



بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال

فاطمه زارع پور^{۱*}، محمود کمالی^۲، مریم علاقبند^۳، مهری قیصری^۴، شهناز سرلک^۵

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران
- ۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور یزد، مرکز تفت
- ۳- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران
- ۴- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران
- ۵- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۸/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۲۹

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و یکی از بیماری‌هایی است که از نظر بار بیماری هزینه زیادی را به سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می‌کند. با توجه به افزایش روز افزون افسردگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان شهر یزد صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی می‌باشد. در این تحقیق ۲۰۰ نفر از زنان بالای ۲۰ سال شهر یزد در سال ۱۳۸۹ که ۱۰۰ نفر آنان ورزشکار و ۱۰۰ نفر آنان غیرورزشکار بودند به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای تعیین میزان افسردگی زنان از پرسشنامه افسردگی بک و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون T برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که بین زنان ورزشکار و زنان غیرورزشکار از لحاظ میزان افسردگی تفاوت وجود دارد. میانگین نمره شدت افسردگی زنان ورزشکار کمتر از زنان غیر ورزشکار است. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میزان افسردگی ورزشکاران رشته‌های گروهی و انفرادی وجود دارد. ورزشکاران زن با سابقه ورزشی بیشتر، میانگین افسردگی کمتری نسبت به دیگر زنان ورزشکار داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، مبنی بر این که میزان افسردگی در زنان ورزشکار کمتر از زنان غیر ورزشکار است می‌توان نتیجه گرفت که وجود برنامه ورزشی در زندگی روزمره، می‌تواند بر کاهش میزان افسردگی زنان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: ورزش گروهی، زنان، آزمون افسردگی بک

مقدمه

در قرن‌های پیشین انسان‌ها بیشتر در معرض بیماری‌های واگیردار قرار داشتند. اما امروزه وجود اختلالات روانی با انواع و شدت‌های مختلف بیشتر به چشم می‌خورد (۱).

بیماری‌های روانی طیف وسیعی از اضطراب، افسردگی و استرس خفیف تا اسکیزوفرنی و جنون کامل رادر برمی‌گیرد که شایع‌ترین آنها در ایران و جهان افسردگی است به طوری که در حدود ۱۰٪ افراد حداقل یک دوره افسردگی را در طول یک سال از زندگی‌شان تجربه نموده‌اند.

در جهان در حدود ۱۲۱ میلیون نفر و در کشور ما نسبت‌هایی بین ۴/۲ درصد تا ۳۷ درصد برای شیوع عمومی این اختلال در جمعیت کلی ذکر شده است. در جمعیت دانشجویی نیز مطالعات مختلف آمار بین ۲۰ تا ۶۱ درصد را خاطر نشان کرده‌اند (۲). افسردگی نوعی اختلال خلق است که در آن فرد احساس غم، عدم لذت و دل‌سردی کرده و قادر نیست مسرت و خوشی را احساس نماید

بدون در نظر گرفتن نژاد و طبقه و موقعیت اجتماعی، افسردگی می‌تواند در هر فردی بروز نماید. علائم خاص آن عدم رضایت، از دست دادن انرژی و علائق، اعتماد به نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب است (۳). شیوع افسردگی در زنان دو برابر بیشتر از مردان است که می‌تواند ناشی از عوامل بیولوژیکی و عوامل مربوط به سیستم تولید مثل آنان و هورمون‌ها باشد به طوری که میزان افسردگی در زنان حاملگی و بعد از تولد کودک بیشتر از سایر زمان‌ها است. علاوه بر آن عوامل فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی مثل درآمد کم، استرس، داشتن مسؤولیت‌های متعدد مثل خانه‌داری، مراقبت از کودکان و تعدد نقش‌ها به عنوان مادر، همسر، دختر، کارمند نیز سهم بسیاری در افسردگی زنان داشته و آنها را برای داشتن سطح بالای استرس مستعد می‌نماید (۴).

از سوی سازمان جهانی بهداشت، افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به رتبه دوم ارتقاء یابد زیرا این هزینه‌ها از ۱ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۲ به ۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۰ و ۲/۵ میلیارد

دلار در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته است (۵). اهداف درمان در بیماری افسردگی عبارتند از: کاهش علائم، جلوگیری از عود و نهایتاً فروکش کردن کامل بیماری است. امروزه برای بسیاری از بیماران، خط اول درمان داروهای ضد افسردگی، روان‌درمانی یا ترکیبی از این دو را شامل می‌شود (۶). رایج‌ترین درمان برای افسردگی اساسی، داروهای ضد افسردگی است. با این وجود، افسردگی تمایل به بازگشت دارد و بین نصف تا سه چهارم افسرده‌ها در فاصله زمانی دو سال پس از بهبودی، دوباره با دوره دیگری از افسردگی رو به رو شده‌اند. راهبرد عمده کنونی برای جلوگیری از بازگشت این اختلال ادامه دادن درمان دارویی است (۷). درمان‌های شناختی- رفتاری سنتی در مقایسه با درمان‌های قدیمی‌تر مانند روی آوردهای روان‌پویشی از محبوبیت برخوردار شده‌اند و به استانداردهای طلایی در مداخلات روانشناختی شهرت یافته‌اند (۸). شناخت درمانی که آثرون بک پدید آورنده آن است بر دگرگونی‌های شناختی که فرض می‌شود در شکل‌گیری اختلال افسردگی نقش داشته باشد، متمرکز است. هدف شناخت درمانی رفع دوره‌های افسردگی و پیشگیری از عود آنها از طریق شناسایی شناخت‌های منفی، ایجاد روش‌های اندیشیدن متفاوت و انعطاف‌پذیر و مثبت و تمرین پاسخ‌های شناختی و رفتاری است. شناخت درمانی از نظر تأثیر با دارو درمانی برابر است و با اثرات جانبی کمتری نسبت به دارو درمانی همراه است. شناخت درمانی خطر ابتلا در آینده و پس از پایان درمان را می‌کاهد (۹).

به نظر روانشناسان، ورزش بهترین راه پیشنهادی مناسب، کم هزینه و با اثرات جانبی حداقل می‌باشد و به عنوان یکی از روش‌های پیشگیری و حتی درمان افسردگی خفیف مطرح می‌باشد (۱۰). علاوه بر اثرات اقتصادی و صرف هزینه برای درمان، افسردگی اثرات دیگری نیز در بر دارد. هنگام افسردگی و استرس، احتمال مراقبت مناسب از خود، داشتن تغذیه مناسب و فعالیت‌های بدنی کمتر شده و با افزایش سطح هورمون‌های مربوطه، فرد بیشتر در معرض مشکلات بهداشتی قرار می‌گیرد. در این حال، ورزش و فعالیت‌های بدنی مزایا و فواید فراوانی دارد

تا ۴۵ ساله با افسردگی خفیف تا متوسط، ارتباط معناداری وجود دارد. در گروهی که ورزش کرده بودند افسردگی ۴۷٪ کاهش یافت. پس ورزش هوازی، درمان مؤثری برای افسردگی خفیف تا متوسط می‌باشد (۱۵). فشارهای روانی کارمندان ورزشکار زن به طور معنی‌داری کمتر از کارمندان غیرورزشکار است (۱۷). میانگین‌های میزان افسردگی دانشجویان ورزشکار به طور معنی‌داری از دانشجویان غیرورزشکار کمتر است (۱۸) و ورزش باعث کاهش فشارهای عصبی و افسردگی در محیط کار می‌شود (۱۹).

تاثیر برنامه‌های ورزشی منظم بر میزان افسردگی کودکان ۸-۱۲ ساله تحت درمان با همودیالیز در مراکز همودیالیز تهران انجام شد و مورد تأیید قرار گرفت (۲۰). استفاده از یک برنامه منسجم ورزشی، سلامتی جسمی افرادی را که دچار بیماری آلزایمر هستند بهبود می‌بخشد و در مدت زمان کوتاهی افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۱).

با نگاهی به تحقیقات و نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر تاثیر فعالیت‌های ورزشی بر کاهش مشکلات روانی و با توجه به افزایش افسردگی در جامعه کنونی به ویژه در نزد زنان جامعه که مدیران خانه و پرورش‌دهندگان جامعه هستند و باید از سلامت جسمی و روانی برخوردار باشند و این مهم میسر نمی‌شود مگر به مشکلات و ناراحتی‌های آنان توجه شود. براساس این سوابق، تحقیق حاضر جهت بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال شهر یزد در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت.

روش بررسی

با توجه به موضوع، اهداف، سئوالات و فرضیه‌های پژوهش، تحقیق حاضر از لحاظ متدولوژی در قالب تحقیقات توصیفی قرار می‌گیرد (۲۲). روش توصیفی اساسی‌ترین روش تحقیق کمی است که هدف آن توصیف پدیده‌های طبیعی (شکل عملکرد، تغییرات، شباهت‌ها و تفاوت‌های رفتاری و مقایسه آنها) می‌باشد. این نوع تحقیقات اساساً به سؤال "چه هست؟" پاسخ می‌دهند.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان بالای ۲۰ سال شهر

زیرا احتمال حملات قلبی، دیابت، پرفشاری خون را کم کرده، به کنترل وزن، داشتن استخوان‌ها، عضلات و مفاصل سالم کمک می‌نماید به علاوه اثرات مثبتی بر روی افسردگی دارد (۱۱).

فعالیت‌های بدنی و ورزش در شرایط کنونی در جوامع مختلف دنیا به صورت ضرورتی انکارناپذیر پذیرفته شده است که به شیوه‌های مختلف انجام می‌شود. از آن جمله تمرین‌های ایروبیکی یا حرکات موزون است که به عنوان یکی از شیوه‌های تمرینی برای کسب آمادگی جسمانی (هوازی) به کار می‌رود. تمرین‌های ایروبیکی وسیله‌ای مناسب و ارزان قیمت در کاهش افسردگی خفیف تا متوسط است و از بروز آن پیشگیری می‌کند، خستگی را از فرد دور می‌سازد و حالت نشاط و شادی در فرد نمایانگر می‌شود (۱۲). با توجه به آمار روز افزون اختلالات روانی، پژوهش‌های بی‌شماری در خصوص تأثیر ورزش در درمان و حتی پیشگیری مشکلات روانی بخصوص افسردگی انجام گرفته است. ورزش کمک مهمی در به وجود آوردن احساس تندرستی و هم چنین افزایش تحمل روانی زندگی دارد. تمرینات بدنی با تخلیه انرژی به افراد آرامش می‌دهد و باعث کاهش فشارهای روانی می‌شود (۱۳).

مطالعه‌ای در کشور فنلاند نشان داد افرادی که حداقل ۲ یا ۳ بار در هفته ورزش می‌کنند به طور معناداری کمتر افسرده و عصبانی می‌شوند، کمتر استرس دارند و بدگمانی و حس عدم اعتماد کمتری در مقایسه با افرادی که اصلاً ورزش نمی‌کنند دارند، همچنین درک آنها از سلامتی، بهداشت و تندرستی بهتر بوده و دارای سطح بالایی از احساس وابستگی و تعلق و احساس قوی‌تری از ارتباط اجتماعی هستند. نهایتاً ارتباط قوی بین احساس خوب بودن از نظر روانی و ورزش کردن منظم وجود دارد (۱۴). با ورزش علایم اضطراب و افسردگی کاهش یافته و با بهبودی خلق، احساس خوب بودن را ارتقاء می‌بخشد. حتی یک جلسه ورزش‌های هوازی و بی‌موازی می‌تواند اثرات مثبتی بر خستگی و عصبانیت داشته باشد (۱۵). تمرینات ورزشی هوازی به مدت ۹ هفته و هر هفته سه جلسه ۲۰ دقیقه‌ای، باعث کاهش افسردگی و افزایش مکانیسم‌های سازگاری زنان افسرده می‌شود (۱۶). بین صرف انرژی و کاهش افسردگی مرد و زن ۲۰

ورزشی (ورزشکاری که به طور مستمر و مداوم در یک رشته ورزشی به تمرین پرداخته و بیش از یک سال از سابقه ورزشی اش می‌گذرد) و ورزشکاران با سابقه کم ورزشی (سابقه هر نوع فعالیت ورزشی کمتر از یکسال) تفکیک و شناسایی شدند.

در این پژوهش از ابزار پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) برای سنجش سطح افسردگی آزمودنی‌ها استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک (BDI) در ابتدا توسط آرون تی بک در دهه ۱۹۶۰ و به منظور سنجش و ارزیابی بود یا نبود افسردگی و نیز شدت آن در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است و در سال (۱۹۷۱) مورد تجدید نظر و در سال (۱۹۷۸) انتشار یافت. این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت سوال است که هر پرسش آن چهار گزینه (۳-۲-۱-۰) دارد.

آزمودنی‌ها با کشیدن دایره دور شماره‌ای که با احساس‌شان در آن هفته متناسب‌تر است، به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. پانزده عبارت پرسشنامه مربوط به علایم روانشناختی و شش عبارت دیگر آن مربوط به علایم جسمانی است. نمره کل افسردگی از طریق جمع نمرات به دست آمده از تمام عبارت‌ها محاسبه می‌شود و دامنه آن بین ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد.

در این پرسشنامه، نمره (۰ تا ۹) نشانه نبودن افسردگی، نمره (۱۰ تا ۱۶) نشانه افسردگی ضعیف، نمره (۱۷ تا ۲۹) نشانه افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۳۰ گویای افسردگی شدید می‌باشد.

اعتبار و روایی این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۹، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶ به ترتیب توسط مارک، مندلسون و وارباک مورد بررسی قرار گرفت. اخیراً در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، برای این آزمون روایی ۰/۷۰ و پایایی ۰/۷۷ به دست آمده است (۲۴).

با توجه به نمره‌گذاری این پرسشنامه، نمره بالاتر از ۳۰ جهت شناسایی زنان افسرده و نمرات پایین از ۱۰ برای شناسایی زنان غیرافسرده در نظر گرفته شد.

در این پژوهش به منظور تحلیل نتایج از آمار توصیفی و استنباطی به وسیله نرم‌افزار SPSS استفاده شد. در بخش آمار

یزد در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌دهند. به منظور تعیین حجم نمونه، بر اساس نظر سی مور سادمن مبنی بر اینکه در تحقیقات توصیفی تحلیلی برای هر یک از گروه‌های اصلی ۱۰۰ نفر و برای هر یک از زیر گروه‌ها بین ۲۰ تا ۵۰ نفر حجم نمونه کافیست (۲۳)، برای هر یک از گروه‌های اصلی این پژوهش (زنان ورزشکار: افرادی که عضو تیم یا باشگاهی بودند و حداقل ۲ جلسه در هفته به مدت ۲۰ دقیقه ورزش می‌کردند و زنان غیرورزشکار: افرادی که عضو هیچ تیم یا باشگاه ورزشی نبودند) تعداد ۱۰۰ نفر (مجموعاً ۲۰۰ نفر) در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است به منظور پیشگیری از پدیده افت آزمودنی‌ها در جریان تحقیق و در اختیار داشتن نفرات کافی به منظور هم‌تاسازی دو گروه از لحاظ متغیرهای سن و تحصیلات، در مرحله نخست توزیع پرسشنامه تحقیق، حجم نمونه اولیه به میزان یک و نیم برابر آمار مورد نیاز یعنی حدود ۳۰۰ نفر (از هر گروه ۱۵۰ نفر) در نظر گرفته شد. این تعداد، با توجه به حجم بالای جمعیت در جامعه آماری، گستردگی این جمعیت در مناطق مختلف شهری و ضرورت انطباق نسبت زنان ورزشکار در رشته‌های گروهی و انفرادی و همچنین گستره سابقه ورزشی افراد در نمونه انتخابی، با نسبت پراکندگی این خرده گروه‌ها در جامعه اصلی، روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای جهت انتخاب افراد در نظر گرفته شد.

نهایتاً با حذف پرسشنامه‌های ناقص و هم‌تاسازی دو گروه اصلی تحقیق از نظر سن و تحصیلات، برای هر یک از گروه‌های اصلی تحقیق تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه اصلی برگزیده شد.

در این تحقیق منظور از رشته‌های گروهی ورزش، ورزش‌هایی است که افراد با هم با رعایت قوانین گروهی آن رشته به فعالیت پرداخته و عملکرد تیم ناشی از فعالیت گروهی و منسجم افراد است، مانند: والیبال، فوتبال و امثال آن. منظور از رشته‌های انفرادی آن دسته از ورزش‌هایی است که فرد به طور تک نفره به فعالیت پرداخته و یا در هنگام تمرین و مسابقه از عملکردهای فردی خودش نتیجه ببیند، مانند: شطرنج، کوهنوردی، کشتی و غیره. همچنین ورزشکاران با سابقه بالای

توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نمره افراد در هر یک از گروه‌ها استفاده و در بخش آمار استنباطی از آزمون T برای میانگین‌های گروه‌های مستقل استفاده شد.

نتایج

تعداد کل نمونه زنان ۲۰۰ نفر بودند که این تعداد ۱۰۰ نفر ورزشکار و ۱۰۰ نفر غیرورزشکار بودند. از ۱۰۰ نفر زن ورزشکار ۴۱ نفر دارای سابقه بالای ورزشی و ۵۹ نفر دارای سابقه کم ورزشی بودند و همچنین از ۱۰۰ نفر زن ورزشکار ۴۹ نفر در رشته‌های ورزشی انفرادی و ۵۱ نفر در رشته‌های ورزشی گروهی شرکت داشتند.

پس از اجرای آزمون افسردگی بک و بررسی نمره‌ها، نمره افسردگی افراد ورزشکار حداکثر ۱۵ و حداقل ۴، نمره افسردگی زنان غیرورزشکار حداکثر ۳۲ و حداقل ۶، نمره افسردگی ورزشکاران رشته‌های گروهی حداکثر ۱۲ و حداقل ۶، نمره افسردگی ورزشکاران رشته‌های انفرادی حداکثر ۱۵ و حداقل ۵، نمره ورزشکاران با سابقه بالا حداکثر ۱۱ و حداقل ۲ و نمره افسردگی برای ورزشکاران کم سابقه حداکثر ۱۴ و حداقل ۴ بدست آمد.

شاخص‌های توصیفی و مقادیر t محاسبه شده برای مقایسه میانگین نمره‌های افسردگی زنان و ورزشکار و غیر ورزشکار در جدول ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است قبل از اجرای آزمون مقایسه میانگین‌ها، همگنی بین واریانس دو گروه به عنوان پیش فرض اجرای آزمون T با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با عنایت به اینکه مقدار P در این آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ به دست آمد ($F=0/956$ ، $P=0/12$) نشانگر همگنی واریانس بین گروه‌ها (ورزشکار و غیر ورزشکار) بوده و ردیف اول جدول مقایسه میانگین‌ها در پرونداد برنامه SPSS قرائت می‌شود.

با توجه به جدول ۱ و براساس داده‌های حاصل از آزمون t، تفاوت معنی‌داری از لحاظ افسردگی بین دو گروه زنان ورزشکار و غیر ورزشکار وجود داشت ($p < 0/05$ و $df=198$). به عبارت دیگر میانگین نمره افسردگی در زنان ورزشکار کمتر ($9/56$) از زنان غیرورزشکار ($33/6$) است. بنابراین فرضیه اول مبنی بر

وجود تفاوت بین دو گروه زنان ورزشکار و غیر ورزشکار تأیید شد و زنان ورزشکار از وضعیت خلقی بهتری نسبت به زنان غیرورزشکار برخوردار بودند. میانگین و انحراف معیار و مقادیر t محاسبه شده برای مقایسه میانگین گروه‌های زنان ورزشکار رشته‌های گروهی و انفرادی در جدول ۲ ارائه شده است.

شاخص‌های به دست آمده از اجرای آزمون همگنی واریانس دو گروه (ورزشکاران گروهی و انفرادی) نیز حاکی از تأیید همگنی واریانس دو گروه بوده است ($F=1/23$ ، $P=0/26$). چنانکه از داده‌های ارائه شده در جدول ۲ نمایان است بین دو گروه زنان ورزشکار رشته‌های گروهی و زنان رشته‌های انفرادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$ و $df=98$) و میانگین نمره افسردگی در ورزشکاران رشته‌های گروهی کمتر از نمره افسردگی ورزشکاران رشته‌های انفرادی است. به عبارت دیگر سطح افسردگی در بین ورزشکاران رشته‌های گروهی از ورزشکاران رشته‌های انفرادی کمتر است، بنابراین فرضیه دوم، مبنی بر وجود تفاوت بین میزان افسردگی زنان ورزشکار رشته‌های گروهی و رشته‌های انفرادی تأیید می‌شود. به عبارت دیگر سطح افسردگی در بین زنانی که در رشته‌های ورزشی گروهی شرکت داشتند کمتر از ورزشکاران رشته‌های انفرادی است.

شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین گروه‌های زنان ورزشکار با سابقه بالا و با سابقه کم ورزشی در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به جدول ۳، تفاوت معنی‌داری بین میانگین افسردگی دو گروه زنان ورزشکار با سابقه بالا نسبت به گروه زنان ورزشکار با سابقه کم وجود دارد ($p < 0/05$ و $df=98$). به عبارت دیگر میانگین افسردگی در زنان ورزشکار با سابقه بالا کمتر ($8/91$) از افسردگی در زنان ورزشکار با سابقه کم ($9/94$) می‌باشد. بنابراین فرضیه سوم مبنی بر وجود تفاوت بین دو گروه ورزشکاران زن با سابقه بالا و ورزشکاران زن با سابقه کم تأیید می‌شود. بدین معنی که زنانی که به مدت طولانی‌تری به فعالیت‌های ورزشی مشغول بودند سطح افسردگی کمتری داشتند.

با انجام آزمون T مستقل در مقایسه میانگین‌های دو گروه

ورزشکاران با سابقه بالا و ورزشکاران با سابقه پایین، نتایج آزمون همگنی واریانس‌های دو گروه حاکی از تأیید برابری واریانس‌ها بوده ($F=1/056$, $P=0/56$) و لذا ردیف نخست نتایج گزارش می‌شود.

جدول ۱: داده‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین افسردگی دو گروه زنان ورزشکار و غیرورزشکار

شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
زنان ورزشکار	۱۰۰	۹/۵۶	۷/۲۱	۱۹۸	۴/۸۹	$p < 0/05$
زنان غیر ورزشکار	۱۰۰	۳۳/۶	۱۰/۲۵	۱۹۸		

جدول ۲: داده‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین افسردگی دو گروه زنان ورزشکار رشته‌های گروهی و انفرادی

شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
ورزشکاران گروهی	۵۱	۷/۳۴	۷/۱۱	۹۸	۳/۹۹	$p < 0/05$
ورزشکاران انفرادی	۴۹	۹/۲۵	۸/۹۸	۹۸		

جدول ۳: داده‌های مربوط به میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین افسردگی دو گروه ورزشکاران با سابقه بالا و سابقه کم

شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
ورزشکاران با سابقه بالا	۴۱	۸/۹۱	۸/۱	۹۸	۶/۱۹	$p < 0/05$
ورزشکاران با سابقه کم	۵۹	۹/۹۴	۷/۲۶	۹۸		

نتیجه‌گیری

تخلیه امیال سرکوب شده از طریق ورزش یک راه مثبت و مورد تأیید جایگزین شده به جای پرخاشگری و حرکات ناشایست می‌باشد (۵).

به نظر روانشناسان ورزش به عنوان یکی از روش‌های پیشگیری و حتی درمان افسردگی خفیف مطرح می‌باشد (۹). نتایج حاصل از مطالعه حاضر نیز گویای این مطلب است که میزان افسردگی در زنانی که در هفته در دو جلسه و به مدت ۲۰ دقیقه به ورزش می‌پردازند کمتر از زنان غیر ورزشکار بوده است و به عبارت دیگر ورزش در کاهش افسردگی مؤثر بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳، ۴، ۵، ۶) مبنی بر اثر فعالیت‌های ورزشی بر کاهش مشکلات روانی و افسردگی، همسو است. همچنین با نتایج پژوهش‌های دیگر (۵، ۸) مبنی بر اینکه افراد ورزشکار نسبت به افراد غیرورزشکار کمتر تحت تأثیر فشارها و مشکلات روانی قرار می‌گیرند، مطابق و همسو می‌باشد. نتایج این تحقیق با یافته‌های حاصل از بسیاری از تحقیقات دیگر مطابقت دارد.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر تقریباً با مطالعات مشابه پیشین مطابقت دارد. پس از جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل یافته‌های آماری، نتایج حکایت از آن داشت که میزان افسردگی زنان ورزشکار کمتر از زنان غیر ورزشکار بود و زنان ورزشکار از وضعیت خلقی بهتری نسبت به زنان غیر ورزشکار برخوردار بودند و وجود برنامه ورزشی در زندگی روزمره، در کاهش افسردگی زنان مؤثر بوده است. همچنین این تحقیق نشان داد که زنان ورزشکار شرکت کننده در رشته‌های گروهی سطح افسردگی کمتری نسبت به ورزشکاران رشته‌های انفرادی داشتند و زنان ورزشکار با سابقه بالای ورزشی سطح افسردگی کمتری نسبت به ورزشکاران کم سابقه داشتند. بدین ترتیب با توجه به نتایج این تحقیق، نه تنها ورزش بر کاهش میزان افسردگی نقش دارد بلکه نوع رشته ورزشی و حتی سابقه ورزشی افراد هم در کاهش میزان افسردگی تأثیر بسزایی دارد. ورزش فواید و جنبه‌های روانشناختی فراوانی دارد. امروزه اکثر روانشناسان توصیه می‌کنند که ورزش راهی جهت تخلیه انرژی‌های فیزیکی همراه با نشاط و شادابی ذهن می‌باشد (۱۴).

سروتونین (هورمون موثر در اصلاح خلق و خو) تاثیر بسزایی دارند (۱۴). بنابراین به نظر می‌رسد ورزش کمک می‌کند آندرفین و سروتونین بیشتری به بدن برسد و برای مدت طولانی در طول تمرین حفظ شود (۱۵).

با توجه به این موضوع که ورزش به عنوان یک فعالیت بدنی مناسب، غیرتهاجمی، با اثرات جانبی حداقل و با هزینه کم، بهترین راه پیشنهادی در ارتقای سلامت و کاهش افسردگی خفیف می‌باشد، می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌ها به منظور کاهش هزینه‌های بهداشتی درمانی در نظر گرفته شود و با توجه به نتایج، روان درمانگران نیز می‌توانند ورزش را در کنار سایر روش‌های درمانی و یا به عنوان روشی جایگزین در درمان افسردگی خفیف تا متوسط استفاده نمایند.

ورزش باعث کاهش فشارهای عصبی و افسردگی در محیط کار می‌شود توجیه برای توضیح این پدیده، افزایش سطح سروتونین و نوراپی نفرین در هنگام فعالیت‌های ورزشی می‌باشد که موجب کاهش افسردگی می‌شود (۳). به عبارت دیگر تمرینات بدنی از دو راه بر روح و روان انسان اثرگذار است: یکی رها شدن آندرفین و دوم کاهش سطوح کورتیزول (هورمونی که با فشار عصبی در خون ترشح می‌شود).

بر اساس نظر متخصصان فیزیولوژی، آندرفین‌ها داروهای طبیعی کاهش درد هستند که سبب بوجود آمدن احساسات خوشایند می‌شوند، تمرینات بدنی موجب افزایش سطوح ترشح آندرفین می‌شوند (۴). برخی محققان دیگر به این نتیجه رسیدند که تمرینات بدنی در افزایش سطوح ترشح

References:

- 1- Dadsetan P. *Morbid psychological transformation: from children to adults*. Tehran: Side; 2008. [Persian]
- 2- Mohammad Beigi A, Mohammad Salehi N, Ghamari F, Salehi B. Depression symptoms prevalence general health status and its risk factors in dormitory students of Arak Universities in 2008 . Arak Medical University Journal . 2009;12(3):116-123[Persian].
- 3- Smith LL, Elliott CH. *Demystifying and defeating depression*. [ebook]. Wiley; 2003. p. 9-20. Available from: www.media.wiley.com/product-data/excerpt/00/07645390/0764539000.pdf.
- 4- Grohol JM. *Depression in women, seniors and children*. [ebook]. 2007. Available from: <http://psychcentral.com/lib/2006/the-causes-of-depression>.
- 5- U.S. Department of Health and Human Services. *Physical activity fundamental to preventing disease*. [document on the Internet]. [cited 2002 June 20]. Available from: <http://aspe.Hhs.gov/health/reports/physicalactivity/index.shtml>.
- 6- World Health organization. *The world health report 2001: mental health new understanding, new hope*. Trans. Fattahzadeh AA. Tehran: Ibne-sina; 2004.[Persian].
- 7- Angest J. *Clinical course of effective disorders in depressive illness: prediction of clinical course and outcome*. Berlin: Springer; 1988.p. 1-48.
- 8- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2002.
- 9- Sadok BJ. *Abstract of psychiatry*. Trans Rafiei H, Sobhanian Kh. Tehran: Arjmand; 2004.[Persian].

- 10- Esfahani N. *The effect of sport activities on mental health, body, anxiety, sleep disorder, disorder in social efficiency and depression among alzahra university students*. J Harekat 2002; 10 (5): 75-86. [Persian]
- 11- Centers for disease control and prevention. *Physical activity resources for health professionals*. [cited 2005 June 10]. Available from: www.cdc.gov/physicalactivity/professionals/index.html.
- 12- Moor KA, Blumenthal JA. *Exercise as an alternative treatment for depression in many adults*. Altern Ther Health Med 2002; 4: 48-56.
- 13- Soltaniyan MA, Aminbeidokhti AA. *The role of sport on job burnout of employees*. J Semnan Unive Med Sci 2009; 10(4): 281-6. [Persian]
- 14 - Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. *Exercise treatment for depression efficacy and dose response*. American J of Preventive Medicine 2005; 28(1): 1-8.
- 15- Ascii FH. *The Effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university student*. J Psychol Sport Exercise 2003; 4(2): 255-64.
- 16- Hasty S. *Gender studies: obesity Increases risks of depression & suicide in women, decreases risks in womans health weekly*. [Cited 2000 feb 26]. Available from: <http://www.newsrx.com/newsletters/Women>
- 17- Razavi MH. *The effect of physical and psychological pressures on employer women*. J Olympic 2003; 22: 85-94. [Persian]
- 18- Pahlavanzadeh S, PakPour M, Nassiri M. *Depression in athlete and nonathlete students of Isfahan*. Behavioral Sci Res J 2006; 3 (1): 26-32. [Persian]
- 19- Bagherzadeh FA, Sheikh M, Iravani MJ, Ziviyar F, Esmaeili H, Gholamalizadeh R, et al. *Comparison between the stresses of athletic and non- athletic employees of Tehran university central office*. J Harkat 2005; 22: 105-18. [Persian]
- 20- Hatami Mylajerdy L, Kermanshahi S, Memarian R. *Effect of regular exercise program on depression in children 8-12 years of hemodialysis in Tehran children's medical center*. J Daneshvar 2002; 9 (4): 28-23. [Persian]
- 21- Lynette LC. *Exercise and clinical depression examining two psychological mechanisms*. J Psychol Sport Exercise 2005; 6(2): 151-71.
- 22- Delaware A. *Statistical methods in education and psychology*. Tehran: Ostadi; 2009. [Persian].
- 23- Gall MD, Borg WR, Gall JP. *Educational research: an introduction*. 6th ed Terans Nasr AR and et al. Tehran Publication of Shahid Beheshti University; 2003. [Persian]
- 24-Kaviyani H. *Study of validity and reliability of hospital scale on anxiety and deprission(HADS), general health questionnaire (GHQ28), mood adjectives checklist and Beck deprission inventory in clinical and nonclinical populations*. Reseaech Report, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospita; 2009. [Persian]

Evaluation of Depression and its Relationship to Exercise in Women Over 20 Years

Zarepoor F(MSc)^{*1}, Kamali M(PhD)², Alagheband M(MSc)³, Gheisari M(MSc)⁴, Sarlak SH(MSc)⁵

^{1,3,4,5}Department of General Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

²Department of General Psychology, Payam Noor University, Yazd, Iran

Received: 18 Apr 2011

Accepted: 17 Nov 2011

Abstract

Introduction: Depression is one of the most common mental disorders, which imposes a large burden on the health care system. Due to increasing frequency of depression, present research was performed to evaluate the frequency of depression and its relationship to exercise in women in Yazd.

Methods: This was a descriptive study. In this study, 200 women over 20 years old entered the study. One hundred subjects were athletes and 100 were non-athletes. They were selected by stratified random sampling. Beck Depression Inventory was used to determine the frequency of depression in women. T-test was used for data analysis.

Results: Results showed that the frequency of depression was different between athletic and non-athletic women. Mean depression scores for athletic women were lower than non-athletes. There was a significant difference regarding the frequency of depression between women in individual and team sports. Athletic women with higher duration of exercising showed less depression than other athletes.

Conclusion: It can be concluded from the study that exercise in everyday life can be effective in reducing the frequency of depression in women.

Keywords: Exercise Group; Women; Beck Depression Inventory

This paper should be cited as:

Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, Sarlak SH. *Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 20(1): 64-72.

***Corresponding author: Tel: +98 351 6245341, Email: danial122002@yahoo.com**