

مقایسه خودکارآمدی در کنترل وزن در بین سالمندان مبتلا بیماری قلبی و سالم شهر کرمانشاه

عبدالرحمن بابائی^۱، مجتبی احمدی فارسائی^۲، حسنا وفاپور^۳، پیمان حاتمیان^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

^۴ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

پیمان حاتمیان

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به اهمیت سلامت قلب در سالمندان پژوهش حاضر با هدف مقایسه مقایسه خودکارآمدی در کنترل وزن در سالمندان مبتلا بیماری قلبی و سالم انجام گرفت. مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی - مقایسه‌ای بود. که در سال ۱۳۹۶ در بین سالمندان شهر کرمانشاه انجام گرفت. روش نمونه‌گیری پژوهش، تصادفی بود که ۳۰ نفر به عنوان سالمند مبتلا به بیماری قلبی و ۳۰ نفر نیز به عنوان سالمند سالم در نظر گرفته شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی موثر بر کنترل وزن کلارک و همکاران (۱۹۹۱) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از طریق آزمون t مستقل و نرم افزار SPSS_21 استفاده شد. یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که بین افراد مبتلا به بیماری قلبی و سالم در میزان خودکارآمدی در کنترل وزن تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که خودکارآمدی در کنترل وزن در مبتلا یا عدم مبتلا به بیماری قلبی در سالمندان نقش دارد، بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که از دلایل احتمالی مبتلا شدن به بیماری قلبی، ناتوانی در کنترل مناسب وزن است.

واژگان کلیدی: سالمند، بیماری قلبی، خودکارآمدی در کنترل وزن.

مقدمه

بیماری های قلبی - عروقی مهم ترین علت مرگ و ناتوانی در سراسر جهان هستند (۱). هر روز افزایش چشمگیری در رشد این بیماری ها دیده می شود، با گونه ای که پیش بینی می شود تعداد تلفات ناشی از آن تا سال ۲۰۲۰ دو برابر زمان حال شود (۲). پنجاه میلیون نفر در جهان سالیانه از بین می روند که از این تعداد نزدیک به ۱۲ میلیون نفر بر اثر بیماری های قلبی و عروقی می میرند (۳). بر اساس پژوهش هایی انجام شده می توان گفت که علت افزایش روز افزون این بیماری ها بروز تغییرات در رژیم غذایی، عدم فعالیت فیزیکی و کم تحرکی، استعمال دخانیات، چاقی و استرس است (۴، ۵). این بیماری برای هر یک میلیون جمعیت هزینه ای در حدود ۱۰ میلیون پوند در انگلستان یا بالای ۵۰ میلیون مارک آلمان را در بر خواهد داشت (۶). در ایران نیز طبق آمارهای موجود هر ساله بیماری های قلبی سبب فوت حدود ۱۵۰ هزار نفر می شود (۷). مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد و میزان شیوع بیماری ایسمیک قلب در کشور به میزان بالا، گزارش شده است (۸). میزان شیوع بیماری های قلبی عروقی در جامعه سالمند بیشتر از هر گروه دیگری است که روز به روز بر این میزان افزوده می شود (۹). عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی را می توان به دو دسته قابل کنترل و غیر قابل کنترل تقسیم کرد. وراثت، جنسیت و سن از عوامل غیر قابل کنترل هستند (۱۰). بالا بودن کلسترول خون، اضافه وزن و چاقی، رژیم غذایی نامناسب، پرفشاری خون، مصرف سیگار، باورهای غلط غذایی و کم بودن فعالیت بدنی از عوامل قابل کنترلی هستند که فرد را در معرض بیماری های قلبی و عروقی قرار می دهند (۱۱). (۱۲)

یکی از مفاهیمی که در برنامه کنترل وزن و مقابله با پرخوری توجه زیادی را به خود جلب کرده، مفهوم خود کارآمدی است (۱۳). این مفهوم برگرفته از نظریه "آلبرت بندورا" می باشد. بنا بر نظر بندورا خود کارآمدی، توان سازنده ای است که بدان وسیله، مهارت های شناختی اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه ای اثربخش سازماندهی می شود. بندورا، خود کارآمدی را عاملی مهم برای انجام موفقیت آمیز عملکرد می داند (۱۴). خود کارآمدی شاخص پیش بینی کننده کاهش وزن و پیش بینی کننده موفقیت برنامه های خوردن ناسالم است (۱۵). نتایج یک مطالعه نشان داد که خود کارآمدی رفتار خوردن، شاخص پیش بینی کننده کاهش وزن است و در جریان برنامه هایی که به منظور کاهش وزن طراحی و اجرا می شوند، افزایش می یابد و مانع از افزایش وزن مجدد از طریق ایجاد انگیزه و پایبندی به رفتار می شود، یافته های تحقیقات مورد اشاره حاکی از آن است که خود کارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه آموزش و مشاوره های تغذیه ای کاهش وزن و کاهش خوردن افراطی قویا مورد توجه و دقت قرار گیرد (۱۶).

رژیم غذایی، یکی از عوامل مرتبط با سبک زندگی است که ارتباط آن با عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی در بسیاری از مطالعات به اثبات رسیده است (۱۷، ۱۸). دریافت زیاد چربی حیوانی، اسیدهای چرب اشباع و روغن های گیاهی هیدروژنه ی حاوی اسید های چرب ترانس، همراه با دریافت کم مواد غذایی با پایه ی گیاهی و دریافت بیش از حد کربوهیدرات های ساده به افزایش بروز بیماری های قلبی عروقی منجر شده است (۱۹). علاوه بر اهمیت چگونگی دریافت غذایی، چگونگی عادات مربوط به خوردن، پخت و پز و میزان نمک مصرفی از عوامل مؤثر در بروز بیماری قلبی عروقی محسوب می شوند (۲۰). در بحث رفتار، آگاهی از عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی برای هر فرد بسیار ضروری است تا فرد را در رابطه با تصمیم گیری های آگاهانه در مورد ادامه رفتار های خاصی که باعث افزایش خطر این بیماری می شود، یاری کند (۲۱). اما آنچه اهمیت بیشتری دارد، درک فرد از خطر بیماری است که بر عملکردهای مربوط به سلامت وی تأثیر می گذارد. نتایج پژوهش های مختلف نشان داده است که افراد ی که از اضافه وزن بیشتری برخوردار هستند، چون که کنترل کمتری برای ثابت نگهداشتن وزنشان دارند، میزان بیماری های تهدید کننده جسمی در آنان به تناسب بیشتر از سایر افراد است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

بنابراین از آنجایی که بیماری های قلبی و عروقی با رفتارهای پرخطر مرتبط هستند، این رفتارها اهمیت بسیار مهمی برای برنامه ریزی ها در زمینه بهداشت عمومی دارند، از طرف دیگر جهت پیشگیری از بروز این گونه بیماری ها، درک عوامل خودکنترلی بسیار مهم است. از همین رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه خودکارآمدی در کنترل وزن در سالمندان دچار بیماری قلبی و سالم شهر کرمانشاه انجام شد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقایسه ای بود که در آن خود کارآمدی در کنترل وزن در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی سالم مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی سالمندان بالای ۶۵ سال شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۸۰ نفر در نظر گرفته شد که نهایتاً از این میان تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه برگزیده شد. تعداد ۳۰ نفر از آنها افراد سالمند مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بود و مابقی یعنی ۳۰ نفر دیگر افراد سالمند سالم بودند. از میان این ۶۰ نفر تعداد ۴۰ نفر مرد و تعداد ۲۰ نفر دیگر زن بودند. ملاک های ورود برای گروه سالمند دچار بیماری قلبی شامل؛ ۱- حداقل یک سال از تشخیص آنها به عنوان بیماران مبتلا به بیماری قلبی توسط پزشک متخصص گذشته باشد ۲- همزمان دچار بیماری های شدید دیگری مثل دیابت بدمزه نباشند ۳- حتماً با رضایت کامل در

پژوهش شرکت کنند. این ملاک ها برای گروه سالم نیز در نظر گرفته شد و صرفا نباید دچار هر نوع مشکل قلبی- عروقی می بودند. ملاک های خروج عدم رعایت نکات مربوط به ملاک ورود در هر گروه مبتلا به بیماری قلبی- عروقی و سالم بود. پس از انتخاب نمونه و همتا سازی گروه ها، برای آزمودنی ها توضیح داده شد که داده های جمع آوری شده صرفا جهت یک کار پژوهشی است و اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. پس از اعلام رضایت آزمودنی ها، پرسشنامه های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت که پس از جمع آوری داده ها، نتایج با استفاده از آزمون آماری مستقل و توسط نرم افزار آماری SPSS_21 مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی موثر بر کنترل وزن: (Weight Efficacy Life-Style Questionnaire): این پرسشنامه ابتدا توسط کلارک و همکاران (۱۹۹۱) برای اندازه گیری توانایی خود مهار گیری بین افراد چاق در جستجو درمان ساخته شد، ابزار خود گزارش دهی ۲۰ سوال دارد که اطمینان فرد در مورد خودداری از خوردن را در شرایط گوناگون می سنجد. این ابزار هم نمره کلی و هم خرده مقیاس ها را به صورت جداگانه محاسبه می کند. سوال ها در یک مقیاس ده نقطه ای لیکرت از صفر (نامطمئن) تا ۹ (بسیار مطمئن) پاسخ داده می شود و شامل خرده مقیاس های: هیجان منفی (Negative Emotions)؛ (شامل موارد ۱ و ۶ و ۱۱ و ۱۶)، در دسترس بودن (Availability) (۲ و ۷ و ۱۲ و ۱۷)، فشار اجتماعی (Social Pressure)؛ (۳ و ۸ و ۱۳ و ۱۸)، ناراحتی جسمانی (Physical Discomfort)؛ (۴ و ۹ و ۱۴ و ۱۹) و فعالیت های مثبت (Positive Activities) (۵ و ۱۰ و ۱۵ و ۲۰) می باشد. به منظور کسب نمره کلی این پرسشنامه، نمره همه سوال ها جمع می شود و تقسیم بر ۲۰ می شود، جهت بدست آوردن نمره برای هر خرده مقیاس، جمع سوالهای همان زیر مقیاس تقسیم بر ۴ می شود. نمره هر خرده مقیاس می تواند بین ۱۰ تا ۴۰ باشد و نمره بالاتر اطمینان کمتر نشان می دهد. ضریب اعتبار این ابزار به شیوه باز آزمایشی برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمده است. در بررسی پایایی نیز، ضریب کلی پرسشنامه و خرده مقیاس پنج گانه آن در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۶).

یافته ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۰ نفر سالمند بالای ۶۵ سال بود. که از این تعداد ۴۰ نفر مرد (۰/۶۰) و ۲۰ نفر زن (۰/۴۰) بودند. که در گروه مبتلا به بیماری قلبی- عروقی ۱۸ نفر مرد و ۱۲ نفر زن بود و در گروه سالم ۲۲ نفر مرد و ۸ نفر زن بودند. میانگین سنی نمونه مورد بررسی ۶۷/۰۷ بود که میانگین سنی در گروه مبتلا به بیماری قلبی ۶۸/۶۵ بود و در گروه غیر سیگاری میانگین سنی ۶۵/۳۱ بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه

گروه سالم		گروه مبتلا به بیماری قلبی		متغیر	خودکارآمدی در کنترل وزن
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
۳/۳۰	۱۴/۱۱	۲/۳۳	۲۲/۴۷	هیجان منفی	
۳/۱۸	۱۴/۲۲	۲/۱۲	۱۷/۲۳	در دسترس بودن	
۳/۲۳	۱۶/۲۱	۳/۰۲	۱۸/۹۰	فشار اجتماعی	
۲/۹۷	۱۵/۱۰	۲/۱۴	۱۷/۹۷	ناراحتی جسمانی	
۳/۷۳	۱۴/۳۳	۳/۲۷	۱۳/۶۵	فعالیت های مثبت	

برای مقایسه خودکارآمدی در کنترل وزن در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد، که نتایج در جدول ۲ آمده است.

متغیر	F	T	df	p
خودکارآمدی در کنترل وزن	۱۵/۸۷	۱۶/۲۱	۵۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان داد که در مقایسه نمره کلی خودکارآمدی در کنترل وزن در بین دو گروه سالمندان دچار بیماری قلبی و سالم تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت در سطح ($P < 0/001$) معنادار است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه خودکارآمدی در کنترل وزن در بین سالمندان دچار بیماری قلبی و سالم انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین خودکارآمدی در کنترل وزن در سالمندان دچار بیماری قلبی و سالم تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که میزان خودکنترلی یا به عبارت دیگری خودکارآمدی در کنترل مناسب وزن در گروه سالمندان دچار بیماری قلبی بسیار پایین تر از سالمندان سالم بود، این یعنی اینکه گروه سالمندان مبتلا به بیماری قلبی برنامه های مناسب و مفید رژیم غذایی خود را به گونه ای مفید کنترل نمی کنند و در استفاده از مواد غذایی و مصرفی بر این موضوع توجه آنچنان برنامه ریزی شده ای ندارند، در حالی که گروه سالمندان سالم در برنامه و رژیم غذایی خود بر اهمیت رعایت مواد غذایی متناسب با سن خود توجه نشان می دهند. این نتیجه به گونه ای می تواند قابل مقایسه با نتایج پژوهش های پیشین (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) باشد. نتایج پژوهش ها حاکی از این است که بین خودکارآمدی در کنترل وزن با رفتارها و نگرش های خوردن ناسالم مثل پرخوری و خوردن غذاهای چرب که با بیماری های قلبی در ارتباط اند، رابطه منفی وجود دارد (۲۷). پژوهشهای زیادی در رابطه با نقش و تاثیر خودکارآمدی بر برنامه رژیم غذایی و کنترل خوردن انجام گرفته است و شواهد نشانگر آن است که افراد مبتلا به پرخوری عصبی از خودکارآمدی پایینی برخوردارند (۲۸). در پژوهشی که توسط "جونز، فارلاتو، جکسون و کیمن" در مورد نقش خودکارآمدی در پرخوری هایمضر، مشخص شد که دو مؤلفه یعنی دسترسی به مواد غذایی و هیجانات منفی پیش بینی کننده ی قوی برای اختلالات خوردن بودند (۲۹). نتایج یافته های "شین، شین، لو، داتون، آبود و ایلچ" نشان داد که خودکارآمدی شاخص پیش بینی کننده ی کاهش پرخوری و کاهش وزن و پیش بینی کننده ی موفقیت برنامه کنترل وزن است و طی درمان افزایش می یابد. افرادی که نوسان های زیادی را در الگوی خوردن ناسالم تجربه می کنند، معمولاً خودکارآمدی پایین تری دارند (۳۰).

پژوهش حاضر دارای محدودیت های نیز بوده است، ممکن است استفاده از ابزارهای خودسنجی وعدم امکان ارزیابی کیفی، سوگیری هایی را در پاسخ ایجاد کند که به آن نیز باید توجه کرد. نمونه پژوهشی حاضر را سالمندان تشکیل دادند که به لحاظ فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی گروه خاصی هستند، بنابراین در تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر باید احتیاط صورت گیرد. با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه در ایران، لذا پیشنهاد می شود در آینده مطالعات بیشتری در این زمینه در گروه های مختلف خصوصاً سالمندان دچار بیماری کلیوی و دیابتی انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود که مسئولین وزارت بهداشت به نقش عوامل مرتبط با وزن و خوردن در ارتباط با سالمندانی که دچار بیماری هایی شدید جسمی هستند توجه نشان دهند.

نتیجه گیری

پس با توجه به نتایج این پژوهش می توان گفت که از دلایل احتمالی متلا شدن به بیماری قلبی، عدم خودکارآمدی کافی در کنترل وزن است. و می توان گفت که خودکارآمدی در کنترل وزن به عنوان یک راهبرد مقابله ای، برای کاهش بیماری های قلبی به کار گرفته می شود. بنابراین با توجه به نتایج می توان گفت که خودکارآمدی کافی در کنترل وزن در بین سالمندان مبتلا به بیماری قلبی با سالمندان سالم متفاوت است.

تشکر و قدر دانی

از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش راهنمایی و یاری رساندن صمیمانه تشکر می کنیم.

منابع و مراجع

- [1] Thayer JF, Yamamoto SS, Brosschot JF. The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *International journal of cardiology*. 2010;141(2):122-31.
- [2] Grau M, Bongard V, Fito M, Ruidavets J-B, Sala J, Taraszkievicz D, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in men with stable coronary heart disease in France and Spain. *Archives of cardiovascular diseases*. 2010;103(2):80-9.
- [3] Besharat M A. The relationship between stress coping styles and psychological compilation levels with the process of improving cardiovascular patients. *Journal of Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*, Volume 66, Issue 8, 2008.
- [4] Oliver-McNeil S, Artinian NT. Women's perceptions of personal cardiovascular risk and their risk-reducing behaviors. *American Journal of Critical Care*. 2002;11(3):221-7.
- [5] Varo JJ, Martínez-González MA, de Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International journal of epidemiology*. 2013;32(1):138-46.
- [6] Tscheliessnigg K, Petutschnigg B, Gras D, Prenner G, Müller H. Insync experience in transplant list patients. *The Internet Journal of thoracic and cardio vascular surgery* 2000; 3 (1):78
- [7] Najmzadeh Z. [Relationship between selfcare behaviors with physical problems of patient after cardiac valve replacement (Persian)]. Thesis for master of sciences in nursing. Tehran, Nursing faculty of ShahidBeheshtiuniversity of medical sciences; 2000.
- [8] Saeedi M. [The efficacy reconstruction and relaxation techniques on anxiety and depression heart rehabilitation patients]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, College of clinical psychology, 2004.
- [9] Gohlke H. Lifestyle Modification--Is It Worth It? *Herz*. 2004;29(1)-36-49.
- [10] Raymond JL, Couch SC. Medical nutrition therapy for cardiovascular disease. In: Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond J. editors. *Krause's food and the nutrition care process*. 13th. ed: Elsevier 2012.p.743-7.
- [11] Crouch R. Perception, knowledge & awareness of coronary heart disease among rural Australian women 25 to 65 years of age: a descriptive study[dissertation]. Adelaide: University of Adelaide; 2008, 76-84.
- [12] Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation* 2006; 113:2363-72.
- [13] Dutton GR, Martin PD, Rhode PC, Brantley PJ. Use of the weight efficacy lifestyles Liquefaction whit African American women. *Eat Behav* 2004, 5:375-86
- [14] Zajacova A, Lynch SM. Self-efficacy, stress and academic success in college. *Journal of Research in Higher Education*, 2005, 46(6): 677-706
- [15] Wamesteker EW, et al. obesity related beliefs predict weight loss after an 8 week low-calorie diet. *Journal American Diet Association* 2005, 105: 441-4
- [16] Pálsdóttir Á. Information behavior, health self-efficacy beliefs and health behavior in Icelanders' everyday life. *Information Researc*, 2008, 13(1):1-19
- [17] Esmailzadeh A, Azadbakht L. Food intake patterns may explain the high prevalence of cardiovascular risk factors among Iranian women. *J Nutrition* 2008;138:1469-75.
- [18] Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Curr Atheroscler Rep* 2003;5:492-9.
- [19] Amani R, Noorizadeh M, Rahmanian S, Afzali N, Haghhighizadeh MH. Nutritional related cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in Iran: a case-control study. *Nutrition J*; 2010; 9: 70-76 .
- [20] Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease:

- 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation* 2006;113:2363-72.
- [21] Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Curr Atheroscler Rep* 2003;5:492-9.
- [22] Hoerr SL, Bokram R, Lugo B, Bivins T, Keast DR. Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *J Am Coll Nutr*, 2002, 21(4):307-14
- [23] Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). *Percept Mot Skills*, 2010,110:379-95
- [24] Hobart J A. Smucker DR. The female athlete triad. *American Family Physician*,2000: 61, 3357-3367.
- [25] Sunday SR, Einhorn A, Halmi KA. Relationship of perceived macronutrient and caloric content of affective cognitions about food in eating-disordered, restrained, and unrestrained participants. *Am J Clin Nutr*, 1992, 55:362-71
- [26] Navidian A, Abide MR, Baghban I, Fatehyzadeh M, Pursharifi H. Reliability of the weight efficacy lifestyle questionnaire in over weight and obese individuals. *J Behav Sic*, 2009, 3(3): 217-22
- [27] Morin P, Demers K, Turcotte S, & Mongeau L. Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. *Appetite*. 2013, 1(12): 43-50
- [28] Jessica AE. Empowerment, feminism and self-efficacy: relation with disordered body image and eating. [Dissertation]. Appalachian State University, 2010, 113-118.
- [29] Jones N, Furlanetto DL C, Jackson JA, & Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2007, 20(5): 486-494
- [30] Shin H, Shin J, Liu PY, Dutton GR, Abode DA, & Ilich JZ. Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research*, 2011, 31(11): 822-828