

بررسی سهم ابعاد کارکرد خانواده در میزان حرکت هراسی در بیماران مزمن اسکلتی - عضلانی

مریم نامغ*، مهرآور مومنی جاوید**، دکتر سیمین حسینیان***

* کارشناس ارشد، دانشگاه علوم تحفیات تهران. (نویسنده مسئول)

** دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

*** استاد گروه مشاوره دانشگاه الزهرا، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۰۸

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۸/۰۳

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۰۸

کلیدواژه‌ها:

کارکرد خانواده، حرکت هراسی، درد مزمن اسکلتی عضلانی.

خانواده به عنوان یک عامل مهم اجتماعی مؤثر بر درد مزمن امروزه مورد توجه پژوهشگران حوزه درد قرار گرفته است زیرا این نهاد یکی از محیط‌های مؤثر بر سلامت جسمی و روانی افراد است که شرایط لازم برای رشد و رسیدن به تعادل جسمی، روانی، اجتماعی را فراهم می‌آورد. خانواده این شرایط را از طریق انجام یکسری اعمال مشترک انجام می‌دهد که به این اعمال کارکرد خانواده گفته می‌شود. بر این اساس پژوهشی به منظور بررسی سهم ابعاد کارکرد خانواده در میزان حرکت هراسی با تعداد ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی با روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انجام شد. در این تحقیق برای بررسی ابعاد کارکرد خانواده و حرکت هراسی ناشی از درد مزمن به ترتیب از پرسشنامه‌های (FAD) و (TSK) استفاده شد. نتایج نشان داد رابطه بین کارکرد کلی خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار (۰/۲۱۹) در سطح $\alpha=0.05$ معنا دار است و این رابطه به صورت مستقیم می‌باشد و از میان ابعاد کارکرد خانواده حل مسئله، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و ارتباطات بیشترین میزان ارتباط را با این متغیر نشان دادند و ابعاد کارکرد خانواده میزان حرکت هراسی ناشی از درد مزمن اسکلتی عضلانی را تبیین می‌کند همچنین حل مسئله در خانواده با حدود ۹,۱ درصد، بیشترین تبیین را در پیش بینی متغیر میزان حرکت هراسی دارا است.

The study of contribution of dimensions of family function in fear of movement at patients suffered by musculoskeletal chronic pain

*M. Namegh, **M. Momeni Javid, ***S. Hossienian

Abstract

Nowadays family as an important social factor that affects chronic pain is being considered by researchers. Family is an effective environment in physical and mental health of peoples that provides the necessary conditions for development and achieves physical, mental and social balance. Family provides these conditions through a series of common actions which named family function. The aim of present study was to exam the contribution of dimensions of family function in fear of movement at patients with musculoskeletal chronic pain selected randomly. Family Assessment Device (FAD) and TAMPA questionnaire for assessing fear of movement is completed by participants. It was found that there was a relation with family function dimensions and fear of movement variables and this relation was direct and among family function dimensions, problem solving, affective involvement, affective responsiveness and communication were the most related dimensions with fear of movement and problem solving is the most related one (9.1).

Article Information:

History:

Receipt: 2014/04/28

Revise: 2014/10/25

Acceptance: 2014/11/29

Keywords:

Fear of movement, dimensions of family function, musculoskeletal chronic pain.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

درد تجربه حسی و هیجانی ناخوشایندی است که ناشی از یک آسیب بافتی واقعی یا احتمالی بوده یا در قالب چنین آسیبی قابل تبیین است (انجمن بین‌المللی درد^۱، ۲۰۰۸). ملزاک^۲ (۱۹۷۳)، به نقل از چنهال^۳ (۱۹۹۸) در طبقه بندی انواع مختلف درد آن را به سه دسته کلی تقسیم می‌کند که عبارتست از: ۱. درد گذرا ۲. درد حاد ۳. درد مزمن. درد مزمن یک ساختار فرضی غیر قابل مشاهده است که می‌توان آن را از طریق مطالعه تأثیرات آن در سه سطح روانی-فیزیولوژیک، شناختی-ادراکی و حرکتی-محیطی استنباط کرد (ولاین^۴ و همکاران، ۱۹۹۵). درد مزمن دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول طول می‌کشد. در معیارهای انجمن بین‌المللی درد، این زمان برای مقاصد پژوهشی حداقل ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه تعیین شده است (دوره های درد، ۱۹۷۹ به نقل از محمدی، ۱۳۹۲). درد مزمن یک پیش بینی کننده قوی از شدت افسردگی در مقایسه با سایر فاکتورهای خطر مانند انزوای اجتماعی می باشد. علاوه بر این مطالعات اخیر نشان می دهد که درد مزمن با افکار خودکشی در بزرگسالان ارتباط دارد (المیدا^۵ و همکاران، ۲۰۱۲).

خانواده یکی از محیط‌های مؤثر بر سلامت جسمی و روانی افراد است که شرایط لازم برای رشد و رسیدن به تعادل جسمی، روانی، اجتماعی را فراهم می‌آورد (وود^۶، ۱۹۹۵). خانواده این

شرایط را از طریق انجام یکسری اعمال مشترک انجام می‌دهد که به این اعمال کارکرد خانواده گفته می‌شود. کارکرد خانواده دارای پیوستاری از کارآمد (سطح بهینه) تا ناکارآمد می‌باشد. فاکتورهای بیرونی و درونی می‌توانند بر این کارکرد تأثیر گذار باشند. وقتی که فاکتور بیرونی یا درونی تعادل کارکرد خانواده را دچار مشکل کند، خانواده برای بازگشت به تعادل تلاش می‌کند. مطالعات گسترده در ادبیات ناکارآمدی خانواده نشان می‌دهد که درد مزمن نمونه‌ای از فاکتورهای بیرونی است که می‌تواند تعادل کارکرد خانواده را بر هم بزند (چنهال، ۱۹۹۸).

یکی از ابعاد درد که نقش موثری بر کارآمدی و عملکرد خانواده دارد، متغیر حرکت هراسی است. پژوهش‌ها نشان داده عواملی موجب تبدیل درد حاد به درد مزمن می شوند به طور مثال لتمان^۷ و همکاران (۱۹۸۳)، به نقل از محمدی، (۱۳۹۲) به نقش اساسی ترس و اجتناب، در تبدیل درد حاد به درد مزمن اشاره کردند. همچنین آنها به جای کیفیت حسی درد بر نقش موثر کیفیت عاطفی آن پرداختند و بیان کردند که ترس از درد باعث اجتناب از روبه رو شدن فرد با محرک‌هایی است که درد را برای فرد تداعی می‌کنند. به نظر می‌رسد که با تداعی درد برای فرد، فرد دچار ترس از حرکت و در نتیجه آن اجتناب از فعالیت می‌شود. یکی از عوامل موثر در عواطف فرد، خانواده می‌باشد. با توجه به این امر به نظر می‌رسد که خانواده بتواند یکی از عوامل تأثیر گذار بر درد و کیفیات عاطفی موثر بر آن باشند. بررسی ارتباط ابعاد کارکرد خانواده به عنوان واحدی بزرگ‌تر و مستقل از آنجایی ضروری به نظر

¹International Association for the Study of Pain (IASP)

²Melzak

³Chenhal

⁴Vlaeyen

⁵Almeida

⁶Wood

⁷Letman

می‌رسد که با شناسایی میزان اهمیت هر یک از این ابعاد بر ابعاد مختلف درد می‌توان در جهت بهبود عملکرد خانواده و در راستای آن عملکرد فیزیکی فرد مبتلا گام برداشت.

برای فهم بهتر این مطلب می‌توان از نظریه دروازه کنترل (ملزاک و وال^۱، ۱۹۶۵، به نقل از چنهال، ۱۹۹۸) که درد را پدیده‌ای چند بعدی می‌داند، استفاده کرد. این مدل اجزای عاطفی، شناختی، و حسی-فیزیولوژیکی درد را در بر می‌گیرد که هر یک از این اجزا نقش تقویت کننده یا تعدیل کننده را در ادراک درد ایفا می‌کنند. این مدل شامل عوامل روان‌شناختی و نیز مکانیزم‌های مربوط به سیستم عصبی مرکزی است و برای عوامل روان‌شناختی مؤثر در ادراک درد شواهد اساسی را ارائه می‌دهد. نظریه دروازه کنترل درد نخستین مدل تحلیلی بود که نقش عوامل روانی فیزیولوژیکی درد را مورد بررسی قرار داد.

بر اساس دانش به دست آمده از تحقیقات کلی مربوط به ترس و اضطراب، تأثیر ترس و اضطراب در عرصه دردهای مزمن هر روز بیشتر شناخته و تصدیق می‌شود. در دهه گذشته شمار روزافزونی از تحقیقات آزمایشگاهی و کلینیکی و بالینی ثابت کرده ترس و اضطراب بر تجربه درد و به خصوص ناتوانی در دردهای مزمن تأثیر می‌گذارد. اجتناب از روی ترس، به معنای اجتناب از حرکات و فعالیت‌ها بر مبنای ترس است که به عنوان مکانیسم اصلی پیشرفت درد های طولانی مدت مطرح شده است. مارتین^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در این زمینه بیان می‌کنند که در شرایط درد مزمن بزرگسالان ممکن است آنچه را که انجام می‌دهند محدود کنند زیرا فعالیت

درد را تشدید می‌کند. همچنین بدلیل اینکه آنها از آسیب بیشتر یا افتادن می‌ترسند فعالیت فیزیکی خود را محدود می‌کنند (هابسچر^۳ و همکاران، ۲۰۱۰) که این محدود کردن حرکت ممکن است منجر به چرخه ای از محدودیت ها، کم شدن شرکت در فعالیتها و ناتوانی عمیق تری گردد (جنسن^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ پارکینسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

مدلی که بر اساس آن این مکانیسم قابل تبیین است، مدل شرطی اجتناب از روی ترس می باشد که خاص فعالیت‌ها یا حرکت و درد است (لنتون^۶، ۱۹۸۶). در این مدل، عموماً دو مؤلفه تشخیص داده می‌شوند: مؤلفه کلاسیک و مؤلفه عامل. مؤلفه کلاسیک یعنی روندی که در آن یک محرک خنثی، یک معنا یا یک ظرفیت منفی را به خود می‌گیرد. شخص یاد می‌گیرد رویدادهای محیط پیرامون خود را پیش‌بینی کند. یک آسیب می‌تواند یک پاسخ غیرارادی نظیر انقباض عضله و فعالیت سمپاتیک نظیر ترس و اضطراب را برانگیزاند. یکمحرک بیرونی می‌تواند از طریق شرطی شدن کلاسیک، پاسخ مشابهی را برانگیزاند. شرطی شدن می‌تواند از طریق تجربه مستقیم یا بر اساس اطلاعات (یادگیری غیرمستقیم) یا حتی مشاهده (مدل سازی) انجام شود. این مدل که در شکل زیر نشان داده شده است، این گونه به توضیح فرایند می‌پردازد که وقتی محرک پیش از یک تجربه بد یادآور می‌آید، شروع به پیش‌بینی وقوع درد می‌کند و یادگیری رفتار اجتناب گرا شروع می‌شود. محرک تمیز داده شده، ظرفیت منفی به خود می‌گیرد و

³Hubscher

⁴Jensen

⁵Parkinson

⁶Linton

¹Wall

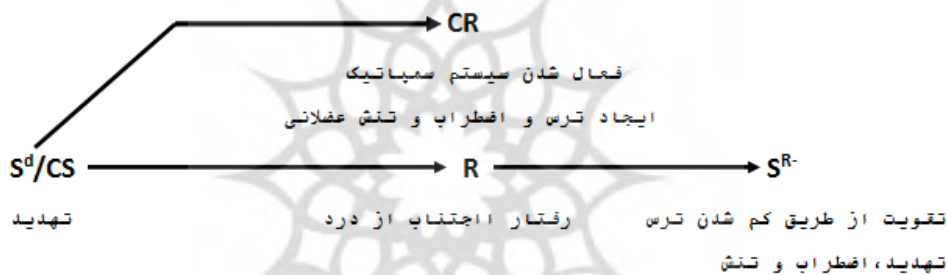
²Martin

اجتناب گرا وقتی تثبیت شد به آسانی از بین نمی‌رود (راچلین^۱، ۱۹۸۰). چون اجتناب موفق، مانع از آن می‌شود که شخص با پیامدهای شرایط تهدیدکننده (که غیر آسیب‌رسان هستند) تماس پیدا کند.

واکنش عضلانی، ترس، اضطراب و غیره را فعال می‌کند.

همان‌گونه که تصویر ۱ این موضوعشان می‌دهد، اجتناب از شرایط تهدیدکننده با کاهش درد، ترس، تنش و اضطراب تقویت می‌شود. رفتار

شکل ۱- مدل اجتناب از فعالیت که الگوهای شرطی شدن کلاسیک و شرطی شدن عامل را در خود ترکیب کرده است. یک شرایط تهدیدکننده یا دردآور (Sd /cs) یک پاسخ شرطی شده (Conditioned Response) CR از فعالیت‌های سمپاتیکی از جمله ترس را بر می‌انگیزاند که ترس خود منتهی به اجتناب از این شرایط می‌شود (R). این رفتار اجتناب گرا با کاهش محرک‌های نامطلوب تقویتی می‌شود. CS به معنای «محرک شرطی شده» (Conditioned Stimulus) است و CR در الگوی کلاسیک به معنای پاسخ شرطی شده است Sd. به معنای «محرک تمیز داده شده» است. R به معنای پاسخ و SR به معنای پیامدهای تقویتی‌کننده در الگوی عملگر (عامل) است.



نشان می‌دهد که بیماران آسیب‌دیده در یک مارپیچ رو به پایین اجتناب، ناتوانی و درد به دام می‌افتند.

مدل دوم روش شناختی - رفتاری است که همواره با توصیف دقیق مدل اجتناب از روی ترس معرفی می‌شود و به وسیله علائم بیماری فرد، باورها و رفتارها روشن می‌کند که چگونه این دور تسلسل پدید آمده، مشکل درد را در بیمار تداوم می‌دهد. این مدل که بر مبنای مدل قبلی ساخته شده است (ولاین و همکاران، ۱۹۹۵)، به پیدا کردن علت‌ها کمک می‌کند و با یافته‌های مطالب علمی جدید در مورد نقش اجتناب از روی ترس یا در پیشرفت بیماری‌های دردناک عضلانی اسکلتی است پیوند دارد. این مدل دو پاسخ رفتاری متضاد را اصل قرار می‌دهد که عبارتند از رویارویی و اجتناب و مسیریابی را

این مدل که بر اساس کاروادل^۲ و همکارانش (۱۹۹۳) است پیش‌بینی می‌کند که ترس‌های مرتبط به درد با چندین روش منتهی به ناتوانی می‌شوند که عبارتند از: ۱- ارزیابی‌های منفی از درد و پیامدهای آن مثلاً تفکر فاجعه آمیز که می‌تواند پیش درآمد ترس‌های مرتبط با درد باشند. ۲- یکی از خصوصیت‌های ترس، فرار و اجتناب است که پیامد نزدیک آن این است که

¹Rachlin
²Waddell

فعالیت‌های روزانه (بر حسب انتظار درد ایجاد می‌کنند) دیگر انجام نمی‌شوند. ۳- از آنجایی که رفتارهای اجتناب‌گرا قبل از درد واقع می‌شوند و پاسخی به درد نیستند، این رفتارها تداوم پیدامی‌کنند چون فرصت‌های کمتری وجود خواهد داشت تا انتظارات و باورهای بیمار در مورد درد به عنوان نشانه‌ای تهدید سلامت جسمانی او تصحیح شود. ۴- اجتناب طولانی و عدم فعالیت جسمانی تأثیر زیان‌آوری بر سیستم‌های عضلانی اسکلتی و قلبی عروقی دارد و منتهی به سندرم مشهور از کارافتادگی می‌شود که این ترس همراه، درد را بدتر می‌کند.

علاوه بر این اجتناب کردن به معنای کنار کشیدن از عوامل تقویت‌کننده اساسی نیز هست که موجب افزایش اضطراب‌ها نظیر تحریک پذیری، ناامیدی و افسردگی می‌شود. ترس از حرکت یکی از مشکلات مهم در مبتلایان به دردهای مزمن است چرا که این رفتارها موجب حفظ درد و افزایش ناتوانی می‌شود. برای مثال تی‌زان ۲ و همکارانش (۲۰۰۴) در یک تحقیق در مورد ۲۲۳ بیمار فیبرومیالژی‌یا ۳ ثابت کردند بیماران دارای سطوح بالای ترس از درد و فعالیت، ناتوانی بیشتر، رفتار افسرده و شدت درد بیشتری نسبت به بیمارانی با ترس کمتر دارند. علاوه بر این مککراکن ۴ و همکارانش (۱۹۹۶) ثابت کردند در بیماران دارای کمر دردهای ضعیف مزمن، سطوح بالای اضطراب مربوط به درد با احتمال وقوع بیشتر درد و محدودیت بیشتر در تست فیزیکی

همراه است. وادل و همکارانش (۱۹۹۳) هم گزارش کردند باورهای اجتناب از ترس در مورد فعالیت‌های جسمانی و کار، ارتباط زیادی با ناتوانی و از دست دادن کار به علت کم‌دردهای خفیف دارد. باورهایی نظیر "فعال نبودن بیشتر از شرکت در فعالیتها می‌تواند کمک‌کننده باشد" یا رفتارهایی مثل اجتناب از فعالیت به دلیل ترس از درد، ارتباطات خانوادگی ضعیف، و فشارهای مالی، احتمال تبدیل درد حاد به درد مزمن را بیشتر می‌کنند و خطر عدم پیشرفت در درمان را باعث می‌شود (راهنمای مدیریت داروی درد مزمن ۲۰۱۲، ۵).

فیلیپس ۶ و جهان‌شاهی (۱۹۸۶)، به نقل از لیتون و بور ۷، (۱۹۹۵) هم دریافتند در یک گروه از افراد مبتلا به سردرد، اجتناب از فعالیت‌ها و کنار کشیدن از شرایط اجتماعی، از برجسته‌ترین رفتارهای گزارش شده به وسیله این افراد است. یکی از محرک‌های مهم می‌تواند کار یا محل کار باشد. چون بیماران اغلب درد را باکار تداعی می‌کنند.

چنانچه در تعریف کارکرد خانواده بیان شد، عملکرد خانواده تلاش مشترکی است برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده ولی درد مزمن تقریباً بر تمامی جنبه‌های زندگی خانواده تأثیر می‌گذارد و در طول زمان به پیامدهای مهمی در خانواده منجر می‌شود. مبتلایان به درد اغلب به لحاظ جسمی و هیجانی به دیگران وابسته می‌شوند، این مسأله به تغییراتی در نقش‌های خانواده منجر می‌شود و اعضای خانواده بارها

⁵Guidlines for the pharmlological managemet of chronic pain
⁶Philips
⁷Buer

¹disuse syndrom
²Tzun
³fibromyalgia
⁴McCracken

افراد خانواده است. در واقع می توان گفت که بین رفتارهای مراقبتی افراد خانواده از بیماران درد مزمن و رفتارهای مرتبط با درد این بیماران، به طور مثال ترس از حرکت تعامل نزدیکی وجود دارد. با توجه به کم بودن میزان تحقیقات در زمینه خانواده و درد و حرکت هراسی و اهمیت خانواده و تاثیر قابل ملاحظه رفتارها و باورهای افراد آن بر افراد دارای درد مزمن، این پژوهش با هدف بررسی سهم ابعاد کارکرد خانواده در میزان حرکت هراسی در بیماران مزمن اسکلتی-عضلانی صورت پذیرفت تا با شناسایی ابعاد تأثیر گذار خانواده در این امر بتوان در جهت اصلاح ابعاد آسیب دیده و در نتیجه تبعات ناشی از درد پرداخت. در این راستا فرضیه های پژوهش به صورت زیر تنظیم می گردد:

۱. ابعاد مختلف کارکرد خانواده با میزان حرکت هراسی ناشی از درد مزمن در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی ارتباط دارد.

۲. ابعاد مختلف کارکرد خانواده، میزان حرکت هراسی از درد مزمن بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی را پیش بینی می کند.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دردهای مزمن اسکلتی-عضلانی بودند که طی سال ۹۰ برای درمان به مراکز درمانی تخصصی (فیزیوتراپی) بیمارستان امام حسین شهر تهران مراجعه نمودند. نوع این نمونه گیری از نوع نمونه گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه بود. به منظور اجرای نمونه گیری ابتدا به مرکز درمانی بیمارستان امام حسین مراجعه و در اتاق

مسئولیت های خانوادگی اضافی را بر عهده می گیرند. در نتیجه زندگی خانوادگی محدود می شود؛ ارتباطات، فعالیت ها، و تعاملات میان اعضای خانواده حول درد و بیماری متمرکز می شود. زندگی اجتماعی خانواده آسیب می بیند و ممکن است تدریجاً از دوستان و جامعه کناره گیری کنند. الگویی در خانواده شکل می گیرد که مشخصه آن تعهد متقابل و کنار گذاشتن استقلال شخصی است (اسمیت و فریدمن، ۱۹۹۹).

در این زمینه در نظر گرفتن و بررسی مؤلفه های روان شناختی مؤثر در ادراک و پایداری درد مزمن، بیانگر آن است که در تمام بیماران مبتلا، چگونگی تلقی آن ها از معنای درد، از بیماری و از ناتوانی جسمی ناشی از درد، در ابعاد مختلف درد و چگونگی و شدت بروز مشکل آن ها و میزان اثر بخشی درمان نقش دارد. پژوهش ها نشان داده که اکثر بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی به طور انتخابی به محرک های دردناک توجه می کنند (رولفوز^۲ و همکاران ۲۰۰۳). از جمله تعیین کننده های اصلی در توجه به محرک های دردناک متغیرهای محیطی و اجتماعی هستند. نشان دادن درد و رفتارهای نشان دهنده درد پیامدهای متفاوتی از قبیل پاسخهای حمایتی دیگران و نگرانی آنها و یا پاسخ های تنبیهی و عدم توجه را به دنبال خواهد داشت (شوارتز، جنسن و رومانو^۳، ۲۰۰۵).

به نظر می رسد که یکی از مهمترین عوامل در نشان دادن رفتارهای مربوط به درد و ترس از درد و اجتناب از حرکت، حضور دیگران مهم مانند

¹Smith&Friedmann

²Roelofs

³Schwartz, Jensen, & Romano

انتظار با بیماران مصاحبه کوتاهی انجام شد و ملاک‌های ورود و تمایل افراد برای شرکت در این مطالعه بررسی شد. ملاک‌های لازم برای ورود به این مطالعه عبارت بودند از: نداشتن سابقه تصادف، حداقل سن ۳۰ سال، متأهل و دارای فرزند بودن، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل و داشتن درد مزمن اسکلتی عضلانی که برای درمان آن به فیزیوتراپی مراجعه کنند. تعداد افراد گروه نمونه ۱۰۰ نفر بودند که شرایط بالا را داشتند همچنین لازم به ذکر است که در هنگام نمره گذاری داده‌های مربوط به یک نفر معتبر نبود و لذا داده‌های مربوطه حذف و کار آماری بر روی ۹۹ نفر انجام شد. پس از یک مصاحبه ۵ تا ۱۰ دقیقه‌ای باز، جهت تعیین احراز معیارهای پذیرش آزمودنی، آزمودنی‌ها به تک تک سوالات در یک جلسه پاسخ دادند و در صورت عدم تفهیم سوالات، سوالات توسط آزمونگر برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد.

طبق داده‌های موجود ۷۷/۸ درصد نمونه‌ها زن و ۲۲/۲ درصد آن‌ها نیز مرد بودند. بیشترین درصد به افراد با مدرک تحصیلی دیپلم با ۵۶/۶ درصد و کمترین نیز به افراد با مدرک تحصیلی فوق لیسانس با ۶/۱ درصد اختصاص دارد. بیشترین افراد گروه نمونه دارای دو فرزند (۳۷/۴ درصد) و کمترین آنها دارای پنج فرزند (با ۲ درصد) می‌باشند. بیشترین درصد به افراد دار با ۶۴/۶ درصد و کمترین مورد نیز به افراد بازنشسته و کارگر با ۵/۱ درصد اختصاص دارد.

ابزارهای اندازه‌گیری شامل:

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی

این پرسشنامه علاوه بر ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، طول مدت ازدواج، و تعداد فرزندان موارد دیگری مانند محل درد مزمن و بیماری‌های دیگر اعم از جسمی و روانی، درمان‌های مورد استفاده، بیماری‌های سایر اعضای خانواده و نیز محدوده محل سکونت را شامل می‌شد.

۲- مقیاس حرکت هراسی تامپا (TSK):

یکی از عبارات ابداع شده برای جنبه فعالیت گریزی ترس‌های مرتبط با درد، عبارت حرکت هراسی (کینزیو فوبیا) است. در بسیاری از موارد، بیمار مبتلا به درد مزمن می‌ترسد که در اثر حرکات بدنی دچار آسیب مجدد شود. اگر این ترس افراطی، غیرمنتظره و ناراحت کننده باشد آنرا حرکت هراسی می‌نامیم. مقیاسی که ترس‌های مرتبط با حرکت را در قالب حرکت هراسی می‌سنجد، مقیاس حرکت هراسی تامپا نام دارد. عبارت حرکت هراسی و مقیاس مرتبط با آن توسط کری او همکارانش (۱۹۹۰) ابداع شد. این مقیاس که رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری ترس از حرکت مرتبط با درد و مناسب استفاده در جمعیت مبتلا درد مزمن است، نوع خاصی از حرکت هراسی یعنی هراس از حرکت درد مبتلایان به درد مزمن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (روئولوفز^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

مقیاس تامپا از ۱۷ ماده تشکیل شده و آزمودنی بر اساس یک مقیاس لیکرتی چهار نقطه‌ای (بین کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به هر یک از مواد مقیاس پاسخ خواهد داد (کری و همکاران، ۱۹۹۰). در محاسبه نمره کلی مقیاس،

¹Kori

²Roelofs

شرایطی از خانواده وی می‌باشد. برای نمره گذاری، این موارد کد گذاری می‌شوند و هرچه نمرات این پرسشنامه بالاتر باشد کارکرد خانواده دارای کارایی کمتری است. این پرسشنامه هفت مقیاس دارد که عبارتند از ۱- حل مسأله ۲- ارتباط ۳- نقش‌ها ۴- پاسخ‌دهی عاطفی ۵- آمیختگی عاطفی ۶- کنترل رفتار و یک مقیاس دیگر کارکرد کلی خانواده است. مطالعه خصوصیات روان سنجی این پرسشنامه روشن ساخته است که اعتبار مقیاس‌ها مطلوب است. همسانی درونی این نسخه با استفاده از آلفای کرونباخ و اعتبار باز آزمایی آن با فاصله یک هفته تا ده روز محاسبه گردید. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ و همبستگی مقیاس‌ها با یکدیگر بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ محاسبه شده است (به نقل از میلر و همکاران، ۲۰۰۰).

یافته‌های پژوهش

در این بخش از پژوهش ابتدا به آماری از نوع درد و فراوانی آن در جامعه آماری مورد نظر پرداخته می‌شود و سپس میانگین و انحراف معیار متغیر های پژوهش بیان می‌شوند.

نمرات مواد ۱۶، ۱۲، ۸، ۴ باید معکوس شوند یعنی پاسخ‌های ۱ به ۴ و ۲ به ۳ و بالعکس تبدیل می‌شوند. بر اساس بعضی از یافته‌های پژوهشی، در صورت حذف این مواد از مقیاس، همسانی درونی اندکی افزایش می‌یابد. از آنجا که نمره کلی این مقیاس از جمع کرده نمرات تمام مواد به دست می‌آید، دامنه تغییرات نمره کلی این مقیاس (با احتساب حداقل نمره یک و حداکثر نمره چهار برای هر یک از مواد هفده‌گانه مقیاس) بین ۱۷ تا ۶۸ بوده و سبک نمرات بالاتر نشان دهنده میزان بیشتر ترس از حرکت و درد است (فرنچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). علاوه بر روایی و پایایی خوب این مقیاس، همسانی درونی آن نیز در دامنه آلفا بین ۰/۶۸ (ولاین و همکاران ۱۹۹۵) تا ۰/۸ (رونلوفر و همکاران، ۲۰۰۷) قرار دارد.

۳- ابزار سنجش خانواده (FAD):

یک پرسش نامه ۶۰ سوالی است که برای سنجش کارکرد خانواده در سال ۱۹۸۴ توسط اپستین^۲ و همکاران بنا بر الگوی مک مستر تدوین شده است. در این پرسش نامه آزمودنی برای هر ماده یکی از گزینه‌های ذیل را انتخاب می‌کند، کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم که توضیح

جدول ۱- توزیع گروه نمونه از نظر نوع درد

ناحیه درد	گردن	شانه	کمر	زانو	گردن و شانه	گردن و کمر	شانه و کمر	شانه و زانو	کمر و زانو	جمع
فراوانی	۱۱	۱۵	۲۶	۲۴	۳	۳	۴	۸	۵	۹۹
درصد	۱۱،۱	۱۵،۲	۲۶،۳	۲۴،۲	۳،۰	۳،۰	۴،۰	۸،۱	۵،۱	۱۰۰

^۱French
^۲Epstein

جدول فوق توزیع فراوانی گروه نمونه تحقیق را از نظر نوع درد آن‌ها نشان می‌دهد. طبق داده‌های موجود بیشترین درصد به افرادی اختصاص دارد که نوع درد آن‌ها کمر درد (۲۶/۳ درصد) می‌باشد.

جدول ۲- شاخصه های توصیفی متغیرهای هراسی و ابعاد کارکرد خانواده

شاخص متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
حرکت هراسی	۹۹	۴۰,۳۸۳۸	۶,۵۳۷۳۵
حل مساله	۹۹	۱۳,۶۷۰۰	۳,۶۶۵۴۴
کنترل رفتار	۹۹	۲۱,۷۶۰۰	۵,۰۱۹۳۴
نقش‌ها	۹۹	۲۳,۲۹۰۰	۴,۵۱۱۰۳
آمیختگی عاطفی	۹۹	۱۶,۶۹۰۰	۴,۶۰۰۶۰
پاسخ گویی عاطفی	۹۹	۱۴,۹۷۰۰	۴,۲۳۹۱۶
ارتباطات	۹۹	۲۱,۳۲۰۰	۳,۱۵۲۳۰
کارکرد کلی	۹۹	۱۷,۵۰۰۰	۳,۳۴۹۹۶

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد محاسبه قرار می‌گیرد و سپس با استفاده از ضرایب استاندارد در تحلیل رگرسیون چند متغیر میزان پیش بینی کنندگی متغیر ملاک از روی متغیرهای پیش بین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

جدول فوق شاخصه‌های توصیفی متغیرهای حرکت هراسی و ابعاد کارکرد خانواده در افراد نمونه را نشان می‌دهد بر اساس این جدول انحراف معیار و میانگین نمرات متغیر ارزیابی شده است.

برای بررسی پژوهش ابتدا فرضیه‌های ویژه تحقیق

جدول ۳- نتایج ماتریس همبستگی پیرسون در مورد رابطه بین کارکرد خانواده و حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی

حرکت هراسی	r	Sig	N
حل مساله	۰,۳۰۲**	۰,۰۰۲	۹۹
کنترل رفتار	۰,۱۳۷	۰,۱۷۸	۹۹
نقش‌ها	۰,۱۲۱	۰,۲۳۶	۹۹
آمیختگی عاطفی	۰,۲۰*	۰,۰۴۲	۹۹
پاسخ گویی عاطفی	۰,۲۱*	۰,۰۳۸	۹۹
ارتباطات	۰,۲۶۰**	۰,۰۱۰	۹۹
کارکرد کلی	۰,۲۱۹*	۰,۰۳۰	۹۹

(عدم معناداری رابطه بین متغیر) رد و فرض تحقیق با ۹۵٪ اطمینان تایید می‌گردد، به عبارت دیگر تغییر در ابعاد مختلف کارکرد خانواده، حرکت هراسی را در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی پیش بینی می‌کند. لازم به ذکر است که رابطه بین کنترل رفتار و نقش‌ها از کارکرد خانواده با حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی معنادار نیست.

پس از بررسی رابطه ساده بین مؤلفه‌های کارکرد خانواده و حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی، برای بررسی نقش تبیین‌کنندگی ابعاد کارکرد خانواده، روی حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی از رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام و تحلیل واریانس یکراهه برای تایید برازش مدل رگرسیون استفاده شده است که نتایج به شرح ذیل ارایه می‌گردد.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که رابطه بین حل مسأله از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار ($r = 0/302$)، رابطه بین آمیختگی عاطفی از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار ($r = 0/206$)، رابطه بین پاسخگویی عاطفی از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار ($r = 0/210$)، رابطه بین مؤلفه ارتباط از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار ($r = 0/260$) و در نهایت رابطه بین کارکرد کلی خانواده با متغیر حرکت هراسی با مقدار ($r = 0/219$) در سطح $0,05 = \alpha$ معنا دار است و این رابطه به صورت مستقیم می‌باشد.

لذا با توجه به این امر که نمره بالای کارکرد خانواده به معنای عدم کارکرد صحیح می‌باشد، بنابراین رابطه مستقیم بین نمرات کارکرد خانواده و حرکت هراسی به این مفهوم می‌باشد که عدم کارکرد صحیح خانواده با میزان بالای حرکت هراسی همراه می‌گردد و بالعکس. لذا فرض صفر

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی، از روی ابعاد کارکرد خانواده

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
حرکت هراسی	رگرسیون	۳۸۱،۵۱۶	۱	۳۸۱،۵۱۶	۹،۶۶۱	۰،۰۰۲a
	باقیمانده	۳۷۹۱،۲۶۰	۹۶	۳۹،۴۹۲		
	کل	۴۱۷۲،۷۷۶	۹۷			

ابعاد کارکرد خانواده حداقل در یک زیر مؤلفه، بخشی از واریانس حرکت هراسی را تبیین می‌کند به عبارت دیگر این نتیجه نشان می‌دهد که ضرایب رگرسیون معنادار است و شواهد کافی برای تأیید فرضیه وجود دارد.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول فوق نشان می‌دهد که رگرسیون متغیر حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی، از روی ابعاد کارکرد خانواده، از لحاظ آماری معنادار است چون میزان $F=9,661$ با درجات آزادی ۱ و ۹۶ در سطح $\alpha=0/05$ معنادار است و

جدول ۵- نتایج رگرسیون چندگانه حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی، از روی ابعاد کارکرد خانواده

مدل	پیش بین	R	R ²	ضرایب بتا
۱	حل مساله	۰,۳۰۲	۰,۰۹۱	۰,۳۰۲

با توجه به میزان R^2 موجود در جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت که متغیر حل مسأله از کارکرد خانواده در حدود ۹,۱ درصد از واریانس متغیر حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی را در مدل ارائه شده تبیین می‌کند. به عبارت دیگر حل مسأله از کارکرد خانواده بیشترین تبیین را در پیش بینی متغیر حرکت هراسی داراست. به طوری که با یک واحد تغییر در واریانس متغیر حل مسأله از کارکرد خانواده، به اندازه ۰/۳۰۲ در واریانس حرکت هراسی بیماران تغییر ایجاد می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی سهم ابعاد کارکرد خانواده در میزان حرکت هراسی در بیماران مزمن اسکلتی-عضلانی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین ابعاد مختلف کارکرد خانواده و حرکت هراسی ارتباط معناداری وجود دارد و اختلال در عملکرد برخی از این ابعاد می‌تواند حرکت هراسی را تشدید و یا از میزان آن بکاهد. نتایج نشان دهنده این مطلب بود که حرکت

هراسی با حل مسأله، آمیختگی عاطفی، ارتباطات و کارکرد کلی خانواده دارای ارتباط معناداری می‌باشد (فرضیه اول) که همسو با پژوهش های تی زان و همکاران (۲۰۰۴)، مک کراکن و همکاران (۱۹۹۶)، وادلو همکاران (۱۹۹۳) و ولاین و همکاران (۱۹۹۵) می باشد. همانطور که یافته های این پژوهش نشان می دهد به نظر می رسد که وجود درد مزمن و حرکت هراسی ناشی از آن می تواند بر برخی از ابعاد کارکرد خانواده تاثیر گذار باشد. این یافته ها همسو با سایر تحقیقات انجام شده در این زمینه است هرچند پژوهشهای اندکی به بررسی ابعاد کارکرد خانواده با حرکت هراسی پرداخته اند. برای مثال وجود فاجعه آمیز کردن درد در همسران بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی در بسیاری از پژوهش ها در نمونه های غیر ایرانی تایید شده است (کانو و فرنز، ۲۰۰۵).

پژوهش فیتز جرالده، هاجیستا و روپلس و مک ناب (۲۰۰۹)، نشان می دهد میزان ترس-اجتناب مراقبان باشدت ناتوانی بیمارانشان ارتباط مستقیم

نیز حول این موضوع در نوسان می‌باشد، همچنین ارتباطات کلامی خانواده هم ممکن است روی این موضوع تمرکز کند و این امر به بهای عدم توجه به سایر مسائل موجود و به عبارتی دیگر تحت تأثیر قرار گرفتن فاکتور حل مسأله می‌شود. با در نظر گرفتن یافته‌های پیشین و پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که تداوم وجود درد در فرد، تعادل سیستم خانواده را برهم می‌زند و در فرد نیز همراه با بروز نشانه‌های اضطراب و استرس می‌گردد، این نشانه‌ها منجر به ترس ناشی از احساس وقوع درد در فرد می‌گردد. این پژوهش همسو با پژوهش ون بیک و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد که در آن حساسیت نسبت اضطراب نیز مانند فاجعه‌پنداری درد یا رفتارهای نشان دهنده درد نه تنها در بیماران مشاهده می‌شود بلکه وجود چنین رفتارهایی در مراقبان اصلی این بیماران به خصوص والدین و همسران آنها مشاهده شده است.

همچنین تداوم این ترس موجب ایجاد نشانه‌های اجتناب در فرد بیمار می‌گردد که در طولانی مدت فرد برای گریز از این ترس و دست یافتن به آرامش به کاهش فعالیت و اجتناب از فعالیت‌هایی که ممکن است درد را افزایش دهند مجبور کند (خطیبی، ۱۳۸۶) و در واقع تمام این عوامل بر کارکرد کلی خانواده تأثیر می‌گذارد. بر این اساس می‌توان بیماری‌های جسمانی را با استفاده از بافت بین فردی و اجتماعی مورد بررسی قرار داد. بیماری‌های مزمن علاوه بر بیمار خانواده او را نیز متأثر می‌کنند و در نظام خانواده تغییر ایجاد می‌کنند و این تغییر و تأثیرات به طور متقابل هم نظام خانواده و هم بیمار را تحت تأثیر می‌دهد (شلور و پرکل، ۱۹۹۰).

دارد. اگرچه ترس از حرکت به طور مستقیم در مراقبان بیماران مبتلا به دردهای مزمن کمتر مورد توجه قرار گرفته است اما بسیاری دیگر از ویژگی‌های مرتبط با ترس از جمله حساسیت نسبت به اضطراب که به طور مستقیم با ترس از حرکت ارتباط دارند، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.

در این زمینه هابسچرو همکاران (۲۰۱۰) بیان کردند بدلیل اینکه بزرگسالان مبتلا به درد مزمن از آسیب بیشتر یا افتادن می‌ترسند ممکن است فعالیت فیزیکی خود را محدود می‌کنند که این محدود کردن حرکت ممکن است منجر به چرخه‌ای از محدودیت‌ها، کم شدن شرکت در فعالیتها و ناتوانی عمیق تری گردد (جنسن و همکاران، ۲۰۱۱؛ پارکینسون و همکاران، ۲۰۱۰).

در تبیین این مطالب این‌گونه میتوان بیان کرد که ترس از طریق سه مولفه (تفسیر محرک به آن عامل تهدید کننده، افزایش برانگیختگی سمپاتیک و رفتار دفاعی) که کمابیش همراه آن هستند و با سرعت‌های مختلف تغییر می‌کنند، در کوتاه مدت موجب کاهش سطوح ترس می‌شوند ولی در بلندمدت آن را تقویت می‌کند. این رفتارها به ویژه می‌تواند از عدم تأیید شدن باورهای بیمار جلوگیری کند و گاهی اوقات نیز موجب می‌شود نتیجه‌ای که از آن می‌ترسد با احتمال بیشتر به وقوع بپیوندد.

ترس‌های مرتبط با درد نیز مانند فرم‌های دیگر ترس و اضطراب مزاحم کارکرد شناختی انسان می‌شوند. این ترس باعث می‌شود که بیماران به نشانه‌های تهدید بیشتر توجه کنند و کمتر بتوانند توجه خود را از مسائل مربوط به درد به مسائل دیگر معطوف کنند و بسیاری از علائق خانواده

پژوهشهایی نیز رابطه درد مزمن را با افسردگی (گلیچر و همکاران، ۲۰۱۱؛ لام و همکاران، ۲۰۱۳) و با انزوای اجتماعی و افکار خودکشی (المیدا و همکاران، ۲۰۱۲) نشان داده اند.

در پژوهشی که کانو و میلر (۲۰۰۹) بر روی ۱۰۴ زوج که یکی از آنها درد مزمن داشتند انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که عقاید همسر در مورد ناتوانی فرد مبتلا، هیجان، کنترل و درمان، به طور معناداری با شدت درد همسر و پیش بینی کننده‌های انطباق با درد ارتباط دارد. همچنین رفتارهایی مثل اجتناب از فعالیت به دلیل ترس از درد، ارتباطات خانوادگی ضعیف، خطر عدم پیشرفت در درمان را باعث می شود (راهنمای مدیریت داری درد مزمن، ۲۰۱۲).

برای تبیین این موضوع می توان از نظریه نظام ها در حوزه خانواده درمانی بهره برد. بر اساس این نظریه خانواده ساختاری است به هم پیوسته که تغییر در هر قسمت موجب تغییر سایر قسمتها خواهد شد (گاتمن ۱۹۹۱).

علاوه بر این نمره‌ی کسب شده در ابعاد کارکرد خانواده در بیشتر مؤلفه‌ها، بخشی از واریانس ترس از حرکت را نیز تبیین می‌کرد (فرضیه دوم) بنابراین ترس مربوط به درد همراه با افزایش واکنش پذیری فیزیولوژیکی فرد در شرایطی می‌شود که فرد آن را خطرناک ارزیابی می‌کند که همه‌ی این عوامل می‌توانند زندگی خانوادگی را مختل کنند (وادل، ۱۹۹۳). ازیرا وقتی درد به عنوان یک تهدید اصلی برای فرد ادراک

می‌شود پاسخ‌های ترس و اضطراب درد برانگیخته می‌شوند و در ادامه پاسخ‌های ترس و اجتناب و همچنین افکار فاجعه ساز در فرد به وجود می‌آید (ولاین و لیتون، ۲۰۰۰) این عوامل به خودی خود باعث ترس از فعالیت‌های کاری، ترس از حرکت و آسیب را در فرد به وجود می‌آورد که همه این عوامل به همراه ماهیت خود درد می‌تواند باعث بروز مشکلات عاطفی شود.

چنانچه اوت و استرنباخ (به نقل از چنهال، ۱۹۹۸) نشان دادند که افراد مبتلا به درد مزمن اسکلتی-عضلانی درد را به عنوان یک تهدید جدی تلقی می‌کنند، بنابراین پاسخ‌های هیجانی به آن از جمله ترس از درد بر انگیخته می‌شود. نتایج این پژوهش نیز حاکی از آن است که بیشتر بودن میزان ترس از درد در مبتلایان، در پاسخ به افکار درد ظاهر می‌شود. در واقع فرد مبتلا به درد با ارزیابی منفی از درد و پیامدهای آن مانند تفکر فاجعه آمیز می‌تواند پیش در آمد ترس‌های مرتبط با درد باشد که زمینه اجتناب را به وجود می‌آورد.

این اجتناب شامل اجتناب از فعالیت‌های روزانه و کارکردهای نرمال فرد در چارچوب خانواده است (وادل و همکاران، ۱۹۹۳). به این صورت که ترس از طریق مکانیسم اجتناب مانع از کارکرد مناسب فرد می‌شود و بنابراین به صورت تغییر مستقیم هم بر میزان ناتوانی و هم بر کارکرد خانواده تأثیر می‌گذارد. همچنین این اجتناب کردن به علت ترس از درد می‌تواند به معنای کنار کشیدن از عوامل تقویت کننده‌ی اساسی باشد که موجب افزایش اضطراب‌ها نظیر تحریک پذیری، ناامیدی و افسردگی می‌شود (مک کوده و همکاران، ۱۹۸۸).

(PCSS): Preliminary validation. Pain. 2005; 119(1-3):26-37.

Chenhall, P. J. 1998. Family function and Marital Satisfaction Reported by Women with Fibromyalgia, their Spouses, and Control Group. Doctoral thesis at Manitoba University.

Fitzgerald TG, Hadjistavropoulos T, MacNabYC. Caregiver fear of falling and functional ability among seniors residing in long-term care facilities. Gerontol. 2009; 55: 460-7

French, D J, France C R, Vigneau F, French J A, Evans T. Fear of movement/ (re) injury in chronic pain: A psychometric assessment of original English version of the Tampa scale for kinesiophobia. Pain. 2007; 121(1&2): 42-51.

Hubscher, Vogot, Schmidt, Fink & Banzer, W. Perceived pain, fear of falling and physical function in women with osteoporosis. Gait & Posture. 2010; 32, 383, 385.

Gatchel, R.J. & Mayer, T.G. Occupational Musculoskeletal Disorder: Introduction and Overview of Problem. Mayer, T. G., Gatchel, R. J., & Polatin, P. B. (Eds). 2000. Occupational Musculoskeletal Disorder: function, outcomes and evidence. pp.3.8) Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins

Glicher, Y., Croxford, R., Hochman, J., & Hawker, G. A prospective study of mental health care comorbid depressed mood in older adults with painful osteoarthritis. BMC Psychiatry. 2011; 11, 147-157. doi:10.1186/1471-244X-11-147

Guidelines for the pharmacological management of chronic pain in primary care December. 2012; Approved by: port south and Sought East Hampshire Area prescribing committee, December 2012.

Guttman HA, editor. Systems Theory, Cybernetics, and Epistemology Philadelphia: Brunner/Mazel; 1991.

در مجموع می توان گفت با تهدیدهای واقعی که درد بر زندگی انسان دارد و فشارهای جسمی و روانی که بر مبتلایان وارد می کند مشکلات حادی را بر فرد و خانواده وارد می نماید. کسانی که در درجه اول از درد آسیب می بینند خود فرد، همسر و فرزندان و در مجموع خانواده فرد می باشند. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش های پیشین در این راستا، نشان داد که بستر اجتماعی درد مزمن به خصوص خانواده و افراد نزدیک، نقش بسیار مهمی در تجربه درد و ترس ناشی از آن دارد، لذا با شناسایی ابعاد تأثیرگذار خانواده در این امر می توان در جهت اصلاح ابعاد آسیب دیده و در نتیجه تبعات ناشی از درد پرداخت.

منابع

خطیبی طباطبایی، م. ع. توجه انتخابی بیماران مبتلا به دردهای مزمن در برابر چهره های دردناک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی. ۱۳۸۶؛ تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

محمدی، س؛ دهقانی، م؛ حیدری، م؛ صداقت، م؛ خطیبی، ع. بررسی شباهت های روانشناختی مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی و همسران آنها. مجله علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲؛ ۵۷-

References

Almeida, O. P., Draper, B., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Pirkis, J., Byrne, G., pfaff, J. J. Factors associated with suicidal thoughts in large community sample of older adults. The British Journal of Psychiatry. 2012; 201, 466-472.

Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the pain catastrophizing scale

- McCracken, L.M., Gross, R.T., Aikens, J., Carnkike, J.R. The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: a comparison of instruments. *Behav Res Ther.*1996; 34:927-933.
- McQuade, K.J, Turner, J.A, Buchner, D.M Physical fitness and chronic low back pain. *Clin Orthop Rel Res.*1988; 233:198-204.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S. and Epstein, N. B. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy.*2000; 22: 168° 189.
- Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979; 63): 249
- Parkinson, L., Gibson, R., Robinson, I., & Byles, J. Older women and arthritis: tracking impact over time. *Australasian Journal on Aging.*2010; 29, 155-160.
- Rachlin, H. *Behaviorism in everyday life*, Englewood Cliffs, HJ: Prentice-Hall. 1980.
- Roelofs J, Peters ML, van der Zijden M, Thielen FGJM, Vlaeyen JWS. Selective attention and avoidance of pain-related stimuli: A dot-probe evaluation in a pain-free population. *J Pain.* 2003;4(6):322-8.
- Roelofs, J., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.W., Goossens, M., Thibault, T. Boersma, K., Vlaeyen, J. S., Fear of movement and (re) injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian Sample. *Pain.* 2007; 131(1&2): 181-190.
- Rowat, K. M., & Knafl, K. A. Living with chronic pain :The spouse s perspective . *Pain.*1985; 23, 259-271.
- Schwartz L, Jensen MP, Romano JM. The development and psychometric evaluation of an instrument to assess Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., & Engel, J. M. Psychosocial factors & adjustment to persistent pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Archives of physical medicine & rehabilitation ..*2011;92, 146-160.
- Klenerman, L., Slade, P.D., Stanley, I.M., Pennie, B., Reilly, J.P., Atkinso, L.E., Troup, J.D.G., Rose, M.J. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine.* 1995; 4:478-484.
- Kori, S. H., Miller R.P. Todd D.D. Kinesiophobia: anew view chronic pain behavior management. 1990; 3, 35-43.
- Lang PJ. The emotion probe. Studies of motivation and attention. *Am Psychologist.* 1995; 50:372-385.
- Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception- I. *Behav Res Ther* 1983; 21(4): 401-8.
- Linton, S. J. Behavioral remediation of chronic pain : A status report. *Pain.*1986;24, 125-141.
- Linton, S.J., Buer N. Working despite pain: factors associated with work attendance versus dysfunction. *Int J Behav Med.*1995; 2(3):252±262.
- Lum, T. Y., Parashuram, S., Shipee, T. P., Wysocki, A., Shipee, N. D., Homyak, P., & Kane, R. L. Diagnosed prevalence and health care expenditures of mental health disorders among dual eligible older people. *The Gerontologist* 5. 2013; 3, 334-344.
- Lynch, M. E., F. A. Campbell, et al. "A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain." *Pain.*2008;136 (1-2): 97-116.
- Martin R.R., Hadjistavropoulos, T., & McCreary D. R. Fear of pain and fear of falling among younger and older adults with musculoskeletal pain conditions. *Pain Research & management.*2005; 10, 211-219.

Health Care for Women
International.1995; 16, 135-148.

spouse responses to pain and well
behavior in patients with chronic
pain: The spouse response inventory.
Pain.2005; 6(4):243-52.

Sholevar GP, Perkel R. Family systems
intervention and physical illness. Gen
Hosp Psychiat. 1990; 12(6):363-72.

Sperry, L. Psychological Treatment of
Chronic Illness. Philadelphia: FA
Davis. 2006.

Smith, A. A., & Friedmann, M.
Perceived family dynamics of persons
with chronic pain. Journal of
Advanced Nursing. 1999; 30, 543-
551.

Tzun, E.H, Albayrak, G., Eker, et al. A
comparison study of quality of life in
women with fibromyalgia and
myofascial pain syndrome. Disability
and Rehabilitation. 2004; 26: 198-
202.

van Beek N, Perna G, Schruers K, Muris
P, Griez E. Anxiety sensitivity
in children of panic disorder patients.
Child Psychiatr Human Dev.
2005;35(4):315-24.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J.,
Rotteveel, A., Ruesink, R., Heuts
P.H.T.G. The role of fear of
movement/(re)injury in pain
disability. J Occup Rehabil.1995;
5:235-252.

Vlaeyen, J. W. S., Kole- Snijders, A.,
Boeren, R., & Van Eek, H. Fear of
movement/ (re) injury in chronic low
back pain and its relation to
behavioral performance. Pain. 1995;
62, 363-373.

Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. Fear °
avoidance and its consequences in
chronic musculoskeletal pain: a state
of art. Pain.2000; 85, 317-332.

Waddell, G., Newton, M., Henderson I
et al. A Fear-Avoidance Beliefs
Questionnaire (FAPQ) and the role of
fear-avoidance beliefs in chronic low
back pain disability. Pain. 1993; 52:
157-168.

Woods, N. F. & Lewis, F. M.
Women with chronic illness: Their
views of their family adoption.