مقاله اصیل پژوهشی

اثربخشی برنامه آموزش شادی، بر عزّت نفس و افسردگی کودکان دبستانی (10 - 11 ساله)

فرحناز شاکه‌نیا[1]، بهروز بهروز[2]، مهران فرهادی[3]، شعله امیری[4]، بهزاد بهروز[5]

چکیده

زمینه و هدف: کودکان با عزّت نفس پایین، مستعد ابتلا به افسردگی هستند و افسردگی، بر کیفیّت زندگی و عملکرد تحصیلی تأثیر می‌گذارد؛ لذا پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه شادی، بر کاهش نشانه‌های افسردگی، ابعاد آن و عزت نفس کودکان انجام شد.

روش تحقیق: مطالعه از نوع نیمه‌تجربی، با گروه‌های مداخله و کنترل و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، بر روی دانش‌آموزان دبستانی ناحیه یک شهر اصفهان، در سال 1391 انجام شد. 30 نفر از کودکان دارای معیار پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر ملاک، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. مداخلات شامل 5 جلسه گروهی هفتگی (60 دقیقه‌ای) آموزش شادی برای کودکان و 7 جلسه گروهی هفتگی (40 دقیقه‌ای) برای والدین (مادر) بود. به منظور ارزیابی افسردگی و عزّت نفس کودکان، از مقیاس‌های CDI و RSS، قبل و بعد از مداخله استفاده گردید. داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش 16) و به کمک آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیّری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: آموزش برنامه شادی، بر کاهش نشانه‌های افسردگی کل و ابعاد خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، فقدان لذّت و عزّت نفس منفی و نیز بر عزّت نفس کودکان گروه آزمایش، اثرات معنی‌داری داشته ($P<0/05$)، اما بر بعد ناکامی، تأثیر معنی‌داری نداشته است ($P>0/05$)؛ همچنین اثر تعاملی جنسیّت و عضویّت گروهی بر افسردگی و عزّت نفس، معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش شادی، می‌تواند نشانه‌های افسردگی کودکان را کاهش و عزّت نفس آنها را افزایش دهد؛ لذا لازم است در کنار سایر درمان‌های افسردگی مورد توجه واقع شود.

واژه‌های کلیدی: برنامه آموزش شادی، افسردگی، عزّت نفس، کودک

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1392؛ 20 (2): 153-164.

دریافت: 1391/09/28 **پذیرش: 1392/03/09**

[1] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

آدرس: ایلام- بلوار جمهوری- کوچه شهید جعفریانی

تلفن: 09189404385 پست الکترونیکی: Farhnazshakhniya@yahoo.com

[2] کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

[3] استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینای همدان، همدان، ایران.

[4] دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

[5] کارشناس مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

مقدمه

فشارهای روانی، زمانی تنها در بزرگسالان شایع بود، اما اکنون در کودکان نیز دیده می‌شود. افزایش فشارهای روانی، به شدّت‌یافتن افسردگی می‌انجامد؛ بنابراین برای افسردگی، باید حسابی جدا از دیگر اختلالات روانی باز کرد؛ تا جایی که 51 الی 59 درصد میزان افسردگی، آماری است که مراکز روان‌پزشکی کودک ارائه می‌دهند (1). ویژگی اصلی اختلال‌های افسردگی این است که افراد، ملالت[1] یا غم توان‌کاهی را احساس می‌کنند و در تمامی گروه‌های سنّی و با هر وضعیّت اجتماعی– اقتصادی دیده می‌شود و وقوع آن در دو جنس، در دوران کودکی تقریباً یکسان، اما در نوجوانی نسبت دختران به پسران، 2 به 1 است (2). افسردگی در کودکان، موجودیّت بالینی مشخصی است که ویژگی‌های معرف آن همانند ویژگی‌های مشاهده‌شده همین اختلال در بزرگسالان است و فقط بیان آنها، با توجه به سن و مرحله رشد کودک متفاوت می‌باشد (1، 3). علایم افسردگی، به‌صورت مشکلات جدّی سلامتی نمایان می‌شود. این علائم بر کیفیّت زندگی، عملکرد تحصیلی و کارکرد اجتماعی کودکان اثر می‌گذارد و اگر درمان نشوند، به اختلالات روانی بزرگسالی تبدیل می‌شوند (1، 2).

پژوهش‌های پیشین، عزّت نفس پایین و مشکل در بروز مهارت‌های اجتماعی، تعارضات والدین و غفلت از نیازهای جسمانی و روانی کودکان و فقدان تعامل یا تعاملات محدود با کودک را از جمله عوامل مرتبط با آسیب‌پذیری افسردگی کودکان می‌دانند (4، 5). بعضی تحقیقات نیز نشان می‌دهند که عزت نفس بالا، منجر به رفتارهای انطباقی می‌شود (6). اهمیت مطالعه شادی به حدّی است که برخی از نظریه‌پردازان افسردگی از جمله Seligman (7) معتقدند، بهتر است به جای توجه به افسردگی، به شادی توجه شود. این توجه، باعث شده است که پژوهشگران مختلف، ضمن تعریف شادی، پژوهش‌هایی را در مورد عوامل مؤثّر بر شیوه‌های افزایش آن انجام دهند. به طور خاص، با توجه به اثرات شادی بر سلامت روان، می‌توان گفت شادی با سطح پایین افسردگی و سازگاری بهتر روان‌شناختی ارتباط دارد (8).

بیشتر مطالعات در سال‌های اخیر، پیرامون درمان نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به‌دست‌آمده از مدل‌ها و درمان‌های افسردگی بزرگسال، قابل تعمیم به کودکان نیستند؛ بنابراین نظریه‌های سبب‌شناختی و همچنین اثربخشی مداخلات درمانی، باید در کودکان به‌گونه‌ای مستقل بررسی شود (9). در این خصوص، هر چند که پیشگیری اولیه مؤثر نبوده، اما شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی)، می‌تواند مشکلات روانی- اجتماعی آتی را به طور چشمگیری بکاهد (1، 2، 9). به طور کلی، درمان‌های موجود در مطالعات مداخله برای افسردگی کودکان، در یکی از این مقوله‌ها قرار می‌گیرند: درمان شناختی- رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی و رویکردهای مبتنی بر خانواده.

برنامه آموزش شادی کودکان را می‌توان جزء مداخله‌های شناختی- رفتاری به شمار آورد (7- 9). در بخش رفتاری این برنامه، اَعمال و فعالیت‌های لذّت‌بخش کودک از جمله: بازی، شوخ‌طبعی و موسیقی افزایش می‌یابد و پاسخ‌های وی اصلاح می‌شود و در بخش شناختی، مفاهیم رویکردهای شناختی- رفتاری با خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری (CBFT) (10) تلفیق شده است؛ به‌گونه‌ای که در برنامه آموزش شادی، چگونگی تعامل والد با کودک و آگاهی از احساسات و هیجانات کودک مورد توجه قرار می‌گیرد.

مدّت‌هاست که نقش اساسی بازی در کار آموزش و درمان مورد توجه است و بیشترین اختلالاتی که به‌وسیله بازی قابل درمان هستند، اختلالات عاطفی می‌باشند که روش‌های دیگر درمان، کمک زیادی به آنها نمی‌کند (10). مطالعات متعدد نشان می‌دهند که شوخ‌طبعی و موسیقی، می‌توانند به روش‌های مختلفی در مورد کودکان و بزرگسالان دچار افسردگی و اختلالات رفتاری، استفاده شوند (11). در

[1] *Dysphoria*

"برنامه آموزش شادی" سعی می‌شود که چگونگی تغییردادن محیط کودک به‌منظور افزایش شادمانی و کاهش نشانه‌های افسردگی، به والدین آموزش داده شود. در واقع، با مشاهده تعامل والد- کودک می‌توان پی برد که آیا مدیریت‌آموزی به والدین، مؤثر واقع می‌شود یا خیر؟ بسیاری از جنبه‌های این برنامه، به والدین کودکان افسرده کمک می‌کنند که رابطه مثبت و شادی‌بخشی با کودک داشته باشند؛ در این برنامه جنبه‌هایی مانند: افزودن تعاملات مثبت کودک با والدینش، ایجاد سازگاری بین فرزندان، آموزش کنترل خشم در خود و کودک، خواب و تغذیه مناسب، اجازه بیان احساسات، استفاده والدین از تقویت مثبت و تعلیم شیوه‌های مثبت تربیتی، مورد توجه قرار می‌گیرند (7، 10، 11).

درمان کودکان افسرده، از چالش‌برانگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی می‌باشد (1). با توجه به میزان مرگ و میر شدید ناشی از اختلال مذکور، بازبینی پیشینه مربوط، برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری است (3). با وجود تحقیقات فراوان در مورد شادی، پژوهشی که شادی و افسردگی را به طور همزمان در کودکان مورد ارزیابی قرار دهد، بسیار اندک است (9). در ایران نیز پژوهشی مربوط به آموزش شادمانی به‌خصوص بر روی کودکان انجام نگرفته و اکثر پژهش‌ها، در زمینه رابطه شادکامی با متغیّرهای جمعیت‌شناختی و یا بر روی بزرگسالان بوده است (12)؛ به‌علاوه پژوهش‌های اخیر، بیشتر پیرامون سبب‌شناسی و درمان افسردگی بزرگسالان انجام شده است که قابل تعمیم به کودکان نمی‌باشند؛ بنابراین نشانه‌شناسی، پیشگیری و درمان آن باید به طور مستقل مورد توجه قرار گیرد. از آنجا که پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی برنامه آموزش شادی بر عزّت نفس و افسردگی کودکان در داخل کشور صورت نگرفته است؛ لذا ارائه این پژوهش برای کودکان با عزّت نفس پایین و مبتلا به افسردگی که برای اولین‌بار در ایران انجام می‌شود؛ بسیار حائز اهمیت خواهد بود؛ لذا پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه شادی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، ابعاد آن و عزّت نفس کودکان انجام شده است.

روش تحقیق

طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی، با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پایه چهارم و پنجم دوره ابتدایی ناحیه یک اصفهان در سال 1391 تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک در چند مرحله صورت گرفت. ابتدا از ناحیه یک اصفهان، 10 دبستان (5 دخترانه و 5 پسرانه) و از هر دبستان نیز یک کلاس به‌طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها در بین آنان توزیع و تکمیل شد؛ سپس 30 نفر از آنهایی که بر حسب ملاک، نمره خام 22 و بالاتر را کسب نمودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (15 نفره) و گواه (15 نفره) قرار گرفتند. با توجه به توان آماری پژوهش حاضر که در بخش نتایج ارائه شده است، حجم نمونه، کافی تشخیص داده شد. مداخله، به صورت آموزش برنامه شادی در 5 جلسه گروهی برای دانش‌آموزان و 7 جلسه گروهی برای والدین بود. این جلسات در زمان‌های مجزّا از جلسات دانش‌آموزان و در ساعاتی بعد از ساعات کلاسی آنان، در مدرسه دخترانه (شهید چراغی اصفهان) برگزار گردید. برای گروه آزمایش، برنامه شادی اجرا شد اما برای گروه گواه، هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. پس از انجام آموزش، از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود کودکان به مطالعه شامل: اعلام رضایت والدین برای شرکت فرزندشان در جلسات از طریق تکمیل فرم رضایت، تمایل خود کودک برای شرکت در پژوهش، همکاری والدین به عنوان مراقبان اصلی کودک، تحصیل در پایه چهارم و پنجم ابتدایی و کسب نمره خام 22 (نمره برش پیشنهادی نمونه ایرانی) و بالاتر در پاسخ به پرسشنامه افسردگی کودکان (13) بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل کودک و والدین کودک به شرکت در جلسات و مراجعه به کلینیک‌ها، دریافت هر نوع

درمان روان‌شناختی همزمان با این برنامه و داشتن هر گونه بیماری مزمن از قبیل: آسم، دیابت و ... بود. لازم به ذکر است که تا پایان انجام تحقیق و پیگیری، هیچ موردی از ریزش و افت تعداد آزمودنی‌ها رخ نداد و پژوهش با همان تعداد اولیه آزمودنی‌ها به انجام رسید. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیّری (ANCOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش 16) انجام شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال‌بودن (با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک) برقرار بود (P>0/05)؛ همچنین با توجه به تساوی حجم نمونه در دو گروه آزمایش و گواه (n=15) و نیز مقایسه نمرات پیش‌آزمون افسردگی و عزت‌نفس در دو گروه آزمایش و گواه، مشخص شد که میانگین نمرات، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند.

ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه افسردگی کودکان[1] و مقیاس عزّت نفس روزنبرگ[2] بود. پرسشنامه افسردگی کودکان، یک ابزار خودسنجی افسردگی برای 7 تا 17 سالگی است که توسط Kovacs (1992) تدوین و شامل 5 خرده‌مقیاس خلق منفی[3]، مشکلات بین‌فردی[4]، ناکارآمدی[5]، فقدان لذّت[6] و عزّت نفس منفی[7] می‌باشد و دارای 27 سؤال و هر سؤال شامل سه جمله است. سؤالات، از صفر تا 2 نمره‌گذاری می‌شوند. نمره "0" بیانگر فقدان نشانه، نمره "1" نشانه متوسط و نمره "2" بیانگر وجود نشانه آشکار است؛ بنابراین دامنه نمرات از صفر تا 54 بوده که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که مناسب‌ترین حدّ برش در جمعیت عمومی، نمره 20 می‌باشد (14). در پژوهش دهشیری و همکاران (15)، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین 0/38 تا 0/60 گزارش شد. با توجه به تعداد کم سؤالات خرده‌مقیاس‌ها (4 تا 6 سؤال)، این میزان از ضرایب همسانی درونی، قابل قبول است. ضریب آلفای کرونباخ کلّ پرسشنامه، برابر با 0/83 و ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین 0/38 تا 0/60 گزارش شده است. ضرایب بازآزمایی کلّ پرسشنامه 0/82 و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها بین 0/65 تا 0/83 و در حدّ قابل قبول گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ کلّ پرسشنامه برابر با 0/85 و ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین 0/51 تا 0/63 به‌دست آمد.

مقیاس عزّت نفس روزنبرگ، یکی از ابزارهای رایج در مطالعات نمونه‌های کودکان و نوجوانان و شامل ده سؤال است. سؤالات در یک طیف لیکرت چهارگزینه‌ای، در دامنه‌ای از شدیداً موافق (3) تا شدیداً مخالف (0) درجه‌بندی می‌شوند. نمرات بالاتر، عزّت نفس بالا و نمرات پایین‌تر، عزّت نفس کمتر را نشان می‌دهد. برای این مقیاس، ضریب تکرارپذیری 0/92، ضریب مقیاس‌پذیری 0/72 و همسانی درونی مناسبی نیز از 0/72 تا 0/87 گزارش شده است. برای این مقیاس، روایی همگرا و واگرا نیز گزارش شده است. با وجود گزارش‌های روان‌سنجی مناسب، استفاده از این مقیاس خودگزارشی در کودکان 7 ساله مورد بحث قرار گرفته است. Petersen و همکاران (16)، ضریب آلفای کرونباخ را برای چهار گروه سنی 7 تا 8 سال، 8 تا 9، 9 تا 10 و 10 تا 11 سال به ترتیب: 0/73، 0/69، 0/75 و 0/83 گزارش کرده‌اند. این مقیاس در نمونه نوجوانان و جوانان ایرانی، هنجاریابی و ضریب پایایی 0/84 برای آن گزارش شده است (17). در مطالعه مقدماتی این پژوهش (n=75)، ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با 0/79 محاسبه شد. نمره کل عزّت نفس، حاصل‌جمع ده سؤال بود که سؤالات 2، 5، 6، 8 و 9 به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند.

برای اجرای پژوهش، بعد از کسب موافقت والدین، نخست پرسشنامه‌های مذکور توسط کودکان تکمیل شد و 30 نفر از کودکانی که نمره 22 یا بالاتر در افسردگی کسب

[1] *Child Depression Inventory*
[2] *Rosenberg Self esteem Scale*
[3] *Negative mood*
[4] *Interpersonal problems*
[5] *Ineffectiveness*
[6] *Anhedonia*
[7] *Negative- self esteem*

نمودند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی و بدون در نظرگرفتن نمرات پیش‌آزمون، در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و سپس از آزمودنی‌های انتخاب‌شده برای گروه آزمایش، از طریق دعوت‌نامه، برای شرکت در جلسات درمان دعوت به عمل آمد که خلاصه‌ای از زمان، مکان و اهداف جلسات درمانی در آن قید شده بود. هر دو گروه، در مراحل پیش و پس‌آزمون شرکت کردند. متغیّر مستقل، برنامه آموزش شادی بود که در 5 جلسه گروهی هفتگی (60 دقیقه) برای دانش‌آموزان، به همراه 7 جلسه آموزش گروهی هفتگی برای والدین، به صورت مشترک (40 دقیقه) برای گروه آزمایش اجرا شد. در پایان هر جلسه، از اعضای گروه خواسته شد، نتیجه‌گیری خود را از فعالیت‌هایی که انجام دادند، بیان کنند. یکی از اعضا، به صورت داوطلبانه، مطالب ارائه‌شده در جلسه را خلاصه می‌کرد. درمانگر، نکات اضافی انعکاسی را بیان و خلاصه‌ای از اهداف جلسه را برای اعضا توضیح می‌داد؛ سپس به منظور اجرای پس‌آزمون، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. جلسات در کلاس درس، در ساعات رسمی مدرسه و در زنگ 45 دقیقه‌ای اجرا شد. 15 دقیقه استراحت بین دو زنگ لحاظ شد. خلاصه‌ای از جلسات آموزش شادی که به‌وسیله والدین و بر اساس "راهنمای افزایش شادی و عزّت نفس کودکان Berman" (18) تدوین شده بود، در جداول 1 و 2 ارائه شده است. لازم به ذکر است که این ارزیابی و آموزش، به‌وسیله کارشناس ارشد روانشناسی و تحت نظارت دانشیار روانشناسی اجرا گردید. خلاصه‌ای از جلسات آموزش شادی به کودکان نیز در جدول 2 ارائه شده است.

جدول1- محتوای جلسات آموزش شادی از طریق والدین

جلسه	محتوای برنامه آموزشی
1	معارفه، آموزش والدین (استفاده از مؤثرترین روش انتقال احساسات صمیمانه به کودک، درمیان‌گذاشتن احساسات با همدیگر و توجه‌نمودن به احساسات کودکان، آشنایی با مهارت‌های گوش‌دادن فعال بدون هر گونه اظهارنظر قبلی، تشویق‌نمودن کودک به صحبت‌کردن در مورد احساسات و نیازهایش).
2	ارائه راهکار به والدین برای افزایش عزّت نفس کودک (دادن فرصت‌های مداوم به کودک برای تصمیم‌گیری، ایجاد فرصت برای کودک به‌منظور روبه‌روشدن با نتایج کارهایش، تقویت تلاش‌های مکرّر کودک در جهت کاهش نتایج منفی اعمالش، واکنش مناسب به موفقیت‌ها و شکست‌های کودک، اجتناب از به‌کاربردن حرف‌های رکیک و تمسخرآمیز).
3	ایجاد رابطه مناسب و سازگار میان خواهر- برادرها (تعیین مقررات در خانه برای کودکان و داشتن موضعی مشابه در تنبیه و تشویق کودک، اجتناب از مقایسه‌کردن فرزندان با همدیگر، اجتناب از برچسب‌زدن به کودکان، سپری‌نمودن زمان به صورت اختصاصی با هر کدام از فرزندان، آگاه‌شدن از علّت عصبانیّت و متنفّربودن فرزندان از یکدیگر، اجازه‌ندادن به کودکان در صدانمودن همدیگر با اسامی زشت).
4	آگاهی‌یافتن و توجه‌نمودن به عوامل ایجادکننده ترس در کودک (توجه به نشانه‌های نگرانی و ترس در کودکان و مطمئن‌شدن در مورد آنچه که او را می‌ترساند، عادی رفتارنمودن با ترس‌های کودک، نادیده‌نگرفتن ترس‌ها، کمک‌نمودن به کودک در درک و ارائه راه‌حل برای رفع ترس‌هایش، بررسی‌نمودن راه‌حل‌هایی که کودک به آن رسیده و استخراج‌نمودن نتایج، آموزش تمرین‌های آرمیدگی به کودک، آموزش با خودحرف‌زدن مثبت به کودک).
5	تشویق و ترغیب‌نمودن کودک به ورزش‌کردن (عدم تأکیدکردن بر ورزش به دلیل ظاهر و هیکل کودک، تأکید بر فرایند و نه بر نتیجه و برنده‌شدن، وادارنکردن کودک به یک فعالیت ورزشی خاص).
6	آموزش والدین برای برقراری رابطه مناسب با غذا در کودک (با هم غذاخوردن، محدودنکردن کودکان در خوردن غذاهای خاص، افزایش توانایی کودک برای فهمیدن و پذیرفتن نشانه‌های بدنی و آموزش اعتماد به جسم خود، خودداری‌نمودن از برچسب‌زدن بر غذاها با عنوان خوب و بد، خودداری از استفاده از غذا به عنوان پاداش و تنبیه، آموزش خودباوری و رضایت از ظاهر به کودکان توسط والدین، عدم انتقاد از ظاهر کودک).
7	کمک به کودک برای داشتن خواب راحت و کافی (تعیین یک برنامه خواب منظم، تشویق‌نمودن کودک به حرف‌زدن در مورد اضطراب‌هایش در موقع خواب، فراهم‌نمودن یک شی دوست‌داشتنی برای کودک در موقع خواب، تنظیم تاریکی و روشنایی اتاق خواب کودک، تنظیم دمای اتاق کودک، اجازه‌ندادن به کودک برای تماشای طولانی‌مدت تلویزیون، اجتناب از مصرف مواد کافئین‌دار در هنگام خواب توسط کودک).

جدول 2- محتوای برنامه آموزش شادی به کودکان

جلسه	محتوای برنامه آموزشی
1	معارفه، شناسایی احساسات، هیجانات و حالات فیزیکی کودک از طریق بازی و نقاشی، شناسایی تفکرات غیرواقعی از طریق فعالیت حباب فکر، استفاده از مهارت‌های سازشی، استفاده از تکنیک تنفس از طریق بازی‌های فیزیکی و پرتحرّک، استفاده از تکنیک آرامش (آرمیدگی)، افزایش خودآگاهی و ایجاد مهارت‌های ارتباطی از طریق اجرای بازی‌های گروهی.
2	بازسازی شناختی، شناسایی تحریفات شناختی و جملات تأکیدی مثبت از طریق نقاشی‌های تمرینی و عروسک‌هایی که با والدین خود مشکل دارند، تقویت اعتماد به نفس در کودک از طریق بازی" بیسکویت شانسی"، کنترل عصبانیّت کودک از طریق بازی "بادکنک‌های عصبانیّت"، استفاده از بازی‌ها و مسابقه‌های فیزیکی و حرکتی برای کمک به کودکان بی‌میل و افسرده برای تخلیّه انرژی و افزایش خلق مثبت.
3	بحث در مورد مفهوم شوخی و فواید ضرورت یادگیری آن به عنوان راهی برای شادبودن، کاهش ناراحتی و تنش و مقابله با مشکلات زندگی روزمرّه، تمرینات رفتاری مانند گفتگوی خنده‌دار با دیگر اعضای گروه و انجام تمرین‌های لازم.
4	استفاده از فنونی مانند: بازی با کلمات، گفتن لطیفه و معما، تقلید از گفته‌ها، صداها و حرکات کمدین‌ها، استفاده از روش کشیدن کاریکاتور، خندیدن اعضا با یکدیگر، یادداشت‌برداری از هر واقعه خنده‌دار، در میان‌گذاشتن تجربه‌های خنده‌دار با دیگر اعضای گروه.
5	تسهیل ابراز بیان، احساسات و روابط کلامی بین اعضای گروه، ایجاد آرامش و تفکر مثبت در ذهن از طریق گوش‌دادن به موسیقی، استفاده از موسیقی به عنوان نوعی وسیله تخلیه روانی هیجانات و احساسات ناامیدکننده در کودکان مطرود و افسرده برای پیوستن به گروه همسالان.

یافته‌ها

در این پژوهش، از آماره‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف‌استاندارد استفاده شد. نمرات پیش‌آزمون و سایر متغیرهایی که با پس‌آزمون رابطه دارند، کنترل شد. تعداد 19 نفر (63%) از والدین، دارای تحصیلات دانشگاهی بودند؛ 4 نفر (13/5%) دیپلم و بقیّه آنها (22/5%) پایین‌تر از دیپلم بودند. بیشترین تعداد اعضای خانواده، خانواده با تعداد 4 نفر (66%) و کمترین تعداد 6 نفر (10%) بود. پژوهش حاضر نشان داد که بین متغیّرهای جمعیّت‌شناختی (تحصیلات والدین و تعداد اعضای خانواده) با افسردگی کل در افراد نمونه، رابطه معنی‌داری وجود ندارد (P<0/16، P<0/22).

شرکت‌کنندگان شامل: 16 دختر و 14 پسر بودند که از هر گروه، نیمی در گروه آزمایش و نیمی در گروه گواه قرار گرفتند. میانگین و انحراف‌معیار سن نمونه مورد مطالعه 10/21±0/68 سال برای دختران و 10/32±0/72 سال برای پسران بود. میانگین و انحراف‌معیار نمرات افسردگی و ابعاد آن و عزّت نفس، به تفکیک جنسیّت، در دو گروه آزمایش و گواه و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول 3 آمده است. بر طبق این جدول، میانگین و انحراف‌معیار نمرات افسردگی کل در گروه آزمایش و گواه، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی کل گروه آزمایش، از پیش‌آزمون (25/6) به پس‌آزمون (16/8) کاهش یافته است، اما در گروه گواه، میانگین نمرات افسردگی کل تغییر زیادی پیدا نکرده است (25/73 در برابر 26/20). میانگین و انحراف‌معیار در ابعاد افسردگی و عزت نفس، به تفکیک جنسیت در جدول 3 آورده شده است. نتیجه کلی گویای آن است که برنامه شادی، اثر خود را در گروه آزمایش بعد از مداخله نشان داده است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش برنامه شادی بر نمرات افسردگی کل، ابعاد آن و عزّت نفس آزمودنی‌ها در جداول 4 و 5 ملاحظه می‌گردد.

جدول 3- میانگین، انحراف‌معیار و سطح معنی‌داری تفاوت نمرات (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) افسردگی، ابعاد آن و عزت‌نفس

متغیّر	گروه	جنس / نوع آزمون	پسران		دختران		سطح معنی‌داری
			میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	
افسردگی کل	آزمایش	پیش‌آزمون	24/71	2/92	26/37	4/89	0/000
		پس‌آزمون	17/85	3/71	16	3/16	-
	گواه	پیش‌آزمون	24/42	1/39	26/87	3/64	-
		پس‌آزمون	25/14	3/53	27/12	2/90	-
خلق منفی	آزمایش	پیش‌آزمون	3/57	2/43	5/25	2/31	0/002
		پس‌آزمون	3	1/41	3/75	1/58	-
	گواه	پیش‌آزمون	4/28	1/49	6/5	1/60	-
		پس‌آزمون	5/57	1/71	5/75	1/28	-
مشکلات بین فردی	آزمایش	پیش‌آزمون	2/14	1/46	2/12	1/12	-
		پس‌آزمون	1/57	1/13	1/37	0/916	-
	گواه	پیش‌آزمون	2/28	1/79	2/75	1/48	0/046
		پس‌آزمون	1/57	1/13	2/50	1/60	-
ناکارآمدی	آزمایش	پیش‌آزمون	4/28	1/49	3/75	1/58	-
		پس‌آزمون	1/28	1/25	1/75	1/38	0/012
	گواه	پیش‌آزمون	3/28	1/11	2/37	1/30	-
		پس‌آزمون	3/42	1/98	2/12	1/35	-
فقدان لذت	آزمایش	پیش‌آزمون	8	1/29	9/25	1/98	-
		پس‌آزمون	6/28	1/25	6/12	1/35	0/000
	گواه	پیش‌آزمون	8/57	2/22	9/75	2/54	-
		پس‌آزمون	9/14	1/46	9/87	1/95	-
عزت‌نفس منفی	آزمایش	پیش‌آزمون	5/71	1/98	5/37	1/68	-
		پس‌آزمون	3/85	0/89	3	0/75	-
	گواه	پیش‌آزمون	5	3	6/12	1/80	0/000
		پس‌آزمون	5	3	5/87	1/72	-
عزت‌نفس	آزمایش	پیش‌آزمون	13/28	1/79	14/62	1/92	-
		پس‌آزمون	20	2/76	19/75	1/28	-
		پیگیری	20/28	2/69	21/87	2/58	-
	گواه	پیش‌آزمون	14	1/91	13/12	1/64	0/000
		پس‌آزمون	20/71	0/95	25/75	1/48	-

جدول 4- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر برنامه آموزش شادی بر افسردگی کل و ابعاد آن

متغیّر	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
افسردگی کل	1	88/99	0/000	0/77
خلق منفی	1	11/26	0/002	0/29
مشکلات بین‌فردی	1	4/39	0/046	0/14
ناکارآمدی	1	7/21	0/012	0/21
فقدان لذت	1	44/50	0/000	0/62
عزّت نفس منفی	1	14/05	0/001	0/34

جدول 5- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر برنامه‌ی آموزش شادی بر عزت نفس

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
عزت نفس	74/80	1	12/43	0/002	0/32

$n_1=n_2=15$

یافته‌های ارائه‌شده در جدول 4، حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات افسردگی کل و ابعاد آن (خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، فقدان لذّت و عزّت نفس منفی) در دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون (با حذف اثر پیش‌آزمون توسط تحلیل کوواریانس) معنی‌دار می‌باشد (P<0/05)، اما در بعد ناکامی معنی‌دار نمی‌باشد (P>0/05). میزان تأثیر این مداخله برای افسردگی کل برابر با 0/77 و در ابعاد آن (خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، فقدان لذّت و عزّت نفس منفی) به ترتیب: 0/29، 0/14، 0/21، 0/62 و 0/34 بود؛ بنابراین آموزش برنامه شادی در گروه آزمایش، در بهبود افسردگی کل و چهار بعد مذکور تأثیر داشته است اما بر بعد ناکامی مؤثّر نبوده است. توان آماری برای افسردگی کل، بالا و قابل قبول می‌باشد.

یافته‌های ارائه‌شده در جدول 5 نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات عزّت نفس آزمودنی‌ها در پس‌آزمون (با حذف اثر پیش‌آزمون توسط تحلیل کوواریانس) معنی‌دار می‌باشد (P<0/002)؛ بنابراین آموزش برنامه شادی، بر افزایش و بهبود عزت‌نفس آزمودنی‌ها در گروه آزمایش تأثیر داشته است. توان آماری 0/32، حاکی از اثر قابل ملاحظه برنامه آموزش شادی بر افزایش عزّت نفس کودکان است.

بحث

با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات در سال‌های اخیر، بررسی، پیشگیری و درمان افسردگی را با استفاده از نمونه بزرگسالان انجام داده‌اند (9)، پژوهش حاضر اثربخشی آموزش برنامه شادی را بر میزان نشانه‌های افسردگی و عزّت نفس دوران کودکی مورد بررسی قرار داده است. پژوهش حاضر در ارتباط با اثربخشی آموزش برنامه شادی، تفاوت معنی‌داری را بین نمرات افسردگی، ابعاد آن و عزّت نفس کودکان در گروه آزمایش و گواه نشان داد. پژوهش‌های پیشین، علل بروز افسردگی کودک را فقدان فعالیت‌های لذّت‌بخش، فقدان روابط مثبت با همسالان و مشکلات بین‌فردی، عزّت نفس پایین، ناکارآمدی و احساس گناه، خلق و خوی منفی و مشکل‌ساز دوران کودکی، عوامل خانوادگی، ناتوانی والدین در ارتباط برقرارنمودن و ابراز محبت به کودک و روابط ناسازگارانه با خواهر- برادرها دانسته‌اند (4، 5، 19). آموزش برنامه شادی در پژوهش حاضر نیز این موارد را مورد توجه قرار می‌دهد. این برنامه با تمرکز بر فعالیت‌های لذّت‌بخش، منجر به افزایش عزّت نفس و ورود کودک افسرده به گروه همسالان می‌شود و به او مجال کاوش محیط و برقراری ارتباط اجتماعی با سایرین را می‌دهد؛ به‌علاوه با تمرکز بر الگوهای ارتباطی مناسب والد- کودک و ایجاد فضای سازگارانه بین خواهر- برادرها، منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی، ابعاد آن و افزایش عزّت نفس می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزش شادی، موجب کاهش نشانه‌های افسردگی کودک می‌شود. این نتیجه با یافته پژوهش عباسیان (20) و به‌پژوه و همکاران (21) همسو است. پژوهش عباسیان (20)، میزان اثربخشی فعالیت‌های لذّت‌بخش (از جمله بازی) را بر علائم افسردگی کودکان دبستانی مورد بررسی قرار داد. نمونه این پژوهش، چهار کودکی بودند که توسط ارزیابی معلم، مادر و مقیاس خودسنجی پیرسون، افسرده تشخیص داده شده بودند. پس از شرکت در دو جلسه بازی درمانی شناختی- رفتاری، کاهش

معنی‌داری در میانگین نمرات افسردگی کودکان مشاهده شد. همچنین، نتایج پژوهش به‌پژوه و همکاران (21) بر روی 24 فرد با آسیب نخاعی نشان داد که پس از 8 جلسه آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی، افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش پیدا کرد. از جمله پژوهش‌های ناهمخوان با این یافته، می‌توان به پژوهش‌های Valiant (22) و Cheng و Furnham (23) اشاره نمود.

نتایج پژوهش Valiant (22) نشان داد که شادی، مستقل از اتفاقات زندگی و ارزیابی شناختی این اتفاقات می‌باشد و بنابراین قابل افزایش نیست؛ به عبارت دیگر، یک نقطه غایی در سیستم مغزی انسان وجود دارد که فطری بوده و هر فرد پیرامون این نقطه در نوسان است، ولی هرگز نمی‌تواند فراتر از این نقطه گام بردارد. Cheng و Furnham (23) نیز نشان دادند که رابطه بین الگوهای نامناسب ارتباطی والدین و شادی کودکان قطعی نمی‌باشد؛ زیرا کودکان می‌توانند با برقرارنمودن ارتباط مناسب با ناپدری یا نامادری، کاهش شادی را جبران و خلق پایین را بهبود بخشند. در تبیین این ناهمخوانی، می‌توان به تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری اشاره نمود.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که آموزش برنامه شادی، منجر به افزایش عزّت نفس کودکان می‌شود. Orth و همکاران (4) نشان دادند که کودکان با عزّت نفس پایین، مستعد ابتلا به افسردگی هستند، زیرا فاقد راهبردهای مقابله‌ای سازنده می‌باشند؛ در حالی‌که کودکان با عزّت نفس بالا، قادرند به گونه‌ای مثبت با مشکلات مقابله نمایند. بعضی تحقیقات نیز نشان می‌دهند عزّت نفس بالا، منجر به رفتارهای انطباقی و شادی می‌شود و بر ضرورت افزایش عزت‌نفس در کودکان تأکید می‌ورزند (6).

نتایج پژوهش Ajilchi و همکاران (24) بر روی 250 کودک دبستانی و مادرانشان نشان داد، سطوح عزت‌نفس کودکان، به طور معنی‌داری پس از 8 جلسه آموزش مهارت‌های ارتباطی به والدین افزایش یافت. در تبیین این یافته، پژوهش نشان می‌دهد، آموزش به والدین برای افزایش آگاهی از احساسات و مسؤولیت‌های کودکان و کسب دانش ذهنی در مورد رشد کودکان، به گونه‌ای که بتوانند رفتار و احساسات فرزندانشان را تفسیر و با آنها ارتباط برقرار نمایند، در میزان شادی و عزّت نفس کودکان مؤثّر است (23).

طالب‌زاده و سمکان (25)، مدلی مفهومی از شادی را برای افزایش شادی کودکان دبستانی ارائه دادند. این مدل شامل: چهار بعد فیزیکی، اجتماعی- هیجانی، فردی و آموزشی بود که با افزایش خلق دانش‌آموزان، به آنها در یادگیری، پیشرفت تحصیلی و عزّت نفس کمک می‌نمود. این یافته نیز نشان می‌دهد که افزایش شادی، موجب افزایش خلق (مثبت) و عزّت نفس در کودکان شده است و یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌نماید.

Yuki و همکاران (26) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که وجود رابطه بین عزّت نفس بالا و شادی، قطعی نیست بلکه از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. این یافته با یافته پژوهش حاضر مبنی بر اینکه آموزش برنامه شادی، بر میزان عزّت نفس کودکان تأثیر دارد، ناهمخوان است. در تبیین ناهمخوانی فوق می‌توان به تفاوت در ابزار اندازه‌گیری و نیز تفاوت‌های فرهنگی اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

برنامه آموزش شادی، می‌تواند نشانه‌های افسردگی کودکان را کاهش و عزّت نفس آنها را افزایش دهد؛ لذا لازم است در کنار سایر درمان‌های افسردگی، مورد توجه واقع شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر و محدودیت‌های آن، مواردی از قبیل: انجام پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی و فرهنگی، استفاده از ارزیابی والدین، معلم و همسالان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بررسی اثربخشی آموزش برنامه شادی بر سایر نشانه‌های روان‌شناختی دوران کودکی، مقایسه اثربخشی آموزش برنامه شادی با سایر درمان‌های نشانه‌های افسردگی کودکان، در پژوهش‌های آتی پیشنهاد

می‌شود؛ همچنین در این پژوهش به متغیّرهایی نظیر تحصیلات والدین، تعداد اعضای خانواده و وضعیت اقتصادی- اجتماعی پرداخته نشده است؛ متغیرهایی که ممکن است به نحوی بر نتایج اثر گذاشته باشند. بر این اساس، یافته‌ها را باید با احتیاط بیشتری تفسیر کرد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همه مسئولین آموزش و پرورش و نیز از والدین و کودکان گرانقدرشان کـه مـا را در این مطالعه یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

منابع:

1- Charls L, Tombson-Linda B, Rodlf. Counseling with children. Translated by: Tahorian J. 2nd ed. Tehran: Roshd; 2010. pp: 188-9. [Persian]

2- Masen PH, Kigan G, Hoston AK, Vee kanger G. Child Development and personality. Translated by: Yasaei M. 17th ed. Tehran: Markaz; 2001. pp: 173. [Persian]

3- Thomas RK, Morris RJ. The Practice of Child therapy. Translated by: Naeinian MR. 1st ed. Tehran: Roshd Publications; 2012.pp:231-237. [Persian]

4- Orth U, Robins RW, Meier LL. Disentangling the Effects of Low Self-Esteemand Stressful Events on Depression: Findings From Three Longitudinal Studies. J Pers Soc Psychol. 2009; 97(2): 307-21.

5- Avanci1 J, Assis S, Oliveira R, Pires T. CHILDHOOD DEPRESSION. Exploring the association between family violence and other psychosocial factors in low-income Brazilian schoolchildren. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012; 6(1): 26.

6- Okada R. A Meta-analytic review of the relation between self-esteem level and self-esteem instability. Pers Indiv Differ. 2010; 48(2): 243-6.

7- Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD. The prevention of depression and anxiety. Prevention and treatment. 1999; 2(1): 133-45.

8- Argyle M. The Psychology of Happiness. 2st ed. Translated by: Gohari Anarak M, Neshat friend HT, Palahang H. Bahrami F. Isfahan: Jahad publications. 2009. pp: 78-80. [Persian]

9- Lee A, Hankin BL. Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-teem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. J Clin Child Adolesc Psychol. 2009; 38(2): 219-31.

10- Sander JB, McCarty CA. Youth depression in the family context: familial risk factors and models of treatment. Clin Child Fam Psychol Rev. 2005; 8(3): 203-19.

11- Lioyd H, Dallos R. Solution-focused brief therapy with families who have a child with intellectual disabilities: A description of the content of initial sessions and the processes. Clin Child Psychol Psychiatry. 2006; 11(3): 367-86.

12- Mirzaei Teshnizi P, Pourshahriari M, Sheibani O. Comparison of the Effectiveness of Subjective Well Being Program and Fordyce Cognitive Behavior Method in Reduction of Depression in High School Students of Isfahan City. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Science. 2009; 17(4): 291-302. [Persian]

13- Mohammadi K, Borjali A, Eskandari H, Delavare A. Clinical Effectiveness of Children's Depression Inventory for Diagnosing Depression Disorder of Children and Adolescents. Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(1): 1-8. [Persian]

14- Timbremont B, Braet C, Depression L. Assessing depression in youth: relation between the children's depression inventory and a structured interview. J Clin Child Adolesc Psychol. 2004; 33(1): 149-57.

15- Dehshiri GhR, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. Investigating Primary Psychometric Properties of Children's Depression Inventory (CDI). Journal of Family Research. 2009; 5(2): 159-77. [Persian]

16- Ha C, Petersen N, Sharp C. Narcissism, self-esteem and conduct problems evidence from a British community sample of 7-11 years olds. European child & Adolescent Psychiatry, 2008; 17(7): 406-13.

17- Rajabi G. Bohlol N. The Reliability and Validity of Rosenberg Self-Esteem Scale in freshman Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. New Educational Approaches. 2007; 3(8): 33-48. [Persian]

18- Berman J. The A to Z Guide to Raising Happy, Confident Kids. 1st ed. Novato: New World Library; 2007.

19- Kaslow NJ, Deering CG, Racusin GR. Depressed children and their families. CLIN PSYCHOL REV. 1994; 14(1): 39-59.

20- Abbasiyan Z. Effects of cognitive-behavioral play therapy on depressive symptoms in children of elementary school: A case study [dissertation]. [Isfahan]: faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan; 2011. 230p. [Persian]

21- Beh-Pajooh A, Jahangiri M, Zahrakar K. Humor skills training and reducing depression in patients with spinal cord injury. Developmental Pscychology. 2011; 6(23): 227-36. [Persian]

22- Valiant GL. Life events, happiness and depression: The half empty cup. Pers Individ Differ. 1993; 15(4): 447-53.

23- Cheng H, Furnham A. Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. Journal of Adolescence. 2002; 25(3): 327-9.

24- Ajilchi B, Borjali A, Janbozorgi M. The Impact of a Parenting Skills Training Program on Stressed Mothers and Their Children's Self-Esteem Level. Procedia Soc Behav Sci. 2011; 30: 316-26.

25- Talebzadeha F, Samkan M. Happiness for our kids in schools: A conceptual model. Procedia Soc Behav Sci. 29 (2011): 1462-71.

26- Yuki M, Sato K, Takemura K, Oishi S. Social ecology moderates the association between self-esteem and happiness. J Exp Soc Psychol. 2013; 49(4):741-6.

Abstract *Original Article*

Effectiveness of happiness training program on self-esteem and depression of elementary(10-11 year old) school children

Farahnaz Shakehnia[1], Behrouz Behrouz[2], Mehran Farhadi[3], Shole Amiri[4], Behzad Behrouz[5]

Background and Aim: Children with low self-esteem are ready to suffering from depression and depression effects on life quality and educational function.

Thus, the present research was done with the aim of a happiness training program effectiveness in decreasing depression symptoms, its dimensions, and self esteem of children.

Materials and Methods: A quasi- experimental study with a control and a training group, covering pre-testing and post-testing, was conducted on 30 elementary school students of the first educational division of Isfahan city in 2012. The subjects had the appropriate properties of the research and were randomly selected using purposive method based on the criteria and Interventions included 5 weekly 60 minute group sessions teaching happiness to children and 7 weekly 40 minute group sessions for mothers.

In order to assess the children's depression and self-esteem, CDI and RSS were applied pre and post-interventionally. The obtained data was analysed by SPSS software (V: 16) employing descriptive statistics and one-variable co-variance.

Results: Happiness training programs had significant effects on the decreasing of total depression symptoms, negative mood, interpersonal problems, anhedonia, negative self-esteem, and children's self-esteem of the experimental group ($P<0.05$). But, the programs were not significantly effective in frustration ($P>0.05$). Interactive effect of gender and group membership on self-esteem and depression was also not significant.

Conclusion: Happiness teaching programs can decrease depression symptoms n and increase children's self-esteem. Therefore, it is necessary to take these programs into account while employing other depression treatments.

Key Words: Happiness training program, Depression**,** Self-esteem, Children

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013; 20 (2): 153-164.

Received: December 18, 2012 ***Accepted: May 30, 2013***

[1] *M.A Student of Psychology, faculty of psychology and educational sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.*
[2] *M.A Student of Psychology, faculty of psychology and educational sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.*
[3] *Ph.D, Assistant professor of psychology, faculty of economics and social sciences, BuAli Sina University, Hamedan, Iran.*
[4] *Ph.D. Associat professor of psychology, faculty of psychology and educational sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.*
[5] *S.D, student in counseling, faculty of social sciences, University of Razi Kermanshah, Kermanshah, Iran.*