

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۷/۱۸  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۸/۱۵  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۳/۲۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۱  
دوره‌ی چهارم، سال ۱۹-۳، شماره‌ی ۲  
صص: ۱۱۸-۱۰۱

## آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان

علیرضا آقاییوسفی\*

مجتبی دلیر\*\*

### چکیده

واقعیت مرگ و مردن از موضوع‌های بسیار پیچیده و عاطفی دوران کودکی است. به طوری که اکتساب و تحول مفهوم رشد یافته‌ی مرگ، موضوع مورد علاقه‌ای برای چندین دهه بوده است. هدف عمده‌ی پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان میزان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان هفت تا نه سال بود. بدین منظور نمونه‌ای در دسترس از ۱۰۳ دانش‌آموز دختر و پسر از مقاطع اول، دوم و سوم دبستان انتخاب شد. طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. شرکت‌کنندگان به سؤال‌های دو پرسشنامه‌ی مصاحبه مرگ برای کودکان و افسردگی کودکان (CDI) پاسخ دادند. تحلیل نتایج نشان داد که تمام اجزای فرعی مفهوم مرگ با افسردگی در کودکان رابطه مثبت و معنی‌دار دارند. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که تنها جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری توان پیش‌بینی افسردگی در کودکان را دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، آگاهی از مفهوم مرگ می‌تواند در بروز افسردگی در کودکان مؤثر باشد. اما یک آگاهی رشد یافته از مفهوم مرگ این چنین نیست. نتایج بر اساس الگوی تماس با فشار روانی افسردگی مورد بحث قرار گرفته‌اند.

کلید واژگان: آگاهی از مفهوم مرگ، افسردگی، کودکان

---

Arayeh1100@gmail.com

mojtaba\_dalir@yahoo.com

\* دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور

\*\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی (نویسنده مسئول)

## مقدمه

بخش قابل توجهی از افکار تخیلی کودکان مربوط به مرگ است. این موضوع در زندگی روزمره‌ی آنان نیز در قالب بازی‌ها، داستان‌ها، و کتاب‌هایشان متجلی می‌شود. از سوی دیگر کودک با تجربه‌ی مرگ‌های واقعی هم رو به رو می‌شود، مانند مرگ یک حیوان خانگی، مرگ یک همکلاسی، مرگ پدر بزرگ یا رویارویی با تصاویر اقوامی که مرده‌اند و کودک تنها عکس آنها را می‌بیند (معمدی، ۱۳۸۶). سؤالات کودکان راجع به مرگ مثل اینکه «هوا در زیر زمین سرد است، آیا بابا جوراب گرم پوشیده است؟»، «مامان کی برمی‌گردد؟» یا «در کجا می‌توانیم سوار اتوبوس بشویم و به آسمان برویم؟» می‌تواند در اغلب اوقات حاکی از مشکل کودکان در درک ماهیت مرگ باشد (شارپ و کاوی، ترجمه‌ی آفاجانگلو، ۱۳۸۹).

واقعیت مرگ و مردن از موضوع‌های بسیار پیچیده و عاطفی دوران کودکی است. به طوری که اکتساب و تحول مفهوم رشد یافته‌ی مرگ، موضوع مورد علاقه‌ای برای چندین دهه بوده است. پژوهش‌ها چگونگی درک از مرگ و مردن کودکان سنین مختلف را در گستره‌ی روانپوشی، نظریه پیازه و اخیراً نظریه شهودی<sup>۱</sup> بررسی کرده‌اند (کری،<sup>۲</sup> ۱۹۸۵؛ کنیون،<sup>۳</sup> ۲۰۰۱؛ سلافترا،<sup>۴</sup> ۲۰۰۵). نظریه روانپوشی مفهوم مرگ در کودکان را بر اساس بررسی پاسخ‌های هیجانی آنها نسبت به مرگ توصیف می‌کند، در حالی که پژوهش‌های رویکرد پیازه تغییرات درک از مرگ کودکان را در ارتباط با عبور از مراحل کلی تحول شناختی بررسی می‌کنند. اخیراً نظریه شهودی، دانش کودکان درباره‌ی مرگ را برحسب تحول شهودی و یا دانش قومی آنها در قلمرو زیست‌شناسی بررسی کرده است (سلافترا و گریفیثس،<sup>۵</sup> ۲۰۰۷).

کودکان در اولین وهله، مرگ را در دوره پیش‌دبستانی تصدیق می‌کنند. در این سن، کودکان هنوز در حال کسب دانش درباره‌ی زیربناهای زیست‌شناختی از زندگی و مرگ هستند. بنابراین، کودکان سنین پیش‌دبستانی معمولاً مرگ را چیزی می‌دانند که فقط برای برخی (افراد مریض یا افراد مسن) اتفاق می‌افتد و می‌توان بوسیله زندگی سالم و با اجتناب از موقعیت‌های

- 
- 1- the intuitive theory
  - 2- Carey
  - 3- Kenyon
  - 4- Slaughter
  - 5- Griffiths

خاصی که می‌توانند کشنده باشند (مثل تصادفات رانندگی یا ابتلاء به سرطان) از آن جلوگیری کرد. کودکان گرایش دارند که مرگ را به صورت یک حالت تغییر شکل یافته‌ی زندگی در نظر بگیرند - خواه در بهشت یا در زیر زمین - و اغلب تصور می‌کنند که فرد متوفی هنوز نیازمند اکسیژن و آب است و می‌تواند بشنود، خواب ببیند و غیره. در این سن کودکان علل وقوع مرگ را نمی‌فهمند، غیر از اینکه مردن را با عوامل درونی یا بیرونی مثل سم، تیراندازی یا بیماری‌های کشنده مرتبط کنند. مطالعات پیشگام در این زمینه (از جمله نگی<sup>۱</sup>، ۱۹۵۹) چنین مفهوم تحولی رشدنیافته‌ای از مرگ را بوسیله فنون مصاحبه باز-پاسخ بررسی کرده‌اند. تعداد اجزاء فرعی تشکیل دهنده‌ی مفهوم مرگ در مطالعات مختلف متفاوت است اما اکثر پژوهش‌ها اهمیت پنج جنبه‌ی عمده‌ی زیر را در درک مفهوم مرگ مشخص کرده‌اند که بوسیله کودکان با نظم نسبتاً ثابتی بین سنین ۵ تا ۱۰ سال کسب می‌شوند: ۱- اجتناب‌ناپذیری<sup>۲</sup>: تأیید اینکه موجودات زنده بالاخره خواهند مرد. ۲- عمومیت<sup>۳</sup> یا کاربردپذیری<sup>۴</sup>: درک اینکه مرگ برای تمامی موجودات زنده اتفاق می‌افتد. ۳- برگشت‌ناپذیری<sup>۵</sup> یا پایان<sup>۶</sup> (قطعیت): تشخیص اینکه فرد متوفی نمی‌تواند به زندگی بازگردد. ۴- توقف<sup>۷</sup> یا بی‌کارکردی<sup>۸</sup>: درک اینکه مرگ بوسیله توقف عملکرد فرایندهای جسمانی مشخص می‌شود. ۵- علیت<sup>۹</sup>: درک اینکه مرگ، علت نهایی برای از کار افتادگی کارکردهای جسمانی است (سافیر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۶۴؛ سلافتز، جکولا<sup>۱۱</sup>، و کری، ۱۹۹۹؛ به نقل از سلافتز و گریفیتس، ۲۰۰۷).

گزل<sup>۱۲</sup> (۱۹۴۰) معتقد بود در هشت سالگی کودک می‌پذیرد که همه‌ی افراد، از جمله خودش می‌میرند. نگی (۱۹۵۹) می‌نویسد در ۳ تا ۵ سالگی، کودک پیش‌دبستانی معمولاً

- 
- 1- Nagy
  - 2- inevitability
  - 3- universality
  - 4- applicability
  - 5- irreversibility
  - 6- finality
  - 7- cessation
  - 8- nonfunctionality
  - 9- causation
  - 10- Safier
  - 11- Jaakkola
  - 12- Gesell

نمی‌داند که مرگ یک امر قطعی<sup>۱</sup> است. او مرگ را استمرار زندگی می‌داند؛ یعنی مرگ حالت کاهش یافته‌ی زنده بودن است. در ۵ تا ۹ سالگی، کودک تمایل دارد مرگ را بمنزله‌ی یک شخص تصور کند. اکثر آزمودنی‌های نگی از «انسانی مرده» سخن می‌گفتند که اصولاً در شب ظاهر می‌شود و دیدن او مشکل است. کودک در می‌یابد که مرگ پایان زندگی است و با این رویداد موجود زنده کنش‌های خود را از دست می‌دهد. از ۹ سالگی به بعد، کودکان می‌دانند که مرگ نه تنها موجب توقف تمامی اعمال حیاتی می‌گردد بلکه امری غیرقابل اجتناب است و هیچ موجودی را توان گریز از آن نیست (نگی، ۱۹۵۹). کری (۱۹۸۵) اولین کسی بود که بطور سازمان‌یافته تحول مفاهیم زیست‌شناختی شهودی<sup>۲</sup> را مطالعه کرد. وی بیان می‌کند که مفاهیم زیست‌شناختی کودکان سنین پیش‌دبستانی، شامل حیوانات، نوزادان، زندگی، مرگ و رشد است. وی معتقد است که دلایل کودکان درباره‌ی زنده بودن چیزها تا سن ۱۰ سالگی یا آن حدود بطور کامل زیست‌شناختی نیست. بعدها وی این سن را به ۶ یا ۷ سالگی تغییر داد (سلافتر و لیونز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). در زمینه‌ی آگاهی از مرگ، الیزابت کوبلر راس<sup>۴</sup> در مجموع پنج واکنش افراد محتضر را اینگونه مشخص کرده است: (۱) انکار<sup>۵</sup>، (۲) خشم<sup>۶</sup>، (۳) چانه‌زنی<sup>۷</sup>، (۴) افسردگی<sup>۸</sup> و (۵) پذیرش<sup>۹</sup> (برک، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۴). آرنست، روتلج، کاکس، و گلدنبرگ<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۵) براساس نظریه مدیریت وحشت<sup>۱۰</sup> می‌نویسند که آگاهی از مرگ غیرقابل اجتناب، می‌تواند به میزان زیادی بر بهزیستی جسمی و روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارد. اما، اساموری<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۴) می‌نویسند: کودکانی که درک کافی از واقعیت‌های مرگ دارند، راحت‌تر می‌توانند آن را بپذیرند. سلافتر و گریفییتس (۲۰۰۷) از پژوهش خود نتیجه می‌گیرند که درک رشدیافته‌تر از مفهوم مرگ با سطوح کمتر ترس از مرگ همبسته است. همچنین گفتگو درباره

- 
- 1- Final
  - 2- intuitive biological concepts
  - 3- Lyons
  - 4- Elizabeth Kubler-Ross
  - 5- Denial
  - 6- Bargaining
  - 7- Depression
  - 8- Acceptance
  - 9- Arndt, Routledge, Cox, & Goldenberg
  - 10- Terror Management Theory
  - 11- Essa & Murray

مرگ و مردن در قالب اصطلاحات زیست‌شناختی بهترین راه برای کاهش ترس از مرگ کودکان خردسال است. بیان سوگ<sup>۱</sup> در کودکان داغدیده<sup>۲</sup> از مرگ والدین یا همشیرها بواسطه‌ی درک ایشان از مفهوم مرگ و سطح تحولی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اکثر کودکان داغدیده به حالت اول باز می‌گردند و سازگاریشان از طریق والدگری مثبت تسهیل می‌گردد. این موضوع که از هر پنج کودک، یکی مبتلا به اختلالات روانپزشکی می‌شود، بواسطه‌ی سن، جنس، سلامت روان والدین، و سایر عوامل خانوادگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (داودنی،<sup>۳</sup> ۲۰۰۸).

یکی از پیامدهای آگاهی از مرگ افسردگی است. افسردگی کودکان موضوع جذابی است که بسیاری از پژوهش‌ها در سال‌های اخیر، هم از نظر بالینی و هم در ارتباط با تأثیر بر عملکرد تحصیلی، آن را مورد توجه قرار داده‌اند. دفتر منطقه‌ای اروپایی سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> اخیراً گزارشی را درباره‌ی تأثیر سلامت و رفتارهای سالم بر عملکرد تحصیلی منتشر کرده است (سوهرکی و دی‌پاز نیوس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). این گزارش یافته‌های مربوط به تأثیر مستقیم سلامتی بر عملکرد آموزشی را از طریق تحلیل مجموعه‌ای از عوامل خطر، از جمله اختلالات روانی، و بویژه افسردگی و اضطراب برجسته می‌کند که بر اساس این گزارش تأثیر منفی معنی‌داری بر دستاوردهای آموزشی کوتاه و بلندمدت دارند اما با این وجود توجه کمی از سوی پژوهشگران دریافت کرده‌اند. به علاوه، گزارش دیگر سازمان بهداشت جهانی، افسردگی را به عنوان دومین علت بیماری در میان جمعیت ۱۵ تا ۴۴ سال در هر دو جنس معرفی کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). این ارقام اشاره دارند به اینکه افسردگی عملاً زودتر از آنچه تصور می‌شد شروع می‌شود و بویژه مطالعه‌ی دوره‌ی سنین مدرسه‌ی آن را با اهمیت می‌سازند (برناراس، جارگایزر، سورا، ایبیبی، کاواس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

اختلال‌های افسردگی در سنین کودکی و نوجوانی، از اختلال‌های شایع روان‌پزشکی در این رده‌ی سنی محسوب می‌شوند. در دهه‌ی گذشته با بروز فزاینده‌ی این اختلال‌ها در سنین پایین‌تر، توجه زیادی به تشخیص و درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان معطوف شده

---

1- grief

2- bereaved

3- Dowdney

4- The European regional office of the World Health Organization

5- Suhrcke & De Paz Nieves

6- Bernarasa, Jaureguizara, Soroaa, Ibabebe, & Cuevasa

است. افسردگی در دوران کودکی در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب احتمال سوء مصرف مواد، رفتار خودکشی و اختلال عملکرد روان‌شناختی، اجتماعی و تحصیلی کودک را افزایش می‌دهد (سلطانی‌فر و بینا، ۱۳۸۶). بر اساس دیدگاه‌های اخیر در مورد بهداشت روانی کودکان، وجود افسردگی در همه‌ی سطوح تحولی و شباهت نشانه‌های آن با نشانه‌های افسردگی نوجوانان و بزرگسالان مورد تأیید قرار گرفته است. الگوی نشانه‌های افسردگی کودکان به لحاظ شناختی، عاطفی، رفتاری و شکایت‌های جسمانی، مشابه افسردگی بزرگسالان است. بعلاوه، تغییرپذیری بسیار اندکی در نشانگان این اختلال در طول عمر وجود دارد. بر اساس تحقیقات انجام شده، بین افسردگی کودکان و بزرگسالان از نظر وجود خلق افسرده‌ساز<sup>۱</sup> مداوم، وجود علائم نباتی<sup>۲</sup>، آشفتگی در خواب<sup>۳</sup>، اختلال در اشتها و انرژی<sup>۴</sup>، مشکلات تمرکز و توجه<sup>۵</sup> و کاهش علاقه به فعالیت‌های معمولی<sup>۶</sup> شباهت وجود دارد (پرسکورن، ولر، هاگز، و بولت<sup>۷</sup>، ۱۹۸۷؛ عیسی، ۲۰۰۶؛ به نقل از دهشیری، نجفی، شیخی، و حبیبی‌عسگرآباد، ۱۳۸۸).

شیوع اختلال‌های افسردگی با افزایش سن کودکان افزایش می‌یابد (سادوک و سادوک، ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۸). میزان شیوع افسردگی در کودکان ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و در نوجوانان ۴ تا ۸ درصد در آمریکا برآورد شده است و میزان شیوع آن در طی عمر برای نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال ۱۴ درصد تخمین زده شده است. طی مطالعه‌ای در کشور ترکیه میزان شیوع افسردگی کودکان ۴/۲ گزارش شده است (دمیر، کاراستین، دمیر، اویسال<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). متأسفانه، میزان شیوع افسردگی کودکی و نوجوانی در ایران به‌طور دقیق مشخص نیست (محمدی، برجعلی، اسکندری، و دلاور، ۱۳۸۹). اختلال‌های افسردگی همراه با مشکلات و عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدتی در روابط با همسالان، پیشرفت تحصیلی ضعیف و عزت نفس پایین دائمی هستند. همچنین خطر خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال‌های افسردگی بالاست (سادوک و سادوک، ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۸).

- 1- depressive mod
- 2- vegetative singe
- 3- sleep disturbance
- 4- appetite and energy
- 5- impairment concentration and attention
- 6- decrease interest in usual activities
- 7- Preskorn, Weller, Hughes, & Bolte
- 8- Demir, Karacetin, & Uysal

طی ۲۰ سال گذشته، پژوهشگران در زمینه‌ی افسردگی توجه فزاینده‌ای نسبت به ارتباط پیچیده و دوجانبه میان فشار روانی و افسردگی داشته‌اند. نه تنها فشار روانی خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد، بلکه افسردگی، یا قابلیت آسیب‌پذیری در برابر عوامل افسرده‌ساز نیز به نوبه‌ی خود آمادگی برای وقایع تنش‌زایی<sup>۱</sup> که حداقل تا حدی بوسیله‌ی ویژگی‌های افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرند را افزایش می‌دهد. به هر حال، همبستگی وقایع تنش‌زای زندگی با خطر ابتلا به افسردگی در ادبیات پژوهشی یافته‌ی اثبات شده‌ای است. بعلاوه، فشار روانی در آغاز اولین دوره‌ی افسردگی، بازگشت افسردگی، و بدتر شدن نشانه‌های افسردگی دخیل است. بر اساس الگوی تماس با فشار روانی افسردگی<sup>۲</sup>، وقایع تنش‌زای زندگی بطور معنی‌داری آمادگی فرد برای ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهند (لیو، الوی، ۲۰۱۰).

افسردگی در میان بزرگسالان با وقایع گوناگون تنش‌زای زندگی در سال‌های کودکی همبسته است. مطالعات بر روی کودکان و نوجوانان نیز ارتباط میان افسردگی و وقایع تنش‌زای زندگی را تأیید کرده‌اند. کودکان مبتلا به افسردگی مهاد دو برابر بیشتر از کودکان گروه گواه وقایع تنش‌زا را در طول زندگی تجربه می‌کنند، بویژه همراه با سطوح بسیار بالای فشارزاهای روانی در سنین ۷ تا ۹ سال که طی دوره‌ی نوجوانی ثابت می‌مانند. خطرات ایجاد شده برای سلامت والدین، مرگ خویشاوند نزدیک، و حوادث درون خانوادگی بطور معنی‌داری با تشخیص افسردگی مهاد همبسته هستند. به نظر می‌رسد همبستگی میان بعضی از وقایع تنش‌زای زندگی و افسردگی مهاد بواسطه‌ی افزایش سن تعدیل می‌شود. شناخت بهتر چنین تعاملاتی ممکن است شناسایی زود هنگام عوامل خطر ساز احتمالی برای افسردگی مهاد کودکی را تسهیل کند (مایر، لوپز-دوران، کوواکس، جرج، باجی و همکاران، ۲۰۰۹).

مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکانی که از مرگ والدین رنج می‌برند بیشتر از گروه گواه است. پس از بلاای طبیعی، کودکان داغ‌دیده و والدین نجات‌یافته‌ی آنها در خطر پرورش مشکلات سلامت روان هستند، و ناملايمات اجتماعی این خطر را افزایش می‌دهند (کالانتاری، وستانیس، ۲۰۱۰).

- 
- 1- stressful events
  - 2- the stress exposure model of depression
  - 3- Liu & Alliy
  - 4- Mayer, Lopez-Duran, Kovacs, George, Baji, & et al.
  - 5- Kalantari & Vostanis

با توجه به ادبیات پژوهشی مطرح شده در بالا می‌دانیم که تجربه‌ی وقایع تنش‌زا و ابتلا به افسردگی ارتباط دارند، بعلاوه، آگاهی از مرگ غیرقابل‌اجتناب می‌تواند به میزان زیادی بر بهزیستی جسمی و روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارد و همچنین می‌دانیم که یکی از پنج واکنش افراد محتضر به آگاهی از مرگ غیرقابل‌اجتناب، افسردگی است. از آنجا که در زمینه‌ی ارتباط میان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان مطالعه‌ای صورت نگرفته و یا در دسترس قرار نگرفته است بنابراین، هدف عمده‌ی پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان میزان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان است.

## روش

### جامعه و نمونه

جامعه‌ی پژوهشی شامل تمام دانش‌آموزان هفت تا نه سال شهر تهران است که از میان آنها نمونه‌ای به تعداد ۱۰۳ نفر شامل ۶۰ پسر و ۴۳ دختر با میانگین سنی ۸/۱۱ سال انتخاب شد. از آنجایی که بسیاری از مسئولین مدارس که به ایشان مراجعه شد اجازه اجرای پژوهشی با این عنوان را در مدرسه‌ی خود ندادند به ناچار نمونه‌ی مذکور نمونه‌ای در دسترس از شش مدرسه ابتدایی شهر تهران (سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه در مقاطع اول، دوم و سوم دبستان) است. مدرسه دخترانه الف شامل ۵۶ دانش‌آموز مقطع اول، ۵۲ دانش‌آموز مقطع دوم، ۳۱ دانش‌آموز مقطع سوم و در کل سه مقطع ۱۳۹ دانش‌آموز است. مدرسه دخترانه ب شامل ۵۲ دانش‌آموز مقطع اول، ۵۱ دانش‌آموز مقطع دوم، ۴۳ دانش‌آموز مقطع سوم و در کل سه مقطع ۱۴۶ دانش‌آموز است. مدرسه دخترانه ج شامل ۴۳ دانش‌آموز مقطع اول، ۴۱ دانش‌آموز مقطع دوم، ۴۲ دانش‌آموز مقطع سوم و در کل سه مقطع ۱۲۶ دانش‌آموز است. مدرسه پسرانه الف شامل ۵۹ دانش‌آموز مقطع اول، ۳۸ دانش‌آموز مقطع دوم، ۳۶ دانش‌آموز مقطع سوم و در کل سه مقطع ۱۳۳ دانش‌آموز است. مدرسه پسرانه ب شامل ۴۳ دانش‌آموز مقطع اول، ۴۰ دانش‌آموز مقطع دوم، ۴۴ دانش‌آموز مقطع سوم و در کل سه مقطع ۱۲۷ دانش‌آموز است. مدرسه پسرانه ج شامل ۶۱ دانش‌آموز مقطع اول، ۵۵ دانش‌آموز مقطع دوم، ۴۷ دانش‌آموز مقطع سوم و در کل سه مقطع ۱۶۳ دانش‌آموز است. در مجموع در سه مقطع سه مدرسه دخترانه ۴۱۱ دانش‌آموز و در سه مقطع سه مدرسه پسرانه ۴۲۳ دانش‌آموز مشغول به تحصیل هستند.



## ابزار اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه مصاحبه مرگ برای کودکان<sup>۱</sup>: این مصاحبه در بسیاری از پژوهش‌ها در این گروه سنی استفاده شده و ۷ سؤال دارد. این مصاحبه درک از مرگ کودکان را به عنوان یک واقعه زیست‌شناختی می‌سنجد. سؤال‌های این مصاحبه اجزاء فرعی مفهوم مرگ را که در ادامه آمده‌اند، بررسی می‌کنند: الف) اجتناب‌ناپذیری<sup>۲</sup> با سؤال‌های ۱ و ۲ ب) کاربردپذیری<sup>۳</sup> با سؤال ۳ ج) برگشت‌ناپذیری<sup>۴</sup> با سؤال ۴ و ۵ د) توقف<sup>۵</sup> با سؤال ۶ و ۷ ذ) علیت<sup>۶</sup> با سؤال ۷ مورد سنجش قرار می‌گیرد. این مصاحبه به طور گسترده‌ای در ادبیات روان‌شناسی تحولی برای سنجش تحول مفهوم مرگ در کودکان سنین ۴ تا ۱۰ ساله مورد استفاده قرار گرفته است (لازار و تورنی-پورتا<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱). پایایی این مصاحبه به روش بازآزمایی برای یک دوره دو هفته‌ای در یک نمونه پیش‌دبستانی مورد آزمون قرار گرفته و برابر با  $r=0/61$  بوده است (سلافتر و لیونز، ۲۰۰۳). مطابق رویه استاندارد در ادبیات پژوهشی، یک نمره برای هر کدام از پنج جزء فرعی مرگ، از الگوی پاسخ‌ها به سؤال‌های مختلف در مصاحبه مرگ به دست می‌آید. به کودکان نمرات ۰، ۱ یا ۲ برای هر کدام از اجزاء فرعی مفهوم مرگ داده می‌شود. یک نمره کلی برای اکتساب مفهوم مرگ بوسیله جمع کردن نمرات کودک در پنج جزء فرعی به دست می‌آید. نمرات اجزاء فرعی به همان اندازه مجموع نمرات مفهوم مرگ در تفسیر بکار برده می‌شوند. کای کوهن<sup>۸</sup> برای هرکدام از اجزاء فرعی به صورت زیر محاسبه شده است: اجتناب‌ناپذیری =  $0/98$  کاربردپذیری =  $0/95$  برگشت‌ناپذیری =  $0/95$  توقف =  $0/95$  علیت =  $0/88$  (به نقل از سلافتر و گریفیتس، ۲۰۰۷). پرسشنامه مصاحبه مرگ برای کودکان تاکنون در داخل کشور هنجاریابی و بکار برده نشده است. مؤلفین جهت بهره‌برداری از این مصاحبه ابتدا توسط یکی از اساتید زبان انگلیسی دانشگاه آن را به فارسی ترجمه نموده، سپس برای اطمینان از صحت ترجمه آن را در اختیار استاد زبان دیگری قرار داده تا به زبان انگلیسی برگردانده شود و در

- 
- 1- Death interview for children
  - 2- Inevitability
  - 3- Applicability
  - 4- Irreversibility
  - 5- Cessation
  - 6- Causation
  - 7- Lazar & Tomey-Purta
  - 8- Cohen's Kappas

انتها متن اصلی را با متن ترجمه شده مقایسه و اشکالاتش رفع گردد. متن ترجمه شده به فارسی ابتدا در اختیار یکی از اساتید روانشناسی جهت بازبینی از نظر قابل فهم بودن جملات قرار گرفت و سپس توسط ۱۴ معلم دبستان برای رفع اشکالات احتمالی مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ برآورد شده است.

**۲- پرسشنامه افسردگی کودکان<sup>۱</sup> (CDI):** این پرسشنامه توسط کوکس و بک<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان و نوجوانان سنین ۷ تا ۱۷ سال ساخته شده است و شامل پنج خرده مقیاس خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت نفس منفی می‌باشد. این پرسشنامه ۲۷ سوال دارد که هر سوال شامل سه جمله است. سؤال‌ها از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند (صفر: فقدان نشانه، ۱: نشانه متوسط، ۲: نشانه آشکار) و دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. اجرای این پرسشنامه کمتر از ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل این پرسشنامه بوسیله دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ گزارش شده و در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش همسانی درونی برای این پرسشنامه ۰/۷۷ برآورد شده است.

## یافته‌ها

جهت بررسی رابطه میان داده‌ها از ضریب همبستگی و برای پیش‌بینی نشانگان افسردگی از تحلیل رگرسیون چند متغیره و به منظور بررسی تفاوت میان گروه‌های دختران و پسران از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار و ضرایب همبستگی) متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود متغیر افسردگی بیشترین همبستگی (به صورت مثبت) را با جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری ( $p < 0/05$  و  $r = 0/222$ ) و بعد از آن با جزء فرعی علیت ( $p < 0/05$  و  $r = 0/214$ ) و برگشت‌ناپذیری ( $p < 0/05$  و  $r = 0/189$ ) و توقف ( $p < 0/05$ ) و کمترین میزان همبستگی را با جزء فرعی کاربردپذیری ( $p < 0/05$  و  $r = 0/147$ ) دارد. اگرچه تمام ضرایب همبستگی از لحاظ آماری معنی‌دار هستند، به منظور پیش‌بینی و

1- Children's Depression Inventory

2- Kovacs & Beck

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱- اجتناب‌ناپذیری	۱/۲۳	۰/۷۳۰	-				
۲- کاربردپذیری	۱/۲۵	۰/۷۷۶	۰/۵۳۵	-			
۳- برگشت‌ناپذیری	۱/۶۳	۰/۵۹۴	۰/۳۸۱	۰/۴۳۸	-		
۴- توقف	۱/۵۲	۰/۷۱۲	۰/۴۲۳	۰/۴۳۲	۰/۵۷۸	-	
۵- علیت	۱/۰۷	۰/۶۹۰	۰/۳۵۷	۰/۳۷۱	۰/۲۵۳	۰/۲۲۶	-
۶- افسردگی	۸/۴۲	۶/۴۵۴	۰/۲۲۲*	۰/۱۴۷*	۰/۱۸۹*	۰/۱۷۸*	۰/۲۱۴*

\* $p < 0/05$

تعیین واریانس افسردگی بر اساس آگاهی از مفهوم مرگ از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج مدل انتخاب شده معنی‌دار بود. نتایج تحلیل رگرسیون و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین متغیر افسردگی و مفهوم مرگ در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی افسردگی از طریق آگاهی از مفهوم مرگ

گام‌ها	متغیرها	B	خطای استاندارد	$\beta$	t	R	R <sup>2</sup>
۱	اجتناب‌ناپذیری	۱/۹۶۶	۰/۸۵۷	۰/۲۲۲	۲/۲۹۴*	۰/۲۲۲	۰/۰۵۰

\* $p < 0/05$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود از میان پنج جزء فرعی مفهوم مرگ تنها جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری قادر به پیش‌بینی معنی‌دار افسردگی در کودکان بود. به عبارت دیگر جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری توان پیش‌بینی افسردگی در کودکان را به طور مثبت ( $p < 0/05$ ) و  $\beta = 0/222$  دارد. در گام اول که مؤلفه‌ی اجتناب‌ناپذیری وارد معادله شد  $0/04$  درصد از واریانس افسردگی را تبیین کرد و سایر اجزای فرعی چون به طور معنی‌دار کمکی به توان مدل نمی‌کردند در تحلیل گام به گام نیز ارائه نشدند. همچنین برای مقایسه میانگین‌های دختران و پسران در اجزاء فرعی مفهوم مرگ و افسردگی، از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ آمده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که میان دختران و پسران در اجزای فرعی علیت، برگشت‌ناپذیری، توقف، کاربردپذیری، و افسردگی تفاوت معنی‌دار ( $p < 0/05$ ) وجود دارد. در حالی که در جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری میان پسران و دختران تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون t در مورد اجزای فرعی مفهوم مرگ و افسردگی در پسران و دختران

متغیر	پسر	دختر	t
اجتناب‌ناپذیری	۱/۲۲	۱/۲۶	۰/۲۷۹
علیت	۰/۸۰	۱/۴۴	۵/۰۱۵**
برگشت‌ناپذیری	۱/۴۳	۱/۹۱	۴/۷۱۲**
توقف	۱/۳۰	۱/۸۴	۴/۴۳۲**
کاربردپذیری	۱/۱۰	۱/۴۷	۲/۴۰۹**
افسردگی	۷/۱۵	۱۰/۱۹	۲/۵۹۷**

\*\*p < ۰/۰۵

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف عمده‌ی پژوهش حاضر بررسی ارتباط میان میزان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان هفت تا نه سال بود. نتایج به دست آمده به طور کلی نشان داد که بین میزان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. میان اجزای فرعی مفهوم مرگ یعنی اجتناب‌ناپذیری، علیت، برگشت‌ناپذیری، توقف، و کاربردپذیری با افسردگی نیز رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. همچنین به استثنای جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری در سایر اجزای فرعی مفهوم مرگ و افسردگی در میان دختران و پسران تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه هر یک از نتایج به دست آمده به طور جداگانه مورد بحث قرار گرفته است.

همان‌طور که نتایج نشان دادند بین میزان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این یافته هماهنگ با پیشینه نظری و همسو با نتایج پژوهش‌های تجربی (از جمله گزل، ۱۹۴۰؛ نگلی، ۱۹۵۹؛ سفیر، ۱۹۶۴؛ سلافتز، جکولا، و کری، ۱۹۹۹؛ به نقل از سلافتز و گریفیتس، ۲۰۰۷) است. از آنجایی که تا به امروز ارتباط میان آگاهی از مفهوم مرگ و افسردگی در کودکان ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است، می‌توان اهمیت این یافته را بیشتر درک نمود. به هر حال، یافته‌ی این بخش مؤید پیشینه نظری و تجربی موجود می‌باشد. برای مثال آرنت و همکاران (۲۰۰۵) بر اساس نظریه مدیریت وحشت می‌نویسند که آگاهی از مرگ غیرقابل اجتناب، می‌تواند به میزان زیادی بر بهزیستی جسمی و روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارد. به علاوه، در زمینه‌ی آگاهی از مرگ، الیزابت کوبلر راس در مجموع پنج واکنش افراد محتضر را اینگونه مشخص کرده است: (۱) انکار (۲) خشم (۳) چانه‌زنی (۴) افسردگی (۵) پذیرش (برک، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۴). بنابراین، شاید

بتوان گفت که با افزایش آگاهی کودکان نسبت به مفهوم مرگ غیرقابل اجتناب، و احساس درماندگی در مقابل چنین واقعه‌ای، واکنش افسردگی برانگیخته و شدت می‌یابد. همان طور که می‌دانیم درماندگی آموخته شده<sup>۱</sup> نوعی حالت روان‌شناختی است که وقتی فردی انتظار دارد پیامدهای زندگی غیرقابل کنترل باشند، ایجاد می‌شود (میکولینسر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ سلینگمن<sup>۳</sup>، ۱۹۷۵). همچنین می‌دانیم که برخی از روان‌شناسان بالینی، درماندگی آموخته شده را به صورت نوعی افسردگی در نظر می‌گیرند (روزنهان<sup>۴</sup> و سلینگمن، ۱۹۸۴؛ سلینگمن، ۱۹۷۵). در نتیجه شاید بتوان گفت که درماندگی آموخته شده عامل میانجی در افزایش شدت افسردگی در کودکان همراه با افزایش آگاهی از مفهوم مرگ باشد. اما یافته این بخش با مضامین برخی یافته‌های تجربی موجود در تضاد است. برای مثال، اسا و موری (۱۹۹۴) می‌نویسند، کودکانی که درک کافی از واقعیت‌های مرگ دارند، راحت‌تر می‌توانند آن را بپذیرند. و یا در زمینه‌ی واکنش‌های هیجانی منفی، سلافتر و گریفیتس (۲۰۰۷) می‌نویسند که درک رشد یافته از مرگ با سطوح کاهش یافته ترس از مرگ همراه است. تفاوت میان چنین یافته‌هایی با یافته پژوهش حاضر را می‌توان بدین صورت توضیح داد که افزایش آگاهی از مفهوم مرگ در شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر الزاماً به معنی کسب آگاهی کامل و رشد یافته از مفهوم مرگ نیست. از طرفی، مؤلفینی که اعتقاد به تأثیر مثبت آموزش مرگ<sup>۵</sup> دارند بر این باورند که استفاده از روش سخنرانی موجب افزایش اطلاعات می‌شود، اما اغلب باعث می‌شود که فرد بیشتر از مرگ ناراحت شود. در مقابل، برنامه‌های تجربه‌ای که به فرد کمک می‌کنند با فناپذیری خود مواجه<sup>۶</sup> شود، به احتمال کمتری اضطراب مرگ را تشدید می‌کنند و گاهی حتی آن را کاهش می‌دهند (برک، ترجمه‌ی سیده‌محمدی، ۱۳۸۴). بنابراین، یک درک کامل و رشد یافته از مفهوم مرگ است که واکنش‌های هیجانی مثبت به همراه دارد و نه اطلاعات افزایش یافته درباره مفهوم مرگ، که در حالت اخیر، و بر اساس شواهد موجود، می‌توان بروز واکنش‌های هیجانی منفی مانند اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی نمود.

از طرفی نتایج نشان داد که جزء اجتناب‌ناپذیری که اولین جزء فرعی در اکتساب مفهوم

- 
- 1- learned helplessness
  - 2- Mikulincer
  - 3- Seligman
  - 4- Rosenhan
  - 5- death education
  - 6- exposure

مرگ است بیشترین همبستگی مثبت و معنی‌دار با افسردگی را داشته و در تحلیل رگرسیون گام به گام تنها متغیری بود که توان پیش‌بینی افسردگی را داشت. همچنین کمترین همبستگی مثبت معنی‌دار مربوط به جزء فرعی کاربردپذیری بود. چنان‌که پیشتر ذکر شد کودکان سنین پیش دبستانی معمولاً مرگ را چیزی می‌دانند که فقط برای برخی افراد اتفاق می‌افتد و می‌توان از آن اجتناب کرد (نگی، ۱۹۵۹). کلانتری و وستانیس (۲۰۱۰) معتقدند که مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکانی که از مرگ والدین رنج می‌برند بیشتر از گروه گواه است. پس از بلایای طبیعی، کودکان داغ‌دیده در خطر پرورش مشکلات سلامت روان هستند. آرنت و همکاران (۲۰۰۵) می‌نویسند که آگاهی از مرگ غیرقابل اجتناب، می‌تواند به میزان زیادی بر بهزیستی جسمی و روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارد. کویلر راس نیز افسردگی را به عنوان واکنشی در برابر آگاهی از مرگِ قطعی معرفی می‌کند (برک، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۴). به علاوه، بر اساس الگوی تماس با فشار روانی افسردگی، وقایع تنش‌زای زندگی به طور معنی‌داری آمادگی فرد برای ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهند (لیوو، الوی، ۲۰۱۰). در نتیجه می‌توان گفت که اولین آگاهی از مفهوم مرگ یعنی آگاهی از این که موجودات زنده بالاخره خواهند مرد (جزء اجتناب‌ناپذیری) به عنوان یک فشارزای روانی در بروز افسردگی کودکان مؤثر است.

از طرف دیگر نتایج نشان داد که دومین جزء در اکتساب مفهوم مرگ یعنی کاربردپذیری کمترین همبستگی مثبت و معنی‌دار با افسردگی را داشته و در تحلیل رگرسیون گام به گام به غیر از جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری هیچ کدام از اجزای فرعی مفهوم مرگ توان پیش‌بینی افسردگی را نداشتند. با توجه به ادبیات پژوهش، درک مفهوم مرگ بوسیله کودکان با نظم نسبتاً ثابتی همراه با افزایش سن روی می‌دهد (سفیر، ۱۹۶۴؛ سلافترا، جکولا، و کری، ۱۹۹۹؛ به نقل از سلافترا و گریفیتس، ۲۰۰۷). مایر و همکاران (۲۰۰۹) می‌نویسند که همبستگی میان بعضی از وقایع تنش‌زای زندگی و افسردگی مه‌اد بواسطه‌ی افزایش سن تعدیل می‌شود. اسا و موری (۱۹۹۴) می‌نویسند: کودکانی که درک کافی از واقعیت‌های مرگ دارند، راحت‌تر می‌توانند آن را بپذیرند. سلافترا و گریفیتس (۲۰۰۷) از پژوهش خود نتیجه می‌گیرند که درک رشدیافته‌تر از مفهوم مرگ با سطوح کمتر ترس از مرگ همبسته است. همچنین گفتگو درباره مرگ و مردن در قالب اصطلاحات زیست‌شناختی بهترین راه برای کاهش ترس از مرگ کودکان خردسال است. داودنی (۲۰۰۸) می‌نویسد که بیان سوگ در کودکان داغ‌دیده از مرگ والدین یا

همشیرها بواسطه‌ی درک ایشان از مفهوم مرگ و سطح تحولی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اکثر کودکان داغ‌دیده به حالت اول باز می‌گردند و سازگاریشان از طریق والدگری مثبت تسهیل می‌گردد. بنابراین می‌توان گفت که اگرچه اولین آگاهی از مفهوم مرگ یعنی آگاهی از این که موجودات زنده بالاخره خواهند مرد (جزء اجتناب‌ناپذیری) می‌تواند در بروز افسردگی کودکان مؤثر باشد، آگاهی رشدیافته‌تر از مفهوم مرگ یعنی اکتساب سایر اجزای فرعی مفهوم مرگ منجر به کاهش افسردگی خواهد شد همان‌طور که در تحلیل رگرسیون گام به گام به غیر از جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری هیچ کدام از اجزای فرعی مفهوم مرگ توان پیش‌بینی افسردگی را نداشتند. در نتیجه با توجه به آنچه مطرح شد آشنا کردن تجربی کودکان با مفاهیم رشدیافته‌تر از مفهوم مرگ تا جایی که سطح تحولی کودک اجازه می‌دهد می‌تواند برای بهزیستی جسمی و روان‌شناختی ایشان مفید باشد.

همچنین نتایج نشان داد که میان دختران و پسران در اجزای فرعی علیت، برگشت‌ناپذیری، توقف، کاربردپذیری، و افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در حالی که در جزء فرعی اجتناب‌ناپذیری میان پسران و دختران تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، شاید بتوان گفت که اکتساب اولین مفهوم فرعی مرگ در کودکان دختر و پسر یکسان است اما اکتساب سایر اجزای مفهوم مرگ در میان دختران و پسران به شیوه متفاوتی است که این خود نیازمند بررسی بیشتر و انجام پژوهش‌های دیگر است. این یافته که در متغیر افسردگی در بین دختران و پسران تفاوت معنی‌دار است همسو با پژوهش‌های تجربی (از جمله برناراس و همکاران، ۲۰۱۱) است. به علاوه، ممکن است تفاوت معنی‌دار افسردگی در بین دختران و پسران بدلیل تفاوت در شیوه اکتساب اجزای فرعی مفهوم مرگ باشد. به هر حال، پژوهش مقدماتی حاضر می‌تواند نقطه‌ی شروعی برای انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه باشد. از محدودیت‌های عمده‌ی این پژوهش استفاده از ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه مصاحبه مرگ برای کودکان بود که تاکنون در داخل کشور هنجاریابی و بکار برده نشده است. محدودیت دیگر پژوهش حاضر تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از آن است که از طریق نمونه در دسترس به دست آمده است.

در پایان، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به تمامی روان‌درمانگران کودک توصیه می‌شود که در درمان کودکان افسرده به نتایج حاصل از این پژوهش توجه نمایند؛ توصیه می‌شود در کار با چنین کودکانی به ترس‌ها و نگرانی‌های آنها درباره مرگ و شناخت ناکافی از

مفهوم رشدیافته‌ی مرگ پرداخته شود و در حد رسش شناختی کودک اطلاعاتی برای وی فراهم آید، بحث و گفتگوی آزاد و صادقانه درباره‌ی مرگ تشویق شود، و در صورت امکان شرایطی برای کسب تجارب مواجهه‌ای ایجاد گردد.

### تشکر و قدردانی

مؤلفان مراتب سپاسگزاری خود را از همکاری مسئولان، اولیاء و دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران و عزیزانی که در به انجام رساندن این پژوهش ما را یاری نمودند اعلام می‌دارند.

### منابع

#### فارسی

- برک، ال. ای. (۲۰۰۱). *روانشناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی)*، جلد دوم. ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۸۴). تهران: ارسباران.
- دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ شیخی، منصوره؛ و حبیبی‌عسگرآباد، مجتبی (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵، (۱۸)، ۱۵۹-۱۷۷.
- سادوک، بنیامین جمیز؛ و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*، جلد سوم. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۸۸). تهران: ارجمند.
- سلطانی‌فر، عاطفه؛ و بینا، مهدی (۱۳۸۶). بررسی شیوع نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی ۹ تا ۱۱ ساله در تهران و رابطه آن با عملکرد خانواده. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۹، (۳۳ و ۳۴)، ۷-۱۴.
- شارپ، اس.؛ و کاوی، اچ. (۱۹۹۸). *مشاوره و حمایت از کودکان در برابر ناملازمات*. ترجمه سوسن آقاجانگللو (۱۳۸۹). تهران: ورجاوند.
- محمدی، کوروش؛ برجعلی، احمد؛ اسکندری، حسین؛ و دلاور، علی (۱۳۸۹). کارایی بالینی پرسشنامه افسردگی کودکان در تشخیص اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲، (۱)، ۲-۱۰.
- معمدی، غلامحسین (۱۳۸۶). *انسان و مرگ - درآمدی بر مرگ‌شناسی*. ویراست دوم. تهران: مرکز.



## لاتین

- Arndt, J., Routledge, C., Cox, C. R., & Goldenberg, J. L. (2005). The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. *Applied and Preventive Psychology, 11*, 191–213.
- Bernarasa, E., Jaureguizara, J., Soroaa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 29*, 198-207.
- Carey, S. (1985). *Conceptual change in childhood*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders, 134*, (1–3), 168-176.
- Dowdney, L. (2008). Children bereaved by parent or sibling death. *Review Article Psychiatry, 7*, (6), 270-275.
- Essa, E.L., & Murray, C.I. (1994). Young children's understanding and experience with death. *Young Children, 49*, (4), 74-81.
- Gesell, A. (1940). *Child Development*. Harper & Row, Publishers, New York.
- Kalantari, M., Vostaniş P. (2010). Behavioural and Emotional Problems in Iranian Children Four Years After Parental Death in an Earthquake. *International Journal of Social Psychiatry, 56*, (2), 158-167.
- Kenyon, B. (2001). Current research in children's conceptions of death: A critical review. *Omega: Journal of Death and Dying, 43*, 63–91.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood, diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 1-25). New York: Raven.
- Lazar, A., & Torney-Purta, J. (1991). The development of the sub-concepts of death in young children: A short term longitudinal study. *Child Development, 62*, 1321–1333.
- Liu, R. T., Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review, 30*, 582–593.
- Mayer, L., Lopez-Duran, N. L., Kovacs, M., George, C. J., Baji, I., Kapornai, K., Kiss, E., & Vetro, A. (2009). Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Affective Disorders, 115*, 207–214.

- Mikulincer, M. (1994). *Human learned helplessness: A coping perspective*. New York: Plenum Press.
- Nagy, M. (1959). *The child's view of death*. In H. Feifel (Ed.), *the meaning of death*. New York: Mc Graw-Hill.
- 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.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1984). *Abnormal psychology*. New York: W.W. Norton.
- Safier, G. (1964). A study in relationships between the life and death concepts in children. *Journal of Genetic Psychology*, 105, 283-294.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40, 1-8.
- Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death Understanding and Fear of Death in Young Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*: 12, 525-535.
- Slaughter, V., Jaakkola, K., & Carey, S. (1999). Constructing a coherent theory: Children's biological understanding of life and death. In M. Seigal & C. Peterson (Eds.), *Children's understanding of biology, health and ethics* (71-98). Cambridge: Cambridge University Press.
- Slaughter, V., & Lyons, M. (2003). Learning about life and death in early childhood. *Cognitive Psychology*, 46, 1-30
- Suhrcke, M., & de Paz Nieves, C. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe.
- WHO (2011). *What is depression?* Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/#](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/#)
- Wilgenbusch, T., & Merrell, K. W. (1999). Gender Differences in Self-Concept among Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Multidimensional Studies. *School Psychology Quarterly*, 14, 101-120.