

Effects of Music Therapy on Selective Attention of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

Leila sadat Karimi,¹ Hossein Zare,² Habib Hadianfard.³

Received: 26.10. 10, Revised: 10.3.10, Accepted: 22.5 . 11

تأثیر موسیقی درمانی بر توجه انتخابی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی

لیلا السادات کریمی^۱، حسین زارع^۲، حبیب هادیان فرد^۳

دریافت: ۸۹/۸/۴ تجدیدنظر: ۸۹/۱۲/۲۰ پذیرش نهایی ۹۰/۳/۱

Abstract

Objective: The aim of this research was to study the impacts of music therapy on selective attention of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Shiraz. **Methods:** This was an experimental design, study. Thirty male elementary students with attention deficit/hyperactivity disorder were diagnosed based on DSM-IV criteria and selected. The participants were assigned randomly to case and control groups. A series of musical activity interventions (including a music therapy program based on Orff-Schulwerk's theory) were performed on the students of the case group. This study was performed for twelve sessions, ninety minutes per session. To assess the selective attention, both groups underwent a selective attention test (Stroop), which was available as software, before and after the interventions. The multi variable variance analysis and dependent t-test were used for data analysis. **Results:** The results demonstrated improvement in the post-intervention scores (the intervention score and the time of reaction) was more significant in the study group. Furthermore, there was a significant difference in the time of matched intervention ($P<0.01$), the time of non-matched intervention ($P<0.01$) and the intervention score ($P<0.007$). **Conclusion:** The results suggested a positive impact of music therapy on the selective attention of children with attention deficit-hyper activity disorder.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، بررسی تأثیر موسیقی درمانی بر توجه انتخابی کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی شهر شیراز در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بود. **روش:** این پژوهش که از نوع مطالعات تجربی - مداخله‌ای بود به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد، ۴۰ دانش‌آموز پسر پایه‌های چهارم و پنجم دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSMIV با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی تعادلی به دو گروه مساوی تقسیم شدند و مداخله فعالیتهای موسیقایی (شامل برنامه موسیقی درمانی براساس نظریه ارف شولورک) در گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای هر دو گروه قبل و بعد از اجرای مداخلات، آزمون توجه انتخابی (استروپ) که به صورت نرم‌افزار تهیه شده بود به منظور سنجش توجه انتخابی اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها برحسب روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تی وابسته صورت گرفت. **یافته‌ها:** مقایسه میانگین نمرات در دو گروه کنترل و آزمایش دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی نشان داد که افزایش نمرات پس‌آزمون در تمامی موارد (زمان واکنش و نمره تداخل) در گروه آزمایش بیش از گروه کنترل بود و تفاوت معناداری در زمان واکنش همخوان ($P<0/0001$)، ناهمخوان ($P<0/0001$) و نمره تداخل ($P<0/007$) مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** با استناد به داده‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت، اجرای برنامه موسیقی درمانی، بر توجه انتخابی دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی اثر مثبت دارد.

Keywords: ADHD, Attention Deficit/Hyperactivity, Music Therapy, Selective Attention

واژه های کلیدی: نقص توجه - بیش فعالی، موسیقی درمانی، توجه انتخابی

1- **Corresponding Author:** M.A. student of Payamenoor University, Tehran, Iran (Email: lkarimi93@yahoo.com)

2- Associate professor, Payamenoor University, Tehran, Iran

3- Assistant professor, Shiraz University, Shiraz, Iran

۱- نویسنده رابط: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور تهران

۲- دانشیار دانشگاه پیام نور تهران

۳- استادیار دانشگاه شیراز

مقدمه

انسانها دارای عملکردهای شناختی مختلف مانند توجه و حافظه هستند. توجه قدم آغازین در پردازش و عبارت است از توانایی انتخاب بخشی از اطلاعات محیطی برای پردازش بعدی و بر اساس آن، تمرکز و آگاهی (بارکلی، ۲۰۰۰). اختلال نقص توجه - بیش فعالی و مشکلات شناختی وابسته به آن، گسیختگیهای فراوانی را در زندگی روزمره کودکان ایجاد می کند که نه تنها کودک، بلکه خانه، مدرسه و جامعه را نیز به تأثیر و تأثر می کشاند. در حال حاضر این اختلال، آمار بالایی از کودکان را به خود اختصاص داده است و خانواده های زیادی را نگران کرده است (محرری، شهریور و تهرانی دوست، ۱۳۸۸).

مشکلات بنیادی و اساسی این کودکان عبارتاند از: بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری. بیش فعالی اولین مشکل آشکار کودک با اختلال نقص توجه - بیش فعالی و تکانشگری (رفتار بدون تفکر) یکی از نشانه های اصلی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی امریکا، ۲۰۰۰) مورد توجه و تأکید قرار گرفته است (علیزاده، ۱۳۸۶).

«نقص توجه» مشخص ترین مشکل کودکان با اختلال نقص توجه - بیش فعالی و نخستین معیار تشخیصی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است (بارکلی، ۲۰۰۴). کودکان دارای این اختلال توانایی توجه دقیق به جزئیات را ندارند یا در انجام تکالیف درسی یا سایر فعالیتهای، از روی بی احتیاطی مرتکب اشتباه می شوند (شفیعی، عطایی و صفری، ۱۳۸۸). این کودکان مشکلاتی در توجه انتخابی نیز نشان می دهند، توانایی توجه انتخابی به دسته ای از اطلاعات و در عین حال، کنار گذاشتن سایر اطلاعات را توجه انتخابی (متمرکز) گویند که کارکرد مهمی در فعالیتهای سیستم اجرایی مرکزی محسوب می شود (کین و انگل^۱، ۲۰۰۰). به بیان دیگر،

می توان گفت که توجه انتخابی به توانایی اجتناب از تداخل اطلاعات نامربوط به تکلیف، با انتخاب اطلاعات هدف اشاره دارد؛ چه اطلاعات حواس پرت کن به صورت پاسخی غالب عمل کنند، چه به مثابه پاسخی غیر غالب (فورنیز-ویسنه، لاری گادریر و گائوناک، ۲۰۰۸). سازوکارهای توجه انتخابی به ما اجازه می دهند تا اطلاعات مرتبط را از بین حجم زیاد داده ها انتخاب کنیم (پائولی و رودر^۲، ۲۰۰۸؛ کرتا و شولمن^۳، ۲۰۰۲) به نقل از شهسوارانی، رسول زاده طباطبایی، اللهیاری، عشایری و ستاری، ۱۳۸۹) به نظر می رسد توجه انتخابی یکی از جنبه های کنترل بازدارنده است. حواس پرتی^۴، ناتوانی در تمرکز دقیق بر روی محرکی خاص و کشف محرکهای پیچیده به شیوه مؤثر، از دیگر مشکلاتی است که اغلب در این کودکان دیده می شود (دیلی، کرید، اکستوپولوس و براون، ۲۰۰۷). به علت نقص در کنترل توجه در حین انجام کارها و تکالیف به رؤیا فرو می روند (زیلسن، شیورپ فلاگ، فلگیتز، استریک و ورنک، ۲۰۰۱). از آنجا که توانایی کودکان برای نگهداری توجه و توجه انتخابی بین ۴ تا ۴/۶ سالگی به طور چشمگیری افزایش می یابد، افزایش فراخنای توجه موجب می شود که کودکان برای مدت زمان طولانی تری بر روی تکالیف، تمرکز کنند. این توانایی در کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی به آسانی حاصل نمی شود. فراخنای توجه کوتاه، به عدم تکمیل تکالیف و طرحها می انجامد و سبب می شود که توجه آنها به طور مداوم، از فعالیت به فعالیت دیگر معطوف شود (علیزاده، ۱۳۸۶). مشکل نقص توجه فرد ممکن است در جهت یابی یا پیدا کردن محرک باشد یا پاسخ نادرست فرد به جنبه ای از محرکها یا پاسخ نادرست او به کل محرک باشد (شفیعی و همکاران، ۱۳۸۸). وجود برخی مشکلات در عملکردهای مربوط به توجه و تمرکز حواس، باعث بروز مشکل در عملکرد هوشی این کودکان می شود (منشل ناوا، پنا و منشل باربرو،

۲۰۰۳). گروهی از این کودکان در ضبط حافظه نزدیک، عده‌ای از لحاظ ثبت اطلاعات بارز در حافظه به نحوی انتخابی و جمعی در زمینه ثبت اطلاعات با زبان، دچار مشکل هستند (کین و انگل، ۲۰۰۰).

در پیشینه پژوهشی مربوط به سبب‌شناسی اختلال نقص‌توجه - بیش‌فعالی، نظریه نقص در کارکردهای اجرایی به وسیله برخی محققان به عنوان سبب‌شناسی این اختلال مطرح شده است؛ در واقع نارسایی بازداری رفتاری، آسیبی اساسی در اختلال نقص‌توجه - بیش‌فعالی است. بازداری رفتاری شامل سه فرایند مرتبط باهم است که با دستگاه حرکتی رابطه مستقیم دارد: الف) بازداری پاسخ اولیه ب) متوقف کردن پاسخ جاری. از این راه، امکان «درنگ» برای تصمیم‌گیری به منظور ایجاد پاسخ فراهم می‌شود. ج) نگه‌داری «درنگ» و پاسخهای خود جهت-دهی شده که در آن، از قطع پاسخ‌ها و رویدادهای همایند جلوگیری می‌شود (کنترل تداخل) (راپورت، رپرت، بلدن، کفلر، سرور، ریکر و آلدسن، ۲۰۰۹).

در بین شیوه‌های درمانی که برای این اختلال به کار گرفته شده، چند مورد مهم‌تر و مفیدتر از سایر شیوه‌ها بوده‌اند که عبارت‌اند از: الف) دارودرمانی ب) رفتاردرمانی ج) اصلاح شناختی و رفتاری (مفتاق، ۱۳۸۸). در بین مداخلات غیردارویی، می‌توان به خدمات و مداخلات کاردرمانی مخصوص این کودکان اشاره کرد که محور تمرکزشان بر تعادل، توجه و تمرکز، هماهنگی، ادراک دیداری، شنیداری و حرکتی، افزایش تحمل محرومیت و کاهش رفتارهای تکانشی با توسل به رویکردهای عصبی است. درسال‌های اخیر درمانهای هنری به خصوص موسیقی‌درمانی مورد توجه بسیاری از کارشناسان و محققان، قرار گرفته است.

امروزه موسیقی و تأثیرات نوروفیزیولوژیک آن مورد توجه بسیاری از محققان دسراسر دنیاست (کیهانی و شریعت‌پناهی، ۱۳۸۷). تنفس، گام برداشتن، ضربان

قلب، همگی سیمایه‌های موزون و یا ریتمیک از حیات جسمانی ما، به شمار می‌آیند (استور، ۲۰۰۱، ترجمه: معتمدی، ۱۳۸۶). توانایی بیان و احساس ضرب در کودک و بزرگ‌سال فراتر از لذت بردن و واکنشهای پیش‌پا افتاده آنها به موسیقی ساده است. ضربهای یکسان زیربنای توانایی درک الگوهای گفتار و زبان به شمار می‌آید و به همین جهت واجد اهمیت بسیاری است (جنسن، ۲۰۰۰، ترجمه: عمرانی گرگری، ۱۳۸۶).

بین شناخت و موسیقی ارتباط وجود دارد، چیهو و چون (۲۰۰۳) آموزش موسیقی به صورت نظام‌مند و منظم را در زمینه پردازش حافظه مؤثر می‌دانند. کولیر ولوگان^۵ (۲۰۰۰) نیز بر این باورند که عملکرد حافظه کوتاه‌مدت با بهره‌گیری از تحریکات موزون شنیداری متناوب، بهتر از زمانی است که تحریکات بینایی به کار برده می‌شود. گفته می‌شود موسیقی از راه تصویرسازی ذهنی، تقویت حافظه را به دنبال دارد (به نقل از خلف‌بیگی، بیان‌زاده، زاده‌محمدی و شفاوردی، ۱۳۸۵). گریگوری^۶ (۲۰۰۲) تداوم توجه موسیقی را در فرایندهای شناختی به ویژه با تمرکز غیرمستقیم بر تجربه‌های شادی‌بخش، مؤثر می‌داند؛ از یک دیدگاه هنگامی که شنیدن موسیقی تنها شنیدن فعال باشد و با عملکرد حرکتی همراه نباشد، بازتابهای شناختی بیشتر به شکل هماهنگی فرد و نبود رفتارهای تخریبی یا غیرموسیقایی دیده می‌شود (به نقل از خلف‌بیگی و همکاران، ۱۳۸۵). نشانه‌ها و علائم متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد شبکه‌های عصبی اختصاصی پردازش موسیقی در مغز به صورت کاملاً مستقل و جداگانه (مستقل از دیگر ساختارهای عصبی مغز) عمل می‌کنند (ملایری، جعفری و عشایری، ۱۳۸۴؛ خلف‌بیگی، ۱۳۸۲؛ جنسن، ۲۰۰۰، ترجمه: عمرانی-گرگری، ۱۳۸۶). تقویت و تسهیل عملکرد شبکه‌های دخیل در موسیقی در نیمکره چپ (از طریق آموزش زودهنگام موسیقی)، توانایی ذهنی مربوط به این

نواحی، که شامل اجزای مورد نیاز ذهن برای استدلال می‌شوند، را افزایش می‌دهد (چان، چونگ، هو و هی، ۲۰۰۰). نتایج تحقیقات در ایران نیز نشان‌دهنده افزایش رشد شناختی کودکان و افزایش توانایی استدلال عمومی بر اثر آموزش موسیقی بوده است (میربها، کاویانی و پورناصح، ۱۳۸۲). در پژوهشی دیگر در خصوص تأثیر موسیقی تند و آرام بر میزان توجه انتخابی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، میزان توجه آزمودنیها با قرار گرفتن در معرض موسیقی آرام، افزایش داشته است (شالچی، بشارت و بادینلو، ۱۳۸۹).

همچنین آثار آموزش موسیقی بر حافظه، توجه انتخابی، تواناییهای فضایی، ریاضیات و خواندن در کودکان شناخته شده است (شلنبرگ، ۲۰۰۴؛ یولفارسدوتر و اروین، ۱۹۹۹). بهبود عملکرد تحصیلی افراد در دانشگاه (یولفارسدوتر و اروین، ۱۹۹۹)، کسب امتیازات بالاتر در آزمون استاندارد شده ریاضی (گاردینر، فاکس، نولز و جفری^۷، ۱۹۹۶؛ به نقل از میربها و همکاران، ۱۳۸۲) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. برنامه‌های موسیقی‌درمانی طراحی شده در اشکالی از خواندن، نواختن، ساختن و فعالیت‌های فی-البداهه موسیقایی تأثیر زیادی بر مهار رفتارهای نامطلوب کودکان عقب‌مانده ذهنی دارد (برادوک و همپ و ریزولا^۸، ۲۰۰۴). فعالیتهای ریتمیک و موزیکال نیز در افزایش رفتار توجه بر تکلیف و به یادآوری جدول ضرب و اطلاعات تحصیلی کودکان دارای اختلال یادگیری کمک می‌کند (کولول و مولیز، ۲۰۰۲).

«نقص توجه» منشأ بسیاری از مشکلات کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی اعم از عدم خود تنظیمی هیجانی، عدم کنترل فعالیتهای شناختی، ناتوانیهای یادگیری و افت تحصیلی خواهد بود (گیلبرگ، ۲۰۰۳). این ویژگیها باعث می‌شود که

برنامه‌های درمانی، انواع روشهای درمانی را به خصوص در سالهای اولیه در برداشته باشد (شفیعی و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به اینکه بسیاری از دیدگاهها به تأثیر موسیقی به مثابه یکی از روشهای درمان در بهبود عملکرد کودکان دارای اختلال ویژه معتقدند (ابیگوف، کارتنی، زیبل و کاپلیکس، ۱۹۹۶) و با نظر به اهمیت درمانی موسیقی به منظور استفاده در کلینیکهای بالینی در ایران، تحقیقات کمی در حوزه شناختی تمرکز و توجه کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی صورت گرفته است، هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر موسیقی‌درمانی بر توجه انتخابی کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی شهر شیراز در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ بود.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل دانش‌آموزان پسر پایه چهارم و پنجم ابتدایی شهر شیراز است که در مدارس ابتدایی در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ مشغول به تحصیل بودند و براساس ضوابط ملاکهای چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا، پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان و مصاحبه تشخیصی در چهارچوب کودکان دارای اختلال نقص-توجه - بیش‌فعالی قرار گرفته‌اند. حدود ۴۰ دانش‌آموز (پسر) نمونه این پژوهش را تشکیل دادند که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند و در نهایت، در دو گروه (آزمایش و کنترل) به طور تصادفی، قرار گرفتند.

ابزارها

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از:
۱- پرسشنامه نشانه‌شناسی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی: این پرسشنامه ۱۸ سؤالی شدت و وخامت نشانه‌های اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی و تکانشگری را براساس قضاوت معلمان و والدین نشان

می‌دهد و اسپیرافکن و گادو^۹ (۱۹۸۴) بر اساس سومین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۰}، به منظور غربال کردن اختلالهای رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی کرده‌اند و دارای ارزش تشخیصی معتبری است (توکلی‌زاده، بوالهری، مهریار، دژکام، ۱۳۷۶). اسپیرافکن و گادو (۱۹۸۴) ضریب پایایی این آزمون را ۰/۸۳ و در فرم تجدیدنظر شده (۱۹۹۴) ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (به نقل از محمداسماعیل، ۱۳۸۰). این پرسش‌نامه را در ایران محمداسماعیل (۱۳۸۰) هنجاریابی کرده است. این پرسش‌نامه به‌مثابه ابزاری برای سنجش اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان ایرانی، از پایایی نسبتاً خوبی برخوردار است (شیرازی، ۱۳۸۸).

۲- فرم مصاحبه بالینی: برای اطمینان از وجود اختلال در دانش‌آموزانی که در پرسش‌نامه نشانه-شناسی اختلال نقص‌توجه - بیش‌فعالی فرم معلم و والدین نمره بالاتر از نمره برش کسب کرده بودند، طی پرسش‌نامه مصاحبه بالینی اطلاعاتی درباره وضعیت کودک و خانواده شامل سن، جنس، وضعیت سلامت جسمی کنونی، سابقه بیماری و موارد خاصی که در وضعیت کنونی خانواده تأثیرگذار است، کسب شد. این پرسش‌نامه به عنوان تشخیص افتراقی برای این اختلال تنظیم شد و مورد تأیید ۵ نفر از کارشناسان اختلالات رفتاری قرار گرفت.

آزمون توجه انتخابی (استروپ): آزمون استروپ اولین بار در سال ۱۹۳۵ به‌وسیله ریدلی استروپ به منظور اندازه‌گیری توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی، ساخته شد. این آزمون در پژوهشهای مختلف در گروههای بالینی متعدد، برای اندازه‌گیری توانایی بازداری پاسخ، توجه انتخابی، تغییرپذیری شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی، مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج فراتحلیلها در مجموع، حاکی از آن است که آزمون استروپ آزمون حساسی برای سنجش

بازداری و تداخل در افراد مبتلا به این اختلال است، در پژوهشهای مربوط به افراد مبتلا به ADHD از سه مدل آزمون استروپ بیشتر استفاده شده است: آزمون استاندارد استروپ، آزمون استروپ گلدن و آزمون استروپ رایانه‌ای (لانسبرگن، کینمنز و انگلند، ۲۰۰۷). همچنین مدلهای رایانه‌ای این آزمون به علت سنجش دقیق‌تر زمان واکنش نسبت به مدلهای دیگر، حساسیت بالاتر و اثرهای نسبتاً بالاتری جهت اندازه‌گیری تداخل استروپی دارند (مشهدی، رسول‌زاده - طباطبایی، آزادفلاح و سلطانی‌فر، ۱۳۸۸). فرم فارسی آزمون در ۲ مرحله صورت می‌پذیرد: مرحله ۱: نامیدن رنگ. در این مرحله از آزمودنی خواسته می‌شود تا در یک مجموعه رنگی، رنگ شکل مورد نظر را مشخص کند و رنگ دایره‌ای را که در چهار رنگ قرمز، آبی، زرد، سبز است، نشان دهد و مشخص کند. هدف این مرحله تنها تمرین و شناخت رنگها و جای کلیدها در صفحه‌کلید است و در نتیجه نهایی، تأثیری ندارد. مرحله ۲: مرحله اصلی آزمون استروپ است در این مرحله ۴۸ کلمه رنگی همخوان با رنگهای قرمز، آبی، زرد و سبز به آزمودنی نمایش داده می‌شود. به منظور نمره‌دهی و تفسیر آزمون نمرات زیر برای گروه محرکهای همخوان^{۱۱} و ناهمخوان^{۱۲} محاسبه شد: زمان واکنش و نمره تداخل. نمره تداخل در این آزمون از طریق محاسبه نمره تفاوت بین تعداد صحیح کلمات همخوان و کلمات ناهمخوان (نمره تداخل = نمره تعداد صحیح همخوان - نمره تعداد صحیح ناهمخوان) محاسبه می‌شود. (لانسبرگن و همکاران (۲۰۰۷) ۴۸ عنوان مقاله را در زمینه عملکرد آزمون استروپ در مطالعه فراتحلیل دیگری مورد بررسی قرار دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که استفاده از شیوه رایانه‌ای آزمون استروپ جهت سنجش بازداری و کنترل تداخل باعث می‌شود که این آزمون، ابزاری معتبر برای سنجش باشد. در ایران به منظور بررسی مقایسه بازداری پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به

اختلال نقص توجه - فزون جنبشی و کودکان بهنجار، ۴۵ کودک مبتلا به اختلال ADHD و ۱۵ کودک بهنجار ۷ تا ۱۲ ساله شهر مشهد به عنوان نمونه انتخاب شدند و از آزمون رنگ واژه استروپ به منظور اندازه گیری بازداری و تداخل استفاده شد (مشهدی و همکاران، ۱۳۸۸). اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی در دامنه ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (بارون^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ لازاک، هویسون و لورینگ^{۱۴}، ۲۰۰۴، به نقل از مشهدی و همکاران، ۱۳۸۸).

۳- *بزارهای موسیقی / ارف*: سازهای موسیقی ارف به دو دسته عمده تقسیم می شوند: ۱- سازهای ضربی ملودیک: سازهای ضربی ملودیک به وسیله مضارب نواخته می شوند، صدای ثابت و معینی دارند و آهنگها با آن نواخته می شود که در این پژوهش از بلز استفاده شد. ۲- سازهای ضربی غیرملودیک: سازهای ضربی غیرملودیک، صداها نامعینی دارند و از آنها به منظور ایجاد ریتم و رنگ آمیزی قطعات موسیقی، استفاده می شود. این گروه سازها عبارتند از: سه گوش (مثلث)، قاشق، خشخاشک، دقک، دایره زنگی، چوب (زاده محمدی، ۱۳۸۱).

شیوه اجرا

پس از هماهنگیهای لازم بین آموزش و پرورش فارس و نواحی آموزش و پرورش، ۱۵ مدرسه پسرانه ابتدایی از طریق نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. در هر مدرسه فرم ویژه معلم و والدین پرسش نامه مرضی کودک CSI-4 در اختیار معلمان و والدین دانش آموزان پایه های سوم و چهارم جهت تکمیل قرار گرفت و پس از مصاحبه بالینی والدین، ۹۰ کودک واجد شرایط بر اساس ملاک تشخیصی DSM-IV، تشخیص داده شدند. در نهایت از بین آنان ۴۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در ۲ گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. سپس ۱۲ جلسه موسیقی درمانی براساس شیوه درمانی ارف شولورک^{۱۵} اجرا و در جلسه

سیزدهم، دانش آموزان مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. در این پژوهش فعالیتهای موسیقی درمانی بر پایه چند محور کلی و به صورت گروهی صورت پذیرفت. این محورها عبارت بودند از: شنیدن، خواندن، نواختن، ساختن آهنگ بحث و گفت و گو پیرامون موسیقی، حرکات موزیکال، نمایش موزیکال بر اساس سیستم موسیقی درمانی ارف شولورک.

فعالیتهای موسیقی درمانی بر پایه چند محور کلی در این پژوهش که عبارت بودند از: شنیدن، خواندن، نواختن، ساختن آهنگ بحث و گفت و گو پیرامون موسیقی، حرکات موزیکال، نمایش موزیکال براساس سیستم موسیقی درمانی ارف شولورک صورت پذیرفت که فعالیتهای هر جلسه به طور مختصر در جدول (۳-۱) ارائه می شود. شعرهای انتخاب شده برای جلسات درمانی این پژوهش شامل شعر «زاغی کجایی؟» با آهنگسازی کارل ارف شعر از آرمان امید و آهنگ محلی «ساعت» برگرفته از کتاب ناصر نظر به جهت سهولت یادگیری و جذابیت آهنگها برای آزمودنیها انتخاب شده بود.

یافته های پژوهش

۳۰ دانش آموز (پس از افت آزمودنیها طی جلسات آموزشی) دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی پس از ۱۲ جلسه آموزشی، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. به منظور دستیابی به هدف پژوهش داده های حاصل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که از روشهای آماری تحلیل واریانس چند متغیره به منظور تعیین تفاوت بین متغیرها و آزمون تی وابسته برای تعیین تفاوت بین میانگینها استفاده شد.

همچنان که در جدول ۱ ملاحظه می شود، نمرات پیش آزمون را از پس آزمون کم و سپس این اختلافها را وارد تحلیل کردیم. علامت منفی نشان دهنده کاهش متغیر است. همچنین اثر هتلینگ برابر با ۱/۸۱ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود.

جدول ۱- اطلاعات توصیفی تحلیل واریانس چندمتغیره

کل	کنترل		آزمایش		
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۹۲/۰۶	-۶۳/۲۳	۵۸/۵۶	-۱/۴۷	۷۷/۱۵	اختلاف زمان واکنش همخوان
۱۰۳/۳۱	-۵۳/۹۳	۷۰/۱۱	۲۲/۲۰	۶۹/۰۷	اختلاف زمان واکنش ناهمخوان
۴/۸۷	-۲/۷۳	۱/۹۹	-۳۳	۵/۷۳	اختلاف نمره تداخل

جدول ۲- آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای تعیین تفاوت بین اختلاف زمان واکنش همخوان، اختلاف زمان واکنش ناهمخوان و اختلاف نمره تداخل در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
اختلاف زمان واکنش همخوان	۱۱۴۴۵۳/۶۳	۱	۱۱۴۴۵۳/۶۳	۲۴/۴۰	۰/۰۰۰۱
اختلاف زمان واکنش ناهمخوان	۱۷۳۸۸۸/۵۳	۱	۱۷۳۸۸۸/۵۳	۳۵/۹	۰/۰۰۰۱
اختلاف نمره تداخل	۱۷۲/۸	۱	۱۷۲/۸	۹/۳۹	۰/۰۰۵
اختلاف زمان واکنش همخوان	۱۳۱۳۴۹/۷۳	۲۸	۴۶۹۱/۰۶		
اختلاف زمان واکنش ناهمخوان	۱۳۵۶۰۵/۳۳	۲۸	۴۸۴۳/۰۵		
اختلاف نمره تداخل	۵۱۵/۰۷	۲۸	۱۸/۳۹		
اختلاف زمان واکنش همخوان	۳۶۵۷۵۷	۳۰			
اختلاف زمان واکنش ناهمخوان	۳۹۶۷۵۸	۳۰			
اختلاف نمره تداخل	۹۱۲	۳۰			

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد؛ عامل گروه، در میزان اختلاف زمان واکنش همخوان و ناهمخوان و همچنین در اختلاف نمره تداخل تفاوت معنادار ایجاد کرده است. برای تعیین معناداری گروه‌ها از آزمون تی وابسته استفاده شد. نتایج حاصل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- آزمون تی گروه‌های وابسته برای تعیین تفاوت میان اختلاف زمان واکنش همخوان - ناهمخوان و نمره تداخل در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معناداری
اختلاف زمان واکنش همخوان	آزمایش	۱۵	-۱۲۵	۷۷/۱۵	۴/۹۴	۲۸	۰/۰۰۰۱
اختلاف زمان واکنش ناهمخوان	آزمایش	۱۵	-۱۳۰/۰۷	۶۹/۰۷	۵/۹۹	۲۸	۰/۰۰۰۱
اختلاف نمره تداخل	آزمایش	۱۵	-۵/۱۳	۵/۷۳	۳/۰۶	۲۸	۰/۰۰۷
	کنترل	۱۵	-۳۳	۱/۹۹			

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود؛ اختلاف زمان واکنش همخوان در گروه آزمایش، کاهش چشمگیری نسبت به گروه کنترل داشته و تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۰۰۱ وجود دارد؛ همچنین اختلاف زمان واکنش ناهمخوان در گروه آزمایش کاهش چشمگیری نسبت به گروه کنترل داشته و تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۰۰۱ وجود دارد؛ همچنین اختلاف نمره تداخل در گروه آزمایش، کاهش چشمگیری نسبت به گروه کنترل داشته و تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۰۷ وجود دارد.

۰/۰۰۰۱ وجود دارد. اختلاف نمره تداخل در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته و تفاوت معنادار در سطح ۰/۰۰۷ وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

بررسی های اخیر در مورد اثر فرایندهای توجه بر عملکرد کودکان دارای مشکلات یادگیری و مبتلا به اختلال نقص توجه این حقیقت را روشن کرده که این کودکان در تکالیفی که مستلزم شناخت بیشتری است، به ویژه تکالیفی که در آن عوامل منحرف کننده توجه وجود دارند، بدترین عملکرد را از خود نشان می دهند و اغلب معلمان آنها را به مثابه افرادی که نسبت به همسالان عادی خود به طور معناداری توجه و دقت کمتری دارند،

ارزیابی می کنند

(شفیعی و همکاران، ۱۳۸۸)، و این مطلب اهمیت تربیت ماهرانه توجه را در موقعیتهای یادگیری خانه و مدرسه روشن می سازد. در حوزه روان شناسی، موسیقی را همچون زبانهای رایج دنیا نوعی زبان دانسته اند، که مناطق خاص خود را در مغز دارد و همچون زبان، درک آن نیازمند آموزش است (کیهانی و شریعت پناهی، ۱۳۸۷). بدین ترتیب این پژوهش با هدف بررسی تأثیر موسیقی درمانی بر توجه انتخابی کودکان دارای نقص توجه - بیش فعالی صورت گرفت که داده های به دست آمده از پژوهش چنانکه شرح آن در یافته ها بیان شد، نشان داد که مداخله به کار رفته در این پژوهش (موسیقی درمانی به شیوه ارف شولورک) در بهبود دامنه توجه انتخابی دانش آموزان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی تأثیر مثبت داشت.

کنترل تداخل، هسته اصلی بسیاری از نظریه های تبیینی اختلال نقص توجه - بیش فعالی است؛ همچنین زمان واکنش، نشانگر بازداری است؛ به عبارت دیگر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی دارای زمان واکنش بیشتری در پاسخ گویی هستند؛ یعنی در پاسخ گویی تأخیر

دارند. که در این پژوهش، موسیقی درمانی سبب کاهش تداخل و بهبود زمان واکنش کودکان گروه آزمایش شد، در صورتی که تفاوت معناداری در گروه کنترل مشاهده نشد. یافته های این پژوهش نشان می دهد، موسیقی بر توجه انتخابی کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی تأثیر مثبت داشته که با تحقیقات قبلی در زمینه تأثیر موسیقی درمانی بر توجه بیماران اسکیزوفرنیایی (پورويس ۲۰۰۷) و نیز حافظه و توجه انتخابی، توانایی فضایی کودکان (شلنبرگ، ۲۰۰۴؛ یولفارسدویتز، ۱۹۹۹)، افزایش توجه بینایی (زو، ژو، ژانگ، دینگ، لیو و نی، ۲۰۰۸) و افزایش بهره هوشی خردسالان (میرزمانی و هداوندی، ۱۳۸۷) همسو است؛ همچنین این پژوهش با تحقیقات مشابه دیگر از جمله تأثیر موسیقی درمانی بر ناتوانیهای ویژه (براددوک، و همکاران، ۲۰۰۴) و تأثیر ریتم در تقویت ساختار برنامه های آموزشی ناتوانان یادگیری (ولف و هورن، ۱۹۹۳)، افزایش رفتار توجه بر تکلیف در کودکان دارای اختلالات یادگیری (کولول و مولیز، ۲۰۰۲)، افزایش ارتباط چشمی، دنبال کردن و اشاره به محرکهای مشخص، افزایش رفتارهای تقلیدی صحبت کردن و خواندن در درمان موسیقایی با کودکان اوتیسم (فامبون، ۲۰۰۳)، عملکرد بهتر در ریاضیات کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی (ابی کوف و همکاران، ۱۹۹۶)، افزایش توجه انتخابی در اثر گوش دادن به موسیقی ملایم (شالچی و همکاران، ۱۳۸۹) همسو است؛ بدین ترتیب تأثیر تسهیل گر موسیقی بر تحریک پذیری شنیداری کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی مورد تأیید قرار می گیرد.

مشکلات مربوط به نقص توجه و تمرکز، سبب عقب ماندن کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی تا ۳۰ درصد یا بیشتر می شود (بارکلی، ۲۰۰۴). نظمی که موسیقی به تجربه ما از هستی ارمغان می بخشد، موزون یا ریتمیک، آهنگین ملودیک و هماهنگی بخش یا هارمونیک است (استور، ۲۰۰۱، ترجمه: معتمدی، ۱۳۸۶). در اینجا بحث دیگری به وجود می آید و آن ظرفیت موسیقی در

مغز انسان است بر اساس وجود این ظرفیت که در همه انسانها وجود دارد، می‌توان اثری فراگیر برای آن در نظر گرفت. در این میان موسیقی‌درمانی تنها یکی از کاربردهای معمول و نسبتاً فراگیر موسیقی است (توماینو، ۲۰۰۲؛ به نقل از ریکسون، ۲۰۰۶).

در تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که نارسایی مرکزی این کودکان، «زمان» است که فضای خالی بین رویدادها را به خوبی مشاهده نمی‌کنند؛ به عبارتی دارای نزدیک‌بینی زمانی^{۱۶} هستند (راپورت و همکاران، ۲۰۰۹) از آنجا که حافظه کاری نقش مهمی در آگاهی از زمان و سازمان‌دهی رفتار دارد، فعالیتهای موسیقایی و ریتمیک به علت برخورداری از ریتم و ضرب که نقش مهمی در درک زمان دارد، سبب افزایش تواناییهای ذهنی مربوط و حافظه کاری می‌شود. با بررسی نمرات زمان واکنش (نشان‌دهنده بازداری) در پیش‌آزمون که کاهش یافته است، می‌توان احتمال افزایش آگاهی از زمان را از تأثیرات برنامه‌های موسیقی‌درمانی دانست؛ از سویی دیگر برخی پژوهشها نیز نشان داده‌اند که بین تواناییهای موسیقایی و توانایی استدلال فضایی - زمانی ارتباط وجود دارد (کوستا - جیومی، ۱۹۹۹؛ راش، شاو و کی، ۱۹۹۵؛ میربها و همکاران، ۱۳۸۲). همچنین لنگ و شاو^{۱۷} (۱۹۹۱) در پژوهشهای خود، مدل قشر مغز را مطرح کردند که بر اساس این مدل، الگوهای فعالیت نورونی مشخص که برای فرایندهای ذهنی فضایی - زمانی در نواحی وسیعی از قشر مغز سازمان یافته‌اند، هم برای استدلال زمانی و هم برای فعالیتهای موسیقایی مورد استفاده قرار می‌گیرند (به نقل از کیهانی و همکاران، ۱۳۸۷).

الگوی بازداری رفتاری برای بهبود بازداری رفتاری و کارکردهای اجرایی در کودکان دارای نقص توجه - بیش-فعالی، استفاده از درمانهای مؤثر بر مناطق پیش‌پیشانی، را تأکید می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش موسیقی بر شکل‌پذیری و فعالیت قشر مغز تأثیر چشمگیری دارد (ملایری و همکاران، ۱۳۸۴). مطالعات، اثر بخشی موسیقی بر تولید امواج مغزی آلفا (ریکسون،

۲۰۰۶) و نیز، فعالیتهای مغزی قطعه گيجگاهی مربوط به فعالیتهای شنیداری را مورد تأیید قرار داده‌اند (ملایری و همکاران، ۱۳۸۴). بررسیها نیز نشان می‌دهند الگوی کلی هر آهنگ مانند ساختار هارمونیک، سرعت، ریتم، طنین و کیفیت، در نیمکره راست تشخیص داده می‌شوند (جنسن، ۲۰۰۱؛ ترجمه: عمرانی‌گرگری، ۱۳۸۶) با توجه به شواهد موجود درباره تأثیر موسیقی و با در نظر گرفتن یافته‌های پژوهشگران اعصاب از کارکرد نیمکره مغز کودکان مبتلا به ADHD، که آسیب نیمکره راست، موجب نارسایی در هوشیاری و توجه می‌شود (استفانوس و واسرستین، ۲۰۰۱)، همچنین با توجه به اهمیت دستگاه فعال‌ساز شبکه‌ای^{۱۸} در زمینه عملکرد توجه و بد-کارکردی آن در مبتلایان به ADHD و نیز کاهش فعالیت مناطق فرونتال و مرکزی میانی در این کودکان، می‌توان احتمال بهبود عملکرد توجه در کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی را در نتیجه بهره‌گیری از برنامه درمانی موسیقی تأیید کرد. افزون بر این، با توجه به مدل شناختی بارکلی که بر این باور است که نارسایی توجه در این اختلال نارسایی ثانویه است که از ضعف در بازداری رفتاری یا خودتنظیمی ناشی می‌شود، در نتیجه ضعف در بازداری پاسخ، سبب بهبود نارسایی ثانویه (نقص توجه) می‌شود، با عنایت به این الگو ابتدا می‌توان بهبود کنترل تکانه را در درمان انتظار داشت که یافته‌های این پژوهش با توجه به این الگو همخوانی دارد.

با توجه به این موضوع که ریشه اصلی اختلال نقص توجه در ساختارهای عصبی و زیستی است و تغییر آن با آموزشهای مقطعی و کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نیست، پیشنهاد می‌شود تحقیقات و آموزشهای طولی در زمینه این اختلال انجام گیرد. با توجه به کمبود تحقیقات علمی و تجربی در زمینه‌های فوق در کشور ما، چنین پژوهشهایی می‌تواند به شناخت بیشتر از شیوه‌های درمان کودکان دارای نقص توجه - بیش‌فعالی و استفاده از تکنیکهای مختلف موسیقی‌درمانی منجر شود.

یادداشتها

- 1) Kane, & Angle
- 2) Pauli, & Röder
- 3) Corbetta, & Shulman
- 4) Distractability
- 5) Collier, & Logan
- 6) Gregory
- 7) Gardiner, Fox, Knowles, & Jeffrey
- 8) Braddock, Hemp, & Rizzolo
- 9) Sprafkin, & Gadow
- 10) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder
- 11) Congruent
- 12) Incongruent
- 13) Barown
- 14) Lezak, Howieson, & Loring
- 15) Orff-Schulwerk
- 16) Temporal myopia
- 17) Leng, & Show
- 18) Reticular activating system (RAS)

منابع

- استور، آ. (۱۳۸۶). موسیقی و ذهن (ترجمه غلامحسین معتمدی). تهران: نشر مرکز.
- توکلی زاده، ج، بوالهری، ج، مهریار، ا، دژکام، م. (۱۳۷۶). همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، ۲۰۱، ۴۰-۵۱.
- جنسن، ا. (۱۳۸۶). چگونگی تأثیر موسیقی بر مغز (ترجمه آذر عمرانی گرگری). تهران: انتشارات ویرایش.
- خلف بیگی، م. (۱۳۸۲). تأثیر فعالیت های موسیقایی بر حافظه و توجه بیماران اسکیزوفرنیا. پایان نامه کارشناسی ارشد کار- درمانی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- خلف بیگی، م؛ بیان زاده، س؛ زاده محمدی، ع. و شفاوردی، ن. (۱۳۸۵). تأثیر فعالیت های موسیقایی بر توجه و حافظه در اسکیزوفرنیا. مجله رفتار روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). دوره ۱۲، ۴۶، ۲۳۶-۲۴۳.
- زاده محمدی، ع. (۱۳۸۴). کاربردهای موسیقی در روان پزشکی، پزشکی و روانشناسی. تهران: انتشارات اسرار دانش.
- شالچی، ب؛ بشارت، م. و بادینلو، ف. (۱۳۸۹). تأثیر موسیقی تند و آرام بر میزان توجه انتخابی کودکان مبتلا به اختلال

- نارسایی توجه - بیش فعالی. مجله روانشناسی معاصر، دوره ۵، ۱.
- شفیعی، ب؛ عطایی، ا. و صفری، م. (۱۳۸۸). اختلال نقص توجه همراه با پر فعالیتی (ADHD). اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- شهسوارانی، ا؛ رسول زاده طباطبایی، ک؛ اللهیاری، ع؛ عشایری، ح. و ستاری، ک. (۱۳۸۹). تأثیر استرس بر توجه انتخابی بینایی. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، ۳، ۲۰۳-۲۱۹.
- شیرازی، م. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر الگوی ایفای نقش بر روی خودپنداره دانش آموزان «با» و «بدون» نارسایی توجه/ بیش فعالی مقطع ابتدایی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، شیراز: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه - فزون جنبشی ویژگی ها، ارزیابی و درمان. تهران: انتشارات رشد.
- کیهانی، م. و شریعت پناهی، م. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر موسیقی بر عملکرد تمرکز و توجه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۱۸، ۲، ۱۰۶-۱۰۱.
- مفتاق، د. (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر آموزش رفتاری مادران، خود آموزی کلامی به کودکان و داورودرمانی بر نقص توجه - بیش فعالی کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. شیراز: دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- محرری، ف؛ شهریور، ز. و تهرانی دوست، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش «برنامه های تربیت سازنده» به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی نقص توجه. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال یازدهم، ۱، ۴۰-۳۱.
- محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش آموزان ۶-۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهشکده کودکان استثنایی: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.

- Daly, B. Creed, T. Xanthopoulos, M. & Brown, R. (2007). Psychosocial Treatments for children with attention Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology Rev.* 17, 73-78.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiologic surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Other Developmental Disorder*, 33, 65-82.
- Fournier-Vicente, S., Lariguarderie, P. & Gaonse'h, D. (2008). More dissociation and interactions within central executive functioning: A comprehensive latent variable analysis. *Acta Psychologica*, 129, 32-48.
- Gillberg, C. (2003). Deficit in childhood, motor control, and perception: A brief review. *Archives of Childhood*, 88, 904-910.
- Kane, M. J., & Engle, R. W. (2000). Working memory capacity, proactive interference, and divided attention: Limits on long-term memory retrieval. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 26, 333-358.
- Lansbergen, M. M., Kenemans, J. L., Engeland, H. V. (2007). Stroop Interference and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology*, 2, 251-262.
- Montiel-Nava, C., Pena, J.A., Montiel-Barbero, B. I. (2003). Epidemiological date about ADHD in a sample of Marabino children. *Rev Neural*, 37, 815-819.
- Purvis, T. C. (2007). Music Therapy in Schizophrenia. *Master Dissertation*, AAT 3380435.
- Rapport, M. D., Bolden, J., Kofler, M. J., Sarver, D. E., Raiker, J. S., & Alderson, M. R. (2009). Hyperactivity in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Ubiquitous Core Symptom or Manifestation of Working Memory Deficits? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 521-534.
- Rauscher, F. H., Shaw, G. L., & Ky, K. N. (1995). Listening to Mozart enhances spatial-temporal reasoning: Towards a neurophysiologic basis. *Neuroscience Letters*, 185, 44-47.
- Register, D. (2001). The effects of an early intervention music curriculum on rereading/ writing. *Journal of Music Therapy*, 38, 239-248.
- Rickson, D. J. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 43, 39-62.
- Schellenberg, E. G. (2004). Music lessons enhance IQ. *Psychological Science*, 15, 511-514.
- مشهدی، ع؛ رسولزاده طباطبایی، ک؛ آزادفلاح، پ. و سلطانی‌فر، ع. (۱۳۸۸). مقایسه بازداري پاسخ و کنترل تداخل در کودکان مبتلا به اختلال نارسیایی توجه - فزون کنشی و کودکان بهنجار. *مجله روانشناسی بالینی*، سال اول، ۲، ۳۷-۵۰.
- ملایری، س؛ جعفری، ز. و عشایری، ح. (۱۳۸۴). اختصاص یافتگی مغز برای درک موسیقی. *فصلنامه تازه‌های علوم اعصاب*، ۱۱، ۶۸۹-۶۹۵.
- میربها، ه؛ کاویانی، ح. و پورناصح، م. (۱۳۸۲). آثار آموزش موسیقی بر توانایی‌های هوشی خردسالان. *تازه‌های علوم شناختی*، سال ۵، ۴، ۴۷-۵۴.
- میرزمانی، م. و هداوندی، ف. (۱۳۸۷). تأثیر موسیقی و حرکات موزون بر دامنه توجه دانش‌آموزان دختر کم توان ذهنی. *مقاله پژوهشی توانبخشی*، دوره نهم، شماره اول، ۳۳، ۲۸-۲۴.
- Abikoff, H., Courtney, M. E., Szeibel, P. J., & Koplewicz, H. S. (1996). The effect of auditory stimulation on the arithmetic performance of children with ADHD and nondisabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 238-249.
- Barkley, R. A. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1064-1068.
- Barkley, R. A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56.
- Braddock, D., Hemp, R., & Rizzolo, M. C. (2004). The state of the states in developmental disabilities. *Journal of Mental Retardation*, 42, 356-370.
- Chan, A. S., Cheung, M. C. Ho, Y. C., & He, W. J. (2000). Localized brain activation by selective tasks improves specific cognitive functions in humans. *Neuroscience Letters*, 283, 162-164.
- Colwell, C. M., & Mulless, (2002). Music activities (signing vs. chanting) as a vehicle for reading Fombo accuracy of children with disabilities: A pilot study. *Music Therapy Perspectives*, 20, 13-19.
- Costa-Giomi, E. (1999). The effects of three years of piano instruction on children's cognitive development. *Journal of Research in Music Education*, 47, 198-212.

- Ulfarsdottir, L. O., & Erwin, P. G. (1999). The influence of music on social cognitive skills. *The Arts in Psychotherapy*, 26, 81-84.
- Wolfe, D. E., & Horn, C. (1993). Use of melodies as structural promotes for learning and retention of sequential verbal information by preschool students. *Journal of Music Therapy*, 30, 100-118.
- Zillessen, K. E., Scheuerpflug, P., Fallgatt, A. J., Strik, W. k., & Warnke, A. (2001). Change of the brain electrical fields during The Continuous Performance Test in attention-deficit hyperactivity disorder boys depending on methylphenidate medication. *Clinical Neurophysiology*, 112, 1166-1173.
- Stefanatos, G. A., & Wasserstein, J. (2001). Attention deficit-hyperactivity disorder as a right hemisphere syndrome. Selective literature review and detailed neuropsychological case studies. *Annals New York Academic Science*, 931, 172-195.
- Zhu, W., Zhao, L., Zhang, J., Ding, X., Liu, H., Ni, E., & et al. (2008). The influence of Mozart's sonata K. 448 on visual attention: An ERPs study. *Neuroscience Letters*, 434, 35-40.