



کارآمدی آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور به مادران بر اصلاح رفتار غذاخوردن کودکان دارای اضافه وزن

شهناز نوحی^۱، حمیدرضا حاتمی^۲، مسعود جان بزرگی^{۳*}، اشرف‌السادات بنی‌جمالی^۴

۱- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران- دانشکده علوم انسانی- گروه روانشناسی- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی.

۲- دانشگاه جامع امام حسین تهران- دانشکده علوم انسانی- گروه روانشناسی- دانشیار.

۳- پژوهشگاه حوزه و دانشگاه قم- دانشیار.

۴- دانشگاه الزهرا تهران- دانشکده علوم انسانی- گروه روانشناسی- دانشیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۵

چکیده

مقدمه: اضافه وزن و چاقی در کودکان با سرعت روبه افزایش است و پیش‌بینی می‌شود جمعیت کودکان چاق جهان تا سال ۲۰۲۰ به ۹/۱ درصد برسد؛ چاقی دوران کودکی با بسیاری از شرایط ناسازگار سلامت مانند بیماری عروق قلبی، دیابت نوع ۲، افزایش چربی و فشارخون، ناخوشی و مرگ و میر در بزرگسالی ارتباط دارد. در همین راستا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور به مادران بر اصلاح رفتار غذاخوردن کودکان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تعداد ۵۰ نفر از مادران (به همراه فرزندشان) براساس معیارهای ورود- خروج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله به‌صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه طی ۱۴ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. هر یک از آزمودنی‌ها قبل و بعد از آموزش به کلیه گویه‌های پرسشنامه‌های دموگرافیک و رفتار غذاخوردن کودکان (CEBQ) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: تحلیل یافته‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور باعث اصلاح نمرات رفتار غذاخوردن کودکان (به جز میل به آشامیدنی) گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد که آموزش جامع فرزندپروری سلامت محور به مادران، به اصلاح رفتار غذاخوردن کودکان دارای اضافه وزن منتهی می‌شود. همچنین به‌نظر می‌رسد که شاخص توده‌بدنی (BMI) کودکان به‌واسطه اصلاح رفتار غذا خوردن، کاهش خواهد یافت.

واژه‌های کلیدی: مهارت فرزندپروری سلامت محور، رفتار غذاخوردن، کودکان دارای اضافه وزن.

*نویسنده مسئول: قم- پژوهشگاه حوزه و دانشگاه- مدیریت گروه روانشناسی، تلفن: ۰۲۵-۳۲۱۱۱۱، نامبر: ۰۲۵-۳۲۸۰۳۰۹۰، psychjan@gmail.com

Email:

ارجاع: نوحی شهناز، حاتمی حمیدرضا، جان بزرگی مسعود، بنی‌جمالی اشرف‌السادات. کارآمدی آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور به مادران بر اصلاح رفتار غذاخوردن کودکان دارای اضافه وزن. مجله دانش و تندرستی ۱۱(۳):۱۳۹۵-۱۷:۲۴.

مقدمه

چاقی دوران کودکی یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی جهان در قرن ۲۱ است که گسترش آن غیر قابل کنترل به نظر می‌رسد (۱ و ۲). از سال ۱۹۸۰ تاکنون شیوع چاقی در میان کودکان و نوجوانان هم در کشورهای درحال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته روند رو به افزایشی داشته است (۳). یافته‌های یک مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیل نشان داد که ۵/۵٪ کودکان زیر ۱۸ سال ایرانی چاق هستند (۴) که این مقدار نسبت به کشورهای توسعه یافته کمتر بوده است (۵). به طوری که چاقی در کودکان ۱۱-۶ سال آمریکایی از ۷/۱٪ در حدود سال‌های ۸۰-۱۹۷۰ به ۱۶/۹٪ در سال ۲۰۱۲ رسیده و در کودکان ۱۱-۷ سال ایرانی از ۷/۷۸٪ در سال ۲۰۰۵ به ۹/۷۱٪ در سال ۲۰۱۰ رسیده است (۵ و ۶).

چاقی در کودکان مانند بزرگسالان مسأله‌ای چند عاملی بوده (۷) که می‌توان به برخی عوامل و رفتارها مانند مدت زمان تماشای تلویزیون (۸)، بازی‌های رایانه‌ای (۹)، میزان مصرف انرژی (۱۰)، کمبود خواب (۱۱)، نوشیدنی‌های شیرین (۱۲)، ژنتیک (۱۳)، تأثیر والدین (۱۴)، محیط خانواده (۱۵)، سبک فرزندپروری (۱۶) و غیره اشاره کرد. در میان عوامل فوق با وجودی که ژنتیک نقش به‌سزایی در این زمینه دارد، اما به نظر می‌رسد که چاقی بیشتر تحت تأثیر عوامل محیطی و خانوادگی باشد تا عوامل وراثتی (۱۷) و از آنجا که امکان تغییر عوامل ژنتیکی وجود ندارد بهتر است بیشتر به شناخت عوامل قابل اصلاح بپردازیم (۱۳). شناسایی عوامل ایجادکننده چاقی کودکان، به منظور طرح‌ریزی مداخله مناسب برای پیشگیری و کنترل عوارض آن اهمیت دارد (۱۵). عادات صحیح و بهداشتی کودکان در بستر خانه شکل می‌گیرد، به طوری که محیط خانه می‌تواند اثرات پایداری بر روند وزنشان داشته باشد (۱۸). در واقع والدین می‌توانند به‌طور مستقیم بر دسترسی کودک به غذاهای سالم و یا ناسالم، انجام یا بازداری از فعالیت بدنی و رفتارهای بی‌تحرك در خانه تأثیرگذار باشند (۱۹). از آنجا که والدین نقش نگرهبانان ورود غذاهای تهیه شده به بدن کودکان را دارند، سختگیری دایمی آنها در ارتباط با رفتار غذا خوردن، می‌تواند در ترجیحات غذایی کودکان تغییراتی ایجاد کند (۲۰). والدین، نه تنها می‌توانند عادات غذا خوردن را در کودکان کنترل کنند بلکه می‌توانند خود نیز نقش الگو را برایشان ایفا نمایند (۱۵). به نظر می‌رسد که سبک فرزندپروری می‌تواند بر شکل‌گیری فعالیت‌های روزانه، تغذیه، کنش عاطفی و خطر اضافه وزن کودکان تأثیرگذار باشد (۲۲). سبک فرزندپروری یکی از سازه‌های جهانی است که بیانگر روابط عاطفی و نحوه‌ی ارتباط کلی والدین با فرزندان است که عاملی مهم برای رشد و یادگیری کودکان به شمار می‌آید (۲۳) و شامل مسئولیت‌سنگین ایجاد

محدودیت و بهبود بخشیدن به رفتارهای کودکان مانند فعالیت ورزشی، رژیم غذایی، خواب و زمان تماشای تلویزیون است (۲۱).

ویژگی‌های اصلی و منحصر به فرد تیپ‌شناسی سبک‌های فرزندپروری بامریند، الگوی مناسبی را برای بررسی سبک‌های فرزندپروری و عادات مرتبط با محیط‌های چاقی‌زا فراهم می‌کند (۲۴). چنانکه متخصصین، مفاهیم سبک‌های فرزندپروری را به کار گرفته‌اند تا انواع گوناگونی از کودکان با سبک زندگی حاصل از آن مثل سالم خوردن، فعالیت بدنی و تماشای تلویزیون را معرفی نمایند (۲۵ و ۲۶). سبک فرزندپروری نه تنها بر میزان چاقی مؤثر است (۲۷) بلکه می‌تواند بر باورهای خودکارآمدی (۲۸)، میزان فعالیت بدنی (۲۹)، سلامت روان و کیفیت زندگی (۳۰) و... نیز اثرگذار باشد. از آنجا که چاقی می‌تواند هم باعث بسیاری از بیماری‌های جسمانی مزمن مانند، کبد چرب، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های استخوانی، کلسترول بالا، عدم تحمل گلوکز، مقاومت به انسولین و... (۳۱ و ۳۳) و همچنین ناراحتی‌های روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی با دوام در کودکان مانند حرمت خود پایین، عدم رضایت بدنی، واپس‌راندگی اجتماعی، افت عملکرد تحصیلی، احساس تبعیض اجتماعی، عدم مقبولیت اجتماعی، افسردگی، اضطراب (۳۴ و ۳۷) و غیره شود، به نظر می‌رسد، انجام مداخلاتی مانند آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور به مادران در تغییر و تعدیل عادات و رفتارهای غلط غذاخوردن و غلبه بر چاقی کودکان می‌تواند مؤثر باشد.

در این راستا پژوهش حاضر با هدف اصلاح رفتار غذاخوردن کودکان دارای اضافه وزن و چاقی از طریق آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور به مادران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

از آنجا که نمونه‌گیری این پژوهش از طریق نمونه‌گیری در دسترس انجام شده است، طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه تجربی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع دبستان (منطقه ۲ و ۵ شهر تهران) که از لحاظ وضعیت شاخص نمایه توده بدنی چاق و یا دارای اضافه وزن هستند، به همراه مادرانشان می‌باشد. از میان افراد واجد شرایط ورود (سکونت در منطقه ۲ و ۵ شهر تهران، امضای رضایت‌نامه اخلاقی، دامنه سنی ۳۰-۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم برای مادران، دامنه سنی ۹-۱۲ سال، مذکر بودن، زندگی کردن با هر دو والد زیستی برای فرزندان) و معیارهای عدم ورود (دریافت همزمان یک مداخله روان‌شناختی دیگر، تحصیلات کمتر از دیپلم و ابتلاء به هرگونه بیماری روانی بارز (نظیر: دوقطبی، وسواس و اختلال شخصیت) برای مادر، ابتلا به هر نوع اختلالات روان‌شناختی

باعث افزایش نمرات در مقیاس‌های لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری و آهستگی در غذاخوردن شده است، همچنین در مقیاس‌های پاسخ‌دهی به غذا، ایرادگیری پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به آشامیدنی با کاهش مواجه شده‌اند. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش پس از بررسی روایی مفروضه‌ها (مانند طبیعی بودن توزیع نمرات، برابری واریانس‌ها و همگنی ماتریس‌های کوواریانس) از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره و چندمتغیره استفاده شده است، به طوری که، نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های تفاوت نمرات پاسخ‌دهی به غذا، لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری، آهستگی در غذا خوردن، ایرادگیری، پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به آشامیدنی در جدول ۳ آمده است که بیانگر همگنی واریانس تغییر این مقیاس‌ها است ($P > 0.05$)، به علاوه نتایج آزمون باکس نیز بیانگر همگنی ماتریس‌های کوواریانس است ($P > 0.05$)، $F(4, 62) = 0.96$ و $F(36, 1) = 8.6$ ، لذا با توجه به نتایج آزمون‌های کولموگراف اسمیرنوف، باکس و لون شرایط تحلیل کوواریانس برقرار است؛ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ارائه شده در جدول ۲ برای آزمون معناداری میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های دو گروه مداخله و کنترل در مقیاس شاخص توده بدنی بیانگر آن است که میانگین تفاوت نمرات BMI گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار داشته است [$F(4, 1) = 8.6$ ، $P < 0.05$] بنابراین آموزش جامع فرزندپروری سلامت محور مادران باعث کاهش معنادار BMI فرزندان آزمودنی‌های گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است (حدود ۱/۲ نمره)، به طوری که اندازه اثر آموزش جامع فرزندپروری سلامت محور ۱۵٪ است ($\eta^2 = 0.15$) که بیانگر اندازه اثر قابل قبولی است. نمایش تصویری این تفاوت در نمودار ۱ ارائه شده است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نسبت‌های F برای اثر تعاملی آموزش برنامه جامع فرزندپروری سلامت محور بر مقیاس‌های رفتار غذاخوردن در آزمون مشخصه آماری پیلایی نشان می‌دهد آموزش برنامه جامع فرزندپروری سلامت محور در تغییر ترکیب متغیرها (پاسخ‌دهی به غذا، لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری، آهستگی در غذا خوردن، ایرادگیری، پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به آشامیدنی) تأثیر معناداری داشته است [$F(8, 41) = 14.98$ ، $P < 0.05$]؛ علاوه بر این نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی معناداری تفاوت هر یک از مقیاس‌ها در دو گروه (جدول ۴)، بیانگر آن است که تمامی مقیاس‌های رفتار غذاخوردن کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار داشته است ولی علی‌رغم اینکه میزان «میل به آشامیدنی» آزمودنی‌های گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است، این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نیست ($P > 0.05$).

بارز مربوط به دوره رشدی براساس ملاک‌های DSM5- و طلاق، متارکه یا فوت والدین برای فرزندان) که پس از ارائه توضیحات لازم توسط پژوهشگر، داوطلب شرکت در برنامه بودند در مجموع ۵۲ مادر به همراه فرزندانشان انتخاب شدند. در نهایت به واسطه افت ۲ نفر از آزمودنی‌ها، ۵۰ نفر در مطالعه باقی ماندند که در دو گروه مداخله و کنترل، متشکل از ۲۵ نفر به تصادف جایگزین شدند.

کلیه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش، قبل و بعد از آموزش فرزندپروری سلامت محور به کلیه گویه‌های پرسشنامه رفتار غذاخوردن کودکان (Children's eating behavior questionnaire) پاسخ دادند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش از فرم ثبت مشخصات فردی (پرسشنامه دموگرافیک) که برای مادر شامل سن، میزان تحصیلات و برای کودک شامل سن، مقطع تحصیلی، قد، وزن و شاخص توده بدنی بود استفاده شد.

پرسشنامه رفتار غذاخوردن کودکان (CEBQ) که توسط واردل، گوتری، سادرسون، رایوپورت و همکاران (۳۸) به صورت خودسنجی طراحی شده است مشتمل بر ۳۵ جمله می‌باشد که سؤالات آن در برگرفته ۸ زیرمقیاس (پاسخ‌دهی به غذا، لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری، آهستگی در غذا خوردن، ایرادگیری، پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به آشامیدنی) به صورت پنج گزینه‌ای (همیشه = ۵، اغلب = ۴، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۲، هرگز = ۱) می‌باشد. در پژوهش نوحی و همکاران (۳۹) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷۳ به دست آمد.

داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس، در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

نتایج

در این پژوهش ۵۰ آزمودنی (به همراه فرزندان) در غالب دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه مشتمل بر ۲۵ مادر به همراه فرزندش) با میانگین و انحراف معیار سنی 38.02 ± 5.03 برای مادران و 10.5 ± 1.1 برای کودکان شرکت کردند؛ همچنین ۴۰٪ از مادران (۲۰ نفر) دیپلم، ۸٪ فوق دیپلم (۴ نفر)، ۴۴٪ لیسانس (۲۲ نفر) و ۴٪ (۲ نفر) فوق لیسانس و بالاتر هستند؛ ویژگی‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مقیاس رفتار غذا خوردن (شامل پاسخ‌دهی به غذا، لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری، آهستگی در غذا خوردن، ایرادگیری، پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به آشامیدنی) در جدول (۱) ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات رفتار غذا خوردن آزمودنی‌های گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به خط پایه با تغییراتی مواجه شده است، به گونه‌ای که آموزش

جدول ۳- آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس نمرات مقیاس‌های رفتار غذا خوردن دو گروه

متغیر	F	P
پاسخ‌دهی به غذا	۰/۳	۰/۵
لذت بردن از غذا	۰/۲	۰/۲
پاسخ‌دهی به سیری	۰/۵	۰/۶
آهستگی در غذا خوردن	۰/۱	۰/۷
ایرادگیری	۰/۰۱	۰/۹
پر خوری هیجانی	۰/۹	۰/۳
کم‌خوری هیجانی	۰/۰۲	۰/۸
میل به آشامیدنی	۱/۸	۰/۰۵

جدول ۴- آزمون تحلیل کوواریانس در مقیاس‌های رفتار غذا خوردن دو گروه

متغیر	SS	MS	F	P	η^2
پاسخ‌دهی به غذا	۲۲۰/۵	۲۲۰/۵	۳۷/۰۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
لذت بردن از غذا	۶۴/۹	۶۴/۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵
پاسخ‌دهی به سیری	۱۶/۸	۱۶/۸۲	۶/۴۸	۰/۰۱	۰/۱۲
آهستگی در غذا خوردن	۵۲/۰۲	۵۲/۰۲	۵۲/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۲
ایرادگیری	۸۷/۱	۸۷/۱	۸۷/۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶
پر خوری هیجانی	۴۴/۱	۴۴/۱	۴۴/۱	۰/۰۳	۰/۰۹
کم‌خوری هیجانی	۴۲/۳	۴۲/۳	۴۲/۳	۰/۰۱	۰/۱۲
میل به آشامیدنی	۱۳/۵	۱۳/۵	۲/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۶

بحث

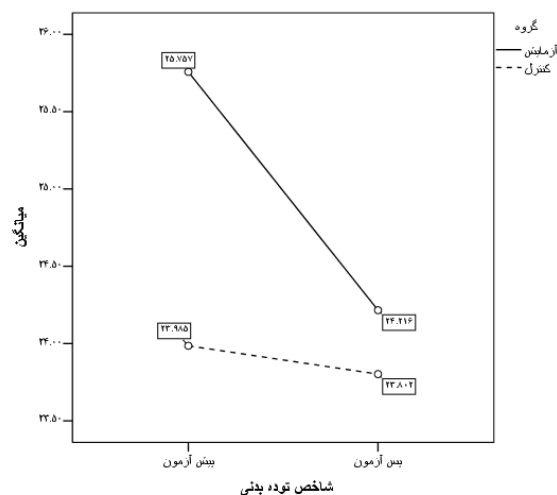
این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور بر اصلاح رفتار غذا خوردن کودکان دارای اضافه وزن و چاق صورت گرفته است. یافته‌های جدول ۴ بیانگر آن بود که آموزش مهارت فرزندپروری سلامت محور باعث تفاوت معناداری در هفت بعد از ابعاد هشت‌گانه (به جز میل به آشامیدنی) رفتار غذا خوردن کودکان بین دو گروه مداخله و کنترل شد؛ به طوری که میانگین این ابعاد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود یافت (جدول ۲). این در حالی است که ابعاد رفتار غذا خوردن بین دو گروه قبل از آموزش تفاوت معناداری را نشان نداد. همچنین به نظر می‌رسد به واسطه اصلاح رفتار غذا خوردن شاخص توده بدنی کودکان گروه مداخله در مقایسه با شاخص توده بدنی کودکان گروه کنترل کاهش معناداری داشته است (جدول ۱). این یافته با نتایج پژوهش کاستانزو (۴۰)، آردونو و همکاران (۴۱)، ری و همکاران (۲۲)، راتلیج (۴۲)، گلان و کروو (۲۰)، شولیم و همکاران (۴۳)، کالاهان (۴۴) و ون و همکاران (۴۵) مبنی بر اینکه شیوه‌های فرزندپروری با رفتارهای

جدول ۱- ویژگی‌های توصیفی تغییر مقیاس‌های رفتار غذا خوردن به تفکیک دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M
گروه مداخله				
پاسخ‌دهی به غذا	۴/۵	۱۲/۲	۴/۶	۱۶/۶
لذت بردن از غذا	۱/۶	۱۸/۴	۲/۵	۱۶/۴
پاسخ‌دهی به سیری	۱/۹	۱۶/۵	۱/۵	۱۵/۱
آهستگی در غذا خوردن	۲/۴	۱۳/۲	۱/۸	۱۰/۸
ایرادگیری	۱/۸	۱۴/۶	۲/۳	۱۷/۲
پر خوری هیجانی	۲/۲	۸/۶	۳/۱	۱۰/۸
کم‌خوری هیجانی	۳/۲	۱۰/۳	۳/۴	۱۲/۲
میل به آشامیدنی	۲/۷	۸/۸	۲/۹	۱۰/۶
گروه کنترل				
پاسخ‌دهی به غذا	۳/۵	۱۶/۶	۴/۲	۱۶/۸
لذت بردن از غذا	۲/۲	۱۶/۴	۲/۱	۱۶/۷
پاسخ‌دهی به سیری	۱/۵	۱۵/۲	۱/۴	۱۵
آهستگی در غذا خوردن	۲/۴	۱۰/۶	۱/۸	۱۰/۳
ایرادگیری	۱/۸	۱۷/۷	۱/۸	۱۷/۶
پر خوری هیجانی	۳/۶	۱۱/۰۴	۳/۷	۱۱/۴
کم‌خوری هیجانی	۲/۶	۱۱/۱	۳/۷	۱۱/۱۶
میل به آشامیدنی	۲/۹	۹/۴	۲/۶	۱۰/۲

جدول ۲- آزمون تحلیل کوواریانس برای معناداری تفاوت میانگین (BMI)

گروه	M	SD	F	p	η^2
مداخله					
پیش‌آزمون	۲۵/۷	۲/۱	۸/۶	۰/۰۰۵	۰/۱۵
پس‌آزمون	۲۴/۲	۱/۷			
کنترل					
پیش‌آزمون	۲۳/۹	۲/۸			
پس‌آزمون	۲۳/۸	۲/۸			



نمودار ۱- تغییر تفاوت میانگین (BMI) دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

قرار داده و اثرات مثبت آن در جمعیت‌های طبیعی نیز مورد بررسی قرار گیرد، ۲) علاوه بر آن پروتکل آموزشی مهارت فرزندپروری سلامت محور در اختیار مربیان پرورشی مدارس قرار گیرد تا هم به اولیاء و هم به دانش‌آموزان آموزش داده شود. ضمن اینکه پیشنهاد می‌شود ۳) تأثیر فرزندپروری سلامت محور روی مؤلفه‌هایی مانند اضطراب، افسردگی و ... نیز ارزیابی شود، و نیز باتوجه به نتایج پژوهش حاضر آموزش فرزندپروری سلامت محور در سطح عمومی جامعه اجرا شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه مادران، کودکان آنها و مسئولین مدرسه فرید در منطقه دو و مدرسه جاوید در منطقه پنج شهر تهران که مشارکت صمیمانه‌ای با پژوهشگر داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین از سرکار خانم حمیده وزیرخانلو و همکاران فرهیخته سرکار خانم دکتر مژگان آگاه هریس و دکتر آویسا نجیمی نیز که در مراحل اجرای پژوهش نهایت همکاری را داشتند، تشکر می‌شود.

References

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health: childhood overweight and obesity. Accessed March 9, 2012.
2. Van Avendonk MJ, Mensink PA, Drenthen AJ, van Binsbergen JJ. Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and undernutrition of the Dutch College of General Practitioners. *Fam Pract* 2012;29:i31-5.
3. Ellulu M, Yehia A, Asmah R, Yazan R, Faisal A. Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. *Glob Epidemi Obes* 2014;2:2. doi:10.7243/2052-5966-2-2
4. Mirzazadeh A, Sadeghirad B, Haghdoost AA, Bahreini F, Rezazadeh Kermani M. The prevalence of obesity in Iran in recent decade; a systematic review and meta-analysis study. *Iranian J Pub Health* 2009;38:1-11.
5. Kelishadi R, Haghdoost AA, Sadeghirad B, Khajekazemi R. Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition* 2013;30:393-400.
6. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014;311:806-14. doi: 10.1001/jama.2014.732
7. Vanhala M, Korpelainen R, Tapanainen P, Kaikkonen K, Kaikkonen H, Saukkonen T, et al. Lifestyle risk factors for obesity in 7 year old children. *Obes Res Clin Pract* 2009;3:99-107. doi: 10.1016/j.orcp.2009.01.003
8. Chang HH, Nayga RM. Television viewing, fast-food consumption, and children's obesity. *Contemp Econ Policy* 2009;27:293-307. doi: 10.1111/j.1465-7287.2009.00157.x
9. Laurson KR, Eisemann JC, Welk GJ, Wickel EE, Gentile DA, Walsh DA. Combined influence of physical activity and screen time recommendations on childhood overweight. *J Pediatr* 2008;153:209-14. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.02.042
10. Abargouei AS, Janghorbani M, Salehi-Marzjarani M, Esmailzadeh A. Effect of dairy consumption on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36:1485-93. doi: 10.1038/ijo.2011.269

سلامت و سطوح فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی کودک در ارتباط است، مطابقت دارد.

همچنین مطالعه کاکینامی و همکاران (۴۶)، بیانگر تأثیر چشمگیر مشارکت والدین در کاهش وزن کودکان بود. در پژوهش دیگری (۱۶) نشان داد بین سبک فرزندپروری و چاقی کودکان رابطه وجود دارد البته نه از نوع رابطه علی. برای تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره نمود که رفتار غذا خوردن طی اولین سال‌های زندگی به‌عنوان فرآیند زیستی-رفتاری لازمه‌ی رشد و سلامت در محیط خانواده شکل می‌گیرد (۴۷) و بدون شک نقش والدین در این یادگیری بحرانی است. به‌طوری که شواهد نشان می‌دهند خانواده به‌عنوان اولین مکانی که کودک در آن رشد می‌کند، از ابعاد گوناگون، اهمیت دارد (۴۸). از آنجا که سبک زندگی خانوادگی، فرزندپروری و عادات غذایی که در خانواده شکل می‌گیرد، نقش مهمی در نوع تغذیه و وزن کودک دارد (۴۹) و ۵۰٪ از این‌رو فرزندپروری می‌تواند منجر به شکل‌گیری رفتارهای سلامت در کودکان شود. نقش فرزندپروری برای کودکان برجسته است، زیرا والدین به‌طور مستقیم بر محیط اجتماعی و بدنی کودک و به‌طور غیرمستقیم روی رفتارها، عادات و نگرش‌ها به‌واسطه فرآیند اجتماعی شدن و مدل‌سازی تأثیر می‌گذارند (۵۱).

در مجموع می‌توان بدین صورت بیان نمود، از آنجا که رفتار غذا خوردن شامل پاسخ‌دهی به غذا، لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری، آهستگی در غذا خوردن، ایرادگیری، پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به آشامیدنی می‌شود، همگی متأثر از عادات غذا خوردن خانواده (۵۲)، روابط والدین (۵۳) و روابط خواهر- برادری (۵۴) می‌باشند، بنابراین انتظار می‌رود که تحت تأثیر مهارت‌های فرزندپروری قرار گیرند به علاوه، از آنجا که چاقی و اضافه وزن تحت تأثیر تعامل عوامل رفتاری و شناختی هستند (۵۵)؛ مطالعه حاضر نشان داد، آموزش جامع مهارت فرزندپروری سلامت محور در برگیرنده مؤلفه‌های مداخله‌ی شناختی- رفتاری، کاهش استرس شامل تنش‌زدایی، اصلاح باورهای غیرمنطقی، اصلاح رژیم غذایی، حذف غذاهای آماده و تنقلات مضر است که با استفاده ترکیبی از این تکنیک‌ها در قالب آموزش مهارت فرزندپروری به مادران می‌تواند رفتار غذا خوردن کودکان را اصلاح کرده و از این رهگذر باعث کاهش وزن کودک در دامنه استاندارد شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به همکاری نامنظم تعدادی از آزمودنی‌ها که برخی مواقع فرایند پژوهش را از نظم پیش‌بینی شده خارج می‌کردند، افت آزمودنی‌ها و نیز نداشتن مطالعات پیگیری اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که ۱) مسئولین آموزش و پرورش آموزش مهارت فرزندپروری سلامت محور را در طولانی مدت به‌منظور ارتقاء سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان در اولویت برنامه‌های خود

11. Ozturk A, Mazicioglu MM, Poyrazoglu S, Cicek B, Gunay O, Kurtolglu S. The relationship between sleep duration and obesity in Turkish children and adolescents. *Acta Pediatr* 2009;98:699-702. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.01169.x
12. Must A, Barish EE, Bandini LG. Modifiable risk factors in relation to changes in BMI and fatness: What have we learned from prospective studies of school-aged children? *Int J Obes* 2009;33:705-15. doi: 10.1038/ijo.2009.60
13. Rosenkranz RR, Dziewaltowski DA. Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. *Nutr Rev* 2008;66:123-40. doi: 10.1111/j.1753-4887.2008.00017.x
14. Padez C, Mourao I, Moreira P, Rosado V. Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat. *Am J Hum Biol* 2009;21:371-6. doi: 10.1002/ajhb.20884
15. Johnson RR. Parenting styles, child BMI, and ratings of obesigenic environments in families of children age 5-11 [dissertation]. Iowa: Iowa State Univ. Ames;2010.p.65.
16. Downey J. Parenting Practices related to positive eating, Physical Activity and sedentary behaviors in children: A qualitative exploration of strategies used by parents to navigate the obesigenic environment [dissertation]. Iowa: Iowa State Univ.;2014.p.245.
17. Alexander DS. Preventing childhood obesity: a mixed methods study into the perceptions of african americans in a rural community [dissertation]. Statesboro: Jack N. Averitt College of Graduate Studies (COGS), Georgia Southern Univ.; 2014.p.219.
18. Regber S, Berg-Kelly K, Morild S. Parenting styles and treatment of adolescents with obesity. *Pediatr Nurs* 2007;33:21-8.
19. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004;62:39-50.
20. Polfuss ML. Parenting behaviors and their relationship with a child's weight status [dissertation]. Wisconsin: Marquette Univ.; 2010.p.152.
21. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics* 2006;117:2043-54.
22. Yousefi F. The relationship between parenting styles of parents with social skills and aspects of self concept in high school students. *Daneshvar Raftar* 2007;14:37-66.[Persian].
23. Francis LA, Lee Y, Birch LL. Parental weight status and girls' television viewing, snacking, and body mass index. *Obes Res* 2003; 11:143-51.
24. Brown MA. A comparative study of parental behaviors and children's eating habits. *ICAN* 2009;1:11-14. doi: 10.1177/1941406408328536
25. Jago R, Davison KK, Thompson JL, Page AS, Brockman R, Fox KR. Parental sedentary restriction, maternal parenting style and television viewing among 10- to 11-year-olds. *Pediatrics* 2011; 128:e572-8. doi: 10.1542/peds.2010-3664
26. Topham, GL, Hubbs-Tait L, Rutledge JM, Page MC, Kennedy TS, Shriver LH, et al. Parenting styles, parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite* 2011;56:261-4.
27. Johnson R, Welk G, Saint-Maurice PF, Ihmels M. Parenting styles and home obesigenic environments. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:1411-26. doi:10.3390/ijerph9041411
28. Hoseini DolatAbadi F, Saadat S, GhasemiJobneh R. The relationship between parenting styles, self efficacy and attitude to delinquency among high school students. *Criminal Law Research* 2013;4:67-88.[Persian].
29. Benar N, Hemmatinezhad MA, AyoubBehrozi A, Andam R, Yousefi M. The relationship between parenting styles, parenting practices, maternal education level with physical activity levels among adolescent girls. *IJSS* 2012;2:436-43.
30. Bolghan-Abadi M, Kimiaee SA, Amir F. The relationship between parents' child rearing styles and their children's quality of life and mental health. *Psychology* 2011;2:230-4. doi:10.4236/psych.2011.23036
31. Kapil U, Bhadoria AS. Television viewing and overweight and obesity amongst children. *Biomed J* 2014;37:337-8.
32. Rawana JS, Morgan AS, Nguyen H, Craig SG. The relation between eating and weight-related disturbances and depression in adolescence: A review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010;13:213-30. doi: 10.1007/s10567-010-0072-1
33. Niehoff V. Childhood obesity: A call to action. *Bariatric Surg Pract Patient Care* 2009;4:17-23.
34. Jansen W, van de Looij-Jansen PM, de Wilde EJ, Brug J. Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in young Dutch adolescents. *J Adolesc Health* 2008;42:128-36. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.07.015
35. Austin SB, Haines J, Veugelers PJ. Body satisfaction and body weight: gender differences and sociodemographic determinants. *BMC Public Health* 2009;9:313. doi: 10.1186/1471-2458-9-313
36. Cornette R. The emotional impact of obesity on children. *Worldviews Evid Based Nurs* 2008;5:136-41. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00127.x
37. Sahoo K, Sahoo B, Kumar Choudhury A, Sofi NY, Kumar R, Singh Bhadoria A. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care* 2015;4:187-92. doi: 10.4103/2249-4863.154628
38. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:963-70.
39. Nouhi SH. The effectiveness of comprehensive parenting training healthy based to mothers with permissive and authoritarian child-rearing style on improving healthy indices of overweight children [dissertation]. Tehran: Islamic Azad University of Tehran; 2016.p.270.[Persian].
40. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1985;3:425-45. doi: 10.1521/jscp.1985.3.4.425
41. Arredondo EM, Elder JP, Ayala GX, Campbell N, Baquero B, Duerksen S. Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families?. *Health Educ Res* 2006;21:862-71.
42. Rutledge JM. Parenting style differences in over-weight vresus non-over-weight children and the potential moderating effects of socioeconomic status and ethnicity [dissertation]. Stillwater: Oklahoma State Univ.;2007.p.90.
43. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12 year-old children: A systematic review of the literature. *Front Psychol* 2015;6:1849. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01849
44. Callahan-Myrick K. Assessing the social and ecological factors that influence childhood overweight and obesity [dissertation]. College of Public Health East Tennessee State Univ.;2014.p.112.
45. Venn AJ, Thomson RJ, Schmidt MD, Cleland VJ, Curry BA, Gennat HC, et al. Overweight and obesity from childhood to adulthood: a follow-up of participants in the 1985 Australian schools health and fitness survey. *Med J Aust* 2007;186:458-60.
46. Kakinami L, Barnett TA, Séguin L, Paradis G. Parenting style and obesity risk in children. *Prev Med* 2015;75:18-22. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.03.005
47. McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *Int J Obes Relat Metab Disord*

- 2003;27:987-1005.
48. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics* 2007;35:22-34.
49. Davison KK, Jurkowski JM, Li K, Kranz S, Lawson HA. A childhood obesity intervention developed by families for families: results from a pilot study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:3. doi: 10.1186/1479-5868-10-3
50. Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnase K, Dilba B, Müller MJ. Parental over weight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinant of overweight and obesity in 5-7 years old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1494-502.
51. Zurriaga O, Pérez-Panadés J, Quiles Izquierdo J, Gil Costa M, Anes Y, Quinones C, et al. Factors associated with childhood obesity in Spain. The OBICE study: a case-control study based on sentinel networks. *Public Health Nutr* 2011;14:1105-13. doi: 10.1017/S1368980010003770
52. Ritche LD, Welk G, Styne D, Gerstein DE, Crawford PB. Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do?. *J Ame Diet Assoc* 2005;105:S70-9.
53. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* 2013;60:85-94. doi: 10.1016/j.appet.2012.09.014
53. Wade KH, Skugarevsky O, Kramer MS, Patel R, Bogdanovich N, Vilchuck K, et al. Prospective associations of parental smoking, alcohol use, marital status, maternal satisfaction, and parental and childhood body mass index at 6.5 years with later problematic eating attitudes. *Nutr Diabetes* 2014;4:e100. doi: 10.1038/nutd.2013.40
54. Hodge CJ. "Oh Brother Where Art Thou?" An examination of family leisure, sibling relationships, and physical health [dSSERTATION]. Raleigh: NC State Univ.;2014.p.252.
55. Harvey JR, Ogden DE. Obesity treatment in disadvantaged population groups: Where do we stand and what can we do?. *Prev Med* 2014;68:71-5. doi: 10.1016/j.ypped.2014.05.015



Efficacy of Comprehensive Training of Health-Based Parenting Skills to Mothers on Modification of Eating Behaviors of Over Weight Children

Shahnaz Noohi (M.Sc.)¹, Hamidreza Hatami (Ph.D.)², Masoud Janbozorgi (Ph.D.)^{3*}, Ashrafolsadat Banijamali (Ph.D.)⁴

1- Dept. of Psychology, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

2- Dept. of Psychology, School of Psychology Science, University of Imam Hosein, Tehran, Iran.

3- Dept. of Psychology, Research center of Hozeh and Daneshgah, Qum, Iran.

4- Dept. of Psychology, School of Psychology Science University of AlZahra, Tehran, Iran.

Received: 4 January 2016, Accepted: 14 February 2016

Abstract:

Introduction: Number of over-weight and obese Children are increasing rapidly. It is anticipated that the world's population of obese children will rise to 9.1% till 2020. Childhood obesity is associated with several adverse health conditions such as cardiovascular disease, Type-2 diabetes, lipidemia and hypertension, and morbidity and mortality in adulthood. In this regard this study was conducted to determine the effect of comprehensive training of health-based parenting skills to mothers on modification of eating behavior of over-weight and obese children.

Methods: In this study, 50 eligible mothers according to exclude-include criteria were selected and randomly assigned into two intervention and control groups. The intervention group was trained for weekly 90-minute sessions in 14 sessions. Before and after intervention, all participant completed demographic and Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) questionnaires. Data analysis was done with of SPSS version 21.

Results: Results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) revealed that comprehensive training of health-based parenting could significantly modify children eating behavior (Except desire to drink) significantly ($P < 0.05$).

Conclusion: The results showed that the comprehensive training of health-based parenting skills to mothers led to modification of eating behavior of over weight children. Also, it seems that the body mass index (BMI) will be reduced by modified Eating behavior.

Keywords: Comprehensive training of health-based parenting, Eating behavior, Over weight children.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: M. Janbozorgi, Email: pschjan@gmail.com

Citation: Noohi Sh, Hatami H, Janbozorgi M, Banijamali A. Efficacy of comprehensive training of health-based parenting skills to mothers on modification of eating behaviors of over weight children. Journal of Knowledge & Health 2016;11(3):17-24.