

STRESZCZENIE

Wstęp: W ostatnich latach coraz częściej zarówno w badaniach naukowych i pracy klinicznej zwraca się uwagę na konieczność uzupełnienia standardowego badania klinicznego i badań obrazowych u pacjentów z ZCN o wystandaryzowane narzędzia pomiarowe (ang. Patient – Reported Outcome Measures, PROMs), służące do pomiaru subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Jednym z najczęściej wykorzystywanych kwestionariuszy służącym do oceny stopnia nasilenia objawów i dysfunkcji w ZCN jest Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ). Kwestionariusz podzielony jest na skalę SSS (ang. Symptom Severity Scale) zawierającą 11 pytań i skalę FSS (ang. Functionale Status Scale) zawierającą 8 pytań.

Cel pracy: Celem pracy było przeprowadzenie procesu adaptacji kulturowo – językowej kwestionariusza Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ) do warunków polskich oraz ocena jego właściwości psychometrycznych, wśród pacjentów poddanych terapii pozaustrojową falą uderzeniową.

Materiał i metoda: Do badania zakwalifikowano łącznie 103 pacjentów (78 kobiet i 25 mężczyzn) ze zdiagnozowanym w stopniu lekkim lub umiarkowanym ZCN. Po wykluczeniu przeciwwskazań do terapii, każdy z pacjentów przeszedł procedurę trzykrotnego badania. Pierwsze badanie wykonane zostało podczas pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej i obejmowało przeprowadzenie wywiadu, uzupełnienie ankiety osobowej, wypełnienie kwestionariuszy BKZCN, QuickDASH, SF-36 2,0, skali bólu VAS, przeprowadzenie testów funkcjonalnych Tinela – Hoffmanna i Phanela oraz pomiar siły chwytu z wykorzystaniem dynamometru ręcznego. W odstępie 2–7 dni od badania pierwszego, przeprowadzono drugie badanie (test–retest) polegające na powtórnym wypełnieniu kwestionariusza BKZCN. Po wypełnieniu kwestionariusza pacjent został poddany pierwszemu z serii czterech zabiegów fali uderzeniowej na ZCN. Trzecie i ostatnie badanie zostało przeprowadzone po upływie 3 miesięcy od daty zakończenia serii zabiegów falą uderzeniową i obejmowało ocenę analogiczną jak w badaniu pierwszym.

Wyniki: Polska wersja kwestionariusza BKZCN charakteryzuje się wysoką spójnością wewnętrzną (współczynnik α Cronbacha dla SNO wyniósł 0,861 a dla SSF 0,924) oraz doskonałą powtarzalnością pomiarów (ICC 0,9406 dla SNO i 0,9250 dla SSF, przy SEM 0,16 i 0,21 odpowiednio dla SNO i SSF oraz MDC 0,43 i 0,59 odpowiednio dla SNO i SSF). Wykazano wysoką trafność konstrukcyjną polskiej wersji kwestionariusza BKZCN, gdyż potwierdzono siedem z dziewięciu założonych a priori hipotez tj. 77,77%. Stwierdzono silne korelacje pomiędzy skalami BKZCN a ogólnym wynikiem kwestionariusza QuickDASH ($R=0,70$ dla SNO i QuickDASH oraz $R=0,80$ dla SSF i QuickDASH), silne korelacje pomiędzy skalą bólu VAS a SNO ($R=0,73$) i słabe korelacje pomiędzy VAS a SSF ($R=0,47$). Siła chwytu dynamometrem nie była w istotny sposób skorelowana z skalami SNO i SSF. Korelacje pomiędzy skalami BKZCN a oceną jakości życia w skali SF-36 były co najwyżej przeciętnej mocy, przy czym najmocniejsze korelacje dotyczyły podskali „dolegliwości bólowe” w dziedzinie fizycznej SF-36 i SSF ($R=-0,56$) oraz SNO ($R=-0,52$). Zależności pomiędzy BKZCN a testami funkcjonalnymi w istotny statystycznie sposób dotyczyły jedynie testu Phalena i skali SSF ($p=0,0195^*$). Wyniki analizy czynnikowej dla skali SNO wykazały pewną rozbieżność pomiędzy odpowiedziami na pytania. Skorelowane były ze sobą oceny dokonane w pytaniach numer 1,2,6,8,9 i 10 dotyczące dolegliwości nocnych bezpośrednio niezwiązanych z czynnościami codziennymi oraz pytania numer 3,4,5,7 i 11, dotyczące objawów dziennych powiązanych z funkcjonalnością. Analiza czynnikowa przeprowadzona dla skali SSF wykazała jej jednowymiarową strukturę.

Ocenie poddano wewnętrzną i zewnętrzną wrażliwość kwestionariusza na zmiany kliniczne w stanie zdrowia pacjentów po zastosowanej terapii falą uderzeniową. Średni spadek nasilenia

objawów w skali SNO wynosił 1,04 pkt, a stan funkcjonalny oceniany w skali SSF poprawił się średnio o 0,77 pkt. Wartość ES dla skali SNO wynosiła 1,62 a dla SSF 0,99 przy SRM 1,35 dla SNO i 1,01 dla SSF, co świadczy o wysokiej wrażliwości na zmiany BKZCN. W wyniku przeprowadzonej terapii uzyskano znamienne statystycznie poprawę stanu pacjentów ocenianą VAS, siłą chwytu dynamometrem i kwestionariuszem QuickDASH (poprawa odpowiednio o średnio -3,1 pkt, 7,7 pkt oraz -23,2 pkt). Zmiany wyników VAS i QuickDASH były istotnie skorelowane ze skalami BKZCN, odpowiednio SNO i VAS ($R=0,70$), SNO i QuickDASH ($R=0,76$) oraz SSF i VAS ($R=0,46$) i SSF i QuickDASH ($R=0,77$). Dla SNO i pomiaru siły chwytu dynamometrem korelacja była słaba ($R=-0,36$), a dla SSF nie odnotowano korelacji z pomiarem siły chwytu. Korelacje pomiędzy SF-36 a BKZCN były słabej siły. Jedynie w podskali „dolegliwości bólowe” z dziedziny fizycznej SF-36 i SNO korelacje te uzyskały przeciętną moc ($R=-0,52$). Poprawa wyników testu Phalena była istotnie statystycznie powiązana z poprawą wyników SNO ($p=0,0007***$) i SSF ($p=0,0000***$), a poprawa wyników w teście Tinela-Hoffmanna była w istotny statystycznie sposób powiązana jedynie z SNO ($p=0,0132*$).

Wnioski: Polska wersja BKZCN jest powtarzalnym narzędziem do subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjentów z ZCN, charakteryzującym się wysoką spójnością wewnętrzną. Polska wersja BKZCN charakteryzuje się wysoką trafnością w pomiarach nasilenia objawów i dysfunkcji typowych u pacjentów z ZCN. Polska wersja BKZCN jest narzędziem zdolnym do wykrywania zmian, jakie zaszły w subiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjentów z ZCN po zastosowanej fizjoterapii.