تأثیر خود هیپنوتیزمی بر شدت و کیفیت درد در زنان مبتلا به اسکلروز مولتیپل: کارازمایی بالینی تصادفی شده

فریبا حسین‌زادگان[1]، مولود رادفر[2*]، علیرضا شفیعی کندجانی[3]، ناصر شیخی[4]

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۲/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹٤/۰۳/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: درد ازجمله تظاهرات بالینی شایع و ناخوشایند اسکلروز مولتیپل (اماس) هست. یکی از رویکردهای روانشناختی مؤثر در این زمینه هیپنوتیزم است. هیپنوز شیوه‌ای مطمئن، مؤثر و غیرتهاجمی است که در بهبود هر دو بعد حسی و عاطفی درد مؤثر هست. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر خود هیپنوتیزمی بر میزان درد بیماران مبتلا به اماس با بررسی شدت و کیفیت درد این بیماران، انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه کارازمایی بالینی در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، بر روی ۶۰ نفر از بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28)، مقیاس هیپنوتیزم پذیری استنفورد (SHSS)، مقیاس عددی درد (جهت بررسی شدت درد)، پرسشنامه کوتاه درد مک گیل (بررسی کیفیت درد) و فرم ثبت مسکن بود. نمونه‌ها بعد از ارزیابی‌های اولیه با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. آموزش خود هیپنوتیزمی به گروه مداخله طی ۶ جلسه داده شد، برای گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت، سپس نتایج شدت و کیفیت درد و میزان مصرف مسکن طی این مدت و یک ماه بعد از مداخله موردبررسی قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری تی مستقل و زوجی تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: خود هیپنوتیزمی بر کاهش شدت درد و بهبود کیفیت درد بیماران اماس در گروه مداخله تأثیر معناداری داشت ($P<0/05$) به‌طوری‌که میانگین شدت درد گروه مداخله از ۱/۰۱±۵/۶۳ به ۱/۰۷±۲/۷۰ و کیفیت درد از ۰/۴۷±۱/۵۰ به ۰/۲۹±۰/۹۳ کاهش یافت. چهار هفته بعد از مداخله نیز این اثر باقی بود ($P<0/05$). میزان مصرف مسکن نیز روند رو به کاهشی نشان داد. تغییرات در گروه کنترل معنادار نبود ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از خود هیپنوتیزمی در کاهش شدت و بهبود کیفیت درد زنان مبتلا به اماس مؤثر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، هیپنوتیزم، خود هیپنوتیزمی، درد

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ٦٩، تیر ١٣٩٤، ص ٣٠١-٢٩٢

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن:۳-۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱
Email: mradfar1343@gmail.com

مقدمه

اسکلروز مولتیپل (ام اس) بیماری خود ایمنی مزمن و پیشرونده‌ای است که منجر به تخریب سیستم اعصاب مرکزی و ناتوانی طولانی مدت می‌شود(۱). این بیماری در زنان سه برابر بیشتر از مردان بوده و میانگین سنی ۳۰ سال را بیشتر درگیر می‌سازد(۲،۳). طبق مطالعات انجام یافته ۱۱-۱/۵ نفر از هر صد هزار نفر از بیماری‌ام اس رنج می برندکه این میزان طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی(۲۰۰۸) در ایران، ۵-۴ نفر به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد(۴). با توجه به گسترش سریع ام اس، آخرین تحقیقات در سال ۲۰۱۰ در شهر اصفهان، که بالاترین میزان بروز را در بین شهرهای ایران داراست، میزان شیوع ۷۳/۳ و بروز ۹/۱ نفر به ازای هر صد هزار نفر اعلام کرده است، که میزان قابل تأملی می‌باشد(۵). علایم ام اس بسیار زیاد بوده و به شدت تخریب و ناحیه درگیر در سیستم عصبی بستگی دارد(۶). از علایم ام اس می‌توان به درد، اسپاسم، ضعف، بی حسی، لرزش و فقدان تعادل، خستگی، اختلالات ادراری و جنسی اشاره کرد(۷).درد از جمله شایع‌ترین و آزاردهنده‌ترین عوارض بیماری‌ها به شمار می‌رود و بیش از علایم و نشانه‌های دیگر، بیمار را به مراکز پزشکی می‌کشاند (۸).

[1] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
[2] دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)
[3] استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی بالینی، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
[4] کارشناس آمار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

در بیماران اماس نیز درد نشانه‌های شایع بوده و در حدود ۸۰-۴۴ درصد از بیماران را متأثر می‌سازد. از میان علائم اماس، درد، بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه و فعالیت‌های حرکتی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). درد این بیماران اغلب ماهیت مزمن، شدید و پیشرونده دارد(۱۰). درمان مناسب درد از ابعاد مختلفی دارای اهمیت می‌باشد اولاً به دلیل اینکه درمان ناکافی و نامناسب درد می‌تواند منبعی از استرس و ناراحتی برای بیمار باشد (۱۱)، ثانیاً درمان ناکافی درد می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد سیستم ایمنی و قلبی عروقی بیمار گردد (۱۲)، ثالثاً شواهدی مبنی بر اینکه مدیریت مناسب درد منجر به تسهیل بهبودی و بازتوانی طولانی مدت در فرد می‌شود، وجود دارد و در نهایت شواهد نشان می‌دهد، درمان درد حاد منجر به کاهش قابل توجهی در هزینه های پزشکی بیمار می‌گردد (۱۳). جهت تسکین درد این بیماران، روش های مختلف دارویی و غیر دارویی به کار برده می‌شود. دارو های مسکن به کار گرفته شده (مخدرها، عوامل ضد التهاب غیر استروئیدی) علاوه بر تحمیل هزینه های فراوان به بیماران، عوارض گوارشی، تنفسی و قلبی عروقی به همراه دارند. در کنار دارو های مسکن، از روش های مختلف دیگری مانند فیزیوتراپی، فعالیت های فیزیکی، درمان های مشاوره ای، داروهای ضد افسردگی استفاده می‌شود (۱۵،۱۴). پیچیدگی تجربه درد باعث ایجاد تلفیقی از رویکردهای پزشکی-روانشناختی شده است که یکی از رویکردهای روانشناختی که در تلفیق با رویکردهای پزشکی مورد توجه متخصصان در این زمینه می‌باشد، هیپنوتیزم است. هیپنوز شیوه‌ای مطمئن، مؤثر و غیرتهاجمی است که در بهبود هر دو بعد حسی و عاطفی درد مؤثر می‌باشد(۱۶). هیپنوتیزم، وضعیت تغییر یافته هوشیاری است که با مؤلفه های افزایش تمرکز(جذبه)، انفکاک از محرک های محیطی و افزایش تلقین پذیری صورت می‌گیرد(۱۷). محدوده دردهایی که توسط هیپنوتیزم به طور مؤثر درمان می‌شوند بسیار گسترده بوده و مطالعات مختلف مفید بودن این روش را در درمان درد های حاد و مزمن مختلف بیان می‌نمایند(۱۸). مطالعه ای متاانالیز در سال ۲۰۰۰ میلادی که توسط مونتوگومری[1] و همکارانش بر روی ۱۸ مطالعه و پژوهش بالینی در خصوص تأثیر هیپنوتیزم بر درد، انجام یافته بود، میزان تأثیر هیپنوز بر درد را ۰/۷۱ بیان نموده است(۱۹). در زمینه‌ی تأثیر هیپنوز در بهبود درد بیماران، بایستی تلقینات و تصویرسازی های هیپنوتیزمی به طور مکرر در طی روز القا شود تا مؤثر واقع گردد و با توجه به اینکه این امر جهت درمانگر مقدور نیست، به کار گیری روش خود هیپنوتیزمی ضروری می‌باشد(۱۷). خود هیپنوتیزمی حالتی از آرامش عمیق است که توسط خود فرد ایجاد می‌شود که طی آن ناخودآگاه فرد در دسترس قرار می‌گیرد و میزان پذیرش ذهن در این وضعیت به حدی بالا می‌رود که فرد می‌تواند تغییرات لازم را به صورت پایدار در ذهن خود ایجاد نماید. خود هیپنوتیزمی با توجه به دارا بودن امکانات درمانی فوق العاده و اثر تقویتی بر نیروهای ذهنی، از مؤثرترین و کاربردی‌ترین روش‌ها به شمار می‌رود خوشبختانه تقریباً تمامی افراد می‌توانند استفاده از این روش را آموخته و از فواید بی شمار آن بهرمند گردند (۲۰). مطالعات مختلف در زمینه خود هیپنوتیزمی نشان می‌دهد که نه تنها باعث کاهش درد و اضطراب در بیماران می‌گردد بلکه در بسیاری از اقدامات تهاجمی پزشکی از کاهش اشباع اکسیژن و بی ثباتی همودینامیکی ممانعت به عمل می‌آورد (۲۱). درد پنجمین و جز شایع‌ترین علایم بالینی است که پرستاران با آن روبرو می‌باشند (۲۲). از نظر بالینی، در مراقبت از بیمار دردمند، پرستار نقش منحصر به فردی را ایفا می‌نماید زیرا پرستاران نسبت به سایر پرسنل درمانی، بیشترین زمان را با بیماران می‌گذرانند (۲۳) از میان تکنیک های مختلف، پرستاران می‌توانند با استفاده از آموزش روش خود هیپنوتیزمی، در تسکین درد این بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر باشند. علیرغم مزایای استفاده از خودهیپنوتیزمی که شامل آموزش راحت، صرفه جویی در هزینه‌ها، عدم نیاز به تجهیزات ویژه و امکان اجرای آسان توسط بیماران می‌باشد، این روش چندان مورد توجه قرار نگرفته و مطالعه ای در این زمینه در ایران انجام نیافته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر خود هیپنوتیزم بر میزان درد بیماران اماس با بررسی شدت و کیفیت درد این بیماران، انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کار آزمایی بالینی از نوع پیش و پس آزمون بود که بر روی ۶۰ زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، عضو انجمن اماس شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳ انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، برآورد گردید. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28[2])، مقیاس عددی درد (NRS[3])، پرسشنامه کوتاه درد مک گیل، مقیاس هیپنوتیزم پذیری استنفورد (SHSS[4])، فرم ثبت مسکن و مصاحبه تلفنی می‌باشد.

[1] montogomery

[2] General Health Questionnaire
[3] Numerical Rating Scale
[4] Stanford Hypnotic Susceptibility Scale

پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل اطلاعات فردی و اطلاعات بیماری نمونه‌ها می‌باشد، ابزاری محقق ساخته است که در اختیار واحد های پژوهش قرار گرفت. جهت بررسی وضعیت روانی بیمار، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده گردید، این ابزار شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۸ سؤال می باشدوهر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است که مربوط به علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است، در نمره گذاری این ابزار از روش لیکرت استفاده شده است. نمره بیشتر موید سلامت عمومی کمتر است و نمره برش ۲۳ افراد مشکل دار را تشخیص می‌دهد. در مطالعه ابراهیمی و همکاران، ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد که نتایج نشان دهنده‌ی معتبر بودن این ابزار می‌باشد(۲۴). جهت سنجش میزان و کیفیت درد بیمار، مقیاس عددی درد که بیمار شدت درد خود را با اعداد صفر تا ۱۰ مشخص می‌کند، صفر نشان دهنده، بی دردی و ۱۰ نشان دهنده، بیشترین شدت درد احساس شده توسط بیمار و در محدوده های صفر تا ۳ "درد خفیف"،۶-۴ "درد متوسط" و ۱۰-۷ "درد شدید"توصیف می‌شود. مقیاس عددی درد، یک مقیاس استاندارد و معتبر برای بررسی درد می‌باشد(۲۵). پرسشنامه درد مک گیل[1]که معتبرترین ابزار سنجش درد است و برای دردهای حاد و مزمن استفاده می‌شود که در این مطالعه فرم کوتاه و تعدیل شده این ابزار جهت بررسی کیفیت درد، استفاده شد. پرسشنامه مختصری است که شامل پانزده کلمه می‌باشد و ابعاد حسی و عاطفی درد سنجیده می‌شود. واژه‌ها از ۰ تا ۳ نمره دهی می‌شوند به این صورت که اصلاً با نمره صفر، خفیف با نمره یک، متوسط با نمره دو و شدید با نمره سه، تفسیر می‌شوند. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه انجام یافته توسط ابراهیمی و همکاران در سال ۱۳۹۱ در ارومیه، از طریق روایی محتوا و پایایی آن به روش آزمون مجدد با ضریب اعتماد ۰/۹۹ مورد تأیید قرار گرفته است(۲۸-۲۶). جهت بررسی میزان هیپنوتیزم پذیری افراد، مقیاس هیپنوتیزم پذیری استنفورد استفاده گردید. مقیاس هیپنوتیزم پذیری استنفورد، مقیاس استانداردی است که در اصل میزان تطابق رفتاری و تلقین پذیری را در افراد اندازه می‌گیرد. فرم اصلی آن حاوی ۲۰ و فرم کوتاه آن شامل ۱۲ سؤال می‌باشد(۲۹).در این مطالعه فرم کوتاه این ابزار استفاده گردید. نمره کل مابین ۱۲ و۶۰ قرار می‌گیرد، کسب نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان دهنده میزان هیپنوتیزم پذیری بالا می‌باشد. نمره میزان هیپنوتیزم پذیری این پرسشنامه در ۳ محدوده‌ی ۲۴-۱۲ کم، ۴۸-۲۴ متوسط و ۶۰-۴۸ بالا، طبقه بندی می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر نمونه‌ها با کسب نمره هیپنوتیزم پذیری بالای ۲۴ وارد مطالعه شدند. با توجه به عدم تعیین روایی و پایایی این ابزار در مطالعات انجام یافته در ایران، فرم کوتاه آن ابتدا ترجمه و سپس مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده شده و سپس روایی ابزار با روش روایی محتوایی تعیین گردید، بدین صورت که ابزار مورد استفاده به هشت نفر از اساتید مجرب در زمینه هیپنوتراپی داده شد تا در مورد روایی محتوای ابزار هیپنوتیزم پذیری استنفورد قضاوت نمایند. سپس نتایج گزارش شده توسط اساتید، جمع‌آوری و بررسی گردید و با توجه به اینکه تمامی نظرات مثبت بود، روایی محتوایی ابزار تأیید گردید. برای تعیین پایایی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی محاسبه گردید که نتیجه آن (r =۰/۸۱) به دست آمد. جهت اجرای پژوهش، در مرحله اول پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره umsu.rec 1392.02 و گرفتن معرفی نامه به انجمن اماس شهر ارومیه مراجعه نمود. پس از مراجعه به مرکز مربوطه و هماهنگی لازم با مسئولین انجمن با توجه به معیارهای ورود و خروج، نمونه‌هایی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، برگزیده شدند. معیار های ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی‌اماس توسط پزشک متخصص نورولوژیست و عضویت بیمار در انجمن اماس شهر ارومیه، زنان سنین بین ۵۰-۱۸ سال، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، احساس درد حداقل در یکی از نواحی بدن خود (نمره درد حداقل ۴ از ۱۰ باشد).تمایل به شرکت در مطالعه، کسب نمره هیپنوتیزم پذیری ۲۴ و بالاتر از مقیاس هیپنوتیزم پذیری استنفورد و معیارهای خروج از مطالعه شامل، کسب نمره بالاتر از ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، هرگونه علائمی از سایکوز، افکار خودکشی در ۶ ماه گذشته، سومصرف مواد، اختلالات شخصیتی، اختلالات شناختی، سابقه بیماری صرع که در پرونده پزشکی بیمار ذکر شده باشد. در ابتدا بیماران واجد شرایط، جهت بررسی وضعیت روانی و بررسی میزان هیپنوتیزم پذیری و همچنین شدت و کیفیت دردشان مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران اماسی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند.سپس به صورت تصادفی (با استفاده از جدول اعداد) به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص گردیدند. بعد از اخذ رضایت نامه کتبی اگاهانه از افراد واجد شرایط، فرم اطلاعات جمعیت شناختی تکمیل گردید.

آموزش خود هیپنوتیزمی طی ۶ جلسه (یک ونیم ماه) به صورت انفرادی به نمونه‌ها با فاصله یک هفته بین جلسات صورت گرفت. لازم به ذکر می‌باشد که پژوهشگر عضو انجمن هیپنوتیزم بالینی ایران بوده و گواهی انجام هیپنوز را دارا می‌باشد. القای

[1] Mc Gill

هیپنوتیزم با روش تن آرامی پیشرونده عضلانی شروع و سپس تلقینات مناسب (جهت کنترل درد و ایجاد آرامش و افزایش اعتماد به نفس) در جلسات مختلف داده شد. از تلقینات ارائه شده طی جلسات مختلف جهت کاهش درد می‌توان به ایجاد تجسم‌ها و تخیلات آرام بخش و خوشایند، کاهش تدریجی درد با شمارش اعداد، تحریف زمانی، تکنیک سرگردانی و سردرگمی، تغییر مکان درد، فراموشی درد و گسترش بی حسی اشاره نمود. از گروه مداخله خواسته شد علاوه بر دریافت درمان‌های دارویی رایج اماس حداقل روزی ده بار (در صورت تمایل به دفعات بیشتر) خود هیپنوتیزمی را در منزل انجام دهند(۳۰). گروه کنترل فقط درمان‌های دارویی رایج اماس را دریافت نمودند. برای گروه مداخله،۲ روز از ۷ روز هفته طی مصاحبه تلفنی، تعداد دفعات انجام خود هیپنوتیزمی و تأثیر آن بر میزان و کیفیت دردشان پرسیده شد و برای گروه کنترل طی مصاحبه تلفنی میزان و کیفیت دردشان سؤال شد. به بیماران هر دو گروه برگه های حاوی مقیاس عددی درد و فرم تعدیل و کوتاه شده درد مک گیل، داده شد که در آن گروه کنترل هر ۲۴ ساعت یکبار، شدت و کیفیت درد همان لحظه و گروه مداخله علاوه بر هر ۲۴ ساعت، قبل از شروع خودهیپنوتیزمی و یک بار هم در پایان آخرین خودهیپنوتیزمی، شدت و کیفیت درد خود را علامت بزنند. بیماران هر دو گروه آموزش دیدند که در صورت دریافت هر نوع مسکنی در طول این دوره، در فرم های مخصوصی که در اختیارشان قرار گرفت ثبت نمایند. در پایان هر هفته پرسش نامه های درد مک گیل، فرم های مقیاس عددی درد و فرم های ثبت مسکن جمع‌آوری گردید. پس از اتمام جلسات آموزش و مداخله محقق، به مدت ۱ ماه روند اجرای خود هیپنوتیزمی توسط نمونه‌ها، از طریق مصاحبه تلفنی هر هفته یکبار پیگیری شد. پس از مدت تعیین شده(یک ماه) محقق مجدداً میزان و کیفیت درد نمونه‌ها را برررسی نمود.

داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار آماری spss مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. از آزمون آماری تی (زوجی و مستقل) برای مقایسه میانگین های دو گروه استفاده گردید، سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ >Pدر نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد در گروه مداخله (۸±۳۳/۵۵) و در گروه کنترل (۷/۸±۳۳/۴) بود. در نمونه های مورد مطالعه، ۵۵ درصد متأهل و ۵۸/۳ درصد خانه دار با تحصیلات دیپلم و بالاتر (۶۸/۳ درصد) بودند. در بررسی سطح سلامت روان، نتایج به دست آمده بدین صورت بود که میانگین در گروه مداخله (۲/۸۸±۲۱) و در گروه کنترل (۲/۶۳±۲۰/۹) بود. نتایج آزمونتی مستقل نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ سطح سلامت روان، تفاوت معنادار آماری وجود ندارد (p=۰/۹۶۳) و همچنین از نظر میزان هیپنوتیزم پذیری در گروه مداخله (۵/۸۳±۴۰/۹) و گروه کنترل (۶/۷۴±۳۷/۹) بود که می‌توان گفت اکثر نمونه‌ها هیپنوتیزم پذیری در حد متوسط داشتند و بین دو گروه از نظر میزان هیپنوتیزم‌پذیری، تفاوت معنادار آماری وجود نداشت (p=۰/۰۷۰). رایج‌ترین داروی مورد مصرف جهت درمان اماس در نمونه‌ها، اینترفرون بود که ۳۹ نفر (۶۵ درصد) استفاده می‌نمودند. از مسکن های مورد استفاده جهت کنترل درد، استامینوفن و ژلوفن با آمار مشابه (۱۶/۷ درصد) بیشترین مصرف را داشتند. شایع‌ترین نواحی احساس درد در نمونه‌ها دست‌ها (۳۶/۷ درصد) و پاها (۳۵ درصد) بودند. از میان اقدامات کاهش درد مانند استراحت، ماساژ، استفاده از گرما، طب گیاهی، موزیک درمانی و ....، استراحت با فراوانی ۶۱/۷ درصد، بیشترین فراوانی را داشت. نتایج آزمون آماری تی مستقل حاکی از همسان بودن دو گروه، قبل از مداخله از نظر شدت و کیفیت درد و همچنین اطلاعات فردی و بیماری بیماران داشت. نتایج آزمون آماری تی زوج، بیانگر آن بود که در مقایسه درون گروهی گروه مداخله که از روش خود هیپنوتیزمی جهت تسکین دردشان استفاده نمودند، میانگین میزان درد گروه مداخله که (۱/۰۱±۵/۶۳) یعنی در حد متوسط بود، بعد از اجرای مداخله به (۱/۰۷±۲/۷۰) در حد خفیف، کاهش یافته است که این اختلاف از نظر آماری معنادار می‌باشد (p=۰/۰۰۰). همچنین در مقایسه درون گروهی گروه کنترل، میانگین میزان درد که قبل از مداخله (۱/۲۴±۵/۵۰) بود بعد از مداخله به (۱/۱۹±۵/۴۲) رسیده بود که در این مورد آزمون آماری تی زوجی، اختلاف معناداری را نشان نداد (p=۰/۲۶). نتایج آزمون آماری تی زوجی در مورد کیفیت درد بیماران نیز نشان داد که در گروه مداخله میانگین کیفیت درد (۰/۴۷±۱/۵۰) بود بعد از اجرای مداخله به (۰/۲۹±۰/۹۳) تغییر یافته است که این اختلاف از نظر آماری معنادار می‌باشد (p=۰/۰۰۰) و همچنین در گروه کنترل، میانگین کیفیت درد از (۰/۵۳+۱/۳۰) به (۰/۵۲+۱/۲۶) تغییر یافته است که این اختلاف از نظر آماری معنادار می‌باشد (p=۰/۰۳۵). چهار هفته بعد از مداخله نیز این اثر باقی بود به‌طوری‌که نتایج آمونتی در بررسی شدت درد (p=۰/۹۲) و کیفیت درد (p=۰/۰۷)، تفاوت معناداری نشان نداد. در بررسی میزان مصرف مسکن در نمونه‌ها نتایج آزمون بای نومینال نشان می‌دهد که میزان مصرف مسکن کاهش یافته است و در ادامه، نتایج آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد که با توجه به روند تقریباً ثابت مصرف

مسکن در نمونه های مورد مطالعه، کـاهش شـدت و کیفیـت درد بیماران در گروه مداخله ناشی از خود هیپنوتیزمی می‌باشد.

جدول (۱): مشخصات فردی و بیماری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS شهر ارومیه در دو گروه مداخله و کنترل– سال ۱۳۹۳

متغیر		مداخله		کنترل		p-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۲۳/۳	۱۲	۴۰	۰/۴۶۲
	متأهل	۱۹	۶۳/۳	۱۴	۴۶/۷	
	بیوه	۱	۳/۳	۱	۳/۳	
	مطلقه	۳	۱۰	۳	۱۰	
بیماری های همراه	میگرن	۴	۲۸/۶	۲	۲۰	۰/۸۰۹
	دیسک کمر یا گردن	۳	۲۱/۴	۳	۳۰	
	کولیت	۲	۱۴/۳	۱	۱۰	
	غیره	۵	۳۵/۷	۴	۴۰	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۰	۳۳/۳	۹	۳۰	۰/۷۸۶
	دیپلم و بالاتر	۲۰	۶۶/۷	۲۱	۷۰	
اشتغال	بیکار	۴	۱۳/۳	۱۰	۳۳/۳	۰/۱۶۶
	خانه دار	۲۰	۶۶/۷	۱۵	۵۰	
	شاغل	۶	۲۰	۵	۱۶/۷	
داروهای مصرفی	اینترفرون	۱۹	۶۳/۳	۲۰	۶۶/۷	۰/۷۴۹
	گاباپنتین	۳	۱۰	۳	۱۰	
	باکلوفن	۲	۶/۷	۲	۶/۷	
	غیره	۶	۲۰	۵	۱۶/۷	
نواحی احساس درد	دست	۱۲	۴۰	۱۰	۳۳/۳	۰/۰۳۵
	پا	۱۳	۴۳/۳	۸	۲۶/۷	
	گردن	۴	۱۳/۳	۴	۱۳/۳	
	کمر	۰	۰	۲	۶/۷	
	سر	۱	۳/۳	۶	۲۰	
اقدامات کاهش درد	استراحت	۱۶	۵۹/۳	۲۱	۸۰/۸	۰/۰۴۴
	ماساژ	۳	۱۱/۱	۲	۷/۷	
	استفاده ازگرما	۴	۱۴/۸	۳	۱۱/۵	
	غیره	۴	۱۴/۸	۰	۰	
داروی مسکن مصرفی	استامینوفن	۳	۲۳/۱	۷	۴۱/۲	۰/۲۳۰
	دیکلوفناک	۳	۲۳/۱	۴	۲۳/۵	
	ژلوفن	۵	۳۸/۵	۵	۲۹/۴	
	غیره	۲	۱۵/۴	۱	۵/۹	

جدول (۲): مقایسه میانگین شدت درد زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS شهر ارومیه در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از خود هیپنوتیزمی – سال ۱۳۹۳

گروه‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمونتی زوجی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مداخله	۵/۶۳	۱/۰۱	۲/۷۰	۱/۰۷	p=۰/۰۰۰
کنترل	۵/۵۰	۱/۲۴	۵/۴۲	۱/۱۹	p=۰/۲۶
آزمونتی مستقل	p=۰/۶۷		p=۰/۰۰۰		

جدول (۳): مقایسه میانگین کیفیت درد زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS شهر ارومیه در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از خود هیپنوتیزمی – سال ۱۳۹۳

گروه‌ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمونتی زوجی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مداخله	۱/۵۰	۰/۴۷	۰/۹۳	۰/۲۹	p=۰/۰۰۰
کنترل	۱/۳۰	۰/۵۳	۱/۲۶	۰/۵۲	p=۰/۰۳۵
آزمونتی مسقل	p=۰/۱۴		p=۰/۰۲۹		

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر خود هیپنوتیزمی بر میزان درد زنان مبتلا به اماس انجام یافت که نتایج حاکی از آن است که خود هیپنوتیزمی، میزان درد بیماران اماس را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش داده است که نشان دهنده‌ی مؤثر بودن این روش می‌باشد. با توجه به پیچیده بودن مبحث درد، عوامل بسیار زیادی بر نتایج حاصله تأثیر گذار بودند که در برخی موارد قابل سنجش و تفسیر نیز نبودند. از عوامل مؤثر می‌توان به انتظار از نتایج درمان، وضعیت روحی خود درمانگر، زمان برگزاری جلسات، میزان تمرین خود هیپنوتیزمی توسط نمونه‌ها در منزل، مصرف مسکن طی خود هیپنوتیزمی و سایر عوامل خود مراقبتی اشاره نمود. موضوع مورد بحث دیگر در این مطالعه، استفاده از سیستم ضبط صدای درمانگر در جلسات درمانی می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که ضبط صدای درمانگر حین آموزش خودهیپنوتیزمی و استفاده از صدای ضبط شده در تمرینات بعدی، در ایجاد آرامسازی بیشتر تأثیر داشته است (۳۳-۳۱). در مطالعه حاضر از لحاظ آماری به جمع‌آوری اطلاعات در زمینه وجود تفاوت میزان درد بین بیمارانی که از ضبط صدا توسط موبایلشان استفاده می‌کردند در مقایسه با کسانی که استفاده نکردند، اقدامی صورت نگرفت ولی با توجه به اظهار خود بیماران، مؤثر بودن این سیستم واضح می‌باشد و توصیه می‌گردد در مطالعات آینده به این موضوع اهمیت داده شود و بررسی های لازم صورت گیرد. اکثر مطالعات انجام یافته در این زمینه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. کوهن[1] (۲۰۰۷) در مطالعه خود که با هدف بررسی تأثیر آموزش خود هیپنوتیزمی بر سردرد انجام داده بود، به نتایج مفیدی در زمینه تأثیر این روش بر کاهش دفعات درد از ۴/۵ در هفته به ۱/۴، کاهش شدت درد (با ابزار خود گزارش دهی ۱۲-۰) از متوسط ۱۰/۳ به ۴/۷ و کاهش طول درد از متوسط ۲۳/۶ ساعت به ۳ ساعت ($p<0.01$) رسید(۳۴). پژوهش دیگری که توسط الکینز[2] (۲۰۱۲) با عنوان هیپنوتراپی برای کمر درد همراه با هماچوری انجام یافت، نشان از کاهش معنادار درد و بهبود اضطراب و افسردگی بیماران داشت[۳۵ (. نتایج مطالعه جنسین[3] (۲۰۰۹) با عنوان مقایسه دو روش خود هیپنوتیزمی و آرام سازی پیشرونده عضلانی بر درد مزمن بیماران اماس، نشان دهنده تأثیر چشمگیر خود هیپنوتیزمی بر شدت درد و تداخل با فعالیت های روزانه ناشی از درد مزمن در مقایسه با گروه آرام سازی پیشرونده عضلانی دارد، همچنین در دوران پیگیری (۳ ماه) نیز این تأثیر ادامه داشت ولی میزان هیپنوتیزم پذیری تأثیر قابل ملاحظه ای بر نتایج پژوهش نداشت(۳۱). جونز[4](۲۰۰۶) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر هیپنوتراپی در درمان درد سینه با منشأ غیر قلبی، بعد از ۱۲ جلسه هیپنوتراپی، کاهش قابل ملاحظه ای در شدت درد($p=0.046$) بعلاوه کاهش مصرف دارو را نیز به دست آورد(۳۶). مطالعه‌تان[5](۲۰۱۴) با عنوان تأثیر هیپنوتیزم در مقایسه با بیوفیدبک بر کمر درد مزمن بزرگسالان، نشان داد که بیماران دریافت کننده هیپنوز، کاهش معناداری در شدت درد را تجربه می‌نمایند(بیش از ۳۰ درصد) که به مدت ۶ ماه بعد از مداخله نیز ادامه داشت(۳۱). از نقاط مثبت مطالعه حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:حجم نمونه در مقایسه با مطالعات مشابه زیاد بوده که نقطه قوتی بر پژوهش حاضر می‌باشد، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که افراد با هیپنوتیزم پذیری بالا در مقایسه با افراد با هیپنوتیزم پذیری پایین، کاهش بیشتری در میزان درد خود بیان نموده‌اند بر این اساس در این مطالعه نمونه‌ها از نظر هیپنوتیزم پذیری همگن شدند. در این مطالعه تمام داوطلبان در حد یکسانی از هیپنوتیزم عمیق شده و وارد خلسه شدند تا تفاوت در عمق هیپنوز در پذیرش تلقینات توسط نمونه‌ها در نتایج پژوهش اختلالی ایجاد ننماید. کل جلسات آموزش خود هیپنوتیزمی توسط یک فرد ارائه شد تا از تورش احتمالی جلوگیری گردد. تماس‌ها و پیگیری های تلفنی نیز از دیگر نقاط قوت مطالعه می‌باشند و از نقاط ضعف و محدودیت های مطالعه حاضر می‌توان به مواردی مانند، عدم

[1] Kohen
[2] Elkins
[3] Jenesen
[4] Jones
[5] Tan

استفاده از کور سازی، مشخص نبودن جزئیات مصرف دارو های مسکن در دو گروه طی مطالعه، جدید بودن این روش و عدم آشنایی بیماران با این شیوه و طولانی نبودن دوران پیگیری اشاره نمود. با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده از خود هیپنوتیزمی در کاهش شدت و بهبود کیفیت درد زنان مبتلا به اماس مؤثر بوده است، لذا با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران اماس و شیوع درد در این بیماران، خود هیپنوتیزمی می‌تواند به عنوان روشی مؤثر و غیر دارویی به مراقبان و بیماران آموزش داده شود تا بتوانند از مزایای این روش بهره برند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر، گزارش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد، فلذا لازم می دانیم از آن معاونت بدلیل حمایت مالی قدردانی نمایم. و همچنین از اساتید محترم و کلیه بیماران و کارکنان انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهر ارومیه که مارا در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Loma I and Heyman R, Multiple sclerosis: pathogenesis and treatment. Curr Neuropharmacol 2011; 9(3):409-16.
2. Tsang BK and Macdonell R. Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis, Aust Fam J 2011;40(12):948-55.
3. Bikmoradi A, Zafari A, Oshvandi K, Mazdeh M,Roshanaei G. Effect of Progressive Muscle Relaxation on Severity of Pain in Patients with Multiple Sclerosis: a Randomized Controlled Trial. Hayat 2014;20(1):26-37.
4. Rafeeyan Z,Azarbarzin M,Mustafa Moosa F,Hasanzadeh A. Effect of aquatic exercise on the multiple sclerosis patients' quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res 2010;15(1):43-7.
5. Etemadifar M, Maghzi AH. Sharp increase in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. Mult Scler 2011;17(8):1022-7.
6. Shinto L, Calabrese C, Morris C, Yadav V, Griffith D, Frank R,et al. D.A randomized pilot study of naturopathic medicine in multiple sclerosis. J Altern Complement Med 2008;14(5):489-96.
7. Piwko C,Desjardins OB, Bereza BG, Machado M, Jaszewski B, Freedman MS, et al. Pain due to multiple sclerosis: analysis of the prevalence and economic burden in Canada. Pain Res Manag 2007;12(4):259-65.
8. Bonica JJ, Loeser JD, Butler SH, Champan CR,Turk DC. Bonica's management of pain. 3rd Ed. / editor, John D. Loeser / Turk / illustrator, Marjorie Domenowske. Ed. Philadelphia, Pa.; London: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
9. Michalski D, Liebig S, Thomae E, Hinz A and Then Bergh F. Pain in patients with multiple sclerosis: a complex assessment including quantitative and qualitative measurements provides for a disease-related biopsychosocial pain model. J Pain Res 2011;4: 219-25.
10. Hirsh AT, Turner AP, Ehde DM, Haselkorn JK. Prevalence and impact of pain in multiple sclerosis: physical and psychologic contributors. Arch Phys Med Rehabil 2009;90(4):646–51.
11. Melzack R.The tragedy of needless pain. Sci Am J 1990;262(2):27-33.
12. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997;78(5):606-17.
13. Patterson DR, Jensen MP, Wiechman SA, Sharar SR. Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma.Intl. J Clin Experimental Hypnosis 2009;58(3):288-300.
14. Atashzadeh F, Mohammadi S, Abed saidi ZH, Alavi H, Salehi MH. effect of aromatherapy and massage on pain of multiple sclerosis patients. Iran shahid beheshti J Nurs Midwifery Res 2008;58:28-32.

15. Grøndahl JR, Rosvold EO. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: a randomized controlled pilot trial. BMC Musculoskelet Disord 2008;9:124.
16. Khezri N, Baniasadi H, Kahrazei F. Effect of hypnosis in patients with chronic tension-type headache. J Psychol Educ Sci 2005;1-16.
17. Lee JS, Pyun YD. Use of Hypnosis in the Treatment of Pain. Korean J pain 2012; 25(2):75-80.
18. Patterson DR, Jensen MP. Hypnosis and clinical pain. Psychol Bull 2003;129(4):495–521.
19. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? Int J Clin Exp Hypn 2000; 48(2):138-53.
20. Hunter CR. Mastering the power of self-hypnosis: a comprehensive guide to self-empowerment. 2nd Ed. Bancyfelin Carmarthen: Crown House; 2011.
21. Lang EV, Benotsch EG, Fick L J, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet 2000;355(9214):1486-90.
22. Ghazanfari Z, Ameri FG and Mir Hosseini M. The nursing staff view about barriers of using pain releife method. Iran J Critical care Nurs 2011;3(4):149-52.
23. Dolphin NW, Crue Jr BL. Pain: Clinical Manual For Nursing Practice. Clin J Pain 1989;5(4):363.
24. Ebrahimi AM, Moosavi H, Bornamanesh G, Yaghobi AM. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients". Behav Sci Study J 2007;5(1):5-12.
25. Feizi A, Ghaderi C, Dehghani MR, Khalkhali HR, Sheikhi S. Effect of phase III cardiac rehabilitation and relaxation on the quality of life in patients with cardiac syndrome X. Iran J Nurs Midwifery Res 2012;17(7):547–52.
26. Ebrahimi Rigi tanha Z. Effect of applying cold gel pack on the pain of sternal incision associated with deep breathing and coughing in cardiac surgery patient. (Dissertation). Urmia: Urmia University of Medical Sciences; 2013.
27. Chamanzari H, Raffe S, Modarres Gheravi M, Ebrahimzade S. Effect of Guided Imagery on Orthopedic Operations Pain in Traumatic Patients. Horizon Med Sci 2013;19(2):117-22.
28. Gandomkar F. The effect of ice packs on the pain associated with chest tube removal in open cardiac surgical patients. Mashhad University of Medical Sciences; 2012.
29. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
30. Brann L, Owens J, Williamson A. The handbook of contemporary clinical hypnosis : theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
31. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Molton IR, Raichle KA, Osborne TL, et al. A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. Intl. J Clin Experimen Hypnosis 2009;57(2):198-221.
32. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Hanley MA, Raichle KA, Molton IR, et al., Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. Int J Clin Exp Hypn 2009; 57(3):239-68.
33. Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W. A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. Euro J Pain 2015;19(2):271–80.
34. Kohen DP, Zajac R. Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents. J Pediatrics 2007;150(6): 635-9.

35. Elkins GR, Koep LL, Kendrick CEHypnotherapy intervention for loin pain hematuria: A case study. Int J Clin Experiment Hypnosis 2012;60(1):111-20.

36. Jones H, Cooper P, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ. Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. Gut 2006;55(10):1403–8.

Original Article

THE EFFECT OF SELF HYPNOSIS ON SEVERITY AND QUALITY OF PAIN IN WOMEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Hosseinzadegan F[1], Radfar M[2]*, Shafiee A[3], Sheikhi N[4]

Received: 27 Feb, 2015; Accepted: 22 May, 2015

Abstract:

Background & Aims: Pain is one of the common and detrimental clinical feature of multiple sclerosis (MS). Hypnotherapy is one of the effective psychological approaches. Hypnosis is a safe, effective and non-invasive method that can alleviate both emotional and affective aspects of pain. It seems necessary to conduct the present study with the aim of effect of self-hypnosis on degree of pain in patients with MS, in terms of severity and quality.

Materials & Methods: This clinical trial was carried out on 60 patients with MS in Urmia University of Medical Sciences. The tools were general health questionnaire-28 (GHQ-28), Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS), numerical rating scale (severity of pain), McGill pain questionnaire (quality of pain), and record of pain pills. After initial assessments, patients were randomly assigned into two groups of intervention and control. Education of Self-Hypnosis for the intervention group was performed within 6 half-hour sessions, with no intervention for controls. Then change of pain severity and quality and amount of pain pills were evaluated after one month. Data were analyzed by SPSS using of independent t and Chi-square tests.

Results: Self-hypnosis was significantly effective in terms of severity and quality of pain in patients with MS ($p<0.05$) as mean score of pain severity decreased from 5.63±1.01 to 2.70±1.07 and, score of pain quality decreased from 1.50±0.47 to 0.93±0.29 in the intervention group. This effect was maintained four weeks post-intervention ($p<0.05$). Amount of pain pills had a decreasing trend. Changes were not significant in controls ($p>0.05$).

Conclusions: Results of this study showed that self-hypnosis is effective in decreasing pain severity and alleviating its quality in female patients with MS.

Keywords: Multiple sclerosis, hypnosis, self-hypnosis, pain.

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences,Urmia, Iran.
Tel: (+98)4432754961
Email: mradfar1343@gmail.com

[1]*Nursing MSc student, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences,Urmia, Iran.*
[2]*Assistant Professor of Nursing Department, PhD of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences,Urmia, Iran. (Corresponding Author)*
[3] *Assistant Professor of psychiatry, Clinical Psychiatry Research Centre, psychiatry Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*
[4] *Statistics Expert of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*