

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و پذیرش کودکان دارای والدین مطلقه

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۱۲

نسرین اسماعیلیان**، کارینه طهماسیان**، محسن دهقانی***، فرشته موتابی***

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان دارای والدین مطلقه بود.

روش: جامعه آماری شامل تمام کودکان ۱۰ تا ۱۳ ساله‌ی دارای والدین مطلقه و ساکن در شهر تهران بود که با توجه به مجوزهای صادر شده از سوی آموزش و پرورش، امکان دسترسی به آنها وجود داشت. نمونه شامل ۳۰ نفر از دختران و پسران مذکور بودند که به شیوه در دسترس از جامعه انتخاب شدند و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۶ نفر) و آزمایش (۱۴ نفر) جایگزین شدند. برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۱۲ جلسه نود دقیقه‌ای و طی سه ماه، گروه آزمایش اجرا گردید. تمام آزمودنی‌ها قبل و بعد از درمان و نیز پس از شش ماه، پرسشنامه‌های شاخص افسردگی کودک، و سنجش ذهن آگاهی و پذیرش کودک را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری نشانه‌های افسردگی (ناکارآمدی، بی‌لذتی، مشکلات بین فردی، خلق پایین، و عزت نفس پایین) را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش داد. همچنین افزایش معناداری در ذهن آگاهی و پذیرش کودکانی که در درمان شرکت کرده بودند مشاهده شد. نتایج ذکر شده در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بودند.

نتیجه‌گیری: برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش و ذهن آگاهی و پذیرش کودکان را افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی و پذیرش، شناخت درمانی، افسردگی، طلاق، کودک

Esmailian89@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی خانواده درمانی، تهران، ایران

Ktahmassian@yahoo.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

M.dehghani@sbu.ac.ir

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Fmootabi@gmail.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مهمترین چالش‌هایی که هر جامعه‌ای همیشه با آن روبرو است واقعیتی به نام طلاق است. پدیده‌ای که در جوامع امروزی با سرعت زیادی در حال افزایش است و آثار و پیامدهای عمیق اقتصادی، اجتماعی، روان‌شناختی و قانونی بر مردان و زنان مطلقه، و فرزندانشان دارد [۱]. بخش مهمی از آسیب‌های زوجینی که طلاق می‌گیرند به کودک بر می‌گردد [۲، ۳، ۴]. با افزایش سریع طلاق در ۳۰ سال اخیر، پژوهشگران و روان‌شناسان بالینی بیش از پیش به اهمیت این واقعه‌ی استرس‌زا در رشد و سازگاری کودکان پی برده‌اند [۵]. پژوهشگران معتقدند کودکان دارای والدین مطلقه در مقایسه با سایر کودکان، در مقیاس‌های سلامت روانی نمره پایین‌تری کسب می‌کنند. این کودکان مشکلات عاطفی، رفتاری، و تحصیلی بیشتری دارند، عزت نفس پایین‌تر و مشکلات اجتماعی فراوان‌تری را گزارش می‌کنند و به طور کلی ناسازگاری روان‌شناختی در آنها مشهودتر است [۶، ۷، ۸]. یکی از شایع‌ترین مشکلات این کودکان افسردگی است که شیوع آن در کودکان و نوجوانان خانواده‌های متقاضی طلاق، بیش از سه برابر این جمعیت در خانواده‌های غیر متقاضی است [۱]. افسردگی در واقع یک تأثیر ثانوی است که به دنبال اندوه، احساس تنهایی، و طردشدگی به وجود می‌آید. حالت غمگینی که از عوارض اولیه جدایی است معمولاً تا شش ماه پس از جدایی ادامه دارد و باعث می‌شود کودکان علاوه بر از دست دادن اشتیاق به امور روزمره و تکالیف مدرسه، نسبت به بازی و سایر فعالیت‌ها هم بی‌علاقه شوند. آنها اغلب اشتهای خود را از دست می‌دهند و از معده درد، سردرد، یا احساس کسالت رنج می‌برند. کودکان افسرده، نظرات منفی‌تری نسبت به خود، دنیا و آینده دارند [۹] و معتقدند در هیچ زمینه‌ای امکان موفقیت ندارند. در سال‌های اخیر، درمانگران به استفاده از رویکردهای نوین روان‌شناختی برای افزایش سازگاری در کودکان تمایل زیادی نشان داده‌اند. یکی از رویکردهای مؤثر در زمینه کاهش نشانه‌های افسردگی و جلوگیری از عود آن، برنامه «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان»^۱

(MBCT-C) است. MBCT-C یک روان‌درمانی گروهی برای کودکان ۹ تا ۱۳ ساله است که ابتدا با هدف افزایش توجه و کاهش اضطراب در کودکان توسعه پیدا کرد [۱۰]. پژوهشگران معتقدند که بیشتر کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی با این برنامه بهبود می‌یابند. برای مثال پیرز دی آلبنیز^۲ [۱۱]، بعد از بررسی ۷۵ مطالعه‌ی انجام شده روی مراقبه و ذهن آگاهی به این نتیجه رسید که مراقبه باعث شدادی بیشتر، تفکر مثبت، خوداعتمادی، بهبود مهارت‌های حل مسأله، پذیرش، و افزایش انعطاف‌پذیری می‌گردد. سگال^۳ و همکاران [۱۲] مطرح کردند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۴، از عود افسردگی جلوگیری می‌کند و توانایی بیماران را برای مشاهده افکار و احساسات ملال آور افزایش می‌دهد. بیماران در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت اطرافشان بیشتر توجه کنند. تیزدل و همکاران [۱۳]، MBCT را روی بیمارانی که سابقه عود افسردگی اساسی داشتند اجرا کردند. پیگیری مداخله بعد از ۶۰ هفته نشان داد بیمارانی که تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه کنترل میزان عود کمتری داشتند. ویلیامز و همکاران [۱۴] یک مطالعه کنترل شده روی نقش MBCT بر پیشگیری از فعال‌سازی مجدد افکار خودکشی انجام دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش توانایی فرد برای فاصله گرفتن از افکار خودکشی، کاهش خود انتقادی و قضاوت، و بهبود توانایی تشخیص افکار ناامیدکننده و خودتخریبگر رابطه مستقیم دارد. بردریک^۵ [۱۵]، در پژوهشی روی دانش آموزان به این نتیجه رسید که خلق غمگین کودکان بعد از یادگیری ذهن آگاهی سریع‌تر بهبود پیدا می‌کند. لی و همکاران [۱۶]، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر رفتارهای برونی‌سازی شده و درونی‌سازی شده‌ی ۲۵ کودک ۹ تا ۱۲ ساله بررسی کردند. نتایج، کاهش معنادار مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی را در این کودکان

2- Perez-De-Albeniz

3- Segal

4- MBCT

5- Broderick

1- Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C)

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش، شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی کودکان ۱۰ تا ۱۳ ساله‌ی دارای والدین مطلقه (دختر و پسر) و ساکن در شهر تهران بودند که با توجه به مجوزهای صادر شده از سوی آموزش و پرورش، امکان دسترسی به آنها وجود داشت. از آنجایی که در پژوهش‌های تجربی تعداد نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌ها در حدود ۱۵ آزمودنی است، بنابراین با در نظر گرفتن احتمال افت، حدود ۴۰ آزمودنی برای حجم نمونه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به نمونه در پژوهش حاضر شامل دامنه سنی ۹ تا ۱۳ سال، عدم وجود مشکلات جسمانی حاد، عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی در حین شرکت در برنامه، وجود نشانه‌های افسردگی در کودک، و حداقل تحصیلات دیپلم برای والد بودند. معیار خروج هم غیبت بیش از ۴ جلسه در فرآیند درمان بود [۳۸]. آزمودنی‌ها سیاهه افسردگی کودک را تکمیل کردند. سپس بر حسب نمراتی که در این آزمون به دست آوردند در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. میانگین نمرات کودکان در آزمون سیاهه افسردگی کودک در گروه آزمایش ۱۷/۲۵ و در گروه کنترل ۱۶/۷۱ بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که از لحاظ معدل سال قبل، سن، و افسردگی بین این دو گروه هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد. در پایان پژوهش، دو نفر از کودکان گروه آزمایش به علت مشکلات شخصی از شرکت در برنامه انصراف دادند. دو کودک دیگر نیز به علت غیبت بیش از چهار جلسه، از نمونه کنار گذاشته شدند. در گروه کنترل نیز دو نفر از کودکان به علت شرکت نکردن در پس آزمون از نمونه حذف شدند. تحلیل آماری نشان داد که حذف این آزمودنی‌ها روی نتایج تأثیری نداشت اما از آنجایی که اطلاعاتی که از این افراد در دست بود کافی نبودند و نیز آزمودنی‌های مذکور معیارهای خروج را پر کردند ترجیحاً از نمونه کنار گذاشته شدند. بدین ترتیب در نهایت گروه آزمایش با ۱۴ نفر و گروه کنترل با ۱۶ نفر، نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند.

نشان داد. زیدان و همکاران^۱ [۱۷] هم به این نتیجه رسیدند که مراقبه ذهن آگاهی، موجب بهبود خلق، حافظه کاری، و کارکردهای اجرایی می‌شود و آموزش کوتاه مدت آن، خستگی، افسردگی، و اضطراب را کاهش می‌دهد. در نهایت گلدین، فیلیپ، و گراس [۱۸] مطرح کردند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ نشانه‌های استرس، اضطراب، و افسردگی را در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاهش می‌دهد. با افزایش ذهن آگاهی، پاسخدهی هیجانی نوجوانان به گونه‌ای تغییر می‌کند که موجب کاهش تجربه هیجانی منفی، کاهش فعالیت بادامه، و افزایش فعالیت مناطق مغزی مرتبط با توجه می‌گردد. بنابراین از نتایج پژوهش‌های مختلف اینگونه استنباط می‌شود که MBCT-C احتمالاً در زمینه بهبود توجه و کاهش مشکلات رفتاری کودکان، آینده‌ای روشن و امیدوارکننده دارد. آموزش MBCT-C به کودکان یاد می‌دهد از فرآیندهای ناخودآگاه ذهن، آگاه شوند و به شیوه‌ای مؤثر به افکار، احساسات، و حواس بدنی واکنش نشان دهند. برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به پرورش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد در کودکان کمک می‌کند. با تمرین ذهن آگاهی، کودکان بتدریج یاد می‌گیرند که چگونه بدون اتکا به راهبردهای مقابله‌ای، به رویدادهای زندگی مؤثرتر پاسخ دهند. در این برنامه کودکان می‌آموزند که بدون قضاوت در مورد افکار، احساسات و حواس بدنی، فقط به مشاهده بپردازند و هر آنچه در زمان حال وجود دارد را بپذیرند. این توجه آگاهانه به افکار، احساسات و حواس بدنی، توانایی کودکان را برای کنترل خلق منفی افزایش می‌دهد و منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد. بنابراین با توجه به ازدیاد آمار طلاق و لزوم کمک به کودکانی که در چنین خانواده‌هایی زندگی می‌کنند، پیشگیری از خطرات احتمالی و کاهش پیامدهای جبران ناپذیر این معضل اجتماعی که بیش از همه کودکان را درگیر می‌کند، ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش ذهن آگاهی و پذیرش در کودکان دارای والدین مطلقه انجام شد.

1- Zeidan et al

2- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

ابزار

کودکان گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری شش ماهه به پرسشنامه‌های زیر پاسخ دادند:

۱- سیاهه افسردگی کودک: سیاهه‌ی افسردگی کودک (CDI) توسط کوواکس در سال ۱۹۷۷ برای ارزیابی افسردگی کودکان تهیه شد و یکی از معمول‌ترین ابزارهایی است که در پژوهش‌های وسیعی جهت سنجش افسردگی کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵]. CDI یک مقیاس خودگزارشی ۲۷ ماده‌ای است. کودکان باید برای هر ماده، یکی از سه گزینه را انتخاب کنند که به هر یک از آنها نمره‌هایی از صفر تا ۲ تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۵۴ است. این سیاهه برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۸ سال طراحی شده است، و نشانه‌های افسردگی را در قالب پنج خرده‌مقیاس خلق پایین، عزت‌نفس پایین، ناکارآمدی، فقدان لذت و مشکلات بین فردی می‌سنجد. نمره‌ی کل از جمع کل ماده‌ها به دست می‌آید. این آزمون، کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی و افسرده‌خویی را از سایر شرایط بالینی و کودکان بهنجار افتراق می‌دهد. این مقیاس به تغییرات افسردگی در طول زمان حساس بوده و ابزار قابل قبولی جهت سنجش شدت افسردگی می‌باشد. CDI دارای ثبات درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرایی خوبی است [۲۶]. ثبات درونی آن ۰/۹۱ گزارش شده است. بندورا و همکاران [۲۲]، ضریب پایایی آن را ۰/۸۶ گزارش می‌دهند. آلفای کرونباخ برای دو مقیاس ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد و ضریب پایایی ۰/۸۸ و ۰/۹۲ گزارش شد. طهماسیان [۲۷]، این پرسشنامه را بر روی جمعیت دانش‌آموز ایرانی اجرا کرد. پایایی آزمون از طریق آزمون-بازآزمون ۰/۸۳ محاسبه گردید. ثبات درونی آن نیز با آلفای کرونباخ ۰/۶۴ محاسبه شد. همچنین برای ارزیابی روایی محتوایی آزمون، همبستگی این آزمون با آزمون موازی آن - سیاهه افسردگی یک نسخه دوم - در ۴۳ دانش‌آموز بهنجار مقطع دبیرستان، ۰/۵۶ محاسبه گردید که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی یک نسخه دوم، در جامعه بالینی در ۲۰ نفر نوجوان که از طرف

روان‌شناس یا روان‌پزشک تشخیص افسردگی داشتند نیز ۰/۶۸ محاسبه گردید که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. همچنین تحلیل عامل با چرخش واریماکس پنج عامل اصلی را در این سیاهه مشخص نمود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خلق پایین، عزت‌نفس پایین، بی‌لذتی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی و به طور کلی افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۵۷، ۰/۳۹، ۰/۶۵، ۰/۵۰ و ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- ابزار سنجش ذهن‌آگاهی و پذیرش کودکان: ابزار سنجش ذهن‌آگاهی و پذیرش کودکان (CAMM)، یک سنجش خودگزارشی ۲۵ ماده‌ای در مورد ذهن‌آگاهی است که توسط گرکو^۳، دو^۴ و بائر^۵ [۲۸]، برای کودکان و نوجوانان ساخته شد. این آزمون شامل مواد مثبت و منفی است. مواد واردی را اندازه‌گیری می‌کنند که عبارتند از: چگونه کودکان و نوجوانان تجارب درونی خود را مشاهده می‌کنند، چگونه با آگاهی عمل می‌کنند و چگونه تجارب درونی خود را بدون قضاوت در مورد آنها می‌پذیرند. از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود که بر روی یک طیف ۵ درجه‌ای، از هرگز در مورد من درست نیست (۰) تا همیشه در مورد من درست است (۴) مشخص کنند که هر ماده تا چه اندازه تجارب آنها را منعکس می‌کند. این سنجش دارای یک نمره کلی است. طیف نمرات پاسخ دهندگان از صفر تا ۱۰۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی سطوح بالاتری از پذیرش و ذهن‌آگاهی است. پژوهش با استفاده از CAMM نشان می‌دهد که این ابزار دارای روایی همزمان خوبی است. برای ذهن‌آگاهی و پذیرش کودکان همسانی درونی خوبی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است که نشان دهنده‌ی پایایی خوب آن است [۲۸]. اعتبار و اگرایی این پرسشنامه با خرده‌مقیاس مشکلات توجه سیاهه‌ی رفتاری کودک [۲۹]، ۰/۵۹ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ برای این ابزار به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی خوب این پرسشنامه است.

2- Child Acceptance and Mindfulness Measure (CAMM)

3- Greco

4- Dew

5- Baer

1- Child Depression Inventory

از فروردین ماه سال ۹۱ تا مرداد ماه همان سال در مدارس برگزار گردید. بعد از آن پیگیری ۶ ماهه در بهمن ماه سال ۹۱ بر روی همان کودکان اجرا شد. کودکان بعد از اتمام برنامه، پرسشنامه‌های افسردگی کودک، و ذهن آگاهی و پذیرش کودکان را مجدداً تکمیل کردند. به مدت شش ماه پس از آخرین جلسه گروه، آزمودنی‌ها مجدداً ارزیابی شدند. در نهایت از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی دختران در گروه آزمایش ۱۲/۴۴ سال (انحراف معیار ۰/۸۸) و در گروه کنترل ۱۱/۷۳ (انحراف معیار ۱/۱) بود. در مورد پسران، در گروه آزمایش میانگین سنی ۱۲/۶ (انحراف معیار ۰/۵۵) و در گروه کنترل، ۱۲/۴ (انحراف معیار ۰/۵۴) به دست آمد. عملکرد آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های CDI، با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که میانگین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های عزت نفس پایین، ناکارآمدی، بی‌لذتی، و مشکلات بین فردی از میانگین نمرات پیش آزمون گروه کنترل بالاتر است در حالی که در میانگین پیش آزمون خرده مقیاس خلق پایین نمرات گروه کنترل از گروه آزمایش بیشتر بود. در مرحله پس آزمون و پیگیری، نمرات گروه آزمایش در همه خرده مقیاس‌های سیاهه افسردگی، کاهش داشته است اما در گروه گواه نمرات پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند. برای بررسی تفاوت بین دو گروه در خرده مقیاس‌های افسردگی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده شد. در ابتدا به منظور بررسی فرض همگنی ماتریس وارینانس - کوواریانس نتایج آزمون ام. باکس مدنظر قرار گرفت. از آنجایی که عدم معناداری این آزمون نشان دهنده برقراری پیش فرض ماتریس وارینانس - کوواریانس است بنابراین نتایج نشان داد که پیش فرض فوق در مراحل پس آزمون ($F=2/77, P<0/0001$)، و پیگیری ($P=0/004$)

روند اجرای پژوهش: بعد از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش شهر تهران و با مراجعه به مدارس، در هر مدرسه پس از کسب رضایت از کادر اجرایی، کلیه‌ی کودکان دارای والدین مطلقه با هماهنگی و همکاری مسئولین مدارس شناسایی شدند و از والدین آنها به منظور شرکت در جلسه معارفه دعوت به عمل آمد. در این جلسه، در مورد نشانه‌های افسردگی کودکان و روش‌های بهبود و درمان آن توضیحاتی ارائه شد، برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به والدین معرفی گردید، و در نهایت بعد از پاسخ به سئوالات والدین، رضایت‌نامه‌ی شرکت در برنامه‌ی آموزشی MBCT-C بین والدین توزیع شد و از آنها درخواست گردید که در صورت تمایل به شرکت در برنامه، فرم رضایت‌نامه را تکمیل کنند و در اولین فرصت به دفتر مدرسه تحویل دهند. بعد از جلسه معارفه، کودکانی که والدینشان رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند پرسشنامه افسردگی را تکمیل کردند. از بین ۱۹۸ رضایت‌نامه و پرسشنامه افسردگی که در چند مدرسه توزیع گردید، تنها ۳۶ نفر از کودکان دارای والدین مطلقه، مطابق با معیارهای ورود و خروج در پژوهش باقی ماندند. گروه آزمایش، تحت آموزش برنامه‌ی «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» قرار گرفت و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط پژوهشگر و دستیار او انجام شد. ایشان به مدت ۱۸ ماه، تحت آموزش تخصصی مربی ذهن آگاهی قرار گرفتند و صلاحیتشان توسط مربی ذهن آگاهی تأیید شد. طرح پژوهشی این مطالعه نیز قبل از اجرا مورد تصویب شورای پژوهشی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی قرار گرفت و مطابق با کدهای اخلاق حرفه‌ای پژوهش شناخته شد. همچنین کارآزمایی بالینی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان، در مرکز کارآزمایی‌های بالینی وزارت بهداشت از لحاظ اخلاقی و محتوایی مورد تأیید قرار گرفت و با شماره ۱۰۹۱۱ ثبت گردید. محتوای مداخله شامل آموزش فنون ذهن آگاهی، آگاهی از افکار، احساسات، و حواس بدنی، زندگی در زمان حال، و پذیرش هر آنچه بود در زمان حال وجود دارد که بر مبنای برنامه آموزشی سمپل و همکاران [۳۸]، به کودکان آموزش داده شد. این مداخله در دوازده جلسه نود دقیقه‌ای

جدول ۲) نتایج آزمون ام. باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس سیاهه افسردگی کودک

افسردگی				
مراحل ارزیابی	مقدار باکس Box's M	F	معناداری	مقادیر اثر پیلایی
پس آزمون	۵۱/۶۵	۲/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸ P= ۰/۲۵
پیگیری	۴۲/۲۸	۲/۲۶	۰/۰۰۴	۰/۱۹ P= ۰/۵۱

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره به منظور تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی کودکان دارای والدین مطلقه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای خرده مقیاس‌های CDI در مرحله پس آزمون و پیگیری

خرده مقیاس‌ها	مرحله	منبع تغییر	F	معناداری
خلق پایین	پس آزمون	اثر بین گروهی	۸۶/۰۵	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
عزت نفس پایین	پس آزمون	اثر بین گروهی	۷۹/۸۶	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
ناکارآمدی	پس آزمون	اثر بین گروهی	۵۷/۳	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
بی‌لذتی	پس آزمون	اثر بین گروهی	۱۲۵/۵۴	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
مشکلات بین فردی	پس آزمون	اثر بین گروهی	۴۳/۲۸	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
مشکلات بین فردی	پس آزمون	اثر بین گروهی	۷۲/۰۴	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
ذهن آگاهی و پذیرش	پس آزمون	اثر بین گروهی	۳۱۵/۸۳	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		
پیگیری	پس آزمون	اثر بین گروهی	۲۴۶/۳	$P < ۰/۰۰۰۱$
	آزمون	خطا		

($F=۲/۲۶$) برقرار نیست. از این رو نتایج آزمون با استفاده از اثر پیلایی گزارش شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱) شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌های سیاهه افسردگی کودک و سنجش ذهن آگاهی و پذیرش کودکان

متغیرها	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
خلق پایین	آزمایش	پیش آزمون	۳/۶۴	۲/۳۴
		پس آزمون	۰/۶۵	۰/۵
		پیگیری	۰/۸۶	۰/۷۷
	کنترل	پیش آزمون	۴/۰۱	۲/۸۹
		پس آزمون	۴/۱۳	۲/۵۵
		پیگیری	۴/۱۹	۲/۳۲
عزت نفس پایین	آزمایش	پیش آزمون	۳/۵۷	۲/۰۷
		پس آزمون	۰/۳۹	۰/۶۱
		پیگیری	۰/۵۰	۰/۶۵
	کنترل	پیش آزمون	۳/۲۵	۱/۹۵
		پس آزمون	۳/۲۶	۱/۸۲
		پیگیری	۳/۲۵	۱/۸۴
ناکارآمدی	آزمایش	پیش آزمون	۳/۷۹	۱/۹۷
		پس آزمون	۰/۶۴	۰/۶۳
		پیگیری	۰/۸۶	۰/۷۷
	کنترل	پیش آزمون	۳/۵۶	۱/۹۷
		پس آزمون	۳/۸۷	۲/۰۸
		پیگیری	۳/۶۳	۲/۰۱
بی‌لذتی	آزمایش	پیش آزمون	۵/۸۶	۲/۳۲
		پس آزمون	۱/۳۶	۱/۰۸
		پیگیری	۲	۱/۰۴
	کنترل	پیش آزمون	۵/۳۶	۲/۲۵
		پس آزمون	۴/۹۴	۲/۰۴
		پیگیری	۵/۰۶	۲/۱۶
مشکلات بین فردی	آزمایش	پیش آزمون	۱/۶۳	۱/۸۶
		پس آزمون	۰/۲۱	۰/۴۳
		پیگیری	۰/۳۶	۰/۵۰
	کنترل	پیش آزمون	۱/۵۶	۱/۱۵
		پس آزمون	۲/۰۶	۰/۸۵
		پیگیری	۱/۸۱	۰/۹۱
ذهن آگاهی و پذیرش	آزمایش	پیش آزمون	۴۹/۲۹	۱۱/۱۲
		پس آزمون	۸۵/۹۳	۳/۲۷
		پیگیری	۸۲/۴۳	۲/۷۱
	کنترل	پیش آزمون	۴۷/۵۶	۱۰/۹۷
		پس آزمون	۴۶/۶۹	۹/۷۴
		پیگیری	۴۶/۵۰	۱۰/۶۴

باعث کاهش مشکلات بین فردی، خلق پایین، عزت نفس پایین، ناکارآمدی، و فقدان لذت در کودکان دارای والدین مطلقه شده است. نتایج پس از شش ماه پیگیری، همچنان باقی ماند. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر، مؤثر بودن برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان را تأیید کرد. بر این اساس، نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند ذهن آگاهی افسردگی و نشانه‌های مرتبط با آن را در بزرگسالان کاهش می‌دهد [۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷]، و نیز با پژوهش‌های انجام شده روی افسردگی کودکان و نوجوانان [۳۸، ۳۹] همسو است. بر اساس نتایج، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود خلق پایین در کودکان دارای والدین مطلقه گردید. مطابق با نظریه شناختی، در تبیین این یافته می‌توان گفت الگوی تفکر منفی، افکار خودآیند منفی، و تحریف‌های شناختی از جمله عواملی هستند که می‌توانند باعث کاهش خلق و بی‌لذتی در افراد گردند، به این ترتیب که کودکان دارای والدین مطلقه به علت نشخوار ذهنی در مورد رویدادهای گذشته؛ یادآوری دوباره‌ی رفتارهایی که در گذشته، انجام شده یا نشده؛ یا بررسی و تحلیل دوباره‌ی انتخاب‌هایی که در گذشته، صورت گرفته یا نگرفته؛ در گذشته زندگی می‌کنند. زندگی در گذشته، کودک را درگیر بدبینی، خودانتقادی و خودسرزنی می‌کند. به این ترتیب با یادآوری خاطرات بد گذشته، غرق شدن در خاطرات، و نشخوار زیاد در مورد آن، خلق کودک کاهش می‌یابد. تبیین احتمالی دیگر این است که نشخوار ذهنی در مورد رویدادهای گذشته منجر به اجتناب از زمان حال می‌شود. از آنجایی که دوران کودکی، زمان یادگیری و رشد مهارت‌ها است، بنابراین یک کودک افسرده با درگیر شدن در نشخوار مزمن و اجتناب از زمان حال، از کسب مهارت در تکالیف رشدی که برای کارکرد و شادی دوران کودکی لازم هستند باز می‌ماند، در انجام تکالیف رشدی شکست می‌خورد و به خودسرزنی و انتقاد از خود روی می‌آورد. این خودگویی‌های منفی و مزمن، یک مؤلفه‌ی قدرتمند برای افزایش احساس ناکارآمدی، کاهش عزت نفس، و کاهش خلق در دوران کودکی هستند. در خلال جلسات ذهن آگاهی، درمانگر در جهت شناسایی و تشخیص افکار و خودگویی‌های منفی به کودکان کمک می‌کند. به این

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خلق پایین در مرحله پس از مزمون ($F=۸۶/۰۵$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و پیگیری ($F=۵۶/۹$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) عزت نفس پایین در مرحله پس از مزمون ($F=۷۹/۸۶$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و پیگیری ($F=۵۳/۵۹$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) بر احساس ناکارآمدی در مرحله پس از مزمون ($F=۵۷/۳$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و پیگیری ($F=۳۵/۸$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) بر بی‌لذتی در مرحله پس از مزمون ($F=۱۲۵/۵۴$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و پیگیری ($F=۴۳/۲۸$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و سرانجام بر مشکلات بین فردی در مرحله پس از مزمون ($F=۷۳/۰۴$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و مرحله پیگیری ($F=۳۵/۵۳$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) اثر معناداری دارد. نمرات میانگین تعدیل شده خرده مقیاس‌های افسردگی نشان می‌دهد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نشانه‌های افسردگی کمتری دارد. به منظور بررسی این که آیا کاهش نشانه‌های افسردگی در اثر آموزش برنامه ذهن آگاهی بوده است یا خیر، از پرسشنامه ذهن آگاهی استفاده شد. نتایج نشان داد که ذهن آگاهی و پذیرش کودکان گروه آزمایش در مراحل پس از مزمون ($F=۳۱۵/۸۳$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) و پیگیری ($F=۲۴۶/۳$ ، $P<۰/۰۰۰۱$) نسبت به مرحله پیش از مزمون افزایش معناداری داشت در صورتی که در گروه کنترل این معناداری مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کاهش نشانه‌های افسردگی قطعاً ناشی از افزایش ذهن آگاهی و پذیرش کودکان در خلال آموزش برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی کودکان دارای والدین مطلقه بود. برای تحقق این هدف، دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. با استفاده از سیاهه افسردگی کودک، و سنجش ذهن آگاهی و پذیرش، هر دو گروه در سه مرحله پیش از مزمون، پس از مزمون، و پیگیری ارزیابی شدند. نتایج نشان داد که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نشانه‌های افسردگی را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش می‌دهد. بعد از بررسی خرده مقیاس‌های افسردگی، مشاهده شد که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری

ترتیب کودکان یاد می‌گیرند که فقط مشاهده‌گر رویدادها، افکار، احساسات، و حواس بدنی باشند و آنها را مقوله‌های مجزایی از خود در نظر بگیرند، به عبارت دیگر فقط از دور و به عنوان شخص سوم به مشاهده‌ی افکار و احساساتی بپردازند که در درون آنها وجود دارد. آنها یاد می‌گیرند که افکار، فقط فکر هستند، احساسات فقط احساس هستند و هیچکدام واقعیت ندارند، این نگرش زمینه را برای تغییر طحواره‌های افسرده‌کننده فراهم می‌کند. بنابراین از آنجایی که هم طحواره‌ها و هم فرآیندهای توجه در راهاندازی و برقراری خلق افسرده‌تأثیر دارند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با اثراتی که بر این سازه‌ها می‌گذارد به بهبود خلق کمک می‌کند. ادراک ضعیف شخص از خود، دیگران، و دنیای پیرامون یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های افسردگی شود. در این پژوهش، کودکان با آموزش ذهن آگاهی یاد گرفتند که انجام تمرین‌های مربوط به تمرکز بر تنفس، افکار، احساسات، و حواس بدنی باعث افزایش آگاهی فرد از دنیای درون خود می‌شود. همچنین آنها آموختند که با انجام تمرین‌هایی مانند مراقبه‌ی شنیدن و گوش دادن به صدای سکوت، مراقبه‌ی خوردن و نیز تمرین‌های مربوط به حواس دیگر، به اکتشاف دنیای درونی و بیرونی بپردازند و نسبت به حواس پنجگانه آگاهی بیشتری پیدا کنند. در کنار این آگاهی، کودکان یاد گرفتند که به عنوان فردی مجزا از افکار، احساسات و حواس بدنی خود، فقط به مشاهده بپردازند. به این ترتیب در حین مشاهده، حافظه‌ی فرد تنها رویدادهای منفی را بازیابی نمی‌کند بلکه توجه فرد به سمت رویدادهای خنثی و جنبه‌های مثبت خود، دنیا، و دیگران نیز افزایش می‌یابد و این امر احتمالاً منجر به افزایش عزت نفس کودک می‌گردد. همچنین طرفداران نظریه‌ی شناختی- رفتاری معتقدند که کودکان افسرده درباره‌ی خودشان دیدگاه‌های نادرستی دارند و این دیدگاه‌ها احتمالاً خودانگاره آنها را تضعیف کرده است. تمرین‌های ذهن آگاهی به کودکان کمک می‌کند افکار و احساسات خود را بپذیرند، آنها را پدیده‌های گذرای در نظر بگیرند که واقعیت ندارند و بنابراین فقط به مشاهده آنها بپردازند. کودکان با اتخاذ این رویکرد می‌توانند اسنادهای درونی را کاهش دهند. کاهش اسنادهای درونی نیز خودسرزندی را کاهش

می‌دهد و به این ترتیب عزت نفس کودکان افزایش می‌یابد. تبیین دیگر این است که تمرین‌های ذهن آگاهی، افراد افسرده را نسبت به افکار، احساسات، و حواس بدنی آگاهتر می‌سازد و به آنها کمک می‌کند که ارتباط متفاوتی با افکار، احساسات و حواس بدنی شان برقرار کنند، آنها را بپذیرند و با آنها دوست شوند. آگاهی به آنها کمک می‌کند که قبل از افتادن در چرخه‌ی افسردگی، از شناخت‌ها و افکار منفی تمرکززدایی کرده و در زمان حال زندگی کنند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به کودکان یاد می‌دهد که افکار و هیجانات خود را مشاهده نمایند و کشف کنند که چگونه آن افکار و هیجانات با واقعیت مرتبطند. این نگرش به آنها کمک می‌کند تصویری بسازند که بیشتر با واقعیت منطبق باشد. کودکان در این پژوهش در حین تمرین‌هایی مانند ذهن آگاهی لامسه، با تفاوت بین قضاوت و توصیف آشنا شدند و یاد گرفتند که فقط به توصیف افکار، احساسات و حواس بدنی خود بپردازند و در مورد آنها قضاوت نکنند. کودکان با یادگیری نگرش غیرقضاوت‌مندانانه به طرف اعمال و نیز عدم قضاوت، بر احساس گناه، شرم، و ناکارآمدی خود غلبه کردند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مشکلات بین فردی را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش می‌دهد. در مورد کاهش مشکلات بین فردی می‌توان گفت کودکان افسرده معمولاً هنگام بروز مشکل، هیچ راه‌حلی برای آن نمی‌بینند. افسرده‌ها در پاسخ به محرک‌ها، اطلاعات را به صورت کلی گریانه یادآوری می‌کنند. در اصل احتمالاً کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه، در فرآیند حل مسأله اختلال ایجاد می‌کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه‌ی خودنگاشته^۲ می‌کاهد و با ترغیب فرد به انجام تمرین‌های مرتبط با توجه، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه‌ی خودنگاشته می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر از حافظه را به همراه داشته باشد. در واقع تمرین‌های ذهن آگاهی با افزایش آگاهی کودکان نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس، تمرکز و توجه به بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و

1- Overgenerality

2- Autobiographical memory

است که بودن در گروهی همگن که همه اعضای آن شرایط و خصوصیتی تقریباً مشابه دارند باعث می‌شود که کودکان کمتر احساس تنهایی کنند. افزایش احساس تعلق به گروه نیز احتمالاً موجب کاهش احساس تنهایی این کودکان می‌شود؛ لذا مجموع این عوامل، احساس بی‌لذتی کودکان را کاهش داد. محدودیت اصلی پژوهش حاضر، وجود نگرش منفی نسبت به والدین و کودکان دارای والدین مطلقه بود که برای پژوهشگر در مرحله نمونه گیری، صرف زمان، انرژی، و هزینه فراوانی به همراه داشت. به عبارت دیگر، والدین بسیاری از این کودکان، از ترس اینکه مبادا به آنها یا فرزندانشان برچسب طلاق زده شود از شرکت در جلسات خودداری کردند یا حاضر به تکمیل پرسشنامه مربوط به مشکلات رفتاری کودک خود نشدند. از این رو، پژوهشگر مجبور شد تنها به ارزیابی‌های کودکان توسط خودشان اکتفا کند. محدودیت دیگر این بود که آموزش و پرورش استان تهران با توجه به جنسیت، از دادن مجوز مدارس پسرانه به پژوهشگران زن و برعکس خودداری کرد، بنابراین در نمونه‌ی این پژوهش تعداد شرکت کنندگان دختر بیشتر از تعداد شرکت کنندگان پسر بود که این امر تعمیم یافته‌ها به پسرها را محدود می‌سازد. در پایان پیشنهاد می‌شود برای کودکان دارای والدین مطلقه که نسبت به کودکان دیگر برای ابتلا به افسردگی و نشانه‌های آن آمادگی بیشتری دارند در کنار ابزار پرسشنامه، از مصاحبه‌های عمیق و روش‌های مشاهده‌ای نیز استفاده شود تا بتوان عوامل و متغیرهای مداخله‌گر در فرآیند درمان را با دقت بیشتری شناسایی و کنترل کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان، به منظور جلب رضایت و همکاری بیشتر والدین، جلسات آموزش ذهن آگاهی در مکانی بیرون از محیط مدرسه برگزار گردد. به این ترتیب با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این برنامه بر روی گروه‌های دیگری از کودکان و نیز بر روی نوجوانان دارای مشکلات رفتاری مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرد.

اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارند و به این ترتیب با افزایش مهارت حل مسئله، مشکلات بین فردی کاهش پیدا می‌کند. از طرف دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی واکنش پذیری افراد را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، ذهن آگاهی با آموزش مشاهده‌گری، پذیرش، و کسب آگاهی بیشتر در مورد موقعیت‌ها به کودکان کمک می‌کند در برابر موقعیت‌ها به طور آنی و ناکارآمد واکنش نشان ندهند. حذف واکنش ناکارآمد به موقعیت‌های بین فردی، مشکلات بین فردی را کاهش می‌دهد یا مانع بروز این قبیل مشکلات می‌گردد. تبیین دیگر این است که شاید وجود مشکلات بین فردی در کودکان دارای والدین مطلقه به این علت بوده است که هیجان‌هایی مانند اضطراب، افسردگی، و خشم در این کودکان، مانع استفاده‌ی آنها از مهارت‌های بین فردی شده است. به این ترتیب برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش شدت و فراوانی این هیجان‌ها، و لذا افزایش استفاده‌ی کودکان از مهارت‌هایشان گردید و به این ترتیب مشکلات بین فردی کاهش پیدا کرد. به علاوه، برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فقدان لذت را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش داد. یک تبیین برای این یافته این است که در پژوهش حاضر مواد نشان‌دهنده‌ی فقدان لذت، همان موادی هستند که کیفیت خواب و اشتها، شدت نگرانی در مورد دردهای بدنی، و احساس تنهایی را می‌سنجند. برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تمرکز بر حواس پنجگانه و به کارگیری این حواس در حین تمرین‌های چشیدن، بوییدن، دیدن، و سایر تمرین‌ها اشتهای کودکان را بهبود داده است. یکی دیگر از عواملی که تمرین‌های ذهن آگاهی روی آن زیاد تأکید می‌کنند، مهربانی با خود است. کودکان با یادگیری مهربانی با خود، اتخاذ رویکردی خنثی در مواجهه با درد و تنها مشاهده درد، نشخوار ذهنی و نگرانی در مورد درد را کاهش می‌دهند و به این ترتیب با تمرکز زدایی از افکار منفی و درد، جنبه‌های مثبت را هم مشاهده می‌کنند و احتمالاً این امر منجر به کاهش درد در آنها می‌گردد. بنابراین احتمالاً بهبود کیفیت خواب و اشتها، و کاهش نگرانی در مورد دردهای بدنی، احساس بی‌لذتی را در کودکان دارای والدین مطلقه کاهش داد. تبیین دیگر این

Results of a pilot study. *J Cognit Psychother.* 2008; (22): 15-28.

17- Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *J Clin Psychol.* 2010; (10): 83-91.

18- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consc Cognit.* 2010; 19(2): 597-605.

19- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2010; (68): 539-544.

20- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GB, Pastorelli C. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child dev.* 1996; (67):1206-222.

21- Bandura A. a social cognitive theory of personality. *Handbook of personality.* New York: Guilford press, 1999.

22- Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav res therap.* 2001; (39): 555-565.

23- Muris P. Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *J Personal individ differ.* 2002; (32): 337-348.

24- Kovacs M. The children depression inventory (CDI). New York: multihealth systems, Inc, 1992.

25- Tahmassian K. modeling self-efficacy of depression in Iranian adolescent. [Dissertation]. *Clinical psychology: Rehabilitation University,* 2004. [Persian]

26- Greco LA, Dew SE, Baer S. Acceptance, mindfulness, and related processes in childhood: Measurement issues, clinical relevance, and future directions. In SE Dew & R Baer (Chairs). *Measuring Acceptance, Mindfulness, and Related Processes: Empirical Findings and Clinical Applications across Child, Adolescent, and Adult Samples.* Symposium presented at the Association for Behavior and Cognitive Therapies, 2006.

27- Achenbach TM, Rescra LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington. VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth, & Families, 2001.

28- Fennell MJV. Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behav Res Therap,* 2004; 42(9): 1053-1067.

29- Ma HS, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *J Cons Clin Psychol.* 2004; (72): 31-40.

30- Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness- based cognitive therapy reduces over-general autobiographical memory in

منابع

1- Weiss R. The emotional impact of marital separation. *J soc Issue.* 1976;(39):135-145.

2- Hetherington EM, Cox M, Cox R. Divorced fathers. *Fam Coord.* 1976; (25): 417-428.

3- Johnston JR, Campbell LE, Mayer SS. Latency children in post- separation and divorce dispute. *J Am Acad Child Psychiatr.* 1985; (24): 563-574.

4- Johnston JR, Gonzalez R, Campbell LE. Ongoing post divorce conflict and child disturbance. *J Abnorm Child Psychol.* 1987; (15): 493-509.

5- Amato PR. Children of Divorce in the 1990' s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2001; (15): 355-370.

6- Wallerstein JS, Lewis J. The long term impact of divorce on children: a first report from a 25- year study. *Fam Council Court Rev.* 1998; (36): 368-338.

7- Kelly JB. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2000 ;(39): 963-973.

8- Brever MM. The effects of child gender and child age at the time of parental divorce on the development of adult depression (dissertation). Available from Proquest Dissertations and Theses database. 2010.

9- Stark KD, Humphrey LL, Laurent J, Livingston R, Christopher J. Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depression and anxiety disorders during childhood. *J consul Clin Psychol.* 1993; (61): 878-886.

10- Semple RJ, Lee J, Rosa D. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *J Child Fam Stud.* 2010;(19):218-229.

11- Perez-De-Albeniz A, Holmes J. Meditation: Concepts, effects and uses in therapy. *Int J Psychother.* 2000; 5(1): 49-58.

12- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press, 2002.

13- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consul Clin Psychol.* 2000; (68): 615-623.

14- Broderick P. Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognit Ther Res.* 2005; 29(5): 501-510.

15- Williams JMG, Duggan DS, Crane C, Fennell MJV. Mindfulness- based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol Sess.* 2006; (62), 201-210.

16- Lee L, Semple RJ, Rosa D, Miller L. Mindfulness based cognitive therapy for children:

- of attentional networks. *J Cogni Neurosci*. 2002; (14): 340-347.
- 45- Williams JMG. Mindfulness, depression and modes of mind. *Cogni Therap Res*. 2008; (32): 721-733.
- 46- Ree MJ, Craigie MA. Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behav Chang*. 2007; 24(2): 70-86.
- 47- Beckerman NL, Corbett L. Mindfulness and Cognitive Therapy in Depression Relapse Prevention: A Case Study. *J Clin Soc Work*. 2010; (38): 217-225.
- formerly depressed patients. *J abnorm psycho*. 2000; (109): 150-155.
- 31- Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. *Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse*. New York: Guilford Press, 2006.
- 32- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Cons Clin Psychol*. 2000; (68): 615-623.
- 33- Mason o, Hargreaves I. a qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Br J Med Psychol*. 2001; (74): 197-212.
- 34- Feldman C, Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering. 2012; *Contemporary Buddhism*.
- 35- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; (22): 716-721.
- 36- Goldin PR, Manber T, Hakimi S, Canli T, Gross JJ. Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatr*. 2009; (66): 170-180.
- 37- Chadwick P, Kaur H, Swelam M, Ross S, Ellett L. Experience of mindfulness in people with bipolar disorder: A qualitative study. *Psychother Res*. 2011; 21(3): 277-285.
- 38- Semple RJ, Lee J. *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children*. New York: New Harbinger Publications, Inc. 2011.
- 39- Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale ST, et al. Mindfulness meditation training with adults and adolescents with ADHD. *J Atten Disord*. 2007; (11): 737-746.
- 40- Raes F, Dewulf D, Van Heeringen C, Williams JM. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behav Res Ther*. 2009; (47): 623-627.
- 41- Frab NAS, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal ZV. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Behav Res Ther*. 2010; (10): 25-33.
- 42- Kyken W, Watkins E, Holden E, White K., Taylor RS, Byford S, Evans A, Sholto R, Teasdale JD, Dagleish T. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *behav res ther*. 2010; (48): 1105-1112.
- 43- Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *J Personal Social Psychol*. 2007; (92): 887-904.
- 44- Fan J, McCandliss BD, Sommer T, Raz A, Posner MI. Testing the efficiency and independence

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression Symptoms in Children with Divorced Parents

Esmailian, N. *M. A., Tahmassian, K. Ph.D., Dehghani, M. Ph.D., Mootabi, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: Present study examines the hypotheses that children of divorce who participate in MBCT-C would show greater reductions in depression symptoms.

Method: Participants are boys and girls aged 10-13 (N=30). All participants were randomly assigned into two groups: a waiting list control group (N=16) and an experimental group (N=14). Measures include child depression inventory (CDI; Kovacs, 1977), and child acceptance mindfulness measure (CAMP, Greco & et al, 2005). The course of MBCT-C, participants completed these questionnaires in the pre-test, post-test, and six month follow-up stages.

Results: After participating in a twelve week intervention of MBCT-C, participants were found to exhibit significantly fewer depression symptoms (interpersonal problems, negative mood, and negative self-esteem). Also participants who completed the program showed significant enhancement in acceptance and mindfulness.

Conclusion: The results showed that the manual of mindfulness based cognitive therapy for children can decrease depression symptoms in children with divorced parents.

Keywords: Mindfulness, Cognitive Therapy, Depression, Divorce, Child

*Correspondence E-mail:
Esmailian89@yahoo.com