

رابطه دلبستگی مادر- کودک با مشکلات خوردن: نقش واسطه‌ای خودنظم‌جویی کودک در خوردن و مراقبت تغذیه‌ای والدین

The Relationship Between Mother-Child Attachment and Eating Problem:
The Mediating Role of Child Self-Regulation in
Eating and Parental Nutrition Care

Omid Rahdan
MA in General Psychology
Ardakan University

Shekoofeh Mottaghi, PhD
Ardakan Univrsity

شکوفه متقی*
استادیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه اردکان

امید راهدان
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی
دانشگاه اردکان

Azadeh Choobforoushzadeh, PhD
Ardakan Univrsity

آزاده چوب‌فروش‌زاده
استادیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه اردکان

چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای خودنظم‌جویی کودک در خوردن و مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک با مشکلات خوردن بود. ۲۴۸ نفر از مادران کودکان ۲ تا ۴ سال شهر شهرکرد با روش نمونه‌برداری دردسترس انتخاب شدند و مقیاس دلبستگی پس از تولد (کاندون و کورکیندال، ۱۹۹۸)، مقیاس مشکلات خوردن کودک (لوینسون، ۲۰۰۵)، پرسشنامه خودنظم‌جویی در خوردن (شری و دیگران، ۲۰۰۴) و پرسشنامه ساختار و شیوه‌های تغذیه (جانسن، ویلیامز، مالان، نیکولسون و دنیلز، ۲۰۱۴) را تکمیل کردند. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی با روی آورد مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. یافته‌ها نشان داد مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک و مشکلات خوردن نقش واسطه‌ای دارد. تأثیر دلبستگی مادر- کودک از طریق مراقبت تغذیه‌ای والدین بر کاهش مشکلات خوردن کودک برابر ۰/۲۶ بود. همچنین دلبستگی مادر- کودک با خودنظم‌جویی در خوردن، رابطه مثبت معناداری داشت اما نقش واسطه‌ای خودنظم‌جویی در خوردن در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک و مشکلات خوردن تأیید نشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود متخصصان قلمرو تربیت، به اهمیت و ضرورت ارتباط مادر و کودک به‌عنوان عامل تعیین‌کننده در سلامت روانی و پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری و تغذیه‌ای کودکان، توجه ویژه داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: خودنظم‌جویی در خوردن، دلبستگی مادر- کودک، مشکلات غذاخوردن، مراقبت تغذیه‌ای والدین

Abstract

The aim of this study was to determine the mediating role of child self-regulation in eating and parental nutrition care in the relationship between mother-child attachment and the child's eating problems. 248 mothers of 2-4 year-old children in the city of Shahrekord were selected through convenience sampling, and completed Maternal Postnatal Attachment Scale (Condon and Corkindale, 1998), Feeding Problem Questionnaire (Lewinsohn, 2005), Self-Regulation in Eating Questionnaire (Sherry and et al., 2004), and Feeding Practices and Structure Questionnaire (Jansen, Williams, Mallan, Nicholson & Daniels, 2014). This research was a descriptive correlational study using structural equation modeling. Findings showed that parental nutrition care can fully mediate the relationship between mother-child attachment and eating problems. The effect of mother-child attachment through parental nutrition care on reducing child eating problems was 0.26. Mother-child attachment also had a positive significant relationship with self-regulation of eating, but the mediating role of self-regulation of eating in the relationship between mother-child attachment and eating problems wasn't verified. According to the results, education specialists should pay a great attention to the importance and necessity of mother-child relationship as a determinant factor in children's mental health and prevention of behavioral and eating problems in children.

Keywords: self-regulation in eating, mother-child attachment, eating problems, parent nutritional care

received: 05 March 2019

accepted: 08 December 2019

Contact information: sh.mottaghi89@yahoo.com

دریافت: ۹۷/۱۲/۱۴

پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۷

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی است.

مقدمه

تعامل اجتماعی^۱ مادر و کودک هنگام غذا خوردن، اهمیت بسیاری در شکل‌گیری دلبستگی کودک دارد؛ اگر روابط مادر و کودک طی غذا خوردن مناسب باشد، کودک گرسنگی و تشنگی‌اش را به مادر اعلام می‌کند و مادر از اینکه می‌تواند پاسخگوی تقاضاهای کودک خود باشد، احساس لذت و رضایت می‌کند (زینالی، مظاهری، صادقی و جباری، ۱۳۹۰). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد غذا خوردن و مشکلات مرتبط با آن، یکی از عواملی است که تنیدگی والدین، به‌ویژه مادر را افزایش می‌دهد. بسیاری از مشکلات غذا خوردن، مؤلفه تعاملی بین ویژگی‌های کودک و مادر را داراست، چراکه ویژگی‌های کودک به همراه مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای^۲ والدین، مشکلات غذا خوردن را سبب می‌شوند (زینالی، مظاهری، طهماسبیان و صادقی، ۱۳۹۵).

در این راستا، نظریه دلبستگی^۳ بالبی (۱۹۷۳الف)، نخستین نظریه‌ای است که در آن بر نقش اساسی روابط دلبستگی ایمن در نظم‌جویی هیجان منفی تأکید شده است. دلبستگی از جنبه‌های خاص رابطه کودک و والدین و هدف آن، حفظ امنیت و محافظت از کودک است (بنویت، ۲۰۰۴). دلبستگی یک موقعیت عمیق و پایدار زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است که بر اساس ارتباط بین کودک و مراقبان در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد (جانسون و والری، ۲۰۰۵/۱۳۹۷). پیوند دلبستگی که در اوایل دوران کودکی ایجاد شده ممکن است پایه و اساس دلبستگی فرد در بزرگسالی را تشکیل دهد و به‌طور بالقوه بر روابط اجتماعی و ارتباط او با والدینش در تمام نسل‌ها تأثیر بگذارد. در اواسط دوره کودکی و افزایش خودمختاری، کودک با والدین کمتر وقت می‌گذراند و تعامل بین ارتباط و استقلال اهمیت پیدا می‌کند (کازما، ۲۰۱۹)؛ به همین علت، دلبستگی مادرانه که از همان ابتدای بارداری آغاز می‌شود، به یکی از قلمروهای بالینی و تجربی تبدیل شده است (الوسن، هییت و گروس، ۲۰۱۳).

حساسیت و نحوه پاسخگو بودن والدین، در شکل‌گیری سبک دلبستگی تأثیر می‌گذارد (براماریو، کرنز و سیبرت، ۲۰۱۲).

حساسیت به معنای این است که مراقبان می‌توانند علامت‌های^۴ کودک را تشخیص دهند، تفسیر کنند و پاسخ مناسب و سریعی به آن بدهند (اینسورث، ۱۹۶۹). از اصول مهم نظریه دلبستگی، فرضیه حساسیت درباره رابطه بین کیفیت مراقبت مادرانه (حساسیت) و امنیت دلبستگی کودک (رفتار پایه ایمن^۵) است (مسمن، اجزندوم و ساگی- اسوارتز، ۲۰۱۶). در این فرضیه، رفتار حساس مادر، رفتار بنیادی کودک را سازمان می‌دهد (بکرمز- کرنبرگ، وان‌اجزردورن و جافر، ۲۰۰۳). بر اساس یافته‌ها، کودکانی که مادران و پدران حساس‌تری دارند، به احتمال زیاد یک رابطه دلبستگی ایمن در آن‌ها ایجاد خواهد شد (لیکنبرک و براونگارت- ریکر، ۲۰۱۵). فراتحلیل کوئن و کنس (۲۰۱۸) نیز نشان داد والدین کودکانی که دلبستگی ایمن دارند، بیشتر پاسخگو هستند، از استقلال کودک حمایت کرده و بیشتر از راهبردهای مهار رفتار مناسب و کمتر از مهار رفتار سخت‌گیرانه^۶ کمتر استفاده می‌کنند. در مقابل، والدین کودکان با دلبستگی اجتنابی، کمتر پاسخگو هستند و به میزان کمتری از راهبردهای مهار رفتار مناسب استفاده می‌کنند. بالبی (۱۹۷۳ب) نیز در راستای تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک، تجربه ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دائم او را برای سلامت روانی کودک ضروری می‌داند و به اعتقاد وی، بسیاری از مشکلات کودک به دلیل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی ایجاد می‌شود. والدین بیش‌حمایتگر، در مراقبت سرپرستی کودک بیش از حد افراط می‌کنند و مانع از استقلال کودک می‌شوند. افزون بر آن، والدین با سبک سهل‌گیرانه، پذیرا هستند اما متوقع نیستند و از هرگونه اعمال مهار، اجتناب می‌کنند (خانجانی، پیمان‌نیا و هاشمی، ۱۳۹۵). پژوهش‌های انجام‌شده در قلمروی دلبستگی نیز نشان می‌دهد غیرفعال بودن مراقب ممکن است زیان‌بخش باشد؛ از این‌رو، پژوهش‌های طولی درباره والدین و کودک نشان می‌دهد مراقبانی که در دسترس نیستند، افزون بر آنکه مشکلات روان‌شناختی پایداری را از خود نشان می‌دهند، به احتمال بیشتری کودکانی با سبک دلبستگی نایمن پرورش می‌دهند که برخی از این کودکان در بزرگسالی مشکلات

۲۰۱۱). اگرچه کودکان با توانایی نظم‌جویی غذا خوردن^۹ به دنیا می‌آیند، اما روش‌های تغذیه‌ای والدین باعث کاهش توانایی خودنظم‌جویی خوردن غذا و رفتارهای ناسالم غذایی و در نتیجه به چاقی، اضافه وزن و پرخوری هیجانی منجر می‌شود (پاول، فرانکل، اممورا و هزن، ۲۰۱۷)؛ از این‌رو، وقتی والدین به خودنظم‌جویی کودکان خود باور داشته باشند، از شیوه‌های تغذیه‌ای محدودکننده^{۱۰} کمتری استفاده می‌کنند (تان و هولوب، ۲۰۱۱). مهار و سخت‌گیری والدین، کاهش توانایی کودک برای خودنظم‌جویی در میزان انرژی دریافتی را به دنبال دارد که منجر به پدیدآیی رفتارهای پرخوری و چاقی کودکان می‌شود (فرانکل، پاول و جانسن، ۲۰۱۸). الگوی تحولی‌نگر^{۱۱}، خودنظم‌جویی کودکان را طی روندی از درونی به بیرونی ترسیم کرده است. طبق این الگو، تحول این توانایی از هدایت توسط مراقبان در نوزادی، شروع (زرندی، امیری و مولوی، ۱۳۹۶) و از طریق روابط مؤثر در خانه، مدرسه و سیستم بهداشت ساخته می‌شود (گلان و باچنر-ملمان، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، اختلال در خودنظم‌جویی ممکن است ناشی از مهارت ناکافی مادر در نظم‌جویی برانگیختگی^{۱۲} کودک باشد (خدایانه، قنبری، نادعلی و سیدموسوی، ۱۳۹۱). بر اساس نتایج پژوهش تان و هولوب (۲۰۱۵) نیز خودنظم‌جویی کمتر در خوردن با خوردن مواد غذایی ناسالم همراه است و کودکان را در معرض خطر ابتلا به پیامدهای نامطلوب وزن قرار می‌دهد.

مراقبت والدینی به‌عنوان یکی از ابعاد پیوند والدینی به مفهوم مراقبت طبیعی والدین از کودکان در مقابل بی‌تفاوتی آن‌ها اشاره دارد (علیپور بیرگانی، زغبی قناد و جولایان، ۱۳۹۴). بسیاری از رفتارها و عادات‌های غذایی کودک در محیط خانواده توسط والدین شکل می‌گیرد. بازخوردها و رفتارهای والدین درباره غذا و تغذیه کودک در سلامت جسمانی و روان‌شناختی او مؤثر است. همچنین شیوه‌های تغذیه والدین با مشکلات خوردن و اضافه وزن در سنین مختلف فرزندان‌شان رابطه دارد (هلیبرت، ۲۰۲۰). دو جنبه عدم نظم‌جویی وعده‌های غذایی و رابطه مادر- کودک مبتنی بر مهارگری مادر، بر مشکلات تغذیه کودک تأثیر می‌گذارد (کوپر،

روان‌شناختی قابل توجهی پیدا می‌کنند (بری‌یر، رانتز، ایدی، بیگرس و گودبوت، ۲۰۱۷).

اولین مسیر ارتباط کودک با والد خود به‌ویژه مادر، تغذیه است (کاظمی، زهرایی و دهشیری، ۱۳۹۶) و این ارتباط از مهم‌ترین عوامل در مشکلات خوردن^۱ کودکان مطرح شده است. مادران با سبک دلبستگی ایمن، کودک خود را در آغوش می‌کشند، نیاز به گرسنگی کودک را می‌دانند، به او پاسخ می‌دهند و مراقب رفتار تغذیه کودک هستند (لويس، امینی و لانون، ۲۰۰۱). مشکلات خوردن از جمله مشکلاتی هستند که با شیوه زندگی و فرهنگ جامعه ارتباط نزدیک دارند و شامل مجموعه رفتارهایی می‌شوند که غذا دادن به کودک را دشوار می‌سازند و رابطه بین مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند (زینالی و دیگران، ۱۳۹۰). مشکلات خوردن معمولاً در اوایل دوران کودکی وجود دارد و شیوع آن در کودکان سالم تقریباً ۲۵ درصد و در کودکان مبتلا به اختلال‌های تحولی ۸۰ درصد است (استرم و دیگران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌های مربوط به مشکلات خوردن در اوایل دوران کودکی، طیف وسیعی از مشکلات مانند بی‌زاری از غذا^۲ و تغذیه، چگونگی رفتار موقع صرف غذا^۳، تغذیه انتخابی^۴، بلع^۵ یا علاقه کم به مواد غذایی^۶ و استفراغ^۷ را نشان می‌دهند (هی‌وود و مک‌کان، ۲۰۰۹). این مشکلات به‌صورت مداوم نه‌تنها منجر به تأثیر منفی در تحول می‌شود، بلکه عملکرد شناختی کودکان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (هگزی، سلو، ال-جاسر و ال-دیک، ۲۰۱۵).

مسیر دیگر کیفیت تعامل والد-کودک از طریق توانایی کودک برای خودنظم‌جویی عبور می‌کند (اندرسون و کیم، ۲۰۱۶). خودنظم‌جویی در خوردن^۸ با وضعیت وزن رابطه داشته (کلایمن، کروکر، جانسون و بیکن، ۲۰۱۸) و یک ویژگی نسبتاً پایدار در دوران کودکی اولیه تا میانی است که رفتار فنوتیپی به نظر می‌رسد (فیشر و بیرچ، ۲۰۱۰). کودکان دارای خودنظم‌جویی بالا، با نیازها منطبق می‌شوند و فعالیت‌هایشان را با توجه به نیازهای موقعیتی و مستقل از خواسته‌های خود متوقف می‌کنند (تان و هولوب،

1. eating problems

2. food aversion

3. how to behavior during meals

4. selective nutrition

5. swallowing

6. low interest in food

7. vomit

8. self-regulation of eating

9. ability to adjust eating

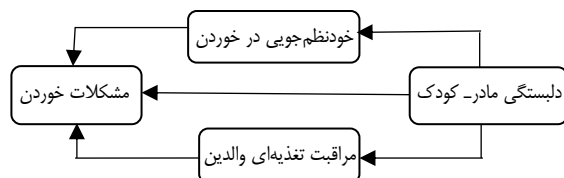
10. restrictive

11. transformational pattern

12. arousal

بیشتر از روش‌های وادارکننده^۲ برای مهار تغذیه کودک خود استفاده می‌کنند که این امر ممکن است توانایی کودک در نظم‌جویی غذا خوردن را دچار مشکل و خطر چاقی را بیشتر کند (پاول و دیگران، ۲۰۱۷). افزون بر آن، مادران نایمن در پاسخ به عواطف منفی کودکان، بیشتر از تنبیه یا نادیده گرفتن پاسخ استفاده می‌کنند که این نظم‌جویی هیجان منفی منجر به افزایش استفاده از سبک‌های تغذیه‌ای هیجانی و وعده‌های غذایی کمتر در کودکان می‌شود (بوست و دیگران، ۲۰۱۴). از این رو، تغذیه از مهم‌ترین روش‌های بازنمایی دلبستگی ایمن است و احتمالاً بین جهت‌گیری دلبستگی والدین و روش‌های غذا دادن به کودکان، رابطه وجود دارد (پاول و دیگران، ۲۰۱۷).

اگرچه شیوع و پیامدهای منفی مشکلات غذا خوردن کودکان، شناسایی گروه‌های در معرض خطر و همچنین عوامل درگیر یا مسبب بروز این مشکلات را نشان می‌دهد، اما متأسفانه این موضوع کمتر مورد توجه پژوهشگران فارسی زبان قرار گرفته است. بر اساس این و با در نظر گرفتن اینکه متغیرهای مهمی مانند سبک غذا دادن والدینی و تغذیه تا حدود زیادی به فرهنگ وابسته هستند و در محتوای فرهنگی مختلف، مضامین متفاوتی به خود می‌گیرند، به نظر می‌رسد در ابتدا باید با نگاهی تازه و عمیق، تلاش گسترده‌ای با هدف تعریف مشکلات غذا خوردن کودکان و شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر آن و نیز روش‌ها، شیوه‌ها و الگوهای ناکارآمد موجود در رابطه مادر-کودک که منجر به آغاز و تداوم مشکلات غذا خوردن کودکان می‌شود، انجام داد (نصیرزاده، مظاهری، فردوسی، نوحه‌سرا و شهیدی، ۱۳۹۴). با توجه به آنچه پیشتر بیان شد، مدل فرضی پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است که بر مبنای آن، نقش واسطه‌ای خودنظم‌جویی در خوردن و مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک با مشکلات غذا خوردن مورد بررسی قرار می‌گیرد.



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

ولان، وولگار، مورل و ماری، ۲۰۰۴). به‌طور کلی، دیدگاه والدین برای تغذیه کودک بر اساس سبک‌های فرزندپروری، سبک‌های تغذیه‌ای و شیوه‌های خاص تغذیه، تأثیر عمیقی بر نحوه غذا خوردن و رشد کودکان خواهد داشت (شلویم، ادلسون، مارتین و هترینگتون، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، شیوه‌های تغذیه اولیه، پایه و اساس عادت‌های غذایی کودکان (جانسن، مالان، نیکولسون و دانیلز، ۲۰۱۴) و مشکلات غذایی آن‌ها (ماتون، گوساسنز، برانت و ون دارم، ۲۰۱۳) را فراهم می‌کند. والدین از شیوه‌های تغذیه مختلفی برای مدیریت مقدار و نوع غذای مصرفی کودکان استفاده می‌کنند که در وضعیت وزن و رفتار غذایی آن‌ها نقش دارد (بلیست و بنت، ۲۰۱۳). شیوه‌های خاص تغذیه‌ای والدین به‌ویژه محدودیت و فشار برای غذا خوردن بر اضافه وزن کودک تأثیر می‌گذارد (کاردل و دیگران، ۲۰۱۲). فشار آوردن به کودک برای خوردن غذاهای مدنظر والدین و محدود کردن غذاهایی که بیشتر مورد علاقه کودکان است، دو روش تغذیه مهارگری متداول است. فشار والدین برای خوردن به معنای فشار آوردن به کودک برای مصرف غذاهای سالم‌تر یا افزایش مصرف تمام مواد غذایی است، درحالی‌که محدودیت بر کاهش مصرف غذاهای ناسالم یا میان‌وعده کودک متمرکز است. فشار یا اجبار به تغذیه و محدودیت غذاهای ناسالم یا میان‌وعده، هر دو از انواع شیوه‌های مهارگری تغذیه توسط والدین هستند که به میزان متفاوتی در رشد جسمانی و سلامت روانی کودک سهم دارند (ورلی، بونیلا، پرز و لیو، ۲۰۱۴). روش‌های دیگر تغذیه مانند استفاده از غذا به‌عنوان پاداش، نظارت والدین بر میزان مصرف غذای کودکان، آموزش کودکان در مورد تغذیه سالم، الگوبرداری از عادت‌های سالم والدین یا اجازه مهار کودک بر تغذیه خود در رابطه تغذیه والد- کودک اهمیت دارد (ماشرآیزنمن و هولوب، ۲۰۰۷). بر اساس نتایج پژوهش سلدنز، کرمرز، دو وریس و تیجس (۲۰۱۰)، تغذیه ابزاری (استفاده از غذا به‌عنوان پاداش) و تغذیه عاطفی (تغذیه در پاسخ به پریشانی عاطفی کودکان) با رفتار خوردن میان‌وعده‌های نامناسب کودکان رابطه مثبت و سبک تغذیه تشویق به خوردن غذا با این رفتارها رابطه منفی دارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد والدین با دلبستگی اضطرابی^۱ احتمالاً نسبت به والدین دیگر،

روش

همسانی درونی زیرمقیاس‌ها در پژوهش زینالی (۱۳۸۹) روی ۲۰۰ نفر از مادران، برای کل مقیاس و عامل‌های آن به ترتیب برابر ۰/۶۹، ۰/۴۵، ۰/۵۶ و ۰/۳۳ گزارش شده است.

پرسشنامه مشکلات غذا خوردن کودک^۵ (لویسون و دیگران، ۲۰۰۵). این پرسشنامه ۵۹ ماده و چهار عامل (خوردن انتخابی غذا^۶، اجتناب از غذا خوردن^۷، جربوحت برای مهار^۸ و رفتارهای مثبت والدین^۹) دارد که برای ایجاد هماهنگی بین ماده‌های موجود به صورت دوگزینه‌ای (بله=۱ یا خیر=۰) نمره‌گذاری می‌شود.

لویسون و دیگران (۲۰۰۵) در پژوهشی روی ۹۳ مادر دارای کودک با مشکل خوردن، اعتبار عامل‌های این پرسشنامه را از طریق محاسبه همسانی درونی به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۶۵ گزارش کردند. در پژوهش زینالی و دیگران (۱۳۹۰) مقیاس چهارعاملی، اعتبار مناسبی را نشان نداد، بنابراین روایی پرسشنامه با انجام تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و ۵ عامل (رضایت مادر از تغذیه کودک^{۱۰}، رفتار غذا خوردن^{۱۱}، تنیدگی در هنگام غذا خوردن^{۱۲}، خوردن انواع متنوع غذا^{۱۳} و نشانه‌های بدنی وابسته به غذا خوردن^{۱۴}) در این پرسشنامه به‌عنوان عامل‌های اصلی معرفی شدند. همچنین ضرایب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۴ و برای عامل‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۷، ۰/۶۵، ۰/۶۷، ۰/۵۵ و ۰/۷۰ اعتبار با آزمایشی آن در فاصله دوهفته‌ای، گزارش شد (زینالی و دیگران، ۱۳۹۰).

در این پژوهش اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای پنج زیرمقیاس رضایت مادر از غذا خوردن کودک به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۴۹، ۰/۲۷ و ۰/۳۴، رفتار غذا خوردن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۵۵، ۰/۳ و ۰/۵۲، تنیدگی در هنگام غذا خوردن به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۶۹، ۰/۱۷ و ۰/۳۴، خوردن انواع متنوعی غذا به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۶۸، ۰/۲۸ و ۰/۵۲ و نشانه‌های بدنی وابسته به غذا خوردن به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۸، ۰/۱۲ و ۰/۱۵ به دست آمده است.

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری آن شامل مادران دارای کودک ۲ تا ۴ سال شهر شهرکرد در سال ۱۳۹۷ بود که با روش نمونه‌برداری دردسترس انتخاب شدند. پس از هماهنگی با مسئولان خانه‌های بهداشت، ۳۰۰ پرسشنامه در اختیار مسئولان مراکز قرار گرفت که در نهایت ۲۴۸ پرسشنامه وارد تحلیل شدند. میانگین سن مادران شرکت‌کننده در پژوهش ۲۸ سال بود که ۴۶ درصد از آن‌ها در بازه ۲۵ تا ۳۰ سال قرار داشتند. ۲۱ درصد کمتر از ۲۵ سال و ۳۳ درصد بیشتر از ۳۵ سال سن داشتند. همچنین، ۵۴ درصد کودکان بین ۳/۵ تا ۴ سال، ۲۲ درصد بین ۳ تا ۳/۵، ۲۰ درصد بین ۲ تا ۲/۵ سال و ۴ درصد بین ۲/۵ تا ۳ سال سن داشتند.

مقیاس دلبستگی پس از تولد^۱ (کاندون و کورکیندال، ۱۹۹۸). این مقیاس که به‌منظور سنجش دلبستگی مادران دارای کودکان زیر ۳۶ ماه به کار برده می‌شود، دارای ۱۹ ماده و سه زیرمقیاس (کیفیت دلبستگی^۲، نبود خصومت^۳ و رضایت از تعامل^۴) است. مقیاس دلبستگی پس از تولد توسط زینالی (۱۳۸۹) به فارسی برگردانده شده است. نمره‌گذاری ماده‌های این مقیاس متغیر است، بدین معنا که برخی ماده‌ها پنج، چهار و سه گزینه‌ای هستند؛ برای مثال ماده‌های ۱ تا ۳، پنج گزینه‌ای هستند و ماده ۴، سه گزینه دارد. نمره دلبستگی کلی در این ابزار از جمع نمره‌های هر سه زیرمقیاس حاصل می‌شود و نمره بالا در این مقیاس حاکی از دلبستگی زیاد مادر به کودک است.

در پژوهش کاندون و کورکیندال (۱۹۹۸)، ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۸ و ضرایب اعتبار با آزمایشی این مقیاس با فاصله ۲، ۴ و ۳۲ هفته به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۸ و ۰/۴۸ گزارش شده است. در پژوهش بیرامی، محمودعلیلو، زارعی و زینالی (۱۳۹۶) نیز روایی این مقیاس مناسب ارزیابی شده است و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ، برای کل مقیاس و عامل‌های آن به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۶۱ و ۰/۶۳ به دست آمد. همچنین

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| 1. Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS) | 5. Feeding Problem Questionnaire | 10. maternal satisfaction with child feeding |
| 2. quality of attachment | 6. pickiness | 11. eating behavior |
| 3. absence of hostility | 7. food refusal | 12. stress while eating |
| 4. pleasure in interaction | 8. struggle for control | 13. eating a variety of foods |
| | 9. positive parental behavior | 14. eating-related physical symptoms |

پرسشنامه خودنظم‌جویی در خوردن^۱ (شری و دیگران، ۲۰۰۴). این ابزار که به منظور اندازه‌گیری باور والدین نسبت به نظم‌جویی انرژی طراحی شده است، خودنظم‌جویی در خوردن را با ۸ ماده می‌سنجد. این پرسشنامه احساس والدین نسبت به کودک را در زمان سیری و متوقف کردن خوردن در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱= مخالف، ۲= تاحدی مخالف، ۳= بی‌نظر، ۴= تاحدی موافق، ۵= موافق) بررسی می‌کند. نمرات بالاتر منعکس‌کننده خودنظم‌جویی بیشتر کودکان در خوردن است.

روایی این ابزار در پژوهش تان و هولاب (۲۰۱۱) از طریق همبسته کردن آن با پرسشنامه رفتار کودکان^۲ (راتبارت^۳، احدی^۴، هرشی^۵ و فیشر^۶) برابر ۰/۵۴ به دست آمد. در پژوهش شری و دیگران (۲۰۰۴) اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ گزارش شد. در این پژوهش، اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است.

پرسشنامه ساختار و شیوه‌های تغذیه^۷- فرم کوتاه (جانسن و دیگران، ۲۰۱۴). این پرسشنامه از نسخه اصلی ۴۰ ماده‌ای آن استخراج شده است و توسط مادر یا سرپرست اصلی کودک پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه دارای دو فرم ۴۰ ماده‌ای و ۲۸ ماده‌ای است که در این پژوهش، فرم کوتاه آن مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه هفت مؤلفه دارد: پاداش برای رفتار^۸، پاداش برای خوردن^۹، تغذیه ترغیبی^{۱۰}، محدودیت آشکار^{۱۱}، محدودیت پنهان^{۱۲}، نظم‌جویی ساختارمند غذا^{۱۳}، و زمان‌بندی ساختارمند غذا^{۱۴}.

روایی سازه این ابزار توسط جانسن و دیگران (۲۰۱۴) با اجرای تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شد و فرم کوتاه آن، همبستگی بالایی با فرم اولیه را نشان داد. اعتبار این پرسشنامه نیز توسط جانسن و دیگران (۲۰۱۶) با روش آلفای کرونباخ برای هفت مؤلفه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۶۷، ۰/۸۶، ۰/۷۸ و ۰/۵۹ برای مادران و ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۷۳، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۶۱ برای پدران به دست آمد. در این پژوهش، اعتبار ابزار با

روش آلفای کرونباخ برای هفت زیرمقیاس پاداش برای رفتار به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۴۴، ۰/۰۵ و ۰/۰۸، پاداش برای خوردن به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۵۲، ۰/۱۱ و ۰/۲۶، تغذیه ترغیبی به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۴۳، ۰/۰۴ و ۰/۰۷، محدودیت آشکار به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۶۷، ۰/۱۲ و ۰/۳۸، محدودیت پنهان به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۷۱، ۰/۱۶ و ۰/۳۸، نظم‌جویی ساختارمند غذا به ترتیب برابر ۰/۷۸، ۰/۵۴، ۰/۱۱ و ۰/۳۱، و زمان‌بندی ساختارمند غذا به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۶۵، ۰/۰۹ و ۰/۳۱ به دست آمده است.

تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است که بر اساس آن، متغیرهای پژوهش با یکدیگر همبستگی معنادار دارند.

جدول ۱
میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳
۱. دلبستگی مادر-کودک	۸۰/۸۹	۹/۲۴	-		
۲. مشکلات غذا خوردن	۱۰۳/۲۶	۳۱/۵۲	۰/۱۰*	-	
۳. خودنظم‌جویی در خوردن	۳۰/۵۰	۶/۸۰	۰/۳۱*	۰/۲۳*	-
۴. مراقبت تغذیه‌ای والدین	۹۷/۵۰	۱۱/۹۷	۰/۲۶*	۰/۳۳*	۰/۴۶*

*P < ۰/۰۱

پیش از تحلیل داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، مفروضه‌های مربوط به داده‌های پرت، نرمال بودن و داده‌های گم‌شده تأیید شدند. برای سنجش نرمال بودن از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد. نتایج نشان داد، تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست. در شکل ۲، ضرایب مسیر مدل فرضی پژوهش آمده است.

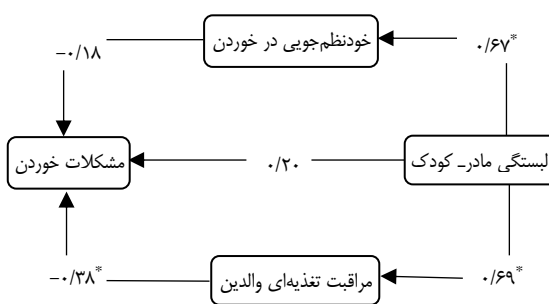
- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| 1. Self-Regulation in Eating Questionnaire | 6. Fisher, P. | 10. persuasive feeding |
| 2. Children's Behavior Questionnaire (CBQ) | 7. Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ) | 11. overt restriction |
| 3. Rothbart, M. K. | 8. reward for behavior | 12. covert restriction |
| 4. Ahadi, S. A. | 9. reward for eating | 13. structured meal setting |
| 5. Hershey, K. L. | | 14. structured meal timing |

جدول ۳

اثرات مستقیم مسیرهای مدل فرضی پژوهش

مسیر	β	SE	CR	P
اثر دل‌بستگی مادر- کودک بر خوردن	۰/۶۷	۰/۱۰	۲/۷۸	۰/۰۱
اثر دل‌بستگی مادر- کودک بر مراقبت تغذیه‌ای والدین	۰/۶۹	۰/۱۳	۳/۷۵	۰/۰۰
اثر دل‌بستگی مادر- کودک بر مشکلات خوردن	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۶۹	۰/۲۳
اثر خوردن جویبی در خوردن بر مشکلات غذا خوردن کودک	-۰/۱۸	۰/۱۱	-۱/۳۳	۰/۰۶
اثر مراقبت تغذیه‌ای والدین بر مشکلات غذا خوردن کودک	-۰/۳۸	۰/۱۴	-۲/۸۵	۰/۰۱

*P < ۰/۰۱



*P < ۰/۰۱

شکل ۲. ضرایب مسیر مدل فرضی نقش واسطه‌ای خوردن جویبی کودکان در خوردن و مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دل‌بستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن

بر اساس جدول ۲، شاخص‌های برازش در بازه قابل قبولی

هستند؛ بنابراین مدل از برازش مناسبی برخوردار است.

جدول ۴

برآورد اثرات غیرمستقیم متغیرهای مدل فرضی پژوهش با استفاده از روش بوت‌استرپ

مسیر	β	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
اثر دل‌بستگی مادر- کودک بر مشکلات غذا خوردن کودک از طریق خوردن جویبی در خوردن	-۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۰۶
اثر دل‌بستگی مادر- کودک بر مشکلات غذا خوردن کودک از طریق مراقبت تغذیه‌ای والدین	۰/۲۶	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۰۰

*P < ۰/۰۱

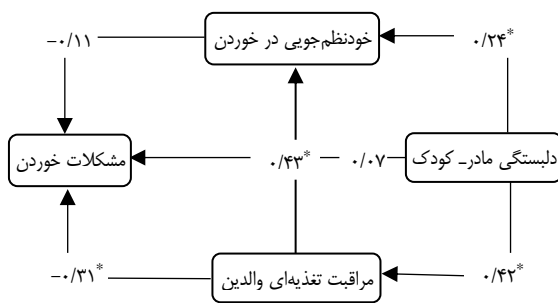
جدول ۲

شاخص‌های ارزیابی برازش مدل فرضی پژوهش

AGFI	NFI	IFI	CFI	GFI	RMSEA	χ^2/df
۰/۸۴	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۸۷	۰/۰۶۳	۲/۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ و ۴ مشاهده می‌شود، دل‌بستگی مادر- کودک ارتباط معناداری با خوردن جویبی در خوردن ($\beta=۰/۶۷$) و مراقبت تغذیه‌ای والدین ($\beta=۰/۶۹$) دارد، اما تأثیر مستقیمی بر مشکلات غذا خوردن ندارد ($\beta=۰/۲۰$). خوردن جویبی در خوردن نیز ارتباط معناداری با مشکلات غذا خوردن ندارد ($\beta=-۰/۱۸$) اما مراقبت تغذیه‌ای والدین ارتباط معناداری با مشکلات غذا خوردن دارد ($\beta=-۰/۳۸$). با توجه به عدم معناداری مسیر خوردن جویبی در خوردن بر مشکلات غذا خوردن کودک، خوردن جویبی در خوردن در رابطه بین دل‌بستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن نقش واسطه‌ای ندارد، اما مراقبت تغذیه‌ای والدین می‌تواند رابطه بین دل‌بستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن را به‌طور کامل واسطه‌گری کند. مقدار تأثیر دل‌بستگی مادر- کودک از طریق مراقبت تغذیه‌ای والدین بر کم شدن مشکلات غذا خوردن کودک برابر ۰/۲۶- و اثر کلی دل‌بستگی مادر- کودک بر مشکلات غذا خوردن برابر ۰/۱۸- است.

با ترسیم مسیر مراقبت تغذیه‌ای والدین به خوردن جویبی در خوردن، مشاهده شد که بین این دو متغیر رابطه معناداری برقرار است و شاخص‌های برازش، کمی بهبود یافت. در شکل ۳ ضرایب مسیر مدل نهایی پژوهش، در جدول ۵ شاخص‌های ارزیابی برازش مدل نهایی، و در جدول ۶ ضرایب مسیر مدل نهایی پژوهش آمده است.



*P < ۰/۰۱

شکل ۳. ضرایب مسیر مدل نهایی نقش واسطه‌ای خوردن جویبی کودکان در خوردن و مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دل‌بستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، شاخص‌های برازش در بازه قابل قبولی هستند، بنابراین این مدل دارای برازش مناسبی است.

جدول ۵

شاخص‌های ارزیابی برازش مدل نهایی پژوهش

AGFI	NFI	IFI	CFI	GFI	RMSEA	χ^2/df
۰/۸۶	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۸۹	۰/۰۶۱	۱/۹۲

مقدار بدست آمده بعد از اصلاح مدل

بر اساس جدول‌های ۶ و ۷، دلبستگی مادر- کودک ارتباط معناداری با خودنظم‌جویی در خوردن ($\beta=۰/۳۴$) و مراقبت تغذیه‌ای والدین ($\beta=۰/۴۲$) دارد، اما تأثیر مستقیمی بر مشکلات غذا خوردن ندارد ($\beta=۰/۰۷$)، خودنظم‌جویی در خوردن نیز ارتباط معناداری با مشکلات غذا خوردن ندارد ($\beta=-۰/۱۱$)، اما مراقبت تغذیه‌ای والدین ارتباط معناداری با مشکلات غذا خوردن ($\beta=-۰/۳۱$) و خودنظم‌جویی در خوردن ($\beta=۰/۴۳$) دارد. با توجه به عدم معناداری مسیر خودنظم‌جویی در خوردن بر مشکلات غذا خوردن کودک، خودنظم‌جویی در خوردن قادر به واسطه‌گری رابطه بین دلبستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن نیست، اما مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن نقش واسطه‌ای کامل دارد. مقدار تأثیری که دلبستگی مادر- کودک از طریق مراقبت تغذیه‌ای والدین بر کم شدن مشکلات غذا خوردن کودک دارد برابر $-۰/۱۳$ و اثر کلی دلبستگی مادر- کودک بر مشکلات غذا خوردن برابر $-۰/۰۸$ است.

جدول ۶

اثرات مستقیم متغیرهای مدل نهایی پژوهش

مسیرها	β	SE	CR	P
اثر دلبستگی مادر- کودک بر خودنظم‌جویی در خوردن کودک	۰/۳۴	۰/۰۹	۲/۶۸	۰/۰۲
اثر دلبستگی مادر- کودک بر مراقبت تغذیه‌ای والدین	۰/۴۲	۰/۱۱	۳/۶۸	۰/۰۰
اثر دلبستگی مادر- کودک بر مشکلات خوردن	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۶۴	۰/۳۶
اثر خودنظم‌جویی در خوردن بر مشکلات غذا خوردن کودک	-۰/۱۱	۰/۰۹	-۱/۲۴	۰/۰۸
اثر مراقبت تغذیه‌ای والدین بر مشکلات غذا خوردن کودک	-۰/۳۱	۰/۱۱	-۲/۹۱	۰/۰۱
اثر مراقبت تغذیه‌ای والدین بر خودنظم‌جویی در خوردن کودک	۰/۴۳	۰/۱۰	۴/۳۰	۰/۰۰

*P < ۰/۰۱

جدول ۷

برآورد اثرات غیرمستقیم متغیرهای مدل نهایی پژوهش با استفاده از روش بوت‌استرپ

مسیر	β	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
اثر دلبستگی مادر- کودک بر مشکلات غذا خوردن کودک از طریق خودنظم‌جویی در خوردن	-۰/۰۳	۰/۰۸	-۰/۱۹	۰/۰۹
اثر دلبستگی مادر- کودک بر مشکلات غذا خوردن کودک از طریق مراقبت تغذیه‌ای والدین	-۰/۱۳	۰/۰۴	-۰/۱۱	۰/۰۵

*P < ۰/۰۱

اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثر کل متغیرهای پژوهش در مدل نهایی در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸

اثرات مستقیم، غیر مستقیم و اثر کل متغیرهای پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
دلبستگی مادر- کودک بر خودنظم‌جویی در خوردن کودک	۰/۲۴	-	۰/۲۴
مراقبت تغذیه‌ای والدین	۰/۴۲	-	۰/۴۲
مشکلات غذا خوردن کودک از طریق خودنظم‌جویی در خوردن	۰/۰۷	-۰/۰۳	-۰/۰۸
مشکلات غذا خوردن کودک از طریق مراقبت تغذیه‌ای والدین	۰/۰۷	-۰/۱۳	-۰/۰۸
خودنظم‌جویی در خوردن کودک بر مشکلات غذا خوردن کودک	-۰/۱۱	-	-۰/۱۱
مراقبت تغذیه‌ای والدین بر مشکلات غذا خوردن کودک	-۰/۳۱	-	-۰/۳۱
خودنظم‌جویی در خوردن کودک	۰/۴۳	-	۰/۴۳

*P < ۰/۰۱

بحث

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای خودنظم‌جویی کودکان در خوردن و مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک با مشکلات غذا خوردن انجام شد. نتایج پژوهش نشان‌دهنده اثر مستقیم دلبستگی مادر- کودک بر خودنظم‌جویی کودکان در غذا خوردن بود. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش پاول و دیگران (۲۰۱۷)، جانسن و دیگران (۲۰۱۲)، کوئن و کنس (۲۰۱۸) و لیکنبرگ و براونگارت- ریکر

داشت. این موضوع کمک می‌کند که کودکان، رفتارهای خوردن سالم را سریع‌تر فرا بگیرند و نسبت به نشانه‌های گرسنگی و سیری پاسخ مناسب‌تری ارائه دهند.

همچنین، یافته پژوهش نشان داد که دلبستگی مادر- کودک با مراقبت تغذیه‌ای والدین، رابطه مستقیم دارد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش پاول و دیگران (۲۰۱۷)، خداپناهی و دیگران (۱۳۹۱)، لیکنبرک و براونگارت-ریکر (۲۰۱۵) و ماسراآیزمن و هولوب (۲۰۰۷) همسو و با نتایج پژوهش بوست و دیگران (۲۰۱۴)، کاردل و دیگران (۲۰۱۲)، کاظمی و دیگران (۱۳۹۶)، ماتون و دیگران (۲۰۱۳) و نصیرزاده و دیگران (۱۳۹۴) ناهمسو است که ممکن است این ناهمسو بودن به دلیل مغایرت سن و جنس کودک و تفاوت‌های فرهنگی در شیوه تغذیه و مراقبت والدین باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، فرضیه حساسیت درباره رابطه بین کیفیت مراقبت مادرانه (حساسیت) و امنیت دلبستگی کودک (رفتار پایه ایمن) از اصول مهم نظریه دلبستگی است (مسمن و دیگران، ۲۰۱۶). بر اساس این فرضیه، رفتار حساس مادر، رفتار بنیادی کودک را سازمان می‌دهد (بکرمنز- کرنبرگ و دیگران، ۲۰۰۳). مراقبان با بهینه‌سازی حساسیت خود می‌توانند علامت‌های کودک را تشخیص دهند، تفسیر کنند و پاسخ مناسب و سریعی به آن بدهند (اینسورث، ۱۹۶۹). نیازهای کودک در مادرائی که نسبت به علامت‌های کودک، پاسخگویی کمتری دارند یا غیر قابل پیش‌بینی هستند، همانند نیاز به تغذیه نادیده انگاشته می‌شود یا به‌طور مناسب برآورده نمی‌شود؛ برای مثال، مادر اجتنابی، مادر حساسی نیست، به نیازهای کودک اهمیت نمی‌دهد و پاسخگویی او بر اساس چارچوب ذهنی خودش است (بنویت، ۲۰۰۴)، بنابراین نظم‌جویی و زمان‌بندی ساختارمند غذا در آن‌ها بر اساس نیازهای کودک نیست و ممکن است باعث آن شود که با زور و اجبار به کودک غذا بدهند، با عصبانیت با کودک رفتار کنند یا حتی کودکی که از نظر سنی هنوز به رشد کامل نرسیده را وادار کنند که مستقلانه غذا بخورد. از طرفی مداخله‌گر بودن این مادران می‌تواند تمایل کودک به غذا خوردن را کمرنگ کند و حتی او را به سمت لجبازی بکشاند.

(۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، حساسیت/ پاسخ مادران یک پیش‌بینی‌کننده مهم از دلبستگی ایمن در اواسط دوران کودکی است، اما هنگامی که کودکان خودمختار^۱ می‌شوند، رابطه والد- کودک نیازمند نظم‌جویی است و سایر رفتارهای والدین مانند حمایت از خودمختاری نیز ممکن است با دلبستگی والد- کودک در سنین بالاتر مرتبط باشد. موضوع اصلی رشد دلبستگی در دوران کودکی میانی تعادل بین استقلال روبه‌رشد کودک و نیاز مداوم به ارتباط است (کامزا، ۲۰۱۹). همچنین رفتار یک مراقب حمایت‌گر در سال‌های اولیه زندگی کودک به نقشی تبدیل می‌شود که بر مهارت‌ها تأکید دارد و خودنظم‌جویی را ضمن بزرگ‌تر شدن کودک تشویق می‌کند. از جنبه‌های دیگر حمایت از فردیت، مستقل بودن افکار و احساس‌های کودکان، حتی در زمان تفاوت این افکار و احساس‌ها با والدین است؛ بنابراین، انتظار می‌رود که در یک رابطه با دلبستگی ایمن، والد به‌طور محدود از رفتارهای مهارکننده روان‌شناختی استفاده کند. از این‌رو، دامنه حمایت از خودمختاری والدین در برگیرنده مشارکت والدین و حمایت از فعالیت‌های کودکان، گوش دادن به عقاید کودکان، حمایت از اکتشاف و خودداری از رفتارهای مهارکننده روان‌شناختی است (کوئن و کنس، ۲۰۱۸). مادران کودکان دلبسته ایمن، هنگام غذا دادن به کودک خود حساس هستند، درحالی‌که مادران کودکان اجتنابی به نشانه‌های کودکشان آگاه نیستند و به‌نظر می‌رسد از تماس جسمانی با کودکشان متنفرند. همچنین، دلبستگی ایمن به کودک کمک می‌کند تا مهارت‌های مربوط به خودنظم‌جویی را کسب کند. این مهارت‌ها به کودک کمک می‌کند تا هنگام مهار در ماندگی و مقابله با هیجان‌های منفی خود احساس توانمندی کند. از طرفی اختلال در خودنظم‌جویی که ممکن است ناشی از مهارت ناکافی مادر در نظم‌جویی برانگیختگی کودک باشد، با حالت‌های اضطرابی رابطه معنادار دارد (خداپناهی و دیگران، ۱۳۹۱). با توجه به تأثیر مستقیم دلبستگی مادر- کودک بر مهارت‌های خودنظم‌جویی خوردن می‌توان گفت، هرچه میزان دلبستگی بین مادر و کودک بیشتر باشد، بدین معنا که مادر به نیازها، شناخت و هیجان کودک اهمیت بسیار و پاسخ مناسب دهد و نسبت به نقش مادری خود مسئول باشد، کودک در نظم‌جویی عادت غذایی خود مدیریت بهتری خواهد

مادران دوسوگرا/ مقاوم، مادرانی با دیدگاه مراقبتی متناقض و غیر قابل پیش‌بینی هستند که تعامل کمینه آن‌ها در رابطه با کودک قابل پیش‌بینی است. این مادران با وجود اینکه کودک را به خود وابسته می‌کنند اما به نیازهای او پاسخ نمی‌دهند (براماریو و دیگران، ۲۰۱۲). آن‌ها ممکن است غذا را بدون هیچ قاعده و قانونی تهیه کنند یا به دلیل عدم توجه به نیاز تغذیه‌ای کودک، از روش‌های تغذیه‌ای با محدودیت‌های آشکار و پنهان استفاده کنند و احتمالاً کودک آن‌ها نیز از بازخوردهای مثبت بهره‌مند نخواهد شد.

سطوح بالاتر دلبستگی اضطرابی به استفاده بیشتر والدین از روش‌های تغذیه مهاری، سخت‌گیرانه و محدودکننده در غذا خوردن کودکان منجر می‌شود (پاول و دیگران، ۲۰۱۷). با توجه به تأثیر مستقیم دلبستگی مادر- کودک بر مراقبت‌های تغذیه‌ای کودک می‌توان گفت، دلبستگی مناسب بین مادر و کودک که با یک رابطه عاطفی- شناختی صمیمانه همراه است، مراقبت‌های غذایی و بهداشتی در تغذیه کودک را بهبود می‌بخشد (لوپس و دیگران، ۲۰۰۱). درواقع، این مادران نسبت به نقش مهم تغذیه در سلامت جسمانی و روانی کودک، آگاهی دارند؛ از این‌رو به تغذیه و عادت غذایی کودک خود توجه بیشتری می‌کنند.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که دلبستگی مادر- کودک با مشکلات غذاخوردن کودکان، رابطه مستقیم و معناداری ندارد که حاکی از اهمیت نقش متغیرهای واسطه‌ای در پژوهش است. این یافته با نتایج پژوهش پاول و دیگران (۲۰۱۷) که نشان می‌دهد دلبستگی اضطرابی والدین و استفاده از شیوه مهاری و محدودکننده بر تغذیه کودکان تأثیر ندارد، همسو و با نتایج پژوهش زینالی و دیگران (۱۳۹۰)، زینالی و دیگران (۱۳۹۵) و کوپر و دیگران (۲۰۰۴) ناهمسو است. این مغایرت ممکن است به دلیل تفاوت دلبستگی والدین و تأثیر فرهنگ بر نوع دلبستگی والدین باشد. والدین بیش‌حمایتگر به علت افراط در مراقبت و سرپرستی از کودک، مانع از استقلال کودک می‌شوند یا استقلال او را محدود می‌کنند که این شیوه منجر به احساس مسئولیت‌پذیری اندک، ایجاد حس ناامنی، اضطراب، کمرویی، کناره‌گیری و انزوا در کودک می‌شود. در مقابل، والدین پذیرنده

درخواست‌های معقولی برای پختگی دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و اصرار بر اینکه کودک باید از آن‌ها تبعیت کند، به اجرا می‌گذارند (خانجانی و دیگران، ۱۳۹۵). از این‌رو، در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت، اگر روابط مادر و کودک در زمان غذا خوردن مناسب باشد، کودک نیازهای خود را به مادر اعلام می‌کند و مادر از اینکه می‌تواند پاسخگوی تقاضاهای کودک باشد، احساس رضایت می‌کند. این تعامل مناسب بین مادر و کودک در هنگام غذا خوردن با ایجاد خودنظم‌جویی در خوردن و مراقبت والدینی مناسب، مشکلات کودک در غذا خوردن را کاهش می‌دهد (زینالی و دیگران، ۱۳۹۰). به اعتقاد بالبی (۱۹۷۳) مادر با غذا دادن به کودک، رابطه مناسبی با او ایجاد می‌کند که این رابطه همراه با رضایت بین مادر و کودک و فقدان رفتارهای خصمانه‌ی مادر می‌تواند نبود مشکلات غذا خوردن در کودک را پیش‌بینی کند. یافته‌های زینالی و دیگران (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهد که مادران حساس به علامت‌ها کودک، موقعیت تغذیه‌ای و تحولی مناسبی برای کودکان خود فراهم می‌کنند. افزون بر آن، مشکلات غذا خوردن کودکان روی‌آوردی چندبعدی است که ممکن است تحت تأثیر عوامل گوناگون جسمانی (مانند بیماری، ژنتیک، عدم آگاهی مادر از نوع و پروتئین غذایی)، روانی (مانند هوش پایین، لجبازی^۱، نازپروردگی^۲) و اجتماعی (مانند فقر، وضعیت اجتماعی- اقتصادی ضعیف، سن پایین) ایجاد شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که خودنظم‌جویی در خوردن با مشکلات غذا خوردن کودکان، رابطه مستقیم و معناداری ندارد. این یافته با نتایج پژوهش پاول و دیگران (۲۰۱۷) همسو و با نتایج پژوهش‌های تان و هولوب (۲۰۱۱)، جانسن و دیگران (۲۰۱۲)، کلیمن و دیگران (۲۰۱۸) و ماتون و دیگران (۲۰۱۳) ناهمسو است که این ناهمسوئی ممکن است به دلیل عدم درک و شناخت درست کودک از سلامتی و مهار وزن خود و ناتوانی وی در محدود کردن تغذیه برای حفظ یا به‌دست آوردن سلامتی در سال‌های اولیه زندگی باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، کودکان دارای خودنظم‌جویی بالا، با نیازها سازگار می‌شوند و فعالیت‌هایشان را با توجه به نیازهای موقعیتی و مستقل از خواسته‌های خود، متوقف

(۲۰۰۷) همسو و با نتایج پژوهش‌های پاول و دیگران (۲۰۱۷)، سلدنز و دیگران (۲۰۱۰)، کاردل و دیگران (۲۰۱۲)، ماتون و دیگران (۲۰۱۳) و نصیرزاده و دیگران (۱۳۹۴) ناهمسو است که علت آن ممکن است تأثیر باورها و فرهنگ جامعه در مورد نحوه تغذیه کردن کودک بر شیوه‌ی تغذیه‌ای مادر و در نتیجه شاخص توده بدنی کودک باشد. والدینی که بیش از اندازه مهارکننده یا بدون مهار، آشفته و بی‌نظم، متشنج و به علامت‌های کودک خود حساس‌تر هستند، ممکن است روابط مادر- کودک را تخریب کنند که این امر منجر به ایجاد مشکلات غذا خوردن می‌شود. همچنین، ویژگی‌های شخصیتی کودک مانند خلق دشوار، اضطراب و رفتارهای پرخاشگرانه نیز مشکلات غذا خوردن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (زینالی و دیگران، ۱۳۹۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت، سبک تغذیه‌ای مسئولانه^۲ که در کودکان با حداقل مشکلات غذا خوردن مشاهده می‌شود، مستلزم ادراک، تفسیر دقیق و پاسخ مناسب به نشانه‌های سیری و گرسنگی کودک در هر نقطه از تحول است. افزون بر آن، مادران کودکان دارای مشکلات غذا خوردن در بیشتر موارد از غذا برای آرام کردن و ساکت کردن گریه کودک خود استفاده می‌کنند. آن‌ها برای اطمینان از اینکه کودکشان به اندازه کافی غذا خورده است، همچنین برای خوشحال کردن کودک و خاموش کردن گریه او، بیشتر از تلویزیون استفاده می‌کردند و شیرینی‌جات بیشتری به او می‌دادند (نصیرزاده و دیگران، ۱۳۹۴)؛ بنابراین، با توجه به اینکه مراقبت تغذیه‌ای مادران شرکت‌کننده در پژوهش مناسب بود و کودکان از مشکلات غذا خوردن نسبتاً کمی برخوردار بودند، می‌توان گفت مراقبت تغذیه‌ای والدین بر مشکلات غذا خوردن کودکان تأثیر مستقیم دارد (هیلبرت، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، مشکلات غذایی در کودکان مادرانی کمتر است که به نشانه‌های گرسنگی و سیری کودکان خود حساس‌اند و در پاسخ به این نشانه‌ها، اقدام سریع و به‌موقع از خود نشان می‌دهند و می‌کوشند تا فرزندشان از تغذیه مقوی و سالمی برخوردار باشد.

یافته دیگر پژوهش حاکی از اثر مستقیم مراقبت تغذیه‌ای والدین بر خوردن‌جویی کودکان در خوردن بود. این یافته با

می‌کنند (تان و هولوب، ۲۰۱۱). در توانایی خوردن‌جویی خوردن کودکان، تفاوت‌های فردی وجود دارد. کودکان دارای خوردن‌جویی در خوردن، به نشانه‌های داخلی گرسنگی و سیری حساس‌اند و کودکانی که خوردن‌جویی در خوردن ندارند، به نشانه‌های خارجی برای نظم‌جویی غذا خوردن خود متکی هستند (تان و هولوب، ۲۰۱۵). پژوهش‌های اخیر نیز نشان می‌دهد که خوردن‌جویی کمتر در خوردن، با استفاده مواد غذایی ناسالم همراه است و کودکان و بزرگسالان را در معرض خطر ابتلا به پیامدهای نامطلوب وزن قرار می‌دهد. همچنین، ویژگی‌های کودکان مانند خوردن‌جویی در غذا خوردن ممکن است سپری در برابر تأثیر منفی رفتارهای والدین بر رفتارهای تغذیه کودک باشد. بر اساس شواهد پژوهشی، کودکان دارای خوردن‌جویی پایین که سطح بالایی از روش‌های تغذیه‌ی مهارتی را تجربه کرده بودند، رفتارهای خوردن ناسالم بیشتری نسبت به کودکان دارای خوردن‌جویی بالا از خود نشان دادند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کودکان با خوردن‌جویی پایین، در معرض تأثیرات والدین یا اجتماعی‌شدن قرار دارند (تان و هولوب، ۲۰۱۵)؛ بنابراین، اگرچه به‌نظر می‌رسد کودکانی که در عادات غذایی خود دارای نظم‌جویی غذایی بهتری هستند، مشکلات کمتری در غذا خوردن دارند، اما در این پژوهش، این فرضیه تأیید نشد. خوردن‌جویی غذایی مهارتی است که کودک از نشانه‌های داخلی گرسنگی و سیری جسمانی بدن خود آگاهی به‌دست می‌آورد و زمانی که این احساس نیاز کودک فراهم نشود، برای رهایی از این نیاز به خوردن غذاهای نامطلوب روی می‌آورد. از آنجاکه این توانایی در سنین بالای ۶ سال حاصل می‌شود و با توجه به اینکه در این پژوهش گروه سنی ۲ تا ۴ سال مورد سنجش قرار گرفته شده است، به‌نظر نمی‌رسد که در این سنین، کودکان مهارت و مهارت خوردن‌جویی غذایی را به شکل واقعی و متناسب با یک کودک بالای ۶ سال به‌دست آورده باشند؛ در نتیجه این مهارت کم در نظم‌جویی غذایی می‌تواند عاملی برای عدم آگاهی کودکان بر مشکلات غذایی نیز باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مراقبت تغذیه‌ای والدین با مشکلات غذا خوردن کودکان، رابطه مستقیم دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های زینالی (۱۳۹۰) و ماشرآیزنمن و هولوب

نتایج پژوهش‌های تان و هولوب (۲۰۱۱)، فرانکل و دیگران (۲۰۱۸) و ماسراآیزمن و هولوب (۲۰۰۷) همسو و با نتایج پژوهش‌های پاول و دیگران (۲۰۱۷)، تان و هولوب (۲۰۱۵) و نصیرزاده و دیگران (۱۳۹۴) ناهمسو است که علت این مغایرت را می‌توان نقش فرهنگ در نحوه تغذیه شدن کودک در نظر گرفت، زیرا فرهنگ به‌عنوان یک راهنما به مادر کمک می‌کند تا شیوه خاصی را برای تغذیه کردن کودک خود اتخاذ کند (بلیست و بنت، ۲۰۱۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت، سال‌های اولیه زندگی، والدین تأثیر بسزایی بر میزان غذای دریافتی کودکان خود دارند و مسئول زمان و میزان مصرف آن‌ها هستند. با بزرگتر شدن کودکان، میزان خودمختاری آن‌ها بیشتر می‌شود و میزان مصرف خود را تعیین می‌کنند. همچنین زمانی که به سن مدرسه می‌رسند، از استقلال خود استفاده می‌کنند و حتی برای محیط غذا خوردن خود نیز تصمیم می‌گیرند. روش‌های فرزندپروری بر رفتارهای غذا خوردن کودکان و وضعیت وزن آن‌ها تأثیر می‌گذارد (شلویم و دیگران، ۲۰۱۵). مهار و سخت‌گیری والدین منجر به کاهش توانایی کودک برای خودنظم‌جویی میزان انرژی دریافتی و به‌دنبال آن، ایجاد رفتارهای پرخوری و چاقی کودکان می‌شود. استفاده والدین از محیط ساختاریافته برای غذا خوردن می‌تواند منجر به حفظ توانایی خودنظم‌جویی کودکان شود و به آن‌ها در پاسخ به نشانه‌های گرسنگی و سیری کمک کند. این کار به‌طور بالقوه به کودکان کمک می‌کند تا یاد بگیرند تا به خاطر گرسنگی غذا بخورند و به نشانه‌های فیزیولوژیکی پاسخ دهند (فرانکل و دیگران، ۲۰۱۸). در واقع استقلال عمل بیشتر بخشیدن به کودک و مهار کمتر او در وعده‌های غذایی، تشویق کودک به تعادل، تنوع و مشارکت دادن کودک در برنامه‌ریزی غذایی، از سبک‌های تغذیه‌ای مثبت است و استفاده از این روش‌ها در کودکانی که وزن عادی دارند، بیشتر است. فرصت بیشتر دادن به کودک برای خودنظم‌جویی، نتایج مثبتی را به‌همراه دارد و او را بیشتر به سمت نشانه‌های سیری و گرسنگی درونی سوق می‌دهد؛ در نتیجه میزان شاخص توده بدنی، بهنجار خواهد بود، زیرا خودنظم‌جویی با کاهش شاخص توده بدنی به سمت بهنجاری رابطه عکس دارد (کلان و باپنر-ملمان، ۲۰۱۱). وقتی

کودک استقلال عمل داشته باشد و در برنامه‌ریزی‌ها مشارکت کند، مسئولیت‌پذیر می‌شود. در واقع کودکی که نسبت به بدن خود مسئولیت‌پذیر است، به نشانه‌های سیری و گرسنگی توجه می‌کند و نیازهایش را برطرف می‌سازد. استقلال عمل بخشیدن به کودک و مهار او در سال‌های اولیه، بیشتر در حیطه تغذیه کردن کودک مشاهده می‌شود؛ بنابراین، استقلال بیشتر موجب می‌شود که کودک در مهار وزن و میزان خوردن خود، کارآمدی بیشتری داشته باشد (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۶). با توجه به تأثیر مراقبت تغذیه والدین بر خودنظم‌جویی کودکان می‌توان گفت مادرانی که به تغذیه و عادت غذایی کودک خود اهمیت می‌دهند و از نقش مهم تغذیه در سلامت جسمانی و روانی کودک آگاهی کافی دارند، مراقبت مثبت و بدون تشویق را در برنامه غذایی کودکان خود جای می‌دهند (اشلویم و دیگران، ۲۰۱۵).

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد خودنظم‌جویی در خوردن در رابطه بین دلبستگی مادر- کودک و مشکلات غذا خوردن کودکان نقش واسطه‌ای ندارد. این یافته با نتایج پژوهش نصیرزاده و دیگران (۱۳۹۴) همسو و با نتایج پژوهش‌های تان و هولوب (۲۰۱۱) و ماسراآیزمن و هولوب (۲۰۰۷) ناهمسو است؛ این مغایرت ممکن است به دلیل تفاوت در سبک‌های دلبستگی والدین و پایین بودن سن کودکان باشد، زیرا در سال‌های اولیه زندگی، کودک درک و شناخت درستی از خودنظم‌جویی در خوردن و وزن خود ندارد و نمی‌تواند تغذیه خود را برای به‌دست آوردن سلامتی، تنظیم یا محدود کند. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که راهبردهای مهارتی تغذیه منجر به کاهش توانایی خودنظم‌جویی کودکان می‌شود و خطر ابتلا به پرخوری و از دست دادن مهار خوردن را افزایش می‌دهد. بر اساس این یافته‌ها، مهار والدین نه‌تنها بر از دست دادن مهار خوردن، بلکه بر محدودیت و حتی نگرانی‌های مربوط به خوردن، شکل بدن و وزن نیز تأثیرگذار است (ماتن و دیگران، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد کودکان مبتلا به خودنظم‌جویی پایین که سطح بالایی از روش‌های تغذیه مهارتی را تجربه کرده بودند، نسبت به کودکان دارای خودنظم‌جویی، رفتارهای خوردن ناسالم بیشتری از خود نشان دادند. بر اساس این، کودکان مبتلا به خودنظم‌جویی پایین در معرض تأثیرات والدین قرار دارند (تان و هولوب، ۲۰۱۵). از آنجاکه

۲۰۱۷). به بیان دیگر، مراقبت تغذیه‌ای مناسب والدین (استفاده از سبک تغذیه‌ای مسئولانه/ مقتدرانه^۲) اجازه می‌دهد تا کودک تشخیص دهد چه غذایی و چه مقدار از آن را بخورد. این رفتارها همه با هم، یک محیط تغذیه قابل پیش‌بینی و در حال رشد مناسب را ایجاد می‌کند که به کودکان اجازه می‌دهد نشانه‌های گرسنگی و سیری درونی خود را بشناسند و به آن‌ها توجه کنند (جانسن و دیگران، ۲۰۱۴).

از جمله محدودیت‌های پژوهش، عدم کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در نمونه پژوهش است. همچنین، در این پژوهش نقش پدر به‌عنوان یک متغیر اثرگذار بر روابط مادر-کودک، مورد بررسی قرار نگرفته است و صرفاً از پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات تجربی بهره گرفته شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های پژوهش کیفی جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. افزون بر آن، به‌منظور شناخت بهتر شیوه‌های تغذیه‌ای والدین، در سایر شهرها نیز بررسی‌های مختلفی انجام شود که ضمن شناخت این شیوه‌های تغذیه‌ای، امکان مقایسه آن‌ها با شیوه‌های تغذیه‌ای کشورهای دیگر در راستای شناسایی عادت‌های غذایی مطلوب فراهم شود. در این پژوهش، خودنظم‌جویی در خوردن به‌عنوان متغیر واسطه‌ای مورد بررسی قرار گرفت که کمبود قابل ملاحظه‌ای در پیشینه پژوهشی آن به چشم می‌خورد؛ از این‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در زمینه خودنظم‌جویی در خوردن انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری همه مادران شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر می‌کنند.

منابع

جانسن، س. ام. و والر، ای. و. (۱۳۹۷). *فرایندهای دلبستگی در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی*. ترجمه ف. بهرامی و دیگران. تهران: دانژه (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۵).

خانجانی، ز.، پیمان‌نیا، ب. و هاشمی، ت. (۱۳۹۵). پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر-کودک با انواع اختلالات اضطرابی در کودکان دبستانی با توجه

دادن فرصت بیشتر به کودک برای خودنظم‌جویی، نتایج مثبت به بار می‌آورد و او را بیشتر به سمت نشانه‌های سیری و گرسنگی درونی سوق می‌دهد، وقتی کودک استقلال عمل داشته باشد و در برنامه‌ریزی‌ها مشارکت کند، مسئولیت‌پذیر می‌شود و کودکی که نسبت به بدن خود مسئولیت‌پذیر است، به نشانه‌های سیری و گرسنگی توجه می‌کند و نیازهایش را برطرف می‌سازد؛ بنابراین، استقلال عمل بیشتر موجب می‌شود که کودک، کارآمدی بیشتری در مهار وزن و میزان خوردن خود داشته باشد (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۶).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که مراقبت تغذیه‌ای والدین در رابطه بین دلبستگی مادر-کودک و مشکلات غذا خوردن کودکان نقش واسطه‌ای دارد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های پاول و دیگران (۲۰۱۷)، کاظمی و دیگران (۱۳۹۶) و نصیرزاده و دیگران (۱۳۹۴) همسو است. از آنجاکه سطوح بالاتر دلبستگی اضطرابی به استفاده بیشتر از روش‌های تغذیه‌ای-مهارکننده-مجبورکننده و خودنظم‌جویی کمتر در غذا خوردن منجر می‌شود، پاسخگویی والدین بر هیجان‌های کودک و گرسنگی و سیری تأثیر دارد. به‌نظر می‌رسد نظام دلبستگی در والدین دارای دلبستگی ناایمن بیش از حد فعال می‌شود و برای جلوگیری از خطر جدایی و فقدان، از رفتارهای اغراق‌آمیز استفاده می‌کنند (جانسون و والر، ۱۳۹۷/۲۰۰۵). این موضوع باعث گوش‌به‌زنگ شدن نسبت به کودکان، آشفته‌گی آن‌ها و انجام رفتارهای مهارتی یا واکنش افراطی نسبت به آن‌ها می‌شود. این رفتارهای مهارتی می‌تواند به استفاده از سبک‌های تغذیه‌ای مهارتی-وادارکننده برای غذا دادن به کودک منجر شود؛ برای مثال او را مجبور کند کل غذایش را بخورد یا از غذا به‌عنوان پاداش رفتار استفاده کند. نظام دلبستگی در دلبستگی اجتنابی بسیار ضعیف عمل می‌کند و باعث راهبردهای رفتاری اجتنابی، سرکوب هیجان منفی و نیازهای دلبستگی می‌شود؛ یعنی والدین در رفتار غذا دادن به کودک سعی می‌کنند از تعامل‌های تنیدگی‌زا دوری کنند؛ مانند روی آوردن تسلیم شدن یا غذا دادن آسان^۱؛ یعنی به کودک اجازه دهند هر غذایی را که دوست دارد بخورد (پاول و دیگران،

- interaction, self-regulation, and obesity prevention in early childhood. *Current Obesity Reports*, 5(2), 192-200.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Metaanalyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 541-545.
- Blissett, J., & Bennett, C. (2013). Cultural differences in parental feeding practices and children's eating behaviours and their relationships with child BMI: a comparison of Black Afro-Caribbean, White British and White German samples. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(2), 180-184.
- Bost, K. K., Wiley, A. R., Fiese, B., Hammons, A., McBride, B., & Strong K. T. (2014). Associations between adult attachment style, emotion regulation, and preschool children's food consumption. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(1), 50-61.
- Bowlby, J. (1973a). *Attachment and loss*, vol. 2: *Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973b). *Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Briere, J., Runtz, M., Eadie, E., Bigras, N., & Godbout, N. (2017). Disengaged parenting: structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. *Child Abuse & Neglect*, 67, 260-270.
- Brumariu, L. E., Kerns, K. A., & Seibert, A. (2012). Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*, 19(3), 569-585.
- Cardel, M., Willig, A. L., Dulin-Keita, A., Casazza, K., Beasley, T. M., & Fernández, J. R. (2012). Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children. *Appetite*, 58(1), 347-353.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a
- به ویژگی‌های فرهنگی مادران ایرانی. *مجله اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲(۱۲)، ۲۵۷-۲۵۲.
- خدانپاهی، ک.، قنبری، س.، نادعلی، ح. و سید موسوی، پ. (۱۳۹۱). کیفیت روابط مادر- کودک و نشانگان اضطرابی در کودکان پیش‌دبستانی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۳۳)، ۱۳-۵.
- زرنندی، ع.، امیری، ش. و مولوی، ح. (۱۳۹۶). تدوین الگوی فرایندها و راهبردهای تنظیم هیجان کودکان بر اساس الگوی رشدنگر خودتنظیمی کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۵(۱)، ۳۱-۲۲.
- زینالی، ش. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مادران بر کاهش مشکلات تغذیه کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- زینالی، ش.، مظاهری، م. ع.، طهماسبیان، ک. و صادقی، م. س. (۱۳۹۵). تأثیرگذاری آموزش مادران در زمینه مشکلات غذا خوردن کودک بر مشکلات خوردن و تنیدگی مادر- کودک. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۶(۲)، ۲۶-۱۵.
- زینالی، ش.، مظاهری، م. ع.، صادقی، م. س. و جباری، م. (۱۳۹۰). رابطه‌ی دلبستگی مادر- کودک و ویژگی‌های روانی مادران با مشکلات غذا خوردن در کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۲۹(۸)، ۶۶-۵۵.
- علیپور بیرگانی، س.، زغبی قناد، س. و جولاییان، ا. (۱۳۹۴). بررسی مدل علی مراقبت والدین و تعارض بین والدینی با صمیمیت روماتیک با واسطه ادراک از تعارض بین والدینی و دلبستگی اجتنابی. *فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۵(۲)، ۷۸-۵۷.
- کاطمی، ر.، زهرایی، ش. و دهشیری، غ. (۱۳۹۶). عادت‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی و سبک‌های دلبستگی در دختران فربه. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۵۲(۱۳)، ۳۶۴-۳۵۱.
- نصیرزاده، ر.، مظاهری، م. ع.، فردوسی، س.، نوحه‌سراه، ش. و شهیدی، ش. (۱۳۹۴). مشکلات تغذیه شیرخواران به روایت مادر و مقایسه سبک غذا دادن مادرانه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۲۳(۱)، ۹۳-۸۱.
- Ainsworth, M. (1969). *Ainsworth Maternal Sensitivity Scales- John Hopkins University*. Retrieved from <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/maternal%20sensitivity%20scales>.
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521-529.
- Anderson, S. E., & Keim, S. A. (2016). Parent-child

- their 2-year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 72-84.
- Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, 36(5), 665-674.
- Kamza, A. (2019). Attachment to mothers and fathers during middle childhood: an evidence from Polish sample. *BMC psychology*, 7(1), 1-18.
- Kliemann, N., Croker, H., Johnson, F., & Beeken, R. J. (2018). Starting university with high eating self-regulatory skills protects students against unhealthy dietary intake and substantial weight gain over 6 months. *Eating Behaviors*, 31, 105-112.
- Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2018). Parent-child attachment: meta-analysis of associations with parenting behaviors in middle childhood and adolescence. *Attachment & Human Development*, 20(4), 378-405.
- Lewinsohn, P. M., Holm- Denoma, J. M., Gau, J. M., Joiner Jr, T. E., Striegel- Moore, R., Bear, P., & Lamoureux, B. (2005). Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 208-219.
- Lewis, T., Amini, F., & Lannon, R. (2001). *A general theory of love*. New York: Vintage.
- Lickenbrock, D. M., & Braungart - Rieker, J. M. (2015). Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers: An ecological systems perspective. *Infant Behavior and Development*, 39, 173-187.
- Matton, A., Goossens, L., Braet, C., & Van Durme, K. (2013). Continuity in primary school children's eating problems and the influence of parental feeding strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(1), 52-66.
- Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 852-877). New York: Guilford.
- self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76.
- Coolbear, J., & Benoit, D. (1999). Failure to thrive: Risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 87-104.
- Cooper, P. J. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 210-215.
- Estrem, H. H., Pados, B. F., Thoyre, S., Knafel, K., McComish, C., & Park, J. (2016). Concept of pediatric feeding problems from the parent perspective. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(4), 212-220.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2002). Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 year of age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 226-231.
- Frankel, L. A., Powell, E., & Jansen, E. (2018). The relationship between structure-related food parenting practices and children's heightened levels of self-regulation in eating. *Childhood Obesity*, 14(2), 81-88.
- Golan, M., & Bachner-Melman, R. (2011). Self-regulation and the management of childhood obesity. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 1(107), 1-7.
- Haywood, P., & Mccann, J. (2009). A brief group intervention for young children with feeding problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 361-372.
- Hegazi, M. A., Sehlo, M. G., Al- Jasir, A., & El- Deek, B. S. (2015). Development and cognitive functions in Saudi pre- school children with feeding problems without underlying medical disorders. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(9), 906-912.
- Hilbert, A. (2020). Childhood Eating and Feeding Disturbances. *Nutrients*, 12(972), 1-5.
- Jansen, E., Mallan, K. M., Nicholson, J. M., & Daniels, L. A. (2014). The feeding practices and structure questionnaire: construction and initial validation in a sample of Australian first-time mothers and

- old children: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-20.
- Sleddens, E. F., Kremers, S. P., De Vries, N. K., & Thijs, C. (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6-7. *Appetite*, 54(1), 30-36.
- Tan, C. C., & Holub, S. C. (2011). Children's self-regulation in eating: Associations with inhibitory control and parents' feeding behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(3), 340-345.
- Tan, C. C., & Holub, S. C. (2015). Emotion regulation feeding practices link parents' emotional eating to children's emotional eating: A moderated mediation study. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 657-663.
- Wehrly, S. E., Bonilla, C., Perez, M., & Liew, J. (2014). Controlling parental feeding practices and child body composition in ethnically and economically diverse preschool children. *Appetite*, 73, 163-171.
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 960-972.
- Powell, E. M., Frankel, L. A., Umemura, T., & Hazen, N. (2017). The relationship between adult attachment orientation and child self-regulation in eating: The mediating role of persuasive-controlling feeding practices. *Eating Behaviors*, 26, 121-128.
- Sherry, B., McDivitt, J., Birch, L. L., Cook, F. H., Sanders, S., Prish, J. L., & Scanlon, K. S. (2004). Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African-American mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(2), 215-221.
- Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N., & Hetherington, M. M. (2015). Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12 year-