

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی کوتچر در دانش‌آموزان

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان (فرم ۱۱ سؤالی) با به کارگیری تحلیل عاملی تأییدی بود. حجم نمونه موردنظر شامل ۴۰۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان که ۲۰۰ نفر از آن‌ها دختر و ۲۰۰ نفر پسر بودند و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس شهر تهران انتخاب شد. برای محاسبه روایی همگرا و واگرا همزمان با اجرای مقیاس، از ابزارهای افسردگی نوجوانان رادز، مقیاس افسردگی کودکان، مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان و مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. جهت بررسی ساختار عاملی تأییدی مرتبه اول مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان کوتچر از روش برآورد کم‌ترین مقدار مجذورات وزن‌دار (WLS) و برای ارزیابی کفایت برازش مدل با داده‌ها از شاخص‌های RMR، RMSEA، CFI، AGFI، GFI، χ^2/df و $\Delta\chi^2$ استفاده گردید. ساختار عاملی مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. بررسی ضرایب همبستگی نشان داد که مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان با مقیاس‌های افسردگی رادز، افسردگی کودکان و ناامیدی کودکان و نوجوانان رابطه مثبت معنادار و با مقیاس خودکارآمدی نوجوانان رابطه منفی معنادار دارد که این رابطه بیانگر روایی همگرا و روایی واگرای این ابزار می‌باشد. ساختار عاملی مرتبه اول مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان برازش بهتری با داده‌های مشاهده شده نشان داد. ساختار عاملی تأییدی، اعتبار و روایی مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان برای کاربردهای پژوهشی و بالینی در حد قابل قبول می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان، روایی، پایایی.

مجتبی حبیبی*
دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه
شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده
مسئول)

الهه حامدی نیا
دانشجوی کارشناسی ارشد
روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران،
ایران

فاطمه عسگری نژاد
دانشجوی کارشناسی ارشد
روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران،
ایران

حبیبه خلقي
کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه
شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۱۹

*نشانی: دانشگاه شهید بهشتی، تهران،

ایران

رایانامه:

babakhabibius@yahoo.com

Psychometric Properties of Kutcher Adolescents Depression Scale

Abstract

The purpose of the present study was to investigate primary psychometric properties of the Kutcher adolescents depression (11 KADS) scale in adolescents between the age of 11 and 19, using factor analysis. A sample of 400 students -200 males -was selected through cluster sampling from amongst high - and middle school students in Tehran. In order to measure the divergent/ convergent validity, at the same time with RADS adolescent depression, Children Depression Inventory, children's hopelessness and adolescent's self-efficacy scale were distributed. To measure the first-time analysis of confirmatory factor structure of the Kutcher adolescents depression scale, the WLS method was utilized, while for evaluating the adequacy of the model the following indices were used: (RMR, RMSEA, CFI, GFI, AGFI,...) the factor structure of the Kutcher adolescent's depression scale was affirmed using confirmatory factor analysis. An analysis of correlation coefficients revealed that the Kutcher adolescent's depression scale had a meaningful positive relation with the RADS adolescent depression, Children Depression Inventory, children's hopelessness and a meaningful negative relation with the scale of self-efficacy, which indicates a convergent and divergent for KADS. The first-time factor structure of the scale of Kutcher adolescents' depression scale showed a better validity with the displayed data. The confirmatory factor structure and validity of the scale of Kutcher adolescent's depression scale were relatively acceptable for research purposes and clinical diagnosis.

Keywords: Scale of Kutcher Adolescents Depression Scale, Validity, Reliability.

Mojtaba Habibi *
Psychology Department, Family
Institute, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran

Elahe Hamediniya
Psychology Department,
Psychology & Education Faculty
Tehran University, Tehran, Iran

Fatemeh Asgarinejad
Psychology Department,
Psychology & Education Faculty
Tehran University, Tehran, Iran

Habibeh Kholghi
Counseling Department,
Psychology & Education Faculty
Shahid Beheshti University,
Tehran, Iran

*Corresponding Author:
babakhabibius@yahoo.com

مقدمه

افسردگی^۱ ازجمله اختلالات شایعی است که زندگی اکثر افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (راوانا^۲، مورگان^۳، نگویان^۴ و گرایج^۵، ۲۰۱۰). این اختلال می‌تواند بخش‌های زیادی از زندگی فرد، از قبیل حوزه‌های جسمانی، هیجانی، رفتاری و سلامت روان‌شناختی را تحت شعاع قرار دهد (ملا باقر، جلال‌منش و زراعتی، ۲۰۰۶) و منجر به شکل‌گیری مشکلاتی از قبیل؛ احساس غمگینی^۶، ناامیدی^۷، کاهش انرژی، کاهش علاقه و لذت شود (موجاس^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). مشکلات این اختلال گاهی اوقات در نوجوانان بغرنج‌تر می‌شود زیرا ممکن است منجر به اختلالاتی چون اضطراب^۹، سوءمصرف مواد^{۱۰}، اختلالات سلوک^{۱۱} و مشکلات روانی اجتماعی^{۱۲} از قبیل کاهش عزت‌نفس^{۱۳}، افت عملکرد تحصیلی (زهو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۵) و مشکلات میان‌فردی^{۱۵} در آن‌ها شود (راوانا و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات صورت گرفته مشخص شده است که ۲۰ تا ۶۰ درصد نوجوانان در طول زندگی خود نشانه‌های خلق افسرده را تجربه می‌کنند (لوملی^{۱۶}، دوزیس^{۱۷}، هنینگ^{۱۸} و مارش^{۱۹}،

۲۰۱۲). در تحقیقات صورت گرفته گزارش شده است، ۲۰ تا ۲۵ درصد از نوجوانان از افسردگی اساسی رنج می‌برند (میلر^{۲۰} و بارتون^{۲۱}، ۲۰۱۵). در ایران میزان افسردگی در نوجوانان ۱۰ تا ۷۰ درصد تخمین زده شده است که ناشی از فاکتورهای خطر مختلف می‌باشد (اسکویی، شریفی، تقریبی، اکبری و مصداقیان، ۲۰۱۰). در مطالعه‌ای دیگر که در ایران صورت گرفت، نتایج حاکی از این بود که افسردگی خفیف در نوجوانان ۳۹/۸ درصد، افسردگی متوسط ۱۴/۱ درصد و افسردگی شدید حدود ۳ درصد می‌باشد (مولوی و کریم‌الهی، ۲۰۰۶). پژوهشگران گزارش کردند که با شروع بلوغ و رسیدن به سن نوجوانی، افسردگی نیز افزایش می‌یابد (ماوقان^{۲۲}، کولیشاو^{۲۳} و استرینگاریس^{۲۴}، ۲۰۱۳)؛ که این میزان در میان دختران با افزایش چشمگیرتری همراه است. همچنین یک مطالعه دیگر که بر پایه یک تحقیق مقطعی از نوجوانان بود نشان داد که در دختران شیوع افسردگی شدید به‌طور معناداری از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ افزایش یافته است (توریکا^{۲۵} و همکاران، ۲۰۱۴).

عوامل روان‌شناختی متعددی وجود دارد که با آسیب‌شناسی افسردگی در نوجوان مرتبط می‌باشد. از جمله این موارد خودکارآمدی^{۲۶} است. باور خودکارآمدی می‌تواند نقش بسزایی را در مدیریت نشانه‌های افسردگی در نوجوانان بازی کند، در حقیقت این باور به نوجوان کمک می‌کند که قضاوت‌های خود را در ارتباط با افسردگی‌اش تعدیل

1. Depression
2. Rawana
3. Morgan
4. Nguyen
5. Craig
6. Sadness
7. Hopelessness
8. Mojas
9. Anxiety
10. Abuse Substance
11. Conduct Disorder
12. Psychosocial
13. Self-esteem
14. Zhou
15. Interpersonal
16. Lumley
17. Dozois
18. Hennig
19. Marsh

20. Miller
21. Barton
22. Maughan
23. Collishaw
24. Stringaris
25. Torikka
26. Self-efficacy

سنجش افسردگی نوجوانان کوکس^{۱۱}، پرسشنامه افسردگی نوجوانان رینولدز و غیره. هر کدام از این ابزارها به منظوری ساخته شده‌اند ولی نقطه مشترک همه آن‌ها سنجش میزان شدت افسردگی در نوجوانان می‌باشد، این ابزارها تفاوت‌هایی در خرده مقیاس‌ها دارند، به‌طور مثال پرسشنامه افسردگی رینولدز شامل زیر مقیاس‌هایی است که سطوح موجود نشانگان افسردگی را در میان ۴ بعد اساسی افسردگی از قبیل بی‌قراری (۸ آیت)، عدم لذت/عاطفه منفی (۷ آیت)، ارزیابی منفی از خود (۸ آیت) و شکایات جسمانی (۷ آیت) ارزیابی می‌کند (واسر^{۱۲} و برادلی^{۱۳}، ۲۰۱۲؛ فونسکا پدرو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۰). خرده مقیاس‌های پرسشنامه افسردگی کوکس عبارت‌اند از خلق منفی، ناکارآمدی و مشکلات بین فردی. از نقاط قوت این ابزارها می‌توان به علائم تشخیص افسردگی در فرد پرداخت، اما علیرغم این؛ هر دو ابزار نقاط ضعفی دارند که عبارت است از اینکه هیچ‌کدام به افکار مرگ و تصمیم به خودکشی به‌طور خاص و به‌صورت یک خرده مقیاس نپرداخته‌اند، این در حالی است که این مسئله نقش بسیار کلیدی و مهمی در افسردگی دارد. یکی دیگر از این ابزارهای مفید، مقیاس افسردگی کوتیچر^{۱۵} می‌باشد 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 نقطه برشی برای تمایز بین افسرده و غیرافسرده دارد (کویتاو^{۱۶}، دیود^۱، گوسماو^۲ و کوتیچر، ۲۰۱۵).

بخشد تا بتواند با آن مقابله کند (میتاکیدو^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). خودکارآمدی بالا باعث می‌شود که افراد انگیزه لازم را برای به نتیجه رساندن فعالیت‌ها و رفتارهای خود پیدا کنند (طهماسیان و اناری، ۱۳۹۰). در حقیقت فردی که به قابلیت‌هایش اطمینان دارد، در مواجهه با چالش‌ها خود را نباخته و می‌تواند به راحتی از عهده مشکلات برآید، در مقابل فردی که هیچ اطمینانی به خودکارآمدی خویش ندارد به آسانی در رویارویی با مشکلات شکست را به جان می‌خورد و ترجیح می‌دهد که در مقابل با چالش‌های مزبور سر تعظیم فرود آورد تا اینکه با آن‌ها مقابله کند (حبیبی، طهماسیان و فروردر^۲، ۲۰۱۴).

از دیگر مفاهیمی که می‌تواند با افسردگی ارتباط داشته باشد ناامیدی است. درواقع ناامیدی نوعی حس و حالتی است که به واسطه آن اطمینان از یک انتظار واقعی در دستیابی به یک آینده خوب که به‌طور واقعی ممکن و از نظر شخص معنادار باشد، کم و نامشخص است (وو^۳، چین^۴، هاس^۵ و چن^۶، ۲۰۰۹). ناامیدی شکلی از پیش‌بینی غم است (روزنفلد^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). ساختار ناامیدی در اصطلاح به عنوان انتظار منفی برای خود و آینده (مثل شکست) یا فقدان انتظار منفی درباره آینده تعریف شده است (کازدین^۸، رادجرز^۹ و کولبوس^{۱۰}، ۱۹۸۶).

ابزارهای مختلفی برای سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان ساخته شده است، مانند ابزار

11. Kovacs
12. Vassar
13. Bradley
14. Fonseca -Pedrero
15. Kutcher
16. Quintao

1. Mystakidou
2. Ferrer -Wreder
3. Wu
4. Chin
5. Haase
6. Chen
7. Rosenfeld
8. Kazdin
9. Rodgers
10. Colbus

نوجوانان برطبق حالات روحی که در یک هفته اخیر تجربه کرده‌اند، به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای، از خیلی بندرت (نمره ۰)، بعضی اوقات (نمره ۱)، بیشتر اوقات (نمره ۲) و همیشه چنین احساسی دارم (نمره ۳) به این ابزار پاسخ می‌دهند. نمره هر آزمودنی بین ۰ تا ۳۳ نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای ۳ فرم به صورت ۶ سؤالی، ۱۱ سؤالی و ۱۶ سؤالی می‌باشد (براو^۳، مایورال^۴، لاوردن^۵ و مورنو^۶، ۲۰۱۴). مزیتی که این ابزار به ۲ ابزار معرفی شده دارد، همان مسئله پرداختن به بحث افکار خودکشی گرایانه و در نظر گرفتن آن به عنوان یکی از خرده مقیاس‌ها می‌باشد.

به منظور بررسی روان‌سنجی پرسشنامه کوتچر، پژوهشگران ۱۰۶ نوجوان را با استفاده از مقیاس ۱۱ آیتمی افسردگی کوتچر در یک دوره ۸ هفته‌ای مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه همزمان از پرسشنامه‌های همراه مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی درجه‌بندی بالینی کودکان (CDRS-R)، افکار بالینی عمومی (CGI) و سنجش کارکرد عمومی (AGF) استفاده شد. در این بررسی هر سه نسخه مقیاس افسردگی کوتچر (۱۶ سؤالی، ۱۱ سؤالی و ۶ سؤالی) مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی مقیاس ۱۱ سؤالی افسردگی کوتچر با هر کدام از این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۶۰ و ۰/۷۰-، همبستگی مقیاس ۶ سؤالی با این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۶ و ۰/۶۳- و همبستگی مقیاس ۱۶ سؤالی افسردگی نیز با هر کدام از این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۵۶ و ۰/۶۷- گزارش شد. در این پژوهش نتیجه‌گیری شد که فرم ۱۱ سؤالی

کوتچر عملکرد بهتری از دو مقیاس دیگر دارد (بروکز^۷، ۲۰۰۴). در پژوهشی دیگر ۳۰۹ نفر از دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ ساله مورد مطالعه قرار گرفتند در این مطالعه، مقیاس افسردگی ۱۶ سؤالی و ۶ سؤالی کوتچر با پرسشنامه افسردگی بک مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که مقیاس ۶ سؤالی افسردگی کوتچر نسبت به ۱۶ سؤالی و پرسشنامه بک عملکرد بهتری در شناسایی افسردگی دانش‌آموزان دارد (لبلانس^۸، آلمدوار^۹، بروکز و کوتچر، ۲۰۰۲). همچنین در پژوهشی دیگر بر روی ۵۵۰ نفر نوجوان و جوان نیجریه‌ای به بررسی شیوع افسردگی بین دو جنس زن و مرد پرداخته شد. در این پژوهش از پرسشنامه ۱۱ سؤالی کوتچر استفاده کردند و آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۷ گزارش کردند (گسیند^{۱۰} و سانو^{۱۱}، ۲۰۱۴). در مطالعات بعدی و اخیر این پرسشنامه را بر روی ۲۷۷ نمونه دانشجو اجرا شد که بر اساس فرم ۱۱ سؤالی مشخص گردید که پایایی مقیاس کوتچر ۰/۸۸، همچنین همسانی درونی برای خرده مقیاس افسردگی اساسی ۰/۷۹ و برای عامل خودکشی ۰/۸۸ می‌باشد (شهیدی و شجاعی، ۲۰۱۴).

در مجموع با توجه به مطالب فوق، می‌توان گفت بررسی، پژوهش و روایی سنجی پرسشنامه‌های مختلف در مورد نشانگان افسردگی چه در افراد بزرگسال و چه کودک و نوجوان می‌تواند بسیار مهم باشد. چون هر کدام از این ابزارها به بررسی نشانگان خاصی از این اختلال می‌پردازند و می‌توانند برای هدف خاصی

7. Brooks
8. Leblanc
9. Almudevar
10. Gesinde
11. Sanu

1. David
2. Gusmao
3. Bravo
4. Mayoral
5. Laorden
6. Moreno

LISREL 8.80 انجام و با روش تحلیل مسیر تفسیر گردید.

ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر درمجموع از ۵ ابزار پرسشنامه استفاده گردید، به خاطر این که پژوهش حاضر یک مطالعه روان‌سنجی می‌باشد هدف این بود که ابزارهایی انتخاب و اندازه‌گیری شود که همبستگی بسیار بالایی با مقیاس افسردگی کوچر داشته باشند تا بتوان روایی و اگر و هم‌گرایان مقیاس را اندازه‌گیری کرد. لذا علاوه بر خود مقیاس افسردگی کوچر از پرسشنامه‌های همراه؛ پرسشنامه افسردگی کودکان، پرسشنامه افسردگی رادز و پرسشنامه ناامیدی برای روایی‌سنجی روایی همگرا و از پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان برای اندازه‌گیری روایی و اگر استفاده گردید.

مقیاس افسردگی کوچر^۱. این مقیاس در سال ۲۰۰۲ توسط کوچر برای سنجش میزان نشانگان شدت افسردگی در نوجوانان ساخته شد (لبلا نس و همکاران، ۲۰۰۲). نوعی ابزار خودگزارشی است که دارای ۱۱ ماده می‌باشد و آزمودنی باید هر عبارت را طبق حالات روحی که در یک هفته اخیر تجربه کرده به سؤالات به صورت ۴ گزینه‌ای لیکرت پاسخ دهد. نمره‌گذاری 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 (براو و همکاران، ۲۰۱۴).

مورد استفاده قرار بگیرند. ابزار ۱۱ سؤالی کوچر یک مقیاس برای سنجش شدت نشانگان می‌باشد. این ابزار علاوه بر مزیت سنجش نشانگان خودکشی یک نوع مقیاس کوتاه برای اندازه‌گیری می‌باشد که می‌توان از این ابزار در زمان کوتاه و بدون خستگی استفاده کرد؛ بنابراین در پژوهش حاضر به بررسی روان‌سنجی مقیاس ۱۱ سؤالی افسردگی کوچر نوجوانان می‌پردازیم.

روش

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان 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 چندمرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. ابتدا هماهنگی‌های لازم با آموزش و پرورش، مدرسه، 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 هر کدام از مدارس، ۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه انتخاب شد. لازم به ذکر است که دانش‌آموزانی که در رده سنی موردنظر 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 درصد دارای جنسیت دختر بودند، در نهایت پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از دانش‌آموزان، به بررسی داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی پرداخته شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار

پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI)^۱. به منظور توصیف نشانگان افسردگی نوجوانان از پرسشنامه افسردگی کودکان 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 ویژگی‌های روان‌سنجی 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، ۲۰۰۶).

پرسشنامه خوداثربندی کودکان و نوجوانان^۲ (SEQ-C). این پرسشنامه، یک نوع ابزار خودگزارشی ۲۳ سؤالی می‌باشد که میزان خودکارآمدی را در دو خرده مقیاس (خودکارآمدی تحلیلی و خودکارآمدی هیجانی) می‌سنجد. سؤالات این مقیاس بر روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود که نمرات بالا نشان‌دهنده خودکارآمدی بالا است. نتایج مطالعه خارجی 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 ویژگی‌های نسخه فارسی خودکارآمدی نوجوانان که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت نیز نشان می‌دهد 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).

مقیاس افسردگی نوجوانان رادز^۳. یکی از این ابزارهای مفید که شدت نشانگان افسردگی را در نوجوانان می‌سنجد رادز می‌باشد که توسط ویلیام رینولدز^۴ در سال ۱۹۸۷ ساخته شد این مقیاس، یک مقیاس ۳۰ آیتی خودگزارشی کوتاه است که شامل زیر مقیاس‌هایی است که سطوح موجود نشانگان افسردگی را در میان ۴ بعد اساسی افسردگی از قبیل بی‌قراری (۸ آیت)، عدم لذت/عاطفه منفی (۷ آیت)، ارزیابی منفی از خود (۸ آیت) و شکایات جسمانی (۷ آیت) ارزیابی می‌کند. در مطالعه خارجی زیرمقیاس پرسشنامه، همسانی درونی ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ داشتند. همچنین در پژوهش دیگر پایایی همسانی درونی برای نمره کل ۰/۹۳ و اعتبار در حدود ۰/۵۴ تا ۰/۷۹ گزارش شد (گویتیرز^۵ و عثمان^۶، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر با استفاده از داده‌های همین پژوهش، آلفای کرونباخ در هرکدام از زیرمقیاس‌های بی‌قراری، بی‌لذتی، خودارزیابی منفی، شکایات

3. RADS

4. William-Reynolds

5. Gutierrez

6. Osman

1. Children Depression Inventory

2. Self-Efficacy Questionnaire-Children

دختر مورد مطالعه قرار گرفت که پایایی و بازآزمایی کل آزمون ناامیدی کودکان و نوجوانان به ترتیب برابر ۰/۷۷ و ۰/۹۵ گزارش شد. همچنین این پرسشنامه با افسردگی کودکان همبستگی مثبت معنادار و با خودکارآمدی نوجوانان همبستگی منفی معنادار نشان داد (حبیبی، خلقی، عابدی، پرندوار و اعتصامی ۱۳۹۳).

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 بیش‌ازحد مشخص شده، (۴) فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری بررسی شد. در پژوهش حاضر، نیز تمام آن‌ها مورد بررسی و رعایت آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

ابتدا برازش آماری مدل اندازه‌گیری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار LISREL مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۱ بارهای عاملی، خطای استاندارد برآورد پارامترها، آزمون t برای بررسی معناداری پارامترها و ضریب تبیین پارامترها ارائه شده است. از شاخص‌های زیر برای برازش مدل استفاده شد: شاخص مجذور خی ساتورا- بنتلر (χ^2)، شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df)، 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).

سؤالات (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹) مربوط به زیر مقیاس افسردگی اساسی و سؤالات (۱۰ و ۱۱) مربوط به زیر مقیاس عامل فیزیکی و خودکشی می‌باشد.

بررسی مقادیر بارهای عاملی حاکی از آن است بارهای عاملی همه سؤال‌ها روی عامل مربوطه در حد

جسمانی و نمره کل به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۹۰، ۰/۷۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ به دست آمد؛ و همبستگی پرسشنامه با پرسشنامه‌های ناامیدی کودکان و نوجوانان، افسردگی کودکان، افسردگی کوچه‌ر و خودکارآمدی نوجوانان به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۵۳- به دست آمد.

مقیاس ناامیدی کودکان^۱. این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کازدین و همکاران تهیه شد و در سال ۱۹۸۶ مورد بازنگری قرار گرفت. این مقیاس که دارای ۱۷ عبارت است و آزمودنی باید موافقت یا مخالفت خود با عبارت آن را به وسیله پاسخ بلی یا خیر مشخص سازد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ناامیدی بک ساخته شده است. در این مقیاس در بیشتر عبارات به پاسخ بله، ۱ امتیاز و به پاسخ خیر، صفر تعلق می‌گیرد. تنها در ۸ عبارت (۱۶، ۱۱، ۷، ۱، ۳، ۴، ۵، ۶) که به صورت مثبت بیان شده‌اند، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره نهایی باید امتیاز حاصل از همه عبارات را باهم جمع کنید؛ که ۱۷ نشانگر بالاترین ناامیدی و صفر نشانگر پایین‌ترین سطح ناامیدی در کودک است. این مقیاس بر روی گروهی از نوجوانانی که مشکل روانی خاصی نداشته‌اند، هنجاریابی شده است. 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 نشان‌دهنده ثبات متوسط آزمون است. همچنین آزمون از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است $a = 0/97$ و پایایی حاصل از روش دونیمه کردن اسپیرمن- براون^۲ $= 0/97$ ، (کازدین و همکاران، ۱۹۸۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران با نمونه مورد پژوهش شامل ۶۰۳ دانش‌آموز ۳۰۰ آزمودنی پسر و ۳۰۳ آزمودنی

رضایت بخشی است ($P. E < 0/3$)

1. Childrens Hopelessness Scale
2. Spearman -Brown

جدول ۱. نتایج تحلیل عاملی تأییدی سؤال‌های مقیاس افسردگی کوچر برای نوجوانان

سؤال	بارهای عاملی	مقدار t	سؤال	بارهای عاملی	مقدار t
۱- نمی‌توانم آسایش داشته باشم، خلق پایین، اندوهگین و دلتنگ هستم.	۰/۶۲	۱۶/۴۵	۷- به‌سختی می‌توانم تمرکز کنم. این امر که خود را ملزم به انجام کاری می‌کنم یک خیال باطل است.	۰/۶۳	۱۳/۳۹
۲- تحریک‌پذیر هستم به‌راحتی عصبانی می‌شوم احساس خشم می‌کنم احساس شکست خوردن می‌کنم.	۰/۶۰	۱۴/۸۴	۸- احساس می‌کنم زندگی خیلی مفرح و شاد نیست، نمی‌توانم مانند افراد عادی از امور سرگرم کننده و شادی‌بخش لذت ببرم.	۰/۶۰	۱۳/۲۷
۳- برخلاف گذشته در حال حاضر به‌سختی می‌خواهم و با خستگی از خواب بیدار می‌شوم.	۰/۶۰	۱۲/۱۵	۹- احساس نگرانی، عصبی بودن، ترس و اضطراب می‌کنم.	۰/۶۴	۱۶/۱۱
۴- احساس کاهش علاقه نسبت به: همراه بودن با دوستان قدیمی و ...	۰/۴۵	۸/۳۸	۱۰- بعضی از نگرانی‌های جسمی من عبارت‌اند از: احساس خارش پوست، سردرد، حالت تهوع و اسهال.	۰/۴۶	۸/۸۰
۵- احساس بی‌ارزشی و ناامیدی می‌کنم هیچ‌کس خوب نیست و باید از مردم دوری کنم.	۰/۴۸	۱۰/۱۳	۱۱- افکار، طرح‌ها و یا تلاش‌هایی جهت خودکشی یا خودزنی دارم.	۰/۵۳	۱۱/۳۱
۶- احساس خستگی، کاهش انرژی، انگیزه‌ام به‌سختی برانگیخته می‌شود می‌خواهم مدت طولانی را به استراحت بپردازم.	۰/۶۷	۱۶/۶۱			

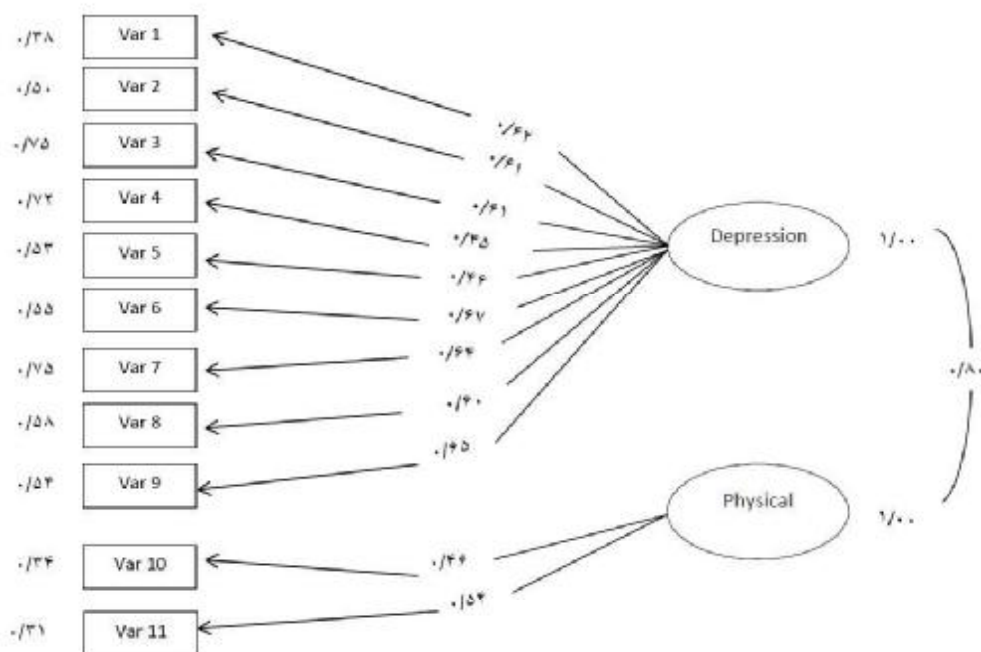
جدول ۲. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی مقیاس افسردگی کوچر برای نوجوانان

SRMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	Df	χ^2 Satorra-Bentler
۰/۰۳۸	۰/۰۴۲	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۵	۱/۶۷	۴۳	۷۱/۸۴

بررسی میزان تفاوت برازش مدل مورد بررسی حاکی از آن است که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد، 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 بررسی میزان تفاوت برازش مدل مورد بررسی حاکی از آن است که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد، بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل موردنظر برازش نسبتاً مطلوبی با داده‌ها دارد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۵ و شاخص‌های RMSEA و SRMR کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد و اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص‌های RMSEA و SRMR کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد.

برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه افسردگی کوچر برای نوجوانان برای هر یک از خرده مقیاس‌های افسردگی اساسی، عامل فیزیکی و خودکشی و کلی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ برآورد شده است.

دلالت دارد در نتیجه شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بر ارزش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد و شاخص‌های RMSEA و SRMR بر ارزش مطلوب و مناسب دلالت دارد و بر مبنای شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی برازش چندان رضایت‌بخش هست (جدول ۲).



شکل ۱. مدل تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه ۱۱ سؤالی افسردگی کوچر نوجوانان

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

	۱	۲	۳	۴	۵	M (SD) دختران	M (SD) پسران
۱. پرسشنامه افسردگی کوچر	-					۷۷/۴۵ (۱۵/۷۴)	۷۳/۶۰ (۱۴/۲۵)
۲. پرسشنامه افسردگی کودکان	۰/۷۸**	-				۱۳/۴۶ (۸/۵۵)	۱۵/۰۱ (۸/۰۲)
۳. مقیاس ناامیدی	۰/۴۸**	۰/۵۵**	-			۴/۱۸ (۳/۶۳)	۴/۴۶ (۳/۳۵)
۴. پرسشنامه خودکارآمدی	-۰/۴۸**	-۰/۵۴**	-۰/۵۱**	-		۷۷/۴۵ (۱۵/۷۴)	۷۳/۶۰ (۱۴/۲۵)
۵. پرسشنامه افسردگی رادز	۰/۷۸**	۰/۷۶**	۰/۵۰**	-۰/۵۳**	-	۶۰/۹۴ (۱۷/۴۳)	۶۰/۹۴ (۱۷/۴۳)
	۹/۲۳	۱۴/۲۲	۴/۳۰	۷۵/۶۷	۶۰/۷۸		
SD	۶/۶۵	۸/۳۲	۳/۵۱	۱۵/۱۷	۱۷/۴۲		

با کمک ابزارهای سنجشی به تشخیص زود هنگام و شدت این اختلال در کودکان و نوجوانان پرداخت. مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان یکی از ابزارهایی است که برای تشخیص شدت افسردگی در نوجوانان به کار می‌رود، با کمک این ابزار می‌توان میزان مداخلات لازم در مورد افسردگی نوجوانان را تعیین کرد و کمک‌های مورد نیاز را در زمان مناسب ارائه داد.

در پژوهش حاضر مقیاس افسردگی کوتچر با ۱۱ آیتم و در دو خرده مقیاس (افسردگی اساسی و عامل فیزیکی و خودکشی) مورد سنجش قرار گرفت. بار عاملی همه سؤالات بیشتر از ۰/۳ و در حد رضایت‌بخشی بود. سؤالات ۱ تا ۹ بر روی خرده مقیاس افسردگی اساسی و سؤالات ۱۰ و ۱۱ بر روی خرده مقیاس عامل فیزیکی و خودکشی بار شدند. همسو با پژوهش حاضر بروکز، کرولوایز^۱ و کوتچر (۲۰۰۳) و گسیند و همکاران (۲۰۱۴) نیز مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان را با ۱۱ آیتم و دو خرده مقیاس مورد مطالعه قرار داده بودند و روان‌سنجی این مقیاس را مورد تأیید گزارش کرده بودند. همچنین شهیدی و شجاعی (۲۰۱۴) پرسشنامه ۱۱ آیتمی کوتچر را با گروه نمونه بزرگسال بررسی کرد و همسو با مطالعه حاضر روان‌سنجی این ابزار را مورد تأیید گزارش کردند.

برای بررسی همسانی درونی مقیاس افسردگی کوتچر نوجوانان از آلفای کرونباخ استفاده شد، آلفای کرونباخ در نمره کل و هرکدام از خرده مقیاس‌ها (افسردگی اساسی و عامل فیزیکی و خودکشی) بالای ۰/۷۰ گزارش شد؛ که این گویای

بررسی نتایج همبستگی پیرسون میان پرسشنامه افسردگی کودکان، پرسشنامه ناامیدی کودکان و نوجوانان، پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان، پرسشنامه افسردگی رادز با پرسشنامه افسردگی کوتچر، نشان می‌دهد که بین پرسشنامه افسردگی کوتچر با افسردگی کودکان ($r = ۰/۷۸, P < ۰/۰۰۱$)، با مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان ($P < ۰/۰۰۱$)، با پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان ($r = ۰/۴۸, P < ۰/۰۰۱$) و با پرسشنامه افسردگی رادز ($r = ۰/۷۸, P < ۰/۰۰۱$) همبستگی معنادار وجود دارد. همچنین بین مقیاس ناامیدی و پرسشنامه افسردگی کودکان ($r = ۰/۵۵, P < ۰/۰۰۱$) و با پرسشنامه خودکارآمدی ($r = -۰/۵۱, P < ۰/۰۰۱$) بین پرسشنامه خودکارآمدی و پرسشنامه افسردگی کودکان ($r = -۰/۵۴, P < ۰/۰۰۱$) و بین افسردگی رادز با خودکارآمدی ($r = -۰/۵۳, P < ۰/۰۰۱$)، با افسردگی کودکان ($r = ۰/۷۶, P < ۰/۰۰۱$) و با مقیاس ناامیدی ($r = ۰/۵۰, P < ۰/۰۰۱$) رابطه معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی کودکان و نوجوانان به دلیل ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره، موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد. افسردگی در نوجوانان تمایل به دوام داشته و نتایج پایدار و مخربی را در بزرگسالی بر جا می‌گذارد (دهشیری و همکاران، ۲۰۰۶)؛ بنابراین باید

خود به این نتیجه رسیدند نوجوانان ناامید به‌طور تدریجی و کم‌کم دچار افسردگی می‌شوند. در پژوهش حاضر علاوه بر ناامیدی، خودکارآمدی نوجوانان نیز با افسردگی در آنان معنادار گزارش شد، به‌طور کلی بر اساس اکثر مطالعات، با تضعیف خودکارآمدی و کاهش آن در نوجوانان، باعث ایجاد و تشدید نشانه‌های بیشتر افسردگی نیز مواجهه می‌شویم (شوارتز^۹ و لوتس‌سینسکا^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ اوگونیمی^{۱۱} و مابکوجه^{۱۲}، ۲۰۰۷؛ سیوکاچنگک^{۱۳} و استفان^{۱۴}، ۲۰۰۰ و بینات^{۱۵} و بندورا^{۱۶}، ۲۰۰۴)؛ که پژوهش حاضر همسو با این یافته‌ها بود. درواقع ادراک و باور به توانمندی خود، نقش تعیین‌کننده‌ای برای انجام هر عمل و رفتار دارد که پیش‌بینی می‌کند، فرد در یک موقعیت چگونه رفتار خواهد کرد و افکار و عواطف تجربه شده در آن موقعیت چطور خواهند بود (راوانا و همکاران، ۲۰۱۰). فرقی نمی‌کند که نوجوانان در کدام زمینه خودکارآمدی ضعیف باشند، زمانی که نوجوانان چه از لحاظ خودکارآمدی تحصیلی، چه خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی ضعیف باشند به‌مراتب به همان نسبت نیز بیش‌تر نشانگان افسردگی را گزارش می‌دهند (خلقی، حبیبی، مختارنیا و میرزایی‌فر، زیر چاپ).

در پژوهش‌های قبلی نیز، برای بررسی روایی مقیاس افسردگی کوتچر از ابزارهای همراه استفاده شده بود. بروکز و همکاران (۲۰۰۳) از سه ابزار همراه

پایایی مطلوب این مقیاس در نمره کل و خرده مقیاس‌های آن می‌باشد. شهیدی و شجاعی (۲۰۱۴) همسو با این یافته، در نمونه بزرگسال آلفای کرونباخ مقیاس حاضر را برای هرکدام از خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ گزارش کرده بود. همچنین گیسند و سانو (۲۰۱۴) همسانی درونی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ و با روش دو نیمه‌سازی ۰/۷۸ گزارش کرد.

همچنین در پژوهش حاضر با توجه به ارتباط متغیرهای ناامیدی و خودکارآمدی با افسردگی نوجوانان، از ابزارهای افسردگی کودکان، افسردگی رادز نوجوانان، مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان برای روایی همگرا و از ابزار خودکارآمدی نوجوانان برای روایی واگرا استفاده شد که یافته‌ها نشان‌دهنده همبستگی معنادار این ابزارها با مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر بود. همسو با این نتایج، خلقی (زیر چاپ) گزارش کرد ناامیدی عامل خطر مهمی برای افسردگی نوجوانان می‌باشد؛ ناامیدی بر سلامت روان و روابط اجتماعی نوجوانان تأثیر می‌گذارد به‌طوری‌که نوجوان در ابتدا دچار ناامیدی و متعاقب آن دچار افسردگی می‌شود. این یافته، پژوهش وانکلاین^۱، دی^۲، هارت^۳ و گیرارد^۴ (۲۰۱۲) را نیز که نشان داده‌اند ناامیدی در نوجوانان آن‌ها را به سوی افسردگی سوق می‌دهد، آنان گزارش کردند که ناامیدی از عوامل مهم در بد رفتاری و افسردگی کودکان و نوجوانان می‌باشد. همین‌طور آبل^۵، گانگن^۶، راندی^۷ و آروپچ^۸ (۲۰۰۷) در بررسی‌های

7. Randy
8. Auerbach
9. Schwarzer
10. Luszczynska
11. Ogunyemi
12. Mabekoje
13. Siu -kau
14. Stephen
15. Benight
16. Bandura

1. Wanklyn
2. Day
3. Hart
4. Girard
5. Abela
6. Gagnon

مقیاس تجدیدنظر شده افسردگی درجه‌بندی بالینی کودکان (CDRS-R)، افکار بالینی عمومی (CGI) و سنجش کارکرد عمومی (AGF) استفاده کردند و گزارش کردند که مقیاس کوچر با مقیاس افسردگی و افکار بالینی عمومی روایی همگرا و با سنجش کارکرد عمومی روایی واگرا دارد. لبلانس و همکاران (۲۰۰۲) نیز در بررسی مقیاس ۱۶ سؤالی افسردگی کوچر عملکرد ارزیابی و تشخیص افسردگی این مقیاس را نسبت به مقیاس افسردگی بک بالاتر گزارش دادند.

درمجموع پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مقیاس افسردگی کوچر نوجوانان، پرسشنامه معتبر و مناسب جهت استفاده برای ارزیابی نشانگان اختلالات افسردگی می‌باشد و از آن می‌توان به‌عنوان یک ابزار اندازه‌گیری پایا و معتبر برای اندازه‌گیری میزان اختلالات افسردگی در محیط‌های بالینی، پژوهشی استفاده کرد، همچنین مقیاس هنجار شده حاضر نسبت به مقیاس‌های پیشین می‌تواند بیشتر در ارزیابی شدت

افسردگی نوجوانان استفاده شود. در آخر قابل ذکر است اگرچه این مطالعه یک نسخه معتبر فارسی از KADS برای استفاده در دانش‌آموزان است؛ با این حال محدودیت‌هایی نیز در این زمینه وجود دارد: اول اینکه جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان شهر تهران تشکیل می‌دهند، بنابراین نتایج را نمی‌توان به تمام دانش‌آموزان فارسی‌زبان تعمیم داد. دوم اینکه داده خودگزارشی هستند و ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های (تعصبات) مربوط به گذشته قرار بگیرد. سوم اینکه بالا بودن حجم سؤالات و امکان خسته شدن آزمودنی در پاسخگویی به سؤالات و عدم همکاری بعضی از آزمودنی‌ها از اواسط اجرای آزمون و افت نمونه‌گیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش هستند؛ بنابراین بر اساس پژوهش انجام گرفته پیشنهاد می‌شود، پژوهش بر روی نمونه‌های غیر ساکن در شهر تهران نیز انجام شود و همچنین از نمونه بالینی در پژوهش‌های بعدی استفاده شود.

منابع

- حبیبی، مجتبی، خلقی، حبیب، عابدی، حسین، پرندوار، زیبا و اعتصامی، مائده. (زیر چاپ). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ناامیدی کودکان. مجله پژوهش و سلامت.
- خلقی، حبیب. (۱۳۹۳). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای با افسردگی نوجوانان با میانجیگری ناامیدی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- خلقی، حبیب، حبیبی، مجتبی، مختارنیا، ایرج و میرزایی‌فر، فروزان. (زیر چاپ). بررسی نقش استرس تحصیلی دانش‌آموزان در افسردگی آنان با میانجی‌گری خودکارآمدی.
- طهماسیان، کارینه و اناری، آسیه. (۱۳۹۰). ارتباط مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی تحصیلی با افسردگی نوجوانان. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۴ (۱)، ۲۴۴-۲۲۷.

- Abela, J. R. Z., Gagnon, H. Randy, P., & Auerbach. (2007). Hopelessness depression in children: an examination of the symptom component of the hopelessness theory. *Journal of Cognitive Therapy Reserch*, 31, 401-417.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.

- Bravo, M., Mayoral, M., Laorden, A. T., & Moreno, C. (2014). *Assessment of pediatric depression. In Guide to Assessment Scales in Major Depressive Disorder* (pp. 35 -42). Springer International Publishing.
- Brooks, S. (2004). The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology News*, 9(5), 4-6.
- Brooks, S. J., Krulewicz, 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
- Dehshiri GH, Najafi M, Sheykhi M, Habibi M. (2009). Investigating primary psychometric properties of childrens depression inventory (CDI). *Journal of Family Research*, 5 (18).
- Fonseca-Pedrero, E., Wells, C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, Ú, Sierra, S., & Muñiz, J. (2010). Measurement invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across gender and age. *International Journal of Testing*, 10(2), 133 -148.
- Gesinde, A. M., & Sanu, O. J. (2014). Prevalence and Gender Difference in Self-Reported Depressive Symptomatology among Nigerian University Students: Implication for Depression Counselling. *Journal of The Counsellor*, 33(2), 129 -140.
- 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. *Journal of School Psychology Review*, 38(2), 200.
- 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). *Journal of International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 3(2), 93.
- 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.
- LeBlanc, J. C., Almudevar, A., Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(2), 113 -126.
- Lumley, M. N., Dozois, D. J. A., Hennig, K. H., & Marsh, A. (2012). Cognitive organization, perceptions of parenting and depression symptoms in early adolescence. *Journal of Cognitive therapy and research*, 36(4), 300 -310.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35.
- Miller, L., & Barton, Y. A. (2015). Developmental Depression in Adolescents: A Potential Sub-type Based on Neural Correlates and Comorbidity. *Journal of religion and health*, 54(3), 817 -828.
- Mojs, E., Bartkowska, W., Kaczmarek, L. D., Ziarko, M., Bujacz, A., & Warchol-Biedermann, K. (2015). Właściwości psychometryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale)—pomiar depresji w grupie student. *Journal of Psychiatr. Pol*, 49(1), 135 -144.
- Molabagher, M., Jalalmanesh, M., & Zerati, Sh. (2006). The study of depressive symptoms in adolescents and its relationship with marital satisfaction Tuyserkan their mothers in the city in 1383. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 8 (30), 43 -50.
- Molavi, P., & Karimollahi, M. (2006). Prevalence of depression in Ardabil medical students. *Journal of Annals of General Psychiatry*, 5(1), 1 -1.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Gogou, P., Panagiotou, I., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2010). Self-efficacy, depression, and physical distress in males and females with cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(8), 518 -525.
- 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.
- Oskoei, 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).
- Quintao, S., David, S., Gusmao, R., & Kutcher, S. (2015). Contribution to the validation of the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-6) in a Portuguese population. *Psicologia: Journal of Reflexão e Crítica*, 28(2), 313 -321.

- 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. *Journal of Clinical child and family psychology review*, 13(3), 213 -230.
- Rosenfeld, B., Pessin, H., Lewis, C., Abbey, J., Olden, M., Sachs, E., & Breitbart, W. (2011). Assessing hopelessness in terminally ill cancer patients: development of the Hopelessness Assessment in Illness Questionnaire. *Journal of Psychological assessment*, 23(2), 325.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). *Health behavior constructs: Theory, measurement, and research*.
- Shahidi, M., & Shojaei, M. (2014). Psychometric Properties and Diagnostic Utility of the 11-Item Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-11) in Persian Samples. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 4(6), 201 -207.
- Siu-kau, C., & Stephen, Y. K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Journal of Social Behavior and Personality*, 413-422.
- Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, A., Marttunen, M., Luukkaala, T., & Rimpelä, M. (2014). Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents—repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *Journal of BMC public health*, 14(1), 408.
- Vassar, M., & Bradley, G. (2012). A reliability generalization meta-analysis of coefficient alpha for the Reynolds Adolescent Depression Scale. *Journal of Clinical child psychology and psychiatry*, 17(4), 519 -527.
- Wanklyn, S. G., Day, D. M., Hart, T. A., & Girard, T. A. (2012). Cumulative childhood maltreatment and depression among incarcerated youth: impulsivity and hopelessness as potential intervening variables. *Journal of Child Maltreatment*, 17(4), 306 -317.
- Wu, L. M., Chin, C. C., Haase, J. E., & Chen, C. H. (2009). Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2358 -2366.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of World Psychiatry*, 14(2), 207 -222.