



Correlation between Sport Participation, Psychological Well-being and Physical Complaints among Students of Kerman University of Medical Sciences

Mohammad Pourranjbar¹, Mohammad Rasoul Khodadadi^{2,*}, Maryam Farid Fathi³

¹ Assistant Professor, Department of Physical Education, School of Medicine and Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

² Assistant Professor, Department of Sport Management, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

³ Ph.D. Student, Sport Management, Department of Sport Management, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Higher Education Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Rasoul Khodadadi, Assistant Professor, Department of Sport Management, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: m.khodadadi@tabrizu.ac.ir

Received: 13 May 2018

Accepted: 09 Apr 2019

Abstract

Introduction: The physical and mental well-being of youth is one of the most important goals of every society. Sport activity is one of the factors that plays an important role in the optimal physical and psychological performance of individuals. The purpose of this study was to determine the correlation between sport participation, psychological well-being and physical complaints among students of Kerman University of Medical Sciences.

Methods: The research was descriptive-correlational. The population of this study was Kerman University of Medical Sciences (5000 people). 360 people were selected using stratified random sampling using Krejci and Morgan tables. Data were collected by the "Questionnaire Psychological Well-Being", "Physical Complaints Questionnaire" and the "Physical Activity Participation Questionnaire". The validity of the instruments was confirmed by eight sports experts and reliability through Cronbach's alpha. Data was analyzed using SPSS.20.

Results: Students' psychological well-being and students' physical complaints were significantly higher than the mean, which indicates the proper status of psychological well-being and inappropriate status of physical complaints. Also, there was a positive and significant correlation between sport participation with physical complaints ($r = -0.26$, $P = 0.001$) and psychological well-being ($r = 0.54$, $P = 0.001$). In addition, 32 percent of the variance in total physical complaints changes among students is related to the participation component and psychological well-being.

Conclusions: The results indicated a positive correlation between sport participation and psychological well-being and its negative correlation with physical complaints. It is suggested that universities sports department provide appropriate equipment for student sport to reduce physical complaints and improve psychological well-being.

Keywords: Sport Participation, Psychological Well-Being, Physical Complaints



همبستگی بین مشارکت ورزشی، بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان

محمد پوررنجبهر^۱، محمدرسول خدادادی^{۲*}، مریم فریدفتحی^۳

^۱ استادیار، گروه تربیت بدنی، دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
^۲ استادیار، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
^۳ دانشجوی دکتری، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
 * نویسنده مسئول: محمدرسول خدادادی، استادیار، گروه مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: m.khodadadi@tabrizu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۲۳

چکیده

مقدمه: سلامتی جسم و روان جوانان از مهمترین اهداف هر جامعه می باشد و فعالیت ورزشی به عنوان یکی از عواملی است که در عملکرد بهینه جسمانی و روانشناختی افراد نقش بسیار مهمی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی بین مشارکت ورزشی، بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

روش کار: پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بوده و جامعه آماری را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل دادند (۵۰۰۰ نفر) که ۳۶۰ نفر با استفاده از جدول Krejcie & Morgan به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب گردید. جمع آوری داده ها با "پرسشنامه بهزیستی روانشناختی" (Questionnaire Psychological Well-Being)، "پرسشنامه شکایات جسمانی" (Questionnaire Physical Complaints) و "پرسشنامه مشارکت فعالیت ورزشی" (Physical Activity Participation) انجام شد. روایی ابزار توسط ۸ تن از متخصصین ورزش و پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ تأیید شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار اسپس اس اس نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته ها: بهزیستی روانشناختی دانشجویان و میزان شکایات جسمانی دانشجویان به طور معنی داری بالاتر از میانگین بود که نشان دهنده وضعیت مناسب بهزیستی روانشناختی و وضعیت نامناسب شکایات جسمانی است. همچنین بین مشارکت ورزشی با شکایات جسمانی همبستگی منفی ($r = -0.26$, $P = 0.001$) و با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($P = 0.001$). $r = 0.54$ ، بعلاوه، ۳۲ درصد از واریانس کل تغییرات شکایات جسمانی در بین دانشجویان به مؤلفه مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی مربوط می باشد.

نتیجه گیری: نتایج حاکی از رابطه مثبت مشارکت ورزشی بر بهزیستی روانشناختی و رابطه منفی آن بر شکایات جسمانی بود. پیشنهاد می شود اداره ورزش دانشگاه ها تجهیزات مناسبی را برای ورزش دانشجویان فراهم نماید تا شکایات جسمانی کاهش و بهبود بهزیستی روانشناختی افزایش یابد.

واژگان کلیدی: مشارکت ورزشی، بهزیستی روانشناختی، شکایات جسمانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تأثیر ورزش بر سلامتی جسمانی و روانی و میزان مشارکت مردم در دیگر کشورها نشان از اهمیت آن در زندگی دارد [۱]. ورزش و فعالیت های جسمانی به عنوان واقعیتهای اجتماعی، از زمان های بسیار دور، در جوامع بشری وجود داشته و جزئی از زندگی روزمره انسان ها را تشکیل می داده است. اما باوجود فواید بسیار زیادی که ورزش و فعالیت بدنی برای انسان و جامعه به ارمغان می آورد، یکی از مهم ترین

در عصر حاضر ورزش و فعالیت های بدنی به عنوان یک پدیده اجتماعی درخور بررسی و تأمل، جایگاه برجسته ای در دو سطح محلی و جهانی به دست آورده است. هیأت ها، انجمن ها، نهادها، اتحادیه ها و کمیته هایی که به موضوع ورزش می پردازند و در راستای حمایت از فعالیت های ورزشی، چه در سطح محلی و چه در سطح رسمی، کار و تلاش می کنند، خود جلوه ها و مظاهری از این جایگاه هستند [۱]. همچنین نگاهی به

مؤلفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط می‌باشد [۱۰]. بنابراین، بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمانی را می‌توان دو مؤلفه مهم سلامت روان معرفی کرد که بهزیستی روانشناختی به صورت روانی ولی شکایات جسمی به صورت جسمی و ظاهری نمود پیدا می‌کند. امروزه روش‌های مختلفی برای درمان ناراحتی‌های روانی و بهبود آن ارائه شده است. یکی از روش‌های بسیار موفق درمان به وسیله فعالیت‌های ورزشی می‌باشد. چرا که فعالیت‌های ورزشی با شرایط روانی فرد ارتباط نزدیک دارد و این ارتباط از طریق تعامل فرد با ورزش امکان پذیراست و پژوهشگران زیادی تأثیر این نوع تمرین را به اثبات رسانده‌اند [۱۱].

به طور کلی با توجه به مطالعات انجام گرفته در زمینه بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمی، نشان داده شده است که عوامل زیادی می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی افراد تأثیر گذار باشد، که در این میان به نقش فعالیت بدنی با هدف تفریح و سلامتی (ورزش همگانی) اشاره کمی شده است. با این که نقش مثبت تمرینات بدنی در کنترل سلامت عمومی و بهبود کیفیت زندگی اقشار مختلف گزارش شده است [۱۲]. بطور مثال Aurelio & Silvieira در پژوهشی دریافتند که فعالیت‌های بدنی ابزار مناسبی در درمان و پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و همچنین روانی از جمله: افسردگی و اختلالات اضطرابی می‌باشد. با انجام ورزش به جهت ترشح تعدادی از هورمون‌های غدد مختلف و تأثیر بر روی سیستم عصبی و همچنین افزایش مصرف اکسیژن میزان تنش و اضطراب را کاهش دهند [۱۳]. در این زمینه رحیمی پرنجانی و همکاران در نتایج مطالعه خود نشان دادند که بین فعالیت ورزشی و پیامدهای بهداشتی نوبتکاری پرستاران، رابطه منفی معناداری وجود دارد. به این معنا که هرچه پرستاران در متغیر فعالیت ورزشی نمره بالاتری کسب کنند، میزان پیامدهای بهداشتی کمتری را در برخورد با برنامه‌های مختلف نوبتکاری گزارش می‌دهند [۱۴]. همچنین اصفهانی در پژوهش خود نشان داد که بین علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در دو گروه دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار، تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است. همچنین دانشجویان دانشکده تربیت بدنی نسبت به سایر دانشجویان در سلامت روانی و مقیاس‌های چهارگانه آن در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارند [۱۵]. Peluso & Andrade در مطالعه‌ای به بررسی این موضوع پرداختند که آیا فعالیت بدنی و روحیه ناشی از آن در مواجهه و پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی همچون اضطراب و افسردگی مؤثر است یا نه؟ که به این نتیجه رسیدند که فعالیت بدنی منظم، سلامت روانی را افزایش می‌دهد [۱۶].

اما از طرفی، نتایج مطالعات دیگر حاکی از آن است که فعالیت بدنی زیاد از نظر آسیب رسانی در روح و روان ممکن است خطرزا باشد؛ و یا افزایش مقاومت در برابر ابتلا به بیماری‌های روان شناختی با ورزش منظم مشاهده نگردید [۱۷]. همچنین Bailey & McLaren در مطالعه خود رابطه معناداری بین فعالیت ورزشی و آمادگی جسمانی با سلامت روانی پیدا نکردند [۱۷]. همچنین یافته‌های مطالعه Paluska & Schwenk در مورد فعالیت بدنی و سلامت روانی نشان داد، که تمرین هوازی و قدرتی باعث کاهش علائم افسردگی شده و بیش تمرینی در بسیاری از مواقع باعث افسردگی می‌شود [۱۸]. از طرفی دیگر، دانشجویان به عنوان قشری که در معرض تنش و فشارهایی از

چالش‌های پیش رو در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در برخی جوامع امروزی، رواج فرهنگ بی‌حرکی و راحت‌طلبی در میان نیروی جوان است [۳]. در یک دسته‌بندی کلی ورزش را به دو دسته همگانی (تفریحی) و قهرمانی تقسیم می‌کنند. در ورزش قهرمانی معمولاً افراد به صورت شغل و حرفه خود و به صورت تمام‌وقت به انجام ورزش مشغول‌اند. ورزش‌های قهرمانی عملاً تعداد محدودی از جامعه را درگیر می‌کند چراکه با توجه به مشکلاتی از قبیل زمان‌بر بودن، هزینه فراوان و فعالیت بدنی طاقت‌فرسا افراد کمتری می‌توانند به آن روی آورند. ورزش‌های همگانی که مترادف ورزش تفریحی است، پرداختن به مجموعه‌ای از فعالیت‌های ورزشی ساده، کم‌هزینه، غیررسمی، فرح‌بخش و باشاقت است که امکان شرکت در آن‌ها برای همه افراد وجود داشته باشد، ورزش همگانی با هدف سلامتی انجام می‌گیرد [۴]. در منابع مختلف، سلامتی به انواع مختلفی تقسیم بندی شده است به عنوان مثال طبق تعریف سازمان بهداشت، سلامتی را به سلامتی جسمانی؛ سلامتی روانی و سلامتی اجتماعی تقسیم بندی می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که سلامت سازه‌ای چند بعدی است که باید به وسیله مؤلفه‌های جسمانی و روان‌شناختی اندازه‌گیری شود [۵]. پژوهشگران دیگری بیان می‌کنند که منظور از سلامت تنها بعد جسمانی نیست بلکه سلامت مفهوم گسترده‌ای از ابعاد خاص انسان مانند هوش ذهن و فکر است. از طرف دیگر، سلامتی روان بر سلامتی جسمانی تأثیر دارد و اختلالات جسمی و فیزیکی به شرایط خاص روانی مرتبط است [۶]. به طوری که در این زمینه در حیطه سلامت جسم و روان عارضه‌ای به نام شکایات جسمانی (physical complaints) مطرح می‌شود. شکایات جسمانی تجلی مشکلات روانی به صورت علائم جسمی تعریف می‌شود. در حقیقت شکایات جسمانی به رخداد علائم جسمی اشاره می‌کند که به علت بیماری‌های جسمی ایجاد نمی‌شوند، بلکه این علائم به وسیله عوامل روحی- روانی به وجود می‌آیند. این قبیل علائم به شدت عادی و عمومی بوده و ضرورتاً به آسیب شناسی روانی اشاره می‌کنند. هنگامی که هیچ عضو یا ارگانی برای این علائم یافت نشود، پس می‌توان دلیل آن را در عوامل روانشناختی جستجو نمود. شکایات جسمانی در طیف وسیعی از بیماری‌ها رخ می‌دهد و در ارتباط با اختلالات روانی متعددی از جمله اضطراب و افسردگی می‌باشد [۷].

یکی از الگوهای نظری در مطالعه روانشناسی ورزش، روانشناسی مثبت (positive psychology) است. دستور کار اصلی این رویکرد، بررسی و شناخت توانمندی‌ها، نقاط قوت، استعدادها و محاسن افراد است. بهزیستی روانشناختی (psychological well-being) از جمله مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت است [۸]. به نظر Shapiro & Keyes سلامتی اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند. لذا عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد [۹]. در واقع سلامت روانی افراد متأثر از مواردی چون روابط اجتماعی، خانوادگی، شخصیت افراد و هویت شکل گرفته در آنان می‌باشد. یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در حوزه روان‌شناسی سلامت، مفهوم بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. بهزیستی بر مبنای زندگی آرمانی و به معنای شکوفاسازی توانمندی‌های انسانی است که دربردارنده ملاک‌های مشابه و مکمل سلامت روان‌شناختی مثبت می‌باشد و شامل

همراه با درد که در یک ماه اخیر به آن دچار شده بودند به عنوان نمونه در نظر گرفته نمی‌شدند. چون پرسشنامه شکایات جسمانی وضعیت جسمانی فرد را در یک ماه اخیر نشان می‌دهد و شکایت جسمانی می‌تواند ناشی از بیماری و یا آسیب آنها همچون شکستگی مچ و ... باشد. به منظور سنجش بهزیستی روانشناختی دانشجویان از "پرسشنامه بهزیستی روانشناختی" (Psychological Well-Being Questionnaire) استفاده شد [۱۰]. نسخه کوتاه (۱۸ عبارت) "مقیاس بهزیستی روانشناختی" توسط Ryff در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است [۱۰]. بهزیستی روانشناختی مفهومی چند بعدی و در برگیرنده شش بعد (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌های مقیاس‌های بهزیستی بدین شرح است: کاملاً مخالفم=۱؛ تا حدی مخالفم=۲؛ نظری ندارم=۳؛ کمی موافق=۴؛ کاملاً موافق=۵. با به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، نمره همه عبارات مربوط به زیر مقیاس موردنظر را باهم جمع می‌شود، از جمع نمره ۱۸ عبارت نمره بهزیستی روانشناختی کلی به دست می‌آید. حداکثر نمره ۹۰ و حداقل ۱۸ است که که نمره پایین‌تر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بسیار ضعیف می‌باشد. Ryff به منظور هنجاریابی "مقیاس بهزیستی روانشناختی"، آن را بر روی ۳۲۱ نفر از زنان و مردان در گروه‌های جوان، میانسال و سالخوردگان اجرا کرد. به منظور بررسی روایی، آیت‌های پرسشنامه بر مبنای معیارهای ابهام یا انحراف، عدم انطباق گویه‌ها با تعاریف مقیاس آن‌ها، عدم تمایز متغیرها با مقیاس‌های دیگر، عدم توانایی گویه‌ها در نشان دادن متغیر و اینکه آیا تمام جنبه‌های تعاریف مقیاس توسط گویه‌ها مورد پوشش قرار گرفته است مورد بررسی قرار گرفت. وی ضریب همسانی زیرمقیاس‌های این مقیاس را بدین شرح گزارش داده است؛ خودمختاری=۰/۷۶، تسلط بر محیط=۰/۹۰، رشد فردی=۰/۸۷، روابط مثبت با دیگران=۰/۹۱، زندگی هدفمند=۰/۹۰ و پذیرش خود=۰/۹۳ [۱۰].

در ایران نیز بیانی و همکاران [۱۹] به منظور هنجاریابی این پرسشنامه، آن را بر روی نمونه‌ای ۱۴۵ نفری اجرا کردند. برای محاسبه پایایی پرسشنامه دو روش همسانی درونی و بازآزمایی به کار برده شد. برای تعیین همسانی درونی، روش آلفای کرونباخ در نمونه ۱۴۵ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر (۹۶ زن و ۴۹ مرد) به کار برده شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. این ضریب برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۵، ۰/۷۵، ۰/۵۷ و ۰/۷۶ بود. در تعیین پایایی به روش بازآزمایی، با دو ماه فاصله، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل پرسشنامه و ضریب پایایی خرده مقیاس‌های پذیرش خود ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۷، خودمختاری ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۷، زندگی هدفمند ۰/۷۰ و رشد شخصی ۰/۷۸ به دست آمد.

برای سنجش شکایات جسمانی از "پرسشنامه شکایات جسمانی" (Physical Complaints Questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه توسط گل پرور و همکاران ساخته شده است [۲۰]. این ابزار ۱۸ مورد شکایت جسمانی رایج را پوشش می‌دهد و مقیاس پاسخگویی آن پنج درجه‌ای (۵=اکثراً چنین علامتی را تجربه و به پزشک هم

جمله دوری از خانه، آشنا نبودن با محیط دانشگاه، عدم علاقه به رشته تحصیلی و کافی نبودن امکانات رفاهی، اقتصادی و نیز موفقیت در امتحانات دوره تحصیل در دانشگاه هستند، متحمل سختی‌های زیادی از جمله بی‌خوابی طولانی مدت و پرهیز از سرگرمی‌ها می‌شوند. این تنش‌ها می‌توانند اثرات قابل توجهی بر روی سلامت افراد بگذارند. این مسائل در نهایت می‌تواند بر تمامی عملکردهای درگیر در یک تجربه موفق در دانشگاه؛ شامل انگیزش، تمرکز، احساس ارزشمندی و خلق تأثیر منفی گذارد. بررسی‌های انجام شده در کشور نشان دهنده شیوع روز افزون بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی نظیر افسردگی در بین دانشجویان ایرانی است [۱۸].

به طور کلی از آنجا که دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی اغلب در رشته‌های مرتبط با حوزه پزشکی در حال تحصیل بوده و بعد از فراغت تحصیل در این حوزه به فعالیت خواهند پرداخت و وظیفه آن‌ها حفظ و تأمین سلامت جسمی بیمارانی است که به دلایل مختلف دچار بیماری شده و درمان آن‌ها نیاز به صبر و شکیبایی و تحمل، رضایت و امید پزشکان، پرستاران و مدیران بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های پزشکی دارد. لذا ضروری است قبل از ورود دانشجویان حوزه پزشکی به محیط کار، میزان سلامت روانی، جسمی و ارتباط بین آن‌ها شناسایی و راه کارهای لازم برای تقویت آن‌ها ارائه شود. همچنین با توجه به رشد روان شناسی مثبت نگر در سال‌های اخیر و در نتیجه، توجه به عوامل مثبت و ارتقای آن‌ها در ضروری به نظر می‌رسد که بتوان طی پژوهش‌هایی، زمینه عوامل روان‌شناختی و تمرین عوامل مرتبط با حالات مثبت دانشجویان را شناسایی کرد و شکایات جسمی آنان را به حداقل رساند. بی‌تردید مشارکت در فعالیت‌های ورزشی، عاملی مهم در تأمین سلامت دانشجویان به شمار می‌رود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی بین مشارکت ورزشی، بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت.

روش کار

مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بوده که در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان در حال تحصیل دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۹۶-۱۳۹۵ بودند (۵۰۰ نفر). بر اساس جدول Krejcie & Morgan ۳۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی و به صورت تصادفی از هر طبقه به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. به این ترتیب که دانشجویان در طبقات جنسیتی (دختر و پسر) و مقاطع تحصیلی (کارشناسی و دکتری) به نسبت‌های متناسب قرار گرفتند. در سال پژوهش دانشجوی مقطع ارشد در این دانشگاه وجود نداشت.

۴۰۰ پرسشنامه بین نمونه‌ها پخش گردید و س از حذف پرسشنامه‌های ناقص و تکمیل نشده، ۳۶۰ پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مرحله و به جهت پیشگیری از بروز خطا و انجام دقیق و صحیح کار در مرحله جمع آوری داده‌ها، معیارهای ورود به مطالعه و خروج از مطالعه تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه عدم ابتلا به بیماری جسمانی و روانی حاد به همراه مصرف دارو و عدم مصرف داروهای مخدر و روانگردان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص بود. افراد شامل هرگونه بیماری و آسیب

همچنین برای بررسی پایایی از آزمون آلفاکرونباخ در یک نمونه اولیه ۳۰ نفره از جامعه مطالعه استفاده شد که ضریب این آزمون به ترتیب برای "مقیاس بهزیستی روانشناختی"، "پرسشنامه شکایات جسمانی" و "پرسشنامه مشارکت در فعالیت بدنی" ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد که نشانگر پایایی خوب ابزارها است. نحوه اجرای پژوهش به این روش بود که پس از اخذ مجوز لازم از معاونت پژوهشی و حراست دانشگاه علوم پزشکی کرمان آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. قبل از تکمیل پرسشنامه، رضایت شفاهی دانشجویان دریافت و پیرامون اهداف مطالعه به آن‌ها توضیحاتی ارائه شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست. بعد از گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها به منظور ورود داده‌ها به نرم افزار کدبندی شد. زمان تقریبی برای تکمیل هر پرسشنامه ۱۰ الی ۱۵ دقیقه در نظر گرفته شد. در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها نیز توضیحات مورد نیاز نیز به آن‌ها ارائه شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد و میانگین و آمار استنباطی شامل آزمون کلموگروف اسمیرنوف، تی تک نمونه‌ای و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری اس پی اس اس نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها نشان داد که ۵۷/۲ درصد مرد بودند. همچنین نتایج حاصل از توصیف سن نمونه‌ها نشان داد ۶۰/۰ درصد از نمونه‌ها ۱۸ الی ۲۲ ساله بودند و تنها ۲/۲ درصد را افراد بالای ۳۷ سال تشکیل می‌دادند. همچنین نتایج نشان داد که ۷۶/۶ درصد از نمونه‌ها مجرد، ۲۰/۸ درصد متأهل و تنها ۲/۵ درصد متارکه کرده بودند. با توجه نتایج مشخص می‌شود که ۵۸ درصد از نمونه‌ها در مقطع دکتری (پزشکی عمومی، دندانپزشکی، داروسازی و...) و ۴۱/۹ درصد در مقطع کارشناسی هستند. همچنین ۴۸ درصد از نمونه‌ها ساکن خوابگاه، ۱۴/۷ درصد ساکن خوابگاه خودگردان، ۸/۶ درصد ساکن منزل استیجاری شخصی، ۱۳/۳ درصد ساکن منزل استیجاری با دوستان و ۱۵/۲ درصد ساکن منزل پدری بوده‌اند. همچنین نتایج نشان داد ۱۷/۶ درصد از نمونه‌ها والیبالی، ۱۶/۸ درصد شنا و ۱۵/۴ درصد فوتبال را به عنوان رشته‌های ورزشی مورد علاقه خود انتخاب کرده‌اند. و در نهایت ۳۰/۸ درصد از نمونه‌ها در باشگاه‌ها و اماکن ورزشی در سطح شهر، ۲۱/۹ درصد در باشگاه‌ها و اماکن ورزشی دانشگاه، ۲۴/۴ درصد در باشگاه‌ها و اماکن ورزشی دانشگاه و محل کار، ۸/۸ درصد در منزل شخصی و ۱۴/۱ درصد در پارک‌ها و طبیعت به فعالیت ورزشی می‌پرداختند. برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف (K-S) استفاده شد. نتایج این آزمون در **جدول ۱** نشان داده شده است که با توجه به نتایج جدول و سطوح معنی‌داری مشخص می‌شود که تمام توزیع‌ها از لحاظ آماری نرمال می‌باشند ($P \geq 0/05$).

با توجه به طبیعی بودن توزیع داده‌های متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن و شکایت جسمانی، از آزمون تی تک نمونه‌ای برای بررسی فرضیه استفاده شد. نتایج در **جدول ۲** نشان داده شده است.

مراجعه نموده‌ام، ۴ زیاد این علائم را مشاهده کرده‌ام، ۳= گاهی اوقات این علائم را مشاهده کرده‌ام، ۲= کمتر این علائم را تجربه کرده‌ام و ۱= هرگز چنین علامت و شکایتی را تجربه نکرده‌ام) است. در این پرسشنامه حداکثر نمره ۹۰ و حداقل نمره ۱۸ است که که نمره پایین‌تر نشان دهنده شکایت جسمانی بسیار ضعیف و نمره بالاتر نشان دهنده شکایت جسمانی شدید در فرد پاسخ دهنده می‌باشد. در ابتدای این پرسشنامه از پاسخگویان خواسته شده بود که با توجه به وضعیت خود در یک ماه اخیر به این سؤالات پاسخ دهند. در مطالعه گل پرور و همکاران [۲۰]، روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه از طریق چندین تن از متخصصین حوزه بهداشت و سلامت عمومی اصفهان بررسی و تأیید شد. برای بررسی روایی سازه این مقیاس از تحلیل عاملی اکتشافی (با چرخش از نوع واریمکس) در نمونه ۲۶۷ نفره از دانشجویان دختر رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان) استفاده شد. نتیجه این تحلیل نشان داد که این مقیاس دارای ساختاری یک عاملی با بارهای عاملی ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ می‌باشد. آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش نمونه ۲۶۷ نفره از دانشجویان دختر رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان) برابر با ۰/۹۸ به دست آمد [۱۹].

برای سنجش میزان و شدت مشارکت ورزشی دانشجویان از "پرسشنامه مشارکت در فعالیت بدنی" (Physical Activity Participation Questionnaire) کریمیان و همکاران [۲۱] استفاده شد. در این پرسشنامه در مورد فعالیت ورزشی و تفریحی دانشجویان و میزان و شدت آن با سوال‌هایی در مورد فعالیت ورزشی و تحرک بدنی، نوع فعالیت ورزشی آن‌ها، میزان و چگونگی فعالیت بدنی و... بررسی شد. لازم به ذکر است تعداد گویه‌ها ۸ و با استفاده از طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (۵=خیلی زیاد، ۴=زیاد، ۳=گاهی، ۲=خیلی کم، ۱=هیچ‌گاه) میزان مشارکت ورزشی دانشجویان علوم پزشکی سنجیده شد. حداکثر نمره به دست آمده در این پرسشنامه ۴۰ و حداقل نمره ۸ بود. در این مقیاس بالاترین نمره برای دانشجویانی که به صورت کاملاً فعال به فعالیت ورزشی می‌پرداختند و ورزشکار حرفه‌ای محسوب می‌شدند، کسب شد و پایین‌ترین نمره برای کسی که هیچ فعالیت به عنوان فعالیت ورزشی نداشت و گزینه هیچگاه را برای تمامی ۸ گویه انتخاب کرده بود به دست آمد. در ضمن به دلیل اینکه مقیاس اندازه گیری پنج درجه‌ای بود، نمره ۳ به عنوان نقطه برش و حد متوسط در نظر گرفته شد. در مطالعه کریمیان و همکاران [۲۱] برای سنجش روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با نظرخواهی از ۸ نفر از صاحب نظران متخصص در زمینه اوقات فراغت فعال و ورزش‌های تفریحی ویرایش نهایی پرسشنامه‌ها تهیه گردید. همچنین در پژوهش مذکور جهت محاسبه پایایی با یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) توزیع و تکمیل ۳۰ پرسشنامه در بین اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از روش آلفاکرونباخ استفاده شد و مقدار ضریب آن ۰/۸۲ به دست آمد.

در مطالعه حاضر نیز پرسشنامه‌های مذکور برای تأیید روایی محتوا و صوری در اختیار ۸ تن از متخصصین مدیریت ورزشی قرار گرفت. پس از بررسی پرسشنامه‌ها و اعمال تغییرات جزئی نگارشی و نظر متخصصان، نسخه نهایی و ویرایش شده پرسشنامه‌ها تهیه گردید.

جدول ۱: آماره‌های آزمون کولموگروف اسمیرنف جهت طبیعی بودن توزیع داده‌ها

متغیرهای پژوهش	آماره‌ها	توزیع داده‌ها
	Z	P
بهزیستی روانشناختی	۰/۹۳	۰/۳۴
تسلط محیطی	۱/۲۴	۰/۰۹
پذیرش خود	۱/۱۵	۰/۱۴
روابط مثبت با دیگران	۱/۲۴	۰/۰۸
داشتن هدف در زندگی	۱/۰۶	۰/۲۱
رشد فردی	۱/۲۴	۰/۰۹
استقلال	۱/۲۶	۰/۰۸
شکایات جسمانی	۱/۱۸	۰/۱۲
مشارکت ورزشی	۱/۲۴	۰/۰۹

جدول ۲: نتایج آزمون تی تک نمونه‌ای

متغیر	میانگین	میانگین آماری	درجه آزادی	آماره آزمون تی	مقدار احتمال
بهزیستی روانشناختی	۳/۳۳	۳	۳۵۰	۱۰/۴۰	۰/۰۰۲
تسلط محیطی	۳/۳۶	۳	۳۵۶	۸/۴۹	۰/۰۰۲
پذیرش خود	۳/۲۶	۳	۳۵۶	۶/۱۰	۰/۰۰۱
روابط مثبت با دیگران	۳/۴۰	۳	۳۵۶	۱۰/۲۰	۰/۰۰۳
داشتن هدف در زندگی	۳/۲۹	۳	۳۵۶	۷/۹۰	۰/۰۰۱
رشد فردی	۳/۳۱	۳	۳۵۶	۷/۲۳	۰/۰۰۱
استقلال	۳/۳۲	۳	۳۵۶	۷/۷۹	۰/۰۰۸
شکایت جسمانی	۳/۷۶	۳	۳۵۶	۲۳/۹۹	۰/۰۰۱

در نمونه‌های تحت بررسی است ($t=23/99, P=0/001$). جهت بررسی رابطه بین مشارکت ورزشی با شکایات جسمی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان از آزمون پی‌رسون استفاده شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲ بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در دانشجویان علوم پزشکی کرمان به طور معنی‌داری در وضعیت مناسب قرار دارد ($t=10/40, P=0/002$). همچنین نتایج نشان می‌دهد میزان شکایت جسمانی دانشجویان علوم پزشکی کرمان به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین قرار دارد که نشان دهنده وضعیت نامناسب این متغیر

جدول ۳: نتایج همبستگی پی‌رسون بین مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان

متغیر	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
بهزیستی روانشناختی	۰/۵۴	۰/۰۰۱
تسلط محیطی	۰/۳۷	۰/۰۰۴
پذیرش خود	۰/۳۳	۰/۰۰۷
روابط مثبت با دیگران	۰/۴۵	۰/۰۰۱
داشتن هدف در زندگی	۰/۴۱	۰/۰۰۱
رشد فردی	۰/۲۸	۰/۰۰۹
استقلال	۰/۳۸	۰/۰۰۵
شکایات جسمی دانشجویان	-۰/۲۶	۰/۰۰۱

از تحلیل رگرسیون خطی ساده چند متغیره بین مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر مستقل (پیش‌بین) و شکایت جسمانی دانشجویان به عنوان متغیر وابسته (ملاک)، با روش همزمان استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها $0/57$ می‌باشد که با توجه به آن بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته همبستگی مستقیم و معناداری ($R=0/57, P<0/001$) مشاهده می‌شود. همچنین مقدار ضریب تعیین تعدیل شده (R^2) که بیانگر درصد تغییرات تعیین شده از تغییرات متغیر وابسته (ملاک) توسط متغیر مستقل (پیش‌بین) است، نشان می‌دهد که ۳۲ درصد از واریانس کل تغییرات شکایت جسمانی در بین

با توجه به نتایج جدول ۳، بین مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان علوم پزشکی کرمان رابطه معنادار مشاهده شد ($P=0/001$). همچنین بین مشارکت ورزشی و تسلط محیطی ($P=0/004$), $R=0/37$ ، پذیرش خود ($t=0/33, P=0/007$)، روابط مثبت با دیگران ($t=0/45, P=0/001$)، داشتن هدف در زندگی ($t=0/41, P=0/001$)، رشد فردی ($t=0/28, P=0/009$) و استقلال ($t=0/38, P=0/005$) همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد. اما بین مشارکت ورزشی و شکایات جسمی دانشجویان علوم پزشکی کرمان رابطه معنادار و منفی مشاهده شد ($t=-0/26, P=0/001$). با این تفسیر که مشارکت ورزشی با کاهش در شکایات جسمی دانشجویان همراه است.

دانشجویان علوم پزشکی کرمان به مؤلفه مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی و ۶۸ درصد به عواملی خارج از مدل مذکور مربوط می‌شود. همچنین با توجه به معناداری مقدار آزمون $F(83/17, P<0/01)$ می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از متغیر

مستقل (مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی) و متغیر وابسته (شکایات جسمانی دانشجویان) مدل خوبی بوده و مجموعه متغیر مستقل قادرند تغییرات شکایات جسمانی دانشجویان علوم پزشکی کرمان را تبیین کنند.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان، متغیر مستقل (مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی) را نشان می‌دهد.

مقدار احتمال	مقدار t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده	رگرسیون همزمان
		Beta	Std. Error	B
۰/۰۰۱	۳۵/۰۷		۰/۱۵	۵/۴۳
۰/۰۰۲	-۱۲/۱۵	-۰/۶۳	۰/۱۴	-۰/۶۳
۰/۰۰۱	۲/۹۵	۰/۱۶	۰/۰۳۷	۰/۱۱
				مشارکت ورزشی
				بهزیستی روانشناختی
				عرض از مبدأ

نتایج رگرسیون خطی ساده دومتغیره جدول ۴، نشان می‌دهد که مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی ($t=35/07, sig = 0/001$) توانایی پیش‌بینی شکایات جسمانی دانشجویان علوم پزشکی کرمان را دارد. بنابراین، معادله رگرسیون شکایات جسمانی در بین دانشجویان علوم پزشکی کرمان با توجه به متغیر پیش‌بین (مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی) بر اساس داده‌های جدول ۴، به شرح زیر می‌باشد:

$$Y = a + bx + cz$$

$$Y = 5/43 - (0/63x) + 0/11(z)$$

بر اساس رابطه فوق مقدار شکایات جسمانی دانشجویان علوم پزشکی کرمان (Y) به ازای تغییر مشارکت ورزشی (x) و بهزیستی روانشناختی (z) تغییر خواهد کرد. با این تفسیر که در ازای افزایش یک واحد مثبت در مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی به میزان ۰/۵۲ واحد کاهش و اثر منفی در شکایات جسمانی مشاهده خواهد شد. به عبارت دیگر میزان شکایات جسمانی دانشجویان تحت تأثیر افزایش این دو متغیر پیش‌بین، کمتر خواهد شد.

پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی بین مشارکت ورزشی با بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت. نتایج نشان داد بهزیستی روانشناختی دانشجویان علوم پزشکی کرمان به طور معنی‌داری در وضعیت مناسب و بالاتر از میانگین قرار دارد. نتایج این بخش از مطالعه با نتایج پژوهش میکائیلی منبع [۲۲] و صدوقی و حسام پور [۲۳] همسو بود. صدوقی و حسام پور در مطالعه خود گزارش کرده است که وضعیت بهزیستی روانشناختی دانشجویان علوم پزشکی در سطح بالاتر از متوسط قرار دارد [۲۳]. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد میزان شکایات جسمانی دانشجویان علوم پزشکی کرمان به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین قرار داشت. نتایج این بخش از مطالعه با نتایج پژوهش تولکی زاده و خدادادی همسو بود [۲۴]. تولکی زاده و خدادادی [۲۴] در بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ دانشگاه علوم پزشکی گناباد بیان کردند که میانگین نمرات دانشجویان از شکایات جسمانی بیشتر از حد متوسط بوده است. مطالعات زیادی در بررسی‌های خودبه‌رابطه مثبت و معنادار بین عوامل تنش‌زای محل تحصیل (مدرسه و دانشگاه) و اختلالات روان‌تنی دست یافتند [۲۵، ۲۶]. بنابراین، عوامل تنش‌زای محیط آموزش می‌تواند باعث اختلالات جسمانی مانند انواع سردردها، دردهای معده و روده، تهوع و عوارضی از این قبیل شوند [۲۷]. بنابراین، از آنجا که تنش و

فشارهای تحصیلی در رشته‌های علوم پزشکی بیشتر است، بالا بودن میزان شکایات جسمانی آن‌ها قابل توجه است. در این زمینه نیز مطالعات نشان می‌دهد که دانشجویان علوم پزشکی در طول تحصیل خود عوامل تنش‌زای متعددی را تجربه می‌کنند [۲۸]. در مورد عوامل تنش‌زا در دانشجویان به عواملی همچون ترس از آسیب رساندن به بیمار اشاره می‌کنند [۲۹].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین مشارکت ورزشی و شکایات جسمانی دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج این بخش از مطالعه با نتایج مطالعات موسوی و همکاران [۲۷] و اصفهانی [۱۵] همسو بود. در مطالعه موسوی و همکاران، شکایات جسمانی در دانشجویان پسر ورزشکار به طور معناداری، کمتر از غیر ورزشکاران بود [۲۷]. همچنین اصفهانی در مطالعه خود نشان داد که بین علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در دو گروه دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار، تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است. همچنین دانشجویان دانشکده تربیت بدنی نسبت به سایر دانشجویان در سلامت روانی و مقیاس‌های چهارگانه آن در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارند [۱۵].

همچنین نتایج نشان داد بین مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Edwards & Steyn [۳۰] Banger [۱۷] Bailey & McLaren [۳۱] Opdenacker و همکاران همسوست [۲۲] ولی با نتایج مطالعه Mummery و همکاران ناهم‌سوست [۳۳]. بر اساس نتایج مطالعه Mummery و همکاران فعالیت‌بدنی تأثیر معنی‌داری بر سطح بهزیستی روانی و ابعاد آن نداشت [۳۳]. دلیل این ناهم‌سویی می‌تواند به دلیل متفاوت بودن جامعه مطالعه و همچنین مقایسه تأثیر فعالیت ورزشی بر سلامت روانی در سه گروه غیر فعال، فعال متوسط و فعال قوی باشد. به طوریکه رابطه بین علائم بیماری‌های روانی و ورزش متفاوت است. برخی از نتایج مبین این است که ورزش در حد متوسط، با کاهش افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمانی و... همراه است [۳۴]. از طرف دیگر، یافته‌های مطالعه دیگر حاکی از آن است که ورزشکارانی که به طور منظم در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند، بیشتر از افراد غیر ورزشکار الکل مصرف می‌کنند و برخی نیز نشان داده‌اند که ورزشکاران رقابتی در معرض خطر بالاتری نسبت به غیر ورزشکاران برای اختلالات خوردن و رفتارهای تکانشی می‌باشند [۳۵]. با توجه به نتیجه مطالعه و وجود رابطه معنی‌دار بین مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی در تفسیر بحث حاضر، به نظر می‌رسد شرکت در

همچنین می‌توان گفت ورزش جریان خون را به مغز افزایش می‌دهد، دستگاه عصبی خود مختار را تحریک می‌کند و آزاد شدن برخی هورمون‌ها را تسهیل می‌نماید. به همین دلایل ورزش ممکن است سطحی از عوامل عصب-فیزیولوژیک را راه اندازی کند که روی برخی افراد اثر ضد افسردگی و روی برخی دیگر اثر ضد اضطرابی دارد و حداقل تأثیر ورزش بر سلامت این است که حالت فراینده بهزیستی را در غالب افراد در پی دارد [۴۱]. در نهایت با توجه به اینکه ورزش یکی از رفتارهای سلامتی است [۴۲] و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به علت داشتن توانایی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت بهداشتی اهمیت زیادی دارد [۴۳]. بنابراین، ارتقای رفتارهای سلامتی یک اولویت بین‌المللی است و عدم پیروی فراهم کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت می‌تواند تحمیل کننده هزینه‌هایی بر نظام سلامت باشد [۴۴].

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد میزان شکایات جسمانی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان علوم پزشکی کرمان بالاتر از میانگین قرار دارد. همچنین نتایج نشان داد بین مشارکت ورزشی با شکایات جسمانی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان همبستگی معنی‌داری وجود دارد و مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی توانایی پیش‌بینی شکایت جسمانی دانشجویان علوم پزشکی کرمان را دارد. لذا پیشنهاد می‌گردد مسئولین ورزش دانشگاه علوم پزشکی کرمان به همراه برنامه‌های تشویقی و نیازسنجی ورزشی، امکانات و تجهیزات مناسبی را برای مشارکت ورزشی دانشجویان فراهم آورند. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی دانشجویان علوم پزشکی کرمان انجام گردیده است. لذا تعمیم نتایج در سایر افراد با بیماری‌های خاص با احتیاط و تحت نظر پزشک صورت گیرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از ابزارهای خود سنجی بود که می‌تواند تا اندازه‌ای تحت تأثیر عوامل انسانی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی مصوب ۱۳۹۵/۹/۲۴ با شماره طرح ۴۱-۹۵ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان بوده است. بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله از معاونت پژوهشی و مدیریت امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان و نیز تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Rahmani Firouz Jah A, Share Poor M, Pasha Rezaee S. [The distinction measurement of social capital with a focus on youth sport participation (Case study: Mazandaran University student athletes and non-athletes)]. J Sociol Stud Youth. 2011;2(2):37-62.
2. Shahbazi M, Shabani Moghaddam K, Saffari M. [Sport For All (necessities, obstacles and solutions)]. J Parliament Strategy. 2013;76(20):69-97.
3. Teimouri A. [Review and compare the performance of the development sport for all and recreation and the sport's development model based on Weisbord]. Tehran Tehran University; 2006.

فعالیت‌های تفریحی و همچنین انجام فعالیت‌های بدنی باعث ارتقای بهزیستی دانشجویان در نتیجه افزایش عواطف مثبت، کاهش عواطف منفی و رضایتمندی بیشتری از زندگی شده است. با توجه به گفته Macleod و همکاران که بر هدف‌گزینی و برنامه‌ریزی برای بهزیستی ذهنی تأکید کرده بود احتمالاً شرکت در فعالیت‌های فوق برنامه ورزشی به‌عنوان برنامه‌ای هدفمند که از طریق مسئولان امر برنامه‌ریزی و هدفمند شده باعث بهزیستی ذهنی این گروه از افراد شده است [۳۶]. Sarafino [۳۷] در مطالعه خود نشان داد که بین نشانه‌های فشار روانی و اندازه‌های برانگیختگی فیزیولوژیکی در بین دانشجویان دختر و پسر ارتباط معناداری وجود دارد. یعنی دانشجویانی که در معرض فشارهای روانی بودند در مقایسه با سایر دانشجویان اختلالات جسمانی متعدد مانند سردردهای مزمن، نگرانی‌های جسمانی، درد در ناحیه سینه و قلب را بیشتر از خود بروز می‌دهند [۳۷]. همچنین Blumental و همکاران در سال ۲۰۰۷ پژوهشی را با هدف تأثیر ورزش بر کاهش افسردگی و عوامل خطرزای بیماری قلبی اجرا نمودند که آزمودنی‌ها در سه گروه فعالیت هوازی، تمرین مدیریت تنش و فقط مراقبت‌های پزشکی قرار داشتند. نتایج نشان داد بیماران گروه ۱ و ۲ میانگین افسردگی کمتری داشتند. نتایج این پژوهش نیز از جهت کاهش افسردگی با پژوهش حاضر همخوانی دارد [۳۸]. همچنین نتایج نشان داد که مشارکت ورزشی و بهزیستی روانشناختی توانایی پیشی بینی شکایات جسمانی دانشجویان علوم پزشکی را دارند. آنچه مسلم است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، رابطه ورزش و فعالیت‌های ورزشی را با سلامت روحی و روانی نمی‌توان انکار کرد. در تبیین این امر می‌توان چنین استدلال کرد که احتمالاً این رابطه می‌تواند بر اساس این باشد که شرکت در فعالیت‌های جسمانی، توانایی را که به‌طور مثبت خود باوری فرد را تحت تأثیر قرار داده، منجر به بالا رفتن عزت نفس او می‌شود [۳۹]. بعلاوه، فعالیت‌های ورزشی به عنوان عامل حواس پرتی یا عامل رها کننده فرد از محرکات و احساسات تنش‌زا عمل می‌کنند که این امر می‌تواند منجر به بهبود روان شناختی فرد شود. واقعیت این است که تداوم بسیاری از اختلالات روانشناختی از قبیل اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی به دلیل تمرکز بر تفکرات و نگرش‌های منفی است. بر این اساس یکی از مداخله‌های روان شناختی این است که فرد را از تمرکز تفکرات منفی و جنبه‌های تنش‌زای زندگی دور نگه دارند؛ که فعالیت‌های ورزشی نیز همین نقش را به وسیله ویژگی حواس پرتی، به خوبی ایفا می‌کند و فرد را از گرفتار شدن در حلقه معیوب نجات می‌دهد [۴۰].

4. Zokaei M, Sedighi S. [Femininity and sport]. J Women Soc-Psychol Stud. 2015;2(13):67-92.
5. Fouladvand K, Farzad V, Shahrarey M, Sangari H. [Psychometric characteristics of ware's mental and physical health questionnaire]. J Behav Sci. 2008;3(3):201-7.
6. Amir Nejhad S, Razavi S, Manafi M. [The effect of exercise training on the development of social and general health of son]. The 4th congress of University Student's Mental Health2008. p. 39-42.
7. Duddu V, Chaturvedi SK, Isaac MK. Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders-

- a study from Bangalore, India. *Psychopathology*. 2003;36(2):98-103. doi: 10.1159/000070365 pmid: 12766320
8. Ghasempour A, Jodat H, Soleimani M. [A comparison of psychological well-being in athlete and non-athlete students]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2014;13(2):193-204.
9. Shapiro A, Keyes CLM. Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Soc Indic Res*. 2007;88(2):329-46. doi: 10.1007/s11205-007-9194-3
10. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
11. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*. 2000;29(3):167-80. doi: 10.2165/00007256-200029030-00003 pmid: 10739267
12. Mohammad Zadeh O. [Determination of the relationship between health-related physical fitness and mental health factors university employees]. Guilan: University of Guilan; 2006.
13. Aurelio M, Silveira G. Physical activity and mental health. *Sileo Brasil*. 2005;60(1):70-87.
14. Sadeghi A, Mohseni Fard J, Poorolajal J. The Correlation between Organizational Culture and Nurses' Turnover Intention in Educational and Therapeutic Centers of Hamadan University of Medical Sciences. *J Health Promot Manag*. 2018;6(6):37-45. doi: 10.21859/jhpm-07046
15. Esfahani N. [Effect of sport on psychological health in aspects of physical, anxiety, and social functions among Al-Zahra University students]. *J Harkat*. 2002;12(12):75-86.
16. Peluso MAM, Andrade LHSgd. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*. 2005;60(1):61-70. doi: 10.1590/s1807-59322005000100012
17. Bailey M, McLaren S. Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees. *Aging Ment Health*. 2005;9(1):82-90. doi: 10.1080/13607860512331334031
18. Moradian Sorkhkalae M, Eftekhari H, Nejat S, Saepour N, Esmaeel Shemirzadi S. [The State of Mental Health of Students of Tehran Medical Sciences University in The Academic Year]. *J Jorjani Biomed*. 2012(1):16-22.
19. Bayani A, Koocheky A, Bayani A. [Reliability and validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales]. *J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;14(2):146-51.
20. Golparvar M, Stabraghi E, Javadan Z. [Islamic belief in the hereafter just believing in moderating the relationship between just and unjust world with the health of female students]. *J New Discover Psychol*. 2012;7(22):125-38.
21. Karimian J, Agha Hosseini T, Shekarchizadeh P, Sharifiana M, Mousavi Nafchi S. [The role of leisure time emphasis's on physical activities on social capital (social norms, Participation) in Faculty Members of Esfahan University of Medical Sciences]. *J Health Syst Res*. 2013;9(11):1167-77.
22. Michaeli Manee F. [The Study of Undergraduate Students' Psychological Well-being Status in Urmia University]. *J Gonabad Univ Med Sci*. 2011;1(17):65-73.
23. Sadoghi M, Hesampour F. [Predicting Psychological Well-Being Based on Gratitude and Meaning in Life among Medical]. *J Med Ethics*. 2018;11(42):79-89.
24. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z. [Assessment of mental health among freshmen entering the first semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010]. *J Horiz Med Sci*. 2010;16(2):45-52.
25. Khalilian A, Hassanzadeh R, Zarghami M. [To study the relationship between the psychogenic factors and physical complain scale in school students of Sari Township in 1378-79]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2000;10(26):56-61.
26. Brophy J, McCaslin M. Teachers' Reports of How They Perceive and Cope with Problem Students. *Elementary Sch J*. 1992;93(1):3-68. doi: 10.1086/461712
27. Mosavi Gilani S, Kianpour M, Sadeghi F. [To compare mental health of the athlete and non-athlete male students]. *J Res Med Sci*. 2002;1(4):43-9.
28. Oermann M, Standfest K. Differences in stress and challenge in clinical practice among ADN and BSN students in varying clinical courses. *J Nurs Educ*. 1997;36(5):228-33.
29. Timmins F, Kaliszer M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students -- fact-finding sample survey. *Nurse Educ Today*. 2002;22(3):203-11. doi: 10.1054/nedt.2001.0698 pmid: 12027601
30. Bauger L. Personality, passion, self-esteem and psychological well-being among junior Elite Athletes in Norway. Norway: University of Tromsø; 2011.
31. Edwards DJ, Steyn BJ. Sport psychological skills training and psychological well-being. *South Afr J Res Sport Phys Educ Recreat*. 2008;30(1). doi: 10.4314/sajrs.v30i1.25978
32. Opdenacker J, Boen F, De Bourdeaudhuij I, Vanden Auweele Y. Explaining the psychological effects of a sustainable lifestyle physical activity intervention among rural women. *Ment Health Phys Act*. 2008;1(2):74-81. doi: 10.1016/j.mhpa.2008.09.003
33. Mummery K, Schofield G, Caperchione C. Physical activity: Physical activity dose-response effects on mental health status in older adults. *Austr New Zealand J Public Health*. 2004;28(2):188-92. doi: 10.1111/j.1467-842X.2004.tb00934.x
34. Donohue B, Covassin T, Lancer K, Dickens Y, Miller A, Hash A, et al. Examination of psychiatric symptoms in student athletes. *J Gen Psychol*. 2004;131(1):29-35. doi: 10.3200/GENP.131.1.29-35 pmid: 14977030
35. Moore MJ, Werch C. Relationship between vigorous exercise frequency and substance use among first-year drinking college students. *J Am Coll Health*. 2008;56(6):686-90. doi: 10.3200/JACH.56.6.686-690 pmid: 18477525

36. MacLeod AK, Coates E, Hetherington J. Increasing well-being through teaching goal-setting and planning skills: results of a brief intervention. *J Happiness Stud.* 2007;9(2):185-96. doi: [10.1007/s10902-007-9057-2](https://doi.org/10.1007/s10902-007-9057-2)
37. Sarafino E. *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. 2nd ed: John Wiley & Sons, Inc; 1994.
38. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(13):1626-34. doi: [10.1001/jama.293.13.1626](https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1626) pmid: 15811982
39. Sonstroem R. Physical estimation and attraction scales: Rationale and research. *J Med Sci Sports.* 1978;10(2):97-102.
40. Bahrke MS, Morgan WP. Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cogn Ther Res.* 1978;2(4):323-33. doi: [10.1007/bf01172650](https://doi.org/10.1007/bf01172650)
41. Elahi T, Fathi Ashtiani A, Bigdeli E. [The relationship between Physical fitness and mental health in a military university staff]. *J Mil Med Iran.* 2012;3(14):100-92.
42. Mazloomi M, Fazelpour S, Askarshahi M. [Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Shahid Sadoqi Yazd Academic Staff in Iran]. *J Ilam Univ Med Sci.* 2013;21(3):12-21.
43. Ghazbanzadeh R, Dasht Bozorgi Z. [Predicting subjective well-being based on health promoting lifestyle, work-family conflict and job satisfaction among exceptional school teachers]. *J Health Promot Manag.* 2018;5(7):14-21.
44. Abdolkarimy M, Zareipour M, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health Promoting Behaviors and their Relationship with Self-efficacy of Health Workers. *Iran J Nurs.* 2017;30(105):68-79. doi: [10.29252/ijn.30.105.68](https://doi.org/10.29252/ijn.30.105.68)