

## اثربخشی موسیقی درمانی بر افسردگی واحساس درد در بیماران مبتلا به MS(مولتیپل اسکلروزیس) شهر تهران

بیثا فیروزکوهی مقدم

دانشجوی دکترا - گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

[bifimo@yahoo.com](mailto:bifimo@yahoo.com)

غلامرضا ثناگوی محرر

گروه روان شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

[Reza.sanagoo@gmail.com](mailto:Reza.sanagoo@gmail.com)

### چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس شهر تهران بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که از جامعه مذکور، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ۱۵ نفر به گروه آزمایش و ۱۵ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. طرح پژوهش، تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. ابزارهای پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های افسردگی بک (۱۹۹۶)، استرس ادراک شده (PSS) و شدت درد مک گیل بود. گروه آزمایش در طول بیست جلسه، هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه مداخله موسیقی دریافت کرد و پس از یک ماه پیگیری به عمل آمد. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد موسیقی درمانی با توجه به میانگین افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. موسیقی درمانی با توجه به میانگین استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش استرس ادراک شده گروه آزمایش شده است. موسیقی درمانی با توجه به میانگین درد در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش در دگروه آزمایش شده است. همچنین موسیقی درمانی در مرحله پیگیری بر کاهش افسردگی و درد تاثیر داشت.

**واژه های کلیدی:** موسیقی درمانی، افسردگی، استرس ادراک شده، درد، ام اس



## مقدمه

مولتیپل اسکروزویس (ام.اس)، بیماری مزمن خود ایمنی سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری ماده سفید مغز را درگیر می کند و میلیون دار شدن ماده سفید سبب ایجاد اختلالات و عوارضی در دستگاه عصبی می شود. معمولاً بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بروز می کند. زنان را بیشتر از مردان گرفتار می سازد. علت آن به درستی شناخته نشده است ولی مطالعات نشان داده اند که فاکتورهای محیطی، ایمونولوژیک و ژنتیکی نقش مهمی در بروز ام اس دارند. ام اس معمولاً درمان قطعی ندارد، هدف اصلی درمان ام اس متوقف کردن ناتوانی پیشرونده ناشی از حملات حاد، ام اس عودکننده، بهبود یا پایداری مزمن است و به این منظور از داروهایی مانند کورتیکواستروئیدها و اینترفرون هایی چون آونکس، بتاسرون و نواترون استفاده می شود (محمودی عالمی، نصیری و نیازآذری، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از متغیرهای تاثیر گذار بر بیماری مقابله با استرس و نحوه ادراک استرس است. استرس ادراک شده<sup>۱</sup> حالت یا فرایندی روان شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روان شناختی خود را تهدید شده ادراک می کند. به عبارتی دیگر استرس ادراک شده توانایی ها و اطمینان خاطر ادراک شده فرد در مواجهه با درخواست های محیطی است. برخی از وقایع استرس - زا چون بیماری های روان تنی، امتحان، بلایای طبیعی، شغل های مخاطره آمیز و... فرد را ملزم به انجام رفتارهای سازگارانه برای کنار آمدن با درخواست های محیطی تحمیل شده می کنند. پژوهش ها نشان داده اند که اگر افراد واقعاً بتوانند وضعیت یا موضوع استرس زا را به نحوی روشن تفسیر و تعبیر کنند یعنی به نوعی آن را درک کنند می توانند با صرف کمترین هزینه با استفاده از سبک خاصی از مقابله با استرس، از شدت استرس خود بکاهند. شدت استرس ادراک شده یکی از مولفه های اساسی تبیین کننده احتمال اتخاذ راهبرد مقابله توسط افراد در موقعیت های استرس زا محسوب می شود. شدت استرس ادراک شده اشاره به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس دارد. به احتمال زیاد، فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبرد مقابله خاص می کند که به تاثیرات فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی منفی ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن (برای مثال؛ تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ) باور داشته باشد. بنابراین هر مقدار شدت و جدیت ادراک شده استرس بالا تر باشد، به همان اندازه احتمال اتخاذ کنش متقابل افزایش می یابد (احمدوند، ۱۳۸۸).

علاوه بر استرس ادراک شده، احساس درد از متغیرهای مهم بیماری ام اس است. درد حسی ناخوشایند و تجربه ای احساسی همراه با آسیب بافتی واقعی یا آسیبی به نوعی دیگر از بافت می باشد. درد احساسی تجربه رایج مانند نیشگون گرفتن انگشت، سوزش انگشت، قرار دادن نمک در زخم و ضربه زدن استخوان آرنج و دیگر حالت های ممکن می باشد. درد ما را به این انگیزه و امیدارد که از شرایط بالقوه مخرب برمی دارد، از بخش آسیب دیده شده بدن تا هنگام بهبود مراقبت می کند و از شرایط یاد شده در آینده پیشگیری می کند. درد تحریکی از ناسیسپتور<sup>۲</sup> در سیستم عصبی پیرامونی و یا آسیب یا خرابی سیستم عصبی مرکزی یا پیرامونی می باشد. بیشتر دردها بی درنگ پس از آن که محرک دردناک حذف میشود برطرف و بدن التیام می یابد، اما گاهی اوقات درد همچنان با وجود حذف محرکها و بهبود ظاهری بدن ادامه می یابد؛ و گاهی درد ناشی به دلیل فقدان شرایط قابل تشخیص، آسیب و یا آسیب شناسی افزایش می یابد (ایروانی و خدایپناهی، ۱۳۸۸).

بسیاری از بیماران ام اس افسردگی رنج می برند و با توجه، به آمار می توان گفت که بخش چشمگیری از بیماری های روانپزشکی را افسردگی تشکیل می دهد. افسردگی اساسی از رایجترین اختلالات خلقی است که با توجه به فراوانی آن و اثرات نامطلوبی که در زندگی آدمیان دارد پژوهش های بسیاری برای پی بردن به علل آن صورت گرفته است و در رشته های مختلف معانی متفاوتی دارد. به عنوان مثال در

<sup>1</sup>. perceived stress

<sup>2</sup>nasysptor



فیزیولوژی اعصاب، مراد، کاهش فعالیت فیزیولوژیک و در داروشناسی به معنای کاهش فعالیت یک عنصر شیمیایی و در روان شناسی منظور از آن حالتی هیجانی است که منجر به کاهش قابلیت‌ها می‌شود. در واقع افسردگی واکنشی نسبت به یک عامل بیرونی است که فرد نسبت به آن آگاه است ولی به نوعی از آن محروم است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان، پیری، بیماری و... اغلب باعث بروز افسردگی می‌شود (آزاد، ۱۳۹۲).

برای بهبود اختلالات روانی که در بیماران ام اس بوجود می‌آید میتوان از موسیقی درمانی بهره گرفت. ارتعاشات موسیقی بر حالات روانی شنونده اثر می‌کند، تداعی‌های او را فعال می‌کند و راه را برای نفوذ هموار می‌کند. موسیقی درمانگر از الحان خاصی برای تغییر حالات بیمار استفاده می‌کند. از موسیقی درمانی، در درمان اختلالات مختلف پزشکی، روانپزشکیو ناتوانی‌های جسمی استفاده می‌شود. از آنجایی که ارتباط موزیکی از انواع ارتباط غیر کلامی است موسیقی می‌تواند وسیله‌ای موثر برای ایجاد تماس اولیه با بیمارانی که از نظر عاطفی آسیب دیده یا دچار مشکلات رفتاری هستند، باشد. فعالیت‌های مربوط به نواختن ساز، حرکتبا موسیقی و ساختن آهنگ به آنها این امکان را می‌دهد که بتوانند احساسات خود را ابراز کنند و انگیزه‌های نامطلوب را به رفتارهای قابل قبول اجتماعی تبدیل سازند. «موسیقی می‌تواند آدمی را به سمتی سوق دهد که مؤثرترین واسطه‌ی ارتباطی بین درمانگران و درمانجو و همسالانش باشد». پژوهش‌های مشابهی درمورد موضوع پژوهش حاضر انجام شده است که میتوانن به پژوهش فرخی (۱۳۹۲) تحقیقی را با عنوان اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا بهتومور مغزی انجام داده است. تحلیل کواریانس حاکی از آن است که درمانشناختی رفتاری موجب کاهش معناداری در نمرات افسردگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل گردید که در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد.

خدایی (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افسردگیبیماران مبتلا به سرطان پستان را انجام داده است. نتایج نشان داد پس از اعمال روش‌های درمان، میزان نمره افسردگی بیماران گروه مورد مداخله کاهش یافت که از نظر آماری معنادار بود و میزان افسردگی در گروه شاهد تغییری نشان نداد.

متحدیان تبریزی، موحدی راد، حاجی زاده(۱۳۹۱)تأثیر موسیقی درمانی بر شدت درد بعد از عمل در بیماران تحت بی‌حسی اسپینال را مورد بررسی قرار دادند.آجری،نظری،معرفت،امیری (۱۳۹۱) به بررسی اثر موسیقی در کاهش درد و طول مدت لیبر پرداختند و نشان دادند که در افراد گروه موسیقی تند، اسکور درد در تمام زمانها پس از شروع موسیقی به استثناء ساعت چهارم، کمتر از افراد گروه کنترل بود و این اختلاف در ساعات اول و پنجم معنی دار بود.

در پژوهش شجاع‌الدینی، کاظمی، علی‌پور و اورکی (۱۳۹۱)، تأثیر رفتار درمانی شناختی بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دچار سکتته‌ی قلبی مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۱۵ نفر گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به صورت انفرادی، رفتار درمانی شناختی دریافت کردند. نتایج نشان داد که این نوع مداخله‌ی درمانی، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران دچار سکتته‌ی قلبی شده است.

هژیر، احدی، پورشه‌باز و رضایی (۱۳۹۰)، نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقای حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداختند. در این طرح مداخله‌ای، ۳۵ بیماری که تمایل به شرکت در پژوهش از بین ۵۲ بیمار انتخابی، به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش اختصاص داده شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد در بازنمایی‌های ادراکی از بیماری در چهار بُعد هویت، کنترل شخصی، درک روشن و پیامدهای بیماری، تغییرات مثبت حاصل گردیده، و به موازات آن در افسردگی، اضطراب، استرس و بازنمایی عاطفی از بیماری نیز ارتقا صورت گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر مبنای ساخت نظری مونی و پادسیکی بر تعدیل بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقای حالات عاطفی بیماران موثر است نتیجه این پژوهش به میزان کمتری با نتایج مداخله‌گودمن در بیماران (لوپوس - اریتماتوس) و به میزان بیشتری با نتایج مداخلات پتری در بیماران قلبی مشابه است.



رفیعیان، آذربرزین، صفاریفرد (۱۳۸۸) تاثیر موسیقی درمانی بر میزان اضطراب، درد، تهوع و علائم حیاتی بیماران تحت جراحی سزارین در بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان را مورد مطالعه قرار دادند و نشان دادند که موسیقی درمانی در مادران تحت سزارین، میزان اضطراب و درد را کاهش می دهد، ولی بر حالت تهوع تاثیری ندارد. هم چنین موسیقی درمانی بر کاهش فشار خون سیستولیک و نبض موثر بوده، اما بین فشار خون دیاستولیک و تنفس گروه مورد و شاهد تفاوت چندانی مشاهده نگردید.

ایکونومیدو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی تحت عنوان اثر موسیقی بر علائم حیاتی و درد پس از جراحی به نتایجی مبنی بر تاثیر کاهش دهنده درد پس از موسیقی درمانی اشاره می کنند.

ایشی<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در ژاپن تحت عنوان موسیقی درمانی و کنترل درد انجام گردید که در آن به تاثیر تسکین دهنده موسیقی بر درد اشاره می شود.

آلمرود<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) تاثیر موسیقی بر کاهش افسردگی دانشجویان و کاهش هورمون های استرس زارا مورد مطالعه قرار دادند و به این نتیجه رسید که موسیقی تاثیر بسزایی در کاهش افسردگی داشته است. همچنین با توجه به منابع و تحقیقات انجام شده پزشکان و محققان نشان داده شد که موسیقی درمانی تاثیر بسزایی در کاهش هورمونهای استرس زا دارد.

ری هانستروم<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۲) پژوهشی در زمینه تاثیر موسیقی درمانی بر کاهش درد بیماران انجام داد و معتقدند که گوش دادن به موزیک باعث ترشح اندورفین ها در بدن می شود که این مولکولها باعث تسکین درد می شوند. همچنین موزیک با انرژی زایی در بدن از طریق تاثیر بر نرونهای مغزی می تواند بر تعداد تنفس و ضربان قلب که خود نمودی فیزیولوژیک از آرامش یا استرس هستند اثر بگذارد.

وینر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند که احساس درد و پردازش آن یک روند پیچیده از ارسال و پردازش سیگنالهایی است که در طی یکسری نرون خاص به مغز می رسند. آنها این مسیر را تحت عنوان دروازه درد نامیدند، حال اگر این دروازه باز باشد، یک محرک دردآور می تواند باعث ایجاد احساس درد شود، اما یکسری مکانیسم ها وجود دارند که با این مسیر پردازش تداخل پیدا می کنند و در اصطلاح دروازه درد را به صورت کامل یا ناقص می بندند و موسیقی هم با این مکانیسم باعث ساپرشن درد می شود با این تفاسیر ، هدف از این پژوهش اثربخشی موسیقی درمانی بر افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس شهر تهران می باشد.

### روش شناسی تحقیق

در این پژوهش از روش تحقیق تجربی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه استفاده شده است. گروه های آزمایش و گواه به روش تصادفی معادل شدند و قبل از اعمال مداخله های تجربی در مورد گروه های آزمایش و گواه، پیش آزمونی در باره آن ها اجرا شد و پس آزمونی نیز در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون هر گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت اثربخشی موسیقیدرمانی به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تاثیر آن بر افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اسبه عنوان متغیر وابسته مشخص گردد.

<sup>1</sup>Iconomido

<sup>2</sup>Ishii

<sup>3</sup>Almerud

<sup>4</sup>Rehnstrom

<sup>5</sup>Winter



## جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران مالتیپل اسکلروزیس هستند که به انجمن ام اس شهر تهران در سال ۹۶ مراجعه کرده -اند، می باشد. حجم نمونه ۲۴ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده و بصورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) تقسیم شدند.

## ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است.

### ۱- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (۱۹۹۶)

این پرسشنامه که شامل ۲۱ سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسشنامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسشنامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌بازی و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسشنامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی شخصیتی مینه سوتا، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-<sup>۲</sup> 90، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسشنامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (نقل از ساعتچی، ۱۳۸۸). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه افسردگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

### ۲) پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS)<sup>۲</sup>

مقیاس استرس ادراک شده زمانی بکار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش استرس‌زا می‌باشد این سوالات طرح شده‌اند تا پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیری و مشقت بار بودن زندگی خویش بیان کنند. این مقیاس برای استفاده در نمونه‌های عادی (عدم ابتلا به بیماری حاد روانی) ساخته شده است فهم جملات آسان بوده

<sup>1</sup>Beck

<sup>2</sup>Symptom checklist – 90 - Revised

<sup>3</sup>. Perceived Social Support – Family Scale (PSSFa)



گزینه‌های پاسخ نیز به سادگی قابل درک می‌باشند. به علاوه پاسخها نیز یک ماهیت کلی دارند و از این رو نسبتاً از هرگونه محتوا خاصی که ویژه یک زیر گروه معین باشند مبرا می‌باشند. مقیاس اصلی شامل ۱۴ سوال است. سوالهای این مقیاس درباره‌ی احساسات و افکاری طرح شده‌اند که یک فرد در طول گذشته داشته است. سوالهای ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ برعکس نمره گذاری می‌شوند.

اعتبار مقیاس: به عنوان اولین مدرک تحقیق صالحی (۱۳۷۳) بر روی تعدادی از دبیران زن میزان استرس ادراک شده زنان و نقش‌های متعدد استفاده شد. در آنجا از آلفای کرونباخ به عنوان شاخص از همسانی درونی PSS  $\alpha = .81$  بدست آمد. بار دیگر در تحقیقی توسط امین یزدی و صالحی در سال ۱۳۷۷ بر روی گروه متفاوتی از آزمودنیها که دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بودند ( $n: 256$ ) مجدداً از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. این بار نیز  $\alpha = .81$  بدست آمد که در حد قابل قبولی می‌باشد. پایانی: همبستگی‌های بدست آمده بین نمره کل مقیاس و هریک از سوالات به عنوان شاهدهی بر روایی سازه ( $n: 256$ ) می‌باشد. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه افسردگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با  $0.84$ ، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

### ۳) پرسشنامه شدت درد مک گیل<sup>۱</sup>

این مقیاس در سال ۱۹۷۱ توسط برنالد ملزاک برای تعیین شدت درد طراحی شد. و شامل ۲۰ سوال می‌باشد. برای استفاده از این مقیاس از بیمار خواسته می‌شود که درد خود را یک نمودار که از صفر تا پنج درجه بندی شده و به صورت زیر توصیف گردیده، مشخص کند.  $0 =$  فقدان درد،  $1 =$  درد خفیف،  $2 =$  ناراحت کننده،  $3 =$  پریشان کننده،  $4 =$  خیلی بد،  $5 =$  سخت و  $6 =$  آزار دهنده. این پرسشنامه به بیمار اجازه می‌دهد با انتخاب کلماتی مناسب، ادراک خود را از احساس درد در سه بعد اساسی حسی، عاطفی و ارزیابی بیان کند. از خصوصیات دیگر پرسشنامه درد مک گیل ارزش بالقوه آن در تشخیص دردهای افتراقی است. تحقیقاتی که بر اساس این پرسشنامه انجام شده نشانگر آن است که بعد ادراک حسی مناسبت تر از سایر ابعاد دیگر این پرسشنامه می‌باشد (هولروید و همکاران، ۱۹۹۲؛ لوییز، ۱۹۹۳). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه درد با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با  $0.81$ ، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

### روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب گروه نمونه و قرار دادن آنها به شکل گمارشی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه یک جلسه توجیهی برای مسولین بیمارستان، بیماران و پزشکان معالج برگزار شد. با گروه گواه نیز هماهنگ گردید تا به عنوان گروه انتظار پس از پایان پژوهشی در جلسات جداگانه اقدامات درمانی برای آنها نیز اجرا خواهد شد چرا که بر مبنی اخلاق پژوهشی میبایست این کار انجام گردد. پس از این مقدمات برنامه برای گروه آزمایش آغاز شد. جلسه اول به برقراری ارتباط با افراد شرکت کننده و توضیح قوانین حضور در گروه درمان گذشت و در ادامه از بیماران خواسته شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را نیز تکمیل نمایند. در جلسه جداگانه ای نیز برای گروه گواه این کار انجام گردید. برنامه شامل ۲۰ جلسه می‌باشد که در زیر آمده است:

جلسات بصورت گروهی برگزار می‌شود و با توجه به اهداف درمان و متناسب با آن چارچوب جلسات مشخص شده که به این صورت است که هفته ای ۴ جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد که تا آخر جلسات پیگیری ادامه پیدا کرد هدف از برگزاری آن بررسی میزان اثر بخشی موسیقی ارائه شده بود که شامل بسته موسیقی است (طبق نظر متخصصین موسیقی درمانی (زاده محمدی) از دستگاه‌های موسیقی سنتی (ماهور اصفهانی) استفاده شده است) که در ۲۰ جلسه و در هر جلسه چند قطعه از موسیقی‌های انتخاب شده برای بیماران پخش می‌گردید که شرح جلسات در زیر آمده است:

<sup>1</sup>questionnaire McGill pain



**جلسه اول:-** معرفی اعضا و آشنایی گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و انتظارات اعضای گروه ، انجام پیش آزمون، ذکر قوانین جلسه و ایجاد رابطه سنتی مبتنی بر همکاری

### اهداف

- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد رابطه مبتنی بر همکاری، آشنایی با نحوه ی انجام کار و ارائه پیش آزمون ها

### شرح جلسه:

بعد از خوش آمد گویی و معرفی رهبر، اعضای به ترتیب خود را معرفی کرده و با یکدیگر آشنا می شوند. علت انتخاب و گزینش اعضا توسط رهبر گروه تشریح می گردد و اهداف و انتظارات گروه بیان شده اهداف مشترک تعیین می گردد. پیش آزمونها توسط هر دو گروه کنترل و آزمایش تکمیل می گردد.(لازم به ذکر است که گروه کنترل فقط پیش آزمونها را تکمیل گردیده و ادامه کار با گروه آزمایش پی گیری می گردد) قوانین گروه از جمله راز داری شرح داده می شود و همچنین توضیحاتی در مورد نحوه ب برگزاری جلسات داده می شود، پیشنهادات اعضا گروه اخذ و رهبر گروه در این مورد یک جمع بندی ارائه می دهد و در نهایت شیوه نهایی برگزاری جلسات و وظایف کلی اعضای گروه از جمله شرکت منظم و به موقع در جلسات نیز ذکر گردد.

### جلسه دوم:

هدف : ایجاد آمادگی در اعضا

- احوال پرسى و خوش آمد گویی مرور مطالب جلسه ی قبل، مرور مطالب جلسه ی قبل، کاهش مزاحمت های بیرونی و آماده نمودن محیط جهت انجام کار و پخش موسیقی

### جلسه سوم:

هدف برقراری ارتباط اعضا با موسیقی

- احوال پرسى و خوش آمد گویی، نظر سنجی از اعضا در خصوص موسیقی پخش شده در جلسه ی قبل، ایجاد آرامش در اعضا و آماده کردن محیط و پخش موسیقی

### جلسه چهارم:

هدف: انجام مستمر جلسات درمانی توأم با آرامش

- احوال پرسى و خوش آمدگویی، آماده کردن محیط و کاهش مزاحمتها و پخش موسیقی

### جلسه پنجم تا نوزدهم:

هدف: انجام مستمر جلسات درمانی توأم با آرامش

- احوال پرسى و خوش آمدگویی، آماده ساختن شرایط محیطی، پخش موسیقی

### جلسه بیستم:

هدف: برگزاری آخرین جلسه ی درمانی

یافته های تحقیق



یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۴ - ۱: میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری		مرحله	متغیر
			گروه	گروه		
۱۲	۳/۹۲	۱۹/۵۰	آزمایش	گواه	پیش آزمون	افسردگی
۱۲	۴/۱۰	۲۰/۱۷	گواه	آزمایش		
۱۲	۴/۳۲	۱۹/۸۳	آزمایش	گواه	پس آزمون	
۱۲	۵/۵۴	۲۴/۰	گواه	آزمایش		
۱۲	۲۵/۱۱	۱۷/۲۵	آزمایش	گواه	پیگیری	
۱۲	۲۱/۰۷	۱۹/۰۸	گواه	آزمایش		
۱۲	۴/۳۹	۳۷/۶۷	آزمایش	گواه	پیش آزمون	استرس ادراک شده
۱۲	۳/۱۴	۳۶/۳۳	گواه	آزمایش		
۱۲	۴/۷۱	۳۳/۶۷	آزمایش	گواه	پس آزمون	
۱۲	۳/۴۷	۳۳/۵۰	گواه	آزمایش		
۱۲	۳/۴۵	۲۸/۵۰	آزمایش	گواه	پیگیری	
۱۲	۳/۳۷	۲۷/۹۲	گواه	آزمایش		
۱۲	۳/۴۶	۱۹/۸۳	آزمایش	گواه	پیش آزمون	درد
۱۲	۳/۶۵	۱۹/۰۸	گواه	آزمایش		
۱۲	۲/۳۹	۱۷/۰۸	آزمایش	گواه	پس آزمون	
۱۲	۶/۲۰	۲۲/۸۳	گواه	آزمایش		
۱۲	۲/۶۴	۱۶/۶۷	آزمایش	گواه	پیگیری	
۱۲	۲۱/۹۰	۲۰/۵۸	گواه	آزمایش		

همان طوری در جدول ۱ ارائه شده است در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار افسردگی هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۹/۵۰ و ۳/۹۲، گروه گواه ۲۰/۱۷ و ۴/۱۰، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۰/۱۷ و ۴/۱۰، گروه گواه ۱۹/۸۳ و ۴/۳۲، در مرحله پیگیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۹/۸۳ و ۴/۳۲، گروه گواه ۲۴/۰ و ۵/۵۴، در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۳۷/۶۷ و ۴/۳۹، گروه گواه ۳۶/۳۳ و ۳/۱۴، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۳۳/۶۷ و ۴/۷۱، گروه گواه ۳۳/۵۰ و ۳/۴۷، در مرحله پیگیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۸/۵۰ و ۳/۴۵، گروه گواه ۲۷/۹۲ و ۳/۳۷، در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار درد هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۹/۸۳ و ۳/۴۶، گروه گواه ۱۹/۰۸ و ۳/۶۵، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۷/۰۸ و ۲/۳۹، گروه گواه ۲۲/۸۳ و ۶/۲۰، در مرحله پیگیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۶/۶۷ و ۲/۶۴، گروه گواه ۲۰/۵۸ و ۲۱/۹۰ می باشد.





### یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق

این پژوهش شامل فرضیه‌های زیر است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارائه می‌گردد. قبل از بررسی فرضیه‌ها برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنجهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای افسردگی، استرس ادراک شده و درد در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
افسردگی	۱/۰۷	۱	۲۸	۰/۳۱۱
استرس ادراک شده	۱/۴۰	۱	۲۸	۰/۲۴۹
درد	۲/۴۱	۱	۲۸	۰/۰۸۰

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی تحقیق از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این رو، مفروضه‌ی همگن بودن واریانس‌ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنجهت در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات افسردگی و استرس ادراک

#### شده و درد

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنجهت			گروه	کلموگروف - اسمیرنجهت		
		آماره	تعداد	معنی داری		آماره	تعداد	معنی داری
افسردگی	آزمایش	۰/۷۸۶	۱۲	۰/۵۶۷	گواه	۰/۸۱۸	۱۲	۰/۵۱۵
استرس ادراک شده	آزمایش	۰/۵۳۶	۱۲	۰/۲۴۱	گواه	۰/۷۴۱	۱۲	۰/۲۵۶
درد	آزمایش	۰/۴۲۱	۱۲	۰/۲۳۸	گواه	۰/۵۲۱	۱۲	۰/۲۶۵

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای افسردگی، استرس ادراک شده و درد تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
افسردگی	تعامل	۲/۵۴	۰/۰۸۹
استرس ادراک شده	گروه * پیش	۱/۹۸	۰/۱۱۵
درد	آزمون	۱/۸۷	۰/۱۴۱

همان گونه که در جدول ۴-۴ ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود.

**فرضیه اول:** موسیقی درمانی بر افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارند.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی‌داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۷۳	۳	۲۰	۳/۹۶	۰/۰۲۳	۰/۳۷	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۲۷	۳	۲۰	۳/۹۶	۰/۰۲۳	۰/۳۷	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۹۵	۳	۲۰	۳/۹۶	۰/۰۲۳	۰/۳۷	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۵۹۵	۳	۲۰	۳/۹۶	۰/۰۲۳	۰/۳۷	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به ام اس گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی، استرس ادراک شده و درد) تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ( $F=۳/۹۶$  و  $p<۰/۰۲۳$ ). بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴-۶ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۷ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی، استرس ادراک شده و درد مربوط به تأثیر موسیقی درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

فرضیه ۱-۱: موسیقی درمانی بر افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارد.

فرضیه ۱-۲: موسیقی درمانی بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارد.

فرضیه ۱-۳: موسیقی درمانی بر درد در بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارد.



جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

توان آماری	مجذور اتا	سطح معنی داری p	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	تایید
۱/۰۰	۰/۵۱	۰/۰۰۲	۲۲/۵۵	۲۸۱/۵۴	۱	۲۸۱/۵۴	پیش آزمون	افسردگی
۰/۹۹۲	۰/۲۲	۰/۰۲۲	۶/۰۹	۷۶/۰۱	۱	۷۶/۰۱	گروه	
				۱۲/۴۸	۲۱	۲۶۲/۱۱	خطا	
۰/۹۹۲	۰/۳۸	۰/۰۱۲	۱۴/۶۳	۱۶۷/۸۵	۱	۱۶۷/۸۵	پیش آزمون	استرس ادراک شده
۰/۹۹۹	۰/۱۸	۰/۰۱۲	۷/۷۸	۶۴/۱۵	۱	۶۴/۱۵	گروه	
				۱۴/۷۵	۲۱	۳۰۹/۸۰	خطا	
۱/۰۰	۰/۲۳	۰/۰۰۴	۱۵/۰۳	۱۱/۳۹	۱	۱۱/۳۹	پیش آزمون	درد
۱/۰۰	۰/۳۰	۰/۰۰۷	۹/۱۲	۲۰۶/۴۷	۱	۲۰۶/۴۷	گروه	
				۲۲/۶۲	۲۱	۴۷۵/۱۹	خطا	

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=6/09$  و  $p<0/001$ ). بنابراین فرضیه ۱-۱ تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، موسیقیدرمانیا توجه به میانگین افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۲ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر موسیقی درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۲ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۸ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

همچنین همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ استرس ادراک شده تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=7/78$  و  $p<0/012$ ). بنابراین فرضیه ۱-۲ تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، موسیقی درمانی با توجه به میانگین استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش استرس ادراک شده گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۱۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر موسیقی درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۲ است، توان آماری برابر با ۰/۹۹۹ است، به عبارت دیگر، اگر این تحقیق ۱۰۰۰ مرتبه تکرار شود فقط ۱ مرتبه ممکن است فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شود.

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ درد تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=9/12$  و  $p<0/007$ ). بنابراین فرضیه ۱-۳ تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، موسیقیدرمانیا توجه به میانگین درد در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش درد گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی موسیقی درمانی بر افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. در زیر به تبیین فرضیه های پژوهش پرداخته می‌شود:

**فرضیه:** موسیقی درمانی بر افسردگی، استرس ادراک شده و درد در بیماران مبتلا به ام اس تاثیر دارند.

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F= ۶/۰۹$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین فرضیه ۱-۱ تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، موسیقی درمانی با توجه به میانگین افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۲ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر موسیقی درمانی می‌باشد.

همچنین همان طوری که در جدول ۹ نشان داده شده است با کنترل پس آزمون بین بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F= ۳/۵۸$  و  $p < ۰/۰۴۸$ ). بنابراین فرضیه ۱-۱ در مرحله پیگیری تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، موسیقی درمانی با توجه به میانگین افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۱۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری افسردگی مربوط به تأثیر موسیقی درمانی می‌باشد.

نتیجه این فرضیه بانایج تحقیقات فرخی (۱۳۹۲)، خدایی (۱۳۹۱)، شجاع الدینی، کاظمی، علیپور و اورکی (۱۳۹۱)، آلمرود و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که بسیاری از بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی رنج می‌برند و با توجه، به آمار می‌توان گفت که بخش چشمگیری از بیماری‌های روانپزشکی را افسردگی تشکیل می‌دهد. افسردگی از رایجترین اختلالات خلقی است که با توجه به فراوانی آن و اثرات نامطلوبی که در زندگی آدمیان دارد پژوهش‌های بسیاری برای پی بردن به علل آن صورت گرفته است و در رشته‌های مختلف معانی متفاوتی دارد. به عنوان مثال در فیزیولوژی اعصاب، مراد، کاهش فعالیت فیزیولوژیک و در داروشناسی به معنای کاهش فعالیت یک عنصر شیمیایی و در روان شناسی منظور از آن حالتی هیجانی است که منجر به کاهش قابلیت‌ها می‌شود. در واقع افسردگی واکنشی نسبت به یک عامل بیرونی است که فرد نسبت به آن آگاه است ولی به نوعی از آن محروم است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان، پیری، بیماری و... اغلب باعث بروز افسردگی می‌شود. آزاد (۱۳۹۱) معتقد است که در شخص افسرده اغلب فعالیت‌هایی که صورت می‌گیرد، از قبیل کار، مواظبت از فرزندان، صحبت کردن با دوستان و تماشای فیلم، بی‌ارزش بوده و همچنین تمایلات جنسی آنها دستخوش کاهش شدید می‌گردد. افسردگی علت بسیاری از ناراحتی‌های جسمانی متعددی است که از جمله آن‌ها می‌توان به یبوست، اسهال، بدن درد، کم خوابی، و یا پر خوابی، خستگی، کم شدن میل جنسی، فراموشی، لرزش اندام‌ها، کرخت شدن (خواب رفتگی) اشاره کرد. اختلالات روانی با تأثیرات عاطفی و خلقی همراه است. در ساختار موسیقی هم حالات عاطفی است و هم پردازش ذهنی است ارتعاشات موسیقی بر حالات روانی شنونده اثر می‌کند، تداعی‌های او را فعال می‌کند و راه را برای نفوذ هموار می‌کند. موسیقی درمانگر از الحان خاصی برای تغییر حالات بیمار استفاده میکند. در زمینه ی بیماران کمک می‌کند که خود و صدای خود را حس کنند و به ارتباطی راحت با نفس و صدای شان دست یابند، هم همچنین آرامش گیرند، خودشان را بهتر ببینند و ترس و گوشه گیری شان کمتر شود. از موسیقی درمانی، در درمان اختلالات مختلف پزشکی، روانپزشکی و ناتوانی‌های جسمی استفاده می‌شود. از آنجایی که ارتباط موزیکی از انواع ارتباط غیر کلامی است موسیقی می‌تواند وسیله ای موثر برای ایجاد تماس اولیه با بیمارانی که از نظر عاطفی آسیب دیده یا دچار مشکلات رفتاری هستند، باشد. فعالیت‌های مربوط به نواختن ساز، حرکت با موسیقی و ساختن آهنگ به آنها این مکان را می‌دهد که بتوانند احساسات خود را ابراز کنند و انگیزه‌های نامطلوب را به رفتارهای قابل قبول اجتماعی تبدیل سازند. «موسیقی می‌تواند آدمی را به سمتی سوق دهد که مؤثرترین واسطه ی ارتباطی بین درمانگران و درمانجو و همسالانش باشد. در اصل موسیقی درمانی در بیماران مبتلا به ام اس، توجه دادن به خودشان بوده که با گوش دادن موسیقی در حقیقت به خود گوش بدهند. آواز خواندن و نیز نواختن ساز می‌تواند به



بیماران این امکان را بدهد تا عوامل زمینه ساز استرس و تنش را بشناسد ، احساس درونی خود را نسبت به آن بیان کند و خود را از نظر روحی تخلیه نماید. استرانگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، با گوش دادن و تمرین موسیقی باعث افزایش کیفی بعضی از مواد شیمیایی در نورترنسیمیترهای مغز می شود که در ایجاد احساس آرامش فرد نقش مهمی دارد. موسیقی نقش بسیار مهمی در کاهش اضطراب بیماران دارد . موسیقی بیماران را قادر می سازد که به یک احساس آرامش عمیق (ریلکسشن)<sup>۲</sup> برسند و خواب آسوده ای داشته باشند و خاطرات خوبی را که در ذهنشان داشته اند فراخوانی کنند، باعث کاهش فشارخون و منظم شدن ضربان قلب می شود (نوریستون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

دالیو<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) معتقد است زمانی که موسیقی نواخته می شود همزمان با ارتعاش و نوسان اصوات، بدن بیمار نیز با آن ارتعاشات همزمان می شود. به عنوان مثال هنگامی که یک موسیقی آرام با نت زیر نواخته می شود ضربان قلب بیمار هم آرام و کند می شود. اما زمانی که موسیقی شاد و هیجانی با نت های بم نواخته می شود سرعت ضربان قلبش تندتر می شود. خصوصاً اگر موسیقی که بیمار گوش می دهد، موسیقی محبوبش به او کمک می کند تا در مورد خود به حدی از بصیرت و خود کنترلی برسد و خود را از محدودیت ها و حریمی که در اطرافش درست کرده ، رها کند. در واقع اغلب افراد ، از موسیقی برای افزایش انرژی استفاده می کنند اما موسیقی درمانی چیزی فراتر از انرژی است. موسیقی درمانی باعث تغییرات جسمی، روانشناختی، اجتماعی و شناختی می شود. موسیقی درمانی باعث کاهش اضطراب، استرس و افزایش خلق می شود. پوسیاسک<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) ، موسیقی درمانی باعث می شود که فرد عمیق تر نفس بکشد، سرعت ضربان قلبش منظم شود، فشارخونش پائین بیاید و از تنش ماهیچه ها کاسته شود و در نتیجه از استرس و اضطراب می کاهد. ماتیلی<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) ؛ با یک روش تخلیه ی هیجانات و استرس فرد صحبت کردن است اما چون بیمار اضطراب به دلیل ترس و خجالتی بودن نمی تواند ارتباط مناسبی با محیط و اطرافیان برقرار سازند، در نتیجه موسیقی به آنها کمک می کند که حواستان را از آنچه که باعث اضطرابشان شده رها کرده و به یک آرامش نسبی برسند. موسیقی یک اثر متقابل و پیچیده ای از عناصر (یعنی :کوک ها، ریتمها، کیفیت صدا و پویایی) می باشد و در واقع ترکیبی از کلام بی صدا و نغفتنی ها است که باعث می شود فرد به یک معنا و محتوای عمیقی از خود برسد. در واقع موسیقی درمانی است که باعث می شود پتانسیل بالقوه ی بیمار برای رسیدن به یک محتوای درونی بالفعل شود (ماروبارکلی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). محرک ها حسی در محیطی که موسیقی وجود داشته باشد کاهش می یابد که همین عامل در کاستن استرس بیمار نامفید است. علاوه بر موارد قید شده یکی از عواملی که نقش بسزایی در کاهش بیماران مبتلا به ام اس داشته ، جلسات گروهی موسیقی درمانی بوده است . از آنجا که بیمار اضطراب ، منزوی بوده و اعتماد به نفس پائین تری نسبت به افراد عادی دارند، شرکت در جلسات گروهی این امکان را برای بیماران فراهم آورده است تا خود را با یک دیگر تطبیق داده و به یک آرامش درونی برسند. بیمار در گروه متوجه می شود که تنها نیست و بیمارانی هستند که مثل وی مضطربند. در نتیجه به یک احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگری می رسند و سعی می کنند که به هم کمک کنند. در اصل می توان گفت که درد ما را به این انگیزه وامیدارد که از شرایط بالقوه مخرب برمی دارد، از بخش آسیب دیده شده بدن تا هنگام بهبود مراقبت می کند و از شرایط یاد شده در آینده پیشگیری می کند. درد تحریکی از ناسیستور در سیستم عصبی پیرامونی و یا آسیب یا خرابی سیستم عصبی مرکزی یا پیرامونی می باشد. بیشتر دردها بی درنگ پس از آن که محرک دردناک حذف میشود برطرف و بدن التیام می یابد، اما گاهی اوقات درد همچنان با وجود حذف محرک ها و بهبود ظاهری بدن ادامه می یابد؛ و گاهی درد ناشی به دلیل فقدان شرایط قابل تشخیص، آسیب و یا آسیب شناسی افزایش می یابد. از سوی دیگر موسیقی محرکی ارتباطی و نیروی اجتماعی و مولد احساس است . تأثیر آرام بخش آن در دوستی و تفاهم و سازگاری جمعی کاملاً آشکار است . هر جا که موسیقی است گروهی احساسات مثبتو خویشاوند را تار و پود پیوند و دوستی ساخته آن را بستری برای بیان احساسات درونی و آرام خویش دیده ، وحدت می یابند . اکثر مردم به طور یستی و فیزیولوژیک به شنیدن موسیقی گرایش دارند و از آن لذت می برند . با موسیقی هیجانات و حالات خاصی پیدا می کنند . موسیقی آرام و ملایم به آنها آرامش و موسیقی محرک در آنها هیجان می آفریند. این قبیل پاسخ ها در کلیه ی افراد بشر کم و بیش قابل مشاهده است . موسیقی به طور بارزی بر کنش های فیزیولوژیک مانند تنفس ، ضربان قلب ، فشار خون و ترشح هورمون های استرس اثر می کند و از طریق رفتار و احساسات را متأثر و تحریک آنها را کاهش و افزایش می

1.Strong

2.Relaxation

3.Noriston

4.Daliv

5.Pusiyask

6.Mantily

7.Marrow Barkly



دهد . برای مثال یک موسیقی آرام بخش می تواند مقدار ترشح هورمون کورتیزول که در هنگام فشار و استرس بالا می رود را کاهش می دهد و یا مقدار بیشتری از آندرفین های مغزی را که مسکن و آرام بخش بدن هستند آزاد سازد و احساس راحتی و سلامتی را به وجود آورد. موسیقی درمانی یک درمان مکمل است و از خصوصیات مهم آن کل نگر بودن است، یعنی جسم و روان را به عنوان یک ارگان واحد در نظر می گیرد. موسیقی می تواند اثرات فیزیولوژیکی سایکولوژیکی ، به منظور ارتقای سلامت ایجاد کند. در واقع ، موسیقی درمانی روشی برای ایجاد مراقبتهای سلامت در زمینه های فیزیکی ، احساسی، شناختی و نیاز های اجتماعی است و انگیزه در گیری در درمان را افزایش می دهد و فضایی برای بیان احساسات ایجاد می کند. شرکت در جلسات فردی و گروهی موسیقی درمانی این امکان را برای آنها فراهم آورده تا به یک آرامش درونی و تصویر مثبت از خود و شناخت درستی از محیط اطراف برسند.

## منابع

- آزاد، حسین(۱۳۹۱). آسیب شناسی روانی، (جلد اول) چاپ دوازدهم. تهران: انتشارات بعثت.
- ایروانی، محمود و خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۸). روانشناسی احساس و ادراک. تهران: سمت
- احمدوند ، محمد علی ( ۱۳۸۷ ). روانشناسی فیزیولوژیکی ، نشر پیام نور
- احمدوند ، محمد علی ( ۱۳۸۸ ). بهداشت روانی ، نشر قومس تهران
- ابریشم کار، علی(۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی برنامه عملی آموزش های مهارت راهبردهای مقابله ای مسئله مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس مراجعین به کلینیکهای مشاوره تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینیدانشگاه تهران.
- افراسیابی، مهناز (۱۳۸۶). مقایسه شیوه های مقابله با استرس در نوجوانان عادی و بزهکار شهر تهران. مطالعات روان شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۸۶.
- بزرگیان ، حلیمه (۱۳۸۹). مقایسه استرس ادراک شده و شیوه های مقابله کارکنان سازمان جهاد کشاورزی اراک و سازمان محیط زیست اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان.
- متحیدیان تبریزی الهه، موحدی راد سعید، حاجی زاده ابراهیم، لک مرضیه.(۱۳۹۱). تاثیر موسیقی درمانی بر شدت درد بعد از عمل در بیماران تحت بی حسی اسپینال . مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۵ (۳): ۱۳۹-۱۴۴
- محمودی عالمی ، قهرمان ، نصیری ، ابراهیم ، نیاز آذری، کیومرث . (۱۳۸۹). بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به ام اس در استان مازندران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، دوره ۱۸، شماره ۶۸

Almerud S, Peterson K. (2011). Music therapy – a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs.*;19:21-30.

Ascherio A, Munger KL (2011). "Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part I: the role of infection". *Ann. Neurol.* 61 (4): 288–99.

Aldridge D, Schmid W, Kaeder M, Schmidt C, Ostermann T. (2010) Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complementary therapies in medicine.* 13(1): 25-33.

Beiske A, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E, Aarseth J, . (2012). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology.* 15(3): 239-45.

Huntley A, Ernst E. (2011). Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review. *Complementary therapies in medicine.* 8(2):97-105.

Winter MJ, Paskin S, Baker T. (2012) Music reduces stress and anxiety of patient in the surgical holding area. *J postanesth*



Nurs;9:340-43.

Barnason S, Zimmerman C, Nieveen J.(2011). The effect of music intervention on anxiety in the patient after coronary artery bypasses grafting in Bryan memorial hospital. *J heart Lung*24:124-32.

Rehnstrom A, Naesh O. (2012).Effect of music on vital signs and postoperative pain.;80:269-78

Nilsson U, Rawal N, Enqvist B, Unosson M. (2011).Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery; a randomized controlled trial. *Acta anaesthesiol Scand*47:278-83.

Janssens A, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FG, Passchier J, Hintzen RQ.(2010). Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: the relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. *Journal of clinical epidemiology*. 57(2): 180-6.

Kloss JD, Lisman SA.(2012). An exposurebased examination of the effects of written emotional disclosure. *British Journal of Health Psychology*. 7(1): 31-46.

Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW.(2009) Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical psychology review*. 19(1): 79-96.

Murray ED, Buttner EA, Price BH (2012). "Depression and Psychosis in Neurological Practice". In Daroff R, Fenichel G, Jankovic J, Mazziotta J. *Bradley's neurology in clinical practice*. (6th ed. ed.). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders. ISBN 1-4377-0434-4.

Baranzini, S.E. (2011). "Revealing the genetic basis of multiple sclerosis: are we there yet?". *Curr. Opin. Genet. Dev.*21 (3): 317–24

Biogen, I.(2013). Announces Positive Top-Line Results from Phase 3 Study of Peginterferon Beta-1a in Multiple Sclerosis" (Press release). Biogen Idec. -01-24. Retrieved 2013-05-21.

Cohen, J.A. (2009). "Emerging therapies for relapsing multiple sclerosis". *Arch. Neurol.*66 (7): Feinstein, A. (2007). *The clinical neuropsychiatry of multiple sclerosis* (2nd ed. ed.). Cambridge: Cambridge University Press. p. 20. ISBN 052185234X.

Gronseth, G.S. Ashman, E.J. (2000). Practice parameter: the usefulness of evoked potentials in identifying clinically silent lesions in patients with suspected multiple sclerosis (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology". *Neurology*54 (9): 1720–5.

Huntley, A. (2006). A review of the evidence for efficacy of complementary and alternative medicines in MS". *Int MS J*13 (1): 5–12, 4.

Winter MJ, Paskin S, Baker T.(2012) Music reduces stress and anxiety of patient in the surgical holding area. *J postanesth Nurs*;9:340-43.

10. Barnason S, Zimmerman C, Nieveen J. (2011).The effect of music intervention on anxiety in the patient after coronary artery bypasses grafting in Bryan memorial hospital. *J heart Lung*.24:124-32.

Ishii C, Hagihara S, Minamimasava R. (2013).Effect of music on relieving pain associated with a compulsory posture [in Japanese]. *Ninhon kango kagakkaishi*;13:20-27.

Iconomido E, Rehnstrom A, Naesh O. (2014).Effect of music on vital signs and postoperative pain. *AORN J*;80:269-78.

Almerud S, Peterson K. Music therapy – a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19:21-30.

Henry, I.(2011). music therapy: A nursing intervention for the control of pain and anxiety in the ICU. *Dimension of critical care nursing*;14(6):295-304.

johnston, J, (2012). "First-line disease-modifying therapies in paediatric multiple sclerosis: a comprehensive overview". *Drugs*72 (9): 1195–211.

Jagannath, V.A. Fedorowicz, Z. Asokan, G.V. Robak, E.W. Whamond, L (2010). Vitamin D for the management of multiple sclerosis.". *Cochrane database of systematic reviews* .

. Jeffrey, s. (2012). "CONCERTO: A Third Phase 3 Trial for Laquinimod in MS". *Medscape Medical News*. Retrieved 21 May.



96170-82201



دانشگاه شیراز  
واحد بین‌المللی



Kieseier, B.C. Calabresi, P.A. (2012). PEGylation of interferon- $\beta$ -1a: a promising strategy in multiple sclerosis". *CNS Drugs***26** (3): 205–14.

Killestein, J. Rudick, R.A. Polman, C.H. (2011). "Oral treatment for multiple sclerosis". *Lancet Neurol***10** (11): 1026–34. .

Khan, F, Turner-Stokes, L. N.g. L. Kilpatrick, T. (2007). "Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis". In Khan, Fary. *Cochrane Database Syst Rev* .