

February-March 2021, Volume 10, Issue 1

Couples' Experiences of Emotional Disclosure Associated with Chronic Low Back Pain: A Phenomenological Study

Zahra Babae¹, Mohsen Dehghani^{2*}, Babak Babakhani³, Soheil Najafi Mehri⁴

1- PhD Candidate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. **(Corresponding author).**

E-mail: m.dehghani@sbu.ac.ir

3- Assistant Professor, Brain and Spinal Injury Repair Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 18 Aug 2020

Accepted: 20 Nov 2020

Abstract

Introduction: Pain related emotional disclosure can have positive effects on the physical and psychological health of patients with chronic pain, although little is known about the experience and perception of patients and their spouses of emotional disclosure. Therefore, the aim of the present study was to determine the couple's experience of emotional disclosure related to chronic low back pain.

Methods: The method of the present study is interpretative phenomenological analysis. Data were collected through semi-structured interviews. 11 patients with chronic low back pain along with their spouses were purposefully selected from Imam Khomeini Hospital in Tehran. All interviews were recorded, transcribed verbatim and analyzed with an interpretative phenomenological approach.

Results: Main themes are: 1- positive beliefs about emotional disclosure and 2- negative beliefs about emotional disclosure. Although participants believe that emotional release, increased intimacy, and mutual problem-solving are important aspects of the emotional disclosure process, couples refrain from expressing their emotions in order to protect themselves and the other from the negative consequences.

Conclusions: emotional disclosure is a complex process, and couples' beliefs about pain-related emotional disclosure are one of the internal factors that influence the decision to express emotion. It is suggested that in order to increase the effectiveness of such interventions, people's beliefs about emotional disclosure should be considered as an effective component in the process of assessment and treatment.

Keywords: Chronic low back pain, pain-related emotional disclosure, Interpretive phenomenology.

تجربه زوجین در رابطه با ابراز هیجانات مرتبط با کمر درد مزمن: یک مطالعه پدیدارشناسی

زهرا بابایی^۱، محسن دهقانی^{۲*}، بابک باباخانی^۳، سهیل نجفی مهروی^۴

۱- کاندیدای دکتری روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

ایمیل: m.dehghani@sbu.ac.ir

۳- استادیار، مرکز تحقیقات ترمیم ضایعات مغزی و نخاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۳۰

چکیده

مقدمه: ابراز هیجانات مرتبط با درد می تواند اثرات مثبتی بر سلامت فیزیکی و روان شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن برجای گذارد، هرچند هنوز اطلاعات کمی در رابطه با تجربه و ادراک بیماران مبتلا به درد مزمن و همسران آن ها از ابراز هیجان موجود است. از این رو، هدف مطالعه حاضر تعیین تجربه زوجین در رابطه با ابراز هیجانات مرتبط با کمر درد مزمن می باشد.

روش کار: روش مطالعه حاضر تحلیل پدیدارشناسی تفسیری است. داده ها با روش مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری شده است. ۱۱ بیمار مبتلا به کمر درد مزمن به همراه همسرانشان به صورت هدفمند از بیمارستان امام خمینی تهران انتخاب شدند. همه مصاحبه ها ضبط و پیاده سازی شدند و با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری تحلیل شدند.

یافته ها: درونمایه های اصلی عبارتند از: ۱- باورهای مثبت درباره ابراز هیجان و ۲- باورهای منفی درباره ابراز هیجان. اگرچه شرکت کنندگان معتقدند که تخلیه هیجانی، افزایش صمیمت و حل مسئله مشترک از جنبه های مهم فرآیند ابراز هیجان می باشد، با این حال زوجین به منظور مراقبت از خود و دیگری در برابر پیامدهای ابراز هیجان، از ابراز آن ها خودداری می کنند.

نتیجه گیری: ابراز هیجان فرآیند پیچیده ای است و باورهای زوجین در رابطه با ابراز هیجانات مرتبط با درد یکی از عوامل درونی است که بر تصمیم گیری برای ابراز هیجان تاثیرگذار است. پیشنهاد می گردد به منظور افزایش اثربخشی این قبیل مداخلات، باورهای افراد در رابطه با ابراز هیجان، به عنوان یک مولفه اثرگذار در فرآیند سنجش و درمان مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه ها: کمر درد مزمن، ابراز هیجانات مرتبط با درد، پدیدارشناسی تفسیری.

مقدمه

یکی از شایع ترین انواع دردهای مزمن و مشکلات رایج سلامت، کمر درد مزمن است (۱،۲) که منجر به کاهش فعالیت و ترک کار در سراسر جهان شده و فشارهای اقتصادی عظیمی را بر افراد، خانواده ها، جوامع، صنعت و دولت ها تحمیل نموده است (۳). درد یک تجربه هیجانی چندبعدی است و الگو زیستی روانی اجتماعی به درک بهتر آن کمک می کند. براساس این الگو تعاملات پیچیده ای میان ابعاد زیستی، روانشناختی و عوامل اجتماعی وجود دارد (۴). اخیراً جنبه های اجتماعی درد مورد توجه بیشتری قرار گرفته

است (۵) و بر نقش افراد مهم زندگی به ویژه همسر در فرآیند درد و سازگاری با آن تاکید شده است (۶). از این رو، تعاملات اجتماعی یک موضوع مهم در تجربه درد محسوب می شود و ارزیابی بیماران مبتلا به درد مزمن بدون توجه به محیط اجتماعی آنها ناکافی می باشد (۷). الگوهای اولیه درد مزمن این تاثیر را به واسطه تاکید بر نقش دیگران در تقویت و تنبیه رفتارهای درد تبیین می کردند (۸،۹). پژوهش های اخیر از الگو های عامل (operant models) به سمت الگوی بین فردی صمیمیت (Interpersonal Process Model of Intimacy) در تعاملات مرتبط با

درد حرکت کرده اند که به نقش فرآیندهای هیجانی در بافت ارتباطی فرد اشاره دارند (۱۰). یکی از اشکال تعاملات مرتبط با درد، ابراز هیجان می باشد. بیماران ممکن است درد خودشان را یک رویداد حسی ساده قلمداد کنند، در حالی که هیجان‌ات مرتبط با درد آن‌ها می تواند منجر به رفتارهایی شود که نسبت به آن‌ها آگاهی ندارند. این رفتارها نه تنها بر روی رابطه اثر می گذارد بلکه ممکن است بر روی تجربه درد نیز تاثیرگذار باشد (۱۱). ادبیات شناختی- رفتاری در حیطه زوج درمانی، نیز تا حدودی دیدگاه مشابهی در رابطه با تعاملات زوجی و دونفره اتخاذ می کند و تنوع بیشتری را در رفتارهای همسر نسبت به الگوی عامل شناسایی می نماید (۱۲، ۱۳). از منظر الگوی عامل، صحبت کردن در رابطه با درد یا گزارش های کلامی بیمار از درد به عنوان رفتارهای درد طبقه بندی می شود و هدف مداخلات درمانی است. در مقابل، در مفهوم پردازش ادبیات پژوهشی در حوزه روابط زناشویی، ابراز آزاد هیجان‌ات در روابط نزدیک عموماً مطلوب تلقی می شود (۱۴) و به عنوان یک هدف درمانی به منظور ارتقای صمیمت در روابط نیز تشویق می گردد (۱۵). از طرفی براساس نظریه تنظیم هیجان (Emotion Regulation Theory)، تعاملات زناشویی می تواند بر توانایی افراد در مدیریت هیجان‌اتشان تاثیرگذار باشد و تعاملات منفی زناشویی، بدتنظیمی هیجانی را در میان زوجین افزایش دهد (۱۶). برای مثال نتایج مطالعه اکبری و همکاران (۱۷) نشان داد که برخی همسران علت رفتارهای درد بیمار را به تلاش برای جلب توجه از سوی دیگران و مسئولیت‌گریزی وی اسناد می دهند. چنین اسنادهایی منجر به افزایش هیجان‌ات منفی هم در همسر و هم در بیمار می گردد و تنظیم هیجان دوتایی با مشکل روبه رو می شود و احتمال پاسخ های خصمانه را در همسران افزایش می دهد. قابل تصور است که تعاملات زناشویی منفی می تواند با توانایی افراد برای تنظیم تجربیات همچون درد که شامل مولفه عاطفی نیز می باشد؛ مرتبط باشد. علاوه بر آن، تعاملات زناشویی می تواند با تنظیم خلق و مدیریت درد در همسر نیز رابطه داشته باشد (۱۸).

زمانی که افراد ناراحت هستند اغلب به دنبال فردی می گردند تا با او صحبت کنند. (۱۹، ۲۰). اگرچه ابراز هیجان همیشه راهبردی انطباقی نیست ولیکن به نظر در مجموع سودمند است (۱۴، ۲۱). برای مثال، ابراز هیجان می تواند میزان افکار مزاحم (۲۲) و شدت هیجان‌ات (۲۳) را کاهش دهد. علی‌رغم مزایای ابراز هیجان، بسیاری از افراد هیجان‌ات خود را حتی در مواجهه با موضوعاتی که بار

هیجانی بالایی دارند، ابراز نمی کنند. از این رو این افراد حمایت اجتماعی کمتر و سطح بالاتری از افسردگی و احساس تنهایی را تجربه می کنند (۲۴).

در مطالعه ای Cano و همکاران (۲۰) نشان دادند، افراد مبتلا به درد مزمنی که شدت درد بیشتر، آشفتگی و نگرانی در رابطه با درد و پریشانی روانشناختی بالاتری داشتند با احتمال بیشتری هیجان‌ات مرتبط با درد خود را با همسرانشان در میان می گذاشتند و پاسخ های حمایتی و همدلانه دریافت می نمودند. از این رو ابراز هیجان‌ات مرتبط با درد یکی از اشکال رایج تعاملات درد در زوجین می باشد و بایستی الگوهای درد این شکل از تعامل را درون خود بگنجانند. در واقع نتایج حاکی از آن است که خودداری در ابراز هیجان با کاهش رضایت زناشویی بیماران و همسرانشان و افزایش افسردگی آن‌ها رابطه دارد و ابراز خود با پیامدهای مثبت بین فردی معناداری همراه است (۲۵). با این حال به نظر می رسد که همه افراد از ابراز هیجان‌ات خود سود نمی برند و حتی در برخی موارد با افزایش پریشانی روان شناختی همراه بوده است. برای مثال مطالعه مروری Lumley و همکاران (۲۶) نشان داد که سودمندی مداخلات در ابراز هیجان در بیماران مبتلا به درد نسبتاً کم است. نتایج این مداخلات بر روی بیماران مبتلا به آرتربت روماتوئید، سردرد، دردهای سرطانی، دردهای لگنی و شکمی ضعیف و متفاوت است (۲۶). بعلاوه، در حوزه سرطان نیز مطالعه Goldsmith & Miller (۲۷) نشان داد که صحبت درباره احساسات خود در بیماران مبتلا به سرطان با آشفتگی بالا همراه است.

تا کنون بیشتر مطالعات در حوزه درد بر تقویت های مرتبط با درد متمرکز بوده است در حالی که کیفیت عاطفی تعاملات در مطالعات موجود در حوزه تعاملات مرتبط با درد در نظر گرفته نشده است. با توجه به نتایج متناقض پژوهش های پیشین، چگونگی تعامل زوجین در رابطه با درد و پیامدهای ناشی از آن به یکی از موضوعات مورد توجه تبدیل شده است. به منظور ارتقای کیفیت رابطه و مقابله موثر با درد برخی پژوهش ها بر صمیمت اشاره داشته و به تعاملات باز در بافت رابطه بین فردی تاکید می کنند (۱۰، ۲۸). درحالی که پژوهشگران دیگر، اجتناب از پرداختن به موضوعات با بار هیجانی را تصدیق نموده اند (۲۹). چنین تناقضاتی در پژوهش های موجود، نتیجه گیری در رابطه با بهترین راهبرد در حوزه تعاملات مرتبط با بیماری را با دشواری مواجه ساخته است (۳۰). از آنجایی که ابراز هیجان‌ات پدیده ای نسبتاً ذهنی است و به شیوه های متفاوتی از سوی افراد مختلف ابراز می گردد، بنابراین، به

زهرا بابایی و همکاران

هدف دار واحدهای پژوهش برای کسب دانش یا اطلاعات است (۳۶). در مجموع با ۲۷ بیمار تماس گرفته شد. از علل اصلی عدم مشارکت در مطالعه عدم تمایل (۴ زوج)، فاصله جغرافیایی و محل زندگی خارج از تهران (۲ زوج)، محدودیت زمانی (۴ زوج)، و عدم همکاری همسر بیمار برای مشارکت (۶ زوج) بود. ملاک تعداد نمونه به اشباع رسیدن اطلاعات بود و بعد از مصاحبه با ۹ زوج اطلاعات به اشباع رسید. جهت حصول اطمینان، روند اجرای مصاحبه‌ها تا ۱۱ تن ادامه یافت. ملاک های ورود به مطالعه حداقل سن ۱۸ سال، متاهل بودن و زندگی با یکدیگر، داشتن حداقل پایه تحصیلی سوم راهنمایی یا معادل آن و تجربه درد مزمن برای حداقل ۶ ماه علی رغم دریافت درمان بود. ملاک‌های خروج در این مطالعه نیز وجود درد به علت سرطان، میوپاتی، آسیب نخاعی یا موارد درد حاد مانند شکستگی و وجود بیماری‌های سایکوتیک، دمانس، سابقه مصرف مواد و الکل بود. مراجعینی که ملاک های ورود به مطالعه را داشتند از سوی پزشک متخصص به پژوهشگر ارجاع داده شدند. نمونه گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. اشباع اطلاعات معمولاً راهنمایی است برای تصمیم گیری در مورد این که چه تعداد مصاحبه کفایت می کند. به این صورت که چنانچه در زمان جمع آوری اطلاعات هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشود و پژوهشگر در زمان جمع آوری و تجدید اطلاعات استخراج شده تنها به مواردی برخورد نماید که مطالب قبلی را تایید و تصدیق نماید، به نمونه گیری پایان می دهد (۳۸).

در پژوهش پدیدارشناسی، مصاحبه به عنوان روش اصلی جمع آوری داده ها محسوب می شود (۳۹). برای جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه ها در بیمارستان امام خمینی، به صورت فردی و جداگانه با بیمار و همسر در یک روز انجام شد. به منظور دستیابی به نمونه ای با تنوع کافی نمونه فعلی با ویژگی های جمعیت شناختی متفاوت همچون سن، جنسیت، سطح تحصیلات متفاوت، طول مدت درد و طول مدت زندگی زناشویی متفاوت انتخاب شدند.

سوالات اولیه مصاحبه با تهیه لیستی از سوالات مرتبط با پدیده مورد مطالعه با کمک ادبیات پژوهشی، بحث و گفت و گو با اعضای تیم پژوهشی طراحی گردید. سوالات نهایی مصاحبه ها پس از انجام سه مصاحبه مقدماتی، با توجه به پاسخ های افراد در مصاحبه های اولیه و تحلیل آن ها توسط نویسنده اول و دوم، شکل گرفت. هر مصاحبه با یک سوال کلی در رابطه با تجربه و تاریخچه درد بیمار آغاز

منظور پرداختن به آن در محیط های بالینی ضروری است که نتایج مطالعات کیفی در کنار مطالعات کمی مورد توجه قرار گیرد. پژوهش کیفی در زمینه درک و طبقه بندی کارکرد ابراز هیجانی می تواند یکی از راه های بررسی تناقض های موجود در رابطه با ابراز هیجان در ادبیات پژوهشی باشد. در واقع از طریق بررسی عمیق تجربیات و تفسیرهای شخصی افراد می توان به درک بهتر معانی مرتبط با ابراز هیجانی کمک کرد (۳۱). از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین تجربه زوجین در رابطه با ابراز هیجانات مرتبط با کمر درد مزمن انجام شد.

روش کار

روش مطالعه حاضر تحلیل پدیدارشناسی تفسیری (Interpretative Phenomenological Analysis) است که در ابتدا توسط Smith (۳۲) مطرح شد و امروزه عمومیت بیشتری در مطالعات مربوط به بیماری و سلامتی یافته است (۳۳). تحلیل پدیدارشناسی تفسیری یک روش سودمند برای مطالعه مفاهیم پیچیده، مبهم و پدیده هایی با بار هیجانی زیاد همچون درد مزمن، می باشد (۳۴). از طرفی برای مطالعه دنیای ذهنی زوجین نیز سودمند می باشد؛ چرا که این امکان را فراهم می کند که یک پدیده واحد را از منظرهای متفاوت و به طور همزمان مورد مطالعه قرار داد (۳۵). تحلیل پدیدارشناسی تفسیری دو هدف اصلی دارد: بررسی جزئیات چگونگی درک دیگری از یک تجربه زیسته و ارائه تفسیرهای دقیق برای درک آن تجربه (۳۳). به طور خلاصه تحلیل پدیدارشناسی تفسیری با ادغام ایده های پدیدارشناسی و هرمنوتیک، روشی را معرفی کرده است که هم توصیفی است به این دلیل که بر چگونگی ظهور اشیا و اجازه دادن به آن ها برای معرفی خودشان تاکید می کند؛ و هم تفسیری می باشد چرا که تاکید می کند هیچ پدیده تفسیر نشده ای وجود ندارد (۳۶). تحلیل پدیدارشناسی تفسیری می تواند برای دامنه گسترده ای از بررسی های علمی به کار گرفته شود و می تواند به عنوان یک روش تکمیلی در کنار روش های موجود همچون کارآزمایی های بالینی کنترل شده، قرار گیرد (۳۷).

جامعه مورد مطالعه، افراد مبتلا به کمر درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک درد بیمارستان امام خمینی تهران بودند که از طریق نمونه گیری هدفمند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. شرکت کنندگان از میان افرادی انتخاب شدند که دارای اطلاعات غنی در رابطه با سوال و هدف پژوهش باشند. در واقع، نمونه گیری هدفمند به معنای انتخاب

و با استفاده از نرم افزار MAXQDA10 طبقه بندی و مورد تحلیل قرار گرفت. در ابتدا، سه مصاحبه اولیه انتخاب و همخوانی کدها در میان اعضای تیم بررسی گردید. در مواردی که ناهمخوانی وجود داشت اعضای تیم، در رابطه با تحلیل ها بحث کردند تا همخوانی حاصل گردید.

در این پژوهش، داده ها براساس دستورالعمل ارائه شده توسط Smith و همکاران (۳۳) تحلیل شدند. در ابتدا، هر مصاحبه به طور مستقل و با توجه به معانی زیربنایی و زبان شناختی کد گذاری اکتشافی شدند. در گام دوم، درونمایه ها با توجه به کدهای اکتشافی شکل گرفتند. دو متخصص در حوزه تحلیل پدیدارشناسی تفسیری مصاحبه ها را به طور مستقل کد دادند. در گام سوم درونمایه های به دست آمده درون هر مصاحبه و سپس درونمایه های به دست آمده میان مصاحبه ها شناسایی شدند و با توجه به اصول انتزاع، طبقه بندی، شباهت و تفاوت در قالب گروه های مختلف طبقه بندی شدند. در نهایت این درونمایه های فرعی در قالب درونمایه های اصلی سازمان یافتند که توضیح می دهد درون هر کدام از این درونمایه ها چه اتفاقاتی می افتد. این فرآیند توسط همکار مسلط به روش شناسی کیفی در گام های مختلف بررسی و ارزیابی می شد.

پژوهشگر با مطالعه طولانی مدت عمیق با پدیده مورد نظر و بررسی مکرر داده ها همچون مشاهده یادداشت های خود و موارد ضبط شده و مرور و بازنگری داده ها، حفظ و گسترش ارتباط با مشارکت کنندگان تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها سعی در افزایش مقبولیت (credibility) داده ها نمود. برای تضمین قابلیت اعتماد یا اعتمادپذیری، یافته های مطالعه، متن مصاحبه ها و کدهای استخراج شده در اختیار گروه پژوهش و یک دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی که به پژوهش کیفی مسلط بود، قرار گرفت و پیشنهادهای آن ها در روند کدگذاری اجرا و در یک جلسه مشترک نظرات مختلف جمع بندی گردید. سپس با توجه به درک مشابه یافته ها، هم خوانی مورد تایید قرار گرفت و به این ترتیب هم اطمینان پذیری (dependability) داده ها و هم قابلیت تایید (confirmability) امکان پذیر گردید. علاوه بر آن، پژوهشگر سعی کرد مراحل پژوهش را در طول انجام مطالعه با دقت ثبت و گزارش کند تا در صورت نیاز امکان انجام مطالعه توسط دیگران فراهم شود و با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش قابلیت اطمینان پذیری این پژوهش را تضمین نماید (۳۸،۳۹).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و با

گردید که با سوالات دیگر پیگیری می شد. "لطفاً تجربه اتون رو از زندگی با درد برایمان بازگو کنید". این سوال باز پاسخ به شرکت کنندگان اجازه می داد که آزادانه به توصیف تجربیات خود بپردازند و زمینه را برای بررسی های بیشتر فراهم ساخت. تلاش شد تا آزمودنی ها در یک فضای باز، همدلانه و عاری از قضاوت بتوانند به بیان نگرانی ها و دغدغه هایشان بپردازند. در ادامه مصاحبه نیمه ساختار یافته با توجه به سوالات تهیه شده مصاحبه ادامه یافت که برخی از این سوالات عبارتند از:

"درباره تجربه تون وقتی درباره درد با همسرتون صحبت می کنید برایم بگویید". در رابطه با کمر درد چه دغدغه و نگرانی هایی دارید؟"، "در رابطه با دغدغه و نگرانی هایتان چگونه با همسرتان صحبت می کنید؟"، "چه شرایطی را احتیاج دارید که بتوانید راجع به درد (و احساسات ناشی از درد) راحت صحبت کنید؟".

این سوالات با سوالات پیگیری دیگری به منظور روشن ساختن و غنی کردن پاسخ های موجود ادامه یافت. "نظرتان راجع به اینکه در مورد احساسات مرتبط با درد با همسرتان صحبت کنید چیست؟"، "محاسن و معایب صحبت کردن در رابطه با احساسات و هیجان های مرتبط با درد با همسر چیست؟"، "وقتی راجع به درد و احساسات مرتبط با آن با همسرتان صحبت می کنید، چه واکنشی نشان می دهد؟"، "هنگام صحبت در رابطه با احساسات خود چه چیزی را مفید و چه چیزی را غیر مفید می دانید؟"

از همسران نیز سوالات مشابهی با جمله بندی متفاوت پرسیده شد. "درباره تجربه تون وقتی همسرتان در رابطه با درد با شما صحبت می کند برایم بگویید"، "همسرتان در رابطه با کمر درد چه دغدغه و نگرانی هایی دارد؟"، "در رابطه با دغدغه و نگرانی هایش چگونه با شما صحبت می کند؟"، "چه شرایطی را احتیاج دارد که در رابطه با احساسات و نگرانی هایش با شما صحبت کند؟"، "صحبت کردن در رابطه با احساسات مرتبط با درد چه سودها و چه زیان هایی از نظر شما دارد؟"، "وقتی راجع به درد و احساسات مرتبط با آن صحبت می کند شما چه واکنشی نشان می دهید؟"، "انتظارات از همسرتان چیست؟"، "چه رفتارهایی را در شما مفید و چه رفتارهایی را غیر مفید می دانند؟". همچنین در طول مصاحبه ها از سوالات کاوشی نظیر "می توانید بیشتر توضیح دهید؟"، "منظورتان چیست؟" استفاده شد. مصاحبه ها بسته به شرایط بیمار و همسر و سابقه بیماری حدود ۴۰ تا ۹۰ به طول انجامید.

در پایان هر مصاحبه، فایل شنیداری پیاده سازی و تایپ شد

زهرابابایی و همکاران

آن‌ها گفته شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج کلی مطالعه آگاه گردند و در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها دوباره به آن‌ها مراجعه شود.

یافته‌ها

دامنه سنی بیماران و همسرانشان به ترتیب ۳۷-۷۰ و ۳۵-۷۴ و با میانگین سنی ۵۲ و ۵۴ بود. طول مدت زندگی مشترک بیماران و همسرانشان ۱۲ تا ۵۲ سال، با میانگین ۲۹ سال و طول مدت ابتلا به کمر درد ۱ تا ۱۵ سال و با میانگین ۵/۸ سال بود. مشخصات شرکت‌کنندگان در (جدول ۱) ارائه شده است.

رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند. پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست نمود تا فرم مشخصات جمعیت‌شناسی و رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمایند. پیش از شروع مصاحبه، از آن‌ها برای استفاده از ضبط صوت و یادداشت برداری اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از تیم پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از شرکت در پژوهش اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول مطالعه و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. همچنین به

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

کد مشارکت‌کننده	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	مدت ازدواج	تعداد فرزندان	مدت درد	درمان‌های انجام شده
۱	بیمار	۷۰	کاردانی	بازنشسته	۵۲ سال	۴	۲ سال	فیزیوتراپی
	همسر	۷۴	دیپلم	بازنشسته				
۲	بیمار	۶۳	کارشناسی	بازنشسته	۳۸ سال	۱	۳ سال	فیزیوتراپی
	همسر	۷۰	کارشناسی ارشد	مشاور مخابرات				
۳	بیمار	۳۷	سیکل	آزاد	۱۵ سال	۲	۷ سال	جراحی باز
	همسر	۳۵	سیکل	خانه دار				
۴	بیمار	۳۷	کارشناسی	خانه دار	۱۵ سال	۲	۲ سال	-
	همسر	۳۸	کارشناسی	حسابدار				
۵	بیمار	۵۳	دیپلم	بازنشسته	۲۹ سال	۲	۱ سال	کایروپراکتیک / فیزیوتراپی
	همسر	۵۸	دیپلم	بازنشسته				
۶	بیمار	۵۷	دیپلم	خانه دار	۳۵ سال	۲	۲ سال	تزریق اوزون
	همسر	۶۱	کارشناسی	بازنشسته				
۷	بیمار	۴۹	سیکل	خانه دار	۳۲ سال	۲	۳ سال	جراحی
	همسر	۴۹	دیپلم	بازنشسته				
۸	بیمار	۶۳	دیپلم	بازنشسته	۳۰ سال	۲	۵ سال	تزریق اوزون
	همسر	۶۵	دیپلم	خانه دار				
۹	بیمار	۵۴	دیپلم	طراح صنعتی	۲۹ سال	۳	۱۵ سال	جراحی باز
	همسر	۴۷	دیپلم	خانه‌دار				
۱۰	بیمار	۵۵	سیکل	خانه‌دار	۳۲ سال	۳	۱۳ سال	تزریق اوزون
	همسر	۶۲	سیکل	آزاد				
۱۱	بیمار	۳۹	دیپلم	خانه دار	۱۲ سال	۲	۶ سال	فیزیوتراپی
	همسر	۴۲	کارشناسی	کارمند				

(جدول ۲) به همراه درونمایه‌های فرعی و کدهای اولیه ارائه شده است.

نتایج حاصل از تجربه زیسته بیماران و همسرانشان در رابطه با ابراز هیجان، بیانگر دو درونمایه اصلی باورهای مثبت و باورهای منفی در رابطه با ابراز هیجان می‌باشد که در

جدول ۲: درونمایه های اصلی به همراه درونمایه های فرعی و کدهای اولیه برای گروه مورد مطالعه

درونمایه های اصلی	درونمایه های فرعی	کدهای اولیه
	تخلیه هیجانی	تحمل فشار کمتر در دل نماندن خالی شدن سبک شدن پیدا کردن روحیه فراموشی ناراحتی تخلیه فکری
باورهای مثبت در رابطه با ابراز هیجان	افزایش صمیمیت	درک شدن توسط دیگری احساس نزدیک شدن به یکدیگر درک احساسات یکدیگر ابراز احساسات مثبت به منظور تقویت روحیه همسر
	تسهیل حل مسئله مشترک	ارائه راه حل موثر گیج نشدن طرف مقابل در رابطه با احساسات برنامه ریزی در رابطه با نگرانیها به توقع رسیدن در رابطه با راه حلها
	عدم مراقبت از دیگری	افزایش هیجانات منفی همسر مزاحمت برای اطرافیان
باورهای منفی در رابطه با ابراز هیجان	عدم مراقبت از خود	آسیب شان و حرمت خود احساس سربار بودن
	پیامدهای منفی	ناارزنده سازی (Invalidation) از سوی همسر زیر سؤال رفتن ترجیحات و بایدهای شخصی تجربه هیجانات منفی پس از ابراز هیجان

در جایی دیگر همسر شرکت کننده شماره ۱۱ عنوان می کند که: "حرف زدن که تاثیری توی معالجه اش نداره، فقط از لحاظ روانی هست. از لحاظ جسمی که همیشه کمکش کرد، ولی از لحاظ روانی میشه. همین که مطمئن باشه که شوهرش پشتشه در هر شرایطی و همراهشه." یا در جایی دیگر شرکت کننده شماره ۶ بیان می کند که: "فکر می کنم آدم وقتی یه حرفی را با شریک زندگیش درمیون میذاره و اون درکش می کنه خب بالاخره یه کمکه و اون نزدیکی حال آدم رو خوب می کنه." صحبت کردن در رابطه با درد و ابراز هیجانات مرتبط با آن برای همسران این امکان را فراهم می آورد که نیازها یکدیگر را بشناسند و تسهیل حل مسئله در بافت رابطه را امکان پذیر می سازد. برای مثال شرکت کننده شماره ۱۰ عنوان می کند که: "من باید راجع به حسام بگم، تا اون طرف مشکل منو بدون، بگه که راهش چیه." برخی همسران به این موضوع اشاره دارند که وقتی بیمار به سختی صحبت می کند، حدس زدن و دادن پاسخ مناسب برایشان مشکل می شود. برای مثال همسر شرکت کننده شماره ۹ مطرح می کند

۱- باورهای مثبت در رابطه با ابراز هیجان
از منظر بیماران و همسرانشان مهمترین و مفیدترین باوره درباره ابراز هیجان، تخلیه هیجانی می باشد. برای مثال شرکت کننده شماره ۱ عنوان می کند که: "راجع به حسام بهش میگم، ابراز می کنم، میگم بذار بگم یه خرده سبک بشم." بیماران از اصطلاحاتی چون خالی شدن، سبک شدن، آرام شدن، پیدا کردن روحیه و تحمل فشار کمتر برای توصیف آن استفاده می کنند. همسران هم دیدگاه مشابهی در این رابطه دارند. برای مثال همسر شرکت کننده شماره ۶ اظهار می دارد که: "خب طبیعتاً اون هایی که کم حرف می زنن خودشون را تخلیه فکری نمی کنن بیشتر فشار می کشن." برخی افراد در رابطه با ابراز مثبت ابراز هیجان به موضوعاتی همچون نزدیکی روابط و افزایش صمیمیت نیز اشاره دارند. برای مثال شرکت کننده شماره ۱ مطرح می کند که: "وقتی که صحبت می کنم نه اینکه راحت تر بشه ولی همین که همدیگر رو میفهمیم خودش آرامش بیشتر بهم میده."

زهرآبایی و همکاران

دلیم نمیخاد که حرمتتم را از دست بدم. دلیم میخاد همونقدر که احترامم هست همون قدر باشه."

از سوی دیگر همسر شرکت کننده شماره ۵ عنوان می کند که: "آدم بعضی وقت ها دچار سردرگمی می شه، مثلاً درد داره من میگم خب من بهت گفتم این کارو نکن چرا کردی؟ من رفتم بیرون کاری نکن، من میام انجام میدم، خب یه روزی می بینم که اون درد داره ولی هی قایم می کنه، من باهاش نه اهانت آمیز برخورد کردم، نه تند گفتم. فقط حرفم اینه که اون باری که میخوای به دوش بکشی رو بندازگردن من، رو دوش من، به من فشار بیاد، خب تو این شرایط بعضی وقت ها ممکنه بگه درد منو نمی فهمه".

از سوی دیگر، برخی بیماران نه تنها صحبت کردن در رابطه با احساسات را غیر ضروری و غیر مولد می دانند بلکه معتقدند که تمرکز کردن بر بیماری احتمال درد را افزایش می دهد. اجتناب از صحبت کردن را راهبردی می دانند که توجه خود و دیگری را از درد دور می کند و امید را حفظ می کند.

برای مثال شرکت کننده شماره ۱۱ این گونه مطرح می کند که: "من که احساس می کنم هیچ فایده ای نداره هیچ کدوم از اینا، واقعاً هم تا حالا به نتیجه ای نرسیدم، فقط با حرف زدن ذهن آدم درگیرش می شه، تازه عیبش اینه که، آدمو مریض هم می بینن. (پژوهشگر): آدمو مریض می بینن، یعنی چی؟ یعنی ضعف آدمه".

در جایی دیگر شرکت کننده شماره ۳ بیان می کند که: "روی دردم که تأثیر نداشته، روی روحیه خودمم که تأثیر نداشته تازه روحیهام بدترم میشه و تازه میبینم اونم ناراحت می شه بیشتر پشیمون میشم از اینکه حرف زدم".

از منظر شرکت کننده شماره ۶ نیز بیانگر تسلیم شدن در برابر بیماری می باشد.

"وقتی راجع بهش حرف میزنی، بیشتر قبول می کنی که مریضی. ولی خب من که دوست ندارم بگم. وقتی که بگم کمرم درد می کنه و اصلاً خوب نمیشه بدتره. اگه اصلاً خودمو بزخم به بی خیالی، شاید اگه بتونم این کارو بکنم این یادم بره".

برخی دیگر نگرانی های خود را ابراز می کنند اما همسران به شیوه مناسب پاسخ نمی دهند. واکنش هایی همچون شنونده نبودن، درک نکردن، سرزنش کردن، تمسخر و جدی نگرفتن درد بیمار از جمله واکنش های منفی همسران به

که: "بنظر من آدم باید راجب کوچکترین حسش صحبت بکنه، که طرف بدونه که الان من چه حسی دارم، ولی ایشون اینجوری نیستش، به خودش فشار می یاره، اطرافیانش هم گیج و گنگ می مونن دیگه، من گیج می مونم دیگه که الان باید چیکار کنم".

۲- باورهای منفی در رابطه با ابراز هیجان

شایع ترین باورمنفی در رابطه با ابراز هیجان، عدم مراقبت از دیگری می باشد. بسیاری از شرکت کنندگان عنوان کردند که ایجاد مزاحمت برای دیگران و افزایش هیجانات منفی از جمله ناراحتی و نگرانی همسر از پیامدهای منفی ابراز هیجان می باشد و این موضوع آن ها را نسبت به ابراز هیجان بی میل می سازد.

برای مثال شرکت کننده شماره ۳ اظهار می دارد که: "نگران میشه و سردردش شروع میشه، نه اینکه از من خسته بشه، نگرانم میشه به خاطر همین من بیشتر درد رو پنهان می کنم و نمیگم بهش. گاهی عصبانی میشه و اکثراً هم به خاطر درد داشتن من ناراحت میشه، انصافاً هم ندیدم که غر بزنه ولی از وقتی که عمل کردم و بهتر نشدم اون بیشتر ناراحت میشه و ناامید میشه".

گزارش همسران نیز حاکی از وجود تجربیات هیجانی منفی همچون نگرانی و ناامیدی می باشد که برای آرام ساختن همسرشان و تشدید نشدن درد آن ها، سعی می کنند این موضوع را نشان ندهند.

همسر شرکت کننده شماره ۷ عنوان می کند که: "اصلاً داغون می شدم من. خیلی بد بود. زن باشی واقعاً شوخی نیست. من تو منطقه مجروح شدم، جانباز شدم. ولی واقعاً زن یه چیز دیگه اس، چون نمی تونه، واقعاً نمی تونه دووم بیاره".

در جایی دیگر همسر شرکت کننده شماره ۸ مطرح می کند که: "خب خیلی تأثیر داره، وقتی که ایشون درد داره، من اذیت می شم، غمگین می شم، ناراحت می شم. حالا سعی می کنم که تو چهره نشون ندم، برای اینکه کلاً داشتن درد، خب خوب نیست آدم اذیت میشه، هر دردی باشه، هر جای بدنش".

گاهی اوقات افراد با اجتناب از ابراز هیجانات مرتبط با درد از خودشان در مقابل افرادی که ممکن است از این اطلاعات بر علیه آن ها استفاده کنند، مراقبت می کنند.

برای مثال شرکت کننده شماره ۵ اظهار می دارد که: "احساس می کنم که ارزشم از نظر شخصیتی میاد پایین.

از اطلاعات را که به تعبیر خودشان شخصی است و به دیگران مربوط نمی شود، پنهان می سازند و به این طریق از زیر سوال رفتن استانداردها و بایدهای خود محافظت می کنند. چرا که باور آن ها این است که ناپستی در رابطه با این موضوعات با همسر خود صحبت کنند.

برای مثال: شرکت کننده شماره ۹ بیان می کند که: "علت اینکه حس های دیگمو به ایشون نمی گم، بخاطر اینه که همیشه پدرم می گفت: بعضی چیزهایی که تو خونه تاثیر گذاره اصلاً مطرح نکن، اصطلاحی که پدرم می گفت اینکه که مشکلاتت رو بذار پشت در، و در خونه را ببند، اهل خونه نباید بفهمن این مشکلاتت رو، منم سعی می کنم ناراحتی هام رو چون بیشتر مربوط به ناتوانی کاریم در اثر درد و کاهش درآمد می شه رو به خانمم نگم، چون به هر صورت ناراحت می شه، و وظیفه منه به عنوان یک مرد هست که از پس این مشکلات و ناراحتی ها بر پیام. به بچه ها که دیگه بماند، به بچه ها اصلاً نمی گفتم."

بحث

نتایج این مطالعه حاضر نشان داد که جنبه های مختلفی از روابط و باورها بر ابراز هیجانی میان زوجین تاثیرگذار است که نیازمند توجه بیشتری می باشد چراکه رفتار افراد به واسطه استنباط و باورشان در رابطه با ابراز هیجان شکل می گیرد. براساس نظریه شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Theory) باورهای بیماران نقش حیاتی در مقابله و سازگاری با درد مزمن دارند (۴). هم راستا با این نظریه، نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که باورها و دیدگاه های بیماران در رابطه زوجی بر چگونگی عملکرد آن ها در رابطه با درد و ابراز هیجانات مرتبط با آن تاثیرگذار است. بیمارانی که ابراز هیجان را مسیری ارزشمند و فرصتی برای صمیمیت می دانند احتمالاً بیشتر هیجانات خود را پذیرفته و راحت تر می توانند آن را با دیگری در میان گذارند. آن ها معتقدند که ابراز هیجان ها برای آن ها فرصتی فراهم می کند که به لحاظ هیجانی تخلیه شوند و به آن ها کمک کند که علاوه بر دریافت همدلی همسر، اطلاعاتی را برای حل مسئله بهتر برای موضوع مورد نظر نیز دریافت نمایند. این نتایج همسو با مطالعه Tankha و همکاران (۴۰) می باشد که به بررسی اثربخشی مداخله زوج محور در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند. آن ها در مصاحبه های انجام شده پس از درمان زوج محور به درونمایه ی بازسازی رابطه

کمر درد مزمن می باشد. بیماران، پاسخ غیرحمایتی همسر و توصیه های مداوم او در پاسخ به ابراز هیجان خود را به عنوان سرزنش و آسیبی برای شان و منزلت خویشتن ادراک می کنند. در حالی که در صورت عدم واکنش های منفی همسر و پاسخ های ارزش گذارانه از سوی وی، افراد ابراز هیجان را مفید، مثبت و با فراوانی بالاتری توصیف می کنند. در نتیجه، پاسخ های نارزنده سازی همسران، به مراتب اثرات بدتری علاوه بر درد، برای بیمار به همراه خواهد داشت.

برای مثال شرکت کننده شماره ۷ عنوان می کند که: "آخه نمیشه، مثلاً بخوام بگم، من میگم مثلاً خیلی درد دارم، دلم میخاد که یجوری بشه یه اتفاقی بیفته بتونم این دردا رو کمتر کنم، بعد یجوری جوابمو میده که بدتر حالم بد میشه، پشیمون میشم. مثلاً چی میگه؟ مثلاً تو لحظه میگه ببین تو الان داری زیاد کار میکنیا، بعد من حالم بد میشه، به خودم میگم چرا گفتم که این اینجوری بگه، شاید منظوری نداره ها میخواد کمکم کنه."

یا در جایی دیگر یکی از بیماران به دلیل ترس از سرزنش شدن و کنترل گری همسر از ابراز احساسات خود اجتناب می کند. این موضوع منعکس کننده ی عدم رضایت بیمار از تلاش های همسرش می باشد چرا که پاسخ های همسر بیشتر از آن که حمایتی باشد به عنوان پاسخ های انتقادی و مداخله گر استنباط می شود.

برای مثال شرکت کننده شماره ۲ عنوان می کند که: "میگه ای بابا تو هم از اولش هی گفتمی کمردرد دارم ، به خاطر این هم من نمیگم بیشتر مواقع. یا اینکه دائم میخواد مدیریت کنه، یکی از دلایلی که ازش کمک نمیخوام و براش از حسام نمیگم به خاطر اینه که خیلی رو مخه آدم میاد، یه بند چرا اینجوریه، چرا اینجوری شد، برای چی میخوای اینکارو بکنی، چرا اینکارو کردی، چرا رعایت نکردی، من که بهت گفته بودم اینطوری میشه. به خاطر این اصلاً ترجیح می دهم کاری به کارم نداشته باشه."

بنابراین، شرکت کنندگان عنوان می کنند که حضور فردی که آن ها را بفهمد به همراه تشویق و حمایت عاطفی و روبه رو نشدن با پیامدهای منفی برای ابراز هیجان مهم است.

یکی از پیامدهای منفی ابراز هیجان زیر سوال رفتن بایدها و هنجارهای شخصی است. از این رو افراد هدفمند بخشی

زهرابابایی و همکاران

باشد که با پاسخ های همدلانه، درک شدن، دریافت کمک و حل مسئله همراه باشد (۴۳). در واقع آموزش مهارت هایی برای مدیریت اثرات درد بر رابطه، تقویت تعاملات آن ها، ابراز هیجان و صمیمت مولفه ای حیاتی در بهبود احساس درماندگی و فشار ناشی از درد می باشد. ضمن آن که بازگشت به یک محیط غیرحمایتی، دستاوردهای مداخلات سنتی را نیز در معرض خطر قرار می دهد (۴۴). به طور کلی می توان گفت باورهای مثبت ابراز هیجان در برابر باورهای منفی آن قرار می گیرند و تعامل میان آن ها منجر به تصمیم گیری برای ابراز هیجان یا اجتناب از آن می گردد و به میزانی که افراد احساس کنند صحبت کردن برای آن ها پیامدهای منفی به همراه دارد، دیگران تمایلی به ابراز هیجان از سوی آن ها نداشته و احتمال دریافت پاسخ مورد انتظارشان پایین است، میزان ابراز هیجان مرتبط با درد در آن ها کاهش می یابد. همسو با باور بیماران، در بسیاری از موارد همسران نیز پریشانی و فشار زیادی را در رابطه با درد همسر خود گزارش می نمودند.

نتایج مطالعه حاضر هم راستا با نظریه مدیریت خصوصی تعاملات (Communication Privacy Management Theory) (CPM) (۴۵) می باشد و افراد به صورت هدفمند انتخاب می کنند که چه اطلاعاتی را با دیگران به اشتراک بگذارند و از بیان چه اطلاعاتی خودداری کنند. در واقع، نظریه مدیریت تعاملات خصوصی این گونه توضیح می دهد که افراد مرزهایی را پیرامون روابط دوتایی خود و همچنین پیرامون بخشی اطلاعات ایجاد می کنند که تعیین می کند کدام بخش از اطلاعات بایستی محفوظ بماند و کدام قسمت از اطلاعات را می توان با چه کسانی در میان گذاشت. از این رو بیماران و همسرانشان می توانند نسبت به برخی از اطلاعات مربوط به کمر درد با گشودگی صحبت کنند و در عین حال از صحبت کردن در رابطه با برخی موضوعات اجتناب نمایند و از این رو الگوی تعاملات آن ها در رابطه با موضوعات مختلف می تواند متفاوت باشد.

Miller (۴۶) و Brandes و همکاران (۴۷) نیز نشان دادند که نگرش های هیجانی بیماران (موانع درونی) و هنجارهای اجتماعی ادراک شده (موانع بیرونی) از مهمترین عوامل تعیین کننده ابراز نگرانی هستند. نتایج مطالعه حاضر نیز حاکی از آن است که باورهای بیماران در رابطه با ابراز هیجان مرتبط با درد از عوامل درونی موثر در تصمیم گیری برای ابراز هیجان می باشد و یکی از مهمترین مولفه هایی است

دست یافتند که مواردی همچون الگوهای هیجانی، ارتباط و صمیمت هیجانی به عنوان جنبه هایی از این درونمایه شناسایی شد. زوجین معتقد بودند که طی درمان آموختند تا از دیدگاه دیگری به موضوعات بنگرند و به احساسات درونی خود و همسرشان توجه بیشتری داشته باشند و حتی برخی از افراد اینگونه گزارش کردند که ابراز هیجان مرتبط با درد در بهبود علائم آنها نیز تاثیرگذار بوده است.

با این وجود با پیش رفتن در طول مصاحبه ها در مطالعه حاضر، نتایج حاکی از آن بود که برخی از بیماران علی رغم تمایل به ابراز هیجان، از ابراز آن خودداری می کنند تا به این واسطه دشواری ها و سختی های وارد شده به بافت رابطه به ویژه سختی ها، نگرانی ها و دل مشغولی های همسر خود را کاهش دهند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد افرادی که باورهای منفی در رابطه با ابراز هیجان دارند، مستعد رفتارهای اجتنابی هستند و عواطف منفی بیشتری همچون احساس افسردگی، تنهایی، جدایی و فاصله را تجربه می کنند. به ویژه آن دسته از افراد که باورهای آن ها متمرکز بر خود، شان و منزلت و پیامدهای منفی ناشی از ابراز هیجان به ویژه نارزنده سازی از سوی همسر می باشد. اگرچه ابراز هیجان اثرات سودمندی در تنظیم هیجانی دارد ولیکن ممکن است پیامدهای منفی نیز به همراه داشته باشد (۴۱). برای مثال اثرات آن بر پاسخ های همسران و کمتر پاسخگو بودن همسران و افزایش نارزنده سازی و ناامیدی همسران و یا پیدا کردن ماهیت نشخواری و اثر مثبت نداشتن بر روی بهبود علائم از پیامدهای منفی مرتبط با ابراز هیجان می باشد (۴۲). یکی از برجسته ترین و مورد توجه ترین پیامدها، نحوه پاسخ دهی همسران است. افراد نیاز دارند که بدانند به دنبال ابراز هیجان با پیامدهای مطلوبی مواجه می شوند و از طرفی نیاز دارند بدانند که هیجان خود را به چه نحوی ابراز نمایند که منجر به آن گردد. از این رو، زمانی که افراد معتقدند که ابراز هیجان پیامدهای منفی را برای خودشان و دیگری به همراه دارد، با احتمال کمتری آن را به عنوان راهبرد موثری برای بهبود وضعیت خلقی می بینند و تمایل کمتری به استفاده از آن دارند. اکثریت زوجین از ابراز هیجان به دلیل پیامدهای مرتبط با درد خودداری می کردند. با این حال صحبت های زوجین روشن ساخت که نحوه واکنش همسران، حمایت عاطفی و تشویق آن ها مولفه ای مهم و اساسی در تصمیم گیری برای ابراز هیجان می باشد و صحبت درباره احساسات زمانی می تواند مفید

قبیل مداخلات، باورهای افراد در رابطه با ابراز هیجان، به عنوان یک مولفه اثرگذار در فرآیند سنجش و درمان مد نظر قرار گیرد. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن گروه نمونه به کمر درد مزمن اشاره داشت در حالی که سایر دردهای عضلانی اسکلتی و بیماری های مزمن ممکن است جنبه های دیگر این تجربه را آشکار سازند. بعلاوه، در این مطالعه، ویژگی های جمعیت شناختی همچون سن، جنسیت، طول مدت درد و طول مدت زندگی زناشویی از جمله متغیرهایی است که می تواند در تجربه زیسته بیماران از درد تاثیرگذار باشد و بایستی نتایج این مطالعه با توجه به این محدودیت ها تفسیر گردد.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکترای زهرا بابایی و به راهنمایی آقای دکتر محسن دهقانی در دانشگاه شهید بهشتی در تاریخ ۹۸/۰۴/۲۹ و کد اخلاق IR.SBU.98/1016 ICBS می باشد. بدین وسیله از مشارکت کنندگان محترمی که در انجام پژوهش همکاری کرده اند و تجارب ارزشمند خود را در اختیار پژوهشگر قرار داده اند، سپاسگزاری می شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

که تفاوت افراد در ابراز هیجان مرتبط با درد را توضیح می دهد. از این رو مطالعات آتی زوج محور بایستی به نقش هیجان ها توجه بیشتری کند و در پرداختن به هیجان ها در بافت رابطه زوجی بایستی نقش باورهای افراد در رابطه با ابراز هیجان مد نظر قرار گیرد تا به این واسطه اثر بخشی مداخلات ابراز هیجانی را ارتقا دهند. باورهای منفی افراد در رابطه با ابراز هیجان، منجر به نگرانی و اجتناب از تعامل در رابطه با درد می گردد و از طرفی فرصت کافی را در اختیار اطرافیان برای ارائه پاسخ مناسب قرار نمی دهد. بنابراین، اگرچه مطالعات پژوهشی از ابراز هیجان در رابطه حمایت کرده اند (۲۵، ۲۰، ۴۱، ۴۸). با این حال به نظر می رسد به منظور افزایش اثر بخشی مداخلات بایستی باورهای افراد در رابطه با ابراز هیجان هدف قرار گیرد. در واقع درک این که چه باوری زیر بنای اجتناب از تعامل به ویژه ابراز هیجان است می تواند به تسهیل بیان احساسات و ابراز هیجانات و کاهش بار روانی درد روی زوج ها کمک کند.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که علی رغم مزایای ابراز هیجان، همه افراد ابراز هیجانات مرتبط با درد را مفید نمی دانند. نتایج این مطالعه، کاربردهای نظری و بالینی مهمی را به همراه دارد و بیانگر آن است که باورهای افراد می توانند در اثربخشی مداخلات هیجان محور نقش ایفا کند. پیشنهاد می گردد به منظور افزایش اثربخشی این

References

- Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a US national survey. *Spine*. 1995; 20(1):11-9. <https://doi.org/10.1097/00007632-199501000-00003>
- Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in united states adults: Results of an internet-based survey. *Journal of Pain*. 2010;11(11):1230-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.002>
- Thelin A, Holmberg S, Thelin N. Functioning in neck and low back pain from a 12-year perspective: a prospective population-based study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(7):555-61. <https://doi.org/10.2340/16501977-0205>
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 2007;133(4):581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Hadjistavropoulos T, Craig KD, Duck S, Cano A, Goubert L, Jackson PL, Mogil JS, Rainville P, Sullivan MJ, Williams AC, Vervoort T. A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychological Bulletin*. 2011;137(6):910-939. <https://doi.org/10.1037/a0023876>
- Newton-John TR. How significant is the Significant other in patient coping in chronic pain? *Pain Management*. 2013;3(6):485-93. <https://doi.org/10.2217/pmt.13.52>
- Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*. 2016;17(9):21-49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- Gatzounis R, Schrooten MG, Crombez G, Vlaeyen JW. Operant learning theory in pain and chronic pain rehabilitation. *Current Pain and Headache Reports*. 2012; 16 (2): 117-26.

- <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0247-1>
9. Turk D, Meichenbaum D, Genest M, Berntzen D. Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. *Cognitive Behavior Therapy*.13(4):243-4. <https://doi.org/10.1080/16506078409455719>
 10. Cano A, Williams AC. Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain*. 2010;149(1):9-11. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.010>
 11. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, Schubiner H, Keefe FJ. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;67(9):942-68. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
 12. Fincham FD. Understanding marriage from fish scales to milliseconds. *Psychologist*. 1997;10(12):543-7.
 13. Fincham FD. Cognition in marriage: Current status and future challenges. *Applied and Preventive Psychology*. 1994;3(3):185-98.
 14. Kennedy-Moore E, Watson JC. How and when does emotional expression help? Review of *General Psychology*. 2001;5(3):187-212.
 15. Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(1):53-88.
 16. Fruzzetti AE, Iverson KM. Mindfulness, acceptance, validation, and “individual” psychopathology in couples. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, editors. *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York, NY: Guilford Press; 2004. p. 168–91.
 17. Akbari F, Dehghani M, Mohammadi S, Goubert L, Sanderman R. Why do patients engage in pain behaviors? A qualitative study examining the perspective of patients and partners. *The Clinical Journal of Pain*. 2020;36(10):750-6. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000868>
 18. Johansen AB, Cano A. A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain*. 2007;132(1):86-95. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.04.016>
 19. Garrison AM, Kahn JH, Sauer EM, Florczak MA. Disentangling the effects of depression symptoms and adult attachment on emotional disclosure. *Journal of Counseling Psychology*. 2012;59(2):230-239. <https://doi.org/10.1037/a0026132>
 20. Cano A, Leong LE, Williams AM, May DK, Lutz JR. Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one’s spouse. *Pain*. 2012;153(12):2441-7. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.015>
 21. Frattaroli J. Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2006;132(6):823-65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>
 22. Lepore SJ, Ragan JD, Jones S. Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000;78(3):499-508. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.499>
 23. Zech E, Rimé B. Is talking about an emotional experience helpful? Effects on emotional recovery and perceived benefits. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2005;12(4):270-87. <https://doi.org/10.1002/cpp.460>
 24. Kahn JH, Hucke BE, Bradley AM, Glinski AJ, Malak BL. The Distress Disclosure Index: A research review and multitrait-multimethod examination. *Journal of Counseling Psychology*. 2012;59(1):134-149. <https://doi.org/10.1037/a0025716>
 25. Zhaoyang R, Martire LM, Stanford AM. Disclosure and holding back: Communication, psychological adjustment, and marital satisfaction among couples coping with osteoarthritis. *Journal of Family Psychology*. 2018;32(3):412-8. <https://doi.org/10.1037/fam0000390>
 26. Lumley MA, Sklar ER, Carty JN. Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. *Translational Behavioral Medicine*. 2012;2(1):73-81 <https://doi.org/10.1007/s13142-011-0085-4>
 27. Goldsmith DJ, Miller GA. Should I tell you how I feel? A mixed method analysis of couples’ talk about cancer. *Journal of Applied Communication Research*. 2015;43(3):273-93. <https://doi.org/10.1080/00909882.2015.1052832>
 28. Parks MR. Ideology in interpersonal communication: Off the couch and into the world. *Annals of the International Communication Association*. 1981;5(1):79-107. <https://doi.org/10.1080/23808985.1981.11923840>
 29. Goldsmith DJ, Miller LE, Caughlin JP. Openness and avoidance in couples communicating about cancer. *Annals of the International Communication Association*. 2007;31(1):62-115. <https://doi.org/10.1080/23808985.2007.11679065>
 30. Goldsmith DJ, Domann-Scholz K. The meanings of “open communication” among couples coping with a cardiac event. *Journal of Communication*. 2013; 63(2):266-86. <https://doi.org/10.1111/jcom.12021>
 31. Wideman TH, Hudon A, Bostick G. The added value of qualitative methodologies for studying emotional disclosure about pain.

- The Journal of Pain. 2018;19(11):1366.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.05.001>
32. Smith JA. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*. 1996;11(2):261-71.
<https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
 33. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications; 2009.
 34. 34. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*. 2015;9(1):41-2.
 35. 35. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qualitative Health Research*. 2007; 17(5):571-85.
 36. 36. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*. 2014;20(1):7-14.
 37. 37. Shaw R. Why use interpretative phenomenological analysis in health psychology? *Health Psychology Update*. 2001;10(4):48-52.
 38. 38. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: SAGE Publications; 2012.
 39. Wimpenny P, Gass J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(6):1485-92.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01431.x>
 40. Tankha H, Caño A, Corley A, Dillaway H, Lumley MA, Clark S. A novel couple-based intervention for chronic pain and relationship distress: A pilot study. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2020;9(1):13-32.
<https://doi.org/10.1037/cfp0000131>
 41. Cano A, Goubert L. What's in a name? The case of emotional disclosure of pain-related distress. *The Journal of Pain*. 2017;18(8):881-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.008>
 42. Curci A, Rimé B. The temporal evolution of social sharing of emotions and its consequences on emotional recovery: A longitudinal study. *Emotion*. 2012;12(6):1404- 1414.
<https://doi.org/10.1037/a0028651>
 43. Manne S, Badr H, Kashy DA. A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine*. 2012;35(3):334-46.
<https://doi.org/10.1007/s10865-011-9349-1>
 44. Tankha H, Caño A, Dillaway H. "Now I have hope": Rebuilding relationships affected by chronic pain. *Families, Systems, & Health*. 2020;38(1):51-56.
<https://doi.org/10.1037/fsh0000472>
 45. Petronio S. *Boundaries of Privacy: Dialectics of Disclosure*. Albany: SUNY Press; 2002.
 46. Miller LE. Communication dilemmas in the context of cancer: survivors' and partners' strategies for communicating throughout survivorship. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35(12):914-23.
 47. Brandes K, Linn AJ, Smit EG, van Weert JC. Unraveling the determinants of cancer patients' intention to express concerns. *Journal of Health Communication*. 2016;21(3):327-36.
 48. Porter LS, Keefe FJ, Wellington C, de Williams A. Pain communication in the context of osteoarthritis: patient and partner self-efficacy for pain communication and holding back from discussion of pain and arthritis-related concerns. *The Clinical Journal of Pain*. 2008;24(8):662-8.