

مقایسه‌ی اثربخشی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون

✉ دکتر فریبا یزدخواستی
دانشگاه اصفهان
دکتر احمد چیت‌ساز
دانشگاه اصفهان

طاهره پورکمالی
دانشگاه اصفهان
دکتر حمیدرضا عریضی
دانشگاه اصفهان

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۲۴

دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۱۰

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو در بهبود شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون بود. طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان مبتلا به پارکینسون مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آنها تعداد ۴۲ بیمار، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و به تصادف به سه گروه ماساژدرمانی (۱۴ نفر)، تکنیک الکساندر (۱۴ نفر) و دوساهو (۱۴ نفر)، گمارش شدند. پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد آرگایل، سازگاری اجتماعی حسینی و مقتدر، امید بزرگسال اشناپدر و همکاران، سلامت عمومی ۲۸ سوالی کاپویانی و همکاران، و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. داده‌ها توسط تحلیل کواریانس چندمتغیره، مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین اثربخشی سه مداخله‌ی پژوهش بر متغیرهای وابسته، در مرحله‌ی پس‌آزمون، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود ولی در مرحله‌ی پیگیری، دوساهو نسبت به سایر مداخلات پژوهش، اثربخشی بیشتری بر میزان شادکامی داشته است. براساس نتایج این پژوهش، درمان دوساهو نسبت به سایر درمان‌های مشابه، می‌تواند به عنوان درمان مؤثرتری در افزایش شادکامی در بلند مدت محسوب گردد.

کلیدواژه‌ها: ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر، دوساهو، شادی، سازگاری اجتماعی، سلامت روان، کیفیت زندگی، بیماری پارکینسون

دوپامین، ایجاد می‌شود. این بیماری معمولاً با علائمی همچون لرزش دست و پا در حالت استراحت، کندی حرکات، سختی و خشک شدن دست و پا و بدن و نداشتن تعادل همراه است (فوکاناچا و همکاران، ۲۰۱۴). این بیماری، عمدتاً از جمله بیماری‌های ناتوان کننده‌ی دوره‌ی سالمندی و جمعیت سالمندان محسوب می‌شود. با افزایش سن و طول عمر، احتمال وقوع بیماری پارکینسون افزایش می‌یابد، به طوری که تقریباً حدود ۱/۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال به این بیماری دچار می‌شوند (آمینوف و همکاران، ۲۰۱۱). پارکینسون نه تنها توانایی‌های عملکردی بیماران

پارکینسون یک بیماری عصبی مزمن با سیر پیش رونده است که در اثر تحلیل سلول‌های مغزی تولید کننده‌ی

طاهره پورکمالی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور شهرضا؛ فریبا یزدخواستی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران. حمیدرضا عریضی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران. احمد چیت‌ساز، دانشیار گروه مغز و اعصاب، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به فریبا یزدخواستی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران باشد. مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی.

پست الکترونیکی: f.yazdkhasti@edu.ui.ac.ir

می‌شود (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳). شادکامی، حالت خوشحالی و یا سرور (هیجانان مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افسردگی و اضطراب (عواطف منفی) را شامل شده و باعث کاهش ادراک تنیدگی و افزایش توانایی شخص برای کار و فعالیت می‌شود (آرگایل، ۲۰۱۳). موارد مذکور همگی به حالات سالم روان‌شناختی اشاره دارند که برآیند آنها می‌تواند دستاوردهایی کلی همچون سلامت‌روان و کیفیت زندگی باشد.

موضوعات سلامت‌روان و کیفیت زندگی، از جمله حیطه‌هایی هستند که در بیماری‌های مزمن، مورد تهدید قرار می‌گیرند (ریگی و احمدی، ۱۳۹۲). به عنوان مثال، افراد دارای بیماری پارکینسون به دلیل ضعف حرکتی، استقلال خود را از دست داده و این عدم استقلال سبب کاهش روابط و تعاملات اجتماعی و در نتیجه، افت سلامت عمومی این افراد می‌شود. لذا آموزش‌هایی که بتواند فرایندهای فیزیولوژیکی و روانی آنها را بهبود بخشد می‌تواند در جهت احساس رضایت بیشتر آنها از زندگی، قدم مهمی قلمداد شود (علی اکبری دهکردی، دادخواه، مهرداد فر، محتشمی، و کردستانی، ۱۳۹۰). یکی از مداخلات احتمالی مؤثر در این زمینه می‌تواند ماساژدرمانی^۱ باشد.

ماساژ درمانی، یکی از رایج‌ترین و بی‌خطرترین درمان‌های مکمل و جایگزین در سراسر دنیا است (بوتاگات، یون پینیچین، چاتچاون و خارمن، ۲۰۱۱). اگرچه از ماساژ درمانی، بیشتر جهت تسکین دردهای مختلف استفاده می‌شود، ولی اخیراً تأثیرگذاری این درمان بر متغیرهایی همچون اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، افسردگی و اضطراب، رشد نوزادان نارس و به خصوص سرطان نشان داده شده است. ماساژ باعث افزایش جریان خون سرخرگی، سیاهرگی، موضعی و حجم ضربه‌ای می‌شود، درناژ و تخلیه‌ی لنف را بهبود می‌بخشد، باعث مهار مکانیسم درد، افزایش سروتونین و دوپامین، و کاهش کورتیزول می‌شود و بیخوابی را برطرف می‌نماید (فابلد، دیگو، گنزالز و فانک، ۲۰۱۵). ماساژدرمانی هم چنین باعث تحریک تون پاراسمپاتیک سیستم عصبی مرکزی می‌شود و موجب کاهش ضربان قلب و تنفس شده و در نتیجه سبب احساس آرامش می‌شود. محققین، ماساژ درمانی را

را تحت تأثیر شدید قرار می‌دهد، بلکه حیطه‌های هیجانی، روانی، اجتماعی، عاطفی و ابعاد گوناگون کیفیت زندگی آنها را نیز دچار آسیب جدی می‌نماید (فورسا و لارسن، ۲۰۰۸). به طوری که بسیاری از توانمندی‌های لازم برای سلامت روان همچون شادکامی، سازگاری اجتماعی، و امید به زندگی در این افراد با تهدید مواجه می‌شود (مارتینز-مارتین و همکاران، ۲۰۰۷؛ براک، قبرمدیهیم، راب، براتزک و تردیسی، ۲۰۰۴؛ باتیل، لنگبین، ویور، مالونی و جاست، ۲۰۰۰؛ کارلسن و تاندبرگ، ۲۰۰۰).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت‌روان را یک حالت سلامتی کامل اجتماعی، روانی و جسمی، نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی بیان می‌کند. همچنین سلامت‌روان به عنوان درک افراد از توانایی‌های خودشان، بهره‌وری شغلی، سازگاری با فشارهای عادی زندگی و سهیم بودن در اجتماع تعریف شده است (هیلی و لینک، ۲۰۱۲). یکی از مفاهیم جامعی که همواره به عنوان متغیری همراه با سلامت‌روان در نظر گرفته می‌شود کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی، به میزان مطلوبیت زندگی روزمره‌ی افراد در مقایسه با استانداردهای اجتماعی و همگانی در ابعاد مختلف اشاره دارد. در واقع کیفیت زندگی به این مفهوم اشاره دارد که افراد تا چه حد زندگی روزمره‌ی خود را در ابعاد مختلف جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی خوب و مطلوب و مطابق با استانداردهای اجتماعی و جهان شمول در نظر می‌گیرند (فریش، ۲۰۰۶). همانطور که از تعاریف و مفهوم‌سازی‌های متغیرهای سلامت‌روان و کیفیت زندگی مشخص است، جنبه‌های اجتماعی، جزئی اساسی از این مفاهیم محسوب می‌گردند. یکی از مهمترین مفاهیمی که می‌تواند در این زمینه مطرح شود سازگاری اجتماعی است. سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری بسته به شرایط موجود ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید. بطور کلی سازگاری را می‌توان به عنوان توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران تعریف کرد (سرتی و همکاران، ۲۰۱۳). امید به توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده تعبیر می‌شود. امید، انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی مقابله با فشارهایی را می‌دهد که زندگی روزمره به فرد تحمیل می‌کند و بدین صورت باعث افزایش رضایت از زندگی

¹ massage therapy

یک پادزهر برای عوامل استرس‌زا می‌دانند (هو، چیانگ، هسو، چپو و یین، ۲۰۱۰).

تکنیک الکساندر^۱ روش دیگری است که می‌تواند در بیماران مزمن حرکتی، روشی مؤثر باشد. تکنیک الکساندر، روشی برای ارتقای هماهنگی عادات بدنی و حرکتی و یک رویکرد خود درمانی است که امکان درک عادات مضر کاربرد ماهیچه‌ها را فراهم می‌کند و به افراد این توانایی را می‌دهد که از آن عادات اجتناب کنند. مریبان از روش خاص تماس با دست، به همراه توضیح کلامی استفاده می‌کنند تا به افراد کمک کنند تا سر و ستون فقرات خود را برافراشته نگه دارند، به صورتی که بتوانند در وضعیت بدنی بدنی بهنجار قرار گیرند و توازن و هماهنگی خود را حفظ کنند (یاردلی و همکاران، ۲۰۱۰). تکنیک الکساندر با هدف آموزش بالا بردن آگاهی از حرکات‌ها به کار گرفته می‌شود. نتیجه‌ی مطلوب، عملکرد بالاتر و آگاهی از حرکات‌های فضایی بدن (و یا اعمال صحیح‌تر حرکتی) در طی فعالیت‌های روزمره می‌باشد. مؤلفه‌ی روان‌شناختی روش الکساندر نقش مهمی در حرکت دارد چون این روش به درمان‌جو چگونگی کنترل حرکت فیزیکی را در فاصله‌ی زمانی بین تصمیم‌گیری به حرکت و حرکت واقعی، آموزش می‌دهد. هدف اصلی این درمان این است که حرکات‌ها یا الگوهای بدنی غلطی که بوجود آمده است را تغییر دهد. با تغییر این الگوها، کل سیستم یا عملکرد بدن بهبود می‌یابد و فرد به آرامش و احساس مثبت روانی - جسمانی بیشتری دست می‌یابد (جین، جانسن و دسن، ۲۰۰۴).

آخرین رویکرد درمانی مورد استفاده در این پژوهش، روش دوساهو^۲ است. دوساهو نوعی روش توانبخشی روانی^۳ ژاپنی است که تعریف جدیدی از بدن، مغز و حرکت دارد و از دیدگاه روانی به بررسی حرکت می‌پردازد. در توانبخشی روانی، اعتقاد بر این است که فرایندهای فیزیولوژیکی و روانی به قدری به یکدیگر وابسته‌اند که نمی‌توان یکی را بدون دیگری در نظر داشت (موران و همکاران، ۲۰۱۴). این روش را ناروسه^۴ در سال ۱۹۶۷ در زمینه‌ی توانبخشی روانی، ابداع نموده است. ناروسه فرایند دوسا رو به دو بخش تقسیم نموده است که عبارت از (۱)

بخش روان‌شناختی شامل اراده و (۲) بخش فیزیولوژیکی شامل حرکات بدنی و وضعیت بدنی^۵ هستند. دوساهو یک روش مراجع‌محور بوده و نقش درمانگر در آن کمک دهنده و تسهیل کننده‌ی حرکات مراجع به منظور تجربه‌ی تغییرات مثبت می‌باشد. زیرا با کمک به مراجع در جهت تصور یک هدف و از طریق کمک به او در جهت تصحیح حالات و حرکات بدن چه به طور کلامی و غیر کلامی، تمایل فرد به حرکت یا آرام‌سازی خود (حس تلاش) افزایش می‌یابد. با افزایش حس تلاش، تلاش در جهت درک حرکت هدف و اصلاح حرکات نادرست، آغاز می‌شود و هوشیاری بدنی فرد اعم از خصوصی، عمومی و کاربرد بدنی، افزایش می‌یابد و سپس حس حرکت که همان حس تغییر در جهت حرکت می‌باشد، ظاهر شده و در نتیجه، تصور از بدن خود^۶ تغییر می‌کند. به عنوان مثال، احساس فرد از احساس سختی به نرمی تغییر کرده و تصور جدید از بدن^۷ تشکیل می‌گردد و سرانجام حرکات نرم ظاهر می‌شود (دادخواه، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های مختلف از اثربخشی روش‌های ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو در حیطه‌های مختلف سلامت، حکایت دارند. پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده‌اند نشان می‌دهند که ماساژدرمانی در کاهش افسردگی زنان در دوره‌ی قبل از زایمان (فایلد و همکاران، ۲۰۰۹؛ نقل از فایلد، دیگو، گنزالز و فانک، ۲۰۱۵)، بهبود علائم بیماری پارکینسون (دونایاما، سوه و اوکوشی، ۲۰۱۴) و کاهش شدت درد، اضطراب و تنش پس از عمل جراحی روده (دریبر و همکاران، ۲۰۱۵) اثربخش بوده است. همچنین بر اساس پژوهش‌های انجام شده، درمان الکساندر بر بهبود تعادل حرکتی، سهولت در حرکت، آگاهی بدنی و اعتماد به نفس افراد سالمند (دنيس، ۱۹۹۹)، بهبود خودارزیابی ناتوانی بیماری پارکینسون (استالیبراس، سیسونز و چالمرز، ۲۰۰۲)، کاهش درد گردن و ستون فقرات (جین و همکاران، ۲۰۰۴) و کاهش درد بدنی (یاردلی و همکاران، ۲۰۱۰) مؤثر بوده است. پژوهش‌های انجام شده در حیطه‌ی درمان دوساهو نیز نشان می‌دهد که این درمان، بر کاهش افسردگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی (رئوفی، ۱۳۸۰)، بهبود تعامل اجتماعی در

¹ Alexander technique

² Dohsa-hou technique

³ psychiatric rehabilitation

⁴ Naruse

⁵ posture

⁶ self-body image

⁷ new body image

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 شرکت‌کنندگان مرد و ۴۲/۹۰ درصد، زن بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش، عبارت از داشتن رضایت آگاهانه و ابتلا به بیماری پارکینسون بودند. ملاک خروج از پژوهش نیز عبارت از حضور ناقص در جلسات درمانی بود.

ابزار

پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱. پرسشنامه شادکامی آکسفورد توسط آرگایل و همکاران در سال ۲۰۰۲ به منظور سنجش میزان شادکامی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۹ گزاره است که به صورت لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی هر شرکت‌کننده صفر و حداکثر آن ۸۷ می‌باشد (کاشدان، ۲۰۰۴). در پژوهش عابدی، میرشاه جعفری و لیاقتدار (۱۳۸۵) پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ و به شیوه‌ی بازآزمایی، ۰/۷۲ محاسبه شد. همچنین در پژوهش مذکور روایی همزمان این پرسشنامه از طریق همبستگی با پرسشنامه‌ی شادکامی فوردایس، ۰/۷۳ محاسبه شد. در این پژوهش نیز ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ضریب ۰/۹۳ محاسبه شد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی^۲. این پرسشنامه توسط ویسمن و بیگل در سال ۱۹۹۹ جهت سنجش میزان سازگاری اجتماعی تهیه شده است. پرسشنامه‌ی سازگاری اجتماعی از ۴۲ آیتم تشکیل شده است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی قابل اکتساب در این پرسشنامه، ۴۲ و حداکثر نمره، ۲۱۰ می‌باشد. نمره‌ی بالا حاکی از این می‌باشد که شرکت‌کننده، از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. در پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور، ضریب پایایی این پرسشنامه، ۰/۷۳ محاسبه شده است (حسینی و مقتدر، ۱۳۸۸). همچنین حسینی و مقتدر (۱۳۸۸) در ایران ضریب پایایی این آزمون را با روش دونیمه‌سازی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر

کودکان مبتلا به فلج مغزی (علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰) و بهبود خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه (ریگی و یزدخواستی، ۱۳۹۲) مؤثر است. همانطور که ملاحظه شد، اثربخشی هر یک از مداخلات ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر مؤلفه‌های مختلف سلامت، تاکنون در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است و کارآمدی این رویکردها در حوزه‌ی سلامت‌روان، موضوعی مورد توافق است، اما سؤال پژوهشی که در این میان مطرح می‌شود، این است که کدامیک از این مداخلات می‌تواند به عنوان مداخلات مؤثرتری در کوتاه مدت و بلندمدت محسوب گردند. همانطور که در این بخش بیان شد، پارکینسون تنها دارای جنبه‌های جسمانی نیست بلکه جنبه‌های روان‌شناختی این بیماری نیز اثرات ناتوان‌کننده‌ای بر سبک زندگی این افراد بر جای می‌گذارد که مطمئناً نیاز به انجام مداخلات مؤثر دارد. اما در زمینه‌ی شناسایی مداخلات مؤثری که هر دو جنبه‌ی جسمانی و روانی سلامت این بیماران را مورد تأکید قرار دهند، تلاش‌های پژوهشی کافی انجام نگرفته است. از این رو شناسایی مؤثرترین روش‌های درمانی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. به همین دلیل هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی میزان اثربخشی این سه مداخله بر شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون بوده است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند که دارای بیماری پارکینسون تشخیص داده شده و جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد چهل و دو نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۴ نفری ماساژدرمانی، الکساندر و دوساهو قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بدین صورت بود که میانگین سن شرکت‌کنندگان ۶۳ سال بود (با انحراف استاندارد ۷/۱۶)، ۳۱ درصد از آنها دارای تحصیلات ابتدایی، ۹/۵ درصد

¹ oxford happiness questionnaire (OHQ)

² social adjustment scale (SAS)

گرفت که ضریب ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۳.
این پرسشنامه دارای ۲۶ آیتم است که به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانه‌ی سطوح بالاتر کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). ضریب پایایی این ابزار در پژوهش‌های انجام شده در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است و روایی همزمان آن نیز از طریق همبستگی معنادار با پرسشنامه‌ی سلامت عمومی تأیید شده است (حسینیان، قاسم‌زاده و نیکنام، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ضریب ۰/۸۴ به دست آمد.

روش اجرا

پس از انتخاب اعضای نمونه و گمارش تصادفی آنها به سه گروه ماساژدرمانی، الکساندر و دوساهو، اعضای هر سه گروه، پیش از اجرای مداخلات، در قالب مرحله‌ی پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس سه مداخله‌ی ماساژدرمانی، الکساندر و دوساهو برای هر یک از گروه‌های مربوطه به مدت هشت جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات مداخله، اعضای هر سه گروه مجدداً در قالب مرحله‌ی پس‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. یک ماه بعد از اتمام مداخلات نیز اعضای تمامی گروه‌ها در قالب مرحله‌ی پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو، به ترتیب در جداول ۱ تا ۳ ارائه شده است. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه‌ی ۲۱ نرم‌افزار SPSS و از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

نیز ضریب پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ضریب ۰/۴۸ محاسبه شد.
مقیاس امید بزرگسال^۱. این مقیاس توسط اشنایدر به منظور سنجش امید در جمعیت‌های بالینی و بهنجار بزرگسالان ساخته شده است (گروال و پورتر، ۲۰۰۷). این پرسشنامه دارای ۱۲ آیتم می‌باشد که به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی قابل اکتساب در این پرسشنامه، ۱۲ و حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب، ۴۸ می‌باشد. در پژوهش انجام شده توسط مؤلف این ابزار، روایی همزمان آن از طریق همبستگی معنادار با مقیاس افسردگی بک تأیید شده است (اشنایدر، اروینگ و اندرسون، ۱۹۹۱). در ایران پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است (غباری، لواسانی و رحیمی، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ضریب ۰/۶۳ محاسبه گردید.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی^۲. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سوالی نیز تهیه و به ۳۸ زبان، ترجمه شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶). نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد و دامنه‌ی نمرات قابل اکتساب می‌تواند از صفر تا ۸۴ متغیر باشد که نمرات بالاتر نشانگر سطوح پایین‌تر سلامت‌روان محسوب می‌شود (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی دو نیمه‌سازی ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای این پرسشنامه به دست آمد. در این پژوهش نیز، پایایی این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار

جدول ۱

خلاصه‌ی محتوای جلسات مداخله‌ی ماساژدرمانی

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

¹ adult hope scale

² general health questionnaire (GHQ-28)

³ WHO quality of life questionnaire

جدول ۲

خلاصه‌ی محتوای جلسات مداخله‌ی الکساندر

ردیف	نوع تکنیک	روش	هدف
۱	روش صحیح نگه داشتن سر در حال راه رفتن و ایستادن	آموزش به فرد برای صاف نگه داشتن سر براساس مرکز ثقل	برطرف کردن نقایصی در اشتباه ایستادن که عبارتند از پایین انداختن سر، فرو بردن زیاد سر داخل گردن، جلو انداختن گردن، ایستادن و راه رفتن با بالای تنه
۲	روش صحیح نگه داشتن سر در حال راه رفتن و ایستادن	همانند جلسه‌ی اول	همانند جلسه‌ی اول
۳	روش صحیح نشستن و برخاستن	انگشتان پا کنار یکدیگر قرار گرفته و پاشنه‌ها از هم دور باشند.	برطرف کردن نشستن غیر صحیح و آموزش نشستن ایده آل
۴	روش صحیح خم شدن و برداشتن اشیاء از روی زمین و کار کردن در حالت خم شده	به هنگام خم شدن، رانها مستقیم می‌ماند و سنگینی سر روی گردن می‌باشد.	برطرف کردن نقایصی در هنگام خم شدن و آموزش روش صحیح خم شدن
۵	روش صحیح خم شدن و برداشتن اشیاء از روی زمین و کار کردن در حالت خم شده	همانند جلسه‌ی چهارم	همانند جلسه‌ی چهارم
۶	روش صحیح حمل کیف و وسایل	هنگام حمل وسایل باید آن‌ها را نزد بدن خود گرفت و همچنین دستها از هم باز نشود.	برطرف کردن عوارض ناشی از حمل نامناسب وسایل و آموزش حمل صحیح
۷	روش صحیح نوشتن	پشت کمر صاف و سر کمی خم و تنفس و عضلات شکم آزاد و راحت باشد.	اصلاح حالات و حرکات نوشتن
۸	حالات صحیح صورت، چشم‌ها و تنفس	ثابت نگه داشتن سر در هنگام نگاه کردن و حرکت دادن چشم و نفس کشیدن آرام و آهسته	برطرف کردن اشتباهات رایج در نگه داشتن صورت، نگاه کردن و عمل تنفس

جدول ۲

خلاصه‌ی محتوای جلسات مداخله‌ی دوساهو

ردیف	نوع تکنیک	روش	هدف
۱	کوکانوهینری	در حالت درازکش رو به پهلو، به ترتیب هر شانه را نزدیک به زمین کرده و تنفس عمیق انجام می‌گیرد.	نرم کردن بدن، ریلکسیشن بدن و تعامل راحت با مراجع
۲	کوکانوهینری، کاتاآگه	حرکت شانه‌ها به حالت نیم دایره به سمت عقب، همراه با تنفس عمیق، سپس حرکت هر دو شانه و در نهایت، شانه‌ی چپ و راست به طور جداگانه به سمت بالا تا رسیدن به گوش	آرمیدگی و افزایش آگاهی نسبت به خود و وضعیت بدن
۳	کوکانوهینری، سه سوراسه	سه سوراسه: باز شدن قفسه‌ی سینه با حرکت شانه‌ی هر سمت به طرف عقب، با تمرکز بر شانه‌ای که پا پشت آن قفل شده است. سپس حرکت نیم دایره‌ای همزمان هر دو شانه به عقب به همراه تنفس عمیق.	تقویت اراده فرد طبق فرآیند (تلاش، اراده و حرکت)
۴	کوکانوهینری، سه سوراسه، کاتاآگه	هر سه تکنیک اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.	آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده
۵	کوکانوهینری، سه سوراسه، زای	زای: بالا بردن و جلو کشیدن دست‌ها، جلوگیری از قوز کردن و کمک گرفتن از ناحیه کمر برای برخاستن، استفاده از ناحیه‌ی کمر به جای کتف‌ها برای بالا و پایین بردن کمر و حرکت ناحیه لگن، جلوگیری مجدد دست‌ها و سپس انعطاف به سمت چپ و راست در حد کشیده شدن ناحیه پهلو.	آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز، افزایش تعادل و تقویت اراده

<p>آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن</p>	<p>هیزاتاجی: ایستادن در حالت دو زانو، تصحیح حالت بدن هنگام نشستن و بلند شدن و تقسیم نیروی وزن بدن بر هر پا</p>	<p>کوکانوهینری، سه سورااسه، زای، هیزاتاجی</p>
<p>آرمیدگی، افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن</p>	<p>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 و حرکات لگن. ریلکسیشن: انتقال وزن تمام بدن به ترتیب روی پنجه، پاشنه، قسمت‌های داخلی و قسمت‌های خارجی پا و درنهایت پخش شدن وزن بدن بر روی تمام سطوح کف پا</p>	<p>کوکانوهینری، سه سورااسه، زای، ریتسویی، هوکو، ریلکسیشن</p>
<p>آرمیدگی و رها شدن و افزایش توجه و تمرکز، افزایش تعادل و تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن</p>	<p>همه تکنیک‌ها اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.</p>	<p>کوکانوهینری، کاتاآگه، سه سورااسه، زای، ریتسویی، هوکو، ریلکسیشن</p>

یافته‌ها

سه گروه ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو در جدول ۴ ارائه شده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک

جدول ۴

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	شاخص			میانگین			انحراف استاندارد		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شادکامی	۳۶/۵۰	۴۰/۵۷	۴۱/۵۰	۱۰/۰۶	۱۰/۳۳	۹/۲۸	۱۲/۸۷	۱۴/۸۶	۱۲/۲۹
	۳۴/۶۴	۳۷/۳۷	۴۲/۷۹	۱۵/۱۵	۱۰/۴۴	۱۱/۲۲	۱۲/۸۷	۱۴/۸۶	۱۲/۲۹
	۴۱/۸۴	۴۵/۷۱	۶۰/۴۳	۱۵/۱۵	۱۰/۴۴	۱۱/۲۲	۱۲/۸۷	۱۴/۸۶	۱۲/۲۹
سازگاری اجتماعی	۱۷/۹۳	۱۹/۲۹	۱۹/۴۳	۳/۳۸	۲/۸۶	۳/۱۵	۱۸/۷۱	۱۸/۷۱	۱۸/۹۳
	۱۸/۷۱	۱۸/۷۱	۱۸/۹۳	۲/۵۸	۳/۸۷	۳/۹۵	۱۸/۷۱	۱۸/۷۱	۱۸/۹۳
	۱۹/۰۷	۲۰/۰۰	۱۹/۹۳	۳/۶۶	۲/۶۰	۲/۰۵	۱۸/۷۱	۱۸/۷۱	۱۸/۹۳
امید	۳۸/۷۹	۴۱/۲۹	۴۱/۲۱	۴/۵۶	۲/۸۶	۲/۸۳	۳۷/۴۳	۴۱/۶۴	۴۱/۶۴
	۳۷/۴۳	۴۱/۶۴	۴۱/۶۴	۵/۶۲	۳/۶۰	۴/۰۵	۳۷/۴۳	۴۱/۶۴	۴۱/۶۴
	۳۹/۶۴	۴۱/۱۴	۴۴/۳۶	۵/۳۱	۳/۵۰	۲/۰۲	۳۷/۴۳	۴۱/۶۴	۴۱/۶۴
سلامت روان	۵۲/۹۲	۵۰/۴۳	۴۷/۵۰	۷/۹۱	۹/۹۰	۵/۱۵	۵۵/۲۸	۵۵/۰۷	۵۴/۷۹
	۵۵/۰۷	۵۵/۲۸	۵۴/۷۹	۱۳/۹۳	۱۱/۹۰	۱۲/۲۳	۵۵/۲۸	۵۵/۰۷	۵۴/۷۹
	۵۴/۵۷	۴۹/۳۶	۴۷/۷۱	۱۱/۸۳	۸/۰۷	۸/۷۱	۵۴/۷۹	۴۹/۳۶	۴۷/۷۱
کیفیت زندگی	۷۵/۰۷	۷۸/۰۰	۷۴/۵۰	۱۰/۸۸	۷/۷۴	۱۷/۱۵	۶۹/۶۴	۶۹/۶۴	۷۳/۵۷
	۶۹/۶۴	۶۹/۶۴	۷۳/۵۷	۱۲/۹۱	۱۵/۲۳	۱۲/۰۰	۶۹/۶۴	۶۹/۶۴	۷۳/۵۷
	۷۴/۲۹	۷۹/۰۷	۸۲/۰۰	۱۰/۶۰	۱۲/۱۴	۱۰/۴۲	۶۹/۶۴	۶۹/۶۴	۷۳/۵۷

ولی در گروه الکساندر تغییری در نمرات ایجاد نشده است. در مرحله‌ی پیگیری، دو گروه دوساهو و الکساندر، افزایش نمرات را نشان داده اند، اما در گروه ماساژدرمانی، کاهش نمرات ملاحظه می‌گردد. جهت مقایسه‌ی میزان اثرات سه مداخله‌ی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد متغیرهای شادکامی ($F=1/42$; $P=0/25$)، سازگاری اجتماعی ($F=0/47$; $P=0/62$)، امید ($F=0/54$)، سلامت‌روان ($F=0/38$; $P=0/68$) و کیفیت-زندگی ($F=0/65$; $P=0/52$) نشانگر تأیید پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مرحله پس‌آزمون بود. همچنین فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز در متغیرهای شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت‌روان و کیفیت-زندگی در مرحله پیگیری برقرار بود ($p>0/05$) که جهت استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره در مرحله‌ی پس-آزمون لازم بود. نتایج این تحلیل برای مرحله پس‌آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود در متغیر شادکامی، در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه دوساهو از نمرات دو گروه دیگر بالاتر بوده و همچنین میانگین گروه ماساژدرمانی نسبت به گروه الکساندر بالاتر می‌باشد. در مرحله‌ی پیگیری نیز نمرات گروه دوساهو به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از دو گروه دیگر می‌باشد، اما تفاوت نمرات دو گروه ماساژدرمانی و الکساندر کاهش یافته است. در متغیر سازگاری اجتماعی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اختلافات بین نمرات سه گروه بسیار اندک می‌باشد. در مورد متغیر امید نیز همین وضعیت برقرار بوده با این تفاوت که در مرحله‌ی پیگیری، نمرات گروه دوساهو از دو گروه دیگر بالاتر بوده است. در متغیر سلامت‌روان، با توجه به نوع نمره‌گذاری ابزار مربوطه، دو گروه دوساهو و ماساژدرمانی، میزان مشابهی از بهبود را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌اند، اما در گروه الکساندر، تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌گردد. در متغیر کیفیت زندگی نیز در دو گروه ماساژدرمانی و دوساهو در مرحله پس‌آزمون تا حدی افزایش نمرات دیده می‌شود

جدول ۵

نتایج تحلیل‌های تک متغیره مقایسه اثربخشی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر متغیرهای وابسته در پس‌آزمون

متغیر وابسته	روش درمانی	میانگین	خطای معیار	مجموع مربعات آزادی	درجه	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
شادکامی	الکساندر	۳۸/۷۶	۳/۱۳	۳۱۱/۲۱	۲	۱۵۵/۶۰	۱/۱۸	۰/۳۱۸	۰/۰۶	۰/۲۴
	دوساهو	۴۵/۲۳	۳/۱۷							
	ماساژ	۳۹/۶۵	۳/۱۵							
سازگاری اجتماعی	الکساندر	۱۸/۸۵	۰/۸۳	۲/۶۴	۲	۲/۳۲	۰/۲۵	۰/۷۸۰	۰/۰۱	۰/۱۰
	دوساهو	۱۹/۶۵	۰/۸۴							
	ماساژ	۱۹/۴۹	۰/۸۳							
امید	الکساندر	۴۱/۹۵	۰/۹۲	۹/۳۱	۲	۴/۶۵	۰/۴۰	۰/۶۶۹	۰/۰۲	۰/۱۱
	دوساهو	۴۰/۷۵	۰/۹۳							
	ماساژ	۴۱/۳۶	۰/۹۳							
سلامت روان	الکساندر	۵۴/۱۴	۲/۷۴	۱۲۳/۶۶	۲	۶۱/۸۳	۰/۶۱	۰/۵۴۹	۰/۰۳	۰/۱۴
	دوساهو	۴۹/۹۹	۲/۷۸							
	ماساژ	۵۰/۹۲	۲/۷۶							
کیفیت زندگی	الکساندر	۷۰/۵۹	۳/۳۹	۴۹۸/۲۲	۲	۲۴/۱۱	۱/۶۰	۰/۲۱۵	۰/۰۸	۰/۳۱
	دوساهو	۷۸/۷۳	۳/۴۴							
	ماساژ	۷۷/۳۸	۳/۴۲							

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه نیز در هیچ یک از متغیرها تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی سه مداخله به دست نیامده است. جهت مقایسه‌ی میزان اثرات سه مداخله‌ی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مرحله‌ی پیگیری از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد متغیرهای شادکامی ($P=0/96$; $F=0/04$)، سازگاری اجتماعی ($P=0/48$; $F=0/73$)، امید ($P=0/94$; $F=1/94$)، سلامت‌روان ($P=0/15$; $F=0/43$)، زندگی ($P=0/81$; $F=0/20$)، نشانگر نشانگر تأیید پیش فرض همگنی واریانس نمرات در مرحله پیگیری بود. همچنین فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز در متغیرهای شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت‌روان و کیفیت زندگی در مرحله پیگیری برقرار بود ($p>0/05$). نتایج این تحلیل برای مرحله‌ی پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج تحلیل‌های تک‌متغیره مقایسه اثربخشی مداخلات ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر متغیرهای وابسته در پیگیری

جدول ۶

نتایج تحلیل‌های تک‌متغیره مقایسه اثربخشی مداخلات ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو بر متغیرهای وابسته در پیگیری

متغیر وابسته	روش درمانی	میانگین	خطای معیار	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
شادکامی	الکساندر	۴۳/۲۸	۲/۹۷	۲۸۹۲/۶۵	۲	۱۴۴۶/۳۲	۱۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	دوساهو	۶۰/۵۳	۳/۰۱							
	ماساژ	۴۰/۹۰	۲/۹۸							
سازگاری اجتماعی	الکساندر	۱۸/۹۸	۰/۸۵	۳/۸۹	۲	۱/۹۴	۰/۲۰	۰/۸۱۹	۰/۰۱	۰/۰۷
	دوساهو	۱۹/۵۹	۰/۸۶							
	ماساژ	۱۹/۷۰	۰/۸۵							
امید	الکساندر	۴۱/۷۳	۰/۸۶	۵۲/۶۳	۲	۲۶/۳۱	۲/۶۳	۰/۰۸۷	۰/۱۳	۰/۴۸
	دوساهو	۴۴/۰۹	۰/۸۷							
	ماساژ	۴۱/۴۶	۰/۸۶							
سلامت‌روان	الکساندر	۵۳/۴۹	۲/۳۰	۲۴۵/۳۹	۲	۱۲۲/۶۹	۱/۷۲	۰/۱۹۳	۰/۰۹	۰/۳۳
	دوساهو	۴۷/۷۸	۲/۳۳							
	ماساژ	۴۸/۷۱	۲/۳۱							
کیفیت زندگی	الکساندر	۷۳/۵۶	۳/۹۱	۵۶۳/۰۲	۲	۲۸۱/۵۱	۱/۳۷	۰/۲۶۷	۰/۰۷	۰/۲۷
	دوساهو	۸۲/۱۱	۳/۹۶							
	ماساژ	۷۴/۳۹	۳/۹۳							

مداخله، تفاوت معناداری در میزان اثربخشی بر شادکامی در مرحله‌ی پیگیری وجود داشته است. جهت بررسی دقیق این تفاوت از آزمون تعقیبی L.S.D استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میزان تأثیر سه روش الکساندر، دوساهو و ماساژدرمانی بر متغیرهای وابسته (شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت‌روان و کیفیت زندگی) تنها بر متغیر شادکامی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که حداقل بین دو مداخله از سه

جدول ۷

نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی میانگین متغیر شادمانی در بین سه روش درمانی

متغیر	روش	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
شادکامی	الکساندر	۱۷/۲۴-	۴/۲۸	۰/۰۰
	ماساژ	۲/۳۸	۴/۲۴	۰/۵۷
	دوساهو	۱۹/۶۲	۴/۳۲	۰/۰۰

همانطور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات شادکامی در مرحله‌ی پیگیری در گروه دوساهو نسبت به دو گروه الکساندر و ماساژدرمانی به طور معناداری بالاتر بوده است، اما تفاوت معناداری بین میانگین‌های گروه‌های الکساندر و ماساژدرمانی ملاحظه نمی‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشانگر آن بود که بین میزان اثربخشی سه روش ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو در متغیرهای شادکامی، سازگاری اجتماعی، امید، سلامت روان و کیفیت زندگی، در کوتاه مدت، تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در بلندمدت، مداخله‌ی دوساهو در مورد اثربخشی بر شادکامی، مداخله‌ی مؤثرتری نسبت به دو مداخله‌ی دیگر محسوب می‌گردد. همانطور که در بخش مقدمه نیز اشاره شد، براساس جستجوی پژوهشگران این پژوهش، پژوهشی که تاکنون به طور کلی به مقایسه‌ی اثربخشی این سه مداخله پرداخته باشند یافت نشد. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان از جمله نخستین یافته‌های پژوهشی در این موضوع قلمداد کرد. با این حال می‌توان این پژوهش را با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون رئوفی (۱۳۸۰) و ریگی و یزدخواستی (۱۳۹۲) مبنی بر اثرات بلندمدت دوساهو بر سلامت خلقی همسو دانست.

این موضوع مسلم است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن همچون پارکینسون یکی از عوامل مهمی که می‌تواند مؤلفه‌های مختلف بهداشت روانی از جمله سلامت خلقی و هیجانی این افراد را در معرض تهدید قرار دهد ناراحتی‌ها، محدودیت‌ها و مشکلات جدی و مستمری است که از جانب بیماری مزمن آنها بر سبک زندگی این افراد تحمیل می‌شود. این دشواری‌ها و محدودیت‌ها می‌تواند سطح رضایت از زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد. همانطور که در مبانی نظری هیجان شادکامی مطرح شده است، رضایت از زندگی یکی از

مفاهیم کلیدی در تعیین شادکامی است و در واقع تمامی جنبه‌های عاطفی هیجان شادکامی معلول مستقیم جنبه‌ی شناختی رضایت از زندگی هستند. بنابراین رفع موانع رضایت از زندگی در افراد می‌تواند به عنوان یک عامل تعیین کننده و مؤثر در ارتقای سطح کلی شادکامی باشد (آرگایل، ۲۰۱۳). در هر سه مداخله‌ی ماساژدرمانی، تکنیک الکساندر و دوساهو، همانطور که در قسمت‌های قبل نیز اشاره شد بر کاهش ناراحتی‌های جسمی و افزایش آرامش روانی-جسمانی تأکید می‌گردد 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 آنها کمتر خواهد شد. همانطور که در مبانی پژوهشی نیز تأیید شده است، هنگامی که فرد بتواند جسم خود را در حالت آرمیدگی هرچه تمام‌تر قرار دهد، ویژگی‌های روانی مثبت و سازگاران نیز بستر مناسب‌تری برای بروز پیدا خواهند کرد (کلارک، ۱۳۹۲/۱۹۸۹). با این حال نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان دوساهو در مورد هیجان شادکامی می‌تواند اثرات پایدار بیشتری نسبت به سایر مداخلات به کار رفته داشته باشد. این تفاوت را شاید بتوان به نقش برجسته‌تر مؤلفه‌های روان‌شناختی در درمان دوساهو و نیز نقش فعال‌تر بیمار در این درمان نسبت داد. در واقع درمان دوساهو یک درمان اساساً روان‌شناختی است که به مؤلفه‌های ذهنی و آرمیدگی روانی و تقویت اراده و کنترل فرد بر سلامت حرکتی و آرامش جسمی-روان‌شناختی تأکید ویژه دارد (هاریزوکا، ۱۹۹۹)، در حالیکه ماساژدرمانی و تکنیک الکساندر، علی‌رغم اینکه به سبب کمک به تن‌آرامی و کاهش ناراحتی‌های جسمی می‌توانند دارای آثار مثبت روان‌شناختی باشد، اما به اندازه‌ی درمان دوساهو بر مؤلفه‌های روان‌شناختی تأکید ندارند و به اندازه‌ی درمان دوساهو، احساس خودکارآمدی و تسلط بیمار را بر بهبودی خویش افزایش نمی‌دهند و این موضوع

ریگی کوتاه، ب.، و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی روانی به شیوه دوساهو بر کاهش میزان شدت خستگی، اضطراب، استرس و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) در شهر اصفهان. پژوهش در علوم توانبخشی، ۹(۳)، ۴۵۸-۴۴۵.

عابدی، م. ر.، میرشاه‌جعفری، س. ا.، و لیاقتدار، م. ج. (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های اصفهان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۲(۲)، ۹۵-۱۰۰.

علی اکبری دهکردی، م.، دادخواه، ا.، مهردادفر، ف.، محتشمی، ط.، و کردستانی، د. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر تعامل اجتماعی و مولفه‌های آن در کودکان فلج مغزی. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱(۳)، ۵-۱۸.

کاویانی، ج.، موسوی، اس.، و محیط، ا. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: انتشارات سنا.

هاتون، ج.، کرک، پ. م.، سالکویس، ک.، کلارک، د. م. (۱۳۹۲). حالت‌های اضطرابی: رفتار درمانی شناختی (ترجمه ج. ا. قاسم‌زاده). تهران: ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۹)

Aminoff, M. J., Christine, C. W., Friedman, J. H., Chou, L. K., Lyons, K. E., Pahwa, R.,...Schmidt, M. S. (2011). Management of the hospitalized patient with Parkinson's disease: current state of the field and need for guidelines. *Parkinsonism Relate Disorder*, 17 (3), 139-45.

Argyle, M. (2013). *The psychology of happiness*. New York: Routledge.

Baatile, J., Langbein, W.E., Weaver, F., Maloney, C., & Jost, M.B. (2000). Effect of exercise on perceived quality of life of individuals with Parkinson's disease. *Journal Rehabilitation Research Development*, 7 (5), 529-534.

Braak, H., Ghebremedhin, E., Rub, U., Bratzke, H., & Del Tredici, K. (2004). Stages in the development of Parkinson's disease-related pathology. *Cell Tissue Research*, 318, 121-134.

Buttagat, 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 my official

احتمالاً تبیین کننده‌ی اثر بالاتر و بادوام‌تر دوساهو بر شادکامی این بیماران بوده است.

از جمله محدودیت‌های موجود در این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این پژوهش فقط در میان مبتلایان به پارکینسون شهر اصفهان انجام شد و لذا تعمیم نتایج آن به سایر جمعیت‌ها نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. از جمله دیگر محدودیت‌های این پژوهش، در نظر نگرفتن نقش جنسیت و سن در اثربخشی مداخلات بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، سن و جنسیت به عنوان متغیرهای تعدیل کننده بررسی شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، مداخلات به کار رفته در این پژوهش در مقایسه با گروه کنترل صورت گیرد تا میزان دقیق اثربخشی هر مداخله بر متغیرهای وابسته نیز مشخص گردد.

سیاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگان و همکارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند تشکر می‌شود.

منابع

ابراهیمی، ا.، مولوی، ح.، موسوی، غ.، برنامه‌ش، ع.، و یعقوبی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، 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)، ۵-۱۲.

حسینی، س.، و مقتدر، ل. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس بر سازگاری اجتماعی. *اندیشه و رفتار*، ۱۲، ۶۶-۷۳.

حسینیان، س.، قاسم‌زاده، س.، و نیک‌نام، م. (۱۳۹۰). پیش بینی کیفیت زندگی معلمان زن براساس متغیرهای هوش هیجانی و هوش معنوی. *فصلنامه مشاوره‌ی شغلی و سازمانی*، ۳(۹)، ۴۲-۶۰.

رئوفی، م. ب. (۱۳۸۰). بررسی کارایی روش توانبخشی روانی دوساهو بر کاهش افسردگی گروهی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

ریگی کوتاه، ب.، و احمدی فروشانی، س. ح. (۱۳۹۲). فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن. *مجله‌ی روان‌تنی*، ۵(۱)، ۴۷-۵۶.

- trigger points. *Journal Body Movement Therapy*, 15(1), 15-23.
- Dadkhah, A. (1998). Body consciousness in Dohsa-hou: A psycho-rehabilitation program. *Perceptual and motor skills*, 86, 411-417.
- Dennis, R. J. (1999). Functional reach improvement in normal older women after Alexander technique instruction. *Journal of Gerontology Medicine Science*, 54, 8-11.
- Donoyama, N., Suoh, S., & Ohkoshi, N. (2014). Effectiveness of 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.
- Dreyer, N.E., Cutshall, S.M., Huebner, M., Foss, D. M., Lovely, J. K., Bauer, B. A., & Cima, R.A. (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., Diego, M., Gonzalez, G., & Funk, C. G. (2015). Knee arthritis pain is reduced and range of motion is increased following moderate pressure massage therapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), 233-237.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Forsaa, E. B., & Larsen, J. P. (2008). Predictors and course of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Movement Disorder*, 23(10), 1420-1427.
- Fukunaga, J. Y., Quitschal, R. M., Dona, F., Ferraz, B., Gananc, M., & Caovilla, H. (2014). Postural control in Parkinson's disease, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(6), 508-514.
- Ghobary, B., Lavasani, M., & Rahimi, H. (2007). Hope, purpose in life, and mental health in college students. *International Journal of Humanities*, 5(5), 127-132.
- Grewal, P. K., & Porter, J. (2007). Hope theory: a framework for understanding death studies. *Death Studies*, 31(2), 131-154.
- Harizuka, S. (1992). Dohsa-hou for making a sitting posture with legs crossed. *The journal of rehabilitation psychology*, 19, 27-33.
- Healy, L. M., & Link, R. J. (2012). *Hand book of international social work, Human Rights, Development and The Global Profession*. London: Oxford University Press, Inc.
- Hou, W. H., Chiang, P. T., Hsu, T. Y., Chiu, S. Y., & Yen, Y. C. (2010). Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 894-901.
- Jain, S., Janssen, K., & DeCelle, S. (2004). Alexander technique and Feldenkrais method: a critical overview. *Physical Medicine Rehabilitation*, 15, 811-825.
- Kashdan, T. B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36, 1225-1232.
- Karlsen, K.H., & Tandberg, E. (2000). Health-related quality of life in Parkinson's disease: a prospective longitudinal study. *Journal of Neural Neurosurgery Psychiatry*, 69 (5), 584-589.
- Martinez-Martin, P., Schapira, A., Stocchi, F., Sethi, K., Odin, P., MacPhee, G... Chaudhuri, K.R. (2007). Prevalence of non-motor symptoms in Parkinson's disease in an international setting; study using non-motor symptoms questionnaire in 545 patients. *Movement Disorder*, 22, 1623-1629.
- Moran, G., Mashiach-Eizenberg, M., Berman, Y., Kaplan, Z., Epstein, P.G., & 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.
- Parker, C. P., Baltes, B., Young, S., Altmann, R., LaCost, H., Huff, J., & Roberts, J. E. (2003). Relationship between psychological climate perception and work outcomes: a meta-analytic review.

- Journal of organizational behavior*, 24, 389-416.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Ed.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 285-305). New York: Pergamon Press.
- 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.
- Stallibrass, C., Sissons, P., & Chalmers, C. (2002). Randomized controlled trial of the Alexander technique for idiopathic Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, 16, 695-708.
- WHOQOL group. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Yardley, L., Dennison, L., Coker, R., Webley, F., Middleton, & Barnett, K. (2010). Patients' views of receiving lessons in the Alexander Technique and an exercise prescription for managing back pain in the ATEAM trial. *Family Practice*, 27, 198-204.

The comparison of the Effectiveness of Massage Therapy, Alexander Technique, and Dohsa-hou Treatment on Happiness, Social Adjustment, Hope, Mental Health and Quality of life in Elderly with Parkinson

Tahereh Pourkamali

University of Isfahan

Hamidreza oreizi, Ph.D

University of Isfahan

Fariba Yazdkhasti, Ph.D ✉

University of Isfahan

Ahmad Chitsaz, Ph.D

University of Isfahan

Received: 2016.07.02

Accepted: 2016.05.11

The purpose of this study was to compare the effectiveness of Massage Therapy, Alexander Technique, and Dohsa-hou treatment on happiness, social adjustment, hope, mental health and quality of life in the elderly with Parkinson's disease. The research was quasi-experimental. The statistical population of this study was all the elderly with Parkinson's disease who referred to clinics in Isfahan in 2015. Among them, 42 patients were selected through convenience sampling and were divided randomly to three groups including Massage Therapy (n=14), Alexander Technique (n=14), and Dohsa-hou (n=14) group. Oxford Happiness Inventory (OHI) (Argyle, 2013), Social Adjustment Scale (Hosseini & Moghtader, 2009), Adult Hope Scale (Snyder, Irving & Anderson, 1991), General Health Questionnaire (Kaviani, Mousavi & Mohit, 2001), and World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL Group, 1994), were used as research instruments. Data were analyzed by Multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results showed that there is no significant difference between the effectiveness of three interventions on dependent variables in the post-test stage, but in the follow-up stage, Dohsa-hou had more influence on happiness than other interventions of the research. Based on the results of the present study, in long term Dohsa-hou treatment in comparison to other similar treatments, can be considered as a more effective therapy for happiness..

Keywords: Massage Therapy, Alexander Technique, Dohsa-hou, happiness, social adjustment, mental health, quality of life, Parkinson's disease

Tahereh Pourkamali, Ph.D student in Psychology, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, I.R. Iran and Faculty member in Payameh Noor University. Fariba Yazdkhasti, assistant professor, Dept. of psychology, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, I.R. Iran. Hamidreza oreizi, full professor, Dept. of psychology, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, I.R. Iran. Ahmad Chitsaz, associate professor, Dept. of psychology, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, I.R. Iran.

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Fariba Yazdkhasti, assistant professor, Dept. of psychology, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, I.R. Iran.

Email: f.yazdkhasti@edu.ui.ac.ir