

اثر بخشی موسیقی درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS)

مریم زادباقر صیقلانی^{*✉}، بهروز بیرشک^{**} و علی زاده محمدی^{***}

چکیده

هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. روش پژوهش شبه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS تهران بودند که ۳۰ نفر از آن‌ها به روش تصادفی انتخاب و به روش کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون افسردگی و اضطراب بک استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به MS در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. به عبارت دیگر میانگین نمرات افسردگی و اضطراب بر اثر موسیقی درمانی کاهش یافت. این یافته‌ها حاکی از آن است که موسیقی درمانی می‌تواند به عنوان یک روش درمانی غیر دارویی و با هزینه‌ای بسیار کم‌تر، در بهبود علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به MS استفاده شود.

کلیدواژه‌ها:

موسیقی درمانی؛ افسردگی؛ اضطراب؛ بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، باشگاه پژوهشگران و نخبگان جوان، کرج، ایران .

✉ maryam.zadbagher@hotmail.com

** دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان و مرکز تحقیقات بهداشت روان .

*** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۸/۱۰

مقدمه

ام اس یا مولتیپل اسکلروزیس^۱، شایع‌ترین بیماری مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیلینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و قطعات متعدد دمیلینه شده حاصل از بیماری، سرتاسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اسکولز، گلد، ویت، بارتچ^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ اوزاکباس، کاگیران، اورمجی و آیدیمین^۳، ۲۰۰۴؛ مک‌کاب^۴، ۲۰۰۵). این بیماری تقریباً ۱ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر را مبتلا ساخته و میزان شیوع آن در حدود ۱/۱ میلیون نفر در جهان است (میتچل، بنیتولئون، مورالز گونزالس و ریورا ناوارو^۵، ۲۰۰۵). این بیماری بسیار ناتوان‌کننده، همراه با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی است (پیژانگ و هماچاندرا^۶، ۲۰۱۰). به طوری که مراقبت‌های غیر رسمی نشان‌دهنده بار سنگینی برای خانواده‌های افراد معلول است (باتاگلیا، زاگامی و اوچلی^۷، ۲۰۰۰) و بیش‌ترین مقدار این بار سنگین را خود بیماران متحمل می‌شوند (گروه مطالعه بیماری بوردن کانادا^۸، ۱۹۹۸). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری ۲۰ تا ۴۰ سال است (مک‌کاب^۹، ۲۰۰۵؛ کوری^{۱۰}، ۲۰۰۱). بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی، استرس و اضطراب هستند (مک‌کاب، ۲۰۰۵). به طوری که حدود ۴۸ درصد از بیماران در همان یک سال اول بعد از تشخیص بیماری، علائم اضطراب، استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند (میتچل و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به شیوع بالای علائم روانی بیماری ام اس نظیر افسردگی، اضطراب و همچنین عوارض داروها، استفاده از تست‌های تشخیصی و درمان‌های غیر دارویی برای کاهش این علائم ضروری است (میتچل و

-
1. Multiple schlorosis
 2. Schulz, Gold ,Witt & Bartsch
 3. Ozakbas, Cagiran, Ormeci& Idman
 4. Mc cabe
 5. Mitchell, Benito-Leon, Morales Gonzalez & Rivera-Navarro
 6. Peizhong & Hemachandra
 7. Battaglia, Zagami & Uccelli
 8. The Canadian Burden of illness Study Group
 9. Mc cabe
 10. Currie

همکاران، ۲۰۰۵)؛ هم‌اکنون، نزدیک به یک سوم بیماران مولتیپل اسکلروزیس از درمان‌های مکمل، به‌رغم درمان‌های رایج و متداول بهره‌می‌برند (هایز و کاکس^۱، ۲۰۰۰). برخی پژوهش‌های اخیر پیشنهاد کرده‌اند که مداخله‌های غیر دارویی باید در مرتبه اول درمان‌های پیشنهادی از سوی درمان‌گران قرار بگیرد و تنها در صورتی از درمان‌های دارویی استفاده شود، که اثربخشی درمان‌های غیردارویی با شکست مواجه شود (آزرمای پیتروویچ، السویز، وان بورتلو و اندر^۲، ۲۰۱۲؛ ناکاجیما، ۲۰۱۱؛ اوگاوا و کورا، ۲۰۱۱).

از جمله درمان‌های غیردارویی می‌توان به موسیقی‌درمانی اشاره کرد که در جهت گسترش روابط بیماران استفاده می‌شود (گلد، هل‌دال، داهل و ویگرام^۳، ۲۰۰۹). فدراسیون جهانی موسیقی‌درمانی^۴ (۲۰۱۱)، این درمان مکمل را این‌گونه تعریف کرده است: استفاده از موسیقی یا عناصر موسیقی (صدا، ریتم، ملودی و هارمونی) برای فرد یا گروه توسط متخصص موسیقی‌درمانی در فرایندی که برای سهولت‌بخشی و ارتقاء ارتباط بین فردی، روابط، یادگیری، سیال‌سازی، ابراز وجود، انسجام و دیگر اهداف درمانی مربوطه انجام می‌شود تا نیازهای جسمی، هیجانی، روانی، اجتماعی و شناختی در فرد یا گروه تحقق یابد.

موسیقی‌درمانی در سلامت روان، قوای شناختی، فیزیکی و هیجانی افراد مؤثر است (چوی^۵، ۲۰۰۸) و باعث کاهش احساس‌های غمگینی و انزوا در افراد افسرده می‌شود (گیلام^۶، ۲۰۰۳؛ لهتونن^۷، ۲۰۰۵) و روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد (شافر، ۲۰۰۵). افرادی که دچار افسردگی خفیف یا متوسط هستند، می‌توانند از موسیقی برای افزایش اثر حمایت‌های روان‌شناختی استفاده کنند (کاستیلو پرز، گومز پرز، کاولو و لاسکو، پرز کامپوس و مایورال^۸ و همکاران، ۲۰۱۰).

بر اساس یافته‌های پژوهشگران گوش کردن مداوم به موسیقی می‌تواند اثرات مثبت‌تری بر

-
1. Hayes & Cox
 2. Azermai, Petrovic, Elseviers, Bourgeois, Van Bortel & Vander.
 3. Gold, Heldal, Dahel & Wegram
 4. World Federation of Music therapy
 5. Choi
 6. Gillam
 7. Lehtonen
 8. Castillo-Perez, Gómez-Pérez, Calvillo Velasco, Pérez-Campos, & Mayoral

خلق و خوی افراد بگذارد تا گوش کردن موسیقی در فواصل زمانی مختلف (فای چان، یانگ و نگ و تایالا^۱، ۲۰۱۱). درباره کاربرد موسیقی درمانی در کاهش علائم روانی بیماران ام اس آلدریج، اشمید، کادر، اشمید و اوسترمین^۲ (۲۰۰۵) اثر موسیقی درمانی را در درمان بیماری مولتیپل اسکلروزیس سنجیدند که نتایج نشان داد، موسیقی درمانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب و خستگی می‌شود و باعث افزایش عزت نفس و تقویت احساس خویشتن‌پذیری در این بیماران شده است.

پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند که موسیقی درمانی در بهبود افسردگی و وضعیت شناختی افراد سالمند مبتلا به دمانس، کاهش اضطراب بیماران تحت شیمی‌درمانی و زنان باردار مؤثر بوده است (چو و لین^۳، ۲۰۱۲؛ هرناندز، کاسترو، مولین، جامی و گواردادو^۴، ۲۰۱۲ و سوک‌شین و هی‌کیم^۵، ۲۰۱۱). همچنین تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران آلزایمر (گوتین، فلورانس، گابلا، توچون و بونته^۶، ۲۰۱۱) و افزایش عزت‌نفس بیماران اسکیزوفرنیک مزمن (محمودی دالوندی، رهگوی، رهگذر و زاده‌محمدی (۲۰۱۰) نشان داده شده است.

با توجه به مشکلاتی که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند، که از جمله مهمترین این مشکلات می‌توان به اضطراب، افسردگی در آن‌ها اشاره کرد، محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا کاربرد موسیقی درمانی به عنوان یک درمان مکمل و غیر دارویی تا چه حدی می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر باشد؟

روش

روش پژوهش در تحقیق حاضر شبه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه تحقیق شامل کلیه افراد مبتلا به MS بود که در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ به انجمن MS تهران مراجعه کرده بودند که تعداد آن‌ها متشکل از ۶۵۰ نفر بود. نمونه تحقیق ۳۰

-
1. Fai Chan, Yang Wong & Thayala
 2. Aldridge, Schmid, Kaeder, Schmid & Osterman
 3. Chou and Lin
 4. Hernandez, Castro, Moline, Jaime & Guardado
 5. Sook shin & Hee Kim
 6. Guetin, Florence, Gabelle, Touchon & Bonté

بیمار مبتلا به MS بود که به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) انتخاب و به تصادف در یک گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. بدین صورت که از بین ۶۵۰ بیمار مبتلا به MS که در فاصله زمانی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۱ به انجمن MS تهران مراجعه کرده بودند، ۱۰۰ نفر به تصادف از روی لیست شماره‌ها انتخاب و به پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک پاسخ دادند. از این تعداد ۳۸ نفر در آزمون افسردگی نمره بالای ۲۰ و آزمون اضطراب بک نمره بالای ۲۲ گرفته بودند که به قید قرعه ۳۰ نفر به عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. گروه نمونه در دامنه سنی ۲۳ تا ۴۵ ساله بودند و از نظر تحصیلات در طبقه دیپلم تا لیسانس قرار داشتند. ۶۰ درصد گروه نمونه دارای تحصیلات دیپلم، ۲۵ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۱۵ درصد نیز دارای تحصیلات لیسانس بودند. معیارهای ورود به تحقیق برای افراد نمونه شامل تشخیص بیماری MS توسط پزشک متخصص و مطالعه پرونده پزشکی بیماران بود. همچنین شامل کسب نمره بالاتر از ۲۰ در آزمون افسردگی بک و کسب نمره بالاتر از ۲۲ در آزمون اضطراب بک بود. معیارهای خروج نیز شامل کسب نمره پایین‌تر از ۲۰ در آزمون افسردگی بک و کسب نمره پایین‌تر از ۲۲ در آزمون اضطراب بک بود. داده‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱: **آزمون افسردگی بک:** آزمون افسردگی بک یکی از آزمون‌های روانی رایج و معتبر است. این آزمون برای تمام اقشار و محیط‌های اجتماعی اجرایی بوده و به فرهنگ حاکم در جامعه وابسته نیست (مددی و فتح‌الهی لواسانی، ۱۳۸۵؛ هرسن و بلاک، ۱۹۸۵؛ به نقل از نجفی‌پور و یکتاطلب، ۱۳۸۷). پرسشنامه بک بر اساس ۵ عامل، مرکب از علائم و نشانه‌های افسردگی به شرح زیر تنظیم شده است: الف) بدبینی، احساس شکست، تنفر از خود، افکار خودکشی، بی‌تصمیمی، کندی کار؛ ب) احساس گناه، انتظار تنبیه و سرزنش؛ ج) گریه کردن، تغییر تصویر از خود، ناخشنودی و غمگینی؛ د) کاهش وزن، شکایت جسمی، خستگی؛ ه) زودرنجی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی (مددی و فتح‌الهی لواسانی، ۱۳۸۵). این آزمون گستره

وسیع‌تری از علائم و ۲۱ جنبه از افسردگی را ارزیابی قرار می‌کند. هر گروه، نمره‌ای از ۰ تا ۳ کسب می‌کند. لذا مجموع امتیازات بین ۰ تا ۶۳ متغیر است (کاویانی و رحیمی، ۱۳۸۱). روایی هم‌زمان این مقیاس ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است (بک، ۱۹۸۸).

۲- آزمون اضطراب بک: آزمون اضطراب بک ۲۱ گویه دارد. از نظر نمره‌گذاری، به هر گویه در این آزمون، نمره‌ای از ۰ تا ۳ اختصاص می‌یابد. لذا مجموع امتیازات آزمودنی در این آزمون، کسب نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ است (کاویانی و رحیمی، ۱۳۸۱). همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۵ گزارش شده است (بک، ۱۹۸۸). پایایی این آزمون در ایران با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ گزارش شده و روایی مطلوبی نیز به دست آمده است (کاظمی، ۱۳۸۴).

روش اجرای موسیقی درمانی: گروه آزمایشی در معرض ۱۵ جلسه موسیقی درمانی غیر فعال و فعال (هر جلسه ۳۰ دقیقه) قرار گرفتند. موسیقی درمانی غیر فعال شامل شنیدن موسیقی بود. گوش کردن به موسیقی شامل تمرین و تکلیف در منزل بود که از آزمودنی‌های گروه آزمایش درخواست شد روزی سه بار (صبح - عصر - شب) به مدت هر بار نیم ساعت تا ۱۵ روز متوالی آهنگ‌های انتخاب شده را گوش بدهند. به منظور کنترل اجرای مرتب موسیقی درمانی غیرفعال توسط آزمودنی‌ها، از آن‌ها درخواست شد پس از هر بار گوش کردن موسیقی‌ها، احساس خود را با ذکر زمان و مکان گوش کردن موسیقی‌ها ثبت کرده و به درمانگر ارائه دهند. در این زمینه، هیچ گونه گزارش آفت و ریزش نشد. دلیل انتخاب آهنگ‌های ملایم، ایجاد حس مطبوع و خوشایند در افراد، القاء حس آرامش، حفظ انسجام روحی در عین القاء حس نشاط، عشق و امید بود. دلیل انتخاب آهنگ‌های ریتمیک و محرک که بعد از آهنگ‌های ملایم ارائه شد، عبارت بود از برون‌ریزی، رقص درونی، نشاط و ابراز وجود در یک ساختار امن، ایجاد فضای خیال‌انگیز برای تداعی خاطرات گذشته، آرزوها، حسرت‌ها، شکوه‌مندی‌های گذشته و انتظارات پیش روی فرد بود. در کل هدف از انتخاب آهنگ‌ها این بود که در ابتدا به شکل ملایم آغاز شده و پس از ایجاد حس یکپارچگی به امید و شور و نشاط ختم شوند.

به عبارت دیگر آزمودنی‌ها در طی ۱۵ روز ۴۵ بار موسیقی‌های منتخب را گوش دادند، اما

شروع موسیقی درمانی فعال زمانی بود که آزمودنی‌ها باید حداقل ۶ بار موسیقی‌های منتخب را گوش داده باشند و پس از آن وارد فاز موسیقی درمانی فعال شدند که شامل بحث و گفتگو درباره شنیدن موسیقی بود. فعالیت‌هایی که در این قسمت انجام شد، شامل بحث درباره موسیقی، انجام یا ادای آوای موسیقی‌ها از طریق دهان به طور ذهنی (بدون گوش کردن به آن آهنگ در آن لحظه)، بیان اثراتی که آهنگ‌ها روی آزمودنی‌ها گذاشته‌اند، پرسش محقق از آزمودنی درباره اینکه چه احساسی داری؟ چه خاطره یا خاطراتی یادت آمد؟ چه تجربه‌ای داری؟ در مرحله موسیقی درمانی فعال هر بیمار هفته‌ای سه جلسه و هر جلسه یک ساعت در طول ۱۵ روز متوالی ملاقات شد و شایان ذکر است که جلسات برای هر بیمار به صورت انفرادی انجام شد. پس از پایان جلسات موسیقی درمانی در مرحله بعد، با اجرای مجدد آزمون افسردگی و اضطراب بک بر روی هر دو گروه نمرات پس‌آزمون آن‌ها به دست آمد. پس از یک ماه نیز آزمون پیگیری بر روی آن‌ها به عمل آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب بیماران در گروه‌های مختلف

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه	مرحله	شاخص‌های آماری متغیر
۱۵	۳/۳۷	۳۹/۱۳	آزمایش	پیش‌آزمون	افسردگی
۱۵	۶/۹۰	۲۹/۵۳	کنترل		
۱۵	۵/۰۶	۱۷/۳۳	آزمایش	پس‌آزمون	
۱۵	۶/۴۵	۲۹/۲۰	کنترل		
۱۵	۵/۶۵	۱۷/۰۷	آزمایش	پیگیری	
۱۵	۶/۴۳	۲۷/۵۳	کنترل		
۱۵	۶/۴۳	۴۱/۰۷	آزمایش	پیش‌آزمون	اضطراب
۱۵	۷/۸۹	۳۲/۸۰	کنترل		
۱۵	۶/۶۷	۲۱/۷۳	آزمایش	پس‌آزمون	
۱۵	۷/۹۰	۳۱/۴۷	کنترل		
۱۵	۶/۰۷	۲۰/۹۳	آزمایش	پیگیری	
۱۵	۷/۱۱	۳۰/۱۳	کنترل		

همان گونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش نشان داده است (۳۹/۱۳ در مقابل ۱۷/۳۳ و ۱۷/۰۷). با توجه به میانگین افسردگی گروه آزمایش در مرحله پیگیری (۱۷/۰۷) و مقایسه آن با مراحل پیش‌آزمون (۳۹/۱۳) و پس‌آزمون (۱۷/۳۳)، تفاوت میانگین مرحله پیگیری با مرحله پس‌آزمون بسیار ناچیز و نسبت به مرحله پیش‌آزمون زیاد است و این امر می‌تواند نشان‌دهنده ماندگاری اثر موسیقی درمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به MS باشد. همچنین میانگین نمرات اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش نشان داده است (۴۱/۰۷ در مقابل ۲۱/۷۳ و ۲۰/۹۳). با توجه به میانگین اضطراب گروه آزمایش در مرحله پیگیری (۲۰/۹۳) و مقایسه آن با مراحل پیش‌آزمون (۴۱/۰۷) و پس‌آزمون (۲۱/۷۳)، تفاوت میانگین مرحله پیگیری با مرحله پس‌آزمون بسیار ناچیز و نسبت به مرحله پیش‌آزمون زیاد است و این امر می‌تواند نشان‌دهنده ماندگاری اثر موسیقی درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به MS باشد.

جدول ۲: نتایج مربوط به آزمون کرویت موخلی درباره همگنی کواریانس‌ها

اثر درون‌گروهی	ضریب موخلی	کای اسکور تقریبی	درجه آزادی	معناداری (Sig)
افسردگی	۰/۱۲۲	۵۸/۸۰۲	۲	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۱۰۱	۶۴/۰۷۸	۲	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید، مقدار محاسبه شده کرویت موخلی برای نمرات افسردگی ۰/۱۲۲، برای نمرات اضطراب ۰/۱۰۱ است که این مقادیر در سطح $\alpha < 0.01$ معنادار است. لذا فقدان یکنواختی ماتریس واریانس - کواریانس تأیید می‌شود.

جدول ۳: نتایج اثر موسیقی درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران MS

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	(P)
لامبدای ویکلز افسردگی	۰/۴۱۰	۲	۲۸	۲۰/۲۶۶*	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز اضطراب	۰/۳۸۲	۲	۲۸	۲۲/۶۸۷	۰/۰۰۱

در جدول ۳ اثر موسیقی درمانی بر افسردگی بیماران MS در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون بر اساس آماره لامبدای ویلکز بررسی شده است. با توجه به مقدار معناداری این آماره، تفاوت معناداری بین افسردگی و اضطراب بیماران MS در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل واریانس برای بررسی اثر موسیقی درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران MS

توان آزمون	P	F	Ms	Df	Ss	منابع تغییر
۱	۰/۰۰۱	۳۰/۹۵۶	۲۵۱۷/۸۵۹	۱/۰۶۵	۲۶۸۲/۰۶۷	افسردگی
			۸۱/۳۳۷	۳۰/۸۹۱	۲۵۱۲/۶۰۰	خطا
۱	۰/۰۰۱	۳۵/۹۶۸	۲۲۵۸/۱۳۱	۱/۰۵۳	۲۳۷۸/۷۵۶	اضطراب
			۶۲/۷۸۱	۳۰/۰۴۵	۱۹۱۷/۹۱۱	خطا

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است، نتایج تحلیل واریانس برای نمرات افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با سطح معناداری $\alpha < 0,01$ حاکی از آن است که بین نمرات افسردگی بیماران مبتلا به MS در سه سطح اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر موسیقی درمانی توانسته است بر افسردگی بیماران مبتلا به MS اثر معنادار داشته باشد. همچنین نتایج تحلیل واریانس برای نمرات اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با سطح معناداری $\alpha < 0,01$ حاکی از آن است که بین نمرات اضطراب بیماران مبتلا به MS در سه سطح اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر موسیقی درمانی توانسته است بر اضطراب بیماران مبتلا به MS اثر معنادار داشته باشد. بنابراین، نتیجه می گیریم که موسیقی درمانی توانسته است افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به MS را به طور معناداری کاهش دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی موسیقی درمانی بر افسردگی، اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن بیماران (MS) در شهر تهران بود. نتایج پژوهش درباره این فرضیه که موسیقی درمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به MS مؤثر

است، نشان داد که آموزش موسیقی درمانی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به MS مؤثر بود و فرضیه پژوهش تأیید شد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های چوی (۲۰۰۸)؛ گیلان (۲۰۰۳)؛ لهتونن (۲۰۰۵)؛ شافر (۲۰۰۵)؛ سالگادو، آخیلیادورا و واسکونسلوس (۲۰۱۰)؛ آلدريج، شمید، کادر، شمید و اوسترم (۲۰۰۵)، فای چان، یانگ ونگ و تایالا^۱ (۲۰۱۱)؛ همسو بود.

به عنوان مثال، موریرا، فرانسا، موریرا و لانا-پیکسوتو^۲ (۲۰۰۹) نشان دادند که موسیقی درمانی می‌تواند به عنوان راهبرد درمانی بالقوه برای بیماران مبتلا به MS مورد توجه قرار گیرد. آن‌ها با توجه به پژوهش اسکمید و آلدريج (۲۰۰۴) دو دلیل برای این مدعا ارائه کردند. اول اینکه موسیقی درمانی عملکرد ارتباطی و نمایش خود را در آن‌ها بهبود و ارتقا می‌بخشد. دوم اینکه موسیقی درمانی احتمالاً برای بیماران مزمن و فرساینده راهبردهایی برای مواجهه با شرایط وابسته به هویت فراهم می‌کند. نتایج پژوهش گوتین، سوا، ویریوت، پیکوت و هریسون^۳ (۲۰۰۹) نشان داد که موسیقی درمانی در درمان بیماری خلقی، اضطراب و افسردگی در بیماران آسیب‌دیده مغزی مفید است.

همچنین در تأیید نتایج این قسمت از پژوهش می‌توان به پژوهش کاستیلو پرز و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بررسی اثر موسیقی درمانی بر افسردگی در مقایسه با روان‌درمانی اشاره کرد. آن‌ها دو گروه از بیماران افسرده تشکیل دادند. عده‌ای در معرض روان‌درمانی مبتنی بر درمان رفتاری و گروهی در معرض موسیقی درمانی قرار گرفتند. نتایج بیان‌کننده آن بود گروهی که در معرض موسیقی درمانی قرار گرفتند، نسبت به گروهی که در معرض روان‌درمانی قرار گرفتند، نشانه‌های کم‌تری از افسردگی را نشان دادند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که افراد با افسردگی خفیف و با درجه متوسط می‌توانند از موسیقی برای افزایش اثرات حمایت‌های روان‌شناختی استفاده کنند.

در تبیین این یافته پژوهش به نظر می‌رسد که نوع تم‌ها و قطعه‌های موسیقی به کار گرفته شده در پژوهش حاضر به ویژه سه آهنگ اول، که ریتم ملایمی داشتند، بر کاهش افسردگی سالمندان تأثیر داشته است. چرا که تم‌های حزین در شنونده غم، ناکامی، اندوه و افسردگی را

-
1. Fai Chan, Yang Wong & Thayala
 2. Moreira, Franca, Moreira & Lana-Peixoto
 3. Guetin, Soua, Voiriot, Picot & Herisson

تداعی می‌کند و با تداعی خاطرات به تخلیه احساسات غم‌انگیز کمک می‌کند (شیبانی تدرجی و همکاران، ۱۳۸۹). در همین راستا رویکرد روان تحلیل‌گری در موسیقی درمانی، یکی از مسیرهایی را که می‌تواند موارد ناهشیار را به هشیاری آورد، تجارب موسیقایی می‌داند که افراد به این واسطه می‌توانند به برون‌ریزی احساسات ناهشیار افسرده‌ساز خود اقدام کرده و آن را حل کنند.

همچنین نتایج پژوهش درباره این فرضیه که موسیقی درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به MS مؤثر است، نشان داد که آموزش موسیقی درمانی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به MS مؤثر بود و فرضیه پژوهش تأیید شد. نتایج این قسمت از پژوهش با نتایج پژوهش نان‌بخش، زاده‌محمدی، جلیلی و احمدی‌نژاد (۱۳۸۸) همسو بود. به طوری که آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که شنیدن موسیقی آرام‌بخش، اضطراب و درد زنان در حال زایمان را کاهش می‌دهد. همچنین مگ‌گی (۲۰۰۲) نشان داد که بهبودی‌های زیادی به واسطه موسیقی درمانی در حالت خلقی ایجاد می‌شود. همچنین تحقیق لنگ‌دابلر و کیسلینگ (۱۹۸۹) در بررسی تأثیر موسیقی درمانی گروهی در بیماران MS پس از ۶ هفته اجرای برنامه موسیقی درمانی نشان داد که موسیقی درمانی به عنوان منبع حمایتی روانی، تسکین‌دهنده اضطراب و افسردگی می‌تواند عمل کند و احتمالاً به بیمار کمک می‌کند تا فرایند دشوار مقابله با بیماری را به تهیایی سپری کند. همچنین در تأیید این یافته می‌توان به مطالعه آلدریج و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کرد که در پژوهش خود نشان دادند که موسیقی درمانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب و خستگی، افزایش عزت نفس و تقویت احساس خویشتن‌پذیری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است.

در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که با توجه به نظریات مختلف دانشمندان به نظر می‌رسد که موسیقی مناسب می‌تواند حالت مغز را تغییر داده و باعث برانگیختن نواحی فعالیتی مغز شود. با توجه به اینکه تأثیر مرکز شنوایی بر بخش قشری لیمبیک سبب رشادت و تأثیر در بخش پشت شنوایی سبب هوشیاری، دقت و تمرکز می‌شود. بر همین اساس باید گفت که استفاده از موسیقی موجب آرامش، بهبود محاسبه ذهنی و کاهش اثرات ذهنی ناشی از استرس‌های وارده می‌شود. موسیقی انسان‌ها را در برقراری ارتباط، اتحاد و تطابق توانا می‌کند. در نهایت نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان استفاده از موسیقی را به عنوان

وسيله‌ای در راستای ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به کار برد و آن را در دستور کار مراکز بیمارستانی و انجمن بیماران MS ایران و خانواده‌های آن‌ها قرار داد. استفاده از موسیقی درمانی به عنوان یک درمان غیر دارویی و مکمل نه تنها از بار زیاد هزینه‌های درمان می‌کاهد، بلکه استفاده از آن بسیار ساده و سهل الوصول است و حتی خود بیماران می‌توانند در جهت رفع آلام روحی و جسمانی خود از آن استفاده کنند.

درباره محدودیت‌های تحقیق باید گفت که تشخیص افسردگی و اضطراب بیماران MS صرفاً بر اساس آزمون افسردگی و اضطراب بک صورت گرفت و تشخیص بالینی توسط متخصص انجام نشد. با توجه به اثرات مثبت موسیقی درمانی در زمینه اضطراب، افسردگی به ویژه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به درمان‌گران پیشنهاد می‌شود که از روش‌های غیر دارویی تسکین درد و اضطراب و در عین حال مؤثر بر علائم حیاتی و فاقد عوارض جانبی نظیر موسیقی درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی به بیماران خود بهره جویند. همچنین به مسئولان توصیه می‌شود موسیقی درمانی را به عنوان یک مقوله کاملاً علمی شناخته و از پرستاران بیمارستان بخواهند از موسیقی درمانی نیز در کنار سایر روش‌های غیر دارویی مفید و مؤثر برای مراقبت از بیماران خود استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران به تأثیر موسیقی درمانی، به عنوان یک درمان مکمل برای سایر بیماری‌های مزمن اعم از روانی و جسمانی توجه کنند.

قدردانی:

محقق در این جا لازم می‌داند از مرکز انجمن ام اس تهران که در اجرای پژوهش همکاری‌های لازم را با پژوهشگر انجام دادند، تشکر و قدردانی کند.

منابع

- شیبانی تدرجی، فاطمه و پاکدامن. شهلا (۱۳۸۹). تأثیر موسیقی درمانی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی سالمندان، *مجله سالمند*، ۵ (۱۶): ۵۴-۶۰.
- کاظمی، حسن (۱۳۸۴). *تحریفات شناختی در بیماران افسرده و اضطرابی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، شیراز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.
- کاویانی، حسین و رحیمی، پریسا (۱۳۸۱). مسئله گشایی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار). ۷ (۴): ۲۵-۳۰.
- مددی، احمد، فتح‌الهی لواسانی، فهیمه (۱۳۸۵). سبب‌شناسی وضعیت سلامت روان و مرتبط با ویژگی‌های جامعه‌شناسی و سبک مخالف در دانشگاه پیام نور زنجان، سومین سمینار سلامت روانی دانشجویان، تربیت مدرس.
- نان‌بخش، فریبا، زاده‌محمدی، علی، جلیلی، نازلی و احمدی‌نژاد، الهام (۱۳۸۸). مداخله موسیقی درمانی در کاهش درد و استرس زایمان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه ارومیه*، ۱۷-۳۴.
- نجفی‌پور، صدیقه و شهرزاد، یکتا (۱۳۸۷). میزان شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم و ارتباط آن با افت تحصیلی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم*، ۶ (۲): ۲۷-۳۷.
- Aldridge, D., Schmid, W., Kaeder, M., Schmidt, C & Ostermann, T. (2005). A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients, *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 13, Issue 1, Pages 25-33.
- Azermai, M., Petrovic, M., Elseviers, M.M., Bourgeois, J., Van Bortel, L.M., Vander R.H., (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the man-Stichele, of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Research Reviews* agement (1), 78-86.11
- Battaglia MA, Zagami P, Uccelli MM. (2000). A cost evaluation of multiple sclerosis. *J Neurovirol*; 6 (2): 191-193.
- Beck., AT. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *J Anxiety Res*, 1: 23-36.
- Castillo-Pérez, S. Gómez-Pérez, V. Calvillo Velasco, M. Pérez-Campos, E. Mayoral, M.A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy, *The Arts in Psychotherapy*, Volume 37, Issue 5, Pages 387-390.
- Choi BCH. (2008). Awareness of music therapy practices and factors influencing specific theories; *Journal of music therapy*; P. 93

- Chou KR., Y. Lin (2012). The effectiveness of group music therapy to improve depression and cognition status in elderly persons with dementia, *European Psychiatry*, 27(1)1.
- Currie R. (2001). Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. *Nursing Standard*; 15(33): 47-52.
- Fai Chan, M. Yang Wong, Z. Thayala, N.V. (2011). The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review, *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 19, Issue 6, Pages 332-348.
- Gillam N. (2003). Evaluated a music workshop which was established in 1995, *research and development officer mental health*.
- Gold, C., Heldat, T.O., Dahle, T., & Wig ram, T. (2009). Music therapy for schizophrenia of schizophrenia like illnesses, *Cochrane Database of systematic Reviews*, 3
- Guetin S, Florence P, Gabelle A, Touchon J, Bonté F, (2011). Effects of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial, *Alzheimer's & Dementia*, Volume 7, Issue 4, Supplement, Page e49.
- Guetin S, Soua B, Voiriot G, Picot M.C & Herisson C. (2009). The effect of music therapy on mood and anxiety–depression: An observational study in institutionalized patients' with traumatic brain injury, *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 30–40
- Hayes J, Cox C. (2000). Immediate effects of a five-minute foot massage on patients in critical care. *Complementary therapies in Nursing & Midwifery*, 6(1):9-13.
- Hernandez M. A, Castro M, Moline L, Jaime S, Guardado J. (2012). 61 The Use of Music Therapy to Control Anxiety and Increase the Comfort of the Patient During the Treatment of Chemotherapy, *European Journal of Oncology Nursing*, Volume 16, Supplement 1, 26 April, Pages S22-S23.
- King K. (1995). Quality of life research: Rigor on rigor morits. *J Neuro Sci Nurs*; 31(4):26.
- Lehtonen K. (2005). Some ideas about music therapy for the elderly, Available from: [http:// www.voices.no/mainissues/voices2 \(1\) lehtonen.html](http://www.voices.no/mainissues/voices2(1)lehtonen.html)
- Lengdabler H, Kiessling WR. (1989). Group music therapy in multiple sclerosis: *first report. Psychotherapy, Psychosomatic, Medizinische Psychologie*; 39(9/10):369—73.506
- Mahmoudi, E. Dalvandi, A. Rahgoi, A. Rahgozar, M. Zadehmohammadi, A. (2010). Effect of music therapy on self-esteem of inpatient chronic schizophrenic patients, *European Psychiatry*, Volume 25, Supplement 1, 2010, Page 1207
- Mc Cabe PM. (2005). Mood and self esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation, *I Psychosomatic Res*; 59: 161-66.
- Mc Gee M. (2002). *Nursing knowledge and practice, A decision making approach*. London: Balliere and Tindall Co.
- Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural*; 4:556-66.
- Moreira S.V, Franca C.C, Moreira M.A, Lana- Peixoto M.A. (2009). Musical

- identity of patients with multiple sclerosis, *Arq Neuropsychiatr*; 67(1):46-49.
- Nakajima, K., (2011). Guideline for dementing disorder (2010). *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, 48, 637-639.
- Ogawa, N., Koura, S., (2011). Non-pharmacological approach for dementia. *Monthly Book Medical Rehabilitation* 127, 51-57.
- Ozakbas S, Cagiran I, Ormeci B, Idiman E. (2004). Correlation between multiple sclerosis functional composite, expanded disability status scale and health-related quality of life during and after treatment of relapses in patients with multiple sclerosis. *J Neurol Sci*; 218:3-7.
- Peizhong M, Hemachandra Reddy P. Is multiple sclerosis a mitochondrial disease?. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Molecular Basis of disease* 2010; 1802(1): 66-79.
- Petajan JH. (1996). Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis; *Journal Ann Neurol*; 39(4):432-41.
- Salgado R. de Paula Vasconcelos L.A. (2010). The Use of Dance in the Rehabilitation of a Patient With multiple sclerosis. *Am Journal Dance Ther*; 32:53-63?
- Schaffer J. (2005). Music therapy in dementia treatment: Aging well magazine Music therapy in dementia care. Available from: www.agingwellmag.com.
- Schulz KH, Gold MS, Witte J, Bartsch K, Lang EU, Hellweg R, et al. (2004). Impact of aerobic training on immune endocrine parameters, neurotrophic factors, quality of life and coordinative function in multiple sclerosis. *Journal Neurol Sci*; 225:11-18.
- Schmid, W. (2006). A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients, *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 13, Issue 1, Pages 25-33
- Sook Shin H, Hee Kim J, (2011). Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-fetal Attachment in Pregnant Women during Transvaginal Ultrasound, *Asian Nursing Research*, Volume 5, Issue 1, Pages 19-27
- The Canadian Burden of Illness Study Group. (1998). Burden of illness of multiple sclerosis: Part I: Cost of illness; *Can J Neurol Sci* 1998; (25): 23-30.
- World Music Therapy (<http://musictherapyworld.com>), 2011.

