

## مشکلات تغذیه شیرخواران به روایت مادر و مقایسه سبک غذا دادن مادرانه

راضیه نصیرزاده<sup>۱</sup>، محمدعلی مظاهری<sup>۲</sup>، سیما فردوسی<sup>۳</sup>، شبنم نوحه‌سرا<sup>۴</sup>، شهریار شهیدی<sup>۵</sup>

### خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه مشکلات و رفتارهای تغذیه‌ای و سبک غذا دادن مادرانه شیرخوارانی که به روایت مادرانشان دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای بودند، انجام گرفت. روش: در این پژوهش علی-مقایسه‌ای، تعداد ۵۰ نفر زوج مادر-کودک از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سن شیرخواران بین ۶ تا ۱۲ ماه بود. پس از هم‌تاسازی، نوزادان بر اساس گزارش مادر در مورد وجود یا عدم وجود مشکلات تغذیه‌ای در دو گروه مستقل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های مشکلات تغذیه‌ای، رفتار تغذیه‌ای کودک و سبک غذا دادن مادرانه مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون MANOVA تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها: شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، میل و لذت کمتری نسبت به غذا داشتند و آهنگ تغذیه‌ای کندتر و تغذیه وابسته به هیجان بیشتری را به نمایش گذاشتند. همچنین مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، سبک تغذیه مسؤولانه کمتر و باورها و رفتارهای تغذیه‌ای سهل‌انگارانه بیشتری را نشان دادند و اجبار و فشار زیادی برای تغذیه کودکانشان اعمال می‌کردند. نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران مورد توجه متخصصان قرار گیرد. واژه‌های کلیدی: مشکلات تغذیه‌ای، شیرخوار، رفتار تغذیه‌ای، سبک غذا دادن مادرانه

۱- دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران ۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران ۴- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران ۵- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران  
\* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: raznasirzadeh@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲۵ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۴/۲/۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۴

## مقدمه

مشکلات تغذیه یکی از شایع ترین مشکلات دوران نوزادی در کشورهای توسعه یافته به شمار می آید (۱). اختلالات تغذیه ای در ۲۵ تا ۴۰ درصد نوزادان دارای تحول بهنجار و ۸۰ درصد کودکان دارای نقایص تحولی مشاهده می شود (۲). شیوع فراوان مشکلات تغذیه ای شیرخواران، احتمال استمرار این مشکلات در کودکی و بزرگسالی (۵-۳)، تأثیرات آنی (رشد ضعیف) (۶) و طولانی مدت افت بهزیستی روانی (۷)، افزایش وزن (۸) و تأخیر تحول شناختی (۹) آن را به یکی از مهم ترین نگرانی های والدین به ویژه مادران تبدیل نموده و از سوی دیگر، منجر به جلب توجه پژوهشگران جهت انجام پژوهش های بی شمار در حوزه سبب شناسی، تشخیص و درمان آن شده است.

با وجود اذعان به مهم بودن و شیوع بالای مشکلات تغذیه ای، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders یا DSM) سهم اندکی به این مشکلات اختصاص داده است. پنجمین ویرایش DSM تنها برخی مشکلات نادر همچون نشخوار (Rumination)، هرزه خواری (Pica) و اختلال تغذیه ای اجتنابی-محدود کننده (Avoidant/Restrictive Food Intake یا ARFID) را طبقه بندی نمود (۱۰). انجمن صفر تا سه سالگی (Zero to three Organization) بیشتر به این موضوع پرداخته و طبقه بندی مجزایی برای اختلالات رفتار خوردن ارائه کرده است (۲).

اختلالات تغذیه ای در نظام طبقه بندی DSM شامل شش طبقه اختلال تغذیه ناشی از تنظیم حالت (Feeding disorder of state regulation)، اختلال تغذیه ناشی از تعامل نوزاد-مراقب (Feeding disorder of caregiver-infant reciprocity)، بی اشتها بی روانی نوزادی (Infantile anorexia)، بیزاری حسی از خوردن (Sensory food aversion)، اختلال تغذیه با مشکلات پزشکی همراه (Feeding disorder associated with concurrent medical

condition) و اختلال تغذیه با مشکلات معدی-روده ای همراه (Feeding disorder associated with insults to gastrointestinal tract) می باشد. برای اختلالات تغذیه ای خفیف تر نیز تعاریفی ارائه شده است. با این وجود، تعریف ارائه شده در کل پذیرفته شده است و طبقه بندی تصدیق شده ای از اختلالات و مشکلات تغذیه ای نوزادان وجود ندارد.

با این که پژوهش های انجام شده حاکی از مفید بودن طبقه بندی هایی همچون طبقه بندی انجمن صفر تا ۳ سالگی برای ارزیابی و درمان اختلالات تغذیه ای می باشد (۱۱) و شواهد تجربی نیز روایی چنین طبقه بندی های تشخیصی را تأیید کرده اند (۱۲)، اما محدودیت هایی مانند چالش های روش شناسی و کاربردی مانند مشکل تأثیر والدین (تحریف اطلاعات وقتی که والدین گزارش کننده مشکلات تغذیه ای کودکان هستند)، استفاده از ابزارهای ذهنی بیش از ابزارهای عینی، استفاده از نمونه های دارای سوگیری و محدودیت های تفسیر داده های جمع آوری شده در مطالعات مختلف به ویژه تعیین سهم نسبی عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز مشکلات تغذیه ای کودکان، مشکلاتی را در زمینه تفسیر و تعمیم یافته های مذکور فراهم آورده است (۱۳).

Hodges و همکاران در مطالعه خود با اشاره به این که هدف اولیه والدگری در سال های نخست کودکی، حمایت از رشد و تحول کودک است؛ این مطلب که نوزاد انسان با وابستگی به مراقب جهت برآورده شدن نیازهای تغذیه ای خود به دنیا می آید را تأکیدی بر اهمیت تعاملات دوتایی برای رشد و سلامت تغذیه ای نوزاد می دانند (۱۴). در واقع، بیشتر نوزادان با ظرفیت تحولی سالمی برای خوردن در هنگام گرسنگی و توقف خوردن هنگام سیری به دنیا می آیند (۱۵). به دلیل این که نوزادان در بدو تولد در واکنش به نشانه های گرسنگی غذا می خورند (۱۶)، مادران می توانند با کنترل خوراک کودکان از طریق محدود

و رژیم غذایی شیرخوار اشاره دارد (۲۳، ۱۹) که شامل فرایند سه مرحله‌ای «مشاهده نشانه‌های کودک، تفسیر نشانه‌ها و اقدام به موقع و سریع در پاسخ به این نشانه‌ها» می‌باشد (۲۷-۲۵).

اگرچه شیوع هشدار دهنده و پیامدهای منفی مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران، اهمیت تعریف مشکلات تغذیه‌ای، 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 این اساس و با در نظر گرفتن این که متغیرهای مهمی مانند سبک غذا دادن والدینی و تغذیه تا حدود زیادی به فرهنگ وابسته می‌باشد و در محتواهای فرهنگی مختلف، مضامین متفاوتی به خود می‌گیرند، به نظر می‌رسد در ابتدا باید با نگاهی تازه و عمیق، تلاش گسترده‌ای با هدف تعریف مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران و شناسایی متغیرهای درگیر و تأثیرگذار بر آن و نیز روش‌ها، شیوه‌ها و الگوهای ناکارآمد موجود در رابطه مادر- کودک که منجر به آغاز و تداوم مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران می‌گردد، انجام داد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی مشکلات تغذیه‌ای و مقایسه رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران و سبک غذا دادن مادران شیرخواران با و بدون مشکلات تغذیه‌ای انجام گرفت و کوشید تا برای پرسش‌های پژوهشی مطالعه، پاسخ‌هایی مبتنی بر واقعیت را فراهم آورد.

سؤالات مطالعه حاضر شامل «شیرخوارانی که بنا بر گزارش مادر دچار مشکلات تغذیه‌ای هستند، در چه حوزه‌های تغذیه‌ای مشکل دارند؟، چه تفاوت‌هایی بین رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای وجود دارد؟ و در نهایت این که چه تفاوت‌هایی بین سبک‌های غذا دادن مادران شیرخواران با و بدون مشکلات تغذیه‌ای وجود دارد؟» بود.

ساختن، کنترل کردن و فشار آوردن به کودک برای تغذیه، بر غریزه طبیعی خوردن تأثیر بگذارند (۱۸، ۱۷). سبک‌ها و شیوه‌های تغذیه‌ای والدین، باورها و رفتارهایی در جهت تشخیص رویکردهای والدین به نگهداشتن یا اصلاح رفتار تغذیه‌ای کودک می‌باشد (۲۱-۱۹). این مفهوم از زمانی که Birch و Fisher (سال ۱۹۹۵) سبک‌های تغذیه‌ای مانند بی تفاوتی (Laissez-faire)، کنترل‌گری (Controlling) و مسؤولانه (Responsive feeding) را مشخص و مفهوم‌سازی کردند (۱۹)، وارد مرحله جدیدی شد و توجه پژوهشگران بسیاری را به مطالعه سبک‌های تغذیه‌ای جلب نمود (۲۲).

Thompson و همکاران به معرفی پنج سبک تغذیه‌ای مادرانه (بی تفاوت، اعمال زور و فشار، محدود کننده، پاسخگو و سهل‌انگار) برای شیرخواران پرداختند (۲۳). در سبک تغذیه‌ای بی تفاوت، مراقب کیفیت یا کمیت غذای شیرخوار را محدود نمی‌کند، اما در طول تغذیه تعامل کمی با وی دارد. مادران دارای این سبک تغذیه‌ای، حتی هنگامی که شیرخوار گرسنه باشد، کوشش اندکی برای تشویق او به غذا خوردن انجام می‌دهند (۲۴، ۲۳).

سبک تغذیه‌ای اعمال فشار / کنترل (Pressuring/control) هنگامی به کار می‌رود که مراقب کنترل دقیق و کاملی بر زمان، مقدار و محتوای غذای کودک دارد. این سبک شامل استفاده از اجبار برای تغذیه کودک و استفاده از غذا برای تسکین و آرام کردن او می‌باشد. سبک تغذیه‌ای محدود کننده (Restrictive) عبارت است از روشی که در آن مراقب کمیت غذای مصرفی کودک خود را محدود می‌نماید. سبک تغذیه‌ای سهل‌انگار (Indulgent) هنگامی کاربرد دارد که مراقب محدودیتی از نظر کیفیت و کمیت غذایی برای کودک اعمال نمی‌کند. سبک تغذیه‌ای مسؤولانه نیز به نزدیکی به شیرخوار در حین تغذیه، حساسیت نسبت به نشانه‌های گرسنگی و سیری در زمان مناسب و پایش وعده

## روش بررسی

این پژوهش از نوع طرح‌های علی-مقایسه‌ای بود که در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت و در آن ویژگی‌های مورد نظر (متغیرهایی که پیش‌تر اثر خود را گذاشته‌اند) در بیش از یک گروه با هم مقایسه شدند. جامعه آماری مطالعه را همه مادران دارای شیرخوار ۶ تا ۱۲ ماهه شهر شیراز تشکیل دادند. با توجه به ماهیت پژوهش، از بین جامعه آماری تعداد ۵۰ نفر زوج مادر و کودک از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از هم‌تاسازی از نظر سن، جنسیت و ترتیب تولد شیرخوار و سن و تحصیلات والدین، در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. گروه اول شامل شیرخوارانی بود که طبق گزارش مادرانشان، دارای مشکلاتی در زمینه خوردن و تغذیه بودند و گروه دوم متشکل از شیرخواران فاقد مشکلات تغذیه‌ای بود.

معیارهای ورود مادران به مطالعه شامل داشتن سن بیشتر از ۱۷ سال، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، زندگی با پدر کودک، عدم ابتلا به اختلالات عمده محور یک راهنمای DSM (این مورد با استفاده از معاینه وضعیت روانی بررسی گردید) و همچنین عدم ابتلا به بیماری‌های شدید و مزمن جسمانی که مراقبت از کودک را برای مادر دشوار و یا غیرممکن ساخته باشد، بود. ملاک‌های ورود شیرخواران، گذراندن حداقل ۳۵ هفته بارداری (نارس نبودن)، وزن مناسب هنگام تولد، فقدان ناهنجاری‌های مادرزادی عمده و قرار نداشتن در معرض داروی معینی بود. ضمن این که مطالعه هم شامل شیرخواران تغذیه شونده با سینه مادر و هم شیرخواران تغذیه شونده با شیشه بود. ۲۶ دختر و ۲۴ پسر با میانگین سنی  $1/8 \pm 9/2$  ماه در مطالعه شرکت نمودند. میانگین سنی مادران  $3/2 \pm 28/9$  سال و دامنه سنی ۳۵-۱۸ سال بود که از ازدواج آن‌ها بین ۱۶ ماه تا ۱۰ سال می‌گذشت. تحصیلات مادران از سیکل تا دکتری و درآمد ماهیانه خانواده از ۴۰۰ هزار تومان

تا بیش از ۴ میلیون تومان در نوسان بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسش‌نامه استفاده گردید که در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه مشکلات غذا خوردن: این پرسش‌نامه برای سنین ۶ تا ۳۶ ماه تهیه شده است و توسط والد کودک و یا فردی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذراند، تکمیل می‌گردد و حاوی ۵۶ عبارت و ۵ زیرمقیاس «رضایت مادر از غذا خوردن کودک، رفتار غذا خوردن، تنش در هنگام غذا خوردن، خوردن انواع متنوع غذا و نشانه‌های جسمی وابسته به غذا خوردن» می‌باشد. Lewinsohn و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، چهار عامل «خوردن انتخابی غذا، اجتناب از غذا خوردن، جر و بحث برای کنترل و رفتارهای مثبت والدین» را معرفی نمودند. آنان در مطالعه خود که بر روی ۹۳ مادر دارای کودک دچار مشکلات تغذیه‌ای انجام دادند، اعتبار عامل‌های این پرسش‌نامه را از طریق محاسبه همسانی درونی به ترتیب  $0/85$ ،  $0/83$ ،  $0/79$  و  $0/65$  گزارش کردند (۲۸). روایی این پرسش‌نامه در ایران و در نمونه‌ای متشکل از ۳۱۵ مادر دارای کودک ۱۲ تا ۳۶ ماهه با روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت (۲۹) و مدل پنج عاملی Lewinsohn و همکاران (۲۸) بر روی جامعه ایرانی مناسب در نظر گرفته شد. در مطالعه انجام گرفته در ایران، همسانی درونی ابزار به روش Cronbach's alpha برای کل مقیاس برابر با  $0/74$  و برای هر عامل به ترتیب  $0/83$ ،  $0/77$ ،  $0/65$ ،  $0/67$  و  $0/55$  به دست آمد (۲۹).

پرسش‌نامه سبک تغذیه‌ای مادران شیرخوار ( Infant Feeding Style Questionnaire یا IFSQ): این پرسش‌نامه شامل ۸۳ ماده با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت و متشکل از باورها و رفتارهای تغذیه‌ای است. این باورها و رفتارها، پنج سبک غذا دادن (بی تفاوت، اعمال زور و فشار، محدود کننده، مسئولانه و سهل‌انگار) را با ۱۳ خرده مقیاس می‌سنجد و

«واکنش نسبت به غذا، لذت بردن از غذا، میل به مایعات، پاسخدهی به رژیم غذایی، کندی در خوردن، ایرادگیری، پرخوری و کم‌خوری هیجانی» و دو بعد کلی میل (نزدیکی) و اجتناب نسبت به غذا را مورد سنجش قرار می‌دهد (۳۱).

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران با نمونه‌ای متشکل از ۳۵۰ مادر دارای کودک ۶ تا ۵۴ ماهه بررسی گردید. برای محاسبه روایی پرسش‌نامه، شیوه آماری تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO،  $0/83$  و مقدار عددی شاخص  $\chi^2$  در آزمون کرویت Bartlett،  $2954/109$  بود که در سطح  $0/001$  معنی‌دار در نظر گرفته شد و حاکی از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت (۳۰). بر اساس تحلیل عاملی انجام شده توأم با چرخش واریماکس بر روی گویه‌های پرسش‌نامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری، ۵ مقیاس فرعی شامل «میل و لذت، تمایل به نوشیدن، خوردن وابسته به هیجان، کندی و اجتناب و تنوع‌طلبی» استخراج گردید که این عوامل در مجموع ۴۹ درصد واریانس را تبیین کردند. همچنین، همسانی درونی ابزار به روش Cronbach's alpha برای کل مقیاس  $0/74$  و برای هر عامل به ترتیب  $0/84$ ،  $0/78$ ،  $0/7$ ،  $0/75$  و  $0/72$  به دست آمد (۳۰).

به منظور اجرای پژوهش حاضر، نخست مراکز مراجعات مادر و کودک (مراکز بهداشت، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و مطب پزشکان اطفال و زنان) شناسایی گردید و پس از کسب مجوز لازم جهت ورود به این مراکز از طریق بخش اداری دانشگاه، به این مراکز رجوع شد. در این مراکز مادران و کودکانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به صورت دسترس انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش و در صورتی که افراد با

برای کودکان ۳ تا ۳۶ ماهه مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه IFSQ توسط Thompson و همکاران طراحی گردید و همسانی درونی  $0/76-0/95$  برای خرده مقیاس‌های آن گزارش شد. روایی سازه این پرسش‌نامه توسط تحلیل عاملی تأییدی و روایی همگرا از طریق رابطه نمرات هر خرده مقیاس با وزن کودک احراز گردید (۲۳). به منظور بررسی روایی پرسش‌نامه IFSQ در ایران، پس از ترجمه و آماده‌سازی مقدماتی، شیوه آماری تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی در نمونه‌ای متشکل از ۳۵۰ مادر دارای کودک ۶ تا ۳۶ ماهه مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)،  $0/74$  و مقدار عددی شاخص  $\chi^2$  در آزمون کرویت Bartlett برابر با  $1580/109$  به دست آمد که در سطح  $0/001$  معنی‌دار بود و نشان‌دهنده کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی بود (۳۰). بر اساس تحلیل عاملی انجام شده توأم با چرخش واریماکس (Varimax rotation) بر روی گویه‌های پرسش‌نامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار Scree، ۱۰ مقیاس فرعی شامل «سبک تغذیه‌ای مسؤولانه، کنترل زور و فشار، سبک تغذیه‌ای محدود کننده، باورهای تغذیه‌ای سهل‌انگارانه مادر، رفتارهای تغذیه‌ای سهل‌انگارانه مادر، بی‌تفاوت، غفلت، تسکین دهنده‌گی غذا، تلویزیون و تمایل به دادن شیرینی» بر روی جامعه ایرانی مناسب در نظر گرفته شد. این عوامل در مجموع ۴۹ درصد واریانس را تبیین می‌کردند. همچنین، همسانی درونی ابزار به روش Cronbach's alpha برای کل مقیاس  $0/86$  و برای ۱۰ مقیاس دیگر از  $0/62$  تا  $0/90$  در نوسان بود (۳۰).

پرسش‌نامه رفتار تغذیه‌ای کودک: پرسش‌نامه‌ای ۳۵ ماده‌ای است که توسط مراقب کودک تکمیل می‌گردد و در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه ۸ خرده مقیاس

## نتایج

میانگین و انحراف معیار و سطح معنی داری نمرات دو گروه در حوزه های مختلف مشکلات تغذیه ای، رفتارهای تغذیه ای شیرخوار و سبک غذا دادن مادرانه در جدول ۱ ارائه شده است.

رضایت آگاهانه و به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در مطالعه بودند، بر اساس متغیرهای سن، جنسیت و ترتیب تولد شیرخوار و سن و تحصیلات والدین همساز می شدند و در دو گروه شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه ای قرار گرفتند و پرسش نامه های پژوهش توسط مادران تکمیل گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری MANOVA استفاده شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات مشکلات تغذیه ای کودک، رفتار تغذیه ای کودک و سبک غذا دادن مادرانه به تفکیک گروه

متغیر	زیرمقیاس	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
مشکلات تغذیه ای	عدم رضایت مادر از غذا خوردن کودک	۵۰	۶/۳۷ $\pm$ ۲/۵۴	۰/۴۹	۰/۹۶
	رفتار غذا خوردن	۵۰	۶/۲۰ $\pm$ ۱/۵۵	۰/۴۸	۰/۰۳
	تنش در هنگام غذا خوردن	۵۰	۳/۸۰ $\pm$ ۱/۷۵	۰/۶۷	۰/۳۲
	خوردن انواع متنوع غذا	۵۰	۳/۴۰ $\pm$ ۰/۸۷	۰/۲۳	۰/۸۱
	نشانه های جسمی وابسته به غذا خوردن	۵۰	۲/۲۵ $\pm$ ۱/۲۵	۰/۵۹	۰/۸۰
	مشکلات تغذیه (نمره کل)	۵۰	۱۹/۶۹ $\pm$ ۶/۰۰	۰/۵۹	۰/۴۷
رفتار غذا خوردن	میل و لذت نسبت به غذا	۵۰	۲۳/۹۵ $\pm$ ۵/۴۰	۰/۳۸	۰/۲۱
	میل به نوشیدن مایعات	۵۰	۷/۵۵ $\pm$ ۲/۷۰	-۰/۵۵	۰/۳۰
	تنوع طلبی	۵۰	۱۲/۹۰ $\pm$ ۳/۲۰	-۰/۲۴	۰/۰۷
	کند خوردن و اجتناب	۵۰	۲۳/۳۶ $\pm$ ۵/۸۰	-۰/۱۸	۰/۲۹
	تغذیه وابسته به هیجان	۵۰	۱۲/۶۵ $\pm$ ۳/۵۶	-۰/۳۸	۰/۴۱
	مسئولانه	۵۰	۲۹/۵۶ $\pm$ ۳/۲۵	۰/۶۱	۰/۵۱
سبک غذا دادن مادرانه	کنترل، زور و فشار	۵۰	۵۱/۸۲ $\pm$ ۹/۵۰	-۰/۳۱	-۰/۸۲
	محدود کننده	۵۰	۲۳/۲۵ $\pm$ ۲/۸۵	-۰/۲۲	۰/۴۵
	باورهای تغذیه ای سهل انگارانه	۵۰	۱۱/۳۰ $\pm$ ۳/۶۰	۰/۱۶	۰/۲۱
	رفتارهای تغذیه ای سهل انگارانه	۵۰	۲۲/۳۵ $\pm$ ۷/۱۰	۰/۱۲	۰/۱۹
	غفلت	۵۰	۹/۵۰ $\pm$ ۳/۲۰	۰/۴۵	۰/۲۳
	بی تفاوتی	۵۰	۱۱/۰۰ $\pm$ ۲/۹۵	۰/۴۷	۰/۳۴
	تسکین دهنده ای غذا	۵۰	۱۹/۶۴ $\pm$ ۴/۸۰	۰/۱۳	۰/۱۸
	استفاده از تلویزیون	۵۰	۲۷/۹۵ $\pm$ ۸/۵۵	۰/۴۵	۰/۲۷
	تمایل به دادن شیرینی	۵۰	۱۲/۶۵ $\pm$ ۳/۴۰	۰/۰۸	-۰/۷۹

شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای نشان دادند ( $P < 0/002$ ).

هدف از طراحی پرسش دوم پژوهش حاضر، مقایسه رفتارهای تغذیه‌ای شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای بود. برای پاسخگویی به این پرسش با توجه به داشتن ۵ متغیر وابسته، در ابتدا آزمون Box's M که معنی‌دار نبود ( $F = 1/09$ ,  $P < 0/330$ ) و سپس تحلیل MANOVA مورد استفاده قرار گرفت. سپس عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل و خرده مقیاس‌های پرسش نامه رفتار تغذیه‌ای کودک به عنوان متغیر وابسته به تحلیل وارد شد. نتایج تحلیل MANOVA حاکی از معنی‌داری ارزش ویژه پیلایی بود ( $F(1 و 48) = 3/02$ ,  $\eta^2p = 0/55$ ). بنابراین بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P = 0/002$ ).

به منظور تعیین اختلاف بین دو گروه در تک‌تک متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد و نتایج حاکی از معنی‌داری متغیرهای میل و رضایت شیرخوار نسبت به غذا ( $F(1 و 48) = 13/06$ ,  $P < 0/001$ )، کند خوردن و اجتناب شیرخوار از خوردن ( $F(1 و 48) = 6/2$ ,  $P < 0/019$ ) و تغذیه وابسته به هیجان ( $F(1 و 48) = 5/6$ ,  $P < 0/002$ ) بود.

شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، میل و لذت کمتری نسبت به غذا ( $21/7 \pm 6/0$ ) در مقایسه با شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $26/2 \pm 4/8$ ) داشتند ( $P < 0/001$ ). همچنین، اجتناب بیشتری نسبت به غذا داشتند و کندتر غذا می‌خوردند ( $25/02 \pm 5/2$  در برابر  $6/5 \pm 21/7$ ) ( $P < 0/015$ ). شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای ( $13/6 \pm 4/06$ ) در مقایسه با شیرخواران بدون مشکل ( $11/7 \pm 3/06$ ) بیشتر تغذیه وابسته به هیجان از خود نشان دادند ( $P < 0/019$ ).

سومین پرسش پژوهش به بررسی این موضوع پرداخت که چه تفاوتی بین مادران شیرخواران با و بدون مشکلات

پرسش اول پژوهش درصدد پاسخگویی به این موضوع بود که شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای، در کدام یک از حوزه‌های مشکلات تغذیه‌ای با هم تفاوت دارند؟ برای پاسخگویی به این پرسش با توجه به داشتن ۵ متغیر وابسته، در ابتدا از آزمون Box's M که معنی‌دار نبود ( $F = 1/5$ ,  $P < 0/41$ ) و سپس از تحلیل MANOVA استفاده گردید. سپس عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل و خرده مقیاس‌های پرسش نامه مشکلات تغذیه‌ای به عنوان متغیر وابسته به تحلیل وارد شد. نتایج تحلیل MANOVA نشان دهنده معنی‌داری ارزش ویژه پیلایی بود ( $F(1 و 48) = 18/01$ ,  $\eta^2p = 0/73$ ). بنابراین، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود داشت ( $P = 0/001$ ).

به منظور تعیین اختلاف بین دو گروه در تک‌تک متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد و نتایج آن نشان دهنده معنی‌داری متغیرهای عدم رضایت مادر از تغذیه کودک ( $F(1 و 48) = 19/06$ ، تنش مادر هنگام غذا دادن به کودک ( $F(1 و 48) = 6/9$ ,  $P = 0/010$ ,  $\eta^2p = 0/44$ )، رفتار غذا خوردن ( $F(1 و 48) = 11/29$ ,  $P = 0/002$ ,  $\eta^2p = 0/22$ ) و خوردن انواع متنوع غذا توسط کودک ( $F(1 و 48) = 11/9$ ,  $P = 0/002$ ,  $\eta^2p = 0/21$ ) بود.

مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، رضایت کمتری از غذا خوردن کودکان خود ( $8/6 \pm 3/06$ ) در مقایسه با مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $2/03 \pm 4/4$ ) داشتند ( $P < 0/001$ ). مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، تنش را هنگام غذا دادن به کودکان خود ( $4/6 \pm 2/2$ ) در مقایسه با مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $3/09 \pm 0/76$ ) تجربه کردند ( $P < 0/010$ ). شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، مشکلات رفتار تغذیه‌ای بیشتر ( $1/7 \pm 1/6$  و  $5/7 \pm 1/4$ ) و تنوع غذایی کمتری ( $3/09 \pm 0/76$  و  $4/6 \pm 2/2$ ) را نسبت به

تغذیه ای از لحاظ سبک غذا دادن مادرانه وجود دارد؟ که برای پاسخگویی به این پرسش و با توجه به داشتن ۱۰ متغیر وابسته، در ابتدا از آزمون Box's M استفاده شد و معنی دار نبود ( $F(1, 48) = 66/23, p < 0/071$ ) و سپس تحلیل MANOVA مورد استفاده قرار گرفت. عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل و خرده مقیاس‌های پرسش نامه سبک غذا دادن مادرانه به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شد. نتایج تحلیل MANOVA حاکی از معنی داری ارزش ویژه پیلایی بود ( $\eta^2 p = 0/47, p = 0/010, F(1, 48) = 2/6$ ). بنابراین، بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری مشاهده شد.

به منظور تعیین اختلاف بین دو گروه در تک تک متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد و نتایج حاکی از معنی داری متغیرهای سبک غذا دادن مسؤولانه ( $F(1, 48) = 5/3, p < 0/026$ )، باورهای سهل انگارانه ( $F(1, 48) = 10/03, p < 0/003$ )، رفتارهای سهل انگارانه ( $F(1, 48) = 6/6, p < 0/010$ )، اعمال زور و فشار و کنترل برای غذا دادن به شیرخواران ( $p < 0/036$ )، تسکین دهنده دانستن غذا ( $F(1, 48) = 4/6, p < 0/030$ )، استفاده از تلویزیون ( $F(1, 48) = 4/6, p < 0/006$ ) و تمایل به دادن شیرینی جات به شیرخواران ( $F(1, 48) = 6/4, p < 0/010$ ) بود.

مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، سبک تغذیه مسؤولانه کمتری ( $28/4 \pm 3/3$ ) نسبت به مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $30/72 \pm 3/02$ ) داشتند ( $p < 0/026$ ). همچنین، در مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، کنترل و زور و فشار بیشتری ( $7/9 \pm 55/05$ ) نسبت به مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $11/1 \pm 48/6$ ) مشاهده شد ( $p < 0/036$ ). مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، باورهای تغذیه‌ای سهل انگارانه ( $5/0 \pm 13/1$ ) در برابر ( $2/2 \pm 9/56$ ) و رفتارهای تغذیه‌ای سهل انگارانه بیشتر ( $8/9 \pm 25/1$ ) در برابر

تغذیه ای از لحاظ سبک غذا دادن مادرانه وجود دارد؟ که برای پاسخگویی به این پرسش و با توجه به داشتن ۱۰ متغیر وابسته، در ابتدا از آزمون Box's M استفاده شد و معنی دار نبود ( $F(1, 48) = 66/23, p < 0/071$ ) و سپس تحلیل MANOVA مورد استفاده قرار گرفت. عضویت گروهی به عنوان متغیر مستقل و خرده مقیاس‌های پرسش نامه سبک غذا دادن مادرانه به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شد. نتایج تحلیل MANOVA حاکی از معنی داری ارزش ویژه پیلایی بود ( $\eta^2 p = 0/47, p = 0/010, F(1, 48) = 2/6$ ). بنابراین، بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری مشاهده شد.

به منظور تعیین اختلاف بین دو گروه در تک تک متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد و نتایج حاکی از معنی داری متغیرهای سبک غذا دادن مسؤولانه ( $F(1, 48) = 5/3, p < 0/026$ )، باورهای سهل انگارانه ( $F(1, 48) = 10/03, p < 0/003$ )، رفتارهای سهل انگارانه ( $F(1, 48) = 6/6, p < 0/010$ )، اعمال زور و فشار و کنترل برای غذا دادن به شیرخواران ( $p < 0/036$ )، تسکین دهنده دانستن غذا ( $F(1, 48) = 4/6, p < 0/030$ )، استفاده از تلویزیون ( $F(1, 48) = 4/6, p < 0/006$ ) و تمایل به دادن شیرینی جات به شیرخواران ( $F(1, 48) = 6/4, p < 0/010$ ) بود.

مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، سبک تغذیه مسؤولانه کمتری ( $28/4 \pm 3/3$ ) نسبت به مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $30/72 \pm 3/02$ ) داشتند ( $p < 0/026$ ). همچنین، در مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، کنترل و زور و فشار بیشتری ( $7/9 \pm 55/05$ ) نسبت به مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای ( $11/1 \pm 48/6$ ) مشاهده شد ( $p < 0/036$ ). مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، باورهای تغذیه‌ای سهل انگارانه ( $5/0 \pm 13/1$ ) در برابر ( $2/2 \pm 9/56$ ) و رفتارهای تغذیه‌ای سهل انگارانه بیشتر ( $8/9 \pm 25/1$ ) در برابر

#### بحث

با توجه به این که والدین به ویژه مادران یکی از مهم ترین منابع گزارش مشکلات تغذیه ای هستند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه مشکلات و رفتارهای تغذیه ای و سبک غذا دادن مادرانه در شیرخوارانی که بنا بر گزارش مادرانشان دارای مشکلات تغذیه ای بودند و شیرخوارانی که از نظر مادران خود فاقد مشکلات تغذیه ای بودند، انجام گرفت. اگرچه کسب نمرات بالاتر در پرسش نامه مشکلات تغذیه‌ای توسط شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، در نگاه اول بدیهی به نظر می‌رسد، اما استفاده از پرسش نامه مذکور در جهت فهم این موضوع که شیرخواران در چه حوزه‌هایی دچار مشکل بیشتری می‌باشند و برنامه های درمانی باید چه مشکلاتی را مورد توجه قرار دهد، مفید است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مادران شیرخواران دچار مشکلات تغذیه ای در مقایسه با مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای، تنش بالاتری را در هنگام تغذیه کودک از خود نشان می‌دهند. آن‌ها ضمن داشتن رضایت کمتر از تغذیه شیرخوار خود، او (شیرخوار) را با مشکلات بیشتری



تغذیه ای و اضافه وزن یا کاهش وزن کودکان اشاره نموده‌اند (۳۳، ۲۳)، همسو دانست.

در پژوهش حاضر، سبک تغذیه‌ای «مسئولانه» یکی از سبک‌های تغذیه‌ای متمایز کننده مادران شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای بود. این سبک تغذیه‌ای که در آن مادران شیرخواران بدون مشکلات تغذیه‌ای بیشتر مشاهده می‌شوند، مستلزم ادراک (آگاهی مراقب از نشانه‌های شیرخوار)، تفسیر دقیق (تعیین دقیق معنای نشانه‌ای که به عنوان نشانه گرسنگی درک شود یا خیر) و پاسخ مناسب به نشانه‌های سیری و گرسنگی شیرخوار (تغذیه کودک هنگام بروز نشانه‌های گرسنگی و توقف غذا هنگام بروز نشانه‌های سیری) در هر نقطه از تحول می‌باشد. علاوه بر این، مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای در اغلب موارد از غذا برای آرام کردن و ساکت کردن گریه شیرخواران خود استفاده می‌کردند. آن‌ها برای این که اطمینان حاصل کنند که کودکشان به اندازه کافی غذا خورده است و همچنین، برای خوشحال کردن کودک و خاموش کردن گریه او بیشتر از تلویزیون استفاده می‌کردند و شیرینی جات بیشتری به کودکان خود می‌دادند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که والدین کودکان دارای اختلال تغذیه، اغلب از لحاظ فیزیکی با شمار زیادی از نیازها و مطالبات (مانند مشاهده دقیق خوردن غذا، داروها، برنامه غذایی محدود شده و کنترل دایمی تغذیه آن‌ها) درگیر هستند (۳۴) که ضمن افزایش تنش مادر (۳۵)، باعث افزایش ادراک مشکلات تغذیه‌ای شیرخوار می‌شود.

موضوع محور بودن تعامل مادر- کودک که منجر به تلاش مادر برای خوراندن غذا به کودک به هر طریقی می‌شود، می‌تواند تبیین کننده این یافته باشد که مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، از غذا برای پاداش و ساکت کردن کودکان استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای، شیرینی جات بیشتری به کودک می‌دهند و برای این که او غذا بخورد،

در رفتار غذا خوردن و خوردن انواع متنوع غذا معرفی می‌کردند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی مبنی بر ارتباط تنش و اضطراب مادر با مشکلات تغذیه‌ای کودک و رفتارهای منفی آن‌ها هنگام تغذیه (۳۲، ۲۹)، همسو می‌باشد. در چنین شرایطی، کودک از غذا خوردن اجتناب می‌کند؛ چرا که غذا خوردن برای او نه به منزله جذب غذا بلکه به عنوان جذب اضطراب و تنش مادرانه تلقی می‌گردد و این موضوع به نوبه خود باعث راه اندازی چرخه منفی می‌شود که ضمن ایجاد مشکل در روابط مادر- کودک، به کاهش رضایت مادر از تغذیه کودک و تشدید مشکلات تغذیه‌ای می‌انجامد.

با درک این مطلب که مادران بر اساس چه مؤلفه‌ها و رفتارهایی در مورد مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران خود قضاوت می‌نمایند، دومین پرسش پژوهش حاضر پاسخ داده می‌شود. نتایج نشان دهنده آن است که مادران بر اساس بی میلی و لذت نبردن شیرخوار از غذا، کندی در خوردن و وابسته بودن میزان غذای خورده شده به هیجان، در مورد مشکلات تغذیه‌ای شیرخواران خود قضاوت می‌کنند. موارد ذکر شده می‌تواند به ویژگی‌های فردی شیرخوار مربوط باشد که از سوی مادران به عنوان مشکلات تغذیه‌ای تعبیر می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش حاضر، تفاوت سبک غذا دادن مادران شیرخواران دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای بود. مادران شیرخواران دارای مشکلات تغذیه‌ای برای غذا دادن به فرزندان، پاسخگویی کمتر و سهل انگاری بیشتری داشتند. آن‌ها در بیشتر موارد از اعمال زور و فشار برای غذا دادن به شیرخواران خود استفاده می‌کردند و کنترل بیشتری بر میزان و محتوای تغذیه فرزندان‌شان داشتند. با توجه به این که وزن کودک یکی از شاخص‌های مهم و تعیین کننده مشکلات تغذیه‌ای کودکان و شیرخواران است، این یافته را می‌توان با یافته‌های مطالعاتی که به ارتباط سبک‌های

در مجموع، با وجود این که پژوهش حاضر با محدودیت هایی همچون حجم پایین نمونه، استفاده از نمونه گیری در دسترس، طولانی بودن پرسش نامه ها و تشخیص مشکلات تغذیه ای بر اساس گزارش یک منبع (مادر) مواجه بود، اما امید است که با معرفی مشکلات و رفتارهای تغذیه ای شیرخواران و همچنین بیان سبک های تغذیه ای مادرانه ای که بروز چنین مشکلاتی را در پی دارند، ضمن افزودن سطری نو به ادبیات پژوهشی مشکلات تغذیه شیرخواران، در طراحی برنامه های مداخله ای پیشگیرانه و درمانی برای مشکلات تغذیه ای مورد توجه متخصصان قرار گیرد.

#### سیاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان نامه دکتری نویسنده اول در دانشگاه شهید بهشتی تهران می باشد. بدین وسیله از معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و شرکت کنندگان پژوهش، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

بیشتر او را مقابل تلویزیون می گذارند. این یافته ها بیانگر نیاز چنین مادرانی به داشتن ابزاری بیرونی جهت کمک به آنها برای تغذیه شیرخوار است؛ نیازی که شاید ناشی از احساس ناتوانی مادر برای تغذیه شیرخوار و یا نداشتن تعامل مثبت با وی باشد.

به نظر می رسد که یافته های پژوهش حاضر بر ضرورت بازنگری آموزش هایی که به مادران در مورد تغذیه شیرخواران داده می شود، تأکید می نماید؛ آموزش هایی که با تمرکز افراطی نسبت به تأثیر غذا بر رشد و تحول و سلامت جسمانی شیرخواران، ارزش روانی تغذیه در سال نخست زندگی را نادیده می گیرد. این گونه آموزش ها که مادران را به طور غیر مستقیم و ضمنی به تلاش برای غذا دادن به هر طریق و وسیله ای تشویق می کند، علاوه بر افزایش تنش مادر، با به مخاطره انداختن احساس کفایت و شایستگی او، به ایجاد مشکلات تغذیه ای بیشتری در شیرخواران نیز می انجامد.

#### References

1. Chatoor I. Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. In: Wiener J, Dulcan MK, Editors. Textbook of child and adolescent psychiatry. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.; 2004. p. 639-57.
2. Zero to Three (Organization). DC:0-3R Revision Task Force. DC:0-3R: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC: Zero To Three Press; 2005.
3. McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatr* 2010; 99(1): 68-71.
4. Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite* 2005; 44(3): 289-97.
5. Khatoun T, Mollah AH, Choudhury AM, Islam M, Rahman KM. Association between infant and child-feeding index and nutritional status: results from a cross-sectional study among children attending an urban hospital in Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2011; 29(4): 349-56.

6. Wright C, Parkinson K, 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. *Arch Dis Child* 2006; 91(4): 312-7.
7. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 2009; 154(1): 55-60.
8. Ong KK, Emmett PM, Noble S, Ness A, Dunger DB. Dietary energy intake at the age of 4 months predicts postnatal weight gain and childhood body mass index. *Pediatrics* 2006; 117(3): e503-e508.
9. Skuse D, Pickles A, Wolke D, Reilly S. Postnatal growth and mental development: evidence for a "sensitive period". *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35(3): 521-45.
10. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM 5. New York, NY: American Psychiatric Association; 2013.
11. Scheer P, Dunitz-Scheer M, Schein A, Wilken M. DC: 0-3 in pediatric liaison work with early eating behavior disorders. *Infant Mental Health Journal* 2003; 24(4): 428-36.
12. Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrazek DA. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(6): 743-51.
13. Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature. *Eat Behav* 2004; 5(2): 103-15.
14. Hodges EA, Hughes SO, Hopkinson J, Fisher JO. Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. *Appetite* 2008; 50(2-3): 333-9.
15. Satter E. The feeding relationship. In: Kessler D, Dawson P, Editors. Failure to thrive and pediatric undernutrition: a transdisciplinary approach. Baltimore, MD: P.H. Brookes Pub.; 1999. p. 121-49.
16. Fomon SJ. Nutrition of normal infants. St. Louis: Mosby, 1993.
17. Birch LL, Zimmerman SI, Hind H. The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child Development* 1980; 51(3): 856-61.
18. Johnson SL, Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 1994; 94(5): 653-61.
19. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42(4): 931-53.
20. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004; 62(1): 39-50.
21. Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO, Morales M. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite* 2005; 44(2): 243-9.
22. Wondafrash M, Amsalu T, Woldie M. Feeding styles of caregivers of children 6-23 months of age in Derashe special

- district, Southern Ethiopia. *BMC Public Health* 2012; 12: 235.
23. Thompson AL, Mendez MA, Borja JB, Adair LS, Zimmer CR, Bentley ME. Development and validation of the infant feeding style questionnaire. *Appetite* 2009; 53(2): 210-21.
  24. Dettwyler KA. Styles of infant feeding: parental/caretaker control of food consumption in young children. *American Anthropologist* 1989; 91(3): 696-703.
  25. Pelto GH. Improving complementary feeding practices and responsive parenting as a primary component of interventions to prevent malnutrition in infancy and early childhood. *Pediatrics* 2000; 106(5): 1300.
  26. Eshel N, Daelmans B, de Mello MC, Martines J. Responsive parenting: interventions and outcomes. *Bull World Health Organ* 2006; 84(12): 991-8.
  27. Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM. Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. *J Nutr* 2011; 141(3): 502-7.
  28. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Gau JM, Joiner TE, Jr., Striegel-Moore R, Bear P, et al. Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *Int J Eat Disord* 2005; 38(3): 208-19.
  29. Zeinali SH, Mazeheri MA, Sadeghi M, Jabari M. The relationships of mother's attachment to infant and mothers' psychological characteristics to feeding problem in infants. *Developmental Psychology* 2011; 8(29): 55-66. [In Persian].
  30. Nasirzadeh R. Development and evaluation of effectiveness of an attachment based mother-child relationship enrichment program on the infants' feeding problems [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University 2015. [In Persian].
  31. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7): 963-70.
  32. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol* 2008; 33(6): 612-20.
  33. Farrow C, Blissett J, Psychol C. Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain? *Pediatrics* 2006; 118(2): e293-e298.
  34. Graves JK, Ware ME. Parents' and health professionals' perceptions concerning parental stress during a child's hospitalization. *Child Health Care* 1990; 19(1): 37-42.
  35. Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: Implications for occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal* 2003; 50(3): 137-47.

**Mothers' Narratives of their Infants' Feeding Problems and Comparing Infant Feeding Styles****Raziyeh Nasirzadeh, M.Sc.<sup>1\*</sup>, Mohammad Ali Mazaheri, Ph.D.<sup>2</sup>, Sima Ferdosi, Ph.D.<sup>3</sup>, Shabnam Nohesara, Ph.D.<sup>4</sup>,  
Shahriar Shahidi, Ph.D.<sup>5</sup>**

1. Clinical Psychologist, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. Associate Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

\* Corresponding author; e-mail: raznasirzadeh@gmail.com

(Received: 15 June 2014      Accepted: 25 May 2015)

**Abstract****Background & Aims:** The purpose of the present study was to compare feeding problems, infant eating behavior, and feeding styles between infants with and without feeding problems according to their mothers' narratives.**Methods:** In this casual-comparative study, 50 mother-infant dyads were selected using convenient sampling. The infants' ages ranged between 6 to 12 months. After matching, the infants were classified into two separate groups of infants with and without feeding problems according to their mothers' narratives. The Feeding Problem, Child Eating Behavior (CEBQ), and Infant Feeding Style (IFSQ) questionnaires were used for data collection. Data were analyzed using MANOVA.**Results:** Infants with feeding problems had less desire for and enjoyment in food, slower feeding rate, and more emotion-dependent eating. Moreover, mothers of infants with feeding problems had less responsible feeding styles and more negligent beliefs and behaviors toward feeding their children, and applied more force and pressure in feeding their infants.**Conclusion:** The findings of this study could be considered by specialists in preventive and therapeutic programs for eating problems in infants.**Keywords:** Feeding problems, Infant, Eating behavior, Infant feeding style