

## *Mediating Role of Emotional Eating, Self-Esteem and Self-Control in Modeling of Obesity in Adolescent Girls*

Seyede Zahra Alibakhshi<sup>1</sup>,  
Ahmad Alipour<sup>2</sup>,  
Valiyollah Farzad<sup>3</sup>,  
Mahnaz Aliakbari<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in General Psychology, Faculty of Psychology, Payam -e Noor University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

(Received May 19, 2015 Accepted November 10, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** The aim of the present research was to investigate the mediating role of self-esteem, emotional eating and self-control in relation with attachment, anxiety, depression and parenting style on obesity and overweight in adolescent girls.

**Materials and methods:** A descriptive study was conducted in all female students aged 14-17 years old living in Tehran. Cluster sampling was done by which 440 students were selected. Data was collected using Depression Anxiety Stress Scales (DASS), Baumrind parenting styles questionnaire, Harry self-esteem scale, Self-control scale, Inventory of parent and peer attachment (IPPA), and Emotional Eating Scale (EES). Data was analyzed applying Pearson's correlation, path analysis and structural equation model.

**Results:** The findings indicated a positive correlation between emotional eating style and obesity (0.84) and a negative correlation between mother, father, and peer attachments and obesity (-0.72, -0.71, and 0.70, respectively). An indirect relationship was found between reactionary parenting style and obesity. The results of path analysis indicate emotional eating as the mediator variant between parenting style, anxiety and depression with obesity and overweight and self-esteem is a mediator variant between parenting style with obesity.

**Conclusion:** This study showed cognitive mechanisms in incidence of obesity and overweight in adolescent girls. Therefore, considering these factors could help researchers and psychologists in preventing such problems and using appropriate treatments.

**Keywords:** emotional eating, self-esteem, self-control, obesity

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(134): 193-208 (Persian).

## نقش واسطه ای خوردن هیجانی، حرمت خود و خودمهارگری در مدلسازی چاقی دختران نوجوان

سیده زهرا علی بخشی<sup>۱</sup>

احمد علی پور<sup>۲</sup>

ولی اله فرزاد<sup>۳</sup>

مهناز علی اکبری<sup>۴</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** در این پژوهش به بررسی نقش میانجی گری حرمت خود، خوردن هیجانی و خودمهارگری در رابطه بین دلبستگی، اضطراب، افسردگی و سبک فرزندپروری با چاقی و اضافه وزن نوجوانان دختر پرداخته شده است.

**مواد و روش‌ها:** طرح پژوهش توصیفی بوده و جامعه آماری تمامی دانش آموزان دختر ۱۴ تا ۱۷ ساله ساکن شهر تهران بودند که ۴۴۰ نفر از این دانش آموزان با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی، پرسشنامه فرزندپروری بامریند، مقیاس حرمت خود هری، مقیاس خودمهارگری، پرسشنامه دلبستگی نوجوانان به والدین و همسالان، و پرسشنامه غذا خوردن هیجانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون، تحلیل مسیر و در نهایت معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد سبک خوردن هیجانی با چاقی همبستگی مثبت (۰/۸۴) دارد و بین دلبستگی به مادر، پدر و همسالان با چاقی همبستگی منفی (به ترتیب: ۰/۷۲-، ۰/۷۱- و ۰/۷۰) وجود دارد. سبک فرزندپروری استبدادی رابطه غیرمستقیم با چاقی (۰/۷۴) داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که خوردن هیجانی متغیر میانجی بین سبک فرزندپروری، اضطراب و افسردگی با چاقی و اضافه وزن (با ضرایب مسیر به ترتیب: ۲/۲۵، ۰/۳۱ و ۰/۱۸) و همچنین حرمت خود میانجی رابطه سبک فرزندپروری و افسردگی (با ضریب مسیر ۰/۱۳) با چاقی بودند.

**استنتاج:** یافته‌ها از وجود مکانیزم‌های روان‌شناختی زیربنایی در بروز چاقی و اضافه وزن در نوجوانان دختر حمایت می‌کند. بنابراین توجه به متغیرهای مذکور در پیش‌گیری و طراحی درمان‌های مناسب‌تر به پژوهشگران و درمانگران یاری می‌رساند.

**واژه های کلیدی:** خوردن هیجانی، حرمت خود، خودمهارگری، چاقی

### مقدمه

پیشانی روان‌شناختی چشم‌گیری منتهی می‌شود (۱). در سال ۲۰۰۵ حدود ۵۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا

چاقی یکی از مشکلات اساسی سلامتی است و محدودیت‌های جسمانی و بین‌فردی مرتبط با آن به

**مؤلف مسئول:** سیده زهرا علی بخشی دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، ایران. Email: z.alibakhshi@yahoo.com

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۳/۲۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۸/۱۹

به چاقی شناخته شدند و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۳۰ به یک میلیارد نفر برسد (۲). بنابراین افزایش شیوع و بروز چاقی تبدیل به زنگ خطر شده است. چاقی احتمال ابتلا به اختلالاتی چون دیابت، بیماری های قلبی، آپنه خواب، و انواع سرطان ها را افزایش می دهد (۳) و با اعتماد به نفس پایین، اضطراب و افسردگی نیز رابطه دارد (۵،۴). پژوهش ها حاکی از آن است که در سال های اخیر چاقی گسترش قابل توجهی در بین کودکان و نوجوانان یافته است (۶). در ایران نیز میرمیران و همکاران (۳) طی مطالعه ای گزارش کردند که شیوع وزن غیرطبیعی اعم از لاغری، اضافه وزن و چاقی در نوجوانان تهرانی بالا بوده است به طوری که ۶/۱۲ درصد از نوجوانان تهرانی دارای اضافه وزن هستند که از این تعداد ۸/۱۱ درصد پسر و ۳/۱۳ درصد دختر بودند. این روند رو به رشد چاقی، پژوهشگران را بر آن داشته که بررسی های متعددی را در زمینه عوامل مرتبط با آن در کودکان و نوجوانان انجام دهند. در این میان بیش تر مطالعات صورت گرفته مربوط به شیوع بوده و کم تر به مسائل روانشناختی پرداخته شده است. چنانچه عوامل روانشناختی در تبیین این پدیده نادیده گرفته شوند، تلاش برای مهار یا درمان این مشکل نیز به شکست خواهد انجامید. از این رو به منظور ارتقاء و بهبود مداخلات، فهم عمیق تر مکانیزم های روانشناختی زیربنایی آن ضروری است (۸،۷). به عنوان مثال یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان داد که برای اثبات اثربخشی فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی سالم در پیشگیری از چاقی نوجوانان شواهد نیرومندی وجود ندارد و مداخلات بدون در نظر گرفتن تأثیر متغیرهای روانشناختی به شکست می انجامند (۱۰). اختلالات روانشناختی، استرس های حاد روانی و مسائل مزمن تر روانشناختی و شخصیتی همگی می توانند موجب چاقی و اضافه وزن شوند (۱۱). پژوهش ها رابطه متغیرهای روانشناختی مانند دلبستگی، سبک های فرزندپروری (۱۲) افسردگی (۱۳)، اضطراب (۱۴)، خوردن هیجانی (۱۵)، حرمت خود (۱۶) و خودمهارگری (۱۷) را بیش از سایر

متغیرها در بروز اضافه وزن و چاقی در نوجوانی نشان داده اند. پژوهش ها نشان داده اند که دلبستگی ناایمن با شاخص توده بدنی و خوردن غیر قابل مهار رابطه دارد (۱۸). هم چنین در خانواده هایی که انسجام کم تر، تعارض بیش تر و انضباط والدینی منفی است، دلبستگی ناایمن با مشکلات خوردن و سبک های ناسالم خوردن رابطه پیدا می کند (۱۹). دلبستگی در بافت خانواده با سبک های فرزندپروری در ارتباط است. سبک فرزندپروری والدین تعیین کننده بسیاری از حالت های روانشناختی کودک و نوجوان، از جمله رفتار خوردن است. به عنوان مثال پژوهش ها نشان داده اند مهار والدینی به طور مستقیم بر میزان بیشتر مصرف مواد غذایی چرب و شیرین تأثیر می گذارد. والدینی که در رابطه با فرزندان نوجوان شان می کوشند به طور مستقیم بر رفتارهای نوجوان نظارت کنند و رفتارها را به صورت بیرونی کنترل کنند، اشتیاق نوجوان را برای مصرف مواد غذایی بیش تر بر می انگیزانند (۲۰). از طرفی نوجوان با هیجان های منفی زیادی دست به گریبان است.

در پژوهش Lynch و همکاران (۲۳) اضطراب و افسردگی پیش از وهله های پرخوری افزایش می یافت. افزون بر این، بیماران دچار اختلال پرخوری نوسان های خلقی بیش تری را نشان می دهند و دوره های پرخوری شان اغلب بعد از عواطف منفی شدید رخ می دهد. در بین دختران، اضطراب، پرخوری و نیز فقدان مهار در خوردن را توجیه می کرد اما افسردگی تنها خود خوردن (و نه فقدان کنترل) را پیش بینی کرد. در پژوهش Hearson و همکاران (۲۴) افرادی که حساسیت زیاد به اضطراب داشتند، میل به خوردن بیشتر در پاسخ به حالت های هیجانی منفی را نیز گزارش کردند. همچنین، مشخص شد خوردن در هنگام تنیدگی پاسخ رفتاری دخترها به ادارک از موقعیت است. اما از طرفی، خودمهارگری به معنای مقاومت در برابر وسوسه خوردن به خصوص خوردن مواد غذایی چرب و شیرین و ناسالم و یا به تعویق انداختن ارضاء گرسنگی است (۲۶). در

حالی که بسیاری از مکانیزم‌های بدنی تنظیم وزن که ارزش تکاملی دارند می‌کوشند فرد را به سمت مصرف مواد غذایی بیشتر به منظور افزایش ذخایر بدن برای زنده ماندن در شرایط سخت سوق دهند، مکانیزم‌های خودمهارگری بر اساس شناخت علایم گرسنگی، درک و تفسیر موقعیت، توجه به قضاوت‌های دیگران و تلاش آگاهانه برای حفظ رژیم غذایی و وزن متناسب، میزان و نحوه خوردن فرد را تنظیم می‌کنند و بر وسوسه فرد برای خوردن غلبه می‌کنند و ارضا را به تعویق می‌اندازند. علاوه بر خودمهارگری، حرمت خود و چاقی نیز با یکدیگر رابطه دارند (۲۷).

Sato و همکاران (۲۸) حرمت خود را با شاخص توده بدنی (Body Mass Index: BMI) بالا و پایین در ارتباط دانسته‌اند و این ارتباط را در دختران به مراتب قوی‌تر از پسران یافته‌اند. آن‌ها همچنین دریافتند دخترانی که حرمت خود پایین‌تری دارند کم‌تر در فعالیت‌های جسمانی شرکت می‌کنند و این وضعیت نیز به نوبه خود به اضافه وزن آن‌ها دامن می‌زند. Goossens و همکاران (۲۹) بین حرمت خود پایین و مشکلات خوردن مانند فقدان مهار در خوردن و پرخوری رابطه معنی‌داری یافتند. نوجوانانی با حرمت خود پایین در ادارک وزن خود دچار اشتباه هستند و دچار بیش‌تر سنجی یا کم‌تر سنجی می‌شوند و در نتیجه نمی‌توانند رفتار خوردن را درست تنظیم کنند (۲۰، ۲۷، ۳۰، ۳۱). مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد به صورت جداگانه و هر متغیر به تنهایی و نه در انسجام با هم به بررسی رابطه دلبستگی، فرزندپروری، افسردگی و اضطراب با چاقی پرداخته شده و این نتایج حتی به صورت جداگانه هم در تناقض باهم هستند (۳۵، ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۴۵).

با وجود مطالعات متعددی که درباره رابطه چاقی انجام شده است نتایج تا حد زیادی متناقض هستند. Wardle و Cooke (۲۰۰۵) علت این امر را نادیده گرفتن نقش واسطه‌ای و یا تعدیل‌کننده برخی متغیرهای دیگر دانسته است (۳۸). طبق پژوهش‌ها متغیرهای واسطه‌ای مثل خوردن هیجانی، حرمت خود و خودمهارگری نقش

مهمی در این بین می‌تواند داشته باشند. دلیل مهم دیگر این است که پژوهش‌های گذشته همگی به‌طور مجزا به این پدیده نگریسته و آن را مورد بررسی قرار داده‌اند. در هیچ پژوهشی تمام این متغیرها در کنار هم و به صورت یک مدل دیده نشده است. لذا این پژوهش می‌تواند دریچه جدیدی روی پژوهشگران در زمینه ابعاد روان‌شناختی چاقی بگشاید و تناقض‌های موجود را روشن سازد و انسجامی بین مفاهیمی که تاکنون در این زمینه مطرح شده است، ایجاد نماید. بنابراین به‌طور کلی دلبستگی ناایمن و فرزندپروری سهل‌گیرانه و مستبدانه، اضطراب و افسردگی در مطالعات مختلف به‌عنوان پیش‌بین‌های مهم چاقی در نظر گرفته شده‌اند و می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که ناایمن شدن دلبستگی و سبک‌های نامناسب فرزندپروری، اضطراب و افسردگی به توانایی تنظیم هیجانی فرد آسیب وارد می‌کنند و وی را مستعد عدم خودمهارگری، حرمت خود پایین و خوردن هیجانی می‌کنند و این متغیرها آن‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند با چاقی و اضافه وزن نوجوانان رابطه مستقیمی دارند. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خوردن هیجانی، حرمت خود و خودمهارگری در رابطه بین این متغیرها با چاقی است.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۷ ساله دختر ساکن شهر تهران بود. برای برآورد حجم نمونه بر اساس نظر Lomax و Schumacker (۹) از ملاک وجود ۱۵ تا ۲۰ آزمودنی به ازای هر مسیر استفاده شد. با توجه به این ملاک ۴۴۰ نفر از دانش‌آموزان با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. بدین منظور از بین مناطق شهر تهران، یک منطقه به‌طور تصادفی (منطقه ۵) انتخاب شد. سپس از بین دبیرستان‌های دخترانه منطقه مذکور، پنج دبیرستان انتخاب شد. سپس، دانش‌آموزان عادی و نیز آنانی که

به نظر می‌رسیدند که دارای اضافه وزن هستند، انتخاب شدند و پس از آن که قد و وزنشان اندازه گرفته شد، در گروه نمونه قرار گرفتند. در روند انتخاب افراد، صدک بالای ۸۵ در جدول‌های شاخص توده بدنی کودکان و نوجوانان (معادل BMI بالاتر از ۲۳) به عنوان ملاک اضافه وزن و صدک (۹۵ برابر با BMI بالاتر از ۲۸) به عنوان ملاک چاقی در نظر گرفته شدند (۳۲). افراد دارای اضافه وزن و چاق با توجه به این ملاک وارد پژوهش شدند و هر دو در مدل در نظر گرفته شدند. همچنین، افرادی که از بیماری‌های جسمی مانند کم کاری تیروئید رنج می‌بردند و نیز افرادی که داروهای مصرف می‌کردند که پراشتهایی و افزایش وزن جزء عوارض آنها بود، از نمونه کنار گذاشته شدند. موارد مربوط به بیماری‌های جسمی مؤثر در چاقی، در قالب سؤالات اولیه قبل از اجرای پرسشنامه‌ها از آزمودنی‌ها پرسیده شد و کسانی که پاسخ مثبت به هر یک از معیارهای خروج را دادند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. این روند تا کامل شدن گروه نمونه ادامه داشت تا این که آزمودنی‌ها، مجموعه ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند.

#### ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (Depression Anxiety Stress Scales: DASS): این مقیاس توسط لایونند و لایونند (۱۹۹۵) تهیه شده است و افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. در فرم کوتاه هر یک از سه سازه با ۷ گویه و در فرم بلند با ۱۴ گویه سنجیده می‌شوند. نمره‌گذاری بر اساس گزارش آزمودنی در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از هیچ‌وقت (۰) تا همیشه (۳) انجام می‌شود. افضلی و همکاران (۲۱) این پرسشنامه را در دانش‌آموزان دبیرستانی هنجار کردند. ضرایب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. افزون بر این، همبستگی زیرمقیاس افسردگی با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۷، زیرمقیاس اضطراب با مقیاس

اضطراب زانگ برابر با ۰/۶۷ و زیرمقیاس تنیدگی با تنیدگی ادارک شده برابر با ۰/۴۹ محاسبه شد. همبستگی این ابزار با مقیاس کیفیت زندگی دانش‌آموزان بین ۰/۳ تا ۰/۵ و معنادار گزارش شد. آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۰/۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ و ضرایب باز آزمایی برابر با ۰/۷۹، ۰/۶۸ و ۰/۶۸ به دست آمد. لازم به ذکر است، در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمده است.

پرسشنامه دلبستگی نوجوانان به والدین و همسالان (Inventory of parent and peer attachment: IPPA): این پرسشنامه توسط Armsden و Greenberg (۱۹۸۷) ساخته شده است. نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه شامل سه بخش پدر، مادر و همسالان است و هر بخش از ۲۵ سوال تشکیل شده است. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود. در مجموع پرسشنامه دارای سه عامل اعتماد متقابل، ارتباط و بیگانگی است. آلفای کرونباخ برای نسخه پدر، مادر و همسالان به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. اعتبار باز آزمایی پرسشنامه پس از سه هفته نیز ۰/۹۳ محاسبه شد. روایی همگرای پرسشنامه از طریق همبستگی بالای آن با خودپنداره اجتماعی و نیز تعارض، انسجام و حمایت در خانواده به دست آمد. نصرتی، مظاهری و حیدری (۲۲) آلفای کرونباخ دلبستگی به مادر، پدر و همسالان ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آوردند. در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده است.

پرسشنامه فرزندپروری بامریند (Baumrind parenting styles questionnaire): این ابزار اقتباسی است از نظریه اقتدار والدین که بر اساس نظریه بامریند از سهل‌گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه، برای بررسی الگوهای نفوذ و شیوه‌های فرزندپروری ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که ۱۰ ماده

آن به شیوه سهل گیری مطلق، ۱۰ ماده به شیوه استبدادی و ۱۰ ماده دیگر به شیوه اقتدار منطقی والدین در امر پرورش فرزند مربوط می‌شوند. در این پژوهش آزمودنی‌ها که مادران نمونه‌های مورد مطالعه بودند باید با مطالعه هر ماده، نظر خود را بر حسب یک مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تقریباً مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم) مشخص کنند که بعداً و به ترتیب از صفر تا ۴ نمره‌گذاری شده و با جمع نمرات، ۳ نمره مجزا در مورد سهل‌گیری مطلق، استبدادی و اقتدار منطقی برای هر آزمودنی به دست می‌آید. این پرسشنامه توسط اسفندیاری (۴۰) مورد استفاده قرار گرفته و این محقق اعتبار و پایایی خوبی را در مورد آن گزارش نموده است. میزان پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی ۸۱/۰ برای سهل‌گیری، ۸۵/۰ برای استبدادی و ۹۲/۰ برای اقتدار منطقی پدران گزارش نمود. همچنین وی در مورد میزان اعتبار پرسشنامه، این نتیجه را گزارش نمود: مستبد بودن مادر رابطه معکوسی با سهل‌گیری، (۰/۳۸-) و اقتدار منطقی او (۰/۴۸-) دارد. مستبد بودن پدر رابطه معکوسی با سهل‌گیری (۰/۵۰-) و اقتدار منطقی (۰/۵۲-) او دارد. لازم به ذکر است، در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۸۶/۰ به دست آمده است. پرسشنامه غذا خوردن هیجانی<sup>۱</sup>: مقیاس خوردن هیجانی (آرنا، کناردی و آگراس ۱۹۹۵) یک مقیاس خودگزارش‌دهی ۲۵ موردی است که شدت رابطه بین خلق منفی و اختلالات خوردن را می‌سنجد. این مقیاس از «کاهش شدید میل به خوردن» تا «افزایش شدید میل به خوردن» نوسان دارد و شامل سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و خشم است. دامنه نمرات این مقیاس از ۲۵ تا ۱۲۵ است. برای مقیاس خوردن هیجانی پایایی درونی ۸۱/۰ و اعتبار ۷۹/۰ گزارش شده است. علی‌پور (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۹۵/۰ به دست آورد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات برای کل مقیاس نیز به ترتیب ۶۲/۵۲ و ۸۱/۱۸ محاسبه شد.

1. Emotional Eating Scale (EES)

همچنین در پژوهش علی‌پور (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خشم، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۹۲/۰، ۷۷/۰ و ۸۹/۰ به دست آمد. لازم به ذکر است، در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۸۸/۰ به دست آمده است.

مقیاس حرمت خود هری<sup>۲</sup>: مقیاس حرمت خود هری در سال ۱۹۸۵ توسط بروس ار. هری به منظور سنجش حرمت خود در کودکان مدرسه‌ای ساخته شد. این مقیاس با ۳۰ عبارت ابزاری برای ارزیابی حرمت خود در کودکان مدرسه‌ای ۱۰ ساله و بزرگتر است. مجموعه همه ۳۰ مورد به‌عنوان مقیاس کلی حرمت خود در نظر گرفته می‌شود. شیوه نمره‌گذاری عبارت‌ها در مقیاس حرمت خود هری عبارت است از کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، موافقم (۳) و کاملاً موافقم (۴). سپس نمرات هر سه زیرمقیاس با هم جمع می‌شود تا نمره کل حرمت خود به دست آید. پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله سه ماهه برای سه زیرمقیاس بین ۵۶/۰ تا ۶۵/۰ و برای کل مقیاس ۷۴/۰ گزارش شده است. همبستگی کل مقیاس حرمت خود هری با پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۸۳/۰ بوده است که حاکی از اعتبار همگرایی مطلوب این آزمون است. زیرمقیاس‌های این مقیاس نیز با تغییر در وضعیت زندگی و با فعالیت‌های حیطه‌های پیش‌بینی شده همبستگی معناداری داشته است. این امر نشان می‌دهد تغییراتی که در منابع حیطه‌های خاص حرمت خود رخ می‌دهد منجر به تغییر در میزان حرمت خود کلی نمی‌شود. لازم به ذکر است، این آزمون در ایران هنجاریابی نشده است و در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۸۵/۰ به دست آمده است.

مقیاس خودمهارگری (Self-Control Scale): این آزمون در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی و همکاران تهیه شده و دارای ۳۶ ماده است و در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل افراد بین

2. Harry self-esteem scale

۳۶ تا ۱۸۰ است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را ۸۹/۰ گزارش کرده‌اند. به منظور تعیین روایی مقیاس خودکنترلی رابطه آن با بسیاری از ابزارها بررسی شده است. مقیاس خودکنترلی با پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت و مهارت‌های بین فردی، دلبستگی ایمن و پاسخ‌های هیجانی بهینه، همبستگی مثبت و با اختلالات خوردن و مصرف الکل همبستگی منفی معنی‌دار دارد. ریفیعی هنر و جان بزرگی (۴۱) ضریب آلفای پرسشنامه را ۸۵/۰ محاسبه کرده‌اند. در تحقیق حاضر با استفاده از روش آلفا کرونباخ اعتبار پرسشنامه ۸۶/۰ به دست آمده است.

## یافته ها

از ۴۴۰ نفر دانش آموز دختر مورد مطالعه، ۸۳ نفر پایه اول (۱۸/۸۶ درصد)، ۲۰۹ نفر پایه دوم (۴۷/۵ درصد) و ۱۴۸ نفر (۳۳/۶۳ درصد) پایه سوم بودند. پایه تحصیلی با چاقی رابطه معنی‌داری نداشت ( $t_s = 0/017$ ,  $p = 0/721$ ). از میان ۳۵۷ نفر دانش آموز پایه دوم و سوم، ۱۶۸ نفر در رشته علوم تجربی (۳۸/۱۸ درصد)، ۱۱۸ نفر در رشته ریاضی فیزیک (۲۶/۸۱ درصد) و ۷۱ نفر در رشته علوم انسانی (۱۶/۱۳ درصد) تحصیل می‌کردند. بین رشته‌های مختلف تحصیلی از لحاظ چاقی تفاوتی ملاحظه نشد ( $F_{2,354} = 0/089$ ,  $p = 0/915$ ). ۱۲۸ نفر از مادران این دانش آموزان شاغل (۲۹/۰۹ درصد) و ۳۱۲ نفر (۷۰/۹ درصد) خانه‌دار بودند و بین فرزندان این دو گروه تفاوت معنی‌داری از لحاظ چاقی وجود نداشت ( $t = 0/009$ ). میزان تحصیلات ۲۰۳ نفر از مادران دیپلم (۴۶/۱۳ درصد)، ۳۲ نفر فوق دیپلم (۷/۲۷ درصد)، ۱۴۷ نفر لیسانس (۳۳/۴ درصد) و ۵۸ نفر فوق لیسانس (۱۳/۱۸ درصد) بودند. میزان تحصیلات مادران، رابطه‌ای با چاقی فرزندان نداشت ( $t_s = 0/075$ ,  $p = 0/114$ ). شغل ۲۸۳ نفر از پدران آزاد (۶۴/۳۱ درصد)، ۵۴ نفر فرهنگی (۱۲/۲۷ درصد)، ۸۸ نفر فنی و مهندسی (۲۰ درصد) و ۱۵ نفر (۳/۴۰ درصد) بیکار بودند و رابطه معنی‌داری بین

شغل پدر و چاقی فرزندان مشاهده نشد ( $F_{3,436} = 2/461$ ،  $p = 0/062$ ). معدل ۱۶۲ نفر از دانش آموزان (۳۶/۸۱ درصد) بین ۱۸ تا ۲۰، ۹۶ نفر (۲۱/۸۱ درصد) بین ۱۶ تا ۱۸، ۱۷۱ نفر (۳۶/۸۶ درصد) بین ۱۴ تا ۱۶، و ۱۱ نفر (۲/۵ درصد) بین ۱۲ تا ۱۴ بود. بین معدل دانش آموزان و میزان چاقی نیز همبستگی معنی‌دار وجود نداشت ( $r = -0/008$ ,  $p = 0/864$ ). به طور کلی ارتباط معناداری از لحاظ آماری بین متغیر چاقی و اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش دیده نشد.

از آن‌جا که رابطه خطی بین متغیرها یکی از مفروضه‌های مهم در معادلات ساختاری است، پیش از محاسبه همبستگی‌ها و بررسی برازندگی مدل، این مفروضه در مورد رابطه متغیرهای تحقیق با چاقی بررسی شد. تحلیل واریانس نشان داد که تنها در مورد متغیر اضطراب، داده‌ها با مدل خطی برازش ندارد. ( $F_{438} = 65/2$ ،  $p = 104/0$ ) رابطه این متغیر با چاقی از نوع درجه دوم است (نمودار شماره ۱). این رابطه به این معناست که سطوح پایین اضطراب با وزن پایین همراه است و بالا رفتن اضطراب تا سطح متوسط افزایش وزن را به همراه دارد. اما بالاتر رفتن اضطراب از سطح متوسط با روند کاهشی در وزن همراه است. به تعبیر دیگر هر چه نمره اضطراب فرد فاصله‌ی بیش تری از سطح متوسط داشته باشد (چه در جهت افزایش چه کاهش)، میزان چاقی کمتر خواهد بود. براساس این تعبیر تازه می‌توان مفهوم جدیدی را از اضطراب در نظر گرفت که دارای رابطه خطی با چاقی باشد (نمودار شماره ۱). رابطه این متغیر تازه که می‌توان آن را افراط و تفریط در اضطراب نامید با چاقی خطی است ( $F_{438,1} = 71/40$ ،  $p = 000/0$ ).

آن‌گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، تمامی متغیرهای تحقیق با چاقی همبستگی معنادار دارند. این همبستگی‌ها درباره هر سه سبک فرزندپروری، هر سه مؤلفه خوردن هیجانی، افسردگی و خودمهارگری، مستقیم و برای هر سه حیطه دلبستگی، سه مؤلفه حرمت خود و نمره تبدیل شده اضطراب (افراط و تفریط در اضطراب) معکوس است.

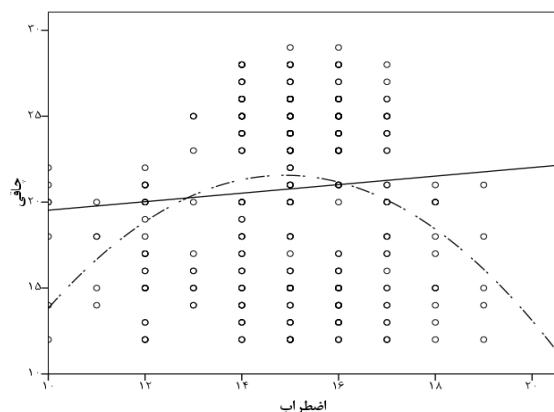
## جدول شماره ۲: شاخص‌های برازندگی مدل اولیه و مدل نهایی

مدل	درجه آزادی	$\chi^2$	GFI	AGFI	RMSEA
مدل اولیه	۵۷۹	۶۹۴/۶۴	۰/۸۵	۰/۷۸	۰/۱۱
مدل نهایی	۸۸	۲۷۳/۸۹	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۰۷

رابطه غیرمستقیم «افراط و تفریط در اضطراب» با چاقی معنادار است (جدول شماره ۳). این رابطه در مورد فرزندپروری نیز مثبت و معنادار است. اما در افسردگی تنها با اغماض از ۰/۰۰۱ فاصله تا مرز معناداری می‌توان حکم به معناداری رابطه داد. در مورد مسیرهای مستقیم باید گفت هر سه مسیر (خوردن هیجانی، حرمت خود و خودمهارگری) معنی دارند. البته درباره خودمهارگری نیز اعلام معنادار بودن مسیر با اغماض از ۰/۰۰۱ فاصله تا مرز معناداری ممکن است. نکته مهم در جدول شماره ۳ این است که تنها در مورد دو متغیر مکنون، هم مسیر مستقیم و هم مسیر غیرمستقیم در مدل موجود است و در هر دو مورد، مسیر مستقیم معنادار و مسیر غیرمستقیم معنادار نیست.

## جدول شماره ۳: ضرایب و آزمون معناداری مربوط به مسیر هر یک از متغیرهای مکنون به چاقی

متغیر ابتدای مسیر	مسیر مستقیم		مسیر غیرمستقیم	
	ضریب	معناداری	ضریب	معناداری
تفریط و تفریط در اضطراب	-	-	-	-
افسردگی	-	-	-	-
دل بستگی	-	-	-	-
فرزندپروری	-	-	-	-
خوردن هیجانی	۰/۱۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
حرمت خود	۰/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
خودمهارگری	-۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

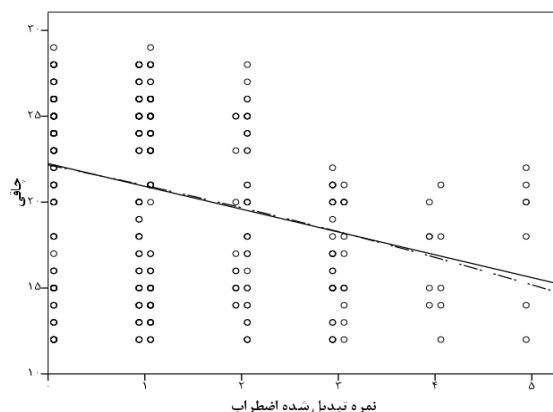


## جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای

## تحقیق با چاقی

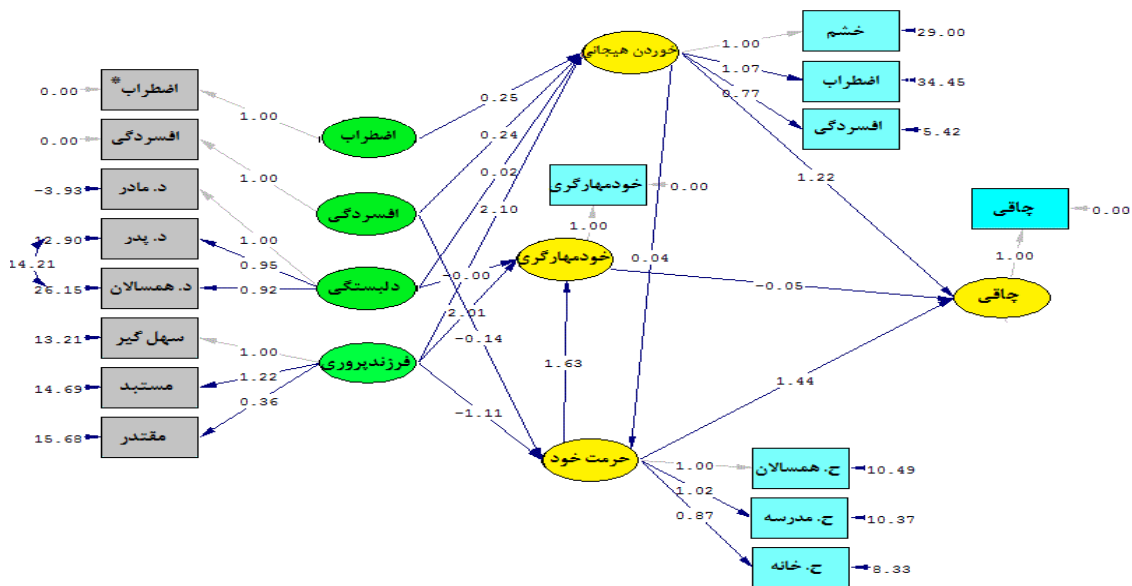
میانگین	انحراف استاندارد	همبستگی	معنی‌داری
۶۱۴/۱۴	۲۱۷/۳	۰/۰۰/۰	۰/۰۰/۰
۱۲۲/۱	۱۱۰/۱	-۰/۲۹/۰	۰/۰۰/۰
۶۹۳/۱۹	۹۴۹/۵	-۰/۶۸/۰	۰/۰۰/۰
۲۰۹/۲۱	۰/۳۳/۶	-۰/۷۱/۰	۰/۰۰/۰
۲۰۹/۲۲	۲۰۸/۵	-۰/۷۳/۰	۰/۰۰/۰
۳۹۳/۵۲	۲۴۰/۷	-۰/۹۸/۰	۰/۰۰/۰
۱۶۶/۲۸	۷۴۰/۵	-۰/۶۹/۰	۰/۰۰/۰
۰/۸۰/۲۹	۶۲۹/۶	۰/۷۴/۰	۰/۰۰/۰
۳۹۳/۳۳	۲۷۹/۴	۰/۳۱/۰	۰/۰۰/۰
۶۸۹/۸۸	۵۲۹/۱۶	۰/۶۹/۰	۰/۰۰/۰
۵۲۳/۸۹	۱۹۹/۱۶	۰/۷۴/۰	۰/۰۰/۰
۹۹۱/۸۹	۱۴۰/۱۶	۰/۳۱/۰	۰/۰۰/۰
۹۰۹/۳۸	۶۹۱/۱۰	-۰/۷۲/۰	۰/۰۰/۰
۱۲۳/۲۸	۷۴۷/۱۱	-۰/۷۱/۰	۰/۰۰/۰
۶۶۴/۱۵	۶۷۲/۷	-۰/۷۰/۰	۰/۰۰/۰

پس از اجرای اولیه مدل مفروض در پژوهش مشخص شد که مدل یاد شده اندکی با برازش مطلوب فاصله دارد (جدول شماره ۲). از این رو با در نظر گرفتن شاخص‌های اصلاح مدل از یک سو و توجه به توجیه نظری داشتن اصلاحات تازه در مدل، چند مسیر به مدل اضافه شد (مسیر خوردن هیجانی به حرمت خود، حرمت خود به خودمهارگری، فرزندپروری به خوردن و کوواریانس خطای دل بستگی به همسالان و پدر) که موجب ارتقای برازندگی مدل شد (جدول شماره ۲). مدل نهایی در نمودار شماره ۲ به همراه ضرایب مسیر به تصویر کشیده شده است.



## نمودار شماره ۱: رابطه اضطراب با چاقی پیش و پس از تبدیل نمرات





نمودار شماره ۲: مدل نهایی روابط متغیرهای آشکار و مکنون پژوهش به همراه ضرایب مسیر

مسیر نزدیک به هم و البته در جهت عکس یکدیگر است. سبک فرزندپروری در درجه نخست از طریق خوردن هیجانی و در مرتبه بعدی از طریق حرمت خود با چاقی در ارتباط است. اما ارتباط آن از طریق خودمهارگری ضعیف است. بنابر این در یک جمع‌بندی میانجی‌گری خودمهارگری به تأیید نمی‌رسد اما میانجی‌گری خوردن هیجانی به ترتیب برای فرزندپروری، اضطراب و در نهایت افسردگی در رابطه‌ای که با چاقی دارند به تأیید می‌رسد. میانجی‌گری حرمت خود در درجه اول برای فرزندپروری و در درجه دوم برای افسردگی مورد تأیید است. درباره میانجی‌گری خوردن هیجانی می‌توان گفت با توجه به جداول شماره ۳ و ۴، میانجی‌گری این متغیر برای اضطراب، افسردگی و فرزندپروری به تأیید می‌رسد.

به این ترتیب درباره هر سه متغیر مکنونی که در مدل حضور دارند تنها مسیر مستقیم معنی‌دار به چاقی وجود دارد و مسیر غیرمستقیم یا نیست (خودمهارگری) یا هست و معنادار نیست (خوردن هیجانی و حرمت خود). این نکته از این لحاظ برای تحلیل مسیرهای متغیرهای برون‌زای مکنون تا چاقی مهم است که بحث را درباره ادامه مسیر از میانجی‌ها به چاقی خلاصه می‌کند و پاسخ به سؤال‌های پژوهش را آسان‌تر می‌سازد. به عبارت دیگر فقط لازم است مسیرهای قبل از میانجی‌ها تحلیل شوند و تکلیف ادامه مسیر روشن است. اکنون به عنوان زمینه‌ای برای پاسخ به سؤال‌های پژوهش درباره میانجی‌گری متغیرهای مکنون سه‌گانه، ضرایب مسیرهای مختلف محاسبه خواهد شد. از آن‌جا که غرض از این محاسبات مقایسه مسیر مربوط به متغیرهای مختلف است، از ضرایب استاندارد شده استفاده شده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: ضریب مسیر برای رابطه هر یک از متغیرهای مکنون

پرونا با چاقی	اضطراب به چاقی:
$(-0.03) \times (2/3) = -0.02$	از طریق خوردن هیجانی:
$(-0.08) \times (2/3) = -0.11$	افسردگی به چاقی:
$(-0.09) \times (1/42) = -0.13$	از طریق خوردن هیجانی:
$(-0.98) \times (2/3) = 2/25$	از طریق حرمت خود:
$(1/23) \times (-0.05) = -0.06$	فرزندپروری:
$(-0.99) \times (1/42) = -1/42$	از طریق خوردن هیجانی:
	از طریق خودمهارگری:
	از طریق حرمت خود:

از آن‌جا که مسیر اضطراب (افراط و تفریط در اضطراب) به چاقی فقط از خوردن هیجانی عبور می‌کند، معنی‌داری رابطه اضطراب با چاقی به معنای معناداری میانجی‌گری خوردن هیجانی است. افسردگی از طریق دو واسطه با چاقی در ارتباط است که ضرایب هر دو

## بحث

مطالعات متعددی درباره رابطه اضطراب، افسردگی، دل‌بستگی، سبک فرزند‌پروری با چاقی انجام شده است، اما نتایج به جای آن که مؤید همدیگر باشند تا حد زیادی گنج‌کننده‌اند. برای مثال علی‌رغم این که اضطراب در برخی افراد منجر به چاقی می‌شود، در برخی افراد مضطرب، منجر به کاهش وزن می‌شود (۴۲). در افسردگی نیز از کاهش اشتها و مصرف پایین غذا صحبت می‌شود اما در گروهی از افراد افسرده، مشکلات خلقی با افزایش خوردن در ارتباط است (۳۸). هم‌چنین تحقیقات نشان داده‌اند که دل‌بستگی ناایمن و سبک فرزند‌پروری غیرمقتدرانه در همه افراد منجر به چاقی و اضافه وزن نمی‌شود (۴۳).

Wardle و Cooke علت این امر را نادیده گرفتن نقش واسطه‌ای و یا تعدیل‌کننده متغیرها دانسته است (۳۸). علاوه بر این دانستن رابطه تک به تک این متغیرها با چاقی و اضافه وزن علی‌رغم سودمندی فراوان در مراحل مقدماتی پژوهشی، نمی‌تواند راهگشای درمان و پیشگیری باشد. برای رسیدن به یک طرح جامع‌تر از روابط چندگانه بین متغیرهای مختلف با چاقی و اضافه وزن لازم شد که رابطه این متغیرها در یک مدل با یکدیگر مورد بررسی قرار گیرند، به عبارت بهتر آنچه بین این متغیرها و چاقی نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کند سؤالی بود که در پژوهش‌های قبلی کم‌تر به آن پرداخته شده بود. در این پژوهش نقش میانجی‌گری حرمت خود، خوردن هیجانی و خودمهارگری در رابطه بین دل‌بستگی، اضطراب، افسردگی و سبک فرزند‌پروری با چاقی و اضافه وزن نوجوانان دختر بررسی شد. یافته‌های پژوهش در وهله اول همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۳۳، ۲۵، ۲۹، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۸، ۵، ۴) نشان داد سبک خوردن هیجانی با چاقی همبستگی مثبت دارد و بین دل‌بستگی با چاقی همبستگی منفی وجود دارد. سبک فرزند‌پروری مستبدانه نیز رابطه غیرمستقیم با چاقی داشته است. در

وهله دوم به منظور فراتر رفتن از رابطه خطی و پیدا کردن مکانیزم‌های واسطه‌ای و مسیرهایی که این متغیرها را با چاقی همبسته می‌کند، به سراغ معادلات ساختاری رفتیم که نتایج آن نشان داد مدل چاقی ارائه شده مبتنی بر متغیرهای واسطه‌ای مذکور از برازش خوبی برخوردار بوده و نتایج جزئی‌تر تحلیل مسیر نشان داد که خوردن هیجانی متغیر میانجی بین سبک فرزند‌پروری، اضطراب و افسردگی با چاقی و اضافه وزن و هم‌چنین حرمت خود میانجی رابطه سبک فرزند‌پروری و افسردگی با چاقی بودند، اما میانجی‌گری خودمهارگری در این پژوهش معنادار نبود. این یافته‌ها بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شود.

خوردن هیجانی هماهنگ با پژوهش‌های انجام شده پیشین می‌تواند در رابطه بین اضطراب، افسردگی و فرزند‌پروری و چاقی نقش میانجی‌گری داشته باشد (۴۸، ۲۵، ۱۲). افرادی که به خاطر دلایل هیجانی زیاد می‌خورند این کار را در پاسخ به احساساتی مانند خشم، اضطراب، ناکامی یا افسردگی انجام می‌دهد و خوردن هیجانی ممکن است راهکاری برای ب فرار از عواطف منفی باشد. در نوجوانان خوردن هیجانی با افراط در خوردن رابطه دارد و در این حین معمولاً غذاهایی مصرف می‌شود که انرژی بالایی دارند. هم‌چنین مطالعات آشکار کرده‌اند که خوردن هیجانی معمولاً در مواقعی رخ می‌دهد که فرد گرسنه نیست. به عبارت دیگر به دلیل مسائل هیجانی به خوردن رو می‌آورند (۴۹). از آنجایی که والدین نخستین عوامل اجتماعی‌ساز کودک هستند به نظر می‌رسد که جنبه‌هایی از رفتار آن‌ها ممکن است با خوردن هیجانی فرزندانشان رابطه داشته باشد. شواهد قابل ملاحظه‌ای نیز از این فرضیه حمایت می‌کنند که فرزند‌پروری نقش‌نیرومندی بر وزن کودک، انتخاب‌های غذایی، و فعالیت فیزیکی دارد (۳۶). در بین نوجوانان خوردن هیجانی با هر دو سبک کلی فرزند‌پروری و رفتارهای اختصاصی خوردن رابطه دارد. بین کودکان ۸ تا ۱۱ سال کسانی که رفتار خوردن هیجانی داشتند

والدینشان را به عنوان کنترل گر توصیف کرده‌اند (۵۰).  
Topham و همکاران (۵۱) نشان دادند که والدینی که  
گرایش به محدودسازی هیجان‌های منفی کودکانشان  
دارند به احتمال کودکانی پرورش می‌دهند که در نهایت  
در گیر خوردن هیجانی می‌شوند.

Snoek و همکاران (۵۲) نشان دادند که حمایت  
پایین مادری، کنترل روان‌شناختی بالا و کنترل رفتاری  
بالا نیز با خوردن هیجانی مرتبط هستند. یافته‌های  
پژوهشی نشان داد که سبک فرزندپروری مستبدانه با  
چاقی همبستگی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که آنچه  
در سبک فرزندپروری مستبدانه باعث ایجاد آسیب‌شناسی  
می‌شود، نادیده‌انگاری هیجانی است. Braden و  
همکاران، نشان دادند که کودکان والدینی که از سبک  
مستبدانه استفاده می‌کنند در معرض بیش‌ترین خطر برای  
چاقی قرار دارند (۱۲). از یک طرف زمانی که والدین از  
نظر هیجانی کودک خود را مورد غفلت قرار می‌دهند و  
در واقع احساس‌ها و هیجان‌ها را مدیریت نمی‌کنند  
به تبع آن کودک نیز مدیریت هیجان‌ها خود را فرا  
نمی‌گیرد. از این‌رو ممکن است در زمان‌هایی که  
هیجان‌های منفی بر او غلبه پیدا می‌کنند به صورت  
هیجانی دست به خوردن بزنند تا راه‌گریزی از درد  
هیجانی خود پیدا کنند (۱۲). یافته‌های پژوهش حاضر  
هم چنین تأیید کردند که حرمت خود را می‌توان به  
عنوان میانجی‌گر اثرات فرزندپروری و افسردگی بر  
چاقی دانست. از طرفی در بسیاری از منابع بین حرمت  
خود با چاقی همبستگی منفی معنی‌داری را گزارش  
کردند (برای مثال Sato و همکاران (۲۸) حرمت خود را  
با BMI بالا و پایین در ارتباط دانسته‌اند و این ارتباط را  
در دختران به مراتب قوی‌تر از پسران یافته‌اند. آن‌ها  
هم چنین دریافتند دخترانی که حرمت خود پایین‌تری  
دارند، کم‌تر در فعالیت‌های جسمانی شرکت می‌کنند و  
این وضعیت نیز به نوبه خود به مشکل اضافه وزن آن‌ها  
دامن می‌زند. Goossens و همکاران (۲۹) بین حرمت خود  
پایین و مشکلات خوردن مانند فقدان مهار در خوردن و

پر خوری رابطه معنی‌داری یافتند. در مطالعه پیش‌گستر  
BMI پیش‌بینی‌کننده خوب حرمت خود در سال‌های آینده  
معرفی شده بود و این یافته در دخترها بارزتر بود (۵۷،۲۰،۳۱)  
حرمت خود یکی از مواردی است که در خانواده و  
تحت تأثیر روابط با والدین و درون‌فکنی شیوه‌های  
تربیتی آن‌ها شکل می‌گیرد که بر اساس آن سبک  
فرزندپروری مستبدانه با حرمت خود پایین‌تر در فرزندان  
در ارتباط قرار گرفته است (۵۶،۵۵). در مجموع می‌توان  
این گونه مطرح کرد که سبک فرزندپروری بر رفتار  
خوردن اثر می‌گذارد (۳۶). اما چگونگی این اثرگذاری  
مشابه چیزی که در مورد دل‌بستگی مطرح کرده‌اند از  
طریق متغیرهای واسطه‌ای از جمله حرمت خود است.

حرمت خود علاوه بر این که تحت تأثیر سبک‌های  
فرزندپروری قرار دارد، متأثر از افسردگی نیز هست. افراد  
افسرده میزان بی‌لذتی بیش‌تر، حرمت خود منفی، و  
نمره‌های بالای افسردگی را گزارش می‌کنند. در مقایسه  
با افراد داری وزن عادی افراد چاق حرمت خود  
پایین‌تری نیز دارند. در این میان به نظر می‌رسد که  
حرمت خود پایین نقش اساسی را به عهده دارد. از یک  
طرف با افسردگی و از طرف دیگر با چاقی ارتباط دارد  
و آن‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین  
افسردگی و چاقی نقش میانجی دارد (۵۸،۵۳،۱۳). هم چنین  
پژوهش‌ها نشان داده است که حرمت خود فرد به هنگام  
افسردگی کاهش پیدا می‌کند و وقتی فرد افسرده می‌شود  
احتمال اضافه وزن پیدا کردن وی نیز بیش‌تر می‌شود (۴۷).  
از این رو حرمت خود می‌تواند یک متغیر واسطه‌ای بین  
افسردگی و چاقی و اضافه وزن باشد. تحلیل داده‌ها  
نشان داد که خودمهارگری هرچند به برآزش بهتر این  
مدل کمک کرده اما توانایی میانجی‌گری بین سبک  
فرزندپروری با چاقی را ندارد. این یافته به ظاهر ناهمسو  
با برخی پژوهش‌هاست (۱۷). برای تبیین این یافته باید به  
فرضیه‌های زیربنایی خودمهارگری مراجعه کرد و می‌توان  
آن را از دو منظر متفاوت تفسیر کرد. اولین منظر  
برمی‌گردد به تعریف خودمهارگری به عنوان توانایی به

تفکر به صورت افسانه شخصی گمان می کنند که دارای خودمهارگری بالایی هستند و می توانند هر کاری را در صورت اراده انجام دهند (۱۷). بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهش های آینده به بررسی افسانه شخصی نوجوانان بپردازند و به عنوان یک متغیر کنترل یا یک متغیر تعدیل کننده نقش آن را بررسی کنند.

این پژوهش تلویحات مهمی را در بردارد. نخست این که باید والدین، به ویژه والدین دارای فرزندان چاق را نسبت به شیوه های فرزندپروری و اثرات هر یک از آن ها بر فرزندان، آگاه کرد. در درمان چاقی و کاهش وزن افراد باید به خوردن هیجانی توجه شود و مهارت های مقابله با هیجانات منفی به نوجوانان آموخته شود تا کمتر از خوردن به عنوان یک راه کار دفاعی در مقابل اضطراب و افسردگی و ناکامی ها استفاده کنند. از این رو پیشنهاد می شود تا پژوهش های آزمایشی در مورد تاثیر متغیرهایی چون خوردن هیجانی و سبک های دلبستگی بر چاقی مورد بررسی قرار بگیرد و نتایج این مداخلات مورد مقایسه قرار گیرد. لازم به ذکر است با توجه به این که نمونه پژوهش از مناطق میانی تهران انتخاب شده بودند، سطح اقتصادی- اجتماعی اکثر خانواده ها متوسط بود و این مطالعه سطوح اقتصادی- اجتماعی مختلف را پوشش نداد که از جمله محدودیت های پژوهش می توان به آن اشاره کرد.

## سپاسگزاری

با قدردانی از کلیه دانش آموزان عزیز که انجام این پژوهش را امکان پذیر نمودند.

تأخیر انداختن خواسته ها و لذت های فوری، تعدیل رفتار مطابقت با واقعیت موقعیت، فرونشانی تکانه ها، کنترل ارادی تکانه های دورنی و بیرونی، همسو بودن با رشد اخلاقی و تحول وجدان (۵۴،۴۱). با توجه به تعاریفی که از خودمهارگری به عمل آمد، این نتیجه حاصل می شود که خودمهارگری در اصل باید به عنوان یک متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شود. متغیر تعدیل کننده توانایی کاهش یا افزایش یک رابطه را دارد در حالی که ما آن را یک متغیر میانجی در نظر گرفته بودیم از این رو پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده نقش تعدیل کنندگی خودمهارگری مورد بررسی قرار گیرد تا نقش آن به خوبی روشن شود. درباره خودمهارگری یافته های جداول شماره ۳ و ۴ حاکی از آن است که این متغیر در ارتباط هیچ یک از متغیرهای برونزا با چاقی نقش میانجی مهمی نداشته است. سرانجام درباره نقش میانجی گر حرمت خود باید گفت بر اساس جدول شماره ۴ حرمت خود میانجی رابطه سبک فرزند پروری با چاقی بوده است، اما در مورد دلبستگی، اصولاً رابطه معنی داری با چاقی وجود نداشته است تا از میانجی گری متغیرهای واسطه ای برای آن صحبت شود.

اما از طرف دیگر، احتمال می رود بخشی از ناهمسویی به خاطر نمونه پژوهش حاضر (دختران نوجوان) باشد. نوجوانان در این سن علاوه بر تغییرات بیولوژیک دستخوش تغییرات روان شناختی زیادی می شوند که یکی از آن ها اعتقاد به افسانه شخصی و تماشاگران خیالی است. افسانه شخصی و تماشاگران خیالی هر دو باعث تحریف تصویر خود، قدرت خود و در مواردی باعث کاهش حرمت خود می شوند. بنابراین نوجوانان به علت

## References

1. Puhl RM, Brownell KD. Psychological origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev* 2003; 4(4): 213-227.
2. Wu Y, Zhai L, Zhang D. Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Sleep Med* 2014; 15(12): 1456-1462.
3. Mohamed, GA, Ibrahim SRM, Elkhayat, ES, Dine RSE. Natural anti-obesity agents.

- Bulletin of Faculty of Pharmacy 2014; 52(2): 269-284.
4. Anderson SE, Whitaker RC. Attachment Security and Obesity in US Preschool-Aged Children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165(3): 235-243.
  5. Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics* 2005; 115(2): 340-347.
  6. James PT, Leach R, Kalamara E. The worldwide obesity epidemic. *Obes Res* 2001; 9(supp 4): 228-233.
  7. Mirmiran P, Mirbolouki M, Mohamadi Nasrabadi F, Azizi F. Prevalence of obesity between adolescents in tehran (1997-2000). *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2002; 5(4): 371-377 (Persian).
  8. Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Picket W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics* 2005; 113(5): 1187-1194.
  9. Schumacker R E, Lomax R G. A beginner's guide to structural equation modeling. 2<sup>th</sup> ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2004.
  10. Lee A, Gibbs SE. Neurobiology of food addiction and adolescent obesity prevention in low-and middle-income countries. *J Adolesc Health* 2013; 52(2): 39-42.
  11. Brownell KD, Schwartz MB, Puhl RM, Henderson KE, Harris JL. The need for bold action to prevent adolescent obesity. *J Adolesc Health* 2009; 45(3): 8-17.
  12. Braden A, Rhee K, Peterson CB, Rydell SA, Zucker N, Boutell K. Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite* 2014; 80: 35-40.
  13. Luppino FS, Wit LM, Bouvy F, Stijnen T, Cuipers P, Penninx BW, et al. Overweight, Obesity, and Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(3): 220-230.
  14. Tan CC, Chow CM. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Pers Individ Dif* 2014; 66: 1-4.
  15. Dweck JS, Jenkins SM, Nolan LJ. The role of emotional eating and stress in the influence of short sleep on food consumption. *Appetite* 2014; 72: 106-113.
  16. Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID, Hill AJ. Obesity and Risk of low self-esteem: A statewide survey of Australian children. *Pediatrics* 2006; 118(6): 2481-2487.
  17. Kontinen H, Haukkal A, Lähteenkorva SS, Silventoinen K, Jousilahti P. Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite* 2009; 53(1): 131-134.
  18. Phillips AL, Gibson EL, Slade L. Anxious attachment predicts uncontrolled eating independently of emotional eating. *Appetite* 2012; 59(2): 618-638.
  19. Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L. Attachment Style and Family Functioning as Discriminating Factors in Eating Disorders. *Contemp Fam Ther* 2002; 24(4): 581-599.
  20. Davison KK, Birch LL. Processes linking weight status and self-concept among girls from ages 5 to 7 years. *Dev Psychol* 2002; 38(5): 735-748.
  21. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2008; 5(2): 81-91 (Persian).

- 
22. Nosrati M, Mazaheri M, Heydari M. The relationship between identity status and degree of attachment in male adolescent in Kamyaran: A developmental study. *Journal of Family Research* 2006; 2(5): 35-53 (Persian).
23. Lynch WC, Everingham A, Dubitzky J, Hartman M, Kasser T. Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? *Integr Physiol Behav Sci* 2000; 35(4): 298-313.
24. Hearson BA, Utschig AC, Smits JA, Moshier SJ, Otto MW. The Role of Anxiety Sensitivity and Eating Expectancy in Maladaptive Eating Behavior. *Cognit Ther Res* 2012; 37(5): 923-933.
25. Nguyen-Michel ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. Dietary correlates of emotional eating in adolescence. *Appetite* 2007; 49(2): 494-499.
26. Harma M. The impact of parental control and marital conflict in adolescent' self-regulation and adjustment. Master of Science Thesis. The Middle East Technical University. 2008.
27. Hesketh K, Wake M, Waters E. Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(10): 1233-1237.
28. Kodama Y, Fumoto S, Nishi J, Nakashima M, Sasaki H, Nakamura J, et al. Absorption and distribution characteristics of 5-fluorouracil (5-FU) after an application to the liver surface in rats in order to reduce systemic side effects. *Biol Pharm Bull* 2008; 31(5): 1049-1052.
29. Goossens L, Bosmans G, Braet C, Decaluwe V. Loss of Control over Eating in Pre-adolescent Youth: The role of Attachment and Self-esteem. *Eat Behav* 2011; 12(4): 289-295.
30. Park N. The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy* 2011; 591(1): 25-39.
31. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Self-esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. *Obes Res* 1996; 4(1): 27-33.
32. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA* 2010; 307(5): 483-490.
33. Alipour A. Effectiveness of decreasing emotional eating on weight management, emotional eating and happiness of women with obesity. MA thesis. University of Payamenoor (Central branch). 2011. (Persian).
34. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity–depression associations in the population. *J Psychosom Res* 2002; 53(4): 935-942.
35. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and Obesity. *Biology Psychiatry* 2003; 54(3): 330-337.
36. Sleddens EFC, Gerards SM, Thijs C, Vrise NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6(2-2): e12-27.
37. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90(2): 251-257.
38. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being, Best Practice & Research. *Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005; 19(3): 421-440.
39. Rawana JS, Morgan AS, Nguyen H, Craig SG. The Relation between eating-and Weight-Related Disturbances and depression in adolescence: A Review, *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13(3): 213-230.

40. Esfadiari GH. Comparison of mother parenting styles of conduct disorders children and mothers of normal children and effect of teaching mothers on the children behavioral problems. MA dissertation. Tehran, Psychiatric Institute. 1995 (Persian).
41. Rafiei Honar H, Janbozorgi M. The Relationship between Religious Orientation and Self-control. *Ravanshenasi Va Din* 2010; 1(3): 31-42 (Persian).
42. Faith MS, Calamaro CJ, Dolan MS, Pietrobelli A. Mood disorders and obesity. *Current Opinion in Psychiatry* 2004; 17(1): 9-13.
43. Joynz T. The impact of depression, anxiety, emotional eating and self-esteem on Obesity. *Journal of Clinical Nutrition* 2013; 92(5): 948-958 (Persian).
44. Wake M, Nicholson JM, Hardy P, Smith K. Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1520-1527.
45. Wen X, Hui SS. Chinese parents' perceptions of their children's weights and their relationship to parenting behaviors. *Child: care, health and development* 2011; 37(3): 343-351.
46. Nagl M, Linde K, Stepan H, Kersting A. Obesity and anxiety during pregnancy and postpartum: A systematic review. *J Affect Disord* 2015; 186: 293-305.
47. Roberts RE, Duong HT. Does major depression affect risk for adolescent obesity? *J Affect Disord* 2015; 186: 162-167.
48. Van Strien T, Engels RC, Van Leeuwe J, Snoek HM. The Stice model of overeating. Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite* 2005; 45(3): 205-214.
49. Salehi Fadardi J, Maddah Shourcheg R, Nemati M. A comparison of motivational structure and eating behaviors between overweight and obese and normal weight women. *Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2): 170-181 (Persian).
50. Schuetzman M, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Schimmelmann GE. Associations among the perceived parent-child relationship, eating behavior, and body weight in preadolescents: results from a community-based sample. *J Pediatr Psychol* 2008; 33(7): 772-782.
51. Topham GL, Hubbs-Tait L, Rutledge JM, Page MC, Kennedy TS, Shriver LH, et al. Parenting styles, parent response to child emotion, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite* 2011; 56(2): 261-264.
52. Snoek HM, Engels RC, Janssens JM, Van Strien T. Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite* 2007; 49(1): 223-230.
53. Yen CF, Hsiao RC, Ko CH, Yen JY. The relationship between overweight/obesity and self-esteem in adolescents: the moderating effects of socio-demographic characteristics, family support, academic achievement and peer interaction. *Taiwan Journal of Psychiatry* 2010; 24(3): 210-221.
54. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers* 2004; 72(2): 271-324.
55. Driscoll L. Parenting Styles and Self-Esteem. Claremont Colleges. Scripps Senior Theses Scripps Student Scholarship. 2012.
56. Martinez I, Garcia JF, Yubero S. Parenting styles and adolescents' self-esteem in Brazil. *Psychol Rep* 2007; 100(3pt1): 731-745.
57. Hesketh K, Wake M, Waters E. Body mass index and parent-reported self-esteem in

---

elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(10): 1233-1237.

58. Goldfield GS, Moore C, Henderson K,

Buchholz A, Obeid N, Flament M F. Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *J Sch Health* 2010; 80(4): 186-192.