

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی سالمندان

ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان تهران

(مقایسه موردی آسایشگاه‌های سالمندان استان تهران)

لیلا عاملی رضایی*، امیرمسعود امیرمظاهری**، منصور حقیقتیان***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۱۹

چکیده

موسیقی درمانی استفاده از مهارت‌های موزیکی در جهت بهبود کارکرد جسمی، روانی و واکنش‌های عاطفی-اجتماعی، کمک به رشد توانایی‌های حرکتی، تحصیلی، ارتباطی، روحیه اجتماعی و عاطفی و در نهایت بهبود سطح کیفیت زندگی است. هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت کیفیت زندگی سالمندان ۶۰ سال به بالای ساکن در ۶۰ آسایشگاه سالمندان در دو حالت دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال است. جامعه آماری ۱۸۰۰ نفر بوده‌اند؛ حجم نمونه محاسبه شده با استفاده از فرمول کوکران ۳۱۸ نفر محاسبه گردیده است که با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده به توزیع پرسشنامه‌ها اقدام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد ۲۶ گویه‌ای کیفیت زندگی است که بر اساس طیف لیکرت تنظیم گردیده است. روش تحقیق از نظر روش‌شناسی کمی و از نوع مقایسه‌ای می‌باشد. یافته‌ها بیانگر این است که فرضیات مبنی بر تفاوت کیفیت زندگی ($Sig=0,000$)، سلامت محیط ($Sig=0,001$)، روابط اجتماعی ($Sig=0,011$)، سلامت جسمانی ($Sig=0,048$)، سلامت روان ($Sig=0,000$) سالمندان برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال تأیید شده‌اند و کیفیت زندگی مردان سالمند بهتر از زنان سالمند می‌باشد. لذا با نظر به شناخت روحیات سالمندان مستقر در هر آسایشگاه با استفاده از فعالیت‌های متعدد موسیقی درمانی از جمله پخش موسیقی، آواز خواندن و ... می‌توان در راستای بهبود عملکرد جسمی و روانی سالمندان گام برداشت تا از این طریق به بالا رفتن امید به زندگی در آنها و کاهش بیماری‌های روحی کمک نمود.

* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان، دهقان، ایران. leila.rezaei.6110@gmail.com

** دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. a_amirmazaheri@iauctb.ac.ir

*** دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان، دهقان، ایران. haghghat@dehghan.ir

واژه‌های کلیدی: سالمندان، موسیقی درمانی، کیفیت زندگی، سلامت روان، سلامت جسمانی، سلامت محیط، سلامت اجتماعی.

مقدمه و بیان مسئله

پیر شدن جمعیت و افزایش سریع سالمندان یک پدیده جهانی است. طی سال‌های اخیر کاهش زادوولد و افزایش امید به زندگی موجب شده است که جمعیت سالمندان بسیار سریع‌تر از دیگر گروه‌های سنی جمعیت افزایش یابد. سازمان ملل متحد^۱ پیش‌بینی نموده است که تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد ۶۰ سال به بالا که در سال ۲۰۱۹ تعداد آنها یک میلیارد نفر بود، با ۳۴ درصد افزایش به ۱,۴ میلیارد نفر برسد (سازمان ملل، ۲۰۲۱). سالمندان سرمایه‌های انسانی هستند که وجودشان همراه با تجربیات بسیار و حضورشان مایه دلگرمی اطرافیان است؛ بسیاری از سالمندان در ایران بعد از بازنشستگی به افرادی تبدیل می‌شوند که به دلیل ایجاد احساس ناکارآمدی و طرد شدن دچار افسردگی گردیده‌اند و این امر تأثیر زیادی در طول عمر مفید آنها و پایین آمدن امید به زندگی آنها در جامعه داشته است (Varies, 2003: 713).

از سویی تغییر جوامع از سنتی به جدید و تغییر الگوهای حمایتی و واگذاری این حمایت به نهادهای رسمی و غیررسمی، تغییر ساخت خانواده‌ها از گسترده به هسته‌ای و کاهش حمایت عاطفی فرزندان از والدین در سنین بالا و به تبع احساس تنهایی آنها، می‌تواند در ایجاد و تشدید بیماری‌های دوره سالمندی و انتخاب مکان دیگری برای ادامه زندگی به نام خانه سالمندان و در درازمدت در تحول کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار باشد. از آنجاکه 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.

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۳

بنا به گزارش سازمان ملل متحد میزان رشد جمعیت سالمند به مراتب سریع‌تر از رشد کل جمعیت در جهان می‌باشد؛ به طوری که هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود؛ این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۷). بر اساس پیش‌بینی سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶). طبق اعلام سازمان ملل متحد، اگر نسبت افراد سالخورده (بالاتر از ۶۰ سال) در یک کشور هفت درصد (۷٪) باشد، آن کشور دارای جمعیت مسن است (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶).

بر اساس سرشماری سال ۲۰۱۱، ایران ۸/۲۶ درصد از افراد بیشتر از ۶۰ سال را در اختیار داشت و به لیست کشورهایی با جمعیت سالخورده افزوده شد (دوستی و همکاران، ۲۰۱۸: ۵). از سویی با نظر به تقسیم‌بندی این تغییرات برحسب کشورهای توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته، هم‌اکنون حدود نیمی از جمعیت سالمند دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد برسد. با نظر به دوران سالمندی و تأثیر آن بر سطح کیفیت زندگی سالمندان می‌توان عنوان نمود که کیفیت زندگی توصیف توانایی یک فرد برای داشتن سلامت بهداشتی، روانی، جسمی، اجتماعی و شرکت‌ر در رویدادهای زندگی است (Jenkinson, 1: 2020). از سویی با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی دربردارنده درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق وی می‌باشد. از این‌رو شاخص‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از نظر سازمان بهداشت جهانی شامل سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، سلامت روانی، سلامت محیط و سلامت عمومی می‌باشد (Besdine, 2019: 2).

مفهوم کیفیت زندگی در دوران سالمندی، ارتباط مستقیمی با شرایط محیطی دارد که به فرد سالمند امکان انجام رفتارهای سازگارانه با کیفیت زندگی درک شده و همچنین احساس خود کارآمدی را می‌دهد (Psicol, 2019: 3)؛ لذا می‌توان به اهمیت

امکانات و مکان زندگی سالمندان در بحث از کیفیت زندگی آنها پی برد. سالمندی، به عنوان یک پدیده بیولوژیکی اجتناب ناپذیر، نشانگر تجمع تغییرات در یک فرد در طول زمان در ابعاد جسمی، روحی و اجتماعی است (دوستی و همکاران، ۲۰۱۸: ۳). این تجربه و انطباق با تغییراتی که با خود به همراه دارد، بسیار فردی است و بسته به نوع تجربیات ذهنی افراد سالمند در میان خانه‌های سالمندان از هم بسیار متفاوت است (Chang et al, 2019: 4). با توجه به جامعه آماری تحقیق حاضر که شامل سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها می‌باشد می‌توان عنوان نمود که سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها نسبت به سالمندان ساکن خانه و کاشانه خود، آسیب‌پذیرتر هستند (عاملی رضایی، ۱۳۹۹: ۴۶).

در این راستا به منظور بهبود و به حداکثر رساندن میزان عملکرد و ارتقا کیفیت ذهنی و عینی سالمندان و کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و درمانی، طی سال‌های اخیر طب موسیقی درمانی نقش مهمی را به عهده گرفته است و روزبه‌روز نیز با پیشرفت علم و تکنولوژی جدید، این نقش برجسته‌تر می‌شود. اهمیت موسیقی درمانی بیش از هر هنر دیگری با توجه به اهمیت در پیش گرفتن الگوی زندگی سالم و ارتباط آن با افزایش امید به زندگی و کاهش هزینه‌های مراقبتی و به تبع بالا رفتن کیفیت زندگی سالمندان در ایجاد، تحریک و تهییج انگیزش، انرژی و ارتباط احساسی به خوبی مشخص است (Ludwika, 2015: 59). احساسات، خلق و خو، ارتباطات، تحرک و فعالیت‌های مربوط به حافظه را بدون توجه به سن و جنس بهبود می‌بخشد. چنانکه برای افراد سالمندی که در خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند می‌تواند تفاوت قابل مشاهده‌ای در کیفیت زندگی (سلامت روانی، اجتماعی و جسمی) آنان ایجاد کند.

پژوهش‌های انجام 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 عامل تأثیرگذار در افزایش سرزندگی و امید به زندگی عمل می‌کند و با دقت در انتخاب نوع موسیقی می‌تواند بر خلق و کاهش احساس تنهایی و دل‌تنگی و احساس کنترل بر زندگی افراد تأثیر داشته باشد. در همین

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۵

راستا، استفاده از موسیقی با ریتم ملایم و آرامش‌بخش و همین‌طور موسیقی با ریتم شاد می‌تواند در کاهش خشم، ناکامی، غمگینی و اضطراب و به عبارتی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان مؤثر واقع شود (Choi BCH, 2008: 93; Gillam, 2003; Lehtonen, K, 2005).

سالمندی با خود حساسیت روحی و روانی را به ارمغان می‌آورد؛ دردهای جسمانی متغیر، زودرنج بودن، شکنندگی عاطفی، احساس ناکارآمدی و سربار بودن، تشدید انتظارات از اطرافیان و شرایط محیط زندگی (گل پرور و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). همگی کیفیت زندگی سالمندان را به‌گونه‌ای دستخوش تغییر و تحول نموده است که موجب بروز و ظهور نمودهای بیرونی می‌شود. به‌ویژه پس از تغییر مفهوم خانه، به خانه سالمندی و سکونت در این خانه، کیفیت عینی و ذهنی سالمند متلاطم گشته، و نیازمند به توجه و بررسی بیشتری از منظر اجتماعی دارد.

موسیقی درمانی به‌عنوان استفاده تجویز شده و سازمان یافته از موسیقی یا فعالیت‌های آن برای تغییر حالات ناسازگار زیر نظر پرسنل آموزش دیده (موزیک تراپیست)، برای کمک به مراجعین در رسیدن به اهداف درمانی تعریف شده است (زاده محمدی، ۱۳۸۰: ۲۱-۱۸). امروزه در بسیاری از آسایشگاه‌ها جهت ارتقا سلامت روحی و روانی سالمندان از موسیقی درمانی به‌عنوان یک نوع مداخله درمانی استفاده می‌شود؛ در واقع موسیقی درمانی روشی است با هدف حفظ، تقویت و بازیابی سلامت جسم و روان، که از بار عاطفی و هیجانی اصوات موسیقی استفاده نموده و به دو صورت فعال و غیرفعال قابل اجرا می‌باشد؛ به‌عبارتی دیگر، موسیقی درمانی به معنی استفاده از موسیقی و برنامه‌های تنظیم شده موسیقایی برای توانبخشی بیماران (جسمی و روانی) است. در موسیقی درمانی دو روش فعال و غیرفعال رواج بسیاری دارد. روش غیرفعال، شنیدن موسیقی و روش فعال نواختن، خواندن و حرکت‌های موزون و بحث و گفتگو پیرامون موسیقی است. در موسیقی درمانی غیرفعال عمده تأثیر در برانگیختن و تأثیرگذاری بر

واکنش‌های عاطفی و ذهنی، و در روش موسیقی‌درمانی فعال واکنش‌های مختلف عاطفی، ذهنی، حسی و حرکتی، تحریک و هماهنگ می‌شود (زاده محمدی، ۱۳۸۴: ۲۲-۲۳).

دلایل انتخاب موسیقی‌درمانی غیرفعال، شرایط سنی جامعه آماری و امکانات موجود در آسایشگاه و قوانین موجود در اساسنامه‌های آنها می‌باشد که امکان نواختن ساز و... برای سالمندان فراهم نیست. در این فرآیند، هنر موسیقی به‌عنوان عاملی مؤثر در کیفیت زندگی ذهنی و عینی سالمندان اهمیت و نقش بسزایی دارد. هدف از تحقیق حاضر تأثیر موسیقی‌درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان (برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی) و بررسی این تفاوت در ابعاد ذهنی و عینی و شاخص‌های آنها است. لذا محقق در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤالاتی از قبیل اینکه چه تفاوتی بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی) وجود دارد؟ بین ابعاد ذهنی و عینی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی چه تفاوتی وجود دارد؟ و اینکه سالمندان در صورت دریافت این نوع مداخله، آیا کیفیت زندگی بهتری را در قیاس با هم‌تایان بدون دسترسی به این نوع مداخله، تجربه می‌کنند؟ بوده است.

پیشینه تحقیق

- علامی و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان «تأثیر موسیقی بر کیفیت خواب مردان سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت شهر اصفهان» با هدف بررسی تأثیر موسیقی بر کیفیت خواب مردان سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت شهر اصفهان با مطالعه‌ای نیمه تجربی است. جامعه پژوهش، سالمندان عضو کانون بازنشستگان نفت اصفهان بوده، که از بین آنها تعداد ۴۴ نفر واجد کلیه معیارهای ورود به مطالعه بوده و با استفاده از شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ نمونه‌گیری شدند. نمونه انتخاب شده (۴۴)

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۷

نفر)، به روش بلوک‌های تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند، مداخله (موسیقی درمانی) بر روی تعداد ۱۸ نفر مرد سالمند ۶۰-۷۵ ساله در طول سه هفته هر شب به مدت ۴۵ دقیقه قبل از خواب انجام شد. نتایج بیانگر آن بوده است که موسیقی درمانی می‌تواند، منجر به ارتقاء کیفیت خواب در سالمندان مرد گردد.

- ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان «اثربخشی موسیقی درمانی فعال و فعل پذیر (نتیجه‌گیری این مقاله کلی بوده است) بر کیفیت زندگی و احساس تنهایی مردان سالمند» با هدف بررسی اثربخشی موسیقی درمانی (فعال و فعل پذیر) بر کیفیت زندگی و احساس تنهایی مردان سالمند، مطالعه‌ای شبه تجربی با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام داده‌اند. ۲۳ سالمند مرد با روش نمونه‌گیری در دسترس از شهر شیراز انتخاب و به‌صورت مساوی و تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت موسیقی درمانی قرار گرفتند و سپس با ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) و احساس تنهایی بود که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر روی کلیه اعضا انجام گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گردید. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که موسیقی درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش احساس تنهایی افراد گروه آزمایش به‌صورت معناداری تأثیر داشته است و این اثربخشی پس از گذشت یک ماه نیز پایدار بوده است.

- کوشا و وارسته (۱۳۹۶) در تحقیقی با عنوان «اثربخشی موسیقی درمانی بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی» با آزمایش بر روی ۳۰ زن دارای افسردگی خفیف به این نتیجه رسیده‌اند که بین نمرات افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی قبل و بعد از موسیقی درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین تأثیر این مداخله در بهبود کیفیت زندگی بیشتر از شادکامی است؛ در کل یافته‌ها بیانگر آن است که موسیقی درمانی به‌عنوان روشی کم‌هزینه و قابل‌دسترس

می‌تواند به‌عنوان راهکاری مناسب برای افزایش شادکامی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی به‌کاربرده شود.

- بوراک (۲۰۰۷) به مطالعه اثربخشی موسیقی‌درمانی غیرفعال برای سالمندان پرداخته و به این منظور عده‌ای از افراد ۸۰ ساله را با استفاده از روش کمی مورد بررسی قرار داده است؛ نتایج حاکی از آن است که استفاده از موسیقی به‌عنوان یک ابزار درمانی، برای سالمندان می‌تواند مفید باشد. و به سالمندان در به خاطر آوردن رویدادهای گذشته، فراهم کردن یک فرصت غیرکلامی برای بیان گستره‌ای از احساسات ناهشیار و شناخت هاکمک کند، توانایی‌ها، هویت و مفهوم خود را در آن‌ها تقویت کند، خلق آن‌ها را به‌واسطه تسلی اضطراب و افسردگی دگرگون سازد و درعین‌حال باعث احساس سلامتی بیشتر، میزان مراجعه کمتری به پزشک و بهبودی قابل‌توجهی در افسردگی، احساس تنهایی و روحیه سالمندان مورد بررسی بود.

- مون و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر موسیقی بر افسردگی و کیفیت خواب افراد مسن» به بررسی موضوع بر روی ۴۲ سالمند به‌طور مساوی در دو گروه کنترل و آزمایش با استفاده از روش کمی پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که کاهش قابل‌توجه در نمرات افسردگی سالمندان و بهبود سطح کیفیت خواب آن‌ها مشاهده شده است.

- سولی و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان «اثرات موسیقی‌درمانی گروهی بر کیفیت زندگی، تأثیر و مشارکت در افراد مبتلا به سطوح مختلف زوال عقل» با هدف ارزیابی تأثیر بالقوه مشارکت برنامه موسیقی‌درمانی گروهی بر کیفیت زندگی افراد مسن مبتلا به زوال عقل خفیف، متوسط و شدید که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند. به بررسی ۱۶ شرکت‌کننده (۱۵ زن؛ ۱ مرد) با سطح مختلف زوال عقل در ۱۲ جلسه هفتگی موسیقی‌درمانی پرداخته‌اند که نتایج بررسی آنها بیانگر آن است که در نمرات کیفیت زندگی در پیش و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشته است؛ در صورتی‌که بهبود قابل‌توجهی در نمرات خرده‌مقیاس بهزیستی عاطفی و نمرات خرده‌مقیاس

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۹

روابط بین فردی از قبل به پس‌آزمون با توجه به تأثیر و مشارکت (سطح بالایی از مشارکت مداوم در طول برنامه مداخله مشاهده شد) سالمندان مشاهده شده است.

- ناوارته کامپوس (۲۰۱۶) در تحقیقی «موسیقی درمانی در میان سالمندان: آنچه که مددکاران اجتماعی نیاز به دانستن آن دارند» با هدف درک بهتر از موسیقی به درمان سالمندان از این طریق پرداخته است. این مطالعه کیفی از مصاحبه‌ها به‌عنوان ابزاری برای استخراج مضامین از تجربیات موسیقی‌درمانی‌هایی که موسیقی‌درمانی را به سالمندان ارائه داده‌اند، استفاده کرده است. نتایج به‌صورت کتبی رونویسی شده و جهت تجزیه و تحلیل از روش‌های کیفی برای شناسایی مضامین و زیرشاخه‌ها استفاده شده است. زمینه‌های موردعلاقه خاص آنها شامل چالش‌های عاطفی، اجتماعی، جسمی و ذهنی و چالش‌های موسیقی‌درمانی در میان افراد مسن بوده است که از طریق راهنمایی نظریه سیستم‌ها و مفهوم کل‌گرایی، مزایا و چالش‌های معنوی آنها را نیز به‌صورت مفصل بیان نموده‌اند.

- مورا بایاشی و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی با عنوان «اثرات موسیقی‌درمانی در سالمندان ضعیف: مطالعه مقاطع کنترل شده» با بیان اینکه موسیقی‌درمانی ممکن است اثرات پیشگیرانه مفیدی در افراد مسن ضعیف در سلامتی روان فیزیکی داشته باشد به بررسی موضوع بر روی ۱۱۵ فرد مسن ضعیف در گروه سنی (۶۵-۸۹ ساله) پرداخته‌اند. در این تحقیق افراد به‌طور تصادفی برای آزمایش مقاطع به ۲ گروه تقسیم شدند. گروه اول موسیقی‌درمانی^۱ در جلسات گروهی ۴۵ تا ۵۰ دقیقه‌ای که توسط یک درمانگر موسیقی معتبر به مدت ۱۲ هفته و پس از آن یک دوره انتظار ۱۲ هفته‌ای انجام شد، شرکت کردند. اولین گروه منتظر در ترتیب معکوس شرکت نمود. عملکرد شناختی توسط آزمون تسلط کلامی^۲ و آزمون جایگزینی نماد یاماگوچی کانجی ارزیابی شد. عملکرد بدنی با استفاده از پیش و پس‌آزمون ارزیابی شد. جهت برآورد نتایج

-
1. Music Therapy
 2. Verbal fluency Test

موسیقی درمانی از مقیاس تأثیرات بالینی جهانی در بهبود^۱ استفاده شده است. نتایج گویای تأثیرات موسیقی درمانی در سلامت روان و سلامت جسمی سالمندان ضعیف بوده است.

تفاوت تحقیق حاضر با تحقیقات انجام شده پیرامون موضوع مورد مطالعه این است که عمده تحقیقات انجام شده عمدتاً به موسیقی درمانی فعال که برای یک مدت زمان خاص توسط پژوهشگران، برای دسته‌های مختلفی از سالمندان، اجرایی شده، پرداخته‌اند، در حالی که در این پژوهش به موسیقی درمانی غیرفعال به عنوان یک استراتژی مداخله‌ای نهادینه شده سازمانی بلندمدت برای سالمندان ساکن در سرای سالمندان توجه می‌شود و در قالب مقایسه به تفاوت کیفیت زندگی پرداخته شده است.

مبانی نظری

با توجه به تأثیر موسیقی درمانی بر کیفیت زندگی می‌توان گفت که، کیفیت زندگی به عنوان یک سازه چندبعدی که از ابعاد یکسان برای همه افراد تشکیل شده است، درک می‌شود و تحت تأثیر عوامل محیطی و شخصی و تعامل آنها قرار دارد و از طریق تعیین سرنوشت، منابع، شمول و اهداف در زندگی بهبود می‌یابد (Schalock and Verdugo, 2003). شالوک و وردگو بیان نموده اند که کیفیت زندگی مفهومی است که شرایط زندگی مطلوب فرد را در ارتباط با هشت نیاز اساسی منعکس می‌کند، این نیازها که نشان‌دهنده هسته ابعاد زندگی هر فرد است شامل بهزیستی عاطفی، روابط بین فردی، رفاه مادی، رشد فردی، جسمی، تعیین سرنوشت، شمول اجتماعی و حقوق می‌باشد. یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر اساس تقسیم‌بندی شالوک رشد فردی است که اشاره به فرصت کسب دانش جدید و به دست آوردن احساس خودکفایی دارد. یکی دیگر از این‌ها بهزیستی عاطفی است، که به عدم وجود استرس، افسردگی اشاره دارد و

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۱۱

بنابراین فرد برای تسلط بر احساسات خود احساس خوشبختی، آرامش و قدرت می‌کند. یعنی هرچه فرد بیشتر در فعالیت‌هایی گروهی مشارکت کند و تعاملات وی بیشتر باشد، بهزیستی عاطفی او بهتر و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری خواهد داشت (Colver, 2009: 659).

فلس و پری^۱ (۱۹۹۵) در تعریف کیفیت زندگی، اجزاء و ابعاد ذهنی و عینی این مفهوم را در ترکیبی با هم می‌آورند و معتقدند: رفاه مشتمل بر ترکیبی از «درک و دریافت ذهنی» و «ارزیابی عینی» انواع رفاه جسمانی، مادی، اجتماعی و عاطفی است که بر مبنای «ارزیابی افراد از مجموعه ارزش‌هایشان» تعیین می‌شود. هر یک از ابعاد سه‌گانه در تعریف فوق، در پیوندی پویا با همدیگر قرار می‌گیرند. چنانچه هر تغییر و تبدیل و تعدیلی در یکی از آنها رخ داده باشد، ناگزیر بر دیگری تأثیری متقابل خواهد داشت (Felce and Perry, 1995: 55).

کامینز^۲، بر این باور است که کیفیت زندگی ترکیبی از عناصر ذهنی و عینی است (Veenhoven, 2000: 36). که مشتمل بر ابعاد هفتگانه رفاه مادی^۳، بهداشت، صمیمیت^۴ (روابط)، تولید و بهره‌وری^۵، امنیت، احساس تعلق به اجتماع و رفاه عاطفی^۶ می‌باشند. به‌زعم پال، کیفیت زندگی ویژگی‌های کلی اجتماعی و اقتصادی محیط را در یک ناحیه نشان می‌دهد، که می‌تواند به‌عنوان ابزاری قدرتمند برای نظارت بر برنامه توسعه اجتماعی بکار رود. همچنین به‌عنوان معیاری برای سنجش میزان برآورده شدن نیازهای روحی، روانی و مادی جامعه و خانواده تعریف شده است (Pal, 2005: 127).

از نظر گودمن دو عامل بر کیفیت زندگی مؤثر است. عامل اول را ابزاری و عامل دوم را ارتباطی ذکر کرده است که انعکاس‌کننده کیفیت ارتباط بین فردی است. این دو

-
1. Felce and Perry
 2. Cummins
 3. material well-being
 4. intimacy
 5. productivity
 6. emotional well-being

عامل مشابه نیازهای دوم و سوم مازلو یعنی نیاز به امنیت و تعلق داشتن می‌باشد (مختاری، نظری، ۱۳۸۹: ۱۲۲). دیوید فیلیپس نیز کیفیت زندگی را در ابعاد فردی و جمعی مورد بررسی قرار می‌دهد که در سطح فردی مؤلفه‌های عینی و ذهنی را شامل می‌شود. لازمه کیفیت زندگی فردی در بعد عینی، تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست‌های اجتماعی شهروندان است و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در: ۱- افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایت‌مندی، هدفداری در زندگی و رشد شخصی. ۲- رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی. ۳- مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی مربوط می‌شود. کیفیت زندگی در بعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه‌ها و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند شامل انسجام مدنی، همکوشی و یکپارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش‌هایی اعم از اعتماد، نوع‌دوستی و رفتار دگر خواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تأکید دارد (غفاری، امیدی، ۱۳۸۸: ۹۹).

همچنین ریف و سینگر در تعریف کیفیت زندگی شش مؤلفه را در نظر دارند، که عبارت‌اند از: ۱- پذیرش خود: به معنای احترام به نفس بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف. ۲- هدف داشتن در زندگی: با استفاده از هدف در زندگی، افراد می‌توانند در مقابل سختی‌ها مقاومت کنند. ۳- رشد شخصیتی: به صورت شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود. ۴- تسلط بر محیط: یکی دیگر از مؤلفه‌های کیفیت زندگی تحت کنترل داشتن محیط پیرامون است. ۵- خودمختاری: به این معنا که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند. ۶- روابط مثبت با دیگران: یعنی توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران (مختاری، نظری، ۱۳۸۹: ۱۱۹).

در طول سال‌ها مقیاس‌های مختلفی در قالب رویکردهای مطالعاتی برای ارزیابی کیفیت زندگی با تأکید بر ابعاد ذهنی و عینی ساخته شده است که یکی از این رویکردها، رویکرد آلمانی به کیفیت زندگی است که ابعاد عینی و ذهنی را درهم

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۱۳

می‌آمیزد (NOL, 2002: 53). نمونه‌هایی از شرایط زندگی عینی، سبک زندگی^۱، شرایط کار یا وضعیت بهداشت می‌باشند و رفاه ذهنی نیز شامل اجزاء و مؤلفه‌های شناختی و عاطفی در ارزیابی از شرایط زندگی است؛ به عبارت دیگر این رویکرد، به تکرار روش شناختی در باب مسائل اجتماعی و اقتصادی در کیفیت زندگی اشاره دارد.

موسیقی به شدت بر جسم و روان انسان تأثیرگذار است. موسیقی نه تنها به عنوان هنر بلکه به عنوان محملی برای درمان، نقش برجسته‌ای در تاریخ بشر داشته است. به تازگی جامعه پژوهشی توجه بسیاری به درک چگونگی تأثیر موسیقی بر بیماران نموده است. در سال‌های گذشته، پژوهش‌های انسانی و حیوانی، آثار روانی و فیزیولوژیک موسیقی را مورد آزمایش قرار داده‌اند. در حقیقت یک شاخه جدید از علم به نام موسیقی درمانی معرفی شده است که در آن از موسیقی برای درمان بیماری‌ها استفاده می‌شود (Conrad, 2010: 376). علم موسیقی درمانی در بردارنده استفاده تجویز شده^۲ و سازمان‌یافته^۳ از موسیقی یا فعالیت‌های آن برای تغییر حالات ناسازگار^۴ زیر نظر پرسنل آموزش دیده (موزیک تراپیست)، برای کمک به مراجعین در رسیدن به اهداف درمانی است.

موسیقی انواع احساس را در انسان تولید می‌کند و بر روی روابط، ساختار و نظام اجتماعی آن‌ها نیز تأثیر عمیق و ژرفی دارد. تأثیر موسیقی و بحث در مورد مفید یا مخرب بودن آن بستگی به شرایط فردی و اجتماعی افراد دارد. موسیقی انتقال‌دهنده غم و شادی، شور و هیجان به مخاطب خویش است. اما نه به این معنی که خود موسیقی دارای احساس است بلکه موسیقی تنها بیانگر احساس است (Kania, 2007: 32). دو نظریه مهم در باب موسیقی وجود دارد که عبارت‌اند از تئوری تجلی احساس^۵ و تئوری تحریک^۶.

-
1. Life styles
 - 2..Prescribed
 - 3..Structures
 4. Maladaptive
 5. Expression
 6. Arousal

تئوری تجلی احساس؛ این تئوری معناداری در هنر را برخاسته از این می‌داند که هنرمندان احساسات یا هیجانات خود را در تولید اثر هنری وارد و ارائه می‌کنند. احساساتی که از آثار هنری تفسیر و برداشت می‌شوند نوعی تصدیق و واکنش به خالقان آثار هنری هستند. در واقع احساسات برداشت شده از آثار هنری به‌عنوان احساساتی که مصنفشان آنها را تجربه و احساس کرده‌اند و از طریق اجرای قطعات هنری عرضه و بیان کرده‌اند، نگریسته می‌شوند (Davies, 1994: 170). این تئوری موسیقی را تنها تجلی احساس مصنف می‌داند، جایگاهی برای مخاطب قائل نمی‌شود. با اینکه او یک عضو کلیدی و اساسی در تجربه موسیقایی است و واکنش‌های احساسی مختلفی به یک آهنگ و اثر موسیقایی دارد. در این نظریه مخاطب به‌کلی نادیده گرفته می‌شود و نیز از معانی‌ای که آهنگ‌ساز از طریق موسیقی در پی انتقال آنهاست سخنی به میان می‌آید و به‌نوعی موسیقی فاقد محتوا و معنا جلوه می‌شود (آهی، ۱۳۹۳: ۴۲).

تئوری تحریک؛ طبق این تئوری موسیقی زبان برانگیختگی احساس و آشکارکننده اثرات فیزیولوژیک مخاطب هنگام تجربه آن است. یک قطعه موسیقایی که القاکننده احساس است بیشتر مبتنی بر این می‌باشد که احساسی را در شنوندگان برانگیزد. طرفداران این تئوری معتقدند که غمناکی یک آهنگ عبارت است از توان موسیقی در این‌که مخاطب را دچار حس غم و اندوه کند. پس توان موسیقی در تحریک کردن احساسات مردم است (Davies, 1994: 184). مطابق این نظریه، واکنش مخاطبان به موسیقی از خود موسیقی جدا نیست و موسیقی ذاتاً دارای معنا و انتقال‌دهنده احساس است و واکنش افراد به موسیقی نیز یک اعتبار میان افراد است و واکنش احساسی مخاطبان به موسیقی از ویژگی احساسی و نیز معانی خود موسیقی جدا نیست (همان: ۱۸۵). شرط تحریک احساسی توسط موسیقی، داشتن کد احساسی آن موسیقی است؛ در واقع یکی از موانع و عوامل مداخله‌کننده که مانع بروز واکنش احساسی مناسب می‌شود می‌تواند همان ندانستن کدهای احساسی و عدم آگاهی از موسیقی‌های مختلف در فرهنگ‌های مختلف باشد.

از دیگر ویژگی‌های نظریه تحریک این است که موسیقی گرایش دارد آن احساساتی را برانگیزد که به‌عنوان واکنش‌های غیرعمدی محسوب می‌شوند و این واکنش‌ها به‌واسطه آهنگ برانگیخته می‌شوند و موسیقی موضوع واکنش آنها پنداشته می‌شود اما نه به نحو عمدی و از روی قصد (همان: ۱۹۳). در واقع این نظریه به معناداری موسیقی قائل است و معتقد است که واکنش‌های مخاطبان به موسیقی نشان از این دارد که معنایی را از موسیقی دریافت کرده‌اند و به همین دلیل عمیقاً به آن واکنش نشان می‌دهند. در واقع مخاطب هنگام تجربه موسیقایی، معنایی از آهنگ دریافت می‌کند و به آن واکنش نشان می‌دهد و خود را در آن لحظه با آهنگ یکی می‌پندارد (آهی، ۱۳۹۳: ۴۴).

موسیقی درمانی وسیله و ابزار اولیهٔ موزیک تراپیست است که آنها را از دیگر درمانگران جدا می‌سازد. موزیک تراپیستها ملزم به گفتگوهای گسترده با درمان‌جو نیستند بلکه آنها برای ارتباط با درمان‌جو به‌جای کلمات از موسیقی و فعالیت‌های موزیکی استفاده می‌کنند. پس از برقراری رابطه، درمانگر سعی می‌کند که ارتباط را محکم سازد و ضمن آشنا کردن و مواجه ساختن درمان‌جو با تجربیات موزیکی، سطح کارکرد او را بهبود بخشد. فعالیت‌های موزیکی ممکن است شامل آواز خواندن^۱، نواختن ساز^۲، گوش دادن به موسیقی^۳، آهنگسازی و ساختن آهنگ^۴، حرکت با موسیقی^۵، بحث دربارهٔ اشعار^۶ یا خصوصیات آوازاها و یا ترکیب سازها باشد. وجود درمان‌جو دلیلی برای وجود خدمات موسیقی درمانی است. «نکتهٔ مهم این است که در هر موقعیت درمانی، درمان‌جو دریافت‌کنندهٔ سرویس درمانی است و تنها رفتار شخصی و تغییر در آن نشان‌دهندهٔ موفقیت کوشش‌های درمانی است. موسیقی درمانی یک حرفهٔ

-
1. Singing
 2. Playing musical Instruments
 3. Listening to music
 4. Composing or Creating Music
 5. Moving to Music
 6. Discussing Lyrics

کمکی^۱ و حمایتی است. مسلماً دوام آن در این است که بیمارانی باشند تا از خدمات آن استفاده کنند.

بیماران با انواع مختلف مشکلات جسمی و روانی و با مشکلات و اختلالات عاطفی - اجتماعی^۲ می‌توانند از خدمات موسیقی درمانی بهره‌مند شوند. برای استفاده از خدمات موسیقی درمانی شرط سنی وجود ندارد و بیماران از نوزاد تا سالخورده می‌توانند تحت درمان قرار بگیرند. در واقع هدف در موسیقی درمانی پیشرفت در مهارت‌های موسیقی نیست بلکه از مهارت‌های موزیکی در جهت بهبود کارکرد جسمی، روانی و واکنش‌های عاطفی - اجتماعی کمک به رشد توانایی‌های حرکتی، تحصیلی، ارتباطی، روحیه اجتماعی و عاطفی استفاده می‌شود. در جلسات موسیقی درمانی کلیه فعالیت‌هایی که مهارت موزیکی را تقویت می‌کند به اهداف درمانی توجه دارد و تأکید اصلی بر تقویت و ایجاد مهارت‌های غیر موزیکال است (زاده محمدی، ۱۳۸۰: ۱۸-۲۲).

چارچوب نظری

از میان نظریات مطرح شده درباره موسیقی، نظریه هدف و بنیانی نظریه تحریک است که در آن موسیقی، زبان برانگیختگی احساس و آشکارکننده اثرات فیزیولوژیک مخاطب هنگام تجربه آن است (Davies, 1994: 184). مطابق این نظریه، واکنش مخاطبان به موسیقی از خود موسیقی جدا نیست و موسیقی ذاتاً دارای معنا و انتقال‌دهنده احساس است و واکنش افراد به موسیقی نیز یک اعتبار میان افراد است؛ در واقع واکنش احساسی مخاطبان به موسیقی از ویژگی احساسی و نیز معانی خود موسیقی جدا نیست (همان: ۱۸۵). شرط تحریک احساسی توسط موسیقی، داشتن کد احساسی آن موسیقی است؛ در واقع یکی از موانع و عوامل مداخله کننده که مانع بروز واکنش احساسی مناسب می‌شود می‌تواند همان ندانستن کدهای احساسی و عدم آگاهی از موسیقی‌های

-
1. Helping
 2. Socio-emotional

مختلف در فرهنگ‌های مختلف باشد. از دیگر ویژگی‌های نظریه تحریک این است که موسیقی گرایش دارد آن احساساتی را برانگیزد که به‌عنوان واکنش‌های غیر عمدی محسوب می‌شوند و این واکنش‌ها به‌واسطه آهنگ برانگیخته می‌شوند و موسیقی موضوع واکنش آنها پنداشته می‌شود اما نه به نحو عمدی و از روی قصد (همان: ۱۹۳). در واقع این نظریه به معناداری موسیقی قائل است و معتقد است که واکنش‌های مخاطبان به موسیقی نشان از این دارد که معنایی را از موسیقی دریافت کرده‌اند و به همین دلیل عمیقاً به آن واکنش نشان می‌دهند. در واقع مخاطب هنگام تجربه موسیقایی، معنایی از آهنگ دریافت می‌کند و به آن واکنش نشان می‌دهد و خود را در آن لحظه با آهنگ یکی می‌پندارد (آهی، ۱۳۹۳: ۴۴). با نظر به رویکردهای مطالعاتی برای ارزیابی کیفیت زندگی می‌توان گفت که با توجه به هدف تحقیق حاضر مهم‌ترین رویکرد، رویکرد آلمانی به کیفیت زندگی است که ابعاد عینی و ذهنی را در هم می‌آمیزد؛ طبق این رویکرد، نمونه‌هایی از:

شرایط زندگی عینی، عبارت از سبک زندگی^۱، شرایط کار یا وضعیت بهداشت می‌باشند و رفاه ذهنی نیز شامل اجزاء و مؤلفه‌های شناختی و عاطفی در ارزیابی از شرایط زندگی است؛ به‌عبارت‌دیگر این رویکرد، به تکرر روش‌شناختی در باب مسائل اجتماعی و اقتصادی در کیفیت زندگی اشاره دارد. مهم‌ترین نظریه در این رویکرد متعلق به فلس و پری (۱۹۹۵) می‌باشد. این دو در تعریف کیفیت زندگی، اجزاء و ابعاد ذهنی و عینی این مفهوم را در ترکیبی با هم ذکر نموده‌اند (Perr & Felce, 1995: 55). با توجه به گفته‌های فوق، سنجش کیفیت زندگی در تحقیق حاضر، بر اساس رویکرد ترکیبی (ترکیب شاخص‌های عینی و ذهنی) انجام شده است که در این راستا کوشش شده است که تأثیر دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال بر (ابعاد عینی و ذهنی) کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی قرار گیرد. چراکه به نظر می‌رسد، از

یک سو شاخص‌های کیفیت زندگی عینی‌ای که برای ارزیابی رفاه افراد به کار می‌روند، اعتبار بیشتری داشته باشند اما دارای کارایی و قابلیت کمتری باشند. از سوی دیگر، شاخص‌های ذهنی برعکس دارای اعتبار اندازه‌گیری کمتر، اما کارایی و قابلیت آنها بیشتر است (Lee, 2006: 1207).

کیفیت زندگی درک و دریافت افراد از وضعیت زندگی خود در زمینه و بافت‌های مختلف فرهنگی و ارزشی خاصی است که هر یک از آنها در درون آن زندگی می‌کنند و نیز به فراخور اهداف و انتظارات و استانداردها و دل‌مشغولی‌هایی که دارند، تعیین می‌شود. این تعریف سازمان بهداشت جهانی دربردارنده مجموعه نسبتاً وسیعی از معانی و مفاهیم متشکل از بهداشت روانی فردی، وضعیت روان‌شناختی، سطوح استقلال، روابط اجتماعی، عقاید شخصی و روابط آنها با ویژگی‌ها و خصوصیات مهم محیطی است که به شیوه‌های نسبتاً پیچیده‌ای در هم می‌آمیزند» (WhOQOL¹ Group, 2004: 1).

طبق تعریف بالا کیفیت زندگی دربردارنده دو بعد عینی و ذهنی است؛ شاخص‌های کیفیت زندگی عینی عبارت‌اند از: سلامت جسمانی (به شرایط و وضعیت افراد از لحاظ جسمانی گویند)؛ امکانات و خدمات رفاهی (به میزان برخورداری از امکانات و خدمات رفاهی شخصی و میزان توانایی مالی استفاده از امکانات و خدمات رفاهی گویند)؛ فعالیت‌های مدنی (به مشارکت یا عضویت افراد در تشکلهای صنفی مختلف و اقداماتی که به صورت سازمان‌یافته در زمینه‌های گوناگون انجام می‌دهند گویند)؛ روابط اجتماعی (به کمیت و کیفیت پیوندهای اجتماعی افراد با گروه‌ها و اشخاص مختلف گویند)؛ لذا با توجه به نظریات فوق شناخت واقعی کیفیت زندگی تنها با ترکیبی از این شاخص‌های مطرح شده از سوی شالوک (۲۰۰۳) و شاخص‌های مطرح شده از سوی سازمان بهداشت جهانی که مؤید نظریه‌های فلس و پری است، امکان‌پذیر است.

فرضیات تحقیق

- ✓ کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی غیرفعال تفاوت معناداری دارد.
- ✓ سلامت محیط سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی غیرفعال تفاوت معناداری دارد.
- ✓ روابط اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی غیرفعال تفاوت معناداری دارد.
- ✓ سلامت جسمانی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی غیرفعال تفاوت معناداری دارد.
- ✓ سلامت روان سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی غیرفعال تفاوت معناداری دارد.
- ✓ کیفیت زندگی سالمندان برحسب جنسیت آنها تفاوت معناداری دارد.

روش‌شناسی

تحقیق حاضر از نظر روش‌شناسی کمی (پیمایشی) و از نوع مقایسه‌ای می‌باشد. تحقیق حاضر از نوع پهنانگر و مقطعی و واحد و سطح تحلیل خرد (فرد سالمند) است. جامعه آماری موردمطالعه در این پژوهش، سالمندان (۶۰ تا ۱۰۰ سال) ساکن در سرای سالمندان که تحت تأثیر دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال در دوره‌های زمانی مداوم (دریافت موسیقی ۴ ساعت در طول روز) در شهر تهران هستند، می‌باشند. با یک پژوهش مقدماتی، با توجه به آمار و اطلاعات حاصله از بهزیستی استان تهران، ۶۰ آسایشگاه سالمندان در شهر تهران (که شامل ۳۱ آسایشگاه در شهرستان شمیرانات و ۲۹ آسایشگاه در شهر تهران هستند) در حال حاضر فعال می‌باشند. بنابراین جامعه آماری پژوهش حاضر، (۱۸۰۰ سالمند) که به‌طور میانگین در ۶۰ آسایشگاه

سالمندان زندگی می‌کنند. که با توجه به حجم جمعیت، و واریانس محاسبه شده برای متغیرهای اصلی تحقیق، با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه برآورد شد. در این فرمول (n = حجم نمونه)، (N = حجم جامعه)، (p = احتمال وجود صفت)، (q = احتمال عدم وجود صفت)، (d = احتمال خطا) و (t = درجه اطمینان) می‌باشند. برای برقراری تعادل، p و q برابر با $0/5$ و برای سطح اطمینان به میزان $0/95$ در نظر گرفته شدند. t برای سطح اطمینان $0/95$ برابر با $1/96$ است. و d برابر با $0/05$ در نظر گرفته شد. لذا با توجه به حجم جامعه آماری که برابر با 1800 نفر است، در نتیجه حجم نمونه 318 نفر به دست آمد.

در پژوهش حاضر، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده اقدام به انتخاب نمونه‌های مورد پژوهش گردیده است. ابتدا آسایشگاه‌های واقع در شهر تهران برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی‌درمانی غیرفعال خوشه‌بندی شده‌اند، سپس آزمودنی‌های نمونه به صورت تصادفی از تعدادی خوشه‌ها یا گروه‌ها، انتخاب و همه عناصر یا افراد از گروه‌هایی که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. روش انتخاب نمونه‌ها با توجه به تعداد جمعیت حاضر در هر کدام از آسایشگاه‌های سالمندان، با در نظر گرفتن دو جنس زن و مرد در بازه سنی (60 تا 100 سال) مشخص شده و سپس افراد سالمند به شکل تصادفی ساده انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. سپس به منظور آزمون روابط میان متغیرها، از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شده است؛ این پرسشنامه شامل 26 سؤال در دو بعد عینی و ذهنی می‌باشد که شامل شاخص‌های سلامت جسمانی (7 سؤال)، سلامت روانی (6 سؤال)، سلامت اجتماعی یا روابط اجتماعی (3 سؤال)، سلامت محیط (8 سؤال) و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی به‌طور کلی (2 سؤال) بوده است و گویه‌های آن طبق استاندارد پرسشنامه به صورت طیف لیکرت مورد بررسی قرار گرفته است. نمرات با توجه به دستورالعمل استاندارد

تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی ... ۲۱

نمره دهی سازمان جهانی بهداشت از صفر تا صد برای هر حیطة به تفکیک محاسبه می‌شود. امتیاز بالاتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است.

همچنین به‌منظور تعیین روایی ابزار پژوهش، از روایی صوری بهره گرفته شده است؛ پرسشنامه در اختیار صاحب‌نظران حوزه کیفیت زندگی قرار داده شد و با توجه به استاندارد بودن و معرف بودن گویه‌ها برای مقیاس‌های متغیر کیفیت زندگی، پرسشنامه به تأیید اساتید رسید. به‌منظور پایایی، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین‌صورت که پرسشنامه اولیه بین ۳۵ سالمند ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان به‌عنوان پیش‌آزمون توزیع و تکمیل شد و نتایج این ضریب نشان داد که آلفای همه مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷ است که بیانگر این است که گویه‌های هر مقیاس از سازگاری درونی برخوردار بوده و به عبارتی پرسشنامه پایاست.

جدول ۱- مقدار آلفای به‌دست‌آمده برای کیفیت زندگی در حالت کلی و شاخص‌های آن

متغیر و شاخص‌های آن	کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت محیط	وضعیت سلامت کلی
تعداد گویه	۲۶	۷	۶	۳	۸	۲
مقدار	۰/۸۹۰	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۷۲	۰/۷۵	۰/۷۸

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، شرکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش حاضر آگاه و با رضایت‌مندی در تحقیق شرکت نمودند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد‌استفاده قرار می‌گیرد و مشخصات و اطلاعات آنها در طول تحقیق و بعدازآن به‌صورت محرمانه حفظ می‌گردد. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها به

نرم افزار spss22 انتقال یافت و بر اساس هدف، فرضیات و سطوح سنجش متغیرها، تجزیه و تحلیل های آماری صورت گرفته است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده و آزمون فرضیات، بعد از بررسی نرمال بودن متغیر وابسته کیفیت زندگی به بررسی تفاوت کیفیت زندگی و ابعاد و شاخص های آن در سالمندان ساکن آسایشگاه های تحت تأثیر دریافت و عدم موسیقی درمانی و تفاوت کیفیت زندگی سالمندان بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از آزمون تی تست (T-Test) پرداخته شده است.

یافته ها

با توجه به هدف تحقیق که مقایسه دو گروه از سالمندان در دو حالت دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی است، تعداد نمونه های جهت مقایسه در دو گروه نمونه و دو گروه جنسیتی برابر می باشد. به عبارتی در کل ۵۰ درصد سالمندان را زنان و ۵۰ درصد را مردان تشکیل داده اند. میانگین سنی سالمندان مورد بررسی ۸۰ سال بوده است؛ ۷/۹ درصد سالمندان ساکن در آسایشگاه های مورد بررسی مجرد و ۹۲/۱ درصد متأهل بوده اند؛ اکثریت سالمندان (۶۴/۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، بوده اند. طبق اطلاعات موجود در جدول (۲) می توان گفت میانگین کیفیت زندگی سالمندان در حالت کلی و در دو حالت دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال با همدیگر تفاوت دارد؛ به این معنا که کیفیت زندگی سالمندان دریافت کننده موسیقی درمانی به نسبت سالمندان بی بهره از موسیقی درمانی از وضعیت مطلوب تری برخوردار است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی و پراکندگی متغیرهای تحقیق

متغیر	حداقل مقدار	حداکثر مقدار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی در حالت کلی	۵۲	۱۲۰	۸۰/۲۷	۱۲/۲۰۸
کیفیت زندگی در حالت دریافت موسیقی	۵۲	۱۲۰	۸۲/۶۷	۱۱/۸۵۲
کیفیت زندگی در حالت عدم دریافت موسیقی	۳۳	۱۰۷	۷۷/۸۷	۱۲/۱۲۴

آزمون فرضیات پژوهش

در پژوهش حاضر به مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در بین دو گروه سالمندان در حالت دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال پرداخته شده است. در آزمون‌های مقایسه‌ای پارامتریک علاوه بر نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر وابسته (کیفیت زندگی) باید شرط برابری واریانس ($P\text{-Value} \leq 0/05$) نیز در دو گروه مورد بررسی برقرار باشد؛ لذا بر طبق یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که سطح معناداری آزمون لون برای متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه مورد بررسی معنادار شده است؛ به عبارتی واریانس‌ها همگن و برابر هستند.

طبق اطلاعات مندرج در جدول شماره ۳ سطح معناداری فرضیه تفاوت کیفیت زندگی برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال برابر با ($P\text{-Value} = 0/000$)، سطح معناداری فرضیه تفاوت سلامت محیط زندگی برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال ($P\text{-Value} = 0/000$)، سطح معناداری فرضیه تفاوت روابط اجتماعی برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال ($P\text{-Value} = 0/011$)، سطح معناداری فرضیه تفاوت سلامت جسمانی برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال ($P\text{-Value} = 0/048$)، سطح معناداری فرضیه تفاوت سلامت

روان زندگی برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی درمانی غیرفعال (P-Value=۰/۰۰۰) می‌باشند که بیانگر تأیید فرضیه H1 و رد فرضیه H0 است؛ با نگاهی به مقادیر T، می‌توان گفت که سالمندانی که تحت موسیقی درمانی غیرفعال قرار دارند نسبت به سالمندانی که هیچ‌گونه برنامه موسیقی درمانی غیرفعال دریافت نمی‌کنند از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

جدول ۳- آزمون تفاوت کیفیت زندگی سالمندان برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی درمانی غیرفعال

آمارهای آزمون اصلی		میانگین گروه‌ها			آزمون Levenes		بررسی همگنی واریانس‌ها	فرضیات	
					برابری واریانس‌ها	تفاوت واریانس‌ها			
سطح معناداری	درجه آزادی	T	تعداد	میانگین ن	نوع گروه	سطح معناداری	F		
۰/۰۰۰	۳۱۶	۳/۵۶۴ -	۱۵۹	۸۲/۶۷	دریافت موسیقی	۰/۸۷۶	/۰۲۵ ۰	فرض برابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی)	کیفیت زندگی
			۱۵۹	۷۷/۸۷	عدم دریافت موسیقی			فرض نابرابری واریانس‌ها (کیفیت زندگی)	
۰/۰۰۱	۳۱۶	۳/۳۰۳ -	۱۵۹	۲۴/۹۳	دریافت موسیقی	۰/۳۷۸	/۷۷۹ ۰	فرض برابری واریانس‌ها	سلامت محیط
			۱۵۹	۲۳/۵۰	عدم دریافت موسیقی			فرض نابرابری واریانس‌ها	
۰/۰۱۱	۳۱۶	۲/۵۴۶ -	۱۵۹	۸/۹۶	دریافت موسیقی	۰/۲۵۰	/۳۲۶ ۱	فرض برابری واریانس‌ها	روابط اجتماعی
			۱۵۹	۸/۳۵	عدم دریافت موسیقی			فرض نابرابری واریانس‌ها	

آمارهای آزمون اصلی			میانگین گروه‌ها			آزمون Levenes: برابری واریانس‌ها		بررسی همگنی واریانس‌ها	فرضیات
سطح معناداری	درجه آزادی	T	تعداد	میانگین	نوع گروه	سطح معناداری	F		
					دریافت موسیقی			واریانس‌ها	
۰/۰۴۸	۳۱۶	۱/۹۸۹ -	۱۵۹	۲۱/۹۲	دریافت موسیقی	۰/۸۷۰	/۰۲۷ ۰	فرض برابری واریانس‌ها	سلامت جسمانی
			۱۵۹	۲۰/۹۷	عدم دریافت موسیقی			فرض نابرابری واریانس‌ها	
۰/۰۰۰	۳۱۶	۳/۷۵۶ -	۱۵۹	۱۹/۹۴	دریافت موسیقی	۰/۴۷۳	/۵۱۶ ۰	فرض برابری واریانس‌ها	سلامت روان
			۱۵۹	۱۸/۵۲	عدم دریافت موسیقی			فرض نابرابری واریانس‌ها	

کیفیت زندگی سالمندان برحسب جنسیت آنها تفاوت معناداری دارد. طبق اطلاعات مندرج در جدول ۴، سطح معناداری آزمون لیون (۰/۵۳۹) = P-Value بیانگر همگن بودن واریانس‌ها در آزمون فرضیه فوق می‌باشد؛ در فاصله اطمینان ۹۹ درصد سطح معناداری فرضیه مؤید تأیید فرضیه تفاوت کیفیت زندگی برحسب جنسیت است؛ به طوری که کیفیت زندگی مردان سالمند به نسبت زنان سالمند بهتر می‌باشد. از سویی در فاصله اطمینان ۹۹ درصد سطح معناداری فرضیه تفاوت کیفیت زندگی برحسب جنسیت (در حالت دریافت موسیقی) بیانگر این است که کیفیت زندگی مردان

سالمنده به نسبت زنان سالمنده (در حالت دریافت موسیقی) بهتر می باشد؛ نتایج فرضیه فوق در حالت عدم دریافت موسیقی تأیید نگردیده است.

جدول ۴- آزمون تفاوت کیفیت زندگی سالمندهان بر حسب جنسیت (در حالت کلی، دریافت

موسیقی، عدم دریافت موسیقی)

			میانگین گروهها			آزمون Levenes: برابری واریانسها		برابری	
سطح معناداری	درجه آزادی	T	تعداد	میانگین ن	نوع گروه	سطح معناداری	F		
۰/۰۰۱	۳۱۶	-۳/۳۶۱	۱۵۹	۷۸/۰۱	زن	۰/۵۳۹	۰/۳۷۷	۱- فرض برابری واریانسها	کیفیت زندگی در حالت کلی
			۱۵۹	۸۲/۵۳	مرد			۲- فرض نابرابری واریانسها	
۰/۰۰۲	۱۵۷	-۳/۱۰۱	۷۹	۷۹/۸۱	زن	۰/۹۴۰	۰/۰۰۶	۱- فرض برابری واریانسها	کیفیت زندگی در حالت دریافت موسیقی
			۸۰	۸۵/۴۹	مرد			۲- فرض نابرابری واریانسها	
۰/۰۰۸	۱۵۷	-۱/۷۳۷	۸۰	۷۶/۲۲	زن	۰/۳۵۱	۰/۸۷۷	۱- فرض برابری واریانسها	کیفیت زندگی در حالت عدم دریافت موسیقی
								۷۹	

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به تأثیر موسیقی درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان تهران (مقایسه موردی آسایشگاه‌های استان تهران) پرداخته شده است. سالمندی به‌عنوان بخشی از روند طبیعی زندگی انسان در بیشتر مواقع توأم با بیماری‌های جسمی، مشکلات روحی و شرایط محیطی بسیاری است که در سطح کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار بوده و حتی امروزه امید به زندگی سالمندان را نسبت به دیگر گروه‌های سنی تحت تأثیر قرار داده است.

تأثیر موسیقی بر انسان و جنبه‌های مختلف زندگی شخصی، اجتماعی، فرهنگ، هویت و مسائل وی برای همه علاقه‌مندان به موسیقی آشکار است. ارزش و اهمیت موسیقی در زندگی انسان به‌قدری است که در هر عرصه، مکان و موقعیتی حضور پررنگ و تأثیرگذار آن به چشم می‌خورد. انسان‌های بسیاری با موسیقی زندگی می‌کنند و با آن احساس آرامش، شادی، هیجان، غم و حتی نفرت را تجربه می‌کنند؛ به‌طوری‌که گاهی می‌توان آن را بسیار مفید و گاهی بسیار خطرناک دانست. زیرا یکی از پیچیده‌ترین ابعاد وجودی انسان یعنی احساس، به شکل عمیق سروکار دارد. و طبق نظریه تحریک در برانگیختن احساس درونی مخاطب یا بر طبق نظریه تجلی احساس در جلوه دادن احساسات درونی مصنف بسیار توانا و قدرتمند است (آهی، ۱۳۹۳: ۳۹).

همگام با پیشرفت‌های بسیار در سطوح و ابعاد مختلف زندگی، علاقه به اندازه‌گیری کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم آن‌هم در میان گروه سنی سالمند به دلیل حساسیت‌های محیطی و روحی و فیزیکی آنها افزایش یافته است. مفهوم کیفیت زندگی ابتدا به حوزه‌های بهداشتی و بیماری‌های روانی محدود می‌شد، اما در طی دو دهه گذشته این مفهوم از زمینه‌های بهداشتی و روان‌شناختی صرف به مفهومی چندبعدی ارتقاء یافته و مورد توجه تعداد زیادی از حوزه‌های مطالعاتی به‌ویژه جامعه‌شناختی قرار گرفته است.

حال با توجه به اهداف تحقیق که مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان برحسب دریافت و عدم دریافت موسیقی‌درمانی غیرفعال است در ادامه به بحث پیرامون نتایج تحقیق پرداخته می‌شود. بر اساس میانگین کیفیت زندگی و شاخص‌های آن در دو گروه سالمندان تحت موسیقی‌درمانی غیرفعال و سالمندان در حالت عدم دریافت موسیقی‌درمانی غیرفعال می‌توان عنوان نمود که میانگین کیفیت زندگی سالمندان تحت دریافت موسیقی نسبت به میانگین کیفیت زندگی سالمندان در حالت عدم دریافت موسیقی در وضعیت بهتری قرار دارند، که بیانگر تغییرات در گروه تحت دریافت موسیقی‌درمانی می‌باشد.

در تحقیق حاضر فرضیه مبنی بر تفاوت کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی‌درمانی غیرفعال تأیید شده است؛ این تفاوت در راستای مطلوبیت کیفیت زندگی سالمندان تحت موسیقی‌درمانی غیرفعال نسبت به سالمندان بی‌بهره از آن می‌باشد؛ با نگاهی به تحقیقات انجام شده می‌توان عنوان نمود که نتیجه فرضیه فوق با نتایج تحقیق ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴)، کوشا و وارسته (۱۳۹۶)، بوراک (۲۰۰۷)، سولی و همکاران (۲۰۱۵) در راستای تأیید تأثیر موسیقی‌درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی همخوان می‌باشد. به عبارتی موسیقی‌درمانی غیرفعال به‌عنوان روشی کم‌هزینه و قابل‌دسترس بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش احساس تنهایی سالمندان به‌صورت معناداری تأثیر داشته است؛ در واقع پیامد موسیقی‌درمانی، احساس سلامتی بیشتر، میزان کمتری از مراجعه به پزشک و بهبودی قابل‌توجهی در افسردگی، احساس تنهایی و روحیه است. به عبارتی موسیقی‌درمانی می‌تواند به‌عنوان راهی مناسب برای افزایش شادکامی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی به‌کاربرده شود.

نتایج فرضیه یادشده با توجه به اینکه در سنجش کلی کیفیت زندگی در تحقیقات قبل به‌صورت جزئی مورد بررسی قرار نگرفته و در کلیت مفهوم کیفیت زندگی بررسی شده، پس نتایج آن در راستای نتایج تحقیقات ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴)، کوشا و

وارسته (۱۳۹۶)، مون و همکاران (۲۰۱۰)، سولی و همکاران (۲۰۱۵) همخوان می‌باشد. در بررسی نتایج فرضیه تفاوت روابط و سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی نیز نتایج آن در تأیید فرضیه با نتایج تحقیقات سولی و همکاران (۲۰۱۵)، ناوارته کامپوس (۲۰۱۶) همخوان می‌باشد. نتایج فرضیه تفاوت سلامت جسمانی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی نیز با نتایج تحقیقات علامی و همکاران (۱۳۹۲)، بوراک (۲۰۰۷)، ناوارته کامپوس (۲۰۱۶) و مورابایاشیا و همکاران (۲۰۱۹) همخوان می‌باشد؛ به عبارتی موسیقی درمانی در وضعیت سلامت جسمانی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان تأثیرات مثبتی داشته است. از آنجاکه در بیشتر تحقیقات به سلامت روانی کیفیت زندگی بیشتر از جنبه‌های دیگر توجه شده است، نتایج حاصل از تأیید فرضیه سلامت روان سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های شهر تهران برحسب عدم دریافت و دریافت موسیقی با توجه به تأیید تأثیرات مثبت موسیقی بر سلامت روان سالمندان با نتایج تحقیقات ندیمی و پیشگر (۱۳۹۴)، کوشا و وارسته (۱۳۹۶)، بوراک (۲۰۰۷)، مون و همکاران (۲۰۱۰)، سولی و همکاران (۲۰۱۵)، ساتو (۲۰۱۵)، ناوارته کامپوس (۲۰۱۶) و مورابایاشیا و همکاران (۲۰۱۹) همخوان می‌باشد.

از سویی نتایج حاصل از آزمون فرضیه کیفیت زندگی برحسب جنسیت در حالت کلی و در حالت دریافت موسیقی و عدم دریافت موسیقی بیانگر این است که کیفیت زندگی مردان سالمند به نسبت زنان سالمند در حالت کلی و در حالت دریافت موسیقی از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار می‌باشد. با توجه به اینکه تحقیقات مذکور در پیشینه نگاشته‌ها به مقایسه برحسب جنسیت نپرداخته‌اند و رویکرد آنها یا بررسی تک جنسیتی بوده است یا کلی، پس نمی‌توان یافته‌ها را از این نظر باهم مقایسه نمود؛ چراکه تحقیقات فوق در دو حالت قبل و بعد (پیش و پس‌آزمون) مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

با نگاهی به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که سالمندان تحت تأثیر موسیقی درمانی از نظر وضعیت سلامت بهداشتی و محیط طبیعی به نسبت سالمندانی که تحت موسیقی درمانی نبوده‌اند، وضعیت بهتری داشته‌اند.

پیشنهادها

همان‌طور که در تحقیق حاضر بیان شد، کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که به ادراک، ارزش‌ها و اهداف فرد بستگی دارد. بنابراین علاوه بر درک و تأمین نیازهای سالمندان برای حفظ کیفیت زندگی، شناسایی عواملی که ممکن است بر کیفیت زندگی آنها تأثیر مثبت یا منفی بگذارد بسیار مهم است. لذا مطالعه و پژوهش حاضر نشان داد که موسیقی درمانی به‌عنوان شیوه ارتباطی جدیدی است که می‌تواند تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی افراد مختلف به‌ویژه سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندی به ارمغان آورد. بدون شک با در نظر گرفتن نوع فرهنگ و ساختار اجتماعی‌ای که هر فرد در آن رشد کرده می‌توان برای افراد سالمند در آسایشگاه‌های سالمندی شرایطی فراهم آورد تا احساس بهتری نسبت به خود و دیگران و محیط پیرامونی خویش داشته باشد. لذا به مسئولان و دست‌اندرکاران پیشنهاد می‌شود؛

- اغلب سالمندانی که روحیه خود را از دست داده‌اند انگیزه‌ای برای گوش دادن به موسیقی و انجام سرگرمی ندارند و یک مددکار خوب و باتجربه به‌خوبی می‌داند که چگونه باید سالمند را به انجام تفریحات تشویق کند و باعث تقویت روحیه او شود؛ چراکه علیرغم دشواری‌های مربوط به حافظه که سالمندان بسیاری از آن رنج می‌برند، با ارائه خدمات موسیقی درمانی و استفاده از درمانگران در مراکز سالمندان، فرصت بهره‌وری در یادگیری و تمرین، هنر خود مراقبتی و مراقبت‌های محیطی را برای فرد سالمند افزایش دهند.

- با نگاهی به نتایج به دست آمده از مقایسه آسایشگاه‌هایی که تحت موسیقی درمانی غیرفعال هستند با آسایشگاه‌هایی که موسیقی درمانی غیرفعال دریافت نمی‌کنند، مشخص شد که سالمندان در معرض موسیقی درمانی غیرفعال به نسبت بقیه از سطح روابط اجتماعی، سلامت جسم و سلامت روان و ... مطلوب‌تری برخوردارند؛ لذا به پرسنل و بخصوص مددکاران اجتماعی در آسایشگاه‌ها پیشنهاد می‌شود که با نظر به شناخت روحیات سالمندان مستقر در هر آسایشگاه با استفاده از فعالیت‌های متعدد موسیقی درمانی از جمله پخش موسیقی، آواز خواندن و همراهی با موسیقی‌های موردعلاقه و ... در راستای بهبود عملکرد جسمی و روانی سالمندان گام بردارند؛ که از این طریق به بالا رفتن امید به زندگی در آنها و کاهش بیماری‌های روحی کمک نمایند.

- ارائه موسیقی و موسیقی درمانی در مراکز سالمندان با توجه به شرایط سن و جنس، و نوع سلیقه موسیقایی سالمندان می‌تواند ابزاری برای ارتباط مجدد با خود، سایر افراد مجموعه، خانواده، دوستان و محیط اجتماعی‌ای باشد به گونه‌ای که به جای استفاده از کلمات از موسیقی و فعالیت‌های آن استفاده شود.

- مزیت بالقوه موسیقی و موسیقی درمانی به‌ویژه در میان سالمندانی که مجبور به ترک خانه خویش گردیده و شرایط بازگشت به خانه را ندارند و در مراکز سالمندی سکنی گزیدند، می‌تواند سبب کاهش ناراحتی، ایجاد هیجان و شادی، بهبود خواب، کاهش نیاز به دارو و حتی منجر به فعالیت و تحرک بیشتر سالمند گردد.

منابع

- آهی، محدثه. (۱۳۹۳)، موسیقی و احساس از دیدگاه نظریه‌های تجلی، احساس و تحریک، *فصلنامه پژوهش‌های علوم انسانی نقش جهان*، سال اول، شماره ۱: ۳۹-۵۰.
- حسینی نثار، مجید؛ زنجانی، حبیب‌الله؛ میرزایی، سید محمد وکلدی، علیرضا. (۱۳۹۶)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان در استان گیلان و عوامل مؤثر بر آن، *نشریه مطالعات توسعه اجتماعی*، شماره ۱: ۷۵-۸۸.
- زاده محمدی، علی. (۱۳۸۰)، کاربرد موسیقی‌درمانی: موسیقی و عرفان و طبقه‌بندی روانشناسی *تم‌های موسیقی*، تهران: نشر اسرار دانش، چاپ اول.
- عاملی رضایی، لیلا. (۱۳۹۹)، *مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر موسیقی‌درمانی در کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان استان تهران*، به راهنمایی امیر مسعود امیرمظاهری، و مشاوره منصور حقیقتیان، پایان‌نامه دکتر، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد‌دهاقان.
- علامی، زینب؛ خانکه، حمیدرضا؛ دالوندی، اصغر؛ زاده‌محمدی، علی و رضا سلطانی، پوریا. (۱۳۹۲)، تأثیر موسیقی بر کیفیت خواب مردان سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت شهر اصفهان، *فصلنامه پرستاری سالمندی*، شماره ۱: ۵۵-۶۳.
- غفاری، غلامرضا و امیدی، رضا. (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی شاخص توسعه و توسعه اجتماعی*، تهران: انتشارات شیرازه، چاپ اول.
- کوشا، ساقی و وارسته، علیرضا. (۱۳۹۶)، اثربخشی موسیقی‌درمانی بر بهبود افسردگی، کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی، *نشریه رویش روانشناسی*، شماره ۴: ۱۴۹-۱۶۹.
- گل پرور، محسن؛ بزرگمهری، خاطره و کاظمی، ملیحه السادات. (۱۳۹۰)، رابطه ترکیبی مؤلفه‌های بازنشستگی با نشانه‌های سلامت عمومی در سالمندان بازنشسته، *مجله سالمندی ایران*، سال ششم، شماره ۲۰: ۱۵-۲۵.
- مختاری، مرضیه و نظری، جواد. (۱۳۸۹)، *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول.
- ندیمی، محسن و پیشگر، معصومه. (۱۳۹۴)، اثربخشی موسیقی‌درمانی فعال و فعل پذیر بر کیفیت زندگی و احساس تنهایی مردان سالمند، *اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه، کرمان*. <https://civilica.com/doc/438927>

- Burak, J. (2007). *Older adults benefit from participation in music therapy American Music conference. Available from:* <http://www.AMC.org>.
- Besdine, RW. (2019). *Quality of life in older people*. Available from: <https://www.msmanuals>
- Chang, E. Schimed, v. & Gattdio, s. (2019). Exploring the perspectives of older people on the concept of home. *Journal of Aging Research*. Vol.2019.
- Chang, F., Huang, H., Lin, K., & Lin, L. (2010). The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 939-948.
- Choi BCH. Awareness of music therapy practices and factors influencing specific theories. *Journal of music therapy* 2008; P. 93.
- Coffman, D. (2002). *Music and quality of life in older adults*. *Psychomusicology*, 18, 76-88.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2011). The impact of stimuli of affect in persons with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 480-486.
- Colver, A. (2009). *Quality of life and participation. Development Medicine & Child Neurology*, 51(8), 656-659.
- Conrad, C. (2010). *Music for healing: from magic to medicine*. *Lancet* December 10; 376.
- Davies, S. (1994). *Musical meaning and expression*. *London Cornell university press*.
- Doosti, A. Nejat, s. Nejat, s. cheraghi, P. & cheraghi, z. (2018). Quality of life in Iranian elderly population using the sf-36 questionnaire: *systematic review and meta-analysis, jour*. Vol.24, No.11, pp-1088-1095.
- Felce, D. and Perry, J. (1995). "*Quality of life: its definition and measurement*", *Research in Development Disabilities*, vol.16 no.1, pp 51-74.
- Gillam, N. (1995). *Evaluated a music workshop which was established*, research and development officer mental health 2003.
- Hays, T., & Minichiello, V. (2005). *The contribution of music to quality of life in older people: An Australian qualitative study*. *Aging and Society*, 25, 261-278.
- Jenkinson, C. (2020). *Quality of life, Encyclopedia Birtannica*. Available from: [http://www.birtannica.com/topic/quality of life,1-9](http://www.birtannica.com/topic/quality%20of%20life,1-9).

- KANIA, A. (22 octobr.2007).*the philosophy of music*. Stanford encyclopedia.
- Lee,Yung-jaan. (2006)."*Quality of life measurement in Taipei*", Building and Environment 43:1205-1215.
- Lehtonen, K. (2005). *Some ideas about music therapy for the elderly*. Available from: [http:// www.voices.no/mainissues/voices2\(1\)lehtonen.html](http://www.voices.no/mainissues/voices2(1)lehtonen.html).
- Ludwika, K. N. (2015). *Music, Text, and text and psycho physiology as a Therapy responses' randomized controlled trial*, The Art in psychotherapy, 42: 57-62.
- Moon, F., Engle, C., & Esther, M. (2010). *Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial*. Complementary Therapies in Medicine, 3, 18, 150-159.
- Murabayashi N, Akahoshi T, Ishimine R, Saji N, Takeda CH. (2019). *Effects of Music Therapy in Frail Elderlies: Controlled Crossover Study*, Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2019;9:87-99.
- Murabayashi N, Saji N, Nakayama H, Hujimoto H, Miyamoto K, Kohya I, et al. (2014). *Efficacy of music therapy on mental and physical health of elderly people in long-term care facilities: a pilot project*. *JMTA J.* (2014: 58-65).
- Navarrete-Campos, A. (2016). "*Music Therapy Among The Elderly: What Social Workers Need to Know*" Electronic Theses, Projects, and Dissertations. 313.
- Noll, H. (2002). *Towards a European system of social indicators: theoretical framework and system architecture*, Social indicators research, Vol. 58,P.P.47-87.Com
- Pal. H, Anant M1, Guleria R, Pathak AK, Bhutani M, Charu M, Kochupillai V. (2005). *Quality of life measures in lung cancer*. US National Library of Medicine National Institutes of Health, Indian J Cancer. 2005 Jul-Sep;42 (3): 125-32.
- Psicol, E. (2019). *Elderly individuals in primary health care: Quality of life and associated characteristics*, vol.36. Available from: <http://doi.org/10.1590>
- Sole G, Mercadal-Brotos M, Galati A, De Castro M. (2015). Effects of Group Music Therapy on Quality of Life, Affect, and Participation in People with Varying Levels of Dementia, *Journal of Music Therapy*, 51(1), 2014, 103-125.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2002/2003). *The concept of quality of life in human services*. A handbook for human services practitioners. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation (Trad. Cast. M. A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, educación y servicios sociales. Madrid: Alianza).

- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., & Riera, M. A. (2010). Quality of Life of Older People: Contributions of Music. *Journal of Music Therapy*, 42, 264–261.
- United Nations. (2006). *World Population Prospects*, 2006 Revision Population Database, New York. <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>
- United Nations Population Division. (2007). *World Population Ageing 2007*, New York.
- United Nations. (2021.) *World Population Prospects*, Revision Population Database, New York. <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>
- Veenhoven, R. (2000). "The Four Quality of life, Ordering concepts and Measures of The Good Life" *Journal of Happiness Studies*, Vol.1, pp:1-39.
- Varies, M.K. (2003). The retirement syndrome: The psychology of letting go. *European Management Journal* 2003; 21(6):707-716.
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108–114.
- World Health Organization. (2004). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) BREF*:
www.who.int/substance_abuse/research_tools/enfarsi_whoqol.pdf
<https://fa.wikipedia.org/wiki>