

همراهی نظریه جایگاه مهار سلامت و عزت نفس با فعالیت جسمانی در دانشجویان

مهدی مشکی^۱، ملیحه نوری سیستانی^۲، نوشین پیمان^۳

^۱ استادیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

^۲ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

^۳ استادیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نشانی نویسنده مسؤل: گناباد، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دکتر مهدی مشکی

E-mail: drmoshki@gmail.com

وصول: ۸۸/۷/۲۱، اصلاح: ۸۸/۹/۱۱، پذیرش: ۸۸/۱۰/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: تأمین نیازهای حرکتی افراد، توان آینده جامعه را به طور معجزه آسایی افزایش می دهد. تحقیقات صورت گرفته در زمینه تأثیر عزت نفس و جایگاه مهار سلامت در ایجاد و بروز رفتارهای بهداشتی سبب گردیده که این مفاهیم، چارچوبی علمی در مباحث بهداشتی و روانشناسی سلامت فراهم آورند. پژوهش حاضر به بررسی همراهی فعالیت جسمانی با عزت نفس و نظریه جایگاه مهار سلامت در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار پرداخته است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه مورد-شاهدی است که ۷۴ دانشجوی ورزشکار برای گروه مورد و ۷۴ دانشجوی غیرورزشکار برای گروه شاهد از دانشگاه علوم پزشکی گناباد انتخاب شدند. داده ها پس از تکمیل پرسشنامه های جمعیت شناختی، عزت نفس و "نسخه ب" ابزار جایگاه مهار سلامت با استفاده از آزمون های آنالیز واریانس یک طرفه، رگرسیون لجستیک، مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و تی مستقل در نرم افزار SPSS 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: طبق نتایج این مطالعه در دانشجویان ورزشکار، میانگین نمره باورهای درونی $28/51 \pm 3/7$ ، افراد مؤثر $20/89 \pm 4/9$ و شانس ورزشکاران از عزت نفس بالاتر و معناداری نسبت به گروه غیرورزشکار ($31/2$ در مقابل $28/79$) برخوردار بودند ($P < 0/02$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می دهد که دانشجویان ورزشکار از عزت نفس بالاتری نسبت به گروه غیرورزشکار برخوردارند. اما نظریه جایگاه مهار سلامت با فعالیت جسمانی همراهی ندارد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/شماره ۳/صص ۱۴۹-۱۴۳).

واژه های کلیدی: فعالیت جسمانی، جایگاه مهار سلامت، عزت نفس، دانشجویان

مقدمه

جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی نسل جدید بسیار حائز اهمیت است. بنابراین، باید به فعالیت جسمانی و

پرداختن به ابعاد سازنده ورزش در جهت سلامتی

در حال حاضر، جایگاه مهار سلامت به عنوان یک متغیر مؤثر در توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود (۷). عزت نفس و جایگاه مهار سلامت از متغیرهای گسترده‌ای هستند که در تحقیقات روی فیزیولوژی جوانان در تمرینات آموزشی و بالینی استفاده شده‌اند (۱۰). در تحقیقی بر روی ۲۱۱ نفر در گروه سنی ۱۹-۳۵ سال در ایتالیا مشخص شد که میزان شاخص توده بدنی و فعالیت‌های جسمانی، ارتباط مستقیمی با میزان عزت نفس دارد (۱۱). اما در مطالعه‌ای بین عزت نفس دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان اختلاف معناداری به دست نیامد (۱۲).

از آنجا که آسیب‌پذیری قشر دانشجو در مقابل موقعیت‌ها و مشکلات مختلف از قبیل امتحان، فعالیت‌های کلاسی، فقدان اوقات فراغت، ساعات طولانی مطالعه و نگرانی درباره نمرات امتحانی باعث ابتلا به انواع اختلالات روانشناختی و در هم ریختن سلامت روانی آن‌ها می‌گردد (۱۳)، پژوهش حاضر به بررسی همراهی عزت نفس و نظریه جایگاه مهار سلامت با فعالیت‌های جسمانی دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه علوم پزشکی گناباد پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی از نوع مورد-شاهدی است. پس از اخذ مجوز، اسامی دانشجویانی که در نیمه دوم سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در دانشگاه علوم پزشکی گناباد به‌طور مستمر و منظم ورزش می‌کردند و در تیم‌های ورزشی انفرادی و تیمی عضو بودند، با همکاری واحد تربیت بدنی دانشگاه مشخص شدند. بر اساس فرمول و با در نظر گرفتن $\alpha Z=1/96$ ، فاصله اطمینان ۹۵ درصد و با توان آزمون ۸۰ درصد، تعداد ۷۴ نفر به عنوان گروه مورد انتخاب و بر همین اساس و با لحاظ شرایط همسان‌سازی، ۷۴ نفر دانشجو به عنوان گروه

ورزش به عنوان یک مقوله فرهنگی، اجتماعی و سازنده‌ی جسم و روان و ایجادکننده سلامت و نشاط توجه بیشتری نشان دهیم. عادت کردن به فعالیت جسمانی منظم به عنوان یک عامل مهم از نقطه نظر سلامتی، می‌تواند آثار و نتایج روانی-اجتماعی در افراد به همراه داشته باشد (۱). دانشمندان معتقدند که اگر جامعه‌ای افراد خود را به ورزش وادار کند، در واقع به بالابردن عزت نفس و سلامت جسمی و روحی افراد خود کمک کرده است (۲،۳).

عزت نفس زاینده زندگی اجتماعی و ارزش‌های آن است و در تمامی فعالیت‌های روزانه انسان به نوعی جلوه‌گر بوده و به این شکل از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین ویژگی‌های رفتاری انسان است (۴،۵). مطالعات تجربی در ۱۵ سال گذشته نشانگر این بوده است که عزت نفس یک عامل روانشناختی مهم و اثرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی افراد به‌شمار می‌رود. با افزایش عزت نفس، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد به وجود می‌آید و تغییرات مثبتی همچون پیشرفت تحصیلی، افزایش تلاش برای کسب موفقیت، داشتن اعتماد به نفس بالا، بلند همت بودن و تمایل به داشتن سلامت بهتر در فرد پدیدار می‌شود (۶). از طرفی در جایگاه مهار سلامت، باور فرد بر این است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی (خود) و یا بیرونی (افراد مؤثر یا دارای نفوذ و بخت و اقبال) می‌باشد (۷،۸). در نظریه جایگاه مهار سلامت، گفته می‌شود که یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند. جایگاه درونی مهار سلامت با آگاهی و نگرش مثبت، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت همراه و همگام می‌شود. در مقابل بیشتر منابع بیرونی جایگاه مهار سلامت (به خصوص افراد مؤثر و دارای نفوذ، بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند (۹).

ابزار، دارای روایی و پایایی بالایی است (۱۵) به طوری که در تحقیق هم‌تی ضریب آلفای کرونباخ برگردان فارسی پرسشنامه برابر با ۰/۷۸ برآورد شده است (۱۶).

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌ها، تجزیه و تحلیل توسط برنامه نرم‌افزاری SPSS 11.5 و با به‌کارگیری آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه، آنالیز رگرسیون لجستیک، ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و مجذور کای انجام شد.

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سنی در گروه مورد ۲۰/۸۴±۱/۴۳ و در گروه شاهد ۲۰/۹۵±۱/۳۰ بود، به طوری که آزمون تی مستقل بین دو گروه اختلاف معناداری نشان نداد ($P < 0/11$). حدود ۵۵/۴ درصد دانشجویان گروه مورد به ورزش‌های انفرادی و ۴۴/۶ درصد به ورزش‌های تیمی اهتمام داشتند. همچنین ۶۲/۲ درصد نمونه‌ها در گروه مورد بیان کردند که والدینشان از تفاهم کاملی برخوردارند در حالی که در گروه شاهد، ۴۱/۹ درصد از چنین وضعیتی برخوردار بودند. آزمون آماری مجذور کای بین گروه مورد و شاهد اختلاف معناداری نشان داد ($P < 0/001$) (جدول ۱). در این بین، آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه فقط بین تفاهم والدین و باور درونی در گروه مورد تفاوت معناداری نشان داد ($P < 0/03$).

همچنین ۴۳/۲ درصد شغل پدران گروه مورد و ۴۵/۹ درصد گروه شاهد آزاد بود. خانه‌داری، بیشترین فراوانی شغل مادر در گروه مورد (۹۴/۶) درصد و در گروه شاهد (۸۹/۱) درصد بود. اکثر پدران در گروه مورد (۳۳/۸) درصد و شاهد (۲۷) درصد تحصیلات ابتدایی داشتند. همچنین تحصیلات بیشتر مادران در گروه مورد (۵۰) درصد و شاهد (۴۳/۲) درصد ابتدایی بود. در مورد علاقه به رشته تحصیلی، ۳۵/۱ درصد نمونه‌ها در گروه مورد و ۳۱/۱ درصد در گروه شاهد، علاقه خیلی زیادی

شاهد انتخاب شدند. متغیرهای همسان سازی این تحقیق عبارت بودند از سن، جنس و رشته تحصیلی.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه به شرح ذیل به‌منظور نمونه‌گیری در دو گروه استفاده شد که به صورت همزمان و با حضور پژوهشگران تکمیل شدند: الف) پرسشنامه دموگرافیک و اطلاعات فردی که در آن ۱۹ سؤال مطرح شد.

ب) ابزار جایگاه مهارت سلامت چند وجهی (Multidimensional Health Locus of Control Scales)

(or MHLIC): این ابزار به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد. در این پژوهش از نسخه‌ی "ب" این ابزار استفاده شد که مشتمل بر ۱۸ پرسش در قالب سه مؤلفه (۶ گزینه برای هر پرسش) تحت عناوین جایگاه مهارت یا همان باور درونی (Internal Health Locus of Control or IHLC)، افراد مؤثر (Locus of Control or IHLCPowerful) و شانس (Health Locus of Control or PHLCH) است. نسخه‌ی "ب" عمدتاً برای سنجش وضعیت کلی سلامت اشخاص به‌کار می‌رود. تمامی پرسش‌های این پرسشنامه دارای ۶ گزینه در مقیاس لیکرت هستند و از ۱ تا ۶ نمره گذاری می‌شوند. در نتیجه نمره فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر مؤلفه متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نمی‌شود و می‌تواند به صورت میانگین برای هر یک از مؤلفه‌ها برآورد گردد. روایی صوری، محتوا، همزمان و سازه و پایایی به روش‌های دوباره سنجی، آزمون‌های هم‌تا و ثبات درونی در پژوهش مشکی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۴).

ج) پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ: این ابزار شناخته شده و استاندارد توسط روزنبرگ در سال ۱۹۸۹ ایجاد شد که ۱۰ سؤال دارد و به هر سؤال بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای کاملاً موافق، کاملاً مخالف، موافق و مخالف نمره داده می‌شود. برای نمره‌گذاری سؤالات، به هر سؤال نمره داده و نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۴۰ ثبت می‌شود. این

جدول ۱: وضعیت متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه		مورد		شاهد	
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد
جنسیت	زن	۳۷	۵۰	۳۶	۴۸/۶	
	مرد	۳۷	۵۰	۳۸	۵۱/۴	
رشته تحصیلی	بهداشت	۲۹	۳۷/۲	۳۲	۴۳/۳	
	اتاق عمل	۵	۶/۸	۵	۶/۸	
رضایت از وضعیت اقتصادی	هوشبری	۲	۲/۷	۴	۵/۴	
	پرستاری	۳۱	۴۱/۹	۲۷	۳۶/۵	
تقاهم بین والدین	مامایی	۷	۹/۵	۶	۸/۱	
	بلی	۵۱	۶۸/۹	۴۸	۶۴/۹	
سن (میانگین)	خیر	۲	۲/۷	۷	۹/۵	
	تأخیری	۲۱	۲۸/۴	۲۵/۷	۲/۷	
هر دو جنس	کامل	۴۶	۶۲/۲	۳۱	۴۱/۹	
	نسبی	۲۲	۲۹/۷	۲۹	۳۹/۲	
سن (میانگین)	کم	۱	۱/۴	۷	۹/۵	
	ندارند	۵	۶/۸	۷	۹/۵	
		۲۰/۷ سال	-	۲۰/۵ سال	-	

با استفاده از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نیز نتایج زیر به دست آمد. در گروه مورد بین جنس و باور افراد مؤثر تفاوت معناداری نشان داده شد ($P < 0/001$) ولی با سایر باورهای مهار سلامت و عزت نفس ارتباط معناداری به دست نیامد. در گروه شاهد بین جنس با مؤلفه‌های مهار سلامت و با عزت نفس ارتباط معناداری وجود نداشت.

در گروه مورد، فقط بین شغل پدر و باور درونی نمونه‌ها تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/009$). همچنین در گروه شاهد، فقط بین شغل پدر و باور شانس تفاوت معناداری نشان داده شد ($P < 0/02$) در حالی که با

به رشته تحصیلی خود داشتند. همچنین ۹/۵ درصد افراد در گروه مورد و ۱۲/۲ درصد در گروه شاهد بیان کردند که علاقه کمی به رشته تحصیلی خود داشتند. آزمون آماری مجذور کای بین گروه مورد و شاهد اختلاف معناداری نشان داد ($P < 0/04$). آزمون آماری آنالیز واریانس یک-طرفه در گروه مورد بین علاقه به رشته تحصیلی و عزت نفس تفاوت معناداری نشان داد ($P < 0/02$) ولی با باورهای مهار سلامت تفاوت معناداری وجود نداشت. در گروه شاهد، فقط تفاوت معناداری بین علاقه به رشته تحصیلی با باور شانس ($P < 0/02$) و با عزت نفس ($P < 0/004$) وجود داشت.

جدول ۲: ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه			مورد			شاهد		
	باور درونی	مؤثر	شانس	باور درونی	مؤثر	شانس	باور درونی	مؤثر	شانس
باور درونی	۱	-۰/۰۳۷	-۰/۰۹۴	۱	-۰/۰۳۱	-۰/۰۳۱	۱	-۰/۰۳۱	-۰/۰۰۸
باور افراد مؤثر	-۰/۰۳۷	۱	-۰/۱۶	-۰/۲۶۸*	۱	-۰/۰۰۷	-۰/۲۶۸*	۱	-۰/۰۷۱
باور شانس	-۰/۰۹۴	-۰/۱۶	۱	-۰/۲۷۹*	-۰/۲۷۹*	۱	-۰/۱۲۶	-۰/۱۲۶	۱
عزت نفس	-۰/۰۳۱	-۰/۰۰۷	-۰/۲۷۹*	-۰/۰۰۸	-۰/۰۰۸	۱	-۰/۰۰۸	-۰/۰۰۸	۱

*معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول ۳: میانگین نمرات مؤلفه‌های جایگاه مهار سلامت و عزت نفس در دو گروه مورد و شاهد

متغیرها	گروه‌ها		مورد (ورزشکار)			شاهد (غیرورزشکار)		
	کمترین	بیشترین	میانگین \pm انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین \pm انحراف معیار	نتیجه آزمون تی مستقل	
باور درونی	۱۷	۳۶	۲۸/۵۱ \pm ۳/۷	۷	۳۴	۲۷/۸۷ \pm ۴/۶	$t = ۰/۷۸$ $P = ۰/۹$	
باور افراد مؤثر	۸	۲۹	۲۰/۸۹ \pm ۴/۹	۶	۳۱	۲۱/۶۴ \pm ۴/۹۷	$t = ۰/۹۲$ $P = ۰/۹۷$	
باور شانس	۷	۲۷	۱۴/۶۷ \pm ۳/۷	۶	۳۴	۱۵/۴۸ \pm ۴/۶۴	$t = -۱/۱۷$ $P = ۰/۲۴$	
عزت نفس	۲۱	۴۰	۳۱/۷۲ \pm ۴/۳۷	۱۰	۳۷	۲۸/۷۹ \pm ۵/۷	$t = ۱/۳$ $P = ۰/۰۱$	

درونی، افراد مؤثر و شانس بود. اما آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری بین هر یک از باورهای مهار سلامت بین دو گروه مورد و شاهد (ورزشکار و غیر ورزشکار) نشان نداد ($P > ۰/۰۵$). همچنین میانگین نمره عزت نفس در گروه ورزشکاران بیشتر از گروه شاهد یا همان غیرورزشکاران به دست آمد. آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری را بین عزت نفس در دو گروه مورد و شاهد نشان داد ($P < ۰/۰۲$) (جدول ۳).

بحث

در این مطالعه متغیرهای سن، رشته تحصیلی و جنس به عنوان متغیرهای همسان در نظر گرفته شدند. بنابراین، با عزت نفس و باورهای مهار سلامت ارتباط معناداری نداشتند. اما بین شغل پدر و باور شانس در گروه شاهد و شغل پدر و باور درونی در گروه مورد، تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج مطالعات انجام شده توسط والترز در سال ۲۰۰۰ (۱۷)، بالدوین در سال ۱۹۹۷ (۱۸) و براون در سال ۱۹۹۵ (۱۹) نیز حاکی از ارتباط معناداری بین تحصیلات پدر و مادر با عزت نفس است. البته نتایج تحقیق یاقوتی در سال ۱۳۷۸ (۲۰) با یافته مطالعه حاضر مغایرت دارد به طوری که نتایج آن تحقیق نشان داد که بین متغیرهای تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، سن، تعداد اعضای خانواده، ترتیب تولد، تعداد اتاق‌های منزل، داشتن اتومبیل شخصی و محل سکونت با عزت نفس و جایگاه مهار سلامت رابطه معناداری وجود نداشت.

از نتایج مطالعه حاضر، عدم ارتباط معنادار بین تحصیلات پدر و مادر با باورهای مهار سلامت و عزت

سایر باورهای مهار سلامت و عزت نفس دانشجویان، ارتباط معناداری حاصل نشد.

در گروه شاهد، بین شغل مادر و باورهای مهار سلامت ($P < ۰/۰۰۱$) و بین شغل مادر با عزت نفس دانشجویان ($P < ۰/۰۲$) تفاوت‌های معناداری ارایه شد ولی در گروه مورد بین شغل مادر با باورهای مهار سلامت و عزت نفس دانشجویان ارتباط معناداری وجود نداشت.

بین متغیرهای تحصیلات پدر و مادر، رضایت از وضعیت اقتصادی با مؤلفه‌های جایگاه مهار سلامت و با عزت نفس در گروه مورد و شاهد ارتباط معناداری به دست آمد ($P < ۰/۰۲$). همچنین بین نوع ورزش و باور افراد مؤثر ارتباط معناداری حاصل شد ($P < ۰/۰۰۱$). در همین راستا، آنالیز رگرسیون لجستیک، فقط باور افراد مؤثر را از بین تمام متغیرهای وارد شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده نوع ورزش در دانشجویان نمونه معرفی کرد ($P < ۰/۰۴$).

ضریب همبستگی پیرسون در گروه مورد بین عزت نفس و باور شانس تفاوت معناداری را نشان داد ($P < ۰/۰۲$) ولی با سایر باورهای مهار سلامت در هر دو گروه تفاوت معناداری ارائه نکرد (جدول ۲).

میانگین نمرات باورهای مهار سلامت در گروه مورد به ترتیب اولویت مربوط به باورهای درونی (۲۸/۵۱)، افراد مؤثر (۲۰/۸۹) و شانس (۱۴/۶۷) در گروه شاهد نیز مربوط به باورهای درونی (۲۷/۸۴)، افراد مؤثر (۲۱/۶۴) و شانس (۱۵/۴۸) می‌باشد. بنابراین، اولویت میانگین نمرات مؤلفه‌های مهار سلامت در دو گروه مورد و شاهد (ورزشکار و غیر ورزشکار) مربوط به باورهای

درونی و باور شانس، در دو گروه مورد و شاهد مطالعه حاضر حاصل نشد که این وضعیت به اعتقاد والستون (۱۰) خارج از قلمرو سلامت متعادل در بین نمونه‌های این مطالعه محسوب می‌شود. از سوی دیگر، هر چه ارزش‌گذاری و بالندگی نسبت به خویشتن و عزت نفس بیشتر باشد، باور به بخت و اقبال به عنوان کنترل بیرونی سلامت باز هم در گروه ورزشکار، کمتر و در عوض باور درونی مهار سلامت به نوعی تقویت می‌گردد.

همچنین در یافته‌های مطالعه حاضر نشان داده شد که افرادی که درجه بالایی از اعتقاد به نقش دیگران در سلامتی خود دارند، از عزت نفس بالاتری نسبت به اشخاص دارای باور درونی کم و اعتقاد زیاد به شانس برخوردارند که با پژوهش استپ‌تو و واردل در سال ۲۰۰۱ و اوزولینز و استن استورم در سال ۲۰۰۳ مطابقت دارد (۲۹،۳۰).

طبق نتایج به‌دست آمده، دو گروه مورد و شاهد از لحاظ باورهای مهار سلامت مانند هم بودند و تفاوت معناداری حاصل نشد. به عبارتی، دانشجویان هر دو گروه به نقش عوامل درونی در کنترل سلامتی خود اعتقاد داشتند و نقش عوامل بیرونی مثل شانس و تقدیر را در حفظ و ارتقای سلامتی خویش کمتر می‌دانستند. در عین حال تمامی باورهای مهار سلامت نمونه‌ها در دو گروه مورد و شاهد با عزت نفس ارتباط معناداری نداشتند، بلکه عزت نفس با باور شانس همبستگی منفی معناداری داشت که این معناداری طبق پژوهش‌های انجام شده منطقی می‌باشد. به عبارتی، هر چه عزت نفس بالاتر باشد، میزان اعتقاد به شانس و تقدیر در سلامتی و بیماری کمتر می‌شود. همچنین در گروه ورزشکار هیچ ارتباط معناداری بین باورهای مهار سلامت دیده نشد که نشان می‌دهد هر کدام از مؤلفه‌ها، جداگانه عمل کرده‌اند که با مطالعات والستون و همکاران همخوانی ندارد (۳۱). البته نتایج تحقیق توزنده جانی در سال ۱۳۸۶ نشان داد که بین مکان کنترل یا همان جایگاه مهار سلامت دانشجویان و عزت

نفس در دو گروه مورد و شاهد می‌باشد که یافته‌های پژوهش حسن زاده نیز در سال ۱۳۸۲ مشخص کرد که تحصیلات والدین بر عزت نفس افراد تأثیر ندارد (۲۱).

طبق نتایج به‌دست آمده گروه شاهد (غیر ورزشکار) از عزت نفس کمتری نسبت به گروه مورد (ورزشکار) برخوردار بودند و به تبع آن ورزشکاران دارای اعتماد به نفس بالاتری هستند. مطالعات مختلف مانند آفرمان در سال ۲۰۰۰ (۳)، والترز در سال ۲۰۰۰ (۱۷)، شهپازادگان در سال ۱۳۸۶ (۲۲)، اسمیت در سال ۱۹۹۸ (۲۳)، توماس در سال ۱۹۹۹ (۲۴) و میری در سال ۱۳۸۱ (۲۵) نیز نشان می‌دهد که برنامه ورزشی منظم باعث تغییر مثبت و افزایش اعتماد به نفس افراد می‌گردد.

افراد غیرورزشکار معتقد بودند که سلامتی آن‌ها به عوامل بیرونی مثل شانس و بخت و اقبال بستگی دارد و در مقابل، گروه ورزشکار سلامتی خود را به عوامل درونی نسبت می‌دادند و به عبارتی، باور درونی بالاتری داشتند که این یافته‌ها با نظریه‌ی جایگاه مهار سلامت مطابقت دارد. نتایج پژوهش شرلی در سال ۲۰۰۳ نیز نشان‌دهنده آن است افرادی که دارای فعالیت‌های بدنی هستند، دارای باور درونی قوی‌تری نیز هستند (۲۶).

بنابر یافته‌های مطالعه حاضر، افراد ورزشکاری که دارای عزت نفس بالاتری هستند، اعتقاد به باور شانس کمتری دارند و دارای باور درونی بیشتری هستند که در غیر ورزشکاران این‌گونه نیست. یافته‌های پژوهش قاسم-زاده در سال ۱۳۸۶ نیز بیانگر آن است که بین عزت نفس و باور درونی دارای رابطه مثبت و مستقیم بوده و عزت نفس با باور شانس و باور افراد مؤثر رابطه منفی و معکوس دارد (۲۷).

پژوهش‌های لوشنکا و شوارتزر در سال ۲۰۰۵ (۸)، والستون در سال ۲۰۰۵ (۹) و حیدری پهلویان در سال ۱۳۷۹ (۲۸) نیز مانند مطالعه حاضر بیانگر عدم همبستگی بین باور درونی و باور افراد مؤثر در گروه ورزشکار است؛ ولی همبستگی معنادار و منفی میان باور

که باعث ارتقاء عزت نفس می شود. ولی نظریه جایگاه مهار سلامت در دانشجویان ورزشکار نتوانست همراهی معناداری با فعالیت جسمانی داشته باشد. عوامل مختلفی همچون قومیت، آداب و رسوم، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی و عادات فردی، می توانند بر عزت نفس و باورهای مهار سلامت و ارتباط آن با فعالیت های جسمانی اثرگذار باشند که نیاز به انجام مطالعات بیشتری در بین سایر اقشار و دانشجویان رشته های دیگر در مقاطع و سنین مختلف در سطح کشور احساس می گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت معاونت آموزشی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، همکاری دانشجویان پرستاری خانمها صالحه یاسین پور و مهدیه محمودی و همچنین از تمامی دانشجویان محترمی که در این پروژه مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

نفس آن ها رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین بین مکان کنترل و ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها (مانند سن، جنس، رشته تحصیلی، پایه تحصیلی و رتبه تولد) تفاوت معناداری مشاهده نشد. به طور کلی، می توان نتیجه گیری نمود که عزت نفس آزمودنی ها دلایل دیگری دارد که مکان کنترل درونی و بیرونی تأثیر چندانی بر آن ندارد (۳۲).

در گروه غیر ورزشکار باورهای کنترل درونی و افراد مؤثر ارتباط معناداری داشتند که نشان می دهد باور قدرت و نفوذ دیگران یا همان افراد مؤثر بر درونی سازی نمونه های غیر ورزشکار اثر داشته است. این یافته در مطالعه والستون و همکاران نیز تأیید شده است (۹).

در نهایت، این مطالعه نشان داد که دانشجویان ورزشکار از عزت نفس بالاتری نسبت به غیر ورزشکار برخوردار بوده اند که بیانگر این نکته است که ورزش و فعالیت جسمانی جدای از اثرات مفید جسمی و فیزیولوژیک بر سلامت روان نیز تأثیر می گذارد، به طوری-

References

1. Sardoroodi GG. A survey of effect exercise on psychomotor skills and adapt social adopt among boys 8-9 years in Tehran. Master's thesis, Tehran: Tarbiat Modares University; 1996.
2. Motl RW, Konopack JF, McAuley E, Elavsky S, Jerome GJ, Marquez DX. Depressive symptoms among older adults: long-term reduction after a physical activity intervention. *J Behav Med.* 2005; 28(4):385-94.
3. Alfermann D, Stoll O. Effects of physical exercise on self-concept and well being. *Int Journal Sport Psychol.* 2000; 30: 47-65.
4. Lawrence J, Ashford K, Dent P. Gender differences in coping strategies of undergraduate students and their impact on self-esteem and attainment. *Learn Higher Educ.* 2006; 7(3):273-81.
5. Ghaffari F, Fotokian Z, Mazloom SR. Effect of group exercise program on self-esteem of nursing students. *Journal of Babol University of Medical Sciences.* 2006; 9 (1): 25-57.
6. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res.* 2004; 19(4):357-72.
7. Malcarne VL, Drahota A, Hamilton NA. Children's health related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Child Health Care.* 2005; 34:47-59.
8. Luszczynska A, Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *J Health Psychol.* 2005; 10(5):633-42.
9. Wallston K. The validity of the multidimensional health locus of control scales. *J Health Psychol.* 2005; 10(5):623-31.
10. Marsh HW, Parada RH, Ayotte V. A multidimensional perspective of relations between self-concept (Self-description Questionnaire II) and adolescent mental health (Youth self-report). *Psychol Assess.* 2004; 16 (1): 27-41.

11. Bobbio A. Relation of physical activity and self-esteem. *Percept Mot Skills*. 2009; 108(2): 549-57.
12. Khorand MT. The Comparative self-Esteem in athlete and non athlete students of Gorgan university. *Journal of Harekat (in Persian)* 2004; 21: 161-74.
13. Monk E, Mahmood Z. Student mental health: a pilot study. *Counselling psychology quarterly*. 1999; 12(2): 199-210.
14. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Validity and Reliability of the Multidimensional Health Locus of Control (Form B) Scale in Iranian Medical Students *Journal of Ofogh-e-Danesh (in Persian)* 2006; 12(1): 33-41.
15. Alizadeh T. Self- esteem and I-E locus of control and its relations to infertility stress among male and female. Master's thesis, Tehran: Tarbiat Moalem; 2004.
16. Hemmati R. Factors influencing women harassment: the case study of Tehran family. Available from: <http://www.uswr.ac.ir/S/WQ/refah12/so3.htm>. monograph on the Internet 2005.
17. Walters S, Martin J. Does aerobic exercise really enhance self-esteem in children? A prospective evaluation in 3rd-5th graders. *Journal of Sport Behavior* 2000; 23(1):51-60.
18. Baldwin M, Courneya K. Exercise and self-esteem in breast cancer survivors: An application of the exercise and self-esteem model. *J Sport Exer Psychol*. 1997; 19(4): 347-58.
19. Brown DR, Wang Y, Ward A, Ebbeling CB, Fortlage L, Puleo E, et al.. Chronic psychological effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. *Med Sci Sports Exerc*. 1995; 27(5):765-75.
20. Yaghoti M. The comparative self-esteem and locus of control among athletic and nonathletic students. Master's thesis, Esfahan: Tarbiat badani; 2000.
21. Hasanzadeh F. Relationship between exercise and social adopt and self-esteem among girl pupils. Master's thesis, Tehran: Alzahra University. 2003.
22. Shahbazzadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Roshan ZA, Adib M. A systematic exercise group program on self-esteem in Aging Home of Rasht. *Journal of Ardebil University of Medical Sciences(in Persian)*. 2008; 8 (4):387-93.
23. Smith BL, Handley P, Eldredge DA. Sex differences in exercise motivation and body-image satisfaction among college students. *Percept Mot Skills*. 1998; 86(2):723-32.
24. DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long term effects of aerobic exercises on psychological outcomes. *Prev Med*. 1999; 28: 75-85.
25. Miri H. Comparison self-esteem among athletes and non-athletes. Master's thesis, Mashhad: Azad Eslami University. 2002.
26. Laffrey SC, Isenberg M. The relationship of internal locus of control, value placed on health, perceived importance of exercise and participation in physical activity during leisure. *Inter J Nurs stud* 2003; 40: 453-9.
27. Ghasemzadeh A. The survey of self-esteem and health locus of control on educational progress among student. Master's thesis, Tehran: Shahid Beheshti University; 2007.
28. Heidari Pahlavian AH, Mahjoub H, Fraeian M. The relationship of I-E locus of control between depression and Literacy development of students in Hamadan medical university. *Andisheh va Raftar (in Persian)*. 1999; 4(4):23-31.
29. Steptoe A, Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *Br J Psychol* 2001; 92(Pt4): 659-72.
30. Ozolins AR, Stenstrom U. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. *Adolescence*. 2003; 38(152):651-7.
31. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development if the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Educ Monogr*. 1978; 6(2): 160-70.
32. Toozandejani H, Nejat H, Karimi M, Kamal Poor N. A survey of locus of control and self-esteem in students. *Proceedings of the First Regional Conference on Youth Mental Health. (in Persian)* 2007 Dec 25-26, Kashmar, Iran.: Research Newsletter; 2007.