

[妇幼卫生服务研究]

喂养困难儿童饮食行为评估试用量表的编制与评价

杨小松^{1,2}, 王 硕², 冯国围², 陈 岚³, 章 岚⁴, 刘建华⁵, 丁承松⁶, 张风华⁷, 王 箴⁸, 徐 韬²

(1. 中国疾病预防控制中心, 北京 102206; 2. 国家卫生健康委妇幼健康中心, 北京 100081; 3. 昆明市妇幼保健院, 云南 昆明 650000; 4. 成都市妇女儿童中心医院, 四川 成都 611731; 5. 黄石市妇幼保健院, 湖北 黄石 435000; 6. 马鞍山市妇幼保健院, 安徽 马鞍山 243011; 7. 青岛市妇幼保健计划生育服务中心, 山东 青岛 266000; 8. 深圳市南山区妇幼保健院, 广东 深圳 518067)

[摘要]目的 编制适用于我国儿童保健门诊,用于评价满6月龄至不满6岁儿童饮食行为问题的量表。方法 参考国内外常用相关评定量表,以IMFeD问卷为基础,通过专家小组讨论,按照食欲不佳、进食缓慢、挑食、偏食、恐惧进食、不良进食习惯/溺爱无规则养育,父母过度关注/强迫进食5个维度建立条目池。条目池依次通过预试验和德尔菲法,形成初始量表。2023年9月1日至2023年10月31日以深圳、青岛、黄石、马鞍山、昆明、成都的市级妇幼保健机构儿童保健科门诊作为调查现场,以门诊因喂养困难就诊的353名满6月龄至不满6岁的儿童为样本,由医务人员填写初始量表。通过离散趋势法、同质性检验法、因子分析法进行条目筛选,结合专家意见形成试用量表,并进行效度和信度评价。结果 共筛选出24个条目。量表内容效度的各条目与本维度相关系数为0.613~0.868,结构效度的KMO值为0.885,累计方差贡献率为60.0%,条目载荷因子为0.481~0.876。量表整体Cronbach's α系数为0.897,各维度Cronbach's α系数为0.607~0.876,分半信度为0.765。结论 试用量表具有良好的效度和信度,可进一步验证形成正式量表并在儿童保健门诊推广应用。

[关键词] 喂养困难; 儿童; 饮食行为; 量表

Doi:10.3969/j.issn.1673-5293.2025.01.016

[中图分类号] R179

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-5293(2025)01-0093-06

The development and evaluation of a trial scale for the assessment of eating behavior in children with feeding difficulties

YANG Xiaosong^{1,2}, WANG Shuo², FENG Weiwei², CHEN Lan³, ZHANG Lan⁴,
LIU Jianhua⁵, DING Chengsong⁶, ZHANG Fenghua⁷, WANG Zhen⁸, XU Tao²

(1. Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 102206, China; 2. Maternal and Child Health Center, National Health Commission, Beijing 100081, China; 3. Kunming Maternal and Child Health Hospital, Yunnan Kunming 650000, China; 4. Chengdu Women and Children Central Hospital, Sichuan Chengdu 611731, China; 5. Huangshi Maternal and Child Health Hospital, Hubei Huangshi 435000, China; 6. Maanshan Maternal and Child Health Hospital, Anhui Maanshan 243011, China; 7. Qingdao Maternal and Child Health and Family Planning Service Center, Shandong Qingdao 266000, China; 8. Shenzhen Nanshan District Maternal and Child Health Hospital, Guangdong Shenzhen 518067, China)

[Abstract] **Objective** A scale applicable to children's health clinics in China was developed to evaluate the eating behavior problems of children aged 6 months to less than 6 years. **Methods** With reference to the commonly used domestic and foreign related rating scales, based on the IMFeD (Identification and Management of Difficulty for Children) questionnaire, through expert group discussion, an item pool was established according to five dimensions: poor appetite, slow eating, picky eating, partial eating, fear of eating, bad eating habits/doting on irregular parenting, and parents' excessive concern/forced eating. The initial scale was formed by pre-test and Delphi method in turn. From September 1, 2023 to October 31, 2023, the outpatient clinics of the child health departments of municipal maternal and child health care institution in Shenzhen, Qingdao, Huangshi, Maanshan, Kunming and Chengdu as the investigation site, taking 353 children aged from 6 months to less than 6 years old who were treated in the outpatient department because of feeding difficulties as samples, and the initial scale was filled in by medical staff. The items were screened by discrete trend method, homogeneity test and factor analysis, and a trial scale was formed by combining expert opinions,

[收稿日期] 2024-09-05

[基金项目] 中华国际医学交流基金会项目(Z-2017-24-2204); 科技部基础资源调查专项(2017FY101104)

[作者简介] 杨小松(1999—), 女, 硕士研究生在读, 主要从事儿童保健研究。

[通讯作者] 徐 韬, 研究员。

and the validity and reliability were tested. **Results** A total of 24 entries were selected. The correlation coefficient between each item of the content validity of the scale and this dimension was 0.613-0.868. The KMO value of structural validity was 0.885, the cumulative variance contribution rate was 60.0%, and the item load factor was 0.481-0.876. The Cronbach's α coefficient of the whole scale was 0.897, and the Cronbach's α coefficient of each dimension was 0.607-0.876. Split-half reliability was 0.765. **Conclusion** The trial scale has good validity and reliability, which can be further validated to form a formal scale and be popularized and applied in child health care clinics.

[**Key words**] feeding difficulties; children; dietary behavior; inventory

喂养困难是影响儿童健康的常见问题,但其中大多数表现为轻度的喂养困难,只有1%~5%的幼儿可能存在喂养障碍^[1]。近年来国内外调查显示,发育正常儿童喂养困难发生率为25%~45%,而在发育障碍的儿童中高达80%^[2]。婴幼儿期到学龄前期是儿童生长发育的关键时期,在此期间,儿童经历从液体食物到固体食物的过渡,以及自我喂养能力的发展。早期形成的饮食行为可能会持续到以后的生活中,因此有必要对该期儿童进行评估,以便早发现、早干预。国外儿童喂养评估工具均基于本国数据和文化,而国家经济、文化背景等是影响儿童饮食行为的重要因素^[3-5],因此不完全适用于我国儿童。我国部分学者编制了信效度良好的量表,但适用年龄范围有限,或仅针对特定喂养问题。中文版儿童喂养困难的识别与管理(Identification and Management of Feeding Difficulties for Children,IMFeD)问卷在我国已被广泛应用^[6-8],但目前暂无信效度检验的结果。因此,本量表以中文版IMFed问卷为基础,参考国内外常用相关领域评定量表进行编制,并进行效度、信度等检验,提高量表的科学性和适用性,加强我国儿童营养门诊专科建设规范化,同时可为儿童保健喂养困难干预措施的制定和评估提供依据。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

按我国东、中、西部三区域,每区域各随机选择2个城市(深圳、青岛、黄石、马鞍山、昆明、成都),以该市的市级妇幼保健机构儿童保健科门诊作为调查现场,2023年9月1日至2023年10月31日采用方便抽样法调查于儿童保健科门诊就诊的喂养困难儿童及其家长。纳入标准:①儿童年龄满6月龄至不满6岁。②被询问者应为儿童的主要抚养人,非常了解儿童的日常饮食行为、膳食、身体活动、作息情况。③家长知情同意。排除标准:患有心理性疾病、

遗传性疾病、器质性疾病、近期患传染病的儿童。本研究获得中国疾病预防控制中心妇幼保健中心伦理审查委员会的审核(FY2023-4),所有研究对象签署知情同意书。

1.2 样本量

探索性因子分析所需样本量为量表条目数的5~10倍^[9]。本量表最大条目数限定为35条,样本量范围按最大条目数的5~10倍计算,考虑到调查中某些信息的缺失损耗,增加约10%的样本量,即最小样本量为 $35 \times 5 \times (1 + 10\%) = 193$ 例,最大样本量为 $35 \times 10 \times (1 + 10\%) = 385$ 例。

1.3 研究方法

1.3.1 条目池

以中文版IMFed问卷为基础,参考国内外常用相关领域评定量表,拟定5个维度:食欲不佳、进食缓慢、挑食、偏食、恐惧进食、不良进食习惯/溺爱无规则养育、父母过度关注/强迫进食。量表条目使用五分法:“总是”为几乎每天发生,“经常”为平均每周5~6天有此行为或感受;“有时”为平均每周3~4天有此行为或感受;“很少”为平均每周1~2天有此行为或感受。“从不”为没出现过此行为或感受。通过专家讨论,形成35个条目的条目池。

1.3.2 初始量表

通过预实验和德尔菲法对条目池条目进行修改,形成34个条目的初始量表。预试验:采用方便抽样在首都儿科研究所儿童保健科门诊抽取15人,根据条目通过率进行条目筛选,若某条目很多人都未回答,则说明这个条目不适宜,考虑予以删除。德尔菲法专家纳入标准:①10年以上相关领域工作经验;②具有高级专业技术职称。编制专家评分表,对于每条目在反应儿童饮食行为问题的重要性,按5分制进行评分。根据专家积极系数和专家意见集中程度进行评价。专家积极系数为评分表回收率;专家意见集中程度用各条目的均数和满分比表示;条目

均数 ≤ 4 且满分为 ≤ 0.5 时,作为拟删除条目。

1.3.3 试用量表

用初始量表进行抽样调查,并采用离散趋势法、探索性因子分析、克隆巴赫 α 系数法对量表条目进行筛选,形成 24 个条目的试用量表并进行信度、效度检验。离散趋势法:采用变异系数 CV, $CV = (\sigma/\mu) \times 100\%$,若 $CV \geq 15\%$,则说明区别能力好; $CV < 15\%$ 则作为拟删除条目^[10]。探索性因子分析:采用因子载荷 ≥ 0.4 作为入选标准,载荷 < 0.4 的条目为拟删除条目^[11-12]。克隆巴赫 α 系数法:如果删除某一条目后, α 系数反而增大,则认为此条目所要测量的属性与其余条目不同,该条目的存在有降低该方面内部一致性的作用,应考虑删除^[13]。拟删除条件为两项及以上为必删除条目,两项以下结合专家意见进行筛选。

1.3.4 试用量表的效度、信度评价

效度评价包括内容效度和结构效度,内容效度采用相关性分析法,结构效度采用探索性因子分析。信度评价包括分半信度和内部一致性信度,分半信度采用奇偶分组方法,内部一致性信度采用 Cronbach's α 系数法。

2 结果

2.1 调查对象一般情况

本次调查共发放问卷 353 份,去除量表部分不符合要求数据后,得到有效问卷 320 份,问卷有效回收率 90.5%。调查对象一般情况,见表 1。

2.2 条目池和初始量表

经专家讨论,形成 5 个维度、35 个条目的条目池,详见表 2。预试验各条目通过率为 100%。德尔菲法专家积极系数为 100%,参考专家意见,删除条目 11,形成 34 个条目的初始量表。

初始量表累计方差贡献率为 52.83%。条目 3、5 预期为因子 1(食欲不佳、进食缓慢)中条目,而因子载荷系数分别在因子 5(父母过度关注/强迫进食)和因子 4(不良进食习惯/溺爱无规则养育);条目 17 预期为因子 2(挑食、偏食)中条目,而因子载荷系数在因子 1(食欲不佳、进食缓慢);条目 19 预期为因子 3(恐惧进食)中条目,而因子载荷系数在因子 1(食欲不佳、进食缓慢);条目 25、26 预期为因子 4(不良进食习惯/溺爱无规则养育)中条目,而因子载荷系数

分别在因子 1(食欲不佳、进食缓慢)和因子 5(父母过度关注/强迫进食);条目 32、33 预期为因子 5(父母过度关注/强迫进食)中条目,而因子载荷系数均在因子 1(食欲不佳、进食缓慢)。

表 1 调查对象一般情况(n=320)

Table 1 General situation of respondents (n=320)		
项目	人数(n)	百分比(%)
地区		
东部地区	93	29.1
中部地区	117	36.6
西部地区	110	34.4
儿童性别		
男	163	50.9
女	157	49.1
儿童年龄		
6 月龄~2 岁 11 月(婴幼儿期)	158	49.4
3 岁~5 岁 11 月(学龄前期)	162	50.6
是否独生子女		
是	200	62.5
否	120	37.5
主要看护人文化程度		
小学及以下	44	13.8
初中	64	20.0
高中/技术学校	44	13.8
大专/大学	152	47.5
研究生及以上	13	4.1
未填写	3	0.1
家庭经济状况(月收入)		
小于 5 000 元	13	4.1
5 000~9 999 元	94	29.4
1 万元~2 万元	123	38.4
2 万元以上	88	27.5
未填写	2	0.1

表 2 条目池

Table 2 Item pool	
维度	条目
食欲不佳、进食缓慢	1,2,3,4,5,6,7,8,9
挑食、偏食	10,11,12,13,14,15,16,17
恐惧进食	18,19,20,21,22
不良进食习惯/溺爱无规则养育	23,24,25,26,27,28,29
父母过度关注/强迫进食	30,31,32,33,34,35

2.3 试用量表

离散趋势法有 3 条达到删除标准;因子分析法有 6 条达到删除标准;克隆巴赫 α 系数法有 7 条达到删除标准。运用 3 种方法筛选后,达到两项删除标准的条目为:17、19、32、33。结合专家意见,共删除 10 条条目,剩余 24 条,形成喂养困难儿童饮食行为评估量表(试用版),详见表 3。

2.4 量表的效度

2.4.1 内容效度

结果显示各条目与本维度相关系数为 0.613~0.868,且与本维度相关系数均大于与其他维度的相关系数。维度间相关系数为 0.14~0.58,维度与总分间相关系数为 0.50~0.88。

2.4.2 结构效度

结构效度评价采用探索性因子分析,量表 KMO=0.885,并且 Bartlett's 球形检验 $\chi^2=3\ 296.880, P<0.001$,提示适合进行探索性因子分析。提取五个因

子,特征值分别为 7.40、2.50、1.40、1.85、1.26,解释变异量分别为 18.40%、14.25%、8.37%、11.28%、7.72%,累计方差总解释率为 60.03%。五个因子与条目的对应关系均符合预期,依次为:食欲不佳、进食缓慢、挑食和(或)偏食、恐惧进食、不良进食习惯/溺爱无规则养育、父母过度关注/强迫进食。对应条目因子载荷系数均高于 0.4,最小为 0.481,最大为 0.876。

2.5 量表的信度

2.5.1 内部一致性信度

量表总 Cronbach's α 系数为 0.897,食欲不佳、进食缓慢、挑食、偏食、恐惧进食、不良进食习惯/溺爱无规则养育,父母过度关注/强迫进食 5 个因子的 Cronbach's α 系数分别为 0.876、0.863、0.738、0.761、0.607。

2.5.2 分半信度

将条目按照序号的奇数和偶数分成两半,奇偶两组得分之间的相关系数为 0.765。

表 3 量表条目筛选

Table 3 Scale item screening

量表条目	CV(%)	因子载荷	α 系数变化	结合专业意见	条目筛选
1.对食物没兴趣,并且很少有饥饿的表现	33.3	0.598	↓		
2.看见食物,或闻到饭菜香味时就想吃	40.2	-0.726	↑	反向问题	删除
3.比起吃饭,对游戏玩耍、或与人说话交流更感兴趣	44.5	0.372	↓		
4.吃了几口饭以后,就拒绝再吃	36.4	0.541	↓		
5.在吃饭的时间,会想要离开餐桌、餐椅,去做其他事情	44.2	0.419	↓		
6.饭菜含在嘴里不下咽	33.7	0.451	↓		
7.饭量很小,吃得少	44.2	0.599	↓		
8.能乖乖吃完大人给提供的饭菜	34.6	-0.623	↑	反向问题	删除
9.吃几口饭就停下来,需要大人提醒,才能继续吃	43.0	0.558	↓		
10.因为气味、口味、外观、质地的原因,拒绝很多食物	39.2	0.762	↓		
12.很不愿意尝试新食物	35.9	0.696	↓		
13.只接受很有限的食物质地(如糊状或软食),或很有限的烹饪方法	31.6	0.630	↓		
14.只吃很有限的几种喜欢的食物	38.9	0.769	↓		
15.会把不想吃的食物扔掉,或吐出来,或藏起来	40.8	0.642	↓	与条目 16 内容重复	删除
16.饭菜中有一点不喜欢的食物,就不怎么吃饭了	35.2	0.784	↓		
17.长时间咀嚼食物,不下咽	32.9	0.335	↑	与条目 6 内容重复	删除
18.似乎很害怕,强烈抗拒吃任何固体食物	17.8	0.580	↓		
19.当准备吃饭,或看到食物出现时,会主动想要吃	42.6	-0.170	↑	反向问题	删除
20.当准备吃饭,或看到食物出现时,会害怕、不安或哭闹	14.0	0.754	↓		

(转下表)

(续上表)

量表条目	CV(%)	因子载荷	α 系数变化	结合专业意见	条目筛选
21.看到餐具、奶瓶,或餐桌椅时,会害怕、不安或哭闹	11.8	0.803	↓		
22.当看到食物、餐具、奶瓶、餐桌椅出现时,会恶心或干呕、呕吐	7.0	0.703	↓	结果无法反应个体差异	删除
23.吃饭时,会边吃边玩电子产品或玩具	38.6	0.660	↓		
24.吃饭时喜欢离开餐桌,大人边追边喂	36.7	0.694	↓		
25.能乖乖坐下,专心吃一顿饭	35.5	-0.462	↑	反向问题	删除
26.吃饭时间超过 30 分钟以上	36.2	0.240	↓	建议调至维度 1	
27.饭前吃零食或点心,而不好好吃饭	30.3	0.664	↓		
28.不想吃做好的饭菜时,大人立即提供孩子想吃的其他食物	21.4	0.638	↓		
29.吃饭时不好好吃,饭后大人会提供奶类或其他食物	33.4	0.590	↓		
30.有饥饿感,对食物也有兴趣,但是大人觉得孩子吃得不够多	35.1	0.503	↓		
31.即使不饿,大人也会想尽办法让孩子多吃些东西	31.4	0.665	↓		
32.每顿饭吃多吃少由孩子自己决定,大人不做干涉	38.2	-0.219	↑	反向问题	删除
33.即使想吃,大人觉得孩子已经吃够了,担心消化不良,不给吃	26.0	0.137	↑		删除
34.表现好时,大人会用食物作为奖励工具	28.3	0.542	↓	偏正向互动	删除
35.即使看起来吃饱了,大人也会要孩子尽可能吃完所有食物	27.8	0.676	↓		

3 讨论

3.1 本量表与其他儿童喂养评估工具的区别

英国的儿童饮食行为量表(Children’s Eating-Behaviour Questionnaire,CEBQ)^[14],未考虑不同年龄段、不同地区、不同家庭背景儿童饮食行为特点,以及父母喂养策略和习惯对儿童饮食行为的影响。加拿大的儿童饮食行为清单(The Children’s Eating Behavior Inventory,CEBI)^[15]在获取样本时具有选择偏倚,量表的结构效度也没有得到验证。中文版婴幼儿喂养困难评分量表(The Montreal Children’s Hospital Feeding Scale,MCH-FS)^[16]在我国目前仅应用于婴幼儿期儿童,中文版IMFed 问卷^[17]为非量表类问卷,无法进一步进行信度、效度等检验。

本量表综合了国内外量表的经验并进行了创新。与 CEBQ 相比,本量表少了情绪性过度饮食、情绪性少食、饮水愿望维度,但增加了家长与儿童喂养互动不良的情况(不良进食习惯/溺爱无规则养育、父母过度关注/强迫进食),且考虑到了不同年龄段、不同地区、不同家庭背景儿童饮食行为特点。与 CEBI 相比,少了儿童领域的运动技能、父母领域的对喂养小孩的认识和感觉以及家庭成员间的相互影响维度,但增加了食欲缺乏、挑食偏食、恐惧进食、不

良进食习惯/溺爱无规则养育、父母过度关注/强迫进食等。与 MCH-FS 相比,少了婴幼儿生长状况和婴幼儿口腔运动功能维度,但增加了挑食偏食、恐惧进食,且在发放问卷同时收集了儿童的一般信息,如年龄、性别、体重、身高(长)等。与中文版IMFed 相比,少了与器质性疾病相关部分以及体现出父母过度关注的内容(如“我的宝宝经常不能吃完家长所提供的饭菜”),并在此基础上对条目进行扩充,形成可以定量评价的结构化问卷。

3.2 试用量表的效度、信度

试用量表各条目与本维度相关系数 0.613~0.868,且与本维度相关系数均大于与其他维度的相关系数。维度间相关系数为 0.14~0.58,维度与总分间相关系数为 0.50~0.88,说明量表的内容效度较好。各维度特征值大于 1 的因子数均仅有 1 个,累计方差贡献率达到 60.03%,比初始量表提高了 7.20%。各条目在所属维度上因子载荷值均大于 0.4,说明量表的结构效度较好。总量表克隆巴赫 α 系数为 0.897,各维度克隆巴赫 α 系数为 0.607~0.876,说明内部一致性信度较好。总量表分半信度为 0.765。结果表明,本量表具有良好的效度和信度,5 个维度及筛选的 24 个条目都能比较全面地反应婴幼儿期和学龄前期喂养困难儿童的饮食行为

问题。

3.3 局限性

首先,本研究仅通过探索性因子分析确认了量表的结构模型,未来需要收集更多横断面数据,对量表进行验证性因子分析以检验其结构效度,同时选择一部分研究对象进行重测,检验其重测信度。其次,国内外研究者对喂养困难的定义尚未统一。如美国学者 Kerzner B 从儿科领域对其定义^[18],而国际疾病分类(International Classification of Diseases-10th Revision, ICD-10)则从亲子关系和心理社会问题对其进行定义^[19],喂养困难缺乏统一的测量金标准,故本研究未能进行标准效度检验,未来需要结合该量表的临床应用情况做进一步探索。

本量表综合国内外常用儿童饮食评估工具,考虑了不同年龄、地区及家庭背景对儿童饮食行为的影响,以及对不良喂养互动的评估,其效度和信度分析显示其结构和内容有效性良好。然而,未来仍需更多数据对其结构进行验证,同时探索在不同健康亚人群中的使用效果。

[参考文献]

- [1]Kerzner B, Milano K, MacLean W C Jr, et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* [J]. 2015, 135(2): 344-353.
- [2]Klein A, Uyehara M, Cunningham A, et al. Nutritional care for children with feeding difficulties and disabilities: a scoping review [J]. *PLOS Glob Public Health*, 2023, 3(3): e0001130.
- [3]Dalaba M A, Nonterah E A, Chatio S T, et al. Culture and community perceptions on diet for maternal and child health: a qualitative study in rural northern Ghana [J]. *BMC Nutr*, 2021, 7(1): 36.
- [4]Chouraqui J P. Vegetarian diets and diets which restrict animal-source foods during childhood in high-income countries [J]. *Paediatr Int Child Health*, 2023, 43(4): 57-82.
- [5]Bhatia K, Intezar H, Akhtar P. Cultural hierarchies in health: does inherited sociocultural position (biraderi) shape diet and nutrition among British Pakistani children? protocol for a mixed-methods study [J]. *PLoS One*, 2024, 19(6): e0305556.
- [6]方红英,徐成恒,高红琼,等.铜陵市学龄前儿童饮食行为问题及影响因素[J]. *中国学校卫生*, 2023, 44(10): 1473-1477.
- [7]孙晶晶,罗丽丝,崔继华,等.学龄前儿童饮食行为与生长发育及其相关性分析[J]. *中国妇幼健康研究*, 2022, 33(5): 85-90.
- [8]袁飒,陈艳妮,应艳红,等.儿童饮食行为问题与家庭饮食环境的关系研究[J]. *实用预防医学*, 2020, 27(3): 332-335.
- [9]王文娜,张振香,张杜杜,等.照顾者对脑卒中患者自我护理贡献量表的编制及信效度检验[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(1): 39-45.
- [10]李林贵,李士雪,许亮文,等.新型农村合作医疗常规评价指标体系的研究[J]. *中国卫生经济*, 2007, 26(3): 70-74.
- [11]李本花,王红,张婷,等.肾移植患者经济毒性量表的编制及信效度研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2024, 40(23): 1803-1808.
- [12]杨柳,李智慧,孔燕,等.婴幼儿照顾者的口腔健康照护能力评估量表的编制及信效度检验[J]. *中华护理杂志*, 2024, 59(10): 1218-1225.
- [13]郝元涛,孙希凤,方积乾,等.量表条目筛选的统计学方法研究[J]. *中国卫生统计*, 2004, 21(4): 209-211.
- [14]Wardle J, Guthrie C A, Sanderson S, et al. Development of the children's eating behaviour questionnaire [J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2001, 42(7): 963-970.
- [15]Archer L A, Rosenbaum P L, Streiner D L. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. *J Pediatr Psychol*, 1991, 16(5): 629-642.
- [16]戴琼,徐海青,汪鸿,等.婴幼儿喂养困难评分量表中文版标准化研究[J]. *中国妇幼健康研究*, 2011, 22(3): 258-259, 264.
- [17]Garg P, Williams J A, Satyavrat V. A pilot study to assess the utility and perceived effectiveness of a tool for diagnosing feeding difficulties in children [J]. *Asia Pac Fam Med*, 2015, 14(1): 7.
- [18]Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach [J]. *Clin Pediatr (Phila)*, 2009, 48(9): 960-965.
- [19]Romano C, Hartman C, Privitera C, et al. Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs) [J]. *Clin Nutr*, 2015, 34(2): 195-200.

[专业责任编辑:史晓薇]

[中文编辑:向婉婉;英文编辑:李晓雪]