

تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر علایم روانی بیماران اسکیزوفرنیک

محمود رحمتی^۱، مسعود فلاحی خشکناپ^۲، ابولفضل رهگوی^۳، مهدی رهگذر^۴

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنیا یکی از اختلالات پیچیده روان‌پزشکی می‌باشد. گرچه داروهای ضد روان‌پریشی تکیه‌گاه اصلی درمان اسکیزوفرنیا به‌شمار می‌روند، ولی مداخلات روان‌شناختی نیز در بهبود نشانه‌های بالینی مؤثر هستند. لذا هدف از این تحقیق بررسی تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌باشد.

روش: این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد. تعداد ۶۷ بیمار اسکیزوفرنیک به روش در دسترس از مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی انتخاب و به روش بلوک‌های تبدیل شده تصادفی در دو گروه مداخله (۳۲ بیمار) و شاهد (۳۵ بیمار) قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۱۲ جلسه یک ساعته گروه درمانی معنوی - مذهبی، هفته‌ای سه بار به مدت ۴ هفته برگزار شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی (BPRS) بودند. تجزیه و تحلیل آماری به وسیله آزمون‌های آماری تی‌زوجی و تی‌مستقل انجام شد.

یافته‌ها: وضعیت روانی گروه مداخله قبل و بعد از مداخله گروه درمانی معنوی مذهبی نتایج تفاوت معناداری را نشان داد ($p=0/001$). این در حالی است که در گروه شاهد تفاوت معناداری بین میانگین‌های قبل و بعد وجود نداشت ($p=0/268$). پس از گروه درمانی معنوی - مذهبی بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p=0/001$). در حالی که قبل از گروه درمانی معنوی - مذهبی تفاوت معناداری بین گروه‌های مداخله و شاهد وجود نداشت ($p=0/093$).
نتیجه‌گیری: به‌طور کلی گروه درمانی معنوی - مذهبی در بهبود وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک مؤثر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنیا، گروه درمانی، معنویت، گروه درمانی معنوی مذهبی

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۳/۳

۱ - کارشناس ارشد روان‌پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲ - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com

۳ - عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴ - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

اسکیزوفرنیا یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از مهم‌ترین مشکلات بهداشت روانی در جهان و یکی از بزرگ‌ترین حوادث غم‌انگیز در بین انسان‌ها و یکی از شایع‌ترین سایکوزها می‌باشد (۱). شیوع مادام‌العمر آن بین ۱ تا ۱/۹٪ گزارش شده است که دو سوم آن‌ها نیاز به بستری دارند (۲). از بین مبتلایان به بیماری‌های روانی تعدادی مکرراً دچار عود شده و مقاوم به درمان بوده و نهایتاً تبدیل به بیماران روانی مزمن می‌شوند. از این رو تخمین زده می‌شود که میزان افراد دچار بیماری‌های روانی سخت و مزمن در ایالات متحده آمریکا بین ۱/۷ تا ۲/۵ میلیون نفر باشد که از این بین ۳۵۰ تا ۸۰۰ هزار نفر نوع سخت و مقاوم را دارا هستند (۳).

در ایران آمار مبتلایان به بیماری‌های سایکوتیک، به ویژه اسکیزوفرنیا مانند سایر کشورها بوده و نزدیک به ۱٪ جمعیت عمومی برآورد شده است، به طوری که اگر جمعیت کشور را ۷۰ میلیون نفر در نظر بگیریم، حدود ۷۰۰ هزار نفر نیاز به خدمات درمانی و توانبخشی جدی و حتی بستری دارند (۴). همچنین به استناد پژوهش کشوری نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) میزان شیوع اختلالات روانی در کل جمعیت کشور ۱۲٪ و میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنیا ۰/۶٪ گزارش شد. بنابراین، با توجه به جمعیت ۷۰ میلیونی کشور، در حال حاضر حدود ۱۴ میلیون نفر از جمعیت کشور دچار انواع خفیف تا شدید اختلالات روانی هستند و حدود ۴۲۰ هزار نفر از اسکیزوفرنیا رنج می‌برند (۵).

مبتلایان به اسکیزوفرنیا نیاز به خدمات بستری و طولانی مدت دارند که این خدمات هزینه بسیاری برای کشورها دارد. کاپلان (۲۰۰۳) می‌نویسد که حدود ۱٪ از درآمد ملی ایالات متحده صرف درمان بیماری‌های روانی (بدون احتساب اختلالات مرتبط با مواد) می‌شود. اسکیزوفرنی ۲/۵٪ از کل هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص داده است. جمع هزینه‌های درمانی و هزینه‌های غیر مستقیم (نظیر مرگ و میر و کاهش بهره‌وری) به حدود پنجاه میلیارد دلار در سال می‌رسد (۶).

درمان معمول اسکیزوفرنیا بر اساس مدل زیستی، روانی و اجتماعی شامل تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک، مداخله‌های روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی می‌باشد. این مدل برای اسکیزوفرنیا بعد معنوی

را در نظر نمی‌گیرد (۷). با وجود این، اخیراً نقش معنویت و مذهب به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای در فرآیند بهبودی بیماران اسکیزوفرنیک مورد توجه و علاقه واقع شده و رو به گسترش است (۸). بنابراین با توجه به نقش معنویت و مذهب در فرآیند بهبودی، پرداختن به مقوله معنویت در مراقبت از این بیماران امری ضروری می‌باشد (۹). معنویت باید در مدل جسمی، روانی و اجتماعی اسکیزوفرنیا به منظور دستیابی به رویکرد شخص کامل جهت درمان تلفیق شود (۱۰). همچنین مداخلات معنوی می‌تواند یکی از اجزای مهم درمان بعد از انجام درمان‌های جسمی در بیماران روانی باشد (۱۱).

اگر چه داروهای آنتی‌سایکوتیک تکیه گاه اصلی درمان در اسکیزوفرنیا به شمار می‌روند؛ ولی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخله‌های روانی اجتماعی از جمله روان‌درمانی می‌تواند بهبود بالینی را تقویت کند. اسلوب‌های روانی اجتماعی را باید به دقت در برنامه‌های درمانی ادغام کرد تا به آن کمک کند. برای اکثر بیماران اسکیزوفرنیک کاربرد ترکیبی از داروهای ضد روان‌پریشی و درمان‌های روانی اجتماعی سودمندتر از کاربرد هر یک از این درمان‌ها به تنهایی خواهد بود (۶).

یکی از انواع درمان‌ها برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، گروه درمانی است. در گروه درمانی بیماران عموماً برنامه‌ها، مشکلات و روابط مربوط به زندگی واقعی تأکید می‌شود. این گروه‌ها ممکن است جهت‌های رفتاری، سایکودینامیک بینشی و یا حمایتی داشته باشند. گروه درمانی در کاستن انزوای اجتماعی، افزایش احساس تعلق به یک جمع و بهبود حس واقعیت‌سنجی بیماران اسکیزوفرنیک مؤثر است (۶). استفاده از معنویت در گروه درمانی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند باعث ارتقا حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامتی شود (۱۲). گروه درمانی معنوی مذهبی نوعی از روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی-مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرا مادی سلامت و رشد به دست آورند (۱۳). مطالعه بوراس و همکاران در سال ۲۰۰۷ با عنوان عقاید مذهبی در بیماران اسکیزوفرنیا (۱۴)، هاگولت و همکاران ۲۰۰۷ در مورد تأثیر مذهب بر خودکشی بیماران

مذکور به عنوان پیش آزمون سنجیده شد، ۱۲ جلسه گروه درمانی معنوی - مذهبی، هفته‌ای سه بار به مدت ۴ هفته برای گروه مداخله اجرا شد. این جلسات شامل قرائت قرآن و ادعیه توسط اعضای داوطلب و خواندن معانی آن‌ها، بیان سرگذشت و ویژگی‌های معصومین، گفتگو راجع به نماز، دعا، عفو و بخشش و همچنین سفر زیارتی یک روزه به حرم شاه عبدالعظیم (ع) بود که با توجه به الگوی ریچاردز و برگین و با جهت‌گیری به سمت آیین اسلام اجرا گردید. بیماران اسکیزوفرنیک گروه مداخله و شاهد درمان‌های دارویی و غیر دارویی معمول را دریافت می‌کردند. پس از اتمام مداخله وضعیت روانی بیماران به عنوان پس آزمون سنجیده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی (BPRS) بودند. این آزمون در سال ۱۹۶۲ توسط اورال و گراهام ساخته شده است که هدف سازندگان آن ایجاد ابزاری عینی، جامع و کاربردی برای ارزیابی علایم بیماری‌ها و مشکلات روانی بود. این مقیاس دارای ۱۸ ماده می‌باشد که برای نمره‌گذاری آن از مقیاس ۸ درجه‌ای استفاده شده است. این مقیاس در طی سال‌های متمادی ارزیابی روانی استفاده شده است و اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف از جمله فلمبنام و زیمرمان، کاپلان و سادوک (۱۹۹۵)، اورال و کلت (۱۹۷۲)، میلر و فاستمن (۱۹۹۶) اثبات شده است. در کشور ایران این مقیاس حداقل سه بار به کار رفته است؛ در سال ۱۳۷۷ توسط فرید براتی سده و یک بار توسط فرهادی و همکاران (۱۳۷۸) و یک نوبت توسط فلاحی و همکاران (۱۳۸۰) در مورد اسکیزوفرنیا به کار گرفته شده و اعتبار و پایایی آن ثابت شده است. در مطالعه فرهادی و همکاران ضریب توافق بین نمره‌گذاری مختلف $r=0.72$ و ضریب پایایی در مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ $r=0.80$ برآورد شد.

لازم به ذکر است که در شروع کار مجوزهای لازم از مسؤولین بیمارستان اخذ شد و تمامی بیماران با میل شخصی و اخذ رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از خانواده‌هایشان وارد این مطالعه شدند. همچنین مجوز لازم از روان‌پزشک و تیم درمان و توانبخشی برای شرکت در این مطالعه دریافت گردید.

تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کولموگروف - اسمیرنوف تی مستقل و تی زوجی انجام شد.

اسکیزوفرنیا (۱۵)، موهر و همکاران ۲۰۰۶ با عنوان تلفیق معنویت و مذهب در بعد روانی اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک (۱۰)، رندال ۲۰۰۳ با هدف تأثیر درمان چند مدلی بهبودی محور با رویکرد معنویت بر علایم و نشانه‌های بیماران اسکیزوفرنیک مزمن (۱۶) و همچنین مطالعه فلاحی خشک‌ناب (۱۳۸۴) در مورد تأثیر تفریح درمانی بر وضعیت روانی و رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک (۴)، آسایش و همکاران (۱۳۸۶) در مورد تأثیر شعردرمانی گروهی بر وضعیت روانی و رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک (۱۷)، جابری و همکاران ۱۳۸۴ در مورد تأثیر آوای قرآن کریم برافسردگی بیماران بستری در بخش اعصاب و روان (۱۸) همگی مؤید اثرات روش‌های معنوی و گروهی در توانبخشی بیماران اسکیزوفرنیک می‌باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر وضعیت روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون پس آزمون و دارای گروه شاهد می‌باشد که با انتخاب و تقسیم بیماران اسکیزوفرنیک در دو گروه مداخله و شاهد انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه بیماران اسکیزوفرنیک مرد بستری در بخش‌های مزمن مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی در سال ۱۳۸۷ بودند. پس از مراجعه به بخش‌های روانی مزمن مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی ۷۰ نفر بیمار از ۱۷۶ بیمار بستری در بخش‌های مزمن مرد در دسترس که دارای ویژگی‌های تأیید اسکیزوفرنیای مزمن توسط روان‌پزشک، نبودن در مرحله حاد بیماری، نداشتن عقب ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانی همراه از جمله اعتیاد و صرع بودند؛ انتخاب شدند. برای تقسیم‌بندی نمونه‌ها به دو گروه مداخله و شاهد از روش بلوک‌های تبدیل شده تصادفی استفاده شد و نمونه‌ها به دو گروه ۳۵ نفری مداخله و شاهد تقسیم شدند. در ادامه سه بیمار از گروه آزمون، دو بیمار به دلیل رفتن به مرخصی موقت و یک بیمار به دلیل عدم تمایل به شرکت در جلسات گروه کنار رفتند. در نهایت تعداد ۳۲ بیمار در گروه مداخله و ۳۵ بیمار در گروه شاهد قرار گرفتند. پس از این که وضعیت روانی بیماران توسط ابزار

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی در گروه مداخله ۴۰/۹۷±۴/۷۶۹ و در گروه شاهد ۳۹/۳۷±۵/۲۲۵ بود. از نظر وضعیت تأهل بیشترین فراوانی در گروه مداخله و شاهد مربوط به گروه مطلقه به ترتیب با ۴۳/۸٪ و ۴۵/۷٪ بود و کمترین فراوانی مربوط به گروه متأهلین می‌باشد. لذا بیش از ۶۹/۱۰٪ آزمودنی‌های پژوهش تنها زندگی می‌کردند. بیشترین فراوانی نوع اسکیزوفرنیا در گروه مداخله و شاهد مربوط به اسکیزوفرنیای پارانوئید با ۳۱/۲۵٪ در گروه مداخله و ۳۱/۴٪ در گروه شاهد بود و دو گروه از نظر نوع اسکیزوفرنیا همسان بودند (p=۰/۷۴۱). میانگین طول مدت بستری در گروه مداخله ۱۶/۶۹ سال و در گروه شاهد ۱۷/۹۴ سال بود. پس از اعمال آزمون‌های آماری تفاوت معناداری در دو گروه از نظر این متغیرها یافت نشد. بنابراین توزیع این متغیرها در هر دو گروه همسان بود (جدول شماره ۱).

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات کسب شده از اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی در دو گروه مداخله و شاهد قبل از گروه درمانی معنوی - مذهبی با هم تفاوت معناداری نداشته و از لحاظ وضعیت روانی دو گروه مشابه می‌باشند. میانگین نمرات کسب شده از مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی در گروه مداخله

۶۸/۹۰ (انحراف معیار ۴/۲۶) و در گروه شاهد ۶۷/۱۷ (انحراف معیار ۴/۰۴۷) می‌باشد (جدول شماره ۲).

بعد از گروه درمانی معنوی مذهبی، میانگین نمرات کسب شده از اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی (وضعیت روانی) در گروه مداخله ۴۴/۱۲ و در گروه شاهد ۶۷/۹۷ می‌باشد که تفاوت معناداری را بین دو گروه بعد از مداخله نشان می‌دهد (p=۰/۰۰۱). اما از نظر میانگین نمرات اجزای بزرگمنشی (p=۰/۷۷۶)، رفتار توهمی (p=۰/۸۵۴) و اختلال در جهت‌یابی (p=۰/۳۳۰) اختلافی بین گروه مداخله و شاهد وجود نداشت (جدول شماره ۳).

تحلیل نتایج آزمون BPRS، مداخله پژوهش بر «بزرگمنشی» و «رفتار توهمی» و «اختلال در جهت‌یابی» تأثیر معنادار نشان نداد، اما در اجزای دیگر نتایج تفاوت معناداری را بین قبل و بعد نمرات کسب شده از مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی در گروه مداخله نشان می‌دهد (p<۰/۰۰۱). همچنین میانگین نمرات کلی BPRS از ۶۸/۹۰ در پیش از مداخله به ۴۴/۱۲ پس از مداخله کاهش یافت. آزمون آماری تی‌زوجی نیز نشان داد که وضعیت کلی روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا پس از مداخله بهتر از وضعیت پیشین آن‌ها بوده است، این در حالی است که این تفاوت در گروه شاهد مشاهده نشد (جدول شماره ۴).

جدول ۱ - ارزیابی همسانی سن، مدت بستری، تأهل و نوع اسکیزوفرنیا در دو گروه مداخله و شاهد

نام متغیر	گروه مداخله	گروه شاهد	درجه آزادی	نتایج آزمون
میانگین سن	۴۰/۹۷±۴/۷۶۹	۳۹/۳۷±۵/۲۲۵	df=۶۵	p=۰/۱۹۸ و t=۱/۳۰۰
طول مدت بستری	۱۶/۶۹±۸/۶۲۶	۱۷/۹۴±۸/۰۳۶	df=۶۵	p=۰/۵۴۰ و t=-۰/۶۱۷
وضعیت تأهل	مجرد	٪۳۱/۳	df=۲	p=۰/۱۳۷ و $\chi^2=۳/۹۷$
	متأهل	٪۲۵/۰		
	مطلقه	٪۴۳/۸		
تشخیص	پارانوئید	٪۳۱/۲۵	df=۳	p=۰/۷۴۱ و $\chi^2=۰/۶۴۲$
	نابسامان	٪۱۸/۷۵		
	نامتمایز	٪۲۱/۹		
	ناشناخته	٪۲۲/۹		

جدول ۲ - مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی قبل از گروه درمانی معنوی - مذهبی در دو گروه مداخله و شاهد (سال ۱۳۸۷)

مقادیر احتمال <i>P</i>	مقادیر تی	گروه شاهد		گروه مداخله		علایم و نشانه‌ها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۶۳۷	۰/۴۷۴	۰/۹۱۳	۴/۴۰	۰/۸۰۳	۴/۵۰	نگرانی در مورد وضعیت جسمانی
۰/۶۰۶	۰/۵۱۸	۰/۹۱۸	۴/۲۵	۰/۹۴۱	۴/۳۷	اضطراب
۰/۵۹۹	۰/۵۲۹	۰/۹۷۲	۴/۳۷	۱/۰۱۶	۴/۵۰	گوشه‌گیری هیجانی
۰/۴۶۹	۰/۷۲۹	۰/۸۳۷	۳/۹۴	۰/۸۵۶	۴/۰۹	بی‌سازمانی مفهومی
۰/۹۱۱	۰/۱۱۲	۰/۹۵۷	۴/۲۸	۰/۹۹۷	۴/۳۱	احساس گناه
۰/۸۵۷	۰/۱۸۱	۱/۰۴۲	۴/۱۷	۱/۰۹۹	۴/۲۱	تنش
۰/۴۳۸	۰/۷۸۰	۱/۰۱۰	۳/۵۴	۱/۱۶۳	۳/۷۵	اطوار قالبی
۰/۲۳۱	۱/۲۳۵	۰/۹۱۳	۲/۶۰	۰/۹۰۶	۲/۸۷	بزرگ منشی
۰/۸۹۱	-۰/۱۳۷	۱/۰۰۲	۴/۶۲	۱/۰۷۳	۴/۵۹	خلق افسرده
۰/۹۰۹	۰/۱۱۵	۱/۰۰۲	۳/۶۲	۰/۹۷۰	۳/۶۵	خصوصیت‌ورزی
۰/۵۹۱	۰/۵۴۰	۰/۹۳۷	۳/۶۵	۰/۹۴۱	۳/۷۸	سوء ظن و بدبینی
۰/۴۳۶	۰/۷۸۳	۰/۹۱۰	۲/۷۷	۰/۹۴۵	۲/۵۹	رفتار توهمی
۰/۶۷۰	۰/۴۳۷	۱/۰۳۹	۴/۰۸	۰/۸۹۵	۴/۱۸	کندی حرکتی
۰/۳۳۵	۰/۹۷۰	۰/۹۶۳	۴/۱۱	۰/۹۷۰	۴/۳۴	عدم همکاری
۰/۲۸۰	۱/۰۸۹	۰/۹۴۲	۲/۶۲	۰/۹۰۶	۲/۸۷	محتوای غیر طبیعی تفکر
۰/۷۶۷	۰/۲۹۷	۰/۹۸۱	۴/۴۸	۱/۱۳۴	۴/۶۵	عاطفه کند
۰/۷۷۵	-۰/۲۸۷	۰/۹۷۶	۳/۶۰	۰/۹۸۳	۳/۵۳	تهییج
۰/۴۲۰	۰/۸۱۲	۰/۷۶۶	۲/۰۰	۰/۸۰۷	۲/۱۵	اختلال در جهت یابی
۰/۰۹۳	۱/۷۰۷	۴/۰۴۷	۶۷/۱۷	۴/۲۶	۶۸/۹۰	نمره کل

df=۶۵

جدول ۳ - مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی بعد از گروه درمانی معنوی - مذهبی در دو گروه مداخله و شاهد (سال ۱۳۸۷)

مقادیر احتمال <i>P</i>	مقادیر تی	گروه شاهد		گروه مداخله		علایم و نشانه‌ها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۰	-۷/۱۷۷	۰/۹۵۰	۴/۴۵	۰/۸۸۳	۲/۸۴	نگرانی در مورد وضعیت جسمانی
۰/۰۰۰	-۶/۸۴۷	۰/۸۷۲	۴/۳۴	۰/۸۴۰	۲/۵۶	اضطراب
۰/۰۰۰	-۶/۸۴۷	۰/۹۱۳	۴/۴۰	۰/۹۰۶	۲/۸۷	گوشه‌گیری هیجانی
۰/۰۰۰	-۶/۳۳۷	۰/۹۰۵	۴/۰۵	۰/۸۵۹	۲/۶۸	بی‌سازمانی مفهومی
۰/۰۰۰	-۴/۲۴۶	۰/۹۶۳	۴/۳۱	۰/۹۰۱	۳/۳۴	احساس گناه
۰/۰۰۰	-۹/۳۷۲	۱/۰۹۳	۴/۲۵	۰/۹۱۳	۱/۹۳	تنش
۰/۰۰۰	-۴/۲۷۷	۰/۹۱۹	۳/۴۸	۰/۸۴۰	۲/۵۶	اطوار قالبی
۰/۷۷۶	۰/۲۸۶	۰/۹۰۵	۲/۶۵	۰/۸۵۱	۲/۷۱	بزرگ منشی
۰/۰۰۰	-۸/۸۷۹	۰/۹۶۳	۴/۶۸	۰/۹۰۱	۲/۶۵	خلق افسرده
۰/۰۰۰	-۵/۰۶۳	۰/۹۶۸	۳/۶۵	۰/۹۴۹	۲/۶۴	خصوصیت‌ورزی
۰/۰۰۰	-۴/۴۴۴	۰/۹۲۵	۳/۷۱	۰/۹۶۵	۲/۶۸	سوء ظن و بدبینی
۰/۸۵۴	۰/۱۸۴	۰/۹۸۰	۲/۵۴	۰/۹۱۵	۲/۵۰	رفتار توهمی
۰/۰۰۰	-۹/۸۵۴	۰/۹۴۲	۴/۲۲	۰/۹۳۲	۱/۹۶	کندی حرکتی
۰/۰۰۰	-۷/۱۹۳	۱/۰۴۲	۴/۰۲	۰/۸۹۵	۲/۳۱	عدم همکاری
۰/۰۰۱	-۳/۳۳۴	۱/۱۰۰	۲/۷۱	۰/۸۰۰	۱/۹۳	محتوای غیر طبیعی تفکر
۰/۰۰۰	-۱۲/۰۴۳	۰/۹۵۰	۴/۷۴	۰/۹۳۲	۱/۹۶	عاطفه کند
۰/۰۰۰	-۵/۹۱۹	۱/۰۰۲	۳/۶۲	۰/۹۴۱	۲/۲۱	تهییج
۰/۳۳۰	-۰/۹۸۲	۰/۷۶۴	۲/۰۵	۰/۷۵۱	۱/۸۷	اختلال در جهت یابی
۰/۰۰۰	-۳۰/۳۵۷	۳/۶۲	۶۷/۹۷	۲/۶۹	۴۴/	نمره کل

df=۶۵

جدول ۴ - مقایسه میانگین نمرات کسب شده از اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از گروه درمانی معنوی مذهبی

علائم و نشانه‌ها	گروه مداخله			گروه شاهد		
	میانگین قبل	میانگین بعد	مقادیر <i>P</i>	میانگین قبل	میانگین بعد	مقادیر <i>P</i>
نگرانی در مورد وضعیت جسمانی	۴/۵۰	۲/۸۴	۰/۰۰۰	۴/۴۰	۴/۴۵	۰/۷۵۷
اضطراب	۴/۳۷	۲/۵۶	۰/۰۰۰	۴/۲۵	۴/۳۴	۰/۲۹۰
گوشه گیری هیجانی	۴/۵۰	۲/۸۷	۰/۰۰۰	۴/۳۷	۴/۴۰	۰/۸۹۱
بی‌سازمانی مفهومی	۴/۰۹	۲/۶۸	۰/۰۰۰	۳/۹۴	۴/۰۵	۰/۵۲۴
احساس گناه	۴/۳۱	۳/۳۴	۰/۰۰۰	۴/۲۸	۴/۳۱	۰/۸۵۶
تنش	۴/۲۱	۱/۹۳	۰/۰۰۰	۴/۱۷	۴/۲۵	۰/۶۴۶
اطوار قالبی	۳/۷۵	۲/۵۶	۰/۰۰۰	۳/۵۴	۳/۴۸	۰/۷۹۰
بزرگ منشی	۲/۸۷	۲/۷۱	۰/۳۷۸	۲/۶۰	۲/۶۵	۰/۷۴۴
خلق افسرده	۴/۵۹	۲/۶۵	۰/۰۰۰	۴/۶۲	۴/۶۸	۰/۸۳۵
خصوصیت وززی	۳/۶۵	۲/۶۴	۰/۰۰۰	۳/۶۲	۳/۶۵	۰/۸۹۱
سوء ظن و بدبینی	۳/۷۸	۲/۶۸	۰/۰۰۰	۳/۶۵	۳/۷۱	۰/۷۵۱
رفتار توهمی	۲/۵۹	۲/۵۰	۰/۷۲۰	۲/۷۷	۲/۵۴	۰/۲۹۲
کندی حرکتی	۴/۱۸	۱/۹۶	۰/۰۰۰	۴/۰۸	۴/۲۲	۰/۴۳۱
عدم همکاری	۴/۳۴	۲/۳۱	۰/۰۰۰	۴/۱۱	۴/۰۲	۰/۷۰۲
محتوای غیر طبیعی تفکر	۲/۸۷	۱/۹۳	۰/۰۰۰	۲/۶۲	۲/۷۱	۰/۷۳۷
عاطفه کند	۴/۶۵	۱/۹۶	۰/۰۰۰	۴/۴۸	۴/۷۴	۰/۲۲۱
تهییج	۳/۵۳	۲/۲۱	۰/۰۰۰	۳/۶۰	۳/۶۲	۰/۷۴۴
اختلال در جهت یابی	۲/۱۵	۱/۸۷	۰/۱۰۷	۲/۰۰	۲/۰۵	۰/۶۴۴
نمره کل	۶۸/۹۰	۴۴/۱۲	۰/۰۰۰	۶۷/۱۷	۶۷/۹۷	۰/۲۶۸

df=۶۵

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که فعالیت‌های درمانی مربوط به دخیل کردن معنویت و اعمال مذهبی هم می‌توانند در درمان و توانبخشی بیماران تأثیر داشته باشد. همان‌گونه که یافته‌ها نشان دادند، میانگین نمرات کسب شده از مقیاس مختصر ارزیابی روان‌پزشکی در گروه مداخله بعد از گروه درمانی معنوی مذهبی تفاوت معناداری با قبل از مداخله دارد. همچنین تفاوت معناداری بین میانگین‌های این نمرات در گروه مداخله و شاهد بعد از انجام مداخله پژوهش وجود دارد. از آنجایی که سایر درمان‌ها در دو گروه یکسان بوده است، می‌توان گفت این تفاوت در اثر مداخله پژوهش حاصل شده است.

در این رابطه در مطالعه رندال (۲۰۰۳) که با هدف تأثیر درمان چند مدلی بهبودی محور با رویکرد معنویت انجام شد، نشان داد که این مداخله بر علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنیای مزمن مؤثر بوده است ($p=0/037$). موهر و همکارانش (۲۰۰۶) مطالعه‌ای با هدف ارزیابی نقش مذهب و معنویت به عنوان یک متغیر درمانی در فرآیند مقابله با بیماری اسکیزوفرنیا انجام دادند. نتایج نشان داد که معنویت و مذهب باعث القاء امیدواری، هدف و معنی در زندگی این بیماران می‌شود (۷۱٪). همچنین انسجام اجتماعی را افزایش می‌دهد

(۲۸٪) و علائم عمومی سایکوتیک را در آن‌ها کاهش می‌دهد (۵۴٪). از این رو نتایج به دست آمده اهمیت بالینی معنویت و مذهب را در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا را مورد تأکید قرار می‌دهد و نشان می‌دهد که معنویت باید در بعد روانی اجتماعی مراقبت تلفیق شود. فلاحی (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر تفریح درمانی گروهی بر علائم روانی بیماران اسکیزوفرنیک نشان داد این مداخله در بهبود وضعیت روانی این بیماران مؤثر است. آسایش و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر شعر درمانی گروهی را بر علائم روانی بیماران اسکیزوفرنیک انجام دادند که اثربخشی این مداخله را بر علائم روانی این بیماران گزارش کردند. ابراهیمی (۱۳۸۵) نیز در مطالعه‌ای که در حوزه سایکو دراما انجام داد، اثربخشی این درمان را بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن نشان داد که نتایج آن‌ها با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد. همچنین همان‌گونه که یافته‌ها نشان دادند، گروه درمانی معنوی مذهبی توانسته است میزان اضطراب و افسردگی این بیماران را به عنوان علائم روانی، کاهش دهد. این یافته‌ها با یافته‌های جابری (۱۳۸۴) در مورد تأثیر آوای قرآن کریم بر افسردگی بیماران اعصاب و روان و فدایی (۱۳۸۱) در مورد تأثیر فیلم‌های کم‌مدی

پیشنهاد می‌نمایند در تحقیقات آتی این موارد نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی مداخلات معنوی و مذهبی به عنوان یکی از روش‌های توانبخشی در بخش‌های روان مورد استفاده روان‌پرستاران و سایر اعضای تیم درمان قرار گیرد.

شکر و قدردانی

از کلیه مسؤولین محترم مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی، همکاران محترم روان‌پزشک، روان‌پرستار، روان‌شناس، روان‌کارمدانگر، مددجویان و خانواده‌های محترم ایشان که بدون همکاری آن‌ها این پژوهش ممکن نبود، قدردانی می‌شود.

برافسردگی بیماران اسکیزوفرنیک و ثنایی و نصیری (۱۳۷۹) که به گروه درمانی شناختی مذهبی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی پرداخته بود، هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که گروه درمانی معنوی مذهبی به عنوان یکی از درمان‌های غیر زیستی بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیا تأثیر مثبت داشته و می‌تواند در کنار دارو درمانی و سایر روش‌های توانبخشی در بهبود علایم آن‌ها مؤثر باشد. استفاده از نمونه‌های در دسترس که قابلیت تعمیم نتایج را می‌کاهد و همچنین بررسی نمونه‌های مرد در این تحقیق از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. لذا محققین

منابع

- 1 - Carson, verna bernner. Mental health nursing. 2th edition. Phladelphia. C.V. Mosby. 2000; 225-230.
- 2 - Stuart GW, Laraia MT. Principle and practice of psychiatric nursing. 8th edition. Mosby; 2005. P. 859.
- 3 - Fallahi khoshknab, M & et al. Design and evaluation of multidimensional psychiatric rehabilitation nursing model in the care of schizophrenic patients. Journal of shaid sadoughi university of medical sciences and health services. 2003; 10(3): 39-46.
- 4 - Fallahi khoshknab, M & et al. Effect of recreational therapy on mental status of patients with chroni schizophrenia. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2007; 13(3); 232-237.
- 5 - Noorbala A, mohammad K, bagheri yazdi E, yasemi M. survey of mental health of adolescents and adults in Islamic republic of iran. Journal of hakim. 2002; 5(1): 1-10.
- 6 - Rafiee H, et al. Kaplan & sadok synopsis of psychiatry. 2007. Tehran. Arjomand publication. 13-68.
- 7 - Mohr S, Huguélet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. SWISS MED WKLY. 2004; 134: 369-376.
- 8 - Huguélet P, Mohr S, Brandt P-Y, Borrás L, Gillieron C: Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. Psychiatr Serv. 2006; 57: 366-372.
- 9 - Koenig HG. Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What. Philadelphia, 2002 PA: Templeton Foundation.
- 10 - Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gillie`ron C, Huguélet P. Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry. 2006; 163: 1952-1959.
- 11 - Mohr, WK. Spiritual Issues in Psychiatric Care. Perspective in psychiatric care. 2006; 42(3) 178.
- 12 - Revheim N, Greenberg WM. Spirituality Matters :Creating a Time and Place for Hope. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007; 30(4): 307-310.
- 13 - Richards.S; Bergin.AE. A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy. American Psychological Association. Washington dc.(2002)
- 14 - Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gillie`ron C, Eytan A, Huguélet P. Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment. Schizophrenia Bulletin. 2007; (9): 1-9.
- 15 - Huguélet P, Mohr S, Brandt P-Y, Borrás L, Gillieron C. Effect of religion on suicide attempts in outpatient with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. European Psychiatry. 2007; 22: 188- 194.
- 16 - Randal P, Simpson F, Laidlaw T. Can recovery-focused multimodel psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment- resistant psychotic illness. Australian and New Zealand Journal of psychiatry. 2003; 37: 720-727.
- 17 - Fallahi khoshknab M, Asayesh H, Fadaei F, Karimlo M. effects of group form poetry therapy on mental status of schizophrenic patients. 2008; 8(4): 56-61.
- 18 - Ansari Jaber E, Negahbani Banaee T, Sayyadi Anari A, Agha Mohammad Hasani P. effects of Quran sound on inpatient depressed patients of moradi rafsanjan psychiatric hospital. Journal of Kurdistan university of medical sciences. 2005; 10(2): 42-48.
- 19 - Fadaei F, pour reza M, Hashemian K, The effects of comedy films on decrease of depression in schizophrenic patients. journal of rehabilitation. 2004; 5(2): 12-15.

The effect of spiritual-religious group therapy on mental status of schizophrenic inpatients

Rahmati¹ M (MSc.) – Fallahi Khoshknab² M (Ph.D) - Rahgou³ A (Ph.D) - Rahgozar⁴ M (Ph.D).

Introduction: Schizophrenia is one of the complex psychiatric disorders. Although the antipsychotic agents are the main treatment for the disorder, but psychological interventions are effective on clinical symptoms as well. The study aimed at assessing the effect of spiritual-religious group therapy on mental status of schizophrenic patients.

Methods: Using semi-experimental study method 67 patients with schizophrenia were selected through Randomized Permuted Block method. They were divided to intervention (32 patients) and control (35 patients) groups. Intervention group were participated in 12 sessions of Spiritual Religious Group Therapy within 4 weeks (3 sessions per week). Each session lasted one hour. Data was collected through a Demographic Information Questionnaire and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Statistical Analysis was carried out, using Paired T-Test and One Sample T-Test.

Results: Significant differences were found between patients' mental status before and after the intervention ($P=0.001$), whilst the difference was not significant in the control group ($P=0.268$). There were no significant differences between intervention and control groups prior to the intervention ($P=0.093$).

Conclusion: Spiritual Religious Group Therapy can be effective on improvement of the mental status of schizophrenic Patients.

Key words: Schizophrenia, Group therapy, Spirituality, Spiritual-religious group therapy

1 - Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Faculty Member, Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

e-mail: msflir@yahoo.com

3 - Faculty Member, Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4 - Faculty Member, Assistant Professor, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran