

## نقش سبک دلبستگی و فرزند پروری در مبتلایان به چاقی

محمد علی بشارت<sup>۱\*</sup>، فروغ شجاعی<sup>۲</sup>، علیرضا کیامنش<sup>۳</sup>، حمید امیری<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** نقش چاقی و اضافه وزن در پیدایش و تداوم بیماری‌های جدی پزشکی و اختلال‌های روان‌شناختی از یک سو، و تاثیر عوامل روان‌شناختی بر چاقی از سوی دیگر، اهمیت پژوهش در این حوزه را مضاعف کرده است. هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دلبستگی و سبک‌های فرزند پروری در بزرگسالان مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا بود.

**روش‌ها:** تعداد ۱۴۴ نفر، شامل ۷۲ مبتلا به چاقی (۴۸ زن و ۲۴ مرد) و ۷۲ غیر مبتلا (۴۸ زن و ۲۴ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. شرکت کنندگان مقیاس دلبستگی بزرگسالان (Adult Attachment Inventory) و پرسشنامه اقتدار والدین (Questionnaire Parental Authority) را تکمیل کردند.

**یافته‌ها:** بین سبک دلبستگی ایمن و نمایه توده بدنی (Body Mass Index) در افراد مبتلا به چاقی، رابطه منفی معنی‌دار وجود داشت، اما بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) و نمایه توده بدنی رابطه معنی‌دار تایید نشد. همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین میانگین سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن- دوسوگرا با نمایه توده بدنی در دو گروه مبتلا به چاقی و گروه غیرمبتلا تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در بررسی سبک‌های فرزندپروری و نمایه توده بدنی، بین سبک فرزند پروری مقتدرانه پدری و نمایه توده بدنی رابطه معنی‌دار به‌دست آمد، اما بین سبک‌های فرزند پروری آمرانه و سهل‌گیرانه والدین (پدر/ مادر) و نمایه توده بدنی رابطه معنی‌دار تایید نشد.

**نتیجه‌گیری:** با در نظر گرفتن نقش سبک‌های دلبستگی و سبک‌های فرزندپروری می‌توان زمینه مساعدی در مداخلات پیشگیری و برنامه‌های درمانی، به‌منظور ارتقاء سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد فراهم آورد.

**واژگان کلیدی:** چاقی، سبک دلبستگی، سبک فرزند پروری، نمایه توده بدنی

۱- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

\***نشانی:** تهران، پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۶۴۵۶، پست الکترونیک:

besharat@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۸

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۳/۱۰/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۹

## مقدمه

چاقی یکی از علل عمده مرگ و میر در دنیای امروز به شمار می‌رود و پیشگیری و درمان آن به‌عنوان یکی از اولویت‌های اکثر کشورها محسوب می‌شود [۱]. در ایران نیز ۲۱/۵ درصد افراد بالاتر از ۱۸ سال و ۵/۵ درصد کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال مبتلا به چاقی هستند؛ هر چند در ایران شیوع چاقی نسبت به کشورهای توسعه یافته کم‌تر است [۲].

برای ارتقاء پیشگیری و درمان چاقی، توجه به عوامل روانشناختی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است [۳، ۴] از جمله عوامل مهم روانشناختی می‌توان به نقش متغیرهای مرتبط با خانواده بر سلامت روان اعضاء اشاره کرد. خانواده اولین بستر پرورش کودک است و ابعاد مختلف روانی کودک در تعامل با والدین و به‌ویژه مادر، شکل می‌گیرد؛ به‌طوری که اختلال در رابطه عاطفی و پاسخ‌گو نبودن والدین به نیازهای گرسنگی و سیری کودک، می‌تواند در ابتلا به چاقی کودک مؤثر باشد [۳].

لذا با توجه به اهمیت این تعاملات اولیه، می‌توان به نقش سبک دلبستگی<sup>۱</sup> کودک و تأثیر آن بر ابتلا به چاقی پرداخت. دلبستگی را می‌توان جو عاطفی میان کودک و مراقبت‌کننده اولیه؛ که معمولاً مادر اوست، تعریف کرد و ملاکی برای جستجو کردن و میل به بودن نوزاد در کنار افراد مراقب است. این رفتار برای تسریع نزدیکی به فرد مطلوب طراحی شده است [۵].

دلبستگی به‌عنوان مبنای رفتارهای تنظیمی در رشد بهنجار از جمله در زمینه‌های خوردن در نظر گرفته شده است [۶]. همان‌طور که نتایج پژوهش Warren و Cooper [۳] نشان می‌دهد، سابقه دلبستگی فرد در ایجاد اضافه وزن و چاقی تأثیر دارد و ممکن است به‌عنوان عامل مهمی در پیشگیری و درمان اضافه وزن در نظر گرفته شود.

نتایج تحقیق Behzadipour و همکاران [۷] نشان داد که دختران با سبک‌های دلبستگی نایمن (اجتنابی<sup>۲</sup> و دوسوگرا<sup>۳</sup>) در مقایسه با دختران دارای سبک دلبستگی

ایمن<sup>۴</sup>، نگرانی مربوط به وزن بیشتری داشتند. یافته‌های Ward و همکاران [۸]، نقش دلبستگی نایمن اجتنابی را در بررسی جمعیت‌های مبتلا به اختلال خوردن<sup>۵</sup> نشان می‌دهد. مطالعات Trombini و همکاران [۹] نیز نشان داد که کودکان مبتلا به چاقی و مادران آن‌ها، درجه قابل توجهی از شیوع دلبستگی نایمن داشتند. همچنین طبق نتایج به‌دست آمده در مطالعه طولی Lapieer و همکاران [۱۰]، کودکانی با دلبستگی نایمن در ۲۴ ماهگی، در ۴/۵ سالگی با احتمال بیشتری به چاقی مبتلا شدند.

از طرفی طبق تحقیقات به‌عمل آمده، سبک‌های فرزند پروری<sup>۶</sup> و ویژگی‌های خانواده به‌عنوان عوامل بروز چاقی کودکان مطرح شده است [۱۱]. سبک‌های فرزند پروری، الگوهای استاندارد تربیت فرزند هستند که با آداب و پاسخ‌های معین والدین به رفتارهای فرزندان مشخص می‌شود [۱۲].

بر اساس سبک‌های فرزند پروری، دو بُعد مستقل شامل پاسخ‌گو بودن<sup>۷</sup> و مطالبه‌گری<sup>۸</sup> برای فرزند پروری شناسایی شده است [۱۳-۱۵]. بُعد اول، یعنی پاسخ‌گو بودن، به میزان پرورش والدین، مهربانی و ابراز احساسات آن‌ها و تقویت مثبت عقاید و نظریات کودک اطلاق می‌شود. بُعد دوم، یعنی مطالبه‌گری، به اعمال نظم، مهارگری و سطح مطالبات و انتظارات والدین اشاره دارد.

از ترکیب این دو بُعد، چهار سبک فرزند پروری به‌وجود می‌آید: سبک فرزند پروری مقتدرانه<sup>۹</sup> (پاسخ‌گویی زیاد، مطالبه‌گری زیاد)، آمرانه یا استبدادی<sup>۱۰</sup> (پاسخ‌گویی کم، مطالبه‌گری زیاد)، سهل‌گیرانه<sup>۱۱</sup> (پاسخ‌گویی زیاد، مطالبه‌گری کم) و مسامحه‌کارانه<sup>۱۲</sup> (پاسخ‌گویی کم، مطالبه‌گری کم). هر یک از سبک‌های فرزند پروری تأثیرات اختصاصی خود را بر رفتار فرزندان دارند.

شیوه‌های فرزند پروری در شکل دادن به فعالیت‌های روزانه، رفتار غذا خوردن، عملکرد عاطفی و در نهایت خطر

<sup>4</sup> secure

<sup>5</sup> eating disorder

<sup>6</sup> parenting styles

<sup>7</sup> responsiveness

<sup>8</sup> demandingness

<sup>9</sup> authoritative

<sup>10</sup> authoritarian

<sup>11</sup> permissive

<sup>12</sup> neglectful

<sup>1</sup> attachment

<sup>2</sup> avoidant

<sup>3</sup> ambivalent

عوامل خانوادگی و روان‌شناختی با ابتلاء به چاقی را در نمونه‌های ایرانی مشخص می‌کند و می‌تواند به غنی‌تر شدن طرح‌های پیشگیری و درمان این دسته از افراد کمک کند.

## روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه علی - مقایسه‌ای مقطعی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد مبتلا به چاقی و مراجعه کننده به کلینیک کنترل و درمان چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) تهران در طی ۳ ماه و همچنین کلیه افراد غیرمبتلا مراجعه کننده به بخش چشم پزشکی و همراهان بیماران بخش آنژیوی قلب همان بیمارستان که دارای سن بالاتر از ۱۸ سال بودند و سابقه هیچ‌گونه مداخله کاهش وزنی نداشتند؛ تشکیل می‌داد.

نمونه پژوهش را تعداد ۷۲ نفر مبتلا به چاقی (۴۸ زن و ۲۴ مرد) و ۷۲ نفر با وزن بهنجار (۴۸ زن و ۲۴ مرد) تشکیل می‌دادند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین جامعه آماری انتخاب شدند. در این پژوهش معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم ابتلا به بیماری‌های هورمونی و مصرف داروهای مربوطه، دیابت، اختلال پرخوری روانی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال دوقطبی نوع یک و دو، مصرف الکل و داروهای روان گردان، بارداری و یائسگی و همچنین عدم وجود مداخلات دارویی، روانشناختی و جراحی برای کاهش وزن می‌باشد.

در ابتدا هر یک از شرکت کنندگان، فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه مشخصات فردی را تکمیل کردند. سپس اطلاعات مربوط به ملاک‌های ورود به مطالعه مانند ابتلا به بیماری‌های هورمونی و دیابت توسط پژوهشگر پرسیده و فرم غربال‌گری تکمیل شد. پس از آن پژوهشگر طبق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک در DSM<sup>۱</sup>، شرکت کنندگان را از جهت عدم ابتلا به اختلال دوقطبی I و II<sup>۲</sup>، اختلال شخصیت مرزی و اختلال پرخوری روانی، مورد غربال‌گری قرار داد. در ادامه،

ابتلا به اضافه وزن در کودکان تأثیر دارد [۱۶]. نتایج تحقیق Korbandi و همکاران [۱۷] نشان داد که بین سبک فرزند پروری والدین و چاقی کودکان رابطه معنی‌دار وجود ندارد، در حالی که برخی مطالعات نشان داده‌اند که سبک آمرانه خطر افزایش وزن را در کودکان کلاس اول دبستان نشان می‌دهد و حتی کودکان این بافت خانوادگی پنج برابر کودکان خانواده‌های مقتدر دچار اضافه وزن می‌شوند [۱۶]. یافته‌های Wake و همکاران [۱۱] نشان داد که پدران با سبک‌های فرزند پروری سهل‌گیرانه، فرزندان با بالاترین طبقه نمایه توده بدنی را داشتند و بهترین نتایج نمایه توده بدنی، متعلق به گروه کودکانی با سبک فرزند پروری مقتدرانه بود. در پژوهش دیگری، نتایج نشان داد که پدران سهل‌گیر، کودکانی با بالاترین نمایه توده بدنی و خارج از دامنه بهنجار دارند [۱۸].

همچنین Olvera و Power [۱۹] نشان دادند که مادران سهل‌گیر، فرزندان در معرض اضافه وزن پرورش می‌دهند. اما پژوهش Arredondo و همکاران [۲۰] بر روی کودکان پیش‌دبستانی، نشان داد که پدر و مادران دارای سبک آمرانه، فرزندان با شیوه‌های ناسالم غذا خوردن و در معرض چاقی دارند. Berge و همکاران [۲۱] نیز نشان دادند که سبک فرزند پروری مقتدرانه پیش‌بینی کننده نمایه توده بدنی کم‌تر در نوجوانان دختر و پسر بوده و این سبک فرزند پروری نقش حفاظتی در مقابل اضافه وزن داشته است. بر خلاف این تحقیق، Stephanie Jane [۲۲] در تحقیق خود به این نتیجه رسید که والدین با سبک فرزند پروری مقتدرانه فرزندان با بالاترین نمایه توده بدنی را داشتند.

با توجه به اهمیت سبک‌های دلبستگی و فرزند پروری در پیش‌بینی ابتلاء به چاقی و در نظر داشتن این موضوع که عوامل روانشناختی اثرات پایدارتری در ابتلا به چاقی دارند [۲۳]؛ پرسش‌های اصلی پژوهش حاضر عبارت بودند از: (۱) آیا بین سبک‌های دلبستگی (ایمن، نایمن - اجتنابی و نایمن - دوسوگرا) افراد مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؟

(۲) آیا بین سبک‌های فرزند پروری (مقتدرانه، آمرانه و سهل‌گیرانه) افراد مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا تفاوت وجود دارد؟ پاسخ به این پرسش‌ها رابطه بین این دسته از

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

<sup>2</sup> bipolar disorder type I & II

اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) بر حسب سه سبک اقتداری، آمرانه و سهل‌گیر می‌سنجد [۲۷]. این پرسشنامه نظر و برداشت فرزندان از سبک‌های فرزندپروری والدین را بررسی می‌کند. برای هر یک از والدین فرمی مخصوص توسط فرزند تکمیل می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است.

Buri [۲۷] ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را برای سبک اقتداری مادر ۰/۷۸، برای سبک اقتداری پدر ۰/۹۲، برای سبک آمرانه مادر ۰/۸۶، برای سبک آمرانه پدر ۰/۸۵، برای سبک سهل‌گیر مادر ۰/۸۱ و برای سبک سهل‌گیر پدر ۰/۷۷ گزارش کرده است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (n=۷۷۸; ۳۹۷ زن، ۳۸۱ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های اقتداری، آمرانه و سهل‌گیر در مورد مادران به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ و در مورد پدران به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ محاسبه شد؛ که این امر همسانی درونی پرسشنامه اقتدار والدین را تأیید می‌کند.

ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت کنندگان در پژوهش (۶۲ زن، ۵۷ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از  $r = 0.76$  تا  $r = 0.75$  محاسبه شد که نشان دهنده پایایی بازآزمایی مناسب پرسشنامه است. همچنین روایی محتوایی پرسشنامه اقتدار والدین بر اساس داوری ده نفر از متخصصان روان‌شناسی و علوم تربیتی بررسی و ضرایب توافق کندانال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ محاسبه شد [۲۸].

**مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک در DSM (SCID-I):**<sup>۷</sup> این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور یک است. در این پژوهش این ابزار به‌منظور غربال‌گری و ارزیابی اختلالات همایند چاقی مورد استفاده قرار گرفت. Sharifi و همکاران [۲۹] در مطالعه‌ای نشان دادند که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی کاپای

آزمودنی‌ها مقیاس دلبستگی بزرگسالان و پرسشنامه اقتدار والدین را تکمیل نمودند.

**مقیاس دلبستگی بزرگسالان:** مقیاس دلبستگی بزرگسالان، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی Hazan و Shaver [۲۴] ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است [۲۶، ۲۵]، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد.

حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه (n= ۱۴۸۰; ۸۶۰ زن، ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵؛ برای زنان، ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و برای مردان، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ محاسبه شد؛ که نشانه همسانی درونی<sup>۲</sup> خوب مقیاس دلبستگی بزرگسالان است. ضرایب پایایی بازآزمایی<sup>۳</sup> در یک نمونه ۳۰۰ نفری برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴؛ برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای مردان ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ محاسبه شد؛ که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی<sup>۴</sup> مقیاس دلبستگی بزرگسالان با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندانال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازه<sup>۵</sup> مقیاس دلبستگی بزرگسالان را مورد تأیید قرار داد [۲۵، ۲۶].

**پرسشنامه اقتدار والدین:**<sup>۶</sup> پرسشنامه اقتدار والدین یک ابزار ۳۰ گویه‌ای است و شیوه‌های فرزند پروری را در

<sup>۱</sup> Adult Attachment Inventory

<sup>۲</sup> internal consistency

<sup>۳</sup> test-retest reliability

<sup>۴</sup> content validity

<sup>۵</sup> construct validity

<sup>۶</sup> Parental Authority Questionnaire (PAQ)

<sup>۷</sup> Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorder

آن تمامی اصول اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید.

### یافته‌ها

بررسی نتایج نشان داد نشان داد که میانگین  $\pm$  انحراف استاندارد سنی افراد مورد بررسی در گروه مبتلا به چاقی  $33/7 \pm 9/55$  سال و در افراد غیرمبتلا  $33/4 \pm 9/47$  است (جدول ۱). در گروه مبتلا به چاقی، تعداد زنان ۴۸ نفر ( $66/7\%$ ) و تعداد مردان ۲۴ نفر ( $33/3\%$ ) بود. در گروه مبتلا به چاقی  $23/6\%$  زنان و  $76/4\%$  مردان متأهل بودند و در گروه غیر مبتلا  $38/9\%$  زنان و  $61/1\%$  مردان متأهل بودند.  $37/5\%$  نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند.

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمایه توده بدنی افراد مبتلا به چاقی و غیرمبتلا در مطالعه آمده است.

یافته‌ها نشان دادند که رابطه معنی‌داری بین هر یک از نمرات سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا با نمایه توده بدنی در سطح  $P < 0/05$  وجود ندارد. این نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

بالتر از  $0/60$ ، برای تشخیص‌های فعلی کاپای مجموع  $0/52$  و برای کل تشخیص‌های طول عمر  $0/55$  است. در مطالعه‌ای دیگر روایی این ابزار توسط Baktiari [۳۰] به‌وسیله متخصصان و استادان روان‌شناسی بالینی مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی به‌مدت یک هفته  $0/95$  محاسبه شد.

**مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت در DSM (SCID-II)<sup>۱</sup>:** این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور دو است. این ابزار به‌منظور تشخیص و ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی در محور ۲ و همچنین اختلال شخصیت افسرده و اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر به‌کار می‌رود. در مطالعه‌ای توسط Baktiari [۳۰] روایی محتوایی نسخه ترجمه شده آزمون به‌وسیله سه تن از اساتید روان‌شناسی تایید شد و ضریب پایایی این آزمون به روش بازآزمایی به‌مدت یک هفته  $0/87$  محاسبه شد.

ارزیابی چاقی بر اساس معیار استاندارد سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> (WHO)، نمایه توده بدنی<sup>۳</sup> (BMI) بود. این نمایه از نسبت وزن (کیلوگرم) به مجذور قد (متر مربع) به دست می‌آید. نمایه توده بدنی معادل  $24/9 - 18/5$  ( $\text{Kg/m}^2$ ) نشان دهنده وزن طبیعی و بهنجار و نمایه توده بدنی مساوی و بیش از  $30$  ( $\text{Kg/m}^2$ ) نشان دهنده چاقی است [۵].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) انجام شد. در این مطالعه، علاوه بر محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی، برای مقایسه تفاوت سبک‌های دلبستگی و سبک‌های فرزند پروری در بزرگسالان مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا، از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. همچنین برای بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و شیوه‌های فرزند پروری بین دو گروه، ضریب همبستگی پیرسون (F) محاسبه گردید. این پژوهش، طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران است و در

<sup>1</sup> Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis II Disorder

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>3</sup> body Mass Index (BMI)

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک نمونه مورد مطالعه (n=۱۴۴)

متغیر	گروه مبتلا به چاقی		گروه غیر مبتلا		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
جنس	زن	۴۸	۶۶/۷	۴۹	۶۸/۱
	مرد	۲۴	۳۳/۳	۲۳	۳۱/۹
تأهل	مجرد	۸	۵/۵	۱۹	۱۳/۲
	متاهل	۹	۶/۲۵	۹	۶/۲۵
	زیر دیپلم	۴۰	۲۷/۸	۳۰	۲۰/۸
	دیپلم	۱۵	۱۰/۴	۱۴	۹/۷
تحصیلات	فوق دیپلم	۹	۱۲/۵	۷	۹/۷
	لیسانس	۳۶	۵۰	۳۳	۴۵/۸
	فوق لیسانس	۹	۱۲/۵	۳	۴/۲
	فوق لیسانس	۱۷	۲۳/۶	۲۰	۲۷/۸
	۱	۱/۴	۹	۱۲/۵	

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمایه توده بدنی افراد شرکت کننده در مطالعه

گروه	Max - Min	انحراف استاندارد ± میانگین
مبتلا به چاقی	۳۰/۰۵-۶۷/۸	۴۰/۷۸ ± ۸/۵۴
غیر مبتلا	۱۸/۷۳-۲۵	۲۲/۹۸ ± ۲/۰۰۹

جدول ۳- نتایج ضرایب همبستگی پیرسون برای رابطه بین سبک های دلبستگی و نمایه توده بدنی (BMI)

سبک دلبستگی	گروه	تعداد	ضریب همبستگی (r)
ایمن	مبتلا به چاقی	۳۵	۰/۱۳۹
	غیرمبتلا	۴۸	-۰/۱۴۴
اجتنابی	مبتلا به چاقی	۱۸	-۰/۱
	غیرمبتلا	۱۸	-۰/۱۶۱
دوسوگرا	مبتلا به چاقی	۱۹	-۰/۰۰۹
	غیرمبتلا	۶	۰/۱۲۴

افراد مبتلا به چاقی به صورت معنی دار بیشتر از افراد غیرمبتلا است. این نتایج در جدول ۴ آمده است. یافته های در جدول ۵ نشان داده شده است که رابطه مثبت معنی دار بین نمره سبک فرزند پروری مقتدرانه و نمایه توده بدنی در پدران مبتلا به چاقی در سطح  $P < ۰/۰۵$  وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش نمایه توده بدنی، نمره سبک فرزند پروری مقتدرانه پدران مبتلا به چاقی نیز کاهش می یابد.

در ادامه و پس از برقراری مفروضه همسانی واریانس ها، یافته های حاصل از آزمون t نشان داد که بین میانگین های گروه مبتلا به چاقی و گروه غیرمبتلا در سبک های دلبستگی ایمن و دوسوگرا، تفاوت معنی دار در سطح  $P < ۰/۰۵$  وجود دارد. در واقع نمره سبک دلبستگی ایمن در افراد غیرمبتلا به طور معنی دار بیشتر از افراد مبتلا به چاقی است و از طرفی نمره سبک دلبستگی دوسوگرا در

بین سایر سبک های فرزند پروری با نمایه توده بدنی در سطح  $P < 0/05$  رابطه تایید نشد.

جدول ۴- نتایج آزمون t برای مقایسه سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا در افراد مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی
دلبستگی ایمن	مبتلا به چاقی	۷۲	۱۴/۹۲	۲/۶۴۲	-۳/۱۹۹	۱۴۲*
	غیرمبتلا	۷۲	۱۶/۳۶	۲/۷۷۵		
دلبستگی اجتنابی	مبتلا به چاقی	۷۲	۱۳/۰۱	۴/۱۲۶	۰/۰۵۸	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۱۲/۹۷	۴/۵۴۱		
دلبستگی دو سوگرا	مبتلا به چاقی	۷۲	۱۳/۳۳	۳/۱۸۹	۳/۸۲۹	۱۴۲*
	غیرمبتلا	۷۲	۱۱/۴۴	۲/۷۱۱		

\*در سطح  $P < 0/05$  معنادار است.

جدول ۵- نتایج ضرایب همبستگی برای رابطه سبک های فرزند پروری (به تفکیک جنس) و نمایه توده بدنی (BMI)

سبک فرزند پروری	گروه	تعداد	ضریب همبستگی (r)
مقتدرانه پدر	مبتلا به چاقی	۳۷	۰/۲۱۸*
	غیرمبتلا	۴۰	۰/۱۰۸
مقتدرانه مادر	مبتلا به چاقی	۴۶	-۰/۱۲۳
	غیرمبتلا	۴۷	-۰/۰۹۸
آمرانه پدر	مبتلا به چاقی	۲۲	-۰/۱۱۴
	غیرمبتلا	۲۵	۰/۰۱۵
آمرانه مادر	مبتلا به چاقی	۱۷	۰/۰۱۸
	غیرمبتلا	۱۵	۰/۱۳۲
سهل گیرانه پدر	مبتلا به چاقی	۱۳	۰/۰۸۴
	غیرمبتلا	۷	-۰/۱۵۴
سهل گیرانه مادر	مبتلا به چاقی	۹	-۰/۰۲۵
	غیرمبتلا	۱۰	-۰/۰۹۳

\*در سطح  $P < 0/05$  معنادار است.

مادران مبتلا به چاقی بیشتر از مادران غیرمبتلا است. بین میانگین های گروه مبتلا به چاقی و گروه غیرمبتلا در سبک های فرزند پروری مقتدرانه و آمرانه، تفاوت معنی دار در سطح  $P < 0/05$  مشاهده نشد. این نتایج در جدول ۶ آمده است.

در نهایت، یافته های آزمون t (پس از برقراری مفروضه همسانی واریان ها) نشان داد که بین میانگین های گروه مبتلا به چاقی و گروه غیرمبتلا در سبک سهل گیرانه پدر و مادر، تفاوت معنادار در سطح  $P < 0/05$  وجود دارد. به این معنا که نمره سبک فرزند پروری سهل گیرانه پدران و

جدول ۶- نتایج آزمون t جهت مقایسه سبک های فرزند پروری والدین (به تفکیک جنس) در افراد مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا

سبک فرزند پروری	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی
مقتدرانه پدر	مبتلا به چاقی	۷۲	۳۱/۶۴	۷/۳۳۴	۰/۴۰۹	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۳۱/۱۱	۸/۱۴۱		
مقتدرانه مادر	مبتلا به چاقی	۷۲	۳۳/۰۴	۸/۱۵۶	۰/۱۸۵	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۳۲/۸۱	۷/۱۰۰		
آمرانه پدر	مبتلا به چاقی	۷۲	۲۸/۰۸	۸/۰۱۲	-۰/۹۶۲	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۲۹/۳۲	۷/۳۹۰		
آمرانه مادر	مبتلا به چاقی	۷۲	۲۵/۷۶	۷/۱۰۴	۰/۷۸۹	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۲۴/۹۲	۵/۷۰۶		
سهل گیرانه پدر	مبتلا به چاقی	۷۲	۲۷/۸۸	۴/۹۵۹	۲/۳۶۴	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۲۵/۸۹	۵/۱۲۰		
سهل گیرانه مادر	مبتلا به چاقی	۷۲	۲۷/۶۴	۵/۵۳۲	۲/۲۱۵	۱۴۲
	غیرمبتلا	۷۲	۲۵/۶۹	۴/۹۸۹		

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد که در مقایسه دو گروه، در افراد مبتلا به چاقی میزان ایمنی سبک دلبستگی کم تر است. این یافته ها با نتایج مشابه Behzadipour و همکاران [۷] که نشان دادند دختران دارای سبک دلبستگی ایمن کم تر به نگرانی های مربوط به وزن مبتلا بودند و مطالعه Bruch [۳۱] که نشان داد بین سبک دلبستگی ایجاد شده در کودکی و چاقی رابطه وجود دارد، همسو است.

با توجه به این که روابط مادر- کودک سنگ بنای شکل گیری سبک دلبستگی فرد را تشکیل می دهد [۳۲] و با نظر به دیدگاه یادگیری، در چهارچوب روابط مادر-کودک، بعضی از رفتارهای غذایی ناسالم (تمایل به غذاهای چرب، پُرکالری و غذاهای آماده)، عدم تحرک و تنبلی، استفاده بیش از حد از تلویزیون و بازی های کامپیوتری تقویت شده به بروز چاقی در بزرگسالی منتهی می شود. از سوی دیگر، با استناد به مدل های "درونکاری" [۳۲، ۳۳]، نتایج قابل توجیه است.

فردی که انتظارات مثبت از خود و دیگران دارد، احساس امنیت و دلبستگی ایمن را با درونی شدن احساس سزاوار بودن برای مراقبت از خود داراست. یعنی فرد زمانی که نیاز به مراقبت دارد و یا با عوامل استرس زا مواجه می شود، این حس شخصی در او به وجود می آید [۳۴]. پس می توان نتیجه گرفت که فرد با سبک دلبستگی ایمن و احساس سزاوار مراقبت بودن نسبت به خود، توانایی خود تنظیمی هیجان ها و مراقبت از شرایط بدنی در شرایط استرس زا را داشته باشد و در این شرایط کم تر از سازوکارهای رشدنا یافته<sup>۲</sup> مانند پُرخوری و پناه بردن به تقلبات استفاده کند. بی تردید سبک دلبستگی ایمن و نایمن مطلق وجود ندارد و ممکن است فرد درجه ای از امنیت برخوردار باشد که بتوان سبک دلبستگی ایمن را به او نسبت داد ولی در عین حال درجه ای از نایمنی نیز در او وجود داشته باشد. این نایمنی همراه با عواملی مانند زمینه های فرهنگی، اجتماعی و یا زیستی و وراثتی می تواند زمینه ساز اختلالات باشد. شاید به همین سبب است که ضعف شاخص های ایمنی دلبستگی، نمایه توده بدنی را افزایش می دهد.

<sup>2</sup> immature

<sup>1</sup> internal working models



با سبک فرزند پروری سهل گیرانه داشتند و در گروه مبتلا به چاقی، پدرانی با سبک فرزند پروری مقتدرانه کم‌تر مشاهده شد. این نتایج با پژوهش‌های Wake و همکاران [۱۱] و Ozier و Alyssa [۱۸] در زمینه پدری و مطالعه Olvera و Power [۱۹] در زمینه مادری همسو بود. از سوی دیگر در بررسی گروه مبتلا به چاقی بین سبک فرزند پروری آمرانه، سهل‌گیرانه و نمایه توده بدنی رابطه معنی‌داری یافت نشد؛ که با نتایج پژوهش Korbandi و همکاران [۱۷] و Momeni و Amiri [۳۵] همسو بود.

با نظر به خصوصیات والدین سهل‌گیر و این که به شیوه غیرتنبیهی، پذیرنده و مثبت نسبت به تکانه‌ها، خواسته‌ها و اعمال فرزندانشان رفتار می‌کنند [۳۴]. این کودکان بیشتر رفتارهای تکانشی، پرخاشگرانه و سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانی از خود نشان می‌دهند [۳۶]. در نتیجه این احتمال وجود دارد که این فرزندان راه صحیح ابراز هیجان‌ها و تکانه‌های خود را به درستی نمی‌دانند و در شرایط استرس‌زا از سازوکارهای دفاعی رشدنا یافته استفاده می‌کنند؛ که یکی از آن‌ها روی آوردن به پرخوری و استفاده از تقلبات است.

از سوی دیگر، شاید پرخاشگری این افراد به صورت پرخوری متجلی شود. همچنین والدین سهل‌گیر روی برنامه غذایی و نحوه غذا خوردن کودکان خود کنترل و نظارت ندارند. از طرفی با توجه به خصیصه‌های والدین مقتدر و با مروری بر دیدگاه یادگیری که بر عملکردها و تمرینات والدینی تمرکز دارد، تفاوت فرزندان در رشد را براساس پیامد تقویت در محیط یادگیری می‌داند. پس در چنین خانواده‌هایی بیشتر شاهد شکل‌گیری رفتارهای غذایی سالم در فرزندان هستیم که به وضوح در پژوهش Stephanie Jane [۲۲] این تبیین قابل مشاهده است. در بررسی‌های پژوهش سبک فرزند پروری مقتدرانه پدری در گروه مبتلا به چاقی کم‌تر یافت شد، ذکر این نکته حائز اهمیت است که پدر در خانواده‌های ایرانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، تا جایی که مادر نیز از او تبعیت می‌کند [۳۷]. پس این نظام خانوادگی، در عادت‌های غذایی

همچنین در مقایسه دو گروه، میزان دل‌بستگی نایمن در گروه مبتلا به چاقی و غیرمبتلا متفاوت بود. به‌خصوص در گروه مبتلا به چاقی بین سبک دل‌بستگی نایمن- دوسوگرا و چاقی رابطه معنی‌دار مشاهده شد، اما بین سبک دل‌بستگی نایمن- اجتنابی و چاقی رابطه معنی‌دار یافت نشد. این نتایج با پژوهش‌های Behzadipour و همکاران [۷] که دختران با سبک دل‌بستگی اجتنابی، اضطرابی و دوسوگرا در مقایسه با دختران دارای سبک دل‌بستگی ایمن وزن بیشتری داشتند؛ با نتایج Ward و همکاران [۸] که دریافتند افراد با سبک دل‌بستگی نایمن بیشتر به اختلالات خوردن دچار می‌شوند؛ و با پژوهش Lapieer و همکاران [۱۰] که نشان دادند نوباوگانی که در ۲۴ ماهگی دل‌بستگی نایمن داشتند در ۴/۵ سالگی بیشتر دچار اضافه وزن و چاقی شدند، همسو بود.

شاید این نتایج را بتوان با تفاوت در استفاده از سازوکارهای دفاعی<sup>۱</sup> توجیه کرد. افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن- دوسوگرا سازوکارهای دفاعی رشدنا یافته مبتنی بر خوردن (نظیر پرخوری و مصرف بیش از حد از تقلبات) استفاده می‌کنند ولی افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن-اجتنابی بیشتر سازوکارهای دفاعی رشدیافته<sup>۲</sup> را به‌کار می‌برند که مشخصه اصلی آن اجتناب‌گری، آرمان‌گرایی و اعتماد به خود است و باعث می‌شود فرد کمتر از سازوکارهای دفاعی رشد نیافته و نوروتیک<sup>۳</sup> استفاده کند [۷]. شاید همین مشخصه‌ها در افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن- اجتنابی و مبتلا به چاقی باعث شده است که رابطه معنی‌داری بین سبک دل‌بستگی اجتنابی و نمایه توده بدنی بالا پیدا نشود. همچنین می‌توان به نقش عوامل زیستی، ژنتیکی، فرهنگی و اجتماعی نیز به‌عنوان عوامل احتمالی ناهمخوانی نتایج اشاره نمود.

در بررسی سبک‌های فرزندپروری و نمایه توده بدنی در گروه‌های مبتلا به چاقی و غیرمبتلا، نتایج حاکی از آن بود که در مقایسه دو گروه، افراد مبتلا به چاقی بیشتر والدینی

<sup>1</sup> defense mechanisms

<sup>2</sup> mature

<sup>3</sup> neurotic

گردیده است. در زمینه محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن و عدم ارائه تبیین علی بین سبک‌های دلبستگی و سبک‌های فرزند پروری اشاره کرد. همچنین شرکت کنندگان این مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس و از بین افراد مبتلا به چاقی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کنترل و درمان چاقی انتخاب شده‌اند. بنابراین در تعمیم یافته‌های این پژوهش برای افراد مبتلا به چاقی که برای کاهش وزن خود به درمانگاه‌های تخصصی چاقی مراجعه نمی‌کنند، می‌بایست جانب احتیاط رعایت شود. لذا پیشنهاد می‌شود همین مطالعه، روی افراد چاقی که برای درمان خود مراجعه نمی‌کنند نیز تکرار شود.

### سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی تحت عنوان "مقایسه سبک‌های دلبستگی و سبک‌های فرزند پروری افراد مبتلا به چاقی و غیرمبتلاً مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۰ به کد ۱۴۱۴۳-۱۴۰-۰۲ است که با حمایت مالی این دانشگاه اجرا شده است. محققین مقاله لازم می‌دانند از کلیه بیماران و مراجعه‌کنندگانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی کنند.

خانواده نیز مشهود خواهد بود و شاید به‌همین دلیل افراد مبتلا به چاقی کم‌تر پدرانی مقتدر داشتند.

انجام اقدامات پیشگیرانه در قبال چاقی به‌عنوان قدم اول در جلوگیری از بروز مشکلات رفتاری، ضروری به‌نظر می‌رسد. لذا در نظر گرفتن عوامل روان‌شناختی که زمینه‌ساز چاقی‌اند؛ می‌تواند نقش برجسته‌ای در شناسایی همبسته‌های چاقی داشته باشد. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش بر لزوم به‌کارگیری شیوه‌های صحیح فرزند پروری و آگاه کردن والدین نسبت به ایجاد دلبستگی ایمن با کودکانشان، تأکید دارد. این موضوع می‌تواند زمینه مساعدی برای مراقبت از کودکان در برابر ابتلاء به چاقی فراهم کند.

همچنین نتایج این پژوهش را می‌توان برای تمام افراد، سازمان‌ها، نهادها، سیاست‌گذاران و درمانگران بالینی که در جهت اعتلای سطح روان‌شناختی، فرهنگی، بهداشتی و آموزشی جامعه اقدام می‌کنند و با کودکان و خانواده‌ها در ارتباط هستند از جمله والدین، مربیان مراکز بهداشتی و مهد کودک، برنامه‌سازان تلویزیون استفاده کرد. از جمله نقاط قوت این مطالعه، استفاده از آزمودنی‌های زن و مرد مبتلا به چاقی است. این موضوع باعث افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش می‌شود. هم‌تاسازی انفرادی دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ سن، جنس و ملاک‌های ورود سبب افزایش اعتبار درونی این پژوهش

### مآخذ

1. Popkin BM, Kim S, Rusev ER, Du S, Zizza C. Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity related chronic conditions. *Obesity Reviews* 2006; 7: 271-293.
2. Mirzazade A, Sadeghirad B, Haghdoost AA, Bahrein F, Kermani M. The Prevalence of Obesity in Iran in Recent Decade; a Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38: 1-11.
3. Cooper M, Warren L. The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women. *Eating Behaviors* 2010; 12: 94-96.
4. Doak CM, Visscher TLS, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: A review of interventions and programmes. *Obesity Reviews* 2006; 7: 111-136.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
6. Herman CP & Polivy J. The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. In R. I. Baumeister and K. D. Vohs (Eds), *Handbook of self regulation: Research, theory and applications*. New York: Guilford 2004. p 442-508.

7. Behzadipour S, Pakdaman S, Besharat MA. Relationship between attachment styles and weight concern in a sample of adolescent girls. *Journal of Behavioral Science* 2010; 1: 69-70. [Farsi]
8. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment Research in Eating Disorders. *British Journal of Medical Psychology* 2000; 73: 35-51.
9. Trombini E, Baldaro B, Bertaccini R, Mattei C, Montebanocci O, Rossi N. Maternal attitudes and attachment styles in mothers of obese children. *Perceptual and Motor Skills* 2003; 97: 613-620.
10. Lapiere MA, Vaala SE, Linebarger DL. Influence of licensed spokes characters and health cues on children's ratings of cereal taste. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 220-234.
11. Wake M, Nicholson JM, Hardy P, Smith K. Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. *Pediatrics* 2007; 120: 1520-1527.
12. Coplan RJ, Hastings PD, Lagace-seguin DG, Moulton CE. Authoritative and authoritarian mother's parenting goals, attributions, and emotions across different childrearing contexts. *Parenting. Science and Practice* 2002; 2: 1-26.
13. Baumrind D. Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco. *Jossey-Bass* 1989. p 349-78.
14. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence* 1991; 11: 56-95.
15. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology*. New York: Wiley 1983. p 1-101.
16. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics* 2006; 117: 2047-2054.
17. Korbandi S, Eshghi Zadeh M, Aghamohammadian HR, Ebrahimzadeh S, Safarian M. Relationship between parenting styles and children's obesity. *Quarterly Journal of Medical Sciences of Gonabad* 2010; 16: 33-39, [Farsi].
18. Ozier A, Alyssa S. The influence of father's parenting style on feeding style and child's body mass index for age percentile 2010; <http://commons.lib.niu.edu/handle/10843/12489>.
19. Olvera M, Power TG. Brief Report: Parenting Styles and Obesity in Mexican American Children: A Longitudinal Study. *Journal of Pediatric Psychology* 2010; 35: 243-249.
20. Arredondo ME, Elder JE, Ayala GX, Campbell N, Baquero B, Duerksen S. Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Education Research Theory & Practice* 2006; 21: 862-871.
21. Berge JM, Wall M, Loth K, Neumark-Sztainer D. Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight related behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2009; 46: 331-338.
22. Stephanie Jane SRN. A descriptive study of parenting styles, Parental feeding behaviors BMI in school-age children and adolescents. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science. Wright State University 2008.
23. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 42: 1341-1356.
24. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 511-524.
25. Besharat MA. Psychometric properties of Adult Attachment Inventory. Research report, University of Tehran 2005, [Farsi].
26. Besharat MA. Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 475-479.
27. Buri JR. Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality and Social Assessment* 1991; 57: 110-119.
28. Besharat MA. Psychometric properties of Parental Authority Questionnaire. Research report, University of Tehran 2011, [Farsi].
29. Sharifi O, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Semnani Y, Shabani A, et al. Reliability and practicability of a Persian version of Structured Diagnostic Interview for the SCID (DSM-IV). *Cognitive Science* 2004; 6: 10-12, [Farsi].
30. Baktiari M. Psychological problems of people suffering from body dysmorphic disorder. Submitted in accordance with the requirements for the degree of MSc of Clinical Psychology. Iran University of Medical Sciences, Tehran Institute of Psychiatry 2000, [Farsi].
31. Bruch H. *Eating Disorders*. New York: Basic Books 1976.
32. Bowlby J. *Attachment and loss: sadness and depression*. New York: Basic Books 1980.
33. Bowlby J. *A secure base: clinical applications of attachment theory*. New York: Basic Books 1988.
34. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 556-567.
35. Momeni F, Amiri S. Relationship between parenting styles and anorexic symptoms in adolescents. *Family Research Quarterly* 2007; 12: 775-789, [Farsi].
36. Wilson SL. A mealtime observation study; obesity, ethnicity and observed maternal feeding styles. Submitted in accordance with the requirements for the degree of Doctor of Clinical

Psychology. The University of Leeds Academic Unit of Psychiatry and Behavioural Sciences School of Medicine 2011.

37. Vaziri M. Educational responsibilities of fathers for children in an islamic view. *Journal of Faculty of Arts and Humanities* 2002; 52: 565-584, [Farsi].

## THE ROLE OF ATTACHMENT AND PARENTING IN OBESE ADULTS

Mohammad Ali Besharat <sup>1\*</sup>, Forough Shojaei <sup>2</sup>, Alireza Kiamanesh <sup>2</sup>, Hamid Amiri <sup>3</sup>

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Art and Humanities, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3. Student in clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### ABSTRACT

**Background:** The role of obesity and overweightness in emerging and enduring of serious medical and psychological disorders on one hand and the effect of psychological factors in obesity on the other hand, has made the surveys about psychological role in obesity of great importance. The aim of the present study was to compare the attachment styles and parenting styles of obese and non-obese adults.

**Methods:** 144 individuals (72 obese patients: 48 females and 24 males) and (72 non-obese: 48 females and 24 males) participated in this study. Participants were asked to complete the Adult Attachment Inventory (AAI) and the Parental Authority Questionnaire (PAQ).

**Results:** There was a negative relationship between secure attachment and Body Mass Index (BMI) of the obese patients, but no statistically significant relationship between insecure attachment styles (avoidant and ambivalent) was found. There was also a statistically significant relationship between the mean scores of secure and ambivalent attachment styles with BMI. Regarding the parenting styles and BMI, there was a statistically significant relationship between authoritative parenting style of the father and BMI, but no relation between authoritarian and permissive parenting styles was confirmed.

**Conclusion:** Regarding the role of attachment styles and parenting styles of obese and non-obese adults, we can improve the physical and psychological public health of patients by changing the prevention and treatment protocols for the patients.

**Keywords:** Obesity, Attachment Style, Parenting Style, BMI

---

\* Iran, Tehran, Jalal Al-Ahmad Highway, Gisha Bridge, P. O. Box 14155-6456, E-mail: besharat@ut.ac.ir