

مقایسه خلق و خوی کودکان شیرخوار (۱۲-۳ ماه) در مادران واجد و فاقد سلامت روانی

غزاله حاجیوند^{۱*}، دکتر عباسعلی الهیاری^۲، دکتر سید کاظم رسول زاده طباطبائی^۲

خلاصه

مقدمه: چگونگی رابطه متقابل میان مادر و نوزاد نقش تعیین کننده‌ای در شکل‌گیری شخصیت، عملکردهای اجتماعی، شناختی، خلق و خو و بهداشت روانی کودک در آینده خواهد داشت. کیفیت این رابطه متقابل امری از پیش تعیین شده نبوده و می‌تواند در طول زمان بهبود یابد. بنابراین شناخت متغیرهای مؤثر در این رابطه نقش به‌سزایی در بهبود کیفی آن خواهد داشت.

روش: در پژوهش حاضر شیرخواران ۳۰ نفر از مادرانی که با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی در گروه دارای سلامت روانی قرار گرفتند با شیرخواران ۳۰ نفر از مادرانی که در گروه فاقد سلامت روانی قرار داشتند با استفاده از پرسشنامه خلق و خوی شیرخواران، مقایسه گردیدند. بدین منظور دو گروه شیرخواران از نظر سطوح عواطف منفی، عواطف مثبت و شادخوئی، تنظیم و جهت‌گیری مقایسه شدند.

یافته‌ها: نتایج این تحقیق پس از به کارگیری آزمون t مستقل نشان از معناداری هر سه فرضیه در سطح $a=0/05$ دارد. بیشترین تأثیر سلامت روان مادر در درجه اول بر مقیاس‌های تنظیم و جهت‌گیری و سپس عواطف مثبت و شادخوئی و عواطف منفی بود. در مرحله بعد با مقایسه هر یک از ۱۴ آیتم خلق و خو به طور جداگانه در دو گروه مشخص شد که غیر از آیتم‌های ترس، حساسیت ادراکی، سطح فعالیت و دامنه توجه که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد در بقیه آیتم‌ها بین دو گروه تفاوت وجود دارد.

نتیجه‌گیری: سلامت روانی مادر به نحو معناداری بر خلق و خوی شیرخوار مؤثر می‌باشد. این نتایج در راستای یافته‌های گذشته بیان‌کننده آن است که آشفتگی‌های روانی مادر می‌تواند تأثیر ماندگاری بر تکامل روند تنظیمی کودک و خلق و خوی او داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، خلق و خو، دلبستگی

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی ۲- استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

* نویسنده مسؤل، آدرس: دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور شماره ۲، کرمان • آدرس پست الکترونیک: Biglarimail@Gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲۷ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۸/۵/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۱۴

مقدمه

سلامت زنان از نظر سازمان ملل متحد یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها است چرا که زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک در دوره‌های مختلف زندگی و به ویژه نیازهای جسمی و روحی در ارتباط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن در معرض آسیب‌پذیری بیشتری در مقایسه با مردان هستند. مسأله باروری، آسیب‌پذیری زنان در مقایسه با مردان و در نتیجه پیشرفت و عواقب شدید بیماری و در نهایت تأثیر سلامت مادر بر سلامت کودک موجب شده است سلامت زنان به عنوان شاخص مهمی در تأمین عدالت اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. سلامت روان برای هر انسان در طول دوره حیات امری الزامی و قابل تعمق است و برای زن به عنوان مادر که در واقع اولین شخصیت تأثیرگذار در بهداشت روانی کودک است بسیار حائز اهمیت می‌باشد. مزاج مادر، تفکرات او و حتی شیر مادر و به طور کلی شخصیت او بر فرزند اثر می‌گذارد. تأثیر فرایندهای روان‌شناختی مادر بر رشد و سلامت جنین بسیار گسترده و فراگیر است چرا که فضای درونی رحم پیوسته از هیجان‌ها و وضعیت روانی مادر تأثیر می‌پذیرد و این امر علت بسیاری از تفاوت‌های خلقی و رشدی در نوزادان است. مطالعاتی که روان‌پزشکان کودک درباره ناراحتی‌ها و اختلالات عاطفی کودکان به عمل آورده‌اند نشان می‌دهد که علت بیشتر این اختلالات محرومیت از مادر است. کندی در سخن گفتن، پایین آمدن بهره هوشی، کاهش میزان جنب‌وجوش، کم عمقی واکنش عاطفی، پرخاشگری، اختلال حواس، ضعف استعداد تفکر انتزاعی و عدم آمادگی برای ایفای نقش پدری یا مادری... می‌تواند از آثار ناگوار محرومیت از مادر به حساب آید (۱).

در یکی از مطالعات در مورد سنجش افسردگی مادران در دو نقطه زمانی و بررسی نوار مغز فرزندان‌شان مشاهده شده که بین افسردگی مادران و

عدم تقارن نوار مغز (EEG) لوب فرونتال راست همبستگی وجود دارد. نشانه‌های افسردگی مادر با عاطفه منفی کودک در دو نقطه زمانی برای مادرانی که فرزندان‌شان عدم تقارن نوار مغز را نشان دادند همبسته بود (۲).

خصوصیات طفل در ایجاد یک رابطه ماندنی بین او و مراقبش بی‌تأثیر نیست. از نظر جان بالبی (۱۹۶۹) دلبستگی محصول تکامل و و ضامن بقای اطفال است. اطفال در بدو تولد علاقه طبیعی خاصی به مادرشان ندارند بلکه این علاقه را می‌آموزند. تشکیل دلبستگی نیاز به زمان دارد و همپای توانایی‌های شناختی کودکان به وجود می‌آید. بالبی متوجه شد نوجوانان مشکل‌دار عمدتاً در دوران کودکی با مادرشان بحران‌های شدیدی داشته‌اند همین قضیه او را متقاعد کرد این بحران‌ها بر رشد کودکان تأثیر منفی دارد. سایر نظریه‌پردازان نشان داده‌اند که اختلال در روابط اولیه مراقبان و کودکان می‌تواند عواقب شدیدی در پی داشته باشد. می‌توان گفت اختلال در روابط اولیه اساسی زیربنای اختلالات هیجانی بعدی است (۳).

مهم‌ترین خصوصیت مؤثر طفل در ایجاد دلبستگی و رابطه با مراقب خلق و خوی اوست (۴). خلق و خوی و دلبستگی پوشاننده یکدیگرند و می‌توانند بر هم تأثیر بگذارند. این دو با کمک یکدیگر می‌توانند رفتارهای آتی همچون بازدارنده‌های رفتاری و اجتماعی را پیش‌بینی کنند (۵). از خلق و خوی به عنوان تفاوت‌های فردی میان بروز احساسات و انگیزه‌های مختلف در افراد که از نخستین ماه‌های زندگی آنان نمو یافته و ریشه در عوامل زیستی دارد نام می‌برند که به کلیه ابعاد اجتماعی، روحی، ذهنی، احساسی و روانی هر فرد اشاره دارد (۶).

هر چند که ساختار خلق و خوی سال‌هاست که شناسایی شده لکن مطالعه آن در کودکان به‌ویژه با تمرکز بر سیر تکاملی آن سابقه نسبتاً کوتاهی داشته و به سال‌های اخیر برمی‌گردد (۷). چگونگی رابطه

می‌باشند و به راحتی در معرض استرس قرار می‌گیرند فرزندان با این خصوصیات دارند بنابراین، این اختلالات روانی می‌تواند جنبه ارثی داشته باشد (۱۶).

۲- زنان فاقد سلامت روان کودکان‌شان را به‌طور منفی درک می‌کنند که این موضوع برخورد با کودکان و رفتار کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۷).

۳- تنیدگی در طول دوران بارداری تا حدی هورمون‌ها و سایر مواد شیمیایی را تغییر می‌دهد و این تغییرات وضعیت شیمیایی نوروها را در فرزندان تحت تأثیر قرار می‌دهد. تنیدگی ممکن است منتهی به افزایش هورمون گلوکوکورتیکوئید شود که این هورمون از جفت عبور کرده و بر رشد جنین تأثیر می‌گذارد (۱۸). شرکت داشتن در روابط خشونت بار، تجربه کتک خوردن و استفاده از مواد مخدر، وجود سابقه بیماری قلبی و هم‌چنین ضعف فاکتورهای محیطی مانند کمبود غذا، وضعیت نامطلوب زندگی، شرایط مالی نامناسب، حمایت کم خانواده و بی‌مسئولیتی همسر از جمله موارد تنیدگی محسوب می‌شوند (۱۹).

۴- ممکن است زنان مضطرب در هنگام وضع حمل مشکلات بیشتری را تجربه کنند که این مشکلات تأثیر منفی بر کودک داشته باشد (۲۰).

بررسی‌ها حاکی از آن است که افسردگی مادر تأثیرات درازمدتی را بر کودکی خواهد داشت به گونه‌ای که بزرگسالانی که در طی دوره نوزادی با مادری افسرده در ارتباط بودند از لحاظ خودکنترلی ضعیف بوده و با مشکلاتی در مدرسه مواجه بودند. این نوزادان در اجرای تست برازلتون بسیار ضعیف بودند و رفلکس‌های غیرطبیعی را نشان دادند. نمرات جهتیابی و تحریک‌پذیری کم و گوشه‌گیری بالا بود. مادران افسرده و شیرخواران‌شان سطوح بالایی از نوراپی‌نفرین و کورتیزول را داشته‌اند (۲۱).

با بررسی پژوهش‌های مختلف می‌توان گفت

متقابل میان مادر و نوزاد نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری شخصیت، عملکرد اجتماعی، شناخت و بهداشت روانی کودک در آینده خواهد داشت (۸-۱۰). کیفیت دلبستگی کودک به مادر و بالطبع خلق و خوی او می‌تواند تحت تأثیر سلامت روان مادر (اضطراب و افسردگی) باشد و در حقیقت کودکانی که مادران افسرده و اضطرابی دارند به سبک دلبستگی دمدمی‌مزاج و ناامن تمایل دارند (۱۱). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده بین افسردگی مادران والگوهایی تنظیم هیجانی و کارکردهای اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. در واقع مادرانی که اختلال روانی دارند مادران پاسخ‌دهی نیستند، انرژی کافی برای مراقبت از فرزندشان ندارند، تعاملات مثبت کمتری با فرزندشان برقرار می‌کنند و در هنگام تعامل با فرزندشان حساسیت کمتری دارند (۱۲). در واقع در والدینی که سطوح بالایی از تنیدگی را تجربه می‌کنند خطر بروز مشکلات رفتاری مانند مشکلات هیجانی و اجتماعی در فرزندان‌شان بالاست (۱۳). در یک پژوهش در مورد مادران افسرده و مضطرب و کودکان‌شان مشاهده شد که در شرایط بسیار حائز اهمیت مانند جدایی از مادر، طرد نوزاد توسط مادر مضطرب یا عدم صمیمیت، این نوزادان رفتار بازدارنده نشان داده یا خیلی گریه می‌کنند و داد می‌زنند و علاقه کمتری در طول جلسات بازی از خود نشان می‌دهند و بیشتر حالت خشونت دارند (۱۴). وارن (۲۰۰۳) در پژوهشی خلاف این مدعا را نشان داد. به این صورت که شیرخواران مادران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی واکنش‌پذیری بالا و بازداری رفتاری یا دلبستگی دمدمی‌مزاج را نشان ندادند اما این کودکان نوروفیزیولوژی متفاوتی (سطح بالای کورتیزول بزاقی، خواب ناراحت و آشفته) را نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۱۵).

مکانیسم‌های تأثیر سلامت روان بر خلق و خوی نوزاد عبارتند از:

۱- ژنتیک: مادرانی که مضطرب یا افسرده

قید کنند. نمرات در این پرسشنامه بین ۸۴-۰ متغیر است. نقطه برش پرسشنامه سلامت عمومی ۲۳ می‌باشد. به این صورت که نمرات کمتر از ۲۳ دارای سلامت روانی و نمرات بیشتر از ۲۳ فاقد سلامت روانی می‌باشند. بر اساس نمرات به دست آمده از ارزیابی متغیر سلامت روانی (پرسشنامه سلامت عمومی) مادران به دو گروه دارای سلامت روانی و فاقد سلامت روانی (هر گروه ۳۰ نفر) تقسیم شدند. در مرحله دوم پژوهش با این افراد تماس گرفته شد و برای ارزیابی خلق و خوی شیرخواران پرسشنامه خلق و خوی شیرخوار در اختیار آنها قرار گرفت. این پرسشنامه در سه ماه متوالی با همکاری آزمونگر و مادر تکمیل گردید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سنجش خلق و خوی شیرخوار (IBQ) بود که نخستین بار در سال ۱۹۸۱ توسط ماری روت بارت طراحی و ارائه گردید. در پرسشنامه مذکور میزان فعالیت، لبخند زدن و خندیدن، ترس، بی‌قراری در برابر محدودیت‌ها، آرامش و دامنه مورد توجه قرار گرفته است (۲۲). IBQ در سال ۲۰۰۳ توسط روت بارت و گارتستین مورد تجدید نظر قرار گرفت و شماری از آیتم‌ها همچون واکنش کلامی، گرایش به نزدیکی، سرعت بازگشت به آرامش، لذت از محرک‌های سطح پایین و بالا، حساسیت ادراکی، غمگینی و بغلی بودن به آن اضافه گردید. این پرسشنامه شامل ۱۹۰ سؤال می‌باشد مقیاس‌های چهارده گانه بر حسب موضوع در سه دسته با عناوین عواطف منفی، عواطف مثبت و شادخوئی، تنظیم و جهت‌گیری مرتب شده‌اند. روایی و اعتبار این پرسشنامه در نمونه‌های مختلف و با فرهنگ‌های مختلف تأیید شده و در همه آنها میزان آلفای کرانباخ بین ۰/۹۶-۰/۷۷ متغیر بوده است (۲۳، ۲۴).

در این پژوهش برای برآورد ضریب اعتبار پرسشنامه خلق و خوی شیرخوار از روش آلفای کرانباخ استفاده شد که آلفای کرانباخ مساوی ۰/۸۴۳۴ بود و بنابراین از همسانی درونی و ضریب اعتبار بالا و رضایت‌بخشی

خلق و خوی طفل متأثر از خصوصیات اخلاقی مادر، سن و تحصیلات مادر، حمایت اجتماعی و عاطفی از مادر، محیط خانه، تصور مادر از خلق و خوی نوزاد، وزن نوزاد در هنگام تولد، ژنتیک و... می‌باشد (۱۱).

با مطالعه نظریه‌ها و تحقیقات گذشته ملاحظه می‌گردد از دیرباز رابطه وضعیت روان‌شناختی مادر و کودک از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. اما تحقیقات گذشته کمتر به نقش سلامت روان بر ابعاد گوناگون خلق و خوی طفل به طور جداگانه پرداخته‌اند و به همین دلیل با توجه به نقش سلامت روان مادر در پرورش کودک و اهمیت خلق و خوی طفل در ایجاد یک رابطه ماندنی بین او و مراقبش مسأله مورد نظر این پژوهش بررسی تأثیر سلامت روان مادر بر ابعاد گوناگون خلق و خوی شیرخوار بوده و تلاش شده بررسی شود که سلامت روان مادر کدام یک از این ابعاد را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های علی - مقایسه‌ای می‌باشد که در آن ویژگی‌های مورد نظر (متغیرهایی که قبلاً اثر خود را گذاشته‌اند) در بیش از یک گروه با هم مقایسه شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران بین سنین ۳۰-۲۲ سال با مدرک تحصیلی حداقل لیسانس که فرزند اول خود را به دنیا آورده‌اند و فرزندشان در محدوده سنی ۱۲-۳ ماه قرار دارد و از سلامت کامل جسمانی برخوردار می‌باشد تشکیل می‌دهد. با توجه به ماهیت پژوهش و محدودیت‌های تحقیق حجم نمونه ۶۰ نفر در نظر گرفته شد که از میان کلیه مراجعین به بخش‌های واکسیناسیون بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های شهر کرمان که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند. ابتدا از مادران واجد شرایط خواسته شد در صورت تمایل پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل نمایند و اگر مایل به اطلاع از نتیجه آزمون می‌باشند شماره تلفن خود را

نظر خلق و خوی شیرخوارانشان از سه آزمون t مستقل استفاده گردید. برای این کار به منظور دقت بیشتر پرسشنامه خلق و خوی در سه ماه متوالی بین مادران توزیع شد و میانگین نمرات به دست آمده در این سه ماه به عنوان نمره شیرخوار در آن مشخصه (آیتم) به شمار آورده شد. سپس با جمع کردن آیتم‌های مربوط به هر سه مقیاس نمره شیرخوار در هر یک از مقیاس‌ها به دست آورده شد.

مقیاس عواطف منفی شامل آیتم‌های غمگینی، ترس، بی‌قراری در برابر محدودیت‌ها و واکنش‌پذیری نزولی بود.

مقیاس عواطف مثبت و شادخویی شامل آیتم‌های گرایش، شادی سطح بالا، حساسیت ادراکی، واکنش کلامی، سطح فعالیت، لبخند زدن و خندیدن بود.

مقیاس تنظیم و جهت‌گیری شامل آیتم‌های دامنه توجه، شادی سطح پایین، آرامش و بغلی بودن بود.

از آن‌جا که داده‌ها کمی پیوسته هستند و از آزمون t استفاده شده برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد. با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که تمام سطوح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده پس تمام نمونه‌ها نرمال می‌باشند.

برخوردار بود. ابزار دیگر مورد استفاده پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ تدوین شده است و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی از چهار خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای هفت سؤال می‌باشد. سؤالات هر مقیاس به ترتیب و پشت سر هم به گونه‌ای است که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به علایم جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و اختلال خواب، از سؤال ۱۵ تا ۲۲ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و از سؤال ۲۳ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشد. اعتبار پرسشنامه مذکور در جامعه ایرانی با استفاده از سه روش دوباره‌سنجی، تصنیفی و آلفای کرانباخ بررسی شده که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۷، ۰/۹۳، ۰/۹ به دست آمده است (۲۵).

نتایج

برای بررسی تفاوت دو گروه آزمودنی مادران دارای سلامت روانی و مادران فاقد سلامت روانی از

جدول ۱. مقایسه مقیاس‌های عواطف منفی، عواطف مثبت و شادخویی و تنظیم و جهت‌گیری شیرخواران دو گروه مادران دارای سلامت روانی و مادران فاقد سلامت روانی

مقیاس	سلامت روانی مادر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	نمره t	سطح معناداری
عواطف منفی	دارا	۳۰	۱۵/۹۲۷۳	۱/۷۲۹۳۵	۰/۳۱۵۷۳	-۱/۹۴۶	۰/۰۲۸۵
	فاقد	۳۰	۱۶/۸۷۹۷	۲/۰۴۸۵۹	۰/۳۷۴۰۲		
عواطف مثبت و شادخویی	دارا	۳۰	۳۰/۷۴۴۰	۳/۸۴۳۶۸	۰/۷۰۱۷۶	۲/۸۶۹	۰/۰۰۳
	فاقد	۳۰	۲۷/۷۴۷۰	۴/۲۳۹۱۹	۰/۷۷۳۹۷		
تنظیم و جهت‌گیری	دارا	۳۰	۱۹/۸۳۰۰	۲/۱۲۳۷۰	۰/۳۸۷۷۳	۲/۷۱۶	۰/۰۰۴۵
	فاقد	۳۰	۱۸/۲۴۹۳	۲/۳۷۶۶۶	۰/۴۳۳۹۲		

جدول ۲. مقایسه آیتم‌های چهارده گانه پرسشنامه خلق و خوی شیرخواران در دو گروه مادران دارای سلامت روانی و مادران فاقد سلامت روانی

مقیاس	سلامت روانی مادر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	نمره t	سطح معناداری
غمگینی	دارا	۳۰	۴/۰۱۸۳	۰/۵۳۹۹۷	۰/۰۹۸۵۸	-۳/۴۱۶	۰/۰۰۰۶۲۵
	فاقد	۳۰	۴/۶۱۰۴	۰/۷۸۱۰۱	۰/۱۴۲۵۹		
ترس	دارا	۳۰	۳/۶۰۲۸	۱/۲۳۲۱۸	۰/۲۲۴۹۶	۱/۰۷۹	۰/۸۵۷۵
	فاقد	۳۰	۳/۲۹۴۲	۰/۹۶۸۱۰	۰/۱۷۶۷۵		
بی قراری در برابر محدودیت ها	دارا	۳۰	۴/۱۴۵۱	۰/۴۹۳۷۲	۰/۰۹۰۱۴	-۲/۰۸۷	۰/۰۲۰۹۵۷
	فاقد	۳۰	۴/۴۸۶۶	۰/۷۴۷۶۶	۰/۱۳۶۵۰		
واکنش پذیری نزولی	دارا	۳۰	۴/۱۶۱۰	۰/۶۹۶۰۰	۰/۱۲۷۰۷	-۱/۷۵۷	۰/۰۴۲۰۹
	فاقد	۳۰	۴/۴۸۸۷	۰/۷۴۷۵۷	۰/۱۳۶۴۹		
گرایش	دارا	۳۰	۵/۷۱۵۰	۰/۷۲۱۳۴	۰/۱۳۱۷۰	۳/۲۹۶	۰/۰۰۰۸۹
	فاقد	۳۰	۴/۹۴۸۲	۱/۰۵۰۵۸	۰/۱۹۱۸۱		
شادی سطح بالا	دارا	۳۰	۵/۶۱۸۳	۰/۷۷۵۱۲	۰/۱۴۱۵۲	۱/۸۰۲	۰/۰۳۸۳۷
	فاقد	۳۰	۵/۱۹۳۶	۱/۰۳۲۵۹	۰/۱۸۸۵۲		
حساسیت ادراکی	دارا	۳۰	۴/۹۶۵۸	۰/۹۴۱۷۷	۰/۱۷۱۹۴	۱/۱۷۲	۰/۴۳۲
	فاقد	۳۰	۴/۹۲۱۶	۱/۰۴۹۴۴	۰/۱۹۱۶۰		
واکنش کلامی	دارا	۳۰	۴/۶۷۷۲	۰/۸۵۸۲۳	۰/۱۵۶۶۹	۲/۲۰۶	۰/۰۱۵۳۸۵
	فاقد	۳۰	۴/۱۶۴۷	۰/۹۳۹۸۳	۰/۱۷۱۵۹		
سطح فعالیت	دارا	۳۰	۴/۹۸۴۰	۰/۷۸۱۶۴	۰/۱۴۲۷۱	۱/۲۸۴	۰/۱۰۲۰۸
	فاقد	۳۰	۴/۷۱۵۷	۰/۸۳۵۹۳	۰/۱۵۲۶۲		
لبخند زدن و خندیدن	دارا	۳۰	۴/۷۸۴۸	۱/۰۰۰۱۳	۰/۱۸۲۶۰	۴/۰۹۱	۰/۰۰۰۰۶۵
	فاقد	۳۰	۳/۸۰۴۱	۰/۸۵۰۵۴	۰/۱۵۵۲۹		
شادی سطح پایین	دارا	۳۰	۵/۰۸۱۱	۰/۸۷۹۰۴	۰/۱۶۰۴۹	۱/۸۵	۰/۰۳۴۵۵
	فاقد	۳۰	۴/۶۰۷۳	۱/۰۹۱۰۳	۰/۱۹۹۱۹		
آرامش	دارا	۳۰	۵/۰۵۳۴	۰/۵۹۰۰۴	۰/۱۰۷۷۳	۲/۴۱	۰/۰۰۹۵۶
	فاقد	۳۰	۴/۶۵۵۴	۰/۶۸۵۳۷	۰/۱۲۵۱۳		
دامنه توجه	دارا	۳۰	۴/۵۳۵۶	۰/۸۰۹۷۱	۰/۱۴۷۸۳	۱/۲۹	۰/۱۰۰۵
	فاقد	۳۰	۴/۲۳۷۰	۰/۹۷۰۹۶	۰/۱۷۷۲۷		
بغلی بودن	دارا	۳۰	۵/۱۵۹۰	۰/۴۶۳۳۳	۰/۰۸۴۵۹	۲/۷۲	۰/۰۰۴۲۸
	فاقد	۳۰	۴/۷۴۸۳	۰/۶۸۴۴۹	۰/۱۲۴۹۷		

سطوح گرایش، لبخندزدن و خندیدن، شادی سطح بالا و پایین، آرامش و بغلی بودن در گروه شیرخواران دارای سلامت روانی به طور معناداری بالاتر از گروه دوم می‌باشد، و در سطح $a=0/05$ رد می‌شود.

بحث

به دلیل این که هر سه فرضیه پژوهشی پذیرفته شدند و از لحاظ بحث راجع به نتایج، هر سه فرضیه توجیه‌های یکسانی دارند، بحث و توجیه راجع به نتایج به چهار دسته تقسیم شده است:

۱- تأثیر رفتارهای حاکی از اضطراب و افسردگی مادر بر خلق و خوی کودک

۲- تأثیر حمایت‌های اجتماعی و تقویت کننده‌های مثبت بر روابط مادر و کودک

۳- تأثیر دلبستگی بر خلق و خوی کودک

۴- تأثیر عوامل فیزیولوژیک بر خلق و خوی کودک
هم نظر با گارتستین و بت‌من می‌توان بیان نمود که سطح پایین ظرفیت تنظیمی شیرخوار و افسردگی شدید مادر پیشگوی علایم شبه افسردگی در کودکان نوپا است. خطر بروز زود هنگام افسردگی در کودکانی که سطح عواطف منفی کمتری را در دوران شیرخوارگی نشان داده‌اند و والدین آنها میزان کمتری از نشانه‌های افسردگی را در خود دیده‌اند کاهش می‌یابد. برعکس کودکانی که عواطف منفی بیشتری را در دوران شیرخوارگی بروز داده‌اند، بدون توجه به میزان افسردگی والدین‌شان سطح بالاتری از علایم شبه افسردگی را تظاهر کرده‌اند (۲۶).

طبق یافته‌های شرح داده شده در این تحقیق شگفت‌آور نخواهد بود اگر بگوییم افسردگی مادر ارتباط تنگاتنگی با افزایش گزارشات ارائه شده در

نخستین آزمون t مستقل بین دو گروه در مقیاس عواطف منفی انجام شد. با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین عواطف منفی شیرخواران مادران دارای سلامت روانی کمتر از میانگین عواطف منفی شیرخواران مادرانی است که فاقد سلامت روانی‌اند.

فرض اول در سطح $a=0/05$ رد می‌شود. یعنی سطح عواطف منفی در شیرخواران مادرانی که دارای سلامت روانی می‌باشند کمتر از شیرخواران مادرانی است که فاقد سلامت روانی هستند.

آزمون t مستقل بعدی بین دو گروه بر اساس مقیاس عواطف مثبت و شادخوئی انجام شد و همان‌طور که از جدول ۱ بر می‌آید، گروه شیرخواران مادران دارای سلامت روانی به طور معناداری بیش از گروه دوم عواطف مثبت و شادخوئی را تظاهر کردند.

آزمون t مستقل سوم بین دو گروه بر اساس مقیاس تنظیم و جهت‌گیری انجام شد و همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، این فرض هم در سطح $a=0/05$ رد شده و سطح تنظیم و جهت‌گیری در شیرخواران مادران دارای سلامت روانی به نحو معناداری بیشتر از گروه دوم می‌باشد.

در مرحله بعد به بررسی مقایسه‌ای هر یک از چهارده آیتم به طور جداگانه در دو گروه پرداخته شد. سطوح غمگینی، بی‌قراری در برابر محدودیت‌ها و واکنش‌پذیری نزولی (به طور خفیف) در گروه شیرخواران مادران دارای سلامت روانی کمتر از گروه دوم می‌باشد و این فرضیه‌ها در سطح $a=0/05$ رد می‌شود.

سطوح ترس، حساسیت ادراکی، سطح فعالیت، دامنه توجه در دو گروه برابر بوده و این فرضیه‌ها در سطح $a=0/05$ رد نمی‌شود.

همین قضیه بر روند رشدشان تأثیر می‌گذارد. کودک رفتار مادر را به عنوان الگوی رفتاری برای خود در نظر گرفته و از این الگو تقلید می‌کند.

در طی مصاحبه هر دو گروه آزمودنی هنگام پاسخ به این سؤال که چه چیزی مادرشدن را آسان‌تر می‌کند پاسخ‌های مشابهی دادند هر چند که گروه مادران فاقد سلامت روانی جنبه‌هایی را عنوان کردند که بسیاری از آنها را خود تجربه نکرده بودند. شرکت‌کنندگان دارای سلامت روانی این جملات را ذکر می‌کردند که "از طرف خانواده خصوصاً مادرم حمایت می‌شوم"، "شوهرم خیلی مواظب من و بچه‌مان است" و "صحبت کردن با دوستان و مادرانی که به تازگی بچه‌دار شده‌اند". به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی هم در محیط داخل و هم در خارج منزل عامل مثبتی در دوران پس از بارداری است. هم‌نظر با اتکینسون و ریکل می‌توان بیان کرد وقایعی که احساس می‌شود تقویت‌کننده‌های مثبتی برای مادران است رابطه معکوسی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی پس از بارداری دارد و نقش مثبت این عوامل را در درمان و جلوگیری از ناراحتی‌های پس از بارداری نشان می‌دهد. گفته شده که از دست‌دادن تقویت‌کننده به افسردگی منجر می‌شود زیرا که در این حالت فرد پاداش را از دست می‌دهد و سبب اضطراب می‌شود چون منجر به افزایش احتمال تنبیه می‌شود (۲۹). به‌عنوان مثال کمک و حمایت از مادر (تقویت‌کننده‌ها) در این جهت که مادر وضع حمل طبیعی داشته باشد و یا کودک را با شیر خود تغذیه کند، علاوه بر سلامتی مادر سلامت و آرامش شیرخوار را هم تضمین می‌کند. ادواردز و همکاران دریافتند میزان افسردگی پس از بارداری در زنانی که عمل سزارین داشته‌اند نسبت به

مورد عواطف منفی خلق کودک داشته است. عواطف منفی خلق و خوی کودک که توسط مادران بیان می‌شود شامل ترس، عدم آرامش، شکست و... می‌باشد. طبق ویرایش چهارم نسخه تجدیدنظر شده انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) شماری از مشخصه‌های رایج مرتبط با افسردگی، احساس عصبانیت، اضطراب و غمگینی... می‌باشند. گزارش شده که شیرخواران مادران فاقد سلامت روان حداقل میزان انگیزتگی و پاسخ به اشیا، کمترین فعالیت صوتی، تحریک‌پذیری زیاد، فعالیت حرکتی کم، بی‌حالی و رخوت و رفتارهای پرتنش را نشان می‌دهند. هم‌چنین سطح نوراپی‌نفرین و الگوی خواب ناراحت در این شیرخواران نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا می‌کند (۲۷). به‌طور قابل توجه این مشخصات مؤلفه‌های افسردگی بزرگسالان مانند بی‌خوابی یا خواب‌زدگی، گوشه‌گیری نسبت به علائق، خلق افسرده و افزایش فعالیت سیستم نوراپی‌نفرین را شامل می‌شود (۲۸).

بنابراین می‌توان نوعی هم‌پوشی میان نشانه‌ها و علائم مرتبط با افسردگی و تجربه احساسات منفی که از آن به عنوان جنبه بسیطی از خلق و خوی یاد می‌شود مشاهده کرد. چرا که فردی که غالباً ناراحت، غمگین، عصبانی، شکست خورده و یا مضطرب و وحشت‌زده می‌باشد علاوه بر آن که عواطف منفی زیادی خواهد داشت نشانه‌هایی از افسردگی را نیز بروز می‌دهد. شاید یک توضیح برای این تظاهر، قطع رابطه مادری ناشی از سطوح بالای اضطراب مادر و تأثیر مستقیم آن بر رفتار نوزاد و عملکرد او باشد. کودکان مادران افسرده مجبورند برای دوره‌های طولانی غم، درماندگی، تحریک‌پذیری و آشفتگی مادرشان را تحمل کنند و

بالا قبل از وضع حمل به طور برجسته‌ای واکنش‌پذیری و گریه زیاد شیرخوار را پیش‌بینی می‌کند. شانس قرارگرفتن در گروه شیرخواران با گریه زیاد و واکنش‌پذیری بالا به ازای هر ۱mg/ml افزایش کورتیزول به ترتیب ۱/۹۱، ۲/۴۴ بار افزایش می‌یابد (۳۲). این یافته‌ها بیان می‌دارد گلوکوکورتیکوئیدها (کورتیزول) گذرگاه مهمی برای انتقال اضطراب مادر به جنین می‌باشد. در حالی که در برخی دیگر از پژوهش‌ها چنین ارتباطی مشاهده نشده است و این بیان‌کننده وجود فاکتورهای دیگری در این میان است. یک احتمال جفت است. در واقع ممکن است عملکرد جفت صحیح‌ترین ارزیابی از انتقال کورتیزول از مادر به جنین باشد زیرا عملکرد آنزیم 11BHDS2 توسط جفت تغییر می‌کند (۳۳). این آنزیم ممکن است واسطه انتقال هورمون استرس در انسان‌ها باشد. بنابراین بررسی زنان با عملکرد بالا و پایین آنزیم 11BHDS2 در مقایسه با کورتیزول مادر و کورتیزول جنین ممکن است روش بهتری در بررسی استرس مادر و نتایج آن در نوزاد باشد.

بنابر مطالب نقل شده می‌توان گفت شناسایی مادران با احتمال خطر بالای اضطراب و افسردگی می‌تواند تأثیرات تعیین‌کننده‌ای را که در رشد اجتماعی، هیجانی، فیزیولوژیکی و نورولوژیکی شیرخوار دارد کاهش دهد و پزشکان موظفند که در معاینات علاوه بر سلامت جسمانی به سلامت روانی مادران هم توجه کرده و به آنها کمک کنند تا اشکال مختلف استرس و اضطراب را در زندگی‌شان کاهش دهند.

زنانی که وضع حمل طبیعی داشته‌اند به طور برجسته‌ای بالاتر است (۳۰).

کیفیت دلبستگی طفل به مادرش بر تمامی روابط شخصی و شرایط رشد بعدی وی تأثیر می‌گذارد. اطفال دو ساله‌ای که دلبستگی توأم با ایمنی داشته‌اند پرشورتر و با پشتکارترند، زود عصبانی نمی‌شوند، اجتماعی‌ترند، قابلیت شناختی بیشتری دارند، مسائل را بهتر حل می‌کنند و هیجان‌ات منفی کمتر و هیجان‌ات مثبت بیشتری بروز می‌دهند. خردسالان دارای دلبستگی مضطربانه در روابط میان فردی خود کارآمدی کمتری دارند و مشکلات رفتاری بیشتری نشان می‌دهند. در پی‌گیری اطفال تا اواسط کودکی معلوم شد کودکان پرخاشک‌تر بیشتر همان اطفالی بودند که در ۱۸ ماهگی دلبستگی نامنظم داشتند. در حالی که گوشه‌گیرها عمدتاً جزو گروه دلبستگی اجتنابی بودند. ولی کودکان دارای دلبستگی ایمن هم‌چنان بر روابط میان فردی بهتر خود ادامه می‌دهند. نتیجه قطعی این است که دلبستگی مضطربانه در دوران طفولیت با خطر بالای مشکلات رفتاری اجتماعی و هیجانی دوره کودکی ارتباط دارد. مهم‌ترین دلیل تفاوت دلبستگی‌های کودکان حساسیت مادر به حالات طفل، تفسیر صحیح این حالات و پاسخ‌دهی سریع و مناسب به آنها است.

گاتلیب و همکاران بیان کردند زنانی که افسردگی پس از بارداری را تجربه کرده‌اند نسبت به گروه غیر افسرده در دوران بارداری میزان بالاتری از اضطراب و استرس را دریافت کرده‌اند (۳۱). در برخی از پژوهش‌ها عنوان شده است که سطح پایه کورتیزول

The Comparison of Temperament of 3-12 Month Infants of Mothers with and without Mental Health

Hajivand Gh., M.Sc.^{1*}, Allahyari A.A., Ph.D.², Rasoolzadeh Tabatabaei, S.K., Ph.D.²

1. General Psychologist

2. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Moddares University, Tehran, Iran

* Corresponding author, e-mail: Biglarimail@Gmail.com

(Received: 17 May 2009 Accepted: 5 August 2009)

Abstract

Background & Aims: The quality of interaction between mother and infant has an important role in the formation of infant's personality, social and cognitive functions, temperament and mental health in future. The quality of this reaction is not predictable and can be improved along the time. Thus, Knowing effective variables in this area can be very beneficial in its improvement.

Method: In the present research, 30 infants whose mothers were mentally normal based on General Health Questionnaire were compared with 30 infants of mothers who were not healthy by Infant Behavior Questionnaire. These two groups were compared in negative affectivity, surgency/extraversion and orienting/regulation.

Results: After using independent t-test, all three hypotheses of the study were proved with the significant level of $\alpha=0.05$. The most effect of mother's mental health was on orienting/regulation and then on surgency/extraversion and negative affectivity. In the next stage, comparing all 14 temperament items separately showed that except for items of fear, perceptual sensitivity, activity level and duration of orienting, two groups have significant difference in other items.

Conclusion: Mother's mental health significantly affects infant temperament. These findings in agreement with past results indicate that mother's mental distress in pregnancy period and after this period can have long lasting effects on child's process of evolution and temperament.

Keywords: Mental health, Temperament, Object attachment

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2010; 17(1): 68-79

References

- Mesbah A, Zarean M. Ravanshenasiye roshd. Vol 1, Tehran, Samt Publication, 1995; p89 [Persian].
- Forbes E.E, Shaw D.S, Silk J.S, Feng X, Cohn J.F, Fox N.A, Kovacs M. Children's affect expression and frontal EEG asymmetry: Translocation associations with mother's depressive symptoms. *J Abnorm child psych* 2007; 36(2): 207-21.
- Bowlby J. Attachment: attachment and loss. New York, Basic Books, 1969.
- Mohamadi S. Ravanshenasiye roshd. Tehran, Arassbaran, 2006 [Persian translation of Developmental psychology by Berk L.].
- Caspi A, Henry B, McGee R.o, Moffitt T.E, Silva P.A. Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child Develop* 1995; 66: 55-68.
- Gale T, Arcus D. Reserch in early 2000s about temperament. Healthline, newsletters. Available at: www.google.com, 2006.
- Rothbart M.K, Bates J.E. Temperament. In:

- Damon W, Eisenberg N (editors), Handbook of child psychology. New York, John Wiley pub., 1998; pp 105-6.
8. Zahr L.K. The relationship between maternal confidence and mother-infant behavior in premature infants. *Research in Nursing & Health* 1991; 14(4): 279-86.
 9. Wilson ME, White M.A, Cobb B, Curry R, Greene D, Popovich D. Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *J Advanced Nursing* 2000; 31(1): 204-10.
 10. Gorman KS, Lourie AE, Choudhury N. Differential patterns of development: The interaction of birth weight, temperament and maternal behavior. *J Developmental Behavioral Pediatrics* 2001; 22 (6): 366-75.
 11. Rosenblum O, Mazet P, Benony H. Mother and infant affective involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health J* 1998; 18 (4): 350-63.
 12. Maughan A, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch F.A. Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *J Abnorm Child Psych* 2007; 35(5): 685-703.
 13. Downey G, Coyne J. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological bulletin* 1990; 108: 50-76.
 14. O'Neil, Kim D. Anxious Mothers: fussy babies? Relating Maternal Anxiety to Infant Temperament 2003; www.Proquest.Umi, Accessed 15/01/2009.
 15. Warren S. L., Gunnar M.R, Kagan J, Anders T.F, Simmens S.J, Rones M, et al. Maternal Panic disorder: Infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *J Am child Adole Psych* 2003; 42(7): 814.
 16. Leckman J, Herman AE. Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biol Psych* 2002; 51(1): 27-43.
 17. Nathanielsz P.W. Life before birth and a time to be born. New York, Promethean, 1992;
 18. Van den Bergh B. Gender-related effects of maternal anxiety during pregnancy on temperament, emotions and behavior in eight and nine-year olds. Paper presented at the biannual meeting of the society for research in child development, Minneapolis, Minnesota, 2001.
 19. Casey P, Goolsby S, Berkowitz C, Frank D, Cook J, Cutts D, et al. Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. *Pediatrics* 2004; 113(2): 298-304.
 20. Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology* 1986; 21: 1152-6.
 21. Lundy B.L, Pietro P, Cuadra A, Nearing G. The effects of prenatal depressive symptoms on neonatal outcome. Paper presented at the biannual meeting of society for research in child development, Washington D.C., April 1997.
 22. Rothbart MK. Measurement of Temperament in infancy. *Child Development* 1981; 52: 569-78.
 23. Rothbart M.K, Gartstein M.A. Studying infant temperament Via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behav Dev* 2003; 26(1): 64-86.
 24. Robertson J, Gartstein M.A, Crawford J, Robertson C.D. Early markers of language and attention: Mutual contributions and the impact of parent-Infant interactions. *Child Psych Humn Develop* 2008; 39(1): 9-26.
 25. Rapfiece nia P. The correlation with styles of emotion and mental health. M.Sc. thesis, tarbiat modares university, 2000[Persian].

26. Gartstein MA, Bateman AE. Early manifestations of childhood depression: influences of infant temperament and parental depressive symptoms. *Infant and Child Development* 2008; 17(3): 223-48.
27. Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Maternal depression effects on infants' Brazelton scale performance. *Infant Mental Health J* 1995; 16: 231-5.
28. Gold P.W, Goodwin F.K, Chrousos G.P. Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress. *The New Eng J Med* 1988; 319(7): 348-53.
29. Plancherel B, Bolognini M. Coping and mental health in early adolescence. *J Adole* 1995; 18: 459-74.
30. Edwards D.R.L, Porter S.M., Stein G.S. A Pilot study of postnatal depression following cesarean section using two retrospective self-rating instruments. *J psych Res* 1994; 38: 111-7.
31. Gotlib I.H, Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100(2): 122-32.
32. Werner E.A. The effects of pregnant women's mood, stress and cortisol levels on infant reactivity: A test of the fetal programming hypothesis. Available at: www.proquest.umi.
33. Welber L.A.M., Seckl J.R. Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of the brain. *J Neuroendocrinol* 2001; 13: 113-28.