

An Investigation of the Relationship between Maternal Depression with Gross Motor and Fine Motor Delay in one-year Old Children

Mohammadi Parsa N¹, Moradi A², Einabadi F³

Abstract

Purpose: Child's optimal and healthy growth in all aspects is indebted to effective relation between parents and child. The quality of this relationship is very important for child's growth and development. Mother's depression can disturb effective child bearing and harm children's growth. The more sever is the depression and the more innumeros are stressors, the more damaged happens to the parent- child relationship. This study is performed to determine the correlation between mother's depression with gross motor and fine motor delay in one year old children.

Methods: In this cross sectional study, we have chosen and investigated 300 mothers with one year old children that covered by Hamedan urban health centers, using cluster sampling. Data were collected using Beck depression inventory to distinguish mother's depression and Ages and Stages Questionnaire to screen developmental delay in one year children. To determine the correlation between independent and dependent variables, we employed chi square test. Data were analyzed using spss statistical software.

Results: Average age of mothers was 29.68 ± 5.6 years with a total of 33.7% having low education (less than 12 years), 32% were diploma and 34.7% had academic education. Prevalence of severe and very severe depression among mothers were 20.8%. There was no correlation between mother's depression and mother's age with fine and gross motor delay ($P > 0.05$), however, the correlation between gross motor delay and economic situation was significant ($P = 0.003$).

Conclusion: There was no significant correlation between mother's depression and child's gross and fine motor delay. Furthermore, the only effective demographic factor was the economic situation of family. This means that gross motor delay was more probable in low socio-economic families.

Keywords: Child's development, Mother's depression, Motor delay

تایید مقاله: ۹۳/۱۱/۲۵

دریافت مقاله: ۹۳/۶/۱۰

بررسی ارتباط افسردگی مادر و اختلالات حرکات درشت و حرکات ظریف در کودکان یکساله

نرگس محمدی پارسا^۱، عباس مرادی^۲، فاطمه عین آبادی^۳

هدف: رشد مطلوب و سالم کودکان در تمام ابعاد مرهون ارتباط مؤثر و مطلوب والدین با فرزندان در خانواده بوده و کیفیت رابطه والد-کودک در رشد و تکامل کودک بسیار مهم است. افسردگی مادر می‌تواند در فرزند پروری مؤثر اختلال ایجاد کند و به رشد کودکان صدمه بزند. هرچه افسردگی شدیدتر و تعداد عوامل استرس‌زا در زندگی مادر بیشتر باشد، رابطه والد-فرزند بیشتر صدمه می‌خورد. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین افسردگی مادر با بروز اختلال در حیطه حرکات ریز و درشت به عنوان بخشی از تکامل کودک در یک‌سالگی انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۳۰۰ مادر دارای فرزند یکساله تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از

پرسشنامه Beck ۲۱ ماده‌ای برای بررسی افسردگی مادر و تست غربالگری تکاملی سنین و مراحل به منظور غربالگری اختلالات تکاملی کودکان یک ساله. به منظور تعیین ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته، از آزمون مجذور کای استفاده شد و یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه $29/68 \pm 5/6$ بود و $33/7\%$ از آنها تحصیلات پایین (کمتر از دوازده سال)، 32% درصد دیپلم و $34/7\%$ درصد از این افراد تحصیلات دانشگاهی داشتند. شیوع افسردگی شدید و خیلی شدید در میان مادران $20/8\%$ درصد بود. متغیرهای افسردگی مادر، سن مادر و شاغل بودن مادر همبستگی معناداری با اختلالات حرکتی درشت یا ظریف در کودکان یکساله نداشتند ($p > 0/05$) ولی اختلال در حیطه حرکات درشت با شاخص محل زندگی به طور معناداری همبسته بود ($p = 0/03$).

نتیجه‌گیری: هیچ ارتباط معناداری بین افسردگی مادر و اختلالات تکاملی در حیطه حرکات درشت و ظریف کودک به دست نیامد و از میان عوامل دموگرافیک مورد بررسی تنها عامل اثرگذار بر اختلالات حرکتی، وضعیت اقتصادی خانوار بود. به این معنی که در مناطقی که به لحاظ اجتماعی-اقتصادی پایین تر بودند شیوع اختلال در حیطه حرکات درشت بیشتر بود.

کلمات کلیدی: تکامل کودک، افسردگی مادر، اختلال حرکتی

نویسنده مسئول: نرگس محمدی پارسا، asemaneabi4474@yahoo.com

آدرس: مرکز بهداشت شهرستان همدان

۱- پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان همدان، همدان، ایران

۲- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی استان همدان، همدان، ایران

۳- کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت شهرستان همدان، همدان، ایران

مقدمه

برطبق برآورد آکادمی پزشکان کودکان آمریکا اختلالات تکاملی یکی از شایعترین مشکلات کودکان در این کشورست که حدود ۱۵ تا ۲۰٪ شیوع دارد ولی بیش از نیمی از آن تا زمان ورود کودک به مدرسه تشخیص داده نمی شود (۵). در این راستا آکادمی طب اطفال آمریکا در سال ۲۰۰۱ انجام تستهای تکاملی را برای رده‌های مختلف سنی در کودکان توصیه می‌کند (۶). علت اصلی ناتواناییهای تکاملی ناشناخته مانده، اما از عوامل احتمالی آن می توان به عوامل فیزیولوژیک، بارداری و عوامل محیطی اشاره کرد (۷). طبیعی است که خانواده و جو حاکم بر آن یکی از مهمترین عوامل محیطی مرتبط با کودک محسوب می‌شود. پژوهشگران امروزی، خانواده را به صورت یک سیستم اجتماعی در نظر می‌گیرند و از آنجا که طبق نظریه سیستم-های بوم شناختی، تاثیرات در یک سیستم دوجهتی است، اعضای خانواده نیز تاثیر دو جانبه‌ای بر یکدیگر دارند (۸). هیچ بستری از نظر قدرت و گستردگی تاثیر با خانواده برابری نمی‌کند. ارتباطهای صمیمانه و خشنود کننده

تکامل عبارت است از جنبه‌هایی از رشد که در برگیرنده تغییرات جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعیست (۱). به عبارتی اگر رشد را معادل افزایش اندازه بدن بدانیم، تکامل را باید معادل تغییرات در عمل به حساب آوریم. گرچه کودکان مراحل تکامل را کم و بیش با ترتیب زمانی مشابه طی می‌کنند، اما سرعت پدیده های تکاملی، از کودکی به کودک دیگر متغیر است و می تواند تحت تاثیر عوامل قبل از تولد (علل ژنتیکی، عفونتهای دوران حاملگی و داروها)، عوامل حین تولد (مشکلات زایمان، هایپوکسی و ضربه و همچنین عوامل پس از تولد (مشکلات تغذیه‌ای، بهداشتی و تغذیه‌ای) قرار بگیرد (۲). به عبارتی زندگی جنینی و خارج رحمی در امتداد یکدیگر مسیری را می‌سازند که طی آن رشد و تکامل فرد تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، محیطی و اجتماعی رقم می‌خورد (۳). اصطلاح تاخیر تکاملی، عموماً به کودکانی اطلاق می‌شود که خصوصیات برجسته تکاملی که با توجه به سنشان از آنها انتظار می‌رود را بروز ندهد اند (۴).

افسردگی، بزهکاری، مشکلات تحصیلی و هوش مرزی، در تجارت منفی دلبستگی دیده شده و یکی از دلایل نارسایی مراقبت‌های مادرانه، ابتلاء مادر به بیماری روانی است که می‌تواند سبب صدمات هیجانی در کودک شود (۱۲). بر همین اساس در یک مطالعه شیوع علائم افسردگی دوران بارداری در مادران کودکانی که دارای دلبستگی ناایمن بودند بیشتر بود و وجود تعداد بیشتری از علائم افسردگی دوران بارداری با فرزندپروری نه چندان مناسب در سه ماهه اول ارتباط مستقیم داشت (۱۴).

بچه‌های مادران افسرده در چند هفته بعد از تولد، خوب نمی‌خوابند، به اطراف خود کمتر توجه می‌کنند، و سطح بالای هورمون استرس کورتیزول دارند. در صورتی که افسردگی مادر ادامه یابد، رابطه والد-فرزند وخیم می‌شود. مادران افسرده فرزندان خود را به صورت منفی‌تر از مشاهده کنندگان مستقل برداشت می‌کنند. آنها از انضباط بی‌ثبات استفاده می‌کنند (گاهی بی‌قید و بند و در مواقع دیگر سخت‌گیر). کودکانی که این شیوه فرزند پروری ناسازگارانه را تجربه می‌کنند اغلب مشکلات سازگاری جدی دارند. برخی از آنها خود به سمت خلق افسرده کشیده می‌شوند و سایرین تبدیل به کودکانی تکانشی و پرخاشگر می‌شوند (۱۵). به علاوه yeal (۱۶) در یک مطالعه نشان داد، ۶۱٪ کودکان مادرانی که افسردگی مزمن داشتند، دچار اختلالات محور I خاصه افسردگی و اختلال رفتاری مقابله جویانه بودند که این میزان در فرزندان مادرانی که هیچ وقت افسرده نبودند فقط ۱۵٪ بود. همچنین در مطالعه‌ای طولی در آمریکا که در فاصله بین سالهای ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۳ انجام شده، همبستگی رفتارهای غیرانطباقی والدین با شروع علائم روانی در کودکان آنها، تایید شده (۱۷).

با توجه به سرعت زیاد تغییرات در دو سال اول عمر، بررسی ابعاد تکامل در سنین شیرخواری دارای اهمیت ویژه‌ای است (۱۸). استرس روانی والدین بویژه مادر، فاکتورهای محیطی و رفتارهای نامطلوب در والدین بر روی تکامل جنین و شیرخوار موثر می‌باشد (۱۹). به نظر می‌رسد افسردگی مادر با ایجاد محرومیت جزئی می‌تواند باعث افسردگی در کودک شود. افسردگی در دوره اول کودکی یعنی تولد تا دو سالگی مطابق دوره حسی -

خانوادگی، سلامت جسمانی و روانی را در سرتاسر دوره رشد پیش‌بینی می‌کنند و در مقابل، منزوی شدن از خانواده یا بیگانگی با آن، اغلب با مشکلات رشد ارتباط دارد (۹). به این ترتیب یکی از مهمترین عوامل پس از تولد موثر بر تکامل کودک نوع روابط موجود در خانواده، علی‌الخصوص رابطه مادر - کودک است.

این مطالعه به بررسی یکی از ابعاد رابطه مادر - کودک، یعنی افسردگی مادر پرداخته که به لحاظ نظری می‌تواند هم عامل پیش از تولد محسوب شود، چرا که مطالعات اخیر حاکی از تاثیر سوء افسردگی و اضطراب مادر در دوران بارداری بر رشد نوروموتور جنین است (۱۰) و هم می‌تواند یک عامل پس از تولد محسوب شود، زیرا رشد مطلوب و سالم کودکان در تمام ابعاد مرهون ارتباط مؤثر و مطلوب والدین با فرزندان بوده و کیفیت رابطه والد - کودک در رشد و تکامل دوران کودکی بسیار مهم است، چرا که این دوره زمان شکل‌گیری دلبستگی است. این موضوع در مطالعه Coyl (۱۱) مورد بررسی قرار گرفته و بر آسیب‌پذیری نوزادان از افسردگی مادر تاکید شده و علت آن تأثیرپذیری کنشهای ابتدایی ایجاد کننده دلبستگی سالم از روابط مادر و کودک و وابستگی نوزاد به مادر برای فراگیری مهارت‌های تکاملی عنوان گشته ، دلبستگی که به صورت جو هیجانی حاکم بر روابط کودک با مراقبش تعریف می‌شود، شامل سه مرحله پیش دلبستگی (تولد تا ۸ تا ۱۲ هفتگی)، دلبستگی در حال تشکیل (از ۸ تا ۱۲ هفتگی تا ۶ ماهگی) و دلبستگی حتمی (از ۶ تا ۲۴ ماهگی) می‌باشد (۱۲)، که به وضوح از رابطه نامناسب والد - کودک تأثیر می‌پذیرد بطوری که ناامنی این رابطه می‌تواند سلامت روانی کودک را به خطر بیندازد. Tomlinson (۱۳) این موضوع را در مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی بررسی کرده و حلقه واسط بین افسردگی مادر و دلبستگی ناایمن کودک را شیوه فرزندپروری مادر عنوان نموده است.

مشخصه اختلالات دلبستگی، آسیب زیستی - روانی - اجتماعی است که بر اثر محرومیت از مادر، فقدان مراقبت او یا فقدان تعامل کودک با مراقب به وجود می‌آید. ریشه سندرم‌های رشد ناکافی، کوتولگی روانی - اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلالات

ابتداءً کودک به مشکلات جسمی یا ذهنی عمده از جمله فلج مغزی و اختلالات متابولیک مانند فنیل کتونوری بود که با توجه به غربالگری PKU و اینکه اختلالات ناشی از فلج مغزی معمولاً تا سن یکسالگی تشخیص داده و تأیید می شوند، در زمان بررسی از ورود موارد تشخیص داده شده به مطالعه ممانعت شد. اهمیت این موارد در اینست که می توانند با ایجاد اختلالات تکاملی باعث مخدوش شدن نتایج مطالعه شوند. در حال حاضر تمامی کودکان یکساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان همدان، بوسیله تست (ASQ) کودکان یکساله از نظر تکاملی مورد بررسی قرار می گیرند، ما در این مطالعه، در کنار ارائه فرم آزمون غربالگری تکاملی به والدین و تکمیل اطلاعات دموگرافیک مادران، آنها را با استفاده از آزمون افسردگی یک مورد بررسی قرار دادیم.

تست غربالگری ASQ پرسشنامه نسبتاً ساده ای است که باعث می شود افراد با تحصیلات ابتدایی هم به درستی آن را پر کنند. این آزمون دارای زبانی صریح و ساده بوده و در کنار تعداد زیادی از سوالات آن تصاویری ساده قرار داده شده که بر وضوح سوال می افزاید و آن را برای استفاده قابل اجراء و آسان می کند (۲۲). این تست حاوی ۳۰ سؤال است که به زبان ساده در مورد تکامل کودک نوشته شده و به ۵ حیطه تکاملی تقسیم می شود: ۱- حیطه برقراری ارتباط ۲- حیطه حرکات درشت ۳- حیطه حرکات ظریف ۴ حیطه فردی اجتماعی ۵- حیطه حل مسئله.

نقطه برش اختلال تکاملی در این مطالعه یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در نظر گرفته شد. پرسشنامه مورد استفاده جهت تشخیص افسردگی مادران، ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی (BDI-II) بود که دارای ۲۱ ماده و از جمله مناسب ترین ابزارهای انعکاس افسردگی است که به بررسی سه گروه نشانه عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی می پردازد. در این مطالعه افرادی که با پرسشنامه افسردگی یک نمره افسردگی شدید و بسیار شدید گرفته بودند به عنوان افسرده در نظر گرفته شدند. همچنین سطح معناداری در این مطالعه ($p > 0.05$) در نظر گرفته شد. به منظور تعیین ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته، از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد و یافته ها با استفاده

حرکتی، دارای علائمی مثل بی حالته خلقی، سکون حرکتی و فقر تعاملی است که با علائم اختلالات تکاملی همپوشانی دارد (۱۶) و از آنجا که یکی از علائم افسردگی کودک، سکون حرکتی است، به نظر می رسد افسردگی کودک که از دل بستگی نا ایمن ناشی از افسردگی مادر ایجاد شده می تواند باعث بروز اختلال در حیطه حرکات درشت مانند حرکات تنه، بازوها و پاها و همچنین اختلال در حیطه حرکات ظریف که مربوط به حرکات ظریف دست و انگشتان آن می باشد، بشود.

هدف این مطالعه پرداختن به همبستگی افسردگی مادر با تکامل حرکتی کودک در دو حیطه حرکات درشت و ظریف است تا در صورت تأیید فرض مذکور و مشخص شدن تأثیرپذیری حیطه های مختلف تکاملی کودکان یکساله از افسردگی مادر، با تشخیص و درمان به موقع افسردگی در مادران، از وارد شدن صدمه به رابطه مادر- کودک و متعاقب آن تکامل کودک ممانعت شود.

روش بررسی

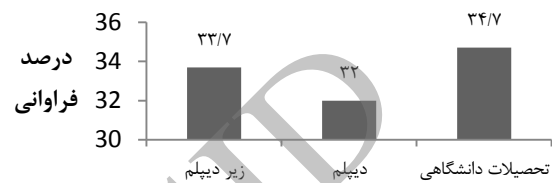
این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای بود. حجم نمونه با توجه به تعداد نمونه های مطالعات مشابه (۳۱)، ۳۰۰ نفر تعیین شد. به منظور حذف تاثیر متغیر مداخله کننده وضعیت اجتماعی اقتصادی خانوار بر تکامل کودک، نمونه ها از مناطق مختلف شهر همدان و از میان مادرانی که برای دریافت مراقبتهای بهداشتی یکسالگی کودکانشان به مراکز بهداشتی درمانی شهری مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بودند از یک پرسشنامه محقق ساخته برای جمع آوری اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان، ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی BDI-II (Beck Depression Inventory II) بود (۲۰). به منظور بررسی افسردگی در مادران و تست غربالگری سنین و مراحل (ASQ; Ages & Stages Questionnaire) برای غربالگری اختلالات تکاملی کودکان یکساله (۲۱).

معیار ورود به مطالعه عبارت بود از هر کودک یک ساله ای که برای دریافت مراقبتهای بهداشتی، به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان مراجعه می کرد. معیار خروج از مطالعه،

از نرم افزار SPSS۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

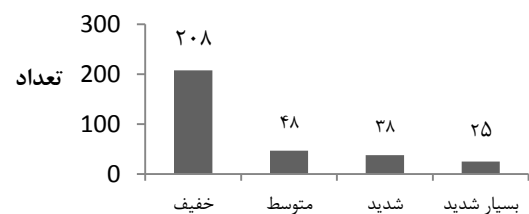
یافته‌ها

میانگین سنی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه ۵/۶ ± ۲۹/۶۸ بود و ۳۳/۷٪ از آنها تحصیلات زیر دیپلم، ۳۲ درصد دیپلم و ۳۴/۷٪ از این افراد تحصیلات دانشگاهی از فوق دیپلم تا کارشناسی ارشد داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱: میزان تحصیلات مادران

شیوع افسردگی شدید و خیلی شدید در این افراد ۲۰/۸٪ بود. (نمودار ۲) متغیرهای افسردگی مادر و سن مادر همبستگی معناداری با بروز اختلالات تکاملی در حیطة حرکات درشت و حرکات ظریف ندارند ($p > 0.05$). ولی اختلال در حیطة حرکات درشت با شاخص محل زندگی به طور معناداری همبسته است. ($p = 0.03$) همچنین همبستگی معناداری بین تحصیلات مادر و بروز اختلالات تکاملی در حیطة حرکات ریز و درشت دیده نشد.



نمودار ۲: فراوانی افسردگی در میان مادران

توضیح اینکه: در پرسشنامه افسردگی بک، نمرات ۰ تا ۱۳ افسردگی خفیف نام می‌گیرند در واقع این افراد شامل افراد سالم نیز می‌شوند.

بحث و نتیجه گیری

شیوع افسردگی در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه Beck، ۲۰/۸٪ بود. این پرسشنامه قبلاً جهت بررسی اعتبار روایی در جمعیت ایرانی، بر روی ۱۲۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی اجراء شده بود که آلفای کرونباخ حاصله ۰/۷۸٪ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳٪ عنوان شده بود (۲۰). شیوع تمام عمر اختلالات خلقی در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۵ در آمریکا، ۲۰٪ و سن متوسط آغاز آن ۳۰ سالگی می‌باشد (۲۳). همچنین کتاب کاپلان شیوع طول عمر افسردگی اساسی را ۵-۱۷٪ عنوان می‌کند (۲۴). شیوع بالای افسردگی در این مطالعه به این علت است که کلیه شرکت‌کنندگان در آن زنان هستند که افسردگی اساسی در آنان دو برابر مردان و یک و نیم برابر جمعیت عمومی است.

در مطالعه Galler (۲۵) و Cooper (۲۶) بر اثرات روانی-اجتماعی نامطلوب ناشی از فرزند پروری کمتر پاسخ دهنده و کمتر تحریک کننده مادران افسرده بر کودک تاکید شده. مطالعه Paulson (۲۷) در سال ۲۰۰۶ نیز نسبت به هزینه‌های گزاف انسانی و اقتصادی افسردگی مادران در کشورهای ثروتمند به سبب تاثیرگذاری بر سلامتی، رفتار و تکامل کودک هشدار می‌دهد. مطالعه Black (۲۸) در سال ۲۰۰۷ هم نشان می‌دهد افسردگی مادر باعث بروز اختلال تکاملی در حیطة حرکتی می‌شود، ولی در مطالعه ما ارتباط معناداری بین افسردگی شدید و بسیار شدید مادر با بروز اختلالات تکاملی از جمله اختلال در حیطة حرکات درشت و ظریف دیده نشد (جدول ۱). این یافته تا حدودی با یافته‌های مطالعه Tharnerancetall (۲۹) که عنوان می‌کند، افسردگی دوران بارداری و دو ماه اول پس از زایمان، بدون در نظر گرفتن شدت علائم، هیچ رابطه‌ای با ایجاد دلبستگی نایمن در کودکان ۱۴ ماهه ندارد. همچنین با مطالعه دیگری که عنوان می‌دارد بین افسردگی مزمن مادر و نوع دلبستگی کودک در چهار سالگی رابطه‌ای وجود ندارد مطابق است (۳۰). در این مطالعه ارتباط معناداری بین بروز اختلال در حیطة حرکات درشت و حرکات ظریف با سن مادر وجود نداشت همین نتیجه در مطالعه انجام شده در کشور غنا نیز به دست آمده و محققین ارتباط معناداری

جدول ۱: بررسی رابطه اختلال حرکات درشت و ظریف کودک با افسردگی مادر از طریق رگرسیون لجستیک

حیطه تکاملی	B	S.E	WALD	SIG	OR	LOW	UPPER
حرکات درشت	-۰/۰۶۵	۰/۲۲۷	۰/۱۷۷	۰/۶۷۴	۰/۸۴	۰/۵۸۲	۱/۴۱۹
حرکات ریز	-۰/۲۲۸	۰/۲۸۴	۰/۶۴۱	۰/۷۹۶	۳/۲	۰/۴۵۶	۱/۳۹۱

B:ضریب رگرسیون، SE:خطای استاندارد، OR:نسبت شانس، WALD: نام آزمون، SIG: سطح معناداری، LOW: حد تحتانی دامنه اطمینان، UPPER: حد فوقانی دامنه اطمینان

عقب ماندگی ذهنی، عنوان می دارد این همبستگی بعد از کنترل متغیر تحصیلات مادر، قوی نیست. هیچ ارتباط معناداری بین افسردگی مادر و اختلالات تکاملی در حیطه حرکات درشت و ظریف کودک به دست نیامد. به علاوه از میان عوامل دموگرافیک مورد بررسی تنها عامل اثرگذار بر اختلالات حرکتی، وضعیت اقتصادی خانوار بود. به این معنی که در مناطقی که به لحاظ اجتماعی- اقتصادی پایین تر بودند شیوع اختلال درحیطه حرکات درشت بیشتر بود و عواملی مانند تحصیلات و سن مادر با بروز اختلالات حرکات درشت و ظریف ارتباطی نداشت.

سیاسگزاری

بدینوسیله از کلیه همکاران مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر همدان که با دقت و اهتمام خود، ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- Ghahramani M, Tavakolizadeh J, Chamanzari H. [The survey of developmental criteria of one year old infant in Gonabad city and its comparison to standard index]. Journal of Medical Sciences School of Gonabad 2002; 2 (8): 81-89. [Persian]
- Nouhjah S, Mokhveli Khazaei F, Mahdavi Zadeh N. [Assessment of Motor Development of Children Attending Health Centers of Dezful City Using World Health Organization Standard Indexes]. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation 2014; 3(1):16-25. [Persian]
- Soleimani F. [Developmental Outcome of Low-Birth-Weight Premature Infants]. Iranian journal of pediatrics. 2007; 17 supp (2): 125-132. [Persian]

بین سن مادر با هیچ یک از حیطه های تکاملی کودک از جمله حرکات درشت و ظریف پیدا نکرده اند (۳۱)، به علاوه Chittleborough (۳۲) نیز تنها ۳٪ از اختلالات تکاملی کودک را به سن کم مادر ارتباط می دهد و Turley (۳۳) با کنترل عامل میزان حمایت خانواده در مادران کم سن و سال، نتیجه می گیرد که سن مادر رابطه معناداری با بروز اختلالات تکاملی در کودک ندارد این در حالیست که در یک بررسی در آمریکا که به بررسی تاثیر عوامل خطر اجتماعی و دموگرافیک بر بروز عقب افتادگی ذهنی پرداخته، سن مادر را جزو عوامل مرتبط با عقب ماندگی ذهنی کودک محسوب می نماید (۳۴). بین تحصیلات مادر با بروز اختلالات تکاملی در کودک در این مطالعه همبستگی معناداری دیده نشد. در این رابطه مطالعه ای در آمریکا تحصیلات پایین مادر هنگام تولد کودک (تحصیلات کمتر از ۱۲ سال) را به عنوان قویترین عامل موثر بر بروز عقب ماندگی ذهنی کودک در ۱۰ سالگی عنوان می کند (۳۵)، همچنین در مطالعه Guo (۳۶) و Rhum (۳۷) نیز تحصیلات مادر از عوامل تاثیرگذار بر بروز اختلالات تکاملی دانسته شده و مطالعه کشور غنا تحصیلات پایین مادر را با بروز اختلالات تکاملی در کودک در حیطه حرکات درشت مرتبط می داند (۳۸).

مطالعه حاضر همبستگی معناداری بین وضعیت نامناسب اقتصادی با بروز اختلال در حیطه حرکات درشت نشان داد. این موضوع در مطالعه Arnold (۳۸) نیز تایید شده بطوری که کودکانی که از نظر اجتماعی- اقتصادی در معرض خطر بودند بیست و چهار بار بیشتر از کودکان گروه کم خطر، ضریب هوشی زیر ۸۵ داشتند. اما Carolyn (۳۴) در مطالعه ای در آمریکا ضمن بیان ارتباط وضعیت اقتصادی با

4. Baker R. Pediatric Primary Care Well-Child Care. USA: Lippincott Williams and Wilkins Publisher; 2001.
5. Soleimani F, Karimi H. [Baresi-e avamel-e moaser bar ekhtelalat-e takamol-e shirkharan]. Quarterly Journal of Rehabilitation 2005; 6 (1): 6-14. [Persian]
6. Glascoe F.P. Early detection of developmental and behavioral problems. Pediatrics in Review 2000; 21(8): 272-273.
7. Fox J. Primary Health Care of Children. USA: Mosby Co; 1997.
8. Balter, L., & Tamis-LeMonda, C. S. (Eds.). Child Psychology: A handbook of contemporary issues. New York: Psychology Press/Taylor & Francis; 2006.
9. Berk lura. Development through the lifespan, Tehran: Arasbaran; 2011: 107.
10. Tamara Van Batenbary – Eddesa, etall. Maternal symptoms of anxiety during pregnancy affect infant neuromotor development. The generations R study. Developmental neuropsychology 2009; 4(34): 476 - 493.
11. Coyl D, Roggman L, Newland L. Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. Infant Mental Health Journal 2002; 23: 145-163.
12. Dadsetan p. Developmental psychopathology from infancy through adulthood. Tehran: SAMT; 2009: 273-279.
13. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. Child Development 2005; 76; 1044-1054.
14. Cristina Riva and etall. Maternal attachment influences mother – infant style of regulation and play with objects at nine months, attachment and human development 2013; 2(15): 107 – 131.
15. Berk lura. Development through the lifespan, Tehran: Arasbaran; 2011: 326.
16. yealapter, etall. Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. Amy psychiatry 2013; 170: 1161 - 1168.
17. Jeffery G. etall. Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring EREE. Arch gen psychiatry 2001; 58(5): 453 - 460.
18. Karsimzadeh P. Development & Childhood Developmental Problems. 1Ed, Tehran. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2005. [Persian]
19. Persha A, Saroj Arya S, Nagar R. K, Verma P. Behera R. Kishore M.T. (2007); Biological and Psychosocial Predictors of Developmental Delay in persons with Intellectual Disability: Retrospective Case-File study. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 2007; 18(1): 93-100
20. Fathiashtiani A. Psychological tests: personality and mental health. Tehran: Be'sat publication instituted; 2009: 323-327.
21. <http://phc.umsu.ac.ir/uploads/asq.pdf>
22. Elbers J, Macnab A, McLeod E, Gagnon F. The Ages and Stages Questionnaires: feasibility of use as a screening tool for children in Canada. Can J Rural Med 2008; 13(1): 9-14.
23. Kessler RC1, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 6(62): 593-602.
24. Sadock, Benjamin J. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences, 10th. Ed; 2007.
25. Salt P, Galler J, Ramsey F. The influence of early malnutrition on subsequent behavioral

- development. VII. The effects of maternal depressive symptoms. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1988; 9: 1-5.
26. Cooper P, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 554-558.
 27. Paulson J, Dauber S, Leiferman J. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006; 118: 659-668.
 28. Black, M., Baqui, A., Zaman K., McNary, S., Le, K., Arifeen, S., et al. Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: Implications for infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48: 764-772.
 29. Tharner et al. A. Maternal lifetime history of depression and depression symptoms in the parental and early postnatal period do not predict infant – mother attachment quality in large population – based Dutch Cohort study. *Attachment and human development* 2012; 14(1): 63 - 81.
 30. Trapolini T, ungerer J. A, Mahon Mc. Maternal depression and children's attachment psychology, 2007; 25 (2): 247 - 261.
 31. I Bello A, Quartey J, Appiah L. Screening for developmental delay among children attending a rural community welfare clinic in Ghana. *BMC Pediatrics* 2013; 13: 119.
 32. Chittleborough CR, Lawlor DA, Lynch JW. Young maternal age and poor child development: predictive validity from a birth cohort. *Pediatr* 2011; 127(6): 1436-1444.
 33. Turley RN. Are children of young mothers disadvantaged because of their mother's age or family background? *Child Dev* 2003; 74(2): 465-474.
 34. Carolyn D. Drews, Marshalyn Yeargin- Allsopp, Pierre Decoufle, Catherine C. Murphy. Variation in the Influence of Selected Sociodemographic Risk Factors for Mental Retardation. *American Journal of Public Health* 1995; 85(3): 329-334.
 35. Burack JA, Hodapp RM, Zigler E. Issues in the classification of mental retardation: differentiating among organic etiologies. *J Child Psychol Psychiatry* 1988; 29: 765-779.
 36. Guo G, Harris KM. The mechanisms mediating the effects of poverty on children's intellectual development. *Demogr* 2000; 37(4): 431-447.
 37. Rhum CJ. Parental employment and child cognitive development. *J. Human Resources* 2004; 39(1): 155-192.
 38. Arnold J. Sameroff, Ronald Seifer, Ralph Barocas, Melvin Zax, Stanley Greenspan. Intelligence Quotient Scores of 4-Year-Old Children: Social-Environmental Risk Factors. *Pediatrics* 1987; 79(3): 343 -350.