

# عادت‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی و سبک‌های دلبستگی در دختران فربه

## Eating Habits of Early Years of Life and Attachment Styles Among Obese Girls

Roya Kazemi  
MA in Clinical Psychology

Shaghayegh Zahraie, PhD  
Alzahra University

شقایق زهرایی  
استادیار دانشگاه الزهرا (س)

رویا کاظمی  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

Gholamreza Dehshiri, PhD  
Alzahra University

غلامرضا دهشیری  
استادیار دانشگاه الزهرا (س)

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه عادت‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی و سبک‌های دلبستگی دو گروه از دختران چاق و دارای وزن عادی ۹ تا ۱۱ سال بود. بدین منظور ۱۵۰ دانش‌آموز چاق و ۱۵۰ دانش‌آموز دارای وزن عادی ساکن شهرستان رفسنجان با استفاده از روش نمونه‌برداری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه روش‌های جامع تغذیه شدن (ماشر-ایزنمن، ۲۰۰۷) و سیاهه دلبستگی به والدین (گالون و رابینسون، ۲۰۰۵) پاسخ دادند. نتایج آزمون t مستقل نشان داد در زیرمقیاس‌های روش‌های تغذیه شدن (مانند استقلال عمل کودک، نظم‌جویی هیجانی با مواد غذایی، تشویق به تعادل و تنوع، استفاده از غذا به عنوان پاداش، مشارکت کودک در برنامه‌ریزی غذایی، اجبار به خوردن، ایجاد محدودیت با هدف سلامتی و با هدف کنترل وزن) بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. بین سبک‌های دلبستگی دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. همچنین نتایج، تفاوت میان وزن هنگام تولد دو گروه و شاخص توده بدنی بیشتر والدین گروه دختران چاق را نشان داد. یافته‌های این پژوهش در شناخت علل چاقی دوران کودکی، پیشگیری از چاقی و طراحی مداخله برای درمان آن کاربرد دارد و می‌توان با آموزش‌های مناسب برخی از عادت‌های غذایی را در بستر فرهنگ تعدیل کرد.

**واژه‌های کلیدی:** عادت‌های غذایی، سال‌های اولیه زندگی، سبک‌های دلبستگی، چاقی

### Abstract

The aim of current study was to compare eating habits of early years of life and attachment styles of obese girls with normal weight girls. One hundred and fifty students with normal weight and 150 obese students were selected from Rafsanjan, Iran using purposive sampling method. The participants' age range was between 9 and 11 years. The participants completed the Demographic Questionnaire, the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (Musher-Eizenman, 2007), and the Inventory of Parent Attachment (Gullone & Robinson, 2005). The results of independent-samples t test indicated significant differences between the two groups in scores of the Feeding Practices subscales (such as child control, emotion regulation with food, encourage balance/ variety, food as a reward, involvement, pressure to eat, restriction for health, restriction for weight). No differences were found between the groups in the scores of attachment styles. The two groups had different birth weight. The obese girls' parents had higher BMI than normal girls' parents. The findings can be used in understanding childhood obesity, obesity prevention, and designing therapeutic interventions. The findings suggested that certain eating habit can be modified through culturally appropriate training.

**Keywords:** eating habits, early years of life, attachment styles, obesity

received: 31 December 2016

accepted: 11 May 2017

Contact information: kazemi.roya1991@gmail.com

دریافت: ۹۵/۱۰/۱۱

پذیرش: ۹۶/۲/۲۱

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است.

## مقدمه

اولین مسیری که کودک با والد خود به ویژه مادر ارتباط برقرار می‌کند، تغذیه شدن است. این ارتباط پایه‌ای برای تعامل با دنیای بیرون و کنش فرد در زندگی می‌شود. روش‌های تغذیه کردن کودک که در ارتباط با والدین شکل می‌گیرد می‌تواند اثرات درازمدتی داشته باشد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها تأثیر بر چاقی است.

چاقی یک بیماری مزمن است که با چربی بیش از حد در بدن مشخص می‌شود (سادوک<sup>۱</sup>، سادوک<sup>۲</sup> و روئیز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵/۱۳۹۴). تعاریف و طبقه‌بندی‌های متعددی برای چاقی وجود دارند، ولی مهم‌ترین طبقه‌بندی قابل قبول سازمان بهداشت جهانی برای تعریف چاقی بر اساس شاخص توده بدنی<sup>۴</sup> است. این شاخص از تقسیم وزن فرد برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر به دست می‌آید. این شاخص برای محاسبه شاخص توده بدنی کودکان نیز مفید است، با این تفاوت که برای کودکان در نظر گرفتن سن نیز ضروری است (فرزانه، حسینی، واحدی و حمزه، ۱۳۹۲). چاقی با اختلال‌های جسمانی و روانی زیادی از جمله بیماری‌های کلیوی، نارسایی‌های قلبی، دیابت، اضطراب، افسردگی، وابستگی، حرمت خود پایین و... همراه است (سلحشور، ۱۳۹۰؛ درستی‌مطلق، نورعلئی، صدرزاده‌یگانه، حسینی و کریمی، ۱۳۹۴؛ باری و پتری، ۲۰۰۹).

اگرچه پژوهش‌ها، وزن هنگام تولد و داشتن والدین چاق را از عوامل مهم چاقی می‌دانند (میرسلیمانی، مختاری‌لاکه، میرهادیان و کاظم‌نژاد، ۱۳۹۴؛ اثنی‌عشری، شفیعیان و ترکاشوند، ۱۳۹۴؛ طاهری، کاظمی، انصاری‌نژاد و شریف‌زاده، ۱۳۹۳؛ محمودی، تاج‌الدینی، رنجبر و مقیمی‌دهکردی، ۱۳۹۳؛ ابراهیم‌زاده، کلانتری و ابدی، ۱۳۹۱؛ سلکی، صالحی و جمشیدی، ۱۳۹۱؛ کربندی، عشقی‌زاده، آقامحمدیان، ابراهیم‌زاده و صفریان، ۱۳۸۹؛ بایگی، طباطبایی، درستی‌مطلق و اشراقیان، ۱۳۸۸؛ کلانتری، شناور، رشیدخانی، هوشیارراد، نصیحت‌کن و عبدالله‌زاده، ۱۳۸۳)، اما امروزه به دلیل تغییر شیوه زندگی، مدرنیزه شدن و توسعه شهرنشینی، تغییر در شیوه تغذیه‌ای رخ داده است، به طوری که مصرف غذاهای چرب و پرکربوهیدرات و در کنار آن کم‌حرکی، باعث شیوع چاقی شده که یکی از

مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی در جوامع صنعتی و در حال توسعه است (یاحی، صمدانیان، حسینی و آزادبخت، ۱۳۹۲).

علاوه بر عوامل اجتماعی و فرهنگی، تجربه‌ها و عادات‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی نقش مهم و اساسی در تغذیه سال‌های بعدی زندگی دارد (مثلاً، ۲۰۱۲). در اولین سال‌های زندگی، خانه و والدین بخش اعظمی از محیط کودک را شکل می‌دهند. در وهله اول بیشتر تجربه‌های کودکان از طریق تعامل با خانواده به‌دست می‌آید. برای مثال، والدین محیط با هم خوردن را فراهم می‌کنند که چگونگی غذا خوردن و عادات‌های تغذیه سالم و ناسالم در آن رشد می‌کند. تنوع غذایی، کمیت و کیفیت غذاها، محیط‌های فیزیکی و هیجانی که غذا خوردن در آن‌ها صورت می‌گیرد، شکل‌دهی ترجیح‌های غذایی کودک و ایجاد نظم در مصرف غذا، از مواردی است که در سال‌های اولیه زندگی کودک، در خانواده آموزش داده می‌شود (جنسن، ۲۰۱۳). این تجارب، عادات‌های غذایی و وزن فرد را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد (ایزنمن و هولوب، ۲۰۰۷). پژوهش لارسن و دیگران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد شیوه‌های تغذیه کردن والدین یک منبع مهم است که بر شاخص توده بدنی کودکان تأثیر می‌گذارد. گریش و منلا (۲۰۱۶) نیز نشان داده‌اند که مواجهه کودک با طعم‌های گوناگون، پذیرش غذاهای جدید را آسان‌تر و قابل قبول‌تر می‌کند. در برخی پژوهش‌ها بیان شده است که کودک‌محوری شیوه تغذیه، باعث افزایش شاخص توده بدنی کودک می‌شود (هابس‌تیت و دیگران، ۲۰۱۴؛ براون، اگدن، وگل و گیستون، ۲۰۰۸؛ هیوز و دیگران، ۲۰۰۶). در حالی که برخی دیگر از پژوهش‌ها آن را مطلوب می‌دانند و معتقدند با شاخص توده بدنی مطلوب و کمتر کودک همراه است (تسچان و دیگران، ۲۰۱۳؛ جوهانسن، جوهانسن و اسپکر، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد استفاده وسیله‌ای از غذا یعنی به عنوان پاداش یا پیشنهاد غذا هنگامی که فرد ناراحت است با خوردن هیجانی و در نتیجه افزایش وزن همراه است (تان و هولوب، ۲۰۱۵؛ برادن و دیگران، ۲۰۱۴؛ راجرز و دیگران، ۲۰۱۳؛ ماسرایزنمن، هولوب، هاسر و یونگ، ۲۰۰۷؛ کچویی، مرادی، کاظمی و قنبری، ۱۳۹۵؛ خدابخش و کیانی، ۱۳۹۴؛ میرزامحمدعلائینی، علیپور،

افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، هر دو جنبه از سبک‌های دلبستگی ناایمن را به صورت نادیده گرفتن نیازها (اجتنابی)<sup>۲</sup> یا به صورت افراطی بیان کردن نیازهای خود (آشفته)<sup>۳</sup> نشان می‌دهند. گرسنگی، تهدیدکننده زندگی و چاقی و پرخوری، نمادی از این نادیده‌گرفتن یا بیان کردن افراطی نیازهای این افراد است (چستر، ۱۹۹۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد برخی افراد از غذا به عنوان وسیله‌ای برای نظم‌جویی هیجان<sup>۴</sup> استفاده می‌کنند، که دلیل این امر تجربه‌های اولیه دوره کودکی، به ویژه روابط بین‌فردی نامناسب و سخت است (باکرود<sup>۵</sup> و رادر<sup>۶</sup> ۲۰۰۸ نقل از استاپلتون و ماکای، ۲۰۱۴). در واقع، خوردن هیجانی اغلب با رابطه قوی بین غذا و خاطرات اجتماعی و مشکلات بین‌فردی مشخص می‌شود که می‌تواند به عنوان یک منبع تنیدگی، خوردن هیجانی را آغاز کند (استاپلتون و ماکای، ۲۰۱۴). بارتلمو و هوروتیز (۱۹۹۱) چهار سبک دلبستگی را معرفی کرده‌اند: ایمن<sup>۷</sup>، دل‌مشغول<sup>۸</sup>، انفصالی<sup>۹</sup> و ترس‌آگین<sup>۱۰</sup> که در آن دلبستگی، محصول بازنمایی‌های ذهنی مثبت یا منفی فرد از خود و دیگران است. همسو با این مدل، پژوهش‌ها نشان می‌دهد سبک دلبستگی ترس‌آگین با اختلال پرخوری<sup>۱۱</sup> و دیگر اختلال‌های خوردن ارتباط دارد (پیس، کاکوپو و اسپچیمتی، ۲۰۱۲). سبک دلبستگی دل‌مشغول که در آن فرد دیدگاه منفی به خود و دیدگاه مثبت به دیگران دارد، از راهبردهای مقابله‌ای فعل‌پذیر<sup>۱۲</sup> مانند خوردن غذا در شرایط هیجانی استفاده می‌کند. پژوهش‌های زیادی از ارتباط معنادار سبک دلبستگی دل‌مشغول با اختلال‌های خوردن حمایت می‌کند (مالین‌کروت، ۲۰۱۰). همچنین پژوهش‌های نشان داده‌اند که در مقایسه با افراد دارای سبک دلبستگی ایمن و انفصالی، افراد با سبک دلبستگی دل‌مشغول تمایل بیشتری برای چاق شدن دارند (استاپلتون و ماکای، ۲۰۱۴). نتیجه مطالعات طولی، بیانگر آن است که در مسیر تحول کودکان با دلبستگی ناایمن در مقایسه با کودکان با دلبستگی ایمن یک و نیم برابر بیشتر دچار چاقی می‌شوند (آندرسون و ویتاگر، ۲۰۱۱). اکثر پژوهش‌ها رابطه بین دلبستگی ناایمن و وضعیت نامطلوب وزن را تأیید می‌کنند (پیس و دیگران، ۲۰۱۱؛

نوربالا و آگاه‌هریس، ۱۳۹۲). شواهد تجربی نشان می‌دهد که استفاده از شیوه‌های بازدارنده و مهارگر در تغذیه کودک منجر به نتیجه معکوس می‌شود، به عبارت دیگر، اجبار به خوردن باعث شاخص توده بدنی کمتر و ایجاد محدودیت در خوردن منجر به افزایش آن در کودک می‌شود (شلویم، ادلسون، مارتین و هترینگتون، ۲۰۱۵؛ فیلدز، جارسولد، لیلیان، واردل و فیشر، ۲۰۱۵؛ دانفورد، شولتز و مارویکسین، ۲۰۱۵؛ جانسن و دیگران، ۲۰۱۴؛ هزارد، ویلیامز، داوسون، اسکیدمور و تیلور، ۲۰۱۳؛ گابل و دیگران، ۲۰۱۱؛ ونتورا و برج، ۲۰۰۸؛ بلیست و هایکرانت، ۲۰۰۸؛ واردل و کارنل، ۲۰۰۷؛ ماسر-ایزنمن و دیگران، ۲۰۰۷) و پژوهش‌های اندکی هم استفاده از شیوه‌های بازدارنده را مناسب می‌دانند (سود، تامایو، فیت و کلر، ۲۰۱۰). پژوهش براون و لی (۲۰۱۱) نشان می‌دهد استفاده از شیوه مهارگری در تغذیه کودک به دلیل نگرانی از کنترل وزن کودک است. از آنجا که منشأ چاقی دوران کودکی به دوران قبل از مدرسه برمی‌گردد، بررسی عواملی مرتبط با تغذیه در این دوره ضروری به نظر می‌رسد، زیرا ایجاد عادت‌های غذایی اولیه سالم در زندگی، یک راهبرد مهم برای مبارزه با چاقی است (لو، چونگ، لی، تام و کیونگ، ۲۰۱۵). در سال‌های اولیه زندگی بخش قابل توجهی از ارتباط بین کودک و مادر از طریق خوردن شکل می‌گیرد و بر اساس برخی نظریه‌های روان‌شناختی، کیفیت رابطه مادر و کودک تأثیر بسزایی در سلامت روانی دارد (زاچریسون و اسکرودو، ۲۰۱۰). در این زمینه نظریه دلبستگی بالبی مورد توجه متخصصان بالینی قرار گرفته است. بالبی، دلبستگی را فرایند برقراری و حفظ رابطه عاطفی کودک با والدینش تعریف می‌کند که در کودک احساس امنیت ایجاد می‌کند و مبنایی پایدار برای یادگیری در اختیار او قرار می‌دهد (بشارت، جباری و سعادت، ۱۳۹۵). این نظریه در مورد آغاز اختلال‌های خوردن<sup>۱</sup> و پایداری آن‌ها چشم‌انداز عمیقی را نشان می‌دهد و بیان می‌کند دلبستگی ناایمن در بروز و پایداری اختلال‌های خوردن نقش مهمی بازی می‌کند، زیرا افراد دارای این اختلال‌ها اغلب رابطه ضعیفی با موضوع اولیه دلبستگی‌شان دارند و شواهد زیادی از دلبستگی ناایمن را گزارش می‌کنند (بهزادی‌پور، پاکدامن و بشارت، ۱۳۸۹). همچنین به نظر می‌رسد

- |                     |                       |                |                               |
|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------|
| 1. eating disorders | 4. emotion regulation | 7. securely    | 10. fearful                   |
| 2. avoidant         | 5. Bukervod, J.       | 8. preoccupied | 11. binge eating              |
| 3. disorganized     | 6. Rother, S.         | 9. dismissing  | 12. passive coping strategies |

ویلیکینسون، راو، بیشاپ و برنستروم، ۲۰۱۰؛ ارزولک-کرونر، ۲۰۰۴؛ چاسلر، ۱۹۹۷؛ فینی و ریان، ۱۹۹۴؛ بشارت، شجاعی، کیامنش و امیری، ۱۳۹۳؛ داماندزاد، علی‌پور و زارع، ۱۳۹۲؛ زینالی، مظاهری، صادقی و جباری، ۱۳۹۰؛ بهزادی‌پور و دیگران، ۱۳۸۹)، اما برخی پژوهش‌ها بیانگر عدم ارتباط بین این دو مقوله هستند (محمدصادقی، احمدزاده‌اصل، محمدصادقی، قنبری‌جلفایی و نوحه‌سرا، ۱۳۹۴؛ اشرافی، ۱۳۹۳؛ مدنی، ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه چاقی کودکان در حال افزایش است و اکثر والدین کودکان چاق، وزن فرزند خود را بهنجار تلقی می‌کنند و درک درستی از چاق بودن فرزندشان ندارند (نعمت‌طاوسی، ۱۳۸۸) و از آنجا که چاقی دوران کودکی در بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کند و با اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی زیادی همراه است و دوره کودکی برای مبارزه و پیشگیری از چاقی و ایجاد عادات‌های غذایی مطلوب از مهم‌ترین دوره‌ها محسوب می‌شود، انجام پژوهش به منظور شناخت عادات‌های غذایی سالم و آموزش این عادت‌ها به مادران، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف این پژوهش مقایسه عادات‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی و سبک‌های دلبستگی دختران چاق و دارای وزن عادی بود. بدین منظور فرضیه‌های زیر آزمون شدند:

- ۱- بین عادات‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی دختران چاق و دارای وزن عادی تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین سبک دلبستگی دختران چاق و دارای وزن عادی تفاوت وجود دارد.
- ۳- وزن هنگام تولد دختران چاق بیش از دختران دارای وزن عادی است.
- ۴- شاخص توده بدنی والدین دختران چاق بیش از والدین دختران دارای وزن عادی است.

## روش

روش این پژوهش پس‌رویدادی و از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کل دانش‌آموزان دختر ۹ تا ۱۱ سال شهرستان رفسنجان در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. برای

انتخاب نمونه با روش نمونه‌برداری هدفمند به مدارس دخترانه شهری مراجعه شد و با بررسی دفترچه سلامت دانش‌آموزان، فقط ۱۵۰ دانش‌آموز چاق واجد ملاک ورود به پژوهش بودند. بر این اساس ۱۵۰ دانش‌آموز با وزن عادی نیز به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. روش اجرا برای همه افراد نمونه یکسان بود. پس از کسب رضایت برای شرکت در پژوهش، قد و وزن آزمودنی‌ها اندازه‌گیری شد. سپس بر اساس نمودار نمره‌های Z سن مربوط به شاخص توده بدنی سازمان بهداشت جهانی، نمره Z بزرگ‌تر از ۲ برای طبقه‌بندی چاقی و نمره Z بین ۱- و ۰+ برای طبقه‌بندی وزن نرمال مورد استفاده قرار گرفت. برای سنجش روش‌های تغذیه شدن دوران کودکی از پرسشنامه‌ای استفاده شد که مادران باید آن را تکمیل می‌کردند. داشتن بیماری جسمی مانند تیروئید، تک‌والدی و فرزند طلاق بودن از ملاک‌های حذف افراد از پژوهش بود. میانگین سنی گروه با وزن عادی ۹/۶۴ و گروه چاق ۹/۸۸ بود. میانگین شاخص توده بدنی کودکان در گروه با وزن عادی، ۱۶/۴۸ و در گروه چاق، ۲۵/۲۹ بود. میانگین شاخص توده بدنی مادران گروه با وزن عادی، ۲۶/۳۴ و مادران گروه چاق، ۲۸/۹۰ بود. همچنین میانگین شاخص توده بدنی پدران گروه با وزن عادی، ۲۵/۳۷ و پدران گروه چاق، ۲۷/۴۲ بود.

برای ارزشیابی عادات‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی و سبک‌های دلبستگی ابزارهای زیر به کار گرفته شد:

**پرسشنامه روش‌های جامع تغذیه کردن<sup>۱</sup>** (ماشر-ایزنمن و دیگران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه خودگزارش‌دهی که برای سنجش جنبه‌های مختلف روش‌های تغذیه کردن کودک به کار می‌رود شامل ۴۶ ماده و ۱۲ زیرمقیاس است و اطلاعات مربوط به استقلال عمل کودک<sup>۲</sup> (۴ ماده)، تنظیم عواطف با مواد غذایی<sup>۳</sup> (۳ ماده)، تشویق به تعادل و تنوع<sup>۴</sup> (۴ ماده)، کنترل محیط<sup>۵</sup> (۳ ماده)، استفاده از غذا به عنوان پاداش<sup>۶</sup> (۳ ماده) مشارکت کودک در برنامه‌ریزی غذایی<sup>۷</sup> (۳ ماده)، الگوسازی<sup>۸</sup> (۴ ماده)، نظارت<sup>۹</sup> (۴ ماده)، اجبار به خوردن<sup>۱۰</sup> (۴ ماده)، محدودیت با هدف سلامتی<sup>۱۱</sup> (۴ ماده)، محدودیت با هدف کنترل وزن<sup>۱۲</sup> (۷ ماده) و آموزش تغذیه مناسب<sup>۱۳</sup> (۳ ماده) را جمع‌آوری می‌کند. برای تعیین

1. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire  
2. child authority  
3. emotion regulation with food  
4. encourage balance and variety  
5. environment

6. using food as reward  
7. involvement  
8. modeling  
9. monitoring  
10. pressure to eat

11. restriction for health  
12. restriction for weight control  
13. teaching about nutrition

برای نمره‌گذاری از لیکرت ۳ درجه‌ای (هرگز درست نیست=۱ و همیشه درست است=۳) استفاده شد (منانی، ۱۳۸۸). گالون و رایبسون (۲۰۰۵) اعتبار این ابزار را با استفاده از نمونه‌ای ۱۱۸ نفری از افراد ۹ تا ۱۱ سال در زیرمقیاس والدین، ۰/۹۳ و در زیرمقیاس همسالان، ۰/۸۶ به دست آوردند (ناصری محمدآبادی و دیگران، ۱۳۹۱). گالون و رایبسون (۲۰۰۵) همچنین آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های اعتماد به والدین، ارتباط با والدین و بیگانگی از والدین را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آوردند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس دلبستگی نسبت به گروه همسالان نیز محاسبه شد و مقدار آن برای زیرمقیاس اعتماد ۰/۸۶، زیرمقیاس ارتباط ۰/۸۶ و زیرمقیاس بیگانگی ۰/۶۸ به دست آمد. این مقادیر همسانی درونی مناسب هر زیرمقیاس را نشان می‌دهد. همچنین رایبسون و گالون (۲۰۰۵) روایی این ابزار را مطلوب گزارش کرده‌اند. برای مثال، این سیاهه دارای روایی همگرایی بالا با ابزار پیوند والدینی پارکر<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) نقل از رضوان، (۱۳۹۰) است. ناصری محمدآبادی و دیگران (۱۳۹۱) این ابزار را در جامعه ایرانی هنجار کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که اعتبار این سیاهه در اکثر زیرمقیاس‌ها و همچنین در کل مقیاس در حد مطلوب است؛ اعتبار دلبستگی به والدین، ۰/۷۲ و زیرمقیاس‌های اعتماد به والدین، ارتباط با والدین و بیگانگی از والدین، به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۶۹، دلبستگی به همسالان ۰/۹۴، زیرمقیاس‌های اعتماد به همسالان، ارتباط با همسالان و بیگانگی از همسالان به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۴۲ بود. در این پژوهش مقدار اعتبار کل سیاهه ۰/۵۶ و زیرمقیاس‌های اعتماد به والدین، ارتباط با والدین و بیگانگی از والدین، به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۰ و ۰/۶۳ به دست آمد. داده‌های این پژوهش با آزمون t مستقل تحلیل شد.

### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه عادت‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی دختران چاق و دارای وزن عادی ارائه شده است.

نمره‌های مربوط به هر ماده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده می‌شود و دامنه نمره هر ماده از ۱ تا ۵ (=۱=هرگز و ۵=همیشه) است (غلامعلی‌زاده، انتظاری، حسن‌زاده، پاکنهاد و دعایی، ۱۳۹۳). ماسر-ایزنمن و دیگران (۲۰۰۷) این پرسشنامه را برای کودکان ۱۸ ماه تا ۸ سال اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱-۰/۵۸ را برای زیرمقیاس‌های این ابزار به دست آوردند.

دعائی و دیگران (۱۳۹۰) این پرسشنامه را برای کودکان ۳ تا ۶ سال ایرانی هنجاریابی کردند. آن‌ها اعتبار این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و از طریق ضریب همبستگی درونی بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ به دست آوردند. همچنین دعائی و دیگران (۱۳۹۰) روایی محتوای این پرسشنامه را به شکل کمی و با استفاده از ضریب نسبی روایی محتوا<sup>۱</sup> به دست آوردند و مقدار آن را به استثنای ماده‌های ۲، ۱۶ و ۴۶، ۰/۶ تا ۱ گزارش کردند. در این پژوهش برای تعیین اعتبار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، و ضریب ۰/۷۴ برای کل پرسشنامه به دست آمد.

### سیاهه تجدیدنظر شده دلبستگی نسبت به والدین و

گروه همسالان در کودکان<sup>۲</sup> (گالون و رایبسون، ۲۰۰۵). نسخه اولیه این سیاهه توسط آرمسدن<sup>۳</sup> و گرین‌برگ<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) نقل از رضوان، (۱۳۹۰) برای ارزیابی ابعاد شناختی و عواطف مثبت و منفی نوجوانان نسبت به والدین و گروه همسالان تدوین شد. گالون و رایبسون (۲۰۰۵) نسخه تجدیدنظرشده این سیاهه را طراحی کردند تا ابعاد دلبستگی را در کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۵ سال اندازه‌گیری کنند. این سیاهه شامل دو مقیاس دلبستگی به والدین<sup>۵</sup> (۲۸ ماده) و دلبستگی به گروه همسالان<sup>۶</sup> (۲۰ ماده) است. در هر بخش از آن ماده‌هایی وجود دارد که دلبستگی را در سه زیرمقیاس اعتماد<sup>۷</sup>، ارتباط<sup>۸</sup> و بیگانگی<sup>۹</sup> بررسی می‌کند. مقیاس اعتماد، میزان فهم متقابل و احترام در رابطه دلبستگی، مقیاس ارتباط مبادلات کلامی و مقیاس بیگانگی احساس خشم و بیگانگی درون‌فردی در روابط دلبستگی را می‌سنجد (ناصری محمدآبادی، عسکری، بهرامی، صادق و عابدی، ۱۳۹۱). در این پژوهش فقط قسمت دلبستگی به والدین این سیاهه مورد استفاده قرار گرفت.

1. Content Validity Ratio (CVR)

2. Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised for Children (IPPA-R)

3. Aemsdn, G. C.

4. Greenberg, M. T.

5. parent attachment

6. peer attachment

7. trust

8. communication

9. alienation

10. Parental Bonding Instrument

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه عادات‌های غذایی

| متغیر                         | چاق    |      | وزن عادی |       |
|-------------------------------|--------|------|----------|-------|
|                               | SD     | M    | SD       | M     |
| استقلال عمل                   | ۲/۴۴*  | ۲/۸۳ | ۲/۶۵     | ۱۳/۲۶ |
| نظم‌جویی هیجان با مواد غذایی  | ۲/۸۹*  | ۲/۳۰ | ۲/۳۳     | ۷/۵۵  |
| تشویق به تعادل و تنوع         | ۲/۲۶** | ۱/۹۵ | ۱/۷۵     | ۱۸/۲۸ |
| کنترل محیط                    | ۰/۴۵   | ۱/۶۲ | ۱/۶۲     | ۱۳/۶۰ |
| استفاده از غذا به عنوان پاداش | ۲/۰۱** | ۳/۱۶ | ۲/۷۴     | ۹/۸۵  |
| مشارکت در برنامه‌ریزی غذایی   | ۱/۹۸** | ۲/۲۰ | ۱/۹۰     | ۱۳/۰۸ |
| الگوبرداری                    | -۰/۳۹  | ۱/۸۷ | ۱/۹۷     | ۱۸/۲۶ |
| نظارت                         | ۰/۹۹   | ۳/۴۳ | ۲/۹۹     | ۱۶/۴۱ |
| اجبار به خوردن                | ۵*     | ۴/۱۵ | ۴/۳۴     | ۱۰/۴۱ |
| محدودیت با هدف سلامتی         | -۶/۰۷* | ۳/۱۲ | ۳/۵۴     | ۱۳/۸۵ |
| محدودیت با هدف کنترل وزن      | -۹/۹۷* | ۴/۸۱ | ۷/۱۳     | ۲۲/۳۸ |
| آموزش تغذیه مناسب             | ۱/۶۲   | ۱/۷۸ | ۱/۹۳     | ۱۲/۹۲ |

\* $P < .01$  \*\* $P < .05$

محدودیت با هدف کنترل وزن ( $t_{(298)} = -9.97$  و  $P < .001$ ) تفاوت معنادار با یکدیگر دارند اما بین متغیرهای کنترل محیط، الگوبرداری، نظارت و آموزش تغذیه مناسب تفاوت معنادار مشاهده نشد.

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه سبک‌های دلبستگی دختران چاق و دارای وزن عادی ارائه شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین دو گروه در استقلال عمل ( $t_{(298)} = 2.44$  و  $P < .01$ )، نظم‌جویی هیجانی با مواد غذایی ( $t_{(298)} = 2.89$  و  $P = .01$ )، تشویق به تعادل و تنوع ( $t_{(298)} = 2.26$  و  $P < .02$ )، استفاده از غذا به عنوان پاداش ( $t_{(298)} = 2.01$  و  $P < .04$ )، مشارکت در برنامه غذایی ( $t_{(298)} = 1.98$  و  $P < .001$ )، اجبار به خوردن ( $t_{(298)} = 5$  و  $P < .001$ )، محدودیت با هدف سلامتی ( $t_{(298)} = -6.07$  و  $P < .001$ ) و

جدول ۲

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه سبک‌های دلبستگی

| متغیر             | چاق   |      | وزن عادی |       |
|-------------------|-------|------|----------|-------|
|                   | SD    | M    | SD       | M     |
| اعتماد            | ۱/۴۷  | ۲/۴۴ | ۲/۵۰     | ۲۷/۵۷ |
| ارتباط            | ۰/۷۹  | ۲/۵۷ | ۲/۵۴     | ۲۶/۸۳ |
| بیبانگی از والدین | -۰/۳۱ | ۲/۹۵ | ۲/۸۹     | ۱۱/۷۰ |

در جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون t مستقل برای مقایسه وزن هنگام تولد و شاخص توده بدنی والدین دختران چاق و دارای وزن عادی ارائه شده است.

در جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین میانگین نمره دلبستگی گروه دارای وزن عادی و گروه چاق تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۳

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه وزن هنگام تولد و شاخص توده بدنی والدین

| متغیر               | چاق    |      | دارای وزن عادی |      |
|---------------------|--------|------|----------------|------|
|                     | SD     | M    | SD             | M    |
| وزن هنگام تولد      | -۲/۶۷* | ۰/۵۴ | ۳/۲۸           | ۰/۵۷ |
| شاخص توده بدنی مادر | -۳/۹۷* | ۵/۴۷ | ۲۸/۸۹          | ۵/۰۱ |
| شاخص توده بدنی پدر  | -۲/۹۶* | ۵/۳۴ | ۲۷/۴۲          | ۵/۶۱ |

\* $P < .01$

سیری و گرسنگی درونی سوق می‌دهد و در نتیجه میزان شاخص توده بدنی بهنجار خواهد بود. وقتی کودک استقلال عمل داشته باشد و در برنامه‌ریزی‌ها مشارکت کند، مسئولیت‌پذیری می‌شود؛ این مسئولیت‌پذیری دارای دو جنبه درونی و بیرونی است. یکی از جنبه‌های مسئولیت‌پذیری درونی، توجه به بدن خود و برآوردن نیازهای آن است. در واقع، کودکی که نسبت به بدن خود مسئولیت‌پذیر است، به نشانه‌های سیری و گرسنگی توجه می‌کند و نیازهایش را برطرف می‌سازد. علاوه بر این، می‌توان گفت دادن استقلال عمل با استقلال بیشتر و مهار با وابستگی بیشتری همراه است. دادن استقلال عمل به کودک و مهار او در سال‌های اولیه بیشتر در حیطه تغذیه کردن کودک مشاهده می‌شود و ویژگی‌های شخصیت وابسته در افراد چاق بیشتر است (باری و پتری، ۲۰۰۹)، بنابراین استقلال عمل بیشتر موجب می‌شود فرد کارآمدی بیشتری در مهار وزن و میزان خوردن خود داشته باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که بین نظم‌جویی هیجان با مواد غذایی و استفاده از غذا به عنوان پاداش در دو گروه کودکان با وزن عادی و چاق تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که میانگین نمره این متغیرها در کودکان دارای وزن عادی بیش از کودکان چاق است. این یافته ناهمسو با تحقیق ماسر-ایزنمن و دیگران (۲۰۰۹)، راجرز و دیگران (۲۰۱۳)، تان و هولوب (۲۰۱۵)، کچویی و دیگران (۱۳۹۵)، خدابخش و کیانی (۱۳۹۴) و میرزامحمدعلائینی و دیگران (۱۳۹۲) است. در اکثر پژوهش‌ها استفاده وسیله‌ای از غذا با ناتوانی در خودنظم‌جویی همراه است. یافته این پژوهش با هیچ یک از یافته‌های پیشین هماهنگ نیست. یکی از دلایل این امر می‌تواند تفاوت جوامع با یکدیگر و شیوه‌های متفاوت آن‌ها در تغذیه کردن کودک باشد. نقش نظم‌جویی هیجانی با خوردن آشفته در گروه بزرگسالان جامعه ایرانی تأیید شده است؛ کچویی و دیگران (۱۳۹۵)، خدابخش و کیانی (۱۳۹۴)، میرزامحمدعلائینی و دیگران (۱۳۹۲)، اما در گروه کودکان ایرانی پژوهشی انجام نشده است.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که اجبار به خوردن، ایجاد محدودیت با هدف سلامتی و مهار وزن دو گروه

نتایج جدول ۳ مشخص می‌سازد بین وزن هنگام تولد ( $P < 0.008$  و  $t_{(398)} = -2.67$ ) در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که میانگین گروه چاق بیشتر از گروه دارای وزن عادی است. همچنین بین شاخص توده بدنی مادران ( $P < 0.001$  و  $t_{(398)} = -3.97$ ) و شاخص توده بدنی پدران ( $P < 0.003$  و  $t_{(398)} = -2.96$ ) در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که میانگین شاخص توده بدنی والدین گروه چاق بیشتر از گروه دارای وزن عادی است.

## بحث

هدف این پژوهش، مقایسه عادت‌های غذایی سال‌های اولیه زندگی و سبک‌های دلبستگی دختران چاق و دارای وزن عادی بود. یافته‌ها نشان داد که بین استقلال عمل کودک، تشویق به تعادل و تنوع و مشارکت کودک در برنامه‌ریزی غذایی در گروه با وزن عادی و چاق تفاوت معنادار وجود دارد، به این معنا که استقلال عمل کودک، تشویق به تعادل و تنوع و مشارکت کودک در برنامه‌ریزی غذایی در گروه با وزن عادی بیشتر از گروه چاق است. این یافته همسو با پژوهش گریش و منلا (۲۰۱۶)، تسچان و دیگران (۲۰۱۳)، هابس-تیت و دیگران (۲۰۱۴) و جوهانسن و دیگران (۲۰۰۶) و ناهمسو با هیوز و دیگران (۲۰۰۶) و براون و دیگران (۲۰۰۸) است. این یافته بیانگر آن است که هرچه میزان کنترل والدین بر غذا خوردن بیشتر باشد، اضافه وزن کودک نیز افزایش می‌یابد. در واقع دادن استقلال عمل بیشتر با وزن کمتر کودک همراه است. علاوه بر این یافته دیگر پژوهش نشانگر تشویق کودک به استفاده از غذاهای گوناگون و پرسیدن نظر او در برنامه‌ریزی غذایی، با وزن کمتر و عادی کودک همراه است. با توجه به اینکه دادن استقلال عمل بیشتر به کودک و کنترل کمتر او در وعده‌های غذایی، تشویق کودک به تعادل و تنوع و مشارکت دادن کودک در برنامه‌ریزی غذایی، از سبک‌های تغذیه کردن مثبت است، استفاده از این روش‌ها در کودکان با وزن عادی بیشتر است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که دادن فرصت بیشتر به کودک برای خودنظم‌جویی، نتایج مثبت به بارمی‌آورد و او را بیشتر به سمت نشانه‌های

تفاوت معنادار دارد. به طوری که اجبار به خوردن در گروه با وزن عادی و محدودیت با هدف سلامتی و کنترل وزن در گروه چاق بیشتر است. نتایج پژوهش‌ها شلویم و دیگران (۲۰۱۵)، فیلدز و دیگران (۲۰۱۵)، دانفورد و دیگران (۲۰۱۵)، جنسن و دیگران (۲۰۱۴)، هزارد و دیگران (۲۰۱۳)، گابلز و دیگران (۲۰۱۱)، ونتورا و بریج (۲۰۰۸)، بلیست و هایکرفت (۲۰۰۷)، واردل و کارنل (۲۰۰۷)، ماسر-ایزنمن و دیگران (۲۰۰۷) همسو با یافته‌های پژوهش و نتایج پژوهش سود و دیگران (۲۰۱۰) ناهمسو با یافته‌های این پژوهش است. از آنجا که در این پژوهش، وزن هنگام تولد گروه چاق بیش از گروه با وزن عادی بود، می‌توان گفت مادرانی که وزن هنگام تولد کودک آن‌ها کمتر است، فرزندشان اشتها کمی دارد و بیشتر نگران کمبود وزن او هستند و از اجبار به خوردن بیشتر استفاده می‌کنند. در حالی که مادرانی که کودکشان اشتها بیشتری دارد تمایل بیشتری برای استفاده از محدودیت دارند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که ویژگی‌های کودک در روزهای اول، شیوه تغذیه کردن مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این، در این پژوهش والدین گروه چاق از وزن کودک خود نارضایتی بیشتری داشتند. نگرانی والدین در مورد اضافه وزن کودک با نگرش‌های ضدچاقی آن‌ها همراه است، به همین دلیل این والدین بیشتر از روش‌های ایجاد محدودیت و کمتر از روش‌های اجبار به خوردن استفاده می‌کنند. در واقع آن‌ها با این شیوه می‌خواهند فرزندشان را به سمت لاغر شدن سوق دهند.

یکی از دلایل نامناسب بودن استفاده از روش‌های ایجاد محدودیت با هدف سلامتی و کنترل وزن این است که در سال‌های اولیه، کودک درک درستی از سلامتی و کنترل وزن ندارد و علاوه بر این منع شدن از غذا به عنوان امری لذت‌بخش، بیشتر برای او جذابیت می‌آورد و همچنین استفاده از این شیوه‌های مهارگری با خوردن افراطی در زمان‌هایی که والدین حضور ندارند و زمان‌هایی که برای خوردن اجازه داده می‌شود، همراه است.

در این پژوهش نشان داده شد که میانگین شاخص توده بدنی والدین گروه چاق بیش از والدین گروه با وزن عادی

است، با توجه به این موضوع می‌توان بیان کرد، والدین چاق تمایلی ندارند کودکشان مانند آن‌ها از عوارض چاقی رنج ببرد و به همین دلیل بیشتر از ایجاد محدودیت برای خوردن و کمتر از اجبار به خوردن استفاده می‌کنند. این کنترل نامناسب والدین روی غذا خوردن، منجر به ضعف خودنظم‌جویی کودک در مصرف غذا می‌شود و کودک به جای توجه به نشانه‌های درونی گرسنگی به نشانه‌های بیرونی توجه می‌کند. علاوه بر این، کودکان با والدین خود، همسان‌سازی می‌کنند و از طریق یادگیری مشاهده‌ای، رفتارهای آن‌ها را تقلید می‌کنند. کودکان والدین چاق نیز می‌خواهند رفتار خوردن والدین خود را تقلید کنند، اما وقتی کنترل والدین‌شان را می‌بینند با یک تضاد روبه‌رو می‌شوند، زیرا به آن سطح از تحول شناختی نرسیده‌اند که دلیل ایجاد محدودیت با هدف کنترل وزن و سلامتی را متوجه شوند و از طرفی والدین‌شان را می‌بینند که میزان خوردن‌شان با محدودیت همراه نیست.

یافته دیگر پژوهش نشانگر آن بود که بین کنترل محیط در دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد جامعه پژوهش از خرده‌فرهنگی است که الگوهای تغذیه‌ای شبیه به هم دارد. در واقع، احتمالاً میزان دسترسی به غذاهای سالم بین دو گروه یکسان است و تفاوت شاخص توده بدنی دو گروه را می‌توان به مقدار و حجم خوردن بیشتر آن‌ها و زمینه ژنتیکی نسبت داد. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که بین الگوبرداری دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که معیار سلامت و عدم سلامت خود والدین هستند و به طور دقیق‌تر ما نمی‌دانیم تعریف والدین دو گروه از الگوی سالم چیست. همچنین، مشخص نیست دلیل رضایت والدین از وزن خودشان و اسناد آن‌ها در مورد علت چاقی‌شان چیست (چاقی را به خوردن زیاد یا زمینه ژنتیکی نسبت می‌دهند). علاوه بر این، بخشی از چاقی می‌تواند به علت خوردن غذاهای ناسالم باشد، در حالی که علت دیگر آن می‌تواند مصرف زیاد غذاهای سالم باشد، در واقع حتی اگر الگوی خوردن، یک الگوی سالم باشد در مورد کمیت خوردن غذاهای سالم بررسی نشده است. علاوه بر آنچه ذکر شد، ممکن است دو گروه به لحاظ کمیت و



معتبر برای تغذیه صحیح نقص‌هایی وجود دارد. به همین دلیل برای افراد مختلف معنای بسیاری از رفتارهای تغذیه‌ای می‌تواند متفاوت باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین سبک دلبستگی دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته همسو با پژوهش محمدصادقی و دیگران (۱۳۹۴)، اشرفی (۱۳۹۳) و مدنی (۱۳۹۲) و ناهمسو با پژوهش‌های پیس و دیگران (۲۰۱۱)، ویلیکینسون و دیگران (۲۰۱۰)، ارزولک-کرونر (۲۰۰۴)، چاسلر (۱۹۹۷)، فینی و رایان (۱۹۹۴)، بشارت و دیگران (۱۳۹۳)، دامادنژاد و دیگران (۱۳۹۲)، زینالی و دیگران (۱۳۹۰)، بهزادی‌پور و دیگران (۱۳۸۹) بود. یک تبیین احتمالی آن است که ملاک دقیقی برای مقایسه میزان رضایت از وزن کودکان در فرهنگ ما وجود ندارد، به عنوان مثال، در دوره کودکی، هرچه کودک وزن بیشتری داشته باشد توجه بیشتری دریافت می‌کند اما با نزدیک شدن به دوره نوجوانی و با توجه به تأکید جامعه و فرهنگ بر لاغری، افراد چاق‌تر کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. به همین دلیل، کیفیت رابطه با والدین لزوماً عامل مهمی در تعیین وزن کودک نیست، بلکه آنچه فرهنگ القا می‌کند می‌تواند عامل تأثیرگذارتری باشد. علاوه بر این، در کشور ما رفتار تغذیه کردن مادر در سال‌های اولیه زندگی، منفک از دلبستگی کودک و مادر است. یکی از دلایل این امر این است که از دید اطرافیان، هر چه کودک وزن بیشتری داشته باشد یعنی مادر کفایت بیشتری دارد و دیگر اینکه معمولاً نشانه‌های ناراحتی کودک به گرسنه بودن او تعبیر می‌شود. در واقع، این یک باور فرهنگی است و با کیفیت رابطه کودک با مادر متفاوت است. به همین دلیل کیفیت رابطه با والدین یک عامل تأثیرگذار بر وزن کودک نیست.

یافته‌های پژوهش نشان داد بین وزن هنگام تولد گروه چاق و با وزن عادی تفاوت وجود دارد، به طوری که میانگین وزن هنگام تولد گروه چاق بیشتر از گروه با وزن عادی است. این یافته همسو با پژوهش میرسلیمانی و دیگران (۱۳۹۴)، اثنی‌عشری و دیگران (۱۳۹۴)، محمودی و دیگران (۱۳۹۳)، ابراهیم‌زاده و دیگران (۱۳۹۱)، بایگی و دیگران (۱۳۸۸) و ناهمسو با پژوهش کلانتری و دیگران (۱۳۸۳) است. در تبیین

کیفیت مصرف غذا، الگوی یکسانی داشته باشند، اما آنچه باعث می‌شود گروه چاق، وزن بیشتری داشته باشند، زمینه ژنتیکی آن‌هاست. نتایج پژوهش نشان داد بین نظارت در دو گروه نیز تفاوت معنادار وجود ندارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، والد چاق و والد عادی در میزان مصرف با یکدیگر تفاوت دارند اما نمی‌توان گفت که با چه ملاکی به نظارت می‌پردازند زیرا هر کدام با توجه به شرایط خودشان به موضوع نگاه می‌کنند. به عنوان مثال، والدی که میزان مصرف او ۴ واحد شیرینی است (خط پایه برای این والد ۴ واحد است)، وقتی فرزندش ۲ واحد می‌خورد می‌تواند این مطلب را بیان کند که بر خوردن کودکش نظارت دارد و والدی هم که میزان مصرف خودش ۲ واحد شیرینی است (خط پایه برای این والد ۲ است)، وقتی فرزندش ۱ واحد می‌خورد می‌تواند بگوید که بر خوردن کودک خود نظارت دارد. تبیین دیگر این یافته به زمینه ژنتیکی اشاره دارد، به طوری که ممکن است میزان عملکرد دو گروه مشابه یکدیگر باشد، اما ژنتیک نتیجه را متفاوت می‌سازد. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که بین آموزش تغذیه مناسب دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان به این مسئله پرداخت که تا چه حد کودک ۳ تا ۶ این آمادگی را دارد که غذای سالم را تشخیص دهد و ضرورت مصرف آن را درک کند. علاوه بر این، مادری که خود دچار چاقی است تا چه حد می‌داند که تغذیه مناسب چیست. در واقع ممکن است مادران هر دو گروه به یک اندازه در مورد تغذیه سالم صحبت کنند، اما آموزشی که می‌دهند درست نباشد یا کودک قادر به درک و اجرای آن نباشد.

یکی از مسائلی که در تبیین این یافته‌ها می‌توان به آن اشاره کرد، این است که عادت‌های غذایی تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرند. به عنوان مثال، یکی از دلایل اینکه در زیرمقیاس‌هایی مانند کنترل محیط، الگوبرداری، نظارت و آموزش تغذیه مناسب، دو گروه با هم تفاوت معنادار نداشتند می‌تواند این باشد که جامعه پژوهش به لحاظ الگوهای غذایی، محدودتر و سالم‌تر است و همگونی بیشتری در آن وجود دارد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد در مورد مسائل تغذیه‌ای ابهام وجود دارد و در جامعه ما به لحاظ آموزش همگانی و ملاک

این نتایج می‌توان گفت وراثت نقش مهمی در بروز چاقی دارد، به طوری که نوزادانی که وزن هنگام تولد آن‌ها بیشتر است با احتمال بیشتری در آینده چاق می‌شوند. به بیان دیگر شاخص توده بدنی کودکان هنگام تولد با یکدیگر متفاوت است، کودکانی که هنگام تولد سلول‌های چربی بیشتر و بزرگ‌تری دارند، با افزایش سن، سلول‌های چربی آن‌ها بزرگ‌تر می‌شود. از طرفی داشتن کودکی که وزن بیشتری دارد در این دوران مزیت محسوب می‌شود و نگه داشتن این روند چاقی در فرهنگ ما بسیار پسندیده است و یک مزیت بزرگ برای مادر محسوب می‌شود که فرزندش را به خوبی تغذیه می‌کند.

به طوری که میانگین شاخص توده بدنی والدین گروه چاق، بیش از والدین گروه با وزن عادی بود. این یافته همسو با پژوهش میرسلیمانی و دیگران (۱۳۹۴)، محمودی و دیگران (۱۳۹۳)، طاهری و دیگران (۱۳۹۳)، سلکی و دیگران (۱۳۹۱)، بایگی و دیگران (۱۳۸۸)، کربندی و دیگران (۱۳۸۹)، کلاتتری و دیگران (۱۳۸۳) است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت بین شاخص توده بدنی والدین گروه چاق و با وزن عادی تفاوت وجود دارد و والدین نقش مهمی در بروز چاقی در کودکان دارند. وراثت از یک‌سو و الگوهای رفتاری و تغذیه‌ای از سوی دیگر، توجیه‌کننده این ارتباط است. والدین چاق، ژن‌های چاقی را به فرزند خود منتقل می‌کنند و کودکان آن‌ها نیز از طریق همسان‌سازی و یادگیری مشاهده‌ای رفتار خوردن خود را با والدین‌شان هماهنگ می‌کنند. تأثیر والدین در این گروه سنی بسیار زیاد است زیرا کودکان هنوز به طور کامل استقلال عمل ندارند و وابسته به والدین‌شان هستند.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت شیوه‌های بازدارنده در تغذیه کودک باعث چاقی می‌شوند، زیرا در سال‌های اولیه زندگی، کودک درک و شناخت درستی از سلامتی و کنترل وزن ندارد و نمی‌تواند تغذیه خود را برای حفظ یا به دست آوردن سلامتی محدود کند. علاوه بر این، روش‌های بازدارنده، توجه کودک را از مصرف غذا بر اساس نشانه‌های درونی گرسنگی به مصرف غذا بر اساس نشانه‌های بیرونی سوق می‌دهند و باعث می‌شوند خودنظم‌جویی کودک در مصرف غذا با مشکل مواجه شود. بنابراین، می‌توان بیان کرد استفاده از شیوه‌هایی که خودنظم‌جویی کودک را افزایش و به او استقلال و آزادی عمل

بیشتری می‌دهد تا او در تنظیم خوردن قائم به ذات باشد، با وزن عادی کودک همراه است. برای دادن استقلال عمل به کودک باید وقت زیادی را صرف کرد و این شیوه برای مادرانی که شاغل یا پرمشغله هستند دشوار است. علاوه بر این، در کشور ما معمولاً هنگام تغذیه کودک غذا را کمتر در اختیار او قرار می‌دهند تا به میل و شیوه خود از آن استفاده کند و بیشتر مادر در تغذیه کردن کودک درگیر است و حتی در سنین پایین‌تر، مادر غذا را در دهان کودک می‌گذارد و بنابراین فرصت کمتری به کودک داده می‌شود تا با تلاش خود غذایش را بخورد. افزون بر آن، باورهای فرهنگی در مورد تغذیه کودک بیش از سبک دلبستگی و کیفیت رابطه با والدین، بر شاخص توده بدنی کودک تأثیرگذار است و والدین بیشتر از طریق وراثت، شیوه‌های تغذیه فرزند خود و همسان‌سازی فرزندشان با آن‌ها، بر این شاخص تأثیر می‌گذارند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تک‌جنسی بودن گروه نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی پسران گروه سنی ۹ تا ۱۱ سال نیز انجام شود تا امکان مقایسه دو جنس میسر شود. علاوه بر این، انجام پژوهش در خرده‌فرهنگ‌های دیگر مخصوصاً شهرهای بزرگ که تعداد مادران شاغل بیشتر است و انجام پژوهشی طولی به منظور سنجش تغییرات روش‌های تغذیه کردن مادر و شاخص توده بدنی کودک در زمان‌های مختلف و درک رابطه علی استفاده وسیله‌ای از غذا با الگوهای خوردن ناسالم و شاخص توده بدنی، از دیگر پیشنهادهای پژوهشی است.

## منابع

- ابراهیم‌زاده ک، ب، کلاتتری، ن. و ابدی، ع. (۱۳۹۱). شیوع چاقی و رابطه آن با سن مادر، فاصله مولید و نوع شیر مصرفی در کودکان زیر ۵ سال شهرستان ترکمن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۹(۴)، ۳۹۱-۳۸۴.
- اثنی‌عشری، ف، شفیعیان، م. و ترکاشوند، ل. (۱۳۹۴). شیوع چاقی و عوامل مؤثر بر آن در کودکان ۷ تا ۱۱ ساله شهر همدان. *نشریه پایش*، ۱۵(۱)، ۷۷-۶۹.
- اشرفی، ط. (۱۳۹۳). *رابطه سبک‌های دلبستگی با راهبردهای مقابله‌ای و رفتارهای خوردن و مقیاس‌های آن در دختران دبیرستانی با*

مشکلات وزن و بدون آن. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

بایگی، ف.، طباطبایی، م.، درستی مطلق، ا. و اشراقیان، م. (۱۳۸۸). عوامل مؤثر بر چاقی در کودکان نیشابور. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۳ (۴)، ۲۸-۳۴.

بشارت، م.، جباری، آ. و سعادت، م. (۱۳۹۵). پیش بینی شاخص های دلبستگی فرزندان بر اساس شاخص های دلبستگی والدین: مطالعه بین نسلی. *فصلنامه روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی*، ۱۳ (۴۹)، ۱۲-۳.

بشارت، م.، شجاعی، ف.، کیامنش، ع. و امیری، ح. (۱۳۹۳). نقش سبک دلبستگی و فرزندپروری در مبتلایان به چاقی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۳ (۲)، ۱۱۶-۱۰۵.

بهبادی پور، س.، پاکدامن، ش. و بشارت، م. (۱۳۸۹). رابطه بین سبک های دلبستگی و نگرانی های مربوط به وزن در دختران نوجوان. *مجله علوم رفتاری*، ۱، ۷۶-۶۹.

خدابخش، م. و کیانی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط مولفه های هیجانی منفی با رفتار خوردن آشفته در دانشجویان: اهمیت تنظیم هیجانی با نگاه دینی. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۴، ۳۷-۳۱.

دامادزاده، ش.، علی پور، ا. و زارع، ح. (۱۳۹۲). مقایسه میزان دلبستگی به والدین و مهارگری عاطفی در نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال با توجه به سطوح شاخص توده بدنی در شهر اصفهان. *روان شناسی سلامت*، ۲ (۴)، ۲۱-۵.

درستی مطلق، ا.، نورعلی، پ.، صدرزاده یگانه، ه.، حسینی، م. و کریمی، ج. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط اضافه وزن و چاقی با افسردگی با عنایت به عوامل اجتماعی-اقتصادی در دختران دبیرستانی. *تشریحیه پایش*، ۱۴ (۳)، ۳۱۱-۳۰۵.

دعائی، س.، کلانتری، ن.، رشیدخانی، ب.، غلامعلی زاده، م.، طالقانی نژاد، س. و رحمانی، آ. (۱۳۹۰). ارتباط بین عوامل اجتماعی و روش های خورانش کودک با دریافت غذایی کودکان ۳ تا ۶ ساله. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳ (۲)، ۴۲-۳۵.

رضوان، ش. (۱۳۹۰). *تدوین مداخله مبتنی بر دلبستگی و پردازش شناختی بر اساس مدل معادلات ساختاری متغیرهای مرتبط و بررسی اثربخشی مدل تدوین شده بر علایم وسواس فکری عملی و سوگیری شناختی در کودکان دختر ۱۰-۱۲ سال شهر اصفهان*. پایان نامه دکتری،

دانشگاه اصفهان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

زینالی، ش.، مظاهری، م.، صادقی، م. و جباری، م. (۱۳۹۰). رابطه دلبستگی مادر - کودک و ویژگی های روانی مادران با مشکلات غذا خوردن در کودکان. *روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی*، ۵ (۲۹)، ۶۷-۵۵.

سادوک، ب.، سادوک، و. و روئیز، پ. (۱۳۹۴). خلاصه *روان پزشکی کاپلان و سادوک*. ترجمه م. گنجی. تهران: نشر ساوالان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۵).

سلکی، س.، صالحی، ل. و جمشیدی، ا. (۱۳۹۱). برخی عوامل مرتبط با چاقی در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان شهریار. *مجله عدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۴ (۵)، ۴۶۴-۴۷۱.

سلحشور، م. (۱۳۹۰). *خانواده و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان*. تهران: موسسه نشر پنجره.

طاهری، ف.، کاظمی، ط.، انصاری نژاد، ط. و شریف زاده، غ. (۱۳۹۳). شیوع چاقی و اضافه وزن در کودکان و ارتباط آن با چاقی والدین در شهر بیرجند. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۱ (۳)، ۳۷۶-۳۷۰.

غلامعلی زاده، م.، انتظار، م.، حسن زاده، ا.، پاکنهاد، ز. و دعایی، س. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط خودکارآمدی مادر در کنترل وزن با روش های خورانش، دریافت غذایی و شاخص توده بدنی کودکان ۳ تا ۶ سال. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۲ (۲)، ۳۹۲-۳۸۱.

فرزانه، ر.، حسینی، ک.، واحدی، س. و حمزه، ن. (۱۳۹۲). چاقی و بیماری های قلبی-عروقی. *مجله دیابت و لیپید ایران*، ۵، ۴۶۰-۴۵۱.

کچویی، م.، مرادی، ع.، کاظمی، آ. و قنبری، ز. (۱۳۹۵). نقش متمایز کننده نظم جویی هیجان و تکانشگری در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم. *دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۲۰ (۴)، ۳۹۰-۳۸۳.

کربندی، س.، عشقی زاده، م.، آقامحمدیان، ح.، ابراهیم زاده، س. و صفریان، م. (۱۳۸۹). ارتباط سبک فرزندپروری والدین با چاقی کودکان پیش دبستانی شهر مشهد. *افق دانش: فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ۱۶ (۳)، ۴۹-۳۳.

کلانتری، ن.، شناور، ر.، رشیدخانی، ب.، هوشیارراد، آ.، نصیحت کن، ا. و عبدالله زاده، م. (۱۳۸۳). ارتباط چاقی و اضافه وزن کودکان اول دبستان شهر شیراز با الگوی تغذیه با شیر مادر، وزن هنگام تولد و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۵ (۳)، ۲۸-۱۹.

محمودی، ا.، تاج الدینی، ف.، رنجبر، ح. و مقیمی دهکردی، ب. (۱۳۹۳).

مشکلات وزن و بدون آن. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

بایگی، ف.، طباطبایی، م.، درستی مطلق، ا. و اشراقیان، م. (۱۳۸۸). عوامل مؤثر بر چاقی در کودکان نیشابور. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۳ (۴)، ۲۸-۳۴.

بشارت، م.، جباری، آ. و سعادت، م. (۱۳۹۵). پیش بینی شاخص های دلبستگی فرزندان بر اساس شاخص های دلبستگی والدین: مطالعه بین نسلی. *فصلنامه روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی*، ۱۳ (۴۹)، ۱۲-۳.

بشارت، م.، شجاعی، ف.، کیامنش، ع. و امیری، ح. (۱۳۹۳). نقش سبک دلبستگی و فرزندپروری در مبتلایان به چاقی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۳ (۲)، ۱۱۶-۱۰۵.

بهبادی پور، س.، پاکدامن، ش. و بشارت، م. (۱۳۸۹). رابطه بین سبک های دلبستگی و نگرانی های مربوط به وزن در دختران نوجوان. *مجله علوم رفتاری*، ۱، ۷۶-۶۹.

خدابخش، م. و کیانی، ف. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط مولفه های هیجانی منفی با رفتار خوردن آشفته در دانشجویان: اهمیت تنظیم هیجانی با نگاه دینی. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۴، ۳۷-۳۱.

دامادزاده، ش.، علی پور، ا. و زارع، ح. (۱۳۹۲). مقایسه میزان دلبستگی به والدین و مهارگری عاطفی در نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال با توجه به سطوح شاخص توده بدنی در شهر اصفهان. *روان شناسی سلامت*، ۲ (۴)، ۲۱-۵.

درستی مطلق، ا.، نورعلی، پ.، صدرزاده یگانه، ه.، حسینی، م. و کریمی، ج. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط اضافه وزن و چاقی با افسردگی با عنایت به عوامل اجتماعی-اقتصادی در دختران دبیرستانی. *تشریحیه پایش*، ۱۴ (۳)، ۳۱۱-۳۰۵.

دعائی، س.، کلانتری، ن.، رشیدخانی، ب.، غلامعلی زاده، م.، طالقانی نژاد، س. و رحمانی، آ. (۱۳۹۰). ارتباط بین عوامل اجتماعی و روش های خورانش کودک با دریافت غذایی کودکان ۳ تا ۶ ساله. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳ (۲)، ۴۲-۳۵.

رضوان، ش. (۱۳۹۰). *تدوین مداخله مبتنی بر دلبستگی و پردازش شناختی بر اساس مدل معادلات ساختاری متغیرهای مرتبط و بررسی اثربخشی مدل تدوین شده بر علایم وسواس فکری عملی و سوگیری شناختی در کودکان دختر ۱۰-۱۲ سال شهر اصفهان*. پایان نامه دکتری،

- Archives of Pediatrics Adolescent*, 165(3), 235-242.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, 50 (2&3), 477-485.
- Brown, A., & Lee, M. (2011). Maternal child-feeding style during the weaning period: Association with infant weight and maternal eating style. *Eating Behaviors*, 12, 108-111.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, 80, 35-40.
- Brown, K. A., Ogden, J., Vogege, C., & Gibson, E. L. (2008). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, 50:252-259.
- Barry, D., & Petry, N. M. (2009). Obesity and psychiatric disorders. (Retrieved April 8, 2017 from <http://www.psychiatrytimes.com>).
- Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 25, 407-423.
- Chester, T. (1997). Toward a sociological model for residential treatment. *Journal of Psychiatry & Law*, 25(3), 377-389.
- Danford, C. A., Schultz, C. M., & Marvicsin, D. (2015). Parental roles in the development of obesity in children: challenges and opportunities. *children*, 12(14), 39-53.
- عوامل تعیین‌کننده اضافه وزن و چاقی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهرستان پاکدشت، استان تهران. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۸ (۶)، ۳۳۹-۳۲۹.
- محمدصادقی، ه.، احمدزاده‌اصل، م.، محمدصادقی، م.، قنبری جلفایی، ع. و نوحه‌سرا، ش. (۱۳۹۴). مقایسه شیوه‌های دل‌بستگی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به چاقی. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۱ (۱)، ۳۷-۴۹.
- مدنی، ن. (۱۳۹۲). پیش‌بینی مولفه‌های نظم‌جویی هیجانی شناختی، تاب‌آوری، توان حل مساله اجتماعی، فرزندپروری و سبک‌های دل‌بستگی در نگرش به خوردن. پایان‌نامه دکتر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- منانی، ر. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی کودک محور بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع دبستان شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- میرزاحمدعلائینی، ا.، علیپور، ا.، نوربالا، ا. و آگاه‌هریس، م. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله تعدیل غذا خوردن هیجانی روی اصلاح غذا خوردن هیجانی و مدیریت وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. روان‌شناسی سلامت، ۱۲ (۳)، ۲۱-۳۲.
- میرسلیمانی، ح.، مختاری‌لاکه، ن.، میرهادیان، ل. و کاظم‌نژادلیلی، ا. (۱۳۹۴). بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های اضافه وزن و چاقی در کودکان بدو ورود به دبستان‌های شهر رشت. پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۵ (۷۷)، ۶۲-۵۵.
- ناصری محمدآبادی، ع.، عسکری، آ.، بهرامی، ف.، صادق، ر. و عابدی، ج. (۱۳۹۱). هنجاریابی پرسشنامه خزانه دل‌بستگی والدین و همسالان تجدید نظر شده در کودکان ۹ تا ۱۱ سال شهر اصفهان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲ (۲)، ۲۵-۴۰.
- نعمت‌طاووسی، محترم. (۱۳۸۸). آیا فریبی یک اختلال تغذیه است؟. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۶ (۲۲)، ۱۶۹-۱۷۱.
- یاحی، م.، صمدانیان، ف.، حسینی، م. و آزادبخت، ل. (۱۳۹۲). شیوع چاقی و اضافه وزن در دانشجویان دانشکده پزشکی. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۹ (۴)، ۴۲۱-۴۲۹.
- Anderson, S., & Whitaker, R. (2011). Attachment security and obesity in US preschool-aged children.

- of control in parenting and feeding styles to child overweight and obesity. *Appetite*, 71, 126-136.
- Hughes, S. O., Anderson, C. B., Power, T. G., Micheli, N., Jaramillo, S., & Nicklas, T. A. (2006). Measuring feeding in low-income African-American and Hispanic parents. *Appetite*, 46, 215-23.
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*, 14, 431-9.
- Jansen, E. (2013). *Validation of a new tool to measure responsiveness and structure in the feeding context: the Authoritative Feeding Practices Questionnaire* (Doctoral dissertation, Queensland University of Technology).
- Jansen, P., W., Tharner, A., Ende, J., V., D., Wake, M., Raat, H., Hofman, A., Verhulst, F., Ijzendoorn, M., H., V., Jaddoe, W., V., Tiemeier, H. (2014). Feeding practices and child weight: is the association bidirectional in preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, <http://intlajcn.nutrition.org>.
- Larsen, K. J., Hermans, R., Sleddens, E., Engels, R., Fisher, J., & Kremers, S. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior: Interacting sources of influence? *Appetite*, 89, 246-257. Doi: 10.1016/j.appet.2015.02.012.
- Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W. W., & Keung, V. (2015). Associations between parental feeding styles and childhood eating habits: a survey of Hong Kong pre-school children. *PLoS one*, 10(4), e0124753.
- Mallinckrodt, B. (2010). Attachment, social competencies, social support and interpersonal process
- Eizenman, M. D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (8), 960-972.
- Feeney, J. A., & Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Journal of Health Psychology*, 13, 334-345.
- Fildes, A., Jaarsveld, C., Lewellyn, C., Wardle, J., & Fisher, A. (2015). Parental control over feeding in infancy: Influence of infant weight, appetite and feeding method. *Appetite*, 91, 101-106.
- Gerrish, C., J., & Mennella, J. (2016). Flavor variety enhances food acceptance in formula-fed infants. *American Journal of Clinical Nutrition*, 73, 1080-1085.
- Gullone, E., & Robinson, K. (2005). The inventory of parent and peer attachment-Revised (IPPA-R) for children: a psychometric investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(1), 67-79.
- Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Stafleu, A., de Vries, S. I., Goldbohm, R. A., Dagnelie, P. C., ... & Thijs, C. (2011). Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: the KOALA Birth Cohort Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 18.
- Haszard, J. J., Williams, Sh., M., Dawson, A. M., Skidmore, P. M. L., & Taylor, R.W. (2013). Marketing to children - Implications for eating behaviour and obesity. *Appetite*, 62, 110-118.
- Hubbs-Tait, L., Mobley, A., Kimble, A., Hayes, J., Dickin, K., & Sigman-Grant, M. (2014). Relation

- Shloim, N., Edelson, R., L., Martin, N., & Hetherington, M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 year-old children: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology, 6*, 1-20.
- Sud, S., Tamayo, N. C., Faith, M. S., & Keller, k., L. (2010). Increased restrictive feeding practice are associated with reduce energy density in 4-6 year-old, multi-ethnic at ad libitum laboratory test meal. *Appetite, 55*(2), 201-207.
- Tan, C. C., & Holub, Sh. C. (2015). Emotion Regulation Feeding Practices Link Parents' Emotional Eating to Children's Emotional Eating: A Moderated Mediation Study. *Journal of Pediatric Psychology, 1-7*, doi: 10.1093/jpepsy/jsv015.
- Tschann, J. M., Gregorich, S. E., Penilla, C., Pasch, L. A., de Groat, C. L., Flores, E. & Butte, N. F. (2013). Parental feeding practices in Mexican American families: initial test of an expanded measure. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(1), 6.
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5*(1), 15.
- Wardle, J., & Carnell, C. (2007). Parental feeding practices and children's weight. *PubMed Journals, 96*(454), 5-11.
- Wilkinson, L., Rowe, A. C., Bishop, R. J., Brunstrom, J. M. (2010). Attachment anxiety, disinhibited eating and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity, 34*, 1442-1445.
- Zachrisson, H., & Skarderud, F. (2010). *Eating disorders association*. New York: John Wiley & Sons.
- in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 10*(3), 239-266.
- Mennella, J. A. (2012). Complementary foods and flavor experiences: Setting the foundation. *Nutrition & Metabolism, 60*, 40-50.
- Musher-Eizenman, D., Holub, Sh., Hauser, J., & Young, K. (2007). The relationship between parents' anti-fat Attitudes and restrictive feeding. *Obesity Research, 15*(8), 2095- 2102.
- Musher-Eizenman, D., Lauzon-Guillain, B., D., Holub, Sh., Leporc, E., Charles, M., A. (2009). Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite, 52*(1): doi:10.1016/j.appet.2008.08.007.
- Orzolek-kronner, C. (2004). *The effect of attachment theory in obesity*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Pace, U., Cacioppo, M., & Schimmenti, A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry & Human Development, 43*(2), 282-292.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*(1), 24.
- Stapleton, P. B., & Mackay, E. (2014). Psychological determinants of emotional eating: The role of attachment, psychopathological symptom distress, love attitudes, and perceived hunger. *Current Research in Psychology, 5*(2), 5-16.