

تأثیر موسیقی درمانی همراه با آرامش عضلانی بر افسردگی و احساس سرزندگی زنان سالمند

نجمه حمید*، زینب میرزائی دوستان**

دریافت مقاله:

۱۳۹۳/۳/۷

پذیرش:

۱۳۹۴/۶/۱۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی تأثیر موسیقی درمانی همراه با آرامش عضلانی بر افسردگی و احساس سرزندگی زنان سالمند شهر اهواز بوده است. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون، پی گیری و گروه کنترل بوده است.

روش: جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان سالمند است که از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی اقتصادی، کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در افسردگی و یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در احساس سرزندگی، عدم ابتلا به بیماری های حاد جسمانی و روانی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش، کاملاً همگون شده و سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شده اند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای تحت برنامه موسیقی درمانی توأم با آرامش عضلانی قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. برای تعیین میزان افسردگی و احساس سرزندگی از پرسشنامه های افسردگی بک (BDI) و احساس سرزندگی (V. S) استفاده گردید.

یافته ها: نتایج حاصل آشکار ساخت که میان دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ افسردگی و احساس سرزندگی، تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$)؛ یعنی میزان افسردگی در گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل به طور معنی داری کاهش، اما احساس سرزندگی به طور معنی داری افزایش یافت. این نتایج به طور معنی داری در دوره پی گیری تداوم داشت ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: به طور کلی می توان گفت که موسیقی درمانی همراه با آرامش عضلانی موجب کاهش افسردگی و افزایش احساس سرزندگی در زنان سالمند شده است.

کلیدواژه ها: موسیقی درمانی، آرامش عضلانی، افسردگی، سرزندگی.

* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول) E-mail: dr_najmehamid@yahoo.com

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

افسردگی یک چالش عاطفی است که می‌تواند برای فرد و نزدیکان او آزار دهنده باشد و با بی‌حوصلگی مداوم مشخص می‌شود. این حالت در بیشتر اوقات روز وجود دارد و ممکن است چند هفته یا بیشتر طول بکشد. وجود افسردگی باعث می‌شود که فرد دچار استرس شود و یا عملکرد حرفه‌ای یا اجتماعی او تحت تأثیر قرار گیرد. بی‌حوصلگی اغلب با احساس غم و اندوه یا پوچی همراه است. افراد مبتلا به افسردگی اغلب علاقه‌ای به انجام فعالیت‌های روزمره ندارند و ممکن است احساس بی‌هوودگی کنند، این حالت در شرایطی که ناتوانی جسمی، عملکرد فرد را محدود می‌نماید، تشدید می‌شود (استاشوایک^۱، ۲۰۱۰). بدون در نظر گرفتن نژاد، طبقه و موقعیت اجتماعی، افسردگی می‌تواند در هر فردی بروز نماید. علائم خاص آن عدم رضایت، از دست دادن انرژی و علائق، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب است (اسمیت و ایلویوت^۲، ۲۰۰۳). مطالعه‌ها حاکی از این است که زنان حدود دو سوم مبتلایان به اضطراب و افسردگی را تشکیل می‌دهند (حمید، ۱۳۹۰). با توجه به نرخ بالای شیوع افسردگی در دنیا و نظر به ویژگی و اهمیت بیماری و پیامدهای نامطلوب آن در زمینه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی، این اختلال از ویژگی‌های خاصی بر خوردار است (یوسفی،

۱۳۷۲). از آنجا که سیر جمعیت جهان رو به سالمندی است و نسبت سالمندان در هر سرشماری در مقایسه با قبل افزایش می‌یابد، این افزایش در جوامع مختلف مسائل جدیدی را به همراه داشته و مسئولان و برنامه ریزان را بر آن داشته است تا این واقعیت را از دیدگاه‌های پزشکی، بهداشتی، روانی، اقتصادی و اجتماعی مورد توجه قرار دهند (شاملو، ۱۳۷۶). پیری آخرین مرحله زندگی است که فرد در آن به جمع‌بندی گذشته می‌پردازد (بی ریان، ۱۳۸۳). پیر شدن عبارت از یک فرآیند تحول تدریجی و درک زندگی است که به تدریج و به کمک تجربه به دست می‌آید (احدی، ۱۳۸۲). فعالیت سالخورده، انباشته از جبران‌ها و جانشین‌هاست. آموخته‌هایی که پیران در اختیار دارند، بسیاری از صفات و خطوط زندگی آنان را تبیین می‌کند (منصورر، ۱۳۸۳). مجموعه تغییراتی که با افزایش سن به خصوص با نزدیک شدن به دوره سالمندی به وقوع می‌پیوندد، از قبیل مرگ نزدیکان، از دست دادن قدرت، اهداف زندگی، مهارت‌های جسمانی و موقعیت اجتماعی، مسائل خاص این دوره تحولی را به وجود می‌آورد که نیازمند توجه ویژه‌ای است. مجموعه این تغییرات و نزدیک شدن به روزهای پایانی زندگی و مرگ، فشارهای خاصی را بر افراد سالمند تحمیل می‌کند که از این میان دو مورد افسردگی و احساس تنهایی، که در ارتباط تنگاتنگی با هم هستند قابل توجه می‌باشند. تشخیص علائم خلق افسرده در سالمندان بسیار دشوار است چرا که نشانگان افسردگی در سالمندی با دوره جوانی متفاوت

1. Stachwaik
2. Smith & Elliott

است. ریشه این تفاوت‌ها می‌تواند در تجربه‌های افسرده‌ساز مانند داغداری، بیماری‌های دردناک و یا منتج از اختلالات شناختی مانند نقص حافظه باشد (ابراهیمی، ۱۳۸۲). افسردگی دوره سالمندی به عنوان دومین علت ناتوانی‌های این دوره، بعد از علل جسمانی بر آورد شده است. افرادی که در طول زندگی، تاریخچه‌ای از افسردگی داشتند، در دوره سالمندی افسردگی مضاعف از خود نشان دادند (ابراهیمی، ۱۳۸۲). به موازات افزایش نسبت جمعیت سالمندان مشکلات آنان به ویژه مشکلات مربوط به سلامت روانی آنها بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در ایران نتایج پژوهش فروغان و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد یک سوم مراجعان سرپایی سالمند به مراکز درمانی از اختلالات روانی رنج می‌برند، و شایع‌ترین اختلال روانی در این گروه افسردگی (۵۸٪) است. افسردگی در میان زنان سالمند شایع‌تر از مردان است (اعتمادی و احمدی، ۱۳۸؛ جانسون، ۲۰۰۵؛ سیه و وانگ، ۲۰۰۳، به نقل از مؤمنی، ۱۳۹۰). شیوع افسردگی در زنان دو برابر بیشتر از مردان است که می‌تواند ناشی از عوامل بیولوژیکی و عوامل مربوط به سیستم تولیدمثل آنان و هورمون‌ها باشد، به طوری که افسردگی در زمان حاملگی و بعد از تولد کودک بیشتر از سایر زمان‌ها است. علاوه بر آن عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مثل درآمد کم، استرس، داشتن مسئولیت‌های متعدد مثل خانه‌داری، مراقبت از کودکان و تعدد نقش‌ها به عنوان مادر، همسر، دختر، کارمند، نیز سهم بسیاری در افسردگی زنان داشته و آنها را برای داشتن سطح

بالای استرس مستعد می‌نماید (لیو، وانگ و تنگ^۱، ۱۹۹۷، به نقل از وانگ و همکاران، ۲۰۱۰). در زنان جنسیت احتمالاً تا حد زیادی به خاطر عوامل بیولوژیکی، و نیز سابقه شخصی از افسردگی، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده افسردگی باشد. این تعامل بین جنسیت و آسیب‌پذیری طولانی مدت، ممکن است منجر به افسردگی در اواخر عمر گردد (شاوورز؛ بکمن؛ دیگ؛ هویبجر؛ جانکر و تیلبرگ^۲، ۲۰۰۲). بین افسردگی و ناتوانی جسمی و روانی اجتماعی در زنان میان سال ارتباط وجود دارد. پژوهشی در این زمینه نشان داد که ارتباط دو طرفه بین افسردگی و عملکرد در زنان سالخورده وجود دارد. مطالعاتی در همین راستا نشان دادند که بین افسردگی اساسی و یا علائم افسردگی و محدودیت‌ها پس از آن در فعالیت‌های مراقبت شخصی و یا فیزیکی، مانند فشار دادن یک جارو برقی و یا حمل مواد غذایی، ارتباط معناداری وجود دارد. و نیز افسردگی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده اختلال در عملکرد نقش دارد (برومبرگر و لانزا دی اسکالیا^۳، ۲۰۰۹). اگرچه افسردگی اختلالی شایع در زنان سالخورده است، اما تشخیص به موقع و مداخلات درمانی فعال می‌تواند در کاهش مرگ و میر در سالمندان و بازگرداندن آنها به سطح عملکرد قبلی، بسیار مؤثر باشد (لزلی و بلیک، ۱۹۹۵). تحقیقات نشان داده‌اند که در پیش گرفتن الگوی زندگی سالم، حتی در سال‌های آخر عمر، می‌تواند امید به

1. Liu, Wang & Teng
2. Schoevers, Beekman, Deeg, Hooijer & Tilburg
3. Bromberg & Lanza di Scalea

زندگی را افزایش و بیماری و هزینه های مربوط به آن را کاهش دهد (ایزد خواستی، ۱۳۸۸). تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو بر می‌گردد. در آن دوران، ارسطو «زندگی خوب» یا «خوب انجام دادن کارها» را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، لیکن در عین حال، به تفاوت مفهوم شادی در افراد پرداخته است و ذکر نموده است که سلامتی باعث شادی در یک فرد بیمار می‌شود با ثروتی که فرد فقیری را شاد می‌کند یکسان نیست؛ و به طور مشخص بیان کرده است که نه تنها برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت، معنای یکسانی نخواهد داشت. به هر حال شادی یا شادمانه زیستن، معادل با آنچه امروز کیفیت زندگی نام دارد تلقی می‌شد (وطن خواه، ۱۳۹۱). سرزندگی تغییری با گرایش مثبت در مطالعات روانشناختی است. به طور حتم پیامد با معنا زندگی کردن، احساس تسلط، آرامش و سرزندگی است. ریشه و منشاء اصطلاح سرزندگی به مفهوم زندگی برمی‌گردد و بر همین اساس تحت عنوان یک نیروی حیات بخش یا پایه و اساس حیات تعریف می‌شود. شخص سرزنده از حس زنده بودن و یک انرژی کلی برای زیستن برخوردار است (رایان و دسی، ۲۰۰۱، به نقل از وطن خواه، ۱۳۹۱) سرزندگی یک حالت مثبت فعال است (موران؛ گاگن و رزمن، ۲۰۰۷، به نقل از وطن خواه، ۱۳۹۱) مفهومی که بسیار با داشتن شادکامی مشابهت دارد. مفهوم انرژی به میزان زیادی در تفکر شرقی ریشه دارد. همان‌طور که کلاری (۱۹۹۱)؛ نقل از

نیکسن؛ رایان؛ مانلی و دسی، ۱۹۹۹) بیان می‌کند، فلاسفه برجسته در مشرق، معتقدند که انرژی می‌تواند از طریق تمرین‌های معین بدنی، روحی و معنوی افزایش پیدا کند. سرزندگی مبین حالتی است که فرد خودش را به‌عنوان اصل، منبع و سرچشمه عمل تجربه می‌کند. سطوح بالاتر سرزندگی همچنین با تجاربی از قبیل استقلال و تمامیت، خودشکوفایی و متغیرهایی که با ادراک خود به عنوان فردی با «عملکرد کامل»، (راجرز، ۱۹۶۱) مرتبط هستند، همراه و همبسته است و از این رو این مفهوم با شادکامی رابطه نزدیکی دارد (وطن خواه، ۱۳۹۱).

به جهت آثار سوء ناشی از مصرف داروها در درمان اضطراب و افسردگی و در پاره‌ای از مواقع بی‌فایده بودن و حتی مضر بودن آن‌ها، محققین در پی یافتن روش‌های غیردارویی و غیرتهاجمی در درمان این اختلال‌ها هستند. از سوی دیگر فنون شناختی - رفتاری کم هزینه بوده، به راحتی قابل انجامند و عوارض جانبی ندارند (راب^۱، ۲۰۰۲ و آرپیتا^۲، ۱۹۹۰، به نقل از باوقار، ۱۳۹۰). درمان‌های شناختی - رفتاری سنتی در مقایسه با درمان‌های قدیمی‌تر مانند روی‌آوردهای روان‌پویشی از محبوبیت برخوردار شده‌اند و به استانداردهای طلایی در مداخلات روانشناختی شهرت یافته‌اند (سگال و ویلیامز^۳، ۲۰۰۲). تن آرامی، مداخله‌ای غیر دارویی است که برای درمان تنیدگی ناشی از بیماری‌های مزمن یا

1. Raub
2. Arpita
3. Segal & Williams

عملکرد خون رسانی اعضا می‌شود. این حرکات ابتدا از عضلات سر و صورت و گردن به طور منظم شروع شده و در انتها اعضای میانی و انتهایی بدن، شامل انقباض عضلات کمر، سرین، ران‌ها، ساق‌ها و انگشتان پاها را شامل می‌شود. این روش بطور وسیع در برنامه‌های آموزش کنترل استرس به افراد به کار گرفته می‌شود که نتیجه آن کاهش فشار عضلانی، کاهش ضربان قلب و فشار خون ناشی از استرس یا نگرانی و کاهش تعداد تنفس در دقیقه بوده که باعث احساس بهبودی و رضایتمندی فرد پس از پایان این فعالیت است (برنستاین^۴ و همکاران، ۲۰۰۰).

انواع روش‌های آرام‌سازی به منظور مهار ارادی پاسخ‌های جسمانی و روانی در برابر عوامل فشارزای زندگی وجود دارند. به طور ساده، استفاده از این رویکرد برای غلبه بر مشکلات ناشی از فشار روانی بیش از حد، فرد را برای مشکلات سازنده در درمان از طریق تحول مهارت‌های شخصی جدید، توانا می‌سازد و در نتیجه افراد یاد می‌گیرند به منظور اجتناب از واکنش‌های نامناسب رفتارشان را تغییر دهند. در فرا تحلیلی که در مورد مداخله‌های مدیریت استرس انجام شده است، تأثیر عمده روش‌های شناختی- رفتاری، بر پیامدهای فیزیولوژیک مربوط به سلامت گزارش شده است (گراناث^۵ و همکاران، ۲۰۰۶).

روش‌های درمانی افسردگی متنوع است و موسیقی درمانی در چارچوب هنر درمانی مورد

درمان‌هایی که عوارض جانبی دارند، برای کاهش عوارض به کار می‌رود (بستبل^۱، ۲۰۰۳). یکی دیگر از عمده‌ترین کاربردهای تن آرامی استفاده از آن برای تقلیل اضطراب است. تنش زدایی، چرخه معیوب اضطراب را مختل کرده، جریان‌های فیزیولوژیکی متأثر از اعصاب خودکار را به حالت طبیعی تغییر می‌دهد (دهداری، ۲۰۰۷). کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش احساس کفایت فرد نیز موضوعی است که در پی آرامش روانی در فرد به وجود می‌آید و در تحقیقات مختلفی دیده شده است (دیکس هورن و وایت^۲، ۲۰۰۵). مکانیسم تن آرامی عضلانی بر افسردگی مشخص نیست اما فرضیه‌ای که وجود دارد، این است که تن آرامی عضلانی به وسیله کاهش اضطراب باعث کاهش افسردگی می‌شود، زیرا اغلب، افسردگی به دلیل اضطراب زیاد اتفاق می‌افتد (لولاک و همکاران^۳، ۲۰۰۸). عمدتاً آرامسازی یا Relaxation به معنای رفع تنش یا رهاسازی جسمی و روانی از عوامل تنش‌زای بیرونی می‌باشد که در انتهای انجام آن فعالیت، فرد درجاتی از کاهش اضطراب، درد یا نگرانی را احساس کند. یکی از انواع طرق رسیدن به آرامش جسمی و روانی با استفاده از فعالیت‌های تنش‌زدا، تکنیک آرامش عضلانی می‌باشد. در این روش، با انجام حرکات انقباضی و برگشت آنها به طور ارادی به حالت شل و منبسط طی ۵ تا ۱۰ ثانیه، سبب افزایش جریان خون و بهبود

1. BAstsble
2. Dixhoorn & White
3. Lolak & Connors & Sheridan & Wise

4. Brenstein
5. Granath

تاکید برخی از پژوهشگران واقع شده است (هاشمیان، ۱۳۸۳). موسیقی شکلی از هنر است که احساس، عاطفه، ادراک و شناخت انسان را بدون نیاز به تکلم و زبان منتقل می‌کند. موسیقی برای ادامه حیات بشر ضروری است. تجربیات فراوان نشانگر تأثیرات و تغییرات فیزیولوژیک نه تنها برای انسان بلکه حیوانات و گیاهان بوده است. در کشورهایی مانند دانمارک و هلند به تجربه دیدشده که بعد از تغذیه، موسیقی باعث افزایش شیر گاوها می‌شود. مشابه این تجربه در مرغان تخم‌گذار هم مشاهده شده است (مادهوسودان، سولانکی، ۲۰۱۳).

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). استفاده از موسیقی در درمان به‌عنوان جزء کلیدی شفابخشی در آیین‌های جادویی یا مذهبی آغاز شد. از ابتدای تاریخ، بشر از موسیقی برای شفا استفاده می‌کرده است. در فرهنگ ابتدایی آفریقا و قبایل قدیمی آن «شمن» (طیب جادوگر)، رهبر موسیقی، طیب و روحانی قبیله بود. شمن، موسیقی را در مراسمی آیینی - مذهبی برای خروج بیماری از کالبد بیمار به کار می‌برد. فیلسوفان ایرانی مانند یونانیان، اثر موسیقی بر نفس، روح و درمان را از راه مزاج‌های چهارگانه و توجیه‌های پزشکی آن دنبال می‌کردند (علی‌زاده محمدی، ۱۳۸۰). امروزه، موسیقی به عنوان مکملی برای غلبه بر برخی احساسات بی‌هویتی و فردزدایی در محیط‌های بالینی به کار می‌رود؛ و در همان حال

ابزار ارزشمندی برای تأثیر مثبت بر پاسخ استرس بیماران است (کنراد^۱، ۲۰۱۰). پژوهش‌های صورت گرفته استفاده از موسیقی را به عنوان یک ابزار درمانی، به ویژه به عنوان شیوه‌ای که می‌تواند برای سالمندان مفید باشد، مورد تأکید قرار داده‌اند و بر این باورند که موسیقی درمانی به عنوان یک ضد افسردگی طبیعی عمل می‌کند و دقت در انتخاب نوع موسیقی می‌تواند بر خلق و کاهش افسردگی افراد تأثیر داشته باشد. در همین راستا، استفاده از موسیقی با ریتم ملایم و آرامش بخش می‌تواند در کاهش ریشه‌های افسردگی مثل خشم، ناکامی غمگینی و اضطراب کمک کند و در بهبود الگوهای رفتاری نقش داشته باشد (انجمن موسیقی درمانی آمریکا، ۲۰۰۷). 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 (چوی^۲، ۲۰۰۸) و در عین حال از افراد در برابر غمگینی، احساس گناه و تنهایی محافظت می‌کند و می‌توان از آن در جهت مبارزه با احساسات ناخوشایند و کاهش احساس تنهایی افراد افسرده استفاده کرد (چوی، ۲۰۰۸ و لیتونن^۳، ۲۰۰۵) از سویی شرکت در جلسات موسیقی درمانی می‌تواند موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی فراهم سازد (بنی اسدی، ۱۳۸۵؛ گیلانم^۴، ۲۰۰۳) و تغییرات مثبتی در حالات روحی و جسمی افراد

1. Conrad
2. Choi
3. Lehtonen
4. Gillam

غالباً سالمندان با آن درگیرند. کاربرد موسیقی درمانی غیرفعال (با چارچوبی فرهنگی و بومی) و نیز آرامش عضلانی و بررسی تأثیر آنها بر زنان و نیز بررسی دو متغیر افسردگی و احساس سرزندگی در سالمندان، از جمله مواردی است که پژوهش حاضر به آن پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل زنان باز نشسته بهداشت و درمان است که متعاقب فراخوان و هماهنگی با کانون بازنشستگان، مراجعه نموده و افرادی که بر اساس سن، وضعیت اجتماعی اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانی، کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و احساس سرزندگی و سایر متغیرهای موردنظر در پژوهش کاملاً همتاسازی شدند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از این افراد بود که به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت برنامه موسیقی درمانی توأم با آرامش عضلانی قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. جهت ارزیابی موسیقی درمانگری به روش فعل‌پذیر با استفاده از موسیقی پاپ ایرانی، از موسیقی که با ریتم ۶/۸ که بر اساس مترونوم دارای سرعت ۲۲۰ ضربه می‌باشد استفاده به عمل آمده و برای موسیقی پاپ غربی از موسیقی با ریتم ۴/۴ و ۲/۴ که بر اساس مترونوم دارای

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 (بنی اسدی، ۱۳۸۵؛ شافر، ۲۰۰۰). شرکت در جلسات موسیقی درمانی، فرصتی برای تعامل و همکاری با دیگران فراهم می‌سازد و احساس طرد از خانواده و وابستگی را کاهش می‌دهد (بنی اسدی، ۱۳۸۵؛ گیلام، ۲۰۰۳؛ چوی، ۲۰۰۸). از همان آغاز طفولیت درک ریتم و سازماندهی موزون اصوات در ساختار زیستی و فیزیولوژیک مغز و بدن مشاهده می‌شود و در طول زندگی با شنیدن نغمه‌ها و ترانه‌های مختلف توسعه می‌یابد. به دلیل آشنایی زیستی و فطری، موسیقی بیش از هر هنر دیگری انگیزش، انرژی و ارتباط احساسی را تحریک و تهییج می‌نماید (لودویکا، ۲۰۱۵). اگر چه این تحقیقات در شناخت دلایل بنیادین تأثیر روان‌شناختی موسیقی به قطعیت نظری دست نیافته است اما فرایند تأثیر از راههایی چون تخلیه و تغییر احساسات، تقویت و غنی‌سازی عواطف، ایجاد انرژی و انگیزه، تقویت هماهنگی در کنش‌های فیزیولوژیک، تغییر در سطح هورمون‌های مختلف، ارتباط و علاقه به محیط و ایجاد آرامش عملاً مشاهده می‌شود (پروتا-ماریا، ۲۰۱۴).

با نگاهی به پژوهش‌های صورت گرفته در ایران، به کاگیری مداخلاتی از نوع موسیقی درمانی و آرامش عضلانی برای افراد سالمند کمتر صورت گرفته است، به ویژه در زمینه افسردگی و احساس تنهایی که از مسائل عمده‌ای است که

سرعت بالاتری نسبت به موسیقی پاپ ایرانی می‌باشد و در محدوده ۲ گام مینور و ماژور نواخته می‌شود استفاده شده است. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI) برای سنجش سطح افسردگی آزمودنی‌ها و پرسشنامه احساس سرزندگی (V. S) برای سنجش میزان احساس سرزندگی آزمودنی‌ها، بود. پرسشنامه افسردگی بک (BDI) در ابتدا توسط آرون بک در دهه ی ۱۹۶۰ و به منظور سنجش و ارزیابی وجود یا فقدان افسردگی و نیز شدت آن در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت سؤال است که هر پرسش آن چهار گزینه (۰-۱-۲-۳) دارد. آزمودنی‌ها با کشیدن دایره به دور سؤالی که با احساس‌شان در آن هفته متناسب‌تر است، به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. پانزده عبارت پرسشنامه مربوط به علائم روانشناختی و شش عبارت دیگر آن مربوط به علائم جسمانی است. نمره کل افسردگی از طریق جمع نمرات به دست آمده از تمام عبارت‌ها، محاسبه می‌شود که دامنه آن بین ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد. در این پرسشنامه، نمره (۰ تا ۹) نشانه فقدان افسردگی، نمره (۱۰ تا ۱۶) نشانه افسردگی ضعیف، نمره (۱۷ تا ۲۹) نشانه افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ گویای افسردگی شدید می‌باشد. اعتبار و روایی این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۹، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶ به ترتیب توسط مارک، مندلسون و وارباغ مورد بررسی قرار گرفت. اخیراً پیرو مطالعاتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، برای این آزمون روایی ۰/۷۰ و

پایایی ۰/۷۷ به دست آمده است (کاوایی، ۲۰۰۹). مقیاس سرزندگی در سال ۱۹۹۷ توسط رایان و فردریک ساخته شده و دارای هفت گویه می‌باشد. پاسخ‌دهنده بر اساس طیف لیکرت ۷ تایی عددی را که گویای میزان درستی عبارت در مورد خودش می‌باشد، مشخص می‌نماید. روند نمره‌گذاری در مورد سؤال دوم این پرسشنامه معکوس می‌باشد. نمره‌ای که فرد در این مقیاس به دست می‌آورد بین ۷ تا ۴۹ است. این مقیاس در ایران توسط عریضی ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن توسط ۵ نفر از اساتید روانشناسی بالینی تأیید شده و ضریب پایایی آن ۰/۸۵ به دست آمد (به نقل از ابوالقاسمی، ۱۳۸۲) تقی‌زاده (۱۳۸۵) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی رابطه بین رضایت شغلی با شادمانی و سرزندگی در بین اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان از پرسشنامه مقیاس سرزندگی استفاده نمود و پایایی درونی پرسشنامه مقیاس سرزندگی بار دیگر در این پژوهش با ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد. ابوالقاسمی (۱۳۸۲) در پژوهش خود تحت عنوان هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان از پرسشنامه مقیاس سرزندگی استفاده کرد و پایایی درونی این پرسشنامه بار دیگر در پژوهش ابوالقاسمی با احتساب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد. در این پژوهش جدا از روش‌های آمار توصیفی برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین نمرات افسردگی و احساس سرزندگی در گروه کنترل که به ترتیب برابر با ۴۱/۸۵ و ۱۹/۲۳ (انحراف معیار آن‌ها نیز به ترتیب ۱/۰۸ و ۲/۶۹)، تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارند؛ به این ترتیب که میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل، و نمرات میانگین احساس سرزندگی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین افسردگی و احساس سرزندگی دو گروه پس از اجرای مداخله از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار افسردگی و احساس سرزندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است. همان طور که مشاهده می‌شود، در پیش آزمون، میانگین نمرات افسردگی و احساس سرزندگی در دو گروه تقریباً یکسان است؛ اما در پس آزمون، میانگین نمرات افسردگی و احساس سرزندگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۳/۴۵ و ۳۶/۸۷ (انحراف معیار آن‌ها نیز به ترتیب برابر با ۳/۹۲ و ۳/۲۷)، که در مقایسه با

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار افسردگی و احساس سرزندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	افسردگی		سرزندگی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۴۱/۲۳	۱/۲۷	۱۹/۸۷	۲/۲۴
	پس آزمون	۲۳/۴۵	۳/۹۲	۳۶/۸۷	۳/۲۷
کنترل	پیش آزمون	۴۰/۶۱	۴/۶۵	۱۸/۷۰	۱/۰۹
	پس آزمون	۴۱/۸۵	۱/۰۸	۱۹/۲۳	۲/۶۹

جدول ۲: بررسی مفروضه خطی بودن رابطه‌ی بین متغیرهای وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی

متغیرها	شاخص‌های آماری	سطح معنی‌داری	F
افسردگی	خطی بودن	۰/۶۱۴	۰/۱۳۵
	انحراف از خطی بودن	۰/۹۱۳	۰/۴۵۹
احساس سرزندگی	خطی بودن	۰/۵۶۹	۰/۵۴۲
	انحراف از خطی بودن	۰/۸۳۶	۰/۳۳۶

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) معنی‌دار نیست، بنابراین فرض همگنی رگرسیون‌ها رعایت شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در سطح معنی‌داری خطی بودن و انحراف از خطی بودن، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و احساس سرزندگی معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول ۳: نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل)

پس آزمون‌ها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
افسردگی	۱۲۶/۳۲۴	۲	۶۳/۱۶۲	۱/۹۳۸	۰/۲۴۲
سرزندگی	۲۴/۳۲۱	۲	۱۲/۱۶۵	۱/۹۲۷	۰/۳۰۱

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در بررسی فرض تساوی واریانس نمرات پس آزمون افسردگی و احساس سرزندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله شاخص	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معنی‌داری
افسردگی	پس آزمون	۰/۰۶۸	۱	۲۸	۰/۷۶۳
احساس سرزندگی	پس آزمون	۰/۵۴۷	۱	۲۸	۰/۴۳۵

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون افسردگی و احساس تنهایی در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلابی	۰/۸۰۷	۷۴/۲۱	۲	۲۵	۰/۹۰۸	۱	P<0/0001
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۶۴	۷۴/۲۱	۲	۲۵	۰/۹۰۸	۱	P<0/0001
آزمون اثر هتلینگ	۱۱/۲۳	۷۴/۲۱	۲	۲۵	۰/۹۰۸	۱	P<0/0001
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۱/۲۳	۷۴/۲۱	۲	۲۵	۰/۹۰۸	۱	P<0/0001

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری در سطح $P < 0/0001$ وجود دارد. می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای افسردگی و سرزندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی‌بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون افسردگی و سرزندگی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آزادی	سطح معنی‌داری
افسردگی	۵۰۱۴/۵۲	۱	۵۰۱۴/۵۲	۸۵/۲۶	۰/۸۶۴	۱	P<0/001
سرزندگی	۱۲۷۵/۰۹	۱	۱۲۷۵/۰۹	۱۳۲/۱۲	۰/۸۸۲	۱	P<0/001

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روش درمانی آرامش عضلانی توأم با موسیقی درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش احساس سرزندگی در زنان سالمند بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که روش‌های آرامش عضلانی و موسیقی درمانی، افسردگی زنان سالمند را به طور معناداری کاهش داد. امروزه تأکید زیادی روی روش‌های غیردارویی که اصطلاحاً به آن‌ها روش‌های رفتاری می‌گویند، شده است. روش‌های آرام‌سازی، موسیقی درمانی، لمس درمانی، استفاده

خود گوش می‌دهیم در بدن ماده‌ای شبیه به مورفین ترشح می‌گردد (رولوسجارد، هالستید، ۲۰۱۳). مسلماً یکی از دلایل این تغییرات، تأثیرات همین ماده است. اصوات موسیقی مجموعه‌ای از امواج و ارتعاشات موزون فیزیکی‌اند که از راه گیرنده‌های شنوایی مستقیماً به سلول‌های عصبی راه می‌یابند و از راه تغییر در واسطه‌های شیمیایی مغز و هورمون پیام احساسی و عاطفی خود را منتقل می‌سازند. راه دیگر تأثیر موسیقی انتقال امواج و انرژی اصوات از راه پوست و نفوذ مستقیم آن به بدن است (کراوفورد، هوگان، میجایل، ۲۰۱۳) لهتون نیز تأکید دارد که موسیقی درمانی بر ضد احساس غمگینی و احساس گناه سالمند عمل می‌کند و باعث ایجاد احساس لذت می‌شود. انجمن موسیقی درمانی آمریکا (انجمن موسیقی درمانی آمریکا، ۲۰۰۷) موسیقی درمانی 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 موقعیت‌های افسرده وار و بهبود الگوها پیشنهاد می‌کند. گیلام (گیلام، 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 مطالعه دیگری تحت عنوان «بررسی اثر موسیقی درمانی بر افسردگی در مقایسه با روان‌درمانی»، تفاوت معنا داری بین افسردگی در گروهی که تحت موسیقی درمانی قرار گرفتند و گروهی که تحت روان‌درمانی قرار گرفتند وجود داشت، اینگونه که

از گرما و سرما و طب سوزنی از جمله این روش‌ها می‌باشد (ساسانی، ۱۳۷۹). این روش‌ها موجب استقلال بیمار شده و می‌تواند توسط خود بیمار با ابزار ساده انجام گیرد (تیموریان، ۱۳۸۱). به علاوه با پذیرش آسان و همکاری خوب از طرف همه بیماران همراه است، همچنین عوارض و پیامدهای منفی و نامطلوب مداخلات دارویی را نیز به همراه ندارد (جانسون^۱، ۲۰۰۱). در تبیین یافته‌های پژوهش فعلی می‌توان گفت که استفاده از موسیقی منجر به کاهش تعداد تنفس و طولانی کردن زمان بازدوم، کاهش تعداد ضرب قلب و پاسخ های EMG می‌شود (رابرت، میلر، ۲۰۱۳). همچنین این یافته‌ها همسو با یافته‌های دپارتمان سالمندی اوهایو^۲، بوراک^۳ (۲۰۰۷) و اریکانین و همکاران (۲۰۰۷)، بنی اسدی (۱۳۸۵) و ضیائی (۱۳۸۵) بود. در همین راستا سیمپسون^۴ (سیمپسون، ۲۰۰۹) بر این عقیده است که موسیقی به عنوان یک ضد افسردگی طبیعی عمل می‌کند و بر خلق و افسردگی افراد تأثیر مثبت دارد. مطالعات بسیاری به آثار و پیامدهای زیست-شیمیایی موسیقی درمانگری‌ساز جمله هماهنگی در امواج موج‌نگار الکتریکی مغز در قطعه پیشانی، تغییرات کورتیزول و تغییرات ایمنی شناختی پرداخته‌اند. یعنی حلقه ارتباطی تغییرات عصبی-شیمیایی، موسیقی درمانی را برای تبدیل افسردگی مناسب می‌سازد (دمیرباتیر، ۲۰۱۲). وقتی که به موسیقی و اصوات دلخواه

1. Johanson
2. The Ohio Department of Aging
3. Burak
4. Simpson

علائم افسردگی بعد از مداخله در گروه موسیقی درمانی، کاهش بیشتری داشت (کاستلو پیرز^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

کمک در به خاطر آوردن رویدادهای گذشته، فراهم نمودن یک فرصت غیر کلامی برای بیان گسترده‌ای از احساسات ناهشیار و شناخت‌ها، تقویت توانایی‌ها، هویت و مفهوم خود، دگرگون کردن خلق به واسطه کاهش اضطراب و افسردگی از جمله تأثیرهای مثبتی است که دپارتمان سالمندی اوهایو برای موسیقی درمانی برشمرده است. پژوهشگران نشان دادند که جلسات موسیقی درمانی به واسطه فراهم آوردن موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی و ایجاد فرصت‌هایی برای همکاری با دیگران، باعث می‌شود که افراد نسبت به محیط اطراف خود حساسیت و آگاهی بیشتری پیدا کنند که این خود به کاهش احساس تنهایی در سالمندان می‌انجامد که احساس طرد از خانواده و وابستگی شدید فرد به دیگران را کاهش می‌دهد (جوی، ۲۰۰۸، گیلوم، ۲۰۰۳، به نقل از شیبانی و همکاران، ۱۳۸۹).

در خصوص تأثیر تن‌آرامی بر افسردگی، مطالعاتی مشابه با پژوهش حاضر انجام گرفته است که نتایج مشابهی را نشان می‌دهند. در مطالعه مورفی و همکاران (۱۹۹۵) در واشنگتن که به منظور مقایسه رفتار درمانی شناختی، آموزش آرام‌سازی و داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای در درمان افسردگی انجام گرفت، رفتار درمانی شناختی و آرام‌سازی در کاهش علائم افسردگی به یک اندازه مؤثر بودند، به طوری که نمره افسردگی در گروه

رفتار درمانی شناختی ۸۲ درصد، در گروه آرام‌سازی ۷۳ درصد و در گروه دارو درمانی ۲۹ درصد کاهش داشت (ریس، ۱۹۹۵، به نقل از کردی، ۱۳۹۱). واتاناب و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آرام‌سازی و تجسم مثبت، بعد از دو جلسه، خلق مثبت را افزایش و خلق منفی را کاهش می‌دهند (واتاناب، ۲۰۰۶، به نقل از کردی، ۱۳۹۱).

در مطالعه ریس (۱۹۹۵) و غفاری (۱۳۸۷) شدت علائم افسردگی در گروه آرام‌سازی کاهش یافت که از این نظر با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد (به نقل از کردی، ۱۳۹۱). در مطالعه ریس، میانگین نمره مقیاس افسردگی در مطالعات اپیدمیولوژیک بعد از مداخله در گروه آرام‌سازی پیشرونده عضلانی با تجسم هدایت شده اختلاف آماری معنی‌داری داشت. در مطالعه غفاری (۱۳۸۷) میانگین نمره افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در گروه آرام‌سازی کاهش یافت اما با وجود این کاهش، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آرام‌سازی و کنترل وجود نداشت. محققین دلیل عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه آرام‌سازی و کنترل را، پیچیده بودن افسردگی در بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌دانند که شاید بتوان دلیلی برای تفاوت نتایج مطالعه غفاری با پژوهش حاضر دانست. مطالعات آنتونی و همکاران (۲۰۰۶)، یو و همکاران (۲۰۰۵)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۴)، که در مورد تأثیر آرام‌سازی عضلانی و تجسم برنامه ریزی شده بر کاهش اختلالات اضطرابی و افسردگی ناشی از سرطان پستان به صورت

1. Castillo-Perez

منابع

- کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی انجام شدند، نشان دادند که روش‌های مکمل شناختی همچون آرام‌سازی عضلانی و تجسم برنامه‌ریزی شده، می‌تواند به طور مؤثری در کاهش اختلالات خلقی و تنش‌های عصبی مبتلایان به سرطان پستان در همراهی با درمان‌های استاندارد روتین مفید واقع شود (حاجیان و همکاران، ۱۳۷۸). نکته قابل توجه آن است که بیشتر محققان معتقدند تکنیک‌های تن‌آرامی به‌ویژه هنگامی مؤثرند که روزانه تمرین شوند اما برخی نیز این روش‌ها را حتی هنگامی که به طور غیرمداوم و حتی برای یک جلسه به کار گرفته شده‌اند مؤثر یافته‌اند. با توجه به مطالب فوق و نظر به تأثیر دو روش تن‌آرامی و موسیقی درمانی بر افسردگی، جهت انتخاب مؤثرترین روش به تحقیقات بیشتری نیاز می‌باشد، این مطالعه با هدف کلی تعیین تأثیر دو روش کاهنده افسردگی و افزایش احساس سرزندگی در زنان سالمند انجام شده است.
- محدودیت اصلی این مطالعه، حجم نسبتاً اندک نمونه بود. اما تفاوت افسردگی و احساس سرزندگی بین گروه آزمایش و کنترل، قابل ملاحظه بود. و نتایج این مطالعه با مطالعات دیگری که در این خصوص انجام شده است، همسو بود. افسردگی یک مشکل عمده بهداشت روانی است که با وجود استفاده از دارو، تا حدودی باقی می‌ماند، در نتیجه با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده از آرامش عضلانی و موسیقی درمانی که نسبت به دیگر درمان‌ها هزینه و عوارض جانبی کمتری دارند، می‌تواند مفید باشد.
- ابراهیمیا. (۱۳۸۲). «بررسی رابطه میان میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان بانگرس و عملکرد دینی آنها». ماهنامه پژوهش در علوم پزشکی. فروردین و اردیبهشت ۱۳۸۲؛ ۸.
- احدی ح، جمهری ف. (۱۳۸۲). روانشناسی رشد نوجوانی بزرگسالی. تهران: انتشارات پردیس.
- ایزدخواستی، ف. (۱۳۸۸). «بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان و ارتباط آنها با یکدیگر». تازه‌های علوم شناختی. ۱۱(۴): ۱۷-۱۲.
- بنی‌اسدی ع. (۱۳۸۵). تأثیر موسیقی بر درمان اختلالات عاطفی در سالمندان: مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنر درمانی در ایران؛ تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- بیریان رهنما، آفاتهرانی م، حقانی ا، شاملی ع، زارعان م، همکاران. (۱۳۸۳). روانشناسی رشد با نگرش به منابع اسلامی. ج ۲. تهران: انتشارات سمت.
- تیموریان س. (۱۳۸۱). روان‌پویایی درد. تهران: انتشارات بامداد: ۵۰-۴۸.
- حاجیان س، میرزایی نجم‌آبادی خ، کرامت ا، میرزایی حر. (۱۳۸۷). «بررسی سیستماتیک تأثیر تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی و تجسم هدایت شده بر کاهش درد و دیسترس ناشی از بیماری یا عوارض درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان». فصلنامه بیماری‌های پستان ایران. ۳ (۱).
- رحیمی الف، باوقار س. (۱۳۸۹). «مقایسه اثر تمرین‌های هاتا یوگا و آمادگی جسمانی براضطراب و افسردگی زنان». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۵ (۲).
- ساسانی م. (۱۳۷۹). چگونه با تنش‌های زندگی به مبارزه برخیزیم. تهران: انتشارات تابش: ۲۵-۲۱.
- شاملو، غ. (۱۳۷۶). پیری چیست؟ چرا پیر می‌شویم؟ تهران: انتشارات چهر، صفحات: ۷۰-۵۰.

- A partnership between Ohio State University extension and Ohio aging network professionals. (2005). Available from: http://www.hec.ohio_state.edu/famlife/aging.
- American music therapy association: What is music therapy? (2007). Available from: www.musictherapy.org.
- Baraheny, M. (2001). Introduction to psychology. 2nd ed. Tehran Roshd Publisher. 206-28 [In Persian].
- Baststble, B. (2003). Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 2 ed. Philadelphia: Jones and Bartlet Publishing.
- BCH. (2008). Awareness of music therapy practices and factors influencing specific theories. *Journal of music therapy*, 93.
- Brenstein, DA.; Borkovec, TD.; Hazlettstevens, H. (2000). New direction in progressive relaxation training: A guide book for helping professionals. New York, Parger Publishing.
- Burak, J. (2007). Older adults benefit from participation in music therapy American Music conference. Available from: <http://www.AMC.org>.
- Crawford, I.; Hogan, T.; Michael, J.S. (2013). Effects of music therapy on perception of stress relaxation, mood, and side effects in patients on a side organ transplant unit: A randomized effectiveness study. *The Art in Psychology*, 40(2): 224-229.
- Castillo-Perez, S.; Gomez-Pérez, V.; Calvillo Velasco, M.; Perez-Compos, E.; Mayoral, MA. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The art in Psychology*, 37: 378-390.
- Conrad, C. (2010). Music for healing: from magic to medicine. *Lancet* December 10, 376: 1981-2.
- Dehdari, T. (2007). Design and evaluation of theory-based educational program for reducing anxiety after GABA (Dissertation). Tehran: TARbiat Modares University. (Persian)
- Demirbatir, R. (2012). Undergraduate music students depression, anxiety and stress levels: a study from Turkey, *Social and Behavioral Sciences*, 46: 2995-2999.
- Dixhoorn, JV.; White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*; 12(3): 193-202.
- شیبانی ت ذرجی ف، پاکدامن ش، دادخواه ا، حسن‌زاده توکلی مر. (۱۳۸۹). «تأثیر موسیقی درمانی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی سالمندان». *مجله سالمندی ایران*. ۱۶ (۵).
- ضیائی ص. (۱۳۸۵). اثربخشی موسیقی در درمان بیماری‌های جسمی و روحی در سالمندان: مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنر درمانی در ایران؛ تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- علیزاده محمدی. (۱۳۸۰). مقدمه‌ای بر موسیقی درمانی ژاکلین اشمیت پترز به انضمام موسیقی درمانی در تاریخ ادبیات ایران، تهران، انتشارات اسرار دانش.
- کردی م، نصیری س، مدرس غروی م، ابراهیم زاده س. (۱۳۹۱). «بررسی تأثیر آموزش آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم هدایت شده بر شدت علائم افسردگی زنان درد بعد از زایمان». *مجله زنان مامائی و نازائی*. ۱۵ (۸): ۱۷-۲۴.
- گارتل. هنر درمانی بالینی. هاشمیان ک، ابوحمزه ا. تهران: نشر مهاجر.
- منصور م. (۱۳۸۳). روانشناسی ژنتیک تحول روانی از تولد تا پیری، انتشارات سمت.
- مومنی خلد. (۱۳۹۰). «اثربخشی خاطره‌پردازی و روایتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان». فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۱ (۳).
- میرشاهی س. کاربرد موسیقی در فیزیوتراپی. برگرفته از سایت <http://musictherapy.persianblog.com>
- وطنخواه، محمد. (۱۳۹۱). «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد اهواز». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز.
- یوسفی، ب. (۱۳۷۲). «اثر ضدافسردگی و درمانی ورزش». *مجله ورزش دانشگاه*. ۸۶: ۱۱-۱۵.

- Simpson, A. (2009). Music therapy for depression. homepage on the internet. Available from: suite 101.com.
- Norton, MC. (2008). Church attendance and new episodes of major depression in a community study of older adults. *The journals of gerontology*; 63 B, 3.
- Petruta-Maria, C. (2014). The Role of Art and Music Therapy Technique in The Educational System of Children with Special Problems, Social and Behavioral Sciences, 187: 277-282.
- Schoevers, R.A.; Beekman, A.T.F.; Deeg, D.J.H.; Hooijer, C.; Jonker, C.; Van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Affective Disorder*, 76 (2003): 5-14.
- Raub, JA. (2002). Psychophysiological effects of Hatha Yoga on musculoskeletal and cardiopulmonary function: a literature review. *J Altern Complement Med*; 8 (6): 797-812.
- Rolvsgard, R.; Halstead, J.; A. (2013). Women Voice: The politics of gender identity in music therapy and everyday life, *The Art in Psychotherapy*, 40(4): 420-42.
- Robert, G.H.; Miller, J.S. (2013). The impact of breathing and music on stress levels of clients and visitors in a psychiatric emergency room, *The Art in Psychotherapy*, 40(3): 347-351.
- Segal, ZV.; Williams, JMG. (2002). 1st ed. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Smith, LL.; Elliott, CH. (2003). Demystifying and defeating depression. [EBook]. Wiley. p.9-20. Available from: www.media.wiley.com/product-data/excerpt/00/07645390/0764539000.pdf.
- Stachwaik, J. (2010). Multiple sclerosis symptoms overview [Online]. [cited 2010 Mar 10]; Available from: URL: http://ms.about.com/od/signssymptoms/a/ms_symptoms.htm
- Wallayng, A.; Needler, K. (2000). Nursing in pain. London: Faber; P. 190-193.
- Wang, JK.; Su, TP.; Chou, P. (2010). Sex Differences in Prevalence and Risk Indicators of Geriatric Depression: THE Shih-Pai Community-based Survey. *J Formos Med Assoc*; 109(5): 345-353.
- Ericainen, H.; Rippin, K.; Sibill, N.; Koch, R.; Palby, D. (2007). Not bad for an old 85-year old: The qualitative analysis for role of music therapy. Therapeutic benefits and group therapeutic factors of the st. Joseph alzheimer Adult Day program music therapy group. *Canadian Journal of music therapy*; 13.
- Gillam, N. (2003). Evaluated a music workshop which was established in 1995, research and development officer mental health.
- Granath, J.; Ingvarsson, S.; Thiele, UV.; Lundberg, U. (2006). Stress management: A randomized study of cognitive behavioral therapy and yoga. *Cogn Behave Ther*, 3-10.
- Grohol, JM. (2007). Depression in women, seniors and children. [ebook]. Available from: <http://psychcentral.com/lib/2006/the-causes-of-depression>.
- Johnson, B. (2001). Physiology of pain. London: Bailliere Tineall; P. 203-210.
- Joyce, T.; Bromberger, T.; Lanza di Scalea. (2009). Longitudinal associations between depression and functioning in midlife women. *Maturitas* 64 (2009) 154-159
- Kaviyani, H. (2009). Study of validity and reliability of hospital scale on anxiety and depression (HADS), general health questionnaire (GHQ-28), mood adjectives checklist and Beck depression inventory in clinical and nonclinical populations, Research Report, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital. [Persian]
- Lehtonen, K. (2005). Some ideas about music therapy for the elderly. Available from: [http://www.voices.no/mainissues/voice2\(1\)lehtonen.html](http://www.voices.no/mainissues/voice2(1)lehtonen.html).
- Lesley, M.; Blake, MD. (1995). Depression in the older Woman. *Psychiatry update*, 3-4.
- Lolak, S.; Connors, GL.; Sheridan, MJ.; Wise, TN. (2008). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychother Psychosom*; 77: 119-125.
- Ludwika, K. N. (2015). Music, Text, and text and psychophysiology as a Therapy responses' randomized controlled trial, *The Art in psychotherapy*, 42: 57-62.
- Madhusudan, S.; Solanki, M.; Rajesh. (2013). Music as a Therapy :Role in psychiatry, *Asian Journal of Psychiatry*, 6 (3): 193-199.