

هنجاریابی تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) بر روی دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران

مرجان فرضی گلغزانی*، دکتر هیدرعلی هومن**، دکتر محمود جمالی***

پذیرش نهایی: ۸۲/۹/۲

تجدید نظر: ۸۲/۶/۹

(دریافت: ۸۲/۳/۱۸)

چکیده

هدف از این پژوهش، هنجاریابی تست افسردگی کودک رینولدز بر روی دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران بود. به این منظور، با استفاده از روش نمونه برداری چند مرحله‌ای، تعداد ۴۴۸ دانش آموز پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم ابتدایی (۲۲۴ دختر، ۲۲۴ پسر) به شیوه تصادفی از ۱۴ مدرسه ابتدایی واقع در ۷ منطقه آموزشی شهر تهران انتخاب و با استفاده از فرم HS تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) آزمون شدند. نتایج نشان داد که RCDS از اعتبار و روایی کافی جهت سنجش شدت نشانه‌های افسردگی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله تهرانی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: هنجاریابی، افسردگی

مقدمه

با وجود اینکه تا دهه ۱۹۶۰ کمتر روان‌شناسی پیرامون «افسردگی کودکان»^۱ به عنوان یک اختلال مستقل و مشخص به طور جدی سخن می‌گفت یا مطلب

* کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری

** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی

*** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی

می‌نوشت (نجاریان، ۱۳۷۳)، اما در ۱۵ سال گذشته نسبت به این مسئله شناخت بیشتری حاصل شده و محققان به این نتیجه رسیده‌اند که شرایطی مشابه شرایط افسردگی بزرگسالان می‌تواند در کودکان نیز ظاهر شود و کودکان نیز می‌توانند از سطوح ضعیف تا بسیار زیاد نشانه‌های افسردگی رنج ببرند (ایلی، ۱۹۹۷). در این دیدگاه، اصطلاح افسردگی کودکی عموماً به عنوان مترادفی برای مسائلی چون غمگینی، ملالت، بیچارگی، دل‌تنگی یا ناامیدی استفاده می‌شود. در حال حاضر نیز بسیاری از روان‌شناسان رشد و متخصصان بالینی اظهار نموده‌اند که نشانه‌های افسردگی کودکان اساساً شبیه بزرگسالان است، به نحوی که همانند افسردگی بزرگسالان و نوجوانان، افسردگی در کودکان نیز نه تنها با یک نشانه بلکه با دسته‌ای از نشانه‌ها از قبیل ناتوانی در کسب لذت، عزت نفس پایین، گوشه‌گیری اجتماعی، خستگی، گریه و زاری کردن، مشکلاتی در خواب، خوردن و دفع، تکانه‌های خود ویرانگری، مشکلات در تمرکز، عملکرد تحصیلی ضعیف، احساس گناه، انرژی پایین و افکار خودکشی ظاهر می‌شود (بوترین، آکوسلاوالوی، ۱۹۹۳؛ رینولدز، ۱۹۸۹؛ لیوایس، ۱۹۹۶؛ شافر و واسلیک، ۲۰۰۲). اما طبق نظر روان‌شناسان رشد، بسیاری از نشانه‌های افسردگی همانند اختلالات اشتها و خواب با چنان فراوانی بالایی در میان کودکان رخ می‌دهد که از لحاظ رشدی رویدادهای بهنجاری در نظر گرفته می‌شوند و رویدادهای دیگری چون جیغ زدن، آن اهمیت و معنایی که برای بزرگسالان دارد برای کودکان ندارد. در مقابل تصور منفی از خود یا برخی شکل‌های ناراضیتی از خود، ویژگی‌های شناختی رایج‌تری در افسردگی کودکان است. زمانی که کودکان از نظر شناختی رشد می‌کنند این نشانه‌ها در فرایند رشدی آنان انعکاس خواهد یافت. در واقع، به موازات رشد شناختی^۶ و انتقال از تفکر پیش عملیاتی^۷ به مرحله عملیات عینی^۸، این آگاهی از احساسات درونی در کودکان افزایش می‌یابد (هرینگتون و پارک، ترجمه ظهوریان و همکاران، ۱۳۷۳) و با پدیدار شدن تفکر عملیات صوری^۹، ظرفیت آنان برای انعکاس فرایندهای شناختی شروع به رشد می‌کند، آنگاه نشانه‌هایی چون احساس گناه که قبل از این مرحله فرصت ظهور نداشت، نشان داده می‌شود. به همین جهت طرفداران نظریه رشدی اعتقاد دارند که اختلال افسردگی در کاملترین شکل خود تنها زمانی تجربه می‌شود که استعدادهای شناختی کودک به مرحله عملیات صوری رسیده باشد (برین و فیدلر، ۱۹۹۶). در واقع به عقیده آنان، به

علت تغییرات رسش در طول کودکی، جدای از ابعاد اولیه آشفستگی، برجسته‌ترین نشانه‌های این اختلال نیز تا حدی با سن تغییر می‌یابد (راتر، تایلور و هرسو، ۱۹۹۴). چنانچه کازدین^{۱۱} (۱۹۸۷) خاطر نشان ساخت که کودکان بین ۷ تا ۳۰ ماهگی افسردگی اتکایی را با نشانه‌هایی چون بی‌توجهی، بی‌اشتهایی، کندی روانی - حرکتی و تظاهرات چهره‌ای غم ظاهر می‌سازند. کودکان پیش مدرسه‌ای اغلب مشکلات رفتاری چون بیش‌فعالی و پرخاشگری را بیشتر از کودکان بزرگتر نشان می‌دهند (هرینگتون^{۱۱}، ۱۹۹۳؛ راتر، تایلور و هرسو^{۱۲}، ۱۹۹۴). در حالی که کودکان مدرسه‌رو اغلب نشانه‌هایی چون سردرد، درد شکم و شب‌ادراری را به عنوان نخستین یا بارزترین علایم اختلال، از خود ظاهر می‌سازند (اسکالی، ۱۹۹۶؛ شافر و واسلیک، ۲۰۰۲). در مقابل، افسردگی نوجوانان عموماً با مجموعه‌ای از رفتارها مشخص می‌شود که با افسردگی بزرگسالان شباهت بسیاری دارد. این رفتارها شامل خستگی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، اختلالاتی در خوردن و خوابیدن، نشخوارها^{۱۳} یا وسواسها^{۱۴} و خود بیمار انگاری^{۱۵} است (برودزینسکی و گورملی، ۱۹۸۹؛ واینر، ۱۹۸۹). علاوه بر متفاوت بودن ویژگیهای افسردگی در سطوح مختلف رشدی، برآوردهای شیوع اختلالات خلقی نیز بر حسب سن و جنس در کودکان و نوجوانان کاملاً متغیر است. به نحوی که نرخ شیوع اختلال افسردگی از لحاظ سن در جمعیت کودکان مدرسه‌رو ۲ درصد و در نوجوانان حدود ۵ درصد است. اکثر مطالعات انجام شده در زمینه همه‌گیرشناسی پدیده افسردگی توافق دارند که شیوع اختلال افسردگی به همراه سن افزایش می‌یابد (بارلو و دوراند^{۱۶}، ۱۹۹۷). چنانچه راتر، تیزاردو ویتمور^{۱۷} (۱۹۷۰) گزارش دادند که بین سنین ۱۰ و ۱۱ سالگی خلق افسرده ممکن است در بیشتر از ۱۰ درصد جمعیت عمومی دیده شود، در حالی که در سنین ۱۴ و ۱۵ سالگی بیش از ۴۰ درصد جمعیت کلی نشانه‌های افسردگی را گزارش می‌دهند. از لحاظ جنس نیز هیچ‌گونه تفاوتی در میزان شیوع اختلالات افسردگی و نشانه‌های آن قبل از بلوغ (۶ تا ۱۲ سال) دیده نشده، اما تجربه آن در نوجوانان دختر به طور قابل توجهی بیشتر از پسران بوده است. در واقع به نظر می‌رسد که افسردگی از جانب همگان به عنوان یک عملکرد سنی متفاوت نگریسته می‌شود. همین مسئله سنجش بالینی و تشخیص افسردگی در کودکان و نوجوانان را به یک

فعالیت چالش‌زا تبدیل نموده است (رافائل و باروز^{۱۸}، ۱۹۹۵؛ برین و فیدلر^{۱۹}، ۱۹۹۶؛ دوراند و بارلو، ۱۹۹۷).

سنجش افسردگی یک مؤلفه مهم در ارزیابی‌ای و درک بهداشت روانی و سلامت کودکان قلمداد شده است. نتایج چنین ارزیابی‌ای ممکن است به تشخیص زمینه‌های بحرانی موقعیت‌های خلقی در کودکانی بیانجامد که نیازمند توجه هستند. اکثر پژوهش‌های انجام شده در دهه گذشته نشان داده‌اند که هزاران کودک از سطوح بالینی و انواع مختلف افسردگی رنج می‌برند که بعضی از آنها به علت عدم تشخیص دقیق درمان نمی‌شوند. زیرا موانع زیادی در امر تشخیص افسردگی کودکان وجود دارد. یکی از این موانع، مشکلات ارجاعی کودک و توافق نسبتاً پایین بین گزارش‌های والدین، معلمان و کودک از افسردگی است. به علاوه مطالعات تجربی نیز نشان داده‌اند که درجه‌بندی روانپزشکان از افسردگی از اعتبار^{۲۰} کمی برخوردار است (رینولدز، ۱۹۸۹؛ رافائل و باروز، ۱۹۹۵). به این دلیل، سنجش مستقیم کودک به منظور کسب اطلاعات از نشانه‌های درونی بهترین شیوه در تشخیص اولیه افسردگی کودک تلقی شده است.

استفاده از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های خودسنجی هم به عنوان منبع اولیه اطلاعات و هم ابزار غربالگری به منظور انتخاب فرد برای مصاحبه‌های عمیق بعدی، جایگاه خاصی بین پژوهشگران و درمانگران یافته است (راتر، تایلور و هرسو، ۱۹۹۴). بعضی از پرسشنامه‌های جدید چون پرسشنامه افسردگی کودکان رینولدز^{۲۱} (RCDS) که به منظور سنجش نشانه‌های افسردگی به وجود آمده، اطلاعات مفیدی با توجه به سطوح نشانه‌های افسردگی تجربه شده توسط کودک فراهم می‌کند. RCDS از محدود مقیاس‌های افسردگی کودک است که می‌تواند به سهولت توسط کارکنان و متخصصان بهداشت روانی مدرسه و متخصصان بالینی مورد استفاده قرار گرفته و آنان را در جهت سنجش دقیق شدت نشانه‌های افسردگی در کودکان یاری دهد (رینولدز، ۱۹۸۹). با توجه به آنکه در دسترس نبودن مقیاسی برای سنجش افسردگی کودکان ایرانی (۸ تا ۱۱ ساله) با ویژگی‌های روان‌سنجی دقیق و متناسب با شرایط اجتماعی - فرهنگی ایران، متخصصان بالینی را با دشواری تشخیص مواجه ساخته است، لذا هدف پژوهش هنجاریابی تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) بر روی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی

شهر تهران بوده است. برای دستیابی به هدف مورد نظر پرسشها و فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

پرسشهای پژوهش

- ۱) آیا پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز از اعتبار کافی برخوردار است؟
- ۲) آیا پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز از روایی کافی برخوردار است؟
- ۳) آیا پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز از چند عامل اشباع است؟
- ۴) آیا میزان کارکرد فرد در پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد؟
- ۵) آیا بین کارکرد دختران و پسران در پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز تفاوت وجود دارد؟
- ۶) آیا بین کارکرد در پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز و پیشرفت تحصیلی رابطه‌ای وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

- ۱) پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز دارای اعتبار کافی است.
- ۲) پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز دارای روایی کافی است.
- ۳) پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز از چند عامل اشباع است.
- ۴) با افزایش سن میزان کارکرد فرد در پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز افزایش می‌یابد.
- ۵) بین کارکرد در پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت رابطه مثبت وجود دارد.

روش

نمونه و روش نمونه‌گیری

با استفاده از روش نمونه‌برداری چند مرحله‌ای، ابتدا ۷ منطقه آموزشی از نواحی جغرافیایی مختلف شهر تهران به گونه تصادفی انتخاب شد. سپس با استفاده از فهرست اسامی مدارس ابتدایی موجود در بخش تحقیقات آموزش و پرورش کل استان تهران،

۱۴ مدرسه ابتدایی (۷ مدرسه دخترانه و ۷ مدرسه پسرانه) به شیوه تصادفی از بین مدارس مناطق مذکور استخراج شد. در نمونه‌گیری مرحله بعد، با در نظر گرفتن تعداد کلاسهای موجود در چهار پایه کلاسی دوم تا پنجم هر یک از مدارس، و گزینش تصادفی شماره‌های دانش‌آموزان از روی فهرست اسامی دانش‌آموزان مندرج در دفاتر کلاسی هر پایه، تعداد ۴۴۸ دانش‌آموز ۸ تا ۱۱ ساله (۲۲۴ پسر، ۲۲۴ دختر) از پایه‌های دوم تا پنجم مدارس منتخب به شیوه تصادفی برگزیده شدند و با استفاده از فرم فارسی RCDS آزمون شدند.

ابزار اندازه‌گیری

تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) یک مقیاس خودسنجی کوتاه، است که به سهولت قابل اجرا است. این آزمون توسط ویلیام رینولدز (۱۹۸۹) برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در کودکان پایه‌های تحصیلی ۳ تا ۶ (سنین ۸ تا ۱۲) طراحی و بر روی ۱۶۲۰ کودک پایه سوم تا ششم ابتدایی شهری و حومه آمریکا هنجاریابی شده است. پرسشنامه مذکور در دو فرم G و HS تدوین شده است. این دو فرم تنها در شیوه‌های اجرا و نمره‌گذاری با یکدیگر تفاوت داشته و در سایر موارد دارای ویژگی‌های مشترکی هستند. در این پژوهش از فرم HS آن استفاده شده است. RCDS (قبل از هنجاریابی در ایران) دارای ۳۰ سؤال است که الگوی پاسخ ۲۹ سؤال آن از مقیاس چهار امتیازی لیکرت تبعیت می‌کند. به این صورت که از کودک خواسته می‌شود تا از بین چهار پاسخ تقریباً هرگز، بعضی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه پاسخی را که مطابقت بهتری با احساس او در دو یا چند هفته گذشته دارد، انتخاب کند. در آخرین سؤال موجود در تست، ۵ چهره با ۵ بیان هیجانی متفاوت در دامنه‌ای از خوشحال تا غمگین به تصویر کشیده شده که کودک می‌بایست احساس خود را با انتخاب یکی از ۵ چهره یا بیان هیجانی موجود نشان دهد. علاوه بر الگوی پاسخدهی، نمره‌گذاری در سؤالهای RCDS نیز بر مبنای مقیاس لیکرت صورت می‌گیرد. به این صورت که به هر یک از سؤالهای ۱ تا ۲۹، نمره ۱ تا ۴ (۱ برای تقریباً هرگز، ۴ برای همیشه) تعلق می‌گیرد. این سیستم نمره‌گذاری در مورد ۷ سؤال ۱، ۵، ۱۰، ۱۲، ۲۳، ۲۵ و ۳۰ به طور معکوس انجام خواهد گرفت. از آنجا که سؤالهای RCDS به زمان حال نوشته شده و حالتها و

نشانه‌های اخیر فرد را مورد توجه قرار می‌دهد و با توجه به اینکه محتوای سؤالهای RCDS با نشانه‌ها و ملاکهای اولیه افسردگی اساسی و افسرده خویی DSM-III-R و RDS مطابقت یافته، لذا استفاده از چنین الگوی پاسخدهی و نمره‌گذاری، امکان سنجش نشانه‌هایی را که جزء علائم مثبت آسیب شناسی روانی اختلالات افسردگی محسوب می‌شود، فراهم می‌سازد. به نحوی که نمره بالا در تست مذکور می‌تواند به عنوان ملاکی برای وجود نشانه‌های افسردگی قلمداد شود. به منظور هنجاریایی تست RCDS در ایران، نخست پرسشنامه مذکور به زبان فارسی ترجمه شده، آنگاه ترجمه آن در اختیار مترجمی که به زبان فارسی و زبان انگلیسی تسلط کامل داشت قرار داده شد تا نسبت به معادل بودن محتوای ترجمه فارسی تست با محتوای اصلی آن اطمینان حاصل شود. پس از انجام این کار و بررسی‌ها و تجدید نظرهای لازم، فرم فارسی تست تدوین و آماده هنجاریایی شد.

روش جمع‌آوری اطلاعات

پس از حضور پژوهشگر در مراکز آموزشی منتخب و گزینش تصادفی دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم، تست RCDS برای پایه دوم به صورت انفرادی و برای پایه‌های سوم تا پنجم به صورت گروهی در گروههای چهار نفره اجرا شد. در طی مراحل اجرای فردی و گروهی تست، پس از تکمیل مشخصات مندرج در بالای صفحه تست توسط آزمودنی‌ها، آزماینده از یک دستورالعمل کلی با محتوای زیر برای راهنمایی دانش‌آموزان جهت تکمیل تست استفاده می‌نمود:

«در این پرسشنامه تعدادی جمله وجود دارد که به چگونگی احساس شما در دو یا چند هفته گذشته مربوط می‌شود. هر جمله را بخوانید و فقط یکی از دایره‌های مربوط به تقریباً هرگز، بعضی اوقات، بیشتر اوقات یا همیشه را پر کنید. این پرسشنامه از شما می‌پرسد که به طور کلی شما چه احساسی در مورد خودتان و چیزها دارید. بنابراین دایره‌ای را پر کنید که احساس واقعی شما را به بهترین شکل نشان می‌دهد. توجه داشته باشید که جواب درست یا غلط وجود ندارد. تنها جوابی را انتخاب کنید که چگونگی احساس شما را در دو هفته گذشته نشان دهد.»

در مورد کودکان پایه دوم، آزماینده پس از خواندن دستورالعمل و انجام آزمایشی مثال موجود در پرسشنامه، هر سؤال را دوبار با صدای بلند برای کودک می‌خواند و از

وی می‌خواست بعد از دومین بار خواندن سؤال، بلافاصله پاسخ مورد نظر خود را علامت بزند. اما در مورد کودکان پایه‌های سوم تا پنجم، آزماینده پس از تکمیل مثال موجود در پرسشنامه، از آنها می‌خواست تا سؤالها را خوانده و پاسخ مورد نظر خود را علامت بزنند. اگر کسی اشتباهی در علامت‌گذاری مرتکب می‌شد، می‌توانست آن را پاک نموده و جواب صحیح را علامت بگذارد.

روش تحلیل داده‌ها

در تحلیل داده‌های پژوهش، از روشهای آماری توصیفی، امار استنباطی و روشهای متعارف برای استاندارد ساختن آزمونها در روان‌سنجی (مانند محاسبه اعتبار، روایی، تحلیل عاملی و تنظیم جداول هنجاری) استفاده شد. بخش اعظم تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

۱) بررسی اعتبار تست RCDS

به منظور بررسی اعتبار تست RCDS از دو روش هماهنگی درونی و اجرای مجدد تست استفاده شد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
فصلنامه علمی-پژوهشی
تال جامع علوم انسانی

الف - روش هماهنگی درونی
در روش هماهنگی درونی که از کلی‌ترین صورت تحلیل واریانس سؤال یعنی ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب اعتبار آلفا پس از حذف سؤالات نامناسب برای کل نمونه و هر یک از دو گروه دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۸۹، ۰/۸۸۷ و ۰/۸۹۲ و برای هر یک از پایه‌های دوم تا پنجم (سنین ۸ تا ۱۱ سال) به ترتیب ۰/۸۸۷، ۰/۸۸۹، ۰/۸۷۴ و ۰/۸۶۲ برآورد شد که بیشترین برآورد اعتبار در بین پایه‌های تحصیلی، مربوط به پایه سوم است. این یافته‌ها که در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. نشان می‌دهد که تست RCSD از اعتبار قابل قبولی جهت سنجش شدت نشانه‌های افسردگی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله برخوردار است.

جدول ۱- ضرایب اعتبار RCDS برای کل نمونه و دو گروه دختر و پسر با استفاده از روش هماهنگی درونی پس از حذف سؤالهای نامناسب

گروهها	تعداد نمونه	تعداد سؤالها	α
دختر	۲۲۴	۲۵	۰/۸۸۷
پسر	۲۲۴	۲۵	۰/۸۹۲
کل نمونه	۴۴۸	۲۵	۰/۸۸۹

جدول ۲- ضرایب اعتبار RCDS برای پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم با استفاده از روش هماهنگی درونی پس از حذف سؤالهای نامناسب

پایه تحصیلی	تعداد نمونه	تعداد سؤالها	α
دوم	۱۱۲	۲۵	۰/۸۸۷
سوم	۱۱۲	۲۵	۰/۸۸۹
چهارم	۱۱۲	۲۵	۰/۸۷۴
پنجم	۱۱۲	۲۵	۰/۸۶۲

ب) روش اجرای مجدد تست

در روش اجرای مجدد تست که RCDS با فاصله زمانی دو هفته بر روی تعدادی از دانش‌آموزان پایه‌های دوم تا پنجم اجرا شد، ضرایب همبستگی تست برای کل نمونه و هر یک از دو گروه دختر و پسر به ترتیب ۰/۷۷۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۳۲ و برای هر یک از پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم به ترتیب ۰/۸۰۸، ۰/۷۵۰، ۰/۶۹۰ و ۰/۷۶۸ برآورد شد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. این نتایج که در جداول ۳ و ۴ ارائه شده پایایی RCDS را مورد تأیید قرار می‌دهد.

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین دوبار اجرای RCDS برای کل نمونه و دو گروه دختر و پسر با استفاده از روش اجرای مجدد تست پس از حذف سؤالهای نامناسب

گروهها	تعداد نمونه	تعداد سؤالها	r	P
دختر	۵۶	۲۵	۰/۸۲	۰/۰۱
پسر	۵۶	۲۵	۰/۷۳۲	۰/۰۱
کل نمونه	۱۱۲	۲۵	۰/۷۷۶	۰/۰۱

جدول ۴- ضرایب همبستگی بین دو بار اجرای RCDS برای پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم پس از حذف سؤالات نامناسب

پایه تحصیلی	تعداد نمونه	تعداد سؤالات	r	P
دوم	۲۸	۲۵	۰/۸۰۸	۰/۰۱
سوم	۲۸	۲۵	۰/۷۵۰	۰/۰۱
چهارم	۲۸	۲۵	۰/۶۹۰	۰/۰۱
پنجم	۲۸	۲۵	۰/۷۶۸	۰/۰۱

۲) بررسی روایی^{۲۲} تست RCDS

در فرایند رواسازی RCDS، گردآوری شواهد مربوط به روایی با استفاده از روایی محتوا و روایی سازه صورت گرفت که اطلاعات لازم در زمینه روایی سازه RCDS با استفاده از روشهایی چون روایی همگرا، روایی تشخیصی و تحلیل عاملی بدست آمد.

الف) روایی محتوایی RCDS

بررسی روایی محتوایی RCDS از طریق محاسبه همبستگی‌های سؤالات با کل تست که شاخص هماهنگی درونی تست و معرف میزان تداخل سؤالات از لحاظ سنجش یک ویژگی مشترک است، صورت گرفت. نتایج حاصل از محاسبه همبستگیهای هر سؤال با نمره کل تست برای کل نمونه نشان داد که ۲۳ سؤال از ۳۰ سؤال مقیاس ضرایب همبستگی بالای ۰/۳ داشته و تنها ۷ سؤال همبستگیهای بسیار پایینی با کل مقیاس نشان داده‌اند که از این بین، ۵ سؤال (۵، ۱۰، ۱۲، ۲۳، ۲۵) به دلیل داشتن ضرایب همبستگی بسیار پایین و منفی با کل تست از جمع سؤالات کنار گذاشته شد. به این ترتیب با حذف سؤالات نامناسب، تعداد کل سؤالات RCDS از ۳۰ سؤال به ۲۵ سؤال برای کودکان ایرانی تقلیل یافت. این یافته‌ها که در جدول ۵ نشان داده شده روایی محتوایی RCDS را مورد تایید قرار می‌دهد.

جدول ۵- شاخص‌های آماری و ضرایب همبستگی هر سؤال با نمره کل تست RCDS برای کل نمونه قبل و پس از

حذف سؤالات نامناسب

پس از حذف سؤالات نامناسب					قبل از حذف سؤالات نامناسب				
ضریب اعتبار آلفا در صورت حذف سؤال	ضریب همبستگی هر سؤال با کل نمونه	S	\bar{X}	سؤالات	ضریب اعتبار آلفا در صورت حذف سؤال	ضریب همبستگی هر سؤال با کل نمونه	S	\bar{X}	سؤالات
۰/۸۹۳	-۰/۱۶۲	۰/۹۳۲	۱/۹۸	۱	۰/۸۵۰	-۰/۲۴۳	۰/۹۳۲	۱/۹۸	۱
۰/۸۸۷	-۰/۲۹۸	۰/۸۹۴	۱/۷۸	۲	۰/۸۴۶	-۰/۳۸۸	۰/۸۹۴	۱/۷۸	۲
۰/۸۸۵	-۰/۴۷۴	۰/۹۵۲	۱/۸۶	۳	۰/۸۴۴	-۰/۴۴۸	۰/۹۵۲	۱/۸۶	۳
۰/۸۸۷	-۰/۴۱۰	۱/۰۳۴	۱/۷۹	۴	۰/۸۴۶	-۰/۳۹۱	۱/۰۳۴	۱/۷۹	۴
۰/۸۸۳	-۰/۵۴۷	۰/۹۶۶	۱/۷۹	۶	۰/۸۵۶	-۰/۰۶۴	۱/۰۳۲	۲/۷۱	۵
۰/۸۸۴	-۰/۵۰۱	۰/۸۶۵	۱/۸۲	۷	۰/۸۴۲	-۰/۵۰۷	۰/۹۶۶	۱/۷۹	۶
۰/۸۸۴	-۰/۵۰۷	۰/۸۰۷	۱/۷۴	۸	۰/۸۴۴	-۰/۳۸۱	۰/۸۶۵	۱/۸۲	۷
۰/۸۸۴	-۰/۵۱۷	۰/۹۳۸	۱/۸۱	۹	۰/۸۴۴	-۰/۴۷۷	۰/۸۰۷	۱/۷۴	۸
۰/۸۸۴	-۰/۵۰۶	۰/۸۲۶	۱/۶۸	۱۱	۰/۸۴۳	-۰/۴۸۵	۰/۹۳۸	۱/۸۱	۹
۰/۸۸۳	-۰/۵۵۸	۰/۸۴۳	۱/۵۱	۱۳	۰/۸۵۶	-۰/۰۵۵	۰/۹۹۲	۱/۸۱	۱۰
۰/۸۸۴	-۰/۵۳۷	۰/۷۸۷	۱/۴۱	۱۴	۰/۸۴۳	-۰/۵۰۲	۰/۸۲۶	۱/۶۸	۱۱
۰/۸۸۵	-۰/۴۶۱	۰/۹۱۹	۱/۸۲	۱۵	۰/۸۶۰	-۰/۰۱۰	۱/۱۵۶	۲/۴۲	۱۲
۰/۸۸۶	-۰/۴۴۱	۰/۹۱۷	۱/۹۳	۱۶	۰/۸۲۲	-۰/۵۴۵	۰/۸۲۳	۱/۵۱	۱۳
۰/۸۸۷	-۰/۴۰۴	۰/۹۶۵	۱/۶۶	۱۷	۰/۸۴۳	-۰/۵۱۳	۰/۷۸۷	۱/۴۱	۱۴
۰/۸۸۴	-۰/۵۰۲	۰/۹۱۱	۲/۰۵	۱۸	۰/۸۴۵	-۰/۴۳۷	۰/۹۱۹	۱/۸۲	۱۵
۰/۸۸۳	-۰/۵۵۰	۰/۸۹۷	۱/۷۴	۱۹	۰/۸۴۶	-۰/۴۰۵	۰/۹۱۷	۱/۹۳	۱۶
۰/۸۸۳	-۰/۵۷۲	۰/۹۱۰	۱/۷۶	۲۰	۰/۸۴۷	-۰/۳۶۶	۰/۹۶۵	۱/۶۶	۱۷
۰/۸۸۴	-۰/۵۰۴	۰/۸۶۸	۱/۷۹	۲۱	۰/۸۴۴	-۰/۴۶۳	۰/۹۱۱	۲/۰۵	۱۸
۰/۸۸۳	-۰/۵۵۵	۰/۹۷۷	۱/۸۷	۲۲	۰/۸۴۲	-۰/۵۳۶	۰/۸۹۷	۱/۷۴	۱۹
۰/۸۸۵	-۰/۴۷۷	۰/۹۵۷	۱/۶۸	۲۴	۰/۸۴۲	-۰/۵۴۶	۰/۹۱۰	۱/۷۶	۲۰
۰/۸۸۳	-۰/۵۳۷	۰/۹۰۱	۱/۸۶	۲۶	۰/۸۴۴	-۰/۴۵۴	۰/۸۶۸	۱/۷۹	۲۱
۰/۸۸۶	-۰/۴۴۹	۰/۸۷۳	۱/۷۵	۲۷	۰/۸۴۲	-۰/۵۳۳	۰/۹۷۷	۱/۸۷	۲۲
۰/۸۸۲	-۰/۶۰۳	۰/۹۷۰	۱/۹۲	۲۸	۰/۸۵۸	-۰/۰۱۰	۱/۰۲۴	۱/۹۳	۲۳
۰/۸۹۲	-۰/۱۸۹	۰/۹۴۳	۱/۵۶	۲۹	۰/۸۴۴	-۰/۴۶۴	۰/۹۵۷	۱/۶۸	۲۴
۰/۸۸۹	-۰/۲۸۹	۰/۶۰۰	۱/۱۹	۳۰	۰/۸۵۶	-۰/۰۹۹	۱/۱۰۴	۱/۹۸	۲۵
					۰/۸۴۲	-۰/۵۲۹	۰/۹۰۱	۱/۸۶	۲۶
					۰/۸۴۵	-۰/۴۳۶	۰/۸۷۳	۱/۷۵	۲۷
					۰/۸۴۰	-۰/۵۸۵	۰/۹۷۰	۱/۹۲	۲۸
					۰/۸۵۲	-۰/۲۰۰	۰/۹۴۳	۱/۵۶	۲۹
					۰/۸۴۸	-۰/۳۱۲	۰/۶۰۰	۱/۱۹	۳۰

(ب) روایی همگرایی^{۲۳} RCDS

در بررسی روایی همگرایی RCDS از دو مقیاس افسردگی کودکان (CDS-R) و مقیاس ۲۰ سؤالی عزت نفس کوپر اسمیت استفاده شد. اعتبار و روایی مقیاس افسردگی کودکان (CDS-R) و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت در مطالعات زیادی مورد تأیید قرار

گرفته است. نجاریان در مطالعه‌ای که بر روی یک نمونه ۷۸ نفری از دانش‌آموزان دختر و پسر پایه سوم راهنمایی اهواز انجام داده اعتبار مقیاس افسردگی کودکان را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد نمود. علاوه بر این به منظور بررسی روایی مقیاس مذکور همبستگی بین CDS-R با فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی یک (BDI) به عنوان شاخصی از روایی همزمان برآورد شد. نتایج نشان داد که بین نمرات کل آزمودنیها در CDS-R و BDI، همبستگی در حد ۰/۵۲ وجود دارد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این نتایج اعتبار و روایی مقیاس CDS-R را مورد تأیید قرا می‌دهد. اعتبار و روایی مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت نیز در مطالعات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. چنانچه ضریب اعتبار آن در مطالعات مختلف با استفاده از روش بازآزمایی از ۰/۷ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین در مطالعه‌ای به منظور بررسی روایی پرسشنامه فوق از تست آیزنگ استفاده شد که ضریب همبستگی حاصل از دو مقیاس مذکور ۰/۵۹۱ برآورد شده است. این ضریب همبستگی نشان دهنده وجود واریانس مشترک و ارتباط بین دو مقیاس مذکور است. وجود همبستگی مثبت و معنادار ($r = 0/542, P < 0/01$) بین دو مقیاس افسردگی کودک رینولدز (RCDS) و پرسشنامه افسردگی کودکان (CDS-A) روایی همگرایی RCDS را مورد حمایت قرار می‌دهد. علاوه بر این، نتایج حاصل از برآورد همبستگی بین RCDS با مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت به عنوان سازه مرتبطی که طبق نظر اکثر متخصصان یکی از عاملهای پنهان و مهم پیش بینی افسردگی اساسی در نظر گرفته شده، نشان داد که بین نمره‌های کودکان در RCDS و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت همبستگی معناداری ($r = -0/44$) وجود دارد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این نتایج حاکی از ارتباط افسردگی با سازه عزت نفس است. نتایج حاصل از هر دو بررسی روایی همگرا در جداول ۶ و ۷ ارائه شده است.

جدول ۶- ضرایب همبستگی بین RCDS و CDS-A برای کل نمونه و دو گروه دختر و پسر

گروهها	نمعداد نمونه	r	P
دختر	۵۶	۰/۴۶۱	۰/۰۱
پسر	۵۶	۰/۶۲۰	۰/۰۱
کل نمونه	۱۱۲	۰/۵۴۲	۰/۰۱

جدول ۷- ضرایب همبستگی بین RCDS و تست عزت نفس کوپر اسمیت برای کل نمونه و دو گروه دختر و پسر

گروهها	نمعداد نمونه	r	P
دختر	۴۲	-۰/۳۹۱	۰/۰۱
پسر	۴۲	-۰/۵۱۵	۰/۰۱
کل نمونه	۸۴	-۰/۴۴	۰/۰۱

ج) روایی تشخیصی^{۲۴}

در بررسی روایی تشخیصی RCDS، ارتباط بین نمرات آزمودنیها در این تست و نمرات آنان در ۳ درس ریاضی، دیکته و علوم به عنوان شاهدهی برای روایی تشخیصی در نظر گرفته شد. زیرا در دیدگاههایی که اخیراً در مورد بهداشت روانی کودکان ارائه شده، عملکرد تحصیلی ضعیف به عنوان یکی از نشانه‌های بالینی افسردگی کودکان در نظر گرفته شده است. نتایج حاصل از برآورد همبستگی بین RCDS و ۳ درس ریاضی، دیکته و علوم (که در جدول ۸ ارائه شده) نشان داد که بین نمرات کودکان در RCDS و نمرات آنان در ۳ درس ریاضی، دیکته و علوم به ترتیب همبستگی‌های منفی در حد $-۰/۴۳۷$ ، $-۰/۳۱۸$ و $-۰/۳۷۹$ وجود دارد که همگی در سطح $۰/۰۱$ معنادار است. این میزان ارتباط برای درس ریاضی قویتر از سایر دروس و برای دختران بیشتر از پسران بدست آمد. این نتایج نشان می‌دهد که RCDS از روایی تشخیصی مناسبی برخوردار است.

جدول ۸- ضرایب همبستگی بین RCDS و نمرات ریاضی، دیکته و علوم برای کل نمونه

گروهها	تعداد نمونه	r	P
ریاضی	۸۴	-۰/۴۳۷	۰/۰۱
دیکته	۸۴	-۰/۳۱۸	۰/۰۱
علوم	۸۴	-۰/۳۷۹	۰/۰۱

د) تحلیل عاملی تست RCDS

در بررسی روایی RCDS از روش دیگری با نام تحلیل عاملی^{۲۵} استفاده شد که می‌توان آن را به سبب نیرومندی، ظرافت و نزدیکی به هسته هدف علمی، ملکه روشهای تحلیل نامید. بر پایه نتایج بدست آمده از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی ۵ عامل با ارزش ویژه بزرگتر از یک استخراج شد که بر روی هم ۴۷/۸ درصد واریانس کل تست را تبیین می‌کند. با انتقال عاملهای استخراج شده به محورهای جدید با استفاده از چرخش واریماکس و بررسی محتوای موادی که دارای بار عاملی مثبت روی این ۵ عامل هستند به ترتیب عاملهایی با نامهای نگرانی - اندوهگینی، نگرانی- دلسردی، دلسردی- بی‌ارزشی، خلق دلتنگ و روحیه پایین - نشانه‌های جسمانی شناسایی گردید.

این نتایج روایی سازه RCDS را به عنوان یک مقیاس سنجش شدت نشانه‌های افسردگی کودکان مورد تأیید قرار می‌دهد. در مطالعه انجام گرفته توسط رینولدز نیز که ساختار اساسی RCDS با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، چرخشهای متعامد و متمایل مورد بررسی قرار گرفت، ۵ عامل با نامهای نگرانی - اندوهگینی، روحیه، روحیه پایین - اندوهگینی، مؤلفه رشدی- جسمی خلق دلتنگ و ناتوانی در کسب لذت که روی هم ۴۷/۱ درصد واریانس کل تست را تبیین می‌کند شناسایی شد. نتایج هر دو مطالعه در جداول ۹ و ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۹- بارهای عاملی چرخش یافته و میزان اشتراکهای سؤا‌لهای RCDS برای کل نمونه در مطالعه حاضر

میزان اشتراک (R)	عامل				RCDS	نمونه سؤال
	۵	۴	۳	۱		
۰/۱۵۵۲				۰/۱۶۴۹		۲۶ نگرانی
۰/۱۴۷۵				۰/۱۶۵۱		۱۶ تحریک پذیری
۰/۱۵۰۰				۰/۱۵۶۲		۲۸ فقدان لذت
۰/۱۴۴۴				۰/۱۵۶۱		۱۹ درماندگی
۰/۱۵۴۰			۰/۱۵۰۵	۰/۱۵۲۱		۸ گریه کردن
۰/۱۴۲۱				۰/۱۵۰۰		۲۲ خوددلسوزی
۰/۱۳۸۴			۰/۳۷۲	۰/۱۴۷۹		۲۴ آشفتگی خواب
۰/۱۴۶۵		۰/۴۲۲		۰/۱۴۲۸		۲۱ تمرکز
۰/۳۳۵				۰/۴۲۲		۱۸ خستگی
۰/۴۶۹			۰/۵۹۴			۳ تنهایی
۰/۴۴۵			۰/۵۸۱			۷ غمگینی
۰/۴۹۱			۰/۵۷۹			۱۴ صدمه زدن به خود
۰/۴۱۲			۰/۵۵۷			۱۱ شکایت بدنی
۰/۳۷۷			۰/۴۰۶			۲ اضطراب مدرسه
۰/۲۶۹			۰/۳۷۱			۱۷ بدبینی
۰/۵۳۱		۰/۶۴۰				۱۵ عزت نفس
۰/۴۵۲		۰/۶۰۵				۴ کم‌ارزش شدن توسط والدین
۰/۵۶۱		۰/۵۶۴	۰/۴۵۲			۶ انزوای اجتماعی
۰/۴۹۲		۰/۵۳۹	۰/۴۱۹			۹ بی‌ارزشی
۰/۵۰۸		۰/۵۲۷	۰/۴۲۳			۲۰ تحقیر خود
۰/۴۳۸		۰/۳۸۱	۰/۳۶۵			۱۳ دلسردی
۰/۷۴۷		۰/۸۲۱				۱ کسالت
۰/۶۱۳		۰/۶۰۵				۳۰ خلق تنگ
۰/۶۹۱	۰/۸۲۰					۲۹ سرزنش خود
۰/۳۴۹	۰/۳۵۳					۲۷ شکایت بدنی
	۱/۰۵۹	۱/۱۷۱	۱/۲۲۱	۱/۳۳۱	۷/۱۷۹	ارزش ویژه
□ = ۴۷/۸	۴/۲	۴/۷	۴/۹	۵/۳	۲۸/۷	واریانس %

N=۴۴۸

جدول ۱۰ - بارهای عاملی چرخش یافته و میزان اشتراکهای سؤالهای RCDS برای کل نمونه در مطالعه رینولدز

میزان اشتراکها (n)	عامل					شماره سؤال	RCDS
	۵	۴	۳	۲	۱		
۰/۵۳					۰/۶۶	۷	غمگینی
۰/۵۲					۰/۶۴	۱۵	عزت نفس
۰/۵۰					۰/۶۲	۸	گریه کردن
۰/۵۰					۰/۵۲	۱۶	تحریک پذیری
۰/۴۶					۰/۵۷	۳	تنهایی
۰/۳۸					۰/۵۱	۲۱	تمرکز
۰/۳۳					۰/۴۲	۲۹	سرزنش خود
۰/۳۶					۰/۴۰	۲۸	فقدان لذت
۰/۲۹					۰/۳۸	۲۲	خودلسوزی
۰/۵۷				۰/۶۷		۱۴	صدمه زدن به خود
۰/۵۸				۰/۶۶		۱۳	دلسردی
۰/۵۵				۰/۶۴		۹	بی ارزشی
۰/۴۷				۰/۶۴		۴	کم ارزش شدن توسط والدین
۰/۴۹				۰/۵۳	۰/۴۶	۲۰	تحقیر خود
۰/۴۹				۰/۵۰		۱۹	درماندگی
۰/۵۰	۰/۴۳			۰/۴۷		۱۲	ارزشمندی پایین
۰/۴۱			۰/۳۸	۰/۴۳		۶	انزوای اجتماعی
۰/۵۲			۰/۶۸			۱۱	شکایت بدنی
۰/۴۸			۰/۶۴			۲۷	شکایت بدنی
۰/۴۲			۰/۶۱			۲۴	آشفته‌گی خواب
۰/۴۸			۰/۵۶			۲۶	نگرانی
۰/۴۱			۰/۴۹			۱۸	خستگی
۰/۲۶			۰/۳۳			۲	اضطراب مدرسه
۰/۵۹	۰/۷۵					۱	کسالت
۰/۵۳	۰/۵۶					۳۰	خلق دلتنگ
۰/۴۸	۰/۵۵					۵	احساس ارزشمندی
۰/۴۱	۰/۴					۱۷	بدبینی
۰/۶۰	۰/۷۶					۲۳	کم صحبتی
۰/۵۹	۰/۷۶					۱۰	لذت نبردن از همسالان
							لذت نبردن از همسالان
۰/۵۱	۰/۶۹					۲۵	لذت نبردن عمومی
	۱/۰	۱/۱۱	۱/۲۱	۲/۵۳	۸/۲۶		ارزش ویژه
□ = ۴۷/۱	۳/۴	۳/۷	۴/۰	۸/۴	۲۷/۵		واریانس %

N = ۱۶۲۰

۳) مقایسه کارکرد آزمودنیها در پرسشنامه افسردگی کودک رینولدز بر حسب سن و پایه تحصیلی

جدول ۱۱- خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری به منظور مقایسه کارکرد آزمودنیها در RCDS

سطح معناداری F	F	میانگین محدورات	درجه آزادی	مجموع محدودرات	منبع تغییرات
۰/۱۴۹	۲/۰۸۸	۲۵۸/۰۳۶	۱	۲۵۸/۰۳۶	A(جنس)
۰/۰۰۰	۱۹/۳۴۸**	۲۳۹۱/۲۰۸	۳	۷۱۷۳/۶۲۵	B(پایه تحصیلی)
۰/۴۶۱	۰/۸۶۱	۱۰۶/۴۳۵	۳	۳۱۹/۳۰۴	AB (تعامل)
۰/۰۰۰	۸/۹۵۹	۱۱۰۷/۲۸۱	۷	۷۷۵۰/۹۶۴	کاربندی
		۱۲۳/۵۸۹	۴۴۰	۵۴۳۷۹/۰۰۰	خطا (پس ماند)
		۱۳۸/۹۹۳	۴۴۷	۶۲۱۲۹/۹۶۴	کل

$P < ۰/۰۱$

نتایج جدول در مورد عامل A(جنس) نشان می‌دهد که چون F محاسبه شده (۲/۰۸۸) با سطح معناداری ۰/۱۴۹ در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست، لذا فرض صفر رد نمی‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که بین کارکرد دختران و پسران در RCDS تفاوتی وجود ندارد. اما چون F محاسبه شده برای عامل B یعنی پایه‌های تحصیلی (۱۹/۳۴۸) با سطح معناداری ۰/۰۰۰ در سطح ۰/۰۱ معنادار است، بنابراین فرض صفر رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین کارکرد ۴ گروه سنی در RCDS تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد.

در مورد اثر تعاملی AB نیز چون میزان F محاسبه شده (۰/۸۶۱) با سطح معناداری ۰/۴۶۱ در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست، لذا می‌توان چنین اظهار نمود که تعامل بین جنسیت و پایه تحصیلی تأثیری بر عملکرد آزمودنی‌ها در RCDS نداشته است.

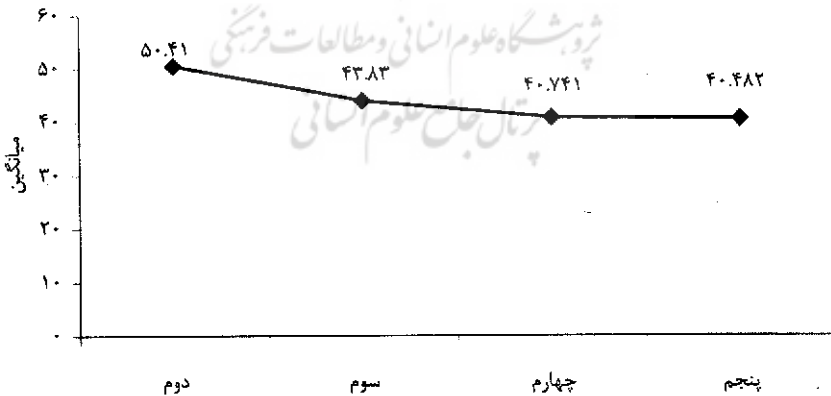
اما به دلیل معنادار بودن اثر عامل B و تعیین این نکته که تفاوت بین کدام یک از زوج میانگین‌ها در پایه‌های تحصیلی معنادار است از آزمون شفه استفاده شده که نتایج آن در جدول ۱۲ ارایه شده است.

جدول ۱۲- نتایج آزمون شفه برای مقایسه میانگین‌های چهار پایه تحصیلی

پایه تحصیلی		پایه تحصیلی			
		۲	۳	۴	۵
پایه تحصیلی	میانگین	۴۰/۷۴۱۱	۴۳/۸۳۰۴	۴۰/۴۸۲۱	۵۰/۴۱۰۷
۵	۴۰/۴۸۲۱	—	—	—	—
۴	۴۰/۷۴۱۱	—	—	—	—
۳	۴۳/۸۳۰۴	—	—	—	—
۲	۵۰/۴۱۰۷	—	—	—	—

$P < 0.01$

نتایج جدول ۱۲ نشان می‌دهد که از بین مقایسه‌های انجام شده، تنها تفاوت بین زوج میانگین‌های (۲ و ۳)، (۲ و ۴)، و (۲ و ۵) در سطح ۰/۰۱ معنادار است و بین سایر میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین معنا که از بین ۴ گروه سنی ۸ تا ۱۱ ساله (پایه‌های دوم تا پنجم)، تنها میانگین نمرات افسردگی گروه سنی ۸ سال (پایه دوم) به طور معناداری بالاتر از سایر گروه‌های سنی است و هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین میانگین‌های نمرات گروه‌های سنی ۹ تا ۱۱ سال در RCDS مشاهده نشده است.



شکل ۱- نمایش میانگین‌های نمرات دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم در تست افسردگی کودک رینولدز

۴- تنظیم جداول هنجاری

چون نمره‌های خام تست‌ها بر حسب واحدهایی بیان می‌شود که حاصل ویژگی‌های اختیاری است، بنابراین، این گونه نمره‌ها دارای هیچ معنایی نبوده و غیرقابل تغییر است. بدین ترتیب به منظور دستیابی به یک چهار چوب داوری که نمره خام آزمودنیها بر اساس آن تفسیر و درباره آنها قضاوت شود و همچنین به منظور تعیین میزان شدت افسردگی کودکی که آزمون می‌شود، جداولی با استفاده از هنجار مقوله‌ای تهیه گردیده که با مراجعه به آن میزان افسردگی هر فرد به تناسب نمره وی در تست افسردگی کودک رینولدز مشخص شده و نتیجه با توجه به درصد افرادی که در آن دامنه از نمرات قرار دارند مورد تفسیر قرار می‌گیرد، اما همانطور که ملاحظه می‌شود تنظیم جداول هنجاری برای پایه دوم به طور جداگانه و برای پایه‌های سوم، چهارم و پنجم با هم ارائه شده است. این امر بدان علت است که از بین ۴ گروه سنی ۸ تا ۱۱ سال تنها گروه سنی ۸ سال تفاوت معناداری با سایر گروه‌های سنی نشان داده است. همچنین عدم تنظیم جداول هنجاری برای دو گروه دختر و پسر نیز به این دلیل بوده که بین دو گروه مذکور هیچ گونه تفاوت معناداری از لحاظ آماری مشاهده نشده است.

جدول ۱۳- هنجار مقوله‌ای مقیاس افسردگی کودک رینولدز برای کل نمونه

میزان افسردگی	درصد آزمودنی‌ها	جمع امتیازها
طبیعی	۳۳	۲۵-۳۷
نسبتاً افسرده	۵۹	۳۸-۶۲
افسردگی شدید	۷	۶۳-۸۷
افسردگی بیش از حد	۱	۸۷ و بالاتر

جدول ۱۴- هنجار مقوله‌ای مقیاس افسردگی کودک رینولدز برای پایه دوم

میزان افسردگی	درصد آزمودنی‌ها	جمع امتیازها
طبیعی	۱۸/۸	۲۵-۳۷
نسبتاً افسرده	۶۴/۲	۳۸-۶۲
افسردگی شدید	۱۶	۶۳-۸۷
افسردگی بیش از حد	۱	۸۷ و بالاتر

جدول ۱۵- هنجار مقوله‌ای مقیاس افسردگی کودک رینولدز برای پایه سوم تا پنجم

میان افسردگی	درصد آزمودنی‌ها	جمع امتیازها
طبیعی	۳۷/۸	۲۵-۳۷
نسبتاً افسرده	۵۷/۴	۳۸-۶۲
افسردگی شدید	۴/۸	۶۳-۸۷
افسردگی بیش از حد	—	۸۷ و بالاتر

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر هنجاریابی تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) بر روی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران بود. براساس نتایج بدست آمده مشخص شد که: (۱) تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) از اعتبار و پایایی کافی جهت سنجش شدت نشانه‌های افسردگی کودکان ایرانی برخوردار است. این یافته‌ها با نتایج گزارش شده در مطالعات رینولدز، آندرسون و بارتل (۱۹۸۵)؛ بارتل و رینولدز، ۱۹۸۶؛ رینولدز، ۱۹۸۴؛ بیکر و رینولدز؛ ۱۹۸۸؛ استارک، ۱۹۸۵؛ رینولدز و گراوز؛ به نقل از رینولدز، ۱۹۸۹) تقریباً برابر است.

(۲) تست افسردگی کودک رینولدز (RCDS) دارای روایی محتوا، همگرا و تشخیصی است. در مطالعات انجام شده توسط رینولدز (۱۹۸۹)؛ رینولدز، آندرسون و بارتل، ۱۹۸۵؛ بارتل و رینولدز، ۱۹۸۶؛ لویز، ۱۹۸۵؛ بیکر و رینولدز، ۱۹۸۸؛ استارک، ۱۹۸۴؛ رینولدز، ۱۹۸۴؛ به نقل از رینولدز، ۱۹۸۹) نیز که از مقیاس CDI به عنوان ابزار بررسی روایی همگرایی RCDS استفاده نمودند، دامنه ضرایب همبستگی بین دو مقیاس مذکور $0/68$ تا $0/79$ گزارش شد که حاکی از ارتباط قوی پیرامون این دو مقیاس است. علاوه بر این رینولدز و همکاران (۱۹۸۴، ۱۹۸۵؛ بارتل و رینولدز، ۱۹۸۶؛ استارک، ۱۹۸۴؛ کروسبی و بورت، ۱۹۸۸؛ به نقل از رینولدز، ۱۹۸۹) در مطالعات خود نتایجی بدست آوردند که همانند مطالعه حاضر حاکی از ارتباط افسردگی با سازه عزت نفس است. این همان چیزی است که در نظریه شناختی بک به آن اشاره شده که افسردگی نتیجه افکار منفی در مورد خود، دنیا و آینده بوده و کودکان افسرده به علت وجود ارزیابیهای منفی از خود و رویدادها، عملکرد شناختی ضعیف‌تری نسبت به کودکان غیر افسرده دارند که این

ضعف به وجود خطاها و تحریفات شناختی در سیستم پردازش اطلاعات آنان مربوط می‌شود (هیلسمان و گاربر، ۱۹۹۵؛ هرینگتون، ۱۹۹۳). در زمینه روایی تشخیصی مطالعات انجام شده توسط رینولدز (۱۹۸۳، ۱۹۸۴، ۱۹۸۵؛ رینولدز و بیکر، ۱۹۸۸؛ لویز، ۱۹۸۵؛ کاشانی و دیگران، ۱۹۸۳؛ مک جی، آندرسون، ویلیامز و سیلوا، ۱۹۸۶؛ مک جی و ویلیامز، ۱۹۸۸؛ به نقل از رینولدز، ۱۹۸۹؛ همبستگیهای بسیار ضعیفی را بین افسردگی و پیشرفت تحصیلی گزارش داده‌اند. اما مطالعات برین و همکاران، ۱۹۹۱؛ پونیک- آنتیک و همکاران، ۱۹۸۵؛ کولی، ۱۹۹۰؛ به نقل از هرینگتون، ۱۹۹۳ نیز نشان می‌دهد بین افسردگی و پیشرفت تحصیلی ارتباط معناداری وجود دارد.

۳- مجموعه مواد تست RCDS از ۵ عامل اشباع است. در مطالعه انجام گرفته توسط رینولدز (۱۹۸۹) نیز که ساختار اساسی RCDS با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، چرخشهای متعامد و متمایل مورد بررسی قرار گرفت، ۵ عامل شناسایی شد که تعداد عاملهای شناسایی شده آن با یافته‌های مطالعه حاضر هماهنگ است اما ماهیت عاملهای دو مطالعه تا حدی با یکدیگر متفاوت است. تغییر مکان بارهای عاملی ماده‌ها و همچنین نامگذاری متفاوت عاملها در پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل حذف سه سؤال ۱۰، ۲۳ و ۲۵ و در پی آن حذف عامل ناتوانی در کسب لذت و همچنین متفاوت بودن شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران با جامعه مورد مطالعه رینولدز باشد که به نوبه خود منجر به بروز تغییراتی در نتایج پژوهش شده است.

۴- بین کارکرد دختران و پسران در تست RCDS تفاوتی وجود ندارد. نتایج مربوط به سهم جنس در بروز اختلالات افسردگی و نشانه‌های افسردگی در کودکان قبل از بلوغ در مطالعات مختلف متغیر است. به عنوان مثال رینولدز (۱۹۸۹) در مطالعه خود نشان داد که بین عملکرد دختران و پسران در RCDS تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد و دختران بیشتر از پسران علایم افسردگی را نشان می‌دهند، در حالیکه راتر، تایلور و هرسو، ۱۹۹۴؛ برین و فیدلر، ۱۹۹۶؛ نیوکامر، ۱۹۹۳؛ بوتزین، اکوسلا و اکوی، ۱۹۹۳؛ اسکالی، ۱۹۹۶ در پژوهشهای خود نشان دادند که در طول سالهای اولیه کودکی، اختلال افسردگی در بین پسران شایعتر از دختران است، اما رافائل و باروز (۱۹۹۵) این امر را تایید ننموده و اظهار داشته‌اند که تجربه اختلال افسردگی در کودکان دختر و پسر قبل از بلوغ (۶ تا ۱۲ سال) تقریباً یکسان است.

۵- بین کارکرد آزمودنیهای گروه سنی ۸ سال با کارکرد آزمودنیهای گروههای سنی ۹ تا ۱۱ ساله در RCDS تفاوت وجود دارد. یافته‌های بدست آمده از مقایسه گروههای سنی ۸ تا ۱۱ سال در مطالعه رینولدز نشان می‌دهد که بین نمره‌های RCDS همه پایه‌ها، به جز پایه‌های (۳ و ۴) و (۴ و ۵) تفاوت‌های معناداری از لحاظ آماری ($P < 0.05$) وجود دارد. این امر ممکن است به ضعف در سیستم شناختی کودکان ۸ ساله و جوانتر و ظرفیت پایین آنان برای انعکاس فرایندهای شناختی و احساسات درونی‌شان مربوط باشد. زیرا طبق نظر روان‌شناسان رشد، آگاهی از احساسات درونی نیازمند انتقال از فکر پیش عملیاتی به مرحله عملیات عینی و توانایی در انعکاس فرایندهای شناختی مستلزم پدیدار شدن تفکر عملیات صوری است (هرینگتون و پارک، ترجمه طهوریان و همکاران، ۱۳۷۳). در کل یافته‌های پژوهش، حاکی از آن است که مقیاس ۲۵ سؤالی افسردگی کودک رینولدز (RCDS) از اعتبار و روایی کافی جهت سنجش شدت نشانه‌های افسردگی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله تهرانی برخوردار است و به عنوان یک تست روا، معتبر و در دسترس قابلیت آن را دارد که توسط متخصصان در مدرسه، درمانگران و پژوهشگران ایرانی در موقعیتهای بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. اما در استفاده از آن برای کودکان ۸ ساله باید احتیاط لازم انجام گیرد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

یادداشت‌ها

- 1) children depression
- 2) Eley
- 3) Bootzin, Acocella, & Alloy
- 4) Lewis
- 5) Shaffer & Waslick
- 6) cognitive development
- 7) preoperational
- 8) concrete operations
- 9) formal operations
- 10) Kazdin
- 11) Harrington
- 12) Taylor & Hersov
- 13) rumination
- 14) compulsion- obsession
- 15) hypochondria
- 16) Bawlow & Durand
- 17) Rutter, Tizard & Whitmore
- 18) Raphael & Burrows
- 19) Breen & Fiedler
- 20) reliability
- 21) reynolds child depression scale
- 22) validity
- 23) convergent
- 24) discriminant
- 25) factor analysis

منابع

نجاریان، بهمن (۱۳۷۳). ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس افسردگی کودکان (CDS-A) به وسیله تحلیل عوامل، پژوهشهای روان‌شناختی، دوره ۲، شماره ۳ و ۴، ص ۲۴.
هرینگتون، ای میویس، پارک، راس دی (۱۳۷۳). روان‌شناسی کودک از دیدگاه معاصر، جلد دوم، ترجمه طهوریان و دیگران، چاپ اول، مشهد: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.

Breen, M. J. Fiedler, C. R. (1996). *Behavioral approach to assessment of youth with emotional/ behaviorall disorders*. Austin Texas: Pro-ed, Inc.

Bootzin, R. R., Acocella, J. R., & Alloy, L. B. (1993). *Abnormal Psychology*. (6th.ed). New York: Mc Graw-Hill, Inc.

Broozinsky, D. M. & Gormly, A. V. (1989). *Life span human development* (4th ,ed). New York: Holt, Rinehart and winston, Inc.

Durand, V. M. & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal Psychology*. Pacific Grove, California: Brooks/ Cole.

Eley, T. C.(1997). Depressive symptoms in children and adolescent: Etiological links between normality and abnormality. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 38, 861-865.

Brodzinsky, D. M. & Gormly, A. V. (1989). *Life Span human development*.(4th, ed). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc

Durand, V. M. & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal Psychology*. Pacific Grove, California: Brooks/ Cole.

- Eley, T. C. (1997). Depressive Symptoms in children and adolescent: Etiological links between normality and abnormality. *Journal of child Psychology and psychiatry*, 38,861-865.
- Harrington, R. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. New York: John Wiley & Sons.
- Hilsman, R. & Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis Stress model of depression in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- Lewis, M.(1996). *Child and adolescent psychiatry*. (2nd. ed). Baltimore, Mary Land: Williams & Wilkins.
- Newcomer, P. L. (1993). Understanding and teaching emotionally disturbed children and adolescents.(2nd. ed.). Austin, Texas: Pro-ed, Inc.
- Reynolds, W. M. (1989). *Reynolds child Depression scale: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rutter, M., Taylor, E., & Hersov, L. (1994). *Child and adolescent Psychiatry*. (3rd . ed.) Oxford: Bath Press.
- Raphael, B. & Burrows, G. (1995). *Handbook of studies on preventive Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier Science B. V.
- Scully, J. H. (1996). *Psychiatry*. (3rd .ed). Territories: Warerly Info Med Ltd.
- Shaffer, D. & Waslick, B. D. (2002). Depression in children and adolescents. Washington, DC. American psychiatric Publishing, Inc.
- Weiner, I. B. (1982). *Child and adolescent Psychopathology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.