

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 Kazemi²

Javad Hashemi³

Ali 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 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 مک‌گیل 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^{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 بوردر تخصص (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 طرح‌های تحقیقاتی دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی اردبیل.

* نویسنده مسئول:

عالیه ناظمی
تلفن: ۰۲۰۶۴۲۱۹۱۹۰۲ (+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 کرده‌اند، به مصرف مواد اپیویدی وابسته بوده‌اند^[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 پوئیدهای 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].

اعتیاد به‌عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به‌ویژه در جوانان شایع شده است که می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند نابودی دارایی‌های 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 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 به کارگیری کلیه شیوه‌هایی است که جهت پیشگیری، کاهش و یا تخفیف درد انجام می‌شود [۱۴]. که این اقدامات شامل روش‌های دارویی و غیر دارویی می‌باشند [۱۵]. مداخلات غیر دارویی شامل فعالیت‌های آموزش روان‌درمانی‌های مثل مدیریت درد و روان‌درمانی حمایتی است که می‌تواند 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 درمان‌های 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 قابل تحمل می‌نمایند. از مزایای این روش‌ها، افزایش اثر داروهای ضد درد می‌باشد که مقدار دوز مصرفی مورد نیاز دارو را تقلیل می‌دهد. و نیز این روش‌ها، ترس و نگرانی از درد را کاهش داده و احساس کنترل در فرد به وجود می‌آورد [۱۸]. طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورداستفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم توأم با روش‌های پزشکی در درمان درد مورداستفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های روان‌شناختی است.

مدیریت درد از دیگر پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان درد است. در سال‌های اخیر شاهد تغییر وابستگی از تکنیک‌های دارویی گران‌قیمت و تکنیک‌های تهاجمی کنترل درد به سمت روش‌های شناختی - رفتاری نظیر بیوفیدبک و آرمیدگی بوده ایم. 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 پژوهش‌های مربوط به احساس خودکارآمدی نیز این مطلب را تأیید می‌کند. تدوین برنامه‌های 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

موارد عمده استفاده ترامادول به عنوان 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 مسکن‌های قدیمی‌تر شده است [۴]. استفاده از ضد دردهای جدید مثل ترامادول که یک اویپوئید سنتتیک با اثرات مرکزی می‌باشد 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 می‌گیرد. 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 می‌رسید 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 اویپوئیدها نبود [۶]. در صورتی که این دارو یکی از بیشترین داروهای مخدري 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 می‌شود [۸]. این دارو بر اساس ساختار مولکولی نارسین^۱ که یکی از آلکالوئیدهای تریاک می‌باشد، ساخته شده است [۹]. ترامادول آنالوگ ۴-فنیل پیریدین کدئین است [۱۰]. مصرف این دارو در کل آثار شبیه به مواد مخدر دارد. بیشتر موارد مسمومیت با ترامادول، عمدی می‌باشد و به علت مصرف دوز بالای آن به وجود می‌آیند. 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 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. هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند، تجربه درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد، بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن، نشان‌دهنده میزان ناخشنودی فرد از

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. به منظور 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 شرکت‌کنندگان پرسشنامه مقیاس درد مک‌گیل 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

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]. از جمله بررسی بورگوین و رن ویک^۱ [۲۰]، روان‌درمانی حمایتی^۲ را برای بهبود سلامت جسمانی و روانی معتادین مؤثر می‌داند. در عین 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]. در واقع، روان‌درمانی حمایتی بر اساس نظریه روانکاوی به منظور 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، آرام‌بخشی، خود‌گویی 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 آرام‌بخشی و تقویت افکار مثبت بر سلامت روانی افراد معتاد است. فیتس پاتریک^۴ و همکاران [۲۲] نیز، بر نقش معنویت، دعا و تمرینات آرام‌بخشی در سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی معتادین تأکید می‌نمایند. و ورلی و دیدازا [۲۳] هم، در بررسی خود به تأثیر برنامه‌های مثبت‌اندیشی 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، آگاهی‌بخشی، تقویت افکار مثبت و ایجاد خودباوری را در بهبود سلامت و کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ‌آی‌وی 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

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
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> - پیش‌آزمون - 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	<ul style="list-style-type: none"> - معرفی مراحل مهارت مدیریت درد - راهکارهای ذهنی و عقلانی جهت کنار آیی با درد - تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی عوامل تأثیرگذار در درد سم‌زدایی روش‌های مختلف کاهش درد - نمایش فیلم روش‌های کاهش درد - تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای تکنیک تن آرامی یا ریلکسیشن روی اعضای گروه آزمایش و آموزش روش به اعضای گروه
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
جلسه ششم	<ul style="list-style-type: none"> - کار بر روی روش آرام‌سازی تدریجی، تمرین و تکرار آن و حصول اطمینان از رفع تمامی ابهامات بیماران و کسب مهارت در به‌کارگیری این روش
جلسه هفتم	<ul style="list-style-type: none"> - تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی - تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی - جمع‌بندی از مباحثی که در کلاس مطرح شده - پس‌آزمون

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 ($P < 0.05$)، $2/12$ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون درد در سه گروه آموزش مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی و کنترل تفاوت وجود دارد ($F = 28/621, p < 0.001$) 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 ($P < 0.001$). به عبارت دیگر، گروه مدیریت درد و

واقعیت بیماری و محدودیت آن، پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، توانمندسازی فرد برای سازگاری بیشتر با شرایط می‌باشد. همچنین از اصول کلی که در این برنامه درمانی مطرح می‌شوند، مواردی چون: آگاه‌سازی، اطمینان بخشی، هدایت یا راهنمایی، تلقین، تشویق، فرصت برای تخلیه هیجانی و تغییر در محیط پیرامون بیمار را در بر می‌گیرد که بر اساس برنامه‌های روان‌درمانی 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 $34 \pm 6/55$ سال بود، به طوری محدود سنی معتادان ۲۲ تا ۵۵ سال بود. سابقه اعتیاد نمونه‌ها 5 ± 9 سال بود. از نظر وضعیت شغلی، اکثریت آن‌ها (۶۴ درصد) دارای شغل آزاد بودند. از نظر 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

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 - آموزش باورهای معنوی با بیان جملات و داستان‌های 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 راه‌های 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 راه‌های 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 روش‌های افزایش اعتماد به نفس و خودباوری با تکیه بر توانمندی‌ها و تقویت آنان و ترغیب به انجام کارهای مفید روزانه
جلسه نهم	آموزش اهمیت هدفمندی و روش‌های هدف‌گذاری
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 مؤلفه‌هایش - شدت درد حسی، عاطفی و نوروپاتیک) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و کنترل

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

جدول ۴: 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	-		

آزمون - پس‌آزمون درد آگاهی و حسی، عاطفی و نوروپاتییک 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 از لحاظ 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 تزیقی 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

روان‌درمانی حمایتی نسبت به گروه کنترل بر میزان شدت درد اثربخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پس‌آزمون 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 ($f = 2/12, P < 0/059$ ، آزمون لوین)، عاطفی ($f = 2/12, P < 0/059$ ، آزمون لوین) آزمون لوین) آزمون لوین و رعایت پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس ($P < 0/148$ ، $f = 1/42$ آزمون لوین) بین میانگین تفاضل نمرات (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) درد حسی، درد عاطفی و درد نوروپاتییک در سه گروه مدیریت درد، روان‌درمانی حمایتی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$; $F = 6/904$ ؛ لامبدای ویلکر). برای اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتییک در گروه مدیریت درد نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه رفتاردرمانی شناختی کمتر از گروه کنترل بوده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، مدیریت درد و رفتاردرمانی شناختی بر میزان درد حسی، عاطفی و نوروپاتییک اثربخش بوده است. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش

جدول ۵: مقایسه تفاوت نمرات پس‌آزمون - پیش‌آزمون درد حسی، عاطفی و نوروپاتییک در سه گروه آموزش مدیریت درد، روان‌درمانی 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 نوروپاتییک	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 نوروپاتییک	۲۷۸۷/۳۰۰	۲۷				
کل	شدت درد حسی	۱۸۱۸۹/۰	۳۰				
	شدت درد عاطفی	۲۰۹۴۰/۰	۳۰				
	شدت درد نوروپاتییک	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 روان‌درمانی حمایتی و حمایت اجتماعی بر اصلاح رفتار معتادین تأکید می‌کنند. درواقع پژوهش‌های گذشته هم نشان می‌دهد که روان‌درمانی 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 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 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 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 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. Esmacili 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.

