

# مقایسه میزان دلبستگی به والدین و مهارگری عاطفی در نوجوانان ۱۱ تا ۱۸

## سال با توجه به سطوح شاخص توده بدنی در شهر اصفهان

شهرزاد دامادنژاد\*، احمد علی پور\*\*، حسین زارع\*\*\*

دریافت مقاله:

۹۱/۱۱/۲۸

پذیرش:

۹۲/۹/۲۰

### چکیده

**هدف:** چاقی و اضافه وزن در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. چاقی پیامدهای نامطلوب زیادی به ویژه در کودکان و نوجوانان دارد. لذا پژوهش حاضر به منظور تعیین و مقایسه میزان دلبستگی به والدین و مهارگری عاطفی در نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال با توجه به سطوح شاخص توده بدنی (اضافه وزن و بهنجار) در شهر اصفهان انجام شد. **روش:** بدین منظور از بین دانش آموزان راهنمایی و دبیرستانی شهرستان اصفهان نمونه‌ای شامل ۳۶۶ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و سپس با اندازه‌گیری قد و وزن و تعیین شاخص توده بدنی، افراد فزون وزن با  $BMI > 25$  ( $n=145$ ) و افراد بهنجار با  $BMI < 25$  ( $n=211$ ) به پرسشنامه‌های آزمون دلبستگی به والدین و همسالان و مقیاس کنترل عواطف نوجوانان پاسخ دادند. **یافته‌ها:** تحلیل یافته‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS16 با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  نشان داد که میان دلبستگی به مادر و کنترل خلقی افسرده در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** بنابراین نتایج این پژوهش حاکی از آن است که دلبستگی به مادر از جمله عواملی است که می‌توان نقش آن را در اضافه شدن وزن و چاقی در نظر گرفت.

**کلیدواژه‌ها:** دلبستگی، مهارگری عاطفی، شاخص توده بدنی، چاقی.

\*کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران (نویسنده مسئول) shahrzad.damadnejad@gmail.com

\*\* استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران

\*\*\* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران

## مقدمه

اختلالات تغذیه‌ای در همه مکان‌ها و زمان‌ها سلامتی آحاد جامعه را تهدید می‌کند. امروزه چاقی<sup>۱</sup> و اضافه وزن<sup>۲</sup> در جوامع مختلف به عنوان یک مشکل بهداشتی و اجتماعی مطرح و بسیار مورد توجه است و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های تغذیه‌ای در کشورهای توسعه‌یافته است که در چند دهه اخیر شیوع فزاینده‌ای دارد. در این بین کودکان و نوجوانان بیش از سایرین آسیب‌پذیر هستند. تا سال‌ها پیش سوء تغذیه به عنوان شایع‌ترین اختلال‌های تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان مطرح می‌شد، در حالی که در سال‌های اخیر تغییرات سریع اقتصادی و اجتماعی و در نتیجه تغییر شیوه زندگی باعث شده تا جوامع امروزی با بعد جدیدی از اختلالات تغذیه‌ای یعنی اضافه‌وزن و چاقی در همه سنین به ویژه در گروه کودک و نوجوان مواجه شوند به نحوی که امروزه این پدیده به صورت یک مشکل همگانی درآمده است (کلشادی، ۱۳۸۹). این معضل سلامتی، علاوه بر عوارض جسمی، می‌تواند پیامدهای روانشناختی زیادی را دربرداشته باشد. از این‌رو توجه زیادی را به خود معطوف داشته است (به نقل از هاشمی‌پور، کلشادی، روح‌افزا، آریز، ۱۳۸۴). اهمیت چاقی در دوران کودکی و نوجوانی نه تنها به دلیل عوارض جسمانی و روانی زودرس، بلکه به دلیل افزایش چاقی بزرگسالی و بار هزینه اقتصادی سنگین آن بر اجتماع است به طوری که در کودکان چاق، شیوع چاقی در بزرگسالی ۲ تا ۳ برابر کودکان غیر چاق است (به نقل از طاهری، کاظمی، تقی‌زاده، نجیبی،

۱۳۸۷). روند میزان شیوع چاقی در کودکان ایرانی نیز قابل مشاهده است، که در مطالعات داخل کشور در سطح شهرستان‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (به عنوان مثال طاهری، کاظمی، تقی‌زاده، نجیبی، ۱۳۸۷؛ نبوی، کریمی، قربانی، مظلوم جعفرآبادی، طالبی، ۱۳۸۹). به نظر می‌رسد این معضل از یک سو ناشی از تغییر الگوی غذایی و مصرف غذاهای پر انرژی با ظاهر جذاب ولی با ارزش غذایی کم، مصرف میان وعده‌های غذایی چرب و شیرین، مصرف ناکافی مواد غذایی دارای فیبر و از سوی دیگر کاهش فعالیت جسمی روزانه و تنش‌های عصبی ناشی از زندگی ماشینی حاکم در بیشتر جوامع باشد (کلشادی، ۱۳۸۹). بر همین اساس بیشتر توجه و مداخلات پیشگیرانه و درمانی حول محورها و همبسته‌های زیستی و فیزیولوژیکی متمرکز بوده، اما با پررنگ شدن نقش عوامل روانشناختی، هم در تأثیرگذاری بر متابولیسم و غدد درون‌ریز (به عنوان مثال کید، هامر، استوتو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) و هم به عنوان شکل-دهنده سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری (ریو<sup>۴</sup>، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۵)، اهمیت این عوامل مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. شناسایی چاقی به عنوان بیماری مزمن و چند عاملی توجه به این حقیقت را می‌طلبد که تلاش برای پیشگیری و مداخلات بیشتری در دوران کودکی مورد نیاز است زیرا از دیدگاه بالبی (۱۹۶۹) اولین بستر برای شکل‌گیری ویژگی‌های روانی، شخصیتی و رفتاری، محیط خانواده و رفتارهای والدین است و پدر و مادر با سبک‌های والدگری<sup>۵</sup>، نوع ارتباط و

3. Kidd. T.; Hamer. M.; Steoto. A.  
4. Reeve, J.  
5. Parental style

1. Obesity  
2. Overweight

دلبستگی بوده است. قسمتی از شواهد به دست آمده به رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای مرتبط با سلامتی اشاره دارد (جانسون<sup>۶</sup>، ترجمه بهرامی، ۱۳۸۸). در بررسی نقش دلبستگی و چاقی و اضافه‌وزن، کوپر و وارن<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) نشان دادند که تاریخچه دلبستگی زنان می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در نظر گرفته شود. همچنین اشتنهاایمر، السون، بهمنیار، هالتینگ<sup>۸</sup> (۲۰۱۰)، رابطه معنادار استرس‌های مادرانه را با BMI کودکان نشان دادند. پژوهش بلادگت، گوندولی و کرنینگ<sup>۹</sup> (۲۰۰۷) نقش مادرانه ادراک شده و اثر واسطه‌ای درماندگی روانشناختی ناشی از آن را در الگوهای ناسازگارانه خوردن رایج در بین دختران نوجوان تأیید کردند. سزاجا، هارتمن، ریف<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۱) نیز ارتباط رفتار خوردن کودکان و نحوه تعامل والدین در زمان صرف غذا را نشان دادند. توفام، هابز، راتلج<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۱) نشان دادند که خوردن هیجانی با سبک‌های والدگری مقتدرانه و تفاهم عاطفی والدین در برابر هیجانات کودکان همبستگی منفی و با کوچک جلوه دادن هیجانات منفی کودکان، همبستگی مثبت دارد. در پژوهش‌های داخلی کربندی، عشقی‌زاده، آقا محمدیان، ابراهیم‌زاده، صفریان (۱۳۸۹) در بررسی رابطه سبک فرزند پروری و چاقی کودکان تفاوت معناداری پیدا نشد. از طرفی آنچه که در مورد هیجان‌ها و توانایی بازشناسی، توصیف و تنظیم عواطف نشان داده شده، تا حدود زیادی تحت تأثیر تعامل‌های اولیه با

تعامل و شیوه برخورد در برابر کودکان خود نقشی حیاتی در ایجاد و یا اختلال در سلامت جسمی، روانی و رفتاری آنان ایفاء می‌کنند که از جمله نظریه‌های مرتبط با سبک‌های ارتباطی والد/کودک، نظریه دلبستگی بالبی<sup>۱</sup> (۱۹۶۹) است.

دلبستگی<sup>۲</sup> عبارت است از پیوند عاطفی هیجانی نسبتاً پایداری که بین کودک و مادر یا افرادی که نوزاد در تعامل منظم و دائم با آنهاست، ایجاد می‌شود (پاپالیا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). دلبستگی را می‌توان به صورت الگوهای تفکر، احساس و رفتارهای شخصی در رابطه نزدیک با مراقب، شریک عاطفی و دیگر افراد صمیمی تعریف کرد (به نقل از آتش روز، پاکدامن، عسگری، ۱۳۸۷). بالبی مفهوم دلبستگی را از دیدگاه تحولی مورد ارزیابی قرار داد و نظریه‌اش را بر این اساس بنا کرد که احساس‌ها و رفتارهای دلبستگی از قبیل گریه و خنده، نوزاد را به مادر نزدیک و از خطر دور می‌سازد. تجربه‌های واقعی فرد در مورد حساسیت، پاسخگو بودن و حضور فعال مراقب همچنین خلق و خوی کودک و هماهنگی روابط والد-کودک اساس شکل‌دهی به سبک‌های مختلف دلبستگی (ایمن<sup>۴</sup> و نا ایمن<sup>۵</sup>) در خلال سال‌های نوزادی و کودکی است. وی معتقد بود که روابط مربوط به دلبستگی نقش مهم و قدرتمندی را در زندگی عاطفی انسان بازی می‌کند (به نقل از خانجانی، ۱۳۸۴). نقش تجربه‌های کودکی در تعیین روابط بین شخصی، رفتارهای سالم و سلامت روانی از موضوعات مورد توجه پژوهش‌های مربوط به

6. Johnson, S. M.  
7. Cooper, M.J; Waren, L.  
8. Stenhammar, C.; Olsson. GM.; Bahmanyar. S.; Hulting, A.  
9. Blodgett. S. E.; Gondoli. D.; Corning. A.  
10. Czaja. J.; Hartman. A.; Rief. W.  
11. ToPham, G. L.; Hubss. L.; Ruledge. J.

1. Bowlby  
2. Attachment style  
3. Papalia, D. E.  
4. Secure attachment  
5. Insecure attachment

مقایسه با گروه عادی پیدا نکردند. لذا با توجه به کمبود تحقیقات موجود در زمینه ارتباط میان میزان دلبستگی و مهارگری عاطفی با اضافه وزن و چاقی و وجود نتایج متناقضی در این زمینه و همچنین با توجه به شیوع فزاینده چاقی در کشور، به ویژه در گروه‌های سنی کودک/ نوجوان و پیامدهای پاتولوژیکی (جسمی/ روانشناختی) آن و لزوم بررسی عوامل ایجادکننده به ویژه نقش والدین، این پژوهش با هدف بررسی نقش احتمالی میزان دلبستگی به والدین و مهارگری عاطفی در بروز چاقی و اضافه وزن انجام شد.

### روش

با توجه به اهداف، فرضیه و ماهیت مطالعه، روش تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای یا پس رویدادی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال مشغول به تحصیل در مدارس راهنمایی و دبیرستان در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در شهر اصفهان بود. لذا به منظور انتخاب نمونه پس از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش کل اصفهان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان مناطق آموزشی ۶ گانه شهر اصفهان، نواحی ۲، ۳ و ۱ به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در این مناطق از میان مدارسی که رضایت به شرکت در پژوهش داشتند یک مدرسه راهنمایی و یک دبیرستان انتخاب شدند. در هر مدرسه از هر مقطع تحصیلی یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اندازه‌گیری قد و وزن دانش‌آموزان انتخاب‌شده براساس معیارهای ورود-خروج (از جمله عدم ابتلا به اختلالات غدد و عدم مصرف داروهای مؤثر بر وزن) (۳۶۶ نفر) و محاسبه BMI آنها شرکت-

مراقب است. براین اساس، می‌توان تصور کرد که نارسایی هیجانی احتمالاً با سبک‌های دلبستگی مرتبط باشد (بشارت، ۱۳۸۸). براساس دیدگاه بالبی، سبک دلبستگی به عنوان مکانیزم تنظیم عواطف<sup>۱</sup> می‌تواند تعیین‌کننده تنظیمات و کنترل عواطفی از جمله خشم باشد (به نقل از افروز، کاکابرایی، صیدی، قنبری، مؤمنی، ۱۳۸۹). معدود پژوهش‌هایی این ارتباط را نشان داده‌اند (ترومینی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). به اعتقاد کرنز، آبراهام، اشلگلمیچ، مورگان<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) دلبستگی ایمن با خلق مثبت بیشتر و خلق منفی کمتر در تعاملات روزانه در ارتباط است. همچنین با توجه به اینکه عدم توان و مهار عاطفی و خود کنترلی هسته بسیاری از مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان و بزرگسالان برای به تأخیر انداختن خشنودی است؛ می‌توان اختلالات خوردن<sup>۴</sup> از جمله بی‌اشتهایی روانی و فریبی ناشی از پرخوری را ناشی از این امر دانست (به نقل از علیزاده، ۱۳۸۴). پژوهش‌های اخیر ارتباط و تأثیرات هیجانی را بر خوردن به ویژه در کودکان بررسی کردند. نوروود، بوکر، بوچهالز، کاترین<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) نقش سرکوبی خشم به عنوان عنصر پیش-بین در اختلال خوردن را نشان دادند. همچنین عسگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۹) رابطه مثبت معناداری بین فشار روانی، تنظیم هیجانی و اختلال خوردن در زنان نشان دادند. ولی هاشمی‌پور، کلیشادی، روح‌افزا، آرین، (۱۳۸۴) از نظر سطح اضطراب تفاوت معناداری را در نوجوانان چاق در

1. Strategies of emotion regulation
2. Trombini
3. Kerns. K.; Abraham. M.; Schlegelmich. A.; Morgan. T.
4. Eating disorders
5. Norwood. S.; Bowker. A.; Buchholz. A.; Katherine. A.

و همسالان) و جستجوی مجاورت (میزان جستجو و استفاده نوجوانان از والدین و دوستان در شرایط تنیدگی‌زا) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس است: میزان اعتماد (میزان اعتماد متقابل نوجوان و چهره دلبستگی)، ارتباط (چگونگی ارتباط نوجوان با والدین و همسالان) و بیگانگی (میزان خشم و عصبانیت نوجوان از والدین و همسالان). سؤالات با استفاده از مقیاس ۵ درجه لیکرت (از همیشه درست تا هرگز) پاسخ داده می‌شود (مظاهری، ۱۳۸۲). داشتن نمرات بالا در هر مقیاس نشان‌دهنده دلبستگی ایمن می‌باشد. پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ هفته بر روی نمونه‌ای شامل ۲۷ نوجوان ۲۰-۱۸ ساله برای مقیاس دلبستگی به والدین ۰/۹۳ و برای مقیاس دلبستگی به همسالان ۰/۸۶ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس نیز برای دلبستگی به مادر ۰/۸۷، دلبستگی به پدر ۰/۸۹ و برای همسالان ۰/۹۲ گزارش شده است. بخش دلبستگی به والدین و همسالان با تعدادی از مقیاس‌های مشابه از جمله مقیاس خودپنداره تنسی، مقیاس محیط خانوادگی همبستگی مثبت معناداری دارد که نشان‌دهنده اعتبار همزمان این آزمون است. در پژوهشی که نصرتی (۱۳۸۳) انجام داد میزان ضرایب آلفای کرونباخ برای دلبستگی به مادر ۰/۸۲، دلبستگی به پدر ۰/۸۳ و دلبستگی به همسالان ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین در پژوهش واحدی (۱۳۸۸) بعد از تأیید روایی صوری و محتوایی، پایایی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ برای مقیاس دلبستگی پدر و مادر به

کنندگان به دو گروه به هنجار با  $BMI < 25$  (۲۲۱ نفر) و فزون وزن با  $BMI > 25$  (۱۴۵ نفر) تقسیم شدند. وزن شرکت‌کنندگان با لباس سبک، بدون کفش و با ترازوی دیجیتالی سکای آلمان با ۱۰۰ گرم خطا و قد آنها با نوار مدرج استاندارد با واحد سانتی-متر و دقت ۰/۱ اندازه‌گیری شد. محاسبه نمایه توده بدن نیز از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) انجام گرفت. لازم به ذکر است به دلیل همکاری نکردن مدارس پسرانه بیشتر شرکت‌کنندگان این پژوهش دختر هستند (۳۳۰ نفر). در توجیه این مسئله می‌توان به این نکته اشاره کرد که هدف این پژوهش مقایسه متغیرها به تفکیک جنسیت نیست.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. آزمون دلبستگی نوجوانان به والدین و همسالان (IPPA-R): این آزمون توسط آرمسدن و گرینبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) به منظور ارزیابی تصور نوجوان در مورد ابعاد مثبت و منفی عاطفی/شناختی رابطه با والدین و دوستان صمیمی‌شان، بر پایه نظریه دلبستگی بالبی ساخته شد. در ابتدا این آزمون دارای دو بخش بود که در بخش اول میزان دلبستگی به والدین (پدر و مادر با هم) با ۲۸ سؤال و در بخش دوم میزان دلبستگی به همسالان با ۲۵ سؤال سنجیده می‌شد. بعدها این مؤلفان با تفکیک دلبستگی والدین به دو قسمت مجزا از هم پرسشنامه تجدید نظر شده را که دارای ۷۵ سؤال (هر ۲۵ سؤال از آن مربوط به دلبستگی به پدر، مادر و همسالان) بود، تهیه نمودند. در هر دو ویرایش از این پرسشنامه، احساس امنیت (کیفیت عاطفی نسبت به والدین

ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. مقیاس کنترل عواطف (ACS): ابزاری با ۴۲ سؤال، برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود که دارای ۴ زیرمقیاس فرعی با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. پاسخ‌های عبارت‌ها در مقیاس ۷ درجه‌ای از «به شدت مخالف نمره ۱» تا «به شدت موافق نمره ۷» تنظیم شده است. اعتبار درونی و بازآزمایی به ترتیب برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸، برای زیرمقیاس خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳، برای زیرمقیاس افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶، برای زیرمقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و برای زیرمقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۶ به دست آمد. و روایی افتراقی و همگرایی آن نیز مناسب گزارش شد (ویلیامز<sup>۱</sup> و چمبلس، ۱۹۹۷). ضریب پایایی مقیاس کنترل عواطف به وسیله دهش (۱۳۸۸)، در نمونه ۲۰۰ نفری از دانش‌آموزان مقطع متوسطه مورد برآورد قرار گرفت و مقدار آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۴، در خرده مقیاس خشم ۰/۵۳ و در خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۶۰ برآورد شد که نشان‌دهنده مناسب بودن این مقیاس در کارهای پژوهشی است. افزون بر این دهش (۱۳۸۸) ضریب همبستگی کل مقیاس کنترل عواطف با خرده مقیاس خشم را ۰/۷۱ و با عاطفه مثبت ۰/۶۷ گزارش کرد. نمره بالا در این پرسشنامه، نشان‌دهنده ناتوانی در کنترل عواطف است.

روش اجرا: پس از انتخاب نمونه مورد نظر کلیه شرکت‌کنندگان به گویه‌های پرسشنامه‌های آزمون دل‌بستگی به والدین و همسالان (IPPA-R)، البته فقط برگه‌های مربوط به مادر و پدر، مقیاس کنترل

عواطف و برخی اطلاعات دموگرافیک پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. در تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در تحلیل استنباطی از آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و چندراهه استفاده شد.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش در دو گروه مورد مطالعه، در مجموع ۳۶۶ نفر بودند (۲۲۱ نفر در گروه هنجار و ۱۴۵ نفر در گروه اضافه وزن و چاق). میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۵ سال و ۵ ماه و ۲ روز با انحراف استاندارد ۱/۲۲۶ سال است و دامنه سنی آنها از ۱۱ تا ۱۸ سال گسترده شده است. همچنین نتایج جنسیت نیز حاکی از آن است که ۳۳۰ نفر از آزمودنی‌ها دختر و تعداد ۳۶ نفر پسر هستند. پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس (نرمال بودن توزیع نمرات و برابری واریانس‌ها) از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات میزان دل‌بستگی به مادر در گروه فزون وزن به ترتیب ۵۴/۰۸ و ۵۴/۰۸ و در گروه بهنجار به ترتیب ۵۸/۳۳ و ۲۰/۲۶ است. در جدول ۱ برون‌داد آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) برای متغیر دل‌بستگی به مادر به تفکیک گروه ارائه شده است. با توجه به نتایج می‌توان گفت که میانگین نمرات دل‌بستگی به مادر در دو گروه تفاوت معناداری دارند ( $F(364, 1) = 4/03, P < 0/05$ ). به این معنی که میزان دل‌بستگی نوجوانان به مادر در نوجوانان فزون وزن کمتر از نوجوانان با وزن بهنجار است.

جدول ۱. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای معناداری تفاوت میانگین دل‌بستگی به مادر دو گروه بهنجار و فزون‌وزن

اندازه اثر	سطح معناداری	df2	df1	F	مربع میانگین	مجموع مربعات	دل‌بستگی به مادر
۰/۰۱۱	۰/۰۴	۳۶۴	۱	۴/۰۳	۱۵۷۷/۸۷۵	۱۵۷۷/۸۷۵	

میانگین و انحراف استاندارد نمرات میزان دل‌بستگی به پدر در گروه فزون وزن به ترتیب ۶۱/۱۲ و ۲۱/۵۳ و در گروه بهنجار به ترتیب ۶۷/۳۷ و ۱۹/۸۶ است که بیانگر دل‌بستگی کمتر نوجوانان فزون وزن به پدر است. ولی با توجه به برون‌داد آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) ارائه شده در جدول ۲ این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نیست ( $P > 0/05$ ).  $(F(364, 1) = 1/05)$ .

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای معناداری تفاوت میانگین دل‌بستگی به پدر دو گروه بهنجار و فزون وزن

اندازه اثر	سطح معناداری	df2	df1	F	مربع میانگین	مجموع مربعات	دل‌بستگی به پدر
۰/۰۰۳	۰/۳۰۶	۳۶۴	۱	۱/۰۵	۴۴۳/۸۰۸	۴۴۳/۸۰۸	

جهت مقایسه تعامل مؤلفه‌های کنترل عواطف در دو گروه بهنجار و فزون وزن از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) پس از بررسی مفروضه‌ها (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های مؤلفه‌ها و همگنی ماتریس‌های کوواریانس) استفاده شده است. در گروه فزون-وزن میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) نمرات برای زیرمقیاس‌های خشم  $SD=7/43$  و  $M=33/51$  خلق افسرده  $SD=8/57$  و  $M=30/42$  اضطراب  $SD=11/76$  و  $M=46/48$  و عاطفه مثبت  $SD=9/05$  و  $M=46/44$  است. در گروه بهنجار نیز میانگین و انحراف استاندارد نمرات برای زیرمقیاس‌های خشم  $SD=7/24$  و  $M=33/33$  خلق افسرده  $SD=8/78$  و  $M=32/71$  اضطراب  $SD=11/23$  و  $M=48/45$  و عاطفه مثبت  $SD=9/45$  و  $M=47/07$  است. جدول ۳ نشان‌دهنده نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) است. همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج بیانگر آن است که میان تعامل متغیرهای خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نسبت‌های F برای اثر تعاملی مؤلفه‌های کنترل عواطف

منبع اثر	ارزش	F	df1	df2	P	$\mu^2$	گروه
پیلایی	۰/۰۲۲	۲/۰۰۴	۴	۳۶۱	۰/۰۹۳	۰/۰۲۲	گروه
ویلکزلامبادا	۰/۹۷۸	۲/۰۰۴	۴	۳۶۱	۰/۰۹۳	۰/۰۲۲	
هوتلینگ	۰/۰۲۲	۲/۰۰۴	۴	۳۶۱	۰/۰۹۳	۰/۰۲۲	
بزرگترین ریشه روی	۰/۰۲۲	۲/۰۰۴	۴	۳۶۱	۰/۰۹۳	۰/۰۲۲	

است ( $p > 0,05$ ) و فقط میان نمرات کنترل خلق افسرده در دو گروه بهنجار و فزون وزن تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0,05$ ). به این معنی که کنترل خلق افسرده در نوجوانان فزون وزن بیشتر از نوجوانان با خلق افسرده است.

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره مندرج در جدول ۴ برای مقایسه هر یک از مؤلفه‌های کنترل عواطف به تفکیک در دو گروه نیز بیانگر عدم معناداری تفاوت دو گروه بهنجار و فزون-وزن در مؤلفه‌های خشم، اضطراب و عاطفه مثبت

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نسبت‌های F برای مؤلفه‌های کنترل عواطف

منبع	متغیر	SS	Df1	DE2	MS	F	P	$\eta^2$
گروه	خشم	۲/۸۳۸	۱	۳۶۴	۲/۸۳۸	۰/۰۵۳	۰/۸۱۸	۰/۰۰۱
	خلق افسرده	۴۶۲/۶۶	۱	۳۶۴	۴۶۲/۶۶	۶/۱۱۴	۰/۰۱۴	۰/۰۱۷
	اضطراب	۳۳۷/۳۳۳	۱	۳۶۴	۳۳۷/۳۳۳	۲/۵۷۴	۰/۱۰۹	۰/۰۰۷
	عاطفه مثبت	۳۴/۸۶۳	۱	۳۶۴	۳۴/۸۶۳	۰/۴۰۳	۰/۵۲۶	۰/۰۰۱

کل کنترل عواطف در دو گروه ارائه شده است. طبق نتایج، به‌رغم بیشتر بودن میانگین نمرات کنترل عواطف در گروه بهنجار (یعنی کمتر بودن توان کنترل)، این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نیست ( $p > 0,05$ ).

میانگین و انحراف استاندارد نمره کل کنترل عواطف در گروه فزون وزن به ترتیب ۱۶۵/۴۷ و ۲۸/۷۹ و در گروه بهنجار به ترتیب ۱۶۹/۶۲ و ۲۷/۹۵ است. در جدول ۵ برون‌داد آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) برای مقایسه نمره

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای معناداری تفاوت نمره کل کنترل عواطف در دو گروه بهنجار و فزون وزن

مجموع مربعات	مربع میانگین	F	df1	df2	سطح معناداری	اندازه اثر
۱۵۰۸/۵۹۸	۱۵۰۸/۵۹۸	۱/۸۸۵	۱	۳۶۴	۰/۱۱۷	۰/۰۰۵

هابز، راتلیج، ۲۰۱۱) و ارتباط سبک والدگری و خوردن هیجانی (اشتنهايمر، السون، بهمنيار و هالتینگ، ۲۰۱۰) و رابطه استرس خانوادگی و سبک دلبستگی با BMI در کودکان (بوسمنز، گوسنز و برایت، ۲۰۰۹) و الگوی دلبستگی و نگرانی از وزن در دختران (بلادگت و همکاران، ۲۰۰۷) و نقش مادرانه ادراک شده و خوردن

## نتیجه‌گیری و بحث

میزان دلبستگی نوجوانان به مادر در نوجوانان فزون وزن، کمتر از نوجوانان با وزن بهنجار است. این یافته با نتایج مطالعات (سزاجا، سابرينا، ريف، ۲۰۱۱) در بررسی نقش الگوهای ناسازگارانه خانواده و فقدان کنترل خوردن LOC در کودکان (کوپر و وارن، ۲۰۱۰) و رابطه BMI و دلبستگی در زنان (توفام،

1. Stenhammar, Olsson, Bahmanyar & Hulting
2. Bosmans, G.; Goossens. L. & Breat. C.



ناسازگارانه در دختران مطابقت دارد. بنابراین به نظر می‌رسد الگوی مادرانه و سبک دلبستگی شکل گرفته در ایجاد پرخوری و اضافه شدن BMI تأثیر داشته باشد. این تأثیرگذاری می‌تواند در اثر مراقبت‌های نادرست مادرانه در شکل‌گیری عادات غذایی در فرزندان و یا به دلیل تأثیرات هیجانی ناشی از عدم احساس ایمنی و روی آوردن به غذا خوردن در کاهش ناامنی عاطفی و بر اثر مراقبت‌های نادرست مادرانه در دوره رشدی دهانی و تثبیت در دوره دهانی و گرایش به خوردن و رابطه با چاقی (مسلینگ، رابی، و بروندهیم<sup>۱</sup>، ۱۹۶۷؛ الفاک، رازنر، لیندگرین، اندرسون و کارلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ الفاک، ۲۰۱۰) باشد. ولی با نتایج کربندی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی رابطه سبک والدینی با اضافه وزن در کودکان پیش دبستانی و مهد کودک نا همسو است. در تبیین این ناهمسوئی می‌توان در درجه اول به تفاوت نمونه‌های دو پژوهش اشاره کرد و از طرفی تفاوت ابزار و پرسشنامه سبک والدینی، که سبک‌ها مجزا شده، در حالی که در پژوهش حاضر صرفاً میزان دلبستگی بررسی شده و سبک‌های دلبستگی تفکیک نشده بودند، همچنین در پژوهش کربندی (۱۳۸۹) پرسشنامه‌ها خود اظهاری بوده و توسط والدین پر شده، گزارش‌ها ممکن است با رفتار واقعی آنها مطابقت نداشته باشد.

میزان دلبستگی به پدر در دو گروه نوجوانان فزون وزن کمتر از نوجوانان با وزن بهنجار است. این یافته با نتایج (بوسمنز، ۲۰۰۹) مبتنی بر بررسی ارتباط نگرانی از وزن و نگرانی از اندام با دلبستگی به والدین در بیماران دختر دارای اختلال نگرانی از وزن

تا حدی همسو بوده، که نگرانی از وزن با دلبستگی با مادر در ارتباط بوده نه با دلبستگی با پدر و از طرفی نا همسو با نتایج این پژوهش که تأثیر دلبستگی به پدر را در رابطه با نگرانی از اندام تأیید کرده است. در تبیین این تفاوت می‌توان در نظر داشت تفاوت پاسخ‌دهندگی مردان و زنان در نقش‌های والدینی یک مسئله بیولوژیکی و زیستی نیست، بلکه بیشتر مربوط به انتظارات جامعه (لامب و همکاران، ۱۹۸۲؛ پارک و ساوین، ۱۹۸۰؛ پدرسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از فوگل<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷) و همچنین به اهمیت طول مدت حضور فیزیکی و روانشناختی پدر در کنار کودک است (بالبی، ۱۹۶۹). در نتیجه میزان اهمیت دلبستگی پدرانه می‌تواند تحت تأثیر دیدگاه‌های فرهنگی باشد و از این لحاظ در جامعه ما این انتظارات به شکل مراقبت‌های مادرانه نیست و در نتیجه از اهمیت کمتری برخوردار است. از طرفی نمونه‌های مطالعه ذکر شده، دختران بیمار دارای اختلال بوده‌اند و الزاماً نمونه مطالعه حاضر دارای اختلال نگرانی از وزن نبودند. همچنین با نتایج آتش روز و همکاران (۱۳۸۷) مبتنی بر بررسی تأثیرگذاری میزان دلبستگی به والدین و همسالان بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، که دلبستگی به پدر در مرتبه آخر تأثیرگذاری بعد از مادر و حتی همسالان بوده و نقش دلبستگی به پدر بسیار ضعیف‌تر نشان داده شده، مطابقت دارد. در تبیین این میزان اثرگذاری متفاوت دلبستگی به مادر و پدر می‌توان تفاوت پاسخ‌دهندگی مردان و زنان و نحوه تعامل آنها با فرزندان و نقش پر رنگ مادر را لحاظ کرد. براساس دیدگاه بالبی (۱۹۶۹)، پدر در زمره مراقبین فرعی از نظر دلبستگی بوده و مادر نقش

3. Pederson  
4. Fogel, A.

1. Masling, Rabie & Blondhim  
2. Elfag, K. R

مراقب اصلی را ایفاء می کند و کودکان در موقعیت های تنیدگی زا (گرسنگی، خستگی، درد، بیماری و ترس) به سوی مراقب اصلی دلبستگی بیش از چهره های فرعی روی می آورند. از طرفی در مطالعه آتش روز، اثرگذاری نقش پدران بیشتر از پژوهش حاضر بوده، که می توان این تفاوت را به دلیل تأثیر جنسیت و تمایل بیشتر والدین به ویژه پدران در ارتباط کلامی با کودک همجنس خود و مشارکت در بازی (وین راب و فرانکل<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷) ذکر کرد که در مطالعه تعداد دختران بسیار بیشتر از پسران بود. تبیین های کلی برای بررسی نقش دلبستگی نایمن در ایجاد عوامل آسیب زا از دو طریق ۱. به عنوان یک اختلال زودرس و آغازین و ۲. به عنوان یک عامل نگهدارنده و شدت دهنده عوامل خطرزای محیطی و ایجاد شرایط مساعد برای آسیب که توسط گرین برگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) در یک مدل عامل خطر، بررسی شده است. باید در نظر داشت که در راستای منظر دوم دلبستگی به تنهایی منجر به اختلال نشده (اسروف<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ راتر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲) و همچنین عوامل خطرزا نه فقط در سطح فرد، خانواده، بلکه بوم شناختی (کلام<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰؛ برون فن برنر<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹؛ ویس برگ و گرین برگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷) و تحت تأثیر جنس، نژاد (ایوزاج، سالز، هودین و آلشولر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰) می تواند اثر بپذیرد و تبدیل به یک عامل محافظتی شود (آدام، شلدون و وست<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵). از جمله عوامل حفاظتی، خلق و هوش، کیفیت روابط

اجتماعی کودک مانند گروه هم سال و مربیان (لوتار<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳؛ زیمرمن، شرر و گروسمن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۶) و عوامل بوم شناسی مانند حضور مادر بزرگ و پدر بزرگ (بالبی، ۱۹۹۲؛ می رز، جارویز و کریزی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۷؛ پدرسون، موران، سیتکو، کمپیل، جشور و اکشن<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۰؛ فوگل، ۱۹۹۷) و عوامل اقتصادی (والنزول<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۰؛ جاکبسون و فری<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۱) است. بر همین اساس باید در این مطالعه نقش فرهنگ، شرایط اقلیمی و اجتماعی حاضر در زمان اجرا در نظر گرفته شود.

نتایج میزان کنترل عواطف نشان دهنده عدم تفاوت معنادار دو گروه از لحاظ کنترل (خشم، اضطراب و عاطفه مثبت) به جز افسردگی است. یافته ها با نتایج پژوهش های ارتباط خلق و هیجان با خوردن، از جمله تعاملات عاطفی خانواده زمان صرف غذا (سزاجا، ۲۰۱۱)، شیوه پاسخ دهی عاطفی و خوردن هیجانی (توفام و همکاران، ۲۰۱۱)، خودسرکوبی و خشم (نورود و همکاران، ۲۰۱۱)، ادراک های دستکاری شده (پولیوی<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، استرس خانوادگی (اشتهایمر و همکاران، ۲۰۱۰)، اثرات تعاملی استرس ورهای عمده و جزئی زندگی (وودز، راسین و کلامپ<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰)، عواطف منفی و فقدان کنترل خوردن (گلد اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸)، احساس درماندگی ناشی از ادراک نقش مادرانه (بلادگت و همکاران، ۲۰۰۷)، مشکلات تنظیم

10. Luthar
11. Zimmermann, P.; Scheuerer, H. & Groomann, K.
12. Myers, B.; Jarvis, P. & Creasey, G.
13. Pederson, D.; Morgan, G.; Sitco, C.; Campbell, K.; Ghsuire, K. & Action, H.
14. Valenzuela
15. Jacobson & Frye
16. Polivy
17. Woods, Racine & Klump

1. Weinraub & Frankel
2. Greenberg
3. Srouf
4. Rutter
5. Kellam
6. Brofenbrenner
7. Weissberg & Greenberg
8. Ivezaj, V.; Saules, K.; Hoodin, F.; Wilfley, D.
9. Adam, K.; Sheldon, A. & West, M.

پژوهش، در ابتدا باید در نظر گرفت که در تبیین نقش خلق بر خوردن از دو منظر می توان این اثر گذاری را بررسی کرد. الف) بررسی ارتباط هیجان بر خوردن به تنهایی و یا اختلالات در تنظیم خلق به عنوان پیامد ناشی از اضافه وزن و چاقی؛ ب) نقش مداخله ای هیجان منفی (اضطراب، خشم، و افسردگی) در اثر ایجاد سبک دلبستگی نایمن (مین و هس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵) بر پر خوری. در حالت اول باید تفاوت های گروه های نمونه عادی و دارای تشخیص اختلال، گروه های سنی مختلف کودکان، زنان بزرگسال و نوجوانان، تعادل فراوانی دو جنس و بالا بودن دختران در نظر گرفته شود. در حالت دوم و نقش مداخله ای هیجانی ناشی از دلبستگی نایمن، باید با توجه به رابطه انواع سبک های دلبستگی نایمن و اختلال های روان شناختی (اسروف، ۱۹۸۳)، و اختلال های اضطرابی (کاسیدی و برلین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴) توجه داشت که در این پژوهش سبک های نایمن از هم تفکیک نشده بودند. از طرفی با توجه به توضیحات در رابطه با نقش عوامل حفاظتی، شرایط متفاوت فرهنگی از جمله (تعداد اعضای خانواده و فرزندان، چندمین فرزند، الگوها و مراسم مذهبی) در کاهش و تعدیل اثرات حاصله می توان تفاوت نتایج را تبیین کرد.

اشتغال و عدم اشتغال مادر، الگوهای تغذیه و عوامل خطرزای خانوادگی و میزان تیندگی و رضایت زناشویی والدین (کرنیک، گرینبرگ، سلوگ<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶؛ کروکنبرگ<sup>۶</sup>، ۱۹۸۱)، ارتباط سبک

هیجان در پر خوری (وایت ساید، چن و نیبرز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶)، تنظیم هیجانی با اختلال خوردن (عسگری، پاشا و امینان، ۱۳۸۸)، خودتنظیمی و چاقی (رضایی، اسفندیاری و سروقد، ۱۳۸۹)، مطابقت نداشت. ولی با نتایج هاشمی پور، کلیشادی، روح افزا، آراین (۱۳۸۴) در مورد اضطراب همسو بود. در تبیین این تفاوت ها می توان به این دلایل اشاره داشت که بیشتر نمونه های مورد بررسی دارای تشخیص اختلال خوردن بودند، در صورتی که در نمونه پژوهش حاضر الزاماً این تشخیص مشخص نبوده، پرسشنامه های به کار گرفته شده شامل نگرش تغذیه ای و یا خوردن هیجانی بودند که در این پژوهش خوردن ناشی از هیجان مشخص نشده و دلایل چاقی و اضافه وزن می تواند ناشی از الگوهای غلط اکتسابی و بی توجهی خانواده در مصرف غذا باشد (امیری، غفرانی پور، جلالی، فراهانی، احمدی، حسینی پناه و هومن، ۱۳۸۹؛ محمدیان، خدام و کاوه، ۱۳۸۹)، یا مطالعات از نوع همبستگی بوده و صرفاً یک ارتباط تشخیص داده شده است نه رابطه علی، از این رو هیجان منفی می تواند به عنوان پیامد باشد تا علت (سیدامینی، مالک، مرادی و ابراهیمی، ۱۳۸۸)، یا ارتباط هیجان ها با اختلال خوردن الزاماً از نوع اضافه شدن وزن نیست و می تواند منجر به کم وزنی شود که در این تحقیق افراد لاغر بررسی نشدند. در تبیین کلی برای نتایج متفاوت مطالعات در ارتباط خلق و هیجان و اثرگذاری بر خوردن و پر خوری (یومانس و کوگلان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) و بررسی میزان تفاوت در بین افراد فزون وزن و بهنجار در این

3. Main & Hesse

4. Cassidy & Berlin

5. Crnic, Greenberg & Slough

6. Crockenberg

1. Whiteside, Chen & Neighbors

2. Yeomans & Coughlan

دل بستگی والدین با سبک دل بستگی فرزندان (استیل، استیل و جوهانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، گلدوین و همکاران، ۲۰۰۰؛ گلوگر - تیپ پلت، جمیل، کونینگ، وتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲)، به عنوان متغیرهای مداخله-گر در این مطالعه بررسی نشده بودند. از طرفی با توجه به اینکه نمرات نشانگر مهار بیشتر کنترل افسردگی در گروه فزون وزن نسبت به گروه بهنجار است، این یافته با نتایج دیگمنز و همکاران (۲۰۰۹) در رابطه مثبت نشانه شناسی افسردگی و مصرف کالری، و فاسینو، لومبرونی، پیرو، آبات-داگا، جیاکومو<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) در مقایسه میزان افسردگی بین زنان با اختلال خوردن و بدون اختلال خوردن و گروه سالم، که افسردگی در گروه دارای اختلال خوردن بیشتر از گروه بدون اختلال خوردن است، مطابقت ندارد. با در نظر گرفتن اینکه مطالعه حاضر اولاً میزان کنترل افسردگی را نشان داده، نه میزان افسردگی و یک تشخیص پاتولوژیک. همچنین در این پژوهش براساس تشخیص اختلال خوردن، گروه‌ها متمایز نشده‌اند، می‌تواند دلیل ناهمسویی باشد. در کل به نظر می‌رسد سبک دل بستگی ناایمن به طور کلی یک معیار آسیب‌شناختی محسوب نمی‌شود و از طرفی دل بستگی ایمن به عنوان عامل حفاظتی در محیط‌های در معرض خطر بالا عمل می‌کند (موریست، بارنارد، گرینبرگ، بووت، اسپیکر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ راتر، ۱۹۸۲). در این پژوهش به دلیل عدم اجازه مراجعه به مراکز آموزشی پسرانه از نمونه‌های

پسر، بسیار کمتر استفاده شد. لذا در تعمیم دادن به این گروه باید همچنین محتاط بود در این پژوهش به دلیل دشواری سطح سؤالات برای گروه سنی زیر ۱۴ سال از تعداد بسیار کمتری از این گروه سنی استفاده شد، لذا در تعمیم دادن به این گروه باید همچنین محتاط بود. تعداد پرسشنامه‌ها و سؤالات این پژوهش زیاد و برای گروه نوجوان خارج از حوصله برای پاسخ‌دهی دقیق بود. به ویژه که هنگام مراجعه در ساعات کلاسی، با محدودیت زمان روبه‌رو بودند. شرکت‌کنندگان به دلیل احساس ناامنی در پاسخ‌دهی محتاطانه و با عدم دقت کافی و پنهان کاری برخورد می‌کردند. برای کسب نتایج دقیق‌تر در این زمینه بهتر است در صورت امکان از نمونه‌های پسر بیشتر استفاده شود. همچنین از نمونه‌های مقطع راهنمایی بیشتر استفاده شود.

در صورت امکان هر پرسشنامه به طور مجزا و یا در چند مرحله گرفته شود و اطلاعات دموگرافیک (شغل والدین، موقعیت اقتصادی، شرایط سکونت، تعداد خانوار، حضور مادربزرگ، شاخص توده بدنی والدین) اضافه شود. همچنین این تحقیق در شهرستان‌های دیگر نیز از نظر تفاوت فرهنگی اجرا شود.

### سپاسگزاری

گروه نویسندگان این پژوهش مراتب تشکر و قدردانی خود را از آموزش و پرورش کل اصفهان، مسئولان مدارس منتخب و کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌دارند.

1. Steele, Steele & Johanson
2. Gloger- Tippelet, Gmille, Koenig & Vetter
3. Fassino, Leombruni, Piero, Abbate-Daga & Giacomo
4. Morisset, Barnard, Greenberg, Booth & Spieker

منابع

- عسگری، پ؛ پاشا، غ. و امینیان، م. (۱۳۸۸). «رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان». *اندیشه و رفتار*. ۴(۱۳)، ۶۵-۷۸
- علیزاده، ح. (۱۳۸۴). «تبیین نظری اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی: الگوی بازداری رفتاری و ماهیت خودکنترلی». *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۵(۳)، ۳۲۳-۳۴۸
- کربندی، س؛ عشقی زاده، م؛ آقامحمدیان، ح؛ ابراهیم زاده، س. و صفریان، م. (۱۳۸۹). «ارتباط سبک فرزندپروری والدین با چاقی کودکان پیش دبستانی شهر مشهد». *افق دانش*. ۱۶(۳)، ۳۳-۴۰
- کلشادی، ر. (۱۳۸۹). «آنچه باید در مورد اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان بدانیم». *ماهنامه پژوهشی، آموزشی، خبری سلامت و توسعه*. ۱، ۱۰-۱۱
- طاهری، ط؛ کاظمی، ط؛ تقی زاده، ب. و نجیبی، گ. (۱۳۸۷). «شیوع اضافه وزن و چاقی در دانش-آموزان دبیرستانی ۱۵-۱۸ سال شهر بیرجند». *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*. ۱۰(۲)، ۱۲۶-۱۲۱
- محمدیان، س؛ خدام، ح. و کاوه، م. (۱۳۸۹). «عوامل مرتبط با چاقی و افزایش وزن دختران مقطع راهنمایی شهر گرگان». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۳۵، ۵۷-۶۲
- نبوی، م؛ کریمی، ب؛ قربانی، ر؛ مظلوم جعفرآبادی، م. و طالبی، م. (۱۳۸۹). «میزان شیوع چاقی و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان ۱۲ تا ۷ سال». *فصلنامه پیش*. ۳۶، ۴۴۳-۴۴۱
- نصرتی، م؛ مظاهری، م. و حیدری، م. (۱۳۸۵). «بررسی تحولی رابطه پایگاه‌های هویت با میزان دلبستگی در نوجوانان پسر (۱۴-۱۶-۱۸ ساله) به والدین و همسالان». *فصلنامه خانواده پژوهی*. ۲(۵)، ۵۳-۳۵
- هاشمی پور، م؛ کلشادی، ر؛ روح افزا، ح. و آرین، ش. (۱۳۸۴). «اضطراب در دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به اضافه وزن و چاقی اصفهان». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین*. ۳۵، ۱۰۸-۱۰۴
- آتش روز، ب؛ پاکدامن، ش؛ عسگری، ع. (۱۳۸۷). «پیش بینی پیشرفت تحصیلی از طریق میزان دلبستگی». *فصلنامه خانواده پژوهی*. ۱۴، ۲۰۳-۱۹۳
- افروز، غ؛ کاکابرابی، ک؛ صیدی، م؛ قنبری، ن. و مؤمنی، خ. (۱۳۸۹). «رابطه سبک‌های دلبستگی با نحوه مدیریت خشم و سلامت عمومی». *اندیشه و رفتار*. ۱۸(۵)، ۹۵-۸۷
- امیری، پ؛ غفرانی پور، ف؛ جلالی فراهانی، س؛ احمدی، ف؛ حسین پناه، ف. و هومن، ح. (۱۳۸۹). «درک مادران از عوامل خانوادگی مؤثر بر رفتارهای مرتبط با اضافه وزن و چاقی در نوجوانان: یک مطالعه کیفی». *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*. ۱۲(۲)، ۱۵۲-۱۴۵
- بشارت، م. (۱۳۸۸). «سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی». *پژوهش‌های روانشناختی*. ۱۲(۴-۳)، ۸۰-۶۳
- جانسون، ام؛ سو. ویفن، وو ای. (۲۰۰۲). *فرایندهای دلبستگی در زوج درمانی و خانواده درمانی*. ترجمه فاطمه بهرامی و همکاران. تهران: انتشارات دانژه. ۱۳۸۸
- خانجانی، ز. (۱۳۸۴). *تحول و آسیب شناسی دلبستگی از کودکی تا نوجوانی*. تبریز: انتشارات فروزش
- دلاور، ع. (۱۳۸۸). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد
- دهش، ز. (۱۳۸۸). «تأثیر مشاوره تلفیقی رفتاری و هیجان محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر کشکویه رفسنجان». *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت
- رضایی، آ؛ اسفندیاری، ف. و سروقد، س. (۱۳۸۹). «بررسی رابطه نگرش خوردن و خودتنظیمی با سبک زندگی در زنان چاق و عادی». *فصلنامه زن و جامعه*. ۱(۱)، ۲۳-۹
- ساعتچی، م. (۱۳۹۰). *واژه نامه روانشناسی و زمینه‌های وابسته*. تهران: انتشارات جنگل
- سیدامینی، ب؛ مالک، ا؛ مرادی، آ. و ابراهیمی، م. (۱۳۸۸). «ارتباط چاقی و اضافه وزن با مشکلات درونی شده در دختران مدارس ابتدایی». *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. ۳۱(۴)، ۴۴-۴۰

- Adam, K. S.; Sheldon Keller, A. E.; & West, M. (1995). "Attachment organization and vulnerability to loss, separation, and abuse in disturbed adolescents". In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds). *Attachment theory: Social, Developmental, and Clinical perspectives*, Hillsdale, N, J: Analytic-Press, 309-341.
- Armsden, G. C.; Greenberg, M. T. (1987). "The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence". *J Youth Adolesc*, 16: 427-454.
- Blodgett Salafia, E. H.; Gondoli, D. M. & Corning, A. F. (2007). "Psychological Distress as a mediator of the relation between perceived maternal parenting and normative maladaptive eating among adolescent girls". *Journal of counseling psychology*. 54 (4): 434-446.
- Bosmans, G.; Goossens, L. & Braet, C. (2009). "Attachment and weight and shape concerns in inpatient overweight youngsters". *Appetite*, 53: (3), 454-456.
- Bowlby, J. & Ainsworth, M. (1992). "The origins of attachment theory". *Developmental Psychology*. 28: 759-775.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. 1. Attachment. London: The Hogarth press and Institute of psycho Analysis.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: M. A. Harvard University Press.
- Cassidy, J. & Berlin, J. (1994). "The insecure/ambivalent patterns: Theory and research". *Child Development*. 65, 971-991.
- Contreras, J.; Kerns. K. A.; Weimer, B. L.; Gentzler, A. L. & Tomich, P. L. (2000). "Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood". *Journal of family psychology*. 14. 111-124.
- Cooper, M. J. & Waren, L. (2011). "The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women". *Eating Behaviors*, 12, (1), 94-96.
- Cronic, K. A.; Greenberg, M. T. & Slough, N. M. (1986). "Early stress and social support influence on mothers' and high-risk infants' functioning in late infancy". *Infant Mental Health Journal*. 7, 19-33.
- Crockenberg, S. (1981). "Infant irritability, mother responsiveness, and social influences on security of infant-mother attachment". *Child Development*. 52, 857-865.
- Czaja, J. S.; Hartman, A. & Rief, W. (2011). "Mealtime family interactions in home environments of children with loss of control eating". *Appetite*, 56 (3), 587-593.
- Dingemans, A. E.; Martjn, C.; Jansen, A. & Van Furth, E. F. (2009). "The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder". *Apetite*, 52,(1), 51-57.
- Elfag, k. R. (2010). "A synthesis of recent research on obesity with the

- Rorschach and suggestions for the future". *Rorschach*. 31(2), 117-142.
- Elfag, K.; Rossner, S.; Lindgren, T.; Anderson, I. & Carlson, A. M. (2004). *Article Rorschach personality predictors of weight loss with behavior modification in obesity treatment*. Obesity unit Karolinska University Hospital. Stockholm. Sweden.
- Fassino, S.; Leombruni, P.; Piero, A.; Abbate - Daga, G. & Giacomo Rovera, G. (2003). "Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder". *Journal of Psychosomatic Research*. 54, (6), 559-566.
- Fogel, A. (1997). *Infancy: Infant, Family, and society*. Newyork: Losangeles, Sanfrancisco, Mest publishing company.
- Gloger- Tippet, G.; Gmille, B.; Koenig, L. & Vetter, J. (2002). "Attachment representations in 6-year-old: related longitudinal to the quality of attachment in infancy and mother's attachment representations". *Attached-Hum-Dev*. 4(3), 318-39.
- Goldschmidt, A. B.; Tanofsky- K. M. & Wilfley, D. E. (2011). "A laboratory-based study of mood and binge eating behavior in overweight children". *Eating Behaviors*. 12 (1), 37-43.
- Goldwyne, K.; Stanley, C.; Smite, V. & Green, J. (2000). "The man chester child attachment story tasic: relationship with parental AAI, SAT and child behavior". *Attachment & Human Development*. 2(1): 71-84.
- Greenberg, M. T. (2009). *Inventory of Parentand Peer Attachment (IPPA)*. A valiable at: prevention psu. Edu/ pubs/ documents/ IPPA manual 0809. Pdf.
- Greenberg, M. T.; Spelts, M. L.; & Deklyen, M. (1993). "The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems". *Development and Psychopatology*. 5, 191-213.
- Ivezaj, V.; Saules, K. K.; Hoodin, F. & Alschuler, K. (2010). "The relationship between binge eating and weight status on depression, anxiety, and body image among a diverse college sample: A focus on Bi/Multiracial women". *Eating Behaviors*. 11, (1), 18-24.
- Jacobson, S. W. & Frey, K. F. (1991). "Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence". *child development*. 62, 572-582.
- Johnson, S. M. & Whiffen, V. E. (2002). *Attachment processes in couple and family theraphy*. (Trasnlated by FatemehBahrami. 1388). Tehran: Danjeh Publication.
- Kellam, S. G. (1990). "Developmental epidemiological frame work for family research on depression and aggression". In G. R. Patterson (Ed). *Depression and aggression in family interaction*. pp. 11-48.
- Kerns, K. A.; Abraham, M. M.; Schlegelmilch, A. & Morgan, T. A. (2007). "Mother-child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation". *Attachment and Human Development*. 9. 33-53.
- Kidd, T.; Hamer, M. & Steoto, A.

- (2010). "Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress: Psychoneuroendocrinology, in press, Available on line". *paper presented at biennial meeting of the Society for Research in Child Development*. Washington: DC.
- Lamb, M. E. (1982). "Father-Infant interaction in first year of life". *Child Development*. 48, 167- 181.
- Luthar, S. S. (1993). "Annotation: Metodological and conceptual issues in research on childhood resilience". *Journal of Child psychology and psychiatry*. 34, 441-453.
- Main, M. & Hesse, E. (1995). *Frightening, frightend, dissociated or disorganized behavior on the part of parent: Acoding system for parent-infant interactions*. (5th ed). unpublshed manuscript. University of California at Berkeley.
- Masling, J. M.; Rabie, L. & Blondhim, S. H. (1967). "Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence". *Journal of consuling psychology*. 31, 233-239.
- Morisset, C. T.; Barnard, K. E.; Greenberg, M. T.; Booth, C. L. & Spieker, S. J. (1990). "Enviromental Influences on early language development: The context of social risk". *Development and psychopathology*. 2, 127-149.
- Myers, B. J.; Jarvis, P. A. & Creasey, G. L. (1987). *Infants Behavior and development*, 10, 245-259.
- Norwood, S. J.; Bowker. A.; Buchholz. A. & Katherine. A. (2011). "Self-silencing and anger regulation as predictors of disordered eating among adolescent females". *Eating Behaviors*. 12, (2), 112-118.
- Papalia, D. E. (2002). *Achild's world: Infancy through adolescence*. New York: MC GRAW-HILL.
- Pederson, D. R.; Moran, G.; Sitco, C.; Campbell, K.; Ghesuire, K. & Action, H. (1990). "Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-Sort study". *Child Development*. 67, 915-927.
- Polivy, J.; Herman, P. & Deo, R. (2010). "Getting a bigger slice of the pie. Effects on eating and emotion in restrained and unrestrained eaters". *Appetite*, 55, (3), 426-430.
- Reeve. J. M. (2005). *Understanding motivation and emotion*. (Translated by Yahya Sayed Mohammadi. 1387). Tehran: Virayeh publication.
- Rutter, M. (1982). "Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance". *Pediatrics*. 70, 883-894.
- Srouf, L. A. (1983). "Individual patterns of adaptations from hnfancy to preschool: In M. Perlmutter (Ed)". *Minnesota on child psychology*. 16, 41-85.
- Srouf, L. A. (1990). *Pathways to adaptation and maladaptation*. Psychopathology as developmental deviation. In D. Cicchetti (Bd). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology:



- The emergence of a discipline, Hillsdale, NI: Erlbaum.1, 13-40.
- Steele. M.; Steele. H. & Johansson. M. (2002). "Maternal predictors of children's social cognition: an attachment perspective". *Journal of child psychology & psychiatry & Allied Disciplines*. 43(7). 861-872.
- Stenhammar, C.; Olsson, G. M. Bahmanyar, S. & Hulting, A-L. (2010). "Family stress and BMI in young children". *Actapaediatrica*, 99,(8), 1205-1212.
- Topham, G. L.; Hubbs-Tait, L. & Rutledge, J. M. (2011). "Parenting styles, Parental response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating." *Appetite*, 56(2), 261-264.
- Trombini, (2003). *Maternal attitude and attachment style affects obesity risk in children*. Department of Psychology University of Bologna: Viale Berti Pichat 5. Italy.
- Valenzuela, M. (1990). "Attachment inchronically underweight young children". *Child Development*. 61,1984-1996.
- Weinraub, M. & Frankel, J. (1977). "Sex differences in parent infant interaction during free play, depature, and separation". *Child Development*. 48, 1240-1249.
- Weissberg, R. & Greenberg, M. T. (1997). *Community and school prevention*. In, Siegel & A, Renninger (Eds), Handbook of child psychology: Child psychology in practice.
- Whiteside, U.; Chen, E. & Neighbors, C. (2006). *Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?*. MS University Department of Psychology. University of Washington.
- Williams, K. E, Chambless, D. L. & Ahrens, A. H. (1997). "Are emotions frightening? An extension of the fear concept". *Behavior Research and Therapy*, 35, 239-248.
- Woods, A. M.; Racine, S. E. & Klump, K. L. (2010). "Examining the relationship between dietary restraint and binge eating: differential effects of major and minor stressors". *Eating Behaviors*. 11, (4), 276-280.
- Yeomans, M. R. & Coughlan, E. (2009). "Mood- induced eating, Interactive effects of restraint and tendency to overeat". *Appetite*, 52, (2), 290-298.
- Zimmermann, P.; Scheuerer-English, H. & Grossmann, K. E. (1996). *Social relationships in adolescence: Continuity and transformations*, Paper presented at the biennial meeting of the European Association for Research on Adolescence, Liege.