

# תפקידם של הורים בהתפתחות דפוסי השינה של תינוקם

תקציר:

במאמר זה נסקרת ספרות המחקר הדנה בקשרים שבין הורות לבין שינה של תינוקות. בתחילת המאמר מוצגים בקצרה נושאים, כגון התפתחות השינה והפרעות שינה במהלך הגיל הרך; התפתחותן של הפרעות השינה מובנת ומתוארת במסגרת של הדגם המערכתי (Transactional model), אשר לפיו מתקיימת מערכת קשרים מורכבת ודו־כיוונית בין שינת התינוק לבין גורמים פסיכולוגיים ופסיכוסוציאליים שונים. חלקו השני של המאמר מתמקד בתפקידם של ההורים בהתפתחות דפוסי שינה של תינוקות. בייחוד מתוארים: א' ממצאים המצביעים על קיומם של קשרים הדוקים בין דפוסי ההתנהגות והמעורבות ההוריים לבין השינה של התינוק; ב' מחקרי יעילות של שיטות טיפול בהפרעות שינה של תינוקות המבוססות על שינוי דפוסי ההתנהגות של ההורים; ג' מחקרים שמתמקדים בהבנת הקשרים הקיימים בין משתנים הוריים, כמו תפיסות וציפיות הוריות ביחס לשינה של תינוקות ופסיכופתולוגיה הורית, לבין דפוסי ההתנהגות ההוריים בלילה ושינת התינוק.

ליאת טיקוצקי<sup>1</sup>  
אבי שדה<sup>2</sup>

<sup>1</sup>המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, <sup>2</sup>המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל אביב

מילות מפתח:  
:KEY WORDS

שינה; תינוק; הורים; מעורבות; תפיסות.  
Sleep; Infant; Parents; Involvement; Perceptions

## הקדמה

להתגבשותם של דפוסי שינה יציבים יש חשיבות רבה הן לתינוק המתפתח והן להוריו. עבור התינוק, שינה טובה ויציבה חיונית ביותר להמשך התפתחותו במישור הפיסיולוגי, ההתנהגותי-רגשי והקוגניטיבי. בשנה הראשונה לחיים, חלים שינויים התפתחותיים משמעותיים ביותר בדפוסי השינה של תינוקות. שינויים אלה באים לידי ביטוי בעיקר בהתקצרות משך השינה על פני היממה ובהתגבשות השינה לשנת לילה רציפה<sup>1,2</sup>. אף כי מרבית התינוקות מגיעים לשנת לילה רציפה במהלך השנה הראשונה<sup>3</sup>, תוצאות מחקרים שונים מצביעות על כך ש-20%–30% מכלל התינוקות והפעוטות בין גיל חצי שנה לגיל שלוש אינם מפתחים את היכולת לישון ברציפות, והשינה שלהם ממשיכה להתאפיין ביקיצות מרובות ו/או ממושכות. אין, אומנם, קריטריון מוסכם לקביעת אבחנה של הפרעה בתחום זה, אך הספרות המדעית מתייחסת בדרך כלל לתינוק המתעורר לפחות 3 פעמים בלילה בידיעת ההורה, מספר פעמים בשבוע, כתינוק עם בעיית שינה<sup>4,5</sup>. יחד עם זאת, יקיצות ליליות קצרות הן תופעה טבעית המאפיינת את מרבית התינוקות, כך שההבדל המשמעותי בין התינוק "הישן ברציפות" לבין התינוק המקיץ, אינו טמון בעצם התרחשותם של היקיצות, אלא במידת יכולתו של התינוק להירדם מחדש לאחר שהקיץ, ללא עזרת ההורה<sup>6,3</sup>.

אף כי בקרב הציבור, כמו גם בקרב אנשי טיפול רבים, רווחת העמדה שלפיה קשיים בהירדמות ובשמירה על רצף השינה הם תופעה התפתחותית חולפת, תוצאות המחקר בתחום מראות כי ההפרעות הללו יכולות להיות מתמידות מאוד בכ-50% מהתינוקות הלוקים בהן, ואף להתפתח להפרעה מתמשכת במהלך הילדות<sup>7,8</sup>. לדוגמה, במחקר אורך שהתבסס על דיווחי הורים, נמצא כי 84% מהילדים שלקו בהפרעות שינה כשהיו בני שנה עד שלוש שנים, המשיכו ללקות בהפרעות שינה גם כעבור 3 שנים<sup>7</sup>. במחקר אחר, שנערך בו מעקב אחר תינוקות בני שמונה חודשים, נמצא כי 41% מהתינוקות שלקו בקשיי שינה הראו קשיים אלה גם כעבור שלוש שנים<sup>8</sup>.

מעבר לעקביותן ולשכיחותן הגבוהה של בעיות השינה בינקות, נמצא כי לבעיות השינה בשנים הראשונות יכולות להיות השלכות שליליות משמעותיות על רמת הלחץ המשפחתי ועל התפקוד המשפחתי<sup>9</sup>. בנוסף, קשיי שינה בגילאים מאוחרים יותר נמצאו קשורים לבעיות התנהגות, לקושי בוויסות רגשי ולתפקוד נירו-פסיכולוגי ירוד<sup>7,10,11</sup>.

## אטיולוגיה וגורמים הקשורים להפרעות שינה בילדות המוקדמת

שנתם של תינוקות מושפעת מגורמים פסיכולוגיים ופסיכוסוציאליים רבים. בהקשר תיאורטי רחב, ניתן להסתכל על מנגנון ויסות השינה-ערות כתופעה המתקיימת בתוך דגם מערכתי טרנסקציונלי (Transactional model). הנחת היסוד בדגם זה היא, כי מתקיימים קשרים דינמיים ומורכבים בין דפוסי השינה של תינוקות לבין גורמים שונים, שיכולים להשפיע עליה ולהיות מושפעים ממנה (תרשים 1)<sup>12,13</sup>.

גורמים פסיכולוגיים ורפואיים יכולים להשפיע כמוכּן על שנתו של הילד, ולהוביל במקרים מסוימים להתפתחות הפרעות שינה. הפרעת דום נשימה בשינה (Obstructive sleep apnea) ומחלות שונות כמו שפעת, הגורמות לגודש נוזלים ולחסימות בדרכי הנשימה, יכולות להוביל לקשיי הירדמות וליקיצות תכופות בלילה. בנוסף, דלקות אוזניים, הפרעה בסוגר הוושט הגורמת לפליטות תכופות (Gastroesophageal reflux), אלרגיות שונות, וכאבי בטן (קולי) – כל אלה יכולים לשבש במידה ניכרת את שנתו של התינוק<sup>14,15</sup>. גורם מבני-ביולוגי נוסף שנמצא קשור לשנתו של הילד הוא המגז שלו. באופן כללי נמצא, כי תינוקות בעלי מזג סוער (תינוקות המתאפיינים למשל בבכי רב, סף רגישות חושית נמוך, אי שקט, וסף חרדה נמוך) הם בעלי הפרעות שינה רבות יותר מאשר תינוקות בעלי מזג נוח<sup>16,17</sup>.

בין הגורמים הפסיכוסוציאליים שנמצאו קשורים לדפוסי שינה ובעיות שינה של תינוקות, ניתן למנות השפעות תרבותיות וחברתיות

של ההורים להתפתחות ולהבשלה של התינוק (כלומר, הבנה שכל שהתינוק גדל, כך הוא אמור ללמוד להירדם בזכות עצמו); ב' יחסי גומלין (אינטראקציה) בין התפיסות ההוריות לבין שיטת ההרגעה (כלומר, תפיסות הוריות בעייתיות מסביב להצבת גבולות, לדוגמה, מערערות את יכולתה של האם לפנות ל"עידוד אוטונומי" ולהפחית ב"הרגעה גופנית [פיזית]").

תוצאות מחקרים אלה מצביעות על האפשרות, שמעורבות מוגברת של ההורים בתהליך ההשכבה וההירגעות מקשה על התינוק לפתח כישורי הרגעה משל עצמו. בנוסף ייתכן, שמעורבות ההורים מתגמלת את הילד במידה כזו שהוא

■ **בעיות שינה שכיחות מאוד במהלך הינקות והגיל הרך, ועלולות להיות מתמידות ומתמשכות מאוד. בעיות שינה בשנים הראשונות יכולות לנבוע מגורמים פיסיוולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים שונים.**

■ **קיימים קשרים משמעותיים בין דפוסי שינה והכרעות שינה של תינוקות לבין גורמים שונים הקשורים בהורים, כמו שיטות הרגעה הוריות, תפיסות הוריות ופסיכופתולוגיה. האמונות והתפיסות שיש להורים ביחס לשינה של התינוק (כמו ההסבר שהם מייחסים ליקיצותיו), עשויות להנחות את דפוסי המעורבות וההרגעה שהם יישמו בהשכבה ובלילה, ונמצא כי מעורבות גבוהה של ההורים קשורה הדוקות ליקיצות מרובות וממושכות בלילה.**

■ **מרבית ההתערבויות לטיפול בבעיות שינה של תינוקות מתבססות על ההורים כ"סוכני השינוי". הן מעודדות אותם להכחית את רמת מעורבותם בתהליך ההשכבה ובזמן היקיצות הליליות, על מנת לאפשר לתינוק לרכוש את היכולת לרגיעה עצמית.**

לטיפול בבעיות שינה של תינוקות. ממצאי המחקרים מצביעים באופן מובהק על יעילותן (מעל 80% שיפור)<sup>28,5</sup>. מרבית ההתערבויות הקליניות שנועדו להביא לשיפור באיכות שנתו של התינוק ולהפחתת היקיצות הליליות, מתבססות על שינוי דפוסי ההתנהגות של ההורים ביחס לשינה של התינוק. התערבויות אלה מעודדות את ההורים לשנות את שיטות ההרגעה שלהם, ולסגת באופן הדרגתי ממעורבותם הפעילה בתהליך ההשכבה ובזמן ההתעוררויות, על מנת לאפשר לתינוק ללמוד להירדם בכוחות עצמו. ההגיון המשותף העומד מאחורי השיטות ההתנהגותיות השונות הוא, שכדי שהתינוק ילמד להרדים את עצמו, הוא זקוק מחד-גיסא לפרק זמן עם עצמו, שבו תהיה לו הזדמנות להרגיע את עצמו, ומאידך-גיסא, ההורה ממשיך

(כמו נורמות חברתיות באשר לסוגיית השינה המשותפת)<sup>18,12</sup>, גורמי לחץ (חשיפה לטראומה או ללחצים יומיומיים כמו שינוי מסגרת)<sup>19</sup>, גורמים הקשורים להורים (אישיות, פסיכופתולוגיה, תפיסות הוריות)<sup>21,20</sup>, וגורמים הקשורים ליחסי-גומלין (אינטראקציות) הורה-תינוק (דפוסי התקשרות של התינוק ושל ההורה, שיטות הרגעה, יחסי-גומלין סביב השכבה)<sup>23,22,16</sup>. בהמשך המאמר יידונו הגורמים הקשורים בהורים ובתפקידם בעיצוב דפוסי השינה של התינוק.

## שנת התינוק ודפוסי התנהגות הורים

ניתן לראות, כי במהלך החודשים הראשונים לחיים מרבית התינוקות נעזרים בהוריהם בתהליך ההירדמות. במהלך חודשים אלה, כאשר מבחינה פסיכולוגית מערכת השינה-ערות עדיין אינה בשלה, נודעת חשיבות רבה ליכולת של ההורה להתאים את עצמו לצורכי השינה של התינוק, ולהיות לו לדמות מווסתת ומרגיעה.

מעט מאוחר יותר, (סביב גיל חצי שנה) לומדים מרבית התינוקות להרדים את עצמם, והם אינם זקוקים עוד לנוכחות של ההורים ולעזרתם בתהליך זה. עם זאת, כפי שצוין קודם לכן, תינוקות רבים אינם רוכשים יכולת זאת. במחקרים שונים נמצא, כי קיימים קשרים הדוקים בין מעורבות ההורים בתהליכים הקשורים לשינה, לבין הקושי של התינוק להירדם ונטייתו להתעורר בלילה. לדוגמה, תינוקות הדורשים ו/או מקבלים מידה רבה של עזרה הורית בהשכבה, נוטים להקיש ולקראו להוריהם בשכיחות גבוהה יותר במהלך הלילה, בהשוואה לתינוקות הנרדמים במהלך ההשכבה בכוחות עצמם<sup>25-23</sup>.

אף כי מרבית המחקרים הללו אינם מאפשרים להסיק על סיבתיות, ממצאיהם תומכים בהשערה שלפיה, נוכחותם של ההורים בתהליך ההירדמות מקשה על התינוקות לפתח שיטות הרגעה עצמית החיוניות לשמירת רצף השינה. לדוגמה, Anders וחב<sup>3</sup> מצאו (במחקר שבו התינוקות צולמו בווידיאו), כי תינוקות בני 3 חודשים שהונחו ערים במיטותיהם ונרדמו לבד, נטו לרוב לחדש בכוחות עצמם את שנתם כאשר התעוררו בלילה. לעומת זאת, הורים שהרדמו את תינוקותיהם והכניסו אותם למיטה כשהם כבר ישנים, נטו להוציא את התינוקות מהמיטה יותר ולהרדימם חזרה כשאלה הקיצו בלילה. במחקר נוסף נמצא, כי תינוקות שבילו זמן רב יותר מחוץ למיטותיהם, התקשו יותר להרגיע את עצמם ולהירדם לבד, לעומת תינוקות שבילו זמן רב יותר במיטתם ושהיו להם לכן הזדמנויות רבות יותר להרגיע את עצמם. בנוסף נמצא במחקר זה, כי תינוקות להורים שהשהו את כניסתם לחדר התינוק בתהליך ההירדמות, פיתחו במהלך השנה הראשונה יכולת טובה יותר להרגעה עצמית<sup>24</sup>. במחקר שנערך על ידי Cortina-Borja ו-Morrell<sup>23</sup>, נעשה ניסיון לבדוק מהן ההתנהגויות ההוריות הקשורות לקיומן של הפרעות שינה. החוקרים מצאו, כי התנהגות מוגברת של "הרגעה גופנית פעילה (פיזית אקטיבית)" (כמו לקחת את התינוק על הידיים), לצד שימוש מופחת בהתנהגויות של "עידוד אוטונומי" (לשים לתינוק מוזיקה או צעצוע מרגיע), היו קשורים לקיומן של הפרעות שינה. החוקרים הדגישו עם זאת, כי גם הורים לתינוקות ללא הפרעות שינה הסתייעו בשיטות של הרגעה גופנית, אך יישום שיטות אלה התקיים לצד שיטות לעידוד אוטונומי ולא במקומן. מסקנת החוקרים הייתה, שכדי לפתח הרגלי שינה טובים בתינוקות, חשוב לאזן בין השיטות, ולא להישען באופן מופרז על שיטה מסוימת. בנוסף, החוקרים ביצעו מחקר אורך של שנה, על מנת לבדוק האם הורים משנים את דפוסי התנהגותם וכיצד קשור שינוי זה להפרעות שינה. הם מצאו, כי ככל "עידוד האוטונומי" התחיל מאוחר יותר, כך הפרעות השינה היו מתמידות ועיקשות יותר. הגורמים העיקריים שאיפשרו להסביר את השינוי בהתנהגות ההורים לעבר פנייה רבה יותר ל"עידוד אוטונומי" היו: א' הסתגלות

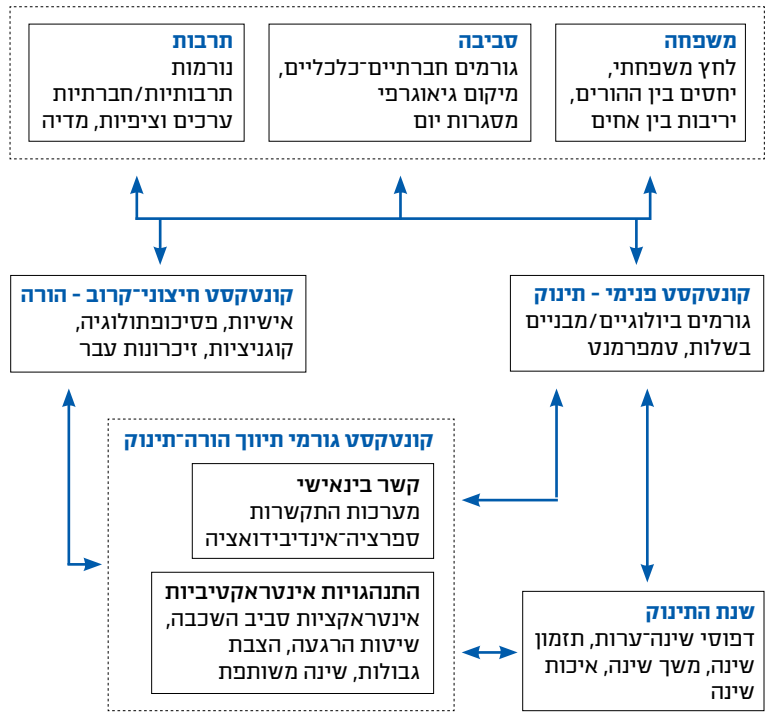
המחייבות הורים להפחית את מעורבותם בלילה, כלומר לא להגיב לכל קריאה או דרישה של תינוקם, כרוך במצוקה רגשית רבה עבור חלק מההורים. הורים רבים מפרשים את בכיו של התינוק כאות לכך שהוא נמצא במצוקה ושצריך לעזור לו, כשרבים מהם מעלים את החשש שהקטנת מעורבותם והשארת הילד לבדו במיטה (גם כשהוא רגוע), תגרום נזק או אפילו טראומה בלתי הפיכה לתינוק. סוגיות מרכזיות אלה, העולות בהקשר הקליני, מרמזות על כך שלאמונות שבהן מחזיקים ההורים יש השפעה משמעותית על דפוס ההתנהגות שיאמצו ביחס לשינת ילדיהם<sup>31,30</sup>. לא קיימים מימצאים במחקרים המצביעים על השלכות שליליות כלשהן של ההתערבויות ההתנהגותיות על מצבו הרגשי של התינוק.

**שנת התינוק וקוגניציות הוריות**

ההתרשמות הקלינית בדבר החשיבות שיש לאמונות ולתפיסות ההוריות ביחס לשינה של תינוקות מקבלת בשנים האחרונות תוקף במחקרים. לאחרונה קיימת התעניינות מחקרית גוברת בניסיון להבין מה משפיע על דפוסי ההתנהגות של ההורים בלילה, ועד כמה רמת המעורבות ההורית קשורה לקוגניציות (תפיסות, ציפיות, אמונות, פרשנויות וכדו') שבהן מחזיקים ההורים<sup>16, 21, 29, 32-34</sup>. בסקר שנערך על ידי Richards ו-Scott<sup>34</sup> נמצא, כי אימהות לתינוקות בעלי בעיות שינה תיארו את תינוקן באופן שלילי יותר, ותיארו כי הן מרגישות יותר נשלטות על ידי תינוקן בהשוואה לאימהות לתינוקות ללא בעיות שינה. עם זאת, ייתכן כמובן שתפיסות אימהיות אלה נבעו מבעיית השינה, ולא יצרו אותה. במחקר אחר סיפקו החוקרים תיאור מפורט של קוגניציות של אימהות בהריון ביחס לשינה של תינוקות. הדגש במחקר היה על ההסברים שאימהות נותנות ליקציות ליליות, ועל שיטות ההרגעה שהן מאמינות שתסייענה על מנת להרדים את התינוק. החוקרים מצאו, כי לאימהות המצפות לא הייתה תפיסה עקבית לגבי שינת תינוקות. לטענתם, הממצאים שלפיהם אימהות מאמינות מחד-גיסא כי שינה של ילדים היא תהליך ספונטני, ומאידך-גיסא הן מביעות נכונות רבה לעזור לתינוק בתהליך ההירדמות – כל אלה מעידים על קיום מערכות אמונות סותרות באשר לשינה של תינוקות. Morrell<sup>32</sup> עשה את הניסיון המשמעותי והמקיף הראשון לקשור בין קוגניציות אימהיות לבין שנת התינוק, באמצעות שאלונים. הוא מצא קשרים מובהקים בין בעיות השינה המדווחות, לבין תת-סולמות של קוגניציות אימהיות שהתייחסו ל: 'א' קשיים בהצבת גבולות (כמו: "אם אנסה להתנגד לדרישות ילדי בלילה, הוא יהפוך לעצבני יותר"); 'ב' ספקות מוגברים באשר ליכולת-מסוגלות הורית (כמו: "כאשר ילדי לא ישן בלילה, יש לי ספק אם אני הורה מספיק טוב"); ו-'ג' כעס מוגבר כלפי התינוק (כמו: "אם אנסה להתנגד לדרישות ילדי בלילה עלול להתעורר בי כעס"). לעומת זאת, דאגות ביחס לרעב או ביחס לבטיחות התינוק לא נמצאו קשורות לבעיות השינה. במחקר נוסף שנבדק בו מהם הגורמים הקשורים לבעיות שינה של תינוקות במהלך השנה הראשונה, מצאו Morrell ו-Steel<sup>16</sup>, כי הגורם המשמעותי ביותר (שהסביר 36% מהשונות) היה קוגניציות אימהיות ביחס לקשיים סביב הצבת גבולות ותחושות כעס כלפי הילד בלילה. כמו כן, החוקרים מצאו כי משתנים אלה, כמו גם מזגו של הילד, הם שהסבירו במידה הרבה ביותר את מידת היישום שעשו ההורים בהרגעה גופנית פעילה כדי להרדים את ילדיהם. משתנה זה (של מידת השימוש בהרגעה גופנית) ניבא במידה החזקה ביותר את המשכן של בעיות שינה מגיל שנה לגיל שנתיים. כלומר, הקוגניציות האימהיות ניבאו את רמת ההשענות על שיטות הרגעה פעילות, ומשתנה זה ניבא את התפתחותן או עקבותן של בעיות השינה.

**תרשים 1:**

הדגם הטרנסאקציונלי (מתוך Sadeh & Anders, 1993)



להיות זמין עבורו במידה מסוימת, כדי שלא יתעוררו חרדות פכידה אצל הילד ו/או ההורה<sup>29</sup>. מתוך שיטות ההתנהגות הקיימות לטיפול בבעיות השינה, ידועה במיוחד השיטה שזכתה בישראל לכינוי "שיטת חמש הדקות", המבוססת על הרעיון של ביקור מתוזמן בחדרו של התינוק. לפי שיטה זו, ההורה שם את הילד במיטתו בתנוחת שכיבה כשהוא עדיין ער, אך מוכן לשינה, כדי שהתינוק ילמד לקשר בין מיטתו לבין ההירדמות והשינה. לאחר מכן ההורה מונחה לצאת מהחדר, ואם התינוק בוכה, על ההורה לבקר כל 5 דקות לרגע קצר. המטרה בכניסת ההורה לחדר היא להעניק לילד את תחושת הביטחון שההורה נמצא בבית ולא נטש. אולם על ההורה להימנע מביקור ממושך ומתגמל, שעלול להוביל להתארכות היקציות. ההורה אמור לנהוג כך גם לגבי ההתעוררויות הליליות. בשיטה זו התערבות ההורה היא מלכתחילה מזערית. קיימות שיטות הדרגתיות יותר המנחות את ההורים להישאר בשלב ראשון בחדר התינוק, אך תוך הקפדה על כך שהתינוק יירדם במיטתו ללא מתן עזרה אינטנסיבית. בכל ההתערבויות ההתנהגותיות מונחים ההורים לשים דגש גם על השלבים המקדימים לשינה, כמו קביעת טקסי שינה, האמורים לכלול פעילות נעימה ורגועה עם ההורים, ובכך לעזור בהפחתת הלחץ שילדים עלולים לחוות עקב הפכידה מההורים ומפעילויות היום<sup>5, 29, 30</sup>. שיטות אלו נחקרו במחקר טיפולי בישראל, ונמצא שהן הובילו לשיפור משמעותי ומהיר בדפוסי השינה של התינוקות<sup>25</sup>. מחקרים לבדיקת יעילות השיטות ההתנהגותיות מראים באופן ברור שההורים יכולים לעזור בשיפור איכות שנתו של התינוק, דרך שינוי דפוסי התנהגותם ושיטות ההרגעה שאותם הם מיישמים. יחד עם זאת, במרבית מחקרי היעילות התמקדו החוקרים באותם הורים ששיתפו פעולה עם ההכונה ההתנהגותית. אך לרוב מחקרים אלה אינם מספקים מידע או הסבר ביחס לנשירת חלק מההורים מהטיפול. לעומת זאת, הניסיון הקליני מצביע על כך שאימוץ שיטות

מלגשת לתינוק בלילה על מנת שהוא יפתח שינה רציפה. במחקר זה, אותם הורים שהדגישו בתפיסותיהם את החשיבות של צמצום המעורבות ההורית, לא התעלמו מתינוקם בלילה, אלא סייעו לתינוק באופן פחות אינטנסיבי (לדוגמה, הסתפקו בהרגעת התינוק בתוך מיטתו), בהשוואה להורים שהדגישו בתפיסותיהם יותר את מצוקתו של התינוק בלילה ואת הצורך לעזור לו.

### קשר בין פסיכופתולוגיה הורית לבין שנת התינוק

דפוסי ההתנהגות ויחסי הגומלין סביב השינה יכולים להיות מושפעים גם ממצבם הרגשי של ההורים. תוצאות מחקרים שונים הצביעו על קיומם של קשרים מובהקים בין דיכאון של האם לבין בעיות שינה של תינוקות. אף כי מדובר במחקרים קורלטיביים שאינם מאפשרים להסיק על כיוונית הקשר, ניתן להעלות מספר הסברים אפשריים: ייתכן, לדוגמה, שאימהות הלוקות בדיכאון מתקשות לספק את הצרכים הרגשיים של התינוק, או שהן מתקשות יותר להתמודד באופן יעיל ועקבי עם דפוסי השינה ויקיצותיו של התינוק בלילה<sup>36</sup>. כמו כן, ייתכן כי דפוסי שינה משובשים של התינוק וחסך שינה אימהי הנוצר בעקבות כך, מעוררים דיכאון לאחר לידה בקרב אימהות שלא סבלו בתסמיני דיכאון לפני הלידה<sup>20</sup>. מלבד דיכאון באם, קיימים מאפיינים הוריים נוספים שנמצאו קשורים לבעיות שינה של תינוק, כמו התקשרות לא בטוחה (של אימהות)<sup>37</sup> וחרדת פרידה מהאם<sup>38,39</sup>. לדוגמה, במחקר שפורסם לאחרונה נמצא, כי חרדת פרידה מדווחת של האם הייתה קשורה ליקיצות ליליות של תינוקות בגיל 10 חודשים, גם לאחר שליטה במשתני אישקט של התינוק<sup>38</sup>.

### לסיכום

הספרות המדעית מצביעה על התפקיד המשמעותי שיכול להיות להורים בעיצוב דפוסי השינה של התינוק. האמונות והתפיסות שיש להורים ביחס לשינה של התינוק (כמו ההסבר שהם מייחסים ליקיצותיו), עשויות להנחות את דפוסי המעורבות וההרגעה שאותם יישמו בהשכבה ובלילה, ודפוסי התנהגותם יכולים להשפיע על איכות שנתו. כאמור, גם מאפייני השינה של התינוק יכולים להשפיע בתורם על התפיסות ההוריות ועל שיטות ההרגעה שבהן ינקטו. מרבית המחקר בתחום זה התמקד בבדיקת הקשר שבין הורות לקשיי שינה, המתבטאים בקשיי הירדמות ויקיצות מרובות. כמעט ואין מחקרים שבהם ההתמקדות היא בהפרעות שינה אחרות (כמו פרסומניות, הפרעות בשעון הביולוגי, פחדי לילה) ובקשר שלהן למשתנים הוריים<sup>29</sup>.

במאמר זה נבחן הקשר שבין הורות לשנת התינוק בהקשר של התרבות המערבית, אשר בה הנורמה הרווחת היא תינוק הישן בנפרד מהוריו. בנוסף, התפיסות וההגדרות של מהי הפרעת שינה וכיצד יש לטפל בה, נגזרות אף הן מהנורמות המערביות, אשר לפיהן תינוק מצופה לרכוש את היכולת העצמאית לישון בציפות. לכן, המסקנות הנגזרות מן המאמר אינן רלוונטיות לתרבויות שבהן הנורמה המקובלת היא שינה משותפת (Co-sleeping) של התינוק עם אמו או הוריו. גם בתוך החברה המערבית בוחרים הורים רבים באופן מודע ומכוון לישון עם ילדיהם<sup>18</sup>. יש צורך בביצוע מחקרים שיבחנו את המניעים, התפיסות ודפוסי ההתנהגות של הורים אלה, ואת הקשר שלהם לשינת התינוק. מגבלה נוספת של המחקר בתחום היא, שמרבית המחקרים מתבססים על דיווחים סובייקטיביים של ההורים, למרות שמחקרים שונים שננקטה בהם שיטת הערכה אובייקטיבית (כגון אקטיגרפיה – ניטור תנועות גוף) הצביעו על כך שקיים פער משמעותי בין הדיווחים ההוריים לבין המידע המתקבל מן ההערכה

במחקר שנערך לאחרונה על ידי Sadeh וחב'<sup>21</sup>, נמצאו הבדלים משמעותיים בתפיסות הוריות ביחס לשינה של התינוק, בין הורים לתינוקות בעלי בעיות שינה (קבוצה "קלינית") לבין הורים לתינוקות ללא בעיות שינה (קבוצת בקרה). הממצאים הראו, כי כאשר ההורים נשאלו על קוגניציות ישירות שלהם ביחס לשנתו של הילד, דיווחו הורים בקבוצה הקלינית על קשיים רבים יותר ביחס להצבת גבולות והתמודדות עם דרישות הילד בלילה, בהשוואה להורי קבוצת הבקרה. ממצאים אלה תואמים את ממצאיו של Morrell<sup>32</sup> שתוארו לעיל. עם זאת, כאשר ההורים נתבקשו להתייחס תיאורטית (דרך ניתוח תיאורי מקרה היפותטיים של תינוקות בעלי בעיות שינה) למשמעות היקיצות הליליות ולאופני התערבות רצויים במהלך הלילה, הורים בקבוצה הקלינית דווקא הדגישו יותר את החשיבות של צמצום המעורבות ההורית ושל עידוד ההתמודדות העצמאית של התינוק. לעומתם, הורי קבוצת הבקרה הדגישו יותר את האפשרות שתינוקות חווים מצוקה כשהם מתעוררים בלילה, ושיש לפיכך לגשת ולעזור להם. ניתן להבין את הדגש ששמו הורי הקבוצה הקלינית על החשיבות של צמצום המעורבות ההורית, אולי כחלק מתהליך ההכנה הפנימי שהם עברו לקראת או עם פנייתם לטיפול בבעיית השינה של התינוק. הסבר אפשרי נוסף לממצאים הסותרים לכאורה בין הקושי המדווח בהצבת גבולות לבין הדגשת חשיבותן התיאורטית, הוא שהורי הקבוצה הקלינית חוו פער גדול יותר בין מה שנחשב "נכון" תיאורטית, לבין יכולתם ליישם גישה זו בפועל עם תינוקם. במחקר זה נבדקו לראשונה גם ההבדלים בקוגניציות בין אבות לאימהות. תוצאות המחקר הראו, כי אימהות נטו להדגיש יותר את מצוקתו של התינוק, ואת הצורך לגשת אליו ולעזור לו במהלך הלילה, בעוד שהאבות הדגישו יותר את החשיבות של הצבת גבולות. עם זאת, לא היו הבדלים בין האימהות לאבות כאשר הם נתבקשו להתייחס באופן ישיר לתינוקם ולדרג את הקשיים שהם חווים ביחס להצבת גבולות במהלך הלילה. בנוסף הודגם במחקר, שהן הקוגניציות האימהיות והן הקוגניציות האבהיות תורמות בצורה ייחודית לניבוי מי מהילדים ישתייך לקבוצה הקלינית. כלומר התינוקות שלהם גם אבות וגם אימהות שדיווחו על קושי בהצבת גבולות היו בעלי הסיכויים הגבוהים ביותר להשתייך לקבוצה הקלינית<sup>21</sup>.

במחקר אורך שהתמקד בהערכת הקשרים שבין קוגניציות הוריות ביחס לשינה של תינוקות, לבין התפתחות דפוסי השינה של תינוקות במהלך השנה הראשונה לחיים, נמצאו קשרים רגילים וניבויים מובהקים בין קוגניציות הוריות ביחס לשינה של תינוקות, לבין דפוסי השינה של התינוקות. הקוגניציות ההוריות העורכו באמצעות שאלון תיאורי מקרה היפותטיים של תינוקות בעלי בעיות שינה (שאלון זה לשאלון שהועבר במחקר הקודם שתיארנו), ושנת התינוקות נבדקה באמצעות הערכה אקטיגרפית ובאמצעות שאלוני הורים<sup>35</sup>. הממצאים הראו, לדוגמה, כי קוגניציות אימהיות שנמדדו במהלך ההריון ושיקפו את האמונה שתינוקות חווים מצוקה במהלך היקיצות הליליות, ניבאו שינה פחות טובה ומקוטעת יותר של התינוק בגיל חצי שנה ושנה. קשרים ניבויים דומים נמצאו גם בין הקוגניציות האימהיות בגיל חצי שנה לבין השינה של התינוק בגיל שנה. לעומת זאת, קוגניציות הוריות שהדגישו את החשיבות של צמצום המעורבות ההורית בלילה, ניבאו שינה יותר טובה של התינוקות והיו קשורות לכך. בנוסף, נמצא במחקר זה כי דפוסי ההרגעה של ההורים היוו משתנה מתווך בין הקוגניציות ההוריות לבין שנתו של התינוק. ממצאי המחקר תומכים בהשערה, שכאשר הורים מפתחים רגישות מוגברת לאפשרות שתינוקות חווים מצוקה בלילה במהלך יקיצותיהם, אזי גובר הסיכוי שהם יאמצו גישה של מעורבות מוגברת, שתקשה על התינוק לפתח את היכולת להרגעה ולהירדמות עצמאיים. אין להסיק מכך שעל ההורים להימנע לחלוטין

שלהם, על מנת שיוכלו לשנות את דפוסי ההתמודדות לכיוון המותאם לפתרון בעיית השינה. ●

תודות: הכותבים מודים ל־אורנית ארבל על עזרתה בעריכת המאמר.

**מחבר מכותב: אבי שדה**  
 המחלקה לפסיכולוגיה  
 אוניברסיטת תל־אביב  
 רמת אביב 69978  
**טלפון:** 03-6409296  
**פקס:** 03-6408074  
**דוא"ל:** sadeh@post.tau.ac.il

האובייקטיבית. בעיקר, נראה כי הורים נוטים להערכת חסר לגבי מספר היקיצות הליליות של ילדיהם<sup>40,25</sup>. לבסוף, למרות שבעשורים האחרונים גבר חלקם של האבות בגידול ילדים, מרבית המחקרים בתחום השינה וההורות התמקדו באימהות בלבד<sup>21</sup>. לכן, יש צורך במחקר שייבחן בו ההבדלים בין אימהות לאבות, והתפקיד הייחודי שעשוי להיות לאבות בתהליכים הקשורים להשכבה ולשינה.

במישור הקליני, המחקרים שסוקרו מצביעים על כך שלתפיסות ופרשנות ההורים לגבי נושא השינה של התינוק יש משמעות רבה לגבי הדרכים שבהן הם מתמודדים עם שנת התינוק והשלכות על קשיי השינה שלו. אי לכך, קלינאים העוסקים בתחום צריכים להביא בחשבון נושא משמעותי זה בתהליך ההתערבות או הטיפול בבעיות שינה של תינוקות, ולעבד עם ההורים את החששות והפרשנות

### ביבליוגרפיה

- Anders TF & Keener M, Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life. *I. Sleep*, 1985; 8: 173-192.
- Mirmiran M, Baldwin RB & Ariagno RL, Circadian and sleep development in preterm infants occurs independently from the influences of environmental lighting. *Pediatr Res*, 2003; 53: 933-938.
- Anders TF, Halpern LF & Hua J, Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics*, 1992; 90: 554-560.
- Anders TF & Eiben LA, Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 9-20.
- Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS & al, Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children - an American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 2006; 29: 1263-1276.
- Gaylor EE, Burnham MM, Goodlin-Jones BL & Anders TF, A longitudinal follow-up study of young children's sleep patterns using a developmental classification system. *Behav Sleep Med*, 2005; 3: 44-61.
- Kataria S, Swanson MS & Trevathan GE, Persistence of sleep disturbances in preschool children. *J Pediatrics*, 1987; 110: 642-646.
- Zuckerman B, Stevenson J & Bailey V, Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 1987; 80: 664-671.
- Hiscock H & Wake M, Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *Br Med J*, 2002; 324: 1062-1065.
- Dahl RE, The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Dev Psychopathol*, 1996; 8: 3-27.
- Sadeh A, Gruber R & Raviv A, Sleep, neurobehavioral functioning and behavior problems in school-age children. *Child Dev*, 2002; 73: 405-417.
- Sadeh A & Anders TF, Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health J*, 1993; 14: 17-34.
- Sameroff AJ, General systems and the regulation of development. In: *Gunnar M & Thelan E (Eds). Systems and development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1989.
- Carrol JL & Louglin GM, Obstructive sleep apnea syndrome in infants and children: diagnosis and management. In: *Ferber R & Kryger M (Eds). Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1995. pp. 163-191.
- Chamlin SL, Mattson CL, Frieden IJ & al, The price of pruritus: sleep disturbance and cosleeping in atopic dermatitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2005; 159: 745-750.
- Morrell J & Steele H, The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health J*, 2003; 24: 447-468.
- Sadeh A, Lavie P & Scher A, Maternal perceptions of temperament of sleep-disturbed toddlers. *Early Educ Dev*, 1994; 5: 311-322.
- McKenna JJ, Ball HL & Gettler LT, Mother-infant cosleeping, breastfeeding infant death syndrome: What and sudden biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol*, 2007: 133-161.
- Sadeh A, Stress, trauma, and sleep in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 1996; 5: 685-700.
- Dennis CL & Ross L, Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth-Issues In Perinatal Care*, 2005; 32: 187-193.
- Sadeh A, Flint-Ofir E, Tirosh T & Tikotzky L, Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *J Fam Psychol*, 2007; 21: 74-87.
- Van Tassel EB, The relative influence of child and environmental characteristics on sleep disturbances in the first and second years of life. *J Dev Behav Pediatr*, 1985; 6: 81-85.
- Morrell J & Cortina-Borja M, The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental interactive bedtime behaviour scale. *Infant Child Dev*, 2002; 11: 17-41.
- Burnham MM, Goodlin-Jones BL, Gaylor EE & Anders TF, Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *J Child Psychol Psychiatry*, 2002; 43: 713-725.
- Sadeh A, Assessment of intervention for infant night waking: parental reports and activity-based home monitoring. *J Consult Clin Psychol*, 1994; 62: 63-68.
- Kerr SM, Jowett SA & Smith LN, Preventing sleep problems in infants: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 1996; 24: 938-942.
- Wolfson A, Lacks P & Fetterman A, Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *J Consult Clin Psychol*, 1992; 60: 41-48.
- Kuhn BR & Elliott J, Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res*, 2003; 54: 587-597.
- Sadeh A, Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clin Psychol Rev*, 2005; 25: 612-628.
- Sadeh A, *Sleeping Like a Baby: a Sensitive and Sensible Approach to Solving your Child's Sleep Problems*. New York: Yale University Press, 2001.
- Daws D, *Through the night: Helping Parents and Sleepless*

- Infants. London, England UK: Free Association Books, 1989.
32. *Morrell JM*, The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40: 247-258.
33. *Toselli M, Farneti P & Salzarulo P*, Infant sleep representation in the pregnant woman. *J Infant Psychol*, 1995; 13: 47-50.
34. *Scott G & Richards MP*, Night waking in infants: effects of providing advice and support for parents. *J Child Psychol Psychiatry*, 1990; 31: 551-567.
35. *Tikotzky L & Sadeh A*, Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: a longitudinal study from pregnancy through the first year *Child Development*, 2008.
36. *Hiscock H & Wake M*, Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*, 2001; 107: 1317-1322.
37. *Benoit D, Zeanah CH, Boucher C & Minde KK*, Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31: 86-93.
38. *Scher A*, Maternal separation anxiety as a regulator of infants' sleep. *J Child Psychol Psychiatry*, 2008; 49: 618-625.
39. *Scher A & Blumberg O*, Night waking among 1-year olds: a study of maternal separation anxiety. *Child Care Health Dev*, 1999; 25: 323-334.
40. *Tikotzky L & Sadeh A*, Sleep patterns and sleep disruptions in kindergarten children. *J Clin Child Psychol*, 2001; 30: 579-589.