

# روانشناسی ورزش

دانشگاه شهید بهشتی

دو فصلنامه روانشناسی ورزشی

پاییز و زمستان ۱۳۹۸، دوره ۴، شماره ۲، صفحه‌های: ۱۸-۱

## نقش باورهای غیرمنطقی در اشتغال به رفتار ورزشی دانشجویان دختر در مراحل مختلف تغییر رفتار تمرینی حسام رمضان زاده\*، بیتا عرب‌نرمی

گروه علوم ورزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه دامغان، دامغان، ایران.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۲

اصلاح مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۲۱

**هدف:** هدف از این پژوهش بررسی ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و رفتار ورزشی و نیز پیش‌بینی مرحله رفتار تمرینی افراد براساس سازه‌های باورهای غیرمنطقی بود.

**روش‌ها:** تعداد ۱۹۰ دانشجوی دختر دانشگاه دامغان به روش خوشه‌های تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه‌های مراحل تغییر رفتار تمرینی کاردینال (۱۹۹۷)، باورهای غیرمنطقی اهواز (۲۰۰۵) و مقیاس رفتار ورزشی گودین و شفارد (۱۹۸۵) را تکمیل کردند. به منظور پیش‌بینی شدت رفتار ورزشی بر اساس سازه‌های باورهای غیرمنطقی از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه و به منظور پیش‌بینی مرحله رفتار تمرینی افراد از تحلیل رگرسیون تشخیصی استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد بین باورهای غیرمنطقی و اشتغال به رفتار ورزشی، ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد ( $p=0/001$ ). با توجه به نتایج، دو متغیر "درماندگی در برابر تغییر" و "اجتناب از مشکل" توانستند تغییرات مربوط به میزان رفتار ورزشی را پیش‌بینی کنند. تابع تشخیصی به درستی ۴۵/۳ درصد از ۱۹۰ شرکت‌کننده را به درستی در مراحل تغییر رفتار، طبقه بندی نمود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش به وضوح نشان داد که باورهای غیرمنطقی با عدم اشتغال به رفتار ورزشی مرتبط است و سازه‌های مهم آن (درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل) نقش اصلی در طبقه‌بندی افراد در مراحل مختلف تغییر رفتار دارد.

**واژه‌های کلیدی:** باورهای غیرمنطقی، مدل فرانظری، رفتار ورزشی.

## مقدمه

الیس (۱) معتقد است افرادی که از نظر میزان سلامتی و سطح انرژی مشابه هستند، ممکن است به طور منظم به ورزش و تمرین بپردازند یا از آن اجتناب کنند. دلایل شناختی یا فلسفی این رفتارها چیست؟ الیس معتقد است که این رفتارها نشأت گرفته از دامنه تحمل ناکامی<sup>۱</sup> آنها است (۱). افراد با دامنه تحمل ناکامی پایین که الیس آن را اختلال آزرده‌گی<sup>۲</sup> یا لذت‌جویی کوتاه مدت<sup>۳</sup> نیز می‌نامد معمولاً با احساسات یا باورهای غیرمنطقی هم‌چون "من از ورزش متنفر هستم"، "برای من سخت است که ورزش را شروع کنم"، "به طور ناخوشایندی خود را مجبور می‌کنم به منظور دستیابی به پیامدهای خوب، تمرین کنم" و ... به ورزش و تمرین نگریسته و به طور منظم تمرین نمی‌کنند (۲). باورهای غیرمنطقی، افکاری هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف هستند (۳، ۴). الیس (۱۹۹۹) معتقد است که ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی او است (۵). بر اساس مدل درمان عقلانی-هیجانی الیس، فکر منطقی، انسان را به سوی هماهنگی و سلامت سوق می‌دهد، تعارض را در شخص به حداقل می‌رساند و فرد را در شکل دادن به وظایف و ارتباط با دنیای پیرامون یاری می‌دهند. فکر منطقی به رضایت خاطر بیشتر منجر می‌شود، در برابر آن فکر غیرمنطقی حقیقت ندارند، مطلق‌گراست و در عین حال، استدلالی را برای پشتیبان‌دهی ندارد و مانع از رویارویی موثر فرد با حوادث می‌شود (۶، ۷). الیس ۱۰ تفکر غیرمنطقی را مطرح می‌کند که شامل توقع تأیید از دیگران<sup>۴</sup> (باید از همه افراد مهم در زندگی، تأیید دریافت کنیم)، انتظارات بیش از حد از خود<sup>۵</sup> (باید ثابت کنیم کاملاً با کفایت و در حال پیشرفت هستیم)، آمادگی برای سرزنش<sup>۶</sup> (باید افرادی که عملکرد درستی ندارند سرزنش کنیم و آنها را افرادی نابکار بنامیم)، واکنش عاجزانه به ناکامی<sup>۷</sup> (واکنش فرد به اموری که مطابق میل

او نیست، ناخوشایند و غیرمنطقی است)، بی‌مسئولیتی عاطفی<sup>۸</sup> (پیشانی عاطفی حاصل فشارهای بیرونی است و فرد توانایی اندکی برای کنترل آن دارد)، نگرانی توأم با اضطراب<sup>۹</sup> (همواره احتمال وقوع واقعه بدی وجود دارد و باید در مورد آن نگران بود)، اجتناب از مشکل<sup>۱۰</sup> (شانه خالی کردن از مسئولیت‌ها آسان‌تر از مواجهه با آنها است)، وابستگی<sup>۱۱</sup> (با پناه بردن به رکود و ایستایی می‌توان خوشحال بود و خوش گذراند)، درماندگی در برابر تغییر<sup>۱۲</sup> (وضع فعلی ما نتیجه گذشته ما است و نمی‌توان بر آن غلبه نمود) و کمال‌گرایی<sup>۱۳</sup> (شرایط و اوضاع باید بهتر از آن چیزی باشد که اکنون هست و اگر به آن شرایط نرسیم، وحشتناک است) است (۵). پژوهش‌های بسیاری ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و برخی از متغیرهای روانشناختی هم‌چون اضطراب و افسردگی (۸)، خشم (۹)، بی‌ثباتی هیجانی و الگوهای ناسازگار (۱۰)، عدم مهارت‌های اجتماعی (۱۱) و ... را نشان داده‌اند. بریدجز و هانریش<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند که افرادی که باورهای غیرمنطقی دارند، اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیفی دارند (۱۲). هم‌چنین والستون<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۵) نشان داده است که بین سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی افراد ارتباط منفی وجود دارد (۱۳). اخیراً جرجانی، حسینیائی و چرکزی (۲۰۱۵) نشان دادند که ۲۴ درصد واریانس سلامت روان بر اساس مولفه‌های باورهای غیرمنطقی قابل پیش‌بینی است و نیز بین سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد (۱۴).

علاوه بر سلامت روان، تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی به طور منفی با سلامت جسمانی مرتبط هستند. سیلورگلد، توسی، ویس و دیکوستا<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۴) گزارش کردند که باورهای غیرمنطقی به طور معنی‌داری با شدت بیماری مرتبط است (۱۵). هریس، دیویس و درایدن<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۶) نیز نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی با برانگیختگی فیزیولوژیک هم‌چون فشار خون در ارتباط است (۸). برخی از پژوهش‌ها بیان کرده‌اند که باورهای غیرمنطقی به دلیل ارتباطش با اضطراب و افسردگی

می‌تواند در بروز بیماری‌های قبلی-عروقی نقش داشته باشد (۱۶، ۱۷). پاپاجئورجیوس و همکاران<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۶) نیز نقش باورهای غیرمنطقی را در ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب مورد توجه قرار دادند. هم‌چنین آن‌ها بین باورهای غیرمنطقی و نشانگان التهابی پلازما ارتباط معنی‌داری یافتند (۱۸). اخیراً تیورنر و مور<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۶) نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی، سلامت عاطفی و جسمانی (سطح انرژی برای انجام کار) را پیش‌بینی می‌کند (۱۹). به دلیل وجود این ارتباطات، محققان به بررسی ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و رفتارهای سلامت محور علاقه‌مند شده‌اند. اگرچه تعداد این پژوهش‌ها کم است اما برخی محققین بر این عقیده‌اند که ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و سلامت جسمانی، به واسطه اتخاذ رفتارهای ویژه مرتبط با سلامت است. به عنوان مثال رابالیاس<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۵) نشان داد که باورهای غیرمنطقی بیش‌تر، با رفتارهای سلامت محور منفی، مرتبط است (۲۰). مولر و بوتما<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۱) نیز نشان دادند که باورهای غیرمنطقی با اختلالات خوردن همراه هستند و این افراد خودارزیابی منفی بیش‌تری نسبت به افراد گروه کنترل دارند (۲۱).

علیرغم غنی بودن ادبیات پژوهش در زمینه ارتباط باورهای غیر منطقی و سلامت جسمی و روانی، ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و رفتار سلامت‌محور بسیار مهم "تمرین و فعالیت‌بدنی" مورد بررسی قرار نگرفته است. از این رو یکی از اهداف این پژوهش بررسی ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و اشتغال به رفتار ورزشی است. با این وجود آنچه که برای محققین علوم ورزشی و روانشناسان تمرین اهمیت دارد، چگونگی رفتار تمرینی افراد است. از آن‌جا که تغییر رفتار کار ساده‌ای نیست، و رفتار تمرینی نیز از این اصل مستثنی نیست، پژوهش‌های بسیاری در خصوص تغییر رفتار تمرینی افراد و عوامل اثرگذار بر روی آن صورت گرفته است که به نظریه‌ها و مدل‌های مختلفی منجر شده است. این نظریه‌ها و مدل‌ها به دنبال پاسخ به این سوال هستند: چرا افراد تصمیم می‌گیرند در تمرین شرکت کنند و چگونه مردم تمرین انتخاب شده را برای مدت طولانی

ادامه می‌دهند (۲۲). این تئوری‌ها شامل تئوری‌های نگرشی-اعتقادی (مدل اعتقاد بهداشتی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده)، تئوری‌های مبتنی بر شایستگی (تئوری خودکارآمدی)، تئوری‌های مبتنی بر کنترل (تئوری خود مختاری) و تئوری‌های تصمیم‌گیری (مدل فرآیندی) می‌باشند (۲۳). از میان تئوری‌های فوق، تئوری فرآیندی تغییر رفتار بسیار مورد استفاده قرار گرفته است. این مدل، یک مدل تغییر ارادی رفتار است که بر توانایی‌های تصمیم‌گیری افراد به جای تأثیرات اجتماعی و بیولوژیکی بر رفتار که در رویکردهای دیگر به آن‌ها توجه شده است، تمرکز دارد (۲۴، ۲۵). این مدل از یکپارچه شدن سیستماتیک و نظام‌دار بیش از ۳۰۰ نظریه روان‌درمانی و تحلیل نظریه‌های تغییر رفتار حاصل شده است (۲۶). مطابق با مدل فرآیندی تغییر رفتار که توسط پروچاسکا و دکلمنت<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۷) پیشنهاد شده است، افراد بر اساس ملاک‌های تصمیم‌گیری خود برای شرکت یا عدم شرکت در یک رفتار در پنج طبقه پیش‌تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و ثبات قرار می‌گیرند (۲۶). این مدل فرض می‌کند که افراد در مراحل متفاوت به روش‌های متفاوتی فکر کرده و رفتار می‌کنند (۲۷). در اولین مرحله، مرحله پیش‌تفکر<sup>۲۴</sup>، شخص به رفتار سلامتی مناسب اشتغال ندارد و قصد تغییر آن را در ۶ ماه بعد ندارد. در مرحله تفکر<sup>۲۵</sup>، فرد به رفتار سلامتی مناسب اشتغال ندارد اما قصد تغییر رفتار را در شش ماه آینده دارد. در مرحله آمادگی<sup>۲۶</sup>، فرد قصد تغییر رفتار را در ۳۰ روز بعد دارد و برخی از گام‌های رفتاری را در این جهت برداشته است. مرحله عمل<sup>۲۷</sup> زمانی حاصل می‌شود که رفتار به سطح هدف توصیه شده برای آن رفتار تغییر کرده است. زمانی که این سطح از رفتار برای شش ماه حفظ شود، فرد وارد مرحله ثبات<sup>۲۸</sup> می‌شود که ممکن است به مدت پنج سال به طول بیانجامد. از آن‌جا که این مدل یک مدل تصمیم‌گیری است و باورها نقش مهمی در تصمیم‌گیری افراد دارند، به نظر می‌رسد باورهای غیرمنطقی افراد در تصمیم آن‌ها به تمرین و فعالیت‌بدنی منظم نقش داشته باشند. بررسی این ارتباط یکی از اهداف

یابند. کیم، کاردینال و لی (۲۰۰۶) مجموعه ترکیبی از فرآیندهای تغییر رفتاری را به عنوان مهم‌ترین متغیرهایی که توضیح دهنده رفتار تمرینی بزرگسالان است، استخراج کردند و کنترل محرک همراه با شرطی‌سازی متقابل مهم‌ترین پیشگوه‌های مراحل تغییر رفتار بودند (۳۴). نتایج مشابه در مطالعات بزرگسالان کره‌ای به دست آمد. به طوری که فرآیندهای شناختی و فرآیندهای رفتاری به طور معنی‌داری در میان آن‌ها در طول مراحل تغییر در موقعیت‌های تمرین، متفاوت بودند (۳۵). رومین و همکاران (۲۰۱۶) به ارزیابی فرآیندهای تغییر برای فعالیت بدنی و تمرین در افراد دارای اضافه وزن پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که افراد در مراحل بالاتر تغییر (عمل و ثبات) نسبت به افراد در مراحل پایین‌تر (پیش تفکر، تفکر و آمادگی)، از فرآیندهای شناختی و رفتاری، بیش‌تر استفاده می‌کنند (۳۸). در نتیجه از مجموع نتایج این مطالعات به نظر می‌رسد فردی با باور غیرمنطقی "واکنش عاجزانه به ناکامی" و "بی‌مسئولیتی عاطفی" نتواند از فرآیند شناختی "آسودگی هیجانی (فرآیندی است که در آن فرد نیاز به تجربه و بیان احساسات و هیجانات مرتبط با مشکل رفتاری دارد)" برای تغییر رفتار تمرینی خود استفاده کند. اگرچه ارتباط باورهای غیرمنطقی و فرآیندهای تغییر رفتار به پژوهش بیش‌تری نیاز دارد اما در این پژوهش به درک رابطه بین باورهای غیرمنطقی و رفتار تمرینی کمک خواهد کرد. بنابراین به نظر می‌رسد فردی با باورهای غیرمنطقی به دلیل عدم توازن در تصمیم‌گیری و نیز به دلیل در اختیار نداشتن برخی از فرآیندهای تغییر رفتار، در پیوستار مراحل تغییر، جایگاه بالایی نداشته باشند. لذا هدف دیگر این پژوهش بررسی نقش باورهای غیرمنطقی در عضویت افراد در مراحل مختلف تغییر رفتار است.

### روش پژوهش

#### نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و به لحاظ هدف، کاربردی است که به روش میدانی انجام شده است. جامعه

اصلی این پژوهش است. از طرفی، بر اساس مدل فرانظری، تغییر رفتار تمرینی افراد (از مرحله اول تا پنجم) به دلیل توانایی نسبی فرد در ادراک جنبه‌های مثبت و منفی تغییر رفتار است و قبل از این که یک فرد به مرحله عمل پیشرفت نماید، جنبه‌های مثبت و منفی تغییر رفتار باید از هم بگذرند و جنبه‌های مثبت از جنبه‌های منفی سبقت گیرد (۲۸). رمضان‌زاده و عرب‌نرمی (۲۰۱۶) نشان دادند که در دانشجویان ایرانی، توازن در تصمیم‌گیری پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار مراحل تغییر رفتار است (۲۹). علاوه بر این دنگ و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که در مزایای ادراک شده تمرین (۳۰) و لی و همکاران (۲۰۰۶) و شفاخواه و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که در هر دو فاکتور مزایا و معایب ادراک شده تمرین (۳۱، ۳۲) بین مراحل مختلف تغییر رفتار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اگرچه ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و توازن در تصمیم‌گیری تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است به نظر می‌رسد باورهای غیرمنطقی در چگونگی ادراک مزایا و معایب تمرین نقش داشته باشند. به عنوان مثال برای فردی با باور غیرمنطقی "توقع تأیید از دیگران" احتمالاً تأیید شدن از طرف دیگران در جلسه تمرین جزء مزایای ادراک شده تمرین و تأیید نشدن او از طرف دیگران جزء معایب ادراک شده تمرین باشد. همچنین برای فردی با باور غیرمنطقی "انتظارات بیش از حد از خود" حتی عملکرد خوب در جلسات تمرین راضی‌کننده نباشد و آن را جزء سختی و دشواری تمرین (معایب تمرین) ادراک کند. علاوه بر این، بر اساس مدل فرانظری، برای تغییر جایگاه فعلی رفتار فرد، می‌بایست مجموعه‌های از فرآیندهای شناختی (رشد آگاهی، آسودگی هیجانی، باارزیابی محیط، باارزیابی خود و نجات اجتماعی) و فرآیندهای رفتاری (نجات فردی، شرطی‌سازی متقابل، ارتباطات کمکی، کنترل محرک و مدیریت تقویت) وجود داشته باشد (۲۶، ۳۳). وجود این فرآیندها باعث می‌شود افراد در طول پیوستار مراحل تغییر رفتار حرکت کرده و به مراحل بالاتر رفتار (مراحل عمل و ثبات) دست

عاملی این پرسش‌نامه توسط جونز (۱۹۶۹)<sup>۲۰</sup> و بر اساس نظریه الیس (۱۹۶۲) طراحی شد. این پرسش‌نامه یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. نسخه اصلی آن شامل ۱۰۰ سوال است که از ۱۰ عامل تشکیل شده و هر عامل یک نوع تفکر غیرمنطقی را می‌سنجد. جونز (۱۹۶۸) همسانی درونی ۱۰ عامل آزمون را بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲، ضریب آزمون-بازآزمون را معادل ۰/۹۲ و روایی هم‌زمان آن را ۰/۶۱ گزارش کرده است. فرم کوتاه (چهار عاملی) این آزمون در ایران توسط عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) طراحی گردید. آن‌ها با اجرای آزمون بر روی ۳۵۶ دانشجوی دختر و پسر و پس از تحلیل پاسخنامه‌ها، ۶۰ ماده از ۱۰۰ ماده آزمون را حذف کردند و یک ساختار چهار عاملی را ایجاد کردند. در پژوهش آن‌ها روایی عوامل استخراج شده از طریق روایی عاملی و همگرا و پایایی آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن محاسبه و تأیید شد. این چهار عامل شامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی است. آن‌ها برای سنجش پایایی آزمون و همسانی درونی عامل‌های استخراج شده از ضریب آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی استفاده کردند و ضریب آلفای کرونباخ کلی را ۰/۷۵ گزارش نمودند. هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های درماندگی در برابر تغییر ۰/۸، توقع تأیید از دیگران ۰/۸۱، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ به‌دست آمد. هم‌چنین پایایی از روش دونیمه‌سازی برای کل آزمون ۰/۷۶ و برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به‌دست آمد. این آزمون توسط معتمدین، بدری، عبادی و زمانی (۱۹۹۱) بار دیگر هنجاریابی شد (۴۰). آن‌ها در پژوهش خود بر روی ۱۹۴۷ دانشجو پایایی و روایی آزمون را تأیید کردند. پایایی آزمون در پژوهش آن‌ها به ترتیب برای عامل‌ها و کل آزمون ۰/۷۷، ۰/۶۸، ۰/۵۹، ۰/۶۸ و ۰/۸۶ برآورد گردید. روایی آزمون نیز از روش روایی هم‌گرا ۰/۸۱ به‌دست آمد. در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۹ و برای عامل‌ها به ترتیب

آماری پژوهش کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی (با میانگین سنی ۲۰/۰۶ و انحراف استاندارد ۲/۰۶۱) دانشگاه دامغان بودند که از میان آن‌ها ۱۹۰ نفر به روش خوشه‌های چند مرحله‌های انتخاب شدند. عقیده بر این است که در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش کم‌ترین مجذورات، باید به ازای هر متغیر پیش‌بین ۱۵ الی ۳۰ شرکت‌کننده وجود داشته باشد (۳۹). بنابراین پیش‌فرض حداقل حجم نمونه لازم برای اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه در این پژوهش برقرار است. به منظور اطمینان از این که نمونه معرف جامعه است، هر کدام از دانشکده‌های دانشگاه دامغان به عنوان یک خوشه مجزا در نظر گرفته شد (مرحله اول)، سپس در هر دانشکده گروه‌های مختلف تحصیلی به عنوان خوشه‌های مجزا در نظر گرفته شدند (مرحله دوم). در نهایت متناسب با تعداد دانشجویان هر گروه، نمونه پژوهش به صورت تصادفی از بین دانشجویان انتخاب شد.

### روش اجرای پژوهش

شرکت‌کنندگان، پس از انتخاب، به کلاسی که برای همین منظور در نظر گرفته شده بود هدایت می‌شدند. قبل از تکمیل پرسش‌نامه، اطلاعات مورد نیاز در مورد پژوهش و سوالات پرسش‌نامه توسط محقق یا دستیار وی به آن‌ها داده ارائه شد. به افراد توضیح داده شد که هیچ سوال صحیح یا غلطی وجود ندارد و پاسخ‌های آن‌ها تنها به منظور انجام پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. جملات مورد استفاده توسط محقق، جملاتی از پیش تعیین شده و یکسان برای همه افراد بود و محقق در چارچوب مشخص به سوالات شرکت‌کنندگان پاسخ می‌داد. در نهایت افراد پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. زمان مورد نیاز برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، در حدود ۳۰ دقیقه بود.

### ابزار اندازه‌گیری

#### باورهای غیر منطقی

برای سنجش باورهای غیرمنطقی از پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی اهواز چهار عاملی<sup>۲۹</sup> استفاده شد. نسخه ۱۰

می‌شود: نمره فعالیت ورزشی هفتگی = (۳ × دفعات ورزش سبک در هفته) + (۵ × دفعات ورزش متوسط در هفته) + (۹ × دفعات ورزش سنگین در هفته). گودین و سفارد (۱۹۸۵) پایایی و روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه را برای ارزیابی فعالیت بدنی زمان استراحت بررسی کردند. چربی بدن و حداکثر اکسیژن مصرفی به عنوان ملاک سنجش روایی پرسش‌نامه انتخاب شدند. قوی‌ترین همبستگی بین حداکثر اکسیژن مصرفی و تمرین شدید گزارش شده مشاهده شد. آن‌ها تابع تشخیصی مطلوبی برای حداکثر اکسیژن مصرفی بر مبنای ترکیب فعالیت بدنی سبک و شدید گزارش کردند و تابع تشخیصی ۶۹ درصد از افراد را به درستی طبقه‌بندی نمود. پایایی ابزار توسط گودین و سفرد ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب بازآزمایی پرسش‌نامه در مطالعه فرمانبر و همکاران (۲۰۱۱)، ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش آن‌ها، ارتباط مثبت و معنی‌داری بین میزان رفتار ورزشی و مراحل تغییر رفتار تمرینی به دست آمد (۴۳). در این پژوهش ضریب بازآزمایی ۰/۸۲ بود.

### تحلیل آماری

برای بررسی ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و میزان رفتار ورزشی افراد از ضریب همبستگی پیرسون و به منظور پیش‌بینی میزان رفتار ورزشی افراد بر اساس باورهای غیرمنطقی از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد. همچنین به منظور پیش‌بینی مراحل تغییر رفتار تمرینی افراد بر اساس باورهای غیرمنطقی از آزمون تحلیل رگرسیون تشخیصی چندگانه<sup>۳۳</sup> به روش هم‌زمان استفاده شد. تحلیل‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ انجام شد.

### نتایج

شکل ۱، تعداد افراد نمونه را نشان می‌دهد که در هر کدام از مراحل ۱ تا ۵ (مراحل تغییر رفتار تمرینی) قرار گرفته‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود در حدود ۱۲۰ نفر (۷۰ درصد) افراد در مراحل اول تا سوم و تنها ۷۰ نفر (۳۰ درصد) از افراد در مراحل عمل و ثبات قرار دارند.

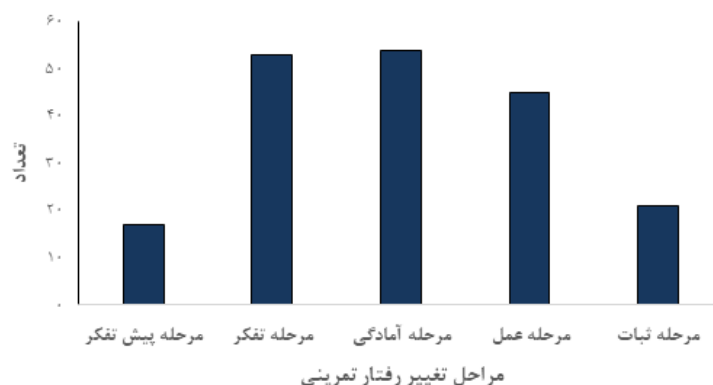
۰/۸، ۰/۷۳، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه از طیف لیکرت پنج درجه‌ای استفاده می‌شود که از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" است.

### مراحل تغییر رفتار تمرینی

برای ارزیابی مراحل تغییر رفتار تمرینی از مقیاس مراحل تغییر رفتار تمرینی کاردینال<sup>۳۱</sup> (۱۹۹۷) استفاده گردید (۴۱). در این مقیاس پنج گویه وجود دارد که فرد می‌بایست با توجه به سوال «آیا شما به طور منظم تمرین می‌کنید؟» به ترتیب از بالا به پایین گویه‌ها را مطالعه کرده و یک گویه را انتخاب کند. این مقیاس پنج گزینه‌های تغییرات رفتار تمرینی افراد را در پنج مرحله پیش تفکر (نداشتن قصدی برای تمرین منظم در شش ماه آینده)، تفکر (تمایل به داشتن تمرین منظم در شش ماه آینده)، آمادگی (تمایل به داشتن تمرین منظم در ۳۰ روز آینده)، عمل (داشتن تمرین منظم برای کم‌تر از شش ماه) و ثبات (داشتن تمرین منظم برای بیش از شش ماه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. منظور از تمرین منظم، هر فعالیت بدنی اختیاری و برنامه‌ریزی شده‌ای است (مانند پیاده‌روی، دوچرخه سواری، شنا، بسکتبال و ...) که به منظور افزایش آمادگی جسمانی انجام می‌شود. چنین فعالیتی باید ۳ تا ۵ بار در هفته و به مدت حداقل ۲۰ دقیقه در هر جلسه اجرا شود. تمرین نباید ناراحت‌کننده و رنج‌آور باشد تا مؤثر واقع گردد اما باید در سطحی انجام شود که تعداد تنفس را افزایش داده و منجر به تعریق گردد. این مقیاس پنج گزینه‌های تغییرات رفتار تمرینی افراد را در پنج مرحله پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به منظور سنجش پایایی از روش بازآزمایی استفاده شد و ضریب بازآزمایی ای ابزار ۰/۸۲ به دست آمد.

### میزان رفتار ورزشی

به منظور سنجش میزان رفتار ورزشی، از پرسش‌نامه خودگزارشی فعالیت ورزشی گودین و سفارد<sup>۳۲</sup> (۱۹۸۵) استفاده شد (۴۲). در این ابزار میزان فعالیت ورزشی بر اساس مقیاس متس با استفاده از فرمول زیر محاسبه



شکل ۱. تعداد افراد نمونه که در مراحل مختلف تغییر رفتار تمرینی قرار دارند.

سازه‌های باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) نیز با میزان رفتار ورزشی بررسی شد. نتیجه آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای درماندگی در برابر تغییر، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی با میزان رفتار ورزشی ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد (به ترتیب شدت همبستگی برابر با  $-0/231$ ،  $-0/224$  و  $-0/178$  بود).

جدول ۲ خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس میزان رفتار ورزشی را بر سازه‌های باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) نشان می‌دهد.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای میزان رفتار ورزشی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان دختر را در مراحل مختلف تغییر رفتار تمرینی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان باورهای غیرمنطقی افراد در مراحل بالاتر تغییر رفتار تمرینی کم‌تر است.

به منظور بررسی ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و میزان رفتار ورزشی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتیجه آزمون همبستگی نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی و اشتغال به رفتار ورزشی ارتباط منفی معنی‌داری ( $r=-0/398$ ) وجود دارد و در حدود ۱۶ درصد از تغییرات رفتار ورزشی دانشجویان دختر توسط باورهای غیرمنطقی به حساب می‌آید. علاوه بر این، ارتباط بین

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای میزان رفتار ورزشی و باورهای غیرمنطقی در مراحل مختلف تغییر رفتار تمرینی

متغیر/ مراحل	کل	ثبات	عمل	آمادگی	تفکر	پیش تفکر
میزان رفتار ورزشی	$16 \pm 22/59$	$25/05 \pm 21/22$	$27/44 \pm 19/94$	$30/88 \pm 20/12$	$35 \pm 19/62$	$27/40 \pm 20/88$
باورهای غیرمنطقی	$3/34 \pm 0/43$	$3/13 \pm 0/35$	$2/70 \pm 0/43$	$2/30 \pm 0/56$	$1/79 \pm 0/57$	$2/68 \pm 0/65$



جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون و تحلیل واریانس میزان رفتار ورزشی بر سازه‌های باورهای غیرمنطقی

شاخص مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	تحلیل واریانس	معنی‌داری	ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی
رگرسیون	۶۵۲۶/۸۵۵	۴	۱۶۳۱/۷۱۴	*۳/۹۷۶	۰/۰۰۴	۰/۲۸۱	۰/۰۷۹
باقیمانده	۷۵۹۲۲/۹۴	۱۸۵	۴۱۰/۳۹۴				

علاوه بر این به منظور بررسی این که آیا باورهای غیرمنطقی پیش‌بینی کننده مرحله تغییر رفتار افراد است یا خیر از تحلیل رگرسیون تشخیصی استفاده شد. نتایج تحلیل تابع تشخیصی نشان داد که تابع معنی‌داری به منظور تفکیک افراد نمونه در مراحل تغییر رفتار وجود داشت (ضریب همبستگی کانونی=۰/۷۱۱، لامبدای ویکلز=۰/۴۹۵، مجذور خی=۱۳۰/۸۵۸، درجه آزادی=۴ و معنی‌داری=۰/۰۰۱). تابع تشخیصی به درستی ۴۵/۳ درصد از ۱۹۰ عضو شرکت‌کننده را به درستی طبقه‌بندی نمود. به طور کلی تحلیل تابع تشخیصی چندگانه نشان داد که متغیر باورهای غیرمنطقی، نقش اصلی در تمایز ۵ خوشه (مراحل تغییر رفتار) داشت.

جدول ۲ نشان می‌دهد که مدل رگرسیون میزان رفتار ورزشی بر سازه‌های باورهای غیرمنطقی معنی‌دار است ( $P < 0/05$ ) و ضریب تعیین چندگانه نشان می‌دهد که در حدود ۸ درصد از واریانس مربوط به میزان رفتار ورزشی، توسط سازه‌های باورهای غیرمنطقی تبیین می‌شود. جدول ۳ ضرایب آماری هر کدام از سازه‌های باورهای غیرمنطقی را نشان می‌دهد.

بر اساس جدول ۳، دو متغیر درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل می‌توانند تغییرات مربوط به میزان رفتار ورزشی را پیش‌بینی کنند.

جدول ۳. ضرایب آماری رگرسیون میزان رفتار ورزشی بر سازه‌های باورهای غیرمنطقی

متغیر	شاخص	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد	تی	معنادار
درماندگی در برابر تغییر		-۶/۹۹۸	۳/۵۰۸	*-۱/۹۹۴	۰/۰۴۹
توقع تأیید از دیگران		۲/۹۷۵	۲/۷۴۶	۱/۰۸۴	۰/۲۸۰
اجتناب از مشکل		-۵/۹۵۶	۲/۵۴۲	*-۲/۳۴۳	۰/۰۳۱
بی‌مسئولیتی هیجانی		-۱/۸۳۶	۳/۴۰۳	-۰/۵۴۰	۰/۵۹۰

\* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است.



### بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، بین باورهای غیرمنطقی و اشتغال به رفتار ورزشی، ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد. این نشان می‌دهد که افراد با باورهای غیرمنطقی کم‌تر، اشتغال بیش‌تری به رفتار ورزشی دارند. نتایج هم‌چنین نشان داد که از بین سازه‌های باورهای غیرمنطقی، متغیرهای "درماندگی در برابر تغییر"، "اجتناب از مشکل" و "بی‌مسئولیتی هیجانی" با رفتار ورزشی ارتباط معنی‌داری داشتند و مدل پیش‌بین سازه‌های باورهای غیرمنطقی بر میزان رفتار ورزشی معنی‌دار بود. اگرچه پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی با عدم سلامت جسمانی مرتبط هستند (۸، ۱۶)؛ اما نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که شاید علت این ارتباط، مرتبط بودن باورهای غیرمنطقی با رفتار سلامت محور بسیار مهم "تمرین و فعالیت بدنی" باشد. بر اساس نتایج این پژوهش درماندگی در برابر تغییر با میزان رفتار ورزشی ارتباط منفی دارد. از نقطه نظر شناختی، افرادی که در برابر تغییرات به وجود آمده احساس درماندگی می‌کنند احساس می‌کنند که بر رویدادهای زندگی‌شان کنترل ندارند و این احساس کنترل ناپذیری، خود باعث می‌شود افراد درباره آینده نگران شوند. این عدم کنترل بر زندگی و باور به درماندگی باعث می‌شود افراد پس از مدتی به این نتیجه برسند که رفتار غیر تمرینی به هیچ عنوان قابل تغییر نیست و اگرچه تلاش‌هایی نیز در این زمینه انجام شود، نتیجه آن سبک زندگی غیرفعال است. این ویژگی، بسیار شبیه به ویژگی افرادی است که در مرحله اول تغییر رفتار تمرینی (مرحله پیش تفکر) قرار دارند. افراد در این مرحله به تمرین نمی‌پردازند و قصدی هم برای پرداختن به آن ندارند. اگرچه اسچول (۲۰۰۲) معتقد است که افراد در این مرحله به علت ناآگاهی از عواقب رفتار خود، تمرین نمی‌کنند یا ممکن است تلاش‌های منجر به شکست را در تغییر تجربه کرده باشند و برای تلاش مجدد بی انگیزه باشند (۲۴)، اما نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که احتمالاً افراد در این مرحله در برابر تغییر رفتار دچار

درماندگی شده‌اند و این تغییر را امری غیرممکن می‌دانند. پروچسکا و همکاران (۱۹۹۲) نیز پیشنهاد کردند که ویژگی اصلی کسی که در مرحله پیش تفکر قرار دارد این است که آن‌ها در مقابل تشخیص یا تغییر مشکل رفتاری، مقاومت نشان می‌دهند (۲۸). نتایج این پژوهش نیز نشان داد که باورهای غیرمنطقی به ویژه درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل به درستی در حدود ۴۵ درصد از افراد را در مراحل تغییر رفتار طبقه‌بندی می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد درماندگی در برابر تغییر عامل مهمی در قرار گرفتن بسیاری از افراد در مرحله اول تغییر رفتار باشد. بنا بر نظر اسچول (۲۰۰۲) اعتراف به مشکل می‌تواند راهکاری برای برون رفت افراد از این وضعیت باشد (۲۴). بدین معنا که افراد تا زمانی که به درماندگی خود اعتراف نکنند، در وضعیت بدی که قرار دارند خواهند ماند. اسپنسر، آدامز، مالون، روی و یوست<sup>۳۴</sup> (۲۰۰۶) معتقدند که یک توده در حال رشد از شواهدی وجود دارد که پیشنهاد می‌کند که مداخلات مبتنی بر مرحله منجر به پیشرفت در مراحل (پیشرفت از مرحله اول (پیش‌تفکر) به مرحله پنجم (ثبات)) و یا رفتار تمرینی افزایش یافته، می‌شود (۴۴). کاملاً مشخص است که افراد در مرحله اول به دلیل وجود این درماندگی، نیاز به کمک دارند و مداخلات مبتنی بر مرحله می‌تواند برای آن‌ها بسیار راه‌گشا باشد. از طرفی باور غیرمنطقی اجتناب از مشکل (که در این پژوهش ارتباط منفی معنی‌داری با رفتار ورزشی داشت) نیز می‌تواند در قرار گرفتن افراد در مرحله اول تغییر رفتار نقش داشته باشد. بر اساس این باور، افراد سعی می‌کنند به جای حل کردن مسئله، از رو به رو شدن با آن اجتناب کنند به همین دلیل هیچ قصدی برای پرداختن به تمرین ندارند. این افراد هر بار به دلیلی از شروع تمرین منظم سرباز می‌زنند و لذا هیچ‌گاه نمی‌توانند برای تغییر رفتار خود راه حلی بیابند. برخی تحقیقات نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی با اضطراب مرتبط است (۴۵، ۴۶). این اضطراب باعث می‌شود افراد از هر عاملی که با تغییر رفتار آن‌ها مرتبط است دوری کنند. شاید بتوان منشأ این باورهای غیرمنطقی (درماندگی

داشته باشند. افراد در این دو مرحله حتی اگر تمرین مزایای بی‌شماری داشته باشد، آن‌ها را به حساب نمی‌آورند. در حقیقت از آن‌جا که آن‌ها به دنبال راهی برای مواجه نشدن با مسئله تغییر رفتار می‌گردند حتی مواردی که جزء ماهیت تمرین و فعالیت بدنی است (هم‌چون خستگی، تعریق، صرف زمان و هزینه و ...) را جزء معایب تمرین در نظر می‌گیرند؛ از این رو هیچ‌گاه به توازن در تصمیم‌گیری دست پیدا نمی‌کنند. قنبری هاشم‌آبادی، گراوند و دهقانی (۱۳۹۱) نشان دادند دانشجویانی که هدف آن‌ها از تمرین و فعالیت بدنی، هدف جسمانی است نسبت به دانشجویانی که دارای اهداف خودبرتربینی هستند از نظر سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی سطح پایین‌تری دارند (۵۲). این پژوهش نشان می‌دهد که تنها تاکید بر اهداف جسمانی در تمرین و فعالیت بدنی (که احتمالاً خود ناشی از تصور بدنی نادرست یا اضطراب اجتماعی است) می‌تواند در شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی نقش داشته باشد. افراد در دو مرحله اول تغییر رفتار (مراحل پیش‌تفکر و تفکر) می‌بایست پس از انتخاب اهداف واقع‌بینانه مبتنی بر شایستگی (و نه تنها مبتنی بر توسعه جسمانی) با کمک افراد متخصص، تغییر رفتار را که همان شروع تمرین بدنی منظم است آغاز کنند و از رویارویی با پیامدهای مثبت و منفی آن نهراسند. این آغاز و مواجهه با پیامدهای تمرین می‌تواند اولین گام در تقلیل باورهای غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل باشد. البته باید دقت کرد که کمک مشاوران و متخصصین به منظور تغییر رفتار تمرینی افراد، اثر منفی بر جهت‌گیری استقلالی افراد نداشته باشد. برخی تحقیقات هم‌چون تحقیق رمضان‌زاده و عرب‌نومی (۲۰۱۸) نشان دادند که جهت‌گیری استقلالی تمرین (افراد رفتار خود را خودانتخاب، خود‌آغاز و خود‌تنظیم ادراک می‌کنند) قصد تمرین و رفتار ورزشی را به خوبی پیش‌بینی می‌کند (۵۳). از آن‌جا که تئوری جهت‌گیری علی تمرین بر زمینه‌های اجتماعی اثرگذار بر انگیزه تمرین تاکید دارد، جستجو کردن فاکتورهای زمینه‌ای- اجتماعی هم‌چون حمایت‌های اجتماعی که از گرایش درونی به سمت رفتار

در برابر تغییر و اجتناب از مشکل) را در نگرانی از تصویر بدنی جستجو کرد. رویدگر، کش، روهریگ و تامپسون<sup>۳۵</sup> (۲۰۰۷)، جاکاتدار، کش و انگل<sup>۳۶</sup> (۲۰۰۶) و هارگریوز و تیگیمان<sup>۳۷</sup> (۲۰۰۲) در پژوهش‌های خود بر نقش باورهای غیرمنطقی در نارضایتی از تصویر بدنی تاکید کرده‌اند (۴۷-۴۹). به نظر می‌رسد این نارضایتی از تصویر بدنی مانع از شرکت افراد در محیط‌های ورزشی شود. در حقیقت افراد با این تصور نادرست از بدن خود، احتمال می‌دهند که در محیط‌های ورزشی مورد پذیرش واقع نشوند. بنابراین حتی قصد تمرین و پرداختن به فعالیت بدنی آن‌ها را مضطرب کرده و این اضطراب خود بر نگرانی از تصویر بدن می‌افزاید. حتی افرادی که قصد انجام فعالیت بدنی را دارند، مدت‌ها طول می‌کشد تا قصد خود را تبدیل به عمل کنند (۵۰). پوبالان، آکوت، کلارک و اسمیت<sup>۳۸</sup> (۲۰۱۲) بیان کردند با وجود مقاصد خوب برای انجام تمرین بیشتر، افراد جوان قادر نبودند که این مقاصد را به رفتار واقعی انتقال دهند و قصد تمرین تنها ۵/۷ درصد از رفتار تمرینی را پیش‌بینی کرد (۵۱). به نظر می‌رسد افرادی که در این مرحله قرار دارند (مرحله تفکر)، مرتباً مزایا و معایب تغییر رفتار را می‌سنجند اما در اکثر مواقع معایب پرداختن به تمرین را بیش‌تر از مزایای آن ادراک می‌کنند و این باعث می‌شود که مدت طولانی در این مرحله باقی بمانند. پروچسکا و ولیکر (۱۹۹۷) از این مرحله تحت عنوان تفکر مزمن یا تعویق رفتاری نام می‌برند. در این مرحله فرد از عواقب رفتار فعلی خود (تمرین نکردن) آگاه است اما هنوز اقدامی برای تغییر رفتار انجام نداده است. در این پژوهش، باورهای غیرمنطقی (و به ویژه درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل) در حدود ۴۵ درصد از افراد را در مرحله رفتاری صحیح طبقه‌بندی نموده است بدین صورت که افراد با باورهای غیرمنطقی بالا در مراحل پایین تغییر رفتار و افراد با باورهای غیرمنطقی پایین در مراحل بالای تغییر رفتار قرار دارند. لذا به نظر می‌رسد افراد در مراحل پایین تغییر رفتار (مرحله تفکر و مرحله پیش‌تفکر) نیاز به مداخله بر اساس نظریه رفتار درمانی عقلانی-هیجانی الیس (۱۹۹۲)

معنی‌داری با کمال‌گرایی منفی دارد. برگمن، نیلاند و بورنس<sup>۴۰</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که کمال‌گرایی منفی با سرکوب هیجانی به عنوان یک مکانیسم دفاعی و ناکارآمدی شناختی (ارزیابی عملکرد و نیاز به تأیید شدن از جانب دیگران)، افسردگی و پشیمانی در ارتباط است (۵۷). علیزاده صحرایی، خسروی و بشارت (۱۳۸۹) نیز نشان دادند که کمال‌گرایی منفی بی‌مسئولیتی عاطفی، درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل را پیش‌بینی می‌کند (۵۸). این احتمال وجود دارد که در مرحله سوم افراد به دلیل بی‌مسئولیتی عاطفی (که می‌تواند ناشی از کمال‌گرایی منفی باشد) در برخورد با مشکلات رفتار جدید (تمرین و فعالیت‌بدنی) واکنش‌های صحیح و منطقی نشان ندهند و لذا شرایط مطلوبی را برای خود ایجاد نکنند. این واکنش‌های نامطلوب علت بازگشت بسیاری از افراد از این مرحله (مرحله آمادگی) به دو مرحله قبلی (بیش‌تفکر و تفکر) است. افراد در این مرحله نیازمند یک برنامه عمل مدون و دقیق (از سوی مشاوران ورزشی خبره) هستند تا بر اساس این طرح عمل پیش روند و به تدریج به اهداف خود دست یابند. وجود این طرح عمل باعث می‌شود که افراد به دلیل حرکت در مسیر مشخص، حتی در صورت شکست و ناکامی، پاسخ‌های غیرمنطقی نداشته باشند و به حرکت خود ادامه دهند.

از آن‌جا که در این پژوهش، سازه‌های دیگر مدل فرانظری مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ارتباطات بین باورهای غیرمنطقی و سازه‌های مهمی هم‌چون توازن در تصمیم‌گیری، فرآیندهای تغییر رفتار تمرینی و خودکارآمدی، مطالعه شود. بدیهی است کشف چنین ارتباطاتی منجر به تبیین‌های دقیق‌تر ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و مراحل تغییر رفتار تمرینی افراد خواهد شد. هم‌چنین از آن‌جا که در این پژوهش تنها بر روی بازه سنی ۱۸ الی ۲۲ سال انجام شده است، می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر سنین، با احتیاط عمل نمود. پیشنهاد می‌شود ارتباط بین باورهای غیرمنطقی و رفتار تمرینی افراد در دوره‌های سنی مختلف

حمایت می‌کند، می‌تواند بر باورهای غیرمنطقی درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل غلبه نماید.

موضوع مهم دیگر، تداوم تمرین پس از شروع آن است. پاتن، وولمن و ثورستون<sup>۴۹</sup> (۲۰۰۰) معتقد هستند، هنگامی که فردی شروع به تمرین می‌کند، اغلب به طور ناموفقی نوع یا طبقه‌های از اعمال را برای تغییر رفتار انجام می‌دهد اما هنوز گاه به گاه به رفتار قبلی خود باز می‌گردد (۵۴). در واقع بسیار محتمل است که افراد پس از شروع تمرین، آن را کنار گذاشته و به رفتار بی‌تمرینی خود بازگشت نمایند. پاتن و همکاران (۲۰۰۰) و ولیکر و همکاران (۱۹۹۸) معتقد هستند که یک فرد در این مرحله (مرحله آمادگی) ممکن است نداند چگونه برای ایجاد تغییر دائم در رفتار اقدام کند و ممکن است در مورد توانایی‌اش برای تغییر عصبی باشد (۲۵، ۵۴). در این مرحله باور درماندگی در برابر تغییر در افراد کم‌رنگ شده است اما آن‌ها دچار سردرگمی در ایجاد تغییر هستند. در واقع در مرحله آمادگی، در اکثر اوقات اوضاع آن‌گونه که باید پیش نمی‌رود. افراد دارای باور غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی (که در این پژوهش ارتباط منفی معنی‌داری با رفتار ورزشی داشت) در صورتی که شرایط آن‌طور که انتظار دارند نباشد، اوضاع را افتضاح و وحشتناک و فاجعه‌بار می‌دانند و دچار اندوه می‌شوند. این اندوه موقعیت آن‌ها را بدتر می‌کند (۵۵، ۵۶). در حقیقت یکی از عواملی که احتمالاً مانع از تبدیل تمرین گاه به گاه افراد (در مرحله آمادگی) به تمرین منظم و مداوم (در مراحل عمل و ثبات) می‌شود، باور غیرمنطقی بی‌مسئولیتی هیجانی است. برخی از افراد تحت فشار و مواجه شدن با مشکلات احساس بدبختی می‌کنند (۵۵). مسئولیت ناپذیری و فرار از مشکلات در دانشجویان، به مشکلات و نارضایتی‌های بعدی منجر شده و در نهایت اعتماد به نفس آن‌ها را کاهش می‌دهد. در واقع بر اساس نظر وینتر و مارتین (۲۰۰۶) افراد دارای باور غیرمنطقی در گسترش و نگهداری سطح مناسبی از عزت نفس دچار مشکل هستند (۵۶). ذکر این نکته نیز مهم است که باورهای غیرمنطقی هم‌چون بی‌مسئولیتی هیجانی و اجتناب از مشکل ارتباط

- 19 Turner and Moore (اوایل نوجوانی، بزرگسالی و سالمندی) نیز مطالعه شود.
- 20 Rabalais بر اساس نظریه شناختی و تحولی، تصورات از خویشتن
- 21 Moller and Bothma به تدریج منظوم‌های از باورها را شکل می‌دهند که اگر با
- 22 Transtheoretical واقعیت مطابقت نداشته باشند، به افکار و شناخت‌های غیر
- 23 Prochaska and DiClemente واقعی و به تعبیر الیس به افکار غیرمنطقی تبدیل می‌شوند
- 24 precontemplation و طبیعی است که افکار غیرمنطقی، پاسخ‌های عاطفی
- 25 contemplation هم‌چون اضطراب و افسردگی را در فرد پدید آورد. نتایج
- 26 preparation این پژوهش به وضوح نشان داد که باورهای غیرمنطقی با
- 27 action عدم اشتغال به رفتار ورزشی مرتبط است و سازه‌های مهم
- 28 Maintenance آن (درماندگی در برابر تغییر و اجتناب از مشکل) نقش
- 29 IBQ40- اصلی در طبقه‌بندی افراد در مراحل مختلف تغییر رفتار
- 30 Jones دارد. بنابراین ارائه راهکارهایی (که به برخی از آن‌ها اشاره
- 31 Cardinal شد) برای تغییر این باورها و در نهایت تغییر رفتار تمرینی
- 32 Godin and Shephard افراد ضروری است.

#### پی‌نوشت‌ها

- 33 Multiple Discriminates Analysis
- 34 Spencer, Adams, Malone, Roy and Yost
- 35 Rudiger, Cash, Roehrig and Thompson
- 36 Jakatdar, Cash and Engle
- 37 Hargreaves and Tiggemann
- 38 Poobalan, Aucott, Clarke, Smith
- 39 Patten, Vollman and Thurston
- 40 Burgman, Nyland and Burns
- 1 Frustration tolerance
- 2 discomfort disturbance
- 3 short-range hedonism
- 4 Demand for approval
- 5 High self-expectation
- 6 Preparedness for blame
- 7 Reaction of frustration
- 8 Emotional irresponsibility
- 9 Anxious over concern
- 10 Problem avoidance
- 11 Dependency
- 12 Helplessness for change
- 13 Perfectionism
- 14 Bridges and Hanriss
- 15 Wallston
- 16 Silverglade, Tosi, Wise and D'Costa
- 17 Harris, Davies and Dryden
- 18 Papageorgiou et al

#### منابع

1. Ellis A. Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 2. Rational Living. 30-25:(1)15;1980.
2. Ellis A. The sport of avoiding sports and exercise: A rational emotive behavior therapy perspective. The Sport Psychologist. 61-248:(3)8;1994.
3. Ejei J, Hatami M. Predicting procrastination in base of irrational beliefs, frustration discomfort beliefs, self-efficacy

- and self-regulation. *Journal of Research in Psychological Health*. 16-5:(4)8;2014.
4. Osberg TM, Poland D, Aguayo G, MacDougall S. The irrational food beliefs scale: Development and validation. *Eating behaviors*. 40-25:(1)9;2008.
  5. Ellis A. Rational- Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Elderly People. *Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*. 18-5:(1)17;1999.
  6. Adler MG, Fagley NS. Appreciation: individual difference in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *Journal of Personality*. 114-79:(1)73;2005.
  7. Caserta D, Dowd ET, David D, Ellis A. Rational and irrational beliefs in primary prevention in mental health, "in Rational and Irrational Beliefs in Human Functioning and Disturbances: Implications for Research, Theory and Practice. eds David, D, Lynn, S J, Ellis, A, editors (New York, NY: Oxford University Press). 94-2010:173.
  8. Harris S, Davies MF, Dryden W. An Experimental Test of a Core REBT Hypothesis: evidence that irrational beliefs lead to physiological as well as psychological arousal. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*. 11-101:(2)24;2006.
  9. Modi D, Thingujam NS. Role of anger and irrational thinking on minor physical health problems among married couples. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 28-119:(1)33;2007.
  10. Sava FA. Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship with the five-factor personality model. *J Cogn Behav Psychother*. 47-135:(2)9;2009.
  11. Moller AT, Rabe HM, Nortje C. Dysfunctional Beliefs and Marital Conflict in Distressed and Nondistressed Married Individuals. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*. 70-259:(4)19;2000.
  12. Bridges KR, Hanrishi RJ. Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*. 77-862:(8)2;2010.
  13. Wallston KA. Overview of the special issue on research with the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Journal health psychol*. 21-619:(5)10;2005.
  14. Jourjani AB, Hosseinaei A, Charkazi A. Investigation of relationship between general health and irrational beliefs with mental health in students of Islamic Azad University Azadshahr Branch. *Journal of Prevention and Health*. 43-35:(1)1;2015.
  15. Silverglade L, Tosi DJ, Wise PS, D'Costa A. Irrational beliefs and emotionality in adolescents with and without bronchial asthma. *Journal of General Psychology*. 207-199:(3)121;1994.
  16. Chales ST, Gatz M, Kato K, Pederson NL. Physical health 25 year later: The predictive ability of neuroticism. *Journal*

- of Health Psychology. 78-369:(3)27;2008.
17. Day RC, Freedland KE, Carney RM. Effect of anxiety and depression on heart disease attributions. *International journal of behavioral Medicine*. 49-24:(1)12;2005.
  18. Papageorgiou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Tsetsekou E, Koutoangelos K, Stefanadis C. Association between plasma inflammatory markers and irrational beliefs; The ATTICA epidemiological study. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. -1496:(7)30;2006 503.
  19. Turner M, Moore M. Irrational beliefs predict increased emotional and physical exhaustion in Gaelic football athletes. *International Journal of Sport Psychology*. 99-187:(2)47;2016.
  20. Rabalais TL. Understanding the impact os stress, irrational health beliefs, and health behaviors among adults 45-18. Doctoral Dissertation, College of Social and Behavioral Sciences, Walden University, Minneapolis, United States. 2015.
  21. Moller AT, Bothma ME. Body dissatisfaction and irrational beliefs. *Psychological Reports*. 30-423:(2)88;2001.
  22. Buckworth J, Wallace LS. Application of the transtheoretical model to physically active adults. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 7-360:(3)42;2002.
  23. Biddle SJ, Nigg CR. Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*. 304-290:(2)17;2000.
  24. Scholl R. The transtheoretical model of behavior change. *American Journal of Health Behavior*. -33:(1)25;2002 41.
  25. Velicer W, Prochaska J, Fava J, Norman G, Redding C. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*. -216:(6-5)38;1998 33.
  26. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 2-11:(1)12;1997.
  27. Lippke S, Ziegelmann J. Planning and strategy use in health behavior change: A life span view. *International Journal of Behavioral Medicine*. 9-30:(1)14;2007.
  28. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychology*. -1102:(9)47;1992 14.
  29. Ramezanzade H, Arabnarmi B. Prediction Stage of Exercise behavior Change based of decisional balance and self-efficacy. *Research on Educational Sport*. 114-97:(10)4;2016.
  30. Deng K, Tsuda A, Horiuchi S, Matsuda T. Evaluation of Decisional Balance in Change of Effective Stress Management Behavior among Chinese University Participant Using Item Response Theory.



- Journal of Social Sciences. 7-12:(6)1;2013.
31. Lee Y, Park M, Kim Y. Process of change, Decisional Balance, Self efficacy and Depression across the stage of change for exercise among Middle Aged Women in Korea. Journal of Korean Academy of Nursing. 95-587:(4)36;2006.
32. Shafakhah M, Moattari M, Sabet Sarvestani R. Assessing Stages of Exercise Behavior Change, Self Efficacy and Decisional Balance in Iranian Nursing and Midwifery Students. World Academy of Science, Engineering and Technology. 26-1:(1)7;2013.
33. Rodgers W, Courneya K, Bayduza A. Examination of the Transtheoretical model and exercise in 3 populations. American Journal of Health Behavior. -33:(1)25;2001
- 41.
34. Kim YH, Cardinal BJ, Lee J. Understanding exercise behavior among adults: a test of the transtheoretical model. International Journal of Behavior Medecine. 303-295:(4)13;2006.
35. Nizt JC, Choy NL. Changes in activity level in women aged 80-40 years. Climacteric. 15-408:(1)10;2007.
36. Kim CJ. Process of change, decisional balance and self-efficacy corresponding to the stage of exercise behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. J Korean Acad Adults Nurs. 92-83:(1)14;2002.
37. Guo B, Aveyard P, Fielding A, Sutton S. Do the Transtheoretical Model processes of change decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. Journal Compilation Society for the Study of Addiction. 38-828:(1)104;2009.
38. Romain AJ, Bernard P, Hokayem M, Gernigon C, Avignon A. Measuring the Processes of change from the Transtheoretical Model for physical activity and exercise in overweight and obese adults. American Journal of Health Promotion. 8-272:(4)30;2016.
39. Hooman HA. Research Methodology in Behavioral Sciences. 1, editor. Tehran: Samt; 540 .2017 p.
40. Motamedin M, Badri R, Ebadi GH, Zamani N. Standardization of irrational beliefs test (4IBT-A) in Tabriz. Psychological Methods and Models. 87-73:(8)2;2012.
41. Cardinal BJ. Construct validity of stages of change for exercise behavior. American Journal of Health Promotion. 74-68:(1)12;1997.
42. Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. Canadian Journal of Applied Sport Sciences. 6-141:(3)10;1985.
43. Farmanbar R, Niknami S, Heidarnia AR, Hajizadeh E. Prediction of exercise behavior among college students based on trans-theoretical model (TTM) using path analysis. Payesh. 37-27:(1)10;2011.
44. Spencer L, Adams TB, Malone S,



- Roy L, Yost E. Applying the Transtheoretical Model to Exercise: A Systematic and Comprehensive Review of the Literature. *Health Promotion Practice*. -428:(4)7;2006 43.
45. Turner MJ, Barker JB. Examining the efficacy of rational-emotive behavior therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology*. -131:(1)25;2013 47.
46. Turner MJ, Barker JB. Using rational emotive behavior therapy with athletes. *The Sport Psychologist*. 90-75:(1)28;2014.
47. Hargreaves D, Tiggemann M. The role of appearance schematicity in the development of adolescence body dissatisfaction. *Cognitive therapy and research*. 700-691:(6)26;2002.
48. Jakatdar TA, Cash TF, Engle EK. Body-image thought processes: The development and initial validation of the assessment of body-image cognitive distortions. *Body Image*. -325:(4)3;2006 33.
49. Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: Prospective predictors of intra-individual level and variability. *Body Image*. 9-1:(1)4;2007.
50. Luszczynska A, Sheng Cao, D., Mallach, N., & Pietron, K. Intention, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 78-265:(2)10;2010.
51. Poobalan A, Aucott, S. L., Clarke, A., & Smith, W. C. Physical activity attitudes, intentions and behaviour among 25–18 year olds: A mixed method study. *BMC Public Health*. 12:640;2012.
52. Ghanbari Hashemabadi BA, Garavand H, Dehghani Neyshaboori M. Goals prioritization, mental health and irrational beliefs of the students. *Applied Psychological Research Quarterly*. 53-39:(3)5;2014.
53. Ramezanzade H, Arabnarmi B. The role of exercise causality orientation and self-efficacy on men and wemen's exercise intention and exercise behavior. *Sport Psychology*. 114-97:(22)7;2018.
54. Patten S, Vollman A, Thurston W. The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 66-57:(1)11;2000.
55. Ellis R, Kosma M, Symons Downs D. Moderators of Youth Exercise Intention and Behavior. *Health Education & Behavior*. 10-305:(3)40;2012.
56. Winter G, Martin C. A practical guide to sport psychology. 1, editor. Tehran: Bamdad Ketab; 2006.
57. Burgman AG, Nyland JE, Burns LR. Correlates with perfectionism and the

utility of dual process model. *Personality and individual differences*. -299:(2)43;2007 399.

58. Alizadeh Sahraee O, Besharat MA, Khosravi Z. The relation of irrational beliefs with positive and negative perfectionism among students in Nowshahr. *Psychological Studies*. 42-9:(1)6;2010.



Shahid Beheshti University  
Sport Psychology

Autumn & winter 2020/ No.2/ Vol. 4/ Pages: 1-18

---

## The role of irrational beliefs in the sport behavior of female student in different stages of exercise behavior change

Hesam Ramezanzade\*, Bita Arabnarmi

Department of sport Science, faculty of Humanities, Damghan University, Damghan, Iran.

Received: 12/12/2018

Revised: 05/06/2019

Accepted: 23/06/2019

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the relationship between irrational beliefs and sport behavior and also prediction of the stage of behavior of individuals based on constructs of irrational belief.

**Methods:** Number of 190 students of Damghan University were selected with random clustering method. Research instruments include the Ahvaz Irrational Beliefs (2005) questionnaire, Stages of Exercise Behavior Change Scale (Cardinal, 1997) and Shephard's method (for assess sport behavior). Multiple linear regression and diagnostic regression analysis were used to predict the sport behavior and behavioral stage of the individuals based on the constructs of irrational belief, respectively.

**Results:** The results showed significant negative correlation between irrational beliefs and sport behavior ( $r = -0.398$ ,  $p = 0.001$ ). The predictive model of constructs of irrational belief based on sport behavior was significant ( $F = 3.97$ ,  $p = 0.004$ ). Helplessness against change and avoidance of the problem could predict changes of the sport behavior. The diagnostic function categorized 45.3% of participants in the stages of behavior change correctly.

**Conclusion:** The results of this research clearly showed that irrational beliefs are related to inactivity; and its structures (helplessness against change and avoidance of the problem) play a major role in classifying people in different stages of behavior change.

**Key words:** irrational beliefs, transtheoretical model, sport behavior.

---

\*Corresponding Author: Hesam Ramezanzade. Tel: 09120811874. E-Mail: h.ramezanzade@du.ac.ir