Autoimmunologicznych i Metabolicznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Klinice Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Oddziale Reumatologicznym Szpitala Murcki w Katowicach oraz poradniach reumatologicznych przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Szpitalu Murcki w Katowicach. Grupa badana obejmowała 90 kobiet (64%) i 50 mężczyzn (36%). Średnia wieku wynosiła 58,1 (\pm 14,8) lat. Czas trwania bólu towarzyszącego chorobie wynosił średnio 10,9 (\pm 9,9) lat.

W badaniu wykorzystano sondaż diagnostyczny w oparciu o polską wersję kwestionariusza SF-MPQ-2, kwestionariusz BPI-SF, skalę SF-36v2, skalę HADS oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Badanych podzielono na 8 grup do przeprowadzenia 4 odrębnych badań porównawczych. W każdym z badań porównywano 1 zmienną w dwóch grupach. Badane zmienne to: czas trwania bólu, umiejscowienie bólu, czynnik wywołujący chorobę układu ruchu oraz mechanizm patofizjologiczny powstawania bólu. Podział na grupy przebiegał z uwzględnieniem następujących kryteriów klasyfikacyjnych: rozpoznanie kliniczne oraz badana zmienna.

Wyniki: Rzetelność określona w oparciu o współczynnik zgodności wewnętrznej α dla całości polskiej wersji kwestionariusza SF-MPQ-2 wynosiła 0,861, a dla poszczególnych podskal zawierała się w przedziale 0,57-0,79. Stwierdzono zadowalającą spójność podskal II, III i IV (zakres: 0,71-0,79). Podskala I nie uzyskała akceptowalnych psychometrycznie wartości spójności wewnętrznej ($\alpha < 0,70$).

Stwierdzono umiarkowane oraz silne korelacje wyników pozycji kwestionariusza z wynikiem ogólnym (zakres 0,31-0,69, $p < 0,05$). Stwierdzono silne oraz bardzo silne korelacje pozycji wchodzących w strukturę danej podskali z wynikiem tej podskali (zakres 0,43-0,87). Uzyskano zadowalające wyniki współczynnika korelacji między podskalami (zakres 0,24-0,74). Wyniki analizy korelacji wskazują na zadowalającą trafność polskiej wersji kwestionariusza.

Potwierdzono 4-czynnikową strukturę polskiej wersji kwestionariusza w confirmacyjnej analizie czynnikowej. Rozkład wskaźnika dobroci dopasowania GFI wynosił we wszystkich podskalach $>0,90$. Wartość RMSEA wyniosła $0,05-0,21$ i minimalnie przekraczała przyjęte kryterium. Wartość SRMR wyniosła $0,05-0,07$ ($<0,08$).

Stwierdzono pozytywny związek między wynikiem ogólnym SF-MPQ-2 a wynikami w podskali lęku HADS ($r=0,35$), podskali depresji HADS ($r=0,46$), podskali zakłócenia aktywności BPI-SF ($r=0,55$), podskali zakłócenia emocji BPI-SF ($r=0,51$). Wykryto istotny negatywny związek wyniku ogólnego SF-MPQ-2 z wynikami skali SF36v2 w komponencie fizycznym ($r=-0,34$) oraz psychicznym ($r=-0,61$). Wykazano istotne najczęściej umiarkowane lub silne korelacje SF-MPQ-2 ze skalami zewnętrznymi, co świadczy o zadowalającej trafności zbieżnej polskiej wersji kwestionariusza SF-MPQ-2.

W ocenie bólu pod względem czynnika czasu stwierdzono bardziej nasilone dolegliwości bólowe u chorych na RZS (jawne klinicznie) ≤ 1 rok niż u chorych na RZS (jawne klinicznie) ≥ 5 lat ($p=0,004$). Najbardziej nasilone dolegliwości wykazano w komponencie bólu napadowo występującego, przy czym chorzy na RZS (jawne klinicznie) ≤ 1 rok odczuwali ból o wyższym natężeniu niż chorzy na RZS (jawne klinicznie) ≥ 5 lat ($p=0,00001$). Stwierdzono, że natężenie bólu przeszywającego, kłującego i ostrego było istotnie wyższe u chorych na RZS ≤ 1 rok ($p=0,000001$). Zaobserwowano, że chorzy na RZS ≤ 1 rok w ocenie emocjonalnej bólu wskazali bardziej nasilone doznania ($p=0,00001$). W ocenie osób chorujących krócej ból był znacznie bardziej męczący ($p=0,01$), nękający ($p=0,00001$) oraz wzbudzający lęk i niepokój ($p=0,0004$).

W ocenie bólu pod względem czynnika umiejscowienia bólu stwierdzono prawie dwukrotnie istotnie bardziej nasilone dolegliwości bólowe u chorych z bólem w przebiegu chorób z zajęciem stawów obwodowych niż u chorych z bólem w przebiegu chorób z zajęciem stawów szkieletu osiowego ($p=0,000009$). Wykazano dwukrotnie silniejsze dolegliwości bólowe o charakterze napadowym ($p=0,00004$) i ciągłym ($p=0,000002$) u chorych z bólem w przebiegu chorób z zajęciem stawów obwodowych. W badanej grupie najwyższe natężenie bólu napadowo występującego stwierdzono w pozycjach bólu ostrego (7,3), przeszywającego (6,5) i kłującego (6,4) ($p<0,000001$). W komponencie bólu ciągłego wykazano, że chorzy z bólem w przebiegu chorób z zajęciem stawów obwodowych odczuwali istotnie bardziej nasilony ból pulsujący ($p=0,0002$) oraz tępy ($p=0,01$), a także bardziej nasilone objawy towarzyszące: uczucie ciężaru ($p=0,00002$) oraz tkliwość ($p=0,006$). W ocenie emocjonalnej bólu chorzy z bólem w przebiegu chorób z zajęciem stawów obwodowych wskazali bardziej nasilone doznania ($p=0,000008$). W ocenie chorych ból był

znacznie bardziej męczący (7,2), nękający (6,0) oraz wzbudzający lęk, niepokój, strach (4,5). U badanych z bólem w przebiegu chorób z zajęciem stawów szkieletu osiowego stwierdzono łagodne dolegliwości bólowe o nieswoistym charakterze. Zaobserwowano wskazania bólu kłującego (3,1), ostrego (3,1), skurczowego (1,7), pulsującego (1,6) oraz tępego (1,6).

W ocenie bólu pod względem czynnika wywołującego chorobę układu ruchu nie stwierdzono wielu istotnych różnic między chorymi z rozpoznaniem choroby układu ruchu o podłożu zapalnym a chorymi z rozpoznaniem choroby układu ruchu niezapalnej. Stwierdzono łagodne i umiarkowane nasilenie dolegliwości u chorych. Zaobserwowano nieznacznie wyższe nasilenie bólu charakterze napadowym u chorych z zapalną postacią choroby układu ruchu ($21,8 \pm 12,7$) niż u chorych z chorobą niezapalną ($19,3 \pm 7,6$). Różnica nie była istotna statystycznie. W ocenie emocjonalnej bólu stwierdzono dwukrotnie silniejsze doznania u chorych z rozpoznaniem choroby zapalnej ($p=0,004$) w odniesieniu do pozycji „wzbudzający lęk, niepokój, strach”. U chorych z rozpoznaniem choroby o podłożu niezapalnym odnotowano istotnie wyższe nasilenie bólu tępego ($p=0,03$).

W ocenie bólu pod względem mechanizmu patofizjologicznego stwierdzono bardziej nasilone dolegliwości bólowe o charakterze napadowym ($p=0,01$) oraz neuropatycznym ($p<0,000001$) u chorych z rozpoznaniem zespołów bólu neuropatycznego w porównaniu do chorych z bólem receptorowym. Wykazano, że doznania bólowe o charakterze neuropatycznym były trzykrotnie silniejsze w grupie chorych z bólem neuropatycznym ($p<0,000001$). Zaobserwowano, że najbardziej uciążliwymi dolegliwościami wśród chorych z bólem neuropatycznym było drętwienie (7,6), uczucie mrowienia lub ‘igiełek’ pod skórą” (6,8), a także ból przypominający ukłucie igłą (6,4) ($p<0,000001$). Wykazano, że cechy bólu palącego, piekącego, bólu wywołanego lekkim dotykiem, uczucie mrowienie oraz drętwienie były swoistymi cechami charakterystycznymi dla chorych z bólem neuropatycznym.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonej analizy badań stwierdza się, że polska wersja kwestionariusza SF-MPQ-2 jest narzędziem o zadowalającej rzetelności oraz o potwierdzonej trafności teoretycznej. Konieczne jest prowadzenie dalszych badań walidacyjnych kwestionariusza SF-MPQ-2 w celu weryfikacji rzetelności podskali I. Polska wersja SF-MPQ-2 jest narzędziem pozwalającym wychwycić różnice w charakterystyce bólu w zależności od czasu trwania choroby i może być stosowana do monitorowania zmian w jego cechach jakościowych oraz ilościowych podczas postępowania leczniczego. Wartość polskiej wersji SF-MPQ-2 jako narzędzia do oceny bólu w chorobach układu ruchu o podłożu zapalnym i niezapalnym jest znacznie ograniczona. Polska wersja SF-MPQ-2 jest użyteczna w ocenie bólu w przebiegu chorób układu ruchu pod względem czynnika umiejscowienia

bólu. Polska adaptacja SF-MPQ-2 pozwala uchwycić różne komponenty doświadczanego przez chorego bólu, co pozwala stwierdzić, że kwestionariusz jest narzędziem przydatnym do oceny bólu receptowego, neuropatycznego oraz bólu o charakterze mieszanym. Zastosowanie kwestionariusza w codziennej praktyce lekarskiej będzie pomocne w ustaleniu stosunkowo pełnej charakterystyki bólu, rozpoznaniu przyczyn bólu oraz monitorowaniu postępowania przeciwbólowego.

Słowa kluczowe:

ból, ból mięśniowo-szkieletowy, skale oceny bólu, kwestionariusz SF-MPQ-2, choroby układu ruchu