

رضایت زناشویی و فاجعه‌آفرینی در پیش‌بینی
نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به درد
مزمّن عضلانی - اسکلتی

کلیدواژه‌ها: فاجعه‌آفرینی، رضایت زناشویی، افسردگی، درد
مزمّن

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی سهم فاجعه‌آفرینی درد و رضایت زناشویی در پیش‌بینی افسردگی پس از کنترل اثر شدت درد، ترس از حرکت، و ناتوانی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد عضلانی - اسکلتی انجام شده است.

روش: در یک طرح توصیفی - همبستگی از بین بیمارانی که به کلینیک ارتوپدی بیمارستان آتیه و کلینیک درد رسا مراجعه کرده بودند و با توجه به معیارهای ورود و خروج، 121 بیمار انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد که به پرسشنامه‌های مقیاس دیداری شدت درد، مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد، مقیاس افسردگی و رضایت زناشویی پاسخ دهند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که افسردگی با رضایت زناشویی همبستگی منفی معنادار و با فاجعه‌آفرینی، ترس از حرکت و ناتوانی بیمار همبستگی مثبت معناداری داشت. در تحلیل رگرسیون چندگانه، فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی توانستند افسردگی را فراتر از اثر شدت درد، ترس از حرکت و ناتوانی ناشی از درد پیش‌بینی کنند. به طور کلی، متغیرهای پژوهش قادر به تبیین 50٪ از واریانس افسردگی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه افکار فاجعه‌آفرین و رضایت زناشویی پایین خلق افسرده را در بیماران درد مزمّن پیش‌بینی می‌کند، لذا اگر در کنار برنامه درمانی این بیماران برای کاهش درد، از راهکارهای شناختی مربوط به کاهش افکار فاجعه‌آفرینی و نیز رویکردهای زوج‌درمانی در جهت افزایش رضایت زناشویی آن‌ها استفاده شود، میتوان به پیشگیری از افسردگی این بیماران کمک کرد.

Pain catastrophizing and marital satisfaction in predicting depressive symptoms in musculoskeletal chronic pain patients

Abstract

Aim: The aim of the present study was to investigate the role of pain catastrophizing and marital satisfaction in predicting patient's depression after controlling for severity of pain, fear of movement, and pain-related disability.

Methods: In a cross - correlation design and based on the inclusion and exclusion criteria, 121 patients were selected among patients who had referred to orthopedic clinic. They were asked to answer the Visual Analogue Scale (VAS), Pain Catastrophizing Scale (PCS), Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), Roland and Morris Disability Questionnaire (RDQ), depression subscale of Depression Anxiety Stress Scale (DASS), and Marital Adjustment Test (MAT).

Results: Data analysis showed a significant negative correlation between marital satisfaction and depression. Also pain catastrophizing, fear of movement and disability were positively correlated with depression. In regression analysis, catastrophizing and marital satisfaction predicted patient's depression beyond the effect of pain intensity, fear of movement and pain-related disability.

Conclusion: Considering that lower marital satisfaction and catastrophic thoughts predict depression in chronic pain patients, using cognitive strategies to reduce catastrophic thoughts and couple therapy approaches to increase their marital satisfaction seems to be beneficial in reducing patient's depressive symptoms.

Keywords: Pain catastrophizing, marital satisfaction, depression, chronic pain

مقدمه

درد توسط انجمن بین المللی مطالعه ی درد^۱ (1986)، به عنوان تجربه ای حسی یا هیجانی ناخوشایند در یک یا چند قسمت از بدن تعریف شده است. درد مزمن، نوعی درد است که بهبود آن بیشتر از زمان مورد انتظار طول می کشد. این نوع درد حداقل به مدت 3 ماه تداوم می یابد و می تواند با آسیب بافتی همراه باشد و در طول زمان عود کند (ترک و اوکیفوجی^۲، 2002). دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین انواع دردهای مزمن در بسیاری از جوامع به شمار می آیند و پیامدهایی نظیر ناتوانی، افسردگی، مرخصی های کاری و بازنشستگی زودرس را به دنبال دارند (داودی، زرگر، مظفری پور سی سخت، نرگسی، مولا، 1391؛ محمدی، دهقانی، حیدری، صداقت، خطیبی، 1392). این نوع دردها شامل آرتروز استخوان، کمردرد، درد ناشی از جراحی یا تصادف، و درد ناشی از نشانگان فیبرومیالژیا^۳ می باشند.

تجربهی درد شامل ابعاد حسی و عاطفی^۴ است. بعد حسی درد بیانگر شدت و بعد عاطفی آن نشان دهنده ی میزان ناخشنودی فرد از تجربه ی درد است که معمولاً تحت تأثیر باورها و هیجانات می باشد (هوفباور، راینویل، دونکان، بوشنل^۵، 2001). بعد عاطفی درد حالات هیجانی بسیار گوناگونی را شامل می شود نظیر ترس، اضطراب و مشکلات خلقی که در این بین افسردگی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. طبق پژوهشها ی انجام شده، به طور متوسط 52 درصد از بیماران مبتلا به درد مزمن دچار افسردگی هستند (بیر، روبینسون، کاتون، کروئنک^۶، 2003). پژوهش ها حاکی از این است که سطوح بالاتر افسردگی پیش از درمان با ناسازگاری و ناتوانی مرتبط با درد

بیشتر همراه است (سالیوان^۷ و همکاران، 2001). ماهیت چند بعدی بودن درد و در نتیجه شکل گیری عواملی که بر آن اثر می گذارند، رابطه ی بین درد و افسردگی را پیچیده می سازد (مرسکی و بهگدوک^۸، 1994). لذا بررسی عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی در بیماران درد مزمن نه تنها در پیشگیری از عواقب منفی درد، بلکه در تدوین برنامه های درمانی این بیماران نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. با مزمن شدن بیماری، عوامل فردی و بین فردی بسیاری در ایجاد افسردگی نقش دارند. از بین عوامل فردی شناخت های مربوط به درد، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده اند (ون بیک، پرنا، شروئرز، موریس، و گریز^۹، 2005). پژوهشها ی زیادی نشان داده اند که باورهای مربوط به درد، بر شدت درد و مقابله با درد نیز اثر دارند (چانگ، هر، سوهن، چا، یوم^{۱۰}، 2007). افکار و باورهای منفی مربوط به درد می توانند بر هیجانات اثر بگذارند مثلاً اینکه منجر به ترس از حرکت بیشتر و افسردگی گردند. این هیجانات نیز می توانند تأثیر معناداری بر سطح کارکرد و تحمل درد داشته باشند (ولاین، سیلن، پیترز، آرتز، بیسیگل، وبر^{۱۱}، 1999؛ زیل، لانگ، فیلدز، دبتر^{۱۲}، 2013). یکی از باورهای منفی که در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته است، فاجعه آفرینی درد^{۱۳} (توجه منفی و اغراق شده بر درد) است که با پریشانی روانی، شدت درد و پیامدهای منفی دیگر از جمله افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن ارتباط دارد (کانو، لئونارد، فرانز^{۱۴}، 2005). فاجعه آفرینی، نشانه های افسردگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن ایجاد می کند و احتمالاً پیامدهای دیگری از جمله شدت درد بیشتر، ناتوانی فیزیکی بیشتر، و

7. Sullivan

8. Merskey & Bogduk

9. Van Beek, Perna, Schruers, Muris & Griez

10. Chang, Herr, Sohn, Cha & Yom

11. Vlaeyen, Seelen, Peters, Aretz, Beisiegler & Weber

12. Zale, Lange, Fields & Ditte

13. Pain catastrophizing

14. Cano, Leonard & Franz

1. International Association for the Study of Pain (IASP)

2. Turk & Okifuji

3. Fibromyalgia

4. Sensory & emotional dimensions

5. Hofbauer, Rainville, Duncan & Bushnell

6. Bair, Robinson, Katon & Kroenke

ترس از حرکت بیشتر را به دنبال دارد (نیکلاس، کولستن، اصغری، ملحی^{۱۵}، 2009؛ داودی، زرگر، مظفری پور سی سخت، نرگسی، مولا، 1391).

یکی دیگر از مسائل بالینی که با افسردگی ارتباط دارد، ناسازگاری زناشویی است. در واقع، نیمی از بیماران افسرده مشکلات زناشویی دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند احتمال اینکه مشکلات زناشویی منجر به افسردگی شود بیشتر از آن است که افسردگی منجر به مشکلات زناشویی شود (بیچ، ساندین، الری^{۱۶}، 1990). رضایت زناشویی پایین با پیامدهای منفی همچون انزوا، افسردگی، روش‌های مقابله‌ی ناکارآمد،

ناسازگاری روانشناختی بیمار، و پاسخهای منفی بیشتر از سوی همسر همراه است (مان و زاترا^{۱۷}، 1989؛ ترک و همکاران، 1992؛ گیسر^{۱۸}، کانو، لئونارد، 2005). پاسخهای منفی همسر به درد نیز ممکن است منجر به کاهش رضایت زناشویی و به دنبال آن، افزایش شدت درد گردد. این امر منجر به افزایش نشانه‌های اضطراب، افسردگی، و پیدایش ادراک منفی از ازدواج میشود. ادراک منفی از ازدواج هم ممکن است باعث ناامیدی، بی‌لذتی، از دست دادن حمایت همسر، و خلق افسرده به خاطر تنهایی گردد (کانو، جیلیس، هینز، گیسر، فوران^{۱۹}، 2004؛ کانو، ویزبرگ، گالاگر^{۲۰}، 2000). در پژوهش کرنز، هایتورن ویت، سوتویک، گیلر^{۲۱} (1990)، رضایت زناشویی، شدت نشانه‌های افسردگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش‌بینی کرد. بیماران افسرده مبتلا به درد مزمن نسبت به بیماران غیر افسرده، درد، ناتوانی و نارضایتی زناشویی بیشتری را نشان دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بیماران مبتلا به درد مزمن که رضایت

زناشویی کمتری داشتند، نشانه‌های افسردگی بیشتری را گزارش کردند (کرنز و همکاران، 1990).

پژوهش‌ها حاکی از این است که حتی با وجود کنترل شدت درد و سطح ناتوانی فیزیکی، نارضایتی زناشویی همبستگی معناداری با نشانه‌های افسردگی نشان می‌دهد. به عبارت دیگر رضایت زناشویی بیشتر از بیماران در مقابل اثرات منفی درد مزمن محافظت کرده، و احتمال ابتلا به اختلال خلقی را در آنها کاهش می‌دهد (کانو و همکاران، 2004؛ تیلور، دیویس، زاترا^{۲۲}، 2013).

علیرغم شیوع درد مزمن در ایران و همپوشی درد با افسردگی، نقش عوامل فردی (نظیر فاجعه‌آفرینی) و بین فردی (رضایت زناشویی) در پیش‌بینی افسردگی این بیماران به ندرت مورد توجه پژوهشی و درمانی قرار گرفته است. همانطور که پژوهشهای قبلی نیز نشان می‌دهد رابطه‌ی بین افسردگی و درد مزمن یک رابطه‌ی ساده نیست بلکه هرکدام از این متغیرها ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار داشته باشند که بر رابطه‌ی بین این دو متغیر تأثیر بگذارند. از جمله این عوامل، فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی است که در پژوهش حاضر، اثر پیش‌بینی‌کنندگی آنها بر افسردگی بیماران پس از کنترل شاخص‌های اصلی پیامد درمان (شدت درد، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد) بررسی می‌گردد. به عبارت دیگر، پژوهش حاضر در پی بررسی این مسئله است که آیا شناخت‌های منفی درباره درد نظیر فاجعه‌آفرینی درد و عوامل بین فردی نظیر رضایت زناشویی، افسردگی بیماران را فراتر از متغیرهای شدت درد، ترس از حرکت و ناتوانی ناشی از درد تبیین می‌کنند.

از آنجایی که ابتلای همزمان به درد مزمن و افسردگی گذشته از هزینه‌های درمانی زیاد، اثرات منفی بسیاری نیز بر خانواده و کیفیت زندگی این افراد میگذارد، لذا شناسایی عواملی که در ایجاد خلق افسرده در این بیماران سهم هستند از اهمیت بسزایی

15. Nicholas, Coulston, Asghari & Malhi
16. Beach, Sandeen & O Leary
17. Manne & Zautra
18. Geisser
19. Gillis, Heinz, Geisser & Foran
20. Weisberg & Gallagher
21. Kerns, Haythornwaite, Southwick & Giller

22. Taylor, Davis & Zautra

برخوردار است. شناسایی این عوامل میتواند علاوه بر برنامه-ریزی در پیشگیری از ایجاد مشکلات روانشناختی بعد از ابتلا به درد مزمن، در طراحی مداخلات درمانی درد نیز مفید واقع شود.

روش

کلیهی بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی - اسکلتی که به بخش ارتوپدی بیمارستان آتیه و کلینیک درد رسا مراجعه کردند جامعهی آماری این پژوهش را تشکیل دادند. روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه بود. از آن جایی که اطلاع دقیقی از حجم جامعهی آماری پژوهش وجود نداشت، برای برآورد حجم نمونهی مورد نیاز به تحقیقات مشابه صورت گرفته بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی همانند کانو و همکاران (2009) استناد شد و بر مبنای این تحقیقات، گروه نمونه را 121 بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی تشکیل دادند. معیارهای ورود برای افراد بیمار شامل سابقهی شکایت از درد عضلانی - اسکلتی در طی 6 ماه گذشته به طور مداوم (انجمن بین المللی مطالعهی درد، 1986) و توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و معیارهای خروج نیز شامل وجود اختلال روانشناختی، سوء مصرف مواد مخدر و الکل بود. پس از اعلام رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش، پژوهشگر به آنها تعدادی پرسشنامه می داد که توضیح آنها در ادامه آمده است.

فوق دیپلم، 16 نفر (13/2٪) لیسانس، 10 نفر (8/3٪) فوق لیسانس، و 1 نفر (0/8٪) در مقطع دکترا به تحصیل اشتغال داشتند. همچنین از نظر منطقی درد در بدن، 5 نفر (4/2٪) درد در ناحیه گردن و شانه، 5 نفر (4/1٪) درد در دست، 15 نفر (12/4٪) کمر درد، 31 نفر (25/6٪) درد در ناحیه زانو و پاها، و 65 نفر (53/7٪) در بیش از یک ناحیه تجربی درد داشتند. میانگین زمانی شروع این دردها 47/8 ماه بود.

1- مقیاس دیداری شدت درد

مقیاس دیداری شدت درد^{۳۳} شامل یک خط درجه بندی نشده است که از 0 تا 100 نمرگذاری شده است که "0" به معنای عدم وجود درد و "100" به معنای بیشترین میزان درد قابل تصور میباشد. از بیمار خواسته شد میزان شدت درد خود در هفته گذشته، در حال حاضر و میزان پیش بینی خود از میزان دردش را در هفته آینده بر روی سه محور مجزا به صورت دیداری علامت بزند. این مقیاس در پژوهش های متعددی استفاده شده است و اعتبار آن بالای 90 درصد برآورد شده است (بلامی، کمپل و سروتوک^{۲۴}، 1999؛ بنایم^{۲۵} و همکاران، 2007). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ 0/84 بود.

2- مقیاس فاجعه آمیز کردن درد

مقیاس فاجعه آمیز کردن درد^{۲۶} که توسط سالیوان و همکاران (1995) تدوین شده است دارای 13 سوال است که 3 خرده-مقیاس نشخوارذهنی^{۲۷}، بزرگ نمایی^{۲۸} و درماندگی^{۲۹} را اندازه گیری میکند. این مقیاس با مقیاس لیکرتی 5 نمرهای 0 تا

23. Visual Analogue Scale for Pain Severity (VAS)

24. Bellamy, Campbell & Syrotuik

25. Benaim

26. Pain Catastrophizing Scale

27. Rumination

28. Magnification

29. Helplessness

4) نمره‌گذاری میشود. این مقیاس بر مبنای این فرضیه ساخته شده است که فاجعه‌آفرینی درد با سطوح مختلف درد، ناتوانی جسمانی و ناتوانی روانشناختی در ارتباط است (اسمان³⁰ و همکاران، 1997). در تحقیق سالیوان و همکاران (1995) نشخوارذهنی 41٪ واریانس کل، بزرگ‌نمایی 10٪ واریانس کل و درماندگی 8٪ واریانس کل را تشکیل میدادند. ضریب آلفا برای خرده مقیاسهای نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب 0/87، 0/60 و 0/79 و برای نمرهی کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با 0/87 بود. در پژوهش محمدی و همکاران (1392)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاسهای نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی ترتیب 0/65، 0/53، 0/81 و برای نمرهی کل مقیاس فاجعه‌آفرینی درد 0/84 بود. در نمونهی پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاسهای نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب 0/73، 0/65، 0/78 و برای نمرهی کل مقیاس فاجعه‌آفرینی درد در مقیاس بیمار 0/86 بود.

3- مقیاس ترس از حرکت تمپا

مقیاس ترس از حرکت تمپا³¹ توسط کوری³² و همکاران (1990) ساخته شده است، دارای 17 ماده میباشد که با مقیاس لیکرتی 4 نمره‌ای (0 تا 3) نمره‌گذاری میشود. ماده‌های 4، 8، 12، 16 به صورت معکوس نمره‌گذاری میشوند و نمرات بالاتر در این آزمون بیانگر ترس آزمودنی از حرکت به دلیل ادراک درد است (رئولفز، پیترز، وندر، تیلن، ولاین³³، 2003).

ضمن این که این مقیاس در پژوهشهای متعددی به عنوان

معیاری برای سنجش میزان ترس از آسیب ناشی از حرکت

کردن در افرادی که آسیب اسکلتی دیده‌اند به کار گرفته شده -

30. Osman
31. Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)
32. Kori
33. Roelofs, Peters, Van Der & Thielen

است (دهقانی، شارپ، و نیکولاس³⁴، 2003؛ رئولفز، پیترز، فاسارت³⁵ و ولاین، 2005؛ ولاین و همکاران، 1995).

آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعهی وبی، راج، آرماستون، و واتسون³⁶ (2005) برابر با 0/76 و پایایی آزمون - باز آزمون آن در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن 0/82 بود. در درجمعیت ایرانی آلفای کرونباخ برابر با 0/79 بود (جعفری، ابراهیمی، صلواتی، کمالی، فتی، 1390). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ 0/71 بود.

4- پرسشنامه ناتوانی ناشی از درد

پرسشنامه ناتوانی ناشی از درد³⁷ توسط رولاند و موریس³⁸ (1983) با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کارهای روزانه به خاطر وجود درد ساخته شده است و یک ابزار خود گزارش دهی است که دارای 24 سوال است. از آزمودنی خواسته می - شود در مقابل سوالاتی که به خوبی بیان کنندهی حالات امروز وی هستند علامت بگذارد و اگر عبارتی حالت امروز وی را توصیف نمیکند، از آن بگذرد و سوال بعدی را پاسخ بگوید. شرکت‌کنندگان به ازای هر جمله علامت زده نمره "0" و به ازای هر جمله علامت زده نمره "1" می‌گیرند. بنابراین نمرهی کلی این مقیاس از 0 (عدم وجود ناتوانی) تا 24 (بیشترین میزان ناتوانی) است.

این پرسشنامه در تحقیقات متعدد (رولاند و فیربانک³⁹، 2000؛ دهقانی و همکاران، 2003) به کار رفته و ویژگیهای

34. Dehghani, Sharpe & Nicholas
35. Fassaert
36. Woby, Roach, Urmston & Watson
37. Pain Disability Questionnaire
38. Roland & Morris
39. Fairbank

روانسجی قابل قبولی دارد (رولاند و فیربانک، 2001). ضربی
آلفای نسخه فارسی این مقیاس 0/92 گزارش شده است
(خطی، 1387). در پژوهش حاضر، ضربی آلفای کرونباخ این
پرسشنامه 0/86 بود.

5- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42)

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس یک پرسشنامه خود
گزارشی 42 سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می-
باشد که به وسیله لایبوند و لایبوند⁴⁰ در سال 1995 طراحی
شد. این ابزار به صورت فزایندهای در محیطهای مختلف به کار
می‌رود. عمومیت یافتن استفاده از این مقیاس به این دلیل است
که این مقیاس در یک حیطه استفاده عمومی قرار دارد. یعنی، این
مقیاس میتواند بدون حضور هیچ سرپرستی و بدون داشتن هیچ
هزینه‌های مورد استفاده محققین قرار گیرد (کرافورد و هنری⁴¹،
2003).

در نمونه‌های خارجی آلفای کرونباخ محاسبه شده برای
مقیاس افسردگی برابر 0/91 و برای مقیاس اضطراب برابر با
0/84 بود (دهقانی و همکاران، 2003؛ کئوگ، دیلون، جورجیو،
و هانت⁴²، 2001؛ بوستن⁴³ و شارپ، 2005؛ کوری و
همکاران، 1990).

افضلی، دلاور، برجعلی و میر زمانی (1386) ویژگیهای
روانسجی این مقیاس را در جمعیت ایرانی ارزیابی کردند که بر
اساس مطالعه‌ی آنان ضربی آلفای محاسبه شده برای مقیاس
افسردگی برابر 0/94، برای مقیاس استرس برابر با 0/87 و
برای مقیاس اضطراب برابر با 0/85 بود. در پژوهش حاضر از
خردهمقیاس افسردگی DASS-42 استفاده شد. در این پژوهش

ضربی آلفای کرونباخ برای خردهمقیاس افسردگی بیمار و
همسر به ترتیب 0/94 و 0/92 به دست آمد.

6- مقیاس سازگاری زناشویی

آزمون سازگاری زناشویی⁴⁴ یک پرسشنامه خودگزارشده‌ی
کوتاه است که به منظور اندازه‌گیری کیفیت رابطه زناشویی
طراحی شده است و معمولترین ابزار اندازه‌گیری به کار برده
شده در این زمینه می باشد. این مقیاس دارای 15 ماده می‌باشد
که نشان می‌دهد تا چه حد پاسخ‌دهنده با همسر خود در
خصوص تعدادی از فعالیت‌هایی که در سازگاری زناشویی نقش
بنیادین دارند، موافق است (اسکامکر و لئونارد⁴⁵، 2005).
گستره نمرات این آزمون میتواند از 2 تا 158 باشد که نمرات
پایین نارضایتی و نمرات بالا رضایت زناشویی را نشان میدهند.
نمرات 100 و بالاتر به طور کلی رضایت از ازدواج را نشان
میدهد و نمرات پایینتر از 100 نشان‌دهنده تنیدگی در روابط
زناشویی است (اسکامکر و لئونارد، 2005). آزمون سازگاری
زناشویی لاک و والاس در ادبیات روانشناختی به عنوان ابزار
معتبر اندازه‌گیری رضایت از ازدواج شناخته شده است. این
آزمون تاکنون در پژوهشهای متعددی (مظاهری و همکاران،
1382) بر روی نمونه‌های ایرانی اجرا شده است. اعتبار این
آزمون در پژوهشهای ذکر شده از طریق محاسبه آلفای کرونباخ
در دامنه 0/81 تا 0/83 متغیر بوده است. در پژوهش حاضر
ضربی آلفای کرونباخ این مقیاس 0/76 می‌باشد.
روند اجرای پژوهش: در این پژوهش از همبستگی پیرسون
و رگرسیون چند متغیره سلسله مراتبی استفاده شد.

40. Lovibond
41. Crawford & Henry
42. Keogh, Dillon, Georgiou & Hunt
43. Boston

44. Marital adjustment test
45. Schumacher & Leonard

یافته‌ها:

جدول 1 نتایج مربوط به میانگین، انحراف معیار در متغیرهای شدت درد، فاجعه‌سازی درد، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد، افسردگی و رضایت زناشویی را نشان می‌دهد. پس از محاسبه نمره هر یک از شرکتکنندگان در مقیاسهای شدت درد، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد، فاجعه‌آمیز کردن درد، و مقیاس افسردگی، داده‌های خام با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج در ذیل مورد اشاره قرار گرفته است:

ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در جدول 2 نشان داده شده است. همان طور که در جدول مشاهده می شود افسردگی با رضایت زناشویی، همبستگی منفی معنادار و با فاجعه‌آفرینی، ترس از حرکت و ناتوانی بیمار همبستگی مثبت معناداری دارد. همچنین، رابطه افسردگی و شدت درد معنادار نیست. قبل از انجام رگرسیون پیش فرض عدم وجود هم خطی بودن چندگانه، از طریق بررسی متغیرهایی که قرار است به عنوان یک بلوک وارد تحلیل رگرسیون شوند، بررسی گردید. هم خطی چندگانه هنگامی پیش می‌آید که همبستگی بین متغیرهای یک بلوک در تحلیل رگرسیون بیش از 0/70 باشد (تاباچنیک و فیدل⁴⁶، 1996). در پژوهش حاضر، بزرگترین همبستگی بین دو متغیر ترس از حرکت و ناتوانی بیمار برابر با 0/58 بود. بنابراین، تحلیل رگرسیون بلا مانع است.

برای تعیین سهم فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی در پیش‌بینی افسردگی، از روش رگرسیون چندمتغیری سلسله مراتبی استفاده شد که در گام نخست شدت درد، ترس از حرکت، و ناتوانی ناشی از درد به عنوان یک بلوک و در گام دوم، فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی وارد تحلیل شدند. با این روش اثر شدت درد، ترس از حرکت و ناتوانی ناشی از درد از نظر آماری کنترل می‌گردد.

نتایج جدول 3 حاکی از آن است که شدت درد، ترس از حرکت و ناتوانی بیمار، 18 درصد از تغییرات نمره کل افسردگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن تبیین می‌کنند ($p < 0/0001$ و $F(3, 115) = 9/75$) که با اضافه شدن فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی در گام بعدی مقدار تبیین واریانس متغیر وابسته به 50 درصد افزایش یافت ($p < 0/0001$ و $F(1, 113) = 18/13$ ، $R^2 = 0/08$). بنابراین دو متغیر فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی توانستند 32 درصد واریانس نمره‌های افسردگی را پس از کنترل اثر شدت درد، ترس از حرکت و ناتوانی ناشی از درد بر افسردگی، به طور معناداری تبیین کنند. ملاحظه علامت ضرایب رگرسیون استاندارد نشان می‌دهد که رضایت زناشویی بیشتر و فاجعه‌آفرینی کمتر با افسردگی کمتر بیمار همراه است.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
شدت درد	54.48	23.57
فاجعه‌آفرینی	27.94	9.73
ترس از حرکت	25.44	6.46
ناتوانی ناشی از درد	11.07	5.20
افسردگی	12.35	9.85
رضایت زناشویی	96.08	27.11

جدول 2. ضریب همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	فاجعه‌آفرینی	رضایت زناشویی	افسردگی	شدت درد	ترس از حرکت	ناتوانی بیمار
فاجعه‌آفرینی	k					
رضایت زناشویی	-0/31**					
افسردگی	0/64**	-0/47**				
شدت درد	0/18*	0/16	0/03			
ترس از حرکت	0/49**	-0/24**	0/42**	0/16		
ناتوانی بیمار	0/37**	-0/02	0/36**	0/31**	0/58**	

جدول 3. رگرسیون نمره کل افسردگی از روی فاجعه‌آفرینی، رضایت زناشویی و متغیرهای درد

متغیر پیش بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	F	معناداری	B	S.E.	β	t	معناداری
افسردگی										
شدت درد	0/72	0/52	0/50	24/39	0/0001**	-0/02	0/03	-0/07	-0/98	0/33
ترس از حرکت						0/01	0/13	0/007	0/08	0/93
ناتوانی بیمار						0/35	0/15	0/19	2/3	0/02
فاجعه‌آفرینی						0/47	0/08	0/48	6/08	0/0001**
رضایت زناشویی						-0/10	0/03	-0/31	-4/26	0/0001**

P<0/05 *

P<0/01 **

بحث و نتیجه گیری:

تحریف واقعیت، اثر منفی بر خلق میگذارد (لیتون، برگبوم^{۵۰}، 2011).

در این پژوهش رضایت زناشویی بیشتر با فاجعه‌آفرینی و ترس از حرکت کمتر همراه بود. این یافته با پژوهش تیلور و همکاران (2013) همسو است که نشان دادند بیمارانی که رضایت زناشویی دارند، به احتمال کمتری درباره دردشان فاجعه‌آفرینی می‌کنند و ناتوانی فیزیکی کمتری را نیز تجربه می‌کنند. از آنجا که طبق مدل ترس - اجتناب، فاجعه‌آفرینی یکی از پیشایندهای بالقوه ترس از حرکت می‌باشد احتمالاً بیمارانی که رضایت زناشویی بالاتری دارند، فاجعه‌آفرینی کمتری درباره درد کرده و ترس از حرکت کمتری نشان می‌دهند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از این است که رضایت زناشویی بیمار پس از کنترل اثر شدت درد، ترس از حرکت، و ناتوانی ناشی از درد به طور منفی افسردگی‌اش را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (بیچ و همکاران، 1990؛ کانو و همکاران، 2004؛ لئونارد و همکاران، 2006؛ فلور و همکاران، 1987) که نشان دادند رضایت زناشویی با افسردگی رابطه منفی معنادار دارد، همسو است. چنین یافته‌هایی بر اهمیت نقش عوامل بین فردی در افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن تأکید دارد. در واقع، ادراکهای منفی از ازدواج ممکن است در ناامیدی، بی‌لذتی، از دست دادن حمایت همسر، و خلق افسرده به خاطر تنهایی، نقش داشته باشد (کانو و همکاران، 2004). رضایت زناشویی کمتر با پاسخ‌های منفی بیشتر از سوی همسر رابطه دارد به طوری که پاسخ‌های منفی همسر به درد ممکن است منجر به کاهش رضایت زناشویی و افزایش شدت درد شود که به افزایش نشانه‌های افسردگی میانجامد (کانو و همکاران، 2000).

از طرف دیگر بیمارانی که رضایت زناشویی بیشتری دارند ممکن است تاب‌آوری بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری داشته

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر پیشینی کننده فاجعه-آفرینی درد و رضایت زناشویی در بروز نشانه‌های افسردگی در بیماران درد مزمن انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که فاجعه‌آفرینی بیشتر با شدت درد بیشتر، ترس از حرکت بیشتر، و ناتوانی بیشتر همراه است. این یافته که با پژوهش‌های قبلی (نیکلاس و همکاران، 2009) همسو است و با استفاده از مدل ترس - اجتناب قابل تبیین است. طبق این مدل اگر درد به عنوان یک تهدید تلقی شود و فاجعه‌آفرینی شود، ترس مربوط به درد شکل می‌گیرد. این ترس منجر به رفتارهای اجتنابی، نداشتن فعالیت فیزیکی، ناتوانی و افسردگی می‌گردد. بیمارانی که فاجعه‌آفرینی نمی‌کنند، ترس مربوط به درد را ندارند، بنابراین با فعالیت‌های روزمره مواجه شده و بهبود می‌یابند (ولاین، لیتون، 2000).

همچنین نتایج نشان داد که افکار فاجعه‌آفرین حتی بعد از کنترل اثر شدت درد، ترس از حرکت، و ناتوانی ناشی از درد با نشانه‌های افسردگی بیشتر همراه است. این یافته با پژوهش‌های قبلی (اصغری، گلک^{۴۷}، 2005؛ نیکلاس و همکاران، 2009؛ ترنر و همکاران، 2000؛ سالیوان و همکاران، 2005) مطابقت دارد. در زمینه ارتباط افسردگی و فاجعه‌آفرینی، که حتی بعد از کنترل اثر متغیرهای مختلف مانند شدت درد، ترس از حرکت، و ناتوانی، همچنان معنادار بود اطمینان ما را به این یافته که فاجعه‌آفرینی پیش‌بینی کننده افسردگی است، افزایش می‌دهد. این پژوهش شواهدی در حمایت از مدل‌های شناختی افسردگی نیز فراهم میکند، که در آنها فاجعه‌آفرینی یکی از اشکال اساسی تحریف^{۴۸} یا خطای شناختی^{۴۹} در نظر گرفته میشود که با

47. Asghari & Golak

48. distortion

49. cognitive error

50. Bergbom

درد مقابله کنند (کانو و همکاران، 2005؛ عباسی و همکاران، 2012).

با وجود اینکه در این پژوهش سعی شده بود تا حد ممکن اصول پژوهش رعایت شوند اما محدودیت‌هایی نیز در این کار وجود داشت؛ از جمله اینکه با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین انتخاب مراکز جمع‌آوری داده‌ها به صورت تصادفی امکان پذیر نبود و نمونه پژوهشی حاضر را مراجع‌کنندگان به کلینیک ارتوپدی بیمارستان آتیه و کلینیک درد رسا تشکیل دادند. شاید بهتر باشد که پژوهش‌های آتی در بیمارستان‌هایی با بافت فرهنگی متفاوت نیز تکرار شود. محدودیت دیگر این پژوهش، تکیه آن بر اندازه‌گیری‌های خودسنجی است. لازم به ذکر است که با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع مقطعی می‌باشد، استنباط روابط علی بین متغیرهای مطالعه شده صحیح نمی‌باشد و بدین منظور لازم است پژوهش‌های آتی با روش‌های آزمایشی یا آینده‌نگر به بررسی بیشتر جهت رابطه متغیرها پردازند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش متغیرهای دیگر نظیر باورهای مربوط به کنترل درد، و خودکارآمدی نیز در نظر گرفته شود. از آنجا که راهبردهای مقابله‌ای بیماران بر نحوه سازگاری با درد و رضایت زناشویی آن‌ها اثرگذار است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به مدل زیستی - روانی - اجتماعی و یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در کنار برنامه‌های درمانی پزشکی، نقش عوامل روان‌شناختی (باورها) و اجتماعی نیز در نظر گرفته شود و زوج‌درمانی مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان لازم است که از همه کسانی که در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، به ویژه بیماران مبتلا به درد مزمن که با

باشند. یافته‌ها بیانگر این است که احتمالاً رضایت زناشویی بر ادراک بیماران از حمایت همسر تأثیر گذاشته و آن‌ها را پاسخگوی نیازهای خود قلمداد می‌کنند. این حمایت ادراک شده ظرفیت بیمار را برای استفاده از راهبردهای سازگارانه تقویت می‌کند و باعث می‌شود هنگام افزایش شدت درد، عاطفه مثبت و کارکرد فیزیکی‌شان را حفظ کنند (تیلور و همکاران، 2013). همچنین این احتمال وجود دارد که رضایت زناشویی نقش عامل حفاظتی ایفا کرده و تمرکز فرد بر جنبه‌های منفی درد را کاهش داده و نشانه‌های افسردگی بیمار را تعدیل کند. نتایج این پژوهش به طور کلی از مدل‌های عامل (فوردایس، 1976) و شناختی - رفتاری (ترک، 1983) و افسردگی (بانکس، کرنز، 1996) حمایت می‌کند که بیان می‌کنند ادراک‌ها، رفتارها و همچنین بافت بین فردی در رابطه با پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن نقش دارند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کارکرد زناشویی که اغلب نقش اندکی در مدل‌های موجود درد و افسردگی دارد، باید نقش بیشتری را در مدل‌هایی که درد مزمن و پریشانی روان‌شناختی را ادغام می‌کنند ایفا کند. با وجود اینکه یافته‌ها حاکی از این است که درد در یک زمینه اجتماعی اتفاق می‌افتد، رضایت زناشویی به طور صریح در مدل‌های درد گنجانده نشده است. علاوه بر این یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تمرکز بر زوج ممکن است در درمان پریشانی روان‌شناختی مفیدتر باشد. تحقیقات قبلی نیز حاکی از این است که افزایش رضایت زناشویی در طول درمان با پیامدهای بلندمدت بهتر برای بیمارانی که همسرانشان نیز در درمان شرکت داشتند نسبت به بیمارانی که همسرانشان حضور نداشتند همراه است (کیف و همکاران، 1999). حضور همسران تأثیر درمان را افزایش می‌دهد زیرا همسران بیماران را تقویت می‌کنند، از آن‌ها حمایت می‌کنند، و سیستم خانواده را تقویت می‌کنند تا بیماران به طور مؤثرتری با

وجود درد با نهایت صبر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، تشکر و قدردانی نمایم.

منابع

- Abbasi, M., Dehghani, M., Keefe, F., Jafari, H., Behtash, H., & Shams, J. (2012). Spouse-assisted training in pain coping skills and the outcome of multidisciplinary pain management for chronic low back pain treatment: A 1-year randomized controlled trial. *European Journal of Pain, 16*(7), 1033-1043.
- Asghari, A., & Golak, N. (2005). The Roles of Pain Coping Strategies in Adjustment to Chronic Pain. *Daneshvar Raftar*.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine, 163*(20), 2433.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin, 119*(1), 95.
- Beach, S. R., Sandeen, E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*: Guilford Press.
- Bellamy, N., Campbell, J., & Syrotuik, J. (1999). Comparative study of self-rating pain scales in osteoarthritis patients. *Current medical research and opinion, 15*(2), 113-119.
- Benaim, C., Froger, J., Cazottes, C., Gueben, D., Porte, M., Desnuelle, C., & Pelissier, J. Y. (2007). Use of the Faces Pain Scale by left and right hemispheric stroke patients. *Pain, 128*(1), 52-58.
- Boston, A., & Sharpe, L. (2005). The role of threat-expectancy in acute pain: effects on attentional bias, coping strategy effectiveness and response to pain. *Pain, 119*(1), 168-175.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain, 107*(1), 99-106.
- Cano, A., Leonard, M. T., & Franz, A. (2005). The significant other version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-S): preliminary validation. *Pain, 119*(1), 26-37.
- افضلی، افشین؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و میرزمانی، محمود. (1386). ویژگی‌های روانسنجی آزمون DASS-42 بر اساس نمونه‌های از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه، فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره 5، شماره 10، 81-92.
- جعفری، حسن؛ ابراهیمی، اسماعیل؛ صلواتی، مهیار؛ کمالی، محمد و فتی، لادن (1390). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس ترس از حرکت تمپا در بیماران ایرانی مبتلا به کمردرد، فصلنامه توانبخشی، دوره 11، شماره 1، 15-22.
- خطیبی، ع. (1387). توجه انتخابی بیماران مبتلا به دردهای مزمن به چهره‌های دردناک، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- داودی، ایران؛ زرگر، یدالله؛ مظفری‌پور، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم (1391). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی، فصلنامه روانشناسی سلامت، شماره 1، 54-67.
- محمدی، سمیه؛ دهقانی، محسن؛ حیدری، محمود؛ صداقت مریم و خطیبی، علی (1392). بررسی شباهت‌های روانشناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای عضلانی-اسکلتی و همسران آن‌ها، مجله علوم رفتاری، دوره 7، شماره 1، 57-66.
- مظاهری، محمدعلی؛ حیدری، محمود؛ پوراعتماد، حمید (1382). ارزیابی نتایج و پیامدهای جشنهای ازدواج دانشجویی، گزارش طرح تحقیق، دانشگاه شهید بهشتی.

- pain. *Journal of Neurophysiology*, 86(1), 402-411.
- Keefe, F. J., Gil, K. M., & Rose, S. C. (1986). Behavioral approaches in the multidisciplinary management of chronic pain: Programs and issues. *Clinical psychology review*, 6(2), 87-113.
- Keogh, E., Dillon, C., Georgiou, G., & Hunt, C. (2001). Selective attentional biases for physical threat in physical anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 299-315.
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S., & Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 401-408.
- Kori, S., Miller, R., & Todd, D. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain management*, 3(1), 35-43.
- Leonard, M. T., & Cano, A. (2006). Pain affects spouses too: Personal experience with pain and catastrophizing as correlates of spouse distress. *Pain*, 126(1), 139-146.
- Linton, S. J., & Bergbom, S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2(2), 47-54.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995; 33(3):335-43.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 608.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Mohammadi, S., Dehghani, M., Sharpe, L., Heidari, M., Sedaghat, M., & Khatibi, A. (2012). Do main caregivers selectively attend to pain-related stimuli in the same way that patients do? *Pain*, 153(1), 62-67.
- Cano, A., Miller, L. R., & Loree, A. (2009). Spouse beliefs about partner chronic pain. *The Journal of Pain*, 10(5), 486-492.
- Cano, A., Weisberg, J. N., & Gallagher, R. M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
- Chang, H. K., Herr, K. A., Sohn, J. N., Cha, B. K., & Yom, Y. H. (2007). Prediction of pain outcomes in Korean older adults: use of a structural equation model. *Pain Medicine*, 8(1), 75-83.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131.
- Crombez, G., Van Damme, S., & Eccleston, C. (2005). Hypervigilance to pain: an experimental and clinical analysis. *Pain*, 116(1), 4-7.
- Dehghani, M., Sharpe, L., & Nicholas, M. (2004). Modification of attentional biases in chronic pain patients: a preliminary study. *European Journal of Pain*, 8(6), 585-594.
- Dehghani, M., Sharpe, L., & Nicholas, M. K. (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*, 105(1), 37-46.
- Flor, H., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 251-259.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness* (Vol. 1): Mosby St. Louis.
- Geisser, M. E., Cano, A., & Leonard, M. T. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525.
- Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of

- to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 475-489.
- Tabachnick BG, Fidell LS, Using multivariate statistics (3rd. ed) New York, NY: Harper and Row; 1996.
- Taylor, S. S., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2012). Relationship status and quality moderate daily pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain. *Pain*.
- Turk, D. C., Kerns, R. D., & Rosenberg, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: Examining the down side of social support. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 259.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1), 115-125.
- Van Beek, N., Perna, G., Schruers, K., Muris, P., & Griez, E. (2005). Anxiety sensitivity in children of panic disorder patients. *Child psychiatry and human development*, 35(4), 315-324.
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W., Seelen, H. A., Peters, M., de Jong, P., Aretz, E., Beisiegel, E., & Weber, W. E. (1999). Fear of movement/(re) injury and muscular reactivity in chronic low back pain patients: an experimental investigation. *Pain*, 82(3), 297-304.
- Nicholas, M. K., Coulston, C. M., Asghari, A., & Malhi, G. S. (2009). Depressive symptoms in patients with chronic pain. *The Medical Journal of Australia*, 190(7), S66-S70.
- Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Hauptmann, W., Jones, J., & O'Neill, E. (1997). Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(6), 589-605.
- Roelofs, J., Peters, M. L., Fassaert, T., & Vlaeyen, J. W. (2005). The role of fear of movement and injury in selective attentional processing in patients with chronic low back pain: a dot-probe evaluation. *The Journal of Pain*, 6(5), 294-300.
- Roelofs, J., Peters, M. L., van der Zijden, M., Thielen, F. G., & Vlaeyen, J. W. (2003). Selective attention and avoidance of pain-related stimuli: a dot-probe evaluation in a pain-free population. *The Journal of Pain*, 4(6), 322-328.
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland^o Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115-3124.
- Roland, M., & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain: part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine*, 8(2), 141-144.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97(1), 18.
- Schumacher, J. A., & Leonard, K. E. (2005). Husbands' and Wives' Marital Adjustment, Verbal Aggression, and Physical Aggression as Longitudinal Predictors of Physical Aggression in Early Marriage. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 28-37.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- Sullivan, M. J., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S. J., & Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions

Zale, E. L., Lange, K. L., Fields, S. A., & Ditre, J. W. (2013). The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *The Journal of Pain*, 14(10), 1019-1030.

