پـژوهشی

مجلـــــه دانشـــــگاه علـــــــوم پـزشکـــــــی مـــازنـــــــــدران
دوره پـانـزدهم شماره ۵۳ مرداد و شهریور سال ۱۳۸۵ (۱۰۴-۹۷)

بررسی رابطه ورزش با سلامت روان دانشجویان

سید حمزه حسینی (M.D.)* شقایق کاظمی(M.D.)** لیلا شهبازنژاد(M.D.)**

چکیده

سابقه و هدف : ورود به دانشگاه منجر به تغییرات عمده ای در زندگی فرد می‌شود و با فشارها و هیجان‌های خاص این دوران همراه است که می تواند سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. با این‌که در مطالعات مختلف، اثرات متفاوتی از ورزش را بر روی سلامت روان گزارش کرده‌اند، هنوز مشخص نیست ورزش‌هایی که در سطوح دانشگاهی و به‌طور غیرحرفه‌ای انجام می‌شود، می‌تواند در بهبود سلامت و بهداشت روانی دانشجویان مؤثر باشد. دراین مطالعه، وضعیت سلامت روان دانشجویان ورزشکار دانشگاه علوم پزشکی مازندران، با دانشجویان غیر ورزشکار با استفاده از پرسشنامه Scl-90-R (symptom checklist-90-Revised) مقایسه می‌شود.

مواد و روش‌ها : این مطالعه به صورت هم گروهی تاریخی بر روی دانشجویان ورزشکار دختر و پسر (مورد) و شاهدان غیر ورزشکار آنان که از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل، اسکان، رشته و ترم تحصیلی و شغل همسان شده بودند، در دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. سلامت روان در دو گروه فوق با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R سنجیده شده و اطلاعات دموگرافیک آنها نیز ثبت گردید.

یافته‌ها : ۷۰دانشجوی ورزشکار(۲٤ نفر زن) و۷۰دانشجوی غیر ورزشکار(شاهد) در مطالعه شرکت کردند. با این‌که میانگین نمره هربعد درگروه موردکم‌تر ازگروه شاهد بود، این اختلاف فقط در ابعاد افسردگی(P=۰/۰٤۷) و افکار پارانوئید (P = ۰/۰۱۲)، معنادار بود. در معیارهای کلی، ضریب کلی علائم مرضی GSI (Global Severity Index) شاخص علائم مثبت ناراحتی PST (Positive Symptom Test) جمع علایم مرضی مثبت PSDI(Positive Symptom Distress Index) نیز سلامت روانی دانشجویان ورزشکار بهتر از غیر ورزشکار بود (P=۰/۰۰).

استنتاج : با توجه به نتایج این مطالعه، فعالیت‌های ورزشی بر سلامت روانی اثر مثبت داشته و سطح سلامت روانی در ورزشکاران بالاتر از افراد غیرورزشکار بوده و به‌خصوص افسردگی در ورزشکاران کم‌تر بوده است.

واژه‌های کلیدی : دانشجویان، سلامت روان، ورزش، پرسشنامه Scl-90-R

مقدمه

ورود به دانشگاه تغییرات عمده‌ای در زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی به‌وجود می‌آورد و از این‌رو، مقطعی بسیارحساس به شمار می‌رود. درکنار این تغییرات باید به انتظارات و نقش‌های جدیدی اشاره کرد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

* متخصص روانپزشکی مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ✉ ساری : کیلومتر ۵ جاده نکا- مرکز آموزشی درمانی زارع
** پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸٤/۳/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸٤/٦/۱ تاریخ تصویب: ۸٤/۸/۲٤

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

که همزمان با ورود به دانشگاه شکل می‌گیرد. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی توام بوده وعملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۱). آشنا نبودن بسیاری ازدانشجویان بامحیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی و ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی از جمله شرایطی هستند که می‌توانند مشکلات و ناراحتی‌های روانی و افت عملکرد را موجب شوند(۳،۲).

رابطه بین علائم بیماری‌های روانی (Psychiatric symptom) و ورزش متفاوت است(٤). برخی از نتایج مبین آن است که ورزش در حد متوسط، با کاهش افسردگی، اضطراب، اختلالات روان‌تنی، وسواس، روان‌پریشی و روان نژندی همراه است(۹-۵). از طرف دیگر یافته‌های مطالعات دیگر حاکی از آن است که ورزشکارانی که به طور منظم در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند، بیش‌تر از افراد غیر ورزشکار الکل مصرف می‌کنند(۱۰-۹) و برخی دیگر نشان داده اند که ورزشکاران رقابتی درمعرض خطر بالاتری نسبت به غیر ورزشکاران برای اختلالات خوردن(۱۱) و رفتارهای تکانشی مثل قمار می باشند(۱۲).

مطالعات اندکی با ابزارهای استاندارد شده و معیارهای چندگانه، سلامت روان را در ورزشکاران زن و مرد، با شواهد غیر ورزشکار آنها مقایسه کرده است(۹). بنابراین هدف از انجام این مطالعه بررسی رابطه ورزش‌های دانشجویی و غیر حرفه‌ای بر سلامت روان ورزشکاران و اثر آن بر بهداشت روانی دانشجویان در مقایسه با دانشجویان غیر ورزشکار با آزمون Scl- (Symptom checklist - 90 - Revised) 90-R با معیارهای چندگانه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت هم گروهی تاریخی (historical cohort) در سال ۱۳۸۳ انجام شده است، از پرسشنامه ۹۰ سوالی Scl-90-R جهت ارزیابی سلامت روانی دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه استفاده شده است . دانشجویان ورزشکار علوم پزشکی مازندران که حداقل سابقه ۲ سال فعالیت مداوم در تیم‌های مختلف ورزشی دانشگاه را داشتند وارد مطالعه شدند (گروه مورد). برای هر یک از ورزشکاران یک شاهد غیر ورزشکار انتخاب شد. شاهد، هیچ سابقه ای از فعالیت ورزشی نداشته و از نظر سن، جنس، رشته و ترم تحصیلی، وضعیت تأهل و محل زندگی در خوابگاه بومی یا غیر بومی بودن و شغل با مورد خود همسان شده بود. دانشجویانی که بیماری جسمی شدید یا بیماری دیگری که به علت آن فعالیت ورزشی و بدنی آنها محدود شده بود، سابقه استرس‌جدی در زندگی فردی و اجتماعی مانند طلاق، مرگ یا سابقه بیماری روانی در خود و یا فامیل درجه اول داشتند، از مطالعه خارج شدند.فرم فارسی پرسشنامهScl-90-R از آخرین ویرایش پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ تهیه شده و نشانه های نه گانه شایع روان پزشکی شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از هیچ تا خیلی زیاد که از صفر تا ٤ امتیاز دارد، می‌سنجد. همچنین این آزمون سه شاخص به دست می‌دهد.

۱- ضریب کلی علائم مرضی GSI (Global Severity Index Index) که سطح روانی فرد را بدون تأکید بر نوع خاص اختلال نشان می‌دهد. نقطه برش GSI بر اساس مطالعه نوربالا و همکاران ، ۰/۷ می‌باشد، یعنی افرادی مشکوک به اختلال روانی تلقی

می‌شوند که نمره ضریب کلی علائم مرضی(GSI) آن‌ها بالاتر از ۰/۷ باشد (۱۳) ۲- جمع علائم مرضی مثبت (Positive PST Symptom test) که پایین‌ترین سطح اختلال را ارائه می‌دهد و ۳- شاخص علایم مثبت ناراحتی (Positive PSDI Symptom Distress Index) در ایران پایایی این آزمون بیش‌تر از ۸۰درصد(١٤) و در بررسی‌های همه‌گیرشناسی پایایی آن ۹۷ درصد و در مقایسه با مصاحبه روان پزشکی بر اساس ملاک‌های DSM-III-R دارای حساسیت ۹٤ درصد و ویژگی ۹۸ درصد بوده است(١٤) . ارزیابی و تفسیر یافته ها و آزمون فرضیه‌ها با روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل مقایسه میانگین ها و t-test و با استفاده از برنامه رایانه‌ای SPSS10 انجام شده است

یافته‌ها

به‌طورکلی ۱۰۰ دانشجوی ورزشکار با سابقه ۲ ساله فعالیت ورزشی درتیم دانشگاه وجود داشتندکه درنهایت ۷۰ نفر وارد مطالعه شدند و پرسشنامه را تکمیل کردند. ۳۰ نفر دیگر بنا به دلایل متعدد مانند فارغ‌التحصیلی، عدم همکاری در طرح، عدم بازگرداندن پرسشنامه و یا دارا بودن معیارهای خروج از مطالعه، شرکت نکردند. ۷۰ دانشجوی شاهد نیز با ویژگی‌های ذکر شده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

وارد مطالعه شدند. از ۷۰ دانشجوی ورزشکار (مورد) ۲٤ نفر زن (۳٤/۳ درصد) بودند،۵۰ نفر از آنها زیر ۲۵ سال بودند(۷۱/٤ درصد)، ۲۸ نفر(٤۰ درصد) آن‌ها دانشجوی پزشکی بودند و ۳۵ نفر (۵۰ درصد) در مقطع دکتری تحصیل می‌کردند. ٦۰ نفر (۸۵/۷ درصد) مجرد و ۵۸ نفر (۸۳/۸ درصد) بومی مازندران بوده و ٤٤ نفر (٦۲/۹ درصد) در خوابگاه و بقیه در منزل شخصی سکونت داشتند. از آن‌جا که مورد و شاهد کاملاً همسان شده بودند، یافته‌های فوق در گروه شاهد نیز صدق می‌کرد.

میانگین و انحراف معیار هر یک از ابعاد در گروه مورد و شاهد در جدول ۱ آمده است . بالاترین و کم‌ترین میانگین ابعاد در هر گروه مشابه و به ترتیب مربوط به افسردگی و ترس مرضی بود. با این‌که میانگین نمره هر بعد در گروه‌ورزشکار کم‌تر از گروه غیر ورزشکار بود، این اختلاف فقط در ابعاد افسردگی (P= ۰/۰٤۷) و افکار پارانوئید (P=۰/۰۱۲) معنادار بودند. سه شاخص PST،GSI، PSDI درگروه ورزشکار به‌طور معناداری از گروه غیر ورزشکارکم‌تر بود(P=۰/۰۰). باتوجه به نقطه برش۰/۷ برایGSI و موارد مشکوک به اختلال روانی، ۱۳ نفر(۱۸/۵۷درصد) درگروه ورزشکار و ۵۲ نفر (۲۸/ ۷٤درصد) در گروه غیر ورزشکار، مشکوک به اختلال روانی بودند(P=۰/۰۰).

جدول‌شماره۱: میانگین و انحراف ابعاد پرسشنامه Scl-90-R در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکاردانشگاه علوم‌پزشکی مازندران * P<0/05 معنی‌دار است

گروه	ورزشکار	غیر ورزشکار	Pvalue
ابعاد پرسشنامه	انحراف±میانگین	انحراف±میانگین	
شکایات جسمانی	٥/۳±٤	۱۱/۵±۷/٦	۰/۹۵۸
وسواس، اجبار	٦/۲±۵/۲	۱۰/٤±٦/٤	۰/۱۹۰
حساسیت درروابط متقابل	٤/۳±٤/۱	۱۰/۵±٦/۱	۰/۰۹۷
افسردگی	۷/۰±٦/۵	۱۵/۱±۸/۹	۰/۰٤۷ *
اضطراب	٤/۵± ٤/۹	۹/۸±۵/٦	۰/۵۵۸
پرخاشگری	۳/۵±۳/۰	۵/۹±۳/٦	۰/۳۵۱
ترس مرضی	۲/٤± ۲/۸	۵/۱±۳/٦	۰/۸۹۱
افکار پارانوئید	٤/٦±۳/۹	۷/۸±٤/۹	۰/۰۱۲ *
روان پریشی	۳/۱±٤/۱	۸/۰±۵/۷	۰/۲٦
سوالات اضافی	۳/٤±۳/۰	٦/۹±۵/۰	۰/۳۲۳
GSI	۰/٤± ۰/۳	۱/۰±۰/۵	۰/۰۰۰ *
PSI	۲۹/۲±۱٦/۱	۵۱/۷±۱۹/۷	۰/۰۰۰ *
PSDI	۱/٤±۰/۳	۱/۷±۰/۵	۰/۰۰۱ *

بحث

نتایج تحقیق نشان می دهد که به طور میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان ورزشکار کم‌تر از

میانگین نمرات سلامت دانشجویان غیر ورزشکار می‌باشد؛ در پرسشنامه Scl-90-R نمره کم‌تر نشان دهنده سلامت روانی بهتر است. این اختلاف معنادار بوده و بیان‌گر وضعیت بهتر سلامت روان دانشجویان ورزشکار می‌باشد. معیارهای کلی PSDI , PST , GSI به همین منظور در مطالعه به کار برده شده اند. این نتایج با مطالعات دیگر هم خوانی دارد(۱٦،۱۵).

افسردگی : از نظر رتبه، افسردگی در گروه ورزشکار با میانگین (۷/۰) و غیر ورزشکار (۱۵/۱) بالاترین رتبه را بین ابعاد مختلف در هر دو گروه دارد (جدول شماره ۲) و میانگین آن در گروه ورزشکار کم‌تر از گروه غیر ورزشکار است.

(P=۰/۰٤۷). درمطالعه اسلامی و همکاران(۱۳۸۱)، بین میزان افسردگی و نحوه گذراندن اوقات فراغت (از جمله ورزش) در دانشجویان پسر رابطه معناداری یافت نشد(۲). ابزار سنجش افسردگی در این مطالعه، آزمون افسردگی بک بوده و البته دانشجویان ورزشکار شرکت کننده دراین مطالعه، اندک بود و گروه شاهدی نیز وجود نداشت. هرچند در مطالعه دیگری که بر روی دانشجویان پسر ورزشکار و غیرورزشکار با استفاده از آزمون GHQ28 انجام شد ، نشان داد که میانگین های میزان افسردگی دانشجویان ورزشکار به طور معناداری از دانشجویان غیر ورزشکارکم‌تر است (P< ۰/۰۵)(۱۵). در مطالعات دیگری که بر روی کودکان، بالغین و حتی بیماران انجام شده است، نشان دهنده کم‌تر بودن میزان افسردگی در میان افرادی بود که فعالیت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

ورزشی منظم داشتند(۱۷،۱٦). شاید علت این پدیده این باشد که افراد افسرده به علت کم انرژی بودن، کم‌تر احتمال دارد که در فعالیت‌های پرتنش شرکت کنند و برعکس، سلامت روانی خوب و خلق مثبت، احتمال شرکت در فعالیت‌های فیزیکی را افزایش می‌دهد(۱٦) . توجیه دیگر برای توضیح این پدیده، افزایش سطح سروتونین، نوراپی نفرین و اپیوئیدها در هنگام فعالیت‌های ورزشی می باشد(۹) که موجب کاهش افسردگی می شود.

اضطراب: میانگین امتیاز اضطراب در هر دو گروه در مرتبه پنجم قرار دارد (جدول شماره ۲) با آن‌که میانگین امتیاز اضطراب در گروه ورزشکار کم‌تر از غیر ورزشکار است، این اختلاف معنادار نیست. اما در مطالعه موسوی و همکاران(۱۳۸۱) بین اضطراب و اختلالات خواب درگروه ورزشکار و غیر ورزشکار اختلاف معنادار دیده شد(۱۵). در مطالعه آسکی(۱۳۸۲) پس از ۱۰ هفته تمرین ورزش هوازی با حداکثر میزان ضربان قلب بر روی ۱۰ دانشجوی دختر مورد و ۱۰ دانشجوی دختر شاهد، به کاهش معنادار اضطراب در گروه مورد اشاره شد(۱۸). به نظر می‌رسد اختلاف در نتایج مطالعات ذکر شده به ابزار سنجش در پرسشنامه Scl-90-R در مقایسه با PCDQ و STAI و GHQ و هم‌چنین جامعه آماری (فقط پسران در مطالعه موسوی و همکاران وفقط دختران درمطالعه آسکی) و نوع مداخله مربوط باشد.

وسواس واجبار: میانگین امتیاز بعد وسواس و اجبار در گروه ورزشکار در مرتبه دوم و در گروه غیر ورزشکار درمرتبه چهارم می باشد . میانگین آن در گروه ورزشکارو غیر ورزشکار به ترتیب ٦/۲ و ۱۰/٤ بوده که معنادار نیست (جدول شماره ۲) . نشان داده شده است که بین وسواس و اجبار و سطح بالای فعالیت‌های ورزشی در افراد مبتلا به بی اشتهایی عصبی رابطه معناداری وجود دارد: میزان فعالیت‌های ورزشی در آن دسته از مبتلایان به بی اشتهایی عصبی که شخصیت وسواس و اجبار دارند، به طور معناداری بیش‌تر است(۲۰،۱۹) . شاید بتوان نتیجه‌گیری کرد که وسواس و اجبار در میان ورزشکاران بیش‌تر است، هر چند درمطالعه ما، میانگین امتیاز گروه ورزشکار و غیر ورزشکار با هم اختلاف معناداری نداشت، از نظر امتیاز، گروه ورزشکار در رتبه بالاتری نسبت به گروه غیر ورزشکار قرار داشت. در این جا این سوال مطرح می‌شود که آیا در جامعه نیز، OCD[1] (اختلال وسواسی اجباری) در میان کسانی که فعالیت فیزیکی منظم انجام می دهند، بیش‌تر است که این موضوع نیاز به بررسی‌های بیش‌تری دارد.

پرخاشگری : با آنکه میانگین امتیاز این بعد در دو گروه مورد مطالعه، اختلاف معناداری نداشت، درمطالعه غباری و همکاران(۱۳۸۲)، بعد از ۳ ماه فعالیت مداوم ورزشی درکودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و با استفاده از آزمون ناکامی روزنزوایک، نشان داده شد که تمایلات پرخاشگرانه گروه مورد، کم‌تر از گروه شاهد شده بود(۲۱). به نظر می رسد این اختلاف به علت نوع ابزار سنجش، جامعه مورد مطالعه و نوع مداخله باشد.

شکایات جسمانی : از نظر رتبه شکایات جسمانی در دو گروه، اختلاف معناداری وجود نداشت. در مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۸۱)، شکایات جسمانی دردانشجویان پسر ورزشکار به طور معناداری، کمتر از غیر ورزشکاران بود(۱۵)؛ حتی فعالیت‌های ورزشی منظم درکودکان دیالیزی ، موجب کاهش معنادار شکایات جسمانی در این کودکان شده بود(۱۷). به نظر می رسد تفاوت در یافته های این مطالعات و مطالعه، جامعه آماری (دانشجویان دختر و پسر، دانشجویان پسر و کودکان بیمار) و ابزار سنجش بوده و نیاز به مطالعات بیش‌تر در این زمینه را نشان می دهد.

ترس مرضی : میانگین امتیاز این بعد در گروه مورد از شاهد کم‌تر است. هر چند این اختلاف معنادار نیست. در مطالعه گودوین[2](۲۰۰۳) نیز میزان شیوع ترس از اجتماع و ترس اختصاصی درافرادی با سابقه فعالیت ورزشی کم‌تر از افراد بدون آن فعالیت‌ها بود(۱٦). البته پرسشنامه Scl-90-R صرفاً جنبه ترس مرضی را به طور کلی شامل می شود و تفکیک در این مورد وجود ندارد. به طور کلی به نظر می‌رسد افرادی که فوبیا دارند، کم‌تر تمایل به شرکت در فعالیت‌های ورزشی و به ویژه ورزش‌های تیمی دارند. تأثیر مستقیم فعالیت‌های ورزشی بر روی بیماران مبتلا به فوبیا نیاز به بررسی‌های کامل‌تری دارد.

افکار پارانوئید و روان پریشی : با مقایسه میانگین امتیاز افکار پارانوئید در دو گروه ،رابطه معناداری دیده شد(P=۰/۰۱۲)؛ به طوری که میانگین آن درگروه ورزشکار کم‌تر از گروه غیر ورزشکار بود. علی رغم اختلاف امتیاز بین دو گروه، این رابطه در بعد روان پریشی دیده نشد. درمطالعه ای که حسینی وموسوی(۱۳۷۹) در میان دانشجویان ترم ۱ و ۲ دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام دادند، افکار پارانوئید شایع‌ترین اختلال

1. Obssesive compulsive disorder
2. Goodvin

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

در بین آن‌ها بوده است(۳). درمطالعه گودوین و همکاران (۲۰۰۳) درآمریکا، تفاوت معناداری در شیوع اختلالات روان‌پریشی بین گروه دارای فعالیت‌های ورزشی منظم و گروه بدون فعالیت‌های ورزشی دیده نشد . در آن بررسی صرفاً گروه بندی بر اساس فعالیت‌های ورزشی منظم بود ، در حالی که در گروه بدون فعالیت ورزشی منظم نیز افرادی بودند که فعالیت‌های ورزشی هر چند بدون نظم، داشتند. در آن بررسی همسان‌سازی بین دو گروه صورت نگرفته بود، گروه شاهد وجود نداشت و بر اساس معیارهای -DSM در قالب پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت(WHO) انجام شده بود و همه اختلالات روان‌پریشی با هم در نظر گرفته شده بود. با این حال در هر دو مطالعه رابطه معناداری بین اختلالات روان پریشی وفعالیت‌های ورزشی دیده نشد.

حساسیت در روابط متقابل: میانگین نمره این بعد در دو گروه معنادار نبوده است . در مطالعه موسوی و همکاران(۱۳۸۱)، میزان اختلال کارکرد اجتماعی در دانشجویان پسر ورزشکار کم‌تر از دانشجویان پسر غیر ورزشکار بود(۱۵) . نشان داده شده است که رشد اجتماعی دانش آموزان کم‌توان ذهنی ورزشکار بهتر از گروه غیر ورزشکار است. این مطالعه به صورت توصیفی– تحلیلی انجام شده بود(۲۲). این‌که آیا رشد اجتماعی بهتر سبب شرکت در فعالیت‌های ورزشی می‌شود یا عوامل ورزشی هستند که موجب بهبود رشد اجتماعی می شود، به مطالعات مداخله ای و کنترل شده‌تری نیاز دارد.

دراین مطالعه، استرسورها و فاکتورهای متعددی بر اساس مطالعاتی که در دست بود(۲۳،۳،۲) بین گروه مورد و شاهد، همسان شده بودند تا نتایج به صورت دقیق‌تری بیان کننده نقش خالص فعالیت‌های ورزشی در سلامت روان دانشجویان باشد. از طرف دیگر مطالعات تحلیلی مانند این مطالعه نمی توانند رابطه علت و معلولی بین پدیده ها را توجیه یا اثبات کنند. نکته قابل تأمل دیگر در این مطالعه این است که گر چه وضعیت سلامت روان در دانشجویان ورزشکار بهتر از دانشجویان غیر ورزشکار است نشان داده شده است که وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورزشکار رشته‌های علوم پزشکی بسیار نامناسب‌تر از هنجارهای جوانان جامعه ایرانی است(۱)، لذا مطالعات مقایسه ای بین دانشجویان علوم پزشکی و سایر رشته‌ها و حتی جامعه ایرانی با طراحی‌های مداخله ای و کنترل شده جهت تعیین چگونگی تأثیر ورزش بر سلامتی افراد توصیه می شود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله ، مراتب سپاسگزاری خود را از معاونت و اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به خاطر تصویب و تأمین اعتبار پژوهش یاد شده ، اعلام می دارند .

فهرست منابع

۱. اسدی محمد حسین، براتی سده فرید، بهمنی بهمن، سیاح منصور، بررسی میزان سلامت عمومی و عزت نفس دانشجویان پسر ورزشکار شرکت کننده در دومین المپیاد ورزشی دانشگاه‌های کشور، ***طب و تزکیه*** ، بهار ۸۱ ؛ شماره ٤٤ ، ص ٤٣-٤٩.

۲. اسلامی احمدعلی،وکیلی محمدعلی، فرجی جمشید، میزان افسردگی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان و رابطه آن با نحوه گذراندن اوقات فراغت، ***مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*** سال چهارم؛ شماره ۹، بهار و تابستان ۸۱ ،ص۵۲-۵۹.

۳. حسینی سید حمزه، موسوی سید ابراهیم، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۹-۷۸ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ***مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران***، سال دهم شماره ۲۸ ، پاییز ۷۹ ص ۲۳-۳۲

4. Salmon P, Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: A unifying theory, ***Clinical psycho Rev***, 2000; 21: 53-61.

5. Daino A, Personality traits of adolescent tennis players, International ***J of sport psychol***, 1985; 16: 120-125.

6. Davis C, Mogk J, Some personality correlates of interest and excellence in sport, ***International J of Psychol***, 1994; 25: 131-134.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]

7. Freemont J, Craighead L, Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods, Cognitive ***Therapy and Res***, 1987; 11 : 241-251.

8. Griest J, Kelin M, Eischens R, Faris J, Gurman A, Morgan W, Running as a treatment for depression, ***Comprehensive Psychiatry***, 1979: 20: 41- 45.

9. Donohue Brad, Examination of psychiatric symptoms in student athletes***, j of Gen psycho, Jun*** 2004; 131: 29-36.

10. Nattiv A, Puffer J, Green G, Lifestyles and health risks of collegiate athletes: A multicenter study, ***CliJ of Sports Med***؛ 1997; 7: 262-272.

11. Brewer B, Petrie TA, Exploring sport and exercise psychology, In J.L. van Raalte and B.W. Brewer (Eds), Psychopathology in sport and exercise (pp 257 -247) 1996; Washington DC, American ***Psychological Association***.

12. Weiss SM, A comparison of maladaptive behaviors of athletes and nonathletes, ***The J of sport psychol***, 1999; 133(3): 315- 322.

۱۳. نور بالا احمد علی، باقری ع، کاظم م، بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرتهران، ***مجله حکیم***، دوره دوم، شماره ٤ ، ۱۳۷۸

۱٤. میرزایی رقیه، ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون Scl-90-R درایران، ***پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران*** ۱۳۵۹ . صفحات ۵۳ – ۵۰

۱۵. موسوی گیلانی سید رضا،کیانپور محسن، صادقی فراشاد محمود، مقایسه سلامت روانی دانشجویان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار، ***طبیب شرق***، سال چهارم ؛ شماره ۱،بهار ۸۱، ص ٤۳-٤۹.

16. Goodwin Renee D, Association between physical Activity and mental disorders among adults in the United states, ***Preventive medicine*** ؛ 2003; 36: 698-703.

۱۷. حاتمی میلاجردی لیلا، کرمانشاهی سیما، معماریان ربابه، بررسی تأثیر برنامه ورزشی منظم بر میزان افسردگی کودکان ۱۲-۸ ساله تحت درمان با همودیالیز در مرکز طبی کودکان تهران، ***دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور، سال نهم***؛ شماره٤۰، شهریور ۸۱ ، ص ۲۳ -۲۸.

18. Asci F Hulya, The effects of physical fithness training on trait anxiety and physical self-concaept of female university students, ***Psychol of sport and exercise,*** 2003; 4: 255-264.

19. Davis C, Kennedy SH, Ralevski E, Dionne M, Brewer H, Neitzert C, Ratusny D, Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising , ***J psychosom Res ,*** 1995 Nov; 39(8): 967-79.

20. Davis C, Kaptein S, Kaplan AS, Olmsted MP, Woodside DB, Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise, ***Psychosom med***, 1998 Mar-Ap; 60(2): 192-7.

۲۱. غباری بناب ب، نبوی م، تاثیر ورزش صبحگاهی در کاهش تمایلات پر خاشگرانه کودکان عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر، ***مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران***، جلد ۳۳ ، شماره۱، بهار و تابستان۸۲، صفحه ۱۵٤-۱۳۹.

۲۲. کارگر ز، یزدی س م، مهری نژاد ا، مقایسه رشد اجتماعی و اختلالات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی ورزشکار و غیر ورزشکار در شهر تهران، ***مجله پژوهش درحیطه کودکان استثنایی***، جلد ۲، شماره ٤ زمستان ۸۱ ، صفحه ٤٤۰-٤۲۳.

۲۳. یعقوبی ح، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ***مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*** شماره۲۷و۲۸،۱۳۷۷، صفحات ٤۱-٤۸.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-22]