

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



بررسی و تحلیل رفتار غذا خوردن کودکان از طریق پرسشنامه (CEBQ)

محمد صادق جلیلی

فارغ التحصیل کارشناسی ارشد، سنجش و اندازه‌گیری (روانشنجی)، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Sadeq.jalili@gmail.com

امین رفیعی پور

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

rafiepoor2000@yahoo.com

مهر داد ثابت

استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران

mehrdadsabet@yahoo.com

چکیده

پرسشنامه "اختلال خوردن کودکان" یکی از ابزارهای جامع در اندازه‌گیری رفتار خوردن کودکان است که براساس گزارش والدین تکمیل می‌گردد. هدف پژوهش حاضر هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک (CEBQ) و رابطه‌ی آن با سبک‌های فرزندپروری بود. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ مادر کودک با سنین ۳ تا ۹ سال انتخاب شدند و والدین آنها به پرسشنامه رفتارهای خوردن کودکان پاسخ دادند. در این مطالعه همچنین جهت بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و نمره پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک از پرسشنامه ۳۰ سؤالی شیوه‌های فرزندپروری (بامریند) استفاده گردید. محاسبه همسانی درونی پرسشنامه رفتارهای خوردن کودکان، با استفاده از شاخص آلفای کرونباخ نشان داد که کل مقیاس دارای همسانی درونی برابر با ۹۱٪ می‌باشد. برونداد ساختار عاملی، یک معادله ۷ عاملی (لذت بردن از غذا، پاسخ‌دهی به غذا، حساس شدن به غذاهای جدید، آرام خوردن، پاسخ‌دهی به سبزی، پرخوری هیجانی، میل به نوشیدنی و کم‌خوری هیجانی) را نشان داد که این هفت عامل مجموعاً ۷۰٪



از کل واریانس را تبیین میکنند. نتایج تحلیل عاملی مرتبه ۲ نیز از روایی ساختار مناسب پرسشنامه حاکی بود ($RMSEA=0.079$)، همچنین نتایج بیشتر نشان دهنده بین عدم ارتباط سه سبک فرزند پروری، آزادگذار، آمرانه و منطقی با نمره رفتار غذا خوردن بود. با توجه به نتایج حاصل از روایی و پایایی پرسشنامه رفتار خوردن میتوان گفت آزمون رفتارهای خوردن، میتواند به عنوان ابزار معتبر، برای شناسایی سبکهای خوردن که ممکن است در رشد و پایداری چاقی و اضافه وزن در کودکان اهمیت داشته باشد و یا سایر پژوهشهای مرتبط قابل کاربرد باشد

کلیدواژه ها:

اعتبار، پایایی، روایی، رفتارهای خوردن کودکان

۱،۱ مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱، ۲)، چاقی به تجمع غیرطبیعی و مازاد چربی در بدن گفته می‌شود که علاوه بر اینکه ظاهر شخص را ناموزون می‌سازد عوارض فراوان و خطرات کشنده برای فرد دارد. چاقی یک بیماریست که علی‌رغم تصور عامه مردم که آن را ناشی از بی‌ارادگی و تنبلی می‌دانند عوامل متعدد هورمونی و ارثی در آن دخیل است و به دلایل مختلف در افراد چاق مکانیسم احساس سیری مختل شده و باعث مصرف بیش از اندازه غذا شده و باعث تجمع چربی در نقاط مختلف بدن میشود. طبق بررسی‌های انجام شده ثابت شده نواحی از مغز به هنگام گرسنگی فعال می‌شود که فعالیت این مراکز می‌بایست پس از مصرف غذا کاهش یابد و احساس سیری ایجاد شود. در افراد چاق به دلایل نامعلومی حتی پس از خوردن غذا این فعالیت کاهش نیافته و همچنان ادامه می‌یابد. لذا بیمار مرتباً احساس نیاز به خوردن دارد و سیر نمی‌شود. و در تمام طول روز دچار درگیری فکری با خوردن و نخوردن است که باعث عصبی شدن و در بسیاری از موارد خوردن عصبی بیشتر و سیکل معیوب چاقی بیشتر می‌شود و بیمار را افسرده می‌کند (۳).

چاقی یک بیماری مزمن بوده و دومین عامل مرگ قابل پیشگیری در دنیا است. و ناشی از ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی می‌باشد. اگرچه در تصور عوام این افراد به دلیل بی‌ارادگی در کنترل خوردن و آشامیدن و عدم تحرک کافی دچار چاقی می‌شوند ولی این موضوع در مورد تمام افراد صادق نبوده و همان طوری که پیشتر گفته شد زمینه‌های ارثی و هورمونی نیز عامل بسیاری از این موارد است.

این بیماری می‌تواند مشکلاتی را در زندگی روزمره ایجاد کند به خصوص وقتی شدید باشد. چاقی شدیداً زمینه ژنتیکی داشته و فرزندان پدر و مادر چاق ۸۰-۹۰٪ دچار چاقی شدید می‌شوند. امروزه ثابت شده است که اگرچه فرزند والدین چاق به احتمال ۹۰٪ دچار چاقی مرضی و به دنبال آن دیابت و سایر عوارض چاقی خواهند شد. از جمله عواملی که در ایجاد چاقی مؤثر هستند عبارتند از:

هفتمین همایش بین المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



۱- زمینه های ارثی و ژنتیکی به گونه ای که فرزندان پدر و مادر چاق تا ۸۰٪ در آینده دچار چاقی و به دنبال آن دیابت تیپ دو می شوند.

۲- سوخت ساز بدن ما تحت کنترل دقیق هورمون های متعددی قرار دارد. از آن جمله می توان هورمون گرلین (Ghrelin) را نام برد که از ناحیه فوقانی معده (فوندوس) ترشح می شود و باعث میل شدید غیر قابل کنترل و گرسنگی سیری ناپذیر می شود. در افراد عادی ترشح این هورمون پس از پرشدن معده (گزارش به مغز از طریق عصب واگ معده) از طریق مغز مهار می شود و به فرد احساس سیری دست می دهد. این مکانیسم در افرادی که دچار چاقی مفرط هستند به دلایل ارثی و ژنتیکی مختل می باشد و علاوه بری معده احساس سیری به فرد دست نداده و این هورمون قدرتمند به صورت سرخود به ترشح افراطی ادامه می دهد در نتیجه مرتباً فرد بیشتر از ظرفیت لازم غذا می خورد که همین مسئله باعث بزرگ و گشاد شدن بیشتر معده و افزایش حجم آن و در نتیجه ترشح هورمون بیشتر می شود که خود با ایجاد یک سیکل معیوب باعث چاقی روز افزون و مفرط فرد می شود.

۳- آنچه در بررسی های مختلف علمی ثابت شده این است که اغلب قریب به اتفاق مبتلایان به چاقی دچار (Fast Eating) یا تند خوردن می باشند و این افراد در صورت بروز اختلالات عصبی بیشتر و سریع تر غذا می خورند. تغییر عادات غذا خوردن یکی از اصلی ترین پایه های درمان چاقی است.

۴- از دیگر عواملی که در بروز چاقی مؤثر می باشند (Life Style) یا شیوه زندگی می باشد. امروزه با ماشینی شدن هر چه بیشتر و زندگی کم تحرک شیوع چاقی و دیابت تیپ دو هر سال تقریباً سه برابر میشود به گونه ای که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ بیشتر از ۷۰٪ مردم ایران دچار چاقی و بیش از ۵۲٪ ایرانیان دچار دیابت شوند و در واقع با یک طوفان چاقی و دیابت روبرو هستیم.

۵- امروزه با رایج شدن غذاهای پرکالری و کم فیبر نظیر انواع فست فود (Fast Food) و استفاده از کودها و سموم شیمیایی و هورمونی و مصرف بی رویه نشاسته های شدیداً چاق کننده مثل برنج چاقی شیوع بیشتری یافته است.

۶- بعضی بیماری ها نظیر کم کاری تیروئید و برخی داروها نظیر کورتون باعث چاقی به خصوص در نواحی مرکزی بدن میشود. (۴)، (۵) تغییرات رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و تغییرات رفتاری می تواند به شما در کاهش وزن کمک کند. داروهای تجویزی و روش های کاهش وزن گزینه های دیگری برای درمان چاقی هستند. ساده ترین راه حل پیشگیری از افزایش وزن و چاقی، توانایی تنظیم مصرف غذا برای حفظ تعادل انرژی میباشد. کودکان با یک توانایی درونی برای تنظیم مصرف انرژی به دنیا می آیند (۶). مطالعات نشان داده اند که رفتار غذا خوردن تنها ناشی از عوامل فیزیولوژی نیست، بلکه پیامد برهم کنش های عوامل روان شناختی و فیزیولوژیک است (۷). رفتار غذا خوردن به صورت افکار، اعمال و تمایلاتی تعریف می شود که یک موجود زنده به منظور وارد کردن مواد جامد و مایه به داخل بدن به نمایش در می آورد (۸). بنابراین شناسایی عواملی که می تواند بر رفتار خوردن تأثیر گذار باشد به نوعی می تواند در برطرف شدن این موضوع کمک کننده باشد.



۱،۲ پیشینه‌ی پژوهش

سلدن^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۸ پرسشنامه CEBQ را به زبان هلندی ترجمه نموده و آن را بر روی والدین ۱۳۵ نفر کودک ۶ تا ۷ اجرا نمودند. ایشان در مطالعه خود با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی به ۷ عامل با ۶۳٪ واریانس تجمعی دست یافتند. میزان الفای کرونباخ پرسشنامه ایشان از ۰،۷۵ تا ۰،۹۱ گزارش گردید (۳۵)

سانتوس^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۸ پرسشنامه CEBQ را به زبان شیلی ترجمه نموده و آن را بر روی والدین ۱۲۶ کودک ۶ تا ۱۲ سال اجرا نمودند. ایشان در مطالعه خود با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی به ۷ عامل با ۵۳٪ واریانس تجمعی دست یافتند. میزان الفای کرونباخ پرسشنامه ایشان از ۰،۵۷ تا ۰،۸۹ گزارش گردید (۳۴)

استرین^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۸ با طراحی یک پرسشنامه ۲۰ سوالی به زبان پرتغالی و اجرای آن را بر روی والدین ۷۹۶ کودک ۷ تا ۱۲ سال به ۳ عامل با درصد واریانس تجمعی ۳۶٪ و میزان الفای کرونباخ پرسشنامه ایشان از ۰،۶۸ تا ۰،۸۰ گزارش گردید (۳۶).

دشت بزرگی و همکاران در سال ۱۳۹۶ پرسشنامه CEBQ را به زبان فارسی ترجمه نموده و آن را بر روی والدین ۳۱۲ کودک ۷ تا ۱۲ سال اجرا نمودند. نتایج ایشان نشان داد که مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۸۳٪ و نتایج پایایی به وسیله روش بازآزمایی برابر با ۸۶٪ بود. ایشان در مطالعه خود با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی به ۷ عامل با ۶۳٪ واریانس تجمعی دست یافتند (۴۱). نوحی و همکاران در سال ۱۳۹۹ پرسشنامه CEBQ را به زبان فارسی ترجمه نموده و آن را بر روی والدین ۳۲۵ کودک ۷ تا ۱۲ سال اجرا نمودند. نتایج ایشان نشان داد که مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه ۶۷ تا ۹۱ درصد بود. ایشان در مطالعه خود با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی به ۸ عامل با ۶۹٪ واریانس تجمعی دست یافتند (۴۲)

یابسلی و همکاران^۴ فرم کوتاه و کاندایی این پرسشنامه را بر روی والدین ۱۵۸ کودک ۷ تا ۱۲ سال اجرا نمودند نتایج ایشان نشان داد که مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه ۰،۶۹ تا ۰،۷۸ درصد همچنین ایشان در مطالعه خود با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی به ۳ عامل با ۴۱٪ واریانس تجمعی دست یافتند (۵۸) کربندی و همکاران در مطالعه ای مورد-شاهدی که بر روی ۲۲۸ کودک ساکن شهر مشهد انجام شده بود نشان دادند که بین میانگین نمرات سبک های فرزندپروری والدین، در دو گروه

1 - Sleddens

2 - Santos

3 - Strien

4 - Yabsley

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت‌کنندگان *



www.espcnf.ir



چاق و وزن طبیعی تفاوت معنی داری نداشت (۵۹). بشارت و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۱۴۴ نفر پدر مادر چاق شهر تهران نشان دادند که بین سبک فرزند پروری مقتدرانه پدری و نمایه توده بدنی رابطه معنی‌دار به دست آمد، اما بین سبک‌های فرزند پروری آمرانه و سهل‌گیرانه والدین (پدر/مادر) و نمایه توده بدنی رابطه معنی‌دار تایید نشد (۶۰). پرسشنامه رفتارهای خوردن در انگلستان توسط واردل و همکاران (۳۹) ساخته شد و روایی و پایایی آن اندازه‌گیری شده است. اخیراً در شیلی (۴۰)، پرتغال (۳۶) هلند (۲۴)، روایی و پایایی خوبی را برای آن گزارش داده‌اند. پایایی این آزمون در نسخه اصلی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰,۷۲ تا ۰,۹۱ گزارش شده است و پایایی از طریق آزمون مجدد دارای دامنه ضریب همبستگی بین ۰,۵۲ تا ۰,۸۷ بوده است. تحلیل عوامل اصلی نشان داد که هر مقیاس یک عامل جداگانه دارد که ۵۰ تا ۸۴ درصد از واریانس را تبیین می‌کند (۳۹) همچنین نتایج تحلیل اعتبار و روایی نسخه پرتغالی آن دامنه ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰,۷۰ تا ۰,۸۹ نشان داد، نتایج تحلیل عوامل اصلی نشان داد که هر مقیاس به عنوان یک عامل جداگانه ۶ تا ۴۷ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. در نسخه هلندی نیز دامنه آلفای کرونباخ بین ۷۵ تا ۹۱ درصد گزارش شده و نتایج تحلیل عوامل اصلی نشان داد که هر مقیاس به عنوان یک عامل جداگانه ۵۱ تا ۷۰ درصد از واریانس را تبیین می‌کند که در مجموع نشان می‌دهد این ابزار از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. این ابزار در ایران توسط دشت بزرگی و همکاران (۴۱) و نوحی و همکاران (۴۲) در کودکان ۷ تا ۱۲ سال استاندارد شده است. اما از آنجایی که جامعه نمونه استفاده شده در این مطالعات کودکان اهوازی بود و از آنجایی که ایشان در مطالعات خود از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده ننموده بودند و از طرف دیگر با توجه به اینکه در ایران در دهه‌های اخیر تغییرات در سبک زندگی، مصرف غذاهای پرکالری و عدم تحرک، باعث افزایش چاقی در کودکان شده است و بنابراین انجام پژوهشهایی در زمینه شناسایی، پیشگیری و درمان چاقی در کودکان را ضروری می‌سازد. به همین منظور پژوهش حاضر در راستای کمک به شناسایی هر چه بهتر این مشکل، این مطالعه با هدف هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک (CEBQ) و رابطه‌ی آن با سبک‌های فرزندپروری انجام پذیرفته است.

۱,۳ مواد و روش پژوهش

روش پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع مشاهده‌ای و مقطعی می‌باشد. جامعه آماری عبارت است از تعداد عناصر مطلوب مورد نظر که حداقل دارای یک صفت مشخصه باشند. صفت مشخصه صفتی است که بین همه عناصر جامعه آماری، مشترک و متمایزکننده جامعه آماری از سایر جوامع باشد (۶۱) جامعه آماری این پژوهش عبارت است از والدین کودکان ۳ تا ۹ ساکن شهر تهران می‌باشد. نمونه‌گیری فرآیندی است که در آن تعدادی از واحدهای یک کل (جامعه) به گونه‌ای برگزیده می‌شوند که شاخص جامعه بزرگ تری که از آن انتخاب شده‌اند، باشند (۶۱) روش نمونه‌گیری این مطالعه غیر تصادفی در دسترس بود. در این راستا با مراجعه به ۲ مدرسه و مهدکودک شهر تهران پرسشنامه‌ها در اختیار مسئولین مدرسه و مهدکودک قرار گرفته و از مدیریت این مراکز خواسته شد تا که با ارائه توضیحات لازم به مادران این پرسشنامه‌ها در اختیار مادران قرار گیرد. جهت تعیین حجم نمونه در این پژوهش از قاعده سرانگشتی ارائه شده توسط باربارا استفاده گردید. ایشان در مطالعه خود نشان دادند که تعداد ۵ تا ۱۵ پرسشنامه به ازای هر سوال تعداد مناسبی برای انجام تحلیل‌هایی چون تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی می‌باشد (۶۲). چون در این

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت‌کنندگان *



www.espcnf.ir



مطالعه پرسشنامه حاوی ۳۵ سوال بود تعداد $175=5 \times 35$ پرسشنامه در نظر گرفته شد. با احتساب ۲۰٪ ریزش نمونه تعداد ۳۵ نمونه به این تعداد اضافه گردید. در نهایتاً ۲۱۰ پرسشنامه بین شرکت‌کنندگان توزیع شد که نهایتاً ۱۰ نمونه به دلیل گمشدگی بالاتر از ۲۰٪ حذف شده و نهایتاً تحلیل‌ها با ۲۰۰ نمونه انجام پذیرفت. در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش میدانی (توزیع پرسشنامه در بین پاسخگویان) استفاده شده است. برای سنجش متغیرها دو پرسشنامه (پرسشنامه ۳۵ سؤالی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک (CEBQ) (۳۵) و پرسشنامه ۳۰ سؤالی شیوه‌های فرزند پروری (بامریند) (۴۵)) استفاده شده است.

۱,۳,۱,۱ ابزار پژوهش

پرسشنامه رفتار خوردن کودکان CEBQ ۳۵ سوال با ۸ زیر مقیاس می‌باشد. هر زیر مقیاس این پرسشنامه بین ۳ تا ۵ گویه دارد. ۸ زیر عامل این پرسشنامه به صورت ۱- ایرادگیری از غذا (۶ سوال)، ۲- پاسخ دهی به غذا (۵ سوال)، ۳- بیش از حد خوردن هیجانی (۵ سوال)، ۴- پاسخ دهی به سیری (۵ سوال)، ۵- لذت بردن از غذا (۴ سوال)، ۶- کمتر از حد خوردن هیجانی (۳ سوال)، ۷- میل به نوشیدن (۳ سوال) و ۸- آهسته غذا خوردن (۴ سوال) می‌باشد. چهار مقیاس (پاسخ نسبت به غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی و تمایل به نوشیدنی‌های شیرین) مقیاس‌های "گرایش به غذا" هستند که تمایل مثبت به خوردن را نشان می‌دهند، در حالی که چهار زیر مقیاس دیگر (پاسخ‌های سیری، آهستگی در غذا، بهانه‌گیری در مورد غذا، مقیاس کم خوری هیجانی) به عنوان مقیاس‌های "اجتناب از غذا" در نظر گرفته میشوند که نشانگر تمایل منفی نسبت به مصرف غذا هستند. لذت از غذا و پاسخ به غذا، جنبه‌های مختلف پاسخ‌های مفرط به نشانه‌های بیرونی غذا را منعکس میکنند. پرخوری هیجانی و کم خوری هیجانی، افزایش یا کاهش در خوردن در پاسخ به دامنه منفی هیجانه

مانند خشم، تنهایی یا اضطراب را نشان می‌دهند. این مقیاس هم با کاهش و هم با افزایش در پاسخ به دامنه هیجانه‌های منفی مانند خشم و اضطراب مشخص می‌گردد. مقیاس تمایل به نوشیدنی، تمایل کودک به نوشیدنی شیرین را نشان می‌دهد و پاسخ‌های سیری نشانگر توانایی کودک در کاهش مصرف غذا بعد از وعده غذایی است تا به این صورت انرژی مصرفی خود را تنظیم کند. نمره بالا در آهستگی در خوردن به معنی کاهش در نرخ پاسخ به عنوان پیامد فقدان لذت و علاقه به غذا است. در نهایت بهانه‌گیری در مورد غذا، معمولاً به عنوان واپس زنی قابل توجه غذاهای آشنا و همچنین غذاهای جدید توصیف میشود که به کاهش تنوع غذاهای مصرفی منجر می‌گردد. این نوع از سبک خوردن به صورت عدم علاقه به غذا و آهستگی در غذا خوردن مشخص میگردد. این پرسشنامه در انگلستان توسط واردل و همکاران ساخته شد و روایی و پایایی آن اندازه‌گیری شده است. اخیراً در شیلی (۴۰)، پرتغال (۳۶) هلند (۲۴) روایی و پایایی خوبی را برای آن گزارش داده‌اند. پایایی این آزمون در نسخه اصلی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰,۷۲ تا ۰,۹۱ گزارش شده است و پایایی از طریق آزمون مجدد دارای دامنه ضریب همبستگی بین ۰,۵۲ تا ۰,۸۷ گزارش شده است.

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



پرسشنامه ۳۰ سؤالی شیوه‌های فرزند پروری (بامریند)

پرسشنامه ۳۰ سؤالی شیوه‌های فرزند پروری (بامریند) که فرم اولیه این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم = ۰، مخالفم = ۱، نظری ندارم = ۲، موافقم = ۳، کاملاً موافقم = ۴) تشکیل شده است که آزمودنی بر حسب احساس خود یکی از آنها را علامت می‌زند. این پرسشنامه توسط دیانا بامریند (۲۰) طراحی و ساخته شده و توسط سهراب پور روایی محتوی آن مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (۲۱) این پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری والدین را در سه عامل اندازه‌گیری می‌کند. سوالات شماره ۱، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۸ به شیوه‌ی سهل‌گیرانه و سوالات شماره ۲۶، ۲۵، ۱۶، ۱۲، ۹، ۷، ۳، ۲، ۲۹ به شیوه‌ی استبدادی و سوالات ۳۰، ۲۷، ۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۵، ۱۱، ۸، ۵، ۴ به شیوه‌ی قاطع و اطمینان بخش مربوط می‌باشد. زهراکار میزان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی، ۰٫۸۱ برای عامل "سهل‌گیرانه"، ۰٫۸۶ برای عامل "استبدادی" و ۰٫۷۸ برای عامل "قاطع" گزارش نموده است (۲۲). میزان آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه در این مطالعه برابر با ۰٫۹۰٪ و برای زیر حیطه "شیوه‌ی سهل‌گیرانه" برابر با ۰٫۷۱٪، زیر حیطه "شیوه‌ی استبدادی" برابر با ۰٫۷۲٪ و زیر حیطه "قاطع و اطمینان بخش" برابر با ۰٫۷۸٪ محاسبه گردید.

۱٫۴ یافته‌ها و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک (CEBQ) و رابطه آن با سبک‌های فرزند پروری بر روی ۲۰۰ کودک انجام پذیرفته است. در جدول (۱) توزیع فراوانی و درصد جنسیت و سن شرکت‌کنندگان در مطالعه نمایش داده شده است. براساس نتایج گزارش شده در این جدول بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه دختر و در بازه سنی ۶ تا ۱۰ سال بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد جنسیت و سن شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	رده	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۱۳۸	۶۹٫۰٪
	پسر	۶۲	۳۱٫۰٪
سن	۱ تا ۵ سال	۷۰	۳۵٫۰٪
	۶ تا ۱۰ سال	۸۶	۴۳٫۰٪
	۱۱ تا ۱۲ سال	۴۴	۲۲٫۰٪

برای بررسی روایی پرسشنامه، در این مطالعه از روش روایی ساختار و استفاده از دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده گردید. که در ادامه به ارائه نتایج آن خواهیم پرداخت. در روش تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مولفه اصلی و چرخش واریماکس این بررسی انجام پذیرفت. در جدول (۲) مقدار آماره KMO و آزمون بارتلت نمایش داده شده است. با توجه به مقادیر بالاتر از ۰٫۷ شاخص KMO و همچنین مقدار معنی داری کمتر از ۰٫۰۵ آزمون بارتلت می‌توان از کفایت داده‌ها برای تحلیل عاملی اکتشافی

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت‌کنندگان *



www.espcnf.ir



اطمینان حاصل نمود. در جدول (۳) مقدار ویژه اصلی و چرخش داده شده به همراه درصد واریانس و درصد واریانس تجمعی ۱۰ عامل اول پرسشنامه نمایش داده شده است. براساس نتایج گزارش شده در این جدول می‌توان مشاهده نمود که ۸ عامل مقادیر ویژه بالاتر از ۱ داشته و این نشان دهنده این است که نسخه ترجمه شده پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک همانند نسخه اصلی آن دارای ۸ زیر مولفه می‌باشد. تنها ۸ عامل دارای مقادیر بالاتر از ۱ می‌باشند. درصد واریانس تجمعی ۸ عامل بالاتر از ۱، برابر با ۷۳٪ می‌باشد که با توجه به اینکه این شاخص بالاتر از ۴۰٪ می‌باشد این به نوبه خود نشان دهنده روایی ساختار پرسشنامه می‌باشد.

جدول ۲: مقدار آماره KMO و آزمون بارتلت

آماره KMO	۰,۷۷
مقدار کای اسکور	۲۵۳۶,۷۸
آزمون بارتلت	درجه آزادی ۵۹۵
P-value	۰,۰۰۰

جدول ۳: جدول مقدار ویژه اصلی و چرخش داده شده به همراه

درصد واریانس و درصد واریانس تجمعی ۱۰ عامل اول پرسشنامه

شماره عامل	مقادیر ویژه		مقادیر ویژه چرخش داده شده	
	درصد واریانس	مقدار	درصد واریانس تجمعی	درصد واریانس
۱	۲۹,۵۲	۱۰,۳۳	۲۹,۵۲	۱۴,۱۶
۲	۱۴,۴۱	۵,۰۴	۴۳,۹۳	۲۷,۳۵
۳	۷,۸۰	۲,۷۳	۵۱,۷۲	۳۶,۷۴
۴	۶,۳۲	۲,۲۱	۵۸,۰۴	۴۶,۰۸
۵	۴,۹۱	۱,۷۲	۶۲,۹۵	۵۵,۰۹
۶	۳,۹۹	۱,۴۰	۶۶,۹۴	۶۲,۳۳
۷	۳,۳۷	۱,۱۸	۷۰,۳۱	۶۹,۵۳
۸	۲,۹۸	۱,۰۴	۷۳,۲۹	۷۳,۲۹

هفتمین همایش بین المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



۷۵,۷۰	۲,۴۱	۰,۸۴	۹
۷۸,۰۸	۲,۳۸	۰,۸۳	۱۰

در این مطالعه جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. در جدول (۴)، مقادیر شاخص های پایایی زیر مولفه های پرسشنامه رفتار غذا خوردن نمایش داده شده است. براساس مقادیر گزارش شده که بالاتر از ۷۰٪ می باشند می توان از پایایی پرسشنامه اطمینان حاصل نمود.

جدول **Error! No text of specified style in document.** مقادیر شاخص های پایایی زیر مولفه های پرسشنامه رفتار غذا خوردن

مولفه	تعداد سوال	آلفای کرونباخ
ایرادگیری از غذا	۶	٪۸۹
پاسخ دهی به غذا	۵	٪۸۰
بیش از حد خوردن هیجانی	۵	٪۸۱
پاسخ دهی به سیری	۵	٪۷۷
لذت بردن از غذا	۴	٪۸۳
کمتر از حد خوردن هیجانی	۳	٪۷۴
میل به نوشیدن	۳	٪۸۱
آهسته غذا خوردن	۴	٪۸۶
نمره کل	۳۵	٪۹۱

کودکان با یک توانایی درونی برای تنظیم مصرف انرژی به دنیا می آیند (۶) پس از آن تفاوت های فردی در اشتها (۲۱) و در رفتارهای خوردن (۲۲)، در خلال کودکی همزمان با هم رشد میکنند اگرچه فعالیتهای فیزیکی در تعادل انرژی نقش دارد ولی مصرف غذا اثر مخرب تری در افزایش وزن دارد (۲۳) شواهد بسیاری وجود دارد که رفتارهای خوردن در کودکان (گرایش به سوی غذا در مقابل اجتناب از غذا، پاسخ های سیری (تعیین کننده های مهمی در تنوع شرایط وزنی کودکان می باشد) (۲۴، ۲۵) تأثیرات محیطی اولیه بر عملکردهای تغذیه ای والدین مانند کنترل بیش از حد (۲۶) و کاربردهای عاطفی و هیجانی از غذا به عنوان مثال استفاده از غذا به عنوان جایزه (۲۷)

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت‌کنندگان *



www.espcnf.ir



این تنظیم‌کننده‌های درونی غذا را از بین میبرد و توانایی کودکان برای استفاده از علائم گرسنگی و سیری را به خطر میاندازد. بنابراین رفتارهای خوردن کودکان تعیین‌کننده‌های مهمی در مصرف غذای کودکان و در نتیجه افزایش وزن کودکان می‌باشد (۲۸)

به طور کلی عاداتهای 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 (۲۹، ۳۰). به علاوه عاداتهای خوردن و محرک‌های اجتماعی روی مقدار مصرف غذایی تأثیر می‌گذارند که می‌تواند منجر به چاقی گردد (۳۱، ۳۲)

بنابراین، یافتن رفتارهای زبرنبایی عوامل افزایش اضافه وزن که باعث تفاوت در شرایط وزنی در کودکان می‌گردد، ضروری است. مشخص کردن این عوامل باعث فراهم کردن برنامه‌های مداخله‌ای برای پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در کودکان خواهد بود. یکی از ابزارهای مناسب در اندازه‌گیری سبک‌های خوردن کودکان پرسشنامه CBEQ می‌باشد (۳۵). از این رو این مطالعه با هدف هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودک (CEBQ) و رابطه‌ی آن با سبک‌های فرزندپروری انجام پذیرفت.

نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مولفه اصلی و چرخش واریماکس نشان دادند مقادیر بالاتر از ۰٫۷ برای شاخص KMO و همچنین مقدار معنی‌داری کمتر از ۵٪ آزمون بارتلت بود. همچنین نتایج این تحلیل نشان دادند ۸ عامل بالاتر از ۱ و واریانس تجمعی ۷۳٪ بود. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی پرسشنامه رفتار غذا خوردن نشان دادند شاخص کای اسکور نسبی کمتر از ۲، شاخص RMSEA کمتر از ۰٫۰۸ و شاخص PCFI و PGFI بالاتر از ۰٫۷ بود. این شاخص‌ها نشان از کفایت روایی ساختار پرسشنامه رفتار غذا خوردن بود. بنابراین در کل می‌توان از روایی ساختار پرسشنامه اطمینان حاصل نمود.

گفت نتایج حاصل از روش آلفای کرونباخ نشان دادند شاخص آلفای کرونباخ ۷۴٪ تا ۹۱٪ بود. با توجه به مقادیر شاخص‌های پایایی گزارش شده در زیر مولفه‌های پرسشنامه رفتار غذا خوردن که بالاتر از ۷۰٪ می‌باشند می‌توان از پایایی پرسشنامه اطمینان حاصل نمود.

از این نظر نتایج این مطالعه از نظر روایی و پایایی بهتر از مطالعات سلدن و همکاران (۳۵)، سانتوس و همکاران (۳۴)، استرین و همکاران (۳۶)، دشت بزرگی و همکاران (۴۱) و نوحی و همکاران (۴۲) بود.

سلدن و همکاران نسخه هلندی پرسشنامه CEBQ را استاندارد نموده و نشان دادند که تحلیل عاملی اکتشافی نسخه هلندی این پرسشنامه ۷ عامل با ۶۳٪ واریانس تجمعی و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه از ۰٫۷۵ تا ۰٫۹۱ را گزارش می‌نماید (۳۵) همچنین سانتوس و همکاران نسخه شیلیایی پرسشنامه CEBQ را استاندارد نموده و نشان دادند که تحلیل عاملی اکتشافی نسخه شیلیایی این پرسشنامه ۷ عامل با ۵۳٪ واریانس تجمعی و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه از ۰٫۵۷ تا ۰٫۸۹ را گزارش می‌نماید (۳۴) از طرف دیگر دشت بزرگی و همکاران نسخه فارسی پرسشنامه CEBQ را استاندارد نموده و نشان دادند که تحلیل عاملی اکتشافی نسخه فارسی این پرسشنامه ۷ عامل با ۶۳٪ واریانس تجمعی و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰٫۸۳ گزارش می‌نماید (۴۱) همچنین نوحی و همکاران

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



نسخه فارسی پرسشنامه CEBQ را استاندارد نموده و نشان دادند که تحلیل عاملی اکتشافی نسخه فارسی این پرسشنامه ۸ عامل با ۶۹٪ واریانس تجمعی و میزان الفای کرونباخ پرسشنامه را در دامنه ۰٫۶۷ تا ۰٫۹۱ گزارش می‌نماید (۴۲)

۱٫۵ منابع:

1. Organization. WH. Obesity and overweight Fact sheet N 311. Geneva, Switzerland: WHO Media Centre.; 2014.
2. Fock KM, Khoo J. Diet and exercise in management of obesity and overweight. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2013;28:59-63.
3. Shefer G, Marcus Y, Stern N. Is obesity a brain disease? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2013;37(10):2489-503.
4. Lee EY, Yoon KH. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. *Front Med*. 2018;12(6):658-66.
5. Wehrauch-Blüher S, Wiegand S. Risk Factors and Implications of Childhood Obesity. *Curr Obes Rep*. 2018;7(4):254-9.
6. Parkinson KN, Drewett RF, Le Couteur AS, Adamson AJ. Do maternal ratings of appetite in infants predict later Child Eating Behaviour Questionnaire scores and body mass index? *Appetite*. 2010;54(1):186-90.
7. Silva JR, Capurro G, Saumann MP, Slachevsky A. Problematic eating behaviors and nutritional status in 7 to 12 year-old Chilean children. *International journal of clinical and health psychology*. 2013;13(1):32-9.
8. 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. 2014.
9. Jokinen E. Obesity and cardiovascular disease. *Minerva Pediatr*. 2015;67(1):25-32.
10. Czech MP. Insulin action and resistance in obesity and type 2 diabetes. *Nat Med*. 2017;23(7):804-14.
11. Ling C, Rönn T. Epigenetics in Human Obesity and Type 2 Diabetes. *Cell Metab*. 2019;29(5):1028-44.
12. Amadeo A, de Sanctis L, Olmo Arroyo J, Giordanella JP, Monteyrol PJ, Fauroux B. [Obesity and obstructive sleep apnea in children]. *Arch Pediatr*. 2017;24(1):S34-S8.
13. Drager LF, Togeiro SM, Polotsky VY, Lorenzi-Filho G. Obstructive sleep apnea: a cardiometabolic risk in obesity and the metabolic syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(7):569-76.
14. Kang C, LeRoith D, Gallagher EJ. Diabetes, Obesity, and Breast Cancer. *Endocrinology*. 2018;159(11):3801-12.
15. Kolb R, Sutterwala FS, Zhang W. Obesity and cancer: inflammation bridges the two. *Curr Opin Pharmacol*. 2016;29:77-89.

هفتمین همایش بین المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



- 16.Salaün H, Thariat J, Vignot M, Merrouche Y, Vignot S. [Obesity and cancer]. Bull Cancer. 2017;104(1):30-41.
- 17.Duclos M. Osteoarthritis, obesity and type 2 diabetes: The weight of waist circumference. Ann Phys Rehabil Med. 2016;59(3):157-60.
- 18.Kulkarni K, Karssiens T, Kumar V, Pandit H. Obesity and osteoarthritis. Maturitas. 2016;89:22-8.
- 19.Peters U, Dixon AE, Forno E. Obesity and asthma. J Allergy Clin Immunol. 2018;141(4):1169-79.
- 20.Tashiro H, Shore SA. Obesity and severe asthma. Allergol Int. 2019;68(2):135-42.
- 21.Llewellyn CH, van Jaarsveld CH, Johnson L, Carnell S, Wardle J. Development and factor structure of the Baby Eating Behaviour Questionnaire in the Gemini birth cohort. Appetite. 2011;57(2):388-96.
- 22.Webber L, Hill C, Saxton J, Van Jaarsveld C, Wardle J. Eating behaviour and weight in children. International journal of obesity. 2009;33(1):21-8.
- 23.Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics. 1998;101(Supplement 2):539-49.
- 24.Chan L, Magarey A, Daniels L. Maternal feeding practices and feeding behaviors of Australian children aged 12–36 months. Maternal and child health journal. 2011;15(8):1363-71.
- 25.DiSantis KI, Hodges EA, Fisher JO. The association of breastfeeding duration with later maternal feeding styles in infancy and toddlerhood: a cross-sectional analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2013;10(1):53.
- 26.Albala C, Vio F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. Public health nutrition. 2002;5(1a):123-8.
- 27.Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. Journal of Pediatric Psychology. 1991;16(5):629-42.
- 28.Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. Behaviour research and therapy. 1997;35(9):863-73.
- 29.Carnell S, Wardle J. Appetitive traits and child obesity: measurement, origins and implications for intervention: Symposium on 'Behavioural nutrition and energy balance in the young'. Proceedings of the Nutrition Society. 2008;67(4):343-55.
- 30.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. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2007;4(1):9.

هفتمین همایش بین المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



31.Sánchez U, Weisstaub G, Santos J, Corvalán C, Uauy R. GOCS cohort: children's eating behavior scores and BMI. European journal of clinical nutrition. 2016;70(8):925-8.

32.Mallan KM, Liu W-H, Mehta RJ, Daniels LA, Magarey A, Battistutta D. Maternal report of young children's eating styles. Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in three ethnically diverse Australian samples. Appetite. 2013;64:48-55.

33.Powers SW, Chamberlin LA, Van Schaick KB, Sherman SN, Whitaker RC. Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and child BMI in low-income African-American preschoolers. Obesity. 2006;14(11):2026-33.

34.Santos JL, Ho-Urriola JA, González A, Smalley SV, Domínguez-Vásquez P, Cataldo R, et al. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. Nutrition journal. 2011;10(1):108.

35.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. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2008;5(1):49.

36.van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. International journal of eating disorders. 2008;41(1):72-81.

37.Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International journal of pediatric obesity. 2006;1(1):11-25.

38.Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. New England Journal of Medicine. 1997;337(13):869-73.

39.Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2001;42(7):963-70.

40.Viana V, Sinde S, Saxton J. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. British Journal of Nutrition. 2008;100(2):445-50.

41.Dasht Bozorgi z, askary p. validity and reliability of the children's eating behavior questionnaire in Ahvaz city. journal of Psychology new Ideas. [Research]. 2017;1(2):27-34.

42.نوحی ش، جان بزرگی م، آگاه هریس م، نجیمی آ. هنجاریابی پرسشنامه رفتار غذا خوردن کودکان (CEBQ). فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۲۰۲۰؛۹(۳۴):۴۱-۵۶.

43.Hajjigholami Yazdi A, Alagheband M. Effectiveness of Parental Skills Training on Worry, Anxiety and Self-Efficacy Beliefs of Single-Child and Multi-Child Parents. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. [Original article]. 2013;21(2):136-47.

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت کنندگان *



www.espcnf.ir



44. Bayrami M, Bahadori Khosroshahi J. The Relationship between Child-Rearing Practices and Academic achievement of Guidance School Students of Ilkhechi. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2010;3(10):7-21.

45. Baumrind D, editor. The development of instrumental competence through socialization. *Minnesota symposium on child psychology*; 1973.

46. تالیف، سیف عادل. اندازه‌گیری، سنجش و ارزشیابی آموزشی. ۱۳۹۹.

47. Anderson LW, Bourke SF. *Assessing affective characteristics in the schools*: Routledge; 2000.

48. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005;59(5):350-5.

49. Davidshofer K, Murphy CO. *Psychological testing: principles and applications*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2005.

50. Shultz KS, Whitney DJ, Zickar MJ. *Measurement theory in action: Case studies and exercises*: Routledge; 2013.

51. Thorndike RM, Thorndike-Christ TM. *Measurement and evaluation in psychology and education*: ERIC; 2010.

52. Kubiszyn T, Borich G. *Educational testing and measurement*: Scott, Foresman Glenview, IL; 1987.

53. Thompson B. *Exploratory and confirmatory factor analysis*: American Psychological Association; 2004.

54. Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Vural E, Owens B, Hanna E. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer: cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Head and Neck module (QLQ-H&N35). *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2000;126(4):459-67.

55. Gregory RJ. *Psychological testing: History, principles, and applications*: Allyn & Bacon; 2004.

56. خدمت... مج. روش تحقیق در علوم پزشکی (طرح تحقیقاتی، متدولوژی و آمار). ۱۳۹۹.

57. Kaplan RM, Saccuzzo DP. *Psychological testing: Principles, applications, and issues*: Nelson Education; 2017.

58. Yabsley J-I, Gunnell KE, Bryant EJ, Drapeau V, Thivel D, Adamo KB, et al. Validation of a child version of the Three-Factor Eating Questionnaire in a Canadian sample: a psychometric tool for the evaluation of eating behaviour. *Public health nutrition*. 2019;22(3):431-43.

59. Karbandi S, Eshghizadeh M, Aghamohammadiyan Sherbaf HR, Ebrahimzadeh S, Safariyan M. The Relationship Between Parenting Style and Preschool Children Obesity in Mashhad. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. [Original]. 2010;16(3):33-9.

60. Besharat MA, Shojaei F, Kiamanesh A, Amiri H. THE ROLE OF ATTACHMENT AND PARENTING IN OBESE ADULTS. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. [Research]. 2015;14(2):105-16.

هفتمین همایش بین‌المللی
دانش و فناوری علوم تربیتی،
مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران

* ارائه گواهینامه ملی و بین‌المللی معتبر به شرکت‌کنندگان *



www.espconf.ir



61.مجید ص. ضوابط اخلاقی در پژوهش‌های علوم رفتاری.

62.نوشته، هازارد بم. روش‌های آماری در پژوهش‌های مراقبت‌های بهداشتی و کاربرد SPSS در تحلیل داده‌ها. ۲۰۲۰.

63.Khoroshinina LP, Shabrov AV, Buynov LG. Starvation in childhood and obesity in senior age. *Pediatrician (St Petersburg)*. 2017;8(6):56-61.

64.Ritchie LD, Welk G, Styne D, Gerstein DE, Crawford PB. Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do? *Journal of the American Dietetic Association*. 2005;105(5):70-9.

65.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 education research*. 2006;21(6):862-71.

66.Regber S, Berg-Kelly K, Mårild S. Parenting styles and treatment of adolescents with obesity. *Pediatric nursing*. 2007;33(1).