

## اثربخشی موسیقی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و بازداری هیجانی بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران

پدرام بهرامی فر

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد پالوس

Pedrambaramifar@gmail.com

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی موسیقی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و بازداری هیجانی بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران بود. این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه گروه کنترل می‌باشد. برای رسیدن به این هدف جامعه آماری شامل همه بیماران زن و مرد دارای اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ تهران در سال ۹۸-۹۷ می‌باشد و حجم نمونه براساس روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از بین همه بیماران دارای اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ تهران که واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند در جریان پژوهش قرار گرفته و در صورت موافقت، فرم رضایت را امضا و به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵) قرار داده شدند. در این پژوهش پرسشنامه افسردگی اشرو همکاران (۱۹۸۴)؛ مقیاس سیستم های بازداری/فعال سازی رفتاری کارور و وای (۱۹۹۴) و مداخله آموزشی موسیقی درمانی بر روی گروه نمونه اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده پس از ثبت در نرم افزار SPSS 22 بر اساس روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بین میانگین احساس تنهایی، سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده احساس تنهایی و بازداری هیجانی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: موسیقی درمانی، احساس تنهایی، بازداری هیجانی، افسردگی.

## مقدمه

افسردگی یکی از علل اصلی ناتوان‌سازی افراد و جوامع است. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰، افسردگی دومین عاملی است که منجر به افزایش سال‌های عمر از دست رفته به واسطه (و یا زیسته با) ناتوانی ناشی از بیماری-ها و صدمات شده است؛ به طوری که افسردگی اساسی<sup>۱</sup> حدود ۸/۲ درصد از بار بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است (فراری<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در جهان، از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و نکته مهم این که نرخ افسردگی در جهان، به شکل روزافزونی در حال افزایش است (ریاحی و محمودآبادی، ۱۳۹۵). امروزه واژه افسردگی به شیوه‌های گوناگونی به کار می‌رود اما آن‌چه دارای اهمیت بوده این است که میان افسردگی به‌عنوان نشانه، افسردگی به‌عنوان نشانگان و افسردگی به‌عنوان اختلال تمایز قائل شویم. افسردگی به‌عنوان یک نشانه به احساس اندوه یا بیچارگی اشاره می‌کند. افسردگی به‌عنوان نشانگان بیشتر یک خلق غمگین است. نشانگان به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اشاره می‌کند که بروز همزمان آن‌ها فراتر از احتمال و شانس است. اندوه نیز می‌تواند همراه با کاهش علاقه به فعالیت‌ها، تغییرات شناختی و انگیزشی، تغییرات بدنی و روانی جنبشی رخ دهد (لطفی‌فر و همکاران، ۱۳۹۷). اگر جمعیت ایران را حدود ۷۵ میلیون نفر در نظر بگیریم، ۱۵ میلیون نفر از این افراد به افسردگی دچار شده یا در آینده خواهند شد. که از این میان سهم زنان به دلیل شیوع دو برابری آن نسبت به مردان بسیار بیشتر است (لطفی‌فر و همکاران، ۱۳۹۷). از سوی دیگر، در تمامی مراحل رشد، برقرار ساختن روابط اجتماعی حایز اهمیت است (الهاجین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). براین اساس، افرادی که مشکلات مداومی در ایجاد و حفظ ارتباط با دیگران دارند، به آشفتگی‌های روانشناختی از قبیل احساس تنهایی دچار می‌شوند (گاسن، لاسگارد، لویکس، ونهالست، ماتیاس، ماسی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). پپلو و پرلمن<sup>۵</sup> (۱۹۸۲) تنهایی احساس ناخوشایندی است که در نتیجه کاستی در شبکه روابط اجتماعی فرد و عدم دسترسی به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید. از نظر آشر و پاکویت<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) احساس تنهایی یک تجربه زندگی است که می‌تواند بالقوه آسیب‌زا باشد. بنابراین احساس تنهایی یک تجربه ذهنی است که ارتباطی به تنهایی به معنای واقعی ندارد، به عبارت دیگر ممکن است فردی روابط اجتماعی محدودی داشته باشد، بالعکس فردی دیگر روابط اجتماعی گسترده‌ای داشته باشد و در عین حال، احساس تنهایی کند که علت این ناهمخوانی میزان احساس صمیمیت فرد در روابط اجتماعی می‌باشد (به نقل از همتی علمدار، احمدی و تیموری، ۱۳۹۶). احساس تنهایی پاسخی به فقدان یک رابطه مثبت رضایت‌بخش با سایرین است. سالیوان<sup>۷</sup> (۱۹۸۲) این حالت را حاصل محروم بودن از نیاز بنیادین بشر به صمیمیت می‌داند (حاتمی، فرمانی، صفوی، نجفی‌زاده و رشیدی، ۱۳۹۴). شریفی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که احساس تنهایی با اختلال افسردگی رابطه معناداری دارد. از طرفی همچنین به نظر می‌رسد که هیجانات به عنوان نقش واسطه‌ای بین افسردگی و احساس تنهایی نقش دارد (رامش، قاضیان، رفیعی پورصفری، ۱۳۹۷). هیجانات می‌توانند به وسیله فرایندهای شناختی ناهشیار مانند توجه انتخابی، تحریف حافظه، انکار یا فراقنی یا به وسیله فرایندهای شناختی هشیارتر مثل خود سرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوارگری یا فاجعه‌نمایی و بازداری مدیریت شود (گارفنسکی و کرایج<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). بازداری هیجانی به عنوان به تأخیر انداختن فعال‌سازی فیزیولوژیکی است که موجب بهبودی تنش عضلانی تأخیری می‌شود (نجاتی، شیری و فرقانی، ۱۳۹۳). داده‌های تجربی بیان می‌کنند که هیجان توسط ساختارهای زیرین قشر مخ کنترل می‌شود و می‌تواند بر دامنه‌ای از پردازش‌های شناختی شامل سوگیری توجه، سوگیری حافظه و قضاوت

1 . Major Depressive Disorder

2 . Ferrari

3 . Elhageen

4 . Goossens, Lasgaard, Luyckx, Vanhalst, Mathias &amp; Masy

5 . Peplo &amp; Perlman

6 . Usher &amp; Pacoit

7 . Sullivan

8 . Garnefski &amp; Kraaij

و تصمیم‌گیری اثر بگذارد. از دید رویکرد پردازش اطلاعات، بازداری هیجانی<sup>۱</sup> جزء مؤلفه‌های اصلی پردازش هیجانی می‌باشد که پردازش به واسطه این مکانیزم بر فرایندهای روانی تأثیر می‌گذارد. بازداری هیجانی به کاهش ابراز عاطفی چه به طور ارادی مانند بازداری فعال و چه به طور غیرارادی اطلاق می‌شود (قمری گیوی، ایمانی، برهمند و صادقی، ۱۳۹۱). تحقیقات روگر، دیس‌کرایمن، برولی و فوربز<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا با محرک‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری و افسردگی می‌شود.

روش‌های درمانی متنوعی برای اختلال افسردگی و عوامل تأثیرگذار بر آن وجود دارد، و موسیقی درمانی در چارچوب هنردرمانی مورد تأکید برخی پژوهشگران واقع شده است (کوشا و وارسته، ۱۳۹۶). موسیقی شکلی از هنر است که احساس، عاطفه، ادراک و شناخت انسان را بدون نیاز به تکلم و زبان منتقل می‌کند. استفاده بشر از موسیقی، امری آسان و قابل دسترس بوده است، چون ریتم و ملودی، به عنوان دو رکن اساسی موسیقی، در سرشت انسان وجود داشته است (میرشاهی، ۱۳۹۰). انجمن موسیقی درمانی آمریکا (۲۰۰۵) موسیقی درمانی را یک روش مبتنی بر سودمندی بالینی و تجربی می‌داند که هدف آن ایجاد یک رابطه درمانی و تجدید و تقویت سلامت بدنی و روانی است. (لیو و پیتربنی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). ابوذری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درد و استرس سالمندان پس از مداخله کاهش یافته است. همچنین احساس تنهایی زنان در قسمت ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی، بهبود معنادار داشته است اما بر احساس تنهایی مردان تأثیر معنادار نداشت. همچنین در که و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که موسیقی باعث کاهش افسردگی گروه آزمایش گردیده شده است.

با نگاهی در پژوهش‌های صورت گرفته در ایران، به کارگیری مداخلاتی از نوع موسیقی درمانی برای بیماران دارای اختلالات افسردگی کمتر صورت گرفته است، به ویژه در زمینه احساس تنهایی و بازداری هیجانی که از مسائل عمده‌ای است که غالباً بیماران دارای اختلالات افسردگی با آن درگیرند. همچنین از نظر روانشناسان اولین راهکار درمانی که لازم است این است که خود را از هرگونه احساس انزوا و افسردگی آزاد کنید که قطعاً در این مسیر به دانش روانشناسی یا کمک گرفتن از روانشناسان نیاز دارید. براساس تحقیقی که کارشناسان آمریکایی انجام داده‌اند، موسیقی در درمان برخی از بیماری‌های روانی، از جمله افسردگی، میگرن، سردردهای عصبی و اضطراب مؤثر است. موسیقی درمانی یکی از روش‌های علمی است که در معالجه برخی از بیماری‌های یاد شده نقش بسزایی دارد و استفاده از این نوع درمان در اروپا و آمریکا کاملاً جا افتاده است. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال می‌باشد که آیا موسیقی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و بازداری هیجانی بیماران دارای اختلال افسردگی مؤثر است؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه گروه کنترل می‌شود. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران زن و مرد دارای اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ تهران در سال ۹۸-۹۷ می‌باشد که از این تعداد براساس روش نمونه‌گیری غیرتصادفی ۳۰ نفر که واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند در جریان پژوهش قرار گرفته و در صورت موافقت، فرم رضایت را امضا و به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵) قرار داده شد. همچنین گردآوری اطلاعات در دو سطح میدانی و سطح کتابخانه‌ای صورت گرفت. ابتدا در سطح کتابخانه‌ای به مطالعه منابع مورد نظر پرداخته شد و سپس در سطح میدانی با استفاده از پرسشنامه افسردگی اش و همکاران (۱۹۸۴)؛ مقیاس سیستم‌های بازداری/فعال سازی رفتاری کارور و وای (۱۹۹۴) و مداخله آموزشی موسیقی درمانی اقدام به جمع‌آوری کمی متغیرها می‌شود. در انتها بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها به تجزیه و تحلیل

1 . emotional inhibition

2 . Roger, de Scremin, Borril &Forbes

3 . Liu & Petrini

داده‌ها بر اساس روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار اندازه‌گیری

### - افسردگی

مقیاس افسردگی بک دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، دارای ۲۱ گویه است که پاسخهای آن روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. بررسیها معمولاً دامنه بالایی از همبستگی میان نمره‌های این مقیاس و سایر مقیاس‌های افسردگی به دست آورده‌اند. برای نمره گذاری از فرد خواسته می‌شود برحسب وضعیت خود به سؤالات پاسخ دهد سپس نمره‌های فرد که از ۳-۰ درجه‌بندی شده، باهم جمع شده و نمره افسردگی کل به دست می‌آید.

۱- میانگین بهنجار (۱۵ - ۱) یا (۱۸ - ۱): افرادی که افسردگی ندارند و در سطح عادی هستند.  
 ۲- افسردگی خفیف (۳۱ - ۱۶) یا (۲۸ - ۱۸): افرادی که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند.  
 ۳- افسردگی متوسط (۴۷ - ۳۲) یا (۳۵ - ۲۹): افرادی که به افسردگی در سطح متوسط مبتلا هستند.  
 ۴- افسردگی عمیق (۶۲ - ۴۸) یا (۶۳ - ۳۶): افرادی که به افسردگی در سطح شدید مبتلا هستند.  
 بررسی‌هایی که در زمینه اعتبار پرسشنامه انجام گرفته نشان‌دهنده ضریب ثبات درونی ۰/۷۳ تا ۰/۶۵ و اعتبار باز آزمایی در فواصل چند ساعت تا چهار ماه از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ می‌باشد. میزان اعتبار این مقیاس برحسب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۱ به دست آمد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳).

گلدمن و متکاف در سال ۱۹۶۵ به منظور دستیابی به میزان افتراقی افسردگی در میان دو گروه افسرده و سالم به این نتیجه دست یافتند که عدد ۱۷، عدد مناسب افتراق در بین این گروه است. همچنین متکاف برای میزان همبستگی پرسش‌های بالینی روان‌پزشکی و پرسش‌نامه بک به یک نتیجه همبستگی در سطح بالا رسید. می و همکاران (۱۹۶۹) تأکید کردند که این آزمون از نظر تشخیص دارای روایی بوده و قادر به پیش بینی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. محتوای ماده‌های BDI باهم فکری و هم‌رأی متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های مرضی بیماران افسرده تدوین شده و شش مورد از نه مقوله DSM III برای تشخیص افسردگی نیز در آن گنجانیده شده است (بک و همکاران، ۱۹۶۱). روایی هم‌زمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و  $0/96 - 72 \text{ Mdn } 0/55 = 2$  است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی (۰/۷۳)، مقیاس خود سنجی افسردگی زونگ (۰/۷۶) و مقیاس افسردگی  $0/76 \text{ MMPI}$  به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). استیر، بک، براون و برچیک (۱۹۸۷) گزارش کردند که افراد مبتلا به افسردگی عمده در مقایسه با افراد مبتلا به افسرده خویی نمره‌های نسبتاً بالایی در این آزمون می‌گیرند. در حالی که دیلی، پیکات، لمپیر و میروز (۱۹۶۳) نتوانستند تفاوتی بین افسردگی درون‌زاد، افسردگی رجعتی و افسردگی روان‌زاد پیدا کنند. از این آزمون حتی برای افراد تنها (گلد، ۱۹۸۲)، تحت فشار روانی (هامن و میول، ۱۹۸۲) و کسانی که درباره اضطراب خود گزارش داده‌اند (بیکر و جساب، ۱۹۸۰) استفاده شده است. به‌طور کلی پژوهش‌های تحلیل عاملی نشانگر آن است که BDI یک عامل کلی افسردگی و نیز نگرش منفی نسبت به خود، اختلال عملکرد و اختلال بدنی را اندازه‌گیری می‌کند (تاناکا و هوبا، ۱۹۸۴). چگینی (۱۳۶۱) همبستگی ۰/۵۴ را با مقیاس افسردگی  $0/54 \text{ MMPI}$  به دست آورد (ازخوش، ۱۳۹۲).

### ب) احساس تنهایی:

مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران (۱۹۸۴): این مقیاس دارای ۲۴ سوال است که ۸ سوال آن انحرافی است و به موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مربوط است؛ اما در نمره‌گذاری مقیاس احساس تنهایی از آن‌ها استفاده نمی‌شود. بنابراین

سوال‌های اصلی مقیاس ۱۶ سؤال می‌باشد. هدف از سؤال‌های انحرافی این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتری نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. نمره‌گذاری سؤال‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از "کاملاً همین‌طور است" در یک سو، تا "اصلاً این‌طور نیست" از سوی دیگر صورت می‌گیرد. علاوه بر آن، تعدادی از سؤال‌ها در جهت مخالف با سایر سؤال‌ها نمره‌گذاری می‌شوند؛ به‌عنوان مثال اگر به گزینه "همیشه این‌طور است" در سؤال دوستان زیادی دارم، نمره ۱ تعلق گیرد؛ این گزینه در سؤال "کسی را ندارم که با او حرف بزنم" نمره ۵ دریافت می‌کند. دلیل این تغییر آن است که نمره ۵ در هر صورت نشانگر بیشترین میزان احساس تنهایی در هر کدام از سؤال‌ها باشد. مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (کاسدی و آشر، ۱۹۹۲). پژوهش‌های انجام شده با این مقیاس حکایت از روایی و اعتبار مناسب مقیاس دارد؛ به‌عنوان مثال اعتبار مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران در پژوهش‌های ولیمالای (۲۰۱۰) ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهشی که چاری و خیر (۱۳۸۱) در ایران با هدف بررسی روایی و اعتبار مقیاس احساس تنهایی ۲۴ ماده‌ای آشر و همکاران به روی ۳۶۹ دانش‌آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی انجام داده‌اند، به این نتیجه دست یافتند که مقیاس مورد بحث از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار می‌باشد. همسانی درونی مقیاس در این پژوهش ۰/۸۱ به دست آمد.

### ج) بازداری هیجانی:

مقیاس سیستم‌های بازداری/فعال سازی رفتاری<sup>۱</sup> (کارور و وایت، ۱۹۹۴) شامل ۲۴ پرسش خود گزارشی و دو زیرمقیاس است: زیر مقیاس BIS (بازداری رفتاری) و زیر مقیاس BAS (فعال‌سازی رفتاری). در قسمت زیر این دو زیر مقیاس توضیح داده شده اند:

- زیر مقیاس BIS در این پرسشنامه شامل هفت آیتم (۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۴) است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخدهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد.
- زیر مقیاس BAS نیز سیزده آیتمی است، که حساسیت سیستم فعال ساز رفتار را می‌سنجد و خود شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارتند از:

الف) سائق، ۳-۹-۱۲-۲۱

ب) پاسخدهی به پاداش<sup>۲</sup> ۴-۷-۱۴-۱۸-۲۳

ج) جستجوی سرگرمی ۵-۱۰-۱۵-۲۰

آیتم‌ها روی یک مقیاس چهار درجه‌ای (کاملاً موافقم ۴، تا حدی موافقم ۳، تا حدی مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم ۱) توسط آزمودنی رتبه بندی می‌شود. باید دقت نمود که گزینه‌های ۱۷، ۱۱، ۱۶ در نمره گذاری هیچ تاثیری ندارند و صرفاً جهت هماهنگی با سایر آیتم‌ها به پرسشنامه اضافه شده‌اند.

بر اساس این روش از تحلیل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید. حد پایین نمره ۲۴، متوسط ۶۰ و حد بالای نمرات ۹۶ است. امتیازات خود را از ۲۴ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حداکثر ۹۶ خواهد بود. نمره بین ۲۴ تا ۴۰ : حساسیت سیستم کم است؛ نمره بین ۴۰ تا ۶۰ : حساسیت سیستم متوسط است؛ نمره بالاتر از ۶۰ : حساسیت سیستم زیاد است.

کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۰/۷۴ و ثبات درونی BAS را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷) در دانشجویان شیرازی مطلوب گزارش شده است. اعتبار به

1. inhibition / behavioral activation systems scale

2. reward responsiveness

روش باز آزمایی برای مقیاس BAS، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس BIS، ۰/۷۱ گزارش کرده است (محمدی، ۱۳۸۷). عبدالهی مجارشین (۱۳۸۵) اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای مقیاس BAS ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس BIS ۰/۸۱ گزارش نموده است.

#### د) موسیقی درمانی:

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از بسته آموزشی موسیقی درمانی که با مطابق با فرهنگ ایرانی بومی شده است استفاده می‌شود. تعداد جلسات موسیقی درمانی برای افراد ۱۳ جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه بود که در آن از قطعه‌هایی از تم‌های فرح بخش، حزین و نیرو بخش برای شرکت کنندگان پخش می‌شود. دلیل انتخاب این سه نوع تم، تأثیر این تم‌ها بر افسردگی بود که مطابق با ادبیات پژوهش تم‌های فرح بخش، قطعه‌های ریتمیک با ملودی نسبتاً تندی است که سرزندگی و نشاط را به دور از هیجان زدگی و بی‌تابی القا می‌کند و با ثبات و آرامش همراه است؛ تم‌های حزین، غم انگیز و با شکوه هستند و در شنونده غم، ناکامی، اندوه و افسوس را تداعی می‌کند. تم‌های حزین با تحریک و تداعی خاطرات و تخلیه احساس‌های غم انگیز باعث همدردی و تسکین دل شود. شنیدن به همین دلیل این تم‌ها برای افراد سوگوار که احساس اندوه و دلتنگی دارند و همچنین کسانی که در فراق و ناملایمات به سر می‌برند مفید است. تم‌های حزین فشار انرژی منفی ناشی از ناکامی و سوگواری شکست راکاهش می‌دهد. در تم‌های نیرو بخش، ریتم پر قدرت و ملودی‌های محرک با احساس مثبت و مطبوع بیشتر از آنچه روحیه را هیجانی کند، انرژی و نیرو می‌بخشد. این قطعه‌ها همانند یک شوک خوشایند و مطبوع، افسردگی، سستی و بی‌حالی را به تحرک تبدیل می‌کند و احساس توانایی، تسلط و اراده به وجود می‌آورد (شیبانی و تدرجی و همکاران، ۱۳۹۰).

#### یافته‌ها

میانگین احساس تنهایی گروه کنترل در حالت پیش‌آزمون ۴۲/۳۳ و در حالت پس‌آزمون ۴۲/۵۳ است که نشان می‌دهد گروهی که تحت درمان موسیقی درمانی قرار گرفتند نمره احساس تنهایی کل در آن‌ها افزایش پیدا کرده است، در حالی که در گروه آزمایش میانگین نمرات احساس تنهایی از ۳۵/۲۰ در حالت پیش‌آزمون به ۳۴/۳۳ در حالت پس‌آزمون کاهش یافته است. همچنین در متغیر سیستم بازداری رفتاری نمرات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش از ۱۷/۳۳ در حالت پیش‌آزمون به ۱۷/۲۶ در حالت پس‌آزمون کاهش یافته است. همچنین در متغیر سیستم فعال ساز رفتاری نمرات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش از ۳۵/۷۳ در حالت پیش‌آزمون به ۳۶/۳۳ در حالت پس‌آزمون افزایش یافته است.

جدول ۱: شاخص‌های آماری مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	حالت	میانگین	انحراف استاندارد
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۵/۲۰	۱۶/۲۹
	کنترل	پس‌آزمون	۳۴/۲۲	۱۶/۳۹
سیستم بازدارنده رفتاری	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۴۲/۲۲	۱۶/۱۲
		پس‌آزمون	۴۲/۵۳	۱۵/۸۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۷/۲۲	۴/۵۴
		پس‌آزمون	۱۷/۲۶	۴/۴۶
سائق	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۵/۱۲	۵/۴۰
		پس‌آزمون	۱۵/۶۶	۵/۲۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲/۷۳	۲/۳۰
		پس‌آزمون	۱۲/۴۶	۲/۱۸
پاداش	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۲/۹۳	۲/۵۹
		پس‌آزمون	۱۲/۵۳	۲/۵۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۲/۶۶	۲/۷۱
		پس‌آزمون	۱۲/۴۰	۲/۹۷
سرگرمی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۲/۴۶	۲/۹۴
		پس‌آزمون	۱۲/۹۳	۲/۴۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۹/۲۲	۲/۴۹
		پس‌آزمون	۱۰/۴۶	۲/۷۴
سیستم فعال‌ساز رفتاری کل	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۰/۲۲	۲/۴۷
		پس‌آزمون	۱۰/۲۰	۲/۲۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۵۲/۷۳	۲/۷۳
		پس‌آزمون	۳۶/۲۲	۴/۳۰
سیستم فعال‌ساز رفتاری کل	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۶/۷۳	۵/۶۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۳۶/۶۶	۴/۸۵

جدول ۲: تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون احساس تنهایی و بازداری هیجانی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
احساس تنهایی کل	پیش‌آزمون	۷۲۲۲/۵۶	۱			
	گروه	۹/۱۵	۱	۲۶۴۵/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	خطا	۵۲/۴۹	۲۷	۹/۱۵		۰/۱۴
سیستم بازدارنده رفتاری کل	پیش‌آزمون	۶۴۲/۷۸	۱			
	گروه	۱/۸۵	۱	۶۳۱/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	خطا	۲۷/۴۸	۲۷	۱/۸۵		۰/۰۶
سیستم فعال‌ساز رفتاری کل	پیش‌آزمون	۴۹۸/۴۸	۱			
	گروه	۲/۲۵	۱	۱۴۹/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۴۷
	خطا	۹۰/۱۸	۲۷	۲/۲۵		۰/۰۲۴
مجموع	۵۲۰۹۵/۰۰	۳۰	۱/۹۸			
مجموع	۸۸۲۴/۰۰	۳۰	۱/۰۱			
مجموع	۴۰۵۵۷/۰۰	۳۰	۲/۳۴			

همانطور که در جدول بالا دیده می‌شود بین میانگین احساس تنهایی، سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده احساس تنهایی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت موسیقی درمانی در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات در مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران (۱۹۸۴) در بیماران دارای اختلال افسردگی شده است. از سویی دیگر میزان تأثیر نشان می‌دهد موسیقی درمانی حدوداً ۱۴ درصد بر کاهش احساس تنهایی بیماران دارای اختلال افسردگی تأثیر گذاشته است

#### بحث

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی موسیقی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و بازداری هیجانی بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران بود. نتایج نشان داد که بین میانگین احساس تنهایی، سیستم بازداری رفتاری و سیستم فعال‌ساز رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده احساس تنهایی و بازداری هیجانی بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت موسیقی درمانی در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات احساس تنهایی و بازداری هیجانی در بیماران دارای اختلال افسردگی شده است. این نتیجه با نتایج ابوذری و همکاران (۱۳۹۷)؛ کوشا و همکاران (۱۳۹۶)؛ ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که موسیقی به عنوان وسیله ارتباطی می‌تواند عامل ابراز عواطف و نگرش‌ها و احساسات باشد. مهمترین جنبه ارتباطی موسیقی به خاطر وجه غیر کلامی آن است. موسیقی منعکس کننده محدوده وسیعی از عواطف انسانی است. وبه دلیل جهانی بودن وعدم تعلق به گروه خاص می‌تواند کلیه سدهای فرهنگی و زبانی را در نو ردیده و برای تعامل انسان‌ها تجربه ای مشترک فراهم نماید. موسیقی واقعیتی سازمان یافته است. رویدادی واقعی که در زمان اتفاق می‌افتد وتوجه لحظه به لحظه فرد را می‌طلبد. رشته موسیقی درمانی در حقیقت یکی از شاخه های علوم درمانی است که در آن موسیقی درمانگر از موسیقی و فعالیت‌های گوناگون همراه با موسیقی به‌عنوان ابزار درمانی استفاده می‌کند و از مدت‌ها پیش مرسوم بوده است. به طور کلی فعالیت های موسیقی درمانی بر پایه چند محور کلی استوار است که عبارت است از خواندن، نواختن، ساختن آهنگ حرکات موزیکال و بحث و گفتگو پیرامون موسیقی و فعالیت‌های مرتبط با آن است. توجه اصلی در موسیقی درمانی هدف‌های درمانی و توانبخشی است. نوع برنامه و فعالیت های موسیقی درمانی به نوع ناراحتی و مشکل بیمار و همچنین هدف درمان بستگی دارد. جلسات موسیقی درمانی در این گروه از گروه های کوچک و هماهنگ تشکیل شد. وقتی مراجع و درمانگر در ارتباط متقابل و فعال قرار گرفت آرامشی او را فرا گرفت و به تدریج تمایل پیدا کردند تا در حلقه‌های گروهی نیز شرکت کردند. در واقع شرکت در این جلسات برای تقویت و ایجاد مهارت‌های غیر موزیکال بود و بیشتر به هدف های درمانی توجه می‌شود. همچنین موسیقی به عنوان یک ضد افسردگی طبیعی عمل می‌کند و بر خلق و افسردگی افراد تأثیر مثبت دارد. انجمن موسیقی درمانی آمریکا درمان موسیقی را بر کاهش احساسات نامطلوب مانند خشم، ناکامی، غمگینی و اضطراب که در افسردگی دخیل هستند، مؤثر دانسته و استفاده از موسیقی درمانی را برای ایجاد تغییرات مثبت در موقعیت های افسرده وار و بهبود الگوها پیشنهاد می‌کند. گیلام<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) معتقد است هیجان، موقعیت‌های ذهنی و شناختی، خلق، بینش و بروز احساسات در جریان موسیقی از جمله مواردی هستند که تحت تأثیر موسیقی قرار می‌گیرند. 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 برو نریزی احساسات ناهشیار افسرده ساز خود پرداخته و به حل آن بپردازند. و نهایتاً موسیقی درمانی در سلامت شناختی، فیزیکی و هیجانی افراد نیز نقش دارد و از طریق نظمی که در ترتیب نت‌های مختلف وجود دارد و نیز به واسطه کلام، سلامت روان افراد را تقویت می‌کند و در عین حال از افراد در برابر غمگینی، احساس گناه و تنهایی محافظت می‌کند و می‌تواند از آن در جهت مبارزه با احساسات ناخوشایند و کاهش احساس تنهایی افراد

1. Gillam



افسرده استفاده کرد؛ همچنین شرکت در جلسات موسیقی درمانی می‌تواند موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی فراهم سازد و تغییرات مثبتی در حالات روحی و جسمی افراد ایجاد کند و به تبع آن احساس کنترل بر زندگی را بالا برده، دلهره و تنیدگی را کاهش دهد و اعتماد به نفس افراد را غنی سازد (حمید و میرزایی، ۱۳۹۴).

یافته‌های پژوهش حاضر بر روی بیماران دارای اختلال افسردگی شهر تهران انجام شده است و باید در تعمیم نتایج به بیماران دیگر احتیاط کرد. و همچنین با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهش دیگری با همین موضوع ولی به صورت کیفی با انجام مصاحبه و مشاهده عمیق و استفاده از روش‌هایی مانند مطالعه پدیدارشناسی (فنونولوژی) یا تئوری زمینه‌ای (نظریه‌ی داده‌بنیاد) انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مورد تأثیر موسیقی درمانی و همچنین تأثیر آن بر رفتار و عملکرد همه بیماران دارای اختلال افسردگی پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد.

## منابع

- ابوذری، حسین؛ رشیدپور، پروانه و فتحی نژاد، ریحانه. (۱۳۹۷). تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش درد و استرس و احساس تنهایی سالمندان شهر یزد.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی، ۱۳۹۴. تهران: انتشارات نشر روان.
- حاتمی، محمد؛ فرمانی، فردین؛ صفوی، ساحره؛ نجفی زاده، عاطفه و اسدی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد نظریه انتخاب بر کاهش احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس).  
مجله روانشناسی سلامت، ۴(۱۶): ۱۲۰-۱۰۹.
- حمید، نجمه و میرزایی، زینب. (۱۳۹۴). تأثیر موسیقی درمانی همراه با آرامش عضلانی بر افسردگی و احساس سرزندگی زنان سالمند. روانشناسی سلامت، ۴(ویژه نامه): ۱۵-۵.
- درکه، محسن؛ حجت خواه، سید محسن و رضایی، حسن. (۱۳۹۰). تأثیر موسیقی درمانی بر کاهش افسردگی. همایش علمی سالانه دانشگاه رازی، کرمانشاه، دانشگاه رازی کرمانشاه.
- رامش، سمیه؛ قاضیان، مونا؛ رفیعی پور، امین و صفری، علیرضا. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای افسردگی و اضطراب در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو.  
مجله علمی پژوهان، ۱۶(۴): ۳۷-۴۵.
- شریفی، مهدی؛ امین زاده، دانامحمد؛ سلیمانی صفت، عرفان؛ سودمند، نسرين و یونسی، سیدجلال. (۱۳۹۶). ارتباط بین تفکر قطعی‌نگر با احساس تنهایی و افسردگی در سالمندان. مجله سالمند، ۱۲(۳): ۲۸۷-۲۷۶.
- قمری گیوی، حسین؛ ایمانی، حسن؛ برهمند، لوشا و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۱). بررسی نقص بازداری و بازشناسی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۲): ۱۸-۹.
- کوشا، ساقی و وارسته، علیرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی موسیقی درمانی بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی. مجله رویش روانشناسی، ۶(۴): ۱۶۹-۱۴۹.
- لطفی‌فر، بهنام؛ رسولی، سمیرالسادات؛ کرمی، ابوالفضل؛ ولایی، ناصر و حسنی، جعفر. (۱۳۹۷).  
میرشاهی، سمیه. (۱۳۹۰). کاربرد موسیقی در فیزیوتراپی. تهران: انتشارات آوا.
- نجاتی، وحید؛ شیری، اسماعیل و فرقانی، سمانه. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر برنامه توانبخشی هیجانی مبتنی بر رایانه بر درک حالات هیجانی در کودکان پیش دبستانی. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۱(۱۲۰): ۲۵-۲۰.
- نیدمی، محسن و پیشگر، معصومه. (۱۳۹۴). اثربخشی موسیقی درمانی فعال و فعل پذیر بر کیفیت زندگی و احساس تنهایی مردان سالمند. اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، بصورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش.

- همتی علمدار، قربان؛ احمدی، هادی و تیموری، محمدمهدی. (۱۳۹۶). نقش احساس تنهایی در پیش‌بینی سلامت عمومی مادران دانش‌آموزان با ناتوانی‌های عصبی-تحویلی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۶(۴): ۳۳-۴۲.
- Elhageen AM. (2017). [Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among deaf children in Egyptian schools]. Ph.D. Dissertation. Eberhard-Karls University: 1-15.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. (2013) Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS Med 10(11): 1-12.
- Garnefski N, Kraaij V. (2017). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual differences. 2006;40(8):1659-69. doi:10.1016/j. paid.2005.12.009.
- Gillam N.(2003). Evaluated a music workshop which was established in 1995, research and development officer mental health.
- Goossens L, Lasgaard M, Luyckx K, Vanhalst J, Mathias P, Masy E.(2019). [Loneliness and solitude in adolescence: A confirmatory factor analysis of alternative models]. J Pers Individ Diff 2009; 47: 890-4.
- 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.
- Roger D, de Scremin LG, Borril J, Forbes A. (2011). Rumination, inhibition and stress: The construction of a new scale for assessing emotional style. Current Psychology.;30(3):234