

The efficacy of religious training (prayer) on the improvement of the schizophrenic patients' quality of life at Sina Psychiatric Hospital (Bakhtiari Province, 2011)

Nikfarjam M(MD)^{1*}

1- Department of Psychiatry, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Received 21 Dec 2010 Accepted 8 March 2011

Abstract

Background: Schizophrenia is a chronic illness which is one of the major health problems worldwide; therefore, selecting diverse treatment methods congruent with community culture is of particular importance. The purpose of this study was to investigate the effect of religious training on the improvement of schizophrenic inpatients' quality of life.

Materials and Methods: In this interventional study, 62 schizophrenic inpatients were randomly assigned to two groups: Experimental and control. Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) was administered to both groups. The experimental group went through religious training (prayer and Quran histories) for two months. Then the two groups took the SQLS again, and the data were analyzed through dependent t-test using SPSS software.

Results: The results showed that before the intervention, there were not any significant differences between the two groups ($P=0.08$). However, after the intervention, a significant difference was observed in the mean score in the experimental group ($P=0.04$), whereas there was not a significant difference in the control group mean score over this period ($P= 0.14$).

Conclusion: The findings of this study showed that religious and spiritual training can be effective in improving schizophrenic patients' satisfaction with their quality of life.

Keywords: Quran, Religious, Schizophrenia, Sina Psychiatric Hospital

*Corresponding author:

Address: Islamic Medicine Research Center, Hajar Hospital, Parastar St., Shahrekord, Iran

Email: nikmas14o@gmail.com

اثر بخشی آموزش های دینی (نماز و دعا) در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک در بیمارستان روان پزشکی سینا (استان چهارمحال و بختیاری، 1389)

دکتر مسعود نیک فرجام^{*1}

1- استادیار، روانپزشک، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

تاریخ دریافت 89/9/30، تاریخ پذیرش 89/12/18

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی یک اختلال مزمن و یکی از مشکلات بهداشتی عمده در جهان محسوب می شود و انتخاب روش های درمانی متنوع و متناسب با فرهنگ جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی آموزه های دینی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد.

مواد و روش ها: این تحقیق یک مطالعه مداخله ای بوده که در آن 62 بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان پزشکی به صورت تصادفی در دو گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند و مقیاس کیفیت زندگی برای بیماران اسکیزوفرنی (SQLS) برای هر دو گروه اجرا شد. سپس در گروه تجربی آموزه های دینی (نماز، دعا و قصص قرآنی) به مدت 2 ماه اجرا شد و از هر دو گروه مجدداً آزمون به عمل آمد. داده ها با استفاده از آزمون تی وابسته و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج پژوهش قبل از مداخله نشان داد که تفاوت معنی داری در میانگین نمرات دو گروه تجربی و شاهد وجود ندارد ($p=0/08$) بعد از مداخله تفاوت معنی داری در میانگین نمرات گروه تجربی در مقایسه با قبل از مداخله مشاهده شد ($p=0/04$) در حالی که میانگین نمرات قبل و بعد گروه شاهد اختلاف معنی داری را نشان نداد ($p=0/14$).

نتیجه گیری: همان طور که نتایج مطالعه نشان دادند آموزش های مذهبی و معنوی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می تواند در افزایش رضایت آنها از کیفیت زندگی موثر باشد.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنی، بیمارستان روان پزشکی سینا، قرآن کریم، مذهب

*نویسنده مسئول: شهرکرد، خیابان پرستار، بیمارستان هاجر، مرکز پژوهش های طب اسلامی

مقدمه

نیایش که از دیر باز مرسوم بوده می تواند نقش مثبتی در کاهش ناامیدی بیماران ایفا کند.

در یک مطالعه تاثیر باورهای مذهبی در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که دو سوم از کل نمونه معنویت را امری ضروری در زندگی روزمره می دانند. 57 درصد از بیماران نقش باورهای مذهبی را در بروز بیماری موثر می دانستند (31 درصد مثبت و 26 درصد منفی). این مطالعه نشان داد که مذهب می تواند در کمک به بیماران در مصرف دارو نقش موثری ایفاء کند (5).

در مطالعه ای دیگر نقش مذهب در بهبود هویت شخصی بیماران بررسی شد و نتایج نشان داد که مذهب و معنویت می تواند در ترمیم آسیب های شخصیتی بیماران نقش موثری داشته باشد (6).

نقش مذهب و معنویت صرفاً به اختلال اسکیزوفرنی محدود نمی شود و رابطه مذهب و معنویت در درمان اختلالات مزمن (7) و سایر اختلالات روان پزشکی (8) مورد توجه بوده است. این ارتباط در اختلالات خلقی (9)، و وابستگی به مواد (10) مورد بررسی قرار گرفته و مشخص شده است که اعتقادات مذهبی، رضایت بیماران از درمان و پایداری آنها به مصرف دارو را افزایش داده است و با بهبود کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مثبت همراه بوده است.

در دهه گذشته ادبیات پژوهشی درباره نقش مذهب و معنویت در سازگاری مثبت (Positive Coping) بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا افزایش یافته است (11، 12).

هدف این پژوهش، تعیین اثر بخشی آموزه های دینی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان روان پزشکی سینای استان چهارمحال و بختیاری بود.

مواد و روش ها

در این مطالعه تجربی، جامعه آماری پژوهش را بیماران بستری در بیمارستان مزمن روان پزشکی سینا تشکیل می دادند. برای نمونه گیری در یک دوره 2 ماهه 64 نفر بیمار

از دیر باز ارتباط بین اسکیزوفرنیا و مذهب توجه محققین را به خود جلب کرده است. در اغلب تحقیقات انجام شده، بر رابطه بین شخصیت بیماران و مذهب و نقش مذهب در مقابله با آسیب های ناشی از عوارض این بیماری تاکید شده است. اگر چه بخشی از سایکوپاتولوژی اسکیزوفرنیا (هذیانها) با مذهب رابطه دارد، اما ابعاد مهمی از آن می تواند نقش حمایتی در مقابله با اثرات منفی بیماری داشته باشد. همچنین، در اغلب مطالعات مذهب به عنوان یک روش درمانی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا با اهداف کمک به کاهش پاتولوژی، افزایش توان مقابله و تسریع در درمان بیماران زیر مورد توجه بوده است (1، 2).

در درمان اسکیزوفرنیای مزمن تاکید عمده محققین، کمک به بیماران برای سازگاری با محیط و کاهش عوارض اجتماعی و فردی بیماری بوده است. یکی از نگرانی های بهداشتی در بیماران اسکیزوفرنیک سوء مصرف مواد بوده است. مطالعات نشان می دهند که معنویت و مذهب نقش غیر قابل انکاری در کاهش سوء مصرف مواد در جامعه و جمعیت عمومی داشته است. علاوه بر این مذهب نقش مهمی در درمان ابتلا توام به سوء مصرف مواد و اسکیزوفرنیا داشته است (3).

علاوه بر این، آموزه های قرآنی در کاهش رنج و درد انسان ها در مقابله با استرس نقش موثری ایفا می کند (الذین آمنو و تطمئن قلوبهم بذكر الله الا بذكر الله تطمئن القلوب، سوره رعد آیه 28).

یکی از مشکلاتی که بیماران اسکیزوفرنیک از آن رنج می برند و نگرانی های اجتماعی ایجاد می کند ناامیدی و اقدام به خودکشی است. در این رابطه نیز نقش مذهب در بازداري بیماران در اقدام به خودکشی از اهمیت خاصی برخوردار است. به خصوص شرکت در جوامع و موسسات مذهبی و نقش این موسسات در کاهش احساس تنهایی بیماران بسیار ارزنده می باشد (4). این مساله در دین اسلام و به خصوص مذهب تشیع که برگزاری نماز را به صورت جماعت تشویق می کند و همچنین برگزاری مراسم دعا و

درصد دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند. در جدول 2 نمرات مقیاس کیفیت زندگی در گروه های تجربی و شاهد قبل از مداخله ارایه شده است. نتایج این جدول نشان می دهد که در گروه های تجربی و شاهد، تفاوت معنی داری در میانگین نمرات آزمون کیفیت زندگی وجود ندارد ($p=0/08$).

در جدول 3 نمرات آزمون کیفیت زندگی برای گروه های تجربی و شاهد بعد از اجرای برنامه آموزه های دینی در گروه تجربی ارایه شده است. همان طوری که نتایج نشان می دهد در گروه تجربی در نمره قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p=0/04$). اما این اختلاف در گروه شاهد معنی دار نبود ($p=0/14$).

جدول 1. توزیع فراوانی گروه های تجربی و شاهد از نظر مشخصات دموگرافیک در بیماران اسکیزوفرنی استان چهار محال و بختیاری در سال 1389

مشخصات شناختی	گروه های مورد مطالعه		جمعیت	کل
	گروه شاهد	گروه تجربی		
مذکر	19(61/3)	22(71)		41(66/1)
جنسیت	12(8/7)	9(29)	مونث	21(33/9)
بی سواد	15(16/1)	9(29)		14(22/6)
سطح تحصیلات	15(48/4)	14(45/2)	ابتدایی	29(46/8)
	6(19/4)	4(12/9)	راهنمایی	10(16/1)
	5(16/1)	2(6/5)	دیپیرستان	7(11/3)
	0(0)	2(6/5)	دیپلم و بالاتر	2(3/2)
وضعیت تاهل	4(12/9)	9(29)	متاهل	13(21)
	23(74/2)	14(45/2)	مجرد	37(59/7)
	4(12/9)	8(25/8)	مطلقه	12(19/4)
جمع کل	31(100)	31(100)		62(100)

جدول 2. مقایسه میانگین (انحراف معیار) نمرات مقیاس کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه های تجربی و شاهد در استان چهارمحال و بختیاری، 1389

گروه ها	فراوانی	میانگین	P
تجربی	31	67/97(8/31)	0/08
شاهد	31	71/48(7/20)	

انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند و از تمامی افراد مورد بررسی آزمون کیفیت زندگی به عمل آمد. 2 نفر از بیماران به خاطر ترخیص از بیمارستان از مطالعه حذف شدند. در مرحله بعدی بیماران گروه تجربی در یک دوره 2 ماهه (هفته ای 3 بار و هر بار 2 ساعت) در برنامه های آموزه های دینی و قصص قرآنی که توسط یک روحانی انجام شد شرکت نموده و تکالیف مذهبی را به صورت جماعت انجام دادند و پس از 2 ماه از هر دو گروه آزمون مجدد به عمل آمد. این آزمون توسط متخصصینی انجام شد که اطلاعی از شرکت یا عدم شرکت بیماران در برنامه آموزه های دینی نداشتند.

در این پژوهش از مقیاس کیفیت زندگی اسکیزوفرنی استفاده گردید. این مقیاس دارای 30 سوال است که به صورت لیکرت بوده و به صورت 5 گزینه هرگز، بندرت، بعضی اوقات، اغلب و همیشه درجه بندی می شود. این مقیاس برای بیماران اسکیزوفرنی طراحی شده و کیفیت زندگی آنها را اندازه گیری می کند (13). برای بررسی پایایی مقیاس از روش آزمون- بازآزمون استفاده شد و مقیاس کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک با فاصله دو هفته ای برای 30 نفر اجرا شد و ضریب همبستگی دو مطالعه 0/88 برآورد گردید.

داده های جمع آوری شده با آزمون های تی مستقل، تی وابسته و همبستگی و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 14 تجزیه و تحلیل شد. این پژوهش بر اساس مجوز شماره 5-7-88 کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد اجرا شده است.

یافته ها

در جدول 1 مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه ارایه شده است. همان طوری که مشاهده می شود، 66/1 درصد از بیماران مذکر و 33/9 درصد مونث بودند. بررسی سطح تحصیلات بیماران مورد مطالعه نشان می دهد که 22/6 درصد بی سواد، 46/8 درصد دارای مدرک ابتدایی، 16/1 درصد راهنمایی، 11/3 درصد دیپیرستان و 3/2

جماعت و دعا می تواند در بهبود روابط اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک نقش اساسی ایفا کند. یکی از محدودیت های این مطالعه کم بودن نمونه مورد مطالعه می باشد که توصیه می شود مطالعات مشابهی با حجم بیشتر در این خصوص انجام شود.

جدول 3. مقایسه میانگین (انحراف معیار) قبل و بعد از مداخله در گروه های تجربی و شاهد در مقیاس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی (استان چهارمحال و بختیاری، 1389)

گروه	میانگین اختلاف نمره قبل و بعد از مداخله	p
تجربی	1/97(5/22)	0/04
شاهد	1/55(5/74)	0/14

بحث

به طور کلی، بروز اسکیزوفرنیا در جامعه 1 درصد است (14، 15). اسکیزوفرنیا یک بیماری مزمن است که علایم و نشانه های آن به طور متوعی در بیماران مشاهده می شود (16). تفاوت در پیش آگهی و پیامد بیماری از دیگر ویژگی های این اختلال است (17). تابلو بالینی این اختلال نشان می دهد که جستجوی درمان های متنوع برای این اختلال امری غیر منطقی نیست و درمان ها و شیوه هایی در نقاط مختلف دنیا استفاده می شوند که گاهی متناقض به نظر می رسند.

در این مطالعه نتایجی به دست آمد که بیانگر تأثیر آموزه های دینی در بهبود کیفیت زندگی بیماران بود و با مطالعات انجام شده در سایر کشورها که نقش آموزه های دینی ادیان مسیحی و یهودی در بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک را بررسی کرده اند هم خوانی داشت (7، 8، 11). ولی بایستی قبول کرد که روش های مداخله در ادیان مختلف متفاوت است و نتایج این مطالعه صرفاً برای پیروان دین مبین اسلام قابل تعمیم است. در این پژوهش، برای اولین بار در ایران از یک روحانی در ارایه آموزه های دینی به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شد و شیوه جدیدی را در مطالعات دینی ارایه نمود که با تکرار این مطالعات می توان نقش دین اسلام را در حل مشکلات و اختلالات روان شناختی تئوریزه کرد. به طور کلی این مطالعه نشان داد که استفاده از باورهای فرهنگی یک جامعه و عدم توجه صرف به درمان های بیولوژیک امری کاملاً ضروری در درمان بیماران مزمن محسوب می شود.

خوشبختانه، یکی از ویژگی های مذهب تشیع انجام مناسک مذهبی به صورت گروهی است و انجام نماز

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که آموزه های دینی می تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود بخشد.

تشکر و قدردانی

از حجت الاسلام محمدرضا نورمحمدی و آقای عبدالله محمدی و سایر کارکنان بیمارستان سینا و همچنین بیمارانی که صمیمانه در اجرای پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی می کنم. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد نیز که بخشی از هزینه های این طرح را متقبل شد و در طول اجرای پژوهش از راهنمایی های اساتید این معاونت بهره مند بودیم تشکر و قدردانی می کنم.

منابع

1. Aukst-Margetić B, Jakovljević M. Religiosity and schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2008 Sep; 20(3): 437-8.
2. Pfaff M, Quednow BB, Brüne M, Juckel G. [Schizophrenia and religiousness--a comparative study at the time of the two German states]. *Psychiatr Prax*. 2008 Jul; 35(5): 240-6.
3. Huguélet P, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY, Mohr S. Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Subst Use Misuse*. 2009;44(4):502-13.
4. Revheim N, Greenberg WM. Spirituality matters: creating a time and place for hope. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;30(4):307-10.
5. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gillieron C, Eytan A, Huguélet P. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to

- treatment. *Schizophr Bull.* 2007 Sep; 33(5): 1238-46.
6. Mohr S, Hoguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly.* 2004 Jun;134(25-26):369-76.
 7. Muthny FA, Bechtel M, Spaete M. [Lay etiologic theories and coping with illness in severe physical diseases. An empirical comparative study of female myocardial infarct, cancer, dialysis and multiple sclerosis patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1992 Feb; 42(2): 41-53.
 8. Miller DK, Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN. Supportive-affective group experience for persons with life-threatening illness: reducing spiritual, psychological, and death-related distress in dying patients. *J Palliat Med.* 2005 Apr; 8(2): 333-43.
 9. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord.* 2003 Aug; 75(3): 247-57.
 10. Marcotte D, Margolin A, Avants SK. Addressing the spiritual needs of a drug user living with human immunodeficiency virus: a case study. *J Altern Complement Med.* 2003 Feb; 9(1):169-75.
 11. Koenig H, McCullough M, Larson D. Summary and conclusions. In: Koenig HG, McCullough ME, Larson DB, editors. *Handbook of religion and health: Oxford University Press; 2001. p. 391-3.*
 12. Wagner LC, King M. Existential needs of people with psychotic disorders in Pôrto Alegre, Brazil. *Br J Psychiatry.* 2005 Feb;186:141-5.
 13. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *Br J Psychiatry.* 2000 Jul;177:42-6.
 14. Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics.* 1997 Jan; 11(1): 32-47.
 15. Patterson T.L, Kaplan, R.M, Jeste D.V. Measuring the Effect of Treatment on Quality of Life in Patients with Schizophrenia: Focus on Utility-Based Measures. *CNS Drugs.* 1999; 12: 49-64.
 16. Awad AG, Lapierre YD, Angus C, Rylander A. Quality of life and response of negative symptoms in schizophrenia to haloperidol and the atypical antipsychotic remoxipride. The Canadian Remoxipride Group. *J Psychiatry Neurosci.* 1997 Jul; 22(4): 244-8.
 17. Revicki DA, Genduso LA, Hamilton SH, Ganoczy D, Beasley CM. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: quality of life and clinical outcomes of a randomized clinical trial. *Qual Life Res.* 1999 Aug;8(5): 417-26.