مقایسه تنیدگی والدینی و دلبستگی مادر به شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای

راضیه نصیرزاده[1*]، محمدعلی مظاهری[1]، سیما فردوسی[1]، شبنم نوحه‌سرا[2]، شهریار شهیدی[1]

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره سوم خرداد - تیر ۱۳۹۳ صص ۳۰۰-۲۹۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۱۳
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۱۸ اسفند ۹۲]

چکیده

مشکلات تغذیه، شامل مجموعه رفتارهایی هستند که غذا دادن به کودک را دشوار می‌سازند و با تحت تأثیر قرار دادن رابطه مادر- کودک، موجب نگرانی مادر می‌شوند. هدف پژوهش حاضر مقایسه شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای از لحاظ تجربه دلبستگی به شیرخوار، تنیدگی والدینی بود. در پژوهش حاضر که از نوع طرح‌های علی ـ مقایسه‌ای بود تعداد ۵۰ نفر از جامعهٔ آماری مادرانی که شیرخوار ۶ ماهه تا ۱ ساله داشتند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و پس از بررسی ملاک‌های ورود؛ براساس گزارش مادر درمورد وجود یا عدم وجود مشکلات تغذیه‌ای در دو گروه جایگزین شدند. مقیاس دلبستگی پس از تولد، شاخص تنیدگی والدینی، توسط مادر شیرخوار تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون مانوا، و آزمون‌های متناسب تحلیل گردید نتایج نشان داد که دلبستگی مادر به شیرخوار در گروه شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای در مقایسه با شیرخواران دچار مشکلات تغذیه‌ای بالاتر بود. این مادران از تعامل خود با کودکان‌شان رضایت بیشتری داشتند، و تنیدگی والدینی کمتری به ویژه در قلمرو مربوط به کودک تجربه می‌کردند نتایج این مطالعه می‌تواند در برنامه‌های پیشگیرانه مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران مورد توجه متخصصان قرار گیرد.

کلیدواژه: مشکلات تغذیه‌ای، شیرخوار، دلبستگی، تنیدگی والدینی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، گروه روانشناسی
تلفن: ۰۷۱۱-۶۵۰۴۳۹۲
E-mail: raznasirzadeh@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

مقدمه

مشکلات تغذیه، یکی از شایع‌ترین مشکلات دوران شیرخواری و کودکی کشورهای توسعه یافته به شمار می‌رود[۱]. این مشکلات که درسال‌های ابتدایی زندگی رخ می‌دهند، شامل مجموعه رفتارهایی هستند که غذا دادن به کودک را دشوار می‌سازند و با تحت تأثیر قرار دادن رابطه مادر- کودک، موجب نگرانی مادر می‌شوند[۲]. استمرار مشکلات مذکور به دوران کودکی حتی بزرگسالی[۵-۳]، که تأثیرات فوری و طولانی مدتی بر سلامتی و تحول جسمانی و روانی کودک و مراقب می‌گذارد[۸-۶] آن را به یکی از موضوعات مورد توجه متخصصان وپژوهشگران رشته‌های مختلف تبدیل نموده است و به مطرح شدن عواملی همچون خلق و خوی کودک، ناهنجاری‌های ساختاری و نشانگان تحولی در بیماری‌زایی (پاتوژنز) مشکلات خوردن انجامیده است[۱۲-۹]. نوزاد انسان برخلاف سایر موجودات، برای تأمین نیازهای تغذیه‌ای، برای حفظ حیات و بهزیستی جسمانی‌اش کاملاً به روابط اجتماعی وابسته است[۱۳] بنابراین عجیب نیست که بسیاری از پژوهش‌گران مشکلات تغذیه ای را در واقع اختلال رابطه‌ای می‌دانند[۱۵-۱۴]. به عبارت دیگر چون معمولا مادران نیازهای تغذیه‌ای کودکان را برآورده می‌سازند و اغلب مهم‌ترین پیوند را با تغذیه کودک دارند، بنابراین کیفیت رفتار در هنگام غذا خوردن ممکن است بازتابی از طبیعت و کیفیت تعامل والد- کودک در سایر موقعیت‌ها باشد[۱۶]. اگر روابط مادر- کودک در حین غذا خوردن مناسب باشد، کودک گرسنگی و تشنگی‌اش را به مادر اعلام می‌کند و مادر از این حقیقت که می‌تواند تقاضای کودکش را پاسخ‌گو باشد، احساس رضایت می‌کند[۱۸-۱۷]. از سوی دیگر مشکلات تغذیه‌ای شیرخوار، رابطه تغذیه ای مادر کودک را مختل می‌سازد و برای کودک دچار مشکل تغذیه، غذا با رنج تغذیه و مادر با تغذیه رنج‌آور تداعی می‌شود. که این مسأله می‌تواند با تشدید و تداوم مشکلات تغذیه، رابطه تغذیه‌ای را مختل سازد[۱۹] در واقع مادر پس از کوشش‌های بسیار برای درگیر کردن نوزادی که حداقل تعامل را دارد و یا بی‌اعتنا به نظر می‌رسد، ممکن است دچار احساس ناکامی شود؛ احساسی که بعدها احساس گناه یا ملامت خود را، در وی برمی انگیزاند[۲۰]. تحول عاطفی ـ رفتاری کودک و روابط والد ـ کودک در خلال سه سال اول زندگی به طور گسترده‌ای زیر تأثیرتنیدگی والدین قرار دارد[۲۱] و سطح بالای تنیدگی والدینی با رفتارهای والدینی ناکارآمد همچون عدم پاسخ‌گویی به نشانه‌های نوزاد و تعاملات مادر ــ کودک دارای مطلوبیت کمتر همراه است[۲۲] که می‌تواند مشکلات خوردن کودکان را پیش‌بینی نماید[۲۱]. علاوه بر این تنیدگی والدین موجب افزایش رفتار نامناسب کودک می‌شود و رفتار نامناسب کودک به نوبه خود به بالارفتن تنیدگی والدین منجر می‌شود و در نتیجه یک چرخه معیوب ایجاد می‌گردد که پیوسته به تعامل والد کودک لطمه می‌زند. با توجه به آن‌چه گفته شد؛ شیوع هشداردهنده و پیامدهای منفی مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران، اهمیت شناسایی عوامل درگیر عوامل مسبب بروز این مشکلات، و نیز عواملی که این مشکلات آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، را خاطرنشان می‌سازد. هرچند اطلاعات موجود در مورد مشکلات تغذیه‌ای شیرخوران بسیار کمتر است اما پژوهش‌های انجام شده در مورد کودکان که احتمالاً شیرخواران را نیز شامل می‌شدند به تنیدگی والدینی، دلبستگی و خلق و خو به‌عنوان متغیرهای تأثیرگذار در مشکلات تغذیه‌ای کودکان اشاره نموده‌اند. با آن که ادبیات پژوهشی در مورد ارتباط متغیر تنیدگی والدینی و مشکلات تغذیه‌ای جای هیچ شک و شبهه‌ای نمی‌گذارد اما باید توجه داشت که تنیدگی‌های والدینی از منابع متعدد بیرونی و درونی، مانند ویژگی‌های والدین و کودک، امکانات محیط، حمایت‌های اجتماعی و تعاملات بین این عوامل ناشی می‌شود[۲۳]. آن چه در مورد آن کمتر می‌دانیم آن است که مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران بر کدام جنبه تنیدگی والدینی تأثیر می‌گذارد و یا از آن تأثیر می‌پذیرد. به علاوه با آن که دلبستگی مادر به عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار مشکلات تغذیه‌ای معرفی می‌شود اما اطلاعات بسیار ناچیزی در مورد ارتباط نوع دلبستگی مادر به شیرخوار و مشکلات تغذیه‌ای آنان وجود دارد و البته باید توجه داشت که کمتر مطالعه‌ای در مورد مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران ۶ تا ۱۲ ماهه انجام گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه دو گروه شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه ای به منظور پاسخ گویی به پرسش پژوهشی:آیا بین مادران شیرخواران با و بدون مشکلات تغذیه‌ای از لحاظ دلبستگی به شیرخوار و تنیدگی والدینی، تفاوت وجود دارد؟ انجام گرفته است.

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های علی ـ مقایسه‌ای بود که در آن ویژگی‌های مورد نظر (متغیرهایی که قبلاً اثر خود را گذاشته‌اند) در بیش از یک گروه با هم مقایسه شده‌اند.جامعهٔ آماری پژوهش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

عبارت‌است از کلیه مادرانی که در شهر شیراز، شیرخوار ۶ ماهه تا ۱ ساله داشتند. از این جامعه تعداد ۵۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و در دو گروه ـ شیرخوارانی که بنابرگزارش مادر مشکلاتی در زمینه خوردن و تغذیه داشتند و شیرخوارانی که مادرانشان شکایتی در مورد غذاخوردن آن‌ها گزارش نکردندــ مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود مادران: سن بیشتر از ۱۷ سال، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، زندگی با پدر کودک، عدم ابتلای مادر به اختلالات عمده محور یک DSM و نیز عدم ابتلا به بیماری‌های شدید و مزمن جسمانی که مراقبت از کودک را برای مادر دشوار و یا غیر ممکن ساخته باشد؛ و ملاک‌های ورود شیرخواران: گذراندن ۳۵ هفته بارداری یا بیشتر (نارس نبودن)، وزن مناسب هنگام تولد، فقدان ناهنجاری‌های مادرزادی عمده، قرار نداشتن در معرض داروی معین، بودند. ضمن این‌که مطالعه هم شامل شیرخوارانی که از سینه مادر تغذیه می‌کردند و هم شیرخوارانی که با شیشه تغذیه می‌شدند، بود.

ابزارهای گردآوری اطلاعات: مقیاس دلبستگی پس از تولد (Maternal Postnatal Attachment Scale) این مقیاس 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 و لذت در تعامل) را می‌سنجد و جمع نمره‌های هر سه زیر مقیاس، نمره دلبستگی کلی را به دست می‌دهد. نمره‌گذاری ماده‌های این مقیاس متغیر است؛ بدین معنا که برخی مواد پنج، چهار و سه گزینه‌ای‌اند. به عنوان نمونه ماده‌های ۳-۱ پنج گزینه‌ای‌اند و گویه ۴، سه گزینه دارد. در مطالعه Condon و Corkindale [۲۴] 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 ۹۵-۱۹ قرار داشت. همسانی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در مطالعه ایرانی[۲۱] به‌ترتیب ۰/۶۹، ۰/۵۶/۴۵، ۰/۰ و ۰/۳۳ گزارش شده است.

شاخص تنیدگی والدینی؛ این ابزار که تنیدگی در نظام والدین را ارزشیابی می‌کند بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدین می‌تواند ناشی از ویژگی‌های کودک، خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که مستقیماً با ایفای نقش والدین مرتبط هستند، باشد. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت (یک تا ۵) انجام می‌شود. شاخص تنیدگی والدین دارای قلمرو کودکی(۴۷ ماده) و قلمرو والدینی (۵۴ ماده) و مقیاس تنیدگی زندگی (۱۹ ماده اختیاری) است. در نمونه ۲۶۳۳ نفری مادران بهنجار که کودکانی از یک ماهه تا ۱۲ ساله داشتند ضریب آلفای کرونباخ را برای نمره کلی در قلمرو والدینی و کودکی به ترتیب از ۰/۹۳ تا ۰/۹۰ گزارش شد. نتایج آلفای کرونباخ در پدران و مادران مورد مطالعه برای نمره کلی در قلمرو والدینی به ترتیب از ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ به دست آمد. اعتبار بازآزمایی تنیدگی والدینی در فاصله زمانی ۳ ماه در نمونه بالینی متشکل از ۳۰ مادر برای نمره کلی قلمرو والدینی ۰/۹۱ و برای نمره کلی قلمرو کودکی ۰/۶۳ بود[۲۵]. در پژوهش ایرانی نیز مقدار ضریب اعتبار همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن با فاصله ۱۰ روز ۰/۹۴ گزارش شده است[۲۶]. به منظور اجرای پژوهش حاضر، نخست مراکز مراجعات مادر و کودک شناسایی شده (مراکز بهداشت، درمانگاه‌ها، بیمارستان ها و این مراکز رجوع شد. در این مراکز مادران و کودکانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند ، به صورت در دسترس شناسایی شده و پس از توضیح اهداف پژوهش در صورتی که افراد با رضایت آگاهانه و به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در مطالعه بودند، به پژوهش وارد شدند. پس از گزینش و جایگزین نمودن آزمودنی‌ها در ۲ گروه نمونه (شیرخوار دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای) پرسشنامه‌های پژوهش توسط مادران تکمیل گردید. با توجه به زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه ها از مادران خواسته می‌شد که ظرف ۱ هفته در اوقات فراغت به تکمیل پرسشنامه‌ها بپردازند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (میانگین‌ها، نمودارها و جداول) و استنباطی (آزمون مانوا، تی برای گروه‌های مستقل)، به تناسب، بهره گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۰ زوج مادرــ شیرخوار حضور داشتند. میانگین سنی شیرخواران ۱/۸±۹/۲ بوده، ۲۶ نفر آنها دختر و ۲۴ نفر پسر بودند. میانگین سنی مادران۳/۲ ±۲۸/۹ بوده و در دامنه سنی ۱۸تا ۳۵ قرار داشتند که از ازدواج آن‌ها بین ۱۶ ماه تا ۱۰ سال می‌گذشت. تحصیلات آنان از سیکل تا دکترا و درآمد ماهیانه خانواده آزمودنی ها از ۴۰۰ هزار تومان تا بیش از ۴ میلیون تومان در نوسان بود. پرسش اول پژوهش حاضر به بررسی این موضوع می‌پرداخت که آیا بین مادران شیرخواران با و بدون مشکلات تغذیه‌ای از لحاظ دلبستگی به شیرخوار تفاوت وجود دارد؟ در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

جدول ۱ نتایج مربوط به پاسخ این پرسش گزارش شده است. میانگین نمره کل در پرسشنامه تنیدگی والدینی برای گروه شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای۴۷/۱± ۳۵۳/۷۸ و برای گروه فاقد مشکلات تغذیه‌ای ۳۱/۳ ± ۳۷۹/۱۸ بود. این میانگین‌ها نشان دهنده وجود تفاوت معنادار مادران دو گروه از لحاظ تنیدگی والدینی بود (P< ۰/۰۳ و t= ۲/۲۴). میانگین نمره تنیدگی والدینی در حوزه عوامل مربوط به والدین در گروه دارای مشکلات تغذیه‌ای ۲۸/۵۷± ۱۷۶/۳۸ و فاقد آن ۲۴/۲۹ ± ۱۸۸/۶۸ و میانگین نمره تنیدگی زندگی در گروه دارا ۶/۴ ±ا ۱۳/۱۲ و در گروه فاقد آن ۹/۴ ± ۱۳/۸۱ بود که عدم وجود تفاوت معنادار در دو گروه را نشان می‌دهد. میانگین نمره تنیدگی والدینی در گروه دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای به ترتیب برابر با ۲۴/۳۲ ± ۱۶۳/۹ و ۱۱/۵۶ ± ۱۷۶/۶۸ نشان‌دهنده آن بود که مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای در مقایسه با مادران شیرخواران فاقد مشکلات تغذیه‌ای تنیدگی والدینی بیشتری در حوزه کودک گزارش می‌کردند (P< ۰/۰۳ و F= ۴/۸). در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد و p- value کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنیدگی والدینی گزارش گردیده است.

جدول۱: مؤلفه‌های دلبستگی مادر به شیرخوار به تفکیک گروه

	تعداد	میانگین (انحراف استاندارد)	P
کیفیت دلبستگی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۳۶/۸۲ (۳/۴)	(F= ۲/۳ و P< ۰/۱۳)
با مشکل تغذیه	۲۵	۳۵/۳۸(۲/۸)	
نبود خصومت			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۱۶/۸۹(۲/۸)	(F= ۱/۸ و P< ۰/۲۹)
با مشکل تغذیه	۲۵	۱۵/۶۸ (۳)	
رضایت از تعامل			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۳/۵(۱/۸)	(F= ۴/۷ و P< ۰/۰۱)
با مشکل تغذیه	۲۵	۲۱/۹(۲/۸)	
دلبستگی (نمره کل)			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۷۷/۲۲(۶/۵)	(t= ۲/۲۴ و P< ۰/۰۳)
با مشکل تغذیه	۲۵	۷۲/۹۷(۶/۱)	

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد و p- value نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه تنیدگی والدینی به تفکیک گروه

	تعداد	میانگین(انحراف استاندارد)	p
کودک			
سازش پذیری			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۳۷/۶۸(۵/۸)	F=۲/۳و P< ۰/۱۳
با مشکل تغذیه	۲۵	۳۴/۵۲(۷/۵)	
پذیرندگی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۵/۹(۲/۹)	F= ۴/۶ و P< ۰/۰۳
با مشکل تغذیه	۲۵	۲۳/۸(۳/۴)	
فزون طلبی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۳۳/۱۸(۵/۱)	F=۱/۸ و P< ۰/۱۸
با مشکل تغذیه	۲۵	۳۰/۷۶(۶/۵)	
خلق			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۰/۳۱(۳/۲)	F= ۱/۶ و P< ۰/۲۱
با مشکل تغذیه	۲۵	۱۸/۸(۴/۴)	
تقویت گری			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۷/۴(۲/۹)	F=۱/۹ و P< ۰/۱۶
با مشکل تغذیه	۲۵	۲۵/۸ (۴/۲)	
کم توجهی/فزون کنشی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۳۲/۱۳ (۳/۴)	F= ۴/۶ و P< ۰/۰۳
با مشکل تغذیه	۲۵	۲۹/۲۳ (۵/۲)	
والدین			
افسردگی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۳۰/۶ (۵/۸)	F=۰/۰ و P< ۰/۹۹
با مشکل تغذیه	۲۵	۳۰/۶ (۶/۲)	
دلبستگی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۹/۱۸(۳/۳)	F= ۰/۴۹ و P< ۰/۴۸
با مشکل تغذیه	۲۵	۲۸(۶/۴)	
محدودیت نقش			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۱۹/۸(۶/۴)	F= /۰۷ و P< ۰/۷۸
با مشکل تغذیه	۲۵	۱۹/۳(۴/۲)	
احساس صلاحیت			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۴۹/۶(۶/۸)	F= ۹/۸ و P< ۰/۰۰۳
با مشکل تغذیه	۲۵	۴۳/۳(۶/۲)	
انزوای اجتماعی			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۰/۰۴(۳/۸)	F= ۰/۸ و P< ۰/۳۷
با مشکل تغذیه	۲۵	۱۹/۸(۵/۰)	
روابط با همسر			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۲۳/۹(۶/۲)	F= ۵/۳ و P< ۰/۰۲
با مشکل تغذیه	۲۵	۱۹/۴۷ (۶/۳)	
سلامت والدین			
بدون مشکل تغذیه	۲۵	۱۴/۴(۴)	F=۱/۳ و P< ۰/۲۶
با مشکل تغذیه	۲۵	۱۵/۷ (۳)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی متغیرهایی که تحت تأثیر مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران قرار می‌گیرند، انجام گرفت. نتایج نشان داد که مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای در مقایسه با مادران شیرخواران فاقد مشکلات تغذیه‌ای نمرات بالاتری در مقیاس دلبستگی به شیرخوار داشتند. تفاوتی که بخش عمده آن ناشی از رضایت بیشتر مادر از تعامل او و شیرخوارش بود. Zeinali و همکاران[۲۱] ارتباط معنادار دلبستگی به شیرخوار و مشکلات تغذیه‌ای را گزارش نموده‌اند. اما در حالی که در پژوهش مذکور عدم وجود خصومت پیش‌بینی‌کننده منفی قوی‌تری برای مشکلات تغذیه‌ای بود، پژوهش حاضر اهمیت رضایت مادر نسبت به تعامل مادر- کودک را خاطرنشان می‌سازد. این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند ناشی از سن آزمودنی‌ها باشد که در پژوهش Zeinali شامل کودکان ۱ تا ۳ ساله بود. دیگر یافته پژوهش حاضر وجود تجربه تنیدگی والدینی بیشتر در مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای بود. در قلمرو کودک، مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای در مقایسه با مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای از لحاظ متغیرهایی همچون پذیرندگی، و کم‌توجهی ـ بیش‌فعالی تفاوت داشتند. به عبارت دیگر ویژگی‌های جسمانی، عقلانی و عاطفی شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای با امیدهایی که مادر در مورد او داشته است انطباق بیشتری دارد و این شیرخواران کمتر رفتارهایی همچون فعالیت مفرط، ناآرامی، بی‌توجهی، القای احساس گوش نکردن نشان می‌دادند. در قلمرو والدینی مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای در مقایسه با مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای احساس صلاحیت بیشتر و رابطه بهتری با همسران خود داشتند. یافته‌های مذکور را می‌توان همسو با یافته‌هایی دانست که به وجود مشکلاتی در حوزه‌های مرتبط با تعاملات والد- کودک و تنیدگی والدینی[۱] در مادران کودکان مبتلا به مشکلات خوردن، اشاره نموده‌اند. همچنین در تبیین این یافته ها می‌توان به یافته‌های Greer و همکاران[۲۸] اشاره کرد که ارتباط تنیدگی والدینی و رفتارهای منفی کودکان هنگام جلسه تغذیه را نشان دادند، آن‌ها ضمن این‌که معنای چنین رفتارهایی نزد کودکان، را اجتناب از غذا می‌دانستند، معتقد بودند که تنیدگی مذکور ممکن است توسط کودکان ادراک و یا به آن‌ها انتقال یابد و در نتیجه برای رابطه والد- کودک مزاحمت ایجاد نماید. علاوه بر این باید توجه داشت که مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران، برای مادران تقاضاها، محدودیت‌ها و احساساتی ایجاد می‌کند که بر افزایش تنیدگی آنها تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال ایجاد احساس مادر خوب نبودن، شایستگی و صلاحیت نداشتن. ناکامی مادر پس از کوشش‌های بسیار برای تغذیه نوزادی که حداقل تعامل را دارد و یا بی‌اعتنا به نظر می‌رسد، بعدها، احساس گناه یا ملامت وی را، برمی انگیزاند. در نهایت ناتوانی مادر برای فراهم نمودن تغذیه مناسب به خودبسندگی کمتر، احساس طرد، افزایش خودتردیدی در قابلیت و ظرفیت والدینی و افزایش تنیدگی منجر می‌گردد[۲۹]. علاوه بر این مادر شیرخوار مبتلا به اختلال تغذیه اغلب از لحاظ فیزیکی با شمار زیادی از نیازها و مطالبات درگیر هستند[۳۰] این مطالبات شامل مشاهده دقیق تغذیه کودک، داروها، برنامه غذایی محدودشده، و کنترل دائمی تغذیه است که به تنیدگی مادر می‌افزاید[۱۹] باید توجه داشت هنگامی که مادر احساس کند نیازهای دلبستگی وی از سوی همسرش پاسخ داده نمی‌شوند، قادر به برآورده ساختن نیازهای فرزند خویش نخواهد بود و طبعاً این مساله به افزایش تنیدگی مادر، کاهش احساس کفایت و شایستگی و نیز افزایش مشکلات تغذیه‌ای شیرخوار می‌انجامد. یافته‌های پژوهش حاضر بر نقش تأثیرگذار تنیدگی والدینی مادر و نیز کیفیت دلبستگی او نسبت به شیرخوار در بروز مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران اشاره می‌کند و به اهمیت متغیرهایی همچون کیفیت رابطه مادر با همسر خود، احساس صلاحیت و شایستگی وی و نیز لذت و رضایت از تعامل با شیرخوار تأکید می‌کند. متغیرهایی که متأسفانه به رغم اهمیت آن در مشکلات تغذیه‌ای در رهنمودهایی که به مادران ارائه می‌شود در نظر گرفته نمی‌شوند. بنابراین ضرورت طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و بسته‌های درمانی که باید مبتنی بر ماهیت ارتباطی خوردن و کیفیت رابطه مادر- کودک باشد و نیز به تنظیم و کنترل برانگیختگی تنیدگی و برانگیختگی مادر برای تقویت تغذیه بهنجار کودک، بپردازد ، بیش از پیش احساس می‌گردد. در مجموع با آن‌که پژوهش حاضر با مشکلاتی همچون طولانی بودن پرسشنامه ها و نیز تشخیص مشکلات تغذیه‌ای براساس گزارش یک منبع (مادر)، روبرو بود؛ اما توانست با معرفی حوزه‌های مرتبط با شیرخوار، مادر و رابطه این دو، متغیرهایی که تحت تأثیر مشکلات تغذیه‌ای شیرخوار قرار می‌گیرند و احتمالاً بر آن تأثیر می‌گذارند؛ سطری نو به ادبیات پژوهشی مشکلات تغذیه شیرخواران بیفزاید؛ متغیرهایی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

که می‌توانند در طراحی مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی برای مشکلات تغذیه‌ای مورد توجه متخصصان قرار گیرند.

سهم نویسندگان

راضیه نصیرزاده: نویسنده و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
محمد علی مظاهری: استاد راهنما
سیما فردوسی: استاد راهنما
شبنم نوحه‌سرا، شهریار شهیدی: استاد مشاور

تشکر و قدردانی

این مقاله با حمایت مالی قطب علمی خانواده دانشگاه شهید بهشتی انجام گرفته است و هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع

1. Chatoor I. Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. In: Wiener JM, Dulcan MK, eds. Textbook of child and adolescent psychiatry. 3th Editon, American Psychiatric Publishing, Inc: Washington DC, 2004
2. Maldonado H, Helming L, Moody C, Milluff, C. Feeding problem in babies, 2004. Available at: www.kamih.org
3. McDermott, BM, Mamun AA, Najman JM, Williams G M, O'Callaghan M J, Bor W. Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. Journal of Developmental & Behavioural Paediatrics 2010; 99: 68-71
4. Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A perspective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. Appetite 2005; 44: 289-97
5. Khatoon T, Mollah AH, Choudhury AM, Islam M, Rahman KM. Association between Infant- and Child-feeding Index and Nutritional Status: munirul results from a cross-sectional study among children attendingan urban hospital in Bangladesh. Journal of Health, Population and Nutrition 2011; 29:349-56
6. Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. The influence of maternal socioeconomic and emotional factors on infant weight gain and weight faltering (failure to thrive): data from a prospective birth cohort. Archives of Disease in Childhood 2006; 91: 312-17
7. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. The Journal of Pediatrics 2009;154:55-60
8. Ong KK, Emmett PM, Noble S, Ness A, Dunger MD, and the ALSPAC Study Team. Dietary energy intake at the age of 4 months predicts postnatal weight gain and childhood body mass index. Pediatrics 2006; 117:503-8
9. Kedesdy JH, Budd KS. Childhood feeding disorders: bio-behavioral assessment and intervention. 1st Editon, Paul H Brookes Publishing Co: Baltimore,1998
10. Singer, LT. When a sick child won't eat or can't eat. Contemporary Pediatrics1990; 7: 60-80
11. Wolf L, Glass R. Feeding and swallowing disorders in infancy. 1st Editon, Tx: Therapy Skill Builders: San Antonio, 1992
12. Hagekull B, Bohlin G, Rydell AM. Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. Infant Mental Health Journal 1997; 18:92-106
13. Lipsitt Lp, Crook L, Both CA. The transitional infant behavioral development and feeding. Journal of Clinical Nutrition 1985; 41: 485- 96
14. Davies W, Berlin K, Sato A, Fischer E. Arvedson J, Satter E, et al. Reconceptualising feeding ad feeding disorders in interpersonal context. The case for a relational disorder. Journal of Family Psychology 2006; 20: 409-17
15. Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-child touch patterns in infant feeding disorders: Relation to maternal, child, and environmental factors. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry2004; 43: 1089-97
16. Wolke D. Feeding and sleeping across the life span. In M. Rutter and D. Hay Eds. Development through life: a handbook for clinicians (pp.517-557). 1st Edition, Blackwell Scientific Publications: Oxford, 1994
17. Galef BG. Social influences of food preferences and feeding behaviors of vertebrates. In: Capaldi Editon, Why we eat, what we eat: The psychology of eating,American Psychological Association: Washington DC, 1996
18. Brich LL, Fisher JA. The role of experiencein the development of children's eatingbehavior. In: Capaldi Editon,Why we eat, what we eat: The psychology of eating. American Psychological Association: Washington DC,1996

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

19. Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. Australian Occupational Therapy Journal 2003; 50: 137-47
20. Fowles ER, Horowitz JA. Clinical assessment of mothering during infancy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2006; 35: 662-67
21. Zeinali Sh, Mazaheri MA, Sadeghi M, Jabari M. The relationships of Mather's attachment to infant and mothers' psychological charecteristics to feeding problem in infants. Journal of Iranian Psychologists 2011; 29:55-66 [in Persian]
22. Crnic K, Low C. Everyday stresses and parenting. In: Bornstein M(Ed). Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting. 2nd Editon, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associate: Washington DC, 2002
23. Kucuker S. The family-focused early intervention program: evaluation of parental stress and depression. Early Child Development & Care 2006; 176: 329-41
24. Condon JT ,Corkindale JC. The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. Journal of Reproductive and Infant Psychology 1998; 16: 57-76
25. Abidin RR_Introduction to the special issue : The stresses of parenting. Journal of Clinical Child psychology1990; 19:298-301
26. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hassanabadi HR. Parenting stress and genral health: A Research on the relation between parenting stress and general health among housewife- mothers and nurse- mothers with young children. Journal of Iranian Psychologists 2006; 7: 171-184[in Persian]
27. Rothbart MK. Measurement of temperament in infancy. Child Development 1981; 52: 569-78
28. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. Journal of Pediatric Psychology2008; 33:612-20
29. Auslander GK, Netzer D, Arad I. Parental anxiety following discharge from hospital of their very low birth weight infants. Family Relations2003; 52: 12-21
30. Graves JK, Ware ME. Parents and health professionals' perceptions concerning parental stress during a child's hospitalization. Child Health Care1990; 19: 37-42

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

ABSTRACT

Mother's attachment and parenting stress: a comparative study in infants with and without feeding problems

Raziyeh Nasirzadeh [1*], Mohamad Ali Mazaheri [1], Sima Ferdosi [1], Shabnam Nohesara [2], Shahriar Shahidi[1]

1. Department of of psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2. Department of of psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 293-300
Accepted for publication: 4 March 2014
[EPub a head of print-9 March 2014]

Objective (s): The aim of this study was to compare mother's attachment to infant, and parenting stress in infants with and without feeding problems.
Methods: In this cross sectional study, a sample of 50 mother-infant dyads was selected applying a convenience sampling method. The Maternal Postnatal Attachment Scale and the Parenting Stress Index were used to collect data. The data were analyzed using MANOVA and independent sample t-test.
Results: The results showed that attachment was higher in mothers of infants without feeding problems and their interaction were more pleasure and they showed less parenting stress, compared to mothers of infants with feeding problems.
Conclusion: The results of this study might be useful for development of postpartum care and preventive programs for infants feeding problems.

Key Words: feeding problems, infant, attachment, parenting stress

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.4.4]

[*] Corresponding author: Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Tel: 07116504392
E-mail: raznasirzadeh@gmail.com