



بررسی اختلال مصرف مواد در بیماران هموفیلی در بیمارستان علی اصغر زاهدان سال ۹۱-۹۲

دکتر مجید نادری

فوق تخصص خون و انکولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان زاهدان، زاهدان، ایران

دکتر زهرا چایچی

دکترای عمومی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران

فائزه سرحدی، ایمان دهباشی

دانشجوی کارشناسی پرستاری و عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، ایران

Faezeee.sarhadi75@gmail.com*

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی اختلال مصرف مواد در بیماران هموفیلی در بیمارستان علی اصغر شهر زاهدان بوده است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی، تحلیلی بود که به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری را بیماران هموفیلی بالای ۱۲ سال مراجعه کننده به بیمارستان علی اصغر شهرستان زاهدان تشکیل داده‌اند. جمع آوری داده‌های ما بر اساس فرم اطلاعاتی و پرسشنامه‌ی آزمون غربالگری وابستگی به الکل، سیگار و مواد ویرایش سوم بود. در ابتدا پس از هماهنگی با ریاست بیمارستان علی اصغر فرم اطلاعاتی و پرسشنامه‌ها بین بیماران توزیع شد و پس از تکمیل، فرم‌ها جمع‌آوری شده و اطلاعات حاصله وارد نرم افزار spss گردید.

نتایج: در انتهای مطالعه تعداد ۸۰ بیمار وارد مطالعه شدند. از این تعداد ۲۴ بیمار مونث و ۵۶ بیمار مذکر بودند. ۲۸ بیمار (۳۵٪) اختلال مصرف مواد داشتند. از بین افراد مورد مطالعه ۴۶ بیمار (۵/۵۷٪) بیان نمودند، درد دارند و میانگین شدت درد افراد در این مطالعه $12/2 \pm 21/8$ (رنج ۱-۱۰) بوده است. از نظر شدت درد اختلاف آماری معناداری بین این دو گروه وجود نداشت ($p.vale = 0.212$). همچنین بررسی‌های ما نشان داد از نظر جنسیت، سن، سابقه سوء مصرف مواد در خانواده، میزان تحصیلات، نوع کمبود فاکتور انعقادی، نوع فاکتور انعقادی دریافتی و تعداد مفاصل درگیری اختلاف معنی‌داری بین بیماران با سوء مصرف در مقایسه با بیماران نرمال وجود داشت ($p.vale < 0.05$). در حالی که بین این دو گروه از نظر وجود سابقه جراحی، مدت وجود درد و سن تشخیص بیماری اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p.vale > 0.05$).

نتیجه‌گیری: در انتهای مطالعه و به عنوان نتیجه‌گیری پایانی می‌توان بیان کرد با توجه به شیوع بالای سوء مصرف در بیماران مبتلا به هموفیلی نسبت به جمعیت عمومی جامعه در نظر گرفتن راهکارهایی برای مدیریت بهتر و درمان حمایتی فراگیر در این بیمار مورد نیاز می‌باشد.

کلمات کلیدی: هموفیلی، وابستگی به مواد، سوء مصرف مواد

مقدمه و بیان مسئله

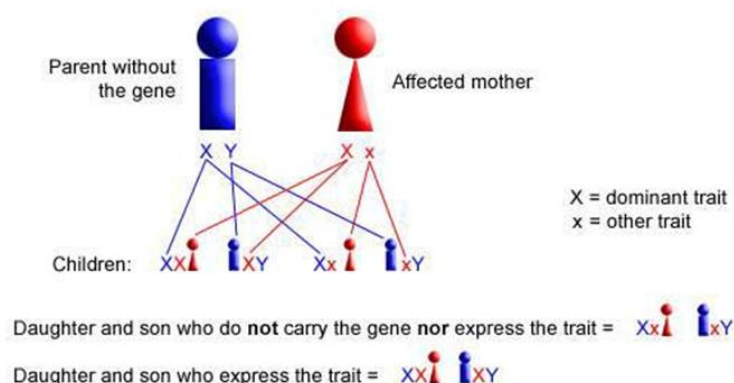
اکثر اختلالات انعقادی ارثی پلاسما ناشی از نقص یکی از پروتئین های پلاسما است و دو اختلال وابسته به جنس یعنی کمبود فاکتورهای 8 و 9 مسئول اکثر اختلالات شناخته شده می باشد که تحت عنوان بیماری هموفیلی معروف است . بیماری هموفیلی یک بیماری خونریزی دهنده مادرزادی وابسته به جنس است. که برآورد می شود 400 هزار نفر در گستره جهان به این بیماری مبتلا باشند .

این بیماری به 2 دسته اصلی تقسیم می شود :

-هموفیلی A یا نوع کلاسیک که به دلیل کمبود فاکتور 8 (در 80 درصد موارد) ایجاد می شود.

-هموفیلی B یا بیماری کریسمس که به دلیل کمبود فاکتور 9 ایجاد می شود.

همچنین دو بیماری دیگر نیز با توجه به علل بوجود آورنده و علائم بیماری در زیر مجموعه بیماری هموفیلی قرار می گیرند: بیماری هاگمن که به دلیل کمبود فاکتور 12 بروز می کند و بیماری فون ویلبراند که به دلیل عدم وجود فاکتور 8 ایجاد می شود. شیوع هموفیلی A از هموفیلی B بیشتر بوده و در حدود 80 تا 85 درصد کل موارد را در بر می گیرد و به عبارتی از هر 10000 نوزاد مذکر یک نفر دچار کمبود یا اختلال کار فاکتور 8 می باشد.(13)



آرتروپاتی هوفیلیک با همارتروز شروع می شود، به خصوص وقتی 2 تا 3 بار خون ریزی در مدت کوتاهی درون مفصل رخ دهد (1) سپس آرتروپاتی هوفیلیک به صورت بالینی و رادیولوژی آشکار خواهد شد که منجر به اختلال در مفاصل گرفتار خواهد گردید. (2) استفاده ی مکرر از داروهای مسکن برای فروکش کردن درد ناشی از خون ریزی داخل مفصل بیماران هموفیلی منجر به وابستگی آنها به این داروها می شود. (3) علاوه بر مشکلات جسمی، محدودیت و زندگی سرشار از استرس تاثیر منفی بر شخصیت اجتماعی این بیماران گذاشته و در نهایت سبب برخی از اختلالات روانی مثل افسردگی و کاهش عزت نفس می شود. (4) جنبه های روانی هموفیلی در مطالعات قبل بررسی شده اند. (5) اما اطلاعاتی در مورد شیوع سوء مصرف مواد در بیماران هموفیلی با توجه به عوامل فردی و اجتماعی در حال حاضر گزارش نشده است. مطالعه ی حاضر با هدف میزان شیوع مصرف مواد در بیماران هموفیلی و پرداختن به عوامل موثر بر آن صورت گرفته است.

آزمون های غربالگری در موارد شدید و متوسط هموفیلی، طولانی شدن ترومبوپلاستین فعال شده را نشان می دهد، اما ممکن است این طولانی شدن در هموفیلی خفیف رخ ندهد . تشخیص قطعی هموفیلی با اندازه گیری دقیق فاکتورها و اثبات کمبود



فاکتورهای 8 یا 9 امکان پذیر است. به طور کلی شدت اختلالات خونریزی در بیماران هموفیلی با سطح فاکتورهای انعقادی در ارتباط است که در جدول زیر نشان داده شده است. (14)

یافته ها

نتایج: در انتهای مطالعه ی حاضر که با هدف بررسی اختلال مصرف مواد در بیماران هموفیلی در بیمارستان علی اصغر زاهدان سال 91-92 انجام شد، تعداد 80 بیمار وارد مطالعه شدند. از این تعداد 24 بیمار مونث (30/0%) و 56 بیمار مذکر (70/0%) بودند. (نمودار 1) از بین 80 بیماری که مورد مطالعه قرار گرفتند، 28 بیمار (35/0%) اختلال مصرف مواد داشتند. از بین افراد مورد مطالعه 46 بیمار (57/5%) بیان نمودند، درد دارند و میانگین شدت درد افراد در این مطالعه $8/21 \pm 2/12$ (رنج 1-10) بوده است. میانگین شدت درد در بیماران با سوء مصرف مواد $8/53 \pm 1/71$ و در بیماران بدون سوء مصرف مواد $7/77 \pm 2/54$ بوده است. از نظر شدت درد اختلاف آماری معناداری بین این دو گروه وجود نداشت. (p.vale = 0.212)

همچنین بررسی های ما نشان داد از نظر جنسیت، سن، سابقه سوء مصرف مواد در خانواده، میزان تحصیلات، نوع کمبود فاکتور انعقادی، نوع فاکتور انعقادی دریافتی و تعداد مفاصل درگیری اختلاف معنی داری بین بیماران با سوء مصرف در مقایسه با بیماران نرمال وجود داشت. (p.vale < 0.05) در حالی که بین این دو گروه از نظر وجود سابقه جراحی، مدت وجود درد و سن تشخیص بیماری اختلاف معنی داری مشاهده نشد. (p.vale > 0.05)

جدول 1. مقایسه برخی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک سوء مصرف مواد

سطح اختلاف معنی داری	کل افراد (80 نفر)	سوء مصرف ندارد (52 نفر)	سوء مصرف دارد (28 نفر)		
P= 0.001	56(70/0)	30(57/7)	26(92/9)	مذکر مونث	جنسیت
	24(30/0)	22(42/3)	2(7/1)		
P= 0.000	22(27/5)	22(42/3)	0(0/0)	سال 19-12 20 سال به بالا	سن
	58(72/5)	30(57/7)	28(100/0)		
P= 0.167	37(46/2)	21(40/4)	16(57/1)	دارد ندارد	سابقه جراحی
	43(53/8)	31(59/6)	12(42/9)		
P= 0.000	37(46/2)	14(26/9)	23(82/1)	دارد ندارد	سابقه سوء مصرف در خانواده
	43(53/8)	38(73/1)	5(17/9)		
P= 0.000	39(48/8)	17(32/7)	22(78/6)	دارد ندارد	درد
	41(51/2)	35(67/3)	6(21/4)		
P= 0.010	21(26/2)	8(15/4)	13(46/4)	بیسواد کم سواد تحصیل کرده	میزان تحصیلات
	38(47/6)	29(55/8)	9(32/1)		
	21(26/2)	18(28/8)	6(21/4)		

جدول 2. مقایسه فراوانی کمبود فاکتورهای انعقادی در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد



سطح اختلاف معنی داری	کل افراد (نفر 80)	سوء مصرف ندارد (نفر 52)	سوء مصرف دارد (نفر 28)		
P= 0.001	4(/.5/0)	4(/.7/7)	0(/.0/0)	1	نوع
	35(/.43/8)	17(/.32/7)	18(/.64/3)	8	کمبود
	10(/.12/5)	4(/.7/7)	6(/.21/4)	9	فاکتور
	31(/.38/8)	27(/.51/9)	4(/.14/3)	13	

جدول 3. مقایسه فراوانی نوع فاکتور انعقادی دریافتی در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد

سطح اختلاف معنی داری	کل افراد (نفر 80)	سوء مصرف ندارد (نفر 52)	سوء مصرف دارد (نفر 28)		
P= 0.000	4(/.5/0)	4(/.7/7)	0(/.0/0)	1	نوع
	3(/.3/8)	0(/.0/0)	3(/.10/7)	7	فاکتور
	32(/.40/0)	16(/.30/8)	16(/.51/4)	8	دریافتی
	8(/.10/0)	2(/.3/8)	6(/.21/4)	9	
	28(/.35/0)	25(/.48/1)	3(/.10/7)	13	
	3(/.3/8)	3(/.5/8)	0(/.0/0)	cryo	
	2(/.2/5)	2(/.3/8)	0(/.0/0)	FFP	



جدول 4. مقایسه مدت وجود درد در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد

سطح اختلاف معنی داری	کل افراد دارای درد (46 نفر)	سوء مصرف ندارد (20 نفر)	سوء مصرف دارد (26 نفر)		
P= 0.251	31(%.67/4)	11(%.55/0)	20(%.76/9)	1-5 روز	مدت درد
	8(%.17/4)	4(%.20/0)	4(%.15/4)	6-10 روز	
	5(%.10/9)	3(%.15/0)	2(%.7/7)	11-15 روز	
	2(%.4/3)	2(%.10/0)	0(%.0/0)	16-20 روز	

جدول 5. مقایسه سن تشخیص بیماری در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد

سطح اختلاف معنی داری	کل افراد (80 نفر)	سوء مصرف ندارد (52 نفر)	سوء مصرف دارد (28 نفر)		
P= 0.842	56(%.70/0)	36(%.69/2)	20(%.71/4)	زیر 5 سال	سن تشخیص
	11(%.13/8)	8(%.15/4)	3(%.10/7)	5-10 سال	
	9(%.11/2)	5(%.9/6)	4(%.14/3)	10-15 سال	
	4(%.5/0)	3(%.5/8)	1(%.3/6)	15 سال به بالا	

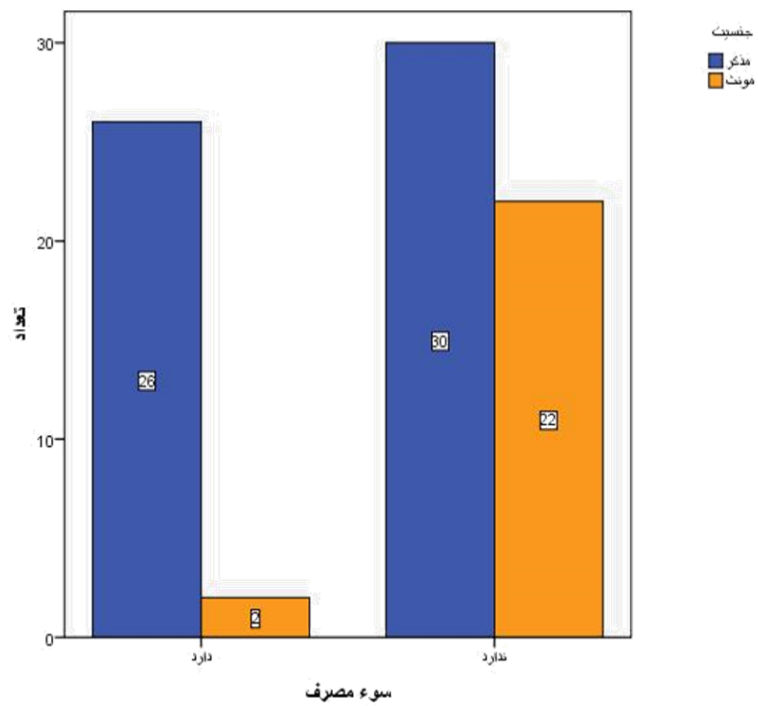
جدول 6. مقایسه تعداد مفاصل درگیر در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد



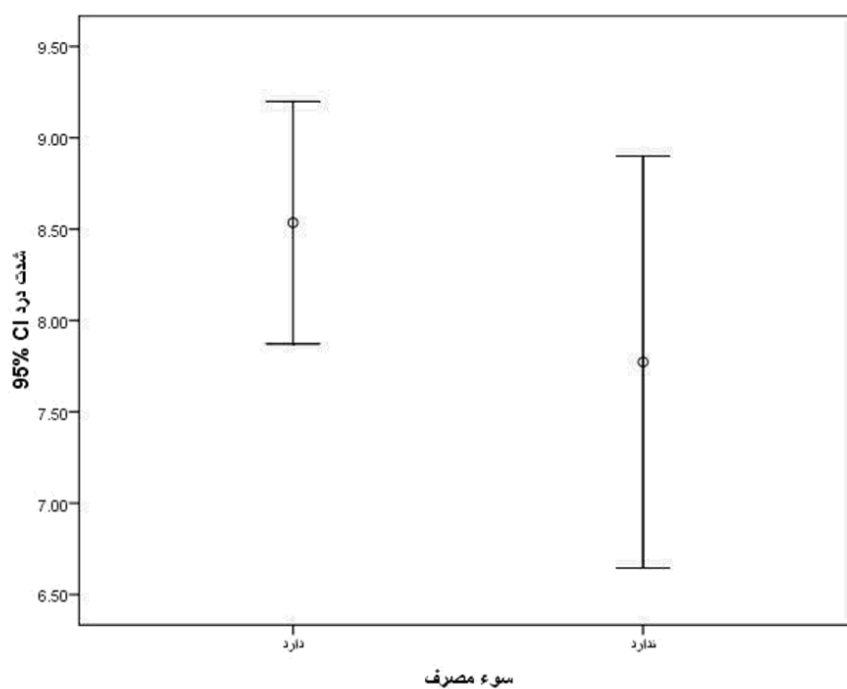
سطح اختلاف معنی داری	کل افراد (80 نفر)	سوء مصرف ندارد (52 نفر)	سوء مصرف دارد (28 نفر)		
P= 0.000	29(36/2)	28(53/8)	1(3/6)	بدون درگیری	تعداد
	25(31/2)	15(28/8)	10(35/7)	تا 3 مفصل دیگر	مفاصل
	16(20/0)	6(11/5)	10(35/7)	3-6 مفصل دیگر	درگیری
	10(12/5)	3(5/8)	7(25/0)	بیش از 6 مفصل دیگر	

جدول 7. مقایسه میزان وابستگی بیماران به تفکیک نوع ماده مصرفی

تباکو (7 نفر)	الکل (5 نفر)	ایبوم (22 نفر)	سیگار (1 نفر)	ماده مصرفی میزان وابستگی
1(14/3)	4(80/0)	1(4/5)	1(100/0)	0-3
6(85/7)	1(20/0)	21(95/5)	0(0/0)	3-24



نمودار 1. مقایسه فراوانی جنسیتی در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد



نمودار 2. مقایسه میانگین شدت درد در افراد به تفکیک سوء مصرف مواد

بحث

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می گردد بلکه آسیب های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز در بر دارد (15) مطالعه ی حاضر که با هدف بررسی اختلال مصرف مواد در بیماران هموفیلی در بیمارستان علی اصغر زاهدان انجام شد. در بررسی ما 35% بیماران اختلال مصرف مواد داشتند که بسیار بالاتر از شیوع مصرف در افراد عادی



جامعه 12.5% بود (9) البته در سایر مطالعاتی که در زمینه بیماری‌های مزمن در ایران نیز صورت گرفته بود شیوع سوء مصرف در بین بیماران بالاتر از شیوع در افراد جامعه بود. (10,11) در بین بیماران 57.7% درد داشتند که به میزان معنی داری بیش از گروه نرمال بود در حالی که از نظر شدت درد اختلاف آماری معناداری بین این دو گروهی که سوء مصرف داشتند و گروه نرمال وجود نداشت.

مطالعه ما نشان داد سابقه سوء مصرف مواد در خانواده به میزان معنی داری در بیماران با سوء مصرف در مقایسه با بیماران نرمال بیشتر بود. در سایر مطالعات نیز نتایج مشابه بدست آمده بود (7,11) بررسی‌های ما نشان داد بین این دو گروه از نظر وجود سابقه جراحی و سن تشخیص بیماری اختلاف معنی داری مشاهده نشد. در مطالعه مشابه دیگری نیز که در سال 86 در ایران صورت گرفت نتایج مشابهی در این زمینه به دست آمد. (7) میزان سوء مصرف به میزان معنی داری در جنس مذکر بیشتر از جنس مؤنث و در سنین بالای 20 سال بیشتر از سنین زیر 20 سال بود. این میزان اختلاف مورد انتظار بود چون در مطالعات دیگر نشان داده شده در جمعیت عمومی جامعه هم سوء مصرف در سنین بالاتر و جنس مذکر شیوع بیشتری دارد (6) همچنین در مطالعه ای که کریمی و همکارانش روی بیماران هموفیلیک انجام دادند (7) شیوع سوء مصرف در سنین بالای 20 سال بیشتر بود. اما آنها بیماران را از نظر جنسیت مورد بررسی قرار ندادند.

در مطالعه ما سوء مصرف به میزان معنی داری در بیمارانی که وجود درد را ذکر کردند بیشتر از بیمارانی بود که درد نداشتند. در سایر مطالعات نیز بیان شد که بروز درد باعث افزایش سوء مصرف مواد در بیماران می‌شود. (10,12) این در حالی بود که بررسی شدت درد و مدت وجود درد در دو گروه اختلاف معناداری را نشان نداد.

همچنین در مطالعه ما سوء مصرف به میزان معنی داری در بیمارانی که کم سواد یا بیسواد بودند بیشتر از افراد تحصیل کرده بود. برخلاف نتایج مطالعه ما کریمی و همکاران بیان نمودند میزان تحصیلات بیماران بر شیوع سوء مصرف تاثیر معنی داری ندارد. (7) بررسی‌های ما نشان داد اغلب بیمارانی که سوء مصرف داشتند (64%) در فاکتور 8 انعقادی کمبود داشتند، در حالی که گروه نرمال اغلب (52%) در فاکتور 13 انعقادی کمبود داشتند و از این نظر اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود داشت. سایر مطالعات بررسی در این زمینه صورت ندادند. (7,8) در مطالعه ما سوء مصرف به میزان معنی داری در بیمارانی که درگیری مفصلی داشتند بیشتر از بیمارانی بود که درگیری مفصلی نداشتند. این در حالی بود که مشاهده شد با افزایش تعداد مفاصل درگیر شیوع سوء مصرف نیز افزایش یافته بود. در حالی مطالعه مشابه نشان داد درگیری مفصلی تاثیر معنی داری بر شیوع سوء مصرف مواد در بیماران هموفیلیک ندارد (7) نرخ بالای بیکاری و تورم در ایران می‌تواند استفاده از مواد مختلف را به عنوان یک راه حل جایگزین در جمعیت عمومی جامعه القاء کند (11) در مورد هموفیلی، برخی کمبودهای امکانات درمانی و حمایت‌های روانی، به نوبه خود فشار بیشتری را در افراد مبتلا ایجاد می‌کند (7) در نتیجه، آنها ممکن است برای از بین بردن این تنش‌ها بیشتر از سایر مردم از مواد مختلف استفاده کنند. علاوه بر این، می‌توان به در دسترس بودن مواد مختلف در ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی و به خصوص استان سیستان و بلوچستان، به عنوان یکی دیگر از عوامل افزایش سوء مصرف مواد در این بیماران اشاره نمود.



نتیجه گیری نهایی

باتوجه به مطالعه حاضر نیاز به تدوین یک پروتکل مدون و اختصاصی جهت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد در مبتلایان به هموفیلی بیش از پیش ضروری و لازم به نظر می رسد. لذا توصیه می گردد مطالعات بیشتری جهت بررسی جنبه های مختلف سوء مصرف مواد و اعتیاد در مبتلایان به هموفیلی جهت تدوین این پروتکل صورت گیرد.

پیشنهادات:

به دلیل کمبود مطالعات در زمینه بیماران هموفیلی و اهمیت موضوع، نیاز به انجام مطالعات دقیق تر و با حجم نمونه بزرگتر جهت بررسی دقیق تر این بیماران و در نظر گرفتن درمان های حمایتی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران احساس می شود.

منابع

- 1- Green WB, McMillan CW. Non surgical management of hemophilic Arthropathy. Instrucional Course Lect 1989 ; 38: 367.
- 2- Canal ST. Osteochondrsis or epiphysitis and other miscellaneous affections in Campbells operative orthopedics. USA: Mosby; 2003, PP.1172-78.
- 3- Elander & Barry, 2003.
- 4- (Canclini et al., 2003; Celiker, Kutsal, Oy, Onur, & Gurgey, 2000).
- 5- (Casey & Brown, 2003; Logan et al., 1990).
- 6- National Institute of Drug Abuse (NIDA). Science-based prevention programs and principles. Retrived from internet:WW. DRUGABUSE.GOV. 2007.
- 7- Karimi M, Hashemi A, Ghiam AF, Jahromi SS, Toobae S. Substance dependency in Iranian patients with hemophilia. Addict Behav. 2007 Feb;32(2):365-9. Epub 2006 May 16.
- 8- Elander J, Barry T. Analgesic use and pain coping among patients with haemophilia. Haemophilia. 2003 Mar;9(2):202-13.
- 9- Razaghi Omran, M., Rahimi, A., Moaser Afarin, R., Hosseini, M., Mahdavi, A., & Kazemi, H. (2002). Rapid Situation Assessment of substance use in Iran. Prevention assistance of Country Welfare Organization—United Nations' substance control programme, Vol. 1 (pp. 50–110).
- 10- Ahmadi, J., & Benrazavi, L. (2002). Substance use among Iranian nephrologic patients. American Journal of Nephrology, 22, 11–13.
- 11- Ahmadi, J., & Ghanizadeh, A. (2000). Motivations for use of opiates among addicts seeking treatment in Shiraz. Psychological Reports, 87, 1158–1164.
- 12- Lindvall K, Colstrup L, Wollter IM, et al. Compliance with treatment and understanding of own disease in patients with severe and moderate haemophilia. Haemophilia. 2006;12(1):47–51.
- 13- Brawnwald B. et all. Harrison's Principles of Internal Medicine.16th edition.. New. York: McGraw-Hill, 2005.
- ۱۴- کریمی، مهراں «راهنمای درمان هموفیلی». مقاله پژوهشی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. ۱۳۸۱
- 15- Lowinson JH. Substance abuse: a comprehensive textbook. 3rd ed. / editors, Joyce H. Lowinson. Baltimore; London:Williams & Wilkins; 1997.

Surf and download all data from SID.ir: www.SID.ir

Translate via STRS.ir: www.STRS.ir

Follow our scientific posts via our Blog: www.sid.ir/blog

Use our educational service (Courses, Workshops, Videos and etc.) via Workshop: www.sid.ir/workshop