

اثر دعا درمانی بر هموگلوبین و فریتین بیماران مبتلا به تالاسمی: یک مطالعه راهنما

اکرم جهانگیر: مربی، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش
دکتر فرزانه مفتون: * دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر شهناز خدایی: استادیار، گروه بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز طبی کودکان
دکتر مژگان کاربخش: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمد شریعتی: استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه

فصلنامه پایش

سال هفتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۷ صص ۳۶۷-۳۶۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱

چکیده

دعادرمانی، یکی از روش‌های درمان کل‌نگر است که اثربخشی آن در مورد بیماری‌های مختلفی نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی، روماتوئید آرتریت و ناباروری ثابت شده است. هدف این مطالعه تعیین اثر دعادرمانی روی فریتین و هموگلوبین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور است. این بیماری در افراد مدیترانه‌ای و نیز ایران بیش از سایر ملل دیده می‌شود. تالاسمی ماژور، شدیدترین فرم این بیماری است که در آن فقدان کامل پروتئین بتا در هموگلوبین، منجر به کم‌خونی تهدید کننده حیات می‌شود. به طوری که زندگی فرد لزوماً به تزریق منظم خون و مراقبت‌های مکرر پزشکی بستگی دارد از طرف دیگر تزریق مکرر خون که برای درمان این بیماران ضرورت دارد منجر به انباشتگی آهن و افزایش فریتین سرم در این بیماران می‌شود که باید با درمان شلاتور مناسبی (Chelating agent) مانند دفروکسامین فریتین سرم زیر ۱۰۰۰ نانوگرم در میلی‌لیتر نگه داشته شود، سمی نخواهد بود. این مطالعه آزمایشی روی هفت بیمار که به یک کلینیک مراجعه می‌کرده‌اند انجام شده است. این بیماران علاوه بر درمان معمول خود، دعادرمانی را نیز دریافت کرده‌اند. جهت تحلیل آماری از نرم افزار SPSS استفاده شده است. در این مطالعه ۷ بیمار مورد مداخله قرار گرفتند که ۶ نفر (۸۵/۶ درصد) مؤثر و یک نفر (۱۴/۳ درصد) مذکور بودند. قبل از مداخله حداقل هموگلوبین ۷/۵ و حداکثر آن ۱۰/۷ بود و میانگین هموگلوبین بیماران ۹/۷ (انحراف معیار ۰/۴۵) گرم در دسی‌لیتر بود. فریتین بیماران نیز در ۵ بیمار در دسترس بود که میانگین آن ۲۲۴۶/۸ با میانه ۱۵۸۰ بود. میانگین هموگلوبین بیماران پس از مداخله به ۱۰/۸ رسید (خطای استاندارد ۰/۲۴۲) که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است ($P=0/028$). متوسط کاهش فریتین ۵۶۶ واحد با خطای استاندارد ۳۱۳/۱ و میانه ۷۸۰ بود. در ۴ مورد از بیماران فواصل دریافت خون (ترانسفوزیون) به حدوداً دو برابر افزایش یافت. نخستین بار است که این روش در مورد بیماران تالاسمی به کار گرفته می‌شود و اثربخشی آن در کاهش فریتین، افزایش هموگلوبین و افزایش فواصل خونگیری بیماران در این مطالعه کوچک نشان داده شده است و برای اثبات این اثر مطالعه کارآزمایی بالینی ضرورت دارد. بنابراین در صورت وجود بستر مساعد جهت انجام چنین پژوهش‌هایی به صورت گسترده‌تر، انجام این بررسی بر روی تعداد بیشتری از بیماران و ارزیابی تأثیر این روش روی شاخص‌های سلامت روان آنها در مرحله بعدی قرار دارد.

کلیدواژه‌ها: تالاسمی، دعادرمانی، مطالعه راهنما

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی

تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴

نمبر: ۶۶۴۸۰۸۰۵

مقدمه

سرعت بالای تغییر جوامع، موجب تغییر عوامل مؤثر بر سلامت انسان (عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و اجتماعی) شده است. این تحول به نوبه خود منجر به تغییرات جدی در الگوی بیماری‌ها شده است که لزوم شناخت و بکارگیری روش‌های نوین و به ویژه کل نگر را ایجاب می‌کند.

با توجه به این نکات، استفاده از این روش‌ها به خصوص در بیماری‌هایی که در روش‌های رایج طب، درمان قطعی شناخته شده‌ای ندارند، می‌تواند مفید باشد. لذا لزوم پژوهش در زمینه اثربخشی این روش‌ها از اولویت‌های تحقیقاتی به شمار می‌رود.

به موازات این تغییرات، کاربرد روز افزون روش‌های نوین در طب مشهود است. یکی از این روش‌ها که اخیراً در سطح جهانی مورد توجه و بررسی‌های علمی واقع شده است، دعا درمانی می‌باشد.

دعا یک کار شفا بخش باستانی است که متأسفانه استفاده از آن در سیستم بهداشتی امروز ما عموماً متداول نیست. دعا در واقع عملکرد ساده‌ای است که با متوجه کردن ذهن و قلب به سوی ذات اقدس پروردگار انجام می‌شود. یکی از فعال‌ترین فرم‌ها و انواع دعا، خواستن چیزی برای دیگران است (Intercession). این قسم که در واقع همان دعادرمانی است، یک شکل فعالانه از دعا است که فرد برای دیگران عاقبتی مطلوب (Outcome) را می‌طلبد [۱].

مطالعات مختلف، که در چند واحد مراقبت قلبی - عروقی، بیماران مبتلا به ایدز، بیماران نابارور، بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید، نوزاد نارس و حوادث عروقی مغز انجام گرفته اثر دعادرمانی را روی بهبود بیماری‌ها نشان داده شده است [۸-۲]. لذا گروه تحقیق به دلیل گرایش‌های فرهنگی جامعه و زمینه‌های مساعد اعتقادی موجود در مورد دعادرمانی و نیز کم هزینه بودن آن و با تکیه بر نتایج مثبت حاصل از مطالعات جهانی در خصوص اثربخشی و بی‌عارضه بودن این روش، اقدام به طراحی این مطالعه آزمایشی جهت بررسی اثر دعادرمانی روی فریتین و هموگلوبین بیماران تالاسمی ماژور کرد.

بتا تالاسمی، شامل گروه متنوع از اختلالات ژنتیکی در سنتز هموگلوبین است که ناشی از کاهش ساخته شدن زنجیره‌های بتاگلوبین است [۹].

تالاسمی ماژور در افراد مدیترانه‌ای و نیز در ایران بیشتر از سایر ملل دیده می‌شود. تالاسمی ماژور شدیدترین فرم بیماری تالاسمی است که در آن، فقدان کامل پروتئین بتا در هموگلوبین منجر به کم

خونی تهدید کننده حیات می‌شود، به طوری که زندگی فرد لزوماً به تزریق منظم خون و مراقبت‌های مکرر پزشکی بستگی دارد. در غیر این صورت میزان هموگلوبین به کمتر از ۵/۰ گرم در دسی‌لیتر کاهش می‌یابد [۱۰]. طیف طبیعی هموگلوبین در کودکان ۱۲-۷ ساله باید بین ۱۶/۰-۱۱/۰ گرم در دسی‌لیتر و در افراد بزرگتر در جنس مؤنث بین ۱۶/۰-۱۲/۰ گرم در دسی‌لیتر و در جنس مذکر بین ۱۸/۰-۱۲/۰ گرم در دسی‌لیتر باشد [۱۱]. از طرف دیگر همانطور که گفته شد تزریق مکرر خون به این بیماران جهت حفظ حیات ضرورت دارد. این تزریقات مکرر خون از طرفی و نیمه عمر اندک آن در فرد مبتلا به کم خونی ناشی از تالاسمی ماژور می‌تواند باعث هموسیدروز شود که عبارت است از رسوب آهن در بافت‌های بدن. چرا که تزریق هر ۵۰۰ میلی‌لیتر خون باعث ایجاد ۲۰۰ میلی گرم آهن در بافت‌ها می‌شود و درگیری بافت قلب در این جریان عامل مهم مرگ زودرس در این بیماری است. بنابراین تزریق دفروکسامین به منظور کاهش آهن سرم ضروری است که ۵-۶ شب در هفته تجویز می‌شود تا بتواند سطح فریتین سرم را زیر ۱۰۰۰ نانوگرم در میلی لیتر نگه دارد که در این صورت مقدار فریتین کمتر از میزان سمی است [۱۲].

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت آزمایشی بر روی ۷ بیمار تالاسمی ماژور که در طول دو ماه به یک مطب خصوصی کودکان در تهران مراجعه می‌کردند انجام شد. قبل از مداخله، پرسشنامه رضایت از ورود به مطالعه برای آنها پر شد. سپس ۷ جلسه دعادرمانی (Intercessory prayer) از راه نزدیک و ۷ جلسه از راه دور برای بیماران انجام شد.

قبل و بعد از مداخله، هموگلوبین و فریتین بیماران و دفعات تزریق خون (ترانسفوزیون) ثبت گردید. علاوه بر متغیرهای فوق سایر متغیرها، شامل سن، جنس، علائم عمومی و وضعیت تحصیلی بودند. سپس داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 10 وارد رایانه شد و تحلیل‌های مورد نظر بر اساس آزمون‌های غیر پارامتریک انجام گردید.

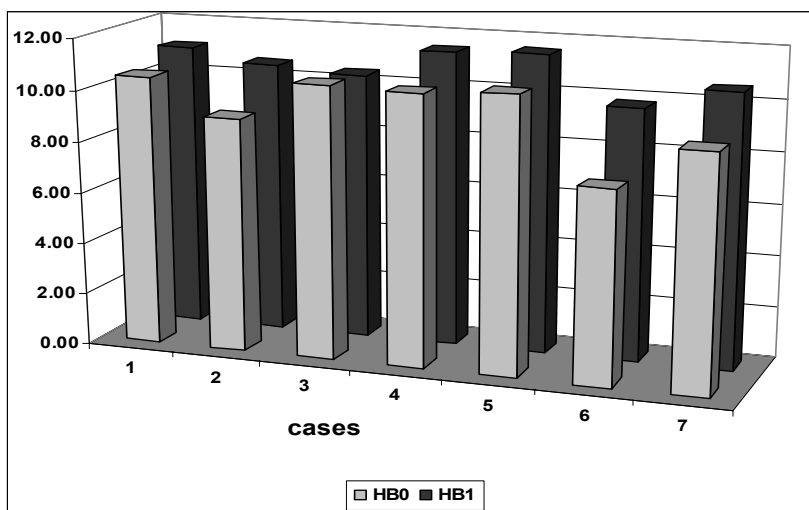
یافته‌ها

در این مطالعه ۷ بیمار مورد مداخله قرار گرفتند که ۶ نفر (۸۵/۶ درصد) مؤنث و یک نفر (۱۴/۳ درصد) مذکر بودند. میانگین سنی

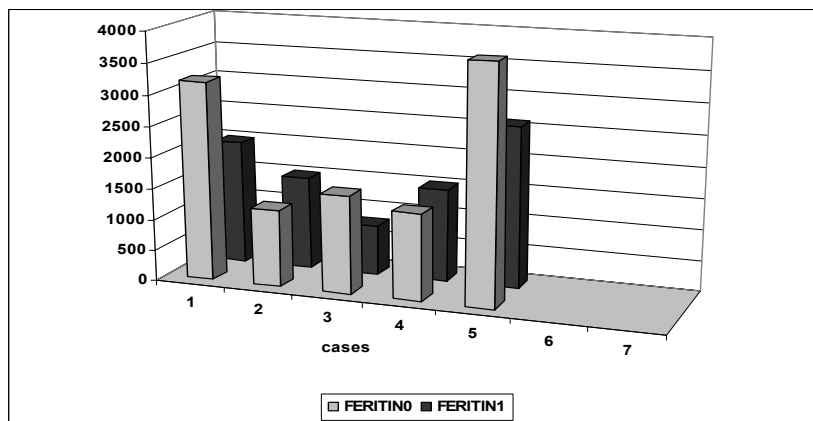
از مداخله این علائم مرتفع شده بود. میانگین هموگلوبین بیماران پس از مداخله به ۱۰/۸ رسید (انحراف معیار ۰/۲۴) که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P=0/028$) (با استفاده از آزمون Wilcoxon signed ranks test) (شکل شماره ۱). متوسط کاهش فریتین ۵۶۶ واحد با انحراف معیار (SE) ۳۱۳/۱ و میان ۷۸۰ بود (شکل شماره ۲). یکی از بیماران، خودسرانه دفعات تزریق دفروکسامین را از ۶ ویال در ۶ شب در هفته به ۴ ویال در ۴ شب در هفته کاهش داده بود که با حذف این مورد، متوسط کاهش به ۷۷۰/۳ رسید (با انحراف ۳۰۶/۶ و میان ۹۹۰). ضمناً ۳ بیمار بهبود وضعیت تحصیلی خود را پس از مداخله ابراز نمودند.

بیماران ۱۴ سال با انحراف معیار (SD) ۱/۹۹ سال، میان ۱۵ سال، حداقل ۶ سال و حداکثر ۲۰ سال بودند. میانگین هموگلوبین بیماران پیش از مداخله ۹/۷ با انحراف معیار ۰/۴۵ بود. حداقل این هموگلوبین ۷/۵ و حداکثر ۱۰/۷ بود. فریتین بیماران نیز در ۵ بیمار در دسترس بود که میانگین آن ۲۲۴۶/۸ با میان ۱۵۸۰ بود. از نظر دفعات مداخله (دعا درمانی) از راه نزدیک، میانگین دفعات ۵/۸۶ و میان آن ۶ بار بود. ضمناً میانگین و میان دفعات مداخله از راه دور نیز به همین تعداد بود. در ۴ مورد فواصل دریافت خون (ترانسفوزیون) به حدوداً دو برابر افزایش یافت و در دو مورد که پیش از مداخله دچار علائم سرگیجه و ضعف و بیحالی بودند، پس

شکل شماره ۱- هموگلوبین بیماران قبل و بعد از دعامرمانی



شکل شماره ۲- فریتین بیماران قبل و بعد از دعامرمانی



بحث و نتیجه گیری

تالاسمی ماژور، شدیدترین فرم تالاسمی است که در آن، فقدان کامل پروتئین بتا در هموگلوبین، منجر به کم خونی تهدید کننده حیات می شود. به طوری که زندگی فرد لزوماً به تزریق منظم خون و مراقبت های مکرر پزشکی بستگی دارد. ضمناً این تزریق های مکرر خون منجر به انباشتگی آهن [و افزایش فریتین] می شود که باید با درمان شلاتوری مناسب [مثل دفروکسامین] از مرگ زودرس ناشی از آن کار افتادن ارگان ها جلوگیری کرد [۱۰].

از سوی دیگر می دانیم که بیماری های مزمن (و از جمله تالاسمی ماژور) تأثیری عمیق بر عملکرد کودکان و نوجوانان و از جمله عملکرد تحصیلی آنها و نیز وضعیت کل خانواده آنها می گذارد و همه منابع آنها را تخلیه می کند [۱۳] که این مسأله با توجه به ویژگی های دوران نوجوانی می تواند در آن مقطع تشدید شود [۱۴]. یکی از روش های درمانی که با رویکرد کل نگر به انسان اخیراً در سطح جهانی مورد بررسی های علمی قرار گرفته و کارایی آن ثابت شده دعادرمانی است.

این مطالعات در چند واحد مراقبت قلبی - عروقی، بیماران مبتلا به ایدز، درمان ناباروری، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، نوزاد نارس و حوادث عروقی مغز انجام گرفته است [۸-۲].

در بررسی اثر دعادرمانی روی نتایج درمان بیماران بستری در واحد مراقبت های بیماری های قلبی - عروقی (CCU) تعداد نمونه های مورد مداخله ۴۶۶ و تعداد نمونه های گروه کنترل ۵۲۴ نفر بود که به طور تصادفی انتخاب شده بودند. گروه کنترل مراقبت های معمول را و گروه مداخله دعادرمانی از راه دور را دریافت نموده بودند. ۳ پزشک متخصص قلب و عروق متبصر و یک پزشک متخصص داخلی، معیار امتیازدهی را مورد استفاده قرار داده اند که تحت عنوان امتیاز MAHI-CCU نام برده می شود. متغیرهایی را در بر می گیرد که نتایج وضعیت بیمار را از عالی تا کاتاستروفیک در بر می گیرد. علاوه بر آن طول مدت بستری از

منابع

شاخص های مورد بررسی بود. نتایج امتیاز MAHI-CCU به طور معنی داری در ۲ گروه متفاوت بود. به طوری که دعا را به عنوان عامل اثربخشی در کنار مراقبت های پزشکی استاندارد معرفی می نماید. در مدت اقامت بیماران در دو گروه تفاوتی نشان داده نشده است [۸].

در مطالعه دیگری که بررسی دعادرمانی روی عفونت خون را در برمی گیرد، گروه مداخله ۱۶۹۱ بیمار و گروه کنترل ۱۷۰۲ بیمار را شامل می شد که به طور تصادفی انتخاب شده بودند. شاخص های مورد بررسی شامل طول دوره تب بیماران، طول مدت بستری و فراوانی مرگ و میر در بیمارستان بوده است. نتایج این مطالعه، تفاوت معنی داری در طول دوره تب و طول مدت اقامت بیماران را نشان داده است که در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بوده اند و در فراوانی مرگ و میر در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشته است [۱۵].

نخستین بار است که این روش در مورد بیماران تالاسمی به کار گرفته می شود و اثربخشی آن در کاهش فریتین، افزایش هموگلوبین و افزایش فواصل خونگیری بیماران در این مطالعه کوچک به اثبات رسید. با توجه به این که این بیماران تأثیر مطلوب این روش را در کیفیت زندگی، سلامت عمومی، روانی و عملکرد تحصیلی خود ابراز می کردند، در صورت وجود بستر مساعد جهت انجام چنین پژوهش هایی به صورت گسترده تر، انجام این بررسی بر روی تعداد بیشتری از بیماران و ارزیابی تأثیر این روش روی شاخص های سلامت روانی آنها در مرحله بعدی قرار دارد. علاوه بر آن مطالعات کارآزمایی بالینی به منظور اثبات نحوه تأثیرات دعادرمانی در بهبودی این بیماران ضرورت دارد. اگر پزشکان بالینی که مسئولیت درمانی بیماران را به عهده دارند با اثربخشی دعادرمانی در بهبود بیماران خود آشنا شوند، تشویق خواهند شد که این کار را به عنوان بخشی از روش های درمانی خود مورد استفاده قرار دهند [۱].

- 1- Ameline Ann. Prayer: An Ancient healing practice becomes new again. Holistic Nursing Practice 2000; 14: 40-48
- 2- Byrd Randolph. Positive theraputic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. Southern Medical Journal 1988; 81: 826-9
- 3- Sicher F, Targ E, Moore D, Smith HS. A randomized double- blind study of the effect of distant

- healing in a population with advanced AIDS. Report of a small scale study. Western Journal of Medicine 1998; 196: 356-63
- 4- Cha Kwang Y, Wirth Daniel P, Lobo Rogerio A. Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer? Report of a masked, randomized trial. Journal of Reproductive Medicine 2001; 45: 781-87

- 5- Mathews Dale A, Marlowe Sally M, Mac Nutt Francis S. Effects of intercessory prayer on patients with Rheumatoid Arthritis. Southern Medical Journal 2000; 96: 1177- 86
- 6- Springer S. Effects of a prayer circle on a moribund premature infant. Alternative Therapy 1999; 5: 115-18
- 7- Rebinson- Smith Gale. Prayer after stroke: its relationship to self-efficacy and quality of life. Journal of Holistic Nursing 2002; 20: 325
- 8- Harris WS. A randomized controlled trial of the effects of remote intercessory prayer on outcome in patients admitted to the coronary care unit. Archives of Internal Medicine 1999; 159: 2273-8
- 9- Weatherall J. Thalassemia Syndromes. Blackwell, 2001
- 10- Quirolo K, Vichin E. Hemoglobin Disorders. In: Behrman RE, Kleigman R, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition, W.B.Saunders Company: Philadelphia, 2004, 1632-34
- 11- Glader B. The Anemia. In: Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition, W.B.Saunders Company: Philadelphia, 2004, 1604-6
- 12- George RH. Hemoglobin Disorders. In: Behrman RE, Kleigman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition, W.B.Saunders Company: Philadelphia, 1996, 1396-405
- 13- Anonymous. About Thalassemia. Cooleys Anemia foundation leading the fight against Thalassemia. Available at: www.cooleysanemia.org
- 14- Karl Atkin, Waqar IU Ahmad. Living a normal life: young people coping with Thalassemia Major or Sickle Cell Disorder. Social Science and Medicine 2001; 53: 615-25
- 15- Lebovici L. Effects of remote retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with blood stream infection: randomized controlled trial. British Medical Journal 2001; 323: 1450-51۱۳۷۰