

رابطه دلبستگی مادر-کودک و ویژگیهای روانی مادران با مشکلات غذا خوردن در کودکان

The Relationships of Mother's Attachment to Infant and Mothers'

Psychological Characteristics to Feeding Problem in Infants

Shirin Zeinali

MA in Child and
Adolescent Psychology

Mohammad Ali Mazeheri, PhD

Shahid Beheshti University

دکتر محمدعلی مظاهری

دانشیار دانشگاه شهید بهشتی

شیرین زینالی

کارشناس ارشد روان شناسی
بالینی کودک و نوجوان

Mansoure Sadat Sadeghi, PhD

Shahid Beheshti University

Mahsa Jabari

BA Student in
Clinical Psychology

مهسا جباری

دانشجوی کارشناسی
روان شناسی بالینی

دکتر منصوره السادات صادقی

استادیار پژوهشکده خانواده
دانشگاه شهید بهشتی تهران

چکیده

دو مطالعه جداگانه اما مرتبط با یکدیگر در زمینه رابطه دلبستگی و ویژگیهای روانی مادر با مشکلات خوردن کودکان انجام شد. در مطالعه نخست، نمونه‌ای متشکل از ۲۱۴ مادر به مقیاس مشکلات غذا خوردن (لوینسون و دیگران، ۲۰۰۵) و مقیاس دلبستگی پس از تولد (کاندون و کورکیندال، ۱۹۹۸) پاسخ دادند. نتایج نشان دادند که مؤلفه نبود خصومت، ۳۵ درصد از واریانس مشکلات غذا خوردن را در کودکان تبیین می‌کند. در مطالعه دوم، نمونه‌ای متشکل از ۸۹ مادر به مقیاسهای مشکلات غذا خوردن و «افسردگی، اضطراب، تنیدگی» (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵) پاسخ دادند. نتایج نشان دادند که تنیدگی مادر، ۵ درصد از واریانس مشکلات غذا خوردن را تبیین می‌کند. همچنین، نتایج هر دو مطالعه نشان دادند که مدت زمان تغذیه از سینه مادر، مشکلات غذا خوردن را پیش‌بینی می‌کند. بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر، نقص در پیوند دلبستگی مادر به کودک و تنیدگی مادر، مشکلات غذا خوردن را در کودک افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: مشکلات غذا خوردن، دلبستگی مادر به کودک، افسردگی، اضطراب، تنیدگی، کودکان ۱۲-۳۶ ماهه

Abstract

Two separate but related studies regarding the relationships of mother's attachment to infant and mother's psychological characteristics to feeding problem in infants were conducted. In the first study 214 mothers completed the Feeding Problem Scale (Levinsohn et al., 2005) and the Maternal Postnatal Attachment Scale (Condon & Corkindale, 1998). The results indicated that "absence of hostility" accounted for 35% of the variance in feeding problem. In the second study, 89 mothers completed the Feeding Problem Scale and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Lovibind & Lovibind, 1995). Results indicated that mother's stress accounted for 5 % of the variance in feeding problem. The results from the two studied indicated that duration of breast feeding predicted feeding problem. This study suggests that presence of some deficits in mother's attachment to infant and mother's stress increase the feeding problem in infants.

Key words: feeding problem, mother's attachment to infant, depression, anxiety, stress, 12-36 month infants

received: 1 May 2011

accepted: 19 September 2011

دریافت: ۹۰/۲/۱۱

پذیرش: ۹۰/۶/۲۸

مقدمه

مشکلات غذاخوردن^۱، مشکلی مشترک در اختلالات دوران کودکی^۲ است (مانیکام و پرمن، ۲۰۰۰؛ بنجاس وانتپ، ۲۰۰۹). این مشکلات در سالهای ابتدایی زندگی رخ می‌دهند و شامل مجموعه رفتارهایی هستند که غذا دادن به کودک را دشوار می‌سازند و رابطه بین مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند و در نتیجه، موجب نگرانی مادر می‌شود (مالدونادو، هلمینگ، مودی و میلوف، ۲۰۰۴). خوردن انواع معدودی از غذاها، اجتناب از غذا خوردن، منفی‌گری و لجبازی در هنگام غذاخوردن، خوردن آهسته غذا، عصبانی شدن و فریادکشیدن در زمان وعده‌های غذایی، مشکلات رنج‌آور تغذیه‌ای کودک را دربر می‌گیرند (مارچی و کوهن، ۱۹۹۰).

نوزاد انسان برخلاف سایر موجودات، برای نیازهای تغذیه‌ای، برای حفظ حیات و بهزیستی^۳ جسمانی‌اش کاملاً به روابط اجتماعی وابسته است (لیپیست، کروک و باس، ۱۹۸۵). روابط اولیه بین کودک و مادر ممکن است به عنوان پایه‌های تعامل اجتماعی عمل کند و کیفیت رفتار در هنگام غذاخوردن ممکن است بازتابی از طبیعت و کیفیت تعامل والد-کودک در سایر موقعیتها باشد (وولک، ۱۹۹۴). اگر روابط مادر و کودک در طی غذاخوردن مناسب باشد، کودک گرسنگی و تشنگی‌اش را به مادر اعلام می‌کند و مادر از این حقیقت که می‌تواند تقاضاهای کودک را پاسخگو باشد، احساس رضایت می‌کند (بریچ و فیشر، ۱۹۹۶؛ گالف، ۱۹۹۶). همچنین، تعامل اجتماعی بین مادر و کودک در هنگام غذاخوردن در شکل‌گیری دلبستگی مناسب در روابط بین مادر و کودک اهمیت بسیاری دارد (اینزورث^۴، ۱۹۷۲ نقل از کوپر و استین، ۲۰۰۶؛ تامارکین، ۲۰۰۹). هلمس^۵ (۱۹۹۳) نقل از کسیدی و شاور، ۲۰۰۸؛ تامارکین، ۲۰۰۹) در فرایند شکل‌گیری دلبستگی، به تجربه‌های بدنی^۶ و لمس کردن کودک تأکید دارد. وی معتقد است که رفتارهای گرم، در آغوش گرفتن و غذا دادن به کودک رابطه نزدیکی ایجاد می‌کند که برای کودک و

مادر، مطلوب است. بالبی^۷ بر این باور است که مادر با غذا دادن به کودک رابطه مثبتی با وی ایجاد می‌کند. اما، آسیب روانی مادر این رابطه مثبت را تخریب می‌کند (چاتور، گانیان، هیرش، بورمن-اسپرول و مرازیک، ۲۰۰۰). بالبی (۱۹۷۳) در تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک معتقد است آنچه برای سلامت روانی کودک ضروری است، تجربه یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دائم اوست و بسیاری از مشکلات کودک، از محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی ناشی می‌شوند. برای مثال، مادرانی که خود در زمان کودکی مراقبت مادرانه به اندازه کافی خوب دریافت نکرده‌اند، خودآگاهی^۸ ضعیفی دارند و در مقابل تنیدگیها آسیب‌پذیرند. به علاوه، این مادران در فراهم کردن پاسخهای هیجانی و فیزیولوژیکی به نیازهای کودکشان مشکلات بیشتری دارند؛ ممکن است غذا را بدون هیچ نوع قاعده‌ای فراهم کنند، با زور غذا را در دهان کودکشان بگذارند، با عصبانیت با وی رفتار کنند، یا اینکه کودک کم سن را مجبور کنند که خودش غذا بخورد، در حالی که کودک این توانایی را از نظر تحولی کسب نکرده است. این والدین ممکن است غذاهایی را تهیه کنند که کودک هنوز از نظر گوارشی^۹ آمادگی خوردن آنها را ندارد (کسیدی و شاور، ۲۰۰۸). اضطراب مادر، حساس نبودن مادر به نیازهای تغذیه‌ای کودک و لجاجت کودک به تقابل مادر و کودک منجر می‌شود که با تعامل ضعیف، تنش، تعارض و مبارزه برای مهار همراه است و این مسئله به مشکلات خوردن در کودک منتهی می‌گردد (چاتور، ۱۹۸۹؛ بنجاس وانتپ، ۲۰۰۹؛ کانتراس و هوردونسکی، ۲۰۱۰). تنش مادر با رفتارهای مهارگر وی در غذاخوردن کودک مرتبط می‌باشد و در هنگام چالش بر سر غذا، کودک نمی‌تواند از راهبردهای مقابله‌ای استفاده کند (بلیست، مییر و هایکرفت، ۱۹۹۷). در نتیجه، این کودکان نیز خودآگاهی فیزیولوژیکی ضعیفی کسب می‌کنند و ممکن است ندانند

1. feeding problem
2. childhood disorders
3. well-being

4. Ainsworth, M.
5. Holmes, J.
6. bodily experience

7. Bowlby, J.
8. self-awareness
9. digestive

ویژگیهای روانی مادر با مشکلات غذاخوردن کودک ارتباط دارد؟ برای پاسخ دادن به این سؤال، مطالعه دیگری طراحی شد که هدف آن شناخت رابطه ویژگیهای روانی مادر با مشکلات غذاخوردن در کودک بود.

مطالعه اول

روش

از بین مادران دارای کودکان ۱۲-۳۶ ماهه که به علت مشکلات غذاخوردن کودکان به پزشک متخصص در بیمارستانهای منطقه ۲ شهر تبریز، مراجعه کردند یک نمونه غیراحتمالی در دسترس شامل ۲۱۴ نفر (۱۱۸ دختر و ۹۶ پسر) انتخاب شد. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشکلات غذاخوردن (لوینسون و دیگران، ۲۰۰۵) و دلبستگی پس از تولد (کاندون و کورکیندال، ۱۹۹۸) را تکمیل کردند. میانگین سن کودکان حدود ۲۳ ماه و مدت زمان تغذیه از سینه مادر نیز تقریباً ۱۰ ماه بود. ۶۰ درصد مادران یک فرزند، ۳۱ درصد دو فرزند و ۹ درصد سه فرزند و یا بیشتر داشتند. ۶۴ درصد کودکان از سینه مادر شیر خورده بودند. ۷۲ درصد مادران تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و ۲۸ درصد تحصیلات لیسانس داشتند. در این مطالعه، ابزارهای زیر به کار گرفته شدند:

سیاهه مشکلات غذاخوردن^۴ (لوینسون و دیگران، ۲۰۰۵): این سیاهه ۶۸ ماده دارد و براساس نتایج تحلیل عاملیهای اکتشافی و تأییدی دارای چهار عامل (۱) خوردن میزان معدودی غذا^۵، (۲) اجتناب از غذاخوردن^۶، (۳) کشمکش برای مهار^۷ و (۴) رفتارهای مثبت والدین^۸ است. سیاهه به صورت دو ارزشی (بله - خیر) نمره گذاری می‌شود. لوینسون و دیگران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای در مورد ۹۳ مادر که کودکانشان مشکل غذاخوردن داشتند، اعتبار عاملهای این سیاهه را از طریق روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند.

در مطالعه زینالی، مظاهری، جباری و صادقی (۱۳۸۹) الف) مقیاس چهار عاملی، اعتبار مناسبی نشان نداد؛

که چه موقع گرسنه یا تشنه‌اند و برعکس چه موقع سیر می‌شوند. این کودکان ساعتها مشغول بازی می‌شوند، بدون اینکه چیزی بخورند و بنوشند یا آن قدر غذا می‌خورند که احساس تهوع و استفراغ می‌کنند. ناتوانی در ایجاد تعادل بین گرسنگی و سیری، به علت بی‌احساسی و عدم پیش‌بینی‌پذیری مادر به آشفتگی رفتارهای غذاخوردن در کودک منجر می‌شود (کسیدی و شاور، ۲۰۰۸).

ایگلند و فاربر (۱۹۸۴) در پژوهش خود گزارش کردند که مادران کودکان دلبسته^۱ در طی غذا دادن به کودکان حساس‌اند، در حالی که مادران کودکان اجتنابی^۲ به نشانه‌های کودکان آگاه نیستند و به نظر می‌رسد از تماس جسمانی با کودکان متنفراند. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که کودکان واجد سندرم ناتوانی در رسیدن به رشد مورد انتظار^۳، دلبستگی ناایمن دارند و مادرانشان در فهمیدن نیازهای کودک و پاسخ‌گویی به آنها مشکل دارند (کوولبر و نیوت، ۱۹۹۹). آمانیتی، آمبروزی، لوساریلی، سیمینو و دی-اولیمپیو (۲۰۰۴) و کانتراس و هورودینسکی (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود نشان داده‌اند که علایم آسیب‌شناسی در کودکان واجد مشکلات غذاخوردن و مادران آنها، بالاست. این علایم شامل بازخورد منفی نسبت به خوردن، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری در مادران و علایم اضطراب، افسردگی، شکایات بدنی و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکانشان است. با توجه به اینکه در زمینه مشکلات غذاخوردن، رابطه بین مادر و کودک و ویژگیهای روانی مادر به عنوان دو عامل مهم شناخته شده‌اند (بنجاس‌وانتپ، ۲۰۰۹)، بررسی دلبستگی مادر-کودک و ویژگیهای روانی مادر در شرایطی که کودک دچار مشکلات غذاخوردن است، اهمیت می‌یابد. در این چارچوب، در پژوهش حاضر با طراحی دو مطالعه جداگانه اما مرتبط با هم این موضوع بررسی شده است.

در مطالعه نخست، رابطه مؤلفه‌های دلبستگی و مشکلات غذاخوردن مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه در مورد تأثیر دلبستگی مادر-کودک بر مشکلات غذا خوردن موجب طرح این سؤال شد که آیا

1. secure attachment
2. avoidant child

3. failure to thrive
4. Feeding Problem Inventory

5. pickiness
6. food refusal

7. struggle for control
8. positive parental behavior

به دست می‌دهد. نمره‌گذاری ماده‌های این مقیاس متغیر است؛ بدین معنا که برخی مواد پنج، چهار و سه گزینه‌ای‌اند؛ به عنوان نمونه، ماده‌های ۱-۳، پنج گزینه‌ای‌اند و گویه ۴، سه گزینه دارد. در مطالعه کاندون و کورکیندال (۱۹۹۸)، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۸ و ضرایب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه با فاصله ۲، ۴ و ۳۲ هفته به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۸ و ۰/۴۸ گزارش شده است. ضمناً دامنه نمره‌ها بین ۱۹-۹۵ قرار داشت. همسانی درونی زیرمقیاسهای این پرسشنامه در مطالعه حاضر، برای کل مقیاس و عاملهای آن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۴۵، ۰/۵۶ و ۰/۳۳ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و همبستگیهای

بنابراین، روایی سیاهه با انجام تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. پنج عامل «رضایت مادر از غذاخوردن کودک»، «رفتار غذاخوردن»، «تنش در هنگام غذاخوردن»، «خوردن انواع متنوع غذا»، «نشانه‌های جسمی وابسته به غذاخوردن» در این سیاهه به عنوان عاملهای اصلی معرفی شدند. ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ و برای عاملها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷، ۰/۶۵، ۰/۶۷، ۰/۵۵ به دست آمد.

مقیاس دلبستگی پس از تولد^۱ (کاندون و کورکیندال، ۱۹۹۸): حاوی ۱۹ ماده است و برای کودکان زیر ۳۶ ماه به کار برده می‌شود. نمره بالا، حاکی از دلبستگی زیاد مادر به کودک است. این پرسشنامه، سه عامل (کیفیت دلبستگی، نبود خصومت^۲ و لذت در تعامل^۳) را می‌سنجد و جمع نمره‌های هر سه زیرمقیاس، نمره دلبستگی کلی

جدول ۱.

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگیهای متقابل برای متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱. مشکلات غذاخوردن	۳۳/۲۸	۱۰/۷۰	—				
۲. دلبستگی	۷۱/۴۵	۹/۰۶	-۰/۳۲**	—			
۳. کیفیت دلبستگی	۳۳/۵۴	۴/۴۲	-۰/۲۲۵**	۰/۸۶**	—		
۴. نبود خصومت	۱۶/۵۶	۴/۱۲	-۰/۳۳**	۰/۷۵**	۰/۴۳**	—	
۵. لذت در تعامل	۲۱/۳۳	۳	-۰/۲۰**	۰/۷۱**	۰/۵۲**	۰/۲۶**	—
۶. سن کودک	۲۲/۵۷	۷/۷۳	-۰/۱۹**	-۰/۰۲	-۰/۰۷	۰/۰۹	-۰/۱۷*
۷. مدت زمان تغذیه از سینه	۱۰/۲۵	۹/۱	-۰/۵۱**	۰/۳۱**	۰/۲۱**	۰/۳۰**	۰/۱۸

**P<۰/۰۱.

*P<۰/۰۵.

جدول ۲.

خلاصه تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام مشکلات غذاخوردن براساس سن کودک، مؤلفه‌های دلبستگی، مدت زمان تغذیه

متغیر	F	R	R ^۲	β	B
رگرسیون ۱ سن کودک	۸/۷۱	۰/۱۹	۰/۰۳۹	-۰/۱۹**	-۰/۲۷
رگرسیون ۲ دلبستگی	۱۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۳۵۴	-۰/۰۵	-۰/۱۴
کیفیت دلبستگی	۱۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۳۵۴	-۰/۰۵	-۰/۱۱
نبود خصومت	۱۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۳۵۴	-۰/۲۸**	-۰/۷۳
رضایت از تعامل	۱۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۳۵۴	-۰/۰۹	-۰/۳
رگرسیون ۳ مدت زمان تغذیه	۳۹/۵۹	۰/۵۲	۰/۲۷	-۰/۵۴**	-۰/۶۴

**P<۰/۰۱.

در غذادادن به کودک تأکید داشتند، مطالعات اخیر به تعامل بین مادر و کودک صحنه می‌گذارند و مطرح می‌کنند که مادران حساس به علائم کودک، موقعیت تغذیه‌ای و رشدی مناسبی برای کودکانشان فراهم می‌کنند (منترو، استوارد و گاروین، ۲۰۰۲؛ بنجاس‌وانتپ، ۲۰۰۹؛ زینالی، مظاهری، طهماسیان و صادقی، ۲۰۱۱). در برخی پژوهشها، به راه‌اندازهایی در شکل‌گیری دلبستگی، اشاره شده است. یکی از این راه‌اندازها، غذاخوردن کودک است. اولین ارتباطهای مادر و کودک با تغذیه آغاز می‌شود. این ارتباط در ابتدا با سینه‌ مادر شروع می‌شود، به عبارت دیگر، بین تغذیه از سینه‌ مادر و به وجود آمدن دلبستگی رابطه مثبت وجود دارد (ویشنفلد، مالاتستا، ویتمن و گرانیروس و یولی، ۱۹۸۵؛ ویردن، ۱۹۸۸؛ هیک و دکاسترو، ۱۹۹۳). شیردادن با سینه، مادر را از نظر روان-شناختی به کودک نزدیک می‌کند (مارتون و نش، ۱۹۸۸؛ میکولینسر و فلوریان، ۱۹۹۸؛ بریترتون و مان‌هولند، ۱۹۹۹؛ ماروین و برینتر، ۱۹۹۹). برای کودکان، تغذیه از سینه‌ مادر، جزء جدایی‌ناپذیر غذاخوردن است؛ گرمای شیرین سینه‌ مادر، گرمای مادر خوب و با کفایت را منعکس می‌کند. اگر هر یک از این روابط به خوبی پیش نرود، به بروز مشکلاتی در فرایند غذاخوردن منجر می‌شود که پایدار و طولانی‌مدت خواهد بود (کسیدی و شاور، ۲۰۰۸). در عین حال، بدیهی است که خصوصیات و شرایط روان-شناختی مادر تا حد زیادی می‌تواند کیفیت ارتباط او را با کودک تحت تأثیر خود قرار دهد (خانجانی، ۱۳۸۴). به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که تجربه اضطراب در والدین کودکان مشکل‌دار، می‌تواند مانعی در راه ایفای نقش والدینی و دلبستگی به وجود آورد (ماندر^۲ و هانتر^۳، ۲۰۰۱/۱۳۸۷). بدین ترتیب، این سؤال مطرح می‌شود که آیا مشکلات روانی مادر، غذاخوردن کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ برای پاسخ به این پرسش، مطالعه دوم طراحی و انجام شد.

متقابل برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که بین مشکلات غذاخوردن و دلبستگی، مؤلفه‌های آن، سن کودک و مدت زمان تغذیه از سینه‌ مادر رابطه معنادار و منفی وجود دارد.

در ادامه، برای مشخص کردن میزان تبیین تغییرات مشکلات غذاخوردن بر پایه سن کودک و مؤلفه‌های دلبستگی و همچنین مدت زمان تغذیه از سینه‌ مادر از سه تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام^۱ جداگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

طبق نتایج جدول ۲، مؤلفه سن کودک با ضریب رگرسیون ۰/۱۹-، نبود خصومت ۰/۲۸- و مدت زمان تغذیه از سینه‌ مادر با ضریب ۰/۵۴- متغیرهای نیرومندی برای تبیین مشکلات غذاخوردن هستند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین سن کودک و مشکلات غذاخوردن، رابطه منفی وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش (ویلیامز، هندی و نیچ، ۲۰۰۸) همسو هستند. می‌توان استدلال کرد که هر چه سن کودک پایین‌تر باشد، احتمال مشاهده رفتارهای نادرست غذاخوردن مانند تف‌کردن غذا، مستقل غذا نخوردن و انداختن غذا بیشتر می‌شود (ویلیامز و دیگران، ۲۰۰۸). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین دلبستگی و مؤلفه‌های آن با مشکلات غذاخوردن، همبستگی منفی وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز مبین وجود ارتباط بین مؤلفه نبود خصومت با مشکلات غذاخوردن بود. به عبارت دیگر، رابطه مناسب همراه با رضایت بین مادر- کودک و فقدان رفتارهای خصمانه‌ مادر می‌تواند نبود مشکلات غذاخوردن در کودک را پیش‌بینی کند. یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهشهای کوولبر و بنیوت (۱۹۹۹)، میکولینسر و فلوریان (۲۰۰۱) و تامارکین (۲۰۰۹) همسو است. در حالی که پژوهشهای پیشین فقط به نقش رفتارهای مادر

مطالعه دوم روش

در مطالعه دوم مادرانی که یک کودک ۱۲ تا ۳۶ ماهه (۵۱ دختر و ۳۸ پسر) داشتند و به علت مشکلات غذاخوردن فرزندشان به پزشک متخصص کودک در یکی از بیمارستانهای منطقه ۲ تبریز مراجعه کرده بودند، به صورت غیراحتمالی در دسترس انتخاب شدند. میانگین سن کودکان حدود ۲۰ ماه و میانگین مدت زمان تغذیه از سینه مادر تقریباً ۱۲ ماه بود. افزون بر این، ۶۹ درصد مادران یک فرزند، ۲۵ درصد دو فرزند و ۶ درصد سه فرزند و یا بیشتر داشتند. ۶۸ درصد کودکان از سینه مادر شیر خورده بودند. ۵۶ درصد مادران تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و ۴۴ درصد تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. در این مطالعه از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی^۱ (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵): این مقیاس حاوی ۲۱ ماده است که سه ویژگی افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. همبستگی این مقیاس با سیاهه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب

بک بالا گزارش شده است. ماده‌های این مقیاس به صورت لیکرت چهار درجه‌ای تنظیم شده‌اند. ضرایب آلفای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ هستند (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵). همچنین، مقدار آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه صاحبی (۱۳۸۰) به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی ۰/۷۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۶ گزارش شده است. اعتبار این مقیاس با محاسبه همسانی درونی خرده مقیاسها در مطالعه حاضر به روش آلفا نیز به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۱ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

یافته‌ها

در جدول ۳، میانگین، انحراف استاندارد و همبستگیهای متقابل برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

طبق نتایج جدول ۳، تنیدگی مادر و مدت زمان تغذیه از سینه مادر با مشکلات غذاخوردن رابطه معنادار دارد، اما بین اضطراب و افسردگی و مشکلات غذاخوردن رابطه معناداری وجود ندارد. برای مشخص کردن میزان

جدول ۳.

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگیهای متقابل برای متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴
۱. مشکلات غذاخوردن	۲۷/۸۹	۱۰/۶۱	—			
۲. افسردگی	۴/۷۹	۳/۲۴	۰/۱۶۲	—		
۳. اضطراب	۵/۰۶	۳/۸۶	۰/۱۹۵	۰/۵۵**	—	
۴. تنیدگی	۷/۲۸	۴/۲۷	۰/۲۴۶**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	—
۵. مدت زمان تغذیه از سینه مادر	۱۱/۵۷	۸/۷۰	۰/۶۰**	۰/۸۰**	۰/۲۲**	۰/۱۰-

** $P < 0.01$.

جدول ۴.

خلاصه تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام برای پیش‌بینی مشکلات غذاخوردن براساس مدت زمان تغذیه و تنیدگی مادر

متغیر	F	R	R ²	β	B
رگرسیون ۱	۰/۷-	۰/۶	۰/۳۶	۰/۶-	۰/۷۴**
رگرسیون ۲	۴/۲	۰/۲۵	۰/۵۹	۰/۳۶	۰/۴۰**

** $P < 0.01$.

مانند اضطراب و افسردگی، با کودکانشان به طور متفاوت تعامل دارند و این مسئله ممکن است به تعاملات غذایی مشکل دار منجر شود. نتایج برخی پژوهشها، فقدان سلامت روانی مادر را به دیگر مشکلات نیز مرتبط ساخته‌اند؛ به عنوان نمونه، در خانوادهایی که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه- فزون‌کنشی دارند، تنیدگی والدینی، احساس بی‌کفایتی در والدگری، محدودیت روابط، تعارض زناشویی، خشم، افسردگی، خستگی و انزوا بیشتر است (جانسون^۱ و مش^۲، ۲۰۰۱، مش و بارکلی^۳، ۲۰۰۳ نقل از رحیم‌زاده، پورا اعتماد، سمیعی و زاده‌محمدی، ۱۳۸۷).

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، نتایج مطالعه اول نشان دادند که (۱) دلبستگی مادر- کودک رابطه معنادار و منفی با مشکلات غذاخوردن کودک دارد، (۲) مؤلفه نبود خصومت در مقیاس دلبستگی، مشکلات غذاخوردن را در کودک پیش-بینی می‌کند و (۳) بین سن کودک و مدت زمان تغذیه از سینه مادر و مشکلات غذا خوردن رابطه معنادار وجود دارد.

براساس الگوی کارکردی ذهن مادر^۴ - مفهومی برآمده از روی آورد دلبستگی- که عبارت است از احساسات و افکار مادر در مورد کودک خود (آگاهی^۵، تحسین‌گری^۶ و پاسخ‌گوبودن^۷)، می‌توان چنین بیان داشت که داشتن این آگاهی و فهمیدن نیازها و رجحانهای کودک برای داشتن عاطفه مثبت در روابط تغذیه‌ای مهم است. همچنین، دلبستگی شامل رفتارهایی مانند حساس و پاسخگوبودن است (بالبی، ۱۹۸۸). مادر با الگوی کارکردی ذهنی هماهنگ، سعی می‌کند تا به نیازهای کودک آگاه باشد و به آنها پاسخ دهد (پریدام، شروودر، براون و کلارک، ۲۰۰۱). همچنین، براساس دیدگاه پذیرش و طرد (جانسون^۸ و دامینگ^۹، ۲۰۰۱ نقل از کوپر و استین، ۲۰۰۶) بین پذیرش والدین (گرمی و هیجانان مثبت) و نبود مشکلات غذاخوردن رابطه معنادار وجود دارد. در این

تغییرات مشکلات غذاخوردن کودک بر پایه تنیدگی مادر و مدت زمان تغذیه از سینه او، از تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

براساس نتایج جدول ۴، مؤلفه‌های مدت زمان تغذیه از سینه مادر و تنیدگی مادر متغیرهای نیرومندی برای تبیین مشکلات غذاخوردن هستند. به عبارت دیگر، مشکلات غذاخوردن با افزایش میزان تنیدگی مادر و کاهش مدت زمان تغذیه از سینه مادر مرتبط است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین تنیدگی مادر، مدت زمان تغذیه از سینه مادر و مشکلات غذاخوردن کودک رابطه معنادار وجود دارد و تنیدگی مادر و مدت زمان تغذیه از سینه مادر، مشکلات غذا خوردن را در کودک پیش‌بینی می‌کنند. به عبارت دیگر، رفتارهای مهارگرانه و پرتنش مادر بر غذاخوردن کودک تأثیر می‌گذارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهشهای قبلی، از جمله استین، وولی، کوپر و فیبربوم (۱۹۹۴)، آمانیتی و دیگران (۲۰۰۴)، کانتراس و هوردینسکی (۲۰۱۰) همسو است. سطوح بالای تنیدگی مادر به ایجاد مشکل در تعاملات والد- کودک منجر می‌شود و بروز این گونه‌های علائم، کودک را مستعد مشکلات خوردن می‌کند (کانتراس و هوردینسکی، ۲۰۱۰؛ زینالی، مظاهری، طهماسیان و صادقی، ۱۳۹۰). جنبه‌های مختلف سلامت روان مادر که شامل اضطراب، افسردگی و اختلالات روانی خوردن است با مشکلات غذاخوردن کودک مرتبط است (بلیست و دیگران، ۱۹۹۷). موری، فیوری-کاولر، هوپر و کوپر (۱۹۹۶) بر این باور است که مادران افسرده به نشانه‌های سیری یا گرسنگی کودک کمتر واکنش نشان می‌دهند و از رفتارهای مثبت کمتر استفاده می‌کنند و بدین ترتیب، احتمال می‌رود که کودکانشان مشکلات غذاخوردن داشته باشند. وی معتقد است که مادران واجد مشکلات هیجانی،

1. Johnston, C.

2. Mash, E. J.

3. Barkley, R. A.

4. mothers working model

5. awareness

6. appreciative

7. responsiveness

8. Johnson, C. R.

9. Duming, S.

دیدگاه، غذا به عنوان نشانه دلبستگی عاطفی در نظر گرفته می‌شود.

از نقطه نظر انواع سبکهای دلبستگی، سبک دلبستگی ایمن باعث می‌شود تا مادر با تنیدگیهای ناشی از تغذیه به طور مناسب کنار بیاید و این سبک دلبستگی به صورت یک سپر در مقابل مشکلات می‌ایستد (کوباک و اسکیری، ۱۹۸۸). اینزورث و بل^۱ (۱۹۶۹) نقل از کسیدی و شاور، (۲۰۰۸) بر این باورند که کودکانی که در موقعیت ناآشنا، ایمن شناخته می‌شوند، مادرانشان قادرند غذاخوردن کودکان را به نحوی مدیریت کنند که به نیازهای آنها پاسخ دهد. به عبارت دیگر، این مادران زمانی که نیاز است کودک را با شیر و یا غذای جامد سازگار می‌کنند و در هنگام غذا دادن به کودک از رفتارهای پرخاشگرانه استفاده نمی‌کنند. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که کودکانی که در موقعیت ناآشنا، ایمن شناخته می‌شوند، در زمینه غذاخوردن مشکل خاصی ندارند و مادران این کودکان به نیازهای تغذیه‌ای کودکان حساس‌تر هستند (اگلند و فاربر، ۱۹۸۴). فیلی و ریان (۱۹۹۴) نیز در مطالعه خود نشان داده‌اند که سبک دلبستگی اجتنابی با کمبود رفتارهای حفاظت‌کننده سلامتی^۲ و ایمن بودن دلبستگی با رفتارهای ترغیب‌کننده سلامتی، مانند رژیم غذایی مناسب، مرتبط هستند. تامارکین (۲۰۰۹) معتقد است که مداخلات در زمینه دلبستگی هیجانی، نقطه کلیدی کاهش مشکلات غذاخوردن کودک است. بنابراین، کارکردن در مورد مؤلفه‌های دلبستگی، برای پیشگیری از مشکلات خوردن می‌تواند مفید باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که هر چه کودک مدت زمان کمتری از سینه مادر شیر بخورد، مشکلات غذاخوردن بیشتری دارد. آنگلسین، ویک، جاکوبسن و بکیتیگ (۲۰۰۱) در مطالعه خود گزارش کرده‌اند که کودکانی که بیش از شش ماه از سینه مادر تغذیه می‌کنند، نسبت به کودکانی که کمتر از سه ماه شیر می‌خورند، در مقیاس تحول ذهنی^۳ در ۱۲ ماهگی و ۵ سالگی نمره بیشتری کسب می‌کنند. نتایج مطالعه دوم نشان دادند که

تنیدگی مادر با مشکلات غذاخوردن کودک همبسته است و مولفه تنیدگی می‌تواند مشکلات غذاخوردن کودک را پیش‌بینی کند. پژوهشهای متفاوت این نکته را برجسته ساخته‌اند که تحول عاطفی-رفتاری کودک و همچنین روابط والد-کودک در خلال سه سال اول زندگی به طور گسترده‌ای زیر تأثیر تنیدگی والدین قرار دارد (استورا، ۱۳۷۷/۱۹۹۹). رفتارهای نامناسب کودک هنگام غذا خوردن و رابطه پر تنش بین والد و کودک باعث مشکلات غذاخوردن می‌شود (ایواتا، ریوردان، وول و فیلی، ۱۹۸۲؛ ساتر، ۱۹۹۰؛ زینالی، مظاهری، طهماسبی و صادقی، ۲۰۱۱؛ زینالی و دیگران، ۱۳۸۹). تنیدگی والدین موجب افزایش رفتار نامناسب کودک می‌شود و رفتار نامناسب کودک به نوبه خود به بالا رفتن تنیدگی والدین منجر می‌شود و در نتیجه، یک چرخه معیوب ایجاد می‌گردد که پیوسته به تعامل والد-کودک لطمه می‌زند. تنیدگیهای والدینی از منابع متعدد بیرونی و درونی، مانند ویژگیهای والدین و کودک، امکانات محیط، حمایت‌های اجتماعی و تعاملات بین این عوامل، ناشی می‌شود (کرولیک و دیگران، ۱۹۹۹؛ کوسوکر، ۲۰۰۶). برای مثال، هنگامی که کودک یکباره از خوردن پرهیز می‌کند، مادر یا پدر نگران و یا عصبانی می‌شود؛ جریانی آغاز می‌شود که نتیجه خوشایندی ندارد، مادر اصرار می‌کند، کودک غذای کمتری می‌خورد، مادر بیشتر نگران می‌شود و بیشتر پافشاری می‌کند و رابطه، تیره و تار می‌شود (لینشد، ۱۹۹۹). از سویی دیگر، زوبیگ (۱۳۸۷/۱۹۹۰) بر این باور است که تغییرات بدنی^۴، تحولی^۵ و هیجانی^۶ که در کودکان به وجود می‌آید، ممکن است برای هر والدی، تغذیه کودک را به یک مسئله تبدیل کند. بسیاری از والدین از نوع واکنش و تغییر اشتهاها، الگوهای تغذیه‌ای مورد انتظار در سالهای متفاوت زندگی طفل، اطلاع کافی ندارند؛ به عنوان مثال، ممکن است لجاجت و سرسختی عادی کودک در زمینه رفتارهای غذاخوردن مشکل تلقی شود، و در نتیجه، والد، مهار خود را از دست دهد و عصبانی شود (زوبیگ، ۱۳۸۷/۱۹۹۰).

1. Bell, S. M.

2. health protective behavior

3. Mental Developmental Scale

4. bodily

5. developmental

6. emotional

منابع

استورا، ج. ب. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن. ترجمه پ. دادستان. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).

خانجانی، ز. (۱۳۸۴). نظریه‌های دلبستگی. تبریز: انتشارات فروزش.
رحیم‌زاده، س.، پوراعتماد، ح.، سمیعی، ص. و زاده‌محمدی، ع. (۱۳۸۷). ارزیابی سلامت روانی والدین کودکان واجد اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و پیشنهاد شیوه‌های مداخله. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۴ (۱۶)، ۳۵۵-۳۶۵.

زویبگ، م. (۱۳۸۷). راهنمای کامل تربیت کودک ۲ تا ۳ ساله، ترجمه ا. قیطاسی. تهران: انتشارات صابرین (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۰).
زینالی، ش.، مظاهری، ع.، جباری، م. و صادقی، م. (۱۳۸۹). رابطه مشکلات غذاخوردن با سلامت روان مادر. سومین کنگره روان‌پزشکی کودک و نوجوان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.

زینالی، ش.، مظاهری، ع.، طهماسیان، ک. و صادقی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن کودک بر کاهش تنیدگی در گستره والد-کودک. اولین کنگره روان-شناسی کودک و نوجوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
صاحبی، ع. (۱۳۸۰). ویژگیهای روان‌شناختی پرسشنامه DASS. تهران: انتشارات آزمون یار روان.

ماندر، ار. و هانتز، ج. (۲۰۰۱). مشارکتهای تحولی در قلمرو تنیدگی و بیماری. ترجمه رحیم‌زاده، س. (۱۳۸۷). فصلنامه روان‌شناسان ایرانی. ۴ (۱۶)، ۳۹۹-۴۰۱.

Ammaniti, M., Ambuzzi, A. M., Lucarelli, L., Ciminino, S., D'Olimpio, & F. (2004). Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications. *Journal of the American College of Nutrition*, 23 (3), 259-271.

Angelsen, N. K., Vik, T., Jacobsen, G., & Bakke-teig, L. S. (2001). Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Archive of Diseased Child*, 85, 183-188.

با توجه به آنچه گذشت می‌توان چنین نتیجه گرفت که در زمینه مشکلات غذاخوردن کودک باید مسائل مربوط به روابط خانوادگی شامل رابطه والد-کودک و نیز مشکلات روانی والد در نظر گرفته شود (ریچمن^۱ و داگلاس^۲، ۱۹۸۴، ولک^۳، ۱۹۹۳، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹ نقل از کوپر و استین، ۲۰۰۶).

در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت که فرایند تغذیه کودک یکی از نشانگرها و در عین حال تنظیم‌کننده‌های مهم رابطه مادر و کودک است و به همین دلیل هم به نظر می‌رسد توجه زود هنگام به این فرایندها و طراحی مداخله‌های ترجیحاً پیشگیرانه برای تنظیم و تصحیح این فرایند، به ارتقای کیفیت رابطه مادر و کودک از یکسو و کاهش مشکلات غذاخوردن کودکان و نیز کاهش سطح تنیدگی مادران از سوی دیگر، کمک مؤثری خواهد کرد.

از محدودیتهای پژوهش حاضر می‌توان به مکان جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. از آنجا که ابزارها در بیمارستان در اختیار مادران قرار داده شد، برخی از مادران از طولانی‌بودن ابزارها ناراضی بودند. همچنین، به علت حجم بالای ماده‌ها، ویژگیهای شخصیتی کودک (برای مثال، مزاج کودک) مورد بررسی قرار نگرفت.

پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آینده با استفاده از روش موقعیت ناآشنا، سبکهای دلبستگی کودکان واجد مشکلات غذا خوردن مورد مطالعه قرار گیرد. ویژگیهای شخصیتی و روانی کودک دچار مشکلات غذاخوردن نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، ویژگیهای روانی مادران کودکانی که مشکلات غذاخوردن حاد با نواقص فیزیولوژیکی دارند مورد مطالعه قرار گیرد. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، دلبستگی مادر به کودک مورد مطالعه قرار گرفت، در مطالعات آینده دلبستگی کودک به مادر نیز مورد بررسی قرار داده شود و چون این دو نوع دلبستگی از هم متفاوت اند، می‌توان این دو مؤلفه را در مشکلات غذا خوردن مورد بررسی قرار داد.

- assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16 (1), 57-76.
- Contreras, D. A., & Horodynski, M. A. (2010).** The influence of parenting stress on mealtime behaviors of low-income African-American mothers of toddlers. *Journal of Extension*, 48 (5), 210-215.
- Coolbear, J., & Benoit, D. (1999).** Failure to thrive: Risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20, 87-104.
- Cooper, P. J. , & Stein, A. (2006).** *Children feeding problems and adolescent eating disorder*. British Library Cataloging in Publication Data. Guilford Press.
- Egeland, B., & Farber, E. (1984).** Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Journal of Child Development*, 55, 753-771.
- Feeney, J. A., & Ryan, S. M. (1994).** Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Journal of Health Psychology*, 13, 334-345.
- Galef, B. G. (1996).** Social influences of food preferences and feeding behaviors of vertebrates. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat, what we eat: The psychology of eating* (pp. 207-231). Washington, D. C: American Psychological Association.
- Heck, H., & DeCastro, J. M. (1993).** The caloric demand of lactation does not alter spontaneous meal patterns, nutrient intakes, or moods of women. *Journal of Physiology and Behavior*, 54, 641-648.
- Iwata, B. A., Riordan M. M., Wohl, M. K., & Finney, J. W. (1982)** Pediatric feeding disorders: Behavioral analysis and treatment. In P. J. Accardo (Ed.), *Failure to thrive in infancy and early child-*
- Benjasuwantep, B. (2009).** Successful treatment in child with feeding problem and Growth to Failure. *Journal of Medicine Assasination Thai*, 99 (3), 60-64.
- Blissett, J. Meyer C., & Haycraft, E. (1997).** Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Journal of Eating Behaviors*, 8 (3), 311-318.
- Bowlby, J. (1973).** *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988).** *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999).** Internal working models in attachment relationships: A construct revised. In, J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guildford.
- Brich, L. L., & Fisher, J. A. (1996).** The role of experience in the development of children's eating behavior. In E. D. Capaldi (ed.), *Why we eat, what we eat: The psychology of eating* (pp. 113-141). Washington, D. C: American Psychological Association.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008).** *Handbook of Attachment*. New York: Guilford Press.
- Chatoor, I. (1989).** Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *American Journal of Academy Psychoanalyst*, 17, 43-64.
- Chatoor I., Ganiban J., Hirsch, R. Borman-Spurrell E., & Mrazek, D. A. (2000).** Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 743-751.
- Condon, J. T., & Corkindale, J. C. (1998).** The as-

- eating behavior and adolescent eating disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112-117.
- Martone, D. J., & Nash, B. R. (1988).** Initial differences in postpartum attachment behavior in breast feeding and formula feeding mothers. *Journal of Gynecological and Neonatal Nursing*, 17, 212-213.
- Marvin, R. S., & Britner, P. A. (1999).** Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 44-67). New York: Guilford Press.
- Mentoro, A. M., Steward, D. K., & Garvin, B. J. (2002).** Nursing theory and concept development or analysis infant feeding responsiveness: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (2), 208-216.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998).** The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guildford.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (2001).** Attachment style and affect regulation: Implications for coping with stress and mental health. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 537-557). Oxford: UK Blackwell.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996).** The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Journal of Child Development*, 67, 2512-2526.
- Pridham, K. F., Schroeder M., Brown R., & Clark hood. Baltimore : Park Press.**
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988).** Attachment in late adolescence: Working models affect regulation and representations of self and others. *Journal of Child Development*, 59, 135-146.
- Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma'aitah, R., Swan, J., & Holaday, B. (1999).** Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (2), 130-140.
- Kucuker, S. (2006).** The family-focused early intervention program: Evaluation of parental stress and depression. *Early Child Development and Care*, 176 (3&4), 329-341.
- Lewinsohn, P., Holm-Denoma, J. M., Gau, J. M., Joiner, T. E., Ruth, S., & Becky, L. (2005).** Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *Journal of International Eating Disorder*, 38, 208-219.
- Linscheid, T. R. (1999).** Commentary: Response to empirically supported treatments for feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 215-216.
- Lipsitt, L. p., crook, L., & Both, C.A. (1985).** The transitional infant behavioral development and feeding. *Journal of Clinical Nutrition*, 41, 485-496.
- Lovibind, S. H., & Lovibind, P. F. (1995).** *Manual for the Depression, Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
- Maldonado, H., Helming, L., Moody, C., & Milluff, C. (2004).** *Feeding problem in babies*. Retrieved 18 May, 2010, from www.kamih.org.
- Manikam, R., & Perman, J. (2000).** Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30, 34-46.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990).** Early childhood

- Wilkinson, R. B., & Parry, M. M. (2004).** *Attachment styles, quality of attachment relationships, and components of self-esteem in adolescence*. Proceedings of the 39th Australian Psychological Society Annual Conference, Melbourne, Australian Psychological Society.
- Wisnfeld, A. R., Malatesta, C. Z., Whitman, P. B., Granrose, C., & Uili, R. (1985).** Psychophysiological response of breast-and formula-feeding mothers to their infant's signals. *Journal of Psychophysiology*, 22, 79-85.
- Wolke, D. (1994).** Feeding and sleeping across the life span. In M. Rutter and D. Hay (Eds.) *Development through life: A handbook for clinicians* (pp. 517-557). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Zeinali, Sh., Mazaheri, M., Tahmaseian, K., & Sadeghi, M. S. (2011).** *Investigating the efficacy of a training program for mothers in reducing children's feeding problems*. The 12th European Congress of Psychology, Istanbul.
- R. (2001).** The relationship of a mother's working model of feeding to her feeding behavior. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (5), 741-750.
- Satter, E. M. (1990).** The feeding relationship: Problems and interventions. *Journal of Pediatrics*, 117 (2), 181-189.
- Stein, A., Wooley, H., Cooper, S. D., & Fairburn C. G. (1994).** An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 733-748.
- Tamarkin, M. L. (2009).** What's eating our children: expressive therapies to create emotional attachment in being eating disorder. Retrieved 7 March, 2009, from www.iaepd.com.
- Virdden, S. F. (1988).** The relationship between infant feeding method and maternal role adjustment. *Journal of Nurse Midwifery*, 33, 31-35.
- Williams, K. E., Hendy, H., & Knecht, S. (2008).** Parent feeding practices and child variables associated with childhood feeding problems. *Journal of Developmental Psychology*, 20, 231-242.