

بررسی پیشایند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس

ابعاد کارکرد خانواده

*مریم نامغ^۱، مهرآور مؤمنی جاوید^۲، سیمین حسینیان^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

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

۳. استاد گروه مشاوره دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۳/۰۲/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۹/۰۸)

The Study of Contribution of Dimensions of Family Function in Fear of Movement at Patients with Musculoskeletal Chronic Pain

*Maryam Namegh¹, Mehravar Momeni Javid², Simin Hosseini³

1. M.A in Clinical Psychology, Science and Research University, Tehran, Iran.

2. PhD Student of Counseling, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

3. Professor of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran.

(Received: Jan. 24, 2014 - Accepted: Jul. 05, 2014)

Abstract

Objective: Nowadays family as an important social factor that effects chronic pain is being considered by researchers. Family is an effective environment in physical and mental health of people that provides the necessary conditions for development and achieve physical, mental and social balance. **Methods:** Family provides this 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. **Results:** 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, and affective responsiveness. **Conclusion:** Communication were the most related dimensions with fear of movement and problem solving is the most related one (9.1).

Keywords: Fear of Movement, Dimensions of Family Function, Musculoskeletal Chronic Pain

چکیده

مقدمه: 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. **روش:** بر این اساس پژوهشی به منظور بررسی پیشایند حرکت هراسی بر اساس ابعاد کارکرد خانواده 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. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد رابطه بین کارکرد کلی خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار (۰/۲۱۹) در سطح $\alpha=0.05$ معنادار است و این رابطه به صورت مستقیم است و از میان ابعاد کارکرد خانواده حل مسئله، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی و ارتباطات بیشترین میزان ارتباط را با این متغیر نشان دادند. **نتیجه‌گیری:** 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 پیش‌بینی متغیر میزان حرکت هراسی دارا است.

واژگان کلیدی: کارکرد خانواده، حرکت هراسی، درد مزمن اسکلتی عضلانی.

*نویسنده مسئول: مریم نامغ

*Corresponding Author: Maryam Namegh

Email: m.namegh@gmail.com

مقدمه

برآورد می‌شود (گچل^۷ و مایر^۸، ۲۰۰۰). همچنین گلیچر^۹ و همکاران (۲۰۱۱) بیان می‌کنند که مشکلات خلقی مانند خطر بروز افسردگی، از نتایج اصلی دردهای دائمی و مزمن در افراد بزرگسال است. میزان افسردگی اساسی در بزرگسالان با دردهای دائمی بین ۱۹ تا ۲۸ درصد تخمین زده شده است که در جمعیت عمومی این عدد حدود ۲ تا ۴ درصد است (لام^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۳) در نتیجه درد مزمن یک پیش‌بینی کننده قوی از شدت افسردگی در مقایسه با سایر فاکتورهای خطر مانند انزوای اجتماعی است. علاوه بر این مطالعات اخیر نشان می‌دهد که درد مزمن با افکار خودکشی در بزرگسالان ارتباط دارد (المیدا^{۱۱} 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^{۱۲}، 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 است. فاکتورهای بیرونی و درونی می‌توانند بر این کارکرد تأثیرگذار باشند. وقتی که فاکتور بیرونی یا درونی تعادل کارکرد خانواده را دچار مشکل کند، خانواده برای بازگشت

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 طبقه‌بندی انواع مختلف درد آن را به سه دسته کلی تقسیم می‌کند که عبارت است از: ۱. درد گذرا ۲. درد حاد ۳. درد مزمن. درد مزمن یک ساختار فرضی غیرقابل 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).

در آمریکا، درد به‌عنوان رایج‌ترین علت (۸۰ درصد) مراجعه افراد به مراکز درمانی و متداول‌ترین علت خوددرمانی‌های دارویی و یک مشکل طبی فراگیر و همه‌جانبه^۵ است، چراکه نه تنها بر روی زندگی بیش از ۵۰ میلیون آمریکایی اثر می‌گذارد بلکه از طریق کاهش بهره‌وری و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (مانند از دست دادن درآمدها، افزایش هزینه‌های مصرفی برای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و پرداخت حقوق از کارافتادگی و یا ناتوانی^۶) باعث ۷۰ میلیارد دلار ضرر مالی در سال می‌شود (چنهال، ۱۹۹۸). هزینه‌های سالیانه مرتبط با مشکلات مستقیم و غیرمستقیم ناشی از کم‌درد مزمن هم به‌تنهایی بین ۲۰ تا ۶۰ میلیارد دلار

7. Gatchel
8. Mayer
9. Gleicherr
10. Lum
11. Almeida
12. Wood

1. International Association for the Study of Pain (IASP)
2. Melzak
3. Chenhal
4. Vlaeyen
5. A pervasive medical problem
6. Disability benefits

دروازه کنترل (ملزاک و وال^۵، ۱۹۶۵، به نقل از چنهال، ۱۹۹۸) که درد را پدیده‌ای چندبعدی می‌داند، استفاده کرد. این مدل اجزای عاطفی، شناختی و حسی - فیزیولوژیکی درد را در برمی‌گیرد که هر یک از این اجزا نقش تقویت‌کننده یا تعدیل‌کننده را در ادراک درد ایفا می‌کنند. این مدل شامل عوامل روان‌شناختی و نیز مکانیسم‌های 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 به‌دست‌آمده از تحقیقات کلی مربوط به ترس و اضطراب، تأثیر ترس و اضطراب در عرصه دردهای مزمن هرروز 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 به‌خصوص ناتوانی در دردهای مزمن تأثیر می‌گذارد. اجتناب از روی ترس، به معنای اجتناب از حرکات و فعالیت‌ها بر مبنای ترس است که به‌عنوان مکانیسم اصلی پیشرفت دردهای طولانی‌مدت مطرح شده است. مارتین^۶ 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 به دلیل اینکه آن‌ها از آسیب بیشتر یا افتادن می‌ترسند فعالیت فیزیکی خود را محدود می‌کنند (هابسچر^۷ و

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). نقش خانواده به‌عنوان یک عامل مهم اجتماعی مؤثر بر درد مزمن توجه پژوهشگران حوزه درد را به خود معطوف داشته است (برای مثال روات^۱ و کنافل^۲، ۱۹۸۵).

در این حوزه برای ارزیابی کارکرد خانواده از مدل مک مسترز^۳ استفاده می‌شود. این مدل برای ارزیابی کارکرد خانواده به‌نحیج طراحی شده است و ۶ بعد دارد و هر بعد بر روی پیوستاری از کارایی تا ناکارایی اندازه‌گیری می‌شود و به دو طبقه مجزا تقسیم می‌شود: ابزاری و عاطفی. این ۶ بعد عبارت‌اند از حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار (میلر^۴ و همکاران ۲۰۰۰). این ابعاد جدا از یکدیگر عمل نمی‌کنند بلکه همه دارای ارتباط کاملی با هدف اصلی دستاورد کارکرد خانواده هستند.

بررسی ارتباط ابعاد کارکرد خانواده به‌عنوان واحدی بزرگ‌تر و مستقل از آنجایی ضروری به نظر 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. یکی از این ابعاد درد که نقش مؤثری بر کارآمدی و عملکرد خانواده دارد، متغیر حرکت‌هراسی است.

برای فهم بهتر این مطلب می‌توان از نظریه

5. Wall
6. Martin
7. Hubscher

1. Rowat
2. Knafli
3. McMaster Model of Family Functioning
4. Miller

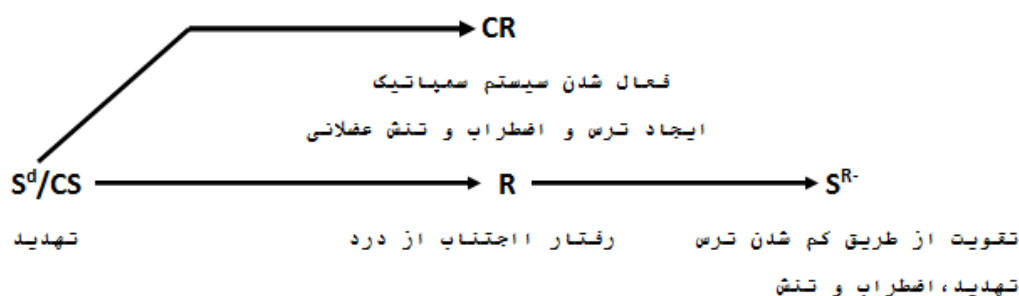
مریم نامغ و همکاران: بررسی پیشابند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد ...

پاسخ مشابهی را برانگیزاند. شرطی شدن می‌تواند از طریق تجربه مستقیم یا بر اساس اطلاعات (یادگیری غیرمستقیم) یا حتی مشاهده (مدل‌سازی) انجام شود. این مدل که در شکل زیر نشان داده شده است، این‌گونه به توضیح فرایند می‌پردازد که وقتی محرک پیش از یک تجربه بد یا دردآور می‌آید، شروع به پیش‌بینی وقوع درد می‌کند و یادگیری رفتار اجتناب گرا شروع می‌شود. محرک تمیز داده شده، ظرفیت منفی به خود می‌گیرد و واکنش عضلانی، ترس، اضطراب و غیره را فعال می‌کند.

همان‌گونه که تصویر ۱ این موضوع نشان می‌دهد، اجتناب از شرایط تهدیدکننده با کاهش درد، ترس، تنش و اضطراب تقویت می‌شود. رفتار اجتناب گرا وقتی تثبیت شد به آسانی از بین نمی‌رود (راچلین^۴، ۱۹۸۰). چون اجتناب موفق، مانع از آن می‌شود که شخص با پیامدهای شرایط تهدیدکننده (که غیر آسیب‌رسان هستند) تماس پیدا کند.

همکاران، ۲۰۱۰) که این محدود کردن حرکت ممکن است منجر به چرخه‌ای از محدودیت‌ها، کم شدن شرکت در فعالیت‌ها و ناتوانی عمیق‌تری گردد (جنسن^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ پارکینسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

مدلی که بر اساس آن این مکانیسم قابل تبیین است، مدل شرطی اجتناب از روی ترس است که خاص فعالیت‌ها یا حرکت و درد است (لیتون^۳، ۱۹۸۶). در این مدل، عموماً دو مؤلفه تشخیص داده می‌شوند: مؤلفه کلاسیک و مؤلفه عامل. مؤلفه کلاسیک یعنی روندی که در آن یک محرک ختشی، 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. یک محرک بیرونی می‌تواند از طریق شرطی شدن کلاسیک،



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 (S^d/cs) یک پاسخ شرطی شده (Conditioned Response) CR از فعالیت‌های سمپاتیک از جمله ترس را برمی‌انگیزاند که ترس خود منتهی به اجتناب از این شرایط می‌شود (R). این رفتار اجتناب گرا با کاهش محرک‌های نامطلوب تقویت می‌شود. CS به معنای «محرک شرطی شده» (Conditioned Stimulus) است و CR در الگوی کلاسیک به معنای پاسخ شرطی شده است. S^d به معنای «محرک تمیز داده شده» است. R به معنای پاسخ و SR به معنای پیامدهای تقویت‌کننده در الگوی عملگر (عامل) است.

1. Jensen
2. Parkinson
3. Linton

4. Rachlin

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 تحریک‌پذیری، ناامیدی و افسردگی می‌شود. ترس از حرکت یکی از مشکلات مهم در مبتلایان به دردهای مزمن است چراکه این رفتارها موجب حفظ درد و افزایش ناتوانی می‌شود. برای مثال تی زان^۳ و همکارانش (۲۰۰۴)، در یک تحقیق در مورد ۲۲۳ بیمار فیبرومیالژیا^۴ 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 مک کراکن^۵ و همکارانش (۱۹۹۶)، ثابت کردند در بیماران دارای کمردردهای 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 کمردردهای خفیف دارد. باورهایی

مدل دوم روش‌شناختی - 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 قلبی 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 عبارت‌اند از رویارویی و اجتناب و مسیرهایی را نشان می‌دهد که بیماران آسیب‌دیده در یک مارپیچ رو به پایین اجتناب، ناتوانی و درد به دام می‌افتند.

این مدل که بر اساس کار وادل^۱ و همکارانش (۱۹۹۳)، است پیش‌بینی می‌کند که ترس‌های مرتبط به درد با چندین روش منتهی به ناتوانی می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱- ارزیابی‌های منفی از درد و پیامدهای آن مثلاً تفکر فاجعه‌آمیز که می‌تواند پیش‌درآمد ترس‌های مرتبط با درد باشند. ۲- یکی از خصوصیت‌های ترس، فرار و اجتناب است که پیامد نزدیک آن این است که فعالیت‌های روزانه (برحسب 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 پیدا می‌کنند چون فرصت‌های کمتری وجود خواهد

2. Disuse syndrom
3. Tzun
4. Fibromyalgia
5. McCracken

1. Waddell

مریم نامغ و همکاران: بررسی پیشایند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد ...

میان اعضای خانواده حول درد و بیماری متمرکز می‌شود. زندگی اجتماعی خانواده آسیب می‌بیند و ممکن است تدریجاً از دوستان و جامعه کناره‌گیری کنند. الگویی در خانواده شکل می‌گیرد که مشخصه آن تعهد متقابل و کنار گذاشتن استقلال شخصی است (اسمیت و فریدمن^۴، ۱۹۹۹).

در این زمینه در نظر گرفتن و بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر در ادراک و پایداری درد مزمن، بیانگر آن است که در تمام بیماران مبتلا، چگونگی تلقی آن‌ها از معنای درد، از بیماری و از ناتوانی جسمی ناشی از درد، در ابعاد مختلف درد و چگونگی و شدت بروز مشکل آن‌ها و میزان اثربخشی درمان نقش دارد. با توجه به تحقیقات اخیر که بیشتر بر روی زوج‌ها انجام شده است، خانواده، از عوامل مؤثر در این حوزه است؛ لذا با شناسایی ابعاد تأثیرگذار خانواده در این امر می‌توان در جهت اصلاح ابعاد آسیب‌دیده و در نتیجه تبعات ناشی از درد پرداخت؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیشایند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد خانواده صورت پذیرفت.

فرضیه‌های پژوهش: 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

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^۱، ۲۰۱۲).

فیلیپس^۲ و جهانشاهی (۱۹۸۶)، به نقل از لیتون و بور^۳، (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 مسئله به تغییراتی در نقش‌های خانواده منجر می‌شود و اعضای خانواده بارها مسئولیت‌های خانوادگی اضافی را بر عهده می‌گیرند. در نتیجه زندگی خانوادگی محدود می‌شود؛ ارتباطات، فعالیت‌ها و تعاملات

1. Guidelines for the pharmacological management of chronic pain
2. Philips
3. Buer

4. Smith & Friedmann

اسکلتی - عضلانی را پیش‌بینی می‌کند.

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 نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت داوطلبانه بود. به‌منظور اجرای نمونه‌گیری ابتدا به مرکز درمانی بیمارستان امام حسین مراجعه و در اتاق 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 نمره‌گذاری 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 تک‌تک سؤالات در یک جلسه پاسخ دادند و در صورت عدم تفهیم سؤالات، سؤالات 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 فوق‌لیسانس 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 خانه‌دار با ۶۴/۶ درصد و کم‌ترین مورد نیز به افراد بازنشسته و کارگر با ۵/۱ درصد اختصاص دارد.

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 مورداستفاده، بیماری‌های سایر اعضای خانواده و نیز محدوده محل سکونت را شامل می‌شد.

مقیاس حرکت هراسی تامپا (TSK): یکی از عبارات ابداع‌شده برای جنبه فعالیت‌گریزی 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 ناراحت‌کننده باشد آن را 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

مریم نامغ و همکاران: بررسی پیشابند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد ...

ابزار سنجش خانواده (FAD): یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجش کارکرد خانواده در سال ۱۹۸۴ توسط اپستین^۴ و همکاران بنا بر الگوی مک مستر تدوین شده است. در این پرسشنامه آزمودنی برای هر ماده یکی از گزینه‌های ذیل را انتخاب می‌کند، کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم که توضیح شرایطی از خانواده وی است. برای نمره‌گذاری، این موارد کدگذاری می‌شوند و هرچه نمرات این پرسشنامه بالاتر باشد کارکرد خانواده دارای کارایی کمتری است. این پرسشنامه هفت مقیاس دارد که عبارت‌اند از ۱- حل مسئله ۲- ارتباط ۳- نقش‌ها ۴- پاسخ‌دهی عاطفی ۵- آمیختگی عاطفی ۶- کنترل رفتار و یک مقیاس دیگر کارکرد کلی خانواده است. مطالعه خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه روشن ساخته است که اعتبار مقیاس‌ها مطلوب است. همسانی درونی این نسخه با استفاده از آلفای کرونباخ و اعتبار باز آزمایشی بافاصله یک هفته تا ده روز محاسبه گردید. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵٪ و اعتبار باز آزمایشی 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).

یافته‌ها

در این بخش از پژوهش ابتدا به آماری از نوع درد و فراوانی آن در جامعه آماری موردنظر پرداخته می‌شود و سپس میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بیان می‌شوند.

توسط کری^۱ و همکارانش (۱۹۹۰)، ابداع شد. این مقیاس که رایج‌ترین مقیاس اندازه‌گیری ترس از حرکت مرتبط با درد و مناسب استفاده در جمعیت مبتلا به 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، 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 آنجاکه 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 نشان‌دهنده میزان بیشتر ترس از حرکت و درد است (فرنچ^۳ 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 (روئولوفز و همکاران، ۲۰۰۷) قرار دارد.

1. Kori
2. Roelofs
3. French

4. Epstein

جدول ۱. توزیع گروه نمونه از نظر نوع درد

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

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 کمردرد (۲۶/۳ درصد) است.

جدول ۲. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای حرکت هراسی و ابعاد کارکرد خانواده

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
حرکت هراسی	۹۹	۴۰,۳۸۳۸	۶,۵۲۷۳۵
حل مسئله	۹۹	۱۳,۶۷۰۰	۳/۶۶۵۴۴
کنترل رفتار	۹۹	۲۱,۷۶۰۰	۵/۰۸۹۳۴
نقش‌ها	۹۹	۲۳,۲۹۰۰	۴/۵۱۱۰۳
آمیختگی عاطفی	۹۹	۱۶,۶۹۰۰	۴/۶۰۰۶۰
پاسخ‌گویی عاطفی	۹۹	۱۴,۹۷۰۰	۴/۴۳۹۱۶
ارتباطات	۹۹	۲۱,۳۲۰۰	۳/۱۵۲۳۰
کارکرد کلی	۹۹	۱۷,۵۰۰۰	۳/۳۴۹۹۶

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 ارائه شده است. برای بررسی پژوهش ابتدا فرضیه‌های ویژه تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد محاسبه قرار می‌گیرد و سپس با استفاده از ضرایب استاندارد در تحلیل رگرسیون چند متغیر میزان پیش‌بینی کنندگی متغیر ملاک از روی متغیرهای پیش‌بین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بر این اساس فرضیه «آیا ابعاد مختلف کارکرد خانواده با حرکت هراسی ناشی از درد در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی ارتباط دارد؟» مورد آزمون قرار گرفت که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

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 ارائه شده است. برای بررسی پژوهش ابتدا فرضیه‌های ویژه تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد محاسبه قرار می‌گیرد و سپس با استفاده از

مریم نامغ و همکاران: بررسی پیشایند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد ...

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

اسکلتی - عضلانی

حرکت هراسی	کارکرد خانواده
۰,۳۰۲**	R
۰,۰۰۲	Sig
۹۹	N
۰,۱۳۷	R
۰,۱۷۸	Sig
۹۹	N
۰,۱۲۱	R
۰,۲۳۶	Sig
۹۹	N
۰,۲۰۶*	R
۰,۰۴۲	Sig
۹۹	N
۰,۲۱۰*	R
۰,۰۳۸	Sig
۹۹	N
۰,۲۶۰**	R
۰,۰۱۰	Sig
۹۹	N
۰,۲۱۹*	R
۰,۰۳۰	Sig
۹۹	N

و این رابطه به صورت مستقیم است. لذا با توجه به این امر که نمره بالای کارکرد خانواده به معنای عدم کارکرد صحیح است، بنابراین رابطه مستقیم بین نمرات کارکرد خانواده و حرکت هراسی به این مفهوم است که عدم کارکرد صحیح خانواده با میزان بالای حرکت هراسی همراه می گردد و بالعکس. لذا فرض صفر (عدم معناداری رابطه بین متغیر) رد و فرض تحقیق با ۹۵٪ اطمینان تأیید می گردد، به عبارت دیگر تغییر در ابعاد مختلف کارکرد خانواده، حرکت هراسی را در بیماران مبتلا به درد

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می دهد که رابطه بین حل مسئله از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار (I=۰/۳۰۲)، رابطه بین آمیختگی عاطفی از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار (I=۰/۲۰۶)، رابطه بین پاسخگویی عاطفی از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار (I=۰/۲۱۰)، رابطه بین مؤلفه ارتباط از کارکرد خانواده و متغیر حرکت هراسی با مقدار (I=۰/۲۶۰) و در نهایت رابطه بین کارکرد کلی خانواده با متغیر حرکت هراسی با مقدار (I=۰/۲۱۹) در سطح $\alpha=۰,۰۵$ معنادار است

نقش تبیین‌کنندگی ابعاد کارکرد خانواده، روی حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی از رگرسیون چند متغیره به روش گام‌به‌گام و تحلیل واریانس یک‌راهه برای تأیید برازش مدل رگرسیون استفاده شده است که نتایج به شرح ذیل ارائه می‌گردد.

مزمن اسکلتی - عضلانی پیش‌بینی 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

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،۰۰۲ ^a
	باقیمانده	۳۷۹۱،۲۶۰	۹۶	۳۹،۴۹۲		
	کل	۴۱۷۲،۷۷۶	۹۷			

است و 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

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

مدل	پیش‌بین	R	R ²	ضرایب بتا
۱	حل مسئله از کارکرد خانواده	۰،۳۰۲ ^a	۰،۰۹۱	۰،۳۰۲

می‌کند. به عبارت دیگر حل مسئله از کارکرد خانواده بیشترین تبیین را در پیش‌بینی متغیر حرکت هراسی داراست. به طوری که با یک واحد تغییر در واریانس متغیر حل مسئله از کارکرد خانواده، به اندازه ۰/۳۰۲ در واریانس حرکت

با توجه به میزان R^2 موجود در جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت که متغیر حل مسئله 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

مریم نامغ و همکاران: بررسی پیشابند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد ...

هراسی بیماران تغییر ایجاد می‌گردد.

کوتاه‌مدت موجب کاهش سطوح ترس می‌شوند ولی در بلندمدت آن را تقویت می‌کند. این رفتارها به‌ویژه 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 نیز حول این موضوع در نوسان است، 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 مسئله 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. تداوم این ترس موجب ایجاد نشانه‌های اجتناب در فرد بیمار می‌گردد که در طولانی‌مدت 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. پژوهش‌هایی نیز رابطه

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیشابند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد خانواده 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 نشان‌دهنده این مطلب بود که حرکت هراسی با حل مسئله، آمیختگی عاطفی، ارتباطات و کارکرد کلی خانواده دارای ارتباط معناداری است (فرضیه اول) که همسو با پژوهش‌های تی زان و همکاران (۲۰۰۴)، مک کراکن و همکاران (۱۹۹۶)، وادل و همکاران (۱۹۹۳) و ولاین و همکاران (۱۹۹۵)، است.

در این زمینه هابسچر و همکاران (۲۰۱۰)، بیان کردند به دلیل 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 عمیق‌تری گردد (جنسن و همکاران، ۲۰۱۱؛ پارکینسون و همکاران، ۲۰۱۰).

در تبیین این مطالب این‌گونه می‌توان بیان کرد که ترس از طریق سه مؤلفه (تفسیر محرک به آن عامل تهدیدکننده، افزایش برانگیختگی سمپاتیک و رفتار دفاعی) که کمابیش همراه آن هستند و با سرعت‌های مختلف تغییر می‌کنند، در

درد می‌تواند باعث بروز مشکلات عاطفی شود. چنانچه اوت و استرناخ (به نقل از چنهال، ۱۹۹۸) نشان دادند که افراد مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی درد را به‌عنوان یک تهدید جدی تلقی می‌کنند، بنابراین پاسخ‌های هیجانی به آن از جمله ترس از درد برانگیخته 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 فاجعه‌آمیز می‌تواند پیش‌درآمد 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 به‌صورت غیرمستقیم 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 تقویت‌کننده‌ی اساسی باشد که موجب افزایش اضطراب‌ها نظیر تحریک‌پذیری، ناامیدی و افسردگی می‌شود (مک کوده و همکاران، ۱۹۸۸).

در مجموع می‌توان گفت با تهدیدهای واقعی که درد بر زندگی انسان دارد و فشارهای جسمی و روانی که بر مبتلایان وارد می‌کند مشکلات حادی را بر فرد و خانواده وارد می‌نماید. کسانی که در درجه اول از درد آسیب می‌بینند خود فرد همسر و فرزندان و در مجموع خانواده فرد

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 داده‌اند.

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، به‌طور معناداری با شدت درد همسر و پیش‌بینی‌کننده‌های 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 می‌شود (راهنمای مدیریت داروی درد مزمن، ۲۰۱۲).

علاوه بر این نمره‌ی کسب‌شده 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 واکنش‌پذیری فیزیولوژیکی فرد در شرایطی می‌شود که فرد آن را خطرناک ارزیابی می‌کند که همه‌ی این عوامل می‌توانند زندگی خانوادگی را مختل کنند (وادل، ۱۹۹۳)، زیرا وقتی درد به‌عنوان 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 به‌خودی‌خود باعث ترس از فعالیت‌های کاری، ترس از حرکت و آسیب را در فرد به وجود می‌آورد که همه این عوامل به همراه ماهیت خود

مریم نامغ و همکاران: بررسی پیشابند حرکت هراسی در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی بر اساس ابعاد کارکرد ...

آن دارد، لذا با شناسایی ابعاد تأثیرگذار خانواده در این امر می‌توان در جهت اصلاح ابعاد آسیب‌دیده و در نتیجه تبعات ناشی از درد پرداخت.

می‌باشند. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های پیشین در این راستا، نشان داد که بستر اجتماعی درد مزمن به‌خصوص خانواده و افراد نزدیک، نقش بسیار مهمی در تجربه درد و ترس ناشی از

منابع

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

خطیبی طباطبایی، م. ع. (۱۳۸۶). «توجه انتخابی بیماران مبتلا به دردهای مزمن در برابر چهره‌ای دردناک». پایان‌نامه چاپ‌نشده

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

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

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

Guidlines for the pharmacological management of chronic pain in primary care (2012). Approved by: port smouth and Sought East Hampshire Aria prescribing commitlee.

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

Hubscher, V., Schmidt, F. & Banzer, W. (2010). "Perceived pain, fear of falling and physical function in women with osteoporosis". *Gait & Posture*, 32, 383,-385.

Gatchel, R.J. & Mayer, T.G. (2000). "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.

Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., & Engel, J. M. (2011). "Psychosocial factors & adjustment to persistent pain in persons with physical disabilities: A systematic review". *Archives of phisycal medicine & rehabilitation*. 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. (1995). "The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting". *Spine*; 4:478-484.
- Kori S.H, Miller R.P. Todd D.D. (1990). "Kinesiophobia: anew view chronic pain behavior management". 3, 35-43.
- Lang, P.J. (1995). "The emotion probe. Studies of motivation and attention". *AmPsychologist*; 50:372-385.
- Linton, S.J. (1986). "Behavioral remediation of chronic pain: A status report". *Pain*, 24, 125-141.
- Linton, S.J. & Buer, N. (1995). "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. (2013). "Diagnosed prevalence and health care expenditures of mental health disorders among dual eligible older people". *The Greontologist*, 53, 334-344.
- Lynch, M.E., Campbell F.A. & et al. (2008). "A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain". *Pain* 136 (1-2): 97-116.
- Martin R.R., Hadjistavropoulos, T. & McCreary D.R. (2005). "Fear of pain and fear of falling among younger and older adults with musculoskeletal pain conditions". *Pain Research & management*, 10, 211-219.
- McCracken, L.M., Gross, R.T., Aikens, J., & Carnkike, J.R. (1996). "The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: a comparison of instruments". *Behav Res Ther*; 34:927-933.
- McQuade, K.J, Turner, J.A & Buchner, D.M. (1988). "Physical fitness and chronic low back pain". *Clin Orthop Rel Res*; 233:198-204.
- Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S. & Epstein, N.B. (2000). "The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research". *Journal of Family Therapy*, 22: 168-189.
- Parkinson, L., Gibson, R., Robinson, I., & Byles, J. (2010). "Older women and arthritis: tracking impact over time". *Australasian Journal on Aging*, 29, 155-160.
- Rachlin H. (1980). *Behaviorism in everyday life*. Englewood Cliffs, HJ: Prentice-Hall.
- Roelofs, J., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.W., Goossens, M., Thibault, T., Boersma, K. & Vlaeyen, J.S. (2007). "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. (1985). "Living with chronic pain: The spouse's perspective". *Pain*, 23, 259-271.
- Sperry, L. (2006). *Psychological Treatment of Chronic Illness*. Ohiladelphia: FA Davis.

- Smith, A.A., & Friedmann, M. (1999). "Perceived family dynamics of persons with chronic pain". *Journal of Advanced Nursing*, 30, 543-551.
- Tzun, E.H, Albayrak, G., Eker, et al. (2004). "A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome". *Disability and Rehabilitation*; 26: 198-202.
- Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Rottevel, A., Ruesink, R. & Heuts P.H.T.G. (1995). "The role of fear of movement/ (re)injury in pain disability". *J OccupRehabil*; 5:235-252.
- Vlaeyen, J.W.S., Kole- Snijders, A., Boeren, R. & Van Eek, H. (1995). "Fear of movement/ (re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance". *Pain*, 62, 363-373.
- Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S.J. (2000). "Fear - avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of art". *Pain*, 85, 317-332.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, L. & et al. (1993). "A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FAPQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain disability". *Pain*; 52: 157-168.
- Woods, N.F. & Lewis, F.M. (1995). "Women with chronic illness: Their views of their family adoption". *Health Care for Women International*, 16, 135-148.