



The effectiveness of online intervention of filial therapy on preschool children's eating behavior

Shahrzad Adili¹ | Zohreh Raeisi² | Neda Ghasemi³

1. **Corresponding Author**, Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran. **E-mail:** shahnameh_10@yahoo.com
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad, Branch, Najafabad, Iran. **E-mail:** z.tadbir@yahoo.com
3. Ph.D. student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University. **E-mail:** ghasemi.ne@fh.lu.ac.ir

Article Info

Article Type:
Research Article

Received Date:
10 November 2021

Received in Revised From:
08 January 2022

Accepted Date:
13 June 2022

Published Online:
21 June 2022

Keywords:

Filial Therapy, Eating Behavior,
Preschool Children

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of online intervention of play therapy training based on the parent-child relationship on children's eating behaviors. The present study was a quasi-experimental study with a pretest, posttest design with experimental and control groups. The statistical population of the study included all preschool children referred to counseling centers in Isfahan, from which 30 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental (15 people) and control groups (15 people). The experimental group underwent an 8-session play therapy based on parent-child relationships in the manner of 1-hour weekly group sessions and the control group did not receive any intervention. The research tool was a questionnaire on children's eating behaviors (vardel et al, 2001). The results showed that filial therapy improved the dimensions of food objection, food enjoyment, emotional overeating, and emotional undereating of the child ($p < 0/05$). According to the research results, it can be said that play therapy intervention based on parent-child relationships has the necessary efficiency and effectiveness in improving the dimensions of child eating behaviors.

Cite this article: Adili, Sh., Raeisi, Z., & Ghasemi, N. (2022). The effectiveness of online intervention of filial therapy on preschool children's eating behavior. *Journal of Educational Psychology Studies*, 19(45), 42-54.

DOI: 10.22111/JEPS.2022.6724



اثربخشی مداخله‌ی آنلاین بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک (فیلیال تراپی) بر رفتار خوردن کودکان پیش‌دبستانی

شهرزاد عدیلی^۱ | زهره ریسی^۲ | ندا قاسمی^۳

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، نجف‌آباد، ایران. رایانامه: shahnameh_10@yahoo.com
۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، نجف‌آباد، ایران. رایانامه: z.tadbir@yahoo.com
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران. رایانامه: mailto:ghasemi.ne@fh.lu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد کودک بر رفتارهای خوردن کودکان انجام شد. پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران و کودکان پیش‌دبستانی با تشخیص اختلالات خوردن بود که به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از میان آنان تعداد ۲۴ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله آنلاین ۸ جلسه‌ای بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک به شیوه جلسات گروهی هفتگی ۱ ساعت قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه رفتار خوردن کودکان (واردل و همکاران، ۲۰۰۱) بود. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در ابعاد رفتار خوردن وجود دارد ($p < 0/05$). نتایج حاکی از آن بود که مداخله بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک باعث بهبود ابعاد ابرادگیری از غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی و کم‌خوری هیجانی کودک شده است. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان از مداخله بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک در بهبود ابعاد رفتارهای خوردن کودک در کنار سایر گزینه‌های درمانی استفاده کرد.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۹	
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸	
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۳	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱	
واژگان کلیدی: بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، رفتار خوردن، کودکان پیش‌دبستانی	

استناد به این مقاله: عدیلی، شهرزاد؛ ریسی، زهره و ندا، قاسمی. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله‌ی آنلاین بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک (فیلیال تراپی) بر رفتار خوردن کودکان پیش‌دبستانی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۹(۴۵)، ۴۲-۵۴.

DOI: 10.22111/JEPS.2022.6724

مقدمه

رفتار خوردن در کودکان، پدیده پیچیده‌ای است که در برگیرنده ترجیحات غذایی، اشتها، واکنش‌های عاطفی به غذا و تنظیم درونی میزان خوردن از طریق پیام‌های سیری و گرسنگی است (دانیلز^۲، ۲۰۱۹). رفتارهای مشکل‌آفرین در غذا خوردن کودکان شامل خوردن بسیار انتخابی، اجتناب از غذا، بسیار آهسته خوردن و رفتارهای قشقرق و منفی‌گرایانه (نوبانی و وینر^۳، ۲۰۱۹) است که در نتیجه‌ی عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روان‌شناختی ایجاد می‌شوند (جورکلند، بلسکی، ویچستروم و استینبک^۴، ۲۰۱۸). به طور کلی عادت‌های خوردن و تمایل به غذا در اوایل کودکی کسب می‌شوند و نمایانگر ویژگی‌های رفتاری است که ممکن است در طول زمان بر اساس تجارب شخصی تغییر کنند (کارنل و واردن^۵، ۲۰۰۸). به علاوه عادت‌های خوردن و محرک‌های اجتماعی روی مقدار و نحوه عادات غذایی تأثیر می‌گذارند (سانچز، ویستاوب، سانتوس، کوروالان^۶، ۲۰۱۶).

مشکل و اختلال در رفتار خوردن در اوایل کودکی یک مشکل شایع کودکان است. (مارتین، سامی، میکدادی، صلاح و سلیمان^۷، ۲۰۱۵). برآورد شیوع مشکلات تغذیه‌ای به طرز نگران‌کننده‌ای زیاد است، تخمین زده می‌شود که در حدود ۲۵-۴۵٪ کودکان در جمعیت عمومی، تقریباً در یک سوم کودکان دارای ناتوانی در رشد و در ۸۰ درصد کسانی که دچار عقب‌ماندگی ذهنی شدید یا عمیق هستند (سیلورمن^۸، ۲۰۱۵)، مشکلات مربوط به تغذیه وجود داشته باشد. به طور کلی، کودکان کوچک‌تر نسبت به بزرگ‌ترها مشکلات تغذیه‌ای بیشتری دارند. با این حال، روند کلی این است که مشکلات تغذیه‌ای درمان نشده با گذشت زمان ادامه یابد. برخی تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که مشکلات تغذیه‌ای ممکن است در نوجوانی و بزرگسالی به اختلالات خوردن تبدیل شود (سیلورمن، ۲۰۱۵) در نتیجه مداخله زودهنگام مهم است. درمان رفتارها و مشکلات خوردن کودکان به طور کلی ممکن است از بروز مشکلات جدی‌تری در تغذیه جلوگیری کند (گرین و همکاران، ۲۰۱۵). جانکویرا^۹ (۲۰۱۷) شش زمینه برای درمان کودکان با مشکلات غذا خوردن پیشنهاد می‌کند؛ شناسایی و درمان علل ارگانیک، آموزش والدین آن‌ها، حمایت عاطفی از مادران، رشد طبیعی برای دنباله یادگیری عاطفی، اطمینان از مهارت و راحتی هنگام داشتن غذا و استراتژی‌های بازیگوشانه برای آوردن غذا به برنامه روزمره کودک. همه این موارد اهمیت پیوند والدین و توجه و در دسترس بودن آن‌ها را برای کودک یادآوری می‌کند. شکل‌گیری

1. eating behavior
2. Daniels
3. Nembhwani, & Winnier
4. Bjørklund, Belsky, Wichstrøm, Steinsbekk
5. Carnell, Wardle
6. Sanchez, Weisstaub, Santos, Corvalán
7. Green, Samy, Miqdady, Salah, Sleiman
8. Silverman
9. Junqueira

یک علامت ارگانیک، مانند انزجار یا امتناع از غذا، می‌تواند به عنوان پاسخ کودک به دلیل عدم رضایت او در رابطه با تعامل با مادرش درک شود (میرندا و فلچ^۱، ۲۰۱۹؛ دنولی^۲، ۲۰۱۱؛ فلیسیانو و سوزا^۳، ۲۰۱۱).

تعامل والد-کودک^۴ یک پدیده پیچیده و چند بعدی است و در اثر تعامل عوامل کلیدی متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوه مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی و خویشتن‌داری، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتمادبه‌نفس و خوش‌فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، کیفیت روابط والد-کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک، شکل می‌گیرد (پورمحمدرضای تجریشی، عاشوری، افروز، ارجمندیان و غباری بناب، ۱۳۹۴). در دوران کودکی، والدین و همچنین رابطه والد-کودک از مهمترین عوامل مؤثر بر رشد ابعاد تحول روانی اجتماعی محسوب می‌شود (خدابخشی کولایی، شاهی، نویدیان و مصلی نژاد، ۲۰۱۵) و روابط والدین و فرزندان و کیفیت زندگی خانواده، اصلی اساسی برای سلامت کودکان است (زارع بهرام‌آبادی، زهراکار، بروجردی، محمدی فر، ۱۳۹۲).

از سویی چالش در تعامل والد-فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد (لاینگ، مک ماهون، آنگرر، تایلور، باداوی و اسپنس^۵، ۲۰۱۰). بهبود کیفیت تعامل والد کودک، با کاهش مشکلات رفتاری کودک و افزایش رفتارهای موافق اجتماعی، بهبود مهارت‌های فرزند پروری از جمله نظم و انضباط قاطعانه و کاهش استرس و تنیدگی والدینی همراه است (داموداران^۶، ۲۰۱۳).

بنابراین، با توجه به اهمیت ارتقا فضاهای بیان عاطفی در طول درمان کودک، طراحی و ارائه مداخلاتی در مراقبین کودکان با مشکلات تغذیه‌ای خصوصاً مادران، ضروری است. توجه به این عامل می‌تواند نه تنها در درمان مشکلات تغذیه‌ای کمک کند، بلکه همچنین می‌تواند در کاهش سایر علائم ناسازگار که ممکن است در پشت مشکل تغذیه ظاهر شود، کمک کننده باشد (مولر، مارین و دنولی^۷، ۲۰۱۵). ملو و فریزو^۸ (۲۰۱۷) بیان کرده‌اند که تقویت روابط خانواده و یا مراقب اصلی استراتژی‌های کودک می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد. همچنین، با مدنظر قرار دادن وضعیت و ظرفیت‌های ذهنی، عدم تمرکز حواس و توانایی نگه‌داری و یادداری مطالب و تکنیک‌ها و محتوای جلسات درمانی توسط کودکان، امروزه مداخلات خانواده محور برای مشکلات رفتاری هیجانی و مشکلات خوردن کودکان با استقبال گسترده محققین و متخصصین این حوزه روبرو شده است (رینک^۹، ۲۰۱۷). به طوری که برخی از محققان و اندیشمندان، اختلالات مربوط به خوراک و تغذیه کودکان را در نتیجه بد کارکردی‌های بین فردی می‌دانند (داویس، ساتر، برلین، ساتو، سیلورمن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). برنامه بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک یکی از این روش‌های آموزش والدین است که توسط

1. Miranda & Flach
2. Donelli
3. Feliciano, & Souza
4. Parent-child interaction
5. Laing, McMahon, Ungerer, Taylor, Badawi & et al
6. Damodaran
7. Müller, Marin & Donelli
8. Melo & Frizzo
9. Rienecke
10. Davies, Satter, Berlin, Sato, Silverman & etal

لندرت^۱ (۱۹۹۸) به عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد. بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودک دارد. او به رابطه والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد، بنابراین این فرضیه را ارائه داد که والدین می‌توانند با برقراری جلسات بازی در زندگی خود به عاملان درمانی در زندگی آن‌ها تبدیل شوند (لندرت و براتون^۲، ۲۰۰۶). فیلیال تریبی به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود، این روش از طریق تأثیر بر مهارت‌های فرزند پروری به بهبود روابط والدین و فرزندان می‌انجامد (عاشوری و کریم نژاد، ۲۰۲۱) و از این طریق مشکلات رفتاری، استرس والدینی و اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد (یزدانی پور، عاشوری و عابدی، ۱۳۹۹). هدف این مدل آموزش به والدین و یا به افرادی است که از کودک مراقبت می‌کنند. در مقایسه با سایر مدل‌های بازی درمانی که عمدتاً کودک محور هستند، این مدل به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می‌شود (لندرت و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر فیلیال تریبی بر کاهش رفتارهایی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس در کودکان (ادوارز، لادنر و وایت^۳، ۲۰۰۷) و تعاملات والد-کودک و استرس والدینی می‌باشد (حسن‌زاده، پورحسین، سیاری فرد، میرطلایی، ۱۳۹۵). اثربخشی این شیوه درمانی بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان (مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و محمودی قرایی، ۱۳۸۹)، مهارت‌های اجتماعی هیجانی کودکان (عدیلی، کلانتری و عابدی، ۱۳۹۴)، افزایش پذیرش والدینی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان (توفام، ومپلر، تیتاس و ولینگ^۴، ۲۰۱۱)، بهبود رابطه والد-فرزند، افزایش پذیرش و مهارت‌های والدینی و کاهش استرس والدگری (ونفلت^۵، ۲۰۱۲)، کاهش نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی کودکان (شهینی، داودی، مهرابی زاده و زرگر، ۱۳۹۶)، مشکلات تغذیه‌ای کودکان (کیوانی و همکاران، ۲۰۲۰، سلطانی و فرهادی، ۱۳۹۸) نشان داده شده است. درواقع، همکاری مشترک مراقبان در فرایند درمان، رقابت و ترس میان آن‌ها را به حداقل می‌رساند و در نتیجه‌ی این همکاری، کودکان می‌توانند به درمانگران خود که همان مراقبان هستند اعتماد نموده و با آن‌ها رابطه مبتنی بر دل‌بستگی برقرار نمایند (گیلمارتین و مکمل اوانی^۶، ۲۰۲۰). با توجه به اهمیت تغذیه صحیح و سالم کودکان و نقش آن در رشد و تحول کودک و با توجه به نقش انکارناپذیر تعاملات خانوادگی در رفتار خوردن و مشکلات تغذیه‌ای کودکان و به منظور پیشگیری از سایر مشکلاتی که می‌تواند به سبب این اختلالات در آینده گریبان‌گیر این کودکان شود، درمان مشکلات این کودکان مبتنی بر تعاملات خانوادگی و ارتقای روابط والد کودک باید در اولویت برنامه‌های درمانی، تربیتی و پرورشی جامعه باشد. با توجه به این موارد پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک بر رفتار خوردن کودکان پیش‌دستانی انجام شد.

1 Landreth

2. Landreth & Bratton

3. Edwards, Ladner & White

4. Topham, Wampler, Titus & Rolling

5. Vanfleet

6. Gilmartin & McElvaney

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش کودکان پیش‌دبستانی دارای مشکلات مربوط به رفتار خوردن مراجعه کننده به مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ و مادران آنها بودند. جهت نمونه‌گیری از میان کودکان دارای مشکلات خوردن مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان و مادرانشان، تعداد ۲۴ نفر از آنها که تمایل به همکاری و شرکت در جلسات درمانی را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود برای کودکان شامل وجود اختلالات خوردن (بر اساس مصاحبه تشخیصی و اجرای مقیاس رفتار خوردن کودکان)، محدوده سنی ۴ تا ۶ سال، عدم ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، نداشتن پرونده روان‌پزشکی، همکاری در اجرای پژوهش نیز از جمله معیارهای ورود مادران آنها بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل نقض هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش و نقض در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و عدم شرکت در جلسات درمان بیش از دو جلسه بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت آگاهانه و ذکر هدف از انجام پژوهش به آزمودنی‌ها یادآوری شد اطلاعات مربوط به آنها و کودکانشان محرمانه خواهد ماند و هر زمان که بخواهند می‌توانند جلسات را ترک کنند و شیوه تحلیل و ارائه داده‌های به دست آمده به صورت گروهی و نه فردی و در قالب کار پژوهشی با رعایت حقوق آزمودنی‌ها خواهد بود. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از جلسات درمان با مقیاس‌های رفتار خوردن کودکان مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد.

پرسشنامه‌ی رفتار خوردن کودکان^۱: پرسشنامه رفتارهای خوردن در انگلستان توسط واردل، گاتری،

ساندرسون و راپوپورت^۲ (۲۰۰۱) ساخته شد. این پرسشنامه یکی از جامع‌ترین ابزارها در سنجش رفتارهای خوردن در کودکان سال است که پراکندگی در سبک خوردن را در کودکان می‌سنجد (دشت بزرگی و عسگری، ۱۳۹۶). این پرسشنامه از ۳۵ گویه و هشت زیر مقیاس پاسخ به غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی، مقیاس تمایل به نوشیدنی‌های شیرین، پاسخ‌های سیری، آهستگی در خوردن غذا، بهانه‌گیری در مورد غذا، مقیاس کم خوری هیجانی تشکیل شده 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) به عنوان مقیاس‌های "اجتناب از غذا" در نظر گرفته می‌شوند که نشانگر تمایل منفی نسبت به مصرف غذا هستند. (دشت بزرگی و همکاران، ۱۳۹۶). نمره‌گذاری به صورت لیکرت در یک طیف پنج درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) انجام می‌شود. پایایی این آزمون در نسخه اصلی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۹۱ تا ۰/۷۲ گزارش شده است و پایایی از طریق آزمون مجدد دارای دامنه ضریب

1. Children's Eating Behaviour Questionnaire

2. Wardle, Guthrie, Sanderson, & Rapoport

همبستگی بین ۰/۸۷ تا ۰/۵۲ بود. دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ نسخه ترجمه شده این پرسش‌نامه را ۰/۸۳ و همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

شیوه‌ی اجرای پژوهش و خلاصه جلسات آموزشی: روش اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از انتخاب

نمونه و گمارش آن‌ها به گروه‌های پژوهش، آزمودنی‌های دو گروه با استفاده از مقیاس پژوهش به عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش تحت مداخله آنلاین (با توجه به محدودیت‌های ناشی از همه‌گیری کرونا و همچنین استقبال شرکت‌کنندگان) ۸ جلسه‌ی بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک به شیوه جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در فضای اسکای روم قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ی دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله آزمونی‌های دو گروه مجدد با مقیاس پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شرح جلسات آموزشی فیلپال تراپی با اقتباس لندرت (۱۳۹۰)

جلسات	محتوی جلسات
اول	معرفه و آشنایی، شرح اهداف درمانی، آشنایی با مشکلات مربوط به خورد و خوراک و نقش ابعاد رابطه والد فرزند در این مشکلات، بحث در رابطه با لزوم پیدایش حساسیت درباره فرزندان و شکل‌گیری پاسخ همدلانه، بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان، آشنایی با مفاهیم اصلی توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب بازی‌ها، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی
دوم	تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس)، ایفای نقش پاسخ همدلانه، آموزش اصول بازی درمانگری والدینی، آموزش پاسخ‌دهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخ‌دهی همدلانه و پر کردن برگه پاسخ احساسی
سوم	آموزش چهار اصل بازی: کودک در جلسات بازی هدایتگر است. توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا، کلام کودک. انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه محدودیت‌ها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجانات کودک. تهیه اسباب بازی: اسباب بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، اسباب بازی‌های مربوط به برون‌ریزی خشم. اسباب بازی‌هایی برای خلاقیت
چهارم	آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب بازی‌ها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواسته نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آن‌ها، تقویت فرایند تلاش و تشویق تلاش کودک) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سؤال هدایتگرانه، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات)
پنجم	آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سه گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت گذاری، آموزش زمان محدودیت گذاری.
ششم	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسه بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنباله‌روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فروروی در نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره‌ای با حالت کودک
هفتم	روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه).
هشتم	مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در سیر جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس‌آزمون.

روش تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویراست ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری

تحلیل شدند.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت کنندگان از ۴ تا ۶ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۴/۶۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۴/۷۵ بود. جدول ۲ یافته‌های توصیفی ابعاد رفتار خوردن را برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان می‌دهند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی ابعاد رفتار خوردن کودکان بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیرها	آماره توصیفی	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شادکامی	میانگین	۶۰/۸۲	۲۰/۸۴	۲۰/۷۹	۳۳/۹۵
	انحراف معیار	۹۴/۲	۰۷/۲	۲۷/۲	۱۷/۳
کیفیت زندگی	میانگین	۱۴۳/۴۶	۱۴۸/۸۰	۱۳۳/۴۶	۱۳۵/۷۳
	انحراف معیار	۸/۵۵	۸/۹۲	۹/۰۵	۱۱/۰۵

جهت تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌ها می‌باشد. همان گونه که اشاره گردید گمارش آزمودنی‌ها به گروه‌های پژوهش به صورت تصادفی انجام شده است. همچنین با توجه به استفاده از ابزارهای استاندارد جهت ارزیابی متغیرهای وابسته، پیش‌فرض فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته رعایت شده است. از سوی دیگر حجم دو گروه آزمایش و کنترل در این پژوهش مساوی با ۱۲ نفر بوده است که حجمی مساوی را نشان می‌دهد. گمارش تصادفی معمولاً با نرمال بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد (مولوی، ۱۳۸۶). اما جهت حصول اطمینان از توزیع نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و آزمون لوین جهت تساوی واریانس نمرات استفاده شد و پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید گردید ($\text{Box's } M=30.046, \text{Sig}=.882, F=.696$). جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را در رابطه با اثربخشی فیلیال تراپی بر رفتار خوردن کودکان نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در رابطه با اثربخشی فیلیال تراپی بر رفتار خوردن کودکان

منبع تغییرات	ارزش f	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر آماری	توان
اثربخشی	۲۰/۱۴۴	۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۰	۱
لامبدای ویلکز	۲۰/۱۴۴	۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۰	۱
اثربخشی	۲۰/۱۴۴	۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۰	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۰/۱۴۴	۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۰	۱

با توجه به نتایج جدول ۳ بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های مربوط به رفتار خوردن کودکان تفاوت وجود دارد. جهت بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به هر مؤلفه در ادامه گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در ابعاد رفتار خوردن

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۹۰۷/۵۰۰	۱	۹۰۷/۵۰۰	۱۷/۲۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰
کیفیت زندگی	۲۱۵۰/۵۳۳	۱	۲۱۵۰/۵۳۳	۴۳/۲۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳

خطا	۱۳۹۳/۳۳۳	۲۸	۴۹/۷۶۲
کل	۷۴۵۵۲۸/۰۰۰	۳۰	

بر اساس یافته‌های جدول ۳، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون ایرادگیری از غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی و کم‌خوری هیجانی مشاهده می‌شود و افراد گروه آزمایش نسبت به افراد گروه کنترل میانگین نمرات کمتری در نمرات پس‌آزمون در این مؤلفه‌ها کسب کرده‌اند ($p < 0/05$). با توجه به میزان اندازه اثر به دست آمده می‌توان گفت که ۶۸ درصد از تغییرات مربوط به ایرادگیری از غذا، ۴۳ درصد از تغییرات مربوط به لذت از غذا، ۶۷ درصد از تغییرات مربوط به پرخوری هیجانی، ۵۹ درصد از تغییرات مربوط به کم‌خوری هیجانی، در نتیجه عضویت گروهی می‌باشد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی بر رفتار خوردن کودکان پیش‌دبستانی انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی باعث بهبود ابعاد ایرادگیری از غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی و کم‌خوری هیجانی کودک شده است. این نتایج به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های کیانی، میرزایی و حسینی (۲۰۲۰)، عدیلی و همکاران (۲۰۱۹)، سلطانی و همکاران (۱۳۹۸)، عابدی و همکاران (۱۳۹۶)، حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) و عدیلی و همکاران (۱۳۹۴) همخوان و همسو می‌باشد که اثربخشی فیلپال تراپی را در کاهش مشکلات هیجانی رفتاری کودکان نشان داده‌اند.

آموزش فیلپال تراپی به والدین می‌تواند مهارت‌های والدین و به دنبال آن، کودکان را افزایش دهد. در فرایند این آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب در زمینه رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد. با بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آن‌ها، تلاش برای درک این احساس‌ها و عدم قضاوت یک‌جانبه، سبب درهم شکستن بازداري و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شده و در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب، تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد، امری که می‌تواند به طور مستقیم بر ابعاد رفتار خوردن از قبیل پرخوری و کم‌خوری‌های هیجانی تأثیر بگذارد. همچنین ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش رفتارهای مخرب کودک می‌گردد؛ چرا که برای کودکان، اغلب بیان شفاهی احساسات مشکل است، درحالی که کودک در فرایند بازی می‌تواند احساساتش را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودک دارد. چرا که مشکلاتی از قبیل مشکلات مربوط به رفتار خوردن می‌تواند نوعی جنگ قدرت بین فرزندان با والدین باشد.

در فیلپال تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید زیادی می‌شود در نتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و فرزندان ایجاد می‌گردد و احساس لذت و خوشی افزایش می‌یابد. نحوه برخورد با کودک (انعکاس کلامی و غیرکلامی و همدردی با کودک) نیز منجر به یادگیری ابراز صحیح احساسات در کودک می‌

شود (عابدی، سیدقلعه و بهرامی پور، ۱۳۹۶). در فیلیال تراپی بر ارتقای عزت نفس کودکان از طریق سرزنش نکردن و تشویق کردن تأکید می‌شود. اتخاذ این رویکرد سبب می‌گردد هرگاه کودک نتوانست کاری را انجام دهد یا دچار آسیب شد، به جای مضطرب شدن بتواند با آرامش احساسات خود را با والدین مطرح نماید و اطمینان داشته باشد والدین با او همدردی خواهند کرد، همین عامل می‌تواند باعث افزایش عملکرد کودک شده باشد.

در پژوهش حاضر به علت مطرح شدن تفاوت‌های فردی کودکان و کشف آن از سوی مادر و فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با آن، همچنین تأکید بر ارتباطات هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن و دادن بازخوردهای لازم متناسب با زوج مادر- فرزند و اصلاح آن، همچنین دنبال کردن میل کودک در جریان بازی به جای کنترل و هدایت کودک و در کل ارتباط عاطفی مادر- فرزند موجب تعمیق احساس نزدیکی در کودک شده و صمیمیت و نزدیکی بین مادر- کودک افزایش یافته و رفتار خوردن کودکان که همواره تابعی از نوع روابط بین فردی افراد است نیز به تبع ارتقای روابط والد کودک اصلاح شده است. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که با تأکید بر مسائل ارتباطی مثل لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، ایجاد حلقه‌های ارتباطی بین والد- فرزند و گسترش آن، همچنین مشاهده آن در رابطه والد- فرزند و اصلاح آن می‌تواند باعث بهبود رفتار خوردن در کودکان شده باشد. از دیگر پیامدهای مثبت این برنامه حضور مادران در جلسات درمانی است، زیرا که فرصتی است تا پاسخ‌های انطباقی را به کودک خود آموخته و این پاسخ‌ها را تقویت نمایند. این امر وقتی محقق می‌شود که والدین مشکلات کودکان را بفهمند و راهکارهای علمی و مؤثر برخورد با این مشکلات را بیاموزند. امری که به واسطه شرکت در جلسات فیلیال تراپی محقق می‌شود. همچنین فرایند گروهی حاکم بر این برنامه می‌تواند امری مهم در تأثیرگذاری آن باشد. زیرا والدینی که دارای کودکان دچار مشکل هستند، احساسات و هیجانات آن‌ها در قالب گروه تعدیل و به گونه‌ای همدلانه انعکاس داده می‌شود، در نتیجه آگاهی و بینش بیشتری کسب می‌کنند. همچنین انجام تکنیک‌ها و تمرین‌های این مداخله توسط والدین در منزل یکی دیگر از فواید کارکرد این مداخله است که باعث پویایی درون خانواده و درگیر کردن اعضای خانواده جهت برطرف نمودن مشکلات رفتاری کودکان و مشکلات ارتباطی اعضای خانواده است، امری که می‌تواند اصلاح رفتار خوردن کودکان را نیز به دنبال داشته باشد. پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری دارای محدودیت‌هایی بود از جمله اینکه: نمونه پژوهش حاضر صرفاً مادران دارای کودکان پیش‌دبستانی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بوده و در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نبود دوره پیگیری بود که بواسطه محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش عدم کنترل متغیرهای جمعیت شناختی از جمله تحصیلات و وضعیت اجتماعی اقتصادی به عنوان متغیرهای اثرگذار در پژوهش می‌باشد. در راستای نتایج پژوهش حاضر به محققین پیشنهاد می‌شود که ضمن رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر در تحقیقات آینده و با توجه به کوتاه‌مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و همچنین تمرینات رویکرد بازی درمانی مبتنی بر روابط والد- کودک نسبت به سایر رویکردهای درمانی که ساده‌تر و قابل فهم تر است، پیشنهاد می‌شود که متخصصان، روان

شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران در درمان مشکلات مربوط به خورد و خوراک کودکان فیلیال تراپی را به عنوان شیوه‌ای نوین و مؤثر مدنظر داشته باشد.

منابع

- پورمحمدرضای تجربی، معصومه؛ عاشوری، محمد؛ افروز، غلام‌علی؛ ارجمندیا، علی‌اکبر؛ غباری‌بناب، باقر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه والدگری مثبت بر تعامل مادر با کودک کم‌توان ذهنی. *مجله توان‌بخشی*، ۱۶(۲)، ۱۳۷-۱۲۸.
- حسن‌زاده، سعید؛ پورحسین، رضا؛ سیاری فرد، فاطمه و میرطالایی، مریم سادات. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی با رویکرد فیلیال تراپی بر تعامل والد کودک، استرس والدینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان دیابتی. *نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)*، تهران.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا، شاهی، عبدالستار، نویدیان، علی، مصلی نژاد، لیلی (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش برنامه‌ی والدگری مثبت به مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کاهش مشکلات برون‌سازي شده‌ی کودک. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۳(۱۷)، ۱۴۱-۱۳۵.
- دشت بزرگی، زهرا و عسگری، پرویز. (۱۳۹۶). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه رفتارهای خوردن کودکان. *ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱(۲)، ۳۴-۲۷.
- زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ زهراکار، کیانوش؛ صالحیان بروجردی، حانیه و محمدی فر، محمدعلی. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه بهبود بخشی ارتباط بر کیفیت رابطه والد - فرزندی در نوجوانان دختر خانواده‌های تک والدینی مادر سرپرست. *روان‌شناسی بالینی* ۱۸(۲)، ۲۴-۱۳.
- سلطانی، مریم و فرهادی. هادی. (۱۳۹۸). اثربخشی فیلیال تراپی (بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک) بر اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای و پرخاشگری در کودکان پیش‌دبستانی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی* ۲۲(۲)، ۲۱-۱۳.
- شهنی، راضیه؛ داودی، ایران؛ مهرابی زاده، مهناز و زرگر، یدالله. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله والدمحور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازي کودکان ۶ تا ۹ سال. *روان‌شناسی بالینی*، ۹(۱)، ۱۳-۱.
- عابدی، احمد؛ سیدقلعه، اعظم و بهرامی پور اصفهانی، منصوره. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلیال تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه بیش‌فعالی کودکان. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۷(۳)، ۱۲۰-۱۱۱.
- عدیلی، شهرزاد؛ میرزایی رکسانا و عابدی، احمد. (۲۰۱۹). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملات والد فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی. *فصلنامه کودکان استثنایی* ۱۹(۱)، ۷۰-۵۹.
- عدیلی، شهرزاد؛ کلانتری، مهرداد و عابدی، احمد. (۱۳۹۴). تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال تراپی بر مهارت‌های اجتماعی هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دانش‌سور رفتار*، ۱۳(۲)، ۹۷-۱۰۴.
- لندرث، گاری‌ای. (۱۹۹۹). *بازی درمانی هنر برقراری ارتباط*، ترجمه فروزنده داورپناه (۱۳۹۰)، تهران: انتشارات رشد.
- لندرث، گاری‌ای و براتون، سو سی (۲۰۰۶). *فرزند پروری؛ تربیت و درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق بازی*، ترجمه الهه آقایی، الناز پیش‌قدم و احمد عابدی (۱۳۹۴).

مصطفوی، سعیده سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی و محمودی قرایی، جواد. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران بر مشکلات رفتاری کودکان. *روانشناسی معاصر*، ۱۹(۷): ۳۳-۴۲.

مولوی، حسین. (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS 10-13-14 در علوم رفتاری. اصفهان: پویش اندیشه

یزدانی پور، م.، عاشوری، م. و عابدی، ا. (۱۳۹۹ ب). فرزند درمانی: اهداف، ویژگی‌ها و کاربرد. *روانشناسی*، ۹(۱۰)، ۱۴۲-۱۳۵.

References

- Ashori, M., & Karimnejad, R. (2021). The effect of filial therapy on the interaction of deaf mothers with their hearing children. *International Journal of Play Therapy*, 30(3), 195-205
- Bjørklund, O., Belsky, J., Wichstrøm, L., Steinsbekk, S. (2018). Predictors of Eating Behavior in Middle Childhood: A Hybrid Fixed Effects Model. *Journal of Developmental Psychology*. 54 (6), 1099–1110
- Carnell, S., Wardle, J. (2008). Appetitive traits and child obesity: Measurement, origins and implications for intervention. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(4): 343-55
- Damodaran, K. D. (2013). Parent child interaction therapy: child well-being through an effective parenting intervention. *the journal of positive psychology*, 3(10), 1-12
- 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
- Davies, W., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A. F., Silverman, A. H., Fischer, E. A., & Rudolph, C.D. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409-417.
- Donelli, T. M. S. (2011). Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 4(2), 228-241
- Edwards, N.A., Ladner, J., & White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16(1), 36–53.
- Feliciano, D. S., & Souza, A. S. L. (2011). Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades Na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145-161.
- Gilmartin, D., & McElvaney, R. (2020). Filial Therapy as a core intervention with children in foster care. *Child Abuse Review*, 29(2), 159 -166.
- Green, R. J., Samy, G., Miqdady, M. S., Salah, M., Sleiman, R., Abdelrahman, H. M. A., & Vandenplas, Y. (2015). How to improve eating behaviour during early childhood. *Pediatric Gastroenterology & Hepatology*, 18(1), 1-9.
- Junqueira, P. (2017b). *Relações cognitivas com o alimento na infância*. São Paulo, SP: ILSI Brasil - International Life Sciences Institute do Brasil.

- Kiyani, Z., Mirzai, H., Hosseini, S. A., Sourtiji, H., Hosseinzadeh, S., Ebrahimi, E. (2020). The Effect of Filial Therapy on the Parenting Stress of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder. *Jrehab*, 21 (2), 206-219
- Laing, S., McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N & Spence, K. (2010). Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86(12), 793-800.
- Landreth, G. & Bratton, S. (2006). Child-parent relationship therapy (CPRT) :A 10 session filial therapy model. NEW YORK: Bruner Routhedge Publishing.
- Landreth, G. L. & Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 76, 157-165.
- Martins C, Robertson MD, Morgan LM. (2008). Effects of exercise and restrained eating behaviour on appetite control. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 67(1), 28-41.
- Melo, D. D. S., & Frizzo, G. B. (2017). Depressão, ansiedade e suporte familiar para mães na primeira hospitalização dos filhos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 814-827.
- Miranda, V. S. G. D., & Flach, K. (2019). Emotional aspects in food aversion in pediatric patients: interface between Speech Therapy and Psychology. *Psicologia em Estudo*, 24.
- Müller, P. W., Marin, A. H., & Donelli, T. M. S. (2015). Look at the airplane!: The relation between mother and infant with feeding difficulties. *Aletheia*, 46, 187-201.
- Nembhwani, H., Winnier, J. (2019). Assessment of Problematic Eating Behaviour and Dental Caries in Children. *Balk J Dent Med*, 23(2), 88-92.
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 8, 69-79.
- Sanchez U, Weisstaub G, Santos JL, Corvalán C, Uauy R. (2016). GOCS cohort: Children's eating behavior scores and BMI. *European journal of Clinical Nutrition*, 70(8): 925-928.
- Silverman, A. H. (2015). Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Annals of nutrition and metabolism*, 66(5), 33-42.
- Topham, G., Wampler, K., Titus, G & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy*, 20 (2), 79- 93.
- Vanfleet, R. (2012). Filial therapy: what every play therapist should know. *Play therapy press. Reprinted here with permission*, 57 (7), 52-63.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 963-970