Journal of Research in Psychological Health

March 2024, Volume 17, Issue 4

# Comparing the effectiveness of mentalization-based treatment (MBT) and parent-child interaction therapy (PCIT) on emotion regulation and eating behaviors of anxious children

**Shima Khajevand[1], Seyed Abdol Majid Bahrainian[2*], Maryam Nasri[3] , Fatemeh Shahabizadeh[4]**

*[1.] PhD student in clinical psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran*

*[2..] (Corresponding Author): Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran*

*[3.] Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran*

*3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran*

**Citation:** Khajevand S, Bahrainian A, Nasri M, Shahabizadeh F,. Comparing the effectiveness of treatment based on mentalization and treatment based on parent-child relationship on executive functions and anxiety symptoms of anxious children. Journal of Research in Psychological Health. 2024; 17(4), 33-49

**Key words:**

Therapy based on mentalization, therapy based on parent-child relationship, emotion regulation, eating behaviors

## Abstract

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mentalization-based therapy and parent-child interaction therapy on emotion regulation and eating behaviors of anxious children. The present research method was a semi-experimental type, with pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of the research included all the mothers of anxious children of the Bandar Abbas Oil Refining Company in 1402, and based on the entry and exit criteria, 45 eligible people were included in the study using available sampling and randomly selected into two experimental groups and a control group. were assigned Subjects were evaluated using Shield and Kikti's emotion regulation questionnaires (1997), children's eating behavior by Wardell et al. (2001) and children's anxiety scale by Spence-Form parents (1998) in the pre-test, post-test and follow-up stages. they got. The results of the analysis of variance test showed that there is a significant difference between the control group with treatment based on mentalization and the treatment based on parent-child relationship in regulating the emotions and eating behaviors of anxious children ($P < 0.05$) and the treatment based on mentalization and relationship Parent-child interaction has led to a reduction in emotional negativity and eating behavior problems and an increase in adaptive emotional regulation in anxious children. Also, treatment based on mentalization is more effective than therapy based on parent-child relationship in regulating the emotions of anxious children. Therefore, according to the research findings, it can be concluded that treatment programs based on mentalization and parent-child relationship can be used as a suitable intervention to improve emotional regulation and eating behaviors in anxious children.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

# مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (PCIT) بر تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن در کودکان مضطرب

**شیما خواجه وند[۱]، سید عبدالمجید بحرینیان[۲*]، مریم نصری[۳]، فاطمه شهابی زاده[۴]**

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی ، بیرجند ، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی ، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران Majid.bahrainian@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی ، دانشکده روانشناسی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی ، بیرجند ، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی ، دانشکده روانشناسی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی ، بیرجند ، ایران

**تاریخ دریافت**
۱۴۰۲/۳/۷

**تاریخ پذیرش**
۱۴۰۲/۱۲/۲۰

**واژگان کلیدی**
درمان مبتنی بر ذهنی_سازی، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک، تنظیم هیجان، رفتارهای خوردن

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثریخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن کودکان مضطرب انجام شد. روش پژوهش حاضر نوع نیمه‌آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان مضطرب شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۲ بودند که براساس ملاک های ورود و خروج ۴۵ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ازمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تنظیم هیجان شیلد و کیکتی (۱۹۹۷)، رفتار خوردن کودکان واردل و همکاران (۲۰۰۱) و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والدین (۱۹۹۸) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه کنترل با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن کودکان مضطرب وجود دارد (P<۰/۰۵) و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رابطه والد-کودک منجر به کاهش منفی‌گرایی هیجانی و مشکلات رفتارهای خوردن و افزایش تنظیم هیجانی انطباقی در کودکان مضطرب شده است. همچنین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موثرتر از درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در تنظیم هیجان کودکان مضطرب است. بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گرفت که از برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و رابطه والد-کودک می توان به عنوان مداخله‌ای مناسب در جهت بهبود تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن در کودکان مضطرب استفاده کرد.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

**مقدمه**

اختلالات اضطرابی[1]شایع ترین مشکلات سلامت روانی است که در کودکان و جوانان گزارش شده است. کودکان ممکن است با اختلالات اضطرابی متعدد و همبودی با سایر مشکلات سلامت روان، مانند افسردگی، شایع باشد. اختلالات اضطرابی دوران کودکی احتمالاً پیامدهای منفی دائمی دارند، که اهمیت مداخله زودهنگام را برجسته می کند (ژول و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به مطالعات انجام شده در مورد شیوع‌شناسی این اختلال، نشان داده که اضطراب و اختلالات مرتبط با آن شایع ترین مشکلات سلامت روان در کودکان و جوانان با شیوع جهانی ۶٫۵٪ است (پولانچیک و همکاران، ۲۰۱۵). کودکانی که سطوح بالایی از رفتار اضطرابی دارند ممکن است در معرض خطر نسبتاً بالایی از مشکلات روانی در آینده باشند.دشواری در مقابله با احساسات منفی (مانند تنش، استرس و اضطراب) باعث پرخوری می‌شود که ممکن است منجر به اضافه وزن و حتی چاقی شود (اردم و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب تأثیر پیچیده‌ای بر مصرف غذا دارد و می‌تواند باعث افزایش یا کاهش دریافت غذا شود (سیفوئنتس و همکاران، ۲۰۲۲). مشکلات خوردن در دوران کودکی شایع است و در ۲۵ تا ۴۵ درصد کودکان سالم دیده می‌شود (گوکالپ و همکاران، ۲۰۲۱). در حال حاضر، نگرانی‌هایی در مورد وضعیت رژیم غذایی و وزن کودکان در بسیاری از کشورها وجود دارد که خطر ابتلای کودکان به بیماری‌های مزمن را در مراحل بعدی زندگی افزایش می‌دهد.

رفتار خوردن در کودکان، پدیده پیچیده‌ای است که دربرگیرنده ترجیحات غذایی، اشتها، واکنش‌های عاطفی به غذا و تنظیم درونی میزان خوردن از طریق پیام‌های سیری و گرسنگی است (دانیلز،۲۰۱۹). رفتارهای مشکل‌آفرین در غذا خوردن کودکان درنتیجه‌ی عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روان‌شناختی ایجاد می‌شوند (جورکلند و همکاران، ۲۰۱۸). محیط خانواده جایی است که کودکان اولین تجربیات خود را با غذا خوردن و معرفی غذاها دارند. چندین مطالعه نشان داده‌اند که رفتار خوردن تحت تأثیر محیط خانواده و عادات غذایی والدین و شیوه‌های تغذیه فرزندانشان قرار می‌گیرد (بالتالی، ۲۰۱۷). از طرف دیگر کودکان مضطرب تمایل دارند نشخوار فکری کنند، خود را سرزنش کنند، فاجعه-پردازی کنند، توانایی کمتری برای ارزیابی مجدد نشان دهند، کمک بیشتری از دیگران بخواهند، تنظیم توجه ضعیف و کنترل بیش‌ازحد احساسات منفی را نشان دهند (شیپرو همکاران، ۲۰۱۳؛ گلومبک و همکاران، ۲۰۲۰). وقتی کودکان موقعیتی را غیرقابل‌کنترل می‌دانند و/یا یک احساس ناخواسته قوی رخ می‌دهد، این باعث می‌شود که کودک تلاش‌های تنظیم هیجان را آغاز کند. اگر تنظیم هیجان ناکارآمد باشد، با گذشت زمان ممکن است به یک اختلال اضطرابی تبدیل شود (لوواس، ۲۰۲۰). دیدگاه فعلی روانشناسان مرضی کودک نیز تأکید دارد که یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تحول سالم هیجانی اجتماعی، کسب مهارت تنظیم هیجان است. یافته‌های طولی نشان می‌دهد که مشکلات تنظیم هیجان در دوران پیش از نوجوانی نیز می‌تواند یک عامل خطر برای افسردگی و اضطراب باشد (اشنایدر، ۲۰۱۶) و اختلالات اضطرابی با افزایش و تجارب هیجانی شدید همراه است (هانسدوتر و اولندیک، ۲۰۱۷).

توانایی تنظیم هیجانات یک وظیفه رشدی کلیدی دوران کودکی و نوجوانی در رابطه با عملکرد اجتماعی-عاطفی و شناختی است (ویس و همکاران، ۲۰۱۷). تنظیم هیجان به‌عنوان فرایندهای بیرونی و درونی مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به‌ویژه ویژگی‌های فشرده و زمانی آن‌ها، برای دستیابی به هدف تعریف می‌شود. دو نوع راهبرد تنظیمی را می‌توان مشاهده کرد: راهبردهای انطباقی در تعدیل احساسات مؤثر هستند و با علائم بالینی ارتباط منفی دارند، در حالی که راهبردهای ناسازگار در اصلاح احساسات بی‌اثر هستند و با سطوح بالاتر علائم بالینی

1. anxiety disorders



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

مرتبط هستند (ملفسن و همکاران، ۲۰۲۲).از آنجایی که رابطه والد-کودک با بهزیستی کودک از جمله رفتار و عملکرد کودک در بسیاری از زمینه‌ها مانند رشد تحصیلی، عاطفی و اجتماعی مرتبط است (لوو و همکاران، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک[2]یکی از رویکردهایی که بر بهبود مشکلات کودکان مضطرب تاثیر گذار است و در پژوهش حاضر نیز بررسی می‌شود. درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر این باور استوار است که یک رابطه ایمن بین والدین و کودک برای رشد سالم و بهزیستی کلی کودکان ضروری است.

مطالعات خانوادگی و ژنتیکی گویای افزایش خطر ابتلا به اضطراب در فرزندان والدین مبتلا به اختلالات اضطراب و افسردگی است (پیرنیا و همکاران، ۱۳۹۶). در همین راستا مجموعه‌ای از برنامه‌های آموزش رفتار والدین در درمان مشکلات رفتاری در کودکان خردسال کارآمد هستند و برنامه‌های آموزش رفتار والدین درمان انتخابی برای کودکان خردسال است ماهیت اصلی برنامه‌های آموزش رفتار والدین این است که به والدین بیاموزند که به‌گونه‌ای متفاوت تعامل کنند. درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک یکی از این برنامه‌ها است (بیورست و ویچستروم، ۲۰۱۶). درمان تعامل والد-کودک یک رویکرد مبتنی بر شواهد برای درمان مشکلات برونی‌سازی در کودکان و نوجوانان است (فیلیپس و مایچایلیسین، ۲۰۲۱). علاوه بر این، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[3]نیز در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. هدف درمان افزایش توانایی افراد برای درک حالات عاطفی و روانی خود و دیگران در روابط دلبستگی است. هدف درمان با انجام این کار، رفع چالش هایی است که افراد در تنظیم احساسات، تکانه ها و تعاملات بین فردی خود با آن مواجه هستند. این درمان می‌تواند به کودکان کمک کند مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم‌تری ایجاد کنند (پاریزانوویچ، ۲۰۲۳). بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه (بشرپور و عینی، ۱۳۹۹)، رفتار خوردن عاطفی (شارما و ایوب، ۲۰۲۲)، و علائم اختلال شخصیت مرزی و کیفیت زندگی (وگت و نورمن، ۲۰۱۹) مؤثر است. در مطالعات دیگری نشان داده شده است که درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک بر رفتارهای خوردن کودکان (عدیلی و همکاران، ۱۴۰۱، لیون[4] و همکاران، ۲۰۲۲؛ شیرینی بناب و همکاران ۱۳۹۸)، مؤثر است. با بررسی پیشینه مشخص می‌شود که در حوزه کودکان مضطرب کمتر پژوهشی صورت گرفته است و از طرف دیگر پژوهشی دیده نشد که به مقایسه این دو درمان در حیطه مطالعه حاضر پرداخته باشد. همچنین باوجود آمار شیوع بالای اضطراب در کودکان و اینکه اختلال اضطرابی، روند زندگی عادی و عملکرد روزانه‌ی آنها را مختل کند و هزینه‌های اجتماعی بالای آن زیربنای نیاز به مطالعه‌ی روش‌های درمان کودکان اضطرابی است. لذا با توجه به مطالب بیان شده پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثریخشی درمان مبتنی بر ذهنی-سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن کودکان مضطرب تفاوت وجود دارد؟

## روش

### الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعهٔ آماری شامل تمامی مادران کودکان مضطرب شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوه هدفمند بود. حجم نمونه ۴۵ نفر می‌باشد که از بین مادران کودکان مضطرب مراجعه کننده به کلینک-های شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس انتخاب شد. هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است. اندازه نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (کوین و کیوگ، ۲۰۰۲). تقسیم افراد در سه گروه ۱۵ نفری به‌صورت تصادفی صورت گرفت. معیارهای ورود شامل مادران دارای فرزند مضطرب : با توجه به نتایج پرسشنامه

2. Parent-Child Interaction Therapy
3. Mentalization Based Therapy
4. Lyons, E. R



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

اضطراب اسپنس، کودک مبتلابه اضطراب تشخیص داده شود (نمره‌ای برش ۴۲)، سن کودک بین ۱۲-۶، مادر کودک باسواد باشد و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشد و اینکه تحت درمان دارویی و روان‌شناختی دیگری نباشد و معیارهای خروج شامل سن بالای ۱۲ سال و کمتر از ۶ سال، عدم رضایت از شرکت در پژوهش و شرکت نکردن در دو جلسه برنامه آموزشی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی میانگین، انحراف استاندارد، حداقل نمره و حداکثر نمره متغیرهای مورد مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند. در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون‌های رگرسیون خطی ساده و رگرسیون چندگانه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری spss نسخه ۲۶ انجام شد.

**ب) ابزار و مواد**

**الف) مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- فرم والدین[5]** (P-SCAS) : این مقیاس شامل ۳۸ پرسش ۴ گزینه‌ای لیکرتی (صفر تا ۳) است و نمره برش آن ۴۲ تعیین شده است (زمانی و همکاران، ۱۳۹۸). بررسی‌های روانسنجی نشان می‌دهد که ضریب همسانی درونی برای نمره کل ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس از ۰/۶۵ تا ۰/۸۸ در نوسان است. همبستگی معنی‌دار و بالاتر این مقیاس با زیرمقیاس درونی‌سازی فهرست رفتاری کودک نسبت به زیرمقیاس برونیسازی، روایی همگرا و واگرای مقیاس را مورد تایید قرار داد .تحلیل عامل تاییدی نیز ساختار ۶ عاملی نسخه اصلی مقیاس را تایید کرد (ماگیاتی و همکاران، ۲۰۱۷، لی و همکاران، ۲۰۱۶). در ایران نیز تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی، مدل شش عاملی مقیاس را موردحمایت قرار داد. مقیاس اضطراب کودکان از همسانی درونی متوسط تا بالا (آلفا= ۰/۶۵-۰/۸۹) و نیز اعتبار آزمون - آزمون مجدد متوسط تا بالا (ضرایب همبستگی با سایر مقیاس‌ها ۰/۶۷ – ۰/۳۹ با فاصله زمانی دو هفته) در والدین کودکان ایرانی برخوردار بود. روایی همگرا و واگرا آن نیز تایید شد. در تحقیق زمانی و همکاران (۱۳۹۸) ضرایب آلفای کرونباخ کل نمونه مادران برای نمره کل ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس از ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ برآورد شد (زمانی و همکاران، ۱۳۹۸).

**ب) پرسشنامه تنظیم هیجان[6] (ERC)**: مقیاس ۲۴ گویه‌ای است که توسط شیلد و کیکتی (۱۹۷۷)طراحی شده است و در دو بعد شامل تنظیم هیجانی انطباقی و بی-ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی، تنظیم هیجانی کودکان را میسنجد. پرسشنامه تنظیم هیجانی را مادران، معلمین، یا هر فرد دیگری که کودک را به‌خوبی می‌شناسد میتواند تکمیل کند. نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۷ روی یک نمونه ۱۴۳ نفری از کودکانی که تحت بدرفتاری قرار گرفته بودند و ۸۰ نفر از کودکان فقیر در سنین ۶ تا ۱۲ سال نشان داد که سیاهه تنظیم هیجان، برازش خوبی با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی داشته و روایی همگرای آن با استفاده از همبستگی میان سیاهه تنظیم هیجان و مقیاس‌های تنظیم هیجان و میزان تنظیم عاطفه مورد تایید قرار گرفته است. پایایی سیاهه تنظیم هیجان توسط چندین مطالعه مورد تائید قرار گرفته است. برای مثال، پژوهشی با استفاده از ۳۵ ساعت مشاهده رفتار کودکان، پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۷۵ را از طریق توافق بین ارزیاب‌ها در طول سه سال نشان داده است (هاویگرست و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس مطالعات همسانی درونی خرده مقیاس بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی در کودکان پیش‌دبستانی ۰/۸۵ و دبستانی ۰/۸۸ و همسانی درونی خرده مقیاس تنظیم هیجان ۰/۷۹ و ۰/۷۱ گزارش شده است (کرسپو و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش اسماعیلیان و همکاران (۱۳۹۵) به منظور بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه را روی ۲۷۱ دانش‌آموز از مدارس شهر تهران انجام دادند، اعتبار محتوا با بررسی همبستگی سیاهه تنظیم هیجان با پرسشنامه‌های اضطراب، خشم و افسردگی کودکان تأیید شد .ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های بی‌ثباتی هیجانی، هیجان‌پذیری منفی، خودآگاهی و ابراز هیجانات، عدم تناسب موقعیتی تظاهرات

5. Spence Children's Anxiety Scale-Parent Form

6. Emotion Regulation checklist



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

هیجانی، کنترل و مدیریت هیجانات منفی، انعطاف‌پذیری هیجانی و نمره کل به ترتیب،۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۸۴، ۰/۹۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۶ بوده است. در پژوهش دیگری ویژگی‌های روانسنجی آن در ایران بر روی ۱۵۰ کودک۴-۵ساله پیش‌دبستانی شهر تهران توسط پزشکی و همکاران (۱۴۰۰) مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی، دو عامل بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی و تنظیم هیجانی انطباقی را آشکار کرد که این دو عامل درمجموع ۶۳/۹۰ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. نتایج تحلیل عاملی تائیدی نیز برازش خوبی برای مدل نشان داد. زیرمقیاس تنظیم هیجان انطباقی با مؤلفه‌های پرسشنامه رفتاری کودک آخنباخ رابطه‌ی منفی معنادار و زیرمقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی با مؤلفه‌های پرسشنامه رفتاری کودک آخنباخ رابطه‌ی مثبت معنادار نشان داد.

**ج) پرسشنامه‌ی رفتار خوردن کودکان[7]** ( CEBI):
پرسشنامه رفتارهای خوردن توسط واردل، گاتری ساندرسون و راپوپورت (۲۰۰۱) ساخته شد. این پرسشنامه پراکندگی در سبک خوردن را در کودکان می‌سنجد (دشت بزرگی و عسگری،۱۳۹۶). ایـن پرسشنامه از ۳۵ گویه و هشت زیر مقیاس تشکیل‌شده است. چهار زیر مقیاس اول (پاسخ نسبت به غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی و تمایل به نوشیدنی‌های شیرین) مقیاس‌های گرایش" به غذا هستند که تمایل مثبت به خوردن را نشان می‌دهند در حالی که چهار زیر مقیاس دیگر (پاسخ‌های سیری، آهستگی در غذا، بهانه‌گیری در مورد غذا، مقیاس کم خوری هیجانی) به‌عنوان مقیاس‌های "اجتناب از غذا در نظر گرفته می‌شوند که نشانگر تمایل منفی نسبت به مصرف غذا هستند (دشت بزرگی و همکاران، ۱۳۹۶) نمره‌گذاری به‌صورت لیکرت در یک طیف پنج‌درجه‌ای از هرگز تا همیشه انجام می‌شود. پایایی این آزمون در نسخه اصلی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰۹۱۰ تا ۰۷۲۰ گزارش شده است و پایایی از طریق آزمون مجدد دارای دامنه ضریب همبستگی بین ۰/۸۷ تا ۰/۵۲بود (واردل و همکاران، ۲۰۰۱). دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ نسخه ترجمه‌شده این پرسشنامه را ۰/۸۳و همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

**د) درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک**: این برنامه مداخله توسط شیلا آیبرگ بر اساس سابقه‌ای که او در زمینه نظریه-های روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین او همچنین نظریه کنشگر داشته به‌عنوان یک برنامه کوتاه‌مدت طرح‌ریزی‌شده است (تجمی و جانقریان، ۱۳۹۵).

7. Children’s Eating Behaviour Inventory



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

**جدول ۱- مراحل و جلسات درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک**

| جلسه | موضوع | محتوای جلسه |
|---|---|---|
| **اول** | ارزیابی کارکرد کودک و خانواده قبل از درمان و آموزش مهارت‌های تعامل کودک‌مدار | اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اعضا، بیان اهداف و چهارچوب برنامه درمانی، عقد وانجام ارزیابی اولیه. فقط والدین در این جلسه حاضر می‌شوند و مهارت‌های انجام دادنی مثل تمجید عنوان‌دار و بی‌عنوان و مهارت‌های پرهیزی :دستور+ پرسش+انتقاد را آموزش می‌بینند. |
| **دوم** | هدایت و آماده‌سازی مهارت‌های تعامل کودک-مدار | اجرای مهارت انجام‌دادنی و پرهیزی والدین با کودک و بررسی تکلیف جلسه قبلی |
| **سوم** | آموزش مهارت‌های تعامل والدمدار آموزش دستور دادن فقط به والدین | بررسی تکالیف، اجرای کودک مدار ۱۰ دقیقه و استفاده از فنون دستور دادن در طول روز |
| **چهارم** | آموزش و هدایت مهارت دستور دادن والدین و کودک | بررسی تکالیف، اجرای ۱۰ دقیقه‌ای مهارت‌های تعامل کودک‌مدار و استفاده از فنون دستور دادن در طول روز. |
| **پنجم** | آموزش محروم‌سازی همراه با چارت تشویقی (TIC) فقط به والدین | ۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، استفاده از فنون دستور دادن در طول روز. این هفته TIC در منزل انجام نشود. |
| **ششم** | هدایت و آموزش محروم سازی به والد و کودک و توضیح قوانین منزل | ۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک مدار استفاده از فنون دستور دادن در طول روز. استفاده از TIC برای نافرمانی در طول روز و یک قانون منزل. |
| **هفتم** | هدایت و آموزش محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP) والدین و کودک | ۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، استفاده از مهارت TSP برای نافرمانی در طول روز و یک قانون منزل. |
| **هشتم** | هدایت و آموزش محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP) والدین و کودک توضیح رفتار در اماکن عمومی.ارزیابی کارکرد کودک و خانواده پس از درمان و تکمیل پرسشنامه‌ها | ۱۰ دقیقه مهارت‌های تعامل کودک‌مدار، استفاده از مهارت TSP برای نافرمانی در طول روز و یک قانون منزل توضیح رفتار در اماکن عمومی. برگزاری جلسه پرسش و پاسخ و مصاحبه با مادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نظرات آنها |



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

**جدول ۲- خلاصه برنامه آموزشی ذهن‌سازی**

| جلسه | هدف | شرح جلسه |
|---|---|---|
| **اول** | تکمیل پرسشنامه‌ها | معرفی و شرح کلی برنامه آموزشی، مصاحبه کوتاه با مادران |
| **دوم** | تشریح نیازهای کودکان | تقسیم‌بندی نیازهای کودکان (بر مبنای نظریه TDS) و بیان اهمیت نیازها و سرچشمه‌های اضطراب در کودکان |
| **سوم** | نحوه گفتگو با کودکان | درک جنبه‌های رمزی گفتگو با کودکان، تلاش برای نشان دادن فهم و درک والد از ذهنیات کودک به خود کودک، پرهیز از گفتگوی‌های بی‌حاصل |
| **چهارم** | آموزش کودک در زمینه احساسات و عواطف به‌صورت تجربی و آنی | درک و پذیرش احساسات کودک بدون قضاوت و بیان احساسات کودک به زبان خودش، عدم انکار احساسات منفی و متناقض کودک و پذیرش آنها ، استفاده از تجارب عاطفی شخصی برای درک تجارب عاطفی کودک |
| **پنجم** | راه‌های درست انتقاد و تمجید از کودک | تطابق تمجید با تلاش‌ها موفقیت‌آمیز و تطابق انتقاد باکارهای اشتباه کودک نه شخصیت کلی او، حذف کلام نیشدار و پرهیز از الگوهای متناقض |
| **ششم** | ابراز خشم و کاربرد آن در تربیت کودک | شیوه‌های ابراز خشم در مقابل کودک، بیان احساس و نام‌گذاری آن، برون‌ریزی بدون آسیب زدن به‌طرف مقابل، بیان تمایلات رفتاری خود در هنگام خشم |
| **هفتم** | مسئولیت و استقلال در کودکان | تعریف مسئولیت‌پذیری و راه‌های ایجاد مسئولیت در کودک |
| **هشتم** | تکمیل پرسشنامه‌ها | برگزاری جلسه پرسش و پاسخ در زمینه مواد آموزشی و مصاحبه با مادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نظرات آنها |

**یافته‌ها**

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کننده‌ها ۸/۳۳ با انحراف معیار ۱/۷۵ بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ گزارش شده است.



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات رفتارهای خوردن در گروه‌های موردپژوهش

| متغیر | گروه | درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی | | درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک | | کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | مراحل | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پاسخ به غذا | پیش‌آزمون | ۲۵/۰۷ | ۲/۵۷۶ | ۲۴/۹۳ | ۳/۵۱۵ | ۲۵/۶۷ | ۲/۱۹۳ |
| | پس‌آزمون | ۱۹/۹۹ | ۲/۸۱۸ | ۲۰/۷۲ | ۳/۵۴۸ | ۲۶/۰۷ | ۲/۳۴۴ |
| | پیگیری | ۱۹/۴۰ | ۳/۲۰۳ | ۱۹/۸۰ | ۳/۲۹۹ | ۲۶/۲۰ | ۲/۶۲۴ |
| لذت از غذا | پیش‌آزمون | ۱۶/۲۰ | ۲/۱۷۸ | ۱۶/۶۷ | ۲/۱۶۰ | ۱۵/۸۷ | ۰/۰۳۱ |
| | پس‌آزمون | ۱۴/۷۳ | ۲/۱۵۴ | ۱۵/۴۰ | ۲/۰۵۱ | ۱۵/۸۰ | ۲/۵۱۳ |
| | پیگیری | ۱۴/۳۳ | ۲/۱۹۳ | ۱۴/۹۳ | ۲/۵۲۰ | ۱۵/۹۳ | ۲/۸۴۰ |
| تمایل به نوشیدنی‌های شیرین | پیش‌آزمون | ۱۱/۷۳ | ۲/۱۵۴ | ۱۲/۴۷ | ۱/۷۶۷ | ۱۱/۴۰ | ۲/۲۳۰ |
| | پس‌آزمون | ۸/۷۳ | ۱/۴۳۸ | ۸/۲۷ | ۲/۲۱۹ | ۱۱/۳۳ | ۲/۰۹۳ |
| | پیگیری | ۸/۳۳ | ۱/۴۴۷ | ۸/۷۳ | ۲/۰۸۶ | ۱۱/۵۳ | ۲/۱۳۴ |
| | پیش‌آزمون | ۱۶/۹۳ | ۲/۱۲۰ | ۱۵/۲۰ | ۱/۲۶۵ | ۱۶/۲۰ | ۲/۰۷۷ |
| پاسخ‌های سیری | پس‌آزمون | ۱۴/۸۰ | ۲/۸۸۳ | ۱۳/۷۳ | ۱/۲۸۰ | ۱۶/۵۳ | ۲/۳۵۶ |
| | پیگیری | ۱۴/۹۳ | ۳/۱۲۷ | ۱۲/۶۷ | ۲/۱۶۰ | ۱۶/۸۰ | ۲/۱۴۵ |
| آهستگی در خوردن | پیش‌آزمون | ۱۳/۵۳ | ۱/۸۸۵ | ۱۲/۰۷ | ۲/۰۸۶ | ۱۲/۸۰ | ۲/۱۷۸ |
| | پس‌آزمون | ۱۰/۲۰ | ۱/۸۲۱ | ۱۱/۲۷ | ۱/۷۹۲ | ۱۲/۸۰ | ۲/۳۰۵ |
| | پیگیری | ۹/۸۷ | ۱/۶۸۵ | ۱۱/۱۳ | ۱/۶۸۵ | ۱۲/۸۷ | ۲/۳۸۶ |
| ایرادگیری از غذا | پیش‌آزمون | ۱۸/۶۷ | ۱/۲۳۴ | ۱۷/۹۳ | ۲/۰۵۲ | ۱۹/۰۷ | ۲/۵۷۶ |
| | پس‌آزمون | ۱۶/۲۰ | ۲/۵۴۱ | ۱۵/۳۳ | ۱/۸۵۹ | ۱۹/۱۳ | ۲/۴۷۵ |
| | پیگیری | ۱۶/۳۳ | ۲/۸۷۰ | ۱۴/۶۰ | ۱/۹۲۰ | ۱۹/۲۰ | ۲/۰۷۷ |
| کم‌خوری هیجانی | پیش‌آزمون | ۱۲/۹۳ | ۱/۵۸۰ | ۱۳/۵۳ | ۱/۶۴۲ | ۱۳/۲۷ | ۱/۱۶۳ |
| | پس‌آزمون | ۱۲/۱۳ | ۱/۵۰۶ | ۱۲/۴۷ | ۱/۷۲۷ | ۱۳/۳۳ | ۱/۶۳۳ |
| | پیگیری | ۱۲/۳۳ | ۱/۸۳۹ | ۱۱/۶۷ | ۲/۱۲۷ | ۱۳/۴۷ | ۱/۹۹۵ |
| نمره کل رفتارهای خوردن | پیش‌آزمون | ۱۱۵/۰۷ | ۴/۳۹۹ | ۱۱۲/۸۰ | ۶/۷۸۴ | ۲۷/۱۱۴ | ۴/۷۵۸ |
| | پس‌آزمون | ۹۶/۷۹ | ۶/۷۴۶ | ۹۷/۱۹ | ۷/۰۱۱ | ۱۱۵/۰ | ۵/۳۴۵ |
| | پیگیری | ۹۵/۵۳ | ۶/۹۳۷ | ۹۳/۵۳ | ۸/۵۴۳ | ۱۱۶/۰ | ۵/۳۹۸ |
| بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی هیجانی | پیش‌آزمون | ۴۲/۸۷ | ۲/۷۷۴ | ۴۲/۲۰ | ۳/۶۲۹ | ۴۱/۴۷ | ۴/۱۳۸ |
| | پس‌آزمون | ۳۳/۸۷ | ۲/۲۹۵ | ۳۷/۴۷ | ۴/۳۰۷ | ۴۲/۴۰ | ۳/۵۲۱ |
| | پیگیری | ۳۱/۸۷ | ۳/۰۴۴ | ۳۸/۶۷ | ۴/۰۶۵ | ۴۳/۲۷ | ۳/۷۵۱ |



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **تنظیم هیجانی انطباقی** | پیش‌آزمون | ۱۴/۰۷ | ۱/۹۴۴ | ۱۴/۶۷ | ۲/۲۵۷ | ۱۴/۵۳ | ۱/۸۰۷ |
| | پس‌آزمون | ۲۳/۳۳ | ۴/۳۷۰ | ۱۸/۰۷ | ۳/۵۳۵ | ۱۴/۶۰ | ۲/۰۶۳ |
| | پیگیری | ۲۱/۵۳ | ۳/۸۱۵ | ۱۸/۳۳ | ۳/۰۸۶ | ۱۴/۷۳ | ۲/۴۹۲ |

در جدول ۳ میانگین نمرات رفتارهای خوردن و تنظیم هیجان به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود؛ که بیانگر آن است بین میانگین رفتارهای خوردن و تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت وجود دارد و بین پس‌آزمون با پیگیری نیز تا حدودی تفاوت وجود دارد؛ جهت بررسی معناداری آماری این مقدار تفاوت از روش‌های آماری مناسب استفاده می‌شود. فرض نرمال بودن بر أساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف و مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا بر أساس آزمون لوین تایید شدند. به منظور بررسی برابری همگنی کوواریانس از آزمون کرویت موچلی استفاده شد که نشان داد سطوح معناداری حاصل از این آزمون در کم‌خوری هیجانی، بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و تنظیم هیجان انطباقی از ۰/۰۵ بزرگتر بوده و مفرضه همگنی کوواریانس‌ها را زیر سوال نبرده است اما در سایر مولفه‌ها کوچکتر از ۰/۰۵ بوده و می‌توان گفت مفروضه مذکور رعایت نشده است. بنابراین در خروجی تحلیل واریانس به اندازه‌گیری مکرر نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

**جدول۴- خلاصه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تفاوت‌های درون‌گروهی و بین گروهی رفتارهای خوردن و تنظیم هیجان**

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری‌سطح | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **پاسخ به غذا** | اثر زمان | ۳۱۰.۶۹۵ | ۱.۴۶۹ | ۲۱۱.۵۶۱ | ۵۱.۰۵ | .۰۰۰ | .۵۴ |
| | تعامل زمان* گروه | ۲۰۷.۷۶۶ | ۲.۹۳۷ | ۷۰.۷۳۷ | ۱۷.۰۶ | .۰۰۰ | .۴۴ |
| | اثر گروه | ۵۶۴.۲۰۵ | ۲ | ۲۸۲.۱۰۲ | ۱۴.۲۰ | .۰۰۰ | .۴۰ |
| **لذت از غذا** | اثر زمان | ۳۴.۷۷۰ | ۱.۴۷۲ | ۲۳.۶۱۴ | ۱۶.۸۳ | .۰۰۰ | .۲۸ |
| | تعامل زمان* گروه | ۱۸.۴۷۴ | ۲.۹۴۵ | ۶.۲۷۳ | ۴.۴۷ | .۰۰۷ | .۱۷ |
| | اثر گروه | ۱۴.۶۸۱ | ۲ | ۷.۳۴۱ | .۵۰ | .۶۰ | .۰۲ |
| **تمایل به نوشیدنی‌های شیرین** | اثر زمان | ۱۶۹.۷۹۳ | ۱.۲۶۴ | ۱۳۴.۳۵۱ | ۶۰.۵۴ | .۰۰۰ | .۵۹ |
| | تعامل زمان* گروه | ۹۳.۰۹۶ | ۲.۵۲۸ | ۳۶.۸۳۲ | ۱۶.۵۹ | .۰۰۰ | .۴۴ |
| | اثر گروه | ۸۸.۹۴۸ | ۲ | ۴۴.۴۷۴ | ۴.۹۹ | .۰۱۱ | .۱۹۲ |
| **پاسخ‌های سیری** | اثر زمان | ۴۴.۳۱۱ | ۱.۶۷۳ | ۲۶.۴۸۸ | ۱۲.۴۱ | .۰۰۰ | .۲۲ |
| | تعامل زمان* گروه | ۴۹.۷۷۸ | ۳.۳۴۶ | ۱۴.۸۷۸ | ۶.۹۷ | .۰۰۰ | .۲۴ |
| | اثر گروه | ۱۶۱.۳۷۸ | ۲ | ۸۰.۶۸۹ | ۷.۰۶ | .۰۰۲ | .۲۵ |
| **آهستگی در خوردن** | اثر زمان | ۶۲.۹۹۳ | ۱.۵۲۸ | ۴۱.۲۲۵ | ۲۲.۴۸ | .۰۰۰ | .۳۴ |
| | تعامل زمان* گروه | ۶۸.۰۳۰ | ۳.۰۵۶ | ۲۲.۲۶۱ | ۱۲.۱۴ | .۰۰۰ | .۳۶ |
| | اثر گروه | ۶۷.۳۹۳ | ۲ | ۳۳.۶۹۶ | ۳.۶۸ | .۰۳۴ | .۱۴ |
| **ایرادگیری از غذا** | اثر زمان | ۹۳.۱۷۰ | ۱.۴۱۹ | ۶۵.۶۷۹ | ۲۷.۸۰ | .۰۰۰ | .۳۹ |
| | تعامل زمان* گروه | ۵۶.۷۴۱ | ۲.۸۳۷ | ۱۹.۹۹۹ | ۸.۴۶۵ | .۰۰۰ | .۲۸ |
| | اثر گروه | ۲۳۴.۰۵۹ | ۲ | ۱۱۷.۰۳۰ | ۱۰.۱۷ | .۰۰۰ | .۳۲ |
| | اثر زمان | ۱۴.۳۲۶ | ۲ | ۷.۱۶۳ | ۱۱.۶۸ | .۰۰۰ | .۲۱ |
| | تعامل زمان* گروه | ۱۷.۴۹۶ | ۴ | ۴.۳۷۴ | ۷.۱۳ | .۰۰۰ | .۲۵ |



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| کم‌خوری هیجانی | اثر گروه | ۲۱.۵۷۰ | ۲ | ۱۰.۷۸۵ | ۱.۴۲ | .۲۵۱ | .۰۶۴ |
| نمره کل | اثر زمان | ۴۱۴۸.۲۰۵ | ۱.۶۳۴ | ۲۵۳۹.۳۱۷ | ۲۱۴.۲۷ | .۰۰۰ | .۸۳ |
| رفتارهای | تعامل زمان* گروه | ۲۶۰۲.۸۹۵ | ۳.۲۶۷ | ۷۹۶.۶۷۹ | ۶۷.۲۲ | .۰۰۰ | .۷۶ |
| خوردن | اثر گروه | ۵۳۲۱.۳۵۵ | ۲ | ۲۶۶۰.۶۷۸ | ۲۶.۳۰ | .۰۰۰ | .۵۵ |
| بی‌ثباتی | اثر زمان | ۵۴۳.۳۰۴ | ۲ | ۲۷۱.۶۵۲ | ۷۳.۱۲ | .۰۰۰ | .۶۳ |
| هیجانی | تعامل زمان* گروه | ۶۹۲.۶۵۲ | ۴ | ۱۷۳.۱۶۳ | ۴۶.۶۱ | .۰۰۰ | .۶۸ |
| | اثر گروه | ۸۵۹.۴۳۷ | ۲ | ۴۲۹.۷۱۹ | ۱۴.۰۴ | .۰۰۰ | .۴۰ |
| تنظیم | اثر زمان | ۴۴۳.۷۹۳ | ۲ | ۲۲۱.۸۹۶ | ۴۷.۳۰ | .۰۰۰ | .۵۳ |
| هیجانی | تعامل زمان* گروه | ۳۰۵.۵۴۱ | ۴ | ۷۶.۳۸۵ | ۱۶.۲۸ | .۰۰۰ | .۴۳ |
| انطباقی | اثر گروه | ۴۹۴.۷۷۰ | ۲ | ۲۴۷.۳۸۵ | ۱۴.۸۰ | .۰۰۰ | .۴۱ |

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج ازمون تحلیل واریانس در بخش دورن گروهی بیانگر آن است که تاثیر عامل زمان در متغیر رفتارهای و مولفه‌های ان شامل پاسخ به غذا، لذت از غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، پاسخ‌های سیری، اهستگی در خوردن، ایرادگیری از غذا، کم‌خوری هیجانی، بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی انطباقی در گروه‌های موردمطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است به عبارت دیگر، رفتارهای خوردن و بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی از جلسه‌ی پیش ازمون تا جلسه‌ی پیگیری کاهش معنی‌داری نشان داده است و تنظیم هیجانی انطباقی افزایش معنی‌دار نشان داده است. اما بین میانگین نمران لذت از غذا، کم‌خوری هیجانی، بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی انطباقی سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد . با توجه به معنادار شدن F انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به نظر میرسد، بنابراین از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه کنترل و مقایسه دوبه‌دو میانگین‌ها در مراحل مختلف آزمون استفاده شد و نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

**جدول ۵ – مقایسه دوبه‌دو با آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه گروه‌ها**

| گروه‌ها← | ذهنی‌سازی ـ رابطه والد- کودک | | ذهنی‌سازی ـ کنترل | | رابطه والد- کودک ـ کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| متغیر | تفاوت میانگین‌ها | Sig | تفاوت میانگین‌ها | Sig | تفاوت میانگین‌ها | Sig |
| پاسخ به غذا | -۰/۳۳ | ۱/۰۰ | -۴/۴۹ | ۰/۰۰۱ | -۴/۱۶ | ۰/۰۰۱ |
| تمایل به نوشیدنی‌های شیرین | -۰/۲۲ | ۱/۰۰ | -۱/۸۲ | ۰/۰۱ | -۱/۶۰ | ۰/۰۴ |
| پاسخ های سیری | ۱/۶۸ | ۰/۰۶ | -۰/۹۵ | ۰/۵۶ | -۲/۶۴ | ۰/۰۰۲ |
| آهستگی در خوردن | -۰/۲۸ | ۱/۰۰ | -۱/۶۲ | ۰/۰۴ | -۱/۳۳ | ۰/۱۲ |
| ایرادگیری از غذا | ۱/۱۱ | ۰/۳۸ | -۲/۰۶ | ۰/۰۱۸ | -۳/۱۷ | ۰/۰۰۱ |
| نمره کل رفتارهای خوردن | ۱/۲۸ | ۱/۰۰ | -۱۲/۶۲ | ۰/۰۱۸ | -۱۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی هیجانی | -۳/۲۴ | ۰/۰۲ | -۶/۱۷ | ۰/۰۰۱ | -۲/۹۳ | ۰/۰۴ |
| تنظیم هیجانی انطباقی | ۲/۲۸ | ۰/۰۳ | ۴/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۲/۴۰ | ۰/۰۲ |



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

مقایسه دو به دوی گروه‌ها (جدول ۵) نشان می‌دهد، بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در رفتارهای خوردن و مولفه‌های پاسخ به غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، پاسخ های سیری، آهستگی در خوردن و ایرادگیری از غذا تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵) اما بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با گروه کنترل در رفتارهای خوردن و مولفه‌های پاسخ به غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، آهستگی در خوردن و ایرادگیری از غذا و بین گروه‌های درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک با گروه کنترل در رفتارهای خوردن و مولفه‌های پاسخ به غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، پاسخ های سیری و ایرادگیری از غذا تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به کاهش رفتارهای خوردن در کودکان مضطرب شده است. همچنین در بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی انطباقی، بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵) و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موثرتر از درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در بی‌ثباتی/منفی-گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی انطباقی است. همچنین بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک با گروه کنترل در مولفه‌های تنظیم هیجان تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به کاهش بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و افزایش تنظیم هیجانی انطباقی در کودکان مضطرب شده است.

**جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه مراحل آزمون**

| مراحل← | پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون | | پیش‌آزمون- پیگیری | | پس‌آزمون- پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **متغیر** | تفاوت میانگین‌ها | Si g | تفاوت میانگین‌ها | Si g | تفاوت میانگین‌ها | Si g |
| **پاسخ به غذا** | ۲/۹۶ | ۰/۰۰۱ | ۳/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ | ۰/۲۰ |
| **لذت از غذا** | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۱ | ۱/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ | ۰/۳۸ |
| **تمایل به نوشیدنی‌های شیرین** | ۰/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۲/۳۳ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۸ | ۱/۰۰ |
| **پاسخ های سیری** | ۱/۰۸ | ۰/۰۰۱ | ۱/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ | ۱/۰۰ |
| **آهستگی در خوردن** | ۱/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۳ | ۱/۰۰ |
| **ایرادگیری از غذا** | ۱/۶۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۷ | ۰/۹۴ |
| **کم خوری هیجانی** | ۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۵ | ۰/۹۸ |
| **نمره کل رفتارهای خوردن** | ۱۱/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۱۲/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۱/۳۰ | ۰/۰۳ |
| **بی‌ثباتی/ منفی‌گرایی هیجانی** | ۴/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۴/۲۴ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۲۲ | ۱/۰۰ |
| **تنظیم هیجانی انطباقی** | -۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ | -۳/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۳ | ۱/۰۰ |

با توجه به جدول ۶ در نمره کل رفتارهای خوردن بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵) در نتیجه می‌توان گفت که میزان مشکلات در رفتارهای خوردن، به‌طور معناداری کاهش پیداکرده است و این کاهش به‌مرور زمان پایدار مانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد در پاسخ به غذا، لذت از غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، پاسخ های سیری، آهستگی در خوردن، ایرادگیری از غذا و کم خوری هیجانی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵) اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). در نتیجه می‌توان گفت که میزان رفتارهای خوردن در مولفه‌های پاسخ به غذا، لذت از غذا، تمایل به نوشیدنی-های شیرین، پاسخ های سیری، آهستگی در خوردن، ایرادگیری از غذا و کم خوری هیجانی به‌طور معناداری کاهش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرور زمان ثابت مانده است. همچنین مقایسه دو به دوی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد، در بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

انطباقی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵) اما بین پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه می‌توان گفت که بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی به‌طور معناداری کاهش و تنظیم هیجانی انطباقی به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است و این تغییرات به‌مرور زمان ثابت مانده است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌ساری (MBT) و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (PCIT) بر تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن کودکان مضطری بود. یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که، بین تنظیم هیجان کودکان مضطرب در گروه‌های موردمطالعه در سه‌مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد به صورتی که بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی به‌طور معناداری کاهش و تنظیم هیجانی انطباقی به‌طور معناداری افزایش پیداکرده است. همچنین در بخش بین‌گروهی تفاوت میانگین بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی انطباقی در سه گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک و کنترل معنی‌دار است و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به کاهش بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و افزایش تنظیم هیجانی انطباقی در کودکان مضطرب شده است و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موثرتر از درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی و تنظیم هیجانی انطباقی کودکان مضطرب است. این یافته همسو با پژوهش‌های بشرپور و عینی (۱۳۹۹)، گریفیث و همکاران (۲۰۱۹) که بیانگر تاثیر ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان بودند. مازر (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک ممکن است بر توانایی های تنظیم هیجان کودکان تأثیر مثبت بگذارد.

تحقیقات نشان داده است که رابطه والد-کودک و شیوه های خاص فرزندپروری نقش کلیدی در رشد توانایی های تنظیم هیجانی کودکان دارد . درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک به والدین می آموزد که در شیوه هایی شرکت کنند (به عنوان مثال، فرزندپروری مداوم و مقتدر) که اعتقاد بر این است که تنظیم هیجان سازگارانه را در کودکان تقویت می کند (مازر، ۲۰۲۳). از طرف دیگر یک ظرفیت ذهنی خوب به مادر کمک می کند تا افکار، احساسات و رفتارهای خود و کودک را درک کنند. در زمینه تنظیم هیجان، ذهنی سازی به مادر کمک می کند تا نیاز به تنظیم را تشخیص دهد، به او کمک کند تا راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب و سازگار را انتخاب کند. به این دلایل، این فرضیه مطرح شده است که ذهنی‌سازی ممکن است تنظیم خوب را تسهیل کند و بنابراین پاسخ انعطاف پذیری را در حضور عوامل استرس زا ممکن می کند (مارتین، ۲۰۲۲).

یافته‌ی دیگر پژوهش بیانگر آن بود که، تفاوت بین رفتارهای خوردن در گروه‌های موردمطالعه در سه‌مرحله اندازه‌گیری معنادار است به صورتی که میزان مشکلات در رفتارهای خوردن به طور کلی، به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این کاهش به‌مرور زمان پایدار مانده است. از طرف دیگر بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک در رفتارهای خوردن و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با گروه کنترل در رفتارهای خوردن و مولفه-های پاسخ به غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، آهستگی در خوردن و ایرادگیری از غذا و بین گروه‌های درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک با گروه کنترل در رفتارهای خوردن و مولفه‌های پاسخ به غذا، تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، پاسخ های سیری و ایرادگیری از غذا تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی-سازی و درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به کاهش مشکلات رفتارهای خوردن در کودکان مضطرب شده است. این یافته همسو با پژوهش‌های لیون و همکاران (۲۰۲۲)،



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

عدیلی و همکاران (۱۴۰۱)، شیرینی بناب و همکاران (۱۳۹۸) می‌باشد .

درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک_ به عنوان یک مکانیسم کلیدی برای تغییر رفتار کودک تاکید می کند. با توجه به تمرکز آن بر ترویج والدین گرم و پاسخگو، درمان تعاملی والد-کودک ممکن است در واقع مداخله مناسبی برای رسیدگی به رفتارهای غذایی چالش برانگیزتر کودکان باشد (لیون و همکاران، ۲۰۲۲). نشان داده شده است که شیوه های تغذیه سالم را در کودکان ترویج می کند و در برابر آن ها محافظت می کند. والدین پاسخگو انواع مختلفی از غذاهای مناسب برای رشد را فراهم می کنند و کودک تصمیم می گیرد که چه مقدار و نوع غذایی که می خواهد را بدون فشار یا اجبار بخورد (لیون و همکاران، ۲۰۲۲). شیوه های تغذیه پاسخگو در نهایت باعث رشد مهارت های خودتنظیمی کودک و دریافت غذای مرتبط می شود و در نتیجه از افزایش وزن اضافی جلوگیری می کند (باکشتر و همکاران، ۲۰۲۲). در مقابل، راهبردهای فرزندپروری که شامل سطوح بالایی از کنترل است با مصرف غذای ناسالم کودکان، امتناع از غذا، و سایر رفتارهای غذایی مزاحم مرتبط است. والدینی که درگیر بهزیستی کودک هستند، استرس‌های زمینه‌ای زیادی را تجربه می‌کنند (مانند فقر، ناامنی غذایی، بی‌ثباتی مسکن و هرج و مرج خانگی) که آنها را در برابر استفاده از رفتارهای تغذیه اجباری و غیرواکنش آسیب‌پذیر می‌کند(لیون و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین کیفیت رابطه اهداف مهمی برای تقویت تغذیه سالم دارد.

بر اساس یافته های این مطالعه، ارتباط سالم بین والدین و فرزندانشان ممکن است تنش را در روابط بین آنها کاهش دهد که ممکن است سطح استرس کودکان را کاهش دهد. علاوه بر این، فرزندان والدینی که محدودیت‌های مناسبی را تعیین می‌کنند، احساس امنیت و اطمینان بیشتری می‌کنند و بنابراین می‌توانند رفتارهای سالمی داشته باشند (ایریو و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، رابطه والد-کودک، به‌ویژه مهارت‌های ارتباطی و محدود کردن والدین، ممکن است یک مؤلفه مهم مداخله‌ای برای بهبود رفتارهای غذایی ناسالم کودکان در خانواده‌هایی با سطح استرس والدینی بالا باشد.

بنابراین، توسعه بیشتر برنامه های مداخله ای برای تقویت رابطه والدین-کودک برای بهبود رفتارهای غذایی کودکان مفید خواهد بود.

زمینه رفتارهای خوردن، ذهنی‌سازی مادران نقشی محوری دارد. مدل ذهنی سازی رشدی نشان می دهد که نقص در توانایی مادران برای تعمق در مورد تجربه عاطفی فرزندش و سپس انعکاس کافی تجربه عاطفی به کودک، ممکن است منجر به ناتوانی کودک در درک دنیای درونی خود شود که به نظر می رسد منجر به توسعه علائم اختلال خوردن به عنوان یک وسیله مشخص برای تنظیم هیجانی است (اسکاردرود و فوناگی، ۲۰۱۲). افزایش سطح ذهنی‌سازی والدین با فرزندپروری کافی و حساس تر، افزایش احتمال انتقال دلبستگی ایمن و ارتقای خودتنظیمی در کودکان مرتبط بود. در مقابل، کمبود ذهنی‌سازی والدین با نتایج کمتر مطلوبی مانند مشکلات در توانایی والدین برای تنظیم پریشانی کودک نوپا و نرخ بالاتر رفتارهای بیرونی در میان کودکان مرتبط بود. علاوه بر این، مطالعات انتقال بین نسلی توانایی های ذهنی را از والدین به کودک نشان داده اند و یک همبستگی مثبت بین ذهنی‌سازی والدین و رفتار خوردن کودک پیدا کرده اند (اینسیک و همکاران، ۲۰۱۵).

یک محدودیت پژوهش مربوط به روایی بیرونی بود چراکه جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی مادران کودکان مضطرب شرکت پالایش نفت شهر بندرعباس بودند. همچنین جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش بر اساس مقیاس‌های پرسشنامه بود. بنابراین پشنهاد می‌شود از مداخلات انجام شده در این پژوهش جهت آموزش به دیگر سنین و پدران آنها انجام و در قالب طرح‌های پژوهشی، فرایندهای مختلف این دو رویکرد را مورد بررسی قرار دهند و در پژوهش‌های آتی از مصاحبه و مشاهده به‌جای ابزار خود گزارشی استفاده گردد. همچنین با توجه به اثربخشی و تاثیرگذاری این دو رویکرد بر رفتارهای خوردن و تنظیم هیجان کودکان مضطرب پیشنهاد می‌شود با تدوین برنامه-هایی جهت آگاهی دادن به والدین در زمینه مشکلات کودکان مضطرب در زمینه‌های تنظیم هیجان و رفتارهای خوردن و تاثیر آنها در شکل گیری رفتار و شخصیت آنان و



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

شناسایی متغیرهای مرتبط با آن و سعی در ارتقاء این متغیرها تا نهایتاً با افزایش کیفیت و رضایت از زندگی در فضایی توام با آرامش و اعتماد، مشکلات کودکان نیز بهبود یابند همچنین این نوع از درمان‌ها مناسب است که این روش درمانی در مراکز آموزشی در کشور جهت کنترل کودکان مضطرب مورد استفاده قرار گیرد.

. **Refrences:**


Abbasi, N., Dehghani, A., Ghamarani, A., & Abedi, M. R. (2022). The Effect of Mentalization-based Treatment (MBT) on Sluggish Cognitive Tempo and Clinical Syndrome (Symptoms) in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, *11*(5), 692-703. [Persian]

Adili, S., Rayisi, Z., & Ghasemi, N. (2022). The Effectiveness of online intervention of fillial therapy on preschool Children's Eating Behavior. *Journal of Educational Psychology Studies*, *19*(45), 54-42. [Persian]

Baltalı O (2017). Eating Problems in Early Childhood. Child health follow-up in the first five years. Gökçay G, Beyazova U (ed): *Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul*. 405-416.

Basharpoor S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. Shefaye Khatam 2020; 8 (3) :10-19. [Persian]

Bjørseth, Å., & Wichstrøm, L. (2016). Effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. *PloS one*, *11*(9), e0159845

Byrne, G., Murphy, S., & Connon, G. (2020). *Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 135910452092068.*

Cifuentes, L., Campos, A., Silgado, M. L. R., Kelpin, S., Stutzman, J., Hurtado, M. D., ... & Acosta, A. (2022). Association between anxiety and eating behaviors in patients with obesity. *Obesity Pillars*, 3, 100021.

Daniels, L.A., (2019). Feeding Practices and Parenting: A Pathway to Child Health and Family Happiness. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 74(2),29–42.

Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N.(2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: an initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. Br J Dev Psychol.;33(2):203–17.

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2017). Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. Psychiatry Research, 257, 361-366

Erdem, E., Efe, Y. S., & Özbey, H. (2023). A predictor of emotional eating in adolescents: Social anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 43, 71-75.

Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. (2020).The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. Behav Sci (Basel).;10(4):7

Esmailian, N., Dehghani, M., & Fallah, S. (2016). Evaluating the Psychometric Features of Emotion Regulation Checklist (ERC) in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Achievements*, *2*(1), 15-34. [Persian]

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Routledge.




[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

Gökalp, C., & Yıldız, S. (2021). Eating Behaviors in Early Childhood (1-5 Years) and Their Association With Sociodemographic Characteristics in Turkey. Cureus, 13(8), e16876-e16876.

Gökalp, C., & Yıldız, S. (2021). Eating Behaviors in Early Childhood (1-5 Years) and Their Association With Sociodemographic Characteristics in Turkey. Cureus, 13(8), e16876-e16876.

Golombek, K., Lidle, L., Tuschen-Caffier, B., Schmitz, J., & Vierrath, V. (2020). The role of emotion regulation in socially anxious children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 1479-1501..

Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, *19*, 1-13.

Haghyesh, SA., Babakhanlou, A., Moradimanesh, F., &Dehghani, A. (۲۰۲۳). Presenting Structural Model of Emotional Eating in People with Obesity based on Self-Regulation with the Mediating Role of Emotional Processing. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, *2*(2), 30-40. [Persian]

Hannesdóttir, D. K., & Ollendick, T. H. (2017). Emotion regulation and anxiety: Developmental psychopathology and treatment. *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*, 154-170.

Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Patras, J., Martinsen, K., Hjemdal, O., Neumer, S. P., ... & Reinfjell, T. (2018). Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8–12 years: does parental gender play a differentiating role?. *BMC psychology*, 6(1), 1-11.

Luo, R., Tamis-LeMonda, C. S. & Song, L. (2013). Chinese parents' goals and practices in early childhood. Early Childhood Research Quarterly, 28(4), 843- 857

Lyons, E. R., Nekkanti, A. K., Funderburk, B. W., & Skowron, E. A. (2022). Parent–Child Interaction Therapy Supports Healthy Eating Behavior in Child Welfare-Involved Children. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(17), 10535.

Martin, E. A. (2022). Mentalization, emotion regulation and daily wellbeing in help seeking adolescents: an experience sampling method study.

Mazzer, C. (2023). Examining the Impact of Standard Parent-Child Interaction Therapy on Children's Emotion Regulation. Hofstra University.

Melfsen, S., Jans, T., Romanos, M., & Walitza, S. (2022). Emotion regulation in selective mutism: A comparison group study in children and adolescents with selective mutism. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 710-715.

Mirzay Razaz J, Mohebi Z, Haji Faraji M, Houshiarrad A, Eini-Zinab H, Agah Haris M. The association between depression, anxiety, stress and dietary behavior in female students. Tehran Univ Med J 2019; 76 (10) :672-677. [Persian]

Parezanović, C. S. M. (2023). Transgenerational transmission of psychological trauma (Doctoral dissertation, University of Zagreb. School of Medicine).

Pezeshki P, Doos Ali Vand H, Aslzaker M. Psychometric properties of children's emotional regulation checklist in preschool children in Tehran. Zanko J Med Sci 2021; 22 (74) :36-49. [Persian]



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]

Phillips, S., & Mychailyszyn, M. (2021). A review of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Applications for youth anxiety. *Children and Youth Services Review*, *125*, 105986.

Pirnia B, Rasoulzadeh Tabatabaei S K, Pirkhaefi A, Soleimani A. Comparison of the Effectiveness of Two Cognitive-Behavioral and Mother-Child Interactive Therapies on Anxiety of Children With Under-Methadone Treatment Mother. IJPCP 2017; 23 (2) :136-147. [Persian]

Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345– 365.

Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.

Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL.(2016). The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. ;00:1–14.

Shafietabar M, Akbari Chermahini S, Molaei Yasavoli M. Factorial Structure and Psychometric Properties of the Emotion Regulation Checklist – Parent Form. J Child Ment Health 2020; 7 (3) :80-95. [Persian]

Sharma, T., & Ayyub, S. (222). *Impact of Mentalization Based Treatment in Emotional Eating Behaviour*.

Shirini Bonab M, Seyed Mousavi P S, Panaghi L. Comparison of the Effect of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) and Parent Management Training (PMT) on Nutritional Problems in children 3 to 6 years. J Child Ment Health 2020; 6 (4) :85-96. [Persian]

Skarderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (pp. 347–384). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Weiss, J. A., Riosa, P. B., Mazefsky, C. A., Beaumont, R., Essau, C. A., LeBlanc, S., & Ollendick, T. H. (2017). Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents. CA Essau, SS LeBlanc, & TH Ollendick, *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*, 235-258.

Wu, D., Chen, S., Lin, S., Huang, R., Li, R., Huang, Y., ... & Li, X. (2023). Eating behavior-mediated association between attention deficit hyperactivity disorder and body fat mass. *Heliyon*, 9(3).



[ Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28 ]