

پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری (علمی- پژوهشی)

سال ششم، شماره دوم، پیاپی (۱۱)، پاییز و زمستان ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۳۰

صص: ۱۵-۲۶

## تأثیرگذاری آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن کودک بر مشکلات خوردن و تنیدگی

مادر - کودک

شیرین زینالی<sup>۱\*</sup>، محمدعلی مظاهری<sup>۲</sup>، کارینه طهماسیان<sup>۳</sup>، منصوره سادات صادقی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

shirinzeinali@yahoo.com

۲- استاد روانشناسی خانواده و کودک، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

m-mazaheri@sbu.ac.ir

۳- استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

ktahmassian@sbu.ac.ir

۴- استادیار روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

m\_sadeghi20097@sbu.ac.ir

### چکیده

در مداخلات مشکلات غذاخوردن، باید مؤلفه‌های مربوط به مادر و کودک را در نظر گرفت. یکی از این مؤلفه‌ها تنیدگی مادر و کودک است. هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن کودک بر درمان این مشکلات و کاهش تنیدگی مادر - کودکان مورد مطالعه است. ۳۴ مادر که کودکانشان مشکلات خوردن داشتند با روش غیراحتمالی در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل). در این مطالعه شبه آزمایشی، آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون (قبل از مداخله)، پس‌آزمون (پس از تمام‌شدن جلسات آموزشی) و پیگیری (۲۲ روز پس از تمام‌شدن جلسات آموزشی) از طریق پرسشنامه تنیدگی والدین (PSI) و مشکلات غذاخوردن ارزیابی شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مادران در زمینه مشکلات خوردن، مشکل غذاخوردن کودکان گروه آزمایش را در پس‌آزمون ( $p=0/004$ ) و پیگیری ( $p=0/001$ ) به‌طور معناداری کاهش می‌دهد ( $p=0/004$ ). همچنین این آموزش، تنیدگی کلی ( $p=0/001$ )، تنیدگی مؤلفه والد ( $p=0/001$ ) و مؤلفه کودک ( $p=0/05$ ) را در پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. همچنین این آموزش، تنیدگی کلی ( $p=0/001$ )، تنیدگی مؤلفه والد ( $p=0/001$ ) و مؤلفه کودک ( $p=0/05$ ) را در مرحله پیگیری ۲۲ روزه نیز کاهش می‌دهد. بنابراین آموزش در زمینه مشکلات خوردن از میزان این مشکلات و همچنین تنیدگی مادر و کودک می‌کاهد. درباره مشکلات غذاخوردن، مؤلفه مادر و کودک اهمیت فراوانی دارد و باید به این مؤلفه‌ها توجه کرد.

واژه‌های کلیدی: تنیدگی مادر - کودک، مشکلات غذاخوردن، آموزش والدین.

## مقدمه

غذاخوردن و مشکلات مرتبط با آن، یکی از این

عوامل است که تنیدگی والدین و به‌خصوص مادر را افزایش می‌دهد (کانترسا و هورودنسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). همچنین گفته می‌شود که بسیاری از مشکلات غذاخوردن، مؤلفه تعاملی بین ویژگی‌های کودک و ویژگی‌های مادر دارد؛ چراکه ویژگی‌های کودک به همراه مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای والدین، مشکلات غذاخوردن را سبب می‌شوند. به عبارت دیگر می‌توان گفت این مشکلات می‌تواند از نقص‌های عصبی - تحوُّلی در کودک، خلق کودک، مشکلات رفتاری کودک، مشکلات روانی مادر و رابطه مادر - کودک به وجود آید (هکگول و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). مشکلات رنج‌آور غذاخوردن کودک عمدتاً خوردن انواع معدودی از غذاها<sup>۷</sup>، اجتناب از غذاخوردن<sup>۸</sup>، آهسته غذاخوردن و عصبانی‌شدن در زمان غذاخوردن را شامل می‌شود (مارچی و کوهن<sup>۹</sup>، ۱۹۹۰).

محققان معتقدند والدینی که بیش از اندازه کنترل‌کننده یا بدون کنترل هستند، آشفته و بی‌نظم، متشنج و به علایم کودکانشان حساس‌تر هستند، ممکن است روابط والد - کودک را تخریب کنند و این به مشکلات غذاخوردن منجر می‌شود (چاتور<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۹، ساتر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۰). از طرف دیگر ویژگی‌های شخصیتی کودک مانند خلق دشوار، اضطراب، افسردگی و رفتارهای پرخاشگرانه نیز مشکلات غذاخوردن را در تأثیر قرار می‌دهد (آمانیتی

دیرزمانی است که اهمیت ارتباط صحیح والد - کودک عامل تعیین‌کننده‌ای در رشد کودک و سلامت روانی او در بزرگسالی شناخته شده است (یوشیزومی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). در این میان، پرورش فرزند و داشتن رابطه مناسب با او یکی از وظایف مشکل‌برانگیز والدین است که می‌تواند منبع ایجاد تنیدگی در خانواده باشد. سطوح بالای تنیدگی‌های فرزندپروری در تعاملات والد - کودک مشکل ایجاد می‌کند و به مهارت‌های فرزندپروری والدین صدمه وارد می‌کند (شکوهی‌یکتا، ۱۳۸۹). یکی از مهمترین منابع بیرونی تنیدگی والدین، مشکلات و بیماری‌های کودک است. مسلماً وجود یک کودک مشکل‌دار در خانواده از منابع مهم تنیدگی نه تنها برای والدین بلکه برای خواهر و برادرها و خود کودک است و اختلال در کارکرد خانواده را موجب می‌شود. بنابراین خانواده‌های این کودکان به مداخلات مؤثر برای مقابله با تنیدگی نیازمند هستند (شکوهی یکتا، ۱۳۸۹، آقابالایی و همکاران، ۱۳۹۰). میزان بالای تنیدگی مادر بر وضعیت خلقی<sup>۲</sup> مادر، رضایت زناشویی، تحوُّل کودک، رفتارهای والدگری، حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله تأثیر منفی می‌گذارد و این تنیدگی والدینی با رفتارهای ناکارآمد والدگری همراه است (جنینق و دیتز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). برای نمونه، مادران با میزان تنیدگی بالا در مقابل نیازهای کودک، احساس مسئولیت کمی دارند و در رابطه با کودک خود مشکل دارند (کرنیک و لو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

<sup>5</sup> Contreras & Horodyski

<sup>6</sup> Hagekull etal

<sup>7</sup> pickiness

<sup>8</sup> food refusal

<sup>9</sup> Marchi & Cohen

<sup>10</sup> Chatoor

<sup>11</sup> Satter

<sup>1</sup> Yoshizumi etal

<sup>2</sup> mood

<sup>3</sup> Jennings & Dietz

<sup>4</sup> Crnic & Low

و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). بنابراین ویژگی‌های شخصیتی شخصیتی و روان‌شناختی مادر و کودک از جمله عواملی هستند که در زمینه شروع و ادامه مشکلات غذاخوردن و تأثیر این ویژگی‌ها بر فرایند درمان باید به آن توجه شود (کانترسا و هورودنسکی، ۲۰۱۰).

شایان ذکر است که تمام ویژگی‌های شخصیتی ذکرشده مادر و کودک در قالب مفهوم تنیدگی والدین معرفی می‌شود و این مفهوم استرس مادر از مراقبت روزانه کودک و احساس کفایت او از این نقش را نشان می‌دهد (جنینق و دیتز، ۲۰۰۷). کانترسا و هورودنسکی (۲۰۱۰) معتقدند که ترکیبی از عوامل فرهنگی، ویژگی‌های شخصیتی - روانی مادر و خلق کودک افزایش تنیدگی مادر و کودک را موجب می‌شود و این تنیدگی، مشکلات غذاخوردن را افزایش می‌دهد و در نهایت سلامت کودک را تأثیر قرار می‌دهد.

کانترسا و هورودنسکی (۲۰۱۰) معتقدند بیشترین رفتارهایی که تنیدگی مادران و کودکان را افزایش می‌دهد، اشتهاى ضعيف کودک، خوردن آب زیاد و لذت‌نبردن او از غذاخوردن است. در ادامه این دو محقق بیان می‌کنند که آموزش تکنیک‌ها و قواعد رفتاری به مادران، آماده‌کردن آنها برای توجه به رفتارهای مثبت کودک، تشویق این رفتارها و داشتن رفتار ثابت در کاهش تنیدگی مؤثر است. همچنین آموزش تکنیکی مانند شرطی‌سازی کنشگر (پیوند دادن غذایی که کودک دوست دارد با غذایی که دوست ندارد) می‌تواند تنیدگی مادر را که ناشی از اجتناب کودک از غذا است، کاهش دهد و بر میزان نگرانی و اضطراب او تأثیر مثبت بگذارد. در نهایت این که در زمینه مداخلات غذاخوردن

کودک، باید تنیدگی والدین و کودک را نیز در نظر گرفت. تنیدگی والدین در بیماری‌های قلبی و بینایی کودکان نیز بررسی شده است و این نتیجه به دست آمده است که این تنیدگی بر روابط خانوادگی و روابط مادر - کودک تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین متخصصان باید در انتخاب نوع درمان کودک، میزان تنیدگی والدین در مؤلفه کودک و مادر را در نظر بگیرند (درو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، فرلی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

با توجه به مطالب ذکر شده، اهمیت مشکلات غذاخوردن و تنیدگی مادر - کودک در این مشکلات آشکار می‌شود؛ بنابراین در درمان این مشکلات، باید به تنیدگی مادر و کودک توجه کرد. هدف مطالعه حاضر نیز بررسی تأثیر آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن کودک بر کاهش مشکلات غذاخوردن و تنیدگی مؤلفه والد - کودک است. فرضیه‌های پژوهش حاضر به این صورت بیان می‌شود:

- ۱- آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن، کاهش مشکلات خوردن گروه آزمایش را در پس‌آزمون و پیگیری موجب شده است.
- ۲- آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن، کاهش تنیدگی کلی گروه آزمایش را در پس‌آزمون و پیگیری موجب شده است.
- ۳- آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن، کاهش تنیدگی مادر گروه آزمایش را در پس‌آزمون و پیگیری موجب شده است.
- ۴- آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن، کاهش تنیدگی کودک گروه آزمایش را در پس‌آزمون و پیگیری موجب شده است.

<sup>2</sup> Drows etal

<sup>3</sup> Farley etal

<sup>1</sup> Ammaniti etal

## روش پژوهش

کودکان بود. میانگین تحصیلات مادران گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۰/۸۶ و ۹/۷ بود. بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهایی مانند شغل مادر، تعداد فرزند خانواده، نداشتن مشکل جسمی، فرد غذادهنده به کودک و مدت زمان تغذیه از سینه مادر، تفاوت معناداری وجود نداشت.

## ابزارهای پژوهش

## مقیاس تنیدگی والدینی (PSI): در مطالعه

حاضر، مقیاس تنیدگی والدینی برای بررسی میزان تنیدگی روابط مادر - کودک استفاده شد. این شاخص که ابیدن در سال ۱۹۹۰ آن را طراحی کرده است، پرسشنامه‌ای است که می‌توان با استفاده از آن، میزان تنیدگی در نظام والدینی - کودک را ارزشیابی کرد. این پرسشنامه دربرگیرنده دو بخش کودک در شش زیرمقیاس و والدین در هفت زیرمقیاس است. مؤلفه والدین، ویژگی‌های اصلی والدین و متغیرهای چهارچوب خانوادگی را که می‌توانند بر توانایی والدین در مراقبت شایسته از فرزندان مؤثر باشند، بررسی کرده است. مؤلفه کودک نیز که بر ویژگی‌های تنیدگی‌زای کودک متمرکز است، ویژگی‌های مزاجی - تعاملی کودک را سنجش و ارزیابی می‌کند.

در این پژوهش از نسخه ششم شاخص تنیدگی والدینی که دربردارنده ۱۰۱ ماده بود، استفاده شده است. شیوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه از نوع لیکرت و در ۵ طبقه (۱، کاملاً مخالفم تا ۵، کاملاً موافقم) مرتب شده است (اسکر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷، به نقل از عدل‌پرور، ۱۳۸۸). نسخه فارسی این پرسشنامه را دادستان (۱۳۷۷) استانداردسازی

جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده همه مادران کودکان ۲۴ تا ۳۶ ماهه مراجعه‌کننده به پزشک متخصص کودک برای مشکلات غذاخوردن کودکانشان در دو بیمارستان بهبود و الزهرای تبریز بودند. مطالعه حاضر، شبه‌آزمایشی و روش نمونه‌گیری، غیراحتمالی در دسترس بود که از بین مادران مراجعه‌کننده به پزشک متخصص کودک برای مشکل غذاخوردن کودک، ۴۰ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و انتظار (۲۰ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در طول فرایند اجرای مداخلات، ۶ نفر (۲ نفر از گروه کنترل و ۴ نفر از گروه آزمایش) به سبب مسائل شخصی از ادامه مداخلات انصراف دادند و در نهایت نمونه به ۱۸ نفر گروه انتظار و ۱۶ نفر گروه آزمایش تقلیل یافت. جلسات مداخله دربردارنده ۶ جلسه یک‌و‌نیم ساعته بود که به‌صورت هفتگی برگزار می‌شد و عمدتاً دربرگیرنده آموزش تکنیک‌های رفتاری به مادران برای کاهش مشکلات غذاخوردن کودکان و همچنین استفاده از تکنیک‌های تغییر نگرش و آرام‌سازی<sup>۱</sup> برای مادران بود (لازم به ذکر است مجری آزمون، دانشجوی کارشناسی ارشد بود و زیر نظر استاد مشاور اول، آموزش لازم را گذارنده بود. جلسات درمانی نیز با نظارت متخصص تغذیه و متخصص کودکان اجرا شد). آزمودنی‌ها در جلسه اول و هفتم به مقیاس مشکلات غذاخوردن و تنیدگی، پاسخ دادند و جلسه پیگیری، ۲۲ روز بعد اجرا شد. علت اجرای زودهنگام پس‌آزمون، مشکلات شخصی مراجعان به سبب سن پایین

<sup>2</sup> Asscher et al<sup>1</sup> relaxation

ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کلّ مقیاس ۷۴/ و برای عامل‌ها به ترتیب برابر با ۸۳/، ۷۷/، ۶۵/، ۶۷/، ۵۵/ به دست آمد. البته اعتبار صوری و محتوایی با بررسی متخصصان و مادران مناسب ارزیابی شد. اعتبار آزمون - بازآزمون این مقیاس در فاصله دو هفته‌ای ۲۰/۷۰ = گزارش شد.

### شیوه مداخله

#### آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن

**کودک:** این بسته آموزشی بر مبنای برنامه‌های مداخله پالمر و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۷۵)، لوسلی<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، ترنر و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) و کوا و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) با مقداری تغییرات طراحی شده است. این بسته به صورت گروهی اجرا شد، شیوه ارائه تعاملی بود (به طوری که نظرات و پیشنهادات مادران در فرایند جلسه دخیل بود) و در ضمن هنگام جلسه و انتهای آن تکالیفی بر عهده مادران گذاشته شد و در نهایت احساس مادران به تکنیک‌ها و تکالیف ارائه شده در هر جلسه بحث و بررسی شد. لازم به ذکر است در طی جلسات از تکنیک‌های دستکاری اشتها، اقتصاد ژتونی، خاموشی فرار، محرومیت، بی‌توجهی، تقلید و آرام‌سازی مادر استفاده شد (جدول ۱).

### یافته‌ها

جدول (۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران و کودکانشان را نشان می‌دهد.

کرده است. در تحقیق قشنگ (۱۳۸۲) همسانی درونی مقیاس ۱۰۱ سؤالی تنیدگی والدینی به روش آلفای کرونباخ پس از اجرا روی ۱۷۶ نفر از مادران کودکان ۳ تا ۵ ساله برابر با ۲۰/۹۳ = برای تنیدگی کلی، ۰/۹۱ برای مؤلفه کودک و ۰/۹۳ برای مؤلفه والد به دست آمد.

### پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این

پرسشنامه سؤالاتی در مورد اطلاعات خانوادگی کودکان (شامل سن، جنس، ترتیب تولد کودک، تحصیلات والدین و شغل والدین) را شامل می‌شود.

### پرسشنامه مشکلات غذاخوردن (لویسون،

۲۰۰۵): این پرسشنامه، ۶۸ سؤال دارد که بر اساس تحلیل عاملی تأییدی ۴ عامل خوردن میزان معدودی غذا، اجتناب از غذاخوردن، جر و بحث برای کنترل<sup>۱</sup> و رفتارهای مثبت والدین<sup>۲</sup> تأیید شدند. این پرسشنامه برای ایجاد هماهنگی بین مواد موجود به صورت ۲ گزینه‌ای (بله یا خیر) نمره‌گذاری می‌شود. لویسون و دیگران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای روی ۹۳ مادر که کودکانشان مشکل غذاخوردن داشتند، اعتبار عامل‌های این پرسشنامه را از طریق محاسبه همسانی درونی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۶۵ گزارش کردند. در مطالعه زینالی و دیگران (۱۳۹۰) مقیاس ۴ عاملی، اعتبار مناسبی نشان نداد؛ بنابراین روایی پرسشنامه با انجام تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد. ۵ عامل رضایت مادر از تغذیه کودک، رفتار غذاخوردن، تنش در هنگام غذاخوردن، خوردن انواع متنوع غذا و نشانه‌های جسمی وابسته به غذا خوردن در این پرسشنامه به صورت عامل‌های اصلی معرفی شدند.

<sup>3</sup> Palmer etal

<sup>4</sup> luiselli

<sup>5</sup> Turner etal

<sup>6</sup> Coe etal

<sup>1</sup> struggle for control

<sup>2</sup> positive parental behavior

جدول ۱. جلسات مداخله در زمینه مشکلات غذا خوردن

| ردیف       | کلیت موضوع                                 | شرح تکالیف هر جلسه   |
|------------|--|--|
| جلسه اول   | معارفه و آشنایی مقدماتی                    | تعریف و طبقه‌بندی مشکلات غذا خوردن، تعیین مشکل خوردن هر کودک، مراحل تحولی و نقش تغذیه بر رشد کودک، ارائه تکنیک دستکاری اشتها برای کاهش تقلبات و میان‌وعده‌ها |
| جلسه دوم   | تشویق و تنبیه رفتارهای خوردن               | شناسایی رفتارهای مثبت کودکان هنگام غذا خوردن و تشویق اصولی این رفتارها   |
| جلسه سوم   | تشویق و تنبیه رفتارهای غذا خوردن           | شناسایی رفتارهای منفی کودکان هنگام خوردن و بی‌توجهی اصولی به این رفتارها   |
| جلسه چهارم | شناسایی و اصلاح عوامل محیطی                | استفاده از روش اقتصاد ژتونی برای تشویق صحیح خوردن و تشویق کودک به خوردن انواع متنوعی از غذاها و توجه‌نکردن به رفتارهای اجتنابی کودک                          |
| جلسه پنجم  | تنبیه رفتارهای تغذیه‌ای نامناسب باقی‌مانده | شناسایی رفتارهای تغذیه‌ای نامناسب والدین و اصلاح این رفتارها، تغییر محیط غذا خوردن، تحمیل اجبار به کودک برای خوردن غذای مورد نظر                             |
| جلسه ششم   | نگرش و استرس مادر                          | محروم کردن کودک از غذا و فعالیت مورد علاقه برای جلب همکاری او  |
|            |  | تغییر برخی نگرش‌های والدین در مورد حق انتخاب کودک و کاهش استرس مادر هنگام غذا دادن به کودک   |

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران و کودکان شرکت‌کننده

| گروه        | سن مادر (به سال) |        | سن کودک (به ماه) |      | تغذیه از سینه مادر (به ماه) |      |
|-------------|------------------|--------|------------------|------|-----------------------------|------|
|             | SD               | M      | SD               | M    | SD                          | M    |
| گروه آزمایش | ۳/۸۲             | ۲۹/۲۶۶ | ۳۰/۶۰            | ۴/۵  | ۱۲/۴۰                       | ۸/۰۰ |
| کنترل       | ۴/۲۵             | ۲۹/۲۶۳ | ۳۰/۴۷            | ۴/۵۱ | ۱۳/۲۱                       | ۷/۴۵ |

جدول (۲) متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد که در متغیرهای سن مادر ( $p=0/4, t=0/83$ )، سن کودک ( $p=0/7, t=0/2$ ) و مدت زمان تغذیه از سینه مادر ( $p=0/1, t=-1/3$ ) مشابه و غیرمعنی‌دار هستند. جدول (۳) مقادیر میانگین و انحراف استاندارد را دو گروه آموزش مادران و گروه کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه

| عامل‌ها          | پس‌آزمون                       | پیگیری ۱                       |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|                  | میانگین $\pm$ انحراف استاندارد | میانگین $\pm$ انحراف استاندارد |
| مشکلات غذا خوردن | ۲۳/۹۳ $\pm$ ۴/۹                | ۲۴/۳۱ $\pm$ ۶/۲                |
| تندگی کل         | ۲۸۰/۶ $\pm$ ۲۹/۲۹              | ۲۹۰/۸ $\pm$ ۲۸/۲               |
| تندگی مؤلفه والد | ۱۲۳/۲۵ $\pm$ ۱۶/۳۷             | ۱۲۶/۲۷ $\pm$ ۱۴/۵۳             |
| تندگی مؤلفه کودک | ۱۵۵ $\pm$ ۱۶/۵۸                | ۱۵۴/۲۱ $\pm$ ۱۵/۲۶             |
| مشکلات غذا خوردن | ۳۰/۵۵ $\pm$ ۳/۴                | ۳۱/۱۱ $\pm$ ۲/۹                |
| تندگی کل         | ۲۸۵/۷ $\pm$ ۱۱/۴               | ۲۹۹/۳ $\pm$ ۱۰/۱۲۶۲            |
| تندگی مؤلفه والد | ۱۳۵ $\pm$ ۸/۶۷                 | ۱۳۸/۲۲ $\pm$ ۸/۹۷              |
| تندگی مؤلفه کودک | ۱۷۴ $\pm$ ۷/۰۸                 | ۱۷۵/۱۲ $\pm$ ۶/۷۷              |

تحلیل آزمون‌های چندگانه اثرات اصلی و تعاملی عامل‌ها با معیار ویلکز لامبدا نشان می‌دهد که متغیر مستقل آموزش مادران بر مشکلات غذاخوردن ( $F=10/21, p=0/001$ )، تیندگی کل ( $F=3/6, p=0/04$ )، تیندگی مؤلفه والد ( $F=40/4$ )، تیندگی مؤلفه کودک ( $F=13/75, p=0/001$ ) و تیندگی مؤلفه کودک ( $F=13/75, p=0/001$ )

در مدل تفاوت معناداری ایجاد کرده است. برای تحلیل داده‌های ارائه‌شده در جدول (۳) از روش تحلیل کوواریانس پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) آمده است.

جدول ۴. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی میانگین مشکلات غذاخوردن و تیندگی با کنترل پیش‌آزمون

| توان آماری | مربع ایتای سهمی | سطح معناداری | نسبت F | درجات آزادی | مجموع مجزورات | خرده مقیاس        |
|------------|-----------------|--------------|--------|-------------|---------------|-------------------|
| ۰/۸۵       | ۰/۲۳            | ۰/۰۰۴        | ۹/۶    | ۱           | ۱۳۵/۶۳        | مشکلات غذاخوردن   |
| ۰/۹۸       | ۰/۳۷            | ۰/۰۰۱        | ۱۸/۲۴  | ۱           | ۵۵۸۳/۵۷       | تیندگی کل         |
| ۱          | ۰/۶۷            | ۰/۰۰۱        | ۶۵/۱   | ۱           | ۳۳۷۵/۷۲       | تیندگی مؤلفه والد |
| ۰/۹۹       | ۰/۱۹            | ۰/۰۵         | ۵/۱    | ۱           | ۴۶۶/۰۹        | تیندگی مؤلفه کودک |
| ۰/۹۷       | ۰/۳۴            | ۰/۰۰۱        | ۱۶/۳۵  | ۱           | ۲۵۳/۱۸        | مشکلات غذاخوردن   |
| ۰/۹۹       | ۰/۴۰            | ۰/۰۰۱        | ۲۱/۱۲  | ۱           | ۵۵۶۴/۸۲       | تیندگی کل         |
| ۱          | ۰/۷۱            | ۰/۰۰۱        | ۷۷/۵۲  | ۱           | ۳۰۵۴/۶۹       | تیندگی مؤلفه والد |
| ۰/۹۸       | ۰/۱۱            | ۰/۰۵         | ۳/۷    | ۱           | ۴۵۷/۲۳        | تیندگی مؤلفه کودک |

بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان داد که مطابق فرضیه اول در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مشکلات غذاخوردن ( $F=9/6, p=0/001$ )، ( $F=16/35, p=0/001$ ) و پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون تفاوت معنادار به نفع کاهش مشکلات غذاخوردن گروه آزمایش وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. مطابق فرضیه دوم در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تیندگی مؤلفه والد ( $F=65/1, p=0/001$ )، ( $F=77/52, p=0/001$ ) و پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون تفاوت معنادار به نفع کاهش تیندگی مؤلفه والد گروه آزمایش وجود دارد؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. مطابق فرضیه چهارم در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تیندگی مؤلفه کودک پس‌آزمون ( $F=5/1, p=0/05$ )، ( $F=3/7, p=0/05$ ) و پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون تفاوت معنادار به نفع کاهش تیندگی مؤلفه کودک گروه آزمایش وجود دارد؛ به این ترتیب فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

تأیید می‌شود. مطابق فرضیه سوم در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تیندگی مؤلفه والد ( $F=65/1, p=0/001$ )، ( $F=77/52, p=0/001$ ) و پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون تفاوت معنادار به نفع کاهش تیندگی مؤلفه والد گروه آزمایش وجود دارد؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. مطابق فرضیه دوم در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تیندگی مؤلفه کودک پس‌آزمون ( $F=5/1, p=0/05$ )، ( $F=3/7, p=0/05$ ) و پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون تفاوت معنادار به نفع کاهش تیندگی مؤلفه کودک گروه آزمایش وجود دارد؛ به این ترتیب فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

غذاخوردن کودک مشکل زیاد و نگرانی بالایی گزارش دادند. مشکلات غذاخوردن در کودکان، کاهش اعتماد به نفس مادر، کاهش احساس کفایت برای انجام وظایف مادری و کاهش اعتماد به نفس در زمینه مدیریت رفتارهای غذاخوردن کودک را موجب می‌شود (پاورز و همکاران، ۲۰۰۸). زینالی و همکاران (۱۳۸۹الف) در مطالعه خود بیان کردند که بین احساس خصومت مادر در رابطه دلبستگی با مشکلات غذاخوردن کودک رابطه معناداری وجود دارد. همچنین زینالی و همکاران (۱۳۸۹ب) در پژوهش دیگر، بین مشکلات غذاخوردن کودک و اضطراب و استرس مادر رابطه معناداری گزارش کردند. در این مطالعه بیان شده است که احتمالاً استرس مادر از نقش مادری و تنیدگی والدینی ناشی می‌شود و در درمان مشکلات غذاخوردن کودک باید به مشکلات روان‌شناختی مادر توجه کرد. همچنین جرو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند کودکانی که به سبب اجتناب مزمن از غذاخوردن در بیمارستان بستری می‌شوند، مادرانی دارند که میزان انزای اجتماعی<sup>۴</sup>، ادراک از خود<sup>۵</sup> و تنیدگی والدینی بیشتری دارند. از سوی دیگر این دیدگاه وجود دارد که کودکانی که مشکلات غذاخوردن دارند، تنیدگی و تنش بالایی هنگام غذاخوردن نشان می‌دهند و عاطفه منفی این کودکان، مشکلات غذاخوردن را تشدید می‌کند (زینالی و همکاران، ۱۳۹۰؛ زینالی و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به نقش مشکلات روان‌شناختی مادر، استبرگ و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که درمان‌های

نتایج مطالعه به‌طور کلی نشان داد که فرضیه‌های اول تا چهارم مطالعه حاضر مبنی بر تأثیرگذاری آموزش مادران بر کاهش مشکلات غذاخوردن، تنیدگی کل، تنیدگی مؤلفه والد و مؤلفه کودک به طور معناداری تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مشکلات غذاخوردن کودکان، میزان مشکلات غذاخوردن و تنیدگی مؤلفه والد - کودک را کاهش می‌دهد. این برنامه آموزشی، کاهش میزان تنیدگی احساس شده کودک و مادر در هنگام غذاخوردن را موجب می‌شود و از طرف دیگر با کاهش آشفتگی‌های رابطه مادر و کودک (تنیدگی کل) در مشکلات تغذیه کودک، کاهش معناداری به وجود می‌آورد. لازم به ذکر است منابع پژوهشی نیز نشان داده‌اند که تنیدگی مادر و کودک یکی از عوامل مهم در مشکلات تغذیه کودک است و با دستکاری و تغییر در مشکلات تغذیه، می‌توان انتظار داشت که برخی مشکلات تغذیه کودک کاهش یابد. نتایج این پژوهش با مطالعات (کانترسا و هورودنسکی، ۲۰۱۰، استبرگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) مطابقت دارد. پاورز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در مطالعه خود گزارش کرده‌اند که مادران کودکانی که بیماری دیابت و همزمان مشکلات غذاخوردن داشتند، تنیدگی والدینی بیشتری نسبت به گروه بدون مشکلات غذاخوردن داشتند و بین مشکلات غذاخوردن کودکان و تنیدگی والدین آن‌ها رابطه مثبتی وجود داشت. مادران این گروه در زمینه تنظیم رفتارهای

<sup>3</sup> Garro et al

<sup>4</sup> social isolation

<sup>5</sup> self-perception

<sup>1</sup> ostberg etal

<sup>2</sup> Powers etal



اجتماعی دارد و با افزایش آگاهی والدین می‌توان از شدت این مشکلات کاست (آهنگر و همکاران، ۱۳۹۰).

مطالعه حاضر با چندین محدودیت روبه‌رو بود که از جمله آن می‌توان به فاصله زمانی کم بین پس‌آزمون و پیگیری اشاره کرد. همچنین اجراکردن آزمون بین جلسات مداخله و بررسی روند تغییرات از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.

#### منابع

آقابالایی، س.، استکی آزاد، ن. و عابدی، ا. (۱۳۹۰)، مقایسه شیوه‌های مقابله با فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی، فلج مغزی و عادی، مجله علمی پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال سوم، شماره ۱، ص ۶۹-۸۰.

آهنگر انزابی، ا.، شریفی درآمدی، پ. و فرج‌زاده، ر. (۱۳۹۰)، رابطه سبک‌های فرزندپروری والدین با پرخاشگری نوجوانان شهرستان شبستر، مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال یکم، شماره ۱، ص ۸-۱۸.

زینالی، ش.، مظاهری، م. ع.، صادقی، م. و جبّاری، م. (۱۳۸۹ الف)، بررسی رابطه ویژگی‌های روانی مادر و مشکلات غذاخوردن، سومین سمینار سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان.

زینالی، ش.، مظاهری، م. ع.، صادقی، م. و منتزع، ن. (۱۳۸۹ ب)، بررسی رابطه دل‌بستگی مادر و مشکلات غذاخوردن، سومین سمینار سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان.

متمرکز بر کاهش مشکلات کودکان در زمینه رفتارهای خوردن و خوابیدن به‌طور معنی‌داری تیدگی والدینی، احساس محدودیت نقش<sup>۱</sup> و مشکلات رفتاری کودکان را کاهش و احساس شایستگی مادر و رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. نتایج این مطالعه نشان داد که نقش مادر در مشکلات غذاخوردن بسیار مهم و برجسته است و باید از مداخلات زودهنگام برای کاهش مشکلات روانشناختی مادر بهره گرفت. همچنین با اجرای تکنیک‌های رفتاری، رفتارهای منفی‌گرانه کودک، تنش و استرس کودک هنگام غذاخوردن کاهش و به‌دنبال آن احساس‌های منفی کودک نیز کاهش می‌یابد (زینالی و همکاران، ۱۳۸۹ ب). برخی پژوهشگران معتقدند در هفته‌های اولی که اصول تنبیهی در مورد رفتارهای نامناسب کودک اجرا می‌شود، کودک سعی می‌کند در مقابل این رفتارها مقاومت نشان دهد؛ بنابراین رفتارهای پرتنش کودک مانند پرخاشگری افزایش می‌یابد، اما به مرور زمان که تکنیک‌های خاموشی و بی‌توجهی استفاده می‌شوند از شدت رفتارهای متشنج کاسته می‌شود (آزین<sup>۲</sup>، ۱۹۶۶؛ تامسون و بلو<sup>۳</sup>، ۱۹۶۶). در نهایت نتایج مطالعه زینالی، مظاهری، طهماسیان و صادقی (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که آموزش مادران در زمینه مشکلات غذاخوردن کودکان، افزایش احساس رضایت مادر، افزایش احساس راحتی مادر و کودک در هنگام غذا دادن به کودک را موجب می‌شود.

بنابراین با توجه به مباحث می‌توان بیان کرد که خانواده اصلی‌ترین و بیشترین مسئولیت را در به‌وجود آمدن مشکلات رفتاری و شخصیتی و

<sup>1</sup> restricted by parental responsibilities

<sup>2</sup> Azrin

<sup>3</sup> Thompson & Bloom

- Reinforcement to Increase Food Consumption and Reduce Expulsion. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 581-583.
- Contreras, D. A. and Horodyski, M. A. (2010), The Influence of Parenting Stress on Mealtime Behaviors of Low-Income African-American Mothers of Toddlers. *Journal of Extension*, 48 (5), 231-246.
- Crnicek, K. and Low, C. (2002), *Everyday Stresses and Parenting*. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting: Practical Issues in Parenting* (2<sup>nd</sup> ed.). 5, 243-267.
- Drews, C., Celano, M., Plager, D. A. and Lambert, S. R. (2003), Parenting Stress Among Caregivers of Children With Congenital Cataracts. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 7(4), 244-250.
- Farley, L. M., DeMaso, D. R., D Angelo, F., Kinnamon, C., Bastardi, H., Hill, C., Blume, E. D. and Logan, D. E. (2007), Transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26(2), 120-126.
- Garro, A., Thurman, S. K., Kerwin, M. E. and Ducette, J. P. (2005), Parent/Caregiver Stress During Pediatric Hospitalization for Chronic Feeding Problem. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 268-275.
- Hagekull, B., Bohlin, G. and Rydell, A. M. (1997), Maternal Sensitivity, Infant Temperament, and the Development of Early Feeding Problems. *Journal of Infant Mental Health*, 18, 92° 106.
- Jennings, K. D. and Dietz, L. J. (2007), *Parenting Stress*. Encyclopedia of Parenting, 79-83.
- Luiselli, J. K. (2000), Cueing, Demand Dading and Positive Reinforcement to Establish Self Feeding and Oral Consumption in the Child with Chronic Food Refusal. *Journal of Behavior Modification*, 24 (3), 348-358.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American*
- زینالی، ش.، مظاهری، م.ع.، صادقی، م. و جبّاری، م. (۱۳۹۰)، بررسی رابطه دلبستگی مادر و مشکلات روانشناختی مادر با مشکلات غذاخوردن، *مجله روانشناسی تحولی*، سال هشتم، شماره ۲۹، ص ۵۵-۶۶.
- شکوهی یکتا، م. (۱۳۸۹)، بررسی تأثیر آموزش مادران بر کاهش تنیدگی والدینی، طرح پژوهشی، بیمارستان رزوبه.
- عدل‌پرور، آ. (۱۳۸۸)، رابطه سبک پردازش حسی و تنیدگی والدینی: ارزیابی اولیه تأثیر آموزش مادران بر اساس این روی آورد بر کاهش تنیدگی آنها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- قشنگ، ن. (۱۳۸۲)، تأثیر آموزش مادران بر کاهش تنیدگی رابطه مادر - کودک، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- Ammaniti, M., Ambrozzi, A. M., Lucarelli, Cimino, S. and D Olimpico, F. (2004), Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications. *Journal of the American College of Nutrition*, 23(3), 259° 271.
- Azrin, N. H., Hutchinson, R. R. and Hake, D. F. (1966), Extinction-induced aggression. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 191° 204.
- Chatoor, I. (1989), Infantile Anorexia Nervosa: A Developmental Disorder of Separation and Individuation. *Journal of American Academy Psychoanalyst*, 17, 43-64.
- Coe, D. A. Babbitt, R. L. Williams, K. E. Hajimihal, C. Snyder, A. M. Ballard, C. and et al. (1997), Use of Extinction and

- Thompson, T. and Bloom, W. (1966), Aggressive Behavior and Extinction-Induced Response-Rate Increase. *Journal of Psychonomic Science*, 5, 335° 336.
- Turner, K. M., Sanders, M. R. and Wall, C. R. (1994), Behavioral Parent Training Versus Dietary Education in the Treatment of Children with Persistent Feeding Difficulties. *Journal of Behavior Chang*, 11, 242-258.
- Yoshizumi, T., Murase, S., Murakami, T. and Takai, J. (2007), Dissociation as a Mediator Between Perceived Paternal Rearing Styles and Depression in an Adult Community Population Using College Students. *Journal of Personality and Individual Differences*, 43(2), 353-364.
- Zeinali. SH., Mazaheri, M. A., Tahmasian, K. and Sadeghi, M. (2012), Investigating the Efficacy of Training Program for Mothers in Reducing Children s Feeding Problems. *International congress of psychology, turkey*.
- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112° 117.
- Ostberg, M., Hagekull, B., Lindberg, L. and Dannaeus, M. (2005), Can a Child-Problem Focused Intervention Reduce Mothers' Stress? *Journal of parenting*, 5(2), 153 ° 174.
- Palmer, S., Thompson, R. J. and Linscheid, T. R. (1975), Applied Behavior Analysis in the Treatment of Childhood Feeding Problems. *Journal of Developmental Medicine Child Neuro*, 17(3), 333-339.
- Powers, S. W., Byars, K. C., Mitchell, M. J., Patton, S. R., Standiford, D. A. and Dolan, L. M. (2008), Parent Report of Mealtime Behavior and Parenting Stress in Young Children With Type 1 Diabetes and in Healthy Control Subjects. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 885-893.
- Satter, E. M. (1990), The Feeding Relationship: Problems and Interventions. *Journal of Pediatrics*, 117, 181-189.





پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## **The Effectiveness of Parent Training for Feeding Problem on Feeding Problem and Parent- Child Stress**

**\* SH. Zeinali**

PhD Student of General Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

**M. A. Mazaheri**

Professor of Family and Child Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**K. Tahmaseyan**

Associate Professor of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**M. A. Sadegi**

Assistant Professor of General Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

### **Abstract:**

Mother and child psychological features are important in developing feeding problem. Parenting stress is one of these issues. The current study sought to investigate the efficacy of training programs for parents in treating children's feeding problems and reducing parenting stress. The present study was a semi-experimental research based on pre-test, post-test and follow-up design with a control group. 34 mothers whose children had feeding problems were chosen and randomly divided into control and experimental groups. Experimental group was intervened using training program for mothers for six sessions. Mothers in the experimental and control groups were assessed in three time intervals, that is, pre-test (before intervention), post-test (after finishing training sessions) and the follow-up stage (22 days after finishing training sessions), by the questionnaires of feeding problems and Parent Stress. Findings of covariance indicated that training programs for parents significantly reduced the feeding problem of experiment group in post-test ( $p=0/004$ ) and follow up ( $p=0/001$ ). Also, this program reduced total stress ( $p=0/001$ ), parent stress ( $p=0/001$ ) and child- stress ( $p=0/05$ ) in the post-test. Moreover, this program reduced follow-up total stress ( $p=0/001$ ), parent stress ( $p=0/001$ ) and child- stress ( $p=0/05$ ) too. This finding confirmed that parent-child components are important issue in feeding problem.

**Keywords:** maternal - child stress, feeding problem, parent training.