

Validity and Reliability of Children's Eating Behavior Questionnaire

Nasirzadeh R^{1*}

¹Clinical Psychologist, Young Researchers and Elite Club, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Abstract

Background: There is an urgent need to identify and apply a diagnostic tool that can assess children's eating behaviors. This study aimed to assess the validity and reliability of the Persian version of Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) in 1-6 year-old children in Shiraz.

Methods: The study participants included 350 children (280 girls and 270 boys) selected through convenience sampling. CEBQ was completed by the children's mothers. Then, the reliability of the questionnaire was assessed using test-retest and Cronbach's alpha methods. Its validity was also evaluated using exploratory factor analysis.

Results: The reliability of the questionnaire was assessed using test-retest method with a 2-week interval. Accordingly, test-retest and Cronbach's alpha coefficients were 0.71 and 0.74, respectively. Additionally, the results of factor analysis revealed 6 subscales, namely desire to feed, desire to drink, emotional under-eating, emotional over-eating, slowness in eating, and variety seeking, which explained 53% of the variance.

Conclusion: The study results showed that CEBQ had appropriate psychometric properties for assessment of nutritional behaviors among 1-6 year-old children. Therefore, this instrument is recommended to be used in laboratory and clinical researches.

Keywords: Child, Eating behavior, Validity, Reliability

Sadra Med Sci J 2017; 5(2): 77-86.

Received: Nov. 25th, 2016

Accepted: Mar. 28th, 2017

*Corresponding Author: **Nasirzadeh R.** Clinical Psychologist, Young Researchers and Elite Club, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, raznasirzadeh@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۵، شماره ۲، بهار ۱۳۹۶، صفحات ۷۷ تا ۸۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۱/۰۸ تاریخ دریافت: ۹۵/۰۹/۰۵

مقاله پژوهشی
(Original Article)

رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان

راضیه نصیرزاده^{۱*}^۱دکترای روان‌شناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: نیاز مبرمی برای شناسایی و کاربرد ابزار تشخیصی که بتواند رفتارهای تغذیه‌ای کودکان را مورد ارزیابی قرار دهد، احساس می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان در کودکان ۱ تا ۵ ساله شهر شیراز انجام گرفت.

مواد و روش: نمونه‌ای ۳۵۰ نفره (۲۸۰ دختر و ۷۰ پسر) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان (Children's Eating Behavior Questionnaire)، پس از ترجمه و آماده‌سازی مقدماتی، توسط مادران تکمیل گردید. برای بررسی اعتبار، از بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده گردید. روایی سازه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه‌های اصلی احراز گردید.

یافته‌ها: اعتبار بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته و مقدار آلفا برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۷۱ و ۰/۷۴ بود. نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه نیز به استخراج شش مقیاس فرعی «تمایل نسبت به خوردن، تمایل به نوشیدن، کم‌خوری هیجانی، پرخوری هیجانی، کند خوردن و عدم لذت، تنوع‌طلبی» انجامید که در مجموع ۵۳ درصد واریانس را تبیین می‌کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه، نشانگر برخورداری پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان از اعتبار و روایی مناسب برای سنجش رفتارهای تغذیه‌ای کودکان در جمعیت کودکان ۱ تا ۶ ساله ایرانی بود. لذا پیشنهاد می‌شود در موقعیت‌های پژوهش آزمایشگاهی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: رفتار تغذیه‌ای، کودک، روایی، اعتبار

* نویسنده مسئول: راضیه نصیرزاده، دکترای روان‌شناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران، raznasirzadeh@gmail.com

مقدمه

شیوع بالای چاقی و کمبود وزن کودکان و نوجوانان کشورهای توسعه یافته، مشکلات مربوط به وزن را به یکی از شایع ترین مشکلات سنین کودکی و نوجوانی تبدیل کرده است (۱). این مشکلات پیامدهای تحولی و سلامتی دیرپا و جدی دارند که دیابت نوع ۲، بیماری های قلبی - عروقی فشارخون بالا و سکته و برخی از انواع سرطان ها از جمله آن مشکلات است (۲).

مطالعات تجربی آزمایشگاهی گروهی از رفتارهایی که می توانند در کودکان و بزرگسالان منجر به مشکلات وزنی و تغذیه ای شوند، را شناسایی کرده اند. برای مثال پژوهش ها مشخص کرده اند که شیرخواران دارای مشکلات تغذیه ای، از نوع کم خوردن و کمبود وزن میل و لذت کمتری نسبت به غذا دارند و آهنگ تغذیه ای کندتر و تغذیه وابسته به هیجان بیشتری را نشان می دهند (۳). در مقابل افراد چاق پاسخ های اشتها آور قوی تری نسبت به نشانه های خوردن نشان می دهند به عنوان مثال آن ها بدون احساس گرسنگی و سریع تر غذا می خورند، غذا را خوشمزه تر ادراک می کنند و در حال تقویت ارزش غذا هستند (۴-۵).

وجود آزمون های روانی با خصوصیات روان سنجی مناسب، امکان تشخیص سریع، غربالگری، بررسی اثربخشی شیوه های درمانی و راه اندازی مطالعات همه گیرشناسی را میسر می سازد (۶). پاسخگویی به چنین نیازهایی منجر به ساخت و عرضه ابزارهایی همچون پرسشنامه های خودسنجی و آزمون های عینی و فراقکن گردید؛ ابزارهایی که دارای مزایا و معایب مربوط به خود هستند (۷).

پژوهش های مختلف مزایای ارائه ابزارهای عینی برای ارزیابی رفتارهای تغذیه ای را مورد تاکید قرار داده اند؛ اما محدودیت استفاده از آزمون های مذکور در مورد افراد چاق، تمرکز این آزمون ها بر اندازه گیری یک رفتار واحد، تعمیم آن نمونه رفتار به صفات اساسی و زیربنایی را با خطا روبرو می سازد (۸). راهبرد جایگزین برای غلبه بر این

محدودیت ها، استفاده از پرسشنامه هاست (۹). ارزانی و مناسب بودن آن ها برای سنجش جمعیت زیاد، یکپارچه سازی رفتارها و موقعیت های تغذیه ای زیادتیر، زمینه ساز گسترش کاربرد این نوع از مقیاس هاست. گرچه ذهنی بودن و خود گزارش دهی پاسخ ها می تواند تهدیدی برای اعتبار و روایی آن ها باشد. محدودیتی که با احراز اعتبار و روایی قابل قبول برای آن مقیاس، تا حدودی قابل پیشگیری خواهد بود. نکته دیگری که در بحث کاربرد پرسشنامه های تغذیه ای در ارتباط با کودکان باید به آن توجه داشت آن است که با توجه به این که تکمیل مقیاس مذکور به مهارت خودآگاهی و درک بالایی نیازمند است؛ طبعاً نمی توانند توسط خود کودکان تکمیل شوند و نیاز است فرد دیگری که از کودک شناخت دارد (یکی از والدین) به ارائه اطلاعات در مورد وی بپردازد. در چنین شرایطی نیز والدین نیز ممکن است به دنبال ارائه پاسخ های جامعه پسند باشند و یا پاسخ های آن ها به خاطر آنکه در حال رصد فرزندانشان خود نیستند و نیز محدودیت مشاهده، با خطا همراه باشد. علی رغم وجود این محدودیت ها به نظر می رسد در مورد رفتارهای تغذیه ای کودکان مرجعی مناسب تر از والدین پیدا نخواهیم کرد (۱۰).

پرسشنامه رفتار تغذیه ای کودک (CEBQ) (۹) به دلیل عدم وجود مقیاس پایا و معتبری که بتواند دامنه ای از سبک های تغذیه ای را مورد ارزیابی قرار دهد، ساخته شد. سازه های پرسشنامه با استفاده از ادبیات پیشین رفتارهای تغذیه ای در کودکان و نوجوانان و مصاحبه های صورت گرفته با والدین انتخاب شد. این سازه ها عبارت بودند از واکنش نسبت به غذا، لذت بردن از غذا، میل به نوشیدن، پاسخ دهی به رژیم غذایی، کندی در خوردن، ایرادگیری، پرخوری و کم خوری هیجانی. در گام بعدی طی ۳ مطالعه با نمونه های ۱۳۱ نفره، ۱۸۷ نفره و دویست و هجده نفره از خانواده های صاحب کودک ۳۵ سوال برای پرسشنامه انتخاب شد. اعتبار و روایی سوالات و هشت زیر مقیاس احراز گردید (۹). این پرسشنامه به طرز گسترده ای برای

نخست مراکز مراجعات مادر شناسایی شده و پس از کسب مجوز لازم جهت ورود به این مراکز از طریق بخش اداری دانشگاه، به این مراکز رجوع شد. در این مراکز مادران و کودکانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به صورت در دسترس شناسایی شده و پس از توضیح اهداف پژوهش در صورتی که افراد با رضایت آگاهانه و به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در مطالعه بودند، به پژوهش وارد شدند و پرسشنامه ۳۵ ماده‌ای رفتار تغذیه‌ای کودک (child's eating behavior Questionnaire) (CEBQ) ((۹) توسط مراقب کودک تکمیل شد. این پرسشنامه که توسط Sanderson, Rapoport ساخته شده، در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و ۸ خرده مقیاس واکنش نسبت به غذا، لذت بردن از غذا، میل به مایعات، پاسخ‌دهی به رژیم غذایی، کندی در خوردن، ایرادگیری، پرخوری و کم خوری هیجانی را می‌سنجد. با توجه به آن‌که فرایند آماده‌سازی پرسشنامه‌ای که در فرهنگ دیگری وجود آمده است، مستلزم ترجمه و باز ترجمه‌های متعددی است که به منظور کسب اطمینان از معادل بودن مفاهیم پرسشنامه اصلی با پرسشنامه ترجمه شده صورت می‌پذیرد. در فرایند ترجمه و آماده سازی پرسشنامه CEBQ در ابتدا دو نفر بطور جداگانه پرسشنامه اصلی را از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه کردند. این دو ترجمه توسط یک متخصص با مدرک دکترای تخصصی زبان انگلیسی با یکدیگر مقایسه شد و به یک متن تبدیل گردید. سپس دو نفر به‌طور جداگانه متن مذکور را از زبان فارسی به زبان انگلیسی ترجمه کردند. این دو ترجمه نیز توسط یک دکترای تخصصی زبان انگلیسی با یکدیگر مقایسه شد و با حذف موارد اختلاف به یک متن تبدیل گردید و نسخه فارسی پرسشنامه‌ها به‌وجود آمد. در گام بعدی پرسشنامه در میان گروهی ۳۵۰ نفره از مادرانی که کودک ۱ تا ۶ ساله داشتند به کار رفت.

اندازه‌گیری صفات رفتار تغذیه‌ای در جمعیت‌های مختلف به کار رفته و اعتباریابی و رواسازی در مورد آن صورت گرفته است (۱۱-۱۸). افزایش شیوع مشکلات تغذیه‌ای و چاقی در کودکان (۲۰-۱۹) و پیامدهای منفی و دیرپای آن و نیز آغاز مشکلات تغذیه‌ای دوران بزرگسالی با در دوران کودکی و نوپایی (۲۳-۲۱ و ۲)، افزایش دانش در حوزه به سبب‌شناسی این نوع مشکلات را خاطرنشان می‌سازد. بر این اساس شناسایی و کاربرد ابزار تشخیصی که بتواند رفتارهای تغذیه‌ای کودک را مورد ارزیابی قرار دهد، بیش از پیش احساس می‌شود. علاوه بر این اعتباریابی و رواسازی برای هر آزمون به ویژه آزمون‌هایی که در فرهنگ دیگری ساخته شده و قرار است در فرهنگ متفاوتی به کار گرفته شود به هموار شدن مسیر پژوهش‌های آتی، قابل اندازه‌گیری شدن عینی نتیجه تغییرات درمانی و روش‌های درمانی، تشخیص سریع مشکل، غربال کردن و تعیین نقطه برش و نیز با فراهم ساختن امکان انجام مطالعات همه‌گیرشناسی، زمینه برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری از اختلالات روانی، تنظیم برنامه‌های درمانی، آموزش نیرو و تهیه تمهیدات لازم در جهت گسترش بهداشت روانی را مهیا می‌سازد (۲۴). بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اعتبار، روایی پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان ۱ تا ۶ ساله شهر شیراز انجام گرفت. پرسش‌های این پژوهش این بود که آیا پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان، در جامعه کودکان ۱ تا ۶ ساله از اعتبار و روایی مناسب برخوردار است؟ و ادراک مادران در مورد رفتارهای تغذیه‌ای کودکان چگونه است؟

مواد و روش

جامعه آماری پژوهش حاضر که از نوع توصیفی بود را کلیه مادرانی که در شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ فرزند ۱ تا ۶ ساله داشتند، تشکیل می‌داد. از این جامعه آماری با توجه به ماهیت پژوهش، نمونه‌ای ۳۵۰ نفره، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. نحوه انتخاب افراد بدین صورت بود که

یافته‌ها

۱۸۰ دختر و ۱۷۰ پسر با میانگین سنی $14/01 \pm 38/01$ ماه در مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی مادران $3/2 \pm 28/9$ سال و دامنه سنی ۱۸-۴۵ سال بود که از ازدواج آن‌ها بین ۱۶ ماه تا ۲۰ سال می‌گذشت. تحصیلات مادران از سیکل تا دکتری و درآمد ماهیانه خانواده از ۴۰۰ هزار تومان تا بیش از ۴ میلیون تومان در نوسان بود. $63/7$ درصد فرزند از آزمودنی‌ها فرزند اول، $29/7$ فرزند دوم و $6/6$ درصد فرزندان سوم به بعد خانواده بودند. اعتبار پرسشنامه با استفاده از دو شیوه بازآزمایی (با فاصله زمانی دو هفته، در یک گروه نمونه ۳۰ نفری) و همسانی درونی با استفاده از شاخص آلفای کرونباخ محاسبه گردید که نتایج مربوط به آن در جدول ۱ گزارش شده است

به منظور رعایت مسائل اخلاقی و فراهم آوردن فضایی امن برای آزمودنی‌ها در این پژوهش در ابتدا ضمن ارائه توضیحات کافی به مادران در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای پژوهش از والدین رضایت‌نامه کتبی برای شرکت آزمودنی‌ها در پژوهش گرفته شد، همچنین شرکت‌کنندگان در پژوهش می‌توانستند از تداوم شرکت خود انصراف دهند. علاوه بر این کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت‌کنندگان در پژوهش، به هنگام گزارش نتایج رعایت شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی، و آزمون مانوا از طریق نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

جدول ۱. نتایج مربوط به محاسبه اعتبار کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه CEBQ

بازآزمایی	آلفای کرونباخ	
۰/۷۸	۰/۸۴	تمایل نسبت به خوردن
۰/۸	۰/۷۸	تمایل نسبت به نوشیدن
۰/۶	۰/۷۰	کم‌خوری هیجانی
۰/۷۵	۰/۷۳	پر‌خوری هیجانی
۰/۶۵	۰/۷۵	کند خوردن و عدم لذت
۰/۷	۰/۷۲	تنوع‌طلبی
۰/۷۱	۰/۷۴	کل

و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عامل داشت. بر اساس تحلیل عامل انجام شده توأم با چرخش ابلیمین (Oblimin rotation) بر روی گویه‌های پرسشنامه و با ملاک قراردادن مقادیر ویژه (Eigen Values) و شیب نمودار اسکری (Scree plot)، شش مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: تمایل و لذت نسبت به خوردن، تمایل نسبت به نوشیدن، کم‌خوری هیجانی، پر‌خوری هیجانی، کند خوردن و عدم لذت، تنوع‌طلبی. این عوامل در مجموع ۵۳ درصد واریانس را تبیین می‌کردند (جدول ۲)

برای احراز روایی CEBQ پس از تکمیل پرسشنامه توسط آزمودنی‌ها، داده‌های حاصل به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل‌عاملی قرار گرفت. این روش، از جمله روش‌های اکتشافی در تحلیل عاملی محسوب می‌شود و هدف از این نوع تحلیل، تعیین ساختار عاملی موجود در مقیاس می‌باشد. نتایج اولیه این تحلیل حاکی از آن بود که مقدار عددی شاخص Kaiser- Meyer- Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) برابر با ۰/۸۳ و نیز مقدار عددی شاخص χ^2 در آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test of Sphericity) برابر با ۲۹۵۴/۱۰۹ بود که در سطح $0/0001$ معنی‌دار بود

جدول ۲. نتایج تحلیل عامل اکتشافی پرسشنامه CEBQ

سوال	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶
۱	۰/۷۵					
۳	۰/۶۶					
۵	۰/۶۱					
۱۲	۰/۵۷					
۲۰	۰/۴۳					
۲۲	۰/۷۰					
۲۳	۰/۴۸					
۲۷	۰/۶۴					
۶		۰/۶۹				
۲۹		۰/۸۶				
۳۱		۰/۸۴				
۹			۰/۷۳			
۱۱			۰/۶۲			
۲۱			۰/۳۸			
۲۵			۰/۸۳			
۳۰			۰/۴۳			
۲				۰/۶۴		
۱۳				۰/۷۴		
۱۴				۰/۶		
۱۵				۰/۷۶		
۲۸				۰/۵۳		
۳۴				۰/۵۷		
۴					-۰/۵۵	
۸					۰/۷۷	
۱۷					۰/۶۱	
۱۸					۰/۷۴	
۲۴					۰/۵۱	
۳۳					۰/۴۱	
۳۵					۰/۷۵	
۷						۰/۶۱
۱۰						-۰/۸۲
۱۶						-۰/۶۶
۳۲						-۰/۷۳

مورد مقایسه قرار گرفتند. به منظور تعیین اختلاف بین دو گروه از آزمون مانوا استفاده شد. نتایج حاکی از معنی‌داری متغیرهای تمایل نسبت به خوردن ($P < 0/001$)، $13/06 =$

برای بررسی روایی افتراقی مقیاس، ۳۰ نفر از کودکانی که بنا بر تشخیص پزشک اطفال دارای مشکلات تغذیه‌ای و وزنی بودند و ۳۰ نفر از کودکان فاقد چنین مشکلاتی،

همسانی درونی قابل قبولی است و می‌تواند حداقل در پژوهش‌هایی که هدف آن مقایسه گروه‌ها با یکدیگر است، به کار رود (۲۵). با در نظر گرفتن این عدد، مقیاس CEBQ دارای ضریب همسانی درونی قابل قبولی است. از میزان پیشنهاد شده به وسیله هلمستر بالاتر است. از سوی دیگر برنستین و نونالی (Bernstein و Nunnally) حداقل ضریب همسانی قابل قبول را ۰/۷ دانسته‌اند (۲۶). با در نظر گرفتن این عدد، نیز مقیاس CEBQ دارای ضریب همسانی درونی قابل قبولی است. به علاوه، محاسبه ضرایب بازآزمایی به فاصله ۲ هفته نشان داد که گرچه آزمون ضرایب بازآزمایی مطالعه حاضر در برخی از خرده مقیاس‌ها اندکی کمتر از ضرایب بازآزمایی پژوهش اصلی است (۹)؛ با این حال فرم ایرانی پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان در یک فاصله زمانی قابل توجه (دو هفته)، دارای اعتبار مطلوبی است.

واردل (Wardle) در پرسشنامه اصلی هشت عامل واکنش نسبت به غذا، لذت بردن از غذا، میل به مایعات، پاسخ‌دهی به رژیم غذایی، کندی در خوردن، ایرادگیری، پرخوری و کم‌خوری هیجانی را معرفی کرد که در مجموع ۶۹ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. درحالی‌که همانگونه که بیان شد، در این مطالعه با روش تحلیل عاملی اکتشافی شش مقیاس فرعی تمایل و لذت نسبت به خوردن، تمایل به نوشیدن، کم‌خوری هیجانی، پرخوری هیجانی، کندی خوردن و عدم لذت، تنوع‌طلبی استخراج گردید که در مجموع ۵۳ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. به عبارت دیگر در پژوهش حاضر ضمن حفظ اکثریت خرده مقیاس‌ها عدم لذت از غذا خوردن با عامل کندی غذا خوردن ادغام شد. تنوع‌طلبی نیز به عنوان یک عامل مجزا اعلام موجودیت کرد. نتایج مذکور می‌تواند به این معنا باشد که برای مادران ایرانی سرعت پایین غذا خوردن کودک معادل عدم لذت وی از خوردن می‌باشد. دیگر یافته این پژوهش قابلیت تمیز این آزمون بین کودکان دارا و فاقد مشکلات تغذیه‌ای این یافته از یک سو با نتایج پژوهش‌های پیشین

(۲۸ و ۱) F ، کندی خوردن و عدم لذت ($P = ۰/۰۱۵$ ، $P = ۶/۲$ = $F(۱ و ۲۸)$) و تغذیه وابسته به هیجان ($P = ۰/۰۱۹$ ، $P = ۵/۸$ = $F(۱ و ۲۸)$) بود. کودکان دارای مشکلات تغذیه‌ای، تمایل کمتری نسبت به غذا ($۶/۰ \pm ۲۰/۷$) در مقایسه با کودکان بدون مشکلات تغذیه‌ای ($۴/۸ \pm ۲۷/۲$) داشتند ($P < ۰/۰۰۱$) و کندتر غذا می‌خوردند ($۵/۲ \pm ۲۶/۰۲$ در برابر $۶/۵ \pm ۲۱/۱$) ($P = ۰/۰۱۵$). کودکان دارای مشکلات تغذیه‌ای ($۴/۰۶ \pm ۱۳/۶$) در مقایسه با کودکان بدون مشکل ($۳/۰۶ \pm ۱۱/۷$) بیشتر تغذیه وابسته به هیجان از خود نشان دادند ($P = ۰/۰۱۹$).

دومین پرسش پژوهش حاضر، به بررسی نحوه ادراک مادران در مورد رفتارهای تغذیه‌ای کودکان می‌پرداخت. برای پاسخگویی به این پرسش، جمع نمرات آزمودنی‌ها در هر عامل بر تعداد سؤالات مقیاس در آن عامل تقسیم شد (میانگین وزنی). نتیجه عددی بین ۱ تا ۵ بود که امکان مقایسه ادراک مادران در مورد رفتار تغذیه‌ای کودکان را فراهم می‌ساخت. میانگین وزنی شش عامل تمایل و لذت نسبت به خوردن، تمایل به نوشیدن، کم‌خوری هیجانی، پرخوری هیجانی، کندی خوردن و عدم لذت، تنوع‌طلبی، به ترتیب برابر با ۲/۷۹، ۲/۷۸، ۳/۴، ۱/۶، ۲/۸، ۳/۱ بود.

بحث

پژوهش حاضر درصدد بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای کودکان دوره ابتدایی شهر شیراز بود در واقع پژوهش حاضر نتایج تلاش‌هایی که با هدف بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه رفتار تغذیه‌ای در کودکان ۱ تا ۵ ساله، انجام شده است، را منعکس کرده است.

همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس‌های هیجانی مقیاس CEBQ با استفاده از اطلاعات بدست آمده از نمونه اصلی (۳۵۰ نفر) برای کل پرسشنامه ۰/۷۴ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۷ محاسبه شد. هلمستر (Helmstadter) پیشنهاد کرد مقیاسی را که ضریب همسانی درونی آن بالاتر از ۰/۵۰ است، دارای ضریب

بتواند رفتار تغذیه‌ای کودکان ۱ تا ۵ ساله را مورد ارزیابی قرار دهد، انجام گرفته بود، توانست شواهدی دال بر اعتبار و روایی قابل قبول، برای این مقیاس فراهم سازد. استفاده از این مقیاس در پژوهش‌ها و مجموعه‌های بالینی راهگشای متخصصانی خواهد بود که به پژوهش، ارزیابی و حتی درمان مشکلات تغذیه‌ای می‌پردازند.

تقدیر و تشکر

از شرکت کنندگان پژوهش، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

1. Hurley KM, Cross MB, Hughes, SO. A Systematic Review of Responsive Feeding and Child Obesity in High-Income Countries. American Society for Nutrition 2011; 141:495-501.
2. Flegal KM, Ogden CL, Yanovski JA, Freedman DS, Shepherd JA, Graubard BI, Borrud LG. High adiposity and high body mass index for age in US children and adolescents overall and by race-ethnic group. Am J Clin Nutr 2010; 91: 1020-6.
3. Nasirzadeh R, Mazaheri MA, Ferdosi S, Nohesara S, Shahidi S. Mothers' Narratives of their Infants' Feeding Problems and Comparing Infant Feeding Styles, Journal of Kerman University of Medical Sciences 2016;23(1):81-93. (Persian)
4. Wardle J. Eating behavior in obesity. In R. Shepherd, & M. Raats (Eds.). The psychology of food choice. UK: CABI; 2006.

(۹-۱۰ و ۴) همسو است و از سوی دیگر شواهدی برای احراز روایی افتراقی فراهم می‌آورد.

میانگین وزنی عامل‌هایی که عدم تمایل کودکان نسبت به خوردن را نشان می‌دهد کمتر از میانگین وزنی عامل‌هایی است که بیانگر عدم تمایل کودکان نسبت به غذا و خوردن بود. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد اکثر مادران، فرزندان خود را بی‌اشتها و کم‌خوراک و البته تنوع‌طلب ادراک می‌کنند. این موضوع را باید به عنوان یک زنگ خطر جدی گرفت چرا که می‌تواند منجر به اصرار مادر برای خوردن مقدار بیشتری غذا و در نتیجه افزایش شیوع چاقی در کودکی و بزرگسالی شود. چنین یافته‌هایی پژوهش بر ضرورت بازنگری آموزش‌هایی که به مادران در مورد تغذیه شیرخواران داده می‌شود، تأکید می‌کند؛ آموزش‌هایی که با تمرکز افراطی نسبت به تأثیر غذا بر رشد و تحول و سلامت جسمانی شیرخواران، ارزش روانی تغذیه در سال‌های نخست زندگی را نادیده می‌گیرد. این‌گونه آموزش‌ها که مادران را به طور غیر مستقیم و ضمنی به تلاش برای غذا دادن به هر طریق و وسیله‌ای تشویق می‌کند، علاوه بر افزایش تنش مادر، با به مخاطره انداختن احساس کفایت و شایستگی او، به ایجاد مشکلات تغذیه‌ای بیشتری در شیرخواران نیز می‌انجامد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون ذهنی‌بودن و گزارش‌دهی پاسخ‌ها توسط یک منبع و نیز در نظر نگرفتن فرهنگ و قومیت آزمودنی‌ها، روبرو بود. با این وجود روش به کار گرفته شده در این پژوهش می‌تواند راهگشای پژوهشگران و متخصصان تغذیه کودک قرار گیرد. انجام پژوهش‌های مشابه در نمونه‌های بالینی که دارای مشکلات چاقی و نیز کمبود وزن هستند، و نیز مقایسه تفاوت‌های قومیتی، با توجه به آن‌که ایران کشوری است متشکل از قومیت‌های مختلف؛ پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت یافته‌های پژوهش حاضر که با هدف معرفی و بررسی قابلیت کاربرد ابزار تشخیصی که

- weight status at four years of age. *Appetite* 2014; 74: 79-85.
13. Santos JL, Ho-Urriola JA, Gonzalez A, Smalley SV, Dominguez-Vasquez P, Cataldo R, et al. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutr J*; 2011: 10, 108.
 14. Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The children's eating behaviour questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5: 49.
 15. Viana V, Sinde S, Saxton J C. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *Br J Nutr* 2008; 100 (2): 445-450.
 16. Svensson V, Lundborg, L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight--factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8: 134.
 17. Domoff SE, Miller AL, Kaciroti N, Julie C. Lumeng JC. Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income preschool-aged sample in the United States. *Appetite* 2015; 95: 415-420.
 18. Quah PL, Cheung YB, Pang WW, Toh JY, Saw, S-M, Godfrey KM, Yap F, Chong YS, Mary CFF. Validation of the Children's Eating Behavior Questionnaire in 3-year-old children of a multi ethnic Asian population: The
 5. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to foods and children's eating. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 32:405-419.
 6. Mahvi shirazi M. Reliability, Validity and Standardization, Zuckerman's sensation seeking scale. Daneshvar (Raftar) Shahed University 2008; 28:35-49. (Persian)
 7. Nasirzadeh R, Erfanmanesh N. Psychometric properties scale of drawing a story among 6 to 11 years old children. *J Res Behav Sci* 2013; 10(5): 325-31. (Persian)
 8. Epstein, S. Aggregation and beyond: Some basic issues on the prediction of behavior. *Journal of Personality* 1983; 51: 360-392.
 9. Wardle J, Guthrie C A, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42: 963-970.
 10. Carnell S, Wardle J Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire- *Appetite* 2007; 48: 104-113.
 11. Goh DY, Jacob A. Perception of picky eating among children in Singapore and its impact on caregivers: a questionnaire survey. *Asia Pac Fam Med* 2012; 11(1): 5-11.
 12. Mallan KM, Nambia S, Magarey AM, Daniels, LA. Satiety responsiveness in toddlerhood predicts energy intake and

23. Khatoon T, Mollah AH, Choudhury AM, Islam M, Rahman KM. Association between infant and child-feeding index and nutritional status: results from a cross-sectional study among children attending an urban hospital in Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2011; 29(4): 349-56.
24. Taghavi SMR. The normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Daneshvar (Raftar) Shahed University 2008; 15: 1-12. (Persian)
25. Helmstadter GC. Principles of Psychological Measurements. 1st Ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1965.
26. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3th Edition, McGraw-Hill: New York; 1994.
- GUSTO cohort study. *Appetite* 2017; 113:100-105.
19. Chatoor I. Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. In: Wiener J, Dulcan MK, Editors. Textbook of child and adolescent psychiatry. Arlington, VA: American Psychiatric Pub; 2004. P: 639- 57.
20. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Canadian Family Physician* 2006; 52 (10): 1247-1251
21. McDermott BM, Mamun AA, Najman JM, Williams GM, O'Callaghan MJ, Bor W. Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatr* 2010; 99(1): 68-71.
22. Nicklaus S, Boggio V, Chabanet C, Issanchou S. A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite* 2005; 44(3): 289-97.

Cite this article as:

Nasirzadeh R. Validity and reliability of Children's Eating Behavior Questionnaire. *Sadra Med Sci J* 2017; 5(2): 77-86.