

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

**تأثیر ترکیب های مختلف موسیقی و حرکات هماهنگ بر میزان بروز مشکلات رفتاری
دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۴ سال کم توان ذهنی آموزش پذیر**

استاد راهنما

دکتر احمدرضا موحدی

استاد مشاور

دکتر احمد عابدی

پژوهشگر

مریم نظری

بهمن ماه ۱۳۹۰

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات،
ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق
موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه
اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی تربیت بدنی و علوم ورزشی خانم مریم نظری

تأثیر ترکیب های مختلف موسیقی و حرکات هماهنگ بر میزان بروز مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۴ سال کم توان ذهنی آموزش پذیر

در تاریخ ۹۰/۱۱/۱۱ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه ... به تصویب نهایی رسید.

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------|------|
| ۱- استاد راهنمای پایان نامه | دکتر احمدرضا موحدی | با مرتبه ی علمی استادیار | امضا |
| ۲- استاد مشاور پایان نامه | دکتر احمد عابدی | با مرتبه ی علمی استادیار | امضا |
| ۳- استاد داور داخل گروه | دکتر شهلا صفوی | با مرتبه ی علمی استادیار | امضا |
| ۴- استاد داور خارج از گروه | دکتر سالار فرامرزی | با مرتبه ی علمی استادیار | امضا |

امضای مدیر گروه

تقدیر و تشکر

نخست سپاس و ستایش خداوند متعال را که نعمت دانش آموختن و کسب معرفت به بشر عطا فرمود، تا آدمی ذهن و روان خود را به کمالات آراسته نماید.

پروردگارا!، مرا مدد کن تا دانش اندکم نه نردبانی باشد برای فزونی غرور و تکبر و نه حلقه ای برای اسارت و نه دستمایه ای برای تجارت، بلکه گامی باشد برای انسانیت و متفاوت ساختن زندگی خود و دیگران.

سپاس و تقدیر فراوان دارم از استاد ارجمند جناب آقای دکتر احمدرضا موحدی به پاس تلاش خالصانه و بی دریغی که در راه تکمیل این پایان نامه داشتند و با راهنماییهای ارزنده ایشان دشواری مسیر هموار گشت. تشکر فراوان دارم.

از استاد مشاور گرامی و ارجمند جناب آقای دکتر احمد عابدی که فراتر از وظایف خویش مشوق من بودند.

همچنین کمال تشکر و قدردانی دارم از تمام دوستانی که طی انجام کار همراهی خویش را بی هیچ چشم داشتی نثار نمودند.

تقدیم

به مادر دلسوز و مهربانم که صبورانه یاریگرم بود.

به همسر عزیزم که مشوق و همراه همیشگی من بوده است.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر ترکیب های مختلف موسیقی و حرکات هماهنگ بر میزان بروز مشکلات رفتاری کودکان پسر ۸ تا ۱۴ سال کم توان ذهنی آموزش پذیر بود. روش تحقیق از نوع نیمه تجربی بوده که در آن اثر ترکیب های مختلف موسیقی در دو نوع گام مینور و گام ماژور به عنوان متغیرهای مستقل بر میزان بروز مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۴ سال کم توان ذهنی به عنوان متغیر وابسته بررسی شد. بدین منظور تعداد ۴۰ پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر به طور تصادفی در چهار شیوه ی تمرینی شامل: (۱) حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام ماژور، (۲) حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام مینور، (۳) حرکات هماهنگ بدون زمینه ی موسیقی و (۴) بدون تمرین و بدون موسیقی تقسیم بندی شدند. برای مطالعه ی مشکلات رفتاری از سیاهه ی راتر- نسخه ی والدین استفاده شد. پیش آزمون قبل از دوره ی پژوهش و پس آزمون پس از ۱۲ هفته تمرین (۳۶ جلسه) و به فاصله ی یک ماه از آخرین جلسه ی تمرینی، گرفته شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها و آزمون فرضیه ها از روش های آماری تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است. نتایج نشان داد که هر سه نوع شیوه ی تمرینی مشکلات رفتاری کودکان را به طور معناداری کاهش داده است. با این حال، تأثیر شیوه تمرینی حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام ماژور بر کاهش شاخص های مشکلات رفتاری شامل: مشکلات درون نمودو برون نمود به طور معناداری بیش از سایر شیوه ها است.

واژگان کلیدی: عقب ماندگی ذهنی، مشکلات رفتاری، موسیقی گام ماژور، موسیقی گام مینور

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: شرح و بیان مسئله پژوهشی
۱-۱-۱	مقدمه..... ۱
۲-۱	تعریف مسئله و بیان سؤال های اصلی تحقیق..... ۳
۳-۱	ضرورت و اهمیت پژوهش..... ۵
۴-۱	اهداف پژوهش..... ۷
۱-۴-۱	هدف کلی..... ۷
۱-۴-۲	هدف های اختصاصی..... ۷
۵-۱	فرضیه های پژوهش..... ۸
۶-۱	محدودیت های پژوهش..... ۸
۱-۶-۱	محدودیت های قابل کنترل..... ۸
۲-۶-۱	محدودیت های غیر قابل کنترل..... ۹
۷-۱	تعریف نظری واژه ها و اصطلاحات..... ۱۰
۱-۷-۱	کم توان ذهنی آموزش پذیر..... ۱۰
۲-۷-۱	مشکلات رفتاری..... ۱۰
۳-۷-۱	موسیقی درمانی..... ۱۰
۴-۷-۱	موسیقی گام مینور..... ۱۰
۵-۷-۱	موسیقی گام اژور..... ۱۱
۶-۷-۱	حرکات هماهنگ..... ۱۱
۸-۱	تعریف عملیاتی واژه ها و اصطلاحات..... ۱۱
۱-۸-۱	کم توان ذهنی آموزش پذیر..... ۱۱
۲-۸-۱	مشکلات برونی شده..... ۱۱
۳-۸-۱	مشکلات درونی شده..... ۱۱
۹-۱	پیش فرضهای تحقیق..... ۱۱
	فصل دوم: ادبیات تحقیق
۱-۲-۱	مقدمه..... ۱۲
۲-۲	مبانی نظری عقب ماندگی ذهنی..... ۱۳
۳-۲	تعریف عقب ماندگی ذهنی..... ۱۴

عنوان

صفحه

- ۱-۳-۲- تعاریف سنتی عقب ماندگی ذهنی..... ۱۴
- ۲-۳-۲- تعریف AAMR..... ۱۵
- ۱-۲-۳-۲- چه رفتارهایی را رفتارهای سازشی می نامیم؟..... ۱۶
- ۳-۳-۲- تعریف کم توانی ذهنی از نظر جامعه شناسی و رفتاری..... ۱۶
- ۴-۲- سبب شناسی ناتوانی ذهنی..... ۱۷
- ۵-۲- طبقه بندی عقب ماندگی ذهنی..... ۱۷
- ۱-۵-۲- عقب ماندگی ذهنی بر اساس سیستم AAMR..... ۱۸
- ۲-۵-۲- عقب ماندگی ذهنی بر اساس سیستم مدارس..... ۱۸
- ۶-۲- عقب مانده ذهنی آموزش پذیر چه کسی است؟..... ۱۹
- ۷-۲- مشکلات رفتاری از دیدگاه های مختلف..... ۱۹
- ۸-۲- اختلال برون نمود و درون نمود..... ۲۱
- ۹-۲- بررسی درصد شیوع اختلالات رفتاری..... ۲۲
- ۱۰-۲- مبانی نظری موسیقی درمانی..... ۲۴
- ۱-۱۰-۲- موسیقی درمانی چیست؟..... ۲۴
- ۲-۱۰-۲- تاریخچه موسیقی درمانی..... ۲۴
- ۳-۱۰-۲- ایجاد مؤسسات موسیقی در طول جنگ های داخلی..... ۲۵
- ۴-۱۰-۲- انجمن ملی موسیقی درمانی..... ۲۶
- ۵-۱۰-۲- انجمن ملی موسیقی درمانی آمریکا..... ۲۷
- ۱۱-۲- موسیقی درمانی در ایران..... ۲۷
- ۱-۱۱-۲- ضرورت فعالیت های نوین در زمینه موسیقی درمانی..... ۲۷
- ۱۲-۲- موسیقی درمانی در سایر کشورها..... ۲۸
- ۱۳-۲- اهداف فعالیت های موسیقی درمانی..... ۲۹
- ۱۴-۲- موسیقی چگونه در درمان به کار می رود؟..... ۲۹
- ۱۵-۲- کاربرد موسیقی در درمان عقب ماندگی ذهنی..... ۳۰
- ۱۶-۲- تحقیقات علمی..... ۳۱
- ۱-۱۶-۲- تأثیر موسیقی بر عقب ماندگی و ناسازگاری های هیجانی و عاطفی..... ۳۱
- ۲-۱۶-۲- تأثیر موسیقی بر اختلالات رفتاری که مانع از سازگاری می شوند..... ۳۳
- ۳-۱۶-۲- قدرت موسیقی و تأثیر آن بر هوش و رشد اجتماعی کودکان..... ۳۴
- ۴-۱۶-۲- تأثیر موسیقی بر رشد ذهنی کودکان کم توان ذهنی..... ۳۵
- ۵-۱۶-۲- تأثیر موسیقی بر خلاقیت کودکان کم توان ذهنی..... ۳۶

۳۷.....	۲-۱۶-۶- تأثیر موسیقی بر رشد شخصی.....
۳۸.....	۲-۱۶-۷- تأثیر موسیقی بر رشد جسمانی، سلامت و تندرستی.....
۴۰.....	۲-۱۷- جمع بندی کلی از روند مرور تحقیقات.....

فصل سوم: روش تحقیق

۴۱.....	۳-۱- مقدمه.....
۴۱.....	۳-۲- جامعه آماری تحقیق.....
۴۲.....	۳-۳- نمونه و روش نمونه گیری.....
۴۳.....	۳-۴- روش تحقیق.....
۴۳.....	۳-۵- متغیر های تحقیق.....
۴۳.....	۳-۵-۱- متغیر مستقل.....
۴۳.....	۳-۵-۲- متغیر وابسته.....
۴۴.....	۳-۵-۳- متغیر های کنترل شده.....
۴۴.....	۳-۵-۴- متغیر های کنترل نشده.....
۴۴.....	۳-۶- ابزار گرد آوری اطلاعات.....
۴۴.....	۳-۶-۱- پرسشنامه والدین راتر.....
۴۶.....	۳-۷- روش اجرای تحقیق.....
۴۷.....	۳-۸- وسائل مورد نیاز پژوهش.....
۴۸.....	۳-۹- روش های آماری.....

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته ها

۴۹.....	۴-۱- مقدمه.....
۵۰.....	۴-۲- ویژگی های عمومی آزمودنی ها.....
۵۰.....	۴-۳- یافته های توصیفی.....
۵۲.....	۴-۴- یافته های استنباطی.....
۵۲.....	۴-۴-۱- آزمون فرضیه های تحقیق.....
۵۲.....	۴-۴-۱-۱- آزمون فرض اول.....
۵۴.....	۴-۴-۱-۲- آزمون فرض دوم.....
۵۴.....	۴-۴-۱-۳- آزمون فرض سوم.....
۵۴.....	۴-۴-۱-۴- آزمون فرض چهارم.....
۵۵.....	۴-۵- یافته های پژوهش.....

عنوان

صفحه

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵-۱- مقدمه.....	۵۶
۵-۲- خلاصه تحقیق.....	۵۶
۵-۳- یافته های تحقیق.....	۵۷
۵-۴- بحث یافته ها به طور کلی و به تفکیک اهداف تحقیق.....	۵۷
۵-۵- بحث و نتیجه گیری و مقایسه یافته های همخوان و ناهمخوان.....	۵۸
۵-۶- پیشنهادهای عملی برخاسته از تحقیق.....	۶۱
۵-۷- پیشنهادهای تحقیقی برای پژوهشگران.....	۶۱
پیوست ها.....	۶۴
منابع و مأخذ.....	۶۹

فصل اول

شرح و بیان مسئله پژوهشی

۱ - مقدمه

بر اساس تعریف انجمن روان پزشکی آمریکا^۱، کم توانی ذهنی^۲، وضعیتی است که در آن نمره ی هوش عمومی فرد زیر حد متوسط^۳ بوده و همین عامل سبب از هم گسیختگی رفتارهای سازگارانه ی او گردد. کودکان کم توان ذهنی که تقریباً ۲ الی ۳ درصد از افراد هر جامعه‌ای را شامل می‌شوند^۱، با مشکلات شخصیتی و جسمانی زیادی مانند ASD^۴، اختلالات تشنجی، اختلالات مزمن دستگاه گوارش، نقص توجه و تمرکز، بیش‌فعالی، مشکلات ادراک زبان، مشکلات در خواندن و نوشتن (سواد آموزی)، مشکلات شمار فهمی، عدم رشد مهارت های شناختی و اکتساب عمومی، مشکلات رشد جسمانی و تندرستی مواجه اند.

روش های مختلفی جهت رفع تمامی این مشکلات از گذشته تا کنون به کار گرفته شده است. روش هایی مانند بهبود عادات غذایی، برگزاری کلاس های فوق برنامه^۵، برگزاری جلسات مشاوره برای آگاهی خانواده ها از از جهات روانی و فرهنگی، برگزاری کلاس های ویژه (ضمن خدمت) در حوزه ی آموزش و پرورش استثنایی جهت آگاهی معلمان، استفاده از روش های درمان دارویی (مانند استفاده از رتالین در درمان بیش‌فعالی). تمامی روش های درمانی نام برده در کمک به بهبود هر چه بیش تر این کودکان نقش مؤثر داشته و همچنان توسط معلمان، محققین و مروجین فرهنگ سلامت در دست بررسی و قابل کاربرد می باشند، هرچند که در گذر زمان و با پیشرفت علوم نظرات مختلفی در خصوص انواع روش های درمانی توسط محققین ارائه گشته است، تحقیقات

^۱. DSM-TR-IR
^۲ Mental retardation

^۳. نمره هوش هفتاد یا کمتر

در زمینه ی رفع مشکلات کودکان عقب مانده ذهنی به شیوه های مختلف همچنان ادامه دارد. مشکلات رفتاری به عنوان یکی از شایع ترین مشکلات کودکان عقب مانده ی ذهنی، عواملی هستند که با ایجاد پاسخ های هیجانی یا رفتاری متفاوت و نامعقول، به طور جدی بر روابط اجتماعی مناسب و سازگارانۀ فرد در مدرسه، خانواده و محیط کار اثر می گذارند (۱). یکی از روش های درمانی که سال هاست در کشورهای مختلف و از جمله ایران به کار گرفته می شود و تحقیقات زیادی در خصوص آن صورت پذیرفته، هنر درمانی است. شیوه های درمان هنری مانند نقاشی درمانی، رقص درمانی و موسیقی درمانی می باشند که از اوایل قرن ۲۰ به عنوان هنرهای خلاقانه و به شکل پایدار به عنوان بخش مهمی از طب مکمل در درمان بیماری های روانی و فیزیولوژیک به اثبات رسیده است. سه گروه اصلی از بیماران که در ارتباط با درمان آن ها موسیقی قابل استفاده می باشد، کودکان مبتلا به عقب ماندگی و کندی، تضادهای رفتاری و عاطفی، کودکان مبتلا به اختلالات جسمانی و اختلالات مربوط به عوامل روان تنی می باشد (۲). موسیقی درمانی سال هاست که توسط محققین مختلف در درمان بیش فعالی با نقص توجه^۱، درمان اضطراب سالمندان، کاهش پرخاشگری، درمان اوتیسم^۲، کاهش درد در بیماران بخش جراحی، بهبود بیماری های قلبی- عروقی و کاهش بی قراری مبتلایان به آلزایمر به شیوه های مختلف و مبتکرانه به کار گرفته شده است. یافته های پژوهش چوی^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۸ نشان داد که موسیقی می تواند رفتارهای پرخاشگرانه را کاهش داده و منجر به ارتقای اعتماد به نفس در کودکانی شود که رفتارهای تهاجمی از خود بروز می دهند (۳). لپین^۴ و میکوزی (۲۰۰۶)، نشان دادند که موسیقی فرصت هایی را برای افزایش کنترل احساسات از طریق تخلیه ی هیجانی در افراد بزرگسال، ایجاد می کند (۴). موسیقی درمانی را می توان به عنوان شیوه ی استفاده از موسیقی کنترل شده جهت تأثیر بر انسان و کمک به یکپارچه سازی فیزیولوژیکی، روانی و عاطفی فرد در طول دوره ی درمان یک بیماری تعریف کرد. نتایج مطالعات ماریانا بوسو^۵ نیز نشان داده است که مداخلات کوتاه مدت موسیقی، مهارت های کلامی و ارتباطات اجتماعی کودکان مبتلا به اوتیسم را بهبود می بخشد (۵). موسیقی بر رشد مغز تأثیر داشته و در مواردی گزارش شده است که در زمان ارائه موسیقی برخی از فعالیت ها با علاقه ی بیشتر و مؤثر تر از زمانی که موسیقی پخش نمی شود انجام می گیرند. در یک بررسی مطالعاتی از ۱۵ تحقیق صورت گرفته توسط هتلند^۶ در سال (۲۰۰۰)، ارتباط قوی و معنا داری یافت شد که نشان می دهد، فعالیت های موسیقایی منجر به بهبود چشمگیر عملکرد و تأثیر آن بر اندازه ی بخش ادراکی فضایی لب گیجگاهی می گردد (۶).

نوردف^۷ کسی بود که موسیقی درمانی خلاقانه را توسعه داد. موسیقی درمانی، می تواند به شکل های مختلف و همراه با روش های مکمل دیگر به کار برده شود که در آن خلاقیت وجود دارد و از لحاظ نیروی انسانی و

^۱ ADHDs

^۲ . Autism

^۳ Choi

^۴ Lippin

^۵ Marianna BOSOS

^۶ Hetland

^۷ Nordoff

هزینه های درمانی نیز مقرون به صرفه است. چنانچه موسیقی درمانی با دیگر روش ها یا شیوه های معمول تلفیق و تکمیل گردد، یکی از بهترین روش های مداخله خواهد بود. در پژوهش حاضر سعی شده است که از حرکات موزون با هماهنگی دست و پا، هماهنگی بینایی و حسی - حرکتی به صورت ترکیب با زمینه ی موسیقی گام ماژور و مینور در ۴ گروه استفاده شود، تا تأثیر این دو موسیقی و حتی عدم استفاده از موسیقی بر مشکلات رفتاری کودکان عقب مانده ی ذهنی بررسی شود.

۱-۲- تعریف مسئله و بیان سؤال های اصلی تحقیق:

یکی از هدف های اصلی آموزش و پرورش، توجه به نیازهای دانش آموزانی است که به لحاظ جسمی، روانی، ذهنی، اجتماعی و یا رفتاری کم توان هستند و نیاز به آموزش های ویژه برایشان ضروری است. کم توانی ذهنی شامل محدودیت هایی است که در کارایی فرد تأثیر داشته و با کارکرد ذهنی که به شکل معناداری پایین تر از میانگین است، مشخص می شود و علاوه بر این با نقص در دو یا چند حیطه از مهارت های سازشی همراه است. مهارت های سازشی شامل ارتباط، خود مراقبتی، زندگی خانوادگی، مهارت های اجتماعی، استفاده اجتماعی، خودمختاری، بهداشت و ایمنی، کارکرد تحصیلی، اوقات فراغت و کار می باشد (۱). مشکلات رفتاری دانش آموزان، از اساسی ترین معضلات حوزه ی آموزش و پرورش کودکان استثنایی به شمار می آید. در تحقیق حاضر که بر اساس پرسش نامه ی راتر انجام گرفته است؛ این مشکلات شامل مشکلات رفتاری برون نمود و مشکلات رفتاری درون نمود می باشد. مشکلاتی مانند پرخاشگری، فحاشی، دروغ گویی، دزدی، فرار از مدرسه، نافرمانی از اوامر والدین و معلمان در حیطه ی مشکلات برون نمود قرار می گیرند و مشکلاتی دیگر مانند افسردگی، ناخن جویدن، تمارض، ترس های واهی و انزوا طلبی در حیطه ی مشکلات درون نمود قرار می گیرند. با وجود اهمیت این موضوع، پژوهشگران در پی پاسخ به این پرسش هستند که بهترین راه برای پیشگیری و بهبود مشکلات رفتاری این قبیل کودکان چیست؟. پیشرفت در زمینه ی مطالعه ی مغز انسان ما را بر این باور داشته که میان فعالیت های موسیقایی و رشد سایر جنبه های انسانی ارتباط وجود دارد. موسیقی درمانی که به عنوان شیوه ی استفاده از موسیقی کنترل شده جهت کمک به یکپارچه سازی فیزیولوژیکی، روانی و عاطفی فرد در طول دوره ی درمان یک بیماری تعریف می شود، برای بهبود کودکانی که در سازگاری با محیط مشکل داشته و نمی توانند هیجانانشان را بروز دهند، ایجاد انگیزه در کودکانی که اراده کمی دارند، در تحریک ارتباطات میان کودکانی که مهارت های کلامی رشد نیافته دارند، در کمک به رشد مهارت های شناختی و غلبه بر عادت های غیر طبیعی یا رفتارهای ناسازگارانه ی کودکان مؤثر می باشد (۲). نتایج پژوهش مورنو و بسون (۲۰۰۶) بر روی کودکان ۸ ساله، بعد از ۸ هفته تمرین موسیقی و نواختن آن نشان داد، کودکان گروه آزمایش در ادراک شناختی خود نسبت به گروه کنترل بهبود قابل توجهی نشان دادند (۷). راشر^۲ و همکاران

^۱ Moreno & Besson

^۲ Rauscher

(۲۰۰۹) به بررسی تأثیر انواع مختلف فعالیت های موسیقایی در کودکانی پرداختند که رفتارهای پر خطر داشتند. پس از مدت ۲ سال، ۳ گروه کار با موسیقی، امتیازات بالاتری را نسبت به گروه کنترل در تکالیف مربوط به دست آوردند (۸). در خصوص موسیقی درمانی مواردی ثبت شده است که نشان می دهد پدیده های تولید شده توسط گروه درمانی نسبت به درمان انفرادی به نفع بیمار است. بیسمن^۱ (۱۹۶۷) دریافت که فعالیت هایی مانند پرتاب کردن، دریافت کردن، پریدن و جهیدن با تمرینات گروهی و هماهنگی به سرعت بهبود می یابد. در حالی که برون^۲ و همکاران (۱۹۸۱)، دریافتند که چنانچه برنامه های تربیت بدنی (PE) و موسیقی با هم هماهنگ شوند عملکرد حرکتی کودکان نسبت به زمانی که این تمرینات به تنهایی انجام شوند، بیشتر بهبود می یابد. بنا براین و براساس یافته های پژوهشگران در مورد فواید کار گروهی، در این پژوهش نیز سعی شده تا از مزایای فعالیت گروهی به صورت تمرین حرکات هماهنگی در کنار موسیقی استفاده شود. کلوتر^۳ و اشنايدر (۲۰۰۰)، طی پژوهشی دریافت که گروه تمرینات ورزشی همراه با موسیقی امتیازات بسیار بالاتری در موفقیت های تحصیلی نسبت به آن هایی که تنها فعالیت ورزشی داشتند، کسب کردند و گروه کنترل از هر دو گروه نامبرده امتیازات کمتری کسب کرد (۹). بسیاری از تحقیقات در خصوص تأثیر موسیقی بر مشکلات کودکان کم توان ذهنی در حیطه های مختلف، مفید بودن آن را به عنوان یک شیوه ی درمانی در کنار سایر روش ها تأیید می کنند و بهبود قابل توجهی در زمینه های ارتباطی، رفتارهای اجتماعی و پاسخ های عاطفی توسط مداخلات موسیقی بارها و بارها توسط محققان مختلف در تحقیقاتی مستقل گزارش شده است. نتایج تحقیق ماریانا بوسو (۲۰۰۷)، نشان داد که موسیقی درمانی منجر به کمک در بهبود نشانه ها و علائم مربوط به اوتیسم شده و قدرت یادگیری مهارت های موسیقایی را در افراد مبتلا به اوتیسم شدید نسبت به قبل افزایش می دهد (۵). در برخی از پژوهش های مربوط به موسیقی درمانی نتایج متناقضی نیز دیده می شود. به عنوان مثال، درمقابل تحقیق انجام شده توسط دنی^۴ در سال ۲۰۰۰ که نشان داد پس زمینه ی موسیقایی در کاهش رفتارهای مضطرب بیماران مبتلا به زوال عقلی مؤثر است، کلیر^۵ و برنشتاین نتایج متناقضی را گزارش کردند، آن ها به این نتیجه دست یافتند که موسیقی در کاهش رفتار های مضطرب بی تأثیر است. گاردینر^۶ و همکاران (۱۹۹۸) با تحقیق در مورد عملکرد کودکان شرکت کننده در برنامه های هنری از قبیل شنیدن موسیقی، کار با ابزار موسیقی و آواز خواندن، دریافتند کودکانی که مدت زمان بیشتری در معرض موسیقی قرار داشتند در مجموع امتیازات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کردند (۱۰). با این حال برخی از محققین از جمله هینس^۷ (۲۰۰۰)، نتایج متفاوتی در خصوص تأثیر موسیقی بر موفقیت های تحصیلی کسب کردند. به عنوان مثال در یک مطالعه دانش آموزان کودکانی که مشکلات مربوط به یادگیری داشتند تا کلاس نهم بررسی کرده و دریافتند که پیشرفت تحصیلی در مهارت های خواندن و

^۱ Beisman
^۲ Brown
^۳ Klotz
^۴ Denny
^۵ Clair
^۶ Gardiner
^۷ Hines

ریاضی تحت تأثیر مداخله موسیقی صورت پذیرفته و تأثیری از مداخله ی موسیقی در کودکان دارای مشکلات یادگیری دیده نشد (۱۱). البته باید اذعان کرد که تغییرات صورت گرفته با توجه به نوع خاص موسیقی متفاوت از هم هستند. موسیقی سهم عمده ای در شکل گیری، رشد و توسعه ی خودشناسی و آگاهی از هویت در میان نوجوانان دارد، زیرا آن ها به اندازه ی زیادی موسیقی گوش می دهند. در انگلستان، نوجوانان به طور معمول تقریباً ۳ ساعت در طول روز موسیقی گوش می دهند. آن ها این کار را به منظور گذراندن زمان، کاهش خستگی، تسکین تنش ها و منحرف کردن توجه خود از عوامل نگرانی زا انجام می دهند. با توجه به نتایج تمامی این تحقیقات که نیاز بشر به استفاده از موسیقی مناسب را جهت پیشگیری و درمان اثبات می کنند، به نظر می رسد که زمان شناسایی موسیقی مناسب و مورد تأیید در مدارس کشور و به کار گیری آن همراه با بازی و ورزش فرا رسیده است. با وجود تمامی تناقض ها و تشابه ها در خصوص نتایج به دست آمده از پژوهش های پیشین، پیوند میان موسیقی و موفقیت در زمینه های مختلف همچنان ادامه دارد. پژوهش حاضر با توجه به کمبود مطالعات مربوط به حیطه ی موسیقی درمانی در زمینه ی مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی، به ویژه گروه پسران ۱۰ تا ۱۴ سال که شیوع این قبیل اختلالات رفتاری در آن ها بیش از سایر گروه ها است، به بررسی تأثیر ترکیب های مختلف موسیقی و حرکات هماهنگ بر میزان بروز مشکلات رفتاری کودکان پسر ۸ تا ۱۴ سال کم توان ذهنی آموزش پذیر که در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل هستند پرداخته و سعی در پاسخ به این پرسش دارد که کدام نوع از موسیقی (ماژور یا مینور) در ترکیب با حرکات هماهنگ بیشترین تأثیر را بر کاهش مشکلات رفتاری دارد؟

۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش

در میان افرادی که از نظر ویژگی های خاص جسمانی، ذهنی، روانی، حسی و حرکتی نیازمند توجه و حمایت ویژه می باشند، کودکان کم توان ذهنی به دلیل محدودیت در توانایی شناختی اشان، با مسائل عمده ای دست به گریباندند. مشکلاتی مانند ناسازگاری با افراد و محیط پیرامونشان که به دلیل عدم درک کافی آن ها از موقعیت ها و قوانین جاری زندگی رخ می دهد. اختلالات رفتاری در میان کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی بسیار چشمگیرتر بروز می کند که نیاز به روش های مختلف درمانگری و اصلاح رفتار را توجیه می کند. پرداختن به مسئله ی شناخت مشکلات رفتاری کودکان، کشف دلایل ایجاد این قبیل مشکلات و ایجاد راه های هر چه بهتر در جهت درمان این مشکلات بسیار با اهمیت است. مشکلات رفتاری کودکان، اختلالات ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودک مشکلات بسیاری را ایجاد می کند. این مشکلات شرایطی را ایجاد می کند که به واسطه ی آن پاسخ های هیجانی یا رفتاری فرد در محیط های گوناگون به طور قابل توجهی متفاوت با دیگران است. در نتیجه این پاسخ ها بر روابط اجتماعی و سازگاری شخصی فرد در جامعه اثر می گذارد (۱۲). اگر میزان شیوع کم توانی ذهنی حدود ۳ درصد در نظر گرفته شود، با وجود مشکلاتی که این کودکان از نظر آموزش دارند، اهمیت تحقیق و پژوهش در این زمینه به خوبی روشن می گردد. خانواده هایی

که از کودک کم توان ذهنی خود در خانه مراقبت می کنند با مشکلات متنوعی مواجه هستند، مشکلاتی که هزینه ی گزافی را بر دوش آن ها و سازمان های حمایت کننده مانند آموزش و پرورش وارد می کند. به دلیل این که کودک کم توان ذهنی نیاز های بیشتری نسبت به یک کودک عادی داشته و به دلیل کم توانی ذهنی توان کمتری برای برخورد با مشکلات خود دارد، ناهنجاری های رفتاری این کودکان فشار روانی زیادی به والدین آن ها وارد می کند و یک عامل استرس زا تلقی می شود. هزینه های اقتصادی وارده به خانواده و جامعه، اختلال در زندگی زناشویی والدین، مشکلات زیادی را در جامعه ایجاد می کند. برآوردهای مربوط به شیوع اختلالات رفتاری در منابع گوناگون بسیار متفاوت است و دامنه ی آن از ۰/۰۵ تا ۱۵ درصد گزارش شده است. رقم هایی چون: ۲٪، ۸٪، ۱۰،۵٪، ۲۰٪، ۲۴٪ به عنوان نرخ شیوع مشکلات رفتاری کودکان در پژوهش های مختلف گزارش شده است. بخشی از تفاوت موجود در میزان برآوردهای یاد شده از عدم توافق متخصصان در رابطه با معیارهایی چون چگونگی تعیین این گونه رفتارها، نحوه ی بروز، فراوانی، شدت، مدت و شرایطی که این رفتارها در آن به وقوع می پیوندد ناشی می شود (۱۲). تا کنون اختلالات رفتاری گزارش شده در میان کودکان کمتر از ۲ درصد نبوده است. بنابراین اگر کمترین رقم گزارش شده، یعنی ۲ درصد را برای کودکان مدرسه روی ایران در نظر بگیریم، حدود چهارصد هزار نفر دانش آموز با مشکلات رفتاری خواهیم داشت که به کمک های جدی متخصصین، روان شناسان و نیز آموزش و پرورش ویژه نیاز دارند تا بتوانند مشکلات عاطفی خویش را حل کرده و تعادل لازم را به دست آورند (۱۳). هدف اکثر برنامه های مداخله ای و شیوه های در مانگری و یا روش های مختلف آموزشی، تغییر و یا اصلاح رفتارهای سازش نا یافته این کودکان است. بر همین اساس، همه گیر شناسی اختلالات رفتاری در کودکان عقب مانده ی ذهنی و حتی افراد عادی به عنوان یکی از گام های نخستین برای شناسایی و تشخیص اختلالات مورد نظر بوده و بررسی شیوع آن و تدوین برنامه هایی در راستای کاهش این مشکلات مهم و ضروری به نظر می رسد. با استناد به گزارش موری و لویز در سال ۱۹۹۶ و گزارش سازمان جهانی، اختلالات رفتاری و بیماری های روانی تا سال ۲۰۲۰ در زمره ی بیماری های اصلی و ناتوان کننده قرار خواهند گرفت. یکی از فراگیر ترین یافته ها با توجه به درجه شیوع مشکلات رفتاری، این است که اختلال های رفتاری پسران از تنوع و گستردگی بیشتری نسبت به دختران برخوردار است (۱؛ ۱۳). این گستردگی شامل اختلالات شدید روانی، افسردگی و انزوا، پرخاشگری، خیس کردن رختخواب، رفتارهای ضداجتماعی و مشکلات یادگیری است. ایگلاند و هانسن^۱ (۲۰۰۰) شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان سنین مدرسه را ۱۰ درصد گزارش کردند. بر اساس این تحقیق، شیوع اختلالات رفتاری در بین پسران بیشتر از دختران و در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است. بالاترین میزان بروز مشکلات رفتاری در میان کودکان سنین دبستانی بین سنین ۱۰ تا ۱۴ سالگی است (۱۴). عواملی چون ویژگی های زیستی، نحوه ی پرورش و انتظارات اجتماعی زمینه ی بیشتر بودن مشکلات رفتاری پسران نسب به دختران را فراهم می سازد. روشن است که در این میان، مشکلات رفتاری کودکان با توجه به احتمال باقی ماندن تا سنین بزرگسالی و طولانی بودن دوره ی آن ها در

^۱-Eglund,N;Hansen,K,F , ۲۰۰۰

صورت شیوع، اهمیت ویژه ای دارد و اگر این کودکان در گروه کم توان ذهنی قرار داشته باشند، نیازمند به وقت، انرژی انسانی و هزینه ی بیشتری جهت بهبود و رفع این گونه مشکلات می باشند. با توجه به تمامی این بحث ها اهمیت تحقیق حاضر بر روی پسران، آن هم در رده ی سنی ۸ تا ۱۴ سال آشکار می گردد. بنابراین شناخت راه های طبیعی تر که غیر دارویی و مفرح باشند از طریق پژوهش های مختلف مهم به نظر می رسد. روش های غیر دارویی مختلفی جهت کاهش علائم اختلالات رفتاری وجود دارد. مانند برگزاری کلاس های مشاوره برای کودکان و یا والدین ایشان. یکی از این روش ها، موسیقی درمانگری است. موسیقی در مانی یک خدمت تحکیم یافته بهداشتی، مانند سایر روش های درمانی است، این کار شامل استفاده از موسیقی برای معالجه عملکرد جسمانی، روانی، شناختی و یا اجتماعی در بیماران و در تمام سنین است. در حال حاضر استفاده از این روش درمانی در ایران بسیار محدود است، لذا این مطالعه به بررسی تأثیر موسیقی درمانی همراه حرکات هماهنگ می پردازد. تا کنون هیچ پژوهشی به طور مستقل به بررسی و مقایسه اثر موسیقی در دو نوع مازور و مینور بر کاهش مشکلات رفتاری نپرداخته است. هیچ پژوهشی تأثیر ترکیب گام های مینور و مازور موسیقی را همراه با حرکات هماهنگ بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی بررسی نکرده است. با وجود کمبود پژوهش های صورت گرفته در خصوص موسیقی درمانی و به خصوص جداسازی انواع موسیقی و تأثیر آن بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی، این پژوهش سعی دارد تا تأثیر دو نوع موسیقی گام مینور و مازور را در ترکیب با حرکات هماهنگ بر کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی بررسی کند.

۱-۴- اهداف پژوهش:

۱-۴-۱- هدف کلی

تأثیر ترکیب های مختلف موسیقی و حرکات هماهنگ بر مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر.

۱-۴-۲- هدف های اختصاصی

- ۱- تعیین تأثیر حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام مازور بر مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر
- ۲- تعیین تأثیر حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام مینور بر مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر
- ۳- تعیین تأثیر حرکات هماهنگ بدون زمینه موسیقی بر مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر
- ۴- مقایسه ی چهار شیوه ی تمرینی حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام مازور، حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام مینور و حرکات هماهنگ بدون موسیقی و بدون تمرین و

موسیقی به لحاظ مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر

۱-۵- فرضیه های پژوهش:

- ۱ - حرکات هماهنگ همراه با موسیقی گام ماژور، منجر به کاهش مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود در کودکان عقب مانده ذهنی می گردد.
- ۲ - حرکات هماهنگ همراه با موسیقی گام مینور، منجر به کاهش بروز مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود در کودکان عقب مانده ی ذهنی می گردد.
- ۳ - حرکات هماهنگ بدون موسیقی، منجر به کاهش بروز مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود در کودکان عقب مانده ی ذهنی می گردد.
- ۴ - بین چهار شیوه ی تمرینی حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام ماژور، حرکات هماهنگ با زمینه ی موسیقی گام مینور و حرکات هماهنگ بدون موسیقی و بدون تمرین و موسیقی به لحاظ مشکلات رفتاری درون نمودی و برون نمود کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر تفاوت وجود دارد.

۱-۶- محدودیت های پژوهش

۱-۶-۱- محدودیت های قابل کنترل

- جامعه آماری: جامعه آماری تحقیق حاضر شامل دانش آموزان پسر کم توان ذهنی محصل در مدارس استثنایی شهرستان بجنورد است.
- جلسات تمرینی: تعداد جلسات تمرین با توجه به نظر متخصصین در امر موسیقی درمانی، ۳۶ جلسه (۱۲ هفته و در هر هفته، ۳ جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه در نظر گرفته شد).
- سطح تجربه: سطح تجربه و میزان آموخته های قبلی افراد در خصوص اجرای حرکات هماهنگ در فرایند درمان با موسیقی مؤثر می باشد. به همین خاطر آزمودنی ها از میان افرادی بی تجربه انتخاب گشتند.
- زمان تمرین: با توجه به این که میزان هوشیاری افراد در طول شبانه روز تغییر می کند، به منظور کنترل تأثیر احتمالی آن در میزان یادگیری افراد، جلسات تمرینی از ساعت ۱۵ تا ۱۸ بعد از ظهر برگزار می شود.
- سن آزمودنی ها: به منظور کنترل اختلافات سنی و تأثیر احتمال آن بر فرایند پژوهش، دانش آموزان عقب مانده ذهنی در محدوده سنی ۸ تا ۱۴ سال (دامنه ی سنی بیشترین مشکلات رفتاری) انتخاب می شوند.

-**سلامتی:** با توجه به اینکه اختلالات ارگانیکی - جسمی در انجام حرکات هماهنگ مورد نظر پژوهشگر تأثیر می‌گذارد، افرادی که دارای اختلالات ارگانیکی بودند از نمونه مورد مطالعه حذف شدند.

-**آزمودنی‌ها:** افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی که در این تحقیق مورد مطالعه قرار می‌گیرند، از بین دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر انتخاب می‌شوند.

-**جنسیت:** همه شرکت‌کنندگان این تحقیق پسر بودند.

-**توانایی آزمودنی‌ها:** با توجه به اینکه احتمال دارد در طول جلسات تمرین برخی از افراد از اثرات مثبت یادگیری مشاهده‌ای بهره‌مند شوند، برای کنترل این عامل و یکسان کردن شرایط تمرینی برای تمام افراد مورد مطالعه، جلسات به گونه‌ای برنامه‌ریزی شد که همه‌ی افراد یک گروه، به طور همزمان در تمرینات شرکت کنند.

-**آزمودنی‌ها:** تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش، از میان دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر که مشکلات رفتاری آن‌ها توسط پرسش‌نامه‌ی راتر (نقطه‌برش در این پرسش‌نامه نمره‌ی ۱۳ است)، تأییدشده بود، انتخاب شده‌اند.

۱-۶-۲- محدودیت‌های غیر قابل کنترل

-**خصوصیات ژنتیکی و تفاوت‌های فردی:** با وجود کنترل عوامل مؤثر در انجام حرکات هماهنگ، خصوصیات ژنتیکی و تفاوت‌های فردی که از عوامل تأثیرگذار در تحقیق می‌باشند، از محدودیت‌های غیرقابل کنترل این تحقیق محسوب می‌شوند.

-**خصوصیات محیطی:** خصوصیات محیطی مانند الگوی تغذیه، فعالیت‌های روزمره و استراحت عواملی هستند که کنترل آن‌ها از اختیار محقق خارج است.

-**میزان علاقه آزمودنی‌ها:** با توجه به این که میزان علاقه افراد به انجام حرکات در جلسات تمرین تأثیرگذار می‌باشد. با این حال، محقق از میزان علاقه آزمودنی‌ها به انجام مهارت مورد نظر چه به صورت فیزیکی و چه به صورت ذهنی کاملاً مطلع نمی‌باشد.