

نقش پیش بینی کننده ناتوانی ناشی از درد و ترس از حرکت در کارکرد خانواده ی بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی

راحله کمار^۱، محسن دهقانی^۲، علیرضا کیامنش^۳، نسرين اسماعیلیان^۴

و فاطمه میرمحمدی^۵

درد، مشکل رایجی در سلامت است که در صورت مزمن شدن می تواند منجر به ناتوانی شود. از سوی دیگر، تحقیقات اخیر تاکید دارد که بافت خانواده و افرادی که همراه بیمار زندگی می کنند از این شرایط تاثیر می پذیرند. این الگوهای تعامل خانوادگی روی کیفیت و سبک زندگی تاثیر می گذارند. هدف پژوهش حاضر، بررسی ارتباط ناتوانی و ترس از حرکت به عنوان متغیرهای پیش بین با کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۸۲ بیمار مبتلا به درد مزمن اسکلتی - عضلانی به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و از نظر شدت درد، ناتوانی، ترس از حرکت و کارکرد خانواده مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد ناتوانی و ترس از حرکت به طور معناداری کارکرد خانواده را پیش بینی می کند. همچنین، بین شدت درد با ناتوانی و ترس از حرکت بیمار رابطه ی معناداری وجود دارد. به نظر می رسد ابتلا به درد مزمن به مرور زمان سیستم خانواده را نیز درگیر می کند و به بخشی از بیماری تبدیل می شود. این مطالعه بر اهمیت رویکرد سیستمی در بررسی درد تاکید دارد و نشان می دهد که متغیرهای فردی و بین فردی، نقش میانجی و تعدیل کننده ی قابل توجه ای در تبیین پیامدهای درد دارند.

واژه های کلیدی: درد مزمن، ترس از حرکت، ناتوانی جسمی، شدت درد، کارکرد خانواده.

مقدمه

درد، حس ناخوشایند و تجربه ای هیجانی است که با آسیب بافتی واقعی یا محتمل در ارتباط است یا بر حسب این آسیب توصیف می شود. در صورتی که دوره ی بهبودی درد بیش از زمان معمول طول

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران (نویسنده ی مسول) rahelehkomar@hotmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی و پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی. تهران ایران

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران. تهران، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی. تهران، ایران

۵. دپارتمان خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی. تهران، ایران

بکشد، درد مزمن نامیده می شود. این زمان برای اهداف پژوهشی ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه است (انجمن بین المللی مطالعه ی درد، ۱۹۸۶). درد مزمن تا حد زیادی بر عملکرد روزانه و حرفه ای شخص مبتلا اثر منفی می گذارد و علاوه بر درمان های دارویی و پزشکی نیازمند مداخلات روان شناختی جهت پیشگیری از افت کارکرد و ناتوانی جسمانی و روانی فرد مبتلا است؛ علاوه بر پیامدهای جسمانی، پیامدهای روان شناختی درد نیز به قدری مهم و تاثیرگذار است که اثرات واقعی ابتلا به درد مزمن را تشدید و بیمار را در انجام بسیاری از فعالیت ها ناتوان می کند. با مزمن شدن درد، شناخت و هیجانات بیمار تغییر می کند. هیجانات منفی که به دنبال افکار و باورهای منفی مرتبط با درد ایجاد می شود، سطح کارکرد و تحمل درد را در بیمار تحت تاثیر قرار می دهد (ولاین، سلن، پترز، دجانگ، آرتز، بیسیگل و ویر، ۱۹۹۹). باورهای شناختی منفی و محدود کننده ای که در بیمار مبتلا به درد مزمن ایجاد می شود، احتمال بروز پیامدهایی چون افزایش میزان شدت درد، احساس ناتوانی فیزیکی، و ترس از حرکت را بیشتر می کند و زمینه را برای بروز نشانه های اضطراب و افسردگی در بیمار فراهم می سازد (نیکلاس، کالستن، اصغری، ملحی، ۲۰۰۹؛ چانگ، هر، سوهن، چا، یام، ۲۰۰۷).

اضطراب ناشی از شروع یا تشدید درد، معمولاً موجب شکل گیری رفتارهای اجتنابی و ترس از حرکت دادن عضو آسیب دیده و انجام فعالیت های معمول زندگی می شود. براساس مدل ترس - اجتناب (ولاین و لیتون، ۲۰۰۰)، ترس نسبت به آسیب بدنی در شدیدترین شکل خود منجر به ترس از حرکت می شود. در این نوع ترس که بسیار غیر منطقی و ناتوان کننده است، بیمار به شدت نگران احتمال بروز آسیب دیدگی مجدد و یا بدتر شدن آسیب اولیه است و در نتیجه از انجام فعالیت های حرکتی و جسمانی اجتناب می کند (کری، میلر و تاد، ۱۹۹۰؛ ولاین، کلسینجر، بورن و وان یک، ۱۹۹۵؛ کرومبز، اکلستون، باینز، الن، ۱۹۹۸). اجتناب از فعالیت، خصوصاً فعالیت هایی که مستلزم بکارگیری ناحیه ی دردناک است، از طریق پیشگیری از درد و به دنبال آن کاستن از تنش و اضطراب بیمار، تقویت مثبت دریافت کرده و منجر به استمرار رفتارهای اجتنابی در فرد می شود (ولاین و لیتون، ۲۰۰۰). هرچند این رفتارهای اجتنابی در کوتاه مدت ممکن است پریشانی مربوط به احتمال افزایش درد را کاهش دهد اما، در صورت استمرار، تبدیل به پاسخی ناسازگارانه می شود که باعث افزایش ترس و محدود شدن فعالیت ها می شود و چرخه ی معیوبی را ایجاد می کند که در بروز ناتوانی و استمرار درد نقش دارد (یانگ کاسی، گرینبرگ، نیکاسو، هارپین، هوبارد، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش ها حاکی است ترس از حرکت، بیشتر تابع متغیرهای روان شناختی مرتبط با اضطراب

اختصاصی درد است تا شدت درد (خطیبی، دهقانی و علیزاده، ۲۰۰۸) و از عوامل مهم و موثر بر میزان ناتوانی ادراک شده توسط بیمار است (افشار نژاد، رضایی و یوسف زاده، ۲۰۱۰).

بیماران مبتلا به درد مزمن، نه تنها ناتوانی فیزیکی و مشکلات خلقی را تجربه می کنند، بلکه دچار ناراضیاتی زناشویی، از دست دادن حمایت های اجتماعی و مشکلات بین فردی نیز می شوند (کانو و لیونارد، ۲۰۰۶). همپای استمرار مشکلات ناشی از درد، روابط بیمار با نزدیکان و مخصوصا اعضای خانواده تحت تاثیر قرار می گیرد (رومانو و ترنر، ۱۹۸۵). ناتوانی های ناشی از درد، تاثیرات چشمگیری روی تغییرات نقش در بین اعضای خانواده و رضایت از زندگی بیمار و خانواده اش برجای می گذارد (رومانو، ترنر و کلانسی، ۱۹۸۹). تاثیری که درد بر روابط بین فردی و خانوادگی می گذارد با شدت درد، کارکرد روان شناختی منفی و میزان ناتوانی بیمار ارتباط دارد (سیلور، ۲۰۰۴؛ لواندووسکی، پالمو، استینسون، هندلی و چامبرز، ۲۰۱۰). خانواده هایی که عضو مبتلا به بیماریهای جسمی دارند، نسبت به فشار روانی یا مشکلات، آسیب پذیرتر اند. حتی اگر خانواده ای با بحران حاد بیماری یا با بستری کردن سازگاری حاصل کند، فشار مراقبت از بیمار در طی زمان ممکن است افزایش یابد و کارکرد خانواده، دوره ی بیماری و احتمالا دیگر اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار دهد (ریان، اپستین، کیتز، میلر، بیشاپ، ۲۰۰۵).

با اینکه طی دهه های اخیر، پژوهش های بسیاری در مورد نقش دیگران روی زندگی فردی و اجتماعی بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفته اما، تنها چند سال است که پژوهشگران به اثرات درد مزمن و پیامدهای آن روی کارکرد خانواده به عنوان یک سیستم، توجه نشان داده اند. از آنجا که تعداد پژوهش های انجام شده در این حوزه در ایران بسیار محدودتر از نیاز کشور است و همچنین وجود تفاوت های فرهنگی در زمینه ی نظام و چارچوب خانواده در ایران، در مقایسه با سایر کشورهایی که پژوهش های مرتبط با این حوزه در آن ها انجام می شود، به نظر میرسد بررسی تاثیرات و پیامدهای درد مزمن روی خانواده ی بیماران، در تدوین درمان های کارآمدتر و متناسب با نیازهای جامعه ی ایرانی موثر باشد. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ناتوانی ناشی از درد و ترس از حرکت بر کارکرد خانواده ی بیماران مبتلا صورت گرفت.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه ی هدف برای پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به درد مزمن از نوع عضلانی - اسکلتی بود. از این جامعه، ۸۲ بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی -

اسکلتی به روش نمونه گیری دردسترس از بین مراجعه کنندگان به بخش ارتوپدی بیمارستان آتیه انتخاب شدند. معیار های ورود برای افراد بیمار شامل سابقه ی شکایت از درد عضلانی - اسکلتی به طور مداوم در طی ۳ ماه گذشته، تاهل و توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و نیز معیارهای خروج برای بیماران و همسران آنها شامل وجود آسیب وارده به سر، تشخیص اختلالات روان پزشکی، سو مصرف مواد مخدر و الکل بود. آزمودنی ها بعد از اخذ رضایت با پرسشنامه ی شدت درد^۱، مقیاس ترس از حرکت تمپا^۲، پرسشنامه ی ناتوانی ناشی از درد^۳ و پرسشنامه ی ابزار سنجش خانواده^۴ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ی شدت درد، مقیاسی دیداری شدت درد، یک خط درجه بندی نشده بین دو حد ۰ تا ۱۰۰ است که در این مقیاس "صفر" به معنای عدم وجود درد و "۱۰۰" به معنای بیشترین میزان درد تنظیم شده است. از بیمار خواسته می شود میزان شدت درد خود را طی هفته ی گذشته، در حال حاضر و نیز پیش بینی خود از میزان درد در هفته ی آینده را روی سه محور مجزا به صورت دیداری علامت بزند. این مقیاس در پژوهش های متعددی به کار گرفته شده و اعتبار و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است (بلامی، کمپیل و سیروتویک، ۱۹۹۹؛ بنایم، فروگر و کازوت، ۲۰۰۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ مقیاس شدت درد بیمار ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه ی ترس از حرکت تمپا (TSK) دارای ۱۷ ماده است. نمره ی بالا در این آزمون بیانگر میزان بالای ترس بیمار از حرکت به دلیل وجود ادراک درد است. این مقیاس در پژوهش های متعددی به عنوان معیاری برای سنجش میزان ترس از آسیب ناشی از حرکت کردن در افرادی که آسیب اسکلتی دیده اند به کار گرفته شده است (دهقانی، شارپ و نیکلاس، ۲۰۰۳؛ رویلفز، پترز، فاسایرت و ولاین، ۲۰۰۵؛ ولاین، کولسینجر، بویرن و وان یک، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش های خارجی (وودی، روآخ، اورمستون و واتسون، ۲۰۰۵) برابر با ۰/۷۶ و پایایی آزمون - باز آزمون آن در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن ۰/۸۲ بود. در پژوهش های داخلی (محمدی، دهقانی، شارپ، حیدری، صداقت و خطیبی، ۲۰۱۲) نیز، آلفای کرونباخ برای مقیاس بیمار و مراقب به ترتیب ۰/۷۳ بود. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای مقیاس ترس از حرکت بیمار ۰/۷۲ بدست آمد.

پرسشنامه ی ناتوانی ناشی از درد (PDQ) با هدف سنجش میزان ناتوانی در انجام کار های روزانه به خاطر وجود درد ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی است که شامل ۲۴ جمله

توصیفی است. نمره ی کلی این مقیاس، عددی بین صفر (عدم وجود ناتوانی) تا ۲۴ (بیشترین میزان ناتوانی) فراهم می سازد. از این پرسشنامه در تحقیقات متعددی (رولاند و فیربنک، ۲۰۰۰؛ دهقانی، شارپ و نیکلاس، ۲۰۰۳) استفاده شده و ویژگی های روان سنجی قابل قبولی دارد. ضریب آلفای کرونباخ نسخه ی فارسی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است (خطیبی، دهقانی و علیزاده، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد.

ابزار سنجش خانواده (FAD) یک مقیاس خود گزارش دهی ۶۰ عبارتی است که در سال ۱۹۸۳ توسط اپستین، بالدوین و بیشاپ، برای سنجش هفت بعد کارکرد خانواده بر اساس مدل مک مستر از کارکرد خانواده تدوین شده است و با استفاده از آن می توان ساختار و الگوی تعاملات خانواده های سالم و ناسالم را از یکدیگر متمایز ساخت. این پرسش نامه، هفت بعد کارکرد خانواده را تحت عنوان کارکرد کلی (سطح کلی بهنجاری یا آسیب در خانواده)، حل مساله (توانایی خانواده برای حل و فصل مشکلات)، ارتباطات (وضوح و صراحت تبادل کلامی اطلاعات اعضای خانواده)، نقش ها (چگونگی توزیع نقش ها در خانواده و مسوولیت پذیری هر یک از اعضا در قبال نقش خود)، پاسخگویی عاطفی (توانایی اعضای خانواده در نشان دادن پاسخ و هیجان مناسب در مقابل گستره ی وسیعی از محرکها) آمیختگی عاطفی (میزان علاقمندی و توجه به نگرانی های اعضا نسبت به یکدیگر) و کنترل رفتار را (الگوی حفظ قوانین خانواده) می سنجد. در این آزمون، نمرات کمتر بیانگر عملکرد سالمتر و نمرات بالاتر نشان دهنده ی کارکرد ضعیف تر است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کارکرد کلی خانواده ۰/۸۳، برای خرده مقیاس های حل مساله ۰/۶۲، ارتباطات ۰/۶۰، نقش ها ۰/۷۳، پاسخگویی عاطفی ۰/۷۰، آمیختگی عاطفی ۰/۶۶ و کنترل رفتار ۰/۷۰ بدست آمد.

یافته ها

در جدول ۱، مولفه های توصیفی متغیرها ارایه شده است.

جدول ۱: مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها

متغیرها					
	M	sd	۱	۲	۳
شدت درد	۲/۰۳	۰/۴۳	۱		
ترس از حرکت	۲۴	۰/۵۶	۰/۲۳*	۱	
ناتوانی ناشی از درد	۹/۵۱	۶/۰۷	۰/۴۵**	۰/۵۲**	۱
کارکرد خانواده	۵۳/۸۳	۲۹/۲۷	۰/۱۸	۰/۲۸**	۰/۳۲**

P<0/05 °

P<0/01 °°

بررسی نتایج ماتریس همبستگی پیرسون برای متغیرهای شدت درد، ترس از حرکت، ناتوانی ناشی از درد و کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داد که بین شدت درد با ترس از حرکت ($r=0/23$ و $p<0/05$) و ناتوانی ناشی از درد بیمار ($r=0/45$ و $p<0/01$) همبستگی معنی داری وجود دارد. همچنین بین کارکرد خانواده بیمار با ترس از حرکت ($r=0/28$ و $p<0/01$) و ناتوانی ناشی از درد ($r=0/32$ و $p<0/01$) همبستگی معناداری وجود دارد. برای بررسی رابطه بین ترس از حرکت با کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به درد مزمن از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج حاصل از رگرسیون کارکرد خانواده بیماران مبتلا به درد از روی ترس از حرکت در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. خلاصه ی رگرسیون کارکرد خانواده ی بیماران مبتلا به درد مزمن از روی ترس از حرکت (متغیر پیش بین ترس از حرکت)

ملاک	R	R ²	R ²	F	B	S.E.	β	t	Sig.
کارکرد کلی	0/28	0/08	0/069	7/03	0/022	0/008	0/28	2/65	0/01
حل مساله	0/21	0/042	0/03	3/55	0/014	0/008	0/21	1/88	0/063
ارتباط	0/17	0/027	0/015	2/26	0/007	0/005	0/17	1/5	0/14
نقش	0/26	0/067	0/055	5/73	0/017	0/007	0/26	2/39	0/019
پاسخگویی عاطفی	0/28	0/076	0/065	6/61	0/024	0/009	0/28	2/57	0/012
دلبستگی عاطفی	0/31	0/096	0/085	8/49	0/024	0/008	0/31	2/91	0/005
کنترل رفتاری	0/31	0/096	0/085	8/49	0/018	0/006	0/31	2/91	0/005

همانطور که مشاهده می شود، ترس از حرکت خرده مقیاس های نقش، پاسخگویی عاطفی، دلبستگی عاطفی و کنترل رفتاری را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش بینی می کند؛ به علاوه ترس از حرکت حدود ۷ درصد از واریانس کارکرد کلی خانواده را در بیماران مبتلا به درد مزمن تبیین می کند. بنابراین می توان گفت ترس از حرکت، کارکرد خانواده را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش بینی می کند. برای بررسی رابطه ی بین ناتوانی ناشی از درد با کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به درد مزمن از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج حاصل از رگرسیون کارکرد خانواده ی بیماران مبتلا به درد مزمن از روی ناتوانی ناشی از درد در جدول ۳ ارایه شده است. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، ناتوانی ناشی از درد خرده مقیاس های نقش، پاسخگویی عاطفی، دلبستگی عاطفی و کنترل رفتاری را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش بینی می کند؛ به علاوه ناتوانی ناشی از درد حدود ۹

درصد از واریانس کارکرد کلی خانواده را در بیماران مبتلا به درد مزمن تبیین می کند. بنابراین می توان گفت ناتوانی ناشی از درد، کارکرد خانواده را در بیماران مبتلا به درد مزمن پیش بینی می کند.

جدول ۳. خلاصه ی رگرسیون کارکرد خانواده ی بیماران مبتلا به درد مزمن از روی ناتوانی ناشی از درد (متغیر پیش بین: ناتوانی ناشی از درد)

ملاک	R	R ²	R ²	F	B	S.E.	β	t	Sig.
کارکرد کلی	۰/۳۱	۰/۰۹۸	۰/۰۸۷	۸/۶۷	۰/۰۲۲	۰/۰۰۷	۰/۳۱	۲/۹۵	۰/۰۰۴
حل مساله	۰/۱۸	۰/۰۳۲	۰/۰۲	۲/۶۸	۰/۰۱۱	۰/۰۰۷	۰/۱۸	۱/۶۴	۰/۱۱
ارتباط	۰/۰۷۷	۰/۰۰۶	-۰/۰۰۷	۰/۴۸	۰/۰۰۳	۰/۰۰۵	۰/۰۸	۰/۶۹	۰/۴۹
نقش	۰/۲۱	۰/۰۴۶	۰/۰۳۴	۳/۸۴	۰/۰۱۳	۰/۰۰۷	۰/۲۱	۱/۹۶	۰/۰۵۳
پاسخگویی عاطفی	۰/۲۷	۰/۰۷۳	۰/۰۶۱	۶/۳۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۹	۰/۲۷	۲/۵۱	۰/۰۱۴
دلبستگی عاطفی	۰/۳۱	۰/۰۹۹	۰/۰۸۷	۸/۷۵	۰/۰۲۲	۰/۰۰۷	۰/۳۱	۲/۹۶	۰/۰۰۴
کنترل رفتاری	۰/۳۱	۰/۰۹۹	۰/۰۸۷	۸/۷۵	۰/۰۱۷	۰/۰۰۶	۰/۳۱	۲/۹۶	۰/۰۰۴

P<0/05 *

P<0/01 **

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش و تاثیر ناتوانی ناشی از درد و ترس از حرکت بیمار مبتلا به درد مزمن بر کارکرد خانواده ی وی صورت گرفت. یافته های پژوهش نشان داد ناتوانی ناشی از درد و ترس از حرکت می تواند کارکرد کلی خانواده ی بیماران مبتلا به درد مزمن را پیش بینی کند. بدین معنی که ناتوانی و ترس از حرکت با بدکارکردی خانواده در ابعاد کارکرد کلی، نقش ها، پاسخگویی عاطفی، دلبستگی عاطفی و کنترل رفتار ارتباط معناداری داشت. در بعد نقش ها، به نظر می رسد خانواده در تقسیم وظایف اعضا و پیگیری انجام آنها دچار مشکل شده است، به علاوه، وجود عضو مبتلا به درد مزمن، کارایی خانواده را از نظر ابراز احساسات متناسب با موقعیت های مختلف دچار نقصان کرده و همچنین روی مقدار و کیفیت علاقه و توجه اعضا به یکدیگر در مواجهه با بحران تاثیر گذاشته است. در بعد کنترل رفتار، به نظر می رسد که توانمندی خانواده در سازگاری با پشامدهای بیماری کاهش یافته است. نتایج این مطالعه همسو با پژوهش های خارجی بود که نشان می داد بیماری مزمن یکی از اعضای خانواده با کارکرد ناسالم خانواده و تغییراتی در ابعاد حل مساله، نقش ها آمیختگی عاطفی و کارکرد کلی خانواده (زینسر، اوزکان، ارتن و سویگ، ۲۰۱۱؛ کانو و لیونارد، ۲۰۰۶) و همچنین بعد ارتباطات، نقش ها و دلبستگی عاطفی (هرزر، گودوالا، هومل، دریزکول،

میچل، کروزی و همکاران، ۲۰۱۲) همراه است. بیمار مبتلا به درد مزمن غالباً درد را به عنوان عاملی ناتوان کننده در برقراری ارتباط و سهیم شدن در مسوولیت ها و تصمیم گیری های خانواده می داند (اسمیت و فریدمن، ۱۹۹۹) که این امر باعث وابستگی فیزیکی و هیجانی بیمار به دیگران می شود. این وابستگی به تغییراتی در پویایی و جابجایی نقش ها می انجامد؛ به عنوان مثال، یک رابطه برابر از نوع بزرگسال- بزرگسال بین بیمار و همسرش، می تواند به رابطه ای از نوع والد-کودک تبدیل شود (کوان، کلی، پاسرو، کووینگتون و لیدز، ۱۹۹۸؛ سودربرگ، استراند، هاپلا و لاندمن، ۲۰۰۳؛ اسنلینگ، ۱۹۹۴). در زوج ها، بیماری مزمن می تواند رابطه ی طرف مبتلا و طرف سالم یا مراقب را یک جانبه سازد (رولند، ۱۹۹۴). در خانواده، همسر و فرزندان ممکن است مجبور باشند مسوولیت انجام کارهایی که قبلاً توسط بیمار انجام می شد را نیز به عهده بگیرند (استرونین و بودن، ۲۰۰۴؛ لواندووسکی، موریس، دراگر و ریسکو، ۲۰۰۷). ممکن است همسر بیمار مجبور شود بخش زیادی از مسوولیت های مالی خانواده را به عهده بگیرد؛ علاوه اینکه، مراقبت از بیمار منجر به کاهش معنادار زمان پرداختن به نیازهای شخصی و فعالیت های معمول می شود (ترک، فلور و رودی، ۱۹۸۷). از جمله سایر پیامدهای ناتوانی بیمار، می توان به عدم مشارکت کافی و موثر در تربیت فرزندان و نداشتن اوقات فراغت و تفریحات مشترک با همسر اشاره کرد که می تواند با افسردگی و خشم در بیمار (استرونین و بودن، ۲۰۰۴) و کاهش صمیمیت زوج همراه باشد (اسمیت، ۲۰۰۳؛ اسنلینگ، ۱۹۹۰). اعضای خانواده ممکن است تمرکز بر درد و نشانه های جسمی بیمار را، جایگزین حل مسایل و تعارضات بین فردی کنند (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۳). اجتناب یا ناتوانی بیمار در انجام فعالیت هایی که تا پیش از شروع درد بخشی از وظایف یا فعالیت های لذت بخش وی بوده اند و نیز محدودیتی که در دامنه ی فعالیت های جسمانی پیش می آید، به احتمال زیاد با افزایش هیجان منفی و خلق تحریک پذیر در بیمار همراه است. در چنین وضعیتی ممکن است به میزان قابل توجهی از ارتباط و پاسخگویی عاطفی بین بیمار و اعضای خانواده کاسته شود. در این شرایط، احساس خشم و ناراحتی در رفتارهای بیمار اثرگذار است؛ به عنوان مثال ممکن است بیمار رفتارهای کلامی یا غیر کلامی پرخاشگرانه ای نسبت به سایر اعضای خانواده بروز دهد و یا از دیگران انتظار داشته باشد انجام بخشی از وظایف یا فعالیت هایی که احساس می کند قادر به انجام آنها نیست را به عهده بگیرند.

نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد پیامدهای درد مزمن، از جمله ناتوانی و ترس از حرکت، با کارکرد ناسالم خانواده همراه است. با توجه به ماهیت چند بعدی درد مزمن و تاثیر آن هم روی بیمار و هم روی اعضای خانواده، دستیابی به الگویی کارآمد درمورد چگونگی این تاثیر، می تواند تلوپحات

درمانی مهمی به دنبال داشته باشد و به تدوین اقدامات درمانی کارآمدتر برای درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بیانجامد. از آنجا که خانواده می تواند آنچه را برای بیمار اتفاق می افتد، تحت تاثیر قرار دهد و چگونگی درک خانواده از بیماری فرد و نحوه ی مواجهه با آن بر دوره ی بیماری موثر است ارزشیابی کامل از بیمار و کارکرد خانواده اش می تواند حداقل در فهم بهتر امکانات و موانع ممکن بر سر راه بهبود بیمار مفید باشد (ریان، اپستین و همکاران، ۲۰۰۵). همه خانواده ها در واکنش به بحران بیماری دستخوش تغییر می شوند اما، بسیاری از آنها در سازگاری مجدد با نقش ها، قواعد و رهبری خانواده در رسیدن به تعادل جدید که منابع و مهارت های آنها را به حداکثر می رساند نیاز به کمک دارند، خصوصا اگر بیماری وارد مرحله ی مزمن تر یا طولانی تر شود. بهداشت مبتنی بر سیستم های خانواده، حوزه ی درحال رشدی از درمان است که خانواده را واحد اصلی مراقبت های درمانی می داند. مدل های مداخله ای خانواده در بیماریهای جدی، ریشه در مدل استرس-آسیب پذیری دارد که تعاملات متقابل آسیب پذیری جسمی و استرس های محیطی را بررسی می کند. هدف این مداخلات مدیریت بیماری، کاهش استرس و تقویت کارکرد و سلامت فردی و خانوادگی است (والش، ۲۰۰۸).

References

- AfsharneZhad, T., Rezaei, S., & Yusefzadeh, Sh. (2009). The relation between fear of movement and pain intensity with physical disability in chronic low-back-pain patients. *Rehabilitation*. Vol. 11(2). [In Persian].
- Bellamy, N., Campbell, J., & Syrotuik, J. (1999). Comparative study of self-rating pain scales in osteoarthritis patients. *Current Medical Research and Opinion*, 15(2), 113-9.
- Benaïm, C., Froger, J., & Cazottes, C. (2007). Use of the face pain scale by left and right hemispheric stroke patients. *Pain*, 128, 8-52.
- Cano, A., & Leonard, M. (2006). Integrative behavioral couple therapy for chronic pain: Promoting behavior change and emotional acceptance. *Journal of clinical psychology*, 62(11), 1409-1418.
- 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.
- Cowan, P., Kelly, N., Pasero, C., Covington, E., & Lidz, C. (1998). *Family manual: A manual for families of person with pain*. American Chronic Pain Association.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75(2), 187-198.
- Dehghani, M., Sharpe, L., & Nicholas, M. K. (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*, 105(1), 37-46. (Persian)
- Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1973). Position paper – family therapy, state of the art. *Canadian Association Psychiatric Journal*, 18(3), 175-183.
- Herzer, M., Godiwala, N., Hommel, K. A., Driscoll, K., Mitchell, M., Crosby, L. E., Piazza-Waggoner, C., Zeller, M. H., & Modi, A. C. (2012). Family Functioning in the Context of Pediatric Chronic Conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(5): 555-572.
- International Association for the study of Pain. (1986). Classification of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain, suppl*, 3, 1-222.
- Khatibi, A., Dehghani, M., & Alizadeh, Kh. (2007). The role of fear of movement in chronicity of pain in patients with musculoskeletal pain. *Behavioral Science research*. Vol.6 (2), 69-78. [In Persian].

- Kori, S., Miller, R., & Todd, D. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 3(1), 35-43.
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038.
- Lewandowski, W., Morris, R., Draucker, C. B., & Risko, J. (2007). Chronic pain and the family: Theory-driven treatment approaches. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(9), 1019-1044.
- 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. (Persian)
- 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.
- Nichols, M. & Schwartz, R. (2003). Family therapy concepts and methods. Boston: Allum and Bacon.
- 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.
- Roland, J.S. (1994). Families, illness, and disability: An integrative treatment model. New York: Basic Books.
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115-3124.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97(1), 18.
- Romano, J. M., Turner, J. A., & Clancy, S. (1989). Sex differences in the relationship of patient dysfunction to spouse adjustment. *Pain*, 39, 289-95.
- Ryan, C. E., Epstein, N.B., Keitner, G.I., Miller, I.W., & Bishop, D.S. (1390). *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. Dehghani, M., Abbasi, M. Tehran. Roshd Pub. [In Persian].
- Silver, J. K. (2004). *Chronic pain and the family: a new guide*: Harvard University Press.
- Smith, A. A., & Friedmann, M. L. (1999). Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 543-551.
- Smith, A.A. (2003). Intimacy and family relationships of woman with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 4, 134-142.
- Snelling, J. (1990). The role of the family in relation to chronic pain: Review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 771-776.
- Snelling, J. (1994). The effect of chronic pain on the family unit. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 543-551.
- Soderberg, S., Strand, M., Haapala, M., & Lundman, B. (2003). Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 143-150.
- Strunin, L., Boden, L. (2004). Family consequences of chronic back pain. *Social Science & Medicine*. Volume 58, Issue 7, Pages 1385-1393.
- Turk, D. C., Flor, H., & Rudy, T. E. (1987). Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. *Pain*, 30(1), 3-27.
- 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., 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., 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.
- Mohsen Dehghani, Mahboobeh Khajehrasooli, Somayeh Mohammadi, & Maryam Abbasi.(2012). Walsh, Froma. Strengthening Family Resilience. 2th ed. Tehran: Danjeh Pub. [In Persian].
- Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M., & Watson, P. J. (2005). Psychometric properties of the TSK-11: a shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*, 117(1), 137-144.
- Young Casey C., Greenberg M.A., Nicassio P.M., Harpin R.E., & Hubbard D. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain*, 134(1-2),69-79.
- Zincir, H., Ozkan, F., Erten, Z. E., & Sevig, E. U. (2011). Sexual lives and family function of women with family member with disability: educational status and income. *Department of public Health Nursing*. 29, 197-206.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 35), pp.57-66, 2014

The predictor role of disability induced by pain and fear of movement in family function, in musculoskeletal patients with chronic pain

Kamar, Raheleh

Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran.Tehran, Iran

Dehghani, Mohsen

Shahid Beheshti University. Tehran Iran

Kiamanesh, Alireza

Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran.Tehran, Iran

Esmaeelian, Nasrin

Shahid Beheshti University. Tehran Iran

Mir-Mohammadi, Fatemeh

Shahid Beheshti University. Tehran Iran

Received: May 03, 2014

Accepted: May 31, 2014

Chronic pain is a common problem in health that can lead to disability, in case it gets chronic. On the other hand, recent studies have emphasized that the context of the patient's family and the people who live with this patients are affected by this condition. This family interaction patterns affect the quality and life style. The purpose of this study was to evaluate the relationship between disability and fear of movement as a predictor variables with family functioning in musculoskeletal patients with chronic pain. To this end, through a descriptive study, correlational type, 82 patients with chronic musculoskeletal pain were selected from available samples. They were evaluated in terms of intensity of pain, disability, fear of movement and family functioning. The results of multiple regression analysis indicated weakness and fear of movement significantly predict the functioning of the family. Also, there is a significant difference between intensity of pain and disability and fear of movement in patients. It seems having chronic pain involves family system over time and becomes part of the disease. This study emphasizes on the importance of systematic approach in the study of pain based on the fact that individual and interpersonal variables have a significant mediator and moderator role in explaining the consequences of pain.

Keywords: chronic pain, fear of movement, physical disability, pain intensity, family functioning

Electronic mail may be sent to: rahelehkomar@hotmail.com