





**دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی**

**گروه پرستاری**

**پایان نامه کارشناسی ارشد**

**بررسی تأثیر گروه درمانی معنوی - مذهبی بر وضعیت روانی و رفتاری  
بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی  
در سال ۱۳۸۷**

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر مسعود فلاحی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر ابوالفضل ره گوی

استاد آمار:

جناب آقای دکتر مهدی رهگذر

دانشجو: محمود رحمتی

۱۳۸۸

شماره ثبت: ۱۹۸

## تقدیم به

پدر بزرگوارم که هر چه در من تکوین یافته از تقدس روان و صفای باطنی ایشان نشأت گرفته  
است.

مادر عزیز و صبورم، آینه‌ی بی‌زنگار زندگیم.

سایر اعضای خانواده ام که با شکیبایی، صداقت و از خودگذشتگی یار و یاورم بوده اند.

## باساس فراوان از:

استاد راهنمای گرانقدرم جناب آقای دکتر مسعود فلاحی حشکنا ب که با دقت فراوان و حسن خلق یاریگرم بودند و افتخار شاگردیشان را دارم و خواهم داشت.

استاد مشاور بزرگوارم جناب آقای دکتر ابوالفضل ره کوی و جناب آقای دکتر مهدی رهگذر که در تمام مراحل پایان نامه یاریم کردند.

استاد عزیزم در گروه پرستاری به ویژه جناب آقای دکتر حمید رضا خانکه مدیریت محترم گروه که همواره مشوق و راهنمایم بودند.

دوستان خوبم که بهدلی شان بایه اطمینان و پشتیبانی ام بوده و هست.

مسئولین دفتر گروه پرستاری خانم مهین پور و آقای حسینی به خاطر زحمات فراوانشان.

## چکیده

بررسی تأثیر گروه درمانی معنوی- مذهبی بر وضعیت روانی و رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک مرد بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در سال ۱۳۸۷

**مقدمه:** اسکیزوفرنیا یکی از اختلالات پیچیده روانپزشکی می باشد. گرچه داروهای ضد روانپریشی تکیه گاه اصلی درمان اسکیزوفرنیا به شمار می روند، ولی مداخلات روانشناختی نیز در بهبود نشانه های بالینی موثر هستند. گروه درمانی معنوی- مذهبی نیز به عنوان یکی از این مداخلات، ممکن است در بهبود جنبه های روانی اجتماعی اسکیزوفرنیا موثر باشد.

**هدف:** هدف از این تحقیق بررسی تأثیر گروه درمانی معنوی- مذهبی بر وضعیت روانی و رفتاری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می باشد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی می باشد. در این مطالعه تعداد ۶۷ بیمار اسکیزوفرنیک به صورت 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، هفته ای سه بار به مدت ۴ هفته برگزار شد. ابزار گردآوری دادهها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی (BPRS) و وضعیت رفتاری بودند. تجزیه و تحلیل آماری بوسیله آزمون های آماری تی زوجی و تی مستقل انجام شد.

**یافته ها:** نتایج تفاوت معناداری را در گروه مداخله قبل و بعد از گروه درمانی معنوی مذهبی نشان داد ( $p < 0/001$ ). این در حالی است که در گروه شاهد تفاوت معناداری بین میانگین های قبل و بعد وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). در ضمن پس از گروه درمانی معنوی - مذهبی بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). در حالیکه قبل از گروه درمانی معنوی - مذهبی تفاوت معناداری بین گروههای مداخله و شاهد وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** به طور کلی یافته ها نشان می دهد که گروه درمانی معنوی- مذهبی در بهبود وضعیت روانی و رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک موثر می باشد.

**واژه های کلیدی:** اسکیزوفرنیا، گروه درمانی، معنویت، گروه درمانی معنوی مذهبی .

## فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۱	فصل اول
۲	۱-۱- مقدمه
۳	۱-۲- بیان مسئله
۴	۱-۳- اهمیت و ضرورت
۱۳	۱-۴- اهداف پژوهش
۱۳	۱-۵- سوال ها و فرضیه ها
۱۳	۱-۵-۱- سوالات پژوهش
۱۴	۱-۵-۲- فرضیه تحقیق
۱۴	۱-۵-۳- پیش فرض های پژوهش
۱۵	۱-۶- تعاریف واژه ها
۱۵	۱-۶-۱- گروه درمانی معنوی مذهبی
۱۵	۱-۶-۲- وضعیت روانی
۱۵	۱-۶-۳- وضعیت رفتاری
۱۶	۱-۶-۴- اسکیزوفرنیا
۱۶	۱-۷- محدودیت پژوهش
۱۷	فصل دوم
۱۸	۲-۱- مقدمه
۱۸	۲-۲- اسکیزوفرنیا
۱۹	۲-۲-۱- تاریخچه اسکیزوفرنیا

- ۲۲-۲-۲- علائم و نشانه های اسکیزوفرنیا ..... ۲۲
- ۲۳-۲-۲- علائم غیر سایکوتیک ..... ۲۳
- ۲۵-۲-۲- ملاک های تشخیصی DSM IV برای اسکیزوفرنیا ..... ۲۵
- ۲۶-۲-۲- انواع اسکیزوفرنیا ..... ۲۶
- ۲۷-۲-۲- همه گیر شناسی ..... ۲۷
- ۲۸-۲-۲- سبب شناسی ..... ۲۸
- ۳۰-۲-۲-۸- سیرو پیش آگهی ..... ۳۰
- ۳۰-۲-۲-۹- فرایند پرستاری در اختلالات اسکیزوفرنیک ..... ۳۰
- ۳۷-۲-۲-۱۰- درمان اسکیزوفرنیا ..... ۳۷
- ۳۷-۲-۲-۱۰-۱- درمان های زیستی ..... ۳۷
- ۳۹-۲-۲-۱۰-۲- درمان های روانی - اجتماعی ..... ۳۹
- ۴۲-۲-۳- گروه درمانی ..... ۴۲
- ۴۲-۲-۳-۱- تاریخچه گروه درمانی ..... ۴۲
- ۴۳-۲-۳-۲- نقش پرستار به عنوان درمانگر ..... ۴۳
- ۴۳-۲-۳-۳- گروه آموزش در مورد داروها ..... ۴۳
- ۴۴-۲-۳-۴- گروه های آموزش روانی ..... ۴۴
- ۴۴-۲-۳-۵- گروه های آموزش مهارت های اجتماعی ..... ۴۴
- ۴۴-۲-۳-۶- گروه های روان درمانی ..... ۴۴
- ۴۵-۲-۳-۷- گروه های درمانی حمایتی ..... ۴۵
- ۴۵-۲-۳-۸- گروه های خودیار ..... ۴۵
- ۴۵-۲-۴- گروه درمانی معنوی- مذهبی ..... ۴۵
- ۴۶-۲-۴-۱- پیشینه تاریخی؛ مذهب و روانشناسی ..... ۴۶
- ۴۸-۲-۴-۲- معنویت و مذهب ..... ۴۸
- ۵۰-۲-۴-۳- معنویت و مذهب در سلامت روان ..... ۵۰
- ۵۴-۲-۴-۴- معنویت و مذهب در بیماری روانی ..... ۵۴
- ۵۹-۲-۴-۵- مداخلات معنوی در بیماران روانی ..... ۵۹

۶۲	۲-۴-۶- مداخلات معنوی به صورت گروهی.....
۶۳	۲-۴-۷- روش ها و فنون در استراتژی معنوی - مذهبی .....
۶۶	۲-۵- مروری بر متون .....
۶۶	۲-۵-۱- مطالعات انجام شده در ایران .....
۶۹	۲-۵-۲- مطالعات انجام شده در سایر کشورها .....
۷۴	فصل سوم .....
۷۵	۳-۱- مقدمه .....
۷۵	۳-۲- نوع پژوهش .....
۷۵	۳-۳- جامعه پژوهش.....
۷۵	۳-۴- نمونه پژوهش .....
۷۶	۳-۵- روش نمونه گیری و حجم نمونه.....
۷۷	۳-۶- محیط پژوهش.....
۷۷	۳-۷- روش و ابزار گردآوری داده ها .....
۷۷	۳-۷-۱- معیار مختصر روانپزشکی .....
۷۹	۳-۷-۲- معیار آسیب وارده بر مهارتهای زندگی .....
۸۱	۳-۷-۳- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته .....
۸۱	۳-۸- روش اجرا .....
۸۳	۳-۹- روش تجزیه و تحلیل داده ها .....
۸۴	۳-۱۰- ملاحظات اخلاقی .....
۸۵	فصل چهارم .....
۸۶	مقدمه .....
۸۷	۴-۱- یافته های جانبی .....
۹۲	۴-۲- یافته های اصلی .....
۱۰۴	۴-۳- ضمیمه .....
۱۱۴	فصل پنجم .....



مقدمه	۱۱۵
۵-۱- بحث و بررسی یافته های مطالعه	۱۱۵
۵-۲- یافته های جانبی	۱۱۵
۵-۳- یافته های اصلی	۱۱۶
۵-۴- نتیجه گیری نهایی	۱۲۰
۵-۵- پیشنهاد برای پژوهشهای بعدی	۱۲۱
۵-۶- پیشنهادات برای کاربرد یافته ها	۱۲۱
منابع	۱۲۲
پیوست	۱۳۰

- جدول ۱-۴ مقایسه میانگین سن و طول مدت بستری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۸۷
- جدول ۲-۴ ارزیابی همسانی پایه تحصیلی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۸۸
- نمودار ۱-۴ توزیع پایه تحصیلی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۸۸
- جدول ۳-۴ ارزیابی همسانی روش های درمانی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۸۹
- نمودار ۲-۴ توزیع روش های درمانی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۸۹
- جدول ۴-۴ ارزیابی همسانی وضعیت تاهل بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۰
- نمودار ۳-۴ توزیع وضعیت تاهل بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۰
- جدول ۵-۴ ارزیابی همسانی نوع اسکیزوفرنیا بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۱
- نمودار ۴-۴ توزیع نوع اسکیزوفرنیا بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۱
- جدول ۱-۶-۴ مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۲
- جدول ۲-۶-۴ مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷ (دنباله جدول قبل)..... ۹۳
- جدول ۱-۷-۴ : مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۴

جدول ۲-۷-۴ : مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی بعد از مداخله دردو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷(دنباله جدول)....۹۵

جدول ۱-۸-۴: مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله سال ۱۳۸۷..... ۹۶

جدول ۲-۸-۴: مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله سال ۱۳۸۷(دنباله جدول قبل).....۹۷

جدول ۱-۹-۴: مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد سال ۱۳۸۷..... ۹۸

جدول ۲-۹-۴: مقایسه میانگین اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد سال ۱۳۸۷ (دنباله جدول قبل).....۹۹

جدول ۱۰-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل از مداخله دردو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۱۰۰

جدول ۱۱-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی بعد از مداخله دردو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۱۰۱

جدول ۱۲-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله سال ۱۳۸۷..... ۱۰۲

جدول ۱۳-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد سال ۱۳۸۷.....۱۰۳

جدول ۱۴-۴ : نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای دموگرافیک بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی در دو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۱۰۴

جدول ۱-۱۵-۴ : نتایج بررسی نرمال بودن اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷ ۱۰۵

جدول ۲-۱۵-۴ : نتایج بررسی نرمال بودن اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷ ۱۰۶

جدول ۱۶-۴ : نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای وضعیت رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل از مداخله دردو گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷..... ۱۰۷

جدول ۱-۱۷-۴: بررسی تساوی واریانس اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷ ..... ۱۰۸

جدول ۲-۱۷-۴: بررسی تساوی واریانس اجزای مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷ ..... ۱۰۹

جدول ۱۸-۴: بررسی تساوی واریانس وضعیت رفتاری بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد سال ۱۳۸۷ ..... ۱۰۹

جدول ۱۹-۴: بررسی همبستگی متغیرهای سن و طول مدت بستری با مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی در بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۰

جدول ۲۰-۴: بررسی همبستگی متغیرهای سن و طول مدت بستری با وضعیت رفتاری در بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۰

جدول ۲۱-۴: مقایسه میانگین مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی (آنالیز واریانس) در پایه تحصیلی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۱

جدول ۲۲-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری (آنالیز واریانس) در پایه تحصیلی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۱

جدول ۲۳-۴: مقایسه میانگین مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی (آنالیز واریانس) در وضعیت تأهل بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۱

جدول ۲۴-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری (آنالیز واریانس) در وضعیت تأهل بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۲

جدول ۲۵-۴: مقایسه میانگین مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی (آنالیز واریانس) در نوع اسکیزوفرنیا بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۲

جدول ۲۶-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری (آنالیز واریانس) در نوع اسکیزوفرنیا بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی سال ۱۳۸۷ ..... ۱۱۲

جدول ۲۷-۴: مقایسه میانگین مقیاس مختصر ارزیابی روانپزشکی (آزمون t) در روش های درمانی بیماران اسکیزوفرنیک ..... ۱۱۳

جدول ۲۸-۴: مقایسه میانگین وضعیت رفتاری (آزمون t) در روش های درمانی بیماران اسکیزوفرنیک ..... ۱۱۳

# فصل اول

## کلیات پژوهش

- ✓ بیان مسئله
- ✓ اهمیت و ضرورت
- ✓ اهداف پژوهش
- ✓ فرضیه پژوهش
- ✓ تعاریف واژه ها
- ✓ محدودیت پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ علت ۲۵ درصد از ناتوانی‌ها در کشورهای پیشرفته را اختلالات روانی گزارش کرده است. ناتوانی بر وضعیت فرد، خانواده و جامعه تاثیر می‌گذارد. در میان اختلالات روانی مختلف، بیماری اسکیزوفرنیا یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات است که تقریباً ۱/۲٪ از جمعیت جهان را در بر می‌گیرد و در همه جوامع صرف نظر از طبقه اجتماعی، نژاد، مذهب، فرهنگ، و هوش شیوع یکسانی دارد (۱). اسکیزوفرنیا بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که علائم آن شامل اختلال در چندین روند روانی مانند: ادراک (توهم)، تفکر (هذیان)، روند تفکر (از دست دادن ارتباط)، احساسات (عاطفه مسطح و نامتناسب)، رفتار (کاتاتونی، نابسامانی) توجه، تمرکز، انگیزش (نقص در تصمیم‌گیری) و قضاوت می‌باشد (۲). اسکیزوفرنیا یکی از ناتوان‌کننده‌ترین 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 (۳).

درمان معمول اسکیزوفرنیا براساس 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 (۴). با این وجود، اخیراً نقش معنویت و مذهب به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای<sup>۱</sup> در فرآیند بهبودی بیماران اسکیزوفرنیک مورد توجه و علاقه واقع شده و رو به گسترش است (۵). بنابراین با توجه به نقش معنویت و مذهب در فرآیند بهبودی، پرداختن به مقوله معنویت در مراقبت از این بیماران امری ضروری می‌باشد (۶).

برای بسیاری از بیماران معنویت یک بخش بسیار مهم از تمامیت<sup>۲</sup> است. هنگام مراقبت از بیماران در بخش‌های روانپزشکی همچون سایر بخش‌های مراقبت بهداشتی، پرستاران نمی‌توانند این قسمت از وجود شخص را نادیده بگیرند. معنویت همچنین، بیانگر ارزشی می‌باشد که برای زندگی بسیاری از بیماران اساسی است. مراقبت پرستاری با کیفیت، نیازمند درک پرستار از بیماران و ارزشهای آنها که بخش مهمی از زندگیشان است، می‌باشد. همچنین ضروریست که پرستاران در مورد خود و ارزش‌های خودشان شناخت و آگاهی داشته باشند، تا از این طریق بتوانند نیازهای معنوی بیماران را مورد تشخیص و توجه قرار دهند (۷).

---

<sup>1</sup> - Coping mechanism

<sup>2</sup> - Wholeness

## ۲-۱- بیان مسئله

اسکیزوفرنیا یکی از بیماریهای روانی شایعی است که شیوع مادام العمر آن بین ۱ تا ۱/۹ درصد گزارش شده است که دو سوم آنها نیاز به بستری دارند. در صورتی که فقط نیمی از آنها علیرغم نیاز به درمان و شدت بیماری تحت درمان قرار می گیرند. شروع اسکیزوفرنیا در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی است. در ۹۰ درصد موارد در مردان و در ۷۰ درصد موارد در زنان، شروع قبل از ۳۰ سالگی است (۸). اسکیزوفرنیا به تمام معنی فاجعه ای انسانی است. نه تنها برای خود بیمار، بلکه برای اطرافیان و جامعه نیز چنین است. به این دلیل فاجعه ای انسانی است که اغلب افراد را در دوره نوجوانی و اوایل بلوغ دچار معلولیت می سازد. استوارت<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) می نویسد: یک درصد از افراد از اسکیزوفرنیا رنج می برند و ۲/۵ میلیون نفر در آمریکا مبتلا هستند. سه نفر از هر ۴ نفر بیمار در سنین بین ۱۷ تا ۲۵ سالگی قرار دارند. ۹۵ درصد آنها برای تمام عمر گرفتار هستند (۹). از بین مبتلایان به بیماری های روانی تعدادی مکرراً دچار عود و مقاوم به درمان بوده و نهایتاً تبدیل به بیماران روانی مزمن می شوند. از این روتخمین زده می شود که میزان افراد دچار بیماری های 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 (۱۰).

اهمیت این بیماری از دیدگاه اقتصاد سلامت در این است که مبتلایان به اسکیزوفرنیا نیاز به خدمات بستری و طولانی مدت دارند که این خدمات هزینه بسیاری برای کشورها دارد. کاپلان<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) می نویسد که حدود یک درصد از درآمد ملی ایالات متحده صرف درمان بیماری های روانی (بدون احتساب اختلالات مرتبط با مواد) می شود. اسکیزوفرنیا ۲/۵ درصد از کل هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی را به خود اختصاص داده است. جمع هزینه های درمانی و هزینه های غیر مستقیم ( نظیر مرگ و میر و کاهش بهره وری) به حدود پنجاه میلیارد دلار در سال می رسد (۱۱). براساس گزارش جامعه اسکیزوفرنی بریتیش کلمبیا<sup>۳</sup> ( BCSS ) بیماری اسکیزوفرنیا در کانادایی ها بالغ بر ۲/۳ میلیارد دلار هزینه های مستقیم مراقبت بهداشتی را در پی داشته که این مبلغ را باید با ۲ میلیارد دلار هزینه اضافی برای حمایت های مربوط به خانواده و خدمات اجتماع

1 - Stuart

2 - Kaplan

3 - British Columbia Schizophrenia Society

محور جمع بست که در مجموع ۴/۳ میلیارد دلار برآورد می شود. گزارش های BCSS بیان می دارد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از هر بیماری پزشکی دیگری تخت های بیمارستان را اشغال می کنند که میزان آن در کانادا ۱ به ۱۲ عدد تخت می باشد (۱۲).

شمس علیزاده و همکاران (۱۳۸۰) در زمینه آمار بیماری های روانی در سطح جهان به نقل از کاپلان و سادوک تعداد بیماران اسکیزوفرنیک را حدود ۶۰ میلیون نفر در جهان تخمین می زند (۱۳). در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۰) در زمینه همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران میزان شیوع اختلالات روانپزشکی ۱۷/۱ درصد گزارش گردید (۱۴). همچنین به استناد پژوهش کشوری نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) میزان شیوع اختلالات روانی در کل جمعیت کشور ۱۲ درصد و میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنیا ۰/۶ درصد 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 می برند (۱۵). این در حالی است که برای آنها حدود ۱۰۰۰۰ تخت بستری وجود دارد (۱۶). در شرایطی که ۶۸ درصد مددجویان روانی بستری در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی بعنوان بزرگترین مرکز بستری مددجویان در ایران تکراری می باشند (۱۷). همچنین در این مرکز حدود ۷۵ درصد بیماران بستری در بخش های حاد را بیماران اسکیزوفرنیک تشکیل می دهند. این میزان در بخشهای توانبخشی درازمدت حداقل ۹۰٪ است (۱۰).

### ۳-۱- اهمیت و ضرورت

اسکیزوفرنیا یک نابسامانی پیچیده با نشانه های متنوع است. این اختلال، حیطه های شناختی، هیجانی و رفتاری را تحت تاثیر قرار می دهد. اسکیزوفرنیا به عنوان یک بیماری روانی عمده با نشانه های روانپریشی، آپاتی، انزوای اجتماعی و اختلال شناختی مشخص می شود که سبب اختلال در شغل، تحصیل، سرپرستی از کودکان، مراقبت از خود، زندگی مستقل، روابط بین فردی و اوقات فراغت می شود (۱۸). اسکیزوفرنیا نوعی بیماری است که با آشفتگی عمیق در تفکر و احساسات مشخص شده و بر کلام، اندیشه، ادراک و شناخت نسبت به خود اثر می گذارد. این بیماری غالباً با تظاهرات روان پریشی مانند شنیدن صداها یا داشتن عقاید غیر عادی و ثابت، معروف به هذیان همراه است (۱۹).

علائم منفی در اسکیزوفرنیا از جمله خاموش ترین و در عین حال مزاحم ترین نشانه های این بیماری است که زحمات بسیاری از درمانگران را ناکام گذارده و تلاش های گسترده آنان را اعم از دارویی یا غیر دارویی جهت قرار دادن بیمار در چرخه ی عادی در بستر اجتماع را با شکست مواجه می سازد (۲۰). به بیان دیگر علائم



منفی بیماران را بیشتر تخریب نموده و کارایی آنها را مختل می سازد و در بیماران مزمن نسبت به علائم دیگر فراوان تر است. در بین علائم منفی، کندی یا سطحی شدن عاطفه، فقدان انگیزش، بی توجهی اجتماعی و عدم توانایی در صمیمی شدن، بیش تر از بقیه یافت می گردد(۲۱). شجاعی شفتی در سال ۱۳۸۱ بیان می کند: گستردگی علائم منفی در بیماران بستری در بیمارستان روانپزشکی رازی از ۸۶٪ تا ۹۸٪ در نوسان بوده و بنابراین هیچ بیماری بدون علامت نبوده است(۲۰). همچنین یکی از خصوصیات خلقی اسکیزوفرنیا حالات افسردگی است که ناشی از خصوصیات روانپریشی ها و یا پیامد یک دوره روانپریشی می باشد. حدود ۲۵٪ بیماران اسکیزوفرنیک به اختلال افسردگی پس از روانپریشی در اسکیزوفرنیا دچار می شوند(۲۲). آمار فوق موید این مسئله است که این معضل نیاز به درمان و توانبخشی دارد. در واقع بیماری روانی فراتر از وضعیتی محدود به یک بیماری است. بیمار روانی مستقیماً خانواده و جامعه را تحت تاثیر بیماریش قرار می دهد. اهمیت این موضوع خاص به این دلیل است که ما باید بیماران روانی را جزئی از جامعه خود بدانیم و خود را در قبال آنها و خانواده هایشان مسئول قلمداد کنیم. باید قبول کنیم که جامعه در برابر این افراد وظیفه دارد و باید خدمات توانبخشی و حمایتی از آن به عمل آورد(۲۳). به طور کلی درمان های اسکیزوفرنیا به دو دسته عمده تقسیم می شود:

#### ۱- درمان های زیستی ۲- درمانهای غیر زیستی

درمانهای زیستی شامل دو گروه هستند: الف) درمانهای دارویی ب) درمانهای زیستی غیر دارویی مانند الکتروشوک درمانی. درمان های غیر زیستی مکمل درمانهای زیستی می باشند و بدون آنها امکان عود بالا می رود. درمان های روانی اجتماعی خود شامل روشهای مختلفی هستند. آموزش مهارتهای زندگی، رفتاردرمانی، شناخت درمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی و انواع روان درمانی از جمله درمان های مذکور می باشند(۸). اگر چه داروهای آنتی سایکوتیک تکیه گاه اصلی درمان در اسکیزوفرنیا به شمار می روند ولی پژوهش ها نشان می دهند که مداخله های روانی اجتماعی از جمله روان درمانی می تواند بهبود بالینی را تقویت کند. اسلوب های روانی اجتماعی را باید به دقت در برنامه های درمانی ادغام کرد تا به آن کمک کند. برای اکثر بیماران اسکیزوفرنیک کاربرد ترکیبی از داروهای ضد روان پریشی و درمان های روانی اجتماعی سودمند تر از کاربرد هر یک از این درمانها به تنهایی خواهد بود(۱۱).

یکی از انواع درمان ها برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، گروه درمانی است. در گروه درمانی بیماران عموماً بر برنامه ها، مشکلات و روابط مربوط به زندگی واقعی تاکید می شود. این گروه ها ممکن است جهت های رفتاری، سایکودینامیک بینشی و یا حمایتی داشته باشند. گروه درمانی در کاستن انزوای اجتماعی، افزایش احساس تعلق به یک جمع و بهبود حس واقعیت سنجی بیماران اسکیزوفرنیک موثر است(۱۱). استفاده از

معنویت در گروه درمانی به عنوان یکی از عوامل تاثیر گذار و حائز اهمیت است که می تواند باعث ارتقا حمایت های اجتماعی ، منابع سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامتی شود(۲۴). گروه درمانی معنوی مذهبی نوعی از روان درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه های معنوی- مذهبی به بیماران کمک می کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا ، حوادث و پدیده ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرا مادی سلامت و رشد به دست آورند(۲۵). طبق تعریف فوق معنویت هدف اساسی این نوع روان درمانی است و آیین، دستورات و مفاهیم دینی راهی برای رسیدن به آن هستند. به عبارت دیگر آنچه اصالت داشته و نهایتاً باعث تعالی و سلامتی فردی می شود، دستیابی به نوعی برداشت از زندگی و خود است که در آن حضور پدیده های غیر مادی و ارتباط مداوم ماده با معنا دائماً احساس می شود و در بین این نوع پدیده ها احساس حضور خداوند از بقیه مهمتر و رشد دهنده تر است(۲۵). ریچاردز و برگین<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) استراتژی های معنوی- مذهبی را اینگونه مطرح می کنند:

۱- قرائت کتاب دینی مقدس

۲- دعا و نماز

۳- بیان سرگذشت الگو های دینی

۴- شرکت در برنامه های معنوی- مذهبی

۵- توبه و طلب بخشش

۶- آموزش و تحلیل معنوی ارزش های اخلاقی(۲۵).

گروه درمانی معنوی درمان را با استفاده از برنامه های ساختارمند که متمرکز بر عقاید معنوی می باشد، انجام می دهند. همچنین فعالیت های بیان کلامی ، احساسات و تعاملات اجتماعی را در بیماران تحلیل می کنند(۲۴).

در گروه درمانی که به امور معنوی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن تمرکز دارند، نشان داده شده که تحمل، خودآگاهی و سیستم ارزشی مثبت را در بیماران افزایش داده و باعث کاهش هذیان و مقاومت به درمان می شود. نقش عقاید و فعالیت های مذهبی نظیر دعا و نیایش ، مدیتیشن<sup>۲</sup> و خواندن کتاب مقدس به عنوان شاهد علائم و نشانه ها، کاهش استرس و میزان بستری شدن در بیماری های مزمن مانند اسکیزوفرنیا از دیرباز شناخته شده است(۲۴). بیماران اسکیزوفرنیک به طور معمول در برابر استرس به عنوان یک فاکتور عود کننده آسیب پذیرند(۲۶). معنویت و مقابله مذهبی می تواند در برابر موقعیتهای مختلف استرس موثر باشد(۲۷).

<sup>1</sup> - Richards & Bergin

<sup>2</sup> - Meditation

معنویت و مذهب در زندگی بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک برجسته بوده و نقشی مرکزی در روند احیا و بهبودی دارد. همچنین ابزار مناسبی برای درمان بیماران اسکیزوفرنیا می باشد، بطوری که ممکن است به کاهش اثرات پاتولوژیک، افزایش تحمل و سرعت بخشیدن به بهبود کمک کند. بدون در نظر گرفتن این مسئله ممکن است بیماران از معنویت و مذهب فاصله گرفته و بنابراین قدرت تحمل و استراتژی بازبایی خود را از دست بدهند (۴). اثربخشی این نیروها تا به آن جاست که می تواند مایه اصلاح، بهبود بیماری و افزایش توان شخصیتی در روابط بین فردی گردد (۲۸). معنویت به عنوان راهی مثبت در جهت مقابله با بیماری استفاده می شود. معنویت به این بیماران احساس مثبت از خود، امیدواری، آرامش، معنای زندگی، لذت از زندگی، عشق، همدردی، احترام به خود، اعتماد به نفس و... می دهد. همچنین از طریق معناهای ضمنی مثبت (موهبت الهی، بخشش، امتحان خداوند) به بیمارانشان معنی می دهد (۲۹).

معنویت به عنوان منبعی غنی در فرایند بهبودی روانی - اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک در دریافت معنا و امید کمک می کند. به دلیل اهمیت این مورد باید به معنویت به عنوان بخشی از درمان توجه شود. (۳۰ و ۳۱) موهر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) بیان می کنند که در سالهای زیادی مطالعات مذهب و اسکیزوفرنیا به طور عمده بر هذیانها و توهمات مذهبی تمرکز داشتند. با این وجود، اخیراً نقش معنویت و مذهب به عنوان یک مکانیسم مقابله ای در فرآیند بهبودی بیماران اسکیزوفرنیا مورد توجه و علاقه واقع شده و رو به گسترش است. معنویت به عنوان منبعی برای یافتن معنا<sup>۲</sup> و امیدوار بودن در شرایط بغرنج روانی، جزئی کلیدی در فرآیند بهبودی بیماران روانی معرفی شده است. بنابراین نیاز است معنویت در مراقبت این بیماران تلفیق شود. اما درمانگران به ندرت از اهمیت معنویت در بیماران آگاه هستند (۲۹). معنویت باید در مدل جسمی، روانی و اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیا به منظور دستیابی به رویکرد شخص کامل جهت درمان تلفیق شود (۵). همچنین مداخلات معنوی می تواند یکی از اجزای مهم درمان بعد از انجام درمان های جسمی در بیماران روانی باشد (۳۲).

سابقه زندگی بیماران اسکیزوفرنیا نشان می دهد که نقش اصلی در روند بهبودی ناهنجاریهای روانی، بازبایی و بازسازی نقش واقعی از خود، در طول دوره تداوم ناهنجاری می باشد. در این مسیر، معنویت و مذهب نقشی اساسی در زندگی بسیاری از بیماران به عهده دارند. معانی معنوی و مذهبی یک حس تعالی یافته از خود و احساس بودن را ارائه می کنند. براساس تئوری نقش، معنویت بیماران را با یک الگوهای شناسایی حمایت می کند که همراه حمایت فعالانه از طریق گروه های مذهبی است که روند بازبایی را آسان می کند (۴). همچنین

---

<sup>1</sup> - Mohr

<sup>2</sup> - Finding meaning

ارتباط بین معنویت و تبعیت از رژیم درمانی در بین بیماران مبتلا به اختلالات مزمن روانی نظیر اسکیزوفرنیا مورد مطالعه قرار گرفته است. نتیجه این مطالعات نشان می دهد که معنویت باعث افزایش رضایتمندی بیمار و تبعیت وی از درمان دارویی می شود. تاثیرات مثبت معنویت در استفاده از دارو به عنوان درمان سبب بهبود کیفیت زندگی، کسب حمایت اجتماعی مطلوب و دیدگاههای مثبت به این بیماری می شود (۳۱).

اعمال مذهبی در بین بیماران روانی امری رایج است. در همین زمینه کمپ<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸) می نویسند: در لندن ۶۱٪ بیماران سایکوتیک معنویت را در بین استراتژیهای خود برای مقابله با بیماری قرار داده اند و ۳۰٪ آنها میزان ایمان دینی خود را بعد از بروز بیماری افزایش داده اند (۳۳). همچنین تپر و راجرز<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) در این رابطه می گویند: در آمریکای شمالی ۸۰٪ بیماران اسکیزوفرنیا معنویت را برای مقابله با علائم بیماری و مشکلات روزمره شان استفاده می کنند. اما فقط ۳۵٪ آنها به کلیسا علاقه دارند. در همین زمینه، نیازهای معنوی بیماران روانی بستری قابل مقایسه با بیماران بستری جراحی در آمریکای شمالی است (۳۴). در اکثر بیماریهای روانی به اظهارات معنوی بیماران به عنوان بخشی از علایم بیماری روانی توجه شده است. اما غفلت از این جنبه در بیماران روانی نظیر اسکیزوفرنیا فرصت بیان اظهارات بیماران در مورد بیماریشان با استفاده از عقاید مذهبی و معنویشان گرفته شده است و بدتر اینکه عدم بیان این افکار رنجی اضافه بر دردهای مزمن این بیماران می افزاید (۳۵).

دین و معنویت جلوه گاه نیازهای وجودی هستند و مشکلات روانی اغلب جلوه های بیماری وجودی اند. اغلب شدیدترین احساسات مثبت و منفی بیمار با تجارب مذهبی و معنوی در ارتباطند. از این منظر اختلالات روانی اساساً بدلیل بی توجهی فرد نسبت به فطرت خود به وجود می آید و چون اساسی ترین نیاز و تمایل فطری ما عبارت است از باور داشت تسلیم شدن و ایمان به خداوند، لذا هنگامی که شخصی از پرستش و فرمانداری خداوند اجتناب می کند؛ به انواع مشکلات روانی و رفتاری مثل اضطراب، افسردگی، سایکوز، پرخاشگری و انحرافات اجتماعی دچار خواهد شد. تحقیقات متعدد هم بیانگر نقش ایمان مذهبی و اعتقاد به معنویات در حفظ بهداشت روان می باشند (۳۶).

نتایج تحقیقات پیرامون سلامت نشان می دهد که مذهب و معنویت برای بهزیستی روانی و برای کاهش بیماری جسمانی، عاطفی و روانی دارای مزایای بالقوه ای هستند. همچنین افرادی که از اشتغالات مذهبی و معنوی بیشتر برخوردارند، در قیاس با همتایانشان که در امور مذهبی یا معنوی سهمی ندارند، ظاهراً دارای مرگ و میر کمتر، فراوانی پایین تر برخی بیماریها و سلامت روانی بهتری هستند (۳۷). همچنین داشتن نگرش مذهبی

---

<sup>۱</sup> - Kemp

<sup>۲</sup> - Tepper & Rogers