

## ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی رادز در دانش آموزان

فاطمه عسگری نژاد<sup>۱</sup>، الهه حامدی نیا<sup>۲</sup>\*

چکیده:

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز با بکارگیری تحلیل عاملی بود. **مواد و روش‌ها:** حجم نمونه ی مورد نظر شامل ۴۰۰ دانش آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان که ۲۰۰ نفر از آن‌ها دختر و ۲۰۰ نفر پسر بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مدارس شهر تهران انتخاب شده بودند. برای محاسبه‌ی روایی همگرا و واگرا همزمان با اجرای مقیاس، از مقیاس‌های افسردگی کودکان و نوجوانان کوتچر، مقیاس خودکارآمدی، مقیاس ناامیدی، مقیاس افسردگی نوجوانان کواکس و پرسشنامه‌ی مشکلات رفتاری ایشنباخ استفاده شد. جهت بررسی ساختار عاملی تأییدی مرتبه اول مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان رینولدز از روش برآورد کم‌ترین مقدار مجذورات وزن‌دار (WLS) و برای ارزیابی کفایت برازش مدل با داده‌ها از شاخص‌های  $\chi^2$ ،  $\chi^2/df$ ،  $GFI$ ،  $AGFI$ ،  $CFI$ ،  $RMSEA$ ،  $RMR$  استفاده گردید. **یافته‌ها:** ساختار عاملی مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. بررسی ضرایب همبستگی نشان داد که مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز با مقیاس‌های افسردگی کوتچر، افسردگی کودکان و ناامیدی کودکان و نوجوانان رابطه مثبت معنی‌دار و با مقیاس خودکارآمدی نوجوانان رابطه منفی معنادار دارد که این رابطه بیانگر روایی همگرا و روایی واگرای این ابزار می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** ساختار عاملی مرتبه اول مقیاس افسردگی نوجوانان رادز برازش بهتری با داده‌های مشاهده شده نشان داد. ساختار عاملی تأییدی، اعتبار و روایی مقیاس افسردگی نوجوانان رادز برای کاربردهای پژوهشی و بالینی در حد قابل قبول می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز، روایی، پایایی

<sup>۱</sup>\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، ایران (نویسنده مسئول) [elahe.hamedi4714@gmail.com](mailto:elahe.hamedi4714@gmail.com)



#### مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییرات فیزیکی و شناختی فراوانی همراه می‌باشد، در برخی مواقع حتی در صورت مهیا بودن شرایط محیطی مناسب گذر از این دوره می‌تواند باعث بوجود آمدن مشکلات روحی و روانی در نوجوانان گردد (راوانا<sup>۱</sup> و مورگان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). از جمله این مشکلات روانی، می‌توان به اختلالات افسردگی اشاره کرد، امروزه اختلالات افسردگی در نوجوانان به یکی از جدی‌ترین مشکلات سلامت روان در بین این گروه تبدیل شده است (برائت<sup>۳</sup>، ولیبرق<sup>۴</sup>، واندویور<sup>۵</sup>، تیوویس<sup>۶</sup> و بوسمانس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ کلارک<sup>۸</sup>، مک‌گلینچی<sup>۹</sup> و هین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵؛ جانستون<sup>۱۱</sup>، رونی<sup>۱۲</sup>، هسن<sup>۱۳</sup> و کین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴؛ فرید<sup>۱۵</sup>، نس<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۵). اتحاد ملی سلامت روان<sup>۱۷</sup> گزارش کرده است، ۱/۵ درصد نوجوانان در زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کنند (کنیون<sup>۱۸</sup>، نپ<sup>۱۹</sup> و گریفین<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۵). رینولدز<sup>۲۱</sup> بیان می‌کند، بر اساس غربال‌های مبتنی بر مدرسه و ابزارهای که برای شناسایی افسردگی نوجوانان بکار می‌رود ۸ تا ۱۸ درصد نوجوانان به این عارضه مبتلا هستند (گوتیرز<sup>۲۲</sup> و عثمان<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۹). در ایران سوکی، شریفی، تقربی، اکبری و مصداقی‌نیا (۲۰۱۰) میزان افسردگی در نوجوانان را ۱۰ تا ۷۰ درصد تخمین زدند. همچنین درباره تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی نوجوانان می‌توان گفت، میزان افسردگی در میان دختران ۱۴ تا ۱۹ سال بسیار بالاتر از پسران می‌باشد، که این میزان از سن ۱۵ سالگی به بعد در دختران ۲ برابر نیز می‌شود (مونهورز<sup>۲۴</sup>، سانتوس<sup>۲۵</sup> و متیجاسویچ<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۵؛ وو<sup>۲۷</sup> و هانگ<sup>۲۸</sup>، ۲۰۱۴).

1. Rawana
2. Morgan
3. Braet
4. Vilerberg
5. Vandevivere
6. Theuwis
7. Bosmans
8. Clarke
9. Glinchey MC
10. Hein
11. Johnstone
12. Rooney
13. Hassan
14. Kane
15. Freid
16. Snes
17. -National Alliance on Mental Health
18. yon ken
19. Knapp
20. Griffin
21. Reynolds
22. P.M Guttierrez
23. -Osman
24. Munh
25. Santo
26. ..Matijasevich
27. -Wu
28. -Huang



عوامل روانشناختی متعددی با افسردگی نوجوانان در ارتباط است. از جمله این عوامل می‌توان به ناامیدی<sup>۱</sup> و خودکارآمدی ضعیف<sup>۲</sup> ضعیف<sup>۳</sup> اشاره کرد. بر اساس مطالعات، ناامیدی نوجوانان رابطه بسیار قوی با نشانگان افسردگی در آنان دارد (خلقی، ۱۳۹۳). براساس پیشینه‌ها، به‌طور کلی ناامیدی به صورت داشتن انتظار منفی برای حال و آینده خود (مثل شکست) یا فقدان انتظار مثبت درباره آینده خود تعریف می‌شود (کیلی<sup>۳</sup>، رایت<sup>۴</sup> و کاندیت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). که این در بیشتر مواقع می‌تواند زمینه ساز افسردگی در نوجوانان شود (آبالا<sup>۶</sup>، ساکلاروپولو<sup>۷</sup> و تاکسیل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ ویر<sup>۹</sup> و جوس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸). در واقع این‌طور می‌توان گفته که، به مرور زمان زمان نوجوانانی که دید خوبی نسبت به زندگی ندارند و دنیا و مسائل را با ناامیدی می‌بینند، به مراتب نیز نشانگان افسردگی بیشتری را در خود پرورش می‌دهند (خلقی، ۱۳۹۳).

از دیگر عواملی که با افسردگی ارتباط دارد، خودکارآمدی است که عنصری مهم در سلامت روحی و روانی نوجوانان می‌باشد (پاسل<sup>۱۱</sup>، بالداس<sup>۱۲</sup>، هورن<sup>۱۳</sup>، گروئن<sup>۱۴</sup> و هاتزینگر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵). خودکارآمدی به عنوان باور به قابلیت‌های فردی برای انجام وظایف خاص تعریف می‌شود (شم‌دیت<sup>۱۶</sup> و دشون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰؛ ونزوندت<sup>۱۸</sup>، فرگوسن<sup>۱۹</sup>، شیفمن<sup>۲۰</sup> و اینگلس<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۰). نوجوانانی که اعتقاد دارند توانایی کنترل زندگی خودشان و پیامدهای ناشی از حوادث را ندارند، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (خلقی، حبیبی، مختارنیا و میرزایی‌فر، ۱۳۹۴). در مقابل نوجوانانی که به قابلیت‌های خود اطمینان دارند، در مواجهه با چالش‌ها خود را نخواهند باخت و می‌تواند به راحتی از عهده مشکلات برآید (حبیبی، طهماسیان و فرر وردر<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۴).

بنابر همه‌ی مواردی که در بالا ذکر شد، افسردگی یکی از مشکلات اصلی سلامت روان نوجوانان به شمار می‌رود و به همین خاطر باید ابزارهای کابردی دقیق برای سنجش افسردگی در هر مقطع سنی ساخته شود. از جمله‌ی این ابزارها می‌توان به مقیاس سنجش افسردگی بک<sup>۲۳</sup>، کواکس<sup>۱</sup>، مقیاس سنجش افسردگی نوجوانان کوچر<sup>۲</sup> و غیره اشاره کرد. این ابزارها توانایی تشخیص

1. Hoplessness
2. Self-efficacy
3. keeley
4. Wright
5. Condit
6. Abela
7. Sakellaropoulo
8. Taxel
9. Weir
10. Jose
11. Possel
12. Baldas
13. Horn
14. Groen
15. Hautzinger
16. Schmdit.
17. Deshon
18. Van Zundert
19. Ferguson
20. Shiffman
21. Engels
22. Ferrer-Wreder
23. Beck



افسردگی را به خوبی دارند و از ابزارهای کارآمد با پایایی بالا بشمار می‌روند. ولی با این وجود هر ابزار به فراخور نقاط قوتی که دارد دارای یکسری محدودیت‌ها نیز می‌باشد. یکی دیگر از این ابزارهای مفید که شدت نشانگان افسردگی را در نوجوانان می‌سنجد و در این مطالعه به بررسی آن پرداخته شده است، ابزار سنجش افسردگی رادز<sup>۳</sup> می‌باشد که توسط ویلیام رینولدز در سال ۱۹۸۷ ساخته شده است. رادز ابزار بالینی سودمندی است که تنها برای نوجوانان افسرده کاربرد ندارد، بلکه از آن برای سنجش نشانگان افسردگی نوجوانان غیرافسرده نیز می‌توان استفاده کرد. مقیاس رینولدز، یک مقیاس ۳۰ سوالی خود گزارشی است که شامل ۴ زیرمقیاس (بی‌قراری<sup>۴</sup> (۸ آیتم)، عدم لذت/عاطفه منفی<sup>۵</sup> (۷ آیتم)، ارزیابی منفی از خود<sup>۶</sup> (۸ آیتم) و شکایات جسمانی<sup>۷</sup> (۷ آیتم)) است (رینولدز، ۱۹۸۷). در این پرسشنامه نوجوانان بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (تقریباً، هرگز، به ندرت، گاهی اوقات یا بیشتر اوقات) به سوالات ارائه شده پاسخ می‌دهند. نمره کلی پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۲۰ می‌باشد، که نمره بالای ۶۰ نشان دهنده این است که نوجوان باید مورد ارزیابی بالینی قرار بگیرند، اما نمره بالاتر از ۷۷ نشان‌دهنده‌ی این است که به احتمال بسیار زیاد فرد در معرض افسردگی قرار دارد (رینولدز، ۱۹۸۷). رینولدز معتقد بود این ابزار را برای کودکان زیر ۱۱ سال هم می‌توان بکار برد (کرفتز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸). اما کاربرد اصلی آن روی همان دامنه سنی ۱۱ تا ۲۰ ساله می‌باشد. رینولدز و همکاران در ساخت این ابزار اندازه‌گیری، آن را تنها محدود به نشانگان افسردگی مطرح شده در DSM نکردند، بلکه از مفاهیمی مانند نگرانی در مورد مدرسه و احساس دوست داشته شدن نیز در این مقیاس بهره بردند (کرفتز، ۲۰۰۲).

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، این مقیاس روایی و پایایی خوبی را نشان داده است. رینولدز اعتبار این ابزار را بوسیله مقایسه دو گروه نوجوانان بالینی و مدرسه‌ای انجام داد که تعداد نمونه در هر گروه حدود ۱۰۷ بودند. (گروه اول تشخیص افسردگی گرفته بودند) نمره T کلی افسردگی برای گروه بالینی ۷۰/۳۸ و برای گروه عادی ۵۱/۷۵ بدست آمد که نشان دهنده توانایی بالای این ابزار برای تشخیص گروه افسرده از غیرافسرده می‌باشد. همچنین این ابزار با ابزارهایی که نشانگان بالینی نظیر استرس پس از آسیب<sup>۹</sup> (۰/۷۸) اختلال اضطراب تعمیم یافته<sup>۱۰</sup> (۰/۷۲) و هراس اجتماعی<sup>۱۱</sup> (۰/۶۴) اندازه‌گیری می‌کنند همبستگی خوبی نشان داد (رینولدز، ۱۹۹۸). که نشان از روایی همگرای پرسشنامه است.

در تحقیقی که توسط والکر<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) صورت گرفت، ضریب آلفای نمره کل این پرسشنامه در حدود ۰/۸۰ گزارش شد. در تحقیق دیگری که توسط گوتیرز و عثمان (۲۰۰۹) صورت گرفت نتایج نشان داد، همسانی درونی برای نمره افسردگی کلی در نمونه غیر بستری ۰/۹۳ و برای گروه بستری در حدود ۰/۹۴ درصد است. همچنین در این مطالعه همبستگی نمره کلی مقیاس‌ها ۰/۵۳ بر آورد شد. اعتبار این تست برای خرده مقیاس‌ها نیز در حدود ۰/۵۴ تا ۰/۷۹ برآورد شد.

1. Covacs

2. Kutcher Depression Scale

3. RADS Depression Scale

4. Dysphoric Mood

5. Anhedonia /Negative Effect

6. Negative Self-Evaluation

7. Somatic Complaints

8. Krefetz

9. Post-traumatic Stress Disorder

10. Generalized Anxiety Disorder

11. Social Phobia

12. Walker



در مجموع با توجه به مطالعات پرسشنامه افسردگی رادز نوجوان یک مقیاس معتبر در جهان برای ارزیابی افسردگی نوجوانان می‌باشد. در ایران ابزارهای متنوعی برای سنجش افسردگی نوجوانان روانسجی شده‌اند ولی با توجه به گستردگی پژوهش‌ها و زیاد بودن انواع نشانگان افسردگی، باید پرسشنامه‌های گوناگون را در اختیار پژوهشگران و درمانگران قرار داد تا بتوانند با استفاده از هرکدام از آن‌ها به اهداف خاص و مورد نظر خود دست یابند. لذا در پژوهش حاضر به بررسی ویژگی‌های روانسجی پرسشنامه افسردگی کوتچر پرداختیم.

### روش

جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان ۱۹-۱۱ ساله مقطع راهنمایی و دبیرستان مدارس دولتی شهر تهران در سال ۹۴-۱۳۹۳ تحصیلی بود. از جامعه آماری فوق از مجموع ۴۰۰ نفر، ۲۰۰ نفر پسر و ۲۰۰ نفر دختر با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. ابتدا هماهنگی‌های لازم با آموزش پرورش، مدرسه و مدیر و معاونان مدارس انجام شد، در مرحله بعد پرسشنامه‌ها در ۲ منطقه تهران در ۴ مدرسه (۲ مدرسه راهنمایی، ۲ مدرسه دبیرستان) پخش شد، از هرکدام از مدارس، ۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه انتخاب شد. لازم به ذکر است که دانش‌آموزانی که در رده سنی مورد نظر پژوهش نبودند، تمایل به شرکت در پژوهش را نداشتند و از اختلالات خاصی رنج می‌بردند از پژوهش خارج شدند. ۵۰ درصد نوجوانان دارای جنسیت پسر و ۵۰ دارای جنسیت دختر بودند، در نهایت پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از دانش‌آموزان، به بررسی داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل عاملی تاییدی پرداخته شد، و تجزیه تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار LISREL 8.80 انجام و با روش تحلیل مسیر تفسیر گردید.

### ابزارهای پژوهش:

۱- **مقیاس افسردگی کوتچر<sup>۱</sup>**: این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط کوتچر، پس از اجرا بر روی ۱۷۷۱۲ دانش آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان ساخته شد. این ابزار برای سنجش میزان نشانگان شدت افسردگی در نوجوانان بکار می‌رود. نوعی ابزار خودگزارشی است که دارای ۱۱ ماده می‌باشد و آزمودنی باید هر عبارت را طبق حالات روحی ای که در یک هفته ی اخیر تجربه کرده به سوالات به صورت ۴ گزینه‌ای لیکرت پاسخ دهد. نمره گذاری در این مقیاس مستقیم است و نمره آزمودنی می‌تواند بین ۰ تا ۳۳ متغیر باشد. همچنین آزمون دارای دو خرده آزمون (افسردگی اساسی، عامل خودکشی) می‌باشد. (بروکز، ۲۰۰۴). در مورد فارسی پرسشنامه، حبیبی، حامدی‌نیا، عسگری‌نژاد و خلقی (۱۳۹۴) این پرسشنامه را بر روی نوجوانان ایرانی روانسجی کردند و نتایج نشان دهنده تایید تحلیل عاملی پرسشنامه بود، در این پژوهش آلفای کرونباخ نمره کل و زیرمقیاس‌های افسردگی اساسی و عامل خودکشی (به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۲) قابل قبول گزارش شد، همچنین این پرسشنامه با پرسشنامه‌های همراه (افسردگی کودکان، مقیاس ناامیدی و پرسشنامه خودکارآمدی) روایی همگرا و واگرا نشان داد.

۲- **پرسشنامه افسردگی کودکان<sup>۲</sup> (CDI)**: به‌منظور توصیف نشانگان افسردگی نوجوانان از پرسشنامه افسردگی کودکان (کواکس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲) استفاده شد. که یک ابزار خودگزارشی ۲۷ سؤالی است. این سؤالات که بر روی طیف ۳ درجه‌ای صفر (گاهی اوقات) یک (بیشتر اوقات) و دو (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. افسردگی را در پنج خرده مقیاس (خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی) مورد ارزیابی قرار می‌دهند. همچنین نمرات بالا نشانه افسردگی بیشتر است. بررسی ویژگی-

<sup>1</sup> Kutcher adolescents depression scale

<sup>2</sup> children depression inventory

<sup>3</sup> -Kavacs

های روان سنجی پرسشنامه نشان داده است که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی (ضریب هر سؤال با نمره کل در دامنه ۰/۲۷ تا ۰/۶۰ بود) و اعتبار بازآزمایی (۰/۷۰) برخوردار است. در این پژوهش از نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی کودکان استفاده شد که مطالعه صورت گرفته بر روی آن، همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود) و اعتبار بازآزمایی (۰/۸۲ بود) مناسب این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده است (دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی، ۱۳۸۸).

**۳- پرسشنامه خود اثر مندی کودکان و نوجوانان<sup>۱</sup> (SEQ-C):** این پرسشنامه توسط موریس<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) طراحی شده است، یک ابزار خودگزارشی ۲۳ سوالی می باشد که میزان خودکارآمدی را در دو خرده مقیاس (خودکارآمدی تحیلی و خودکارآمدی هیجانی) می سنجد. سوالات این مقیاس بر روی طیف لیکرت پنج درجه ای (از ۱ تا ۵) نمره گذاری می شود که نمرات بالا نشان دهنده خودکارآمدی بالا است. نتایج مطالعه موریس (۲۰۰۱) همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ بود)، اعتبار بازآزمایی (ضریب اعتبار برابر با ۰/۷۰ بود) و روایی این مقیاس را مورد تأیید قرار داده است. بررسی ویژگی های نسخه فارسی خودکارآمدی نوجوانان که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت نیز نشان می دهد که این مقیاس روایی قابل قبولی برخوردار است همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴ بود)، اعتبار بازآزمایی (ضریب اعتبار برابر با ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ بود) و قابلیت اجرا در نمونه ایرانی را دارد (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۴).

**۴- مقیاس افسردگی نوجوانان رادز<sup>۳</sup>:** یکی از این ابزارهای مفید که شدت نشانگان افسردگی را در نوجوانان می سنجد رادز می باشد که توسط ویلیام رینولدز در سال ۱۹۸۷ ساخته شد این مقیاس، یک مقیاس ۳۰ آیتمی خود گزارشی کوتاه است که شامل زیر مقیاس هایی است که سطوح موجود نشانگان افسردگی را در میان ۴ بعد اساسی افسردگی از قبیل بی قراری (۸ آیتم)، عدم لذت/عاطفه منفی (۷ آیتم)، ارزیابی منفی از خود (۸ آیتم) و شکایات جسمانی (۷ آیتم) ارزیابی می کند. در مطالعه رینولدز (۲۰۰۲) زیرمقیاس پرسشنامه، همسانی درونی قابل قبولی (۰/۴۲ تا ۰/۷۵) داشت. همچنین در پژوهش گوتیه رز و عثمان (۲۰۰۹) پایایی همسانی درونی برای نمره کل ۰/۹۳ و اعتبار در حدود ۰/۵۴ تا ۰/۷۹ گزارش شد. در پژوهش حاضر با استفاده از داده های همین پژوهش، آلفای کرونباخ در هر کدام از زیرمقیاس های بی قراری، بی لذتی، خودارزیابی منفی، شکایات بدنی و نمره کل به ترتیب، ۰/۷۵، ۰/۹۰، ۰/۷۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ به دست آمد. و همبستگی پرسشنامه با پرسشنامه های ناامیدی کودکان و نوجوانان، افسردگی کودکان، افسردگی کوچر و خودکارآمدی نوجوانان به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۵۳- به دست آمد.

**۵- مقیاس ناامیدی کودکان<sup>۴</sup>:** مقیاس ناامیدی کودکان<sup>۵</sup> (کازدین<sup>۶</sup>، راجرز<sup>۷</sup> و کولبوس<sup>۸</sup>، ۱۹۸۳) در سال ۱۹۸۳ توسط کازدین و همکاران تهیه شد و در سال ۱۹۸۶ مورد بازنگری قرار گرفت. به منظور بررسی روان سنجی، این آزمون بر روی نمونه ای از کودکان ۶ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلالات روانی اجرا شده است. اسپیریتو<sup>۹</sup>، ویلیامز<sup>۱۰</sup>، استارک<sup>۱۱</sup> و هارت<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) نیز این مقیاس

<sup>۱</sup> Self-Efficacy Questionnaire-Children

<sup>۲</sup> -Muris

<sup>۳</sup> Reynolds Adolescent Depression Scale

<sup>۴</sup> Childrens Hopelessness scale

<sup>۵</sup> Childrens Hopelessness scale

<sup>۶</sup> -Kazdin

<sup>۷</sup> -Rodgers

<sup>۸</sup> -Colbus

<sup>۹</sup> -Spirito

<sup>۱۰</sup> -Williams

<sup>۱۱</sup> -Stark



مقیاس را بر روی گروهی از نوجوانانی که مشکل روانی خاصی نداشته‌اند، هنجاریابی کرده‌اند. میزان پایایی حاصل از بازآزمایی مقیاس ناامیدی کودکان در نمونه کودکان مبتلا به اختلالات روانی در فاصله ۶ هفته  $r=0/57$  و در نمونه کودکان بهنجار در فاصله ۱۰ هفته  $r=0/49$  گزارش شده است، که این میزان نشان دهنده ثبات متوسط آزمون است. همچنین آزمون از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است  $\alpha=0/97$  و پایایی حاصل از روش دو نیمه کردن اسپیرمن-براون  $r=0/97$ ، (کازدین و همکاران، ۱۹۸۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط حبیبی، خلقی، عابدی، پروندوار (۱۳۹۳) انجام شده است. نمونه مورد پژوهش شامل ۶۰۳ دانش آموز ۳۰۰ آزمودنی پسر و ۳۰۳ آزمودنی دختر که پایایی و بازآزمایی کل آزمون ناامیدی کودکان و نوجوانان به ترتیب برابر  $0/77$  و  $0/95$  گزارش شد. پرسشنامه ناامیدی در ایران با افسردگی کودکان همبستگی مثبت معنادار و با خودکارآمدی نوجوانان همبستگی منفی معنادار نشان داد.

#### یافته‌ها:

قبل از بررسی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، پیش‌فرض‌هایی شامل: (۱) نرمال بودن توزیع متغیرها، (۲) متغیرهای مشاهده شده چندگانه (داشتن حداقل ۲ متغیر مشاهده شده برای هر متغیر نهفته)، (۳) مدلی بیش از حد مشخص شده، (۴) فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری بررسی شد (هایدوک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷). در پژوهش حاضر، نیز تمام آنها مورد بررسی و رعایت آنها مورد تأیید قرار گرفت.

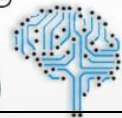
#### مدل اندازه‌گیری

ابتدا برازش آماری مدل اندازه‌گیری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار LISREL مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۱ بارهای عاملی، خطای استاندارد برآورد پارامترها، آزمون  $t$  برای بررسی معنی‌داری پارامترها و ضریب تبیین پارامترها ارائه شده است. از شاخص‌های زیر برای برازش مدل استفاده شد: شاخص مجذور خی ساتورا-بنتلر ( $\chi^2$ )، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی ( $2df/\chi^2$ )، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و باقی‌مانده ریشه مجذور میانگین (RMR).

جدول ۱: نتایج تحلیل عاملی تأییدی سوال‌های مقیاس خودبازداری برای نوجوانان

<sup>1</sup> -Hart

<sup>2</sup> -Hyduk



t. value	بارهای عاملی	سوال دوره ۸، شماره ۱۲، بهار سال ۱۴۰۰	t. value	بارهای عاملی	سوال
۱۸/۹۵	۰/۸۲	۱۶. احساس ناراحتی می‌کنم.	۱۰/۴۴	۰/۶۴	۱. احساس شادی می‌کنم
۱۴/۳۷	۰/۷۷	۱۷. احساس می‌کنم زندگی ناعادلانه است.	۴/۸۳	۰/۳۳	۲. درباره مدرسه نگرانم.
۱۳/۷۰	۰/۶۵	۱۸. احساس خستگی می‌کنم.	۱۶/۵۶	۰/۷۵	۳. احساس تنهایی می‌کنم.
۱۶/۵۰	۰/۷۰	۱۹. احساس می‌کنم بد هستم.	۸/۲۳	۰/۵۰	۴. احساس می‌کنم پدر و مادرم مرا دوست ندارند.
۱۵/۲۴	۰/۷۲	۲۰. احساس می‌کنم آدم خوبی نیستم.	۵/۱۱	۰/۴۴	۵. احساس می‌کنم مهم هستم.
۱۴/۲۷	۰/۷۷	۲۱. برای خودم تاسف می‌خورم.	۹/۶۰	۰/۵۶	۶. احساس می‌کنم می‌خواهم از چشم مردم دور باشم.
۱۱/۶۳	۰/۵۶	۲۲. احساس می‌کنم بعضی چیزها اعصابم را خرد می‌کند.	۱۸/۲۳	۰/۷۶	۷. احساس اندوه می‌کنم.
۴/۷۴	۰/۳۷	۲۳. احساس می‌کنم دوست دارم با سایر دانش‌آموزان حرف بزنم.	۱۳/۱۱	۰/۶۷	۸. احساس می‌کنم می‌خواهم گریه کنم.
۸/۵۵	۰/۵۲	۲۴. خواب راحتی ندارم.	۱۴/۷۱	۰/۷۵	۹. احساس می‌کنم برای هیچ کس اهمیت ندارم.
۱۰/۱۵	۰/۷۱	۲۵. احساس می‌کنم زندگی خوش می‌گذرد.	۷/۰۵	۰/۵۴	۱۰. احساس می‌کنم با همکلاسی‌هایم خوش هستم.
۱۱/۹۷	۰/۶۰	۲۶. احساس نگرانی می‌کنم.	۹/۱۷	۰/۵۰	۱۱. احساس بیماری می‌کنم.
۶/۳۰	۰/۳۷	۲۷. معده درد دارم.	۴/۸۵	۰/۴۲	۱۲. احساس می‌کنم دیگران مرا دوست دا، ند.
۱۳/۸۰	۰/۶۷	۲۸. احساس بی‌حوصلگی می‌کم.	۱۴/۳۰	۰/۷۱	۱۳. احساس می‌کنم از خود فراری هستم.
۶/۷۱	۰/۵۲	۲۹. غذا خوردن را دوست دارم.	۱۴/۶۳	۰/۷۶	۱۴. احساس می‌کنم دارم به خودم آسیب می‌زنم.
۱۵/۵۳	۰/۷۴	۳۰. احساس می‌کنم دیگر هر کاری بکنم، فایده ای ندارد.	۱۲/۷۸	۰/۶۰	۱۵. احساس می‌کنم همکلاسی‌هایم مرا دوست ندارند.

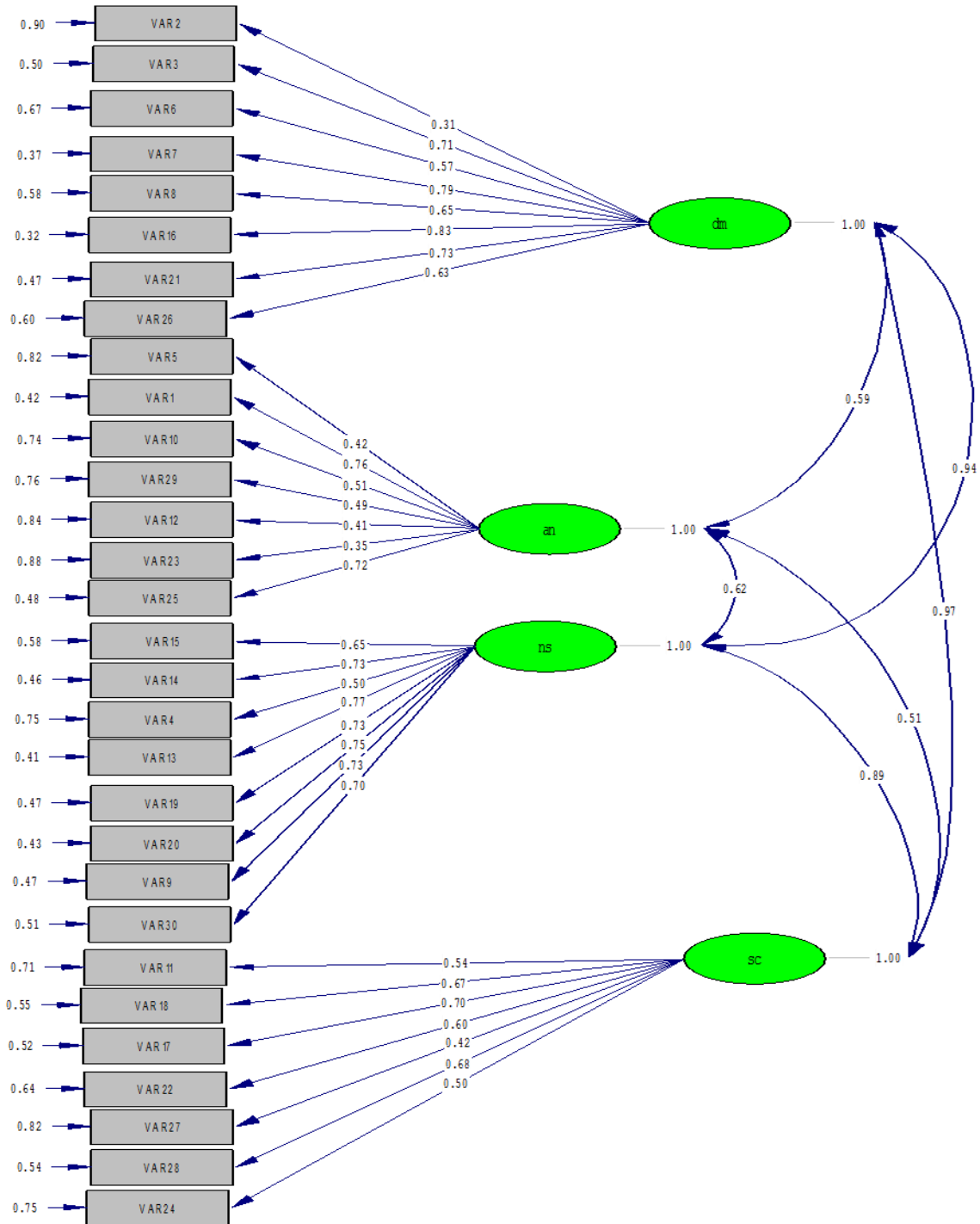
بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است بارهای عاملی همه سوال‌ها روی عامل مربوطه در حد رضایت بخشی است (۰.۳ < - (P. E.

جدول ۲: شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی مقیاس خودبازداری برای نوجوانان

SRMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	$\chi^2/df$	Df	Satorra- $\chi^2$ Bentler
------	-------	-----	------	-----	-------------	----	------------------------------



بررسی میزان تفاوت برازش مدل موردبررسی حاکی از آن است که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد، یعنی نتایج پژوهش از مدل دوعاملی متمایل حمایت می‌کند. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل موردنظر برازش نسبتاً مطلوبی با داده‌ها دارد. اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد، دال بر برازش بسیار مناسب است، اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی، کوچک‌تر از ۳ باشد برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های  $GFI$ ،  $AGFI$ ،  $CFI$  بزرگ‌تر از  $0/95$  و شاخص‌های  $RMSEA$  و  $RMR$  کوچک‌تر از  $0/05$  باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد و اگر شاخص‌های  $GFI$ ،  $AGFI$ ،  $CFI$  بزرگ‌تر از  $0/90$  و شاخص‌های  $RMSEA$  و  $RMR$  کوچک‌تر از  $0/08$  باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد (بنترلر، ۱۹۸۸). در نتیجه شاخص‌های  $GFI$ ،  $AGFI$ ،  $CFI$  بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد و شاخص‌های  $RMSEA$  و  $RMR$  بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی برازش چندان رضایت‌بخش هست (جدول ۲).



Chi-Square=777.92, df=399, P-value=0.00000, RMSEA=0.054

شکل ۱: مدل تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه افسردگی رادز نوجوانان

اعتبار (پایایی)

برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه افسردگی رادز برای نوجوانان برای هر یک از خرده مقیاس های بی قراری، عدم لذت، ارزیابی منفی از خود، شکایت جسمانی و کلی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۶ برآورد شده است.

جدول ۳: همبستگی ابزارها (مقیاس افسردگی کوتچر، پرسشنامه افسردگی کودکان، پرسشنامه افسردگی رادز، مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان و پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان)

M (SD)	M (SD) دختران	۵	۴	۳	۲	۱	
۱۴/۲۵ (SD) پسران	۱۵/۷۴ (SD)						۱. پرسشنامه افسردگی کوتچر -
۷۳/۶۰ (SD)	۷۷/۴۵ (SD)					۰/۷۸**	۲. پرسشنامه افسردگی کودکان
۱۵/۰۱ (SD)	۱۳/۴۶ (SD)				۰/۵۵**	۰/۴۸**	۳. مقیاس ناامیدی
۳/۳۵ (SD)	۴/۱۸ (SD)				۰/۵۴**	۰/۴۸**	۴. پرسشنامه خودکارآمدی
۴/۴۶ (SD)	۱۴/۲۵ (SD)		-	-۰/۵۱**	-۰/۵۴**	-۰/۴۸**	۵. پرسشنامه افسردگی رادز
۷۳/۶۰ (SD)	۷۷/۴۵ (SD)		-	-۰/۵۳**	۰/۵۰**	۰/۷۶**	
۱۷/۴۳ (SD)	۱۷/۴۳ (SD)		-	-۰/۵۳**	۰/۵۰**	۰/۷۶**	
۶۰/۹۴ (SD)	۶۰/۹۴ (SD)						
		۶۰/۷۸	۷۵/۶۷	۴/۳۰	۱۴/۲۲	۹/۲۳	M (SD) کل
		(۱۷/۴۲)	(۱۵/۱۷)	(۳/۵۱)	(۸/۳۲)	(۶/۶۵)	

بررسی نتایج همبستگی پیرسون میان پرسشنامه افسردگی کودکان، پرسشنامه ناامیدی کودکان و نوجوانان، پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان، پرسشنامه افسردگی کوتچر با پرسشنامه افسردگی رادز، نشان می دهد که، بین پرسشنامه افسردگی رادز با افسردگی کودکان ( $r=0/76, P < .001$ )، با مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان ( $r=0/50, P < .001$ )، با پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان ( $r=0/53, P < .001$ ) و با پرسشنامه افسردگی کوتچر ( $r=0/78, P < .001$ ) همبستگی معنادار وجود دارد. همچنین بین مقیاس ناامیدی و پرسشنامه افسردگی کودکان ( $r=0/55, P < .001$ ) و با پرسشنامه خودکارآمدی ( $P < .001$ )، بین پرسشنامه خودکارآمدی و پرسشنامه افسردگی کودکان ( $r=0/54, P < .001$ ) و بین افسردگی رادز با خودکارآمدی ( $r=0/53, P < .001$ )، با افسردگی کودکان ( $r=0/76, P < .001$ ) و با مقیاس ناامیدی ( $r=0/50, P < .001$ ) رابطه معنادار وجود دارد.

تفاوت های جنسیتی دختران و پسران:

در این پژوهش برای بررسی تفاوت دو گروه پسران و دختران در ناامیدی از آماره‌ی تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا)، استفاده شد. بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون ام باکس حاکی از همگنی میان واریانس‌ها بود ( $P = 0.06$ ،  $F(1, 50.380/79) = 1/74$  و  $(10, F(10, BOX'S M = 17/64))$ . جدول زیر آمار توصیفی دو گروه را در زیرمقیاس‌های خودکارآمدی را نشان می‌دهد (جدول ۴).

جدول ۴: مقایسه میانگین دختران و پسران در خرده مقیاس‌های پرسشنامه رادز

زیر مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بی‌قراری	پسر	۱۶/۲۱	۵/۵۳	۱۳۶/۲۹	۱-۳۳۰	۴/۲۷	۰/۰۴	۰/۰۱
	دختر	۱۷/۵۰	۵/۷۴					
عدم لذت	پسر	۱۵/۹۳	۴/۳۵	۲۳۰/۴۴	۱-۳۳۰	۱۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۳
	دختر	۱۴/۲۶	۴/۳۴					
ارزیابی منفی از خود	پسر	۱۴/۴۰	۵/۷۴	۴/۴۷	۱-۳۳۰	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
	دختر	۱۴/۶۳	۶/۰۱					
شکایت جسمانی	پسر	۶۰/۶۰	۱۷/۴۵	۱۰/۱۲	۱-۳۳۰	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	دختر	۶۰/۹۴	۱۷/۴۳					

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه‌ی میانگین‌های زیرمقیاس‌های افسردگی در دو گروه پسر و دختر با استفاده از آزمون هاتلینگز تریس، حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار میان دو گروه بود ( $\eta^2 = 0.08$ ،  $P = 0.001$ ،  $F(7, 71) = 327$  و  $F(1, 71) = 0.9$ ،  $P = 0.09$ ، Hotelling's Trace).

براساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت میان دو گروه پسر و دختر می‌توان گفت که بین دو گروه پسر و دختر در زیرمقیاس بی‌قراری ( $\eta^2 = 0.01$ ،  $P = 0.04$ ،  $F(1, 330) = 4/27$ ) و عدم لذت ( $\eta^2 = 0.03$ ،  $P = 0.001$ ،  $F(1, 330) = 12/18$ ) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده گردید.

#### بحث و نتیجه‌گیری:

شیوع و تداوم افسردگی در نوجوانان باعث مشکلات فراوانی در این گروه می‌شود، و اثرات عمیق و وسیعی در جنبه‌های مختلف زندگی نوجوانان می‌گذارد، زمانی که یک نوجوان افسرده می‌شود، جهان برای او معنای خود را از دست می‌دهد و احساس بدبختی، بیچارگی و ناامیدی در او پدید می‌آید (خلقی، ۱۳۹۳). بنابراین پژوهشگران و درمانگران باید بتوانند با ابزارهای مناسب و قوی به موقع شدت نشانگان این اختلال را در نوجوانان ارزیابی کنند و اقدام به مداخلات پیشگیری و درمان‌های مطلوب بنمایند. لذا این پژوهش به بررسی روانی سنجی پرسشنامه افسردگی رادز نوجوانان پرداخت.



در پژوهش حاضر، نسخه فارسی پرسشنامه رادز، همسو با نسخه اصلی این مقیاس (رینولدز، ۱۹۸۷) به صورت ۶ عاملی (بی‌قراری، عدم لذت/عاطفه منفی، ارزیابی منفی از خود و شکایات جسمانی) مورد بررسی و تایید قرار گرفت، بارعاملی همه سوالات قابل قبول و بیشتر از ۰/۳ گزارش شد. در پژوهش‌های قبلی صورت گرفته نیز این پرسشنامه با ۶ عامل بررسی شده بود و پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته بود (والکر و همکاران، ۲۰۰۵، رینولدز، ۲۰۰۲؛ گوتیرز و عثمان، ۲۰۰۹).

همچنین در ادامه پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی رادز، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ همسو با پژوهش قبلی (رینولدز، ۱۹۸۷) در نمره کل و در هر کدام از خرده مقیاس‌ها (بی‌قراری، عدم لذت، عاطفه منفی، ارزیابی منفی از خود و شکایات جسمانی) بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شد. که این گویای پایایی مطلوب این مقیاس در نمره کل و خرده مقیاس‌های بی‌قراری، عاطفه منفی، ارزیابی منفی از خود و شکایات جسمانی می‌باشد. همچنین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، والکر و همکاران (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ نمره کل آزمون را ۰/۸۰ گزارش کردند. در بررسی‌های بیشتر، گوتیرز و عثمان (۲۰۰۹) همسانی درونی این پرسشنامه را حدود ۰/۴۰ تا ۰/۷۰ گزارش کردند. والکر و همکاران (۲۰۰۵) نیز آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه را بالای ۰/۷۰ و مطلوب (۰/۹۰) نشان دادند.

در مطالعات قبلی پرسشنامه افسردگی رادز با ابزارهای استرس پس از آسیب (۰/۷۸) اختلال اضطراب تعمیم یافته (۰/۷۲) و هراس اجتماعی (۰/۶۴) همبستگی مثبت (رینولدز، ۱۹۹۸). و با ابزار مانیا نیز همبستگی منفی معناداری (۰/۳۷-) داشت (عثمان، ۲۰۱۰). که نشان دهنده روایی پرسشنامه حاضر است. در پژوهش حاضر با توجه به ارتباط افسردگی با متغیرهای خودکارآمدی و ناامیدی ابزارهای افسردگی کودکان، افسردگی کوچکر، مقیاس ناامیدی نوجوانان، برای روایی هم‌گرا و ابزار خودکارآمدی برای روایی واگرا مورد سنجش قرار گرفتند، که یافته‌ها نشان دهنده همبستگی معنادار پرسشنامه افسردگی رادز با هرکدام از این ابزارهای همراه بود. همسو با این یافته‌ها ویر و جوس (۲۰۰۷) گزارش کردند ناامیدی در نوجوانان به صورت تدریجی آنان را به سوی افسردگی سوق می‌دهد. ناامیدی باعث می‌شود بیمار دایما تجربه‌هایش را به شکل منفی و به غلط ارزیابی کند و نتایج شوم و نگران کننده‌ای را برای مشکلاتش در نظر بگیرد آبل و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند افرادی که دارای افکار منفی هستند کم‌کم ناامیدی را در خود پرورش می‌دهند که به دنبال آن برایشان اتفاقات منفی بیشتری می‌افتد و در نتیجه با کاهش انگیزه و احساس غم، فکر کردن به خودکشی، اختلالات خواب، تمرکز ضعیف، عزت نفس پایین و افزایش وابستگی به اختلال افسردگی دچار می‌شوند. این نوجوان در اثر ناامیدی به شدت غیرفعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و تصمیم بگیرد، و سریعاً درهم شکسته و در برابر عوامل فشارزا، بی‌دفاع و گرفتار می‌شود. و نهایتاً با گذشت زمان تمام امید خود را از دست می‌دهند و دچار افسردگی می‌شوند (شمس، هاشمیان و شفیع آبادی، ۱۳۸۶). همچنین علاوه بر ناامیدی در پژوهش حاضر خودکارآمدی نوجوانان نیز با افسردگی آنان معنادار گزارش شد، به طور کل بر اساس اکثر مطالعات، با تضعیف خودکارآمدی و کاهش آن در نوجوانان، باعث ایجاد و تشدید نشانه‌های بیشتر افسردگی نیز مواجهه می‌شویم (شوارتز<sup>۱</sup> و لوتس‌سینسکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ اوگون یمی<sup>۳</sup> و مابکوجه<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). که پژوهش حاضر همسو با این یافته‌ها بود. در واقع ادراک و باور به توانمندی خود، نقش تعیین‌کننده‌ای برای انجام هر عمل و رفتار دارد که به‌عنوان تعیین‌کننده‌ای است که پیش‌بینی می‌کند، فرد در یک موقعیت چگونه رفتار خواهد کرد، و افکار و عواطف تجربه‌شده در آن موقعیت چطور خواهند بود (طهماسیان و اناری، ۱۳۹۱). نوجوانانی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، تقریباً اعتماد به نفس بسیار

<sup>1</sup> - Schwarzer

<sup>2</sup> - Luszczynska

<sup>3</sup> - Ogunyemi

<sup>4</sup> - Mabekoje

پایینی دارند و قبل از این که بخواهند کاری را شروع کنند پیش بینی شکست و نتوانستن انجام دادن کار را می کنند (پاجارس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) بخاطر این به مراتب بیشتر هم در معرض افسردگی قرار می گیرند.

در آخر به بحث درباره جنسیت و افسردگی می پردازیم که قبلا در مطالعات بررسی شده بیان گردید شیوع این اختلال در دختران نسبت به پسران بیشتر است (وو و هانگ، ۲۰۱۴)، تحقیقات دیگر نیز افزایش بیشتر اختلال افسردگی را در اواخر کودکی و اوایل شروع نوجوانی در دختران نسبت به پسران گزارش کرده بودند (ود<sup>۲</sup>، مورالس<sup>۳</sup>، هارجس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). شاول<sup>۵</sup>، دالوس<sup>۶</sup> و شوبردیج<sup>۷</sup> (۲۰۰۹) نیز گزارش کرده بودند یکی از نشانه های تشابه افسردگی کودکان و نوجوانان با بزرگسالان در این است که افسردگی در جنس مونث بیشتر گزارش می شود. نتایج تحلیل واریانس پژوهش انجام گرفته اخیر همسو با این گزارشات می باشد، در پژوهش حاضر تفاوت میان دوجنس از لحاظ آماری در دو عامل (بی قراری و عدم لذت) معنادار گزارش شد، این یافته ها در مورد تفاوت جنسیت در اختلال افسردگی نوجوانان همچنین با بررسی پیشینه هایی که با پرسشنامه خودسنجی افسردگی کودکان و نوجوانان به بررسی تفاوت در اختلال افسردگی دو جنس پرداخته بودند، همسو بود، مانند پژوهش های ایوارسون<sup>۸</sup>، گیلبرگ<sup>۹</sup>، آرویدسون<sup>۱۰</sup> و بروبرگ<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۲).

در مجموع پژوهش حاضر نشان می دهد که مقیاس افسردگی رادز نوجوانان، پرسش نامه معتبر و مناسب جهت استفاده برای ارزیابی نشانگان اختلالات افسردگی می باشد، و از آن می توان به عنوان یک ابزار اندازه گیری پایا و معتبر برای اندازه گیری میزان اختلالات افسردگی در محیط های بالینی، پژوهشی استفاده کرد. در آخر قابل ذکر است مانند اکثر پژوهش ها، در پژوهش حاضر نیز محدودیت هایی وجود دارد، بالا بودن حجم سوالات و امکان خسته شدن آزمودنی در پاسخگویی به سوالات و عدم همکاری بعضی از آزمودنی ها از اواسط اجرای آزمون وافت نمونه گیری از محدودیت های این پژوهش هستند. بر اساس پژوهش انجام گرفته پیشنهاد می شود، پژوهش بر روی نمونه های غیرساکن در شهر تهران نیز انجام شود و همچنین از نمونه بالینی در پژوهش های بعدی استفاده شود.

#### منابع:

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school age: Form & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Abela, J. R., Gagnon, H., & Auerbach, R. P. (2007). Hopelessness depression in children: An examination of the symptom component of the hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research, 31*(3), 401-417.
- Bentler, P. M. (1988). Comparative fit indexes in structural model, *Psychological Bulletin, 107*, 338- 246.

<sup>1</sup> -Pajares

<sup>2</sup> -Weed

<sup>3</sup> -Morales

<sup>4</sup> -Harjes

<sup>5</sup> Shaw

<sup>6</sup> -Dallos

<sup>7</sup> -Shoebridge

<sup>8</sup> -Ivarsson

<sup>9</sup> -Gillberg

<sup>10</sup> -Arvidsson

<sup>11</sup> -Broberg

- Bolm-Lake, T. L. (2007). *Predicting internalizing problems in at risk children and adolescents. A dissertation presented in partial fulfillment of the PhD degree*, Capella University.
- Brooks, S. (2004). The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS). *Child and Adolescent Psychopharmacology News*, 9(5), 4-6.
- Braet, C., Vlierberghe, L. V., Vandevivere, E., Theuwis, L., & Bosmans, G. (2013). Depression in Early, middle and late adolescence: differential evidence for the cognitive diathesis–stress model. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(5), 369- 383.
- Clarke, G., McGlinchey, E. L., Hein, K., Gullion, C. M., Dickerson, J. F., Leo, M. C., & Harvey, A. G. (2015). Cognitive-behavioral treatment of insomnia and depression in adolescents: A pilot randomized trial. *Behaviour research and therapy*, 69, 111-118.
- Davis, N. L. (1990). The Reynolds Adolescent Depression Scale. *Measurement Evaluation in Counseling and Development*.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC medicine*, 13(1), 72.
- Gutierrez, P. M., & Osman, A. (2009). Getting the Best Return on Your Screening Investment: An Analysis of the Suicidal Ideation Questionnaire and Reynolds Adolescent Depression Scale. *School Psychology Review*, 38 (2), 200-217.
- Habibi, M., Tahmasian, K., & Ferrer-Wreder, L. (2014). Self-efficacy in Persian adolescents: Psychometric properties of a Persian version of the Self-Efficacy Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C). *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 3(2), 93.
- Hayduk, L. A. (1987). *Structural equation modeling with LISREL*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Johnstone, J., Rooney, R. M., Hassan, S., & Kane, R. T. (2014). Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42 and 54 months follow-up of the Aussie Optimism Program-Positive Thinking Skills. *Frontiers in psychology*, 5.
- Kazdin, E. A. Rodgers, A. Colbus, D. (1986). The hopelessness scale for children: psychometric characteristics and concurrent validity. *Journal consulting and clinical psychology*. 54(2), 241-245.
- Knapp Sr, K. C., & Griffin, K. (2015). The Efficacy of Service Learning and the Instillation of Hope in Depressed Teens.
- Krefetz, D. G., Steer, R. A., Gulab, N. A., & Beck, A. T. (2002). Convergent validity of the Beck Depression Inventory-II with the Reynolds Adolescent Depression Scale in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 78(3), 451-460.
- Marchant, M. R., Solano, B. R., Fisher, A. K., Profiles and Patterns of Comorbidity. *Biological Psychiatry*, 58 (7), 569 -575.
- Molavi, P., Karimollahi, M. (2006). Prevalence of Depression in Ardabil Medical Students. *International Society on Brain and Behavior*.
- Muris, p. (2001). A Brief Questionnaire for measuring Self-efficacy in yooyth. *Journal of psychopathology and Behavioral Assesment*, 23, 145-149.
- Norton, Ch. (2008). Understanding the impact of Wilderness therapy on adolescent depression and social development. *Illinois child welfare*.4.

- Ogunyemi, A. O., & Mabekoje, S. O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. *Journal of Research in Educational Psychology*, 12, 349-362.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Bagge, C. L., Fang, Q., & Emmerich, A. (2010). Reynolds adolescent depression scale-second edition: a reliable and useful instrument. *Journal of clinical psychology*, 66(12), 1324-1345.
- Pajares, F., & Urdan, T. C. (Eds.). (2006). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. IAP.
- Prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 982-994.
- Rawana, J. S., Morgan, A. S., Nguyen, H., & Craig, S. G. (2010). The relation between eating- and weight-related disturbances and depression in adolescence: a review. *Clinical child and family psychology review*, 13(3), 213-230.
- Reynolds, W. M. (1988). *Reynolds adolescent depression scale*. John Wiley & Sons, Inc.
- Spirito, A. Williams, C, A. Stark, L, J. Hart, K, J. (1988). The hopelessness scal for children: psychometric properties with normal and emotionally disturbed adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 16(4), 445-458.
- Schmidt, A. M., & DeShon, R. P. (2010). The moderating effects of performance ambiguity on the relationship between self-efficacy and performance. *Journal of Applied Psychology*, 95(3), 572.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). *Health behavior constructs: Theory, measurement, and research*.
- Shaw, S. K., Dallos, R., & Shoebridge, P. (2009). Depression in female adolescents: An IPA analysis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 14(2), 167-181.
- Sooky, Z., Sharifi, K., Tagharrobi, Z., Akbari, H., & Mesdaghinia, E. (2010). Depression prevalence and its correlation with the psychosocial need satisfaction among Kashan high-school female students. *Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences*, 14(3).
- Spirito, A. Williams, C, A. Stark, L, J. Hart, K, J. (1988). The hopelessness scal for children: psychometric properties with normal and emotionally disturbed adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 16(4), 445-458.
- Van Zundert, R. M., Ferguson, S. G., Shiffman, S., & Engels, R. C. (2010). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. *Health Psychology*, 29(3), 246.
- Walker, L., Merry, S., Watson, P. D., Robinson, E., Crengle, S., & Schaaf, D. (2005). The Reynolds adolescent depression scale in New Zealand adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 136-140.
- Weir, K. Jose, P. (2008). A Comparison of the Response Styles Theory and the Hoplessness Theory of Depression in Preadolescents. *Journal of Early Adolescence*, 3, 356-374.
- Wu, P. C., & Huang, T. W. (2012). Gender-related invariance of the Beck Depression Inventory II for Taiwanese adolescent samples. *Assessment*, 1073191112441243.
- Pospel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary.



- حبیبی مجتبی، حامدی نیا الهه، عسگری نژاد فاطمه و خلقی حبیبه. (۱۳۹۴). بررسی مقدماتی روایی سنجی پرسشنامه افسردگی کوتچز نوجوانان. (در حال چاپ).
- حبیبی مجتبی، خلقی حبیبه، عابدی حسین و پرندوار زیبا. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی روانسنجی مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان. مجله پژوهش و سلامت. (در نوبت چاپ).
- خلقی حبیبه. (۱۳۹۳). بررسی نقش راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های اجتماعی بر افسردگی نوجوانان با واسطه‌گری ناامیدی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- خلقی حبیبه، حبیبی مجتبی، مختارنیا ایرج و میرزایی‌فر فروزان. (۱۳۹۴). نقش استرس تحصیلی در افسردگی نوجوانان با واسطه‌گری خودکارآمدی. (در حال چاپ).
- دهشیری غلامرضا، نجفی محمود، شیخی منصوره، حبیبی مجتبی (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان، فصلنامه خانواده‌پژوهشی، سال پنجم، شماره ۱۸.
- شمس ثریا، هاشمیان کیانوش، شفیع آبادی عبدالله (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی روش آموزش حس شوخ طبعی بر ناامیدی و سازگاری اجتماعی دانشجویان افسرده شهر تهران، فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، سال سوم، شماره ۱.