

بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه
افسردگی کودکان (CDI)

Investigating Primary Psychometric Properties of
Children's Depression Inventory (CDI)

Gh. R. Dehshiri, M. A. ✉

M. Najafi, M. A.

M. Shikhi, M. A.

M. Habibi Askarabad, M. A.

غلامرضا دهشیری ✉

دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

محمود نجفی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی و مدرس دانشگاه سمنان

منصوره شیخی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی

مجتبی حبیبی عسگرآباد

دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران، بورسیه دکترای تخصصی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

Abstract

The purpose of the present study is to investigate primary psychometric properties of the Persian version of children's depression inventory. 407 students, 234 boys and 173 girls, aged between 12 and 14 served as the subjects of this study. They were selected through multi-stage random cluster sampling.

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی کودکان است. نمونه پژوهش شامل ۴۰۷ دانش‌آموز ۱۲ الی ۱۴ سال (۲۳۴ پسر و ۱۷۳ دختر) است که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.

✉Corresponding author: Dept. of Psychology,
Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran
Tel: +98912-4224362
Email: dehshiri_ghr@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: تهران، دهکده المپیک، دانشگاه علامه
طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
تلفن: ۰۹۱۲۴۲۲۴۳۶۲
پست الکترونیکی: dehshiri_ghr@yahoo.com

The sampling group completed Children Depression Inventory, children Depression Scale and Beck Depression Inventory. Results show the total CDI Test-retest reliability and internal consistency to be 0.82 and 0.83 respectively. Also, the correlation coefficients between CDI and Children Depression Scale and Beck Depression Inventory were respectively 0.79 and 0.87 ($p < 0.01$), which indicate a satisfactory convergent validity for CDI. Confirmatory factor analysis results show five factor model of CDI fit in the Iranian sample. MANOVA results indicate that on average the total score of depression for girls was significantly higher than the one for boys. Furthermore, the total average depression for subjects aged 14 was significantly higher than the one for 12 year olds.

KeyWord: Children Depression Inventory, Reliability, and Validity

پرسشنامه افسردگی کودکان، مقیاس افسردگی کودکان و پرسشنامه افسردگی بک در بین آزمودنی‌های پژوهش اجرا شد. نتایج نشان داد که پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسشنامه افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ است.

هم‌چنین همبستگی بین پرسشنامه افسردگی کودکان، مقیاس افسردگی کودکان و پرسشنامه افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد که بیانگر روایی همگرایی پرسشنامه افسردگی کودکان است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل پنج عاملی پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه ایرانی برازش دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که میانگین نمرات کل افسردگی دختران به‌طور معناداری بیشتر از پسران است. هم‌چنین میانگین نمرات کل افسردگی آزمودنی‌های ۱۴ سال به‌طور معناداری بیشتر از آزمودنی‌های ۱۲ سال است.

کلیدواژه‌ها: پرسشنامه افسردگی کودکان، پایایی، روایی

مقدمه

تا عصر حاضر اعتقاد بر این بود که اختلال افسردگی در دوره کودکی بروز نمی‌کند و یا به شکل پنهان رخ می‌دهد. اما اخیراً درک وسیع‌تری از ماهیت اختلال افسردگی در متخصصان به‌وجود آمده و نسبت به این مسئله شناخت بیشتری حاصل شده است. امروزه نظر روان‌شناسان آن است که شرایطی مشابه افسردگی بزرگسالان، می‌تواند در کودکان ظاهر شود و کودکان نیز ممکن است در سطوح مختلف تحول، از افسردگی رنج ببرند (واینر، ۱۹۸۲؛ رافائل و باروز، ۱۹۹۵؛ ایلی، ۱۹۹۷). بر اساس دیدگاه‌های اخیر در مورد بهداشت روانی کودکان، وجود افسردگی در همه سطوح تحولی و شباهت نشانه‌های آن با نشانه‌های افسردگی نوجوانان و بزرگسالان مورد تأیید قرار گرفته است (دوراند و بارلو، ۱۹۹۷). اصطلاح افسردگی طیف وسیعی از غمگینی طبیعی^۱، سوگ^۲ و نشانگان افسرده‌ساز^۳ تا انواع شدید سایکوز افسرده‌ساز^۴ را در بر می‌گیرد (عبدالخالق، ۱۹۹۳).

الگوی نشانه‌های افسردگی کودکان به لحاظ شناختی، عاطفی، رفتاری و شکایت‌های جسمانی، مشابه افسردگی بزرگسالان است (کازلو و همکاران، ۱۹۸۴). به‌علاوه تغییرپذیری بسیار اندکی در نشانگان این اختلال در طول عمر وجود دارد (کواکس، ۱۹۹۶). بر اساس تحقیقات انجام شده بین افسردگی کودکان و بزرگسالان از نظر وجود خلق افسرده‌ساز^۵ مداوم، وجود علائم نباتی^۶، آشفتگی در خواب^۷، اختلال در اشتها و انرژی^۸، مشکلات تمرکز و توجه^۹ و کاهش علاقه به فعالیت‌های معمولی^{۱۰} شباهت وجود دارد (پرسکورن و همکاران، ۱۹۸۷؛ عیسی، ۲۰۰۶). افسردگی در کودکان اثرات وسیع و عمیقی در جنبه‌های مختلف زندگی برجای می‌گذارد. یکی از این ابعاد، عملکرد تحصیلی کودک است. تحقیقات دلالت بر آن دارند که کودکان افسرده در مقایسه با سایر کودکان دارای مشکلات تحصیلی هستند و بین افسردگی و پیشرفت تحصیلی رابطه معناداری وجود دارد. البته این بدین معنا نیست که افسردگی علت عملکرد تحصیلی ضعیف است، بلکه علل و عوامل دیگری ممکن است موجب عملکرد تحصیلی ضعیف و افسردگی باشد. اما باید توجه داشت که عملکرد تحصیلی ضعیف یکی از علائم ثانوی افسردگی است (شووارتز و همکاران، ۲۰۰۸؛ فروجد و همکاران، ۲۰۰۸). علی‌رغم تلاش‌های انجام شده در DSM-IV به منظور تعریف و شناسایی اختلالات افسردگی در کودکان، اختلال افسردگی عمده ممکن است در همه‌گیرشناسی و جمعیت‌های بالینی کودکان و نوجوانان هم‌چنان غیرقابل تشخیص بماند (فلامنت و همکاران، ۲۰۰۱؛ سورنسون و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین علاقه به بررسی افسردگی در کودکان و نوجوانان منجر به اقداماتی برای شناسایی میزان آن در جوامع و فرهنگ‌های مختلف شده است. از طرفی امروزه این امر پذیرفته شده است که تشخیص افسردگی مستلزم سنجش دقیق با استفاده از مقیاس‌های چندگانه است (فیرستاد و همکاران، ۱۹۹۷؛ تیمبرونت و همکاران، ۲۰۰۴).

در تشخیص اختلالات افسرده‌ساز استفاده از راهبرد مرحله‌ای چندگانه^{۱۱} توصیه شده است. مرحله اول این راهبرد، به‌کارگیری حداقل یک آزمون غربال‌گری نظیر پرسشنامه، جهت انتخاب موارد بالقوه است (کندال و همکاران، ۱۹۸۹). بنابراین وجود ابزارهایی با خصوصیات روان‌سنجی در حد قابل قبول، برای سنجش نشانگان افسردگی در کودکان و نوجوانان بسیار ضروری است. ابزارهای خودگزارش‌دهی از جهت اجرا سریع و آسان بوده و جایگزین مناسبی برای مصاحبه‌های تشخیصی وقت‌گیر در غربال‌گری افسردگی هستند (تاستوم، ۲۰۰۵). بر اساس نظر کواکس (۱۹۹۲) پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی کودکان، اطلاعات مفیدی را بدست می‌دهند، زیرا بسیاری از ویژگی‌های افسردگی نظیر غمگینی، احساس بی‌ارزشی، ناامیدی و... درونی‌سازی شده^{۱۲} هستند و به آسانی به واسطه اطلاعات بدست آمده از والدین و معلمان قابل شناسایی نیستند. میزان توافق بین نظرات والد - کودک^{۱۳} بیشتر در زمینه رفتارها و رویدادهای قابل مشاهده نظیر خیس کردن رختخواب و وقفه در رفتن به مدرسه مناسب‌تر است تا نشانگان درونی‌سازی شده نظیر غمگینی،

اضطراب و عزت نفس پایین (هوگز و همکاران، ۱۹۹۰؛ سیلورمن و ایسن، ۱۹۹۲). علاوه بر این، والدین تمایل دارند که بدر رفتاری کودک خود را بیشتر به دلایل جسمانی مرتبط سازند تا دلایل روان‌شناختی (والکر و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین طبق مدل‌های روان‌شناختی، خود ادراکی‌های کودکان^{۱۴} پیش‌بینی‌کننده بهتری از وضعیت واقعی آن‌ها است (کواکس، ۱۹۹۲؛ فینچ و همکاران، ۱۹۸۷). در میان ابزارهای سنجش نشانگان افسرده‌ساز کودکان، پرسشنامه افسردگی کودکان^{۱۵} (CDI) (کواکس، ۱۹۹۲) در پژوهش‌های مختلف به شکل گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان پرسشنامه‌ای دارای روایی^{۱۶} و پایایی^{۱۷} شناخته شده است (ولا و همکاران، ۱۹۹۲؛ کازدین، ۱۹۹۰؛ هوگز و همکاران، ۱۹۸۳؛ کواکس، ۱۹۹۲؛ قریب و بشای، ۱۹۸۹؛ تاستوم، ۲۰۰۵؛ توئینگ و نالن هاکسما، ۲۰۰۲، عیسی، ۲۰۰۶).

پرسشنامه افسردگی کودکان یک مقیاس افسردگی مبتنی بر نشانگان روان‌شناختی است که برای سنجش علائم رفتاری، شناختی و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان طراحی شده است و گستره وسیعی از نشانگان افسردگی شامل خلق آشفته^{۱۸}، مشکلاتی در ظرفیت لذت بردن^{۱۹}، عملکرد نباتی، خودارزیابی پایین^{۲۰}، ناامیدی^{۲۱} و رفتارهای بین‌فردی^{۲۲} را اندازه‌گیری می‌کند (کواکس، ۱۹۹۲). محققان بسیاری ضرایب پایایی از طریق همسانی درونی^{۲۳} پرسشنامه افسردگی کودکان را ۰/۸۰ و بالاتر گزارش کرده‌اند (کول و کارپینتری، ۱۹۹۰؛ کراولی و وورچل، ۱۹۹۳؛ کواکس، ۱۹۸۵؛ رینولد و همکاران، ۱۹۸۵؛ اسماکر و همکاران، ۱۹۸۶؛ ویس و همکاران، ۱۹۹۱). عیسی (۲۰۰۶) پایایی نسخه کویتی پرسشنامه افسردگی کودکان بر روی ۲۲۹۹ کودک ۱۷-۹ ساله در مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۵، ۰/۸۵ و ضرایب همبستگی هر سؤال با نمره کل را در دامنه‌ای از ۰/۲۷ تا ۰/۶۰ و پایایی به روش بازآزمایی را نیز ۰/۷۰ گزارش کرده است. تاستوم (۲۰۰۵) پایایی نسخه دانمارکی پرسشنامه افسردگی کودکان را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب همبستگی معناداری بین CDI و نمره افسردگی بر اساس برنامه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی^{۲۴} (K-SADS) گزارش کرده است. برنامه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته معتبر و پرکاربرد است که برای تشخیص اختلالات روان‌پزشکی کودکان به کار می‌رود. قریب و بشای (۱۹۸۹) پایایی نسخه عربی CDI را در مصر از طریق بازآزمایی در پایه چهارم با فاصله ۷ روز ۰/۸۱، پایه پنجم با فاصله ۲۱ روز ۰/۷۶ و پایه هفتم و هشتم با فاصله ۷ روز ۰/۷۲ و پایه نهم با فاصله ۹ روز ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین همسانی درونی پرسشنامه را در پایه دوم و سوم ۰/۸۸، پایه ششم ۰/۷۹ و پایه هشتم ۰/۸۴ گزارش نموده‌اند. قریب و بشای (۱۹۸۹) همبستگی پرسشنامه افسردگی کودکان را با نسخه عربی مقیاس افسردگی کودکان در پایه هشتم و نهم به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۱ و همبستگی پرسشنامه افسردگی کودکان با نسخه عربی مقیاس اضطراب کاستلو و کامری (۱۹۶۷) را ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. فینچ و همکاران

(۱۹۸۷) در کودکان فلوریدا، پایایی CDI را در فواصل زمانی متفاوت در دامنه‌ای از ۰/۶۶ تا ۰/۸۲ بدست آورده‌اند. زالسمن (۲۰۰۵) بین CDI و مقیاس درجه‌بندی افسردگی کودکان^{۲۵} به ارتباط معناداری دست یافت. ایوارسون و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی CDI را در کودکان سوئدی ۰/۸۶ و همبستگی CDI را با مقیاس اضطراب چندگانه کودکان^{۲۶} ۰/۴۰ و ترنگا سومبات (۱۹۹۷) خصوصیات روان‌سنجی نسخه CDI را برای شاخص‌های حساسیت^{۲۷}، ویژگی^{۲۸} و صحت^{۲۹} به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

از بین ابزارهای سنجش افسردگی کودکان نظیر مقیاس افسردگی کودکان (لانگ و تیشر، ۱۹۷۸؛ به‌نقل از گلزاری، ۱۳۷۹) مصاحبه‌سندرم‌های روان‌پریشی کودکان^{۳۰} و... بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی CDI در یک نمونه ایرانی به این دلایل انتخاب شد: قابلیت کاربرد پرسشنامه افسردگی کودکان در سطوح تحصیلی ۷ تا ۱۷ سال؛ قابلیت کاربرد آن در غربال‌گری؛ تأیید پایایی و روایی CDI در فرهنگ‌های مختلف به‌خصوص در فرهنگ عربی زبان کویت و مصر (قریب و بشای، ۱۹۸۹؛ عیسی، ۲۰۰۶) که به لحاظ قرابت فرهنگی در مقایسه با فرهنگ‌های آمریکایی و اروپایی به فرهنگ ایرانی نزدیک‌تر است؛ اجرا و نمره‌گذاری سریع پرسشنامه بر روی کودکان در کوتاه‌ترین زمان ممکن به دلیل کم بودن تعداد سؤالات؛ ارائه نمرات هنجار شده در نمره کل افسردگی و ۵ خرده‌مقیاس آن بر اساس جنس و سن آزمودنی‌ها و بالاخره به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و ویژگی‌های خاص فرهنگ عربی و فارسی زبان در زمینه افشاگری ویژگی‌های فردی و بالا بردن ضریب اطمینان و دقت جمع‌آوری داده‌ها در فرهنگ‌های مقاوم در برابر سؤالات مصاحبه مستقیم. با استناد به موارد ذکر شده می‌توان گفت که بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در یک نمونه ایرانی در زمینه‌های پژوهشی، بالینی و غربال‌گری ضروری است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع راهنمایی مدارس دولتی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶ - ۸۵ بودند. از جامعه آماری فوق تعداد ۴۰۷ نفر شامل ۲۳۴ پسر (۵۷/۵ درصد) و ۱۷۳ دختر (۴۲/۵ درصد) با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای^{۳۱} انتخاب شدند. ابتدا از بین مناطق ۲۲گانه آموزش و پرورش به‌طور تصادفی، چهار منطقه ۷، ۱۱، ۳ و ۱۶ و سپس از بین مدارس راهنمایی موجود در هر منطقه یک مدرسه راهنمایی دخترانه و یک مدرسه راهنمایی پسرانه در سه مقطع اول، دوم و سوم انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI): پرسشنامه خودگزارش‌دهی افسردگی کودکان به وسیله کوکس و بک (۱۹۷۷) برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۱۷-۷ سال ساخته شده است. این پرسشنامه شامل پنج خرده‌مقیاس خلق منفی^{۳۲}، مشکلات بین‌فردی^{۳۳}، ناکارآمدی^{۳۴}، بی‌لذتی^{۳۵} و عزت نفس منفی^{۳۶} می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۷ سؤال که هر سؤال شامل سه جمله است و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی، توانایی در تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده است. کودک یکی از سه جمله که بیانگر احساسات و افکار و رفتار 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، در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. اجرای این پرسشنامه کمتر از ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. ابتدا پرسشنامه توسط یکی از اساتید زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس برای اطمینان از صحت ترجمه، نسخه ترجمه شده فارسی در اختیار یکی دیگر از اساتید زبان انگلیسی دیگر قرار داده شد تا به انگلیسی برگردانده شود. متن ترجمه از نظر قابل فهم و رسا بودن کلمات، نخست توسط اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی بازبینی گردید. سپس پرسشنامه به تعدادی از دانش‌آموزان مقاطع راهنمایی داده شد تا اشکالات موجود احتمالی مشخص گردد و بدین ترتیب نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی کودکان تهیه و اجرا شد.

مقیاس افسردگی کودکان (CDS)^{۳۷}: این مقیاس توسط لانگ و تیشر (۱۹۷۸)، به‌نقل از گلزاری، (۱۳۶۹) برای کودکان ۱۶-۹ سال ساخته شده است. دارای ۶۶ سؤال است که ۴۸ سؤال آن نشانه‌های افسردگی و ۱۸ سؤال آن تجربیات لذت‌بخش را اندازه می‌گیرد. تفاوت مجموع نمرات سؤالات افسردگی از مجموع نمرات لذت بیانگر نمره کل افسردگی می‌باشد. تونکین و هورسون (به‌نقل از گلزاری، ۱۳۶۹) در ملبورن استرالیا با بررسی مقیاس افسردگی کودکان بر روی ۶۰ دانش‌آموز ۱۳-۹ سال، ضریب آلفای مقیاس‌های فرعی را بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۷، ضریب آلفای نمره کل CDS را ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن را بعد از ۱۰ روز ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. هواردبات (۱۹۸۲)، به‌نقل از گلزاری، (۱۳۶۹) ضریب آلفای کل مقیاس CDS را ۰/۹۴ و ضریب دو نیمه گاتمن را ۰/۹۰ گزارش نموده است. مقیاس افسردگی کودکان توسط گلزاری (۱۳۶۹) از طریق نظرخواهی از کودکان، معلمان، نویسندگان کودک و چند نفر از اساتید ترجمه شده است. ضریب پایایی آن از طریق بازآزمایی ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس ناامیدی کودکان کازدین در پسران ۰/۴۶ ($P < ۰/۰۵$)، در دختران ۰/۵۷ ($P < ۰/۰۵$) و در کل گروه نمونه ۰/۵۶ ($P < ۰/۰۵$) بدست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پژوهش از فرم کوتاه هنجاریابی شده BDI منصور و دادستان (۱۳۸۱) استفاده شده است. این فرم دارای ۱۳ سؤال است که هر سؤال از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. رجبی (۱۳۸۴) بین فرم بلند و کوتاه این مقیاس ضریب همبستگی ۰/۶۷ و آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۹ بدست آورده است. ضریب پایایی پرسشنامه BDI با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش شعیری و همکاران (۱۳۸۵) ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱ فراوانی و درصد آزمودنی‌ها به تفکیک سن و جنس ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد آزمودنی‌ها به تفکیک سن و جنس

کل		دختر		پسر		جنس سن
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۴/۴	۱۴۰	۱۷/۴	۷۱	۱۷	۶۹	۱۲
۳۴/۹	۱۴۲	۱۱/۱	۴۵	۲۳/۸	۹۷	۱۳
۳۷/۷	۱۲۵	۱۴	۵۷	۱۶/۷	۶۸	۱۴
۱۰۰	۴۰۷	۴۲/۵	۱۷۳	۵۷/۵۰	۲۳۴	کل

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، گروه نمونه شامل دانش‌آموزان ۱۲، ۱۳ و ۱۴ سال بودند. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه افسردگی کودکان و خرده‌مقیاس‌های آن از دو روش ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد. در جدول ۲ ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه افسردگی کودکان و خرده‌مقیاس‌های آن ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب آلفای کرونباخ کل و خرده‌مقیاس‌های CDI به تفکیک جنس

کل	دختر	پسر	جنس
			آزمون
۰/۸۳	۰/۸۶	۰/۷۹	کل پرسشنامه
۰/۵۱	۰/۶۳	۰/۴۰	خلق منفی
۰/۳۸	۰/۴۱	۰/۳۶	مشکلات بین فردی
۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۵۵	ناکارآمدی
۰/۶۰	۰/۶۷	۰/۵۴	بی‌لذتی
۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۴	عزت نفس منفی

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ است، هم‌چنین ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۰ می‌باشد. به منظور بررسی پایایی بازآزمایی پرسشنامه افسردگی کودکان، پرسشنامه بر روی ۳۶ نفر از آزمودنی‌ها (۱۹ پسر و ۱۷ دختر) با فاصله زمانی سه هفته اجرا شد. جدول ۳ ضرایب بازآزمایی نمره کل و خرده‌مقیاس‌های CDI را برحسب جنس نشان می‌دهد. ضرایب بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۸۲ و ضرایب خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۳ است که در حد قابل قبولی است.

جدول ۳: ضرایب بازآزمایی نمره کل و خرده‌مقیاس‌های CDI برحسب جنس

جنس	آزمون		کل
	پسر	دختر	
نمره کل	۰/۸۳**	۰/۸۱**	۰/۸۲**
خلق منفی	۰/۶۳**	۰/۶۵**	۰/۶۶**
مشکلات بین فردی	۰/۶۷**	۰/۶۴**	۰/۶۵**
ناکارآمدی	۰/۸۴**	۰/۸۳**	۰/۸۲**
بی‌لذتی	۰/۷۶**	۰/۷۵**	۰/۷۱**
عزت نفس منفی	۰/۸۵**	۰/۸۴**	۰/۸۳**

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

در جدول ۴ ماتریس همبستگی بین نمرات خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه افسردگی کودکان ارائه شده است.

جدول ۴: ماتریس همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه افسردگی کودکان

نمرات	۱	۲	۳	۴	۵
نمره کل	۱				
خلق منفی	۰/۷۴**	۱			
مشکلات بین فردی	۰/۵۵**	۰/۳۷**	۱		
ناکارآمدی	۰/۶۹**	۰/۴۱**	۰/۳۲**	۱	
بی‌لذتی	۰/۷۷**	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۴۳**	۱
عزت نفس منفی	۰/۷۶**	۰/۵۵**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۶۳**

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

چنان‌چه از جدول مشاهده می‌شود دامنه ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های CDI بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ می‌باشد.

به منظور بررسی روایی پرسشنامه افسردگی کودکان، این پرسشنامه به همراه فرم کوتاه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان بر روی ۴۲ آزمودنی اجرا شد و سپس ضریب همبستگی بین آن‌ها محاسبه شد. هم‌چنین همبستگی بین نمرات پرسشنامه افسردگی با معدل ترم قبل آزمودنی‌ها محاسبه شد که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: همبستگی CDI با پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس افسردگی

کودکان و پیشرفت تحصیلی

پیشرفت تحصیلی	مقیاس افسردگی کودکان	پرسشنامه افسردگی بک	جنس / آزمون
-۰/۲۲**	۰/۸۷**	۰/۷۹**	نمره کل
-۰/۱۲*	۰/۸۳**	۰/۶۸**	خلق منفی
-۰/۱۳*	۰/۵۸**	۰/۳۸*	مشکلات بین فردی
-۰/۲۸**	۰/۶۴**	۰/۴۱*	ناکارآمدی
-۰/۱۸**	۰/۷۶**	۰/۶۶**	بی‌لذتی
-۰/۱۵**	۰/۷۷**	۰/۷۳**	عزت نفس منفی

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

چنانچه از جدول ۵ مشاهده می‌شود همبستگی نمره کل پرسشنامه افسردگی کودکان با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ می‌باشد که بیانگر روایی همگرایی بالای این پرسشنامه است. همبستگی خرده‌مقیاس‌های CDI با پرسشنامه افسردگی بک بین ۰/۳۸ برای خرده‌مقیاس مشکلات بین فردی تا ۰/۷۳ برای خرده‌مقیاس عزت نفس منفی بود. هم‌چنین همبستگی خرده‌مقیاس CDI با مقیاس افسردگی کودکان بین ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس مشکلات بین فردی تا ۰/۷۷ برای خرده‌مقیاس عزت نفس منفی بدست آمد. همبستگی معنادار نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان و خرده‌مقیاس‌های آن با نمرات پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان بیانگر روایی همگرایی قابل قبول CDI است. همبستگی بین نمره کل افسردگی با پیشرفت تحصیلی آزمودنی‌ها برابر با ۰/۲۲ ($p<۰/۰۱$) و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با پیشرفت تحصیلی بین ۰/۸۲- برای خرده‌مقیاس خلق منفی تا ۰/۲۸- برای خرده‌مقیاس ناکارآمدی بدست آمد.

به منظور بررسی این که ساختار پنج‌عاملی پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه ایرانی برازش دارد از روش تحلیل عاملی تأییدی از طریق نرم‌افزار اموس^{۲۸} استفاده شد. در جدول ۶ بارهای عاملی سؤالات روی عوامل ارائه شده است. هم‌چنین شاخص‌های برازش مدل نیز در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه افسردگی کودکان

عزت نفس منفی		بی لذتی		ناکارآمدی		مشکلات بین فردی		خلق منفی	
بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال	بار عاملی	سؤال
۰/۴۳	سؤال ۲	۰/۴۱	سؤال ۴	۰/۴۰	سؤال ۳	۰/۵۰	سؤال ۵	۰/۶۹	سؤال ۱
۰/۵۳	سؤال ۷	۰/۴۱	سؤال ۱۶	۰/۴۱	سؤال ۱۵	۰/۲۹	سؤال ۱۲	۰/۲۵	سؤال ۶
۰/۴۲	سؤال ۹	۰/۴۸	سؤال ۱۷	۰/۵۵	سؤال ۲۳	۰/۳۳	سؤال ۲۶	۰/۲۰	سؤال ۸
۰/۴۵	سؤال ۱۴	۰/۱۷	سؤال ۱۸	۰/۶۳	سؤال ۲۴	۰/۴۷	سؤال ۲۷	۰/۶۳	سؤال ۱۰
۰/۶۰	سؤال ۲۵	۰/۴۸	سؤال ۱۹					۰/۵۱	سؤال ۱۱
		۰/۶۵	سؤال ۲۰					۰/۳۰	سؤال ۱۳
		۰/۴۷	سؤال ۲۱						
		۰/۳۴	سؤال ۲۲						

جدول ۷: شاخص‌های برازش ساختار پنج عاملی پرسشنامه افسردگی کودکان

RMSEA	CFI	AGFI	GFI	<i>p</i>	<i>df</i>	χ^2
۰/۰۴	۰/۸۶	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۳۱۴	۶۱۶/۲۳

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود شاخص نیکویی برازش^{۳۹} (GFI) برابر با ۰/۹۱ و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^{۴۰} (AGFI) برابر با ۰/۹۰ است. هم‌چنین جذر برآورد خطای تقریب^{۴۱} (RMSEA) برابر با ۰/۰۴ است. بنتلر^{۴۲} (۱۹۸۰) پیشنهاد می‌کند زمانی که GFI و AGFI بزرگتر از ۰/۹۰ و RMSEA کمتر از ۰/۱۰ باشد نشان‌دهنده برازش مدل است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ساختار پنج عاملی پرسشنامه افسردگی در جامعه ایرانی برازش دارد.

به منظور بررسی تأثیر جنس و سن بر روی نمره کل افسردگی از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی^{۴۳} و برای بررسی تأثیر جنس و سن بر خرده‌مقیاس‌های آن از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری دو عاملی^{۴۴} (شاخص لامبدای ویلکز^{۴۵}) استفاده شد. در جدول شماره ۸ میانگین و انحراف استاندارد نمره کل افسردگی و پنج خرده‌مقیاس آن به تفکیک سن و جنس ارائه شده است.

جدول ۸: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرسشنامه افسردگی

کودکان به تفکیک جنس و سن

سن	جنس	شاخص	نمره کل	خلق منفی	مشکلات بین فردی	ناکارآمدی	بی لذتی	عزت نفس منفی
۱۲	پسر	میانگین	۱۰/۳۸	۲/۲۳	۰/۷۲	۲	۳/۶۶	۱/۷۷
		انحراف استاندارد	۶/۴۱	۱/۳۹	۱/۰۲	۱/۷۶	۲/۱۸	۱/۶۱
	دختر	میانگین	۱۱/۸۰	۲/۳۹	۰/۷۷	۲/۵۱	۳/۹۷	۲/۱۶
		انحراف استاندارد	۶/۱۵	۱/۹۰	۱/۰۳	۱/۶۲	۲/۵۶	۱/۴۰
	کل	میانگین	۱۱/۰۸	۲/۳۱	۰/۷۴	۲/۲۵	۳/۸۱	۱/۵۶
		انحراف استاندارد	۶/۳۰	۱/۶۵	۱/۰۲	۱/۷۱	۲/۶۷	۱/۵۱
۱۳	پسر	میانگین	۱۱/۸۹	۲/۵۲	۰/۹۹	۲/۲۶	۴/۰۳	۲/۰۹
		انحراف استاندارد	۵/۸۸	۱/۶۵	۰/۹۸	۱/۶۸	۲/۴۳	۱/۴۴
	دختر	میانگین	۱۲/۸۹	۲/۹۱	۱/۱۵	۱/۱۴	۴/۲۳	۲/۷۰
		انحراف استاندارد	۷/۲۸	۲/۱۳	۱/۰۸	۱/۷۲	۲/۸۵	۱/۷۹
	کل	میانگین	۱۲/۲۳	۲/۶۵	۱/۰۴	۲/۱۴	۴/۱۰	۲/۳۰
		انحراف استاندارد	۶/۳۷	۱/۸۳	۱/۰۲	۱/۷۰	۲/۶۷	۱/۵۹
۱۴	پسر	میانگین	۱۲/۴۶	۲/۴۶	۱/۰۶	۲/۴۹	۴/۱۲	۲/۳۴
		انحراف استاندارد	۶/۶۳	۱/۷۷	۱/۱۷	۱/۸۸	۲/۴۳	۱/۷۵
	دختر	میانگین	۱۴/۱۲	۳/۱۶	۱/۳۹	۲/۶۱	۴/۲۶	۲/۷۰
		انحراف استاندارد	۸/۲۶	۲/۲۱	۱/۲۱	۲/۰۸	۲/۹۴	۱/۸۹
	کل	میانگین	۱۳/۲۲	۲/۷۸	۱/۲۱	۲/۵۴	۴/۱۸	۲/۵۰
		انحراف استاندارد	۷/۴۳	۲/۰۱	۱/۱۹	۱/۹۷	۲/۶۶	۱/۸۲
کل	پسر	میانگین	۱۱/۶۰	۲/۴۱	۰/۹۳	۲/۲۵	۳/۹۴	۲/۰۷
		انحراف استاندارد	۶/۲۹	۱/۶۱	۱/۰۶	۱/۷۷	۲/۵۴	۱/۶۰
	دختر	میانگین	۱۲/۸۶	۲/۷۹	۱/۰۸	۲/۳۸	۴/۱۴	۲/۴۹
		انحراف استاندارد	۷/۲۳	۲/۰۸	۱/۱۳	۱/۸۲	۲/۷۶	۱/۶۹
	کل	میانگین	۱۲/۱۴	۲/۵۷	۰/۹۹	۲/۳۰	۴/۰۳	۲/۲۵
		انحراف استاندارد	۶/۷۳	۱/۸۳	۱/۰۹	۲/۷۹	۲/۶۳	۱/۶۵

جدول ۹: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس عاملی (تک متغیری و چند متغیری)

برای بررسی تأثیر جنس و سن بر نمرات افسردگی

تک متغیری						چندمتغیری	اثر
عزت نفس منفی	بی لذتی	ناکارآمدی	مشکلات بین فردی	خلق منفی	نمره کل	F	
۷/۴۹**	۰/۶۷	۰/۲۴	۲/۶۹	۵/۲۳*	۴/۰۳*	۲/۲۷*	جنس
۴/۲۷*	۰/۷۸	۲/۲۳	۶/۹۲**	۲/۸۵	۳/۶۴*	۲/۴۵**	سن
۰/۲۳	۰/۰۳	۲	۰/۵۵	۰/۷۱	۰/۰۸	۱/۱۰	تعامل جنس و سن

**p</math>۰/۰۱ * p</math>۰/۰۵

(تعامل جنس و سن) ۱۰، ۶۹۰ (سن) ۱۰، ۶۹۰، ۱۰ (جنس)، ۳۴۴، ۵ = چند متغیری df

(تعامل جنس و سن) ۲، ۳۴۸ (سن) ۲، ۳۴۸ (جنس) ۱، ۳۴۸ = تک متغیری df

چنانچه در جدول ۹ مشاهده می‌شود، اثر جنس بر نمره کل افسردگی معنادار است، به طوری که میانگین افسردگی دختران به‌طور معناداری بیشتر از پسران است. همچنین اثر سن بر نمرات کل افسردگی نیز معنادار می‌باشد. به منظور بررسی این‌که بین افسردگی چه سنینی تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که در جدول ۱۰ ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۸ می‌توان گفت که میانگین افسردگی افراد ۱۲ سال به‌طور معناداری کمتر از افراد ۱۴ سال است. نتایج آزمون منووا (جدول ۹) بیانگر تأثیر معنادار جنس و سن بر ترکیب خطی نمرات پنج خرده‌مقیاس افسردگی است. نتایج تحلیل آنووا (جدول ۹) بیانگر این است که اثر جنس در خرده‌مقیاس‌های خلق منفی و عزت نفس منفی معنادار است به این صورت که میانگین نمرات خلق منفی و عزت نفس منفی دختران به‌طور معناداری بالاتر از نمرات پسران است. تأثیر سن در مورد خرده‌مقیاس‌های مشکلات بین فردی و عزت نفس معنادار است. به منظور بررسی تفاوت نمرات مشکلات بین فردی و عزت نفس منفی در سنین مختلف از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه نمرات کل افسردگی،

مشکلات بین فردی و عزت نفس بر حسب سن

متغیر	سن	سنین مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
نمره کل افسردگی	۱۲	۱۳	-۱/۱۵	۰/۳۶
		۱۴	-۲/۱۴*	۰/۰۳
	۱۳	۱۴	-۰/۹۹	۰/۸۲
مشکلات بین فردی	۱۲	۱۳	-۰/۳۰	۰/۰۷
		۱۴	-۰/۴۷**	۰/۰۰۲
	۱۳	۱۴	-۰/۱۷	۰/۴۵
عزت نفس منفی	۱۲	۱۳	-۰/۳۳	۰/۲۴
		۱۴	-۰/۵۴*	۰/۰۳
	۱۳	۱۳	-۱/۱۵	۰/۵۸

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

بر اساس نتایج جدول ۱۰ می‌توان گفت که میانگین نمرات مشکلات بین فردی آزمودنی‌های ۱۲ سال به‌طور معناداری کمتر از آزمودنی‌های ۱۴ سال است. همچنین میانگین نمرات عزت نفس منفی آزمودنی‌های ۱۲ سال به‌طور معناداری کمتر از آزمودنی‌های ۱۴ سال است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان شامل بازآزمایی، همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه و روایی همزمان را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد که همسانی درونی کل پرسشنامه در حد قابل قبولی است. هم‌چنین همسانی درونی پنج خرده‌مقیاس آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۰ بدست آمد. با توجه به این که تعداد سؤالات خرده‌مقیاس‌ها کم است (۴ تا ۶ سؤال) این میزان از ضرایب همسانی درونی، قابل قبول می‌باشد. پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه نیز در حد قابل قبولی بود و ضرایب پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ و در حد رضایت‌بخش است. به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر در مورد پایایی پرسشنامه افسردگی کودکان با نتایج پژوهش‌های انجام شده قبلی در خصوص رضایت‌بخش بودن پایایی CDI مطابقت دارد (کواکس، ۱۹۸۳؛ اسماکر و همکاران، ۱۹۸۶؛ کول و کارپینتری، ۱۹۹۰؛ کراولی و ورچل، ۱۹۹۳؛ عیسی، ۲۰۰۶؛ داونزو و همکاران، ۲۰۰۴؛ تاستوم، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که CDI از روایی قابل قبولی برخوردار است. همبستگی نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان با نمرات مقیاس افسردگی کودکان و نمرات فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک معنادار بود. این نتایج بیانگر روایی همگرای بالای CDI است. هم‌چنین بین نمره کل و پنج خرده‌مقیاس CDI با پیشرفت تحصیلی همبستگی منفی و معناداری بدست آمد. این نتیجه با یافته‌های شووارتز و همکاران (۲۰۰۸) و فروجد و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد. عزت نفس به عنوان یک ویژگی دیرپای شخصیت نقش مهمی در پیشرفت تحصیلی دارد. افراد دارای عزت نفس پایین حالت تحقیرآمیزی نسبت به خود دارند و خود را ناکارآمد می‌دانند. این امر روابط بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در نتیجه فرد ممکن است دچار احساس تنهایی و به‌تدریج دارای خلق منفی و افسرده شود (آلوز و همکاران، ۲۰۰۶؛ چانی، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش حاضر در مورد روایی این پرسشنامه با نتایج پژوهش‌های انجام شده قبلی مطابقت دارد. قریب و بشای (۱۹۸۹) در بررسی روایی این پرسشنامه در بین کودکان مصری به این نتیجه رسیدند که بین نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک همبستگی معناداری وجود دارد. تاستوم و همکاران (۲۰۰۵) بین نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان و نمرات حاصل از سیاهه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی کودکان به همبستگی منفی و معناداری دست یافتند. کنایت و همکارانش (۱۹۸۸) نیز به همبستگی معنادار بین نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان و مقیاس افسردگی کودکان دست یافتند.

نتایج زالسمن و همکاران (۲۰۰۵) بیانگر توافق بالای بین نمرات پرسشنامه افسردگی کودکان و مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی افسردگی کودک بود. تحقیقات قبلی نشان می‌دهند که کودکان افسرده دارای مشکلات تحصیلی هستند و افسردگی می‌تواند غالباً تمام عملکردهای شخصی،

خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. تسینی (۱۹۸۶)، به نقل از خیامی، (۱۳۷۴) در تحقیقی همبستگی بین پیشرفت تحصیلی و افسردگی دانش‌آموزان را ۰/۲۶- گزارش کرده است. بلیچمن و همکاران (۱۹۸۶) بدین نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان دارای مشکلات تحصیلی در مقایسه با کودکان عادی از افسردگی بیشتری برخوردارند. کول (۱۹۹۰) بین پیشرفت تحصیلی و افسردگی همبستگی معناداری بدست آورد.

میانگین نمرات کل افسردگی کودکان در پژوهش حاضر برابر با ۱۲/۲۵ است. پژوهش‌های انجام شده با پرسشنامه افسردگی کودکان میانگین نمرات کل افسردگی را بین ۸ تا ۱۴ گزارش کرده‌اند (کواکس، ۱۹۸۵؛ اسماکر و همکاران، ۱۹۸۶؛ داونزو و همکاران، ۲۰۰۴؛ چاریتر و لاسن، ۱۹۹۴؛ عبدالخالق، ۱۹۹۶؛ قریب و بشای، ۱۹۸۹؛ و عیسی، ۲۰۰۶).

از دیگر یافته‌های پژوهش این بود که میانگین نمرات کل افسردگی دختران به‌طور معناداری بالاتر از پسران است. هماهنگ با پژوهش‌های قبلی نمرات دختران در خرده‌مقیاس‌های خلق منفی و عزت نفس منفی به‌طور معناداری بالاتر از پسران بود (بدالخالق، ۱۹۸۹؛ بارون و پیرون، ۱۹۸۶؛ برک، ۱۹۸۶؛ چینو، و فان بیکی، ۱۹۸۴؛ گالاگر، ۱۹۸۳؛ قریب، ۱۹۸۷؛ روزنهان و سلیگمن، ۱۹۸۴؛ سوا و لاستمن، ۱۹۸۴؛ به نقل از عیسی، ۲۰۰۶). با توجه به این که دختران بیشتر مستعد اختلالات درونی‌سازی شده و پسران مستعد اختلالات برونی‌سازی شده هستند، بنابراین تعجب آور نیست که دختران در مقیاس افسردگی نمرات بالاتری کسب کنند (آواد، و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از عیسی، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها حاکی از آن است که نرخ شیوع افسردگی در دختران بیش از پسران است و با افزایش سن این تفاوت بیش از پیش آشکار می‌شود (کاشانی و همکاران، ۱۹۸۷؛ هوگز و همکاران، ۱۹۹۰). نالن هاکسما (۱۹۸۷) دریافتند که دختران شکست‌های خود را به فقدان توانایی خود نسبت می‌دهند، بنابراین بیش از پسران افسرده می‌شوند. لارسون و همکاران (۱۹۹۰) بدین نتیجه رسیدند که شیوع افسردگی در دختران بیش از پسران است و با افزایش سن این تفاوت بیشتر می‌شود. وی معتقد است که دختران علائم را در گزارش‌های خودسنجی راحت‌تر از پسران بیان می‌کنند در حالی که پسران آن را انکار می‌کنند. همچنین میانگین نمرات کل افسردگی و خرده‌مقیاس‌های مشکلات بین فردی و عزت نفس منفی آزمودنی‌های ۱۴ سال به‌طور معناداری بیشتر از آزمودنی‌های ۱۲ سال بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل پنج عاملی پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه ایرانی برآزش دارد که با پژوهش‌های عبدالخالق (۱۹۹۶) و استیل و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرسشنامه افسردگی کودکان در جامعه کودکان ایرانی دارای پایایی و روایی قابل قبولی است. با توجه به بالا بودن روایی و پایایی CDI، می‌توان گفت که این ابزار یک مقیاس خودگزارش‌دهی مفید و مناسبی برای افسردگی و به‌ویژه برای اهداف

تحقیقاتی است. درمانگران و پژوهشگران می‌توانند از آن به‌عنوان ابزار کمک تشخیصی، غربالگری و پژوهشی استفاده نمایند. اما باید توجه داشت که جامعه آماری پژوهش حاضر فقط دانش‌آموزان مقطع راهنمایی بودند، در نتیجه تعمیم نتایج آن به دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و دبیرستان باید با احتیاط صورت گیرد.

با استناد به بررسی مقدماتی پایایی و روایی مقیاس CDI در پژوهش حاضر، بررسی پایایی و روایی CDI در مقاطع تحصیلی ابتدایی و دبیرستان و همچنین بررسی روایی سازه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی در نمونه‌ای بزرگ‌تر، از جمله اقدامات مکملی است که برای آینده پیشنهاد می‌شود.

یادداشت‌ها

1. Normal sadness
2. Grief
3. Depressive symptom
4. Depressive psychotic
5. Depressive Mod
6. Vegetative singe
7. Sleep disturbance
8. Appetite and energy
9. Impairment concentration and attention
10. Decrease interest in usual activities
11. Multiple stage strategy
12. Internalizing Symptom
13. Parent – Child concordance
14. Children’s self – Perception
15. Children’s Depression inventory(CDI)
16. Validity
17. Reliability
18. Disturbed mode
19. Hedonic capacity
20. Low self-evaluation
21. Hopelessness
22. Interpersonal problems
23. Internal cinsistency
24. Kiddies – Schedule for Affective Disorders and schizopherenia
25. Children’s depression rating scale – Revised (CDRS-R)
26. Multidimentimensional anxiety schedule for children(MASC)
27. Sensitivity
28. Specificity
29. Accuracy
30. Children’s interview psychotic syndromes
31. Random multistage cluster sampling
32. Negative mood
33. Interpersonal problems
34. Ineffectiveneess
35. Anhedonia
36. Negative self -esteem
37. Child depression scale
38. Amos 7
39. Goodness- of – Fit Index
40. Adjusted Goodness – of- Fit Index
41. Root Mean Square Eroor Approximation
42. Bentler & Bonet
43. Tow Way ANOVA
44. Tow Way MANOVA
45. Wilks' Lambda

منابع

- خیامی، م. (۱۳۷۴). افسردگی و رابطه آن با برخی از ویژگی‌های فردی خانوادگی گروهی از دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، تهران.
- رجبی، غ. ر. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13). فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۴(۴)، ۲۹۰-۲۹۱.
- شعیری، م. ر.، چترچی، ن.، عطری فرد، م. (۱۳۸۵). نامیرایی نمادین و افسردگی. مجله علوم روان‌شناختی، ۵ (۳۰)، ۲۹۳-۳۰۴.
- کراز، ژ. (۱۳۸۱). بیماری‌های روانی (ترجمه م. منصور و پ. دادستان). تهران: انتشارات رشد.
- گلزاری، م. (۱۳۶۹). آماده‌سازی وسیله‌ای برای سنجش افسردگی کودکان ایرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی، تهران.
- Abdel – Khalek, A. M. (1993). The construction and validation of the Arabic Children's Depression Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 41-50.
- Abdel – Khalek, A. M. (1996). Factorial structure of the Arabic Children Depression Inventory among *Kuvaiti subjects*. *Psychological Reports*, 78(3), 963-967.
- Alves-Martins, M., Peixoto, F., Gouveia-Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2002). Self-esteem and academic achievement among adolescents. *Educational Psychology*, 22(1), 51-62.
- Bentler, P. M. (1980). *EQS for Windows (Version 5/7) (Computer software)*. Los Angeles: BMDP Statistical Software.Inc.
- Blechman, E. A., McEnroe, M. J., Carella, E. T., & Audette, D. P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 223-227.
- Chaney, M. P. (2008). Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. *International Journal of Men's Health*, 7(2), 157-170.
- Chartier, G. M. Lassen, M. K. (1994). Adolescent depression: Children's Depression Inventory norms, suicidal ideation and gender effects. *Adolescence*, 29(116), 859-864.
- Cole, D. A, & Carpenieri, S. (1990). Social status and the co-morbidity of childhood depression and conduct disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 748- 757.
- Cole, D. A. (1990). Relation of social and academic competence to depression symptom in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 424- 429.
- Crowley, S. L., & Worchel, F. F. (1993). Assessment of childhood depression: Sampling multiple data sources with one instrument. *Journal of psycho-educational Assessment*, 11, 242-249.
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S., & Murrelle, L. (2004). Spanish translation and reliability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(1), 75- 92.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (1997). *Abnormal Psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Eisa, M. B. (2006). The children's depression inventory as a reliable measure for post – Iraqi invasion Kuwaiti Youth. *Social Behavior and Personality*, 34(4), 351 –355.

- Eley, T. C. (1997). Depressive symptoms in children and adolescent: Etiological links between normality and abnormality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 861-865.
- Finch, A. J., Saylor, C. F., Edwards, G. L., & McIntosh, J. A. (1987). Children's Depression. Inventory: Reliability over repeated administrations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16(4), 339-341.
- Flament, M., Cohen, D., Choquet, M., Jeammot, P., & Ledoux, S. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1070 – 1078.
- Fristad, M. A., Emery, L., & Beck, S. j. (1997). Use and abuse of the children's depression inventory. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 65, 699-702.
- Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31(4), 485.
- Ghareeb, A., & Beshai, J. A. (1989). Arabic version of the children's depression inventory: Reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 18(4), 323-329.
- Hodges, K., Gordon, Y., & Lennon, M. P. (1990). Parent – child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: The child assessment scheduled. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines*, 31, 427-436.
- Ivarsson, T., Svalander, P., & Litlere, O. (2006). The children depression inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents: A normative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(3), 220 – 226.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hoper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., & McAllister, J. A. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social–cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605 – 620.
- Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Childhood Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.
- Kendal, P. C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. (1989). Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 109-146.
- Knight, D., Hensly, V. R., & Waters, B. (1988). Validation of the children's depression scale and the children's depression inventory in a prepubertal sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 29(6), 853-863.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs, M. (1992). Manual for the children's depression inventory. *Multihealth System, Norton Tonawanda, NJ*.
- Kovacs, M. (1996 b). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705 – 715.

- Kovacs, M., Obrosky, D. S., Gatsonis, C., & Riechards, C. (1997). First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and socio-demographic factors in recovery. *Journal American Academic Adolescent Psychiatry*, 36, 777-784.
- Lang, M., & Miriam, T. R. (1983). *Children's Depression Scale*. Australia: acer.
- Larson, R., Raffaelli, M., Richards, M. H., Ham, M., Patterson, G. R., Stoolmiller, M., & Jewell, L. (1990). Ecology of depression in late childhood and early adolescence: A profile of daily states and activities. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 92-102.
- Linn, R. L. (1989). *Educational measurement*. London: Collier Macmillan publishers.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Olendic, T. H., & Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 126 - 129.
- Preskorn, S. H., Weller. E. B., Hughes, L. W., & Bolte, K. (1987). Depression in prepubertal children: Dexamethasone nonsuppression predicts differential response to imipramine Vs. Placebo. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 128 -133.
- Raphael, B., & Burrows, G. (1995). *Handbook of studies on preventive psychiatry*. Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Reynolds, W. M., Anderson, G., & Bartell, N. (1985). Measuring depression in children: A multimethod assessment investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 513-526.
- Schwartz, D., Duong, M. T., Nakamoto, J., & Gorman, A. H. (2008). Peer relationships and academic achievement as interacting predictors of depressive symptoms during middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 289.
- Silverman, W., & Eisen, A. R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.
- Smacker, M. R., Craighead, E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Sorensen, M., Nissen, J. B., Morso, T. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and co-morbidity: An incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorder*, 84, 85-91.
- Steele, R. G., Little, T., IlardiForehand, R., Brody, G. H., & Hunter, H. L. (2006). A confirmatory comparison of the factor structure of the Children's Depression Inventory between European American and African American youth. *Journal of Child and Family Studies*, 15(6), 779-794.
- Thastum, M. (2005). The children's depression inventory and classification of major depressive disorder: Validity and reliability of the Danish version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 328 - 334.
- Timbermont, B., Braet, C., & Dreessen, L. (2004). Assessing depression in youth: Relation between the children's depression inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 149 - 157.
- Trangkasombat, U., & Likapichitkul, D. (1997). The children's depression inventory as screen for depression in Thai children. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 80(8), 491 - 990.

- Twenge, J. M., & Nolen- Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort deferences in the children's depression inventory: A meta- analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 578 – 588.
- Vella, D. D., Heath, N., & Mieizitis, S. (1992). Childhood depression assessment issues. In S. Mieizitis (Ed.) *Creating an alternative to depression in our school*(pp.95-107). Toronto: Hogrefe.
- Walker, L. S., Garber, J., & van Slyke, D. (1995). Do parents excuse the misbehavior of the pediatric sick role? *Journal of Pediatric Psychology, 20*, 329 – 345.
- Wess, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., & Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the children's depression Inventory. *Psychological Assessment, 3*, 38-45.
- Wiener, I. B. (1982). *Child and Adolescent Psychopathology*. New York: John wiley & sons inc.
- Zalsman, G., Misgav, S., Sommerfeld, E., Kohn, Y., Brunstein- Klomek, A., Diller, R., Sher, L., Schwartz, J., Shoval, G., Ben-Dor, D. H., Wolovik, L., & Oquendo, M. A. (2005). Children's depression inventory (CDI) and the children's depression rating scale – Revised (CDRS-R): Reliability of the Hebrew version. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 17*(3), 255- 257.