

## بررسی تأثیر موسیقی درمانگری فعال بر کاهش اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست\*

دکتر علی زاده محمدی\*\*، غفار ملک خسروی\*\*\*  
دکتر سیده جلال صیدالسادات\*\*\*\*، دکتر بهروز بیرشک\*\*\*\*\*



### چکیده

پژوهش حاضر «تأثیر روشهای موسیقی درمانگری فعال را بر اختلالات رفتاری کودکان بی سرپرست و بد سرپرست» دو مرکز خدمات بهزیستی در شهر تهران بررسی نموده است. در این مطالعه با در نظر گرفتن شرایط موجود و تعداد مورد نظر کودکان در چند مجتمع و همسان سازی گروهها، دو مرکز انتخاب شدند و برای هر کدام آنها «مقیاس کانرز» معلمین توسط مربیان تکمیل گردید. سپس انتخاب شده از کودکانی که بیشترین نمرات را در این مقیاس داشتند، به صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۴ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به صورت جداگانه در برنامه های موسیقی درمانگری در ۱۰

\* این پژوهش با مساعدت مالی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است.

\*\* دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

\*\*\* دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دبیر انجمن موسیقی درمانی ایران

\*\*\*\* دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، رئیس پژوهشکده علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\*\*\* دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شامل شنیدن آهنگ‌های کودکان، خواندن آوازهای کودکان، نواختن فی‌البداهه سازها، آموزش نواختن سازهای فلوت ریکورد، بلز و زیلفون، سرودن ترانه‌های دلخواه، همخوانی و هم‌نوازی شرکت کردند. بعد از پایان جلسات از طریق مقیاس کانرز معلمین، ارزیابی مجدد از مشکلات رفتاری کودکان توسط همان مربیان به عمل آمد و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که برنامه‌های موسیقی درمانگری بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان در سطح معناداری ۰/۰۵ مؤثر بوده و تأثیرات معناداری بر خرده مقیاسهای «اضطراب»، «غیر اجتماعی بودن» و «اختلال رفتاری» داشته است. اما در مورد رابطه بین میزان تأثیر موسیقی درمانگری با سن و سطح تحصیلات کودکان همبستگی معناداری به دست نیامد. یافته‌های پژوهش با تعداد زیادی از پژوهشهای قبلی همخوانی دارد، هرچند که با توجه به برخی محدودیتها و رفع آنها در پژوهش‌های بعدی می‌توان به نتایج قابل قبولتری دست یافت و از این شیوه درمانگری و توانبخشی در موارد گسترده‌تری استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** موسیقی درمانگری فعال، اختلالات رفتاری، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست.

## ● مقدمه

پژوهش‌های گوناگون تأثیر روشهای «موسیقی درمانگری فعال»<sup>۱</sup> به عنوان ابزاری مؤثر برای تقویت رفتارهای سازگار و کاهش هیجانات منفی کودکان نشان می‌دهد. فعالیت‌های حسی و حرکتی موسیقایی در سطوح مختلف رفتاری و انگیزشی با ایجاد فضایی ایمن، محرک و خوشایند، امکان برقراری ارتباط درمانی، گسترش تجربیات فردی و گروهی و همچنین افزایش عملکرد انطباقی کودکان را فراهم می‌سازد. شنیدن، خواندن، نواختن و دست‌ورزی‌های مختلف ریتمیک و ملودیک فرصت‌های روانی مختلفی برای شرکت فعال و موفقیت‌آمیز و پذیرش خود کودکان در گروه ایجاد می‌کند (پترز، ۱۳۸۲).

با توجه به این نکته که ارتباط موسیقایی از انواع ارتباط غیر کلامی است (گاستن، ۱۹۶۸)، موسیقی می‌تواند وسیله‌ای مؤثر و فراقکن برای ارتباط با کودکان باشد که در بیان مشکلات خود ناتوانند. روشهای موسیقایی در شکل همخوانی و هم‌نوازی در کودکان ایجاد ارزش شخصی نموده (میچل، ۱۹۷۱)، و به کودکانی که از نظر عاطفی آسیب دیده‌اند کمک می‌کند تا آسان‌تر به خودشناسی فردی و گروهی دست یابند، قابلیت‌های ارتباطی آنها گسترش یابد و خود را بهتر بروز دهند (واسرمن، ۱۹۷۲).

کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست که از عاطفه مادرانه و عشق و روابط صمیمی والدین

محروم بوده‌اند غالباً از اختلالات عاطفی، ناایمنی، احساس وابستگی یا طرد، گروه‌گریزی یا گروه‌گرایی حاد رنج می‌برند. و به طور جدی نیازمند ارتباط صمیمانه و عاطفی هستند، و به روشهای فراقکن و ابزارهای توانبخشی که بروز مشکلات آنها را تسهیل سازد علاقه نشان می‌دهند. از این رو روشهای موسیقی درمانی برای ایجاد ارتباط و تشخیص و درمان ناراحتی‌های روانی و عاطفی کودکان، جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است. روش‌ها و شیوه‌های موسیقی درمانگری متعددی بر اساس سبک‌ها و گرایش‌های موسیقایی و همچنین مکاتب روانشناسی شکل گرفته است و فعالیت‌های موسیقی درمانی برای کودکان در دو روش غیر فعال شامل شنیدن موسیقی و روش فعال شامل نواختن، خواندن، حرکت‌های موزون و بحث و گفتگو پیرامون موسیقی ارائه می‌گردد. به بیان دیگر در موسیقی درمانی غیر فعال عمده تأثیر در برانگیختن و تأثیرگذاری بر واکنش‌های عاطفی و ذهنی است و در روش فعال، واکنش‌های مختلف عاطفی - ذهنی حسی و حرکتی، تحریک و هماهنگ می‌شود.

در برنامه‌های موسیقی درمانگری فعالیتهای غیرکلامی سازی و فی البداهه و تمرینهای ریتمیکی وجود دارد که موفقیت زیاد و خواسته‌های کمی به همراه دارد، که عامل مؤثری در ایجاد ارتباط و درمان کودکان است (نلسون، ۲۰۰۵).

به طور کلی اختلالات رفتاری در کودکان شامل رفتارهایی است که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه است. ویژگی این گونه رفتارها این است که اولاً تأثیر منفی بر فرایند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط دارد. ثانیاً مزاحمت برای زندگی دیگران و استفاده آنان از شرایط به وجود می‌آورد (نلسون و ایزراییل، ۱۳۷۵). از شایع‌ترین اختلالات رفتاری کودکان می‌توان «اختلال فزون‌کنشی‌آکمپودتوجه»، «اختلالات اضطرابی»، «اختلالات خلقی»، «اختلالات یادگیری» و «اختلال سلوک» (کرداری) را نام برد.

## ● روش

○ طرح حاضر از نوع مداخله‌ای آزمایشی (تجربی) پیش‌آزمون، پیش‌آزمون، همراهِ با کنترل است که فرضیه‌های زیر مورد ارزیابی قرار می‌دهد:

□ موسیقی درمانگری فعال در کاهش اختلالات رفتاری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست اثر دارد.

□ تأثیر موسیقی درمانگری با متغیرهایی چون سن و سطح سواد کودکان رابطه دارد.

○ گروه نمونه این پژوهش شامل ۲۸ کودک پسر ۶ تا ۱۵ ساله بود که تحت عنوان کودکان

بدرپرست و بی‌سرپرست به طور شبانه‌روزی در دو مرکز «خدمات بهزیستی آمنه» (۱۴ نفر) و «آیت‌اله سعیدی» (۱۴ نفر) تهران زندگی می‌کنند و بالاترین نمرات را در «مقیاس اختلالات رفتاری کاترز فرم معلم» به دست آوردند. این کودکان به دلایل گوناگون رفتاری، اجتماعی و اقتصادی از جمله اعتیاد، طلاق، فقر و یا فقدان و فوت والدین، در مراکز فوق نگهداری می‌شوند. گروه نمونه به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایشی و کنترل که هر کدام شامل ۱۴ کودک بودند تقسیم شد (هر مرکز یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل هفت نفره).

#### ○ ابزار

اطلاعات لازم در این پژوهش با استفاده از «مقیاس اختلالات رفتاری کاترز فرم معلم»<sup>۲</sup> به دست آمد. «مقیاس ارزیابی کاترز معلمان» یک وسیله برای مشخص کردن انواع مشکلات رفتاری در کودکان ۴ تا ۱۵ ساله است که به طور گسترده استفاده می‌شود. انواع مختلفی از آن شامل نوع ۲۸ سئوالی و ۳۹ سئوالی آن در دسترس است. نوع ۳۹ سئوالی آن بر پایه یک نمونه ۹۵۸۳ نفری از کودکان کانادایی استوار است که اعتبار آن را بیشتر می‌کند که شامل ۶ عامل است: فزون‌کنشی، مشکلات رفتاری، اختلالات هیجانی، اضطراب نافرمان، غیراجتماعی بودن، اختلال توجهی که در ۴ درجه از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود.

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که این مقیاس دارای «اعتبار»<sup>۳</sup> و «روایی»<sup>۴</sup> کافی است. علاوه بر این تحلیل عاملی از شش خرده‌مقیاسی که این ابزار می‌سنجد، حمایت می‌کند. یک نسخه کوتاه شده با عنوان «مقیاس خلاصه شده معلمان»<sup>۵</sup>، مقیاس مفید با ۱۵ سؤال می‌باشد که برای مقاصد پیگیری تشخیص و غربالگری به کار می‌رود و مشابه پرسش‌نامه خلاصه شده والدین است. این مقیاس در ایران در سال ۱۳۷۴ توسط خسروی هنجاریایی شده است و به صورت ۳۸ سئوالی درآمده است. در این پژوهش هدف ارزیابی کاربردی مداخلات تحقیقی بوده است و مقیاس تنها برای ارزیابی کارآیی مداخلات استفاده گردید.

#### ○ روش اجرا

با هماهنگی که با مراکز خدمات بهزیستی به عمل آمد، چهار مرکز شبانه‌روزی و یک مرکز روزانه انتخاب شده و میان مراکز، ابزار پژوهش را برای کودکان آن مرکز تکمیل نمودند. سپس از کودکان دو مرکز که واجد شرایط سنی و تعداد مناسب و برنامه زمانی مناسب بودند تعداد ۲۸ نفر (در هر مرکز ۱۴ نفر) که بیشترین اختلال رفتاری را داشتند، به عنوان نمونه مورد تحقیق

انتخاب شدند. بدین ترتیب دو گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی ساده در دو مرکز متفاوت تشکیل شدند. برای گروه‌های تحقیقی برنامه‌های مدون موسیقایی به تعداد ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ترتیب داده شد. جلسات موسیقی درمانی در اتاقهایی در خود مراکز توسط کارشناسان دوره دیده انجام شد. سازهای مورد استفاده شامل زیلوفون در یکی از اندازه‌های باس، آلتو، سوپرانو، و همچنین بلز و فلوت ریکوردر، مثلث، دقک و قاشقک بودند. سازها در غیر جلسات در اختیار گروه قرار نمی‌گرفت. از طریق ضبط صوت، آهنگ‌های انتخابی برای فعالیت ریتمیک کودکان پخش می‌شد. در گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نگرفت. بعد از اتمام جلسات ابزار پژوهش توسط همان مربیان برای نمونه ۲۸ نفری کودکان تکمیل گردید و داده‌ها با استفاده از شاخصهای آماری میانگین، انحراف معیار، تحلیل کوواریانس، آزمون t و همبستگی پیرسون، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برنامه‌های موسیقی درمانی در پژوهش حاضر تمرین‌هایی در ۱۰ جلسه به شرح زیر برای کودکان گروه آزمایشی که بالاترین نمرات را در پرسشنامه کانرز والدین کسب کرده بودند به کار گرفته شده که شامل تمرین‌های زیر می‌باشد:

- انجام بداهه‌نوازی و دست‌ورزی با سازهای مختلف و نواختن آنها با ریتم و شدت دلخواه.
- ایجاد هیجان‌ها و موسیقایی برای فرافکنی احساسات.
- هم‌نوازی ریتمیک سازها و همخوانی ترانه‌های کودکان که کودکان را به همکاری گروهی و یا دو به دو ملزم می‌کند و نظم و نوبت را در نواختن و خواندن به آنها می‌آموزد.
- تقویت همکاری‌های بین فردی با هم‌نوازی و همخوانی.
- شنیدن ترانه‌های موسیقایی کودکان و هماهنگی ریتمیک‌سازی و حرکتی با آن.

## ● نتایج

برای هر گروه تفاوت نمرات پس آزمون و پیش آزمون محاسبه شد تا میزان تغییر در دو موقعیت برای هر آزمودنی مشخص شود. سپس برای بررسی میانگین تفاوت دو گروه آزمایش کنترل، از آزمون Z استفاده شد.

جدول ۱- نتایج آزمون ۱ برای مقایسه تفاوت میانگینهای نمرات پیش آزمون و پس آزمون

در دو گروه کنترل و آزمایشی

گروه‌ها	شاخص‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین خطای معیار	درجات آزادی	t	p
کنترل	آزمایشی	۱۴	۱۰/۴۴	۱۱/۶۶۷	۳/۱۱۸	۲۶	-۲/۱۱۷	۰/۰۴۴
		۱۴	۱۱/۵۰	۱۵/۷۰۸	۴/۱۹۸			

با توجه به جدول شماره ۱ نتایج به دست آمده نشان می‌دهد، که نمره گروه آزمایش، به طور معناداری ( $\alpha = 0/05$ ) نسبت به گروه گواه در پس آزمون افزایش پیدا کرده است.

جدول ۲- نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات خرده مقیاسهای پرسشنامه کانرز در پیش آزمون

و پس آزمون گروه آزمایشی ( $n = 14$ )

نوع اختلال	شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	میانگین خطای معیار	درجات آزادی	t	p
فزون کنشی		۶/۱۴	۸/۴۳	۳/۱۹	۶	۱/۹۳	۰/۱=۲
رفتاری		۴/۷۵	۴/۸۰	۱/۷۰	۷	۲/۸۰	۰/۰۲۷
عاطفی		۱/۰۸	۴/۱۳	۱/۱۵	۱۲	۰/۹۴	۰/۳۶۶
اضطراب		۲/۳۳	۱/۵۰	۰/۵۰	۸	۴/۶۷	۰/۰=۲
غیراجتماعی بودن		۲/۱۴	۲/۷۱	۰/۷۲	۱۳	۲/۹۶	۰/۰۱۱
توجه		۰/۲۱	۲/۰۸	۰/۵۶	۱۳	۰/۳۹	۰/۷۰۶
اندیس فزون‌کنشی		۲/۰۸	۶/۲۸	۱/۷۴	۱۲	۱/۱۹	۰/۲۵۶

همانگونه که در جدول ۲ دیده می‌شود نتیجه آزمون t بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی در خرده مقیاس اختلال رفتاری ( $p = 0/027$ )، در سطح معناداری ۰/۰۵، در خرده مقیاس اضطراب ( $p = 0/002$ )، در سطح معناداری ۰/۰۱ و در خرده مقیاس غیر اجتماعی بودن ( $p = 0/011$ ) بسیار نزدیک به سطح معناداری ۰/۰۱، با اطمینان ۹۵٪ معنادار است.

جدول ۳- ضریب همبستگی معنادار رابطه سه متغیر سن، سطح تحصیلات

و اختلاف نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس کانرز والدین در گروه آزمایشی

متغیر	سن	سطح تحصیلات
سطح تحصیلات	۰/۹۵۲	همبستگی
	۰/۰۰۰	معناداری
	۱۴	تعداد
تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون	۰/۴۳۹	همبستگی
	۰/۱۱۶	معناداری
	۱۴	تعداد

همانگونه که در جدول ۳ دیده می‌شود تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی با سن و سطح تحصیلات کودکان همبستگی معناداری ندارد، هرچند همبستگی بین

تفاوت نمرات و سطح تحصیلات کودکان نزدیک به سطح معناداری ۰/۰۵ می‌باشد.

### ● بحث و نتیجه‌گیری

○ نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که برنامه‌های موسیقی درمانگری در کاهش اختلالات رفتاری کودکان گروه آزمایشی تأثیر معناداری داشته است. علاوه بر این با مقایسه نمرات خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه کانرز معلمان در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه، در علائم مربوط به اضطراب، مشکلات رفتاری و غیر اجتماعی بودن، تفاوت معناداری مشاهده شد، در حالی که در دیگر مقیاسها شامل مشکلات عاطفی، فزون‌کنشی و اختلال توجه این تفاوت معنادار نبود.

○ در توجیه این یافته‌ها مباحث زیر قابل طرح است. برنامه‌های موسیقی درمانگری طراحی شده در اشکالی از خواندن، نواختن، ساختن و فعالیت‌های فی‌البداهه موسیقایی به گونه‌های متفاوتی کودکان را متأثر ساخت. از جمله عواطف و احساسات آنها را در حالت‌های مطبوع و خیال‌انگیز برانگیخت و شرایط مناسبی برای فرافکنی هیجان‌ها از جمله اضطراب کودکان به وجود آورد. ارتباط مثبت و ایمن با محیط و فضای موسیقایی و لذتی که کودکان از فعالیت‌های خود به دست می‌آورند به طور غیر مستقیم در کاهش نگرانی‌ها در اضطراب آنها تأثیرگذار بود. کودکان در همکاری‌های گروهی ریتمیک، همخوانی‌ها و همنازی‌های به رفتار اجتماعی، تقابل و رعایت بیشتر همدیگر ملزم می‌شدند که می‌توانست به تعدیل رفتار فردی و اجتماعی کودکان کمک نماید.

○ نتایج بدست آمده در این پژوهش در راستای تحقیقات متعددی است که اثر موسیقی درمانگری را در کاهش اختلالات رفتاری کودکان نشان می‌دهند. مانند پژوهش بیکر و همکاران (۱۹۹۴)، کلاین و وینکل اشتاین (۱۹۹۶)، تأثیر مثبت موسیقی درمانگری را بر اضطراب کودکان بدست آوردند. کلنی و بریوالوت (۲۰۰۱)، اثر موسیقی درمانی را بر توانبخشی روانی کودکان نشان دادند. همچنین در ایران زاده‌محمدی (۱۳۸۱)، تأثیر موسیقی درمانی فعال را در کاهش افسردگی، گوشه‌گیری و پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی و کاظمی ملک محمودی (۱۳۸۲)، تأثیر شنیدن موسیقی را بر اضطراب کودکان بستری در بیمارستان بررسی کردند.

○ این پژوهش نشان داد وقتی کودکان عملاً وجود خود را در فعالیت‌های موسیقایی احساس می‌کنند مثلاً قطعاتی می‌سازند و به عنوان آهنگ می‌نوازند و کلماتی را در شکل ترانه تصنیف می‌کنند و با آواز می‌خوانند و یا در همخوانی‌ها و همنازی‌های یکدیگر شرکت می‌کنند

رفتارشان بیشتر تعدیل می‌یابد و به سمت ارتباط و سازگاری گروهی تمایل پیدا می‌کنند. این فرایند به تقویت روابط بین فردی روحیه اجتماعی و ایمنی روانی آنها کمک می‌کند.

○ اما بخشی از نتایج پژوهش نشان داد که «موسیقی درمانگری فعال» در زمینه‌های «فزون‌کنشی» و «اختلال توجه» کودکان تأثیر نداشته است که دلیل آن را این گونه می‌توان توجیه کرد. دو اختلال فزون‌کنشی و اختلال توجه ریشه جدی‌تری در ساختارهای زیستی و عصب‌شناختی کودکان دارد و تغییر آن به سادگی و طی جلسات محدود و اندک موسیقی درمانی ممکن نیست و به نظر می‌رسد نیازمند جلسات طولانی و برنامه‌های متعدد موسیقی درمانی است، این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهش هیلارد (۲۰۰۱)، است که برای کاهش علایم اختلالات خلقی کودکان پژوهشی ترتیب داده است، هر چند که کاهش این علایم را گزارش نموده ولی این کاهش را معنادار ندانسته است.

○ فعالیتهای موسیقایی ارائه شده در این پژوهش خصوصاً فعالیتهای گروهی و محرک و مولد هیجان بوده است گرچه در فرافکنی احساسات و هیجان مؤثر بوده، اما در کاهش رفتارهای فزون‌کنشی و اختلال توجه با وجود زمینه‌های دشوار عصب‌شناختی آن در مدت کم اثرگذار نبوده است. مثلاً تולان و کولمن (۱۹۹۴)، با اجرای ۳۰ جلسه موسیقی درمانی توانستند در اختلالات یادگیری کودکان بهبود ایجاد کنند. به نظر می‌رسد تمرین‌های موسیقایی در برنامه‌ای دراز مدت و در شکل کاملاً مهار شده با هدف دقیق تقویت توسعه دامنه توجه و مهار رفتاری کودکان می‌تواند بر فزون‌کنشی و اختلال توجه این کودکان مؤثر باشد که چنین برنامه‌ریزی در این پژوهش وجود نداشت. در برنامه‌های پژوهش بیشتر آن گروه از علایم روانشناختی تحت تأثیر قرار گرفت که زمینه‌های اجتماعی، محیطی و احساسی در آنها بارز بود.

○ و اما چرا رابطه موسیقی درمانی فعال با «سن» و «سطح تحصیلات» کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست تأیید نگردید. این گونه قابل بحث است که بعضی از جنبه‌ها و سبک‌های موسیقی با رشد انتزاعی و تحول ذهنی بالا رابطه نزدیکی دارد. برای مثال درک، تجزیه و تحلیل ملودیهای موسیقی پیچیده و کلاسیک نیازمند رشد انتزاعی ذهن شونده است. هرچه ذهن متحول‌تر باشد امکان درک ملودی‌های پیچیده موسیقی بیشتر خواهد بود. اما فعالیت‌های موسیقایی که در این پژوهش به کار رفته به دلیل عینی‌بودن و حسی و حرکتی بودن ریتمها و ملودیاها نیاز به شرایط ذهنی خاصی برای ارتباط و فهم آن وجود نداشته است. از آنجائی که عمده کودکان مورد مطالعه به لحاظ سنی در طراز عملیاتی قرار داشته‌اند به سادگی با برنامه‌های ارائه شده ارتباط برقرار کرده و در به کارگیری آن موفق بوده‌اند. به همین دلیل تأثیرپذیری و درک آن نیازمند طرازهای تحولی



بالا و شرایط انتزاعی نبوده و تفاوت نیز مشاهده نشد.

#### ● محدودیت‌های پژوهش

□ از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان از زمان کوتاه برای به نتیجه رسیدن پژوهش است. برای تأثیرگذاری درمان‌های جایگزین و توانبخشی محدوده زمانی یک ماهه وقت بسیار کمی به نظر می‌آید و با توجه به اینکه مقوله اختلال رفتاری پدیده‌ای است که در طول زمان ایجاد می‌شود در نظر گرفتن تنها یک ماه برای اصلاح رفتار و نیز بدون در نظر گرفتن محیطی که کودک در آن قرار دارد حتی اگر برنامه درمانی بسیار قوی باشد، غیر منطقی به نظر می‌رسد.

□ محدودیت دیگر را می‌توان درباره ابزار سنجش مطرح کرد. از آنجاکه «مقیاس کانرز معلمان» در ارزیابی اختلالات رفتاری کودکان به کار می‌رود نمی‌توان مطمئن بود که در پی‌گیری درمان نیز به همان اندازه مؤثر باشد و حساسیت لازم را برای این هدف داشته باشد.

□ نبود مکان مناسب نیز از دیگر محدودیت‌های قابل ذکر است. مداخلات موسیقی درمانگری احتیاج به فضا و امکانات فیزیکی مناسب دارد که آزمودنی‌ها با آزادی و اختیار کامل بتوانند در آن به فعالیت بپردازند. اما چنین مکانی در مراکز وجود نداشت و در عین حال امکان بردن آزمودنی‌ها به مکان‌های دیگر نیز وجود نداشت. عدم امکان انتخاب زمان مناسب جلسات توسط پژوهشگران نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود که یا به علت محدودیت‌های اداری مراکز و یا به خاطر تداخل ساعات جلسات با ساعات تحصیل کودکان، می‌تواند در کارایی برنامه‌ها مؤثر بوده باشد.

□ پژوهشگران این تحقیق از همکاری صمیمانه مدیران و کارکنان مراکز خدمات بهزیستی «آمنه» و «آیت اله سعیدی» تشکر کرده و برای کودکان عزیزی که با حضور فعال خود امکان انجام چنین تحقیقی را میسر کردند آرزوی سلامتی و نیکبختی دارد.



#### یادداشت‌ها

- |  |             |
|--|-------------|
| 1- Active music therapy                            | 2- Peters   |
| 3- Conners' Behaviour Disorder Scale, Teacher form |             |
| 4- Reliability                                     | 5- Validity |
| 6- Brief Teachers' Scale                           |             |

## منابع

- پترز، اشمیت. (۱۳۸۲). مقدمه‌ای بر موسیقی درمانی. ترجمه علی‌زاده محمدی، تهران: انتشارات شباهنگ.
- زاده‌محمدی، علی. (۱۳۸۱). کاربردهای موسیقی در روانپزشکی، پزشکی و روانشناسی. تهران: انتشارات اسرار دانش.
- کاظمی ملک‌محمودی، شیدا. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب کودکان بستری در بیمارستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نلسون، ریثا ویکس و ایزرائل، الن سی (۱۳۷۵). اختلالات رفتاری کودکان، ترجمه محمدتقی منشی طوسی؛ مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- Baker, T.; Winter, M. J.; & Paskin, S. (1994). Music reduces stress and anxiety of patients in the surgical holding area. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 9(6): 340-343.
- Gaston, E. T. (1968). Man and music, In E.T. Gaston (Ed)., *Music in therapy*. New York: cMillan.
- Hilliard R. (2001). The use of music therapy in meeting the multidimensional needs of hospice patients and families. *Journal of Palliative Care*, 17(3).
- Kenely, J.; & Briew-Elliot, K. (2001). The role of music therapy in pediatric rehabilitation. *Journal of Pediatric Rehabilitation*. Jul-sep; 4(3): 137-43.
- Kleine, S.; Winkelstein, M. L. (1996). Enhancing pediatric health care with music. *Journal of Pediatric Health Care*. Mar-Apr, 10(2): 74-81.
- Michel, D. E. (1971). Self-esteem and academic achievement in black junior high in music education. *Bulletin*, 24, 15-230.
- Nelson, R.; & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood* (4th ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- T. Baker, S.; & et al. (1995). How to alleviate pre of stress: Play music for patients, *online* 58(8).
- Toolan, P.; & Coleman, S. (1995). Music therapy: A description of process: Engagement and avoidance in five peoples. *British Journal of Music Therapy*, 9, 1: 17-25.
- Wasserman, N. M. (1972). Music therapy for the emotionally disturbed in a private hospital. *Journal of Music Therapy*, 9(2), 99-104.

