

مدل یابی چاقی کودکان بر اساس نقش واسطه ای پرخوری هیجانی کودک در رابطه بین سبک دل‌بستگی مادر با شاخص توده بدنی کودک

افروز ستاری^۱، علیرضا حیدری*^۲، پرویز عسگری^۳

چکیده

مقدمه: افزایش سریع شیوع چاقی که یک مشکل چند علیتی است در بیست سال گذشته علاوه بر آنکه ناشی از عوامل ژنتیکی است، به عوامل محیطی فرهنگی، از جمله محیط خانواده، غذا خوردن و فعالیت نسبت داده شده است. این پژوهش باهدف پیش‌بینی شاخص توده بدنی کودکان بر اساس سبک‌دل‌بستگی مادر، با در نظر گرفتن نقش میانجی پرخوری هیجانی در کودکان انجام گرفت.

روش پژوهش: روش تحقیق کاربردی و از نوع همبستگی بود که با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. تعداد ۲۸۰ کودک ۷-۱۲ ساله (شامل ۱۴۴ پسر و ۱۳۶ دختر) به همراه مادرانشان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ارجاع متخصصان تغذیه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل شاخص توده بدنی، پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی هازن و شیور و مقیاس خوردن هیجانی است.

یافته‌ها: مدل موردبررسی از برازش مطلوب برخوردار بود و نتایج نشان داد سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی مادر هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم با میانجی‌گری پرخوری هیجانی کودک شاخص توده بدنی را در کودک پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: این پژوهش نقش محیط اولیه کودک به‌خصوص مادر را در توسعه چاقی دوران کودکی برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: پرخوری هیجانی، چاقی کودکان، سبک‌های دل‌بستگی، سطح فعالیت جسمی کودک، شاخص توده بدنی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۸/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۲

استناد: ستاری افروز، حیدری علیرضا، عسگری پرویز. مدل یابی چاقی کودکان بر اساس نقش واسطه‌ای پرخوری هیجانی کودک در رابطه بین سبک دل‌بستگی مادر با شاخص توده بدنی کودک، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۱): ۲۶-۱۱

^۱. دانشجوی دکتری تخصصی گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲. (نویسنده مسئول)، دانشیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳. استاد تمام، گروه روانشناسی اهواز، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
docheidarie43@yahoo.com, Tel: 09121154554

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

چاقی در کودکان و بزرگ سالان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مطرح است. شیوع چاقی کودکان در طول ۲۰ سال گذشته به‌طور فراوانی افزایش یافته و موجب نگرانی در مورد سلامت و بهزیستی آینده میلیون‌ها کودک در سراسر جهان شده است (۱). گزارش جهانی تغذیه سال ۲۰۱۷ نشان داد که در سراسر جهان ۲ میلیارد بزرگ سال دارای اضافه‌وزن / چاق و ۴۱ میلیون کودک دارای اضافه‌وزن هستند (۲). نتایج پژوهش‌ها مختلف صورت گرفته در ایران نیز نشان داده است شیوع چاقی در دانش‌آموزان ایرانی بر اساس شاخص توده بدنی ۱۱ درصد و شیوع اضافه‌وزن ۱۲ درصد بود. میزان چاقی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بیش از سایر مقاطع گزارش شده است (۳).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی چاقی در کودکان بر اساس صدک شاخص توده بدنی انجام می‌گردد، به‌طوری‌که کودکان بالای صدک ۸۵٪ به‌عنوان دارای اضافه‌وزن و بالای صدک ۹۵٪ به‌عنوان کودک چاق در نظر گرفته می‌شوند. چاقی بر اساس استانداردهای رشد کودک سازمان بهداشت جهانی، در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، بر مبنای وزن برای قد^۱ و برای ۵-۱۹ سال بر مبنای شاخص توده بدنی برای سن ارزیابی می‌شود (۴). در دوران کودکی، سطوح چربی بدن تغییر می‌کند؛ بنابراین، در کودکان چاقی و اضافه وزن با صدک‌های شاخص توده بدنی با بهره‌گیری از چارت‌های ویژه تعریف می‌شوند. استفاده از چارت‌های سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۲ برای تمام کودکان توصیه می‌شوند.

در رشد و توسعه چاقی، توجه ویژه به دوره‌های کودکی و نوجوانی به‌عنوان زمان خطر برای توسعه و حفظ چاقی معطوف می‌گردد که می‌تواند منجر به عواقبی در بزرگسالی گردد. تأثیرات منفی چاقی و اضافه وزن در سلامت و رشد کودکان می‌تواند تا دوران بزرگسالی ادامه یابد و خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوانی را افزایش دهد. چاقی در دوران کودکی با طیف گسترده‌ای از عوارض جدی سلامت و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های زودرس، از جمله دیابت و بیماری‌های قلبی همراه است (۵). عملکرد روانی اجتماعی کودکان چاق نیز به خطر می‌افتد و بیشتر مستعد مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و تصویر بدنی منفی می‌شوند که بعدها بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۶). با توجه به آسیب‌پذیری کودکان و ماهیت پیچیده محیط آن‌ها، راهکارهایی برای کمک به غلبه بر آنچه به‌عنوان اپیدمی «چاقی» نامیده می‌شود، همچنان چالش‌برانگیز است و تحقیقات بسیار اندکی در خصوص عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز چاقی کودکان انجام شده است؛ بنابراین، شناسایی عوامل ایجادکننده چاقی کودکان، برای مداخله مناسب به‌منظور پیشگیری و کنترل چاقی و عوارض آن اهمیت دارد. در این راستا، خانواده که در درجه اول محیط اولیه کودک را تشکیل می‌دهد، بستری مناسبی برای برسی این عوامل است (۷).

خانواده به‌عنوان اولین مکانی که کودک در آن رشد می‌کند، از ابعاد گوناگون، اهمیت دارد. بررسی‌های متعددی که در زمینه عوامل مرتبط با چاقی در کودکان انجام گرفته‌اند، حاکی از نقش مهم والدین در بروز چاقی کودکان بوده‌اند. وراثت از یکسو و الگوهای رفتاری و تغذیه‌ای از سوی دیگر، توجه‌کننده این ارتباط است. جنبه‌های هیجانی و اجتماعی تعامل والد-کودک روی خطر ابتلا به چاقی در کودکان تأثیر دارد، حتی وقتی این تعامل‌ها به‌طور مستقیم به غذا خوردن یا فعالیت بدنی مرتبط نیستند (۸). شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد، سبک زندگی خانوادگی و عادات غذایی که در خانواده شکل می‌گیرد، نقش مهمی در نوع تغذیه و وزن کودک دارد. والدین از طریق فرایندهای متعدد اجتماعی کردن بر رفتارها، عادت‌ها و

^۱ Weight to height^۲ CDC

نگرش‌های کودک تأثیر می‌گذارند. نشان داده شده است که تأثیرات این‌چنینی والدین، رشد مشکلات مربوط به وزن کودکان را گسترش می‌دهند (۹) و درک این تأثیرات می‌تواند راه مهمی در پیشگیری و مداخلات برای مشکلات تغذیه‌ای و اضافه‌وزن کودکان باشد (۱۰).

در سال‌های اولیه زندگی بخش قابل توجهی از ارتباط بین کودک و مادر از طریق خوردن شکل می‌گیرد. برای مثال والدین محیط خوردن خانوادگی را فراهم می‌کنند که در آن کودک یاد می‌گیرد چگونه غذا بخورد و عادت‌های خوردن سالم و ناسالم را شکل می‌دهد. مواجهه با تنوع غذایی، کمیت و کیفیت غذاها، محیط‌های فیزیکی و هیجانی که غذا خوردن در آن‌ها صورت می‌گیرد، شکل‌دهی ترجیحات غذایی کودک و توانایی تنظیم مصرف غذا از مواردی است که در سال‌های اولیه کودک در خانواده آموزش داده می‌شود (۱۱). این تجارب، عادت‌های غذایی و وزن نهایی فرد را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲).

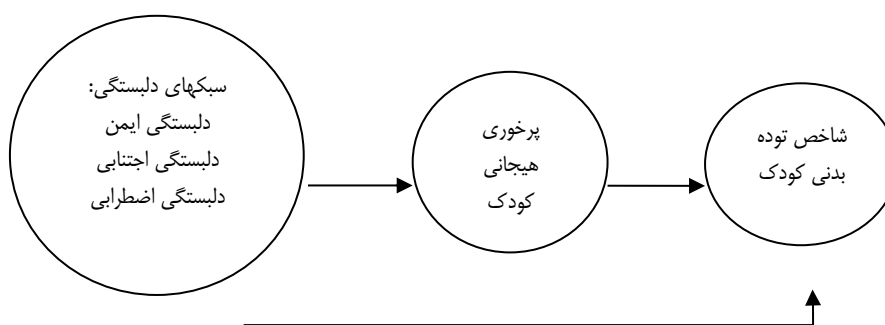
دیگر عامل تأثیرگذار در مورد والدین این است که در برقراری ارتباط مؤثر با کودک، مادر نقش اساسی را ایفا می‌کند که می‌تواند سازگاری‌های اجتماعی و تنظیم هیجان کودک را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳). کودکان این مهارت‌ها را از طریق تعامل با مراقبان خود و افراد مهم در زندگی خود یاد می‌گیرند (۱۴). واضح است که از طریق سطوح مختلف و انواع تعاملات والد فرزندی، کودکان به‌صورت آشکار و نا آشکار در مورد واکنش‌های هیجانی و نحوه مدیریت آن‌ها می‌آموزند (۱۵). خوردن هیجانی به‌صورت گرایش به خوردن در پاسخ به یک سری از هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی، خشم و تنهایی، به‌منظور غلبه بر عاطفه منفی تعریف شده است (۱۶). طبق برخی از دیدگاه‌ها خوردن هیجانی به منزله یک مکانیسم مقابله‌ای برای کاستن از هیجانات منفی است که به‌واسطه رویدادهای استرس‌آور فراخوانده شده‌اند. سایر نظریه‌ها نیز این‌گونه استدلال کرده‌اند که افرادی که دچار خوردن هیجانی هستند، در حقیقت انگیزتگی را با گرسنگی اشتباه می‌گیرند، این افراد وقتی دچار غم و اندوه و اضطراب می‌شوند بازدارنده در آنان مختل شده و منجر به پرخوری می‌شود (۱۷). در پژوهش باباخانو و همکاران (۱۸) نیز نشان داده شده که پردازش هیجانی در افراد مبتلا به چاقی دچار آسیب است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلالات خوردن از جمله آنورکسیا، بولیمیا، پرخوری و چاقی با کاهش توانایی تنظیم هیجانات و تکانه‌ها در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی همراه است (۱۹). نارسایی هیجانی با قرار دادن فرد در چرخه شرمساری از ناتوانی در مهار میل به خوردن و پناه بردن به خوردن بیشتر موجب افزایش وزن فرد می‌شود (۲۰).

اساس شکل‌گیری تنظیم هیجانی در کودک دل‌بستگی^۱ است (۲۱، ۲۲). افراد (کودکان و بزرگسالان) با سبک دل‌بستگی ایمن یاد می‌گیرند که می‌توان روی دیگران به‌عنوان فراهم آورنده تسلی و حمایت حساب کرد که آن‌ها را در تنظیم هیجانات خود موفق تر می‌کند، درحالی‌که معکوس آن برای افراد نایمن صدق می‌کند (۲۳). افراد با سبک دل‌بستگی اضطرابی معتقدند که توانایی کافی برای تنظیم درونی هیجاناتشان در پاسخ به پریشانی ندارند (۲۴) که ممکن است آن‌ها را به تکیه بر منابع تسلی‌بخش بیرونی مانند مصرف غذا سوق دهد (۲۵). مطابق با این چشم‌انداز، تحقیقات پیشین نشان می‌دهند که دل‌بستگی اضطرابی در بزرگسالان با تمایل کلی به پرخوری مرتبط است (برای مثال خوردن بازدارنده نشده) (۲۶). خوردن هیجانی در واقع، روشی برای مقابله با حس ترس، استرس، ناامیدی و تنهایی است. افرادی که دچار خوردن هیجانی هستند، احساسات خود را باروی آوردن به غذا برطرف می‌کنند (۲۷). این رفتار بازدارنده نشده ممکن است نتیجه یک راهبرد تنظیم هیجانی خاص باشد که توسط افراد با دل‌بستگی اضطرابی برای کاهش حالت هیجانی منفی استفاده می‌شود. گرایش به خوردن در پاسخ به هیجانات منفی در کودکان نیز به چشم می‌خورد (۲۸). این امر موجب نگرانی می‌شود زیرا پرخوری هیجانی^۲ در کودکان با

^۱ Attachment

^۲ Emotional Overeating

مصرف بیشتر کالری و چاقی همراه است (۲۹). پرخوری هیجانی احتمالاً یک رفتار آموخته‌شده است که از طریق تعامل با والدین یا مراقبان به کودک منتقل می‌شود و این فرآیند ممکن است از مسیرهای مختلف روی دهد. اول اینکه کودکان ممکن است خوردن بازداری نشده والدین یا مراقبان را الگو قرار دهند (۳۰). دوم اینکه، والدین ممکن است با استفاده از راهبردهای غذادهی هیجانی، خوردن هیجانی را به کودک آموزش دهند. این امر زمانی است که وقتی کودک مضطرب، خشمگین یا آشفته است، والدین به کودک غذا ارائه می‌دهند (۳۱). راهبردهای غذادهی هیجانی به احتمال زیاد عملکردهای مختلفی دارد؛ با این حال یک احتمال این است که ارائه غذا برای تنظیم هیجان ممکن است نزدیکی میان فردی بین کودک و والدین را افزایش دهد (۳۲). سوم اینکه، والدین ممکن است کودکشان را به شیوه‌ای تغذیه کنند که خودشان غذا می‌خورند (۳۳). رفتار خوردن و تغذیه در ابتدا کاملاً تحت تأثیر روابط کودک و مادر، به عنوان مراقب اصلی قرار می‌گیرد و پس‌از 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 فرد می‌کوشد از طریق چیزی که یادآور مادر است و نیز ارزش زیستی مثبتی تلقی می‌شود به جستجوی ایمنی دست یابد (۳۴). یافته‌های مشابه زمانی ظهور کردند که سبک دل‌بستگی نایمن و آشفته با یکدیگر ترکیب شده و با سبک دل‌بستگی ایمن مقایسه شدند. در یک پژوهش ای دیگر، کیفیت پایین رابطه اولیه دل‌بستگی مادر و کودک نیز با شیوع بالاتر چاقی در نوجوانی همراه بود (۳۵). نتایج پژوهش‌ها نشان داده که مراقبت‌کنندگان نایمن در پاسخ به پریشانی فرزندشان، از راهبردهای منفی تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند، اغلب وعده‌های غذایی را برنامه‌ریزی نمی‌کنند و بیشتر به فرزندانشان اجازه می‌دهند تلویزیون تماشا کنند. سبک دل‌بستگی با سبک غذادهی نیز ارتباط داشت؛ والدین نایمن بیشتر از والدین ایمن گزارش کرده‌اند که از روش‌های غذادهی هیجانی و اعمال فشار برای خوردن استفاده می‌کنند (۳۶). همچنین نشان داده شد، که دل‌بستگی نایمن و حل‌نشده / آشفته والدین عامل خطر برای سطوح بالاتر مصرف غذا در کودکان هستند. دل‌بستگی حل‌نشده والدین به عنوان یک عامل خطر برای رشد راهبردهای خودتنظیمی ناسازگارانه شناخته شده است (۳۷)؛ بنابراین با توجه به این موضوع که در بررسی عوامل روان‌شناختی و محیطی (فراثر از عوامل مرتبط با تغذیه و فعالیت) در رابطه با چاقی کودکان پژوهش‌های کمی انجام شده است، در این پژوهش بر آنیم تا با تدوین مدلی برای چاقی دوره کودکی به این پرسش پاسخ دهیم آیا سبک‌های دل‌بستگی در مادر با میانجی‌گری پرخوری هیجانی می‌تواند شاخص توده بدنی کودک را پیش‌بینی کند؟



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

روش پژوهش:

روش تحقیق بر اساس هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی که با استفاده از روش الگو یابی معادلات ساختاری انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر را مراجعین ۷ تا ۱۲ ساله مراکز تغذیه و سلامت در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ تشکیل داده‌اند. از این میان ۲۸۰ آزمودنی (شامل ۱۴۴ پسر و ۱۳۶ دختر) با استفاده از روش

نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس ارجاع متخصصان تغذیه و با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: نداشتن بیماری جسمی خاص که عارضه چاقی را به همراه دارد؛ از جمله مشکلات غددی یا هورمونی؛ عدم مصرف داروهایی که منجر به عوارض جانبی چاقی می‌شود، داشتن سن بین ۷-۱۲ سال برای کودکان، تشخیص چاقی یا اضافه‌وزن بر اساس چارت مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها بود. در این مرحله پس از گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه، شاخص توده بدنی کودک ارزیابی شده و ابزار پژوهش که عبارت‌اند از پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی و خوردن هیجانی توسط مادران تکمیل شد.

شاخص توده بدنی (BMI)^۱ جدول صدک‌های شاخص توده بدنی^۲، بهترین وسیله اندازه‌گیری برای تشخیص چاقی و اضافه‌وزن در دوران کودکی شناخته شده است (۳۹). شاخص توده بدنی ۱ راهنما برای وزن در رابطه با قد فراهم می‌کند و برابر است با وزن بدن (برحسب کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (برحسب متر). شاخص توده بدنی در دوران کودکی تغییر می‌کند و بین دختران و پسران نیز متفاوت است؛ بنابراین، در این پژوهش وجود داده‌های مرجع مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها برحسب سن و جنسیت استفاده شد.

پرسشنامه سبک دل‌بستگی^۳ توسط هازن و شیور^۴ در سال ۱۹۸۷ ساخته شده و دارای ۱۵ ماده است که به هر یک از سه سبک دل‌بستگی ایمن، دو سوگرا و اجتنابی، ۵ ماده تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره ۰) تا همیشه (نمره ۴) صورت می‌گیرد. هازن و شیور اعتبار باز آزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و اعتبار با آلفای کرون باخ ۰/۷۸ را دست آوردند. کولینز و رید (۴۰) نیز اعتبار بالایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند. اعتبار آلفای کرون باخ این پرسشنامه در پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۴۱) برای کل آزمون، سبک دل‌بستگی دوسوگرا، اجتنابی و ایمن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد که اعتبار مطلوبی را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرون باخ در این پژوهش ۰/۸۵ برآورد شد.

مقیاس خوردن هیجانی (EES)^۵ توسط آرنو و کناردی و آگراس^۶ (۴۲) ساخته شد. این پرسشنامه ۲۵ آیتمی والد-گزارشی در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (از عدم تمایل تا تمایل غیرقابل مقاومت به خوردن) که میزانی که شخص در پاسخ به هیجانات غذا می‌خورد را ارزیابی می‌کند. مقیاس خوردن عاطفی شامل سه خرده مقیاس است که منعکس‌کننده تمایل به خوردن در پاسخ به: خشم/نامیدی، اضطراب و افسردگی است. علاوه بر فرم والد-گزارشی این پرسشنامه، این مقیاس در سال ۲۰۰۷ توسط تانفسکی کراف و همکاران برای استفاده کودکان ۸-۱۷ ساله نیز تعدیل شد. خرده مقیاس‌های این مقیاس نشان‌دهنده یکپارچگی داخلی (آلفا: ۰/۸۳ تا ۰/۹۵)، اعتبار همگرا و ثبات زمانی کافی است (۴۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرون باخ برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی نظیر جدول توزیع فراوانی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS جهت مستقل بودن، نرمال بودن و بررسی چند هم خطی استفاده شد و جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS استفاده شد.

یافته‌ها:

^۱ Body Mass Index

^۲ BMI percentile charts

^۳ Attachment Style Questionnaire

^۴ Hazan & Shaver

^۵ Emotional Eating Scale

^۶ Arnow, Kenardy & Agras

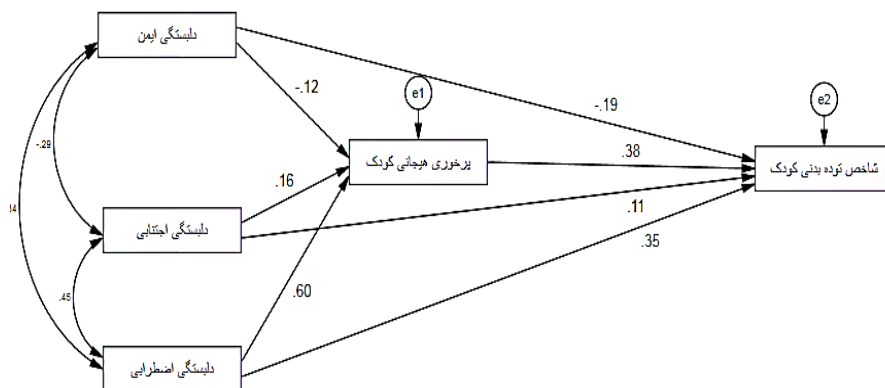
در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و سپس نتایج تحلیل مسیر که به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش صورت گرفتند، ارائه می‌شود. اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و همچنین ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| میانگین | انحراف استاندارد | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
|---------|------------------|---------|---------|---------|---------|---|
| ۷/۵۳ | ۱/۹۵۸ | ۱ | | | | |
| ۸/۰۵ | ۱/۸۲۵ | ۰/۲۹۱** | ۱ | | | |
| ۷/۸ | ۱/۴۳۶ | ۰/۳۴۰** | ۰/۴۴۷** | ۱ | | |
| ۳۲/۵۵ | ۴/۴۰۱ | ۰/۳۷۱** | ۰/۴۶۶** | ۰/۷۱۷** | ۱ | |
| ۲۲/۱۹ | ۳/۹۹۲ | ۰/۴۷۶** | ۰/۴۹۵** | ۰/۷۳۳** | ۰/۷۴۹** | ۱ |

* معنی‌داری در سطح ۰/۵ ** معنی‌داری در سطح ۰/۱

همان‌گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است ضرایب همبستگی متغیر وابسته مدل (شاخص توده بدنی کودک) با سایر متغیرها در سطح $P < 0/1$ معنی‌دار است. معنی‌داری ضرایب پیش‌شرط لازم برای تحلیل مسیر را فراهم می‌آورد. به‌منظور آزمون مدل پژوهش از تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم‌افزار Amos استفاده شد. پیش از استفاده از تحلیل مسیر، داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از آماره ماهالانوبیس بررسی و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. کجی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرها با استفاده از نرم‌افزار SPSS محاسبه و نتایج نشان داد هیچ کدام از مقادیر کجی و کشیدگی بیشتر از دامنه ± 1 نمی‌باشد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف_اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات هر ۴ متغیر مدل نرمال است ($P > 0/5$). فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون برای محاسبه‌ی معادلات رگرسیون مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده بیانگر برقراری این مفروضه است. مفروضه‌ی هم خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه همبستگی ۲ متغیری ۰/۸ و بالاتر نشان‌دهنده‌ی هم خطی است، این مشکل در داده‌های این پژوهش مشاهده نشد. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به‌منظور بررسی هم خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند؛ بنابراین بر اساس ۲ شاخص ذکر شده وجود هم خطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آن‌ها، به‌منظور ارزیابی مدل موردبررسی از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی به‌منظور بررسی نقش واسطه‌ای پرخوری هیجانی کودک در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی با شاخص توده بدنی کودک در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲: ضرایب استاندارد مدل نقش واسطه‌ای پر خوری هیجانی کودک در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی با شاخص توده بدنی کودک

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

| شاخص برازش | شاخص | ریشه ۲ خطای تقریب (RMSEA) | شاخص | ریشه استاندارد |
|------------------|-------|---------------------------|----------------|----------------|
| دامنه مورد قبول | NFI | < ۰/۰۸ | برازندگی (GFI) | > ۰/۰۸ |
| مقدار مشاهده شده | ۰/۹۵۸ | ۰/۷۱ | ۰/۹۵۷ | ۰/۶۶ |

در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است. خطای ریشه مجذور میانگین تقریبی (RMSEA) برابر ۰/۷۱ و ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (SRMR) برابر با ۰/۶۶ است که از میزان ملاک (۰/۸) کوچک‌تر است و در نتیجه برازش مدل را تأیید می‌کند. شاخص‌های CFI، GFI و NFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگ‌تر هستند. ضرایب به‌دست‌آمده حاکی از برازش مطلوب مدل است. روابط بین متغیرهای موجود در مدل شامل اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرها است که در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل نهایی

| از متغیر | به متغیر | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل | واریانس تبیین شده |
|---------------------|---------------------|------------|---------------|-----------|-------------------|
| دل‌بستگی ایمن | پر خوری هیجانی کودک | ** -۰/۱۸۵ | * -۰/۴۵ | ** -۰/۲۳۰ | ۰/۶۸۲ |
| دل‌بستگی اجتنابی | پر خوری هیجانی کودک | ** ۰/۱۰۸ | * ۰/۶۱ | ** ۰/۱۶۹ | ۰/۵۵۲ |
| دل‌بستگی اضطرابی | پر خوری هیجانی کودک | ** ۰/۳۵۱ | * ۰/۲۲۸ | ** ۰/۵۷۹ | |
| پر خوری هیجانی کودک | شاخص توده بدنی کودک | ** ۰/۳۷۸ | - | ** ۰/۳۷۸ | |
| دل‌بستگی ایمن | شاخص توده بدنی کودک | ** -۰/۱۱۹ | - | * -۰/۴۴۱ | |
| دل‌بستگی اجتنابی | شاخص توده بدنی کودک | ** ۰/۱۶۲ | - | * ۰/۱۳۲ | |

دل‌بستگی اضطرابی

**۰/۶۰۴

-

*۰/۹۳

* معنی‌داری در سطح ۰/۵ ** معنی‌داری در سطح ۰/۱

با توجه به اطلاعات مندرج در مدل آزمون شده و جدول ۴، همه‌ی فرضیه‌های پژوهش تأیید گردید. بر اساس نتایج تحلیل مسیر، سبک‌های دل‌بستگی ایمن ($P < 0/1$, $\beta = -0/185$)، دل‌بستگی اجتنابی ($P < 0/1$, $\beta = 0/108$)، دل‌بستگی اضطرابی ($P < 0/1$, $\beta = 0/351$) و همچنین پرخوری هیجانی کودک ($P < 0/1$, $\beta = 0/378$) به صورت مستقیم شاخص توده بدنی کودک را پیش‌بینی می‌کند.

برای بررسی نقش واسطه‌ای پرخوری هیجانی کودک در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی با شاخص توده بدنی کودک از روش بویست استرپ استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد سبک‌های دل‌بستگی به صورت غیرمستقیم نیز شاخص توده بدنی کودک را پیش‌بینی می‌کنند. ضرایب استاندارد غیرمستقیم برای سبک‌های دل‌بستگی ایمن ($P < 0/5$, $\beta = -0/45$)، دل‌بستگی اجتنابی ($P < 0/5$, $\beta = 0/61$) و دل‌بستگی اضطرابی ($P < 0/5$, $\beta = 0/228$) معنی‌دار است. همچنین نتایج مدل نشان داد که ۶۸/۲ درصد از واریانس شاخص توده بدنی کودک و ۵۵/۲ درصد از واریانس پرخوری هیجانی کودک با استفاده از متغیرهای موجود در مدل تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری:

افزایش قابل توجه شیوع چاقی در دوران کودکی طی چند دهه اخیر، نگرش‌های موجود در مورد چاقی دوران کودکی را تغییر داده است و این موضوع امروزه به‌عنوان یکی از ده معضل مهم مرتبط با تندرستی در سطح جهانی مورد توجه قرار گرفته است (۴۴). چاقی در دوران کودکی و نوجوانی به‌ویژه طی دهه دوم زندگی به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده قوی چاقی بزرگ‌سالی مطرح است (۴۵). بدون مداخله، نوزادان و کودکان دارای اضافه‌وزن در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگ‌سالی نیز به اضافه‌وزن خود خواهند افزود (۴۶). پژوهش‌ها مکرراً نشان داده‌اند، شروع چاقی در دوران کودکی به طیف گسترده‌ای از عوارض جدی سلامت و همچنین مشکلات روانی-اجتماعی می‌انجامد و این موضوع بر اهمیت بررسی بیشتر معضل چاقی کودکان می‌افزاید. در همین راستا، هدف این پژوهش بررسی مدل پیش‌بینی شاخص توده بدنی بر اساس سبک دل‌بستگی مادر، با در نظر گرفتن نقش میانجی پرخوری هیجانی در کودکان دبستانی شهر تهران با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری بود که نتایج آزمون‌های آماری نشان داد مدل مورد بررسی از برازش مطلوب برخوردار بوده است.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی مادر و همچنین پرخوری هیجانی کودک به صورت مستقیم شاخص توده بدنی کودک را پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌ها در مورد چاقی کودکان نقش مهم سبک‌های دل‌بستگی والدین و تأثیر آن‌ها در رشد و توسعه چاقی در کودکان را نشان می‌دهد. والدین کودکانی که دارای وزن طبیعی هستند، در مقایسه با والدین کودکان دارای اضافه‌وزن و چاقی سبک دل‌بستگی ایمن بیشتری دارند (۴۷). پژوهش‌ها نشان داده‌شده دل‌بستگی نایمن هم در مادران و هم در پدران، چاقی کودک را پیش‌بینی می‌کند. همان‌طور که در پیشینه پژوهشی مکرراً به آن اشاره شده است، یک رابطه دل‌بستگی ناسالم می‌تواند به رشد اضافه‌وزن و چاقی کودکان کمک کند. کودکانی که مادران دل‌بسته نایمن دارند، چاقی بیشتری را نشان می‌دهند. به همین ترتیب، دل‌بستگی نایمن پدران با شدت بیشتر مشکل همراه است. همچنین نشان داده‌شده، که دل‌بستگی نایمن و حل‌نشده / آشفته والدین عامل خطر برای سطوح بالاتر مصرف غذا در کودکان هستند (۴۸). در فرالی و رویزمن (۴۹) شیوع سبک دل‌بستگی نایمن در گروه مادران دارای کودکان چاق (۶۶،۶ درصد) در مقایسه با گروه کنترل مادران دارای کودکان با وزن طبیعی (۳۸،۵ درصد) بود. در پژوهش هیپورت، برلین، مارتوکیو و جونز هاردن (۵۰)، اثر مستقیم معناداری از سبک دل‌بستگی مادر بر نمره وزن-قد نوزادان یافت شد. نوزادان در مادرانی که خود

را به عنوان ایمن طبقه بندی کردند، نسبت به نوزادان مادران نایمن (اجتنابی یا مضطرب) نمره وزن - قد کمتری داشتند. حساس بودن مادر در این ارتباط میانجیگری نمی کرد، اما ارتباط مثبتی با نمره وزن - قد نوزاد داشت. فابر و دابی (۲۰۱۵) نشان دادند که دل بستگی نایمن والدین، چه واقعی (پژوهش ۱، کودکان) و چه یادآوری شده (پژوهش ۲، بزرگسالان)، به طور معنادار و مثبت مصرف غذا با کالری بالا در هر دو نمونه را پیش بینی می کند. یافته های این پژوهش نیز بر اهمیت دل بستگی والدین و ارتباط آن با الگوهای غذایی ناسالم در کودکان و بزرگسالان تأکید می کنند. در پژوهش بهرامی، کلی شادی، جعفری و همکاران (۵۱) نیز ارتباط چاقی کودکان با دل بستگی والدین نشان داده شده است. کیفیت دل بستگی تأثیر مستقیمی بر چاقی داشته و همچنین دل بستگی تأثیر مستقیمی بر خودکنترلی و تکانش گری داشته است.

نتایج به دست آمده همچنین نشان داد سبک های دل بستگی به صورت غیرمستقیم با میانجی گری پر خوری هیجانی نیز شاخص توده بدنی کودک را پیش بینی می کنند. در تبیین این یافته می توان اثر سبک دل بستگی بر سلامت روان شناختی و کنترل هیجانات را مدنظر قرارداد. دل بستگی مضطربان (ترس از ترک شدن) با خوردن بازداری نشده در بزرگسالان همراه است و این خوردن بازداری نشده مادر خوردن هیجانی در کودکان ارتباط دارد (۵۲). نتایج پژوهش ها نشان می دهد که آشفتگی در کنترل مواد غذایی، کیفیت رژیم غذایی، برنامه ریزی و سازمان دهی رفتارهای خوردن، عمدتاً در افراد با دل بستگی نایمن رخ می دهد (۵۳). تعدادی از پژوهش ها قبلی به عنوان مثال راکو-بوگدان (۵۴)؛ مایشی و همکاران (۵۵)؛ میکولینسر و شیور (۵۶)؛ سیچانووسکی و همکاران (۵۶) اشاره می کنند که افراد با دل بستگی نایمن استراتژی های تنظیمی منفی را در شرایط استرس زا اعمال می کنند و هیجاناتشان را از طریق خوردن تنظیم می کنند. حالات هیجانی ناشی از تعاملات والد-کودک می تواند بر رفتارهای خوردن تأثیر بگذارد. دل بستگی ایمن والدین منبع در دسترس بودن و حمایت هیجانی کودکان است. دل بستگی ایمن کودک را قادر می سازد احساسات خود را ابراز و تجربه کند. والدین در روابط ایمن در رفتار خود ثابت قدم بوده و نسبت به محرک های برآمده از فرزندانشان حساس هستند، آن ها مجموعه ای از استراتژی های سازگارانه و انعطاف پذیر برای مقابله با موقعیت های جدید و استرس زا دارند؛ بنابراین نیازی به استفاده از غذا برای تنظیم حالات هیجانی والدین و فرزندان نیست (۵۷). والدین با سبک دل بستگی نایمن از نظر هیجانی کودک خود را مورد غفلت قرار می دهند و در واقع احساسات و هیجانات وی را مدیریت نمی کنند به تبع آن کودک نیز مدیریت هیجانات خود را فراموشی می گیرد که نتیجه آن شکل نگرفتن راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانات است که می تواند به شکل پر خوری هیجانی در برخورد با احساسات منفی در کودکان چاق یا دارای اضافه وزن بروز یابد. اگر مادر با نوزاد هماهنگ نباشد و به طور مداوم و مناسب پاسخگوی نیازهای کودک نباشد، ممکن است کودک مفهوم گیج کننده ای از گرسنگی و سیری و به تبع آن رفتارهای خوردن را نامنظم ایجاد کند. علاوه بر آنجا که رابطه سالم نوزاد و مادر باعث رشد رفتارهای تنظیمی سالم می شود، عدم وجود مادر پاسخگو ممکن است منجر به ایجاد تغییرات دائمی در رفتار و فیزیولوژی کودک، در نتیجه خوردن آشفتنه شود (۵۸) انواع مختلفی از مهارت های خودتنظیمی که در چارچوب دل بستگی ایجاد می شوند، مانند تنظیم هیجانی (۵۹)، تنظیم تغذیه و خوردن، کنترل بازدارنده پایین (۶۰) و حساسیت بالا به پاداش (۶۱) که به عنوان عوامل خطر چاقی در کودکان و نوجوانان شناخته شده اند. همسو با این یافته ها در دمن، کریستیانسن و ویلکینسون (۶۲) در پژوهش خود نشان دادند که دل بستگی مضطربان مادر بر پر خوری هیجانی کودکان تأثیر مستقیمی دارد. این یافته ها تأثیر دل بستگی مضطربان مادران را بر گزارش های والدین از رفتارهای خوردن نادرست در کودکان برجسته می کند. در حالی که ممکن است این تأثیر تا حدودی به دلیل استفاده از شیوه های غذا دادن هیجانی باشد، شواهدی قوی تر برای مدل «کودک پاسخگو» وجود دارد که بر اساس آن، مادران دل بسته اضطرابی از این روش های غذا دادن در پاسخ به پر خوری هیجانی در کودک استفاده می کنند. در پژوهش گوسنس، برات، ون دورمه، دکالوو، بوزمنز (۶۳) دل بستگی نایمن پدر، پیش بینی کننده تداوم در پر خوری هیجانی کودکان بود. این شواهدی در مورد ارتباط طولی بین دل بستگی و

آسیب شناسی خوردن و افزایش وزن در نوجوانان را فراهم کرد. علاوه، به نظر می‌رسد که دل‌بستگی مادر و دل‌بستگی پدر به‌طور متفاوت با نگرش‌های خوردن آشفته کودکان و شاخص توده بدنی آن‌ها مرتبط است. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که دل‌بستگی نایمن موجب می‌شود والدین در واکنش به پریشانی کودکان در معرض خطر استفاده از استراتژی‌های منفی تنظیم هیجان قرار گیرند که ممکن است برای محیط میان فردی مربوط به غذا و توسعه رفتارهای اولیه خوردن کودک پیامدهای مهمی داشته باشد (۶۴). در همین راستا مازشی و همکاران (۶۵) نیز نشان دادند، والدین دل‌بسته نایمن ممکن است در پاسخ به پریشانی کودک از استراتژی‌های تنظیم هیجانی منفی استفاده کنند که عواقب مهمی در زمینه‌های بین فردی شامل غذا و رشد رفتارهای خوردن از جمله پرخوری هیجانی کودکان دارد.

نتایج حاصل از این پژوهش همچنین با پژوهش‌های هیورث و همکاران (۶۶)، پاسستک-اولپیکا و همکاران (۶۷)، برگمایر و همکاران (۶۸)، پاور و همکاران (۶۹)، پاول و همکاران (۷۰)، فابر و دابی (۷۱)، لو و همکاران (۷۲)، لازم به ذکر است پژوهشی که تمام متغیرهای این پژوهش را به‌صورت مدل بررسی کرده باشد، یافت نشد.

محدودیت‌های پژوهش:

استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و تکمیل نمونه صرفاً از مراکز تغذیه و سلامت شهر تهران باعث محدود شدن نمونه به آن دسته از کودکانی شد که جهت درمان مراجعه کرده‌اند که این امر تعمیم دهی نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه کرده است؛ بنابراین استفاده از نمونه جامع‌تر و با دامنه وسیع‌تر از کودکان دارای چاقی و اضافه‌وزن و همچنین شرکت دادن پدران در پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود.

کاربرد پژوهش:

یافته‌های این پژوهش اهمیت و ضرورت توجه به متغیرهایی مانند سبک دل‌بستگی مادر و پرخوری هیجانی کودک را به‌عنوان عوامل اثرگذار بر شاخص توده بدنی در کودکان مطرح ساخت. با شناسایی این سازه‌های روان‌شناختی به‌عنوان متغیرهای واسطه‌ای در کودکان می‌توان گامی مؤثر در پیشگیری از پیامدهای نامطلوب چاقی دوران کودکی برداشت. بر اساس یافته‌های این پژوهش، با آگاهی از اهمیت الگوسازی والدین و به‌ویژه مادران در میزان توده بدنی کودکان می‌توان برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر تغییر و اصلاح متغیرهای محیطی به‌خصوص آنچه مرتبط با والدین است، تدوین کرد. پژوهش‌ها بیشتر برای شناسایی دقیق عوامل مرتبط با چاقی کودکان به‌منظور طراحی مداخلات مناسب برای پیشگیری از چاقی کودکان توصیه می‌شود. به‌علاوه یافته‌های این پژوهش می‌تواند در خدمت پژوهش‌های مداخله‌ای قرار گیرد. علاوه بر آن پیشنهاد می‌شود از نتایج پژوهش‌های فوق در برنامه آموزش والدین جهت مداخله در چاقی و اضافه‌وزن کودکان استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی:

پژوهش عبارت بود از ارائه معرفی‌نامه کتبی و کسب اجازه از مسئولین به‌منظور انجام پژوهش، معرفی کردن خود به واحدهای پژوهش و تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در خصوص محرمانه بودن مطالعات و دریافت رضایت‌نامه از افراد موردبررسی و رعایت کردن امانت‌داری و صداقت در بررسی متون و تجزیه و تحلیل مطالعات و عدم ثبت‌نام و نام خانوادگی افراد موردبررسی از موارد مهم رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش بود.

سپاسگزاری:

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند که از تمامی همکاران و شرکت‌کنندگان که ما را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی کنند.

منابع:

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health, 2014 <https://doi.org/10.1177/156482650402500310>
2. Hawkes C, Fanzo J. Nourishing the SDGs: Global nutrition report 2017. Retrieved from: <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/19322/>
3. Sarokhani D, Sarokhani M, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R, Fakhri M. Prevalence of obesity and overweight in Iranian students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. 2020 Apr 28; 33(4): 453-68. doi.org/10.1515/jpem-2019-0474
4. Guo Y, Yin X, Wu H, Chai X, Yang X. Trends in overweight and obesity among children and adolescents in China from 1991 to 2015: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Dec; 16(23): 4656. doi.org/10.3390/ijerph16234656
5. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, Biryukov S, Abbafati C, Abera SF, Abraham JP. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*. 2014 Aug 30; 384(9945): 766-81. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8
6. Sagar R, Gupta T. Psychological aspects of obesity in children and adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2018 Jul; 85: 554-9. doi.org/10.1007/s12098-017-2539-2
7. Danford CA, Schultz CM, Marvicsin D. Parental roles in the development of obesity in children: Challenges and opportunities. *Research and Reports in Biology*. 2015 Apr 13: 39-53. doi.org/10.2147/RRB.S75369
8. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, Burdette HL. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child abuse & neglect*. 2007 Nov 1; 31(11-12): 1187-99. doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.008
9. Krebs NF, Jacobson MS. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003 Aug 1; 112(2): 424-30. doi.org/10.1542/peds.112.2.424
10. Joyce JL, Zimmer-Gembeck MJ. Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite*. 2009 Jun 1; 52(3): 726-34. doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.015
11. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A, Verhulst FC, Tiemeier H. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012 Dec; 9(1): 1-1. doi.org/10.1186/1479-5868-9-130
12. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of pediatric psychology*. 2007 Sep 1; 32(8): 960-72. doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037
13. Kochanska G, Kim S. Early attachment organization with both parents and future behavior problems: From infancy to middle childhood. *Child development*. 2013 Jan; 84(1): 283-96. doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01852.x
14. Perry NB, Calkins SD, Nelson JA, Leerkes EM, Marcovitch S. Mothers' responses to children's negative emotions and child emotion regulation: The moderating role of vagal

suppression. *Developmental psychobiology*. 2012 Jul; 54(5): 503-13. doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01852.x

15. Norona AN, Baker BL. The transactional relationship between parenting and emotion regulation in children with or without developmental delays. *Research in Developmental Disabilities*. 2014 Dec 1; 35(12): 3209-16. doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.048

16. Ricca V, Castellini G, Fioravanti G, Sauro CL, Rotella F, Ravaldi C, Lazzaretti L, Faravelli C. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*. 2012 Apr 1; 53(3): 245-51. doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.062

17. Raspopow K, Matheson K, Abizaid A, Anisman H. Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviors. The role of coping styles as mediators. *Appetite*. 2013 Mar 1; 62: 143-9. doi.org/10.1016/j.appet.2012.11.031

18. Babakhanloo A, Haghayegh SA, Moradi Manesh F, Dehghani A. Emotional Eating and Self-Compassion in People with Obesity: The Mediating Role of Emotional Processing. https://jip.stb.iau.ir/article_679813_bd674288fa65a45907a7562abae38ef3.pdf?lang=en

19. Fischer S, Munsch S. Self-regulation in eating disorders and obesity—implications for treatment. *Verhaltenstherapie*. 2012 Jan 1; 22(3): 158-64. DOI: 10.1159/000341540

20. Khademi Z. The Effect of Positive Psychology on the Human Beings from the Viewpoint of Seligman. *Preventive Counseling*. 2021 Apr 1; 2(1): 58-70. https://jpc.uma.ac.ir/article_1219_0238644cd2851dda7530d1bc5947f91b.pdf

21. Alexander KE, Siegel HI. Perceived hunger mediates the relationship between attachment anxiety and emotional eating. *Eating behaviors*. 2013 Aug 1; 14(3): 374-7. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.02.005

22. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment processes and emotion regulation. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. 2007: 188-218. https://scholar.google.com/scholar?hl=fa&as_sdt=0%2C5&q

23. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*. 2010 Nov; 40(11): 1887-97. doi.org/10.1016/j.biopsy.2010.04.037

24. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events, 1998 <https://psycnet.apa.org/record/1997-36873-005>

25. Maunder RG, Hunter JJ. A prototype-based model of adult attachment for clinicians. *Psychodynamic psychiatry*. 2012 Dec; 40(4): 549-73. doi.org/10.1521/pdps.2012.40.4.549

26. Wilkinson LL, Rowe AC, Bishop RJ, Brunstrom JM. Attachment anxiety, disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity*. 2010 Sep; 34(9): 1442-5. doi.org/10.1038/ijo.2010.72

27. Ganji, M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan Publication; 2019 <https://intjmi.com/article-1-998-en.html>

28. Carper JL, Fisher JO, Birch LL. Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*. 2000 Oct 1; 35(2): 121-9. doi.org/10.1006/appe.2000.0343

29. Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour research and therapy*. 1997 Sep 1; 35(9): 863-73. [doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00045-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00045-4)

30. Zocca JM, Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Columbo KM, Raciti GR, Brady SM, Crocker MK, Ali AH, Matheson BE, Yanovski SZ, Yanovski JA. Links between mothers' and children's disinhibited eating and children's adiposity. *Appetite*. 2011 Apr 1; 56(2): 324-
doi.org/10.1016/j.appet.2010.12.014
31. Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, Gibbons K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013 Dec; 10: 1-0. doi.org/10.1186/1479-5868-10-24
32. Hamburg ME, Finkenauer C, Schuengel C. Food for love: the role of food offering in empathic emotion regulation. *Frontiers in psychology*. 2014 Jan 31; 5: 32. doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00032
33. Tan CC, Holub SC. Emotion regulation feeding practices link parents' emotional eating to children's emotional eating: A moderated mediation study. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015 Aug 1; 40(7) :657-63. doi.org/10.1093/jpepsy/jsv015
34. Orzolek-Kronner C. The effect of attachment theory in the development of eating disorders: can symptoms be proximity-seeking?. *Child and adolescent social work journal*. 2002 Dec; 19: 421-35. doi.org/10.1023/A:1021141612634
35. Anderson SE, Whitaker RC. Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2011 Mar 7; 165(3): 235-42. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.292. PMID: 21383273; PMCID: PMC3086349
36. Anderson SE, Gooze RA, Lemeshow S, Whitaker RC. Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*. 2012 Jan 1; 129(1): 132-40. doi.org/10.1542/peds.2011-0972
37. Bost KK, Wiley AR, Fiese B, Hammons A, McBride B, Strong Kids Team. Associations between adult attachment style, emotion regulation, and preschool children's food consumption. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2014 Jan 1; 35(1): 50-61. DOI: [10.1097/01.DBP.0000439103.29889.18](https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000439103.29889.18)
38. Mazzeschi C, Pazzagli C, Laghezza L, De Giorgi G, Reboldi G, De Feo P. Parental alliance and family functioning in pediatric obesity from both parents' perspectives. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2013 Oct 1; 34(8): 583-8. DOI: [10.1097/DBP.0b013e3182a50a89](https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182a50a89)
39. Tyson N, Frank M. Childhood and adolescent obesity definitions as related to BMI, evaluation and management options. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 2018 Apr 1; 48: 158-64. doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.003
40. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Interpersonal development* 2017; 30: 283-296. Routledge. Doi:[10.4324/9781351153683-17](https://doi.org/10.4324/9781351153683-17)
41. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*. 1990 Apr; 58(4): 644. doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644
42. Mashayekhi N, Mashayekhi S, Ninggal MB. The relationship of youngs primary inconsistent schemas on attachment styles in females students in Isfahan university. InICERI2011 Proceedings; 2011: 6042-6048. IATED. <https://library.iated.org/view/MASHAYEKHI2011REL>

43. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International journal of eating disorders*. 1995 Jul; 18(1): 79-90. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199507\)](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18(1):79-90)
44. Tanofsky-Kraff M, Theim KR, Yanovski SZ, Bassett AM, Burns NP, Ranzenhofer LM, Glasofer DR, Yanovski JA. Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *International Journal of Eating Disorders*. 2007 Apr; 40(3): 232-40. <https://doi.org/10.1002/eat.20362>
45. Khadaee GH, Saeidi M. Increases of obesity and overweight in children: an alarm for parents and policymakers. *Int J Pediatr*. 2016 Apr 28; 4(4): 1591-601. <https://www.researchgate.net/profile/Masumeh-Saeidi/publication/301287536>
46. Strauss RS, Pollack HA. Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. *Jama*. 2001 Dec 12; 286(22): 2845-8. [doi:10.1001/jama.286.22.2845](https://doi.org/10.1001/jama.286.22.2845)
47. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, Biryukov S, Abbafati C, Abera SF, Abraham JP. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*. 2014 Aug 30; 384(9945): 766-81. doi.org/10.2147/RRB.S75369
48. Liberska H, Boniecka K. Attitudes of obese and overweight children's parents. *Journal of Health Sciences*. 2013; 3(13): 396-409. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21417725>
49. Mazzeschi C, Pazzagli C, Laghezza L, Radi G, Battistini D, De Feo P. The role of both parents' attachment pattern in understanding childhood obesity. *Frontiers in psychology*. 2014 Jul 28; 5: 791. doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00791
50. Fraley RC, Roisman GI. The development of adult attachment styles: Four lessons. *Current opinion in psychology*. 2019 Feb 1; 25: 26-30. doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.008
51. Hepworth AD, Berlin LJ, Martoccio TL, Jones Harden B. Maternal attachment style, sensitivity, and infant obesity risk in low-income, Latino families. *Attachment & Human Development*. 2021 Jan 2; 23(1): 75-89. doi.org/10.1080/14616734.2020.1729214
52. Faber A, Dubé L. Parental attachment insecurity predicts child and adult high-caloric food consumption. *Journal of Health Psychology*. 2015 May; 20(5): 511-24. <https://doi.org/10.1177/1359105315573437>
53. Bahrami F, Kelishadi R, Jafari N, Kaveh Z, Isanejad O. Association of children's obesity with the quality of parental-child attachment and psychological variables. *Acta Paediatrica*. 2013 Jul; 102(7): e321-4. doi.org/10.1111/apa.12253
54. Hardman CA, Christiansen P, Wilkinson LL. Using food to soothe: Maternal attachment anxiety is associated with child emotional eating. *Appetite*. 2016 Apr 1; 99: 91-6. doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.017
55. Cichecka-Wilk M. Eating behaviors in children with simple obesity in relation to the results of own research. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*. 2013; 32: 243-75. <https://scholar.google.com/scholar>
56. Raque-Bogdan TL, Ericson SK, Jackson J, Martin HM, Bryan NA. Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *Journal of counseling psychology*. 2011 Apr; 58(2): 272. doi.org/10.1037/a0023041

57. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. 1997 <https://psycnet.apa.org/record/1997-36873-005>
58. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, Simon G, Bush T. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic medicine*. 2004 Sep 1; 66(5): 720-8. DOI: [10.1097/01.psy.0000138125.59122.23](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138125.59122.23)
59. Pasztak-Opilka A, de Jonge R, Zachurzok A, Górnik-Durose ME. Adult attachment styles and mothers' life satisfaction in relation to eating behaviors in the families with overweight and obese children. *Plos one*. 2020 Dec 3; 15(12): e0243448. doi.org/10.1371/journal.pone.0243448
60. Tan CC, Holub SC. Emotion regulation feeding practices link parents' emotional eating to children's emotional eating: A moderated mediation study. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015 Aug 1; 40(7): 657-63. doi.org/10.1093/jpepsy/jsv015
61. Graziano PA, Calkins SD, Keane SP. Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International journal of obesity*. 2010 Apr; 34(4): 633-41. doi.org/10.1038/ijo.2009.288
62. Francis LA, Susman EJ. Self-regulation and rapid weight gain in children from age 3 to 12 years. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2009 Apr 6; 163(4): 297-302. [doi:10.1001/archpediatrics.2008.579](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.579)
63. Hardman CA, Christiansen P, Wilkinson LL. Using food to soothe: Maternal attachment anxiety is associated with child emotional eating. *Appetite*. 2016 Apr 1; 99: 91-6. doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.017
64. Goossens L, Braet C, Van Durme K, Decaluwé V, Bosmans G. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012 Jul 1; 41(4): 445-57. doi.org/10.1080/15374416.2012.660690
65. Bost KK, Wiley AR, Fiese B, Hammons A, McBride B, Strong Kids Team. Associations between adult attachment style, emotion regulation, and preschool children's food consumption. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2014 Jan 1; 35(1): 50-61. DOI: [10.1097/01.DBP.0000439103.29889.18](https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000439103.29889.18)
67. Mazzeschi C, Pazzagli C, Laghezza L, Radi G, Battistini D, De Feo P. The role of both parents' attachment pattern in understanding childhood obesity. *Frontiers in psychology*. 2014 Jul 28; 5: 791. doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00791
68. Hepworth AD, Berlin LJ, Martoccio TL, Jones Harden B. Maternal attachment style, sensitivity, and infant obesity risk in low-income, Latino families. *Attachment & Human Development*. 2021 Jan 2; 23(1): 75-89. doi.org/10.1080/14616734.2020.1729214
69. Pasztak-Opilka A, de Jonge R, Zachurzok A, Górnik-Durose ME. Adult attachment styles and mothers' life satisfaction in relation to eating behaviors in the families with overweight and obese children. *Plos one*. 2020 Dec 3; 15(12): e0243448. doi.org/10.1371/journal.pone.0243448

70. Bergmeier H, Paxton SJ, Milgrom J, Anderson SE, Baur L, Hill B, Lim S, Green R, Skouteris H. Early mother-child dyadic pathways to childhood obesity risk: A conceptual model. *Appetite*. 2020 Jan 1; 144: 104459. doi.org/10.1016/j.appet.2019.104459
71. Power TG, Hidalgo-Mendez J, Fisher JO, O'Connor TM, Micheli N, Hughes SO. Obesity risk in Hispanic children: bidirectional associations between child eating behavior and child weight status over time. *Eating behaviors*. 2020 Jan 1; 36: 101366. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101366