

## بررسی شیوع افسردگی در دانش آموزان مدارس شهر تهران

دکتر مسعود جان بزرگی<sup>۱\*</sup>، فیر النساء مستفدمین مسینی<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** افسردگی که یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان است، از دهه هفتاد قرن بیستم میلادی مورد توجه قرار گرفته است. این اختلال تحت تأثیر عوامل مختلفی است. یکی از تبیین‌های رایج شده فقدان تقویت‌های اجتماعی و تأثیر عوامل محیطی و اجتماعی بر افسردگی است. هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی و عوامل همراه افسردگی در مدارس خاص و عادی تهران بوده است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش ۱۵۵۱ دانش آموز دختر و پسر دوره‌های دبیرستان و راهنمایی تهران را در زمینه وجود نشانه‌های افسردگی و شدت آن مورد بررسی قرار داده است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش «آزمون افسردگی بک، آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان» بر اساس ملاک‌های DSM-IV و پرسشنامه مشخصات فردی و جمعیت شناختی بوده است.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که میزان افسردگی در بین دانش‌آموزان مدارس عادی، شاهد و نمونه دولتی در مقایسه با دانش‌آموزان مدارس خاص (غیرانتفاعی و تیزهوشان) بیشتر است ( $p < 0/0001$ ). دختران افسرده‌تر از پسران هستند و افسردگی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی به طور معنی‌داری بالاتر از افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی است. دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در مدارس شاهد دارای میانگین بالاتری در افسردگی نسبت به سایر گروه‌ها بوده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** دانش‌آموزان انواع مختلف مدارس از نظر میزان افسردگی با یکدیگر متفاوتند. طراحی و اجرای مداخله‌های پیشگیرانه و تقویت شیوه‌های مقابله با افسردگی برای کودکان و نوجوانان شاغل به تحصیل در مدارس شاهد و عادی و همچنین بازنگری و اصلاح ساختار نظام آموزشی امری مهم و قابل طرح برای پیشگیری از تداوم افسردگی در مراحل بعدی تحول است.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، کودکان و نوجوانان، مدارس

### مقدمه

کودک کلاس چهارم و پنجم دبستان در ۱۳۸۱ شیوع این اختلال را در شهر مشهد ۱۳/۱ درصد برای دختران و ۷/۶ درصد برای پسران بیان کرده‌اند (۲). ظهیرالدین و همکاران در بررسی خود در شهر فیروزکوه ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش‌آموزان پسر را افسرده گزارش کرده‌اند (۳). شیوع افسردگی در سطح جوامع بشری به حدی است که برخی مانند سلیگمن آن را به عنوان نوعی سرما خوردگی روانی معرفی کرده‌اند. بک، کلارک و آلفورد ابراز داشته‌اند که بسته به اینکه افسردگی چگونه ارزیابی و تعریف شود میزان شیوع آن از ۲/۶ درصد تا ۱۲/۷ درصد متفاوت است. علاوه بر این، عوامل دیگری مانند دامنه سنی، ملاک‌های

افسردگی در کودکان و نوجوانان از دهه ۷۰ قرن بیستم میلادی مورد توجه خاص روان‌شناسان و روانپزشکان قرار گرفته است (۱). به نحوی که در پی گسترش تحقیقات در این زمینه، میزان شیوع این اختلال را از ۲ تا بیش از ۵۰ درصد جمعیت کودک و نوجوان گزارش کرده‌اند. برای مثال، برخی پژوهش‌ها، شیوع این اختلال را (در حد متوسط و شدید) از ۲/۳ درصد تا ۵۹ درصد گزارش کرده‌اند (۱). بررسی‌های همه گیر شناختی انجام شده در ایالات متحده آمریکا نشان داد که میزان بروز افسردگی در کودکان پیش‌دبستانی ۰/۹ درصد، در کودکان سنین مدرسه ابتدایی ۱/۹ درصد و نوجوانان ۴/۷ درصد بوده است (۲). عبداللهیان و همکاران با مطالعه ۲۰۷۱

۱. نویسنده مسؤول: استادیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. آدرس برای مکاتبه: تهران: ضلع شمال غربی پل سیدخندان، نبش خیابان شقایق، ساختمان ۱۰۰۰،

بلوک ۲، طبقه چهارم، واحد ۱۵، مؤسسه طلایه، تلفن: ۲۲۸۶۱۷۰۱، Email: Janbozorgi@sbm.ac.ir

۲. کارشناس ارشد اداره بهداشت آموزش و پرورش

نزاع خانوادگی، حجم خانواده، نحوه برخورد اولیا مدرسه، ناامیدی از قبولی در کنکور، گرایش‌های مذهبی (کسانی که گرایش مذهبی قوی‌تری دارند کمتر افسرده می‌شوند) (۳).

به کارگیری برخی مقابله‌های مؤثر افسردگی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. انجام تمرین‌های ورزشی (۲۰) و آموزش حل مسأله افسردگی را کاهش می‌دهند. با توجه به پژوهش‌های ذکر شده و نگرانی عمده والدین و دانش‌آموزان مقاطع مختلف تحصیلی درباره نوع مدرسه و تنوع مدارس در ایران (شاهد، دولتی، غیر انتفاعی، خاص، تیزهوشان و ...) مسأله این است که آیا دانش‌آموزان انواع مختلف مدارس از نظر افسردگی با یکدیگر متفاوتند؟ آیا دختر و پسر (در زمینه افسردگی) به طور متفاوت از نوع مدرسه تأثیر می‌پذیرند؟ و آیا در مقاطع مختلف تحصیلی میزان افسردگی متفاوت است؟ هدف این مطالعه پاسخ گویی به سؤالات بالا بوده است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی انجام گرفته است. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌های تحصیلی دبیرستان و راهنمایی شاغل به تحصیل در مدارس عادی، نمونه دولتی، غیر انتفاعی، شاهد و استعدادهای درخشان بوده و جهت دستیابی به نمونه مورد نظر از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. به علت گستردگی جامعه، مناطق ۱۹ گانه شهر تهران به پنج منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم شد و از هر پنج منطقه جغرافیایی یک منطقه آموزشی و از هر منطقه آموزشی شش مرکز آموزشی دبیرستان (سه مرکز دخترانه و سه مرکز پسرانه) و شش مرکز آموزشی راهنمایی (سه مرکز دخترانه، سه مرکز پسرانه) انتخاب شد. همچنین از منطقه شش و یازده چهار مرکز آموزشی استعدادهای درخشان برگزیده شد. جمعاً ۶۰ کلاس شامل ۷۰۸ دانش‌آموز دختر و ۸۴۳ دانش‌آموز پسر گروه نمونه این پژوهش را تشکیل دادند. ابزارهای تحقیق عبارت بودند از:

الف) پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

ب) پرسشنامه مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان

ج) پرسشنامه مشخصات فردی

پرسشنامه بک دارای ۲۱ ماده و هر ماده دارای چهار گزینه است که شدت افسردگی را از کم به زیاد نشان می‌دهد. آزمودنی سؤالات را به ترتیب می‌خواند و گزینه‌ای را که بیشتر بیانگر حالت او باشد مشخص می‌سازد. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) بین BDI و سایر

تشخیصی، ابزارهای اندازه‌گیری و ویژگی‌های گروه نمونه مورد مطالعه در تنظیم آمارهای متفاوت درباره شیوع اختلال افسردگی دخالت دارند (۱).

افسردگی در کودکان و نوجوانان در ابتدا با نشانه‌هایی از قبیل گریه، احساس ناخشنودی، فاصله جویی، تحریک‌پذیری، حرمت خود (عزت نفس) پایین و شکایات جسمانی پایدار معرفی شد (۱) ولی در خلال سالهای اخیر در چارچوب نشانگان شناخته شده‌ای از قبیل افسردگی اساسی، اختلال کژخویی، اختلال ادواری و اختلال دو قطبی تشخیص داده می‌شود (۵و۴). درباره یکسانی یا تفاوت نشانه‌های شناسی این اختلال در مراحل مختلف زندگی با اظهار نظرهای متفاوتی رو به رو هستیم. هر چند در چارچوب تشخیصی DSM-IV افسردگی برای تمام سنین تقریباً یکسان است ولی نمود خلق آشفته در کودکان بر حسب سن آنها تا حدی متفاوت است (۲ و ۸-۶).

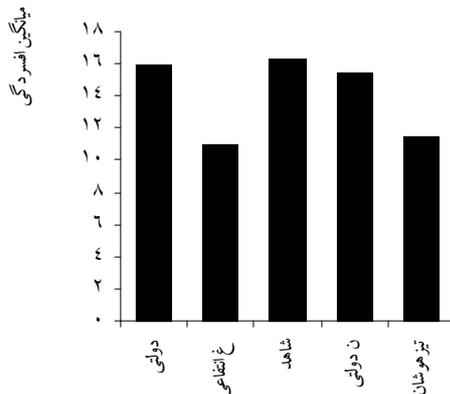
اهمیت بررسی و پیشگیری این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی به دلیل تعامل منفی آن با جریان تحول بهنجار و احتمال اثرات عمیق آن بر جریان تحول و رشد یافتگی بسیار برجسته است. از تأثیر منفی این اختلال در جریان تحول می‌توان به شکست تحصیلی، خشونت گرایی و گرایش به خودکشی اشاره کرد (۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عدم تشخیص و درمان بموقع این اختلال مشکلات جدی برای جامعه و فرد در پی خواهد داشت (۱۰)، زیرا اگر این اختلال درمان نشود تا دوران بزرگسالی تداوم می‌یابد (۱۱).

افسردگی در کودکان و نوجوانان تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر روابط مادر - کودک، فقدان، جدایی، عوامل زیست‌شناختی، محیطی و اجتماعی بروز می‌کند و تداوم می‌یابد.

از عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی که به ویژه پژوهشگران ایرانی آن را پیگیری کرده‌اند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: پرخاشگری والدین، مقررات تنبیهی و محرومیت، اختلافات زناشویی و سپر بلا قرار دادن یا طرد کودکان در خانواده، تغییرات محیطی و بحران‌های خانوادگی (۱۲و۲) معنی‌داری زندگی (۱۳)، وجود طرحواره (روان‌بنه‌های) منفی در نوجوانان که بیشتر باعث تداوم افسردگی می‌شود (۱۴)، فقدان توانایی حل مسأله (۱۵)، افت تحصیلی، جنسیت (با شیوع بیشتر در جنس مؤنث) (۱۶)، فقدان حمایت اجتماعی و خانوادگی (کودکان بی‌سرپناه) (۱۷)، فقدان حمایت اجتماعی و خانوادگی (فرزندان شهدا) به ویژه برای پسران که باعث احساس ناامنی در کودکان می‌شود (۱۸)، محیط تربیتی به ویژه نقش مادران افسرده (۱۹)، وجود بیماری‌های جسمی، نوع رشته تحصیلی (شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان علوم انسانی)،

غیرانتفاعی، ۴۴۴ نفر (۲۸/۶٪) شاهد، ۱۶۳ نفر (۱۰/۵٪) نمونه دولتی و ۱۰۴ دانش آموز در مدارس تیز هوشان مشغول به تحصیل بودند. ۲۰/۱۸ درصد گروه نمونه در منطقه شمال، ۲۲/۵۳ درصد گروه نمونه در منطقه جنوب، ۱۴/۷۲ درصد گروه نمونه در منطقه شرق، ۲۵/۲۹ درصد گروه نمونه در منطقه غرب و ۱۷/۲۸ درصد گروه نمونه در منطقه مرکز سکونت داشتند. گروه نمونه در مدارس تیزهوشان به دلیل این که متعلق به مناطق خاصی نبودند در این محاسبه وارد نشده است.

با استفاده از آزمون بک و آزمون بررسی افسردگی کودکان و نوجوانان، میزان افسردگی در دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در مدارس غیر انتفاعی و تیز هوشان به طور معنی‌داری کمتر از سه گروه دیگر (شاهد، نمونه مردمی و دولتی) بود ( $P < 0/0001$ ). (نمودار زیر).



نمودار - میانگین نمره افسردگی بک

مقیاس‌های درجه‌بندی افسردگی همبستگی در حدود ۰/۵۵ تا ۰/۹۶ به دست آورده‌اند. کسانی که در این آزمون نمره‌ای بالاتر از ۱۰ کسب کنند افسرده محسوب می‌شوند. کسانی که نمره بالاتر از ۱۵ دریافت کنند مداخله درمانی لازم دارند (۲۲). پرسشنامه مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان ۲۱ سؤال دارد که بر اساس ۱۳ محور تدوین شده است. در برابر ۱۲ محور که مشخص‌کننده یکی از علائم مرضی است ۵ جمله وجود دارد که آن عامل را از قطب مثبت تا قطب منفی درجه‌بندی کرده است و آزمودنی عبارتی که بیشتر با حال او متناسب است را انتخاب می‌کند. محور ۱۳ شامل ۹ سؤال اضافی است که به صورت بلی و خیر نمره گذاری می‌شود. اعتبار این ابزار با گروه نمونه‌ها به تعداد ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان راهنمایی که به طور تصادفی انتخاب شده‌اند سنجیده شده و با آزمون محاسبه ضریب اعتبار کرونباخ عدد ۰/۸۴۰۲ به دست آمده است که اعتبار نسبتاً بالایی را نشان می‌دهد. کسانی که نمره‌ای بالاتر از ۹ در این آزمون کسب کنند، افسرده محسوب می‌شوند. پرسشنامه‌ها به طور گروهی در کلاس‌های درس توسط افراد آموزش دیده اجرا و هر گونه ابهامی برای آنها توضیح داده می‌شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تی برای گروه‌های مستقل، محاسبه ضریب همبستگی، روش تحلیل واریانس و آزمون توکی با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

از کل تعداد گروه نمونه ۴۵/۶ درصد دختر و ۵۴/۴ درصد آنها پسر بوده و ۴۸/۹ درصد (۷۵۷ نفر) در دوره راهنمایی و ۵۱/۱ درصد

جدول ۱- تعیین واریانس یک راه (ANOVA) برای مقایسه ۵ گروه مدرسه مورد بررسی

| شاخص‌ها    | منبع تغییرات | درجه آزادی | مجموع مجزورات | میانگین مجزورات | نسبت F | سطح معنی داری |
|------------|--------------|------------|---------------|-----------------|--------|---------------|
| ابزارها    |              |            |               |                 |        |               |
| بین گروهی  | ۴            | ۶۸۸/۲۹۴    | ۱۷۲۰/۳۲۴      | ۱۹/۲۸۷          | ۰/۰۰۰۱ |               |
| درون گروهی | ۱۵۴۳         | ۱۳۷۶۲۶/۳۴۱ | ۸۹/۱۹۴        | -               | -      |               |
| کل         | ۱۵۴۷         | ۱۴۴۵۰۷/۶۳۵ | -             | -               | -      |               |
| بین گروهی  | ۴            | ۴۵۱۱/۹۴۶   | ۱۱۲۷/۹۸۶      | ۱۱/۷۹۸          | ۰/۰۰۰۱ |               |
| درون گروهی | ۱۵۳۹         | ۱۴۷۱۴۶/۷۴۹ | ۹۵/۶۱۲        | -               | -      |               |
| کل         | ۱۵۴۳         | ۱۵۱۶۵۸/۶۹۴ | -             | -               | -      |               |

میانگین نمره افسردگی با آزمون بک در دختران  $16/4 \pm 10/2$  و در پسران  $13/4 \pm 8/9$  و با آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان به ترتیب

(۷۹۳ نفر) آنها در مقطع دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. از ۱۵۵۱ دانش‌آموز ۵۷۰ نفر (۳۶/۸٪) در مدارس عادی، ۲۷۰ نفر (۱۷/۴٪)

پسران برخوردارند (از جمله مطالعه آدامز) تبیین مبتنی بر محروم بودن دختران را تأیید نمی‌کند. اگر افسردگی را نوعی پرخاشگری با جهت گیری درونی بدانیم می‌توان آن را معادل پرخاشگری با جهت گیری بیرونی پسران دانست.

یافته‌های پژوهش حاضر میانگین نمره افسردگی دانش‌آموزان دوران راهنمایی را بیشتر از دوران دبیرستان نشان داد. این یافته را اگر از این زاویه در نظر بگیریم که افسردگی در طول دوران تحول رشد پایدار است با نتایج پژوهش دادستان سازگار نیست (۶). معنی یافته فوق را به چند شیوه مختلف می‌توان تبیین کرد. دانش‌آموزان پس از ورود به دوره دبیرستان احتمالاً تصویر روشن تری از خود بروز می‌دهند، از اهداف مشخص تری برخوردارند، دارای استقلال بیشتری هستند و از شرایط بحرانی بلوغ عبور کرده‌اند. بنابراین ممکن است از افسردگی کمتری برخوردار باشند. از سوی دیگر، شاید بتوان این سؤال را مطرح کرد که آیا نسل‌های بعدی شرایط ناکام‌کننده تری داشته‌اند؟ وجود شرایط بحرانی تر در دوره راهنمایی به دلیل گذار از مرحله کودکی به بزرگسالی، شرایط بلوغ و احتمالاً وجود شرایط بحرانی تر در الگوگیری های ناکام‌کننده از بزرگسالان را می‌توان از جمله مواردی دانست که باید در مد نظر باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر برای دانش‌آموزان انواع مدارس تهران قابل تعمیم است. برای گسترش یافته‌ها به صورت کاربردی تر بهتر است در چشم‌انداز آتی چنین پژوهش‌هایی به طور دقیق‌تر قبل از ورود دانش‌آموزان به مدارس و پس از گذراندن مدتی با آزمون مجدد تأثیر چنین مدرسی را مشخص تر کرد. بنابراین با اطمینان خاطر افسردگی را به نوع مدرسه نسبت می‌دهیم. بررسی چنین مسأله‌ای در قالب پژوهش‌های علمی می‌تواند به روشن‌تر شدن بسیاری از ابهامات منجر شود و مطالعات طولی و دقیق‌تر می‌توانند یافته‌های پژوهش حاضر را تصریح کنند. طراحی مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی مثل شیوه‌های مقابله‌ای فردی و گروهی برای کمک به دانش‌آموزان در مدارس به خصوص مدارس عادی و شاهد و از دوره راهنمایی پیشنهاد مشخص این پژوهش است.

اختلاف مشاهده شده در هر دو مورد  $11/9 \pm 9$  و  $15/1 \pm 10/6$  معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ). میانگین نمره افسردگی با آزمون بک در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان به ترتیب  $15/3 \pm 10/3$  و  $14/3 \pm 9$  و با آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان به ترتیب  $12/8 \pm 9/2$  و  $13/9 \pm 10/6$  بود (در هر دو مورد  $P < 0/03$ )

## بحث

افسردگی بر اساس نوع مدرسه‌ای که دانش‌آموزان در آن تحصیل می‌کردند متفاوت بود. شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مدرسه‌های دولتی و شاهد بیشتر از مدارس خاص و تعداد دانش‌آموزان افسرده در مدارس دولتی به طور معنی‌داری بیشتر بود. مدارس شاهد که به نوعی مدارس خاص به حساب می‌آیند، از نظر میزان افسردگی بیشترین میانگین را به خود اختصاص دادند. این یافته با نتایج پژوهش بخشی هماهنگ است (۱۸). اما یافته‌های پژوهش‌های حاضر فراتر از این مقایسه با یافته‌های مربوط به چارچوب نظری تأثیر عوامل محیطی بر افسردگی، هماهنگ است. بر اساس آنچه پیشتر بیان شد کسانی که در مدارس خاص (غیر انتفاعی و تیزهوشان) تحصیل می‌کنند احتمالاً از تقویت‌کننده‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند و با انگیزه و امید بیشتری به تحصیل ادامه می‌دهند. این یافته با نتایج تحقیق الیاسی که طبقه اجتماعی را در بروز افسردگی کودکان مؤثر می‌داند، همخوانی دارد (۱۶).

دختران بیشتر از پسران دچار افسردگی بودند و میانگین تفاوت دو جنس در زمینه افسردگی حداقل ۳ نمره بود. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های عبداللهیان و همکاران (۲)، ظهیرالدین و همکاران (۳) و آدامز (۴) هماهنگ است. در تبیین این یافته پژوهش‌های مختلف تلاش کرده‌اند که دختران را محدودتر و محروم‌تر از پسران معرفی کنند. اما عوامل وابسته به جنسیت مانند جزئی نگری و رابطه‌گرا بودن دختران، ویژگی‌های شخصیتی خاص جنسیت، شرایط زندگی اجتماعی و فردی دختران، همه از مواردی است که می‌توان آنها را در تبیین یافته پژوهش حاضر دخیل کرد. مشاهدات بالینی و پژوهش‌های انجام شده در جوامعی که دختران از شرایط نسبتاً برابری با

## REFERENCES

۱. نجاریان بهمن. ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه مقیاس افسردگی کودکان (CDS.A) به وسیله تحلیل عوامل. پژوهش‌های روان‌شناختی. دوره سوم شماره ۳ و ۴، ۱۳۷۳، صفحات ۲۴ تا ۴۳.
۲. عبداللهیان ابراهیم. یزدانی فارانی، شفق. امیری مقدم. رضا. میزان شیوع افسردگی در کودکان دبستانی شهر مشهد. اندیشه و رفتار. سال هفتم. شماره ۴. ۱۳۸۱، صفحات ۴۲ تا ۴۸.

۳. ظهیرالدین علیرضا، حسینی محمد، سمنانی یوسف. بررسی شیوع افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان فیروزکوه. پژوهنده. سال نهم، ۱۳۸۳، شماره ۱، صفحات ۶۱ تا ۶۵.
4. Adams G R, Gullotta TP, Markstrom. Adolescent life Experiences; 3 rd ed; Brooks / Cole Pub. 1994; pp: 505-10.
5. Fletcher JE, Reynolds CR. Childhood disorders: Diagnostic, Desk Reference; John Wiley & Sons, Inc. 2003; pp: 171-172.
۶. دادستان پریخ. روانشناسی مرضی تحولی. جلد اول. چاپ دوم. تهران: انتشارات سمت. ۱۳۷۶.
۷. ارفعی افسر. پژوهشی پیرامون علایم افسردگی کودکان و نوجوانان در مقایسه با افسردگی بزرگسالان مطابق با معیارهای تشخیصی DSM-IV. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۷۵.
8. Kratochwill TR, Morris RJ. The practices of child therapy; 2 nd ed. Pergamon press Inc. 1991; pp: 43-75.
9. Lewinsohn, PM, Rohde P, Klein DN, Secley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry. 1999; 5: 91-146.
10. Bulum RW, Bewhring T, Wanderlich M, Resnik MD. Dont ask they wont tell: the quality of adolescent health. 1990; 30: 331-46.
11. Myrna M, Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, et al. Depressed adolescents grown up. Journal of the American Medical Association. 1999; 281: 1707-713.
۱۲. صنیع پور فاطمه. بررسی تحلیلی افسردگی در کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۷۳.
۱۳. حسن زاده رمضان، احدی حسن. رابطه بین افسردگی و معنا بخش بودن زندگی در دانش‌آموزان. علوم تربیتی و روانشناسی (دانشگاه فردوسی مشهد). جلد ۲. شماره ۱. صفحات ۵۵ تا ۷۲. ۱۳۷۹.
۱۴. خسروی زهره. نقش خود - طرحواره منفی در شکل گیری و تداوم افسردگی دوران کودکی و نوجوانی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهراء. شماره ۲۱. صفحات ۱ تا ۲۱. ۱۳۷۶.
۱۵. کهزازی فرهاد، آزاد فلاح پرویز، اللهیاری عباسعلی. بررسی اثربخشی آموزش مهارت های حل مسأله در کاهش افسردگی دانش‌آموزان فصلنامه روانشناسی. جلد هفتم. شماره ۲. صفحات ۱۲۰ تا ۱۴۲. ۱۳۸۲.
۱۶. الیاسی محمد حسین. افسردگی کودکان با فقدان والدین، جنس و افت تحصیلی و طبقه اجتماعی اقتصادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۷۰.
۱۷. احمدخانیها حمیدرضا، ترکمن نژاد شریف، حسینی مقدم، محمد مهدی. همه گیر شناسی افسردگی و سوء استفاده جنسی در کودکان خیابانی. اندیشه و رفتار. سال هشتم شماره ۱، صفحات ۱۴ تا ۲۰. ۱۳۸۱.
۱۸. بخشی گلنار. بررسی میزان افسردگی و پرخاشگری در کودکان شاهد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران. ۱۳۷۱.
۱۹. هاشمیان کیانوش. تأثیر افسردگی مادران بر رشد روانی کودکانشان. مجله علمی پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهراء. شماره ۹ و ۱۰ صفحات ۶۹ تا ۷۷.
۲۰. حاتمی میلاجردی لیلا. بررسی تأثیر برنامه ورزشی بر میزان افسردگی کودکان ۸-۱۲ ساله تحت درمان با همودیالیز در مراکز همودیالیز. تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم پزشکی. دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۸.
۲۱. بلاک برن، ابوی ام. مقابله با افسردگی، ترجمه گیتی شمس، انتشارات رشد، تهران. ۱۳۸۰.
۲۲. جان بزرگی مسعود. ساخت و سنجش اعتبار آزمون افسردگی کودکان و نوجوانان. تهران. مرکز مشاوره طلعه. ۱۳۷۸.