

هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودکان (CEBQ)

*شهناز نوحی^۱، مسعود جان‌بزرگی^۲، مژگان آگاه‌هریس^۳، آویسا نجیمی^۴

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه قم.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه دانش البرز، قزوین، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۹/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۶)

Standardization of Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ)

*Shahnaz Nouhi¹, Masoud Janbozorgi², Mojgan Agahharis³, Avisia Najimi⁴

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Hozeh Research Institute and University of Qom.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, University Knowledge of Alborz, Qazvin, Iran.

Original Article

(Received: Dec. 09, 2018 - Accepted: Jun. 15, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: In creating weight problems in children and adults, individual differences in several dimensions of eating and eating style have been indicated. In this study, standardization, validity and reliability of the children's eating behavior questionnaire were examined. **Method:** This questionnaire consists of 35 questions that include eight factors affecting eating behavior (food enjoyment, food responsiveness, food sensitivity, relaxation, satiety response, emotional overeating, desire to drink, and less). Measures emotional eating. The subjects were 325 elementary school students who were randomly selected for multi-stage cluster sampling. To investigate the validity of the questionnaire, the exploratory factor analysis method was analyzed by analysis of the main components and Cranbach's alpha method was used to investigate the reliability. **Findings:** The findings of the factor analysis section showed that by factor analysis, questions and rotation of results are revealed by varimax method of eight components, the number of these components obtained and also the questions that had a high factor load with these components. To a large extent, it is consistent with the findings of the authors of the questionnaire. **Conclusion:** Due to the strength of the structure and having appropriate psychometric specifications, the final questionnaire had the capability to be used by researchers.

Keywords: Eating Behavior, Children, Obesity, Factor Analysis, Standardization.

چکیده

مقدمه: در ایجاد مشکلات وزن در کودکان و بزرگسالان، بر تفاوت‌های فردی در چندین بُعد سبک غذاخوردن و تغذیه دلالت شده است. در این مطالعه هنجاریابی، روایی و پایایی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودکان مورد بررسی قرار داده شده است. **روش:** این پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی است. این پرسشنامه شامل ۳۵ سؤال است که هشت عامل مؤثر بر رفتار غذا خوردن (لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به غذا، حساس شدن به غذاهای جدید، آرام خوردن، پاسخ‌دهی به سیری، پرخوری هیجانی، میل به نوشیدنی و کم‌خوری هیجانی) را اندازه می‌گیرد. آزمودنی‌های پژوهش ۳۲۵ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای بررسی روایی پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی به روش تجزیه به مؤلفه‌های اصلی و از روش آلفای کرانباخ برای بررسی میزان پایایی استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های بخش تحلیل عاملی نشان داد که با تحلیل عاملی سؤالات و چرخش نتایج با روش واریماکس هشت مؤلفه آشکار می‌شود که تعداد این مؤلفه‌های به دست آمده و نیز سؤالاتی که با این مؤلفه‌ها بار عاملی بالایی داشتند تا حد زیادی با یافته‌های مؤلفین پرسشنامه همخوان است. **نتیجه‌گیری:** پرسشنامه نهایی به دلیل استحکام ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب قابلیت به‌کارگیری توسط پژوهشگران مختلف را دارا است.

واژگان کلیدی: رفتار غذاخوردن، کودکان، چاقی، تحلیل عاملی، هنجاریابی.

*نویسنده مسئول: شهناز نوحی

*Corresponding Author: Shahnaz Nouhi

Email: Psynut.sh@gmail.com

مقدمه

(موسویان، مرادی، میرزایی و همکاران، ۱۳۸۹؛ به نقل از ربانی پارسا، مشهدی و بیگدلی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رفتارهای غذا خوردن با وضعیت وزن و شاخص توده بدنی در تعامل است (سیلوا، کاپورو، ساومن و همکاران^۹، ۲۰۱۳). رفتار غذا خوردن به صورت افکار، اعمال و تمایلاتی تعریف می‌شود که یک موجود زنده به منظور واردکردن مواد جامد و مایع به داخل بدن به نمایش در می‌آورد (داونی^{۱۰}، ۲۰۱۴). آنچه مسلم است این است که رفتارهای غذا خوردن به شکل افراطی آن در ایجاد اضافه وزن دخالت دارند، اگرچه مکانیسم‌های معلومی در این افراطی خوردن دخیل هستند (بلوندل، فینلایسلی و هالفورد^{۱۱}، ۲۰۱۰). نظریه بوم‌شناختی بیان می‌کند؛ محیط نقش مهمی در شکل دادن رفتارهای سالم بازی می‌کند، به طوری که می‌تواند رفتارهایی را که در آن به وجود می‌آید، محدود و کنترل کند. این نظریه نشان می‌دهد که محیط به عنوان یک ساختار مرکزی برای برهم‌کنش عوامل محیطی و شخصی در نظر گرفته می‌شود. در نتیجه اخیراً بیشترین توجه به تأثیر محیط روی رفتار غذا خوردن سالم و یا ناسالم می‌شود و گفته می‌شود همه‌ی عوامل تأثیرگذار بر رفتار غذا خوردن در محیط برهم‌کنش می‌کنند و بعد از آن رفتار شکل می‌گیرد و لذا از آنجایی که الگوی غذا خوردن کودکان در خانواده شکل می‌گیرد، محیط خانه و محیط اطراف (مدرسه، محله و بیرون از خانه)

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۴)، چاقی و اضافه وزن نوعی انباشت چربی غیرطبیعی یا بیش از اندازه است که می‌تواند به سلامتی انسان آسیب برساند. چاقی در طول زمان در حال گسترش است (رینز، کلبر، لس و همکاران^۲، ۲۰۱۰) و وضعیتی چند عاملی است که ممکن است در نتیجه بسیاری از عادات زندگی یا محیط به وجود آید (وانهالا، کورپلینان، تاپاینن و همکاران^۳، ۲۰۰۹). شیوع چاقی نه تنها در میان بزرگسالان بلکه بطور خاص در بین کودکان و نوجوانان نیز در حال گسترش است (پاکیزه و بهزادفر، ۱۳۹۷؛ سانیر ایکس^۴، ۲۰۰۹). چاقی در کودکان یکی از بزرگترین مشکلات عمومی جهان است، چنانکه شیوع جهانی آن غیر قابل کنترل بنظر می‌رسد (آوندونک، منسینک و درنتن^۵، ۲۰۱۲) و می‌تواند منجر به چاقی در بزرگسالی شود (ون، تامسون، اشمیت و همکاران^۶، ۲۰۰۷). چاقی دوران کودکی عامل خطر جدی ناخوشی (بیماری)، دیابت نوع دو، بیماری قلبی عروقی و مرگ‌ومیر زودرس در بزرگسالی خواهد بود (آوگست، کاپریو، فنوی و همکاران^۷، ۲۰۰۸؛ هوی، مک گولین، کیلرو و همکاران^۸، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، چاقی تنها ناشی از عوامل فیزیولوژیکی نیست، بلکه پیامد برهم‌کنش‌های عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی است

1. World Health Organization
2. Reinehr, Kleber & Lass
3. Vanhala, Korpelainen, Tapanainen et al
4. Sunyer X
5. Avendonk, Mensink, Drenthen et al
6. Venn, Thomson, Schmidt et al.
7. August, Caprio, Fennoy et al
8. Heavey, McGloin, Kilroe et al

9. Silva, Capurro, Saumann et al
10. Downey
11. Blundell, Finlayson & Halford

نگرانی بزرگی در دوران کودکی و نوجوانی است که می‌تواند مرتبط با خطر بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن در بزرگسالی باشد (آدامز، تیرل، آدامسون و همکاران^۶، ۲۰۱۲). در حقیقت محور و کلید اصلی چاقی در نوجوانان رفتارهای غلط و نادرست خوردن می‌باشد (آفنتیو، فرانکو، استریگل-موره و همکاران^۷، ۲۰۱۲). از آنجایی که بسیاری از عادت‌های غذا خوردن، رشد بدنی، روانی و عقلی در کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد (اسکینر و همکاران، ۲۰۰۴؛ و مونگه-روجاس، نونز، جانیتا و همکاران^۸، ۲۰۰۲)، لذا تعیین عوامل مهم و تأثیرگذار بر رفتارهای خوردن و کنترل این عوامل به منظور ایجاد یک رفتار صحیح تغذیه‌ای از اهمیت بسزایی برخوردار است (لات، مکلوze، فالکرسون و همکاران^۹، ۲۰۱۴).

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که رفتارهای غذایی والدین، قانون‌های غذایی موجود در خانواده و بیرون از خانواده و فشارهای والدینی در کنار عوامل فردی، از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خوردن در کودکان و نوجوانان است (لات و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۴؛ و فیتزجرالد، هیری، نیکسون و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۰). همچنین رفتارهای والدین، مسئله فرهنگ، قومیت و مذهب خانواده، پختن، خرید غذا و توجه والدین در مورد تغذیه کودکان و نوجوانان، الگوی وعده غذایی خانواده و ارتباط والد - کودک و تحصیلات والدین

می‌تواند روی رفتار غذا خوردن تأثیر بگذارد (داونی، ۲۰۱۴؛ و هارنس، کری‌نست، دیفورچه و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۸).

والدین می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از چاقی کودکان داشته باشند زیرا خانه، اولین جایی است که کودک در آن، عادات سالم را کسب می‌کند (اپستین، مک‌کارلی، وینگ و همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۰؛ و وودز^{۱۴}، ۲۰۱۲). والدین و بزرگسالان، الگوهای نقش و عمل‌اند که می‌توانند در عادات خوردن و فعالیت‌های بدنی فرزندان تأثیر زیادی بگذارند (راینسون، ۱۹۹۹). والدین ممکن است از طریق غذاهایی که برای فرزندانشان تهیه می‌کنند و به‌واسطه روش‌های تغذیه در شکل خوردن آنها تأثیر بگذارند (روزنکرانز و دزوالتووسکی، ۲۰۰۸). برخی تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف میوه و سبزیجات کودکان، با مقدار میوه و سبزیجاتی که در خانه در دسترس آنها قرار می‌گیرد بسیار مرتبط است (ویند و همکاران، ۲۰۰۵). نشان داده شده است که کودکان در خوردن از والدین خود الگوبرداری می‌کنند، آنها به احتمال زیاد غذاهایی را می‌خورند که والدینشان معمولاً می‌خورند (جانسون و بیرچ^{۱۵}، ۱۹۹۴). فیشر، میشل، اسمیسیکلاس-رایت و همکاران^{۱۶} (۲۰۰۲) دریافتند والدینی که میوه و سبزیجات بیشتری مصرف می‌کنند، دخترانشان هم میوه و سبزیجات بیشتری مصرف می‌کنند.

رفتارهای غذا خوردن نامناسب و چاقی

6. Adams, Tyrrell, Adamson et al
7. Affenito, Franko, Striegel-Moore et al
8. Monge-Rojas, Nuñez, Garita et al
9. Loth, MacLehose, Fulkerson et al
10. Fitzgerald, Heary, Nixon et al

1. Haerens, Craeynest, Deforche et al
2. Epstein, McCurley, Wing et al
3. Woods
4. Johnson & Birch
5. Fisher, Mitchell, Smiciklas-Wright et al

خوردن هلندی (اسلادن، کریمر و تیچز^۵، ۲۰۰۸)، پرسشنامه رفتار خوردن کودک (بریج و فیشر^۶، ۱۹۹۸) و پرسشنامه رفتار خوردن کودکان (سانتوس، هوریالو، گونزالس و همکاران، ۲۰۱۱) می‌باشد. "پرسشنامه رفتار خوردن کودکان" شامل جامع‌ترین سبک‌های خوردن در کودکان می‌باشد. از آنجاکه در ایران ابزارهای معتبر و کافی برای سنجش سبک‌های خوردن در کودکان موجود نیست، پرسشنامه رفتار خوردن کودکان واردل، گوتری، ساندرسون و راپورپورت (۲۰۰۱) پرسشنامه معتبری است که مورد توجه قرار گرفت تا ویژگی‌های روان‌سنجی و قابلیت کاربرد آن مشخص شود.

واردل، گوتری، ساندرسون و همکاران^۷ (۲۰۰۱) ابزاری را برای سنجش رفتار غذا خوردن کودکان تهیه کردند فرم اولیه این پرسشنامه شامل ۵۷ گویه بود که ۶ عامل (پاسخ‌دهی به سیری، پاسخ‌دهی به نشانه‌های غذا، غذاخوردن هیجانی، علاقه کلی به غذا خوردن، سرعت غذا خوردن و ایرادگیری از غذا) را اندازه‌گیری می‌کرد. سپس در پژوهش واردل و همکاران (۲۰۰۱) تعداد سوالات به ۳۵ گویه کاهش پیدا کرد که هشت عامل (پاسخ‌دهی به غذا، لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به سیری، آهسته غذا خوردن، ایرادگیری یا سخت‌گیری در غذاخوردن، پرخوری هیجانی، کم‌خوری هیجانی و میل به نوشیدنی‌ها) را اندازه‌گیری می‌کرد. در این پرسشنامه برای نمره‌گذاری سؤال‌ها از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت

می‌توانند روی رفتار غذا خوردن کودک تأثیر بگذارند (ریج، ۲۰۱۲؛ هارنس و همکاران، ۲۰۰۸؛ و ویدئون و منینگ^۱، ۲۰۰۳). چندین مطالعه نقش نقش تحصیلات والدین را روی رفتارهای غذا خوردن در کودکان و نوجوانان نشان می‌دهند و بیان می‌کنند والدین باسواد در مورد رفتارهای غذا خوردن سالم و مناسب آگاه‌ترند و رفتارهای سالم و مناسب خوردن در نوجوان را تأکید می‌کنند (بوردهویج و اوست^۲، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده است که با افزایش سن کودکان و نوجوانان، رفتارهای غذا خوردن ناسالم نیز افزایش می‌یابد چرا که از خوردن غذای خانه بیشتر اجتناب می‌کنند، صبحانه و ناهار اغلب بیشترین وعده‌هایی هستند که حذف می‌شوند، البته فعالیت‌های اجتماعی و مدرسه، شغل والدین، عدم وجود غذای تازه و آماده در منزل، دوری مدرسه از خانه، تبلیغات فراوان رادیو و تلویزیون در مورد غذاهای شیرین و پرکالری، عدم تمایل کودکان به استفاده از میان وعده، عدم وجود عادت مصرف میان وعده‌ها در برخی از خانواده‌ها، علاقه به غذاهای خاص هم می‌توانند باعث شوند که کودک یا نوجوان از خوردن میان وعده خودداری کند (الدریج، دوینه، وتینگتون و همکاران^۳، ۲۰۱۶؛ و دینگ، سالیز، نورمن و همکاران^۴، ۲۰۱۲).

تعداد زیادی از ابزارهای استاندارد روان‌سنجی برای اندازه‌گیری سبک‌های خوردن کودکان وجود دارد که شامل پرسشنامه رفتار

5 Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C
6 Birch LL, Fisher JO
7. Wardle, J. Guthrie, C. A. Sanderson, S. & Rapoport, L.

1. Videon & Manning
2. Bourdeaudhuij & Oost
3. Eldridge, Devine, Wethington et al
4. Ding, Sallis, Norman et al

غذاهای جدید، آرام خوردن، پاسخ‌دهی به سیری، پرخوری هیجانی، میل به نوشیدنی و کم‌خوری هیجانی بودند. قالب پاسخ استفاده شده برای این نسخه به صورت “هرگز”، “به ندرت”، “گاهی اوقات”، “اغلب” و “همیشه”، از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شد.

شیوه اجرا: ابتدا پرسشنامه رفتارهای غذا خوردن کودکان به فارسی برگردانده شد. سپس از دو نفر متخصص زبان انگلیسی، خواسته شد که گویه‌های ترجمه‌شده فارسی را به انگلیسی ترجمه نمایند. آنگاه مشکلات موجود در تطابق دو ترجمه اصلاح گردید. پس از آن، اصطلاحات و مفاهیم تخصصی موجود در این پرسشنامه را استادان روانشناسی مورد تأیید قرار دادند، آزمون به‌دست‌آمده در چند آزمودنی به‌صورت آزمایشی اجرا و اشکالات آن برای کاربرد نهایی رفع شد. سپس پرسشنامه بر روی نمونه اصلی اجرا شد. از والدین خواسته شد در مورد هر یک از عبارات، شدت رفتار کودک خود را روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز تا همیشه درجه‌بندی کنند. برای هر عبارت نمره صفر تا ۴ داده شد. به‌منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از تحلیل عوامل به روش تأییدی استفاده گردید. به‌منظور تحلیل پایایی ابزار، از محاسبه آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد.

یافته‌ها

ابتدا به‌منظور بررسی اینکه آیا پرسشنامه رفتار غذاخوردن کودک ساختار هشت عاملی را تکرار خواهد کرد یا نه تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش

استفاده شده بود. همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی نشان داد که ضرایب ساختاری برای تمامی شاخص‌ها از نظر آماری معنی‌دار است و مدل مورد نظر، برازش آماری مناسبی دارد.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش، دانش‌آموزان پسر ابتدایی است در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ در دبستان‌های شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. که از بین این افراد، دانش‌آموزان ده کلاس (۳۲۵ نفر) به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای به عنوان آزمودنی‌های پژوهش انتخاب شدند. بدین صورت که برای نمونه‌گیری، از هر ۴ ناحیه آموزشی شهر تهران یک دبستان پسرانه به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس در هر مدرسه یک کلاس از هر پایه تحصیلی و از هر کلاس تعدادی از دانش‌آموزان به‌عنوان واحدهای نمونه انتخاب شد. ۳۵۰ پرسشنامه در میان مادران کودکان ۱۲-۷ ساله این کلاس‌ها توزیع گردید. ۳۲۵ پرسشنامه تکمیل و بازگشت داده شدند.

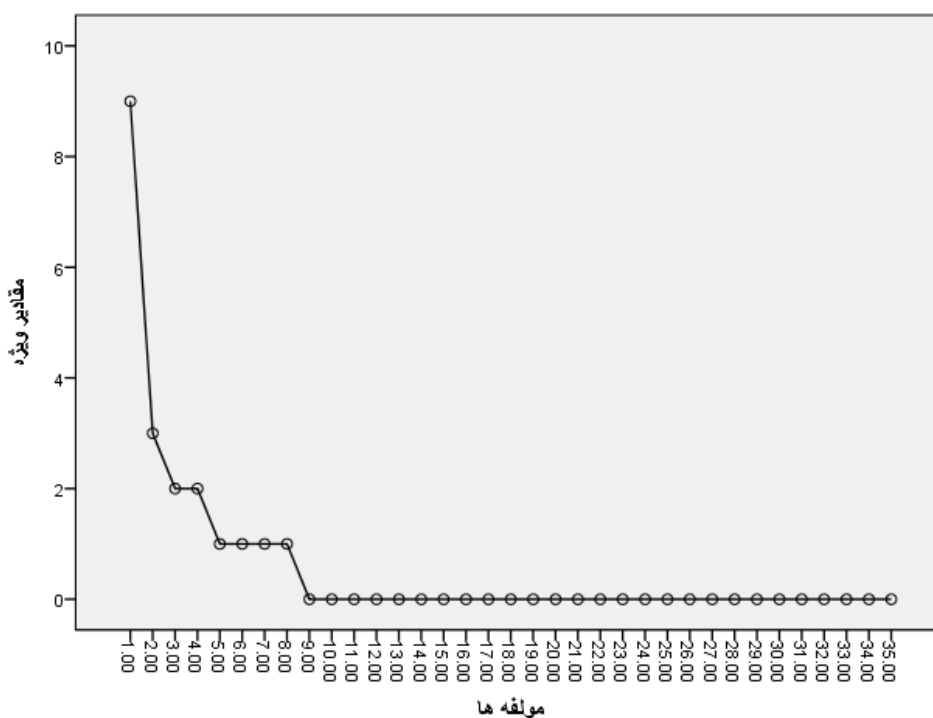
پرسشنامه واردل و همکاران (۲۰۰۱) از روی پرسشنامه اولیه ۵۷ گویه‌ای ساخته شده است که دارای ۳۵ گویه می‌باشد. این ابزار مربوط به والدین برای ارزیابی ۸ بُعد سبک غذا خوردن (۸ سازه) در کودکان در نظر گرفته شد. زیرمقیاس‌ها از نوشته‌های موجود مربوط به رفتار غذا خوردن کودکان و بزرگسالان و مصاحبه با والدین نتیجه‌گیری و استخراج شده است که شامل لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به غذا، حساس شدن به

همچنانکه از جدول ۲ برمی‌آید در پژوهش حاضر مقدار KMO برابر $0/887$ است که نشانگر کفایت نمونه انتخاب شده است. همچنین آزمون کرویت باتلر برابر $6144/03$ است که در سطح $P < 0/05$ معنادار است که نشان می‌دهد همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست. در این تحلیل با استفاده از چرخش واریماکس هشت عامل که دارای مقادیر ویژه بالاتر از یک بودند و مواد آنها بار عاملی بالاتر از $0/35$ داشتند به دست آمد.

واریماکس روی داده‌ها صورت گرفت. جهت انجام تحلیل عاملی ابتدا آزمون کفایت نمونه‌برداری (KMO) برای حصول اطمینان از کفایت حجم نمونه محاسبه شد. سپس از آنجاکه همبستگی بین پرسش‌های آزمون زیربنای تحلیل عوامل است، برای اینکه مشخص شود همبستگی بین متغیرها برابر صفر نیست از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. نتایج آزمون‌های KMO و کرویت بارتلت برای تعیین روایی پرسشنامه رفتار غذا خوردن

آزمون کفایت نمونه‌برداری (KMO)	آزمون کرویت بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
$0/887$	$6144/03$	۵۹۵	$0/001$



شکل ۱. نمودار اسکری کتل مؤلفه‌های استخراجی پرسشنامه رفتار غذا خوردن

نمودار صخره‌ای در شکل ۱ نشان می‌دهد که در تحلیل عاملی دوم هشت عامل، مقدار ویژه بالاتر از یک دارند که این تعداد عامل استخراج‌شده، تأییدکننده تعداد آزمون‌های فرعی ساخته‌شده توسط مؤلفین پرسشنامه است. جدول ۳ مقادیر ویژه، درصد واریانس تبیین شده و درصد واریانس تجمعی هر عامل را نشان می‌دهد. همانطور که از جدول ۲ مشخص می‌شود این عوامل ۶۸/۳ درصد واریانس رفتار غذا خوردن را تبیین کردند. در جدول ۳ بارهای عاملی هر کدام از سؤال‌های پرسشنامه رفتار غذا خوردن بر روی هشت مؤلفه استخراج‌شده، مشخص است. بارهای عاملی حدود ۰/۳۵ و بالاتر جهت اختصاص هر سؤال به یک مؤلفه در نظر گرفته شد.

جدول ۲. مؤلفه‌های استخراج‌شده تحلیل عاملی نهایی پرسشنامه رفتار غذا خوردن

مقادیر ویژه اولیه			مقادیر استخراج مربعات			مقادیر بعد از چرخش واریماکس		
عامل	مقدار	واریانس	درصد تجمعی	مقدار	واریانس	درصد تجمعی	مقدار	واریانس
۱	۹/۲۱	۲۶/۳	۲۶/۳	۹/۲۱	۲۶/۳	۲۶/۳	۱۱/۷	۱۱/۷
۲	۳/۹	۱۱/۱۷	۳۷/۵	۳/۹	۱۱/۱۷	۳۷/۵	۱۱/۳	۲۳/۰۸
۳	۲/۶	۷/۵	۴۵/۰۲	۲/۶	۷/۵	۴۵/۰۲	۹/۲	۳۲/۲
۴	۲/۲	۶/۳	۵۱/۴	۲/۲	۶/۳	۵۱/۴	۸/۳	۴۰/۶
۵	۱/۹	۵/۵	۵۶/۹	۱/۹	۵/۵	۵۶/۹	۷/۸	۴۸/۴
۶	۱/۶	۴/۷	۶۱/۷	۱/۶	۴/۷	۶۱/۷	۶/۸	۵۸/۲
۷	۱/۲۲	۳/۵	۶۵/۲	۱/۲۲	۳/۵	۶۵/۲	۶/۷	۶۲/۰۴
۸	۱/۰۷	۳/۰۷	۶۸/۳	۱/۰۷	۳/۰۷	۶۸/۳	۶/۲	۶۸/۳

نوحی و همکاران: هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودکان (CEBQ) ...

جدول ۳. ماتریس بارهای عاملی سؤال‌های پرسشنامه رفتار غذا خوردن بر روی مؤلفه‌های استخراج‌شده

سوال	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم	عامل هشتم
۱	۰/۷۹۵							
۳	۰/۷۰۳							
۵	۰/۷۸۱							
۲۰	۰/۶۲۱							
۲۲	۰/۷۵۱							
۱۲		۰/۵۹						
۱۴		۰/۵۹						
۱۹		۰/۷۸۹						
۲۷		۰/۷۹۱						
۲۸		۰/۶۷۹						
۷			-۰/۷۷۲					
۱۰			۰/۸					
۱۶			۰/۶۶					
۲۴			-۰/۵۳۵					
۳۲			۰/۷۹۸					
۳۳			-۰/۶					
۴				-۰/۷۷۲				
۸				۰/۸۷۲				
۱۸				۰/۷۲۳				
۳۵				۰/۸۵۲				
۱۷				۰/۷۵				
۲۱				۰/۷۴				
۲۶				-۰/۵۷				
۳۰				۰/۵۶				
۲					۰/۷۲۶			
۱۳					۰/۸۰			
۱۵					۰/۸۵			
۶						۰/۸۰۷		
۲۹						۰/۸۴۲		
۳۱						۰/۸۶۲		
۹							۰/۷۹۹	
۱۱							۰/۶۳۱	
۲۳							۰/۴۹۲	

پس از تعیین عامل‌های استخراج‌شده با توجه به تأیید عوامل به دست آمده در پژوهش واردل و همکاران (۲۰۰۱) نام‌گذاری هرکدام از عوامل با استفاده از این پژوهش صورت گرفت. نتایج این مرحله منجر به تأیید هشت آزمون فرعی طراحی‌شده توسط مؤلفین شد که در جدول شماره ۴ عناوین این آزمون‌ها به همراه تعداد و شماره سؤال‌های مرتبط ارائه شده است.

همچنین در این جدول ضرایب آلفای کرانباخ که برای بررسی پایایی نمرات آزمون‌های فرعی به کار رفت، ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود مقادیر تمام آزمون‌های فرعی در سطح بالایی است. لازم به ذکر است که برای کل پرسشنامه نیز مقدار ضریب آلفای محاسبه شد.

جدول ۴. سؤالات مرتبط با هشت مؤلفه پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک و

ضرایب آلفای کرانباخ آزمون‌های فرعی

مؤلفه	ویژگی موردسنجش	تعداد سوال	شماره سوال‌ها	ضریب آلفای کرانباخ
اول	لذت بردن از غذا	۵	۱،۳،۵،۲۰،۲۲	۰/۹۰۱
دوم	پاسخ‌دهی به غذا	۵	۱۲،۱۴،۱۹،۲۷،۲۸	۰/۸۷
سوم	حساس شدن به غذاهای جدید	۶	۷،۱۰،۱۶،۲۴،۳۲،۳۳	۰/۷۴
چهارم	آرام خوردن	۴	۴،۸،۱۸،۳۵	۰/۹۳
پنجم	پاسخ‌دهی به سیری	۴	۱۷،۲۱،۲۶،۳۰	۰/۹۹
ششم	پر خوری هیجانی	۳	۲،۱۳،۱۵	۰/۸۰۲
هفتم	میل به نوشیدنی	۳	۶،۲۹،۳۱	۰/۸۳
هشتم	کم‌خوری هیجانی	۴	۹،۱۱،۲۳،۲۵	۰/۶۷

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از این پژوهش بررسی شاخص‌های پایایی و روایی و همچنین هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک بود. یافته‌های تحلیل عاملی نشان داد که ۳۵ سؤال پرسشنامه دارای بارهای عاملی بالای با هشت مؤلفه تشخیص داده شده هستند. تعداد مؤلفه‌های کشف شده مؤید تعداد عوامل تأثیرگذار بر سبک رفتار غذا خوردن کودکان از نظر واردل، گوتری، سادرسون و همکاران (۲۰۰۱) است. همچنین علاوه بر توافق در تعداد عامل‌های استخراج شده نهایی، نتایج نشان می‌دهد که در ترکیب سؤال‌های عوامل هشتگانه به دست آمده یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحلیل عاملی مطالعات واردل و همکاران (۲۰۰۱) تا حد بسیار بالایی مطابقت دارد.

مقیاس رفتار غذا خوردن برای اندازه‌گیری هشت بعد (لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به غذا، حساس شدن به غذاهای جدید، آرام خوردن، پاسخ‌دهی به سیری، پرخوری هیجانی، میل به نوشیدنی و کم‌خوری هیجانی) ساخته شده است. این پرسشنامه ابتدا به صورت پرسشنامه ۵۷ گویه‌ای توسط واردل و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده بود که بین ۳۲۰ نفر از والدین از ۸ مهدکودک شهری و حومه‌ی شهر و کلاس‌های کودکان مدارس ابتدایی توزیع شد و پس از هنجاریابی، فرآیند یکسان تصحیح مقیاس‌ها با هدف اضافی کاهش تعداد گویه‌ها به ۴ تا ۶ گویه برای هر ۸ مقیاس دنبال شد. این مسئله به نسخه ۳۵ گویه‌ای پرسشنامه منجر شد که لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به غذا، حساس شدن به غذاهای

جدید، آرام خوردن، پاسخ‌دهی به سیری، پرخوری هیجانی، میل به نوشیدنی و کم‌خوری هیجانی را پوشش می‌دهد. این کار تأیید کرد که همه‌ی ابعادی که در نوشته‌های تجربی شناسایی و تعریف شده است، در شرح‌های والدین همراه با دو ساختار دیگر، کم‌خوری هیجانی و یک نیاز ثابت برای نوشیدنی‌ها ظاهر شد. از آنجایی که اکثر حالت‌های انگیزندگی هیجانی و عاطفی، کارکرد دستگاه گوارش را کاهش می‌دهند، کم‌خوری هیجانی در برخی روش‌ها، یک واکنش طبیعی زیست‌شناختی به استرس را نمایش می‌دهد. به‌هرحال برای والدین عادت آشفتگی در طول مدت یک وعده غذایی، فقط مؤلفه دیگری بود که به طفره رفتن برخی کودکان از غذایشان گرایش داشت. بحث این که برخی کودکان می‌خواهند همیشه نوشیدنی همراه داشته باشند، بحثی است که اخیراً توجه مطالعات سلامت را به خود معطوف کرده است. به این مسئله پی برده شده است که مصرف بیشتر نوشیدنی‌های شیرین و گوارا با جذب مجموع انرژی بیشتر مرتبط است که به این مطلب اشاره دارد که کودکانی که به طور مکرر نوشیدنی‌های شیرین می‌نوشند، ممکن است در ریسک بالاتری از گسترش چاقی باشند (واردل و همکاران، ۲۰۰۱).

یک دلیل برای ساخت CEBQ آسانتر کردن آن جهت تحقیق و بررسی سهم تفاوت‌های فردی در سبک غذا خوردن نسبت به رشد و گسترش چاقی است. در اینجا مشاهدات پراکنده‌ای وجود دارد که پیشنهاد می‌کند پرخوری هیجانی و احتمالاً ایرادگیری به غذا ممکن است با ریسک

آن عبور داده می شود.

سیاسگزاری

از کلیه دانش آموزان، مدیران و کارکنان ناحیه های آموزش و پرورش شهر تهران برای مشارکت و همکاری در این پژوهش تشکر می شود.

چاقی مرتبط باشند. پرسشنامه هایی همچون CEBQ باید برای اجرای مطالعات مقیاس بزرگ جهت بررسی و تحقیق روابط بین سبک غذا خوردن و گسترش و رشد بعدی چاقی، قابل اجراتر و عملی تر شوند. این احتمال نیز وجود دارد که تفاوت های سبک غذا خوردن از بخشی از مسیر رفتاری سراسری باشد که ریسک چاقی از

منابع

موسویان، ن؛ مرادی، ع؛ میرزایی، ج؛ شیدفر، ف؛ محمودی کهریز، ب؛ طاهری، ف. (۱۳۸۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی. *اندیشه و رفتار*، ۴، ۴۹-۵۸.

نوحی، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش جامع فرزندپروری سلامت محور به مادران دارای سبک والدگری سهل گیر و سخت گیر روی ارتقاء شاخص های سلامت کودکان فزون وزن، پایان نامه دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

پاکیزه، ع؛ بهزادفر، م. (۱۳۹۷). نقش سیستم پاداش مغز در اضافه وزن و چاقی: بررسی نقش واسطه گری غذا خوردن هیجانی در رابطه ی بین حساسیت به پاداش و اضافه وزن. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۵)، ۷-۲۰.

ربانی پارسا، م؛ مشهدی، ع؛ بیگدلی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی مصاحبه ی انگیزشی به شیوه ی گروهی، بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش اضطراب در افراد چاق: نقش تعدیل گر تکانشگری. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۴۴-۶۱.

Adams, C. E., Dubbert, P. M., Hickson, D. A., & Wyatt, S. B. (2012). Are religiosity and spirituality associated with obesity among African Americans in the Southeastern United States (the Jackson Heart Study). *Journal of religion and health*, 51(1), 32-48.

Affenito, S. G., Franko, D. L., Striegel-

Moore, R. H., & Thompson, D. (2012). Behavioral determinants of obesity: research findings and policy implications. *Journal of obesity*, 1,1-4.

August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Lustig, R. H., & Montori, V. M. (2008). Prevention and treatment of

- pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93 (12), 4576-4599.
- Birch LL, Fisher JO. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(2), 539-49.
- Blundell, J. E., Finlayson, G., & Halford J. C. G. (2010). Eating behavior, In: P. G., Kopelman, I. D., Caterson, & W. H., Dietz. *Clinical obesity in adults and children*. Third edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 134.
- Bourdeaudhuij, I., Lefevre, J., Deforche, B., Wijndaele, K., Matton, L., & Philippaerts, R. (2005). Physical activity and psychosocial correlates in normal weight and overweight 11 to 19 year olds. *Obesity research*, 13(6), 1097-1105.
- Ding, D., Sallis, J. F., Norman, G. J., Saelens, B. E., Harris, S. K., Kerr, J., ... & Glanz, K. (2012). Community food environment, home food environment, and fruit and vegetable intake of children and adolescents. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(6), 634-638.
- Downey, J. (2014). 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.
- Eldridge, J. D., Devine, C. M., Wethington, E., Aceves, L., Phillips-Caesar, E., Wansink, B., & Charlson, M. E. (2016). Environmental influences on small eating behavior change to promote weight loss among Black and Hispanic populations. *Appetite*, 96, 129-137.
- Epstein, L. H., McCurley, J., Wing, R. R., & Valoski, A. (1990). Five-year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(5), 661.
- Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1), 58-64.
- Fitzgerald, A., Heary, C., Nixon, E., & Kelly, C. (2010). Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promotion International*, 25(3), 289-298.
- Haerens, L., Craeynest, M., Deforche,

- B., Maes, L., Cardon, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2008). The contribution of psychosocial and home environmental factors in explaining eating behaviours in adolescents. *European journal of clinical nutrition*, 62(1), 51-59.
- Heavey, P., McGloin, A., Kilroe, J., Daly, L. O., Mahony, D. & Kelleher, C. (2010) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative in Ireland. Main Report. Dublin: Health Service Executive and Department of Health and Children (in press).
- Johnson, S. L., & Birch, L. L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94(5), 653-661
- Loth, K. A., MacLehose, R. F., Fulkerson, J. A., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors?. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 310-314.
- Monge-Rojas, R., Nuñez, H. P., Garita, C., & Chen-Mok, M. (2002). Psychosocial aspects of Costa Rican adolescents' eating and physical activity patterns. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 212-219.
- Pi-Sunyer, X. (2009). The medical risks of obesity. *Postgraduate Medicine*, 121 (6), 21-33.
- Reinehr, T., Kleber, M., Lass, N., & Toschke, A. M. (2010). Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success. *The American journal of clinical nutrition*, 91 (5), 1165-117
- Riazi, A., Shakoor, S., Dundas, I., Eiser, C., & McKenzie, S. A. (2010). Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (1), 1.
- Santos JL, Ho-Urriola JA, Gonzalez A, Smalley SV, Dominguez-Vasquez P, Cataldo R, Obregon AM, Amador P, Weisstaub G, Hodgson MI. (2011). Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal*, 10(1), 108-126
- Silva, J. R., Capurro, G., Saumann, M. P., & Slachevsky, A. (2013). Problematic eating behaviors and nutritional status in 7 to 12 year-old Chilean children. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13 (1), 32-39.
- Silva, L., Gomes, A. R., & Martins, C. (2011). Psychological factors related to eating disordered

- behaviors: a study with Portuguese athletes. *The Spanish journal of psychology*, 14 (01), 323-335.
- Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. (2008). The Children's Eating Behavior Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1): 49-58.
- Sleddens, E. F., Kremers, S. P., & Thijs, C. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 1.
- Van Avendonk, M. J., Mensink, P. A., Drenthen, A. T., & van Binsbergen, J. J. (2012). Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and undernutrition of the Dutch College of General Practitioners. *Family practice*, 29 (suppl 1), i31-i35.
- Vanhala, M., Korpelainen, R., Tapanainen, P., Kaikkonen, K., Kaikkonen, H., Saukkonen, T., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2009). Lifestyle risk factors for obesity in 7-year-old children. *Obesity research & clinical practice*, 3 (2), 99-107.
- Venn, A. J., Thomson, R. J., Schmidt, M. D., & Cleland, V. J. (2007). Overweight and obesity from childhood to adulthood: a follow-up of participants in the 1985 Australian Schools Health and Fitness Survey. *Medical Journal of Australia*, 186 (9), 458-460.
- Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of adolescent health*, 32(5), 365-373.
- 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 (07), 963-970.
- World Health Organization. (2011, 2014). Obesity and overweight Fact sheet N 311. *WHO Media Centre. Geneva, Switzerland.*

نوحی و همکاران: هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودکان (CEBQ) ...

۲۳- وقتی فرزندم خوشحال است، بیشتر می خورد.

۲۴- فرزندم به سختی از غذایی خوشش می آید.

۲۵- وقتی فرزندم ناراحت است کمتر می خورد.

۲۶- فرزندم خیلی راحت غذا را تا ته، می خورد.

۲۷- وقتی فرزندم کاری ندارد که انجام بدهد، بیشتر می خورد.

۲۸- فرزندم حتی اگر کاملاً سیر باشد بالاخره جایی را برای خوردن غذای مورد علاقه اش پیدا می کند.

۲۹- اگر فرزندم فرصتی پیدا کند، پشت سر هم طی روز نوشیدنی میل می کند.

۳۰- اگر فرزندم درست قبل از غذای اصلی، اسنک (میان وعده) خورده باشد، دیگر نمی تواند بخورد.

۳۱- اگر فرزندم فرصتی پیدا کند، در طول روز مرتباً نوشیدنی می خورد.

۳۲- فرزندم علاقه دارد غذاهایی را که قبلاً نچشیده است را مزه کند.

۳۳- فرزندم حتی اگر غذایی را نچشیده باشد، آن را دوست ندارد.

۳۴- اگر فرزندم فرصتی پیدا کند غذایی در دهان می گذارد.

۳۵- فرزندم در حین غذا خوردن، هر چه که بتواند آهسته تر می خورد.
