

اثر بخشی موسیقی درمانی بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی

The Effectiveness of Music Therapy on Depression, Quality of Life and Happiness of Women with Depression

Saghi Koosha

MSc student of clinical psychology,
Islamic Azad University, Guilan
Research Center, Rasht

ساقی کوشا (نویسنده مسئول)

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی،
دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات،

Dr Ali Reza Varasteh

Psychiatrist, Faculty Member,
Department of Psychology, Islamic
Azad University, Lahijan Branch,
Iran

گیلان، رشت

دکتر علیرضا وارسته

روانپزشک، عضو هیأت علمی، گروه
روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

لاهیجان، ایران.

Abstract

This study aimed to investigate the effect of music therapy on depression, quality of life and happiness of women with depressive. Methodology of the study is quasi-experimental and its pattern is pretest-posttest a group. 30 women with minor and mild depression were selected on the cutoff point at the Beck depression inventor (grade: 10-14) and inclusion criteria (minimum education diploma, female gender, interest in music) with the purposeful sampling and formed the experimental group of the study. Then 16 music therapy sessions were accomplished on them. Data collection tools was including long form of Beck depression inventory (BDI), short form of quality of life scale (SF-

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر موسیقی درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی انجام شد. روش تحقیق این مطالعه شبه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون-پس آزمون یک گروهی است. ۳۰ زن مبتلا به افسردگی جزئی و خفیف بر اساس نقطه برش کسب شده در سیاهه افسردگی بک (نمره ۱۰-۱۴) و معیارهای ورود به مطالعه (داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، جنسیت مونث، علاقه مندی به موسیقی) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و گروه آزمایشی مطالعه حاضر را تشکیل دادند. سپس ۱۶ جلسه مداخله موسیقی درمانی بر روی آنها اجرا شد. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل فرم بلند سیاهه

36) and Oxford happiness inventory (OHI), that was accomplished with the method of pretest-posttest. The data was analyzed with Kolmogorov-Smirnov test for normality and finally the data was analyzed using two sample t-test analysis. The results showed that there are a significant difference between the data obtained from depression, happiness and quality of life of women suffering from depression, before and after music therapy. Also, the effect of this intervention to improve the quality of life was more than happiness. Research findings indicate that music therapy as a low-cost and accessible method, can be applied as an appropriate method to increase happiness, improve the quality of life and reduce depression in women with depression.

Keywords: music therapy, depression, happiness, the quality of life, women

دریافت: اردیبهشت ۹۵ پذیرش: مهر ۹۵

افسردگی بک (BDI)، فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) و سیاهه شادکامی آکسفورد (OHI) بود که به صورت پیش آزمون-پس آزمون اجرا شد. نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف بررسی شد و در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل آماری تی دو نمونه همبسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین داده‌های به دست آمده از نمرات افسردگی، شادکامی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی قبل و پس از موسیقی درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین تأثیر این مداخله در بهبود کیفیت زندگی بیشتر از شادکامی بود. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که موسیقی درمانی به عنوان روشی کم-هزینه و قابل دسترس می‌تواند به عنوان راهکاری مناسب برای افزایش سطح شادکامی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی به کار برده شود. **کلید واژه‌ها:** موسیقی درمانی، افسردگی، شادکامی، کیفیت زندگی، زنان

مقدمه

افسردگی یکی از علل آسیب و ناتوانی در تمام کشورهاست و به عنوان یک بیماری گسترده و آسیب زننده هر زن و مردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پاتل^۱، ۲۰۰۱). سلیگمن^۲ (۲۰۱۱) افسردگی را به لحاظ رواج بالای آن، سرماخوردگی

¹ Patel

² Seligman

بیماری‌های روانی امید که حاکی از اهمیت مسأله افسردگی است. انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های اختلال افسردگی عمده^۱ را برآورده نسازند بسیار رایج‌تر بوده و به طور معناداری شیوع بیشتری از اختلال افسردگی عمده دارند (کلارک، بک و والفرود^۲، ۱۹۹۹).

زمانی که افسردگی ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی عمده را برآورده کند، عود و بازگشت بالایی را موجب شده و فرد را دچار معلولیت روانی-اجتماعی^۳ می‌سازد (آنتیپا، ون در دوز و پنینکس^۴، ۲۰۱۰). اختلال افسردگی عمده بدون هرگونه سابقه ابتلا به اپیزود مانیک، میکس، یا هیپومانیک روی می‌دهد. اپیزود افسردگی عمده باید حداقل ۲ هفته طول بکشد و افرادی با اپیزود افسردگی عمده محسوب می‌شوند که حداقل ۴ نشانه از یک مجموعه نشانه‌ها را تجربه کنند، از جمله: غمگینی، عدم لذت بردن از فعالیت‌ها، تغییر در اشتها و وزن، تغییر در خواب و فعالیت زمان بیداری، بی‌انرژی بودن، احساس گناه و عذاب وجدان، دشوار بودن تفکر و تصمیم‌گیری، افکار مکرر درباره مرگ یا خودکشی و غیره (راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی-^۵، ۲۰۱۳).

آرگایل، مارتین و لو^۶ (۱۹۹۵) نبود افسردگی را شرط لازم برای رسیدن به شادکامی می‌دانند اما معتقدند که شادکامی متضاد افسردگی نیست. آن‌ها بیان می‌کنند که مردم در نگاه خود به شادکامی دو برداشت دارند الف) ممکن است حالات هیجانی مثبتی را عنوان نمایند ب) شادکامی را راضی بودن از کل زندگی و یا بیشتر جنبه‌های آن بدانند. آرگایل (۲۰۰۱) شادکامی را نوعی احساس شادی، خوشی و سرحال بودن می‌داند که پنج عامل رضایت، خلق مثبت، سلامتی، کارآمدی و حرمت خود را در بر می‌گیرد.

¹ Major Depression Disorder (MDD)

² Clark, Beck & Alford

³ psychosocial disability

⁴ Antypa, Van der Does & Penninx

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)

⁶ Argyle, Martin & Lu

از دیدگاه ون هون^۱ (۱۹۹۳)، شادی عبارتست از درجه‌ای از کیفیت زندگی، که فرد آن را به طور کلی مطلوب ارزیابی می‌کند. در این تعریف، شادی فقط حاصل یک جمع ساده از لذت‌های زندگی نیست، بلکه بیشتر یک ساخت شناختی است که فرد آن را از تجربه‌های مختلف خود استنباط می‌کند. هایس و جوزف^۲ (۲۰۰۳) نیز همبستگی مثبت نیرومندی را میان سلامت روانی، شادکامی و کیفیت زندگی گزارش می‌دهد.

در نظریه کیفیت زندگی^۳، کیفیت زندگی معادل با رضایت‌مندی از زندگی است و رضایت‌مندی از زندگی به بهترین وجه مفاهیم شادکامی و کیفیت زندگی را منعکس می‌سازد. چرا که به عقیده ون هون (۱۹۹۳) رضایت‌مندی از زندگی کاملاً ظرایف فلسفی زندگی خوب را نشان می‌دهد که انعکاسی از سلامت مستمر و پایدار است و سلیگمن (۲۰۰۲) آن را «شادکامی اصیل»^۴ می‌نامد.

رنویک، شورمن و زکویک^۵ (۲۰۰۳) کیفیت زندگی را برداشت فرد از موقعیتش، میزان لذت وی از آن موقعیت و میزان لذت وی از موقعیت‌های مهم زندگی می‌داند که مرتبط با اهداف و انتظارات فرد است. نظریه کیفیت زندگی عوامل مهیاساز یا متغیرهای مهارکننده‌ای را در نظر می‌گیرد که احتمال افزایش یا کاهش غمگینی، رضایت‌مندی کم از زندگی (یا عدم رضایت‌مندی) و نیز افسردگی و سایر اختلال‌های مرتبط با آن و خصوصاً اضطراب را ایجاد می‌کند (کلارک و بک، ۱۹۹۹). در نظریه کیفیت زندگی، عواطف و هیجانات و قضاوت‌های مربوط به رضایت‌مندی، جنبه انطباقی دارند و پس‌خوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می‌سازند. عواطف مثبت و خوشایند از درک و شناخت این نکته حاصل می‌شود که فرد به نیازها، اهداف و آرزوهای خود رسیده و آن‌ها را متحقق ساخته و عواطف و هیجانات منفی موانع یا رکودها را در تحقق

¹ Vennhoven

² Hayes & Joseph

³ Quality of Life Theory

⁴ Authentic Happiness

⁵ Renwick, Schormans & Zekovic

حیطه‌های ارزشمند زندگی نشان می‌دهند (دینر، ای، دینر، م، تامیر، کیم-پریئو و اسکالون^۱، ۲۰۰۳).

امروزه برای درمان و تعدیل خلق افسرده از شیوه‌های مختلفی بهره گرفته می‌شود که در کنار درمان‌های مختلف، یکی از شیوه‌های نسبتاً نوین و موثر، موسیقی درمانی (MT)^۲ است (زاده‌محمدی، ۱۳۸۱). موسیقی درمانی به صورت استفاده از موسیقی برای اهداف درمانی تعریف شده است و لازم به یادآوری است که میان اجرای موسیقی در یک محیط بالینی برای رسیدن به تأثیری خاص، با استفاده از موسیقی درمانی به عنوان شکلی از روان‌درمانی که زمینه معرفت‌شناختی^۳ خاص خود را دارد و نیازمند درمانگری است که تکنیک‌های روان-موسیقی^۴ خاصی را آموزش دیده است تفاوت وجود دارد (گوتیرز و کامارینا^۵، ۲۰۱۵). انجمن موسیقی درمانی آمریکا (۲۰۰۵)؛ به نقل از لیو و پترینی^۶، ۲۰۱۵) موسیقی درمانی را یک روش مبتنی بر سودمندی بالینی و تجربی می‌داند. داند که هدف آن ایجاد یک رابطه درمانی و تجدید و تقویت سلامت بدنی و روانی است.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که موسیقی درمانی می‌تواند اثرات مطلوبی را بر افراد با آسیب‌شناسی‌های مختلف ایجاد کند. از شرایط پزشکی همچون سرطان (دبرا، سوزان، یان، راسل و لاری^۷، ۲۰۱۵؛ فریدنبرگ و سیلورمن^۸، ۲۰۱۴؛ بشرپور، عطادخت، نریمانی و صنوبری، ۱۳۹۴)، آسم (اسلیوکا، نویلسکی، پولژیک، نيزانکوفسکا-موجیلنیکا و شنزکلیک^۹، ۲۰۱۲)، درد مزمن و استئوآرتریت^{۱۰} (گوتینا، کاسینب، توچونا و

¹ Diener, E, Diener, M, Tamir, Kim-Prieto & Scollon

² Music Therapy

³ epistemological context

⁴ psycho-music techniques

⁵ Gutierrez & Camarena

⁶ Liu & Petrini

⁷ Debra, Susan, Yan, Russell & Larry

⁸ Silverman & Fridenberg

⁹ Sliwk, Nowobilsk, Polczyk, Nizankowska-Mogilnicka & Szczeklik

¹⁰ osteoarthritis

هریسونیک^۱؛ ۲۰۱۴؛ اتاوینی، برنارد، باردین و ریکت^۲، ۲۰۱۲ و کاهش اضطراب قبل و بعد از عمل (یاتس و سیلور^۳، ۲۰۱۵؛ لیو و پترینی، ۲۰۱۵؛ حجتی، آلوستانی، دهقانی، دهقان و پورخانی، ۱۳۹۲) گرفته تا شرایط روانپزشکی از قبیل اسکیزوفرنیا (موسلر، چن، هلدار و گولد^۴، ۲۰۱۱)، اختلالات خواب (چنگ، لای، چن، هسیه و لی^۵، ۲۰۱۲)، زوال زوال عقل^۶ (تاناکا و نوگاوا^۷، ۲۰۱۵؛ زارع، ابراهیمی و بیرشک، ۱۳۸۸)، مشکلات سالمندی (جی، بای، سان، مینگ و چن^۸، ۲۰۱۵؛ شیبانی، پاکدامن، دادخواه و حسن‌زاده توکلی، ۱۳۸۹)، اوتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی (بیلگهان^۹، ۲۰۱۵؛ قمرانی و سرلک، شریعتی، و رسولیان، ۱۳۸۹؛ گشول، کرمی و خوشکلام، ۱۳۹۳)، اختلال اضطراب فراگیر (گوتیرز و کامارینا، ۲۰۱۵) و افسردگی (سو و لای^{۱۰}، ۲۰۰۴؛ تیگ، هانا و مک‌کینی^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ ارکیلا، پانکانن، فچنر، آلا-رونا، پونتیو^{۱۲}، ۲۰۱۲؛ کازی و نیلز^{۱۳}، ۲۰۱۴).

مون، اینگر و استر^{۱۴} (۲۰۱۰) پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر موسیقی بر افسردگی و کیفیت خواب افراد مسن انجام دادند. ۴۲ سالمند به طور مساوی در دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. افراد گروه آزمایش به انتخاب خود روزانه ۳۰ دقیقه به موسیقی گوش دادند و این مداخلات به مدت ۴ هفته اجرا شد و متغیرهای فشار خون، ضربان قلب، سطح افسردگی و کیفیت خواب یک بار در هفته در طول یک ماه اندازه‌گیری شد.

¹ Guétina, Cousinb, Touchona & Herissonc

² Ottaviani, Bernard, Bardin & Richette

³ Gita & Silver

⁴ Mössler, Chen, Heldal & Gold

⁵ Chang, Lai, Hsieh & Lee

⁶ dementia

⁷ Tanaka & Nogawa

⁸ Ji, Bai, Sun, Ming & Chen

⁹ Bilgehan

¹⁰ Hsu & Lai

¹¹ Teague, Hahna & McKinney

¹² Erkkilä, Punkane, Fachner, Pöntiö & Ala-Ruona

¹³ Cathy & Niels

¹⁴ Moon, Engle & Esther

یافته‌های به دست آمده کاهش قابل توجه در نمرات افسردگی سالمندان و بهبود سطح کیفیت خواب آن‌ها را نشان داد.

شیرانی (۱۳۹۳) در پژوهش خود به بررسی تأثیر موسیقی درمانی بر بهبود اضطراب، افسردگی و علائم اختلال وسواس فکری عملی (OCD)^۱ در بیماران مبتلا به به این اختلال پرداخت. ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی به صورت نمونه-گیری در دسترس^۲ از میان افراد مراجعه کننده به یکی از مراکز روانپزشکی اصفهان انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در طول انجام تحقیق، دو گروه آزمایش و کنترل به دریافت دارو درمانی و رفتار درمانی ادامه دادند با این تفاوت که گروه آزمایش به مدت ۴ هفته، هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه ۳۰ دقیقه موسیقی کلاسیک ایرانی را به صورت انفرادی دریافت کرد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که موسیقی درمانی بر کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به این اختلال به صورت معناداری اثربخش بود. شیبانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود بر روی ۳۸ سالمند، نشان دادند که موسیقی درمانی می‌تواند به عنوان راهکاری برای کاهش شدت افسردگی و احساس تنهایی در سالمندان به کار رود. در نهایت، کاظمیان (۱۳۸۹) در پژوهشی تأثیر موسیقی درمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس در بیماران زن مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان فارابی اصفهان را مورد بررسی قرار داد. ۳۰ بیمار زن افسرده بستری در مرکز آموزش درمانی فارابی، ۴ روز در هفته در جلسات موسیقی درمانی شرکت کردند. نتایج به دست آمده نشان داد که موسیقی درمانی اثر معناداری در کاهش افسردگی و افزایش حرمت خود در زنان مبتلا به اختلالات روانی دارد اما اضطراب آن‌ها را به طور معناداری کاهش نداد. در مجموع با توجه به مطالب و پژوهش‌های ذکر شده در خصوص موسیقی درمانی و تأثیرات آن، هدف از مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر

¹ Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

² convenience sampling method

افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی است و انتظار می‌رود که موسیقی درمانی زمینه بهبود این متغیرها را فراهم سازد.

روش تحقیق

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق این مطالعه شبه‌آزمایشی^۱ و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون یک گروهی^۲ است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افرادی است که جهت مشاوره به مراکز روانشناسی، راهنمایی و مشاوره شهرستان لاهیجان مراجعه کردند. از این مراکز به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای^۳، دو مرکز انتخاب شدند. از این دو مرکز ۵۰ نفر فرم بلند سیاهه افسردگی بک را کامل کردند. در نهایت به روش نمونه‌گیری هدفمند^۴، بر اساس نقطه برش کسب شده (کسب نمره ۱۰-۱۴) و معیارهای ورود به مطالعه (داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، جنسیت مونث، علاقه‌مندی به موسیقی) ۳۰ نفر با میانگین سنی ۲۳/۵۷ و انحراف معیار ۳/۸۶۶ گروه آزمایشی مطالعه حاضر را تشکیل دادند.

ابزار پژوهش

سیاهه افسردگی بک (BDI)^۵. این سیاهه که توسط بک، مندلسون، موک و ارباف^۶ (۱۹۶۱) ساخته شده است، دارای ۲۱ ماده بوده و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای و براساس شدت افسردگی از هیچ (۰) تا بالا (۳) درجه‌بندی می‌شود. بک، استیر و گاربین^۷ (۱۹۸۸) در فراتحلیلی پایایی بازآزمایی^۸ و دو نیمه‌سازی^۹ سیاهه را به ترتیب از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ و

¹ quasi-experimental

² one group pretest posttest design

³ single-stage cluster sampling method

⁴ purposive sampling method

⁵ Beck Depression Inventory (BDI)

⁶ Beck, Mendelson, Mock & Erbaugh

⁷ Beck, Steer & Garbin

⁸ test-retest reliability

⁹ split half reliability

۰/۹۳ گزارش کردند. تشکری و مهریار، ۱۳۷۳؛ به نقل از فتحی آشتیانی، (۱۳۹۱) همسانی درونی آن را ۰/۷۸ به دست آوردند.

مقیاس کیفیت زندگی-فرم کوتاه (SF-36)^۱. مقیاس مذکور توسط ویر و شربون^۲ شربون^۲ (۱۹۹۲) ساخته شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که ۸ حیطه مختلف سلامت سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و هر خرده‌مقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. این خرده‌مقیاس‌ها شامل عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می‌شوند. همچنین از ادغام خرده‌مقیاس‌ها دو خرده‌مقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. نمره پایین‌تر در این مقیاس نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و هر چه نمره به دست آمده به صفر نزدیک‌تر باشد فرد از سطوح پایین‌تر کیفیت زندگی برخوردار است. در مطالعه منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها به جز خرده‌مقیاس نشاط (آلفا = ۰/۶۵) در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار داشتند. همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ بود (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). تحلیل عامل مقیاس نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان خرده‌مقیاس‌ها را توجیه می‌نمود.

سیاهه شادکامی آکسفورد (OHI)^۳. این سیاهه توسط آرگایل، مارتین و کراسلند^۴ (۱۹۸۹) و بر اساس سیاهه افسردگی بک ساخته شده است. دارای ۲۹ ماده است که ۲۱ ماده آن از سیاهه افسردگی بک گرفته و معکوس شده است. همچون سیاهه افسردگی بک، هر ماده پرسشنامه دارای ۴ گزینه است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خود یکی از آن‌ها را انتخاب کند. آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) پایایی پرسشنامه را به کمک

^۱ Short Form (36) Health Survey (SF-36)

^۲ Ware & Sherbourne

^۳ Oxford Happiness Inventory (OHI)

^۴ Argyle, Martin & Crossland

اثر بخشی موسیقی درمانی بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی ۷ هفته ۰/۷۸ گزارش کردند. علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند.

روند اجرای پژوهش

این پژوهش یک بررسی شبه تجربی می باشد و به روش پیش آزمون و پس آزمون انجام شده است. جمع آوری اولیه داده ها به روش نمونه گیری هدفمند انجام شده و سپس بعد از بررسی، ۳۰ نفر که بر اساس فرم بلند آزمون افسردگی بک از سطوح افسردگی جزئی، خفیف و حداقل تحصیلات دیپلم و علاقه مند به موسیقی برخوردار بوده اند انتخاب و سپس از آن خواسته شد پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سوالی بهبود کیفیت زندگی و شادکامی آکسفورد را به عنوان پیش آزمون تکمیل نمایند، سپس طی یک برنامه موسیقی درمانی از پیش طراحی شده در محیط استاندارد طی ۲ ماه، ۱۶ جلسه (دو جلسه در هر هفته به مدت ۴۵ دقیقه) صورت گرفت. میانگین سنی ۲۳/۵۷ سال تخمین زده شده در این جلسات بعد از انجام مدیتیشن، مداخلات درمانی به طور ترکیبی از شیوه های مختلف موسیقی درمانی اعم از تصور هدایت شده و هدایت مستقیم انجام شد. در این روش بیماران به موسیقی مخصوص انتخاب شده در حالتی که به آرامش نسبی عضلانی دست یافته بودند تحت برنامه درمانی قرار گرفتند و برای هدایت و جهت دادن به تصورات و تخیلات درمانجویان از دستورات شفاهی استفاده شد تا بیماران در خلاقیت های تصویری، خاطرات و جنبه های مثبت « خود » به یگانگی برسند.

در این جلسات از موسیقی بی کلام و کلاسیک ایرانی و خارجی و موسیقی های استاندارد شده استفاده به عمل آمد و سپس بعد از اتمام پروسه درمانی پرسشنامه فرم بلند افسردگی بک، فرم کوتاه ۳۶ سوالی بهبود کیفیت زندگی و شادکامی آکسفورد به عنوان مراحل پس آزمون انجام شد. در پایان بر اساس داده ها، نتایج بررسی شد.

یافته ها

آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. عدم معناداری این آزمون بیانگر این است که داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف

مولفه‌ها	P	آزمون کولموگروف اسمیرنوف
افسردگی	۰/۳۷	۰/۹۱
شادکامی	۰/۳۳	۰/۹۴
کیفیت زندگی	۰/۵۶	۰/۷۹

نتایج آزمون تی دو نمونه همبسته میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در شاخص‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌شود مقادیر سطح معناداری بیانگر آن است که بین نمرات گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون تی دو نمونه همبسته میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای

مورد مطالعه

مولفه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	مورد مطالعه		
میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	P	
	استاندارد	استاندارد	مقدار آماره	آزمون	
افسردگی	۱۳/۵۳	۲/۵۸	۹/۹۳	۳/۱۸	۰/۰۰
شادکامی	۳۳/۶۳	۷/۸۲	۳۸/۴۳	۸/۰۱	۰/۰۰
کیفیت زندگی	۵۵۷/۲۰	۷۸/۱۲	۶۵۷/۳۸	۶۴/۸۲	۰/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی انجام شد. یافته‌های به دست آمده مطابق با مطالعات قبلی (سو و لای، ۲۰۰۴؛ تیگ، هانا، مک‌کینی، ۲۰۰۶؛ ارکیلا و همکاران، ۲۰۱۲؛ کازی و نیلز، ۲۰۱۴؛ شیرانی، ۱۳۹۴؛ کاظمیان، ۱۳۸۹) نشان داد که موسیقی درمانی زمینه بهبود این متغیرها را فراهم می‌سازد.

کازی و نیلز (۲۰۱۴) در پژوهشی با هدف بررسی اثرات موسیقی درمانی بر افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی در ده کارگر مکزیکی ساکن ایالات متحده، نشان دادند که موسیقی درمانی گروهی به طور قابل توجهی افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی را تحت تأثیر قرار داد. بوراک^۱ (۲۰۰۷) اثربخشی موسیقی درمانی بر احساس سلامتی بیشتر، میزان کمتری از مراجعه به پزشک، بهبودی قابل توجهی در افسردگی، احساس تنهایی و روحیه سالمندان را گزارش کرد. شو-لینگ، هو-چان و سو-وی^۲ (۲۰۰۹) در پژوهش خود، تأثیر موسیقی درمانی گروهی را بر نمونه‌ای از سالمندان مورد بررسی قرار دادند. نتایج به دست آمده نشان دهنده قدرت به دست آمده از پویایی گروه، افزایش کیفیت زندگی، احساس انرژی داشتن، دوری از درد و رنج، پذیرش خویش، بازگشت به زندگی، انگیزه برای ورزش، یادگیری رفتارهای مثبت و رضایت بیشتر از زندگی بود.

در مطالعات انجام شده در ایران، هدایت (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی موسیقی درمانی گروهی فعال بر کاهش نشانه‌های مثبت و منفی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن، نشان داد که موسیقی درمانی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علایم مثبت در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا موثر است. عابدی مهر (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر شادکامی دانش‌آموزان دختر کم‌توان ذهنی پیش‌حرفه‌ای و حرفه‌ای متوسطه شهر یاسوج پرداخت. وی تعداد ۶۰

¹ Burak

² Shu-Ling, Hui-Chuan & Sui-Whi

نفر از آنها را به عنوان نمونه انتخاب و سپس سیاهه شادکامی آکسفورد را بر روی آنها اجرا کرد. نهایتاً، ۳۰ نفر که نمرات کمتری در سیاهه مذکور کسب کرده بودند نمونه پژوهش را تشکیل دادند. از این ۳۰ نفر، تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل به طور تصادفی گمارش شدند. پژوهش وی به روش آزمایشی حقیقی^۱ با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. نتایج پژوهش وی حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات شادکامی بود. خرم‌آبادی، امینی، دادفر، حیدری مقدم، کیخاوی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی تحت عنوان تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش اعتیاد، اضطراب و افسردگی معتادین به مواد مخدر به روش نمونه-گیری در دسترس بر روی ۳۰ نفر از معتادان مداخله موسیقی درمانی انجام داد. نتایج به دست آمده نشان داد که موسیقی درمانی موجب کاهش میزان مصرف مواد مخدر، افسردگی، اضطراب و استرس شد. بعلاوه نتایج مطالعه وی حاکی از اثربخشی بیشتر موسیقی درمانی بر افسردگی بود.

یکی از مسیرهای ارتباطی میان موسیقی درمانی، افسردگی، شادکامی و در نهایت کیفیت زندگی، فرایندهای شناختی افراد است. چیهو و چون^۲ (۲۰۰۳) شناخت و موسیقی را مرتبط به هم دانسته و معتقدند آموزش موسیقی به صورت نظام‌مند و منظم در زمینه پردازش حافظه مؤثر است. کولیر^۳ (۲۰۰۰) نیز بر این باور است که عملکرد حافظه کوتاه‌مدت با بهره‌گیری از تحریکات موزون شنیداری متناوب، بهتر از زمانی است که تحریکات بینایی به کار برده می‌شود. بعلاوه، موسیقی از راه تصویرسازی ذهنی، تقویت حافظه را به دنبال دارد (خلف‌بیگی، بیان‌زاده، زاده‌محمدی و شفارودی، ۱۳۸۵).

گریگوری^۴ (۲۰۰۲) تداوم توجه به موسیقی را در فرایندهای شناختی به ویژه با تمرکز غیرمستقیم بر تجربه‌های شادی‌بخش، مؤثر می‌داند. بر اساس یک دیدگاه، هنگام

¹ true experimental

² Chiho & Chun

³ Collier

⁴ Gregory

شنیدن موسیقی به صورت فعال و بدون اعمال حرکتی، بازتاب‌های شناختی، بیشتر به شکل هماهنگی فرد و نبود رفتارهای تخریبی یا غیرموسیقیایی دیده می‌شود. هم‌چنین، نشانه‌ها و علائم متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد شبکه‌های عصبی اختصاصی پردازش موسیقی در مغز به صورت کاملاً مستقل و جداگانه (مستقل از دیگر ساختارهای عصبی مغز) عمل می‌کنند (ملایری، جعفری و عشایری، ۱۳۸۴؛ جنسن^۱، ۱۳۸۶). تقویت و تسهیل عملکرد شبکه‌های دخیل در موسیقی در نیمکره چپ (از طریق آموزش زودهنگام موسیقی)، توانایی ذهنی مربوط به این نواحی، که شامل اجزای مورد نیاز ذهن برای استدلال می‌شوند را افزایش می‌دهد (چان، چنگ، هو و هی^۲، ۲۰۰۰). نتایج تحقیقات در ایران نیز نشان دهنده افزایش رشد شناختی کودکان و افزایش توانایی استدلال عمومی بر اثر آموزش موسیقی است (میربها، کاویانی و پورناصح، ۱۳۸۲).

از طرف دیگر، موسیقی در حیطه درمان با هدف تخلیه هیجانی^۳، رسیدن به آرامش، مواجهه با تعارضات خود، کسب آگاهی، افزایش بینش و سازگاری به کار می‌رود. در واقع، ساختار مغز به گونه‌ای است که به محرک‌های موزیکال پاسخ‌های مثبت و مناسب می‌دهد و موجبات استفاده از این روش درمانی را فراهم می‌سازد. تحقیقات متعدد نشانگر آن است که تالاموس محرک‌های موسیقیایی را دریافت می‌کند و این‌علاوه را به وسیله سیستم عصبی به مغز انتقال می‌دهد و به صورت یک کارکرد خودکار به طور اعم روی مغز و به طور اخص روی هوش، حافظه و تخیل نفوذ می‌کند. بعلاوه، غده صنوبری یا هیپوفیز از تالاموس فرمان دریافت می‌کند و به محرک‌های موزیکال، ریتم و وزن موسیقی پاسخ مثبت می‌دهد و موجب ترشحاتی می‌گردد که نقاط مختلف بدن انسان را جهت کارکرد طبیعی رهنمون می‌سازد. وقتی محرک‌های موزیکال به مغز می‌رسد غده هیپوفیز به آن پاسخ مثبت یا به عبارتی پاسخ آرامش‌بخش می‌دهد که نتیجه این پاسخ آزادسازی آندروفین است. آندروفین آرام-

¹ Jensen

² Chan, Cheung, Ho & He

³ catharsis

بخشی است طبیعی که درد را تسکین می‌دهد. این ماده در زمان آرامشی که توسط موسیقی بدست می‌آید در تمام نقاط بدن ترشح می‌گردد. همچنین موسیقی آزادسازی آدرنالین و نورآدرنالین از غدد فوق کلیوی که باعث بالا رفتن فشارخون و ضربان قلب و در نتیجه افزایش اضطراب می‌شوند را کاهش می‌دهد (زاده‌محمدی، ۱۳۸۱، ۱۳۸۸، ۱۳۸۹). هنری^۱ (۱۹۹۵) نشان داد که گوش دادن به موسیقی، امواج آلفا مغز را تحریک کرده و می‌تواند موقعیتی آرامش‌بخش را فراهم سازد و یا سبب رهایی آندروفینها گردد و نه تنها درد را کاهش داده، بلکه موجب کاهش فشار خون و ضربان قلب نیز شود.

گلداستین^۲ (۱۹۷۶) نیز در مطالعه خود نشان داد که نیمی از افراد مورد آزمایش، در هنگام گوش دادن به موسیقی، به احساس وجد و شغف و آفری دست یافته‌اند. مواد شیمیایی درمانی که در ضمن خشنودی ترشح می‌شوند و غنای احساسی در موسیقی مذهبی، مارش نظامی و قطعاتی که با طبل نواخته می‌شود باعث ترشح ماده بی‌حس کننده بدن گشته و سیستم ایمنی بدن و اعمال آن را تقویت می‌نماید. وی فرض می‌کند شور و شغفی که در اثر شنیدن موسیقی‌ای خاص به انسان دست می‌دهد، ناشی از ترشح آندورفین از غده صنوبری و نتیجه فعالیت الکتریکی بخشی از مغز است که هم با سیستم لیمبیک و هم با مراکز عصبی خودکار در رابطه است.

در مجموع و مطابق با پیشینه مطالعاتی در خصوص اثربخشی موسیقی درمانی، به نظر می‌رسد که این شیوه درمانی در سلامت شناختی، فیزیکی و هیجانی افراد نقش داشته و از طریق نظمی که در ترتیب نت‌های مختلف وجود دارد، سلامت روان افراد را تقویت کرده و در عین حال از افراد در برابر غمگینی، احساس گناه و تنهایی محافظت می‌کند (شیبانی و همکاران، ۱۳۸۹). در پایان با توجه به یافته‌های پژوهش و محدودیت‌های این مطالعه همچون روش شبه‌آزمایشی این پژوهش که در کنترل متغیرهای مداخله-

¹ Henry

² Goldstein

گر با محدودیت مواجهه است. کوچک بودن نمونه مورد آزمایش و محدود بودن آن به زنان با افسردگی خفیف و جزئی که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهرستان لاهیجان مراجع کرده بودند که زمینه تعمیم نتایج را با مشکل مواجهه می‌کند و در نهایت کم بودن منابع اطلاعاتی در زمینه موسیقی درمانی به علت تازگی بررسی این شیوه درمانی در ایران، پیشنهادات نظری و کاربردی‌ای از قبیل بررسی اثربخشی این شیوه درمانی در افراد با طیف سنی مختلف و اختلالات دیگر، تدریس اصول و مبانی ابتدایی موسیقی و موسیقی درمانی در رشته روانشناسی و استفاده از موسیقی درمانی به عنوان درمان مکمل در کنار دارو درمانی و روان‌درمانی مطرح می‌شود.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی-۵ (DSM-5). ترجمه دکتر فرزین رضاعی و همکاران (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.
- بشرپور، س؛ عطادخت، ا؛ نریمانی، م و صنوبری، ل. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی تن آرامی پیشرونده عضلانی و موسیقی درمانی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳، ۲، ۲۱۵-۲۲۵.
- جنسن، ا. (۱۳۸۶). چگونگی تأثیر موسیقی بر مغز. ترجمه آذر عمرانی گرگری. تهران: انتشارات ویرایش.
- حجتی، ح؛ افرا، ا؛ آلوستانی، س؛ دهقانی، ع؛ دهقان، ب و پورخانی، س. (۱۳۹۲). تأثیر موسیقی درمانی بر تغییرات نبض و فشار خون بیماران تحت جراحی سزارین در بیمارستان حکیم جرجانی گرگان. پرستاری داخلی و جراحی، ۲، ۳ و ۴، ۱۲۲-۱۲۷.
- خرم‌آبادی، ی؛ امینی، ی؛ دادفر، ر؛ حیدری مقدم، ر؛ کیخاوی، س؛ اشرفی حافظ، ا و مظفری زاده، س. (۱۳۹۱). تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش اعتیاد، اضطراب و افسردگی معتادین به مواد مخدر. فصلنامه تاریخ پزشکی، ۴، ۱۳، ۱۰۹-۱۲۵.

- خلف بیگی، م؛ بیان زاده، س؛ زاده محمدی، ع و سفارودی، ن. (۱۳۸۵). تأثیر فعالیت‌های موسیقایی بر توجه و حافظه در اسکیزوفرنیا. *مجله رفتار روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲، ۴۶، ۲۳۶-۲۴۳.
- زاده محمدی، ع. (۱۳۸۱). کاربرد موسیقی درمانی: موسیقی و عرفان و طبقه بندی روانشناسی تم‌های موسیقی. تهران: نشر اسرار دانش.
- زاده محمدی، ع. (۱۳۸۸). کاربردهای موسیقی درمانی در روانپزشکی، پزشکی و روانشناسی. تهران: انتشارات شباهنگ. چاپ سوم.
- زاده محمدی، ع. (۱۳۸۹). موسیقی درمانی: مقدمه، تکنیک‌ها و کاربردها. تهران: نشر قطره.
- زاده محمدی، ع و پولادی، ف. (۱۳۹۰). مقدمه‌ای بر موسیقی، عصب و روان. تهران: انتشارات شباهنگ.
- زارع، م؛ افخم ابراهیمی، ع؛ و بیرشک، ب. (۱۳۸۸). بررسی اثر موسیقی درمانی بر کاهش بی-قراری در مبتلایان به آلزایمر ساکن در خانه‌های سالمندان شهرستان شهریار. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۱، ۲، ۵۵-۶۲.
- شیبانی تدرجی، ف؛ پاکدامن، ش؛ دادخواه، ا و حسن زاده توکلی، م. (۱۳۸۹). تأثیر موسیقی درمانی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی سالمندان. *پژوهش‌های سالمندی ایران*، ۵، ۱۶، ۵۴-۶۰.
- شیرانی، ش. (۱۳۹۳). *اثر بخشی موسیقی درمانی بر بهبود علائم وسواس فکری-عملی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- عابدی مهر، آ. (۱۳۹۲). *اثر بخشی موسیقی درمانی بر شادکامی دانش‌آموزان دختر کم توان ذهنی پیش حرفه‌ای و حرفه‌ای متوسطه شهر یاسوج*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- علی‌پور، ا و آگاه هریس، م (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانی‌ها. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۳، ۱۲، ۲۸۷-۲۹۸.
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۳). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی*. تهران: انتشارات بعثت.

اثربخشی موسیقی درمانی بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی

قمرانی، ا؛ سرلک، ن؛ شریعتی، م و رسولیان، م. (۱۳۸۹). نقش موسیقی در افزایش سلامت روانی کودکان با ناتوانی هوشی. *مجله پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۴۱، ۵۴-۱۰۲.

کاظمیان، م. (۱۳۸۹). تأثیر موسیقی درمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس در بیماران زنان مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان فارابی اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

گشول، م؛ کرمی، ب و خوشکلام، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی موسیقی درمانی بر رفتارهای کلیشه‌ای، رفتارهای آسیب به خود و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان ایتستیک. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی افراد استثنایی*، ۵، ۱۸، ۱۳۲-۱۴۹.

ملایری، س؛ جعفری، ز و عشایری، ح. (۱۳۸۴). اختصاص یافتگی مغز برای درک موسیقی. *فصلنامه تازه‌های علوم اعصاب*، ۱۱، ۶۸۹-۶۹۵.

منتظری، ع؛ گشتاسبی، آ و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. *فصلنامه پایش*، ۵، ۱، ۴۹-۵۶.

میربها، ه؛ کاویانی، ح و پورناصح، م. (۱۳۸۲). اثر آموزش موسیقی بر توانایی‌های هوشی خردسالان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۵، ۳، ۴۷-۵۴.

هدایت، ف. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی موسیقی درمانی گروهی فعال بر کاهش نشانه‌های مثبت و منفی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (روان گسیختگی) مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید پزشکی.

References

- Antypa, N., Van der Does, A. J. W., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of Affective Disorders*, 12, 21, 46-52.
- Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness*. Holland: Elsevier.
- Argyle, M., Martin, M. & Crossland, J. (1989). *Happiness as a function of personality*. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*, (pp. 189-203). North Holland : Elsevier Science Publishers.
- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). *Testing for Stress and Happiness: The role of the social and cognitive factors*. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds), *stress and emotion*, Washington, DC: Taylor & Francis.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bilgehan, E. (2015). The Use of Music Interventions to Improve Social Skills in Adolescents with Autism Spectrum Disorders in Integrated Group Music Therapy Sessions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 197*, 207-213.
- Burak, J. (2007). *Older adults benefit from participation in music therapy American Music conference*. Available from: <http://www.AMC.org>
- Cathy, M., & Niels, H. (2014). Music therapy's effects on levels of depression, anxiety, and social isolation in Mexican farmworkers living in the United States: A randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy, 1*, 41, 120-126.
- Chan, A. S., Cheung, M. C. Ho, Y. C., & He, W. J. (2000). Localized brain activation by selective tasks improves specific cognitive functions in humans. *Neuroscience Letters, 283*, 162-164.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific Foundations of cognitive theory and Therapy of Depression*. New York: Wiley.
- Clark, D., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Chang, E. T., Lai, H. L., Chen, P. W., Hsieh, Y. M., & Lee, L. H. (2012). The effects of music on the sleep quality of adults with chronic insomnia using evidence from polysomnographic and self-reported analysis: a randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies, 49*, 8, 921-930.
- Chi Ho, Y., & Chun, M. (2003). Training improves verbal but not visual memory: Cross-sectional and longitudinal explorations in children. *Cheung Neuropsychology, 17*, 439-450.
- Collier, G., & Logan, G. (2000). Modality differences in shorttermmemory for rhythms. *Memory and Cognition, 28*, 529-538.
- Debra ,S., Susan, M ., Yan, T., Russell, E., & Larry, D. (2015). Music Therapy Is Associated with Family Perception of More Spiritual Support and Decreased Breathing Problems in Cancer Patients Receiving Hospice Care. *Journal of Pain and Symptom Management, 2*, 50, 225-231.
- Diener, E., Diener, M., Tamir, M., Kim-Prieto, C., & Scollon, C. (2003). A time-sequwntial model of Subjective well-being. *Un-published paper*. Champaign, IL.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M. & Gold, C. (2011). Individual music therapy for

- depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 2, 132-139.
- Fredenburg, H & Silverman, M. (2014). Effects of cognitive-behavioral music therapy on fatigue in patients in a blood and marrow transplantation unit: A mixed-method pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 433-444.
- Gregory, D. (2002). Music listening for maintaining of older adults with cognitive impairments. *Journal of Music Therapy*, 39, 244-264.
- Guétina, S., Cousinb, J ., Touchona, J ., & Hérissonc, C. (2014). Effects of music therapy on the chronic pain experienced by patients undergoing spa therapy: A multicentre study (n = 1151). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57, 249-255.
- Ji, L., Bai, J., Sun, J., Ming, Y., & Chen, L . (2015). Effect of combining music media therapy with lower extremity exercise on elderly patients with diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 2, 243-247.
- Liu, L., & Petrini, M. (2015). Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complementary Therapies in Medicine*, 23, 714-718.
- Moon, F., Engle, C., & Esther, M. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 3, 18, 150-159.
- Hayes, N & Joseph, S. (2003). Big 5 correlate of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727.
- Henry, I. (1995). music therapy: A nursing intervention for the control of pain and anxiety in the ICU. *Dimension of critical care nursing*, 14, 6, 295-304.
- Hsu, W. C., & Lai, H. L. (2004). Effects of music on major depression in psychiatricinpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 193-199.
- Goldstein, A. (1976). Opioid peptides endorphins in pituitary and brain. *Psychoneuroendocrinology*, 1, 2, 11-16.
- Gutiérrez, E. O. F., & Camarena, V. A. T. (2015). Music Therapy in Generalized Anxiety Disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 44, 19-24.
- Ottaviani, S., Bernard, J. L., Bardin, T., & Richette, P. (2012). Effect of music on anxiety and pain during joint lavage for knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*, 31, 3, 531-534.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. Art. No.: CD004025.
- Patel, V., (2001). Depression in Developing Countries: Lessons from Zimbabwe. *Br Med*, 322, 7284, 482-4.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.

- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. USA: Free Press.
- Shu-Ling, Ch., Hui-Chuan, L., & Sui-Whi, J. (2009). Perceptions of group music therapy among elderly nursing home residents in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*, 4, 17, 190-195.
- Sliwka, A., Nowobilski, R., Polczyk, R., Nizankowska -Mogilnicka, E., & Szczeklik, A. (2012). Mild asthmatics benefit from music therapy. *The Journal of asthma*, 49, 4, 401-408.
- Renwick, R., Schormans, A. F., & Zekovic, B. (2003). Quality of life the children and adolescents with developmental disabilities: A New Conceptual Framework. *Journal of Developmental Disabilities*, 10, 1, 107-122.
- Teague, A. K., Hahna, N. D., & McKinney, C. H. (2006). Group music therapy with women who have experienced intimate partner violence. *Music Therapy Perspectives*, 24, 80-86.
- Tanaka, Y., & Nogawa, H. (2015). Evaluating the Effects of Singing Songs in Ethnic Music Therapy for Dementia Patients with a Novel Near-infrared Spectroscopy (Data Analysis Method). *International Journal of Gerontology*, 1, 9, 7-14.
- Vennhoven, R. (1993). *Happiness in nations: Subjective appreciation of life in 55 nations 1986-1990*. Rotterdam. The Netherlands: RISBO-Erasmus University.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.
- Yates, G., & Silverman, M. (2015). Immediate effects of single-session music therapy on affective state in patients on a post-surgical oncology unit: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy*, 44, 57-61.



شهرستان گیلان، دانشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی