مقایسه خودپایی و سلامت عمومی در ورزشکاران گروهی و انفرادی و افراد غیر ورزشکار

دکتر محمد نریمانی: * دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق ادبیلی
سعید آریاپوران: کارشناس ارشد روانشناسی
دکتر سعید صادقیه اهری: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

فصلنامه پایش
سال ششم شماره سوم تابستان ۱۳۸۶ صص ۱۸۴-۱۷۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۹/۲۸

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی رابطه خودپایی و سلامت روانی در بین دانشجویان ورزشکار گروهی و انفرادی و دانشجویان غیر ورزشکار پرداخته است. به این منظور تعداد ۱۱۶ نفر (۶۲ نفر غیر ورزشکار، ۳۴ نفر ورزشکار گروهی و ۲۰ نفر ورزشکار انفرادی) در این پژوهش شرکت کردند.

ورزشکاران بیشتر دانشجویانی بودند که برای شرکت در مسابقات، انتخاب شده یا شرکت کرده بودند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه خودپایی(۲۵ سؤال) و پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸ سؤال) بوده است که دارای ۴ زیر مقیاس اضطراب، علایم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهشی نشان داد که از نظر میزان خودپایی بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود داشت($P<۰/۰۵$)، به این معنی که میزان خودپایی در ورزشکاران انفرادی بیشتر از گروهی و در ورزشکاران گروهی بیشتر از غیر ورزشکاران بوده است. از نظر میزان سلامت روانی نیز بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود داشت که در زیر مقیاس‌های اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی چشمگیرتر بود. به این معنی که میزان اختلال در عملکرد در ورزشکاران گروهی و میزان افسردگی در غیر ورزشکاران بیشتر از دو گروه دیگر بوده است($P<۰/۰۵$).

همچنین از نظر میزان افسردگی بین ورزشکاران دختر و پسر تفاوت معنی‌دار وجود داشت به این معنی که میانگین نمره افسردگی در پسران بیشتر از دختران بوده است($P<۰/۰۵$).

نتایج این مطالعه نشان داد که اختلال کارکرد اجتماعی در بین ورزشکاران تیمی و افسردگی در بین افراد غیر ورزشکار، شیوع بیشتری دارد.

کلید واژه‌ها: خودپایی، سلامت عمومی، ورزشکار، انفرادی، گروهی

* نویسنده پاسخگو: اردبیل، انتهای خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روانشناسی
تلفن: ۸-۵۵۱۲۰۸۱-۰۴۵۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.1.2]

مقدمه

ورزش نقش مهمی در سلامت روانی (Mental Health) انسان دارد. به طوری که در سال ۲۰۰۲ شعار سازمان بهداشت جهانی «تحرک رمز سلامتی» عنوان شده است. کاربرد روانشناسی در ورزش نیز به طور مشخص مورد تأکید قرار گرفته است[۱]. عصر جدید با توسعه علوم و تکنولوژی پیشرفته خود، روش زندگی بسیاری از جوامع بشری را تحت الشعاع خود قرار داده است و کاهش قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های فیزیکی افراد به وجود آورده است. اگر به ساخت فیزیکی انسان توجه کنیم متوجه می‌شویم که انسان به طور فطری برای رشد و تکامل همه جانبه خود به انواع گوناگونی از فعالیت‌های جسمانی نیاز دارد. در جوامع مختلف، امروزه از ورزش به عنوان یکی از روش‌های درمانی در درمان مبتلایان به اختلال افسردگی استفاده می‌شود و نتایج ثمربخشی را به همراه داشته است[۲].

منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن و فکر است. از طرف دیگر سلامت روان بر سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. پژوهش‌های اخیر ثابت کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. مطالعات طولانی مربوط به تأثیر ورزش بر ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی افراد نشان داده است که ورزش و تربیت بدنی نه تنها به عنوان یک فعالیت تفریحی بلکه به عنوان یک ابزار آموزشی ـ تربیتی، اهداف روانی ـ اجتماعی فراوانی را به دنبال دارد[۳].

هر تجربه حرکتی یا تغییر جسمانی، یک تغییر یا تجربه روانی را به دنبال دارد. ورزش از جمله روش‌های مهم تکامل جسمانی، روانی و اجتماعی محسوب می‌گردد، زیرا شرکت در فعالیت‌های ورزشی، افراد را از نظر فضایی و مکانی به هم نزدیک می‌کند. راه‌ها و فرصت‌های بسیاری را برای ماهر شدن در اجتماع فراهم می‌آورد و به طور کلی یک جریان آموزشی در ابعاد فرهنگی و اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند. ورزش در سلامت و آمادگی جسمانی، تعادل و ثبات هیجانی، رشد اعتماد به نفس، تصویر بدنی و اجتماعی مثبت و تأمین نیازهای دوستی، رقابت، جلب توجه، تقویت گروهی و امنیت تأثیر دارد[۳]. به طوری که نتایج مطالعه غفاری (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که میزان افسردگی غیر ورزشکاران بیشتر از ورزشکاران حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای است[۴]. گنجی و همکاران (۱۳۸۴) نشان دادند که میزان افسردگی در دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر بوده است و علت این مسأله را به ویژگی‌های محیطی نسبت داده‌اند[۵]. تاسون و سینیور (Tuson & Sinyor) (۱۹۹۳) نتیجه‌گیری کردند که تمرین حاد ممکن است با کاهش اضطراب همراه باشد، اما به نظر نمی‌رسد تأثیری بر دیگر حالت‌های عاطفی داشته باشد[۶]. ورزش کردن با سازگاری اجتماعی و اعتماد به نفس ارتباط دارد و این موضوع نشانگر میزان اهمیت ورزش و فعالیت بدنی در سلامت روانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان است[۷]. خاتمی و نجفی (۱۳۸۴) نتیجه گرفتند که میزان سلامت روانی (مخصوصاً اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در ورزشکاران گروهی بیشتر از ورزشکاران انفرادی بوده است[۸].

علاوه بر سلامت روانی، متغیر دیگری که در حوزه روانشناختی ورزش کمتر بحث شده است خودپایی است، به طوری که نخستین بار در دو سه دهه پیش، توسط اشنایدر (Snyder) (۱۹۷۴) وارد ادبیات روانشناسی شد[۹]. اشنایدر و همکارانش [اشنایدر(۱۹۷۹)، اشنایدر و مونسون (Monson) ،(۱۹۷۵)] ادعا کردند که یک بعد از شخصیت را که افراد در ارتباط با آن متفاوت هستند درجه‌ای است که افراد، آگاهانه به متناسب بودن رفتارشان با موقعیت خاصی که در آن قرار دارند، توجه می‌کنند. با وجودی که این بازبینی تحت عنوان موقعیت بازبینی یا حتی من در موقعیت بازبینی توصیف می‌شود و اشنایدر آن را خودپایی می‌نامد. وی معتقد است که تفاوت‌های فردی چشمگیری در این بعد در بین افراد وجود دارد. در یک انتهای این پیوستار افرادی هستند که رفتار خود را به صورتی تنظیم می‌کنند که واکنش‌های مثبتی در اطرافیان ایجاد نمایند. این افراد خودپایی بالایی دارند و واکنش‌های آنها همیشه به وسیله تقاضاهای موقعیتی تعیین می‌شود. در انتهای دیگر پیوستار افرادی قرار دارند که کمترین میزان توجه را در ارتباط با تأثیر گذاری بر اطرافیان دارند و واکنش‌های آنها همیشه نمودی از احساسات و نگرش‌های درونی آنها است[۱۰، ۱۱].

خودپایی، میزان و درجه‌ای است که فرد، رفتار خود را برای جور شدن با شرایط موقعیتی و برای این که به نظر دیگران مطلوب بیاید، تنظیم می‌کند. یک عنصر مهم خودپایی درجه‌ای است که افراد خود را بر اساس بازخوردی که از دیگران می‌گیرند (خودپایی بالا (High Self Monitoring-HSM)) و یا رفتار آنها تابعی است از عوامل درونی (خودپایی پایین (Low Self Monitoring-LSM)).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.1.2]

افراد LSM تمایل دارند بی توجه به نشانه‌ها و سر نخ‌های اجتماعی باشند. بنابراین رفتار آنها در موقعیت‌های متفاوت کمتر تغییر می‌کند تا رفتار آنهایی که به این نشانه‌ها حساس‌تر هستند (HSM ها). به نظر اشنایدر (۱۹۸۷)، افرادی که خودپایی بالا دارند نسبت به خود دارای یک مفهوم بنیادی بوده و خود را بر اساس ارزش‌ها، باورها و منش‌های درونی خود توصیف می‌کنند. در حالی که افراد دارای خودپایی پایین، مفهومی عملگرایانه از خود دارند و خود را بر اساس نقش‌ها و رفتارهای خود در زمینه‌های اجتماعی مختلف توصیف می‌کنند[۱۲].

تأثیر فرایند خودپایی روی نتایج عملکرد ورزشی، خصوصاً در کسب مهارت‌های حرکتی مورد توجه روانشناسان و مربیان ورزشی قرار گرفته است. مربیان ورزشی، خودپایی و خودنظم دهی را به عنوان دو عامل تأثیرگذار بر بهبودی حرکت، در تکالیف ویژه تلقی می‌کردند و پس خوراند حاصل از خودپایی را، به بازده عملکرد وابسته می‌دانستند. یعنی افزایش عملکرد منجر به این می‌شد که خودپایی به صورت مثبت تجربه شود (لوک بینک (Lock bink)، ۲۰۰۱ نقل از غفاری، ۱۳۸۴) [۴]. کایرسچین بائوم و همکاران (Kirschenbaum etal) (۱۹۸۲) نشان دادند که افزایش یک سطح از خودپایی به افزایش مهارت حرکتی در ورزشکاران منجر شد[۱۳].

بررسی‌های پیشین نشان می‌دهد که استراتژی خودپایی بالا (مثبت) در اجرای تکالیف سخت ورزشی تأثیر مثبت داشته، بر عکس در اجرای تکالیف راحت هیچ تأثیری ندارد، در حالی که استراتژی خودپایی (پایین) در اجرای تکالیف سخت ورزشی تأثیری نداشته، اما روی تکالیف راحت تأثیر داشته است[۱۴].

در پژوهش غفاری (۱۳۸۴) این نتیجه به دست آمد که بین ورزشکاران حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای و افراد غیر ورزشکار در خودپایی تفاوت وجود دارد. به این معنی که میانگین نمره خودپایی در وررزشکاران حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای بالاتر از غیر ورزشکاران بوده است[۴].

مواد و روش کار

جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان ورزشکار دختر و پسر رشته‌های گروهی و انفرادی در دانشگاه محقق اردبیلی، اعزام شده به مسابقات یا انتخاب شده برای مسابقات ورزشی المپیادی و غیر المپیادی دانشجویان کشور در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ هستند(N=۹۸).

نمونه آماری این پژوهش را تمام دانشجویان اعزام شده یا انتخاب شده برای مسابقات ورزشی دانشجویان تشکیل می‌دهند که انتخاب آنها به صورت کل شماری بوده است. تعداد ۵۴ نفر (۲۰ نفر ورزشکار انفرادی و ۳۴ نفر ورزشکار گروهی) همچنین از افراد غیر ورزشکار تعداد ۶۲ نفر با روش نمونه گیری تصادفی ساده به عنوان گروه قابل مقایسه انتخاب و پرسشنامه‌ها را به صورت انفرادی تکمیل کردند(n=۱۱۶). در این پژوهش تعداد ورزشکاران و غیر ورزشکاران باهم همگن شده‌اند، ولی با توجه به محدودیت‌های حجم نمونه امکان همگن کردن ورزشکاران گروهی و انفرادی امکان‌پذیر نبوده است. در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شدکه این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر (Goldberg & Hiller) [۱۹۷۹، نقل از غفاری(۱۳۸۴)] با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس است. علایم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی را می‌سنجد و هر مقیاس، هفت سؤال دارد. ضریب پایایی این پرسشنامه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب عبارتند از ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۹۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ (P<۰/۰۰۱). همچنین اعتبار این پرسشنامه ۰/۶۷ الی ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است[۴]. در این پژوهش از مقیاس سنجش خودپایی (Self Monitoring Scale-SMS) استفاده شده است که توسط اشنایدر [۷] ساخته شده و دارای ۲۵ سؤال می‌باشد. حمزه لوئی [۱۳۷۰، نقل از غفاری(۱۳۸۴)] در تحقیق خود با استفاده از روش تقسیم ماده‌های زوج و فرد، ضریب همبستگی بین نمرات دو نیمه آزمون را محاسبه کرد که پس از اصلاح با فرمون اسپیرمن ـ براون برابر با ۰/۷۵ به دست آمد[۴]. در این پژوهش ماهیت موضوع، ایجاب کرد که از روش علّی ـ مقایسه‌ای استفاده شود. همچنین شیوه جمع آوری اطلاعات انفرادی بوده و در محل تحصیل و سکونت دانشجویان یعنی خوابگاه‌های دانشجویی صورت گرفته است و برای نمایش یافته‌های پژوهش از روش آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های آماری چون همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون lsd و آزمون t مستقل استفاده شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.1.2]

یافته‌ها

از اهداف عمده این پژوهش تعیین تفاوت خودپایی در بین سه گروه ورزشکاران انفرادی (۱۳/۷۳=میانگین) و گروهی (۹/۱۹=میانگین) و غیر ورزشکاران (۶/۳۳=میانگین) بود که مورد تأیید قرار گرفت (P<۰/۰۵)، به این معنی که میزان خودپایی در ورزشکاران انفرادی بیشتر از ورزشکاران گروهی و در ورزشکاران گروهی بیشتر از غیر ورزشکاران بوده است (جدول شماره ۱). هدف دیگر این پژوهش تعیین تفاوت سلامت روانی در بین ورزشکاران انفرادی و گروهی و غیر ورزشکاران بوده است که در دو زیر مقیاس علایم جسمانی و اضطراب تفاوت معنی‌دار نبود، اما در دو زیر مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی (در غیر ورزشکاران، ۵/۳۹= میانگین، در ورزشکاران انفرادی، ۵/۲۶= میانگین و در ورزشکاران گروهی، ۸/۳۲= میانگین) و افسردگی (در غیر ورزشکاران، ۸/۹۱= میانگین، در ورزشکاران انفرادی،۵/۰۲= میانگین و در ورزشکاران گروهی، ۵/۳۸= میانگین) تفاوت معنی‌دار بوده است (P>۰/۰۵)، به این معنی که میزان اختلال در عملکرد اجتماعی در ورزشکاران گروهی و میزان افسردگی در غیر ورزشکاران بیشتر از دو گروه دیگر بوده است(جدول شماره ۱).

از اهداف دیگر این پژوهش تعیین تفاوت دختران و پسران ورزشکار در میزان سلامت روانی بود که در سه زیر مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی تفاوت معنی‌دار نبود، اما در زیر مقیاس افسردگی معنی‌دار بود(P>۰/۰۵)، یعنی میانگین افسردگی پسران بیشتر از دختران بوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱- تفاوت میزان خودپایی و سلامت روانی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد و افسردگی) در سه گروه ورزشکاران انفرادی و گروهی و غیر ورزشکاران

متغیرها	ورزشکاران گروهی		ورزشکاران انفرادی		افراد غیر ورزشکار		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خود پایی	۹/۱۹	۸	۱۳/۷۳	۱۰/۲	۶/۳۳	۴/۱۵	۰/۰۴۷
سلامت روانی	۲۳/۵	۱۱/۲	۲۲/۸	۹/۹۱	۲۲/۳	۹/۲۱	۰/۴۴
علایم جسمانی	۴/۹	۲/۴	۵/۱	۲/۵	۵/۲۱	۲/۷۶	۰/۴۳
اضطراب	۵/۸۰	۴/۸	۵/۳۸	۴/۴	۶/۱	۳/۷۴	۰/۲۸
اختلال در عملکرد اجتماعی	۸/۳۲	۴/۹۲	۵/۲۶	۳/۷۱	۵/۳۹	۳/۵	۰/۰۵۰
افسردگی	۵/۳۸	۵/۵	۵/۴	۵/۰۲	۸/۹۱	۴/۲	۰/۰۴۲

جدول شماره ۲- تفاوت میزان سلامت روانی(علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد و افسردگی) در دو گروه ورزشکاران دختر و پسر

متغیرها	n	میانگین	sd	سطح معنی‌داری
سلامت روانی				**۰/۲۴**
پسر	۳۲	۲۵/۷۲	۱۵/۰۸	
دختر	۳۰	۲۱/۹	۹/۲۳	
علایم جسمانی				**۰/۸۶۵**
پسر	۳۲	۵/۵۳	۴/۵۱	
دختر	۳۰	۵/۳۷	۲/۸۲	
اضطراب				**۰/۷۳۵**
پسر	۳۲	۵/۷۵	۴/۴۳	
دختر	۳۰	۵/۴	۳/۵۹	
اختلال در عملکرد				**۰/۵۵**
پسر	۳۲	۹	۳/۶۵	
دختر	۳۰	۸/۴۷	۳/۲۹	
افسردگی				**۰/۰۲**
پسر	۳۲	۶/۱۲۵	۶/۷۱	
دختر	۳۰	۲/۹	۳/۴۲	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.1.2]

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش بین سه گروه ورزشکاران انفرادی و گروهی و غیر ورزشکاران در میزان خودپایی، تفاوت معنی‌دار وجود داشت، به این معنی که میزان خودپایی در ورزشکاران انفرادی بیشتر از ورزشکاران گروهی و در ورزشکاران گروهی بیشتر از غیر ورزشکاران بوده است. با توجه به نظر اشنایدر (۱۹۷۴) خودپایی باعث عملکرد بهتر فرد می‌شود. به عبارت دیگر فرد با عملکرد بهتر خودپایی را به صورت مؤثر تجربه می‌کند[۹]. یافته این پژوهش با یافته لوک بینک (۲۰۰۱، نقل از غفاری،۱۳۸۴) همخوانی دارد که می‌گوید مربیان ورزشی خودپایی و خودنظم دهی را به عنوان دو عامل تأثیرگذار بر بهبودی حرکت، در تکالیف ویژه تلقی می‌کنند و پس خوراند حاصل از خودپایی را، به بازده عملکرد وابسته می‌داند، یعنی افزایش عملکرد به این منجر می‌شود که خودپایی به صورت مثبت تجربه شود. همچنین با نتایج مارتین و آنشِل (۱۹۹۵) که می‌گفتند خودپایی پایین در اجرای مهارت‌های ساده و خودپایی بالا در اجرای مهارت‌های سخت نقش دارد، موافق است(۴، ۱۴).

از دیگر نتایج این پژوهش مقایسه میزان سلامت روانی (علایم جسمانی،اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در بین سه گروه ورزشکاران انفرادی و گروهی و غیر ورزشکاران بود که تنها در دو زیر مقیاس اختلال در عملکرد و افسردگی، دارای تفاوت معنی‌دار بود. به این معنی که میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی در ورزشکاران گروهی و میزان افسردگی در بین غیر ورزشکاران بیشتر بوده است. اما تفاوتی بین میانگین افسردگی ورزشکاران گروهی و انفرادی و میزان اختلال در عملکرد ورزشکاران انفرادی و غیر ورزشکاران مشاهده نشد که با یافته‌های نریمانی، خاتمی و نجفی (۱۳۸۴) همخوانی دارد و در پژوهش آنان نیز میزان اختلال در عملکرد اجتماعی در ورزشکاران گروهی بیشتر از انفرادی بوده است[۸]. در بررسی بیشتر بودن میزان اختلال در عملکرد اجتماعی در ورزشکاران گروهی می‌توان گفت که هر چه مسئولیت، گروهی باشد (مثلاً مسئولیت در ورزش فوتبال و غیره) و عملکرد اعضای گروه در عملکرد گروهی نقش داشته باشد، میزان اختلال در عملکرد اجتماعی نیز افزایش خواهد یافت. زیرا بیشتر ورزشکاران گروهی در عملکرد خود تحت تأثیر همدیگر قرار می‌گیرند و اشتباه یکی از بازیکنان ممکن است برای گروه جبران ناپذیر باشد. به عبارت دیگر در ورزش‌های گروهی فرد تحت تأثیر عملکرد گروهی قرار می‌گیرد و عملکرد او بر عملکرد گروهی و عمکرد گروه بر عملکرد او تأثیر می‌گذارد، به همین دلیل می‌توان گفت که عملکرد اجتماعی شخص دچار اختلال می‌شود. اما با توجه به محدودیت‌های این پژوهش، نمی‌توان این نتیجه را به جامعه ورزشکاران تعمیم داد.

برای بررسی و تبیین این نتیجه که میزان افسردگی در بین ورزشکاران انفرادی و گروهی کمتر از غیر ورزشکاران بوده است می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های غفاری [۴]، درخشان مبارکه [۳] و نعمت الله زاده ماهانی [۲] همخوانی دارد. بنابراین می‌توان گفت که یکی از عواملی که باعث سلامت روانی بهتر می‌شود ورزش و فعالیت بدنی است که در پژوهش‌های زیادی مورد تأکید قرار گرفته است. از دیگر اهداف این مطالعه بررسی تفاوت بین افسردگی در دو گروه ورزشکاران دختر و پسر بود که مورد تأیید قرار گرفت. به این معنی که میزان افسردگی در پسران بیشتر از دختران بوده است. این یافته با نتایج گنجی و همکاران (۱۳۸۴) همخوانی دارد چرا که در این پژوهش نیز به میزان افسردگی در دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر گزارش شده است[۵]. شاید در تبیین این یافته بتوان گفت که یکی از عوامل تجلی ساز افسردگی عامل تنش است [۱۵] و نداشتن یک شغل خوب و مناسب میزان تنش مردان را نسبت به زنان بیشتر می‌کند. چرا که از لحاظ فرهنگی مردان باید دارای شغل باشند و نداشتن شغل زنان چندان مهم نیست. حتی نتایج مطالعه رسولزاده طباطبایی (۱۳۷۰) نشان می‌دهد که فراوانی و شدت حوادث تنش زا در مردان بالاتر از زنان است[۱۶]. همچنین می‌توان گفت که عدم تفاوت‌های به دست آمده در دیگر متغیرها (اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و علایم جسمانی) در خصوص پسران و دختران ممکن است به واسطه محدودیت‌های حجم نمونه باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.1.2]

منابع

1- Thel Well RC, Greenles LA. Developing comptative enduranc performance using mental skills training. The Sport Psychology 2003; 17: 318-37

۲- نعمت الله زاده ماهانی کاظم، درمان افسردگی با ورزش (بازنگری ادبیات و توجیه‌های نظری اثرات ضد افسردگی ورزش، پژوهش‌های روانشناختی، ۱۳۷۱، ۱، ۷۴-۶۱

۳- درخشان مبارکه محمد، بررسی رابطه میزان پرداختن به ورزش با سلامت روانی و ویژگی‌های شخصیتی مدیران میانی سپاه شاغل در رده‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ۱۳۷۶

۴- غفاری مظفر، بررسی مقایسه مکان کنترل، خودپایی، سلامت روانی و هیجان خواهی در ورزشکاران حرفه‌ای، غیر حرفه‌ای و غیر ورزشکاران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۸۴

۵- گنجی مسعود، رجبی سوران، غفاری مظفر، مقایسه سلامت روانی و مصرف سیگار در دانشجویان دارای رفتارهای مذهبی و بدون رفتارهای مذهبی، دانشگاه محقق اردبیلی، ۱۳۸۴

6- Tuson KM, Sinyor D. On the affective benefits of aerobic exercise: taking stock after twenty years of research. 2nd Edition, Wiley: New York, 2001

۷- حسن‌زاده فخری، بررسی رابطه ورزش با سازگاری اجتماعی و میزان اعتماد به نفس دانش آموزان دختر دبیرستانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشاسی دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ۱۳۸۰

۸- نریمانی محمد، خاتمی شبنم، نجفی مژگان، مقایسه مهارت اجتماعی و سلامت روانی ورزشکاران گروهی و انفرادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، ۱۳۸۴

9- Snyder M. Self monitoring of expressive behavior. Journal of Personality and Social Psychology 1974; 30; 526-37

10- Snyder M. Self monitoring processes: advances in experimental. Social Psychology 1979; 12: 85-128

11- Snyder M, Monson TC. Persons, situational, and the control of social behavior. Jornal of Personality and Social Psychology 1975; 32: 637-44

12- Snyder M. Self-monitoring process: aduances in experimental. Social psychology 1978; 12: 85-128

13- Kirschenbaum DS, Ordman AM, Tomarken AJ, Holtzbauer R. Effects of differential self-monitoring and level of mastery on sports performance: brain power bowling. Cognitive Therapy and Research 1982; 6: 335-42

14- Martin MB, Anshe, MH. Effect of self-monitoring strategies and task complexity on motor performance and affect. Journal of Sport and Exercise Psychology 1995; 17: 153-70

۱۵- نریمانی محمد، درمان افسردگی، چاپ اول، انتشارات شیخ صفی، اردبیل، ۱۳۷۷

۱۶- رسولزاده طباطبایی کاظم، رتبه بندی رویدادهای فشار زای روانی ـ اجتماعی خانواده‌های ساکن در شهرستان تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.1.2]