

Pain-Invalidation Scale (Pain-IS)

La Pain-Invalidation Scale, composta da 24 items, contiene 4 sottoscala:

Invalidazione da parte di se stessi

Invalidazione da parte delle persone più vicine

Invalidazione da parte dei professionisti sanitari/delle professioniste sanitarie

Invalidazione da parte delle persone eccessivamente premurose

La risposta a ciascun item deve essere data su una scala Likert i cui valori sono i seguenti:

1 = “Fortemente in disaccordo”; 2 = “In disaccordo”; 3 = “Leggermente in disaccordo”; 4 = “Neutrale”; 5 = “Leggermente d’accordo”; 6 = “D’accordo”; e 7 = “Fortemente d’accordo”

Non ci sono item con il punteggio invertito.

Il punteggio di ciascun item è compreso tra 1 e 7. Ci sono 6 items che misurano ciascuna sottoscala, di conseguenza il punteggio minimo della singola sottoscala è 6, mentre il punteggio massimo è 42. Le sottoscala della Pain-IS non dovrebbero essere sommate tra di loro, poiché ciascuna sottoscala dovrebbe essere valutata separatamente. Punteggi elevati nelle sottoscala indicano alti livelli di invalidazione nel dominio corrispondente.

Nello strumento, le sottoscala “Invalidazione da parte di se stessi”, “Invalidazione da parte delle persone più vicine”, “Invalidazione da parte dei professionisti sanitari/delle professioniste sanitarie” e “Invalidazione da parte delle persone eccessivamente premurose” sono etichettate rispettivamente con Sezione A, Sezione B, Sezione C e Sezione D.

Punteggi dei totali

Sezione A. Invalidazione da parte di se stessi	___/42
Sezione B. Invalidazione da parte delle persone più vicine	___/42
Sezione C. Invalidazione da parte dei professionisti sanitari/delle professioniste sanitarie	___/42
Sezione D. Invalidazione da parte delle persone eccessivamente premurose	___/42

La pagina seguente contiene alcune domande demografiche che i ricercatori/le ricercatrici o gli operatori sanitari/le operatrici sanitarie potrebbero voler porre alle persone che compilano la Pain-Invalidation Scale.

Per favore, sentiti libero di omettere alcune o tutte queste domande demografiche, a seconda dei casi.

Questionario sul Dolore Cronico

Nome: _____

Età: _____

Genere: _____

Stato civile: _____

Tipo di dolore in atto, es. dolore al collo, artrite, ecc. _____

Da quanto tempo hai questo dolore? _____

Quale delle seguenti affermazioni descrive meglio la frequenza del tuo dolore?

1. Dolore costante o quasi costante
2. Dolore nella maggior parte dei giorni della settimana
3. Più giorni al mese

Questionario sul Dolore Cronico

Sezione A. Di seguito sono elencate alcune affermazioni che riguardano il tuo stato d'animo in relazione all'aver dolore cronico. Per favore, leggi ogni affermazione e indica quanto sei d'accordo o in disaccordo.

Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Leggermente in disaccordo	Neutrale	Leggermente d'accordo	D'accordo	Fortemente d'accordo				
1	2	3	4	5	6	7				
1. La mia condizione dolorosa mi fa sentire anormale.				1	2	3	4	5	6	7
2. Mi sento come se stessi deludendo il mio/la mia partner e/o i miei familiari perché il dolore mi limita.				1	2	3	4	5	6	7
3. Non sento di contribuire abbastanza a casa a causa del mio dolore.				1	2	3	4	5	6	7
4. A volte il mio dolore mi fa sentire inutile.				1	2	3	4	5	6	7
5. Avere una condizione dolorosa mi fa sentire indesiderabile.				1	2	3	4	5	6	7
6. Mi sento un peso per gli altri a causa della mia condizione dolorosa.				1	2	3	4	5	6	7

Sezione B. La seguente sezione contiene alcune affermazioni che riguardano le tue esperienze con le persone per te importanti, in relazione al tuo dolore cronico. In questa sezione l'espressione "persone più vicine" fa riferimento alle persone con cui trascorri più tempo come il tuo/la tua partner, il tuo coinquilino/la tua coinquilina o altre persone con cui vivi.

Innanzitutto, indica la relazione/le relazioni che descrivono meglio le persone con cui vivi e trascorri la maggior parte del tempo, ovvero "le persone più vicine".

- Partner
- Coinquilino/coinquilina
- Genitore
- Fratello/sorella

Questionario sul Dolore Cronico

Altro. Specifica il tipo di relazione _____

Per favore, leggi ogni affermazione e indica quanto sei d'accordo o in disaccordo.

Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Leggermente in disaccordo	Neutrale	Leggermente d'accordo	D'accordo	Fortemente d'accordo
1	2	3	4	5	6	7

Le persone più vicine...

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ...sembrano essere infastidite da me per la mia condizione dolorosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. ...che vengono a conoscenza della mia condizione dolorosa sembrano pensare che io sia debole. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. ...sembrano pensare che io stia esagerando la mia sintomatologia dolorosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. ...dicono che ho bisogno di "farmi forza". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. ...mi fanno sentire in colpa di avere dolore. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. ...non credono che il mio dolore sia reale perché non c'è nessuna prova evidente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Sezione C. Di seguito sono elencate alcune affermazioni riguardanti le tue esperienze con il tuo professionista sanitario/la professionista sanitaria in relazione al tuo dolore cronico. La frase "il mio professionista sanitario/la mia professionista sanitaria" si riferisce al/alla principale professionista che sta gestendo la tua condizione dolorosa. Per esempio, potrebbe essere il medico/la medica di base, specialista o il/la fisioterapista.

Per favore, leggi ogni affermazione e indica quanto sei d'accordo o in disaccordo.

Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Leggermente in disaccordo	Neutrale	Leggermente d'accordo	D'accordo	Fortemente d'accordo
1	2	3	4	5	6	7

Questionario sul Dolore Cronico

Il mio professionista sanitario/la mia professionista sanitaria...

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. ...non crede che io abbia la quantità di dolore che descrivo, perché sembra stare troppo bene. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. ...mi parla della mia condizione dolorosa come se non fosse reale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. ...sembra pensare che il mio dolore sia completamente psicologico anziché fisico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. ...sembra che mi giudichi negativamente quando richiedo più antidolorifici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. ...sembra pensare che stia fingendo o esagerando i miei sintomi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. ...mi fa sentire in colpa ogni volta che gli racconto del mio dolore. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Sezione D. La seguente sezione contiene alcune affermazioni che riguardano il tuo livello di attività in relazione al tuo dolore cronico. In questa sezione l'espressione "persone più vicine" fa riferimento alle persone con cui trascorri più tempo come il tuo/la tua partner, il tuo coinquilino/la tua coinquilina o altre persone con cui vivi.

Per favore, leggi ogni affermazione e indica quanto sei d'accordo o in disaccordo.

Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Leggermente in disaccordo	Neutrale	Leggermente d'accordo	D'accordo	Fortemente d'accordo
1	2	3	4	5	6	7

Le persone più vicine...

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. ...che sanno della mia condizione dolorosa ne fanno un problema troppo grande. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. ...danno per scontato che non possa fare delle cose di cui sono capace | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Questionario sul Dolore Cronico

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. ...si intromettono troppo mentre stanno cercando di aiutarmi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. ...tendono a occuparsi di cose che potrei fare da solo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. ...mi rendono difficile rimanere indipendente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. ...non sembrano credere che io sia capace di fare le cose da solo nella mia condizione. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Data

Nome e Cognome

Firma
