

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 Akbari³ 

1. Department Of psychology, Faculty of Humanities, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. Email: alipourgita@yahoo.com

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

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. Email: akbari@iaurasht.ac.ir

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

Received: 19 Feb 2023 Revised: 15 May 2023 Accepted: 11 Jun 2023 online Published: 11 May 2024

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. The research method was descriptive and correlational. The statistical population included all women aged 20-40 with a BMI \geq 25 who had been 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 by available sampling method. To collect data, the Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ), Body Image Concern Questionnaire (BICQ), Psychological Distress Questionnaire (DASS), and Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ) Were Used. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient tests and structural equation techniques using Spss and AMOS24 software. The results showed that the initial hypothetical model had a good fitness with the observed data. The results of this model demonstrate that the direct effect of psychological distress, concern about body image, and the core belief of eating with weight self-efficacy were significant. Also, the indirect effects of psychological distress and worry about body image with the mediation of eating core beliefs were significant ($P < 0.05$). Therefore, the proposed model had a good 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 lifestyle modification should be taught to women with BMI \geq 25.

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

Extended Abstract

Aim

Obesity is a complex and intractable medical and public health problem whose prevalence has increased significantly in the past decades (Franklin et al., 2023). The World Health Organization (2021) has announced that 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. Statistics show that the global prevalence of overweight and obesity has increased by 27% in adulthood and 47% in childhood (Jin et al., 2023). In the meantime, the increase in the obesity rate shows a worrying trend among women in developing countries with low and middle income. The reason for this is attributed to the situation of population transfer in these countries and lifestyle changes around the world (Hiremath et al., 2023). Also, according to the WHO report in 2016, among the seven countries in the Middle East, Iran has 61.6% of overweight people and 25.8% of obese people (World Health Organization, 2021). According to the report of Rokna social news agency, in 2023, 56% of the population over 18 years old in Iran is obese, among which the prevalence of "overweight" among Iranian teenagers has increased by more than 20% compared to the last four decades. The overweight ranking of 19-year-old Iranian boys and girls has increased by 28 and 24 places, from 96 and 105 to 68 and 81. Also, the prevalence of overweight in girls has increased from 6% to more than 26% and in boys from 3% to 24%. In the global ranking of obesity, 19-year-old Iranian girls are ranked 55th and boys are ranked 74th (Mokhtari, 2023). Therefore, the study of obesity is very important as one of the global public health concerns that is affected by biological, environmental and psychological factors (Franklin et al., 2023). Nowadays, the increase in obesity rate is one of the concerns

of health Psychology, which has prompted researchers to test the public health indicators that play a role in the occurrence and spread of obesity. Therefore, the aim of the researchers in this study was to evaluate 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.

Method

The research method was descriptive and correlational. The statistical population of the research consisted of all obese and overweight women with $BMI \geq 25$ who were in the age range of 20-40 years old and had been referred to the nutrition treatment centers in Qazvin city in 2022 and in the treatment group one of the virtual beds (Telegram and WhatsApp) were present. The sample size was 429 women with overweight and obesity who were selected voluntarily and by available sampling method. To collect data, the Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ) (Cooper et AL., 1997), Body Image Concern Questionnaire (BICQ) (Littleton et al., 2005), Psychological Distress Questionnaire (DASS) (Lovibond and Lavibond, 1995), and Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ) (Clark et al., 1991), Were Used. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient tests and structural equation techniques using Spss and AMOS24 software.

Findings

The results showed that the initial hypothetical model had a good fitness with the observed data. The results of this model demonstrate that the direct effect of psychological distress, concern about body image, and the core belief of eating with weight self-efficacy were significant. Also, the indirect effects of psychological distress and worry about body image with the mediation of eating core beliefs were significant ($P < 0.05$). Therefore, it can be said that psychological distress indirectly explains 34% and body image concern 47% of the variance of core eating beliefs, and together they indirectly explain 68% of the variance of self-efficacy. The path coefficient between eating core belief and self-efficacy was also significant ($P < 0.01$). Therefore, the proposed model had a good fitness.

Discussion

The result of the research showed that the variables of psychological distress and concern about body image through the mediation of core belief explain a total of 68% of the weight self-efficacy variable through the model. In this model, the direct relationship between psychological distress and weight self-efficacy was significant. In this regard, the results of other studies also indicated that an increase in psychological distress can probably lead to a decrease in self-efficacy (Kumar Sharma and Kumra, 2022; Stone et al., 2022; Turi et al., 2021; Badi et al., 2022). According to Anderson and Koprai (2014), the role of beliefs, attitudes and spontaneous thoughts in eating disorder, overweight and failure in performance is undeniable. Because, the presence of negative beliefs weakens the ability to engage in healthy behaviors, cognitive evaluations and feelings of efficacy and leads to avoidance of activity and inefficient decisions (Anderson and Koprai, 2014; cited by Dorling et al., 2019). In this theoretical framework, personal factors, behavior and environmental influence mutually interact. The research results also showed that environmental factors (for example, food availability, or personal factors, such as previous weight loss experience) do not directly affect a person's eating behavior. Rather, it affects the type of core beliefs (negative or positive) and individual self-confidence in achieving the desired weight loss and self-efficacy (Folo et al., 2019).

According to the results of the research, considering the importance of the mediating role of the main beliefs of eating and its effect on concern about body image and psychological distress, it is suggested that there are effective cognitive strategies and mechanisms for thought control, emotion management, and regulating the eating behavior of overweight and Obesity people is used.

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

Ethical Considerations

The present research was carried out after receiving the code of ethics under the number IR.IAU.RASHT.REC.1399.085 from the Islamic Azad University of Rasht and obtaining permission to conduct the research by referring to the obesity treatment centers of Qazvin city and coordinating with the managers of the treatment centers. The target sample answered the questionnaire voluntarily by observing the entry and exit criteria.

Acknowledgments

The current research is an extract from the doctoral thesis, which was carried out without the financial support of organizations and institutions. For this reason, the researchers consider it their duty to thank all the professors, university staff, friends, and honorable participants who helped us in conducting this research.

Conflict of Interest

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

ارزیابی مدل خودکار آمدی وزن بر اساس نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان دارای اضافه وزن

گیتا علی‌پور^۱، عباس ابوالقاسمی^{۲*}، بهمن اکبری^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. رایانامه: alipourgita@yahoo.com

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

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. رایانامه: akbari@iaurasht.ac.ir

DoI: <https://doi.org/10.22059/japrr.2024.355668.644549>

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف الگویابی ساختاری خودکار آمدی وزن بر اساس نگرانی از تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان مبتلا به چاقی انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۲۰-۴۰ سال دارای BMI \geq 25 بودند 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 بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه باورهای هسته‌ای خوردن (ECBQ)، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن (BICQ)، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (DASS-21)، پرسشنامه خودکار آمدی وزن (WSEQ) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و و فن معادلات ساختاری از طریق نرم‌افزار Spss و AMOS²⁴ مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مدل فرضی اولیه به خوبی با داده‌های مشاهده شده مطابقت دارد. یافته‌های این مدل نشان داد که اثر مستقیم پریشانی روان‌شناختی، نگرانی از تصویر بدنی و باور هسته‌ای خوردن بر خودکار آمدی وزن معنادار بود ($P<0/01$). همچنین، اثر غیرمستقیم پریشانی روان‌شناختی و نگرانی از تصویر بدنی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن معنادار بود ($P<0/05$). بنابراین، مدل پیشنهادی از برآزش مطلوبی برخوردار بود. با توجه به نتایج پژوهش در خصوص 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 \geq 25 آموزش داده شود.

واژه‌های کلیدی: باور هسته‌ای خوردن، پریشانی روان‌شناختی، تصویر بدن، چاقی، خودکار آمدی وزن.

۱. مقدمه

چاقی^۱، یک مشکل بهداشت عمومی و پزشکی پیچیده و حل‌نشده است که شیوع آن در دهه‌های گذشته به طور قابل توجهی افزایش یافته است (فرانکلین و همکاران^۲، ۲۰۲۳). سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۲۱) بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در سال ۲۰۱۶ اعلام کرده است که بیش از ۱ میلیارد نفر از جمله ۶۵۰ میلیون بزرگسال، ۳۴۰ میلیون نوجوان و ۳۹ میلیون کودک در سراسر جهان چاق بودند. آمارها نشان می‌دهد شیوع جهانی اضافه وزن و چاقی ۲۷ درصد در بزرگسالی و ۴۷ درصد در طول 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 افراد مبتلا به اضافه وزن و ۲۵/۸ درصد مبتلا به چاقی دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

1. obesity

2. Franklin et al.

3. World Health Organization

4. Jin et al.

بنابراین، چاقی باید به عنوان 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^۱ است. پژوهش‌ها نشان دادند سطح بالای خودکارآمدی وزن می‌تواند یک عامل مثبت در بهبود بهداشت عمومی مانند رفتارهای خوردن و موفقیت در برنامه‌های خاص درمان چاقی باشد (کاراا و همکاران، ۲۰۱۸).

خودکارآمدی وزن اعتماد فرد به توانایی خود برای مدیریت مصرف غذا است (دورلینگ و همکاران، ۲۰۱۹). اصطلاح خودکارآمدی وزن مطابق با نظریه بندورا^۴ (۱۹۷۷) به عنوان اعتماد و باور فرد به ظرفیت خود برای به دست گرفتن کنترل یا اقدام در موقعیت‌های چالش برانگیز تعریف می‌شود (چانگ و همکاران، 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 کارآیی و حتی تغییرات ایجاد شده در خود فرد را بر اساس تکالیفی که انجام می‌دهد و تکالیفی که در آن می‌کوشد و شکست می‌خورد پیش‌بینی می‌کند (بژوکمن و همکاران، ۲۰۲۲؛ استون و همکاران، ۲۰۲۲). براین اساس، خودکارآمدی می‌تواند یک مؤلفه اساسی در مدل‌های تغییر رفتار باشد (کنزوال و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا، برخی مطالعات نشان داده‌اند که افراد با سطوح بالای خودکارآمدی وزن رفتار و نگرش‌های غذایی سالم‌تری دارند، رژیم غذایی متعادل‌تری دارند، سبزیجات و میوه‌های بیشتری مصرف می‌کنند و از نظر بدنی فعال‌تر هستند (کودابیس و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، افراد با سطوح بالای خودکارآمدی وزن در کاهش وزن موفق‌تر هستند، زیرا خودکارآمدی وزن به دستیابی به تغییرات رفتاری مورد نیاز برای حفظ یا رسیدن به وزن مطلوب کمک می‌کند (فولو و همکاران، ۲۰۱۹). با اینحال، نوسانات در سطوح خودکارآمدی می‌تواند منجر به 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 برخوردار هستند (شاین و همکاران، ۲۰۱۱). از این رو، مطالعه برای افزایش خودکارآمدی وزن در زنان و عواملی که آن را پیش‌بینی می‌کند به عنوان یک اولویت پژوهشی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

نگرانی از تصویر بدنی^{۱۲}، 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 در واقع نوعی نگرش منفی نسبت به تصویر بدن است که با توصیف نامناسب و منفی از ظاهر فیزیکی خود یا دیگران همراه است (نویتاسری و حمید، ۲۰۲۱). این نگرانی زمانی رخ می‌دهد که ادراک از وزن و شکل واقعی بدن خواسته‌ها یا انتظارات را برآورده نکند (واد، گئورگ و اتینسون، ۲۰۰۹) و منعکس‌کننده کاهش لحظه‌ای نگرش‌های ارزشی، اجتماعی یا عاطفی نسبت به بدن خود در پاسخ به محرک‌های درونی یا محیطی باشد (آلبرتسون، نف و دیل-شاکلفورد، ۲۰۱۵). از این رو، درک سازوکار اجتماعی-فرهنگی که ممکن است از افراد در برابر خوردن و اختلالات تصویر بدن محافظت کند، اهمیت دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال خوردن نگرانی

1. self-efficacy
2. Carraca et al.
3. Dorling et al.
4. Bandura
5. Chang et al.
6. Björkman et al.
7. Stone
8. Kinsaul et al.
9. Kudubes et al.
10. Flølo et al.
11. Shin et al.
12. body image concern
13. Novitasari & Hamid
14. Wade, George, Atkinson
15. Albertson, Neff, Dill-Shackleford

بیشتری از تصویر بدنی را تجربه می‌کنند و از احساس خودکارآمدی کمتری برخوردار هستند (فولر-تسکیویچ و همکاران^۱، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش 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 (نویناساری و حمید، ۲۰۲۱؛ تسیه حسینی، مدنی و حاج‌حسینی، ۱۳۹۸).

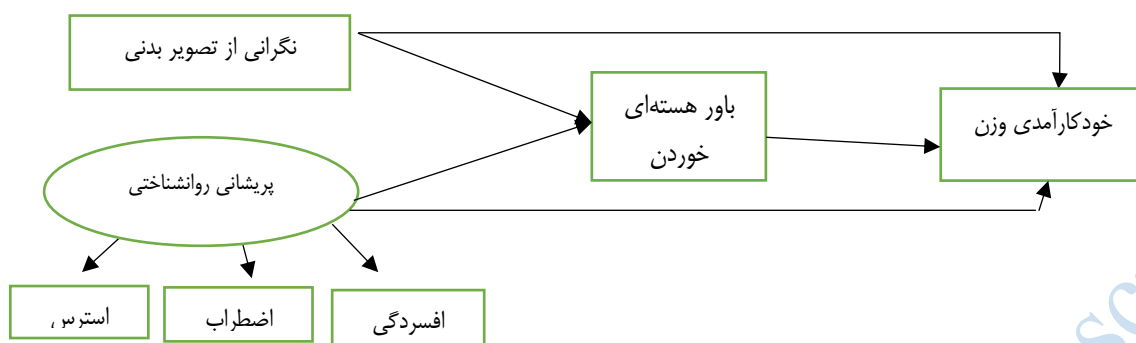
پیشانی روان‌شناختی^۲ یکی دیگر از مهمترین شاخص‌های اثرگذار روان‌شناختی است که با دربرگرفتن افسردگی، اضطراب و تنش می‌تواند بطور مستقیم خودکارآمدی وزن را پیش‌بینی کند (سیفوتنس و همکاران^۳، ۲۰۲۲؛ کومارشامرا و کومرا^۴، ۲۰۲۲). تنش‌های فیزیکی و روان‌شناختی بخشی از زندگی روزمره به شمار می‌روند (کلاتزکین، بالداسارو و راشید^۵، ۲۰۱۹). از این‌رو، مطابق با نظر شلدون کوهن^۶ (۱۹۸۰)، افرادی که بطور دائم در معرض محیط‌ها و محرک‌های تنش‌زا قرار می‌گیرند ممکن است دچار نقص شناختی تعمیم یافته شوند. بنابراین، آسیب‌های شناختی و هیجانی افراد را نسبت به مدیریت خوردن آسیب‌پذیرتر می‌کند. زیرا، آسیب شناختی تمرکز افراد را در تصمیم‌گیری درست کاهش می‌دهد (چوی، دینگ و مگکس^۷، ۲۰۱۹). افرادی که معتقدند در مواجهه با خواسته‌ها و واقعیت‌های محیطی ناکارآمد هستند، به احتمال زیاد در مورد کمبودها و چالش‌های شخصی مانند ناتوانی در احساس کارایی اغراق می‌کنند (توری و همکاران^۸، ۲۰۲۱). چندین پژوهش نیز این فرضیه که اضطراب و برانگیختگی علاوه بر تغییر در پردازش شناختی بر ظرفیت عاطفی و رفتار اثر می‌گذارد را تبیین کرده‌اند. آنها نشان دادند که اضطراب، اعتماد به نفس و کنترل خوردن را کاهش و اغراق در ارزیابی از شکل بدن را افزایش می‌دهد (سیفوتنس و همکاران^۹، ۲۰۲۲). از این‌رو، شکست در رژیم غذایی قرار گرفتن 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^۴، 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 اینحال به نظر می‌رسد باورهای هسته‌ای خوردن^۹ به عنوان 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 به صورت ناشایست قضاوت شده باشد احساس کارایی را پایین می‌آورد (ریو^{۱۰}، ۲۰۱۵؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۶). مدل‌های آسیب‌پذیری شناختی نشان می‌دهند که آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراتشخیصی زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی مانند اختلال خوردن است (کلارک و کروپولوس^{۱۱}، ۲۰۲۱). باورهای هسته‌ای خوردن، به عنوان یکی از عوامل فراتشخیصی از محوری‌ترین و عمیق‌ترین باورها به شمار می‌روند که اغلب اغراق‌آمیز و ناکارآمد هستند (بک^{۱۲}، ۲۰۱۱؛ ترجمه آقامحمدی و همکاران^{۱۳}، 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 بوجود می‌آورند (میلتلو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که افراد با نشخوار فکری و باورهای منفی مانند من چاقم، نگرشی منفی در مورد اضافه وزن، ضعف در کنترل خوردن و نقص در انتخاب سبک زندگی سالم دارند و احساس کارایی ضعیفی را تجربه می‌کنند که منجر به شکست در درمان چاقی می‌شود (سرپل، امی و کامبوج^{۱۴}، ۲۰۲۰).

1. Fuller-Tyszkiewicz et al.
2. Psychological distress
3. Cifuentes et al.
4. Kumar Sharma, Kumra
5. Klatzkin, Baldassarro, Rashid
6. Chohen, Sh
7. Chooi, Ding, Magkos
8. Turi et al.
9. core beliefs of eating
10. Reeve
11. Clarke & Kiropoulos
12. Beck
13. Militello et al.
14. Serpell et al.

از آنجایی که چندین عامل رفتاری و روانی با کاهش وزن مرتبط است، مطالعه پیش‌بینی‌کننده‌های احتمالی درمان چاقی و کاهش وزن از اهمیت بالایی برخوردار است. از این‌رو، پژوهش‌های بسیاری رابطه مستقیم متغیرهای زیستی، روان‌شناختی و محیطی را با چاقی مورد بررسی قرار داده‌اند (آنتو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ ریو و همکاران^۲، ۲۰۱۹؛ حسین‌پناه و همکاران، ۲۰۱۶). اما، با این حال به نظر می‌رسد عوامل بسیاری در روابط غیرمستقیم بین متغیرها مجهول مانده است. عواملی که بصورت پنهانی و به عنوان میانجی در روابط مستقیم متغیرها ایفای نقش می‌کنند. در همین راستا، پژوهش‌های چندی رابطه بین نگرانی از تصویربدنی و پریشانی روان‌شناختی با خودکارآمدی وزن را در افراد مبتلا به چاقی مورد بررسی قرار داده‌اند (کومارشامرا و کومرا، ۲۰۲۲؛ چوی، دینگ و مگس، ۲۰۱۹؛ دورلینگ و همکاران، ۲۰۱۹)، اما، عواملی که بین تأثیر این متغیرها بر خودکارآمدی وزن ایفای نقش می‌کند ناشناخته مانده است. پژوهشگران در پی آنند که به منظور جبران خلاء پژوهش‌های گذشته نقش مجهول باورهای هسته‌ای خوردن را به عنوان یک عامل میانجی که می‌تواند بر سازوکار نگرانی از تصویربدنی و پریشانی روان‌شناختی بر خودکارآمدی وزن اثر داشته باشد را مورد مطالعه قرار دهند. از این‌رو، پژوهش حاضر قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد: آیا باورهای هسته‌ای خوردن می‌تواند رابطه مستقیم بین نگرانی از تصویر بدنی و پریشانی روان‌شناختی با خودکارآمدی وزن را میانجی‌گری کند؟ مدل مفهومی مطالعه در شکل ۱ آمده است.

1. Anto
2. Ryuet al.



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 $BMI \geq 25$ بود که در طیف سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند و در سال ۱۴۰۰ به مراکز درمان تغذیه شهر قزوین مراجعه کرده بودند و در گروه درمانی یکی از بسترهای مجازی (تلگرام و واتس‌آپ) حضور داشتند. نمونه پژوهش ۴۲۹ زن مبتلا به اضافه وزن و چاقی بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. رضایت آگاهانه، دارا بودن ملاک‌های اضافه وزن براساس محاسبه $BMI \geq 25$ ، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل داشتن یکبار اقدام به درمان کاهش وزن در گذشته معیارهای ورود افراد به پژوهش بود. همچنین، ملاک‌های خروج شامل ابتلا به مشکلات روان‌پزشکی و پزشکی خاص و درمان همزمان روان‌شناختی و دارویی بود.

آزمودنی‌ها بصورت 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 محرمانه ماندن پاسخ‌ها به تمام سؤالات با دقت پاسخ گویند. ۳۲ پرسشنامه از ۴۶۱ پرسشنامه تکمیل شده به علت نقص در تکمیل داده‌ها از فرایند تحلیل حذف و در نهایت ۴۲۹ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

۲-۲. ابزار سنجش

۲-۲-۱. شاخص توده بدنی^۲ (BMI): سازمان بهداشت جهانی، برای مشخص نمودن چاقی از شاخص توده بدنی با محاسبه

فرمول $BMI = \frac{\text{وزن به کیلوگرم}}{\text{مجدور قد به متر}^2}$ استفاده می‌کند؛ که طبق آن افراد با $BMI > 30$: چاق، $BMI 25-30$: دارای اضافه وزن،

$BMI 20-25$: دارای وزن نرمال و $BMI < 20$ دارای کم‌اشتهایی عصبی است (گنجی، ۱۳۹۶).

۲-۲-۲. پرسشنامه خودکارآمدی وزن^۳ (WSEQ): این پرسشنامه توسط کلارک^۴ و همکاران (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری

توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد که شامل ۲۰ گویه و ۵ زیرمؤلفه^۵ "هیجان منفی" در دسترس

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

2. Body Mass Index (BMI)

3. Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ)

4. Clark

5. Negative emotion

بودن^۱، فشار اجتماعی^۲، ناراحتی جسمانی^۳، و فعالیت‌های مثبت^۴ است. ضرایب همسانی درونی^۵ برای زیرمؤلفه‌های در دسترس بودن ۰/۷۶ و ۰/۸۳، هیجان منفی ۰/۸۷ و ۰/۹۹، ناراحتی جسمانی ۰/۸۲ و ۰/۸۴، فعالیت مثبت ۰/۷۰ و ۰/۷۹، و فشار اجتماعی ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین، روایی همزمان^۶ همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس خودکارآمدی وزن ۰/۶۷ می‌باشد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش جاسمی‌زرگانی و همکاران (۱۴۰۰) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی^۷ با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ^۸ ۰/۹۵ و برای زیرمؤلفه‌های هیجان منفی (۰/۷۸)، دردسترس بودن (۰/۷۶)، فشاراجتماعی (۰/۷۵)، ناراحتی جسمانی (۰/۷۸) و فعالیت مثبت (۰/۷۶) بدست آمد.

۲-۲-۳. پرسشنامه باور هسته‌ای خوردن^۹ (ECBQ): این پرسشنامه توسط کوپر و همکاران^{۱۰} (۱۹۹۷) جهت ارزیابی تصورات و باورهای همراه اختلال‌های خوردن طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه و ۴ مؤلفه " خودباوری منفی^{۱۱}، وزن و شکل مورد پذیرش توسط دیگران^{۱۲}، وزن و شکل مورد پذیرش توسط خود^{۱۳} و کنترل پرخوری^{۱۴}" 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 بدست آمده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد.

۲-۲-۴. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن^{۱۵} (BICQ): این پرسشنامه توسط لیتلتون و اکسوم و پاری^{۱۶} (۲۰۰۵) با هدف ارزیابی نگرانی از ادراک فرم بدن طراحی شد که حاوی ۱۹ گویه است. طیف پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه 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 تا ۰/۷۳ به دست آمد (لیتلتون، اکسوم و پاری، ۲۰۰۵). در پژوهش رحمانیان و همکاران (۱۳۹۷) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد (رحمانیان، نژادعلی و اورکی، ۱۳۹۷). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد.

۲-۲-۵. پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی^{۱۷} (DASS-21): این پرسشنامه توسط لاویبوند و لاویبوند^{۱۸} (۱۹۹۵) جهت سنجش استرس- اضطراب- افسردگی ساخته شد که دارای ۲۱ گویه می‌باشد. پرسشنامه DASS-21، شامل ۳ زیرمؤلفه "افسردگی، اضطراب و استرس^{۱۹}" می‌شود که هر یک دارای ۷ سؤال است. گستره پاسخ این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۴

1. Availability
2. Social pressure
3. physical discomfort
4. Positive activities
5. Coefficient of internal consistency
6. Concurrent validity
7. method of rational equivalence
8. Cronbach's alpha formula
9. Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ)
10. Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells, Tovée
11. Negative self-esteem
12. Weight and shape accepted others
13. Weight and shape accepted by yourself
14. Overeating control
15. Body Image Concern Questionnaire (BICQ)
16. Littleton, Axsom, Pury
17. Psychological distress questionnaire
18. Lavibound
19. Depression -Anxiety-Stress Questionnaire (DASS)

درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد 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 نمودند. 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) بدست آمد.

۳-۲. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده نخست روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون) از نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ استفاده شد. سپس، برای بررسی برازش مدل ارائه شده از روش آماری مدلیابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

در پژوهش حاضر، ۴۲۹ نفر از زنان دارای شاخص توده بدنی بالای ۲۵ با میانگین سنی ۳۱/۷۲ و انحراف معیار ۶/۳۱ مشارکت داشتند. از این تعداد ۱۰۵ نفر در طیف سنی ۲۵-۲۰ سال (۲۴/۴ درصد)، ۷۰ نفر در طیف سنی ۳۰-۲۶ سال (۱۶/۳۱ درصد)، ۹۵ نفر در طیف سنی ۳۵-۳۱ سال (۲۲/۱۴ درصد)، و ۱۵۹ نفر در طیف سنی ۴۰-۳۶ 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 شرکت‌کنندگان نیز مورد بررسی قرار گرفت که از ۴۲۹ شرکت‌کننده ۱۶۸ نفر (۳۹/۱ درصد) یک بار و ۲۶۱ نفر (۶۰/۹ درصد) 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، باور خوردن، 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	۸۰/۱/۴۹	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	۰/۲۱
افسردگی	۱۲/۳۴	۵/۳۱	۷	۲۸	۱/۰۸	۰/۳۳
اضطراب	۱۱/۴۰	۴/۲۷	۵	۲۸	۱/۱۷	۱/۰۸

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

جدول ۲ همبستگی بین متغیرهای پژوهش را گزارش می‌دهد.

۳-۳. همبستگی متغیرها و بررسی پیش فرض‌های مدل

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- خودکارآمدی							
۲- باور خوردن	-.۳۰**						
۳- تصویر بدن	-.۳۲**	۰/۷۰**					
۴- پریشانی روان‌شناختی	-.۲۴**	۰/۶۲**	۱				
۵- افسردگی	-.۲۳**	۰/۶۲**	۰/۵۹**	۱			
۶- اضطراب	-.۱۸**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۸۶**	۱		
۷- استرس	-.۲۴**	۰/۵۸**	۰/۶۲**	۰/۹۲**	۰/۷۷**	۱	

** $P < 0/01$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین 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 $۰/۰۱$ وجود دارد. همچنین بین تصویر بدن و پریشانی روان‌شناختی با باور خوردن به ترتیب با ضرایب $۰/۷۰$ و $۰/۶۲$ همبستگی مثبت و معنادار در سطح $۰/۰۱$ وجود دارد. بنابراین با وجود برقراری رابطه خطی و معنادار بین متغیرهای پژوهش و نرمال بودن داده‌های متغیر و همگنی واریانس متغیرها همه پیش فرض‌های مدل برقرار است که می‌توان برای بررسی فرضیه و به منظور ارزیابی مدل پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS استفاده نمود. جدول ۳، شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد.

۳-۳. بررسی مدل پژوهش

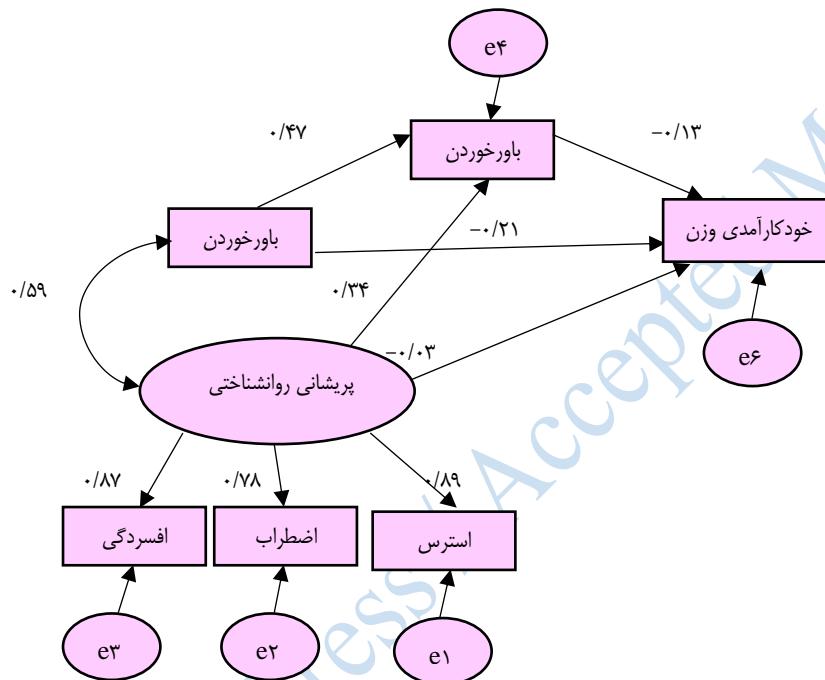
جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

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

1. Kolmogorov-Smirnov test

2. Levene's test

جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار مجذور خی (X^2) برابر با ۲۰/۱۱ در سطح ۰/۰۱ معنادار است، زمانی که حجم نمونه بالا 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 مشاهده می‌شود، مقدار آن ۳/۳۵ محاسبه شده است و در دامنه ۱ تا ۵ قرار دارد و نشانگر برازندگی معتبر مدل است. همچنین جدول فوق 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 توکر لویس^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 است و نشانگر برازش خوب مدل است. شکل ۲، مدل نهایی پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۲: مدل پژوهش

بر اساس مدل شکل فوق، پیشانی روان‌شناختی ۳۴ درصد و نگرانی از تصویر بدنی ۴۷ درصد از واریانس باورهای هسته‌ای خوردن و در مجموع آنها در کنار هم ۶۸ درصد از واریانس خودکارآمدی وزن را بصورت 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 غیر مستقیم بین پیشانی روان‌شناختی، تصویر بدنی، باور هسته‌ای خوردن و خودکارآمدی وزن را نشان می‌دهد.

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

متغیر	اثر مستقیم			اثر غیرمستقیم		
	مسیر	حد پایین	حد بالا	مسیر	حد پایین	حد بالا
پیشانی روان‌شناختی-خودکارآمدی وزن	-0.13	-0.19	0.13	0.68	0.15	-0.23
تصویر بدنی-خودکارآمدی	-0.21	-0.36	-0.05	0.07	-0.10	-0.20

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

-	-	-	-	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۲۳	۰/۳۳	پیشانی روان‌شناختی-باور خوردن
-	-	-	-	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۳۶	۰/۴۷	تصویر بدنی-باور خوردن
-	-	-	-	۰/۱۰	۰/۰۲	۰/۲۸	۰/۱۳	باور خوردن- خودکارآمدی وزن

آزمون بوت استراپ^۱ در جدول ۴ نشان می‌دهد که مسیر غیرمستقیم باور هسته‌ای در ارتباط بین پیشانی روان‌شناختی با خودکارآمدی وزن با ضریب $-0/15$ با حد پایین $-0/23$ و حد بالای $-0/06$ در سطح $0/001$ و مسیر غیرمستقیم باور هسته‌ای در ارتباط بین تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن با ضریب $-0/10$ با حد پایین $-0/20$ و حد بالای $-0/003$ در سطح $0/05$ معنادار گزارش شده است؛ بنابراین باور هسته‌ای در ارتباط بین پیشانی روان‌شناختی و تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن نقش میانجی دارد. همچنین، آزمون بوت استراپ در جدول ۵ نشان می‌دهد که مسیر مستقیم تصویر بدنی و خودکارآمدی وزن با ضریب $-0/21$ با حد پایین $-0/36$ و حد بالای $-0/05$ در سطح $0/01$ ، مسیر مستقیم پیشانی روان‌شناختی و باور خوردن با ضریب $0/33$ با حد پایین $0/23$ و حد بالای $0/44$ در سطح $0/001$ و مسیر مستقیم تصویر بدنی و باور خوردن با ضریب $0/47$ با حد پایین $0/36$ و حد بالای $0/57$ در سطح $0/001$ معنادار گزارش شده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل خودکارآمدی وزن بر اساس نگرانی از تصویر بدن و پیشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری باور هسته‌ای خوردن در زنان مبتلا به چاقی انجام شد. الگوی مفهومی پیشنهادی از برازش مطلوب برخوردار بود. نتیجه پژوهش نشان داد که متغیرهای پیشانی 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 پیشانی روان‌شناختی با خودکارآمدی وزن معنادار بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های [کومارشامرا و کومرا \(۲۰۲۲\)](#)؛ [استون و همکاران \(۲۰۲۲\)](#)؛ [توری و همکاران \(۲۰۲۱\)](#)، [بدیع، مکوندی، بختیارپور و پاشا \(۱۴۰۱\)](#) می‌باشد که در پژوهش خود نشان دادند افزایش پیشانی روان‌شناختی منجر به کاهش خودکارآمدی می‌شود. همچنین، نتایج پژوهش [احسانی، سهرابی اسمرود و جهرمی \(۱۴۰۰\)](#) نیز بیانگر آن بود که مدیریت استرس به عنوان یکی از مؤلفه‌های پیشانی 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 این رو، با توجه به معناداری مسیر مستقیم و غیرمستقیم می‌توان گفت که افزایش پیشانی روان‌شناختی با واسطه باورهای هسته‌ای و منفی خوردن منجر به 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 [تسیه حسینی، مدنی و حاج‌حسینی \(۱۳۹۸\)](#) است که در پژوهش خود دریافتند که تصویر منفی از بدن با کاهش احساس خودکارآمدی وزن مرتبط است. در تبیین این یافته می‌توان ادعان داشت که تصویر بدنی سازه‌ای دو بعدی 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 به عنوان یک عامل اثرگذار مرتبط با عاطفه منفی بالاتر مانند پیشانی و بسیاری از پیامدهای ناسالم مرتبط با وزن طبقه‌بندی می‌شود ([والر و مانفورد، ۲۰۱۵](#)). ادراکات نامناسب و منفی از شکل بدن منجر به سرمایه‌گذاری مفرط بر تصویر بدنی 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 که باورهای هسته‌ای خوردن قادر است رابطه بین نگرانی از تصویر بدنی با خودکارآمدی وزن را میانجی‌گری کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که باور هسته‌ای خوردن در مسیر مستقیم بطور معنادار با خودکارآمدی وزن رابطه منفی دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش سرپل، امی و کامبوج (۲۰۲۰)؛ و دورلینگ و همکاران (۲۰۱۹) است. در تبیین این یافته می‌توان به باورهای زیربنایی که افراد درباره خود، دیگران و دنیای خویش از تجارب دوران کودکی به عنوان زیرساخت‌های شناختی می‌سازند اشاره کرد. بر اساس توصیف اولیه بک، باورهای اولیه در مورد سلامت ممکن است منفی، مطلق، غیرقابل انعطاف، کلی و فراگیر باشند مانند "هرگز در استفاده از هیچ درمانی موفق نخواهم شد" (سرپل، امی و کامبوج، ۲۰۲۰). به اعتقاد آندرسون و کوپرای (۲۰۱۴)، نقش باورها، نگرش‌ها و افکار خودآیند در اختلال خوردن، اضافه وزن و شکست در عملکرد انکارناپذیر است. زیرا، وجود باورهای منفی توانایی درگیر شدن در انجام رفتارهای سالم، ارزیابی‌های شناختی و احساس کارایی را تضعیف می‌کند و منجر به اجتناب از فعالیت و تصمیمات ناکارآمد می‌شود (آندرسون و کوپرای، ۲۰۱۴؛ نقل از دورلینگ و همکاران، ۲۰۱۹). در این چارچوب نظری عوامل شخصی، رفتار و تأثیر محیطی به طور متقابل با هم تعامل دارند. نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داد که عوامل محیطی (به عنوان مثال، در دسترس 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 اعتماد به نفس فردی در رسیدن به کاهش وزن مورد نظر اثرگذار است (فولو و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، افرادی که از عدم موفقیت‌های پیشین در درمان چاقی رنج می‌برند، 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 که پریشانی روان‌شناختی و نگرانی از تصویر بدنی در تعامل با نقش میانجی باورهای هسته‌ای خوردن می‌تواند خودکارآمدی وزن را تبیین نمایند. با توجه به نتایج بدست آمده 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 اضافه وزن افزوده شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. نتایج بدست آمده از نمونه پژوهش حاضر که فقط از زنان تشکیل شده بود را باید با احتیاط به سایر گروه‌ها تعمیم داد. نمونه‌گیری غیرتصادفی و لحاظ نکردن نقش اقتصادی و فرهنگی، می‌تواند به عنوان محدودیت‌های پژوهش حاضر مطرح گردد. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده ضمن رفع محدودیت‌های ذکر شده از روش نمونه‌گیری تصادفی جهت افزایش اعتبار بیرونی استفاده شود، همچنین از هر دو جنس در پژوهش استفاده شود، و محیط اجتماعی اقتصادی فرهنگی و ... که در بروز چاقی نقش دارند در پژوهش لحاظ گردد تا بر دقت نتایج به دست آمده 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 شد. نمونه مورد نظر با رعایت معیار ورود و خروج بصورت داوطلبانه به پرسشنامه پاسخ دادند.

۶. قدردانی و حمایت مالی

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

۷. تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در گزارش نتایج این مطالعه هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- احسانی، ا.، سهرابی اسمرود، ف.، و جهرمی، ر.ق. (۱۴۰۰). تأثیر مداخله کنترل استرس بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و خوش‌بینی دانش‌آموزان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۸(۸)، ۹۸-۹۰. <https://rjms.iuums.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)، ۱۴۵-۱۶۶. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2625-fa.html>
- بک، ج. (۱۳۹۹). *درمان شناختی رفتاری (اصول پایه و فراتر از آن)*. ویراست دوم، سوده آقامحمدی، محمدرضا محمدی و مریم سلیمانان. تهران: ارجمند.
- تسیه حسینی، ق.، مدنی، ی.، و حاج‌حسینی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تلفیقی مثبت‌نگری و تاب‌آوری بر نگرانی از تصویر بدنی و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸(۷۱)، ۳۶-۴۴. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2717400.1398.18.71.6.7>
- جاسمی‌زرگانی، م.، صیرفی، م.ر.، تقدیسی، م.ح.، ملیحی، س.، و تقوی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی خوردن آگاهانه مبتنی بر ذهن‌آگاهی وزن، خودکارآمدی، تنظیم هیجان و تغذیه زنان مبتلا به چاقی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۹)، ۱۰۱-۱۱۳. <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 ناگویی خلقی. *روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۳۴)، ۱۲۹-۱۴۲. <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)، ۳۳-۳۹. <https://jhpm.ir/article-1-917-fa.html>
- رضائیان، س.م.، عابدیان، ز.، لطیف‌نژاد رودسری، ر.، مظلوم، س.ر.، دادگر، س. (۱۳۹۶). ارتباط استرس، اضطراب افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی دوران بارداری در زنان در معرض خطر زایمان زودرس. *زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۲۰(۳)، ۷۶-۶۸. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2017.8874>
- ریو، ج.م. (۲۰۱۵). *انگیزش و هیجان*. ویراست ششم، یحیی سیدمحمدی. تهران: ویرایش.
- گنجی، م. (۱۳۹۶). *آسیب‌شناسی روانی 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 randomised controlled trail of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6, 444-454. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Anto, E.O., Owiredu, W.K.B.A., Adua, E., Obirikorang, Ch., Fondjo, L.A., Annani-Akollor, M.E., & Acheampong, E. (2020). Prevalence and lifestyle-related risk factors of obesity and unrecognized hypertension among bus drivers in Ghana. *Heliyon*, 6, 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/etiadpajohi.16.63.145> (in persian)
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavioral therapy (basic principles and beyond)*. 2th Edition, Soudeh Aghamohammadi, Mohammadreza Mohammadi and Maryam Salmanian. 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. *Obes Facts*, 11(1), 67-82. <https://doi.org/10.1159/000485838>
- Choi, 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>

- 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>
- Cifuentes, L., Campos, A., Silgado, M.L.R., Kelpin, S., Stutzman, J., Hurtado, M.D., Grothe, K., Hensrud, D.D., Clark, M.M., & 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>
- 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>
- Clark, M.M., Abrams, D.B., Niaura, R.S., Eaton, Ch.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>
- 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., Apolzan, J.W., Fearnbach, S.N., & Redman, L.M. (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. <https://www.sid.ir/paper/1003875/fa> (in persian)
- Flølo, T.N., Tell, G.S., Kolotkin, R.L., Aasprang, A., Norekval, T.M., Vage, V., & 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, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.12.011>
- Franklin, R.C., Franklin, J.L., Swinbourne, J.M., Manson, E., Loughnan, G., Markovic, T., & 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 Edition, Vo1, Tehran: Savalan. (in persian)
- Hosseinpanah, F., Mirbolouk, M., Mossadeghkhah, A., Barzin, M., Serahati, S., Delshad, H., 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://www.sid.ir/paper/101187/fa> (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, self-efficacy, emotional regulation and nutritional in obese women. *Journal of clinical psychology*. 1(49), 101-113. <https://www.sid.ir/paper/957207/fa> (in persian)
- Jin, X., Qiu, T., Yu, R., Chen, X., Li, Ch., Proud, Ch.G., & Jiang, T. (2023). Pathophysiology of obesity and its associated diseases. *Journal pre-proof*. In press. <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, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.08.001>
- Klatzkin, R.R., Baldassarro, 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, 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., Axsom, 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). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed). Sydney: Psychology Foundation.
- Militello, L.K., Mazurek Melnyk, B., 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, S185-S189. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.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. (2015). *Understanding Motivation and Emotion*. 6th Edition. Yahya Seyed Mohammadi. 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 Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 20(3), 68-76. <https://www.sid.ir/paper/64640/fa> (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., Sexton, K., & Lix, L.M. (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. Doi. [10.29252/jcr.18.71.4](https://doi.org/10.29252/jcr.18.71.4) (in persian)
- Turi, E.R., Reigada, L.C., Leonard, S.I., & 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, 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>