

## اثربخشی موسیقی آرام و بی‌کلام بر سلامت معنوی نوجوانان دختر شهر

### شیراز

سیدابراهیم حسینی<sup>۱\*</sup>، سهیلا کریمی<sup>۲</sup>، قاسم نظیری<sup>۳</sup>، سیده صدیقه شجاعی<sup>۴</sup>

#### چکیده

هدف از این تحقیق، بررسی اثربخشی موسیقی آرام و بی‌کلام بر سلامت معنوی دختران نوجوان انجام شد. طرح پژوهش این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر سال دوم متوسطه شهر شیراز بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس یک دبیرستان در سطح شهر شیراز انتخاب و ۳۰ دانش‌آموز پس از همتاسازی، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای آزمودنی‌ها ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای موسیقی درمانی غیرفعال به صورت شنیدن آهنگ‌های آرامبخش و بی‌کلام برگزار گردید. سلامت معنوی نوجوانان دختر قبل و پس از اجرای مداخله موسیقی درمانی با استفاده از پرسش‌نامه سلامت معنوی (پولوتزین والیسون) سنجیده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش در میزان سلامت معنوی تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه‌ای پژوهش مبنی بر تاثیر موسیقی درمانی بر سلامت معنوی نوجوانان تأیید گردید. براساس نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که موسیقی آرام و بی‌کلام به طور معنادار و اثربخش سلامت معنوی نوجوانان دختر را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، نوجوانان، موسیقی آرام و بی‌کلام

<sup>۱</sup> - دکترای تخصصی دانشیار گروه زیست‌شناسی و روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

<sup>۲</sup> - کارشناسی ارشد دانش‌آموخته رشته روان‌شناسی واحد شیراز دانشگاه آزاد اسلامی

<sup>۳</sup> - دکترای تخصصی استادیار گروه آموزشی روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

<sup>۴</sup> - کارشناسی ارشد دانش‌آموخته گروه آموزشی روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

## مقدمه

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین راه کارهایی است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند. نوجوانی، دوران مهمی برای تقویت مسوولیت پذیری افراد برای اتخاذ تصمیمات مربوط به حفظ و مراقبت از سلامتی خود است. نوجوانان و سلامت آنان یک مسئله بسیار حیاتی و ضروری در دیدگاه جهانی است و لذا توجه به سلامت نوجوانان و بویژه دختران نوجوان از اهداف و رسالت‌های کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. دختران در شکل‌گیری نسل آینده و ارتقاء سلامت اجتماعی نقش بسیار مهمی دارند و پایه و اساس سلامت خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهند (Solhi, Rezazadeh, Azam & Khousemehri, 2014).

نوجوانان آمادگی زیادی برای پذیرش فضیلت‌های انسانی، ارزش‌های اخلاقی و معنوی دارند و احساسات کمال‌طلبی نیز در ایشان بروز می‌نماید (Simbar & Ramezankhani, 2014). سلامت معنوی یکی از ابعاد اساسی سلامت در انسان محسوب می‌شود که در کنار ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی باعث ارتقاء سلامت عمومی می‌شود. این بعد از سلامت، هماهنگ کننده سایر ابعاد سلامتی بوده و باعث افزایش توان سازگاری می‌شود و همچنین کارکرد روانی را نیز تقویت می‌کند (Safaai- Rad, Karimi, Shomoossi & Ahmadi Tahour, 2010) و با شادکامی به عنوان احساس رضایتی که افراد نسبت به زندگی دارند در ارتباط است (Mozafarinia, Shokravi & Hydari, 2014).

سلامت معنوی در بین انسان‌ها بایستی بر مبنای فرآیندی از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر و حاکم قدسی، تعریف گردد. در سنجش سلامت معنوی زنان، باید شناخت‌ها، کنش‌ها و عواطف شخصی آنان نیز مورد بررسی قرار گرفته زیرا، سلامت معنوی عامل بسیار مهمی در افزایش امید به زندگی در بین زنان به حساب می‌آید، درحالی‌که پایین بودن میزان آن در میان آنان، زمینه ساز بروز آسیب‌های اجتماعی خواهد بود. عدم تعلق خاطر به ایمان، اخلاق و سست شدن بنیان‌های عرفانی و مذهبی، باعث اختلال در سلامت معنوی اشخاص می‌گردد. از آنجایی که ذهن و روان انسان، وابسته به عواملی مانند باورها و ارزش‌های متعالی می‌باشد، بدون تردید مسائل اعتقادی، اخلاقی و دینی می‌تواند بر روی آن اثر گذاشته و کم‌رنگ شدن این مسائل می‌تواند خطرات جبران‌ناپذیری را هم برای فرد و هم برای اجتماع به دنبال آورد (Shahryari & GhafariToran, 2015). معنویت یک احساس بنیادین از مرتبط بودن با خود واقعی، دیگران و کل جهان است (Mitroff & Denton, 2003). همچنین معنویت به منزله چتری است که مفاهیم گوناگونی مانند سلامت معنوی، ایمان، باورها و سازگاری معنوی را پوشش می‌دهد (Cotton, Larkin, Hoopes, ).

Cromer&Rosentha,2005). برخی معتقدند ابعاد معنویت شامل تلاش برای معنا و هدف<sup>۱</sup>، استیلا و برتری (احساس این که انسان بودن فراتر از وجود مادی ساده است)، اتصال<sup>۲</sup> به دیگران، طبیعت یا الوهیت و ارزش‌هایی نظیر عشق، دلسوزی و عدالت می‌باشد. این درحالی است که «معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر» از اجزاء سلامت معنوی نیز شمرده شده‌اند (Omidvari, 2008). سلامت روانی و جسمانی انسان با زندگی معنوی او رابطه‌ی مثبت داشته و افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری بهتری با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهند (koening, 2007). مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که معنویت و سلامت معنوی نقش زیادی بر سلامت روانی و جسمانی افراد دارند و به عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آیند (Paloutzian & Park, 2005).

سلامت معنوی، تجربه‌ی معنوی انسان در دو چشم‌انداز است: الف) سلامت مذهبی<sup>۳</sup> که برچگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی؛ هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. ب) سلامت وجودی<sup>۴</sup> که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود، جامعه یا محیط بحث می‌کند. چراهای زندگی فرد، قسمتی از هدف وجودی اوست که خود تشکیل دهنده‌ی بعد معنوی زندگی است. مطالعات جدید نشان داده‌اند که معنویت و سلامت معنوی نقش زیادی بر سلامت روانی و جسمانی افراد دارند و به عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آیند (Nabatian, Ghamarani, Zakerian & Mahdizadeh, 2013). از دیدگاهی دیگر، سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با قدرتی برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود. چنانچه سلامت معنوی در فردی دچار مشکل شود، امکان بروز اختلالات روانی متعددی نظیر احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی او ایجاد می‌شود (Jahani, Rejeh, Heravi, Arimooi, Hadavi, Zayeri & Khatooni, 2012). تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که توجه به سلامت معنوی با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط، تناوب و هماهنگی داشتن معنی و هدف در زندگی مشخص می‌شود (Sadrollahi & Khalil, 2015). معنویت از راهبردهای سازگاری در گروه سنی نوجوانان به شمار می‌رود. همچنین سلامت معنوی با ایجاد انگیزه و انرژی در نوجوان، امید به زندگی را افزایش و عملکرد اجتماعی آنان را بهبود می‌بخشد (Zeighami Mohammadi & Tajvidi, 2011). هنر، در طول تاریخ ابزاری برای سازگاری، انعطاف، خلاقیت، دوستی و آرامش انسان بوده است. در میان انواع هنر، موسیقی به دلیل انرژی‌زایی، تحرک، امکان

<sup>1</sup> -meaning and purpose

<sup>2</sup> -connectedness

<sup>3</sup> -religious health

<sup>4</sup> -existential Health

انتزاع زیاد و جاذبه ذاتی، بسیار نافذ بوده و به طرز فوق‌العاده‌ای بشر را به خود جذب کرده است. انواع گوناگونی از موسیقی وجود دارند که هرکدام تأثیرات متفاوتی روی ذهن و جسم می‌گذارند. با توجه به این تأثیرات، می‌توان برای کارهای درمانی در حوزه مشاوره و روان‌درمانی از موسیقی نیز استفاده کرد. موسیقی دارای رابطه زیستی و فیزیولوژیک با مغز می‌باشد، به همین دلیل کوچک‌ترین کنش ریتمیک و نوای موزون روح و جسم را برمی‌انگیزد و برسیستم عواطف (لیمبیک) مغز اثر گذاشته و باعث تحریک هیجانی و فرافکنی حالت‌های درونی فرد می‌گردد. موسیقی در برون‌ریزی احساسات، افزایش بصیرت و خودآگاهی نسبت به خود و محیط، تأثیر بسیار بارزی دارد و در بسیاری از مواقع زندگی، که کلام و بیان پاسخگو نیست، موجب همدردی و همدلی شده و از همه مهم‌تر احساسات را وسعت می‌بخشد (Zadehmohammadi, 2010). موسیقی، دارای فواید سایکولوژیکی نظیر کاهش ترس و اضطراب، افزایش خلق، احساس آرامش، کاهش تعداد ضربان قلب، کاهش فشارخون و کاهش تعداد تنفس می‌باشد (Hosseini, 2014). گوش دادن به موسیقی، در تقویت حافظه و تحریک انگیزش مثبت مؤثر است. همچنین، موسیقی خوشایند بافعال کردن سمت راست مغز باعث تقویت یادگیری و حفظ اطلاعات می‌شود (Tavakoli, Hosseini, Mokhtari, 2014). موسیقی به دلیل جذابیت و انگیزش ذاتی که دارد اوقات لذت‌بخش، خاطرات خوشایند و علایق مثبت درونی را برمی‌انگیزد و به همین خاطر از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی، گوشه‌گیری، عدم لذت و خشونت می‌کاهد (Soltani & Alahyari, 2011). همچنین موجب یادآوری خاطرات، ایجاد تغییرات مثبت در خلق و موقعیت‌های هیجانی و احساس کنترل در زندگی می‌شود و از افراد، در مقابل غمگینی، احساس گناه و احساس تنهایی محافظت می‌کند (Allami, 2012). انجمن موسیقی‌درمانی آمریکا<sup>۱</sup>، موسیقی‌درمانی را کاربرد درمانی موسیقی برای دستیابی به اهداف درمانی متناسب با نیازهای روانی، اجتماعی، هیجانی و معنوی بیمار تعریف کرده است (2011 Kiyani pour). از طرف دیگر موسیقی‌درمانی در سلامت شناختی، فیزیکی و هیجانی افراد نقش دارد (2015 Jafari, Bagheri-Nesam & Abdoli -Nejad). همچنین در کاهش شدت و فراوانی رفتارهای پرخطر (با هدف آسیب به دیگران)، کاهش افسردگی، استرس، اضطراب و خشم نوجوانان و افزایش مهارت‌های اجتماعی آنان مؤثر می‌باشد (Lundqvist, Andersson, 2009). بیان غیرلفظی احساسات را تسهیل کرده و اجازه می‌دهد تا افراد احساسات درونی خود را بدون ترس بیان نمایند (Moon Fai, Angela, Esther & Fionka, 2009). در آموزش و پرورش کودکان عادی و استثنائی، از موسیقی در جهت افزایش اعتماد به نفس نوجوانان و

<sup>1</sup> -American music therapy association

پیشگیری از پر خاشگری آنان، همچنین در آموزش موارد تربیتی، اجتماعی و فرهنگی، رشد شخصیت فردی و اجتماعی، شکل‌گیری هویت کودک و پرورش خلاقیت استفاده می‌شود. (Falah, Sohrabi & Zadehmohamadi, 2011). مطالعات نشان می‌دهند که توجه به موسیقی - درمانی و استفاده از موسیقی روز به روز در جوامع مختلف در حال گسترش می‌باشد و استفاده از این شیوه با توجه به آسان و کم هزینه بودن آن، سیر پیش‌رونده‌ای دارد. از طرفی شرکت در جلسات موسیقی درمانی، موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی و تغییرات مثبت در حالات جسمانی و روانی افراد ایجاد می‌کند و به تبع آن، احساس کنترل بر زندگی را بالا برده و دلهره و تنیدگی را کاهش می‌دهد. لذا با توجه به تأثیرات مثبت موسیقی بر سلامت و ابعاد آن و اهمیت فوق‌العاده در دوران نوجوانی و نقش سلامت معنوی در این دوره، می‌توان موسیقی‌درمانی را به عنوان یک مداخله‌ی حمایتی غیردارویی برای افزایش سلامت جسمانی - روانی و کاهش حالات هیجانی مطرح نمود که در معنویت افراد به خصوص دختران نوجوان تأثیرگذار می‌باشد. بنابراین این تحقیق با هدف بررسی اثر تم‌های آرام‌ساز موسیقیایی (موسیقی آرام) بر سلامت معنوی نوجوانان دختر انجام گردید.

### روش کار:

این پژوهش مطالعه‌ای با طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این بررسی شامل کلیه دانش‌آموزان دختر سال دوم متوسطه شهر شیراز بود. که با روش نمونه‌گیری در دسترس یک دبیرستان انتخاب و ۳۰ دانش‌آموز پس از همتا-سازی، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای موسیقی‌درمانی غیرفعال به صورت شنیدن آهنگ‌های آرامبخش و بی‌کلام قرار گرفتند. قبل از شروع پخش موسیقی از آزمودنی‌ها خواسته شد که در جلسات موسیقی درمانی، تمام توجه خود را به قطعه‌ی پخش شده، معطوف نموده و کاملاً تمرکز داشته باشند. هم‌چنین در پایان هر جلسه تا ۵ دقیقه حالت خود را حفظ نمایند. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ی آموزشی و درمانی را دریافت نکردند. در پایان ۸ جلسه‌ی موسیقی‌درمانی مجدداً هر دو گروه مورد آزمون (پس-آزمون) قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی استاندارد سلامت معنوی پولوتزین - آلیسون (Palutziyan, Ellison) بود که شامل بیست گویه بوده، در پژوهش (Alah Bakhshian, Jaffarpour, Parvizy & Haghani, 2010) روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن توسط (Rezaee, Givrie & Hosseini, 2007), با ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0/82$ ) مورد تأیید قرار گرفت. این پرسش‌نامه، حاوی بیست سؤال بود که ده سؤال اول سلامت مذهبی و ده سؤال بعدی سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره گذاری سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای، از کاملاً مخالفم تا کاملاً

موافقم دسته بندی شده است. در سوالات منفی، نمره گذاری به صورت معکوس انجام گرفت و در پایان نمره سلامت معنوی از ۲۰-۱۲۰، به سه سطح (۲۰-۴۰) سلامت معنوی در حد پایین، (۴۱-۹۹) سلامت معنوی در حد متوسط (۱۰۰-۱۲۰) سلامت معنوی در حد بالا، تقسیم بندی شد و در این پژوهش نمره کلی سلامت معنوی در نظر گرفته شده است. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS-18 و با کمک آزمون تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شدند.

فرضیه تحقیق مبنی بر این است که موسیقی آرام و بی کلام بر سلامت معنوی نوجوانان دختر تأثیر دارد.

### نتایج:

همان طور که در جدول (۱) نشان داده شده است، یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند، میانگین و انحراف معیار، برای متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش ارائه شده است در جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق آورده شده است:

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

مقیاس گروه	کنترل	پیش آزمون		پس آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سلامت معنوی	۱۵	۴۲/۵۳۳	۵/۱۵۲	۱۵	۴۲/۶۶۶
نوجوانان دختر	مداخله	۱۵	۴۶/۸۶۶	۵/۳۴۳	۱۰۳/۲۶۶

با توجه به جدول (۱) سلامت معنوی در گروه مداخله در پیش آزمون با میانگین ۴۶/۸۶۶ و در گروه کنترل میانگین ۴۲/۵۳۳ مقایسه میانگین نمرات نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی دو گروه قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو گروه در پیش آزمون از سلامت معنوی متوسط (۴۱-۹۹) برخوردار بوده‌اند. با انجام موسیقی درمانی و شرکت گروه مداخله در برنامه موسیقی-درمانی و سپس انجام پس آزمون از هر دو گروه (مداخله و کنترل) در گروه مداخله با میانگین ۱۰۳/۲۶۶ سلامت معنوی بالا (۱۰۰-۱۲۰) را نشان داد در حالی که میانگین نمرات گروه کنترل در پس آزمون نسبت به پیش آزمون تفاوتی نداشته و سلامت معنوی متوسطی را نشان می‌دهد. مقایسه دو گروه، نشان‌گر بیش‌تر بودن سلامت معنوی در گروه مداخله است که این بیانگر تأثیر موسیقی آرام و بی کلام بر سلامت معنوی نوجوانان دختر می‌باشد.

## جدول ۲- نتایج حاصل از آزمون لوین برای فرضیه

آماره لوین	آماره لوین	df1	df2	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۲۹
پس آزمون	۰/۰۱۸	۱	۲۸	۰/۸۹۵

با توجه به جدول (۲) سطح معناداری در آزمون لوین بیش تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است.

## جدول ۳- سطح معناداری آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

مقیاس گروه	پیش آزمون	پس آزمون
سلامت معنوی نوجوانان دختر	۰/۹۷۴	۰/۹۸۷

با توجه به جدول (۳) سطح خطای متغیرها بیش تر از ۰/۰۵ می‌باشد پس فرضیه صفر را نمی‌توان رد کرد که در این صورت داده‌ها نرمال تلقی می‌شوند.

## جدول ۴- نتایج اصلی تحلیل کواریانس

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۵۵/۳۹	۱	۳۹/۱۵۵	۲/۷۵۹	۰/۰۱۱
گروه	۳۲۴۹۲/۱۵۱	۱	۳۲۴۹۲/۱۵۱	۲۲۸۹/۸۹۹	۰/۰۰۰
خطا	۳۸۳/۱۱۲	۲۷	۱۴/۱۸۹	—	—
کل	۱۷۶۳۷۹/۰۰۰	۳۰	—	—	—

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود  $F$  به دست آمده در گروه‌ها ۲۲۸۹/۸۹۹ معنادار است و این نشان‌دهنده تفاوت بین میانگین‌ها است. ( $P < ۰/۰۵$ ) بنابراین فرضیه تأیید شده و نتیجه گرفته می‌شود که موسیقی آرام و بی‌کلام بر سلامت معنوی نوجوانان دختر تأثیر دارد. بدین معنی که موسیقی آرام و بی‌کلام توانسته است سلامت معنوی نوجوانان دختر را افزایش دهد و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که کاربرد موسیقی آرام و بی‌کلام در افزایش سلامت معنوی دختران نوجوان مؤثر است. نشان داده شده است که در هنگام کاربرد درمانی از موسیقی، بویژه در موسیقی درمانی غیرفعال (شنیدن آهنگ‌های آرام و بی‌کلام) باید به این نکته توجه نمود که شرکت‌کنندگان از موسیقی دریافت شده لذت ببرند؛ به استثناء مواردی که لازم است فقط یک نوع موسیقی خاص با توجه به هدف درمانی ارائه شود (Kenyon, 2007). لذا نظر به این‌که در پژوهش

حاضر نیز، قطعات موسیقی استفاده شده از نوع آهنگ‌های آرام‌بخش و بی کلام و با توجه به ویژگی‌های روانی و علایق خاص افراد شرکت کننده (نوجوانان ۱۵ تا ۱۶ سال) انتخاب گردید، توانست در جهت افزایش سلامت معنوی دختران نوجوان موثر باشد. بنابراین می‌توان استنباط کرد که احتمالاً نوجوانان توانسته‌اند با این نوع موسیقی ارتباط برقرار کنند و در واقع موسیقی مورد نظر علاوه بر ایجاد آرامش، سلامت معنوی آنان را نیز ارتقاء داده است. مهم‌ترین خصیصه ملودی‌های آرام‌بخش این است که هیچ احساس و هیجان خاصی را القا نمی‌کنند. ریتم و گردش‌های ملودیک آرام و یکنواخت در فواصل بزرگ کمک می‌کنند تا از سرعت و فشار خیالات، هیجان‌ها و خستگی‌ها بکاهند و با آهسته کردن احساسات و هیجان‌ها در فواصل مطبوع و بزرگ، حالتی آرام و خوشایند و بدون هیجان ایجاد کنند (Zadehmohammadi, 2010). مطالعات نشان داده اند که گوش دادن به موسیقی، باعث افزایش ثبت امواج آلفای مغز یا امواج استراحت فکری می‌گردد و می‌تواند موقعیتی آرام‌بخش را فراهم سازد. هم‌چنین موسیقی‌های آرام بخش با تحریک آزاد سازی مواد شبه مورفینی و یا آندورفین‌ها در مغز باعث کاهش درد، فشارخون و ضربان قلب می‌شود (Jafari, Bagheri - Nesami & Abdoli - Nejad, 2015). موسیقی باعث فعال شدن لوب فرونتال در هر دو نیمکره قشر مخ شده، هوشیاری مغزی و نهایتاً خروجی‌های شناختی و رفتاری مطلوب را افزایش می‌دهد (Thaut, Gardiner, Holmberg, Horwitz, Kent & Andrews, 2009). هم‌چنین موسیقی با فعال کردن نواحی مختلفی از مناطق زیرقشری مغز بویژه سیستم‌های دوپامینرژیک در ناحیه مغز میانی باعث کاهش احساسات ناخوشایند می‌گردد (Cotton, Larkin, Hoopes, Cromer & Rosenthal, 2005). نشان داده شده است که تم‌های آرام‌ساز در موسیقی‌درمانی فعال و غیرفعال بیش‌ترین تأثیر را بر کاهش اضطراب دارد (Abasi Tehrani, Johari fard & Alahyari, 2009). به علاوه در پژوهشی دیگر با عنوان موسیقی درمانی برای ایجاد آرامش روانی و فیزیولوژیکی در بیماران نیازمند مراقبت تسکین دهنده، نشان داده شد که کاربرد برنامه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی همراه با شرکت در جلسات موسیقی درمانی (موسیقی‌زنده) دارای تأثیر مثبت معنا دار در ایجاد آرامش روانی و کاهش نیاز به مراقبت‌های تسکین دهنده می‌باشد.

(Warth, Kessler, Koenig, Wormit & Hillecke, 2014). بنابراین با توجه به اثرات مخرب اختلالات اضطرابی بر سلامت معنوی انسان‌ها احتمالاً موسیقی آرام بخش از طریق کاهش میزان اضطراب باعث افزایش میزان سلامت معنوی در نوجوانان دختر شده است. در یک بررسی دیگر نشان داده شد که موسیقی‌درمانی، تأثیر معناداری برافزایش ابراز وجود دارد (Kiyani pour, 2011). در تبیین ملاحظات نظری روح و معنویت در موسیقی‌درمانی می‌توان بیان کرد که موسیقی‌درمانی، باعث تشدید تجارب معنوی گردیده و معنای جدیدی را در فرد ایجاد می‌کند که فراتر از حالت فعلی "بودن" است (Noah & Jillian, 2014). در پیوند موسیقی‌درمانی و معنویت،



موسیقی را به عنوان یک ابزار مؤثر، برای رفع نیاز افرادی که در جستجوی معنا، امید و پذیرش می‌باشند، می‌توان به کار گرفت (Delacy Kidwell, 2014). شرکت در جلسات موسیقی‌درمانی، موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی و تغییرات مثبتی در حالات جسمانی و روانی افراد ایجاد می‌کند و به تبع آن احساس کنترل بر زندگی را بالا برده، دلهره و تنیدگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش اعتماد به نفس در افراد می‌شود (Choi, 2008). همچنین نشان داده شده است که موسیقی بر مؤلفه‌های حسی و شناختی تأثیر گذاشته و در برون ریزی احساسات، افزایش بصیرت و خودآگاهی نسبت به خود و محیط، تأثیر بسیار بارزی دارد (Haj Hassani, Sadipour, Jaafari, 2012).  
(negad, Rostam & Pysraqy, 2012) بنابراین احتمالاً موسیقی از طریق افزایش بصیرت و آگاهی باعث افزایش میزان سلامت معنوی دختران نوجوان می‌شود. پژوهشگران نشان داده‌اند که جلسات موسیقی‌درمانی موجب فراهم آمدن موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی بوده، فرصت همکاری با دیگران را فراهم کرده و باعث می‌شود که افراد نسبت به محیط اطراف خود حساسیت و آگاهی بیشتری پیدا کنند. از آنجا که بین دین‌داری درونی، سلامت معنوی، امیدواری و حالات خلقی مثبت رابطه مستقیم وجود دارد (Tobia, Ovidiu, Tao, Daniel & James, 2009) و موسیقی نیز در ایجاد انگیزش‌های مثبت و پاسخ‌های لذت بخش مؤثر می‌باشد (Shokravi & hydarnia, 2014),  
(Mozafarinia)، لذا در این پژوهش، موسیقی احتمالاً از طریق ایجاد حالات خلقی مثبت باعث افزایش سلامت معنوی نوجوانان دختر گردیده است. بنابراین می‌توان استفاده از موسیقی را به عنوان وسیله‌ای در راستای ارتقاء سلامت معنوی نوجوانان دختر به کاربرد و آن را در دستور کار مدارس و خانواده‌ها و مراکزی که با نوجوانان در ارتباط هستند، قرارداد.  
**تشکر و قدردانی:** بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، کمال قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

## Refrence

Abasi Tehrani, N., Joharifard, R., Alahyari, A. B. (2009). *Effectiveness of themes of music therapy to reduce anxiety in students. The 2 ND national congress of art therapy*,; 1 (2):170. (Persian).

Allahbakhshian , M., Jaffarpour, M., Parvizy , S., Haghani, H.(2010). A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *ZJRMS*,; 12 (3) :29-33(Persian).

Allami, Z.(2012). *The effect of music on sleep quality in older men retired member of the Esfahan Oil City master thesis Management of Medical-Surgical Nursing*(Persian).

Choi, B. (2008). Awareness of music therapy practices and factors influencing specific theories. *Journal of music therapy*,; 93(2), 25-42.

Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B.A., Rosenthal, S.L.(2005). *The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. Journal of adolescent health*,; 36: 520-540.

Delacy Kidwell, M. ( 2014). *Music Therapy and Spirituality: How Can I Keep from Singing? Music The Perspect* ,; 32 (2): 129-135.

Falah, T., Sohrabi, F., Zadehmohamadi, A.(2011). *Comparative study of effectiveness of music therapy with directed image and the cognitive strategies on reducing student's anxiety . Journal of Research in Teaching and Learning - Shahed University*,; 3 (4) :9-16(Persian).

Kiyanipour, O.(2011). *Study on Effectiveness and Comparison of Music Therapy on the Basis of Iranian Music and Cognitive Therapy on Anger Control in Adolescent Boys. Master's Thesis, Allameh Tabatabayi University* (Persian).

Jafari, H., Bagheri-Nesami , M., Abdoli –Nejad , M.R. (2015). *The Effect of Quran Recitation and Religious Music on Mental and Physical Health. Journal of Clinical Excellence* ,; 4(1): (Persian).

Jahani, A., Rejeh, N., Heravi, K., Arimooi, N., Hadavi, A ., Zayeri, F. , Khatooni, AR.(2012). *The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. Islamic Lifestyle Centered on Health*,; 2:19-24(Persian).

Hajhihasani, M., Kiyanipour, O.(2011). *Study on active music therapy on assertiveness. Contemporary Psychology*,; 1(5):261-262. (Persian).

Haj Hassani, M., Sadipour, I., Jaafari-negad, H. Rostami, K., Pyrsaqy, F. (2012). *The effectiveness of music therapy and Gestalt therapy in reducing test anxiety. Thought & Behavior in Clinical Psychology*,; 6( 23):8-20(Persian).

Hosseini, SE. (2014). *The Analgesic Effect of Adagio Calm and Allergo Music on Formalin Test Induced Pain in Adult Male Rats. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*,; 4(21):613-620 (Persian).

Kenyon, T. (2007). *Effects of music therapy on surgical and cancer patients. Breast care*,; 2: 217-220.

koenig, H. G.( 2005). *Spirituality and depression. southern medical journal*,; 737-739.

Lundqvist, L.O., Andersson, G., Viding, J.(2009). *Effects of vibroacoustic music on challenging behaviors in individuals with autism and developmental disabilities. Research in Autism Spectrum Disorders*,; 3(2): 390- 400.

Mitroff, I., Denton, E.(2003). *A study of spirituality in the workplace. Sloan Management Review*,; 40(4): 83-92.

Moon Fai, C., Angela, E., Esther, M., Fionka, Y.(2009). *Effect of music on depression levels and physiological inresponses community based older adults. International journal of Mental Health Nursing* ,; 18(4): 285-294.

Mozafarinia, F., Shokravi, F., Hydarnia, A.(2014). *Relationship between spiritual health and happiness among students. health education and health promotion Journal*,; 2 (2) :97-108(Persian).

Nabatian, E. , Ghamarani, A. , Zakerian, M. , Mahdizadeh, I.( 2013). *relationship between Spiritual health With quality of life veterans and disabled Birjand. Iranian Journal of War and Public Health*,; 5(18): 35-39(Persian).

Noah, P. , Jillian, A.(2014). *Theoretical Considerations of Spirit and Spirituality in Music Therapy. Music Ther Perspect* ,; 32 (2): 118-128.

Omidvari, S. (2008). *Spiritual Health: Concepts and Challenges. Quarterly Journal of Interdisciplinary Research Quran*,;1(1):5-17(Persian).

Paloutzian, R.F., Park, C.L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality. <http://www.amazon.com/Handbook-Psychology-Religion-Spirituality-Edition/dp/1572309229>*

Sadrollahi, A., Khalili, Z. (2015). *Spiritual Well-being and associated factors among the elderly population in Kashan. Journal of Geriatric Nursing*,; 1 (2) :94-104(Persian).

Safaei- Rad, A., Karimi, L., Shomoossi, N., Ahmadi Tahour, M. (2010). *The relationship between spiritual well- being and mental health of university student . Quarterly J Med Sci sabzevar*,;17 (4): 274-280. (Persian)

Seyed Fatemi, N., Rezaee, M., Givrie, A., Hosseini, F. (2007). *The effect of prayer on spiritual health of cancer patients. Monitoring Journal*,; 5( 4): 295- 304(Persian).

Shahhosseini, Z., Simbar, M., Ramezankhani, A.(2014). *How do female adolescents express their spiritual needs? A Qualitative Study. Journal of Religion and Health*,; 1 (1) :65-71 (Persian).

Shahryari, A., Ghafari Toran, Z. (2015). *The Role of spiritual health in life expectancy among women in Golestan province. International Conference on Management. Economics and Humanities. 17 MAY, Istanbul- Turkey.*

Solhi, Mahnaz, Rezazadeh , Afsaneh, Azam, Kamal, Khoushemehri , Gitee. (2014). *Application of theory of planned behavior in prediction of health responsibility, spiritual health and interpersonal relations in high school girl students in Tabriz. Razi Journal of Medical Sciences*,;. 21( 121): 9-17 (Persian).

Soltani, H., Alahyari, A.(2011). *The Effect of Musical Themes on Reduction of Aggression in University Students. Horizon Med Sci*,; 16 (4) :34-40(Persian).

Thaut, MH., Gardiner , JC., Holmberg, D., Horwitz, J., Kent, L., Andrews, G.(2009). *Neurologic music therapy improves executive function and emotional adjustment in traumatic brain injury rehabilitation. Ann NY Acad Sci*,;1169:406-416.

Tavakoli, F., Hoseini, S., Mokhtari, M., Vahdati, A(2014). *Effect of memory attenuation and light music on morphine dependency in male mature mice using conditioned place preference . KAUMS Journal ( FEYZ )*,; 18 (1) :1-8(Persian).

Tobias, W., Ovidiu, V.L., Tao, L., Daniel ,T., James, A. (2009). *Differential Effect of Reward and Punishment on Procedural Learning. The Journal Neuroscience*,; 29(2): 436-443.

Warth, M., Kessler , J., Koenig, J., Wormit ,AF., Hillecke. TK., Bardenheuer, HJ.(2014). *Music therapy to promote psychological and*

*physiological relaxation in palliative care patients. BMC Palliative Care, 13(60):1-7.*

Zadehmohammadi , A. (2010). *Music therapy applications. Tehran: Secrets of knowledge.*

Zeighami Mohammadi, Sh., Tajvidi, M. (2010). *Relationship between spiritual well-beingwith hopelessness an social skills in Beta-thalassemia major adolescents . Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty,; 8 (3): 116-124(Persian).*

Archive of SID