فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۴، شماره ۸، بهار سال ۱۳۹۹

اثربخشی گوش دادن به موسیقی (موسیقی‌درمانی) بر سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

نصرالله انصاری نژاد، شیرین رستگار [۱]

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گوش دادن به موسیقی (موسیقی‌درمانی) بر سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال بود. **روش**: پژوهش حاضر در زمره‌ی پژوهش‌های شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشکده علوم و ادبیات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال در سال ۱۳۹۶ بود. تعداد ۳۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و از نوع در دسترس ، انتخاب و در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵) نفر جایگزین شدند. همچنین همگن‌سازی گروه‌های کنترل و آزمایش بر اساس ویژگی‌های همچون سن، وضع اقتصادی، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات ... صورت گرفت. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) با پایایی ۰/۸۹ استفاده شد. هم‌چنین جلسات موسیقی درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد، سپس هر دو گروه، پس آزمون را اجرا نمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس یک طرفه بین‌گروهی تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان‌دهندۀ تفاوت معنادار بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون‌های کلی و در ابعاد خرده مقیاس‌های مطرح شده در این پژوهش بود. **یافته**: یافته‌ها نشان داد که موسیقی درمانی به طور معناداری میزان سلامت روان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است ($P<0/05$).**نتیجه‌گیری**: اثربخشی موسیقی درمانی بر تمامی خرده مقیاس‌های مورد نظر پرسشنامۀ سلامت‌روان گلدبرگ شامل: کارکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی با اطمینان ۹۵ % مورد تایید قرار گرفت .

کلید واژگان: موسیقی‌درمانی، سلامت روان، نشانه‌های جسمانی

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (sh.rastegar64@yahoo.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در زندگی هر فردی خصوصاً دانشجویان، بحث سلامت روان است. سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را عبارت از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود می‌داند. به عبارت دیگر بهداشت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می‌گردد و به فرد کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد. هدف اصلی سلامت روانی کمک به همه‌ی افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (محمدامینی، ۱۳۸۶). طبق نظر وایت[1] (۲۰۰۱، نقل از توتونچی، سامانی و زندی‌قشقایی، ۱۳۹۱) افراد دارای سلامت روان دارای ویژگی‌های زیر هستند: ۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویشتن، این ویژگی در برگیرنده‌ی دو مفهوم خودپنداره[2] (تصوری که فرد از خودش دارد) و عزت نفس[3] (ارزیابی فرد از خود) است. ۲- برقراری ارتباط با دیگران ۳- مقابله با نیازهای زندگی و بروز مناسب هیجانات. آدلر سلامت روان را داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به همنوعان و کنترل عواطف و احساسات خود می‌داند. الگوی راجرز از شخصیت سالم و سلامت روان، انسانی است بسیار کارآمد و با کنش و کارکرد کامل که از تمام توانائی‌ها و استعدادهایش بهره می‌گیرد و دارای ویژگی‌هایی مانند آمادگی برای کسب تجربه، احساس آزادی و خلاقیت و آفرینندگی است (وردی، ۱۳۸۰). یکی از مفاهیمی که با سلامت روان اشخاص در ارتباط است، مفهوم سبک زندگی است که هم در سلامت روان نقش دارد و هم از آن تأثیر می‌پذیرد. یکی از انواع مداخله‌های اثربخش که احتمال می‌رود در سلامت روان دانشجویان اثر معنی‌داری داشته باشد، موسیقی درمانی است. موسیقی شکلی از هنر است که احساس، عاطفه، ادارک و شناخت انسان را بدون نیاز به تکلم و زبان منتقل می‌کند. هنر، در طول تاریخ وسیله‌ای برای سازگاری، انعطاف، خلاقیت، عشق، دوستی و آرامش انسان بوده است. در میان هنرها، موسیقی به دلیل انرژی‌زایی، تحرک، امکان انتزاع زیاد و جاذبه‌ی ذاتی، بسیار نافذ بوده و به طرز فوق‌العاده‌ای بشر را به خود جذب کرده است. انواع گوناگونی از موسیقی وجود دارد که هر کدام تأثیرات متفاوتی روی ذهن و جسم می‌گذارد که با توجه به این تأثیرات از موسیقی می‌توان برای کارهای درمانی در حوزه‌ی مشاوره و روان-درمانی استفاده کرد (زاده‌محمدی، ۱۳۸۹). به طور کلی دو نوع موسیقی درمانی وجود دارد که با توجه به نوع فعالیت درمان-جو، شامل فعال و غیر فعال می‌شود. موسیقی درمانی فعال، شامل آواز خواندن، نواختن یا آهنگ‌سازی است و موسیقی درمانی غیرفعال شامل گوش دادن به موسیقی است (کنیون[4]، ۲۰۰۷).

با توجه به اهمیت دوره دانشجویی و نقش سازه‌هایی همچون سلامت روان در زندگی دانشجویان در این پژوهش به بررسی این سؤال پرداخته شده است که آیا موسیقی درمانی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال اثر دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش: پژوهش حاضر در زمره‌ی پژوهش‌های شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه کنترل می‌باشد.

جامعه‌آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشکده علوم و ادبیات دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال در سال ۱۳۹۶ بود. از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، با توجه به طرح پژوهش شبه آزمایشی ، تعداد ۳۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و از نوع در دسترس ، انتخاب و در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵) نفر

1. White
2. Self-Concept
3. Self-Esteem
4. Kenyon

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

جایگزین شدند. همچنین همگن‌سازی گروه‌های کنترل و آزمایش بر اساس ویژگی‌های همچون سن، وضع اقتصادی، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات ... صورت گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها و پایایی و روایی

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ[1](GHQ-28)

این آزمون شناخته‌شده‌ترین آزمون غربال‌گری سلامت‌روان است که تاکنون در روان‌پزشکی مورداستفاده قرارگرفته است (دستجردی، ۱۳۷۷). در این پرسشنامه، به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود که عبارت‌اند از ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده. در حال حاضر این نکته آشکار شده است که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می توان به وسیله مصاحبه های استاندارد شده روان‌پزشکی، تشخیص‌داد، اما پایین‌تر از سطح معینی، احتمال قرار گرفتن اختلال در سطح زیر آستانه‌ای و عدم تشخیص آن وجود دارد (گلدبرگ و بلاک ول، ۱۹۷۰؛ وینگ و همکاران، ۱۹۷۷، به نقل از دادستان، ۱۳۷۷). نسخه اصلی پرسشنامه سلامت‌عمومی از ۶۰ سؤال تشکیل شده است. اما تعدادی از نسخه های کوتاه‌تر نیز تهیه شده که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:GHQ-30، GHQ-28،GHQ-12 (گلدبرگ، ۱۹۷۲). فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت‌عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس است: خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی. مدت زمان اجرای آزمون به‌طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره روایی پرسشنامه سلامت‌عمومی در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت‌عمومی این پژوهش‌ها تحلیل شده و نتایج نشان دادند، متوسط حساسیت پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۸۴٪ و متوسط ویژگی آن برابر ۸۲٪ است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۷).

نتایج چندین مطالعه دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از فرم ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت عمومی در تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی دارد.

سؤالات در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً، در حدمعمول، بیشتر از حد معمول و همیشه) به روش لیکرت درجه‌بندی شده است که سؤال‌ها از راست به چپ از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. در کل نمرات پایین نشان‌دهنده‌ی سلامت‌روان و نمرات بالا حاکی از فقدان سلامت‌روانی است. این پرسشنامه ۴ خرده‌مقیاس را شامل می‌شود که عبارت‌اند از: ۱- علائم جسمانی که ۷ ماده را به خود اختصاص داده است. ۲- علائم اضطراب نیز شامل ۷ ماده که اضطراب، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره را موردبررسی قرار می‌دهد. ۳- عملکرد اجتماعی، ۷ ماده شامل توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره را بررسی می‌نماید. ۴- علائم افسردگی که ۷ ماده شامل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزشی زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را بررسی می‌نماید. میرخشتی (۱۳۷۵) آلفای ۰/۹۳ را برای پایایی این آزمون به‌دست آورد و دستجردی (۱۳۷۷) طی پژوهشی روی دانشجویان مراکز تربیت معلم ضریب پایایی و ضریب همبستگی را برای کل آزمون و تک تک خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۴ گزارش نموده است.

جلسات موسیقی درمانی

جلسات موسیقی درمانی در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای با توجه به رویکرد موسیقی‌درمانی فعال بر روی گروه آزمایش صورت گرفت.

جدول۱: خلاصه جلسات موسیقی درمانی

جلسات	شرح جلسات
اول	معرفی و آشنایی با اعضای گروه؛ بیان قواعد گروه و اهداف، بحثی مختصر در مورد سلامت روان و تأثیرات

[1].Goldberg

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

	آن، توضیحاتی در مورد موسیقی و اثرات آن. تکلیف: اعضای گروه، اهداف و انتظارات خود را برای شرکت در جلسات یادداشت کنند.
دوم	ترغیب اعضای گروه به گوش دادن موسیقی و بحث کردن در مورد اشعار و هنرمندان موسیقی؛ ترغیب اعضا به شناسایی احساسات ناراحت کننده درونی و یاداشت کردن آنها، ترغیب اعضا به آوازخوانی جهت مقابله با احساسات منفی شناسایی شده. تکلیف: تهیه‌ی اشعاری که از خواندن آن‌ها احساس لذت می‌کنند.
سوم	خواندن اشعار تهیه شده در قالب گروه‌های دونفری، ارائه‌ی بازخورد به یکدیگر به صورت آواز، گوش دادن به آهنگی ملایم که از قبل تهیه شده بود. تکلیف: گوش دادن به موسیقی ملایم هنگام مطالعه و نیز خواندن شعر با صدای بلند در صورت مواجهه با مشکلات و مسائل مختل‌کننده سلامت روان
چهارم	ترغیب اعضای گروه به شناسایی توانمندی‌های خود و ثبت آن‌ها در عین حالی که به موسیقی ملایمی گوش می‌دهند.
پنجم	ترغیب اعضا به خواندن شعر به صورت گروهی بدون استفاده از موزیک؛ ترغیب اعضا به خواندن اشعار به صورت فردی و همزمان با تشویق دیگران.
ششم	ترغیب اعضا به گوش دادن موسیقی با تم‌های فرح‌بخش موسیقی ایرانی، استفاده از تکنیک آرام‌سازی با موسیقی؛ ترتیب دادن تنفس و تمرینات آرام‌سازی همراه با تلقینات کلامی با موسیقی. تکلیف: استفاده از برنامه آرام‌سازی همراه با گوش دادن به موسیقی.
هفتم	گوش دادن به موسیقی و ترغیب اعضا به تجربه نمودن احساسات هیجان‌آور؛ ترغیب اعضا به تأکید بر تصدیق احساسات فعلی و نیز ترغیب آن‌ها به خواندن ترانه‌های آشنا. پخش موسیقی با سرعت متغیر از طریق ضبط صوت و ترغیب اعضا به هماهنگ نمودن خود با قطعه‌های پخش شده‌ی موسیقی. تکلیف: تهیه ترانه‌هایی که هماهنگ با حالات احساسی گوناگون آن‌ها باشد.
هشتم	رسیدگی به تکالیف پیشین؛ جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون. تکلیف: گوش دادن به موسیقی بی کلام و همزمان زمزمه اشعار

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌های پژوهش پس از واردشدن به نرم افزای آماری spss-۲۲ در دو بخش تحلیل توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و تحلیل استنباطی مانکووا تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اصلی تحقیق: گوش دادن به موسیقی (موسیقی درمانی) بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال اثر دارد.

جدول۲: نتایج حاصل از تحلیل واریانس در متن کواریانس بر روی میانگین نمرات سلامت روان گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
سلامت روانی	۱۷۰۰/۳۰۵	۱	۱۷۰۰/۳۰۵	۶/۰۴۹	۰/۰۲۱	۰/۱۸۹	۰/۶۵۸

با توجه به اطلاعات جدول متغیر سلامت روان در مدل معنی دار است.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره سلامت روانی به تفکیک گروه ها بر اساس آزمایش LSD

زمان	گروه اول	گروه دوم	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین	
						حد پایین	حد بالا

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

پس آزمون	آزمایش	کنترل	-۲۴/۱۳۵	۹/۸۱۳	۰/۰۲۱	-۴۴/۳۰۶	-۳/۹۶۴

با توجه به جدول ۳ بر اساس آزمون تعقیبی LSD و سطح خطای پنج درصد با کنترل پیش آزمون، در زمان پس آزمون میانگین نمره متغیر سلامت روانی در گروه های آزمایش و کنترل نیز اختلاف معناداری دارند (سطح معناداری برابر ۰/۰۲۱). همچنین با توجه به فاصله اطمینان ۹۵ درصدی و یا اختلاف میانگین (که همگی مقادیر منفی هستند) ملاحظه می شود که میانگین نمره سلامت روانی در گروه آزمایش کمتر از کنترل است. اما چون در پرسشنامه سلامت روان، نمرات پایین نشان دهنده سلامت روان بالا می باشد بنابراین فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه گوش دادن به موسیقی (موسیقی درمانی) بر افزایش سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال اثر دارد نیز مورد تایید است.

در ادامه جهت بررسی تاثیر عضویت گروهی بر هر یک از زیرمقیاس های دو پرسشنامه (فرضیه های فرعی) از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره برای هریک از زیرمقیاس ها به عنوان متغیرهای وابسته استفاده شده است. مشابه بررسی فرضیه اصلی؛ قبل از بررسی فرضیات فرعی پژوهش نیز ابتدا پیش فرض های مربوط به آن مورد بررسی قرار می گیرند. این پیش فرض ها شامل پیش فرض تساوی واریانس و همچنین پیش فرض نرمال بودن می باشند.

جدول ۴: آزمون تساوی واریانس زیرمقیاس‌ها در مرحله پس آزمون

متغیر	آماره آزمون F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
پس آزمون علائم جسمانی	/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۴
پس آزمون علائم اضطرابی	/۲۲۹	۱	۲۸	۰/۶۳۶
پس آزمون کارکرد اجتماعی	۱/۲۲۲	۱	۲۸	۰/۲۷۸
پس آزمون علائم افسردگی	/۰۶۰	۱	۲۸	۰/۸۰۸

طبق گزارش جدول ۴ چون سطح معناداری آزمون لوین برای همه متغیرها بیش از ۰/۰۵ محاسبه شده پس، پیش فرض تساوی واریانس متغیرها در زمان پس آزمون تایید می شود.

جدول ۵: نتایج آزمایش کلموگروف-اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع زیرمقیاس‌ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	تعداد	بیشترین اختلاف			مقدار آماره	سطح معنی داری
		مطلق	مثبت	منفی	کلموگروف – اسمیرنف	دوطرفه
پیش آزمون علائم جسمانی	۳۰	/۲۰۲	/۱۴۴	-/۲۰۲	۱/۱۰۵	/۱۷۴
پس آزمون علائم جسمانی	۳۰	/۱۳۹	/۱۳۹	-/۰۹۹	/۷۶۳	/۶۰۶
پیش آزمون علائم اضطرابی	۳۰	/۱۳۳	/۱۲۲	-/۱۳۳	/۷۳۱	/۶۶۰
پس آزمون علائم اضطرابی	۳۰	/۱۴۳	/۱۴۳	-/۱۴۳	/۷۸۶	/۵۶۷
پیش آزمون کارکرد اجتماعی	۳۰	/۲۰۲	/۱۱۶	-/۲۰۲	۱/۱۰۷	/۱۷۲
پس آزمون کارکرد اجتماعی	۳۰	/۱۸۱	/۱۸۱	-/۰۹۷	/۹۹۲	/۲۷۸
پیش آزمون علائم افسردگی	۳۰	/۲۳۷	/۱۹۷	-/۲۳۷	۱/۲۹۷	/۰۶۹
پس آزمون علائم افسردگی	۳۰	/۱۳۰	/۱۳۰	-/۰۹۹	/۷۰۹	/۶۹۵

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

در جدول۵ ملاحظه می شود که همه سطوح معنی داری بیش از خطای ۰/۰۵ محاسبه شده اند، بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز مورد تأیید قرار می گیرد که این مطلب مقادیر محاسبه شده برای چولگی و کشیدگی زیر مقیاس ها نیز تایید شد.

نتیجه گیری:

گوش دادن به موسیقی (موسیقی‌درمانی) بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال اثر دارد.

موسیقی درمانی بر تمامی خرده مقیاس های مورد نظر پرسشنامۀ سلامت روان گلدبرگ شامل: کارکرد اجتماعی، نشانه هـای جسمانی، اضطراب و افسردگی با اطمینان ۹۵ ٪ مورد تایید قرار گرفت .

با توجه به جدول فوق بر اساس آزمون تعقیبی LSD و سطح خطای پنج درصد با کنترل پیش آزمون، در زمان پس آزمون میانگین نمره متغیر سلامت روانی در گروه های آزمایش و کنترل نیز اختلاف معناداری دارند (سطح معناداری برابر ۰/۰۲۱). همچنین با توجه به فاصله اطمینان ۹۵ درصدی و یا اختلاف میانگین (که همگی مقادیر منفی هستند) ملاحظه می شود که میانگین نمره سلامت روانی در گروه آزمایش کمتر از کنترل است. اما چون در پرسشنامه سلامت روان، نمرات پایین نشان دهنده سلامت روان بالا می باشد بنابراین فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه گوش دادن به موسیقی (موسیقی درمانی) بر افزایش سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال اثر دارد نیز مورد تایید است.

منابع

ابوالقاسمی،عباس و جوانشیری، لیلا. (۱۳۹۱). نقش مطلوبیت اجتماعی، سلامت روانی و خودکار در پیش بینی پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. مجله روانشناسی مدرسه، ۱(۲)، ۶-۲۰.

احدی،بتول؛ ستوده،محمدباقر و حبیبی،یعقوبی. (۱۳۹۱). مقایسه بهزیستی روانشناسی و مکانیزم های دفاعی در دانش آموزان با و بدون لکنت. مجله روانشناسی مدرسه، ۱(۴)، ۶-۲۲.

احدی، حسن؛ کاکاوند، علی رضا (۱۳۸۷). اختلال یادگیری از نظر تا عمل. تهران: نشر ارسباران.

استور.آ. (۲۰۰۱). موسیقی و ذهن، ترجمه غلامحسین معتمدی (۱۳۸۶). تهران: نشر مرکز.

اشمیت پرز، ژاکلین. ترجمه علی زاده محمدی (۱۳۸۴). مقدمه ای بر موسیقی درمانی.

اندروز، تد. ترجمه آدر عمرانی گرگری (۱۳۸۲). موسیقی درمانی برای همه. ناشر: نشر روان.

ایمانی شوره دلی، زهرا (۱۳۹۱). آشنایی با موسیقی در مفاهیم روانشناسی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور پرند.

بارابارا-دی- انگرسل. دکتر سام گلداستین. ترجمه پروانه صاحب جمعی (۱۳۸۱). اختلال توجه و ناتوانی های یادگیری، چاپ اول؛ چاپ علمی و فرهنگی کتیبه.

برومز، دزموند و دیگران، ترجمه: محمد رضا کرامتی (۱۳۸۷).آموزش ریاضی به کودکان دبستانی، تهران: رشد.

جنسن، ا (۱۳۸۶). چگونگی تاثیر موسیقی بر مغز. ترجمه آذر عمرانی گرگری. تهران:انتشارات ویرایش.

حاجلو، نادر و رضایی شریف، علی (۱۳۹۰). بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه مشکلات یادگیری کلورادو، فصلنامه ناتوانی های یادگیری، ۱ (۱)، ۴۳-۲۴.

حسینی، سیدابراهیم؛ کریمی، سهیلا؛ نظیری، قاسم؛ شجاعی، سیده صدیقه (۱۳۹۵). اثربخشی موسیقی آرام و بی کلام بر سلامت معنوی نوجوانان دختر شهر شیراز. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۷، ۱، ۶۷- ۸۰.

حمید، نجمه؛ گلستانی پور، مرتضی و کریم‌نژاد، فرزاد. (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه هویت‌دینی، سلامت‌روان و خوش‌بینی. مجله روانشناسی و دین، ۲۱: ۹۳-۷۹.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

حاجی حسنی، مهرداد؛ سعدی‌پور، اسماعیل؛ جعفری‌نژاد، هادی؛ رستمی، کاوه؛ پیرساقی، فهیمه (۱۳۹۱). اثربخشیب موسیقی درمانی فعال و گشتالت درمانی بر کاهش اضطراب امتحان. اندیشه و رفتار، ۶، ۲۳، ۹- ۲۰.

زاده محمدی، علی (۱۳۸۸). مقدمه: تکنیک ها و کاربردها. تهران: نشر قطره.

زاده محمدی، علی (۱۳۸۴). موسیقی درمانی در روانشناسی، روانپزشکی و پزشکی. تهران. انتشارات: دانش.

زاده محمدی، علی؛ ملک خسروی، غفار؛ صدرالسادات، سیدجلال و بیرشک، بهروز (۱۳۸۵). بررسی تاثیر موسیقی درمانگری فعال بر کاهش اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، مجله روانشناسی ۳۸/ سال دهم، شماره۲.

سیف، علی اکبر (۱۳۸۴) روش های اندازه گیری و ارزشیابی آموزش، تهران: آگاه.

شریعتمداری، علی (۱۳۹۰). روانشناسی تربیتی، تهران: انتشارات امیرکبیر، چاپ ۲۲.

شفیعی، بیژن (۱۳۸۷). طراحی و ساخت غربالگری تشخیص اختلال در خواندن در پایه های اول تا پنجم دانش آموزان مقطع ابتدایی در اصفهان، شنوایی شناسی. دوره: ۱۷. شماره:۲.

شهنی ییلاق، منیجه؛ کرمی، جهانگیر و شکرکن، حسین (۱۳۸۳). بررسی همه گیر شناسی ناتوانی یادگیری املا در دانش آموزان ابتدایی شهر اهواز و اثر درمان چندحسی در کاهش ناتوانی یادگیری املا در آنان، مجله علوم تربیتی و روانشناسی شهید چمران اهواز: ۳ (۹)، ۱۴۴-۱۲۹.

شاملو، سعید. (۱۳۸۸). نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد. چاپ نهم.

فریار، اکبر؛ رخشان، فریدون (۱۳۷۹). ناتوانی های یادگیری. انتشارات مبنا.

فلاح، طاهره، سهرابی، فرامرز و زاده محمدی، علی (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی موسیقی درمانی با تصور هدایت شده و راهبرد های شناختی بر کاهش میزان اضطراب دانش آموزان، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، سال سوم، شماره ۴.

کیهانی، م و شریعت پناهی، م. (۱۳۸۷). بررسی تاثیر موسیقی بر عملکرد تمرکز و توجه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. دوره ۱۸،۲، ۱۰۱-۱۰۶.

کارل، ه، دلاکتو. ترجمه فاطمه سرحدی زاده (۱۳۸۸). شیوه ای نو در درمان کودکان مبتلا به اختلال خواندن. تهران: انتشارات: اطلس.

مرادی، منصور (۱۳۸۹). موسیقی درمانی در ترکمن صحرا (پرخوانی)، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۴۸.

مقدم، کاوه و استکی، مهناز (۱۳۸۹). موسیقی و اختلال یادگیری ریاضی، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۱۰۷/ ۴۸-۳۸.

ناعمی، علی محمد (۱۳۸۲). روانشناسی آموزش خواندن. چاپ چهارم. انتشارات آستان قدس رضوی.

نریمانی، محمد؛ پوراسمعلی، اصغر؛ عندلیب کواریم، مرتضی و آقاجانی، سیف اله (۱۳۹۱). مقایسه عملکرد استروپ در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری با دانش آموزان عادی، مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۲، شماره ۱/ ۱۵۸-۱۳۸.

Beck, S. L. (1991).The therapeutic use of music for cancer related pain. *once Nurse Forum;*18,1327–37

Boso, M., Emanuele, E., Minazzi, V., Abbamonte, M., Politi P. (2007). Effect of longterm interactive music therapy on behavior profile and musical skills in young adults with severe autism. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 13(7), 709-712.

Bradt, J., & Dileo, C. (2009). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients.

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

Cevasco, A. (2005). Comparison of movement-to-music, rhythm activities and competitive games on depression, anxiety, and anger of females in substance abuse rehabilitation. *Journal of Music*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

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.

Emmons, R. A. (2000), is spirituality an intelligence? Motivation and the psychology of ultimate concern, the international journal for the psychology of Religion, 10 (1): 3-26

Fiske, Susan T.and Taylor, Shelley E. (1986). Social cognition, McGraw-Hill, New York, 1991,p.3. Berkowitz, Leonard, A Survey of Social Psychology, HRW, New York, 17.

Guetin, S., Soua, B., Voiriot, G., & Picot, M. (2009). The effect of music therapy on mood and anxiety depression: An observational study in institutionalized patients with traumatic brain injury *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 52* (3), 30–40.

Ghetti, C. M. (2011). *Effect of Music Therapy with Emotional- Approach Coping on Pre-Procedural Anxiety in Cardiac catheterization*.(doctoral thesis, University of Kansas)

Gillam, N. (2003). Evaluated a music workshop which was established in 1995, research and development officer mental health.

Kaplan, R.S., & Steele, A.L. (2005). An analysis of music therapy program goals and outcomes for clients with diagnoses on the autism spectrum. Journal of Music Therapy. 42(1):2-19.

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

King, D.B. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model and measure [dissertation]. Trent University.

Lehtonen, K. (2005). Some ideas about music therapy for the elderly. Available from: http:// www.voices.no/mainissues/voices2(1)lehtonen.html

Mayer, J. D. (2000), "Emotional intelligence: popular or scientific psychology?" APA Monitor, 30- 50, Washington DC., American psychological association, retrieved from www. Prequest. Com

Mc Mullen, B. (2003), spiritual intelligence, Student BMJ journal, 11, 60-62.

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

Richard, G. (2007). Heimberg, Guilford Press. Social Phobia: Diagnosis, Assessmeent, and Treatment, 29-30

Shams Inati and Elsayed Omran, Literature, In: Oliver Leaman and Seyyed Hossein Naser (eds.), History of Islamic Philosophy, 2,/Routledge, London,1995,p.886

Nuseibeh, S. (1995). Epistemology, in: Oliver Leaman and Seyyed Hossein Nasr (eds.), History of Islamic Philosophy, 2, Routledge, London,1995,p. 836.

Simpson, A. (2009). Music therapy for depression {home page on the internet. Available from: Suite 101.com

Thaut, M.H., Gardiner, JC, Holmberg, D., Horwitz, J., Kent, L., Andrews, G.(2009). Neurologic music therapy improvesexecutive function and emotional adjustment in traumaticbrain injury rehabilitation. Ann NY Acad Sci.; 1169: 406-416.

Henry, l. (1995). Music therapy: A nursing intervention for the control of pain and anxiety in the ICU. Dimension of critical care nursing, 14(6): 295-304.

"Webmd. Mental Health: Social Anxiety Disorder" .Webmd.com .Retrieved 2010-14-40.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

Zohar, D., Marshall, I. (2000), "SQ (spiritual intelligences), the ultimate intelligence", London Bloom.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]