

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان

The Study of psychometric properties of the Self-rating depression scale for children and adolescents

Iraj mokhtarnia

M.A in Psychology of family
therapy

ایرج مختارنیا

کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی دانشگاه
شهید بهشتی

Dr Mojtaba Habibi

Shahid Beheshti University

دکترمجتبی حبیبی

استادیار دانشگاه شهید بهشتی

Habibeh kholghi

M.A in school counseling

حبیبه خلی

کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید بهشتی

Efat mohammadi

M.A in guidance & counseling

عفت محمدی

کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهرا

Fatemeh kalantari

M.A in school counseling

فاطمه کلانتری

کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه شهید بهشتی

Abstract

The aim of this study was evaluation of psychometric properties of self-rating depression scale for 12-17 year old in adolescents. This study is descriptive. After translating and pilot study this scale, a sample with the size of 797 students (401 girls and 396 boys) studying at the first and second grade of high school in Qods city of Tehran Province, with method multi stage random sampling was selected. For the validity of convergent and divergent, Beck Depression Inventory, childhood depression inventory, catastrophic cognitions scale and self-efficacy adolescent questionnaires were administered. To

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان ۱۲-۱۷ سال بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است، روش کار به این ترتیب بود که بعد از ترجمه و اجرای مقدماتی مقیاس، نمونه‌ای با حجم ۷۹۷ نفر دانش‌آموز (۴۰۱ دختر و ۳۹۶ پسر) دبیرستانی دوره اول و دوره دوم با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین دانش‌آموزان شهرستان قدس استان تهران انتخاب شدند. برای محاسبه روایی همگرا و

investigate factor structure of adolescent depression questionnaire used exploratory and confirmatory factor analysis. Cronbach's alpha coefficient was 0/77 and test-retest was 0/75, Therefore, Reliability coefficients were satisfactory. The results of confirmatory factor analysis support Birlson's model. Correlation analysis showed that adolescents Depression Inventory correlate positively with Beck Depression Inventory, the Children's Depression Inventory and catastrophic cognitions scale and has negative correlation with self-efficacy adolescent questionnaire that this relationship indicates convergent validity of adolescent depression questionnaire with Beck Depression Inventory, Children's Depression Inventory and catastrophic cognitions and divergent validity with self-efficacy adolescent questionnaire, moreover, depression was significant difference between the sexes. Factor analysis of adolescent depression questionnaire, showed better fit with observed data; Confirmatory factor structure, reliability and validity of adolescent depression questionnaire were acceptable for research applications. Individual and group counseling and clinical diagnosis.

Key words: Psychometric properties, Child and Adolescent Depression questionnaire, Reliability, Validity

واگرای مقیاس خودسنجی افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک، افسردگی کودکان، مقیاس شناخت‌های فاجعه‌آمیز و پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان استفاده شد. برای بررسی ساختار عاملی این مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی مقیاس افسردگی نوجوانان ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آمد که در حد رضایت‌بخشی بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار عاملی مدل بیرلسون برازش قابل قبولی دارد. بررسی ضرایب همبستگی نشان داد که پرسشنامه افسردگی نوجوانان با پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه افسردگی کودکان و مقیاس شناخت‌های فاجعه‌آمیز رابطه مثبت معنی‌دار و با پرسشنامه خودکارآمدی رابطه منفی معناداری دارد؛ بنابراین نتایج به دست آمده از روایی ملاک همزمان، واگرا و همگرا رضایت‌بخش گزارش شد. نتایج این پژوهش نشان داد که مقیاس خودسنجی افسردگی، ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی دارد و می‌توان آن را برای اهداف پژوهشی و مشاوره‌های فردی و گروهی مورد استفاده قرار داد.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های روان‌سنجی، مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان، روایی، پایایی

مقدمه

افسردگی^۱ اختلالی است که در آن خلق و نیروی زیستی فرد کاسته شده و انسان به نقطه پریشانی می‌رسد، در شرایطی که فرد افسرده می‌شود جهان برای او معنای خود

1. Depression

را از دست می‌دهد و احساس بدبختی، بیچارگی و ناامیدی در فرد پدید می‌آید (الیسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). تا سال‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ متخصصان معتقد بودند که کودکان و نوجوانان نمی‌توانند افسرده شوند، چرا که ظرفیت شناختی لازم را برای افسرده شدن را ندارند. لیکن از سال ۱۹۷۰ به بعد گزارش‌هایی وجود دارد که رخدادهای افسردگی در کودکان را در جمعیت کلی دو تا ۱۸ درصد معرفی کرده‌اند (مک‌کیلینتاک، هوسان، گری و کولوم^۲، ۲۰۱۰). امروزه چنین برآورد می‌شود که ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان حداقل یک وهله‌ی افسردگی عمیق را تا قبل از ۱۸ سالگی، تجربه خواهند کرد. مطالعات نشان داده است، بیشتر از ۲/۵ درصد از کودکان و ۸/۵ درصد از نوجوانان افسردگی را تجربه می‌کنند (گری، ویتور و تامبورلان^۳، ۲۰۰۲). اتحاد ملی سلامت روان^۴ گزارش کرده است، ۱/۵ درصد نوجوانان در زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کنند (کنپ و گریفین^۵، ۲۰۱۵). در ایران مطالعات مولوی و کریم‌اللهی^۶ (۲۰۰۶) حاکی از آن است که افسردگی خفیف در نوجوانان ۳۹/۸ درصد، افسردگی متوسط ۱/۱۴ درصد و افسردگی شدید حدود ۳ درصد شایع است.

استفاده از ابزارهایی که برای سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان کاربردی باشد از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا تشخیص به موقع افسردگی در کودکان و نوجوانان مانع پیشروی افسردگی، عواقب منفی و بروز مشکلات رفتاری در این گروه از افراد می‌شود. سوءاستفاده از مواد^۶، مشکلات تحصیلی^۷، کشیدن سیگار^۸، بی‌بندوباری جنسی^۹، مشکلات سلامتی جسمی^{۱۰}، روابط اجتماعی آسیب‌دیده^{۱۱} و افزایش

-
1. Allison
 2. McClintock, Husain, Greer & Cullum
 3. Grey, Whitemore & Tamborlane
 4. National Alliance on Mental Health
 5. Knapp & Griffin
 6. Substance abuse
 7. Academic problems
 8. Smoking
 9. Promiscuity
 10. Physical health problems
 11. Social relations damaged

خودکشی^۱ از جمله مشکلاتی است که نوجوانان افسرده، درگیر آن‌ها می‌شوند (هرویتز و گاربر^۲، ۲۰۰۶)؛ بنابراین استفاده از ابزار مناسب جهت تشخیص اولیه برای پیشگیری، برنامه‌ریزی و درمان افسردگی برای نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد.

ابزارهای مختلفی برای سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان ساخته شده است، مانند پرسشنامه افسردگی کودکان کواکس^۳، مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر^۴، مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز^۵، پرسشنامه افسردگی بک^۶ که هر کدام از این ابزارها برای اهداف خاصی ساخته شده‌اند؛ ولی نقطه‌ی مشترک همه‌ی آن‌ها سنجش میزان شدت افسردگی در نوجوانان است، اما تفاوت‌هایی در عامل‌های پرسشنامه‌ها وجود دارد، به‌طور مثال پرسشنامه‌ی افسردگی رینولدز (۱۹۸۸) شامل زیر مقیاس‌هایی است که سطوح موجود نشانگان افسردگی را در میان ۴ بعد اساسی افسردگی از قبیل بی‌قراری (۸ آیتم)، عدم لذت/عاطفه منفی (۷ آیتم)، ارزیابی منفی از خود (۸ آیتم) و شکایات جسمانی (۷ آیتم) را ارزیابی می‌کند (رینولدز، ۱۹۸۸). یکی دیگر از این ابزارهای مفید، مقیاس افسردگی کوتچر است که به‌منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی در نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ سال ساخته شده است، این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که توان بالایی در تشخیص سطوح مختلف افسردگی و یافتن نقطه‌ی برشی برای تمایز بین افسرده و غیر افسرده دارد، این مقیاس دارای دو خرده مقیاس (افسردگی اساسی و عامل خودکشی) است. مزیتی که این ابزار دارد، مسئله‌ی پرداختن به بحث افکار خودکشی گرایانه و در نظر گرفتن آن به عنوان یکی از خرده مقیاس‌ها است (بروکز، کرولویز و بروکر^۷، ۲۰۰۳)؛ و ابزار دیگر، پرسشنامه افسردگی کودکان است که متشکل از ۵ خرده مقیاس (خلق منفی، ناکارآمدی، مشکلات بین فردی، بی‌لذتی و ناکارآمدی) است.

-
1. Increased suicide
 2. Horowitz & Garber
 3. Children's depression Inventory (CDI)
 4. Kutcher Adolescent Depression Scale
 5. Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)
 6. Beck Depression Inventory
 7. Brooks, Krulewicz & Kutcher

تا اکنون برخی از این پرسشنامه‌ها ترجمه و اعتباریابی^۱ شده و برخی نیز هنوز ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها بررسی نشده‌اند. یکی از پرسشنامه‌های خارجی که برای تشخیص و ارزیابی اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان به کار می‌رود و هنوز در ایران اعتباریابی نشده است، مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان^۲ است. این ابزار نسبت به ابزارهای افسردگی کودکان، کوتاچر و رینولدز (که قبلاً در ایران اعتباریابی شده‌اند) از سؤالات کمتری برخوردار است و به راحتی آزمودنی می‌تواند در مدت‌زمان کوتاهی به آن پاسخ دهد. این مقیاس توسط بیرلسون^۳ در سال ۱۹۸۱ برای ارزیابی میزان افسردگی متوسط تا شدید کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۴ ساله ساخته شده است. این ابزار توسط روان‌پزشکان که از ۱۵۵ کودک به کلینیک روان‌پزشکی کودکان در ادینبورگ^۴ مراجعه کرده بودند، ساخته شد. این پرسشنامه در ابتدا ۱۸ سؤالی بود و عبارت‌های آن به‌صورت ساده، جمله‌بندی شده بود تا کودکان و نوجوانان بدون جهت‌گیری خاصی به آن پاسخ دهند. برای اولین بار خود بیرلسون (۱۹۸۱) این مقیاس را در نمونه نوجوانان ۸ تا ۱۴ ساله اعتباریابی کرد و هدف از این پژوهش غربالگری کودکان و نوجوانان افسرده بود. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس ۳ سؤال که بار عاملی ضعیفی داشتند حذف شدند؛ بنابراین مقیاس ۱۵ سؤال شد. به طور کلی در پژوهش بیرلسون (۱۹۸۱) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی ۳ عامل مشخص شدند و فقط عامل دوم با عنوان ملالت^۵ نام‌گذاری شد. نتایج این پژوهش نشان داد که این عامل مهم‌ترین عامل این مقیاس است که با حالات افراد افسرده همخوانی زیادی دارد. همچنین روایی سازه^۶ این مقیاس از طریق مقایسه کودکان سالم و کودکانی که از طریق مصاحبه بالینی تشخیص افسردگی داده بودند، تأیید شد.

1. validation

2. Depression Self-Rating Scale For Children(DSRSC)

3. Birlelson

4. Edinburgh

5. DYSPHORIA

6. Construct validity

مطالعاتی نیز جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس توسط سایر پژوهشگران انجام شد. در مطالعه‌ای که توسط آسارنو و کارلسون^۱ (۱۹۸۵) در ایالات متحده آمریکا انجام شد، مقیاس خودسنجی بر روی کودکان و نوجوانان دارای مشکلات روانی بستری شده در بیمارستان روانی کودکان مورد مطالعه قرار گرفت، در این مطالعه مقیاس خودسنجی با پرسشنامه افسردگی کودکان و رتبه‌بندی رفتارهای غیرمتعارف اجرا شد، در نتایج گزارش شده مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان، به خوبی کودکان افسرده را از غیر افسرده متمایز کرد و با پرسشنامه افسردگی کودکان همبستگی بالایی ($r=0/81$ و $p<0/001$) نشان داد.

همچنین ایوارسون، گیلبرگ، آرویدسون و بربرگ^۲ (۲۰۰۲) این مقیاس را بر روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه ۲۳۷ نوجوان دختر و پسر مدارس متوسطه به مقیاس خودسنجی افسردگی پاسخ دادند. در این پژوهش این مقیاس به همراه مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری آخنباخ^۳ بررسی شد و نتایج نشان داد که میان دختران و پسران نوجوان در مقیاس خودسنجی کودکان تفاوت معناداری وجود دارد، دختران در مقایسه با پسران افسردگی بالایی داشتند، همچنین در این مطالعه نمره کل مقیاس خودسنجی افسردگی با بعضی زیر مقیاس‌های خودگزارش-دهی مشکلات رفتاری همبستگی معناداری داشت. مقدار همبستگی با زیر مقیاس‌های مشکلات هویتی ۰/۵۳، مشکلات توجه ۰/۵۰، مشکلات جسمانی ۰/۶۶، مشکلات اجتماعی ۰/۴۵ و در نهایت با نمره کل مقیاس مشکلات رفتاری ۰/۳۳ گزارش دادند.

فاندویس^۴ و همکاران (۱۹۹۱) مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان را به همراه پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) بر روی ۹۳ کودک و نوجوان ۸ تا ۱۶ ساله اجرا کردند. در این بررسی بین افسردگی دختران و پسران تفاوت معناداری گزارش شد و

1. Asarnow & Carlson

2. Ivarsson, Gillberg, Arvidsson & Broberg

3. Achenbach's Behavioral Problems-Youth Self-report Scale (YSR)

4. Fundudis

دختران نمره بالایی در این مقیاس نسبت به پسران کسب کردند. همچنین پایایی دونیمه سازی آزمون ۰/۸۲ و پایایی کل آزمون با فرمول اسپرمن-بروان ۰/۹۲ گزارش شد. در مطالعه دیگر، مقیاس خودسنجی افسردگی بر روی ۵۲۴ نمونه نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله دبیرستانی در سوئد توسط ایوارسون و گیلبرگ (۱۹۹۷) اجرا شد، اعتبار درونی مقیاس با ضریب آلفا ۰/۸۸ برآورد شد و در بررسی روایی سازه از مقایسه نمرات به دست آمده از گروه دختران و پسران استفاده شد.

در بررسی که توسط کازدین، رودگرز و کولباس^۱ (۱۹۸۹) در رابطه با ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودسنجی افسردگی انجام داد، نشان داد که مقیاس خودسنجی کودکان با مقیاس ناامیدی کودکان دارای روایی همگرا^۲ است. همچنین کاشانی، رید و روزنبرگ^۳ (۱۹۸۹) مقیاس خودسنجی کودکان را برای گروه‌های سنی مختلف اجرا کردند. در این مطالعه نشان داده شد که آیت‌های مقیاس افسردگی کودکان با علائم افسردگی^۴ که تعریفی بالینی از علائم افسردگی است، مطابقت دارد. بنابراین با توجه به ضرورت تشخیص افسردگی در کودکان و نوجوانان و همچنین با هدف گسترش ابزارهای اندازه‌گیری در حوزه نوجوانان و نیز به دلیل عدم اعتبارسنجی این مقیاس در جامعه ایرانی، هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودسنجی افسردگی در نمونه‌ای از جمعیت نوجوانان ایرانی است.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان مقطع دبیرستان (دوره اول و دوم) مدارس دولتی شهرستان قدس استان تهران در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. از جامعه آماری فوق تعداد ۷۹۷ نفر، شامل ۳۹۶ نفر پسر

1. Kazdin, Rodgers & Colbus

2. Convergent validity

3. Reid & Rosenberg

4. Depressive-Disorder (DD)

و ۴۰۱ نفر دختر با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابتدا از بین مدارس شهرستان قدس ۴ آموزشگاه پسرانه و ۴ آموزشگاه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، از هر کلاس موجود در آموزشگاه، ۱۰ نفر نیز به صورت تصادفی منظم از لیست دانش‌آموزی جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. البته در ابتدا هماهنگی‌های لازم برای کسب مجوز لازم برای پخش پرسشنامه در مدارس از آموزش و پرورش شهرستان قدس اقدامات لازم صورت گرفته بود و سپس پرسشنامه‌ها بین دانش‌آموزان پخش شد. نمونه پژوهش از ۲۸ درصد فارسی‌زبان، ۳۴ درصد آذری‌زبان، ۹ درصد کردی‌زبان، ۹ درصد لری و ۲۰ درصد سایر قومیت‌ها تشکیل شد. در ضمن نزدیک ۸۰ درصد دانش‌آموزان جز خانواده‌های دو فرزندی و سه فرزندی بودند. داده‌ها به دست آمده از پژوهش نیز با نرم‌افزارهای SPSS21 و لیزرل نسخه ۸/۸ با روش‌های تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفتند.

روش اجرا

با توجه به این‌که اصل پرسش‌نامه به زبان انگلیسی بود، گویه‌های این پرسش‌نامه توسط دو متخصص زبان انگلیسی، دو متخصص روان‌شناس به زبان فارسی ترجمه شدند و سپس ترجمه‌ها توسط ۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی مورد تصحیح و تأیید قرار گرفتند. در مرحله اول، این مقیاس به صورت مقدماتی روی ۳۰ دانش‌آموز برای قابل فهم بودن سؤالات، اشکالات احتمالی و ضرایب پایایی مورد اجرا قرار گرفت و پس از بررسی، اصلاحات لازم جهت قابل درک بودن گویه‌ها انجام گرفت که در نهایت برای اجرا روی گروه اصلی آماده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده است و هر ماده این پرسشنامه، نمره‌های بین ۰ تا ۳ را شامل می‌شود. هریک از

مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. کاپسی، یواس الی، تورکپار، کاریگلن^۱ (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴ گزارش کردند. در ایران گودرزی (۱۳۸۱) از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب تصنیف (بر اساس سؤال‌های زوج و فرد) ۰/۷۰ برآورد کرده است و روایی این پرسشنامه را با استفاده از نسخه ۱۳ سؤالی افسردگی و مقیاس نومیدی بک رضایت‌بخش گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی کودکان^۲: پرسشنامه خودگزارش دهی افسردگی کودکان به وسیله کواکس^۳ و بک (۱۹۷۷) برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷-۱۷ سال ساخته شده است. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس خلق منفی^۴، مشکلات بین فردی^۵، ناکارآمدی^۶، بی‌لذتی^۷ و عزت‌نفس منفی^۸ می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۷ سؤال که هر سؤال شامل سه جمله است و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی و توانایی در تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده است. آزمودنی یکی از سه جمله که بیانگر احساسات و افکار او در طول دو هفته گذشته است را انتخاب می‌کند. سؤالات از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره صفر نشان‌دهنده فقدان نشانه، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه آشکار است. محققان بسیاری ضریب پایایی از طریق همسانی درونی پرسشنامه افسردگی کودکان را ۰/۸۰ و بالاتر گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی (۱۳۸۸) در بین ۴۰۷ دانش‌آموز اعتباریابی شده که نتایج ضریب بازآزمایی و همسانی

-
1. Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan
 2. Children's Depression Inventory (CDI)
 3. Kovacs
 4. Negative mood
 5. Interpersonal problems
 6. Ineffectiveness
 7. Anhedonia
 8. Negative self-esteem

درونی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با $0/82$ و $0/83$ به دست آمد. هم‌چنین همبستگی بین پرسشنامه افسردگی کودکان و پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب برابر با $0/79$ و $0/87$ محاسبه شد؛ که بیانگر روایی هم‌گرای پرسشنامه افسردگی کودکان است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر مقدار ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/78$ به دست آمد.

مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان^۱: مقیاس خودسنجی افسردگی

برای کودکان، توسط بیرلسون در سال ۱۹۸۱ برای ارزیابی میزان افسردگی متوسط تا شدید کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۴ ساله ساخته شده است. در اجرای این مقیاس از آزمودنی خواسته می‌شود تا به سؤالات با توجه به حالات یک هفته گذشته، از بین گزینه‌های "بیشتر اوقات"، "گاهی اوقات" و "هرگز" یکی را انتخاب کند و نمره‌گذاری آن به ترتیب «۲»، «۱» و «۰» می‌باشد. این پرسشنامه ۱۸ سؤالی توسط سازنده‌اش پس از تحلیل عاملی اکتشافی در سه عامل و ۱۵ سؤال مشخص شد. در این پرسشنامه ۱۵ سؤالی، سؤالات ۱، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه اگر آزمودنی نمره بالایی کسب کند نشان‌دهنده افسردگی بالا در آزمودنی است (بیرلسون، هادسون و وولف، ۱۹۸۷).

پرسشنامه خودکارآمدی^۳: این پرسشنامه ۲۳ ماده‌ای توسط موریس^۴ (۲۰۰۱) برای ارزیابی خودکارآمدی کودکان و نوجوانان در چهار حیطه اجتماعی، تحصیلی، هیجانی و کلی تهیه شده است. این پرسشنامه ابزار مناسبی برای سنجش خودکارآمدی کودکان و نوجوانان است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ آن در نسخه اصلی $0/86$ گزارش شده است. موریس (۲۰۰۱) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل اجتماعی، تحصیلی و هیجانی را مشخص کرد و مقدار ضریب آلفای کرونباخ این سه عامل را به ترتیب $0/70$ ، $0/78$

1. Depression Self-Rating Scale For Children (DSRSC)

2. Hudson, Buchanan & Wolff

3. questionnaire for measuring self-efficacy

4. Muris

۰/۸۷ به دست آورد. در ایران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس توسط حبیبی، طهماسیان و وردر^۱ (۲۰۱۴) مورد بررسی قرار گرفت. روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی تأییدی و روایی همگرایی آن با پرسشنامه سیاهه افسردگی کودکان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل اجتماعی ۰/۷۳، عامل تحصیلی ۰/۸۲، عامل هیجانی ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آوردند. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه شناخت‌های فاجعه‌آمیز^۲: این پرسش‌نامه دارای سه زیر مقیاس شامل عاطفی، جسمانی و ذهنی است و دارای ۲۱ گویه است که در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از بی‌خطر (۱) تا بی‌نهایت خطرناک (۵) نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این آزمون در ایران توسط کلاتری، حبیبی، مختارنیا و نیتی (۱۳۹۴) مورد بررسی قرار گرفته است؛ نتایج حاصل از بررسی همسانی درونی مقیاس شناخت‌های فاجعه‌آمیز با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب در خرده مقیاس‌های عاطفی، جسمانی و ذهنی برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱ گزارش کردند، این یافته مؤید این مطلب است که این ابزار دارای همسانی درونی مناسب است. ضریب پایایی باز آزمایی کلی آزمون ۰/۷۱ و در خرده مقیاس‌های عاطفی، جسمانی و ذهنی در فاصله‌ی دوهفته‌ای به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۸ و ۰/۷۰ به دست آوردند که نشان‌دهنده‌ی ضریب باز آزمایی مطلوب و رضایت‌بخش این مقیاس است. این نتایج با یافته‌های پژوهش خاواجا و اوی^۳ (۱۹۹۲) که ضریب پایایی این ابزار را ۰/۸۹ برای خرده مقیاس شناختی، ۰/۸۵ برای خرده مقیاس جسمانی و ۰/۸۳ برای خرده مقیاس روانی به دست آورده‌اند نزدیک بوده و بیان‌گر رضایت‌بخشی پایایی و همسانی درونی مناسب این ابزار است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

1. Wreder

2. catastrophic cognition questionnaire

3. Khawaja & Oei

برای مستند ساختن مدل سه عاملی شناسایی شده بیلسون (۱۹۸۷) و بررسی ساختار عاملی مقیاس خودسنجی افسردگی به عنوان روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی^۱ استفاده شد. تحلیل عاملی تأییدی مانند هر روش آماری، دارای شماری از مفروضه‌هاست که باید صادق بوده تا نسبت به نتایج آن اطمینان شود (هومن، ۱۳۹۰)، بنابراین قبل از بررسی چگونگی برآزش مدل اندازه‌گیری، پیش‌فرض‌های (۱) دارا بودن حجم منطقی نمونه، (۲) نرمال بودن توزیع متغیرها (۳) مدلی بیش‌ازحد مشخص شده^۲، (۴) فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری و متغیر مشاهده شده چندگانه (داشتن حداقل ۲ متغیر مشاهده شده برای هر متغیر نهفته)، بررسی می‌شود. در پژوهش حاضر، تمامی مفروضه‌ها مورد بررسی و رعایت آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. برای تحلیل عاملی تأییدی از روش برآورد بیشینه احتمال^۳ با استفاده از نرم‌افزار LISREL8.8 (جورساک و سوربون^۴، ۲۰۰۵) استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مقیاس پژوهش حاضر بر اساس مدل بیرلسون در جدول زیر گزارش شد:

میانگین	انحراف معیار	داری	آزمون معنی-	خطای معیار	عامل‌ها همراه بار عاملی		
					یک	دو	سه
۰/۵۷	۰/۶۴	۶/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۸			

شکم درد دارم

1. Confirmatory Factor Analysis

2. over identified model

3. Maximum Likelihood

4. Jöreskog & Sörbom

۰/۳۱	۰/۰۳	۹/۹۰	۰/۶۲	۰/۵۲	از خوردن غذا لذت می‌برم
۰/۳۱	۰/۰۳	۹/۱۵	۰/۷۰	۰/۶۹	به راحتی خوشحال می‌شوم
۰/۴۶	۰/۰۲	۱۵/۹۹	۰/۸	۰/۸۵	احساس می‌کنم که گریه کردن را دوست دارم
۰/۳۸	۰/۰۳	۱۵/۲۴	۰/۶۹	۰/۳۹	دوست دارم فرار کنم
۰/۲۵	۰/۰۳	۹/۳۴	۰/۶۷	۰/۷۵	خواب‌های بد می‌بینم.
۰/۵۹	۰/۰۳	۲۱/۹۳	۰/۷۸	۰/۸۲	خیلی احساس تنهایی می‌کنم.
۰/۵۳	۰/۰۳	۲۰/۵۵	۰/۷۳	۰/۱	احساس می‌کنم خیلی بی‌حوصله‌ام.
۴۲	۰/۰۳	۱۶/۱۸	۰/۷۵	۰/۸۶	خیلی احساس ناراحتی می‌کنم و به سختی می‌توانم آن را تحمل کنم.
۰/۲۳	۰/۰۳	۷/۵۶	۰/۷۱	۰/۹۱	انتظار من از چیزها به همان صورت است که قبلاً بوده است.
۰/۱۸	۰/۰۴	۲/۳۳	۰/۸۱	۰/۹۸	دوست دارم برای بازی کردن به بیرون بروم.
۰/۳۰	۰/۰۳	۱۰/۸۳	۰/۶۶	۰/۵۸	انرژی زیادی دارم
۰/۳۰	۰/۰۲	۱۲/۳۴	۰/۵۷	۰/۵۸	کارهایم را خوب انجام می‌دهم
۰/۴۲	۰/۰۳	۱۴/۱۹	۰/۷۰	۰/۸۱	به همان اندازه از انجام کارها لذت می‌برم که قبلاً هم می‌بردم

همان‌گونه که در جدول ۱ گزارش شده است تمامی گویه‌ها در جایی که بر اساس مدل بیرلیسون مشخص شده بودند؛ قرار گرفتند و فقط گویه دوم مربوط به عامل اول به

علت کم بودن بار عاملی حذف شد. شاخص‌های برازش مدل بیرلسون در جدول ۲ گزارش شده است که در قسمت بعدی، این مدل مورد ارزیابی قرار گرفت.

جدول ۲. شاخص‌های مطلق، نسبی و ایجازی برازش مدل

SRMR ^۱	RMSEA ^۲	NNFI	CFI ^۳	AGFI ^۴	GFI ^۵	Df
۰/۰۳۵	۰/۰۳۶	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۸	۷۰

در جدول ۲ مقدار مجذور کای ۱۴۱/۶۷ به دست آمد که در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است، این شاخص به‌تنهایی با حجم نمونه بالا شاخص تفسیر مناسبی نیست؛ بنابراین با در نظر گرفتن نسبت مجذور کای دو به دو به درجه آزادی تفسیر می‌شود که در پژوهش حاضر این مقدار شاخص ۲/۰۲ به دست آمد، در تفسیر این شاخص اگر نسبت مجذور کای دو به دو به درجه آزادی کمتر از ۳ باشد مدل مناسب فرض می‌شود، بدین صورت مدل دارای برازش مطلوب است؛ همچنین مقدار شاخص ریشه دوم میانگین مجذورات باقی‌مانده کمتر از ۰/۰۸ به دست آمد ($RMSEA=۰/۰۳۶$)، این شاخص متوسط باقیمانده‌های بین کوواریانس/همبستگی مشاهده شده از نمونه و مدل مورد انتظار برآورده شده برای جامعه را نشان می‌دهد. همچنین مقدار ریشه دوم میانگین مجذورات باقیمانده استاندارد شده هرچقدر به صفر نزدیک باشد به همان مقدار مدل برازش بهتری دارد ولی مقدار کمتر از ۰/۰۸ را به‌عنوان برازش قابل قبول در نظر می‌گیرند، در پژوهش حاضر مقدار این شاخص ۰/۰۳۵ به دست آمد. مقدار شاخص نیکویی برازش مدل اول ۰/۹۸ گزارش شد؛ در بررسی شاخص برازش تطبیقی مدل، مقدار این شاخص بالاتر از ۰/۹۰ است که نشان‌دهنده برازش قابل قبول بین مدل و داده‌ها است (میرز، گامست و گارینو^۶،

1. Goodness of Fit

2. Adjusted Goodness of Fit

3. Comparative Fit Index

4. Root Mean Square Error of Approximation

5. Standardized Root Mean Square Residual

6. Meyers, Gamst & Guarino

۲۰۰۶)، در بررسی مقدار ۰/۹۷ به دست آمده از شاخص برازش هنجار نشده مدل که بالاتر از مقدار تعیین شده ۰/۹۰ است، در نتیجه نتایج این شاخص نشان می‌دهد که مدل نیاز به اصلاح ندارد و مدل قابل قبول است. به طور کلی با توجه به این که شاخص‌های برازش نشان دهنده مطلوب بودن مدل است، بنابراین مدل سه عاملی بیرلسون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

به‌منظور بررسی روایی همزمان ملاک^۱، همگرا و واگرایی^۲ آزمون، همبستگی آن با پرسشنامه خودکارآمدی، پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس شناخت‌های فاجعه‌بار، محاسبه و نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است:

جدول ۳: ضرایب همبستگی عامل‌های مقیاس خودسنجی کودکان با سایر مقیاس‌های پژوهش

عامل‌های مقیاس خودسنجی کودکان				
عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	نمره کل	
۰/۴۲**	۰/۶۹**	۰/۴۷**	۰/۷۲**	مقیاس افسردگی کودکان
۰/۴۳**	۰/۶۷**	۰/۵۰**	۰/۸۳**	مقیاس افسردگی بک
۰/۰۲	۰/۱۱**	۰/۱۵**	۰/۱۴**	مقیاس فاجعه‌آمیزی شناختی
-۰/۲۸**	-۰/۴۴**	-۰/۴۵**	-۰/۵۳**	مقیاس خودکارآمدی تحصیلی
				نوجوانان

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان با افسردگی کودکان و افسردگی بک همبستگی مثبت بالایی وجود دارد. همچنین مقادیر به دست آمده از بررسی روایی ملاک^۳ مقیاس افسردگی خودسنجی کودکان و نوجوانان با مقیاس خودکارآمدی تحصیلی نوجوانان نشان می‌دهد که ضرایب

1. Concurrent validity

2. Divergent validity

3. Criterion validity

همبستگی در تمامی متغیرها در نمونه ای از ۷۸۳ نفر در سطح $0/0001$ معنادار است و جهت رابطه منفی است.

برای بررسی پایای مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بازآزمایی استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی عامل‌های خودسنجی افسردگی کودکان و

نوجوانان

عامل	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب بازآزمایی
عامل اول	۰/۳۹	۰/۷۰
عامل دوم	۰/۷۶	۰/۷۹
عامل سوم	۰/۵۱	۰/۶۵
کل	۰/۷۷	۰/۷۵

طبق مندرجات جدول ۳، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان در نمونه ۷۹۴ نفری $0/77$ و ضریب بازآزمایی به مدت ده روز در نمونه ۵۰ نفری $0/75$ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن اهمیت و ضرورت توجه به افسردگی و تشخیص آن در دوران نوجوانی و همچنین نیاز جامعه پژوهشی به ابزارهای سنجش افسردگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان انجام شد.

طبق نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، می‌توان بیان کرد که ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی کل مقیاس خودسنجی افسردگی در حد رضایت‌بخش است. در ارتباط با ضریب همسانی درونی عامل اول و سوم، مقادیر ضریب آلفای کرونباخ

کمتر از ۰/۷ به دست آمد. ولی چون ضریب آلفای کرونباخ تحت تأثیر تعداد سؤال‌هاست (پاشا شریفی، ۱۳۹۱) در این شرایط کارمینز و زلر^۱ (۱۹۷۹) مقدار آلفا کرونباخ مطلوب را در عامل‌های سه گویه‌ای که همبستگی بین آن‌ها به طور میانگین ۰/۲ باشد در عامل‌های ۳ گویه‌ای ۰/۳۳ و در چهار گویه‌ای ۰/۵۰ پیشنهاد می‌کند؛ بنابراین عامل‌های اول و سوم از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است، همچنین علاوه بر این، زمانی که تعداد گویه‌های یک عامل کم باشد از روش محاسبه ضریب همبستگی بین عبارات برای در نظر گرفتن همسانی درونی قابل قبول، استفاده می‌کنند و اگر میانگین همبستگی بین عبارات یک مقیاس بین ۰/۲۰ و ۰/۴۰ باشد، می‌توان آن مقیاس را دارای ضریب همسانی درونی مطلوب دانست (نانلی و برنستین^۲، ۱۹۹۴)؛ مقادیر به دست آمده از همبستگی بین گویه‌های عامل‌های اول و سوم پژوهش حاضر دارای چنین ویژگی‌هایی بودند؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که عامل اول و سوم از همسانی درونی قابل قبولی برخوردارند. همچنین نتایج به دست آمده از ضریب باز آزمایی در طول ده روز نشان داد که این مقیاس دارای ویژگی ثبات در طول زمان است. این یافته‌ها با یافته‌های به دست آمده در پژوهش‌های بیرلسون و همکاران (۱۹۸۷)، آسارنو و کارلسون (۱۹۸۵)، کازدین و همکاران (۱۹۸۹)، فاندویس و همکاران (۱۹۹۱) و ایوارسون و همکاران (۲۰۰۲) همسو است.

به منظور تأیید ساختار عامل‌های به دست آمده از مدل بیرلسون (۱۹۸۷) و نیز بررسی روایی سازه مقیاس خودسنجی افسردگی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی این مقیاس نشان داد که مدل سه عاملی بیرلسون (۱۹۸۷) از برآزش مناسبی برخوردار است. همچنین همه گویه‌های مقیاس به جز گویه دوم، دارای بار عاملی قابل قبولی بودند و همه گویه‌ها از بار عاملی قابل ملاحظه‌ای در جایی که پیش‌بینی شده بودند، برخوردار بودند. گویه دوم نیز به دلیل بار عاملی پایین حذف شد. گویه‌های مربوط به عامل دوم، همان گویه‌هایی بودند که در پژوهش بیرلسون (۱۹۸۷)

1. Carmines & Zeller

2. Nunnally & Bernstein

به عنوان عامل ملالت نام‌گذاری شده بودند. در تحقیق بیرلسون (۱۹۸۷) این عامل، مهم‌ترین عامل در غربال کردن نوجوان افسرده بود و تنها عاملی بود که در این تحقیق نام‌گذاری شده بود. در پژوهش حاضر نیز هیچ گویه‌ای از این عامل در جریان تحلیل عاملی تأییدی حذف نشد، بنابراین این عامل را با توجه به پژوهش بیرلسون (۱۹۸۷) به اسم ملالت نام‌گذاری شد. عامل سوم به کارآمدی فرد در زندگی روزمره اشاره دارد؛ بنابراین بر اساس ادبیات نظری این عامل به نام عملکرد مثبت نام‌گذاری شد (نیرنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). عامل اول نیز به عاطفه مثبت و درد جسمی اشاره دارد که سایر نشانه‌های کلی افسردگی را در نظر می‌گیرند (رحیمی، ۱۳۹۲)؛ در نتیجه این عامل به عامل سایر نشانه‌های افسردگی نام‌گذاری می‌شود.

در قسمت بعدی یافته‌ها، روایی همگرایی مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان با پرسشنامه‌های خود مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور از پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و افسردگی بک استفاده شد. نتایج نشان دادند که نمره کل پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و افسردگی بک با نمره کل مقیاس خودسنجی افسردگی و عامل‌های این مقیاس رابطه مثبت معناداری دارند. در نتیجه مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان واجد روایی همگرا است.

به منظور بررسی روایی واگرایی مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان از مقیاس افکار فاجعه‌بار استفاده شد. روایی واگرا اشاره به این دارد که یک مقیاس با پرسشنامه‌های نامشابه خود همبستگی پایین یا منفی نشان دهد. (مارنات^۲، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر نیز رابطه مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان با پرسشنامه افکار فاجعه‌بار (پرسشنامه نامشابه) کمتر از ۰/۲ به دست آمد؛ بنابراین روایی واگرایی مقیاس پژوهش با مقیاس شناخت‌های فاجعه‌بار تأیید شد.

1. Nierenberg

2. Marnat

همچنین برای بررسی روایی همزمان ملاک مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان از پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی استفاده شد، نتایج نشان داد که مقیاس خودسنجی افسردگی با خودکارآمدی رابطه منفی دارد. طبق دیدگاه پاشا شریفی و شریفی (۱۳۹۱) در بررسی روایی ملاک برای اینکه معلوم شود ضرایب همبستگی تا چه اندازه‌ای با معنا هستند، یک قاعده قطعی وجود ندارد. در عمل به ندرت روایی یک آزمون از ۰/۶۰ بالاتر است؛ بنابراین ضرایب روایی بین ۰/۳۰ و ۰/۴۰ ضرایب نسبتاً بالایی به شمار می‌روند. در پژوهش حاضر نیز مقدار همبستگی مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان با مقیاس خودکارآمدی تحصیلی بیشتر از ۰/۴۰ به دست آمد؛ در این رابطه نیز می‌توان به همسو بودن با پژوهش‌های پیشین همچون پارچاس (۲۰۰۵)، کاپرارا، جربینو، پاسیلو گیونتا و پاستوریلی^۱ (۲۰۱۰) و چانگ، وانگ، لی و لیو^۲ (۲۰۱۱) اشاره کرد. افسردگی توانایی افراد را در مواجهه با موقعیت‌های تحصیلی کاهش می‌دهد و کارکرد تحصیلی دانش آموزان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (بندورا، ۱۹۹۴)؛ بنابراین با توجه به مقادیر به دست آمده از نتایج همبستگی بین افسردگی نوجوانان و خودکارآمدی تحصیلی می‌توان بیان کرد که مقیاس خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان دارای روایی همزمان ملاک است.

به طور کلی به نظر کمپیل و فیسک^۴ (۱۹۵۹) برای این که آزمونی دارای روایی سازه باشد، لازم است هر اندازه که امکان دارد شواهدی در مورد روایی همگرا و روایی افتراقی فراهم شود. همچنین مارنات (۲۰۰۹) اعتقاد دارد که هر اندازه میزان داده‌های پشتیبانی کننده بیشتر باشد، سطح اطمینان نسبت به کاربرد آزمون‌ها بیشتر خواهد بود. در پژوهش حاضر نیز سعی شد در بحث مربوط به بررسی روایی این اصول رعایت شود؛ در نتیجه از انواع روایی در پژوهش حاضر استفاده شد.

1. Caprara, Gerbino, Paciello, Giunta & Pastorelli

2. Chang, Wang & Liu

3. Bandura

4. Campbell & Fiske

در جمع‌بندی نهایی باید بیان کرد که ضرایب پایایی و روایی مناسب این مقیاس، کوتاه بودن، سهولت اجرا و سنجش ابعاد افسردگی، می‌توان این پرسشنامه را برای اهداف پژوهشی و همچنین به کارگیری در روند مشاوره فردی و گروهی در نظر گرفت. این نکته را هم باید در نظر داشت که روان‌سنجی این مقیاس در نمونه نوجوانان ۱۲-۱۸ ساله دانش‌آموز به شکل مقدماتی اجرا شده است و در اجرا و تعمیم در نوجوانان شاغل به کار باید احتیاط شود، همان‌طور که گفته شد این پژوهش در نمونه نوجوانان اجرا شده است، در نتیجه تعمیم آن به دانش‌آموزان ابتدایی باید با احتیاط صورت بگیرد.

تقدیر و تشکر: در انتها لازم می‌دانیم از همکاری کلیه کارکنان مدارس متوسطه شهرستان قدس و دانش‌آموزانی که در تکمیل پرسشنامه‌ها نهایت مساعدت و همکاری را داشته‌اند، تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

- پاشا شریفی، ح.، شریفی، ن. (۱۳۹۱). اصول روانسنجی و روان‌آزمایی. تهران: انتشارات رشد.
- دهشیری، غ.، نجفی، م.، شیخی، م. و حبیبی، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵(۲)، ۱۷۷-۱۵۹.
- رحیمی، ج. (۱۳۹۲). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک نسخه ۲ در دانشجویان ایرانی. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۱(۱۰)، ۱۷۳-۱۸۸.
- کلانتری، ف.، مختارنیا، ا.، حبیبی، م. و نیتی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس شناخت-های فاجعه‌بار (زیرچاپ).
- گودرزی، م. ع. (۱۳۸۱). بررسی روایی و پایایی مقیاس نومییدی بک در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله علوم اجتماعی و انسانی، ۲(۳۶)، ۲۶-۳۹.

Allison, D. B. Newcomer, J. W. Dunn, A. L. Blumenthal, J. A. Fabricatore, A. N. Daumit, G. L. & Alpert, J. E. (2009). Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *American journal of preventive medicine*, 36(4), 341-350.

Asarnow, J. R. & Carlson, G. A. (1985). Depression self-rating scale: Utility with child psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(4), 491.

- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 73-88.
- Birleson, P., Hudson, I., Buchanan, D. G. & Wolff, S. (1987). Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (depression self-rating scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 43-60.
- Brooks, S. J., Krulwicz, S. P. & Kutcher, S. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(3), 337-349.
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin*, 56(2), 81.
- Caprara, G. V., Gerbino, M., Paciello, M., Di Giunta, L. & Pastorelli, C. (2010). Counteracting depression and delinquency in late adolescence: The role of regulatory emotional and interpersonal self-efficacy beliefs. *European Psychologist*, 15(1), 34-48.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment* (Vol. 17). Sage publications.
- Chang, Y., Wang, P. C., Li, H. H. & Liu, Y. C. (2011). Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *Journal of nursing management*, 19(6), 769-776.
- Fundudis, T., Berney, T. P., Kolvin, I., Famuyiwa, O. O., Barrett, L., Bhate, S. & Tyrer, S. P. (1991). Reliability and validity of two self-rating scales in the assessment of childhood depression. *British Journal of Psychiatry*, 159(11), 36-40.
- Grey, M., Whittemore, R. & Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *Journal of psychosomatic research*, 53(4), 907-911.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.
- Habibi, M., Tahmasian, K. & Ferrer-Wreder, L. (2014). Self-efficacy in Persian adolescents: Psychometric properties of a Persian version of the Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C). *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 3(2), 93.
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 401-415.
- Ivarsson, T. & Gillberg, C. (1997). Depressive symptoms in Swedish adolescents: normative data using the Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Journal of affective disorders*, 42(1), 59-68.
- Ivarsson, T., Gillberg, C., Arvidsson, T. & Broberg, A. G. (2002). The Youth Self-Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS) as measures of depression and suicidality among adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 11(1), 31-37.

- Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8.7 for Windows. Lincolnwood, IL URL <http://www.ssicentral.com/lisrel>. 2005.
- Khawaja, N. G., & Oei, T. P. (1992). Development of a catastrophic cognition questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(4), 305-318.
- Kapci, E. G. Uslu, R. Turkcapar, H. & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*, 25(10), E104-E110.
- Kazdin, A. E. Rodgers, A. & Colbus, D. (1986). The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(2), 241.
- Kashani, J. H. Reid, J. C. & Rosenberg, T. K. (1989). Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 496.
- Knapp Sr, K. C. & Griffin, K. (2015). The Efficacy of Service Learning and the Instillation of Hope in Depressed Teens.
- Kovacs, M. & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*, 1-25.
- McClintock, S. M. Husain, M. M. Greer, T. L. & Cullum, C. M. (2010). Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. *Neuropsychology*, 24(1), 9.
- Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation: Sage; 2006.
- Molavi, P. & Karimollahi, M. (2006). Prevalence of depression in Ardabil medical students. *Annals of General Psychiatry*, 5(1), 1-1.
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.
- Nierenberg, A. A. Rapaport, M. H. Schettler, P. J. Howland, R. H. Smith, J. A. Edwards, D. ... & Mischoulon, D. (2010). Deficits in Psychological Well-Being and Quality-of-Life in Minor Depression: Implications for DSM-V. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(4), 208-216.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994) Psychometric theory (3rd ed). New York, NY: McGraw-Hill, Inc.
- Reynolds, W. M. (1988). *Reynolds adolescent depression scale*. John Wiley & Sons, Inc.