

رضایت زناشویی و فاجعه‌آفرینی در پیش‌بینی افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن

فاطمه اکبری*، محسن دهقانی**، مجتبی حبیبی***

* کارشناس ارشد روان‌شناسی خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)^۱

** استادیار گروه روان‌شناسی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

*** استادیار گروه روان‌شناسی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۰۴

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۸/۲۸

پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۰۹

مقدمه: هرچند شواهدی درباره ارتباط متغیرهای فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی با افسردگی در بیماران درد مزمن وجود دارد اما اینکه آیا ارتباط مذکور پس از کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گر همچنان معنی‌دار است یا خیر، مورد بررسی قرار نگرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی سهم فاجعه‌آفرینی درد و رضایت زناشویی در پیش‌بینی افسردگی پس از کنترل اثر شدت درد، ترس از درد و ناتوانی ناشی از درد انجام شده است.

کلیدواژه‌ها:

فاجعه‌آفرینی، رضایت زناشویی، افسردگی، درد مزمن.

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، ۱۲۱ 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 درد و ناتوانی بیمار همبستگی مثبت معناداری داشت. در تحلیل رگرسیون، فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی توانستند افسردگی را فراتر از اثر شدت درد، ترس از درد و ناتوانی ناشی از درد پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه افکار فاجعه‌آفرین و رضایت زناشویی پایین خلق افسرده را در بیماران درد مزمن 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 depression in chronic pain patients

* F. Akbari, ** M. Dehghani, *** M. Habibi

* MA. in Psychology, Family research institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

** Assistant Professor, Department of Psychology, Family research institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Family research institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Abstract

Aim. Although evidence suggests that pain catastrophizing and marital satisfaction are associated with chronic pain patient's depression but whether this association remains significant after controlling for other variables, has not yet been studied. The aim of this 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 pain and pain-related disability.

Methods: In a cross - correlation proposal among patients who had referred to orthopedic clinic and regarding to the inclusion and exclusion criteria, 121 patients were selected. They were asked to answer the visual pain scale, pain catastrophizing scale, fear of movement, pain-related disability, depression and marital satisfaction questionnaire.

Results: Data analysis showed a significant negative correlation between marital satisfaction and depression. Also pain catastrophizing, fear of pain 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 pain 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.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/02/23

Revise: 2014/11/19

Acceptance: 2014/12/30

Keywords:

catastrophizing, marital satisfaction, depression, chronic pain

مقدمه

کاتون^{۱۳}، کروئنک^{۱۴}، (۲۰۰۳). پژوهش‌ها حاکی از این است که سطوح بالاتر افسردگی پیش از درمان با ناسازگاری و ناتوانی مرتبط با درد بیشتر همراه است (سالیوان^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۱) ماهیت چندبعدی بودن درد و در نتیجه شکل‌گیری عواملی که بر آن اثر می‌گذارند، رابطه‌ی بین درد و افسردگی را پیچیده می‌سازد (مرسکی^{۱۶} و بوگدوک^{۱۷}، ۱۹۹۴). لذا بررسی عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی در بیماران درد مزمن نه تنها در پیشگیری از عواقب منفی درد، بلکه در تدوین برنامه‌های 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 شناخت‌های مربوط به درد، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده‌اند (ون بیک^{۱۸}، پرنا^{۱۹}، شروئرز^{۲۰}، موریس^{۲۱} و گریز^{۲۲}، ۲۰۰۵). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که باورهای مربوط به درد، بر شدت درد و مقابله با درد نیز اثر دارند (چانگ^{۲۳}، هر^{۲۴}، سوهن^{۲۵}، چا^{۲۶}، یوم^{۲۷}، ۲۰۰۷). افکار و باورهای منفی مربوط به درد می‌توانند بر هیجانات اثر بگذارند مثلاً اینکه منجر به ترس از درد بیشتر و افسردگی گردند. این

درد توسط انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی درد^۱ (۱۹۸۶)، به‌عنوان تجربه‌ای حسی یا هیجانی ناخوشایند در یک یا چند قسمت از بدن تعریف شده است. درد از نظر طول مدت، به درد حاد^۲ و مزمن^۳ تقسیم می‌شود. درد حاد معمولاً نتیجه‌ی بیماری یا آسیب است و کمتر از ۳ ماه ادامه می‌یابد. حال آنکه درد مزمن نوعی درد است که بهبود آن بیشتر از زمان مورد انتظار طول می‌کشد. این نوع درد حداقل به مدت ۳ ماه تداوم می‌یابد و می‌تواند با آسیب بافتی همراه باشد و در طول زمان عود کند (ترک^۴ و اوکیفوجی^۵، ۲۰۰۲).

تجربه‌ی درد شامل ابعاد حسی و عاطفی^۶ است. بعد حسی درد بیانگر شدت و بعد عاطفی آن نشان‌دهنده میزان ناخشنودی فرد از تجربه‌ی درد است که معمولاً تحت تأثیر باورها و هیجانات است (هوفباور^۷، راینویل^۸، دونکان^۹، بوشنل^{۱۰}، ۲۰۰۱). بعد عاطفی درد حالات هیجانی بسیار گوناگونی را شامل می‌شود نظیر ترس، اضطراب و مشکلات خلقی که در این بین افسردگی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. طبق پژوهش‌های انجام شده به‌طور متوسط ۵۲ درصد از بیماران مبتلا به درد مزمن دچار افسردگی هستند (بیر^{۱۱}، روبینسون^{۱۲}،

14. Kroenke
15. Sullivan
16. Merskey
17. Bogduk
18. Van Beek
19. Perna
20. Schruers
21. Muris
22. Griez
23. Chang
24. Herr
25. Sohn
26. Cha
27. Yom

1. International Association for the Study of Pain (IASP)
2. Acute pain
3. Chronic pain
4. Turk
5. Okifuji
6. Sensory & emotional dimensions
7. Hofbauer
8. Rainville
9. Duncan
10. Bushnell
11. Bair
12. Robinson
13. Katon

است که افسردگی منجر به مشکلات زناشویی شود (بیچ^{۱۹}، ساندین^{۲۰}، الری^{۲۱}، ۱۹۹۰). 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^{۲۲} و زاترا^{۲۳}، ۱۹۸۹؛ ترک و همکاران، ۱۹۹۲؛ گیسر^{۲۴}، کانو، لئونارد، ۲۰۰۵). 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 و 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^{۲۵}، هینز^{۲۶}، گیسر^{۲۷}، فوران^{۲۸}، ۲۰۰۴؛ کانو، ویزبرگ^{۲۹}، گالاگر^{۳۰}، ۲۰۰۰). در پژوهش کرنز^{۳۱}، هایثورن ویت^{۳۲}، سوتویک^{۳۳}، گیلر^{۳۴} (۱۹۹۰) 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

هیجانان نیز می‌توانند تأثیر معناداری بر سطح کارکرد و تحمل درد داشته باشند (ولاین^۱، سیلن^۲، پیترز^۳، آرتز^۴، بیسیگل^۵، وبر^۶، ۱۹۹۹؛ زیل^۷، لانگ^۸، فیلدز^۹، دیتر^{۱۰}، ۲۰۱۳). یکی از باورهای منفی که در بیماران مبتلا به درد مزمن موردبررسی قرار گرفته است، فاجعه‌آفرینی درد^{۱۱} (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^{۱۲}، لئونارد^{۱۳}، فرانز^{۱۴}، ۲۰۰۵). فاجعه‌آفرینی، نشانه‌های افسردگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن ایجاد می‌کند و احتمالاً پیامدهای دیگری از جمله شدت درد بیشتر، ناتوانی فیزیکی بیشتر و ترس از درد بیشتر را به دنبال دارد (نیکلاس^{۱۵}، کولستن^{۱۶}، اصغری^{۱۷}، ملحی^{۱۸}، ۲۰۰۹؛ داودی، زرگر، مظفری‌پور سی‌سخت، نرگسی، مولا، ۱۳۹۱).

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

18. Malhi
19. Beach
20. Sandeen
21. O'Leary
22. Manne
23. Zautra
24. Geisser
25. Gillis
26. Heinz
27. Geisser
28. Foran
29. Weisberg
30. Gallagher
31. Kerns
32. Haythornwaite
33. Southwick
34. Giller

1. Vlaeyen
2. Seelen
3. Peters
4. Aretz
5. Beisiegler
6. Weber
7. Zale
8. Lange
9. Fields
10. Ditre
11. Pain catastrophizing
12. Cano
13. Leonard
14. Franz
15. Nicholas
16. Coulston
17. Asghari

درد، ترس از درد، ناتوانی ناشی از درد) بررسی می‌گردد.

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 سهمیم هستند از اهمیت بسزایی برخوردار است. شناسایی این عوامل می‌تواند علاوه بر برنامه‌ریزی در پیشگیری از ایجاد مشکلات روان‌شناختی بعد از ابتلا به درد مزمن، در طراحی مداخلات درمانی درد نیز مفید واقع شود.

روش

کلیدی 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 نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه بود. از آنجایی که اطلاع دقیقی از حجم جامعه‌ی آماری پژوهش وجود نداشت، برای برآورد حجم نمونه‌ی موردنیاز به تحقیقات مشابه صورت گرفته بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی همانند کانو و همکاران (۲۰۰۹) استناد شد و بر مبنای این تحقیقات گروه نمونه را ۱۲۱ بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی - اسکلتی تشکیل دادند. معیارهای ورود برای افراد بیمار شامل سابقه‌ی شکایت از درد عضلانی - اسکلتی در طی ۶ ماه گذشته به‌طور مداوم (انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی درد، ۱۹۸۶) و توانایی خواندن

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، ۱۹۹۰).

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، ۲۰۰۴؛ تیلور^۱، دیویس^۲، زاترا^۳؛ ۲۰۱۳).

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 به‌ندرت مورد توجه پژوهشی و درمانی قرار گرفته است. همان‌طور که پژوهش‌های قبلی نیز نشان می‌دهند 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

3. Zautra

1. Taylor
2. Davis

۱- مقیاس دیداری شدت درد: مقیاس دیداری شدت درد^۱ شامل یک خط درجه‌بندی نشده است که از ۰ تا ۱۰۰ نمره‌گذاری شده است که "۰" به معنای عدم وجود درد و "۱۰۰" به معنای بیشترین میزان درد قابل‌تصور است. از بیمار خواسته شد میزان شدت درد خود در هفته گذشته، در حال حاضر و میزان پیش‌بینی خود از میزان دردش را در هفته آینده بر روی سه محور مجزا به صورت دیداری علامت بزند. این مقیاس در پژوهش‌های متعددی استفاده شده است و اعتبار آن بالای ۹۰ درصد برآورد شده است (بلامی^۲، کمپل^۳ و سروتوک^۴، ۱۹۹۹؛ بنایم^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود.

۲- مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد: مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد^۶ که توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) تدوین شده است دارای ۱۳ سؤال است که ۳ خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی^۷، بزرگ‌نمایی^۸ و درماندگی^۹ را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس با مقیاس لیکرتی ۵ نمره‌ای (۰ تا ۴) 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 (اسمان^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۷). در تحقیق سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) نشخوار ذهنی ۴۱٪ واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰٪ واریانس کل و درماندگی ۸٪ واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و

و نوشتن به زبان فارسی و نیز معیارهای خروج نیز شامل وجود اختلال روان‌شناختی، سوء‌مصرف مواد مخدر و الکل بود. پس از اعلام رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش، پژوهشگر به آن‌ها تعدادی پرسشنامه، می‌داد که توضیح آن‌ها در ادامه آمده است.

ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه: از افراد مورد مطالعه در نمونه، ۷۲/۷ درصد (۸۸ نفر) را زنان و ۲۷/۳ درصد (۳۳ نفر) را مردان تشکیل می‌دادند. از بین زنان ۱۸ نفر شاغل، ۶۴ نفر خانه‌دار و ۶ نفر بازنشسته بودند. تعداد مردان شاغل ۲۹ نفر و تعداد مردان بازنشسته، ۴ نفر بود. شرکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۷۰ سال ($\bar{x}=46/1$; $SD=11/9$) سن داشتند و بین ۳ ماه تا ۵۰ سال بود که ازدواج کرده بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۲ نفر (۱/۷٪) بی‌سواد، ۲۳ نفر (۱۹٪) پایین‌تر از دیپلم، ۵۶ نفر (۴۶/۳٪) دیپلم، ۱۳ نفر (۱۰/۷٪) فوق‌دیپلم، ۱۶ نفر (۱۳/۲٪) لیسانس، ۱۰ نفر (۸/۳٪) فوق‌لیسانس، ۱ نفر (۰/۸٪) در مقطع دکترا به تحصیل اشتغال داشتند. همچنین از نظر منطقه‌ی درد در بدن، ۵ نفر (۴/۲٪) درد در ناحیه گردن و شانه، ۵ نفر (۴/۱٪) درد در دست، ۱۵ نفر (۱۲/۴٪) کم‌درد، ۳۱ نفر (۲۵/۶٪) درد در ناحیه زانو و پاها، ۶۵ نفر (۵۳/۷٪) در بیش از یک ناحیه تجربه‌ی درد داشتند. میانگین زمانی شروع این دردها ۴۷/۸ ماه بود. بازارهای این پژوهش شامل موارد زیر است:

6. Pain catastrophizing scale
7. Rumination
8. Magnification
9. Helplessness
10. Osman

1. Visual Analogue Scale for Pain Severity (VAS)
2. Bellamy
3. Campbell
4. Syrotuik
5. Benaim

درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره‌ی کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود. در پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۷۷ و برای نمره‌ی کل مقیاس فاجعه‌آفرینی درد ۰/۸۵ بود. در نمونه‌ی پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۵، ۰/۷۸ و برای نمره‌ی کل مقیاس فاجعه‌آفرینی درد در مقیاس بیمار ۰/۸۶ بود.

۳- مقیاس ترس از حرکت تمپا: مقیاس ترس از حرکت تمپا^۱ توسط کوری و همکاران (۱۹۹۰) ساخته شده است، دارای ۱۷ ماده است که با مقیاس لیکرتی ۴ نمره‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌های ۴، ۸، ۱۲، ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر در این آزمون بیانگر ترس آزمودنی از حرکت به دلیل ادراک درد است (رئولفر^۲، پیترز^۳، ون‌در^۴، تیلن^۵ و ولاین، ۲۰۰۳). ضمن این‌که این مقیاس در پژوهش‌های متعددی به‌عنوان معیاری برای سنجش میزان ترس از آسیب ناشی از حرکت کردن در افرادی که آسیب اسکلتی دیده‌اند به کار گرفته شده است (دهقانی^۶، شارپ^۷ و نیکولاس^۸، ۲۰۰۳؛ رئولفر، پیترز، فاسارت^۹ و ولاین، ۲۰۰۵؛ ولاین و همکاران، ۱۹۹۵).

آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه‌ی وبی^{۱۰}، راج^{۱۱}، آرمستون^{۱۲} و واتسون^{۱۳} (۲۰۰۵) برابر با ۰/۷۶ و پایایی آزمون - باز آزمون آن در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن ۰/۸۲ بود. در پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بود.

۴- پرسشنامه‌ی ناتوانی ناشی از درد: پرسشنامه ناتوانی ناشی از درد^{۱۴} توسط رولاند^{۱۵} و موریس^{۱۶} (۱۹۸۳) 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 ۲۴ سؤال است. از آزمودنی خواسته می‌شود در مقابل سؤالاتی که به‌خوبی بیان‌کننده حالات امروز وی هستند علامت بگذارد و اگر عبارتی حالت امروز وی را توصیف نمی‌کند، از آن بگذرد و سؤال بعدی را پاسخ بگوید. شرکت‌کنندگان به ازای هر جمله علامت زده نمره "۰" و به ازای هر جمله علامت زده نمره "۱" می‌گیرند؛ بنابراین نمره‌ی کلی این مقیاس از ۰ (عدم وجود ناتوانی) تا ۲۴ (بیشترین میزان ناتوانی) است.

این پرسشنامه در تحقیقات متعدد (رولاند و فیربانک^{۱۷}، ۲۰۰۰، دهقانی و همکاران، ۲۰۰۳) به‌کاررفته و ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی دارد (رولاند و فیربانک، ۲۰۰۱). ضریب آلفای نسخه فارسی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است

10. Woby
11. Roach
12. Urmston
13. Watson
14. Pain disability questionnaire
15. Roland
16. Morris
17. Fairbank

1. Tampa Scale of Kinesophobia (TSK)
2. Roelofs
3. Peters
4. Van Der
5. Thielen
6. Dehghani
7. Sharpe
8. Nicholas
9. Fassaert

استفاده شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس افسردگی بیمار و همسر به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۲ به دست آمد.

۶- مقیاس سازگاری زناشویی: آزمون سازگاری زناشویی^۹ یک پرسشنامه خود گزارش دهی کوتاه است که به منظور اندازه‌گیری کیفیت رابطه زناشویی طراحی شده است و معمول‌ترین ابزار اندازه‌گیری به‌کاربرده شده در این زمینه است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است 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^{۱۰} و لئونارد^{۱۱}، ۲۰۰۵). گستره نمرات این آزمون می‌تواند از ۲ تا ۱۵۸ باشد که نمرات پایین نارضایتی و نمرات بالا رضایت زناشویی را نشان می‌دهند. نمرات ۱۰۰ و بالاتر به‌طورکلی رضایت از ازدواج را نشان می‌دهد و نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ نشان‌دهنده تنیدگی در روابط زناشویی است (اسکامکر و لئونارد، ۲۰۰۵). آزمون سازگاری زناشویی لاک و والاس در ادبیات روان‌شناختی به‌عنوان ابزار معتبر اندازه‌گیری رضایت از ازدواج شناخته شده است. این آزمون تاکنون در پژوهش‌های متعددی (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۲؛ رضانی، ۱۳۸۸؛ صادقی و همکاران، ۱۳۸۹) بر روی نمونه‌های ایرانی اجرا شده است. اعتبار این آزمون در پژوهش‌های ذکر شده از طریق محاسبه آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱

(خطیبی^۱، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ بود.

۵- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس یک پرسشنامه خود گزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس است که به‌وسیله لوریند و لوریند در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. این ابزار به‌صورت 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 هزینه‌ای مورد استفاده محققین قرار گیرد (کرافورد^۲ و هنری^۳، ۲۰۰۳).

در نمونه‌های خارجی آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس افسردگی برابر ۰/۹۱ و برای مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۴ بود (دهقانی و همکاران، ۲۰۰۳؛ کئوگ^۴، دیلون^۵، جورجیو^۶ و هانت^۷، ۲۰۰۱؛ بوستن^۸ و شارپ، ۲۰۰۵؛ کوری و همکاران، ۱۹۹۰).

افضلی، دلاور، برج علی و میر زمانی (۱۳۸۶) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را در جمعیت ایرانی ارزیابی کردند که بر اساس مطالعه‌ی آنان ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی برابر ۰/۹۴، برای مقیاس استرس برابر با ۰/۸۷ و برای مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۵ بود. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس افسردگی DASS-42

6. Hunt
7. Boston
8. Marital adjustment test
9. Schumacher
10. Leonard

18. Khatibi
2. Crawford
2. Henry
3. Keogh
5. Dillon
6. Georgiou

تا ۸۳٪ متغیر بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۶ است. روند اجرای پژوهش: در این پژوهش از همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره سلسله مراتبی استفاده شد.

یافته‌ها

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 نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج در ذیل مورد اشاره قرار گرفته است:

ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود افسردگی با رضایت زناشویی، همبستگی منفی معنادار و با فاجعه‌آفرینی، ترس از درد و ناتوانی بیمار همبستگی مثبت معناداری دارد. همچنین، رابطه افسردگی و شدت درد معنادار نیست.

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 درد و ناتوانی ناشی از درد به‌عنوان یک بلوک و در گام دوم، فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی وارد تحلیل شدند. با این روش اثر شدت درد، ترس از درد و ناتوانی ناشی از درد از نظر آماری کنترل می‌گردد.

نتایج جدول حاکی از آن است که شدت درد، ترس از حرکت و ناتوانی بیمار، ۱۸ درصد از تغییرات نمره کل افسردگی را در بیماران مبتلا به درد مزمن تبیین می‌کنند ($p < 0/0001$ و $F(3 و 115) = 9/75$) که با اضافه شدن فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی در گام بعدی مقدار تبیین واریانس متغیر وابسته به ۵۰ درصد افزایش یافت ($p < 0/0001$ و $p = 18/13$) ($\Delta R = 0/08$, $\Delta F(1 و 113)$). بنابراین دو متغیر فاجعه‌آفرینی و رضایت زناشویی توانستند ۳۲ درصد واریانس نمره‌های افسردگی را پس از کنترل اثر شدت درد، ترس از درد و ناتوانی ناشی از درد بر افسردگی، به‌طور معناداری تبیین کنند. ملاحظه علامت ضرایب رگرسیون استاندارد نشان می‌دهد که رضایت زناشویی بیشتر و فاجعه‌آفرینی کمتر با افسردگی کمتر بیمار همراه است.

جدول ۱. ضریب همبستگی میان متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	فاجعه‌آفرینی	رضایت زناشویی	افسردگی	شدت درد	ترس از درد	ناتوانی بیمار
فاجعه‌آفرینی	—					
رضایت زناشویی	۰/۳۱**	—				
افسردگی	۰/۶۴**	۰/۴۷**	—			
شدت درد	۰/۱۸*	۰/۱۶	۰/۰۳	—		
ترس از درد	۰/۴۹**	۰/۲۴**	۰/۴۲**	۰/۱۶	—	
ناتوانی بیمار	۰/۳۷**	۰/۰۲	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۵۸**	—

جدول ۲. رگرسیون نمره کل افسردگی از روی فاجعه‌آفرینی، رضایت زناشویی و متغیرهای درد

متغیر پیش‌بین شده	R	R ²	تعدیل شده R ²	F	معناداری	B	S.E.	β	t	معناداری
افسردگی	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۵۰	۲۴/۳۹	۰/۰۰۰۱**	-۰/۰۲	۰/۰۳	-۰/۰۷	-۰/۹۸	۰/۳۳
شدت درد						۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۰۰۷	۰/۰۸	۰/۹۳
ترس از حرکت						۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۱۹	۲/۳	۰/۰۲
ناتوانی بیمار						۰/۴۷	۰/۰۸	۰/۴۸	۶/۰۸	۰/۰۰۰۱**
فاجعه‌آفرینی						-۰/۱۰	۰/۰۳	-۰/۳۱	-۴/۲۶	۰/۰۰۰۱**
رضایت زناشویی										

**P<0/01 *P<0/05

نتیجه‌گیری و بحث:

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر پیش‌بینی کننده فاجعه‌آفرینی 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 درد بیشتر و ناتوانی بیشتر همراه است. این یافته که با پژوهش‌های قبلی (نیکلاس و همکاران، ۲۰۰۹) همسو است و با استفاده از مدل ترس - اجتناب قابل تبیین است. طبق این مدل اگر درد به‌عنوان 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. بیماران که فاجعه‌آفرینی نمی‌کنند، ترس مربوط به درد را ندارند، بنابراین با فعالیت‌های روزمره مواجه شده و بهبود می‌یابند (ولاین، لیتون، ۲۰۰۰).

همچنین نتایج نشان داد که افکار فاجعه‌آفرین حتی بعد از کنترل اثر شدت درد، ترس از درد و

ناتوانی ناشی از درد با نشانه‌های افسردگی بیشتر همراه است. این یافته با پژوهش‌های قبلی (اصغری^۱، گلک^۲، ۲۰۰۵؛ نیکلاس و همکاران، ۲۰۰۹؛ ترنر و همکاران، ۲۰۰۰؛ سالیوان و همکاران، ۲۰۰۵) مطابقت دارد. در زمینه ارتباط افسردگی و فاجعه‌آفرینی، که حتی بعد از کنترل اثر متغیرهای مختلف مانند شدت درد، ترس از درد 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^۳ یا خطای شناختی^۴ در نظر گرفته می‌شود که با تحریف واقعیت، اثر منفی بر خلق می‌گذارد (لیتون، برگوم^۵، ۲۰۱۱).

در این پژوهش رضایت زناشویی بیشتر با فاجعه‌آفرینی و ترس از درد کمتر همراه بود. این یافته با پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۱۳) همسو

1. Asghari
2. Golak
3. Distortion

4. Cognitive error
5. Bergbom

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 آنجاکه طبق مدل ترس - اجتناب، فاجعه‌آفرینی یکی از پیشایندهای بالقوه ترس از درد است احتمالاً بیمارانی که رضایت زناشویی بالاتری دارند فاجعه‌آفرینی کمتری درباره درد کرده و ترس از درد کمتری نشان می‌دهند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از این است که رضایت زناشویی بیمار پس از کنترل شدت درد، ترس از درد و ناتوانی ناشی از درد به‌طور منفی افسردگی‌اش را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (بیچ و همکاران، ۱۹۹۰؛ کانو و همکاران، ۲۰۰۴؛ لئونارد و همکاران، ۲۰۰۶؛ فلور و همکاران، ۱۹۸۷) که نشان دادند رضایت زناشویی با افسردگی رابطه منفی معنادار دارد، همسو است. 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، ۲۰۰۴). رضایت زناشویی کمتر با پاسخ‌های منفی بیشتر از سوی همسر رابطه دارد به‌طوری‌که 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، ۲۰۰۰).

از طرف دیگر بیمارانی که رضایت زناشویی بیشتری دارند ممکن است تاب‌آوری بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری داشته باشند. یافته‌ها بیانگر این است که احتمالاً رضایت زناشویی بر ادراک بیمار از حمایت همسر تأثیر گذاشته و آن‌ها را پاسخگوی

نیازهای خود قلمداد می‌کنند. این حمایت ادراک‌شده 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، ۲۰۱۳). 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 به‌طور کلی از مدل‌های عامل (فوردایس، ۱۹۷۶) و شناختی - رفتاری (ترک، ۱۹۸۳) و افسردگی (بانکس، کرنز، ۱۹۹۶) حمایت می‌کند که بیان می‌کنند ادراک‌ها، رفتارها و همچنین بافت بین فردی در رابطه با پریشانی روان‌شناختی 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. باوجوداینکه یافته‌ها حاکی از این است که درد در یک زمینه اجتماعی اتفاق می‌افتد، رضایت زناشویی به‌طور 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، ۱۹۹۹). حضور همسران تأثیر درمان را

پژوهش‌های آتی با روش‌های آزمایشی یا آینده‌نگر به بررسی بیشتر جهت رابطه متغیرها بپردازند. 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 آنجاکه راهبردهای مقابله‌ای بیماران بر نحوه سازگاری با درد و رضایت زناشویی آن‌ها اثرگذار است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی موردبررسی 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 موردتوجه بیشتری قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان لازم است که از همه کسانی که در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، به‌ویژه بیماران مبتلا به درد مزمن که با وجود درد با نهایت صبر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، تشکر و قدردانی نمایم.

کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

داودی، ا؛ مظفری‌پور، ا؛ نرگسی، ف؛ مولا، ک. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجور خویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. فصلنامه روانشناسی سلامت. شماره ۱. ص ۶۷-۵۴

افزایش می‌دهد زیرا همسران بیماران را تقویت می‌کنند، از آن‌ها حمایت می‌کنند و سیستم خانواده را تقویت می‌کنند تا بیماران به‌طور مؤثرتری با درد مقابله کنند (کانو و همکاران، ۲۰۰۵؛ عباسی و همکاران، ۲۰۱۲).

باوجوداینکه در این پژوهش سعی شده بود تا حد ممکن اصول پژوهش رعایت شوند اما محدودیت‌هایی نیز در این کار وجود داشت؛ ازجمله اینکه با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش تعمیم یافته‌های آن باید بااحتیاط صورت گیرد. همچنین انتخاب مراکز جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت تصادفی امکان‌پذیر نبود و نمونه پژوهشی حاضر را مراجعه‌کنندگان 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 است، استنباط روابط علی بین متغیرهای مطالعه شده صحیح نیست و بدین منظور لازم است

منابع

افضلی، ف؛ دلاور، ع؛ برج علی، ا؛ میرزمانی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون DASS-42 بر اساس نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری. شماره ۱۰. ص ۸۱-۹۲.

خطیبی، ع. (۱۳۸۷). توجه انتخابی بیماران مبتلا به دردهای مزمن به چهره‌های دردناک. پایان‌نامه

Reference

- 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.
- 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 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., Haythomthwaite, 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.
- 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.
- 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-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 to achieve optimal rehabilitation outcomes". *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 475-489.
- 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.
- 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.