



اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت- صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیردارویی

اسماعیل سلیمانی^۱، لاله صنوبر^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۳۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر موسیقی درمانی بر میزان اضطراب حالت- صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیردارویی بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل معتادین در حال بازتوانی بودند که در آبان ماه سال ۱۳۹۳ برای ترک و بازتوانی به کمپ همیاران پاک در استان اردبیل مراجعه کرده بودند. نمونه آماری را ۳۲ نفر از معتادین، در محدوده سنی ۵۰-۱۶ سال تشکیل می دادند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع-آوری داده‌ها، از پرسشنامه اضطراب حالت- صفت استفاده شده است. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل در اضطراب حالت و صفت تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر اضطراب حالت و صفت معتادین گروه آزمایش بعد از موسیقی درمانی کاهش یافته بود. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت موسیقی درمانی به تنهایی یا در کنار سایر مداخلات روان شناختی می تواند روش مؤثری برای کاهش اضطراب معتادین در مرحله بازتوانی غیردارویی باشد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، موسیقی درمانی، اضطراب حالت-صفت، درمان غیردارویی

۱. نویسنده مسئول: استادیار روانشناسی عمومی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، پست الکترونیک: soleymany.psy@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مشاور دانشگاه فرهنگیان بنت الهدی صدر اردبیل

مقدمه

اعتیاد^۱ ناهنجاری‌های روانی- اجتماعی است که از مصرف غیر طبیعی و غیر مجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و غیره ناشی شده و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیکی فرد مبتلا به مواد (معتاد) مذکور می‌شود. این وابستگی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر نامطلوبی بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می‌کند (نول، برورز و بچارا^۲، ۲۰۱۳). اعتیاد و عوارض ناشی از سوء مصرف مواد یکی از معضلات بزرگ در جهان محسوب می‌شود. دشواری‌های ناشی از اعتیاد همه ابعاد زندگی فرد، خانواده و حتی جامعه را تحت تأثیر مخرب خود قرار داده و منابع عظیم اجتماعی را در قلمرو مادی و معنوی به هرز می‌برد (لی، هرنگوهل و کوسترمن^۳، ۲۰۱۳). از آثار مصرف مواد بر فرد می‌توان بیش مصرفی^۴، انتقال بیماری‌های عفونی و دشواری‌های سلامت روان را نام برد. اثرات سوء مصرف مواد در جامعه می‌تواند شامل جنایت، مشکلات قانونی، فرو پاشی خانواده و کاهش بهره‌وری باشد (استین^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل^۶ اعتیاد را یکی از بحران‌های چهارگانه جهان بر شمرده است. همچنین شیوع اعتیاد را در جهان بالغ بر نیم درصد و این رقم را در کشور ایران یک تا دو درصد و مرگ و میر ناشی از اعتیاد را رو به افزایش ذکر نموده است (کاملی، حجت، جرمی، عابدی و کاملی، ۱۳۹۲).

وابستگی به مواد مخدر یک بیماری مزمن است که در بیشتر موارد با سایر اختلال‌های روانپزشکی همراه است. از جمله این اختلال‌ها می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد (ایلگن، ژان، کیم و ترافتون^۷، ۲۰۰۸). خصوصیات روانی- شخصیتی معتادان به مواد مخدر، صرفاً ناشی از مواد مخدر نیست، بلکه معتادان قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی عدیده‌ای هستند که بعد از اعتیاد و در مراحل ترک و حتی بعد از ترک نیز به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید می‌شود. نتایج یک پژوهش نشان داد که معتادان در پرسشنامه روان نژندگرای و روان پرشی آیزنک نمره بالایی را دریافت می‌کنند (کتابی،

1. addiction

2. Noel, Brevers&Bechara

3. Lee, Herrenkohl&Kosterman

4. Overdose

5. Stie

6. UNDOC

7. Iigen, Jain, Kim & Trafton

ماهر و برجعلی، ۱۳۸۷). خلعتبری و بازرگانیان (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماران معتاد دارای ایدز که تحت درمان بودند، از افسردگی و اضطراب و استرس بالایی رنج می‌بردند. حجتی و همکاران در سال ۱۳۹۰ بهداشت روانی معتادان در حال ترک غیر دارویی را مورد بررسی قرار دادند، یافته‌های این تحقیق نشان داد که بیشترین درصد واحدهای پژوهش تحت درمان از اضطراب بالایی برخوردار بودند. در مطالعه دیگری سلیمانی، نجفی، الهی و شرقی (۱۳۹۲) به بررسی فراوانی اضطراب و افسردگی در معتادان تحت درمان دارویی پرداختند و نتیجه بررسی آن‌ها نشان داد که از ۱۵۰ بیمار مورد مطالعه ۴۹/۳ درصد دارای علائم اضطرابی و ۵۰ درصد دارای علائم افسردگی بودند. آپلیوم، بولیز و تریگر (۲۰۱۰) نیز در بررسی خود نشان دادند معتادینی که به علت ترک هروئین تحت درمان دارویی بودند از اختلال خلق و اضطراب بالایی رنج می‌برند. اختلال روانپزشکی همزمان در معتادین در حال ترک علاوه بر تحمیل هزینه زیاد بر سیستم بهداشتی-درمانی، منجر به پیش آگهی و پیامد درمانی بدتر (طولانی شدن مدت درمان) می‌شود (نانیس و لوین^۲، ۲۰۰۴). پژوهش نشان داده است که آشفتگی‌های خلقی از جمله اضطراب و افسردگی در نتیجه ترک اعتیاد تا ۶ ماه در بیماران پایدار بوده است (چارنی، پلاسیوس، نگرت، پابکین و گیل^۳، ۲۰۰۵). ۹۵ درصد معتادان نیز در طی ۶ ماه اول ترک به علت مشکلات خلقی و اضطراب به عود مجدد باز می‌گردند (ناستی‌زایی، ۱۳۸۶). تجربه افسردگی و اضطراب پس از ترک منجر به عدم اقدام معتادان به درمان یا ترک همراه با برگشت سریع می‌شود (شاملو، ۱۳۸۷). روش‌های مختلفی برای کاهش اضطراب بیماران تحت درمان و کنترل ناشی از آن وجود دارد. از جمله مؤثرترین روش‌های درمانی کنترل و کاهش میزان اضطراب روش‌های دارویی و رفتاری است (جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۸). رایج‌ترین داروهای مورد استفاده در درمان اضطراب شامل بنزودیازپین‌ها، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، مهارکننده‌های مونوآمین آکسیداز، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب مجدد سروتونین، داروهای ضد اضطراب غیر بنزودیازپینی (باسپرون)، کاربامازپین،

پروپرانولول و هیدروکسی زین می‌باشند. این داروها علی‌رغم تأثیر سریع، عوارض فراوانی دارند و به مدت ۸ تا ۱۲ ماه باید مصرف شوند که در بیشتر موارد، اضطراب دوباره عود می‌کند. از اشکالات عمده این داروها، ایجاد تحمل و وابستگی در صورت مصرف طولانی مدت است (پورافکاری، ۱۳۸۹). روش‌های درمانی رفتاری، روش‌های غیر دارویی کاهنده اضطراب شامل لمس درمانی، استفاده از گرما و سرما، انواع روش‌های آرام-سازی (هیپنوتیزم، تصورات هدایت شده، انحراف فکر، بیوفیدبک، مراقبه، یوگا، آرام-سازی پیشرونده عضلانی و آرام‌سازی عضلانی بنسون) و موسیقی درمانی هستند که می‌توانند موجب کاهش میزان اضطراب شوند. این روش‌ها علاوه بر ایمن و ارزان بودن، غیر تهاجمی هستند (ذوالفقاری، ۱۳۸۲؛ به نقل از هاشمی و ذاکری مقدم، ۱۳۹۱). در سال‌های اخیر گرایش به درمان‌های تکمیلی و جایگزین^۱ افزایش یافته است و به عنوان یک درمان فرعی و الحاقی و به طور کلی به عنوان درمان‌های حمایتی در بسیاری از مراکز درمانی و مراقبتی رو به افزایش است (کلی^۲، ۲۰۰۴). رویکردهای غیر دارویی همانند ورزش، برنامه‌های مدیریت استرس و آموزش تکنیک‌های تن آرامی و برنامه‌های موسیقی درمانی می‌توانند از استرس و آشفتگی‌های خلقی در معتادین در حال ترک جلوگیری کنند (وینکلمن^۳، ۲۰۰۱).

یکی از مداخله‌های غیر دارویی کاهنده اضطراب، موسیقی درمانی است که در آن از صدای ریتمیک برای برقراری ارتباط و کسب آرامش و بهبودی استفاده می‌شود (زاده محمدی، ۱۳۸۸). جیتی^۴ (۲۰۱۱) اثربخش بودن موسیقی درمانی را بر کاهش اضطراب در بخش‌های درمانی مورد تأکید قرار داده است. امروزه موسیقی موجب بهبود مشکلات جسمی، روانی و شناختی در بیماران می‌شود و در بخش‌های مختلف، به ویژه در بیمارستان‌های عمومی و روانی و مراکز بازتوانی به عنوان یک مداخله پرستاری مناسب و مؤثر معرفی و مورد استفاده قرار گرفته است (آلرد، بیرز و سول^۵، ۲۰۱۰). به طور کلی دو نوع موسیقی درمانی وجود دارد که با توجه به نوع فعالیت درمانجو، شامل فعال و غیر فعال

1. complementary and alternative
4. Ghetti

2. Kelly
5. Allred, Byers & Sole

3. Winkelman

می‌شود. موسیقی درمانی فعال شامل آواز خواندن، نواختن یا آهنگ‌سازی است و موسیقی-درمانی غیرفعال شامل گوش دادن به موسیقی است (کنیون^۱، ۲۰۰۷). سیستم اعصاب مرکزی (مغز) طوری ساخته شده است که به محرک‌های موزیکال پاسخ مثبت و مناسب می‌دهد و موجبات استفاده از این روش درمانی را فراهم می‌سازد. به هنگام ترس، بی-قراری و اضطراب ماده‌ای به نام کتکولامین‌ها و یا به عبارتی آدرنالین و نورآدرنالین از غدد فوق کلیوی ترشح می‌شود که این ماده موجب بالا رفتن فشار خون و ضربان قلب می‌گردد. موسیقی آزادسازی این ماده اضطراب‌زا را کاهش می‌دهد و در نتیجه عملکرد آن در بدن فشار خون و ضربان قلب پایین می‌آید (مورنو^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از فلاح، سهرابی و زاده محمدی، ۱۳۹۰). پژوهشگران اثربخشی موسیقی درمانی را در کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان (فلاح و همکاران ۱۳۹۰؛ حاجی حسنی، سعدی پور، جعفر نژاد، رستمی و پیرساقی، ۱۳۹۱)، کاهش اضطراب بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱؛ آرگستاتیر، هابربوسچ و بولی^۳، ۲۰۱۱)، کاهش اضطراب بیماران تحت درمان ریشه دندان (ملکی، عشایی، جعفری، علوی و عظیمی، ۱۳۸۹؛ رضویان، برکتین و محمدی، ۱۳۹۱) و کاهش درد و اضطراب بیماران در حین تعویض پانسمان سوختگی (نادری و همکاران، ۱۳۹۳) نشان داده‌اند. با استفاده از برنامه‌های موسیقی درمانی فعال و غیرفعال در مرحله بازگیری دارویی می‌توان آشفته‌گی‌های خلقی و اضطرابی معتادین را تسکین داد (پانکانن^۴، ۲۰۰۷). نتایج یک پژوهش نشان داد که جلسات ۳۰ دقیقه‌ای موسیقی درمانی فعال می‌تواند آشفته‌گی‌های خلقی معتادین را کاهش دهد (هاک و ورت و دیکسترا^۵، ۲۰۰۷). خرم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی خود نشان دادند که موسیقی درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی معتادین در حال ترک مؤثر است. اثربخشی موسیقی در کاهش اضطراب معتادین در مرحله ترک و بازتوانی این است که به معتاد اجازه می‌دهد از هیجان‌اتش رها شود و احساسات منفی خود را راحت‌تر بیان کند. این برنامه‌ها می‌توانند در ترک فردی و یا در جلسات گروهی بازتوانی به کار گرفته شوند (کاسیتی و کاسیتی، ۱۳۸۹).

1. Kenyon
4. Pankanen

2. Moreno
5. Hakwoort & Dijkstra

3. Argstater, Haberbosch & Bolay

در مرحله توانبخشی، راحتی فیزیکی و روانشناختی معتادین از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین با توجه به شدت سطح اضطراب و اثرات نامطلوب آن که می‌تواند مانع ترک و یا باعث عود مجدد شود، ضروری است که تیم درمانی، از مداخله‌های روانشناختی مؤثر در کاهش اضطراب معتادین تحت درمان در مرحله باز توانی استفاده کنند و با توجه به اثربخشی روش تسکین دهنده موسیقی، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی روش موسیقی درمانی در کاهش سطح اضطراب معتادین در مرحله باز توانی غیردارویی انجام گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را معتادین در حال باز توانی تشکیل می‌دادند که در آبان‌ماه سال ۱۳۹۳ برای ترک و باز توانی به کمپ همیاران پاک در استان اردبیل مراجعه کرده بودند. نمونه آماری این پژوهش را ۳۲ نفر از معتادین، در محدوده سنی ۵۰-۱۶ سال تشکیل می‌دادند که با روش نمونه‌گیری در دسترس (به علت موجود نبودن لیست تمام افراد) انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: پاسخ به پیش‌آزمون و تعیین سطح اضطراب؛ پذیرش شرایط آموزش (زمان و مکان آموزش، طول جلسات و ...)؛ عدم استفاده از موسیقی در طی دوره ترک؛ عدم مصرف آرام‌بخش یک ساعت قبل از انجام تمرینات. معیارهای خروج عبارت بودند از: عدم اخذ نمره لازم برای تعیین اضطراب؛ آموزش به وسیله برنامه درمانی دیگر؛ عدم پذیرش شرایط برنامه؛ ترک عادت شنیدن مکرر موسیقی در طی دوره؛ مصرف قرص‌های آرام‌بخش و تسکین دهنده در طی دوره تمرینات.

ابزار

پرسش‌نامه اضطراب حالت- صفت^۱ اسپیلبرگر: این پرسش‌نامه توسط اسپیلبرگر^۲ و همکاران (۱۹۷۰) ساخته شده است. ۴۰ گویه دارد و شامل دو مقیاس اضطراب حالت

(آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) است. هر بخش دارای ۲۰ گویه چهار گزینه‌ای است. به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ داده می‌شود. و برای به دست آوردن پاسخ درست از بیمار پرسش‌ها به صورت مثبت و منفی تنظیم شده‌اند و در مقیاس اضطراب حالت، گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ و در مقیاس اضطراب صفت گویه‌های ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۶ و ۳۹ معکوس نمره گذاری می‌شوند. اشیپل-برگر و همکاران (۱۹۷۰) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب حالت و صفت را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۱) برای بررسی روایی پرسش‌نامه اضطراب صفت- حالت از آزمون اضطراب پیشرفت بازدارنده و تسهیل‌کننده استفاده شد. نتایج نشان داد که همبستگی مقیاس‌های اضطراب صفت و حالت با خرده-آزمون‌های بازدارنده و تسهیل‌کننده معنی‌دار بود (به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵).

روش اجرا

در این پژوهش، پژوهشگران برای مشخص شدن نمونه پژوهش و جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز به کمپ همیاران پاک اردبیل مراجعه کرده و بعد از هماهنگی با رئیس هیئت مدیره کمپ، یکی از اتاق‌های کمپ به عنوان محل کار پژوهشگران تعیین شد. به دنبال آن با مسئول کمپ جلسه‌ای تشکیل داده و اطلاعات لازم در ارتباط با وضعیت معناتان جمع‌آوری شد. سپس معناتین انتخاب شده، به طور تصادفی گروه‌بندی شده و برای شرکت در هر گروه توجیه شدند. سپس گروه آزمایش به مدت یک هفته هر روز دو ساعت به طور گروهی در اتاق تعیین شده حضور می‌یافتند و به همراه پژوهشگران در فعالیت‌های موسیقی فعال و غیرفعال شرکت می‌کردند. استندلی^۱ (۱۹۹۲) با بررسی روش-های گوناگون موسیقی-پزشکی در ۵۵ پژوهش، هفت روش عمده موسیقی درمانی فعال و غیرفعال را در امر درمان گزارش کرده است: روش اول، شنیدن موسیقی غیرفعال؛ روش دوم، شرکت در برنامه‌های فعال موسیقی؛ روش سوم، بحث و مشاوره در موسیقی؛ روش چهارم، موسیقی و موضوع‌های مربوط به رشد و آموزش؛ روش پنجم، موسیقی و

محرک؛ روش ششم، موسیقی همراه با بازخورد زیستی؛ روش هفتم، موسیقی و فعالیت- های گروهی (به نقل از زاده محمدی، ۱۳۸۸). در این پژوهش برای گروه آزمایشی موسیقی، از روش اول و دوم و سوم موسیقی درمانی استندلی استفاده شد. موسیقی غیرفعال شنیدن قطعات بی کلام نشاط آور را شامل می شد. ملودی خاص برای ایجاد نشاط در بیماران باید دارای تم موسیقایی فرح بخش باشد. تم های فرح بخش (نشاط انگیز) قطعه های ریتمیک با ملودی نسبتاً تند است که سرزندگی و نشاط را به دور از هیجان زدگی و بی تابی القاء می کند و با ثبات و آرامش همراه است (زاده محمدی، ۱۳۸۸). فعالیت های موسیقایی فعال در جلسات موسیقی درمانی این پژوهش بحث و گفتگو درباره احساسات موسیقایی، آواز خواندن و دکلمه کردن همراه با صدای پیانو را شامل می شد. گروه گواه نیز بدون دریافت هیچ مداخله ای در آغاز و پایان بررسی برای جمع آوری اطلاعات لازم پرسش نامه پژوهشی را تکمیل کردند.

جدول ۱: خلاصه هشت جلسه موسیقی درمانی به تفکیک جلسات

محتوا

جلسه اول: اجرای پیش آزمون همراه با شنیدن موسیقی پیانوی بی کلام نشاط آور شامل (قطعات تولدی دیگر و رقص برگ ها).

جلسه دوم: بازگو کردن احساسات منفی جسمانی و روحی همراه با پخش قطعات پیانوی آرام بخش.

جلسه سوم: پخش قطعات پیانوی آرام بخش و ترغیب بیمار به صحبت درباره احساسات و نگرانی ها.

جلسه چهارم: پخش قطعه بی کلام نشاط آور و فرح بخش (به تو مدیونم و فرشته زمینی؛ همراه با دکلمه کردن ترانه هایی که با بیمار همدردی می کنند).

جلسه پنجم: پخش قطعات پیانوی آرام بخش همراه با ترغیب بیمار به زمزمه آوازهایی در وصف خود.

جلسه ششم: پخش قطعات پیانوی آرام بخش و بحث درباره احساسات، افکار یا خاطرات مربوط به متن موسیقی و تکمیل پرسشنامه.

یافته ها

محدوده سنی گروه نمونه ۱۶ تا ۴۵ سال با میانگین و (انحراف استاندارد) ۲۹/۵۶ و (۲/۳۵) سال می باشد. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	پیش آزمون				پس آزمون			
	موسیقی درمانی		گواه		موسیقی درمانی		گواه	
	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد
اضطراب حالت	۶۸/۵۴	۶/۳۶	۶۶/۶۰	۷/۳۲	۳۳/۵	۷/۹	۶۲/۴	۷/۵۰
اضطراب صفت	۶۹/۱۴	۵/۶۷	۶۵/۱۴	۷/۰۰	۴۶/۹	۷/۸۰	۶۴/۰	۹/۳۰

برای بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت و صفت می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های مانکوآ، همگنی واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که این پیش فرض نیز برقرار است ($M=5/11$, $F=1/570$, $P>0/05$). بنابراین نتایج مانکوآ حکایت از معنی‌داری تفاوت دو گروه در ترکیب خطی مؤلفه‌های اضطراب داشت ($0/38$, $F=8/84$, $P<0/001$) = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت

منبع	متغیرها	مجموع- مجذورات	درجه- آزادی	میانگین- مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
گروه	اضطراب حالت	۷۰۰۳/۸۰	۱	۷۰۰۳/۸۰	۲۵۸/۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰۹
	اضطراب صفت	۲۱۵۶/۲۱	۱	۲۱۵۶/۲۱	۴۲/۳۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۰
خطا	اضطراب حالت	۷۰۳/۸۹	۲۶	۲۷/۰۷	-	-	-
	اضطراب صفت	۱۳۲۳/۷۸	۲۶	۵۰/۹۱	-	-	-

همان‌طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود موسیقی درمانی توانسته اضطراب حالت و صفت معتادین گروه آزمایش را کاهش دهد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش اضطراب حالت-صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیر دارویی انجام گرفته است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله موسیقی درمانی فعال و غیرفعال در کاهش اضطراب حالت-صفت معتادین مؤثر است و این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر همسو و هماهنگ است. هل دام^۱، داهلی^۲ و ویلگرام^۳ (۲۰۰۹) اظهار داشته‌اند که موسیقی موجب تأثیر گذاری بر سیستم عواطف (لیمبیک) می‌شود. جلسات موسیقی درمانی در افراد معتاد در حال ترک و بهبودی می‌تواند باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش اضطراب گردد (خرم آبادی و همکاران، ۱۳۹۱). باوری و برنا (۱۳۸۸) در بررسی خود نشان دادند که با استفاده از تکنیک تن آرامی و موسیقی درمانی، میزان اضطراب معتادین در مرحله بازتوانی به طور قابل محسوسی کاهش یافت که خود موجب کنترل برخی از رفتارهای تجربی مانند افکار نامربوط، پر خاشگری و وسوسه به مواد شد که در مجموع احتمال مصرف مجدد مواد را کاهش داد. پانکانن (۲۰۰۷) در بررسی خود نشان داد که با استفاده از برنامه‌های موسیقی- درمانی فعال و غیرفعال در مرحله بازگیری دارویی می‌توان آشفستگی‌های خلقی و اضطرابی معتادین را تسکین داد. هاگ و ورت و دیکسترا (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که جلسات ۳۰ دقیقه‌ای موسیقی درمانی فعال می‌تواند آشفستگی‌های خلقی معتادین را کاهش دهد. خرم آبادی و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی خود نشان دادند که موسیقی درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی معتادین در حال ترک مؤثر است. در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت گوش دادن به موسیقی آرامش بخش با تحریک امواج آلفا در مغز می‌تواند یک وضعیت آرام بخش از طریق انتشار اندروفرین، دوپامین و کاهش ترشح کاتکولامین فراهم نماید و به این ترتیب، افسردگی، اضطراب و خشم کاهش می‌یابد. همچنین فشار خون و ضربان قلب را کاهش می‌دهد و بالطبع واکنش تمدد اعصاب فعال می‌گردد. به همین دلیل موسیقی و موسیقی درمانی می‌تواند به افراد در مقابله با اثرات مخرب اضطراب کمک کند و نه تنها به آرامش، بلکه به سلامت افراد منجر شود. موسیقی فشار خون و

تنش عضلانی را کاهش می‌دهد و باعث تفکر مثبت در ذهن می‌شود. در نتیجه، می‌توان آن را در درمان افسردگی و اضطراب بکار برد. همچنین موسیقی می‌تواند اثرات منفی استرس بر بدن را کاهش و قدرت خلاقیت و خوش بینی را افزایش دهد (اسکات، ۲۰۱۴). می‌توان به این نکته اشاره نمود که موسیقی درمانی، میزان اضطراب را در افراد معتاد در حال ترک کاهش می‌دهد و از این نظر با یافته‌های پژوهش‌های دیگر هماهنگ است. یافته‌های این پژوهش بر تأثیر موسیقی درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی معتادان در حال بازتوانی صحه می‌گذارد و بر استفاده از آن به عنوان یک روش نوین درمانی در درمان اختلالات اضطرابی بیماران معتاد تأکید دارد. محققان در بررسی علل شیوع اعتیاد و عود آن پس از درمان به وضعیت سلامت روانی نامناسب اشاره کرده‌اند. بر اساس نظریه خوددرمانی، سوء مصرف مواد از سوی افراد معتاد نوعی خوددرمانی دانسته می‌شود که افراد معتاد برای رفع مشکلاتی همچون افسردگی و اضطراب به مصرف مواد روی می‌آورند (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). یکی از زمینه‌های مستعدکننده پیش‌اعتیادی معتادان بهبود یافته، احساسات و عواطف غیر طبیعی و اضطراب است. بسیاری از بیماران معتاد، مواد را به خاطر کاهش اضطراب و کنترل خشم بعد از ترک به کار می‌برند (زینالی، وحدت و عیسوی، ۱۳۸۷). اختلالاتی همچون اضطراب و افسردگی از مواردی است که نقش مهمی در بازگشت مجدد معتاد ترک کرده ایفاء می‌کنند. ارائه خدمات روانشناختی در دوره بازتوانی می‌تواند اضطراب و افسردگی را در معتادان کاهش دهد (باوری و برنا، ۱۳۸۸). موسیقی درمانی می‌تواند از قسمت‌های اصلی برنامه درمانی اضطراب باشد. شنیدن ترانه‌ها و آوازه‌ها برای همدردی و تخلیه نگرانی و اندوه، بحث و گفتگو پیرامون احساسات - های مختلف تن آرامی با موسیقی آرام‌بخش، ارتباط دوستانه گروهی در فعالیت‌های موسیقی فرصت‌هایی هستند که به سازگاری بیماران کمک می‌کند. بیمار به وسیله این فعالیت‌ها تسلسل احساس‌های خود را با گذشته و آینده حفظ می‌کند (زاده محمدی، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش حاضر در همسو با نتایج دیگر پژوهش‌های انجام گرفته بیانگر این است که استفاده از موسیقی به عنوان یک روش نوین در روان درمانی می‌تواند یک

درمان مؤثر در کاهش اختلالات همراه با اعتیاد از جمله اضطراب باشد. مهم ترین محدودیت این پژوهش را می توان کم بودن حجم نمونه قید کرد که در تعمیم پذیری نتایج باید تأمل کرد. پیشنهاد می شود اثربخشی روش موسیقی درمانی با دیگر رویکردهای مهم و مؤثر که در بهبود اضطراب معتادین نقش دارند، مقایسه شود تا در میزان اثربخشی این روش درمانی اعتبار بهتری حاصل شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۵). *آزمون های روانشناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- باوری، ساسان و برنا، محمدرضا (۱۳۸۸). تأثیر خدمات روانشناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*، ۳(۱۲)، ۱۸-۷.
- پورافکاری، نصرت اله (۱۳۸۹). *روان شناسی بالینی*. تهران: انتشارات آزاده
- جان بزرگی، مسعود و نوری، ناهید (۱۳۸۸). *شبهه های درمانگری اضطراب و تنیدگی*. تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی،
- حاجی حسنی، مهرداد؛ سعدی پور، اسماعیل؛ جعفری نژاد، هادی؛ رستمی، کاوه و پیرساقی، فهیمه (۱۳۹۱). اثربخشی موسیقی درمانی فعال و گشتالت درمانی بر کاهش اضطراب امتحان. *اندیشه و رفتار*، ۶(۲۳)، ۲۰-۹.
- حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گل بهار؛ حیدری، بهروز و شریف نیا، سید حمید (۱۳۹۰). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۱۴-۲۰۷.
- خرم آبادی، یدالله؛ امینی، یاسمن؛ دادفر، رضا؛ حیدری مقدم، رشید؛ کی خاونی، ستار؛ الشرفی حافظ، اصغر و مظفری زاده، سید سجاد (۱۳۹۱). تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش اعتیاد، اضطراب و افسردگی معتادین به مواد مخدر. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۴(۱۳)، ۱۲۵-۱۰۷.
- خلعتبری، جواد و بازرگانیان، ناهید (۱۳۸۹). مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر مبتلا و غیر مبتلا به HIV/AIDS. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۸(۵)، ۸۳-۷۶.
- رضویان، حمید؛ برکتین، بهناز و محمدی سپهوند، سارا (۱۳۹۱). بررسی اثر موسیقی بر میزان درد، اضطراب و فشار خون بیماران تحت درمان ریشه دندان. *مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان*، ۱۸(۵)، ۴۲۵-۴۳۲.
- زاده محمدی، علی (۱۳۸۸). *کاربردهای موسیقی درمانی در روانپزشکی، پزشکی و روانشناسی*. تهران: انتشارات اسرار دانش
- زینالی، علی؛ وحدت، رقیه و عیسوی، محسن (۱۳۸۷). عوامل مستعد کننده پیش اعتیادی معتادان بهبود یافته. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱(۱۴)، ۷۹-۷۱.
- سلیمانی، ربابه؛ نجفی، کیومرث؛ الهی، معصومه و شرقی، آرش (۱۳۹۲). بررسی فراوانی اضطراب و افسردگی در بیماران معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۷(۸)، ۶۷-۶۲.

شاملو، سعید (۱۳۸۷). مراحل و فرایندهای بهبود افراد معتاد در روان‌درمانی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۲، ۹۹-۱۱۰.

فلاح، طاهره؛ سهرابی، فرامرز و زاده‌محمدی، علی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی موسیقی‌درمانی با تصور‌هدایت شده و راهبردهای شناختی بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان. فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد، ۳(۴)، ۱۶-۹.

کاسیتی، مایکل و کاسیتی، جولیا (۱۳۸۹). موسیقی‌درمانی در روانپزشکی. ترجمه علی زاده‌محمدی و غفار ملک‌خسروی، تهران: انتشارات شباهنگ، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).

کاملی، دنیا؛ حجت، سید کاوه؛ جرمی، محمود؛ عابدی، عبدالعلی و کاملی، طیبه (۱۳۹۲). مقایسه مؤلفه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در مردان مبتلا به مواد مخدر و افراد غیر معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵(۴)، ۱۱۹-۱۱۳.

کتابی، صمیمه؛ ماهر، فرهاد و برجلی، احمد (۱۳۸۷). بررسی نیمرخ شخصیتی معتادان به مواد مخدر با استفاده از دو نظام شخصیتی کلونینجر و آیزنک. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲(۷)، ۴۵.

ملازاده، جواد و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. ماهنامه دانشور رفتار دانشگاه شاهد، ۱۶(۴)، ۱۱-۱۲-۱.

ملکی، زیبا؛ عشایری، حسن؛ جعفری، سیده زهرا؛ علوی، کاوه و عظیمی، سمیه (۱۳۸۹). بررسی اثر موسیقی در کاهش اضطراب معالجات اندودانتیکس دندانپزشکی. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۸(۳)، ۱۷۱-۱۶۵.

نادری، فیروزه؛ آقایی، آرمان؛ محمدزاده، محمد؛ ناظمی، صمد؛ سلمانی، فریبا و رشوند، مرتضی (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر نوع موسیقی بر آستانه درد، اضطراب، پاسخ‌های رفتاری درد و پارامترهای همودینامیک در حین تعویض پانسمن در بیماران سوختگی. فصلنامه افق دانش، ۲۰(۱)، ۶۸-۶۴.

ناستی‌زایی، ناصر (۱۳۸۶). بررسی عوامل خانوادگی عود اعتیاد از دیدگاه معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زاهدان. فصلنامه دانشکده بهداشت یزد، ۶(۲)، ۲۴-۱۷.

هاشمی، سیما و ذاکری مقدم، معصومه (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای تأثیر آرام‌سازی عضلانی و موسیقی‌درمانی بر سطح اضطراب بیماران در انتظار کاتریم قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۱(۴)، ۳۰-۲۲.

Allred, K. D., Byers, J. F., & Sole M. L. (2010). The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain management nursing journal*, 11(1), 5-16.

Applebaum, A., Bullis, J., & Traeger, L. (2010). Rates of mood and anxiety disorders and contributors to continued heroin use in methadone maintenance patients: a comparison by HIV status. *Neurobehavioral HIV medicine*, 2, 49-62.

Argstater, S., Haberbosch, K., & Bolay, A. (2011). Study of the effectiveness of musical stimulation during intracardiac catheterization. *Journal of cardiovascular nursing*, 95(10), 55-60.

Charney, D., Palacios, J., Negrete, J., Pobkin, P., & Gill, K. (2005). Association Between concurrent Depression and Anxiety and six- Month outcome of Addiction Treatment. *Psychiatric services*, 56(8), 927-933.

- Ghetti, C. M. (2011). *Effect of music therapy with emotional-approach coping on pre-procedural anxiety in cardiac catheterization*. Unpublished Dissertation, University of Kansas.
- Hakwoort, L., & Dijkstra I. (2007). Music Therapy and addiction; can research support its effect? *Music Therapy Today*, 3, 343-348.
- Ilgen, M., Jain, A., Kim, H. M., & Trafton, J. A. (2008). The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. *Behave Res Therapy*, 46(10), 1170-1175.
- Kelly, M. (2004). Complementary and alternative medical therapies for children with cancer. *European journal of Cancer Se*, 40(14), 2041-2046.
- Kenyon, T. (2007). Effect of music therapy on surgical and cancer patients. *Breast care*, 2(1), 217-220.
- Lee, J., Herrenkohl, T., & Kosterman, R. (2013). Educational inequalities in the co-occurrence of mental health and substance use problems and its adult socio-economic consequences: a longitudinal study of young adults in a community sample. *Public health*, 127(8), 745-753
- Noel, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 632-638.
- Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence. A meta- analysis. *Journal of the American Medical Association*, 291(15), 1887-1896.
- Punukanen, M. (2007). Music Therapy as a part of drug rehabilitation. *Music Therapy Today*, 3, 334-342.
- Scott, E(.2014). How music affects us and why music therapy promotes. Health.<http://stress.about.com>.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedman, P. D., Tellioglu, T., & Anderson, B. J. (2010). Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons. *Journal of substance abuse treatment*, 39, 157-166.
- Winkelman, M. (2001). Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: a shamanic perspective. *International Journal of Drug policy*, 12, 337-351.