Archive of SID

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره شانزدهم شماره 52 خرداد و تیر سال 1383 (63-57)

بررسی وضعیت روانی در مبتلایان به کمردرد با رادیکولوپاتی و مبتلایان به کمردرد بدون نشانه های بالینی و پاراکلینیکی (ساری - 1383)

مهران ضرغامی (M.D.)*+ **مسعود شایسته آذر** (M.D.)** **علیرضا خلیلیان** (Ph.D)***
فرشته آقابراری (M.ST.)**** **عباس ارجمند** (M.ST.)****

چکیده

سابقه و هدف : کمردرد و ناتوانی ناشی از آن شیوع زیادی در سطح جهانی دارد. عوامل روانی ممکن است نقش مهمی در شروع، شدت، تثبیت یا تشدید این درد داشته باشند. هدف از انجام این مطالعه بررسی وضعیت روانی در افراد مبتلا به کمردرد می باشد.

مواد و روش‌ها : این مطالعه به صورت توصیفی برروی دو گروه 56 نفری انجام شد. گروه اول افراد مبتلا به کمردرد ناشی از اختلالات عضوی منتج به رادیکولوپاتی و گروه دیگر مبتلایان به کمردرد بدون یافته‌های عضوی و پاراکلینیکی بودند. اطلاعات از طریق پرسشنامه SCL-90-R و مشخصه‌های دموگرافیک جمع‌آوری گردید. محاسبات آماری با برنامه SPSS و آزمون‌های توصیفی و آزمون تی انجام شد.

یافته‌ها : گروه مبتلا به کمردرد بدون یافته‌های عضوی بیشتر از گروه مقابل مبتلا اختلالات روانپزشکی بودند (98/2 درصد در مقابل 37/5 درصد) و این اختلاف در تمام ابعاد SCL-90-R وجود داشت. اختلالات مذکور در زنان بیشتر از مردان بود. در هر دو گروه بالاترین امتیاز مربوط به افکار کج‌باورانه و پائین‌ترین امتیاز مربوط به هراس بود.

استنتاج: با توجه به اینکه بسیاری از بیماران با شکایت کمردرد، به ویژه آنان که رادیکولوپاتی ناشی از نشانه‌های بالینی و پاراکلینیکی مشخص ندارند، از یک سری مشکلات روانپزشکی رنج می‌برند، در صورت شناسایی این مشکلات می‌توان به درمان صحیح آنها اقدام و گام مهمی جهت بهبود سریع‌تر و کاهش هزینه‌ها برداشت.

واژه‌های کلیدی : کمردرد ، وضعیت روانی ، SCL-90-R ،

مقدمه

وقوع توام اختلالات روانی با بیماری‌های جسمانی گزارش شده است(1). هریک از این دو اختلال می‌تواند ثانوی به دیگری باشد. علیرغم رویکردهای فرهنگی متفاوت نسبت به بیماری و مراقبت از بیماران، مطالعات

* متخصص روانپزشکی، عضو هیأت علمی (استاد) دانشگاه و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
+ * ساری : کیلومتر 8 جاده نکاء، بیمارستان زارع
** استاد یار ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی مازندران *** دکتری آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

**** دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی ساری
E تاریخ دریافت : 84/3/11 تاریخ تصویب: 84/7/13

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

متعددی درکشورهای مختلف، رابطه‌ای قوی بین علائم جسمی و بیماری‌های روانی نشان داده‌اند. اختلالات جسمی متوسط و شدید با اختلالات روانی همراه بوده و رابطه‌ای خطی بین تعداد علائم غیر قابل توجیه پزشکی (یعنی علائمی که علت پاتولوژیک کافی برای آنها وجود ندارد) و اختلال روان پزشکی وجود داشته است. در این مطالعات، علائم غیرقابل توجیه پزشکی، شایعتر از علائمی بودند که توجیه پزشکی داشتند. شیوع و ماهیت این اختلالات، بستگی به سن و جنس بیماران و ماهیت بخش تخصصی دارد(1).

یکی از زمینه‌های کنش بینابینی جسم و روان، کمر است.کمردرد وناتوانی ناشی‌ازآن شیوع جهانی‌دارد و در بسیاری ازکشورهای صنعتی به صورت اپیدمی درآمده است(2).شیوع کمردرد را70 تا85 درصد ذکرکرده‌اند(3). یک پنجم مراجعین به پزشکان مختلف خواستار کاهش درد کمرشان می‌باشند(4). این درد شایع‌ترین شکایت بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های ارتوپدی است، به طوری که بدون در نظر گرفتن تصادفات، یک سوم بازنشستگی زودرس ومحدود شدن فعالیت‌ها است(9-5).

گرچه کمردرد ممکن است به علت پارکی دیسک بین مهره‌ها، نابهنجاری‌های مادرزادی ستون فقرات، یا کشیدگی رباط ماهیچه‌های کمر باشد، ولی بسیاری از موارد علت آن روان- تنی(سایکوسوماتیک) است(9). یعنی عوامل روانی موجب آسیب جسمانی کمر، یا تشدید آن می‌شوند(19-10). جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیت شایع‌ترین مواردهمراه باکمردردعنوان شده‌اند(10،18،19). کمردرد مزمن وضعیت پیچیده‌ای است که علل متفاوتی دارد. اگرچه در بسیاری از موارد آسیب ساختمان‌های مربوط به ستون فقرات موجب شروع کمردرد می‌شود، عوامل روانی فرد را مستعد به مزمن شدن ناتوانی ناشی از کمر درد و عدم پاسخ به درمان می‌کنند (20 تا 22).

درمان کمردرد بسته به‌عامل ایجادکننده آن متفاوت است. عدم تشخیص صحیح عامل درد منجر به مراجعات مکرر بیماران به پزشکان مختلف و صرف وقت و هزینه فراوان می‌گردد. همچنین، اختلالات روان‌پزشکی علت شایعی برای عدم همکاری کافی با درمان‌های پزشکی بوده و به استفاده نامتناسب از خدمات طبی می‌انجامد. ممکن است نیاز به درمان روان پزشکی داشته باشد. همچنین مسائل روان شناختی ممکن است با رفتارها و سبک زندگی خاصی که زمینه‌ساز یا تشدید کننده بیماری جسمی هستند مربوط باشد(1). بنابراین توجه به این موضوع که اختلالات روانی ممکن است با کمردرد همراه بوده و حتی عامل ایجاد کننده آن باشد، به اتخاذ روش‌های درمانی مناسب و پیگیری‌های جدی‌تر منجر خواهد شد.

هدف از انجام این مطالعه بررسی وضعیت روانی در دو گروه از افراد مبتلا به کمردرد با ضایعه مشخص جسمانی منجر به رادیکولوپاتی و افراد مبتلا به کمردرد بدون یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی می‌باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی و جامعه آماری افراد مراجعه کننده به مطب‌های ارتوپدی و جراحی اعصاب در سال 1383 بودند. بیماران بر حسب تشخیص در دو گروه 56 نفره قرار گرفتند. عامل جسمانی کمردرد در گروه اول از طریق معاینات بالینی و روش‌های پاراکلینیکی توسط پزشک معالج ثابت شده بود. در گروه دوم شکایت کمردرد وجود داشت ولی در معاینات فیزیکی و بررسی‌های پاراکلینیکی نکته‌ای‌که توجیه‌کننده کمردرد باشد یافت نمی‌شد. افرادی که دارای عقب ماندگی ذهنی، ضایعات مغزی، اختلالات خونی، بدخیمی و بیماری‌های عفونی بوده و یاقادر به پاسخگوئی‌کامل نبودند ازمطالعه خارج شدند. داده‌ها با پرسشنامه حاوی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

مشخصه‌های دموگرافیک (جنس،سن، وضعیت تاهل، شغل و تحصیلات) و ترجمه فارسی پرسشنامه استاندارد SCL-90-R جمع‌آوری گردید. آزمون SCL-90-R به منظورتشخیص اختلالات روانی درموقعیت‌های مختلف به کار گرفته می‌شود و 9 بعد مختلف شکایت جسمانی، وسواس واجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس (ترس مرضی)، افکار کجباورانه (پارانوئید) و روان پریشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد(23). به منظور همسانی اجرای این آزمون کلیه سئوالات به صورت شفاهی توسط همکار طرح که از تشخیص نوع کمردرد اطلاعی نداشت، از افراد مورد مطالعه پرسیده می‌شد.

جهت تفسیر یافته‌ها، با کمک برنامه آماری SPSS-10 از آمار توصیفی و آزمون تی استفاده گردید. در این مطالعه بر مبنای بررسی انجام شده توسط نوربالا و همکاران که نقطه برش آزمون SCL-90-R را بر اساس ضریب کلی علایم مرضی(GSI) معادل 0/7محاسبه کرده بودند(24) ، افراد دارای امتیاز GSI بالاتر از 0/7 مبتلا به اختلال روانی تلقی شدند. به علت تعدد عوامل مداخله‌گر، همسان‌سازی دو گروه امری بسیار مشکل بود. به همین دلیل، این مطالعه ناگزیر به روش توصیفی طراحی شده، و تعمیم‌پذیری آن محدود است.

یافته‌ها

نتایج دموگرافیک در گروه مبتلا به کمردرد با یافته‌های مشخص جسمانی منتج به رادیکولوپاتی و افراد مبتلا به کمردرد بدون یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی به ترتیب این گونه بود : در گروه اول تقریباً 60 درصد موارد را آقایان و در گروه دوم تقریباً با 60 درصد موارد را خانم‌ها تشکیل می‌دادند. در هر دو گروه تعداد افراد متاهل به طور با اهمیتی بیشتر از افراد مجرد بود (x^2=9.33 d.f=1 p=0.002) (درگروه اول 87/5 درصد متاهل و 12/5 درصد مجرد و در گروه دوم 62/5 درصد متاهل و 37/5 درصد مجرد بودند). نمای سنی در گروه مبتلا به کمردرد با یافته‌های عضوی، دهه پنجم و نمای سنی درگروه مبتلا به کمردرد بدون یافته‌های عضوی، دهه سوم زندگی بود. به طوری که تقریباً نیمی از افراد گروه اول در دهه پنجم و تقریباً نیمی از افراد گروه دوم در دهه سوم زندگی قرار داشتند. از نظر شغلی یک سوم افراد در هر دو گروه کارمند بودند. از نظر شغل و تحصیلات بین دو گروه تفاوت مهمی مشاهده نشد.

73 نفر از افراد مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانپزشکی بوده و نمره GSI آنها بالاتر از 0/7 بود. در گروه مبتلا به کمردرد با یافته‌های عضوی 21 نفر (37/5 درصد) و در مبتلایان به کمردرد بدون یافته‌های عضوی 52 نفر (92/8 درصد) مشکوک به اختلال روانپزشکی بودند(P=0.000). افراد مبتلا به کمردرد بدون نشانه‌های بالینی و یافته‌های پاراکلینیکی در تمام ابعاد آزمون SCL-90-R و همچنین در ضریب کلی علایم مرضی (GSI) نسبت به‌گروه مبتلا به‌کمردرد با یافته‌های عضوی نمرات بیشتری‌کسب کردند و اختلاف دوگروه معنی‌دار بود (جدول شماره 1). در گروه مبتلا به کمردرد بدون یافته‌های عضوی بالاترین امتیاز مربوط به افکار کج‌باورانه و سپس به ترتیب وسواس و اجبار، افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و حساسیت در روابط متقابل و پائین‌ترین امتیاز مربوط به هراس بود. در گروه مبتلا به کمردرد با یافته‌های عضوی نیز بالاترین امتیاز مربوط به افکار کج‌باورانه و سپس به ترتیب وسواس و اجبار، جسمانی سازی، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت در روابط متقابل و پائین‌ترین امتیاز مربوط به هراس بود. در این مطالعه اختلالات روانپزشکی در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود (P=0/03).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

جدول شماره 1: توزیع ابعاد مختلف اختلالات روانپزشکی بر اساس SCL-90-R در مبتلایان به کمردرد با یافته های عضوی و مبتلایان به کمردرد بدون یافته های عضوی .

ابعاد		mean±S.D	t	P
جسمانی سازی	گروه 1	0/69 ±0/42	8/206	0/000
	گروه 2	1/45 ±0/55		
وسواس و اجبار	گروه 1	0/82 ±0/46	6/817	0/000
	گروه 2	1/55 ±0/65		
حساسیت در روابط متقابل	گروه1	0/49 ±0/43	7/703	0/000
	گروه 2	1/24 ±0/57		
افسردگی	گروه 1	0/64 ±0/46	8/536	0/000
	گروه 2	1/54 ±0/64		
اضطراب	گروه 1	0/45 ±0/44	8/680	0/000
	گروه 2	1/36 ±0/64		
پرخاشگری	گروه 1	0/64 ±0/54	6/515	0/000
	گروه 2	1/39 ±0/66		
هراس	گروه 1	0/28 ±0/38	8/203	0/000
	گروه 2	0/31 ±0/35		
افکار کج باورانه	گروه 1	0/86 ±0/63	6/077	0/000
	گروه 2	1/58 ±0/61		
روان پریشی	گروه 1	0/31 ±0/32	7/670	0/000
	گروه 2	1/07 ±0/67		
سایر	گروه 1	0/59 ±0/41	8/520	0/000
	گروه 2	1/48 ±0/66		

گروه 1: مبتلایان به کمردرد با یافته های جسمانی منتج به رادیکولوپاتی
گروه 2: مبتلایان به کمردرد بدون یافته های بالینی و پاراکلینیکی

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که اختلالات روانپزشکی در مبتلایان به کمردرد بدون یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی به طور معنی‌داری از مبتلایان به کمردرد با رادیکولوپاتی بیشتر است.

در نتایج مطالعه میرزمانی و همکاران که افراد مبتلا به کمردرد با افراد سالم مقایسه شده بودند، اختلاف معنی‌داری در تمامی ابعاد آزمون SCL-90-R جز بعد حساسیت در روابط متقابل وجود داشت(18). البته در این مطالعه هم همسان‌سازی انجام نگرفته و ذکر نگردیده که افراد مبتلا به کمردرد دارای یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی بوده‌اند یا خیر. گالاگر (Gallager) و همکاران ارتباط افسردگی اساسی با طولانی شدن مدت بازتوانی کمردرد و عدم پاسخ به درمان را بررسی کردند. در این مطالعه 72 درصد از افراد بررسی شده افسردگی اساسی داشتند(20). مالونی (Maloney) و مک اینتاش (McInjosh) نیز ارتباط بین کمردرد با افسردگی را در رزمندگان گزارش کرده‌اند(19). درش (Dresh) و همکاران بررسی ارتباط اختلالات مهره‌ای مزمن با پاتولوژی‌های روانپزشکی را در نتایج تحقیقات انجام شده بررسی نمودند. در این پژوهش، کلیه مقالات هم عنوان مدلاین طی 30 سال بررسی شد، که اختلالات مزمن مهره‌ای با افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مواد،اختلالات شخصیت و اختلال جسمانی سازی همراهی داشت(11).

ابزار به کار گرفته شده در این مطالعه سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیت را غربالگری نمی‌کند ولی افسردگی، اضطراب و اختلال جسمانی‌سازی همچون سایر اختلالات شناخته شده با آزمون SCL-90-R در گروه‌مبتلا به‌کمردرد بدون‌یافته‌های بالینی و پاراکلینیکی شایع‌تر از گروه دارای رادیکولوپاتی بود.

این مطالعه نمی‌تواند ارتباط‌های سببی را نشان دهد. همان‌گونه که مطالعات قبلی نشان داده‌اند، درد معمولاً دارای سیمایه‌های جسمانی و روان‌شناختی به صورت توام است، و این مساله موجب مخدوش شدن بررسی ارتباط سببی بین دو عامل می‌شود(17).

مرور نظام‌دار مطالعات گذشته حاکی از آن است که کمردرد یکی از پرهزینه‌ترین مشکلات بهداشتی-درمانی است که با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در روش‌های مختلف تشخیصی و درمانی، توافق عمومی برای درمان آن وجود ندارد (9،25 تا 27). در مورد درمان کمردرد دو رویکرد وجود دارد. در رویکرد نخست که به آن روش سنتی نیز می‌گویند، درمان جنبه علامتی دارد. از داروهای ضد درد برای تسکین درد استفاده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

می‌شود و شل کننده‌های عضلات برای کاهش گرفتگی ماهیچه‌ها و اضطراب به کار می‌رود. برای مواردی که درد شدید با محدودیت حرکات وجود دارد، فیزیوتراپی تجویز می‌شود. بعضی از بیماران به آرامش درمانی (relaxation therapy) یا پسخوراند زیستی (biofeedback) پاسخ می‌دهند. همچنین فنون دیگری برای درمان کمردرد به کار گرفته شده، که بیشتر آنها آزمون نشده وتاثیرشان به‌اثبات نرسیده‌است. این روش‌ها شامل انواع ماساژ، طب سوزنی، تزریق داروهای هوشبر یا استروئیدها، کشش، استراحت، تحریک الکتریکی، اولتراسوند، و استفاده از کیسه‌های داغ یا یخ است.

رویکرد دوم که روان- آموزشی است توسط جان سارنو (John Sarno) مطرح شده است. این درمان برای مواردی به کار گرفته می‌شود که نابهنجاری ساختمانی توجیه کننده علائم وجود نداشته باشد. برای اطمینان بیمار و پزشک، انجام معاینه دقیق جسمانی، شامل معاینه عصبی و درصورت نیازتصویربرداری با امواج مغناطیسی (MRI) توصیه می‌شود. وجود برخی نابهنجاری‌ها در MRI لزوماً به این معنا نیست که این یافته‌ها علت درد باشند. برعکس، براثر افزایش سن، تغییراتی طبیعی در شکل ستون فقرات به وجود می‌آید، که بیشتر آنها بدون علامت است. به علاوه، بسیاری از بیماران در MRI دارای یافته‌هایی تصادفی هستند و هیچگاه از کمردرد شکایتی نداشته‌اند. اینها شامل بیرون‌زدگی یا فتق دیسک بین مهره‌ای، استئوفیت‌ها، تنگی‌های مهره‌ای، و سایر تغییرات استئوآرتریتیک است، ولی این یافته‌ها مسئول درد یا علائم عصبی نیستند.

طبق‌نظرسارنو،پاتوفیزیولوژی درگیر دراین‌وضعیت، تنگ‌شدن رگ‌های خونی (vasospasm) مشروب‌کننده ماهیچه، عصب، یا تاندون درگیر است. تنگ شدن رگ‌های‌خونی به‌واسطه اعصاب خودکار ایجاد می‌شود، که خود به طرز ویژه‌ای به تغییرات وضعیت هیجانی، فشارهای هیجانی مزمن، و عواطف ناخودآگاه، حساس است. کم رسیدن خون و اکسیژن، موجب درد در مناطق درگیر می‌شود.

درمان این وضعیت شامل آموزش به بیمار در مورد اجزای فیزیولوژیک (وازواسپاسم) و کمک به او در درک اعمال ذهن ناخودآگاه و کشمکش‌های ذهنی ناشی از عواطف ناخودآگاه، به ویژه خشم است. به طوری که بیمار متوجه شود که ذهن ناخودآگاه او درد جسمانی را جایگزین درد هیجانی کرده، و بدین وسیله ذهن خودآگاه او دیگر نیازی به مقابله با کشمکش‌ها ندارد. در این رویکرد باید هرچه زودتر فعالیت‌های جسمانی ازسرگرفته شوند، و درمان‌هایی چون دستکاری ستون فقرات و فیزیوتراپی اگر هم انجام می‌شود به حداقل برسد(27،9). برخی از پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان شناختی، هیجانی، روانی- اجتماعی و رفتاری به اندازه بسیاری از درمان‌های طبی خالص در بهبود کمر درد موثرند(28).

با توجه به اینکه در بسیاری از موارد عدم تشخیص صحیح و به موقع عامل اصلی کمردرد، منجر به صرف هزینه و وقت زیادی گشته و عدم رضایت بیماران را طی دوره درمانی سبب می‌شود، شناخت دقیق عواملی که منجر به کاهش پاسخ به درمان و طولانی‌تر شدن سیر بیماری می‌شوند بسیار ضروری است. با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی به نظر می‌رسد که بسیاری از بیماران که از کمردرد شاکی هستند و یافته‌های بالینی و پاراکلینیک خاصی ندارند، از یک سری مشکلات روانپزشکی رنج می‌برند. این نوع کمردردها را می‌توان «کمردرد روانزاد» اطلاق کرد. در صورت شناسایی مبتلایان به کمردردهای روانزاد و شروع اقدامات درمانی مربوط به اختلالات روان‌پزشکی گام بسیار مهمی جهت بهبود سلامت آنها و کاهش میزان هزینه درمان‌های بی‌پاسخ برداشته می‌شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

تقدیر و تشکر

از همکاران محترم آقایان دکتر مجید ظهرابی و ابراهیم موسوی و سید کمال حسینی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، و همچنین از کلیه بیمارانی که با انجام این تحقیق بر روی آنها موافقت و همکاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1. Gelder M, Mayou R, Gowen Ph. ***Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.*** 4th ed, Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. May C, Doyle H, Chew-Graham C. Medical knowledge and the intractable patient: the case of chronic low back pain. ***Soc Sci Med*** 1999; 48: 523-34.
3. Anderson GBL. Epidemiological features of chronic low back pain. ***Lancet.*** 1999; 345: 581-5.
4. Jermyn RT. A nonsurgical approach to low back pain. ***J Am Osteopath Assoc.*** 2001; 101: 6-11.
5. Nachemson A. Spinal disorders, overall impact on society and the need for orthopedic resources. ***Acta Ortop Scand*** (suppl), 1991; 241: 17-22.
6. Praemer A, Furnes S, Rice DP. Musculoskeletal conditoins in the United States, Rosemont: ***AAUS,*** 1992; 1-99.
7. Hart LG, Deyu RA, Cherikn DC. Physician office visits for low back pain. ***Spine,*** 1995; 20: 11-19.
8. Frank A. Low back pain. ***BMJ,***1993; 306: 901-8.
9. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
10. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review.***Clin J pain.*** 1997; 13(2): 116-37.
11. Dresh J, Gatchel R, Polatin P. Chronic spinal disorders and psychopathology: research findings and theoritical considerations. ***The spinal Journal.*** 2002; 1: 88-94.
12. Maloney P, Mclntosh EG. Chronic low back pain and depression in a sample of veterans. Percep: ***Mot Skills.*** 2001; 92: 34-8.
13. Thomas VJ, Health M, Rose D, et al. Psychological characteristics and the effectiveness of patient-controlled analgesia. ***Br J Anaesth.*** 1995; 74: 271-6.
14. Seers CJ. Pain. ***Anxiety and recovery in patients undergoing surgery [PH.D. thesis].*** Kings College, University of London; 1987.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

15. Scott LE, Clum GA, Peoples JB. Preoperative predictors of postoperative pain. ***Pain.*** 1983; 15: 283-93.

16. Johnston M. Anxiety in surgical patients. Psychol Med. 1980; 10: 145-52.

17. Simmonds MJ, Kumar S, Lechet E. Psychoscocial factors in disabling low back pain: 1983; 15: 283-93.

18. Mirzamani M, Saidi A, Saheri A. Psychological aspects of low back pain. ***Arch Iranian Med.*** 2003; 6(2): 91-94.

19. Maloney P, McIntosh EG. Chronic low back pain and depression in a sample of veterans. ***Percept Mot Skills.***2001;92: 348.

20. Gollagher RM, Moore P, Chernoff I. The reliability of depression diagnosis in chronic low back pain.***General hospital psychiatry.*** 1995; 17: 399-413.

21. Hodgkiss A. Rediscovering the psychopathology of chronic pain. ***J Psychosom Res.*** 1997; 42: 221-4.

22. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. ***Spine*** 1995; 20: 2702-9.

23. Derogatis LR. SCL-90-R; Symptom checklist-90-R.***Natinal computer systems.*** United states of America. 1994: 27.

24. Noorbala A, Bagheri A, Kazemi M. The prevalence of psychologic disorders in Tehran. ***Hakim.*** 1999; 2(4).

25. محسنی بندپی م ع، فخری م، احمد شیروانی م و باقری نسامی م. کمردرد دوران بارداری: مروری نظام دار بر مطالعات گذشته. نامه دانشگاه. 1383. سال چهاردهم. شماره 44. صفحات 94 تا 105.

26. Van Tulder M, Koes B, Bouter L. Conservative treatment of acute and chronic nonspectific low back pain: A systamatic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine, 1997; 22: 2128-56.

27. Waddell G,Feder G,Lewis M. Systematic review of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. ***Br J Gen Pract.*** 1997; 47: 647-52.

28. Pelletier KR. Mind-body health: clinical and policy applications. Am J Health Promot. 1992; 6: 345-58.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-23]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com