

The Relationship between Mental Health of Mothers and Anthropometric Indices of Height and Weight in Children of Ardabil Health Care Centers in 1394

Molavi P¹, Shargi A², Nadermohammadi M^{*3}, Salvat H⁴, Tavakoli P⁵

1. Child and Adolescent Psychiatry Associate Professor, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2. Associate Professor of Social Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

3. Doctor of Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

4. Master of Clinical Psychology, Fatemi Hospital, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

5. General Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989144560870, E-mail: mehriar46@yahoo.com

Received: Jul 6, 2018 Accepted: Jan 1, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: Anthropometric indices are one of the reliable criteria for assessing children's health status, since the mother's psychological characteristics and conditions can greatly affect the quality of her relationship with the child. The purpose of this study was to determine the relationship between maternal mental health and children's anthropometric indices in mothers and children referred to Ardabil health centers in 2015.

Methods: This is a descriptive-analytic study of cross-sectional type. 117 mothers and their children (under 5 years old) referred to the health centers of the Ardabil city were selected by random sampling method. To collect the information needed from mothers, a demographic questionnaire and a GHQ-28 questionnaire were used. Children's anthropometric indices were used to collect the information about children. Data were analyzed by SPSS-16 software, using correlation analysis and independent t-test.

Results: The results of this study showed that 59% of women were suspected of having mental problems which included social functioning problem (94.9%), anxiety (38.5%), physiological (41%) and depression (5.14%). Also, the means of weight and height indices of children were 37.84 ± 31.31 and 39.57 ± 32.17 , respectively. The results of statistical analysis showed that 69.2% of children had a weight index of less than 50 and 61.5% had a height index of lower than 50. Also, statistical results showed the correlation only between the maternal somatization subscale with child weight ($p < 0.01$). For others, no correlation was observed between the variables with the weight and height indices of the child.

Conclusion: The data obtained from this study show that the mental health of mothers can play an important role in the growth and development of children. Therefore, health care providers' awareness of changes in women's mental health status is important for planning toward improving their mental health and the anthropometric indices of their children.

Keywords: Maternal Mental Health; Anthropometric Weight & Height Indices in Children

ارتباط بین سلامت روان مادران و شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان (قد و وزن) در مادران و کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴

پرویز مولوی^۱، افشان شرقی^۲، مهریار ندرمحمدی^{۳*}، حبیبه سلوت^۴، پریسا توکلی حسنگلو^۵

۱. فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۲. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۳. دکترای روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان فاطمی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۵. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۵۶۰۸۷۰ ایمیل: mehriar46@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: شاخص‌های آنتروپومتریک از معیارهای قابل اعتماد برای ارزیابی وضعیت سلامت کودکان می‌باشند و چون خصوصیات و شرایط روانشناختی مادر تا حد زیادی می‌تواند کیفیت ارتباط وی را با کودک تحت تاثیر قرار دهد، لذا این مطالعه به منظور تعیین رابطه سلامت روان مادران و شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان در مادران و کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. ۱۱۷ نفر از مادران و کودکان زیر ۵ سال آنها، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اردبیل، به روش نمونه تصادفی انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات مورد نیاز مادران، از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه GHQ-28 و برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز کودکان، از شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان استفاده شد. سپس داده ها با کمک نرم افزار SPSS-16 و به روش همبستگی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد ۵۹ درصد زنان مشکوک به مشکلات روانی بودند که به ترتیب شامل مشکل در عملکرد اجتماعی (۹۴/۹٪)، اضطراب (۳۸/۵٪)، جسمانی سازی (۴۱٪) و افسردگی (۱۴/۵٪) بود. همچنین میانگین شاخص وزنی کودکان $37/84 \pm 31/31$ و شاخص قدی $39/57 \pm 32/17$ بود. نتایج حاصل از آنالیز آماری نشان داد که ۶۹/۲ درصد از کودکان دارای شاخص وزنی پایین تر از ۵۰ و ۶۱/۵ درصد دارای شاخص قدی پایین تر از ۵۰ بودند. همچنین نتایج آماری نشان داد که تنها در مورد خرده مقیاس جسمانی سازی مادران با وزن کودک همبستگی وجود داشته ($p < 0/01$) و در بقیه موارد همبستگی بین متغیرها با شاخص‌های وزنی و قدی کودک مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: اطلاعات بدست آمده از این مطالعه نشان داد که سلامت روان مادران می‌تواند نقش مهمی در رشد کودکان ایفا نماید. بنابراین آگاهی مراقبان بهداشتی از تغییرات وضعیت سلامت روانی زنان برای برنامه ریزی به منظور ارتقای سلامت روانی آنان و بهبود شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان شان مهم است.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان مادران، شاخص‌های آنتروپومتریک وزنی و قدی کودکان

پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۱

دریافت: ۹۷/۴/۱۵

مقدمه

بررسی خصوصیات تن سنجی یکی از روش‌های متداول ارزیابی و تعیین وضعیت تغذیه کودکان است (۱) و با این ارزیابی قبل از بروز علائم بالینی سوءتغذیه، کودکان در معرض خطر شناسایی و برنامه‌ریزی لازم برای انجام مداخلات صورت می‌گیرد (۲). روش‌های متعددی برای ارزیابی وضعیت تغذیه وجود دارد، یکی از مهمترین و راحت‌ترین روش‌ها، شاخص‌های آنتروپومتریک می‌باشد که شامل قد و وزن بوده و بر اساس معیارهای مختلفی چون کارت‌های رشد، طبقه‌بندی‌های گومز (وزن برای سن)، مک لارن (وزن برای قد) شاخص توده بدن^۱ صورت می‌گیرد. این نوع ارزیابی به عنوان یک شاخص حساس سلامت و توسعه اجتماعی- اقتصادی جامعه محسوب می‌شود. رشد کودکان و معیارهای آن تحت تاثیر عوامل ژنتیک و محیطی می‌باشد و آنچه بیش‌تر در این رابطه قابل مداخله می‌باشد، عوامل محیطی، کنترل عفونت‌ها، سبک زندگی و نحوه تعامل والدین، بویژه مادران با آنها می‌باشد (۳). چون مادران هسته اصلی مراقبت از کودک می‌باشند، «تغذیه کودک، مراقبت‌های بهداشتی، پیگیری واکسیناسیون کودک و مراقبت از کودک بیمار» بر عهده مادر می‌باشد. بنابراین سلامت روان مادر است که تعیین می‌کند وی تا چه حد از عهده این مسئولیت بر می‌آید (۴). در واقع سلامتی^۲ حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است. و سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌هایی بالقوه فکری و هیجانی می‌باشد (۵). سلامت روان در زنان موجب شادی و نشاط و بالارفتن حس اعتماد به نفس در آنان می‌شود؛ فقدان آن اضطراب، استرس، دلهره و ناامیدی زندگی را به

همراه خواهد داشت (۶،۷). در نتیجه خصوصیات و شرایط روانشناختی مادر تا حد زیادی می‌تواند کیفیت ارتباط او را با کودک تحت تاثیر قرار دهد (۸). مطالعات نشان داده‌اند سلامت روان مادر بر میزان رشد نوزادان در قبل و بعد از تولد تاثیر می‌گذارد (۹). تمام عوامل تهدیدکننده سلامت مادر می‌تواند تاثیر منفی بر رشد و نمو نوزادان داشته باشد. تولد نوزاد سالمی که دارای قد و وزن و دور سر طبیعی باشد، یکی از مهمترین مسائلی است که می‌تواند خستگی نه ماه بارداری را از تن و روح مادر بزدايد. ولی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بدون داشتن سلامت روانی کافی در طول دوره بارداری، این امر شدنی نیست (۵). محققین اعتقاد دارند یکی از مهمترین عوامل وزن‌گیری مناسب و رشد قدی جنین، تغذیه مطلوب و آرامش روانی مادر است. مادرانی که دارای نشانه‌های افسردگی هستند، چه بسا به دلیل افت کارکردهای انگیزشی، انگیزه لازم برای تغذیه مناسب و به موقع نداشته باشند. همچنین به دلیل عدم علاقه و کسب نکردن لذت از فعالیت‌های معمول زندگی تحرک و فعالیت فیزیکی آنها کاهش می‌یابد. همه اینها در کنار تغییرات هورمونی ناشی از افسردگی می‌توانند بر روند رشد جسمی جنین، تاثیرات ناگواری داشته باشند (۱۰). پژوهش پاینده و همکاران رابطه بین سلامت روان مادر با مشکلات غذاخوردن کودک را نشان داده است و به این نتیجه رسیده‌اند که مادران افسرده به نشانه‌های سیری یا گرسنگی کودک کمتر واکنش نشان می‌دهند (۸). بهرامی و همکاران در پژوهشی که زنان باردار را بر اساس پرسشنامه بک^۳ و ادینبرگ^۴ به دو گروه افسرده و غیرافسرده تقسیم کردند، نشان دادند که احتمال تولد نوزادان کم وزن در زنان دارای افسردگی ۳/۱ برابر زنان غیرافسرده است. میانگین وزن هنگام تولد، دور سر هنگام تولد و

³ Beck⁴ Edinburgh¹ Body Mass Index² Health

میانگین آپکار بالای ۶ در نوزادان گروه شاهد بیشتر از کودکان گروه کنترل بود (۱۰). در پژوهشی مورد-شاهدی که در مناطق روستایی پاکستان روی ۸۲ کودک دچار سوء تغذیه به عنوان گروه مورد و ۹۰ کودک سالم به عنوان گروه شاهد انجام شد، رحمان و همکاران به این نتیجه رسیدند که دیستریس روحی مادر خطر بالقوه‌ای برای تغذیه کودک می‌باشد (۴). همچنین در مطالعه مقطعی که ترویدی‌هارفام^۱ و همکاران در چهار کشور هند، اتیوپی، پرو و ویتنام انجام دادند، ۲۰۰۰ مادر و کودک ۱۸-۶ ماهه مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه نشان داده شد که همراهی مشکلات شایع روانشناختی مادران و سوءتغذیه کودک بالا است. شانس همراهی کوتاه قدی و مشکل روان مادران در هند ۱/۴ و پرو ۱/۱ و ویتنام ۱/۳ و اتیوپی ۰/۹ بود. با توجه به مطالب ذکرشده که نشان‌دهنده اهمیت نقش مادران در پرورش ویژگی‌های روانی، عاطفی و رشدی کودکان می‌باشد، و نشان‌دهنده این است که مادران کانون سلامتی یا بیماری کودکان خود محسوب می‌شوند. درواقع، اگر خانواده‌ها به ویژه مادران، در زمینه‌های مختلف فرهنگی، تربیتی و اجتماعی دارای عملکرد درستی باشند، می‌توانند افراد سالم و بهنجار به جامعه تحویل دهند، در غیر این‌صورت اختلالات روانی-رشدی و تعارضات شخصیتی در جامعه به ویژه در کودکان و نوجوانان نمایان خواهد شد. لذا با توجه به نقش محیط بویژه وضعیت روحی-روانی مادران در جنبه‌های مختلف رشد کودک، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت روان مادران و شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه

مادران و کودکان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه مورد مطالعه، ابتدا مراکز بهداشتی-درمانی شهر اردبیل به سه طبقه اقتصادی-اجتماعی بالا، متوسط و پایین تقسیم شده، سپس از هر منطقه دو مرکز بصورت تصادفی انتخاب و تعداد ۱۱۷ نفر از مادران و کودکان زیر ۵ سال مورد ارزیابی قرار گرفتند (با توجه به میزان مراجعات مادران کودکان زیر ۵ سال به این مرکز و با استفاده از فرمول کوکران ۱۱۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند). برای اجرای این پژوهش بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و اخذ کد اخلاق، ابتدا پرسشنامه دموگرافیک در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و بعد از تکمیل آن، وضعیت سلامت روان مادران با پرسشنامه GHQ-28^۲ و شاخص‌های قدی و وزنی کودکان با ترازو و متر مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات پس از جمع‌آوری وارد SPSS-16 شده و از طریق روش آماری همبستگی و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

معیارهای ورود مادران و کودکان به ترتیب عبارت بودند از: معیار مادران: سن بالای ۲۰ سال، توانایی خواندن-نوشتن، شخصاً عهده‌دار مراقبت از کودک خود بودن؛ و معیار ورود کودکان عبارت بودند: سن از ۶ ماه تا ۵ سال.

معیارهای خروج مادران و کودکان به ترتیب عبارت بودند از: معیار مادران: داشتن هرگونه اختلال جسمانی مزمن، معلولیت جسمانی محدودکننده، استفاده از افراد دیگر برای مراقبت از کودک در بیش از یک سوم دوره زندگی؛ و معیار کودکان نیز عبارت بودند از: داشتن هرگونه اختلال گوارشی در یک ماه گذشته، هرگونه اختلال مزمن جسمانی و روانی، تحت درمان و بستری بودن در یک ماه گذشته، داشتن ناهنجاری ناحیه دهان و غیره.

² General Health Questionnaire-28

¹ Harpham

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه GHQ-۲۸ در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ طراحی شده و هدف از طراحی آن شناسایی اختلالات روانی در محیط‌های مختلف بود که وضعیت روانی فرد در یک ماه گذشته را مورد سوال قرار می‌دهد (۱۱). چهار حوزه جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی با این پرسشنامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. پاسخ‌ها بصورت لیکرت کدبندی می‌شوند (۰-۱-۲-۳). نقطه برش برای نمره کل، ۲۳ و بالاتر و برای خرده مقیاس‌ها نمره ۷ و بالاتر می‌باشد که نشان‌دهنده داشتن مشکل سلامت روان می‌باشد.

یافته‌ها

طبق یافته‌های پژوهش میانگین سن مادران $29/32 \pm 5/04$ سال و دامنه سن به ترتیب کمترین ۲۰ و بیشترین ۴۰ سال بود. ۵۳/۸ درصد مادران با

بیشترین فروانی تحصیلات دبیرستان، ۲۷/۴ درصد مادران با تحصیلات دانشگاهی و ۱۸/۸ درصد نیز با کمترین فروانی تحصیلات راهنمایی داشتند. ۴۸/۷ درصد از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت با بیشترین فروانی تک فرزند و ۰/۹ درصد با کمترین فروانی بیش از ۴ فرزند داشتند. ۴۲/۵ درصد از خانواده‌ها درآمد زیر یک میلیون و ۵۷/۵ درصد درآمد بالای ۱ میلیون تومان داشتند. ۴۹/۶ درصد کودکان پسر و ۵۰/۴ درصد کودکان دختر بودند. ۸۶/۴۴ درصد کودکان با شیر مادر و ۱۰/۱۶ درصد کودکان با شیرخشک و ۳/۳۸ درصد کودکان بصورت ترکیبی تغذیه می‌شدند. ۶۹/۲ درصد از کودکان صدک وزنی پایین‌تر از ۵۰ و ۶۱/۵ درصد از کودکان صدک قدی پایین‌تر از ۵۰ بودند.

جدول ۱ مقادیر میانگین، انحراف معیار و فراوانی هریک از خرده مقیاس‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و فراوانی خرده مقیاس‌های GHQ-28

متغیر (خرده مقیاس)	مقیاس	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	زیر ۷	۱۰۰	۸۵/۵	۱/۵۲	۱/۸۲
	مساوی یا بالاتر از ۷	۱۷	۱۴/۵	۹/۲۳	۲/۵۱
اضطراب	زیر ۷	۷۲	۶۱/۵	۳/۲۵	۱/۸۸
	مساوی یا بالاتر از ۷	۴۵	۳۸/۵	۱۰/۰۲	۳/۱۰
جسمانی سازی	زیر ۷	۶۹	۵۹	۳/۸۹	۱/۴۱
	مساوی یا بالاتر از ۷	۴۸	۴۱	۹/۷۵	۲/۷
کارکرد اجتماعی	زیر ۷	۶	۵/۱	۴/۳	۱/۲
	مساوی یا بالاتر از ۷	۱۱۱	۹۴/۹	۱۲/۴۸	۲/۲۶

جدول ۲. ارتباط نمره کل و خرده مقیاس GHQ28 با وزن و قد کودک

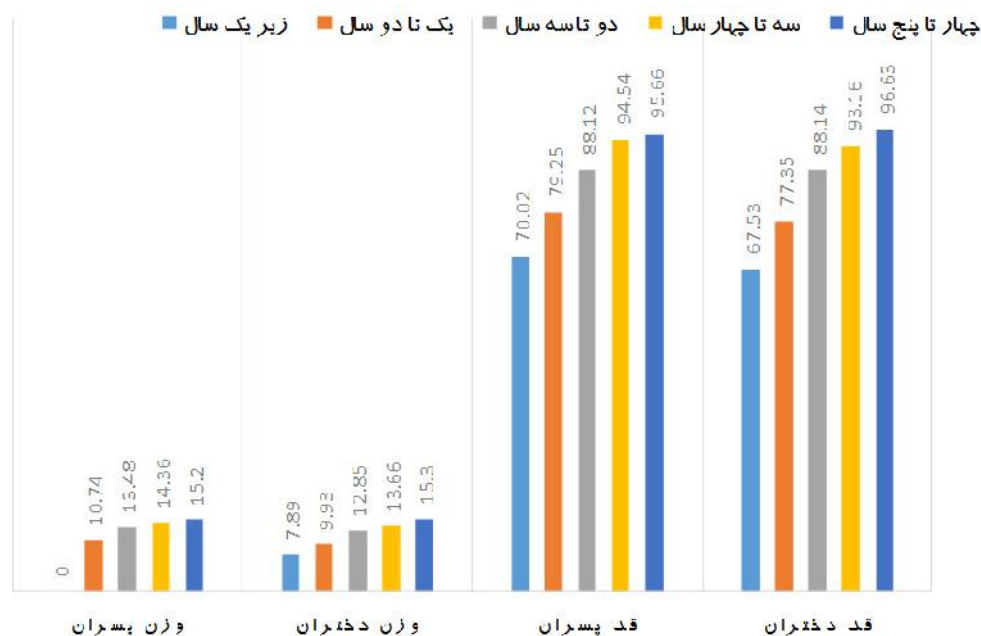
متغیر	وزن کودک (r)	وزن کودک (p)	قد کودک (r)	قد کودک (p)
افسردگی	$r = 0/089$	$p = 0/034$	$r = 0/115$	$p = 0/424$
اضطراب	$r = 0/086$	$p = 0/356$	$r = 0/116$	$p = 0/213$
کارکرد اجتماعی	$r = 0/09$	$p = 0/295$	$r = 0/11$	$p = 0/236$
جسمانی سازی	$r = 0/237$	$p = 0/01$	$r = 0/143$	$p = 0/124$
نمره کلی	$r = 0/148$	$p = 0/112$	$r = 0/115$	$p = 0/218$

قد کودک مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج آماری نشان داد وزن کودک تنها با خرده مقیاس جسمانی

در جدول ۲ همبستگی نمره کل و نمره خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی مادران با وزن و

متغیرها با قد کودک مشاهده نگردید. در نمودار شماره ۱ شاخص های قدی و وزنی دختران و پسران به تفکیک گروه های سنی ارائه شده است.

سازی همبستگی داشت ($p < 0.01$) و در خرده مقیاس های دیگر این همبستگی مشاهده نشد. در مورد قد کودک نیز هیچ گونه همبستگی بین این



نمودار ۱. شاخص های قدی و وزنی کودکان به تفکیک سن و جنس

کودکان در مادران و کودکان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ پرداخته است. نتیجه کلی پژوهش نشان دهنده این است که بین خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و سازگاری اجتماعی مادران با شاخص های آنتروپومتریک کودکان (وزن- قد) هیچ گونه رابطه ای وجود نداشت، اما بین خرده مقیاس جسمانی سازی مادران با شاخص های آنتروپومتریک کودکان رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0.01$).

قسمت اول پژوهش نشان دهنده عدم ارتباط بین خرده مقیاس افسردگی مادران با شاخص وزنی و قدی کودکان است. در واقع میانگین نمرات مادران کودکانی که شاخص وزنی و قدی بالای ۵۰ داشتند، $2/86 \pm 3/45$ و $3/52 \pm 3/62$ بودند و مادران کودکانی که شاخص وزنی و قدی زیر ۵۰ داشتند میانگین نمرات $2/24 \pm 3/14$ و $2/5 \pm 3/28$ بودند. در نتیجه آزمون تی بین نمرات خرده مقیاس افسردگی

میانگین وزن کودکان پسر زیر یک سال ۸/۷، یک تا دو سال ۱۰/۷۴، دو تا سه سال ۱۳/۴۸، سه تا چهار سال ۱۴/۳۶ و پسران چهار تا پنج سال ۱۵/۲۰ بود. میانگین وزن کودکان دختر زیر یک سال ۷/۸۹، یک تا دو سال ۹/۹۳، دو تا سه سال ۱۲/۸۵، سه تا چهار سال ۱۳/۶۶ و دختران چهار تا پنج سال ۱۵/۳۰ بود. میانگین قد پسران زیر یک سال ۷۰/۰۲، یک تا دو سال ۷۹/۲۵، پسران دو تا سه سال ۸۸/۱۲، پسران سه تا چهار سال ۹۴/۵۴ و پسران چهار تا پنج سال ۹۴/۶۶ بود. میانگین قد دختران زیر یک سال ۶۷/۵۳، یک تا دو سال ۷۷/۳۵، دختران دو تا سه سال ۸۸/۱۴، دختران سه تا چهار سال ۹۳/۱۶ و دختران چهار تا پنج سال ۹۶/۶۳ بود.

بحث

پژوهش حاضر به بررسی ارتباط بین سلامت روان مادران و شاخص های آنتروپومتریک (وزنی- قدی)

مادران دو گروه تفاوت معناداری نشان نداد. علت اینکه نتایج این پژوهش هیچ ارتباطی بین افسردگی مادران با رشد وزنی و قدی کودکان نیافت به این مربوط می‌شود که نتایج حاصل از این پژوهش نشان‌دهنده این است که اولاً نمرات مادران مورد مطالعه در خرده مقیاس افسردگی نسبت به خرده‌مقیاس‌های دیگر بسیار پایین بوده و تعداد بسیار معدودی از مادران مورد مطالعه مشکوک به افسردگی تشخیص داده شدند. با توجه به اینکه آمار افسردگی در بین زنان برخی نواحی ایران، بالا و حتی در یک مطالعه حدود ۴۰ درصد گزارش شده است، انتظار می‌رفت افسردگی در منطقه اردبیل نیز از شیوع بالایی برخوردار باشد که خوشبختانه این رقم در مطالعه حاضر نسبتاً پایین بود و این احتمال را مطرح می‌کند که در این منطقه توجه به مادر، به‌ویژه در دوران بارداری، نسبتاً مناسب و مراقبت‌های حین دوران بارداری و بعد از آن در حد مطلوب انجام می‌گیرد و حمایت خانواده‌ها و حتی جامعه از مادر در حد قابل قبول و مطلوبی می‌باشد. به نظر می‌رسد در منطقه اردبیل، خانواده‌ها برای اینکه کودکان سالمی داشته باشند، مادران را مورد حمایت‌های روحی و تغذیه‌ای قرار می‌دهند، زیرا در این مطالعه، مادران در مقایسه با سایر مطالعات که حاکی از تولد نوزادانی با سن ۱/۵ تا ۳ برابر پایین‌تر از نرمال می‌باشند دارای نوزادانی با رشد طبیعی بودند (۱۹،۲۰). در نتیجه یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج پژوهش رحیمی و همکاران (۲۱)، عطریان و همکاران (۲۲) و افشار و همکاران (۲۳) می‌باشد. نتایج این پژوهش‌ها نشان‌دهنده این است که در رشد وزنی و قدی کودکان باید تمام جنبه‌های زیستی و محیطی کودکان، مادران و سایر خانواده را در نظر گرفت و فقط سلامت مادر را مورد بررسی قرار نداد. ولی با مطالعات صادقی و همکاران در کرمانشاه که بیشترین اختلال مربوط به بعد افسردگی بود غیرهمسو بود که این اختلاف می‌تواند

ناشی از اختلاف در محیط فرهنگی- اجتماعی، مذهبی و غیره باشد (۲۴). قسمت دوم پژوهش نشان‌دهنده عدم ارتباط بین خرده‌مقیاس اضطراب مادران با شاخص‌های وزنی و قدی کودکان است. طبق یافته‌های این پژوهش میانگین نمرات مادران کودکانی که شاخص وزنی و قدی بالای ۵۰ داشتند، $۶/۲۵ \pm ۴/۳۱$ و $۵/۴۴ \pm ۳/۶۰$ بود و میانگین نمرات مادران کودکانی که شاخص وزنی و قدی زیر ۵۰ داشتند $۵/۶۷ \pm ۴/۳۷$ و $۴/۱۱ \pm ۴/۳۷$ بودند. در نتیجه آزمون تی بین نمره اضطراب مادران دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد. طبق خرده‌مقیاس افسردگی، ارتباط بین خرده‌مقیاس اضطراب و شاخص‌های انتروپومتریک وزن و قد کودکان نیز رد شد. چون در خرده‌مقیاس اضطراب هم مثل خرده‌مقیاس افسردگی، مادران علائمی که نشان‌دهنده میزان بالای اضطراب آنها باشد از خود گزارش نکردند. با توجه به اینکه اضطراب حالتی است که هر انسانی خواه ناخواه آن را در اثر تحت فشاربودن یا تنش تجربه می‌کند، اما گاهی اضطراب با حوادث مکانی و زمانی تناسب ندارد و منجر به بروز علایم مخرب و هشداردهنده در انسان می‌گردد و گاهی نیز اضطراب یک فرد تنها روی خودش اثر ندارد بلکه زندگی آینده یک کودک را نیز به خطر می‌اندازد (۱۷) و اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که زنان ممکن است در زندگی‌شان تجربه کنند و از آنجایی که تربیت کودک نیز یکی از حساس‌ترین کارهای ممکن برای مادران به‌ویژه برای مادرانی است که زندگی آنها همیشه با اضطراب همراه است؛ در نتیجه رشد کودک تحت تاثیر اضطراب مادر قرار می‌گیرد. نتایج مطالعات شایتقیان و همکاران (۱۸) نشان‌دهنده آن است که سلامت روانی کودکان تحت تاثیر حالات روانی و هیجانی مادران است و سطح سلامت روانی نوزادان متولدشده از مادران مضطرب بطور معناداری پایین‌تر از نوزادان متولدشده از مادران

غیر مضطرب است. این نتایج همسو با نتایج مطالعات کامرر^۱ و همکاران (۱۹)، اوکانار^۲ و همکاران (۲۰، ۲۲) و مولدر^۳ و همکاران (۲۱) می‌باشد. لذا با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت که کیفیت زندگی کودکان بستگی به سلامت روان مادران دارد و مادرانی که از سلامت روانی کمتری بخصوص از میزان بالای اضطراب برخوردار هستند اثرات زیانباری بر رشد کودکان خود داشته و منجر به بروز اختلالاتی (از جمله کاهش رشد حرکتی، تغییرات رفتاری، مشکلات گوارشی، کم‌وزنی و...) می‌شوند.

همچنین قسمت دیگر پژوهش نشان‌دهنده عدم ارتباط بین خرده مقیاس سازگاری اجتماعی با شاخص‌های وزنی و قدی کودکان است. با توجه به میانگین نمرات مادران کودکانی که در خرده مقیاس سازگاری اجتماعی که شاخص وزنی و قدی بالای ۵۰ داشتند، $11/72 \pm 3/29$ و $11/0 \pm 3/14$ بودند و میانگین نمرات خرده مقیاس سازگاری اجتماعی مادران کودکانی که شاخص وزنی و قدی زیر ۵۰ داشتند، $12/22 \pm 2/65$ و $12/23 \pm 2/67$ بودند. با توجه به میانگین نمرات مادران در آزمون تی، بین نمره خرده مقیاس سازگاری اجتماعی مادران دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد. از آنجایی که نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده این است که مادران مورد مطالعه از سازگاری اجتماعی بهتری برخوردار بودند، لذا با توجه به نتیجه فرضیه فوق می‌توان گفت که در این پژوهش بین سازگاری اجتماعی مادران و شاخص وزنی و قدی کودک رابطه‌ای وجود ندارد. در تبیین سازگاری اجتماعی مادران با رشد وزنی و قدی کودکان با توجه به نتایج مطالعات پژوهشگران می‌توان چنین استدلال کرد که با توجه به اینکه نقش اساسی در حفظ تعادل روانی- اجتماعی

خانواده برعهده مادر است و ایجاد تنش و فشار در مادر بر سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد و با توجه به اینکه مادر نقش مهمی در سلامت روان اعضای خانواده دارد (۲۳) و کیفیت روابط والدین بخصوص رابطه مادر و کودک نقش تعیین‌کننده‌های در شکل‌گیری شخصیت و عملکرد اجتماعی و شناختی و نیز بهداشت روان کودک در آینده داشته و تأثیر طولانی مدت آن بر رشد و تکامل کودک به اثبات رسیده است (۲۵) می‌توان چنین استدلال کرد که هر چقدر سازگاری مادران با اجتماع و خانواده بیشتر و باکیفیت باشد، نقش تعیین‌کننده‌ای در رشد و تربیت کودک هم از لحاظ روانشناختی و هم از لحاظ زیست‌شناختی دارد. در نتیجه می‌توان گفت که نتیجه این پژوهش همسو با نتایج پژوهش عطریان و همکاران (۱۵)، مسامر^۴ و همکاران (۲۵)، کوهسالی و همکاران (۲۳) می‌باشد.

اما قسمت آخر پژوهش نشان‌دهنده ارتباط بین خرده مقیاس جسمانی سازی مادران با شاخص وزنی و قدی کودکان است ($p < 0/01$). میانگین خرده‌مقیاس جسمانی سازی مادران کودکانی که شاخص وزنی و قدی بالای ۵۰ داشتند $5/36 \pm 3/71$ و $5/82 \pm 2/58$ و میانگین خرده مقیاس جسمانی سازی کودکانی که شاخص وزنی و قدی زیر ۵۰ داشتند $5/82 \pm 3/38$ و $5/01 \pm 4/01$ بود. آزمون تی بین نمره جسمانی سازی مادران از لحاظ شاخص وزنی دو گروه تفاوت معناداری نشان داد ولی از لحاظ شاخص قدی تفاوت معناداری را نشان نداد. درواقع از لحاظ بعد رشد وزنی همبستگی بین نمره خرده‌مقیاس جسمانی سازی با وزن کودک نشانگر رابطه مثبت معنی‌داری بود. این قسمت نشان‌دهنده این است که با بالارفتن نمره خرده مقیاس جسمانی‌سازی مادران، وزن کودکان نیز بیشتر می‌شود. این مسئله می‌تواند به دلیل توجه بیش از اندازه چنین مادرانی به ویژگی‌های جسمانی باشد.

¹ Kammerer² O'Connor³ Mulder⁴ Messmer

به عبارتی مادری که سعی در توجیه مشکلات روحی خود در قالب مسائل جسمانی می‌باشد در مورد کودک خود نیز بیشتر به مسائل جسمانی و تغذیه حساسیت نشان می‌دهد و این مسئله موجب بالا رفتن میانگین صدک وزنی کودکان شده است. در کل می‌توان چنین بیان کرد که عدم ارتباط بین شاخص‌های سلامت روان مادر و وزن و قد کودک (به استثنای اختلال جسمانی سازی و وزن کودک) می‌تواند ناشی از توجه بالای مادران این منطقه نسبت به نیازهای جسمی کودکان باشد. به عبارتی حتی مادرانی که از مشکلات سلامت روان رنج می‌برند حساسیت لازم نسبت به نیازهای کودکانشان دارند. نتیجه این پژوهش همسو با نتایج رحیمی و همکاران (۱۴)، و مسسمر و همکاران (۲۶) می‌باشد. ولی با نتایج خیرآبادی و همکاران (۲۷)، بهرامی و همکاران (۱۰)، قروتی و همکاران (۲۸)، رحمان و همکاران (۴) و سانتوس و همکاران (۲۹) غیرهمسو می‌باشد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان داد که با وجود مشکلات سلامت روان در مادران، این مسئله تأثیر زیادی در شاخص‌های آنتروپومتریک کودکانشان نداشته و فقط خرده مقایس جسمانی سازی مادران با شاخص

وزنی کودکان مرتبط بوده و باعث افزایش شاخص وزنی کودکان شده است.

پیشنهادهای و محدودیت‌ها

گنجاندن یک برنامه بهداشتی جدید به عنوان غربالگری افسردگی و سایر اختلالات روانی در مادران و انجام مداخلات درمانی به موقع می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و کودکانشان باشد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به بررسی مقطعی سلامت روان مادران اشاره کرد و از طرفی، استفاده از پرسشنامه به تنهایی شاید ابزار کافی برای بررسی سلامت روان مادران نبوده و نیاز به روش‌های ارزیابی تکمیلی دیگری مانند مصاحبه و پایش بالینی باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای حرفه‌ای به شماره IR.IRUMS.RES.1394.40 می‌باشد. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اعضای شورای پژوهشی دانشگاه، کلیه کارمندان مراکز بهداشتی- درمانی شهر اردبیل و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش (مادران و کودکان) که تا آخرین مرحله اجرای این پژوهش با محققین همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- 1-Abalkhail B. Overweight and obesity among Saudi Arabian children and adolescents between 1994 and 2000. East Mediterr Health J. 2002; 8(4,5): 225-30
- 2- Kerac M, Seal A, Blencowe H, Bunn J. Improved assessment of child nutritional status using target weights and a novel, lowcost, weight-for-height slide chart. Trop Doct. 2009; 39(1): 23-6.
- 3-Bhagowalia P, Chen SE, Masters WA. Effects and determinants of mild underweight among preschool children across countries and over time. Econ Hum Biol. 2011; 9(1):66-77.
- 4-Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. Child: care, health and development. 2004; 30(1):21-7.
- 5-Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy; implications for mothers, children, research, and practice. Current Opinion in Psychiatry. 2012; 25: 141-48.
- 6-Araste M. Study of mental health status and its related factors among high school teachers in cities of Sanandaj and Bijar. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2008. 12(4): 53-62.

- 7-Olfson M. National trends in the outpatient treatment of depression. *WJAMA*. 2002. 287(2): 203.
- 8-Payandeh A, Saki A, Safarian M, Tabesh H, Siadat Z. prevalence of malnutrition among preschool children in northeast of Iran, a result of a population based study. *Global journal of preventive medicine*. 2013; 5(2). 208-212.
- 9-Behjati Z, Hatami J, Rostami R, Khomami S. Comparison effect of self-reference in affect working memory in depress and non-depress women. *J Semman Clinical Psychology*. 2012; 4: 51-59.
- 10-Bahrami N, Bahrami S. The Relationship between Pregnancy Depression and Delivery Type and Anthropometric Indices of Neonatal. *Koomesh*. 2014; 15 (1): 45-39.
- 11-Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire, U.K. *NFER-NELSON*. 1988; 109(13):1391-4.
- 12-Smith MV, Brunetto WL, Yonkers KA. Identifying perinatal depression-sooner is better. *Contemporary Ob/Gyn*. 2004; 49: 58-79.
- 13-Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8: 24.
- 14-Rahimi G, Shargi A, Haji Mirzaei M. Relationship between maternal depression and birth and birth rate indices of newborns. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;16(55)1-6.
- 15- Atrian Kafaie M, Nasiry S, Sarafranz N, Abaszadeh F Asghary M. Relation in breastfeeding embracing with growth indices. *Comprehensive Nursing and Midwifery*. 2016; 26(79): 41-47(Persiaon).
- 16-Afshar M, Delaware Devine N, Kianfar S. Comparison of Indicators of Neonatal Growth in Unwanted Pregnancy with Desired Pregnancy. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2004; 6(13): 40-45.
- 17-Mansour M, Dadsetan P. [Translation of General Psychothology (Mental Diseases)]. Corraze J (Authors). Tehran: Roshd Publications; 2002; 150-152(Persiaon).
- 18-Shayaghan Z, Rasoulzadeh T, Sedighi LE. The effect of anxiety in the last three months of pregnancy on the process of delivery and mental health of the baby. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences (Hayat)*. 2008; 14 (4)64-57.
- 19-Kammerer M, Adams D, Castelberg Bv, Glover V. Pregnant women become insensitive to cold stress. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2002; 2(1): 8.
- 20-O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(3): 211-7.
- 21-Mulder EJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev*. 2002; 70(12): 3-14.
- 22-O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P; ALSPAC Study Team. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Dev*. 2007; 83(7): 451-8.
- 23-Kuhsali M, Mir Khaman SM, Karimlo M and Mirzam MS Comparison of the social compatibility of mothers with the child of the retarded mentally retarded girl. *JBS*. 2008; 2(2):165-172.
- 24-Sadeghi R, Zareipour MA. Akbari H and KHanbiegi M. Mental Health Status and Related Factors in Women Referring to Health Centers. *Journal of Health and Care* .2011;13(3):1-9.
- 25-Messmer R, Rodriguez S, Adams J, washburn k. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *J Pediatric Nursing*. 2007; 23(4):408-414.
- 26-Messmer R, Rodriguez S, Adams J, washburn k. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *J Pediatric Nursing*. 2007; 23(4):408-414.
- 27-Kheirabadi GH, Kabiri Azadeh. Comparison of birth growth indices between newborns of depressed and non-depressed women. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2006; 8 (1):34-40.
- 28-Grote V, Vik T, Kries RV, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A European cohort study. *BMC Pediatrics*. 2010; 10(14): 2-8
- 29- Santos I, Matijasevich A, Rodrigues M, Barros A, Barros F. Long-lasting maternal depression at 12, 24, and 48 months post-partum is not a risk factor forimpaired child growth or overweight at age of 4 years. *J Pediatr*. 2010;157:401-406.