

مقایسه اثربخشی روش دوساهو و ماساژدرمانی در افزایش شادی، سازگاری اجتماعی، امید،

کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون

طاهره پورکمالی^۱، * فریبا یزدخواستی^۲، حمیدرضا عریضی^۳، احمد چیت ساز^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ۲. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ۳. استاد گروه

روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ۴. استاد گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۴/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۴/۲۰)

Compare the effectiveness of Dosah-hou treatment and Massage Therapy on improvement of happiness, social adjustment, hope, mental health and quality of life in patients with Parkinson's disease

Tahereh Pourkamali¹, * Fariba Yazdkhasti², Hamid Reza Oreizi³, Ahmad Chitsaz⁴

1. PhD student of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. 2. Associate Professor at the Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. 3. Professor at the Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Dr. 4. Professor at the department of neurology, University of medication, Isfahan, Iran.

(Received: Jul. 01, 2016 - Accepted: Jul. 11, 2017)

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of Dosah-hou treatment and Massage Therapy on improvement of happiness, social adjustment, hope, mental health and quality of life in patients with Parkinson's disease. **Methods:** The research was quasi-experimental. The statistical population of this study were all of patients with Parkinson's disease who were clients of therapeutic centers in Isfahan City in 2015. Among this population 28 patients were selected through convenience sampling as the sample of the study that Randomly assigned to two groups Dosah-hou and massage therapy (n = 14 per group). Oxford Happiness Questionnaire, Social Adjustment Scale, Adult Hope Scale (AHS), General Health Questionnaire, and Word Health Quality of Life Questionnaire, were used as the instruments of the study. Data analyzed by Mixed ANOVA. **Results:** The results showed that both interventions of this study can improve happiness, hope and mental health significantly in patients with Parkinson's disease ($P < 0/05$), but Dosah-hou is more effective than Massage Therapy in improvement of happiness and hope ($P < 0/05$). **Conclusion:** Based on the results of this study, Dosah-hou treatment and Massage Therapy are effective interventions in promotion of happiness, hope and mental health in patients with Parkinson's disease.

Keywords: Dosah-hou, Massage Therapy, health, Parkinson's disease

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان دوساهو و ماساژدرمانی در بهبود شادی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به پارکینسون مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آنها تعداد ۲۸ بیمار به شیوه نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش دوساهو و ماساژدرمانی گمارش شدند (هر گروه ۱۴ نفر). پرسشنامه شادکامی آکسفورد، مقیاس سازگاری اجتماعی، مقیاس امید بزرگسال، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. داده ها توسط Mixed ANOVA، مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می توانند به طور معناداری شادی، امید و سلامت روان را در بیماران مبتلا به پارکینسون بهبود ببخشند ($P < 0/05$)، اما مداخله دوساهو نسبت به ماساژدرمانی، دارای تأثیر بیشتری بر بهبود شادی و امید می باشد ($P < 0/05$). **نتیجه گیری:** براساس نتایج این پژوهش، درمان دوساهو و ماساژدرمانی، مداخلات مؤثری در افزایش شادی، امید و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون می باشند.

واژگان کلیدی: دوساهو، ماساژدرمانی، سلامت، بیماری پارکینسون

اساس، برای مقابله با شرایط استرس زا و به طور کلی عوامل تهدید کننده ی سلامت روان و نیز برای پیشگیری از مسائل و اختلالات روانشناختی، تمرکز بر کاهش یا کنترل هیجانات منفی، کافی نیست، بلکه حفظ و ارتقاء سلامت روان، مستلزم حفظ و ارتقاء هیجانات مثبتی همچون شادی است (گلانز و شوارتز^۶، ۲۰۰۸). افراد دارای شادی دارای ویژگی هایی همچون دستگاه ایمنی قوی تر و عمر طولانی تر، برخورداری از روابط اجتماعی بهتر، مقابله موثر با موقعیت های مشکل و گرایش زیادتر برای کمک به دیگران هستند (بختیاری، نظری و سیدی اصل، ۲۰۱۴؛ به نقل از خانی و باباخانی، ۱۳۹۵). پژوهش های مختلف انجام شده در زمینه شادی، دو بعد اساسی شناختی و عاطفی را برای این هیجان شناسایی کرده اند. بعد شناختی شادی، شامل ارزشیابی و قضاوت شناختی در مورد رضایت از زندگی است. این ارزشیابی هم شامل ارزشیابی کلی از زندگی و هم شامل ارزشیابی های اختصاصی از حیطه های مختلف زندگی است. بعد عاطفی شادی، نیز به تجربه مکرر و با دوام هیجانات مثبت، در کنار میزان پایین تجربه هیجانات منفی، اشاره دارد که این حالت تنها هنگامی محقق می شود که بعد شناختی، یعنی رضایت از زندگی، محقق شده باشد (کار^۷، ۲۰۰۵). رضایت از زندگی تا حد زیادی به نوع ارزیابی های فرد نسبت به شرایط حال حاضر و مسیر آینده زندگی خود، مربوط می شود، بنابراین نقش امید و خوش بینی به زندگی حال و آینده، در تحقق رضایت زندگی بسیار حائز اهمیت است (تای، کایکندال و دینر^۸، ۲۰۱۲).

بیماری پارکینسون، یک اختلال حرکتی و عملکردی پیش رونده است که با نشانه هایی همچون لرزش دست و پا در هنگام استراحت، سفتی عضلات و مشکل در تعادل مشخص می شود. همچنین تغییرات شناختی و زبانی نیز در این بیماری مشاهده شده است (شلی و همکاران^۱، ۲۰۱۴). این بیماری، در قرن حاضر، دومین بیماری شایع سیستم عصبی مرکزی بعد از آلزایمر است که به عنوان یکی از شایع ترین دلایل ناتوانی در سنین بالا نیز به شمار می رود (دری، شاه، کای و کانسل^۲، ۲۰۱۰). اگرچه بیماری پارکینسون در سال های گذشته، بیشتر به عنوان یک بیماری جسمی در نظر گرفته شده و مورد توجه پژوهش های مختلف حیطه پزشکی قرار گرفته است، اما پژوهش های حوزه روانشناسی و روانپزشکی نیز نشان می دهند که این بیماری، به سبب مشکلات متعدد و ناتوان کننده جسمی و اثرات منفی در سبک زندگی این بیماران، ممکن است سلامت روان آن ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد (ویزر و ون رودن^۳، ۲۰۰۸؛ فورسا و لارسن^۴، ۲۰۰۸). یکی از مهمترین ابعاد سلامت روان که می تواند در این میان تحت تأثیر قرار بگیرد، شادکامی است.

نظریه پردازی ها و پژوهش های مختلفی که در حیطه ی سلامت روان، انجام گرفته اند، در مجموع بر این موضوع توافق دارند که سلامت هیجانی شامل تجربه ی پایدار و با دوام هیجانات مثبت، مانند شادی، یکی از مولفه های اساسی سلامت روان محسوب می شود (مک دونالد^۵، ۲۰۰۶). بر این

6. Glanz, Schwartz
7. Carr
8. Tay, Kuykendall, Diener

1. Skelly et al
2. Derry, Shah, Caie, Counsel
3. Veisser, Van Rooden
4. Forsaa, Larsen
5. MacDonald

عنوان یکی از مؤلفه های اساسی در مباحث سلامت و آسیب شناسی روانی به شمار می رود (سرتی^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). در کنار سازگاری اجتماعی، مفهوم کیفیت زندگی نیز یکی از مفاهیم مهمی است که امروز در مباحث حوزه سلامت مطرح شده است.

براساس بعضی از طبقه بندی ها و تعاریف ارائه شده در حوزه مباحث سلامت روان، کیفیت زندگی، در زمره مؤلفه های مربوط به بهزیستی هیجانی قرار می گیرد و به احساس رضایت از زندگی به طور کلی و در اکثر موقعیت ها و زمینه ها و یا به میزان بالا در در حیطه های خاص زندگی روزمره، اشاره دارد (کیس^۶، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی به ارزشیابی افراد از زندگی خود و ابعاد مختلف آن، براساس معیارهایی مشخص، اشاره دارد، به طوریکه کیفیت زندگی بالا نشانگر تطابق شرایط زندگی با معیارهای ارزشیابی افراد و کیفیت زندگی پایین، نشانگر عدم تطابق شرایط زندگی با این معیارهای ارزشیابی، می باشد (فریسچ^۷، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی در مباحث روانشناسی، عمدتاً به همراه مفهوم سلامت روان و یا در ارتباط با آن مطرح می گردد (ریگی کوه و احمدی فروشانی، ۱۳۹۱).

سلامت روان، به نوعی در بردارنده کلیه مفاهیمی است که ذکر شد. این مفهوم به یک حالت عمومی کارکرد روانی سالم اشاره دارد که لزوماً به معنای فقدان بیماری روانی نبوده و مواردی همچون عاطفه مثبت، سطوح بالای کیفیت زندگی، خودپذیری، رشد شخصی، معناداری در زندگی، تسلط بر محیط زندگی روزمره، خودمختاری، روابط مثبت با دیگران، کارکرد مثبت اجتماعی و مقابله با استرس، از جمله مهمترین

امید، به معنای داشتن نگرشی مثبت به آینده و تغییرات مثبت است. این مفهوم نیز یکی از مفاهیم پیچیده شناختی - هیجانی است که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان دارد، به طوریکه فقدان این حالت شناختی - هیجانی، یعنی ناامیدی به عنوان یکی از مهمترین علائم اختلالات خلقی محسوب می گردد (کلارک^۱، ۲۰۰۳). در واقع شدیدترین حالات اختلالات خلقی و وخیم ترین پیامد آن یعنی خودکشی، بیشترین ارتباط را با فقدان امید دارد. به طوریکه به اعتقاد بک^۲، ناامیدی، یک متغیر کلیدی است که افسردگی را به رفتار خودکشی، پیوند می دهد (سالیوان^۳، ۲۰۰۳). امید نقشی حیاتی در مقابله فرد با مسائل و دشواری های زندگی روزمره دارد و به عنوان یکی از مهمترین منابع مقابله با استرس، شناخته می شود که می تواند به سازگاری فرد در موقعیت های مختلف و بویژه موقعیت های دشوار کمک نماید (داویدسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). یکی از مهمترین این حیطه های سازگاری، سازگاری اجتماعی که دارای نقشی هم در سلامت روان بوده و توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است (برقی ایرانی، علی اکبری دهکردی و علی پور، ۱۳۹۴).

سازگاری اجتماعی، به معنای کنار آمدن، مصالحه و هماهنگ شدن با دیگران و محیط اجتماعی است که با ایجاد تغییراتی در خود یا محیط اجتماعی، حاصل می گردد. این مفهوم یکی از توانمندی ها و مهارت های اساسی روانشناختی است که نیازمند سطوح مناسبی از تنظیم هیجانی و رفتاری با در نظر گرفتن استانداردها و معیارهای اجتماعی است و همواره به

5. Serretti
6. Keyes
7. Frisch

1. Clarke
2. Beck
3. Sullivan
4. Davidson

طور ذهنی دچار تحریف در تصور الگوهای حرکتی صحیح شده اند و به عبارتی طرحواره روانی- حرکتی و نیز توانایی آرام سازی عضلانی لازم جهت کارکردهای حرکتی صحیح، در این بیماران آسیب دیده است. لذا این درمان به کمک تکنیک های مختلف، به اصلاح و تقویت الگوهای روانی- حرکتی و افزایش قدرت اراده در انجام حرکات صحیح و نیز آرامسازی جسمی- روانی می پردازد (دادخواه، ۱۹۹۴). علاوه بر دوساهو، ماساژدرمانی نیز از جمله مداخلاتی است که به نظر می رسد می تواند بر بهبود سطح سلامت جسمانی- روانی بیماران مزمن حرکتی همچون پارکینسون، مؤثر باشد.

ماساژ درمانی، یکی از رایج ترین و بی خطرترین درمان های مکمل و جایگزین در سراسر دنیا است (بوتاگات^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). اگرچه از ماساژ درمانی بیشتر جهت تسکین دردهای مختلف استفاده می شود، ولی اخیراً تأثیر مثبت این درمان بر اختلالاتی همچون اختلال نقص توجه و بیش فعالی، افسردگی، اضطراب، رشد نوزادان نارس و همچنین سرطان، تأیید شده است. ماساژ باعث افزایش جریان خون سرخرگی، سیاهرگی، موضعی و حجم ضربه ای می شود. این فرآیند، درناژ و تخلیه لنف را بهبود می بخشد، باعث مهار مکانیسم درد می شود، موجب افزایش سروتونین و دوپامین و کاهش کورتیزول می گردد و در بهبود بیخوابی نیز اثرگذار است (فایلد^۴، ۲۰۱۴). ماساژ درمانی هم چنین باعث تحریک تون پاراسمپاتیک سیستم عصبی مرکزی می شود و موجب کاهش ضربان قلب و تنفس شده و در نتیجه سبب احساس آرامش می گردد. از این رو ماساژدرمانی اگرچه در ظاهر یک مداخله جسمی به

ابعاد این مفهوم می باشند (کیس، ۲۰۰۷). نتایج بسیاری از پژوهش ها نشان می دهند که در بیماری های جسمی مزمن به سبب دشواری ها و محدودیت های متعددی که از جانب بیماری بر فرد تحمیل می شود و همچنین سختی ها و مشکلات مربوط به روند درمان و کنار آمدن با بیماری، سلامت روان این بیماران و مؤلفه های مرتبط با آن، همچون کیفیت زندگی، با تهدیدات جدی مواجه می شود (ریگی کوته و احمدی فروشانی، ۱۳۹۱). بنابراین انجام مداخلاتی که هم در مؤلفه های روانشناختی و هم در مؤلفه های جسمانی، بتواند به بهبود سلامت این بیماران کمک نماید، ضروری به نظر می رسد. مداخله دوساهو، یکی از مداخلاتی است که به نظر می رسد ظرفیت لازم برای چنین کارکردی را داشته باشد.

دوساهو نوعی روش توانبخشی روانی ژاپنی است که در سال ۱۹۶۷ توسط نرس^۱ ابداع شد. این رویکرد، تعریف جدیدی از بدن، مغز و حرکت دارد و از دیدگاه روانی به بررسی حرکت می پردازد. در رویکرد دوساهو، اعتقاد بر این است که فرایند های فیزیولوژیکی و روانی به قدری به یکدیگر وابسته اند که نمی توان یکی از این دو را بدون دیگری در نظر داشت (موران^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). در این درمان، اصلاح تصور بیماران از حرکت و تقویت اراده در جهت کنترل مؤثر حرکات خود، در عین حفظ و افزایش هرچه بیشتر آرامش روان- تنی، جزء مؤلفه های اصلی درمان به شمار می رود (دادخواه، ۱۹۹۸). در درمان دوساهو، اعتقاد بر این است که بیماران دچار مشکلات حرکتی به سبب محدودیت ها و مشکلات ناشی از بیماری خود، در طول زمان، به

3. Buttagat
4. Field

1. Naruse
2. Moran

جدید نیز نشان از کارآیی این روش در درمان علائم ریوی آسم (ژو، وانگ، ژانگ، هانگ و وان^۷، ۲۰۱۶) و اضطراب و درد بیماران قلبی (میزو، استاین، بوزتو و پلنتز^۸، ۲۰۱۶) حکایت دارد.

با این حال براساس جستجوی پژوهشگران این پژوهش، پژوهشی که به بررسی اثربخشی هریک از مداخلات دوساهو و ماساژدرمانی بر شادی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران به پارکینسون پرداخته باشد و یا به طور کلی اثربخشی بین این دو رویکرد را در حیطه های مختلف، مورد مقایسه قرار داده باشد، یافت نشد که این مسئله ضرورت انجام پژوهش را برجسته تر می سازد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی دو رویکرد دوساهو و ماساژدرمانی بر شادی، سازگاری اجتماعی، امید، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون بوده است.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان و مردان مراجعه کننده به مرکز درمانی دکتر چیت ساز واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ و ۹۵ تشکیل می دادند که دارای بیماری پارکینسون تشخیص داده شده و جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد بیست و هشت نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه درمانی دوساهو و ماساژدرمانی قرارگرفتند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش عبارت بود از: محرمانه ماندن هویت بیماران، کسب رضایت آگاهانه از بیماران و

شمار رود، اما می تواند اثرات مثبت و قابل توجهی در افزایش سطح آرامش و سلامت روان عمومی افراد داشته باشد (هوا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). از اینرو امروزه ماساژ درمانی روشی مؤثر برای سازش با بیماری و کاهش درد، اضطراب، استرس و افسردگی قلمداد می شود (حسینی، اسدی و زارعی، ۱۳۹۳).

پژوهش های مختلف از اثربخشی روش های دوساهو و ماساژدرمانی در حیطه های مختلف سلامت، حکایت دارند. پژوهش هایی که تاکنون انجام شده اند، نشان می دهند که درمان دوساهو، بر بهبود حرکات کودکان مبتلا به فلج مغزی (ساتور^۲، ۲۰۰۴)، کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی (رفیعی، ۱۳۸۰)، بهبود تعامل اجتماعی در کودکان مبتلا به فلج مغزی (۲۸)، بهبود مهارت های اجتماعی و رفتارهای کلیشه ای کودکان اوتیسم (علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰) و بهبود خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس^۳ (محمدخانی، ۱۳۹۰)، مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش های انجام شده در زمینه ماساژدرمانی نشان می دهند که این مداخله در کاهش افسردگی زنان در دوره قبل از زایمان (فایلد و همکاران، ۲۰۰۹)، کاهش سردرد تنشی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (دهسرای، آهنجان و محمدزاده، ۱۳۸۹)، بهبود علائم بیماری پارکینسون (دونامایا و اهوکوشی^۴، ۲۰۱۲؛ دونامایا، ساهو^۵ و اهوکوشی، ۲۰۱۴) و کاهش شدت درد، اضطراب و تنش پس از عمل جراحی روده (دریر^۶ و همکاران، ۲۰۱۵)، اثربخش بوده است. چنانکه پژوهش های

1. Hou
2. Satoru
3. Multiple sclerosis
4. Donoyama, Ohkoshi
5. Suoh
6. Dreyer

7. Xu, Wang, Zhang, Han, Wang

8. Miozzo, Stein, Bozzetto, Plentz

اکتساب در این پرسشنامه، ۴۲ و حداکثر نمره، ۲۱۰ می باشد. نمره بالا حاکی از این می باشد که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. در پژوهش های انجام شده، ضریب پایایی این پرسشنامه، ۰/۷۳ محاسبه شده است (خلیلی اصفهان، منشی و نادى، ۲۰۱۵). همچنین حسینی و مقتدر (۱۳۸۶)، در ایران، ضریب پایایی این آزمون را با روش دونیمه سازی و بازآزمایی، به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این ابزار به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی مورد محاسبه قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰/۴۸ و ۰/۳۱ محاسبه شد.

مقیاس امید بزرگسال: مقیاس امید بزرگسال^۷ توسط اسنایدر^۸ به منظور سنجش امید در جمعیت های بالینی و بهنجار ساخته شده است (گروال و پورتر^۹، ۲۰۰۷). این پرسشنامه، دارای ۱۲ آیت می باشد که به صورت لیکرت ۴ درجه ای نمره گذاری می شود. حداقل نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه، ۱۲ و حداکثر نمره قابل اکتساب، ۴۸ می باشد. در پژوهش های انجام شده توسط مؤلف این پرسشنامه، روایی همزمان آن از طریق همبستگی معنادار با مقیاس افسردگی بک، تأیید شده است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). در ایران، پایایی این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است (غباری بناب، لواسانی و رحیمی، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی مورد محاسبه قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰/۶۳ و ۰/۵۰ محاسبه گردید.

اجرای مداخله برای تمامی آزمودنی های شرکت کننده.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است: پرسشنامه ی شادکامی آکسفورد: پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱ در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل، مارتینز و کلوسلند^۲ با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک، ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ آرگایل و هیلز^۳، این پرسشنامه را مورد بازنگری قرار دادند. این مقیاس، دارای ۲۹ گزاره است که به صورت لیکرت چهار درجه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. حداقل نمره ی هر آزمودنی ۰ و حداکثر آن ۸۷ می باشد (کاشدان^۴، ۲۰۰۴). در پژوهش عابدی، میرشاه جعفری و لیاقتدار (۱۳۸۵)، پایایی این ابزار به شیوه آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ و به شیوه بازآزمایی، ۰/۷۲، محاسبه شد. همچنین در پژوهش مذکور، روایی همزمان این پرسشنامه از طریق همبستگی با پرسشنامه ی شادکامی فوردایس، محاسبه شد که میزان آن ۰/۷۳ بود. در این پژوهش نیز ضرایب پایایی این پرسشنامه به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی، مورد محاسبه قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی: پرسشنامه سازگاری اجتماعی^۵ توسط ویسمن و پیکل^۶ در سال ۱۹۹۹، جهت سنجش میزان سازگاری اجتماعی تهیه شده است. در حال حاضر از این مقیاس برای سنجش سازگاری اجتماعی بیماران و افراد سالم به طور گسترده ای استفاده می شود. حداقل نمره قابل

7. Adult Hope Scale
8. Snyder
9. Grewal, Porter

1. Oxford Happiness Questionnaire
2. Argyle, Martin & Crossland
3. Hills
4. Kashdan
5. Social Adjustment Scale
6. Weissman & Paykel

نشانگر سطوح پایین تر سلامت روان، محسوب می شود (کاوایی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۷)، روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی دو نیمه سازی ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای این پرسشنامه به دست آمد. در این پژوهش نیز، پایایی این پرسشنامه به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی، مورد محاسبه قرار گرفت که ضرایب ۰/۸۵ و ۰/۶۸ به دست آمد.

پس از انتخاب اعضای نمونه و گمارش تصادفی آن ها به دو گروه دوساهو و ماساژدرمانی، اعضای هر دو گروه، پیش از اجرای مداخلات، در قالب مرحله پیش آزمون، به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. سپس دو مداخله دوساهو و ماساژدرمانی برای هریک از گروه های مربوطه به مدت هشت جلسه، اجرا شد. پس از اتمام جلسات مداخله، اعضای هر دو گروه، مجدداً در قالب مرحله پس آزمون، به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. یک ماه بعد از اتمام مداخلات نیز اعضای هر دو گروه در قالب مرحله پیگیری، به پرسشنامه های پژوهش، پاسخ دادند.

خلاصه ای از محتوای جلسات مداخله دوساهو در جدول ۱ و خلاصه ای از محتوای جلسات ماساژدرمانی در جدول ۲ ارائه شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ دارای ۲۶ آیتم است که به صورت لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر در این پرسشنامه، نشانه سطوح بالاتر کیفیت زندگی در حیطه های مختلف جسمی، روانشناختی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). ضریب پایایی این ابزار در پژوهش های انجام شده در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است و روایی همزمان آن نیز از طریق همبستگی معنادار با پرسشنامه سلامت عمومی، تأیید شده است (حسینیان، قاسم زاده و نیکنام، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به دو شیوه آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی مورد محاسبه قرار گرفت که ضرایب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه ی سلامت عمومی: پرسشنامه ی سلامت عمومی^۲ توسط گلدبرگ^۳ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال است و فرم های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سوالی نیز تهیه و به ۳۸ زبان، ترجمه شده است. همچنین مطالعات روان سنجی بر روی این پرسشنامه، در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۷). سیستم نمره گذاری این پرسشنامه، می تواند به صورت مقیاس لیکرت چهاردرجه ای یا به صورت نمره گذاری دوگانه در نظر گرفته شود. البته مطالعات متعدد، نشان داده است که روش لیکرت، موجب افزایش شاخص های غربالگری آزمون مذکور شده است. در روش نمره گذاری لیکرت، دامنه ی نمرات آزمودنی می تواند از ۰ تا ۸۴ باشد که نمرات بالاتر،

1. WHO Quality of Life Questionnaire
2. General Health Questionnaire
3. Goldberg

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله دوساهو

| ردیف | نوع تکنیک | روش | هدف |
|------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ | کوکانوہینری | در حالت درازکش رو به پهلو، به ترتیب هر شانه را نزدیک به زمین کرده و تنفس عمیق انجام می گیرد. | نرم کردن بدن، ریلکسیشن بدن و تعامل راحت با مراجع |
| ۲ | کوکانوہینری، کاتاآگه | - کاتاآگه: حرکت شانه ها به حالت نیم دایره به سمت عقب، همراه با تنفس عمیق، سپس حرکت هر دو شانه و درنهایت، شانه چپ و راست به طور جداگانه به سمت بالا تا رسیدن به گوش - هر دو تکنیک اجرا می شود و سپس بازخورد گرفته می شود. | روانسی و سیالی ذهنی و جسمی، آرمیدگی و افزایش آگاهی نسبت به خود و وضعیت بدن |
| ۳ | کوکانوہینری، سه سوراسه | - سه سوراسه: باز شدن قفسه سینه با حرکت شانه هر سمت به طرف عقب، با تمرکز بر شانه ای که پا پشت آن قفل شده است. سپس حرکت نیم دایره ای همزمان هر دو شانه به عقب به همراه تنفس عمیق. - هر دو تکنیک در این جلسه اجرامی شود و سپس بازخورد گرفته می شود. | تقویت اراده فرد که منجر به تلاش و حرکت طبق فرآیند (تلاش، اراده و حرکت) می باشد. |
| ۴ | کوکانوہینری، سه سوراسه، کاتاآگه | هر سه تکنیک اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می شود. | آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده |
| ۵ | کوکانوہینری، سه سوراسه، زای | زای: بالا بردن و جلو کشیدن دست ها، جلوگیری از قوز کردن و کمک گرفتن از ناحیه کمر برای برخاستن، استفاده از ناحیه کمر به جای کتف ها برای بالا و پایین بردن کمر و حرکت ناحیه لگن، جلو کشیدن مجدد دست ها و سپس انعطاف به سمت چپ و راست در حد کشیده شدن ناحیه پهلو. - هر سه تکنیک در این جلسه اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می شود | آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز، افزایش تعادل و تقویت اراده |
| ۶ | کوکانوہینری، سه سوراسه، زای، هیزاتاجی | هیزاتاجی: ایستادن در حالت دو زانو، تصحیح حالت بدن هنگام نشستن و بلند شدن و تقسیم نیروی وزن بدن بر هر پا - این تکنیک و سه تکنیک دیگر در این جلسه اجرا می شود و بازخورد گرفته می شود. | آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن |
| ۷ | کوکانوہینری، سه سوراسه، زای، ریتسویی، هوکو، ریلکسیشن | ریتسویی: تصحیح حرکات بدن و لگن هنگام انتقال وزن بدن از سمت چپ به وسط بدن و از وسط به سمت راست و بالعکس. هوکو: راه رفتن بر روی یک خط فرضی مستقیم و تصحیح راه رفتن حرکات لگن ریلکسیشن: انتقال وزن تمام بدن به ترتیب روی پنجه، پاشنه، قسمت های داخلی و قسمت های خارجی پا و درنهایت پخش شدن وزن بدن بر روی تمام سطوح کف پا | آرمیدگی، افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن |
| ۸ | کوکانوہینری، کاتاآگه، سه سوراسه، زای، ریتسویی، هوکو، ریلکسیشن | همه تکنیک ها اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می شود. | آرمیدگی و رها شدن و افزایش توجه و تمرکز، افزایش تعادل و تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن |

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات مداخله ماساژدرمانی

| نوع تکنیک | روش | هدف |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| طبق فرمت رایج مداخلات ماساژ درمانی، در تمامی جلسات از تکنیک ماساژ به شکل مشابه و تکرار شونده استفاده شد | باز و بسته کردن عضلات گردن و کتف و کمر و سپس فشار به صورت ماشه ای (با انگشت شست) بر نقاط مختلف کمر و کتف برای رفع گرفتگی عضلات | آرمیدگی جسمی - روانی |

یافته ها

میانگین سن آزمودنی ها ۶۳ سال بود. ۳۱ درصد از آزمودن ها دارای تحصیلات ابتدایی، ۹/۵۰ درصد دارای تحصیلات سیکل، ۱۶/۷ درصد دارای لیسانس، ۱۱/۹ درصد دارای فوق لیسانس و ۹/۵۰ درصد دارای دکترا بوده و ۲۱/۴۰ درصد نیز تحصیلات خود را اعلام نکردند. ۵۷/۱۰ درصد آزمودنی ها مرد و ۴۲/۹۰ درصد، زن بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه ماساژ درمانی و دوساهو، در جدول ۳، ارائه شده است.

لازم به ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به افراد حاضر در پژوهش اطمینان داده شد اطلاعات آنان به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی مانده و نتایج آن به صورت بی نام منتشر خواهد شد. همچنین افراد حاضر در پژوهش از تمام فرایند انجام پژوهش آگاه بوده و به آنها اعلام شد که در هر قسمت اجرای پژوهش، می توانند در صورت عدم تمایل به شرکت در ادامه پژوهش، انصراف دهند. جهت تحلیل داده ها از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS و از شاخص های آماری میانگین، انحراف استاندارد و Mixed ANOVA استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیر | میانگین + انحراف استاندارد | | | | | |
|-------------|----------------------------|---------|----------|---------|--------|---------|
| | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری | |
| شادی | ۳۶/۵۰ | ۱۰/۰۶ + | ۴۰/۵۷ | ۱۰/۳۳ + | ۴۱/۵۰ | ۹/۲۸ + |
| دوساهو | ۴۱/۸۴ | ۱۵/۱۵ + | ۴۵/۷۱ | ۱۰/۴۴ + | ۶۰/۴۳ | ۱۱/۲۲ + |
| سازگاری | ۱۷/۹۳ | ۳/۳۸ + | ۱۹/۲۹ | ۲/۸۶ + | ۱۹/۴۳ | ۳/۱۵ + |
| اجتماعی | ۱۹/۰۷ | ۳/۶۶ + | ۲۰/۰۰ | ۲/۶۰ + | ۱۹/۹۳ | ۲/۰۵ + |
| امید | ۳۸/۷۹ | ۴/۵۶ + | ۴۱/۲۹ | ۲/۸۶ + | ۴۱/۲۱ | ۲/۸۳ + |
| دوساهو | ۳۹/۶۴ | ۵/۳۱ + | ۴۱/۱۴ | ۳/۵۰ + | ۴۴/۳۶ | ۲/۰۲ + |
| سلامت روان | ۵۲/۹۲ | ۷/۹۱ + | ۵۰/۴۳ | ۹/۹۰ + | ۴۷/۵۰ | ۵/۱۵ + |
| دوساهو | ۵۴/۵۷ | ۱۱/۸۳ + | ۴۹/۳۶ | ۸/۰۷ + | ۴۷/۷۱ | ۸/۷۱ + |
| ماساژدرمانی | ۷۵/۰۷ | ۱۰/۸۸ + | ۷۸/۰۰ | ۷/۷۴ + | ۷۴/۵۰ | ۱۷/۱۵ + |

| | | | | | | | |
|-------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| زندگی | دوساهو | ۷۴/۲۹ | ۱۰/۶۰ + | ۷۹/۰۷ | ۱۲/۱۴ + | ۸۲/۰۰ | ۱۰/۴۲ + |
|-------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|

همانطور که در جدول ۳، ملاحظه می شود، در متغیر شادی، در هر دو رویکرد ماساژدرمانی و دوساهو، نمرات آزمودنی ها از مرحله پیش آزمون تا پیگیری، افزایش داشته است. اما در گروه دوساهو، میزان نمرات به سطح بالاتری رسیده است و همچنین افزایش زیادی در مرحله پیگیری مشاهده می شود. در متغیر سازگاری اجتماعی، در هر دو گروه افزایش ناچیزی در نمرات ملاحظه می شود. در متغیر امید، در گروه دوساهو، افزایش در طول سه مرحله ملاحظه می گردد، اما در گروه ماساژدرمانی، بین مراحل پس آزمون و پیگیری، تفاوت قابل ملاحظه ای، مشاهده نمی شود. در متغیر سلامت روان، در هر دو گروه ماساژ و دوساهو، کاهش نمرات در هر سه مرحله ملاحظه می شود (که با توجه به سبک نمره گذاری پرسشنامه می تواند نشانگر افزایش میزان سلامت روان باشد). در متغیر کیفیت زندگی، در گروه ماساژدرمانی، در مرحله پس آزمون، افزایش نمرات قابل ملاحظه است، اما در مرحله پیگیری نمرات کاهش یافته و تقریباً به حالت اولیه خود در پیش آزمون بازگشته اند ولی در گروه دوساهو نمرات

آزمودنی ها در این متغیر طی سه مرحله به تدریج افزایش یافته است. جهت بررسی تفاوت های درون گروهی و بین گروهی در طول سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. عدم معناداری آزمون باکس ($P > 0/05$)، برای متغیرهای سلامت روان و کیفیت زندگی، نشانگر تحقق پیش فرض تساوی کواریانس ها و برای متغیرهای شادی، سازگاری اجتماعی و امید ($P < 0/05$)، نشانگر عدم تحقق این پیش فرض، جهت انجام تحلیل واریانس آمیخته بود. عدم معناداری آزمون ماچلی ($P > 0/05$)، برای متغیر سلامت روان و کیفیت زندگی و عدم معناداری آزمون لوین برای تمامی متغیرها نیز نشانگر تحقق پیش فرض های لازم جهت انجام تحلیل واریانس آمیخته بود. در نهایت به دلیل تساوی تعداد دو گروه، و تحقق نسبی پیشفرض ها، از این آزمون استفاده شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز به تفکیک متغیرهای وابسته، جهت مقایسه نمرات آزمودنی ها در مراحل مختلف سنجش و نیز تعامل زمان و گروه، در جدول ۴، ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لامبدای ویلکز به تفکیک متغیرهای وابسته در دو گروه ماساژدرمانی و دوساهو

| منبع تأثیرات | شاخص | مقدار | F | درجه ی آزادی فرض | درجه ی آزادی خطا | معناداری | مجذور اتا | توان آماری |
|-----------------|-------------|-------|------|------------------|------------------|----------|-----------|------------|
| شادی | زمان | ۰/۵۵ | ۹/۹۴ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰ | ۰/۴۴ | ۰/۹۷ |
| | زمان × گروه | ۰/۷۱ | ۴/۹۶ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۱ | ۰/۲۸ | ۰/۷۶ |
| سازگاری اجتماعی | زمان | ۰/۹۱ | ۱/۱۷ | ۲ | ۲۵ | ۰/۳۲ | ۰/۰۸ | ۰/۲۳ |
| | زمان × گروه | ۰/۹۹ | ۰/۰۸ | ۲ | ۲۵ | ۰/۹۲ | ۰/۰۰ | ۰/۰۶ |
| امید | زمان | ۰/۶۴ | ۶/۹۳ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰ | ۰/۳۵ | ۰/۸۹ |
| | زمان × گروه | ۰/۶۷ | ۶/۰۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۰ | ۰/۳۲ | ۰/۸۴ |
| سلامت روان | زمان | ۰/۷۴ | ۴/۳۵ | ۲ | ۲۵ | ۰/۰۲ | ۰/۲۵ | ۰/۷۰ |
| | زمان × گروه | ۰/۹۸ | ۰/۱۹ | ۲ | ۲۵ | ۰/۸۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۷ |

| | | | | | | | | |
|-------|-------------|------|------|---|----|------|------|------|
| کیفیت | زمان | ۰/۸۷ | ۱/۷۷ | ۲ | ۲۵ | ۰/۱۹ | ۰/۱۲ | ۰/۳۳ |
| زندگی | زمان × گروه | ۰/۹۱ | ۱/۲۳ | ۲ | ۲۵ | ۰/۳۰ | ۰/۰۹ | ۰/۲۴ |

زمان و گروه، معنادار نشده است، یعنی روند ایجاد تغییرات در دو گروه تفاوتی با یکدیگر نداشته است. بنابراین با رجوع به جدول ۳، می توان گفت در هر دو مداخله سلامت روان به تدریج در طی سه مرحله سنجش، بهبود یافته است. در مورد متغیرهای سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی نیز نتایج نشان می دهد در هیچ یک از دو مداخله، بین مراحل مختلف سنجش، تفاوت معناداری ملاحظه نشده است. نتایج آزمون اثرات بین گروهی، جهت بررسی تفاوت بین دو گروه در میزان اثربخشی بر متغیرهای وابسته، در جدول ۵، ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می دهد که در متغیرهای شادی، امید و سلامت روان، حداقل در یکی از گروه ها بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار ایجاد شده است. برای متغیرهای شادی و امید، تعامل بین زمان و گروه، معنی دار بوده است و این یعنی روند ایجاد تغییرات در دو گروه، با یکدیگر متفاوت بوده است. بنابراین با رجوع به جدول ۳ می توان گفت، در گروه دوساهو نسبت به گروه ماساژدرمانی، افزایش معنادارای بین مراحل پس آزمون و پیگیری در متغیر شادی و امید صورت گرفته است. در مورد متغیر سلامت روان، تعامل بین

جدول ۵. نتایج آزمون های بین گروهی تحلیل واریانس آمیخته جهت مقایسه میزان اثربخشی مداخله ها

| شاخص | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذورات | توان آماری | ها |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|------|----------|---------|------------|-------------|
| شادی | ۲۰۱۸/۰۷ | ۱ | ۲۰۱۸/۰۷ | ۹/۵۱ | ۰/۰۰ | ۰/۲۶ | ۰/۸۴ | عضویت گروهی |
| خطا | ۵۵۱۴/۸۸ | ۲۶ | ۲۱۲/۱۱ | | | | | |
| سازگاری اجتماعی | ۱۲/۹۶ | ۱ | ۱۲/۹۶ | ۱/۰۲ | ۰/۳۲ | ۰/۰۳ | ۰/۱۶ | عضویت گروهی |
| خطا | ۳۲۹/۰۷ | ۲۶ | ۱۲/۶۵ | | | | | |
| امید | ۳۴/۷۴ | ۱ | ۳۴/۷۴ | ۱/۶۲ | ۰/۲۱ | ۰/۰۵ | ۰/۲۲ | عضویت گروهی |
| خطا | ۵۵۴/۱۹۰ | ۲۶ | ۲۱/۳۱ | | | | | |
| سلامت روان | ۱/۴۵ | ۱ | ۱/۴۵ | ۰/۰۱ | ۰/۹۰ | ۰/۰۱ | ۰/۰۵ | عضویت گروهی |
| خطا | ۲۴۸۳/۰۷ | ۲۶ | ۹۵/۵۰ | | | | | |
| کیفیت زندگی | ۱۴۱/۴۴ | ۱ | ۱۴۱/۴۴ | ۰/۵۹ | ۰/۴۴ | ۰/۰۲ | ۰/۱۱ | عضویت گروهی |
| خطا | ۶۱۹۰/۲۱ | ۲۶ | ۲۳۸/۰۸ | | | | | |

میزان شادی در گروه دوساهو نسبت به گروه ماساژ به طور معناداری افزایش بیشتری داشته است. اما در مورد سایر متغیرها بین میزان اثر دو مداخله در

همانطور که در جدول ۵، ملاحظه می شود، فقط در متغیر شادی، تفاوت بین گروهی معنادار می باشد. بنابراین با رجوع به جدول ۳، می توان گفت اگرچه هر دو مداخله در افزایش شادی، اثربخش بوده اند، اما

متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری ملاحظه نشده است.

نتیجه گیری و بحث

نتایج پژوهش حاضر، بیانگر اثربخشی معنادار هردو رویکرد دوساهو و ماساژدرمانی بر افزایش شادی، امید و سلامت روان افراد مبتلا به پارکینسون بود. در پیشینه پژوهشی، پژوهشی که به بررسی مقایسه ای اثربخشی این دو درمان بر این متغیرها و این جامعه آماری پرداخته باشد، یافت نشد، اما می توان در بافتی کلی تر، نتایج پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش رثوفی (۱۳۸۰)، مبنی بر اثربخشی مداخله دوساهو بر کاهش افسردگی بیماران افسرده، ریگی و یزدخواستی (۱۳۹۱)، مبنی بر اثربخشی مداخله دوساهو بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس، فایلد و همکاران (۲۰۰۹)، مبنی بر اثربخشی ماساژدرمانی بر کاهش افسردگی زنان در دوره قبل از زایمان، دهسرای و همکاران (۱۳۹۱)، مبنی بر اثربخشی ماساژدرمانی بر کاهش سردرد تنشی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و دریر و همکاران (۲۰۱۵)، مبنی بر اثربخشی ماساژدرمانی بر کاهش اضطراب و تنش، همسو دانست.

در تبیین یافته های فوق، می توان به مؤلفه های مشترکی در هردو درمان، تأکید کرد. این موضوع، مسلم است که در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن همچون پارکینسون، یکی از عوامل مهمی که می تواند مؤلفه های مختلف بهداشت روانی این افراد را در معرض تهدید قرار دهد، ناراحتی ها، محدودیت ها و مشکلات جدی و مستمری است که از جانب بیماری مزمن آن ها بر سبک زندگی این افراد، تحمیل می شود. در هردو مداخله دوساهو و ماساژدرمانی، همانطور که در قسمت های قبل نیز

اشاره شد، بر روی کاهش ناراحتی های جسمی و افزایش آرامش روانی - جسمانی تأکید می گردد و از اینرو پس از این مداخلات، بیماران به احساس بهتری در مورد مسائل جسمی خود دست یافته و رنج جسمی - روانی ناشی از بیماری، برای آن ها کمتر خواهد شد. همانطور که در مبانی پژوهشی نیز تأیید شده است، هنگامی که فرد بتواند جسم خود را در حالت آرمیدگی هرچه تمام تر قرار دهد، ویژگی های روانی مثبت و سازگارانه نیز بستر مناسب تری برای بروز پیدا خواهند کرد (کلارک، ۲۰۱۰). به همین دلیل، دومداخله ماساژدرمانی و دوساهو به دلیل افزایش سطح عمومی آرمیدگی جسمی - روانی و کاهش رنج جسمانی ناشی از بیماری، می توانند از یکسو احتمال بروز هیجانات مثبت همچون شادکامی را در افراد افزایش داده و از سوی دیگر، با افزایش احساس تسلط فرد نسبت به مسائل جسمی خود، امید به تسکین ناراحتی های مربوط به بیماری و افزایش تسلط بر بیماری را برای این افراد، افزایش دهد. با توجه به جایگاه مؤلفه های شادی و امید در سطح عمومی سلامت روان، براساس پیشینه پژوهشی نیز این یافته قابل انتظار است که با افزایش سطوح امید و شادکامی، بویژه در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، سطح عمومی سلامت نیز افزایش یابد (یزدخواستی، احمدی فروشانی و عریضی، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش حاضر، نشانگر میزان اثربخشی بیشتر مداخله دوساهو در متغیر شادی و میزان اثربخشی بادوام تر این مداخله در متغیر امید، نسبت به ماساژدرمانی بود. این تفاوت را شاید بتوان به نقش برجسته تر مؤلفه های روانشناختی در درمان دوساهو و نیز نقش فعال تر بیمار در این درمان، نسبت داد. در واقع درمان دوساهو یک درمان اساساً روانشناختی

مبنی بر اثر معنادار درمان دوساهو بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ناهمسو است. البته در پژوهش حاضر نیز در یافته های توصیفی، در گروه دوساهو، بهبودی تدریجی در کیفیت زندگی آزمودنی ها مشاهده شده است ولی میزان تأثیر مداخله، معنادار نبوده است. در تبیین این یافته می توان به این نکته اشاره کرد که کیفیت زندگی، دارای ابعاد مختلف جسمی، روانشناختی و اجتماعی است و مخصوصاً در مبحث بیماری های مزمن، این مفهوم کاملاً به شرایط خاص هر بیماری می تواند بستگی داشته باشد (ریگی و احمدی فروشانی، ۱۳۹۱). مطمئناً بهبود مؤلفه های روانشناختی کیفیت زندگی، همچون شادی و امید، می تواند در افزایش سطح کلی این مفهوم، اثربخش باشد، اما نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که مؤلفه های درمانی مداخلات دوساهو و ماساژدرمانی، حداقل با تعداد جلسات و مؤلفه های به کار رفته در این پژوهش، برای ارتقاء سطح عمومی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون، کافی نمی باشند و برای این منظور، احتمالاً به کارگیری مداخلات دیگر و یا اضافه کردن مؤلفه های دیگر به این دومداخله، می تواند حائز اهمیت باشد.

این پژوهش فقط در میان مبتلایان به بیماری پارکینسون شهر اصفهان، انجام شد و لذا تعمیم نتایج آن به سایر جمعیت ها نیازمند انجام پژوهش های بیشتر در این زمینه است. از جمله دیگر محدودیت های این پژوهش، در نظر نگرفتن نقش جنسیت و سن در اثربخشی این دو مداخله بود. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، سن و جنسیت به عنوان متغیرهای تعدیل کننده، بررسی شوند. همچنین با توجه به جایگاه متغیرهای شادی و امید و سلامت

است که به مؤلفه های ذهنی و آرمیدگی روانی و تقویت اراده و کنترل فرد بر سلامت حرکتی و آرامش جسمی - روانشناختی، تأکید ویژه دارد (هیرونوبه و شینجی^۱، ۱۹۹۵)، در حالیکه ماساژدرمانی، علی رغم اینکه به سبب کمک به تن آرامی و کاهش ناراحتی های جسمی، می تواند دارای آثار مثبت روانشناختی باشد، اما به اندازه درمان دوساهو بر مؤلفه های روانشناختی، تأکید ندارد و به اندازه درمان دوساهو، احساس خودکارآمدی و تسلط بیمار را بر بهبودی خویش، افزایش نمی دهد و این موضوع احتمالاً تبیین کننده اثر بالاتر دوساهو بر شادی و اثر بادوام تر این مداخله بر میزان امید این بیماران بوده است.

نتایج پژوهش حاضر، همچنین نشان داد که هیچیک از دو مداخله دوساهو و ماساژدرمانی قادر به بهبود معنادار سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون نبوده اند. در تبیین عدم معناداری این دو مداخله بر سازگاری اجتماعی، در واقع می توان اینطور نتیجه گیری کرد که اگرچه هردوی این مداخلات، می توانند به بهبود آرامش فردی و حالات شناختی و هیجانی مثبت، همچون امید و شادی و در نتیجه سلامت روان، کمک نمایند، اما به دلیل فقدان مؤلفه های اجتماعی و بین فردی در این دو رویکرد، ایجاد تغییر معنادار در سازگاری اجتماعی اعضای تحت مداخله، محقق نشده است. در واقع این نتایج نشان می دهند که این دو رویکرد، اگرچه در بعضی از حیطه های فردی روانشناختی می توانند مؤثر باشند، اما برای اثرگذاری بر حوزه های سلامت روانی - اجتماعی آزمودنی ها کافی نیستند. در زمینه تأثیر درمان دوساهو بر کیفیت زندگی، نتایج این پژوهش با پژوهش ریگی و یزدخواستی (۱۳۹۱)،

روان در مفاهیم سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی، نمی توان صرفاً براساس نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، اثرات غیرمستقیم مداخلاتی همچون دوساهو و ماساژدرمانی را بر بهبود متغیرهایی همچون کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی، انکار کرد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، اثرات این دو مداخله بر متغیرهای مذکور، با در نظر گرفتن نقش میانجی گرانه متغیرهایی همچون شادی، امید و سلامت روان، بررسی گردد.

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، هر دو مداخله دوساهو و ماساژدرمانی می توانند در بهبود شادی، امید و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون مؤثر باشند اما میزان اثربخشی مداخله دوساهو در متغیر شادی و تداوم اثر آن در متغیر امید، نسبت به ماساژدرمانی، بیشتر است.



منابع

- ابراهیمی، ا؛ مولوی، ح؛ موسوی، غ؛ برنامش، ع؛ یعقوبی، م. (۱۳۸۶). ویژگی های روان سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. تحقیقات علوم رفتاری، ۵ (۱): ۱۲-۵.
- برقی ایرانی، ز؛ علی اکبری دهکردی، م؛ علی پور، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی شناخت رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر ارتقاء خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون (PD)، فصلنامه روان شناسی سلامت، ۴؛ ۱۲۵-۱۰۷.
- حسینی، س؛ اسدی، ن؛ زارعی، ف. (۱۳۹۳). تاثیر ماساژ درمانی بر کاهش میزان درد زایمان در مرحله فعال زایمان در زنان نخست زا. پژوهش پرستاری، ۹ (۱): ۳۲-۲۵.
- حسینی، س؛ مقتدر، ل. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس بر سازگاری اجتماعی. اندیشه و رفتار، ۱۲: ۷۳-۶۶.
- حسینیان، س؛ قاسم زاده، س؛ نیکنام، م. (۱۳۹۰). پیش بینی کیفیت زندگی معلمان زن براساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، ۳ (۹): ۴۲-۶۰.
- خانی، س؛ باباخانی، ن. (۱۳۹۵). مقایسه و رابطه رشد معنوی و استرس ادراک شده با شادکامی در زنان نابارور و بارور شهر تهران. روان شناسی سلامت، ۵ (۱۷): ۱۰۸-۹۵.
- دهرسائی، م؛ آهنجان، ش؛ محمدزاده پیربازرای، م. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر برنامه ماساژ و تمرین درمانی بر سردرد تنشی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله علمی پژوهشی طب جانباز، ۴ (۱۵): ۴۴-۵۱.
- ریگی کوه، ب؛ احمدی فروشانی، س ح. (۱۳۹۲). فراتحلیل اثربخشی مداخلات روانشناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن. مجله روان تنی، ۵ (۱): ۴۷-۵۶.
- ریگی کوه، ب؛ یزدخواستی، ف؛ اعتمادی فر، م. (۱۳۹۱). تاثیر برنامه توانبخشی روانی دوساهو بر شدت خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس و بهبود کیفیت زندگی در بیماران ام اس. مجله پژوهش در علوم توانبخشی، ۹ (۳): ۴۴۵-۴۵۸.
- رئوفی، م ب. (۱۳۸۰). بررسی کارایی روش توانبخشی روانی دوسا بر کاهش افسردگی گروهی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- عابدی، م؛ میرشاه جعفری، ا؛ لیاقتدار، م. (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های اصفهان، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۲ (۲): ۱۰۰-۹۵.
- علی اکبری دهکردی، م؛ دادخواه، ا؛ مهردادفر، ف؛ محتشمی، ط؛ کردستانی، د. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر تعامل اجتماعی و مولفه های آن در کودکان فلج مغزی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۱ (۳): ۲۴۵-۲۵۴.

Reference

- Buttogat V; Eungpinichpong W; Chatchawan U; Kharmwan S. (2011) . The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(1):15-23.

- Carr A.(2005). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Routledge.

- Clarke D.(2003). Faith and hope. *Australasian Psychiatry*, 11(2): 164- 168.

- Dadkhah A. (1998). Body consciousness in Dosa-hou : A papanede psycho_rehabilitation program. *Percept Motor skills*, 86, 411-417.

- Dadkhah A.(1994). The application of Dosa_hou to disabled sportmen. *Journal Rehabilitation Psychology*, 22, 43-49.

- Davidson PM; Dracup K; Phillips J; Daly J; Padilla G.(2007). Preparing for the Worst While Hoping for the Best. *J Cardiovas Nurs*, 22(3): 159-165.

- Derry PC; Shah KJ; Caie L; Counsel CE.(2010). Medication management in people with Parkinson's disease during surgical admissions. *Postgrad Medicine Journal*, 86, 334-7.

- Donoyama N; Ohkoshi N.(2012). Effects of traditional Japanese massage therapy on various symptoms in patients with Parkinson's disease: a case-series study. *J Alternat Complement Medic*, 18, 294-299.

- Donoyama N; Suoh S; Ohkoshi, N. (2014). Effectiveness of Anma massage therapy in alleviating physical symptoms in outpatients with Parkinson's disease: A before-after study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(4): 251-261.

- کلارک، دم.(۱۳۸۹). رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. مترجم حبیب الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

- محمدخانی، ا.(۱۳۹۰). تاثیر روش دوساهو بر بهبود مهارت اجتماعی و رفتارهای کلیشه ای کودکان مبتلا به اتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهراء.

- یزدخواستی، ف؛ احمدی فروشانی، س ح؛ عریضی، م.(۱۳۹۴). مدل علی رابطه بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان در دانشجویان. *مجله مطالعات روان شناسی تربیتی*، ۱۲(۲۲): ۱۷۶-۱۵۷.

- Hou WH; Chiang PT; Hsu TY; Chiu SY; Yen YC. (2010). Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. *Journal Clinical Psychiatry*, 71(7): 894-901.
- Kashdan TB. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Person Individual Difference*, 36, 1225° 1232.
- Kaviani H; Mousavi A; Mohit A. (2001). Interview and psychological tests. Tehran: Sana.
- Keyes CLM. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychology*, 62(2): 95-108.
- Khalili Esfahani P; Manshaee Q; Nadi MA. (2015). Comparison of Social Adjustment and Self-Control of Patients Suffering From Epilepsy and Normal Individuals. *Journal Pharm Bio Chem Science*, 6(3): 225-230.
- MacDonald G. (2006). What is mental health? In Cattan M, Tilford S, Mental health promotion: A life span approach. New York: Open University Press.
- Miozzo AP; Stein C; Bozzetto CB; Plentz RDM. (2016). Massage therapy reduces pain and anxiety after cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Trials and Regulatory Science in Cardiology*, 23(245): 1-8.
- Moran G; Mashiach-Eizenberg M; Berman Y; Kaplan Z; Epstein PG; Shalev A. (2014). Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between working alliance, providers recovery competencies and personal recovery. *Psychiatry Research*, 220, 592-597.
- Satoru S. (2003). Changes in the movements of children with cerebral palsy: Causal factors. *Japanese Journal Special Education*, 39(4): 1-10.
- Dreyer NE; Cutshall SM; Huebner M; Foss DM; Lovely JK; Bauer BA; Cima RA. (2015). Effect of massage therapy on pain, anxiety, relaxation, and tension after colorectal surgery: A randomized study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(3): 154-159.
- Field T; Deeds O; Diego M; Gualer A; Sullivan S; Wilson D. (2009). Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 13, 297-303.
- Field T. (2014). Massage therapy research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 1-6.
- Forsaa EB; Larsen JP. (2008). Predictors and course of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Movement Disease*, 23(10): 1420-1427.
- Frisch MB. (2006). Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ghobary B; Lavasani M; Rahimi H. (2007). Hope, purpose in life, and mental health in college students. *International Journal of the Humanities*, 5(5): 127-132.
- Glanz K; Schwartz MD. (2008). Stress, coping and health behavior. In Glanz B, Rimer BK, Viswanath K, Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grewal PK; Porter J. (2007). Hope theory: a framework for understanding Death studies. *J Wash*, 31(2): 131-154.
- Hironobu O; Shinji T. (1995). Using the Dohsa method to establish an attitude toward learning activities in children with mental retardation who have autistic tendencies. *Japanese Journal of Specific Educational*, 32(3): 13-21.

Sullivan MD. (2003). Hope and hopelessness at the end of life. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 11(4): 393-405.

- Tay L; Kuykendall L; Diener E.(2012). Psychological Capital, Quality of Work Life, and Quality of Life of Marketers. *Journal Macro marketing*, 32 (1): 87-95.

- Veisser M; Van Rooden SM.(2008). comprehensive model of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 255(10):1580-1587.

- WHOQOL Group.(1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *J Mental Health*, 23(3): 24-56.

- Xu X; Wang HY; Zhang ZW; Han H; Wang Y.(2016). Effect of massage therapy on pulmonary functions of pediatric asthma: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Integrative Medicine* 8(2): 98° 105.

- Serretti A; Chiesa A; Souery D; Calati R; Sentissi O; Kasper S.(2013). Social adjustment among treatment responder patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 150, 961° 966.

- Skelly R; Brown L; Fakis A; Kimber L; Downes CH; Lindop F; Johnson J; Bartliff C; Bajaj N. (2014). Does a specialist unit improve outcomes for hospitalized patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism Related Disease*, 20, 1242-1247.

- Snyder CR; Irving LM; Anderson JR. (1991). Hope and health. In: Snyder CR, Forsyth DR (ed), *Handbook of social and clinical psychology* (pp 285-305). New York: Pergamon Press.

