

PSIHOMETRIČNE LASTNOSTI SLOVENSKEGA PREVODA LESTVICE KATASTROFIZIRANJA BOLEČINE (PCS) *PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE SLOVENIAN TRANSLATION OF THE PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)*

Zala Brečko, mag. psih., Nika Bolle, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Kaja Pavlin, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Katja Zupančič, univ. dipl. psih., specializantka klin. psih.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Ljubljana

POVZETEK

Izhodišča:

Katastrofiziranje bolečine je med pomembnejšimi psihološkimi konstrukti, ki opredeljujejo doživljanje bolečine, dekatastrofizacija pa predstavlja enega prvih terapevtskih ciljev, ki pacientom omogoča učinkovitejše spoprijemanje z njihovo boleznijo. Vprašalnik Pain Catastrophizing Scale (PCS) nam daje vpogled v pacientovo subjektivno doživljanje bolečine in je kot takšen uporaben v klinični praksi kot mera pacientovega terapevtskega napredka v odnosu do bolečine. V raziskavi smo ocenili psihometrične lastnosti slovenske različice vprašalnika PCS.

Metode:

Vprašalnik smo po standardni metodi prevedli v slovenščino in ga uporabili pri 1.756 pacientih, ki so bili med februarjem 2019 in aprilom 2022 pregledani v Ambulanti za rehabilitacijo oseb s kronično nerakavo bolečino na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča. Ocenili smo zanesljivost in diskriminativnost postavk ter podlestitvic. Za določanje ustreznosti prileganja modelov smo pri potrditveni faktorski analizi uporabili test χ^2 kot mero statističnega prileganja in pet indeksov kot mere praktičnega prileganja modelu: CFI, TLI, GFI, RMSEA z 90 % intervalom zaupanja (IZ) in SRMR.

Rezultati:

Cronbachov koeficient α je za vseh 13 postavk znašal 0,93, od tega za prvi faktor 0,82, za drugi 0,78 in za tretji 0,89. Indeks diskriminativnosti je bil pri vseh postavkah, razen pri osmi (0,42), večji od 0,60. Ustrezno prilagajanje modelu so

ABSTRACT

Background:

Pain catastrophizing is one of the key psychological constructs that define pain perception, with decatastrophization being one of the primary therapeutic goals enabling more effective coping with the disease for patients. The Pain Catastrophizing Scale (PCS) provides insights into a patient's subjective experience of pain and is useful in clinical practice as a measure of a patient's therapeutic progress regarding pain. In this study, we assessed the psychometric characteristics of the Slovenian version of the PCS scale.

Methods:

The questionnaire was translated into Slovenian using the standard method and administered to 1756 patients who were evaluated at the Outpatient service for chronic non-malignant pain, University Rehabilitation Institute, Republic of Slovenia, between February 2019 and April 2022. We estimated the reliability and discriminative statistics of items and subscales. To assess the goodness of fit of confirmatory factor analysis models, we used the χ^2 test as a measure of statistical fit and five indices as practical fit measures: CFI, TLI, GFI, RMSEA with a 90% confidence interval (CI), and SRMR.

Results:

Cronbach's alpha coefficient for all 13 items was 0.93, with values of 0.82 for the first factor, 0.78 for the second, and 0.89 for the third. The discriminative index was greater than 0.60 for all items, except for the eighth (0.42). Adequate model fit was confirmed by CFI (0.98), TLI (0.97), GFI (0.99), and RMSEA

potrdili indeksi CFI (0,98), TLI (0,97) GFI (0,99) in RMSEA (0,062; 90 % IZ). Neustrezno prilagajanje modelu sta pokazali statistično značilna vrednost χ^2 in vrednost SRMR (0,12).

Zaključki:

Merske značilnosti slovenske različice vprašalnika so ustrezne in so primerljive z značilnostmi izvirnika: vprašalnik je visoko notranje zanesljiv, ima ustrezno diskriminativnost postavk in predvideno trifaktorsko strukturo.

Ključne besede:

kronična bolečina; katastrofiziranje bolečine; priredba; zanesljivost; diskriminativnost

(0.062; 90% CI). Inadequate model fit was indicated by the statistically significant χ^2 value and the SRMR value (0.12).

Conclusions:

The measurement characteristics of the Slovenian version of the questionnaire are appropriate and comparable to the characteristics of the original: the questionnaire is highly internally reliable, has adequate item discriminative power, and exhibits the anticipated three-factor structure.

Key words:

chronic pain; pain catastrophizing adaptation; reliability; discriminativeness

UVOD

Kako posameznik misli in čuti glede svoje bolečine, pomembno vpliva na to, kaj glede bolečine stori in kako bolečina vpliva nanj (1). Katastrofiziranje bolečine predstavlja enega pomembnejših psiholoških dejavnikov doživljanja bolečine. Pomeni pretirano negativen miselni sklop med doživljanjem ali pričakovanjem bolečine (2). Zanj je značilna posameznikova težnja po tem, da bolečino vidi kot ogrožajočo in je zato zaradi nje zaskrbljen, se čuti glede nje nemočen ter o njej miselno premleva (3). Izsledki več raziskav (4 - 6) so pokazali, da tendenca h katastrofiziranju med doživljanjem bolečine prispeva k intenziviranju bolečine in emocionalnega distresa. V zadnjih dveh desetletjih se je katastrofiziranje v literaturi povzpelo na raven enega najbolj pomembnih psiholoških konstruktov, ki opisujejo doživljanje bolečine (2). Wertli idr. (7) so ugotovili, da je katastrofiziranje pozitivno povezano s samoceno intenzitete bolečine in posledične zmanjšane zmožnosti funkcioniranja ter da lahko pri pacientih z bolečino v križu podaljša okrevanje. Nižja stopnja katastrofiziranja je bila povezana z boljšimi izidi zdravljenja (8). Več raziskav je pokazalo, da je katastrofiziranje bolečine po kirurškem posegu napovedni dejavnik razvoja v kronično bolečino (1). Če je katastrofično doživljanje le blago izraženo, je verjetnost, da bo bolečina po kirurškem posegu vztrajala tudi po tem, ko se tkivo zaceli, manjša (9).

Pomembnost zmanjšanja katastrofiziranja so nakazovali tudi avtorji, ki so proučevali uspešnost intervencij, namenjenih učenju spoprijemanja s kronično bolečino (10). Ugotovili so, da je zmanjšanje katastrofizacije pomemben dejavnik, ki določa učinkovitost intervencij, pri čemer je odnos vzajemen, saj tovrstne intervencije prispevajo k zmanjševanju katastrofizacije (10 - 12). Ti rezultati nakazujejo, da je razumevanje povezanosti katastrofizacije z doživljanjem bolečine izjemno pomembno. Znotraj konteksta obravnave pacientov s kronično bolečino je tako dekatastrofizacija bolečine eden prvih terapevtskih ciljev. Dekatastrofizacija pacientom omogoči učinkovitejše spoprijemanje s kroničnoboječinskimi

sindromi. Iz tega razloga je vpogled v pacientovo subjektivno doživljanje bolečine zelo pomemben pri delu s temi pacienti.

Tudi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča (URI Soča) v ambulanti za rehabilitacijo oseb s kronično nerakavo bolečino pri prvem pregledu klinični psiholog ocenjuje stopnjo posameznikovega katastrofiziranja bolečine. Le-to ugotavljamo s pomočjo klinično-psihološkega intervjuja in vprašalnika za oceno stopnje katastrofizacije (*angl.* Pain Catastrophizing Scale, PCS) (9), ki so ga razvili na Univerzitetnem raziskovalnem centru za bolečino in invalidnost v Kanadi (6). Vprašalnik so zidelali, da bi ugotavljali dejavnike, preko katerih katastrofiziranje vpliva na doživeto izkušnjo bolečine.

Trenutno je PCS eden najpogostejše uporabljenih vprašalnikov za merjenje katastrofizacije bolečine. Meri tri dimenzije katastrofizacije bolečine:

- *ruminacija* oziroma miselno premlevanje o bolečini (*»Ne morem se znebiti misli na bolečino.«*),
- *magnifikacija* oziroma povečan občutek ogroženosti / zaskrbljenosti zaradi bolečine (*»Sprašujem se, ali se mi lahko kaj resnega zgodi.«*) in
- *občutki nemoči* ob bolečini (*»Strašno je, občutek imam, da me povsem preplavi.«*).

Vprašalnik je sestavljen iz 13 postavk in je časovno ekonomičen. Posameznika s kronično bolečino sprašuje o načinu razmišljanja, ko ga boli. Na vsako postavko odgovarja na lestvici od nič (*»sploh ne drži«*) do štiri (*»povsem drži«*). Končni rezultat je seštevek dosežkov vseh postavk. Najvišji možni rezultat je 52, pri čemer višji rezultat pomeni višjo izraženo katastrofiziranje (9).

Struktura vprašalnika

Sullivan in sodelavci (9) so vprašalnik testirali na 429 oseb (302 žensk; povprečna starost 20 let). Analiza podatkov pokazala, da vprašalnik odlikava tri dimenzije, pri čemer je *ruminacija*, kot

prva glavna komponenta, pojasnila 41 % variance in je vsebovala štiri postavke (postavke 8 - 12); *magnifikacija* je, kot druga komponenta, pojasnila 10 % variance, vsebovala je tri postavke (postavke 6, 7 in 13); komponenta *občutki nemoči* pa je pojasnila 8 % variance in je vsebovala pet postavk (postavke 1 - 5). Analiza glavnih komponent je na nemškem vzorcu (13) potrdila tridimenzionalnost vprašalnika, pri čemer je dvanajsto postavko umestila v dimenzijo ruminacije in ne v dimenzijo občutkov nemoči. Tridimenzionalnost je potrdilo tudi vrednotenje vprašalnika na korejskem vzorcu (14). Nasprotno s temi ugotovitvami Osman in sodelavci v prvotni raziskavi niso potrdili treh dimenzij (15). Analiza je potrdila katastrofiziranje le kot dvodimenzionalen konstrukt, vendar so kot eno od omejitev študije navedli manjši vzorec ($N = 288$). V raziskavo so vključili študente psihologije; prvi faktor je pojasnil 55,2 % variance in je vseboval sedem postavk, drugi pa je pojasnil 7,7 % variance in je vseboval preostale postavke, pri čemer sta v prvem faktorju združeni postavki, ki v originalni verziji tvorita komponenti *magnifikacija* in *občutki nemoči*. Kasneje so raziskavo ponovili na populaciji zdravih odraslih oseb ($N = 215$) in pri ambulantnih pacientih z bolečino ($N = 60$) ter ugotovili trifaktorsko strukturo vprašalnika (16).

Zanesljivost

Zanesljivost vprašalnika je bila ocenjena s Cronbachovim koeficientom α , ki je v raziskavi Sullivana in sodelavcev (9) znašal 0,87, kar kaže na visoko notranjo zanesljivost instrumenta. Koeficient α za ruminacijo je znašal 0,87, za magnifikacijo 0,60 in za občutke nemoči 0,79. Tudi Osman in sodelavci (15) so potrdili visoko zanesljivost vprašalnika. Skupni α je znašal 0,93; ob ohranitvi treh faktorjev je α za ruminacijo znašal 0,91; α za magnifikacijo 0,75; in α za občutke nemoči 0,87. PCS se je izkazal za visoko zanesljivega tudi na nemškem vzorcu udeležencev (13). Skupni α je znašal 0,92; α za ruminacijo 0,88; α za magnifikacijo 0,67; in α za občutke nemoči 0,89. Skupni α na korejskem vzorcu (14) je znašal 0,93; α za ruminacijo 0,86; α za magnifikacijo 0,71; in α za občutke nemoči 0,90. Tudi metaanaliza šestnajstih priredb vprašalnika (17) je pri vseh potrdila visoko notranjo zanesljivost.

Veljavnost

V drugi zaporedni študiji so Sullivan in sodelavci (9) preverjali in potrdili konstruktno veljavnost vprašalnika. Ugotovili so, da so študentje psihologije ($n = 15$), označeni kot »katastrofizatorji«, v eksperimentalnih okoliščinah podali več z bolečino povezanih trditev, v primerjavi s študenti, ki niso katastrofizirali ($n = 15$). Nemška različica vprašalnika je potrdila dobro konstruktno veljavnost; korelacije med dosežki PCS in ostalimi sorodnimi konstrukti s področja doživljanja bolečine (izogibanje aktivnostim, ki bi po mnenju pacienta lahko povečale bolečino, invalidnost, depresivnost, somatizacija) so znašale med 0,31 in 0,61 (13). Dobra konstruktna veljavnost je bila potrjena v korejski raziskavi (14). Korelacije med dosežki PCS in intenziteto bolečine, depresijo, na bolečino vezano anksioznost, fizičnim in psihološkim funkcioniranjem, so znašale med 0,37 in 0,82. Metaanaliza (17) je pokazala variabilnost korelacij med PCS in ostalimi, z bolečino povezanimi konstrukti, kar kaže na to, da lahko skupne rezultate,

pridobljene na PCS, med posameznimi verzijami vprašalnikov med sabo primerjamo, ne pa tudi njihovih povezav s preostalimi konstrukti.

Sociodemografski korelati

Sullivan in sodelavci (9) so opazili povezanost spola s končnim rezultatom, in sicer so ženske ($M = 19,5$; $SD = 8,5$) v povprečju dosegale višje rezultate kot moški ($M = 16,4$; $SD = 7,3$; $t(425) = 3,66$; $p < 0,001$). Statistično značilne razlike so našli pri dimenziji ruminacija (ženske: $M = 2,2$, $SD = 0,9$; moški: $M = 1,8$, $SD = 0,8$); $t(425) = 3,5$, $p < 0,001$) in dimenziji občutki nemoči (ženske: $M = 1,2$, $SD = 0,6$; moški: $M = 1,0$, $SD = 0,6$; $t(436) = 3,8$, $p < 0,001$), ne pa tudi na dimenziji magnifikacija (ženske: $M = 1,1$, $SD = 0,7$; moški: $M = 1,0$, $SD = 0,6$; $t(436) = 1,1$, $p > 0,001$). Značilne razlike med spoloma so opazili tudi Osman in sodelavci (15). Ženske so v povprečju dosegale višje rezultate pri dimenziji ruminacija ($F(286) = 3,91$, $p < 0,05$) in dimenziji občutki nemoči ($F(286) = 5,99$, $p < 0,01$), medtem ko pri dimenziji magnifikacija statistično značilnih razlik med spoloma ni bilo. Rezultati so bili skladni z izsledki raziskav, ki so pokazali, da so ženske bolj nagnjene k ruminiranju in doživljanju občutkov nemoči pri soočanju s stresnimi situacijami (18, 19, 20), ter z raziskavami, ki so trdile, da so ženske bolj nagnjene h katastrofiziranju kot moški (21).

Podobnih vprašalnikov, prevedenih v slovenščino, trenutno nimamo, zato smo se odločili za priredbo in prenos v naš jezikovni in kulturni prostor, kar bo v veliko pomoč pri nadaljnjih raziskavah in klinični praksi.

METODE

Udeleženci

V raziskavo je bilo vključenih 1.756 pacientov, ki so bili med februarjem 2019 in aprilom 2022 pregledani v ambulantni za rehabilitacijo oseb s kronično nerakavo bolečino na URI Soča. Udeleženi je bilo 1.511 (86 %) žensk in 237 (13,5 %) moških. Za osem pacientov (0,5 %) podatek o spolu ni bil zabeležen. Povprečna starost udeležencev je bila 51 let (SO 10 let), razpon starosti se je gibal med 16 in 86 let; 14 % udeležencev je imelo zaključeno osnovno šolo, 48 % poklicno oz. srednjo šolo, 21 % višjo šolo, 2 % udeležencev pa je dokončalo magisterij oz. doktorat. Za 16 % udeležencev podatek o dokončani izobrazbi ni bil zabeležen.

Ocenjevalni instrumenti

Vprašalnik PCS je prosto dostopen samoocenjevalni vprašalnik in je eden najpogostejše uporabljenih vprašalnikov za merjenje katastrofizacije bolečine (9). Sestavljen je iz 13 postavk. Udeleženec vsako postavko ovrednoti z ocenami od nič (sploh ne drži) do štiri (povsem drži), in sicer udeleženci ocenijo, v kolikšni meri posamezna postavka zanje drži glede na izkušnjo z bolečino. Postavke merijo tri dimenzije: ruminiranje o bolečini (postavke 8 – 11), magnifikacija bolečine (postavke 6, 7 in 13) in občutki

nemoči (postavke 1 – 5, 12). Rezultat dobimo tako, da seštejemo odgovore na vse postavke, pri čemer višji rezultat pomeni več katastrofičnega razmišljanja.

Postopek

Za priredbo vprašalnika smo pridobili dovoljenje avtorja vprašalnika. Postopek prevajanja vprašalnika je bil opravljen na standarden način, s strokovnim prevodom v slovenščino in nato nazaj v angleščino. Podatke smo zbirali v okviru ambulantnih pregledov na URI Soča, kjer so pacienti v dveh urah in pol opravili pregled pri zdravniku, specialistu fizikalne in rehabilitacijske medicine, pri kliničnem psihologu, fizioterapevtu in posvet pri socialnem delavcu. Pacienti so v času klinično-psihološkega pregleda skladno z navodili izpolnili sklop vprašalnikov tipa papir-svinčnik. Eden od teh vprašalnikov je bil tudi vprašalnik PCS.

Opisne statistike smo izračunali s pomočjo programa IBM SPSS Statistics. Izračunali smo zanesljivost in diskriminativnost postavk ter lestvic. Za oceno povezanosti s spolom in starostjo smo uporabili neparametrične metode (Spearmanov koeficient korelacije in Mann-Whitneyev test). Konfirmatorno faktorsko analizo smo izvedli s pomočjo programa LISREL. Vse statistične teste smo izvedli s stopnjo značilnosti $\alpha = 5\%$. Zaradi odstopanj porazdelitve od normalne in ordinalne merske ravni spremenljivk smo za ocenjevanje parametrov uporabili robustni pristop (WLS). Za določanje ustreznosti prileganja modelov smo uporabili test χ^2 kot mero statističnega prileganja in pet indeksov kot mere praktičnega prileganja modelu: CFI, TLI, GFI, RMSEA z 90 % intervalom zaupanja (IZ) in SRMR. Za določanje ustreznosti

prileganja modelov smo uporabili naslednja merila: CFI > 0,95, TLI > 0,95, GFI > 0,5, RMSEA < 0,08, SRMR < 0,01, $p(\chi^2) > 0,05$, χ^2/df 3.

REZULTATI

Normalnost porazdelitve smo testirali s testom Kolmogorova in Smirnova. Vse vrednosti so bile statistično značilne ($p < 0,001$), kar pomeni, da vse porazdelitve odstopajo od normalne. Koeficienti asimetričnosti kažejo na odstopanje porazdelitve od normalne na račun asimetrije pri večini postavk, z izjemo 2., 6. in 11. postavke. Porazdelitev postavk je večinoma desno asimetrična, z izjemo postavke 8, ki je asimetrična v levo. Na račun sploščenosti odstopajo vse postavke. Porazdelitev postavk je v večini primerov sploščena, z izjemo postavke 8, ki je izrazito koničasta. Indeksi diskriminativnosti pri vsaki postavki nakazujejo, da vse zelo dobro diskriminirajo med tistimi z visokim in nizkim skupnim rezultatom. Najnižji je indeks diskriminativnosti pri postavki 8 (»Ko me boli, si močno želim, da bi bolečina minila.«), vendar tudi ta dosega zelo dobro diskriminativnost (Tabela 1).

Ocena zanesljivosti

Za preverjanje notranje zanesljivosti vprašalnika smo uporabili Cronbachov koeficient α , ki za vseh 13 postavk znaša 0,93, kar kaže na odlično notranjo skladnost vprašalnika. Cronbachov koeficient α predpostavlja homogenost vprašalnika, zato smo preverili tudi notranjo skladnost vsakega faktorja posebej. Za celotni vzorec udeležencev je bila vrednost α za prvi faktor 0,82, za

Tabela 1. Opisna statistika in indeks diskriminativnosti ($N = 1756$).

Table 1. Descriptive statistics and discriminative index ($N = 1756$).

Postavka / Item	Min	Max	M	SD	Skw	SESkw	Kurt	SEKurt	KS	α
1	0	4	1,85	1,29	0,16	0,058	-1,06	0,117	0,18	0,69
2	0	4	2,05	1,32	-0,06	0,058	-1,13	0,117	0,16	0,71
3	0	4	1,72	1,33	0,24	0,058	-1,12	0,117	0,18	0,77
4	0	4	1,61	1,28	0,27	0,058	-1,03	0,117	0,17	0,78
5	0	4	1,76	1,3	0,22	0,058	-1,06	0,117	0,18	0,75
6	0	4	2,1	1,33	-0,08	0,058	-1,16	0,117	0,17	0,74
7	0	4	1,06	1,16	0,85	0,058	-0,26	0,117	0,25	0,62
8	0	4	3,54	0,85	-2,02	0,058	3,6	0,117	0,41	0,42
9	0	4	1,85	1,25	0,11	0,058	-1	0,117	0,17	0,75
10	0	4	1,37	1,22	0,5	0,058	-0,77	0,117	0,20	0,74
11	0	4	2,14	1,41	-0,04	0,058	-1,3	0,117	0,17	0,69
12	0	4	1,47	1,25	0,43	0,058	-0,83	0,117	0,18	0,60
13	0	4	1,35	1,31	0,62	0,058	-0,82	0,117	0,22	0,63

Legenda/ Legend: Min = najmanjše številko točk, doseženih na spremenljivki / the lowest variable score, Max = največje število točk, doseženih na spremenljivki / the highest variable score, M = povprečje / average, SD = standardni odklon / standard deviation, Skw = asimetričnost / skewness, SESkw = standardna napaka asimetričnosti / standard error of skewness Kurt = sploščenost / kurtosis, SEKurt = standardna napaka sploščenosti / standard error of kurtosis, KS = statistika Kolmogorova in Smirnova / Kolmogorov-Smirnov test statistic, α = indeks diskriminativnosti / discriminative index

drugi 0,78 in za tretji 0,89. Te vrednosti pomenijo visoko notranjo zanesljivost vseh treh faktorjev.

V Tabeli 2 so povzeti rezultati, ki prikazujejo, da je starost sicer statistično značilno povezana s celotno lestvico PCS in z dimenzijama Rum in Nemoč, stopnje korelacije pa so neznatne.

Statistično značilnih razlik med moškimi in ženskami v našem vzorcu nismo našli (Tabela 3).

Ustrezno prileganje modelu potrditvene faktorske analize potrjujejo indeksi CFI, TLI, GFI in RMSEA. CFI in TLI naj bi presegala vrednost 0,95 (Tabela 4). V našem primeru oba indeksa presegata to vrednost, kar pomeni dobro prileganje modelu. Indeks GFI naj bi presegal vrednost 0,5, kar prav tako pomeni dobro prileganje modelu. Dobro prileganje modelu potrjuje tudi vrednost RMSEA, ki mora dosegati manjšo vrednost kot 0,08. Neustrezno prileganje modelu kažeta statistično značilna vrednost χ^2 in vrednost indeksa SRMR, ki bi naj bila manjša od 0,01.

Tabela 2. Povezanost dosežkov s starostjo.

Table 2. Association of the scores with age.

	Starost / Age	PCS	Rum	Mag
PCS	-,073**	1		
Rum	-,064**	,880**	1	
Mag	-,02	,862**	,685**	1
Nemoč	-,087**	,948**	,735**	,743**

Legenda/ Legend: Rum = ruminiranje / rumination, Mag = magnifikacija / magnification, Nemoč = občutki nemoči / helplessness; ** $p < 0,01$

Tabela 3. Razlike glede na spol.

Table 3. Gender differences.

	ženske / women		moški / men		Mann Whitney U	p
	Me	Q3-Q1	Me	Q3-Q1		
PCS	24	19	23	18	176203,50	0,69
Rum	9	6	9	6	178465,50	0,94
Mag	4	5	4	5	175209,00	0,59
Nemoč	10	10	10	8,5	170582,50	0,24

Legenda/ Legend: Me = mediana / median, Q3-Q1 = interkvartilni razmik / inter-quartile range, Rum = ruminiranje / rumination, Mag = magnifikacija / magnification, Nemoč = občutki nemoči / helplessness

Tabela 4. Povzetek potrditvene faktorske analize.

Table 4. Summary of confirmatory factor analysis.

Model	χ^2	df	FI	TLI	GFI	RMSEA [90 % IZ]	SRMR
Enofaktorski / one-factor	665,7	65	0,97	0,96		0,072 [0,067 - 0,077]	0,17
Erifaktorski / three-factor	482,09*	62	0,98	0,97	0,99	0,062 [0,060 - 0,070]	0,12

Legenda/ Legend: IZ = interval zaupanja / confidence interval; * $p < 0,05$

RAZPRAVA

Prispevek predstavlja merske značilnosti slovenske priredbe vprašalnika PCS. Rezultati analize z visokim številom udeležencev ($N = 1756$), starimi od 16 do 86 let, so pokazali, da so merske značilnosti slovenske različice primerljive z značilnostmi izvirnika: ugotovili smo visoko notranjo skladnost treh lestvic, ustrezno diskriminativnost postavk ter podprli predvideno tri-faktorsko strukturo. Skladni so tudi rezultati korelacije rezultatov na vprašalniku s starostjo, ki je statistično značilna, vendar so korelacije neznatne. Korelacije so negativne, kar pomeni, da stopnja katastrofizacije s starostjo upada. Ob tem je potrebno opozoriti, da starost predstavlja le 7 % variance, kar kaže na majhno velikost učinka. Statistično značilnih razlik med moškimi in ženskami v naši raziskavi nismo potrdili, kar je v nasprotju z ugotovitvami preostalih raziskav. Razlog za to lahko pripišemo neenakomerni porazdelitvi spolov, saj so v našem primeru večino udeležencev raziskave predstavljale ženske.

Dilema obstaja glede uporabe izraza »katastrofiziranje«. Poraja se vprašanje, ali ta izraz stigmatizira paciente z bolečino in kot takšen predstavlja oviro za kakovostno oskrbo pacientov. Zaradi tega se sprašujemo, ali bi bilo izraz smiselno spremeniti. Prizadevanje za preimenovanje izraza vodi temeljno razumevanje, da ga del bolnikov (in zdravstvenega osebja) zaradi njegove negativne konotacije kot takšnega tudi dojema. Sam izraz bi naj minimaliziral pacientovo bolečino oz. zanikal izkušnjo življenja s kronično bolečino (22). Izraz sicer izhaja iz izvirne konceptualizacije katastrofiziranja v kontekstu depresivnih in anksioznih motenj, ki sta ga izpostavila Albert Ellis in Aaron Beck. V središču njune opredelitve katastrofiziranja je bil koncept iracionalne negativne napovedi prihodnjih dogodkov. Podobno je z bolečino povezano katastrofiziranje v splošnem pojmovano kot skupek pretiranih negativnih kognitivnih in čustvenih shem med dejansko ali pričakovano bolečo stimulacijo (3).

Na Medicinski fakulteti Stanford je potekala študija (23), v kateri so preverjali, kako pogosto se izraz v kliničnem okolju uporablja in kakšne občutke povzroča pri osebah s kronično bolečino. V raziskavi so želeli poiskati ustrežnejši izraz, ki bi bolnikom zagotavljal občutek, da se jih pri obravnavi bolečine jemlje resno in se jih ne pojmuje kot osebe, ki glede svoje bolečine zgolj katastrofizirajo. V raziskavi je sodelovalo 2.911 oseb s kronično bolečino oz. njihovih sorodnikov. Skoraj polovica oseb (44,5 %) je bila s tem izrazom že predhodno seznanjena in so se ob njem počutili obsojani, krivi ter so imeli občutek, da se jih ne jemlje resno. Približno tretjina vseh udeležencev (32 %) je poročala o negativni interpretaciji izraza. Povezovali so ga s pretiravanjem, zaničevanjem, dramatiziranjem, krivdo, histerijo, pretvarjanjem in minimiziranjem. Eden od udeležencev je navajal, da *»menijo, da delam iz muhe slona, kot da ne boli tako zelo in da le pretiram«*.

Udeleženci raziskave so predlagali nekatere nove izraze, npr. z bolečino povezana tesnoba in z bolečino povezan distress, vendar so izpostavili potrebo po spreminjanju odnosa in ne izraza. Zgolj sprememba izraza namreč ne naslavlja potrebe po širši spremembi uporabe stigmatizirajočega jezika v komunikaciji med pacientom in zdravstvenim osebjem ter s strani medijev in javnosti. Navajali so nujno po vzpostavitvi oskrbe, osredinjene na bolnika, ki je empatična in v kateri se pacientom verjame, ko ti poročajo o bolečini (23).

Waugh in sodelavci (24) so v svoji raziskavi ugotovili, da velik del pacientov s kronično bolečino (38 %) že v osnovi občuti potočeno stigmo glede svoje bolezni, kar je pomembno vplivalo na njihov občutek kontrole nad bolečino in je obenem pomembno napovedovalo pacientovo tendenco h katastrofiziranju. Če te posameznike dodatno označimo kot osebe, ki glede svoje bolečine katastrofizirajo, to nedvoumno še povečuje njihovo stisko.

Izrazoslovje konec koncev lahko ostaja zgolj črka na papirju. Cilj kakovostne obravnave pacientov z bolečino je dosledno upoštevanje biopsihosocialnega modela, ki kronično bolečino povezuje z vsemi vidiki posameznikovega življenja. Paciente s kronično bolečino je potrebno podpreti pri spoprijemanju z njihovimi težavami in jim pomagati, da lahko živijo kakovostno življenje v telesu, v katerem so. Namesto lepljenja negativnih oznak bi bilo bolj smiselno reči: *»Vaša bolečina je resnična in z njo povezani občutki so normalna reakcija na to, kar doživljate. Naredimo individualiziran načrt obravnave, da se z njo ustrezno spoprimate.«* (22).

Skladno z raziskavami se tudi znotraj ambulate za rehabilitacijo oseb s kronično nerakavo bolečino na URI Soča izogibamo uporabi tega izraza, ki je slabšalen in obsojajoč ter še dodatno negativno opredeli paciente, ki morajo svojo bolečino že tako ali tako dokazovati.

ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave so potrili, da je PCS tudi po prevodu v slovenski jezik in priredbi veljaven ocenjevalni instrument. Z dobrimi

merskimi značilnostmi nam ponuja vpogled v dinamiko psihičnega dogajanja osebe, ki se spoprijema s kronično bolečino in je kot takšen zelo uporaben v klinični praksi: psihologom lahko pomaga razumeti pacientovo doživljanje kronične bolečine, in sicer v smislu, koliko o njej miselno premlevala, je zaradi tega zaskrbljen oziroma se čuti ogroženega in ali se ob bolečini čuti nemočnega.

ZAHVALA

Zahvaljujemo se asist. dr. Martini Bürger Lazar, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., za sodelovanje pri zbiranju podatkov in priredbi vprašalnika.

Literatura:

1. Wadell, G. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
2. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clin J Pain. 2001;17(1):52-64.
3. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. Expert Rev Neurother. 2009;9(5):745-58.
4. Keefe FJ, Brown GK, Wallsto, KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. Pain. 1989;37(1):51-6.
5. Sullivan MJ, D'Eon JL. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. J Abnorm Psychol. 1990;99(3):260-3.
6. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. Psychol Assess. 1995;7(4):524-32.
7. Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R, Weiser S. Catastrophizing-a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. Spine J. 2014;14(11):2639-57.
8. Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R, Held U. Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976). 2014;39(3):263-73.
9. Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale: user manual. Montreal: McGill University; 2009. Dostopno na: https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/257422/McGill-Pain-catastrophizing-scale-manual.pdf (citirano 14. 12. 2023).
10. Spinhoven P, Ter Kuile M, Kole-Snijders AM, Hutten Mansfeld M, Den Ouden DJ, Vlaeyen JW. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. Eur J Pain. 2004;8(3):211-9.
11. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. J Consult Clin Psychol. 2001;69(4):655-62.
12. Smeets RJ, Vlaeyen JW, Kester AD, Knottnerus JA. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. J Pain. 2006;7(4):261-71.
13. Meyer K, Sprott H, Mannion AF. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. J Psychosom Res. 2008;64(5):469-78.

14. Cho S, Kim HY, Lee JH. Validation of the Korean version of the Pain Catastrophizing Scale in patients with chronic non-cancer pain. *Qual Life Res.* 2013;22(7):1767-72.
15. Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones J, O'Neill E. Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *J Behav Med.* 1997;20(6):589-605.
16. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Kopper BA, Merrifield T, Grittmann L. The Pain Catastrophizing Scale: further psychometric evaluation with adult samples. *J Behav Med.* 2000;23(4):351-65.
17. Ikemoto T, Hayashi K, Shiro Y, Arai YC, Marcuzzi A, Costa D, et al. A systematic review of cross-cultural validation of the pain catastrophizing scale. *Eur J Pain.* 2020;24(7):1228-41.
18. Conway M, DiFazio R, Bonneville E. Sex, roles, and response styles for negative affect: Selectivity in a free recall task. *Sex Roles.* 1991;25:687-700.
19. Endler NS, Parker JDA. Assessment of multidimensional coping: task, emotional, and avoidance strategies. *Psychol Assess.* 1994;6:50-60.
20. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull.* 1987;101(2):259-82.
21. Jensen I, Nygren A, Gamberale F, Goldie I, Westerholm P. Coping with long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? *Pain.* 1994;57(2):167-72.
22. Herman G. "Catastrophizing": a form of pain shaming. Pain Foundation; 2020. Dostopno na: <https://uspainfoundation.org/blog/catastrophizing-a-form-of-pain-shaming/> (citirano 31. 3. 2023).
23. Webster F, Connoy L, Longo R, Ahuja D, Amtmann D, Anderson A, et al. Patient responses to the term pain catastrophizing: thematic analysis of cross-sectional international data. *J Pain.* 2023;24(2):356-67.
24. Waugh OC, Byrne DG, Nicholas MK. Internalized stigma in people living with chronic pain. *J Pain.* 2014;15(5):550.e1-10.