



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova

Facoltà di medicina e Chirurgia

Master in Riabilitazione dei Disturbi Muscoloscheletrici

A.A 2009/2010

Campus Universitario di Savona

In collaborazione con Master of Science in Manual Therapy

Vrije Universiteit Brussel



TRADUZIONE E ADATTAMENTO CULTURALE DELLA PABS-PT

Candidato:

Dott.ssa Ft Marta BONANDRINI

Matr. 3466926

Relatore:Dj Ft OMT Diego LEONI

ABSTRACT

BACKGROUND

E' stato osservato che gli atteggiamenti e le convinzioni che i professionisti sanitari hanno nei confronti del LBP influenzano la gestione dei pazienti che ad essi si rivolgono. La Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT) valuta l'orientamento terapeutico dei fisioterapisti nella gestione dei pazienti affetti da LBP distinguendo quelli con un approccio "biomedico" da quelli con un approccio "biopsicosociale". Valutando l'influenza che hanno l'atteggiamento e le convinzioni alla base delle scelte terapeutiche del fisioterapista sulla percezione che il paziente ha del suo problema, la PABS-PT si pone come un interessante strumento di indagine adatto a condurre un'analisi della condotta dei fisioterapisti che si confrontano abitualmente col LBP. Non esistendo ancora una versione italiana della scala con questa tesi ci si propone di iniziare il processo di traduzione/adattamento culturale della PABS-PT.

MATERIALI E METODI

La traduzione della scala è stata eseguita seguendo le linee guida elaborate da Guillenim et al. (Guillenim et al. 2000) e le indicazioni contenute in un articolo sul tema di Wild et al (Wild et al. 2005), portando a termine la fase 0 di "Preparazione", la fase 1 di "Forward Translation", la fase 2 di "Reconciliation" e la fase 3 di "Back Translation".

RISULTATI E CONCLUSIONI

La Back Translation ha confermato la validità della Forward Translation, cioè della versione italiana della scala poiché, nel processo di traduzione, il significato degli item è stato mantenuto. Tuttavia, prima di poter utilizzare la scala come strumento clinico, sarebbe opportuno effettuare un pre-testing su 30-40 soggetti (fisioterapisti) per verificare che gli items siano intelligibili.

PAROLE CHIAVE

Pabs-pt / HCP attitudes and beliefs/ LBP/ fear of movement/ HCP's attitudes and beliefs/FABQ

INDICE

1 INTRODUZIONE.....	pag 4
1.1 La Pabs-pt.....	pag 9
1.1.1 <i>Calcolo del Punteggio.....</i>	pag 9
1.1.2 <i>Validità e Ripetibilità.....</i>	pag 10
2 MATERIALI E METODI.....	pag 10
3 RISULTATI.....	pag 13
4 DISCUSSIONE.....	pag 13
5 BIBLIOGRAFIA.....	pag 15

1) INTRODUZIONE

Il mal di schiena aspecifico (Chronic Low Back Pain, CLBP) è uno dei principali disturbi di interesse medico, sociale ed economico, che rappresenta una sfida del Sistema Sanitario (Waddel, 1998). L'origine del mal di schiena è meglio compresa se si considera in un'ottica biopsicosociale. Un discreto numero di studi sul dolore cronico ha evidenziato il ruolo dei comportamenti da evitamento/paura quali importanti fattori predittivi di disabilità . (Lethem et al., 1983; Philips, 1987; Waddel et al., 1993). La paura del movimento, a cui possono seguire comportamenti di evitamento del dolore, sembra essere uno dei fattori contributivi della cronicizzazione del mal di schiena. In linea con queste considerazioni, è stato proposto un modello eziologico basato sulla paura che l'attività fisica possa causare un nuovo trauma. Secondo questo modello, è probabile che un paziente che ha già avuto esperienze dolorose, tenda a catastrofizzare (la convinzione che il corpo sia estremamente vulnerabile, debole e debba essere attentamente protetto da sovraccarichi) , abbia paura di fare attività fisica e la eviti e mostri un aumento della reattività muscolare (Vlaeyen et al, 1995; Vlaeyen and Linton, 2000). Tutto ciò potrebbe portare a disuso, depressione e disabilità. Contrariamente, è più probabile che un paziente che non catastrofizza riprenda velocemente le attività quotidiane ed abbia un recupero soddisfacente (Vlaeyen et al, 1995; Vlaeyen and Linton, 2000).

Secondo questo modello la tendenza a catastrofizzare il dolore è considerata un fattore predisponente alla paura del movimento e alla cronicizzazione e, di conseguenza, uno dei principali obiettivi dell'intervento del clinico, volto a ridurre la paura, l'evitamento dell'attività fisica e il livello di disabilità del paziente.

La tendenza a catastrofizzare potrebbe essere alimentata da movimenti nuovi, intensi ed improvvisi, ma non è sicuramente determinata solo da questi stimoli esterni. Da una parte, ci sono evidenze che supportano che la tendenza a catastrofizzare sia associata con particolari tratti della personalità come, ad esempio, un'affettività negativa (NA) (Sullivan et al., 1995). Dall'altra parte, la tendenza a catastrofizzare potrebbe essere influenzata da fattori esterni quali le informazioni che il paziente riceve riguardo al suo disturbo. Come ha sostenuto recentemente Sullivan (Sullivan, 2001), il contesto che circonda il paziente è importante nella percezione del suo dolore, soprattutto le opinioni che riguardano la

relazione tra il dolore ed il pericolo. È stato dimostrato più volte che il dolore è percepito più intensamente se vissuto dal soggetto come un segno di pericolo (Sullivan, 2001).

Parecchi studi hanno mostrato che la credenza che il dolore sia direttamente collegato al movimento e all'attività fisica è un fattore determinante del livello di disabilità del paziente (Barrios and Riley, 1987; Put and Witkower, 1991; Riley et al, 1988; Slater et al, 1991).

Uno strumento per misurare le convinzioni riguardo alla relazione tra dolore e menomazione in pazienti affetti da lombalgia è la Pain and Impairments Relationship Scale (PAIRS) che fu originariamente sviluppata da Riley et al. (Riley et al. 1988). Per esplorare ulteriormente l'influenza che hanno le informazioni mediche fornite dai professionisti sanitari, Rainville et al. (Rainville et al. 1995) adattarono la scala PAIRS affinché potesse essere sottoposta agli stessi professionisti sanitari. Questi autori sostengono che le convinzioni del professionista sanitario costituiscono un'importante fonte di informazioni per il paziente.

Nella ricerca della miglior terapia per il suo mal di schiena, il paziente entra in contatto con un serie di figure sanitarie (es. medici di base, medici specialisti, fisioterapisti, psicologi). Le convinzioni e l'orientamento terapeutico di ognuno di questi specialisti giocano un ruolo importante sulla percezione del disturbo da parte del paziente. Gli approcci variano notevolmente in base alle varie discipline e sarebbe difficile sviluppare una singola scala di misurazione dell'orientamento terapeutico di ognuna. Nel trattamento del mal di schiena, tra i professionisti che sono maggiormente consultati, spesso nella fase iniziale, compaiono i Fisioterapisti. In Olanda i soggetti affetti da mal di schiena cronico, infatti, costituiscono circa il 27% del totale di pazienti che si rivolgono ai Fisioterapisti (Ravensberg et al. 1995). Inoltre i Fisioterapisti rimangono un tempo considerevole con i loro pazienti, per cui vi è un'ampia possibilità di interazione. Potrebbe essere quindi discusso quanto questa interazione con il clinico influenzi le convinzioni e gli atteggiamenti del suo paziente (ad esempio la tendenza a catastrofizzare), soprattutto se questa convinzione è condivisa dal clinico.

Dalla letteratura riguardante la lombalgia aspecifica possono essere estrapolati due possibili rilevanti atteggiamenti (o orientamenti terapeutici) dei fisioterapisti. In primis, i Fisioterapisti possono impostare le loro scelte di intervento basandosi sul modello biomedico della malattia, secondo cui il dolore e la disabilità sono conseguenze di un danno anatomico. Se un fisioterapista ritiene che il dolore sia conseguenza di un danno tissutale adatterà il suo

trattamento in base al grado di dolore del paziente. Inoltre il trattamento sarà volto alla ricerca del danno anatomico che è causa del dolore e al trattamento della patologia. (Lindstrom et al. 1992)

Il secondo orientamento terapeutico del Fisioterapista è basato su un modello biopsicosociale, in cui il dolore non è esclusivamente segno diretto di una patologia o di un danno tissutale, ma è influenzato anche dai fattori sociali e psicologici. A causa di questi fattori, la disabilità può permanere a lungo dopo la guarigione della patologia. Secondo questo modello il trattamento dovrebbe focalizzarsi sull'incremento graduale dell'attività seguendo una tabella temporale precedentemente stabilita (Lindstrom et al. 1992).

È stato osservato come nei pazienti con comportamenti da evitamento del dolore e paura del movimento l'approccio biomedico si dimostri fallimentare, mentre un approccio integrato biopsicosociale sembra che essere più efficace, soprattutto per quanto riguarda la diminuzione della disabilità.

Il fallimento del tradizionale modello biomedico nell'arginare l'incremento della disabilità del paziente con mal di schiena ed il riconoscimento del ruolo dei fattori psicosociali nello sviluppo e nel recupero dalla lombalgia cronica, hanno portato allo sviluppo di linee guida basate sulle migliori evidenze scientifiche per la gestione del LBP. In assenza di specifiche patologie spinali, tutte le linee guida offrono sostanzialmente gli stessi consigli, raccomandando ai pazienti di rimanere attivi, continuare le normali attività, proseguire o tornare al lavoro ed evitare il riposo a letto e i trattamenti passivi (Koes et al, 2001; Airaksinen et al, 2006; Van Tulder et al, 2006).

Nonostante la letteratura scientifica disponibile e la proliferazione di linee guida cliniche, l'adesione a queste linee-guida è ancora limitata; molti professionisti sanitari mostrano riluttanza a cambiare la loro pratica clinica adeguandosi alle raccomandazioni contenute nelle linee guida. Si suppone che in parte ciò possa essere legato alla formazione del caregiver che non sempre, accanto ai contenuti biomedici, prevede l'approfondimento degli aspetti psicosociali.

Il ruolo che giocano gli atteggiamenti e le convinzioni dei professionisti sanitari nei confronti del mal di schiena e il loro livello di adesione alle raccomandazioni delle linee guida ha conquistato recentemente un posto prioritario nell'ambito della ricerca scientifica. I

meccanismi attraverso i quali le attitudini e le convinzioni dei professionisti sanitari possono influenzare il comportamento clinico e di conseguenza la prognosi dei pazienti con mal di schiena, non sono ancora completamente noti (Walker et al, 2004; Bonetti et al, 2006) tuttavia si suppone che il tipo di formazione dei caregivers e, conseguentemente, le loro credenze nei confronti del LBP, possano influenzare la qualità del recupero dei pazienti con LBP e in alcuni casi prevenire fenomeni di cronicizzazione.

Nonostante queste osservazioni, esistono pochi strumenti che misurano in modo effettivo gli atteggiamenti e le credenze dei professionisti sanitari nei confronti del mal di schiena.

A.Bishop, E.Thomas e N.E. Foster (Bishop et al. 2007) hanno portato a termine una revisione sistematica degli strumenti di misurazione del livello delle cure primarie nel Regno Unito. Al termine della ricerca sono state individuate cinque scale di valutazione: ABS.mp, “Fear Avoidance Tool”, FABQ per i professionisti sanitari, HC-PAIRS e PABS-PT. Tra queste la HC-PAIRS e la PABS-PT sono state testate in modo più accurato ed utilizzate in studi scientifici perché presentano maggior validità e ripetibilità. È anche in base a queste caratteristiche che la nostra scelta di traduzione ed adattamento culturale è stata orientata verso la PABS-PT.

Di seguito una tabella riassuntiva:

Table 1
Summary of reviewed tools and quality assessment criteria (respondent and administrative burden; alternate forms; cultural and language adaptations; practitioner groups)

	ABSmp	Fear avoidance tool	FABQ for HCPs	HC-PAIRS	PABS.PT
Summary of tool	Scale developed to assess the impact of practitioner attitudes on clinical practice, training needs and outcome	Developed to survey the fear avoidance beliefs of practitioners and the impact of these on practice behaviour	Scale based on patient version of the FABQ with minor amendment to instructions for completion	Scale, adapted from the PAIRS questionnaire, to assess the attitudes and beliefs practitioners hold about functional expectations for patients with chronic low back pain	A measure designed to assess the strength of two treatment orientations towards management of patients with chronic low back pain
Number of items	19 items, 6 factors	10 items	11 items, 2 subscales	15 items, 4 factors	19 items, 2 subscales
Content areas and % variance explained (when reported)	Factors are: 'Re-activation' 31.6% 'Biomedical' 24.8% 'Limitations on sessions' 18.8%, 'Psychological' 15.7%, 'Connection to healthcare system' 12.5%, and 'Confidence and concern' 9.2%	Fear avoidance beliefs	Has 2 subscales, physical activity and work	Covers 4 dimensions; 'Functional expectations' 29%, 'Social expectations' 10%, 'Need for cure' 9% and 'Projected cognitions' 8%	Assesses 2 treatment orientations, 'Biomedical' 23.4% and 'Behavioural' 10%
Scoring method	Each item rated on a seven point Likert scale (1 = 'Extremely disagree' to 7 = 'Extremely agree'). Five items are reverse scored	The items are rated on a 6 point scale (1 = 'Do not agree at all' to 6 = 'Completely agree'). Four items are reverse scored	The items are rated on a 7 point scale ('Do not agree at all' = 0 to 'Completely agree' = 6)	The original version consisted of 15 items rated on a 7 point Likert scale (1 = 'Completely disagree' to 7 = 'Completely agree'). The Dutch version had 15 items rated on a 6 point Likert scale (1 = 'Completely disagree' to 7 = 'Completely agree')	The revised PABS.PT has 19 items, 10 on the biomedical subscale and 9 on the behavioural subscale. Each item is rated on a six point Likert scale (1 = 'Totally disagree' to 6 = 'Totally agree')
Country of development	UK	Sweden	France	US	Netherlands
Respondent & administrative burden	Not reported, but has 19 items (5 reverse scored)	Not reported, but has 10 items (4 reverse scored)		Not reported, but has 15 items (3 reverse scored)	Not reported, but the amended version has 19 items (none reverse scored)
Alternate forms	None reported	None reported	None reported	The original version (Rainville et al., 1995) consists of 15 items with 7 point scale response options, the Dutch version (Houben et al., 2004) had 6 point scale response options	The original version (Ostelo et al., 2003) consists of 22 items, the amended version (Houben et al., 2005a) consists of 19 items
Cultural adaptations	Developed in English, has not been translated into any other language	Not reported, but the items were taken from English language scales although it is assumed that the tool was administered in Swedish	The patient version of the FABQ has been validated in English, German and French but there are no cultural adaptations	Developed in English (US), Brazilian and Dutch versions have been produced	Developed and tested in Dutch and has been translated into English
Practitioner groups	Chiropractors, osteopaths and physiotherapists in the UK working in private practice and/or the NHS setting	Swedish primary care physicians and physical therapists	General Practitioners and Rheumatologists in France	HCPs in community settings and functional restoration facilities in the USA, (family physicians, spinal surgeons, physiotherapists, nurses, occupational, psychologists, exercise therapists and rehabilitation counsellors). Physiotherapy students (Australia and Brazil) and therapists* (Netherlands)	Therapists, ^a physiotherapy students and GPs in the Netherlands

^a Included manual therapists, physiotherapists, chiropractors and McKenzie therapists.

Tab. 1 (Bishop et al. 2007)

1.1 La Pabs-Pt

La scala fu originariamente sviluppata in Olandese e successivamente adattata alla lingua inglese. È stata testata su Fisioterapisti, studenti di fisioterapia e medici generici nei Paesi Bassi

La scala "Pain Attitudes and Beliefs Scale" (PABS-PT) fu sviluppata nel 2003 da Ostelo et al. per valutare l'influenza dei due possibili orientamenti terapeutici dei fisioterapisti dei Paesi Bassi nella gestione dei pazienti affetti da LBP cronico.

In origine la PABS-PT fu sviluppata esaminando i questionari già esistenti che misuravano gli atteggiamenti e le credenze dei pazienti rispetto al LBP: nello specifico vennero riformulati otto elementi della Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), due elementi del Back Beliefs Questionnaire (BBQ) e due del Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) ai quali furono poi aggiunti 19 elementi, considerati rilevanti per la gestione del LBP dagli autori. Seguì un'attenta revisione dei punti da parte di fisioterapisti esperti per controllare che fossero chiari ed in grado di discriminare i due orientamenti terapeutici. I risultanti 31 punti della PABS-PT furono testati su un campione di 421 fisioterapisti nei Paesi Bassi, a seguito del quale vennero esclusi 11 punti. L'orientamento "biomedico" consisteva così di 14 punti e l'orientamento "biopsicosociale" di 6 punti. Successivamente la versione originale della PABS-PT fu revisionata (Houben et al., 2005), vennero aggiunti altri punti (Ostelo et al. 2003) e ulteriori analisi vennero fatte per verificare la coerenza interna della scala modificata e la validità se comparata con altre scale di misurazione del comportamento quali la ABS.mp, il Fear Avoidance Tool, la FABQ for HCPs, la HC-PAIRS (Bishop et al. 2007).

1.1.1 Calcolo del punteggio

La PABS-PT revisionata ha 19 punti, 10 appartengono alla sottoscala "biomedica" e 9 alla sottoscala "biopsicosociale". Ogni punto è misurato su una scala Likert con sei punteggi (da "Totale disaccordo" = 1 a "Totale accordo" = 6). Dieci domande appartengono alla scala biomedica (score range 10-60) e nove alla biopsicosociale (score range 9-54). Il punteggio più alto totalizzato in una delle due scale rappresenta un orientamento biomedico o

biopsicosociale. Essendo uno strumento sviluppato recentemente, non sono ancora stati stabiliti i punteggi cut-off.

1.1.2 Validità & Ripetibilità

La scala biomedica si è rivelata stabile e robusta con solo piccole variazioni tra i vari studi nella composizione degli items e tipicamente con elevata solidità interna (Cronbach's α da 0.73 a 0.84). La scala biopsicosociale, invece, sembra essere più problematica. Le differenti versioni che sono state sviluppate sono state dei tentativi di migliorare la struttura dell'originale sottoscala biopsicosociale, anche se la solidità interna è diminuita oltre i livelli raccomandati (Cronbach's α da 0.52 a 0.68) (Terwee et al. 2007).

C'è evidenza per una soddisfacente affidabilità test-retest per la PABS-PT modificata (Bishop 2008). La modificazione minima clinicamente rilevante deve ancora essere determinata e così anche non è ancora nota la sensibilità della PABS-PT nel rilevare i cambiamenti dell'orientamento terapeutico dei professionisti sanitari.

2) MATERIALI E METODI

L'obiettivo di questo studio è di produrre una versione italiana della Pabs-pt.

Per il processo di traduzione e adattamento trans-culturale sono state seguite le Linee Guida stilate da Guillenim et Al. (Guillenim et Al. 2000) e le indicazioni dell'articolo DI Wild et al, 2005 (Wild et al. 2005).

FASE 0- Preparazione

La fase di preparazione costituisce il lavoro iniziale portato a termine prima che inizi il processo di traduzione. Il fine è quello di ottenere dagli autori la versione originale del questionario ed il loro permesso per utilizzarlo. Successivamente si reperiscono i traduttori.

Questi passaggi preliminari sono effettuati dalla figura del coordinatore. Questi è colui che coordina il processo di traduzione ed è il supervisore di ogni fase del lavoro (Wild et al. 2005).

Sono stati quindi contattati alcuni autori che, nel panorama internazionale, si sono interessati degli argomenti trattati in questo lavoro, tra cui Vlaeyen e A. Bishop, al fine di ottenere la versione originale inglese della scala revisionata a 19 punti, completa di indicazioni per la compilazione e calcolo dei punteggi.

E' stata redatta una descrizione dei concetti chiave del questionario per poter presentarne il contenuto ai traduttori. Sono stati poi consegnati loro sia il file descrittivo della scala, in lingua italiana, che la versione originale del questionario in inglese, ottenuto dagli autori. (vedi Allegati 1 e 2)

I primi due traduttori sono stati selezionati in base alle caratteristiche riportate nelle linee guida (Guillenim et Al. 2000) : il primo, madrelingua italiana, è un Fisioterapista laureato con una buona conoscenza dell'inglese, che conosce approssimativamente l'argomento trattato dal questionario; il secondo è una insegnante di inglese presso una Scuola italiana, laureata in Esperto Linguistico d'Impresa ed in possesso del "Celta-Certificate for English language teaching to adults" rilasciato dalla Cambridge University; ha altre esperienze di traduzione alle spalle e la sua conoscenza dell'inglese è ottima. Non possiede competenze biomediche e non conosce l'argomento del questionario.

FASE 1- Traduzione Inglese-Italiano (FORWARD TRANSLATION)

Il razionale di questa fase è di fornire due versioni italiane indipendenti della scala al fine di poterle confrontare, identificare interpretazioni divergenti e items ambigui e diminuire il rischio di bias (Wild et al. 2005).

E' stata pertanto spiegata dal coordinatore la dinamica della forward translation ai due traduttori; questa figura ha fornito loro le informazioni di base sul questionario, in modo tale che i traduttori comprendessero il razionale della scala e non si limitassero ad una semplice traduzione letterale. Ai traduttori è stato richiesto che la traduzione tenesse conto degli utenti finali del questionario, cioè i fisioterapisti, e che avesse un carattere colloquiale.

Ciascun traduttore ha consegnato una traduzione in italiano (T1 e T2), comprensiva dei quesiti del questionario, del punteggio e delle istruzioni per la compilazione; inoltre ha stilato un breve rapporto sulla traduzione indicando i termini o le frasi difficili o poco chiare da tradurre, specificando il rationale delle scelte. Il tutto è stato consegnato al coordinatore.

FASE 2- Sintesi (RECONCILIATION)

La fase di riconciliazione, guidata dal coordinatore, ha lo scopo di risolvere le discrepanze tra le due traduzioni italiane cercando un accordo tra i due traduttori per creare una versione comune (Wild et al. 2005).

I traduttori si sono quindi incontrati e hanno prodotto una sintesi delle prime due traduzioni (T1 e T2) giungendo alla nuova traduzione T12, utilizzata per la terza fase di “back translation”. Successivamente il coordinatore, che ha guidato questa fase senza intervenire nelle scelte lessicali, ha stilato un rapporto evidenziando i punti su cui i traduttori si sono trovati in disaccordo, i motivi e come hanno risolto la traduzione. (Allegato 3)

FASE 3- Ri-traduzione Italiano-Inglese (BACK TRANSLATION)

Il confronto della ri-traduzione in lingua originale e la versione originale è un metodo di controllo atto a valutare se la traduzione nella lingua target (italiano) presenti differenze macroscopiche e/o errori concettuali rispetto alla versione originale (Wild et al. 2005).

La fase successiva ha previsto la scelta di due traduttori madrelingua Inglese, non esperti in materia biomedica, con precedenti esperienze di traduzione, per portare a termine la ri-traduzione della versione italiana T12 nella lingua originale. Questa nuova traduzione è stata confrontata con la versione originale del questionario.

È stata consegnata loro una breve sintesi dei concetti chiave del questionario che si apprestavano a tradurre, chiedendo loro di preferire una traduzione prettamente letterale rispetto ad una concettuale. (Allegato 4)

Ciascun traduttore ha poi consegnato una traduzione in inglese (T3 e T4), comprensiva di quesiti del questionario, punteggio e istruzioni per la compilazione.

3) RISULTATI

La Back Translation ha confermato la validità della Forward Translation, cioè della versione italiana della scala poiché nel processo di traduzione il significato degli item è stato mantenuto.

Tuttavia, prima di poter utilizzare la scala come strumento clinico, sarebbe opportuno effettuare un pre-testing su 30-40 soggetti per verificare che gli items siano intelleggibili. Data la particolarità del questionario, il campione pilota per questa fase non dovrebbero essere i pazienti bensì i fisioterapisti (Guillenim et al. 2000).

4) DISCUSSIONE

E' stato evidenziato come la tendenza a catastrofizzare possa essere da un lato associata a particolari tratti della personalità come, ad esempio, un'affettività negativa (NA) (Sullivan et al., 1995), e dall'altro possa essere influenzata da fattori esterni quali le informazioni che il paziente riceve riguardo al suo disturbo.

I meccanismi attraverso i quali le attitudini e le convinzioni dei professionisti sanitari possano influenzare il comportamento clinico e di conseguenza i risultati dei pazienti con mal di schiena, non sono ancora completamente noti (Walker et al, 2004; Bonetti et al, 2006) tuttavia si suppone che il tipo di formazione dei caregivers e, conseguentemente, le loro credenze nei confronti del LBP, possano influenzare la qualità del recupero dei pazienti con LBP e in alcuni casi prevenire fenomeni di cronicizzazione.

Il ruolo che giocano gli atteggiamenti e le convinzioni dei professionisti sanitari nei confronti del mal di schiena e il loro livello di adesione alle raccomandazioni delle linee guida ha conquistato recentemente un posto prioritario nell'ambito della ricerca scientifica.

Disporre di questionario come la PABS-PT può essere utile per valutare l'orientamento terapeutico dei fisioterapisti in Italia ed indagare se esso dipenda, e in che misura, dalla dal carattere della loro formazione.

Con queste premesse sarebbe auspicabile uno studio sperimentale condotto su un campione di fisioterapisti che hanno intrapreso formazioni diverse.

5) BIBLIOGRAFIA

Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F “European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain”. Chapter 4 EUR SPINE J 2006; 15 Suppl 2:S192-300.

Barrios FX, Riley JF “Cognitive factors and disability in chronic pain: is there more than just depression?. Boston, 21st Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavioral Therapy 1987

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB “Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. SPINE 2000

Bishop A. “Pain Attitudes and Beliefs Scale (PABS)” JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY 2010 vol.56

Bishops A, Thomas E, Foster N.E. “Health care Practitioners’ attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools” PAIN 2007

Bonetti D, Pitts NB, Eccles M, Grimshaw J, Johnston M, Steen N et al “Applying psychological theory to evidence-based clinical practice: identifying factors predictive of taking intra-oral radiographs. . SOCIAL SCI MED 2006;63:1889-99.

Koes BW, Van Tulder MW, Ostelo R, Kim BA, Waddel G “Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison.. SPINE 2001,26.2504-13.

Lethem J, Troup PD, Bentley G “Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception” BEHAVIOUR RES THERAPY 1983; 21(4): 401-8

Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Fordyce WE et al " The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach.. PHYS THER APY 1992; 72(4):279-90.

Philips HC "Avoidance behavior and its role in sustaining chronic pain", BEHAVIOUR RES THERAPY 1987; 25 (4):273-9

Put CL, Witkower A "Pain and Impairment beliefs in patients treated in an interdisciplinary inpatient pain program". AMERICAN PAIN SOCIETY 10th Annual Meeting 1991

Ravensberg CDV, Klaveren AAJv, Wams HWA, Elvers JWH, Oostendorp RAB, Hendriks HJM "Variabelen in samenhang met het aantal behandelingen fysiotherapie".. NPI: Amersfoort; 1995

Riley JF, Ahern DK, Follick MJ "Chronic pain and functional impairments : assessing beliefs about their relationship".. ARCH PHYS MED REHABIL 1988; 69(8):579-82

Ruud M.A. Houben a,* , Raymond W.J.G. Ostelo b, Johan W.S. Vlaeyen a,Pieter M.J.C. Wolters c, Madelon Peters a, Suzanne G.M. Stomp-van den Berg d "Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity" EUROPEAN JOURNAL OF PAIN 2005

Slaters MA, Hall HA, Atkinson JH, Garfin SR "Pain and impairment beliefs in chronic low back pain; validation of the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS).. PAIN 1991; 44: 51-6

Sullivan MD "Finding pain between minds and bodies". CLIN J PAIN 2001; 17(2):146-56

Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. "The pain catastrophizing Scale: development and validation". PSYCHOL ASSESS 1995;7(4):524-32

Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Del Real MT, Hutchinson A, et al "European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care.. Chapter 3. EUR SPINE J 2006;15 Suppl 2:S169-91.

Vlaeyen JWS, Linton SJ. "Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. PAIN 2000; 85(3):317-32.

Vlaeyen JWS, Kole Snijders AMJ, Ruesink R et al. " The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. J OCCUP REHAB 1995; 5(4):235-52.

Waddel G. "The back pain revolution", 1998

Waddel G, M Newton, I Henderson, D Somerville, CJ Main "A fear-avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain disability.". PAIN 1993; 52(2): 157-68

Walker A, Watson M, Grimshaw J, Bond C "Applying the theory of planned behavior to pharmacists' beliefs and intentions about the treatment of vaginal candidiasis with non-prescription medicines.. FAM PRACT 2004;21:670-6.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P "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", ISPOR 2005, VOL 8 NUM 2 94-104

ALLEGATO 1

ISTRUZIONI PER I TRADUTTORI ITALIANI

La Pain Attitudes and Beliefs Scale (PABS-PT) è una scala di misurazione sviluppata col fine di valutare quali sono gli atteggiamenti e le convinzioni dei professionisti sanitari, e nello specifico, i fisioterapisti, nei confronti del mal di schiena.

In ambito medico accade spesso che l'approccio terapeutico che adotta il professionista sanitario e le sue convinzioni influenzano la percezione che il paziente stesso ha nei confronti del suo problema e ne influenza il recupero ed il ritorno alle normali attività senza dolore.

Tuttavia questa scala non è ancora disponibile in Italiano.

La prima fase del processo di traduzione di uno strumento scientifico, quale la PABS-PT, consiste nella "Forward translation" cioè una traduzione dalla lingua originale all'italiano ad opera di due traduttori madrelingua italiani.

Vi viene pertanto chiesto di tradurre questo questionario dalla lingua inglese all'italiano, cercando di comprendere i quesiti, evitando di fare una pura e semplice traduzione letterale poiché il processo di traduzione consiste anche in un adattamento culturale.

La traduzione dovrà tenere conto degli utenti finali del questionario, i fisioterapisti e dovrà essere di carattere colloquiale.

Dovrete consegnare

- 1) Una traduzione in italiano, che comprenda i quesiti del questionario, il punteggio e le istruzioni iniziali per la compilazione
- 2) Un breve rapporto sulla traduzione indicando i termini o le frasi difficili o poco chiare da tradurre
- 3) Eventuali traduzioni alternative e specificare il rationale delle vostre scelte

ALLEGATO 2

Physiotherapist Attitude and Beliefs scale

(PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

INSTRUCTIONS:

The purpose of this list is to help us analyse how you, the therapist, approach the most common forms of back pain. We do **not** mean back pain resulting from a radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammation, a tumour or metastasis.

It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know how you approach the treatment of back pain. We are looking for **your** opinion; the opinions of **others** are not relevant.

Scoring method:

We would like you to indicate the level to which you agree or disagree with each statement by placing a cross in one of the boxes.

An example is shown below.

Example: "Exercise is best carried out using exercise equipment"

If you totally disagree with this statement, put a cross in the left-hand box:

Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Note

To allow proper analysis of the data, it is essential that you give your opinion on **all the statements**, even if you feel that some “double” statements may have been included.

	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage	<input type="checkbox"/>					
The cause of back pain is unknown	<input type="checkbox"/>					
Pain is a nociceptive stimulus, indicating tissue damage	<input type="checkbox"/>					
A patient suffering from severe back pain will benefit from physical exercise	<input type="checkbox"/>					
Functional limitations associated with back pain are the result of psychosocial factors	<input type="checkbox"/>					
Patients with back pain should preferably practice only pain free movements	<input type="checkbox"/>					
Therapy may have been successful even if pain remains	<input type="checkbox"/>					
Back pain indicates the presence of organic injury	<input type="checkbox"/>					
If back pain increases in severity, I immediately adjust the intensity of my treatment accordingly	<input type="checkbox"/>					
If therapy does not result in a reduction in back pain, there is a high risk of severe restrictions in the long term	<input type="checkbox"/>					
Pain reduction is a precondition for the restoration of normal functioning	<input type="checkbox"/>					
Increased pain indicates new tissue damage or the spread of existing damage	<input type="checkbox"/>					
There is no effective treatment to eliminate back pain	<input type="checkbox"/>					
Even if the pain has worsened, the intensity of the next treatment can be increased	<input type="checkbox"/>					
If patients complain of pain during exercise, I worry that damage is being caused	<input type="checkbox"/>					

The severity of tissue damage determines the level of pain

Learning to cope with stress promotes recovery from back pain

Exercises that may be back straining should not be avoided during the treatment

In the long run, patients with back pain have a higher risk of developing spinal impairments

ALLEGATO 3

RELAZIONE DEL COORDINATORE DELLA FASE DI “Reconciliation”

La “Riconciliazione” non ha comportato particolari disagi. Si è giunti alla versione finale attraverso un accordo dei traduttori, frase per frase. Il traduttore n.1, esperto in materia medica, ha supportato le sue scelte di traduzione della terminologia clinica, essendo a conoscenza dei termini più comuni utilizzati in ambito medico-sanitario. Per l’adattamento sintattico, invece, la predominanza è stata del traduttore n.2 il quale ha provveduto ad effettuare un adattamento alla lingua italiana. Una difficoltà riscontrata è stata, ad esempio, con il quesito n. 15, nell’espressione “ I worry that damage is being caused”. Nella lingua inglese, infatti, è più facile rendere la continuità degli eventi con un tempo verbale, cosa che è più ostica con la lingua italiana. E’ stata adottata così la traduzione “mi preoccupa di star provocando un danno”, la quale, sebbene sintatticamente corretta, non è un’espressione usata di frequente.

Così come specificato nelle linee guida si è giunti ad una traduzione di comune accordo e non secondo la prevalessa di un traduttore sull’altro.

ALLEGATO 4

ISTRUZIONI PER I TRADUTTORI INGLES

Si sta portando avanti il processo di traduzione/adattamento culturale della Pain Attitudes and Beliefs Scale (PABS-PT), un questionario sviluppato col fine di valutare quali sono gli atteggiamenti e le convinzioni dei professionisti sanitari, e nello specifico, i fisioterapisti, nei confronti del mal di schiena.

Questa fase del processo di traduzione consiste nella “Backward translation” cioè una traduzione dalla lingua italiana all’inglese, lingua in cui era stato originariamente scritto il questionario.

Il vostro elaborato sarà poi confrontato con la versione originale per verificarne la concordanza concettuale.

Vi viene pertanto chiesto di tradurre questo questionario dalla lingua italiana all’inglese, cercando di comprendere i quesiti ma di fare una traduzione letterale, il più fedele possibile.

Dovrete consegnare

- 4) Una traduzione in inglese, che comprenda i quesiti del questionario, il punteggio e le istruzioni iniziali per la compilazione
- 5) Un breve rapporto sulla traduzione indicando i termini o le frasi difficili o poco chiare da tradurre
- 6) Eventuali traduzioni alternative e specificare il rationale delle vostre scelte

T1

Questionario di valutazione dell'opinione e dell'atteggiamento del fisioterapista nei confronti del mal di schiena

(PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

L'obiettivo di questo questionario è quello di aiutarci ad analizzare come è il tuo approccio, da terapeuta, nei confronti del mal di schiena. Con mal di schiena non intendiamo quello causato da sindrome radicolare, sindrome della cauda equina, fratture, infezioni, infiammazioni, tumori o metastasi.

Non è nostra intenzione testare le tue conoscenze sul mal di schiena. Vogliamo semplicemente conoscere il tuo metodo di approccio al trattamento del mal di schiena. Noi vogliamo sapere la tua opinione, quelle degli altri non sono rilevanti.

Punteggio:

Ti chiediamo di indicare qual è il tuo livello di accordo o disaccordo con ogni affermazione, mettendo una croce in una delle caselle. Come nell'esempio sottostante:

Esempio: "Gli esercizi sono più efficaci se fatti con gli appositi attrezzi"

Se sei totalmente in disaccordo con questa affermazione, metti una croce nella casella più a sinistra

Totalmente in disaccordo	Decisamente in disaccordo	In parte in disaccordo	Concordo in parte	Concordo decisamente	Concordo totalmente
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Per permettere una corretta analisi dei dati è essenziale dare un'opinione a tutte le affermazioni, anche se pensi che siano state incluse affermazioni doppie.

	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
Lo stress mentale può causare mal di schiena anche in assenza di danno tissutale.	<input type="checkbox"/>					
La causa del mal di schiena è sconosciuta.	<input type="checkbox"/>					
Il dolore è uno stimolo nocicettivo, che indica danno tissutale.	<input type="checkbox"/>					
Un paziente affetto da mal di schiena severo troverà beneficio con l'esercizio fisico.	<input type="checkbox"/>					
Le limitazioni funzionali associate al mal di schiena sono la conseguenza di fattori psicosociali.	<input type="checkbox"/>					
Pazienti affetti da mal di schiena cercano preferibilmente di compiere solo movimenti non dolorosi.	<input type="checkbox"/>					
La terapia può avere successo anche se il dolore non scompare. (3)	<input type="checkbox"/>					
Il dolore alla schiena indica la presenza di lesioni organiche.	<input type="checkbox"/>					
Se il mal di schiena aumenta in gravità, immediatamente regolo di conseguenza l'intensità del mio trattamento.	<input type="checkbox"/>					
Se la terapia non comporta una riduzione del mal di schiena, c'è un alto rischio di severe restrizioni a lungo termine.	<input type="checkbox"/>					
La diminuzione del dolore è una condizione indispensabile per il ritorno alla normale funzionalità.	<input type="checkbox"/>					

L'aumento di dolore indica un nuovo danno del tessuto o un'espansione del danno già presente.	<input type="checkbox"/>					
Non esiste un trattamento efficace per eliminare il mal di schiena.	<input type="checkbox"/>					
Anche se il dolore è peggiorato, l'intensità del trattamento può essere aumentata.	<input type="checkbox"/>					
Se il paziente si lamenta del dolore durante l'esercizio, mi preoccupa del danno causato. (1)						
La gravità del danno tissutale determina il grado di dolore.	<input type="checkbox"/>					
Imparare a combattere lo stress facilita il recupero dal mal di schiena.	<input type="checkbox"/>					
Esercizi che possono sforzare la schiena non dovrebbero essere evitati durante il trattamento.						
A lungo andare, pazienti affetti da mal di schiena hanno un rischio maggiore di sviluppare menomazioni spinali. (2)	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree

Termini o frasi in cui ho trovato difficoltà:

1) I worry that damage is being caused

2) spinal impairments

Possibili doppie traduzioni:

3) il dolore rimane / non scompare

T2

Physiotherapist Attitude and Beliefs scale
(PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

Lo scopo di questo questionario è di aiutarci a valutare l'approccio del terapeuta alle più comuni forme di mal di schiena. Non intendiamo mal di schiena risultante da **sindrome radicolare**, sindrome della **cauda equina**, fratture, infezioni, infiammazioni, tumori o metastasi.

Non è nostra intenzione testare la tua conoscenza del mal di schiena. Vorremmo semplicemente scoprire qual'è il tuo approccio al trattamento del mal di schiena. Siamo interessati alla tua opinione, le opinioni degli altri non sono di nostro interesse.

metodo di giudizio

Dovresti indicare quanto concordi o dissenti da ogni affermazione mettendo una crocetta nella casella corrispondente.

Di seguito un esempio.

Esempio: gli esercizi vengono eseguiti meglio se vengono utilizzati macchinari

Se dissenti totalmente metti una crocetta nella casella all'estrema sinistra.

Totalmente in disaccordo	Decisamente in disaccordo	In parte in disaccordo	Concordo in parte	Concordo decisamente	Concordo totalmente
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Al fine di consentire un'analisi adeguata dei dati, è essenziale dare un'opinione su tutte le affermazioni, anche se alcune potrebbero sembrare ripetitive.

	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
lo stress mentale può causare mal di schiena anche in assenza di danni ai tessuti	<input type="checkbox"/>					
La causa del mal di schiena è sconosciuta	<input type="checkbox"/>					
Il dolore è uno stimolo nocicettivo che indica danneggiamento dei tessuti	<input type="checkbox"/>					
Il paziente che soffre di serio mal di schiena avrà giovamento dall'esercizio fisico	<input type="checkbox"/>					
Le limitazioni funzionali associate al mal di schiena sono il risultato di fattori psicosociali	<input type="checkbox"/>					
I pazienti con mal di schiena dovrebbero praticare solo movimenti che non provocano dolore	<input type="checkbox"/>					
La terapia potrebbe avere avuto successo anche se il dolore persiste	<input type="checkbox"/>					
Il mal di schiena segnala la presenza di lesioni fisiche	<input type="checkbox"/>					
Se il mal di schiena aumenta in gravità, immediatamente regolo di conseguenza l'intensità del mio trattamento	<input type="checkbox"/>					
Se la terapia non provoca una riduzione del mal di schiena il rischio di importanti limitazioni a lungo termine è alto	<input type="checkbox"/>					
La diminuzione del dolore è un requisito fondamentale per il ritorno al normale funzionamento	<input type="checkbox"/>					
Un aumento del dolore indica nuovi danni ai tessuti o l'estensione del danno esistente	<input type="checkbox"/>					
Non esiste un trattamento efficace per l'eliminazione del mal di schiena	<input type="checkbox"/>					

Anche se il dolore è peggiorato è possibile aumentare l'intensità del trattamento successivo	<input type="checkbox"/>					
Se il paziente lamenta dolore durante l'esercizio, mi preoccupa di stare provocando un danno	<input type="checkbox"/>					
La gravità del danno ai tessuti determina il livello del dolore	<input type="checkbox"/>					
Imparare ad affrontare lo stress favorisce la guarigione dal mal di schiena	<input type="checkbox"/>					
Esercizi che potrebbero affaticare la schiena non andrebbero evitati durante il trattamento	<input type="checkbox"/>					
I pazienti con mal di schiena rischiano maggiormente di sviluppare problemi spinali nel lungo periodo	<input type="checkbox"/>					
	Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree

La traduzione non ha presentato particolari problemi dal punto di vista prettamente linguistico (grammaticale e morfo-sintattico).

Ho riscontrato alcune difficoltà nella traduzione dei seguenti termini

- radicular syndrome
- cauda equina syndrome
- nociceptive
- impairments
- restrictions
- straining

i primi quattro termini sono specifici e relativi ad un settore medico di cui non ho conoscenza. La traduzione è stata effettuata tramite ricerche in internet.

Gli ultimi due termini sono termini utilizzati anche in altri ambiti, la traduzione appropriata in ambito medico è risultata difficile.

Scala di valutazione dell'atteggiamento e delle convinzioni del Fisioterapista

(PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

Istruzioni

L'obiettivo di questo questionario è quello di aiutarci a valutare com'è il tuo approccio da terapeuta nei confronti delle più comuni forme di mal di schiena. Con mal di schiena non intendiamo quello causato da sindrome radicolare, sindrome della cauda equina, fratture, infezioni, infiammazioni, tumori o metastasi.

Non è nostra intenzione testare le tue conoscenze sul mal di schiena. Vorremmo semplicemente conoscere il tuo metodo di approccio al trattamento del mal di schiena. Noi vogliamo sapere la tua opinione, quelle degli altri non sono rilevanti.

Punteggio:

Dovresti indicare quanto concordi o dissenti da ogni affermazione mettendo una crocetta nella casella corrispondente.

Di seguito un esempio.

Esempio: gli esercizi vengono eseguiti meglio se fatti con gli appositi attrezzi

Se dissenti totalmente con questa affermazione, metti una crocetta nella casella più a sinistra.

Totalmente in
disaccordo

Ampiamente in
disaccordo

In parte in
disaccordo

Concordo in
parte

Concordo
Ampiamente

Concordo
totalmente

Note

Al fine di consentire un'analisi adeguata dei dati, è essenziale dare un'opinione su tutte le affermazioni, anche se alcune potrebbero sembrare ripetitive.

	Totalmente in disaccordo	Ampiamente in disaccordo	In parte in disaccordo	Concordo in parte	Concordo ampiamente	Concordo totalmente
lo stress mentale può causare mal di schiena anche in assenza di danni tissutale	<input type="checkbox"/>					
La causa del mal di schiena è sconosciuta	<input type="checkbox"/>					
Il dolore è uno stimolo nocicettivo che indica danno tissutale	<input type="checkbox"/>					
Un paziente affetto da mal di schiena severo troverà beneficio con l'esercizio fisico	<input type="checkbox"/>					
Le limitazioni funzionali associate al mal di schiena sono la conseguenza di fattori psicosociali	<input type="checkbox"/>					
Pazienti affetti da mal di schiena dovrebbero preferibilmente compiere solo movimenti non dolorosi	<input type="checkbox"/>					
La terapia potrebbe avere avuto successo anche se il dolore persiste	<input type="checkbox"/>					
Il mal di schiena segnala la presenza di lesioni organiche	<input type="checkbox"/>					
Se il mal di schiena aumenta in gravità, immediatamente regolo di conseguenza l'intensità del mio trattamento	<input type="checkbox"/>					
Se la terapia non comporta una riduzione del mal di schiena c'è un alto rischio di severe limitazioni a lungo termine	<input type="checkbox"/>					
La diminuzione del dolore è una condizione indispensabile per il ritorno alla normale funzionalità	<input type="checkbox"/>					
L'aumento del dolore indica un nuovo danno del tessuto o un'espansione del danno già presente	<input type="checkbox"/>					
Non esiste un trattamento efficace per eliminare il mal di schiena	<input type="checkbox"/>					
Anche se il dolore è peggiorato è possibile aumentare	<input type="checkbox"/>					

l'intensità del trattamento successivo

Se il paziente si lamenta del dolore durante l'esercizio, mi preoccupa di star provocando un danno

La gravità del danno tissutale determina il grado di dolore

Imparare ad affrontare lo stress favorisce la guarigione del mal di schiena

Esercizi che potrebbero sforzare la schiena non dovrebbero essere evitati durante il trattamento

Nel lungo periodo, pazienti affetti da mal di schiena hanno un rischio maggiore di sviluppare menomazioni spinali

Rating scale of physiotherapist's attitude and beliefs

(PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

Instructions:

The purpose of this questionnaire is to help us evaluate your approach as a therapist towards the most common types of back pain. By back pain, we do not mean that caused by radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infection, inflammation, tumour or metastasis.

It is not our intention to test your knowledge of back pain. We would simply like to know your method of approach to treatment of back pain. We want to know your opinion, those of others are not important.

Scoring:

You should indicate how strongly you agree or disagree with each statement, checking/ticking the corresponding box. An example follows:

Example: "Exercises are performed better if done with the appropriate equipment."

If you completely disagree with this statement, tick/check the box furthest to the left.

Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

In order to allow adequate analysis of the data it is essential to give an opinion on all of the statements, even if some may seem repetitive.

Totally disagree	Largely disagree	Disagree to some extent	Agree to some extent	Largely agree	Totally agree
------------------	------------------	-------------------------	----------------------	---------------	---------------

Mental stress can cause back pain even in the absence of tissue damage.

The cause of back pain is unknown.

Pain is a nociceptive stimulus, which indicates tissue damage.

A patient affected by severe back pain will benefit from physical exercise.

The functional limitations associated with back pain are the consequence of psychosocial factors.

Patients affected by back pain should preferably only carry out/perform non-painful movements.

Therapy may have been successful even if pain persists.

Back pain indicates the presence of organic lesions.

If the severity of back pain increases, I immediately regulate/adjust the intensity of my treatment.

If therapy does not reduce back pain, there is a high risk of severe long-term limitations.

A decrease in pain is an essential condition for return to normal function.

An increase in pain indicates new tissue damage or an expansion of the already-present damage.

There is no effective treatment to eliminate back pain.

Even if the pain has worsened, it is possible to increase the intensity of the following treatment.

If the patient complains of pain during exercise, I worry that I am causing damage.

The seriousness of tissue damage determines the degree of pain.

Learning to face/cope with/deal with stress favours recovery from back pain.

Exercises which may force/strain the back should not be avoided during treatment.

In the long term, patients affected by back pain have a greater risk of developing spinal handicap/disablement.

T4

Physiotherapist' Attitudes and Beliefs Scale
(PABS)

RWJG Ostelo, SGM van den Berg, JWS Vlaeyen, HCW de Vet, PMJC Wolters

Instructions

The aim of this questionnaire is helping us to assess how is your therapist approach towards most common forms of back pain. With back pain we don't mean the one caused by radicular syndrome, cauda equina syndrome, fractures, infections, inflammations, cancer or metastasis. We don't want to test your knowledge about back pain. We would simply like to know your approach method towards back pain treatment. We want your opinion, opinions of others are not relevant for us.

Score:

You would indicate how much do you agree or disagree with each sentence putting a cross in the corresponding box.

An example below:

Example: Exercises are performed better if done with appropriate instruments

Put a cross in the box furthest to the left if you totally disagree with this statement.

Totally disagree	Widely disagree	Disagree in part	Agree in part	Widely agree	Totally agree
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Note

In order to allow a correct data analysis, it is fundamental to give an opinion to each statement, even if someone seems to be repetitive.

	Totalmente in disaccordo	Ampliamente in disaccordo	In parte in disaccordo	Concordo in parte	Concordo ampiamente	Concordo totalmente
Mental stress can cause back pain even without tissue damage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Back pain etiology is unknown	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain is a nociceptive stimulus that indicate tissue damage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A patient affected by severe back pain will benefits from physical exercise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Functional restrictions linked to back pain are a consequence of psychosocial factors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients affected by back pain should preferably do only not painful movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapy might have been successfull even if pain remains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Back pain points the presence of organic lesions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If back pain gravity increases, I accordingly adjust immediately my treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If therapy dosen't bring a reduction of back pain there is a high risk of long term severe restrictions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduction of pain is an essential condition to come back to normal functioning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Increase of pain suggests a new tissue damage or an expansion of the pre-existent damage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It doesn't exist an effective treatment to delete back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Even if pain become worst it is possible to increase the intensity of next treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If patient complains pain during an exercise, I take care that a damage is being caused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The gravity of tissue damage determines pain level	<input type="checkbox"/>					
Learning to face stress advantage back pain recovery	<input type="checkbox"/>					
Exercises that would be back straining shouldn't be avoided during treatment.	<input type="checkbox"/>					
In the long run, patients affected by back pain have higher risk to develop spinal impairments	<input type="checkbox"/>					