

October–November 2021, Volume 10, Issue 5

Comparison of the Effectiveness of Drama Therapy and Music Therapy on Loneliness, Anxiety, and Children with Grief Referred to Ahvaz Clinics

Leila Boron¹, Farah Naderi^{2*}, Alireza Heydarei³, Saeed Bakhtiarpour⁴, Parvin Ehteshamzadeh⁵

1- Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. / Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

5- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Corresponding author: Farah Naderi, Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: nmafrah@yahoo.com

Received: 11 Oct 2020

Accepted: 17 July 2021

Abstract

Introduction: The death of a loved one is one of the most common stressful events. There are certain complexities to accepting it, especially in the case of children. The present study was conducted to compare the effectiveness of Drama Therapy and Music Therapy on loneliness, anxiety, and children with grief referred to Ahvaz clinics.

Methods: The present study was a quasi-experimental pretest, posttest with control and follow-up groups. The statistical population of the present study included all children with grief referred to psychological clinics in Ahvaz during the fourth 4 months in 2018 with 93 children. A total of 45 girls and boys aged 9 to 12 years with symptoms of grief of one of the other attachment figures (such as mother or father) were selected and purposefully selected. Then, they were randomly selected by lottery in the drama-therapy, music-therapy and control groups (15 children in each group). Research data were collected using a demographic questionnaire, "Children's Loneliness Scale" and "Multidimensional Anxiety Scale for Children". Content validity and reliability by internal consistency with Cronbach's alpha coefficient was calculated. Then for the subjects of the experimental groups, 12 sessions of 90 minutes of Drama Therapy and 15 sessions of 45 minutes of Music Therapy (two sessions per week for each group) were performed and no intervention was performed for the control group. One month later, the follow-up was performed. The collected data were analyzed in SPSS. 23.

Results: There is a significant difference between the intervention and control groups in the two variables of loneliness and anxiety, both in the post-test stage and in the follow-up stage. Also, there is no significant difference between the two groups of Music Therapy and Drama Therapy in the variables loneliness and anxiety after the test and follow-up. Therefore, both intervention groups were effective in reducing loneliness and anxiety in children with grief ($P < 0.01$).

Conclusions: Both Drama Therapy and Music Therapy reduced loneliness and anxiety in children with grief. It is suggested that the above two therapies be used to help the psychological problems of children with grief.

Keywords: Loneliness, Anxiety, Music Therapy, Drama Therapy, Children with Grief.

مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر تنهایی و اضطراب کودکان مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک‌های اهواز

لیلا برون^۱، فرح نادری^{۲*}، علیرضا حیدرئی^۳، سعید بختیارپور^۴، پروین احتشام زاده^۵

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. / گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۵- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: فرح نادری، استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: nmafrah@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۶

چکیده

مقدمه: مرگ یکی از عزیزان از رایج‌ترین رویدادهای تنش‌زا است. قبول آن بخصوص در رابطه با کودکان، پیچیدگی‌های خاصی دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر تنهایی، اضطراب، کودکان مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک‌های اهواز انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی شهر اهواز در مقطع زمانی ۴ ماه چهارم در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۹۳ کودک بودند. تعداد ۴۵ کودک دختر و پسر ۹ تا ۱۲ سال دارای علائم سوگ یکی از چهره‌های دلبستگی دیگر (مانند مادر یا پدر) انتخاب و به شیوه هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی از نوع قرعه کشی در گروه‌های نمایش درمانی، گروه موسیقی درمانی و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ کودک) جایگزین شدند. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس تنهایی کودکان" (Children's Loneliness Scale) و "مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان" (Multidimensional Anxiety Scale for Children) انجام گرفت. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. سپس برای گروه‌های مداخله، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای نمایش درمانی و ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای موسیقی درمانی (هفته‌ای ۲ جلسه برای هر گروه) انجام شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. پس از اتمام مداخله پس‌آزمون و به فاصله یک ماه بعد پیگیری انجام شد. داده‌ها در نرم افزار اسپس اس اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین ۲ گروه مداخله و گروه کنترل در ۲ متغیر تنهایی و اضطراب، در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین هر ۲ گروه نمایش درمانی و موسیقی درمانی و در متغیر تنهایی و اضطراب در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، هر ۲ گروه مداخله در کاهش تنهایی و اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ اثربخش بودند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نمایش درمانی و موسیقی درمانی باعث کاهش احساس تنهایی و اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ می‌شود. پیشنهاد می‌شود از ۲ روش درمانی فوق به عنوان روش‌های درمانی کمک به مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به سوگ بکار گرفته شود.

کلید واژه‌ها: تنهایی، اضطراب، موسیقی درمانی، نمایش درمانی، کودکان مبتلا به سوگ.

مقدمه

مرگ یکی از عزیزان از رایج‌ترین رویدادهای تنش‌زا است [۱]. در بیشتر افراد نشانه‌های مربوط به سوگ با گذشت زمان بهبود پیدا می‌کنند اما پذیرش با آن بخصوص در رابطه با کودکان، پیچیدگی‌های خاصی دارد [۲]. پیامد سوگواری زمانی ممکن است به شدت آسیب‌زا باشد، که از دست دادن، مربوط به یکی از والدین یا سایر چهره‌های دلبستگی باشد [۳]. در شرایط سوگ، بیشتر بچه‌ها آسیب روانی مداوم را تجربه نمی‌کنند [۴]، با این حال اقلیت قابل توجهی علائم افسردگی [۵]، تنش پس از سانحه، یا غم و اندوه مداوم و آزار دهنده [۶]، را تجربه می‌کنند. به این سندرم اختلال سوگ گفته می‌شود و در طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری به عنوان یک اختلال روانی جدید برای گنجاندن در DSM-5-TR تأیید شده است [۷]. یکی از متغیرهای قابل بررسی که کودکان سوگ به آن دچار می‌شوند، احساس تنهایی است که می‌تواند تهدیدی برای سلامت روان کودکان باشد [۸] و عبارت است تجربه ناخوشایند مبنی بر متمایز بودن از دیگران که با مشکلات رفتاری مانند غمگینی، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین آرزوها و توقعات فرد با امکان دستیابی او به این آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد که به صورت رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران مشخص می‌گردد [۹]. تنهایی عاملی موثر، در بروز بسیاری از اختلالات و ناخوشی‌های بنیادین روانی است [۱۰]، به طوری که طبق برخی مطالعات رابطه احساس تنهایی با مشکلات جسمانی و روانشناختی بسیاری از جمله افسردگی [۱۱]، نشان داده شده است. بنابراین احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانه‌های افسردگی و نیز به عنوان یک عامل مستقل در ایجاد آسیب‌های روانشناختی سوگ مورد توجه است. کودکان مبتلا به سوگ، به دلیل احساس فقدان حامی و مراقب، دچار اضطراب می‌شوند [۱۲]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان با اختلال‌های اضطرابی به طور معناداری رویدادهای منفی بیشتری را در طول زندگی نسبت به کودکان غیرمضطرب تجربه نموده‌اند [۱۳]. اضطراب یک احساس و هیجان ناخوشایند است که به واسطه ادراک فرد از تنیدگی و تغییرات جسمانی بدن بوجود می‌آید [۱۴]. اضطراب شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در میان کودکان بوده و از لحاظ علت مراجعه به مراکز درمان سلامت روانی در مقام اول قرار دارد [۱۵]. اضطراب کودک تأثیر منفی بر

عملکرد تحصیلی و اجتماعی دارد [۱۶]. چون دوره کودکی دوره گذار به دوره‌های بالاتر و پایه شکل‌گیری شخصیت است، عدم درمان اضطراب در کودکی، می‌تواند مشکلات بسیاری را در آینده ایجاد می‌کند.

اگرچه بسیاری از نشانه‌هایی که بلافاصله پس از مرگ عزیزان پدید می‌آیند، ۶ تا ۱۲ ماه بعد به تدریج کاهش می‌یابند، ولی مشکلات برخی کودکان ادامه می‌یابند که نیازمند مداخلات بالینی می‌باشد [۳]. تلاش پژوهشگران و درمانگران منجر به معرفی درمان‌های اثربخش گوناگونی در زمینه هنر درمانی شده است. در این راستا، کودکان از طریق هنر می‌توانند برخی نظرات را که مطابق با احساسات مثبت ایشان است را قبول کنند و برخی دیگر را که متأثر از احساسات منفی خود می‌باشد را رد نمایند [۱۷]. شکل‌گیری شخصیت کودکان و نوجوانان یک فرآیند فکری است که با هنر نمایش امکان تأثیر و تغییر دارد [۱۸]. نمایش درمانی به عنوان روش نزدیک به طبیعت کودکان، بدون پیامد جانبی و از همه مهمتر مورد پذیرش کودکان، می‌تواند بر ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی، پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، عمل‌های تکانشی و از خودبیگانگی، اثر گذار باشد [۱۹]. پژوهش‌ها حاکی از سودمندی نمایش درمانی با حیطه‌های مختلف بهداشت روانی از جمله کاهش افسردگی [۲۰]، نشانگان درد [۲۱]، تعارض‌ها [۲۲] و عزت نفس [۲۳]، افزایش اعتماد به نفس و تاب‌آوری در کودکان در معرض خطرات آسیب‌های اجتماعی [۲۴] است.

یکی دیگر از شاخه‌های هنردرمانی، موسیقی درمانی است که به معنای به کارگیری موسیقی در حرفه درمانی به منظور رفع نیازهای اشخاص در زمینه‌های سلامتی جسمی و ذهنی، شادابی برای اشخاصی که دارای مشکلات و نیازهای روانی، عقلانی و ارتباطی هستند [۲۵]. یافته‌های پژوهشی نشان داد که موسیقی درمانی باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی و زبانی و کاهش علائم اوتیسم [۲۶] کاهش اختلال‌های درون نمود کودکان در مؤلفه‌های انزوا/افسردگی و اضطراب/افسردگی [۲۷]، کاهش علائم غم و اندوه در کودکان عزادار [۲۸، ۲۹]، می‌شود. با مرور بر مطالعات صورت گرفته آشکار می‌گردد که هم‌نمایش درمانی و هم‌موسیقی در درمان مشکلات روانشناختی کودکان موثر بوده است، اما پژوهشی که به صورت مشخص به احساس تنهایی، اضطراب، در کودکان مبتلا به

لیلا برون و همکاران

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل پایه تحصیلی، سن، نوع سوگ کودک و تحصیلات والدین در قید حیات بود. «مقیاس تنهایی کودکان» (Children's Loneliness Scale) بود که توسط Asher و همکاران طراحی شد [۳۱]. این مقیاس جهت سنجش تنهایی در کودکان بین ۸ تا ۱۵ سال ارائه شده و دارای ۲۴ عبارت می‌باشد. نمره‌دهی آن به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است (همیشه در مورد شما درست است: ۱ تا همیشه در مورد شما درست نیست: ۵). نمره بالاتر نشان دهنده تنهایی بیشتر است. همیشه در مورد شما درست است عدد ۱، بیشتر وقت‌ها در مورد شما درست است عدد ۲، گاهی در مورد شما درست است عدد ۳، کمی در مورد شما درست است عدد ۴، اصلاً در مورد شما درست نیست عدد ۵). در این مقیاس تعداد ۸ عبارت به این دلیل که پاسخگو با احساس راحتی و آرامش بیشتری احساس خود را درباره موضوعات متنوع بیان کند و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود، به عنوان پرسش‌های نامربوط که به موضوعات مورد علاقه کودکان مرتبط هستند و در محاسبه نمره مقیاس در نظر گرفته نمی‌شوند، گنجانده شده است. دامنه نمره این مقیاس بین ۱۶ تا ۸۰ است.

Asher و همکاران [۳۱] در پژوهشی بر روی ۵۲۲ کودک بهنجار ۱۲ ساله آمریکایی، روایی و پایایی «مقیاس تنهایی کودکان» را مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه به روش تحلیل تک عاملی گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر نمونه فوق ۰/۶۰ و با استفاده از روش اسپیرمن-براون ۰/۹۱ و روش دونیمه‌کردن گاتمن ۰/۹۱ بدست آمد [۳۱]. Maes و همکاران [۳۲] روایی و پایایی «مقیاس تنهایی کودکان» را در ۴۲۲ کودک ۹-۱۵ سال در بلژیک مورد بررسی قرار دادند. روایی همگرا نشان داد که این مقیاس با «سیاهه افسردگی کودکان» (Children's Depression Inventory)، همبستگی ۰/۶۸ و با «مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ» (Rosenberg Self Esteem Scale) ۰/۶۹- همبستگی دارد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۳۴ کودک از نمونه فوق ۰/۷۶ نشان دادند [۳۲].

چاری و خیر [۳۳] در گروهی مشتمل بر ۳۶۹ نوجوان جهت تعیین روایی سازه به روش تحلیل عاملی «مقیاس تنهایی کودکان» را انجام داد. نتایج تک عاملی بودن مقیاس را نشان

سوگ بپردازد، یافت نشد.

با توجه به اهمیت مشکلات روحی ناشی از سوگ و اثرات بلند مدت آن روی این کودکان، ضرورت دارد که در این زمینه درمان‌هایی آزموده و تأیید شده در اختیار درمانگران و روانشناسان قرار گیرند تا در زمان ضرورت برای این کودکان مورد استفاده قرار گیرند. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه نمایش‌درمانی و موسیقی‌درمانی بر احساس تنهایی و اضطراب، کودکان مبتلا به سوگ اجرا در سال ۱۳۹۷ شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود، که در آن از ۲ گروه مداخله مجزا (نمایش‌درمانی و موسیقی‌درمانی) و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان ۹ تا ۱۲ سال مبتلا به سوگ مربوط به یکی از والدین (پدر یا مادر) مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی شهر اهواز در مقطع زمانی ۴ ماهه چهارم در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۹۳ کودک بودند. از این رو با توجه به توصیه منابع علمی انتخاب ۱۵ تن تعداد نمونه برای هر گروه در مطالعات نیمه تجربی [۳۰]، که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ کودک بر اساس نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس به شیوه تصادفی به صورت قرعه‌کشی در گروه‌های مداخله نمایش‌درمانی (۱۵ کودک)، گروه مداخله موسیقی‌درمانی (۱۵ کودک) و گروه کنترل (۱۵ کودک) گمارده شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل از دست دادن یکی از چهره‌های دلبستگی (مانند مادر یا پدر) در یک سال گذشته، دارا بودن علایم سوگ بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 (انجام شده توسط پژوهشگر)، تمایل و رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش توسط خود کودک و قیمت کودک، کسب نمره ۵۰ از ۸۰ در «مقیاس تنهایی کودکان» و کسب نمره ۶۵ و بالاتر از ۱۲۷ از «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان»، سن بین ۹ تا ۱۲ سال، نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی بر اساس گزارش اطرافیان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شرکت در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روانشناختی و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزش و درمان بود.

روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نیز بر روی نمونه فوق، ۰/۸۷ گزارش شد.

در ایران در پژوهش کریمی و همکاران [۳۷] ویژگی های روانسنجی «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» را بر روی ۸۳۱ دانش آموز (۲۳۴ دانش آموز پسر و ۵۹۷ دانش آموز دختر) ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان شهر نجف آباد در سال تحصیلی ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار داد. نتایج روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی ۴ زیر مقیاس را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی همین نمونه، ۰/۷۹ محاسبه شد. نتایج پژوهش قربان شیرودی [۳۸] بر روی دانش آموزان ۱۰ تا ۱۶ سال، (۳۵۳ دختر، ۳۴۷ پسر) در شهر تنکابن بررسی شد. روایی همگرای «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» با «مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب و افسردگی کودکان» (Revised Child Anxiety and Depression Scale)، ۰/۶۱ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بروی نمونه ذکر شده، برابر با ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کردند. در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش روایی صوری «مقیاس تنهایی کودکان» و «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» از طریق هماهنگی نظرات ۱۰ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و ۵ تن از متخصصان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در مرحله پیش آزمون با ۴۰ تن از کودکان دختر و پسر دارای علائم سوگ از نمونه حاضر انجام گرفت. نتایج برای «مقیاس تنهایی کودکان» ۰/۸۴ و برای «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» ۰/۷۲ بدست آمد.

روش اجرای نمایش درمانی با بهره گیری از کتاب «رویکرد عملی به نمایش درمانی» Anderson & Grainger [۳۹] انجام شد. محتوای آن برای گروه سنی مورد مطالعه مناسب بوده و روایی آن مورد تأیید است [۳۹]. در این نوع مداخله بر اساس داستان های هدفدار، نمایشنامه ای تنظیم شد و توسط کودکان به همراه پژوهشگر نفر اول مقاله (که خود در این زمینه آموزش های لازم را دریافت کرده بودند) در محل مرکز مشاوره انجمن نمایش درمانی ایران در اهواز در طی ۶ هفته (هفته های ۲ بار) بر مبنای تأکید بر تعاملات اجتماعی، حرکت، آوا و بر اساس علائم سوگ در کودکان در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد.

داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مرحله پیش آزمون با ۴۰ تن از گروه نمونه انجام و ۰/۸۱ و با استفاده از روش تنصیف بر روی نمونه فوق ۰/۶۶ گزارش شد [۳۳]. نتایج پژوهش انجم شعاع و همکاران [۳۴] بر روی ۳۲۰ کودک در مقطع ابتدایی در شهر کرمان نشان داد که روایی همزمان «مقیاس تنهایی کودکان» با «فهرست رفتاری کودک» (Child Behavioral Checklist) همبستگی متوسط (۰/۱۸-۰/۲۵) دارد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۸۳ و پایایی به روش دونیمه کردن آزمون ۰/۷۳ و روش بازآزمایی (۳ هفته) برابر با ۰/۷۶ بود.

«مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» (Multidimensional Anxiety Scale for Children) این مقیاس که توسط March و همکاران [۳۵] ساخته شده است. این ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۹ عبارت است و برای ارزیابی نشانه های اضطراب در گروه های سنی ۸ تا ۱۹ سال استفاده می شود. هر عبارت بر مبنای یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از صفر تا ۳ (هرگز، بندرت، گاهی اوقات و همیشه) می باشد. این مقیاس دارای ۴ زیر مقیاس زیر شامل «اضطراب اجتماعی» (social anxiety) (۹ عبارت شامل عبارت های ۳۴، ۳۰، ۲۶، ۲۳، ۱۹، ۱۷، ۱۱، ۷، ۴)، «اضطراب جدایی» (anxiety separation)، (۹ عبارت شامل عبارت های ۲۶، ۲۳، ۱۹، ۱۷، ۱۱، ۷، ۳، ۷، ۹)، «اجتناب از آسیب» (avoidance of harm) (۹ عبارت شامل عبارت های ۳۶، ۳۲، ۲۸، ۲۵، ۲۱، ۱۳، ۹، ۶، ۲) و نشانه های جسمانی (۱۲ عبارت شامل عبارت های ۳۸، ۳۵، ۳۱، ۲۷، ۲۴، ۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۲، ۸، ۵، ۱) است. دامنه نمره کل این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۲۷ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب بالاتر است. نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب بالاتر در کودکان است. مقیاس سطح بندی نمره ها را ندارد.

March و همکاران [۳۵] بر روی ۵۷۹ کودک ۷-۹ سال روایی همگرای «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» را از طریق روایی همگرای با «مقیاس اضطراب آشکار کودکان تجدید نظر شده» (Revised children's Manifest Anxiety Scale) ۰/۷۱ و پایایی با نمونه فوق به روش بازآزمایی پس از ۳ هفته ۰/۶۸ بدست آوردند. همچنین Iverson [۳۶] بر روی ۴۰۵ کودک در سوئیس، روایی همگرای «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» را با «سپاهه افسردگی کودکان» (Children's Depression Inventory) ۰/۷۳ و پایایی به

لیلا برون و همکاران

جلسه پنجم و ششم: تنظیم اهداف و برنامه‌های گروهی موسیقایی با مشورت یکدیگر. به عنوان تکلیف از شرکت کنندگان خواسته شد که اشعار و ترانه‌هایی در وصف حال خود بسرایند و در جلسه بعد بخوانند تا پیرامون آن بحث و گفتگو شود.

جلسه هفتم و هشتم: مرور تکلیف جلسه قبل، انتخاب ترانه‌هایی که موضوع اشعار و آوازهای آن با مشکلات کودکان همخوانی داشت و بحث و گفتگو پیرامون آن‌ها انجام شد.

جلسه نهم و دهم: بحث و گفتگو در مورد ترانه‌ها و آوازهای گوناگون و ترغیب اظهار نظر شخصی پیرامون واژه‌ها و موضوع اشعار. طرح پرسش‌هایی پیرامون موضوع‌های عاطفی و فکری ترانه‌ها، مانند ناکامی، خانواده، دوستی، اعتماد، امید، شکست، وابستگی، جدایی، ... و ارتباط آن‌ها با مشکلات شخصی کودکان و یافتن راه حل‌های مناسب با مشورت گروه مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه یازدهم و دوازدهم: بیدارسازی احساس‌ها و افکار ناخودآگاه و نفوذ در قسمت‌های عمیق احساس‌ها با شنیدن و موسیقی، گسترش بدیهه‌های احساسی با استفاده از برگه‌های کوتاه تکراری موسیقایی صورت گرفت.

جلسه سیزدهم: ارزیابی تغییرات کودکان. جلسه چهاردهم و پانزدهم: آلبومی کوچک از آهنگ‌ها و ترانه‌های مورد علاقه کودکان برای استفاده در منزل تهیه گردید.

در پژوهش حاضر، ابتدا مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، دریافت شد و سپس هماهنگی‌های لازم با حوزه هنری و انجمن نمایش و موسیقی شهر اهواز صورت گرفت. برای انجام این پژوهش پس از هماهنگی با مراکز مشاوره، فراخوانی در مورد هدف پژوهش داده شد و پس از ثبت نام اولیه داوطلبین و بررسی‌های لازم جهت انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان و گروه‌های آن‌ها مشخص گردید. پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های مداخله نمایش‌درمانی (۱۵ کودک)، گروه مداخله موسیقی‌درمانی (۱۵ کودک) و گروه کنترل (۱۵ کودک)، برای هر ۳ گروه پیش‌آزمون اجرا شد. «مقیاس احساس تنهایی» کودکان و «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» به عنوان پیش‌آزمون تکمیل گردید. سپس برای آزمودنی‌های گروه‌های مداخله جلسات نمایش‌درمانی توسط پژوهشگر در محل مرکز انجمن نمایش‌درمانی اهواز اجرا گردید. موسیقی‌درمانی با کمک یک نوازنده موسیقی

خلاصه محتوای جلسات نمایش‌درمانی

جلسات اول تا سوم: به معارفه اعضای گروه، توزیع لباس‌های تهیه شده برای نمایش به اعضای گروه، اجرای نمایش همراه با دانش‌آموزان و صحبت در مورد احساس‌ها و افکار خود در ارتباط با نقش هر فرد پرداخته شد.

جلسات چهارم و پنجم: اجرای نمایش مشتمل بر شخصیت اصلی با استفاده از روش قصه‌گویی و به کار بردن نقاب و صحبت در مورد احساس‌ها و افکار انجام شد.

جلسات ششم تا نهم: تمرین نمایشنامه مخصوص، تقسیم نقش‌ها، انتخاب کارگردان، طراحی دکور و صحنه به صورت گروهی و با هدایت درمانگر بود.

جلسه دهم: اجرای نمایش همراه با دکور و لباس در حضور اعضای خانواده صورت گرفت.

جلسات یازدهم و دوازدهم: نمایش چوپان و ده گوسفند با استفاده از روش قصه‌گویی، به کار بردن نقاب و صحبت در مورد افکار و احساسات اعضای گروه اجرا شد.

مداخله موسیقی‌درمانی بر اساس برنامه تدوینی خانجانی و خاک نژاد [۲۶] مشتمل بر بازی‌ها و حرکات موزون، گوش کردن و آواز خواندن تهیه و اجرا شد و در آن از سبک آزاد موسیقی غیرفعال کودکان استفاده شده است.

جلسات مداخله موسیقی‌درمانی در ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای ۲ بار به مدت ۴ ماه در محل مرکز انجمن نمایش‌درمانی ایران توسط یک کارشناس موسیقی در اهواز اجرا گردید.

هر دو روش درمانی توسط ۱۵ تن از اعضای هیات علمی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ۱۰ تن از اعضای هیات علمی گروه هنر دانشگاه چمران و ۱۰ تن از هنرمندان موسیقی و نمایش در حوزه هنری و انجمن نمایش‌درمانی ایران در شهر اهواز مورد تایید قرار گرفت.

خلاصه محتوای جلسات موسیقی‌درمانی

جلسه اول و دوم: برقراری ارتباط، تنظیم برنامه‌های گروهی برای همکاری در خواندن ترانه‌ها. برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی با تمرین بدیهه‌خوانی انجام شد.

جلسه سوم و چهارم: افزایش همکاری و هوشیاری با پیروی از دستورها و رعایت شرایط همخوانی. افزایش اعتماد به نفس و ارزش شخصی با تمرین خواندن در گروه. تمیز شنیداری، درک شنیداری و آموزش آهنگ از طریق حرکات بدنی صورت گرفت.

که آموزش دوره‌های مربوطه را به صورت تخصصی دریافت کرده است در محل حوزه هنری موسیقی اهواز برگزار شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت.

پس از انجام مداخلات، مجدد «مقیاس تنهایی کودکان» و «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» برای گروه‌های مداخله و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. یک ماه پس از برگزاری پس‌آزمون، مجدد «مقیاس تنهایی کودکان» و «مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان» برای مرحله پیگیری تکمیل شد.

گروه کنترل نیز در انتظار درمان باقیمانده و پس از اجرای مرحله پیگیری به اختیار خود از مزایای یکی از درمان‌های فوق بهره‌مند شدند. علاوه بر آن به‌منظور رعایت اصول اخلاقی رعایت رازداری کامل برای همه شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایتنامه کتبی از والدین یا همراهان، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه انجام شد. به طور کلی طول مدت زمان اجرا و جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید.

داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده پس از بررسی پیش فرض‌های نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو - ویلک، پیش فرض برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی تحلیلی شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس

اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۳۱ درصد شرکت‌کنندگان در پایه ششم (گروه‌های سنی ۱۱ و ۱۲ سال)، ۲۹ درصد در پایه پنجم (گروه‌های سنی ۹ و ۱۰ سال) و ۴۰ درصد باقی مانده در پایه‌های تحصیلی سوم و چهارم (گروه‌های سنی ۸ سال) بودند. همچنین ۶۵ درصد کودکان پدر ۳۵ درصد کودکان مادر خود را از دست داده بودند. تحصیلات والدین در قید حیات این کودکان شامل ۴۷ درصد مادران در قید حیات دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۱۲ درصد تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۶ درصد تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. از پدران در قید حیات ۱۷ درصد تحصیلات دیپلم و کمتر، ۱۳ درصد تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۵ درصد تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد داشتند. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، بررسی متغیرهای سن و پایه تحصیلی نشان داد که بین این متغیر در ۳ گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد.

بررسی میانگین و انحراف معیار نمره تنهایی و اضطراب که با روش تحلیل واریانس چندگانه انجام گرفت نشان داد که گروه‌های نمایش درمانی و موسیقی درمانی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بایکدیگر نداشته ($P < ۰/۰۰۵$)، در حالی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نمره پیش‌آزمون کاهش یافته است (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تنهایی و اضطراب به تفکیک گروه‌های پژوهش

مرحله	متغیر وابسته	گروه نمایش درمانی		گروه موسیقی درمانی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	احساس تنهایی	۶۸/۰۲	۵/۱۴	۶۷/۹	۳/۹۳	۶۸/۰۵	۴/۰۸
	اضطراب	۹۸/۲۸	۵/۸۱	۹۷/۶۵	۴/۸۸	۹۶/۲۱	۴/۵۳
پس‌آزمون	احساس تنهایی	۶۴/۴۸	۴/۸۳	۶۲/۵۴	۳/۹۰	۶۸/۷۰	۳/۹۹
	اضطراب	۹۳/۱۱	۴/۵۳	۹۰/۹۲	۴/۳۸	۹۶/۴۲	۴/۹۳
پیگیری	احساس تنهایی	۶۱/۱۰	۴/۸۴	۵۹/۰۸	۳/۹۲	۶۸/۹۱	۴/۰۱
	اضطراب	۸۹/۷۱	۴/۵۳	۸۷/۹۲	۴/۸۴	۹۶/۸۲	۴/۷۱

تکرار شده مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده‌های آزمون شاپیرو ویلک در نمره کلی تنهایی و اضطراب معنادار ($P \leq ۰/۰۵$) نبود. لذا می‌توان بیان نمود توزیع متغیرهای حاضر طبیعی

همانطور که یافته‌های (جدول ۱) نشان می‌دهند، نمره شرکت‌کنندگان پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نمره پیش‌آزمون و نمره گروه کنترل متفاوت می‌باشد؛ لذا پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های

لیلا برون و همکاران

ندارد. همچنان آزمون ماکنلی (ماچلی) نیز نشان داد پیش فرض کرویت رعایت شده است. از این رو پیش فرض های لازم جهت اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است.

هستند. همچنین مقدار F محاسبه شده در آزمون لوین در متغیر تنهایی و اضطراب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می توان نمود تفاوت معناداری بین واریانس های خطای ۴ گروه پژوهش وجود

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای تنهایی و اضطراب

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	p-value	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
گروه (۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل)							
عامل بین گروهی	۵۸۹۱/۸۳	۲	۲۹۴۵/۹۱۵	۶/۵۸	۰/۰۰۳	۰/۲۶	۰/۹۴
خطا	۱۸۸۰۲/۲۱	۴۲	۴۴۷/۶۷۱	-	-	-	-
آزمون (۳ مرحله) و تعامل آن با گروه در شرایط رعایت پیش فرض کرویت							
آزمون	۶۰۳۵/۴۷۱	۱	۶۰۳۵/۴۷۱	۲۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
تعامل آزمون × گروه	۵۷۲۸/۴۹	۶	۹۵۴/۷۴۸	۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹۹
خطا	۱۴۰۱/۲۹	۴۲	۳۶/۸۷۶	-	-	-	-

نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد که در بین گروه ها در متغیرهای وابسته ($F=۶/۵۸$, $df=۲$ و $P<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲).

نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد که در بین گروه ها در متغیرهای وابسته ($F=۶/۵۸$, $df=۲$ و $P<۰/۰۰۳$) در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش های مداخله بر تنهایی و اضطراب

گروه	مرحله	تفاوت میانگین		خطای استاندارد		p-value
		احساس تنهایی	اضطراب	احساس تنهایی	اضطراب	
گروه						
کنترل	پیش آزمون و پس آزمون	۵/۱	۲/۸۷	۴/۴۸	۰/۴۸	۰/۶۰
	پیش آزمون و پیگیری	۶/۴۷	۳/۷۳	۴/۳۲	۰/۴۸	۰/۴۹
	پس آزمون و پیگیری	۱/۳۲	۳/۵۴	۵/۴۷	۰/۴۷	۰/۱۲
نمایش درمانی	پیش آزمون و پس آزمون	۱۸/۹۳	۱۳/۷۴	۲/۴۲	۳/۸۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون و پیگیری	۱۴/۹۸	۳۲/۲۵	۳/۴۷	۴/۴۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون و پیگیری	۶/۷۳	۱۷/۶۷	۲/۵۱	۳/۳۸	۰/۰۰۱
موسیقی درمانی	پیش آزمون و پس آزمون	۲۵/۹۸	۱۷/۹۳	۱/۴۸	۲/۴۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون و پیگیری	۲۷/۱۷	۲۹/۴۳	۱/۵۶	۲/۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون و پیگیری	۱۰/۳۴	۱۳/۶۷	۱/۷۴	۳/۹۳	۰/۰۰۱
زمان						
پیش آزمون	کنترل و گروه نمایش	۳/۴۶	۲/۸۸	۳/۱۵	۳/۱۵	۰/۰۹
	کنترل و گروه موسیقی	۴/۵۲	۵/۱۲	۲/۲۲	۲/۲۲	۰/۱۲
	گروه موسیقی و نمایش	۳/۸۰	۳/۶۹	۲/۴۱	۲/۴۱	۰/۲۶
پس آزمون	کنترل و گروه نمایش	۱۹/۶۶	۱۸/۷۹	۳/۶۳	۳/۶۳	۰/۰۰۱
	کنترل و گروه موسیقی	۲۱/۴۸	۲۳/۹۵	۳/۳۹	۳/۳۹	۰/۰۰۱
	گروه موسیقی و نمایش	۰/۶۷	۱/۸۹	۲/۰۲	۲/۰۲	۰/۶۸
پیگیری	کنترل و گروه نمایش	۲۵/۰۹	۲۵/۹۸	۱/۷۸	۱/۷۸	۰/۰۰۱
	کنترل و گروه موسیقی	۲۷/۸۱	۲۸/۰۲	۳/۱۳	۳/۱۳	۰/۰۰۱
	گروه موسیقی و نمایش	۴/۳۹	۴/۴۳	۳/۲۸	۳/۲۸	۰/۳۶

برای تعیین تفاوت ۲ به ۲ گروه‌ها، آزمون بنفرونی استفاده شد. نتایج آزمون بنفرونی نشان داد که بین گروه کنترل با ۲ درمان نمایش‌درمانی و موسیقی‌درمانی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.001$)، اما بین ۲ نوع درمان نمایش‌درمانی و موسیقی‌درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «نمایش‌درمانی» و «موسیقی‌درمانی» بر تنهایی و اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک‌های اهواز انجام شد. اولین یافته نشان داد، نمایش‌درمانی بر کاهش تنهایی در کودکان مبتلا به سوگ مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۲۴، ۲۰، ۲۱]، از لحاظ سودمندی نمایش‌درمانی در ارتباط با حیطه‌های مختلف مشکلات روانشناختی کودکان همسو بود. برای مثال Chapman [۲۰] نشان داد که نمایش‌درمانی باعث کاهش افسردگی در کودکان می‌شود. Folostina و همکاران [۲۴] معتقدند که نمایش‌درمانی باعث خلق موقعیت‌های یادگیری می‌شود و این امکان را فراهم می‌کند که فرد به بیش از تجارب شخصی خود بیندیشد و برای کاهش مشکلات خود راه‌های خلاقانه ایجاد کند. گاه با رشد استعدادهای سرکوب شده و یادگیری نحوه رویارویی با مشکلات از طریق توانایی‌های موجود در فرد، مراجع توانست تغییرات چشم‌گیری در روابط خود با اعضای خانواده و دیگران ایجاد کند. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که قرار گرفتن در فضای امن و جذاب نمایش‌های ساختارمند و خلاقانه، و با استفاده از عروسک‌ها، ماسک‌ها و ابزارهای تئاتر، با عینی کردن بسیاری از مفاهیم و موقعیت‌ها و ارائه‌ی محرک‌های متنوع به کودکان مبتلا به سوگ، فرصت‌هایی را برای بازی تعاملی از طریق نمایش فراهم نمود. که در این فرصت‌ها کودکان با استفاده از ابزارهای کلامی ساده و محدود (که با تشویق و تحسین دنبال می‌شوند) به سرعت یاد گرفتند که باید به سرمشق‌هایی که درمانگر می‌دهد، توجه کنند و در مقابل تماشاگران (دیگر افراد گروه)، به درستی به ایفای نقش بپردازند. از آنجایی که داستان به شیوه تعاملی و به صورت سرگرمی در هر جلسه بر اهمیت همکاری، پافشاری و رضایت از پیشرفت در دستیابی به هدف‌ها و همین‌طور مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به سوگ تأکید می‌شد، شرایط کاهش احساس تنهایی را

برای آنان فراهم نمود. بعلاوه نمایش‌درمانی می‌تواند در افزایش قدرت تحلیل، حل مسئله، تصمیم‌گیری، بازداری پاسخ، فرصت برای ایجاد خودپنداره و عزت نفس و بهبود ارتباط متقابل در کودکان موثر باشد [۲۲]. در این پژوهش این تغییرات موجب یادگیری پایدار در کودکان گردید و نتایج در پیگیری نیز ماندگار بودند.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که نمایش‌درمانی موجب کاهش معناداری در اضطراب کودکان مبتلا به سوگ گردید. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۲۴، ۲۲، ۲۰]، از این نظر که نمایش‌درمانی در ارتباط با حیطه‌های مختلف مشکلات روانشناختی موثر است، همسو بود. برای مثال Crossley [۲۲] نشان داد که می‌توان با استفاده از نمایش‌درمانی تعارض بین افراد را کاهش داد. نتایج پژوهش Folostina و همکاران [۲۴] نیز نشان دادند که نمایش‌درمانی موجب افزایش اعتماد به نفس و تاب‌آوری در کودکان در معرض خطرات آسیب‌های اجتماعی می‌شود. Chapman [۲۰]، نیز معتقد است در روش گروهی نمایش‌درمانی همانندسازی با رهبر گروه یا سایرین، تخلیه عاطفی، احساس همدردی و سبک شدن بیش از سایر درمان‌ها به چشم می‌خورد. زمانی که کودک در فضای بازی گونه‌ی نمایش قرار می‌گیرد، بسیاری از عواطف خود را در عمل بروز می‌دهد. ترس‌ها، تعارضات، شرم، محرومیت‌های عاطفی، امیال سرکوب شده و بسیاری احساسات دیگر که معمولاً کودک آن‌ها را به زبان نمی‌آورد. در داستان‌های ارائه شده در جلسات نمایش‌درمانی سعی شد، کودک مبتلا به سوگ بتواند از نمایش به عنوان وسیله‌ای برای شکستن مقاومت در طول جلسات استفاده نماید. بدین صورت که کودک مبتلا به سوگ تمام توجه خود را بر ایفای نقش متمرکز می‌نمود و با ایفا کردن نقش‌ها به برون‌ریزی هیجانات خود می‌پرداختند و همچنین استفاده از تکالیف ساده و تعاملی از سوی درمانگر و مشارکت کودک در انجام یک تکلیف خاص، در طی جلسات نمایش‌درمانی موجب حواس‌پرتی و کاهش اضطراب کودک شد. احتمالاً مهمترین دلیل اثربخشی نمایش‌درمانی، آن است که با فراهم‌سازی امکان بازسازی موقعیت‌های هیجانی، به کودکان کمک نمود تا در شرایطی امن، و بدون ترس، عوامل زمینه‌ساز اضطراب را کشف کرده و با تمرین‌های مکرر نمایشی، در جهت رفع آن‌ها گام بردارند. که این نتایج در پیگیری نیز پایدار بودند. یافته دیگر پژوهش، این بود که موسیقی‌درمانی بر

لیلا برون و همکاران

و باعث ایجاد احساس لذت می شود. این یافته با دیگر نتایج پژوهش‌های پیشین [۲۸-۲۶]، از این نظر که موسیقی درمانی در ارتباط با حیطه‌های مختلف مشکلات روانشناختی موثر است، همسو بود. خانزاده و جانجانی [۲۶] در پژوهش خود نشان دادند که موسیقی درمانی موجب کاهش نقایص ارتباطی در کودکان می شود. نتایج یافته‌ها Dalton & Krou نشان دادند که موسیقی درمانی موجب کاهش علائم غم و اندوه در کودکان مبتلا به سوگ می شود [۲۸]. در همچنین انجمن موسیقی درمانی آمریکا [۴۰] درمان موسیقی را بر کاهش احساسات نامطلوب مانند خشم، ناکامی، غمگینی و اضطراب که در افسردگی دخیل هستند، مؤثر دانسته و استفاده از موسیقی درمانی را برای ایجاد تغییرات مثبت در موقعیت‌های افسرده‌وار و بهبود الگوهای ناسازگارانه پیشنهاد می کند. از طرفی موسیقی درمانی می تواند موجب تنظیم عملکرد سیستم عصبی خودمختار، فشارخون، ضربان قلب، [۲۶] شود. در این پژوهش نیز گوش دادن و سروکار داشتن با موسیقی موجب تنظیم عملکرد جسمانی در کودکان شده و هیجانات را در این کودکان تعدیل نمود. در نتیجه موجب ارتقاء آرامش و کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ شد همچنین موجب عملکرد بهتر در سیستم عصبی خودمختار و کاهش سطح اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ شد که این نتایج در پیگیری نیز پایدار بودند.

بین اثربخشی در ۲ گروه موسیقی درمانی و نمایش درمانی در متغیر تنهایی و اضطراب در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. کودکان با شرکت در جلسات نمایش درمانی و موسیقی درمانی توانستند با همکاری درمانگر برای مشکلاتشان راه حل‌های مختلف پیدا کنند و این همکاری در یافتن راه حل‌ها، باعث کاهش تنهایی و اضطراب در آنها گردید. در این پژوهش نمایش درمانی دارای تأثیر بیشتری بود و این امر به این دلیل است که، نمایش درمانی به عنوان یکی از انواع روش‌های بازی درمانی، برای کودکان جذابیت خاصی دارد و یک فرایند درمانی است که به شرکت کنندگان در این فرایند کمک می کند مسائل اجتماعی و روانشناختی‌شان را در بافتی واقعی بازآفرینی کنند، نه فقط در مورد آن‌ها حرف بزنند. همچنین نمایش درمانی با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر توانست بهتر عمل نماید. در نهایت اینکه نمایش

احساس تنهایی کودکان مبتلا به سوگ موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر [۲۹-۲۷]، از این نظر که موسیقی درمانی در ارتباط با حیطه‌های مختلف مشکلات روانشناختی موثر است، همسو بود. برای مثال نتایج پژوهش Farahzadi و همکاران [۲۷] نشان دادند که موسیقی درمانی موجب کاهش اختلال‌های درون نمود کودکان در مؤلفه‌های انزوا/ افسردگی و اضطراب/ افسردگی می شود. Hilliard [۲۹]، نیز نشان داد موسیقی درمانی باعث کاهش علائم غم و اندوه در کودکان عزادار می شود در این رابطه Dalton & Krout [۲۸] بیان می کنند که موسیقی درمانی محافظی در برابر تنهایی کودکان است. جلسات موسیقی درمانی موجب فراهم آمدن موقعیت‌هایی، برای ایجاد روابط اجتماعی هستند، که فرصت همکاری با دیگران را فراهم می کند و باعث می شود که افراد نسبت به محیط اطراف خود حساسیت و آگاهی بیشتری پیدا نمایند و به کاهش احساس تنهایی در افراد منجر شود [۲۷]. در تبیین اثر بخشی موسیقی درمانی بر تنهایی کودکان مبتلا به سوگ در این پژوهش می توان بیان کرد در میان هنرها، موسیقی به دلیل انرژی زایی، تحرک و جاذبه ذاتی، بسیار نافذ بوده و به طرز فوق العاده‌ای کودکان نسبت به این روش درمانی اشتیاق و علاقه بیشتری نشان می دهند. هر چند که کودکان شرکت کننده در پژوهش حاضر در زمینه موسیقی مهارت های موسیقی زیادی نداشتند، ولی از تکرار آهنگ‌های موسیقی لذت می بردند و بوسیله موسیقی توانستند به دیگران پیوندند و تنهایی آن‌ها کاهش یابد. بعلاوه، موسیقی درمانی با ایجاد ارتباط غیر کلامی موزون، از موسیقی به عنوان نشانه‌هایی برای ارتباط متقابل بهره گرفت. درواقع فعالیت های موسیقی موجب تقویت مهارت های اجتماعی ماندگار به صورت پاسخ‌های متقابل و آگاهانه، در تکلم، پاسخ شفاهی، تماس چشمی، تحول آگاهی‌های محیطی در کودکان مبتلا به سوگ گردید، که اثر همه آن‌ها در دراز مدت نیز ادامه یافت و زمینه لازم برای کاهش تنهایی کودک مبتلا به سوگ را در پیگیری نیز فراهم نمود.

یافته دیگر پژوهش، این بود که موسیقی درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سوگ موثر است در ارتباط با اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سوگ می توان بیان نمود که موسیقی درمانی موجب کاهش غمگینی و احساس گناه در فرد می شود

صحنه نمایش، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین از آنجا که این پژوهش بر روی کودکان دارای مشکل سوگ شهر اهواز انجام شد، نتایج آن قابل تعمیم به سایر جامعه‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری لیلا برون و به راهنمایی خانم دکتر فرح نادری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با شماره ثبت ۱۰۶۲۰۷۰۵۹۵۱۰۲۷ به تاریخ ۱۳۹۴/۱۱/۱ در رشته روانشناسی می‌باشد. که شماره کد اخلاق آن IR.IAUAhvaz.REC.1395.219 در تاریخ ۱۳۹۶/۲۰/۱ است. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند که از مسئولان و کودکان شرکت کننده و همراهان آن‌ها به دلیل مساعدت و مشارکت در انجام پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Lunderoff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
2. Berg L, Rostila M, Hjern A. Parental death during childhood and depression in young adults-a national cohort study. *Journal Child Psychology*. 2016; 57 (9):1092-8. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>
3. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Payne MW, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 5;68(9): 911-9. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
4. Bonanno GA, Mancini AD. The human capacity to thrive in the face of extreme adversity. *Pediatrics*. 2008;121(2):369-75. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>
5. Hamdan S, Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. The phenomenology and course of depression in parentally bereaved and non-bereaved youth. *Journal of the*

درمانی و موسیقی درمان هر ۲ با بهبود عواطف و افکار منفی توانستند باعث بهبود کنار آمدن با واقعیت و سوگ و در نتیجه تنهایی و اضطراب در کودکان شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر ۲ گروه مداخله در کاهش تنهایی و اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ اثربخش بودند. همچنین بین میزان اثربخشی نمایش‌درمانی و موسیقی‌درمانی در متغیر تنهایی و اضطراب در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مدون برای استفاده از نمایش‌درمانی و موسیقی‌درمانی در کاهش پیامدهای ناشی از سوگ خصوصاً در احساس تنهایی و اضطراب در کودکان مبتلا به سوگ گردآوری شود. همچنین مطالبی بر اساس این دو روش مداخله به صورت کارگاه‌های آموزشی و همچنین تدوین کتابچه‌های متعددی در این زمینه برای درمانگران کودک و معلمان در نظر گرفته شود تا بتوانند در مواقع لزوم برای این گروه کودکان مورد استفاده قرار دهند. محدود بودن فضا و مکان اجرای نمایش‌ها، ساده بودن وسایل مورد استفاده در

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Psychiatry*. 2012; 51(5):528-36.. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.02.021>
6. Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. Identifying prolonged grief reactions in children: dimensional and diagnostic approaches. *Child Adolescent Psychiatry*. 2013; 1;52(6):599-607. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.015>
7. Boelen PA, Spuij M, Lenferink LI. Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 250(1):71-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.046>
8. Boelen PA, Spuij M. Symptoms of post-traumatic stress disorder in bereaved children and adolescents: Factor structure and correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013; 41(7):1097-108. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9748-6>
9. Deckx L, van den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2014; 18(5):466-77.

- <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.05.002>
10. Moeller RW, Seehuus M. Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *Journal of Anxiety*. 2019; 73:1-3. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.03.006>
 11. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, Lebowitz B, Sung S, Ghesquiere A, Gorscak B. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 Depress. *Anxiety*. 2011;28(2):103-17. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
 12. Legerstee JS, Garnefski N, Jellesma FC, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 19(2):143-50. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0051-6>
 13. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. [Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents]. *Journal of Anxiety Disorder*. 2020; 73:102234. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102234>
 14. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *American Academy of Child & Adolescent*. 2007; 46 (2):267-83. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246070.23695.06>
 15. Ginsburg GS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein JY. Treating anxiety disorders in inner city schools: Results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *Journal of Research and Practice in Children's Services*. 2012; 41(1):1-19. Springer US. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9156-4>
 16. Feen-Calligan H, Grasser L, Debryn J, Nasser S, Jackson C, Seguin D, Javanbakht A. Art Therapy with Syrian refugee youth in the United States: An intervention study. *Art Psychotherapy*. 2020; 12:101665. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101665>
 17. Andersen-Warren M, Grainger R. *Practical Approaches to Drama Therapy: The Shield of Perseus*. Jessica Kingsley Publishers; 2000 Aug 4.
 18. Anari A, Ddadsetan P, Sedghpour BS. The effectiveness of Drama Therapy on decreasing of the symptoms of social anxiety disorder in children. *European Psychiatry*. 2009 Jan;24(S1):1-DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)70747-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70747-3)
 19. Chapman EJ. Using dramatic reality to reduce depressive symptoms: A qualitative study. *Arts Psychotherapy*. 2014; 41(2):137-44. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.01.001>
 20. Christie D, Hood D, Griffin A. Thinking, feeling and moving: Drama and movement therapy as an adjunct to a multidisciplinary rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 11(4): 569-77. <https://doi.org/10.1177/1359104506067878>
 21. Crossley T. Letting the drama into group work: Using conflict constructively in performing arts group practice. *Arts and Humanities in Higher Education*. 2006;5(1):33-50. <https://doi.org/10.1177/1474022206059996>
 22. Orkibi H, Bar N, Eliakim I. The effect of Drama-Based Group Therapy on aspects of mental illness stigma. *Arts Psychotherapy*. 2014; 41(5):458-66. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.08.006>
 23. Folostina R, Tudorache L, Michel T, Erzsebet B, Agheana V, Hocaoglu H. Using play and drama in developing resilience in children at risk. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2015; 25(197) 2362-8. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.07.283>
 24. Khanjani Z, Khaknezhad Z. [The effect of inactive Music Therapy on symptoms, communication deficit, and social interaction of children with Autism Spectrum Disorder]. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 3 (3) :97-105 .URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-105-fa.html>.
 25. Farahzadi N, Miri Majd M A, Bazzazian S. [The effect of creative drama on internalizing disorders in preschool children]. *Journal of Child Mental Health*. 2018; 5 (3) :47-57 .URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-246-fa.html>.
 26. Dalton TA, Krout RE. Development of the grief process scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents. *The Arts in Psychotherapy*. 2005; 32(2):131-43. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.02.002>
 27. Hilliard RE. The effects of Music Therapy-based bereavement groups on mood and behavior of grieving children: A pilot study. *Journal of Music Therapy*. 2001; 38(4):291-306. <https://doi.org/10.1093/jmt/38.4.291>
 28. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and Quasi-Experimental Designs*

- for Generalized Causal Inference/William R. Shadish, Thomas D, Cook, Donald T. Campbell. Boston: Houghton Mifflin, 2002.
30. Asher SR, Hymel S, Renshaw PD. Loneliness in children. *Child Development*. 1984; 1(1):1456-64. <https://doi.org/10.2307/1130015>
 31. Maes M, Van den Noortgate W, Vanhalst J, Beyers W, Goossens L. The Children's Loneliness Scale: Factor Structure and Construct Validity in Belgian Children. *Assessment*. 2017;24(2):244-251. <https://doi.org/10.1177/1073191115605177>
 32. Chari M, Khayer M. [Solitude feeling measurement scale efficacy study in junior high school students]. *Journal of Shiraz University Humanity and Society science*. 1381; 19(1):46-59. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=19696>.
 33. Anjomshoaa B, Ghanbari S, Fallah Zadeh H, Khosh Konesh A. [Psychometric properties of the Persian version of the Children's Loneliness Scale in elementary school girls in Kerman]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical psychology*. 2016; 22 (1) :58-66. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2568-fa.html><http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-۲۵۶۸-fa.html>.
 34. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Connors CK, The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(4):554-65. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
 35. Ivarsson, T. Normative data for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) in Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(2):107-13. <https://doi.org/10.1080/08039480600588067>
 36. Karimi J, Homayuni Najafabadi S, Homayuni Najafabadi F. [Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015; 6 (4) :885-894 <https://doi.org/10.29252/jnkums.6.4.885>
 37. Ghorban Shiroud S. [Multidimensional Anxiety Scale standardization children between students of Tonekabon]. *Journal of Educational Psychology*, 2014; 5(2): 40-51.
 38. Andersen-Warren M, Grainger R. *Practical approaches to Drama Therapy: The Shield of Perseus*. Jessica Kingsley Publishers; 2000 Aug 4.
 39. American Music Therapy Association: What is music therapy? 2007. Available from: www.musictherapy.org