

## نقش واسطه ای افسردگی در رابطه بین دلبستگی و سبک فرزندپروری با چاقی

### و اضافه وزن دختران نوجوان

سیده زهرا علی بخشی\* احمد علیپور\*\* ولی اله فرزاد\*\*\*

مهناز علی اکبری دهکردی\*\*\*

\*دانشجوی دکتر روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

\*\*استاد دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*\*\*دانشیار دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

\*\*\*دانشیار دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

#### کلیدواژه‌ها:

چاقی، اضافه وزن، افسردگی، دلبستگی، سبک فرزندپروری، نوجوانان دختر

#### چکیده

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی نقش واسطه ای افسردگی در رابطه بین دلبستگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن نوجوانان دختر است.

روش: طرح پژوهش توصیفی بوده و جامعه آماری را تمامی دانش آموزان دختر ساکن شهر تهران تشکیل می دهند که ۴۴۰ نفر از این دانش آموزان با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای افسردگی، اضطراب و تنیدگی، پرسشنامه فرزندپروری بامریند، و پرسشنامه دلبستگی نوجوانان به والدین و همسالان استفاده شد.

یافته ها: مدل ارائه شده مبتنی بر نقش واسطه ای افسردگی از برازندگی قابل قبولی برخوردار است و نتایج تحلیل مسیر نشان می دهد که مسیر مستقیم دلبستگی به چاقی معنادار نیست اما مسیر غیرمستقیم آن با واسطه افسردگی معنادار است. همچنین افسردگی واسطه معناداری برای رابطه فرزندپروری با چاقی به شمار می رود. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که افسردگی می تواند در رابطه بین دلبستگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن نقش واسطه ای داشته باشد.

نتیجه گیری: یافته ها از وجود مکانیزم های روان شناختی زیربنایی در بروز چاقی و اضافه وزن در نوجوانان دختر حمایت می کند. بنابراین توجه به متغیرهای مذکور در پیشگیری و طراحی درمان های مناسب تر به پژوهشگران و درمانگران یاری می رساند.

z.alibakhshi@gmail.com

۱. نشانی نویسنده مسئول:

این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری نویسنده مسئول است.

مشخصات مقاله:

تاریخچه:

# The mediating role of depression in relation between attachment and parenting style with overweight and obesity of girls adolescent

\*Z. Alibakhshi, \*\*A. Alipour, \*\*\* V. Farzad,  
,\*\*\*\* M. Aliakbari

\* PhD Student, Department of Psychology ,University of Payamenour, Tehran, Iran

\*\* Professor, Department of Psychology ,University of Payamenour, Tehran, Iran

\*\*\* Associate Professor, Department of Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran

\*\* Associate Professor, Department of Psychology, University of Payamenour, Tehran, Iran

## Abstract

**Aim:** The aim of the present research was to investigate the mediating role of depression in relation between attachment and parenting style with overweight and obesity of girls adolescent.

**Method:** This research method is descriptive and the population was all the students between ages 14-17 in the 92-93 education year in Tehran that 440 students chose according to cluster sampling. They took seven tests (DASS, Baumrind parenting style and IPPA).

**Results:** Presented model based on the mediating role of depression had fitting acceptable and path analysis findings indicate that the direct path of attachment into depression is not significant but its indirect path with mediating of depression is significant. Also depression is significant mediator for the relationship between parenting with obesity. Path analysis findings also indicate that depression can have mediator role in relationship between attachment and parenting with obesity and overweight.

**Conclusion:** Research findings support that there are infrastructural and psychological mechanisms in creating obesity and overweight in girls adolescent. Therefore concern to above variants, help researchers and psychologist to prevent and make suitable treatments.

## Article

### Information:

### History:

Receipt: 2015/8/5

Revise: 2015/9/7

Acceptance: 2012/9/11

### Keywords:

obesity and overweight,  
girls adolescent,  
depression, attachment,  
parenting style.

## مقدمه

هر ساله، چاقی و مشکلات مرتبط با چاقی منجر به مرگ ۲/۸ میلیون بزرگسال و نوجوان در سراسر جهان می‌شود. چاقی دوران نوجوانی علاوه بر سلامتی این دوران به دلیل اینکه شاخص تعیین کننده چاقی در بزرگسالی نیز می‌باشد، از اهمیت به سزایی برخوردار است. تحقیقات نشان دهنده این مهم بوده‌اند که هشتاد درصد از نوجوانان چاق در دوران بزرگسالی چاق می‌شوند (محمدپورکلده، فولادوند و آوخ‌کیسمی، ۱۳۹۱). فراگیر شدن چاقی خطرات چندگانه‌ای را برای سلامتی افزایش می‌دهد. با وجود این، سبب‌شناسی چاقی دارای ابهام زیادی است اما به طور کلی آن را به عدم تعادل بین دریافت انرژی و مصرف آن و تعامل پیچیده بین ژن‌ها و محیط نسبت داده‌اند (لیبو، سیم، کرانسدورف<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ دوهرتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ اگدن، کارول، کیت، و فلاگال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

در بررسی‌های انجام شده در ایران، فراوانی توأم اضافه وزن و چاقی در سال ۲۰۰۵ میلادی در مطالعه کشوری سلامت، ۴۲/۸ درصد در مردان و ۵۷ درصد در زنان برآورد شد (جان قربانی و همکاران، ۲۰۰۷). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۱۶ میلادی، فراوانی توأم اضافه وزن و چاقی در ایران به ۵۴ درصد در مردان و ۷۴ درصد در زنان برسد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲).

روند رو به رشد چاقی در بین کودکان و نوجوانان، پژوهشگران را بر آن داشته که بررسی‌های متعددی را در زمینه عوامل مرتبط با چاقی در کودکان و نوجوانان انجام دهند. در این میان بیشتر مطالعات صورت گرفته مربوط به شیوع اضافه وزن و چاقی در رده سنی کودکان و نوجوانان بوده و کمتر به مسائل روانشناختی پرداخته شده است. چنانچه عوامل روانشناختی در تبیین پدیده چاقی یا اضافه وزن نادیده گرفته شوند، تلاش برای مهار یا درمان این مشکل نیز به شکست خواهد انجامید. از این رو به منظور ارتقاء و بهبود مداخلات روان‌شناختی برای

اضافه وزن و چاقی، فهم عمیق‌تر مکانیزم‌های روان‌شناختی زیربنایی آن ضروری است (میرمیران، میربلوکی، محمدی و نصیری، ۱۳۸۳؛ جانسن، کرایگ، بویس و پیکت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

در بین متغیرهایی که پژوهشگران به بررسی رابطه و تأثیر آنها بر چاقی پرداخته‌اند باید به سبک‌های دلبستگی، سبک‌های فرزندپروری و افسردگی اشاره کرد. به عنوان مثال بین سبک دلبستگی مضطربانه با شاخص توده‌ی بدنی (BMI) و فقدان مهار در خوردن<sup>۵</sup> رابطه وجود دارد (فیلپس، گیسون و اسلید<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ گوسنس، برات، بوسمنز، و دکالووه<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). در واقع سبک دلبستگی مضطربانه متغیر واسطه‌ای بین حوادث منفی زندگی دوران کودکی و خوردن هیجانی<sup>۸</sup> است. در برخی از پژوهش‌ها دلبستگی در کنار وضعیت کنونی خانواده بررسی شده است. در این پژوهش‌ها معلوم شده است دلبستگی ناایمن در خانواده‌هایی که انسجام کمتر، تعارض بیشتر و انضباط والدینی منفی است با مشکلات خوردن و سبک‌های ناسالم خوردن رابطه دارد (لیترز، هاجدورف، باچار، و کانتی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). رفتار خوردن و تغذیه در ابتدا کاملاً تحت تأثیر روابط کودک و مادر، به عنوان مراقب اصلی، قرار می‌گیرد و پس از آن نیز تأثیر رابطه با مادر بر خوردن سایه می‌اندازد. پرخوری، فقدان مهار و بازداری در خوردن به عنوان جستجوی مجاورت و نزدیکی<sup>۱۰</sup> با چهره دلبستگی در نظر گرفته می‌شود. در یک فضای دلبستگی ناایمن فرد می‌کوشد از طریق چیزی که یادآور مادر است و خود نیز ارزش زیستی مثبتی تلقی می‌شود به جستجوی ایمنی دست یابد (اورزولک-کرانر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند سبک‌های دلبستگی نامطمئن باعث ایجاد اختلالات خوردن می‌شود و دلبستگی ممکن است شاخص مهمی جهت مداخله و درمان چاقی (اضافه وزن) در زنان باشد (لاتزر و

4. Janssen, Craig, Boyce & Pickett

5. loss control of eating

6. Phillips, Gibson, & Slade

7. Goossens, Braet, Bosmans, & Decaluwé

8. emotional eating

9. Latzer, Hochdorf, Bachar, & Canetti

10. proximity seeking

11. - Orzolek-Kronner

1. Lebow, Sim, & Kransdorf

2. Doherty

3. Ogden, Carroll, Kit, & Flegal

بافت خانواده بر اکثر رفتارهای کودک تأثیر می- گذارد و واسطه‌ی این تأثیرگذاری سبک‌های فرزندپروری است. به سبب اینکه والدین تأثیر مهمی بر مصرف غذا و فعالیت فیزیکی فرزندان‌شان دارند، پژوهشگران سبک‌های فرزندپروری را به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر چاقی مطالعه کرده‌اند. سبک فرزندپروری مقتدر با سطوح بالای مصرف میوه، فعالیت فیزیکی (اسمیت، و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲) و خطر کمتر برای چاقی کودکی (رهی، لامنگ، آپوگلیس، گارگیروتی، رادلیو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶؛ واک، نیکلسون، هاردی، و اسمیت<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷) رابطه دارد. رهی و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که کودکان والدینی که از سبک مستبدانه استفاده می‌کنند در معرض بیشترین خطر برای چاقی قرار دارند. از یک سو مهار والدینی به طور مستقیم بر فراوانی مصرف مواد غذایی و نیز میزان بیشتر مصرف مواد غذایی چرب و شیرین تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، نوجوانان والدینی که مهارگری کمتری بر رفتارهای فرزندان‌شان اعمال می‌کنند نیز میزان مواد غذایی بیشتری مصرف می‌کنند. مهارگری بالا و پایین معرف دو سبک فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه است که پژوهش‌ها نشان داده‌اند با چاقی کودکان و نوجوانان رابطه دارند (هاجز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳؛ بیرچ و دیویسون<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۱؛ دانیلوسکی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۱؛ مویلانن<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۵). رهی<sup>۱۹</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که کودکان والدینی که از سبک مستبدانه استفاده می- کنند در معرض بیشترین خطر برای چاقی قرار دارند. پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که در سبک والدینی استبدادی، کنترل افراطی و سفت و سختی که توسط والدین اعمال می‌شود بیشترین نقش را در چاقی کودک بازی می- کند. به طور کلی کنترل والدین به طور مستقیمی بر میزان

مصرف مواد غذایی، به ویژه مصرف مواد غذایی چرب و شیرین تأثیر می‌گذارد (دانیلوسکی<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۱).

به طور کلی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن رابطه دارند، اما سوالی که در پژوهش‌ها پاسخ مناسبی برای آن فراهم نیامده است این است که سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری از چه طریقی منجر به چاقی و اضافه وزن می‌شوند. به عبارت دیگر آنها تأثیرات خود را بر چاقی و اضافه وزن چگونه اعمال می‌کنند؟ چه متغیرهایی می‌توانند واسطه‌گر سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری بر چاقی و اضافه وزن باشند؟ پاسخ به این سؤالات یکی از اهداف اصلی پژوهش حاضر است.

از سوی دیگر بین شیوه فرزند پروری والدین با افسردگی دانش آموزان رابطه وجود دارد که در رابطه دموکراتیک میزان افسردگی کمتر از دو شیوه فرزندپروری است و شیوه فرزندپروری سهلگیرانه دارای بیشترین میزان افسردگی در دانش آموزان است (دشت بزرگی، جعفری و مسعودی فر، ۱۳۹۲). همچنین بین مشکلات دلبستگی و میزان افسردگی در دختران همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جهانبخش، ۱۳۹۰). تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان دلبسته نا ایمن در مقایسه با کودکان دلبسته ایمن به میزان معناداری علائم افسردگی بیشتری از خود بروز می‌دهند (دویلی، برندگن، مارکیویچ و کامکار<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۳). بالبی<sup>۲۲</sup> (۱۹۶۹) نیز بیان نموده است که افراد دارای سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا زمینه و آمادگی زیادی را برای ابتلا به افسردگی دارا هستند. دختران دلبسته نایمن دوسوگرا به احتمال بیشتری در مقایسه با پسران افسرده می‌شوند (کوپر، شاور و کالینر<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۸). کامکار، دوول و مارکوویکز<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا با اسنادهای منفی و علائم افسردگی در نوجوانان به ویژه نوجوانان دختر همبستگی مثبت و

12. Schmitz et al
13. Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti, & Bradley
14. Wake, Nicholson, Hardy, & Smith
15. Hodge
16. Birch & Davison
17. Daniloski
18. Moilanen
19. Rhee

20 - Daniloski

21 - Doyle, Brendgen, Markiewicz & Kamkar

22 - Bowlby

23 - Cooper, Shaver & Collins

24 - Kamkar, Doule & Markiewicz

حاضر این مکانیزم‌ها سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری در نظر گرفته شده‌اند. به عبارت دیگر سوال این پژوهش این است که آیا میتوان اینگونه مطرح کرد که سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری اگر منجر به افسردگی شوند چاقی و اضافه وزن را به دنبال خواهند داشت؟ یعنی افسردگی واسطه تاثیرگذاری این دو متغیر است؟

به دلیل افزایش چشمگیر میزان چاقی و اضافه وزن در دهه‌های اخیر، اهمیت این پدیده در دوره نوجوانی و پیامدهای درازمدت آن در بزرگسالی و مهم تر از همه فقدان مدل علی مناسب برای تبیین روابط بین متغیرها، انجام پژوهشی درباره همبسته‌های روان‌شناختی چاقی ضرورت می‌یابد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در زمینه ارتقای برنامه‌های پیشگیری از چاقی و نیز طرح ریزی مؤثرتر برنامه‌های درمانی به کار آید. به عبارت دیگر در کنار بسیاری از روشهای درمان و مهار چاقی می‌توان با شناخت صحیح و کامل از سهم عوامل روان‌شناختی برنامه‌هایی برای پرداختن به عوامل دخیل در چاقی و یا پیامدهای آن، اثربخشی درمان را افزایش داد.

علی‌رغم این‌که پژوهش‌ها نتایج مفیدی برای تبیین چاقی و اضافه وزن فراهم آورده‌اند، کمتر به مکانیسم‌های اصلی که این عوامل تأثیرات خود را از طریق آنها بر چاقی و اضافه وزن اعمال می‌کنند، پرداخته‌اند. از طرف دیگر هر یک از این مشکلات نتیجه‌ی تأثیرگذاری ترکیبی از متغیرهای خطرناک هستند و بررسی آنها از یک بعد، هرچند نتایج مفیدی به دست می‌دهد، اما کامل نیست، زیرا هر کدام فقط از یک منظر خاص به بررسی و تبیین اختلال مورد نظر می‌پردازند. در این پژوهش به منظور پر کردن شکاف پژوهش‌های سبب‌شناسی چاقی و اضافه وزن و شناخت مکانیزم‌های زیربنایی و واسطه‌ای مرتبط با آنها افسردگی به عنوان متغیری در نظر گرفته شده است که سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری به واسطه‌ی آن با چاقی و اضافه وزن مرتبط می‌شوند.

## روش

طرح تحقیق همبستگی است. جامعه‌ی تحقیق دانش‌آموزان

معناداری را نشان می‌دهند. (لی و هنکین<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۹). از طرفی با وجود مطالعات متعددی که درباره رابطه چاقی و افسردگی انجام شده است اما نتایج به جای آنکه مؤید همدیگر باشند تا حد زیادی گیج‌کننده‌اند. واردل و کوک (۲۰۰۵) علت این امر را نادیده گرفتن نقش واسطه‌ای و یا تعدیل‌کننده برخی متغیرهای دیگر دانسته است. در تحقیق راوان، مورگان، نگوین و کرایگ (۲۰۱۰) مشاهده شد که در برخی از نوجوانان افسردگی با خوردن، اضافه وزن و شاخص توده بدن در ارتباط است. در این پژوهش به ارائه یک چارچوب توسعه آسیب‌پذیری شناختی پرداخته شد. در نهایت، نتایج این بررسی، مداخله و پیشگیری از افسردگی در نوجوانان را به عنوان راهکار چاقی پیشنهاد داده است. (دوکرای، ساسمن و دام<sup>۲۰۰۹</sup>) نیز به این نتیجه رسیدند که افسردگی ارتباط مثبت با شاخص توده بدن در دختران و پسران دارد.

همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بسیاری از افراد افسرده در نهایت به چاقی و اضافه وزن مبتلا خواهند شد. مطالعاتی که به بررسی شیوع چاقی و افسردگی پرداخته‌اند نشان داده‌اند که میزان هر دو اختلال در جامعه و همبودی آنها با یکدیگر نیز بسیار بالا است و این می‌تواند حاکی از این باشد که این دو به نحوی توسط مکانیزم‌هایی که در زیربنای هر دو اختلال است با یکدیگر رابطه پیدا می‌کنند. اما مکانیزم‌های اصلی که در زیربنای رابطه افسردگی با چاقی وجود دارند به طور کلی ناشناخته مانده‌اند. فایس، متز و جورج<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۲) با انجام یک فراتحلیل سعی کردند که این مکانیزم‌ها را شناسایی کنند. برخی از متغیرهایی که توسط آنها شناسایی شده است شامل متغیرهای دموگرافیکی مانند وضعیت اقتصادی اجتماعی، درآمد، تحصیلات، جنسیت، قومیت است. این متغیرها در مطالعات به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در نظر گرفته شده‌اند. موارد دیگری همچون آسیب‌شناسی بیولوژیک، تفسیرهای منفی کلامی، و سطح فعالیت فیزیکی نیز متغیرهای تعدیل‌کننده در نظر گرفته شده‌اند. در پژوهش

<sup>25</sup> - Lee & Hankin

<sup>26</sup> . Faith, Matz, & Jorge

۱۴ تا ۱۷ ساله دختر دانش آموز ساکن در شهر تهران بودند. نوجوانی دوره بسیار حساس و پرمخاطره ای است و نوجوان با تغییرات شدید فیزیکی و روانی روبه رو می شود. رشد جسمی و روانی در این دوره زندگی است و این تغییرات فیزیکی و اجتماعی تأثیرات بسیاری بر شکل-گیری الگوهای رفتاری آنان دارد. همچنین نوجوانان به دلیل تغییرات هورمونی و رشد سریع بیشتر از سنین دیگر در معرض چاقی قرار می گیرند. از آنجا که این تغییرات در شکل گیری شخصیت و اعتماد به نفس نوجوان تأثیر به سزایی دارد، بهترین سن برای بررسی پدیده چاقی می تواند نوجوانی باشد. همچنین دختران به دلیل اهمیت بیشتری که به ظاهر فیزیکی خود می دهند، بیشتر در معرض عوارض روحی روانی چاقی و کاهش اعتماد به نفس قرار می گیرند (کیهان نیا، ۱۳۹۰). به همین دلیل پژوهشگر دختران نوجوان را به عنوان نمونه پژوهش انتخاب نمود.

با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۴۴۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. بدین منظور از بین مناطق شهر تهران، یک منطقه به تصادف انتخاب گردید. از بین دبیرستان‌های دخترانه منطقه مذکور، تعداد پنج دبیرستان انتخاب شد؛ سپس، دانش‌آموزان عادی و نیز آنانی که به نظر می‌رسیدند که دارای اضافه وزن هستند، انتخاب شدند و پس از آنکه قد و وزنشان اندازه گرفته شد، در گروه نمونه قرار گرفتند. در روند انتخاب افراد، صدک بالای ۸۵ در جدول‌های شاخص توده بدنی کودکان و نوجوانان که معادل BMI بالاتر از ۲۳ به عنوان ملاک اضافه وزن و افراد دارای صدک ۹۵ برابر با BMI بالاتر از ۲۸ به عنوان ملاک چاقی در نظر گرفته شدند. همچنین، افرادی که از بیماری-های جسمی مانند کم‌کاری تیروئید که منجر به چاقی می-شود، رنج می‌بردند و نیز داروهایی مصرف می‌کردند که پراشتهایی و افزایش وزن جزء عوارض آنها بود، از نمونه کنار گذاشته شدند. این روند تا کامل شدن گروه نمونه ادامه داشت تا اینکه آزمودنیها، مجموعه ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS)<sup>۲۷</sup>. این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) تهیه شده است و افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. در فرم کوتاه هر یک از سه سازه با ۷ گویه و در فرم بلند با ۱۴ گویه سنجیده می‌شوند. نمره گذاری بر اساس گزارش آزمودنی در طیف ۴ درجه ای لیکرت از هیچ وقت (۰) تا همیشه (۳) انجام می‌شود. افضلی و همکاران (۱۳۸۶) این پرسشنامه را در دانش آموزان دبیرستانی هنجار کردند. ضرایب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. افزون بر این، همبستگی زیرمقیاس افسردگی با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب با مقیاس اضطراب زانگ برابر با ۰/۶۷ و زیرمقیاس تنیدگی با تنیدگی ادراک لشدی برابر با ۰/۴۹ محاسبه شد. همبستگی این ابزار با مقیاس کیفیت زندگی دانش آموزان بین ۰/۳ تا ۰/۵ و معنادار گزارش شد. آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ و ضرایب باز آزمایی برابر با ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۶۸ به دست آمد. لازم به ذکر است، در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمده است.

پرسشنامه دلبستگی نوجوانان به والدین و همسالان<sup>۲۸</sup>. این پرسشنامه توسط آرمسدن و گرینبرگ<sup>۲۹</sup> (۱۹۸۷) ساخته شده است. نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه شامل سه بخش پدر، مادر و همسالان است و هر بخش از ۲۵ سوال تشکیل شده است. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه-ای لیکرت انجام می‌شود. در مجموع پرسشنامه دارای سه عامل اعتماد متقابل، ارتباط و بیگانگی است. آلفای کرونباخ برای نسخه پدر، مادر و همسالان به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه پس از سه هفته نیز ۰/۹۳ محاسبه شد. روایی همگرای پرسشنامه از طریق همبستگی بالای آن با خودپنداره اجتماعی و نیز

27 - Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

28 - Inventory of parent and peer attachment (IPPA)

29- Armsden, G. C., & Greenberg, M.T.

درصد) و ۱۴۸ نفر (۳۳/۶۳ درصد) پایه سوم بودند. از میان ۳۵۷ نفر دانش آموز پایه دوم و سوم، ۱۶۸ نفر در رشته علوم تجربی (۳۸/۱۸ درصد)، ۱۱۸ نفر در رشته ریاضی فیزیک (۲۶/۸۱ درصد) و ۷۱ نفر در رشته علوم انسانی (۱۶/۱۳ درصد) تحصیل می‌کردند. ۱۲۸ نفر از مادران این دانش آموزان شاغل (۲۹/۰۹ درصد) و ۳۱۲ نفر (۷۰/۹ درصد) خانه دار بودند. میزان تحصیلات ۲۰۳ نفر از مادران دیپلم (۴۶/۱۳ درصد)، ۳۲ نفر فوق دیپلم (۷/۲۷ درصد)، ۱۴۷ نفر لیسانس (۳۳/۴ درصد) و ۵۸ نفر فوق لیسانس (۱۳/۱۸ درصد) بودند.

شغل ۲۸۳ نفر از پدران آزاد (۶۴/۳۱ درصد)، ۵۴ نفر فرهنگی (۱۲/۲۷ درصد)، ۸۸ نفر فنی و مهندسی (۲۰ درصد) و ۱۵ نفر (۳/۴۰ درصد) بیکار بودند. معدل ۱۶۲ نفر از دانش آموزان (۳۶/۸۱ درصد) بین ۲۰-، ۱۸، ۹۶ نفر (۲۱/۸۱ درصد) بین ۱۸-، ۱۶، ۱۷۱ نفر (۳۶/۸۶ درصد) بین ۱۶-، ۱۴، ۱۱ و ۱۱ نفر (۲/۵ درصد) بین ۱۴-، ۱۲ بود. با توجه به این که نمونه پژوهش از مناطق میانی تهران انتخاب شده بودند، سطح اقتصادی- اجتماعی اکثر خانواده ها متوسط بود. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از شاخص‌های توصیفی (جدول شماره ۱) استفاده شد، و سپس فرضیه‌های پژوهش با استفاده از همبستگی پیرسون (جدول شماره ۲) و معادلات ساختاری آزمون شده‌اند.

تعارض، انسجام و حمایت در خانواده به دست آمد. نصرتی، مظاهری و حیدری (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ دلبستگی به مادر، پدر و همسالان ۸۲/۰، ۸۳/۰ و ۹۲/۰ به دست آوردند. در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۸۹/۰ به دست آمده است.

پرسشنامه فرزندپروری بامریند<sup>۳۰</sup>. این ابزار اکتباسی است از نظریه اقتدار والدین که بر اساس نظریه بامریند از سهل گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه، برای بررسی الگوهای نفوذ و شیوه‌های فرزندپروری ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که ۱۰ ماده آن به شیوه سهل گیری مطلق، ۱۰ ماده به شیوه استبدادی و ۱۰ ماده دیگر به شیوه اقتدار منطقی والدین در امر پرورش فرزند مربوط می‌شوند. در این پژوهش آزمودنی‌ها که مادران نمونه‌های مورد مطالعه بودند باید با مطالعه هر ماده، نظر خود را بر حسب یک مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تقریباً مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم) مشخص کنند که بعداً و به ترتیب از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده و با جمع نمرات، ۳ نمره مجزا در مورد سهل گیری مطلق، استبدادی و اقتدار منطقی برای هر آزمودنی به دست می‌آید. این پرسشنامه توسط اسفندیاری (۱۳۷۴) مورد استفاده قرار گرفته و این محقق اعتبار و پایایی خوبی را در مورد آن گزارش نموده است. میزان پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی ۸۱/۰ برای سهل گیری، ۸۵/۰ برای استبدادی و ۹۲/۰ برای اقتدار منطقی پدران گزارش نمود. همچنین وی در مورد میزان اعتبار پرسشنامه، این نتیجه را گزارش نمود: مستبد بودن مادر رابطه معکوسی با سهل گیری، (۰/۳۸-) و اقتدار منطقی او (۰/۴۸-) دارد. مستبد بودن پدر رابطه معکوسی با سهل گیری (۰/۵۰-) و اقتدار منطقی (۰/۵۲-) او دارد. لازم به ذکر است، در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۸۶/۰ به دست آمده است.

### یافته‌ها

از ۴۴۰ نفر دانش آموز دختر مورد مطالعه، ۸۳ نفر پایه اول (۱۸/۸۶ درصد)، ۲۰۹ نفر پایه دوم (۴۷/۵

<sup>30</sup> - Baumrind parenting styles questionnaire

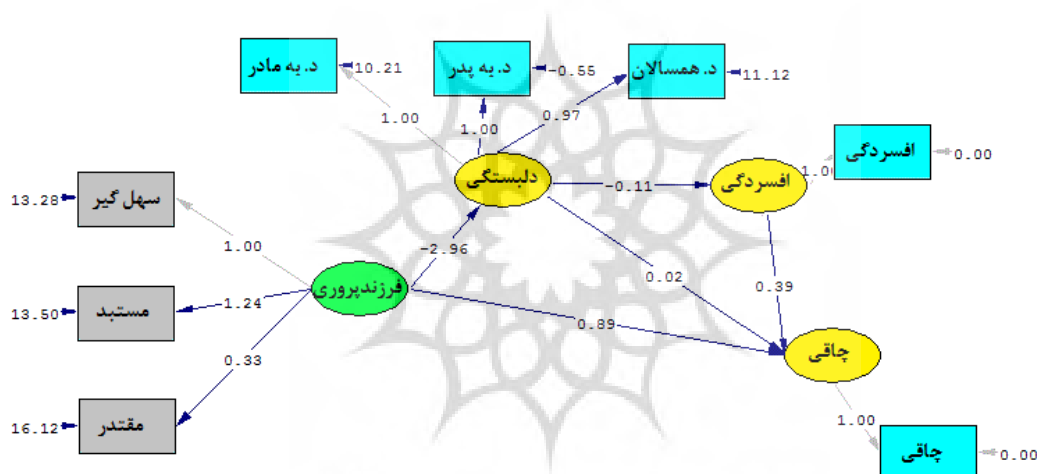






استفاده از داده‌ها به محک آزمون گذاشته شد (نمودار ۱). همان طور که در جدول ۲ به چشم می‌خورد، این مدل از برازندگی قابل قبولی برخوردار است. تنها یکی از مسیرهای مستقیم واقع در این مدل معنادار نیست: مسیر دلبستگی به چاقی ( $t=0/92$ ). به این ترتیب با صرف نظر از مسیر یاد شده، دو مسیر معنادار از فرزندپروری به چاقی وجود دارد: مسیر مستقیم با ضریب مسیر  $0/89$  و مسیر غیر مستقیم آن به منظور بررسی نقش واسطه‌ای افسردگی در رابطه‌ی بین سبک‌های دلبستگی و فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن از معادلات ساختاری و با سود

که به واسطه دلبستگی و افسردگی و با ضریب مسیر  $0/13$  ( $0/39 * 0/11 - 0/96$ ). این یافته حاکی از این است که دلبستگی واسطه‌ای برای رابطه فرزندپروری با چاقی به شمار می‌رود. همچنین افسردگی واسطه‌ی این دو با چاقی محسوب می‌شود. اما در حالی که در مورد دلبستگی حجم عمده‌ی رابطه مربوط به مسیر باواسطه است، در مورد فرزندپروری مسیر مستقیم بیشترین حجم را به خود اختصاص داده است. جستن از نسخه  $8/80$  نرم‌افزار LISREL استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل واسطه‌ای در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: مدل تبیین چاقی با استفاده از سبک‌های فرزندپروری، دلبستگی و افسردگی

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل تبیین چاقی

RMSEA	AGFI	GFI	$\chi^2$	درجه آزادی
0/119	0/86	0/93	117/75	17

نزدیک به  $0/9$  برای AGFI نشان‌دهنده برازش خوب این مدل است.

مقادیر برازندگی مدل تصویر شده در شکل ۱ در جدول ۳ گزارش شده است. مقدار بالاتر از  $0/9$  برای GFI و مقدار

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای

بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی در رابطه‌ی بین دلبستگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن دختران نوجوان بود. بدین منظور ۴۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر شهر تهران که دارای اضافه وزن و چاقی بودند (با شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵) با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و در نهایت معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد بین افسردگی و چاقی همبستگی مثبت، و بین دلبستگی و چاقی همبستگی منفی وجود دارد و سبک فرزندپروری استبدادی رابطه غیرمستقیم با چاقی داشته است. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که افسردگی می‌تواند در رابطه بین دلبستگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن نقش واسطه‌ای داشته باشد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (از قبیل هیرسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ علی‌پور، ۱۳۹۱؛ اندرسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ سید امینی و همکاران، ۱۳۸۸؛ هروا و همکاران، ۲۰۰۶) هماهنگ است و بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شود.

نمونه پژوهش حاضر دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله بودند. مطالعات نشان دادند که متغیر تعدیل‌کننده‌ی دیگری که نقش اساسی دارد جنسیت است. به عبارت دیگر مطالعات نشان دادند که رابطه افسردگی و چاقی با توجه به جنسیت متفاوت است. در واقع اکثر مطالعات نشان داده‌اند که رابطه بین افسردگی و چاقی در زن‌ها بسیار بیشتر از مردها است (فایس و همکاران، ۲۰۰۲). رابطه دقیق‌تر در مطالعه کارپنتر و همکاران (۲۰۰۰) مشاهده می‌شود. آنها گزارش کردند که چاقی در زن‌ها احتمال افسردگی را ۷۳ درصد افزایش می‌دهد در حالی که این موضوع برای مردها باعث کاهش ۳۷ درصدی افسردگی می‌شود (فیت و همکاران، ۲۰۰۴).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد چاقی ممکن است ریشه‌های تحولی داشته باشد. این نتیجه از مطالعاتی به دست آمده است که نشان داده‌اند در کنار فضای تغذیه‌ای دوران کودکی و عوامل فیزیولوژیکی مانند ژنهای مؤثر بر چاقی، تجربه‌های هیجانی آسیب‌رسان و منفی منجر

به تحول چاقی در دوره‌های بعدی زندگی می‌شود (اگدن و همکاران، ۲۰۱۰). تجربه‌های آسیب‌رسان را می‌توان در دو مقوله عمده قرار داد: سبک‌های فرزندپروری نامناسب مانند سبک مستبدانه یا سهل‌گیرانه و سبک‌های دلبستگی نایمن. القاء هیجان‌های منفی به افزایش مصرف غذا منجر می‌شود که احتمالاً تلاشی است در جهت کاستن عواطف منفی. بیشتر مطالعات حاکی از آن است که چاقی را می‌توان یکی از پیشایندهای مؤثر بر افسردگی در نظر گرفت (لئونور دو ویت، لوپینو، استراتن، پینکس، و زیتمن و همکاران<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۰). زیرا چاقی باعث افزایش احساس گناه، پایین آمدن عزت نفس، مورد تمسخر قرار گرفتن و فعالیت اندک می‌شود. از این رو برخی چاقی را یکی از مواردی دانسته‌اند که منجر به افسردگی می‌شود. اما به نظر می‌رسد رابطه چاقی با افسردگی بیش از اینکه یک رابطه یک طرفه باشد رابطه‌ای دو جانبه است. اما مکانیزم‌های اصلی که در زیربنای رابطه افسردگی و اضطراب با چاقی وجود دارند به طور کلی ناشناخته مانده‌اند اما چندین مکانیزم تعدیل‌کننده و چندین مکانیزم واسطه‌ای در پژوهش‌ها مشاهده می‌شود.

پاین و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که وجود افسردگی بالینی توان پیش‌بینی چاقی آینده را دارد. در راستای فرضیه دو جانبه بودن رابطه افسردگی و چاقی نیز شواهد نشان داده است که شدت چاقی بیشتر یعنی هر اندازه اضافه وزن بیشتر باشد ابتلا و میزان افسردگی نیز بیشتر خواهد بود (استانکار و همکاران، ۲۰۰۳). تعامل خصوصیات کودک مانند خلق و خو، شخصیت و سبک دلبستگی وی با ویژگی‌های والدین، منجر به شکل‌گیری سبک فرزندپروری والدین می‌شود. سبک فرزندپروری آن طوری که پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند بر فعالیت حرکتی یا عدم فعالیت حرکتی و همچنین رژیم غذایی کودک تأثیر بسزایی دارد. به عنوان مثال سبک مقتدرانه در فرزندپروری با سطوح بالای مصرف میوه، فعالیت فیزیکی، و خطر کمتر برای چاقی کودکی رابطه دارد

<sup>31</sup> . Leonore de Wit, Luppino, Straten, Penninx, Zitman, et al.

خود را مدیریت کند. تحقیقات نیز نشان داده‌اند افرادی که توانایی تنظیم هیجان مناسبی ندارند به خوردن هیجانی روی می‌آورند. از این رو دلبستگی ناایمن توانایی تنظیم هیجان-های منفی را مختل می‌کند و بستر راهبردهای نامناسب تنظیم هیجانی مانند خوردن هیجانی را که در نهایت به خوردن افراطی و چاقی می‌انجامد را هموار می‌سازد (لینچ و همکاران، ۲۰۰۰).

دلبستگی پایه رفتارهای خودنظم‌دهی<sup>۳۲</sup> هیجانی است که رفتار فرد را در موقعیت‌های هیجانی و مواجهه با تنیدگی تنظیم می‌کند. دلبستگی مضطربانه این قابلیت را محدود می‌سازد و در برابر موقعیت‌های هیجانی منفی و تنیدگی فرد نمی‌تواند مهار خود را به دست گیرد و به خوردن برای کاهش عواطف منفی متوسل می‌شود. از زوایای دیگر، رفتار خوردن و تغذیه در ابتدا کاملاً تحت تأثیر روابط کودک و مادر، به عنوان مراقب اصلی، قرار می‌گیرد و پس از آن نیز تأثیر رابطه با مادر بر خوردن سایه می‌اندازد. پرخوری، فقدان مهار و بازداری در خوردن به عنوان جستجوی مجاورت و نزدیکی با چهره دلبستگی در نظر گرفته می‌شود. در یک فضای دلبستگی ناایمن فرد می‌کوشد از طریق چیزی که یادآور مادر است و خود نیز ارزش زیستی مثبتی تلقی می‌شود به جستجوی ایمنی دست یابد (اورزلک-کرانر، ۲۰۰۲). بنابراین در نهایت اندازه و وزن بدن برآیند تمام تعاملات بین سبک فرزندپروری، دلبستگی و خصوصیات خود کودک است.

از طرف دیگر سبک‌های دلبستگی ناایمن و سبک‌های فرزندپروری نامناسب زمینه افسردگی را در فرد فراهم می‌آورد. فردی که دلبستگی ایمن ندارد به احتمال زیاد در برابر استرس‌های زندگی به افسردگی مبتلا خواهد شد. افسردگی نیز طبق شواهد فراوانی با چاقی رابطه دارد. شواهد نشان داده‌اند که بسیاری از افراد افسرده در نهایت مبتلا به چاقی و یا اضافه وزن خواهند شد و همبودی این دو اختلال به همین دلیل بسیار بالا است. به عبارت دیگر سبک‌های فرزندپروری و دلبستگی ناایمن فرد را به صورت

و سبک استبدادی با کنترل سخت و افراطی والدین نیز بیشترین نقش را در چاقی به عهده دارد. (اسلیدنز، و همکاران، ۲۰۱۱؛ اسمیت، و همکاران، ۲۰۰۲؛ رهی، و همکاران، ۲۰۰۶؛ واک، و همکاران، ۲۰۰۷). به طور کلی کنترل والدین به طور مستقیمی بر میزان مصرف مواد غذایی، به ویژه مصرف مواد غذایی چرب و شیرین تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر از یک سو والدینی که در رابطه با فرزندان نوجوان‌شان می‌کوشند به طور مستقیم بر رفتارهای نوجوان نظارت کنند و رفتارها را به صورت بیرونی کنترل کنند، اشتیاق نوجوان را برای مصرف بیشتر مواد غذایی بر می‌انگیزند. اما رفتار سهل‌گیرانه والدین و عدم کنترل بر رفتارهای کودکان نیز با پرخوری و چاقی رابطه دارد. بنابراین کودکان چه در مواقعی که کنترل زیادی بر آنها اعمال می‌شود و چه زمانی که کنترلی بر آنها اعمال نمی‌شود دست به رفتارهای پرخوری می‌زنند. به طور کلی کودکی که با سبک مستبدانه یا سهل‌گیرانه رشد می‌کند خودتنظیمی در خوردن را فرا نمی‌گیرد (هاجز، ۲۰۰۳؛ بیرچ و دیویسون، ۲۰۰۱؛ دانیلوسکی، ۲۰۱۱). بنابراین وجود کنترل افراطی به توانایی تنظیم‌گری هیجانی کودک آسیب وارد می‌کند و از این رو نمی‌تواند در مواقعی که هیجان‌های منفی مانند افسردگی را تجربه می‌کند آنها را تنظیم کند و ممکن است به فعالیت‌های جانشینی گوناگونی که خوردن از مهم‌ترین آنها است دست بزند (لینچ و همکاران، ۲۰۰۰).

عامل دیگری که به تنظیم هیجانی کودک آسیب وارد می‌کند سبک‌های دلبستگی ناایمن است. شواهد فزاینده‌ای در مورد رابطه بین هیجان‌های منفی و چاقی وجود دارد. به عنوان مثال مطرح شده است که دشواری در تنظیم هیجان‌های منفی مانند ترس، غمگینی، اضطراب و خشم ممکن است منجر به خوردن حتی در غیاب گرسنگی شود. پاسخ‌های کودک به استرس و تنظیم هیجانی در مراحل اولیه زندگی شکل می‌گیرد. به عنوان مثال دلبستگی ایمن بهترین مشخصه رفتاری کودکی است که در تنظیم هیجانی و پاسخ به استرس مناسب عمل می‌کند. اما وقتی دلبستگی ایمن شکل نگیرد فرد توانایی مناسب تنظیم هیجان‌ها را فرا نمی‌گیرد و نمی‌تواند به خوبی استرس‌های

32. self-regulation

مستقیم مستعد چاقی می‌سازند و از طرفی دیگر با مختل کردن فرآیندهای تنظیم هیجان‌های منفی مانند افسردگی به صورت غیرمستقیم باعث چاقی و اضافه وزن می‌شوند. بافت خانواده بر اکثر رفتارهای کودک تأثیر می‌گذارد. واسطه این تأثیرگذاری سبک‌های فرزندپروری است. به سبب اینکه والدین تأثیر مهمی بر مصرف غذا، فعالیت فیزیکی فرزندان‌شان دارند، پژوهشگران سبک‌های فرزندپروری عمومی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر چاقی مطالعه کرده‌اند (لتزر و همکاران، ۲۰۰۲).

افسردگی متغیر میانجی مهمی برای چاقی است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پیشگیری و درمان چاقی به این مهم بسیار توجه شود و مهارت‌های مقابله با هیجانات منفی به نوجوانان آموخته شود تا کمتر از خوردن به عنوان دختر. ششمین همایش بین‌المللی روان پزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

سید امینی، به یانه؛ مالک، ایوب؛ مرادی، آذر؛ ابراهیمی ممقانی، مهرانگیز. (۱۳۸۸). ارتباط چاقی و اضافه وزن با مشکلات رفتاری درونی سازی شده در دختران مدارس ابتدایی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۱(۴): ۴۰-۴۴.

صاحبی، علی، اصغری، محمدجواد، و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. روان شناسی تحولی. ۴: ۳۱۲-۲۹۹.

علی‌پور؛ احمد، (۱۳۹۱). تأثیر مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی بر مدیریت وزن، خوردن هیجانی و شادکامی زنان چاق و دارای اضافه وزن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز تهران.

کشاورزبان؛ نرگس، (۱۳۸۷)، مقایسه رابطه الگوهای فرزندپروری و کودک‌آزاری در کودکان عادی و کودکان دارای اختلال یادگیری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی.

کیهان نیا، اصغر. (۱۳۹۰). نوجوانان چه می‌گویند؟. تهران:

یک راهکار دفاعی در مقابل اضطراب، افسردگی و ناکامی‌ها استفاده شود و نوجوان را از پیامدهای زیان بار جسمی و روانی چاقی در بزرگسالی نجات دهد.

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود دارد. داده‌های بدست آمده از این مطالعه از نوع خودگزارشی است، که امکان دارد باعث افزایش واریانس عمومی شود، و ممکن است روابط صحیح بین متغیرها را بزرگتر جلوه دهد. تعمیم دهی نتایج فقط به جامعه موردنظر منطقی و امکان‌پذیر است، و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. داده‌ها و تحلیل‌های پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی است و از این رو نتیجه‌گیری علی در مورد داده‌ها صحیح نیست و پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های طولی در این‌باره صورت بگیرد.

## منابع

اسفندیاری، غ. (۱۳۷۴). بررسی شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تاثیر آموزش مادران بر اختلال رفتاری کودکان. پایان نامه فوق لیسانس، انستیتو روانپزشکی تهران.

افضلی، افشین، دلاور، علی، برجعلی، احمد، و میرزمانی، محمود. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون DASS-42 براساس نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۵(۲): ۹۱-۸۱.

برزین، م.، حسین پناه، ف.، و ارژن، ث. (۱۳۹۰). روند شیوع چاقی و چاقی شکمی در بزرگسالان تهران (۱۳۸۷-۱۳۷۸). پژوهنده ۵، ۱۳۹۰، ۸-۲۱۲.

جهانبخش، م. (۱۳۹۰). تأثیر درمان دلبستگی محور بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دختر دبستانی اصفهان. پایان‌نامه دانشگاه اصفهان.

دشت بزرگی، زهرا، جعفری، سکینه، و مسعودی فر، معصومه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری با میزان افسردگی در نوجوانان

نشر ذهن آویز.

محمدپورکلده، معصومه؛ فولادوند، مرادعلی؛ آوخ کیسمی، مهران. (۱۳۹۱). شیوع اضافه وزن و چاقی در دختران دبیرستانی ۱۷-۱۴ ساله شهر بوشهر. فصلنامه طب جنوب، ۱۵، ۲۳۲-۲۲۱.

میرمیران، پروین؛ میربلوکی، محمدرضا؛ محمدی نصرآبادی، فاطمه؛ عزیزی، فریدون. (۱۳۸۲). شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی در نوجوانان تهرانبین سال های ۱۳۷۷-۸۰: مطالعه قند و لیپید تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۵(۴): ۳۷۱-۳۷۷.

نصرتی، محمدصالح، مظاهری، محمدعلی، و حیدری، محمود. (۱۳۸۵). بررسی تحولی رابطه پایگاه های هویت با میزان دلبستگی ایمن پسران نوجوان (۱۴، ۱۶ و ۱۸ ساله) به والدین و همسالان. فصلنامه خانواده پژوهی. ۲(۵): ۵۳-۳۵.

## References

Anderson, S. E, Cohen, P, Naumova, E. N, Jacques, P. F, & Must, A. (2007). Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosom Med*; 69:740° 7.

Armsden, G. & Greenberg, M. T. (1987). Inventory of parent and peer attachment (IPPA), Unpublished.

Birch, L. & Davison, K. (2001). Childhood and adolescent obesity: Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 893-907.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: vol.1. Attachment. New York: Basic Books.

Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., Faith, & M. S. (2000): Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide

attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 90:251° 257.

Cooper, M.L., Shaver, P.R., & Collins, N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74(5): 1380-1397.

Cooper, M. J, & Warren; L. (2011), The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women, Contents lists available at ScienceDirect, *Eating Behaviors* 12 (2011) 94° 96.

Daniloski, K.M. (2011). Adolescent Food Choice: Developing and Evaluating a Model of Parental Influence. Doctoral Dissertation. Virginia Polytechnic Institute and State University.

Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: Relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31, 876 882.

Dockray; S., Susman, E. J., & Dorn, L. D., (2009), Depression, Cortisol Reactivity, and Obesity in Childhood and Adolescence, *Journal of Adolescent Health* 45 (2009) 344° 350.

Doherty, G.H. ( 2011). Obesity and the ageing brain: could leptin play a role in neurodegeneration? *Curr. Gerontol. Geriatr. Res.* 2011, 708154.

Doyle, A.B., Brendgen, M., Markiewicz, D., & Kamkar, K. (2003). Family Relationships as moderators of the association between romantic relationships and adjustment in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*. 23(3): 316-340.

Faith, M. S., Matz, P. E., & Jorge, M. A. (2002). Obesity° depression associations in the population. *Jurnal of Psychosomatic Research*,

- 53, 935 ° 942.
- Faith, M.S., Calamaro, C. J., Dolan, M. S., & Pietrobelli, A. (2004). Mood disorders and obesity. *Current Opinion in Psychiatry*, 17: 9° 13.
- Forste, R. & Moore, E.(2013). The effect of parenting style, attachment, self-control and emotional eating, obesity and overweight, *Journal of Adolescent Health* 48 (2013) 694° 7004.
- Goossens, L., Bosmans, G., & Braet, C. (2011). Loss of Control over Eating in Pre-adolescent Youth: The role of Attachment and Self-esteem. *Eating Behaviors*, 12(4): 289-495.
- Hearson, B.A., Utschig, A.C., Smits, J.A.J., Moshier, S.J., & Otto, M.W., (2012). The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5): 923-933.
- Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J, Karvonen JT, Lakso K, et al. (2006). Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Obes (Lond)*; 30:520° 7.
- Hodge, E. (2003). A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatric Nursing*, 29: 13° 16.
- Janghorbani, M., Amini, M., Willett, W.C, Mehdi Gouya, M., Delavari, A., Alikhani, S., et al. (2007). First nationwide survey of prevalence of overweight, underweight, and abdominal obesity in Iranian adults. *Obesity (Silver Spring)*, 15: 2797-808.
- Janssen, I. Craig, WM. Boyce, WF. & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5):1187-94.
- Kamkar, K., Doule, A., & Markiewicz, D. (2012). Insecure attachment parents and depressive symptoms in early adolescence: mediating roles of attributions and self-esteem. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2): 211-220.
- Latzer; Yael, Hochdorf; Zipora, Bachar; Eitan, Canetti; Laura, (2002), ATTACHMENT STYLE AND FAMILY FUNCTIONING AS DISCRIMINATING FACTORS IN EATING DISORDERS, *Contemporary Family Therapy* 24(4), December 2002 Human Sciences Press, Inc.
- Lebow, J., Sim, L. A., & Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a History of Overweight and Obesity in Adolescents With Restrictive Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 56, 19-24.
- Lee, A., & Hankin, B.L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(2): 219-231.
- Leonore de Wit, L., Luppino, F., Straten, A., Penninx, B., Zitman, F. & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Research*, 178 , 230° 235.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
- Lynch, W.C., Everingham, A., Dubitzky, J., Hartman, M., & Kasser, T. (2000). Does Binge Eating Play a Role in the Self-Regulation of Moods? *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35: 298-313.



- Moilanen, K. L. (2005). Parenting and self-regulation in adolescence: Associations with adolescent behavior. Doctoral Dissertation, *University of Nebraska - Lincoln*. Monitoring performance in the operating room environment. *Anesthesiology* 1990; 73: 995-1021.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B.K., & Flegal, K.M. (2010). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *Journal of the American Medical Association*; 307(5):483-490.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, *JAMA*, 311, 806-814.
- Orzolek-Kronner, C., (2002). The Effect of Attachment Theory in the Development of Eating Disorders: Can Symptoms be Proximity-Seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6):421-435.
- Phillips, A.L., Gibson, E.L. & Slade, L. (2012). Anxious attachment predicts uncontrolled eating independently of emotional eating. *Appetite*, 59: 618° 638.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S., Weissman, M. M. (2001): The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 107:1049° 1056.
- Rawana; Jennine S., Morgan; Ashley S., Nguyen; Hien, Craig ; Stephanie G. (2010). The Relation Between Eating- and Weight-Related Disturbances and Depression in Adolescence: A Review, *Clin Child FamPsychol Rev*. 13:213° 230.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117, 2047° 2054.
- Schmitz, K. H., Lytle, L. A., Phillips, G. A., Murray, D. Birnbaum, A. S., & Kubik, M. Y. (2002). Psychosocial correlates of physical activity and sedentary leisure habits in young adolescents: The Teens Eating for Energy and Nutrition at School Study. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 34, 266° 278.
- Sleddens, E. F. C., Gerards, S. M. P. L., Thijs, C., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. F. (2011). General parenting, child overweight and obesity-inducing behaviors. A review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, 12° 27.
- Stunkard, A. J. Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and Obesity. *Biology Psychiatry*, 54, 330° 337.
- Wake, M., Nicholson, J. M., Hardy, P., & Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics*, 120, 1520° 1527.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being, *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3):421° 440.
- World Health Organization. (2002). Chronic diseases are the major cause of death and disability worldwide. Available at: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/factsheet/pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/factsheet/pdf).