مقاله
پژوهشی

ارتباط افسردگی، نگرانی و حمایت اجتماعی با درک اولیه مادر از سرشت شیرخوار

آرش سفیدگران[1]، الهام آزموده[2]*، مهدی حیدری مرغزار[3]

[1]دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[2]کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
[3]دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
*نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ایران
پست الکترونیک: azmoudehe@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *ارزیابی اولیه مادر از سرشت شیرخوار یکی از مهمترین عوامل مرتبط با تعاملات مادری-فرزندی و سازگاری مادر با نقش والدی می باشد. ویژگی های روانی مادر از عوامل احتمالی موثر بر درک وی از سرشت شیرخوار می باشد. هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط افسردگی، نگرانی و حمایت اجتماعی درک شده با درک اولیه مادر از سرشت شیرخوار می باشد.*

مواد و روش کار: *این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۲۸ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد به مدت پنج ماه در سال ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های افسردگی ادینبورگ، نگرانی والدی کمبریج، ویژگیهای شیرخوار بیت و مقیاس حمایت اجتماعی درک شده بود که در دو ماه اول بعد از زایمان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمونهای تی مستقل، آنالیزواریانس یکطرفه، همبستگی و رگرسیون انجام شد.*

یافته ها: *میانگین نمره سرشت درک شده شیرخوار ۱۰/۵۴±۵۱/۵۶ بود. ارتباط بین نگرانی (p=۰/۰۱۷) و افسردگی مادر (p=۰/۰۳۶) با سرشت شیرخوار معنادار بود. اما ارتباط بین حمایت اجتماعی با سرشت شیرخوار معنادار نبود (p>۰/۰۵). بعد از ورود این متغیرها به مدل رگرسیون، تنها نگرانی والدی قادر به پیشگویی ۰/۰۹۳٪ واریانس سرشت شیرخوار بود.*

نتیجه گیری: *بر اساس یافته های مطالعه ارتباط بین نگرانی و افسردگی با درک مادر از سرشت شیرخوار معنادار بود. این ارتباط احتمالا نشان دهنده آن است که اختلالات روانی در مادر می تواند بر پیامدهای آتی مادر و شیرخوار موثر باشد. انجام مطالعات بیشتر با هدف شناسایی دیگر عوامل موثر بر سرشت شیرخوار پیشنهاد می شود.*

واژه های کلیدی: *افسردگی، نگرانی، حمایت اجتماعی درک شده، سرشت درک شده شیرخوار*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۵؛ دوره ۸ (۲): ۳۰۰-۲۸۹
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(2):289-300

وصول: ۹۴/۴/۳۱
اصلاح: ۹۴/۶/۱۷
پذیرش: ۹۴/۸/۲۶

DOI: 10.18869/acadpub.jnkums.8.2.289
Cite this article as: *Sefidgaran A, Azmoude E, Heidari Marghzar M. The Evalution of Relationship Between Depression, Worry and Social Support with Basic Maternals Perception of Infants Temperament. jnkums. 2016; 8 (2) :289-300*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

مقدمه

سرشت شیرخوار مجموعه ای از ویژگیهای شیرخوار است که در رفتارهای وی انعکاس می یابد. این ویژگیها دارای یک جزء ژنتیکی است که از اثرات متقابل پیچیده با فاکتورهای محیطی تاثیر می پذیرد [۱]. توافق شفافی در مورد ماهیت سازه سرشت وجود ندارد اما تقریبا پذیرفته شده که سرشت ریشه بیولوژیک و تکاملی اولیه دارد، اما ممکن است در طول زمان متحمل تغییراتی شود [۲]. شخصیت یک شیرخوار در واقع در سرشت و سبک رفتاری وی تظاهر پیدا می کند و والدین نقش مهمی در تعدیل و تکامل اولیه سرشت شیرخوار دارند [۴،۳]. به طور کلی سرشت شیرخوار را می توان به دو نوع سخت و یا آسان تقسیم نمود [۵]. ویژگیهایی از شیرخوار مثل ایرادگیری و نق نق کردن، گریه های مداوم، تحریک پذیری، سختی درآرام کردن اغلب از عوامل مربوط به سرشت شیرخوار هستند که به صورت سرشت سخت یا منفی تفسیر می شود [۸-۶]. سرشت شیرخوار فاکتور بسیار مهمی در نایل شدن به نقش مادری است و اغلب مادرانی که به راحتی با نقش مادری سازگار می شوند سرشت شیرخوار خود را آسان معرفی می کنند [۹]. بعلاوه تحقیقات ارتباط معنی داری را بین ویژگیهای سرشتی شیرخوار با خودکارآمدی والدی در مادران نشان داده اند [۶]. سایال[1] و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که سرشت ایرادگیر در شش و بیست و چهار ماهگی اختلالات روانی را در سن هفت سالگی کودک پیشگویی می کند [۱۰]. به طور کلی ارتباط سرشت سخت شیرخوار با طیفی از اختلالات رفتاری، افسردگی، تکامل اجتماعی، شخصیتی و اضطرابی مشخص شده است [۲]. از اینرو ارزیابی این عامل به لحاظ بالینی اهمیت بسزایی پیدا می کند. با توجه به مطالعات در دسترس ارزیابی سرشت شیرخوار از طریق رویکردهای مختلفی همچون مشاهده وگزارش مراقب صورت می گیرد [۵]. در بین این رویکردها گزارش والدین خصوصا مادر مورد بررسی زیادی قرار گرفته است. در این راستا پویلی پوت[2] و همکاران گزارش کردند در سنین ۴، ۸ و ۱۲ ماهگی درک مراقب از شیرخوار بر ویژگیهای سرشتی مشاهده شده توسط یک فرد نظاره گر ارجحیت دارد [۳]. یافته های دیگر مطالعات نیز حاکی از آن است که گزارش فرد مشاهده کننده و گزارش پدر در مورد سرشت شیرخوار دارای میزان خطای بیشتری نسبت به گزارش مادر می باشد وگزارش مادر یک ابزار معتبر برای اندازه گیری سرشت شیرخوار می باشد [۱۱]. به طور کلی درک والدین از سرشت شیرخوار صرفنظر از اینکه این ارزیابی ذهنی صحیح باشد یا غلط از اهمیت زیادی برخوردار بوده و اثرات قابل توجهی بر فرزند دارد [۳]. سرشت سخت شیرخوار با نادیده گرفتن احساسات فرزند و عدم تفاهم فرزند با والدین و در نتیجه حاکم شدن زور و اجبار در روابط آنها مرتبط می باشد [۴]. ارزیابی اولیه مادر از سرشت شیرخوار مهمترین عامل اثرگذار بر تعاملات مادری-فرزندی در مطالعه پریدهام[3] بوده است [۱۲]. سرشت درک شده شیرخوار از منظر والدین، شامل یک جزء عینی و واقعی یعنی ویژگیهای ذاتی شیرخوار و یک جزء ذهنی مرتبط با ویژگی های خود والدین می باشد که بر گزارش آنها از سرشت شیرخوار اثرگذار است [۴،۱۳]. به عبارت دیگر عوامل متعددی بر درک مادر از ویژگیهای سرشتی شیرخوار اثر گذار است که شناسایی این عوامل از منظر بالینی اهمیت بسزایی دارد. در این رابطه هانینگتون[4] و همکاران (۲۰۱۰) اذعان می کنند اگرچه ویژگیهای سرشتی اولیه در برخی موارد پایدار می ماند اما برخی عوامل مثل سلامت روانی مادر ممکن است باعث افزایش بروز مشکلات روانی بعدی در شیرخواران با سرشت سخت شود [۱۴]. در واقع مادرانی که اختلال روانی دارند مادران پاسخگویی نیستند، انرژی کافی برای مراقبت از فرزندشان ندارند، تعاملات مثبت کمتری با فرزندشان برقرار می کنند و در هنگام تعامل با فرزندشان حساسیت کمتری دارند [۱۵]. با اینحال تا امروز مطالعات محدودی در مورد ارتباط فاکتورهای روانی مادر بر تکامل نوزاد خصوصا سرشت وی انجام شده است. از مشکلات شایع مطرح شده در دوران پس از زایمان اضطراب، نگرانی، استرس و افسردگی مادر می باشد. در مطالعات مختلف منابع متعددی برای ایجاد حس نگرانی در مادران

1 - Sayal
2- Pauli-Pott
3- Pridham
4 - Hanington

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

گزارش شده است. فقدان اطلاعات مربوط به مراقبت از نوزاد و مهارتهای مورد نیاز والدین در این رابطه در دوره بعد از تولد در بسیاری از مطالعات به عنوان یک عامل نگرانی مادر مشخص شده است [۱۶،۱۷]. اضطراب و نگرانی در مادر با حساسیت، صمیمیت و استقلال کمتر، کیفیت نامطلوب مراقبت از فرزند و شیوع بیشتر اختلالات اضطرابی در فرزند ارتباط دارد [۶]. شواهدی نیز در مورد ارتباط استرس روانی مادر با پیامدهای رفتاری منفی نوزاد وجود دارد [۱۸]. اختلالات روانی مادر و دیسترس احساسی وی بعلاوه ممکن است درک وی را از فرزند منحرف کند و باعث افزایش خطر درک مادر از سرشت سخت شیرخوار شود [۴،۱۹]. افسردگی بعد از زایمان یکی دیگر از معضلات روانی مادران در ابتدای دوران والدی می باشد. اگرچه به طور کلی افسردگی بعد از زایمان در بازه زمانی دو تا شش ماه پس از زایمان از بین می رود، اما بر اساس مطالعه بیگلی[1] و همکاران (۲۰۰۲) مادران مبتلا به افسردگی در ابتدای دوران والدی، اغلب سطوح بالای دیسترس و خلق افسرده را در سال اول بعد از زایمان تجربه می کنند. مادران دچار اختلال روحی و افسرده همچنین ممکن است شیرخوارشان را مشکل سازتر از مادران سالم تصور کنند [۲۰]. به عنوان مثال پویلی پوت[2] و همکاران (۲۰۰۰) در یک نمونه از ۱۰۱ مادر با شیرخوار ۴ ماهه ارتباط بین حساسیت کم مادری و گزارش مادر از سرشت منفی شیرخوار را تنها در مادران افسرده معنادار گزارش کردند [۳]. فاکتور مهم دیگری که برای ارتقای خوب بودن مادر و شیرخوار و همچنین تسهیل سازگاری زن با مادر شدن الزامی است حمایت اجتماعی می باشد [۲۱]. حمایت اجتماعی باعث افزایش اعتماد به نفس و اطمینان مادر به تواناییش برای انجام وظایف مادری می شود. حمایت اجتماعی عاملی مهم برای سازگاری با نقش مادری و کمک به والدین برای پاسخ دهی مطلوب و ارتباط صمیمی با کودک می باشد [۲۲،۲۳]. شواهد معتبری در مورد ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت مادر در دوران پس از زایمان در دسترس می باشد [۲۴]. ازینرو بنظر می رسد حمایت اجتماعی درک شده مادر با اثرگذاری بر سلامت روان وی بر درک وی از سرشت شیرخوار اثر گذار باشد. به طور کلی با مروری بر مقالات بنظر می رسد که علاوه بر مطالعات محدود در مورد عوامل موثر بر درک مادر از سرشت شیرخوار، اغلب مطالعاتی که به ارزیابی ارتباط ویژگیهای مادر و سرشت درک شده شیرخوار پرداخته اند مربوط به شیرخواران بیشتر از سه ماه بوده است [۴]. این درحالیست که امدی و روبین[3] ادعا نمودند که دوماه اول بعد از زایمان دوره بسیار حیاتی سازگاری برای درک والدین به عنوان یک اعتقاد و نگرش جدید است که در مفهوم روابط مادری- فرزندی شکل می گیرد [۶]. بنابراین مطالعات بیشتری به منظور بررسی ارتباط بین حالات مادر با سرشت درک شده شیرخوار در ماههای اولیه بعد از تولد نوزاد وجود دارد. از اینرو این مطالعه با هدف تعیین ارتباط افسردگی، نگرانی و حمایت اجتماعی درک شده با درک اولیه مادر از سرشت شیرخوار طراحی و انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی تحلیلی تعداد ۱۲۸ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد به مدت پنج ماه در سال ۹۳-۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به این که متغیرهای مستقل و وابسته اصلی در مطالعه حاضر از نوع کمی و مطالعه از نوع همبستگی می‌باشد؛ بنابراین حداقل حجم نمونه از طریق فرمول مربوط به مطالعات همبستگی و با استفاده از یافته‌های حاصل از یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۵ نفر از زنان محاسبه شد. به این صورت که ضریب همبستگی بین هر یک از متغیرهای اصلی با سرشت درک شده شیرخوار با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه گردید. از پارامترهای ضریب همبستگی و مقادیر بحرانی برای سطح اطمینان ۹۵ ٪ و توان آزمون ۸۰ ٪ در فرمول حجم نمونه استفاده شد و بیشترین عدد بدست آمده یعنی ۱۲۰ به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. در ادامه با احتساب ۱۰٪ ریزش نمونه ۱۳۲ نفر به عنوان حجم نمونه نهایی انتخاب شدند. در این پژوهش نمونه گیری به روش چند مرحله ای طبقه ای و در دسترس انجام شد. درمرحله

1-Beeghly
2-Pauli-Pott
3-Emde and Robin

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

اول، هر کدام از مراکز پنج گانه شهر مشهد(۱،۲،۳،۵ و ثامن) به عنوان یک طبقه و سپس مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش آنها لیست شدند. سپس از هر کدام از این مراکز ۲ مرکز و در مجموع ده مرکز بهداشتی درمانی شهری به صورت قرعه کشی انتخاب شدند. در ادامه پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مجوز نمونه گیری از معاونت بهداشتی این دانشگاه، پژوهشگران به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه نموده و در این مراکز اقدام به نمونه گیری به شیوه در دسترس از بین زنان نخست زای مراجعه کننده به واحدهای کودک، تنظیم خانواده و مامایی در دو ماه اول بعد از زایمان نمودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: نخست زا بودن، سن ۳۵-۱۸ سال، نوزاد ترم، تک قلو، سالم و فاقد هر گونه ناهنجاری عمده. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: بستری مجدد مادر و یا نوزاد در بیمارستان به هر علتی، سابقه نازایی، ابتلا به بیماریهای طبی، مشکلات روانی و درمان مادر با داروهای روانی بعد از زایمان. ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه عبارت بودند از فرم اطلاعات فردی، بارداری-زایمان و نوزاد، پرسشنامه چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده، پرسشنامه استاندارد نگرانی والدی کمبریج، مقیاس افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه سرشت شیرخوار.

مقیاس افسردگی ادینبورگ دارای ۱۰ سوال ۴ گزینه ای است که سوالات ۴، ۲ ،۱ نمره ۰ تا ۳ و سوالات دیگر نمرات ۳ تا صفر را به خود اختصاص می دهند. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده در این مقیاس به ترتیب صفر و ۳۰ می باشد. نقطه برش در نظر گرفته شده در این مطالعه ۱۰ می باشد [۲۵].

پرسشنامه چندبعدی حمایت اجتماعی درک شده[1] مرکب از۱۲گویه است که سه مولفه: حمایت ادراک شده از سوی خانواده، حمایت ادراک شده از سوی سایر افراد مهم و حمایت ادراک شده ازسوی دوستان را می سنجد. همه گویه های این مقیاس، براساس یک طیف هفت درجه ای لیکرت (از کاملامخالفم تا کاملاموافقم) درجه بندی می شود. دامنه نمرات این مقیاس، ۱۲ الی ۸۴ بوده است. این پرسشنامه توسط زیمت[2] و همکاران طراحی شده است [۲۶]. مسعودنیا (۱۳۹۰) این مقیاس را در ایران ترجمه و هنجاریابی نمود [۲۷].

پرسشنامه استاندارد نگرانی کمبریج[3] در ۱۰ آیتم نگرانی مادر را در مورد سلامت کودک در سن کنونی، سلامت آتی کودک، توانایی خود در مراقبت از کودک، کفایت تغذیه کودک، سلامت خود از زمان زایمان، زندگی جنسی، ارتباط با همسر، مسئولیت رسیدن به کارهای منزل، مشکلات مالی و مشکلات شغلی و تحصیلی در ۵ طیف لیکرت (اصلا نگران نیستم تا خیلی نگرانم) می سنجد. بازه نمرات این پرسشنامه نیز از ۱۰ تا ۵۰ متغیر می باشد. نمره بیشتر دلالت بر نگرانی بیشتر دارد.

پرسشنامه سرشت شیرخوار برگرفته از پرسشنامه ویژگیهای شیرخوار بیت[4] می باشد. پرسشنامه ویژگیهای شیرخوار بیت دارای ۲۴ آیتم در هفت طیف لیکرت (۱=مطلوبترین حالت، ۷=نامطلوبترین حالت) می باشد که از آن برای اندازه گیری سرشت سخت و آسان شیرخوار در سن ۶ ماهگی استفاده می شود. طبق توصیفات انجام شده در مورد این ابزار توسط بیت و همکاران آورده شده که می توان از این ابزار برای اندازه گیری سرشت شیرخوار با حذف آیتمهای غیرمرتبط با سن استفاده نمود [۲۸]. به عنوان مثال در مطالعه انجام شده توسط ادبورگ[5] و همکاران (۲۰۰۵) از این پرسشنامه برای اندازه گیری سرشت شیرخوار در سن دو ماهگی استفاده شد که در این مطالعه آیتمهایی که با این سن همخوانی نداشتند حذف شده و به ۱۸ آیتم کاهش یافت [۲۹]. در این مطالعه نیز آیتمهای غیر مرتبط با سن ۱۵-۱۰روزگی حذف شده و ۱۴ آیتم، سوالات نهایی این پرسشنامه را تشکیل دادند. نمره بیشتر دلالت بر سرشت سخت تر دارد.

در مطالعه حاضر روایی پرسشنامه های نگرانی کمبریج و پرسشنامه سرشت شیرخوار به روش روایی محتوا تعیین شد. بدین صورت که این پرسشنامه ها بعد از ترجمه و همراه با اصل انگلیسی آن در اختیار ده تن از افراد متخصص قرار گرفت و پس از کسب نظرات و پیشنهادات

1 - Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2-Zimet
3-Cambridge Worry Scale
4 -Bate
5- Edhborg

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

اصلاحی در ابزار نهایی لحاظ شد. بعلاوه شاخص روایی محتوا[1] (CVR) و نسبت روایی محتوا[2] (CVI) نیز برای این پرسشنامه ها محاسبه شد. با توجه به پانل خبرگان که ده نفربودند ودرنظرگرفتن معیار بالاتر از ۰/۶۲ در جدول لاوشه، نسبت روایی محتوا تأیید و برای تأیید شاخص روایی محتوا نیز از معیار بالاتر از ۰/۷۹ استفاده شد. برای تایید پایایی نیز، پرسشنامه های نگرانی مادری کمبریج، سرشت شیرخوار، حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی ادینبورگ بر روی ۲۰ نفر اجرا و پایایی آنها به ترتیب با ضرایب آلفاکرونباخ ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ به تایید رسید.

جهت انجام پژوهش در ابتدا فرم رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهش اخذگردید و در ادامه فرم اطلاعات فردی، بارداری-زایمان و نوزاد توسط پژوهشگر به روش مصاحبه تکمیل و دیگر پرسشنامه های مطالعه در اختیار آنها قرار گرفت تا خود آنها را تکمیل کنند.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با استفاده از آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیروویلیکس طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی آزمون شد و سپس از آزمونهای تی مستقل، آنالیزواریانس یکطرفه، همبستگی و رگرسیون جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. سطح معناداری در کلیه آزمونهای آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مجموع اطلاعات حاصل از ۱۲۸ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳/۴۷±۲۴/۶۳ در بازه ۳۴-۱۷ سال بود. اغلب افراد مورد مطالعه خانه دار (۹۲/۱۸٪) بوده و تحصیلات در حد دیپلم (۴۷/۴٪) داشتند. وضعیت درآمد خانواده ۸۵/۹۴٪ افراد مورد مطالعه در حد متوسط بود. ۸۹/۰۶٪ از واحدهای پژوهش تمایل به بارداری کنونی داشتند. بعلاوه بیش از نیمی از واحدهای پژوهش (۵۲/۳۴٪) دارای نوزاد دختر بودند که ۹۲/۹۶٪ آنها و ۹۳/۷۵٪ از همسرانشان از جنس شیرخوار خود رضایت داشتند. تمام واحدهای پژوهش تغذیه انحصاری با شیرمادر داشتند. میانگین وزن موقع تولد ۳۳۱۱/۳۲ و میانگین طول بارداری در آنها ۳۹ هفته و ۲ روز بود.

بر اساس نتایج حاصل از آزمونهای تی مستقل و من ویتنی هیچگونه تفاوت آماری معناداری در نمره سرشت شیرخوار بر حسب متغیرهای تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد، خواسته بودن بارداری، نوع زایمان، جنس نوزاد، رضایت خود و همسر از جنس نوزاد وجود نداشت (p>۰/۰۵) (جدول ۱).

میانگین نمره سرشت شیرخوار ۱۰/۵۴±۵۱/۵۶ بود از محدوده ی قابل کسب ۹۸-۱۴ بود. میانگین نمره افسردگی افراد مورد پژوهش نیز ۵/۴۱±۹/۸۳ بود که با توجه به نقطه برش ۱۰ در مطالعه حاضر ۴۷/۴ ٪ واحدهای پژوهش مبتلا به افسردگی و ۵۲/۶٪ آنها سالم بودند (جدول ۲).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون ارتباط مثبت و معناداری بین نگرانی والدی با درک مادر از سرشت شیرخوار وجود داشت (p=۰/۰۱۷). نتایج حاصل از آزمون همبستگی اسپیرمن نیز ارتباط مثبت و معنی داری را بین نمره افسردگی مادر و سرشت شیرخوار نشان داد (p=۰/۰۳۶). بر اساس نتایج همین آزمون ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و خرده مقیاسهای آن با درک مادر از سرشت شیرخوار معنادار نبود (p=۰/۴۰۲)(جدول ۳).

علاوه بر بررسی همبستگی بین نمره افسردگی مادر و سرشت شیرخوار از آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی در نمره سرشت شیرخوار استفاده شد که بر اساس نتایج این آزمون تفاوت معنی داری در گروه وجود نداشت (p=۰/۱۵۵)

به منظور پیش بینی سرشت درک شده شیرخوار بر حسب متغیرهای نگرانی، افسردگی و حمایت اجتماعی از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد که بر اساس نتایج این آزمون دو متغیر افسردگی و حمایت اجتماعی از مدل حذف شده و تنها متغیر نگرانی درک شده والدی قادر به پیشگویی ۰/۰۹۳٪ واریانس سرشت درک شده شیرخوار می باشد (p=۰/۰۱۲)(جدول ۴).

1-Content validity ratio
2 -Content validity index

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

جدول۱: مقایسه نمره سرشت شیرخوار بر حسب مشخصات فردی، بارداری و نوزاد

متغیر		درک مادر از سرشت شیرخوار	نتیجه آزمون p
		انحراف معیار±میانگین	
گروههای سنی(سال)	۱۷-۲۲	۵۱/۵۲±۱۱/۲۴	*۰/۷۷۸
	۲۳-۲۸	۵۱/۱۴±۱۰/۸۴	
	۲۹-۳۴	۵۳/۴۶±۸/۰۵	
سن نوزاد(ماه)	≥۱	۵۱/۶۰±۱۰/۸۸	**۰/۶۱۰
	۱-۲	۴۹/۶۶±۹/۰۰	
تحصیلات	تحصیلات کمتر از دیپلم	۵۰/۲۸±۱۰/۹۵	*۰/۷۴۹
	تحصیلات دیپلم	۵۱/۷۵±۹/۷۸	
	تحصیلات دانشگاهی	۵۲/۵۲±۱۱/۶۸	
شغل	خانه دار	۵۱/۳۲±۱۰/۷۶	**۰/۲۸۵
	شاغل	۵۵/۰۰±۵/۹۳	
وضعیت درآمد	کمتر از حد متوسط	۵۵/۶۴±۸/۴۱	**۰/۱۱۷
	در حد متوسط	۵۰/۸۵±۱۰/۷۵	
خواسته بودن بارداری از دیدگاه خود	بله	۵۱/۷۵±۱۰/۸۳	*۰/۶۲۵
	خیر	۵۰/۰۹±۸/۳۱	
نوع زایمان	زایمان طبیعی	۱۷۸/۵۴±۳۰/۷۲	*۰/۲۴۶
	زایمان سزارین	۱۷۸/۷۲±۳۳/۱۷	
	زایمان سزارین اورژانس	۱۶۷/۲۰±۳۹/۸۵	
جنس شیرخوار	مونث	۵۱/۶۰±۱۰/۰۴	**۰/۹۱۹
	مذکر	۵۱/۳۸±۱۱/۳۳	
رضایت از جنس نوزاد	بله	۵۱/۵۵±۱۰/۷۰	**۰/۸۷۳
	خیر	۵۰/۸۳±۹/۵۳	
رضایت همسر از جنس نوزاد	بله	۵۱/۴۵±۱۰/۶۴	**۰/۸۴۷
	خیر	۵۲/۴۰±۱۰/۶۲	

*One Way Anova ** T-Test

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	انحراف معیار± میانگین	حداقل-حداکثر
افسردگی	۹/۸۳±۵/۴۱	۰-۲۴
نگرانی	۳۰/۶۱±۹/۱۶	۱۰-۵۰
حمایت اجتماعی درک شده	۶۵/۲۰±۱۱/۷۴	۲۶/۶۰-۸۹
حمایت درک شده از طرف خانواده	۲۳/۶۲±۴/۵۵	۵/۶۰-۳۵/۲۰
حمایت درک شده از طرف فرد مهم	۲۳/۳۸±۳/۹۸	۱۱/۲۰-۲۸
حمایت درک شده از طرف دوستان	۱۹/۳۳±۸/۰۶	۵-۷۲/۸۰
سرشت شیرخوار	۵۱/۵۶±۱۰/۵۴	۲۰-۸۲

جدول۳: همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	سرشت شیرخوار	--------						
۲	نگرانی والدی	*۰/۲۸۳	-------					
۳	افسردگی مادر	*۰/۲۱۹	**۰/۳۰۸	-----				
۴	حمایت اجتماعی درک شده	-۰/۰۹۲	۰/۰۶۸	-۰/۰۰۹	-----			
۵	حمایت درک شده از طرف خانواده	-۰/۱۲۰	-۰/۱۲۲	-۰/۱۰۶	***۰/۷۰۰	-----		
۶	حمایت درک شده از طرف فرد مهم	-۰/۱۷۶	***۰/۷۳۶	-۰/۱۵۴	***۰/۷۳۶	***۰/۵۲۸	-----	
۷	حمایت درک شده از طرف دوستان	-۰/۱۰۶	۰/۱۵۷	۰/۰۹۰	***۰/۶۷۲	۰/۲۰۳	***۰/۳۴۳	-----

***p<0/001 **p<0/01 *p<0/05

جدول۴: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی درک مادر از سرشت شیرخوار بر اساس متغیرهای نگرانی والدی، حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی مادر در گام آخر

متغیرهای پژوهش	متغیر پیش بین	b	β	R^2	F
سرشت درک شده شیرخوار	نگرانی درک شده	۰/۳۶۰	۰/۳۰۴	۰/۰۹۳	*۶/۶۲۸

*P=۰/۰۱۲

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

بحث

بر اساس یافته های این مطالعه ارتباط مثبت و معنی داری بین نگرانی مادر و سرشت درک شده شیرخوار وجود داشت. این یافته هماهنگ با تعداد دیگری از مطالعات است که نشان داد اختلالات روانی، استرس و نگرانیهای مادر ارتباط منفی با تعاملات مادری-فرزندی و درک مادر از سرشت شیرخوار دارد [۴،۳۰،۳۱]. به عنوان مثال مانتیما[1] و همکاران در مطالعه خود نشان دادند دیسترس مادری تاثیر بسزایی بر درک وی از سرشت شیرخوار در ماه اول بعد از زایمان دارد [۴]. در مطالعه انیل[2] (۲۰۰۳) نیز ارتباط معناداری بین اضطراب مادر و بهانه گیر بودن شیرخوار (یکی از نشانه های سرشت سخت شیرخوار) گزارش شد [۲۱]. کوپلان[3] (۲۰۰۳) نیز ارتباط دوسویه ای را بین سرشت شیرخوار و استرس والدی گزارش کرد [۳۲].

بعلاوه بر اساس یافته های این مطالعه ارتباط افسردگی مادر با سرشت درک شده شیرخوار نیز معنادار بود. این یافته ها در واقع بدین معناست که مادران افسرده به علت احساسات منفی خود ممکن است واکنشها و پیامهای شیرخوار را به غلط تفسیر کنند. بعلاوه بر اساس تعدادی از مطالعات، شیرخواران مادران افسرده تکامل روانی، ذهنی و حرکتی کندتری دارند و این موضوع خود می تواند منجر به سخت بودن سرشت شیرخوار از منظر مادر شود [۳۳]. در این راستا نتایج حاصل از مطالعه کاترونا و تروتمن[4] ارتباط بسیار قوی را بین سرشت سخت شیرخوار با سطح افسردگی مادر نشان داد [۲۲]. در مطالعه بانگ[5] (۲۰۱۱) نیز مادران افسرده در ماه اول بعد از زایمان سرشت فرزند خود را سخت تر از مادران غیر مبتلا گزارش نمودند [۳۴]. ایست وود[6] (۲۰۱۲) نیز ارتباط بسیار قوی را بین سرشت نوزاد و افسردگی مادر دو تا سه هفته بعد از زایمان در زنان استرالیایی نشان دادند [۳۵]. بر خلاف این یافته ها، نتایج مطالعه پویلی پوت و همکاران[7] (۲۰۰۰) هیچگونه ارتباطی را بین افسردگی مادر و سرشت واقعی شیرخوار که توسط یک فرد مشاهده گر اندازه گیری شد نشان نداد [۳]. تمام این یافته ها در کنار هم می تواند نشاندهنده این باشد که وضعیت خلقی مادر بر درک وی را از سرشت شیرخوار اثرگذار است نه سرشت واقعی شیرخوار.

ارتباط بین نمره حمایت اجتماعی درک شده، حمایت درک شده از طرف خانواده فرد، افراد مهم همچون همسر و دوستان با سرشت درک شده شیرخوار نیز در مطالعه حاضر معنی دار نبود. مطالعات در مورد ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده در ابتدای دوران والدی و درک مادر از سرشت شیرخوار محدود می باشد. در این راستا نتایج مطالعه داویس[8] (۲۰۰۹) و همکاران ارتباط مستقیم و دوسویه ای را بین سرشت شیرخوار و رفتارهای حمایتی والدین از هم نشان داد. بعلاوه بر اساس یافته های این مطالعه طولی ارتباط معنی داری بین حمایت اولیه والدین از همدیگر با نمره سرشت درک شده و مشاهده شده شیرخوار درسنین ۳/۵ تا ۱۳ سالگی وجود داشت [۳۶]. علت این نتایج متناقض را می توان به ابزار اندازه گیری متفاوت در این دو مطالعه نسبت داد زیرا در مطالعه کنونی حمایت اجتماعی به طور کلی و یا جزئی از طریق خودگزارشی مادران تکمیل شد که با توجه به مشکلات و عوارض فزاینده دوران بعد از زایمان ممکن است افراد درک صحیحی در این زمینه نداشته باشند. اما در مطالعه داویس همکاری و تعاملات والدین با هم از طریق مشاهده یکی از پژوهشگران اندازه گیری شد.

در مرحله بعد به منظور تعیین نقش هر یک از این متغیرها در پیشگویی درک مادر از سرشت شیرخوار از مدل رگرسیون گام به گام استفاده شد که در گام آخر تنها نگرانی درک شده مادر از نقش والدی، به عنوان متغیر پیشگویی کننده در مدل باقی ماند. در مورد متغیر افسردگی مادر با وجود همبستگی معناداری که بین افسردگی با سرشت درک شده شیرخوار وجود داشت هنگام ورود این متغیر به مدل، توان پیشگویی کنندگی

1 - Mantymaa
2-O'Neil
3-Coplan
4-Cutrona&Trutman
5-Bang
6-Eastwood
7 - Pauli-Pott
8-Davis

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

وجود نداشت. همسو با این یافته بعد از تقسیم مادران به دو گروه افسرده و غیر افسرده نیز تفاوت معنی داری در نمره سرشت درک شده شیرخوار در دو گروه وجود نداشت. در این راستا نتایج مطالعه انجام شده توسط مانتیما نیز نشان داد دو فاکتور سلامت ذهنی مادر و دیسترس والدی قادر به پیشگویی ۲۴٪ واریانس سرشت درک شده شیرخوار بودن. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه بریتن[1]نیز (۲۰۱۱) ارتباط معنی داری بین اضطراب و افسردگی مادر با سرشت درک شده شیرخوار در ماه اول بعد از زایمان وجود داشت. بعلاوه در آنالیز رگرسیون بعد از کنترل دیگر متغیرها سرشت سخت شیرخوار هم با اضطراب و هم افسردگی مادر ارتباط معناداری داشت [۳۷]. اما در مطالعه حاضر تنها متغیر نگرانی والدی پیشگویی کننده سرشت شیرخوار بود. یکی از علل مهم ابزار اندازه گیری متفاوت در این مطالعات می باشد به عنوان مثال در مطالعه بریتن بر خلاف مطالعه کنونی برای اندازه گیری میانگین افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک[2] استفاده شده بود.

با وجود معنادار شدن مدل پیشگویی کننده سرشت شیرخوار، اما این مدل تنها ۰/۰۹۳٪ از تغییرات سرشت درک شده شیرخوار را توجیه نمود. از اینرو به نظر می رسد این مدل از کفایت لازم در پیشگویی سرشت شیرخوار برخوردار نباشد. در نتیجه مطالعات دیگری به منظور بررسی دیگر عوامل احتمالی پیش گویی کننده درک مادر از سرشت شیرخوار و یا با استفاده از ابزارهای اندازه گیری متفاوت پیشنهاد می شود.

از محدودیتهای مطالعه حاضر می توان به عدم روشن شدن ارتباط علی متغیرهای پژوهش به دلیل اندازه گیری همزمان آنها و ماهیت همبستگی آن اشاره نمود. از اینرو انجام مطالعات طولی در این زمینه می تواند یافته های روشن تری را نشان دهد. بعلاوه استفاده از روش خودگزارشی برای اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه نیز از دیگر محدودیتهای مورد مطالعه می باشد. از اینرو انجام تحقیقات دیگر با استفاده از روشهای مطالعات کیفی همچون مصاحبه توصیه می شود.

نتیجه گیری

به طور کلی بر اساس یافته های مطالعه حاضر بین افسردگی و نگرانی مادران در ماههای ابتدایی بعد از زایمان با سرشت درک شده شیرخوار ارتباط معنی داری وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون رگرسیون گام به گام نیز تنها متغیر نگرانی درک شده قادر به پیشگویی درصدی از تغییرات سرشت شیرخوار بود. لذا بررسی و شناسایی دیگر عوامل موثر بر سرشت درک شده شیرخوار ضروری بنظر می رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته ازطرح تحقیقاتی مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره ۹۲۰۲۲۹ می باشد بدینوسیله از حمایتهای معاونت محترم پژوهشی، معاونت محترم بهداشتی دانشگاه و همکاری صمیمانه واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

1-Britton
2 - the Beck Depression Inventory

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

References

1. McMeekin S, Jansen E, Mallan K, Nicholson J, Magarey A, Daniels L, Associations between infant temperament and early feeding practices, A cross-sectional study of Australian mother-infant dyads from the NOURISH randomised controlled trial, Appetite 2013;60(1):239-45.
2. Costa R, Figueiredo B, Infant's psychophysiological profile and temperament at 3 and 12 months, Infant behavior & development 2011;34(2):270-9.
3. Pauli-Pott U, Mertesacker B, Bade U, Bauer C, D B, Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity, Infant behavior & development 2000;23:23-39.
4. Mantymaa M, Puura K, Luoma I, Salmelin RK, Tamminen T, Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant interaction, Nordic journal of psychiatry 2006;60(5):379-86.
5. Russell K, Maternal Confidence of First-time Mothers during their Child's Infancy [Dissertation for Doctor of Philosophy]: Georgia State University; November 2006
6. Porter CL, Hsu HC, First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infanttemperament. Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association 2003;17(1):54-64.
7. Leahy-Warren P, McCarthy G, Maternal parental self-efficacy in the postpartum period, Midwifery 2011;27(6):802-10.
8. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT, Parenting self-efficacy after childbirth, Journal of advanced nursing 2009;65(11):2324-36.
9. Mercer RT, Factors impacting on the maternal role the first year of motherhood , Birth defects original article series 1981;17(6):233-52.
10. Sayal K, Heron J, Maughan B, Rowe R, Ramchandani P, Infant temperament and childhood psychiatric disorder: longitudinal study, Child: care, health and development 2014;40(2):292-7.
11. Ravn IH, The effects of an early intervention on outcomes in mothers, fathers and moderately and late preterm infants during the infants' first year of life -A randomized controlled trial, Norway: University of Oslo; 2011.
12. Pridham KF, Chang AS, Chiu YM. Mothers' parenting self-appraisals: the contribution of perceived infant temperament, Research in nursing & health 1994;17(5):381-92.
13. Parade SH, Leerkes EM, The reliability and validity of the Infant Behavior Questionnaire-Revised, Infant behavior & development 2008;31(4):637-46.
14. Hanington L, Ramchandani P, Stein A, Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study, Infant behavior & development 2010;33(1):88-95
15. Maughan A, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA, Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties, Journal of abnormal child psychology 2007;35(5):685-703.
16. Kuo SC, Chen YS, Lin KC, Lee TY, Hsu CH, Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan, Journal of clinical nursing 2009;18(11):1592-601.
17. Mbekenga CK, Christensson K, Lugina HI, Olsson P. Joy, struggle and support: postpartum experiences of first-time mothers in a Tanzanian suburb, Women and birth : journal of the Australian College of Midwives 2011;24(1):24-31.
18. O'Neil KD, Anxious Mothers = fussy Babies? Relating Maternal Anxiety to Infant Temperament: Carleton University; 2003.
19. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M, Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy, Early human development 2012;88(1):45-9.
20. Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Kernan H, Riley J, Tronick EZ, Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year, Journal of affective disorders 2002;71(1-3):169-80.
21. Bloomfield L, Kendall S, Applin L, Attarzadeh V, Dearnley K, Edwards L, "et al", A qualitative study exploring the experiences and views of mothers, health visitors and family support centre workers on the challenges and difficulties of parenting, Health & social care in the community 2005;13(1):46-55.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

22. Cutrona CE, Troutman BR, Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression, Child development 1986;57(6):1507-18.
23. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P, First-time mothers: social support, maternal parentalself-efficacy and postnatal depression, Journal of clinical nursing 2012;21(3-4):388-97.
24. Ege E, Timur S, Zincir H, Geckil E, Sunar-Reeder B, Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in EasternTurkey, The journal of obstetrics and gynaecology research 2008;34(4):585-93.
25. Khodadoostan M, Surveying the factors relative to postpartum depression, (Dissertation for Master of midwifery),College of nursing and midwifery, Isfahan University of Medical Sciences; 1998 [Persian]
26. Dahlem NW ,Zimet GD, Walker RR, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study, Journal of clinical psychology 1991;47(6):756-61.
27. Masoudnia E, Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder, Iran Journal of Nursing 2011;24(70):8-18.
28. Bates JE, Freeland CA, Lounsbury ML, Measurement of infant difficultness, Child development 1979;50(3):794-803.
29. Edhborg M, Matthiesen AS, Lundh W, Widstrom AM, Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum--a study of new mothers and fathers, Archives of women's mental health 2005;8(4):221-31.
30. Ostberg M, Hagekull B, A structural modelingapproach to the understanding of parenting stress, Journal of clinical child psychology 2000;29(4):615-25.
31. Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B, “et al”, Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder, Journal of abnormal psychology 2012;121(4):795-809.
32. Coplan R, Bowker A, Cooper SM, Parenting daily hassles, child temperament, and social adjustment in preschool, Early Childhood Research Quarterly 2003;18:376–95.
33. Field T, Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review, Infant behavior & development 2010;33(1):1-6.
34. Bang KS, [Infants' temperament and health problems according to maternal postpartum depression], Journal of Korean Academy of Nursing 2011;41(4):444-50.
35. Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BE. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study, BMC pregnancy and childbirth 2012;12:148.
36. Davis EF, Schoppe-Sullivana SJ, Sarah C, Mangelsdorf SC, Brown GL, The Role of Infant Temperament in Stability and Change in Coparenting Across the First Year of Life, Parenting: Science and Practice 2009;9(2-1):143-59.
37. Britton JR, Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period, Women & health 2011;51(1):55-71

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

Original Article

The Evalution of Relationship Between Depression, Worry and Social Support with Basic Maternals Perception of Infants Temperament

Sefidgaran A[1], Azmoude E [2], Heidari Marghzar M[3]*

[1]Student in Medicine, School of medicine, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran
[2]M.Sc of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, TorbatHeidariye University of Medical Sciences, TorbatHeidariye, Iran
[3]MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
***Corresponding Author:** School of Nursing and Midwifery, TorbatHeidariye University of Medical Sciences, TorbatHeidariye, Iran
Email: azmoudehe@gmail.com

Abstract

Background & objective: *The maternal initial assessment of infant's temperament is one of the most important associated factors with mother-child interactions and maternal's adjustment with parental role. Maternal's psychological condition is one of the possible factors affecting her perception of infant's temperament. The purpose of this study was to determine the correlation between depression, worry, and perceived social support with basic understanding from infant's temperament.*

Materials and Methods: *This descriptive-analytical study was performed on 128 primiparous women who were referred to Mashhad health centers within five months in 2014-2015. Data were collected based on Edinburgh Depression, Cambridge Parental Worry, Bate's Infant Characteristic, and perceived social support questionnaires which were completed at the first two months after birth. Data were analyzed using the T-test, One Way ANOVA, correlation, and regression tests.*

Results: *The mean score of perceived infant temperament was 51.56±10.54. The relationship between maternal's worry ((p=0.017) and depression (p=0.036) with perceived infant temperament were significant. There wasn't any significant correlation between perceived social support and infant temperament (p>0.05). After entering these variables in the regression model, just parental's worry was able to predict 0.093% of the infant's temperament variance.*

Conclusion: *According to this finding, there were significant correlation between worry, and depression, and maternal's perception of infant's temperament. This correlation probably indicates that the mental disorders in mother can affect the future outcomes of mother and infant. Further research is recommended to identify the other factors affecting maternal's perception of infant temperament.*

Keywords: *Depression, Worry, Perceived Social Support, Perceived infant's temperament*

Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;7(2): 289-300

Received: 22 Jul 2015
Revised: 8 Sep 2015
Accepted: 17 Nov 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]