



**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
Τμήμα Φυσικοθεραπείας**

Πτυχιακή Εργασία

**"Έλεγχος Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας της Κλίμακας Αυτο-
αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας σε ελληνικό πληθυσμό"**

Φοιτητές: *Fijalkowska Malwina Eufemia, Λάζαρη Ειρήνη*

Εισηγητής: κ. Γεωργούδης Γεώργιος

Συνεπίβλεψη: κ. Χρηστάκου Άννα

ΑΘΗΝΑ 2021



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
Τμήμα Φυσικοθεραπείας

**"Έλεγχος Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας της Κλίμακας Αυτο-
αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας σε ελληνικό πληθυσμό"**

Η πτυχιακή εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Γεώργιος Γεωργούδης	
Γεώργιος Παπαθανασίου	
Δημήτριος Στασινόπουλος	

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέων Πτυχιακής Εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένηΕιρήνη Λάζαρη..... του...Λάμπρου.., με αριθμό μητρώου ...17050..... φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής ...Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας... του Τμήματος ...Φυσικοθεραπείας..., μαζί με την κάτωθι υπογεγραμμένηMalwina Eufemia Fijalkowska..... του...Marek.., με αριθμό μητρώου ...17154..... φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής ...Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας... του Τμήματος ...Φυσικοθεραπείας..., δηλώνουμε υπεύθυνα ότι:

«Είμαστε συγγραφείς αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχαμε για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες κάναμε χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνουμε ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμάς αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μας, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μας ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μας».

Ο/Η Δηλών/ούσα



Ειρήνη Λάζαρη

Ο/Η Δηλών/ούσα



Malwina Eufemia Fijalkowska

Περίληψη - Λέξεις κλειδιά

Η αρθρίτιδα είναι από τα πιο συχνά προβλήματα των ηλικιωμένων που προσβάλλει τις αρθρώσεις του σώματος, δυσχεραίνοντας την καθημερινότητα τους και επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό την αυτο-αποτελεσματικότητά τους. Συνεπώς, η ανάπτυξη και η χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Η Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (ΚΑΑ) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αξιολόγηση της αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών με αρθρίτιδα και έχει σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες.

Σκοπός: Είναι η μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή στα Ελληνικά της ΚΑΑ και ο έλεγχος της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της σε ασθενείς με αρθρίτιδα.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη συμμετείχαν 120 ασθενείς από μεγάλο αριθμό ιδιωτικών φυσικοθεραπευτηρίων εντός του νομού Αττικής. Η μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή της ΚΑΑ στην ελληνική γλώσσα ακολούθησε τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Ο έλεγχος της εννοιολογικής εγκυρότητας έγινε μέσω συσχέτισης της ΚΑΑ με άλλα έγκυρα και σταθμισμένα στα Ελληνικά εργαλεία όπως Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (SF-MPQ), Οπτική Αναλογική Κλίμακα (ΟΑΚ), κλίμακα Έντασης Παρόντος Πόνου (ΕΠΠ), Ερωτηματολόγιο Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου (ΕΑΕΠ), Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) και Επισκόπηση Υγείας (SF-36). Η εσωτερική συνέπεια μελετήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach α και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων μέσω του Δείκτη αξιοπιστίας (Intraclass Correlation Coefficient). Η ανταποκρισιμότητα του εργαλείου ελέγχθηκε με τη χρήση της καμπύλης ROC.

Αποτελέσματα: Η Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση προσδιόρισε την τετραπαραγοντική δομή της ΚΑΑ με ιδιοτιμές από 1.045 έως 10.421 που εξήγησαν το 74.971% της συνολικής διακύμανσης. Οι κοινές παραγοντικές διακυμάνσεις και οι φορτίσεις των 20 ερωτήσεων στους παράγοντες κυμάνθηκαν από 0.614 έως 0.835 και 0.561 έως 0.837, αντίστοιχα. Σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις υπήρξαν μεταξύ της ΚΑΑ και των SF-MPQ, ΕΠΠ, ΟΑΚ, ΕΑΕΠ και HADS (Spearman's rho - 0.203 ως -0.634, $p < 0.05$), ενώ θετικές συσχετίσεις υπήρξαν μεταξύ των ΚΑΑ και

SF-36 (Spearman's rho 0.228 ως 0.628, $p < 0.05$). Η εσωτερική συνέπεια ήταν εξαιρετική για τη συνολική βαθμολογία της ΚΑΑ (Cronbach $\alpha = 0.950$) και καλή ως εξαιρετική για κάθε έναν από τους τέσσερις παράγοντες της ($\alpha = 0.876 - 0.927$). Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν επίσης εξαιρετική (ICC= 0.93 - 0.97). Η ΚΑΑ εμφάνισε καλή έως εξαιρετική ανταποκρισιμότητα (AUC= 0.862 - 0.969, $p < 0.05$)

Συμπεράσματα: Η ΚΑΑ διατήρησε τις ιδιότητες της πρωτότυπης ΚΑΑ ως προς τα βασικά ψυχομετρικά δεδομένα. Αποτελεί ένα έγκυρο, αξιόπιστο και ψυχομετρικά ελεγμένο εργαλείο μέτρησης της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας σε Έλληνες ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά: Arthritis Self-Efficacy Scale, self-efficacy, cultural adaptation, translation, validity, reliability, rheumatoid arthritis, osteoarthritis, psychometric properties.

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο “Έλεγχος Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας σε ελληνικό πληθυσμό” εκπονήθηκε το διάστημα μεταξύ Σεπτεμβρίου 2020 και Ιουλίου 2021 στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος του τμήματος Φυσικοθεραπείας της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Ως την ελάχιστη δυνατή μνεία, με την παρούσα σελίδα οφείλουμε να ευχαριστήσουμε από καρδιάς όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της.

Πρώτα απ’ όλα, ευχαριστούμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας, κο Γεωργούδη Γεώργιο, για την πολύτιμη υποστήριξή του, τις παραγωγικές υποδείξεις του και το πολύ καλό κλίμα συνεργασίας που διαμόρφωσε συμβάλλοντας τα μέγιστα για την κατάρτιση της πτυχιακής μας εργασίας.

Ακόμα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ειλικρινά την Ακαδημαϊκή υπότροφο του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και Εκλεγμένη Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Φυσικοθεραπείας ΠΑΠΕΛ, κα Χρηστάκου Άννα, για το αμείωτο και ανιδιοτελές ενδιαφέρον της και τη συνεχή υποστήριξη και καθοδήγησή της σε κάθε μας βήμα από την λήψη του θέματος ώστε να ολοκληρωθεί επιτυχώς η ερευνητική αυτή μελέτη.

Επίσης, ιδιαίτερες ευχαριστίες αξίζουν όλοι οι ασθενείς που συμμετείχαν εθελοντικά ως δείγμα στην έρευνα μας, τόσο για την απaráμιλλη προθυμία τους να βοηθήσουν όσο και για το χρόνο που διέθεσαν, καθώς και τα ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια που συνέβαλαν με περίσσιο ενθουσιασμό στην αποτελεσματικότερη και συντομότερη εύρεση δείγματος.

Τέλος, το μεγαλύτερό μας ευχαριστώ αξίζουν τα αγαπημένα μας πρόσωπα, οι γονείς, τα αδέρφια, οι φίλοι και οι συμφοιτητές μας, για την αμέριστη υποστήριξη που μας παρείχαν όλο αυτό το διάστημα, για τις ανταλλαγές απόψεων, το ειλικρινές ενδιαφέρον τους, την ηθική τους συμπαράσταση, την υπομονή και τη θετική τους σκέψη.

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2021

Περιεχόμενα

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέων Πτυχιακής Εργασίας	3
Περίληψη - Λέξεις κλειδιά	4
Ευχαριστίες	6
Περιεχόμενα	7
Συνομογραφίες	9
Κατάλογος Πινάκων – Σχημάτων	12
1. Εισαγωγή	13
1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος	15
1.2. Σημασία της έρευνας	15
1.3. Ερευνητικές υποθέσεις	16
1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί στην έρευνα	17
1.5. Διευκρίνιση όρων	17
2. Ανασκόπηση	20
2.1. Στρατηγική αναζήτησης	20
2.2. Είδη αρθρίτιδας	20
2.3. Η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας	22
2.4. Η σχέση της αυτο-αποτελεσματικότητας με την αρθρίτιδα	23
2.5. Όργανα αξιολόγησης αυτο-αποτελεσματικότητας	25
2.6.1. Δημιουργία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας 8 ερωτήσεων	27
2.6. Δημιουργία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	29
2.7. Σταθμίσεις της Κλίμακας Αυτο-αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας σε άλλες γλώσσες	33
2.7.1. Γαλλική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-αποτελεσματικότητας	33
2.7.2. Σουηδική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	35
2.7.3. Βρετανική στάθμιση Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	38
2.7.4. Γερμανική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	41
2.7.5. Κινέζικη στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	44
2.7.6. Ισπανική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	45
2.7.7. Αραβική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	47

2.7.8. Βραζιλιάνικη-Πορτογαλική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας	49
3. Μεθοδολογία	54
3.1. Δείγμα	54
3.2. Όργανα	55
3.2.1. Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (ΚΑΑ)	55
3.2.2. Σύνομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (SF-MPQ)	56
3.2.3. Ερωτηματολόγιο Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου (ΕΑΕΠ)	57
3.2.4. Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)	57
3.2.5. Επισκόπηση Υγείας SF-36 (Health Survey Short Form-36)	58
3.3. Διαδικασία στάθμισης	59
3.4. Στατιστικές αναλύσεις	60
4. Αποτελέσματα	64
4.1. Αποτελέσματα πιλοτικής έρευνας	64
4.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	64
4.3. Παραγοντική ανάλυση	66
4.4. Εγκυρότητα συγχρονικής συνάφειας	69
4.5 Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας	71
4.6 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων	71
4.7 Ανταποκρισιμότητα	72
5. Συζήτηση	74
5.1. Περιορισμοί – Προτάσεις για περαιτέρω μελέτη	79
6. Συμπεράσματα	80
7. Βιβλιογραφικές αναφορές	81
Παραρτήματα	97

Συντομογραφίες

ΟΑ: Οστεοαρθρίτιδα

ΡΑ: Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

ΚΓΘ: Κοινωνική Γνωστική Θεωρία

ΚΑΑ: Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

ASES: Arthritis Self-Efficacy Scale

RASE: Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale

CASE: Children's Arthritis Self-Efficacy Scale

CDSES: Chronic Disease Self-Efficacy Scale

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale/ Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης

ΕΑΕΠ: Ερωτηματολόγιο Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου/ Pain Beliefs and Perceptions Inventory

SF-MPQ: Short Form of the McGill Pain Questionnaire/ Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο

ΟΑΚ: Οπτική Αναλογική Κλίμακα/ Visual Analogue Scale

ΕΠΠ: Κλίμακα Έντασης Παρόντος Πόνου/ Present Pain Index

SF-36: Short Form 36-Item Health Survey/ Επισκόπηση Υγείας SF-36

ΑΣ: Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα

ΨΑ: Ψωριασική Αρθρίτιδα

ΘΚΜ: Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης

GSES: Generalized Self-efficacy Scale/ Κλίμακα Γενικευμένης Αυτο-Αποτελεσματικότητας

PASE: Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale

ASMC: Arthritis Self-Management Course

VAS: Visual Analog Scale

HAQ: Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Υγείας / Health Assessment Questionnaire

BDS: Σύντομη Μορφή της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck / Short Version of the Beck Depression Scale

ΑΛ: Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας

FSE: Function Self-efficacy

ΑΑΣ: Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων

OSE: Other Symptoms Self-efficacy

ΑΠ: Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου

PSE: Pain Self-efficacy

ΚΑΑ-8: Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας 8 ερωτήσεων

ASES-8: Arthritis Self-Efficacy Scale-8

VNS: Visual Numeric Scale/ Οπτική Αριθμητική Κλίμακα

CES-D: Κλίμακα Μέτρησης της Κατάθλιψης Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CHAMPS: The Community Health Activities Model Program for Seniors Questionnaire

6MWT: 6-Minute Walk Test/ 6-λεπτη Δοκιμασία Βάδισης

ASES-F: Arthritis Self-Efficacy Scale-France

WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index

KOFBeQ: Knee Osteoarthritis Fears and Beliefs Questionnaire

ASES-S: Arthritis Self-Efficacy Scale - Sweden

MHLC: Multidimensional Health Locus of Control Scales

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire/ Ερωτηματολόγιο για τα Συμπτώματα της Ινομυαλγίας

BDI: Beck Depression Inventory/ Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck

FAI: Fibromyalgia Attitudes Index

QOLS-S: Quality of Life Scale/ Κλίμακα Ποιότητας Ζωής

ASMP: Arthritis Self-Management Programmes/ Πρόγραμμα Αυτοδιαχείρισης της Αρθρίτιδας

KMO: Kaiser–Meyer–Olkin

MOS: Medical Outcomes Study

SSS: Social Support Survey/ Έρευνα Κοινωνικής Υποστήριξης

ASES-D: Arthritis Self-Efficacy Scale-Deutch

ICC: Intraclass Correlation Coefficient

ΣΛ: Σωματική Λειτουργικότητα

FACIT-F: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue/ Κλίμακα Λειτουργικής Αξιολόγησης της Κόπωσης σε Θεραπείες Χρόνιων Νοσημάτων

MAP: Multitrait Scaling Analyses Program

QuickDASH: Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire

BCI: Brief Coping Inventory/ Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων

NRS: Pain Numerical Rating Scale/ Αριθμητική Κλίμακα Βαθμολογίας Πόνου

PHQ-4: Four-Item Patient Health Questionnaire/ Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενών-4

NPS: Numerical Pain Scale/ Αριθμητική Κλίμακα Πόνου

CBT: Cognitive Behavioral Training/ Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία

ISPOR: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research

SF-MPQ-S: Short Form of the McGill Pain Questionnaire - Sensory

SF-MPQ-A: Short Form of the McGill Pain Questionnaire - Affective

PPI: Present Pain Index

PBPI: Pain Beliefs and Perceptions Inventory

HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression

ΡΣ: Ρόλος Σωματικός

ΣΠ: Σωματικός Πόνος

ΚΛ: Κοινωνική Λειτουργικότητα

ΡΣΘ: Ρόλος Συναισθηματικός

IQOLA: International Quality of Life Assessment

SPSS: Statistical Package for Social Science

SD: Standard Deviation/ Τυπική Απόκλιση

ROC: Receiver Operating Characteristic

GPE: Global Perceived Effect

FSE-LE: Function Self-Efficacy Lower Extremity/ Αυτο-αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου

FSE-UE: Function Self-Efficacy Upper Extremity/ Αυτο-αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας Άνω Άκρου

AUC: Area Under the Curve

Κατάλογος Πινάκων – Σχημάτων

Πίνακας 4.2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (σελίδα 64-66)

Πίνακας 4.3: Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (ιδιοτιμές, κοινές παραγοντικές διακυμάνσεις, φορτίσεις ερωτήσεων στους παράγοντες) (σελίδα 67)

Πίνακας 4.4: Εγκυρότητα Συγχρονικής Συνάφειας (σελίδα 69-70)

Πίνακας 4.5: Αξιοπιστία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (σελίδα 71)

Πίνακας 4.6: Αξιοπιστία Επαναληπτικών Μετρήσεων σελίδα 72)

Σχήμα 4.3: Διάγραμμα ιδιοτιμών (σελίδα 67)

Σχήμα 4.7: Καμπύλη ROC για τον έλεγχο της ανταποκρισιμότητας της ΚΑΑ. Η μπλε, κόκκινη, πράσινη και πορτοκαλί γραμμή αναφέρονται στους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ-ΑΑ, ΑΛ-ΚΑ και ΑΑΣ αντίστοιχα. (σελίδα 73)

1. Εισαγωγή

Η αρθρίτιδα είναι η πιο συχνή χρόνια εκφυλιστική πάθηση των ηλικιωμένων (Ghourí & Conaghan, 2019). Οι περισσότεροι ασθενείς με αρθρίτιδα παρουσιάζουν σημαντικά συμπτώματα πόνου που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η επίδραση της αρθρίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από ήπια ενόχληση έως και πολύ σοβαρή αναπηρία. Οι υπάρχουσες θεραπείες εστιάζουν στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων, δηλαδή τη μείωση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Seomun et al., 2006). Μεγάλη σημασία έχει η πρώιμη διάγνωση και η σωστή θεραπεία της αρθρίτιδας, ώστε να αποφευχθεί η καταστροφή των αρθρώσεων (Jiang et al., 2013). Οι δύο πιο συνηθισμένες μορφές αρθρίτιδας είναι η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) και η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) (Basu et al., 2018).

Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) είναι μια επώδυνη πάθηση του μυοσκελετικού συστήματος που οδηγεί στη μείωση της λειτουργικότητας των ασθενών (Ευσταθίου, 2006). Είναι μια πολυπαραγοντική νόσος που οφείλεται στην πολύπλοκη αλληλεπίδραση γενετικών, μηχανικών, μεταβολικών μηχανισμών και φλεγμονωδών στοιχείων. Το 1/3 των χρόνιων μέτριων έως σοβαρών πόνων σχετίζονται με την ΟΑ, η οποία στην πλειονότητά της συναντάται σε ηλικιωμένους και υπέρβαρους ασθενείς (Ghourí & Conaghan, 2019). Οι αρθρώσεις που προσβάλλονται συχνότερα από την ΟΑ είναι το γόνατο, το ισχίο, η άκρα χείρα, η σπονδυλική στήλη και ο άκρος πόδας, ενώ η πηχεοκαρπική, ο ώμος και ο αστράγαλος επηρεάζονται σπανιότερα από την ΟΑ. Η αντιμετώπισή της είναι φαρμακευτική και μη φαρμακευτική (Arden & Nevitt, 2006). Η φαρμακευτική αγωγή επιλέγεται μόνο εάν η μη φαρμακευτική παρέμβαση δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ωστόσο, τα φάρμακα έχουν περιορισμένη αναλγητική αποτελεσματικότητα και συχνά έντονες παρενέργειες, αναγκάζοντας τους ασθενείς με ΟΑ να περιορίσουν τη χρήση τους (Ghourí & Conaghan, 2019). Η άσκηση θεωρείται η καλύτερη μη φαρμακευτική παρέμβαση για ασθενείς με ΟΑ (Ferreira et al., 2019).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος που μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία, εάν δεν ληφθεί η κατάλληλη φροντίδα (Vergara et al., 2017). Τα συμπτώματα της ΡΑ συνήθως εμφανίζονται συμμετρικά στις μικρές αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων, ενώ συνοδεύονται και από πρωινή δυσκινησία

(Ngian, 2010). Οι ασθενείς με PA βιώνουν συχνά κατάθλιψη, λόγω της κατάστασης της υγείας τους από τη στιγμή εμφάνισης των συμπτωμάτων, φτάνοντας πολλές φορές στο να υιοθετήσουν μια παθητική στάση απέναντι στην νόσο (Vergara et al., 2017). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οποιαδήποτε μορφή άσκησης, ακόμη και υψηλής έντασης, είναι ασφαλής στη PA (Metsios & Lemmey, 2015). Αντίθετα, ένας καθιστικός τρόπος ζωής μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μελλοντικής ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου (Metsios & Kitas, 2019).

Αυτο-αποτελεσματικότητα είναι οι πεποιθήσεις των ανθρώπων ή η εμπιστοσύνη τους στην ικανότητά τους να εκτελούν ένα συγκεκριμένο έργο που επηρεάζει τη ζωή τους (Bandura, 1986). Η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζει την πορεία της αποκατάστασης, καθώς η χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα επιφέρει κατάθλιψη, άγχος και απαισιοδοξία, ενώ η υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζει θετικά την αποκατάσταση (Bowling, 2014). Η αυτο-αποτελεσματικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή των δραστηριοτήτων που θα επιτελέσουν τα άτομα και στην προσπάθεια που αυτά θα καταβάλλουν (Bandura, 1997). Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (ΚΓΘ) του Bandura (1977) αναφέρει ότι το αίσθημα της αυτο-αποτελεσματικότητας διαμορφώνεται μέσα από τέσσερις σημαντικές πηγές πληροφοριών: τις εμπειρίες των ασθενών, την έννοια των προτύπων, τη λεκτική πειθώ και τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001).

Τα βασικά σημεία της θεωρίας του Bandura (1978) είναι τα εξής: (α) εάν ο ασθενής έχει τις δεξιότητες και επαρκή ενεργοποίηση, τότε η αυτο-αποτελεσματικότητα καθορίζει την απόδοσή του. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η θέληση του ατόμου να επιτύχει, (β) η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζει την επιλογή των δραστηριοτήτων, το επίπεδο προσπάθειας και την επιμονή του ασθενή, (γ) η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο έργο με δυνατότητα γενίκευσης σε παρόμοιες καταστάσεις και δεξιότητες και (δ) η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει σχέση με τον καθορισμό στόχων, με την έννοια ότι οι ασθενείς που επιδεικνύουν υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα θέτουν περισσότερο προκλητικούς στόχους.

Ένα από τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας είναι η Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (ΚΑΑ) (Arthritis Self-Efficacy Scale - ASES) (Lorig et al., 1989; Sessford et al., 2019). Η ΚΑΑ αναπτύχθηκε χρησιμοποιώντας δείγματα ασθενών με αρθρίτιδα που συμμετείχαν σε εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοδιαχείρισης της νόσου. Πλέον, η ΚΑΑ χορηγείται και σε άλλους κλινικούς πληθυσμούς (Brady, 2011) όπως σε ασθενείς με ινομυαλγία (Mueller et al., 2003), με χρόνια πόνο (Lomi & Nordholm, 1992), με συστηματικό ερυθρεματώδη λύκο και άλλες παθήσεις (González et al., 1995).

1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος

Η αρθρίτιδα είναι μια επώδυνη μυοσκελετική πάθηση που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πληθώρα συμπτωμάτων που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά τους. Η αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης θα επηρεάσει την εξέλιξη της υγείας τους, για αυτό και καθίσταται αναγκαία η αξιολόγησή της πριν την έναρξη της θεραπείας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διαπολιτισμική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (ΚΑΑ) (Arthritis Self-Efficacy Scale - ASES) στην Ελλάδα.

1.2. Σημασία της έρευνας

Η μελέτη της αυτο-αποτελεσματικότητας ασθενών με χρόνιες παθήσεις, όπως η αρθρίτιδα, έχει καταστεί απαραίτητη (Sessford et al., 2019). Η βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας συσχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της αποκατάστασης των ασθενών (Lorig et al., 1989). Επιπλέον, εάν οι φυσικοθεραπευτές εκπαιδεύσουν κατάλληλα τους ασθενείς στη διαχείριση της νόσου, οι ασθενείς προσμένουν θετικά αποτελέσματα στην υλοποίηση των στόχων αποκατάστασης. Όμως, αυτή η υλοποίηση των στόχων θα καθοριστεί από τον βαθμό της αυτο-αποτελεσματικότητας τους (Maibach & Murphy, 1995).

Η επίδραση της αυτο-αποτελεσματικότητας στη βελτίωση της υγείας των ασθενών με χρόνια αρθρίτιδα αξιολογείται με ειδικά ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα, η ΚΑΑ ήταν η πρώτη κλίμακα εξέτασης της αυτο-αποτελεσματικότητας σε ασθενείς με αρθρίτιδα (Lorig et al., 1989). Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν και άλλες κλίμακες, πιο εξειδικευμένες, όπως για παράδειγμα η Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE), η Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE) και η Parent's Self-Efficacy Scale (PASE) (Brady, 2011). Η ΚΑΑ μελετάει τις αλλαγές που προκύπτουν ύστερα από την εκπαίδευση των ασθενών αναφορικά με την υγεία τους και παραμένει το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αυτο-αποτελεσματικότητα της αρθρίτιδας (Sessford et al., 2019).

Η χρήση κλιμάκων που μετρούν την αυτο-αποτελεσματικότητα στον ελληνικό πληθυσμό είναι αρκετά διαδεδομένη (Mystakidou et al., 2008; Sarafis et al., 2014; Zourbanos et al., 2015). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει κλίμακα σταθμισμένη στην ελληνική γλώσσα αναφορικά με τη μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας, γεγονός που τονίζει την αναγκαιότητα ύπαρξης αυτής της μελέτης.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον αποτελεί η στάθμιση αυτής της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό μιας και η χρήση της στην Ελλάδα θα συμβάλλει στην καλύτερη καταγραφή των δεικτών υγείας στη χώρα μας. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα χρησιμοποιηθούν τόσο για τον σχεδιασμό καλύτερων και πιο εξειδικευμένων φυσικοθεραπευτικών προγραμμάτων, όσο και για τη μελλοντική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού της χώρας.

1.3. Ερευνητικές υποθέσεις

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης διατυπώθηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

1. Η δομική εγκυρότητα του «Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας» θα είναι ψυχομετρικά αποδεκτή και θα εμφανίζει τριπαραγοντική δομή (Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου, Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας, Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων).

2. Η εγκυρότητα συγχρονικής συνάφειας της «Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας» θα είναι ψυχομετρικά αποδεκτή, δηλαδή οι παράγοντες της κλίμακας θα συσχετιστούν με τους παράγοντες της Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), του Ερωτηματολογίου Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου (ΕΑΕΠ), της Σύντομης Μορφής του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (SF-MPQ), της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας (ΟΑΚ), της κλίμακας Έντασης Παρόντος Πόνου (ΕΠΠ) και της Επισκόπησης Υγείας SF-36 (Short Form 36-Item Health Survey – SF-36).
3. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων και η ανταποκρισιμότητα των ερωτήσεων της «Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας» θα είναι ψυχομετρικά αποδεκτές.

1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί στην έρευνα

Οι οριοθετήσεις και οι περιορισμοί της έρευνας είναι:

1. Το δείγμα της έρευνας προέρχεται από συγκεκριμένα φυσικοθεραπευτήρια της Αθήνας, δηλαδή, είναι «δείγμα ευκολίας», και επομένως στερείται των δυνατοτήτων γενίκευσης που προσφέρει το τυχαίο δείγμα.
2. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από ασθενείς και των δύο φύλων.
3. Το δείγμα της έρευνας πάσχει από οποιαδήποτε μορφή αρθρίτιδας, σε οποιαδήποτε άρθρωση.

1.5. Διευκρίνιση όρων

Αυτο-Αποτελεσματικότητα: Η πίστη στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί ένα συγκεκριμένο έργο που επηρεάζει τη ζωή του (Bandura, 1986).

Οστεοαρθρίτιδα: Είναι μια χρόνια εκφυλιστική πάθηση που επιβαρύνει ιδιαίτερα τις αρθρώσεις. Εμφανίζεται συχνότερα στις αρθρώσεις των κάτω άκρων, εμφανίζεται όμως και στα άνω άκρα και τη σπονδυλική στήλη (Adegoke & Gbeminiyi, 2004).

Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: Είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τον αρθρικό υμένα με συνέπεια να δημιουργούνται βλάβες στις αρθρώσεις και να καταστρέφονται τα οστά (Innala et al., 2016).

Πόνος: Είναι μια δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία που παρουσιάζεται σε περίπτωση βλάβης των ιστών και υποχρεώνει το άτομο να αντιδράσει στην αιτία που τον προκάλεσε (Κύρου, 2017).

Λειτουργικότητα: Είναι η δυνατότητα ενός ατόμου να εκτελεί όσες καθημερινές δραστηριότητες-δεξιότητες κρίνονται απαραίτητες, με σκοπό να διαβιώνει ανεξάρτητο στην κοινωνία (Kane et al., 2000).

Ποιότητα Ζωής: Είναι η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στην κοινωνία σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (Kuyken & Group, 1995).

Εγκυρότητα: Κατά πόσο ένα εργαλείο μέτρησης μετράει αυτό το οποίο υποτίθεται ότι μετράει και συνδέεται με την ύπαρξη του συστηματικού σφάλματος (Ouzouni & Nakakis, 2011).

«Κατά Τεκμήριο» Εγκυρότητα (Face Validity): Είναι οι υποκειμενικές αξιολογήσεις των ερευνητών σχετικά με το εάν το περιεχόμενο των ερωτήσεων-προτάσεων είναι εννοιολογικά σχετικό με ό,τι προτίθεται να μετρήσει (Ouzouni & Nakakis, 2011)

Εγκυρότητα «Περιεχομένου» (Content Validity): Αναφέρεται στο κατά πόσο ένα εργαλείο μέτρησης καλύπτει εννοιολογικά το εύρος της μεταβλητής που μετράει (Ouzouni & Nakakis, 2011).

Εγκυρότητα «Συγχρονικής Συνάφειας» (Concurrent Validity): Είναι ο βαθμός συμφωνίας του αποτελέσματος, μετά από χρήση στην ίδια χρονική στιγμή και στην ίδια έρευνα, δύο διαφορετικών εργαλείων μέτρησης της ίδιας μεταβλητής, όπου το

ένα έχει ήδη σταθμιστεί και αποδεδειγμένα διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία (Ouzouni & Nakakis, 2011).

Εννοιολογική «Δομική» Εγκυρότητα (Factorial Validity): Είναι ο βαθμός στον οποίο το μέτρο μιας μέτρησης είναι σύμφωνο με τον θεωρητικό ορισμό της μέτρησης (Loevinger, 1957).

Αξιοπιστία: Είναι η συνέπεια μιας σειράς μετρήσεων που έχουν το ίδιο αποτέλεσμα, στην ομοιογένεια και τη συνοχή ενός εργαλείου μέτρησης, καθώς και στο βαθμό στον οποίο μια μέτρηση είναι συνεπής και χωρίς τυχαίο σφάλμα (Ouzouni & Nakakis, 2011).

Αξιοπιστία Επαναληπτικών Μετρήσεων (Test-Retest Reliability): Είναι ο βαθμός στον οποίο οι βαθμολογίες των δοκιμών παραμένουν αμετάβλητες κατά τη μέτρηση ενός σταθερού ατομικού χαρακτηριστικού σε διαφορετικές περιπτώσεις μετρήσεων (Brown et al., 2004).

Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνέπειας (Internal Consistency Reliability): Είναι ο βαθμός στον οποίο τα στοιχεία ενός οργάνου μετρούν διάφορες πτυχές του ίδιου τεστ (Anderson et al., 1987).

Ανταποκρισιμότητα (Responsiveness): Εξετάζει εάν ένα μέτρο ανταποκρίνεται σε ένα συγκεκριμένο εναλλακτικό αποτέλεσμα (Husted et al., 2000).

2. Ανασκόπηση

2.1. Στρατηγική αναζήτησης

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε με αναζήτηση σχετικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, PEDro, Google Scholar, ResearchGate, ScienceDirect. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν στην αγγλική γλώσσα και ήταν οι ακόλουθες: Arthritis Self-Efficacy Scale, self-efficacy, cultural adaptation, translation, validity, reliability, rheumatoid arthritis, osteoarthritis, psychometric properties.

2.2. Είδη αρθρίτιδας

Η αρθρίτιδα είναι μια από τις πιο συχνές παθήσεις παγκοσμίως. Οι πιο συχνές μορφές της αρθρίτιδας είναι η RA, η OA, η αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα (ΑΣ), η ουρική αρθρίτιδα και η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) (Jiang et al., 2013). Όλες οι μορφές αρθρίτιδας είναι φλεγμονώδεις νόσοι και χαρακτηρίζονται από απώλεια λειτουργικότητας των αρθρώσεων και του συνδετικού ιστού (Blanco & Ruiz-Romero, 2012). Επί του παρόντος υπάρχουν περισσότερες από 100 διαφορετικές μορφές αρθρίτιδας (Ciurtin et al., 2006) που ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: σε εκφυλιστικές, φλεγμονώδεις και μεταβολικές (Jiang et al., 2013).

Η OA αποτελεί την πιο συχνή μορφή εκφυλιστικής αρθρίτιδας που εμφανίζεται στις μεγάλες ηλικίες (Ghourri & Conaghan, 2019). Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι η OA εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (Jamshidi et al., 2008). Τα κύρια συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την OA είναι ο πόνος, το οίδημα και η δυσκαμψία των αρθρώσεων που ορισμένες φορές παρουσιάζουν αυξημένη θερμοκρασία (Abramoff & Caldera, 2020). Ο πόνος συνήθως εμφανίζεται μετά τις απογευματινές ώρες και τις νυχτερινές ώρες ή ύστερα από αυξημένη κόπωση. Οι ασθενείς με εκφυλιστική αρθρίτιδα το πρωί ξυπνάνε χωρίς πόνο, σε αντίθεση με τους ασθενείς που έχουν φλεγμονώδη αρθρίτιδα που ξυπνάνε με πόνο (Hammaker & Firestein, 2018).

Η πιο συχνή μορφή φλεγμονώδους αρθρίτιδας είναι η ΡΑ (Innala et al., 2016), που αποτελεί αυτο-άνοσο νόσημα, δηλαδή προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα και ο ίδιος ο οργανισμός δημιουργεί αντισώματα που καταστρέφουν τους ιστούς του (Jiang et al., 2013). Το νόσημα αυτό, εκτός από τις αρθρώσεις, επηρεάζει και άλλα όργανα του σώματος, με αποτέλεσμα να επιδρά αρνητικά σε πολλαπλά επίπεδα της υγείας του ατόμου (Klein & Gay, 2015). Οι γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ΡΑ μετά την εμμηνόπαυση παρόλο που οι γυναικείες ορμόνες έχουν προστατευτικό ρόλο απέναντι στην ασθένεια (Silman & Pearson, 2002). Τα κύρια συμπτώματα της ΡΑ είναι ο πόνος, η δυσκαμψία, η ερυθρότητα, το πρήξιμο, η κόπωση και η δυσκολία στον ύπνο (Sparks, 2019). Οι αρθρώσεις των ασθενών με ΡΑ πλήττονται συμμετρικά και μακροπρόθεσμα παραμορφώνονται, σε αντίθεση με τις αρθρώσεις των ασθενών με ΟΑ που δεν πλήττονται συμμετρικά (Klein & Gay, 2015).

Επίσης, χαρακτηριστικές μορφές, της φλεγμονώδους αρθρίτιδας αποτελούν η ΑΣ και η ΨΑ (Jiang et al., 2013). Η ΑΣ είναι μια σταδιακά επιδεινούμενη νόσος κυρίως της σπονδυλικής στήλης και των ιερολαγόνιων αρθρώσεων, που εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες (Κώτσης, 2012). Επιπλέον, η νόσος αυτή μπορεί να προσβάλλει τις περιφερικές αρθρώσεις, τους τένοντες και ορισμένα όργανα, όπως τους οφθαλμούς και την καρδιά (Bond, 2013). Η ΨΑ χαρακτηρίζεται από ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, όπως, μεταξύ άλλων, η περιφερική αρθρίτιδα, η δερματική ψωρίαση, η δακτυλίτιδα, η ενθεσίτιδα και η προσβολή του αξονικού σκελετού, που συχνά καθυστερούν τη διάγνωση της νόσου (Ritchlin et al., 2017). Η νόσος προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα και εμφανίζεται σε έως και 30% των ασθενών με ψωρίαση (Ocampo & Gladman, 2019). Τέλος, η πιο συχνή μεταβολική αρθρίτιδα είναι η ουρική αρθρίτιδα, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του ουρικού οξέος στο αίμα και εναπόθεση κρυστάλλων ουρικού μονοατρίου στο αρθρικό υγρό (Dalbeth et al., 2016).

2.3. Η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας

Ο όρος αυτο-αποτελεσματικότητα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Bandura (1986), ο οποίος την όρισε ως «η εμπιστοσύνη ενός ατόμου στην ικανότητά του να εκτελεί με επιτυχία ένα συγκεκριμένο έργο που επηρεάζει τη ζωή του». Είναι η πίστη του ατόμου στην επίτευξη ενός φυσικού ή διανοητικού έργου ή η πεποίθηση σχετικά με τις υπάρχουσες απαιτήσεις και τα εμπόδια που καλείται να αντιμετωπίσει το άτομο στην καθημερινότητά του (Bandura, 1997). Ο όρος αυτο-αποτελεσματικότητα προστέθηκε στη Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης (ΘΚΜ), εξελίσσοντας την στην Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (ΚΓΘ) που ισχύει σήμερα. Η ΚΓΘ σχετίζεται με την εκπαίδευση της υγείας των ασθενών και τις συμπεριφορές τους, δηλαδή περιλαμβάνει το γνωστικό, το συναισθηματικό αλλά και το συμπεριφορικό επίπεδο υγείας των ασθενών (Ghazi et al., 2018). Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ΚΓΘ είναι οι εσωτερικοί προσωπικοί παράγοντες και οι εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001).

Η ΚΓΘ του Bandura (1977) αναφέρει ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα καθορίζεται από τέσσερις σημαντικές πηγές πληροφοριών: τις εμπειρίες των ασθενών, την έννοια των προτύπων, τη λεκτική πειθώ και τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001). Σύμφωνα με το Bandura (1977), οι άνθρωποι επιζητούν πηγές πληροφόρησης στην προσπάθεια επίτευξης των στόχων τους. Μηχανισμό μεσολάβησης αυτών των πηγών πληροφόρησης και της τελικής απόδοσης των ατόμων αποτελεί η αυτοπεποίθηση. Εάν οι εμπειρίες των ασθενών είναι επιτυχείς, θα ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή τους (Gould & Weiss, 1981), ενώ αντιθέτως οι συνεχόμενες αποτυχημένες εμπειρίες μειώνουν την αυτοπεποίθηση των ασθενών, συνεπώς και την αυτο-αποτελεσματικότητά τους (Bandura & Adams, 1977).

Η έννοια των προτύπων συχνά αξιοποιείται σε άτομα που δεν έχουν σχηματίσει ακόμα προηγούμενες προσωπικές εμπειρίες (Gould & Weiss, 1981). Η πληροφορία που προέρχεται από την παρατήρηση άλλων να εκτελούν μια συγκεκριμένη δραστηριότητα συμβάλλει στην αύξηση της αυτοπεποίθησης του παρατηρητή (McAuley, 1985). Ο παρατηρητής ταυτίζεται με το πρότυπο σε

προσωπικά χαρακτηριστικά, γεγονός που επιδρά σημαντικά στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και της απόδοσης του ατόμου που παρακολουθεί (Gould & Weiss, 1981).

Η λεκτική πειθώ χρησιμοποιείται από τους φυσικοθεραπευτές με σκοπό να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και την αποτελεσματικότητα των ασθενών σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα (Gould & Weiss, 1981). Επιπλέον, πολύ ενθαρρυντικά ήταν τα αποτελέσματα των αυτο-δηλώσεων, δηλαδή του εσωτερικού διαλόγου του ασθενή (Girodo & Wood, 1979). Ωστόσο, η μέθοδος της λεκτικής πειθούς είναι αποτελεσματική, μόνο όταν οι στόχοι που έχουν τεθεί είναι ρεαλιστικοί και πραγματοποιήσιμοι (Hardy et al., 2001).

Τέλος, η σωματική και συναισθηματική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει τη συμπεριφορά τους μέσω της γνωστικής εκτίμησης των πληροφοριών που μεταδίδονται με τη διέγερση (Bandura & Adams, 1977). Υπάρχει αμοιβαία σχέση μεταξύ της σωματικής και συναισθηματικής διέγερσης των ασθενών και της αυτοπεποίθησης τους. Αισθήματα και σκέψεις, που εγείρονται κατά την εκτέλεση μιας δραστηριότητας αλλά και μετά το πέρας αυτής, επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το άτομο τις ικανότητές του. Η αυξημένη διέγερση μπορεί να ερμηνευτεί ως αδυναμία εκτέλεσης μιας δραστηριότητας, ως συνέπεια φόβου ή άγχους που νιώθουν τα άτομα εάν δεν αποδώσουν σε ικανοποιητικό βαθμό (Bandura, 1977). Επιπλέον, η ΚΓΘ αναφέρει ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα αντιπροσωπεύει την αυτοπεποίθηση των ατόμων να εκτελούν συνεχιζόμενες συμπεριφορές, δεδομένου ότι πιστεύουν σε επαρκή κίνητρα (Bandura, 1986, 1997). Αντιθέτως, η ύπαρξη μειωμένων κινήτρων θα έχει αρνητική επίδραση στην αυτοπεποίθηση του ατόμου (Bandura & Schunk, 1981).

2.4. Η σχέση της αυτο-αποτελεσματικότητας με την αρθρίτιδα

Η αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελεί βασικό στοιχείο της εκπαίδευσης της αυτοδιαχείρισης των χρόνιων παθήσεων (Lorig et al., 1996). Ειδικότερα στην αρθρίτιδα, η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση της υγείας των ασθενών και μπορεί να βελτιωθεί μέσω

ειδικά σχεδιασμένων παρεμβάσεων (Lorig et al., 1989; Lomi, 1992). Σύμφωνα με το Bandura (1997) η προσδοκία της αυτο-αποτελεσματικότητας του ασθενή εξαρτάται από την προσδοκία του αποτελέσματος. Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας προβλέπει ότι, εάν ένας ασθενής πιστεύει ότι μπορεί να ασκηθεί αλλά ταυτόχρονα πιστεύει ότι η άσκηση θα είναι επιβλαβής για την πορεία της υγείας του, τότε εκείνος πιθανά να ασκηθεί λιγότερο από ότι εάν πρόσμενε θετικά αποτελέσματα από την έκβαση της άσκησης. Όλα τα παραπάνω καθιστούν την αυτο-αποτελεσματικότητα απαραίτητο συστατικό των προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης της αρθρίτιδας (Brady, 2011).

Η αυτο-αποτελεσματικότητα συμβάλλει στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ πόνου και αναπηρίας σε άτομα με χρόνιες παθήσεις, όπως ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος (Martinez-Calderon et al., 2018). Τα τελευταία χρόνια, υπάρχουν έρευνες που μελετούν την επίδραση της αυτο-αποτελεσματικότητας στα μυοσκελετικά προβλήματα και ιδιαίτερα στην αρθρίτιδα (Ndotsi et al., 2016; Mihalko et al., 2019; Zhao & Chen, 2019; Liu et al., 2020). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με αρθρίτιδα που έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας αντιμετωπίζουν λιγότερο πόνο, έχουν μειωμένη σωματική αναπηρία, λιγότερη κόπωση και περισσότερο θετική διάθεση (Parker et al., 1989; Smarr et al., 1997; Somers et al., 2010; Bareyre et al., 2019). Παρόλα αυτά, η αξιολόγηση της αυτο-αποτελεσματικότητας έχει πραγματοποιηθεί και σε άλλες χρόνιες καταστάσεις υγείας όπως σε ασθενείς ύστερα από επεμβατική ενδοσκοπηση πεπτικού συστήματος (Gattuso et al., 1992), σε γυναίκες με παχυσαρκία (Dallow & Anderson, 2003) και σε ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη (Mohammadi et al., 2018).

Οι ασθενείς με χρόνια φλεγμονώδη αρθρίτιδα έρχονται αντιμέτωποι με τις προκλήσεις και τις επιπτώσεις αυτής της νόσου στην καθημερινότητά τους. Αντικρουόμενα αποτελέσματα υπάρχουν στις επιπτώσεις της αρθρίτιδας ανάμεσα στα δύο φύλα. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι το γυναικείο φύλο έχει υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα συμπτώματα της αρθρίτιδας, ειδικότερα στην αντιμετώπιση του πόνου (Ridge et al., 2011; Grønning et al., 2016). Τα θετικά αυτά αποτελέσματα για τις γυναίκες δικαιολογούνται από το γεγονός ότι οι άντρες αισθάνονται περισσότερο ευάλωτοι εξαιτίας της αρθρίτιδας και νιώθουν ότι

απειλείται η αντρική τους φύση (Lack et al., 2011). Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η αρθρίτιδα έχει χειρότερη εξέλιξη στις γυναίκες, εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου των γυναικών να χαρακτηριστούν ανίκανες στον εργασιακό τους χώρο (Wallenius et al., 2009), είτε εξαιτίας της υψηλότερης δραστηριότητας της νόσου στο συγκεκριμένο φύλο (Sokka et al., 2009).

Οι Somers et al. (2010) υποστηρίζουν ότι ένας συνδυασμός σωστής διατροφής, σχεδιασμένης μέσα σε ένα κοινωνικό γνωστικό πλαίσιο και ενός ειδικού ασκησιολογίου για την αρθρίτιδα, βελτιώνει τα επίπεδα της αυτο-αποτελεσματικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, όταν οι ασθενείς με αρθρίτιδα έρχονται αντιμέτωποι με εμπόδια και έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας, είναι πιο πιθανό να επιμείνουν στην εκτέλεση της άσκησής τους, σε αντίθεση με όσους έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας όπου η πιθανότητα να σταματήσουν την άσκηση είναι μεγάλη (Sessford et al., 2019).

2.5. Όργανα αξιολόγησης αυτο-αποτελεσματικότητας

Η Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (ΚΑΑ) (Arthritis Self-Efficacy Scale - ASES) αναπτύχθηκε για να εξηγήσει τις αλλαγές που προκύπτουν στην υγεία των ασθενών με αρθρίτιδα, ύστερα από εκπαιδευτικές παρεμβάσεις (Lorig et al., 1989; Brady, 2011). Πληθώρα μελετών αξιολόγησαν την εφαρμογή της ΚΑΑ, προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση της αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών με την κατάσταση της υγείας τους και με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου (McKnight et al., 2010; Adegoke et al., 2017; Moyano et al., 2019; Jackson et al., 2020). Αναλυτικότερα, τα υψηλά επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών με αρθρίτιδα σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα μειωμένα επίπεδα του πόνου (Lopez-Olivo et al., 2011; Moyano et al., 2019), της κατάθλιψης και του άγχους (Knowles et al., 2016; Gao et al., 2017; Bareyre et al., 2019) αλλά και της κόπωσης και της αναπηρίας (Primdahl et al., 2011). Παράλληλα, η βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας μπορεί να μειώσει τις διαταραχές του ύπνου που προκαλούνται από τα συμπτώματα της ΟΑ (Tighe et al., 2020).

Σύμφωνα με τους Knowles et al. (2016) η αρνητική ψυχολογική κατάσταση και η μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών με ΟΑ δεν οφείλονται αποκλειστικά στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου, αλλά επηρεάζονται σημαντικά από τη γενικότερη αντίληψη της πάθησης, τις μεθόδους αυτοδιαχείρισης και τα ατομικά επίπεδα της αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών.

Μεταξύ των εργαλείων που αξιολογούν την αυτο-αποτελεσματικότητα υπάρχουν κλίμακες που δεν εστιάζουν αποκλειστικά στην αρθρίτιδα, όπως η Κλίμακα Γενικευμένης Αυτο-Αποτελεσματικότητας (Generalized Self-efficacy Scale - GSES) (Schwarzer & Jerusalem, 1995) και η Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Χρόνιων Παθήσεων (Chronic Diseases Self-efficacy Scale - CDSSES) (Lorig et al., 1996). Η GSES αφορά παγκόσμιες πεποιθήσεις σχετικά με την αυτο-αποτελεσματικότητα, που δεν σχετίζονται με κάποια συγκεκριμένη μεταβαλλόμενη κατάσταση ή νόσο, αλλά με ένα στατικό γενικό πρότυπο συμπεριφοράς (Barlow et al., 1997; Brady, 2011). Η CDSSES ελέγχει πολλαπλές πτυχές της διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων. Αναλυτικότερα, η CDSSES αξιολογεί την αυτο-αποτελεσματικότητα όσον αφορά την ικανότητα εκτέλεσης συγκεκριμένων συμπεριφορών (συστηματική άσκηση, ενημέρωση σχετικά με τη νόσο), τη γενική αυτοδιαχείριση της χρόνιας πάθησης και την επίτευξη στόχων (διαχείριση συμπτωμάτων, έλεγχος της κατάθλιψης) (Brady, 2011). Οι κλίμακες GSES και CDSSES έχουν χρησιμοποιηθεί, μεταξύ άλλων, και σε ασθενείς με αρθρίτιδα (Kim et al., 2012; Cramm et al., 2013; Schulz et al., 2015). Η αυτο-αποτελεσματικότητα, όμως, συνδέεται με συγκεκριμένες καταστάσεις ή συμπεριφορές (Bandura, 1977). Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η χρήση ενός εξειδικευμένου εργαλείου για την αξιολόγηση ασθενών με αρθρίτιδα (Lorig et al., 1989; Barlow et al., 1997; Brady, 2011).

Παράλληλα, μια σειρά εξειδικευμένων εργαλείων (Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας - KAA, Children's Arthritis Self-Efficacy Scale - CASE, Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale - PASE, Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale - RASE) έχει κατασκευαστεί για την αξιολόγηση των ασθενών με αρθρίτιδα (Brady, 2011). Συγκεκριμένα, η κλίμακα CASE αξιολογεί την αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας σχετικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τις

ψυχοκοινωνικές συνέπειες της νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας σε παιδιά (Barlow et al., 2001). Εν αντιθέσει με την CASE, η PASE χορηγείται σε γονείς που έχουν παιδιά σχολικής ηλικίας με νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα και εκτιμά την αυτο-αποτελεσματικότητα των γονέων να διαχειρίζονται διάφορες πτυχές της νόσου των παιδιών τους (Barlow et al., 2000). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κλίμακα PASE δεν βασίζεται εξ ολοκλήρου στην θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας αλλά κυρίως στην υπόθεση ότι η αίσθηση της αποτελεσματικής διαχείρισης της νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας από τους γονείς θα επηρεάσει τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών τους (Brady, 2011).

Η κλίμακα RASE αναπτύχθηκε ειδικά για τους ασθενείς με PA στο Ηνωμένο Βασίλειο και αξιολογεί την αυτο-αποτελεσματικότητα στην εκτέλεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων που αφορούν την αυτοδιαχείριση της νόσου (Hewlett et al., 2001). Αν και η RASE δημιουργήθηκε για ασθενείς με PA, οι ερωτήσεις της αντικατοπτρίζουν συμπεριφορές αυτοδιαχείρισης που είναι σημαντικές και για άλλες μορφές αρθρίτιδας (Brady, 2011). Η ΚΑΑ εκτιμάει την αυτο-αποτελεσματικότητα ασθενών με οποιαδήποτε μορφή αρθρίτιδας (Lorig et al., 1989). Η ΚΑΑ θεωρεί την ανακούφιση των συμπτωμάτων μέρος της πεποίθησης της αποτελεσματικότητας, σε αντίθεση με την RASE στην οποία η ανακούφιση των συμπτωμάτων θεωρείται προσδοκία έκβασης (Brady, 2011).

2.6.1. Δημιουργία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας 8 ερωτήσεων

Μια σύντομη έκδοση της κλίμακας ΚΑΑ που περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις (ΚΑΑ-8 / ASES-8) δημιουργήθηκε σε μια διαδικασία στάθμισης επτά εργαλείων στα Ισπανικά (González et al., 1995; Mueller et al., 2003; Brady, 2011). Η ΚΑΑ-8 βασίζεται στην αρχική μορφή των 20 ερωτήσεων (Lorig et al., 1989) και περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις από τον παράγοντα ΑΠ, 4 από τον παράγοντα ΑΑΣ και 2 καινούριες ερωτήσεις που σχετίζονται με την παρεμπόδιση του πόνου και της κόπωσης να επηρεάσουν όσα θέλει να κάνει ο ασθενής (Brady, 2011). Στην ΚΑΑ-8 δεν συμπεριλαμβάνεται ο παράγοντας ΑΛ. Ο παράγοντας ΑΛ παρουσιάζει μεγάλη συσχέτιση με το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Υγείας (Health Assessment

Questionnaire - HAQ). Κατά τη χορήγηση της KAA-8 χορηγείται συνήθως συμπληρωματικά το HAQ (Barlow et al., 1997). Ο τρόπος βαθμολόγησης ερωτήσεων είναι από 1 (καθόλου σίγουρος) έως 10 (πολύ σίγουρος), με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας να είναι ο μέσος όρος των 8 ερωτήσεων. Ο χρόνος συμπλήρωσης της κλίμακας εκτιμάται σε λιγότερο από 5 λεπτά (Brady, 2011). Η KAA-8 έχει μεταφραστεί στα Γερμανικά (Mueller et al., 2003), στα Κινέζικα (Gao et al., 2017), στα Βραζιλιάνικα-Πορτογαλικά (Silva et al., 2019) και στα Αραβικά (Arab Alkabeya et al., 2020) με υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της KAA-8 έχουν ελεγχθεί επίσης σε δείγμα 401 ασθενών με αρθρίτιδα ηλικίας άνω των 18 ετών. Πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας και της εγκυρότητας συγχρονικής συνάφειας, τόσο σε ολόκληρο το δείγμα, όσο και σε επιμέρους υποομάδες με βάση τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (φύλο, ηλικία, καταγωγή, εκπαίδευση, δείκτης μάζας σώματος) (Wilcox et al., 2014).

Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε έναν παράγοντα που ερμήνευε το 64% της συνολικής διακύμανσης για ολόκληρο το δείγμα και από 57% έως 72% για τις επιμέρους υποομάδες. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων κυμάνθηκαν από 0.70 έως 0.87. Η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας ήταν υψηλή τόσο για το συνολικό δείγμα ($\alpha=0.89$) όσο και για τις επιμέρους ομάδες (0.87-0.94) (Wilcox et al., 2014).

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας συγχρονικής συνάφειας, η αυτο-αποτελεσματικότητα της αρθρίτιδας συσχετίστηκε με τα αρθρικά συμπτώματα πόνου, κόπωσης και δυσκαμψίας (Οπτική Αριθμητική Κλίμακα / Visual Numeric Scale - VNS), την κατάθλιψη (Κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D), την αυτο-αναφερόμενη γενική υγεία (κλίμακα 5 βαθμών), τη σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής (The Centers for Disease Control and Prevention's 4-Item Healthy Days Core Module), την αναπηρία (HAQ), τη συνολική φυσική δραστηριότητα (The Community Health Activities Model Program for Seniors Questionnaire - CHAMPS) και με δοκιμασίες λειτουργικότητας (6-λεπτη Δοκιμασία Βάδισης / 6-Minute Walk Test – 6MWT, σύστημα ανάλυσης βάδισης GAITRite και δοκιμασία 30 δευτερολέπτων άρσης από

κάθισμα-καθίσματος / 30-second chair stand). Η αυτο-αποτελεσματικότητα έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις μεταβλητές σε ολόκληρο το δείγμα και στις περισσότερες από τις επιμέρους υποομάδες. Συγκεκριμένα, τα αρθρικά συμπτώματα, η κατάθλιψη, η μειωμένη σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής και η αναπηρία έδειξαν αρνητική συσχέτιση με την αυτο-αποτελεσματικότητα ($p < 0.05$). Αντιθέτως, η αυτο-αναφερόμενη γενική υγεία, η συνολική φυσική δραστηριότητα και οι δοκιμασίες λειτουργικότητας έδειξαν θετική συσχέτιση με την αυτο-αποτελεσματικότητα ($p < 0.05$) (Wilcox et al., 2014).

2.6. Δημιουργία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Η ΚΑΑ (Arthritis Self-Efficacy Scale - ASES) αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο και ψυχομετρικά ελεγμένο εργαλείο που έχει εξειδικευτεί στην αρθρίτιδα (Primdahl et al., 2011; Picha et al., 2018). Η χρήση της ΚΑΑ είναι διαδεδομένη, τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πράξη (Jackson et al., 2020). Έχει σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, όπως, μεταξύ άλλων, τα ισπανικά (González et al., 1995), τα γερμανικά (Mueller et al., 2003), τα κινέζικα (Gao et al., 2017) και τα αραβικά (Arab Alkabeya et al., 2020). Στην πλειονότητα των σταθμίσεων, το δείγμα αποτελούσαν από ασθενείς με ΡΑ (González et al., 1995; Gao et al., 2017; Silva et al., 2019; Arab Alkabeya et al., 2020) ή ΟΑ (González et al., 1995; Bareyre et al., 2019), ωστόσο η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιαδήποτε μορφή αρθρίτιδας (Lorig et al., 1989).

Ένας από τους λόγους δημιουργίας της ΚΑΑ ήταν η μελέτη τριών υποθέσεων: (α) εάν η αυτο-αποτελεσματικότητα σχετίζεται με την παρούσα αλλά και τη μελλοντική κατάσταση της υγείας ασθενών με αρθρίτιδα, (β) εάν η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί να μεταβληθεί μέσω κάποιας εκπαιδευτικής παρέμβασης και, τέλος, (γ) εάν η βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας συνδέεται με τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών (Lorig et al., 1989).

Η ΚΑΑ δημιουργήθηκε στην πορεία των μελετών του Προγράμματος

Αυτοδιαχείρισης της Αρθρίτιδας (Arthritis Self-Management Course - ASMC) του Πανεπιστημίου Standford (Lorig et al., 1989), το οποίο στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στη μείωση του πόνου των ασθενών με αρθρίτιδα, μέσω εκπαίδευσης της αυτοδιαχείρισης της νόσου (Lorig et al., 1985). Ένας ρευματολόγος σε συνεργασία με τρεις ομάδες ασθενών με αρθρίτιδα κατασκεύασαν ένα αρχικό σύνολο 43 ερωτήσεων σχετικά με τον έλεγχο των συμπτωμάτων της αρθρίτιδας, ειδικά αυτών του πόνου και της αναπηρίας (Lorig et al., 1989).

Στην αρχική μελέτη συμμετείχαν 97 ασθενείς με αρθρίτιδα του προγράμματος ASMC. Οι ασθενείς έπασχαν από ΟΑ, ΡΑ και άλλες μορφές αρθρίτιδας. Ο μέσος όρος της ηλικίας τους υπολογίστηκε στα 64.7 ± 12.9 έτη. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε πειραματική ομάδα (συμμετοχή στο πρόγραμμα ASMC) και σε ομάδα ελέγχου (χωρίς παρέμβαση). Η αρχική κλίμακα των 43 ερωτήσεων χορηγήθηκε και στις δύο ομάδες δύο φορές, μία κατά την έναρξη της μελέτης και μία μετά το πέρας των τεσσάρων μηνών. Επιπλέον, αξιολογήθηκαν ορισμένες μεταβλητές της κατάστασης υγείας όπως ο πόνος, η αναπηρία και η κατάθλιψη με τη χρήση της Οπτικής Αναλογικής Κλίμακας (ΟΑΚ) (Visual Analog Scale – VAS), του Ερωτηματολογίου Εκτίμησης Υγείας (Health Assessment Questionnaire – HAQ) και της Σύντομης Μορφής της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck (Short Version of the Beck Depression Scale – BDS) αντίστοιχα (Lorig et al., 1989).

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση σε κύριες συνιστώσες (Analyzing Principal Component Factors) με τη χρήση ορθογώνιας περιστροφής μέγιστης διακύμανσης (Orthogonal Varimax Rotation) και έγινε αφαίρεση ερωτήσεων που δεν σχετίζονταν με την συνολική βαθμολογία, με αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός να μειωθεί στις 25 ερωτήσεις. Μέσω διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης μέγιστης πιθανοφάνειας (Exploratory Maximum Likelihood Factor Analysis) εντοπίστηκαν δύο (2) παράγοντες: Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας - ΑΛ (Function Self-efficacy - FSE) και Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων - ΑΑΣ (Other Symptoms Self-efficacy - OSE). Οι φορτίσεις (item loadings) των ερωτήσεων κυμάνθηκαν από 0.41 έως 0.78 για τον παράγοντα ΑΛ και από 0.44 έως 0.82 για τον παράγοντα ΑΑΣ. Οι ιδιοτιμές (eigenvalues) ήταν 4.83 για τον παράγοντα ΑΛ και 4.76 για τον παράγοντα ΑΑΣ. Η εσωτερική συνέπεια των παραγόντων ΑΛ και ΑΑΣ

ήταν 0.93 και 0.90 αντίστοιχα. Επιπλέον, κατά τον έλεγχο της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής, η αυτο-αποτελεσματικότητα έδειξε σημαντική συσχέτιση με την παρούσα και μελλοντική κατάσταση της υγείας των ασθενών ($p < 0.01$). Συγκεκριμένα, ο ΑΛ εμφάνισε υψηλή συσχέτιση με τη μεταβλητή της αναπηρίας, ενώ ο ΑΑΣ με τη μεταβλητή της κατάθλιψης. Τέλος, σε νέο δείγμα 43 ασθενών με αρθρίτιδα, ελέγχθηκε η εγκυρότητα συγχρονικής συνάφειας του παράγοντα ΑΛ. Υπήρξε σχετικά υψηλή συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της αυτο-αποτελεσματικότητας και της πραγματικής απόδοσης των ασθενών κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων που προηγουμένως αξιολογήθηκαν με την κλίμακα ($r = 0.61$, $p < 0.01$) (Lorig et al., 1989).

Ακολούθησε δευτερογενής μελέτη επαλήθευσης με τη χορήγηση της κλίμακας των 43 ερωτήσεων σε νέο δείγμα 144 ασθενών με αρθρίτιδα του προγράμματος ASMC. Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος ανερχόταν στα 63.7 ± 12.9 έτη. Όπως και στην πρωτογενή μελέτη, οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε την τελική μορφή της ΚΑΑ με τρεις (3) παράγοντες και συνολικά 20 ερωτήσεις: Αυτο-αποτελεσματικότητας Πόνου - ΑΠ (Pain Self-efficacy - PSE) με 5 ερωτήσεις, ΑΛ με 9 ερωτήσεις και ΑΑΣ με 6 ερωτήσεις. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων κυμάνθηκαν από 0.48 έως 0.75 για τον παράγοντα ΑΠ, από 0.55 έως 0.84 για τον παράγοντα ΑΛ και από 0.63 έως 0.81 για τον παράγοντα ΑΑΣ. Οι ιδιοτιμές ήταν 2.11, 4.47, 3.61 για τους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ και ΑΑΣ αντίστοιχα. Η εσωτερική συνέπεια των παραγόντων ήταν υψηλή (0.76 για τον ΑΠ, 0.89 για τον ΑΛ και 0.87 για τον ΑΑΣ). Τέλος, αντίστοιχα με την αρχική μελέτη, υπήρξε σημαντική συσχέτιση της αυτο-αποτελεσματικότητας με την κατάσταση της υγείας των ασθενών ($p < 0.01$) (Lorig et al., 1989).

Στη συνέχεια, η κλίμακα των 20 ερωτήσεων και τριών παραγόντων που δημιουργήθηκε, χορηγήθηκε εκ νέου στο δείγμα των 97 ασθενών της αρχικής μελέτης. Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση έδειξε σημαντικές φορτίσεις των ερωτήσεων στους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ και ΑΑΣ (από 0.45 έως 0.92). Η εσωτερική συνέπεια ήταν 0.75, 0.90 και 0.87 και οι ιδιοτιμές 2.11, 3.61 και 4.60 για τους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ και ΑΑΣ αντίστοιχα. Η εσωτερική συνέπεια εκτιμήθηκε Cronbach α 0.75 για το ΑΠ, 0.90 για το ΑΛ και 0.87 για το ΑΑΣ (Lorig et al., 1989).

Τέλος, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων εκτιμήθηκε σε καινούριο δείγμα 91 ασθενών με ΟΑ ή ΡΑ του προγράμματος ASMC. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 62.8 ± 13.2 έτη. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε η τελική μορφή της ΚΑΑ των 20 ερωτήσεων δύο φορές και μεταξύ των μετρήσεων μεσολάβησαν 2 έως 29 ημέρες. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων των επιμέρους ερωτήσεων κυμαινόταν από 0.71 έως 0.85, ενώ των παραγόντων ήταν 0,87 για ΑΠ, 0,85 για ΑΛ και 0,90 για ΑΑΣ (Lorig et al., 1989).

Η αυτο-αποτελεσματικότητα έδειξε σημαντική συσχέτιση με την κατάσταση της υγείας των ασθενών, τόσο στην αρχική μελέτη όσο και στη μελέτη επαλήθευσης. Το πρόγραμμα ASMC βελτίωσε σημαντικά την αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών της πειραματικής ομάδας της δευτερογενούς μελέτης, ειδικά σε σχέση με τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα της αρθρίτιδας. Αντίστοιχα, σημαντική βελτίωση εμφάνισαν οι μεταβλητές του πόνου και της κατάθλιψης. Μάλιστα, η μείωση του πόνου συνδέεται σημαντικά με την αύξηση του επιπέδου της αυτο-αποτελεσματικότητας που παρατηρήθηκε μετά τη συμμετοχή των ασθενών στο πρόγραμμα ASMC (Lorig et al., 1989).

Η κλίμακα βαθμολόγησης κάθε ερώτησης κυμαίνεται από 10 (καθόλου σίγουρος) έως 100 (πολύ σίγουρος). Κάθε παράγοντας βαθμολογείται ξεχωριστά και η βαθμολογία του αποτελεί τον μέσο όρο των στοιχείων που τον αποτελούν. Εάν δεν έχει απαντηθεί πάνω από το 25% των ερωτήσεων, η κλίμακα δεν βαθμολογείται (Lorig et al., 1989). Οι πιο πρόσφατες μελέτες που χρησιμοποιούσαν την Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας τροποποίησαν τον τρόπο βαθμολόγησης κάθε ερώτησης από 1 (καθόλου σίγουρος) έως 10 (πολύ σίγουρος). Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία της κλίμακας, τόσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο της αυτο-αποτελεσματικότητας. Ο χρόνος συμπλήρωσης της κλίμακας εκτιμάται σε 5-10 λεπτά (Brady, 2011). Η ΚΑΑ των είκοσι ερωτήσεων έχει μεταφραστεί και ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της στα Γαλλικά (Bareyre et al., 2019) και στα Σουηδικά (Lomi, 1992). Μέρος της ΚΑΑ με συνολικά έντεκα ερωτήσεις του παράγοντα ΑΠ και ΑΑΣ προσαρμόστηκε σε ασθενείς με αρθρίτιδα του Ηνωμένου Βασιλείου (Barlow et al., 1997).

2.7. Σταθμίσεις της Κλίμακας Αυτο-αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας σε άλλες γλώσσες

2.7.1. Γαλλική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-αποτελεσματικότητας

Η διαπολιτισμική προσαρμογή της ΚΑΑ των 20 ερωτήσεων στα γαλλικά πραγματοποιήθηκε από τους Bareyre et al. (2019). Η μετάφραση έγινε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές των Beaton et al. (2000) και δόθηκε στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης σε 5 ασθενείς με σκοπό τη δημιουργία της τελικής γαλλικής έκδοσης της κλίμακας (ASES-F).

Το δείγμα της μελέτης αποτελούταν από 168 ασθενείς ηλικίας 50 έως 75 έτη με ΟΑ γόνατος, οι οποίοι έπρεπε να έχουν περάσει πρόσφατα από ακτινολογικό έλεγχο. Οι ασθενείς έλαβαν μέρος σε πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης που επικεντρώθηκε στη φυσική δραστηριότητα, το οποίο ξεκίνησε μία μέρα μετά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς που παρουσίαζαν συμπεριφορικές διαταραχές, ασταθή στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια, δυσκολία κατανόησης της γλώσσας καθώς και άλλες αντενδείξεις στο πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης στο οποίο θα συμμετείχαν (Bareyre et al., 2019).

Στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε τρεις χρονικές στιγμές, κατά την έναρξη σε 148 ασθενείς που συμπλήρωσαν πλήρως το ερωτηματολόγιο, στους 3 μήνες σε 142 άτομα και στους 3 μήνες και 2 εβδομάδες σε 90 συμμετέχοντες. Επίσης, εξετάστηκε η συσχέτιση των απαντήσεων της ASES-F με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών μέσω ANOVA ή του μη παραμετρικού τεστ Kruskal-Wallis. Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά των αποτελεσμάτων του παράγοντα της Αυτο-αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας σε σχέση το γυναικείο φύλο ($p < 0.001$), το οικογενειακό ιστορικό ($p < 0.01$) και τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων ($p < 0.05$) (Bareyre et al., 2019).

Η αποδεκτικότητα (acceptability) αποτελεί απαραίτητη, αλλά όχι επαρκή, προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης (Sekhon et al., 2017). Στη στάθμιση της ASES-F η αποδεκτικότητα ήταν καλή, καθώς το 88% των ασθενών που κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη (148 άτομα) απάντησαν σε λιγότερο από 10 λεπτά σε όλες τις ερωτήσεις της ASES-F. Οι υπόλοιποι 20 ασθενείς

δεν απάντησαν σε τουλάχιστον μία ερώτηση. Η μόνη δυσκολία ήταν η πλήρης κατανόηση της έννοιας της αυτο-αποτελεσματικότητας από τους ηλικιωμένους (Bareyre et al., 2019).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εξετάστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach α , ο οποίος ήταν 0.95 για την κλίμακα στο σύνολό της, ενώ για τους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ και ΑΑΣ ήταν 0.85, 0.92 και 0.91 αντίστοιχα. Η ASES-F εμφάνισε μεγαλύτερη εσωτερική συνέπεια στον κάθε παράγοντα ξεχωριστά σε σχέση με την αρχική μελέτη των Lorig et al. (1989) στην οποία ήταν 0.75, 0.90 και 0.87 για τους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ και ΑΑΣ αντίστοιχα (Bareyre et al., 2019).

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή συσχέτισης Lin για τη συνολική κλίμακα (0.84) αλλά και για τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά (0.82-0.84). Η μέτρηση πραγματοποιήθηκε δύο εβδομάδες μετά τη λήξη της παρέμβασης. Για να θεωρηθεί αξιόπιστο αυτό το χρονικό διάστημα, συμπεριλήφθηκε και η μία μέρα που μεσολάβησε μεταξύ της ημέρας ένταξης και της ημέρας έναρξης του προγράμματος αυτοδιαχείρισης (Bareyre et al., 2019).

Η εσωτερική εγκυρότητα (internal validity) αφορά τα αποτελέσματα μιας μελέτης και υποδεικνύει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών. Μια μελέτη χαρακτηρίζεται από υψηλή εσωτερική εγκυρότητα αν δεν υπάρχουν συστηματικά σφάλματα (Γαλάνης, 2013). Η εσωτερική εγκυρότητα προσδιορίστηκε μέσω συσχέτισης των τριών παραγόντων της κλίμακας μεταξύ τους ($r=0.30-0.70$). Η χαμηλότερη συσχέτιση υπήρχε μεταξύ του παράγοντα ΑΠ και ΑΛ (0.55). Το γεγονός αυτό πιθανώς να οφείλεται στην διαφορετική ερμηνεία του πόνου ανά άτομο καθώς και στο ότι ο δεύτερος παράγοντας περιέχει γενικές ερωτήσεις που δεν σχετίζονται μόνο με τον πόνο (Bareyre et al., 2019).

Για να υφίσταται η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) πρέπει να υπάρχει βαθμός συσχέτισης μεταξύ ενός νέου ερωτηματολογίου και ενός υπάρχοντος, το οποίο έχει ήδη εμφανίσει αποδεκτή εγκυρότητα (Γαλάνης, 2013). Για τον έλεγχο της συγκλίνουσας εγκυρότητας έγινε συσχέτιση της ASES-F με τα εξής ερωτηματολόγια: την υποκλίμακα της Λειτουργικότητας του Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (δείκτης WOMAC), τη Νοσοκομειακή

Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), το Knee Osteoarthritis Fears and Beliefs Questionnaire (KOFBeQ) και την ΟΑΚ. Αναλυτικότερα, η υποκλίμακα της Λειτουργικότητας του δείκτη WOMAC έδειξε μέτρια συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα (-0.50) και ελαφρώς μεγαλύτερη με τον παράγοντα ΑΛ της ASES-F (-0.55). Οι υποκλίμακες Άγχους και Κατάθλιψης της κλίμακας HADS έδειξαν σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα ΑΑΣ (-0.34 και -0.43 αντίστοιχα). Η συσχέτιση της ASES-F με το ερωτηματολόγιο KOFBeQ ήταν χαμηλή (-0.37), με τον παράγοντα ΑΑΣ να έχει την υψηλότερη συσχέτιση (-0.36) συγκριτικά με τους άλλους παράγοντες. Τέλος, η ΟΑΚ όσον αφορά τις τελευταίες 24 ώρες και τον τελευταίο μήνα έδειξε χαμηλή έως μέτρια συσχέτιση με την ASES-F (-0.32 και -0.40 αντίστοιχα) ενώ με τον παράγοντα ΑΠ μόλις -0.20 και -0.30 αντίστοιχα (Bareyre et al., 2019).

Όσον αφορά την ευαισθησία της ASES-F, δηλαδή του «πραγματικού ποσοστού ατόμων που κρίνονται ως θετικές περιπτώσεις από ένα εργαλείο μέτρησης» (Bowling, 2014), μόνο ο παράγοντας ΑΛ είχε σημαντική βελτίωση μετά το πέρας των τριών μηνών (+2.65, $p < 0.01$). Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η βελτίωση, κυρίως του παράγοντα ΑΛ, οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι το πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης επικεντρώθηκε στη φυσική δραστηριότητα και όχι τόσο στη βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας (Bareyre et al., 2019).

2.7.2. Σουηδική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Η μετάφραση και διαπολιτισμική προσαρμογή ΚΑΑ των 20 ερωτήσεων στα Σουηδικά έγινε σε ασθενείς με αρθρίτιδα και με χρόνια πόνο (Lomi, 1992). Η διαδικασία μετάφρασης της κλίμακας ακολούθησε τη μέθοδο της δίγλωσσης μετάφρασης δύο κατευθύνσεων (forward-backward translation) και έδωσε δύο εκδόσεις της σουηδικής ΚΑΑ, μία για ασθενείς με αρθρίτιδα και μία για ασθενείς με χρόνια πόνο. Για τους ασθενείς με χρόνια πόνο έγινε αντικατάσταση της έκφρασης “αρθριτικός πόνος” με τη λέξη “πόνος” και της λέξης “αρθρίτιδα” με τη λέξη “νόσος”.

Η πιλοτική μελέτη έδειξε πως το εργαλείο είναι πλήρως κατανοητό και εύκολο στη χρήση του.

Το δείγμα της μελέτης αποτελούταν από 49 ασθενείς και περιλάμβανε δύο ομάδες ασθενών με διάρκεια νόσου τουλάχιστον έξι μήνες. Η πρώτη ομάδα αποτελούταν από 25 ασθενείς με χρόνια πόνο ηλικίας 22 έως 52 έτη που προέρχονταν από την κλινική διαχείρισης του πόνου του πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Όλοι οι ασθενείς αυτής της ομάδας υπέφεραν από χρόνια πόνο που δεν είχε ανταποκριθεί σε συμβατικές μεθόδους. Η δεύτερη ομάδα περιλάμβανε 24 ασθενείς με αρθρίτιδα (μεταξύ άλλων με ΡΑ και ινομυαλγία) ηλικίας 27 έως 83 έτη που προερχόταν από τη ρευματολογική κλινική του ίδιου νοσοκομείου (Lomi, 1992).

Η παραγοντική ανάλυση με τη χρήση περιστροφής μέγιστης διακύμανσης πραγματοποιήθηκε στο συνολικό δείγμα των 49 ασθενών και υποστήριξε την ύπαρξη τριών (3) παραγόντων της πρωτότυπης έκδοσης της ΚΑΑ (Lorig et al., 1989). Οι φορτίσεις των ερωτήσεων κυμάνθηκαν από 0.57 έως 0.88 για τον παράγοντα ΑΠ, από 0.44 έως 0.92 για τον παράγοντα ΑΛ και από 0.21 έως 0.80 για τα τον παράγοντα ΑΑΣ (Lomi, 1992).

Η εσωτερική συνέπεια υπολογίστηκε ξεχωριστά για τον κάθε παράγοντα με τον συντελεστή συσχέτισης Cronbach α και ήταν υψηλή στο συνολικό δείγμα των 49 ασθενών (0.82-0.91). Επιπλέον, η εσωτερική συνέπεια εκτιμήθηκε και ξεχωριστά για την κάθε ομάδα ασθενών. Η ομάδα ασθενών με αρθρίτιδα έδειξε υψηλότερα αποτελέσματα αξιοπιστίας (0.82-0.94), έναντι της ομάδας ασθενών με χρόνια πόνο (0.79-0.86) (Lomi, 1992).

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων, η σουηδική έκδοση της ΚΑΑ επαναχορηγήθηκε στους ασθενείς μετά από τρεις εβδομάδες. Ο έλεγχος έγινε για τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά και είχε ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο για το συνολικό δείγμα (0.81-0.91) όσο και για την κάθε ομάδα ξεχωριστά. Επίσης, ο έλεγχος της αλλαγής του επιπέδου της αυτο-αποτελεσματικότητας μεταξύ της αρχικής μέτρησης και της μέτρησης μετά από τρεις εβδομάδες δεν έδειξε σημαντικά αποτελέσματα (0.09-1.81) (Lomi, 1992).

Οι Lomi και Nordholm (1992) χρησιμοποιώντας το ίδιο δείγμα 49 ασθενών

(25 με χρόνια πόνο και 24 με αρθρίτιδα) μελέτησαν την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) και τη διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity) της σουηδικής έκδοσης της ΚΑΑ (ASES-S). Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής φανερώνει τον βαθμό κατά τον οποίο το πραγματικό θεωρητικό νόημα της έννοιας υπό μελέτη αντανακλάται σε ένα ερωτηματολόγιο. Για να υφίσταται η διακρίνουσα εγκυρότητα δεν πρέπει να υπάρχει σημαντικός βαθμός συσχέτισης μεταξύ ενός νέου ερωτηματολογίου που μετρά μια συγκεκριμένη μεταβλητή και ενός ήδη υπάρχοντος, αποδεδειγμένα έγκυρου, ερωτηματολογίου που μετρά μια διαφορετική μεταβλητή (Γαλάνης, 2013). Στο συνολικό δείγμα των 49 ασθενών ο παράγοντας ΑΠ εμφάνισε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ένταση και την συχνότητα του πόνου, ενώ ο παράγοντας ΑΛ με τη διάρκεια της νόσου. Η συσχέτιση της ASES-S με την Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) έγινε ξεχωριστά για την κάθε ομάδα. Ο παράγοντας Powerful Others της κλίμακας MHLC έδειξε σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα ΑΠ και ΑΑΣ (0.43 και 0.57 αντίστοιχα, $p < 0.05$) στην ομάδα ασθενών με χρόνια πόνο και αρνητική συσχέτιση με τον παράγοντα ΑΛ στην ομάδα ασθενών με αρθρίτιδα (-0.36, $p < 0.05$). Οι ασθενείς με χρόνια πόνο είχαν λιγότερη αυτο-αποτελεσματικότητα όσον αφορά τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα σε σχέση με τους ασθενείς με αρθρίτιδα. Συνεπώς, η ASES-S έχει επαρκή ευαισθησία και μπορεί να διακρίνει κλινικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών (Lomi & Nordholm, 1992).

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της ASES-S αξιολογήθηκε επίσης σε δείγμα 99 γυναικών με ινομυαλγία ηλικίας 24 έως 69 έτη (Lomi et al., 1995). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες, μία ομάδα ελέγχου χωρίς παρέμβαση και δύο ομάδες που παρακολουθούσαν πρόγραμμα εκπαίδευσης και συνδυασμό εκπαίδευσης και άσκησης αντίστοιχα. Η εσωτερική συνέπεια ήταν υψηλή και για τους τρεις παράγοντες της ASES-S ($\alpha = 0.89-0.90$). Η παραγοντική ανάλυση πλάγιας περιστροφής αξόνων (oblique rotation) έδειξε παρόμοια αποτελέσματα με την πρωτότυπη κλίμακα (Lorig et al., 1989). Προέκυψαν τρεις παράγοντες, με τη διαφορά ότι η ερώτηση 2 του παράγοντα ΑΠ εμφάνισε φόρτιση στον παράγοντα ΑΑΣ ενώ η ερώτηση 7 του παράγοντα ΑΛ με τον παράγοντα ΑΠ (Lomi et al., 1995).

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής της ASES-S εκτιμήθηκε μέσω

συσχετίσεων του κάθε παράγοντα της κλίμακας ξεχωριστά με το Ερωτηματολόγιο για τα Συμπτώματα της Ινομυαλγίας (Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQ), τη Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (Short Form of the McGill Pain Questionnaire - SF-MPQ), την Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory - BDI), το Fibromyalgia Attitudes Index (FAI) για την αξιολόγηση του ελέγχου της επίδρασης της ινομυαλγίας, την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (Quality of Life Scale - QOLS-S) και τη δοκιμασία λειτουργικής βάρδισης WALK. Η συσχέτιση αφορούσε τα αποτελέσματα των εργαλείων κατά την έναρξη της μελέτης καθώς και μεταξύ των μετρήσεων στις 12 και 24 εβδομάδες. Συγκεκριμένα, ο παράγοντας ΑΠ είχε σημαντική συσχέτιση με όλα τα εργαλεία (r από -0.27 έως 0.54). Ο παράγοντας ΑΛ εμφάνισε επίσης σημαντική συσχέτιση με όλες τις μεταβλητές, με εξαίρεση το FIQ κατά την έναρξη της μελέτης ($r = -0.21$). Τέλος, ο παράγοντας ΑΑΣ είχε σημαντική συσχέτιση με το QOLS, το FAI και την BDI ($0.38-0.59$). Συνεπώς, φαίνεται η αυτο-αποτελεσματικότητα να συνδέεται με την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση της υγείας των ασθενών, όπως μελετήθηκε και στην μελέτη των Lorig et al. (1989) (Lomi et al., 1995).

Οι παράγοντες ΑΛ και ΑΑΣ έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στις πειραματικές ομάδες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου μετά την παρέμβαση στις 12 εβδομάδες. Οι αλλαγές που σημειώθηκαν (περίπου 7-9 μονάδες σε κάθε παράγοντα) καθώς και το μέγεθος της επίδρασης (effect size) που υπολογίστηκε ($0.33-0.50$) υποδεικνύουν πως η ASES-S είναι ευαίσθητη στις αλλαγές. Παράλληλα, υποστηρίζεται η υπόθεση ότι η βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας συνδέεται σημαντικά με τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών (Lorig et al., 1989), καθώς υπήρξε σημαντική συσχέτιση των μεταβολών των βαθμολογιών της ASES-S και του FIQ μετά από 12 και 24 εβδομάδες ($p < 0.01$) (Lomi et al., 1995).

2.7.3. Βρετανική στάθμιση Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Η διαπολιτισμική προσαρμογή της ΚΑΑ σε ασθενείς με αρθρίτιδα του Ηνωμένου Βασιλείου έγινε από τους Barlow et al. (1997) στα πλαίσια του Προγράμματος Αυτοδιαχείρισης της Αρθρίτιδας (Arthritis Self-Management Programmes - ASMP).

Στους ασθενείς χορηγήθηκε η τροποποιημένη ΚΑΑ με 11 ερωτήσεις (5 ερωτήσεις από τον παράγοντα ΑΠ και 6 ερωτήσεις από τον παράγοντα ΑΑΣ). Η ΚΑΑ με 11 ερωτήσεις προκύπτει ύστερα από αφαίρεση του παράγοντα ΑΛ από την πρωτότυπη μορφή της ΚΑΑ των 20 ερωτήσεων. Ο παράγοντας ΑΛ έχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη με το ερωτηματολόγιο ΗΑQ. Για το λόγο αυτό, όταν στα εργαλεία μέτρησης συμπεριλαμβάνεται το ΗΑQ, ο παράγοντας ΑΛ παραλείπεται.

Στα πλαίσια της έρευνας των Barlow et al. (1997) διεξήχθησαν συνολικά τέσσερις μελέτες. Σε όλες τις μελέτες το δείγμα περιλάμβανε ασθενείς άνω των 18 ετών με αρθρίτιδα (κυρίως ΟΑ και ΡΑ) που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ASMP. Στην πρώτη μελέτη, εξετάστηκε η κατανόηση της ΚΑΑ σε 53 ασθενείς με αρθρίτιδα μέσης ηλικίας 54.3 (10.9) έτη. Η κλίμακα ήταν κατανοητή από όλους τους συμμετέχοντες και δεν χρειάστηκε καμία τροποποίηση σε σχέση με την αρχική έκδοση (Lorig et al., 1989). Στις υπόλοιπες τρεις μελέτες αξιολογήθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της ΚΑΑ σε τρεις διαφορετικά δείγματα ασθενών με αρθρίτιδα. Συγκεκριμένα, το δείγμα της δεύτερης μελέτης αποτελούταν από 145 ασθενείς, της τρίτης από 66 ασθενείς και της τέταρτης από 80 ασθενείς. Η μέση ηλικία του δείγματος στη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη μελέτη ήταν 56.0 (12.5), 56.1 (11.9) και 68.4 (8.0) έτη αντίστοιχα. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν πριν τη συμμετοχή τους στο ASMP στις μελέτες δύο έως τέσσερα ενώ στην τέταρτη μελέτη οι ασθενείς αξιολογήθηκαν επιπλέον μετά από παρακολούθηση του προγράμματος διάρκειας τεσσάρων μηνών (Barlow et al., 1997).

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής αξιολογήθηκε μέσω της παραγοντικής ανάλυσης. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε τους δύο προβλεπόμενους παράγοντες με εξηγούμενη διακύμανση 68.2%, 67.1% και 65.2% για τις μελέτες δύο, τρία και τέσσερα αντίστοιχα. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων στους αντίστοιχους παράγοντες ήταν υψηλές (0.32-0.86). Η ερώτηση 2 (“Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να συνεχίσεις να εκτελείς τις περισσότερες από τις καθημερινές σου δραστηριότητες;”) αν και ανήκει στον παράγοντα ΑΠ, εμφάνισε υψηλότερη φόρτιση στον παράγοντα ΑΑΣ (0.64, 0.63 και 0.60 στις μελέτες 2,3 και 4 αντίστοιχα). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η ερώτηση 2 δεν αναφέρει άμεσα την έννοια του πόνου. Επίσης, αν και η ερώτηση 9 (“Σε σύγκριση με άλλα άτομα που

έχουν την ίδια αρθρίτιδα με εσένα, πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διαχειριστείς τον αρθρικό πόνο κατά τη διάρκεια των καθημερινών σου δραστηριοτήτων;”) εμπεριέχει την έννοια του πόνου, είχε υψηλότερη φόρτιση στον παράγοντα ΑΑΣ. Πιθανώς η δομή της κλίμακας να βελτιωθεί εάν η ερώτηση 2 συμπεριληφθεί στον παράγοντα ΑΑΣ (Barlow et al., 1997).

Η εσωτερική συνέπεια του παράγοντα ΑΠ ήταν από 0.82 έως 0.85, ενώ για τον παράγοντα ΑΑΣ από 0.89 έως 0.91. Η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων (inter-item correlation) κυμάνθηκε από 0.26 έως 0.86, ενώ η συσχέτιση της κάθε ερώτησης με το συνολικό άθροισμα όλων των ερωτήσεων (item-total correlations) κυμάνθηκε από 0.48 έως 0.84 (Barlow et al., 1997).

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας συγχρονικής συνάφειας και της προβλεπτικής εγκυρότητας (predictive validity), η αυτο-αποτελεσματικότητα της αρθρίτιδας συσχετίστηκε με τη λειτουργικότητα (HAQ), τον πόνο (OAK), την κόπωση (OAK), την κατάθλιψη (CES-D), τη θετική επίδραση (Positive Affect II Scale από τη Μελέτη Ιατρικών Αποτελεσμάτων / Medical Outcomes Study – MOS), την κοινωνική ευημερία (Έρευνα Κοινωνικής Υποστήριξης / Social Support Survey - SSS), τη δυσφορία λόγω προβλημάτων υγείας (Health Distress Scale από την MOS) και τη γενικευμένη αυτο-αποτελεσματικότητα (Κλίμακα Γενικευμένης Αυτο-Αποτελεσματικότητας / Generalized Self-Efficacy Scale - GSES) (Barlow et al., 1997). Η προβλεπτική εγκυρότητα δείχνει αν το εργαλείο είναι σε θέση να προβλέψει μελλοντικές αλλαγές στις κεντρικές μεταβλητές προς αναμενόμενες κατευθύνσεις (Bowling, 2014). Η ΚΑΑ έδειξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το HAQ μόνο στη δεύτερη μελέτη ($r = -0.29$ για τον παράγοντα ΑΠ και $r = -0.28$ για τον παράγοντα ΑΑΣ, $p < 0.01$). Η υψηλότερη συσχέτιση της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας ήταν με την κατάθλιψη και στις τρεις μελέτες (από $r = -0.30$, $p < 0.01$ έως $r = -0.61$, $p < 0.0001$). Ο παράγοντας ΑΑΣ εμφάνισε και στις τρεις μελέτες σημαντική συσχέτιση με τη θετική επίδραση ($r = 0.46-0.63$, $p < 0.0001$), τη γενική αυτο-αποτελεσματικότητα (από $r = 0.35$, $p < 0.01$ έως $r = 0.45$, $p < 0.0001$) και αρνητική συσχέτιση με τη δυσφορία λόγω προβλημάτων υγείας (από $r = -0.36$, $p < 0.01$ έως $r = -0.47$, $p < 0.0001$). Επίσης, η ΚΑΑ είχε αρνητική συσχέτιση με την ΟΑΚ. Συγκεκριμένα, ο παράγοντας ΑΑΣ εμφάνισε συσχέτιση με τον πόνο στην τρίτη και

τέταρτη μελέτη ($r = -0.31$ και $r = -0.32$ αντίστοιχα, $p < 0.01$), ενώ με την κόπωση στην δεύτερη και στην τρίτη μελέτη ($r = -0.36$, $p < 0.0001$ και $r = -0.34$, $p < 0.01$ αντίστοιχα). Η συσχέτιση της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας με τις υπόλοιπες μεταβλητές συγκρίθηκε μεταξύ ασθενών με διαφορετικές μορφές αρθρίτιδας (κυρίως OA και PA) και υπήρχαν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα μπορούν να διαφοροποιηθούν αναλόγως τη διάγνωση των ασθενών (Barlow et al., 1997).

Τέλος, μέσω Ιεραρχικής Ανάλυσης Παλινδρόμησης (Hierarchical Regression Analyses) των δημογραφικών στοιχείων και αποτελεσμάτων (HAQ, OAK για πόνο, OAK για κόπωση, GSES) της τέταρτης μελέτης, εκτιμήθηκε αν η ΚΑΑ πριν την παρέμβαση μπορεί να προβλέψει την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών μετά το πέρας των τεσσάρων μηνών. Η ανάλυση έδειξε πως ο παράγοντας ΑΑΣ αποτελεί πιο ικανοποιητικό προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης και της θετικής επίδρασης σε σχέση με τον παράγοντα ΑΠ. Τα υψηλότερα επίπεδα της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας συνδέονται με την καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών (Barlow et al., 1997).

2.7.4. Γερμανική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Η στάθμιση της ΚΑΑ των 8 ερωτήσεων στα γερμανικά (ASES-D) έγινε από τους Mueller et al. (2003) σε ασθενείς με ινομυαλγία. Η μετάφραση έγινε με τη μέθοδο της δίγλωσσης μετάφρασης δύο κατευθύνσεων (forward-backward translation). Στους ασθενείς με ινομυαλγία έγινε αντικατάσταση της λέξης “αρθρίτιδα” με την λέξη “ινομυαλγία”. Η κατανόηση της γερμανικής έκδοσης της κλίμακας εκτιμήθηκε από μια μικρή ομάδα ασθενών με ινομυαλγία και έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις.

Στη διαδικασία της στάθμισης της κλίμακας στα Γερμανικά χρησιμοποιήθηκε δείγμα 148 ασθενών με ινομυαλγία μέσης ηλικίας 57.7 ± 6.4 έτη. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων, μέσω του δείκτη Intraclass Correlation Coefficient (ICC), η ASES-D επαναχορηγήθηκε μετά από οκτώ εβδομάδες σε 50 τυχαίους ασθενείς του αρχικού δείγματος. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε δεύτερο δείγμα 53 ασθενών με PA μέσης ηλικίας 61.7 ± 10.2 έτη, με σκοπό τη σύγκριση του με το

αρχικό δείγμα και τον έλεγχο της εγκυρότητας διάκρισης (differential validity). Η εγκυρότητα διάκρισης δείχνει το βαθμό συσχέτισης της μέτρησης μιας μελέτης με μετρήσεις από άλλες δοκιμασίες, μεταξύ των υποομάδων της ίδιας έρευνας, που μετρούν κάτι διαφορετικό (Kozbelt et al., 2010; Berry, 2015). Η κλινική δοκιμή της ASES-D έγινε σε καινούριο δείγμα 43 ασθενών με ινομυαλγία μέσης ηλικίας 51.4 ± 9.5 έτη που παρακολουθούσαν ομαδικό πρόγραμμα σωματικής άσκησης και τεχνικών ψυχολογικής παρέμβασης διάρκειας εννέα εβδομάδων (Mueller et al., 2003).

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντικό φαινόμενο δαπέδου-οροφής (floor-ceiling effect) για την κλίμακα και για τα μεμονωμένα στοιχεία της. Όσον αφορά την κλίμακα συνολικά, η υψηλότερη (9.5) καθώς και η χαμηλότερη (1) μέση βαθμολογία υπήρξε σε ποσοστό 0.68% των συμμετεχόντων. Το φαινόμενο δαπέδου ήταν υψηλότερο στην ερώτηση 2 (12,2%), ενώ στις υπόλοιπες ερωτήσεις το ποσοστό ελάχιστων και μέγιστων βαθμολογιών κυμάνθηκε μεταξύ 1,4% και 5,5% (Mueller et al., 2003).

Η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας βρέθηκε υψηλή (0.90) ενώ η συσχέτιση των ερωτήσεων με την κλίμακα (item-scale correlation) ήταν από 0.60 έως 0.76, υποστηρίζοντας την μονοπαραγοντική δομή της κλίμακας. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων για την κλίμακα ήταν 0.51 και από 0.13 έως 0.56 για τις ερωτήσεις ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν μια πρώτη ένδειξη της ευαισθησίας του ASES-D στις αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. Η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες με ορθογώνια περιστροφή αξόνων ανέδειξε έναν παράγοντα που ερμήνευε το 58.6% της συνολικής διακύμανσης και φορτίσεις των ερωτήσεων από 0.71 έως 0.84 (Mueller et al., 2003).

Σύγκριση των αποτελεσμάτων του αρχικού δείγματος ασθενών με ινομυαλγία και του δείγματος ασθενών με PA έγιναν με σκοπό τον έλεγχο της εγκυρότητας διάκρισης. Οι ασθενείς με ινομυαλγία είχαν σημαντικά χαμηλότερα αποτελέσματα στην ASES-D σε σχέση με τους ασθενείς με PA (Mueller et al., 2003).

Η συγκλίνουσα και η διακρίνουσα εγκυρότητα της ASES-D εκτιμήθηκε μέσω συσχέτισης με το γερμανικό ερωτηματολόγιο KKG εκτίμησης της έδρας ελέγχου, με το ερωτηματολόγιο 9 ερωτήσεων σχετικά με τη Γενική Αυτο-αποτελεσματικότητα,

την Αισιοδοξία και την Απαισιοδοξία και την ΟΑΚ για την εκτίμηση της έντασης του πόνου. Επιπλέον, η ASES-D συσχετίστηκε και με το Hannover Functional Questionnaire που αξιολογεί τη λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες, τη γερμανική κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης ADS και του γερμανικού Ερωτηματολογίου Στρατηγικών Αντιμετώπισης του Πόνου (Pain Coping Questionnaire) που αφορά γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές. Συγκεκριμένα, η αυτο-αποτελεσματικότητα είχε μέτρια συσχέτιση με τον παράγοντα της εσωτερικής έδρας ελέγχου ($r=0.33$) του γερμανικού ερωτηματολογίου KKG αλλά και με τη γενική αυτο-αποτελεσματικότητα ($r=0.49$) και την αισιοδοξία ($r=0.39$). Η ASES-D είχε αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα κατάθλιψης ADS και την ΟΑΚ, με την μεγαλύτερη συσχέτιση να αφορά την κατάθλιψη ($r= -0.53$). Η συσχέτιση της αυτο-αποτελεσματικότητας με την λειτουργικότητα ήταν μικρή ($r=0.20$). Από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου, μεγαλύτερη συσχέτιση με την ASES-D έδειξαν οι γνωστικές στρατηγικές, με υψηλότερη αυτή της αίσθησης της αυτο-ικανότητας ($r=0.45$). Από τις συμπεριφορικές στρατηγικές μεγαλύτερη συσχέτιση με την αυτο-αποτελεσματικότητα της αρθρίτιδας εμφάνισε η προγραμματισμένη συμπεριφορά ($r=0.35$). Τέλος, μέσω πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης η αυτο-αποτελεσματικότητα ασθενών με ινομυαλγία αποδείχθηκε ισχυρός προγνωστικός παράγοντας σχετικά με την ένταση του πόνου, την κατάθλιψη και τις περισσότερες από τις στρατηγικές αντιμετώπισης πόνου (Mueller et al., 2003).

Στο δεύτερο δείγμα 43 ασθενών με ινομυαλγία που συμμετείχε σε ομαδικές θεραπείες, το μέγεθος της επίδρασης στην αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν μέτριο (0.31). Η συσχέτιση της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας με τις υπόλοιπες μεταβλητές είχε παρόμοια αποτελέσματα με αυτή του αρχικού δείγματος των 148 ασθενών με ινομυαλγία. Η πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης των αποτελεσμάτων όλων των μετρήσεων πριν και μετά τις ομαδικές θεραπείες, ανέδειξε την αυτο-αποτελεσματικότητα ως το πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα μείωσης του πόνου ($R^2 = 0.27$, $\beta=0/75$, $F=13.81$, $p=0.0006$) (Mueller et al., 2003).

2.7.5. Κινέζικη στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Η μετάφραση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας των 8 ερωτήσεων (KAA-8 / ASES-8) στην κινέζικη γλώσσα πραγματοποιήθηκε από τους Gao et al. (2017) με τη μέθοδο της δίγλωσσης μετάφρασης δύο κατευθύνσεων (forward-backward translation). Το δείγμα της μελέτης αποτελούσε δείγμα ευκολίας 134 ασθενών ηλικίας 28 έως 80 έτη με ΡΑ. Κριτήρια ένταξης στην έρευνα ήταν η ηλικία άνω των 18 ετών και η γνώση της κινέζικης γλώσσας. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα ή σοβαρές ασθένειες (καρκίνος, εγκεφαλικό επεισόδιο). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν την ΚΑΑ-8, την ΟΑΚ, την HADS, τον παράγοντα της Σωματικής Λειτουργικότητας (ΣΛ) της SF-36 και την κλίμακα Λειτουργικής Αξιολόγησης της Κόπωσης σε Θεραπείες Χρόνιων Νοσημάτων (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue - FACIT-F).

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής εκτιμήθηκε μέσω της συσχέτισης του ΚΑΑ-8 και των ΟΑΚ, HADS, FACIT-F και του παράγοντα της ΣΛ του SF-36 με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson (r). Η ΚΑΑ-8 εμφάνισε μέτρια συσχέτιση με την ΟΑΚ ($r = -0.487$, $p < 0.01$), τον παράγοντα της Κατάθλιψης της HADS ($r = -0.583$, $p < 0.01$) και τον παράγοντα της ΣΛ της SF-36 ($r = 0.561$, $p < 0.01$), ενώ υψηλή συσχέτιση με τη FACIT-F ($r = 0.660$, $p < 0.01$) και τον παράγοντα του Άγχους της HADS ($r = -0.656$, $p < 0.01$). Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής αξιολογήθηκε επίσης μέσω της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε έναν παράγοντα που ερμήνευε το 71.35% της συνολικής διακύμανσης. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων κυμάνθηκαν από 0.768 έως 0.907 (Gao et al., 2017).

Η εσωτερική συνέπεια της κινέζικης ΚΑΑ-8 ήταν υψηλή ($\alpha = 0.942$). Ο βαθμός συσχέτισης κάθε ερώτησης με το συνολικό άθροισμα όλων των ερωτήσεων ήταν μεταξύ 0.706 και 0.871. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων έγινε μέσω επαναχορήγησης της κινέζικης έκδοσης της ΚΑΑ-8 σε 20 τυχαίους ασθενείς του αρχικού δείγματος μετά από 7 ημέρες. Ο δείκτης ICC ήταν 0.98, υποδεικνύοντας εξαιρετική αξιοπιστία (Gao et al., 2017). Μια άλλη μελέτη, αναφέρει

πως η κινέζικη έκδοση της KAA-8 εμφάνισε εξίσου ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha = 0.92$) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($ICC = 0.896$) σε διαφορετικό δείγμα ασθενών με PA (Zhao et al., 2019).

2.7.6. Ισπανική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Οι González et al. (1995) δημιούργησαν την ισπανική έκδοση επτά εργαλείων που χρησιμοποιούνται ευρέως σε ασθενείς με αρθρίτιδα και έλεγξαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Τα εργαλεία που μετέφρασαν είναι το HAQ, η κλίμακα CES-D, η Κλίμακα Σοβαρότητας Πόνου από τη Μελέτη Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study - MOS Pain Severity Scale), η Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (KAA) (παράγοντας ΑΠ και ΑΑΣ με την προσθήκη δύο (2) καινούριων στοιχείων), η OAK πόνου, το Self-Rated Health Item από τη Μελέτη Ιατρικών αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study - MOS) και η Κλίμακα Φυσικής Δραστηριότητας (Physical Activities Scale). Οι ισπανικές εκδόσεις των εργαλείων αυτών δημιουργήθηκαν με σκοπό τη χρήση τους στην κλινική έρευνα και την αξιολόγηση ασθενών του Ισπανικού Προγράμματος Αυτοδιαχείρισης της Αρθρίτιδας. Η μελέτη των González et al. (1995) θεωρείται η «γενέτειρα» της KAA-8 (Mueller et al., 2003; Brady, 2011; Arab Alkabeya et al., 2020).

Οι ισπανόφωνοι αντιπροσωπεύουν το 8.8% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ και παρουσιάζουν μεγάλη γλωσσική ετερογένεια, καθώς προέρχονται από διάφορες χώρες της Λατινικής Αμερικής. Οι ερευνητές επέλεξαν την πρότυπη ισπανική διάλεκτο για την μετάφραση των εργαλείων, καθώς είναι κατανοητή στους περισσότερους ισπανόφωνους, ανεξαρτήτως εθνικής προέλευσης. Η διαδικασία της μετάφρασης έγινε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές των Guillemin et al. (1993). Η πιλοτική μελέτη, στην οποία τα εργαλεία χορηγήθηκαν σε 8-10 ασθενείς με αρθρίτιδα, έδειξε πως όλα τα εργαλεία είναι κατά βάση κατανοητά (González et al., 1995).

Η αρχική μελέτη αφορούσε τη χορήγηση των επτά εργαλείων σε 272 ασθενείς με αρθρίτιδα (OA, PA, συστηματικό ερυθρεμάτωδη λύκο και άλλες μορφές

αρθρίτιδας) μέσης ηλικίας 52.8 ± 14.4 έτη. Για την επαλήθευση των αποτελεσμάτων της αρχικής μελέτης πραγματοποιήθηκε δευτερογενής μελέτη, όπου τα εργαλεία στάλθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε 151 ασθενείς με αρθρίτιδα μέσης ηλικίας 62.5 ± 21.9 έτη. Προκειμένου να εκτιμηθεί η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, 49 εκ των 151 ασθενών της μελέτης επαλήθευσης συμπλήρωσαν ξανά τα εργαλεία μετά από 10-14 ημέρες (González et al., 1995).

Εστιάζοντας στην ΚΑΑ, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τους δύο εκ των τριών παραγόντων της πρωτότυπης μορφής της ΚΑΑ (Lorig et al., 1989). Συγκεκριμένα, συνδύασαν τους παράγοντες ΑΠ (5 ερωτήσεις) και ΑΑΣ (6 ερωτήσεις), στους οποίους πρόσθεσαν 2 καινούριες ερωτήσεις. Οι καινούριες ερωτήσεις είναι η ερώτηση 3 (“Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να εμποδίσεις τη δυσφορία που προκαλεί ο πόνος της αρθρίτιδας να επηρεάσει τα πράγματα που θέλεις να κάνεις;”) και η 5 (“Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να εμποδίσεις την κόπωση εξαιτίας της νόσου να επηρεάσει τα πράγματα που θέλεις να κάνεις;”). Οι ερωτήσεις αυτές έχουν προταθεί από τους κύριους δημιουργούς της πρωτότυπης κλίμακας σε μεταγενέστερες μελέτες (González et al. 1995).

Η συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα των εργαλείων εκτιμήθηκε μέσω ανάλυσης πολλαπλών χαρακτηριστικών (multitrait scaling analyses program - MAP). Το MAP καθορίζει εάν η κάθε ερώτηση συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία των υπόλοιπων στοιχείων της κλίμακας (κριτήριο σύγκλισης στοιχείου) και εάν η κάθε ερώτηση σχετίζεται περισσότερο με την κλίμακα στην οποία ανήκει σε σχέση με άλλες κλίμακες (κριτήριο απόκλισης στοιχείου). Κατά την εκτίμηση της διακρίνουσας εγκυρότητας, το MAP επισημαίνει τα στοιχεία που δεν έχουν συσχέτιση με την κλίμακα στην οποία ανήκουν με τουλάχιστον δύο τυπικά σφάλματα μεγαλύτερα σε σχέση με τις συσχετίσεις με τις άλλες κλίμακες. Αξιολογήθηκε, επίσης, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας κάθε εργαλείου με βάση την εθνική καταγωγή αλλά και την πόλη διαμονής του δείγματος (González et al. 1995).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας των 13 συνολικά ερωτήσεων ήταν υψηλή ($\alpha=0.95$), χωρίς να την επηρεάζει η αφαίρεση μεμονωμένων ερωτήσεων. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας επαναληπτικών

μετρήσεων έδειξε 5 ερωτήσεις με χαμηλή συσχέτιση ($r < 0.40$), οι οποίες στη συνέχεια αφαιρέθηκαν από την κλίμακα. Η τελική κλίμακα των 8 ερωτήσεων είχε εσωτερική συνέπεια $\alpha = 0.92$, η συσχέτιση των ερωτήσεων με την κλίμακα κυμάνθηκε από 0.65 έως 0.83 ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν 0.69. Όλα τα στοιχεία της κλίμακας πληρούσαν τα κριτήρια της διακρίνουσας εγκυρότητας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του εργαλείου με βάση την εθνική καταγωγή των ασθενών, κυμάνθηκε από 0.88 για τους ασθενείς από Κούβα έως 0.93 για άτομα καταγωγής από το Μεξικό και την Κεντρική Αμερική. Οι αντίστοιχες τιμές διαμορφώθηκαν από 0.93 για τις πόλεις διαμονής Νέα Υόρκη και Λος Άντζελες έως 0.97 για Μαϊάμι και Σαν Φρανσίσκο (González et al. 1995). Η εσωτερική συνέπεια της ισπανικής έκδοσης της KAA-8 βρέθηκε εξίσου υψηλή (0.87) σε δείγμα 109 ασθενών ισπανικής και αφροαμερικάνικης καταγωγής με PA μέσης ηλικίας 51.3 ± 13.2 έτη (Wallen et al., 2011).

2.7.7. Αραβική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Οι Arab Alkabeya et al. (2020) μετέφρασαν την KAA-8 στην αραβική γλώσσα σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Beaton et al., 2000; Wild et al., 2005). Η προτελική αραβική έκδοση χορηγήθηκε αρχικά σε 5 ασθενείς με PA, προκειμένου να ελεγχθεί η κατά τεκμήριο εγκυρότητα και να διασφαλιστεί πως όλες οι ερωτήσεις και απαντήσεις είναι πλήρως κατανοητές (Arab Alkabeya et al., 2020).

Η τελική αραβική έκδοση της KAA-8 συμπληρώθηκε από 67 ασθενείς με PA ηλικίας 29 έως 77 έτη με μέση διάρκεια νόσου 7 χρόνια. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι αδυνατούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο λόγω γνωστικών ή ψυχιατρικών ελλειμμάτων και άτομα που δεν είχαν τη δυνατότητα γραφής ή ανάγνωσης στα αραβικά (Arab Alkabeya et al. 2020).

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής εκτιμήθηκε μέσω συσχέτισης της KAA-8 με άλλα αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία με τη χρήση των συντελεστών Pearson και Spearman. Υπολογίστηκε ο βαθμός συσχέτισης της αυτο-αποτελεσματικότητας με τη δυσλειτουργία (Quick Disabilities of the Arm, Shoulder

and Hand Questionnaire – QuickDASH), την κόπωση (παράγοντας της Ζωτικότητας της SF-36), τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων (coping) (Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων / Brief Coping Inventory BCI), τον πόνο (Αριθμητική Κλίμακα Βαθμολογίας πόνου / Pain Numerical Rating Scale - NRS), της ψυχολογικής δυσχέρειας (Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενών-4 / Four-Item Patient Health Questionnaire - PHQ-4) και με δοκιμασίες λειτουργικής ικανότητας (δύναμη λαβής). Φαίνεται πως η συσχέτιση της NRS, τόσο κατά την ηρεμία (δεξί $r = -0.29$, $p = 0.02$; αριστερό $r = -0.31$, $p = 0.01$) όσο και κατά τη δραστηριότητα (δεξί $r = -0.34$, $p = 0.004$; αριστερό $r = -0.38$, $p = 0.002$), καθώς και της δύναμης λαβής (δεξί $r = 0.28$, $p = 0.02$; αριστερό $r = 0.30$, $p = 0.01$) με την αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν στατιστικά σημαντική και στα 2 χέρια. Μέτρια αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση είχε η KAA-8 με τα εργαλεία QuickDASH ($r = 0.57$, $p < 0.001$) και SF-36 ($r = 0.66$, $p < 0.001$). Η αυτο-αποτελεσματικότητα είχε εμφανίσει σημαντική συσχέτιση με τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων στη γερμανική στάθμιση της KAA-8 ($r = 0.35-0.40$) (Muller et al., 2003). Ωστόσο, η αραβική KAA-8 εμφάνισε συσχέτιση μόνο με την υποκλίμακα της δυσλειτουργίας του BCI και μάλιστα αρνητική ($r = -0.24$, $p = 0.05$). Με τις υπόλοιπες δύο υποκλίμακες (Problem-focused / Emotion-focused επίκεντρο στο πρόβλημα και στο συναίσθημα) αν και βρέθηκε θετική συσχέτιση, το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($p = 0.49$ και $p = 0.69$ αντίστοιχα) (Arab Alkabeya et al. 2020). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο μικρότερο μέγεθος δείγματος αλλά και στο διαφορετικό εργαλείο εκτίμησης του τρόπου αντιμετώπισης σε σχέση με τη γερμανική μελέτη (Mueller et al., 2003). Τέλος, το άγχος και η κατάθλιψη, που αξιολογήθηκαν μέσω του PHQ-4, έδειξαν αρνητική συσχέτιση, με την υψηλότερη να υπάρχει στον παράγοντα του άγχους ($r = 0.50$, $p < 0.001$) (Arab Alkabeya et al. 2020).

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής εξετάστηκε επίσης μέσω της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων. Η ανάλυση παραγόντων ανέδειξε έναν παράγοντα που ερμήνευε το 55.29% της συνολικής διακύμανσης με μόνο μία ιδιοτιμή άνω του 1.0 (4.42). Οι φορτίσεις των ερωτήσεων κυμάνθηκαν από 0.54 έως 0.81 (Arab Alkabeya et al. 2020).

Η εσωτερική συνέπεια εκτιμήθηκε σε 0.88 μέσω του συντελεστή συσχέτισης

Cronbach α . Ο βαθμός συσχέτισης κάθε ερώτησης με το συνολικό άθροισμα όλων των ερωτήσεων ήταν ικανοποιητικός (0.44-0.73). Η εσωτερική συνέπεια της ΚΑΑ-8 παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα (0.86-0.88) μετά από αφαίρεση μεμονωμένων στοιχείων, υποδηλώνοντας ότι καμία από τις ερωτήσεις δεν μειώνει την συνολική εσωτερική συνέπεια της κλίμακας ή είναι περιττή. Τέλος, αξιολογήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων της κλίμακας η οποία δεν υπερέβη το 0.7 (0.15 - 0.68), δείχνοντας ότι καμία ερώτηση δεν χρειάζεται να αφαιρεθεί (Arab Alkabeya et al. 2020).

Τόσο για την κλίμακα όσο και για κάθε ερώτηση ξεχωριστά δεν υπήρξε φαινόμενο δαπέδου-οροφής. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την κλίμακα συνολικά, η υψηλότερη (8.5) καθώς και η χαμηλότερη (1.9) μέση βαθμολογία υπήρξε σε ποσοστό 3% των συμμετεχόντων. Το φαινόμενο δαπέδου ήταν υψηλότερο στις ερωτήσεις 2 (Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να εμποδίσεις τον αρθρικό σου πόνο από το να παρέμβει στον ύπνο σου;) και 5 (Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διαχειριστείς τα συμπτώματα της αρθρίτιδάς σου, ώστε να μπορείς να κάνεις τις δραστηριότητες που σε ευχαριστούν;) με βαθμολογία 11.9% και 10.4 % αντίστοιχα. Τέλος το φαινόμενο οροφής ήταν υψηλότερο (10.4%) στην ερώτηση 3 (Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κάνεις κάτι να βοηθήσεις τον εαυτό σου να νιώσει καλύτερα, εάν αισθάνεσαι άσχημα;) (Arab Alkabeya et al. 2020).

2.7.8. Βραζιλιάνικη-Πορτογαλική στάθμιση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Η μελέτη για τη διαπολιτισμική προσαρμογή της ΚΑΑ-8 στα Βραζιλιάνικα-Πορτογαλικά πραγματοποιήθηκε από τους Silva et al. (2019) σε ασθενείς με ΡΑ. Η μετάφραση ακολούθησε τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Guillemin et al., 1993; Guillemin, 1995; Beaton et al., 2000). Το συνολικό δείγμα της μελέτης αποτελούσαν από 62 ασθενείς που εμφάνιζαν ΡΑ για τουλάχιστον ένα χρόνο, είχαν λάβει θεραπεία και η κατάσταση της νόσου ήταν σταθερή για τουλάχιστον τρεις μήνες. Ασθενείς με συνοδές ρευματικές, μυοσκελετικές και νευρολογικές παθήσεις, δυσκολία στην κατανόηση της πορτογαλικής γλώσσας αλλά και ασθενείς των

οποίων η θεραπεία ή η δόση των φαρμάκων είχε αλλάξει πρόσφατα αποκλείστηκαν από την μελέτη. Στα πλαίσια της πιλοτικής μελέτης, η μεταφρασμένη κλίμακα χορηγήθηκε σε 30 εκ των 62 ασθενών με PA. Όλες οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές από τους ασθενείς σε ποσοστό άνω του 80% και δεν χρειάστηκαν περαιτέρω τροποποιήσεις (Silva et al., 2019).

Το δείγμα της κύριας μελέτης περιλάμβανε 32 ασθενείς μέσης ηλικίας 53.8 ± 8.2 έτη με PA. Η αξιολόγηση των ασθενών πραγματοποιήθηκε τρεις φορές, σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Για τον έλεγχο της διαπαρατηρητικής μεταβλητότητας (inter-observer reproducibility) της KAA-8, οι ασθενείς αξιολογήθηκαν μέσω συνέντευξης από δύο διαφορετικούς αξιολογητές την ίδια μέρα. Στη συνέχεια, ένας από τους δύο αξιολογητές επαναχορήγησε την KAA-8 στους ασθενείς μετά το πέρας 7 έως 15 ημερών, προκειμένου να ελεγχθεί η ενδοπαρατηρητική μεταβλητότητα (intra-observer reproducibility). Τα αποτελέσματα για τη διαπαρατηρητική και ενδοπαρατηρητική μεταβλητότητα ήταν εξίσου σημαντικά, τόσο με τη χρήση του δείκτη ICC (0.972 και 0.954 αντίστοιχα) όσο και με τη χρήση της μεθόδου Bland-Altman (οι τιμές της μέση διαφοράς ήταν κοντά στο μηδέν) (Silva et al., 2019).

Η βραζιλιάνικη-πορτογαλική KAA-8 είχε υψηλή εσωτερική συνέπεια (0.985). Τέλος, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής ελέγχθηκε μέσω συσχέτισης της KAA-8 με άλλα έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία με τη χρήση του συντελεστή Spearman. Η KAA-8 εμφάνισε μέτρια συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο HAQ ($r = -0.437$), το SF-36 (0.321 έως 0.558) και την κλίμακα κατάθλιψης BDI ($r = -0.562$). Αντιθέτως, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την Αριθμητική Κλίμακα Πόνου (Numerical Pain Scale - NPS) ($r = -0.278$) (Silva et al., 2019).

2.8. Χρήση της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας της Αρθρίτιδας σε έρευνες

Η KAA είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα αυτο-αναφοράς για την αρθρίτιδα (Jackson et al., 2020). Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών και μελετών από το 1995 έως και σήμερα (Buckelew et

al., 1996; Brekke et al., 2001; Somers et al., 2010, Dür et al., 2015; Moyano et al., 2019; Degerstedt et al., 2020). Τα αποτελέσματα των περισσότερων εκ των ερευνών αυτών διαπιστώνουν ότι οι ασθενείς που έχουν υψηλότερες πεπιοθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας αισθάνονται λιγότερο πόνο, διατηρούν καλύτερη ποιότητα ζωής και είναι πιο πρόθυμοι να αντιμετωπίσουν τις εκάστοτε προκλήσεις, ανεξάρτητα από το είδος της αρθρίτιδας που τους ταλαιπωρεί (Lorig et al., 1989; Jackson et al., 2014; Jackson et al., 2020).

Η ΟΑ είναι η πιο συχνή μορφή εκφυλιστικής αρθρίτιδας (Basu et al., 2018) και για αυτό το λόγο υπάρχει μεγάλη ανάγκη για την καλύτερη κατανόηση αυτής, αλλά και των περιορισμών που δημιουργεί στην κινητικότητα των οστεοαρθρικών ατόμων (Adegoke et al., 2017). Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με ΟΑ (Fertelli et al., 2019; Jönsson et al., 2019). Στις έρευνες που έχουν διεξαχθεί, πρωτίστως χρησιμοποιείται η ΚΑΑ για την μέτρηση αυτο-αποτελεσματικότητας σχετικά με τον πόνο, τη λειτουργικότητα και τα συνοδά συμπτώματα των ατόμων με ΟΑ (Brand et al., 2013; Hammer et al., 2016). Παρόλα αυτά, στις έρευνες εφαρμόζονται και άλλες κλίμακες για την μέτρηση λοιπών παραγόντων, όπως η κατάθλιψη και η δυσκαμψία, γεγονός που συμβάλλει στη διεξαγωγή πιο ολοκληρωμένων μελετών (Rayahin et al., 2014; O'moore et al., 2018). Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες, εστιάζουν στη μετέπειτα βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών μέσω διαφόρων παρεμβάσεων (Weiner et al., 2013; Uritani et al., 2020). Μερικές από τις παρεμβάσεις αυτές είναι η άσκηση στην πισίνα (Cadmus et al., 2010; Fertelli et al., 2019), η κλασική συστηματική άσκηση (Brand et al., 2013), η φυσικοθεραπεία μέσω υπολογιστή (Rini et al., 2015) και η εκπαίδευση των ασθενών υπό την μορφή ασκήσεων, προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης ή συνδυασμό και των δύο (Hansson et al., 2010; Jönsson et al., 2018).

Αντίστοιχα, μεγάλο κομμάτι της βιβλιογραφίας χρησιμοποιεί την ΚΑΑ σε ασθενείς με κάποια μορφή φλεγμονώδους αρθρίτιδας. Η πιο συχνή μορφή φλεγμονώδους αρθρίτιδας είναι η ΡΑ (Innala et al., 2016), για αυτό και οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν σε αυτή (Somers et al., 2010; Vergara et al., 2017; Lu et al., 2020). Παρόλα αυτά, έρευνες έχουν γίνει και σε ασθενείς με ΑΣ

(Sandhu et al., 2011; Haglund et al., 2013). Οι μελέτες αυτές, συνήθως, περιγράφουν κάποια παρέμβαση και χρησιμοποιούν πλήθος εργαλείων, συμπεριλαμβανομένης και της ΚΑΑ, για να αξιολογήσουν την κατάσταση των ασθενών πριν και μετά την εκάστοτε παρέμβαση. Τέτοιες παρεμβάσεις αποτελούν η διαδικτυακή υποστήριξη των ατόμων (Shigaki et al., 2013), η εκπαίδευση της αυτοδιαχείρισης της νόσου (Hosseini Moghadam et al., 2018), η κλασική φυσικοθεραπεία (Iversen et al., 2011) και η συστηματική άσκηση (Baxter et al., 2016). Η ΚΑΑ αποτελεί χρήσιμο εργαλείο καθώς καταγράφει δείκτες που ορίζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με αρθρίτιδα, όπως για παράδειγμα ο δείκτης ποιότητας ύπνου (Guo et al., 2016), και συμβάλλουν στον προσδιορισμό της αυτο-αποτελεσματικότητας των ασθενών (Liu et al., 2020).

Η ΚΑΑ δεν χρησιμοποιείται μόνο σε δείγματα ασθενών με αρθρίτιδα. Αντιθέτως, έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε έρευνες για τη μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας ασθενών με ινομυαλγία (Alok et al., 2014; Van Liew et al., 2019). Στις έρευνες αυτές, η ΚΑΑ χρησιμοποιείται συμπληρωματικά για την εκτίμηση της αυτο-αποτελεσματικότητας, ενώ άλλες πιο εξειδικευμένες κλίμακες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση άλλων παραγόντων, όπως της κατάθλιψης, του πόνου και της ινομυαλγίας (Nam et al., 2014; Van Liew et al., 2019). Στόχος του μεγαλύτερου ποσοστού των ερευνών αυτών είναι η βελτίωση του τρόπου ζωής των ασθενών με ινομυαλγία μέσα από τις διάφορες παρεμβάσεις που προτείνονται (Alok et al., 2014; Moyano et al., 2019). Πιθανώς την πιο σημαντική παρέμβαση αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών στην αυτοδιαχείριση της νόσου, που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ψυχολογική τους ευεξία και στην αυτοπεποίθησή τους αναφορικά με τον έλεγχο της ασθένειας (Nam et al., 2014). Τέλος, οι ασθενείς με ινομυαλγία είναι θεμιτό να μην αξιολογούνται επιφανειακά, αλλά να εξετάζονται εν τω βάθει οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των κοινωνικών και των ψυχολογικών παραγόντων, αλλά και της λειτουργικότητας (Lee et al., 2017).

Δείγμα άλλων μελετών που χρησιμοποίησαν την ΚΑΑ περιλαμβάνει ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιο μυοσκελετικό πόνο (Røe et al., 2014; Bove et al., 2017). Στις έρευνες αυτές, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν διάφορα ερωτηματολόγια και κλίμακες αναφορικά με τον πόνο, την συναισθηματική τους

κατάσταση και την αυτο-αποτελεσματικότητα. Η ΚΑΑ χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της τελευταίας. Σε αρκετές από τις έρευνες αυτές, στόχος ήταν η συσχέτιση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών και του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου (Damsgard et al., 2010; Røe et al., 2014). Άλλες στόχευαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ύστερα από την εκάστοτε παρέμβαση. Τέτοιες παρεμβάσεις αποτελούν η σωματική άσκηση (Bove et al., 2017; Bennell et al., 2017), τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της νόσου (Bearne et al., 2011) και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioral Training – CBT) (Khodneva et al., 2020).

Τέλος, η ΚΑΑ έχει χορηγηθεί και σε ασθενείς με προγραμματισμένο χειρουργείο. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς καλούνται να συμπληρώσουν ορισμένα ερωτηματολόγια δύο φορές, μία πριν την εισαγωγή τους στο χειρουργείο και μία ένα εύλογο χρονικό διάστημα μετά το χειρουργείο (Lopez-Olivo et al., 2011; McKay et al., 2012; Lopez-Olivo et al., 2020). Η ΚΑΑ συμπληρώνεται με σκοπό την αξιολόγηση της αυτο-αποτελεσματικότητας (Lopez-Olivo et al., 2011; Dowsey et al., 2019). Αρκετές έρευνες, στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στις δύο μετρήσεις, εφάρμοσαν κάποιες φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η συστηματική σωματική άσκηση (McKay et al., 2012; Dowsey et al., 2019). Σε ορισμένες ακόμα μελέτες, ο σκοπός των ερευνητών ήταν η μέτρηση μεταβλητών, όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα, πριν αλλά και μερικούς μήνες μετά το χειρουργείο, με στόχο την βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών υπό το πρίσμα της αρθροσκοπικής χειρουργικής τεχνικής (Lopez-Olivo et al., 2011; Risberg et al., 2018).

3. Μεθοδολογία

Η μελέτη είναι σύμφωνη με τις αρχές που περιγράφονται στην έκθεση της ειδικής ομάδας ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) «Αρχές Καλής Πρακτικής για τη διαδικασία Μετάφρασης και Διαπολιτισμικής προσαρμογής για τα μέτρα που έχουν αναφερθεί από τους ασθενείς» (Wild et al., 2005). Η μελέτη αποτελεί μια συγχρονική έρευνα. Όλοι οι ερευνητές έχουν διαβάσει και συμφωνούν με τις αρχές διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας, όπως περιγράφονται αναλυτικά στον Κώδικα της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του ΠΑΔΑ.

3.1. Δείγμα

Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτελούσε δείγμα ευκολίας που συλλέχθηκε από ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια του νομού Αττικής.

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 100 άτομα ανεξαρτήτως φύλου, ακολουθώντας τον κανόνα δέκα (10) συμμετέχοντες για μία (1) ερώτηση (MacCallum et al., 1999; Watson & Thompson, 2006). Οι δοκιμαζόμενοι συμμετείχαν εθελοντικά κατόπιν υπογραφής της δήλωσης ενημέρωσης-συγκατάθεσης.

Τα κριτήρια ένταξης των ασθενών στην έρευνα ήταν (α) η διάγνωση της αρθρίτιδας (ανεξαρτήτως των αρθρώσεων που προσβάλλονται) διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών, (β) η ηλικία άνω των 18 ετών και (γ) η πλήρης κατανόηση της ελληνικής γλώσσας. Τα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος ήταν η ύπαρξη (α) σημαντικών ανατομικών ανωμαλιών (π.χ. κυφοσκολίωση), (β) σοβαρών νοσημάτων του καρδιοαναπνευστικού συστήματος, (γ) σοβαρών νευρολογικών ελλειμμάτων, (δ) σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών (π.χ. σχιζοφρένεια), (ε) νεοπλασματικής νόσου, (στ) δυσκολίας στην κατανόηση της ελληνικής γλώσσας καθώς και (ζ) χειρουργείου ολικής ή μερικής αρθροπλαστικής.

Δόθηκε έγγραφο συγκατάθεσης, όπου συμπεριελήφθησαν τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων. Το έντυπο αυτό συμπληρώθηκε κατόπιν

ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί και ήταν απαραίτητο για τη συμμετοχή τους στην επιστημονική έρευνα. Διασφαλίστηκε η ελευθερία του ατόμου να μην συμμετάσχει ή να αποσυρθεί από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμήσει. Δεν χρησιμοποιήθηκαν δείγματα βιολογικών υλικών.

Επίσης, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι η συγκεκριμένη μελέτη βασίζεται σε συμπλήρωση εντύπου δημογραφικών χαρακτηριστικών, της ΚΑΑ και μιας σειράς από άλλα ερωτηματολόγια για την εξέταση της στάθμησης υπό την καθοδήγηση των υπεύθυνων μελών της έρευνας. Συνεπώς, δεν προκύπτουν κίνδυνοι ατυχήματος ή άλλης σοβαρής βλάβης των συμμετεχόντων από την έρευνα αυτή. Τα προσωπικά δεδομένα προστατεύτηκαν με βάση το γενικό κανονισμό GDPR (2016/679) και με τον πιο πρόσφατο Εθνικό εφαρμοστικό νόμο Ν. 4624/2019 και η συλλογή και επεξεργασία τους έγινε με δίκαιο τρόπο, με ακρίβεια, ασφάλεια και σεβασμό στα δικαιώματα του ατόμου. Υπήρξε κωδικοποίηση των συμμετεχόντων και όλα τα δεδομένα της έρευνας κωδικοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση των στατιστικών αναλύσεων. Υπήρξε πλήρης ανωνυμία αυτών των δεδομένων με αντιστοίχιση των ονομάτων των συμμετεχόντων με κωδικούς και του διαχωρισμού των ερευνητικών και των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Δόθηκε έντυπο παραπόνων που μπορούσε να κατατεθεί στο τμήμα του πανεπιστημίου από τον ασθενή ή τον φυσικοθεραπευτή. Η έρευνα δεν χρηματοδοτήθηκε ούτε υπήρξε συνεργασία με κάποιον εξωτερικό φορέα (άλλο τμήμα ή σχολή ΑΕΙ, ερευνητικό κέντρο, εταιρεία κ.λπ.), παρά μόνο στηρίχθηκε από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

3.2. Όργανα

3.2.1. Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (ΚΑΑ)

Η ΚΑΑ είναι εργαλείο αξιολόγησης της αυτο-αποτελεσματικότητας σε ασθενείς με αρθρίτιδα (Lorig et al., 1989). Η ΚΑΑ περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αξιολογούν τρεις (3) παράγοντες: α) Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου - ΑΠ (5 ερωτήσεις), β) Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας - ΑΛ (9 ερωτήσεις) και γ) Αυτό-

αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων - ΑΑΣ (6 ερωτήσεις). Οι βαθμολογίες των ερωτήσεων κυμαίνονται από 1 (καθόλου σίγουρος) έως 10 (πολύ σίγουρος) σε αριθμητική κλίμακα, με τις κάθετες συνεχόμενες γραμμές να συμβολίζουν ακέραιους αριθμούς. Η βαθμολογία του κάθε παράγοντα προκύπτει από τον μέσο όρο των επιμέρους ερωτήσεων του. Η κλίμακα δεν πρέπει να βαθμολογείται εάν δεν έχει απαντηθεί πάνω από το 25% των συνολικών ερωτήσεων. Ο χρόνος συμπλήρωσης της ΚΑΑ εκτιμάται στα 5-10 λεπτά (Brady, 2011).

3.2.2. Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (SF-MPQ)

Η Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο (Short Form of the McGill Pain Questionnaire - SF-MPQ) αποτελεί ένα πολυδιάστατο αυτοαναφερόμενο εργαλείο εκτίμησης ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών του πόνου (Melzack, 1987). Το κύριο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 15 περιγραφικά επίθετα που αφορούν δύο διαστάσεις του πόνου, την αισθητική (SF-MPQ Sensory - SF-MPQ-S) (11 επίθετα) και την συναισθηματική (SF-MPQ Affective - SF-MPQ-A) (4 επίθετα). Ο ασθενής αξιολογεί το κάθε επίθετο χρησιμοποιώντας κλίμακα τεσσάρων βαθμών (0-Καθόλου πόνος, 1-Ήπιος πόνος, 2-Μέτριος πόνος και 3-Έντονος πόνος). Η συνολική βαθμολογία του SF-MPQ είναι το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων του. Το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει δύο ακόμα ξεχωριστές κλίμακες αξιολόγησης της έντασης του πόνου, την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (ΟΑΚ) (Visual Analogue Scale - VAS) και τη λεκτική κλίμακα Έντασης Παρόντος Πόνου (ΕΠΠ) (Present Pain Index - PPI). Η ΟΑΚ είναι μια οριζόντια γραμμή μήκους 10 εκατοστών με σαφώς καθορισμένα όρια («Καθόλου πόνος» - «Ο χειρότερος πόνος που έχετε νιώσει ποτέ») που αξιολογεί την μέση ένταση του πόνου που εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Η ΕΠΠ είναι μια 6-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης της αίσθησης του πόνου του ασθενούς την παρούσα στιγμή (0 - Καθόλου πόνος έως 5 - Αφόρητος πόνος). Το SF-MPQ έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και η χρήση του είναι ευρέως διαδεδομένη σε ασθενείς με χρόνιο πόνο (Terkawi et al., 2017), οστεοαρθρίτιδα (McCaffrey & Freeman, 2003), λευχαιμία (Bicici & Güneş, 2012), καρκίνο (Rouahi et al., 2016), ινομυαλγία και ρευματοειδή αρθρίτιδα (Burckhardt & Bjelle, 1994). Το

ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί με επιτυχία στην ελληνική γλώσσα (GR-SFMPQ) και αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο (Georgoudis et al., 2000; Georgoudis et al., 2001).

3.2.3. Ερωτηματολόγιο Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου (ΕΑΕΠ)

Το Ερωτηματολόγιο Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου (ΕΑΕΠ) (Pain Beliefs and Perceptions Inventory - PBPI), αξιολογεί την αντίληψη και την ερμηνεία του πόνου (Williams & Thorn, 1989; Williams et al., 1994; Christakou & Sakellari, 2021) και αποτελείται συνολικά από 16 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τέσσερις (4) παράγοντες: Μυστήριο (4 ερωτήσεις), Αυτο-κατηγορία (3 ερωτήσεις), Διάρκεια (4 ερωτήσεις) και Σταθερότητα/Μονιμότητα (5 ερωτήσεις). Η βαθμολογία της κάθε ερώτησης κυμαίνεται από -2 (διαφωνώ πολύ) έως 2 (συμφωνώ πολύ), χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η τιμή 0. Οι ερωτήσεις 3, 9, 12 και 15 βαθμολογούνται αντίστροφα. Το ΕΑΕΠ, όπως καταδεικνύει πλήθος ερευνών, έχει χορηγηθεί σε ασθενείς με χρόνια πόνο (Stroud et al., 2000), ρευματοειδή αρθρίτιδα και ινομυαλγία (Ferrari & Russell, 2014), χρόνια ή επεισοδιακή ημικρανία (Condello et al., 2015) και καρκίνο (Tabriz et al., 2019). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί, μεταξύ άλλων, στα Κινέζικα (Wong et al., 2011), στα Ιταλικά (Monticone et al., 2014) και στα Πορτογαλικά (Azevedo et al., 2017).

3.2.4. Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Η Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) χρησιμοποιείται για τη μελέτη του άγχους και της κατάθλιψης σε νοσοκομειακούς ασθενείς (Zigmond & Snaith, 1983). Η κλίμακα συμπληρώνεται από τον ίδιο τον εξεταζόμενο και αποτελείται συνολικά από 14 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, μελετώνται δύο παράγοντες, το άγχος (HADS-Anxiety - HADS-A) και η κατάθλιψη (HADS-Depression - HADS-D), με τον κάθε παράγοντα να περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 έως 3. Η τελική βαθμολογία αποτελεί το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων της κλίμακας, με κάθε

παράγοντα να μπορεί να λάβει βαθμολογία από 0 έως 21 βαθμούς. Η HADS έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε νοσοκομειακούς ασθενείς (Quintana et al., 2003; Hunt-Shanks et al., 2010), σε ασθενείς με καρκίνο (Καραπούλιος και συν., 2013) και σύνδρομο επίκτητης ανοσιακής ανεπάρκειας (Savard et al., 1998) αλλά και σε γενικό πληθυσμό (Djukanovic et al., 2017). Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε τουλάχιστον 78 γλώσσες (Maters et al., 2013). Η HADS αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου (Mystakidou et al., 2004) αλλά και σε νοσηλευόμενους ασθενείς και γενικό πληθυσμό (Michopoulos et al., 2008).

3.2.5. Επισκόπηση Υγείας SF-36 (Health Survey Short Form-36)

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 αξιολογεί γενικές καταστάσεις υγείας χωρίς να περιορίζεται σε κάποια συγκεκριμένη ασθένεια ή μορφή θεραπείας (Ware & Sherbourne, 1992). Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως για την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Lins & Carvalho, 2016) και έχει μεταφραστεί σε πάνω από 150 γλώσσες παγκοσμίως (AboAbat et al., 2020). Το SF-36 είναι κατάλληλο να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον αξιολογούμενο ή από τον εξεταστή μέσω συνέντευξης σε γενικό πληθυσμό και σε ασθενείς ηλικίας από 14 ετών και άνω (Ware, 2000). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 36 ερωτήσεις που εξετάζουν οκτώ (8) παράγοντες σωματικής και πνευματικής υγείας που είναι: Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ), Ρόλος Σωματικός (ΡΣ), Σωματικός Πόνος (ΣΠ), Γενική Υγεία, Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ), Ρόλος Συναισθηματικός (ΡΣΘ), Ζωτικότητα, Ψυχική Υγεία. Ο κάθε παράγοντας αποτελείται από 2 έως 10 ερωτήσεις. Επιπλέον, υπάρχει μία ερώτηση που θεωρείται γενικού περιεχομένου (Μεταβολή της Υγείας) και δεν υπάγεται σε κάποιον από τους παραπάνω παράγοντες. Η βαθμολόγηση του κάθε παράγοντα γίνεται με χρήση αλγορίθμων, με το εύρος βαθμολογίας να κυμαίνεται από 0 έως 100. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο καλύτερα είναι τα επίπεδα υγείας. Πληθώρα ερευνών αναφέρει τη χρήση του εργαλείου σε γενικό πληθυσμό (Cruz et al., 2013; Garratt & Stavem, 2017) αλλά και σε ποικίλες παθήσεις όπως η ηπατίτιδα C (Υφαντόπουλος και συν., 2001), η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το άσθμα (Sato et al., 2004), η

ρευματοειδής αρθρίτιδα (Matcham et al., 2014) και η νόσος Αλτσχάιμερ (Garzón-Maldonado et al., 2017). Το SF-36 έχει σταθμιστεί και ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του σε ελληνικό γενικό πληθυσμό σύμφωνα με τις προδιαγραφές του προγράμματος International Quality of Life Assessment (IQOLA) (Pappa et al., 2005). Στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιηθεί μέρος της SF-36, με ερωτήσεις που συγκαταλέγονται στους εξής πέντε (5) παράγοντες: ΣΛ, ΡΣ, ΣΠ, ΚΛ και ΡΣΘ.

3.3. Διαδικασία στάθμισης

Η διαδικασία της στάθμισης αποτελούταν από τα παρακάτω στάδια:

A) Αρχικά η ΚΑΑ μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά από δύο επαγγελματίες Έλληνες μεταφραστές με εμπειρία στον τομέα των αναφερόμενων, από τους ασθενείς, εκβάσεων. Στους μεταφραστές δόθηκε μια σαφής εξήγηση των εννοιών της ΚΑΑ για να κατανοήσουν πλήρως την εννοιολογική σημασία των αντικειμένων. Και οι δύο είχαν διδακτορικό στη φυσικοθεραπεία, δίδασκαν σε πανεπιστημιακό επίπεδο και ένας εκ των οποίων είχε εμπειρία στη στάθμιση ερωτηματολογίων. Οι αποκλίσεις συζητήθηκαν από έναν εκ των δύο μεταφραστών και τους κύριους ερευνητές και έγιναν οι αναγκαίες τροποποιήσεις, με αποτέλεσμα την πρώτη ελληνική έκδοση της ΚΑΑ.

B) Η μεταφρασμένη στα ελληνικά ΚΑΑ μεταφράστηκε ξανά στα αγγλικά από έναν ανεξάρτητο, δίγλωσσο (αγγλικό και ελληνικό) μεταφραστή, ο οποίος δεν γνώριζε την αρχική αγγλική έκδοση της ΚΑΑ και η μητρική του γλώσσα ήταν η αγγλική. Στη συνέχεια, οι δύο ερευνητές εξέτασαν αυτές τις μεταφράσεις και, με τη βοήθεια του Άγγλου μεταφραστή, εξασφάλισαν ότι η ελληνική έκδοση αντικατοπτρίζει το ίδιο περιεχόμενο με την αρχική έκδοση και είναι εννοιολογικά ισοδύναμη.

Γ) Μια ειδική δίγλωσση επιτροπή δύο διαφορετικών φυσικοθεραπευτών, ενός μεθοδολόγου και δύο μεταφραστών υπό την προεδρία των κύριων ερευνητών διερεύνησαν τη σημασιολογική, ιδιωματική και εννοιολογική ισοδυναμία των αντικειμένων και των απαντήσεων για να εντοπίσουν τυχόν ασυμφωνίες ή λάθη. Η επιτροπή εμπειρογνομόνων κατέληξε σε συναίνεση σχετικά με μια ικανοποιητική

έκδοση του οργάνου (προ-τελική).

Δ) Η προ-τελική έκδοση της μεταφρασμένης ΚΑΑ δόθηκε, στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης, σε μια ομάδα 20 ασθενών με αρθρίτιδα για να διασφαλιστεί ότι μπορεί να κατανοηθεί πλήρως. Χορηγήθηκε πρόσωπο με πρόσωπο και οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν κατάλαβαν πλήρως όλα τα αντικείμενα και αν είχαν προβλήματα κατανόησης με τη διατύπωση των ερωτήσεων ή/και των απαντήσεων. Αυτή η ομάδα συμμετεχόντων είχε τα ίδια κριτήρια ένταξης και κλινικά χαρακτηριστικά με το δείγμα της μελέτης, δηλαδή, άτομα άνω των 18 ετών, και των δύο φύλων, με διαγνωσμένη για τουλάχιστον 6 μήνες αρθρίτιδα και με πλήρη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας. Οι κύριοι ερευνητές και η επιτροπή εμπειρογνομόνων εξέτασαν τα αποτελέσματα με σκοπό να εντοπίσουν οποιαδήποτε τροποποίηση είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της μετάφρασης. Από αυτήν τη διαδικασία, συνήθως προκύπτουν γραμματικές και συντακτικές αλλαγές σύμφωνα με τις προτάσεις των ασθενών ώστε να δημιουργηθεί η τελική ελληνική έκδοση της κλίμακας. Στην προκειμένη μελέτη, δεν προέκυψαν αλλαγές.

Ε) Η ΚΑΑ χορηγήθηκε σε δείγμα 100 ατόμων που πάσχουν από αρθρίτιδα. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν από τους ερευνητές για (α) το σκοπό της μελέτης, (β) την εθελοντική συμμετοχή καθώς και (γ) την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού και επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, κλήθηκαν να υπογράψουν δήλωση συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης. Επιπλέον, δόθηκε προς συμπλήρωση το έντυπο δημογραφικών στοιχείων καθώς και τα εργαλεία HADS, ΕΑΕΠ, SF-MPQ, ΟΑΚ, ΕΠΠ και SF-36. Εκτός από έντυπη ιδιόχειρη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς, πραγματοποιήθηκε συμπλήρωση των εντύπων με τη μορφή συνέντευξης (μέσω φυσικής παρουσίας ή τηλεφωνικής επικοινωνίας). Εκτιμάται ότι η συμπλήρωση όλων των εργαλείων διήρκεσε περίπου 30 λεπτά.

3.4. Στατιστικές αναλύσεις

Η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω προγράμματος SPSS IBM Statistics 26 (Statistical Package for Social Science). Χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής

όπως μέσος όρος (Mean) και τυπική απόκλιση (Standard Deviation - SD) για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης είναι καθοριστική για την εξασφάλιση ορθών αποτελεσμάτων στη διεξαγωγή μιας έρευνας (Ouzouni & Nakakis, 2011). Εάν στα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών δεν αναφέρεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης, τα αποτελέσματα είναι αποδεκτά με επιφύλαξη και η μελέτη παρουσιάζει πολλούς περιορισμούς αναφορικά με την ορθότητα των αποτελεσμάτων της (Ouzouni & Nakakis, 2011).

Η εγκυρότητα αποτελεί ένα είδος αξιολόγησης για το εάν ένα εργαλείο μετρά αυτό που σκοπεύει να μετρήσει και συνδέεται με την ύπαρξη του συστηματικού σφάλματος. Επιπλέον, θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε πραγματικές αλλαγές (Ouzouni & Nakakis, 2011). Υπάρχει πληθώρα διαφορετικών μορφών εγκυρότητας. Στη συγκεκριμένη στάθμιση της ΚΑΑ σε ελληνικό πληθυσμό εξετάστηκαν τέσσερις εκ των μορφών αυτών (η κατά τεκμήριο εγκυρότητα, η εγκυρότητα περιεχομένου, η εγκυρότητα συγχρονικής συνάφειας και η δομική εγκυρότητα).

Η κατά τεκμήριο εγκυρότητα (face validity) αναφέρεται στις υποκειμενικές αξιολογήσεις των ερευνητών και στη σχετικότητα του ερωτηματολογίου, δηλαδή το κατά πόσο οι ερωτήσεις φαίνονται να είναι «σχετικές, λογικές, σαφείς και καθαρά διατυπωμένες» (Bowling, 2014). Η κατά τεκμήριο εγκυρότητα ελέγχθηκε από την αρχική ομάδα των 20 ασθενών της πιλοτικής μελέτης.

Όσον αφορά την εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), αναφέρεται στο κατά πόσο ένα εργαλείο μέτρησης καλύπτει εννοιολογικά το εύρος της μεταβλητής που μετράει (Ouzouni & Nakakis, 2011). Αξιολογήθηκε κατά τη διαδικασία της μετάφρασης από τους ερευνητές. Οι ερευνητές έλεγξαν κατά πόσο οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καλύπτουν την έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας στην αρθρίτιδα. Σε όλες τις σταθμίσεις της κλίμακας αυτής που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα, δεν έχει εξεταστεί ρητά η εγκυρότητα περιεχομένου, αλλά έχει ελεγχθεί από τους μελετητές κατά τη διαδικασία της μετάφρασης (Garratt et al., 2014).

Η εγκυρότητα συγχρονικής συνάφειας (concurrent validity) αξιολογείται με δοκιμές συσχέτισεων μεταξύ βαθμολογιών της κλίμακας υπό μελέτη και μεταβλητών που αναμένονται να σχετίζονται με την κοινά αποδεκτή κλίμακα (Wilcox et al., 2014). Η εγκυρότητα αυτή, ελέγχθηκε μέσω συσχέτισης της ΚΑΑ με άλλα έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία (HADS, ΕΑΕΠ, SF-MPQ, ΟΑΚ, ΕΠΠ, SF-36) που αξιολογούν παρόμοιες παραμέτρους όπως, μεταξύ άλλων, τον πόνο και τη λειτουργικότητα. Η συσχέτιση έγινε μέσω του συντελεστή συσχέτισης Spearman r .

Η δομική εγκυρότητα (factorial validity) ελέγχει εάν το μέτρο μιας μέτρησης είναι σύμφωνο με τον θεωρητικό ορισμό της μέτρησης (Loevinger, 1957). Ο έλεγχος της δομικής εγκυρότητας στην παρούσα στάθμιση, έγινε μέσω διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης.

Στις σταθμίσεις της ΚΑΑ σε άλλες γλώσσες, που έχουν προηγηθεί της ελληνικής, αξιολογήθηκαν, πέρα των διαφόρων μορφών εγκυρότητας, η αξιοπιστία και η ανταποκρισιμότητα. Οι έννοιες αυτές θα αξιολογηθούν και στην παρούσα στάθμιση.

Ο όρος αξιοπιστία χρησιμοποιείται σε μια μέτρηση όταν δεν υπάρχει τυχαίο σφάλμα (random error), δηλαδή «διαφορά μεταξύ της παρατηρήσιμης τιμής μιας μεταβλητής και της μέσης τιμής των εμπειρικών τιμών που προκύπτουν μετά από ένα σύνολο μετρήσεων» (Γαλάνης & Σπάρος, 2010). Η αξιοπιστία πρέπει να ελέγχεται σε κάθε μελέτη, ακόμα και εάν χρησιμοποιείται ερωτηματολόγιο που έχει ελεγχθεί σε προηγούμενες μελέτες, καθώς δεν αφορά το ερωτηματολόγιο αλλά τις απαντήσεις των ερωτηθέντων (Raftopoulos & Theodosopoulou, 2002).

Υπάρχει πληθώρα διαφορετικών μορφών αξιοπιστίας (Γαλάνης, 2013). Στην συγκεκριμένη στάθμιση της ΚΑΑ εξετάστηκαν δύο εκ των μορφών αυτών: η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) αναφέρεται στις απαντήσεις των συμμετεχόντων και, πιο συγκεκριμένα, στο βαθμό που οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου (Bland & Altman, 2002). Ο τρόπος αξιολόγησης της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας εκτιμάται ανάλογα με την μορφή των πιθανών απαντήσεων

του εκάστοτε ερωτηματολογίου (Γαλάνης, 2013). Στο εργαλείο αυτό, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας θα εκτιμηθεί μέσω του συντελεστή Cronbach α με αποδεκτή τιμή τουλάχιστον 0.7.

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability) εκτιμά το βαθμό συσχέτισης των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε ένα ερωτηματολόγιο σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές (Higgins & Straub, 2006). Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο μετρήσεων του ίδιου ερωτηματολογίου (Ouzouni & Nakakis, 2011). Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων θα επιτευχθεί μέσω δείκτη Intraclass Correlation Coefficient (ICC) σε δύο διαφορετικά χρονικά σημεία διαφοράς 7-14 ημερών.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα δεν είναι αλληλένδετες έννοιες. Είναι πολύ πιθανό μια μέθοδος μέτρησης να εμφανίζει τέλεια αξιοπιστία χωρίς όμως να εμφανίζει τέλεια εγκυρότητα (Γαλάνης, 2013).

Τέλος, ο έλεγχος της ανταποκρισιμότητας (responsiveness) χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ικανότητα μια κλίμακας να εντοπίζει σημαντικές αλλαγές που θα προκύψουν με το πέρασμα του χρόνου (Deyo et al., 1991). Η πιο συχνή μέθοδος ελέγχου της ανταπόκρισης στις αλλαγές είναι η εξέταση των διαφορών που προκύπτουν μεταξύ των αποτελεσμάτων πριν και μετά την εκάστοτε παρέμβαση μιας μελέτης (Simmonds et al., 1998). Η ανταποκρισιμότητα της ΚΑΑ θα εξεταστεί μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ των επιπέδων της αυτο-αποτελεσματικότητας (βελτίωση, σταθερότητα και επιδείνωση) και του χρονικού σημείου (πρώτη και δεύτερη μέτρηση μετά από 14 μέρες) ως προς τους επιμέρους παράγοντες της ΚΑΑ με τη χρήση της καμπύλης ROC (Receiver Operating Characteristic). Ο βαθμός βελτίωσης ή μη βελτίωσης, όπως γίνεται αντιληπτός από τους ίδιους τους ασθενείς, εκτιμήθηκε με τη χρήση της 7-βάθμιας κλίμακας GPE (Global Perceived Effect) (1-«Πλήρη βελτίωση» έως 7-«Πολύ χειρότερα») (Lee et al., 2006). Η κατάσταση των ασθενών μπορούσε να εκτιμηθεί ως: α) σημαντικά βελτιωμένη (με τις απαντήσεις 1-«Πλήρη βελτίωση» και 2 -«Πολύ βελτιωμένη»), β) σταθερή (με τις απαντήσεις 3-«Ελαφρώς βελτιωμένη», 4-«Καμία αλλαγή» και 5-«Λίγο χειρότερα») ή γ) σημαντικά επιδεινωμένη (με τις απαντήσεις 6-«Αρκετά χειρότερα» και 7-«Πολύ χειρότερα» (Heidemann et al., 2014).

4. Αποτελέσματα

4.1. Αποτελέσματα πιλοτικής έρευνας

Κατά τη διενέργεια της πιλοτικής έρευνας έγινε έλεγχος της κατά τεκμήριο εγκυρότητας, καθώς και της κατανόησης της ΚΑΑ ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο συμπλήρωσής της. Στην πιλοτική έρευνα συμμετείχαν 20 ασθενείς με αρθρίτιδα. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν αντιμετώπισε κάποια δυσκολία στην κατανόηση και συμπλήρωση της ΚΑΑ. Όσες διευκρινίσεις χρειάστηκε να δοθούν, που αφορούσαν σε δύο μόνο ερωτήσεις της ΚΑΑ και στον τρόπο απάντησης του ερωτηματολογίου ΕΑΕΠ, δεν οδήγησαν σε κάποια τροποποίηση της κλίμακας. Επιπλέον, ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης της ΚΑΑ ήταν $6,08 \pm 2,10$ λεπτά. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η τάση των ασθενών να αφήνουν αναπάντητες ερωτήσεις ή να δίνουν πολλαπλές απαντήσεις, γεγονός που οδήγησε στην αναγκαιότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων παρουσία ενός τουλάχιστον ερευνητή (μέσω συνέντευξης με φυσική παρουσία ή τηλεφωνικώς).

4.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα αποτελούνταν από 100 άτομα, από τα οποία 89 ήταν γυναίκες (89%) και 11 άνδρες (11%), ηλικίας κατά μέσο όρο τα 57.72 έτη ($SD=12.9$) (εύρος 40-80). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιγράφονται στον Πίνακα 4.2.

Ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων των παραγόντων της ΚΑΑ ήταν 5.6 ($SD=2.12$) (ΑΠ), 7.02 ($SD=2.37$) (Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου - ΑΛ-ΚΑ / Function Self-Efficacy-Lower Extremity - FSE-LE), 7.70 ($SD=2.22$) (Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Άνω Άκρου - ΑΛ-ΑΑ / Function Self-Efficacy Upper Extremity - FSE-UE) και 6.08 ($SD=2.04$) (ΑΑΣ).

Πίνακας 4.2: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Πίνακας 4.2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος			
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά		Συχνότητα f (Valid Percent %)	Μέσος όρος \pm ΤΑ
Φύλο	Άρρεν	11 (11%)	
	Θήλυ	89 (89%)	

Ηλικία			57.72 ± 12.997 έτη	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	17 (17%)		
	Γυμνάσιο/Λύκειο	44 (44%)		
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	36 (36%)		
	Μεταπτυχιακό	3 (3%)		
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος-η	68 (68%)		
	Άλλο (Άγαμος, Χωρισμένος, Χήρος)	32 (32%)		
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	9 (9%)		
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	30 (30%)		
	Οικιακά	21 (21%)		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	18 (18%)		
	Άλλο	22 (22%)		
Διάρκεια νόσου				7.405 ± 8.9881 έτη
Μορφή αρθρίτιδας	ΟΑ	34 (34%)		
	ΡΑ	36 (36%)		
	ΑΣ	19 (19%)		
	ΨΑ	6 (6%)		
	Ουρική Αρθρίτιδα	1 (1%)		
	Συνδυασμός μορφών αρθρίτιδας	4 (4%)		
Άρθρωση	Πολυαρθρίτιδα	36 (36%)		
	ΑΑ (Ωμος, αγκώνας, ΠΧΚ, δάχτυλα χεριών)	13 (13%)		
	ΚΑ (Ισχίο, ιερολαγόνιες, γόνατο, ΠΔΚ, δάχτυλα ποδιών)	27 (27%)		
	ΑΑ+ΚΑ	15 (15%)		
	ΣΣ	6 (6%)		
	Άλλο	3 (3%)		
Σοβαρότητα κατά Kellgren-Lawrence	1	3 (3%)		
	2	23 (23%)		
	3	48 (48%)		
	4	26 (26%)		
Πρώτα συμπτώματα	Πόνος	84 (84%)		
	Δυσκαμψία	46 (46%)		
	Οίδημα/Πρήξιμο	39 (39%)		
	Κριγμός	16 (16%)		
	Άλλα	18 (18%)		
	ΝΑΙ	76 (76%)		

Συμμετρικά συμπτώματα	ΟΧΙ	24 (24%)
Εμφάνιση συμπτωμάτων	Κατά τη δραστηριότητα	28 (28%)
	Κατά την ανάπαυση	32 (32%)
	Και τα δύο	40 (40%)
Φαρμακευτική αγωγή	ΝΑΙ	81 (81%)
	ΟΧΙ	19 (19%)
Αναλγητικά	ΝΑΙ	33 (40,6%)
	ΟΧΙ	67 (59,4%)
Βιολογικοί παράγοντες	ΝΑΙ	36 (44,2%)
	ΟΧΙ	64 (55,8%)
Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση	ΝΑΙ	71 (71%)
	ΟΧΙ	29 (29%)
Συνοδά προβλήματα υγείας	ΝΑΙ	78 (78%)
	ΟΧΙ	22 (22%)

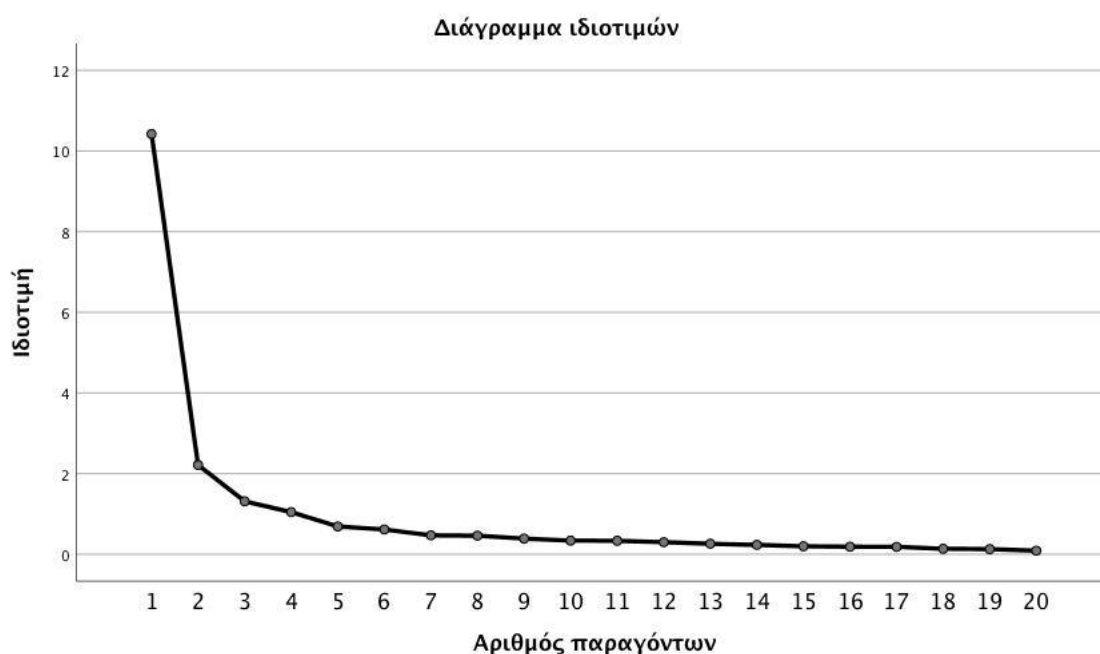
ΟΑ=Οστεοαρθρίτιδα, ΡΑ=Ρευματοειδής αρθρίτιδα, ΑΣ=Αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα, ΨΑ=Ψωριασική αρθρίτιδα, ΑΑ=Άνω άκρο, ΠΧΚ=Πηχεοκαρπική, ΚΑ=Κάτω άκρο, ΠΔΚ=Ποδοκνημική, ΣΣ=Σπονδυλική Στήλη, ΤΑ=Τυπική Απόκλιση (Standard deviation - SD)

4.3. Παραγοντική ανάλυση

Ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων για την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης έγινε μέσω του δείκτη Keiser-Meyer-Olkin (ΚΜΟ) και του Ελέγχου Σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's Test of Sphericity). Συγκεκριμένα, ο δείκτης ΚΜΟ ήταν πάνω από το 0.5 (0.913), ενώ ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett ήταν στατιστικά σημαντικός (1605.979, $df=190$, $p=0.000$), υποδηλώνοντας πως τα δεδομένα είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση.

Εφόσον τα δεδομένα κρίθηκαν κατάλληλα για τη διεξαγωγή παραγοντικής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis) με τη χρήση ορθογώνιας περιστροφής τύπου Varimax, καθώς διευκολύνει την ερμηνεία των παραγόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης και του κριτηρίου Kaiser (ιδιοτιμές μεγαλύτερες του 1) προέκυψαν τέσσερις (4) παράγοντες που εξηγούν το 74.971% της συνολικής διακύμανσης. Αναλυτικότερα, ο πρώτος παράγοντας εξηγεί το 52.106% (ιδιοτιμή

10.421), ο δεύτερος το 11.076 % (ιδιοτιμή 2.215), ο τρίτος το 6.564% (ιδιοτιμή 1.313) και ο τέταρτος το 5.226% (ιδιοτιμή 1.045). Ο πρώτος παράγοντας αντιστοιχεί στον παράγοντα ΑΛ-ΚΑ (4 ερωτήσεις). Ο δεύτερος, ο τρίτος και ο τέταρτος παράγοντας αντιστοιχούν με τη σειρά στον παράγοντα ΑΑΣ (6 ερωτήσεις), ΑΠ (5 ερωτήσεις) και ΑΛ-ΑΑ (5 ερωτήσεις). Το διάγραμμα ιδιοτιμών επιβεβαιώνει την ύπαρξη των τεσσάρων (4) παραγόντων (Σχήμα 4.3).



Σχήμα 4.3 Διάγραμμα ιδιοτιμών

Οι φορτίσεις στους τέσσερις παράγοντες κυμάνθηκαν από 0.561 έως 0.837, ενώ οι κοινές παραγοντικές διακυμάνσεις (communalities) από 0.614 έως 0.835. Η παραγοντική ανάλυση δεν επιβεβαιώνει την πρωτότυπη δομή των τριών παραγόντων που προτάθηκε από τους Lorig et al. (1989), αλλά προτείνει τη δομή των τεσσάρων παραγόντων (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.3: Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση

Πίνακας 4.3. Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση					
ΚΑΑ	ΑΛ-ΑΑ	ΑΑΣ	ΑΠ	ΑΛ-ΚΑ	Κοινές Παραγοντικές Διακυμάνσεις
Ερώτηση 1 (ΑΠ1)			0.741		0.713
Ερώτηση 2 (ΑΠ2)			0.561		0.614
Ερώτηση 3 (ΑΠ3)			0.701		0.730
Ερώτηση 4 (ΑΠ4)			0.837		0.778
Ερώτηση 5 (ΑΠ5)			0.834		0.795
Ερώτηση 6 (ΑΛ-ΚΑ1)				0.730	0.782
Ερώτηση 7 (ΑΛ-ΚΑ2)				0.807	0.795
Ερώτηση 8 (ΑΛ-ΚΑ3)				0.759	0.812
Ερώτηση 13 (ΑΛ-ΚΑ4)				0.677	0.726
Ερώτηση 9 (ΑΛ-ΑΑ1)	0.755				0.777
Ερώτηση 10 (ΑΛ-ΑΑ2)	0.803				0.835
Ερώτηση 11 (ΑΛ-ΑΑ3)	0.780				0.691
Ερώτηση 12 (ΑΛ-ΑΑ4)	0.720				0.755
Ερώτηση 14 (ΑΛ-ΑΑ5)	0.797				0.820
Ερώτηση 15 (ΑΑΣ1)		0.741			0.710
Ερώτηση 16 (ΑΑΣ2)		0.772			0.761
Ερώτηση 17 (ΑΑΣ3)		0.791			0.764
Ερώτηση 18 (ΑΑΣ4)		0.716			0.712
Ερώτηση 19 (ΑΑΣ5)		0.687			0.729
Ερώτηση 20 (ΑΑΣ6)		0.629			0.695
Ιδιοτιμές	10.421	2.215	1.313	1.045	
% Συνολικής Διακύμανσης	52.106	11.076	6.564	5.226	74.971

ΚΑΑ=Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας, ΑΛ-ΑΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Άνω Άκρου, ΑΑΣ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων, ΑΠ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου, ΑΛ-ΚΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου

4.4 Εγκυρότητα συγχρονικής συνάφειας

Στατιστικοί έλεγχοι κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov και Shapiro – Wilk έδειξαν ότι τα δεδομένα ακολουθούν μη κανονική κατανομή ($p < 0.05$). Συνεπώς, για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ της ΚΑΑ και των υπόλοιπων ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε μη παραμετρική μέθοδος μέσω του συντελεστή συσχέτισης Spearman r .

Τα αποτελέσματα του ελέγχου της εγκυρότητας συγχρονικής συνάφειας παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.5. Όλοι οι παράγοντες της ΚΑΑ εμφάνισαν αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την SF-MPQ-S, την SF-MPQ-A, την ΟΑΚ και την ΕΠΠ, που κυμάνθηκε από -0.235 έως -0.511 ($p < 0.05$). Από τους 4 παράγοντες του ΕΑΕΠ, μόνο οι παράγοντες «Μονιμότητα» και «Διάρκεια» εμφάνισαν αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες της ΚΑΑ (Spearman ρ από -0.302 έως -0.634, $p < 0.01$). Με τον παράγοντα «Μυστήριο» της ΕΑΕΠ εμφάνισε αρνητική συσχέτιση μόνο ο παράγοντας ΑΑΣ ($\rho = -0.231$, $p < 0.05$), ενώ με τον παράγοντα «Αυτο-κατηγορία» ο παράγοντας ΑΛ-ΑΑ εμφάνισε θετική συσχέτιση ($\rho = 0.232$, $p < 0.05$). Επίσης, αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση εμφάνισε η HADS-A και η HADS-D με τους επιμέρους παράγοντες της ΚΑΑ (ρ από -0.203 έως -0.426, $p < 0.05$), με εξαίρεση τον παράγοντα ΑΛ-ΚΑ που δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα HADS-A. Τέλος, από τους 5 παράγοντες της SF-36, όλοι εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους επιμέρους παράγοντες της ΚΑΑ ($\rho = 0.228 - 0.488$, $p < 0.05$), με εξαίρεση των παράγοντα ΡΣΘ που δεν εμφάνισε συσχέτιση με τους παράγοντες ΑΠ και ΑΛ-ΚΑ.

Πίνακας 4.4: Εγκυρότητα Συγχρονικής Συνάφειας

Πίνακας 4.4. Εγκυρότητα Συγχρονικής Συνάφειας				
	ΑΠ	ΑΛ-ΑΑ	ΑΛ-ΚΑ	ΑΑΣ
SF-MPQ				
SFMPQ-S	-0.511**	-0.375**	-0.235*	-0.413**
SFMPQ-A	-0.438**	-0.269**	-0.299**	-0.415**
ΟΑΚ	-0.415**	-0.339**	-0.356**	-0.456**

ΕΠΠ	-.390**	-.344**	-.366**	-.425**
ΕΑΕΠ				
Μυστήριο	-.128	-.135	-.124	-.231*
Μονιμότητα	-.401**	-.302**	-.361**	-.357**
Διάρκεια	-.634**	-.519**	-.488**	-.575**
Αυτο-κατηγορία	.097	.232*	.067	.158
HADS				
HADS-A	-.319**	-.254*	-.171	-.387**
HADS-D	-.241*	-.203*	-.219*	-.426**
SF-36				
ΣΛ	.349**	.366**	.628**	.436**
ΡΣ	.282**	.325**	.371**	.488**
ΡΣΘ	.171	.228*	.190	.416**
ΣΠ	.404**	.391**	.478**	.482**
ΚΛ	.329**	.248*	.399**	.419**

**** p=0.01, * p=0.05 (2-tailed)**

Με πορτοκαλί σημειώνεται η αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με πράσινο σημειώνεται η θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

ΑΠ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου (Pain Self-Efficacy), ΑΛ-ΚΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου (Function Self-Efficacy Lower Extremity), ΑΛ-ΑΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Άνω Άκρου (Function Self-Efficacy Upper Extremity), ΑΑΣ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων (Other Symptoms Self-Efficacy), SF-MPQ=Short Form of the McGill Pain Questionnaire/ Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο, SFMPQ-S=SFMPQ sensory/ SF-MPQ αισθητική υποκλίμακα, SFMPQ-A=SFMPQ affective/ SF-MPQ συναισθηματική υποκλίμακα, ΟΑΚ=Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale - VAS), ΕΠΠ=Ένταση Παρόντος Πόνου (Present Pain Index - PPI), ΕΑΕΠ=Ερωτηματολόγιο Αντίληψης και Ερμηνείας Πόνου (Pain Beliefs Perceptions Inventory - PBPI), SF-36=Short Form 36 Health Survey/ Επισκόπηση Υγείας SF-36, ΣΛ=Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning), ΡΣ=Ρόλος Σωματικός (Role Physical), ΡΣΘ=Συναισθηματικός Ρόλος (Role Emotional), ΣΠ=Σωματικός Πόνος (Bodily Pain), ΚΛ=Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning)

4.5 Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας

Ο έλεγχος της εσωτερικής συνέπειας έγινε με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach α . Η εσωτερική συνέπεια για ολόκληρη την ΚΑΑ βρέθηκε $\alpha=0.950$, ενώ για τους τέσσερις (4) παράγοντες $\alpha=0.876$ (ΑΠ), $\alpha=0.905$ (ΑΛ-ΚΑ), $\alpha=0.927$ (ΑΛ-ΑΑ) και $\alpha=0.912$ (ΑΑΣ) (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.5: Αξιοπιστία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

Πίνακας 4.5. Αξιοπιστία της Κλίμακας Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας					
ΚΑΑ	Μέσος Όρος	Διακυμάνσεις	Inter-Item Correlation	Item-Total Correlation	Cronbach α
	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)	
ΑΠ	5.596 (4.810-6.160)	6.716 (5.313-8.656)	0.593 (0.462-0.853)	0.711 (0.661-0.744)	0.876
ΑΛ-ΚΑ	7.018 (6.350-7.610)	7.243 (6.200-8.048)	0.705 (0.656-0.772)	0.788 (0.743-0.826)	0.905
ΑΛ-ΑΑ	7.696 (6.890-8.010)	6.367 (5.404-8.240)	0.725 (0.630-0.844)	0.814 (0.721-0.888)	0.927
ΑΑΣ	6.083 (5.530-6.830)	5.978 (4.102-6.889)	0.637 (0.516-0.719)	0.757 (0.694-0.792)	0.912
Total	6.552 (4.810-8.010)	6.513 (4.102-8.656)	0.492 (0.134-0.853)	0.683 (0.613-0.757)	0.950

ΚΑΑ=Arthritis Self-Efficacy Scale/ Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας, ΑΠ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου (Pain Self-Efficacy), ΑΛ-ΚΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου (Function Self-Efficacy Lower Extremity), ΑΛ-ΑΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Άνω Άκρου (Function Self-Efficacy Upper Extremity), ΑΑΣ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων (Other Symptoms Self-Efficacy)

4.6 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων

Δείγμα 33 ασθενών επιλέχθηκε τυχαία από το ολικό δείγμα για τον έλεγχο της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη ICC μετά από χρονικό διάστημα 7-14 ημερών. Συγκεκριμένα, ο δείκτης ICC ήταν 0.932 για τον πρώτο παράγοντα (ΑΠ), 0.956 για

τον δεύτερο παράγοντα (ΑΛ-ΚΑ), 0.970 για τον τρίτο παράγοντα (ΑΛ-ΑΑ) και 0.957 για τον τέταρτο παράγοντα (ΑΑΣ) (Πίνακας 4.6).

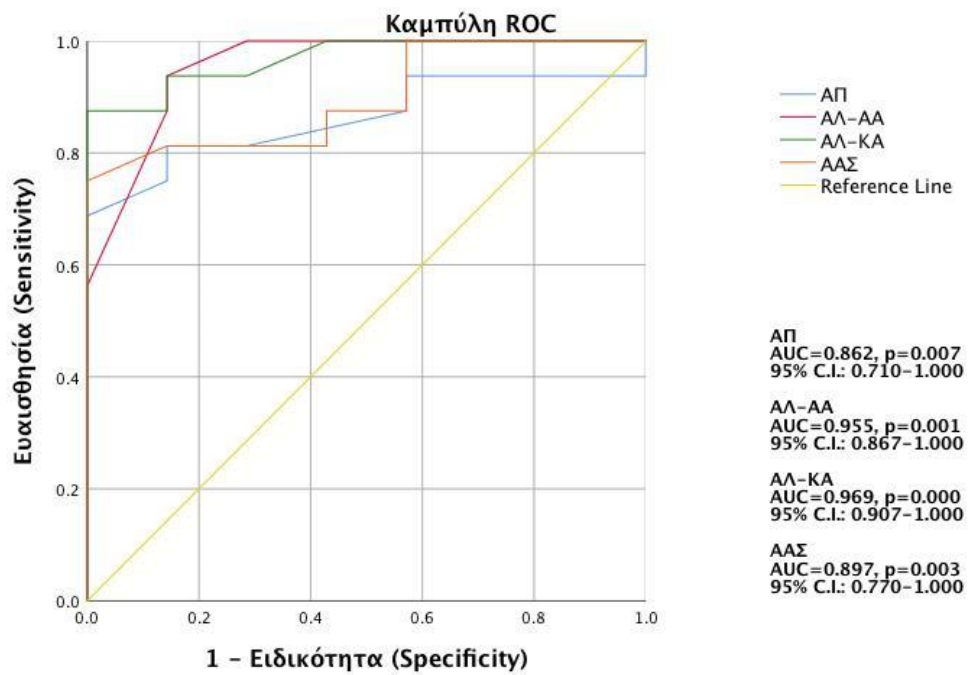
Πίνακας 4.6. Αξιοπιστία Επαναληπτικών Μετρήσεων

Πίνακας 4.6. Αξιοπιστία Επαναληπτικών Μετρήσεων			
ΚΑΑ	Μέσος Όρος ± Τυπική Απόκλιση		ICC (95% Confidence Interval)
	Μέρα 1	Μέρα 7-14	
ΑΠ	5.57 ± 1.88	5.66 ± 1.86	0.932 (0.891-0.962)
ΑΛ-ΚΑ	6.92 ± 2.35	6.98 ± 2.28	0.956 (0.928-0.975)
ΑΛ-ΑΑ	7.53 ± 2.21	7.59 ± 2.19	0.970 (0.952-0.983)
ΑΑΣ	5.88 ± 1.93	5.89 ± 1.92	0.957 (0.932-0.976)

ΚΑΑ=Arthritis Self-Efficacy Scale/ Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας, ΑΠ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Πόνου (Pain Self-Efficacy), ΑΛ-ΚΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου (Function Self-Efficacy Lower Extremity), ΑΛ-ΑΑ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Λειτουργικότητας Άνω Άκρου (Function Self-Efficacy Upper Extremity), ΑΑΣ=Αυτο-αποτελεσματικότητα Άλλων Συμπτωμάτων (Other Symptoms Self-Efficacy), ICC= Intraclass Correlation Coefficient

4.7 Ανταποκρισιμότητα

Είκοσι δύο ασθενείς συμπλήρωσαν για δεύτερη φορά την ΚΑΑ για την αξιολόγηση της ανταποκρισιμότητας μετά το διάστημα των 14 ημερών. Ο βαθμός βελτίωσης ή επιδείνωσης των ασθενών αξιολογήθηκε με τη χρήση της 7-βάθμιας κλίμακας GPE (Global Perceived Effect) (1 - «Πλήρη βελτίωση» έως 7 - «Πολύ χειρότερα»). Η ανταποκρισιμότητα της ΚΑΑ αξιολογήθηκε με την καμπύλη ROC και εκτιμήθηκε η περιοχή κάτω από την καμπύλη (Area Under the Curve - AUC). Η καμπύλη ROC έδειξε AUC=0.862 ($p<0.05$) για τον παράγοντα ΑΠ, 0.969 ($p<0.001$) για τον ΑΛ-ΚΑ, 0.955 ($p<0.05$) για τον ΑΛ-ΑΑ και 0.897 ($p<0.05$) για τον ΑΑΣ. (Σχήμα 4.2).



Σχήμα 4.7 Καμπύλη ROC για τον έλεγχο της ανταποκρισιμότητας της κλίμακας ΚΑΑ. Η μπλε, κόκκινη, πράσινη και πορτοκαλί γραμμή αναφέρονται στους παράγοντες ΑΠ, ΑΛ-ΑΑ, ΑΛ-ΚΑ και ΑΑΣ αντίστοιχα.

5. Συζήτηση

Η παρούσα ερευνητική πτυχιακή εργασία πραγματοποίησε διαπολιτισμική προσαρμογή και ανάλυση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών της ΚΑΑ των 20 ερωτήσεων στην ελληνική γλώσσα.

Η ΚΑΑ αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα ερωτηματολόγια μέτρησης και αξιολόγησης της αυτο-αποτελεσματικότητας της αρθρίτιδας (Jackson et al., 2020). Η μετάφραση ενός ερωτηματολογίου ή ενός εργαλείου αξιολόγησης προτιμάται από την δημιουργία εξ' ολοκλήρου νέων εργαλείων, αφενός λόγω του πολύ μικρού κόστους και του πολύ πιο σύντομου χρόνου ανάδειξης των αποτελεσμάτων (Prakash et al., 2019), αλλά και αφετέρου καθώς επιτρέπει τη σύγκριση των δεδομένων που συλλέγονται από διαφορετικές χώρες (Silva et al., 2019). Η ΚΑΑ, είτε στη μορφή των 20 είτε των 8 ερωτήσεων, έχει ήδη μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες και έχει προσδιοριστεί ως έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο.

Η ΚΑΑ αποτελείται από συνολικά 20 ερωτήσεις που μελετούν τρεις παράγοντες με υψηλότερη βαθμολογία να δηλώνει και υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα. Το πλεονέκτημα της ΚΑΑ είναι ότι αξιολογεί συγκεκριμένα την αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών με αρθρίτιδα, εστιάζοντας στα βασικά ζητήματα και τα χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών, σε αντίθεση με την ευρύτερη εστίαση των γενικών ερωτηματολογίων αυτο-αποτελεσματικότητας, όπως, μεταξύ άλλων, η Κλίμακα Γενικευμένης Αυτο-Αποτελεσματικότητας (GSES) (Silva et al., 2019).

Η στάθμιση της ΚΑΑ ξεκίνησε με τη διαδικασία της μετάφρασης, η οποία άρχισε από δύο μεταφράσεις της αρχικής μορφής, από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα, και συνεχίστηκε με μία σύνθεση αυτών των δύο. Η προ-τελική μορφή προέκυψε από δύο μεταφράσεις της σύνθεσης πίσω στην αγγλική γλώσσα με σκοπό να επιτευχθεί η εγκυρότητα περιεχομένου. Όλες οι μεταφράσεις εξετάστηκαν από ειδική επιτροπή εμπειρογνομόνων ώστε να διαπιστωθεί ότι η ελληνική έκδοση αντικατοπτρίζει το ίδιο περιεχόμενο με την αρχική έκδοση και είναι εννοιολογικά ισοδύναμη. Η μορφή αυτή δόθηκε στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης για να αξιολογηθεί ως προς την κατανόησή της.

Αναλυτικότερα, σε μικρό αριθμό ασθενών δημιουργήθηκαν απορίες σχετικά με τις ερωτήσεις 6 του παράγοντα ΑΛ “Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ανοίξεις και να κλείσεις τελείως μια εξωτερική βρύση;” και 1 του παράγοντα ΑΑΣ “Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ελέγξεις την κόπωσή σου;”. Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση 6 υπήρξε σύγχυση αναφορικά τον τύπο βρύσης (κυκλική στρόφιγγα ή κάνουλα), γεγονός που ίσως να οφείλεται στον διαφορετικό τύπο βρύσης των οικημάτων των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Επιπρόσθετα, στην ερώτηση 1 μια μικρή μερίδα δείγματος της πιλοτικής μελέτης και της κύριας έρευνας, λιγότερο από το 20% των ασθενών, αντιμετώπισε προβλήματα με την λέξη “κόπωση” και ήθελε μικρή επεξήγηση ή αντικατάστασή της με την λέξη “κούραση”. Η τελική μορφή της ελληνικής έκδοσης της ΚΑΑ δεν άλλαξε μιας και δεν κρίθηκε αναγκαία εφόσον δόθηκαν διευκρινήσεις στο μικρό αριθμό ασθενών. Παρομοίως ακολουθήθηκε και σε ξένη στάθμιση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου όπου τελικά δεν έγιναν τροποποιήσεις της ΚΑΑ (Silva et al., 2019).

Στη παρούσα ερευνητική μελέτη, το δείγμα αποτελούσε δείγμα ευκολίας, γεγονός που ίσως να συνέβαλε στη μη ομοιογενή κατανομή του δείγματος και στη μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (9:1 υπέρ των γυναικών). Σύμφωνα με τον Van Vollenhoven (2009), η υπεροχή των γυναικών στο δείγμα ήταν αναμενόμενη και ανακλά στον γενικό πληθυσμό ΡΑ (αναλογία γυναικών προς άνδρες 3:1). Παρόμοια η διάρκεια της νόσου κυμάνθηκε με αυτή της αραβικής στάθμισης (7.41 ± 8.99 έτη) (Alkabeya et al., 2020), ενώ η πλειονότητα των ασθενών (81%) που συμμετείχαν στην έρευνα λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, όπως και στη γαλλική στάθμιση με ποσοστό 88% (Bareyre et al., 2019).

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση της ΚΑΑ των 20 ερωτήσεων σε ελληνικό πληθυσμό ανέδειξε τέσσερις (4) παράγοντες, δηλαδή έναν επιπλέον παράγοντα σε σχέση με την πρωτότυπη (Lorig et al., 1989) και τη σουηδική έκδοση της ΚΑΑ (Lomi, 1992). Στη στάθμιση της Γαλλίας (Bareyre et al., 2019) δεν διενεργήθηκε ανάλυση των παραγόντων. Συγκεκριμένα στην ελληνική έκδοση της ΚΑΑ, οι παράγοντες ΑΠ και ΑΑΣ συνέπεσαν πλήρως με τους αντίστοιχους παράγοντες της πρωτότυπης (Lorig et al., 1989) και της σουηδικής έκδοσης της ΚΑΑ (Lomi, 1992) με φορτίσεις 0.561-0.834 και 0.629-0.791 αντίστοιχα. Οι φορτίσεις της πρωτότυπης έκδοσης

μέσω Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης (Confirmatory factor analysis) ήταν 0.45-0.82 (ΑΠ) και 0.59-0.75 (ΑΑΣ) (Lorig et al., 1989), ενώ στη σουηδική έκδοση μέσω διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης 0.57-0.88 (ΑΠ) και 0.21-0.80 (ΑΑΣ) (Lomi, 1992). Η διαφοροποίηση προκύπτει στον παράγοντα ΑΛ, όπου στην πρωτότυπη και στη σουηδική έκδοση αποτελείται συνολικά από εννέα (9) ερωτήσεις, ενώ στην παρούσα μελέτη προέκυψαν δύο επιμέρους παράγοντες, ΑΛ-ΚΑ και ΑΛ-ΑΑ, με τέσσερις (4) και πέντε (5) ερωτήσεις αντίστοιχα. Οι φορτίσεις των παραγόντων αυτών στην ελληνική έκδοση ήταν 0.677-0.807 για τον ΑΛ-ΚΑ και 0.720-0.803 για τον ΑΛ-ΑΑ. Σύμφωνα με τους Unsal και Kasikci (2010), η τουρκική στάθμιση της ΚΑΑ (Unsal & Kasikci, 2008) παρομοίως ανέδειξε τέσσερις (4) παράγοντες μέσω παραγοντικής ανάλυσης και ήταν ψυχομετρικά αποδεκτή. Συγκεκριμένα, οι φορτίσεις για τον παράγοντα ΑΠ ήταν 0.553-0.732, για τον ΑΑΣ 0.807-0.913, ενώ για τους ΑΛ-ΚΑ και ΑΛ-ΑΑ ήταν 0.724-0.832 και 0.682-0.768 αντίστοιχα (Unsal & Kasikci, 2008).

Ωστόσο, η μελέτη της τουρκικής στάθμισης της ΚΑΑ (Unsal & Kasikci, 2008) δεν ήταν διαθέσιμη στην αγγλική γλώσσα και για το λόγο αυτό δεν αναλύθηκε στην δική μας μελέτη. Το γεγονός ότι ο αριθμός των παραγόντων ταυτίζεται με την τουρκική στάθμιση και όχι με την πρωτότυπη (Lorig et al., 1989) ή την σουηδική έκδοση της ΚΑΑ (Lomi, 1992) θα μπορούσε ενδεχομένως να εξηγηθεί από την γεωγραφική εγγύτητα Τουρκίας και Ελλάδας. Παράλληλα, άξια αναφοράς στο σημείο αυτό αποτελεί και η δική μας εμπειρία κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων. Σε μεγάλο μέρος των ασθενών η αρθρίτιδα δεν επηρέαζε εξίσου το άνω και το κάτω άκρο. Ως εκ τούτου, επειδή η αυτο-αποτελεσματικότητα αφορά την πίστη στην εκτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου (Bandura, 1986), αναμένεται η τετραπαραγοντική μορφή της ΚΑΑ, δηλαδή ο διαχωρισμός του παράγοντα ΑΛ σε ΑΛ-ΑΑ και ΑΛ-ΚΑ, και όχι η τριπαραγοντική που υπάρχει στις περισσότερες σταθμίσεις των άλλων χωρών.

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας της ΚΑΑ πραγματοποιήθηκε με την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας και της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων. Ο συντελεστής Cronbach α για ολόκληρη την ΚΑΑ όπως και για τους επιμέρους παράγοντες κρίθηκε υψηλός. Τα αποτελέσματα για τους παράγοντες ΑΠ και ΑΑΣ

είναι παρόμοια με την πρωτότυπη (0.75 και 0.87 αντίστοιχα) (Lorig et al., 1989), την σουηδική (0.78-0.90 και 0.82-0.92 αντίστοιχα) (Lomi, 1992), τη γαλλική (0.85 και 0.91 αντίστοιχα και 0.95 για την συνολική ΚΑΑ) (Bareyre et al., 2019) και την τουρκική έκδοση της ΚΑΑ (0.87 και 0.96 αντίστοιχα και 0.96 για ολόκληρη την ΚΑΑ). Επιπλέον, ο συντελεστής α των παραγόντων ΑΛ-ΑΑ και ΑΛ-ΚΑ της ελληνικής στάθμισης της ΚΑΑ ήταν συγκρίσιμος με αυτόν της τουρκικής έκδοσης (0.90 και 0.93 αντίστοιχα).

Όσον αφορά την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων της ελληνικής έκδοσης, που αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη ICC μετά από διάστημα 7-14 ημερών, ήταν υψηλή (ICC>0.9). Τα αποτελέσματα της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων για τους παράγοντες ΑΠ και ΑΑΣ είναι παρόμοια με την πρωτότυπη (0.87 και 0.90 αντίστοιχα) (Lorig et al., 1989), την σουηδική (0.78-0.94 και 0.75-0.88 αντίστοιχα) (Lomi, 1992), τη γαλλική (0.83 και 0.84 αντίστοιχα) (Bareyre et al., 2019) και την τουρκική έκδοση της ΚΑΑ ($r=0.94$ για ολόκληρη την ΚΑΑ).

Η αξιολόγηση της ανταποκρισιμότητας της ΚΑΑ πραγματοποιήθηκε μετά το διάστημα των 14 ημερών. Από τους 22 ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν, οι 16 εμφάνισαν σημαντική βελτίωση (με απαντήσεις 1 - «Πλήρη βελτίωση» ή 2 - «Πολύ βελτιωμένη», ενώ οι υπόλοιποι 7 εμφάνισαν σημαντική επιδείνωση (με απαντήσεις 6 - «Αρκετά χειρότερα» ή 7 - «Πολύ χειρότερα»). Η ανταποκρισιμότητα της ΚΑΑ αξιολογήθηκε με την καμπύλη ROC και ήταν υψηλή για όλους τους παράγοντες. Η ανταποκρισιμότητα δεν έχει ελεγχθεί στις σταθμίσεις των υπολοίπων χωρών.

Τέλος, ο έλεγχος της εγκυρότητας συγχρονικής συνάφειας έγινε μέσω συσχέτισης της ΚΑΑ με άλλα έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία (SF-MPQ, ΟΑΚ, ΕΠΠ, ΕΑΕΠ, HADS, SF-36) που αξιολογούν παρόμοιες παραμέτρους όπως, μεταξύ άλλων, τον πόνο και τη λειτουργικότητα. Όλοι οι παράγοντες της ΚΑΑ εμφάνισαν αρνητική χαμηλή έως μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Akoglu, 2018) με την SF-MPQ-S, την SF-MPQ-A, την ΟΑΚ και την ΕΠΠ. Η ΚΑΑ 20 ερωτήσεων έχει συσχετιστεί στο παρελθόν με την ΟΑΚ στην πρωτότυπη και τη γαλλική έκδοση, όπου επίσης εμφάνισε χαμηλή έως μέτρια αρνητική συσχέτιση (Lorig et al., 1989; Bareyre et al., 2019). Ομοίως, η ΚΑΑ έχει εμφανίσει στο παρελθόν χαμηλή έως μέτρια αρνητική συσχέτιση με το SF-MPQ (Lomi et al., 1995). Επιπλέον, στη

διαπολιτισμική προσαρμογή του παράγοντα ΑΠ και ΑΑΣ σε ασθενείς με αρθρίτιδα του Ηνωμένου Βασιλείου, οι 2 παράγοντες επίσης εμφάνισαν χαμηλή αρνητική συσχέτιση με την ΟΑΚ (Barlow et al., 1997). Από τους 4 παράγοντες του ΕΑΕΠ, μόνο οι παράγοντες «Μονιμότητα» και «Διάρκεια» εμφάνισαν χαμηλή έως υψηλή αρνητική συσχέτιση με τους παράγοντες της ΚΑΑ. Με τον παράγοντα «Μυστήριο» της ΕΑΕΠ εμφάνισε αρνητική συσχέτιση μόνο ο παράγοντας ΑΑΣ (χαμηλή συσχέτιση), ενώ με τον παράγοντα «Αυτο-κατηγορία» ο παράγοντας ΑΛ-ΑΑ εμφάνισε χαμηλή θετική συσχέτιση. Επίσης, οι επιμέρους παράγοντες της ΚΑΑ συσχετίστηκαν αρνητικά με τη HADS-A και HADS-D με χαμηλή έως μέτρια συσχέτιση, με εξαίρεση τον παράγοντα ΑΛ-ΚΑ που δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα HADS-A (Akoglu, 2018). Όμοια, στη γαλλική στάθμιση, η HADS-A και τη HADS-D έδειξε χαμηλή έως μέτρια αρνητική συσχέτιση με τους επιμέρους παράγοντες της ΚΑΑ (Bareyre et al., 2019).

Τέλος, από τους 5 παράγοντες της SF-36, όλοι εμφάνισαν χαμηλή έως μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους επιμέρους παράγοντες της ΚΑΑ με εξαίρεση των παράγοντα ΡΣΘ που δεν εμφάνισε συσχέτιση με τους παράγοντες ΑΠ και ΑΛ-ΚΑ (Akoglu, 2018). Επιπρόσθετα, όσων αφορά την ΚΑΑ-8 στις σταθμίσεις των άλλων χωρών, έχει εμφανίσει, μεταξύ άλλων, χαμηλή έως υψηλή αρνητική συσχέτιση με εργαλεία όπως HADS, ΟΑΚ, HAQ, CES-D, BCI και NPS, ενώ χαμηλή έως μέτρια θετική συσχέτιση με εργαλεία όπως SF-36 και FACIT-F (Mueller et al., 2003; Gao et al., 2017; Akoglu, 2018; Silva et al., 2019; Arab Alkabeya et al., 2020).

Η στάθμιση της ΚΑΑ είναι η πρώτη μελέτη που προσαρμόζει και επικυρώνει ένα εργαλείο που αξιολογεί την αυτο-αποτελεσματικότητα σε Έλληνες ασθενείς με αρθρίτιδα. Η συγκεκριμένη κλίμακα προσφέρει μεγαλύτερη αυτονομία στους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα στους ιατρούς και τους φυσικοθεραπευτές, όσον αφορά τον σχεδιασμό καλύτερων και πιο εξειδικευμένων φυσικοθεραπευτικών προγραμμάτων σε ασθενείς με αρθρίτιδα. Παράλληλα, τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα συμβάλλουν στη μελλοντική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Τέλος, η ΚΑΑ αποτελεί πιθανώς ένα από τα πιο κατάλληλα εργαλεία μέτρησης και διαπολιτισμικών συγκρίσεων στον τομέα της αρθρίτιδας, καθώς έχει σταθμιστεί σε πληθώρα χωρών.

5.1. Περιορισμοί – Προτάσεις για περαιτέρω μελέτη

Στην παρούσα έρευνα υπήρξαν ορισμένοι περιορισμοί. Αρχικά, το δείγμα μας ήταν δείγμα ευκολίας, γεγονός το οποίο στερεί την δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Συνεπώς, προτείνεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω ενδεδειγμένες μελέτες με τυχαία επιλεγμένα δείγματα, αλλά και με μεγαλύτερο αριθμό, που θα παρέχουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα, το δείγμα μας προέρχεται από ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια του νομού Αττικής και όχι από νοσοκομειακό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ΚΑΑ σε κλινικό περιβάλλον, όπου οι νοσηλευόμενοι ασθενείς θα είναι άτομα με συννοσηρότητα που πιθανώς να πάσχουν από πιο σοβαρές νόσους. Ο αριθμός των ασθενών με ουρική και ψωριασική αρθρίτιδα ήταν περιορισμένος στην παρούσα μελέτη, γεγονός που πιθανόν να ελαττώνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε όλες τις μορφές αρθρίτιδας. Συστήνεται, λοιπόν, ο έλεγχος της ελληνικής ΚΑΑ σε ασθενείς με ουρική και ψωριασική αρθρίτιδα, καθώς και σε ανήλικους ασθενείς με αρθρίτιδα, ασθενείς με ινομυαλγία και ασθενείς με χρόνια πόνου, όπως έγινε και σε προηγούμενες μελέτες (Lomi, 1992; Lomi & Nordholm, 1992; Lomi et al., 1995; Mueller et al., 2003). Ο χαμηλός αριθμός ασθενών αρσενικού φύλου αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό της μελέτης, ο οποίος όμως μπορεί να εξηγηθεί από τον υψηλό επιπολασμό της νόσου μεταξύ των γυναικών. Παρόλα αυτά, ο περιορισμός αυτός δεν θα εμποδίσει τη χρήση της ΚΑΑ μεταξύ ανδρών, δεδομένου ότι η κλίμακα αναπτύχθηκε για να εφαρμοστεί και στα δύο φύλα. Τέλος, η σύντομη έκδοση της ΚΑΑ των οκτώ ερωτήσεων (ΚΑΑ-8) θα μπορούσε να σταθμιστεί στα ελληνικά στο μέλλον.

6. Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προσθέτουν στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, ότι η ΚΑΑ είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο είναι ικανό να αξιολογήσει την αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων με αρθρίτιδα στον ελληνικό πληθυσμό. Η στάθμιση αυτή της ΚΑΑ, είναι η πρώτη μελέτη που ελέγχει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα και αξιολογεί συγκεκριμένα την αυτο-αποτελεσματικότητα των Ελλήνων ασθενών με ΟΑ, ΡΑ, ΑΣ, ΨΑ και ουρική αρθρίτιδα, επιτρέποντας στους επαγγελματίες υγείας να αξιολογούν πολύ πιο εύκολα την αυτο-αποτελεσματικότητα των ασθενών στην εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Η χρησιμότητα της στάθμισης στα ελληνικά είναι σημαντική καθώς συμβάλλει στον σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών και εξατομικευμένων φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης της νόσου για τους ασθενείς με αρθρίτιδα. Τέλος, η ΚΑΑ πιθανώς να αποτελεί ένα κατάλληλο εργαλείο μέτρησης και σύγκρισης αποτελεσμάτων τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο.

7. Βιβλιογραφικές αναφορές

1. AboAbat A, Qannam H, Bjorner JB, Al-Tannir M. *Psychometric validation of a Saudi Arabian version of the sf-36v2 health survey and norm data for Saudi Arabia*. Journal of Patient-Reported Outcomes. 2020;4(67)
2. Abramoff B, Caldera FE. *Osteoarthritis: Pathology, Diagnosis, and Treatment Options*. Med Clin North Am. 2020 Mar;104(2):293-311.
3. Adegoke BOA, Boyinde OH, Odole AC, Akosile CO, Bello AI. *Do self-efficacy, body mass index, duration of onset and pain intensity determine performance on selected physical tasks in individuals with unilateral knee osteoarthritis?* Musculoskelet Sci Pract 2017;32:16.
4. Adegoke BOA, Gbeminiyi MO. *Efficacy of ice and shortwave diathermy in the management of osteoarthritis of the knee- a preliminary report*. African Journal of biomedical research, 2004;7:107-111.
5. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. Turk J Emerg Med. 2018 Aug 7;18(3):91-93.
6. Alok R et al. *Problem-focused coping and self-efficacy as correlates of quality of life and severity of fibromyalgia in primary fibromyalgia patients*. J Clin Rheumatol. 2014 Sep;20(6):314-6.
7. Anderson JC, Gerbing DW, Hunter JE. *On the Assessment of Unidimensional Measurement: Internal and External Consistency, and Overall Consistency Criteria*. Journal of Marketing Research, 1987 Nov;24(4):432-437.
8. Arab Alkabeya H, Daibes J, Hughes AM, Adams J. *The Arabic Arthritis Self-Efficacy Scale-8 (ASES-8): a valid and reliable measure of evaluating self-efficacy in Palestinian patients with rheumatoid arthritis*. Disabil Rehabil. 2020 Apr;14:1-7.
9. Arden N, Nevitt MC. *Osteoarthritis: epidemiology*. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006 Feb;20(1):3-25.
10. Azevedo LF et al. *Portuguese Version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory: A Multicenter Validation Study*. Pain Pract. 2017 Jul;17(6):808-819.
11. Bandura A, Adams N. *Analysis of self-efficacy theory of behavioral change*. Cognitive therapy and research. 1977;1(4): 287-310.
12. Bandura A. *Reflections on self-efficacy*. Advances in Behaviour Research and Therapy. 1978;1(4):237-269
13. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman, 1997.
14. Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change*. Psychol Rev. 1977;84:191–215.

15. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1986.
16. Bandura A., Schunk D. *Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation*. *Journal of personality and social psychology*. 1981;41(3): 586.
17. Bareyre L et al. *French validation of the Arthritis Self-Efficacy Scale and further psychometric properties exploration among 168 people with osteoarthritis*. *Clin Rehabil*. 2019 Mar;33(3):546-556.
18. Barlow JH, Shaw KL, Wright CC. *Development and preliminary validation of a self-efficacy measure for use among parents of children with juvenile idiopathic arthritis*. *Arthritis Care Res* 2000;13:227-36.
19. Barlow JH, Shaw KL, Wright CC. *Development and preliminary validation of a children's arthritis self-efficacy scale*. *Arthritis Rheum* 2001;45:159-66.
20. Barlow JH, Williams B, Wright CC. *The reliability and validity of the arthritis self-efficacy scale in a UK context*. *Psychology, Health & Medicine*. 1997;2(1):3–17.
21. Basu A, Schell J, Scofield RH. *Dietary fruits and arthritis*. *Food Funct*. 2018 Jan 24;9(1):70-77.
22. Baxter SV et al. *Walking is a Feasible Physical Activity for People with Rheumatoid Arthritis: A Feasibility Randomized Controlled Trial*. *Musculoskeletal Care*. 2016 Mar;14(1):47-56.
23. Bearne LM, Walsh NE, Jessep S, Hurley MV. *Feasibility of an exercise-based rehabilitation programme for chronic hip pain*. *Musculoskeletal Care*. 2011 Sep;9(3):160-8.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3186-91.
25. Bennell KL et al. *Effectiveness of an Internet-Delivered Exercise and Pain-Coping Skills Training Intervention for Persons With Chronic Knee Pain: A Randomized Trial*. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):453-462.
26. Berry C. *Differential Validity and Differential Prediction of Cognitive Ability Tests: Understanding Test Bias in the Employment Context*. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2015; 2(1):435-463.
27. Biçici B, Güneş UY. *The validity and reliability of the Turkish version of short-form McGill Pain Questionnaire in patients with leukemia*. *J Clin Nurs*. 2012 Dec;21(23-24):3328-34.

28. Blanco F, Ruiz-Romero C. *Osteoarthritis: Metabolomic characterization of metabolic phenotypes in OA*. Nat. Rev. Rheumatol. 2012;8(3):130-2.
29. Bland M, Altman DG. *Statistics notes: Validating scales and indexes*. Br Med J. 2002; 324:606–607.
30. Bond D. *Ankylosing spondylitis: diagnosis and management*. Nurs Stand. 2013 Dec 18;28(16-18):52-9.
31. Bove AM et al. *Task-Specific Training for Adults With Chronic Knee Pain: A Case Series*. J Orthop Sports Phys Ther. 2017 Aug;47(8):548-556.
32. Bowling A. *Μεθοδολογία έρευνας στην υγεία, μελέτη της υγείας και των υπηρεσιών υγείας*. 2^η έκδοση. Νικοσία: Broken Hill Publishers LTD, 2014: 202-211.
33. Brady TJ. *Measures of self-efficacy: Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), Arthritis Self-Efficacy Scale-8 Item (ASES-8), Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE), Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSES), Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale (PASE), and Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE)*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 11: 473-85.
34. Brand E, Nyland J, Henzman C, McGinnis M. *Arthritis self-efficacy scale scores in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis comparing arthritis self-management education with or without exercise*. J Orthop Sports Phys Ther. 2013 Dec;43(12):895-910.
35. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. *Involvement and satisfaction: a Norwegian study of health care among 1,024 patients with rheumatoid arthritis and 1,509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain*. Arthritis Rheum. 2001 Feb;45(1):8-15.
36. Brown WJ, Trost SG, Bauman A, Mummery K, Owen N. *Test-retest reliability of four physical activity measures used in population surveys*. J Sci Med Sport. 2004 Jun;7(2):205-15.
37. Buckelew SP et al. *Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects*. Arthritis Care Res. 1996 Apr;9(2):97-104.
38. Burckhardt CS, Bjelle A. *A Swedish version of the short-form McGill Pain Questionnaire*. Scand J Rheumatol. 1994;23(2):77-81
39. Cadmus L et al. *Community-based aquatic exercise and quality of life in persons with osteoarthritis*. Med Sci Sports Exerc. 2010 Jan;42(1):8-15.
40. Christakou A, Sakellari V. *Validity and reliability of the Greek version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory for patients with chronic pain*. International Journal of Therapy and Rehabilitation. 2021 Jun; 28:(6):1-16.

41. Ciurtin C et al. *Correlation between different components of synovial fluid and pathogenesis of rheumatic diseases*. Rom. J. Intern. Med. 2006; 44(2):171–81.
42. Condello C, Piano V, Dadam D, Pinessi L, Lantéri-Minet M. *Pain beliefs and perceptions inventory: a cross-sectional study in chronic and episodic migraine*. Headache. 2015 Jan;55(1):136-48
43. Cramm JM, Strating MM, Nieboer AP. *The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Diabetes or Juvenile Rheumatoid Arthritis Over Time: A Longitudinal Study among Adolescents and Parents*. Front Pediatr. 2013 Nov 20;1:40.
44. Cruz LN et al. *Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country*. Cien Saude Colet. 2013 Jul;18(7):1911-21.
45. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. *Gout*. Lancet. 2016 Oct 22; 388(10055):2039-2052.
46. Dallow CB, Anderson J. *Using self-efficacy and a transtheoretical model to develop a physical activity intervention for obese women*. Am J Health Promot. 2003 Jul-Aug;17(6):373-81.
47. Damsgard E, Thrane G, Anke A, Fors T, Røe C. *Activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal disorders*. Disabil Rehabil. 2010;32(17):1428-37.
48. Degerstedt Å, Alinaghizadeh H, Thorstensson CA, Olsson CB. *High self-efficacy - a predictor of reduced pain and higher levels of physical activity among patients with osteoarthritis: an observational study*. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Jun 13;21(1):380.
49. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. *Reproducibility and responsiveness of health status measures*. Controlled Clinical Trials. 1991; 12:142-158.
50. Djukanovic I, Carlsson J, Årestedt K. *Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study*. Health Qual Life Outcomes. 2017 Oct 4;15(1):193
51. Dowsey M et al. *The effect of mindfulness training prior to total joint arthroplasty on post-operative pain and physical function: A randomised controlled trial*. Complement Ther Med. 2019 Oct; 46:195-201.
52. Dür et al. *Do patient-reported outcome measures cover personal factors important to people with rheumatoid arthritis? A mixed methods design using the International Classification of Functioning, Disability and Health as frame of reference*. Health Qual Life Outcomes. 2015 Feb 25;13:27.

53. Ferrari R, Russell AS. *Pain mystery score beliefs: a comparison of fibromyalgia and rheumatoid arthritis*. Int J Rheumatol. 2014; 2014: 593507.
54. Ferreira RM, Torres RT, Duarte JA, Gonçalves RS. *Non-Pharmacological and Non-Surgical Interventions for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Acta Reumatol Port. 2019 Jul 29;44(3):173-217.
55. Fertelli TK, Mollaoglu M, Sahin O. *Aquatic Exercise Program for Individuals With Osteoarthritis: Pain, Stiffness, Physical Function, Self-Efficacy*. Rehabil Nurs. 2019 Sep/Oct;44(5):290-299.
56. Gao L et al. *Psychometric properties of the Chinese version of Arthritis Self-Efficacy Scale-8 (ASES-8) in a rheumatoid arthritis population*. Rheumatol Int. 2017 May;37(5):751-756.
57. Garratt AM, Løchting I, Smedslund G, Hagen KB. *Measurement properties of instruments assessing self-efficacy in patients with rheumatic diseases*. Rheumatology (Oxford). 2014 Jul;53(7):1161-71.
58. Garratt AM, Stavem K. *Measurement properties and normative data for the Norwegian SF-36: results from a general population survey*. Health Qual Life Outcomes. 2017 Mar 14;15(1):51.
59. Garzón-Maldonado FJ et al. *Health-related quality of life in caregivers of patients with Alzheimer's disease*. Neurologia. 2017 Oct;32(8):508-515. English, Spanish.
60. Gattuso SM, Litt MD, Fitzgerald TE. *Coping with gastrointestinal endoscopy: self-efficacy enhancement and coping style*. J Consult Clin Psychol. 1992 Feb;60(1):133-9.
61. Georgoudis G, Oldham JA, Watson PJ. *Reliability and sensitivity measures of the Greek version of the short form of the McGill Pain Questionnaire*. Eur J Pain. 2001, 5(2):109-18.
62. Georgoudis G, Watson PJ, Oldham JA. *The development and validation of a Greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire*. Eur J Pain. 2000, 4(3):275-81.
63. Ghazi C et al. *Social cognitive or learning theory use to improve self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review and meta-analysis*. Physiother Theory Pract. 2018 Jul;34(7):495-504.
64. Ghouri A, Conaghan PG. *Treating osteoarthritis pain: recent approaches using pharmacological therapies*. Clin Exp Rheumatol. 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):124-129.
65. Girodo M, Wood D. *Talking Yourself Out of Pain: The Importance of Believing That You Can*. Cognitive Therapy and Research. 1979; 3(1):23-33

66. González VM, Stewart A, Ritter PL, Lorig K. *Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish*. Arthritis Rheum. 1995 Oct;38(10):1429-46.
67. Gould D, Weiss M. *The Effects of Model Similarity and Model Talk on Self-efficacy and Muscular Endurance*. Journal of Sport Psychology. 1981;3(1): 17-29.
68. Grønning K, Bratås O, Steinsbekk A. *Which Factors Influence Self-Efficacy in Patients with Chronic Inflammatory Polyarthritis?* Musculoskeletal Care. 2016 Jun;14(2):77-86.
69. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. J Clin Epidemiol. 1993 Dec;46(12):1417-32.
70. Guillemin F. *Cross-cultural adaptation and validation of health status measures – Editorial review*. Scand J Rheumatol. 1995;24(2):61-3.
71. Guo G et al. *Sleep quality in Chinese patients with rheumatoid arthritis: contributing factors and effects on health-related quality of life*. Health Qual Life Outcomes. 2016 Nov 16;14(1):151.
72. Haglund E, Bremander A, Bergman S, Jacobsson LT, Petersson IF. *Work productivity in a population-based cohort of patients with spondyloarthritis*. Rheumatology (Oxford). 2013 Sep;52(9):1708-14.
73. Hammaker D, Firestein GS. *Epigenetics of inflammatory arthritis*. Curr Opin Rheumatol. 2018 Mar;30(2):188-196.
74. Hammer NM, Bieler T, Beyer N, Midtgaard J. *The impact of self-efficacy on physical activity maintenance in patients with hip osteoarthritis - a mixed methods study*. Disabil Rehabil. 2016 Aug;38(17):1691-704.
75. Hansson EE, Jönsson-Lundgren M, Ronnheden AM, Sörensson E, Bjärnung A, Dahlberg LE. *Effect of an education programme for patients with osteoarthritis in primary care--a randomized controlled trial*. BMC Musculoskelet Disord. 2010 Oct 25; 11:244.
76. Hardy J, Gammage K, Hall C. *A Descriptive Study of Athlete Self-Talk*. The Sport Psychologist. 2001;15(3): 306-318.
77. Heidemann CH et al. *Otitis Media and Caregiver Quality of Life: Psychometric Properties of the Modified Danish Version of the Caregiver Impact Questionnaire*. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Jul;151(1):142-9.
78. Hewlett S et al. *Development and validation of a self-efficacy scale for use in British patients with rheumatoid arthritis (RASE)*. Rheumatology (Oxford). 2001 Nov;40(11):1221-30.

79. Higgins PA, Straub AJ. *Understanding the error of our ways: mapping the concepts of validity and reliability*. Nurs Outlook. 2006 Jan-Feb;54(1):23-9.
80. Hosseini Moghadam M, Jahanbin I, Nazarinia MA. *The Effect of Educational Program on Self-efficacy of Women with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Clinical Trial*. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2018 Jan;6(1):12-20.
81. Hunt-Shanks T, Blanchard C, Reid R, Fortier M, Cappelli M: *A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cardiac patients: addressing factor structure and gender invariance*. Br J Health Psychol 2010, 15:97–114.
82. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. *Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations*. J Clin Epidemiol. 2000 May;53(5):459-68.
83. Innala L et al. *Co-morbidity in patients with early rheumatoid arthritis - inflammation matters*. Arthritis Res Ther. 2016 Jan 28;18:33.
84. Iversen MD, Chhabriya RK, Shadick N. *Predictors of the use of physical therapy services among patients with rheumatoid arthritis*. Phys Ther. 2011 Jan;91(1):65-76.
85. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. *Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review*. J Pain 2014; 15:800!14.
86. Jackson T, Xu T, Jia X. *Arthritis self-efficacy beliefs and functioning among osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients: a meta-analytic review*. Rheumatology (Oxford). 2020 May 1;59(5):948-958.
87. Jamshidi AR et al. *Clinical hand osteoarthritis in Tehran: prevalence, signs, symptoms, and pattern—COPCORD Stage I. Iran Study*. J Rheumatol. 2008; 35:1467–8.
88. Jiang M et al. *Serum metabolic signatures of four types of human arthritis*. J Proteome Res. 2013 Aug 2;12(8):3769-79.
89. Jönsson T et al. *The effect of education and supervised exercise on physical activity, pain, quality of life and self-efficacy - an intervention study with a reference group*. BMC Musculoskelet Disord. 2018 Jun 21;19(1):198.
90. Jönsson T, Eek F, Dell'Isola A, Dahlberg LE, Ekvall Hansson E. *The Better Management of Patients with Osteoarthritis Program: Outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden*. PLoS One. 2019 Sep 19;14(9):e0222657.
91. Kane RL, Kane RA. *Assessment in long-term care*. Annu Rev Public Health. 2000;21:659-686.

92. Khodneva Y, Richman J, Andreae S, Cherrington A, Safford MM. *Peer Support Intervention Improves Pain-Related Outcomes Among Rural Adults With Diabetes and Chronic Pain at 12-Month Follow-Up*. J Rural Health. 2020 Mar 2.
93. Kim CJ, Chae SM, Yoo H. *Psychometric testing of the Chronic Disease Self-Efficacy Scale-Korean Version (CDSES-K)*. J Transcult Nurs. 2012 Apr;23(2):173-80
94. Klein K, Gay S. *Epigenetics in rheumatoid arthritis*. Curr Opin Rheumatol. 2015 Jan;27(1):76-82.
95. Knowles SR et al. *Using the common sense model of illness to examine interrelationships between symptom severity and health outcomes in end-stage osteoarthritis patients*. Rheumatology (Oxford). 2016 Jun;55(6):1066-1073.
96. Kozbelt A, Beghetto R.A, Runco M.A. *Theories of Creativity, in: The Cambridge Handbook of Creativity, Cambridge Handbooks in Psychology*. Cambridge University Press. 2010.
97. Kuyken W, Group TW. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Soc Sci Med. 1995;41:1403–9
98. Lack S, Noddings R, Hewlett S. *Men's experiences of rheumatoid arthritis: An inductive thematic analysis*. Musculoskeletal Care. 2011;9: 102–12.
99. Lee H et al. *Development and psychometric testing of Korean language versions of 4 neck pain and disability questionnaires*. Spine (Phila Pa 1976). 2006 Jul 15;31(16):1841-5.
100. Lee JW et al. *Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach*. PLoS One. 2017 Feb 3;12(2):e0171186.
101. Lins L, Carvalho FM. *SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review*. SAGE Open Med. 2016 Oct 4;4:2050312116671725.
102. Liu ZC et al. *Effects of a 4-week Omaha System transitional care programme on rheumatoid arthritis patients' self-efficacy, health status, and readmission in mainland China: A randomized controlled trial*. Int J Nurs Pract. 2020 Aug;26(4):e12817. Epub 2020 Jan 27.
103. Loewinger J. *Objective tests as instruments of psychological theory [Monograph No.9]* Psychological Reports, 1957;3:635-394
104. Lomi C, Burckhardt C, Nordholm L, Bjelle A, Ekdahl C. *Evaluation of a Swedish version of the arthritis self-efficacy scale in people with fibromyalgia*. Scand J Rheumatol. 1995;24(5):282-7.

105. Lomi C, Nordholm LA. *Validation of a Swedish version of the Arthritis Self-efficacy Scale*. Scand J Rheumatol. 1992;21(5):231-7.
106. Lomi C. *Evaluation of a Swedish version of the Arthritis Self-Efficacy Scale*. Scand J Caring Sci. 1992;6(3):131-8.
107. Lopez-Olivo MA et al. *Psychosocial determinants of outcomes in knee replacement*. Ann Rheum Dis. 2011 Oct;70(10):1775-81.
108. Lopez-Olivo MA et al. *Psychosocial Determinants of Total Knee Arthroplasty Outcomes Two Years After Surgery*. ACR Open Rheumatol. 2020 Oct;2(10):573-581. doi: 10.1002/acr2.11178. Epub 2020 Sep 24.
109. Lorig K et al. *Outcome measures for health education and other health care interventions*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1996.
110. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. *Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis*. Arthritis Rheum. 1989 Jan;32(1):37-44.
111. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. *Outcomes of self-help education for patients with arthritis*. Arthritis Rheum. 1985 Jun;28(6):680-5.
112. Lu MC et al. *The effectiveness of nurse-led case management for patients with rheumatoid arthritis in Taiwan*. Int J Clin Pract. 2020 Feb; 74(2):e13443.
113. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. *Sample size in factor analysis*. Psychological Methods, 1999, 4:84-99.
114. Maibach E, Murphy D. *Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement*. Health Educ Res 1995;10:37:37-50.
115. Martinez-Calderon J, Zamora-Campos C, Navarro-Ledesma S, Luque-Suarez A. *The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review*. J Pain. 2018 Jan;19(1):10-34.
116. Matcham F et al. *The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis*. Semin Arthritis Rheum. 2014 Oct;44(2):123-30.
117. Maters GA, Sanderman R, Kim AY, Coyne JC. *Problems in Cross-Cultural Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale: "No Butterflies in the Desert"*. PLoS ONE. 2003;8(8):e70975-.
118. McAuley E. *Modeling and self-efficacy: A test of Bandura's model*. Journal of Sport Psychology. 1985. 7(3):283-295.
119. McCaffrey R, Freeman E. *Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people*. J Adv Nurs. 2003 Dec;44(5):517-24.

120. McKay C, Prapavessis H, Doherty T. *The effect of a prehabilitation exercise program on quadriceps strength for patients undergoing total knee arthroplasty: a randomized controlled pilot study.* PM R. 2012 Sep;4(9):647-56.
121. McKnight PE, Afram A, Kashdan TB, Kasle S, Zautra A. *Coping self-efficacy as a mediator between catastrophizing and physical functioning: treatment target selection in an osteoarthritis sample.* J Behav Med 2010; 33:329–49.
122. Melzack R. *The short-form McGill Pain Questionnaire.* Pain. 1987 Aug;30(2):191-7.
123. Metsios GS, Kitas GD. Physical activity, exercise and rheumatoid arthritis: Effectiveness, mechanisms and implementation. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018 Oct;32(5):669-682.
124. Metsios GS, Lemmey A. Exercise as medicine in rheumatoid arthritis: effects on function, body composition, and cardiovascular disease risk. J Clin Exerc Physiol 2015; 4(1):14e22.
125. Michopoulos I et al. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample.* Ann Gen Psychiatry. 2008 (7):4.
126. Mihalko SL et al. *Effect of intensive diet and exercise on self-efficacy in overweight and obese adults with knee osteoarthritis: The IDEA randomized clinical trial.* Transl Behav Med. 2019 Mar 1;9(2):227-235.
127. Mohammadi S, Karim NA, Talib RA, Amani R. *The impact of self-efficacy education based on the health belief model in Iranian patients with type 2 diabetes: a randomised controlled intervention study.* Asia Pac J Clin Nutr. 2018;27(3):546-555.
128. Monticone M et al. *The Italian version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory: cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability and validity.* Qual Life Res. 2014 Aug;23(6):1789-95.
129. Moyano S. et al. *Evaluation of Learned Helplessness, Perceived Self-efficacy, and Functional Capacity in Patients With Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis.* J Clin Rheumatol. 2019 Mar;25(2):65-68.
130. Mueller A, Hartmann M, Mueller K, Eich W. *Validation of the arthritis self-efficacy short-form scale in German fibromyalgia patients.* Eur J Pain. 2003;7(2):163-71.
131. Mystakidou K et al. *Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer.* Breast. 2008 Aug;17(4):382-6.
132. Mystakidou K et al. *The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability.* Support Care Cancer. 2004 Dec;12(12):821-5.

133. Nam S, Tin D, Bain L, Thorne JC, Ginsburg L. *Clinical utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for an outpatient fibromyalgia education program*. Clin Rheumatol. 2014 May;33(5):685-92
134. Ndosi M et al. *Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial*. Ann Rheum Dis. 2016 Jun;75(6):1126-32. Epub 2015 Jul 10.
135. Ngian GS. *Rheumatoid arthritis*. Aust Fam Physician. 2010 Sep;39(9):626-8.
136. Ocampo DV, Gladman D. *Psoriatic arthritis*. F1000Res. 2019 Sep 20;8:F1000 Faculty Rev-1665.
137. O'moore KA et al. *Internet Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Older Adults With Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Jan;70(1):61-70.
138. Ouzouni C, Nakakis K. *Validity and Reliability of Measurement Instruments in Quantitative Studies*, Nosileftiki 2011;50(2):231–239
139. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. *Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey*. Qual Life Res. 2005 Jun, 14(5):1433-8.
140. Parker JC et al. *Pain control and rational thinking: implications for rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum. 1989;(32):984-990
141. Picha KJ et al. *Measurements of self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review*. Musculoskeletal Care. 2018 Dec;16(4):471-488.
142. Prakash V, Shah S, Hariohm K. *Cross-Cultural adaptation of patient reported outcome measures: A solution or a problem?*. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2019. 62(3): 174-177.
143. Primdahl J, Wagner L, Hørslev-Petersen K. *Self-efficacy as an outcome measure and its association with physical disease-related variables in persons with rheumatoid arthritis: a literature review*. Musculoskeletal Care. 2011 Sep;9(3):125-40.
144. Quintana JM et al. *Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr Scand. 2003 Mar;107(3):216-21
145. Raftopoulos V, Theodosopoulou E. *Scale validation methodology*. Archives of Hellenic Medicine, 2002, vol.19, no.5, pp.577–589.
146. Rayahin JE et al. *Factors associated with pain experience outcome in knee osteoarthritis*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2014 Dec;66(12):1828-35.
147. Ridge D, Emslie C, White A. *Understanding how men experience, express and cope with mental distress: Where next?* Sociology of Health & Illness. 2011;(33): 145–59.

148. Rini C et al. *Automated Internet-based pain coping skills training to manage osteoarthritis pain: a randomized controlled trial*. *Pain*. 2015 May;156(5):837-848.
149. Risberg MA et al. *Arthroscopic Surgical Procedures Versus Sham Surgery for Patients With Femoroacetabular Impingement and/or Labral Tears: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial (HIPARTI) and a Prospective Cohort Study (HARP)*. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018 Apr;48(4):325-335.
150. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. *Psoriatic Arthritis*. *N Engl J Med*. 2017 Mar 9;376(10):957-970. doi: 10.1056/NEJMra1505557. Erratum in: *N Engl J Med*. 2017 May 25;376(21):2097. PMID: 28273019.
151. Røe C, Damsgård E, Fors T, Anke A. *Psychometric properties of the pain stages of change questionnaire as evaluated by Rasch analysis in patients with chronic musculoskeletal pain*. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014 Mar 19; 15:95.
152. Rouahi N et al. *Assessment of the Nature and Severity of Pain Using SF-MPQ for Cancer Patients at the National Institute of Oncology in Rabat in 2015*. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(8):3997-4001.
153. Sandhu J et al. *Evaluation of a modified arthritis self-efficacy scale for an ankylosing spondylitis UK population*. *Clin Exp Rheumatol*. 2011 Mar-Apr;29(2):223-30. Epub 2011 Apr 19.
154. Sarafis P, Michael I, Chara T, Maria M. *Reliability and Validity of the Transcultural Self-Efficacy Tool Questionnaire (Greek Version)*. *J Nurs Meas*. 2014;22(2):E41-51.
155. Sato S et al. *Possible maximal change in the SF-36 of outpatients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma*. *J Asthma*. 2004;41(3):355-65.
156. Savard J et al. *Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients*. *J Pers Assess* 1998, 71:349–367.
157. Schulz S et al. *Self-efficacy in multimorbid elderly patients with osteoarthritis in primary care--influence on pain-related disability*. *Clin Rheumatol*. 2015 Oct;34(10):1761-7.
158. Schwarzer R, Jerusalem M. *Generalized Self-Efficacy scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, England. NFER-NELSON. 1995:35-37
159. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. *Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework*. *BMC Health Serv Res*. 2017 Jan 26;17(1):88.

160. Seomun GA, Chang SO, Lee PS, Lee SJ, Shin HJ. *Concept analysis of coping with arthritic pain by South Korean older adults: development of a hybrid model*. Nurs Health Sci. 2006 Mar;8(1):10-9.
161. Sessford JD et al. *Facing Multiple Barriers to Exercise: Does Stronger Efficacy Help Individuals with Arthritis?* Appl Psychol Health Well Being. 2019 Mar;11(1):59-79.
162. Shigaki CL et al. *RAHelp: an online intervention for individuals with rheumatoid arthritis*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013 Oct;65(10):1573-81
163. Silman AJ, Pearson JE. *Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis*. Arthritis Res. 2002;4 Suppl 3(Suppl 3):S265-72.
164. Silva RVT, Silva FC, Meireles SM, Natour J. *Translation to Brazilian Portuguese, cultural adaptation and psychometric properties of 8-item Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES-8)*. Sao Paulo Med J. 2019 May 8;137(1):6-12.
165. Simmonds MJ et al. *Psychometric characteristics and clinical usefulness of physical performance tests in patients with low back pain*. Spine. 1998; 23: 2412–2421.
166. Smarr KL et al. *The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis*. Arthritis Care Res. 1997 Feb;10(1):18-26
167. Sokka T et al. *Women, men, and rheumatoid arthritis: Analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA study*. Arthritis Research and Therapy. 2009. 11: R7
168. Somers TJ et al. *Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis*. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 Jun;62(6):848-56.
169. Sparks JA. *Rheumatoid Arthritis*. Ann Intern Med. 2019 Jan 1;170(1): ITC1-ITC16.
170. Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. *The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients*. Pain. 2000 Feb;84(2-3):347-52.
171. Tabriz ER, Mohammadi R, Roshandel GR, Talebi R. *Pain Beliefs and Perceptions and Their Relationship with Coping Strategies, Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Cancer*. Indian J Palliat Care. 2019 Jan-Mar;25(1):61-65.
172. Terkawi AS et al. *Development and validation of Arabic version of the Short-Form McGill Pain Questionnaire*. Saudi J Anaesth. 2017 May;11(Suppl 1):S2-S10.
173. Tighe CA et al. *Pain Catastrophizing and Arthritis Self-Efficacy as Mediators of Sleep Disturbance and Osteoarthritis Symptom Severity*. Pain Med. 2020 Mar 1;21(3):501-510.

174. Unsal A, Kasikci MK. *Effect of education on perceived self-efficacy for individuals with arthritis*. Int J Caring Sci. 2010;3(1):3-11.
175. Unsal A, Kasikci MK. *Validity and reliability of self-efficacy scale in arthritis*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(1):40-50.
176. Uritani D, Kasza J, Campbell PK, Metcalf B, Egerton T. *The association between psychological characteristics and physical activity levels in people with knee osteoarthritis: a cross-sectional analysis*. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Apr 25;21(1):269.
177. Van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. *The theory and measurement of the self-efficacy construct*. Sch Inq Nurs Pract. 2001 Fall;15(3):189-207.
178. Van Liew C, Leon G, Neese M, Cronan TA. *You get used to it, or do you: symptom length predicts less fibromyalgia physical impairment, but only for those with above-average self-efficacy*. Psychol Health Med. 2019 Feb;24(2):207-220.
179. Van Vollenhoven RF. *Sex differences in rheumatoid arthritis: more than meets the eye*. BMC Med. 2009; 7(1):12
180. Vergara F et al. *Evaluation of learned helplessness, self-efficacy and disease activity, functional capacity and pain in Argentinian patients with rheumatoid arthritis*. Scand J Rheumatol. 2017 Jan;46(1):17-21.
181. Wallen GR, Middleton KR, Rivera-Goba MV, Mittleman BB. *Validating English- and Spanish-language patient-reported outcome measures in underserved patients with rheumatic disease*. Arthritis Research & Therapy. 2011;13(1).
182. Wallenius M. et al. *Comparison of work disability and health-related quality of life between males and females with rheumatoid arthritis below the age of 45 years*. Scandinavian Journal of Rheumatology. 2009. (38): 178–83.
183. Ware JE Jr. *SF-36 health survey update*. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Dec 15, 25(24):3130-9.
184. Ware JEJ, Sherbourne CD. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83.
185. Watson R, Thompson DR. *Use of factor analysis in journal of advanced nursing: literature review*. J Adv Nurs. 2006; 55(3):330–341.
186. Weiner DK, Moore CG, Morone NE, Lee ES, Kent Kwoh C. *Efficacy of periosteal stimulation for chronic pain associated with advanced knee osteoarthritis: a randomized, controlled clinical trial*. Clin Ther. 2013 Nov;35(11):1703-20.e5.
187. Wilcox S, Schoffman DE, Dowda M, et al. *Psychometric properties of the 8-item English arthritis self-efficacy scale in a diverse sample*. Arthritis. 2014;2014:1–8.

188. Wild D et al. *ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation.* Value Health. 2005 Mar-Apr;8(2):94-104.
189. Williams DA, Robinson ME, Geisser ME. *Pain beliefs: assessment and utility.* Pain. 1994 Oct;59(1):71-8.
190. Williams DA, Thorn BE. *An empirical assessment of pain beliefs.* Pain. 1989 Mar;36(3):351-358.
191. Wong WS, Williams DA, Mak KH, Fielding R. *Assessing attitudes toward and beliefs about pain among Chinese patients with chronic pain: validity and reliability of the Chinese version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory (ChPBPI).* J Pain Symptom Manage. 2011 Aug;42(2):308-18.
192. Zhao S, Chen H. *Effectiveness of health education by telephone follow-up on self-efficacy among discharged patients with rheumatoid arthritis: A randomised control trial.* J Clin Nurs. 2019 Nov;28(21-22):3840-3847.
193. Zhao WH et al. *Validation of the Chinese version of joint protection self-efficacy scale in patients with rheumatoid arthritis.* Clin Rheumatol. 2019; 38:2119–2127.
194. Zigmond AS, Snaith RP. *The hospital anxiety and depression scale.* Acta Psychiatr Scand 1983, 67:361–370.
195. Zourbanos N, Dimitriou E, Goudas M, Theodorakis Y. *Reliability and validity of the Greek version of the Smoking Self-Efficacy Scale for adolescents.* Eval Health Prof. 2015 Mar;38(1):126-39.
196. Γαλάνης Π. *Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2013;30(1): 97-110.
197. Γαλάνης ΠΑ, Σπάρος ΛΔ. *Εγχειρίδιο Επιδημιολογίας.* Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα. 2010.
198. Ευσταθίου ΜΚ. *Η οστεοαρθρίτιδα στην τρίτη ηλικία.* Η Ιατρική Σήμερα. 2006;Ι-Θ(46):36-44.
199. Καραπούλιος Δ και συν. *Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS.* Το Βήμα το Ασκληπιού. 2013;12(4):428-440.
200. Κύρου Ε. *Πόνος στο νεογνό.* "ΕΛΕΥΘΩ" 2017; (3):116-120.
201. Κώτσης Κ. (2012). *Άγχος, κατάθλιψη, σωματοποίηση και ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.* Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

202. Υφαντόπουλος Ι, Πιερράκος Γ, Ζανάκης Β. *Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C*.
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής εταιρείας 2001;18(3):288-296.

Παράρτημα

Παράρτημα 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ :

Οδηγίες: Συμπληρώστε με X την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει και συμπληρώστε γραπτώς το κενό όπου χρειάζεται.

Φύλο: Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/>	Ηλικία:
Εκπαίδευση: Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο/Λύκειο <input type="checkbox"/> ΑΕΙ-ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/>	
Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένος-η <input type="checkbox"/> Άγαμος-η <input type="checkbox"/> Χωρισμένος-η <input type="checkbox"/> Χήρος-α <input type="checkbox"/>	
Έχετε παιδιά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, πόσα;
Επάγγελμα :	
<i>Σημείωση: Σε περίπτωση που είστε συνταξιούχος ή προσωρινά άνεργος-η, συμπληρώστε το τελευταίο σας επάγγελμα</i>	
Έχετε διαγνωστεί από ιατρό με κάποια μορφή αρθρίτιδας; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Εάν ναι:	
-πότε (έτος);	
-με ποιά μορφή; Οστεοαρθρίτιδα <input type="checkbox"/> Ρευματοειδή αρθρίτιδα <input type="checkbox"/> Άλλο:	
-ποιά άρθρωση προσβάλλει; Ισχίο <input type="checkbox"/> Γόνατο <input type="checkbox"/> Ώμο <input type="checkbox"/> Άλλο:	
-ποιά η σοβαρότητα; 0 (Καμία) <input type="checkbox"/> 1 (Ανερχόμενη) <input type="checkbox"/> 2 (Ηπια) <input type="checkbox"/> 3 (Μέτρια) <input type="checkbox"/> 4 (Σοβαρή) <input type="checkbox"/>	
Ποια είναι τα πρώτα συμπτώματα που σας ενόχλησαν; (Επιλέξτε μία ή/και περισσότερες απαντήσεις)	
Πόνος <input type="checkbox"/> Δυσκαμψία <input type="checkbox"/> Οίδημα/Πρήξιμο <input type="checkbox"/> Κριγμός <input type="checkbox"/> Άλλο:	
Εμφάνιση πρώτων συμπτωμάτων πριν από:	
6 μήνες <input type="checkbox"/> 10 μήνες <input type="checkbox"/> 1 χρόνο <input type="checkbox"/> 2 χρόνια <input type="checkbox"/> 3 χρόνια <input type="checkbox"/> Άλλο:	
Τα συμπτώματα εμφανίζονται και στις δύο πλευρές του σώματος (π.χ., αριστερό και δεξί γόνατο); Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Πότε εμφανίζεται συνήθως το σύμπτωμα του πόνου;	
Κατά τη δραστηριότητα <input type="checkbox"/> Κατά την ανάπαυση <input type="checkbox"/> Και στα δύο <input type="checkbox"/> Άλλο:	
Έχετε επισκεφτεί ιατρό για αντιμετώπιση: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
-Εάν ναι, προσδιορίστε τι: Αναλγητικά <input type="checkbox"/> Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη <input type="checkbox"/> Κορτικοστεροειδή <input type="checkbox"/>	
Συνδυασμός αναλγητικών και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών <input type="checkbox"/> Άλλο:	
-Εάν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα λαμβάνετε τη φαρμακευτική αγωγή;	
Για 1 μήνα <input type="checkbox"/> Για 3 μήνες <input type="checkbox"/> Για 6 μήνες <input type="checkbox"/> Για 9 μήνες <input type="checkbox"/>	
Για 1 χρόνο <input type="checkbox"/> Άνω του 1 έτους <input type="checkbox"/> Άνω των 3 ετών <input type="checkbox"/> Άλλο:	
Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
▪ Εάν ναι:	
- πόσο συχνά; 1 φορά / χρόνο <input type="checkbox"/> 2 φορές / χρόνο <input type="checkbox"/> άνω των 2 φορές / χρόνο <input type="checkbox"/>	
1 φορά / μήνα <input type="checkbox"/> 1 φορά / εβδομάδα <input type="checkbox"/> άνω της 1 φοράς / εβδομάδα <input type="checkbox"/>	
- εάν άνω της 1 φοράς / εβδομάδα, προσδιορίστε πόσες: 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Άλλο:	
▪ Εάν ναι: ποιά είναι η διάρκεια της κάθε συνεδρίας; 30 λεπτά <input type="checkbox"/> 45 λεπτά <input type="checkbox"/> 1 ώρα <input type="checkbox"/> Άλλο:	
Έχετε άλλα συνοδά προβλήματα υγείας όπως: (Επιλέξτε μία ή/και περισσότερες απαντήσεις)	
Καρδιακή ανεπάρκεια <input type="checkbox"/> Κολπική Μαρμαρυγή <input type="checkbox"/> Αρτηριακή υπέρταση <input type="checkbox"/> Άσθμα <input type="checkbox"/> Σακχαρώδης διαβήτης <input type="checkbox"/>	
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια <input type="checkbox"/> Προηγούμενο Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο <input type="checkbox"/> Χειρουργείο <input type="checkbox"/>	
Άλλο:	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	

Παράρτημα 2: Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε να κυκλώσετε τον αριθμό που αντιστοιχεί στο πόσο σίγουροι είστε αυτή τη στιγμή, για την κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη δίνετε πολύ χρόνο στην απάντησή σας. Απαντήστε αυθόρμητα και ειλικρινά.

Καθόλου σίγουρος 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Πολύ σίγουρος

Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Πόνου	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μειώσεις μερικώς τον πόνο σου;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να συνεχίσεις να εκτελείς τις περισσότερες από τις καθημερινές σου δραστηριότητες;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να εμποδίσεις τον αρθρικό σου πόνο από το να παρέμβει στον ύπνο σου;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μειώσεις λίγο έως μέτρια τον αρθρικό σου πόνο, χρησιμοποιώντας άλλες μεθόδους πέραν της επιπλέον φαρμακευτικής αγωγής;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μειώσεις πολύ τον αρθρικό σου πόνο, χρησιμοποιώντας άλλες μεθόδους πέραν της επιπλέον φαρμακευτικής αγωγής;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να περπατήσεις 30 μέτρα σε επίπεδη επιφάνεια σε 20 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κατέβεις 10 σκαλιά σε 7 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να σηκωθείς γρήγορα από μια καρέκλα χωρίς μπράτσα και χωρίς να χρησιμοποιήσεις τα χέρια σου για στήριξη;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κουμπώσεις και να ξεκουμπώσεις 3 μεσαίου μεγέθους κουμπιά στη σειρά σε 12 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κόψεις 2 μπουκιές κομμάτια κρέατος με μαχαίρι και πιρούνι σε 8 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ανοίξεις και να κλείσεις τελείως μια εξωτερική βρύση;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ξύσεις το πάνω μέρος της πλάτης σου τόσο με το δεξί όσο και με το αριστερό σου χέρι;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μπεις και να βγεις στο αυτοκίνητο από την θέση του συνοδηγού χωρίς βοήθεια από άλλο άτομο και χωρίς βοηθήματα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να φορέσεις ένα μακρουμάνικο πουκάμισο (χωρίς να το κουμπώσεις) σε 8 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Άλλων Συμπτωμάτων	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ελέγξεις την κόπωσή σου;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να προσαρμόσεις τις δραστηριότητές σου, ώστε να είσαι ενεργός, χωρίς να επιβαρύνεται η αρθρίτιδα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κάνεις κάτι να βοηθήσεις τον εαυτό σου να νιώσει καλύτερα, εάν αισθάνεσαι άσχημα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Σε σύγκριση με άλλα άτομα που έχουν την ίδια αρθρίτιδα με εσένα, πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διαχειριστείς τον αρθρικό πόνο κατά τη διάρκεια των καθημερινών σου δραστηριοτήτων;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διαχειριστείς τα συμπτώματα της αρθρίτιδάς σου, ώστε να μπορείς να κάνεις τις δραστηριότητες που σε ευχαριστούν;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντιμετωπίσεις την ενόχληση της αρθρίτιδας;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία

© 2021 ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Παράρτημα 3: Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου McGill για τον Πόνο και κλίμακα Έντασης Παρόντος Πόνου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω θα βρείτε μερικές προτάσεις, οι οποίες σχετίζονται με τον πόνο. Παρακαλώ κυκλώστε το νούμερο που αντιστοιχεί σε αυτό που πραγματικά πιστεύετε.

	Καθόλου πόνος	Ήπιος πόνος	Μέτριος πόνος	Έντονος πόνος
παλμικός-ρυθμικός	0	1	2	3
σαν «να περπατάει».....	0	1	2	3
σαν «μαχαιριά»	0	1	2	3
οξύς	0	1	2	3
σαν «κράμπα»	0	1	2	3
σαν «να δαγκώνει»	0	1	2	3
καυστικός - ζεστός	0	1	2	3
γενικός - διαρκής	0	1	2	3
αίσθημα βάρους	0	1	2	3
ευαίσθητος	0	1	2	3
διαμελιστικός- σαν να «σκίζει»	0	1	2	3
κουραστικός	0	1	2	3
αηδιαστικός - νοσηρός	0	1	2	3
τρομακτικός	0	1	2	3
βασανιστικός - σκληρός	0	1	2	3

Παρακάτω τοποθετήστε ένα βελάκι κάθετο στην οριζόντια δεκαβάθμια κλίμακα για να δηλώσετε πόσο πονάτε αυτή τη στιγμή (↓)

Καθόλου..... Ο χειρότερος πόνος
πόνος..... που έχετε νιώσει ποτέ

Παρακάτω τοποθετήστε ένα x για να χαρακτηρίσετε τον πόνο σας

ΕΠΙ (Present Pain Index Scale)

- 0. Καθόλου πόνος _____
- 1. Ήπιος _____
- 2. Ενοχλητικός _____
- 3. Οδυνηρός _____
- 4. Φρικτός _____
- 5. Αφόρητος _____

Ευχαριστώ!!!!

Παράρτημα 4: Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων και Ερμηνείας Πόνου

ΕΛΕΠ © 2004

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω θα βρείτε μερικές προτάσεις, οι οποίες σχετίζονται με το χρόνιο πόνο. Παρακαλώ κυκλώστε το νούμερο που αντιστοιχεί σε αυτό που πραγματικά πιστεύετε. Μην αφιερώνετε πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση. Οι απαντήσεις είναι απολύτως εμπιστευτικές.

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ πολύ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ πολύ
1.Κανείς δεν είναι σε θέση να μου πει γιατί αισθάνομαι πόνο.....	-2	-1	1	2
2.Νόμιζα ότι ο πόνος μου ήταν θεραπεύσιμος, αλλά τώρα δεν είμαι τόσο σίγουρος	-2	-1	1	2
3.Υπάρχουν φορές που δεν αισθάνομαι πόνο	-2	-1	1	2
4.Μου προκαλεί σύγχυση ο πόνος μου	-2	-1	1	2
5.Ο πόνος ήρθε για να μείνει πάντα	-2	-1	1	2
6.Αισθάνομαι πόνο συνέχεια	-2	-1	1	2
7.Εγώ είμαι υπεύθυνος, αν αισθάνομαι πόνο	-2	-1	1	2
8.Δεν γνωρίζω αρκετά για τον πόνο μου	-2	-1	1	2
9.Ο πόνος μου είναι ένα προσωρινό πρόβλημα στη ζωή μου	-2	-1	1	2
10. Φαίνεται ότι ξυπνώ με πόνο και κοιμάμαι με πόνο	-2	-1	1	2
11. Εγώ είμαι η αιτία του πόνου μου.....	-2	-1	1	2
12. Υπάρχει θεραπεία για τον πόνο μου	-2	-1	1	2
13. Κατηγορώ τον εαυτό μου, αν έχω πόνο	-2	-1	1	2
14. Δεν ξέρω γιατί αισθάνομαι πόνο	-2	-1	1	2
15. Κάποια ημέρα δεν θα πονέσω ξανά 100%	-2	-1	1	2
16. Ο πόνος μου ποικίλλει σε ένταση, αλλά τον αισθάνομαι πάντα	-2	-1	1	2

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε όλα τα ερωτήματα!!!!!!

Ευχαριστώ!!!!!!

Παράρτημα 5: Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο

PSYCHIATRIKI 18 (3), 2007

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (HADS)

7

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

Όνομα:		Ημερομηνία:	
ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ	<p>Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.</p> <p>Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πώς αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγονήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.</p> <p>Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.</p>		ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ
A	D	A	D
	Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος	Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου	
3	Τον περισσότερο καιρό	Σχεδόν όλο τον καιρό	3
2	Πολύ καιρό	Πολύ συχνά	2
1	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	Μερικές φορές	1
0	Καθόλου	Καθόλου	0
	Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «παταλούδες» στο στομάχι μου	
0	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	Καθόλου	0
1	Όχι στον ίδιο βαθμό	Περιστασιακά	1
2	Λίγο μόνο	Αρκετά συχνά	2
3	Καθόλου	Πολύ συχνά	3
	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	
3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	Ακριβώς	3
2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	2
1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	Όπως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	1
0	Καθόλου	Την φροντίζω όπως πάντοτε	0
	Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων	Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι	
0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό	3
1	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	2
2	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	1
3	Καθόλου	Καθόλου	0
	Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα	
3	Πάρα πολύ καιρό	Τόσο όπως και στο παρελθόν	0
2	Πολύ καιρό	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα	1
1	Όχι τόσο συχνά	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα	2
0	Πολύ λίγο	Καθόλου	3
	Νιώθω κεφάτος	Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού	
3	Ποτέ	Πράγματι πολύ συχνά	3
2	Όχι συχνά	Αρκετά συχνά	2
1	Μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	1
0	Τον περισσότερο καιρό	Καθόλου	0
A	D	A	D
	Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος	Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα	
0	Ακριβώς	Συχνά	0
1	Συνήθως	Μερικές φορές	1
2	Όχι συχνά	Όχι συχνά	2
3	Καθόλου	Πολύ σπάνια	3

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛΟ

A	D
---	---

Αυτή η φόρμα μπορεί να αναπαράχθει για χρήση, μέσα στο πλαίσιο των κανόνων αγοράς και μόνο σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συμφωνία άδειας από τον εκδότη. HADS copyright © R.P. Snaith and A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Τα στοιχεία της φόρμας καταχώρησης έχουν δημοσιευθεί πρωτοτύπως στην Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370, πνευματική ιδιοκτησία © (copyright ©) Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. Δημοσιεύθηκε από την Εταιρεία nferNelson Pub Co Ltd, 414 Chiswick High Road, London W4 5TF, UK. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Η Εταιρεία nferNelson είναι μέλος του ομίλου Granada Learning Limited και ανήκει στην Εταιρεία ITV plc HADS Greek.

Παράρτημα 6: Ερωτήσεις Ποιότητας Ζωής SF-36

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ SF-36

EP.1 Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Σήμερα, **η κατάσταση της υγείας σας** περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι, πόσο;

A. Έντονες δραστηριότητες όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση.....

B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας

Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων.....

Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια **μερικών** ορόφων

Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια **ενός** ορόφου

Στ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα

Ζ. Το περπάτημα απόστασης **μεγαλύτερης από ένα μισό χιλιόμετρο**

Η. Το περπάτημα μιας απόστασης **μερικών οικοδομικών τετραγώνων**

Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης **ενός οικοδομικού τετραγώνου**

Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε

Ναι, περιορίζονται πολύ	Ναι, περιορίζονται λίγο	Όχι δεν περιορίζονται καθόλου
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

EP.2 Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, **η κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

A. Μειώσατε **το χρόνο** που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες.....

B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....

Γ. Περιορίσατε **το είδος** της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας.....

Δ. Είχατε **δυσκολία** στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας (για παράδειγμα χρειάστηκε να καταβάλετε περισσότερη προσπάθεια)

Ναι	Όχι
1	2
1	2
1	2
1	2

EP.3 Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, **τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως μελαγχολία ή άγχος)** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;

A. Μειώσατε **το χρόνο** που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες.....

B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....

Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο **προσεκτικά** όσο συνήθως.....

Ναι	Όχι
1	2
1	2
1	2

EP.4 Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνηθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες κλπ.;

ΔΙΑΒΑΣΤΕ

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ SF-36

ΕΡ.5 Πόσο *σωματικό πόνο* νοιώσατε κατά τη διάρκεια των *4 τελευταίων εβδομάδων*; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου	1
Πολύ λίγο.....	2
Λίγο	3
Μέτριο	4
Έντονο	5
Πολύ Έντονο	6

ΕΡ.6 Κατά τη διάρκεια των *4 τελευταίων εβδομάδων*, κατά πόσο *ο πόνος* εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου	1
Λίγο	2
Μέτρια	3
Αρκετά.....	4
Πάρα πολύ	5

ΕΡ.7 Κατά τη διάρκεια των *4 τελευταίων εβδομάδων*, για πόσο καιρό *η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα* εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Πάντα.....	1
Τις πιο πολλές φορές	2
Μερικές φορές	3
Όχι συχνά.....	4
Ποτέ.....	5

Παράρτημα 7: Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας Αρθρίτιδας (4 παράγοντες)

KAA © 2021

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε να κυκλώσετε τον αριθμό που αντιστοιχεί στο πόσο σίγουροι είστε αυτή τη στιγμή, για την κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη δίνετε πολύ χρόνο στην απάντησή σας. Απαντήστε αυθόρμητα και ειλικρινά.

Καθόλου σίγουρος 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Πολύ σίγουρος

Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας Πόνου	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μειώσεις μερικώς τον πόνο σου;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να συνεχίσεις να εκτελείς τις περισσότερες από τις καθημερινές σου δραστηριότητες;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να εμποδίσεις τον αρθρικό σου πόνο από το να παρέμβει στον ύπνο σου;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μειώσεις λίγο έως μέτρια τον αρθρικό σου πόνο, χρησιμοποιώντας άλλες μεθόδους πέραν της επιπλέον φαρμακευτικής αγωγής;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μειώσεις πολύ τον αρθρικό σου πόνο, χρησιμοποιώντας άλλες μεθόδους πέραν της επιπλέον φαρμακευτικής αγωγής;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας Κάτω Άκρου	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να περπατήσεις 30 μέτρα σε επίπεδη επιφάνεια σε 20 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κατέβεις 10 σκαλιά σε 7 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να σηκωθείς γρήγορα από μια καρέκλα χωρίς μπράτσα και χωρίς να χρησιμοποιήσεις τα χέρια σου για στήριξη;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να μπεις και να βγεις στο αυτοκίνητο από την θέση του συνοδηγού χωρίς βοήθεια από άλλο άτομο και χωρίς βοηθήματα	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας Λειτουργικότητας Άνω Άκρου	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κόψεις 2 μπουκιές κομμάτια κρέατος με μαχαίρι και πιρούνι σε 8 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ανοίξεις και να κλείσεις τελείως μια εξωτερική βρύση;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ξύσεις το πάνω μέρος της πλάτης σου τόσο με το δεξί όσο και με το αριστερό σου χέρι;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κουμπώσεις και να ξεκουμπώσεις 3 μεσαίου μεγέθους κουμπιά στη σειρά σε 12 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να φορέσεις ένα μακρυμάνικο πουκάμισο (χωρίς να το κουμπώσεις) σε 8 δευτερόλεπτα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας Άλλων Συμπτωμάτων	
1. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να ελέγξεις την κόπωσή σου;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να προσαρμόσεις τις δραστηριότητές σου, ώστε να είσαι ενεργός, χωρίς να επιβαρύνεται η αρθρίτιδα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να κάνεις κάτι να βοηθήσεις τον εαυτό σου να νιώσει καλύτερα, εάν αισθάνεσαι άσχημα;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Σε σύγκριση με άλλα άτομα που έχουν την ίδια αρθρίτιδα με εσένα, πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διαχειριστείς τον αρθρικό πόνο κατά τη διάρκεια των καθημερινών σου δραστηριοτήτων;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διαχειριστείς τα συμπτώματα της αρθρίτιδάς σου, ώστε να μπορείς να κάνεις τις δραστηριότητες που σε ευχαριστούν;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντιμετωπίσεις την ενόχληση της αρθρίτιδας;	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις / Ευχαριστούμε για την συνεργασία

© 2021 ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ