



دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی بالینی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

عنوان

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورها و کاهش شدت درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن

استاد راهنما

دکتر مجید محمودعلیلو

استاد مشاور

دکتر حمید پورشریفی

پژوهشگر

نسیم غضنفری

بهار ۱۳۹۱

نام خانوادگی: غضنفری	نام: نسیم
عنوان پایان نامه: اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورها و کاهش شدت درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن	
استاد راهنما: دکتر مجید محمودعلیلو	
استاد مشاور: دکتر حمید پورشریفی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
دانشگاه: تبریز	گرایش: بالینی
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	تاریخ فارغ التحصیلی:
تعداد صفحات:	
کلید واژه ها: ذهن آگاهی، کمردرد مزمن، باورها، اضطراب، افسردگی، شدت درد	
چکیده:	
<p>هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورها و کاهش شدت درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام گرفته است.</p> <p>روش: در راستای هدف فوق، ۲ فرد از مبتلایان به کمردرد مزمن ساکن شهر سلماس، بر اساس ملاک های ورود، انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند.</p> <p>یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب تغییر در باورها و کاهش شدت درد و افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن گردید.</p> <p>نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاکی از این است که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با تغییر در باورها و کاهش شدت درد و افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن باعث بهبود باورها و عواطف منفی در این بیماران می شود.</p>	

فهرست مطالب

فصل اول

- ۱-۱. مقدمه و بیان مسأله..... ۲
- ۱-۲. اهمیت و ضرورت پژوهش..... ۶
- ۱-۳. اهداف پژوهش..... ۹
- ۱-۳-۱. هدف کلی..... ۹
- ۱-۳-۲. اهداف اختصاصی..... ۹
- ۱-۴. فرضیه های پژوهش..... ۹
- ۱-۵. متغیرهای پژوهش..... ۱۰
- ۱-۶. تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها..... ۱۰

فصل دوم

- ۲-۱. مقدمه..... ۱۴
- ۲-۲. کمردرد مزمن..... ۱۴
- ۲-۲-۱. تعریف درد مزمن..... ۱۵
- ۲-۲-۲. تعریف کمردرد مزمن..... ۱۵
- ۲-۲-۳. علل کمردرد..... ۱۶

- ۱۶.....۲-۲-۴. همه گیر شناسی کمردرد.....
- ۱۷.....۲-۲-۵. عوارض و پیامدهای کمردرد.....
- ۱۹.....۲-۲-۶. روش های درمان کمردرد.....
- ۲۰.....۲-۳. روانشناسی درد مزمن.....
- ۲۲.....۲-۳-۱. خودنظم بخشی.....
- ۲۲.....۲-۳-۲. نظریه ی رفتار عامل.....
- ۲۳.....۲-۳-۳. درمان شناختی-رفتاری.....
- ۲۳.....۲-۴. استرس.....
- ۲۳.....۲-۴-۱. تعریف استرس.....
- ۲۴.....۲-۴-۲. فیزیولوژی استرس.....
- ۲۵.....۲-۴-۳. اهمیت مقابله با استرس.....
- ۲۷.....۲-۵. نقش باورهای مرتبط با درد در مدیریت درد مزمن.....
- ۳۰.....۲-۶. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.....
- ۳۰.....۲-۶-۱. تعریف ذهن آگاهی.....
- ۳۲.....۲-۶-۲. رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.....
- ۳۴.....۲-۶-۳. کاربردهای درمانی رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.....
- ۳۵.....۲-۷. پیشینه ی پژوهشی رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.....

۳۵..... ۲-۷-۱. پیشینه ی داخلی

۳۷..... ۲-۷-۲. پیشینه ی خارجی

فصل سوم

۴۲..... ۳-۱. مقدمه

۴۲..... ۳-۲. طرح کلی پژوهش

۴۲..... ۳-۳. شرکت کنندگان در پژوهش

۴۳..... ۳-۴. روش نمونه گیری

۴۳..... ۳-۵. شرح حال بیماران داوطلب

۴۴..... ۳-۶. روش اجرا

۴۵..... ۳-۷. فرایند درمان

۴۸..... ۳-۸. ابزار جمع آوری اطلاعات

۴۸..... ۳-۸-۱. پرسشنامه ی چندوجهی درد مک گیل

۴۸..... ۳-۸-۲. مقیاس خودگزارشگری شدت درد

۴۹..... ۳-۸-۳. پرسشنامه ی افسردگی بک

۴۹..... ۳-۸-۴. آزمون اضطراب بک

۳-۸-۵. پرسشنامه ی ادراک ها و باورهای درد..... ۵۰

۳-۹. روش تجزیه و تحلیل داده ها..... ۵۰

فصل چهارم

۴-۱. مقدمه..... ۵۲

۴-۲. ویژگی های جمعیت شناختی بیماران..... ۵۲

۴-۳. یافته های پژوهش..... ۵۲

۴-۳-۱. یافته های توصیفی..... ۵۲

۴-۳-۲. یافته های استنباطی..... ۶۱

۴-۴. بررسی فرضیه های پژوهش..... ۶۵

فصل پنجم

۵-۱. مقدمه..... ۷۵

۵-۲. بحث و نتیجه گیری..... ۷۵

۵-۳. محدودیت های پژوهش..... ۸۲

۵-۴. پیشنهادات..... ۸۲

منابع..... ۸۴

پیوست ها..... ۹۴

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه و بیان مساله

احساس درد^۱ تجربه‌ای است که رایج‌ترین نشانه بیماری یا آسیب به شمار می‌آید و فرد را نیازمند مراقبت بهداشتی و درمانی می‌نماید. هیچ یک از علایم و نشانه‌های جسمانی به گستردگی درد نیستند (استرن^۲، کرنز^۳، کریس^۴، هاویک-نیلسون^۵، کلاکرد^۶ و فینست^۷، ۲۰۰۶). متخصصان طبقه‌بندی‌های متعددی از درد به عمل آورده‌اند. استرنباخ^۸ (۱۹۷۴) از درد روانزاد در مقابل درد عضوی سخن به میان آورده است. شیلدن برگ^۹ و دووال^{۱۰} (۱۹۸۵) درد خوش‌خیم را در برابر درد بدخیم مطرح می‌کنند. یونیکا^{۱۱} درد مزمن را در مقابل درد حاد قرار می‌دهد (نقل از هولسبرگ^{۱۲}، ۱۹۸۸).

مادامی که درد به عنوان یک علامت خطر جدی در کارکردهای بدن باشد و یا به دنبال حوادث و آسیب‌های فیزیکی ایجاد شود به عنوان عاملی در خدمت بقای انسان به شمار می‌آید. اما هنگامی که درد به صورت مزمن و مستمر ظاهر شود به معضلی پیچیده تبدیل می‌گردد که اثرات منفی بر ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی و اجتماعی بیمار، خانواده و جامعه خواهد داشت (آرنوف^{۱۳}، ۱۹۸۵ به نقل از ری شهری، ۱۳۸۰).

-
1. Pain
 2. Strand
 3. Kerns
 4. Christie
 5. Haavik-Nilson
 6. Klokkerud
 7. Finsct
 8. Sternbach
 9. Schildenberg
 10. Duall
 11. yunika
 12. Holsberg
 13. Aronoff

درد مزمن^۱ به عنوان دردی که طی ۶ ماه گذشته دست کم به مدت سه ماه هر روز ادامه داشته، تعریف شده است (انجمن جهانی مطالعه درد^۲، ۱۹۹۴). دیدگاه‌های امروزی، درد مزمن را پدیده‌ای متشکل از علائم زیستی، روانی و اجتماعی می‌دانند و معتقدند به موازات استمرار درد و مزمن شدن آن، بخش‌های گوناگون زندگی فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرند و الگوی شناختی و رفتاری خاصی پدید می‌آید. می‌توان گفت هنگامی که درد استمرار می‌یابد به تدریج سلامت عمومی، عملکرد جسمانی و اجتماعی و نیز نقش‌هایی که فرد به لحاظ جسمانی و روانشناختی ایفا می‌کند در جهت منفی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (اصغری مقدم، کرمی و رضایی، ۱۳۸۱).

هنگامی که درد استمرار یافته و بیمار درمی‌یابد که برای درد او درمان قطعی وجود ندارد (مثل آن چه که در مورد دردهای مزمن مطرح است) افراد، باور^۳ (های) قبلی خود درباره درد را رها می‌کنند و با توجه به نظام نظام شناختی، نگرشی و شخصیتی خود، باورهای جدیدی را در رابطه با درد شکل داده و برای آن معنای جدیدی می‌یابند. باورهای جدید از بیماری به بیمار دیگر بسیار متغیر است (ویلیامز^۴، رابینسون^۵ و جیسر^۶، ۱۹۹۴). در حالی که برخی از بیماران درد را به عنوان مبارزه تلقی می‌کنند. گروهی دیگر از بیماران آن را به عنوان بخشی از سرنوشت خود لحاظ نموده و گروهی نیز به درد به عنوان تنبیه و مجازات می‌نگرند (بلک ول^۷، ۱۹۹۱).

-
1. Chronic pain
 2. International association For the Study of Pain(IASP)
 3. Belife
 4. Williams
 5. Robbinson
 6. Geisser
 7. Blackwell.

به رغم تلاش آدمی برای رهایی از درد در طول تاریخ (گچل^۱ و ترک^۲، ۱۹۹۶) رهایی کامل از درد همچنان برای بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن امری دست نیافتنی است (دورکین^۳، ترک، وایریچ^۴، بیتون^۵، کلپلند^۶ و فارر^۷، ۲۰۰۸؛ ترک و مورناک^۸، ۲۰۰۲). معرفی نظریه کنترل دروازه ای درد^۹ (ملزاک^{۱۰} و وال^{۱۱}، ۱۹۶۵، ملزاک و کیسی^{۱۲}، ۱۹۶۸) راه را برای استفاده از روش‌های روانشناختی در کنترل درد مزمن گشود و از اواخر دهه ۱۹۶۰ یافته‌هایی در حمایت از موثر بودن این روش‌ها در کنترل درد مزمن به تدریج نمایان شد. مداخله‌های روانشناختی هم در ترکیب با سایر درمان‌ها در یک بافت میان رشته‌ای و هم هنگامی که تنها به کار برده می‌شوند می‌توانند در کنترل درد مزمن و نیز در کاهش ناتوانی و مشکلات خلقی همراه با درد مزمن موثر باشند (کرنز^{۱۳}، مورلی^{۱۴} و فلاین^{۱۵}، ۲۰۰۸؛ مین^{۱۶}، سالیوان^{۱۷} و واتسون^{۱۸}، ۲۰۰۸).

یکی از مداخله‌های روانشناختی در کنترل درد مزمن و کاهش مشکلات خلقی همراه با آن، ذهن آگاهی^{۱۹} است (کابات زین^{۲۰}، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی به معنی توجه ویژه و هدفمند در زمان کنونی و خالی از قضاوت

-
1. Gatche
 2. Turk
 3. Dworkin.
 4. Wyriwich
 5. Beaton
 6. Cleeland
 7. Farrar
 8. Monark
 9. Gate Control Theory
 10. Melzack
 11. Wall
 12. Casey
 13. Kerns
 14. Morley
 15. Vlaeyen
 16. Main
 17. Sullivan
 18. Watson
 19. Mindfulness
 20. Kabat- zinn

است که از طریق تمرین منظم ذهن آگاهی ایجاد می شود و بر آگاهی نسبت به محتوای ذهن تاکید می کند (کابات زین، ۱۹۹۰، به نقل از سگال^۱، تیزدل^۲ و ویلیامز^۳، ۲۰۰۲).

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ (MBSR) که توسط کابات زین و همکارانش تدوین شده است یک روش آموزش ذهن آگاهی است که طی یک دوره آموزشی - تمرینی ۸ جلسه ای به افراد کمک می کند تا ذهن آگاهی را از طریق تمرین متمرکز ایجاد کنند.

پژوهش های متعدد نشان داده اند MBSR می تواند شماری از علائم بالینی روانشناختی را تخفیف دهد از جمله درد مزمن (کافمن^۵، دیمیدجیان^۶ و بایر^۷، ۲۰۰۶)، اضطراب (کابات زین، میسون^۸ و کریستلر، ۱۹۹۲)، افسردگی (کابات زین، میسون و کریستلر^۹، ۱۹۹۲)، میگساری (کریستلر، ۱۹۹۹)، و استرس (اسپیکا^{۱۰}، کارلسون^{۱۱}، گودی^{۱۲} و آنجن^{۱۳}، ۲۰۰۰).

بائر^{۱۴} (۲۰۰۳) با مطالعه ۲۲ تحقیق MBSR نشان داد که این درمان می تواند روی شماری از مشکلات جسمی و روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی، میگساری، درد مزمن، فیبرومیالژی، پسوریازیس و استرس مرتبط با سرطان و عملکرد جسمی و روانی افراد افسرده غیر بالینی موثر باشد.

-
1. Segal
 2. Teasdale
 3. Williams
 4. Mindfulness-Based Stress Reduction
 5. Coffman
 6. Dimidjian
 7. Baer
 8. Massion
 9. Kristeller
 10. Specia
 11. Carlson
 12. Goodey
 13. Angen
 14. Baer

گروسمن^۱، نیمن^۲، اشمیت^۳ و والاش^۴ (۲۰۰۴) متاآنالیزی روی ۲۰ مطالعه تجربی MBSR انجام دادند و به و به این نتیجه رسیدند که MBSR می تواند برای طیف گسترده ای از جمعیت های بالینی و غیربالینی مفید واقع شود.

در پژوهش روزنویگ^۵، گریسون^۶، ریبل^۷، گریند^۸، جیسر^۹ و بیسلی^{۱۰} (۲۰۰۷) معلوم شد در بین بیماران مبتلا مبتلا به درد مزمن، MBSR روی زیرگروه بیماران دارای کمردرد، گردن درد و آرتريت بیشترین اثر درمانی را در زمینه کاهش شدت درد و کاهش نشانه های بالینی داشته است.

۲- ۱.۱ اهمیت پژوهش:

مشاهدات بالینی و پژوهش های انجام شده نشان می دهند درد مزمن، پیامدهای روانشناختی و رفتاری زیانباری به دنبال دارد. افسردگی (آرنوف^{۱۱} و مک آلری^{۱۲}، ۱۹۹۰، گامسا^{۱۳}، ۱۹۹۰)، کاهش عملکرد شغلی (فولیک^{۱۴}، اسمیت^{۱۵} و آرن^{۱۶}، ۱۹۸۵) و سوء مصرف دارو (پیترو^۱ و نیکولاس^۲، ۱۹۹۱) از جمله پیامدهای درد مزمن مزمن به شمار می روند.

-
1. Grossman
 2. Niemann
 3. Schmidt
 4. Walach
 5. Rosenweig
 6. Greesonb
 7. Reibelc
 8. Greend
 9. Jasere
 10. Beasleyc
 11. Aronoff
 12. Mc Alary
 13. Gomsa
 14. Follic
 15. Smith
 16. Ahren

نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای صنعتی نشان می دهد که دردمزمن نه تنها شایع ترین مشکل افرادی است که در سن اشتغال قرار دارند بلکه یکی از عوامل عمده بروز ناتوانی و ازکارافتادگی به شمار می آید. انجمن درد آمریکا (۲۰۰۶) با بررسی مطالعات گسترده گزارش داد شیوع درد مزمن در کشورهای مختلف از ۲۰٪ تا ۶۰٪ متفاوت است و بین ۳۳٪ الی ۵۰٪ این بیماران برای انجام وظایف معمول خود کم توان یا ناتوان می شوند (نقل از مسگریان، ۱۳۸۹). در جمعیت بزرگسال ایرانی، شیوع درد مزمن از ۹٪ (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۱) تا ۱۴٪ (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۳) گزارش شده است که رقم قابل توجهی است.

گذشته از هزینه های بهداشتی و درمانی بیماران درد مزمن، ناتوانی های همراه با درد مزمن به غیبت از کار و غرامت های از کارافتادگی نیز هزینه های چشمگیری را بر منابع اقتصادی کشورها وارد می کند. بر اساس آمارهای موجود، هزینه ای که درد مزمن به جامعه تحمیل می کند به تنهایی از مجموع هزینه های به وجود آمده ناشی از بیماری های قلبی، سرطان و ایدز بیشتر است (اپینگ_جردن^۳، بنگو^۴، کاوار^۵ و سابات^۶، ۲۰۰۱).

در میان دردهای مزمن، کمردرد با شیوع ۷۰ تا ۸۵ درصد، بالاترین درصد کل دردهای مزمن را به خود اختصاص داده است (آندرسون^۷، ۱۹۹۹). امروزه کمردرد در بیشتر کشورهای صنعتی به صورت اپیدمی درآمده است (می^۸، دوویل^۱ و چیو-گراهام^۲، ۱۹۹۹).

-
1. Pither
 2. Nicholas
 3. Epping_Jordan
 4. Bengoa
 5. Kawar
 6. Sabate
 7. Anderson
 8. May

پژوهش های انجام شده در زمینه بررسی تاثیرات کمردرد مزمن^۳ در وضعیت روانی مبتلایان، حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی در بین آن ها نسبت به جمعیت عادی است (نقل از وکیلی، ۱۳۸۸). افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، سوءمصرف مواد و دارو، اختلالات شخصیتی و اختلال جسمانی سازی شایع ترین موارد همراه با کمردرد ذکر شده اند (درش^۴، گچل و پالتین^۵ ۲۰۰۲). میزان علایم بالینی روانشناختی با ناتوانی جسمی- روانی- اجتماعی، افزایش استفاده از دارو، افزایش احتمال بیکاری و شدت درد در آن ها مرتبط است (ماک^۶ و لی^۷، ۲۰۰۸).

از طرف دیگر پژوهش ها نقش پر اهمیت باورهای مربوط به درد را در سازگاری با درد مستند گردانده اند. به عنوان مثال ویلیامز و تورن^۸ (۱۹۸۹) در مطالعه ای با گروهی از بیماران درد مزمن نشان داده اند که باور بیمار مبنی بر پایان ناپذیر بودن و استقرار درد در آینده با درد بیشتری همراه است. در مطالعه دیگری، ترنر^۹، جنسن^{۱۰} و رومانو^{۱۱} (۲۰۰۰)، نشان داده اند که باور عمیق تر بیمار به امکان استمرار درد در آینده و نیز باور عمیق تر وی به ثبات درد در زمان حال با ناتوانی جسمی و افسردگی شدیدتر همراه است.

پژوهش های خارجی، اثربخشی MBSR بر کاهش علایم روانشناختی و شدت درد بیماران مزمن را نشان داده اند. از سوی دیگر نظر به شیوع نسبتا بالای درد مزمن در جمعیت بزرگسالان ایرانی، بررسی اثربخشی

9. Doyle

10. Chew- Graham

1. Chronic Low back Pain (CLBP)

2. Dresh

3. Polatine

4. Mok

5. Lee

6. Thorn

7. Turner

8. Jensen

9. Romano

روش MBSR را بر کاهش عواطف منفی و شدت درد و تغییر باورهای بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن به خصوص کمردرد مزمن ضروری می نماید تا در صورت اثربخشی این روش در کنار سایر مداخلات روانشناختی به عنوان روشی برای التیام دردهای مبتلایان به کمردرد مزمن توصیه شود.

۱-۳-۱ اهداف پژوهش :

۱-۳-۱: هدف کلی

تعیین اثربخشی درمان MBSR (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) بر باورها و کاهش شدت درد و عواطف منفی و مرتبط با درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن

۱-۳-۲: اهداف اختصاصی

- ۱- تعیین اثربخشی MBSR بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن.
- ۲- تعیین اثربخشی MBSR بر کاهش افسردگی درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن.
- ۳- تعیین اثربخشی MBSR بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن.
- ۴- تعیین اثربخشی MBSR بر باورهای مرتبط درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن.

۴-۱. فرضیه های پژوهش :

۱- MBSR در کاهش شدت درد بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثربخش است.

۲- MBSR در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثربخش است.

۳- MBSR در کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن اثربخش است.

۴- MBSR بر باورهای مرتبط با درد در بیماران اثربخش است.

۵-۱. متغیرهای پژوهش :

متغیر مستقل: مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)

متغیر وابسته: تغییرات حاصل از اعمال روش MBSR بر باورها و شدت درد، علائم افسردگی، علائم اضطرابی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن.

۶-۱. تعریف مفهومی و تعریف عملیاتی متغیرها :

درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

تعریف مفهومی : برقراری ارتباط با افکار و احساسات منفی خود به شکل متفاوت و بدون قضاوت و تمرین

برگرداندن توجه به سمت تجربیات و حالات درونی و بیرونی بدن در زمان حال (کابات زین، ۱۹۹۲).

تعریف عملیاتی : جلسات درمانی که بر اساس راهنمایی گام به گام این درمان طی ۸ جلسه اجرا می شود.

افسردگی

تعریف مفهومی : افسردگی عبارت است از خلق افسرده و از دست دادن لذت و داشتن ناامیدی، غمگینی، افکار خودکشی، دوری گزینی، اختلال در خواب و اشتها که با شکایات جسمانی نیز همراه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳)

تعریف عملیاتی : در این پژوهش افسردگی عبارت است از نمره آزمودنی در مقیاس افسردگی بک

اضطراب

تعریف مفهومی : اضطراب عبارت است از یک تجربه ذهنی ناخوشایند و مبهم که با نگرانی در مورد خطرها و اتفاقات ناگوار آینده که با نشانه های جسمی از جمله سردرد، تعریق، تپش قلب و بی قراری همراه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی : در این پژوهش اضطراب عبارت است از نمره آزمودنی در مقیاس اضطراب بک.

کمر درد مزمن

تعریف مفهومی : تجربه حسی - هیجانی ناخوشایند که با آسیب در بافت های اسکلتی - عضلانی در ناحیه کمر همراه است و به صورت مبهم، دردناک و متمرکز توصیف می شود (اوتیس، ۲۰۰۷).

تعریف عملیاتی : در این پژوهش کمر درد مزمن با سه ملاک زیر مشخص می شود:

۱- تشخیص کمر درد مزمن توسط پزشک متخصص

۲- داشتن حداقل یک دوره پیوسته درد کمر به مدت سه ماه در طی ۶ ماه گذشته

۳- از شروع درد حداقل یک سال گذشته باشد.

شدت درد

تعریف مفهومی: گزارش بیمار از میزان ناراحتی و رنج جسمانی و روانی که درد به او تحمیل می کند.

تعریف عملیاتی: در این پژوهش شدت درد نمره ای است که آزمودنی در دو پرسشنامه «مقیاس خودگزارش گری درد» و «پرسشنامه چند وجهی درد مک گیل» به دست می آورد.

باورهای مرتبط با درد

تعریف مفهومی: درک و فهم بیمار از پدیده های مربوط به درد و خود درد به عنوان یک تجربه هیجانی ناخوشایند (اصغری مقدم و همکاران ۱۳۸۴).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش باورهای مرتبط با درد بیمار ۴ عامل است که توسط پرسشنامه «ادراک ها و باورهای درد» ویلیامز و تورن (۱۹۸۹) سنجش می شود.

فصل دوم

ادبیات پژوهش