

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی در کودکان با اختلال افسردگی

لاله حسینی^۱، غلامرضا منشئی^۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۰۸

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی شهر اصفهان انجام شد. جامعه آماری شامل تمام کودکان دارای اختلال افسردگی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند که به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش مراجعه کرده‌اند. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. مرحله پیگیری بدین دلیل اجرا شد تا مشخص شود که آیا درمان ذهن آگاهی در طول زمان دارای کارآیی معنادار پایدار است یا خیر. تعداد نمونه پژوهش ۳۰ کودک دارای اختلال افسردگی بودند که به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به شکل مساوی جایدهی شدند. گروه آزمایش مداخله درمانی مربوط به ذهن آگاهی را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی تاثیر مثبت داشته است؛ بنابراین درمان ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان درمانی کارآ برای کودکان با اختلال افسردگی مورد استفاده بالینی قرار گیرد.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول) smanshaee@yahoo.com

واژگان کلیدی: سازگاری اجتماعی، افسردگی، ذهن‌آگاهی کودک‌محور

مقدمه

یکی از اختلال‌های رایج و حاد روان‌شناختی، افسردگی^۱ است که با فقدان انگیزه و امید، کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی، احساس یاس و ناامیدی و ناراحتی همراه است (دیر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). اغلب افرادی که به افسردگی مبتلا هستند به‌طور دائم غمگین بوده و از انجام فعالیت‌هایی که قبلاً از آنها لذت می‌برند، دیگر خشنود نبوده یا ترکیبی از دو حالت فوق را تجربه می‌کنند (کاتون، لین و کروئنک^۳، ۲۰۰۷). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ برای تشخیص افسردگی در فرد، پنج نشانه یا بیشتر در اکثر اوقات روز، تقریباً همه روزه به مدت حداقل دو هفته متوالی باید حضور و دوام داشته و با اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های کارکردی مهم همراه باشد (گنجی، ۱۳۹۲). افسردگی را می‌توان به‌عنوان یک اختلال خلقی و حالتی هیجانی در نظر گرفت که با آشفتگی در خواب و اشتها به همراه کاهش میل جنسی، علاقه و لذت در فعالیت‌های معمول، احساس بی‌ارزشی و گناه، احساس‌های غمگینی شدید و کناره‌گیری از دیگران مشخص می‌شود (حناسب‌زاده، ۱۳۸۹). در این اختلال خلقی، فرد بیشتر اوقات احساس‌هایی مثل تحریک‌پذیری، خشم و ملال را تجربه می‌کند و برای خود متأسف و غصه‌دار بوده و شدیداً نیازمند گرفتن اطمینان خاطر از دیگران است. همچنین افراد افسرده در مورد گذشته مشغله ذهنی داشته و نسبت به آینده بدبین هستند (کلارک و فربورن^۵، ۱۹۹۷، ترجمه کاویانی، ۱۳۸۷). آغاز زودهنگام افسردگی در کودکی، شکل وخیم این اختلال روان‌شناختی بوده و کودکان نسبت به بزرگسالان، تعداد بیشتری از دوره‌های عود را تجربه می‌کنند (رابرتس، اتکینسون و رسن بلات^۶، ۱۹۹۸). اختلال افسردگی دوران کودکی به گونه منفی بر عملکرد شخصی و خانوادگی به‌هنگام کودکی تأثیر گذاشته و اکثراً تا سنین بزرگسالی

1. Depression
2. Dear
3. Katon, Lin, Kroenke
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM-V)
5. Kelark & Ferborn
6. Raberts, Attkinsson, Rosenblatt

متناوباً تداوم دارد. این اختلال سبب می شود تا کودکان نتوانند عملکرد متناسب با توانایی، از خود نشان دهند (سواف، توماس، امسلی، گراهام، مایز و تارین^۱، ۲۰۰۱؛ اصلی آزاد، عارفی، فرهادی و شیخ محمدی، ۱۳۹۱).

کودکانی که دچار افسردگی هستند، ممکن است به عنوان افسرده شناخته نشوند، بدین دلیل که افسردگی آنان ذهنی بوده و معمولاً یک واکنش شخصی به شمار می رود (هامن و رودالف^۲، ۲۰۰۳). چنانچه سبب شناسی اختلال افسردگی دوران کودکی مدنظر باشد، باید شیوه فرزندپروری والدین، سابقه خانوادگی، عوامل زیستی و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. عوامل خانوادگی و اجتماعی در جامعه کنونی بیشترین تأثیر را در بروز افسردگی دارند (گلد، گرین برگ، ولتینگ و شافر^۳، ۲۰۰۳). در دوره های تحول، شیوع اختلال افسردگی در کودکان ۴ تا ۱۶ ساله، ۲ درصد و در اوایل نوجوانی حدود هفت درصد برآورد شده است. در آمریکا میزان شیوع افسردگی در کودکان مابین ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال، ۱۴ درصد تخمین زده شده است. در سنین کودکی، تفاوت قابل ملاحظه ای در میزان افسردگی پسران و دختران مشاهده نگردیده است (آبلا و هانکین^۴، ۲۰۰۸). باید اشاره نمود افرادی که سن افسردگی پایین تری دارند، از پیش آگهی ضعیف تری برخوردارند (گولیک^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

هنگامی که افسردگی در کودکان بروز می کند، سازگاری اجتماعی^۶ آنان با چالش مواجه می شود. ایجاد حس گوشه گیری در افسردگی، روابط اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (آقاپور و محمدی، ۱۳۸۸). سازگاری اجتماعی بدین دلیل در دوران کودکی حائز اهمیت است که در این دوران ارتباط با همسالان افزایش و وابستگی به والدین کاهش می یابد (کریک و دودج^۷، ۱۹۹۴). سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود، سازگاری اجتماعی نامیده می شود که این سازگاری ممکن است از طریق تغییر دادن خود و یا محیط حاصل شود. در تعریف سازگاری باید به توانایی آمیزش، مصالحه و انطباق،

1. Shoaf, Thomas, Emslie, Graham, Mayes, Taryn
2. Hammen, Rudolph,
3. Gould, Greenberg, Velting, Shaffer
4. Abela, Hankin
5. Golik
6. Social Adjustment
7. Crick & Dodge

همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران اشاره نمود. می‌توان به‌طور خلاصه بیان کرد که سازگاری اجتماعی در واکنش‌ها و پاسخ‌های صادره از افرادی دیده می‌شود که تمایل دارند در اجتماع موردپسند واقع شده و مطلوبیت اجتماعی کسب کنند (فیس و نادر- گراس بیوس^۱، ۲۰۱۲). مهارت‌ها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و حالات بدنی که خصوصیات شخصی محسوب می‌گردند و حساسیت موقعیت‌هایی که فرد با آن روبرو می‌شود، از جمله عوامل دخیل بر سازگاری با محیط کاری و خانوادگی و تغییرات آن به‌شمار می‌روند و با توجه به این که شخص و محیط همواره در حال تغییرند، این دو متغیر در تعیین خشنودی، کامیابی و سازگاری فرد مؤثرند بدین لحاظ که سازگاری همواره باید بین این دو عامل خاص صورت پذیرد (قاطع‌زاده، ۱۳۸۴).

روش‌های مداخله‌ای گوناگونی برای بهبود افسردگی کودکان به کار گرفته شده است. ذهن‌آگاهی کودک محور^۲ یکی از جدیدترین روش‌ها است که کاربرد بالینی آن برای کودکان دارای اختلال‌های نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۳، افسردگی^۴، اضطراب^۵، اختلال استرس پس از سانحه^۶، وسواس فکری و عملی^۷ و پرخاشگری^۸ مفید بوده است (بوردیک^۹، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشی و همکاران، ۱۳۹۶). ذهن‌آگاهی یعنی توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت. عناصری از شناخت درمانی به ذهن‌آگاهی افزوده می‌شود که از طریق تمرکززدایی در این دیدگاه، افکار فرد بهبود می‌یابد. در مورد هیجانات و حس‌های بدنی نیز این نوع رویکرد تمرکززدا مورد استفاده قرار می‌گیرد (کابات زین^{۱۰}، ۲۰۰۳). افکار و رفتارهایی که در بدن یا ذهن خود فرد در حال وقوع می‌باشند و قبلاً ناهشیار یا خود آیند بودند، از طریق ذهن‌آگاهی به پدیده‌هایی قابل مشاهده تبدیل می‌گردند (سمبل و لی^{۱۱}، ۲۰۱۴).

1. Fiasse, Nader-Grosbois
2. Child Based Mindfulness
3. Attention deficit and hyperactivity disorder
4. Depression
5. Anxiety
6. Post traumatic stress disorder
7. Obsessive-compulsive disorder
8. aggression
9. Burdick
- 10 . Kabat- Zin
11. Semple, Lee

رویکرد مداخله‌ای مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی روش سیستمی و فشرده است که به منظور افزایش توجه، آگاهی و بینش و نیز کسب انواع جدیدی از کنترل و خردمندی بر پایه توانمندی‌های درونی برای رسیدن به آرمیدگی به کار می‌رود. یافته‌ها بیانگر آن است که این نوع مداخله برای درمان هر دو دسته علائم فیزیکی و روان‌شناختی موثر بوده است (شاپیرو، ۲۰۰۶؛ به نقل از ملکی، مظاهری، ذبیح‌زاده، آزادی و ملک‌زاده، ۱۳۹۳). بر مبنای این دیدگاه، ذهن آگاهی می‌تواند از طریق تقویت لحظه به لحظه رفتارهای افراد منجر به کاهش رفتارهای منفی (خصوصت، اجبار، کنترل بیش از حد و ارتباط بی‌اثر) و افزایش رفتارهای مثبت (گرمی، پذیرش، تشویق) شده و در نهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی آنان گردد (پیرنت^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند سبب کاهش آسیب‌های روان‌شناختی گردد. از جمله‌ی این پژوهش‌ها، پژوهش ستارپور، احمدی و صادق زاده (۱۳۹۴) با عنوان اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان بود که یافته‌ها نشان داد آموزش ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی گشته است. همچنین بیرامی، موحدی، محمدزادگان، موحدی و وکیلی (۱۳۹۲) با پژوهش بر روی ۴۰ نفر از دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر خرم‌آباد نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی به گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه، سبب کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی گردیده است. از سوی دیگر پری-پرش، کولند-لیندر، وب و سبینگا^۲ (۲۰۱۶) در بررسی خویش تحت عنوان رویکردهای ذهن آگاه محور برای کودکان و نوجوانان به این نتیجه دست یافتند که می‌توان از این رویکرد در درمان مولفه‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان سود جست. همچنین سمبل و لی^۳ (۲۰۱۴) در بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان، گزارش نمودند که با توجه به یافته‌ها می‌توان از درمان ذهن آگاهی برای بهبود مولفه‌ها شناختی و روانی کودکان استفاده نمود. در بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی بر افسردگی افراد بالای ۱۸ سال با افسردگی متوسط و شدید توسط آیزنرات^۴ و همکاران (۲۰۱۴)، نشان داده شد که نه تنها ذهن آگاهی

1. Parent
2. Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb, Sibinga
3. Semple, Lee
4. Eisendrath

می‌تواند باعث بهبود افسردگی گردد، بلکه به میزان بسیاری از عود مجدد افسردگی نیز جلوگیری می‌کند. و سرانجام نتایج پژوهش ایمز^۱ و همکاران (۲۰۱۴) که جهت بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر افسردگی نوجوانان بر روی هفت دختر نوجوان ۱۸-۱۲ ساله و چهار دختر ۱۷-۱۴ انجام شد، نشان داد که ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری منجر به کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان شده است. با توجه به نتایج امیدبخش پژوهش‌ها می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی یک مداخله تأثیرگذار در درمان علائم روان‌شناختی بوده است (بائر، ۲۰۰۳؛ بیشاپ^۲، ۲۰۰۲؛ گروسمن، نیمن، اشمیت و والچ^۳، ۲۰۰۴؛ پری-پریش، کولند-لیندر، وب و سیینگا، ۲۰۱۶).

در مورد ضرورت انجام پژوهش فعلی باید گفت که مطالعه اختلال‌های رفتاری در دوره کودکی و مداخله‌های مربوط به آنها از این نظر حائز اهمیت است که این اختلال‌ها به‌طور فزاینده‌ای عملکرد روزمره کودکان را دچار کاستی می‌کند. علاوه بر این، چشم‌پوشی نسبت به این مشکلات ممکن است منجر به اختلال‌های روان‌شناختی شدیدتر در دوران بزرگسالی گردد (فردیناند^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال افسردگی و تأثیرات گسترده‌ی آن بر روند زندگی فردی و اجتماعی کودک و این‌که می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد، ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان کودکان مبتلا صورت گیرد تا از پیشروی این اختلال و تبدیل آن به اختلال‌های بالینی دیگر در آینده جلوگیری گردد. از طرفی درمان ذهن‌آگاهی بکار گرفته شده در پژوهش‌های پیشین، بر روی جامعه آماری بزرگسال صورت گرفته است و پیشینه پژوهشی تأثیر ذهن‌آگاهی بر علائم افسردگی و سازگاری اجتماعی کودکان دارای افسردگی وجود ندارد. بنابراین با توجه به موضوعات مطروحه و پژوهش‌های انجام یافته در مورد تأثیر ذهن‌آگاهی بر بهبود مشکلات روانی و رفتاری و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهشی درباره تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی کودک‌محور بر سازگاری اجتماعی کودکان و علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال

1. Ames
2. Bishop
3. Grossman, Niemann, Schmidt & Walach
4. Ferdinand

است که آیا آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی کودکان و علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی تاثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمام کودکان دارای اختلال افسردگی ۸ تا ۱۳ سال شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند که به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی آموزش و پرورش مراجعه کرده اند. در این پژوهش از روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی نواحی شش گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه شش انتخاب شد. سپس با مراجعه به مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی آموزش و پرورش ناحیه شش اصفهان، از مسئولین این مرکز درخواست شد کودکانی را که با علائم افسردگی از طرف مدارس به این مرکز ارجاع داده شده اند را معرفی نمایند. در گام اول تعداد ۵۳ کودک معرفی شدند. سپس کودکان معرفی شده با استفاده از پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی مورد بررسی دقیق قرار گرفتند. مصاحبه بالینی توسط متخصص روان شناسی (دکترای تخصصی روان شناسی) بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ صورت پذیرفت. از بین این کودکان تعداد ۲۶ کودک واجد علائم افسردگی بودند. برای تکمیل تعداد افراد نمونه حاضر در پژوهش (۳۰ کودک)، با مراجعه به مرکز مشاوره این، کودکان مراجعه کننده به این مراکز نیز با استفاده از پرسشنامه افسردگی و مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفته و تعداد ۴ کودک دیگر نیز به حجم نمونه قبل اضافه شدند تا تعداد نمونه حاضر در پژوهش به ۳۰ کودک برسد. سپس این کودکان به صورت گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به ذهن آگاهی را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته ای یک جلسه ۶۰ دقیقه ای دریافت نمودند. جلسات مداخله در اتاق مشاوره آموزشگاه علامه طباطبایی انجام شد. این در حالی است که گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. ملاک های ورود به پژوهش

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM-V)

شامل کسب نمره ۴۰ به بالا در پرسشنامه افسردگی کودکان، داشتن سن ۱۳-۸ سال، رضایت کودک و والدین جهت شرکت فرزندانشان در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیاء و دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. درنهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله آموزشی توجه مطابق با جدول یک انجام شد درحالی‌که گروه گواه به همان روش جاری و معمول آموزش می‌دید.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه سازگاری اجتماعی و پرسشنامه افسردگی کودکان استفاده شد که مشخصات آنها را در ادامه توضیح می‌دهیم.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی: پرسشنامه سازگاری اجتماعی در سال ۱۹۹۳ توسط سینها و سینگ به منظور تعیین سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش‌آموزان ساخته شده است. در ایران فرم ۵۵ سوالی این مقیاس در نمونه ۳۰۰۰ نفری از دانش‌آموزان مقاطع مختلف تحصیلی هنجاریابی شده است (هاشمی، اقبالی و محمدعلیلو، ۱۳۸۸). پرسشنامه حاضر ۵۵ گویه دارد. این پرسشنامه دارای سه مولفه سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت صفر و یک می‌باشد. به این صورت که در مورد سوالات زیر بلی نمره ۱ و خیر نمره صفر می‌گیرد. حداقل نمره ممکن ۱۸ و حداکثر ۵۵ است. نمره بین ۰ تا ۱۸ سازگاری اجتماعی پایین، نمره بین ۱۸ تا ۲۷ سازگاری اجتماعی بالا را نشان می‌دهد. سازندگان آزمون ضریب پایایی آن را با روش‌های دونیمه کردن، بازآزمایی و کودرریچاردسون به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ به دست آورده‌اند. همچنین روایی محتوایی این آزمون را ۲۰ نفر از متخصصان روانشناسی تایید کرده‌اند (سینها و سینگ، ۱۹۹۳؛ به نقل از خانخانی‌زاده و باقری، ۱۳۹۱). در پژوهش خانخانی‌زاده و باقری (۱۳۹۱) پایایی خرده مقیاس سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. پایایی

پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های سازگاری اجتماعی، سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی کودکان: پرسشنامه افسردگی کودکان یک مقیاس خود گزارش دهی است و توسط کواکس^۱ (۱۹۹۲) با توجه به مدل پرسشنامه افسردگی بک ساخته شده است. این پرسشنامه برای سنجش علائم رفتاری، شناختی و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله طراحی شده است و گستره وسیعی از نشانگان افسردگی شامل خلق آشفته^۲، مشکلاتی در ظرفیت لذت بردن^۳، خودارزیابی پایین^۴، ناامیدی^۵ و مشکلات بین فردی^۶ را اندازه گیری می کند (ال-بلهام^۷، ۲۰۰۶). پژوهش های بین المللی قبلی نشان داده اند پرسشنامه افسردگی کودکان یک اندازه گیری معتبر با همسانی درونی بالا با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ به دست می دهد (ایوارسون، اسوالاندر و اویستین^۸، ۲۰۰۲).

همچنین به منظور بررسی روایی پرسشنامه افسردگی کودکان، این پرسشنامه به همراه فرم کوتاه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان بر روی ۴۲ آزمودنی اجرا شد و سپس ضریب همبستگی میان آنها محاسبه شد. نتایج این بررسی نشان داد که همبستگی نمره کل پرسشنامه افسردگی کودکان با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ می باشد که بیانگر روایی همگرایی بالای این پرسشنامه است. ضرایب همسانی درونی برای زیرمقیاس های پرسشنامه افسردگی کودکان با توجه به تعداد سوالات هر زیرمقیاس قابل قبول گزارش شده است: خلق منفی ۶ سوال ۰/۶۲، مشکلات بین فردی ۴ سوال ۰/۵۹، ناکارآمدی ۴ سوال ۰/۶۳، عزت نفس منفی ۵ سوال ۰/۶۸ و فقدان احساس لذت ۸ سوال ۰/۶۶ (سورنسون، فریدنبرگ، تاستام و

1. Kovacs
2. Disturbed mode
3. Hedonic capacity
4. Interpersonal problems
5. Hopelessness
6. Interpersonal problems
7. Al-Balhan
8. Ivarsson, Svalander, Oeystein

تامسن^۱؛ ۲۰۰۵). روایی و اعتبار پرسشنامه افسردگی کودکان در ایران نیز بررسی شده است، در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۵)؛ به نقل از محمدی، برجعلی، اسکندری و دلاور، (۱۳۸۹) پرسشنامه افسردگی کودکان روی نمونه‌ای از دختران و پسران مقطع راهنمایی شهر تهران اجرا شد، این پژوهشگران ضریب اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

شیوه اجرا: پس از گرفتن مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری، کودکان انتخاب شده (۳۰ کودک) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ کودک در گروه آزمایش و ۱۵ کودک در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله درمانی مربوط به ذهن آگاهی کودک محور را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات آموزش ذهن آگاهی اقتباس شده از کتاب راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان (بوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی، ۱۳۹۶) بود. آموزش جلسات ذهن آگاهی توسط پژوهشگر و یک متخصص روان‌شناسی اجرا شد. خلاصه مداخله ذهن آگاهی کودک محور در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. مداخلات مربوط به ذهن آگاهی کودک محور

| جلسه | شرح جلسه |
|----------|--|
| جلسه اول | معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای کودکان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها). |
| جلسه دوم | صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی. |
| جلسه سوم | صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن. |
| جلسه | تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب. |

1. Sorensen, Frydenberg, Thastum, Thomsen

| | |
|-------|--|
| چهارم | |
| جلسه | صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش خوردن ذهن آگاهانه به همراه |
| پنجم | تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و بادی اسکن. |
| جلسه | تکرار تمرینات پایه تنفسی و تکرار تمرین خوردن ذهن آگاهانه و آموزش تمرین بوییدن ذهن آگاهانه و |
| ششم | لمس کردن ذهن آگاهانه و انجام حرکات کششی ذهن آگاهانه. |
| جلسه | مرور تمرینات جلسات قبل، آموزش تمرین گوش دادن ذهن آگاهانه و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به |
| هفتم | افکار "مراقبه رودخانه روان"، "تخته سفید نانوشته"، "ورود به شکاف بین افکار" |
| جلسه | تکرار تمرینات پایه تنفسی و بادی اسکن، انجام تمرین ذهن آگاهی "عوض کردن کانال" و "افکار |
| هشتم | خودآیند منفی" |
| جلسه | مرور تمرینات جلسات قبل و آموزش مراقبه ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و بازی "من احساس می کنم" |
| نهم | و یادداشت نویسی یا نقاشی درباره احساسات و هیجانات. |
| جلسه | تکرار تمرینات پایه تنفسی و ذهن آگاهی نسبت به حس های بدنی و انجام مراقبه "رهایی از افسردگی در |
| دهم | لحظه حال" |

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها و از آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت استفاده شد. در نهایت جهت بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج حاصل از داده‌های جمعیت شناختی

| گروه‌ها | جنسیت دختر | جنسیت پسر | میانگین و انحراف معیار سن | پایه تحصیلی دارای فراوانی بیشتر |
|-------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| گروه آزمایش | ۱۱ نفر (معادل ۳۶/۶۶ درصد) | ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) | $11 \pm 2/20$ | کلاس پنجم (۴۱ درصد) |
| گروه گواه | ۱۰ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) | ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶ درصد) | $11/80 \pm 3/10$ | کلاس پنجم (۴۵ درصد) |

حال به بررسی نتایج تحلیل آزمون توصیفی پرداخته می‌شود.

جدول ۳. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| مولفه‌ها | گروه‌ها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|-----------------|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------|
| | | انحراف میانگین معیار | انحراف میانگین معیار | انحراف میانگین معیار | انحراف میانگین معیار | |
| افسردگی | گروه آزمایش | ۳۴/۸۰ | ۴/۲۴ | ۲۲/۰۶ | ۳/۰۵ | ۲/۷۶ |
| | گروه گواه | ۳۴/۴۰ | ۳/۷۵ | ۳۳/۳۳ | ۲/۶۳ | ۲/۷۵ |
| سازگاری اجتماعی | گروه آزمایش | ۲۷ | ۳/۹۶ | ۳۵/۹۳ | ۳/۰۳ | ۲/۳۱ |
| | گروه گواه | ۲۷/۲۰ | ۳/۱۶ | ۲۶/۳۳ | ۲/۵۵ | ۲/۹۷ |

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون موجلی نیز بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای افسردگی و سازگاری اجتماعی رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج

آزمون t نشان داد که پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$).

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مولفه‌های افسردگی و سازگاری اجتماعی

| توان آزمون | اندازه اثر | مقدار p | مقدار f | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مجموع مجذورات | |
|---------------|---------------|---------|---------|--------------------|---------------|------------------|----------------------------|
| ۱ | ۰/۶۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۵۷/۶۷ | ۲۷۵/۴۱ | ۲ | ۵۵۰/۸۲ | مراحل |
| ۱ | ۰/۶۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۶۲/۴۲ | ۹۸۶/۷۱ | ۱ | ۹۸۶/۷۱ | گروه‌بندی |
| ۱ | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۵۵/۱۱ | ۲۶۳/۲۱ | ۲ | ۵۲۶/۴۲ | تعامل مراحل و گروه‌بندی |
| ۱ | ۰/۷۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۶۷/۲۶ | ۳۷۷/۶۱ | ۲ | ۷۵۵/۲۲ | مراحل |
| ۱ | ۰/۸۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۳۸/۶۴ | ۱۲۹۵/۴۷ | ۱ | ۱۲۹۵/۴۷ | گروه‌بندی |
| ۱ | ۰/۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۶۹/۵۳ | ۳۹۰/۳۴ | ۲ | ۷۸۰/۶۹ | تعامل مراحل و گروه‌بندی |

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (آموزش ذهن آگاهی کودک محور) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی دارای تأثیری معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی حاکی از آن است که آموزش ذهن آگاهی کودک محور با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) مولفه‌های سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۶۶ و ۷۲ درصد از تغییرات متغیرهای وابسته (سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی) توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدام یک از مراحل آزمون بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می‌شود.

جدول ۵. بررسی تفاوت‌های دو به دو در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

| مؤلفه | مراحل آزمون | تفاوت میانگین‌ها | خطای انحراف معیار | مقدار معناداری |
|-----------------|-------------|------------------|-------------------|----------------|
| سازگاری اجتماعی | پس‌آزمون | -۴/۰۳ | ۰/۵۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | -۵/۹۳ | ۰/۵۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| پس‌آزمون | پیش‌آزمون | ۴/۰۳ | ۰/۵۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیگیری | -۱/۹۰ | ۰/۵۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| افسردگی | پس‌آزمون | ۶/۶۸ | ۰/۵۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | ۵/۷۰ | ۰/۶۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | -۶/۶۸ | ۰/۵۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیگیری | -۰/۹۸ | ۰/۶۳ | ۰/۳۹ |

همان‌گونه نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی و افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی معنادار است. در حالی که بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری این مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد. بدین معنا که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار نشده است. بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی کودک محور در حالی که بر میانگین نمرات سازگاری اجتماعی و افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی در مرحله پس‌آزمون تاثیر معنادار داشته، توانسته تاثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی با هدف تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی شهر اصفهان صورت پذیرفت. یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که آموزش ذهن‌آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان دارای اختلال افسردگی تاثیر داشته است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش آیزنرات و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر افسردگی افراد بالای ۱۸ سال پرداختند و با یافته‌های پژوهش

سمبل و لی (۲۰۱۴) مبنی بر تاثیر ذهن آگاهی بر بهبود مولفه‌های شناختی و روان‌شناختی کودکان، هم‌راستا بوده است. از سوی دیگر ستارپور، احمدی و صادق زاده (۱۳۹۴) در پژوهشی جهت بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دانشجویان به این نتیجه دست یافتند که آموزش ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی شده است. بر طبق پژوهش بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) آموزش ذهن آگاهی سبب کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی شده است. همچنین یافته‌های پژوهش پری-پریس و همکاران (۲۰۱۶) تحت عنوان رویکردهای ذهن آگاه محور برای کودکان و نوجوانان بیانگر آن بود که می‌توان در درمان مولفه‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان از رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی بهره‌مند شد.

همچنین دیگر پژوهش‌های همسو با پژوهش کنونی به شرح ذیل می‌باشند: یافته‌های حاصل از پژوهش سیگل (۲۰۱۰) بیانگر آن بود که با بهره‌گیری از ذهن آگاهی می‌توان به کاهش معنادار افسردگی، بی‌خوابی، مشکلات جنسی، غم و اندوه و درد مزمن دست یافت. هاول، دیجدان، بارو و شپتیک (۲۰۰۸) نیز بیان داشتند که ذهن آگاهی از طریق افزایش سلامت روان می‌تواند موجب بهبودی اختلالات خلقی همچون افسردگی گردد. یافته‌های پژوهش ونستین، براون و رایان (۲۰۰۹) نیز حاکی از آن بود که افراد با بهره‌گیری از ذهن آگاهی، قادر به تحلیل منطقی شرایط استرس‌زا شده و از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی کمتر استفاده می‌کنند.

در تبیین علت تاثیر معنادار ذهن آگاهی بر افسردگی کودکان مبتلا به افسردگی می‌توان اظهار داشت که ذهن آگاهی با افزایش انعطاف‌پذیری روانی، درست‌هنگامی که فرد احساس می‌کند دیگر کاری از دست او برنمی‌آید، انتخاب‌های دیگری را فرا روی او قرار می‌دهد. همچنین ذهن آگاهی با برقراری ارتباط دوباره مابین منابع درونی و بیرونی، منجر به بهبودی و یادگیری بیشتر می‌شود، منابعی که حتی ممکن است فرد باور به داشتن آنها نداشته باشد (امانوئل و همکاران، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر ذهن آگاهی می‌تواند منجر به تشکیل الگوهای رفتاری گردد که افکار و هیجانات آشفته‌ساز کمتری (همانند افسردگی) را در بردارند (مک‌کراکن و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین نتایج بعضی پژوهش‌ها بیانگر آن است که ذهن آگاهی می‌تواند سبب کاهش سطح کورتیزول گردد (گالانتینو و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش‌های دیگر

نشان‌دهنده آن است که کاهش کورتیزول موجب افزایش پذیرش در فرد شده و احتمال ابتلای فرد به اختلالات روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. پاره‌ای از یافته‌ها نشان می‌دهند که ذهن آگاهی قادر به تغییرات ساختاری در بخش‌هایی از مغز است که محرک‌های حسی، شناختی و هیجانی را پردازش می‌کنند و این امر به نوبه خود منجر به تغییر برجسب‌گذاری منفی محرک عاطفی شده و به تبع آن عاطفه منفی کاهش می‌یابد (لازار و همکاران، ۲۰۰۵). باید اذعان داشت که ذهن آگاهی با تاثیر بر پردازش‌های شناختی، حسی و هیجانی، فرایندهای روان‌شناختی فرد را به سوی افکار مثبت سوق داده و از این طریق می‌تواند بر افسردگی تأثیر گذاشته و متعاقباً تغییرات معناداری در علائم افسردگی کودکان مبتلا ایجاد نماید.

از سوی دیگر در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که چون ذهن آگاهی، احساسی بدون قضاوت و فراتر از آگاهی است به دیدن واضح و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند. بنابراین کودکانی که از اختلال روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از افسردگی رنج می‌برند، از طریق آموزش ذهن آگاهی فرا می‌گیرند که احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود را پذیرفته و در پی آن، پذیرش احساسات، توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به این نشانه‌ها در آنها کاهش می‌یابد. همچنین درمان ذهن آگاهی سبب می‌شود که کودک دارای علائم افسردگی، با آگاهی و حضور کامل ذهن، نسبت به افکار منفی و پردازش‌های ناکارآمد حاصل از سوگیری شناختی، آگاهی یافته و از درآمیختگی اعمال خود با این افکار جلوگیری نماید. در این صورت کودک یاد می‌گیرد با هیجانات و افکار منفی مقابله مساله‌مدار نموده و در نتیجه با چالش با افکار خودآیند منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد از میزان افسردگی کاسته شود. چنانکه در درمان ذهن آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با هیجانات و پریشانی‌ها ارائه می‌شود. عدم رابطه با افکار منفی و درگیر نشدن با آنها، یا به عبارتی دیگر رها کردن افکار منفی باعث می‌شود که فرد درگیر نشخوارهای ذهنی و شناختی نشود. در تمرینات ذهن آگاهی کودک متوجه می‌شود که بین افکار، احساسات، هیجانات و رفتار رابطه قوی وجود دارد. بنابراین بر اساس این آگاهی، افکار و حالات افسرده ساز شناسایی می‌شوند و با تمرین رها کردن و پذیرش این افکار به تدریج افسردگی کاهش می‌یابد. علاوه بر این

مکانیسم‌های اثرگذاری ذهن آگاهی نظیر مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش نیز باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود.

در تبیین تاثیر ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی، ابتدا باید اشاره کرد که افسردگی باعث می‌شود که ارتباطات اجتماعی و سازگاری حاصل از آن در افراد افسرده کاهش یابد. چرا که افراد مبتلا به افسردگی به دلیل خمودگی روان‌شناختی، تمایلی به تعاملات اجتماعی از خود نشان نمی‌دهند. بر این اساس وقتی درمان ذهن آگاهی با به کارگیری تکنیک‌هایی همچون مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش، افسردگی کودکان مبتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد، تعاملات و ارتباطات اجتماعی نیز فزونی می‌یابد. بنابراین با افزایش کنش‌های اجتماعی می‌توان بهبود سازگاری اجتماعی را نیز در این کودکان انتظار داشت. علاوه بر این آموزش ذهن آگاهی در کودکان افسرده باعث می‌شود که آنان با آگاهی از خلق و عواطف مثبت و منفی خود و استفاده درست و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجانات، مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان افسردگی در آنان کاهش و میزان سازگاری آنان در موقعیت‌های اجتماعی افزایش پیدا می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که کودکان مبتلا به افسردگی ممکن است از وجود هیجانات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی و اجتماعی نتوانند به خوبی از هیجانات خود استفاده کنند. زیرا مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی آنان باعث می‌شود که آنان در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند. اما آموزش ذهن آگاهی به آنان باعث می‌شود که از وجود عواطف منفی و تأثیر نامطلوب آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و یا با ارزیابی عواطف و هیجانات منفی در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن شرایط زندگی خویش تلاش کنند و از این طریق، میزان مشکلات مربوط به ارتباطات اجتماعی را کاهش دهند.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (کودکان دارای اختلال افسردگی شهر اصفهان)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه و تعداد کم نمونه پژوهش مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر و

سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد این روش درمانی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران مقاطع مختلف در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی با این روش درمانی و کاربرد آن در بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی آشنا گردند. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که بر تاثیر معنادار آموزش ذهن‌آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی دلالت داشت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که به‌منظور بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش علائم افسردگی کودکان مبتلا به اختلال افسردگی می‌توان از مداخله ذهن‌آگاهی کودک محور استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۳۳ بود. بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، والدین آنان و مسئولین آموزش و پرورش و مدارس انتخاب شده، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

- آقاپور، م؛ محمدی، ا. (۱۳۸۸). مقایسه افسردگی پس از زایمان زنان شاغل و خانه‌دار و رابطه آن با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی، زن و مطالعات خانواده، ۱ (۴)، ۳۲-۹.
- اصلی‌آزاد، م؛ عارفی، م؛ فرهادی، ط؛ شیخ‌محمدی، ر. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی دوره دبستان، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲ (۹)، ۷۱-۹۰.
- بوردیک، د. (۲۰۱۴). راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان، ترجمه غلامرضا منشی، مسلم اصلی‌آزاد، لاله حسینی و پری‌ناز طیبی (۱۳۹۶)، چاپ اول، اصفهان: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).
- بیرامی، م؛ موحدی، ی؛ محمدزادگان، ر؛ موحدی، م؛ و کیلی، س. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن و آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی

- دانش آموزان مدارس دبیرستانی. دست آوردهای روان شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۴ (۲)، ۱۸-۱.
- حناسب زاده، م. (۱۳۸۹). چگونه در دام افسردگی نیفتیم: پیشگیری از افسردگی با دیدگاه جدید شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. تهران: انتشارات قطره.
- خانخانی زاده، ه؛ باقری، س. (۱۳۹۱). اثربخشی خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری. *مجله ناتوانی های یادگیری*، ۲ (۱)، ۴۳-۵۲.
- ستارپور، ف؛ احمدی، ع؛ صادق زاده، س. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۷ (۳)، ۸۸-۸۱.
- قاطع زاده، ع. (۱۳۸۴). رابطه بین شیوه های فرزندپروری با رفتارهای سازش دانش آموزان دختر پایه سوم و چهارم ابتدایی شهرستان دشت آزادگان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- کلارک، د؛ فربورن، ک. ج. (۱۹۹۷). *دانش و روش های کاربردی رفتاردرمانی شناختی*، ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۷)، چاپ اول، تهران: انتشارات سنا.
- گنجی، ح. (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM V*. تهران: انتشارات ارسباران.
- محمدی، ک؛ برجلی، ا؛ اسکندری، ح؛ دلاور، ع؛ (۱۳۸۹). کارآیی بالینی پرسشنامه افسردگی کودکان در تشخیص اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان، *مجله روان شناسی بالینی*، ۲ (۱)، ۹-۱.
- ملکی، ق؛ مظاهری، م. ع؛ ذبیح زاده، ع؛ آزادی، ا؛ ملک زاده، ل. (۱۳۹۳). نقش پنج عامل شخصیت در ذهن آگاهی. *مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۳ (۱)، ۱۰۳-۱۱۴.
- هاشمی، ت؛ اقبالی، ع؛ محمدعلیو، م. (۱۳۸۸). تاثیر خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *مجله روان شناسی بالینی*، ۱ (۲)، ۲۹-۳۶.

Abela, J. R. Z., Hankin, B. L. (2008). *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: The Guilford press.

Al-Balhan, E. M. (2006). The children's Depression Inventory as a Reliable Measure for Post-Iraqi Invasion kuwaiti Youth. *Soc behav pers*, 34 (4), 351-366.

- Ames, C. S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., Leigh, E. (2014). Mindfulness- based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10 (2), 125-143.
- Bishop S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine*, 64 (1), 71-83.
- Crick, N. R., Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74-101.
- Dear, B. F., Zou, J., Titov, N., Lorian, C., Johnston, L., Spence, J., Anderson, T., Sachdev, P., Brodaty, H., Knight, R. G. (2013). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: a feasibility open trial for older adults. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 47, 169-176.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E. P., Delucchi, K. L., Chartier, M., Mathalon, D. H., Sullivan, J., Sullivan, J. C., Feldman, M. D. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the healthenhancemet program (HEP) for adult with treatment – resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC complementary and alternative medicine*, 14 (1), 95.
- Emanuel, A. S., Updegraff, J. A., Kalmbach, A. D., Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual differences*, 49, 815-818.
- Ferdinand, R. F., Stijnen, T., Verhulst, F. C., Van der Reijden, M. (1999). Associations between behavioral and emotional problems in adolescence and maladjustment in young adulthood. *Journal of Adolescence*, 22, 123-136.
- Fiasse, C., Nader-Grosbois, N. (2012). Perceived social acceptance, theory of mind and social adjustment in children with intellectual disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 33 (6), 1871-1880.
- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: mindfulness in practice. *Stress and Health*, 21 (4), 255-261.
- Golik, T., Avni, H., Nehama, H., Greenfeld, M., Sivan, Y., Tauman, R. (2013). Maternal cognitions and depression in childhood behavioral insomnia and feeding disturbances, *Sleep Medicine*, 14(3), 261-265.
- Gould, MS., Greenberg, T., Velting, D. M., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past ten years. *Journal American academy child and adolescent psychiatry*, 42 (4), 386-405.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness – based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57 (1), 35-43.
- Hammen, C., Rudolph, K. D. (2003). *Childhood depression, child psychopathology*, (233-263).

- Howell, A. J., Digdon, N. L., Buro, K., Sheptycki, A. R. (2008). Relations among mindfulness, well-being, and sleep, *Personality and Individual Differences*, 45 (8), 773-777.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Oeystein, L. (2006). The Children's Depression Inventory as measure of depression in Swedish adolescents. *A normative study. Nord J Psychiatry*, 60 (3), 220-226.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in contact: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- Katon, W., Lin, E. H. B., Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 29, 147-155.
- Kovacs, M. (1992). *Manual for the Children's Depression Inventory*. Multi-health system. Norton Tonawanda, NJ.
- Kovacs, M., Joormann, J., Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation and links to depressive disorders. *Child Dev Perspect*, 2 (3), 149-55.
- Lazar, SW., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McFarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, G. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16 (17), 1893-1897.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131 (1-2), 63-69.
- Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., Forehand, R. (2015). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44 (1), 191-202.
- Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., Sibinga, E. M. (2016). Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46 (6), 172-178.
- Raberts, R., Attkinsson, C. C., Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), 715-725.
- Semple, R. J., Lee, J. (2014). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children. Second Edition*. New York: Applications Across the Lifespan, 161-188.
- Shoaf, T. L., Emslie, G. J., Mayes, T. L. (2001). Childhood depression: Diagnosis and treatment strategies in general pediatrics. *Pediatric Annals*, 30 (3), 130-137.
- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness Solution (every day practices for everyday problems)*, New York: Guilford.
- Sorensen, M. G., Frydenberg, M., Thastum, M., Thomsen, P.H. (2005). The children's Depression Inventory and Classification of Major Depressive Disorder, Validity and Reliability of the Danish Version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (6), 328-334.
- Weinstein, N., Brown, K. W., Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping,

and emotional well-being, *Journal of Research in Personality*, 43(3), 374-385.

Archive of SID