

اثر بخشی ورزش طراحی شده بر سلامت روان دختران نوجوان

محمد ناظر^۱، صدیقه حسنی^{۲*}، غلامرضا ساردوئی^۳، احمد رضا صیادی اناری^۴

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۶

خلاصه

زمینه و هدف: سلامت روان حالتی از بهزیستی، احساس کنار آمدن با جامعه و رضایت بخش بودن موقعیت‌ها و ویژگی‌های شخصی و اجتماعی بوده و ارتقاء آن منجر به کاهش اختلالات روانی می‌گردد، برای افزایش سلامت روان روش‌های مختلفی از جمله راه‌کارهای رفتاری و ورزش کاربرد دارد. هدف از این مطالعه تعیین اثر بخشی ورزش طراحی شده بر سلامت روان دختران نوجوان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش انجام این مطالعه نیمه تجربی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری دختران نوجوان رفسنجانی در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بودند. روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی ساده بود، بدین صورت که بعد از انتخاب تصادفی دو دبیرستان دخترانه، به کلیه دانش‌آموزان (۳۶۰ نفر) پرسشنامه فهرست واریسی نشانه‌ها (SCL-90) داده شد و سپس ۴۴ نفر که دارای $GSI \geq 1$ بودند انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش=۲۲ نفر) و (کنترل=۲۲ نفر) جایگزین شدند. افراد گروه مداخله در یک برنامه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای، دو جلسه در هفته به مدت ۴ هفته شرکت نمودند و نمرات پس‌آزمون هر دو گروه جمع‌آوری گردید و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمرات اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، شکایت‌های جسمانی و حساسیت بین فردی در پیش-آزمون تفاوت معناداری نداشته است اما پس از آموزش به گروه مداخله، نمرات پس‌آزمون به طور معناداری کاهش یافته است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: ورزش طراحی شده می‌تواند اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، شکایت‌های جسمانی و حساسیت را در دختران کاهش دهد و سلامت روان را بالا ببرد.

واژه‌های کلیدی: ورزش طراحی شده، سلامت روان، دختران نوجوان

- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

* - کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی زرنده، (نویسنده مسئول) تلفن: ۰۹۱۳۲۹۲۱۸۵۹، پست الکترونیکی setavesh18204@yahoo.com

- عضو هیات علمی، دانشگاه آزاد اسلامی زرنده

- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

اختلالات روانی اثرات مخربی بر افراد و جامعه دارند و در واقع، آنچه از سلامت روانی در اذهان وجود دارد یک مفهوم روان پزشکی است که فرد را از لحاظ روان شناختی، بیمار یا سالم می پندارد [۱]. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO= World Health Organization)، سلامت روانی حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً غیاب بیماری است [۲]. ابعاد این تعریف، یعنی رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری با یکدیگر تعامل دارند و با مرز مشخصی نمی توان این ابعاد را از یکدیگر تفکیک نمود. ولی معمولاً شاخص هایی برای سلامت جسمی و حتی رفاه اجتماعی در بسیاری از کشور ها وجود دارد که هر چند سال مورد بررسی و تجدید نظر قرار می گیرد. اما در مورد سلامت روانی، پیچیدگی و مشکل تعریف و ارزیابی، غالباً منجر به غفلت و نادیده انگاشتن این مهم شده است [۳]. عدم سلامت روان فرد را متحمل دردها و علائم جسمی و روحی چون سر درد و دل درد، نگرانی، سوالات تکراری اطمینان بخش، بیدار شدن های مکرر همراه با مشکل در به خواب رفتن، انزوا، گوشه گیری و ایجاد اختلال در وظایف خود می کند [۴].

مطالعات همه گیرشناسی در کشور های مختلف نشان می دهد که حدود ۲۵ درصد مردم دارای اختلالات روانی قابل تشخیص هستند و تخمین زده شده که حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان، از نوعی اختلال روانی رنج می برند [۵]. پیش بینی ها حکایت از آن دارد که سهم اختلالات روانی و عصبی، حدود ۵۰ درصد افزایش می یابد و از ۱۱-۱۰/۵ درصد کنونی به حدود ۱۵ درصد کل بار جهانی بیماری ها، در ۲۰۲۰ می رسد. این میزان افزایش در سهم نسبی، حتی بیش از افزایش بیماری های قلبی عروقی است [۳]. بنابر این بیماری های روانی کماکان در حال صدمه زدن به افراد، خانواده ها و اجتماعات هستند و این به آن معناست که تخصیص سرمایه به مطالعه سبب شناسی و درمان اختلالات روانی، شیوع بیماری ها را کاهش نداده و منجر به تسکین درد و رنج بشر نشده است [۶]. از سویی نوجوانی از لحاظ تنوع احوال، دگرگونی های رفتاری، خواسته ها، نیازها، حساسیت ها، طغیان ها، عصبانیت ها همه و همه موقعیتی را به وجود آورده که

روانشناسان، این مرحله از حیات را مرحله بحرانی معرفی کرده و تغییرات بیولوژیکی که در دوره نوجوانی پدیدار می شود نوجوان را دچار اضطراب و تنش روانی نموده و او را به منفی-گرایی می کشاند [۷]. معمولاً نوجوانان به عنوان یکی از گروه های آسیب پذیر، در معرض انواع اختلالات روان پزشکی می باشند [۸]. همچنین گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان می داد که درصد ابتلاء به اختلالات روانی در کشور های مختلف زیر ۱۶ سال از ۱۲ تا ۲۹ درصد متغیر بوده است که تنها ۱۰ تا ۲۲ درصد موارد به وسیله سیستم مراقبت های پزشکی تشخیص داده شده اند [۹]. Befler نیز در مطالعه خود گزارش کرد که شروع بیماری های روانی ۵۰ درصد از بزرگسالان، از دوران نوجوانی بوده است [۱۰]. آمارها نشان می دهد که بزرگترین نسل جوان، مربوط به عصر حاضر است [۱۱]. همچنین توجه به سلامت نوجوانان، به خصوص دختران نوجوان، از اهداف توسعه هزاره و از رسالت های کشور های عضو سازمان بهداشت جهانی می باشد [۱۲ و ۱۳]. مطالعات نشان می دهد که بیش از نیمی از نوجوانان تهرانی، مشکوک به اختلال روانی هستند که در این میان، دختران سهم بیشتری دارند [۱۴].

یافته های پژوهشگران در زمینه ورزش نشان می دهد که فعالیت های شدید و متوسط بدنی، فواید جسمی و روانی زیادی دربردارند [۱۵]. ورزش به عنوان یک رکن اساسی شیوه زندگی سالم در نظر گرفته شده و به طور واضح فعالیت بدنی در ارتباط با سلامت روان است و به عنوان یک الگوی رفتاری در طول زندگی می تواند از بیماری های مختلف پیشگیری و یا آنها را کنترل کند [۱۶]. همچنین در بررسی فعالیت ورزشی و سلامت روان در کودکان و نوجوانان، به وضوح دیده شده که فعالیت فیزیکی تاثیر سودمندی در کاهش افسردگی دارد [۱۷]. در مطالعه ای، Terjestam و همکاران تاثیر نوعی ورزش به نام کی کونگ (حرکات مدیتیشن) را بررسی و متوجه شدند، این ورزش باعث بهتر شدن تصور از خود و کاهش دیسترس و استرس گردیده است [۱۸]. در پژوهشی دیگر parker و همکاران دریافتند روانشناسی ساده و مداخلات ورزشی باعث کاهش علایم افسردگی و اضطراب شده است [۱۷]. در بررسی دیگر مشخص گردید تمرینات هوازی،

گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه مورد مطالعه دختران نوجوان رفسنجان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بودند. حجم نمونه مورد نظر برای هر گروه با توجه به جدول کوهن (چنانچه عوامل سطح معنی داری $\alpha=0/05$ ، توان آزمون $0/88$ ، $1-B=0/9$ و حجم اثر Effect size $0/5$ باشد) ۲۰ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد افت احتمالی در هر گروه ۲۲ نفر در نظر گرفته شد.

روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی ساده بود؛ بدین صورت که از میان دبیرستان‌های دخترانه رفسنجان، به طور تصادفی دو دبیرستان انتخاب و به کلیه دانش‌آموزان دو دبیرستان (۳۶۰ نفر) پرسشنامه SCL-90 داده شد و سپس ۴۴ نفر که دارای $GSI \geq 1$ (Global Severity Index) بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش $n=22$ نفر و کنترل $n=22$ نفر) قرار گرفتند. کلیه دانش‌آموزان این دو دبیرستان به وسیله پرسشنامه SCL90-R ارزیابی، سپس دانش‌آموزانی که بر اساس شاخص تست مورد نظر مشکل دار شناخته شدند، پس از غربال شدن براساس ملاک‌های خروج، امکان انتخاب در گروه شاهد یا آزمایش را به دست آوردند. ملاک‌های خروج عبارت از وجود نزاع جدی و طلاق در خانواده، آسیب مغزی دانش‌آموز، اعتیاد والدین و مشکلات حاد اقتصادی و مرگ عزیزان در یک سال گذشته و سابقه بیماری روانی در خانواده و فرد بود و دانش‌آموزانی که موارد فوق را نداشتند، کاندید ورود به تحقیق شدند. از میان دانش‌آموزان باقی مانده ۴۴ نفر که در پرسشنامه SCL-90 نمره $GSI \geq 1$ داشتند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردیدند.

پس از انتخاب نمونه با هماهنگی مدیران آموزشگاه‌ها، به گروه آزمایش "ورزش طراحی شده" ارائه شد. این ورزش برای توسعه فاکتورهای آمادگی جسمانی مثل قدرت عضلانی، استقامت قلبی-عروقی و تنفس، استقامت عضلانی، انعطاف پذیری، چابکی، سرعت، توان، تعادل، هماهنگی در ۷ ایستگاه طراحی گردید که ایستگاه اول و چهارم آن مهارت‌های پایه بسکتبال و والیبال و بقیه ایستگاه‌ها مربوط به آمادگی جسمانی بود. لازم به ذکر است، که تک تک ایستگاه‌ها دارای سیستم بی‌هوازی بوده (چون زمان هر ایستگاه، کمتر از یک دقیقه است)؛ اما نهایتاً در اثر تکرار به سمت سیستم هوازی

بر میزان آمادگی جسمی و روحی و کاهش شکایات جسمانی و افسردگی گروه تجربی تاثیر مثبت گذاشته و باعث کاهش میزان این اختلالات گردیده است [۴]. سید احمدی و مقدادی در یافته‌هایشان پی بردند ورزش و فعالیت‌های ورزشی باعث بهبود سلامت روان می‌شود [۱۸ و ۱۹] و یافته‌های حاتمی و همکاران و تحقیق شجاعی و همتی علمدارلو نیز نشان داد ورزش‌های منظم باعث کاهش پرخاشگری می‌شوند [۲۰ و ۲۱] با توجه به افزایش بیماران روانی در سراسر جهان و زیان‌های مالی و معنوی ناشی از این بیماری‌ها و همچنین کمبود تسهیلات، امکانات و نیروی تخصصی لازم جهت ارائه خدمت به آنها، به نظر می‌رسد که انجام اقدامات پیشگیرانه در این زمینه لازم و ضروری بوده و تأمین بهداشت روان افراد، به‌عنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی برای تمام ممالک از جمله کشور ما ضرورت دارد. واضح است که انجام هرگونه اقدام پیشگیرانه، مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمت می‌باشد. در غیر این صورت اقدامات انجام شده نتیجه مطلوب را در بر نخواهد داشت. علی‌رغم ادبیات پژوهشی غنی که حکایت از توجه پژوهشگران به نقش فعالیت‌های ورزشی به عنوان شیوه درمانی مناسب و کم‌خرج و بدون آثار جانبی دارد، در کشور ما این نقش جایگاه خویش را نیافته و از طرفی تحقیقات توصیفی در جهت آگاهی از وضعیت موجود نوجوانان به ندرت انجام شده است و یا این که تحقیقات زیادی در زمینه تاثیر ورزش انجام گرفته، اما اکثر آنها ورزش‌های هوازی را بررسی نموده‌اند و در مورد نوجوانان علی‌الخصوص دختران این تحقیقات کم است. لذا پژوهش حاضر به بررسی تاثیر ورزش طراحی شده (که نوع خاصی از ورزش هوازی و غیرهوازی است) بر سلامت روان دختران نوجوان دبیرستانی شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۰ پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و طرح آن به صورت دو گروهی (آزمایش و گواه) همراه با دو مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. متغیر مستقل، مداخله رفتاری ورزش طراحی شده بود. که تنها در گروه آزمایش اعمال و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در افراد گروه آزمایش بررسی و سپس نمرات حاصل با

می آید در بررسی‌های همه گیر شناسی، پایایی آن ۹۷ درصد و در مقایسه با مصاحبه روان پزشکی بر اساس ملاک‌های SCL-90 دارای حساسیت ۹۴ درصد و ویژگی ۹۸ درصد بوده است [۲۲]. ارزیابی و تفسیر یافته‌ها و آزمون فرضیه‌ها با روش- های آماری توصیفی و استنباطی شامل مقایسه میانگین ها و تحلیل کو واریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ انجام شد.

نتایج

در بررسی یافته‌ها ابتدا به ارائه نتایج به دست آمده از اجرای برنامه آموزشی پرداخته شده است. با توجه به جدول شماره (۱) میانگین شاخص کلی علائم مرضی (GSI) و ابعاد آن (شکایت‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب، حساسیت فردی، وسواس و اجبار) در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون در مقایسه با این میانگین در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری دیده شد که در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نگردید..

هدایت شدند که در طول ۴ هفته و هر هفته ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای دانش آموزان گروه آزمایش ارائه گردید. بعد از ۴ هفته، پرسشنامه SCL-90 دوباره توسط ۲ گروه قبلی (آزمایش و شاهد) جواب داده شد و مورد بازآزمایی قرار گرفت. برای سنجش سلامت روانی دانش آموزان از پرسشنامه SCL-90 که یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای تشخیص روان پزشکی است کمک گرفته شد. این پرسشنامه توسط Dragotis و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی و بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفته است.

پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که از هیچ تا به شدت، به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را در بر می‌گیرد و میانگین نمرات او بالاتر از آن در هر حیطة به عنوان حالت مرضی به شمار

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون (شاخص کلی علائم مرضی) در گروه

کنترل و آزمایش

حیطه ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
GSI	آزمایش	۱/۲۲	۰/۰۱۶	۰/۸۰	۰/۰۱۹
	کنترل	۱/۱۸	۰/۰۲۱	۱/۱۴۴	۰/۰۱۸
شکایت های جسمانی	آزمایش	۱۳/۵۱	۴/۴۲	۲/۳۰	۱/۸۹
	کنترل	۱۱/۰۵	۶/۶۵	۱۲/۲۶	۶/۱۹
وسواس	آزمایش	۱۴/۷۳	۵/۱۴	۵/۳۲	۲/۷۶
	کنترل	۱۱/۸۴	۶/۱۵	۱۳/۳۸	۶/۷۸
روابط	آزمایش	۱۱/۷۸	۴/۳۱	۳/۶۷	۳/۱۵
	کنترل	۸/۹۱	۲/۲۹	۸/۶۳	۴/۳۱
افسردگی	آزمایش	۱۷/۲۶	۸/۴۲	۴/۱۰	۳/۹۵
	کنترل	۱۶/۸۲	۱۱/۳۴	۱۷/۹۰	۱۰/۳۱
اضطراب	آزمایش	۱۰/۵۷	۵/۳۱	۲/۹۱	۲/۵۴
	کنترل	۸/۱۴	۴/۵۴	۹/۳۸	۶/۱۳
پر خاشگری	آزمایش	۷/۴۳	۳/۳۹	۱/۰۱	۰/۹۶۳
	کنترل	۶/۰۳	۲/۸۷	۵/۱۳	۳/۹۹

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس GSI و حیطه های آن

شاخص متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	میزان تبیین	توان آزمون
GSI	۱	۳۰۳/۱۵۶	۲۴/۰۰۸	/۰۰۰	%۵۸	۰/۰۹۹
شکایات جسمانی	۱	۵۷۶/۸۵	۳۶/۲۱	۰/۰۰۱	%۶۸	۰/۰۹۸
وسواس	۱	۴۸۱/۷۶۶	۴۶/۲۰۸	۰/۰۱	%۷۳	۰/۰۹۹
حساسیت در روابط	۱	۱۹۴/۲۸۲	۱۹/۵۷۶	/۰۰۰	%۵۳	۰/۰۹۸
افسردگی	۱	۷۷۵/۸۹۱	۴۰/۸۰۴	/۰۰۰	%۷۰	۰/۹۳
اضطراب	۱	۳۰۳/۱۵۶	۲۴/۰۰۸	/۰۰۰	%۵۸	۰/۰۹۹
پرخاشگری	۱	۱۰۵/۲۱۳	۱۴/۹۳۸	۰/۰۰۱	%۴۶	۰/۰۹۵

جدول فوق، تفاوت معنی داری بین میانگین تعدیل شده شاخص کلی علایم مرضی (GSI) و ابعاد آن از جمله: اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، حساسیت و وسواس، در گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد ($p < 0/05$). در نتیجه می توان گفت که فرایند درمان تاثیر معناداری بر شاخص بحث

ورزش طراحی شده، در قالب ورزش های ایستگاهی و مهارتی باعث کاهش شاخص کلی علایم مرضی (GSI) گردیده. با توجه به نتایج تحقیق بین میانگین تعدیل شده شاخص کلی علایم مرضی و ابعاد مختلف سلامت روان، در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد که میزان این تاثیر در شاخص GSI ۵۸ درصد و توان آزمون ۹۹ درصد می باشد. این موضوع بیانگر این است که ورزش ایستگاهی و مهارتی باعث کاهش شاخص کلی گردیده که این تغییر در سایر ابعاد و نشانه های اختلال روان به خوبی دیده می شود در نتیجه باعث تایید همه فرضیه های سلامت روان شد و ما شاهد بهتر شدن اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، پرخاشگری، وسواس و اجبار و حساسیت فردی در دانش آموزان گردیدیم. نتایج پژوهش حاضر با یافته های سید احمدی و مقدادی که نشان دادند فعالیت های ورزشی باعث بهبود سلامت روان

شدت کلی (GSI) و ابعاد مختلف آن داشته است که در پژوهش حاضر میزان تاثیر آن (درصد تبیین) مقدار قابل توجه ۵۸ درصد است و توان آزمون آماری ۰/۰۹۹ با سطح معناداری (۰/۰۱) دقت بالای آزمون را نشان می دهد.

دانشجویان گردیده [۳] و یافته های حاتمی و همکاران و تحقیق شجاعی و همتی علمدارلو که نشان دادند ورزش های منظم باعث کاهش پرخاشگری می شوند، هم خوانی دارد [۲۰ و ۲۲].

آنچه مسلم است و نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد، تاثیر ورزش و فعالیت های ورزشی را بر سلامت روانی نمی توان انکار کرد. در تبیین این امر می توان چنین استدلال کرد که احتمالاً این تاثیر می تواند بر اساس یکی از مدل های موجود در این زمینه باشد ۱- مدل روان شناختی Sonstroem. در این مدل فرض می شود که شرکت در فعالیت های جسمانی، توانایی را که به طور مثبت خود باوری فرد را تحت تاثیر قرار داده، منجر به بالا رفتن عزت نفس او می شود [۲۳]. یافته های مختلف از جمله، McMahan نشان می دهند فعالیت های جسمانی منجر به افزایش عزت نفس می گردد [۴]. بدیهی است که افزایش عزت نفس تغییراتی در جهت مثبت، در روابط بین

دانشمندان تخمین می‌زنند که در بدن انسان صدها نوع ناقل عصبی وجود دارد ولی فقط ۳۰ نوع از آنها شناسایی شده که تنها سه نوع ناقل عصبی با افسردگی رابطه دارد؛ نوراپی‌نفرین، سروتونین و دوپامین. این سه نوع ناقل عصبی در مناطقی از مغز فعال هستند که فعالیت‌های اشتباه در زمان افسردگی را کنترل می‌کنند. به عنوان مثال نوراپی‌نفرین، در راه ارتباطی گسترده بین مراکز لذت مغز، هیپوتالاموس و دستگاه کناری عمل می‌کند. این مراکز به کمک هم، هیجان‌ها، تمایلات فیزیکی مانند اشتها، خواب و میل جنسی و واکنش ما نسبت به استرس را کنترل می‌کنند. در افراد افسرده سطح این ناقل‌های عصبی به طور چشم‌گیری پایین می‌آید. همچنین ناقل عصبی دیگری به نام GABA5 با افسردگی رابطه دارد. تحقیقات نشان داده که افراد افسرده مقادیر کمی از این ناقل را در بدن خود دارند. همچنین در موقع رها شدن این ناقل اضطراب نیز کاهش پیدا می‌کند.

نتیجه‌گیری: از نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که چون تمرین هوازی باعث بالا رفتن سطح قابل توجه ناقل‌های عصبی می‌شود، بر این اساس افسردگی و اضطراب بهبود پیدا می‌کند. پیشنهاد می‌گردد از این برنامه مداخله‌ای که برنامه‌ای بی‌ضرر، سودمند، آسان و کم‌خرج می‌باشد، در جهت افزایش سلامت روان نوجوانان استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زحمات سرکار خانم فرزانه میرزایی و همچنین مسئولین محترم آموزش و پرورش و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند.

فردی و شبکه اجتماعی فرد به وجود می‌آورد و چنین تغییراتی در جهت افزایش سلامت روان انسان است، چرا که گسترش شبکه اجتماعی چه به طور مستقیم یعنی از طریق یافتن دوستان جدید و چه به طور غیرمستقیم از طریق افزایش عزت نفس و برقراری رابطه بین فردی بر اساس الگوی ارتباطی جرات‌ورزانه، فرد را در مقابل رویدادهای استرس‌زا مقاوم می‌سازد.

۲- مدل روان‌شناختی Baherk و Morgan می‌باشد که مبتنی بر فرضیه حواس‌پرتی است [۲۴]: در این مدل فرض می‌شود که فعالیت‌های ورزشی به عنوان عامل حواس‌پرتی یا عامل رهاکننده فرد از محرکات و احساسات استرس‌زا عمل می‌کنند که این امر می‌تواند منجر به بهبود روان‌شناختی 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 روان‌شناختی این است که فرد را از تمرکز تفکرات منفی و جنبه‌های استرس‌زای زندگی دور نگه دارند؛ که فعالیت‌های ورزشی نیز همین نقش را به وسیله ویژگی حواس‌پرتی، به خوبی ایفا می‌کند و فرد را از گرفتار شدن در حلقه معیوب نجات می‌دهد.

۳- مدل زیست‌شناختی: در این مدل گفته می‌شود علت تاثیر فعالیت‌های بدنی بر سلامت روانی، تغییرات بیوشیمیایی و زیست‌شناختی است چرا که بسیاری از پژوهشگران به نحوه عملکرد مغز در افراد افسرده توجه می‌کنند و از مغز به عنوان مرکز فرماندهی بدن یاد می‌نمایند. مغز دستورات خود را از طریق مواد شیمیایی موسوم به ناقل‌های عصبی منتقل می‌کند.

منابع

1. Joshanlu M, Rostami R, Nasrabadi M. The Examination structure factor the scale Comprehensive welfare, Journal of Iranian Psychologists, 2006; 3(9):35-52. [Persian]
2. World health organization. Mental health policy and service guidance package, Geneva, 2005.
3. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasemi MT. Looking for visage mental health in the Iran. Research project Red Crescent Society, 2001. [Persian]
4. Macmahon JR. The psychological benefits of exercise and the treatment of delinquent adolescents Sports Med, 1990; 9(6):344-51.
5. Atifwahid, MK. Mental health in Iran: Achievements and Challenges, Journal of Social Welfare, 2002, 4(14):57-41. [Persian]

6. Keyes LM, Lopez S. Toward a Science Of Mental Health Positive Direction In diagnosis and Intervention S. In Synder CR, Lopez S. (Eds), The Hand Book Of Positive Psychology, 2002, (p:45-59), new York :oxford university.
7. Shafipur M. The effect of teaching lessons of puberty and adolescence and attitude change of studentstoward the problem of puberty. J of education and psychology of sistan & baluchestan. 2005; 2(3):95-110. [Persian]
8. Radfar SH, Hagani H, Tulayi SA, Modirian A, Falahati M. Mental health of children of veterans aged 15-18 ,J military med, 2005;7(3):90-203.[Persian].
9. Befler ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe, journal child psychiatry, 2008; 49(3): 226-236.
10. Unfpa. Programmed of action of the international conference on population and development , Newyork, 1994.
11. Jaskiewics MG. An integrative of the health care needs for female adolescence ,j for nurse practitioners, 2009; 5:24-83.
12. Unfpa. Programmed of action of the international conference on population anddevelopment ,Newyork, 1994.
13. Motaghipoor Y, Amiri P, Paryab M, Valaie F, Mehrabi Y, Azizi F. Review of mental health adolescent: Diabetes and lipid in Tehran. Research in Medicine; 29(2):141-145. [Persian]
14. Thayer JF. Relationships among heart period variability and cardiodynamicm -easurs vary as a function of fitness paper presented and the meeting of the american psychosomatic society,1996, Williamsburg/ va.
15. Galvao DA, Newton RU. Review of exercise intervention studies in cancer patients. J clinoncol, 2005; 23(4): 899-909.
16. Parker AG, Hetrick SE, Jorm AF, Yung AR, McGorry PD, Mackinnon A, Moller B, Purcell R. The effectiveness of simple psychological and exercise interventions for high prevalence mental health problems in young people: a factorial randomised controlled trial. parkeretd. Trials, 2011; 12:76.
17. Terjestam Y, Jouper J, Johanssonc. Effects of scheduled gigong exercise on pupilswell-being ,self image,distress,and stress. Jaltern Complement, 2010; 16(9):939-440.
18. SayedAhmadi M, Kyvanlu F, Kooshan M, Mohammadi Rauf M. The compare of mental health in the student athletes and non-athletes, Sabzevar University of Medical Sciences, 2010; 17(2):116-122. [Persian]
19. Meghdadi M. Evaluate the effect of 8 weeks of aerobic training on mental health, depression, anxiety, physical complaints and social work students, the boy martyr Chamran University, MSc Dissertation, 2010, Chamran University.[Persian]
20. Hatami L, Kermanshahi S, Memarian R. The effect of regular exercise on depression in children 12-8 years old, treated with hemodialysis in Tehran Children Medical Center.Two Science magazine - Research Scholar; 2002, 40: 23-28. [Persian]
21. Shojaye S, Hemmaty A. Effect of Morning Exercise on Reducing Aggression Educable Mentally Retarded Children. Research on Exceptional Children, 2007; 6(4):155-170. [Persian].
22. Mirzaei R. Evaluate and test the validity of SCL-90-R in Iran. MSC Dissertation, Tehran University, 1980:50-53. [Persian]
23. Sonstroem RJ. Physical estiation and attraction scales: rational and research. Medicine and scienes in sports, 1978; 10: 97-102.
24. Baherk, MS, Morgan W P. Anxiety reduction following exercise and meditation. Cognitive therapy and research, 1978; 2: 233-33.

The effectiveness of station designed sports on mental health of female teenagers

Nazer M¹, Hasani S², Sardoie GH³, Sayadi Anari AR⁴.

- 1- Assistant professor, Dept. of psychiatric University of Medical Sciences, Rafsanjan,iran
- 2- M. A. in General Psychology, Azad University, Zarand, Iran
- 3- Azad University, Zarand, Iran
- 4- Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Background and objective: The mental health is the state of welfare; feeling of coming to terms with society, and satisfaction in situations and characteristics of personal and social.

Promotion of mental health can be reduced mental disorders.

Different methods are used to improve mental health such as behavior methods and physical activation. The aim of this study was to determine the effect of designed sport on mental health of female teenagers.

Material and Methods: This semi-experimental study was conducted as a post-test and pre-test by control groups. Study population was a group of female teenagers of Rafsanjan city during May 2011. The sampling method was as random; so after random choice of two groups, among girls 44 girls who acquired the highest score by the Questionnaires SCL-90, selected as final sample and randomly separated into two equal groups. Data were collected by Questionnaires. The girls of interventional group took part in 45-minutes training program twice in week for one month. Post-test scores recorded and data analyzed by co-variance test using SPSS software version 17.

Results: The pre-test data showed anxiety, depression, aggression, singular sensitivity, bodily complain scores had no significant difference but after training the interventional group the scores were significantly decreased ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that designed Sport can improve mental health and decrease anxiety, depression, aggression, bodily complain and inter personal sensitivity in the girls.

Key words: designed sport, mental health, female teenagers