

مقایسه شیوه‌های دلبستگی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به چاقی

دکتر هما محمدصادقی^(۱)، دکتر مسعود احمدزاد اصل^(۲)، مهر آسا محمدصادقی^(۳)،
دکتر عاطفه قنبری جلفایی^(۴)، دکتر شبنم نوحه‌سرا^(۵)

چکیده

هدف: هدف از این مطالعه، بررسی سبک دلبستگی در مبتلایان به چاقی و مقایسه آن با افراد دارای وزن طبیعی بود. **روش:** در این مطالعه، ۱۵۹ فرد مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز کنترل و درمان چاقی، با ۱۸۳ فرد غیرچاق از نظر سبک دلبستگی مقایسه شدند. سبک دلبستگی به وسیله پرسشنامه هازن و شیور و شاخص توده بدنی و متغیرهای جمعیت شناختی با گزارش خود افراد به دست آمد. **یافته‌ها:** در مجموع، ۳۴۲ نفر، با میانگین سن ۳۴/۸ سال (انحراف معیار ۰/۶)، شامل ۸۲ درصد زن، بررسی شدند. فراوانی سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی در این افراد، به ترتیب، ۶۶، ۱۷ و ۱۵ درصد بود. توزیع فراوانی انواع سبک‌های دلبستگی در افراد چاق و دارای وزن طبیعی تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0/05$)، اما سبک دلبستگی ایمن یا همبدهای طبی ارتباط ضعیف تری داشت ($p < 0/01$). در تحلیل رگرسیون عوامل تعیین کننده شاخص توده بدنی، تنها عوامل مرتبط با شاخص توده بدنی بیشتر، سن بالاتر ($p < 0/05$)، تحصیلات زیردپلم ($p < 0/05$)، مصرف دارو ($p < 0/05$) و خانه دار بودن ($p < 0/05$) بود. **نتیجه گیری:** ارتباط همبدهای طبی با سبک دلبستگی نایمن در راستای مطالعاتی است که بسیاری از بیماری‌های روان‌تنی را به سبک دلبستگی نایمن مرتبط می‌دانند.

کلیدواژه: سبک دلبستگی؛ چاقی؛ شاخص توده بدنی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۵/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۳]

مقدمه

حد زیادی در دوران بزرگسالی ثابت می‌مانند (۳، ۴). بالبی معتقد بود که هیجان‌ها قویاً با دلبستگی مرتبط هستند و بسیاری از تنش‌های هیجانی در شکل دهی، نگهداری، قطع و بازسازی ارتباطات دلبستگی نقش دارند. از نظر کسیدی^۳ و شاور^۴، سبک دلبستگی در بزرگسالی در دو حیطه تعریف می‌شود: جست‌وجو یا دوری از دلبستگی و ترس از صمیمیت^۵ (۵). معمولاً بزرگسالانی که دلبستگی ایمن دارند، دیدگاه مثبتی نسبت به خود و دیگران دارند و احساس می‌کنند دوست داشتنی هستند. این افراد قادرند افکار و احساسات خود

جان بالبی^۱ نظریه دلبستگی^۲ را با توجه به تعامل مادر- کودک در فرایند رشد ارائه کرد (۱، ۲) و به سؤالاتی در مورد چگونگی شکل گیری دلبستگی، اهمیت این رابطه و ارزش تکاملی آن پاسخ داد. کنش متقابل و رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد به روابط اجتماعی کودک در آینده شکل می‌دهد و شیوه برخورد مادر با کودک در چگونگی اجتماعی شدن و کسب مهارت‌های اجتماعی وی تأثیر می‌گذارد. سبک‌های دلبستگی که در دوران کودکی شکل می‌گیرند، تا

(۱) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. مرکز تحقیقاتی- آموزشی جراحی‌های کم‌تهاجمی بیمارستان رسول اکرم (ص)، مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ (۲) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان- انستیتو روانپزشکی تهران؛ (۳) دانشجوی کارشناسی ارشد تغذیه، دانشگاه تهران؛ (۴) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. مرکز تحقیقاتی- آموزشی جراحی‌های کم‌تهاجمی بیمارستان رسول اکرم (ص)؛ (۵) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصور، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: ۶۶۵۰۶۸۶۲-۰۲۱ (نویسنده مسئول)

E-mail: shnohesara@yahoo.com

1- John Bowlby
3- Cassidy
5- intimacy

2- attachment theory
4- Shaver

چاقی به صورت افزایش نامتناسب توده بدنی، نسبت به قد، تعریف می شود که نتیجه عوامل متعددی است و از جمله، مستقیماً تحت تأثیر عوامل هورمونی، تغذیه ای و رفتاری فرد است. چاقی و اضافه وزن، با روند گسترش روزافزونی، یک مشکل جهانی و عامل اصلی شیوع بیماری های غیر واگیر در بیشتر کشورهای جهان تلقی می شود. شیوع چاقی در افراد بزرگسال در کشورهای اروپایی بین ۱۰ تا ۲۵ درصد (۱۰) و در کشورهای امریکایی ۲۰ تا ۲۵ درصد (۱۱) گزارش شده است. شیوع چاقی در ایران ۲۲ درصد (۱۲)، در عربستان ۳۹ درصد (۱۳)، در سوریه ۳۸ درصد (۱۴)، در بحرین ۳۵ درصد (۱۵)، در کویت ۴۷/۵ درصد (۱۶) و در اردن ۳۵ درصد (۱۷) گزارش شده است. مطالعات مختلف در مناطق مختلف ایران برآوردهای متفاوتی را ذکر کرده اند. برآوردهای انجام شده در مطالعه قند و لیپید تهران حاکی از آن است که در فاصله سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱، شیوع چاقی در زنان، از ۳۲/۷ درصد به ۴۰/۳ درصد و در مردان، از ۱۶/۵ درصد به ۲۰/۸ درصد افزایش داشته است (۱۸).

چاقی و اضافه وزن بار اقتصادی مستقیم و غیرمستقیمی دارد. بار اقتصادی مستقیم شامل هزینه هایی است که برای پیشگیری، تشخیص و درمان چاقی صرف می شود. بار اقتصادی غیرمستقیم نیز هزینه های مربوط به بیماری زایی^{۱۱} را در بر دارد. بر اساس پژوهش معاونت سلامت وزارت بهداشت که در مورد محاسبه بار بیماری ها در ایران، در سال ۱۳۸۲، انجام شد، اضافه وزن و چاقی، پس از اعتیاد، بیشترین سال های از دست رفته عمر به خاطر ناتوانی و مرگ (DALY^{۱۲}) را به کشور تحمیل می کند (۱۹).

عوامل متعددی به بروز چاقی می انجامند که از جمله شامل عوامل ژنتیکی، آموزش های دوران کودکی، آسیب های دوران کودکی، فرایندهای تطابقی بزرگسالی در شرایط عاطفی و رفتارهای آموخته شده است. چاقی از دیدگاه های دیگری، مانند شخصیت، رفتارهای معطوف به هدف، و نیز، به عنوان یک داستان زندگی نیز تعریف شده است. اگر چاقی یک بیماری دانسته شود، برای بهبود آن باید عضو بیمار و فرایند آسیب شناختی را اصلاح کرد. یک رویکرد دیگر به

را بازگو کنند و از دیگران انتظار دارند نسبت به عواطفشان پاسخ بدهند. اینها عواطف منفی را کوچک نمایی می کنند و تلاش می کنند تعارضات عاطفی را حل کنند. بزرگسالانی که دلبستگی ناایمن دارند، مضطرب و دل مشغول هستند و علاقه زیادی به صمیمیت دارند، اما نگرانی زیادی نیز درباره طرد شدن دارند. بنابراین، این گروه در مورد دوست داشتنی بودن خود تردید دارند و در زمان هایی که روابط خود را در خطر ببینند، مستعد دوره های ناگهانی حسادت، هراس و خشم هستند. بزرگسالانی که دلبستگی بیمناک- اجتنابی^۱ دارند، از دلبستگی اجتناب می کنند و درباره صمیمیت اضطراب زیادی دارند. آنها انتظار دارند بدترین واکنش ها را از دیگران ببینند و از وابسته شدن به دیگران دوری می کنند. بزرگسالان دارای سبک دلبستگی تحقیر آمیز- اجتنابی^۱، سطح بالایی از اجتناب و سطح پایینی از نگرانی در مورد صمیمیت دارند. این افراد به دوری از دیگران گرایش دارند و ارزش بسیاری برای تکیه بر خود قایلند. جست و جوی حمایت از دیگران برای چنین افرادی تحقیر کننده است و به عنوان ضعف و نشانه ای از نیازمندی تلقی می شود (۵).

شیوه های دلبستگی نقش تعیین کننده ای در بسیاری از حیطه های زندگی فرد دارد و ارتباط سبک های دلبستگی در بزرگسالی با وضعیت های مختلفی، مثل نحوه مقابله با تنیدگی^۳، رضایتمندی زناشویی و ناگویی خلقی^۴ به دست آمده است (۶).

از دیدگاه زیستی- روانی- اجتماعی^۵، مسیر نهایی اثر عوامل محیطی، از راه واسطه های زیستی در بدن است. اکسی توسین^۶ که بر رفتارهای دستیابی^۷ در انسان و حیوان مؤثر است، یکی از عوامل زیستی در ایمنی دلبستگی است. اکسی توسین هورمونی است که در دوره های کلیدی پیوند^۸ دوطرفه، مانند رابطه جنسی یا زایمان، افزایش می یابد. همچنین، در دوره بارداری و پس از زایمان، سطح افزایش یافته اکسی توسین باعث افزایش رفتارهای مادری می شود. در بزرگسالان جوان، سطح این هورمون با پیوند آنها به والدین ارتباط معنی داری دارد (۷). تجویز اکسی توسین داخل بینی باعث افزایش پاسخ دهی آمیگدالا^۹ به چهره های احساسی و نیز افزایش در ایمنی دلبستگی می شود (۸، ۹) که نشانه مهمی از ارتباط متقابل دلبستگی و سامانه هورمونی است؛ به طوری که ممکن است سبک دلبستگی از راه مسیرهای درون ریز روانی^{۱۰} بر ابتلا به چاقی اثر بگذارد.

- | | |
|---------------------|-----------------------------------|
| 1- fearful-avoidant | 2- dismissive-avoidant |
| 3- stress | 4- alexithymia |
| 5- biopsychosocial | 6- oxytocin |
| 7- approach | 8- bonding |
| 9- amygdala | 10- psychoneuroendocrine |
| 11- morbidity | 12- disability-adjusted life year |

کودکان دارای دلبستگی ناایمن ۱/۳ برابر کودکان دارای دلبستگی ایمن بود. در این مطالعه، دلبستگی ناایمن یک عامل خطر مهم در چاقی شناخته شد و توصیه شد به این موضوع در مداخلات مربوط به پیشگیری و درمان چاقی توجه شود.

با توجه به اهمیت روزافزون و افزایش شیوع چاقی و پیامدهای آن در کشور و فقدان سابقه انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، بر آن شدیم که در این مطالعه به بررسی سبک‌های دلبستگی در افراد چاق مراجعه کننده به درمانگاه‌های چاقی تهران و مقایسه آن با افراد دارای وزن طبیعی پردازیم. بر خلاف مطالعات پیشین، مطالعه حاضر سبک دلبستگی را در گروهی از بیماران ارزیابی کرده که برای درمان چاقی اقدام و به درمانگاه‌های چاقی مراجعه کرده‌اند. پیش از شروع مطالعه، پژوهشگران تصور می‌کردند که ممکن است شاخص توده بدنی، به تنهایی، نشانگر مناسبی برای سبک دلبستگی نباشد و سبک دلبستگی ممکن است در گروه‌های مختلف افراد چاق متفاوت باشد.

روش

این مطالعه یک بررسی مقطعی - تحلیلی است که با استفاده از پرسشنامه سبک‌های دلبستگی که یک پرسشنامه خودایفا است، انجام شد. شاخص توده بدنی (BMI) به وسیله گزارش خود فرد از قد و وزن محاسبه شد.

نمونه‌گیری در دو گروه افراد مبتلا به چاقی و افراد غیرمبتلا به صورت در دسترس، در تابستان و پاییز ۱۳۹۲، انجام گرفت. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه دو نسبت و با شاخص‌های زیر، ۱۴۶ نفر در هر گروه به دست آمد: نسبت تخمینی سبک دلبستگی ناایمن در گروه افراد چاق مراجعه کننده به درمانگاه چاقی ۳۰ درصد و در گروه غیرچاق ۱۶ درصد، خطای آلفا ۰/۰۵ و خطای بتا ۰/۲۰.

برای به دست آوردن افراد دارای شاخص توده بدنی بالا، ۱۵۹ نفر از افراد چاق مراجعه کننده به درمانگاه‌های درمان چاقی شهر تهران، شامل یک مرکز دولتی (مرکز کنترل و درمان چاقی، مجتمع آموزشی-درمانی رسول اکرم (ص) و یک مرکز خصوصی درمان چاقی در محدوده مرکزی شهر تهران، انتخاب شدند. برای به دست آوردن افراد غیرمبتلا به چاقی نیز ۱۸۳ نفر از همراهان بیماران مراجعه کننده به

این مسأله، توجه به عوامل مستعدکننده و تسریع کننده‌ای است که به رفتارهایی در فرد منجر می‌شود که نتیجه آنها چاقی است. رفتارهایی که یک بیمار برای به دست آوردن منافع، چه به صورت خود آگاه و چه ناخود آگاه، از خود بروز می‌دهد، ممکن است به چاقی بیانجامد و یک چرخه معیوب ایجاد کند. داستان زندگی بیمار مجموعه‌ای از تجربه‌های کودکی، بلوغ و بزرگسالی فرد است که بر روی رفتارهای او، و در نتیجه پیشرفت به سوی بیماری، اثر می‌گذارد (۵).

تعداد زیادی از مطالعات مربوط به نوجوانان و بزرگسالان رابطه بین شیوه فرزندپروری والدین و اختلالات خوردن یا نگرانی مربوط به وزن را نشان داده‌اند (۲۰). بر اساس این یافته‌ها، والدین کمال‌گرا، با کنترل بیش از حد و از نظر عاطفی غیرقابل دسترس که از استقلال فرزندان حمایت نمی‌کنند، با احتمال بیشتری فرزندان مبتلا به اختلالات خوردن دارند. در چنین شرایطی، کودک ممکن است سبکی اجتنابی در دلبستگی بیابد و توجه خود را از پریشانی درونی به بیرون از خود، به عنوان راه حل مشکل، منحرف کند. کنترل رفتارهای خوردن راه حلی برای تمرکز بر بیرون و بدن خود و عدم توجه به ناملایمات درونی است (۲۱). از سویی، دلبستگی ناایمن در رشد و تداوم اختلالات تغذیه نقش مهمی دارد و افراد دچار اختلالات خوردن تجارب اولیه نامطلوبی با چهره دلبستگی اولیه خود دارند و شیوع بالایی از دلبستگی ناایمن را گزارش می‌دهند (۲۲). این یافته‌ها بارها در مطالعات بالینی و غیربالینی تأیید شده است. گزارش شده است که ۹۶ درصد بیماران دچار اختلال خوردن سبک دلبستگی اضطرابی دارند (۲۳). همچنین، نوجوانان دچار اختلال خوردن، نسبت به گروه‌های بالینی (مبتلا به بیماری‌هایی جز اختلالات خوردن) و غیربالینی، بیشتر دچار الگوهای دلبستگی ناایمن (به ویژه اضطرابی) هستند (۲۰). افرادی که دلبستگی ناایمن دارند، نسبت به گروه دارای دلبستگی ایمن، نگرانی‌های بیشتری درباره وزن بالاتر دارند (۲۲). در یک مطالعه آینده‌نگر در ایالات متحده (۲۴)، رابطه بین امنیت دلبستگی در سن ۲۴ ماهگی و خطر چاقی در آینده (۴/۵ سالگی) بررسی شد. شیوع چاقی در کودکان ۴/۵ ساله دارای دلبستگی ایمن و ناایمن، به ترتیب، ۱۶/۶ و ۲۳/۱ درصد بود. پس از کنترل اثر کیفیت رابطه مادر-کودک در طی بازی، شاخص توده بدنی مادر و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، احتمال خطر چاقی در

درمانگاه‌های بیمارستان رسول اکرم^(ص)، کارکنان درمانگاه چاقی و دانشجویان در حال گذراندن دوره‌های آموزشی در درمانگاه بررسی شدند. در انتخاب گروه شاهد، ابتدا در مورد قد و وزن آنها سؤال می‌شد و در صورتی که شاخص توده بدنی آنها کمتر از ۳۰ بود، وارد مطالعه می‌شدند. قرار بر این بود که نمونه‌گیری در هر دو گروه تا رسیدن به حجم نمونه تقریبی مورد نظر (۱۴۶ نفر در هر گروه) ادامه یابد، ولی با توجه به هم‌زمانی نمونه‌گیری در مراکز مختلف، تعداد نمونه‌ها در گروه‌ها از تخمین اولیه بیشتر شد. با توجه به روش کار و نمونه‌گیری هم‌زمان در مراکز مختلف و برای اینکه سوگیری در انتخاب صورت نگیرد، همسان‌سازی هم‌زمان دو گروه با هم از نظر بسیاری از متغیرهای جمعیت‌شناختی مقدور نبود. حذف اثر مخدوش‌کنندگی متغیرهای زمینه‌ای در تحلیل‌های آماری چندمتغیره صورت گرفت.

در هر گروه، بر اساس فهرست مراجعه و حضور در محل نمونه‌گیری از زمان شروع مطالعه، افراد به‌عنوان داوطلب ورود به مطالعه انتخاب می‌شدند. در صورت رضایت آگاهانه و شفاهی برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار می‌گرفت و از آنها خواسته می‌شد در زمان انتظار برای دریافت درمان در درمانگاه یا پس از دریافت خدمات به سؤالات پاسخ دهد و پرسشنامه‌ها را به همکار تحقیق برگردانند. در صورت عدم توانایی فرد در خواندن سؤالات، به دلیل کم‌سوادی یا مشکل ارتباطی، سؤالات توسط همکار تحقیق که در محل نمونه‌گیری حاضر بود، خوانده می‌شد و پاسخ فرد، بدون اینکه مداخله‌ای در تفسیر و تبیین سؤال صورت گیرد، ثبت می‌شد. به کلیه افراد در مورد محرمانه بودن اطلاعات دریافتی از آنان اطمینان داده می‌شد. کلیه اصول دیگر مربوط به مطالعات انسانی مطابق بیانیه هلسینکی در این مطالعه رعایت شده است.

در هر دو گروه، نمونه‌ها با تکمیل پرسشنامه خودایفای سبک‌های دلبستگی و سؤالات مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای زمینه‌ای ارزیابی شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سبک دلبستگی (هازن و شیور، ۱۹۸۷) که در ایران توسط رحیمیان بوگر و همکاران، بر روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان، هنجاریابی شده است (۲۵)، جمع‌آوری شد. این پرسشنامه ۱۵ گویه دارد که به هر یک از سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا ۵ گویه تعلق می‌گیرد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت، از هرگز

(نمره صفر) تا تقریباً همیشه (نمره چهار)، انجام می‌شود. هازن و شیور پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه را ۰/۸۱ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ گزارش کردند. کولینزا^۱ و رید^۲ هم ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۵ محاسبه کردند (۲۶). هازن و شیور، در سال ۱۹۸۷، روایی صوری و محتوایی را خوب دانستند و روایی سازه آن را در حد بسیار مطلوب گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران، برای کل آزمون، سبک دوسوگرا، سبک اجتنابی و سبک ایمن، به ترتیب، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. علاوه بر این، روایی محتوایی و صوری پرسشنامه توسط چند تن از روانشناسان عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان تأیید شد (۲۵).

از افراد در مورد آخرین وزن اندازه‌گیری‌شده و قد آنها نیز سؤال شد و شاخص توده بدنی فرد (BMI) از تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد فرد (بر حسب متر) به دست آمد. بر اساس شاخص توده بدنی، افراد در گروه‌های کم‌وزن (شاخص توده بدنی زیر ۲۰)، طبیعی (شاخص توده بدنی بین ۲۰ تا ۲۵) و بیش‌وزن (شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰) و چاق (شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰) قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران، شامل سن، جنسیت، شغل، سطح تحصیلات، رتبه تولد، تعداد خواهران و برادران، و نیز متغیرهای زمینه‌ای دیگر، مانند ابتلا به بیماری‌های طی و روانپزشکی در حال حاضر و سابقه ابتلا به بیماری‌ها، مصرف دارو در حال حاضر و سابقه مصرف دارو، نیز با سؤالات دیگری در پرسشنامه به دست آمد.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16^۳ تجزیه و تحلیل شد. پس از محاسبه آماره‌های توصیفی، مقایسه بین گروه‌های مورد مطالعه، از نظر چاقی یا سبک دلبستگی، با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و آزمون مربع کای، به ترتیب، برای متغیرهای زمینه‌ای کمی و کیفی، صورت گرفت. با در نظر گرفتن میزان کمی شاخص توده بدنی، به‌عنوان متغیر مستقل، و برای بررسی اثر تطبیق‌یافته عوامل تعیین‌کننده آن، از جمله سبک دلبستگی و سایر متغیرهای زمینه‌ای، با فرض $\alpha=0/05$ ، از مدل خطی تعمیم‌یافته^۴ استفاده شد.

1- Collins 2- Read
3- Statistical Package for the Social Sciences-16
4- generalized linear model

یافته‌ها

تفاوت آماری معنی‌داری از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، رتبه تولد، و تعداد خواهران و برادران دیده نشد ($p > 0.05$) (جدول ۱). از نظر ابتلا به بیماری‌های قلبی، گروه دل‌بستگی ایمن به‌طور معنی‌داری کمتر از سایر گروه‌ها دچار بیماری‌های قلبی بودند ($p = 0.047$). گروه دل‌بستگی اجتنابی نیز به‌طور معنی‌داری بیش از دیگران به بیماری‌های کلیوی و گوارشی مبتلا بودند (به ترتیب، $p = 0.001$ و $p = 0.003$). گروه دل‌بستگی ایمن به‌طور معنی‌داری کمتر از سایر گروه‌ها دچار اختلالات روانپزشکی بودند ($p = 0.049$). تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های مختلف دل‌بستگی از نظر شاخص توده بدنی دیده نشد ($p = 0.672$).

در مجموع، ۳۴۲ نفر وارد مطالعه شدند (۱۵۹ نفر در گروه مبتلا به چاقی و ۱۸۳ نفر در افراد غیرمبتلا به چاقی) که میانگین سن آنها ۳۴/۸ سال (انحراف معیار ۰/۶) بود و ۸۲ درصد آنها زن بودند. توصیف داده‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه و مقایسه آنها در گروه‌های مختلف بر اساس سبک دل‌بستگی یا طبقه‌بندی وزن در **جدول‌های ۱ و ۲** ذکر شده است.

از نظر سبک دل‌بستگی، در گروه مبتلا به چاقی، ۶۶ درصد ایمن، ۱۷ درصد اجتنابی و ۱۵ درصد مضطرب/دوسوگرا بودند. بین گروه‌های دارای سبک‌های مختلف دل‌بستگی

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی و شاخص توده بدنی به تفکیک سبک دل‌بستگی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به چاقی

سطح معنی‌داری	سبک دل‌بستگی			کل افراد تعداد=۳۴۲	
	مضطرب	ایمن	اجتنابی		
۰/۱۴۸	۳۷/۸ ± ۱/۷	۳۴/۳ ± ۰/۷	۳۴/۶ ± ۱/۷	۳۴/۸ ± ۰/۶	سن (سال)؛ میانگین ± خطای معیار
۰/۴۴۱	(۷۸/۸)۴۱	(۸۱/۲)۱۸۲	(۸۷/۳)۵۵	(۸۲/۰)۲۷۸	جنسیت؛ زن؛ تعداد (درصد)
					تحصیلات؛ تعداد (درصد)
۰/۶۵۰	(۱۳/۷)۷	(۲۷/۰)۲۰	(۱۴/۳)۹	(۱۰/۷)۳۶	زیر دیپلم
	(۲۹/۴)۱۵	(۲۷/۰)۶۰	(۲۳/۸)۱۵	(۲۶/۸)۹۰	دیپلم
	(۵۶/۸)۲۹	(۶۴/۰)۱۴۲	(۶۱/۹)۳۹	(۶۲/۵)۲۱۰	بالای دیپلم
					شغل؛ تعداد (درصد)
۰/۵۱۰	(۵۱/۰)۲۶	(۵۸/۰)۱۲۷	(۵۰/۰)۳۰	(۵۵/۴)۱۸۳	شاغل
	(۳/۹)۲	(۳/۲)۷	(۶/۶)۴	(۳/۹)۱۳	بیکار
	(۹/۸)۵	(۱۲/۷)۲۸	(۸/۳)۵	(۱۱/۵)۳۸	دانش‌آموز یا دانشجوی
	(۳۵/۳)۱۸	(۲۶/۰)۵۷	(۳۵/۰)۲۱	(۲۹/۱)۹۶	خانه‌دار
۰/۲۴۳	۳/۶ ± ۰/۳	۳/۲ ± ۰/۱	۳ ± ۰/۳	۳/۲ ± ۰/۱	تعداد خواهران و برادران؛ میانگین ± خطای معیار
					سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی؛ تعداد (درصد)
*۰/۰۴۷	(۷/۷)۴	(۱/۸)۴	(۶/۳)۴	(۳/۵)۱۲	قلبی
*۰/۰۰۱	(۰/۰)۰	(۰/۹)۲	(۷/۹)۵	(۲/۱)۷	کلیوی
۰/۱۷۸	(۰/۰)۰	(۱/۸)۴	(۴/۸)۳	(۲/۱)۷	ریوی
*۰/۰۰۳	(۵/۸)۳	(۴/۰)۹	(۱۵/۹)۱۰	(۶/۵)۲۲	گوارشی
۰/۳۸۵	(۵/۸)۳	(۲/۷)۶	(۱/۶)۱	(۲/۹)۱۰	کبدی
۰/۲۲۴	(۳/۸)۲	(۰/۹)۲	(۳/۲)۲	(۱/۸)۶	مغز و اعصاب
*۰/۰۴۹	(۵/۸)۳	(۱/۳)۳	(۶/۳)۴	(۲/۹)۱۰	روانپزشکی
۰/۱۳۹	(۱/۹)۱	(۴/۹)۱۱	(۰/۰)۰	(۳/۵)۱۲	روماتولوژی
۰/۶۲۴	(۹/۶)۵	(۱۳/۸)۳۱	(۱۲/۷)۸	(۱۲/۹)۴۴	سایر
۰/۸۱۴	(۲۵)۱۳	(۲۹/۵)۶۶	(۲۸/۶)۱۸	(۲۸/۶)۹۷	مصرف دارو در حال حاضر؛ تعداد (درصد)
۰/۵۷۰	(۱۹/۲)۱۰	(۱۷/۹)۴۰	(۲۳/۸)۱۵	(۱۹/۲)۶۵	سابقه مراجعه به روانپزشک؛ تعداد (درصد)
۰/۴۰۲	(۱۳/۵)۷	(۱۶/۱)۳۶	(۲۲/۲)۱۴	(۱۶/۸)۵۷	مصرف داروی روانپزشکی؛ تعداد (درصد)
۰/۱۸۶	(۱۹/۲)۱۰	(۱۳/۴)۳۰	(۲۲/۲)۱۴	(۱۵/۹)۵۴	ابتلا به اختلالات خوردن؛ تعداد (درصد)
۰/۶۷۲					شاخص توده بدنی؛ تعداد (درصد)
	(۳/۸)۲	(۱۰/۷)۲۴	(۶/۳)۴	(۸/۸)۳۰	کم‌وزنی
	(۳۲/۷)۱۷	(۲۷/۷)۶۲	(۳۰/۲)۱۹	(۲۹/۵)۱۰۱	طبیعی
	(۱۵/۴)۸	(۱۴/۳)۳۲	۱۲ (۲۷/۰)	(۱۵/۲)۵۲	بیش‌وزنی
	(۴۸/۱)۲۵	(۴۷/۳)۱۰۶	(۴۴/۴)۲۸	(۴۶/۵)۱۵۹	چاقی

* اختلاف آماری معنی‌دار

جدول ۲- اطلاعات جمعیت‌شناختی و سبک دلبستگی به تفکیک شاخص توده بدنی در افراد مبتلا و غیرمبتلا به چاقی

سطح معنی‌داری	شاخص توده بدنی				کل افراد تعداد=۳۴۲	
	چاقی	بیش‌وزنی	طبیعی	کم‌وزنی		
* < ۰/۰۰۱	۳۵±۰/۸۶	۴۱/۹±۲/۰۶	۳۲/۸±۱/۰	۲۸/۶±۱/۳	۳۴/۸±۰/۶	سن (سال)؛ میانگین ± خطای معیار
۰/۱۸۰	(۸۴/۰)۱۳۵	(۷۵/۰)۳۹	(۷۸/۰)۷۹	(۹۰/۰)۲۷	(۸۲/۰)۲۷۸	جنسیت، زن؛ تعداد (درصد)
* < ۰/۰۰۱						تحصیلات؛ تعداد (درصد)
	(۱۶/۵)۲۶	(۵/۸)۳	(۵/۰)۵	(۶/۹)۲	(۱۰/۷)۳۶	زیر دیپلم
	(۳۸/۰)۶۰	(۳۴/۶)۱۸	(۱۲/۰)۱۲	(۳/۴)۱	(۲۶/۸)۹۰	دیپلم
	(۴۵/۶)۷۲	(۵۹/۶)۳۱	(۸۳/۰)۸۳	(۸۹/۰)۲۶	(۶۲/۵)۲۱۰	بالای دیپلم
* < ۰/۰۰۱						شغل؛ تعداد (درصد)
	(۴۳)۶۵	(۵۰)۲۶	(۷۵/۲)۷۶	(۶۵/۵)۱۹	(۵۵/۴)۱۸۳	شاغل
	(۴/۰)۶	(۵/۸)۳	(۲/۰)۲	(۶/۹)۲	(۳/۹)۱۳	بیکار
	(۹/۳)۱۴	(۵/۸)۳	(۱۲/۹)۱۳	(۲۷/۶)۸	(۱۱/۵)۳۸	دانش‌آموز یا دانشجوی
	(۴۳/۷)۶۶	(۳۸/۵)۲۰	(۹/۹)۱۰	(۰/۰)۰	(۲۹/۱)۹۶	خانه‌دار
						سابقه ابتلا به بیماری‌های طبی؛ تعداد (درصد)
۰/۶۶۶	(۴/۴)۷	(۳/۸)۲	(۳/۰)۳	(۰/۰)۰	(۳/۵)۱۲	قلبی
۰/۰۸۹	(۲/۵)۴	(۵/۸)۳	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	(۲/۱)۷	کلیوی
۰/۸۰۴	(۲/۵)۴	(۱/۹)۱	۱ (۲/۷)	(۳/۳)۱	(۲/۱)۷	ریوی
۰/۳۳۸	(۸/۲)۱۳	(۷/۷)۴	(۵/۰)۵	(۰/۰)۰	(۶/۵)۲۲	گوارشی
* ۰/۰۰۸	(۶/۳)۱۰	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	(۲/۹)۱۰	کبدی
۰/۲۴۸	(۳/۱)۵	(۱/۹)۱	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	(۱/۸)۶	مغز و اعصاب
۰/۶۸۴	(۳/۸)۶	(۱/۹)۱	(۳/۰)۳	(۰/۰)۰	(۲/۹)۱۰	روانپزشکی
۰/۱۸۳	(۵/۰)۸	(۵/۸)۳	(۲/۷)۱	(۰/۰)۰	(۳/۵)۱۲	روماتولوژی
۰/۵۲۳	(۲۰/۱)۳۲	(۱۵/۴)۸	(۴/۰)۴	(۰/۰)۰	(۱۲/۹)۴۴	سایر
* < ۰/۰۰۱	(۴۲/۱)۶۷	(۲۸/۸)۱۵	(۱۵/۸)۱۶	(۰/۰)۰	(۲۸/۶)۹۷	مصرف دارو در حال حاضر؛ تعداد (درصد)
* ۰/۰۰۱	(۲۷/۷)۴۴	(۱۳/۵)۷	(۱۲/۹)۱۳	(۳/۳)۱	(۱۹/۲)۶۵	سابقه مراجعه به روانپزشک؛ تعداد (درصد)
* ۰/۰۰۳	(۲۳/۹)۳۸	(۱۳/۵)۷	(۱۱/۹)۱۲	(۰/۰)۰	(۱۶/۸)۵۷	مصرف داروی روانپزشکی؛ تعداد (درصد)
* < ۰/۰۰۱	(۲۷/۷)۴۴	(۹/۶)۵	(۵/۰)۵	(۰/۰)۰	(۱۵/۹)۵۴	ابتلا به اختلالات خوردن؛ تعداد (درصد)
۰/۶۷۲						سبک دلبستگی؛ تعداد (درصد)
	(۱۷/۶)۲۸	(۲۳/۱)۱۲	(۱۹/۴)۱۹	(۱۳/۳)۴	(۱۸/۶)۶۳	اجتنابی
	(۶۶/۷)۱۰۶	(۶۱/۵)۳۲	(۶۳/۳)۶۲	(۸۰/۰)۲۴	(۶۶)۲۲۴	ایمن
	(۱۵/۷)۲۵	(۱۵/۴)۸	(۱۷/۳)۱۷	(۶/۷)۲	(۱۵/۳)۵۲	مضطرب

* اختلاف آماری معنی‌دار

بالا بیشتر بود ($p < ۰/۰۰۱$). از نظر ابتلا به بیماری‌های طبی، افراد چاق به‌طور معنی‌داری، بیشتر به بیماری‌های کبدی مبتلا بودند و بیشتر از سایر گروه‌ها دارو مصرف می‌کردند ($p < ۰/۰۰۱$) و سابقه مراجعه به روانپزشک داشتند ($p = ۰/۰۰۱$). همچنین، افراد چاق بیشتر از سایر گروه‌ها سابقه مصرف دارو برای بیماری روانپزشکی داشتند ($p = ۰/۰۰۳$) و ابتلا به اختلالات خوردن را ذکر می‌کردند ($p < ۰/۰۰۱$).

بر اساس شاخص توده بدنی، به ترتیب ۸/۸، ۲۹/۵، ۱۵/۲ و ۴۶/۵ درصد افراد در گروه‌های کم‌وزن، وزن طبیعی، بیش‌وزن و چاق قرار داشتند. در گروه‌های مختلف شاخص توده بدنی، سن در گروه دارای وزن کمتر به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه‌های دارای وزن بالا بود ($p < ۰/۰۰۱$)، **جدول ۲**). از نظر شغلی، نسبت افراد شاغل در گروه دارای وزن طبیعی و فراوانی نسبی افراد خانه‌دار در گروه دارای وزن

جدول ۳- مدل رگرسیون خطی تعمیم یافته برای بررسی عوامل تعیین کننده شاخص توده بدنی

سطح معنی داری	SE	B		
۰/۰۱۷	۰/۰۷۱	۰/۲۳۳	۳۴/۸±۰/۶	سن (سال)؛ میانگین ± خطای معیار
۰/۲۴۸	۲/۴۹۵۲	-۲/۸۸۰	(۸۲/۰) ۲۷۸	جنسیت، زن؛ تعداد (درصد)
				تحصیلات؛ تعداد (درصد)
۰/۰۰۱	۳/۳۱۱	۱۲/۴۶۶	(۱۰/۷) ۳۶	زیر دیپلم
۰/۱۷۳	۲/۲۴۹	۳/۳۱۱	(۲۶/۸) ۹۰	دیپلم
		مرجع	(۶۲/۵) ۲۱۰	بالای دیپلم
				شغل؛ تعداد (درصد)
۰/۰۰۸	۲/۷۱۵	-۷/۲۱۲	(۵۵/۴) ۱۸۳	شاغل
۰/۲۵۶	۴/۹۳۸	-۵/۶۴۵	(۳/۹) ۱۳	بیکار
۰/۰۰۲	۳/۸۰۲	-۱۱/۹۶۰	(۱۱/۵) ۳۸	دانش آموز یا دانشجو
		مرجع	(۲۹/۱) ۹۶	خانه دار
۰/۰۰۵	۲/۲۹۲	۶/۴۲۸	(۲۸/۶) ۹۷	مصرف دارو در حال حاضر؛ تعداد (درصد)
۰/۹۰۶	۲/۹۸۳	۰/۳۵۳	(۱۹/۲) ۶۵	سابقه مراجعه به روانپزشک؛ تعداد (درصد)
۰/۵۳۳	۳/۲۶۴	-۲/۰۳۷	(۱۶/۸) ۵۷	سابقه مصرف دارو برای اختلالات روانپزشکی؛ تعداد (درصد)
۰/۱۵۶	۲/۷۰۴	۳/۸۳۶	(۱۵/۹) ۵۴	ابتلا به اختلالات خوردن؛ تعداد (درصد)
				سبک دلبستگی؛ تعداد (درصد)
۰/۵۷۴	۳/۱۱۱	-۱/۷۵۰	(۱۸/۶) ۶۳	اجتنابی
۰/۴۸۸	۲/۵۵۴	۱/۷۷۹	(۶۶/۰) ۲۲۴	ایمن
		مرجع	(۱۵/۳) ۵۲	مضطرب

عامل زیر است: حساسیت بالا به تنش، افزایش استفاده از تنظیم کننده های خارجی عواطف و تغییر در رفتارهای جست و جوی کمک (۲۶).

در مطالعه حاضر، سبک دلبستگی ایمن در ۶۶ درصد افراد، سبک دلبستگی اجتنابی در ۱۸/۶ درصد و دلبستگی مضطرب در ۱۵/۳ درصد افراد دیده شد. در یک مطالعه همه گیر شناختی با حجم نمونه بالا در جمعیت عمومی ایالات متحده (۲۷)، سبک دلبستگی ایمن در ۵۵ درصد افراد دیده شد و بقیه جمعیت سبک های دلبستگی ناایمن داشتند.

در این مطالعه، ارتباط معنی داری بین سبک دلبستگی و شاخص توده بدنی به دست نیامد. این نتیجه بر خلاف نتیجه ای است که در مطالعه سال ۲۰۱۳، در کانادا (۲۸)، دیده شد. در مطالعه کانادا، ارتباط معنی دار آماری بین سبک دلبستگی و ابتلا به چاقی وجود داشت و شاخص توده بدن در افرادی که سبک دلبستگی ناایمن داشتند، بالاتر بود. در تحلیل ابتدایی، سبک دلبستگی، به عنوان پیشگوی شاخص توده بدنی، در رگرسیون خطی به دست آمد، اما زمانی که متغیرهای اضطراب، افسردگی، اعتماد به تصویر بدنی و فعالیت فیزیکی

تفاوت معنی داری از نظر جنسیت و رتبه تولد در بین گروه های وزنی مختلف وجود نداشت و تفاوت آماری معنی داری از نظر سبک دلبستگی نیز بین گروه های مختلف شاخص توده بدنی دیده نشد ($p > 0.05$). در مقایسه دو گروه دچار چاقی و دارای وزن طبیعی نیز تفاوت معنی دار آماری از نظر سبک دلبستگی ایمن و ناایمن به دست نیامد.

در بررسی عوامل تعیین کننده شاخص توده بدنی، عوامل تعیین کننده شاخص توده بدنی بالاتر در این مطالعه شامل سن بالاتر، تحصیلات زیر دیپلم (در مقایسه با تحصیلات بالاتر از دیپلم)، سابقه مصرف هر گونه دارو در حال حاضر و خانه دار بودن (در مقایسه با افراد شاغل و محصل) بود (جدول ۳).

بحث

تئوری دلبستگی در سال های اخیر توجه خاصی را در طب روان تنی به خود معطوف داشته است (۲۶). فرضیه های مختلفی در مورد ارتباط بیماری های مختلف با سبک های دلبستگی ناایمن مطرح و آزمون شده است. مدلی که ناایمنی در دلبستگی را عامل برانگیزاننده آسیب می داند، شامل سه

یکی از رفتارهای افراد دارای شاخص توده بدنی غیرطبیعی رفتارهای غیرطبیعی خوردن در زمان تنش است که به افزایش وزن منجر می‌شود. ارتباط نظری بین سبک دلبستگی و اختلالات خوردن در مطالعات مختلفی مطرح شده است (۲۰، ۳۰-۳۸). در برخی از این مطالعات، سبک دلبستگی اجتنابی در مبتلایان به اختلالات خوردن بیشتر بوده و در برخی دیگر، سبک دلبستگی غالب در مبتلایان، سبک دلبستگی اضطرابی بوده است. فرضیه‌های متفاوتی نیز در مورد علت این ارتباط مطرح شده است (۳۹). به عنوان یک فرضیه، می‌توان پنداشت که اختلال خوردن نشانه مستقیم الگوهای دلبستگی است که در آن رویکرد فرد در مواجهه با نشانه‌های یک موقعیت پر تنش که نشانه سایر تنش‌ها را نیز در ذهن فعال می‌کند، به رفتارهای غیرطبیعی خوردن می‌انجامد. عملکرد دیگر اختلالات خوردن برای فرد را می‌توان تکرار مجدد رفتار جست‌وجوی نزدیکی^۲ تلقی کرد. طبق فرضیه دیگری، سبک دلبستگی واسطه‌ای برای یک متغیر سوم در ابتلا به اختلالات خوردن است. تنظیم عواطف^۳ یکی از این روندهاست که مطابقت کلی با تئوری دلبستگی دارد. در حال حاضر، شواهد کافی به نفع هیچ کدام از فرضیات فوق وجود ندارد و همه این فرضیات باید در مطالعات علمی آزمون شوند. البته باید به مسائل اخلاقی نیز توجه شود، زیرا ارتباط دادن آسیب‌شناسی روانی با سبک دلبستگی ممکن است به سرزنش والدین، به‌ویژه مادر، منجر شود.

در مطالعه ما ارتباط معنی‌داری بین سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، رتبه تولد و تعداد فرزندان در خانواده با سبک دلبستگی وجود نداشت. همچنین، شیوع اختلالات خوردن (آنورکسیا، بولیمیا، خوردن ناگهانی غیرقابل کنترل یا خوردن شبانه)، به گزارش خود بیماران، در گروه‌های دارای سبک دلبستگی ایمن و نایمن تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد. عموماً برای بررسی اختلالات خوردن از پرسشنامه‌های معتبر استفاده می‌شود، اما از آنجا که نمونه ما مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های چاقی برای درمان اضافه وزن بودند، تصور می‌کنیم پاسخ آنان به این سؤال معتبر بوده است. بیشتر افراد گروه دارای وزن طبیعی هم کارکنان خدمات بهداشتی-درمانی و دانشجویان بودند که احتمالاً با این اصطلاحات آشنا هستند. به هر حال، بررسی اختلالات خوردن فقط به‌عنوان متغیر زمینه‌ای، و نه اصلی، در این مطالعه مطرح بود. فراوانی

به مدل اضافه شدند، سبک دلبستگی دیگر پیشگوی معنی‌دار شاخص توده بدنی نبود. بنابراین، سبک دلبستگی احتمالاً اثر خود بر شاخص توده بدنی را به صورت غیرمستقیم و از راه عوامل روانشناختی و رفتاری اعمال می‌کند. علت تفاوت در نتایج مطالعه یادشده و نتایج مطالعه ما ممکن است به تفاوت در شیوه نمونه‌گیری و حجم نمونه دو مطالعه مرتبط باشد. در مطالعه کانادا، نمونه‌ها از جمعیت عمومی انتخاب شده بودند، اما در مطالعه ما نمونه از جمعیت بالینی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های چاقی به دست آمده بود. می‌توان تصور کرد که ممکن است سبک دلبستگی در افراد چاقی که برای درمان به درمانگاه‌های چاقی مراجعه می‌کنند، ایمن‌تر از افراد چاق در جمعیت عمومی است. در مطالعه ما، سن، سطح تحصیلات و شغل افراد در گروه‌های مختلف شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری با هم داشتند. وضعیت اجتماعی-اقتصادی (از نظر سطح تحصیلات و شاغل بودن)، با احتساب موارد فوق در گروه دارای شاخص توده بدنی بالا، ضعیف‌تر از گروه دارای شاخص توده بدنی طبیعی بود و به نظر نمی‌رسد درصد فراوانی بیشتر دلبستگی ایمن در گروه افراد چاق به این عوامل مربوط باشد. به صورت نظری، سبک دلبستگی در روابط اولیه نوزاد با مراقب خود شکل می‌گیرد و اغلب در طول زمان ثابت می‌ماند و در نتیجه، دیده نشدن رابطه معنی‌دار بین سبک دلبستگی و شاخص توده بدنی به تفاوت سنی گروه‌ها منتسب نیست. همچنین، در گروه دارای شاخص توده بدنی بالا، درصد فراوانی سبک دلبستگی ایمن مشابه گزارش‌های مربوط به جمعیت عمومی بود که همین موضوع با فرضیه اولیه ما که در آن سبک دلبستگی را در مبتلایان به چاقی نایمن‌تر از جمعیت عمومی فرض کرده بودیم، مغایر است. به نظر می‌رسد انتخاب گروه دارای شاخص توده بدنی بالا از مراجعان به درمانگاه چاقی بر این یافته مؤثر باشد.

بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه آینده‌نگری که در سال ۲۰۱۱، در ایالات متحده، انجام شد، نیز سبک دلبستگی نایمن عامل خطری برای چاقی دانسته شد (۲۴). در آن مطالعه، رابطه بین امنیت دلبستگی در سن ۲۴ ماهگی و خطر چاقی در آینده (۴/۵ سالگی) بررسی شد. شیوع چاقی در کودکان دارای دلبستگی نایمن ۲۳/۱ درصد و در کودکان دارای دلبستگی ایمن ۱۶/۶ درصد بود. پس از کنترل عوامل مداخله‌گر احتمالی، احتمال خطر چاقی در کودکان دارای دلبستگی نایمن ۱/۳ برابر بار بیشتر از کودکان دارای دلبستگی ایمن بود.

1- reenactment 2- proximity-seeking behavior
3- affect regulation

و مصرف داروی روانپزشکی، به طور معنی داری بیش از سایر گروه‌های وزنی بود.

در مطالعه حاضر، در افراد دارای دل‌بستگی ایمن احتمال همراهی بیماری قلبی و اختلال روانپزشکی به طور معنی داری کمتر از سایر گروه‌ها بود. همچنین، در افراد دارای سبک دل‌بستگی اجتنابی، احتمال ابتلا به بیماری‌های کلیوی و گوارشی شناخته شده بیشتر بود. در مرور مطالعات، شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی، مانند افسردگی، در افراد دچار دل‌بستگی نایمن گزارش شده است (۴۱). سایر اختلالات روانپزشکی، مانند اختلالات شخصیت، نیز ارتباط بالایی با دل‌بستگی نایمن داشته‌اند (۴۲).

ارتباطی که ما در این مطالعه بین سبک دل‌بستگی نایمن و ابتلا به بیماری‌های قلبی به دست آوردیم، در راستای مطالعه جمعیت شناختی با حجم نمونه بالایی (۵۶۴۵ نفر) است که در سال ۲۰۱۰، در جمعیت عمومی ایالات متحده و با استفاده از ابزار هازن و شیور، به صورت مصاحبه انجام شد بود (۴۳). ارتباط معنی دار بین سبک دل‌بستگی نایمن و ابتلا به بیماری‌های کلیوی و گوارشی که در مطالعه ما دیده شد، در مرور مطالعات قلبی بررسی نشده بود و می‌توان آن را فرضیه‌ای جهت انجام مطالعات بعدی دانست.

در مطالعه دیگری بر روی افراد چاق، اثر سبک دل‌بستگی بر تغییرات پایدار در سبک زندگی و کاهش وزن در پیگیری یک ساله ارزیابی شد (۴۴). ۴۴ بیمار چاق که در یک برنامه چندوجهی کاهش وزن وارد شده بودند، از نظر سبک دل‌بستگی و ارتباط با درمانگر بررسی شدند و کاهش وزن پس از یک سال پیگیری شد. در این جمعیت بالینی، ۶۸ درصد افراد دارای سبک دل‌بستگی ایمن بودند. در افراد دل‌بسته ایمن، کاهش وزن به طور معنی داری بیشتر از گروه‌های دارای سبک دل‌بستگی نایمن بود و این کاهش وزن همراهی مثبتی با کیفیت رابطه با درمانگر داشت. بنابراین، توصیه شده است که در درمان‌های چند تخصصی، به نقش سبک دل‌بستگی در پیامد درمان توجه شود.

در مطالعه ما، ارتباط معنی داری بین سبک دل‌بستگی و شاخص توده بدنی به دست نیامد. این نتیجه ممکن است به شیوه طراحی مطالعه مربوط باشد که در آن نمونه‌گیری از جمعیت بالینی (مراجعه کنندگان به درمانگاه‌های چاقی) انجام شده است. درمانگاه‌های چاقی خدماتی چند تخصصی برای

این اختلالات در مبتلایان به چاقی، به طور معنی داری بیش از سایر گروه‌ها به دست آمد.

همچنین، استفاده افراد دارای انواع سبک‌های دل‌بستگی از برخی خدمات سامانه بهداشتی - درمانی (مصرف دارو در حال حاضر، مراجعه به روانپزشک و مصرف داروی روانپزشکی) تفاوت معنی داری نداشت، اما احتمال ابتلای افراد دارای دل‌بستگی ایمن به بیماری‌های قلبی و روانپزشکی کمتر و فراوانی نسبی ابتلای افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن - اجتنابی به بیماری‌های گوارشی و کلیوی بیشتر بود. در مطالعه سیچانوسکی^۱ و همکاران (۴۰)، ارتباط بین استفاده از خدمات سامانه بهداشتی - درمانی و سبک‌های مختلف دل‌بستگی ارزیابی شد. فرضیه اولیه این بود که افراد دارای سبک دل‌بستگی مضطرب^۲ و بیمناک - اجتنابی علائم جسمانی بیشتری را، در مقایسه با سایر گروه‌ها، گزارش می‌کنند، اما احتمالاً افراد دارای دل‌بستگی مضطرب بیشتر و افراد دل‌بسته بیمناک - اجتنابی کمتر از خدمات بهداشتی - درمانی استفاده می‌کنند و هزینه‌های بهداشتی کمتری دارند. در این مطالعه که بر روی ۷۰۱ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز خدمات بهداشتی اولیه انجام شده بود، سبک دل‌بستگی با گزارش علائم جسمانی ارتباط داشت و افراد دچار دل‌بستگی بیمناک - اجتنابی و مضطرب، در مقایسه با افراد دارای دل‌بستگی ایمن، علائم جسمانی را بیشتر گزارش می‌کردند، اما تفاوت معنی داری بین همبدهای طبی در سبک‌های مختلف دل‌بستگی یافت نشد. این یافته بر خلاف نتیجه مطالعه ما است که در آن تفاوت معنی داری در فراوانی همبدهای طبی بین سبک‌های دل‌بستگی ایمن و نایمن وجود داشت. در مطالعه ذکر شده، سبک دل‌بستگی به طور معنی داری با استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌های مربوط ارتباط داشت، به طوری که هزینه خدمات بهداشتی اولیه در افراد دچار دل‌بستگی مضطرب بیشتر و در افراد دچار دل‌بستگی بیمناک - اجتنابی کمتر بود. طبق نتایج این مطالعه، با آنکه افراد دچار دل‌بستگی بیمناک - اجتنابی علائم جسمانی را بیشتر گزارش می‌کردند، استفاده آنها از خدمات بهداشتی - درمانی کمتر بود. بدین ترتیب، بر اثر سبک دل‌بستگی بر درک علائم جسمانی تأکید شد. در مطالعه ما، ارتباط معنی داری بین سبک دل‌بستگی و مصرف دارو در حال حاضر، مراجعه به روانپزشک و مصرف داروی روانپزشکی، به دست نیامد. اما در افراد چاق، مصرف دارو در حال حاضر، مراجعه به روانپزشک

می‌شود که نتوان مقایسه کاملاً معتبری بین گروه‌های وزنی مختلف انجام داد. پیشنهاد می‌شود که مطالعه مشابهی مبتنی بر جامعه و با کنترل متغیرهای اجتماعی - اقتصادی انجام گیرد تا امکان مقایسه صحیح‌تر نتایج وجود داشته باشد. محدودیت دیگر مطالعه ما طراحی مقطعی آن است که فقط قادر به سنجش همراهی متغیرها است و ارتباط علیتی در آن بررسی نمی‌شود. بنابراین، طراحی یک مطالعه طولی جهت اثبات رابطه علیتی بین سبک دلبستگی و ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی، مثل بیماری‌های قلبی، گوارشی و کلیوی پیشنهاد می‌شود. یک محدودیت دیگر توان^۱ کم مطالعه در کشف ارتباط، به دلیل حجم نمونه کم (۳۴۲ نفر)، است. انجام مطالعه‌ای با حجم نمونه بالاتر ممکن است نتایج دقیق‌تر و معتبرتری به دست دهد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات خانم دکتر فاطمه جسمی که در جمع‌آوری نمونه‌ها در مرکز کنترل و درمان چاقی، مجتمع آموزشی - درمانی رسول اکرم (ص) یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌شود.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع تخصصی روانپزشکی نویسنده اول است.]

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

1. Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic; 1969.
2. Bowlby J. Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger. New York: Basic; 1973.
3. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale; 1978.
4. Horner A. Object relations and the developing ego in therapy. New York: JasAronson 1979.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Relational Problems. In: Comprehensive textbook of psychiatry. 9 ed: Williams and Wilkins; 2009. p. 2474-6.
6. BehzadiPour S, Pakdaman S, Besharat MA. Relationship between attachment styles and weight concern in adolescence girls. J Behav Sci. 2009; 4(1):69-76.

کمک‌های چندوجهی به بیماران ارائه می‌کنند. ابتدا با مراجعان به این مراکز، مشاوره در مورد وضعیت سلامت اولیه، سبک زندگی، ورزش و تغذیه صورت می‌گیرد. در صورتی که در ملاقات‌های پزشک عمومی احتمال ابتلا به اختلالات روانپزشکی مطرح باشد، این افراد جهت درمان به روانپزشک مرکز ارجاع درمان می‌شوند. همچنین، درمان توسط متخصص تغذیه، به شکل رژیم‌های کاهش وزن و تغییر سبک زندگی (با تحرک بیشتر)، ارائه می‌شود. در صورتی که هیچ‌کدام از روش‌های بالا مؤثر نباشد، گروه جراحی بیماران چاق (شاخص توده بدنی بالای ۳۰) را ویزیت می‌کنند و درمان‌های متناسب ارائه خواهد شد. این فرایند گاهی چند سال طول می‌کشد و بیماران در این فاصله زمانی به‌طور مرتب پیگیری درمان هستند. پیگیری این فرایند به شبکه حمایتی (والدین، همسر، فرزندان یا دوستان) نیاز دارد که بیمار را قادر می‌سازد جهت درمان چاقی به‌طور منظم مراجعه کند. دور از ذهن نیست که این بیماران از پیش، نسبت به افراد چاقی که برای درمان مراجعه نمی‌کنند، روابط عاطفی پایدارتر و سبک دلبستگی ایمن‌تری داشته باشند. همچنین استفاده از این خدمات چندتخصصی، شامل درمان‌های روانپزشکی، مشاوره‌های روانشناختی، تغذیه، خدمات سلامت عمومی (توسط پزشک عمومی) و نهایتاً، خدمات گروه جراحی، ممکن است سلامت عمومی و روانی بیشتری در این افراد ایجاد کرده باشد.

همان‌طور که در برخی مطالعات اشاره شده است، افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی کمتر برای درمان مراجعه می‌کنند و به‌صورت اجبارگونه‌ای متکی به خود هستند. افراد دارای سبک دلبستگی اضطرابی نیز با وجود نگرانی و گزارش بیشتر علائم بیماری، رابطه درمانی ضعیف‌تری دارند و کمتر درمان را پی می‌گیرند. در نتیجه، می‌توان تصور کرد که شاید مراجعه جهت درمان چاقی به این مراکز به معنی کمتر بودن ناامنی در سبک دلبستگی باشد و کسانی که برای درمان چاقی به این درمانگاه‌ها مراجعه کرده‌اند و در تعامل پایدار، منظم و طولانی با کارکنان این مراکز بوده‌اند، از پیش دارای سبک دلبستگی ایمن‌تری نسبت به کسانی بوده‌اند که برای درمان مراجعه نمی‌کنند.

یکی از محدودیت‌های مطالعه ما، نمونه‌گیری افراد چاق از میان مراجعان به مراکز چاقی و افراد غیرچاق از میان کارکنان و دانشجویان و همراهان سایر بیماران بود که باعث

7. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Schneiderman I, Leckman JF, Weller A, Feldman R. Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults: associations with bonding and psychological distress. *Psychophysiology*. 2008; 45:349-52.
8. Buchheim A, Heinrichs M, George C, Pokorny D, Koops E, Henningsen P, et al. Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinol*. 2009; 34(9):1417-22.
9. Domes G, Heinrichs M, Glascher J, Buchel C, Braus DF, Herpertz SC. Oxytocin attenuates amygdala responses to emotional faces regardless of valence. *Biol Psychiatry*. 2007; 62:1187-90.
10. Erem C, Arslan C, Hacıhasanoglu A, Deger O, Topbas M, Ukinc K, et al. Prevalence of obesity and associated risk factors in a turkish population. *Obes Res*. 2004; 12(7):1117-27.
11. Kapantais E, Tzotzas T, Ioannidis I, Mortoglou A, et al. First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. *Ann Nutr Metab*. 2006; 50(4):330-8.
12. Esteghamati A, Meysamie A, Khalilzadeh O, Rashidi A, Haghazali M, Asgari F, et al. Third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (SuRFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. *BMC Public Health*. 2009; 9(167):1-10.
13. Alsaif M, Hakim I, Harris R, Alduwaihy M, Al-Rubeaan K, Al-Nuaim A. Prevalence and risk factors of obesity and overweight in adult Saudi population. *Nutr Res*. 2002; 22(11):1243-52.
14. Fouad M, Rastam S, Ward K, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. *Prev Control*. 2006; 2(2):85-94.
15. Musaiger A, Al-Mannai M. Weight, height, body mass index and prevalence of obesity among the adult population in Bahrain. *Ann Hum Biol*. 2001; 28(3):346-50.
16. Al-Rashdan I, Al-Nesef Y. Prevalence of overweight, obesity, and metabolic syndrome among adult Kuwaitis: results from community-based national survey. *Angiology*. 2010; 61(1):42-8.
17. Zindah M, Belbeisi A, Walke H, Mokdad A. Obesity and diabetes in Jordan: findings from the behavioral risk factor surveillance system, 2004. *Prev Chronic Dis*. 2008; 5(1):A17.
18. Azizi F, Azadbakht L, Mirmiran P. Trends in overweight, obesity, and central obesity among adults residing in district 13 of Tehran: Tehran Lipid and Glucose Study. *J Faculty Med*. 2005; 29(2):123-9.
19. Naghavi M, Abolhasani F, Poormalek F, Jafari N, Moradi lake M, Eshrati B, et al. Burden of diseases and disorders in Iran, 2003. *Iran J Epid*. 2008; 4(1):1-19.
20. Orzolek-kronner C. The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity seeking? *Child Adolesc Soc Work J*. 2002; 19(6):25-46.
21. Brown L, Wright J. Attachment theory in adolescence and its relevance to development psychopathology clinical psychology and psychotherapy. *Clin Psychol*. 2001; 8(1):15-32.
22. Sharpe T, Killen J, Bryson S, Shisslak C, Estes L, Gray N. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *Int J Eat Dis*. 1989; 23(1):39-45.
23. Armstrong J, Roth D. Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *J Eat Dis*. 1989; 8(2):141-55.
24. Anderson S, Whitaker R. Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011; 165(3):235-42.
25. Rahimian Boogar E, Nouri A, Oreizy H, Molavi H, Foroughi Mobarake A. Relationship between adult attachment styles with job satisfaction and job stress in nurses. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2007; 13(2): 148-57. [Persian]
26. Maunder R, Hunter J. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63:556-67.
27. Mickelson K, Kessler R, Shaver P. Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73:1092-106.
28. Maras D. Attachment style and obesity: examination of eating behaviours as mediating mechanisms in a community sample of Ontario youth. Ottawa: Carleton; 2013.

29. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58(4):644-63.
30. Freidberg NL, Lyddon WJ. Self-other working models and eating disorders. *J Cogn Psychother.* 1996; 10:193-203.
31. Chassler L. Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Soc Work J.* 1997; 25(4):407-23.
32. O'Shaughnessy R, Dallos R. Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2009; 14(4):559-74.
33. Kenny M, Hart K. Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatients and a college sample. *J Counselling Psych.* 1992; 39:521-26.
34. Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L. Functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy.* 2002; 24(4):581-99.
35. Ramacciotti A, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A, Pallanti S. Attachment processes in eating disorders. *Eating Weight Dis.* 2001;6(3):166-70.
36. Salzman JP. Ambivalent attachment in female adolescents: association with affective instability and eating disorders. *International J Eating Dis.* 1997; 21:251-59.
37. Tasca G, Kowal J, Balfour L, Ritchie K, Virley B, Bissada H. An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eat Behav.* 2006; 7:251-57.
38. Troisi A, Massaroni P, Cuzzolaro M. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Brit J Clinical Psych.* 2005; 44:89-97.
39. Zachrisson H, Skarderud F. Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev.* 2010; 18:97-106.
40. Ciechanowski PS, Hirsch IB, Katon WJ. Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2002; 25:731-36.
41. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37:50-9.
42. Nakash-Eisikovitis O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesce Psychiatry.* 2002; 41(9):1111-23.
43. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psych.* 2010; 29(4):446-53.
44. Kiesewetter S, Kopsel A, Mai K, Stroux A, Bobbert T, Spranger J, et al. Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *BioPsychoSocial Med.* 2012; 6(3):1-5.

Original Article

Comparison of Attachment Styles in Subjects with and without Obesity

Abstract

Objectives: To assess the attachment styles in obese patients and to compare it with a group of normal weight individuals. **Method:** In this study, attachment styles of 159 patients with obesity who referred to centers for management of obesity were compared with 183 subjects with normal weight. The attachment styles was assessed by Hazan and Shaver's questionnaire, body mass index (BMI) as well as self-report demographic variables. **Results:** Total of 342 subjects (82% female) were assessed. Average age of these individuals was 34.8 years (SD=0.6). The frequencies of secure, avoidant and preoccupied attachment styles in persons with obesity were 66%, 17% and 15% respectively. There was not any significant statistical difference between the distribution of frequency of the attachment styles in obese people and persons with normal weight ($p>0.05$). There were significant lower medical comorbidities in subjects with secure attachment ($p<0.01$). In regression analysis, the determinant factors of higher body mass index (BMI) were increased age ($p<0.05$), the level of education under high school diploma ($p<0.05$), medication consumption ($p<0.05$), and also being housewife ($p<0.05$). **Conclusion:** Results of this study was closely aligned with the studies that have shown the association between many of psychosomatic disorders and insecure attachment styles.

Key words: style of attachment; obesity; Body Mass Index (BMI)

[Received: 9 August 2014; Accepted: 24 December 2014]

Homa Mohammad-Sadeghi ^a, Masoud Ahmadzad-Asl ^b, Mehrasa Mohammad-Sadeghi ^c, Atefe Ghanbari-Jolfaei ^a, Shabnam Nohesara ^{*}

^{*} Corresponding author: Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66506853

E-mail: shnohesara@yahoo.com

^a Mental Health Research Center, Minimally Invasive Surgery Research & Training Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

^b Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Tehran University, Tehran, Iran.