

Comparison of Effectiveness of Dosah-hou and Alexander Techniques on Happiness, Social Adjustment, Hope, Mental Health and Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease

Tahereh Pourkamali¹, Fariba Yazdkhasti ^{*2}, Hamidreza Oreizi ³, Ahmad Chitsaz ⁴

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4. Professor, Department of Brain and Neural Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 2016.April.26 Revised: 2016. September.13 Accepted: 2016. September.21

Abstract

Background and Aim: Alexander Technique and Massage Therapy are considered as two efficient interventions for rehabilitation. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of Alexander Technique and Massage Therapy on improvement of happiness, hope, and mental health in patients with Parkinson's disease.

Materials and Methods: The statistical population of the study consisted 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. Oxford Happiness Questionnaire (OHQ), Adult Hope Scale (AHS), and General Health Questionnaire (GHQ-28) were used as the instruments of the study. Data was analyzed using Mixed ANOVA.

Results: The results showed that both interventions of the present study significantly improved happiness and hope in patients with Parkinson's disease, and there are no differences between effectiveness of the two interventions.

Conclusion: Alexander Technique and Massage Therapy can be considered as efficient interventions for improvement of happiness and hope in patients with Parkinson's disease.

Keywords: Alexander Technique; Massage Therapy; Health; Parkinson's disease

Cite this article as: Tahereh Pourkamali, Fariba Yazdkhasti, Hamidreza Oreizi, Ahmad Chitsaz. Comparison of Effectiveness of Dosah-hou and Alexander Techniques on Happiness, Social Adjustment, Hope, Mental Health and Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. *Rehab Med.* 2018; 6(4): 67-75.

* **Corresponding Author:** Fariba Yazdkhasti. Associate Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Email: Faribayazdkhasti@yahoo.com

مقایسه ی اثربخشی تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی در افزایش شادی، امید و سلامت عمومی بیماران مبتلا به پارکینسون

طاهره پورکمالی^۱، فریبا یزدخواستی^{۲*}، حمیدرضا عریضی^۳، احمدچیت ساز^۴

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی دانشگاه اصفهان، عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور شهرضا، اصفهان، ایران
۲. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استاد گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۴. استاد گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۵/۰۲/۰۷ بازنگری مقاله ۱۳۹۵/۰۶/۲۲ پذیرش مقاله ۱۳۹۵/۰۶/۳۰ *

چکیده

مقدمه و اهداف

مداخلات تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی، دو مداخله ی موثر در حیطه ی توانبخشی محسوب می شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی اثربخشی تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی در بهبود شادی، امید و سلامت عمومی بیماران مبتلا به پارکینسون بود.

مواد و روش ها

جامعه ی آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه ی بیماران مبتلا به پارکینسون مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آنها تعداد ۲۸ بیمار به شیوه ی نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه ی پژوهش انتخاب شدند. پرسش نامه ی شادکامی آکسفورد (OHQ)، مقیاس امید بزرگسال (AHS)، و پرسش نامه ی سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)، به عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

داده ها توسط تحلیل واریانس آمیخته، مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله ی به کار رفته در پژوهش حاضر می تواند به طور معناداری شادی و امید را در بیماران مبتلا به پارکینسون بهبود بخشد و تفاوتی بین میزان اثربخشی دو مداخله وجود ندارد.

نتیجه گیری

تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی می تواند به عنوان دو مداخله ی موثر در بهبود شادی و امید بیماران مبتلا به پارکینسون محسوب گردد.

واژه های کلیدی

تکنیک الکساندر؛ ماساژدرمانی؛ سلامت؛ بیماری پارکینسون

نویسنده مسئول: فریبا یزدخواستی. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

آدرس الکترونیکی: Faribayazdkhasti@yahoo.com

مقدمه و اهداف

بیماری پارکینسون، یک بیماری مزمن پیشرونده‌ی عصبی محسوب می‌گردد که به دنبال استحالته‌ی سلول‌های مغزی تولیدکننده‌ی دوپامین، ایجاد می‌گردد. لرزش دست و پا در هنگام عدم بروز حرکات ارادی، کندی حرکات، سختی و خشک شدن عضلات و مشکل در تعادل، از جمله علائم شایع بیماری پارکینسون به شمار می‌رود.^[۱] بیشترین شیوع این بیماری در سنین سالخوردگی و بعد از ۶۵ سالگی به چشم می‌خورد، به طوری که بعضی از آمارها شیوع ۱/۸ درصد را در جمعیت افراد بالای ۶۵ سال، گزارش کرده‌اند.^[۲] این بیماری نه تنها سلامت و کارکردهای جسمانی این بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه حیطه‌های سلامت عمومی و خلقی آنها را نیز با تهدیدات جدی مواجه می‌کند.^[۳، ۴] یکی از مهمترین این حوزه‌ها که می‌تواند در این میان تحت تاثیر قرار بگیرد، حوزه‌ی هیجان‌ات مثبت است.

امروزه مسائل مربوط به حوزه‌ی سلامت عمومی در جمعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، بسیار مطرح می‌باشد، زیرا دشواری‌ها و مسائل مربوط به این بیماری‌ها و روند درمان آنها، در این جمعیت، اثرات نامطلوبی را به درجات مختلف بر سطح بهداشت روان این افراد نیز خواهد داشت.^[۱۲] در حوزه سلامت عمومی و از میان هیجان‌ات مثبت، تاکنون شاید هیچ مقوله‌ای به اندازه‌ی هیجان شادی، مورد بررسی نظریه‌پردازان و پژوهشگران قرار نگرفته باشد.^[۵] شادی یک هیجان چندبعدی است که در بردارنده‌ی ارزشیابی فرد از خود و شرایط زندگی و مواردی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود.^[۶] نظریه‌پردازان هیجان‌ات مثبت، در مورد عوامل مرتبط با شادی، تاکید بارزی بر مولفه‌های شناختی دارند، به طوری که این شناخت‌ها، باورها و بینش‌های فرد نسبت به خود و زندگی خود در حال و آینده است که می‌تواند به عنوان عامل اصلی تعیین‌کننده‌ی شادکامی محسوب شود.^[۷، ۸] یکی از مهمترین این مؤلفه‌های شناختی تعیین‌کننده، نگرش توأم با امید و خوش‌بینی در ارزشیابی‌های شناختی فرد است.^[۹] امید به معنی داشتن نگرشی مثبت به آینده و انتظار وقوع پیامدها و تغییرات مطلوب است.^[۱۰] این مفهوم به عنوان یکی از مهمترین سرمایه‌های روانشناختی محسوب می‌گردد که برای حفظ پشتکار و انگیزه‌ی افراد در راستای تحقق اهداف و نیز مقابله با شرایط استرس‌زا و دشواری‌ها و محدودیت‌های زندگی روزمره، دارای نقشی حیاتی و غیرقابل انکار است.^[۱۱]

بنابراین انجام مداخلاتی که هم از جنبه‌های روانی و هم جنبه‌های جسمانی به بهبود سلامت این بیماران کمک نماید، ضروری به نظر می‌رسد. تکنیک الکساندر یکی مداخلاتی است که به نظر می‌رسد قابلیت تحقق چنین هدفی را داشته باشد.

تکنیک الکساندر، روشی برای ارتقای توانایی هماهنگی عادات بدنی و حرکتی است که طی آن افراد به عادات مضر و نامناسب حرکتی و بدنی خود، بینش یافته و طی تمرینات مختلف، در صدد تغییر و اصلاح این عادات، برمی‌آیند. بر اساس مبانی این رویکرد، حفظ عادات صحیح بدنی و حرکتی، مخصوصاً در ارتباط با سر و ستون مهره‌ها، نقش مهمی در بهبود وضعیت جسمانی-روانی افراد دارد.^[۱۳] از این رو حذف عادات غلط بدنی و حرکتی و جایگزین‌سازی عادات صحیح، سطح عمومی آرامش و انرژی روانی و جسمانی افراد را بالا برده و با بهبود کارکردهای روانشناختی و جسمانی در زندگی روزمره، می‌تواند در بهبود سطح سلامت عمومی افراد نیز تاثیرگذار باشد.^[۱۴] روش دیگری که به لحاظ مؤلفه‌های درمانی به تکنیک الکساندر نزدیک می‌باشد و امروزه بسیار مورد توجه قرار گرفته است، ماساژدرمانی است.

ماساژدرمانی، امروزه به عنوان یکی از رایج‌ترین و محبوب‌ترین درمان‌های مکمل شناخته می‌شود که در درمان اختلالات مختلف جسمی و روانشناختی می‌تواند در کنار درمان‌های مطرح دیگر، به کار بسته شود.^[۱۵] اگرچه ماساژدرمانی به طور سنتی بیشتر به عنوان درمانی برای بهبود و تسکین دردهای جسمانی شناخته شده است، ولی اخیراً تاثیر مثبت این درمان بر مؤلفه‌های روانشناختی نیز تأیید شده است.^[۱۶] ماساژ با اثرات مثبتی که بر سیستم گردش خون و آرام‌سازی عضلات دارد، باعث مهار مکانیسم درد می‌شود و همچنین می‌تواند موجب افزایش سروتونین و دوپامین و کاهش کورتیزول گردیده و به کاهش مشکلات بی‌خوابی نیز کمک نماید.^[۱۷] در واقع ماساژدرمانی اگرچه در ظاهر، یک مداخله‌ی جسمی به شمار رود، اما می‌تواند اثرات مثبت و قابل توجهی در افزایش سطح آرامش و خلق افراد داشته باشد.^[۱۸]

پژوهش‌های مختلف از اثربخشی روش‌های الکساندر و ماساژدرمانی در حیطه‌های مختلف سلامت، حکایت دارند. پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده‌اند نشان می‌دهند که درمان الکساندر بر بهبود تعادل حرکتی، سهولت در حرکت، آگاهی بدنی و اعتماد به نفس افراد سالمند^[۱۹]، بهبود خودارزیابی ناتوانی بیماری پارکینسون^[۲۰]، کاهش درد گردن و ستون فقرات^[۲۱]، کاهش درد بدنی^[۲۲]، بهبود ایستادن و حرکت افراد تحت عمل جراحی‌های کوچک^[۲۳] و بهبود راه رفتن در افراد مسن^[۲۴]، موثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی ماساژدرمانی نشان می‌دهند که این مداخله در کاهش افسردگی زنان در دوره‌ی قبل از زایمان^[۱۷]، بهبود علائم بیماری پارکینسون^[۲۵، ۲۴] و کاهش شدت درد، اضطراب و تنش پس از عمل جراحی روده^[۲۶]، اثربخش بوده است، اما در هیچ پژوهشی به مقایسه اثربخشی این دو روش پرداخته نشده است. علاوه بر این باید اشاره نمود که این پژوهش در پی آن است که اثربخشی این دو روش را بر بهبود مؤلفه‌های روان-شناختی پژوهش حاضر (شادی، امید و سلامت عمومی) مورد آزمون قرار دهد تا از این رهگذر مشخص گردد که آیا روش‌های درمانی عمدتاً فیزیولوژیکی همانند ماساژدرمانی و الکساندر توانایی بهبود معنادار مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به پارکینسون را نیز دارند یا خیر. دلیل مقایسه این دو روش از نظر پژوهشگر در این بود که این دو روش درمانی روش‌هایی کارآمد در بهبود وضعیت فیزیولوژیک و روان‌شناختی

جامعه آماری گوناگون داشته‌اند، اما ضروری به نظر می‌رسد که کارآیی این روش‌ها در مقایسه با هم مورد آزمون قرار گرفته تا از این رهگذر مشخص گردد که کدام یک از این روش‌ها به عنوان روشی کارآمدتر در درمان مولفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به پارکینسون به شمار می‌رود.

در یک جمع‌بندی باید بیان نمود که پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه اثربخشی تکنیک الکساندر عموماً بر حیطه حرکت و کاهش درد بوده و استفاده از روش ماساژدرمانی نیز در حیطه‌های محدود روان‌شناختی به کار گرفته شده است. با این حال، بر اساس جستجوی پژوهشگران این پژوهش، پژوهشی که به بررسی اثربخشی هر یک از مداخلات الکساندر و ماساژدرمانی بر شادی، امید و سلامت عمومی مبتلا به پارکینسون پرداخته باشد و یا به طور کلی اثربخشی بین این دو رویکرد را در حیطه‌های مختلف، مورد مقایسه قرار داده باشد، یافت نشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد الکساندر و ماساژدرمانی بر بهبود شادی، امید و سلامت عمومی بیماران مبتلا به پارکینسون بوده است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر اصفهان تشکیل 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 (با میانگین سنی ۶۱ سال) به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه درمانی الکساندر و ماساژدرمانی (در هر گروه ۱۴ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن بیماری پارکینسون، عدم ابتلا به بیماری روان‌شناختی همراه و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. از طرفی معیارهای خروج شامل عدم حضور در دو جلسه آموزشی و انصراف از شرکت در ادامه جلسات بود. به منظور سنجش متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌ی شادکامی آکسفورد^۱، مقیاس امید بزرگسال^۲ و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی^۳ استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی شادکامی آکسفورد، در سال ۱۹۸۹، توسط آرگایل^۴ و همکاران ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مورد بازنگری قرار گرفت. این مقیاس، دارای ۲۹ گزاره است که به صورت لیکرت چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی هر آزمودنی ۰ و حداکثر آن ۸۷ می‌باشد.^[۲۷] در پژوهش عابدی، میرشاه جعفری و لیاقت‌دار^[۲۸]، 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 ضرایب پایایی این پرسش‌نامه به دو شیوه‌ی آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی، مورد محاسبه قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ محاسبه شد.

مقیاس امید بزرگسال توسط اسنایدر^۵ به منظور سنجش امید در جمعیت‌های بالینی و بهنجار بزرگسالان ساخته شده است.^[۲۹] این پرسش‌نامه، دارای ۱۲ گزینه 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، تایید شده است.^[۳۰] در ایران پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است.^[۳۱] در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به دو شیوه‌ی آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی مورد محاسبه قرار گرفت که به ترتیب، ضرایب ۰/۶۳ و ۰/۵۰ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، توسط گلدبرگ^۶ 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. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد و دامنه‌ی نمرات قابل اکتساب، می‌تواند از ۰ تا ۸۴ متغیر باشد که نمرات بالاتر، نشانگر سطوح پایین‌تر سلامت روان، محسوب می‌شود.^[۳۲] در پژوهش ابراهیمی و همکاران^[۳۳]، 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 دو شیوه‌ی آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی مورد محاسبه قرار گرفت که ضرایب ۰/۸۵ و ۰/۶۸ به دست آمد. در این پژوهش از فرم ۲۸ سوالی این پرسش‌نامه و نمره کل آن استفاده شد.

پس از انتخاب اعضای نمونه و گمارش تصادفی آنها به دو گروه مساوی الکساندر (۱۴ نفر) و ماساژدرمانی (۱۴ نفر)، اعضای هر دو گروه پیش از اجرای مداخلات، در قالب مرحله‌ی پیش‌آزمون، به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. سپس دو مداخله‌ی الکساندر و ماساژدرمانی

¹ Oxford Happiness Questionnaire

² Adult Hope Scale

³ General Health Questionnaire

⁴ Argyle

⁵ Snyder

⁶ Goldberg

* فصلنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی

برای هر یک از گروه‌های مربوطه به مدت هشت جلسه فردی به مدت ۴۵ دقیقه در طی دو ماه اجرا شد. این در حالی بود که در زمان انجام فرآیند انجام پژوهش، افراد گروه نمونه در دو گروه تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی با روش ریلکس کردن بدن با استفاده از حرکات دست، گردن، کتف و کمر به صورت ماشه‌ای، مداخله دیگری را به جز این مداخله‌ها دریافت نمی‌کردند. ذکر این نکته ضروری است که تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی بر روی افراد دارای پارکینسون توسط دو متخصص آموزش دیده انجام شد. پس از اتمام جلسات مداخله، اعضای هر دو گروه، مجدداً در قالب مرحله‌ی پس‌آزمون، به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. یک ماه بعد از اتمام مداخلات نیز اعضای هر دو گروه در قالب مرحله‌ی پیگیری، به پرسش‌نامه‌های پژوهش، پاسخ دادند. این در حالی بود که آزمودنی‌ها هفته‌ای یکبار در جلسه‌ای با حضور پژوهشگر شرکت می‌کردند تا پژوهشگر نسبت به این مسئله اطمینان حاصل نماید که این افراد در دوره پیگیری تحت درمان دیگر قرار نگرفته باشند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخله‌ی الکساندر در جدول ۱ و خلاصه‌ای از محتوای جلسات ماساژدرمانی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه‌ی محتوای جلسات مداخله‌ی الکساندر

ردیف	نوع تکنیک	روش	هدف
۱	روش صحیح نگه داشتن سر در حال راه رفتن و ایستادن در دقایق ابتدایی جلسه درمانی. بدین صورت که پس از راهنمایی درمانگر و آموزش روش صحیح نگه داشتن سر و راه رفتن، آزمودنی‌ها در مراتب ۵ دقیقه‌ای این اعمال را انجام می‌دادند.	آموزش به فرد برای صاف نگه داشتن سر بر اساس 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	آموزش به فرد برای صاف نگه داشتن سر بر اساس 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
۳	روش صحیح نشستن و برخاستن	در نشستن ایده آل به فرد آموزش داده می‌شود که انگشتان پا کنار یکدیگر قرار گرفته و پاشنه‌ها از هم دور باشند.	برطرف کردن نشستن غیر صحیح و آموزش نشستن ایده‌آل
۴	روش صحیح خم شدن و برداشتن اشیاء از روی زمین و کار کردن در حالت خم شده	در این روش آموزش داده می‌شود که 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	در این روش آموزش داده می‌شود که 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
۶	روش صحیح حمل کیف و وسایل	در این روش هنگام حمل وسایل باید آنها را نزد بدن خود گرفت و همچنین دست‌ها از هم باز نشود تا خستگی کمتری به وجود آید.	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 نگاه داشتن صورت، نگاه کردن و عمل تنفس

جدول ۲: خلاصه‌ی محتوای جلسات مداخله‌ی ماساژدرمانی

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

جهت تحلیل داده‌ها از نسخه‌ی ۲۱ نرم‌افزار SPSS و از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد و آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

یافته‌ها

ترکیب جنسیتی آزمودنی‌ها بدین ترتیب بود که ۵۷/۱ درصد آزمودنی‌ها زن و ۴۲/۹ درصد آنها مرد بودند. از لحاظ تحصیلات، ۳۱ درصد دارای مدرک سیکل یا پایین‌تر، ۹/۵ درصد دارای دیپلم، ۱۶/۷ درصد دارای لیسانس، ۱۱/۹ درصد دارای فوق لیسانس، و ۹/۵ درصد دارای دکترا بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه ماساژدرمانی و الکساندر، در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	شاخص	میانگین \pm انحراف معیار		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شادی	ماساژدرمانی	۳۶/۵۰ \pm ۱۰/۰۶	۴۰/۵۷ \pm ۱۰/۳۳	۴۱/۵۰ \pm ۹/۲۸
	الکساندر	۳۴/۶۴ \pm ۱۲/۸۷	۳۷/۳۷ \pm ۱۴/۸۶	۴۲/۷۹ \pm ۱۲/۲۹
امید	ماساژدرمانی	۳۸/۷۹ \pm ۴/۵۶	۴۱/۲۹ \pm ۲/۸۶	۴۱/۲۱ \pm ۲/۸۳
	الکساندر	۳۷/۴۳ \pm ۵/۶۲	۴۱/۶۴ \pm ۳/۶۰	۴۱/۶۴ \pm ۴/۰۵
سلامت عمومی	ماساژدرمانی	۵۲/۹۲ \pm ۷/۹۱	۵۰/۴۳ \pm ۹/۹۰	۴۷/۵۰ \pm ۵/۱۵
	الکساندر	۵۵/۰۷ \pm ۱۳/۹۳	۵۵/۲۸ \pm ۱۱/۹۰	۵۴/۷۹ \pm ۱۲/۲۳

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در متغیر شادی، در هر دو گروه ماساژدرمانی ($n=14$) و الکساندر ($n=14$)، نمرات آزمودنی‌ها از مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پیگیری، افزایش داشته است. در مورد متغیر امید، در هر دو گروه، افزایش در طول مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پس‌آزمون، ملاحظه می‌گردد، اما در بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوتی ملاحظه نمی‌شود. در متغیر سلامت عمومی، در گروه ماساژدرمانی، کاهش نمرات در هر سه مرحله ملاحظه می‌شود (که با توجه به سبک نمره‌گذاری پرسش‌نامه می‌تواند نشانگر افزایش میزان سلامت عمومی باشد)، اما در گروه الکساندر تغییری بین نمرات از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری مشاهده نمی‌شود. جهت بررسی اثربخشی مداخلات به کار برده شده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در بخش‌های مختلف در ادامه ذکر می‌گردد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز به تفکیک متغیرهای وابسته، در دو گروه ماساژدرمانی و الکساندر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لامبدای ویلکز به تفکیک متغیرهای وابسته، در دو گروه ماساژدرمانی و الکساندر

منبع تأثیرات	شاخص‌ها	مقدار ویژه	F	درجه‌ی آزادی فرض	درجه‌ی آزادی خطا	Sig	مجذور اتا	توان آماری
شادی	زمان	۰/۷۵	۳/۹۷	۲	۲۵	۰/۰۳۲	۰/۲۴	۰/۶۵
	گروه	۰/۱۸	۵/۳۶	۲	۲۵	۰/۰۲	۰/۳۱	۰/۸۹
	زمان×گروه	۰/۹۴	۰/۷۸	۲	۲۵	۰/۴۶۹	۰/۰۵	۰/۱۶
امید	زمان	۰/۲۵	۴/۱۸	۲	۲۵	۰/۰۲۷	۰/۲۵	۰/۶۸
	گروه	۰/۲۱	۴/۸۴	۲	۲۵	۰/۰۲۴	۰/۲۸	۰/۸۶
	زمان×گروه	۰/۹۷	۰/۲۹	۲	۲۵	۰/۷۴۷	۰/۰۲	۰/۰۹
سلامت	زمان	۰/۸۲	۲/۶۶	۲	۲۵	۰/۰۸۹	۰/۱۲	۰/۳۲
	گروه	۰/۲۴	۴/۲۳	۲	۲۵	۰/۰۲۶	۰/۲۶	۰/۷۳
	زمان×گروه	۰/۸۷	۱/۷۲	۲	۲۵	۰/۲۰۰	۰/۱۲	۰/۳۲

همان‌طور که در جدول ۴، ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که در متغیرهای شادی و امید، حداقل در یکی از گروه‌ها بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار ایجاد شده است. همچنین اثر گروه بیانگر آن بود که دو روش ماساژدرمانی و الکساندر توانسته بر متغیرهای شادی، امید و سلامت عمومی اثر معنادار داشته باشد، هر چند که برای هیچ‌یک از متغیرها تعامل بین زمان و گروه، معنادار نبوده است و این یعنی روند ایجاد تغییرات در دو گروه، تفاوتی با یکدیگر نداشته است. نتایج آزمون‌های بین‌گروهی جهت بررسی تفاوت میزان اثر هر یک از مداخلات پژوهش بر متغیرهای وابسته، در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون‌های بین‌گروهی تحلیل واریانس آمیخته جهت مقایسه‌ی میزان اثربخشی مداخله‌ها

منبع تأثیرات	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	مجذور اتا	توان آماری
شادی	عضویت گروهی	۳۳/۱۶	۱	۳۳/۱۶	۰/۱۳	۰/۷۲۰	۰/۰۰	۰/۰۶
	خطا	۶۵۵۴/۳۳	۲۶	۲۵۲/۰۹				
امید	عضویت گروهی	۰/۷۶	۱	۰/۷۶	۰/۰۳	۰/۸۵۹	۰/۰۰	۰/۰۵
	خطا	۶۱۸/۵۷	۲۶	۲۳/۷۹				
سلامت	عضویت گروهی	۴۷۶/۱۹	۱	۴۷۶/۱۹	۲/۰۷	۰/۱۶۲	۰/۰۷	۰/۲۸
	خطا	۵۹۷۵/۲۴	۲۶	۲۲۹/۸۱				

همان‌طور که در جدول ۵، ملاحظه می‌شود، در هیچ‌کدام از متغیرها تفاوت بین گروهی معنادار نمی‌باشد. این موضوع به این معنی است که بین میزان اثر دو مداخله در متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری ملاحظه نشده است. بنابراین در مجموع می‌توان با رجوع به جدول ۳، این‌طور بیان کرد که هر دو مداخله‌ی الکساندر و ماساژدرمانی، تاثیر معناداری را در افزایش شادی و امید آزمودنی‌ها در طی مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری داشته‌اند، اما بین میزان و تداوم تاثیر دو مداخله، تفاوت معناداری ملاحظه نمی‌گردد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر، بیانگر اثربخشی معنادار و یکسان هر دو رویکرد الکساندر و ماساژدرمانی بر افزایش شادی و امید افراد مبتلا به پارکینسون بود. در پیشینه‌ی پژوهشی، پژوهشی که به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی این دو درمان بر تمامی این متغیرها پرداخته باشد، یافت نشد، اما می‌توان در بافتی کلی‌تر، نتایج پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر اثربخشی درمان الکساندر بر بهبود خودارزیابی ناتوانی بیماری پارکینسون^[۲۰]، اثربخشی ماساژدرمانی بر کاهش افسردگی زنان در دوره‌ی قبل از زایمان^[۱۷] و اثربخشی ماساژدرمانی بر کاهش اضطراب و تنش^[۲۶]، به لحاظ نظری همسو دانست، در حالی که این پژوهش‌ها بر روی بیماران پارکینسون صورت نگرفته، اما به لحاظ اثربخشی این روش‌ها بر مولفه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک قابل استناد است که نشان از کارایی این روش‌ها دارد. در تبیین این یافته‌ی پژوهش می‌توان به مؤلفه‌های مشترکی از هر دو درمان اشاره کرد. یکی از مهمترین منابع ناکامی و موانع تجربه‌ی هیجانات مثبت برای بیماران مبتلا به پارکینسون و به طور کلی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن حرکتی، می‌تواند احساس ناتوانی در عملکرد بهنجار و عدم کنترل به مسائل جسمی خود باشد. از این‌رو در هر دو مداخله‌ی الکساندر و ماساژدرمانی، به افراد کمک می‌شود تا به

احساس تسلط بیشتری بر مسائل و مشکلات جسمی ناشی از بیماری خود دست یابند و بتوانند در عین درگیری دائمی با این بیماری، به سطوح رضایت بخشی از آرامش روانی-جسمانی، دست یابند که تا پیش از این مداخلات، به طور مستمر و ارادی تجربه نکرده بودند. این افزایش احساس توانایی در کنترل حالات خود و نیز احساس توانایی و غلبه بر دشواری‌های جسمی بیماری، می‌تواند اعتماد به نفس این بیماران را افزایش داده و احساس ناتوانی آنها را کاهش دهد. این موضوع در پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده شده است که افزایش اعتماد به نفس و احساس خودکارآمدی می‌تواند نقش مهمی در افزایش سطح عمومی شادکامی داشته باشد.^[۳۴] از سوی دیگر، این بیماران تا زمانی که احساس می‌کنند کنترلی بر مشکلات جسمی خود ندارند، مطمئناً تصویری منفی از آینده‌ی اختلال خود و مشکلات همراه آن در ذهن خواهند داشت، اما هنگامی که با کمک مداخلات به کار رفته در این پژوهش، احساس کنترل بیمار افزایش می‌یابد، امید وی نیز برای کاهش مشکلات و ناراحتی‌های همراه با بیماری افزایش خواهد یافت.

نتایج پژوهش حاضر، همچنین نشان داد که با وجود تاثیرات مثبتی که دو مداخله‌ی الکساندر و ماساژدرمانی می‌توانند بر افزایش سطح شادی و امید بیماران مبتلا به پارکینسون، داشته باشند، مؤلفه‌های درمانی این دو مداخله برای تاثیر مستقیم بر متغیر گسترده‌ای همچون سلامت عمومی، کافی نمی‌باشد. در واقع پیش از انجام این دو مداخله، فرض پژوهشگران پژوهش حاضر بر این بود که این دو مداخله احتمالاً می‌توانند با افزایش مؤلفه‌هایی همچون شادی، امید، بر سطح کلی سلامت عمومی، تاثیرگذار باشند، اما نتایج پژوهش نشان می‌دهد که برای اثرگذاری در مفهومی گسترده و چندبعدی همچون سلامت عمومی، احتمالاً ورود مؤلفه‌های دیگر، مخصوصاً مؤلفه‌های بین فردی و اجتماعی در جریان مداخله، امری ضروری است. در واقع این یافته، بار دیگر هم‌راستا با پیشینه‌ی نظری و پژوهشی این دو درمان، متذکر می‌شود که این دو نوع مداخله، به عنوان درمان‌های مکمل، می‌توانند بسیار حائز اهمیت باشند، اما برای تاثیرگذاری بر سطح عمومی سلامت عمومی، شاید بهتر باشد که اجرای این مداخلات در کنار مداخلات روان‌شناختی تخصصی، مد نظر قرار بگیرد.

پژوهش حاضر فقط در میان مبتلایان به بیماری پارکینسون شهر اصفهان انجام شد و لذا تعمیم نتایج آن به سایر جمعیت‌ها نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. دیگر محدودیت پژوهش حاضر، محدودیت در پیشینه پژوهشی بود، چنان‌که جز پژوهش‌های ذکر شده به عنوان پیشینه پژوهش حاضر، تقریباً پژوهش‌های دیگری یافت نگردید که کارایی این روش‌ها را به خصوص بر روی بیماران پارکینسونی مورد آزمون داده باشد. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش، در نظر نگرفتن نقش جنسیت و سن در اثربخشی این دو مداخله بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، سن و جنسیت به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده بررسی شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، تاثیر این مداخلات به عنوان مداخلات مکمل در کنار درمان‌های روان‌شناختی، مورد بررسی قرار بگیرد. البته پژوهشگر با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش خود (مبنی بر عدم تفاوت معنادار میزان تاثیر تکنیک الکساندر و ماساژدرمانی) و هم چنین نبود پژوهشی در راستای بررسی تاثیر مداخلات الکساندر و ماساژدرمانی بر مؤلفه‌های شادی، امید و سلامت عمومی بیماران مبتلا به پارکینسون پیشنهاد می‌کند که در کنار درمان پزشکی و دارویی، می‌توان از این دو روش در جهت افزایش شادی، سلامت عمومی و امید بیماران مبتلا به پارکینسون استفاده نمود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، می‌توان این طور نتیجه‌گیری کرد که مداخلات الکساندر و ماساژدرمانی، می‌تواند به عنوان دو درمان تکمیلی موثر در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به پارکینسون به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله حاضر، بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و پرسنل مراکز درمانی همکاری‌کننده قدردانی می‌نمایند.

منابع

1. Fukunaga JY, Quitschal RM, Dona F, Ferraz B, Gananc M, Caovilla H. Postural control in Parkinson's disease, *Brazilian Journal Otor*. 2014; 80(6): 508-514.
2. Aminoff MJ, Christine CW, Friedman JH, Chou KL, Lyons KE, Pahwa R, et al. Management of the hospitalized patient with Parkinson's disease: current state of the field and need for guidelines. *Parkinson Related Disorder*. 2011; 17(3): 139-45.
3. Veisser M, Van Rooden SMA. Comprehensive model of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Journal Neurologr*. 2008; 255(10): 1580-1587.
4. Forsaa EB, Larsen JP. Predictors and course of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Movement Disorder*. 2008; 23(10): 1420-1427.
5. Kesebir P, Diener E. In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *The Science of well-being*. 2008; 3(2): 117-125.
6. Callahan S. Called to happiness: Where faith and psychology meet. Maryknoll: Orbis Book; 2011.
7. Oishi S, Schimmack U, Diener E. Pleasures and subjective well-being. *European Journal of Personality*. 2001; 15: 153- 167.

8. Carr A. Positive psychology: The science of happiness and human strengths. New York: Routledge; 2005.
9. Tay L, Kuykendall L, Diener E. Psychological capital, quality of work life, and quality of life of marketers. *Journal Macromark*. 2012; 32(1): 87-95.
10. Davidson PM, Dracup K, Phillips J, Daly J, Padilla G. Preparing for the worst while hoping for the best. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 22 (3): 159-165.
11. Luthans F, Youssef C, Avolio BJ. Psychological Capital: Developing the human competitive edge. London: Oxford University Press; 2007.
12. Rigikouteh B, Ahmadi Forooshany SH. Meta-analysis of effectiveness of psychological interventions on improvement of quality of Life in chronic patients (2006-2011). *Journal of Psychosomatic Research*. 2013; 5(1): 47-56.
13. Yardley L, Dennison L, Coker R, Webley F, Middleton K, Barnett et al. Patients' views of receiving lessons in the Alexander Technique and an exercise prescription for managing back pain in the ATEAM trial. *Family Practice*. 2010; 27: 198–204.
14. Cacciatore TW, Gurfinkel WS, Horak FB, Cordo PJ, Ames KE. Increased dynamic regulation of postural tone through Alexander Technique training. *Human Movement Science*. 2011; 30(1): 74-89.
15. Butttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Kharmwan S. 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 Body Movement Therapy*. 2011; 15(1): 15-23.
16. Fied T. Massage therapy research review. *Complement Therapist in Clinical Practice*. 2014; 30: 1-6.
17. Field T, Diego M, Gonzalez G, Funk CG. Knee arthritis pain is reduced and range of motion is increased following moderate pressure massage therapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2015; 21(4): 233-237.
18. Hou WH, Chiang PT, Hsu TY, Chiu SY, Yen YC. Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 71(7): 894-901.
19. Dennis RJ. Functional reach improvement in normal older women after Alexander technique instruction. *The Journal of Gerontology Medicine Science*. 1999; 54: 8–11.
20. Stallibrass C, Sissons P, Chalmers C. Randomized controlled trial of the Alexander technique for idiopathic Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*. 2002;16: 695–708.
21. Jain S, Janssen K, DeCelle S. Alexander technique and Feldenkrais method: a critical overview. *Physical Medicine Rehabilitation*. 2004; 15: 811–825.
22. Pramod P, Trisha P, Roig-Francoli J, Cone L, Sivan B, DeFoor R, Gaitonde K, Paul H. The impact of the Alexander Technique on improving posture and surgical ergonomics during minimally invasive surgery: a pilot study. *The Journal of Urology*. 2011; 186(4): 1658-1662.
23. Matthew M, David I, Diane D, Ross CA, Kate A. Effects of Alexander Technique training experience on gait behavior in older adults. *Journal of Body work Movement Therapies*. 2015; 19(3): 473-481.
24. Donoyama N, Ohkoshi N. Effects of traditional Japanese massage therapy on various symptoms in patients with Parkinson's disease: a case-series study. *The Journal of Alternative Complementary Medicine*. 2012; 18: 294-299.
25. Donoyama N, Suoh S, Ohkoshi N. Effectiveness of Anma massage therapy in alleviating physical symptoms in outpatients with Parkinson's disease: A before-after study. *Complementary Therapist in Clinical Practice*. 2014; 20(4): 251-261.
26. Dreyer NE, Cutshall SM, Huebner M, Foss DM, Lovely JK, Bauer BA, Cima RA. Effect of massage therapy on pain, anxiety, relaxation, and tension after colorectal surgery: A randomized study. *Complementary Therapist in Clinical Practice*. 2015; 21(3): 154-159.
27. Kashdan TB. The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality Individual Differences*. 2004; 36: 1225–1232.
28. Abedi M, Mirshah Jafari E, Liaghatdar M.G. Standardization of the Oxford Happiness Inventory in students of Isfahan University. *Iranian Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 2006; 12(2): 95-100. [In Persian]
29. Grewal PK, Porter J. Hope theory: a framework for understanding Death studies. *Death Studies*. 2007; 31(2): 131-154.
30. Snyder CR, Irving LM, Anderson JR. Hope and health. In: Snyder CR, Forsyth DR (ed), *Handbook of social and clinical psychology* (285-305). New York: Pergamon Pres; 1991.
31. Ghobary B, Lavasani M, Rahimi H. Hope, purpose in life, and mental health in college students. *International Journal of Human*. 2007; 5(5): 127-132.
32. Kaviani H, Mousavi A, Mohit A. Interview and psychological tests. Tehran: Sana; 2001. [In Persian]
33. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghoobi M. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *Journal of Research Behavior Science*. 2007; 5(1): 5-12. [In Persian]
34. Hunagund DL, Hangal SJ. Self-Efficacy and Happiness in Youth. *Journal of Indian Academic Applied Psychology*. 2014; 40(1): 70-73.