



Predicting Eating Behavior Based on Perceived Social Support and Self-Esteem: The Mediating Role of Self-Efficacy

Negar Bahrami¹, Monir Kalantar Ghoreishi^{2*}, Sharareh Tafazoli Aghvami³

1. Department of Clinical psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: negarbahrami1986@gmail.com

2. Department of Clinical psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Moniresfahan@yahoo.com

3. Department of Clinical psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Drtafazoli@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received
Received in revised form
Accepted
Published online

Keywords:
Eating behavior,
Perceived social support,
Self-esteem, Self-
efficacy

ABSTRACT

Background: Eating behavior is a fundamental behavior for human survival, but it is not solely determined by biological stimuli such as satiety and hunger. Psychological and social factors play a significant role in shaping and regulating eating behavior. However, limited research has explored the role of psychological variables in relation to eating behavior in adolescents. This study aimed to address this research gap by investigating these relationships.

Aims: The present study aimed to predict eating behavior based on perceived social support and self-esteem with the mediating role of self-efficacy.

Methods: Based on its objective, the present study is an applied research and methodologically a descriptive-correlational study. The statistical population included adolescents aged 15 to 18 in Tehran city, from which 250 adolescents were selected using multi-stage cluster sampling. Data were collected using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (van Strien, 1986), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al., 1988), the Coopersmith Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1986), and the Self-Efficacy Scale (Scherer, 1982). Data were analyzed using statistical methods including Pearson correlation coefficient, multiple regression using SPSS v22 software, and structural equation modeling using LISREL v8.5.

Results: The results indicated that perceived social support, mediated by self-efficacy, had a significant effect on eating behavior. The indirect effect was 0.15, and the total effect was 0.68. Furthermore, self-esteem, mediated by self-efficacy, also had a significant effect on eating behavior. The indirect effect was 0.21, and the total effect was 0.61.

Conclusion: The findings of the present study suggest that perceived social support and self-esteem, through the mediating role of self-efficacy, significantly contribute to improved eating behavior. Therefore, it is recommended that educational programs and interventions related to healthy nutrition in adolescents focus on strengthening self-efficacy by enhancing social support (such as family and peer support) and promoting self-esteem. This approach can contribute to the improvement of healthy eating behaviors in adolescents and the prevention of nutrition-related problems.

Citation:

Journal of Psychological Science,



✉ **Corresponding Author:** Monir Kalantar Ghoreishi. Department of Clinical psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Extended Abstract

Introduction

Eating behavior is a multifaceted construct encompassing a wide range of patterns, choices, and consumption-related motivations, influenced by a complex interplay of physiological, psychological, socio-cultural, and genetic factors (Latzer & Stein, 2024). A deep understanding of this behavior is highly important due to its association with the global prevalence of epidemics such as obesity, diabetes, and cardiovascular diseases (Apitz et al., 2025). Although eating behavior is distinct from eating disorders, chronic unhealthy eating patterns can predispose individuals to these serious psychiatric conditions with significant clinical consequences (Bulik et al., 2019; Moti et al., 2023; Feng et al., 2023), which require specialized interventions (Hambleton et al., 2022).

Adolescence, as a critical developmental stage characterized by rapid changes, can place adolescents at higher risk for experiencing mental health problems like depression and anxiety (Pfeiffer & Allen, 2021), and their mental health is considered a public health priority (Santric, 2022). During this period, key psychological constructs such as self-esteem (as the evaluative aspect of self-concept) (Morris & Attgar, 2023) and perceived social support (including tangible and emotional support from one's social network) (Akuba, 2024) play a crucial role in adolescent well-being and adaptation, and are associated with reduced psychological distress and enhanced overall mental health (Gao et al., 2024). Previous research has also indicated a link between these individual and interpersonal characteristics and eating behavior patterns; specifically, social support, particularly from friends, has been associated with healthy eating behaviors (Kim et al., 2023; Fathnejadkazemi et

al., 2023; Douri et al., 2022), while poor relationships and negative aspects of friendships correlate with unhealthy habits and body dissatisfaction (Chuang et al., 2021; Zheng et al., 2021; Tan et al., 2024).

Given the observed associations, it is essential to examine the underlying mechanisms through which social support and self-esteem influence eating behavior. Self-efficacy, particularly eating self-efficacy (belief in the ability to regulate eating behavior) (Tan et al., 2024; Oikarinen et al., 2023), is proposed as a potential mediating mechanism linked to better self-regulation and engagement in healthy eating behaviors (Oikarinen et al., 2023), and can act as a barrier against using unhealthy eating for managing negative emotions (Lin et al., 2025). Theoretical evidence (such as the Theory of Planned Behavior) and empirical findings (such as the study by Ali et al., 2021) support the mediating role of self-efficacy in the pathway from social support and self-esteem to eating behavior (Relenti & Capistrano, 2025). However, despite numerous related studies, integrated models examining the simultaneous mediating role of self-efficacy in the relationship between perceived social support and self-esteem with eating behavior, especially in adolescent populations, are limited. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating this model and filling this research gap.

Method

The present study employed a causal-correlational design based on structural equation modeling. The

statistical population comprised all 15-18 year old second-grade high school students studying in schools in Tehran city during the 2024-2025 academic year. Multi-stage cluster sampling was used, whereby educational districts, schools, and subsequently students were selected. The sample size was determined based on Loehlin's (2004) recommendation for models involving 4 latent variables (requiring 200 participants) and was increased to 250 to account for potential attrition.

Data were analyzed using structural equation modeling via LISREL version 8.5 software.

Results

A total of 247 students participated in this study. The age distribution of the participants was as follows: 20.2% were 15 years old, 29.6% were 16, 25.9% were 17, and 24.3% were 18 years old. In terms of grade level, 30% were in the tenth grade, 33.6% in the eleventh, and 36.4% in the twelfth. Table 1 presents the correlation matrix of the study variables.

Table 1. Correlation Matrix of Study Variables

Variable	1	2	3	4
Eating Behavior	1			
Social Support	0/372 0/001	1		
Self-Esteem	0/482 0/001	0/631 0/001	1	
Self-Efficacy	0/243 0/001	0/394 0/001	0/431 0/001	1

The correlation coefficient between eating behavior and social support was 0.372, with self-esteem was 0.482, and with self-efficacy was 0.243. The correlation coefficient between social support and self-esteem was found to be 0.631, and with self-efficacy was 0.394. The correlation coefficient

between self-esteem and self-efficacy was found to be 0.431. Given the obtained significance levels ($p < .001$ for all correlations), the hypothesis of a significant relationship among self-efficacy, self-esteem, perceived social support, and eating behavior is confirmed with 95% confidence.

Table2. Mediation Analysis Results: Indirect Effects on Eating Behavior

Path	Indirect Effect	Total Effect	Sobel Test Statistic	Standard Error
Perceived Social Support -> Self-Efficacy -> Eating Behavior	0/15	0/68	4/5	0/11
Self-Esteem -> Self-Efficacy -> Eating Behavior	0/21	0/61	2/4	0/22

To examine the effect of perceived social support on eating behavior mediated by self-efficacy, the Sobel test statistic was calculated as 4.5, which indicated a significant indirect relationship between perceived social support and eating behavior through the mediating role of self-efficacy. Based on unstandardized coefficients, the indirect effect via self-efficacy was 0.15, and the total effect of perceived social support on eating behavior was found to be 0.68.

Similarly, to investigate the effect of self-esteem on eating behavior mediated by self-efficacy, the Sobel test statistic was calculated as 2.4, which indicated a significant indirect relationship between self-esteem and eating behavior through the mediating role of self-efficacy. Based on unstandardized coefficients, the indirect effect via self-efficacy was 0.21, and the total effect of self-esteem on eating behavior was found to be 0.61.

Conclusion

The present study aimed to investigate the model predicting eating behavior with the mediating role of self-efficacy in adolescents, and the main hypothesis

was confirmed. Findings indicated that perceived social support significantly predicted self-efficacy in adolescents, such that higher social support was associated with higher self-efficacy (Zhang et al., 2024; Wang et al., 2024). This relationship can be explained based on Bandura's (1990) social cognitive theory, which posits that social support acts as a factor that strengthens verbal persuasion and mastery experiences, thereby enhancing self-efficacy (Akuba, 2024; Gao et al., 2024; Santric, 2022; Pfeiffer & Allen, 2021). Furthermore, self-esteem also significantly predicted self-efficacy; meaning adolescents with higher self-esteem reported greater self-efficacy, consistent with previous research findings (Malverno et al., 2021). This finding suggests that an individual's positive overall evaluation of themselves (Morris & Attgar, 2023) provides a foundation for developing beliefs in specific abilities across different domains (Chuang et al., 2021).

The study results indicated that self-efficacy was significantly related to eating behavior in adolescents, with higher self-efficacy associated with healthier eating patterns. This finding is consistent with the research literature which considers eating self-efficacy a strong predictor of healthy eating behaviors (Oikarinen et al., 2023; Lin et al., 2025). According to Bandura's theory (1990) and health behavior models (Relenti & Capistrano, 2025), self-efficacy, as the belief in one's ability to perform a behavior, is a key factor in self-regulation and persistence in healthy behaviors. The most significant finding of the study was the confirmation of the mediating role of self-efficacy in the relationship between perceived social support and self-esteem with eating behavior. This means that social support and self-esteem indirectly influence adolescent eating behavior by impacting self-efficacy, which aligns with theoretical models (Relenti & Capistrano, 2025; Ali et al., 2021).

In adolescence, this mechanism suggests that support and self-esteem, by increasing the overall sense of competence, strengthen the adolescent's belief in their ability to manage eating-related situations (Pfeiffer & Allen, 2021; Gao et al., 2024; Akuba, 2024) and enable them to make healthier choices (Koucka et al., 2023; Salles, 2017; Nazemi et al., 2016).

The present study faced several limitations, including its cross-sectional nature, reliance on self-report measures, sample limited to adolescents in one city, and the exclusion of other relevant variables. Based on these limitations, it is suggested that future research utilize longitudinal designs, investigate moderating variables (such as gender and socioeconomic status), and employ mixed methods. From a practical standpoint, the findings of this study underscore the necessity for designing multi-component interventions in educational and clinical settings aimed at promoting healthy eating behavior in adolescents. These interventions should not only focus on strengthening social support resources and increasing self-esteem but also specifically target and enhance self-efficacy related to regulating eating behaviors to achieve greater effectiveness in improving adolescent dietary patterns.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: To adhere to ethical considerations in the research, efforts were made to maintain the confidentiality and anonymity of participants' information collected through the self-report questionnaire.

Funding: This research was conducted as part of a Master's thesis and received no external funding.

Authors' contribution: This article is derived from the first author's Master's thesis, supervised by the second author and advised by the third author.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors would like to express their participants who contributed to this research.



پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی

نگار بهرامی^۱، منیر کلانتر قریشی^{۲*}، شراره تفضلی اقوامی^۳

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت:

بازنگری:

پذیرش:

انتشار برخط:

کلیدواژه‌ها:

رفتار خوردن، حمایت اجتماعی

ادراک‌شده، اعتماد به نفس،

خودکارآمدی

زمینه: رفتار خوردن یکی از رفتارهای اساسی برای تأمین نیاز پایه انسان به بقا است، اما تنها تحت تأثیر محرک‌های زیستی مانند سیری و گرسنگی تنظیم نمی‌شود. عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری و تنظیم رفتار خوردن دارند. با این حال، پژوهش‌های محدودی به بررسی نقش متغیرهای روان‌شناختی با رفتار خوردن در نوجوانان پرداخته‌اند. این مطالعه باهدف پر کردن این خلأ پژوهشی به بررسی این روابط پرداخته است.

هدف: پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر با توجه به هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۲۵۰ نوجوان انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رفتار خوردن داج (ون استرین، ۱۹۸۶)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسشنامه اعتماد به نفس (کوپر اسمیت، ۱۹۸۶) و پرسشنامه خودکارآمدی (شرر، ۱۹۸۲) استفاده شد. داده‌ها از طریق روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار spss22 و مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از لیزرل ۸/۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با نقش میانجی خودکارآمدی تأثیر معناداری بر رفتار خوردن دارد. اثر غیرمستقیم ۰/۱۵ بود که کل اثر علی برابر ۰/۶۸ است. همچنین اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی تأثیر معناداری بر رفتار خوردن دارد. اثر غیرمستقیم ۰/۲۱ بود که کل اثر علی برابر ۰/۶۱ است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی تأثیر معناداری بر بهبود رفتار خوردن دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی و مداخلات مرتبط با تغذیه سالم در نوجوانان، بر تقویت خودکارآمدی از طریق افزایش حمایت اجتماعی (مانند حمایت خانواده و دوستان) و ارتقای اعتماد به نفس تمرکز شود. این رویکرد می‌تواند به بهبود رفتارهای تغذیه‌ای سالم در نوجوانان و پیشگیری از مشکلات مرتبط با تغذیه کمک کند.

استناد:

مجله علوم روان‌شناختی،



مقدمه

رفتار خوردن^۱ به عنوان یک سازه چندوجهی، طیف وسیعی از انتخاب‌های غذایی، انگیزه‌های مرتبط با مصرف، پابندی به اصول تغذیه‌ای، الگوهای رژیم غذایی و همچنین چالش‌های مرتبط مانند اضافه‌وزن، چاقی و اختلالات تغذیه‌ای و خوردن را در برمی‌گیرد (لاتزر و استین، ۲۰۲۴). ماهیت پیچیده رفتار خوردن از تعامل پیچیده‌ای میان عوامل فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی-فرهنگی و ژنتیکی نشأت می‌گیرد که بر جنبه‌های مختلفی چون زمان‌بندی وعده‌های غذایی، حجم غذای مصرفی، ترجیحات و انتخاب‌های غذایی تأثیرگذار است. درک عمیق عوامل تعیین‌کننده الگوهای خوردن و انگیزه‌های زیربنایی آن، با توجه به شیوع جهانی اپیدمی‌های چاقی، دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی، از اهمیت بالایی برخوردار است (آپیتز و همکاران، ۲۰۲۵). لازم به ذکر است که هرچند میان رفتار خوردن و اختلالات خوردن^۲ تمایز وجود دارد، الگوهای ناسالم و مزمن رفتار خوردن می‌تواند زمینه‌ساز بروز این اختلالات گردد (بولیک و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالات خوردن، برخلاف رفتارهای گاه‌به‌گاه ناسالم خوردن (مانند خوردن در زمان بی‌حوصلگی یا مصرف میان وعده‌های شبانه)، به عنوان وضعیت‌های روان‌پزشکی جدی با معیارهای تشخیصی مشخص (از نظر ماهیت، شدت و دوره) طبقه‌بندی می‌شوند که پیامدهای بالینی قابل توجهی دارند (موتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ فنگ و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلالات شامل انواع مختلفی چون بی‌اشتهایی عصبی^۳، پرخوری عصبی^۴، اختلال پرخوری^۵ و هرزه‌خواری^۶ می‌باشند که نیازمند مداخلات تخصصی روان‌شناختی و روان‌پزشکی هستند (هامبلتون و همکاران، ۲۰۲۲).

دوره نوجوانی به عنوان یک مرحله تحولی بحرانی، با تغییرات سریع فیزیولوژیکی و روانی-اجتماعی همراه است. عدم تطابق یا چالش در این

تغییرات می‌تواند نوجوانان را در معرض خطر بیشتری برای تجربه مشکلات سلامت روان، از جمله افسردگی و اضطراب، قرار دهد (پفیر و آلن، ۲۰۲۱). سلامت روان نوجوانان به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی در سطح جامعه شناخته می‌شود و توجه پژوهشی و بالینی قابل توجهی را به خود جلب کرده است (سانتری، ۲۰۲۲). در این میان، سازه‌های روان‌شناختی مانند اعتمادبه‌نفس^۷ و حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۸ نقش کلیدی در بهزیستی روانی و سازگاری نوجوانان ایفا می‌کنند. اعتمادبه‌نفس، به عنوان بعد ارزشیابانه و عاطفی خود پنداره، منعکس‌کننده باورها و قضاوت‌های فرد در مورد ارزش و کیفیت‌های خویش است و در تعامل با جامعه و افراد مهم شکل می‌گیرد (موریس و آتگار، ۲۰۲۳). هم‌زمان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، که شامل دریافت حمایت‌های عینی (مانند کمک فیزیکی) و هیجانی (مانند همدلی و درک) از سوی شبکه اجتماعی فرد می‌شود، به عنوان یک عامل محافظتی قدرتمند در برابر استرس و مشکلات سلامت روان عمل می‌کند (آکوبا، ۲۰۲۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که ادراک حمایت اجتماعی بالا با کاهش فشار روانی، تنظیم بهتر هیجانات منفی، تجربه بیشتر هیجانات مثبت و ارتقاء کلی سلامت روان مرتبط است. این حمایت می‌تواند با تقویت حس ارزشمندی و کمک به شکل‌گیری تصویری مثبت از خود، به طور مستقیم اعتمادبه‌نفس نوجوانان را نیز افزایش دهد (گائو و همکاران، ۲۰۲۴).

پژوهش‌های پیشین به ارتباط میان ویژگی‌های فردی و بین فردی با الگوهای رفتار خوردن اشاره کرده‌اند. مشخص شده است که رفتار خوردن با عواملی چون شاخص توده بدنی^۹، کیفیت تعاملات بین فردی (به ویژه حمایت اجتماعی) و سطح اعتمادبه‌نفس فرد در ارتباط است (تان و همکاران، ۲۰۲۴). به طور خاص، نقش حمایت اجتماعی در شکل‌دهی به رفتارهای خوردن مورد توجه قرار گرفته است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که

⁶ Pica

⁷ Self-esteem

⁸ Perceived Social Support

⁹ BMI

¹ Eating behavior

² Eating Disorders

³ Anorexia Nervosa

⁴ Bulimia Nervosa

⁵ Binge Eating Disorder

حمایت اجتماعی، به‌ویژه از سوی منابعی چون دوستان، می‌تواند به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده مثبت برای اتخاذ رفتارهای سالم خوردن عمل کند (کیم و همکاران، ۲۰۲۳؛ فتح‌نژاد کاظمی و همکاران، ۲۰۲۳؛ دوری و همکاران، ۲۰۲۲). برعکس، روابط ضعیف با همسالان و فقدان حمایت اجتماعی با نارضایتی از تصویر بدنی و درگیر شدن در عادات غذایی ناسالم همبستگی دارد (چوانگ و همکاران، ۲۰۲۱). حتی جنبه‌های منفی روابط دوستی، مانند تعارض یا احساس تنهایی، با نارضایتی از بدن و تأثیرات منفی معنادار بر الگوهای خوردن مرتبط دانسته شده است (ژنگ و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به ارتباط مشاهده‌شده میان حمایت اجتماعی، اعتمادبه‌نفس و رفتار خوردن، سؤال مهمی که مطرح می‌شود مربوط به سازوکارهای زیربنایی این روابط است. یکی از مکانیسم‌های روان‌شناختی بالقوه که می‌تواند نحوه تأثیرگذاری حمایت اجتماعی و اعتمادبه‌نفس بر رفتار خوردن را تبیین کند، خودکارآمدی^۱ است (تان و همکاران، ۲۰۲۴). خودکارآمدی، طبق نظریه شناختی-اجتماعی بندورا، به باور فرد به توانایی‌های خود برای سازمان‌دهی و اجرای اقدامات لازم برای دستیابی به اهداف مشخص اشاره دارد. در زمینه خوردن، خودکارآمدی خوردن^۲ به باور فرد در مورد توانایی خود برای تنظیم و مدیریت رفتارهای خوردن، به‌ویژه در شرایط چالش‌برانگیز، و دستیابی به عادات غذایی سالم اشاره دارد (اویکارینن و همکاران، ۲۰۲۳). سطوح بالای خودکارآمدی خوردن با خودتنظیمی بهتر و احتمال بیشتر درگیر شدن در رفتارهای سالم خوردن مرتبط است (اویکارینن و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، خودکارآمدی به‌عنوان یک عامل کلیدی در تنظیم هیجان شناخته‌شده و باور به توانایی مدیریت هیجانات منفی می‌تواند مانعی در برابر استفاده از خوردن ناسالم (مانند پرخوری یا محدودیت شدید) به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه باشد و در نتیجه از بروز نشانه‌های اختلالات خوردن مانند جوع یا بی‌اشتهایی عصبی پیشگیری کند (لین و همکاران، ۲۰۲۵).

شواهد نظری و تجربی از نقش میانجی بالقوه خودکارآمدی حمایت می‌کنند. بر اساس نظریه‌هایی مانند نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده و مدل‌های رفتار سالم، انتظار می‌رود حمایت اجتماعی ادراک‌شده، با تقویت باور فرد به توانایی‌هایش، به‌عنوان عاملی تسهیل‌کننده برای شکل‌گیری نیت رفتاری

¹ Self-efficacy

سالم عمل کند و از این طریق (یعنی از مسیر خودکارآمدی) بر رفتار خوردن تأثیر بگذارد (رلنتی و کاپیسترانو، ۲۰۲۵). مطالعه علی و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد که سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند از طریق افزایش خودکارآمدی، به اتخاذ عادات رژیم‌سالم‌تر (مانند کاهش مصرف چربی) منجر شود. به‌طور مشابه، انتظار می‌رود اعتمادبه‌نفس بالا نیز با تقویت باورهای کلی فرد در مورد توانمندی‌هایش، به افزایش خودکارآمدی خاص در زمینه خوردن کمک کرده و از این طریق بر رفتار خوردن تأثیر مثبت بگذارد. درحالی‌که عواملی مانند شاخص توده بدنی و نگرانی‌های مرتبط با وزن و تصویر بدنی نیز با سلامت روان نوجوانان، خودکارآمدی خوردن و الگوهای تغذیه‌ای مرتبط هستند (کوکا و همکاران، ۲۰۲۳؛ سالس، ۲۰۱۷؛ ناظمی و همکاران، ۲۰۱۶؛ ندامبو و همکاران، ۲۰۲۲) و ممکن است به‌عنوان متغیرهای مرتبط یا تعدیل‌گر در این روابط نقش داشته باشند، بررسی نقش میانجی خودکارآمدی در توضیح چگونگی تأثیر هم‌زمان حمایت اجتماعی و اعتمادبه‌نفس بر رفتار خوردن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

علی‌رغم وجود پژوهش‌های متعدد در مورد عوامل مرتبط با رفتار خوردن، و همچنین مطالعاتی که به نقش مجزای حمایت اجتماعی، اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی پرداخته‌اند، مدل‌های یکپارچه‌ای که به بررسی نقش میانجی خودکارآمدی در ارتباط هم‌زمان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اعتمادبه‌نفس با رفتار خوردن بپردازند، به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی خاص یا گروه‌های سنی مشخص مانند نوجوانان، کمتر مورد کاوش قرار گرفته‌اند. درک این مکانیسم میانجی می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثرتر برای ارتقای رفتارهای سالم خوردن کمک کند؛ مداخلاتی که نه تنها بر تقویت منابع حمایتی و اعتمادبه‌نفس تمرکز دارند، بلکه به‌طور خاص باورهای خودکارآمدی مرتبط با تنظیم خوردن را نیز هدف قرار می‌دهند. بنابراین، پژوهش حاضر باهدف بررسی مدل پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اعتمادبه‌نفس، با در نظر گرفتن نقش میانجی خودکارآمدی، انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

² Eating Self-efficacy

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله دوره دوم متوسطه است که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در مدارس شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. ابتدا مناطق آموزشی شهر تهران به عنوان خوشه‌های اولیه انتخاب شدند. سپس از میان این مناطق، تعدادی منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، از میان مدارس دوره دوم متوسطه در مناطق منتخب، تعدادی مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید. بر اساس روش برآورد حجم نمونه لوهلین (۲۰۰۴)، به ازای هر متغیر پنهان بین ۳۰ تا ۵۰ نمونه پیشنهاد می‌شود. با توجه به وجود ۴ متغیر پنهان در این پژوهش، تعداد ۲۰۰ نمونه موردنیاز است که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، حجم نمونه به ۲۵۰ نفر افزایش یافت. برای مدل‌سازی معادلات ساختاری از نرم‌افزار لیزرل نسخه ۸٫۵ استفاده شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه رفتار خوردن داچ (DEBQ)^۱: پرسشنامه رفتار خوردن داچ را ون استرین در سال ۱۹۸۶ طراحی نمودند. این ابزار جهت سنجش رفتار خوردن مناسب است و شامل ۳۳ سؤال است. نحوه امتیازبندی پرسشنامه به صورت مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. برای هر گویه امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و بسیار زیاد=۵). دامنه امتیازهای قابل کسب بین ۳۳ تا ۱۶۵ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای نامناسب خوردن است و نمرات پایین نشان‌دهنده رفتارهای خوردن سالم است (ون استرین و همکاران، ۱۹۸۶). این پرسشنامه سه زیرمقیاس خوردن هیجانی (۱۳ ماده)، محرک‌های خارجی (۱۰ ماده) و بازداری در غذا خوردن (۱۰ ماده) را اندازه‌گیری می‌کند. ون استرین و همکاران (۱۹۸۶) پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها و نمره کلی را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ برآورد کردند. همچنین در پژوهش مالزام کاجمارک (۲۰۲۱) روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و با روش باز آزمایی ۰/۷۳ برآورد شد. این پرسشنامه در ایران توسط نجاتی و همکاران (۲۰۱۸) ترجمه و در

۴۴۰ دانشجو اجرا شد. روایی آن به روش تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش همسانی درونی برای مؤلفه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ و به روش باز آزمایی ۰/۷۳ تا ۰/۸۳ برآورد شد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های غذا خوردن هیجانی (۰/۷۸)، محرک‌های خارجی (۰/۷۹) و بازداری در غذا خوردن (۰/۷۶) به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS)^۲ مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی یک ابزار ۱۲ گویه ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده (گویه های ۱، ۲، ۳)، دوستان (گویه های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و افراد مهم در زندگی (گویه های ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای است و برای کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تقریباً مخالفم نمره ۳، نه مخالفم و نه موافقم نمره ۴، تقریباً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۶ و کاملاً موافقم نمره ۷ تعلق می‌گیرد. دامنه امتیازهای قابل کسب بین ۱۲ تا ۸۴ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتری از حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی منبع مربوطه است. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) ضریب پایایی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای بعد حمایت خانواده ۰/۸۷، حمایت دوستان ۰/۸۵ و حمایت دیگران ۰/۹۱ به دست آوردند. پایایی باز آزمون این مقیاس در نسخه اصلی آن برای زیر مقیاس شخص مهم دیگر ۰/۷۲، خانواده ۰/۸۵، دوستان ۰/۷۵ و پایایی کل آن ۰/۸۵ بود. همچنین روایی درونی این پرسشنامه برای زیرمقیاس شخص مهم دیگران ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷، دوستان ۰/۸۵ و روایی درونی کل آن ۰/۸۸ بود (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران در پژوهش بشارت (۱۳۹۸) ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، شخص مهم دیگر (اجتماع) و دوستان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد و ضرایب همبستگی برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۸، ۰/۶۹ و ۰/۷۵ به دست آمد. روایی همگرا و تشخیصی مقیاس از طریق اجرای هم‌زمان با مقیاس‌های سلامت روانی، همدلی عاطفی و فهرست عواطف مثبت و منفی تأیید شد. همبستگی حمایت اجتماعی ادراک‌شده با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۷، با همدلی عاطفی ۰/۵۳، با عاطفه مثبت ۰/۴۹،

² Multidimensional Scale of Perceived Social Support

¹ Dutch eating behavior questionn aire

با درماندگی روان‌شناختی ۰/۵۱ و باعاطفه منفی ۰/۵۵- گزارش شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای این پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه اعتماد به نفس کوپر اسمیت (CSEI): پرسشنامه اعتماد به نفس کوپر اسمیت توسط استنلی کوپر اسمیت (۱۹۸۱) طراحی شده است و به ارزیابی عزت‌نفس در حوزه‌های مختلف زندگی می‌پردازد. این پرسشنامه ۵۸ سؤال دارد و حیطه‌های مختلف اعتماد به نفس عمومی، والدینی، تحصیلی و اجتماعی را ارزیابی می‌کند و مجموع برآیند این حیطه‌ها میزان اعتماد به نفس کلی فرد را نشان می‌دهد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه به صورت بلی و خیر است. نحوه نمره‌گذاری بدین صورت است که در سؤالات ۲-۴-۵-۱۰-۱۱-۱۴-۱۸-۱۹-۲۱-۲۳-۲۴-۲۸-۲۹-۳۰-۳۶-۴۵-۴۷-۵۷ پاسخ بلی نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد و در بقیه سؤالات، نمره‌گذاری به صورت معکوس است. بدیهی است که حداقل نمره‌ای که فرد در این آزمون ممکن است کسب کند صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. این آزمون دارای ۸ ماده دروغ‌سنج است یعنی در شماره‌های ۶-۱۳-۲۰-۲۷-۳۴-۴۱-۴۸-۵۵ اگر پاسخ‌دهنده از این ماده بیش از ۴ نمره بیاورد به معنای اعتبار پایین آزمون است و آزمودنی سعی نموده خود را بهتر از چیزی که هست جلوه دهد. پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت از اعتبار و روایی قابل‌قبولی برخوردار است. در پژوهش اصلی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای نمره کلی آزمون گزارش کرده‌اند. همچنین جهت سنجش روایی بین نمره کل آزمون با خرده مقیاس روان‌آزردگی در آزمون شخصیت آیزنک، روایی واگرایی منفی و معنادار، و با خرده مقیاس برون‌گرایی، روایی همگرایی مثبت معنادار را نشان داده است. کوپر اسمیت

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴۷ نفر از دانش‌آموزان شرکت داشتند. در بررسی سن دانش‌آموزان تحت مطالعه ۲۰/۲٪ دارای ۱۵ سال سن، ۲۹/۶٪ دارای ۱۶ سال سن، ۲۵/۹٪ دارای ۱۷ سال سن و ۲۴/۳٪ نیز دارای ۱۸ سال سن بوده‌اند.

و همکاران (۱۹۸۱) ضریب باز آزمایی را بعد از پنج هفته، ۰/۸۸ و بعد از سه سال ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط ثابت (۱۳۷۵) هنجاریابی شد. نتایج نشان داد که روایی هم‌زمان مثبتی (۰/۸۰) بین آزمون کوپر اسمیت و آزمون عزت‌نفس آیسنک وجود دارد. همچنین پایایی این آزمون با روش باز آزمایی برای دختران و پسران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE): این پرسشنامه توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شد که خودکارآمدی عمومی افراد را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که جواب هر سؤال به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس سه جنبه رفتاری من جمله میل به آغازگری، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات ۱-۳-۸-۹-۱۳-۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤالات از چپ به راست یعنی معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند ۸۵ و حداقل آن ۱۷ است. نمره بالا حاکی از احساس خودکارآمدی بیشتر است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی عمومی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ ذکر کردند. این پرسشنامه در ایران توسط اصغر نژاد و همکاران (۱۳۸۵) هنجاریابی شده. قابلیت اعتماد مقیاس خودکارآمدی در پژوهش اصغر نژاد و همکاران (۱۳۸۵)، ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۷ به دست آمد.

در بررسی پایه تحصیلی دانش‌آموزان تحت مطالعه، ۳۰٪ در پایه دهم، ۳۳/۶٪ در پایه یازدهم و ۳۶/۴٪ نیز در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بوده‌اند. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
خوردن مهارى	۲/۹	۰/۷۴	۰/۲۱۴	-۰/۳۶۸

² General Self-Efficacy Scale

¹ Coopersmith Self-Esteem Inventory

۰/۳۹۲	۰/۶۱۲	۰/۶۱	۲/۶	خوردن هیجانی
۰/۲۸۶	۰/۰۶۶	۰/۶۹	۳/۰۳	خوردن بیرونی
۱/۶۹	۰/۷۰۹	۰/۴۹	۲/۸۴	رفتار خوردن
۱/۰۵۸	-۰/۸۳۶	۰/۸۱	۳/۷۵	خانواده
۰/۳۰۶	۰/۶۵۹	۰/۹۵	۳/۴۹	دوستان
۰/۴۵۲	-۱/۰۷۵	۱/۰۹	۳/۶۶	دیگران مهم
۰/۵۸۴	۰/۷۸۴	۰/۷۱	۳/۶۳	حمایت اجتماعی
-۰/۱۵۱	۰/۳۲۶	۰/۶۱	۳/۵۲	آغازگری
-۰/۱۱۴	-۰/۲۸۸	۰/۵۳	۳/۳۲	ادامه کوشش
۰/۴۵۲	-۰/۲۶۸	۰/۶۹	۳/۵۶	پافشاری
-۰/۲۲۹	-۰/۵۲۲	۰/۵۳	۳/۴۷	خودکارآمدی
۱/۸۵	۰/۰۱۶	۰/۸۸	۴/۹۵	اعتماد به نفس

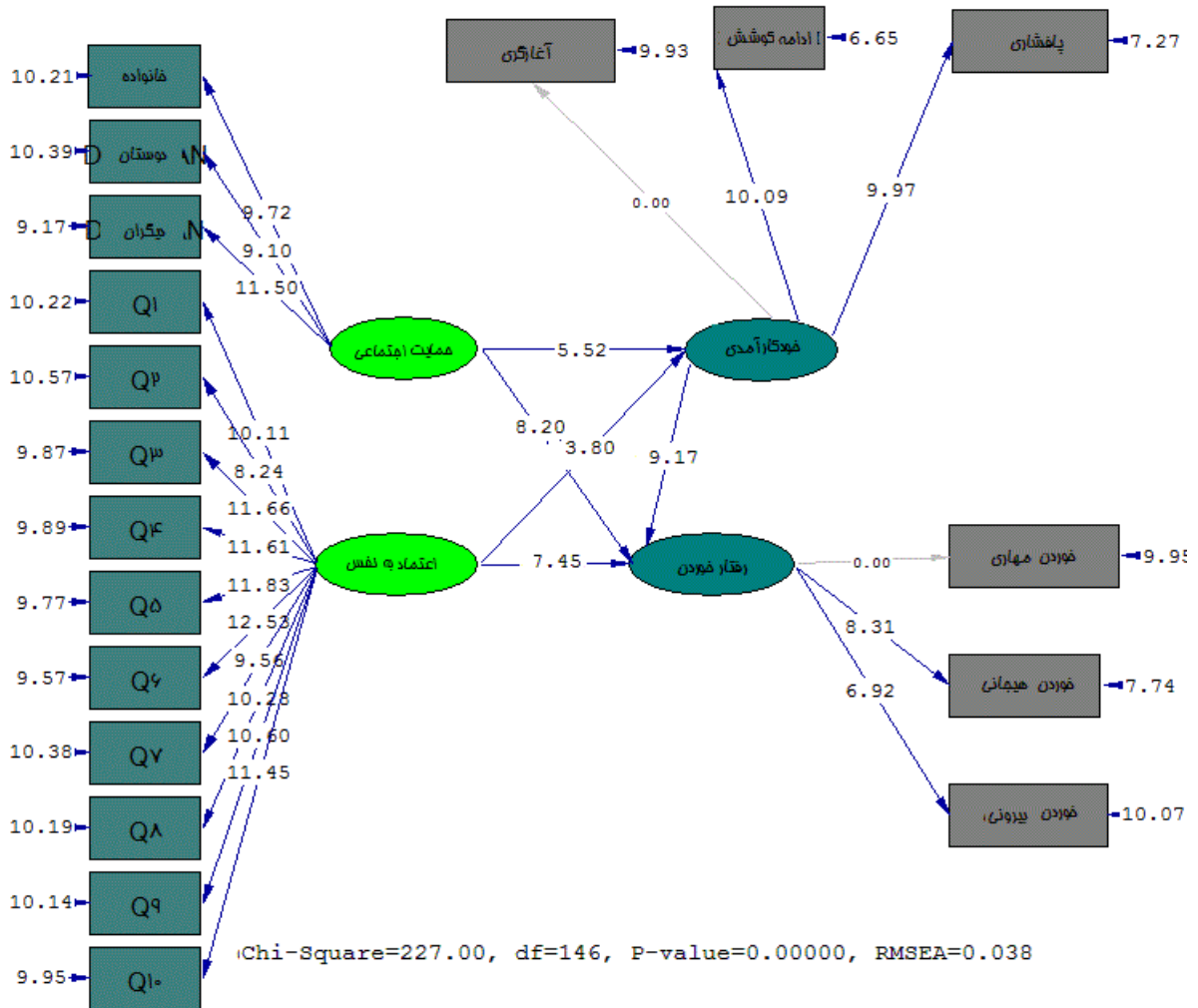
جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
رفتار خوردن	۱			
حمایت اجتماعی	۰/۳۷۲	۱		
اعتماد به نفس	۰/۴۸۲	۰/۶۳۱	۱	
خودکارآمدی	۰/۲۴۳	۰/۳۹۴	۰/۴۳۱	۱

اعتماد به نفس و خودکارآمدی برابر ۰/۴۳۱ به دست آمد. با توجه به سطوح معناداری حاصل فرضیه وجود ارتباط معنادار بین خودکارآمدی، اعتماد به نفس، حمایت اجتماعی ادراک شده و رفتار خوردن با ۹۵٪ اطمینان تأیید می‌گردد.

میزان ضریب همبستگی بین رفتار خوردن با حمایت اجتماعی برابر ۰/۳۷۲، با اعتماد به نفس برابر ۰/۴۸۲ و با خودکارآمدی برابر ۰/۲۴۳ است. میزان ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی با اعتماد به نفس برابر ۰/۶۳۱ و با خودکارآمدی برابر ۰/۳۹۴ به دست آمد. میزان ضریب همبستگی بین



نمودار ۱. بررسی شاخص‌های مدل تحت بررسی

جدول ۳ ذیل شاخص‌های استخراج شده از برازش مدل را نشان می‌دهند.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

نام شاخص	مقدار	دامنه قابل قبول
آزمون مجذور کای (χ^2 / df)	۲۲۷	-
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	-
کای اسکور هنجار شده به درجه آزادی (CMIN/DF)	۱/۵۵	کمتر از ۵
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۲۵	بزرگ‌تر از ۰/۹
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۸۹۱	بزرگ‌تر از ۰/۸
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۴۵	بزرگ‌تر از ۰/۹
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۶۹	بزرگ‌تر از ۰/۹
شاخص برازش نسبی (RFI)	۰/۹۸۵	بزرگ‌تر از ۰/۹
شاخص برازش افزایشی (IFI)	۰/۹۷۷	بزرگ‌تر از ۰/۹
شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI)	۰/۵۶۳	بالاتر از ۰/۵
میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۳۸	کمتر از ۰/۹

نتایج جدول نشان می‌دهد که شاخصه‌ای برازندگی نسبت مجذور خی به درجه آزادی (df / χ^2) با مقدار ۱/۵۵، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) با مقدار ۰/۹۷۷، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار ۰/۹۶۹، شاخص نیکوی برازش (GFI) با مقدار ۰/۹۲۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته

(AGFI) با مقدار ۰/۸۹۱، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) با مقدار ۰/۹۴۱ و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) با مقدار ۰/۰۳۸ حاکی از برازش مطلوب الگوی تأییدی نهایی با داده‌ها است.

جدول ۴. نتایج بوت استراب غیرمستقیم رفتار خوردن با حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد به نفس با توجه به نقش میانجی خودکارآمدی

متغیر	اثر غیرمستقیم	اثر کل	آزمون سبل	خطای استاندارد
رفتار خوردن ← حمایت اجتماعی ادراک شده ← خودکارآمدی	۰/۱۵	۰/۶۸	۵/۴	۰/۱۱
رفتار خوردن ← اعتماد به نفس شده ← خودکارآمدی	۰/۲۱	۰/۶۱	۴/۲	۰/۲۲

جهت بررسی اثرگذاری رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی خودکارآمدی با استفاده از آزمون سبل مقدار آماره سبل برابر ۵/۴ به دست آمد که نشان‌دهنده وجود ارتباط معنادار بین رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی خودکارآمدی. همچنین بر اساس ضرایب غیر استاندارد میزان اثر غیرمستقیم با میانجیگری خودکارآمدی برابر ۰/۱۵ و کل اثر علی رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده برابر ۰/۶۸ به دست آمد. جهت بررسی

اثرگذاری رفتار خوردن بر اساس اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی با استفاده از آزمون سبل مقدار آماره سبل برابر ۴/۲ به دست آمد که نشان‌دهنده وجود ارتباط معنادار بین رفتار خوردن بر اساس اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی. همچنین بر اساس ضرایب غیر استاندارد میزان اثر غیرمستقیم با میانجیگری خودکارآمدی برابر ۰/۲۱ و کل اثر علی رفتار خوردن بر اساس اعتماد به نفس برابر ۰/۶۱ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی مدل پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد به نفس با نقش میانجی خودکارآمدی در نوجوانان شهر تهران انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد به نفس با رفتار خوردن را در نمونه مورد مطالعه تأیید کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به‌طور معناداری پیش‌بینی کننده خودکارآمدی در نوجوانان است. به عبارت دیگر، نوجوانانی که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی را از سوی منابع مهم زندگی خود (خانواده و دوستان) ادراک می‌کنند، از خودکارآمدی بالاتری نیز برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش ژانگ و همکاران (۲۰۲۴) و وانگ و همکاران (۲۰۲۴) که ارتباط مثبت و معناداری میان حمایت اجتماعی و خودکارآمدی گزارش کرده‌اند، همسواست. بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی بندورا (۱۹۹۰)، حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل محیطی

مهم، می‌تواند از طریق تقویت تجارب ترغیب کلامی و فراهم آوردن فرصت‌هایی برای تجارب موفقیت‌آمیز، باورهای خودکارآمدی فرد را ارتقا بخشد. در دوره نوجوانی که فرد به شدت تحت تأثیر محیط اجتماعی خود قرار دارد، در یافت حمایت عاطفی و ابزاری از سوی والدین و همسالان به نوجوان احساس ارزشمندی و توانمندی بیشتری برای مواجهه با چالش‌ها می‌دهد (آکوبا، ۲۰۲۴؛ گانو و همکاران، ۲۰۲۴). این حس توانمندی کلی، به باور او در مورد قابلیت‌هایش در مدیریت رفتارهای خاص، از جمله تنظیم رفتار خوردن، تعمیم می‌یابد. در بافت نوجوانی، حمایت اجتماعی ادراک شده به نوجوان اطمینان می‌دهد که در زمان مواجهه با استرس‌های رشدی یا مشکلات، منابعی برای کمک و پشتیبانی وجود دارد (سانتری، ۲۰۲۲؛ پیفیر و آلن، ۲۰۲۱). این اطمینان، موجب کاهش احساس آسیب‌پذیری و افزایش تمایل به تلاش برای غلبه بر مشکلات می‌شود. به عنوان مثال، نوجوانی که احساس حمایت از سوی دوستانش دارد، ممکن است در یادگیری مهارت‌های جدید یا مواجهه با

موقعیت‌های اجتماعی دشوار، جسارت بیشتری نشان دهد. این تجارب موفقیت‌آمیز و حس پشتیبانی، به تدریج باور او به توانایی‌هایش (خودکارآمدی) را در حوزه‌های مختلف، از جمله توانایی مدیریت انتخاب‌ها و رفتارهای مربوط به سلامت مانند خوردن، تقویت می‌کند. یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که اعتماد به نفس نیز به طور معناداری خودکارآمدی را در نوجوانان پیش‌بینی می‌کند. نوجوانانی که سطح بالاتری از اعتماد به نفس دارند، خودکارآمدی بالاتری را نیز گزارش می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش مالورنو و همکاران (۲۰۲۱) که ارتباط مثبت میان این دو سازه را در مراحل مختلف زندگی، از جمله نوجوانی، نشان داده‌اند، سازگار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اعتماد به نفس به عنوان یک ارزیابی کلی و عاطفی از ارزش و شایستگی خود (موریس و آتگار، ۲۰۲۳)، زمینه را برای شکل‌گیری باورهای خودکارآمدی فراهم می‌آورد. فردی که به طور کلی نسبت به خود احساس مثبت و ارزشمندی دارد، احتمالاً باور بیشتری به توانایی‌های خود در انجام موفقیت‌آمیز و وظایف خاص در موقعیت‌های مختلف نیز خواهد داشت. این رابطه، نشان‌دهنده تأثیر ارزیابی کلی فرد از خود بر باورهایش در مورد توانایی‌های عملکردی در حوزه‌های مشخص است. در دوره نوجوانی، که تصویر بدنی و پذیرش از سوی همسالان نقش مهمی در شکل‌گیری خود پنداره و اعتماد به نفس ایفا می‌کند (چوانگ و همکاران، ۲۰۲۱)، داشتن اعتماد به نفس بالا به نوجوان کمک می‌کند تا در برابر فشارهای اجتماعی و رسانه‌ای مرتبط با ظاهر و الگوهای غذایی ناسالم مقاومت کند. نوجوانی با اعتماد به نفس بالا، کمتر نگران قضاوت دیگران در مورد انتخاب‌های غذایی یا ظاهر خود است و بیشتر بر ارزش‌ها و اهداف شخصی خود تمرکز می‌کند. این استقلال و خودباوری، به باور او در توانایی تصمیم‌گیری‌های سالم و مدیریت رفتارهای مربوط به سلامت، از جمله خوردن، منجر می‌شود که همان خودکارآمدی در این زمینه است.

همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از رابطه معنادار میان خودکارآمدی و رفتار خوردن در نوجوانان بود. این یافته نشان می‌دهد که خودکارآمدی بالاتر با الگوهای سالم‌تر رفتار خوردن (و احتمالاً کاهش رفتارهای ناسالم مانند خوردن هیجانی یا محدودیت شدید) مرتبط است. این نتیجه با

بخش عمده‌ای از پژوهش‌ها که خودکارآمدی خوردن را پیش‌بینی کننده قوی رفتارهای غذایی سالم و تنظیم وزن می‌دانند، همسو است (اویکارین و همکاران، ۲۰۲۳؛ لین و همکاران، ۲۰۲۵). طبق نظریه شناختی-اجتماعی بندورا (۱۹۹۰) و مدل‌های رفتار سلامت (مانند نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، رلنتی و کاپیسترانو، ۲۰۲۵)، خودکارآمدی یک عامل انگیزشی و رفتاری کلیدی است. باور فرد به توانایی خود برای انجام یک رفتار، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده انجام آن رفتار است. در زمینه خوردن، خودکارآمدی خوردن (باور به توانایی تنظیم رفتار خوردن در شرایط چالش‌برانگیز) فرد را قادر می‌سازد تا در برابر وسوسه‌ها مقاومت کند، انتخاب‌های آگاهانه‌تری داشته باشد و در مسیر دستیابی به اهداف غذایی سالم خود پایداری کند. در نوجوانی، خودکارآمدی خوردن به معنای توانایی ادراک شده نوجوان برای مدیریت موقعیت‌هایی است که ممکن است منجر به رفتارهای ناسالم خوردن شوند، مانند خوردن در پاسخ به استرس، فشار همسالان برای مصرف فست فود، یا در آسان به میان وعده‌های پرکالری. نوجوانانی با خودکارآمدی بالا در این زمینه، احتمالاً راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری برای مدیریت هیجانات منفی به کار می‌برند (لین و همکاران، ۲۰۲۵)، کمتر تحت تأثیر الگوهای غذایی ناسالم دوستان قرار می‌گیرند و در انتخاب غذاهای مغذی و رعایت وعده‌های غذایی اصلی موفق‌تر عمل می‌کنند. این توانایی خودتنظیمی، اساس الگوهای سالم‌تر رفتار خوردن را در این دوره تشکیل می‌دهد.

مهم‌ترین یافته این پژوهش، تأیید نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و اعتماد به نفس با رفتار خوردن در نوجوانان بود. این یافته نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس، به طور غیرمستقیم و با تأثیرگذاری بر خودکارآمدی، بر رفتار خوردن نوجوانان اثر می‌گذارند. این نتیجه با مدل‌های نظری که خودکارآمدی را به عنوان یک سازه کلیدی در مسیر تأثیرگذاری عوامل روان اجتماعی بر رفتار سلامت در نظر می‌گیرند، همسو است (رلنتی و کاپیسترانو، ۲۰۲۵؛ علی و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه‌های یادگیری اجتماعی و رفتار سلامت، عوامل پیشین مانند حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی (مانند اعتماد به نفس) اغلب از طریق سازه‌های شناختی

نزدیک‌تر مانند خود کارآمدی بر رفتار تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی با ایجاد حس امنیت و تعلق و اعتماد به نفس با تقویت حس ارزشمندی کلی، باور فرد به توانایی‌هایش برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار خاص (خود کارآمدی) را افزایش می‌دهند. سپس، این افزایش در خود کارآمدی است که مستقیماً نیت رفتاری و در نهایت خود رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در زمینه خوردن، خود کارآمدی به عنوان مکانیسمی عمل می‌کند که تأثیرات مثبت حمایت و اعتماد به نفس را به توانایی واقعی فرد در تنظیم عادات غذایی ترجمه می‌کند. در دوره نوجوانی، که فرد در حال گذار از وابستگی به استقلال است و با چالش‌های متعددی روبرو می‌شود (پفیر و آلن، ۲۰۲۱)، نقش حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس به عنوان منابع مقابله‌ای بسیار مهم است (گانو و همکاران، ۲۰۲۴؛ آکوبا، ۲۰۲۴). این منابع با تقویت حس ارزشمندی و توانمندی کلی نوجوان، باور او به قابلیت‌هایش برای مدیریت موقعیت‌های دشوار، از جمله موقعیت‌های مرتبط با خوردن، را افزایش می‌دهند. به عنوان مثال، نوجوانی که در مورد ظاهر خود نگرانی دارد (کوکا و همکاران، ۲۰۲۳؛ سالس، ۲۰۱۷؛ ناظمی و همکاران، ۲۰۱۶) و حمایت اجتماعی یا اعتماد به نفس پایینی دارد، ممکن است در برابر فشارهای رژی می ناسالم آسیب‌پذیرتر باشد. اما اگر این نوجوان از حمایت خوبی برخوردار باشد و اعتماد به نفس بالاتری داشته باشد، این عوامل به تقویت باور او به توانایی‌اش در انتخاب‌های سالم (خود کارآمدی) کمک می‌کنند. این خود کارآمدی بالا، او را قادر می‌سازد تا در برابر وسوسه‌ها مقاومت کند، از خوردن هیجانی بپرهیزد (لین و همکاران، ۲۰۲۵) و رفتارهای سالم‌تری در پیش گیرد (اویکارین و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، خود کارآمدی نقش حیاتی در تبدیل اثرات

منابع

اصغر نژاد، طاهره؛ احمدی ده قطب‌الدینی، محمد؛ ولی‌الله، فرزاد و خدا پناهی، کریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس

مثبت حمایت و اعتماد به نفس به نتایج رفتاری مطلوب در زمینه خوردن در نوجوانان ایفا می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله ماهیت مقطعی (محدود کننده استنتاج علی)، استفاده از ابزارهای خود گزارشی (مستعد سوگیری)، محدودیت نمونه به نوجوانان شهر تهران (کاهش تعمیم‌پذیری) و عدم بررسی متغیرهای مرتبط دیگر (مانند شاخص توده بدنی یا سابقه اختلالات خوردن) مواجه بود. بر اساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی، بررسی متغیرهای تعدیل‌گر (مانند جنسیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی) و روش‌های ترکیبی بهره‌گیرند. در بعد کاربردی، نتایج بر ضرورت طراحی مداخلات چندوجهی در مدارس و محیط‌های بالینی برای ارتقای رفتار خوردن سالم در نوجوانان تأکید دارند؛ مداخلاتی که بر تقویت حمایت اجتماعی (خانواده و مدرسه)، افزایش اعتماد به نفس و به ویژه ارتقای خود کارآمدی در زمینه مدیریت رفتارهای خوردن تمرکز کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش: برای رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش سعی بر آن شد تا مشخصات پاسخگویان در پرسش‌نامه خود گزارش دهی به رسم امانت محفوظ نگه‌داری شود.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی است. **نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مشارکت کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

خود کارآمدی عمومی شرر. مجله روانشناسی اجتماعی، ۱۰(۳)، ۲۶۲-

<https://www.magiran.com/p637621>. ۲۷۴

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۸). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری. مجله روانشناسی

ثابت، مهرداد (۱۳۷۵). بررسی عملی بودن اعتبار و روایی و نرم یابی پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت در مناطق ۱۹ گانه تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

References

- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology, 15*, 1330720. DOI: [10.3389/fpsyg.2024.1330720](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720)
- Ali, H. I., Alhebshi, S., Elmi, F., & Bataineh, M. A. F. (2021). Perceived social support and self-efficacy beliefs for healthy eating and physical activity among Arabic-speaking university students: adaptation and implementation of health beliefs survey questionnaire. *BMC public health, 21*, 1-13. DOI: [10.1186/s12889-021-12138-0](https://doi.org/10.1186/s12889-021-12138-0)
- Asgharnejad, T., Ahmadi Dehghotboddini, M., Farzad, V., & Khodapanahi, M. K. (2006). Study of psychometric properties of Sherer's General Self-Efficacy Scale. *Journal of Social Psychology, 10*(3), 262-274. <https://www.magiran.com/p637621> (In Persian).
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planning, 13*(1), 9-17. DOI: [10.1016/0149-7189\(90\)90004-G](https://doi.org/10.1016/0149-7189(90)90004-G)
- Besharat MA.(2019). Multidimensional Scale of Perceived Social Support :Questionnaire ,instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologists . 60* (16) :447 -449. https://journals.iau.ir/article_668831.html (In Persian).
- Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of eating disorders: what the clinician needs to know. *Psychiatric Clinics of North America, 42*(1), 59-73. DOI: [10.1016/j.psc.2018.10.007](https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007)
- Chung, A., Vieira, D., Donley, T., Tan, N., Jean-Louis, G., Gouley, K. K., & Seixas, A. (2021). Adolescent peer influence on eating behaviors via social media: scoping review. *Journal of medical Internet research, 23*(6), e19697. DOI: [10.2196/19697](https://doi.org/10.2196/19697)
- Coopersmith, S. (1981). *Coopersmith Self-Esteem Inventories (CSEI)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06456-000>
- Doori, Z., Hekmat, K., Mousavi, P., Latifi, S. M., & Shahbazian, H. (2022). Investigation of the relationship between perceived social support and body image in women with breast cancer. *Middle East Current Psychiatry, 29*(1), 49. DOI: [10.1186/s43045-021-00165-x](https://doi.org/10.1186/s43045-021-00165-x)
- Fathnezhad-Kazemi, A., Aslani, A., & Hajian, S. (2021). Association between perceived social support and health-promoting lifestyle in pregnant women: a cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences, 10*(2), 96. DOI: [10.34172/jcs.2021.018](https://doi.org/10.34172/jcs.2021.018)
- Feng, B., Harms, J., Chen, E., Gao, P., Xu, P., & He, Y. (2023). Current discoveries and future implications of eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(14), 6325. DOI: [10.3390/ijerph20146325](https://doi.org/10.3390/ijerph20146325)
- Gao, D., Dong, Y., Kong, A., & Li, X. (2024). How Does Perceived Social Support Impact Mental Health and Creative Tendencies Among Chinese Senior High School Students?. *Behavioral Sciences, 14*(11), 1002. DOI: [10.3390/bs14111002](https://doi.org/10.3390/bs14111002)
- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders, 10*(1), 132. DOI: [10.1186/s40337-022-00654-2](https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2)
- Kim, S., Smith, K., Udo, T., & Mason, T. (2023). Social support across eating disorder diagnostic groups: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Eating behaviors, 48*, 101699. DOI: [10.1016/j.eatbeh.2022.101699](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101699)

- Kokka, I., Mourikis, I., & Bacopoulou, F. (2023). Psychiatric disorders and obesity in childhood and adolescence—a systematic review of cross-sectional studies. *Children*, *10*(2), 285. DOI: [10.3390/children10020285](https://doi.org/10.3390/children10020285)
- Latzer, Y., & Stein, D. (2024). Overview of Disordered Eating and Eating Disorders in Israel: Prevalence and Treatment. In *Eating Disorders: An International Comprehensive View* (pp. 175-194). Cham: Springer Nature Switzerland. DOI: [10.1007/978-3-031-46096-8_18](https://doi.org/10.1007/978-3-031-46096-8_18)
- Lin, J., Ma, Z., Chen, H., Fan, Y., & Fan, F. (2025). The associations of anxiety, self-efficacy, and family health with obesity-related eating behavior among Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, *379*, 448-456. DOI: [10.1016/j.jad.2025.03.039](https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.039)
- Loehlin, J. C. (2004). Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis. *Journal of Educational Statistics*, *12*(4). DOI: [10.2307/1165058](https://doi.org/10.2307/1165058)
- Malesza, M., & Kaczmarek, M. C. (2021). One year reliability of the Dutch eating behavior questionnaire: an extension into clinical population. *Journal of Public Health*, *29*, 463-469. DOI: [10.1007/s10389-019-01147-4](https://doi.org/10.1007/s10389-019-01147-4)
- Malureanu, A., Panisoara, G., & Lazar, I. (2021). The relationship between self-confidence, self-efficacy, grit, usefulness, and ease of use of elearning platforms in corporate training during the COVID-19 pandemic. *Sustainability*, *13*(12), 6633. DOI: [10.3390/su13126633](https://doi.org/10.3390/su13126633)
- Muris, P., & Otgaar, H. (2023). Self-esteem and self-compassion: A narrative review and meta-analysis on their links to psychological problems and well-being. *Psychology research and behavior management*, 2961-2975. DOI: [10.2147/PRBM.S402455](https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455)
- Mutti, C., Malagutti, G., Maraglino, V., Misirocchi, F., Zilioli, A., Rausa, F., ... & Parrino, L. (2023). Sleep pathologies and eating disorders: A crossroad for neurology, psychiatry and nutrition. *Nutrients*, *15*(20), 4488. DOI: [10.3390/nu15204488](https://doi.org/10.3390/nu15204488)
- Ndambo, M. K., Nyondo-Mipando, A. L., & Thakwalakwa, C. (2022). Eating behaviors, attitudes, and beliefs that contribute to overweight and obesity among women in Lilongwe City, Malawi: a qualitative study. *BMC Women's Health*, *22*(1), 216. DOI: [10.1186/s12905-022-01811-0](https://doi.org/10.1186/s12905-022-01811-0)
- Nejati, V., Alipour, F., Saeidpour, S., & Bodaghi, E. (2018). Psychometric properties of Persian version of Dutch Eating Behavior Questionnaire. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *20*(1). DOI: [10.13140/RG.2.1.3657.9449](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3657.9449)
- Nezami, B. T., Lang, W., Jakicic, J. M., Davis, K. K., Polzien, K., Rickman, A. D., ... & Tate, D. F. (2016). The effect of self-efficacy on behavior and weight in a behavioral weight-loss intervention. *Health Psychology*, *35*(7), 714. DOI: [10.1037/hea0000378](https://doi.org/10.1037/hea0000378)
- Oikarinen, N., Jokelainen, T., Heikkilä, L., Nurkkala, M., Hukkanen, J., Salonurmi, T., ... & Teeriniemi, A. M. (2023). Low eating self-efficacy is associated with unfavorable eating behavior tendencies among individuals with overweight and obesity. *Scientific reports*, *13*(1), 7730. DOI: [10.1038/s41598-023-34513-0](https://doi.org/10.1038/s41598-023-34513-0)
- Opitz, M. C., Gaggioni, G., Trompeter, N., Rabelo-da-Ponte, F. D., Desrivieres, S., Micali, N., ... & Sharpe, H. (2025). Investigating the longitudinal bi-directional relationship between self-reported restrictive eating behaviours and sleep in UK adolescents within the Millennium Cohort Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-12. DOI: [10.1007/s00787-025-02641-9](https://doi.org/10.1007/s00787-025-02641-9)
- Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2021). Puberty initiates cascading relationships between neurodevelopmental, social, and internalizing processes across adolescence. *Biological psychiatry*, *89*(2), 99-108. DOI: [10.1016/j.biopsych.2020.09.002](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002)
- Relente, A. R. R., & Capistrano, E. P. S. (2025). Innovation self-efficacy, theory of planned behavior, and entrepreneurial intentions: The perspective of young Filipinos. *Asia Pacific*

- Management Review*, 30(3), 100350. DOI: [10.1016/j.apmr.2024.100350](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.100350)
- Sabet, M. (1996). *Investigation of the practicality, reliability, validity, and norming of the Cooper-Smith Self-Esteem Inventory in the 19 districts of Tehran* [Master's thesis, Allameh Tabataba'i University]. (In Persian).
- Salles A. Self-efficacy as a measure of confidence. *JAMA Surg.* (2017) 152:506–7. doi: [10.1001/jamasurg.2017.0035](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0035)
- Santre, S. (2022). Mental health promotion in adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 18(2), 122-127. DOI: [10.1177/09731342221120709](https://doi.org/10.1177/09731342221120709)
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671. DOI: [10.2466/pr0.1982.51.2.663](https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663)
- Tan, S., Yang, R., Abdikerima, G., Xu, Y., Zhu, L., Xu, B., ... & Shi, J. (2024). Unraveling the role of social support in eating behavior among children and adolescents in Shanghai, China: exploring the mediating role of self-efficacy and the moderating influence of BMI and weight concern. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1411097. DOI: [10.3389/fnut.2024.1411097](https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1411097)
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*, 5(2), 295-315. DOI: [10.1002/1098-108X\(198602\)5:23.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:23.0.CO;2-T)
- Wang, S., Lu, Q., Zhang, D., Wang, L., Jin, H., Zhou, Y., & Ma, R. (2024). Mediation effect of self-efficacy on the relationship between perceived social support and resilience in caregivers of patients with first-stroke in China: a cross-sectional survey. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 31(6), 595-603. DOI: [10.1080/10749357.2024.2318087](https://doi.org/10.1080/10749357.2024.2318087)
- Zhang, Y., Cao, X., Lei, G., & Wu, H. (2024). Relationship between perceived social support and postgraduate students' general self-efficacy: a mediated model with moderation. *Current Psychology*, 43(16), 14567-14580. DOI: [10.1007/s12144-023-05444-w](https://doi.org/10.1007/s12144-023-05444-w)
- Zheng, Y., Panayiotou, M., Currie, D., Yang, K., Bagnall, C., Qualter, P., & Inchley, J. (2024). The role of school connectedness and friend contact in adolescent loneliness, and implications for physical health. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(3), 851-860. DOI: [10.1007/s10578-022-01449-x](https://doi.org/10.1007/s10578-022-01449-x)
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2