Journal of Police Medicine

Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 217-226

Original Article

The Effectiveness of Pain Management and Supportive Psychotherapy on Alleviating Pain Tramadol Desuetude

Received: 28 August 2015 **Revised:** 15 October 2015 **Accepted:** 27 October 2015

Alieh Nazemi[1*]
Reza Kazemi[2]
Javad Hashemi[3]
Ali Jesarati[4]

[1]M.A, General Psychology, Young Researchers and Elite Club, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardebil, Iran .

[2]Assistant Professor, psychiatrist, Islamic Azad University. Rector of the University of Medical Sciences, Iran.

[3]M.A, General Psychology, Ardebil Police Applied Research Office.

[4]Supervision and Guidance research Projects, Ardebil police Applied Research Office.

ABSTRACT

Background: This research performed with the aim of the effectiveness of pain management and supportive psychotherapy on alleviating pain tramadol desuetude **.**

Materials and Methods: This research was a kind of semi-exprimental with (pretest- posttest) control group design. Three equivalent groups (two experimental groups and one control group) were assigned from tramadol drug users which refered to Shafaa Desuetude Addiction Center in 1393(solar year). First group gave pain management education and control group received supportive psychotherapy for 90 minutes in 7 session. McGill pain questionnaire was used in two phase of pre-test and post-test. Mancova Covariance analysis was used to analyze data.

Results: The results showed that there is no significant and meaningful differences in scores between the two experimental groups; however, there was a significant and meaningful difference between two control groups in the mentioned variables.

The results obtained from evaluation of two treatment methods (pain management and supportive psychotherapy) support relief of pain. These two methods that was used to control and relief desuetude pain has special importance.

Conclusion: According to the results obtained from research, we suggest two treatment methods, pain management and supportive psychotherapy) ought to used in this Desuetude Addiction Centers to relieve pain of addiction (druggies).

Keywords: addiction, pain of desuetude, pain management, supportive psychotherapy

[*]**Corresponding Author:**
Alieh Nazemi
Tel: (+98)9190206421
email: a.nazemi283@gmail.com

زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۲۶-۲۱۷

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثر بخشی مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی بر کاهش درد ترک سوءمصرف کنندگان ترامادول

تاریخ دریافت: ۶ شهریور ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۲۳ مهر ۱۳۹۴ **تاریخ پذیرش:** ۲۵ آبان ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی بر کاهش درد ترک سوءمصرف کنندگان ترامادول انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) با گروه کنترل بود. از میان افراد سوءمصرف کنندگان ترامادول مراجعه‌کننده مرکز ترک اعتیاد شفا در سال ۱۳۹۳ به‌طور در دسترس انتخاب در سه گروه مساوی (دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد) گمارده شدند. برای گروه اول درمان آموزش مدیریت درد و گروه آزمایش دوم روان‌درمانی حمایتی در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. از پرسشنامه درد مک گیل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس Mancova استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمرات درد در بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد اما بین دو گروه با گروه کنترل در متغیرهای بالا تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نتایج از تأثیر دو روش درمانی (مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی) بر کاهش درد حمایت می‌کند و توجه به این دو روش برای کنترل درد ترک اعتیاد از اهمیت خاصی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌گردد در مراکز ترک اعتیاد و جهت کاهش درد معتادان در حال ترک از روش‌های درمانی مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی استفاده گردد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، درد ترک اعتیاد، مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی

عالیه ناظمی[1*]
رضا کاظمی[2]
جواد هاشمی[3]
علی جسارتی[4]

[1]کارشناس ارشد روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
[2]بوردتخصص (اعصاب وروان) روانپزشک، استادیاردانشگاه آزاد اسلامی. معاون دانشکده علوم پزشکی
[3]کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی اردبیل.
[4]کارشناس ارشد نظارت و هدایت طرح‌های تحقیقاتی دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی اردبیل.

[*]نویسنده مسئول:
عالیه ناظمی
تلفن: ۹۱۹۰۲۰۶۴۲۱(۹۸+)
پست الکترونیک:
a.nazemi283@gmail.com

مقدمه

اعتیاد به‌عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به‌ویژه در جوانان شایع شده است که می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند نابودی دارایی های شخصی، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد [۱]. بر اساس گزارش سازمان ملل در سال ۲۰۱۱، ایران بیشترین میزان جرائم مربوط به مصرف مواد مخدر اپیوییدی را در دنیا داشته است. بنا به گزارش این سازمان، در سال ۲۰۰۹ میلادی، ۸۳ درصد بیماران ایرانی که برای ترک اعتیاد به مراکز دولتی ترک اعتیاد مراجعه کرده‌اند، به مصرف مواد اپیوییدی وابسته بوده‌اند[1] [۲]. داروئی ضد درد با اثر مرکزی با نام ترامادول، تدامول، بایومادول و غیره چند سالی است وارد فارماکوپه داروئی ایران شده است که از دسته داروهای مسکن مخدر یا اپوئید های مصنوعی می‌باشد. این دارو که از حدود ۵ سال قبل به شکل رسمی در بازار وارد شده است در حال حاضر به‌راحتی در دسترس بوده و بدون نسخه در اختیار بیماران قرار می‌گیرد [۳].

[1]National Institute on Drug Abuse

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 217-226

موارد عمده استفاده ترامادول به‌عنوان مسکن در دردهای متوسط و شدید است. این دارو در حال حاضر به شکل قرص‌های ایرانی و خارجی ۵۰ و ۱۰۰ میلی‌گرم در داروخانه‌ها در دسترس عموم قرار داشته به سرعت جایگزین مسکن های قدیمی تر شده است [۴]. استفاده از ضد دردهای جدید مثل ترامادول که یک اوپیوئید سنتتیک با اثرات مرکزی می باشد امروزه شیوع بیشتر پیدا کرده است. ترامادول دارای عوارض جانبی و تداخل دارویی کمتری نسبت به مورفین است در مواردی که مورفین قابل استفاده نبوده یا در دسترس نباشد به‌عنوان یک داروی جایگزین مناسب مورداستفاده قرار می گیرد. با توجه به مزایای فوق و پس از اعلام رسمی ممنوعیت تجویز دیکلوفناک تزریقی (در مهر ۱۳۸۰ توسط اداره کل نظارت بر امور دارو) ترامادول به‌عنوان مسکن جایگزین وارد بازار دارویی ایران شد. با وجودی که این دارو یک شبه مخدر است محدودیت قانونی در خصوص توزیع و فروش آن وجود ندارد. با توجه به فرهنگ در خصوص توزیع و فروش آن وجود ندارد. با توجه به تسکین سریع و علامتی درد و بازار رقابت بین پزشکان عمومی استفاده از این دارو در ایران گسترش پیدا کرده است. در ابتدا به نظر می رسید که خطر وابستگی به این دارو بسیار پایین باشد. اما با استفاده از آن در تسکین دردهای مزمن و همچنین در صورت سوءمصرف مواردی از وابستگی مشاهده شد [۵]، که برخی از علائم سندرم قطع آن مربوط به اپیوئیدها نبود [۶]. درصورتی‌که این دارو یکی از بیشترین داروهای مخدری است که در سرتاسر دنیا تجویز می‌شود [۷]. این دارو از خانواده مخدرهای صناعی با اثرات مرکزی است و یک آرام‌بخش است که جهت درمان دردهای متوسط تا شدید استفاده می شود [۸]. این دارو بر اساس ساختار مولکولی نارسئین[1] که یکی از آلکالوئیدهای تریاک می‌باشد، ساخته شده است [۹]، ترامادول آنالوگ ۴-فنیل پیپریدین کدئین است [۱۰]. مصرف این دارو در کل آثار شبیه به مواد مخدر دارد. بیشتر موارد مسمومیت با ترامادول، عمدی می باشد و به علت مصرف دوز بالای آن به وجود می‌آیند. افزایش دوز ترامادول به‌تنهایی یک حالت تهدیدکننده زندگی نیست و بیشتر مرگ و میر در مسمومیت با ترامادول به دلیل مصرف همزمان با چند دارو و مواد دیگر می‌باشد [۱۱]. مطالعات و مصاحبه با معتادان گویایی این مسئله است که بیشتر آنان به علت ترس از درد ترک در مرحله سم‌زدایی به مصرف مواد مخدر ادامه می‌دهند.

درد عمومی‌ترین فشار روانی است که انسان با آن روبه‌رو می‌شود. هیچ‌کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند، تجربه درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می شود. بعد حسی درد، بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن، نشان‌دهنده میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است [۱۲]. انجمن درد امریکا عبارت درد را به‌عنوان یک تجربه حسی و عاطفی نام برده و آن را پنجمین علامت حیاتی تعریف کرده است و اعلام می‌دارد هرگاه با جدیتی که سایر علائم کنترل می‌شوند، درد نیز از نظر کیفی و کمی بررسی شود، در ارائه بهتر درمان‌های دارویی و غیر دارویی به تیم درمان کمک خواهد کرد [۱۳]. اداره درد مشتمل بر به‌کارگیری کلیه شیوه‌هایی است که جهت پیشگیری، کاهش و یا تخفیف درد انجام می شود [۱۴]، که این اقدامات شامل روش‌های دارویی و غیر دارویی می‌باشند [۱۵]. مداخلات غیر دارویی شامل فعالیت های آموزش روان درمانی های مثل مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی است که می‌توانند درد بیمار را تسکین دهند. این نوع مداخلات، مؤثر، ساده و کم‌خطر هستند و به زمان خاص و تجهیزات پرهزینه نیاز ندارد. علاوه بر آن، عوارضی که در اثر مصرف دارو ایجاد می‌شود و در استفاده از روش‌های غیر دارویی تسکین درد وجود ندارند [۱۶]. همچنین درمان های غیر دارویی فرد اجازه می‌دهد که در حین درمان، یک نقش فعال را بازی کند، بر احساس قربانی شدن تسلط یابد و احساس تسلط و کنترل بر پاسخ‌هایش را در آن موقعیت داشته باشد [۱۷]. تعدادی از روش‌های غیر دارویی مثل انحراف فکر، آرام‌سازی، تحریکات پوستی و غیره باعث سازش بیشتر با درد می‌شوند و آن را برای بیمار قابل‌تحمل می نمایند. از مزایای این روش ها، افزایش اثر داروهای ضد درد می‌باشد که مقدار دوز مصرفی موردنیاز دارو را تقلیل می‌دهد. و نیز این روش‌ها، ترس و نگرانی از درد را کاهش داده و احساس کنترل در فرد به وجود می آورند [۱۸]. طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورداستفاده قرار داده‌اند. امروزه روش های روان شناختی هم به‌صورت جداگانه و هم توأم با روش های پزشکی در درمان درد مورداستفاده قرار می گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های روان‌شناختی است.

مدیریت درد از دیگر پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان درد است. در سال های اخیر شاهد تغییر وابستگی از تکنیک های دارویی گران‌قیمت و تکنیک‌های تهاجمی کنترل درد به سمت روش‌های شناختی –رفتاری نظیر بیوفیدبک و آرمیدگی بوده‌ایم. این تغییر، تغییر در مسئولیت‌پذیری برای کنترل درد از سوی مراقبان بهداشتی به همکاری میان بیمار و مراقب را به همراه داشته است. احساس کنترل بیشتر در بیماران مبتلا به درد مزمن در نوع خود یک پیشرفت درمانی است؛ همچنان که پژوهش های مربوط به احساس خودکارآمدی نیز این مطلب را تأیید می کند. تدوین برنامه های مدیریت درد برای یک‌کاسه کردن همه آنچه درباره تکنولوژی کنترل درد می‌دانیم ارزشمند است [۱۶]. همچنین پژوهش‌ها در مورد افراد معتاد نشان می‌دهد که با توجه به شرایط خاص جسمانی، روانی و

[1]Narsein

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۲۶-۲۱۷

اجتماعی آن ها، نیاز به مراقبت های حمایتی بسیار است. نتایج پژوهش های مختلف حاکی از آن است که نیاز به مراقبت های بهداشت روانی، یکی از اساسی ترین نیازهای جمعیت معتادین می باشد [۱۹]. ازجمله بررسی بورگوین و رن ویک[1] [۲۰]، روان‌درمانی حمایتی[2] را برای بهبود سلامت جسمانی و روانی معتادین مؤثرمی دانند. درعین حال، پژوهش ها نشان می دهد که روان‌درمانی حمایتی و مداخلات آموزشی می تواند کنترل درد افراد بیمار را بهبود بخشد و عملکرد سیستم ایمنی آن ها را ارتقاء دهد [۱۹]. درواقع، روان‌درمانی حمایتی بر اساس نظریه روانکاوی به‌منظور کمک به بیمار در جهت مواجهه با بحران های ناشی از مسائل اجتماعی و یا بیماری‌های جسمی، مورداستفاده قرار می‌گیرد. این درمان ترکیبی از تکنیک های تقویت ایمان و معنویت، دعا، آرام بخشی، خود گویی عبارات مثبت، تصویرسازی مثبت، آگاه‌سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، تغذیه و ورزش است. بررسی های دین[3] [۲۱]، حاکی از تأثیر آموزش تمرینات آرام‌بخشی و تقویت افکار مثبت بر سلامت روانی افراد معتاد است. فیتس پاتریک[4] و همکاران [۲۲] نیز، بر نقش معنویت، دعا و تمرینات آرام بخشی در سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی معتادین تأکید می‌نمایند. و ورلی و دیدازا [۲۳] هم، در بررسی خود به تأثیر برنامه‌های مثبت اندیشی بر بهبود افراد معتاد تزریقی پرداختند و به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافتند. استرینگر[5] [۲۴] در پژوهش خود درزمینه تأثیر تمرینات ورزشی و کلر[6] [۲۵] در مطالعه خود در مورد تأثیر تغذیه مناسب، نتیجه‌گیری می کنند که هر دو از عوامل مؤثر در بالا بردن سیستم ایمنی بدن افراد معتاد بوده و این عوامل بر سلامت جسمانی و روانی این گروه مؤثر است. در ایران هم بررسی روایی [۲۶]، تأثیر مثبت درمان های حمایتی با تأکید بر معنویت، آگاهی بخشی، تقویت افکار مثبت و ایجاد خودباوری را در بهبود سلامت و کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی نشان می دهد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی بر کاهش درد ترک سوءمصرف کنندگان ترامادول می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) با گروه کنترل می‌باشد. این مطالعه یک هفته (بهمن ۱۳۹۳) بر روی سوءمصرف کنندگان ترامادول که به مرکز ترک اعتیاد شفا مراجعه کردند، صورت گرفت. پروتکل‌های درمانی به‌کاررفته در این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مطرح شد و به تصویب رسید. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از: با رضایت آگاهانه برای شرکت در درمان‌های مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی، دامنه سنی ۲۲ تا ۵۵ سال، بودن در مرحله سم‌زدایی و داشتن درد ترک، عدم اعتیاد یا مسمومیت حاد با الکل، عدم دریافت دارویی با اثرات مخدر یا داروهای ضد درد طی مداخله روان‌درمانی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: حضور بیماران گروه‌های مداخله در تمامی جلسه‌های درمانی، بیماری‌های جسمی دیگر در حین درمان، سابقه تشنج، بیماری قلبی مداخله درمانی در این پژوهش، درمان مدیریت درد و روان درمانی حمایتی بود که متشکل از ۷ جلسه یک و نیم ساعتی بود. جامعه آماری پژوهش سوءمصرف کنندگان ترامادول (در مرحله سم‌زدایی) مرکز ترک اعتیاد شهر اردبیل بودند.

به کلیه مراجعه‌کنندگان مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ در مورد طرح توضیح داده شد و پس از تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه توسط آن ها و به‌شرط عدم برخورداری از معیارهای خروج از مطالعه وارد مطالعه شدند و تا زمان تکمیل حجم نمونه بر اساس بلوک های تصادفی قبلی در یکی از گروه ها قرار گرفتند. به منظور رعایت نکات اخلاقی قبل از شروع مطالعه، نمونه های پژوهش در جریان روند مطالعه، اهداف آن و عوارض احتمالی ترک بدون داروهای ضد درد می‌باشند. اطلاعات شخصی بیماران محفوظ ماند. در طی مطالعه به کدهای ۲۶ گانه اخلاقی پایبند بودیم. با توجه به اینکه در یک پژوهش اثر تمام متغیرها را بر یکدیگر نمی‌توان به‌طور همزمان موردمطالعه قرار داد. در این پژوهش نیز اثر برخی از متغیرها از قبیل (رعایت همگنی گروه ها، رعایت آرامش مکان آزمایش) کنترل شده و توسط درمانگر خنثی گردید.

لازم به ذکر است در ابتدای نمونه گیری با توجه به اینکه در پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی تعداد نمونه های پژوهش حداقل باید ۱۵ نفر باشد. برای افزایش اعتبار آزمون و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی ابتدا ۵۱ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (۱۷ نفر مدیریت درد، ۱۷ روان درمانی حمایتی و ۱۷ کنترل) گمارده شدند. و تمامی شرکت کنندگان پرسشنامه مقیاس درد مک گیل را در دو دوره پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. درنهایت با احتساب افت نمونه های پژوهش و معیارهای خروج و ورود پرسشنامه ۳۰ نفر از نمونه های پژوهش (۱۰ نفر از هر گروه) مورد محاسبه قرار گرفت. داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش از روش آماری Mncova برای بررسی اثربخشی مداخله بر روی مؤلفه‌های شدت درد استفاده شد.

دو گروه آزمایشی هرکدام به مدت یک هفته توسط کارشناس ارشد روانشناسی زیر نظر روانپزشک (دکتر رضا کاظمی) با پروتکل درمان مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی، تحت درمان قرار گرفتند. همه

[1]Borgoyne & Renwick, [2]Supportive psychotherapy, [3]Dane, [4]Fitz Patrick, [5] Stringer, [6] Keller

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 217-226

شرکت‌کنندگان در شروع پژوهش توسط متخصص اعصاب و روان معاینه شدند و با توجه به اینکه در زمان انجام پژوهش، حجم نمونه بسیار پایین بود امکان مساوی بودن افراد ازنظر مدت و شدت درد فراهم نبود. اما به نظر متخصص اعصاب و روان معتادان ازلحاظ شدت و مدت درد و شدت علائم روان‌شناختی تقریباً در شرایط مشابهی قرار داشتند. برای گروه آزمایشی اول، آموزش مدیریت درد به مدت یک هفته و به مدت یک و نیم ساعت (هر جلسه) اجرا شد. مراحل آموزش در جدول ۱ آمده است. برای گروه آزمایشی دوم، روان‌درمانی حمایتی نیز یک هفته به مدت هر جلسه یک و نیم ساعت اجرا شد. مراحل درمان در جدول ۲ آمده است.

ابزار مورداستفاده در این پژوهش عبارت بود از:

الف) پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی: شرکت کنندگان با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات خود را در مورد سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی، علت ناموفق بودن اقدام به ترک‌های قبلی گزارش کردند.

ب) پرسشنامه درد مک گیل: این مقیاس در سال ۲۰۰۹ میلادی توسط دورکین و همکاران بر اساس پرسشنامه قدیمی مک گیل تنظیم شد که درد نوروپاتیک و غیر نوروپاتیک را می سنجد این پرسشنامه ۲۲ سؤال دارد که به هر سؤال برحسب شدت درد نمره صفر تا ۱۰ داده می‌شود. یافته‌های حاصل از این پرسشنامه بر روی ۸۸۲ بیمار دارای درد متنوع و همچنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به درد نوروپاتیک حاکی از اعتبار و پایایی قابل‌قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد، پیوسته، درد نوروپاتیک، درد متنوع و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ گزارش شده است [۲۷]. در ایران نیز ضریب آلفای این مقیاس برابر با ۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه ها–حسی، عاطفی و نوروپاتیک– برابر با ۰/۸۰ بوده است [۲۸].

آموزش‌های روان‌درمانی حمایتی: اهداف اصلی در این برنامه درمانی برای مراجع، شامل: تقویت کارکرد بهینه روان‌شناختی و اجتماعی بیمار (معتاد)، تقویت اعتماد به نفس، آگاه ساختن وی نسبت به

جدول ۱: مراحل درمان مدیریت درد با استفاده از تکنیک تن آرامی

ردیف	برنامه جلسه
	– پیش‌آزمون
	–ارائه مقدمه‌ای از اهمیت و ضرورت آموزش مهارت کنترل درد
جلسه اول	– معارفه اعضای گروه به همدیگر
	–ارائه تعاریفی از اعتیاد و درد و پرداختن به تفاوت افراد در مواجهه با درد و علت تفاوت‌ها
	– تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
	– مروری بر شکایت‌های شایع، تغییرات آناتومی و فیزیولوژیک
	– معرفی تأثیرات تن آرامی بر دستگاه‌های مختلف بدن
جلسه دوم	–معرفی مراحل مهارت مدیریت درد
	–راهکارهای ذهنی و عقلانی جهت کنار آیی با درد
	– تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
	– بررسی عوامل تأثیرگذار در درد سم‌زدایی روش‌های مختلف کاهش درد
جلسه سوم	– نمایش فیلم روش‌های کاهش درد
	– تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
جلسه چهارم	اجرای تکنیک تن آرامی یا ریلکسیشن روی اعضای گروه آزمایش و آموزش روش به اعضای گروه
جلسه پنجم	– روش‌های فیزیکی کنار آمدن با درد، شیوه‌های فیزیکی به داشتن سبک زندگی سالم‌تری می‌پردازد، این بخش شامل هدایت مراجع به داشتن تغذیه‌ای سالم، خواب و ورزش کافی است که منجر به حفظ و تقویت سیستم ایمنی بدن و بالا بردن سطح انرژی می‌شود.
	کار بر روی روش آرام‌سازی تدریجی، تمرین و تکرار آن و حصول اطمینان از رفع تمامی ابهامات بیماران و کسب مهارت در
جلسه ششم	به‌کارگیری این روش
	– تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
	– تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
جلسه هفتم	– جمع‌بندی از مباحثی که در کلاس مطرح‌شده
	– پس‌آزمون

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۲۶-۲۱۷

واقعیت بیماری و محدودیت آن، پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، توانمندسازی فرد برای سازگاری بیشتر با شرایط می‌باشد. همچنین از اصول کلی که در این برنامه درمانی مطرح می‌شوند، مواردی چون: آگاه سازی، اطمینان بخشی، هدایت یا راهنمایی، تلقین، تشویق، فرصت برای تخلیه هیجانی و تغییر در محیط پیرامون بیمار را در بر می‌گیرد که بر اساس برنامه های روان درمانی حمایتی به‌دست‌آمده از پیشینه‌ها تدوین شده است.

یافته‌ها

در ارتباط با مشخصات معتادان نشان داد که تمامی نمونه موردپژوهش، مرد و میانگین سنی نمونه‌های پژوهش ۶/۵۵ ± ۳۴ سال بود، به‌طوری محدوده سنی معتادان ۲۲ تا ۵۵ سال بود. سابقه اعتیاد نمونه‌ها ۵ ± ۹ سال بود. ازنظر وضعیت شغلی، اکثریت آن‌ها (۶۴ درصد) دارای شغل آزاد بودند. ازنظر وضعیت تأهل، اکثر واحدهای موردپژوهش ۶۸ درصد متأهل و بقیه مجرد بودند. و نکته جالب توجه این بود که ۴۰ درصد از نمونه‌ها به خاطر ترس از درد ترک، به مصرف ترامادول ادامه می‌دادند. سایر نتایج در جداول زیر ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار متغیر درد و زیر مؤلفه‌های آن در سه گروه مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ آمده است. و جدول ۴ نشان می‌دهد که با رعایت پیش‌فرض برابری واریانس ها (P<۰/۰۵۹، ۲/۱۲ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس‌آزمون درد در سه گروه آموزش مدیریت درد، روان درمانی حمایتی و کنترل تفاوت وجود دارد (p < ۰/۰۰۱، F = ۲۸/۶۲۱) برای بررسی دقیق میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون درد در گروه ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه روان‌درمانی حمایتی کمتر از گروه کنترل بوده است (P < ۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، گروه مدیریت درد و

جدول ۲: مراحل روان‌درمانی حمایتی در ۱۰ جلسه

ردیف	برنامه جلسه
جلسه اول	معرفی اعضای گروه، بیان هدف از اجرای درمان، آموزش تعاریف مربوط به مواد مخدر، راه‌های سرایت، پیشگیری
جلسه دوم	-آموزش باورهای معنوی با بیان جملات و داستان‌های معنوی و آیات الهی -آموزش اهمیت دعا کردن در تقویت روحیه و اعتماد به نفس و آشنایی با چند دعا
جلسه سوم	- آموزش فنون آرام بخشی و تصویرسازی مثبت به‌منظور کاهش اضطراب و ایجاد آرامش درونی - بررسی علل احساس گناه و راه‌های مبارزه با آن- فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه چهارم	- آموزش فنون آرام بخشی و تصویرسازی مثبت به‌منظور کاهش اضطراب و ایجاد آرامش درونی - بررسی علل احساس گناه و راه‌های مبارزه با آن- فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه پنجم	- آموزش روش حل مسئله به‌منظور برخورد صحیح با مسائل زندگی- فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه آموزش روش‌های افزایش اعتماد به نفس و خودباوری با تکیه بر توانمندی‌ها و تقویت آنان و ترغیب به انجام کارهای مفید روزانه
جلسه ششم	آموزش اهمیت هدفمندی و روش‌های هدف‌گذاری
جلسه هفتم	بیان خلاصه موضوعات جلسات گذشته و ارائه بازخورد با تکرار عبارات تأکیدی مثبت

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات (شدت درد و مؤلفه‌هایش - شدت درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و کنترل

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس زمون
شدت درد حسی	مدیریت درد	۴۴/۵	۱۸/۳	۱۴/۷۵	۱۰/۱۰
	روان‌درمانی حمایتی	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰
	کنترل	۵۳/۴۵	۵۶/۷	۱۳/۵	۸/۴۵
شدت درد عاطفی	مدیریت درد	۴۶/۰۷	۱۲/۴۵	۱۰/۷	۷/۱۵
	روان‌درمانی حمایتی	۴۸/۳	۲۳/۳۱	۱۵/۱۵	۱۱/۵۵
	کنترل	۵۶/۵	۵۳/۵	۱۳/۱۵	۱۲/۵۰
شدت درد نوروپاتیک	مدیریت درد	۳۰/۱۴	۱۰/۷	۱۲/۷۵	۳/۹
	روان‌درمانی حمایتی	۳۰/۷	۲۳/۳۵	۱۵/۱۲	۱۲/۵۳
	کنترل	۳۵/۲۵	۳۷/۷۵	۵۱/۱۰	۸/۱۰
شدت درد	مدیریت درد	۱۲۰/۷	۴۱/۴۵	۳۸/۲۵	۲۱/۱۵
	روان‌درمانی حمایتی	۱۳۰/۸۷	۷۵/۱۶	۴۸/۴۷	۳۵/۷۸
	کنترل	۱۳۷/۲۸	۱۴۷/۹۵	۷۷/۷۵	۴۲/۱

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 217-226

جدول ٤: مقایسه تفاضل نمرات پس‌آزمون- پیش‌آزمون درد در سه گروه مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی و کنترل

منبع	SS	Df	MS	f	p
گروه	۴۹۹۴۰/۰۶۵	۲	۲۰۴۵۰/۰۳۲	۲۸/۶۲۱	۰/۰۰۱
خطا	۱۹۲۹۷/۷	۲۷	۷۱۴/۵۸۵		
کل	۱۳۲۴۲۰/۰	۳۰	-		

روان‌درمانی حمایتی نسبت به گروه کنترل بر میزان شدت درد اثربخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پس آزمون پیش‌آزمون گروه مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که با رعایت پیش‌فرض برابری واریانس برای درد حسی ($P < ۰/۰۵۹$، $f = ۲/۱۲$ آزمون لوین)، عاطفی ($P < ۰/۰۵۹$، $f = ۲/۱۲$ آزمون لوین) آزمون لوین و رعایت پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس –کوواریانس ($P < ۰/۱۴۸$، $f = ۱/۴۲$ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات (پیش آزمون- پس‌آزمون) درد حسی، درد عاطفی و درد نوروپاتیک در سه گروه مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$؛ ۶/۹۰۴ = لامبدای ویلکر). برای اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون ـ پس آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در گروه مدیریت درد نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه رفتاردرمانی شناختی کمتر از گروه کنترل بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، مدیریت درد و رفتاردرمانی شناختی بر میزان درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک اثربخش بوده است. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس‌آزمون درد آگاهی و حسی، عاطفی و نوروپاتیک گروه مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، اثربخشی روان‌درمانی حمایتی و مدیریت درد بر کاهش درد معتادان در حال ترک بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان شدت درد در گروه روان‌درمانی حمایتی و مدیریت درد نسبت به گروه کنترل کمتر بوده است. اما بین اثربخشی روان‌درمانی حمایتی و مدیریت درد بر میزان شدت درد و ابعاد آن ازلحاظ آماری ارتباط معناداری به دست نیامد. از بعد اثربخشی، روان‌درمانی حمایتی و مدیریت درد بر کاهش شدت درد و ابعاد آن می‌توان گفت که این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی است که نشان دادند درمان‌های روان‌شناختی بر بهبود وضعیت معتادان مؤثر بوده و هم تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر بهبود رفتار معتادین تزریقی که مشابه با نتایج این تحقیق است مشاهده شده است از طرفی نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش با نتیجه پژوهش روایی [۲۶] در تهران، که تأثیر جلسات روان‌درمانی حمایتی را در گروه مردان معتاد مبتلا به اچ ای وی مشاهده کرد، نیز همسو است. برخی

جدول ۵: مقایسه تفاوت نمرات پس‌آزمون- پیش‌آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در سه گروه آموزش مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی و کنترل

متغیر مستقل	متغیر وابسته	SS	df	MS	f	p	اندازه اثر
	شدت درد حسی	۶۰۰۰/۰۸	۲	۳۰۰۰/۰۰	۱۹/۶۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
گروه	شدت درد عاطفی	۴۶۳۹/۲۰۱	۲	۲۳۱۹/۶۰۵	۱۴/۹۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۰
	شدت درد نوروپاتیک	۴۶۳۹/۰۶۵	۲	۲۰۴۵۲/۰۳۵	۱۶/۳۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸
	شدت درد حسی	۴۱۲۶/۲۰۰	۲۷				
خطا	شدت درد عاطفی	۴۱۸۱/۵۰۰	۲۷				
	شدت درد نوروپاتیک	۲۷۸۷/۳۰۰	۲۷				
	شدت درد حسی	۱۸۱۸۹/۰	۳۰				
کل	شدت درد عاطفی	۲۰۹۴۰/۰	۳۰				
	شدت درد نوروپاتیک	۱۰۸۹۰/۰	۳۰				

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۲۶-۲۱۷

از پژوهشگران مانند ویکرمن[1] [۲۹] به تأثیر مثبت روان درمانی حمایتی و حمایت اجتماعی بر اصلاح رفتار معتادین تأکید می‌کنند. درواقع پژوهش‌های گذشته هم نشان می‌دهد که روان درمانی حمایتی و مداخلات آموزشی می‌تواند عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را ارتقاء دهد و امید را در افراد زنده نماید به بهبود آنان کمک کند [۳۰]. درواقع پژوهش‌های گذشته هم نشان می دهد که روان‌درمانی حمایتی و مداخلات آموزشی می‌تواند با رفع نیاز افراد گروه با توجه، حمایت، همدلی، احترام، اطمینان بخشی و توجه بدون قید و شرط از سوی درمانگر به بهبود وضعیت و کنترل درد آنان کمک نماید. از سوی دیگر به اعتقاد فیتس پاتریک [۲۲] تقویت معنویت و دعا کردن پنجره امید را برای افراد باز نموده و تکیه‌گاهی را برای آنان در شرایط سخت زندگی به ارمغان می‌آورد. وورلی و دیدآزا[2] [۳۱] نیز در زمینهٔ تأثیر مثبت اندیشی در میان معتادان به نتایج خوبی دست یافته‌اند. درواقع مواجه افراد با باورهای منفی و احساس گناه در زندگی، فرصت را برای جایگزینی افکار مثبت میسر می‌سازد. تغذیه صحیح و نیز روش‌های مقابله با خشم و افزایش اعتمادبه‌نفس را نیز می توان ازجمله اقدامات مثبت جهت بهبود سلامت جسمانی وروانی معتادان به حساب آورد [۲۵]. هرچند تأثیر بیشتر این عوامل در درازمدت خودنمایی می‌کند، لیکن نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان‌دهنده مؤثر بودن این عوامل در مجموع می‌باشد. از سویی با استناد به اظهارات ویگ[3] و همکاران [۳۲]، سلامت جسمانی و روانی این افراد پیش از جلسات تحت تأثیر سطح درآمد و میزان تحصیلات پایین و عدم حمایت آنان قرار داشت، لیکن نتایج یافته‌ها حاکی از آن است که آموزش‌های روان‌شناختی توانسته این عوامل را کنترل نموده و سلامت جسمانی و روانی افراد گروه را بهبود بخشد. در کل می‌توان گفت روان‌درمانی حمایتی و برنامه‌های آموزش مدیریت درد در افراد معتاد در مرحله سم زدایی تأثیر مثبت دارد و امید به زندگی را در آن‌ها افزایش داده و تحمل آن‌ها را در برابر مسائل سخت و ناگوار زندگی بالا برده و می‌تواند از منصرف شدن آن‌ها در حین ترک جلوگیری به عمل آورد. این روش‌ها ضمن کمک به ترک‌کنندگان و ارائه آگاهی های لازم درزمینه اعتیاد و حمایت و همدلی از آن‌ها شیوه های مناسب مدیریت درد را نیز به آن‌ها آموزش می‌دهد. هرچند روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه یکی از محدودیت‌های این تحقیق است، لیکن به دلیل مؤثر بودن برنامه درمان، ترویج و توسعهٔ این شیوه درمانی به سایر درمانگران و پژوهشگران برای این گروه از مراجعین توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌هایی پیرامون تأثیر این برنامه درمانی برای گروه نمونه زنان نیز صورت گیرد.

منابع

1. Reed E, Amaro H, Matsumoto A, Kaysen D. The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. Addictive behaviors. 2009 Mar 31;34 (3):316-8.
2. Yan Y, Nabeshima T. Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. Behavioural brain research. 2009 Jan 3;196(1):1-0.
3. Radbruch L, Grond S, Lehmann KA. A risk-benefit assessment of tramadol in the management of pain. Drug safety. 1996 Jul 1;15(1):8-29.
4. Hassanian-Moghaddam H, Kolahi A. Tramadol intoxication/abuse: a new issue on high-access population. InSixth Annual Congress of Asia Pacific Association of Medical Toxicology 2007 Dec 12 (pp. 12-14).
5. Freye E, Levy J. Acute abstinence syndrome following abrupt cessation of longterm use of tramadol (Ultram®): a case study. European Journal of Pain. 2000 Sep 1;4(3):307-11.
6. Burch F, Fishman R, Messina N, Corser B, Radulescu F, Sarbu A, Craciun-Nicodin MM, Chiriac R, Beaulieu A, Rodrigues J, Beignot-Devalmont P. A comparison of the analgesic efficacy of Tramadol Contramid OAD versus placebo in patients with pain due to osteoarthritis. Journal of pain and Symptom Management. 2007 Sep 30;34(3):328-38.
7. Tjäderborn M, Jönsson AK, Hägg S, Ahlner J. Fatal unintentional intoxications with tramadol during 1995–2005. Forensic science international. 2007 Dec 20;173(2):107-11.
8. Burch F, Fishman R, Messina N, Corser B, Radulescu F, Sarbu A, Craciun-Nicodin MM, Chiriac R, Beaulieu A, Rodrigues J, Beignot-Devalmont P. A comparison of the analgesic efficacy of Tramadol Contramid OAD versus placebo in patients with pain due to osteoarthritis. Journal of pain and Symptom Management. 2007 Sep 30;34(3):328-38.
9. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. Clinical pharmacokinetics. 2004 Nov 1;43 (13):879-923.
10. Marquardt KA, Alsop JA, Albertson TE. Tramadol

[1] Vickerman, [2] Worley & Didiza, [3] Wig,

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 217-226

exposures reported to statewide poison control system. Annals of Pharmacotherapy. 2005 Jun 1;39 (6):1039-44.
11. Flomenbaum NE. Goldfrank's toxicologic emergencies-/[ed. by] Neal E. Flomenbaum...[et al.]. New York, NY, [etc.]: McGraw-Hill; 2006.
12. Abdolgadery, M. Kafee, M. Saberi, A. Aryanpouran, S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) and cognitive behavior therapy (cbt) on decreasing pain, Depression and anxiety of patients with chronic low back pain. (2014): 795-807.
13. Esmaeili K, Sadeghy S, Iranfar S, Abbasi P, Afkary B. The comparison of the effect of music and rhythmic breathing techniques on pain severity of intravenous cannulation during blood transfusion. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2008 Jul 5;12(2). (Persian)
14. Timby BK, Smith NE. Introductory medical-surgical nursing. Lippincott Williams & Wilkins; 2013 Aug 19.
15. Kennedy RM, Luhmann J, Zempsky WT. Clinical implications of unmanaged needle-insertion pain and distress in children. Pediatrics. 2008 Nov 1;122 (Supplement 3):S130-3.
16. Sadeghi TA, Neishaburi M, Soleimani MA, Bahrami NA. The effect of balloon inflating on venous opening pain in children. JQUMS. 2010 Jan 1;14 (3):67-72. (Persian)
17. Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Trzcinka A, Malviya S. The reliability and validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability observational tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. Anesthesia & Analgesia. 2002 Nov 1;95 (5):1224-9.
18. Parvizi F, Alhani F, Aghebati N. The nurses' problems in applying non-pharmacological pain management for children. Iranian Journal of Nursing Research. 2008 Aug 15;3(9):85-92.
19. Hoseinian, S. Tabatabaei, SH. Ravaei, F. Effectiveness of therapy on quality of life in men detoxified addicts, Journal of Clinical Psycology;2014 5(3): 27 - 35.
20. Burgoyne R, Renwick R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. Social Science & Medicine. 2004 Apr 30;58(7):1353-66.
21. Dane B. Thai women: Meditation as a way to cope with AIDS. Journal of Religion and Health. 2000 Mar 1;39(1):5-21.
22. Fitz Patrick, A. F., et al. "Association of mind-body intervention with Qol in HIV positive individuals" Bastry university." (2006).
23. Worley S, Didiza Z, Nomatshila S, Porter S, Makwedini N, Macharia D, Hoos D. Wellness programmes for persons living with HIV/AIDS: experiences from Eastern Cape province, South Africa. Global public health. 2009 Jul 1;4(4):367-85.
24. Stringer P. Exercise enhances life of HIV-positive patients. Web MED Feature. 2006(5).
25. Keller, R. H., Dickerson, J., & Luckett, J. (2004). The importance of nutritional supplementation in patients Infected with HIV/AIDS. VITMMUNE.
26. Ravaei, F (2007), the effect of this supportive psychotherapy treatment on quality of life in HIV-positive patients, master thesis, Al-Zahra University.
27. Abdolgadery, M. Kafee, M. Saberi, A. Aryanpouran, S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) and cognitive behavior therapy (cbt) on decreasing pain, Depression and anxiety of patients with chronic low back pain. (2014): 795-807.
28. Khosravi M, Sadighi S, Sh M, Zendehdel KA. Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. Tehran University of Medical Sciences. 2013 Jan 1;71(1).
29. Vickerman P, Watts C. The impact of an HIV prevention intervention for injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus: model predictions. International Journal of Drug Policy. 2002 Sep 30;13 (3):149-64.
30. Sobhanifard, T (2004), The effect of supportive psychotherapy in reducing mental disorders in women with breast cancer, master thesis, Al-Zahra University.
31. Worley S, Didiza Z, Nomatshila S, Porter S, Makwedini N, Macharia D, Hoos D. Wellness programmes for persons living with HIV/AIDS: experiences from Eastern Cape province, South Africa. Global public health. 2009 Jul 1;4(4):367-85.
32. Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mittal CM, Agarwal SK. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. Indian journal of medical sciences. 2006 Jan 1;60 (1):3.

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۲۶-۲۱۷