

اثربخشی بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون

مینا مقتدری^۱، *مجید صفاری‌نیا^۲، حسین زارع^۳، احمد علی‌پور^۴
۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۴. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۲/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۲)

Effectiveness of the Package of Hope Therapy Based on Positivist Approach on the Self-Efficacy and Loneliness of Parkinson Patients

Mina Moghtaderi¹, *Majid Saffarinia², Hossein Zare³, Ahmad Alipour⁴

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Apr. 25, 2019 - Accepted: Feb. 01, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The emergence of chronic diseases such as Parkinson seriously damages the patients' psychological health besides physical health. Therefore, the present study was conducted with the purpose of investigating effectiveness of the package of hope therapy based on positivist approach on Self-efficacy and loneliness of patients with Parkinson. **Method:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period. The statistical population of the present study included the people with Parkinson in the city of Isfahan in the winter of 2018-19. 40 patients with Parkinson were selected through non-random available sampling and were randomly replaced into experimental and control groups (20 patients in the experimental group and 20 in the control group). The experimental group received training intervention of hope therapy based on positivist approach in ten ninety-minute sessions during three months. The applied questionnaires in this study included Self-efficacy (Sherer and Adams, 1994) and loneliness questionnaire (Russell, 1996). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Findings:** The results showed that the training package of hope therapy based on positivist approach has significant effect on Self-efficacy and loneliness of Parkinson patients ($p < 0/001$). However, this effect on the follow-up was also maintained. **Conclusion:** The findings of the present study showed that training package of hope therapy based on positivist approach can lead to the improvement of Self-efficacy and loneliness of Parkinson patients due to enjoying the methods of hope therapy and positivist psychotherapy.

Keywords: Hope Therapy based on Positivist Approach, Self-Efficacy, Loneliness, Parkinson.

چکیده

مقدمه: بروز بیماری‌های مزمن همچون پارکینسون، علاوه بر سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی مبتلایان را نیز با آسیب جدی مواجه می‌سازد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به بیماری پارکینسون شهر اصفهان در سه‌ماهه زمستان سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۴۰ فرد مبتلا به بیماری پارکینسون با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار در گروه کنترل). گروه آزمایش مداخله آموزشی امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر را طی سه ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی (شرر و آدامز، ۱۹۹۴) و پرسشنامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۶) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بسته آموزشی امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). این در حالی بود که این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ثبت خود را حفظ کرده بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که بسته آموزشی امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر به دلیل برخورداری از روش‌های امیددرمانی و روان‌درمانی مثبت‌نگر، می‌تواند منجر به بهبود خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون شود.

واژگان کلیدی: امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر، خودکارآمدی، احساس تنهایی، پارکینسون.

*نویسنده مسئول: مجید صفاری‌نیا

*Corresponding Author: Majid Saffarinia

Email: m.saffarinia@yahoo.com

مقدمه

افراد مبتلا به پارکینسون نیاز به مراقبت دارند، به طوری که بدون مراقبت احتمال وقوع مشکلات خاص برای آنها وجود دارد (جکسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری نه تنها توانایی‌های عملکردی بیماران را تحت تأثیر شدید قرار می‌دهد، بلکه حیطه‌های هیجانی، روانی، اجتماعی، عاطفی و ابعاد گوناگون کیفیت زندگی آنها را نیز دچار آسیب جدی می‌نماید (سوراتوس، سارانزا، سامالاپا و جامورا^{۱۳}، ۲۰۱۸؛ لی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۸). پریشانی روان‌شناختی، حالات ذهنی ناخویند افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائم هیجانی و فیزیولوژیکی دارند (ذاکری، حسنی و اسماعیلی، ۱۳۹۶). علاوه بر این باید اشاره کرد که بیماری‌های مزمن و پدیدآیی آنان قوای جسمانی و روان‌شناختی بیماران را تحلیل برده و از میزان تعاملات اجتماعی و شغلی آنان می‌کاهد (کیونگ، ویها، لانگفی، ونهوا و یانگ^{۱۵}، ۲۰۱۹). این فرایند نیز خودکارآمدی^{۱۶} بیماران را دچار آسیب می‌گرداند (رشیدی، صفوی، یحیوی و فراهانی، ۱۳۹۴؛ حیدری، فیاضی، برسی، وفایی‌زاده، ۱۳۹۵). خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زاست (ووک، اونیگبو و اودو^{۱۷}، ۲۰۱۷)؛ بنابراین ادراک خودکارآمدی بر عملکرد واقعی

پارکینسون^۱ یک بیماری دژنراتیو عصبی^۲ و با سیر آهسته پیش‌رونده است که در اثر تحلیل سلول‌های مغزی تولیدکننده دوپامین^۳ ایجاد می‌شود. درحالی‌که بیماری پارکینسون یک اختلال حرکتی و عملکردی پیش‌رونده است، تغییرات شناختی و زبانی نیز در این بیماری مشاهده می‌شود (اسکای^۴ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ریچ و ساویت^۵، ۲۰۱۹). از علائم اصلی پارکینسون ارتعاش و لرزش دست‌وپا در حالت استراحت، کندی حرکات، سختی و خشک شدن دست‌وپا و بدن و نداشتن تعادل را می‌توان نام برد (فوکاناچا^۶ و همکاران، ۲۰۱۴؛ هیز^۷، ۲۰۱۹). این بیماری در قرن حاضر دومین بیماری شایع سیستم عصبی مرکزی بعد از آلزایمر است که به‌عنوان یکی از شایع‌ترین دلایل ناتوانی در سنین بالا نیز به شمار می‌رود (پورکمالی، یزدخواستی، عریضی و چیت‌ساز، ۱۳۹۶؛ دری، شاه، کای و کانسل^۸، ۲۰۱۰؛ آنال و امیکلی-آلتارفان^۹، ۲۰۱۹). با افزایش سن و طول عمر، احتمال وقوع این بیماری افزایش می‌یابد، به طوری که تقریباً حدود ۱/۸ درصد از افراد بالای ۶۵ سال به این بیماری دچار می‌شوند (آمینوف^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوگان، مک‌گویر و ریلی^{۱۱}، ۲۰۱۹).

1. Parkinson
2. Nervous degenerate
3. Dopamine
4. Skelly
5. Reich, Savitt
6. Fukunaga
7. Hayes
8. Derry, Shah, Caie, Counsell
9. Unal, Emekli-Alturfan
10. Aminoff
11. Kogan, McGuire, Riley

12. Jackson
13. Suratos, Saranza, Sumalapao, Jamora
14. Lee
15. Qiong, Weihua, Longfei, Wenhao, Yang
16. Self- efficacy
17. Nwoke, Onuigbo, Odo

اورتون^۷، ۲۰۱۹؛ اسپینو، گامگ، کلاین، ترهورست و میتچل^۸، ۲۰۱۶). احساس تنهایی به عنوان یک وضعیت دیرپای درماندگی عاطفی، زمانی روی می‌دهد که فرد احساس بیگانگی، سوء تفاهم یا طردشدگی می‌کند و یا فاقد الگوی اجتماعی مناسب برای فعالیت‌های مطلوب، به ویژه فعالیت‌هایی است که احساس یکپارچگی اجتماعی و تعلق عاطفی را فراهم می‌سازد (دی‌ولامینک، هاومان وین، وانت‌ویر و دی‌گروت^۹، ۲۰۱۰). این تعریف کمک می‌کند تا اصطلاح احساس تنهایی به درماندگی ناشی از نوعی احساس همیشگی جدایی از دیگران و نه انزوای اجتماعی محدود شود. این تعریف هم‌چنین یادآور می‌شود که افرادی که تماس خود را با دیگران محدود می‌کنند، یا فردی که یک سبک زندگی منزوی را ترجیح می‌دهد، لزوماً احساس تنهایی نمی‌کنند (ویسمن، مای‌سلز و شارابانی^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ واورزینیک و پولارویتمان^{۱۱}، ۲۰۱۱). تنها بودن با احساس تنهایی کردن یکسان نیست و حتی نمی‌توان با دیگران و در کنار دیگران بودن را به منزله جلوگیری از احساسات تنهایی فرض نمود (برگمان و سگال کارپاس^{۱۲}، ۲۰۱۸).

جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به پارکینسون، تاکنون روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی همچون روش دوساهو و

افراد، انتخاب‌ها و سازمان‌دهی فرایندها در جهت دستیابی و به ثمر رساندن سطوح عملکرد، پیشرفت و میزان تلاشی که فرد صرف یک فعالیت می‌کند، تأثیر دارد (هوانگ^۱، ۲۰۱۶). خودکارآمدی به صورت دریافت و داوری فرد درباره مهارت‌ها و توانمندی‌های مورد نیاز برای انجام کار در موقعیت‌های ویژه تعریف می‌شود (نریمانی، بگیان کوله‌مرز و مهدی‌نژادمقدم، ۱۳۹۴؛ راترفورد، لانگ و فارکاس^۲، ۲۰۱۷). از سوی دیگر خودکارآمدی تنها زمانی بر کارکرد تأثیر می‌گذارد که شخص مهارت‌های لازم برای انجام کاری ویژه را دارا باشد و برای انجام آن کار به اندازه کافی برانگیخته شود و ایجاد این برانگیختگی و انگیزش جهت رسیدن به اهداف، جز از طریق توجه به توانمندی‌های افراد و فراهم کردن اسباب رسیدن به این اهداف در سایه توجه به تفاوت‌های فردی منظور نمی‌شود (گورول و آکتی^۳، ۲۰۱۰).

در ادامه باید اشاره کرد که افراد دارای بیماری‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مزمن، به سبب روابط و تعاملات اجتماعی محدود حاصل از بیماری، احساس تنهایی^۴ را تجربه می‌کنند (بادکوک^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). احساس تنهایی منشأ بسیاری از حالات نامتعادل روانی چون خودکشی، افسردگی، یاس و ناامیدی است (مولر و سیهاس^۶، ۲۰۱۹؛ سیلاتتی، لازاراس، پاول،

7. Ypsilanti, Lazuras, Powell, Overton
8. Spino, Kameg, Cline, Terhorst, Mitchell
9. de Vlaming, Haveman-Nies, Van't Veer, de Groot
10. Wiseman, Mayselless, Sharabany
11. Wawrzyniak & PollardWhiteman
12. Bergman, Segel-Karpas

1. Huang
2. Rutherford, Long, Farkas
3. Gürol, Akti
4. Loneliness
5. Badcock
6. Moeller, Seehuus

مواجهه با تشخیص، درمان و پیگیری دارویی بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خودشان نشان می‌دهند (برندس، کیف، سامرز، کوتادیا^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). تاکنون تأثیر ارتقاء امید بر بهبود خودکارآمدی در بیماری‌های مزمن همچون مردان کم‌توان جسمی و حرکتی (شیخ‌الاسلامی و رضانی، ۱۳۹۶)، بر افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی (مویدقاعدی و قربان‌شیرودی، ۱۳۹۵) نشان داده شده است. همچنین لاین و پیلو-کیلو^۶ (۲۰۱۹) و رودین، لو، میکالینسر، دونر، گالیس^۷ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده‌اند که امید می‌تواند به روند درمانی بیماران صعب‌العلاج کمک معناداری کند و باعث شود افسردگی و تنش‌های روانی آن‌ها در کاهش یافته و در نتیجه عملکرد اجتماعی آن‌ها در جامعه بهبود یابد. علاوه بر این کنعانی، هادی، سلیمانی و آرمان‌پناه (۱۳۹۴) گزارش کرده‌اند که امیددرمانی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان‌شناختی شود.

روان‌درمانی مثبت‌نگر^۸ یکی دیگر از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پژوهش فیلینک، اسمیت، برگام و پترز^۹ (۲۰۱۵)؛ یوولیا سزک، رشید، ویلیامز و گالامانی^{۱۰} (۲۰۱۶)؛ شوشانی، استین‌متز و کانات-مایمون^{۱۱} (۲۰۱۶)؛ پرویر، گاندر، ولنزون و راج^{۱۱} (۲۰۱۶)؛ اوچائو،

ماساژدرمانی (پورکمالی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ تمرینات تعادلی (خدادادی، رهنما، هاشمی و جهرمی دستجردی، ۱۳۹۶)؛ تمرینات شناختی (ضامنی‌مطلق، نزاکت الحسینی، صالحی و چیت‌ساز، ۱۳۹۵) و شناخت - رفتار درمانگری (علی‌اکبری دهکردی، علی‌پور، زارع، شهیدی و برقی ایرانی، ۱۳۹۲) به کار گرفته شده است. از انواع این درمان‌ها می‌توان به امیددرمانی^۱ اشاره کرد (لاین و پیلو-کیلو^۲، ۲۰۱۹). در امیددرمانی (اسنایدر^۳، ۲۰۰۴)، شرکت‌کنندگان ابتدا با اصول نظریه امید آشنا شده و سپس به آن‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه این اصول را در زندگی خود به کار گیرند. شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه اهداف مهم، قابل‌دستیابی و قابل‌اندازه‌گیری تعیین کنند، گذرگاه‌های متعدد برای حرکت به سمت این اهداف تعیین کنند، منابع انگیزشی و تأثیر متقابل هر مانع بر انگیزش را شناسایی کنند، پیشرفت به سمت هدف را بازنگری کنند و اهداف و گذرگاه‌ها را در صورت لزوم اصلاح کنند (گزل‌سفلو و اثباتی^۴، ۲۰۱۲). مفروضه زیربنایی رویکرد فوق بر این اصل استوار است که تفکر امیدوارانه و بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن به دو طریق به هم مربوط می‌شوند: اول اینکه افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. بر این اساس آن‌ها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربال‌گری را برای خود انجام دهند. دوم اینکه افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در

5. Berendes, Keefe, Somers, Kothadia
6. Rodin, Lo, Mikulincer, Donner, Gagliese
7. Positive psychotherapy
8. Flink, Smeets, Bergbom, Peters
9. Uliaszek, Rashid, Williams, Gulamani
10. Shoshani, Steinmetz, Kanat-Maymon
11. Proyer, Gander, Wellenzohn, Ruch

1. Hope therapy
2. Lannie, Peelo-Kilroe
3. Snyder
4. Gezelseflo, Esbati

بیماران پارکینسون داشته باشد. همچنان که پیشینه پژوهشی نشان داد امیددرمانی و درمان مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی در جامعه‌های آماری گوناگون تأثیر معنادار دارد، اما نکته‌ای که در این بین مطرح است، هیچ پژوهشی به بررسی اثر بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون نپرداخته است. علاوه بر این باید اشاره کرد که عمده پژوهش‌های انجام‌شده بر روی بیماران پارکینسونی بر درمان‌های فیزیولوژیکی و پزشکی استوار بوده و به میزان کمی به متغیرهای روان‌شناختی و هیجانی آن‌ها توجه شده است؛ این فرایند ضرورت انجام پژوهش حاضر را برجسته‌تر می‌سازد؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون است.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به بیماری پارکینسون مراجعه‌کننده به مرکز درمانی دکتر چیت‌ساز واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که دارای بیماری پارکینسون تشخیص داده‌شده و جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. از این میان، تعداد ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه

کاسلاس-گرا، ویوس، فونت و براس^۱ (۲۰۱۷)؛ والش، زیمزینسکا، تایلور و پریب^۲ (۲۰۱۸)؛ هافمن، میگ، فلستین و فریدم^۳ (۲۰۱۹) موردتأیید موردتأیید قرار گرفته است. این پژوهشگران نشان داده‌اند که روان‌درمانی مثبت‌نگر منجر به کاهش اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی و استرس و بهبود کیفیت زندگی، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مختلف شده که این فرایند نشان از کارایی این روان‌درمانی دارد. مرور ادبیات روان‌شناسی مثبت‌نگر نشان داده است که این رویکرد دارای کارایی بالینی مناسبی برای طیف وسیعی از افراد و موقعیت‌های مختلف به شمار می‌رود (میتچل، ولا-بوردیک و کلین^۴، ۲۰۱۰). روان‌درمانی مثبت‌نگر، از لحاظ تجربی رویکردی معتبر به روان‌درمانی است که عمده توجه خود را بر اساس بنا نهادن توانمندی‌ها و احساسات مثبت درمان‌جو متمرکز می‌کند و با به فعال‌سازی معنا در زندگی، آسیب روانی را کاهش و در مقابل شادی را افزایش می‌دهد (رشید^۵، ۲۰۰۸). درمان‌گران مثبت‌نگر، احساسات و خاطرات مثبت را در فرایند درمان راه انداخته و آن‌ها را کانون توجه قرار می‌دهد (بولیر، هاورمان، وسترهوف، ریپر^۶ و همکاران، ۲۰۱۳).

حال با توجه به موارد ذکرشده در مورد امیددرمانی و درمان مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر، به نظر می‌رسد که تلفیق این دو رویکرد اثرات هم‌افزایی بر خودکارآمدی و احساس تنهایی

1. Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font, Borrás
2. Walsh, Szymczynska, Taylor, Priebe
3. Huffman, Feig, Millstein, Freedman
4. Mitchell, Vella-Brodrick & Klein
2- Rashid
6. Bolier, Haverman, Westerhof, Riper

شده است.

مقیاس احساس تنهایی بزرگسالان: پرسشنامه احساس تنهایی بزرگسالان توسط راسل^۱ در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد. علیرغم اعتبار و پایایی مناسبی که برای این مقیاس گزارش شده بود برای رفع برخی نواقص راسل و همکاران در سال ۱۹۸۰ نسخه تجدیدنظر شده‌ای را ارائه دادند. آن‌ها در نسخه سوم که در سال ۱۹۹۶ تدوین شد، عبارت‌های آزمون و نحوه پاسخگویی به آن را ساده‌تر کرده و محتوای ماده چهارم آزمون را از منفی به مثبت تغییر دادند. همچنین مواد آزمون را به‌گونه‌ای طراحی کردند که بتوان از طریق مصاحبه آنرا اجرا کرد این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است که در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= هرگز ۴= همیشه) نمره داده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر فرد است (راسل، ۱۹۹۶). راسل (۱۹۹۶) برای این نسخه مقیاس ضریب آلفای برابر با ۰/۹۴ گزارش کرد. در پژوهش بحرایی، دلاور و احدی (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بین نمرات افسردگی و احساس تنهایی ۰/۶۷ محاسبه شد. همچنین روایی محتوایی نیز در پژوهش این پژوهشگران مناسب ارزیابی گردید. در پژوهش امینی، دهقانی چم‌پیری، صالحی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۸) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

به مرکز درمانی دکتر چیت‌ساز، تعداد ۴۰ فرد مبتلا به بیماری پارکینسون به شیوه در دسترس انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۲۰ بیمار). از این تعداد ۲۱ نفر مرد و ۱۹ نفر زن بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری پارکینسون به تشخیص روان‌پزشک و متخصص مغز و اعصاب، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان در مراکز درمانی)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بر اساس پرونده پزشکی، حداقل سواد سیکل، مصرف دارو ویژه بیماری پارکینسون و نداشتن بیماری روان‌شناختی حاد و مزمن همانند افسردگی (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ملاحظات اخلاقی: شرکت‌کنندگان در این پژوهش رضایت کامل داشتند و هیچ‌گونه اجباری بر ای شرکت‌کنندگان در این تحقیق از طرف محقق نبوده است. اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه نگهداری شده و نتایج بدست آمده کاملاً به‌صورت محرمانه و فقط در راستای پژوهش بوده است. مباحث داخل جلسات فقط در راستای محتوی درمان بوده و تمامی شرکت‌کنندگان از اهداف برگزاری این جلسات آگاه بوده‌اند.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده

1. Russell

پرسشنامه خودکارآمدی: پرسشنامه خودکارآمدی توسط شرر و آدامز در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند.

بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر فرد است (بختیاری‌براتی، ۱۳۷۶). این مقیاس توسط براتی‌بختیاری (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شده است. براتی‌بختیاری (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده‌مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه موردنظر بود. هم‌چنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دونیمه‌کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است

(اصغرنژاد، احمدی ده‌قطب‌الدینی، فرزاد و خداینه‌ای، ۱۳۸۵). هم‌چنین در پژوهش رحیمی پردنجانی و غباری‌بناب (۱۳۹۰) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پس از هماهنگی لازم با مراکز درمانی بیماران مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، بیماران انتخاب شده (۴۰ بیمار) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش بسته آموزشی امید و ۲۰ مادر در گروه کنترل). سپس گروه آزمایش تحت آموزش بسته آموزشی که از تلفیق دو رویکرد مداخله مثبت‌نگر و امیددرمانی تدوین گردیده بود، قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل در انتظار دریافت مداخله بوده و در طول اجرای پژوهش این مداخله روان‌شناختی را دریافت نکرد. این در حالی بود که افراد حاضر در هر دو گروه به فرایند دارودرمانی خود ادامه می‌دادند. مداخلات درمانی در محل بیمارستان الزهرا انجام شد. پس از اتمام آموزش، از آنان پس‌آزمون به عمل آمد. پس‌آزمون شامل پرسشنامه‌های قبلی بود. پس از دو ماه نیز مرحله پیگیری اجرا شد. مداخله مربوط به آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه

صفاری‌نیا و همکاران: اثربخشی بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس...

مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

جهت تدوین مداخله آموزشی ابتدا متون حوزه امیددرمانی و روان‌درمانی مثبت‌نگر اعم از مقالات و کتب و استخراج مفاهیم و مضامین مطرح در آن مورد مطالعه قرار گرفت. در گام بعد مطالب جمع‌آوری شده، دسته‌بندی (کدبندی) شده و

زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی معطوف به آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر تشکیل شد. سپس زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی تشکیل شده به ۱۰ تا ۱۲ حوزه مهارتی معطوف به آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر تبدیل گردید. پس‌از آن مداخله آموزشی تدوین شده به پنج متخصص حوزه آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر ارائه و از آنان درخواست گردید که بسته را مطالعه و راجع

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته آموزشی امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر

جلسه اول	معارفه اعضاء گروه به یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مروری بر قوانین گروه، ساختار و اهداف جلسات، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی.
جلسه دوم	آشنایی با مبانی امید، آشنایی با ویژگی افراد امیدوار، تأثیر امید در زندگی، توضیحات مختصر در مورد امید درمانی. مرور داستان معرفی مثبت و شناسایی و بحث در مورد توانمندی‌های درون داستان، درخواست از درمان‌جویان برای طراحی یک طرح خاص برای به اجرا درآوردن توانمندی‌ها.
جلسه سوم	آشنایی با مفهوم ناامیدی، آشنایی با ویژگی افراد ناامید، روش‌های غلبه بر ناامیدی، ارتباط افکار و احساس و رفتار. استفاده از فنون داستانی در زمینه امید (بیان داستان زندگی خود)، امید یابی، عاملیت و مسیرهای فکر؛ تمرکز بر موضوع خوش‌بینی؛ آموزش مفهوم اسنادها به درمان‌جویان، آموزش اسنادهای درونی، کلی و پایدار به درمان‌جویان برای افزایش امید و خوش‌بینی آنان.
جلسه پنجم	انتخاب هدف و ویژگی‌های اهداف مناسب، استفاده از فن خلق اهداف روشن عملی. تمرکز بر سازه شکرگذاری و معرفی مزایای آن به صورت پیامدهای روان‌شناختی، فیزیکی و میان‌فردی و به‌ویژه افزایش احساس رضایت از زندگی.
جلسه ششم	بیان دو استراتژی برای رسیدن به هدف / اولین راهبرد: بررسی لیست اهداف، دومین راهبرد: چالش‌برانگیز بودن اهداف انتخابی
جلسه هفتم	معرفی سه راهبرد برای رسیدن به هدف / اولین راهبرد: انتخاب اهداف عینی همراه با نقطه پایان، دومین راهبرد: تنظیم اهداف باید به‌طور هدفمندانه، سومین راهبرد: خرد کردن اهداف به هدف‌های کوچک‌تر.
جلسه هشتم	آشنایی با مفهوم کیفیت زندگی، معرفی مؤلفه‌های رضایت در هر حوزه زندگی، ارائه تکنیک‌هایی برای سلامت روان، آموزش ارتباط مؤثر؛ تمرکز بر عشق و دلبستگی، توصیه به درمان‌جویان برای برقراری ارتباط و پیوند با دیگران.
جلسه نهم	آموزش برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های روزمره به‌منظور ایجاد احساس خودکارآمدی. آموزش رضایت در برابر کمال‌خواهی به درمان‌جویان، درگیر کردن درمان‌جویان در تکلیف‌هایی به‌منظور افزایش رضایت از زندگی.
جلسه دهم	دریافت بازخورد از اعضاء، بررسی پیشرفت‌ها و دستاوردهای به‌دست آمده، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، گفتگو در مورد تعمیم‌یافته‌ها و کاربرد مباحث در زندگی و اجرای پس‌آزمون

واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن آزمودنی‌ها ۶۳ سال بود. ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش مرد (معادل ۵۲/۵) و ۱۹ نفر زن (معادل ۴۷/۵) بودند. در بین شرکت‌کنندگان ۷ نفر (معادل ۱۷/۵ درصد) دارای تحصیلات سیکل، تعداد ۱۱ نفر (معادل ۲۷/۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، تعداد ۱۴ نفر (معادل ۳۵ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، تعداد ۸ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بود. مدت‌زمان بیماری افراد نیز بین ۷ تا ۱۶ سال بود. بیشتر این افراد نیز متأهل بودند (۸۷/۵ درصد). میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل، در جدول ۲، ارائه شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک موردسنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدی و احساس تنهایی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$).

به ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفته بود، اظهارنظر نمایند. علاوه بر این در این مرحله یک فرم اظهارنظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند مداخله آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر ارائه گردید. در گام بعد نظرات تخصصی متخصصین جمع‌آوری و نظرات اصلاحی آن‌ها درباره مداخله آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر اعمال گردید. پس‌ازاین فرایند، بسته آموزشی به همراه فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرایند، ساختار و محتوای بسته آموزش امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر مجدداً به متخصصین تحویل و پس از انجام اصلاحات نهایی، بسته آموزشی امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر تدوین گردید. ضریب توافق کاپا بین متخصصان ۰/۸۲ به دست آمد. این مداخله در ۱۰ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و در طی ۳ ماه به شکل گروه‌های ۵ نفره توسط نویسنده مسئول پژوهش به شرح جدول ۱ اجرا گردید.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری

صفاری نیا و همکاران: اثربخشی بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس...

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی و احساس تنهایی در دو گروه آزمایش و کنترل

در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	نرمالیتی	پس‌آزمون	نرمالیتی	پیگیری	نرمالیتی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		P Value	P Value	P Value	P Value	P Value	P Value
خودکارآمدی	گروه آزمایش	۴۳/۶۵	۶/۶۰	۵۲/۴۵	۷/۷۳	۵۴/۷۵	۷/۴۳
	گروه کنترل	۴۳/۹۰	۵/۵۸	۴۴/۱۰	۵/۴۳	۴۴/۴۰	۵/۸۴
احساس تنهایی	گروه آزمایش	۵۵/۲۵	۷/۶۸	۴۶/۹۰	۶/۸۵	۴۴	۶/۸۳
	گروه کنترل	۵۲/۲۵	۶/۷۶	۵۲/۵۰	۵/۵۷	۵۲/۱۵	۶/۶۴

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

برای متغیرهای خودکارآمدی و احساس تنهایی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
خودکارآمدی	مراحل	۲	۳۷۰/۵۳	۱۹۵/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۱۳۴/۶۷	۱۳/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۶
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۳۱۷/۲۰	۱۶۷/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	خطا	۷۶	۱/۸۹				
احساس تنهایی	مراحل	۲	۳۰۲/۷۰	۹۶/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
	گروه‌بندی	۱	۳۱۱	۱۱/۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۴
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۳۰۴/۹۰	۹۷/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای

پژوهش

مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	-۰/۱۵	۳۸	-۰/۲۵	۱/۶۱	۰/۸۷
	پس‌آزمون	۴/۶۳	۳۸	۸/۳۵	۱/۸۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۶/۱۷	۳۸	۱۰/۳۵	۱/۶۷	۰/۰۰۰۱
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۱/۵۶	۳۸	۳	۱/۹۱	۰/۱۳
	پس‌آزمون	-۳/۳۷	۳۸	-۵/۶۰	۱/۶۶	۰/۰۰۲
	پیگیری	-۴/۳۹	۳۸	-۷/۳۰	۱/۶۶	۰/۰۰۰۱

مرحله تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۲) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای خودکارآمدی و احساس تنهایی معنی دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی داری متفاوت از میانگین گروه کنترل می‌باشد. این بدان معناست که بسته آموزشی امیدرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر توانسته منجر به بهبود خودکارآمدی و کاهش احساس تنهایی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته امیدرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون انجام گرفت. نتایج نشان داد که بسته آموزشی امیدرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که این بسته درمانی توانسته منجر به بهبود خودکارآمدی و کاهش احساس تنهایی بیماران پارکینسون شود. یافته اول پژوهش نشان داد که بسته امیدرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر منجر به بهبود خودکارآمدی بیماران پارکینسون شده است. یافته این همسو با یافته پژوهش‌های پیشین بود. چنانکه شیخ‌الاسلامی و رمضانی (۱۳۹۶) و مویدقاعدی و قربان‌شیرودی (۱۳۹۵) نشان داده‌اند که امیدرمانی می‌تواند منجر به

همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین موردسنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای وابسته (خودکارآمدی و احساس تنهایی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدی و احساس تنهایی رعایت شده است ($p > 0/05$).

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر خودکارآمدی (۱۶۷/۵۶) و برای متغیر احساس تنهایی (۹۷/۰۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (خودکارآمدی و احساس تنهایی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش امیدرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر با گروه کنترل در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای خودکارآمدی و احساس تنهایی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۰/۸۷ و ۰/۱۳) معنی دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و کنترل در این

زندگی قلمداد نمی‌کنند. این فرایند سبب می‌شود تا آن‌ها خودکارآمدی بالاتری را تجربه نمایند. از طرفی در جریان ارائه روان‌درمانی مثبت‌گرا، افراد در جهت شناخت توانایی‌ها، قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود و اطرافیان گام برمی‌دارند که این امر منجر به بهبود نگرششان نسبت به دیگران نظیر اعضای خانواده و دوستانشان می‌شود (یوولیا سزک و همکاران، ۲۰۱۶). در این رویکرد با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسائل و احساسات مثبت و جلوگیری از ورود احساسات منفی به حیطه شخصی و نیز افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت‌نگر است، می‌توان بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی گذاشت. علاوه بر این یکی از مهم‌ترین فاکتورهای مطرح در روان‌درمانی مثبت‌گرا، خوش‌بینی است. خوش‌بینی ابزاری است که به بیماران پارکینسونی کمک می‌کند افسردگی، یأس و پوچی حاصل از این بیماری را تحت‌الشعاع قرار داده و در نتیجه خودکارآمدی بالاتری را تجربه نماید.

یافته دوم پژوهش نشان داد که بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر منجر به کاهش احساس تنهایی بیماران پارکینسون شده است. همسو با این یافته شوشانی و همکاران (۲۰۱۶)؛ پرویر و همکاران (۲۰۱۶)؛ هافمن و همکاران (۲۰۱۹) که درمان مثبت‌نگر می‌تواند منجر به بهبود مؤلفه‌های مرتبط با ارتباطات اجتماعی و کیفیت زندگی در افراد شود. بهبود تعاملات اجتماعی نیز احساس تنهایی افراد را کاهش می‌دهد. علاوه بر این کنعانی، هادی، سلیمانی و

بهبود خودکارآمدی افراد شود. همچنین لاین و پیلو-کیلو (۲۰۱۹) و رودین، لو، میکالینسر، دونر، گاکلیس و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داده‌اند که امید می‌تواند به روند درمانی بیماران صعب‌العلاج کمک معناداری کند و باعث شود افسردگی و تنش‌های روانی آن‌ها کاهش یافته و در نتیجه عملکرد اجتماعی آن‌ها در جامعه بهبود یابد. از طرفی پژوهش فیلینک و همکاران (۲۰۱۵)؛ یوولیا سزک و همکاران (۲۰۱۶)؛ اوچائو و همکاران (۲۰۱۷) و والش، زمیزینسکا، تایلور و پریب (۲۰۱۸) نیز بیانگر آن است که روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند با ایجاد مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی در بیماران، به بهبود فرایندهای روان‌شناختی، اجتماعی، ارتباطی و هیجانی آن‌ها بینجامد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی بیماران پارکینسون می‌توان گفت که در رویکرد امیددرمانی می‌توان بر آنچه مراجع به‌خوبی انجام می‌دهد و بر آنچه می‌خواهد در زندگی‌اش به آن دست یابد تمرکز داشت و به‌این‌ترتیب از درمان برای غنی‌سازی جنبه‌های مثبت زندگی استفاده نمود (ساناتانی، شیریر و استیت، ۲۰۰۸). علاوه بر این آموزش امید به بیماران پارکینسونی یاری می‌رساند، زمانی که با مانعی مواجه می‌شوند، آن را یک چالش در نظر بگیرند نه نقطه‌ای برای توقف. بر این اساس بیماران مبتلا به پارکینسون نگرش خود را در جریان این درمان تغییر می‌دهند، چراکه این بیماری را به‌عنوان مانعی جهت عدم لذت‌جویی از

مثبت بیشتری از خود نشان داده و در نتیجه به‌کارگیری مهارت‌های سازگاری مثبت، بیماران احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کنند. در تبیینی دیگر باید گفت روان‌درمانی مثبت‌نگر موجب فعال شدن قوه خوش‌بینی و توان مقابله‌ای افراد آموزش دیده می‌شود. از طرفی شواهد نشان می‌دهد که خوش‌بینی در کاهش احساس تنهایی شخص نقش مؤثری دارد (راسخی و آبرون، ۱۳۹۷). بر این اساس خوش‌بینی و توان مقابله‌ای حاصل از روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند توان تحمل روانی بیماران پارکینسون را بهبود بخشیده و سبب شود تا آن‌ها به دلیل بیماری از تعاملات اجتماعی و خانوادگی دوری نکرده و با گسترش دامنه تاب‌آوری و ظرفیت شناختی خود، هدف‌گذاری مجددی را برای بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی ترتیب دهند که درگیری در این فرایند به شکل طبیعی احساس تنهایی این بیماران را کاهش می‌دهد.

محدودبودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم کنترل متغیرهای اثرگذار بر خودکارآمدی و احساس تنهایی افراد مبتلا به بیماری پارکینسون از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. علاوه بر این بعضی از بیماران تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماری‌ها (همانند سرطان، تالاسمی و ...)، کنترل عوامل

آرمان‌پناه (۱۳۹۴) نیز نشان داده‌اند که امیددرمانی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان‌شناختی شود.

در تبیین این یافته باید گفت افراد دارای مشکلات فیزیولوژیکی مزمن که دائماً با خستگی، درد و ناراحتی مبارزه می‌کنند، به‌سختی می‌توانند امیدوار، شاد و مثبت باشند. از طرفی ناامیدی با تغییر دستگاه ایمنی بدن در ارتباط است (کیونگ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین بیماری‌های فیزیولوژیک همچون پارکینسون می‌تواند امیدواری فرد مبتلا به آینده را به شکل معناداری تحت تأثیر قرار دهد. بر این اساس امیددرمانی می‌تواند امید را به افراد مبتلا برگرداند. بازگشت امید، اهداف تعیین‌شده شخصی و خانوادگی را برای بیماران شفاف‌تر نموده و باعث می‌شود تا آن‌ها برای زندگی خود اهداف روشنی را تبیین کنند. درگیری در اهداف فردی، خانوادگی و اجتماعی باعث بهبود تعاملات خانوادگی و اجتماعی بیماران شده و از این طریق می‌توان انتظار داشت که احساس تنهایی آن‌ها کاهش یابد. علاوه بر این باید گفت که امید، مهم‌ترین عامل شادی، نداشتن نگرانی، اضطراب و افسردگی و رسیدن به اطمینان قلبی و اساس هر نوع شادی است. تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که افرادی که از امید بالایی برخوردارند به کنترل رفتار و نتیجه تجاربشان ایمان دارند (گزل‌سفلو و اثباتی، ۲۰۱۳)، بر این اساس این افراد از قدرت کنترل درونی زیادی برخوردارند، کمتر در معرض تأثیر عوامل منفی و آسیب‌زای روان‌شناختی و هیجانی قرار می‌گیرند، خودتنظیمی و مهارت سازگاری

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی با کد اخلاق به شماره IR.PNU.REC.1397.046 بود. بدین‌وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز درمانی که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

تهران، مجله روان‌شناسی کاربردی، ۱: ۷-۱۸.

براتی‌بختیاری، سعید. (۱۳۷۶). بررسی رابطه خوداثربخشی، عزت‌نفس و خودپایی در میان دانش‌آموزان سوم دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.

پورکمالی، طاهره، یزدخواستی، فریبا، عریضی، حمیدرضا و چیت‌ساز، احمد (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی روش دوساهو و ماساژدرمانی در افزایش شادی، سازگاری اجتماعی، امید، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون، فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۶(۲۲)، ۱۶۲-۱۴۵.

حیدری، مریم، فیاضی، صدیقه، برسی، سیدحمید

ذکرشده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر بر خودکارآمدی و احساس تنهایی بیماران پارکینسون، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود بسته امیددرمانی مبتنی بر رویکرد مثبت‌نگر طی کارگاهی تخصصی به روان‌شناسان و مشاوران مراکز بهداشتی و درمانی، آموزش داده شود تا آن‌ها با به‌کارگیری این درمان برای افراد مبتلا به بیماری پارکینسون، جهت بهبود خودکارآمدی و کاهش احساس تنهایی این بیماران گامی عملی برداشته باشند.

اصغرنژاد، طاهره، احمدی ده‌قطب‌الدینی، محمد، فرزاد، ولی‌الله و خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی شرر، مجله روان‌شناسی، ۱۰(۳): ۲۶۲-۲۷۴.

امینی، سعیده، دهقانی چم‌پیری، اکرم، صالحی، اعظم و سلطانی‌زاده، محمد. (۱۳۹۸). نقش اجتناب تجربه‌ای و سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی با میانجیگری معنای زندگی در سالمندان، مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۷۴)، ۲۳۳-۲۳۴.

بحرایی، هادی، دلاور، علی و احدی، حسن. (۱۳۸۵). بهنجار کردن مقیاس تنهایی ICLA (نسخه سوم) در دانشجویان مستقر در

- و وفایی‌زاده، مونا. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه خودمدیریتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، نشریه پرستاری ایران، ۲۹(۱۰۰-۹۹): ۴۵-۵۵.
- خدادادی، مجید. ف رهنما، نادر، هاشمی، سیدحسین و جهرمی دستجردی، علیرضا (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر تمرینات تعادلی با و بدون لباس فضایی بر کیفیت زندگی و عملکرد حرکتی بیماران مبتلا به پارکینسون. طب توانبخشی، ۶(۱)، ۱۸۴-۱۷۵.
- ذاکری، محمدهدی، حسنی، جعفر و اسماعیلی، نفیسه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم جویی فرایندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲۳)، ۵۶-۳۹.
- راسخی، محمد و آبرون، احسان. (۱۳۹۷). بررسی رابطه احساس تنهایی و رضایت از زندگی با تأکید بر نقش واسطه‌ای عزت‌نفس و خوش‌بینی، چهارمین همایش ملی علوم و فناوری‌های نوین ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- رحیمی پردنجانی، سعید و غباری‌بناب، باقر. (۱۳۹۱). تأثیر مداخله مبتنی بر نظریه گاردنر بر خودکارآمدی عمومی دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی شهر اصفهان، فصلنامه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱(۱): ۸۶-۷۳.
- رشیدی، کبری، صفوی، محبوبه، یحیوی، سیدحسین و فراهانی، حجت‌الله. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر حمایت همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۳(۳): ۲۶-۱۵.
- شیخ الاسلامی، علی و رمضانی، شکوفه. (۱۳۹۶). تأثیر امید درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی اسنایدر بر خودکارآمدی مردان کم‌توان جسمی-حرکتی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۶(۱): ۵-۱۲.
- ضامنی‌مطلق، مهدی، نزاکت الحسینی، مریم، صالحی، حمید و چیت‌ساز، احمد. (۱۳۹۵). اثر تمرینات شناختی بر انجماد راه رفتن بیماران مبتلا به پارکینسون. تازه‌های علوم شناختی، ۱۸(۴)، ۵۹-۵۰.

علی اکبری دهکردی، مهناز، علی پور، احمد، زارع، حسین، شهیدی، غلامعلی و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت - رفتار درمانگری سالمندی بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری پارکینسون. پژوهش در سلامت روان شناختی، ۲۳-۳۳، (۲)۷.

مویذ قاعدی، طاهره و قربان شیرودی، شهره. (۱۳۹۵). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر، فصلنامه سلامت روان کودک، ۳ (۲): ۶۵-۷۵.

کنعانی، کبری، هادی، سمیرا، سلیمانی، منیژه و آرمان‌پناه، آرزو. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر امید درمانی بر بهبود کیفیت زندگی، امید و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. مجله پرستاری کودکان، ۱ (۳): ۳۴-۴۷.

نریمانی، محمد، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و مهدی نژادمقدم، بهناز. (۱۳۹۴). مقایسه باورهای غیرمنطقی، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۴ (۱۳)، ۲۰-۷.

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

Badcock, J.C., Mackinnon, A., Waterreus, A., Watts, G.F., Castle, D., McGrath, J.J., Morgan, V.A. (2019). Loneliness in psychotic illness and its association with cardiometabolic disorders. *Schizophrenia Research*, 204: 90-95.

Berendes, D., Keefe, F.J., Somers, T.J., Kothadia, S.M., Porter, L.S., Cheavens, J.S. (2010). Hope in the Context of Lung Cancer: Relationships of Hope to Symptoms and Psychological Distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2): 174-182.

Bergman, Y.S., Bodner, E., Haber, Y. (2018). The connection between subjective nearness-to-death and depressive symptoms: The mediating role of meaning in life. *Psychiatry Research*, 261: 269-273.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Public Health*, 13: 119.
- De Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Van't Veer, P., de Groot, L.C. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people. *BMC Public Health*; 10(74): 552-560.
- Derry, P.C., Shah, K.J., Caie, L., Counsell, C.E. (2010). Medication management in people with Parkinson's disease during surgical admissions. *Postgrad Medicine Journal*; 86: 334-7.
- Flink, I.K., Smeets, E., Bergbom, S., Peters, M.L. (2015). Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain, *Scandinavian Journal of Pain*, 7: 71-79.
- 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.
- Ghezelsefloa, M., Esbati, M. (2013). Effectiveness of Hope-Oriented Group Therapy on Improving Quality of Life in HIV⁺ Male Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84: 534-537.
- Gürol, A., Aktı, S. (2010). The relationship between pre-service teachers' self-efficacy and their internet self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences*, 2(2): 3252-3257.
- Hayes, M.T. (2019). Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicine, In Press*, Accepted Manuscript.
- Huang, C. (2016). Achievement goals and self-efficacy: A meta-analysis. *Educational Research Review*, 19: 119-137.
- Huffman, J.C., Feig, E.H., Millstein, R.A., Freedman, M., Healy, B.C., Chung, W., Amonoo, L.H., Malloy, L., Slawsby, E., Januzzi, J.L., Celano, C.M. (2019). Usefulness of a Positive Psychology-Motivational Interviewing Intervention to Promote Positive Affect and Physical Activity after an Acute Coronary Syndrome. *The American Journal of Cardiology, In Press*,

- Accepted Manuscript.
- Jackson, G.A., Newbronner, L., Chamberlain, R., Borthwick, R., Yardley, C., Boyle, K. (2017). Caring for people with dementia with Lewy bodies and Parkinson's dementia in UK care homes – A mixed methods study. *European Geriatric Medicine*, 8(2): 146-152.
- Kogan, M., McGuire, M., Riley, J.(2019). Deep Brain Stimulation for Parkinson Disease. *Neurosurgery Clinics of North America*, 30(2): 137-146.
- Lannie, A., Peelo-Kilroe, L. (2019). Hope to hope: Experiences of older people with cancer in diverse settings. *European Journal of Oncology Nursing*, In Press, Accepted Manuscript.
- Lee, S.J., Kim, S.R., Chung, S.J., Kang, H.C., Kim, M.S., Cho, S., Kwon, H.K., Kim, J., Jung, S.Y.(2018). Predictive model for health-related quality of life in patients with Parkinson's disease. *Geriatric Nursing*, 39(2): 204-211.
- Mitchell, J., Vella-Brodrick, D., Klein, B. (2010). Positive psychology and the Internet: A mental health opportunity. *E-Journal of Applied Psychology*, 6(2): 30–41.
- Moeller, R.W., Seehuus, M. (2019). Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *Journal of Adolescence*, 73: 1-13.
- Nwoke, M.B., Onuigbo, E.N., Odo, V.O. (2017). Social support, self-efficacy and gender as predictors of reported stress among inpatient caregivers, *The Social Science Journal*, 54(2): 115-119.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., Borràs, J. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1): 28-37.
- Proyer, R.T., Gander, F., Wellenzohn, S., Ruch, W. (2016). Nine beautiful things: A self-administered online positive psychology intervention on the beauty in nature, arts, and behaviors increases happiness and ameliorates depressive symptoms, *Personality and Individual Differences* 94: 189–193.
- Qiong, W., Weihua, X., Longfei, R., Wenhao, W., Yang, W.(2019). The relationship between hope and post-

- traumatic stress disorder in Chinese shidu parents: The mediating role of perceived stress. *Journal of Affective Disorders*, 251: 23-30.
- Rashid, T. (2008). positive psychotherapy. In: Lopez SJ, editor. Positive psychology: Exploring the best in people. Westport CT: Greenwood publishing Company; p. 146-170.
- Reich, S.G., Savitt, J.M. (2019). Parkinson's Disease, *Medical Clinics of North America*, 103(2): 337-350.
- Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *SocSci Med*; 68(3): 562-569.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity and factor structure. *Journal of personality Assessment*. 66, 1, 20-40.
- Rutherford, T., Long, J.J., Farkas, G. (2017). Teacher value for professional development, self-efficacy, and student outcomes within a digital mathematics intervention. *Contemporary Educational Psychology*, 51: 22-36.
- Sanatani, M., Schreier, G., Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study, *Support Care Cancer*, 16(5): 493-9.
- Shoshani, A., Steinmetz, S., Kanat-Maymon, Y. (2016). Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement, *Journal of School Psychology*, 57: 73-92.
- 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 and Related Disorders* 20: 1242-1247.
- Spino, E., Kameg, K.M., Cline, T.W., Terhorst, L., Mitchell, A.M. (2016). Impact of Social Support on Symptoms of Depression and Loneliness in Survivors Bereaved by Suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5): 602-606.
- Suratos, C.T.R., Saranza, G.R.M., Sumalapao, D.E.P., Jamora, R.D.G.

- (2018). Quality of life and Parkinson's disease: Philippine translation and validation of the Parkinson's disease questionnaire. *Journal of Clinical Neuroscience*, 54: 156-160.
- Uliaszek, A.A., Rashid, T., Williams, G.E., Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy, *Behavior Research and Therapy*, Behavior Research and Therapy 77: 78-85.
- Unal, I., Emekli-Alturfan, E. (2019). Fishing for Parkinson's Disease: A review of the literature. *Journal of Clinical Neuroscience*, 62: 1-6.
- Walsh, S., Szymczynska, P., Taylor, S.J.C., Priebe, S. (2018). The acceptability of an online intervention using positive psychology for depression: A qualitative study. *Internet Interventions*, 13: 60-66.
- Wawrzyniak, A. J., & PollardWhiteman, M.C. (2011). Perceived stress, loneliness and interaction with fellow students does not affect innate mucosal immunity in first year university students. *Japanese Psychological Research*, 53(2): 121-132.