مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۰، شماره ۵، مرداد ۱۴۰۲ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

سنجش اثربخشی آموزش گروهی تغذیه صحیح بر اساس بازی‌درمانی بر گرایش به تنوع غذایی و اضطراب در کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا

ابوبکر کریمی: دکترای تخصصی مدیریت آموزشی و دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران (* نویسنده مسئول) aboubakr.karimi@yahoo.com

مهناز علی اکبری دهکردی: استاد، دانشگاه پیام نور جنوب تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف سنجش اثربخشی آموزش گروهی تغذیه صحیح بر اساس بازی‌درمانی بر اضطراب و گرایش به تنوع غذایی در کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری بود. جامعه موردمطالعه، کودکان پیش‌دبستانی (۳ تا ۵ سال) در دسترس دارای یکی از اختلال‌های خوردن بودند. به وسیله نمونه‌گیری هدفمند ۲۰ نفر کودک که دارای نشانگان بالینی اختلال اجتناب/ محدودیت غذای ساکن در شهرستان سنندج، بودند، در سال ۱۴۰۰ انتخاب گردیدند؛ که در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی قرارداده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی تغذیه صحیح به روش بازی درمانی را دریافت کرد، برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های رفتار خوردن کودکان واردل، گاتری، ساندرسون و راپاپورت (۲۰۰۱) و مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان (CMAS) رینولدز و ریچموند (۱۹۸۷) استفاده شده است. برای پاسخ به سؤالات از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و کوواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها: سطح معنی‌داری متغیرهای اضطراب و گرایش به تنوع غذایی کمتر از ۰/۰۵ است. یعنی بین میانگین نمرات این متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد؛ و با توجه به معنی‌داری اثر متقابل مراحل * گروه؛ میزان تغییرات این متغیرها در طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل یکسان نبوده است. همچنین بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت بین میانگین‌ها وجود نداشت (../۱)؛ یعنی اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری پایدار مانده است.

نتیجه‌گیری: بسته آموزشی و درمانی تغذیه صحیح گروهی کودکان پیش‌دبستانی بر اساس روش بازی‌درمانی، به‌طور مؤثر می‌تواند تنوع غذایی کودکان دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا را گسترش داده (سطح معنی‌داری ۰/۰۲) و اضطراب آن‌ها را هم کاهش دهد (سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱).

کلیدواژه‌ها

آموزش گروهی،
بازی‌درمانی،
اختلال اجتناب/ محدودیت غذا،
کودکان پیش‌دبستانی،
اضطراب

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۵/۰۷

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Karimi A, AliAkbari Dehkordi M. Measuring the Effectiveness of Group-Based Proper Nutrition-Training Therapy on Tendency to Food Diversity and Anxiety in Preschool Children with Avoidance / Restriction Disorders. Razi J Med Sci. 2023;30(5): 51-62.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Razi Journal of Medical Sciences. 2023;30(5):51-62. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Measuring the Effectiveness of Group-Based Proper Nutrition-Training Therapy on Tendency to Food Diversity and Anxiety in Preschool Children with Avoidance / Restriction Disorders

Aboubakr Karimi: PhD in Educational Management and Ph.D Candidate in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran (*Corresponding author) aboubakr.karimi@yahoo.com
Mahnaz AliAkbari Dehkordi: Professor, Payam Nour University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group nutrition training based on play therapy on anxiety and tendency to food diversity in preschool children with avoidance- restriction of food.
Methods: The design of this study was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group and a follow-up stage. The study population, available preschool children (3 to 5 years) had one of the eating disorders. By purposive sampling, 20 children with clinical symptoms of avoidance disorder / food restriction living in Sanandaj were selected; Which were randomly assigned to experimental and control groups. At first, a 3-hour group training session was held for the mothers of the children in the experimental group on parenting style, child nutrition and introduction of games. Subsequently, the experimental group received 120 minutes of 120 minutes of group nutrition training through play therapy, to collect data from the Wardell, Guthrie, Sanderson, and Rapaport (2001) Children's Eating Behavior Questionnaire and the Revised Child Anxiety Anxiety Scale (CMAS). Reynolds and Richmond (1987). To describe the data, tables and graphs were used frequently, as well as central indices and scatter indices such as mean and standard deviation. To answer the questions, repeated measures analysis of variance and multivariate covariance were used. Data were analyzed using SPSS software version 24.
Results: An educational and treatment package to reduce avoidance- restrictive eating disorder was developed by a therapist who was validated by child clinical psychologists and nutrition and education experts. Findings showed that the significance level of anxiety and tendency to food diversity variables is less than 0.05. As a result, it can be said that there is a significant difference between the mean scores of these variables in the pre-test, post-test and follow-up stages. Considering the significance of the interaction of the stages * of the group, it is concluded that the rate of change in the variables of anxiety and tendency to food diversity during the pre-test, post-test and follow-up stages were not the same in the experimental and control groups; That is, treatment based on group nutrition education of preschool children with avoidance / restriction disorder based on play-therapy has been effective in reducing anxiety and tendency to food diversity. There is a difference between pre-test and post-test stages; That is, the intervention was effective in reducing anxiety and promoting dietary diversity. There is also a difference between the pre-test and follow-up stages and the significance level of 1.00 shows that there is no difference between the means between the post-test and follow-up stages; That is, the effectiveness of the intervention in the follow-up phase has shown that it has

Keywords
Group training,
Play therapy,
Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder,
Preschool children,
Anxiety

Received: 06/05/2023
Published: 29/07/2023

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

remained stable. It can be said that there is a difference between the children in the experimental group who received the intervention and the children in the control group in at least one of the variables of anxiety. The difference is 44% in the post-test and 78% in the follow-up. The level of significance obtained also shows that there is a difference between the children in the experimental group who received the intervention and the children in the control group at least in terms of one of the variables of the tendency to food diversity. The difference is 92% in post-test and 96% in follow-up. In the post-test, the level of significance of the components of physiological symptoms and anxiety is significant at the level of 0.05; That is, the intervention had an effect on reducing the physiological symptoms of anxiety and worry in children in the experimental group; However, the significance level of 0.102 obtained by Mankova test in the third component (social anxiety) shows that the intervention was not effective in reducing children's social anxiety in the post-test stage. In the follow-up stage, the level of significance of the components of physiological symptoms, anxiety and social anxiety is significant at the level of 0.05; That is, the intervention had an effect on reducing the physiological symptoms of anxiety, worry and social anxiety in children in the experimental group, and the rate of this effect in the component of physiological symptoms was 51%, anxiety 67% and social anxiety 42%. Also, the level of significance of the components of food pleasure, desire to drink, emotional overeating, excuse about food and emotional undereating is significant at the level of 0.05; That is, the intervention had an effect on the mentioned components in the post-test stage of the experimental group. The extent of this effect was in the components of food enjoyment (82%), desire to drink (72%), emotional overeating (82%), food excuses (42%) and emotional undereating (56%); However, the significance level of 0.183 and 0.433 obtained by Mancoa test in the fourth and fifth components (satiety responses and slow eating) shows that the mentioned intervention was not effective on these components in the post-test stage. In the follow-up stage, the significance level of all components is significant at the 0.05 level; That is, the intervention had an effect on the tendency to food diversity in children in the experimental group and the extent of this effect on the components of food enjoyment (90%), desire to drink (81%), emotional overeating (90%), satiety responses (35%), There were slow eating (51%), food excuses (57%) and emotional undereating (70%).

Conclusion: According to the findings and the effect of the treatment package developed in this study on dependent variables, its use in therapeutic settings for children with avoidance / restriction of food is recommended to reduce anxiety and expand their dietary diversity. Also, considering that the subject of this study was to reduce children's social anxiety, satiety responses and slow eating; It has not been effective, so researchers can look into this in future research.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Karimi A, AliAkbari Dehkordi M. Measuring the Effectiveness of Group-Based Proper Nutrition-Training Therapy on Tendency to Food Diversity and Anxiety in Preschool Children with Avoidance / Restriction Disorders. Razi J Med Sci. 2023;30(5): 51-62.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

ضرورت توجه به آموزش مفاهیم و مهارت‌های مربوط به تغذیه صحیح کودکان پیش‌دبستانی برای رشد بهنجار شناختی، عاطفی و اجتماعی آن‌ها امری واضح به نظر می‌رسد (۱). گاهی ممکن است کودکان درحین فرایند انطباقی و کسب مهارت با مشکلاتی مواجه شوند و اگر قادر به حل آنها نباشند، می‌تواند منجر به بروز رفتارهای ناسازگارانه شود. تغذیه و غذا خوردن نیز یک مهارت است و می‌تواند برای کودکان مشکل‌ساز شود (۲). روان شناسان معتقدند که سوءتغذیه شدید درازمدت می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر کارکردهای شناختی کودک داشته و به کاهش سطح فعالیت در مدرسه، افزایش مشکل در تمرکز بر تکلیف‌ها، کاهش مشارکت اجتماعی و عملکرد ضعیف در آزمون‌های میزان شده منجر شود (۳و۴).

اختلالات خوردن در پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا به اختلالات خورد و خوراک تغییریافته است (۵) و اختلال اجتناب/ محدودیت غذا (Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder (ARFID))، به این طبقه‌بندی اضافه شده است. از نظر بالینی، کودکان مبتلا به این اختلال با ترس از عواقب ناخوشایند در ابتدا شروع به محدود کردن مصرف غذا می‌کنند. شواهد نشان می‌دهند که همه کودکان مبتلا به اختلال‌های خوردن با آسیب‌های روانی همبود دیگری مثل اضطراب مواجه‌اند (۶). برخی از محققان بر این باورند که ناتوانی در مقابله با اضطراب، باعث بروز خوردن بیش از حد یا اجتناب از غذا می شود (۷). کودکانی که اختلال اجتناب/ محدودیت غذا دارند، استقلال و تنوع در غذا خوردن ندارند و دچار سوءتغذیه و کاهش وزن و انرژی هستند و درجاتی از اضطراب درونی سازی شده را تجربه می‌کنند (۸ و ۳۵). دل آور و همکاران (۲۰۲۲) (۳۴) دریافتند که افراد دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا به دلایل مختلف و نه به دلیل تمایل به کاهش وزن یا به دلیل اختلال در تصویر بدنی، از غذا اجتناب می‌کنند یا به آن بی‌علاقه هستند. موسوی و خدابخشی کولایی (۹) در پژوهشی با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی به شیوه مراجع محوری بر کاهش ترس و اضطراب کودکان پیش‌دبستانی دریافتند که می‌توان از روش بازی درمانی مراجع محوری به عنوان روش روان‌شناختی مناسب و مؤثر در کاهش ترس و اضطراب کودکان پیش‌دبستانی استفاده نمود. باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) (۱۰) بیان کردند که بازی‌درمانی گروهی کودک محور بر کاهش اضطراب مؤثر است. و اسلمیکر و ری (۲۰۱۵) (۱۱) در پژوهشی با عنوان بازی درمانی کودک محور در کودکان دارای اختلال اضطرابی گزارش دادند کودکانی که جلسات بازی درمانی را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور چشمگیری علائم اضطراب و نگرانی در آن‌ها کاهش یافته بود.

عادت‌های خوردن و تمایل به غذا در اوایل کودکی اکتساب می‌شوند و نمایانگر ویژگی‌های رفتاری است که ممکن است، در طول زمان بر اساس تجارب شخصی تغییر کنند (۱۲). بر طبق الگوی تحولی؛ برچ (۲۰۰۷) بر نقش یادگیری تأکید کرده و معتقد است که ترجیحات غذایی کودکان در طول زمان تغییر می‌کند و به واسطه تجارب جدید اصلاح می‌شوند. آموزش‌های گروهی بر مبنای تعامل با همسالان، در سنین قبل از دبستان، می‌تواند ترجیحات غذایی آن‌ها را تغییر دهد (۱۴). همچنین بازی، تمایل طبیعی کودک و اساسی‌ترین رکن برای رشد وی محسوب می‌شود (۱۳). بازی یک روش درست برای درمان اضطراب کودکان است، زیرا کودک در حین بازی، راهبردهای مناسب را برای رویارویی با فشارها و آشفتگی‌های زندگی خود می‌آموزد. کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. از طریق بازی، کودکان حرف می‌زنند و بر تجارب ناخوشایند مسلط می‌شوند و احساسات و هیجان‌های مثبت و منفی خود را بهتر نشان می‌دهند؛ لذا بازی وسیله‌ای برای ارائه‌ی پیام‌های آموزشی و تربیتی در دوره‌ی پیش از دبستان است. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش گروهی تغذیه صحیح کودکان پیش‌دبستانی به وسیله بازی درمانی، روی گسترش تنوع غذایی کودکان و کاهش اضطراب آن‌ها تأثیر داشته باشد.

مداخلات رفتاری، تغذیه‌ای و روان‌شناختی روی مشکلات تغذیه‌ای کودکان انجام شده است (۱۴)؛ اما از آنجایی که از زمان تعریف این اختلال، پژوهش‌های اندکی در مورد درمان آن در کودکان وجود دارد (۳۴)، و با توجه به بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی، تاکنون بسته درمانی و آموزشی آموزش گروهی برای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

تغذیه صحیح کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا از طریق بازی‌درمانی، ارائه نشده است.

. بنابراین بسته درمانی و آموزشی محقق ساخته در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای طبق نظریه بازی درمانی شناختی رفتاری، تدوین گردید که به وسیله روان شناسان بالینی کودک و صاحب‌نظران تغذیه و تعلیم و تربیت، روایی و اعتبار یابی گردید. لذا با توجه به آنچه مطرح شد، این مطالعه در راستای ترمیم خلا پژوهشی، انجام شده و به دنبال سنجش اثربخشی آموزش تغذیه صحیح گروهی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا بر اساس روش بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب و گرایش به تنوع غذایی آنهاست.

روش کار

پژوهش نیمه آزمایشی (Pre-experimantal design) حاضر (با کد اخلاق IR.PNU.REC.1400.242 و ثبت کارآزمایی بالینی با شماره IRCT20220128053843N1) در چهارچوب طرحهای پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری، در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه موردمطالعه، کودکان پیش‌دبستانی (۳ تا ۵ سال) شهرستان سنندج دارای یکی از اختلال‌های خوردن؛ بودند. برای سهولت انجام کار و وجود محدودیت های کرونا به وسیله نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند و با انجام مصاحبه‌های بالینی و ملاک‌های dsm5 تعداد ۲۰ کودک دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا شناسایی شدند. کودکان شناسایی شده، در ۲ گروه ۱۰ نفره (آزمایش و کنترل) به صورت تصادفی سازمان‌دهی شدند.

شرایط ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اجتناب/ محدودیت غذایی بر اساس DSM5 (از قبیل دارا بودن وزن و انرژی کم و داشتن مقداری اضطراب)؛ کودکانی که نمره آن‌ها در هر خرده مقیاس پرسشنامه مشکلات گرایش به غذا یا اجتناب از غذا، یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین باشد؛ کودکانی که بیماری جسمی واضح نداشته باشند؛ سن آن‌ها بین ۳ تا ۵ سال باشد و عدم دریافت درمان دارویی هم‌زمان با هدف پژوهش. معیارهای خروج عبارت بودند از: کودکانی که تحت درمان دارویی قرار داشتند، مثلاً کسانی که داروهای ضد اضطراب را مصرف می‌کردند و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات روان‌درمانی.

ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه بود. پرسشنامه رفتار خوردن کودکان (Child eating behavior questionair)؛ که توسط واردل، گاتری، ساندرسون و راپاپورت (۲۰۰۱) (۱۴) ساخته‌شده و توسط دشت بزرگی، امیری، مظاهری و طالبی به فارسی برگردانده شده است. این پرسشنامه حاوی ۳۰ عبارت و هفت زیر مقیاس است و هر زیر مقیاس بین سه تا پنج گویه دارد. این پرسشنامه رفتارهای خوردن «گرایش به غذا» شامل لذت از غذا (۴ گویه)، تمایل به نوشیدنی (۳ گویه) و پرخوری هیجانی (۴ گویه)؛ و «اجتناب از غذا» شامل پاسخ‌های سیری (۵ گویه)، آهستگی در خوردن غذا (۴ گویه)، بهانه‌گیری در مورد غذا (۶ گویه) و کم خوری هیجانی (۴ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس "گرایش به غذا " تمایل مثبت به خوردن را نشان می‌دهد و مقیاس" اجتناب از غذا " تمایل منفی نسبت به مصرف غذا هستند.

پرسشنامه تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان که به وسیله رینولدز و ریچموند (۱۹۸۷) (۱۶) جهت ارزیابی میزان و کیفیت اضطراب کودکان تهیه‌شده است. و توسط مشهدی و همکاران (۱۷) در ایران اعتباریابی شده است. یک مقیاس ۳۷ آیتمی است که برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب در کودکان تهیه‌شده است. برای هر پاسخ بله یک نمره در نظر گرفته می‌شود، این پرسشنامه شامل یک نمره کلی (Ag)، سه خرده مقیاس (۱- اضطراب فیزیولوژیکی، ۲- نگرانی/ حساسیت بیش از حد، ۳- اضطراب اجتماعی) می‌باشد. استالارد و همکاران (۲۰۰۱) نمره برش کلی این پرسشنامه را جهت تعیین سطح معناداری بالینی اضطراب تجربه شده کودکان ۱۹ از ۲۸ در نظر گرفته‌اند. هر چه نمره فرد بالاتر از ۱۹ باشد نشان‌دهنده مشکلات اضطرابی بیشتر در فرد می‌باشد.خلاصه‌ای از ساختار و محتوای جلسات، بسته درمانی و آموزشی به شرح

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱- خلاصه‌ای از ساختار و محتوای جلسات بسته درمانی و آموزشی گروه آزمایش

جلسه	عنوان	نام بازی اول	نام بازی دوم	ساختار جلسات	منابع
اول	آموزش مادران (۱)	سبک فرزند پروری و تغذیه کودک		هدف از آموزش مادران افزایش انگیزش برای درمان، مهیاکردن جوی حمایت‌کننده در محیط خانه برای کمک به ایجاد تغییر در کودکان و کاهش فشارهای روانی است که موجب بازگشت بیماری می‌شوند. تعداد کودکان حاضر در گروه: ۱۰ نفر- زمان هر جلسه: ۲ ساعت- سن شرکت‌کنندگان: ۳ تا ۵ سال- مربی گروه چه از طریق مشاهده و چه از طریق مشارکت واقعی در فعالیت‌ها، در بازی‌ها مشارکت دارد.	(۱۸)، (۱۹)، (۲۰)، (۲۱)، (۲۸)، (۲۲)، (۲۳)، (۲۴)، (۲۵)، (۲۶).
دوم	آموزش مادران (۲)	معرفی و آموزش بازیهای بسته			
سوم	تغذیهٔ سالم و بهنجار	شناخت انواع غذاها	بالش رویایی		
چهارم	تنوع غذایی	مهمان بازی و چیدن سفره	سفر تنفس		
پنجم	اضافه کردن مفاهیم تغذیه سالم و سلامتی به خزانه لغات	چه چیز غلط است؟	من لاک‌پشتم	زمان‌بندی هر جلسه: ۳۰ دقیقه اول، به پاسخگویی به سؤالات کودکان و بررسی تکالیف داده شده و شنیدن صحبت‌های آن‌ها اختصاص می‌یابد. بعدازآن کودکان ۶۰ دقیقه به بازی می‌پردازند. ۳۰ دقیقه آخر مخصوص صحبت کردن درباره پیام‌ها و آن چیزی است که در طی جلسه بازی اتفاق افتاده است. همچنین تکلیف در منزل ارائه می‌گردد.	
ششم	شناخت اضطراب و آموزش ریلکسیشن	کامیون کشاورزی	ماکارونی	در شروع هر جلسه بازی‌هایی که قرار بود در آن جلسه اجرا شوند به کودکان اعلام می‌شد. سپس به منظور آماده سازی کودکان، در ابتدا آن بازی که سطح فعالیت جسمانی کودکان را به حداکثر برساند، اجرا می‌شد. این کار علاوه بر خارج کردن کودکان از حالت رکود، باعث خودجوشی، ایجاد محیط حمایتگر همراه با اطمینان و همبستگی گروهی می‌گردد.	
هفتم	ایجاد علاقه به غذاهای متنوع	بازی با کارت‌های غذا	حباب سازی		
هشتم	آموزش مهارت‌های تغذیه‌ای و عادات غذایی	درست کردن یک وعده غذای سالم	فرفره تنفس	اقدامات جلسه آخر: مروری بر مهارت‌ها و مفاهیم آموخته شده و چگونگی تعمیم آن‌ها به خارج از جلسه بازی، داده می‌شود. یک برنامه غذایی هفتگی مناسب و متعادل را با توجه به جدول توزیع گروه‌های غذایی برای کودکان پیش‌دبستانی طراحی و توزیع می‌شود.	
نهم	آموزش مهارت‌های حل مسئله	داستان‌گویی با تصویر	دویدن بعد حرف زدن	در انتها هر کودک یک گواهینامه دریافت می‌کند که روی آن نوشته‌شده است "تغذیه من صحیح است ".	
دهم	پیشگیری از بازگشت اختلال	ذرت بوداده	حواس ۵ گانه	ارز شیابی نهایی (پی شرفت کودکان در خوردن غذاهای متنوع و کاهش ا ضطراب آن‌ها بررسی می‌شود)	

جدول ۱ است.

یافته‌ها

جهت رعایت پیش‌فرض های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk) برای بررسی نرمال بودن، لوین (Levene,s test) برای بررسی همگنی واریانس ها و از آزمون کرویت موچلی (Mauchly,s test of Sphericity) برای بررسی برابری همگنی کوواریانس استفاده گردید. که مشاهده شد امکان استفاده از این آزمون وجود دارد. همان‌گونه که در جدول ۲ نشان می‌دهد سطح معنی‌داری متغیرهای اضطراب و گرایش به تنوع غذایی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. درنتیجه می‌توان گفت که بین میانگین نمره این متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. و با توجه به معنی‌داری اثر متقابل مراحل * گروه نتیجه گرفته می‌شود که میزان تغییرات متغیرهای اضطراب و گرایش به تنوع غذایی در طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل یکسان نبوده است؛ یعنی درمان مبتنی بر آموزش تغذیه صحیح گروهی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/محدودیت غذا بر اساس روش بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب و گرایش به تنوع غذایی مؤثر بوده است.

همان‌گونه که سطح معنی‌داری جدول ۳ نشان می‌دهد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد؛ یعنی، مداخله بر کاهش اضطراب و گسترش تنوع غذایی اثربخش بوده است. همچنین بین مراحل پیش آزمون و پیگیری هم تفاوت وجود دارد و سطح معنی‌داری ۱/۰۰ نشان می‌دهد که بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت بین میانگین ها وجود ندارد؛ یعنی اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری نشان داده که پایدار هم مانده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

در ادامه، اثربخشی مداخله روی ترکیبی از مؤلفه‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره، بررسی می شود. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده متغیر اضطراب در پس آزمون ۰/۰۴۷ و پیگیری ۰/۰۰۱ است که کمتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین می‌توان گفت بین کودکان گروه آزمایش که مداخله را دریافت کردند و کودکان گروه کنترل حداقل به لحاظ یکی از مؤلفه‌های متغیر اضطراب

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب و گرایش به تنوع غذایی

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا
اضطراب	مراحل	۳۳۱/۶۰۰	۲	۱۶۵/۸۰۰	۲۰/۲۶۵	۰/۰۰۲	۰/۵۳۰
	مراحل * گروه	۲۳۵/۲۰۰	۲	۱۱۷/۶۰۰	۱۴/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴
	خطا	۲۹۴/۵۳۳	۳۶	۸/۱۸۱			
گرایش به تنوع غذایی	مراحل	7258/۳۰۰	۲	۳۶۲۹/۱۵۰	38/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/679
	مراحل * گروه	۹۹۵۷/۰۳۳	۲	۴۹۷۸/۵۱۷	۵۲/۲۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	خطا	۳۴۳۰/۶۶۷	۳۶	۹۵/۲۹۶			

جدول ۳- مقایسه دوبه‌دوی مراحل آزمون برای بررسی ماندگاری کاهش اضطراب و گرایش به تنوع غذایی

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
اضطراب	پیش آزمون- پس آزمون	۴/۶۰۰	۰/۹۰۲	۰/۰۰۲
	پیش آزمون- پیگیری	۵/۳۰۰	۰/۷۵۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۰/۷۰۰	۱/۰۳۵	۱/۰۰
گرایش به تنوع غذایی	پیش آزمون- پس آزمون	-23/۶۵۰	۳/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	-۲۳/۰۰۰	۲/۷۶۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۰/۶۵۰	۲/۹۱۰	۱/۰۰

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر مداخله بر مؤلفه‌های اضطراب و گرایش به تنوع غذایی در مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی سؤال	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	ضریب ایتا	توان آماری
اضطراب	پس آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۵۵۴	۳/۴۸۷	۳/۰	۱۳/۰	۰/۰۴۷	۰/۴۴۶	۰/۶۳۹
	پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۲۱۴	۱۵/۹۴۴	۳/۰	۱۳/۰	۰/۰۰۱	۰/786	۱/۰۰
گرایش به تنوع غذایی	پس آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۰۶۹	۹/۵۸۸	۷/۰	۵/۰	۰/۰۱۲	۰/931	۰/۹۲۲
	پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۴	۲۰/۰۶۶	۷/۰	۵/۰	۰/۰۲	۰/966	۰/۹۹۸

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات اضطراب و گرایش به تنوع غذایی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مؤلفه‌ها

مرحله	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ایتا	توان آزمون
		علائم فیزیولوژی	۱۹/۲۶۹	۱	۱۹/۲۶۹	۷/۰۳۳	۰/۰۱۸	۰/۳۱۹	۰/۶۹۸
پس آزمون		نگرانی	۲۱/۹۹۹	۱	۲۱/۹۹۹	۵/۱۳۴	۰/۰۳۹	۰/۲۵۵	۰/۵۶۳
		اضطراب اجتماعی	۹/۳۸۱	۱	۹/۳۸۱	۳/۰۲۸	۰/۱۰۲	۰/۱۶۸	۰/۳۷۱
	اضطراب	علائم فیزیولوژی	۳۸/۶۵۶	۱	۳۸/۶۵۶	/۷۶۲15	۰/۰۰۱	۰/۵۱۲	۰/۹۶۰
پیگیری		نگرانی	۹۴/۰۲۰	۱	۹۴/۰۲۰	۳۱/۷۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۹	۰/۹۹۹
		اضطراب اجتماعی	۱۶/۷۹۸	۱	۱۶/۷۹۸	۱۱/۱۳۸	۰/۰۰۵	۰/۴۲۶	۰/۸۷۶
		لذت از غذا	۲۵۲/۶۸۵	۱	۲۵۲/۶۸۵	۵۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱/۰۰۰
		تمایل به نوشیدنی	۱۰۲/۱۰۰	۱	۱۰۲/۱۰۰	۲۹/۴۱۰	۰/۰۰۳	۰/۷۲۸	۰/۹۹۸
		پرخوری هیجانی	۲۴۱/۶۰۷	۱	۲۴۱/۶۰۷	۵۲/۴۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷	۱/۰۰۰
		پاسخ‌های سیری	۱۱/۸۵۳	۱	۱۱/۸۵۳	۲/۰۲۵	۰/۱۸۳	۰/۱۵۵	۰/۲۵۵
پس آزمون		آهستگی در خوردن غذا	۹/۴۶۲	۱	۹/۴۶۲	۰/۶۶۵	۰/۴۳۲	۰/۰۵۷	۰/۱۱۶
		بهانه‌گیری در مورد غذا	۱۴۷/۳۷۷	۱	۱۴۷/۳۷۷	۹/۴۴۴	۰/۰۱۱	۰/۴۶۲	۰/۷۹۹
		کم خوری هیجانی	۱۳۲/۱۵۷	۱	۱۳۲/۱۵۷	۱۴/۱۰۸	۰/۰۰۳	۰/۵۶۲	۰/۹۲۷
		لذت از غذا	۲۵۴/۷۹۹	۱	۲۵۴/۷۹۹	۱۰۶/۹۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰۷	۱/۰۰۰
		تمایل به نوشیدنی	۱۶۰/۱۱۹	۱	۱۶۰/۱۱۹	۴۷/۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۱	۱/۰۰۰
	گرایش به تنوع غذایی	پرخوری هیجانی	۴۲۶/۱۲۷	۱	۴۲۶/۱۲۷	۹۸/۵۷۲	۰/۰۰۲	۰/۹۰۰	۱/۰۰۰
		پاسخ‌های سیری	۸۸/۷۴۷	۱	۸۸/۷۴۷	۵/۹۵۶	۰/۰۳۳	۰/۳۵۱	۰/۶۰۴
پیگیری		آهستگی در خوردن غذا	۲۶/۴۷۸	۱	۲۶/۴۷۸	۱۱/۳۵۶	۰/۰۰۶	۰/۵۰۸	۰/۸۶۵
		بهانه‌گیری در مورد غذا	۱۴۶/۳۳۳	۱	۱۴۶/۳۳۳	۱۴/۷۱۵	۰/۰۰۳	۰/۵۷۲	۰/۹۳۶
		کم خوری هیجانی	۱۴۹/۹۴۵	۱	۱۴۹/۹۴۵	۲۵/۷۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱	۰/۹۹۶

تفاوت وجود دارد. میزان این تفاوت در پس آزمون ۴۴ و در پیگیری ۷۸ درصد است. همچنین سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده نشان می دهد بین کودکان گروه آزمایش که مداخله را دریافت کردند و کودکان گروه کنترل حداقل به لحاظ یکی از مؤلفه‌های متغیر گرایش به تنوع غذایی، تفاوت وجود دارد. میزان این تفاوت در پس آزمون ۹۲ و پیگیری ۹۶ درصد است.

به منظور بررسی تأثیر درمان مبتنی بر آموزش تغذیه صحیح گروهی کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا بر اساس روش بازی‌درمانی بر کاهش مؤلفه‌های اضطراب و گرایش به تنوع غذایی در مراحل پس آزمون و پیگیری، از تحلیل کووار یانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ آمده است. در پس آزمون سطح معنی‌داری مؤلفه‌های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

علائم فیزیولوژی و نگرانی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ یعنی مداخله بر کاهش علائم فیزیولوژی اضطراب و نگرانی کودکان در گروه آزمایش، تأثیر داشته است؛ اما سطح معنی‌داری ۰/۱۰۲ به‌دست‌آمده آزمون مانکوا در مؤلفه سوم (اضطراب اجتماعی) نشان می‌دهد که مداخله روی کاهش اضطراب اجتماعی کودکان در مرحله پس آزمون اثربخش نبوده است. در مرحله پیگیری، سطح معنی‌داری مؤلفه‌های علائم فیزیولوژی، نگرانی و اضطراب اجتماعی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ یعنی مداخله بر کاهش علائم فیزیولوژی اضطراب، نگرانی و اضطراب اجتماعی کودکان در گروه آزمایش، تأثیر داشته و میزان این تأثیر در مؤلفه علائم فیزیولوژی ۵۱ در صد، نگرانی، ۶۷ در صد و اضطراب اجتماعی ۴۲ درصد بوده است. همچنین سطح معنی‌داری مؤلفه‌های لذت از غذا، تمایل به نوشیدنی، پرخوری هیجانی، بهانه‌گیری در مورد غذا و کم خوری هیجانی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ یعنی مداخله بر مؤلفه‌های یادشده در مرحله پس آزمون گروه آزمایش، تأثیر داشته است. میزان این تأثیر در مؤلفه‌های لذت از غذا (۸۲ درصد)، تمایل به نوشیدنی (۷۲ درصد)، پرخوری هیجانی (۸۲ درصد)، بهانه‌گیری در مورد غذا (۴۲ درصد) و کم خوری هیجانی (۵۶ درصد) بوده است؛ اما سطح معنی‌داری ۰/۱۸۳ و ۰/۴۳۳ به‌دست‌آمده آزمون مانکوا در مؤلفه‌های چهارم و پنجم (پاسخ‌های سیری و آهستگی در خوردن غذا) نشان می‌دهد که مداخله یاد شده روی این مؤلفه‌ها در مرحله پس آزمون اثربخش نبوده است. در مرحله پیگیری سطح معنی‌داری همه مؤلفه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ یعنی مداخله بر گرایش به تنوع غذایی در کودکان گروه آزمایش، تأثیر داشته و میزان این تأثیر در مؤلفه‌های لذت از غذا (۹۰ درصد)، تمایل به نوشیدنی (۸۱ درصد)، پرخوری هیجانی (۹۰ درصد)، پاسخ‌های سیری (۳۵ درصد)، آهستگی در خوردن غذا (۵۱ درصد)، بهانه‌گیری در مورد غذا (۵۷ در صد) و کم خوری هیجانی (۷۰ در صد) بوده است.

بحث

پژوهش حاضر باهدف سنجش اثربخشی آموزش گروهی تغذیه صحیح مبتنی بر بازی‌درمانی به کودکان پیش‌دبستانی انجام شد. یافته‌ها بیانگر اعتبار بسته درمانی بود. لذا تجربه گروهی از لحاظ حمایت کودکان در برابر تغییرات و سایر اهداف تحولی و رشدی مفید و اثربخش است. کودکان قادرند با یکدیگر پیوند برقرار سازند و برای یکدیگر پشتیبانی، تشویق، پیشنهاد و امید را عرضه دارند (۱۸). نتایج این پژوهش با مطالعه لاو و همکاران (۲۰۱۸) که دریافتند، آموزش گروهی کودکان در مورد کودکانی که سابقه امتناع از غذا داشتند، ترجیحات غذایی آن‌ها را تغییر داد. همسو است. برچ با تأکید بر الگوی تحولی، بر نقش یادگیری در تغییر ترجیحات غذایی کودکان اشاره می‌کند که یافته‌های این پژوهش با آن هم‌راستا است. آنچه که این یافته را تبیین می‌کند، اینست که بازی برای بچه‌ها لذت‌بخش و خودانگیخته است. کودکان، از طریق بازی حرف می‌زنند. لذا بازی، مسیر مناسبی است که درمان را برای کودکان خوشایند ساخته و مقاومت آن‌ها را نسبت به درمان کاهش می‌دهد. علی‌الخصوص برای کودکان ۳ تا ۸ سال که انگیزه درمان ندارند و از بیان کلامی برخوردار نیستند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که مداخله بر کاهش اضطراب و گرایش به تنوع غذایی در کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا؛ تاثیر داشته است. این یافته‌ها در ارتباط با متغیر اضطراب، با نتایج پژوهش جلالی و همکاران (۲۰۱۷) (۲۶)، موسوی و خدابخشی کولایی (۸)، باگرلی و پارکر (۲۰۰۵) (۹)، اسلمیکر و ری (۲۰۱۵) (۱۰) و سیلورام و همکاران (۲۰۲۱) (۳۵) همسو است. همچنین با بخشی از یافته‌های پژوهشی بابایی، فرهادیه، یزد خواستی و عریضی (۲۰۱۶) (۲۸) و گالوتا و همکاران (۲۰۰۵) (۲۹) هم‌راستا است. بازی درمانی با ایجاد محیطی آرام، پذیرا و آزاد به کودک رنجور و آسیب‌دیده این امکان را می‌دهد تا بدون ساختار درمانی از پیش تعیین شده‌ای به کشف آزادانه باورها، احساسات خویش و دیگران بپردازد (۳۰). بازی درمانی جایگزین درمانی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

روان شناختی منا سبی برای دامنه و سیعی از م شکلات روان‌شناختی کودکان مثل اضطراب (۳۱) است. کودکان مضـطرب و ترسـو کمتر از کلام برای برقراری ارتباط با سـایرین اسـتفاده می‌کنند. آن‌ها از این واهمه دارند که مورد قضـاوت دیگران قرار گیرند (۳۲). بر طبق نظریه بازی درمانی رهایشی لوی بازی راهی ا ست که کودکان بر تجارب ناخوشـایند مسـلط شـوند؛ بنابراین با کاهش اضـطراب کودکان، تمایل به خوردن غذا هم در آن‌ها بیشتر می‌شود.

طبق یافته های کارپنتیر و همکاران (۲۰۰۳) (۳۳)، آموزش گروهی بر تغذیه کودک تأثیر دارد؛ که با نتایج این پژوهش همسـو اسـت. همانطور که قبلا گفته شـد، داده های م حدودی در زمی نه آموزش گروهی ت غذ یه صـحیح به کودکان پیش‌دبسـتانی از طریق بازی‌درمانی وجود دارد و با توجه به اینکه این بسـته‌ی درمانی و آموزشـی ابتکاری و جدید اسـت، تاکنون پژوهشـی در مورد تائید یا رد آن انجام نشـده اسـت. در این بسـته درمانی، روش تغذیه بهنجار، گسـترش تنوع غذایی و کارکردن در جهت بهنجار کردن تغذ یه به وسـیله بازیهایی که طراحی شـده اسـت، آموزش داده می‌شـود. این برنامه طبق نظریه بازی درمانی شـناختی رفتاری باعث تغییر افکار ناکارامد کودکان خردسـال در مورد تغذیه می شـود و به وسـیله بازی‌های گروهی، کودکان پیش‌دبستانی را نسبت به مفهوم تغذیه صحیح و غذاها و خوراکی‌های سالم آ شنا می سازد؛ و مفاهیم، سلامت، بریدن، وعده غذایی، رشد، غذای سالم، مواد غذایی، نان، پنیر، گردو، خیار، خرما و سـایر خوراکی های مفید و میوه‌ها. به خزانه لغات آن‌ها اضـافه می‌شـود (۳۴). در انتهای جلسات کودکان در می‌یابند که خوردن غذاهای سالم و به اندازه، باعث رشد آن‌ها می‌شود. چنین به نظر می‌رسـد که اقدامات یادشـده که به وسـیله روش بازی درمانی انجام شده ا ست، منجر به افزایش انگیزه کودکان برای غذا خوردن و گسترش تنوع غذایی گروه آزمایشی این پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به موارد زیر اشـاره کرد: این پژوهش بر روی کودکان ۳ تا ۵ سـاله دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا در شـهرسـتان سـنندج صورت گرفته است؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط صـورت گیرد. از دیگر م حدود یت های پژوهش، عدم کنترل متغیر هایی ازجم له جنسـ یت و ویژگی های شـخصـیتی کودکان می‌باشـد که می‌تواند در نتایج تأثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته ها و تأثیرگذاری بسـته درمانی تدوین‌شده در این پژوهش بر متغیرهای وابسته، استفاده از آن در محیط‌های درمانی برای کودکان دارای اختلال اجتناب/ م حدود یت غذا ج هت کاهش اضـطراب و گسترش تنوع غذایی آن‌ها، توصیه می شود. همچنین با توجه به اینکه مداخله موضـوع این پژوهش روی کاهش اضـطراب اجتماعی کودکان، پاسـخ های سـیری و آهسـتگی در خوردن غذا؛ اثربخش نبوده اسـت، لذا پژوه شگران می توانند در تحقیقات آتی، این مو ضوع را نیز مورد بررسی قرار دهند.

References

1. Mayuko K, Yukako T, Manami O, Noriko S, Takeo F. Association Between Caregiver's Perception of “Good” Dietary Habits and Food Group Intake Among Preschool Children in Tokyo, Japan. Front Pediatr. 2020;7:554.
2. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What the pediatrician should know. Andes Pediatr. 2011;92(2):298-307.
3. McDonald MA, Sigman M, Espinosa MP, Neumann CG. Impact of a temporary food shortage on children and their mothers. Child Dev. 1994;65(2):404-415.
4. Wolfe WS. Choose Health: Food, Fun and Fitness, an Experiential Youth Curriculum That Promotes Healthy Eating and Active Play. J Nutr Educ Behav. 2018;50(10):1053-55.
5. American Psychiatric Association, AP, & Association, American Psychiatric. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. In: Washington, DC: American psychiatric association.
6. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:1284-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

& H. Steiger (Eds.), Eating disorders review, Part I (pp. 105-126). Oxon, UK: Radcliffe. 2005.
22. Moghadam, M, Turkman M. (1998). Educational games. Tehran: School. (Persian)
23. Yazdanipour N, Yazd F. (2017). The effectiveness of group games on social skills of preschool children aged 6 to 7 years in Isfahan. (Persian)
24. Hall A. (1985). Group psychotherapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 213-239). New York: Guilford Press.
25. McCabe RE, McFarlane TL, Olmsted MP. (2003). The overcoming bulimia workbook. Oakland, CA: New Harbinger.
26. GhasemiN, Nouri S, Abdi Z. The effect of parental management training on reducing the behavioral symptoms of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Child Ment Health Q. 2019;6(2):1-12. (Persian)
27. Jalali S, Aghaei A, Rumi H, Kar Ahmadi M. The effect of group play therapy on the specific fear of children aged 5 to 11 years referred to Isfahan science clinics. Knowl Res Appl Psychol. 2017;38:25-40. (Persian)
28. Farhadieh A, Yazd Khasti Fm, Arizi HR. The effect of group interactive play therapy on interpersonal interactions, flexibility and perception of children's emotions. Soc Psychol Res. 2016;6(13):22-30. (Persian)
29. Gulotta CS, Piazza CC, Patel MR, Layer SA. Using food redistribution to reduce packing in children with severe food refusal. J Appl Behav Anal. 20005;38(1):39-50.
30. Rye N. Child-Centered Play Therapy. In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: 2010, http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/275/
31. Pedro CJ, Reddy L. A Preventive Play Intervention to Foster Children Resilience in the After of Divorce in L Reddy, Files- Hall. Scaeferd (EDS). Empirically Based Play Intervention for Children, Washington, Dc. American Psychological Association, 2005: 51-75.
32. Ginsburg GS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein JY. Treating Anxiety Disorders in inner City Schools: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial Comparing CBT and Usual Care. Child Youth Care Forum. 2012; 41(1): 1-19.
33. Charpentier P, Marttunen M, Fadjukov S, Huttunen A. CBT for adolescent eating disorder patients: Literature review and a report of an open trial of group CBT for adolescent outpatients with eating disorder. In J. 2003.
1292.
7. Bennet, J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional. 2013.
8. Garner DM. Eating Disorder Inventory-3 manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 2005.
9. Mousavi HS, Khodabakhshi Kolaei A. The effectiveness of group play-based reference therapy on fear and anxiety of preschool children. Social Health 2012;3(4):261-269. (Persian)
10. Baggerly J, Parker Max. Child-centered group PLAY therapy with African American boys at the elementary school level. J Counsel Dev. 2005;83(4):387-396.
11. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young Children who are anxious: A controlled trial. Child Youth Serv Rev. 2014; 57:127-133.
12. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone- Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. Int J Behav Nutr Physic Act. 2007;4(1):9-19.
13. Ali Akbari Dehkordi M. Developmental psychology (theories, researches and ideologies). Tehran: Payame Noor University. 2018. (Persian)
14. Shirini Bonab M, Seyed Mousavi PS, 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. Q J Child Ment Health. 2020;6(4):71-80. (Persian)
15. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. J Child Psychol Psychiatry. 2001;42(7):963-970.
16. Reynolds CR, Richmond BO. What I Think and Feel: A Revised measure ofChildren's Manifest Anxiety. J Abnorm Child Psychol. 1987;6:271–280.
17. Soltani Shal MA, Mirduraqi R, Bahrami F. Psychometric Properties of Multidimensional Scale for Children Anxiety. Appl Psychol. 2011;6(1):70-87. (Persian)
18. Curia, the mare of Ashnaider and Curia, Gerald. Therapeutic group (Saif A. Bahari, Bayram Ali Ranjgar, Hamid Reza Hosseinshahi Barvati, Malik Mirhashemi and Siamak Naqshbandi, translator). Tehran: Ravan. 2013. (Persian)
19. White JR, Freeman AS. (Eds). (2000). Cognitive-behavioral group therapy: For specific problems and populations. Washington, DC: American Psychological Association.
20. Zulu JM, Lloyd J. (1374). In-game training (Lily Angji, translator). Tehran: School. (Persian)
21. Peterson CB, Miller KB. Assessment of eating disorders. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwann,

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

34. Delavar B, Khanjaani Z, Mahmoud- Aliloo M, Hashemi T. Rooyesh. The Symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children; Underlying factors, outcomes and treatment.. 2022;11(6):229-242. URL: http://frooyesh.ir/article-1-3860-fa.html. (Persian)

35. Silverman AH, Erato G, Goday P. The relationship between chronic paediatric feeding disorders and caregiver stress. J Child Health Care. 2021;25(1):69-80.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]