

بررسی ارتباط (آمدی با ورزش و عوامل خطر ساز سلامتی در افراد ورزشکار و غیرورزشکار)

حسین عجم زبید^۱، پوری هوشمند^۲، حبیب ا... اسماعیلی^۳

۱ - مربی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲ - مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۳ - استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

افلاک / سال دوم / شماره ۵۴ / پاییز و زمستان ۸۵

چکیده

مقدمه و هدف: براساس نظریه بندورا بین رفتار، ویژگیهای فردی و محیط، یک رابطه دوسویه و جبری برقرار است. ورزش و فعالیت جسمانی بعنوان یک رفتار، یکی از مهمترین عوامل مؤثر در حفظ و ارتقاء سطح سلامتی با تأثیر بر تعدیل عوامل خطر ساز سلامتی شناخته شده است و خودکارآمدی به عنوان یک ویژگی فردی عامل مهمی در بروز رفتار ورزشی است. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با ورزش و عوامل خطر ساز سلامتی در افراد ورزشکار و غیر ورزشکار انجام گرفته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقایسه ای همبستگی تحلیلی، سه متغیره، دو گروهه، جامعه پژوهش شامل افراد ورزشکار و غیرورزشکار شهر مشهد بودند. حجم نمونه براساس مطالعه راهنما ۱۲۰ نفر تعیین گردید که به روش نمونه گیری طبقه ای انتخاب شدند. سپس اطلاعات بوسیله فرم مشخصات فردی، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی، پرسشنامه خودکارآمدی در ورزش و پرسشنامه عوامل خطر ساز سلامتی که توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید، جمع آوری شد. همچنین اندازه گیری فشار خون، قد، وزن و چربیهای خون توسط پژوهشگران انجام شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که با کنترل تمام متغیرهایی که در این پژوهش روی ورزشکار شدن واحدهای پژوهش تأثیر دارند، متغیر خودکارآمدی در ورزش دارای اثر معنی دار ($P = 0/01$) در ورزشکار شدن واحدهای مورد پژوهش بود ولی خودکارآمدی عمومی ($P = 0/08$) اثر معنی داری روی ورزشکار شدن واحدهای پژوهش نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش که تأثیر خودکارآمدی در ورزش بر انجام ورزش را نشان می دهد، دست اندرکاران و برنامه ریزان امور ورزش و متولیان امر سلامت و پیشگیری از بیماریها می توانند با افزایش سطح خودکارآمدی افراد با روشهای علمی و با استفاده از نظر کارشناسان مربوطه در جهت گسترش و همگانی کردن ورزش و فعالیت جسمانی گام مؤثری برداشته و بدینوسیله موجبات سلامتی جامعه، پیشگیری از بیماریها و کاهش هزینه های خانواده، جامعه و نهادهای اجتماعی و دولتی را فراهم آورند.

کلیدواژه ها: خودکارآمدی، ورزش، عوامل خطر ساز سلامتی

مقدمه

انسان برای پیمودن سیر رشد و تعالی و رسیدن به تعالی نفس نیازمند برخورداری از سلامت جسمی و روحی است. سلامتی انسان تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که این عوامل می توانند باعث حفظ و ارتقاء سطح سلامتی شده و یا آن را به خطر اندازند. از مهمترین عواملی که سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد، فعالیت های جسمانی و ورزش است به طوری که در سال های اخیر ورزش به طور فزاینده ای به عنوان عامل مؤثری در سلامت جسمی و روحی از طریق کاهش یا تعدیل عوامل خطر ساز سلامتی و ترک عادات غیر بهداشتی مد نظر متخصصان علم سلامت و بهداشت قرار گرفته است. اما، با توجه به ماشینی شدن زندگی در جهان صنعتی امروزی حرکت و فعالیت طبیعی و مورد نیاز جهت حفظ سلامتی بطور وسیعی از انسان سلب شده است. بر همین اساس، مؤسسات مختلف بهداشت و سلامتی به افراد جامعه توصیه می نمایند که جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامتی به حد کافی به انجام فعالیت جسمانی و ورزش بپردازند. از طرف دیگر روانشناسان و متخصصین علم رفتار شناسی مهمترین عامل در بروز هر رفتار از جمله انجام ورزش را کارایی شخصی یا خودکارآمدی^۱ فرد می دانند. مفهوم خودکارآمدی برای اولین بار توسط بندورا^۲ (۱۹۷۷) تحت عنوان نظریه یادگیری اجتماعی مطرح شده و اکنون از محبوبیت خاصی نزد روانشناسان برخوردار است. وی در تعریف خودکارآمدی می نویسد: " کارایی عقیده و اطمینانی فردی است که فرد به واسطه آن رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت آمیزی اجرا می کند. خود کارآمدی همیشه شخصی است و عبارت است از اینکه چگونه یک شخص توانایی اش را در برخورد با یک موقعیت در می یابد" (۱). در نظریه بندورا منظور از خودکارآمدی، احساس کفایت، شایستگی و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است (۲).

بین فعالیت جسمانی و ورزش به عنوان یک رفتار و خودکارآمدی بعنوان یک متغیر که متضمن و پیشگویی کننده انجام ورزش است، براساس تئوری یادگیری اجتماعی باندورا (۱۹۷۷) یک ارتباط جبری دو سویه برقرار است بطوری که این دو مورد از یکدیگر تأثیر پذیرند (۳، ۴). بر همین اساس جِنگ و برون^۳ (۱۹۹۷) مطالعه ای با عنوان تأثیر خودکارآمدی بر میزان شدت ورزش انجام دادند. در این مطالعه، قبل از شروع ورزش و پس از پایان برنامه ورزشی خودکارآمدی اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که خودکارآمدی بعد از شروع ورزش نسبت به خودکارآمدی قبل از شروع ورزش افزایش قابل توجهی کرده است اما بین خودکارآمدی و شدت ورزش هیچ ارتباطی وجود ندارد (۵). همچنین، آلیسون^۴ و همکارانش (۱۹۹۹) مطالعه ای با عنوان بررسی ارتباط خودکارآمدی با مشارکت در فعالیت جسمانی در دانش آموزان دوره راهنمایی مدارس کانادا انجام دادند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که با وجود موانع خارجی موجود بر سر راه انجام فعالیت جسمانی، خودکارآمدی یک پیشگویی کننده قوی مشارکت در انجام فعالیت جسمانی است و بین این دو ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد (۶).

حال با عنایت به نقش خودکارآمدی در بروز هر رفتار از جمله رفتار ورزشی؛ و نقش ورزش و فعالیت های جسمانی در توسعه و حفظ سلامتی، و عوامل خطر ساز سلامتی به عنوان یک مشکل این سؤال مطرح است که چه ارتباطی بین خودکارآمدی با ورزش و عوامل خطر ساز سلامتی وجود دارد؟ انگیزه پژوهشگر برای پاسخگویی به این سؤال و همچنین اینکه مطالعه ای از این نوع در ایران احتمالاً صورت نگرفته است، منجر به انجام پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط

۱. Self-efficacy ۲. Bandura
۳. Jeng & Braun 4. Alisson

خودکارآمدی با ورزش و عوامل خطر ساز سلامتی در افراد ورزشکار و غیرورزشکار گردید. بدان امید که با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش بتوان گام مؤثری در جهت بهبود وضعیت سلامتی فردی و اجتماعی افراد جامعه برداشت.

مواد و روشها

در این پژوهش که یک مطالعه همبستگی می باشد از یک طرح توصیفی - تحلیلی سه متغیره دو گروهه استفاده شده است. جهت اجرای این مطالعه ورزشکارانی که مبادرت به انجام ورزش صبحگاهی نموده و یکی از افراد غیر ورزشکار درجه یک خانواده آنها در سال ۱۳۸۲ مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل کلیه افراد ورزشکار و افراد غیر ورزشکار خانواده آنها (افراد درجه یک) بود که در زمان انجام پژوهش مبادرت به انجام ورزش صبحگاهی در محل های مرتبط با آن می نمودند که نمونه مورد مطالعه براساس معیارهای حذف و شمول از میان آنها گزینش گردیدند. حجم نمونه در این پژوهش بر اساس مطالعه راهنما و با استفاده از فرمول آماری میانگینها برای هر گروه ۵۰ نفر و مجموعاً ۱۰۰ نفر تعیین گردید که برای اطمینان و دقت بیشتر و احتمال ریزش نمونه به ۱۲۰ نفر افزایش داده شد. در این پژوهش به دلیل کثرت محل های انجام ورزش صبحگاهی جهت انجام نمونه گیری به صورت مرحله ای از روش طبقه ای استفاده شد. جهت جمع آوری داده ها در این مطالعه از برگه انتخاب نمونه، پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی (دموگرافیک)، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی در ورزش و پرسشنامه عوامل خطر ساز سلامتی و انجام آزمایشات پاراکلینیک استفاده شد. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل دو قسمت مشخصات فردی و حمایت اجتماعی بود. جهت تعیین روایی برگه انتخاب نمونه و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک از روش روایی محتوا استفاده گردید. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی مشتمل بر ۱۰ سوال

در مورد ویژگیهای شخصیتی است که یک پرسشنامه استاندارد و به ترتیب از ضریب پایایی ۰/۸۵ و روایی ۰/۹۵ و برخوردار است. پرسشنامه خودکارآمدی در ورزش مشتمل بر ۱۴ سوال پیرامون خودکارآمدی در ورزش است که پس از ترجمه طی یک آزمون مجدد ضریب پایایی ۰/۷۹ و روایی ۰/۹۲ تعیین گردید. پرسشنامه عوامل خطر ساز سلامتی شامل ۵ سوال همراه با انجام آزمایشات پاراکلینیک چربیهای خون، اندازه گیری قد و وزن و اندازه گیری فشار خون بود. مولفه های این متغیر شامل مصرف دخانیات، کم تحرکی، سابقه خانوادگی بیماری، چربی خون بالا، پر فشاری خون، چاقی یا وزن اضافی بود که بعنوان عوامل خطر ساز سلامتی در واحد های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که پس از تهیه توسط پژوهشگر طی یک آزمون مجدد پایایی ۰/۷۹ و روایی ۰/۹۲ تعیین گردید. متر نواری، دستگاه اندازه گیری فشارخون و ترازو از ابزارهای استاندارد شده می باشند که اعتماد آنها به ترتیب با خط کش چوبی، فشارسنج مشابه و وزنه ۵۰۰ گرمی استاندارد سنجیده می شد. جهت آگاهی از صحت عملکرد آزمایشگاه دو نمونه خون از یکی از واحدهای پژوهش بطور همزمان به آزمایشگاه ارسال شد که نتایج حاکی از صحت عملکرد آن بود. پژوهشگر پس از تمهیدات لازم با مراجعه محل های برگزاری ورزش صبحگاهی اقدام به جمع آوری اطلاعات نمود. از همه محل های برگزاری و هر دو جنس تعدادی زن و مرد به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، ابزار پژوهش در اختیار آنها جهت تکمیل قرار گرفته، طبق اصول علمی توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگران اندازه گیری وزن و قد و اخذ نمونه خون در شرایط یکسان انجام شد. پرسشنامه ها پس از تکمیل توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگران جمع آوری و نمونه های خون نیز به آزمایشگاه واحدی انتقال داده شد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

آزمون تی نشان داد که بین میانگین نمره خودکارآمدی در ورزش در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ($t = 6/9, P = 0/001$). به طوریکه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در ورزش در گروه ورزشکار $6/7 \pm 56/1$ در صورتی که در گروه غیرورزشکار $7/7 \pm 47$ بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی خودکارآمدی عمومی در دو گروه ورزشکار و غیر ورزشکار

گروه فراوانی خودکارآمدی عمومی	ورزشکار		غیر ورزشکار		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پایین	۸	۱۳/۶	۱۴	۲۱/۷	۲۲
متوسط	۳۵	۵۹/۳	۳۸	۶۳/۳	۷۳
بالا	۱۶	۲۷/۱	۹	۱۵/۰	۲۵
کل	۵۹	۱۰۰/۰	۶۱	۱۰۰/۰	۱۲۰

عوامل خطر ساز سلامتی که یک متغیر مرکب است در دو بخش متغیرهای کمی و کیفی در دو گروه مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. در بخش متغیرهای کمی نمرات متغیرهای فشار خون (دیاستول و سیستول)، کلسترول، HDL، LDL تری گلیسرید و کم تحرکی، چون از توزیع نرمال پیروی نمی کردند، توسط آزمون من ویتنی در دو گروه مقایسه گردیدند. آزمون من ویتنی نشان داد که اختلاف معنی داری بین توزیع نمره کم تحرکی در دو گروه وجود داشت و گروه ورزشکار از میانگین نمره بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/001$). اما، بین توزیع مقادیر فشار خون سیستول و دیاستول، HDL، تری گلیسرید و کلسترول اختلاف معنی داری وجود نداشت. همچنین، نتیجه آزمون تی نشان داد که متغیرهای سن و LDL در دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند اما، مقایسه شاخص توده بدنی در دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی داری را نشان داد ($P = 0/003$) (جدول ۲).

برای بیان مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت مقایسه میانگینهای متغیرهای کمی در دو گروه از آزمون آماری تی و من ویتنی استفاده شد. برای تعیین ارتباط میان متغیرهای کمی از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. برای تعیین تأثیر عوامل مختلف فردی بر خودکارآمدی در ورزش و خودکارآمدی عمومی از آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون تی استفاده شد. جهت مقایسه بررسی تأثیر خودکارآمدی در ورزش بر انجام ورزش با کنترل متغیرهای اثرگذار از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته ها

۲۹ نفر (۲۴/۱ درصد) از واحدهای پژوهش را افراد مونث و ۹۱ نفر (۷۵/۹ درصد) از آنها را افراد مذکر تشکیل می دادند. سطح خودکارآمدی واحدهای پژوهش در سه طبقه خودکارآمدی عمومی پایین، متوسط و بالا مورد بررسی قرار گرفت. اکثریت واحدهای پژوهش ۷۳ نفر (۶۱/۳ درصد) خودکارآمدی عمومی متوسط داشتند و کمترین فراوانی مربوط به خودکارآمدی عمومی پایین ۲۲ نفر (۱۷/۷ درصد) بود. نتیجه آزمون کای اسکوئر اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان نداد. همچنین، آزمون تی اختلاف معنی داری بین میانگین نمره خودکارآمدی عمومی در دو گروه نشان نداد (جدول ۱). سطح خودکارآمدی در ورزش واحدهای پژوهش در سه طبقه خودکارآمدی در ورزش پایین، متوسط و بالا مورد بررسی قرار گرفت. اکثریت واحدهای پژوهش هر دو گروه ۷۹ نفر (۶۵/۸ درصد) خودکارآمدی در ورزش متوسط داشتند. آزمون کای اسکوئر تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه از نظر نمره خودکارآمدی در ورزش نشان داد ($P < 0/001$). همچنین،

جدول شماره ۲: مقایسه متغیرهای کمی عوامل خطر ساز سلامتی در دو گروه ورزشکار و غیر ورزشکار

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	ورزشکار	غیرورزشکار	
	Mean ± SD	Mean ± SD	
t = ۱/۲ p = ۰/۲۲ Z = ۷/۵ p < ۰/۰۰۱	۷/۶ ± ۴۳/۰۵	۹/۲ ± ۴۴/۹	سن
Z = ۰/۰۸ P = ۰/۹۳ Z = ۰/۷۷ P = ۰/۴۴	۰/۷۹ ± ۰/۵۵	۲/۱۷ ± ۴/۲۸	کم تحرکی
Z = ۰/۰۶۸ P = ۰/۹۴	۱۲/۳ ± ۱۱۷/۸	۱۲/۶ ± ۱۱۸/۳	فشارخون سیستول
Z = ۱/۰۷ P = ۰/۲۸	۹/۱ ± ۷۷/۰۸	۹/۱ ± ۷۳/۹	فشارخون دیاستول
Z = ۰/۰۶ P = ۰/۹۴	۲۶/۰۸ ± ۳۳/۷	۲۸/۴ ± ۲۰/۴۲	کلسترول
Z = ۰/۰۶ P = ۰/۵۶	۱۶/۰ ± ۴۲/۵	۷/۱ ± ۴۲/۳	HDL
t = ۰/۰۹ p = ۰/۹۹ t = ۳/۰۵ P = ۰/۰۰۳	۱۵۳/۶ ± ۱۹۴/۸	۸۴/۹ ± ۱۶۹/۷	تری گلیسرید
	۳۷/۳ ± ۱۲۸/۲	۲۶/۰ ± ۱۲۸/۲	LDL
	۲/۸ ± ۲۶/۶	۳/۱ ± ۲۴/۹	شاخص توده بدنی

حمایت اجتماعی، کم تحرکی، شاخص توده بدنی، فشار خون سیستول و دیاستول و تری گلیسرید بودند. پس از انجام رگرسیون لوجستیک، مشاهده گردید که با کنترل متغیر جنس، شاخص توده بدنی و کم تحرکی؛ متغیر خودکارآمدی در ورزش با خطای کمتر از ۰/۰۵ و خودکارآمدی عمومی ضعیف نسبت به متوسط با خطای کمتر از ۰/۱ دارای اثر روی ورزشکار شدن واحدهای پژوهش می باشد (جدول ۴).

جدول شماره ۳ همبستگی بین خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی در ورزش عوامل خطر ساز سلامتی

خودکارآمدی عوامل خطر ساز	خودکارآمدی عمومی	خودکارآمدی در ورزش
سن	r = ۰/۰۴ p = ۰/۶۴	r = ۰/۰۶ p = ۰/۴۷
شاخص توده بدنی	r = ۰/۱۳ p = ۰/۰۰۱	r = ۰/۲۲ p = ۰/۰۱
کم تحرکی	r = ۰/۰۲ p = ۰/۰۰۱	r = ۰/۴۲ p < ۰/۰۰۱
فشارخون سیستول	r = ۰/۱۷ p = ۰/۵	r = ۰/۰۶ p = ۰/۴۶
فشارخون دیاستول	r = ۰/۱۷ p = ۰/۱۷	r = ۰/۰۹ p = ۰/۳۰
کلسترول	r = ۰/۰۴ p = ۰/۶۳	r = ۰/۰۴ p = ۰/۶۰
LDL	r = ۰/۰۸ p = ۰/۳۵	r = ۰/۰۰۵ p = ۰/۹۶
HDL	r = ۰/۰۳ p = ۰/۹۷	r = ۰/۰۱ p = ۰/۸۳
تری گلیسرید	r = ۰/۰۹ p = ۰/۰۹	r = ۰/۰۵ p = ۰/۵۷

جدول شماره ۴: نتایج آزمون رگرسیون لوجستیک متغیرهای جنس، شاخص توده بدنی، کم تحرکی، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی در ورزش

نتیجه آزمون	β	p-value	exp(β) خطر نسبی
جنس	-۹/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱
شاخص توده بدنی	-۰/۷۳	۰/۰۲۶	۰/۴۸
تحرک (ورزش)	۳/۲۶	۰/۰۰۱	۲۶/۱۴
خودکارآمدی عمومی (سطح یک)	-۴/۰۹	۰/۰۸	۰/۰۱۷
خودکارآمدی در ورزش	۰/۲۲	۰/۰۱	۱/۲۶

آزمون پیرسون نشان داد بین شاخص توده بدنی با خودکارآمدی عمومی رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد (P = ۰/۰۱۳). همچنین بین کم تحرکی با خودکارآمدی عمومی (P = ۰/۰۲) و کم تحرکی با خودکارآمدی در ورزش (P < ۰/۰۰۱) ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین فشار خون سیستول با خودکارآمدی عمومی (P = ۰/۰۵) ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد. اما، بین تری گلیسرید با خودکارآمدی عمومی در حد خطای کمتر از ۰/۱ ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد (P = ۰/۰۹) (جدول ۳).

از آنجا که تأثیر هر یک از متغیرها به طور جداگانه با متغیرهای اصلی آزمون شده بود و تعدادی از آنها معنی دار شده یا دارای اهمیت بودند، یک آزمون رگرسیون لوجستیک انجام گردید تا همگی آنها به طور توأم مورد بررسی قرار گیرند و تأثیر هر یک بر ورزشکار شدن یا نشدن مشخص گردد. متغیرهایی که در مدل رگرسیونی وارد شدند عبارت از جنس، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد،

بحث

تا دو برابر و در زنان نزدیک به ۲/۵ برابر افزایش می دهد (۱۴). خودکارآمدی در کنترل وزن بر انجام رفتارهایی که منجر به کاهش وزن شوند در مطالعات زیادی به طرق مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعات، شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد خودکارآمدی مهمترین نقش را در حفظ و کنترل وزن دارد (۱۶). رادرن و گلین^۱ (۱۹۸۶)، فوستر و جفری^۲ (۱۹۸۶) بیان می دارند که خودکارآمدی بالا باعث مقاومت در برابر پرخوری در طی درمان وزن اضافی می شود (۱۶). در مطالعه ای که استاتس^۳ (۲۰۰۲) تحت عنوان بررسی تعیین کننده های فعالیت جسمانی در بزرگسالان انجام داد، یکی از نتایج پژوهش این بود که شاخص توده بدنی یکی از پیشگویی کننده های مهم خودکارآمدی است و شاخص توده بدنی بالا همراه با سطوح پایین خودکارآمدی است (۱۱). در مطالعه ای که به وسیله پلوتونیکوف^۴ و همکارانش (۱۹۹۵) انجام شده است، دریافتند که ارتباط مثبت و معنی داری بین خودکارآمدی و پیروی از رژیم غذایی کم چربی و نتایج حاصل از رعایت رژیم غذایی کم چربی وجود دارد (۱۶).

فلتچرو باناسیک^۵ (۲۰۰۱) پیرامون خودکارآمدی در ورزش می نویسد: ((پرستل بهداشتی و درمانی از جمله پرستاران فرصت دارند که سلامت مددجویانشان را با توسعه ورزش و فعالیت جسمانی و کنترل پیروی از آن با توصیه به ورزشهای مناسب ارتقاء دهند. فعالیتهای جسمانی منظم، می تواند از ایجاد بسیاری از شرایط مزمن بیماری پیشگیری نماید. متأسفانه تلاش برای کمک به بیماران، جهت تطبیق با یک

نتایج اختلاف معنی داری را بین خودکارآمدی در ورزش در دو گروه ورزشکار و غیر ورزشکار نشان داد. این نتیجه با مطالعه کان^۶ (۱۹۹۷)، میلیگان^۷ (۱۹۹۷)، چنگ و برون (۱۹۹۷)، برون (۱۹۹۹) مطابقت دارد (۵، ۷، ۸، ۹). همچنین، یافته ها نشان داد که دو گروه از نظر کم تحرکی و شاخص توده بدنی با همدیگر اختلاف معنی داری دارند. این تفاوتها احتمالاً به دلیل تفاوت در رژیم غذایی دو گروه و انجام ورزش در گروه ورزشکار است. این نتیجه با مطالعه پینتو^۸ (۱۹۹۹) مطابقت دارد (۱۰). در پژوهش حاضر بین کم تحرکی با خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی در ورزش رابطه مستقیم و معنی داری وجود داشت و این احتمالاً به دلیل رابطه جبری دو سویه بین کم تحرکی و خودکارآمدی است که خودکارآمدی باعث افزایش انجام ورزش و بالعکس ورزش باعث افزایش خودکارآمدی است. بین شاخص توده بدنی و خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی در ورزش ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد. همچنین، بین خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی در ورزش با فشار خون سیستول ارتباط مستقیم و معنی داری وجود داشت. این نتایج با یافته های کیونگ یو^۹ (۲۰۰۲)، هینتون^{۱۰} (۲۰۰۱) و استاتس (۲۰۰۲) همخوانی دارد (۱۱، ۱۲، ۱۳). خودکارآمدی بر سلامت جسمانی و حفظ رفتارهای سالم بهداشتی تأثیر دارد (۲). رفتارهای بهداشتی بویژه ورزش و فعالیت جسمانی باعث تعدیل یا کاهش عوامل خطر ساز سلامتی می شود بندورا در همین زمینه می نویسد: ((عاداتهای سبک زندگی می توانند سلامتی را بهتر یا به آن آسیب برسانند این عادت ها افراد را قادر می سازد تا بر کیفیت و نشاط سلامتی خود مقداری کنترل رفتاری اعمال کنند عقاید کارایی بر هر مرحله تغییر شخصیتی تأثیری گذارد)) (۲). وزن بالا یک عامل خطر مهم در ایجاد پر فشاری خون و بیماری عروق کرونر است (۱۴)، چاقی، احتمال بروز بیماری قلبی - عروقی را در مردان

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. Cann | 2. Milligan |
| 3. Pinto | 4. Kyeony- yoe |
| 5. Hinton | 6. Raderman & Glynn |
| 7. Foster & Jeffrey | 8. Stutts |
| 9. Plotonikoff | 10. Fletcher & Banasik |

برنامه ورزشی اغلب ناموفق است و تحقیقات ویژه ای نشان داده اند که خودکارآمدی در ورزش یکی از مهمترین و قابل تغییرپذیرترین پیشگویی کننده های پذیرش ورزش و حفظ رفتارهای ورزشی است)) (۱۷).

یافته های پژوهش نشان داد که با در نظر گرفتن تمام عواملی که در این پژوهش ارتباط معنی داری در پرداختن افراد به ورزش دارند، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی در ورزش اثر قویتری بر ورزشکارشدن و مبادرت کردن افراد به انجام ورزش دارد و این نتیجه با نظریه باندورا که خودکارآمدی را عامل مهمی در بروز هر رفتار از جمله رفتار ورزشی می داند، مطابقت دارد. اثر خودکارآمدی بعنوان یک عامل پیشگویی کننده مهم انجام ورزش و فعالیت جسمانی در مطالعات زیادی مشخص شده است و نتیجه این پژوهش با یافته های مارکاس (۱۹۹۲)، استاتس (۲۰۰۲)، هینتون (۲۰۰۱)، چنی (۱۹۹۹)، کلارک (۱۹۹۹)، آلیسون (۱۹۹۹) و بسیاری از مطالعات دیگر مطابقت دارد (۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۰).

نتیجه گیری

با توجه به یافته های این پژوهش که تأثیر خودکارآمدی در ورزش بر انجام ورزش را نشان می دهد، دست اندرکاران و برنامه ریزان امور ورزش و متولیان امر سلامت و پیشگیری از بیماریها، می توانند با افزایش سطح خودکارآمدی افراد با روشهای علمی و با استفاده از نظر کارشناسان مربوطه در جهت گسترش و همگانی کردن ورزش و فعالیت جسمانی گام مؤثری برداشته و بدینوسیله موجبات سلامتی جامعه، پیشگیری از بیماریها و کاهش هزینه های خانواده، جامعه، نهادهای اجتماعی و دولتی را فراهم آورند.

منابع

۱. لیبرت ر، اسپیگر م. شخصیت از دیدگاه رفتاری، ترجمه حسن صبوری مقدم. مشهد: به نشر، ۱۳۷۵، ص ۱۸۳-۱۷۰
۲. شولتز ا، شولتز سیدنی آ. نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: هما، ۱۳۷۸، ص ۲۱۷-۲۰۲
۳. Pajares F. Overview of Social Cognitive Theory and Self-Efficacy from: <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.htm> ۲۰۰۲.
۴. هجل ل ا، زیگلر د ج. نظریه های شخصیت، مفروضه های اساسی، پژوهش و کاربرد. ترجمه علی عسگری. ساوه: دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۷۹، ص ۲۰۶-۱۵۹
5. Jeng C, Braun LT. The influence of self-efficacy on exercise intensity, compliance rate and cardiac rehabilitation outcomes among coronary artery disease patients. *Prog-Cardiovasc-Nurse* 1997, 12(1):13-24.
6. Allison Kenneth R, Dwyer J, Markin S. Self-Efficacy and participation in vigorous physical activity by highschool students. *Health Education and Behavior*. 1999, 26(1): 12-24.
7. Cann VS. Older Women: Social cognitive theory correlates of health behavior. *Woman-Health*. 1997; 26(3): 71-85.
8. Milligan RA, Burke V, Beilin LJ, Richards J, Dunbar D, Spencer M, Balde E, Gracey MP. Health-related behaviours and psycho-social characteristics of 18 year-old Australians, *Soc-Sci-Med*, Nov 1997; 45(10): 1549-62.
9. Brown J. Barriers to physical activity in people at risk of coronary heart disease. *British Journal of Nursing*. Apr 1999; 8(8): 517-523.
10. Pinto BM, Clark MM, Cruess DG, Szymanski L, Pera V. Changes in self-efficacy and decisional balance for exercise among obese women in a weight management program. *Obes Res*. 1999;7: 288-292
11. Stats W C. Physical activity determinants in adults: perceived benefits; barriers and self-efficacy, *AAOHN journal*, Nov 2002; 50(11): 499-511.
12. Kyeong-Yae S, Sue S, Hye-A Y. Health-Promoting behaviors of elderly Korean Immigrants in the United States. *Public Health Nursing*. 2002; 19(4): 294-300.
13. Hinton PS, Oison CM, Peregrin T. Post partum exercise. and food intake: the importance of behavior-specific self-efficacy, *Journal of the American Dietetic Association*. Dec 2001; 101(12):1430-1437.
۱۴. عزیزی ف. اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، چاپ دوم، تهران: اشتیاق، ۱۳۸۰، ص ۳۰-۱۰
15. Hinton Pamela S, Oison Christine M; peregrin Tony; post partum Exercise and food intake: the importance of behavior-specific self-Efficacy, *Journal of the American Dietetic Association*; Chicago, Dec 2001; Vol 101, N 12; PP 1430-1437.
16. Self-Efficacy and Heart diseases; Advisory Board of the International Heart Health Conference; May 28; 1992. <http://www.workhealth.org/risk/rfbself.html>.
17. Banasik J, Fletcher J, Postre clinical: exercise self-efficacy. *Journal of the American Academy of Nurse practitioners*; Sep 2001; 13(9): 390.
18. Clark D, Nothwehr F. Exercise self-efficacy and its correlates among socioeconomically disadvantaged older adults; *Health Education and Behavior*, Aug 1999, 26(4) 535-546.
19. Jenny Yuen Yee Ng , Sing F, Wing W, Wah K. Effects of video modeling of Self-Efficacy and exercise performance of COPD patients. *Social Behavior and personalily*. 1999; 27 (5):475 – 483.
20. Marcus BH , Selby VC , Niaura RS, Rossi JS. self-efficacy and the stages of exercise behavior change . *Research Quarterly for Exercise and sport* . 1992(63):60-66.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.