

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

ABSTRACT

Alieh Nazemi^{1*}Reza Kazemi²Javad Hashemi³Ali Jesarati⁴

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

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

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

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

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-experimental with (pretest- posttest) control group design. Three equivalent groups (two experimental groups and one control group) were assigned from tramadol drug users which referred 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

اثر بخشی مدیریت درد و روان درمانی حمایتی بر کاهش درد ترک سوء مصرف 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 روان درمانی حمایتی بر کاهش درد ترک سوء مصرف کنندگان ترامادول انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح (پیش آزمون-پس آزمون) با گروه کنترل بود. از میان افراد سوء مصرف کنندگان ترامادول مراجعه کننده مرکز ترک اعتیاد شفا در سال ۱۳۹۳ به طور 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 روان درمانی حمایتی در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. از پرسشنامه درد مک گیل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس Mancova استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد بین نمرات درد در بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی دار مشاهده نشد اما بین دو گروه با گروه کنترل در متغیرهای بالا تفاوت معنی داری وجود داشت. نتایج از تأثیر دو روش درمانی (مدیریت درد و روان درمانی حمایتی) بر کاهش درد حمایت می کند و توجه به این دو روش برای کنترل درد ترک اعتیاد از اهمیت خاصی برخوردار است.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های تحقیق پیشنهاد می گردد در مراکز ترک اعتیاد و جهت کاهش درد معتادان در حال ترک از روش های درمانی مدیریت درد و روان درمانی حمایتی استفاده گردد.

کلید واژه ها: اعتیاد، درد ترک اعتیاد، مدیریت درد، روان درمانی حمایتی

عالیه ناظمی^{۱*}
رضا کاظمی^۲
جواد هاشمی^۳
علی جسارتی^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
^۲ بورد تخصصی (اعصاب و روان) روانپزشک، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی. معاون دانشکده علوم پزشکی
^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی اردبیل.
^۴ کارشناس ارشد نظارت و هدایت طرح های تحقیقاتی دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی اردبیل.

* نویسنده مسئول:

عالیه ناظمی

تلفن: ۰۹۸۱۹۱۹۰۲۰۶۴۲۱ (+۹۸)

پست الکترونیک:

a.nazemi283@gmail.com

مقدمه

این سازمان، در سال ۲۰۰۹ میلادی، ۸۳ درصد بیماران ایرانی که برای ترک اعتیاد به مراکز دولتی ترک اعتیاد مراجعه کرده اند، به مصرف مواد اپیویدی وابسته بوده اند^[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 اپیوئید های مصنوعی می باشد. این دارو که از حدود ۵ سال قبل به شکل رسمی در بازار وارد شده است در حال حاضر به راحتی در دسترس بوده و بدون نسخه در اختیار بیماران قرار می گیرد^[۳].

اعتیاد به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در جوانان شایع شده است که می تواند 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 اپیویدی را در دنیا داشته است. بنا به گزارش

تجربه درد است [۱۲]. انجمن درد امریکا عبارت درد را به عنوان یک تجربه حسی و عاطفی نام برده و آن را پنجمین علامت حیاتی تعریف کرده است و اعلام می دارد هرگاه با جدیتی که سایر علائم کنترل می شوند، درد نیز از نظر کیفی و کمی بررسی شود، در ارائه بهتر درمان های دارویی و غیر دارویی به تیم درمان کمک خواهد کرد [۱۳]. اداره درد مشتمل بر به کارگیری کلیه شیوه هایی است که جهت پیشگیری، کاهش و یا تخفیف درد انجام می شود [۱۴]، که این اقدامات شامل روش های دارویی و غیر دارویی می باشند [۱۵]. مداخلات غیر دارویی شامل فعالیت های آموزش روان درمانی های مثل مدیریت درد و روان درمانی حمایتی است که می تواند درد بیمار را تسکین دهند. این نوع مداخلات، مؤثر، ساده و کم خطر هستند و به زمان خاص و تجهیزات پرهزینه نیاز ندارد. علاوه بر آن، عوارضی که در اثر مصرف دارو ایجاد می شود و در استفاده از روش های غیر دارویی تسکین درد وجود ندارند [۱۶]. همچنین درمان های غیر دارویی فرد اجازه می دهد که در حین درمان، یک نقش فعال را بازی کند، بر احساس قربانی شدن تسلط یابد و احساس تسلط و کنترل بر پاسخ هایش را در آن موقعیت داشته باشد [۱۷]. تعدادی از روش های غیر دارویی مثل انحراف فکر، آرام سازی، تحریکات پوستی و غیره باعث سازش بیشتر با درد می شوند و آن را برای بیمار قابل تحمل می نمایند. از مزایای این روش ها، افزایش اثر داروهای ضد درد می باشد که مقدار دوز مصرفی مورد نیاز دارو را تقلیل می دهد. و نیز این روش ها، ترس و نگرانی از درد را کاهش داده و احساس کنترل در فرد به وجود می آورد [۱۸]. طی سالیان متمادی پزشکان روش های گسترده ای را برای تسکین درد مورداستفاده قرار داده اند. امروزه روش های روان شناختی هم به صورت جداگانه و هم توأم با روش های پزشکی در درمان درد مورداستفاده قرار می گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان های روان شناختی است.

مدیریت درد از دیگر پیشرفت های صورت گرفته در درمان درد است. در سال های اخیر شاهد تغییر وابستگی از تکنیک های دارویی گران قیمت و تکنیک های تهاجمی کنترل درد به سمت روش های شناختی - رفتاری نظیر بیوفیدبک و آرمیدگی بوده ایم. این تغییر تغییر در مسئولیت پذیری 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 یک کاسه کردن همه آنچه درباره تکنولوژی کنترل درد می دانیم ارزشمند است [۱۶]. همچنین پژوهش ها در مورد افراد معتاد نشان می دهد که با توجه به شرایط خاص جسمانی، روانی و

موارد عمده استفاده ترامادول به عنوان مسکن در دردهای متوسط و شدید است. این دارو در حال حاضر به شکل قرص های ایرانی و خارجی ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرم در داروخانه ها در دسترس عموم قرار داشته به سرعت جایگزین مسکن های قدیمی تر شده است [۴]. استفاده از ضد دردهای جدید مثل ترامادول که یک اویپوئید 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 به عنوان 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 به عنوان 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]. در صورتی که این دارو یکی از بیشترین داروهای مخدری است که در سرتاسر دنیا تجویز می شود [۷]. این دارو از خانواده مخدرهای صناعی با اثرات مرکزی است و یک آرام بخش است که جهت درمان دردهای متوسط تا شدید استفاده می شود [۸]. این دارو بر اساس ساختار مولکولی نارسئین^۱ که یکی از آلکالوئیدهای تریاک می باشد، ساخته شده است [۹]، ترامادول آنالوگ ۴-فنیل پپیریدین 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 می آیند. افزایش دوز ترامادول به تنهایی یک حالت تهدیدکننده زندگی نیست و بیشتر مرگ و میر در مسمومیت با ترامادول به دلیل مصرف همزمان با چند دارو و مواد دیگر می باشد [۱۱]. مطالعات و مصاحبه با معتادان گویایی این مسئله است که بیشتر آنان به علت ترس از درد ترک در مرحله سم زدایی به مصرف مواد مخدر ادامه می دهند.

درد عمومی ترین فشار روانی است که انسان با آن روبه رو می شود. هیچ کدام 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، نشان دهنده میزان ناخشنودی فرد از

اجتماعی آن‌ها، نیاز به مراقبت‌های حمایتی بسیار است. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که نیاز به مراقبت‌های بهداشت روانی، یکی از اساسی‌ترین نیازهای جمعیت معتادین می‌باشد [۱۹]. ازجمله بررسی‌های بورگوین و رن ویک^۱ [۲۰]، روان‌درمانی حمایتی^۲ را برای بهبود سلامت جسمانی و روانی معتادین مؤثر می‌دانند. درعین حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روان‌درمانی حمایتی و مداخلات آموزشی می‌تواند کنترل درد افراد بیمار را بهبود بخشد و عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را ارتقاء دهد [۱۹]. درواقع، روان‌درمانی حمایتی بر اساس نظریه روانکاوی به‌منظور کمک به بیمار در جهت مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و یا بیماری‌های جسمی، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این درمان ترکیبی از تکنیک‌های تقویت ایمان و معنویت، دعا، آرام بخشی، خود گوئی عبارات مثبت، تصویرسازی مثبت، آگاه‌سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، تغذیه و ورزش است. بررسی‌های دین^۳ [۲۱]، حاکی از تأثیر آموزش تمرینات آرام بخشی و تقویت افکار مثبت بر سلامت روانی افراد معتاد است. فیتس پاتریک^۴ و همکاران [۲۲] نیز، بر نقش معنویت، دعا و تمرینات آرام بخشی در سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی معتادین تأکید می‌نمایند. وورلی 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^۵ [۲۴] در پژوهش خود در زمینه تأثیر تمرینات ورزشی و کلر^۶ [۲۵] در مطالعه خود در مورد تأثیر تغذیه مناسب، نتیجه‌گیری می‌کنند 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 بررسی‌های روایی [۲۶]، تأثیر مثبت درمان‌های 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 می‌دهد. 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 روان‌درمانی 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 رضایت‌نامه آگاهانه توسط آن‌ها و به شرط عدم برخورداری از معیارهای خروج از مطالعه وارد مطالعه شدند و تا زمان تکمیل حجم نمونه بر اساس بلوک‌های تصادفی قبلی در یکی از گروه‌ها قرار گرفتند. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی قبل از شروع مطالعه، نمونه‌های 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 مورد مطالعه قرار داد. در این پژوهش نیز اثر برخی از متغیرها از قبیل (رعایت همگنی گروه‌ها، رعایت آرامش مکان آزمایش) کنترل شده و توسط درمانگر خنثی گردید.

لازم به ذکر است در ابتدای نمونه‌گیری با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی تعداد نمونه‌های 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 به صورت تصادفی در سه گروه (۱۷ نفر مدیریت درد، ۱۷ روان‌درمانی حمایتی و ۱۷ کنترل) گمارده شدند. و تمامی شرکت کنندگان پرسشنامه مقیاس درد مک گیل را در دو دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. در نهایت با احتساب افت نمونه‌های پژوهش و معیارهای خروج و ورود پرسشنامه ۳۰ نفر از نمونه‌های 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

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 نوروپاتی و غیر نوروپاتی را می‌سنجد 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 نوروپاتی حاکمی از اعتبار و پایایی قابل قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکمی از وجود چهار خرده مقیاس درد، پیوسته، درد نوروپاتی، 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 حیطه‌ها-حسی، عاطفی و نوروپاتی- 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

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 از نظر مدت و شدت درد فراهم نبود. اما به نظر متخصص اعصاب و روان معتادان از لحاظ 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.

الف) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: شرکت‌کنندگان 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.

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

ردیف	برنامه جلسه
	- پیش‌آزمون
جلسه اول	- ارائه مقدمه‌ای از اهمیت و ضرورت آموزش مهارت کنترل درد - 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
جلسه سوم	- بررسی عوامل تأثیرگذار در درد سم‌زدایی روش‌های مختلف کاهش درد - 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
جلسه هفتم	- تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی - جمع‌بندی از مباحثی که در کلاس مطرح شده - پس‌آزمون

ترک، به مصرف ترامادول ادامه می دادند. سایر نتایج در جداول زیر ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار متغیر درد و زیر مؤلفه های آن در سه گروه مدیریت درد، روان درمانی حمایتی و گروه کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ آمده است. و جدول ۴ نشان می دهد که با رعایت پیش فرض برابری واریانس ها ($P < 0.059$)، $2/12$ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون درد در سه گروه آموزش مدیریت درد، روان درمانی حمایتی و کنترل تفاوت وجود دارد ($F = 28/621$, $p < 0.001$) برای بررسی دقیق میانگین گروه ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون درد در گروه ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه روان درمانی حمایتی کمتر از گروه کنترل بوده است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر، گروه مدیریت درد و

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

یافته ها

در ارتباط با مشخصات معنادار نشان داد که تمامی نمونه مورد پژوهش، مرد و میانگین سنی نمونه های پژوهش $34 \pm 6/55$ سال بود، به طوری محدوده سنی معنادار ۲۲ تا ۵۵ سال بود. سابقه اعتیاد نمونه ها 5 ± 9 سال بود. از نظر وضعیت شغلی، اکثریت آن ها (۶۴ درصد) دارای شغل آزاد بودند. از نظر وضعیت تأهل، اکثر واحدهای مورد پژوهش ۶۸ درصد متأهل و بقیه مجرد بودند. و نکته جالب توجه این بود که ۴۰ درصد از نمونه ها به خاطر ترس از درد

جدول ۲: مراحل روان درمانی حمایتی در ۱۰ جلسه

ردیف	برنامه جلسه
جلسه اول	معرفی اعضای گروه، بیان هدف از اجرای درمان، آموزش تعاریف مربوط به مواد مخدر، راه های سرایت، پیشگیری - آموزش باورهای معنوی با بیان جملات و داستان های معنوی و آیات الهی
جلسه دوم	- 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 به منظور کاهش اضطراب و ایجاد آرامش درونی
جلسه چهارم	- بررسی علل احساس گناه و راه های مبارزه با آن - فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه پنجم	- آموزش فنون آرام بخشی و تصویرسازی مثبت به منظور کاهش اضطراب و ایجاد آرامش درونی
جلسه ششم	- بررسی علل احساس گناه و راه های مبارزه با آن - فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه هفتم	- آموزش روش حل مسئله به منظور برخورد صحیح با مسائل زندگی - فرصت برای تخلیه هیجانی برای اعضای گروه
جلسه هشتم	آموزش روش های افزایش اعتماد به نفس و خودباوری با تکیه بر توانمندی ها و تقویت آنان و ترغیب به انجام کارهای مفید روزانه
جلسه نهم	آموزش اهمیت هدفمندی و روش های هدف گذاری
جلسه دهم	بیان خلاصه موضوعات جلسات گذشته و ارائه بازخورد با تکرار عبارات تأکیدی مثبت

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات (شدت درد و مؤلفه های ش - شدت درد حسی، عاطفی و نوروپاتی) در پیش آزمون و پس آزمون و کنترل

متغیر	گروه	میانگین				انحراف استاندارد	
		پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس
مدیریت درد	شدت درد	۴۴/۵	۱۸/۳	۱۴/۷۵	۱۰/۱۰	۱۱/۷۰	۸/۴۵
روان درمانی	شدت درد	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰	۷/۱۵	۱۱/۵۵
حمایتی	شدت درد	۴۸/۳	۲۳/۳۱	۱۵/۱۵	۱۱/۵۵	۱۲/۵۰	۱۲/۵۳
حسی	شدت درد	۴۶/۰۷	۱۲/۴۵	۱۰/۷	۳/۹	۱۲/۷۵	۱۲/۵۳
کنترل	شدت درد	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰	۷/۱۵	۱۱/۵۵
مدیریت درد	شدت درد	۴۴/۵	۱۸/۳	۱۴/۷۵	۱۰/۱۰	۱۱/۷۰	۸/۴۵
روان درمانی	شدت درد	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰	۷/۱۵	۱۱/۵۵
حمایتی	شدت درد	۴۸/۳	۲۳/۳۱	۱۵/۱۵	۱۱/۵۵	۱۲/۵۰	۱۲/۵۳
عاطفی	شدت درد	۴۶/۰۷	۱۲/۴۵	۱۰/۷	۳/۹	۱۲/۷۵	۱۲/۵۳
کنترل	شدت درد	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰	۷/۱۵	۸/۴۵
مدیریت درد	شدت درد	۴۴/۵	۱۸/۳	۱۴/۷۵	۱۰/۱۰	۱۱/۷۰	۸/۴۵
روان درمانی	شدت درد	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰	۷/۱۵	۱۱/۵۵
حمایتی	شدت درد	۴۸/۳	۲۳/۳۱	۱۵/۱۵	۱۱/۵۵	۱۲/۵۰	۱۲/۵۳
نوروپاتی	شدت درد	۴۶/۰۷	۱۲/۴۵	۱۰/۷	۳/۹	۱۲/۷۵	۱۲/۵۳
کنترل	شدت درد	۴۵/۱	۲۸/۵	۱۸/۲	۱۱/۷۰	۷/۱۵	۸/۴۵

جدول ۴: مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون - پیش آزمون درد در سه گروه مدیریت درد، روان درمانی 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	-		

روان درمانی حمایتی نسبت به گروه کنترل بر میزان شدت درد اثربخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پس آزمون پیش آزمون گروه مدیریت درد و روان درمانی حمایتی تفاوت معنی داری به دست نیامد.

بحث و نتیجه گیری

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

جدول ۵ نشان می دهد که با رعایت پیش فرض برابری واریانس برای درد حسی ($f = 2/12, P < 0/059$ ، آزمون لوین)، عاطفی ($f = 2/12, P < 0/059$ ، آزمون لوین) و رعایت پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس ($P < 0/148$ ، $f = 1/42$ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات (پیش آزمون - پس آزمون) درد حسی، درد عاطفی و درد نوروپاتیک در سه گروه مدیریت درد، روان درمانی حمایتی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$; $F = 6/904$ ؛ لامبدای ویلکر). برای اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در گروه مدیریت درد نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه رفتار درمانی شناختی کمتر از گروه کنترل بوده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، مدیریت درد و رفتار درمانی شناختی بر میزان درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک اثربخش بوده است. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش

جدول ۵: مقایسه تفاوت نمرات پس آزمون - پیش آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک در سه گروه آموزش مدیریت درد، روان درمانی حمایتی و کنترل

متغیر مستقل	متغیر وابسته	SS	df	MS	f	p	اندازه اثر
گروه	شدت درد حسی	۶۰۰۰/۰۸	۲	۳۰۰۰/۰۰	۱۹/۶۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
	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
خطا	شدت درد حسی	۴۱۲۶/۲۰۰	۲۷				
	شدت درد عاطفی	۴۱۸۱/۵۰۰	۲۷				
	شدت درد نوروپاتیک	۲۷۸۷/۳۰۰	۲۷				
کل	شدت درد حسی	۱۸۱۸۹/۰	۳۰				
	شدت درد عاطفی	۲۰۹۴۰/۰	۳۰				
	شدت درد نوروپاتیک	۱۰۸۹۰/۰	۳۰				

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 توسعه 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. In *Sixth 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

از پژوهشگران مانند ویکرمن^۱ [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 می‌دهد که روان درمانی 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 دیدازا^۲ [۳۱] نیز در زمینه تأثیر مثبت اندیشی در میان معتادان به نتایج خوبی دست یافته‌اند. درواقع مواجهه 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 می‌توان از جمله اقدامات مثبت جهت بهبود سلامت جسمانی و روانی 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^۳ 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 روان درمانی 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 آگاهی‌های لازم در زمینه اعتیاد و حمایت و همدلی از آن‌ها شیوه‌های مناسب

- 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 Psychology*; 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.

