



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

معالجه با شستشو به همراه برنامه آموزش روانی جهت خودداری از

بنزودیازپین: مطالعه عملی

بنزودیازپین باید به طور کوتاه مدت تجویز گردد اما بخش عمده بیماران (٪) از آنها به مدت ۶ ماه استفاده می کنند که مشتمل بر مسئله بهداشت عمومی جدی است. در واقع راهبردهای کمی در کمک به بیماران موثر بوده اند تا درمان های بلند مدت بنزودیازپین را متوقف سازند. هدف این مقاله ارزیابی تحقق پذیری و تاثیر برنامه از جمله درمان رفتاری شناختی، آموزش روانی و معالجه با شستشو در تفریحگاه چشمه آب معدنی برای میسر سازی متوقف سازی بلند مدت مصرف بنزودیازپین می باشد. مطالعه ای چند محوری پیش نگرایی گروهی انجام دادیم. بیمارانی که به مدت طولانی از بنزودیازپین استفاده می کردند با هدف کاهش اضطراب طی برنامه آموزش روانی و معالجه با شستشو در طی ۳ هفته جذب شدند. تعداد کل ۷۵ نفر ثبت نام کردند. در طی ۶ ماه میزان مصرف کلی بنزودیازپین تا ۷۵,۳٪ کاهش یافت که ۴۱,۴٪ از بیماران به طور کامل مصرف بنزودیازپین را متوقف نموده بودند. نتایج همچنین نشان دهنده بهبود عمده د علائم اضطراب و افسردگی در بین بیمارانی بود که مصرف بنزودیازپین را متوقف کرده بودند در مقایسه با بیمارانی که فقط مصرف آن را کاهش داده بودند. یافته های ما نشان می دهد که شستشو درمانی در رابطه با برنامه آموزش روانی در بیماران دچار اعتیاد به بنزودیازپین کارآمد است.

۱-مقدمه

در بین داروهای روان گردان، بنزودیازپین ها یکی از مواردی اند که بسیار تجویز می شوند. داروهای بنزودیازپین با توجه به خاصیت تسکین دهنده، ضد اضطراب، انبساط عضله، ضد تشنج و ویژگی های خواب آور کاربرد گسترده ای در کنترل کوتاه مدت اضطراب، بی خوابی، ترک الکل، غش یا تحریک دارند. کاربرد بلند مدت آنها به چند دلیل توصیه نمی گردد چرا که مصرف بی رویه آنها باعث کاهش قدرت تحمل، وابستگی و هوشیاری شده و ریسک بالقوه بروز تصادفات را به همراه دارد. به علاوه مصرف بلند مدت به نقص شناختی به ویژه در بیماران مسن تر می گردد و مطالعات اخیر رابطه آن را با زوال عقل و بیماری آلزایمر نشان داده اند.

میزان شیوع مصرف بلند مدت بنزودیازپین در مطالعات افراد مسن تر با معیارهای واجد شرایط مختلف فرق دارد. مطالعه ادبیات شیوع آن را بین ۲,۲ و ۱۷,۶٪ برآورد نمود. نتایج مطالعه علت شناسی ۲۰۰۰ ایی اس ایی مد/ام اچ ایی دی ایی ای نشان داد در فرانسه ۲۱٪ نمونه جمعیت کلی تعداد=۵۸۰ حداقل یک دارو روان گردان را در سال اخیر مصرف کرده بودند که ۱۹٪ افراد تحت آزمایش داروی خواب آور یا کاهش اضطراب مصرف کرده بودند که اغلب در بلند مدت بود (۳ تا ۶ ماه: ۶,۷٪ و ۲۳٪ بالای شش ماه).

کاهش مصرف بنزودیازپین و ارتقا مصرف مناسب آنها مسئله بهداشت عمومی عمده به شمار می رود. لذا جستجوی راهبردهای جدید برای کمک به بیماران برای ترک مصرف بلند مدت بنزودیازپین امری اساسی است. در واقع در حالی که بسیاری از راهبردها امتحان شده اند، مقادیر ترک موثر به میزان کم می باشد. شستشو درمانی با آب معدنی و دیگر انواع مراقبت های جسمانی در محیط تفریحگاه را می توان برای درمان اختلالات اثرگذار، اختلالات اضطراب و نشانگان ترک به کار برد.

اخیرا طبق شواهد شستشو درمانی در درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته موثر بوده است. آزمایش بالینی و کنترل شده چند محور و تصادفی پیش بینی کننده اولویت عمده شستشو درمانی را نسبت به درمان پاروکستین به لحاظ کارایی و تحمل نشان داده است. به علاوه مطالعه آزمایشی نشان داده است که شستشو درمانی علائم روان شناختی خستگی ناشی از کار را بهبود می بخشد.

مطالعات کمی مکانیسم های روان شناختی نهفته در کارایی شستشو درمانی شرح داده اند. به هر حال کاهش میزان کورتیزول بزاقی نشانه استرس است که با دروهای روان گردان تنظیم می گردد که پس از استحمام در چشمه معدنی گزارش گردید و میل ترکیبی انتقال دهنده سروتونین، منجر به تغییر حالات افسردگی شده و بین ۳۰ دقیقه و ۱ هفته پس از شستشو درمانی در آب اوزونی بود. استحمام در آب گرم باعث انبساط عضلانی و کاهش میزان کورتیزول سرم و نیز افزایش ترشح بزاق می گردد. تاثیر موضعی از طریق پذیرنده های درد در پوست و تاثیرات اصلی بر عوامل اندورفین و ایمنی از سوی لانگ با همکاران پیشنهاد شده اند. به علاوه شستشو درمانی به ازای بیماران دچار درد عضلانی محور زیر تالاموسی، ضریب ترشح محرک قشر غده فوق کلیوی و هورمون ادرنوکورتیکوتروپیک توام با کاهش درد و بهبود افسردگی و کیفیت زندگی است. فرضیه دیگر آن است که شستشو درمانی می تواند سلول های آلفا ام اس اچ پوستی را تحریک کند که می تواند سیستم هورمون

محرک قشر را فعال کند. و آخر اینکه نظریه کنترل درگاه شرح می دهد که چرا حرارت و فشار هیدرواستاتیک آب بر سطح بدن می تواند حس درد را کاهش دهد.

آموزش روانی نوعی درمان اجتماعی روانی است که پیرامون درمان رفتاری شناختی است.

هدف این رویکرد آموزش به بیماران مبنی بر درک بیماری و درمان خود، کنترل علائم و بهبود راهبردهای غلبه است.

تعداد زیادی از مطالعات نشان داده اند که این راهبرد در اختلالات افسردگی عمده، اختلالات دوقطبی، شیذوفرنی و نیز اختلال اضطراب و اعتیاد موثر است.

این مطالعه در بیماران سرپایی دچار اضطراب با مصرف بلند مدت بنزودیازپین بیشتر از شش ماه به طور بلند مدت انجام گردید. هدف این مقاله مطالعه محتوی برنامه آموزش روانی به همراه شستشو درمانی در تفریحگاه چشمه آب گرم برای ترک بنزودیازپین و تحقق پذیری این برنامه است. انتظار کاهش عمده در جذب بنزودیازپین در پی برنامه داریم.

۲- روش ها

۲-۱ طراحی مطالعه و بیماران. مطالعه اس پی ای سی تی اچ مطالعه گروهی چند محوری پیش بینی کننده بود که در ۴ تفریحگاه چشمه آب معدنی در فرانسه انجام گردید که برای اختلالات روانی جسمنی شستشو درمانی را بین آوریل ۲۰۱۰ و نوامبر ۲۰۱۱ پیشنهاد می دهد. معیارهای شامل سازی بیماران جذب شده با کمیته پزشکان در هر یک از چهار چشمه آب معدنی عبارت بودند از:

۱- سن بین ۱۸ و ۸۵ سال

۲- انجمن روان پزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم، تجدید نظر شده (متنی) معیارهای استفاده بی مورد از بنزودیازپین یا وابستگی به آن که بیش از ۶ ماه به طول می انجامد.

۳- سابقه عدم موفقیت در ترک

۴- انگیزه توقف مصرف بنزودیازپین

۵- عدم نیاز به بستری

بیماران الکلی یا دیگر اختلالات روانی، اعتیاد و مصرف بی رویه مواد، دچار اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی واجد شرایط استفاده از معیارهای انجمن روان پزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نبودند.

مواد زیر بنزودیازپین یا معادل آن شناخته می شوند آلپرازلم، برومازپام، پرازپام، لورازپام، کلونازپام، اکسازپام، دیازپام، تتراپان، کلورازپات دیپاتسیوم، کلوتیازپام، نوردازپام و داروهای خواب آور زلیپیدم، لورمتازپام، زوپیکلون، لوپرازولام و تمازپام. تمامی شرکت ها رضایت کتبی خود را قبل از ثبت نام در مطالعه اعلام کرده بودند و در هر زمان ممکن می توانند مطالعه را ترک کنند. پروتکل از سوی گروهی از کارشناسان فرانسوی بر اساس فعالیت بالینی زیر طراحی شد. آن در مورد زیر شامل گردید:

- ۱- نظارت پزشکی، برای ارزیابی بنزودیازپین و به ویژه ترک آن
- ۲- شستشو درمانی روزانه در طی ۳ هفته با استفاده از آب معدنی چشمه طبیعی. هر روز شرکت کنندگان ۴ جلسه مراقبت در طی ۹۰ دقیقه به تعداد کل ۷۲ جلسه در طی برنامه داشتند. این مراقبت ها شامل زیر بودند:
 - الف- حمام حباب (۱۰ دقیقه)
 - ب- دوش شستشو درمانی با فشار میانگین ۳,۵ بار/م.ان و درمانی ۳۷-۳۸ درجه با هدف نواحی نایژه و بطنی و مهره ها
 - ج- ماساژ زیر آب توسط فیزیوتراپ های باتجربه (۱۰ دقیقه)
 - د- استحمام در استخر شنا آب معدنی با دمای ۳۲-۳۱ درجه
- ۳- برنامه آموزش روانی درون چارچوب رویکرد شناختی-رفتاری در گروه های ۸ الی ۱۲ بیمار به ازای ۶ جلسه که ۱:۳۰ لی ۲:۰۰ ساعت به طول می انجامید. بیماران را می توان با این کار قدرت بخشید تا بیماری را شناخته و به شیوه موفقیت آمیز از عهده آن برآیند. هر جلسه بر موضوع خاصی به ترتیب زیر تاکید داشت:
 - الف- جلسه ۱: مکانیسم های خاصیت های اعتیادآور بنزودیازپین
 - ب- جلسه ۲: ترک بنزودیازپین و فرایند بهبود، مدل تحول و بین نظریه ای پروکاسکا و دی کلمنت
 - ج- جلسه ۳: درک اضطراب و استرس
 - د- توصیف اختلالات مربوط به استرس و اضطراب

۵- جلسه شماره ۵- گزینه های دیگر درمان بنزودیازپین

و- جلسه شماره ۶- مقدمه ای بر روش های بهبود خوداظهاری

۴- مشاوره های روان شناختی که شامل مصحبه در شروع درمان برای ارزیابی انگیزه بیمار و دوم در انتهای برنامه برای تعیین اهداف و ارزیابی ها بعد از ترخیص و سپس مشاوره در ۱۵، ۳۰، ۶۰ و ۱۰۰ و ۱۸۰ روز پس از پایان برنامه بود.

۵- چهار جلسه استراحت ویژه. تمرین استراحت درمان رایجی برای اختلالات اضطراب بوده و تمرین آرمیدگی و استراحت به طور مستمر تاثیر عمده ای در کاهش اضطراب دارد. این برنامه شامل جلسات تمرین با شیوه های مختلف آرمیدگی و استراحت، نفس عمیق، انبساط عضلانی و تمرین خودزا بود.

شکل ۱. طرح مطالعه

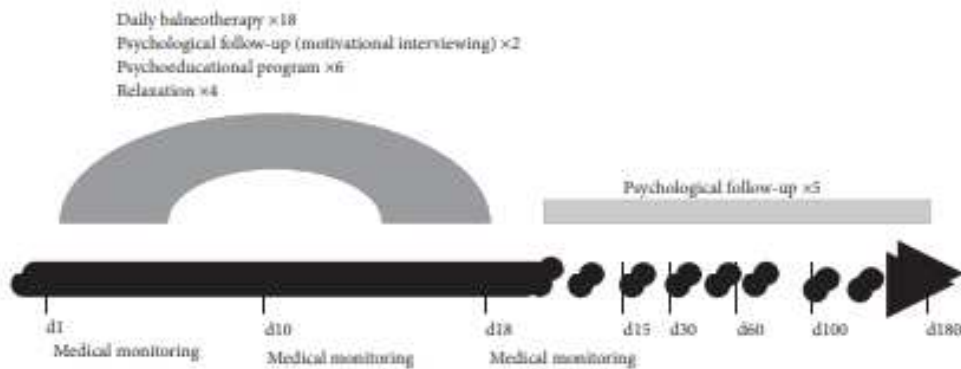


Figure 1: Study design.

آموزش ها به منظور همشکل نمودن پروتکل در ۴ مرکز تهیه شدند تا از کیفیت برنامه ، قابلیت تکرار و تطبیق پذیری اطمینان حاصل گردد. تمرین در اختیار هر روان شناس قرار گرفت که در کارگاه ها مشغول کار بودند. ۲-۲ سنجه ها. سنجه مهم پیامد و کارایی جذب بنزودیازپین در ۳ و ۶ ماه پس از تکمیل برنامه بود. سنجه های ثانویه شامل موارد زیر بودند:

الف- جذب بنزودیازپین بین دوره های زمانی ارزیابی مکرر

ب- امتیازات اضطراب و افسردگی با استفاده از مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستان و فهرست عوامل افسردگی بک در آخرین ارزیابی و معیار موجود.

ج- میزان اعتیاد با استفاده از مقیاس ویژه (مقیاس وابستگی شناختی به بنزودیازپین) بین آخرین ارزیابی و معیار موجود.

د- کیفیت خواب در خط مبنا و در نقطه ارزیابی پیاپی در مقیاسی با دامنه ۰ (خواب عالی) تا ۱۰ (خواب ضعیف).

۳-۲ تحلیل آماری. تحلیل ها با استفاده از نرم افزار اس.ای.اس انجام شدند. مقادیر به عنوان میانگین ها (انحراف معیار) یا درصدها بیان می شوند. آزمون تی یا کای اسکویر برای مقایسه تفاوت بین گروه ها به ازای متغییرات عددی با توزیع نرمال یا رده بندی ویلکاکسون به کار رفتند وقتی که داده های نمونه توزیع نرمال نداشته باشند.

۳- نتایج

نه گروه بیمار تشکیل شدند: ۱ مورد در باگنرز د بیگور با ۸ بیمار، ۲ مورد در نریس د بینز با ۱۳ بیمار، ۴ مورد در ساوجون با تعداد کل ۲۹ بیمار و ۲ مورد در اوسات ل بین با ۱۰ بیمار. تعداد کل ۷۳ بیمار شامل گردید. سه بیمار قبل از شروع شستشو درمانی ۴ بیمار پس از شروع جلست شستشو درمانی ترک نمودند. این کار تأثیری بر متغییرات جمعیت شناختی و بالینی نگذاشت. دلیل ترک آنها عدم انگیزه برای کنار گذاشتن مصرف بنزودیازپین و ادامه دادن به برنامه بود علی رغم اینکه در شروع درمان مشاوره روان شناسی برای ارزیابی و تشویق و انگیزه دهی به بیمار لحاظ شده بود.

زنان ۷۸,۵٪ از نمونه را تشکیل دادند. سن متوسط ۵۴ سال و ۹ ماه (+انحراف معیار: ۱۰ سال و ۴ ماه) و ۸۰,۳٪ بیماران از بنزودیازپین بیش از ۳ سال استفاده کرده بودند.

نتایج سنجه پیامد اولیه نشان می دهد که پس از ۶ ماه ۴۱,۴٪ (تعداد=۲۹) بیماران به طور کامل مصرف بنزودیازپین را ترک کرده بودند.

در کل جذب بنزودیازپین در بین بیمارانی که ۶ ماه ارزیابی را پشت سر گذاشتند ۷۵,۳٪ بود. بیمارانی که فقط یک دارو بنزودیازپین را در شروع کار مصرف کردند به طور مکررتر ترک نمودند. ۱۷٪ از بیماران در پایان ۶ ماه بهبود نیافتند. تحلیل توصیفی نشان داد که این برنامه به نظر می رسد در بین مردان نسبت به زنان موثرتر است. امتیازات سنجه ثانویه در جدول ۲ آمده است.

تغییر در امتیازات متوسط وابستگی شناختی به بنزودیازپین بین شروع و طی شش ماه کاهش یافته بود. امتیا در گروهی پایین تر بود که به طور کامل ترک نمودند در برابر گروهی که مصرف بنزودیازپین را ادامه دادند.

جدول ۱ .

TABLE 1: Baseline demographic and clinical characteristics of patients.

| | N | % |
|---|----|--------|
| Age, mean \pm SD | | |
| 54,75, \pm 10,4 | | |
| Sex (nb, %) | | |
| Male | 15 | 21,43 |
| Female | 55 | 78,57 |
| Current marital status (nb, %) | | |
| Married | 41 | 58,57 |
| Single | 15 | 21,43 |
| Divorced | 11 | 15,71 |
| Widowed | 2 | 2,86 |
| Cohabiting | 1 | 1,43 |
| Total | 70 | 100,00 |
| Current employment status (nb, %) | | |
| Pensioner | 23 | 33,82 |
| Unemployed | 20 | 29,41 |
| Employee | 19 | 27,94 |
| Executive or liberal profession | 5 | 7,35 |
| Worker | 1 | 1,47 |
| Total | 68 | 100,00 |
| Benzodiazepine intake at baseline: number of different benzodiazepine molecules (no, %) | | |
| 1 | 29 | 41,43 |
| 2 | 26 | 37,14 |
| 3 | 13 | 18,57 |
| 5 | 1 | 1,43 |
| 6 | 1 | 1,43 |
| Benzodiazepine equivalent dose (diazepam), mean \pm SD | | |
| 15,3 mg \pm 12,4 | | |
| Duration of benzodiazepine use before inclusion (nb, %) | | |
| \geq 3 years | 53 | 80,30 |
| \geq 1 years | 6 | 9,09 |
| \geq 6 months | 5 | 7,58 |
| between 3 and 6 months | 2 | 3,03 |

پس از برنامه علائم افسردگی و اضطراب با مقیاس افسردگی و اضطراب ناشی از بیمارستان سنجیده شدند و بهبود عمده ای داشتند. این تفاوت ها در گروهی بیشتر بود که در مقایسه با گروه عدم ترک، مصرف بنزودیازپین را به طور کامل ترک کرده بودند.

در حالی که بهبود های کامل اندازه گیری شده با فهرست افسردگی بک در ۶ ماه عمده بودند کاهش امتیازات در گروه ترک کامل مصرف بنزودیازپین در مقایسه با گروهی که مصرف بنزودیازپین را ادامه دادند، به درجه اهمیتی نرسید. درباره ارزیابی کیفیت خواب، امتیازات به طور عمده پس از برنامه پایین تر بود. این تفاوت اهمیت ویژه ای در گروهی داشت که مصرف بنزودیازپین را ترک کرده بودند در مقایسه با گروه بیمارانی که مصرف بنزودیازپین را ادامه داده بودند.

۴- بحث

تا جایی که می دانیم این مقاله اولین نمونه ای است که به ارزیابی مزیت شستشودرمانی در ترکیب با برنامه آموزش روانی ترک بنزودیازپین پرداخت. بنزودیازپین نشان دهنده تاثیرات سریع و بالقوه کاهش اضطراب درد اما تاثیرات جانبی نیز داشته که همانند وابستگی شدید، خواب آوری، شناخت و حافظه کاهش یافته بوده و مصرف بی رویه آن مشکلات سلامتی جدی در پی دارد. در نتیجه رویکردهای دیگری برای به جز درمان های دارویی برای اضطراب پیشنهاد می گردد. ترکیب شستشو درمانی و فنون درمان رفتاری شناختی جالب بوده و برای برنامه های ترک بنزودیازپین مناسب است.

طبق یافته ها این ترکیب موثر بوده و میزان موفقیت آن بیش از ۴۱٪ و کاهش کلی در ۶ ماه ۷۵٪ مصرف بنزودیازپین نسبت به شروع مطالعه می باشد.

طبق نتایج این برنامه می تواند راهبرد جایگزین برای کنترل این بیماران باشد. همچنین پی بردیم که بهبود عمده ای در میزان فسردهی و اضطراب به ویژه در گروهی حاصل شده است که به طور کامل جذب بنزودیازپین را در ارزیابی مستمر ۶ ماه متوقف کرده بودند. این ترک کامل همچنین تاثیری بر کیفیت خواب داشت. طبق داده ها ترک کامل مصرف بنزودیازپین هدف توجیهی دارد. طبق گزارشات قبلی گروه خود، این نتایج از مصرف شستشودرمانی در بیماران دچار اختلالات اضطراب پشتیبان می کنند. با این وجود برخی محدودیت های مطالعه را باید بحث نمود.

۴-۱ محدودیت ها. اولین محدودیت عدم گروه کنترل تصادفی سازی است. علی رغم این واقعیت که کنترل شستشو درمانی و آموزش روانی نیاز به نمونه بزرگتر دار، هدف مقاله بررسی تحقق پذیری برنامه بود. دوم اینکه مطالعه ما محدود به آزمایش ۶ ماهه بود. باید این مدت را دست کم مبه یک سال ادامه داد و در برخی موارد

عودت اضطراب در ۲۴٪ بیماران ظرف دو سال بروز می یابد. همچنین سوالات ویژه درباره مصرف بنزودیازپین و آزمایشات میزان بنزودیازپین در ادرار می تواند مفید باشد. به علاوه این مطالعه اطلاعاتی درباره دیگر داروهای روان گردان و اختلالات روانی فراهم نکرد.

جدول ۲.

TABLE 2: Difference between baseline and 6-month follow-up scores of patients who succeeded, or not, in stopping benzodiazepines.

| | | Stopped benzodiazepine use | | | Stopped benzodiazepine use | | |
|--------------------------------------|----|----------------------------|-------|-------|----------------------------|-------|------------------------------------|
| | | 1: yes | 0: no | Total | 1: yes | 0: no | Total |
| ECAB | N | 29 | 41 | 70 | 25 | 33 | 58 |
| | M | 6.75 | 6.92 | 6.85 | 1.56 | 4.78 | 3.39 |
| | SD | 1.58 | 1.87 | 1.75 | 1.21 | 2.82 | 2.71 |
| Comparison, baseline versus 6 months | | | | | | | $p < 10^{-4}$ |
| Comparison, "yes" versus "no" | | | | | | | $p < 10^{-4}$ |
| HAD anxiety | N | 29 | 41 | 70 | 27 | 32 | 59 |
| | M | 14.31 | 12.8 | 13.42 | 7.37 | 9.93 | 8.76 |
| | SD | 4.39 | 4.25 | 4.36 | 3.54 | 5.02 | 4.57 |
| Comparison, baseline versus 6 months | | | | | | | $p = 0.001$ |
| Comparison, "yes" versus "no" | | | | | | | $p = 0.02$ |
| HAD depression | N | 29 | 41 | 70 | 27 | 32 | 59 |
| | M | 9.41 | 8 | 8.58 | 4.07 | 6.5 | 5.38 |
| | SD | 4.85 | 4.42 | 4.64 | 3.56 | 4.77 | 4.41 |
| Comparison, baseline versus 6 months | | | | | | | $p = 0.01$ |
| Comparison, "yes" versus "no" | | | | | | | $p = 0.35$ |
| HAD total | N | 29 | 41 | 70 | 27 | 32 | 59 |
| | M | 23.72 | 20.80 | 22.01 | 11.44 | 15.93 | 13.91 |
| | SD | 7.77 | 7.42 | 7.67 | 6.41 | 9.53 | 8.54 |
| Comparison, baseline versus 6 months | | | | | | | $p = 0.001$ |
| Comparison, "yes" versus "no" | | | | | | | $p = 0.02$ |
| Beck | N | 29 | 41 | 70 | 27 | 32 | 59 |
| | M | 14.89 | 11.07 | 12.65 | 5.66 | 9.03 | 7.49 |
| | SD | 8.07 | 8.27 | 8.37 | 7.42 | 8.25 | 8.03 |
| Comparison, baseline versus 6 months | | | | | | | $p < 10^{-4}$ |
| Comparison, "yes" versus "no" | | | | | | | $p = 0.11$ |
| Quality of sleep | N | 29 | 40 | 69 | 24 | 31 | 55 |
| | M | 5.62 | 6.12 | 5.91 | 4 | 5.41 | 4.8 |
| | SD | 2.44 | 1.95 | 2.17 | 2.52 | 2.79 | 2.75 |
| Comparison, baseline versus 6 months | | | | | | | $p = 0.004$ $p = 0.35$ $p = 0.009$ |
| Comparison, "yes" versus "no" | | | | | | | $p = 0.34$ $p = 0.05$ |

N: number, M: mean, and SD: standard deviation.

محدودیت دیگر اندازه نمونه است. چشمه های معدنی دور از مراکز تحقیقاتی در شهرهای کوچک بودند. طبق برنامه بیماران باید ۳ هفته کامل پایبند می بوند که دوره طولوانی بود بود و جذب افراد را محدود می ساخت. لذا نتایج خود را نمی توان به تمامی بیماران دچار اعتیاد بنزودیازپین تعمیم داد. این پروتکل در چشمه های معدنی فرانسه جریان دارد که امکان تحلیل های جدید در پایگاه داده های بزرگتر فراهم می کند.

۲-۴ جوانب کیفیتی مطالعه. این مطالعه از نوعی عملی بوده و نشان دادن کارایی برنامه هدف مهم این مطالعه بود اما نشان دادن تحقق پذیری پروتکل نیز اهمیت داشت. در واقع یکی از اهداف تعمیم این پروتکل در فعالیت

های اخیر بود. لذا تحقق پذیری برنامه اهمیت داشت. دو بخش داده ها می تواند هدایت بخش باشد. پیروی بیمار از میزان کم ترک برنامه علی رغم برنامه توان فرسا (بیش ازدو غیبت منجر به خروج از برنامه می گردد) و میزان ترک کامل کم (۴ بیمار پس از شروع کامل ترک نمودند). رضایتمندی بیمار ۹۳٪ در پایان برنامه بود. در واقع به لحاظ اجرایی، میزان پایین ترک برنامه و میزان رضایتمندی در بین بیماران از تحقق پذیری این برنامه پشتیبانی نمود علی رغم اینکه شریطی از جمله محدودیت زمانی، محیط خاص تفریحگاه ها چشمه معدنی و ریسک روی گردانی بیمار وجود داشت.

۵- نتیجه گیری

این مقاله عملی علی رغم محدودیت ها نشان می دهد که برنامه آموزش روانی (همانند درمان شناختی رفتاری) در ترکیب با شستشو درمانی ترک بنزودیازپین در چشمه معدنی راهبرد نویدبخشی برای ترک مصرف بلند مدت بنزودیازپین است. ما نشان دادیم که این رویکرد تحقق پذیر، موثر و درمان برنامه ریزی شده برای اعتیاد به بنزودیازپین است و این شرایط فاقد درمان استاندارد است. آزمایشات بالینی بیشتر با طراحی کنترل شده تصادفی برای تایید اعتبار و روایی این نتایج تشویقی مورد نیاز هستند.

References

- [1] S. Billiotti de Gage, Y. Moride, T. Ducruet et al., "Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study," *British Medical Journal*, vol. 349, Article ID g5205, 2014.
- [2] C. I. Neutel, "The epidemiology of long-term benzodiazepine use," *International Review of Psychiatry*, vol. 17, no. 3, pp. 189–197, 2005.
- [3] S.-Y. Fang, C.-Y. Chen, I.-S. Chang, E. C.-H. Wu, C.-M. Chang, and K.-M. Lin, "Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 104, no. 1-2, pp. 140–146, 2009.
- [4] J. Alonso, M. C. Angermeyer, S. Bernert et al., "Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project," *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, vol. 109, no. 420, pp. 55–64, 2004.
- [5] I. Gasquet, L. Nègre-Pagès, A. Fourrier et al., "Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study," *Encephale*, vol. 31, no. 2, pp. 195–206, 2005.
- [6] R. C. O. Voshaar, J. E. Couvée, A. J. L. M. van Balkom, P. G. H. Mulder, and F. G. Zitman, "Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis," *British Journal of Psychiatry*, vol. 189, pp. 213–220, 2006.
- [7] O. Dubois, R. Salamon, C. Germain et al., "Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder," *Complementary Therapies in Medicine*, vol. 18, no. 1, pp. 1–7, 2010.
- [8] O. Dubois, R. Salamon, C. Germain, C. Vaugeois, A. Galinowski, and J.-P. Olié, "Crenotherapy," *Encephale*, vol. 34, no. 3, pp. 309–310, 2008.
- [9] G. Blasche, V. Leibetseder, and W. Marktl, "Association of spa therapy with improvement of psychological symptoms of occupational burnout: a pilot study," *Forschende Komplementarmedizin*, vol. 17, no. 3, pp. 132–136, 2010.
- [10] M. Toda, K. Morimoto, S. Nagasawa, and K. Kitamura, "Change in salivary physiological stress markers by spa bathing," *Biomedical Research*, vol. 27, no. 1, p. 114, 2006.
- [11] D. Marazziti, S. Baroni, G. Giannaccini et al., "Thermal balneotherapy induces changes of the platelet serotonin transporter in healthy subjects," *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 31, no. 7, pp. 1436–1439, 2007.
- [12] K. Yamamoto, Y. Aso, S. Nagata, K. Kasugai, and S. Maeda, "Autonomic, neuro-immunological and psychological responses to wrapped warm footbaths—a pilot study," *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 14, no. 3, pp. 195–203, 2008.
- [13] U. Lange, U. Müller-Ladner, and K. L. Schmidt, "Balneotherapy in rheumatic diseases—an overview of novel and known aspects," *Rheumatology International*, vol. 26, no. 6, pp. 497–499, 2006.
- [14] S. Bellometti and L. Galzigna, "Function of the hypothalamic adrenal axis in patients with fibromyalgia syndrome undergoing mud-pack treatment," *International Journal of Clinical Pharmacology Research*, vol. 19, no. 1, pp. 27–33, 1999.
- [15] E. Schauer, F. Trautinger, A. Köck et al., "Proopiomelanocortin-derived peptides are synthesized and released by human keratinocytes," *Journal of Clinical Investigation*, vol. 93, no. 5, pp. 2258–2262, 1994.

- [16] A. Dönmez, M. Z. Karagülle, N. Tercan et al., "SPA therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinic study," *Rheumatology International*, vol. 26, no. 2, pp. 168–172, 2005.
- [17] M. F. D. S. Tursi, C. V. W. Baes, F. R. D. B. Camacho, S. M. D. C. Tofoli, and M. F. Jurueña, "Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 47, no. 11, pp. 1019–1031, 2013.
- [18] R. Casañas, R. Catalán, J. L. del Val, J. Real, S. Valero, and M. Casas, "Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial," *BMC Psychiatry*, vol. 12, article 230, 2012.
- [19] S. V. Parikh, A. Zaretsky, S. Beaulieu et al., "A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) study," *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 73, no. 6, pp. 803–810, 2012.
- [20] F. Eker and S. Harkin, "Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder," *Journal of Affective Disorders*, vol. 138, no. 3, pp. 409–416, 2012.
- [21] J. Xia, L. B. Merinder, and M. R. Belgamwar, "Psychoeducation for schizophrenia," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 6, Article ID CD002831, 2011.
- [22] L. Dutra, G. Stathopoulou, S. L. Basden, T. M. Leyro, M. B. Powers, and M. W. Otto, "A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders," *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, no. 2, pp. 179–187, 2008.
- [23] D. A. Chavira and M. B. Stein, "Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder," *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 12, no. 1, pp. 47–54, 2002.
- [24] P. N. Dannon, I. Iancu, and L. Grunhaus, "Psychoeducation in panic disorder patients: effect of a self-information booklet in a randomized, masked-rater study," *Depression and Anxiety*, vol. 16, no. 2, pp. 71–76, 2002.
- [25] G. M. Manzoni, F. Pagnini, G. Castelnuovo, and E. Molinari, "Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis," *BMC Psychiatry*, vol. 8, article 41, 2008.
- [26] I. Bjelland, A. A. Dahl, T. T. Haug, and D. Neckelmann, "The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review," *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 52, no. 2, pp. 69–77, 2002.
- [27] A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh, "An inventory for measuring depression," *Archives of General Psychiatry*, vol. 4, pp. 561–571, 1961.
- [28] A. Pelissolo and W. J. Naja, "Evaluation de la dépendance aux BZD à l'aide d'une échelle cognitive," *Synapse*, vol. 131, pp. 37–40, 1996.
- [29] W. D. Scholten, N. M. Batelaan, P. van Oppen, J. H. Smit, and A. J. L. M. Van Balkom, "Discontinuation of antidepressants in remitted anxiety disorder patients: the need for strategies to prevent relapse," *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 82, no. 6, pp. 399–400, 2013.
- [30] A. W. Calkins, M. W. Otto, L. S. Cohen et al., "Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: results from a prospective 3-year longitudinal study," *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 23, no. 8, pp. 1165–1169, 2009.
- [31] W. J. M. J. Gorgels, R. C. Oude Voshaar, A. J. I. Mol et al., "Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 78, no. 1, pp. 49–56, 2005.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی