فصلنامه علمي پژوهشي رفاه اجتماعي،

اندازه‌گيري كمي تأثير فقر و افسردگي مادران بر پيش شناختي و حركتي

پروين بهادران*، حميدرضا عريضي**

پژوهش‌هاي اخير نشان داده اند كه كودكان خانواده‌هاي فقير عملكرد شناختي ضعيف تري دارند. بر اين اساس پژوهش حاضر رابطه بين تأثيرات فقر بر كودكان را از طريق يكي از متغيرهاي همبسته يعني افسردگي مادران بررسي مي‌كند. 1426 مادر در دوره پس از زايمان در 1380 و سه سال بعد در 1383 به ابزارهاي پژوهش ـ شامل آزمون سرندسازي رشدي دنور و مركز مطالعات جمعيت شناختي (مقياس افسردگي) ـ در يك مطالعه طولي پاسخ دادند. نتايج نشان داد كه افسردگي مادران و فقر، رشد كودكان (به خصوص رشد شناختي آنان) را در معرض خطر قرار مي‌دهند.

كليد واژه‌ها: افسردگي مادران، رشد شناختي، رشد حركتي، فقر، كودك

تاريخ دريافت مقاله: 83/11/28 تاريخ پذيرش مقاله: 84/4/20

* كارشناس ارشد مامائي، عضو هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي اصفهان <bahadoran@nm.ac.ir>

** دكتراي روانشناسي، عضو هيأت علمي دانشگاه اصفهان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است كه فقر در وضعيت تحصيلي دانش‌آموزان تأثير داشته و سبب كاهش پيشرفت تحصيلي دانش‌آموزان مي‌گردد (محمد اميني، 1374). آيا تأثير فقر در فعاليت هاي شناختي را مي توان در سال‌هاي اوليه رشد كودك مشاهده كرد؟ هر چند تأثير فقر در دوران تحصيلي به دليل سنجش‌هاي مربوط به پيشرفت تحصيلي بارز مي شود، اما اگر بتوان اين سنجش‌ها را در سال هاي اوليه رشد كودك انجام داد در آن صورت بررسي تأثير فقر بر فعاليت‌هاي رشدشناختي را مي توان زودتر انجام داد. هر چند در مورد فقر در ايران پژوهش هاي متعددي انجام گرفته است اما بيشتر اين مطالعات زمينه‌هاي اقتصادي آن را بررسي كرده است (پروين، 1372؛ داداش‌زاده، 1370). پژوهش در زمينه تأثير فقر بر كودكان خانواده هاي فقير اكثراً به مسئله تغذيه و سلامت جسمي محدود مي شود (هاتفنيا، 1377). هدف پژوهش حاضر بررسي تأثير فقر بر رشد رواني كودكان و به خصوص رشد توانائي‌هاي حركتي و مهارت‌هاي شناختي آنان است.

پژوهش‌ها نشان مي‌دهد كه عملكردهاي شناختي، رشد اجتماعي و و موفقيت هاي تحصيلي كودكان خانواده‌هاي فقير كمتر از كودكان خانواده‌هاي با سطوح بالاي اقتصادي است (Conger et al, 1992, 1993; Duncan, .

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

Brooks-Gonn, Klebenov, 1994; Liaw, Brooks-Gonn, 1994; Mcloyu, 1990; Smith, BrooKs-Gonn, Klebanov, 1997).

سؤال‌هاي بسيار زيادي دربار ة متغيرهاي رابط ميان فقر و رشد كودكان، از جمله بهداشت و تغذيه، محيطخانه، رفتار والديني و بهداشت رواني والدين وجود داردكه تا ب ه حال پاسخ صريحي براي آن‌ها يافته نشده است (Brooks-Gonn, Duncan, 1997). در اين پژوهش ما بر متغير ميانجي افسردگي پس از زايمان كه بر رابطة بين فقر و رشد شناختي كودكان تأثير مي‌گذارد توجه كرده ايم.

1) رابطه فقر و رشد كودكان

رابطه بين فقر و رشدشناختي در پژوهش هاي متعددي بررسي شده است (Ramey, Finkelstein, 1981; Weikart, 1967). در اين پژوهش‌ها نشان داده شده است كه كودكاني كه از طبقات اقتصادي اجتماعي پائين (Low Socio-economic Status=Lses) هستند، وقتي فقط دو سال سن دارند در آزمون‌هاي تراز شده هوشي نمرات كمتري ب ه دست مي‌آورند. (Ramey, Campbell, 1977-1979). در پژوهش هاي اخير تأثير فقر بر توانايي‌هاي شناختي كودكان مورد تأكيد قرار گرفته است (Duncan et al, 1994; Smith et al, 1997). برخي پيامدهاي فقر بر رشد شناختي كودكان بسيار زيان‌بار بوده است مثلاً بيكاري والدين (McLoyd, 1990)، درآمد اندك (Conger et al, 1992; Elder, Liker, Cross, 1984) و تك

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

والدي (Sandefur Mclanahan, Kiewics, 1992) سبب كاهش رشد شناختي كودكان مي گردد. در مورد رشد جسماني ، پژوهش‌هاي اوليه نشان داده اند كه درآمد ، رابطة مثبتي با مقياس‌هاي سنجش بهداشت جسماني از قبيل قد، وزن، هموگلوبين و ذخيرة چربي دارد.

جونز، نشايم و هبكيت (1985)، اوون، كران وگري (1974) و ميلر و كورن من (1994) گزارش دادند كه كودكاني كه در خانواده هاي فقير زندگي مي كنند بيشتر احتمال دارد كه به مشكلاتي از قبيل كوتاهي قد نسبت به سن و يا كمي وزن نسبت به قد دچار شوند كه ناشي از مشكلات تغذيه آن‌هاست.

2) افسردگي پس از زايمان و رشد كودكان

پژوهش‌ها نشان داده اند كه در مقايسة بين مادران طبقات بالا و پائين اجتماع، مادران فقير، به‌خصوص مادراني كه كودكان خردسال دارند، بيشتر احتمال دارد كه آشفتگي رواني را تجربه كنند (Kaplan, Roberts, Camacho, Coyne, 1987; Pearlin, Jonnson, 1977; Radliff, 1975). در يك پژوهش تقريباً نيمي از ماد ران فقير كه داراي كودكان خردسال بودند داراي نمرة بالاتر از نقطه برش در مقياس افسردگي بودند كه با رتبه 80 درصد نمره‌هاي افسردگي متناظر بود (Hall, Williams, Greenberg, 1985). ليا و بروكزكان (1998) دريافتند كه 28 درصد زنان فقير داراي افسردگي پس از زايمان هستند، در حالي كه در بين زنان طبقة

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

17 اقتصادي ـ اجتماعي بالاتر ، اين نسبت فقط درصد است. سطوح بالاتر افسردگي در بين زنان فقير به خصوص از اين نظر بايد مورد توجه قرار گيرد كه افسردگي داراي تبعاتي است كه نه فقط بر مادر، بلكه همچنين بر كودكان تحميل مي شود و براي آن‌ها مشكلات و دشواري هايي در رشد شناختي و حركتي به همراه مي‌آورد
(Cogil, Caplan, Alexandra, Robson, Kumar, 1986; Lyons-Ruth, Connell, Gronebaum, Botein, 1990; Murry, 1992; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, Cooper, 1996).

لاينزراث، زول كونل و گرانبوم، (1986) دريافتند كه بين افسردگي پس از زايمان مادران و رشد رواني و حركتي كودكان رابط ة معكوس وجود دارد. پژوهش آن‌ها با مقياس بيلي (Bayley Scales) در كودكان يك ساله انجام گرفته بود. هدف پژوهش حاضر بررسي تأثير فقر و افسردگي مادران بر رشد حركتي و شناختي كودكان است.

3) روش

3-1) شركت‌كنندگان در تحقيق

نمونه پژوهش حاضر شامل كودكان و مادران آن‌ها در شهرهاي اصفهان، نجف‌آباد، شهررضا، تيران و كرون، فريدن، خوانسار و گلپايگان بوده است . به دليل تمركز بر روي مادران فقير سعي شده است به بيمارستان‌ها و درمانگاه هايي مراجعه شود كه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

طبقات اجتماعي فقير به آن‌ها بيشتر مراجعه مي‌كنند. به اين ترتيب مثلاً بيمارستان شهيد بهشتي اصفهان كه تجارب قبلي نشان داد ه بود زنان روستاها و نواحي فقيرنشين به آن مراجعه بيشتر ي دارند و يا بيمارستان عسگريه كه به صورت خيريه اداره مي گردد انتخاب گرديدند . دانشجويان كارورزي و همكاران ماما به صورت تصادفي از ميان بيماران بستري در طول سال 1380 و 1381 مادران را انتخاب و پرسش نامه‌هاي پژوهش را بر روي آن‌ها اجرا مي‌كردند. ميانگين سن مادران در گروه فقير 24/17 و در گروه غير فقير 26/93 بود. انحراف معيار سن مادران به ترتيب 5/32 و 5/96 بوده است. ميانگين سني كل مادران 25/45 بوده است. ميانگين سال‌هاي تحصيلي در بين مادران گروه فقير 7/23 و در بين مادران گروه غير فقير 13/81 بوده است. بيمارستان‌ها به صورت هدفمند انتخاب شدند تا افراد فقير بيشتري در نمونه قرار گيرند . نمونه‌ها به صورت نمونة تصادفي نظام دار برگزيده مي‌شدند. مراجعه به صورت هر روز بود در روزهايي كه پذيرش اندك بود همة نمونه ها در پژوهش قرار مي‌گرفتند اما در روزهايي كه پذيرش زيادي صورت مي‌گرفت از هر سه نفر به ترتيب پذيرش در بيمارستان يك نفر به سؤال‌ها پاسخ مي‌داد. علي‌رغم انتخاب هدفمند بيمارستان‌ها، انتخاب آزمودني ها

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

تقريباً تصادفي بوده است زيرا مراجعين به بيمارستان شريعتي كه تحت نظارت تأمين اجتماعي است هم از بين كارگران و هم از بين قشر مرفه هستند، بيمارستان عسگريه كه تحت نظارت بخش خصوصي و خيريه است به دليل امكانات بسيار خوب زايمان، توسط افراد مرفه نيز براي زايمان انتخاب مي گردد. نمونه شامل 1426 نفر در نوبت اول بوده است. به دليل 96 عدد داده هاي گمشده در نوبت دوم حجم نمونه به 1330 عدد كاهش يافته است.

2-3) ابزارهاي پژوهش

ابزارهاي پژوهش حاضر شامل مقياس CES-D (Radalf, 1977) و آزمون سرندسازي رشدي دنور (Denver Developmental Screening Test=DDST) است كه توسط فران كنبورگ و همكاران (1971) ساخته شده است. اين مقياس در ايران توسط عريضي ترجمه شده و ويژگي هاي روان‌سنجي آن در يك پژوهش (عريضي، ملك پور، يارمحمّديان، 1380) مورد مطالعه قرار گرفته است.

اين مقياس براي سرندسازي اختلالات رشدي كودكان بلافاصله پس از تولد (2 هفته) تا 6 سالگي مورد استفاده قرار مي‌گيرد. پايائي مشاهده‌گران در اين مقياس در دامنة 81 درصد تا 100درصد (Frankenburg et al, 1971) و در دامنة 76 درصد تا 100 درصد (عريضي و همكاران، 1380) به دست آمده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

عريضي و همكاران (1380) حساسيت اين آزمون را پائين، اما ويژگي آن را مناسب يافتند . در تحليل مؤلفه هاي اصلي (Principal Component) عريضي و همكاران (1380) دو مؤلفة شناختي و حركتي به‌دست آوردند. تحليل مؤلفه هاي اصلي با روش داريماكس انجام گرفت و در آن بارهاي عاملي (Factor Load) بالاتر از 0/35 انتخاب گرديدند (Gorsuc, 1990). در اين روش سؤال هايي كه با يكديگر رابطة بالايي داشته باشند T با يكديگر دسته بندي مي گردند (Herman, 1996). دو سؤال از ميان سؤال هاي آزمون سرندسازي رشدي دنور به دليل نداشتن ملاك گوساك (بار عاملي بالاتر از 35%) حذف گرديدند. ديگر پژوهش حاضر، پرسشنامه افسردگي مركز مطالعات جمعيت‌شناختي رادلف (1977)، (Center for Epidemiological Studies-Depressipn) است كه ش امل 20 سؤال است كه نخستين بار توسط عريضي (1382) ترجمه و شكل هاي كوتاه 4 و 8 سؤالي براي آن نيز ساخته و اعتباريابي شد. اين مقياس داراي ويژگي و حساسيت بالا براي شناخت افسردگي پس از زايمان است و حساسيت آن براي شناخت و سرندسازي زنان با افسردگي پس از زايمان بالا تر ا ز پرسشنامه افسردگي بك است زيرا در پرسشنامة بك، بسياري از حالات اسناد شده به افسردگي از قبيل تغيير خواب و اشتها از عوامل مرسوم در دور ة پس از زايمان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

بوده است و ملاك تشخيص براي افسردگي نيستند . (كيمبرلي، 1383)

پرسشنامه سوم شامل ويژگي هاي جمعيت شناختي از قبيل سن و تحصيلات مادر، سطح درآمد خانواده و يك سوال باز بوده است كه در آن آزمودني ها بايد مشخص مي ساختند كه كدام عوامل اقتصادي نسبت به گذشته در خانواده آن‌ها سبب بهتر يا بدتر شدن درآمد خانواده شده است (مثلاً فرزند جديد سبب بدتر شدن و پيدا كردن كار توسط عضوي از خانواده سبب بهتر شدن وضعيت خانواده شده است) و اين سوالات به عنوان عوامل اسنادي فقر توسط فلدين (1982) مورد استفاده قرار گرفته است . رحيمي (1384) در پژوهش خود از همين پرسشنامه استفاده كرده است. شناسائي نقطة برش فقر به كمك يك عامل عيني (در آمد 150 هزار تومان در ماه به پائين) همراه با يك عامل ذهني (اسناد فقر به عنوان بدتر شدن درآمد خانواده با حداقل دو عامل در اين جهت) بوده است.

3-3) رويه اجراي پژوهش

پژوهش حاضر به صورت طولي و در دو مقطع 1380 و 1381 براي بار اول و 1383و 1386 براي بار دوم بوده است . داده‌هاي حاصل نشده (Missing Data) با دفعات متعدد مراجعه و پي گيري تنها 96 عدد بوده و دليل اين عدم حصول همكاري، تغيير آدرس يا فوت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

آزمودني بوده است. در مقطع اول اطلاعات مربوط به پرسشنامة CES-D و در نوبت دوم DDST و CES-D اجرا شده است. به اين ترتيب مقياس CES-D دوبار اجرا شده است. ملاك نقطه برش فقر نوبت دوم، پرسشنامه جمعيت‌شناختي بوده است. بقيه اطلاعات جمعيت‌شناختي در هر دو نوبت حاصل شده‌اند.

3-4) تحليل آماري يافته‌ها

به دليل اثر سقفي (Ceiling Effect) نمره‌ها در پرسشنامة مربوط به آزمون سرندسازي رشدي دنور، يك سوگيري در جهت پائين (Downwar Bias) بر برآورد پارامتري مدل‌هاي خطي به وجود مي‌آيد زيرا اين پيش فرض كه توزيع پيوسته در دامنة متغير پيوسته وجود دارد نقض مي‌گردد. مثلاً 31 درصد پاسخ‌دهندگان نمرة كل 7 در عامل شناختي و 27 درصد پاسخ‌دهندگان نمره كل 7 يعني نمره كامل را در عامل حركتي به‌دست آورده‌اند بنابراين يك اثر سقفي در هر دو مورد عامل ديده مي‌شود. به همين دليل براي غلبه بر سوگيري از مدل رگرسيون توبيت (Tobit Regression Model) استفاده گرديد. (Madala, 1983) همچنين از رگرسيون حداقل مجذورات معمولي تراز شده (Standard Ordinary Least Squary) براي متغير وابستة آزمون سرندسازي رشدي دنور (مجموع دو نمره شناختي و حركتي) استفاده گرديد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

4) يافته‌ها

در جدول شماره 1 يافته‌هاي توصيفي ارائه گرديده است. براي نمره هاي آزمودني در پرسش نامه CES-D نمرة كمتر از 16 نشان‌دهنده سلامت رواني، نمرة بين 16و 30 نشان‌دهنده افسردگي ملايم و نمرة بالاتر از 30 نشان‌دهندة افسردگي شديد است. ميزان افسردگي در كل جمعيت از 3 تا10 درصد گزارش شده است (كيمبرلي، 1383). در نمونة حاضر در افراد فقير ميزان افسردگي 17 درصد و در افراد عادي 1/6 درصد است. آزمون مجذور كاي در اينجا مورد استفاده قرار گرفته است . فرضيه صفر (فرضيه آماري) اين است كه بين تعداد افراد فقير و غيرفقير تفاوت معني داري وجود ندارد . فرضيه پژوهشي اين است كه تعداد افراد فقير و غيرفقير متفاوت است مثلاً چنانكه ديده مي شود بين تعداد افراد فقير و غيرفقير در نمره CESD>30 تفاوت معني‌داري وجود دارد به عبارت ديگر تعداد افراد فقير افسرده (CESD>30) به‌طور معني‌داري بيش از افراد غير فقير افسرده است.

جدول 1: تعداد و درصد افراد فقير و غيرفقير در هر يك از متغيرهاي پژوهش

متغير	گروه	كل N=1330		افراد فقير N=712		غير فقير N=618		معني‌دار (درصد)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نمره‌ها در	كمتراز 16	996	74/8	425	63/4	544	88	P<5

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

پرسش‌نامة CES-D	بين16تا30	199	14/96	135	18/9	64	10/3	P<5
	بيشتراز30	135	10/15	125	17	10	1/6	P<5
درآمد خانواده	كمتراز صدهزارتومان	72	5/4					
	بين صدتا دويستهزار تومان	921	69/2					
	بين‌دويست تاسيصدهزارتومان	263	19/7					
	بيش ازسيصد هزار تومان	74	5/5					
وزن‌كودك هنگام‌تولد	كمتر از 1/5كيلو	21	1/5	14	1/9	7	1/1	NS
	بين 1/5تا2/5كيلو	105	7/89	69	9/7	36	5/8	P<5
	بالاتر از 2/5كيلو	1204	90/5	629	88/3	575	93	NS
ميانگين‌سني‌كودك برحسب ماه		9	31/7	32/43		33/22		NS

در جدول شماره 2 تغيير در وضعيت افسردگي در دو گروه افراد فقير و غيرفقير آورده شده است. سطر اول نشان‌دهنده عدم تغيير وضعيت (پايائي افسردگي و يا پايائي سلامت رواني) است كه مي‌توان آن را به تبعيت از مفهومي در مكانيك، اينرسي رواني خواند. هر دو وضعيت پايا معني‌دار هستند؛ به عبارت ديگر افراد فقير بيش از بقيه وضعيت افسردگي را حفظ مي كنند (12/92 درصد همچنان افسرده باقي مانده‌اند) و افراد غيرفقير وضعيت سالم رواني را حفظ مي‌كنند. تغيير وضعيت در دو سطر بعدي، تفاوت معني‌داري را بين دو گروه نشان نمي‌دهد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

جدول 2: بررسي پاياي (تغيير) در وضعيت افسردگي در مادران فقير و غيرفقير

متغير	گروه	افراد فقير		افراد غيرفقير		كل		سطح معني‌دار
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	(درصد)
نمره هادرپرسشنامة CES-D بدون تغييروضعيت	افسرده به افسرده	92	12/92	3	0/48	95	7/14	P<5
	غيرافسرده به غيرافسرده	476	66/85	537	86/89	1-13	76/16	P<5
نمره هادرپرسشنامة CES-D با تغيير وضعيت	افسرده به افسرده	111	15/58	71	11/48	182	13/68	NS
	غيرافسرده به غيرافسرده	33	4/63	7	1/32	40	3	NS
جمع		712	100	618	100	1330	100	

در جداول بعدي نتايج تحليل عاملي آزمون سرندسازي رشدي دنور آمده است. در اينجا تنها دو عاملي ذكر گرديده اند كه مربوط به رشد شناختي و حركتي است و

جدول 3: مقايسه افراد فقير و غيرفقير در رشد شناختي در آزمون سرندسازي رشد دنور

سؤال	بارعاملي‌در پژوهش عريضي‌وهمكاران (درصد)	بارعام لي‌در پژهشحاضر (درصد)	درصد موافقت با سؤال				معني‌داري
			افراد فقير		افراد غيرفقير		
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	
حداقل چهار رنگ	58	61	462	/88	502	/22	p<%1

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

را نام مي‌برد			64		81	
مي‌تواند با صداي بلند اعداد يك‌رقمي را بشمارد	54	59	318	66/44	326	75/52	p<%1
مي‌تواند سه شيء را بشمارد	52	54	527	74	511	68/82	p<%1
مي‌تواند نام و نام خانوادگي خود را با يكديگر بياورد	51	47	411	72/57	418	63/67	p<%1
سن خودرا مي‌داند	49	43	562	93/78	573	71/92	p<%1
جنسيت خودرا مي‌داند	47	41	573	47/80	554	64/89	p<%1
مي‌تواند جملاتي با سه كلمه يا بيشتر بيان كند	43	37	662	97/92	604	73/97	p<%1

سؤال‌هايي كه برطبق ملاك گورساك (Gorsue, 1996) بار عاملي‌شان از 4 درصد كمتر بوده است حذف گرديده است. در ستون اول نتيج ة تحليل عاملي در پژوهش عريضي، ملك‌پور و يارمحمديان (1380) و در ستون دوم نتيجة تحليل عاملي در پژوهش حاضر آمده است . هر دو تحليل عاملي با روش واريماكس انجام گرديده است

در دو ستون بعدي درصد موافقت با هر سؤال در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

بين افراد فقير و غير فقير آورده شده است . همان‌طور كه ديده مي‌شود كودكان فقير از نظر رشد شناختي در هم ة سؤال‌هاي ضعيف تر از كودكان غيرفقير بوده اند.

جدول4: مقايسه افراد فقير و غيرفقير در رشد حركتي در آزمون سرندسازي رشدي دنور

سؤال	بارعاملي در پژوهش عريضي	بارعاملي درپژوهش حاضر	درصد موافقت با سؤال				معني‌دار
			افراد فقير		افراد غيرفقير		
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مي‌تواند بدون كمك ديگران لباس‌هاي خودرا بپوشد (به‌جز بستن بندكفش و دكمه‌هاي پشت لباس)	0/52	0/56	569	79/91	382	61/81	p<%1
بدون كمك ديگران مستراح مي‌رود (براي قضاي حاجت)	0/49	0/54	683	95	502	81/23	p<%1
مي‌تواند دستان خودرا بدون كمك	0/47	0/51	648	91	554	89/64	NS

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

ديگران بشويد (بجز باز و بسته كردن شير آب)							
مي‌تواند با سه‌چرخه تا 3 متر با ركاب‌زدن پيش رود	0/44	0/47	536	75/29	314	50/80	p<%1
مي‌تواند از پله‌ها بدون كمك بالا برود (بر روي هر پله يك پاي او قرار گيرد)	0/43	0/42	623	87/5	507	82	NS
مي‌تواند بدون كمك گرفتن نرده‌ها از پله‌ها بالا رود	0/39	0/37	633	88/9	559	90/45	NS
مي‌تواند بدون‌كمك ديگران پشتك بزند	0/35	0/31	0/31	58/57	432	69/9	p<%1

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

همان‌طور كه در جدول شماره 4 ديده مي‌شود در رشد مهارت هاي حركتي ، الگوي برتري كودكان غيرفقير تغيير مي كند. در اين جا در برخي از سؤالات برتري كودكان فقير بيشتر است.

در جدول شماره 5 ضرايب همبستگي بين آزمون سرندسازي رشدي دنور و خرده آزمون‌هاي آن ارائه گرديده است همان طور كه ديده مي شود بين خرده آزمون‌هايDDST و آزمون رابطه در سطح بالا يي است هر چند اين رابطه بين خرده آزمون ها ديده نمي‌شود، و اين نشان‌دهندة استقلال نسبي خرده آزمون‌هاست. رابطة خرده آزمون‌ها هر چند معني‌دار است اما در سطح مت وسطي برقرار است . به دليل پاسخ صحيح ـ غلط براي محاسب ة ضريب پايائي از كودرريچاردسون استفاده شده و روي قطر جدول ارائه گرديده است.

جدول 5: ضريب همبستگي بين زيرمقايس‌هاي آزمون سرندسازي رشدي دنور

آزمون	آزمون DDST		خرده آزمون شناختي		خرده آزمون حركتي	
	پسران	دختران	پسران	دختران	پسران	دختران
آزمون DDST	0/71	0/76	0/68		1/63	0/62
خرده آزمون شناختي	0/67	0/62	0/73		0/22	0/39
خرده آزمون حركتي	0/63	0/62	0/22	0/39	0/81	0/83

اعداد روي قطر ضرايب پايائي بر حسب كودرريچاردسون است
$\star = p < 5\%$

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

در دو جدول بعدي ضرايب بتا براي سنجش‌هاي رشد دنور بر افسردگي مادران، درآمد خانواده، سن و وزن كودك بر نمونة پسران و دختران به طور جداگانه آورده شده است. براي محاسبات ستون DDST از رگرسيون حداقل مجذورات معمولي تراز شده و براي محاسبات ستون خرده آزمون شناختي و حركتي از مدل رگرسيون توبيت استفاده گرديده است زيرا اثر نمره سقف (آناستازي، 1378) در اين نمره ها ظاهر مي‌گردد. سنجش‌ها براي پسران و دختران به صورت جداگانه محاسبه شده است زيرا الگوي تأثيرگذاري افسردگي و درآمد بر پسران و دختران يكسان نيست. با هنجار شدن نمره ها، اعداد گزارش شده در جدول را مي‌توان مستقيماً به انحراف معيار تبديل كرد و به اين صورت درك شهودي بهتري از نمره‌ها فراهم مي‌شود. در سطر اول افسردگي مادران (شديد و ملايم) در مقابل عدم وجود افسردگي (نمره كمتر از 16) آزموده شده است. در سطر دوم درآمد خانواده در مقابل كمتر از صد و پنجاه هزار تومان (نرخ پايه فقر) آزموده شده است.

جدول 6: ضرايب بتاي سنجش‌هاي رشد دنور بر افسردگي مادران، درآمد خانواده، سن و وزن در نمونه پسران

متغير	گروه	DDST	رشدشناختي	رشد مهارت‌هاي حركتي
افسردگي‌مادران‌براساس	30-16 (افسردگي ملايم)	-0/14	-0/21	-0/14

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

نمره درمقياسCES-D	درمقابلكمتر از 16			
	بيش از30 (افسردگيشديد) درمقابلكمتر از 16	-0/33	-0/45	-0/42
درآمد خانواده	بين صد و پنجاه تا دويست هزار تومان درمقابل كمتر از صدوپنجاه هزار تومان	0/07	-0/11	-0/02
	بين دويست تا سيصد هزار تومان در مقابل كمتر از صدوپنجاه هزار تومان	0/15	0/12	-0/04
	بيش از سيصد هزار تومان در مقابل كمتر از از صد و پنجاه هزار تومان	0/19	0/47	-0/23
سن كودك به مادر		0/33	0/42	0/30
مجذور سن كودك		0/09	0/09	0/04
وزن كودك.	كمتر از 1/5 كيلو در مقابل بيش از 2/5 كيلو	-0/77	-0/71	-0/93
	1/5تا 2/5 كيلو در مقابل بيش از 2/5 كيلو	-0/33	-0/29	-0/31
R2		0/29		
نسبت لگاريم احتمالي			-5/441/7	-5/462/3

$\star$ = $p < 5\%$

جدول 7: ضرايب بتاي سنجشهاي رشد دنور بر افسردگي مادران، درآمد خانواده، سن و وزن كودك براي نمونه دختران

متغير	گروه	DDST	شناختي	حركتي
افسردگي مادران	30تا 16درمقابل كمتر از 16	-0/22	-0/39	0/13
	بيش از	-0/23	-0/43	-0/19

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

	30درمقابل کمتر از 16			
درآمد خانواده	بین صدو دویست هزار تومان در مقابل کمتر از صد پنجاه هزار تومان	0/21	0/37	0/08
	بین دویست وسیصد هزار تومان در مقابل کمتر از صد وپنجاه هزار تومان	0/36	0/81	0/16
	بیش از سیصد هزار تومان در مقابل کمتر از صدو پنجاه هزار تومان	0/42	0/83	0/32
سن کودك به ماه		0/36	0/32	0/36
مجذور سن کودك		0/03	0/03	0/04
وزن کودك	کمتر از 1/5 کیلو در مقابل بیش از 2/5 کیلو	-0/71	-0/66	-0/72
	1/5 تا2/5 کیلو در مقابل بیش از 2/5 کیلو	-0/22	-0/19	-0/26
R2		0/27		
لنت لگاریم احتمالي			-4/673/7	-4/892/3

5) بحث و نتيجه‌گيري

يافته‌هاي جدول شماره 1 نشان مي‌دهد كه افسردگي شديد (CES-D>30) در بين مادران فقير بيشتر از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

مادران غير فقير است (p<5%). در خانواده هاي فقير تعداد خواهران و برادران بيشتر است و فقط الگوي تك خواهري (برادري) در دو گروه يكسان است. اين يافته ها با پژوهش پترسون و برك آلبرز (2001) هماهنگ است. يافته هاي جدول شماره 2 نشان‌دهنده پايداري وضعيت افسردگي است . ثبات وضعيت افسردگي در خانواده هاي فقير و ثبات وضعيت غيرافسردگي (غيرافسرده به غيرافسرده) در خانواده هاي غيرفقير بيشتر است . (p< 5%) تغيير وضعيت خلقي ارتباطي با فقر نداشته مقايسه ها در اين محور معني دار ن يستند. جدول شماره 3 نشان مي‌دهد كه رشد شناختي در خانواده هاي فقير كندتر است در حالي كه رشد شناختي با زدودن فقر سريع‌تر مي‌گردد. تمامي سؤالات در عامل شناختي رشدي دنور تفاوت بين خانواده هاي فقير و غيرفقير را نشان مي‌دهد. شكاف فقر از همان آغازين سال هاي كودكي بر كودكاني كه در اين خانواده ها به دنيا مي‌آيند سايه مي اندازد. با توجه به اين كه رشد شناختي سبب رشد اقتصادي در جامعه امروزين است اين دور باطل از همين جا آغاز مي گردد و بنابراين مداخله‌هاي جبراني نيز بايد از همان سال هاي كودكي آغاز گردد. چنان كه ديده مي‌شود، در حالي كه 64 درصد كودكان فقير مي توانند چهار رنگ را نام ببرند در كودكان غيرفقير اين ميزان تا 81

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

درصد افزايش مي يابد. اما اين تفاوت ها در رشد حركتي اين بار در جهت بر عكس جدول شماره 4 ديده مي‌شود؛ مثلاً در حالي كه 61 درصد افراد (كودكان) غيرفقير مي‌توانند بدون كمك ديگران لباس هاي خود را بپوشند تقريباً 80 درصد كودكان غيرفقير مي‌توانند اين كار را انجام دهند . تفاوت رشد شناختي بين كودكان دو گروه 31 درصد انحراف معيار و تفاوت رشد حركتي بين كودكان دو گروه 12 درصد انحراف معيار است؛ به عبارت ديگر تفاوت ها در رشد شناختي بيشتر ديده مي شود. اين نتايج با پژوهش‌هاي اسميت و همكاران (1997) نتايج رگرسيون حداقل مجذورات معمولي (Ols) در جدول شماره 6 براي پسران و در جدول شماره 7 براي دختران آورده شده است . در جدول شماره 5 نيز ضريب همبستگي بين زير مقايسه هاي سنجش‌هاي رشدي دنور بين پسران و دختران آورده شده است . بين خرده آزمون‌ها و كل آزمون در سطح بالايي رابطه وجود دارد، اما رابطة بين اين خرده آزمون ها هر چند معني‌دار است اما در سطح متوسط است . براي ساده شدن مقايسه ها هر سه سنجش با ميانگين صفر و انحراف معيار 1 هنجار شده است. همان‌طور كه در جدول شماره 6 ديده مي‌شود نمرات DDST پسراني كه مادران آن‌ها افسرده نيستند 14 درصد انحراف معيار بيش از پسراني با مادراني افسرده است كه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

ميزان افسردگي آن‌ها ملايم (بين 16 تا 30 نمره CES-D) است. اما 35 درصد بيش از پسراني است كه افسردگي مادران آن‌ها شديد است. تفاوت انحراف معيارها در سطح (p<1%) معني‌دار است. در جدول شماره 7 ديده مي شود نمرات DDST دختراني كه مادران آن‌ها افسرده نيستند 22 درصد انحراف معيار بيش از دختراني است كه مادران افسرده دارند و ميزان افسردگي آن‌ها ملايم و 23 درصد درصد بيش از دختراني اس ت كه افسردگي مادران آن‌ها شديد است. هر چند تفاوت بين دو انحراف معيار معني‌دار نيست اما هر دو ضريب بتا معني‌دار هستند. به عبارت ديگر افسردگي مادران سبب كاهش نمرات پسران و دختران در آزمون سرندسازي رشدي دنور مي گردد، هر چند تفاوت در شدت افسردگي مادران بر پسران و نه بر دختران تأثير مي‌گذارد. در خرده آزمون هاي شناختي وحركتي دنور نتايج مشابهي به چشم مي خورد؛ به عبارت ديگر هر چند افسردگي عملكرد شناختي و حركتي پسران و دختران را به صورت معني داري كاهش مي دهد اما با شدت افسردگي مادران اين عملكرد در پسران به صورت معني‌داري كاهش مي يابد اما هر چند تفاوت در عملكرد شناختي و حركتي دختران در افسردگي زياد و ملايم مادران به صورت معني داري كاهش مي يابد اما تفاوت بين اين كاهش عملكرد در افسردگي زياد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

و ملايم مادران معني دار نيست. تفاوت در عملكرد شناختي و حركتي دختران در مقايسه با پسران بيشتر است و افسردگي مادران تأثير بيشتري بر عملكرد شناختي دختران مي گذارد اما تأثير افسردگي مادران بر عملكرد شناختي و حركتي پسران هر چند در هر دو مورد معني‌دار است اما تأثير آن بر دو عملكرد تفاوت معني‌داري ندارد. ضرائب مثبت معني‌دار B براي دختران در رشد حركتي و ضرائب منفي معني دار B براي پسران در رشد حركتي كه كاملاً در جهت مخالف هستند تا حدي عجيب است اما با پيشينه پژوهش ها هماهنگي دارد (پترسون، آلبرز، 2001). پترسون و آلبرز ضريب B 14 درصد را براي دختران و 19- درصد را براي پسران به‌دست آورده‌اند كه كه ه ر دو معني دار هستند در حال حاضر براي آن نظريه اي وجود ندارد اما با توجه به تكرار در پژوهش حاضر و پترسون بايد در مورد آن بيشتر انديشيد.

افسردگي ملايم مادران بر رشد شناختي دختران تأثير گذاشته و آن را 39 درصد انحراف معيار كاهش مي‌دهد در حالي كه كاهش مهارت‌هاي رشد حركتي 13 درصد انحراف معيار است. اين تفاوت معني دار است. به عبارت ديگر ($p<5\%$) تأثير درآمد بر سنجش‌هاي رشد كودكان معني‌دار است، مثلاً درآمد بيش از سيصد هزار تومان سبب افزايش 47 درصد انحراف

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

معيار در رشد شناختي و كاهش 23 درصد انحراف معيار در رشد مهارت هاي حركتي پسران مي گردد. چنان كه در جدول شماره 7 ديده مي شود تأثير درآمد در نمونه دختران بيشتر است.

مثلاً در حالي كه درآمد بيش از سيصد هزارتومان در مقابل درآمد كمتر از صدهزار تومان سبب افزايش نمره 42 درصد انحراف معيار در آزمون DDST در نمونه دختران مي گردد اين افزايش در نمونة پسران 19 درصد انحراف معيار است. تفاوت بين دو نمره معني‌دار است ($p<5\%$). به عبارت ديگر هر چند به بهبود وضعيت اقتصادي دختران و پسران عملكرد بهتري در آزمون رشدي دنور و خرده‌آزمون‌هاي شناختي و حركتي به دست مي آورند اما در مقايسه، دختران بيشتر سود مي‌برند و بر عكس دختران از تبعات فقر بيشتر از پسران دچار آسيب مي گردند. چنان‌كه ديده مي شود فقر همچنين سيماي خود را در يك سنجش عيني ديگر يعني وزن كودكان نشان مي دهد. كودكان كم وزن‌تر به هنگام تولد در رشد مهارت هاي شناختي و حركتي ضعيف تر مي‌باشند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

منابع
References

1. كيمبرلي. (1382)، **افسردگي زنان** ، ترجمه بهادران، پ، كاووسيان، ج، عريضي، ح، تهران، جهاد دانشگاهي.
2. عريضي، ح. (1382)، **ساختن و اعتبارهاي مقياس كوتاه پرسشنامه CES-D براي سنجش افسردگي مادران**، فصلنامه تحقيقات پرستاري و مامائي، دانشگاه علوم پزشكي اصفهان، شماره 21.
3. رحيمي، ف. (1384)، **رابطة گرايش اجتماعي، گرايش خوداقتصادي و وضعيت اقتصادي ـ اجتماعي در انتخابات رياست جمهوري نهم** ، پايان‌نامه كارشناسي ارشد. به راهنمائي عريضي، ح، و مشاوره كلانتري، ص. دانشگاه اصفهان.

4. Conger, R. Conger K., Elder, G., Jr,. Lorenz., F., Simons, R., & Whitbeck, L. (1992), **"A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys"**. Child Development, 63, 526-541.
5. Conger, R. Conger K., Elder, G., Jr,. Lorenz., F., Simons, R., & Whitbeck, L. (1993), **"Family Economic Stress and Adjustment of Early Adolescent Girls"**. Developmental Psychology, 29, 206-219.
6. Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. (1994), **"Economic Deprivation and Ealy Childhood Development"**. Child development, 65, 296-318.
7. Elder, G. J., &Cross, C. (1984), **"Parent-child Behavior in the Great Depression: Life Course and Intergenerational"**. In P. Baltes, & O. Brim (Eds.) lifespan development and behavior (Vol.6, PP. 109-158). Orlando, FL: Academic.
8. Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. (1997), **"The Effects of Poverty on Children"**. The Future of Children, 7, 55-71.
9. Liaw, F., & Brooks-Gunn, J. (1994), **"Cumulative Familial Risks and Low-**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

birth-weight" childern's cognitive and behavioral development. Journal of Child Psychology, 23, 360-372.

10. Mcloyd, V. C. (1990), **"The Impact of Economic Hardship on Black Families and Children: Psychological Distress, Parenting and Socioemotional Development"**. Child Development, 61, 311-346.
11. Miller, J. E., & Korenman S. (1994), **"Poverty children's nutritional status in the United States"**. American Journal of Epidemiology, 140, 233-243.
12. Jones, D., Nesheim, M., & Habicht, J. (1985), **"Influences on child growth Associated With poverty in the 1970s: An Examination of HANESI and HANESII, Crosssectional U. S. National Surveys"**. American Journal of Clinical Nutrition, 42, 714-724.
13. Kaplan, G., Roberts, R. Camacho, T., & Coyne, J. (1987), **"Psychosocial Predictors of Depression: Prospective Evidence from The Human Popullation Laboratory Studies"**. American Journal of Epidemiology, 125, 206-220.
14. Owen, G.K., Kram, M., & Garry, P. J. (1974), **"A study of Nutritional Status of Preschool Children in the United States".** 1968-70. Pediatrics, 53, 597-646.
15. Pearlin, L., & Johnson, J. (1977), **"Marital Status, Life-strains and Depression"**. American Sociological Review, 42, 702-715.
16. Radloff, L. (1975), **"Sex Differences in Depression: The Effects of Occupation and Marital Status"**. Sex Roles: A Journal of Research, 7, 249-266.
17. Ramey, C., & Campell, F. (1979), **"Compensatory Education for Disadvantaged Children"**. School Review, 87, 171-189.
18. Ramey, C. T., & Finkelstenin, N. W. (1981), **"Psychosocial Mental Retardation: A Biological and Social Coalescence"**. In M. Begab (Ed.), Psychosocial Influences and Retarded Performance: Strategies for Improving Competence (Vol.1) Baltimore: University Park Press.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

منابع
References

19. Sandefur. G., Mclanahan, S., & Wojtkiewicz, R. (1992), **"The Effects of Parental Marital Status during Adolescence on High School Graduation"**. Social Forces, 71, 103-121.
20. Smith, J. R., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. (1997), **"The Consequences of Living in Poverty for Young Children's Cognitive and Verbal Ability and Early School Achievement"**. In G. J. Duncan & Brooks-Gunn (Eds.) Consequences of growing up poor (pp. 132-186). New York: Russell Sage Foundation.
21. Weikart, D. (1967), **"Preschool Programs: Preliminary Findings"**. Journal of Special Education, 1. 163-182.
22. American Journal public Health, 75, 518-522.
23. Fran Kenburg, W. K. Camp, B. W. Van Natta, P. A. (1971), **"Reliability & Stability of The Denver Developmental Screening Test"**, child Development, 42, 1315-1325.
24. Lyons-Ruth, K, Zoll, D., Connel, D. & Grunebaum, H. vl (1986), **"The Depressed Mother and her One-year Old Infant"**. in E. Z Thronick & T. Field (Ed). New directions for child development. San Francisco, lossey Bass.
25. Cogill,s, caplan, H, Alexandra, H,Robson, K & kykmar, R.(1986), **"Impact of Parental Depression on Cognitive Development of Young Children"**. British Medical journal, 293, u65-1167
26. Elder,G,Liker, J & Cross, c. (1984), **"Parent-child Behaviour in The Great Depression. Life Course and Intergeneration Influences"**. In p. Baltes & O.Brim (Eds.) , life Span Development and Beharior (vol 6. PP. 109-158) Orlando, Fl. Academic
27. Hall, L.A. Williams, C.A, & Greenberg, R.S. (1985), **"Supports, Stressors and Depressive Symptoms in Low-ineome Mothers of Young Children"**. Rabloff, L (1977), The CES-D scale, A self- Report Depression Scale Population. Applied psychologieal Measurement, I, 385-401.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-02]