

Cognitive Factors Affecting Chronicity Risk of Acute and Subacute Non-Specific Low Back Pain

Mohsen Sadeghi-Yarandi¹,
 Mohammad Ghasemi²,
 Ali Ghanjal³,
 Mojtaba Sepandi²

¹MSc in Occupational Health, Health Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Health Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received April 17, 2021 ; Accepted August 23, 2021)

Abstract

Background and purpose: Chronic low back pain is one of the most common musculoskeletal disorders in the world. This study aimed at evaluating the risk of non-specific chronic low back pain and related cognitive risk factors.

Materials and methods: This descriptive analytic study was performed in 162 patients in a military hospital in Tehran, Iran 2020. Data were collected using the STarT Back Screening Tool, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, Patient Health Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, and Tampa Scale for Kinesiophobia. Data analysis was carried out in SPSS V25 using independent samples t-test, Chi-square, and multiple logistic regression.

Results: Among the patients, 23.40% and 25.84% had sub-acute and acute low back pains, respectively, and were at high risk for chronic low back pain. Fear-avoidance belief, fear of movement, catastrophizing the pain, and depression were found to be the major risk factors for chronicity risk of acute and sub-acute non-specific low back pain.

Conclusion: Most of the patients studied were at moderate and high chronicity risk for low back pain. Therefore, determining the risk levels of chronic back pain in acute and sub-acute pains and considering all parameters affecting the chronicity of low back pain, e.g. individual and cognitive factors at the beginning of treatment are of great benefit in creating a suitable algorithm for treatment.

Keywords: non-specific low back pain, cognitive factor, chronicity risk

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (201): 158-164 (Persian).

* Corresponding Author: Mohammad Ghasemi- Health Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: mghmed@yahoo.com)

ارزیابی عوامل شناختی موثر بر خطر مزمن شدن کمر دردهای غیراختصاصی حاد و تحت حاد

محسن صادقی یارندی^۱محمد قاسمی^۲علی غنجال^۳مجتبی سپندی^۲

چکیده

سابقه و هدف: کمر درد مزمن یکی از رایج‌ترین اختلالات اسکلتی - عضلانی در جوامع مختلف است. پژوهش حاضر با هدف مطالعه خطر مزمن شدن کمر دردهای غیراختصاصی حاد و تحت حاد و ریسک فاکتورهای شناختی موثر بر آن انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر در بین ۱۶۲ نفر از بیماران مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تعیین ریسک مزمن شدن کمر درد، باورهای ترس - اجتناب، سلامت بیمار، مقیاس فاجعه آمیز کردن درد و سنجش ترس از درد/صدمه انجام شد. روایی و پایایی تمامی پرسشنامه‌ها تایید گردیده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی دو نمونه‌ای مستقل، کای دو و رگسیون لجستیک چند گانه تعدیل شده در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵/۰ انجام پذیرفت.

یافته‌ها: ۲۳/۴۰ و ۲۵/۸۴ درصد از بیماران دارای کمر درد تحت حاد و حاد به ترتیب در خطر بالای مزمن شدن کمر درد خود قرار داشتند. فاکتورهای میزان باورهای ترس - اجتناب، ترس از حرکت، فاجعه آمیز کردن درد و افسردگی از جمله مهم‌ترین ریسک فاکتورهای موثر در مزمن شدن کمر دردهای حاد و تحت حاد در مطالعه حاضر می‌باشد.

استنتاج: اکثریت بیماران مورد مطالعه در محدوده سطح ریسک متوسط و بالای مزمن شدن کمر درد بودند، لذا تعیین سطوح ریسک مزمن شدن و توجه به تمامی پارامترهای موثر در مزمن شدن کمر درد نظیر فاکتورهای فردی و شناختی در زمان شروع درمان بیماران مبتلا به کمر دردهای غیر اختصاصی حاد و تحت حاد ضروری است.

واژه های کلیدی: کمر درد غیر اختصاصی، عوامل شناختی، خطر مزمن شدن

مقدمه

دردی که در ناحیه کمر یا خاجی ستون فقرات احساس شود، کمر درد گفته می‌شود (۱). در صورتی که طول مدت درد کم‌تر از ۷ روز باشد آن را حاد و در صورتی که

درد بین ۷ روز تا ۳ ماه تداوم داشته باشد، به آن تحت حاد گویند. وجود درد در مدت زمان بیش از ۳ ماه نیز جزو کمر دردهای مزمن طبقه‌بندی می‌شود (۲). کمر درد

E-mail: mghmed@yahoo.com

مؤلف مسئول: محمد قاسمی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، مرکز تحقیقات بهداشت، پژوهشگاه سبک زندگی

۱. کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت حرفه ای و ایمنی کار، مرکز تحقیقات بهداشت، پژوهشگاه سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت، پژوهشگاه سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۰/۱/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۶/۱

غیر اختصاصی نوعی از کمر درد است که ساختار مشخصی در به وجود آمدن آن نقش ندارد (۳). فرایندهای روانشناختی نقش ویژه‌ای در تجربه درد دارند (۴، ۵). به عنوان مثال پارامترهایی همچون ترس بیمار از حرکت، فاجعه‌آمیز کردن درد و تثبیت باورهای افراطی در زمینه ترس و اجتناب از انجام فعالیت در ذهن بیمار، همگی از جمله ریسک فاکتورهایی هستند که می‌توانند منجر به محدود شدن فعالیت‌ها و دامنه حرکتی بیمار، کم تحرکی، افسردگی و استرس شده و در نهایت زمینه‌ساز مزمن شدن کمر درد افراد شود (۶-۸). لذا با توجه به اهمیت شناخت صحیح ریسک فاکتورهای موثر بر مزمن شدن کمر درد غیر اختصاصی، پژوهش حاضر با هدف مطالعه ریسک مزمن شدن کمر دردهای غیر اختصاصی حاد و تحت حاد و ریسک فاکتورهای شناختی موثر بر آن در بین بیماران مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود و در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی در شهر تهران (شامل سه گروه بیماران مبتلا به کمر درد غیر اختصاصی حاد، تحت حاد و مزمن) بود و حجم نمونه انتخابی ۱۶۲ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری شرکت کنندگان به روش در دسترس بود. به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه ابزار غربالگری کمر درد (STarT Back Screening Tool)

پرسشنامه شامل ۹ سوال می‌باشد و امتیاز کلی پرسشنامه از بازه صفر تا ۹ تعیین می‌شود و حاصل مجموع تمامی پاسخ‌های مثبت فرد است. همچنین امتیاز زیر مقیاس فاکتورهای روانی-اجتماعی نیز در بازه صفر تا ۵ تعیین شد (۹). روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه در مطالعات پیشین گزارش شده است (۱۰).

پرسشنامه باورهای ترس-اجتناب (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire):

در این پرسشنامه ۴ آیتم مربوط به بررسی فعالیت‌های فیزیکی فرد می‌باشد و ۷ آیتم نیز مربوط به وضعیت کاری فرد است. نمرات بالا در هر دو زیر مقیاس نشان‌دهنده سطوح بالاتری از باورهای ترس-اجتناب می‌باشد (۱۱). روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه در مطالعات پیشین گزارش شده است (۱۲).

پرسشنامه سلامت بیمار (Patient Health Questionnaire): از پرسشنامه ۹ آیتمی و کوتاه PHQ برای ارزیابی علائم افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد استفاده شد. دامنه امتیازی این پرسشنامه از صفر تا ۲۷ می‌باشد که نمرات بالا نشان‌دهنده مقادیر افسردگی بالاتر است (۱۳، ۱۴). روایی و پایایی این ابزار در مطالعات پیشین تایید شده است (۱۵).

مقیاس فاجعه‌آمیز کردن درد (Pain Catastrophizing Scale): این مقیاس با ۱۳ عبارت متشکل از سه زیر مقیاس نشخوار ذهنی، اغراق آمیزی و ناامیدی است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده فاجعه‌آمیز کردن بیش‌تر درد است (۱۶). روایی و پایایی این ابزار در مطالعات پیشین تایید شده است (۱۷).

پرسشنامه سنجش ترس از درد (Tampa Scale of Kinesiophobia: TSK-11)

یک پرسشنامه ۱۱ ماده‌ای با دامنه نمرات بین ۱۱ تا ۴۴ است، که نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس بیش‌تر از حرکت و جراحات است. روایی و پایایی مناسب این پرسشنامه در مطالعات پیشین گزارش شده است (۱۸، ۱۹).

تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون کای اسکور و مدل رگرسیون لجستیک چند گانه تعدیل شده در نرم‌افزار SPSS 25 استفاده شد.

یافته ها و بحث

یافته ها نشان داد که بین سن، شاخص توده بدنی، شغل، سابقه کاری، نوع شیفت کاری، سطح درآمد ماهیانه، نوع انجام وظایف شغلی، سابقه کمر درد قبلی و سابقه بیماری های زمینه ای و نوع کمر درد افراد مورد مطالعه ارتباط معنی داری وجود دارد (جدول شماره ۱). مشخص شده است که پارامترهای مذکور از جمله فاکتورهای تاثیر گذار در مزمن شدن کمر درد بیماران می باشد (۲۰، ۲۱).

در بین بیماران مبتلا به کمر درد حاد ۳۳/۸۰ درصد در ریسک متوسط و ۲۵/۸۴ درصد نیز در ریسک بالای مزمن شدن کمر درد قرار داشتند و در بین بیماران دارای کمر درد تحت حاد نیز ۴۰/۹ درصد در محدوده ریسک متوسط و ۲۳/۴۰ درصد نیز در محدوده ریسک مزمن شدن بالا قرار دارند. میانگین نمره باورهای ترس - اجتناب مربوط به فعالیت های کاری، باورهای ترس - اجتناب مربوط به فعالیت فیزیکی و همچنین نمره کلی باورهای ترس - اجتناب در بین بیماران دارای کمر درد حاد به ترتیب مقادیر 0.56 ± 25.14 ، 0.43 ± 19.18 و 1.24 ± 44.13 ، در بین بیماران دارای کمر درد تحت حاد به ترتیب مقادیر 1.13 ± 21.37 ، 0.11 ± 13.41 و 1.43 ± 34.37 و در نهایت در بین بیماران مبتلا به کمر درد مزمن به ترتیب مقادیر 1.18 ± 35.44 ، 0.50 ± 21.08 و 0.75 ± 56.83 می باشد. مطالعه Woby و همکاران نشان داد که به هر میزان که خود کارآمدی افراد به دلیل ایجاد کمر درد کاهش می یابد، میزان ترس از حرکت و درد و رفتارهای اجتنابی افزایش یافته و زمینه را برای مزمن شدن کمر دردهای حاد و تحت حاد فراهم می سازد (۲۲). میزان افسردگی در بین بیماران با کمر درد مزمن بطور معنی داری بالاتر از بیماران با کمر درد غیر اختصاصی حاد و تحت حاد است (جدول شماره ۲). مشخص شده است که افسردگی، استرس و

اضطراب یک ریسک فاکتور و نیز یک پیامد برای مزمن شدن کمر درد بیماران است و منجر به کاهش راندمان فرآیند درمان می شود (۲۱، ۲۳).

میانگین مقیاس فاجعه آمیز کردن درد در بین بیماران مبتلا به کمر درد حاد، تحت حاد و مزمن به ترتیب مقادیر 1.34 ± 10.23 ، 1.56 ± 23.48 و 5.25 ± 30.76 می باشد. همچنین واکاوی میانگین مقیاس ترس از حرکت در سطوح زیر گروه ها نیز نشان داد که میانگین پارامتر مذکور در بین بیماران مبتلا به کمر درد حاد، تحت حاد و مزمن به ترتیب مقادیر 1.56 ± 20.13 ، 1.41 ± 29.03 و 3.29 ± 31.52 می باشد. آن دسته از بیماران مبتلا به کمر درد حاد و تحت حاد به دلیل فاجعه آمیزی که نسبت به درد خود دارند، آن را با شدت بیش تری تصور و درک کرده، با فشار فیزیکی و روانشناختی بیش تری مواجه بوده و در نتیجه زمینه را برای مزمن شدن کمر درد خود فراهم می آورند (۲۱، ۲۴). در نهایت یافته های حاصل از مدل رگرسیونی نهایی بیان کرد که تمامی یافته های بدست آمده نشان می دهد که کمر درد یک روند پیچیده و چند عاملی است که فاکتورهای مختلف پاتوآنا تومیکال، نوروفیزیولوژیکال، فیزیکی و سایکولوژیکال مختلفی در ایجاد و مزمن شدن آن موثرند. لذا توجه به تمام جنبه های مذکور در زمان شروع درمان بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است (جدول شماره ۳).

سپاسگزاری

مقاله حاضر نتایج حاصل از طرح تحقیقاتی با کد طرح ۹۹۰۰۰۴۰۴ و کد اخلاق IR.BMSU.REC.1399.364 می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله انجام شده است، لذا نویسندگان مراتب قدردانی را از دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله به دلیل حمایت مالی ابراز می نمایند.

جدول شماره ۱: مقادیر پارامترهای دموگرافیک بیماران مورد مطالعه (۱۶۲ نفر)

پارامتر	کلیه افراد (n = ۱۶۲)	نوع کمر درد			سطح معنی داری
		مژمن (n = ۶۲)	تحت حاد (n = ۴۵)	حاد (n = ۵۵)	
سن (سال) (انحراف معیار ± میانگین)	۴۱/۳۴ ± ۵/۲۲	۴۷/۵ ± ۱/۸۰	۴۴/۸۸ ± ۱/۳۸	۴۲/۰ ± ۰/۸۴۹	* ۰/۰۰۰۱
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۶/۶۹ ± ۳/۹۴	۲۶/۸۲ ± ۱/۴۲	۲۵/۳۴ ± ۰/۶۳	۲۴/۵۷ ± ۰/۴۹	* ۰/۰۰۰۱
جنسیت (درصد)					
مرد	۶۱/۶	۵۷/۶	۷۰/۴	۶۷/۲	۰/۳۸۷
زن	۳۸/۴	۴۲/۴	۲۹/۹	۳۲/۸	
شغل (درصد)					
خانه دار	۱۳/۳	۱۲/۱	۳/۷	۱۳/۸	
کارمند	۴۲	۳۹	۵۵	۴۵/۹	
آزاد	۱۸/۹	۱۳/۶	۱۴/۸	۲۹/۳	* ۰/۰۰۰۳
پزنشته	۲۵/۸	۳۵/۳	۲۶/۵	۱۱	
سابقه کاری (سال) (انحراف معیار ± میانگین)	۱۳/۴۷ ± ۶/۱۷	۱۵/۹۸ ± ۱/۴۴	۱۲/۱۴ ± ۱/۶۹	۱۰/۲۵ ± ۰/۷۵	* ۰/۰۰۰۸
سطح درآمد ماهانه (درصد)					
زیر ۴ میلیون	۶۰/۳	۷۸/۸	۶۳	۴۳/۱	
۴-۸ میلیون	۳۰/۸	۲۱/۲	۳۷	۴۰/۹	* ۰/۰۰۰۳
بالتر از ۸ میلیون	۸/۹	۰	۰	۱۶	
سابقه کمر درد قبلی (درصد)					
بله	۴۴	۶۰/۶	۴۰/۷	۲۴/۱	* ۰/۰۰۰۱
خیر	۵۶	۳۹/۴	۵۹/۳	۷۵/۹	

* : ارتباط موجود معنی دار می باشد (P < ۰/۰۵)

جدول شماره ۲: مقادیر ریسک فاکتورهای روانشناختی در بین افراد مورد مطالعه (۱۶۲ نفر)

پارامتر	کلیه افراد (انحراف معیار ± میانگین)	نوع کمر درد			سطح معنی داری
		مژمن (انحراف معیار ± میانگین)	تحت حاد (انحراف معیار ± میانگین)	حاد (انحراف معیار ± میانگین)	
باورهای ترس - اجتناب (فیزیکی)	۱۷/۶۲ ± ۲/۱۱	۲۱/۰۸ ± ۰/۵۰	۱۳/۴۱ ± ۰/۱۱	۱۹/۱۸ ± ۰/۴۳	* ۰/۰۰۰۱
باورهای ترس - اجتناب (کاری)	۲۷/۳۶ ± ۶/۴۹	۳۵/۴۴ ± ۱/۱۸	۲۱/۳۷ ± ۱/۱۳	۲۵/۱۴ ± ۰/۵۶	* ۰/۰۰۰۱
نمره کلی باورهای ترس اجتناب	۴۴/۴۹ ± ۸/۲۴	۵۶/۸۳ ± ۰/۷۵	۳۴/۳۷ ± ۱/۴۳	۴۴/۱۳ ± ۱/۲۴	* ۰/۰۰۰۱
افسردگی	۱۱/۹۳ ± ۲/۲۲	۱۷/۳۱ ± ۱/۴۱	۹/۳۸ ± ۰/۸۲	۱۱/۴۳ ± ۲/۱۴	* ۰/۰۰۰۱
فاجعه آمیزی درد	۲۱/۰۹ ± ۶/۸۹	۳۰/۷۶ ± ۵/۲۵	۲۳/۴۸ ± ۱/۵۶	۱۰/۲۳ ± ۱/۳۴	* ۰/۰۰۰۱
ترس از حرکت	۲۷/۴۱ ± ۵/۶۳	۳۱/۵۲ ± ۳/۲۹	۲۹/۰۳ ± ۱/۴۱	۲۰/۱۳ ± ۱/۵۶	* ۰/۰۰۰۱

* : ارتباط موجود معنی دار می باشد (P < ۰/۰۵)

جدول شماره ۳: ریسک فاکتورهای موثر بر مژمن شدن کمر درد با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چند گانه

پارامتر	ضریب β	SE*	Wald	OR**	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای OR		سطح معنی داری	R ²	
					حد بالا	حد پایین		Cox & Snell	Nagelkerke
دموگرافیک									
وزن	۰/۰۶۱	۰/۰۲	۲/۱۳	۱/۰۶	۱/۱۴	۰/۹۹	۰/۰۱۹	۰/۹۵۷	۰/۸۴۶
شاخص توده بدنی	۰/۰۸۲	۰/۰۶	۷/۰۲	۱/۰۸	۱/۱۴	۱/۰۰	۰/۰۰۱		
شغل	۰/۰۵۲	۰/۰۵۷	۱/۴۷	۱/۱۲	۱/۱۹	۰/۸۹	۰/۰۱۲		
نوع انجام وظیفه شغلی	۰/۳۵۷	۰/۰۱۹	۲۰/۰۲	۱/۴۳	۱/۷۴	۱/۰۱	۰/۰۰۱		
سابقه کمر درد قبلی	۰/۱۱۹	۰/۰۳۹	۸/۸۴	۱/۲۳	۱/۳۴	۱/۰۴	۰/۰۰۰۱		
شیفت کاری	۰/۰۶۸	۰/۰۳۵	۴/۳۲	۱/۰۸	۱/۲۰	۱/۰۵	۰/۰۰۱		
بیماری های زمینه ای	۰/۰۶۸	۰/۰۰۹	۳/۲۱	۱/۰۷	۱/۱۹	۰/۹۷	۰/۰۰۱		
میزان درآمد	- ۰/۲۷۴	۰/۰۸۷	۱۱/۶۳	۰/۷۶	۱/۰۲	۰/۳۱	۰/۰۰۱		
شناختی									
باورهای ترس - اجتناب (فیزیکی)	۰/۲۹۴	۰/۰۱۸	۱۶/۰۹	۱/۳۵	۱/۵۸	۰/۸۹	۰/۰۰۰۱		
باورهای ترس - اجتناب (کاری)	۰/۳۱۱	۰/۰۱۱	۱۷/۹۵	۱/۳۸	۱/۶۳	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱		
نمره کلی باورهای ترس اجتناب	۰/۳۴۳	۰/۰۶	۱۹/۴۴	۱/۴۱	۱/۶۶	۱/۰۲	۰/۰۰۰۱		
ترس از حرکت	۰/۲۵۴	۰/۰۹	۱۳/۳۱	۱/۲۹	۱/۴۳	۱/۰۱	۰/۰۰۲		
فاجعه آمیزی درد	۰/۲۹۳	۰/۰۶	۱۵/۸۸	۱/۳۴	۱/۵۳	۱/۰۰	۰/۰۰۴		
افسردگی	۰/۹۱۸	۰/۰۸	۲۴/۹۶	۲/۵۰	۳/۱۹	۱/۱۲	۰/۰۰۰۱		
سطوح ریسک مژمن شدن	۰/۱۳۹	۰/۰۲۴	۱۰/۷۷	۱/۱۵	۱/۲۹	۱/۰۱	۰/۰۰۶		

* : خطای استاندارد (Standard Error)

** : نسبت شانس (Odds Ratio)

References

1. Malliou P, Gioftsidou A, Beneka A, Godolias G. Measurements and evaluations in low back pain patients. *Scand J Med Sci Sports* 2006; 16(4): 219-230.
2. Morris P, Ali K, Merritt M, Pelletier J, Macedo LG. A systematic review of the role of inflammatory biomarkers in acute, subacute and chronic non-specific low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2020; 21(1): 1-12.
3. Ramezani M, Taghizade G, Abdolvahab M, Lajavardi L, Saeidi Brojeni M. Investigating of risk factors related to chronic non-specific low back pain in military men. *Journal of Modern Rehabilitation* 2015; 9(3): 54-63 (Persian).
4. Yadollahpour N, Zahednejad S, Yazdi MJS, Esfandiarpour F. The Discriminant Ability of Physical and Psychological Factors in Stratification of Patients with Low Back Pain Based on Start Back Screening Tool. *J Biochem Tech* 2019; 2: 168-174.
5. Sadeghi Yarandi M, Ghasemi M, Ghanjal A. The relationship between individual, physical and psychosocial risk factors with musculoskeletal disorders and related disabilities in flight security personnel. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 2020; 26(3): 1-11.
6. Alhowimel A, Alotaibi M, Radford K, Coulson N. Psychosocial factors associated with change in pain and disability outcomes in chronic low back pain patients treated by physiotherapist: a systematic review. *SAGE Open Medicine* 2018; 6: 2050312118757387.
7. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal* 2014; 14(11): 2658-2678.
8. Sadeghi Yarandi M, Soltanzadeh A, Koohpaei A, Sajedian AA, Ahmadi V, Sakari S, et al. Effectiveness of three ergonomic risk assessment tools, namely NERPA, RULA, and REBA, for screening musculoskeletal disorders. *Archives of Hygiene Sciences* 2019; 8(3): 188-201 (Persian).
9. Medeiros FC, Costa LOP, Oliveira IS, Oshima RK, Costa LCM. The use of STarT BACK Screening Tool in emergency departments for patients with acute low back pain: a prospective inception cohort study. *Eur Spine J* 2018; 27(11): 2823-2830.
10. Abedi M, Manshadi FD, Khalkhali M, Mousavi SJ, Baghban AA, Montazeri A, et al. Translation and validation of the Persian version of the STarT Back Screening Tool in patients with nonspecific low back pain. *Manual Therapy* 2015; 20(6): 850-854.
11. Rostami M, Noorian N, Mansournia MA, Sharafi E, Babaki AES, Kordi R. Validation of the Persian version of the fear avoidance belief questionnaire in patients with low back pain. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 2014; 27(2): 213-221.
12. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52(2): 157-168.
13. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

- Journal of Affective Disorders 2004; 81(1): 61-66.
14. Ring J, Peskoe S, Zhao C, Friedman BW, George SZ, Eucker SA. Depression and Functional Outcomes in Patients Presenting to the Emergency Department With Low Back Pain. *Academic Emergency Medicine* 2020; 27(8): 725-733.
 15. Dadfar M, Kalibatseva Z, Lester D. Reliability and validity of the Farsi version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with Iranian psychiatric outpatients. *Trends Psychiatry Psychother* 2018; 40(2): 144-151.
 16. Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment* 1995; 7(4): 524-532.
 17. Mohamadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *International Journal of Behavioral Sciences* 2013; 7(1): 57-66.
 18. Jafari H, Ebrahimi I, Salavati M, Kamali M, Fata L. Psychometric Properties of Iranian Version of Tampa Scale for Kinesiophobia in Low Back Pain Patients. *Archives of Rehabilitation* 2010; 11(1). (Persian).
 19. Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JM, Robinson ME, Asal NR, Nisenzon AN, et al. The STarT back screening tool and individual psychological measures: evaluation of prognostic capabilities for low back pain clinical outcomes in outpatient physical therapy settings. *Phys Ther* 2013; 93(3): 321-333.
 20. Shmagel A, Foley R, Ibrahim H. Epidemiology of chronic low back pain in US adults: data from the 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res* 2016; 68(11): 1688-1694.
 21. Boissoneault J, Mundt J, Robinson M, George SZ. Predicting low back pain outcomes: suggestions for future directions. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2017; 47(9): 588-592.
 22. Woby SR, Urmston M, Watson PJ. Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain* 2007; 11(7): 711-718.
 23. Lopez-Lopez D, Vilar-Fernandez JM, Calvo-Lobo C, Losa-Iglesias ME, Rodriguez-Sanz D, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R. Evaluation of depression in subacute low back pain: a case control study. *Pain Physician* 2017; 20(4): E499-E505.
 24. Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. Adjustment to chronic low back pain—the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42(7): 761-774.