

Research Paper

Comparison of the Effect of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) and Parent Management Training (PMT) on Nutritional Problems in children 3 to 6 years



Mahsa Shirini Bonab¹, Parisa Sadat Seyed Mousavi^{*2}, Leili Panaghi³

1. M.A. in Family Therapy, Family Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2. Assistant professor, Family Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3. Associate professor, Family institute, Shahid Beheshti, Tehran, Iran

Citation: Shirini Bonab M, Seyed Mousavi PS, Panaghi L. Comparison of the effect of child-parent relationship therapy (cppt) and parent management training (pmt) on nutritional problems in children 3 to 6 years. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 6(4): 85-96.

doi <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.9>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Parent management training, child-parent relationship therapy, nutritional problem

Background and Purpose: Proper nutrition plays an important role in the brain and cognitive, emotional, and social development of children. Eating problems in preschool and primary children are common and need to be treated. Therefore, the purpose of this study was to compare of the effect of child-parent relationship therapy (CPRT) and parent management training (PMT) on nutritional problems in children 3 to 6 years

Method: This is a quasi-experimental study with two experimental and one control group. The sample consisted of 75 mothers of 3 to 6 year old children with nutritional problems in Tabriz in 2017 who were selected by convenience sampling and randomly assigned into three groups including 2 experimental and 1 control group. Child Eating Behavior Questionair (Warle, Guthrie, Sanderson, Rapport, 2001) was used for data collection. Parent management training was performed in six 90-minute sessions and child-parent relationship therapy in ten 2-hour sessions. Follow-up was also performed one month after the intervention. Data analysis was performed using mixed between-within subject ANOVA with SPSS 20 software

Results: The results of data analysis showed that there was a significant difference between the three groups in terms of eating problems. Both interventions reduced eating problems, but the parental training program had more efficacy in reducing both components of eating problems, namely, food intent (within group factor $P=0.001$, $F=818.84$ and between group factor $P=0.001$, $F=31.32$) and food avoidance (within group factor $P=0.001$, $F=1237.56$ and between group factor $P=0.001$, $F=47.86$).

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that the parent management training program can improve the inappropriate behaviors between mother and child by improving the parenting skills and behavioral strategies. Child-parent relationship therapy has also improved eating disorders by establishing a secure attachment relationship and meeting emotional needs.

Received: 5 mar 2019

Accepted: 20 Nov 2019

Available: 3 Mar 2020

* **Corresponding author:** Parisa Sadat Seyed Mousavi, Assistant professor, Family Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
E-mail addresses: P_mousavi@sbu.ac.ir

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر مداخله مبتنی بر بهبود رابطه والد - کودک و آموزش مدیریت والدین بر مشکلات تغذیه‌ای کودکان ۳ تا ۶ سال

مهسا شیرینی بناب^۱، پرینا سادات سید موسوی*^۲، لیلی پناغی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی خانواده‌درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

آموزش والدین،

درمان رابطه والد - کودک،

مشکلات تغذیه‌ای

زمینه و هدف: تغذیه مناسب در تحول مغزی و شناختی، عاطفی، و اجتماعی کودکان نقش بسیار مهمی دارد. مشکلات خوردن در کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی مسئله‌ای شایع بوده و درمان آن ضروری است. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه برنامه آموزش والدین و درمان رابطه والد و کودک بر کاهش مشکلات خوردن کودکان ۳-۶ سال انجام گرفت.

روش: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است. نمونه مورد مطالعه ۷۵ نفر از مادران کودکان دارای مشکلات تغذیه‌ای ۳ تا ۶ ساله شهر تبریز در سال ۹۵ بودند که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه شامل ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه قرار جایدهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رفتار خوردن کودکان (وارل، گاتری، ساندرسون و راپورت، ۲۰۰۱) استفاده شد. مداخله آموزش مدیریت والدین در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و مداخله بهبود رابطه والد - کودک در ۱۰ جلسه ۲ ساعته انجام شد. پیگیری نتایج نیز یک ماه بعد از انجام مداخله‌ها انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با عامل درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) و بین‌گروهی (درمان رابطه والد کودک و آموزش مدیریت والدین) با نرم افزار SPSS 20 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین سه گروه از نظر مشکلات خوردن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. هر دو مداخله، مشکلات خوردن را کاهش دادند، اما برنامه آموزش والدین اثربخشی بیشتری در کاهش هر دو مؤلفه مشکلات خوردن یعنی گرایش به غذا (عامل درون-گروهی، $F = 81.8/84, p = 0/001$ و بین‌گروهی $F = 31/32, p = 0/001$) و اجتناب از غذا (عامل درون‌گروهی $p = 0/001, F = 1237/56$ ، F عامل بین‌گروهی $p = 0/001, F = 47/86$) داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مدیریت والدین با افزایش دانش و مهارت والدگری والدین و آموزش راهکارهای رفتاری به آنها، رفتارهای معیوب بین مادر و کودک را اصلاح کرده و از این طریق به بهبود مشکلات خوردن منجر شده است. درمان رابطه والد - کودک نیز با ایجاد رابطه دل‌بستگی ایمن و برآوردن نیازهای هیجانی باعث بهبود مشکلات خوردن شده است.

دریافت شده: ۹۷/۱۲/۱۴

پذیرفته شده: ۹۸/۰۸/۲۹

منتشر شده: ۹۸/۱۲/۱۳

* نویسنده مسئول: پرینا سادات سید موسوی، استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

رایانامه: P_mousavi@sbu.ac.ir

تلفن تماس: ۰۲۱-۲۹۹۰۱

مقدمه

کودکان بخش عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. لزوم شناخت صحیح این قشر از جمعیت جهان و کوشش به منظور سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها بر همگان روشن است. سال‌های پیش از دبستان نقش اساسی در تحول و سازش‌یافتگی کودکان در آینده دارد (۱). این سنین به ویژه در رفتارهای خوردن سالم حائز اهمیت است. این دوران فرصتی منحصر به فرد برای ایجاد رفتارهای خوردن سالم برای کل زندگی فرد ایجاد می‌کند.

اختلالات تغذیه^۱، عارضه جدی سلامت هستند که در طول زندگی بر فرد تأثیر می‌گذارند. این اختلالات بعد از ۷ سالگی تشخیص‌گذاری می‌شوند و قبل از آن به عنوان مشکل تغذیه^۲ مطرح می‌شوند (۲). رفتار خوردن سالم به رشد مناسب در وزن، قد و اندازه دور سر منجر شده (۳) و از سوء تغذیه، کندی رشد، مشکلات تغذیه‌ای حاد، مشکلات سلامتی طولانی مدت و حادمانند بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت نوع دو، سرطان، چاقی، بیماری قلبی استئوپروسیس، کاهش رشد استخوانی به علت دریافت کلسیم پایین و بیماری اسکروبت، جلوگیری می‌کند (۴ - ۷). مشکلات تغذیه شامل مجموعه رفتارهایی است که غذا دادن به کودک را دشوار کرده و رابطه مادر و کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند و در نتیجه، موجب نگرانی مادر می‌شوند. مشکلات غذا خوردن شامل کم غذا خوردن و خوردن انواع معدودی از غذاها، اجتناب از غذا خوردن، بحث و جدل هنگام غذا خوردن، و رفتارهای مثبت والدین (مانند تشویق والدین در هنگام غذا خوردن) هستند (۸).

مداخلات مختلفی روی مشکلات تغذیه‌ای کودکان انجام شده است. این مداخلات شامل مداخلات رفتاری، مداخلات تغذیه‌ای، خانواده درمانی، بازی درمانی، و آموزش مراقب هستند. مداخلات رفتاری شامل روش‌هایی مانند مهار محرک، خاموشی، حساسیت‌زدایی منظم، شکل‌دهی، مدیریت مشروط، و توجه انتخابی (۹ و ۱۰)؛ مداخلات تغذیه‌ای شامل آموزش صحیح تغذیه، دستکاری‌های اشتها، و برنامه سازمان‌مند وعده غذایی (۹، ۱۱ - ۱۵)؛ و مداخلات روان‌شناختی نیز شامل بازی درمانی، خانواده‌درمانی، و آموزش روانی هستند (۱۳، ۱۶ و ۱۷).

1. Nutritional disorder
2. Nutritional problem

همچنین مطالعات، آموزش مراقب را به عنوان عاملی آشکار در مداخلات مشخص کرده‌اند (۹، ۱۱-۱۴، ۱۷-۲۰). در سال‌های اخیر دانش بالینی بشر از اختلالات رفتاری تحولی افزایش یافته است و درمان‌ها به سمت مداخلات بالینی التقاطی کشیده شده است که در آنها والدین به عنوان عضو فعال در درمان کودکان خود مطرح هستند (۲۱). در مورد مشکلات تغذیه‌ای نیز، رابطه بین والد و کودک به ویژه مادر عامل بسیار مهم و تأثیرگذار است (۲۲). تعاملات بین والد و فرزند، آشنایی ابتدایی کودک با دنیای ارتباط است. تجربه دل‌بستگی ایمن در طول اولین سال زندگی، از سلامت هیجانی و تحول کلی کودک جدایی‌ناپذیر است. توانایی والدین برای همدلی، فهم و پذیرش، رابطه مناسب والد و کودک را گسترش می‌دهد که برای دل‌بستگی ایمن و روابط آینده نیز ضروری است (۲۳). زمانی که مادر در همدلی کردن با کودک و شناخت مناسب سرخ‌های کودک مبنی بر خوردن دچار مشکل باشد، تجارب دل‌بستگی مشکل‌دار یا تأخیری در برخی مشکلات تغذیه کودک مشاهده می‌شود (۲۴). درمان رابطه والد و کودک^۳ و آموزش مدیریت والدین^۴، دو مداخله روان‌شناختی هستند که با آموزش به مراقب کودک به اصلاح رابطه والد و کودک می‌پردازند.

درمان مبتنی بر بهبود رابطه والد و کودک یک نوع مداخله تجربی است که بازی درمانی را با روی آورد خانواده‌محور یکپارچه می‌کند و برای کودکان با گستره‌ای از مسایل اجتماعی، هیجانی، و رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۳). این روش برای کودکان سنین ۳-۱۰ سال و مراقب اولیه آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد. اساس این نوع درمان، آموزش برخی اصول بازی‌درمانی به مراقبان کودک است. بازی، یکی از بهترین روش‌های برقراری ارتباط با کودک است (۲۵) و وسیله‌ای طبیعی برای بیان و اظهار خود در کودک است. بر اساس دیدگاه لندرت، بازی کردن برای کودک مساوی است با صحبت کردن برای یک بزرگسال (۲۶). طبق نظر پیاز، کودکان تا قبل از سن یازده سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند (۲۷). پیشینه پژوهشی اثربخشی بازی‌درمانی را بر بهبود مسائل هیجانی، روانی، دل‌بستگی، و ارتباطات خانوادگی تأیید کرده‌اند (۲۸ - ۳۰). کوپر

3. Child-parent relationship therapy (CPRT)
4. Parent management training

با گروه گواه دارد (۸). به طور کلی مقاله‌های مروری کروین (۳)، ویلیامز و همکاران (۱۰)، دیویس و همکاران (۱۵) و شارپ و همکاران (۱۹) نیز نشان دادند که مداخلات رفتاری دارای شواهد پژوهشی کافی برای اثربخشی بر مشکلات خوردن هستند (۳۵). حتی مداخلات رفتاری که با استفاده از چند تکنیک محدود بر روی مشکلات خوردن انجام شده‌اند اثربخشی بالایی را نشان داده‌اند (۳۶ و ۳۷).

همان گونه که بیان شد مداخلات مربوط به مشکلات تغذیه‌ای، دیدگاهی تک بعدی داشته و با وجود اینکه اهمیت رابطه والد و کودک به ویژه مادر در بروز مشکلات خوردن نشان داده شده ولی اثربخشی مداخلات رابطه محور مانند درمان رابطه والد و کودک براتون و لندرت (۳۸) در مقایسه با مداخلات شناختی رفتاری مانند آموزش مدیریت والدین، چندان مورد توجه قرار نگرفته است. با توجه به اهمیت مشکلات خوردن دوران کودکی بر تحول کودک و همچنین دغدغه فراوان والدین درباره تغذیه کودک، شناخت مداخلاتی که بیشترین اثربخشی را در این زمینه داشته باشند، ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این با بهبود سلامت روان کودکان، سلامت روان والدین و خانواده نیز بهبود یابد، زیرا راهکارهایی که سلامت تغذیه‌ای و تحولی کودکان را بهبود می‌دهند، سلامت روان مادران را نیز ارتقا می‌بخشند (۳۹). با توجه به این مسئله، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و دل‌بستگی محور در کاهش مشکلات تغذیه کودکان است تا مداخلات دارای اثربخشی بالا شناسایی شده و برای کودکان و والدین آنها مورد استفاده قرار گیرد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی شامل گروه درمان رابطه والد - کودک و گروه آموزش والدین و یک گروه گواه با پیگیری یک ماه بعد از خاتمه مداخله بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران کودکان ۳ تا ۶ سال دارای مشکل تغذیه در مهدکودک‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند. نمونه آماری شامل ۷۵ نفر از مادران از جامعه مذکور بود که از میان مهدکودک‌های شهر تبریز انتخاب شدند. در ابتدا

و همکاران نیز نشان دادند که بهبود رابطه مادر - کودک موجب بهبود مشکلات غذا خوردن می‌شود، ولی یا این وجود داده‌های محدودی درباره اثربخشی روش‌های مبتنی بر رابطه مادر و کودک در بهبود مشکلات غذا خوردن وجود دارد (۳۱).

از سوی دیگر، برنامه آموزش مدیریت والدین که از نظریه یادگیری اجتماعی^۱ برگرفته شده است به منظور مداخله در چرخه اجباری بین والد و کودک ایجاد شده است. این برنامه مداخله‌ای رده سنی پیش دبستانی تا نوجوانی را در بر می‌گیرد. پیاز و همکاران با مشاهده مراقب و کودک دارای مشکل خوردن در وعده‌های غذایی دریافتند که مراقبان انواع مختلفی از راهکارها مانند حواس پرت کردن، نوازش کردن، سرزنش کردن، اجازة به کودک برای ایجاد وقفه در حین غذا خوردن، و تهیه اسباب بازی‌ها و غذاهای مورد علاقه را به منظور تشویق غذا خوردن انجام می‌دادند. آنان دریافتند که در واقع این رفتارها در ۶۷ درصد از موارد باعث بدتر شدن رفتار کودک می‌شود (۳۲). آموزش والدین یکی از جامع‌ترین بسته‌های مداخله‌ای شناختی رفتاری است که در آن بسیاری از تکنیک‌های شناختی رفتاری که در مشکلات خوردن مؤثرند، به کار گرفته می‌شوند. تکنیک‌هایی مانند توجه مثبت، اصول تشویق، اصول تنبیه، الگوسازی، خاموشی، بی‌توجهی، محرومیت، تغییر نگرش، آرام‌سازی، و دستکاری اشتها در این روش به والدین آموزش داده می‌شوند (۸). ترنر، ساندرز و وال در نمونه‌ای ۲۰ نفری از کودکان ۱۸ تا ۶۰ ماهه، با روش آموزش والدین که شامل ۶ هفته آموزش رفتارهای مناسب غذا خوردن و حذف رفتارهای نامناسب بود، مشکلات غذا خوردن را در این کودکان کاهش دادند (۳۳). ورله، مورفی و بود در پژوهش خود تأثیر آموزش رفتاری به والدین کودکانی که مشکل اجتناب از غذا داشتند، مورد مطالعه قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش رفتاری والدین موجب کاهش مشکلات غذا خوردن در کودک می‌شود و اجرای برنامه در محیط طبیعی، بیشتر موجب کاهش این مشکلات می‌شود (۳۴). همچنین زینالی و همکاران با انجام این برنامه روی مادران کودکان ۲-۳ ساله که به متخصص تغذیه مراجعه کرده بودند، نشان دادند که آموزش والدین در زمینه نحوه رفع مشکلات تغذیه کودکان، کاهش معنی‌داری در مشکلات غذا خوردن کودک در مقایسه

1. Social learning theory

۱. پرسشنامه رفتار خوردن کودکان! این پرسشنامه توسط وارل، گاتری، ساندرسون و راپاپورت (۴۰) ساخته شده و توسط دشت بزرگی، امیری، مظاهری و طالبی به فارسی برگردانده شده است. پرسشنامه حاوی ۳۵ عبارت و هفت زیر مقیاس است و هر زیر مقیاس بین سه تا پنج گویه دارد. این پرسشنامه رفتارهای خوردن «گرایش به غذا» شامل لذت از غذا، تمایل به نوشیدنی، و پرخوری هیجانی؛ و «اجتناب از غذا» شامل پاسخ‌های سیری، آهستگی در خوردن، بهانه‌گیری، و کم‌خوری هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. همسانی درونی مقیاس اصلی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، و با روش بازآزمایی ۰/۸۶. به دست آمده است. هفت عامل در برگردان فارسی به عنوان عوامل اصلی معرفی شدند که عبارت‌اند از: ایرادگیری از غذا، لذت از غذا، پرخوری، پاسخ‌های سیری، کم‌خوری هیجانی، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، و آهستگی در خوردن. به منظور بررسی روایی پرسشنامه، نصیرزاده، مظاهری، فردوسی، نوحه سرا و شهیدی در پژوهشی با نمونه‌ای متشکل از ۳۵۰ نفر مادر دارای کودک ۶ تا ۵۴ ماهه شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع اکتشافی و به روش مؤلفه‌های اصلی را مورد استفاده قرار داد. مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۸۳. و نیز مقدار عددی شاخص خی دو در آزمون کرویت بارتلت برابر با ۲۹۵۴/۱۰۹ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بوده، و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عامل داشت. بر اساس تحلیل عامل انجام شده با چرخش واریماکس بر روی گویه‌های پرسشنامه پنج مقیاس فرعی استخراج شد که عبارت‌اند از: میل و لذت، تمایل به نوشیدن، خوردن وابسته به هیجان، کندی و اجتناب، و تنوع‌طلبی. در مطالعه فوق همسانی درونی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴. و برای هر یک از عوامل ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۷، ۰/۷۵، و ۰/۷۲. به دست آمد. پرسش‌های موجود در این پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه درجه‌بندی می‌شوند و به هر عبارت از صفر تا چهار نمره داده می‌شود. سوالات ۲، ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۲۰، ۲۷ و ۳۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و جمع نمرات پرسش‌های هر خرده‌مقیاس، نمره فرد را در آن خرده‌مقیاس تشکیل می‌دهد. نمرات بالا به معنی شدت رفتار کودک در مقیاس مورد نظر است (۲۰).

۷ مهد کودک از مناطق ۱ و ۲ به طور در دسترس انتخاب شدند. در این مهدکودک‌ها، ۳۰۰ نفر از مادران پرسشنامه مشکلات تغذیه را تکمیل کردند. افرادی که نمره آنها در هر کدام از خرده‌مقیاس‌های گرایش به غذا یا اجتناب از غذا، یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود، مشخص شدند. در نهایت ۷۵ مادر به طور داوطلبانه انتخاب شده و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی (هر گروه ۲۵ نفر) و یک گروه گواه (۲۵ نفر) جایدهی شدند.

معیارهای ورود در این پژوهش شامل داشتن کودکی در دامنه سنی ۳-۶ سال، نمره بالای یک انحراف استاندارد از میانگین در هر کدام از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات تغذیه کودکان یا هر دوی آنها، عدم ابتلا کودک به بیماری جسمانی مربوط به مشکلات تغذیه، عدم دریافت هرگونه درمان دارویی مرتبط با مشکلات تغذیه و درمان روان‌شناختی بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه و سابقه دریافت درمان روان‌شناختی و دارویی توسط مادر بر اساس گزارش خود او بود. در اتمام مداخله‌ها، دو نفر در گروه آموزش مدیریت والدین، ۴ نفر در گروه درمان رابطه والد-کودک، و ۴ نفر نیز در گروه گواه در طی انجام مداخله به علت مسائل شخصی خارج شدند. ۳۸ نفر از مادران در کل گروه‌ها شاغل (۱۲ نفر در گروه آموزش والدین، ۱۴ نفر در گروه درمان رابطه والد-کودک، و ۱۲ نفر در گروه گواه) و ۲۷ نفر از آنها خانه‌دار (۱۱ نفر در گروه آموزش والدین، ۷ نفر در گروه درمان رابطه والد-کودک و ۹ نفر در گروه گواه) بودند. تعداد ۶ نفر از مادران در کل گروه‌ها تحصیلات زیر دیپلم (۲ نفر در گروه آموزش والدین، ۱ نفر در گروه درمان رابطه والد-کودک، و ۳ نفر در گروه دیپلم ۶ نفر گروه آموزش والدین، ۵ نفر گروه درمان رابطه والد-کودک و ۵ نفر گروه گواه)، ۷ نفر فوق دیپلم (۳ نفر گروه آموزش والدین، ۱ نفر گروه درمان رابطه والد-کودک، و ۳ نفر گروه گواه)، ۳۰ نفر کارشناسی (۱۱ نفر گروه آموزش والدین، ۱۱ نفر گروه درمان رابطه والد-کودک، و ۸ نفر گروه گواه) و ۶ نفر کارشناس ارشد (۱ نفر گروه آموزش والدین، ۳ نفر گروه درمان رابطه والد-کودک، و ۲ نفر گروه گواه) داشتند. میانگین سن مادران نیز ۳۲.۶۰ بود.

ب) ابزار

1. Child eating behavior questionnaire

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه آموزش والدین در مطالعه حاضر بر اساس بسته درمانی طراحی شده برای مشکلات تغذیه‌ای توسط زینالی و همکاران (۸) بود. جلسات آموزش به صورت گروهی در یکی از مهدکودک‌های شهر تبریز اجرا شد. این برنامه مداخله‌ای در هر هفته یک بار به مدت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. همچنین مداخله بهبود

رابطه والد - کودک بر اساس کتاب راهنمای این روش و کتاب کار آن که توسط براتون و لندرت (۳۸) نوشته شده است، در یک مهدکودک دیگر به صورت گروهی و یک بار در هفته به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته انجام شد.

جدول ۱: جلسات درمان آموزش مدیریت والدین و درمان رابطه والد و کودک

جلسه	آموزش مدیریت والدین		درمان رابطه والد و کودک	
	هدف	محتوا	هدف	محتوا
۱	اصلاح نگرش مادر درباره مشکلات تغذیه	ارائه مطالبی درباره خوردن، آموزش تکنیک دستکاری اشتها	آموزش پاسخ انعکاسی	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه، بیان اهداف و مفاهیم ضروری، آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی
۲	آموزش تکنیک توجه مثبت	آموزش اصول تقویت مثبت، بی‌توجهی و اصول استفاده از آن به مادران	آموزش قوانین اساسی جلسات بازی	ایجاد جوی حمایت‌کننده، تسهیل ارتباط بین مادران، آشنایی با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، مشخص شدن اسباب بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک، آموزش مهارت‌های اساسی جلسات بازی،
۳	یادگیری تکنیک اقتصاد ژتونی	آموزش اصول اقتصاد ژتونی و کاربرد آن و توجه افتراقی به مادران	آموزش مهارت‌های جلسات بازی	ارایه توضیحاتی در مورد بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ایفای نقش، ارائه فهرستی از فرایندهای جلسه بازی همراه با رهنمودهای تکمیلی، آموزش مهارت بازی کردن با بچه‌ها و در عین حال رهبری بازی توسط کودک
۴	اصلاح و تغییر نگرش مادران نسبت به وعده‌های غذایی	روشن کردن نقش مادر به عنوان الگو، آموزش به مادران برای تجدید نظر در رفتارهای غذا خوردن خود و دیگر اعضای خانواده، آموزش تکنیک خاموشی به مادر	بررسی روند جلسات بازی	بررسی گزارش والدین از جلسه بازی با کودکان، آموزش مهارت تنظیم محدودیت به روش سه مرحله ای A-C-T، صحبت در مورد چرایی و اهمیت وضع قوانین و محدودیت‌ها
۵	آموزش روش‌های تنبیه به مادران	آموزش روش تنبیهی و اصول مربوط به آن	مرور و اصلاح آموزه‌های والدین	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، مرور مهارت تنظیم محدودیت، ایفای نقش
۶	آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی به مادر	بحث در مورد تنیدگی‌ها و نگرش‌های مادران، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و تغییر نگرش	آموزش مهارت دادن حق انتخاب	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی و آموزش مهارت دادن حق انتخاب به کودک
۷			آموزش پاسخ‌های سازنده اعتماد به خود	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده حرمت خود و ایفای نقش
۸			یادگیری مهارت تشویق	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین، ایفای نقش
۹			یادگیری مهارت تنظیم محدودیت برای کودک	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، تشویق و حمایت والدین در استفاده از مهارت‌های آموخته شده، آموزش مهارت تنظیم محدودیت پیشرفته، ایفای نقش
۱۰			مرور موارد آموخته شده و تعمیم آن‌ها	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی، مرور اصول پایه گروه درمانی رابطه والد و کودک و مهارت‌های آموخته شده، آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی

و از هر گونه تبعیض اجتناب شد. در نهایت گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفتند.

در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

یافته‌ها

برای انجام تحلیل واریانس، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها توسط آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها بود. در جدول زیر، شاخص‌های توصیفی به همراه نتایج آزمون شاپیرو-ویلک گزارش شده است.

(د) روش اجرا: به منظور انجام مداخلات در مهد کودک‌ها، از سازمان بهزیستی کل آذربایجان شرقی مجوزهای لازم اخذ شد و سپس افراد نمونه بر اساس شرحی که در بخش روش ارائه شد بر حسب شرایط ورود و خروج از مطالعه، انتخاب شدند. در مرحله بعد گروه‌های آزمایش و گواه تشکیل شده و مداخلات لازم اجرا شد. برای انجام این مطالعه به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت آگاهانه از مادران قبل از انجام مداخله اخذ شد. همچنین مادران در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند از ادامه آن انصراف دهند و به آنها اطمینان کامل داده شد که اطلاعات به طور محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. در این پژوهش به تمامی افراد درگیر در فرایند پژوهش به طور اخلاقی احترام زیادی گذاشته شده

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آزمون معناداری متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری

متغیر	وضعیت	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره شاپیرو-ویلک	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	درمان رابطه والد و کودک	آموزش والدین	۲۳	۳۷/۴۸	۶/۳۲۴	۰/۹۲۷	۰/۰۹۵
		گواه	۲۱	۳۷/۷۱	۳۶/۵۸۱	۰/۹۵۴	۰/۴۱۳
		گواه	۲۱	۳۹/۲۴	۴/۲۰۶	۰/۸۹۸	۰/۰۳۳
پس‌آزمون	درمان رابطه والد و کودک	آموزش والدین	۲۳	۲۰/۳۹	۴/۵۱۰	۰/۹۳۰	۰/۱۱۱
		گواه	۲۱	۲۷/۹۰	۵/۴۵۸	۰/۹۶۸	۰/۶۹۱
		گواه	۲۱	۳۹/۱۴	۴/۳۵۱	۰/۹۰۴	۰/۰۴۲
پیگیری	درمان رابطه والد و کودک	آموزش والدین	۲۳	۲۲/۷۴	۴/۸۰۷	۰/۹۰۵	۰/۰۳۲
		گواه	۲۱	۳۰/۷۱	۶/۰۳۴	۰/۹۴۶	۰/۳۰۳
		گواه	۲۱	۳۹/۳۸	۴/۴۱۹	۰/۹۰۲	۰/۸۳۱
پیش‌آزمون	درمان رابطه والد و کودک	آموزش والدین	۲۳	۴۴/۳۹	۵/۶۰۶	۰/۹۷۴	۰/۷۸۶
		گواه	۲۱	۴۵/۴۸	۵/۱۵۴	۰/۹۵۵	۰/۴۱۴
		گواه	۲۱	۴۶/۳۳	۳/۱۳۶	۰/۹۶۴	۰/۵۹۹
پس‌آزمون	درمان رابطه والد و کودک	آموزش والدین	۲۳	۲۶/۲۶	۴/۲۰۲	۰/۹۷۹	۰/۸۸۶
		گواه	۲۱	۳۵/۰۰	۵/۰۳۰	۰/۹۴۷	۰/۳۰۳
		گواه	۲۱	۴۵/۰۵	۳/۳۲۷	۰/۹۷۵	۰/۸۳۱
پیگیری	درمان رابطه والد و کودک	آموزش والدین	۲۳	۲۹/۳۹	۳/۹۹۷	۰/۹۷۷	۰/۸۵۷
		گواه	۲۱	۳۸/۲۴	۴/۸۵۷	۰/۹۱۱	۰/۰۵۷
		گواه	۲۱	۴۶/۳۸	۳/۱۲۲	۰/۹۶۴	۰/۵۹۸

در جدول ۳ اثربخشی دو روش آموزش والدین و درمان رابطه والد - کودک بر گرایش به غذا را در کودکان با استفاده تحلیل واریانس آمیخته نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای رفتار گرایش به غذا

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر زمان	۲۹۴۱/۴۰۴	۲	۱۴۷۰/۷۰۲	۸۱۸/۸۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۰
اثر گروه	۵۰۶۹/۹۶۴	۲	۲۵۳۴/۹۸۲	۳۱/۳۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۳
اثر متقابل زمان×گروه	۱۸۹۸/۵۴۷	۴	۴۷۴/۶۳۷	۲۶۴/۲۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۵
خطای زمان	۲۲۲/۷۱۵	۱۲۴	۱/۷۹۶			
خطای گروه	۵۰۱۸/۶۵۱	۶۲	۸۰/۹۴۶			

از آن بود که میزان گرایش به غذا در گروه درمان رابطه والد و کودک نسبت به گروه گواه، و در گروه آموزش والدین نسبت به گروه درمان رابطه والد - کودک کاهش داشته اما معنی دار نبوده است؛ اما در گروه آموزش والدین نسبت به گروه گواه، کاهش معنی دار وجود داشته است. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه درون گروهی حاکی است که میزان گرایش به غذا در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش، و در پیگیری نسبت به پس آزمون افزایش معنی داری داشته است. در جدول ۴ اثربخشی دو روش آموزش والدین و درمان رابطه والد - کودک بر اجتناب از غذا در کودکان گزارش شده است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای رفتار گرایش به غذا نشان داد که که اثر زمان و گروه بر گرایش به غذا در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار هستند. همچنین اثر متقابل زمان×گروه در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار بود، یعنی میزان گرایش به غذا در ترکیب‌های مختلف گروه (گروه آموزش والدین، گروه درمان رابطه والد - کودک، و گروه گواه) و زمان (پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری) تفاوت معنی داری داشتند. ۵۰ درصد از کل واریانس به علت تفاوت گروه‌هاست و تعامل نوع مداخله و زمان ۸۹ درصد واریانس درون گروهی را تبیین می کند.

همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه بین گروهی حاکی

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای رفتار اجتناب از غذا

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر زمان	۳۴۷۳/۰۰۵	۲	۱۷۳۶/۵۰۳	۱۲۳۷/۵۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۲
اثر گروه	۵۲۰۷/۸۳۴	۲	۲۶۰۳/۹۱۷	۴۷/۸۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۷
اثر متقابل زمان×گروه	۱۸۸۵/۳۰۹	۴	۴۷۱/۳۲۷	۳۳۵/۹۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۶
خطای زمان	۱۷۳/۹۹۳	۱۲۴	۱/۴۰۳			
خطای گروه	۳۳۷۳/۰۱۷	۶۲	۵۴/۴۰۴			

(گروه آموزش والدین، گروه درمان رابطه والد - کودک، و گروه گواه) و زمان (پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری) تفاوت معنی داری داشتند. نوع مداخله ۶۰ درصد واریانس بین گروهی و تعامل نوع مداخله و زمان ۹۱ درصد واریانس درون گروهی را تبیین می کند. نتایج آزمون تعقیبی

نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای رفتار اجتناب از غذا نشان داد که اثر زمان و گروه بر اجتناب از غذا در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است. همچنین اثر متقابل زمان×گروه در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است، یعنی میزان اجتناب از غذا در ترکیب‌های مختلف گروه

خوردن نسبت به گروه گواه داشته است. بین دو گروه مداخله در اجتناب از غذا در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و آموزش والدین به طرز اثربخش‌تری نسبت به درمان رابطه والد - کودک توانسته است اجتناب از غذا را بهبود بخشد. این یافته با نتایج یافته‌های فارو، گالووی، و فراسر (۳۷) همسو است. این پژوهش با استفاده از تکنیک‌های فرار از خاموشی، تقویت مثبت، و نادیده گرفتن مشکل، اجتناب از غذای کودکان را درمان کردند. نتایج مطالعه فارو، گالووی، و فراسر همچنین نشان داد که کودکان بهانه‌گیر و دارای کم‌خوری هیجانی و پاسخ‌های سیری درونی، بیشتر از سایر همشیره‌های خود تحت فشار والدین برای خوردن هستند (۳۷). با اینکه رفتارهای کنترل‌کننده خوردن، یک علت یا پیامد برای پدید آمدن رفتار خوردن است اما آنها به طور منفی به ایجاد تقویت و تشدید مشکلات خوردن کودک و رفتارهای اجتناب از خوردن، منجر می‌شوند. راهکارهایی مانند دستکاری اشتها، توجه مثبت، و الگوسازی برای اصلاح این رفتارهای منفی به طور خاص هم در مادر و هم در کودک در برنامه مداخله‌ای این مطالعه، ارائه شده است که مؤثر بودند.

به طور کلی آموزش مدیریت والدین هر دو مؤلفه مشکلات خوردن را بهبود بخشیده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کروین (۳)، ویلیامز و همکاران (۱۰)، دیویس و همکاران (۱۵)، شارپ و همکاران (۱۹) ترنر و همکاران (۳۳)، ورله و همکاران (۳۴)، و زینالی و همکاران (۸) همسو است. با توجه به اینکه مشکلات کودکان اغلب از نارسایی دانش و مهارت والدگری والدین نشان می‌گیرد، مداخلاتی که در دوران پیش‌دبستانی بر شناخت والدین تمرکز می‌کنند، اثربخشی بالایی را نشان می‌دهند و استفاده از روش‌های عینی و روشن، که منطبق با مشکل کودک باشند برای مشکل خوردن کودکان که عمدتاً از نوع رفتاری است، اثربخش‌تر هستند.

اثربخشی مداخله بهبود رابطه والد - کودک در این مطالعه با نتیجه پژوهش کوپر و همکاران همسو است. تجارب خوردن مشکل‌دار یا تأخیری در برخی مشکلات خوردن، زمانی مشاهده می‌شود که مادر در همدلی با کودک و شناخت مناسب سرخ‌های کودک مبنی بر خوردن دچار مشکل باشد (۳۱). در نتیجه درمان رابطه والد و کودک با ایجاد رابطه دلبستگی ایمن بین والد و کودک و توجه به برآوردن نیازهای

توکی برای مقایسه بین گروهی حاکی از آن بود که است که میزان اجتناب از غذا در گروه درمان رابطه والد - کودک نسبت به گروه گواه، و در گروه آموزش والدین نسبت به گروه گواه، کاهش معنی‌داری داشته است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه درون‌گروهی حاکی از آن است که میزان اجتناب از غذا در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش، و در پیگیری نسبت به پس‌آزمون، افزایش معنی‌داری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی برنامه آموزش والدین و درمان رابطه والد و کودک بر کاهش مشکلات خوردن کودکان بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله برنامه آموزش مدیریت والدین و درمان رابطه والد - کودک به طور معناداری بر کاهش مشکلات خوردن اثربخش بوده‌اند، اما آموزش والدین اثربخشی بیشتری در کاهش هر دو مؤلفه مشکلات خوردن یعنی گرایش به غذا و اجتناب از غذا داشته است. در بررسی مؤلفه اول یعنی گرایش به غذا نتایج یافته‌ها حاکی از آن بود که هر دو برنامه آموزش مدیریت والدین و درمان رابطه والد - کودک نسبت به گروه گواه اثربخشی معناداری از نظر آماری بر کاهش مشکلات خوردن کودکان داشته‌اند. بین دو گروه مداخله در گرایش به غذا در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و آموزش والدین به طرز اثربخش‌تری نسبت به درمان رابطه والد - کودک توانسته است گرایش به غذا را بهبود بخشد. می‌توان با استفاده از نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر این گونه تبیین کرد که رفتارهای اشتباهی که به منظور ترغیب کودک برای خوردن صورت می‌گیرد در اغلب موارد نادرست و ناکارآمد هستند و برنامه آموزش والدین به طور عینی این رفتارها را تغییر داده و اصلاح می‌کند. برنامه آموزش والدین با آموزش رفتارهای مناسب بر این رفتارهای معیوب بین مادر و کودک تأثیر گذاشته (۳۲) و آنها را اصلاح کرده و گرایش به غذا را افزایش داده است.

در بررسی مؤلفه دوم یعنی اجتناب از غذا، نتایج یافته‌ها حاکی از آن بود که گروه برنامه آموزش مدیریت والدین نسبت به گروه گواه در مشکلات خوردن کاهش بیشتری از لحاظ آماری داشته است. همچنین گروه درمان رابطه والد - کودک نیز کاهش معنادار بیشتری در مشکلات

عوامل ریشه‌ای و همچنین اصلاح رفتارهای ثانویه معیوب به بهبود مشکل خوردن کودکان کمک کنند، ولی در انتخاب نوع مداخله شاید لازم باشد بررسی بیشتری روی مشکلات ارتباطی والد و کودک انجام شود. چنانچه در زوج مادر و کودک از ابتدا مشکلات ارتباطی به طور معناداری از میانگین جامعه بالاتر باشد، در کنار برنامه‌های آموزش والدین، انجام مداخلات مبتنی بر اصلاح روابط والد و کودک نیز ضروری یا حداقل مفید به نظر می‌رسد.

این پژوهش با برخی محدودیت‌های روش‌شناختی نیز همراه بود. بررسی نشدن نقش پدر به عنوان یک چهره دلبستگی مهم در روابط خانوادگی مؤثر بر رفتار غذا خوردن می‌تواند تبیین یافته‌ها را محدود سازد. از سوی دیگر اندازه‌های به دست آمده در این پژوهش همگی بر مبنای گزارش مادر از خود و مشکلات کودک بوده که می‌تواند اعتبار داده‌ها را تا حدی تحت تأثیر قرار دهد. در نهایت مداخلات رابطه‌محور به پیگیری‌های بلندمدت‌تری نیاز دارند تا اثر واقعی خود را نشان دهند که به دلیل محدودیت زمانی این کار امکان‌پذیر نبود. بر اساس محدودیت‌ها و یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود متغیرهای ارتباطی و رفتار غذا خوردن با روش‌های مشاهده‌ای بررسی شود و همچنین نقش میانجی پدر در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد. همچنین با توجه به یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر کاهش مشکلات خوردن کودکان، هم از روش‌های رفتاری و هم از روش‌های مبتنی بر بهبود رابطه والد و کودک استفاده شود تا بیشترین اثربخشی را داشته باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم مهسا شیرینی بناب در رشته روان‌شناسی خانواده‌درمانی دانشگاه شهید بهشتی با راهنمایی خانم دکتر پریسازادات سید موسوی با شماره ۸۵۰/۳۳۷/د است که در تاریخ ۱۳۹۵/۱۰/۲۷ دفاع شد. همچنین مجوز اجرای این پژوهش از سازمان بهزیستی آذربایجان شرقی در تاریخ ۱۳۹۵/۲/۳ صادر شده است. بدین ترتیب از رهنمودهای استادان راهنما و مشاور و همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان مهد کودک‌های کیان و اندیشه نو و تمامی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

هیجانی والد و کودک (۲۳) می‌تواند این تجارب را اصلاح کند. همچنین این یافته با نتایج یافته‌های ادوارد، سولیوان، مینی‌والن و کانتر (۲۹) و کینزورثی و گرزا (۳۰) همسو است. این پژوهش‌ها مستقیماً مشکل خوردن را بررسی نکردند اما نشان دادند که درمان رابطه والد و کودک باعث بهبود مشکلات رفتاری می‌شود. درمان رابطه والد - کودک یک زبان جدید برای ارتباط را به مادران آموزش می‌دهد و به منظور ساختن رابطه است نه حل یک مشکل خاص. فرض بر این است که با بهبود رابطه، مشکلات دیگر اصلاح می‌شوند. همچنین بیان این نکته حایز اهمیت است که مداخلات رفتاری به طور کلی در کوتاه مدت نیز اثربخشی خود را نشان می‌دهند در حالی که درمان بهبود رابطه والد - کودک، ماهیتاً درمانی بلندمدت است و برای بررسی بهتر اثربخشی آن، باید پیگیری‌های طولانی مدت انجام شود. در نتیجه این درمان باید حداقل ۴ الی ۶ هفته بعد از اتمام مداخله ادامه یابد و این نکته بدان معنی است که درمان رابطه والد - کودک احتمالاً تأثیر فوری کمتری داشته و در بلند مدت اثربخشی کاملی را نشان می‌دهد. از سوی دیگر در کودکان دارای مشکل خوردن، حتی اگر این مشکل در زمینه‌ای از مشکلات ارتباطی ایجاد شده باشد، چرخه معیوبی بین مادر و کودک ایجاد می‌شود. از این رو با اینکه درمان رابطه والد - کودک توانسته مشکلات خوردن را کاهش دهد اما به نظر می‌رسد برخی از این رفتارهای معیوب به مداخله مستقیم‌تری برای اصلاح نیاز دارند. برای مثال بی‌نظمی ساعات غذا خوردن با اینکه در درمان رابطه والد - کودک، نحوه محدودیت‌گذاری به والدین آموزش داده شده اما مستقیماً تنظیم وعده‌های غذایی، فاصله آنها، و میان وعده‌ها مورد بحث قرار نگرفته است. در برنامه‌های درمانی مشکلات تغذیه‌ای مادر به عنوان عامل تأثیرگذار شناخته شده و در برنامه‌های افزایش کیفیت غذا خوردن بهنجار، باید به والدین رفتارهای مناسب را آموزش داد (۲۰). همچنین به نظر می‌رسد مشکلات ارتباطی میان والد و کودک در این گروه از ابتدا به صورت بارزی وجود نداشته است و احتمالاً یکی از علل اثربخشی بیشتر برنامه آموزش والدین این بوده است که مشکل اصلی در خوردن گروه نمونه، بیشتر رفتاری بوده است.

به نظر می‌رسد هر دوی این مداخلات می‌توانند به عنوان برنامه مداخله جامع برای مشکل خوردن مورد استفاده قرار گیرند و با بهبود

تضاد منافع: این پژوهش برای هیچ یک از نویسندگان تضاد منافی نداشته است.

References

- Ghasemi N, Nori L, Abdi Zarrin S. The effect of parent management training (PMT) on the reduction of behavioral symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(2): 1-12. [Persian]. [Link]
- Equit M, Pålme M, Becker N, Moritz A-M, Becker S, Gontard A von. Eating problems in young children – a population-based study. *Acta Paediatr*. 2013; 102(2): 149–155. [Link]
- Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *J Pediatr Psychol*. 1999; 24(3): 193–214. [Link]
- Chawner LR, Blundell-Birtill P, Hetherington MM. Interventions for increasing acceptance of new foods among children and adults with developmental disorders: a systematic review. *J Autism Dev Disord*. 2019; 49(9): 3504–3525. [Link]
- Ma NS, Thompson C, Weston S. Brief report: scurvy as a manifestation of food selectivity in children with autism. *J Autism Dev Disord*. 2016; 46(4): 1464–1470. [Link]
- Nicklas TA. Dietary studies of children and young adults (1973-1988): the Bogalusa heart study. *Am J Med Sci*. 1995; 310: 101-108? [Link]
- Nicklas TA, Hayes D, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition guidance for healthy children ages 2 to 11 years. *J Am Diet Assoc*. 2008; 108(6): 1038–1044. [Link]
- Zeinali S, Emanzadeh V, Mazaher MA, Tahmasian K, and Sadeghi MS. Efficacy of parent management training in reduction of children's feeding problems. *Journal of Research and Health*. 2017; 7(6): 1077–1085. [Persian]. [Link]
- Benoit D, Wang EE, Zlotkin SH. Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: a randomized controlled trial. *J Pediatr*. 2000; 137(4): 498-503. [Link]
- Williams KE, Riegel K, Gibbons B, Field DG. Intensive behavioral treatment for severe feeding problems: a cost-effective alternative to tube feeding? *J Dev Phys Disabil*. 2007; 19(3): 227–235. [Link]
- Byars KC, Burklow KA, Ferguson K, O'Flaherty T, Santoro K, Kaul A. A multicomponent behavioral program for oral aversion in children dependent on gastrostomy feedings. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003; 37(4): 473–480. [Link]
- Cornwell SL, Kelly K, Austin L. Pediatric feeding disorders: effectiveness of multidisciplinary inpatient treatment of gastrostomy-tube dependent children. *Child Health Care*. 2010; 39(3): 214-231. [Link]
- Kindermann A, Kneepkens CMF, Stok A, van Dijk EM, Engels M, Douwes AC. Discontinuation of tube feeding in young children by hunger provocation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 47(1): 87–91. [Link]
- Silverman AH, Kirby M, Clifford LM, Fischer E, Berlin KS, Rudolph CD, et al. Nutritional and psychosocial outcomes of gastrostomy tube-dependent children completing an intensive inpatient behavioral treatment program. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013; 57(5): 668–672. [Link]
- Davis AM, Bruce AS, Mangiaracina C, Schulz T, Hyman P. Moving from tube to oral feeding in medically fragile nonverbal toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 49(2): 233–236. [Link]
- Laud RB, Girolami PA, Boscoe JH, Gulotta CS. Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Behav Modif*. 2009; 33(5): 520–536. [Link]
- Trabi T, Dunitz-Scheer M, Kratky E, Beckenbach H, Scheer PJ. Inpatient tube weaning in children with long-term feeding tube dependency: A retrospective analysis. *Infant Ment Health J*. 2010; 31(6): 664–681. [Link]
- 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): 612–620. [Link]
- Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Miles AG. A retrospective chart review of dietary diversity and feeding behavior of children with autism spectrum disorder before and after admission to a day-treatment program. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2011; 26(1): 37-48. [Link]
- Nasirzadeh R, Mazaheri MA, Ferdosi S, Nohesara S, Shahidi S. Mothers' narratives of their infants' feeding problems and comparing infant feeding styles. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2016; 23(1): 81–93. [Persian]. [Link]

21. Guido CA, Zicari AM, Duse M, Spalice A. Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) treatment associated with parent management training (PMT) for the acute symptoms in a patient with PANDAS syndrome: a case report. *Ital J Pediatr.* 2019; 45(1): 74. [\[Link\]](#)
22. Benjasuwantep B. Successful treatment in a child with feeding problems and growth failure. *J Med Assoc Thai.* 2009; 92 Suppl 3: S60-64. [\[Link\]](#)
23. Carnes-Holt K, Bratton SC. The efficacy of child parent relationship therapy for adopted children with attachment disruptions. *J Couns Dev.* 2014; 92(3): 328-337. [\[Link\]](#)
24. Douglas J. Psychological treatment of food refusal in young children. *Child Adolesc Ment Health.* 2002; 7(4): 173-180. [\[Link\]](#)
25. Khodaii S. play therapy. First edition. Tabriz: Ahrar; 2012, pp: 30-60. [Persian].
26. Landerth G. play therapy. Arian k (Persian translator). First edition. Tehran: Etelaat; 2000, pp: 80-100. [Persian].
27. Berk LE. Developmental through the life span. Seyyed Mohammadi Y (Persian translator). Second edition. Tehran: Arasbaran; 2000, pp: 398-399. [Persian].
28. Hicks JF, Lenard N, Brendle J. Utilizing filial therapy with deployed military families. *International Journal of Play Therapy.* 2016; 25(4): 210-216. [\[Link\]](#)
29. Edwards NA, Sullivan JM, Meany-Walen K, Kantor KR. Child parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy.* 2010; 19(3): 159-173. [\[Link\]](#)
30. Kinsworthy S, Garza Y. Filial therapy with victims of family violence: a phenomenological study. *J Fam Viol.* 2010; 25(4): 423-429. [\[Link\]](#)
31. Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M, Morrell J, Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry.* 2004; 184: 210-215. [\[Link\]](#)
32. Piazza CC, Fisher WW, Brown KA, Shore BA, Patel MR, Katz RM, et al. Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *J Appl Behav Anal.* 2003; 36(2): 187-204. [\[Link\]](#)
33. Turner KMT, Sanders MR, Wall CR. Behavioural parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. *Behaviour Change.* 1994; 11(4): 242-258. [\[Link\]](#)
34. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Broadening the parameters of investigation in treating young children's chronic food refusal. *Behav Ther.* 1998; 29(1): 87-104. [\[Link\]](#)
35. Milnes SM, Piazza CC. Intensive treatment of pediatric feeding disorders. In: Reed DD, DiGennaro Reed FD, Luiselli JK, editors. *Handbook of crisis intervention and developmental disabilities.* New York, NY: Springer; 2013, pp: 393-408. [\[Link\]](#)
36. Gulotta CS, Piazza CC, Patel MR, Layer SA. Using food redistribution to reduce packing in children with severe food refusal. *J Appl Behav Anal.* 2005; 38(1): 39-50. [\[Link\]](#)
37. Farrow CV, Galloway AT, Fraser K. Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. *Appetite.* 2009; 52(2): 307-312. [\[Link\]](#)
38. Bratton SC, Landreth GL. *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model.* New York: Routledge; 2006, pp: 15-363. [\[Link\]](#)
39. Hurley KM, Yousafzai AK, Lopez-Boo F. Early child development and nutrition: a review of the benefits and challenges of implementing integrated interventions. *Adv Nutr.* 2016; 7(2): 357-363. [\[Link\]](#)
40. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001; 42(7): 963-970. [\[Link\]](#)