

## اندازه‌گیری کمی تأثیر فقر و افسردگی مادران بر رشد شناختی کودکان

پروین بهادران\*، حمیدرضا عریضی\*\*

پژوهش‌های اخیر نشان داده اند که کودکان خانواده‌های فقیر عملکرد شناختی ضعیف‌تری دارند. بر این اساس پژوهش حاضر رابطه بین تأثیرات فقر بر کودکان را از طریق یکی از متغیرهای همبسته یعنی افسردگی مادران بررسی می‌کند. 1426 مادر در دوره پس از زایمان در 1380 و سه سال بعد در 1383 به ابزارهای پژوهش - شامل آزمون سرنده سازی رشدی دنور و مرکز مطالعات جمعیت شناختی (مقیاس افسردگی) - در یک مطالعه طولی پاسخ دادند. نتایج نشان داد که افسردگی مادران و فقر، رشد کودکان (به خصوص رشد شناختی آنان) را در معرض خطر قرار می‌دهند.

کلید واژه‌ها: افسردگی مادران، رشد شناختی، رشد حرکتی، فقر، کودک

تاریخ دریافت مقاله: 83/11/28  
مقاله: 84/4/20

---

\* کارشناس ارشد مامائی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان <bahadoran@nm.ac.ir>  
\*\* دکترای روان‌شناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

## مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده است که فقر در وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر داشته و سبب کاهش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان می‌گردد (مجموعه امینی، 1374). آیا تأثیر فقر در فعالیت‌های شناختی را می‌توان در سال‌های اولیه رشد کودک مشاهده کرد؟ هر چند تأثیر فقر در دوران تحصیلی به دلیل سنجش‌های مربوط به پیشرفت تحصیلی بارز می‌شود، اما اگر بتوان این سنجش‌ها را در سال‌های اولیه رشد کودک انجام داد در آن صورت بررسی تأثیر فقر بر فعالیت‌های رشدشناختی را می‌توان زودتر انجام داد. هر چند در مورد فقر در ایران پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است اما بیشتر این مطالعات زمینه‌های اقتصادی آن را بررسی کرده است (پروین، 1372؛ داداش‌زاده، 1370). پژوهش در زمینه تأثیر فقر بر کودکان خانواده‌های فقیر اکثراً به مسئله تغذیه و سلامت جسمی محدود می‌شود (هاتفنیا، 1377). هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر فقر بر رشد روانی کودکان و به خصوص رشد توانایی‌های حرکتی و مهارت‌های شناختی آنان است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عملکردهای شناختی، رشد اجتماعی و موفقیت‌های تحصیلی کودکان خانواده‌های فقیر کمتر از کودکان خانواده‌های با سطوح بالای اقتصادی است (Conger et al, 1992, 1993; Duncan, .

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

سؤال‌های بسیار زیادی درباره متغیرهای رابط میان فقر و رشد کودکان، از جمله بهداشت و تغذیه، محیط‌خانه، رفتار والدینی و بهداشت روانی والدین وجود دارد که تا به حال پاسخ صریحی برای آنها یافته نشده است (Brooks-Gonn, Duncan, 1997). در این پژوهش ما بر متغیر میانجی افسردگی پس از زایمان که بر رابطه بین فقر و رشد شناختی کودکان تأثیر می‌گذارد توجه کرده ایم.

### 1) رابطه فقر و رشد کودکان

رابطه بین فقر و رشد شناختی در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است (Ramey, Finkelstein, 1981; Weikart, 1967). در این پژوهش‌ها نشان داده شده است که کودکانی که از طبقات اقتصادی اجتماعی پائین (Low Socio-economic Status=Lses) هستند، وقتی فقط دو سال سن دارند در آزمون‌های تراز شده هوشی نمرات کمتری به دست می‌آورند. (Ramey, Campbell, 1977-1979). در پژوهش‌های اخیر تأثیر فقر بر توانایی‌های شناختی کودکان مورد تأکید قرار گرفته است (Duncan et al, 1994; Smith et al, 1997). برخی پیامدهای فقر بر رشد شناختی کودکان بسیار زیان‌بار بوده است مثلاً بیکاری والدین (McLoyd, 1990)، درآمد اندک (Conger et al, 1992; Elder, Liker, Cross, 1984) و تک

والدی (Sandefur Mclanahan, Kiewics, 1992) سبب کاهش رشد شناختی کودکان می‌گردد. در مورد رشد جسمانی، پژوهش‌های اولیه نشان داده اند که درآمد، رابطه مثبتی با مقیاس‌های سنجش بهداشت جسمانی از قبیل قد، وزن، هموگلوبین و ذخیره چربی دارد. جونز، نشایم و هیکیت (1985)، اوون، کران وگری (1974) و میلر و کورن من (1994) گزارش دادند که کودکانی که در خانواده های فقیر زندگی می‌کنند بیشتر احتمال دارد که به مشکلاتی از قبیل کوتاهی قد نسبت به سن و یا کمی وزن نسبت به قد دچار شوند که ناشی از مشکلات تغذیه آنهاست.

## 2) افسردگی پس از زایمان و رشد کودکان

پژوهش‌ها نشان داده اند که در مقایسه بین مادران طبقات بالا و پائین اجتماع، مادران فقیر، به‌خصوص مادرانی که کودکان خردسال دارند، بیشتر احتمال دارد که آشفتگی روانی را تجربه کنند (Kaplan, Roberts, Camacho, Coyne, 1987; Pearlin, Jonnson, 1977; Radliff, 1975). در یک پژوهش تقریباً نیمی از مادران فقیر که دارای کودکان خردسال بودند دارای نمره بالاتر از نقطه پرش در مقیاس افسردگی بودند که با رتبه 80 درصد نمره‌های افسردگی متناظر بود (Hall, Williams, Greenberg, 1985). لیاو و بروکزکان (1998) دریافتند که 28 درصد زنان فقیر دارای افسردگی پس از زایمان هستند، در حالی که در بین زنان طبقه

اقتصادی - اجتماعی بالاتر، این نسبت فقط 17 درصد است. سطوح بالاتر افسردگی در بین زنان فقیر به خصوص از این نظر باید مورد توجه قرار گیرد که افسردگی دارای تبعاتی است که نه فقط بر مادر، بلکه همچنین بر کودکان تحمیل می شود و برای آنها مشکلات و دشواری هایی در رشد شناختی و حرکتی به همراه می آورد (Cogil, Caplan, Alexandra, Robson, Kumar, 1986; Lyons-Ruth, Connell, Gronebaum, Botein, 1990; Murry, 1992; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, Cooper, 1996). لاینزراث، زول کونل و گرانبوم، (1986) دریافتند که بین افسردگی پس از زایمان مادران و رشد روانی و حرکتی کودکان رابطه معکوس وجود دارد. پژوهش آنها با مقیاس بیلی (Bayley Scales) در کودکان یک ساله انجام گرفته بود. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر فقر و افسردگی مادران بر رشد حرکتی و شناختی کودکان است.

### 3) روش

#### 3-1) شرکت کنندگان در تحقیق

نمونه پژوهش حاضر شامل کودکان و مادران آنها در شهرهای اصفهان، نجف آباد، شهرضا، تیران و کرون، فریدن، خوانسار و گلپایگان بوده است. به دلیل تمرکز بر روی مادران فقیر سعی شده است به بیمارستانها و درمانگاه های مراجعه شود که

طبقات اجتماعی فقیر به آنها بیشتر مراجعه می‌کنند. به این ترتیب مثلاً بیمارستان شهید بهشتی اصفهان که تجارب قبلی نشان داد ه بود زنان روستاها و نواحی فقیرنشین به آن مراجعه بیشتری دارند و یا بیمارستان عسگریه که به صورت خیریه اداره می‌گردد انتخاب گردیدند. دانشجویان کارورزی و همکاران ماما به صورت تصادفی از میان بیماران بستری در طول سال 1380 و 1381 مادران را انتخاب و پرسش‌نامه‌های پژوهش را بر روی آنها اجرا می‌کردند. میانگین سن مادران در گروه فقیر 24/17 و در گروه غیر فقیر 26/93 بود. انحراف معیار سن مادران به ترتیب 5/32 و 5/96 بوده است. میانگین سنی کل مادران 25/45 بوده است. میانگین سال‌های تحصیلی در بین مادران گروه فقیر 7/23 و در بین مادران گروه غیر فقیر 13/81 بوده است. بیمارستان‌ها به صورت هدفمند انتخاب شدند تا افراد فقیر بیشتری در نمونه قرار گیرند. نمونه‌ها به صورت نمونه تصادفی نظام دار برگزیده می‌شدند. مراجعه به صورت هر روز بود در روزهایی که پذیرش اندک بود همه نمونه‌ها در پژوهش قرار می‌گرفتند اما در روزهایی که پذیرش زیادی صورت می‌گرفت از هر سه نفر به ترتیب پذیرش در بیمارستان يك نفر به سؤال‌ها پاسخ می‌داد. علی‌رغم انتخاب هدفمند بیمارستان‌ها، انتخاب آزمودنی‌ها

تقریباً تصادفی بوده است زیرا مراجعین به بیمارستان شریعتی که تحت نظارت تأمین اجتماعی است هم از بین کارگران و هم از بین قشر مرفه هستند، بیمارستان عسگریه که تحت نظارت بخش خصوصی و خیریه است به دلیل امکانات بسیار خوب زایمان، توسط افراد مرفه نیز برای زایمان انتخاب می‌گردد. نمونه شامل 1426 نفر در نوبت اول بوده است. به دلیل 96 عدد داده‌های گمشده در نوبت دوم حجم نمونه به 1330 عدد کاهش یافته است.

## 2-3) ابزارهای پژوهش

ابزارهای پژوهش حاضر شامل مقیاس CES-D (Radalf, 1977) و آزمون سرنده سازی رشدی دنور (Denver Developmental Screening Test=DDST) است که توسط فران کنبورگ و همکاران (1971) ساخته شده است. این مقیاس در ایران توسط عریضی ترجمه شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در یک پژوهش (عریضی، ملک پور، یارنجیان، 1380) مورد مطالعه قرار گرفته است. این مقیاس برای سرنده سازی اختلالات رشدی کودکان بلافاصله پس از تولد (2 هفته) تا 6 سالگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. پایایی مشاهده‌گران در این مقیاس در دامنه 81 درصد تا 100 درصد (Frankenburg et al, 1971) و در دامنه 76 درصد تا 100 درصد (عریضی و همکاران، 1380) به دست آمده است.

عریضی و همکاران (1380) حساسیت این آزمون را پائین، اما ویژگی آن را مناسب یافتند. در تحلیل مؤلفه‌های اصلی (Principal Component) عریضی و همکاران (1380) دو مؤلفه شناختی و حرکتی به دست آوردند. تحلیل مؤلفه‌های اصلی با روش داریماکس انجام گرفت و در آن بارهای عاملی (Factor Load) بالاتر از 0/35 انتخاب گردیدند (Gorsuc, 1990). در این روش سؤال‌هایی که با یکدیگر رابطه بالایی داشته باشند T با یکدیگر دسته‌بندی می‌گردند (Herman, 1996). دو سؤال از میان سؤال‌های آزمون سرندهسازی رشدی دنور به دلیل نداشتن ملاک گوساک (بار عاملی بالاتر از 35%) حذف گردیدند. دیگر پژوهش حاضر، پرسشنامه افسردگی مرکز مطالعات جمعیت‌شناختی رادلف (1977)، (Center for Epidemiological Studies-Depression) است که شامل 20 سؤال است که نخستین بار توسط عریضی (1382) ترجمه و شکل‌های کوتاه 4 و 8 سؤالی برای آن نیز ساخته و اعتباریابی شد. این مقیاس دارای ویژگی و حساسیت بالا برای شناخت افسردگی پس از زایمان است و حساسیت آن برای شناخت و سرندهسازی زنان با افسردگی پس از زایمان بالا تر از پرسشنامه افسردگی بک است زیرا در پرسشنامه بک، بسیاری از حالات اسناد شده به افسردگی از قبیل تغییر خواب و اشتها از عوامل مرسوم در دوره پس از زایمان



بوده است و ملاک تشخیص برای افسردگی نیستند .  
(کیمبرلی، 1383)

پرسشنامه سوم شامل ویژگی های جمعیت شناختی از قبیل سن و تحصیلات مادر، سطح درآمد خانواده و یک سوال باز بوده است که در آن آزمودنی ها باید مشخص می ساختند که کدام عوامل اقتصادی نسبت به گذشته در خانواده آن ها سبب بهتر یا بدتر شدن درآمد خانواده شده است (مثلاً فرزند جدید سبب بدتر شدن و پیدا کردن کار توسط عضوی از خانواده سبب بهتر شدن وضعیت خانواده شده است ) و این سوالات به عنوان عوامل اسنادی فقر توسط فلدین (1982) مورد استفاده قرار گرفته است . رحیمی (1384) در پژوهش خود از همین پرسشنامه استفاده کرده است. شناسائی نقطه برش فقر به کمک یک عامل عینی (درآمد 150 هزار تومان در ماه به پائین ) همراه با یک عامل ذهنی (اسناد فقر به عنوان بدتر شدن درآمد خانواده با حداقل دو عامل در این جهت) بوده است.

### 3-3 رویه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر به صورت طولی و در دو مقطع 1380 و 1381 برای بار اول و 1383 و 1386 برای بار دوم بوده است. داده های حاصل نشده (Missing Data) با دفعات متعدد مراجعه و پی گیری تنها 96 عدد بوده و دلیل این عدم حصول همکاری، تغییر آدرس یا فوت

آزمودنی بوده است. در مقطع اول اطلاعات مربوط به پرسشنامه CES-D و در نوبت دوم DDST و CES-D اجرا شده است. به این ترتیب مقیاس CES-D دوبار اجرا شده است. ملاک نقطه برش فقر نوبت دوم، پرسشنامه جمعیت‌شناختی بوده است. بقیه اطلاعات جمعیت‌شناختی در هر دو نوبت حاصل شده‌اند.

#### 3-4) تحلیل آماری یافته‌ها

به دلیل اثر سقفی (Ceiling Effect) نمره‌ها در پرسشنامه مربوط به آزمون سرندهسازی رشدی دنور، یک سوگیری در جهت پائین (Downwar Bias) بر برآورد پارامتری مدل‌های خطی به وجود می‌آید زیرا این پیش‌فرض که توزیع پیوسته در دامنه متغیر پیوسته وجود دارد نقض می‌گردد. مثلاً 31 درصد پاسخ‌دهندگان نمره کل 7 در عامل شناختی و 27 درصد پاسخ‌دهندگان نمره کل 7 یعنی نمره کامل را در عامل حرکتی به دست آورده‌اند بنابراین یک اثر سقفی در هر دو مورد عامل دیده می‌شود. به همین دلیل برای غلبه بر سوگیری از مدل رگرسیون توبیت (Tobit Regression Model) استفاده گردید. (Madala, 1983) همچنین از رگرسیون حداقل مجزورات معمولی تراز شده (Standard Ordinary Least Squary) برای متغیر وابسته آزمون سرندهسازی رشدی دنور (مجموع دو نمره شناختی و حرکتی) استفاده گردید.

#### 4) یافته‌ها

در جدول شماره 1 یافته‌های توصیفی ارائه گردیده است. برای نمره‌های آزمودنی در پرسش نامه CES-D نمره کمتر از 16 نشان‌دهنده سلامت روانی، نمره بین 16 و 30 نشان‌دهنده افسردگی ملایم و نمره بالاتر از 30 نشان‌دهنده افسردگی شدید است. میزان افسردگی در کل جمعیت از 3 تا 10 درصد گزارش شده است (کیمبرلی، 1383). در نمونه حاضر در افراد فقیر میزان افسردگی 17 درصد و در افراد عادی 1/6 درصد است. آزمون مجذور کای در اینجا مورد استفاده قرار گرفته است. فرضیه صفر (فرضیه آماری) این است که بین تعداد افراد فقیر و غیرفقیر تفاوت معنی داری وجود ندارد. فرضیه پژوهشی این است که تعداد افراد فقیر و غیرفقیر متفاوت است مثلاً چنانکه دیده می‌شود بین تعداد افراد فقیر و غیرفقیر در نمره  $CESD > 30$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارت دیگر تعداد افراد فقیر افسرده ( $CESD > 30$ ) به‌طور معنی‌داری بیش از افراد غیر فقیر افسرده است.

جدول 1: تعداد و درصد افراد فقیر و غیرفقیر در هر یک از متغیرهای پژوهش

معنی‌دار (درصد)	غیر فقیر N=618		افراد فقیر N=712		کل N=1330		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P<5	88	544	63/4	425	74/8	996	کمتر از 16	نمره‌ها در

P<5	10/3	64	18/9	135	14/96	199	بین 16 تا 30	پرسشنامه CES-D
P<5	1/6	10	17	125	10/15	135	بیشتر از 30	
					5/4	72	کمتر از صد هزار تومان	درآمد خانواده
					69/2	921	بین صد تا دویست هزار تومان	
					19/7	263	بین دویست تا سیصد هزار تومان	
					5/5	74	بیش از سیصد هزار تومان	
NS	1/1	7	1/9	14	1/5	21	کمتر از 1/5 کیلو	وزن کودک هنگام تولد
P<5	5/8	36	9/7	69	7/89	105	بین 1/5 تا 2/5 کیلو	
NS	93	575	88/3	629	90/5	1204	بالتر از 2/5 کیلو	
NS		33/22		32/43	31/7	9		میانگین سنی کودک بر حسب ماه

در جدول شماره 2 تغییر در وضعیت افسردگی در دو گروه افراد فقیر و غیرفقیر آورده شده است. سطر اول نشان‌دهنده عدم تغییر وضعیت (پایایی افسردگی و یا پایایی سلامت روانی) است که می‌توان آن را به تبعیت از مفهومی در مکانیک، اینرسی روانی خواند. هر دو وضعیت پایا معنی‌دار هستند؛ به عبارت دیگر افراد فقیر بیش از بقیه وضعیت افسردگی را حفظ می‌کنند (12/92 درصد همچنان افسرده باقی مانده‌اند) و افراد غیرفقیر وضعیت سالم روانی را حفظ می‌کنند. تغییر وضعیت در دو سطر بعدی، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان نمی‌دهد.

جدول 2: بررسی پایایی (تغییر) در وضعیت افسردگی در مادران فقیر و غیرفقیر

سطح معنی‌داری (درصد)	کل		افراد غیرفقیر		افراد فقیر		گروه	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P<5	7/14	95	0/48	3	12/92	92	افسرده به افسرده	نمره هادپریشن‌نامه CES-D بدون تغییر وضعیت
P<5	76/16	1-13	86/89	537	66/85	476	غیرافسرده به غیرافسرده	
NS	13/68	182	11/48	71	15/58	111	افسرده به افسرده	نمره هادپریشن‌نامه CES-D با تغییر وضعیت
NS	3	40	1/32	7	4/63	33	غیرافسرده به غیرافسرده	
	100	1330	100	618	100	712		جمع

در جداول بعدی نتایج تحلیل عاملی آزمون سرنندسازی رشدی دنور آمده است. در اینجا تنها دو عاملی ذکر گردیده اند که مربوط به رشد شناختی و حرکتی است و

جدول 3: مقایسه افراد فقیر و غیرفقیر در رشد شناختی در آزمون سرنندسازی رشد دنور

معنی‌داری	درصد موافقت با سؤال				بارعام لیدر پژوهش عریضی و همکاران (درصد)	سؤال
	افراد غیرفقیر		افراد فقیر			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	د	اد	د	اد		
p<%1	/22	502	/88	462	61	حداقل چهار رنگ

	81		64				را نام می‌برد
$p < \%1$	/75 52	326	/66 44	318	59	54	می‌تواند با صدای بلند اعداد یک‌رقمی را بشمارد
$p < \%1$	/68 82	511	74	527	54	52	می‌تواند سه شیء را بشمارد
$p < \%1$	/63 67	418	/72 57	411	47	51	می‌تواند نام و نام خانوادگی خود را با یکدیگر بیاورد
$p < \%1$	/71 92	573	/93 78	562	43	49	سن خود را می‌داند
$p < \%1$	/64 89	554	/47 80	573	41	47	جنسیت خود را می‌داند
$p < \%1$	/73 97	604	/97 92	662	37	43	می‌تواند جملاتی با سه کلمه یا بیشتر بیان کند

سؤال‌هایی که برطبق ملاک گورساک (Gorsue, 1996) بار عاملی‌شان از 4 درصد کمتر بوده است حذف گردیده است. در ستون اول نتیجه تحلیل عاملی در پژوهش عریضی، ملک‌پور و یارمحمدیان (1380) و در ستون دوم نتیجه تحلیل عاملی در پژوهش حاضر آمده است. هر دو تحلیل عاملی با روش واریماکس انجام گردیده است

در دو ستون بعدی درصد موافقت با هر سؤال در

بین افراد فقیر و غیر فقیر آورده شده است . همانطور که دیده می شود کودکان فقیر از نظر رشد شناختی در همۀ سؤال های ضعیف تر از کودکان غیرفقیر بوده اند .

**جدول 4: مقایسه افراد فقیر و غیرفقیر در رشد حرکتی در آزمون سرنسازي رشدی دنور**

معنی دار	درصد موافقت با سؤال				بارعالمی بارعالمی		سؤال
	افراد غیرفقیر		افراد فقیر		در پژوهش عریضی	در پژوهش حاضر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
p<%1	61/81	382	79/91	569	0/56	0/52	می تواند بدون کمک دیگران لباس های خود را بپوشد (به جز بستن بند کفش و دکمه های پشت لباس)
p<%1	81/23	502	95	683	0/54	0/49	بدون کمک دیگران مستراح می رود (برای قضای حاجت)
NS	89/64	554	91	648	0/51	0/47	می تواند دستان خود را بدون کمک

							دیگران بشوید (بجز باز و بسته کردن شیر آب)
$p < \%1$	50/80	314	75/29	536	0/47	0/44	می‌تواند با سه‌چرخه تا 3 متر با رکاب‌زدن پیش رود
NS	82	507	87/5	623	0/42	0/43	می‌تواند از پله‌ها بدون کمک بالا برود (بر روی هر پله یک پای او قرار گیرد)
NS	90/45	559	88/9	633	0/37	0/39	می‌تواند بدون کمک گرفتن نرده‌ها از پله‌ها بالا رود
$p < \%1$	69/9	432	58/57	0/31	0/31	0/35	می‌تواند بدون کمک دیگران پشتک بزند



همان‌طور که در جدول شماره 4 دیده می‌شود در رشد مهارت های حرکتی ، الگوی برتری کودکان غیرفقییر تغییر می‌کند. در این جا در برخی از سؤالات برتری کودکان فقیر بیشتر است.

در جدول شماره 5 ضرایب همبستگی بین آزمون سرندهسازی رشدی دنور و خرده آزمون های آن ارائه گردیده است همان طور که دیده می‌شود بین خرده آزمون های DDST و آزمون رابطه در سطح بالا یی است هر چند این رابطه بین خرده آزمون ها دیده نمی‌شود، و این نشان دهنده استقلال نسبی خرده آزمون هاست. رابطه خرده آزمون ها هر چند معنی دار است اما در سطح مت وسطی برقرار است . به دلیل پاسخ صحیح - غلط برای محاسبه ضریب پایایی از کودریچاردسون استفاده شده و روی قطر جدول ارائه گردیده است.

جدول 5: ضریب همبستگی بین زیرمقایسه های آزمون سرندهسازی رشدی دنور

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

اعداد روی قطر ضرایب پایایی بر حسب کودریچاردسون است  
\* =  $p < 5\%$

در دو جدول بعدی ضرایب بتا برای سنجش‌های رشد دنور بر افسردگی مادران، درآمد خانواده، سن و وزن کودک بر نمونۀ پسران و دختران به طور جداگانه آورده شده است. برای محاسبات ستون DDST از رگرسیون حداقل مجزورات معمولی تراز شده و برای محاسبات ستون خرده آزمون شناختی و حرکتی از مدل رگرسیون توبیت استفاده گردیده است زیرا اثر نمره سقف (آناستازی، 1378) در این نمره‌ها ظاهر می‌گردد. سنجش‌ها برای پسران و دختران به صورت جداگانه محاسبه شده است زیرا الگوی تأثیرگذاری افسردگی و درآمد بر پسران و دختران یکسان نیست. با هنجار شدن نمره‌ها، اعداد گزارش شده در جدول را می‌توان مستقیماً به انحراف معیار تبدیل کرد و به این صورت درک شهودی بهتری از نمره‌ها فراهم می‌شود. در سطر اول افسردگی مادران (شدید و ملایم) در مقابل عدم وجود افسردگی (نمره کمتر از 16) آزموده شده است. در سطر دوم درآمد خانواده در مقابل کمتر از صد و پنجاه هزار تومان (نرخ پایه فقر) آزموده شده است.

**جدول 6: ضرایب بتای سنجش‌های رشد دنور بر افسردگی مادران،**

**درآمد خانواده، سن و وزن در نمونه پسران**

متغیر	گروه	DDST	رشد شناختی	رشد مهارت‌های حرکتی
افسردگی مادران بر اساس	16-30 (افسردگی ملایم)	-0/14	-0/21	-0/14

			درمقابل کمتر از 16	نمره درمقیاس CES-D
-0/42	-0/45	-0/33	بیش از 30 (افسردگی شدید) درمقابل کمتر از 16	
-0/02	-0/11	0/07	بین صد و پنجاه تا دویست هزار تومان درمقابل کمتر از صدوپنجاه هزار تومان	درآمد خانواده
-0/04	0/12	0/15	بین دویست تا سیصد هزار تومان در مقابل کمتر از صدوپنجاه هزار تومان	
-0/23	0/47	0/19	بیش از سیصد هزار تومان در مقابل کمتر از صد و پنجاه هزار تومان	
0/30	0/42	0/33		سن کودک به مادر
0/04	0/09	0/09		مجذور سن کودک
-0/93	-0/71	-0/77	کمتر از 1/5 کیلو در مقابل بیش از 2/5 کیلو	وزن کودک.
-0/31	-0/29	-0/33	1/5 تا 2/5 کیلو در مقابل بیش از 2/5 کیلو	
		0/29		R2
-5/462/3	-5/441/7			نسبت لگاریم احتمالی

\* = p < 5%

جدول 7: ضرایب بتای سنجش‌ه‌ای رشد دنور بر افسردگی مادران، درآمد خانواده، سن و وزن کودک برای نمونه دختران

متغیر	گروه	DDST	شناختی	حرکتی
افسردگی مادران	30 تا 16 درمقابل کمتر از 16	-0/22	-0/39	0/13
	بیش از 16	-0/23	-0/43	-0/19

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

### (5) بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های جدول شماره 1 نشان می‌دهد که افسردگی شدید ( $CES-D > 30$ ) در بین مادران فقیر بیشتر از

مادران غیر فقیر است ( $p < 5\%$ ). در خانواده های فقیر تعداد خواهران و برادران بیشتر است و فقط الگوی تک خواهری (برادری) در دو گروه یکسان است. این یافته ها با پژوهش پترسون و برک آلبرز (2001) هماهنگ است. یافته های جدول شماره 2 نشان دهنده پایداری وضعیت افسردگی است. ثبات وضعیت افسردگی در خانواده های فقیر و ثبات وضعیت غیرافسردگی (غیرافسرده به غیرافسرده) در خانواده های غیرفقیر بیشتر است. ( $p < 5\%$ ) تغییر وضعیت خلقی ارتباطی با فقر نداشته مقایسه ها در این محور معنی دار نیستند. جدول شماره 3 نشان می دهد که رشد شناختی در خانواده های فقیر کندتر است در حالی که رشد شناختی با زدودن فقر سریع تر می گردد. تمامی سؤالات در عامل شناختی رشدی دنور تفاوت بین خانواده های فقیر و غیرفقیر را نشان می دهد. شکاف فقر از همان آغازین سال های کودکی بر کودکانی که در این خانواده ها به دنیا می آیند سایه می اندازد. با توجه به این که رشد شناختی سبب رشد اقتصادی در جامعه امروزین است این دور باطل از همین جا آغاز می گردد و بنابراین مداخله های جبرانی نیز باید از همان سال های کودکی آغاز گردد. چنان که دیده می شود، در حالی که 64 درصد کودکان فقیر می توانند چهار رنگ را نام ببرند در کودکان غیرفقیر این میزان تا 81

درصد افزایش می‌یابد. اما این تفاوت‌ها در رشد حرکتی این بار در جهت برعکس جدول شماره 4 دیده می‌شود؛ مثلاً در حالی که 61 درصد افراد (کودکان) غیرفقر می‌توانند بدون کمک دیگران لباس‌های خود را بپوشند تقریباً 80 درصد کودکان غیرفقر می‌توانند این کار را انجام دهند. تفاوت رشد شناختی بین کودکان دو گروه 31 درصد انحراف معیار و تفاوت رشد حرکتی بین کودکان دو گروه 12 درصد انحراف معیار است؛ به عبارت دیگر تفاوت‌ها در رشد شناختی بیشتر دیده می‌شود. این نتایج با پژوهش‌های اسمیت و همکاران (1997) نتایج رگرسیون حداقل مجزورات معمولی (Ols) در جدول شماره 6 برای پسران و در جدول شماره 7 برای دختران آورده شده است. در جدول شماره 5 نیز ضریب همبستگی بین زیرمقیاسه‌های سنجش‌های رشدی دنور بین پسران و دختران آورده شده است. بین خرده‌آزمون‌ها و کل آزمون در سطح بالایی رابطه وجود دارد، اما رابطه بین این خرده‌آزمون‌ها هر چند معنی‌دار است اما در سطح متوسط است. برای ساده‌شدن مقایسه‌ها هر سه سنجش با میانگین صفر و انحراف معیار 1 هنجار شده است. همان‌طور که در جدول شماره 6 دیده می‌شود نمرات DDST پسرانی که مادران آن‌ها افسرده نیستند 14 درصد انحراف معیار بیش از پسرانی با مادرانی افسرده است که

میزان افسردگی آنها ملایم (بین 16 تا 30 نمره CES-D) است. اما 35 درصد بیش از پسرانی است که افسردگی مادران آنها شدید است. تفاوت انحراف معیارها در سطح ( $p < 1\%$ ) معنی‌دار است. در جدول شماره 7 دیده می‌شود نمرات DDST دخترانی که مادران آنها افسرده نیستند 22 درصد انحراف معیار بیش از دخترانی است که مادران افسرده دارند و میزان افسردگی آنها ملایم و 23 درصد بیش از دخترانی است که افسردگی مادران آنها شدید است. هر چند تفاوت بین دو انحراف معیار معنی‌دار نیست اما هر دو ضریب بتا معنی‌دار هستند. به عبارت دیگر افسردگی مادران سبب کاهش نمرات پسران و دختران در آزمون سرندهسازي رشدی دنور می‌گردد، هر چند تفاوت در شدت افسردگی مادران بر پسران و نه بر دختران تأثیر می‌گذارد. در خرده آزمون های شناختی و حرکتی دنور نتایج مشابهی به چشم می‌خورد؛ به عبارت دیگر هر چند افسردگی عملکرد شناختی و حرکتی پسران و دختران را به صورت معنی‌داری کاهش می‌دهد اما با شدت افسردگی مادران این عملکرد در پسران به صورت معنی‌داری کاهش می‌یابد اما هر چند تفاوت در عملکرد شناختی و حرکتی دختران در افسردگی زیاد و ملایم مادران به صورت معنی‌داری کاهش می‌یابد اما تفاوت بین این کاهش عملکرد در افسردگی زیاد

و ملایم مادران معنی دار نیست. تفاوت در عملکرد شناختی و حرکتی دختران در مقایسه با پسران بیشتر است و افسردگی مادران تأثیر بیشتری بر عملکرد شناختی دختران می‌گذارد اما تأثیر افسردگی مادران بر عملکرد شناختی و حرکتی پسران هر چند در هر دو مورد معنی‌دار است اما تأثیر آن بر دو عملکرد تفاوت معنی‌داری ندارد. ضرائب مثبت معنی‌دار B برای دختران در رشد حرکتی و ضرائب منفی معنی‌دار B برای پسران در رشد حرکتی که کاملاً در جهت مخالف هستند تا حدی عجیب است اما با پیشینه پژوهش‌ها هماهنگی دارد (پترسون، آلبرز، 2001). پترسون و آلبرز ضریب B 14 درصد را برای دختران و 19- درصد را برای پسران به دست آورده‌اند که هر دو معنی‌دار هستند در حال حاضر برای آن نظریه‌ای وجود ندارد اما با توجه به تکرار در پژوهش حاضر و پترسون باید در مورد آن بیشتر اندیشید.

افسردگی ملایم مادران بر رشد شناختی دختران تأثیر گذاشته و آن را 39 درصد انحراف معیار کاهش می‌دهد در حالی که کاهش مهارت‌های رشد حرکتی 13 درصد انحراف معیار است. این تفاوت معنی‌دار است. به عبارت دیگر ( $p < 5\%$ ) تأثیر درآمد بر سنجش‌های رشد کودکان معنی‌دار است، مثلاً درآمد بیش از سیصد هزار تومان سبب افزایش 47 درصد انحراف



معیار در رشد شناختی و کاهش 23 درصد انحراف معیار در رشد مهارت های حرکتی پسران می گردد. چنان که در جدول شماره 7 دیده می شود تأثیر درآمد در نمونه دختران بیشتر است. مثلاً در حالی که درآمد بیش از سیصد هزار تومان در مقابل درآمد کمتر از صد هزار تومان سبب افزایش نمره 42 درصد انحراف معیار در آزمون DDST در نمونه دختران می گردد این افزایش در نمونه پسران 19 درصد انحراف معیار است. تفاوت بین دو نمره معنی دار است ( $p < 5\%$ ). به عبارت دیگر هر چند به بهبود وضعیت اقتصادی دختران و پسران عملکرد بهتری در آزمون رشدی دنور و خرده آزمون های شناختی و حرکتی به دست می آورند اما در مقایسه، دختران بیشتر سود می برند و بر عکس دختران از تبعات فقر بیشتر از پسران دچار آسیب می گردند. چنان که دیده می شود فقر همچنین سیمای خود را در یک سنجش عینی دیگر یعنی وزن کودکان نشان می دهد. کودکان کم وزن تر به هنگام تولد در رشد مهارت های شناختی و حرکتی ضعیف تر می باشند.

1. کیمبرلی. (1382)، افسردگی زنان، ترجمه بهادران، پ، کاوسیان، ج، عریضی، ح، تهران، جهاد دانشگاهی.
2. عریضی، ح. (1382)، ساختن و اعتبارهای مقیاس کوتاه پرسشنامه CES-D برای سنجش افسردگی مادران، فصلنامه تحقیقات پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، شماره 21.
3. رحیمی، ف. (1384)، رابطه گرایش اجتماعی، گرایش خوداقتصادی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی در انتخابات ریاست جمهوری نهم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. به راهنمایی عریضی، ح، و مشاوره کلانتری، 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 Early 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-

- birth-weight"** children'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., & Finkelstein, 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.

19. Sandefur. G., McInahan, 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, Zöll, 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 Behavior (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-income Mothers of Young Children**". Rabloff, L (1977), The CES-D scale, A self- Report Depression Scale Population. Applied psychological Measurement, I, 385-401.

