



Evaluation of the Weight Self-Efficacy Model Based on Body Image Concern and Psychological Distress with the Mediation of the Core Belief of Eating in Overweight Women

Gita Alipour¹ , Abbas Abolghasemi^{2*} , Bahman Akbari¹ 

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

*Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. Email: Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 19 Feb 2023
Revised: 15 May 2023
Accepted: 11 Jun 2023
Published: 02 Oct 2025

Keywords:
Body Image, Eating Core Belief, Obesity, Psychological Distress, Weight Self-Efficacy.

ABSTRACT

The present study was conducted with the aim of structural modeling of weight self-efficacy based on body image concern and psychological distress with the mediation of the core belief of eating in obese women. Descriptive and correlational research methodologies were implemented. The statistical population included all women aged 20-40 with a BMI of 25 or higher who were referred to nutrition treatment centers in Qazvin city in 2022 and participated in treatment groups. The research sample consisted of 429 overweight and obese women who were selected using the available sampling method. The Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ), Body Image Concern Questionnaire (BICQ), Psychological Distress Questionnaire (DASS), and Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ) were employed to gather data. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient tests and structural equation techniques in the SPSS and AMOS24 software. The results indicated that the initial hypothetical model was well-suited to the observed data. The results of this model indicate that the direct impact of psychological distress, concern about body image, and the fundamental belief of eating with weight self-efficacy were significant. Additionally, the indirect effects of psychological distress and concern regarding body image on the mediation of consuming core beliefs were significant ($P < 0.05$). Therefore, the proposed model demonstrated a high level of fitness. According to the results of the research regarding the significance of the mediating role of the core beliefs of eating and the effect on body image concern and psychological distress, it is suggested that effective cognitive strategies and mechanisms of thought control and emotion management be used in obesity and psychological treatment centers. And women with a body mass index (BMI) of 25 or higher should be instructed on lifestyle modification.

Cite this article: Alipour, G., Abolghasemi, A., & Akbari, B. (2025). Evaluation of the Weight Self-Efficacy Model Based on Body Image Concern and Psychological Distress with the Mediation of the Core Belief of Eating in Overweight Women. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 53-67. doi:10.22059/japr.2024.355668.644549



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.355668.644549>

© The Author(s).

Evaluation of the Weight Self-Efficacy Model Based on Body Image Concern and Psychological Distress with the Mediation of the Core Belief of Eating in Overweight Women

Extended Abstract

Aim

Obesity is a complex and persistent medical and public health issue whose prevalence has risen significantly over the past decades (Franklin et al., 2023). According to the World Health Organization (2021), more than 1 billion people—including 650 million adults, 340 million adolescents, and 39 million children—were obese worldwide, based on data collected in 2016. Global statistics show that the prevalence of overweight and obesity has increased by 27% in adults and 47% in children (Jin et al., 2023). Alarming, obesity rates are rising more rapidly among women in low- and middle-income developing countries, a trend attributed to demographic transitions in these countries and lifestyle changes worldwide (Hiremath et al., 2023). Furthermore, the WHO reported in 2016 that among seven Middle Eastern countries, Iran had 61.6% of its population classified as overweight and 25.8% as obese (World Health Organization, 2021). More recent data from Rokna Social News Agency (2023) indicate that 56% of Iranians over the age of 18 are obese. Among Iranian adolescents, the prevalence of overweight has increased by more than 20% over the past four decades. The overweight ranking of 19-year-old Iranian boys and girls has worsened by 28 and 24 places, moving from 96 to 68 and from 105 to 81, respectively. In addition, the prevalence of overweight in girls has risen from 6% to over 26% and in boys from 3% to 24%. In the global obesity ranking, 19-year-old Iranian girls are ranked 55th and boys 74th (Mokhtari, 2023). Therefore, obesity should be regarded as a critical global public health concern influenced by biological, environmental, and psychological factors (Franklin et al., 2023). The rising prevalence of obesity has also become an important issue in health psychology, motivating researchers to examine public health indicators that contribute to its occurrence and spread. Accordingly, the aim of the present study was to evaluate the weight self-efficacy model based on body image concern and psychological distress, with the mediating role of core eating beliefs, in overweight women.

Methodology

This study employed a descriptive-correlational design. The statistical population included all overweight and obese women ($BMI \geq 25$), aged 20–40 years, who had referred to nutrition treatment centers in Qazvin in 2022, as well as those participating in virtual treatment groups (Telegram and WhatsApp). The final sample consisted of 429 overweight and obese women, selected voluntarily through convenience sampling. Data were collected using the Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ; Cooper et al., 1997), the Body Image Concern Questionnaire (BICQ; Littleton et al., 2005), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), and the Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (WEL; Clark et al., 1991). Data analysis was conducted using Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling with SPSS and AMOS 24 software.

Findings

The results indicated that the initial hypothetical model demonstrated good fit with the observed data. Specifically, the direct effects of psychological distress, body image concern, and core eating beliefs on weight self-efficacy were significant. In addition, the indirect effects of psychological distress and body image concern on weight self-efficacy, mediated by core eating beliefs, were also significant ($P < 0.05$). More precisely, psychological distress explained 34% and body image concern explained 47% of the variance in core eating beliefs. Together, these variables accounted for 68% of the variance in weight self-efficacy. The path coefficient between core eating beliefs and weight self-efficacy was also significant ($P < 0.01$). Overall, the proposed model demonstrated good fit.

Conclusion

The findings revealed that psychological distress and body image concern, through the mediating role of core eating beliefs, together explained 68% of the variance in weight self-efficacy. Within this model, the direct relationship between psychological distress and weight self-efficacy was also significant. These results are consistent with prior studies, which suggest that increased psychological distress likely leads to reduced self-efficacy (Kumar Sharma & Kumra, 2022; Stone et al., 2022; Turi et al., 2021; Badi et al., 2022). According to Anderson and Koprari (2014), the influence of beliefs, attitudes, and automatic

thoughts on eating disorders, overweight, and performance difficulties is undeniable. The presence of negative beliefs undermines the ability to engage in healthy behaviors, weakens cognitive evaluations and self-efficacy, and results in avoidance of activity and ineffective decision-making (Anderson & Koprai, 2014; cited in Dorling et al., 2019). Within this theoretical framework, personal factors, behavior, and environmental influences interact reciprocally. The findings also demonstrated that environmental factors (e.g., food availability) or personal factors (e.g., previous weight loss experiences) do not directly affect eating behavior. Instead, they influence the type of core beliefs (negative or positive) and an individual's self-confidence in achieving desired weight loss and maintaining self-efficacy (Folo et al., 2019).

Based on these findings, and considering the significant mediating role of core eating beliefs in the relationship between body image concern, psychological distress, and weight self-efficacy, it is recommended that effective cognitive strategies and mechanisms be applied for thought control, emotion regulation, and the management of eating behaviors in overweight and obese individuals.

The present study also had some limitations. Since the sample consisted solely of women, the findings should be generalized to other groups with caution. Non-random sampling and the exclusion of economic and cultural factors can be considered additional limitations of this research. Therefore, it is recommended that future studies address these limitations by employing random sampling methods to enhance external validity, including both genders, and taking into account socio-economic and cultural contexts that contribute to obesity. This would improve both the accuracy of the results and the generalizability of the findings.

Keywords: Body Image, Eating Core Belief, Obesity, Psychological Distress, Weight Self-Efficacy.

Ethical Considerations

This research was conducted after obtaining ethical approval under the code IR.IAU.RASHT.REC.1399.085 from the Islamic Azad University of Rasht. Permission to conduct the study was secured by coordinating with the managers of obesity treatment centers in Qazvin. All participants voluntarily completed the questionnaires while meeting the inclusion and exclusion criteria.

Acknowledgments and Funding

This study is derived from a doctoral dissertation and was conducted without financial support from any organizations or institutions. The researchers gratefully acknowledge the professors, university staff, colleagues, and participants who contributed to this research.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest in reporting the results of this study.

Cite this article: Alipour, G., Abolghasemi, A., & Akbari, B. (2025). Evaluation of the Weight Self-Efficacy Model Based on Body Image Concern and Psychological Distress with the Mediation of the Core Belief of Eating in Overweight Women. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 53-67. doi:10.22059/japr.2024.355668.644549



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.355668.644549>

© The Author(s).



ارزیابی مدل خودکارآمدی وزن براساس نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان دارای اضافه‌وزن

گیثا علی‌پور^۱✉، عباس ابوالقاسمی^{۲*}✉، بهمن اکبری^۱✉

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

*نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. رایانامه: abolghasemi1344@guilan.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۱۰

کلیدواژه‌ها:

باور هسته‌ای خوردن، پریشانی روان‌شناختی، تصویر بدن، چاقی، خودکارآمدی وزن.

پژوهش حاضر با هدف الگویابی ساختاری خودکارآمدی وزن براساس نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان مبتلا به چاقی انجام گرفت. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۲۰-۴۰ سال دارای BMI ≤ 25 بود که در سال ۱۴۰۰ به مراکز درمان تغذیه شهر قزوین مراجعه کرده بودند و در گروه‌های درمانی حضور داشتند. نمونه پژوهش ۴۲۹ زن مبتلا به اضافه‌وزن و چاق بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای هسته‌ای خوردن (ECBQ)، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن (BICQ)، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (DASS-21) و پرسشنامه خودکارآمدی وزن (WSEQ) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و فن معادلات ساختاری و با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS-24 تحلیل شدند. نتایج نشان داد مدل فرضی اولیه به‌خوبی با داده‌های مشاهده‌شده مطابقت دارد. یافته‌های این مدل نیز مشخص کرد اثر مستقیم پریشانی روان‌شناختی، نگرانی از تصویر بدنی و باور هسته‌ای خوردن بر خودکارآمدی وزن معنادار است ($P < 0.01$). همچنین اثر غیرمستقیم پریشانی روان‌شناختی و نگرانی از تصویر بدنی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن معنادار بود ($P < 0.05$ ؛ بنابراین، مدل پیشنهادی برازش مطلوبی داشت. با توجه به نتایج پژوهش درخصوص معناداری نقش میانجی باورهای هسته‌ای خوردن و تأثیر بر نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود تا در مراکز درمان چاقی و روان‌شناختی راهبردها و سازوکارهای کارآمد شناختی کنترل فکر، مدیریت هیجان و اصلاح سبک زندگی به زنان دارای شاخص توده بدنی BMI ≤ 25 آموزش داده شود.

استناد: علی‌پور، گ.، ابوالقاسمی، ع. و اکبری، ب. (۱۴۰۴). ارزیابی مدل خودکارآمدی وزن براساس نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان دارای اضافه‌وزن. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۶(۳)، ۵۳-۶۷. doi:10.22059/japr.2024.355668.644549

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.355668.644549>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

چاقی^۱ یک مشکل بهداشت عمومی و پزشکی پیچیده و حل نشدنی است که شیوع آن در دهه‌های گذشته به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است (فرانکلین و همکاران^۲، ۲۰۲۳). سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۲۱) براساس داده‌های جمع‌آوری شده در سال ۲۰۱۶ اعلام کرد بیش از یک میلیارد نفر از جمله ۶۵۰ میلیون بزرگسال، ۳۴۰ میلیون نوجوان و ۳۹ میلیون کودک در سراسر جهان چاق هستند. آمارها نشان می‌دهد شیوع جهانی اضافه‌وزن و چاقی ۲۷ درصد در بزرگسالی و ۴۷ درصد در دوران کودکی افزایش یافته است (جین و همکاران^۴، ۲۰۲۳). همچنین طبق گزارش این سازمان در سال ۲۰۱۶، ایران از بین هفت کشور خاورمیانه ۶۱/۶ درصد مبتلا به اضافه‌وزن و ۲۵/۸ درصد مبتلا به چاقی دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، چاقی باید به‌عنوان یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی جهانی که متأثر از عوامل زیستی، محیطی و روان‌شناختی است در نظر گرفته شود (فرانکلین و همکاران، ۲۰۲۳). افزایش نرخ چاقی یکی از دغدغه‌های روان‌شناسی سلامت است که پژوهشگران را بر آن داشته تا شاخص‌های بهداشت عمومی را آزمون کنند. یکی از مهم‌ترین شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی خودکارآمدی وزن^۵ است. پژوهش‌ها نشان داده است سطح بالای خودکارآمدی وزن می‌تواند عاملی مثبت در بهبود بهداشت عمومی مانند رفتارهای خوردن و موفقیت در برنامه‌های خاص درمان چاقی باشد (کاراکا و همکاران^۶، ۲۰۱۸).

خودکارآمدی وزن اعتماد فرد به توانایی خود برای مدیریت مصرف غذا است (دورلینگ و همکاران^۷، ۲۰۱۹). اصطلاح خودکارآمدی وزن مطابق نظریه بندورا^۸ (۱۹۷۷) به‌عنوان اعتماد و باور فرد به ظرفیت خود برای به‌دست‌گرفتن کنترل یا اقدام در موقعیت‌های چالش‌برانگیز تعریف می‌شود (چانگ و همکاران^۹، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر، خودکارآمدی بر این فرض استوار است که باور افراد به توانایی خود، نه تنها کارکرد رفتار، بلکه عملکرد افراد را در سطوح مختلف کارایی و حتی تغییرات ایجادشده در خود فرد را براساس تکالیفی که انجام می‌دهد و تکالیفی که در آن می‌کوشد و شکست می‌خورد، پیش‌بینی می‌کند (بژوکمن و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۲؛ استون و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۲). براین اساس، خودکارآمدی می‌تواند مؤلفه‌ای اساسی در مدل‌های تغییر رفتار به‌شمار رود (کنزوال و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۴). در همین راستا، برخی مطالعات نشان داده‌اند افراد با سطوح بالای خودکارآمدی وزن، رفتار و نگرش‌های غذایی سالم‌تری دارند، رژیم غذایی آن‌ها متعادل‌تر است، سبزیجات و میوه‌های بیشتری مصرف می‌کنند و از نظر بدنی فعال‌تر هستند (کودابیس و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۲). علاوه‌براین، افراد با سطوح بالای خودکارآمدی وزن در کاهش وزن موفق‌ترند؛ زیرا خودکارآمدی وزن به دستیابی به تغییرات رفتاری مورد نیاز برای حفظ یا رسیدن به وزن مطلوب کمک می‌کند (فولو و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۹). بااین‌حال، نوسانات در سطوح خودکارآمدی می‌تواند موجب شکست در کاهش وزن، تلاش کمتر و نقص در مهارت خودکنترلی در رفتار خوردن شود (کودابیس و همکاران، ۲۰۲۲؛ احسانی و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات همسو نیز نشان داد زنانی که شکست‌های متعددی را در کاهش وزن و اصلاح سبک زندگی تجربه می‌کنند، از سطوح کارآمدی پایین‌تری برخوردارند (شاین و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۱). از این‌رو، مطالعه برای افزایش خودکارآمدی وزن در زنان و عواملی که آن را پیش‌بینی می‌کند، به‌عنوان یک اولویت پژوهشی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

1. obesity
2. Franklin et al.
3. World Health Organization
4. Jin et al.
5. self-efficacy
6. Carraca et al.
7. Dorling et al.
8. Bandura
9. Chang et al.
10. Björkman et al.
11. Stone
12. Kinsaul et al.
13. Kudubes et al.
14. Flølo et al.
15. Shin et al.

نگرانی از تصویر بدنی^۱، یکی از متغیرهای شناختی اثرگذار بر چاقی و احساس خودکارآمدی است که در دهه‌های اخیر مورد توجه بسیاری از پژوهشگران حوزه سلامت قرار گرفته است. نگرانی از تصویر بدنی درواقع نوعی نگرش منفی به تصویر بدن است که با توصیف نامناسب و منفی از ظاهر فیزیکی خود یا دیگران همراه است (نویتاساری و حمید^۲، ۲۰۲۱). این نگرانی زمانی رخ می‌دهد که ادراک از وزن و شکل واقعی بدن خواسته‌ها یا انتظارات را برآورده نکند (واد و همکاران^۳، ۲۰۰۹) و منعکس‌کننده کاهش لحظه‌ای نگرش‌های ارزشی، اجتماعی یا عاطفی به بدن خود در پاسخ به محرک‌های درونی یا محیطی باشد (آلبرتسون و همکاران^۴، ۲۰۱۵). از این‌رو، درک سازوکار اجتماعی-فرهنگی‌ای که ممکن است از افراد در برابر خوردن و اختلالات تصویر بدن محافظت کند، اهمیت دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال خوردن نگرانی بیشتری از تصویر بدنی را تجربه می‌کنند و احساس خودکارآمدی کمتری دارند (فولر-تسکیوویچ و همکاران^۵، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌های دیگر همسو نیز بیانگر آن بود که نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند سطوح پایین خودکارآمدی وزن را پیش‌بینی کند. به عبارت دیگر، باور افراد به ارزشیابی اغراق‌آمیز از بدن خود با استرس و احساس ناتوانی فرد در مدیریت خوردن همراه است (نویتاساری و حمید^۲، ۲۰۲۱؛ تسیه حسینی و همکاران^۶، ۱۳۹۸).

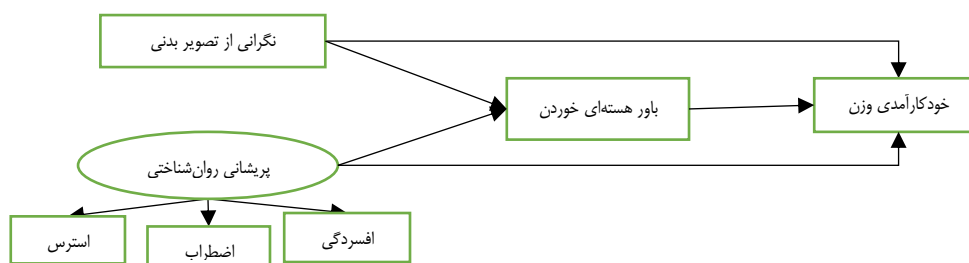
پیشانی روان‌شناختی^۶ یکی دیگر از مهم‌ترین شاخص‌های اثرگذار روان‌شناختی است که با دربرگرفتن افسردگی، اضطراب و تنش می‌تواند به‌طور مستقیم خودکارآمدی وزن را پیش‌بینی کند (سیفوتنس و همکاران^۷، ۲۰۲۲؛ کومارشامرا و کومرا^۸، ۲۰۲۲). تنش‌های فیزیکی و روان‌شناختی بخشی از زندگی روزمره به‌شمار می‌روند (کلاتزکین و همکاران^۹، ۲۰۱۹). از این‌رو، مطابق نظر کوهن^{۱۰} (۱۹۸۰)، افرادی که همواره در معرض محیط‌ها و محرک‌های تنش‌زا قرار می‌گیرند، ممکن است دچار نقص شناختی تعمیم‌یافته شوند؛ بنابراین، آسیب‌های شناختی و هیجانی افراد را در برابر مدیریت خوردن آسیب‌پذیرتر می‌کند؛ زیرا آسیب شناختی تمرکز افراد را در تصمیم‌گیری درست کاهش می‌دهد (چوی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۹). افرادی که معتقدند در مواجهه با خواسته‌ها و واقعیت‌های محیطی ناکارآمد هستند، به احتمال زیاد درمورد کمبودها و چالش‌های شخصی مانند ناتوانی در احساس کارایی اغراق می‌کنند (توری و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱). چندین پژوهش نیز این فرضیه را که اضطراب و برانگیختگی علاوه بر تغییر در پردازش شناختی بر ظرفیت عاطفی و رفتار اثر می‌گذارد، تبیین کرده‌اند. آن‌ها نشان دادند اضطراب اعتمادبه‌نفس و کنترل خوردن را کاهش و اغراق در ارزیابی از شکل بدن را افزایش می‌دهد (سیفوتنس و همکاران^۷، ۲۰۲۲). از این‌رو، شکست در رژیم غذایی، قرارگرفتن در دور باطل موقعیت پرتنش و تجربه اضطراب، افسردگی، ارزیابی منفی از شکل بدن و ناتوانی در احساس کارایی و عدم کنترل در خوردن را به همراه دارد (کومارشامرا و کومرا^۸، ۲۰۲۲).

در جستجو برای درک مکانیسم میانجی و تعدیل‌گر در رابطه بین پیشانی روان‌شناختی و نگرانی از تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن متغیرهای مختلفی وجود دارد. اما با این حال به‌نظر می‌رسد باورهای هسته‌ای خوردن^{۱۳} به‌عنوان یک سازه شناختی می‌تواند نگرانی از احساس ناتوانی در مدیریت خوردن، ضعف خودکارآمدی وزن و هیجان منفی را ایجاد کند. یک مشخصه افرادی که از باورهای هسته‌ای منفی خود رنج می‌برند، تردید به توانایی‌های خود است. خاطرات و یادآوری تلاش‌های گذشته که به‌صورت ناشایست قضاوت شده باشد احساس کارایی را پایین می‌آورد (ریو^{۱۴}، ۱۳۹۶). مدل‌های آسیب‌پذیری شناختی

1. body image concern
2. Novitasari & Hamid
3. Wade et al.
4. Albertson et al.
5. Fuller-Tyszkiewicz et al.
6. psychological distress
7. Cifuentes et al.
8. Kumar Sharma & Kumra
9. Klatzkin et al.
10. Cohen
11. Chooi et al.
12. Turi et al.
13. core beliefs of eating
14. Reeve

نشان می دهند که آسیب پذیری روان شناختی فراتشخیصی زمینه ساز اختلالات روان شناختی مانند اختلال خوردن است (کلارک و کروپولوس^۱، ۲۰۲۱). باورهای هسته ای خوردن، به عنوان یکی از عوامل فراتشخیصی از محوری ترین و عمیق ترین باورها به شمار می روند که اغلب اغراق آمیز و ناکارآمد هستند (بک^۲، ۱۳۹۹). این باورها خاموش هستند و بهنگام ناراحتی فعال شده و احساس بدبینی، اضطراب، افسردگی، عدم کنترل در رفتار خوردن و ارزیابی شناختی منفی از فرم بدن را به وجود می آورند (میلتلو و همکاران^۳، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش ها بیانگر آن است که افراد با نشخوار فکری و باورهای منفی مانند «من چاقم»، نگرشی منفی درمورد اضافه وزن، ضعف در کنترل خوردن و نقص در انتخاب سبک زندگی سالم دارند و احساس کارایی ضعیفی را تجربه می کنند که موجب شکست در درمان چاقی می شود (سرپل و همکاران^۴، ۲۰۲۰).

از آنجا که چندین عامل رفتاری و روانی با کاهش وزن مرتبط است، مطالعه پیش بینی کننده های احتمالی درمان چاقی و کاهش وزن از اهمیت زیادی برخوردار است. از این رو، پژوهش های بسیاری رابطه مستقیم متغیرهای زیستی، روان شناختی و محیطی را با چاقی بررسی کرده اند (آنتو و همکاران^۵، ۲۰۲۰؛ ریو و همکاران^۶، ۲۰۱۹؛ حسین پناه و همکاران^۷، ۲۰۱۶). با این حال به نظر می رسد عوامل بسیاری در روابط غیرمستقیم بین متغیرها مجهول مانده است؛ عواملی که به صورت پنهانی و به عنوان میانجی در روابط مستقیم متغیرها ایفای نقش می کنند. در همین راستا، پژوهش های چندی رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی و پریشانی روان شناختی با خودکارآمدی وزن را در افراد مبتلا به چاقی بررسی کرده اند (کومارشامرا و کومرا^۸، ۲۰۲۲؛ چوی و همکاران^۹، ۲۰۱۹؛ دورلینگ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹)، اما عواملی که بین این متغیرها و خودکارآمدی وزن ایفای نقش می کند ناشناخته مانده است. پژوهش پیش رو به منظور جبران خلأ پژوهش های گذشته، نقش مجهول باورهای هسته ای خوردن را به عنوان عاملی میانجی مطالعه می کند؛ عاملی که می تواند بر سازوکار نگرانی از تصویر بدنی و پریشانی روان شناختی بر خودکارآمدی وزن اثر بگذارد. از این رو، پژوهش حاضر به این سؤال پاسخ می دهد که آیا باورهای هسته ای خوردن می تواند رابطه مستقیم نگرانی از تصویر بدنی و پریشانی روان شناختی با خودکارآمدی وزن را میانجی گری کند؟ مدل مفهومی مطالعه در شکل ۱ آمده است.



شکل ۱. مدل مفهومی

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن با $BMI \geq 25$ است که در طیف سنی ۲۰-۴۰ سال قرار دارند. این افراد در سال ۱۴۰۰ به مراکز درمان تغذیه شهر قزوین مراجعه کرده بودند و در گروه درمانی یکی از بسترهای مجازی (تلگرام و واتس اپ) حضور داشتند. نمونه پژوهش ۴۲۹ زن مبتلا به اضافه وزن و چاقی بودند که به صورت دردسترس انتخاب شدند. رضایت آگاهانه، داشتن ملاک های اضافه وزن براساس محاسبه $BMI \geq 25$ ، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ و حداقل یک

1. Clarke & Kiroopoulos
2. Beck
3. Militello et al.
4. Serpell et al.
5. Anto et al.
6. Ryuet al.
7. Hosseinpanah et al.

بار اقدام به کاهش وزن در گذشته معیارهای ورود افراد به پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل ابتلا به مشکلات روان‌پزشکی و پزشکی خاص و درمان هم‌زمان روان‌شناختی و دارویی بود.

آزمودنی‌ها به‌صورت برخط از طریق ارسال پیوند^۱ به گروه‌های درمانی یکی از برنامه‌های تلگرام یا واتس‌آپ، به پرسشنامه‌هایی که در بستر پرس‌لاین ساخته شده بود پاسخ دادند. از داوطلبان تقاضا شد با حفظ گمنامی و اطمینان از محرمانه‌ماندن پاسخ‌ها به تمام سؤالات با دقت پاسخ گویند. ۳۲ پرسشنامه از ۴۶۱ پرسشنامه تکمیل‌شده به‌علت نقص در تکمیل داده‌ها از فرایند تحلیل حذف شدند و درنهایت ۴۲۹ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

۲-۲. ابزار سنجش

۲-۲-۱. شاخص توده بدنی^۲ (BMI)

سازمان بهداشت جهانی، برای مشخص کردن چاقی از شاخص توده بدنی با محاسبه فرمول $BMI = \frac{\text{وزن به کیلوگرم}}{\text{مجنور قد به متر}^2}$ استفاده می‌کند که طبق آن افراد با $BMI > 30$ چاق، $BMI = 25-30$ دارای اضافه‌وزن، $BMI = 20-25$ دارای وزن نرمال و $BMI < 20$ دارای کم‌اشتهایی عصبی هستند (گنجی، ۱۳۹۶).

۲-۲-۲. پرسشنامه خودکارآمدی وزن^۳ (WSEQ)

این پرسشنامه توسط کلارک و همکاران^۴ (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد که شامل ۲۰ گویه و پنج زیرمؤلفه هیجان منفی^۵، دردسترس بودن^۶، فشار اجتماعی^۷، ناراحتی جسمانی^۸ و فعالیت‌های مثبت^۹ است. ضرایب همسانی درونی^{۱۰} برای زیرمؤلفه‌های دردسترس بودن $0/76$ و $0/83$ ، هیجان منفی $0/87$ و $0/99$ ، ناراحتی جسمانی $0/82$ و $0/84$ ، فعالیت مثبت $0/70$ و $0/79$ ، و فشار اجتماعی $0/90$ و $0/89$ به‌دست آمد. همچنین روایی هم‌زمان^{۱۱} همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس خودکارآمدی وزن $0/67$ است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش جاسمی‌زرگانی و همکاران (۱۴۰۰) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه $0/95$ گزارش شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی^{۱۲} با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ^{۱۳} $0/95$ و برای زیرمؤلفه‌های هیجان منفی (۰/۷۸)، دردسترس بودن (۰/۷۶)، فشار اجتماعی (۰/۷۵)، ناراحتی جسمانی (۰/۷۸) و فعالیت مثبت (۰/۷۶) به‌دست آمد.

۲-۲-۳. پرسشنامه باور هسته‌ای خوردن^{۱۴} (ECBQ)

این پرسشنامه توسط کوپر و همکاران^{۱۵} (۱۹۹۷) برای ارزیابی تصورات و باورهای همراه اختلال‌های خوردن طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه و چهار مؤلفه خودباوری منفی^{۱۶}، وزن و شکل مورد پذیرش توسط دیگران^{۱۷}، وزن و شکل مورد

1. <https://survey.porsline.ir/s/B5wGA3z>

2. Body Mass Index (BMI)

3. Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ)

4. Clark et al.

5. negative emotion

6. availability

7. social pressure

8. physical discomfort

9. positive activities

10. coefficient of internal consistency

11. concurrent validity

12. method of rational equivalence

13. Cronbach's alpha formula

14. Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ)

15. Cooper et al.

16. negative self-esteem

17. weight and shape accepted by others

پذیرش توسط خود^۱ و کنترل پرخوری^۲ است. روایی پرسشنامه با استفاده از همبستگی درونی میان مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ به‌دست آمده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد.

۲-۲-۴. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن^۳ (BICQ)

این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران^۴ (۲۰۰۵) با هدف ارزیابی نگرانی از ادراک فرم بدن طراحی شد که حاوی ۱۹ گویه است. طیف پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌درجه از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. حد پایین نمره ۱۹، حد متوسط ۵۷ و حد بالای نمره ۹۵ است. پایایی پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی گویه‌ها بین ۰/۳۲ و ۰/۷۳ به‌دست آمد (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش رحمانیان و همکاران (۱۳۹۷) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه شد.

۲-۲-۵. پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی^۵ (DASS-21)

این پرسشنامه توسط لاویبوند و لاویبوند^۶ (۱۹۹۵) برای سنجش استرس، اضطراب و افسردگی ساخته شد که دارای ۲۱ گویه است. پرسشنامه DASS-21 شامل سه زیرمؤلفه افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود که هر یک دارای ۷ سؤال است. گستره پاسخ این پرسشنامه در مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر (اصلاً درمورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً درمورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) میزان روایی پرسشنامه DASS-21 را ۰/۷۷ اعلام کردند. رضائیان و همکاران (۱۳۹۶) پایایی پرسشنامه DASS-21 را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و برای زیرمؤلفه‌های استرس ۰/۸۷، اضطراب ۰/۸۵ و افسردگی ۰/۹۰ به‌دست آمد.

۲-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، نخست روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون) از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سپس بررسی برازش مدل ارائه‌شده به روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری و با نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

در پژوهش حاضر، ۴۲۹ نفر از زنان دارای شاخص توده بدنی بالای ۲۵ با میانگین سنی ۳۱/۷۲ و انحراف معیار ۶/۳۱ مشارکت کردند. از این تعداد، ۱۰۵ نفر در بازه ۲۰-۲۵ سال (۲۴/۴ درصد)، ۷۰ نفر در بازه ۲۶-۳۰ سال (۱۶/۳۱ درصد)، ۹۵ نفر در بازه ۳۱-۳۵ سال (۲۲/۱۴ درصد) و ۱۵۹ نفر در بازه ۳۶-۴۰ سال (۳۷/۰۶ درصد) قرار داشتند. از این تعداد ۱۶۶ نفر (۳۸/۷ درصد) مجرد، ۲۴۰ نفر (۵۵/۹ درصد) متأهل، ۱۹ نفر (۴/۴ درصد) مطلقه، ۱ نفر (۰/۲ درصد) بیوه و ۳ نفر (۰/۷ درصد) عقدکرده بودند. همچنین ۳۱۱ نفر (۷۲/۵ درصد) شاغل، ۱۰۶ نفر (۲۴/۷ درصد) خانه‌دار و ۱۲ نفر (۲/۸ درصد) بیکار بودند. سابقه چاقی و درمان

1. weight and shape accepted by yourself
2. overeating control
3. Body Image Concern Questionnaire (BICQ)
4. Littleton et al.
5. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)
6. Lovibond & Lovibond

شرکت‌کنندگان نیز مورد بررسی قرار گرفت که از ۴۲۹ شرکت‌کننده ۱۶۸ نفر (۳۹/۱ درصد) یک بار و ۲۶۱ نفر (۶۰/۹) بیش از یک بار تحت درمان تغذیه قرار گرفته بودند و سابقه شاخص توده بدنی بالای ۲۵ با میانگین ۳۱/۲۱ ماه را داشتند.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها

در جدول ۱، اطلاعات توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی، کمینه و بیشینه نمرات) مربوط به متغیرهای خودکارآمدی، باورخوردن، تصویر بدنی، پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) گزارش شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی
خودکارآمدی	۱۰۷/۰۶	۴۲/۹۱	۰	۱۸۰	-۰/۳۲	-۰/۴۵
باور خوردن	۸۰۱/۴۹	۵۱۰/۹۹	۰	۲۵۱۶	-۰/۸۱	۰/۴۰
تصویر بدن	۴۲/۸۳	۱۵/۷۹	۱۹	۹۵	-۰/۸۰	۰/۱۵
پریشانی روان‌شناختی	۳۸/۲۲	۱۳/۵۷	۲۱	۸۴	-۰/۸۹	۰/۳۱
افسردگی	۱۲/۳۴	۵/۳۱	۷	۲۸	۱/۰۸	۰/۳۳
اضطراب	۱۱/۴۰	۴/۲۷	۵	۲۸	۱/۱۷	۱/۰۸
استرس	۱۴/۴۷	۵/۴۰	۷	۲۸	-۰/۶۰	-۰/۳۸

با توجه به نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی ۱۰۷/۰۶ و ۴۲/۹۱ است؛ میانگین باور خوردن ۸۰۱/۴۹ با انحراف معیار ۵۱۰/۹۹ است؛ میانگین تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی نیز به ترتیب ۴۲/۸۳ و ۳۸/۲۲ با انحراف معیار به ترتیب ۱۵/۷۹ و ۱۳/۵۷ است. مقدار کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در دامنه ۲- تا ۲ قرار دارد. همچنین متغیرهای خودکارآمدی، باور هسته‌ای خوردن، نگرانی از تصویر بدنی، پریشانی روان‌شناختی با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنف^۱ محاسبه شد. نتایج بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵$). پیش فرض همگنی واریانس نیز با آزمون لوین^۲ سنجیده شد. با توجه به عدم معناداری آزمون لوین ($F=۱/۰۲$) می‌توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیرهای پژوهش در همه مراحل پژوهش برقرار است ($p > ۰/۰۵$).

۳-۳. همبستگی متغیرها

جدول ۲ همبستگی بین متغیرهای پژوهش را گزارش می‌دهد.

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
خودکارآمدی	۱						
باور خوردن	-۰/۳۰**	۱					
تصویر بدن	-۰/۳۲**	۰/۷۰**	۱				
پریشانی روان‌شناختی	-۰/۲۴**	۰/۶۲**	۰/۶۴**	۱			
افسردگی	-۰/۲۳**	۰/۶۲**	۰/۵۹**	۰/۹۱**	۱		
اضطراب	-۰/۱۸**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۸۶**	۰/۶۸**	۱	
استرس	-۰/۲۴**	۰/۵۸**	۰/۶۲**	۰/۹۳**	۰/۷۷**	۰/۷۱**	۱

** $P < ۰/۰۱$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد باور خوردن، تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با خودکارآمدی به ترتیب با ضرایب -۰/۳۰، -۰/۱۳ و -۰/۲۴ همبستگی منفی و معنادار در سطح ۰/۰۱ دارد. همچنین تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با باور خوردن به ترتیب با ضرایب ۰/۷۰ و ۰/۶۲ دارای همبستگی مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ است؛ بنابراین با وجود برقراری رابطه خطی و

1. Kolmogorov-Smirnov test

2. Levene's test

معنادار بین متغیرهای پژوهش و نرمال بودن داده‌های متغیر و همگنی واریانس متغیرها، همه پیش‌فرض‌های مدل برقرار است که می‌توان برای بررسی فرضیه و به‌منظور ارزیابی مدل پژوهش از مدلسازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS استفاده کرد.

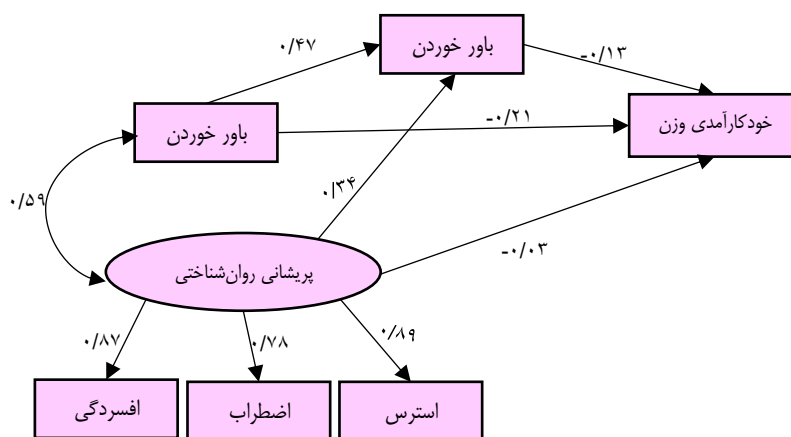
۴-۳. بررسی مدل پژوهش

جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

مدل	X^2	Df	P-Value	X^2/df	GFI	AGFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مدل	۲۰/۱۱	۶	۰/۰۰۳	۳/۳۵	۰/۹۸	۰/۹۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۰۷

جدول ۳ نشان می‌دهد مقدار مجذور خی (X^2) ۲۰/۱۱ و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. زمانی که حجم نمونه زیاد است، X^2 معنادار می‌شود. در این مواقع از شاخص X^2/df که نسبتی از مجذور خی بر درجه آزادی است، استفاده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار آن ۳/۳۵ محاسبه شده و در دامنه ۱ تا ۵ قرار دارد و نشانگر برازندگی معتبر مدل است. همچنین جدول ۳ نشانگر آن است که شاخص نیکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده^۲ (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی^۳ (CFI)، شاخص برازش فزاینده^۴ (IFI) و شاخص توکرلوویس^۵ (TLI) بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده‌اند که بیانگر آن هستند. مدل پژوهش از برازش معتبری برخوردار است. همچنین ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد^۶ (RMSEA) نیز ۰/۰۷ و کمتر از ۰/۰۸ شده و نشانگر برازش خوب مدل است. شکل ۲ مدل نهایی پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل پژوهش

براساس مدل شکل ۲، پیشانی روان‌شناختی ۳۴ درصد و نگرانی از تصویر بدنی ۴۷ درصد از واریانس باورهای هسته‌ای خوردن را تشکیل می‌دهد و در مجموع آن‌ها در کنار هم ۶۸ درصد از واریانس خودکارآمدی وزن را به‌صورت غیرمستقیم تبیین می‌کنند. همچنان که در شکل ۲ دیده می‌شود، ضریب مسیر بین باور هسته‌ای خوردن و خودکارآمدی وزن نیز معنادار است ($\beta = -0.13$; $P < 0.01$). جدول ۴ ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم بین پیشانی روان‌شناختی، تصویر بدنی، باور هسته‌ای خوردن و خودکارآمدی وزن را نشان می‌دهد.

1. Goodness of Fit Index (GFI)
2. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
3. Comparative Fit Index (CFI)
4. Incremental Fit Index (IFI)
5. Token Lewis Index (TLI)
6. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم بین پریشانی روان‌شناختی، تصویر بدنی، باور هسته‌ای خوردن و خودکارآمدی

متغیر	اثر مستقیم				اثر غیرمستقیم			
	مسیر	حد پایین	حد بالا	معناداری	مسیر	حد پایین	حد بالا	معناداری
پریشانی روان‌شناختی-خودکارآمدی وزن	-۰/۰۳	-۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۶۸	-۰/۱۵	-۰/۲۳	-۰/۰۶	۰/۰۰۱
تصویر بدنی-خودکارآمدی	-۰/۲۱	-۰/۳۶	-۰/۰۵	۰/۰۰۷	-۰/۱۰	-۰/۲۰	-۰/۰۰۳	۰/۰۴
پریشانی روان‌شناختی-باور خوردن	۰/۳۳	۰/۲۳	۰/۴۴	۰/۰۰۱	-	-	-	-
تصویر بدنی-باور خوردن	۰/۴۷	۰/۳۶	۰/۵۷	۰/۰۰۱	-	-	-	-
باور خوردن-خودکارآمدی وزن	-۰/۱۳	-۰/۲۸	-۰/۰۲	۰/۱۰	-	-	-	-

آزمون بوت‌استرپ^۱ در جدول ۴ نشان می‌دهد مسیر غیرمستقیم باور هسته‌ای در ارتباط بین پریشانی روان‌شناختی با خودکارآمدی وزن با ضریب -۰/۱۵- با حد پایین -۰/۲۳- و حد بالای -۰/۰۶- در سطح ۰/۰۰۱ و مسیر غیرمستقیم باور هسته‌ای در ارتباط بین تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن با ضریب -۰/۱۰- با حد پایین -۰/۲۰- و حد بالای -۰/۰۰۳- در سطح ۰/۰۵ معنادار گزارش شده است؛ بنابراین باور هسته‌ای در ارتباط بین پریشانی روان‌شناختی و تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن نقش میانجی دارد. همچنین آزمون بوت‌استرپ در جدول ۴ نشان می‌دهد مسیر مستقیم تصویر بدنی و خودکارآمدی وزن با ضریب -۰/۲۱- با حد پایین -۰/۳۶- و حد بالای -۰/۰۵- در سطح ۰/۰۱، مسیر مستقیم پریشانی روان‌شناختی و باور خوردن با ضریب ۰/۳۳ با حد پایین ۰/۲۳ و حد بالای ۰/۴۴ در سطح ۰/۰۰۱ و مسیر مستقیم تصویر بدنی و باور خوردن با ضریب ۰/۴۷ با حد پایین ۰/۳۶ و حد بالای ۰/۵۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار گزارش شده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل خودکارآمدی وزن براساس نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان مبتلا به چاقی انجام گرفت. الگوی مفهومی پیشنهادی از برآزش مطلوب برخوردار است. نتایج پژوهش نشان داد متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و نگرانی از تصویر بدنی با واسطه باور هسته‌ای در مجموع ۶۸ درصد از متغیر خودکارآمدی وزن را از طریق مدل تبیین می‌کنند. در این مدل، رابطه مستقیم بین پریشانی روان‌شناختی و خودکارآمدی وزن معنادار بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های کومارشامرا و کومرا (۲۰۲۲)، استون و همکاران (۲۰۲۲)، توری و همکاران (۲۰۲۱) و بدیع و همکاران (۱۴۰۱) است که در پژوهش خود نشان دادند افزایش پریشانی روان‌شناختی سبب کاهش خودکارآمدی می‌شود. همچنین نتایج پژوهش احسانی و همکاران (۱۴۰۰) بیانگر آن بود که مدیریت استرس به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی می‌تواند خودکارآمدی وزن را افزایش دهد. در توصیف این یافته می‌توان گفت افراد ناتوان در کنترل رفتار خوردن، در ارزیابی شناختی از عملکرد خود، سازمان‌دهی اهداف، تصمیم‌گیری و انتخاب سبک زندگی سالم ناکارآمد هستند. به عبارت دیگر، تجربه عاطفه منفی و نشخوارهای فکری مانند «تحمل این شرایط را ندارم باید چیزی بخورم» را راه‌اندازی می‌کند. شکست در کنترل خوردن و مهار هیجان به عدم موفقیت در عملکرد و احساس بی‌کفایتی می‌انجامد. از این‌رو، با توجه به معناداری مسیر مستقیم و غیرمستقیم می‌توان گفت افزایش پریشانی روان‌شناختی با واسطه باورهای هسته‌ای و منفی خوردن سبب ناتوانی در کنترل رفتار خوردن و در نتیجه احساس عدم کفایت و خودکارآمدی وزن پایین می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر معناداری رابطه مستقیم متغیر نگرانی از تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن را نشان می‌دهد. این یافته همسو با نتایج پژوهش فولر-تسکیویچ و همکاران (۲۰۱۸) و تسبیه حسینی و همکاران (۱۳۹۸) است که در پژوهش خود دریافتند که تصویر منفی از بدن با کاهش احساس خودکارآمدی وزن مرتبط است. در تبیین این یافته می‌توان ادعان کرد که تصویر بدنی سازه‌ای دوبعدی است که ادراک جسمانی و نگرش ذهنی را شامل می‌شود. ظاهر فیزیکی قسمت اصلی تصویر بدنی است که در تعاملات اجتماعی نقش مهمی ایفا می‌کند (نویتاسری و حمید، ۲۰۲۱). از سوی دیگر، نگرانی از تصویر بدن به معنای ارزیابی ذهنی منفی از بدن به‌عنوان یک عامل اثرگذار مرتبط با عاطفه منفی بالاتر مانند پریشانی و بسیاری از پیامدهای ناسالم مرتبط با

وزن طبقه‌بندی می‌شود (والر و مانتفورد^۱، ۲۰۱۵). ادراکات نامناسب و منفی از شکل بدن به سرمایه‌گذاری مفرط بر تصویر بدنی منجر می‌شود که با پیامدهای روانی اجتماعی مضر مانند اضطراب، افسردگی، احساس ارزشمندی و کارایی ضعیف همراه است (کنزوال و همکاران، ۲۰۱۴). این نتایج را این‌گونه می‌توان استنباط کرد که فاصله زیاد ادراک تصویر بدن واقعی با تصویر بدن مطلوب، فرد را در موقعیت منفعلانه‌ای قرار می‌دهد که مولد باورهای منفی و اغراق‌آمیز از نقایص بدنی و نگرانی شدید از ارزیابی منفی توسط دیگران و ترس از انگ وزن است که پیامد آن بروز عواطف منفی، عدم کنترل خوردن و ضعف در احساس خودکارآمدی است؛ بنابراین، با توجه به معناداری نتیجه پژوهش می‌توان گفت باورهای هسته‌ای خوردن قادر است رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن را میانجی‌گری کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد باور هسته‌ای خوردن در مسیر مستقیم به‌طور معنادار با خودکارآمدی وزن رابطه منفی دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش سرپل و همکاران (۲۰۲۰) و دورلینگ و همکاران (۲۰۱۹) است. در تبیین این یافته می‌توان به باورهای زیربنایی‌ای اشاره کرد که افراد درباره خود، دیگران و دنیای خویش از تجارب دوران کودکی به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی می‌سازند. براساس توصیف اولیه بک، باورهای اولیه درمورد سلامت ممکن است منفی، مطلق، انعطاف‌ناپذیر، کلی و فراگیر باشند مانند «هرگز در استفاده از هیچ درمانی موفق نخواهم شد» (سرپل و همکاران، ۲۰۲۰). نقش باورها، نگرش‌ها و افکار خودآیند در اختلال خوردن، اضافه‌وزن و شکست در عملکرد انکارناپذیر است؛ زیرا وجود باورهای منفی توانایی انجام رفتارهای سالم، ارزیابی‌های شناختی و احساس کارایی را تضعیف می‌کند و به اجتناب از فعالیت و تصمیمات ناکارآمد منجر می‌شود (دورلینگ و همکاران، ۲۰۱۹). در این چارچوب نظری عوامل شخصی، رفتار و تأثیر محیطی به‌طور متقابل با هم تعامل دارند. نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داد عوامل محیطی (برای مثال، دردسترس بودن غذا یا عوامل شخصی، مانند تجربه قبلی کاهش وزن) مستقیماً بر رفتار غذایی فرد تأثیر نمی‌گذارد، بلکه بر نوع باورهای هسته‌ای (منفی یا مثبت) و اعتمادبه‌نفس فردی در رسیدن به کاهش وزن مورد نظر اثرگذار است (فولو و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، افرادی که در درمان چاقی چند بار ناموفق بوده‌اند، باور منفی «من یک شکست‌خورده هستم» در آن‌ها فعال می‌شود که می‌تواند بر احساس کارایی و توانایی در موفقیت درمان تأثیر منفی بگذارد.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت پریشانی روان‌شناختی و نگرانی از تصویر بدنی در تعامل با نقش میانجی باورهای هسته‌ای خوردن می‌تواند خودکارآمدی وزن را تبیین کند. با توجه به نتایج، برای افزایش خودکارآمدی در زنان مبتلا به چاقی و تعدیل پریشانی روان‌شناختی، نگرانی از تصویر بدنی و باورهای منفی ضروری است که درمانگران حوزه سلامت با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری به تعدیل خطاهای شناختی، نگرانی از شکل بدن و تنظیم هیجان‌ها بپردازند تا به احساس کارایی زنان مبتلا به اضافه‌وزن افزوده شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. نتایج نمونه پژوهش حاضر را که فقط از زنان تشکیل شده بود باید با احتیاط به سایر گروه‌ها تعمیم داد. نمونه‌گیری غیرتصادفی و لحاظ نکردن نقش اقتصادی و فرهنگی می‌تواند به‌عنوان محدودیت‌های پژوهش حاضر مطرح شود. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده ضمن رفع محدودیت‌های ذکر شده از روش نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش اعتبار بیرونی استفاده شود، همچنین از هردو جنس در پژوهش استفاده شود و محیط اجتماعی اقتصادی فرهنگی و... که در بروز چاقی نقش دارند در پژوهش لحاظ شود تا بر دقت نتایج و تعمیم‌دهی یافته‌ها افزوده شود.

۵. ملاحظات اخلاقی پژوهش

پژوهش حاضر بعد از دریافت کد اخلاق به شماره IR.IAU.RASHT.REC.1399.085 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و کسب مجوز اجرای پژوهش با مراجعه به مراکز درمان چاقی تغذیه و رژیم غذایی شهر قزوین و هماهنگی با مدیران مراکز درمان انجام گرفت. نمونه مورد نظر با رعایت معیار ورود و خروج، داوطلبانه به پرسشنامه پاسخ دادند.

۶. سیاست‌گذاری و حمایت مالی

پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از تمامی استادان، کارکنان دانشگاه، دوستان و شرکت‌کنندگان ارجمند که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند قدردانی کنند. پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری است که بدون حمایت مالی سازمان و نهادهای انجام گرفت.

۷. تعارض منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- احسانی، ا.، سهرابی اسمرود، ف.، و قربان جهرمی، ر. (۱۴۰۰). تأثیر مداخله کنترل استرس بر ذهن آگاهی، خودکارآمدی و خوش‌بینی دانش‌آموزان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۸ (۸)، ۹۰-۹۸. <https://rjms.iums.ac.ir/article-1-7169-fa.html>
- بدیع، ع.، مکوندی، ب.، بختیارپور، س.، و پاشا، ر. (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۶ (۶۳)، ۱۶۶-۱۴۵. <http://etiadjohi.ir/article-1-2625-fa.html>
- بک، ج. (۱۳۹۹). *درمان شناختی رفتاری (اصول پایه و فراتر از آن)*. ویراست دوم، ترجمه سوده آقامحمدی، محمدرضا محمدی و مریم سلمانیان. تهران: ارجمند.
- تسبیح حسینی، ق.، مدنی، ی.، و حاج حسینی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تلفیقی مثبت‌نگری و تاب‌آوری بر نگرانی از تصویر بدنی و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸ (۷۱)، ۳۶-۴۷. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2717400.1398.18.71.6.7>
- جاسمی زرگانی، م.، صیرفی، م.، ر.، تقدیسی، م.، ح.، ملیحی‌الذاکرینی، س.، و تقوی کجیدی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی خوردن آگاهانه مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش وزن، خودکارآمدی، تنظیم هیجان و تغذیه زنان مبتلا به چاقی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱ (۴۹)، ۱۱۳-۱۰۱. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.22373.2059>
- حسین‌زاده، ع.، ا.، هومن، ح.، ع.، صالحی، م.، و کوشکی، ش. (۱۳۹۱). پیوند مادری و نشانه‌های آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه‌ای باورهای اختلال خوردن و ناکوایی خلقی. *روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایران*، ۹ (۳۴)، ۱۴۲-۱۲۹. <https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054587>
- رحمانیان، م.، نژادعلی، ر.، و اورکی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان مبتلا به پرخوری روانی. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۷ (۴)، ۳۹-۳۳. <https://jhpm.ir/article-1-917-fa.html>
- رضائیان، س.م.، عابدیان، ز.، لطیف‌نژاد رودسری، ر.، مظلوم، س.، ر.، و دادگر، س. (۱۳۹۶). ارتباط استرس، اضطراب و افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری در زنان در معرض خطر زایمان زودرس. *زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۳۰ (۳)، ۷۶-۶۸. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2017.8874>
- ریو، ج. م. (۱۳۹۵). *انگیزش و هیجان*. ویراست ششم، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ویرایش.
- گنجی، م. (۱۳۹۶). *آسیب‌شناسی روانی براساس بر اساس DSM5*. ویراست سوم، جلد ۱، تهران: ساوالان.

References

- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trail of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6, 444-454. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Anto, E. O., Owiredun, W. K. B. A., Adua, E., Obirikorang, C. h., ... & Donkor, S. (2020). Prevalence and lifestyle-related risk factors of obesity and unrecognized hypertension among bus drivers in Ghana. *Heliyon*, 6(1), e03147. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03147>
- Badi, A., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Pasha, R. (2022). The role of family communication patterns, social support, resilience and stress in predicting the self-efficacy of quitting addiction. *Scientific Quarterly of Research on Addiction*, 16(63), 145-166. <http://dx.doi.org/10.52547/etiadjohi.16.63.145> (In Persian)

- Beck, J. (2011). *Cognitive behavioral therapy (basic principles and beyond)*. (2th ed). Translated by: S. Aghamohammadi, M. Mohammadi & M. Salmanian (2019). Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Björkman, S., Wallengren, O., Laurenius, A., Eliasson, B., & Larsson, I. (2022). Locus of control and self-efficacy in relation to 12-month weight change after non-surgical weight loss treatment in adults with severe obesity—A clinical cohort study. *Obesity Medicine*, 32, 100409. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100409>
- Carraca, E. V., Santos, I., Mata, J., & Teixeira, P. J. (2018). Psychosocial pretreatment predictors of weight control: A systematic review update. *Obesity Facts*, 11(1), 67–82. <https://doi.org/10.1159/000485838>
- Chang, M. W., Schaffir, J., Brown, R., & Wegener, D. T. (2019). Mediation by self-efficacy in the relation between social support and dietary intake in low-income postpartum women who were overweight or obese. *Appetite*, 140, 248–254. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.031>
- Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>
- Cifuentes, L., Campos, A., Silgado, M. L. R., Kelpin, S., ... & Acosta, A. (2022). Association between anxiety and eating behaviors in patients with obesity. *Obesity Pillars*, 3, 100021. <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2022.100021>
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 739–744. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.5.739>
- Clarke, E., & Kiropoulos, L. A. (2021). Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: The role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100101. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100101>
- Cohen, S. (1980). Aftereffects of stress on human performance and social behavior: A review of research and theory. *Psychological Bulletin*, 88(1), 82–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.1.82>
- Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 381–388. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00115-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00115-5)
- Dorling, J., Bhapkar, M., Das, S. K., Racette, S. B., ... & Martin, C. K. (2019). Change in self-efficacy, eating behaviors and food cravings during two years of calorie restriction in humans without obesity. *Appetite*, 143, 104397. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104397>
- Ehsani, A., Sohrabi Asmrood, F., & Ghorban Jahromi, R. (2021). The effect of mindfulness-based stress management intervention on student's self-efficacy and optimism. *Razi Journal of Medical Sciences*, 28(8), 90–98. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7169-en.html> (In Persian)
- Flølo, T. N., Tell, G. S., Kolotkin, R. L., Aasprang, A., ... & Andersen, J. R. (2019). Eating self-efficacy as predictor of long-term weight loss and obesity-specific quality of life after sleeve gastrectomy: A prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(2), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.12.011>
- Franklin, R. C., Franklin, J. L., Swinbourne, J. M., Manson, E., ... & Hocking, S. (2023). Understanding the confluence of injury and obesity in a Grade 2 obesity and above population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 47(1), 100008. <https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2022.100008>
- Fuller-Tyszkiewicz, M., Richardson, B., Lewis, V., Smyth, J., & Krug, I. (2018). Do women with greater trait body dissatisfaction experience body dissatisfaction states differently? An experience sampling study. *Body Image*, 25, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.01.004>
- Ganji, M. (2017). *Abnormal Psychology DSM-5*. (3th ed), Tehran: Savalan. (In Persian)

- Hosseiniapanah, F., Mirbolouk, M., Mossadeghkhah, A., Barzin, M., ... & Azizi, F. (2016). Incidence and potential risk factors of obesity among Tehranian adults. *Preventive Medicine*, 82, 99-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.11.015>
- Hosseinzadeh, A. A., Hooman, H. H., Salehi, M., & Kooshki, Sh. (2013). Maternal bonding and vulnerability related to eating disorder beliefs and alexithymia. *Development Psychology: Iranian Psychologists*, 9(34), 129-142. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jip/Article/1054587> (In Persian)
- Jassemi Zargani, M., Seirafi, M. R., Taghdisi, M. H., Malihi, S., & Taghavi, H. (2021). Effectiveness of mindfulness-based eating awareness training on weight loss, self-efficacy, emotional regulation and nutritional in obese women. *Journal of Clinical Psychology*, 1(49), 101-113. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.22373.2059> (In Persian)
- Jin, X., Qiu, T., Yu, R., Chen, X., ... & Jiang, T. (2023). Pathophysiology of obesity and its associated diseases. *Acta Pharmaceutica Sinica B*, 13(6), 2403-2424. <https://doi.org/10.1016/j.apsb.2023.01.012>
- Kinsaul, J. A. E., Curtin, L., Bazzini, D., & Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body Image*, 11(1), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.08.001>
- Klatzkin, R. R., Baldassaro, A., & Rashid, S. (2019). Physiological responses to acute stress and the drive to eat: The impact of perceived life stress. *Appetite*, 133, 393-399. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.019>
- Kudubes, A. A., Ayar, D., Bektas, I., & Bektas, M. (2022). Predicting the effect of healthy lifestyle belief on attitude toward nutrition, exercise, physical activity, and weight-related self-efficacy in Turkish adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 29(1), 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.11.001>
- Kumar Sharma, P., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 186, 111363. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111363>
- Littleton, H. L., Axson, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Militello, L. K., Melnyk, B. M., Hekler, E., Small, L., & Jacobson, D. (2016). Correlates of healthy lifestyle beliefs and behaviors in parents of overweight or obese preschool children before and after a cognitive behavioral therapy intervention with text messaging. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(3), 252-260. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.08.002>
- Novitasari, E., & Hamid, A. Y. S. (2021). The relationships between body image, self-efficacy, and coping strategy among Indonesian adolescents who experienced body shaming. *Enfermería Clínica*, 31(2), S185-S189. <https://doi.org/10.1016/j.enfeli.2020.12.019>
- Rahmanian, M., Nejatali, R., & Oraki, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive emotion regulation and concerns of body image in females with bulimia nervosa. *Journal of Health Promotion Management*, 7(4), 32-39. <http://jhpm.ir/article-1-917-en.html> (In Persian)
- Reeve, J. M. (2014). *Understanding Motivation and Emotion*. (6th Ed.). Translated by Yahya Seyed Mohammadi (2015). Tehran: Virayesh. (In Persian)
- Rezaian, S. M., Abedian, Z., Latif Nejad Rudsari, R., Mazloun, S. R., & Dadgar, S. (2017). Relationship of stress, anxiety, and depression with self-care behaviors during pregnancy in women at risk of premature delivery. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 20(3), 68-76. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2017.8874> (In Persian)

- Ryu, S., Frith, E., Pedisic, Z., Kang, M., & Loprinzi, P. D. (2019). Secular trends in the association between obesity and hypertension among adults in the United States, 1999–2014. *European Journal of Internal Medicine*, 62, 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.02.012>
- Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144, 104470. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470>
- Shin, H., Shin, J., Liu, P. Y., Dutton, G. R., Abood, D. A., & Ilich, J. Z. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research*, 31(11), 822-828. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2011.09.022>
- Stone, J. K., Shafer, L. A., Graff, L. A., Witges, K., ... & Bernstein, C. N. (2022). The association of efficacy, optimism, uncertainty and health anxiety with inflammatory bowel disease activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 110719. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110719>
- Tasieh Hosseini, Gh., Madani, Y., Haj Hosseini, M. (2019). Effectiveness of integrating positive thinking and resiliency training on body image concerns and social self-efficacy in adolescents' boys. *Journal of Counseling Research*, 18(71), 4-35. <http://dx.doi.org/10.29252/jcr.18.71.4> (In Persian)
- Turi, E. R., Reigada, L. C., Leonard, S. I., Liu, J., & Bruzzese, J. M. (2021). Associations among anxiety, self-efficacy, and self-care in rural adolescents with poorly controlled asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 127(6), 661-666. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2021.09.010>
- Wade, T., George, M. W., & Atkinson, M. (2009). A randomized controlled trial of brief interventions for body dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 845–854. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016879>
- Waller, G., & Mountford, V. A. (2015). Weighing patients within cognitive-behavioural therapy for eating disorders: How, when and why. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.004>
- World Health Organization. (2021). *Obesity and overweight*. Accessed February 25, 2021. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>