

فهرست مطالب

عنوان شماره صفحه

فصل اول: مقدمه و طرح تحقیق

۱-۱ مقدمه	۲
۲-۱ بیان مسأله.....	۳
۳-۱ ضرورت و اهمیت مسأله.....	۶
۴-۱ اهداف پژوهش	۸
۱-۴-۱ هدف کلی.....	۸
۲-۴-۱ اهداف جزئی.....	۸
۵-۱ فرضیات تحقیق	۸
۶-۱ متغیرها.....	۹
۱-۶-۱ متغیر مستقل	۹
۲-۶-۱ متغیر وابسته.....	۹
۷-۱ تعریف واژگان.....	۹
۱-۷-۱ موانع پیشروی مشارکت زنان.....	۹
۲-۷-۱ فعالیت بدنی.....	۱۰
۳-۷-۱ سلامت روانی.....	۱۰
۴-۷-۱ سلامت جسمانی.....	۱۰

فصل دوم: مبانی نظری و مروری بر ادبیات تحقیق

۱-۲ مقدمه	۱۴
۲-۲ سلامت.....	۱۴
۱-۲-۲ نقش ورزش در سلامتی.....	۱۵

- ۳-۲ تئوریها و مدل‌های جامعه‌شناختی با تأکید بر ورزش زنان ۱۹
- ۱-۳-۲ نظریه یادگیری اجتماعی ۲۱
- ۲-۳-۲ نظریه سرمایه فرهنگی بوردیو ۲۲
- ۳-۳-۲ تئوری فمینیسم ۲۲
- ۴-۳-۲ نظریه کلیشه‌های جنسیتی ۲۵
- ۵-۳-۲ نظریه نقش جنسیتی ۲۵
- ۶-۳-۲ نظریه موانع فیزیولوژیکی ۲۶
- ۷-۳-۲ نظریه خودعزمی جکسون و مدل توالی انگیزه ۲۶
- ۴-۲ ورزش زنان ۲۸
- ۵-۲ موانع پیش روی مشارکت بانوان در فعالیت‌های بدنی ۳۴
- ۱-۵-۲ عوامل بازدارنده فردی ۳۵
- ۲-۵-۲ عوامل بازدارنده بین فردی ۳۸
- ۳-۵-۲ عوامل بازدارنده ساختاری ۴۰
- جمع‌بندی ۴۴

فصل سوم: روش‌شناسی تحقیق

- ۱-۳ مقدمه ۴۸
- ۲-۳ طرح پژوهش ۴۸
- ۳-۳ جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری ۴۸
- ۴-۳ روش گردآوری پژوهش ۴۸
- ۵-۳ ابزارهای سنجش پژوهش ۴۹
- ۱-۵-۳ ابزار سنجش برای سلامت جسمانی و روانی ۴۹
- ۲-۵-۳ ابزار سنجش میزان فعالیت بدنی ۵۰
- ۶-۳ پرسشنامه مشکلات پیش روی ورزش زنان ۵۱
- ۷-۳ روش نمره‌گذاری و شیوه تفسیر نمرات ۵۱

۸-۳ روایی و پایایی ۵۲

۹-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات ۵۲

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۱-۴ مقدمه ۵۴

۲-۴ یافته‌ها ۵۴

۳-۴ آمار توصیفی ۵۴

۴-۴ آمار استنباطی ۵۶

۵-۴ بررسی فرضیه‌های پژوهش ۵۷

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱-۵ مقدمه ۱۱۴

۲-۵ خلاصه پژوهش ۱۱۴

۳-۵ بحث ۱۱۵

۴-۵ نتیجه‌گیری ۱۲۲

۵-۵ پیشنهادات ۱۲۳

۱-۵-۵ پیشنهادهای پژوهشی ۱۲۳

۲-۵-۵ پیشنهادهای کاربردی ۱۲۳

منابع ۱۲۵

فهرست جداول

- جدول ۱-۴ میانگین و انحراف معیار متغیرها..... ۵۵
- جدول ۲-۴ نتایج مقدار چولگی و کشیدگی برای نشان دادن توزیع نرمال متغیرها..... ۵۶
- جدول ۳-۴ نتایج رابطه میزان فعالیت بدنی و میزان سلامت جسمانی و روانی..... ۶۰
- جدول ۴-۴ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان سلامت جسمانی و روانی..... ۶۰
- جدول ۵-۴ نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به متغیر پیش بین..... ۶۱
- جدول ۶-۴ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش بین و متغیر ملاک..... ۶۱
- جدول ۷-۴ نتایج رابطه میزان مشکلات پیش روی زنان و میزان سلامت جسمانی..... ۶۴
- جدول ۸-۴ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان سلامت جسمانی..... ۶۵
- جدول ۹-۴ نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به متغیر پیش بین..... ۶۵
- جدول ۱۰-۴ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش بین و متغیر ملاک..... ۶۶
- جدول ۱۱-۴ نتایج رابطه میزان مشکلات پیش روی زنان و میزان سلامت روانی..... ۶۹
- جدول ۱۲-۴ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان سلامت روانی..... ۶۹
- جدول ۱۳-۴ نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به متغیر پیش بین..... ۷۰
- جدول ۱۴-۴ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش بین و متغیر ملاک..... ۷۰
- جدول ۱۵-۴ نتایج رابطه میزان مشکلات پیش روی زنان و میزان فعالیت بدنی..... ۷۴
- جدول ۱۶-۴ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان فعالیت بدنی..... ۷۴
- جدول ۱۷-۴ نتایج تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به متغیر پیش بین..... ۷۵
- جدول ۱۸-۴ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش بین و متغیر ملاک..... ۷۵
- جدول ۱۹-۴ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته..... ۷۶
- جدول ۲۰-۴ نتایج مقادیر نرمالیده بودن داده ها..... ۷۷
- جدول ۲۱-۴ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس ها..... ۷۷
- جدول ۲۲-۴ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه ها..... ۷۸
- جدول ۲۳-۴ تحلیل واریانس آنوا در گروه ها..... ۷۸
- جدول ۲۴-۴ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر سلامت جسمانی..... ۷۹
- جدول ۲۵-۴ رتبه بندی سلامت جسمانی زنان استان بر اساس آزمون توکی..... ۷۹
- جدول ۲۶-۴ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته..... ۸۰

- جدول ۴-۲۷ نتایج مقادیر نرمالیزه بودن داده‌ها ۸۱
- جدول ۴-۲۸ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها ۸۱
- جدول ۴-۲۹ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها ۸۱
- جدول ۴-۳۰ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها ۸۲
- جدول ۴-۳۱ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر سلامت روانی ۸۲
- جدول ۴-۳۲ رتبه‌بندی سلامت روانی زنان استان بر اساس آزمون توکی ۸۳
- جدول ۴-۳۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته ۸۴
- جدول ۴-۳۴ نتایج مقادیر نرمالیزه بودن داده‌ها ۸۵
- جدول ۴-۳۵ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها ۸۵
- جدول ۴-۳۶ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها ۸۶
- جدول ۴-۳۷ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها ۸۷
- جدول ۴-۳۸ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر میزان فعالیت بدنی ۸۸
- جدول ۴-۳۹ رتبه‌بندی میزان فعالیت بدنی استان بر اساس آزمون توکی ۸۹
- جدول ۴-۴۰ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته ۹۰
- جدول ۴-۴۱ نتایج مقادیر نرمالیزه بودن داده‌ها ۹۱
- جدول ۴-۴۲ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها ۹۱
- جدول ۴-۴۳ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها ۹۲
- جدول ۴-۴۴ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها ۹۲
- جدول ۴-۴۵ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر مشکلات پیش روی ۹۳
- جدول ۴-۴۶ رتبه‌بندی مشکلات پیش روی زنان استان بر اساس آزمون توکی ۹۳
- جدول ۴-۴۷ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته ۹۴
- جدول ۴-۴۸ نتایج مقادیر نرمالیزه بودن داده‌ها ۹۵
- جدول ۴-۴۹ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها ۹۶
- جدول ۴-۵۰ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها ۹۶
- جدول ۴-۵۱ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها ۹۷
- جدول ۴-۵۲ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر ۹۸
- جدول ۴-۵۳ رتبه‌بندی میزان مشکلات پیش روی استان بر اساس آزمون توکی ۹۹
- جدول ۴-۵۴ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها ۱۰۰
- جدول ۴-۵۵ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر ۱۰۱

-
- جدول ۴-۵۶ رتبه‌بندی بازدارنده فردی استان بر اساس آزمون توکی..... ۱۰۲
- جدول ۴-۵۷ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها..... ۱۰۳
- جدول ۴-۵۸ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر..... ۱۰۴
- جدول ۴-۵۹ رتبه‌بندی بازدارنده بین فردی استان بر اساس آزمون توکی..... ۱۰۵
- جدول ۴-۶۰ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها..... ۱۰۶
- جدول ۴-۶۱ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر..... ۱۰۸
- جدول ۴-۶۲ رتبه‌بندی بازدارنده ساختاری استان بر اساس آزمون توکی..... ۱۱۰

فهرست اشکال

- شکل ۱-۲ مدل موانع مشارکت کراوفورد، جکسون و گادبی ۲۱
- شکل ۲-۲ نظریه توالی انگیزه والراند ولویسر (۱۹۹۴) ۲۷

فهرست نمودارها

۵۸.....	نمودار ۱-۴ تصادفی بودن باقی مانده‌ها.....
۵۹.....	نمودار ۲-۴ فرض ثابت بودن واریانس.....
۶۳.....	نمودار ۳-۴ تصادفی بودن باقی مانده‌ها.....
۶۴.....	نمودار ۴-۴ ثابت بودن واریانس.....
۶۷.....	نمودار ۵-۴ تصادفی بودن باقی مانده‌ها.....
۶۸.....	نمودار ۶-۴ ثابت بودن واریانس‌ها.....
۷۲.....	نمودار ۷-۴ تصادفی بودن باقی مانده‌ها.....
۷۳.....	نمودار ۸-۴ ثابت بودن واریانس‌ها.....

فصل اول

مقدمه و طرح تحقیق

۱-۱ مقدمه

جهان کنونی ما به سرعت در حال تغییر است و میزان پیشرفت دانش و فناوری در آن از هر مقطع دیگری بیشتر است. جایگزینی نیروی بازو با انواع ماشین‌ها و آسان شدن کارها، ویژگی بارز دنیای مدرن است که جذابیت بسیار دارد و نتیجه آن آسایش و راحتی بیشتر برای آدمی است. نتیجه این پیشرفت علم و فناوری، گسترش مدرنیته و شهرنشینی در جوامع انسانی است که به صورت بالقوه می‌تواند ارزشمندترین گوهر وجود او یعنی سلامت را با خطرات جدی مواجه سازد. نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد میان خیل عظیم مشکلات سلامت بشر، بی‌حرکی و نداشتن فعالیت بدنی مناسب از مهم‌ترین فاکتورها به حساب می‌آید. این درحالی است که فقط نزدیک به ۲ میلیون نفر سالانه در اثر عوارض فعالیت بدنی ناکافی می‌میرند. این گزارش‌ها خطر ابتلا به چاقی در زنان را ۲ برابر بیشتر از مردان نشان دادند. با توجه به اینکه حدود نیمی از جمعیت کشورمان را زنان تشکیل می‌دهند و به اذعان همه روان‌شناسان اجتماعی و کارشناسان فن، جامعه‌ی سالم بر پایه خانواده‌ی سالم بنا نهاده می‌شود و رکن اصلی خانواده را نیز زنان و مادر خانواده می‌سازد و با توجه به گسترش روزافزون اختلالات روانی در سطح جامعه بخصوص در میان بانوان که از طرفی مادران و از طرف دیگر بسترسازان این سرزمین به‌شمار می‌روند، برنامه‌ریزی و مدیریت فعالیت‌های ورزشی این قشر از دیدگاه‌های مختلف باید از ظرافت و روش ویژه‌ای برخوردار باشد که در این زمینه تحقیقاتی را به‌طور بنیادی می‌طلبد. چرا که پرداختن موشکافانه به مشکلات و موانع ورزشی بانوان می‌تواند در برنامه‌ریزی و توجه بیشتر به نیازهای آنان مؤثر باشد. برای تغییر ساختار برنامه‌ها به‌منظور کاستن از نابرابری‌ها و محو موانع و گسترش تسهیل شرکت تمام افراد بدون توجه به جنسیت، وجود سیستم مدیریتی قوی و متعهد ضروری است؛ بنابراین پژوهش انجام شده قدم دیگری است که برداشته شده تا نقاط قوت و ضعف ورزش بانوان را مورد بررسی و مطالعه قرار دهد و انتظار می‌رود عوامل بازدارنده‌ای را که در جامعه زنان بخشی از کشور برای پرداختن به فعالیت‌های جسمانی و ورزش وجود دارد شناسایی کند و از این طریق اطلاعاتی را در اختیار مسئولین امر قرار دهد تا بتوانند به نحو مطلوب‌تر موجبات رشد و شکوفایی روانی و ورزشی را در این قشر از جامعه فراهم آورند.

۱-۲ بیان مسأله

سبک زندگی کم‌تحرک در تمام جمعیت‌های جهان شایع است. با این حال پایین‌ترین میزان فعالیت بدنی بزرگسالان در کشور تایلند، عربستان سعودی، برزیل و ایران گزارش شده است (سیسون و کاتاماری، ۲۰۰۸) و این در حالی است که عدم توجه به شیوه زندگی سالم و فعالیت بدنی در پژوهش کرافورد^۱ (۱۹۷۸) در نوجوانی و پس از آن در دانشگاه افزایش می‌یابد و از فعالیت‌های بدنی کاسته می‌شود. فعالیت ورزشی منظم، اقدام مهمی برای ارتقاء سلامت، تعویق یا جلوگیری از اختلالات استخوانی مانند پشت‌درد، گردن‌درد و کاهش خطر بیماری‌هایی مانند انسداد شراین قلبی، فشارخون بالا، دیابت، چاقی و سرطان روده می‌باشد (کرافورد، ۱۹۷۸). این بیماری‌ها از مهلک‌ترین بیماری‌های جهان محسوب می‌شوند و طبق برآورد، باعث ایجاد ۳۵ میلیون مرگ سالانه یا به عبارت دیگر ۶۰٪ از مرگ‌های جهان می‌باشند. براین اساس، عدم انجام فعالیت بدنی به‌عنوان چهارمین عامل اصلی خطر مرگ و میر در جهان شناخته شده است (حسینی، ۱۳۹۳).

سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار جوامع نقش حیاتی دارد. براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی حجم مشکلات رفتاری و روانی در کشورهای درحال توسعه رو به فزونی است و این افزایش به میزان زیادی به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی از قبیل شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و تغییر در شیوه زندگی و مشکلات اقتصادی مرتبط است (صلح‌جو و همکاران، ۱۳۹۰). بهداشت به‌ویژه بهداشت روانی، مناسب‌ترین راه‌حل برای مواجهه با این مشکلات انسانی است (بهرامی، ۱۳۸۱).

امروزه، ورزش به عنوان یک پدیده اجتماعی در دنیا و از جمله در کشور ما پذیرفته شده است و با استقبال خوبی روبرو گردیده و به عنوان ابزاری چندبعدی با تأثیرات گسترده، جایگاه و نقش خود را در اقتصاد، سلامتی افراد، گذراندن اوقات فراغت سالم و لذت‌بخش، روابط اجتماعی، پیشگیری از مفاصل اجتماعی و انحرافات اخلاقی رو به گسترش در جامعه و کاربردهای عدیده دیگر متجلی ساخته است (حمیدی، ۱۳۷۵). فعالیت بدنی نه تنها بر کاهش میزان شیوع بیماری‌های قلبی مؤثر است بلکه بر میزان بروز سایر بیماری‌های جسمی و اختلالات روان‌شناختی و کیفیت زندگی نیز اثرگذار می‌باشد (پاسدار و همکاران، ۱۳۹۴). یکی از ابعاد مهم سلامتی، سلامت روانی می‌باشد. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب (عباسی، ۱۳۸۰). گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که اختلالات روانی حدود ۱۰ درصد بالغان جامعه را گرفتار کرده و برآورد می‌شود که حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان دچار اختلالات

روانی باشند (احمدی، ۱۳۷۴). در مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان داده شده است که افسردگی در زنان حدوداً دو برابر شایع‌تر از مردان است (کورنستین، ۲۰۰۴). همچنین زنان اختلالات اضطرابی (به‌ویژه اضطراب منتشر اختلال هراس و اختلال خوردن) بیشتری را تجربه می‌کنند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴؛ لیندال و استفنسون، ۱۹۹۳).

با توجه به این که نیمی از جمعیت کشورمان را زنان تشکیل می‌دهند و به اذعان همه روان‌شناسان اجتماعی و کارشناسان امر، جامعه سالم بر پایه خانواده‌ی سالم بنا نهاده می‌شود و رکن اصلی خانواده را نیز زنان و مادران تشکیل می‌دهند و با توجه به گسترش روزافزون اختلالات روانی در جامعه به خصوص در میان بانوان که از طرفی مادران این سرزمین به شمار می‌روند ممکن است به علت احساس مسئولیت بیشتر نسبت به افراد خانواده، استرس‌های خاص شغلی و مسائل دیگر، تحت فشارهای روانی زیاد و در معرض آسیب‌های روحی و جسمی قرار گیرند (خدادادی، ۲۰۰۹؛ به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۹۶). در حیطه ورزش نیز در بیشتر جوامع، زنان از فرصت‌هایی برابر برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی محروم بوده و با محدودیت‌هایی مواجه‌اند. صدارتی (۱۳۸۵) بیان نمود که بیش از ۳۸٪ زنان ایران در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند و انگیزه مشارکت آنها در ورزش به ترتیب اولویت عبارت‌اند از: سلامتی، تقویت روحیه، علاقه به ورزش، لاغر شدن و پر کردن اوقات فراغت. با وجود نقش مهم ورزش در سلامت زنان، هنوز جامعه ایران به اهمیت و ضرورت ورزش در بین دختران پی نبرده است. جامعه ایران از لحاظ استعداد انسانی در میان زنان بسیار غنی است، ولی ظاهراً ریشه مشکل را باید در فقدان برنامه‌ریزی شایسته جستجو کرد که خود این مسئله نیز، احتمالاً ریشه عمیق‌تری در عدم شناخت و نا آگاهی نسبت به مشکلات واقعی و اصلی زنان دارد. در ایران، مشارکت جوانان در ورزشی خاص بیشتر بر پایه سنت‌ها، آرزوها و علایق فردی استوار است و به محبوبیت آن ورزش، فشار والدین، تخصص معلمان مدارس و فراهم بودن امکانات ورزش مورد نظر بستگی دارد (حمیدی زاده و اروانه، ۱۳۸۴؛ سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۰). تحقیقات و مشاهدات علمی بیانگر این است که بانوان در آمادگی‌های جسمانی، وضعیت قامت از سطح نامطلوبی برخوردار هستند و با توجه به حفظ ارزش‌های اسلامی و ملاحظات فرهنگی محدودیت حرکتی مضاعفی نسبت به آقایان دارند. کارشناسان معتقدند فقدان فعالیت‌بدنی و ورزشی موجب رشد نیافتن و تضعیف کشش کلیه عضلات ناحیه شکم می‌شود که خود عامل اصلی دردهای پشت به دنبال بارداری است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد برخی از موانعی که بر شرکت زنان در فعالیت‌های ورزشی اثر می‌گذارد بیماری‌ها و عوارض حاصل از آن است. چرا که زنان از ساختار جسمانی ظریف‌تری برخوردارند و احتمال خطرات بیشتری را در مقابله با بی‌حرکی و کم‌کاری دارند (نادریان و هاشمی، ۱۳۸۸).

تحقیقات بسیاری در زمینه موانع و مشکلات ورزش همگانی زنان انجام گرفته است. محدودیت‌های ساختاری و مدیریتی (کوئی، ۲۰۰۷؛ منظمی، ۱۳۹۰)، محدودیت‌های مالی و امکاناتی (بارنت و اسپینکز، ۲۰۰۷؛ گلزچسکی و همکاران، ۲۰۰۸؛ هیل، ۱۹۹۳؛ صدارتی، ۱۳۸۵؛ ایزدی، ۱۳۸۶)، محدودیت‌های انسانی و تخصصی (منظمی، ۱۳۹۰؛ صدارتی، ۱۳۸۵) و محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی (بارنت و اسپینکز، ۲۰۰۷؛ گلزچسکی و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاردین و همکاران، ۲۰۰۵؛ کنیون و مک‌فرسون، ۱۹۷۳؛ والسز، ۲۰۰۳؛ صدارتی، ۱۳۸۵) از جمله آن محرومیت‌ها هستند، ولی این محرومیت‌ها در کشور ایران به دلایل مختلف به‌ویژه شرایط فرهنگی-اجتماعی حاکم بر کشور برجستگی بیشتری دارد (منظمی، ۱۳۹۰).

به‌صورت دقیق‌تر در مطالعات رومزا و هوفمان^۱ (۱۹۸۰)، احسانی (۲۰۰۳) و هندرسون و همکارانش (۲۰۰۱)، کمبود وقت، عدم علاقه، کمبود امکانات و سرمایه را به‌عنوان موانعی برای حضور زنان در فعالیت‌های تفریحی و بدنی معرفی کردند. در همین راستا سرلی و جکسو^۲ (۱۹۸۵)، احسانی و همکاران (۱۹۹۶) مهدی‌پور و عتیقه‌چی (به نقل از میرغفوری و همکارانش، ۱۳۸۸) از عوامل بازدارنده مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی نداشتن همراه برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی، تعهدات خانوادگی، کمی اطلاعات، خجالتی بودن، کمبود وسایل نقلیه و ناتوانی جسمی را عنوان کردند. احسانی و همکارانش (۱۹۹۶)، هندرسون و همکارانش (۲۰۰۱) اطلاع‌رسانی ناکافی به افراد را یکی از علل بازدارنده فعالیت‌های ورزشی برشمردند.

نتایج دیگر تحقیقات در ایران نشان دادند که کمبود علاقه، نداشتن انگیزه لازم، نبود برنامه‌ریزی صحیح در دانشگاه و مخالفت والدین از عوامل مشارکت نداشتن فعال دانش‌آموزان و دانشجویان دختر در فعالیت‌های ورزشی است (احسانی و همکاران، ۱۹۹۶؛ احسانی، ۲۰۰۳). درباره دیگر عوامل اثرگذار، احسانی و همکاران (۱۳۸۸) نابرابری فرصت مربیگری، نابرابری فرصت برای پرداختن زنان به ورزش حرفه‌ای از نظر تعداد رشته‌های ورزشی و تبعیض در تخصیص اعتبارات به ورزش بانوان را از دیگر مشکلات مربوط به بخش بانوان عنوان کردند. لیتچی، فریمن و زابرسکی^۳ (۲۰۰۶) در پژوهشی که بر دختران کالج و مادرانشان انجام دادند، تصویر ذهنی و باور آنها در مورد ظاهرشان و ارتباط آن با عوامل عدم مشارکت ورزشی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که تصویر ذهنی آنان از خود و ظاهر بدنی خویش، عامل مهم بازدارنده آنها از فعالیت ورزشی است. از دیگر سو در پژوهش ساینی^۴ (۲۰۱۲) که با عنوان مشارکت دختران در بازی‌ها و فعالیت‌های بدنی انجام داد به این نتیجه رسید که موانع فرهنگی-اجتماعی نقش مهمی در مشارکت بانوان در ورزش ایفا می‌کند. سالانه بخش زیادی از

1. Romsa and Hofman

2. Searle and Jackson

3. Littechi, Freeman & Zaborriskie

4. Saini

منابع مادی و معنوی صرف ورزش حرفه‌ای و قهرمانی می‌شود، ولی اولویت‌بندی دقیقی در ورزش قهرمانی کشور به‌ویژه در مورد زنان وجود ندارد و فعالیت‌ها و برنامه‌ها، بدون چشم‌انداز روشن و منطقی که در سطح ملی پذیرفته شده باشند، به اجرا گذاشته می‌شوند و تحقق آرزوهای بزرگ به‌صورت تصادفی و سلیقه‌ای تعقیب می‌شوند (بارفروش، ۱۳۸۹).

با توجه به پیشینه مطالعات در بیست سال اخیر، موقعیت زنان در نقش‌های اجتماعی به سرعت تغییر یافته است، از طرفی نتایج تحقیقات در زمینه‌ی فعالیت‌های ورزشی آنان در اوقات فراغت نشان از آن دارد که زنان به‌طور فزاینده‌ای به فعالیت‌های ورزشی به‌منظور کسب سلامتی، اندامی متناسب و مشارکت‌های اجرایی رو آورده‌اند. اما با وجود سیر فزاینده هنوز حضور زنان در ورزش کمرنگ است. از آنجایی که این قشر نیمی از منابع انسانی مؤثر در توسعه جوامع را تشکیل می‌دهند، لذا در برنامه‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی باید راه‌های استفاده بهتر از توانایی‌ها و استعداد‌های آنان را هموار ساخت تا امکان حضور مؤثر آنها در فرآیند توسعه پایدار در زمینه‌های مختلف اجتماعی میسر شود و زمینه مشارکت مؤثر آنان در توسعه فرهنگی فراهم آید. خوشبختانه در حال حاضر، نسبت به گذشته توجه بیشتری معطوف به ورزش زنان شده است و همین موضوع می‌تواند امیدوارکننده باشد. تلاش‌های چند سال گذشته، ورزش زنان را از انزوا خارج و جایگاه خود را در ورزش ایران باز کرده است. با توجه به آنچه گفته شده هدف پژوهش حاضر بررسی میزان فعالیت بدنی و سلامت جسمی و روانی و مشکلات عدم شرکت در فعالیت ورزشی در میان این قشر در استان آذربایجان شرقی است.

۱-۳ ضرورت و اهمیت مسأله

از دیدگاه احمدی (۱۳۸۶) در حال حاضر، ارتقای فعالیت‌های جسمانی یکی از اهداف مهم دولت‌ها به منظور سلامت عموم جامعه است. این امر به این علت است که در میان اهدافی که توسط دولت دنبال می‌شود، جلوگیری از بیماری‌هایی که توسط بی‌حرکی حاصل می‌شود، اهمیت بسیاری دارد و به همان نسبت تقویت شیوه زندگی و ارتباط سلامتی با کیفیت زندگی هر فرد مهم می‌باشد. بدین معنی که عدم انجام فعالیت بدنی چالش اصلی بهداشت عمومی در جهان به‌شمار می‌رود. براساس اظهارنظر سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری از این امر باید به سرعت اقدام کرد و تأکید بسیاری بر فعالیت بدنی به‌عنوان مداخله بهداشت عمومی و طبی داشت (حسینی، ۱۳۹۳). این مفهوم در دهه اخیر، اهمیت فزاینده‌ای یافته است؛ فعالیت‌های فیزیکی که به‌طور منظم انجام می‌شود با بسیاری از مزایای فیزیولوژیکی، روانشناسی و فیزیکی مرتبط می‌باشند و نقش استثنایی در جلوگیری از انواع بیماری‌ها بازی می‌کنند. برعکس، شیوه زندگی راکد شدیداً با آسیب‌های اجتماعی

مرتبط است و می‌تواند یک مشکل جدی در کودکی، نوجوانی و خصوصاً دانشجویان دانشگاه باشد (موتمنی، ۱۳۹۳). در کشور ما بانوان به دلیل وجود عوامل بازدارنده مختلف در استفاده از امکانات ورزشی با مشکل جدی عدم تحرک مواجهند. هزینه مادی و معنوی که از سوی دولت‌ها برای این تفکر غلط صرف می‌شود، بسیار سرسام‌آور و تأسف بار است. این در حالی است که با فرهنگ‌سازی در این رابطه می‌توان زنان جامعه را به‌عنوان مادران فردا و تربیت‌کنندگان نسل آینده‌ساز به ورزش و فعالیت‌های جسمانی فراخواند و زمینه مشارکت فعال ایشان را در برنامه‌های ورزشی فراهم آورد (ایزدی، ۱۳۸۶). برای این منظور بایستی امکانات و فرصت‌دهی لازم را فراهم نمود و به زنان اجازه داد تا با حفظ ویژگی‌های جنسی و زنانه خود در سلامت و بهداشت جامعه نقش مهمی را ایفا نمایند. از طرفی زندگی ماشینی امروزه، موجب افسردگی شده و ایجاد استرس‌های فراوانی در انسان‌ها نموده؛ لذا نیازمند داشتن برنامه‌های تفریحی از جمله برنامه‌های ورزشی می‌باشند تا در خلال چنین برنامه‌ای امکان تخلیه هیجانات خود را بیابند و روح و روانشان تلطیف گردد. در بسیاری از کشورهای جهان، برنامه‌ریزی دولت‌ها در جهت بهینه‌سازی و برنامه‌ریزی اوقات فراغت و فعالیت‌های جسمانی دختران به‌منظور ایجاد تحرک و ارتقاء سلامتی آنها صورت می‌گیرد. فعالیت بدنی می‌تواند کمک شایانی به درمان برخی اختلالات فکری مثل افسردگی نماید و خوداتکایی که از معیارهای اساسی در سلامت روح است را افزایش دهد (موتمنی، ۱۳۹۳). به دلایل اشاره شده قبلی، که اغلب آنها فرهنگی - اجتماعی هستند، بانوان در طول تاریخ فرصت کافی پیدا نکرده‌اند تا شایستگی و لیاقت خود را برای مشارکت فعال در ورزش و فعالیت‌های ورزشی به اثبات برسانند، زیرا همواره مرزهایی در برابر زن ترسیم شده است و این مرزها نقش اجتماعی او را به‌عنوان موجودی مؤنث و ضعیف معرفی کرده‌اند. در بسیاری از اوقات به‌واسطه همین تحمیل اجتماعی، زن بر سر دوراهی زن بودن یا پرداختن به ورزش قرار گرفته و می‌بایست یکی را برگزیند چرا که در اغلب جوامع انسانی، مشارکت ورزشی به گونه‌ای سنتی منحصر به مردان بوده است. حال آن که ورزش و فعالیت‌های جسمانی اختصاص به طبقه و گروه خاصی ندارد، بلکه موهبتی الهی است که برخوردار از آن حق مسلم هر انسانی است (شریعتی و همکاران، ۱۳۸۱). بنابراین ضرورت دارد تا مسئولان امر شرایط و زمینه‌های لازم را برای حضور بیشتر و فعالانه زنان در عرصه ورزش فراهم سازند. در این راستا باید با بررسی‌های اولیه، مسائل و مشکلات موجود در این راه شناسایی و با رفع این موانع گام مؤثری در ارتقای سطح ورزش زنان برداشته شود.

۴-۱ اهداف پژوهش**۴-۱-۱ هدف کلی**

پایش سلامت جسمی، روانی، میزان فعالیت بدنی و مشکلات پیش روی ورزش زنان استان آذربایجان شرقی

۴-۱-۲ اهداف جزئی

پیش‌بینی سلامت جسمی و روانی زنان استان آذربایجان شرقی براساس میزان فعالیت بدنی

پیش‌بینی سلامت جسمی زنان استان آذربایجان شرقی براساس میزان مشکلات پیش روی

پیش‌بینی سلامت روانی زنان استان آذربایجان شرقی براساس میزان مشکلات پیش روی

پیش‌بینی میزان فعالیت بدنی زنان استان آذربایجان شرقی براساس میزان مشکلات پیش روی

بررسی سلامت جسمانی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای استان آذربایجان شرقی

بررسی سلامت روانی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای استان آذربایجان شرقی

بررسی میزان فعالیت بدنی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای استان آذربایجان شرقی

بررسی میزان مشکلات پیش‌روی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای استان آذربایجان شرقی

بررسی میزان مشکلات پیش روی زنان از لحاظ موانع فردی، بین فردی و ساختاری در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای استان آذربایجان شرقی

۵-۱ فرضیات تحقیق

میزان فعالیت بدنی، سلامت جسمی و روانی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

مشکلات پیش روی ورزش زنان، سلامت جسمی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

مشکلات پیش روی ورزش زنان، سلامت روانی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

مشکلات پیش روی ورزش زنان، میزان فعالیت بدنی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

میزان سلامت جسمانی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.
 میزان سلامت روانی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.
 میزان فعالیت بدنی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.
 میزان مشکلات پیش روی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.
 میزان مشکلات پیش روی زنان از لحاظ موانع فردی، بین فردی و ساختاری در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.

۱-۶ متغیرها

۱-۶-۱ متغیر مستقل

مشکلات و موانع ورزش زنان

فعالیت بدنی

۱-۶-۲ متغیر وابسته

سلامت روانی

سلامت جسمانی

۱-۷ تعریف واژگان

۱-۷-۱ موانع پیش روی مشارکت زنان

تعریف نظری

عواملی که به عنوان دلایل بازدارنده برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی و تفریحی شناسایی و طبقه‌بندی می‌شوند (خان محمدی، ۱۳۹۶).

تعریف عملیاتی

اولویت‌بندی موانع براساس نمره‌ای که افراد از طریق پرسشنامه محقق ساخته کشر در عوامل فردی، بین فردی و ساختاری (۱۳۸۶)، کسب کردند، مشخص شد.

۱-۷-۲ فعالیت بدنی

تعریف نظری

به هرگونه فعالیت یا حرکت بدن که در اثر انقباض و انبساط عضلات اسکلتی ایجاد می‌شود و نیازمند صرف انرژی است، گفته می‌شود (رمضانی و نظریان‌مادوانی، ۱۳۹۱).

تعریف عملیاتی

نمره‌ای که افراد از طریق پرسشنامه بک و همکاران (۱۹۸۲)، کسب کردند، مشخص شد.

۱-۷-۳ سلامت روانی

تعریف نظری

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی عبارت است از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (صالحی و همکاران، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی

نمره‌ای که افراد از طریق پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن SF-36 (۱۹۲۹) کسب کردند، مشخص شد.

۱-۷-۴ سلامت جسمانی

تعریف نظری

سلامت جسمانی به معنای توانمند بودن بدن برای فعالیت‌های روزانه و حفظ انرژی برای موارد اضطراری و دوری از بیماری‌ها و تناسب کلی جسمانی است (صالحی و همکاران، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی

نمره‌ای که افراد از طریق پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن SF-36 (۱۹۲۹) کسب کردند، مشخص شد.

فصل دوم

مبانی نظری و مروری بر

ادبیات تحقیق

۱-۲ مقدمه

سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار جوامع نقش حیاتی دارد. سلامتی، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بداند (سگال، ۱۹۷۶). شادابی، نشاط و احساس خوشبختی، یکی از موهبت‌های الهی است که در سایه تندرستی و سلامت روانی به انسان‌ها اعطا شده است؛ علاوه بر آن، سلامت روانی یکی از مهمترین عوامل مؤثر در ارتقاء و تکامل انسان‌ها محسوب می‌شود. از آنجایی که زنان یکی از گروه‌های حساس بهداشتی بوده و سلامت آنان سلامت خانواده و متعاقباً جامعه را تضمین می‌کند، پرداختن به مسائل سلامت زنان، نقش به‌سزایی را در سلامت عمومی ایفا می‌کند. مشکلاتی در این زمینه در جمعیت مذکور می‌تواند موجب از بین رفتن نیروی علمی و اقتصادی قشر فعال جامعه گردد (یوسفی، براتعلی و عرفان، ۱۳۸۹).

۲-۲ سلامت

سلامتی انسان نعمتی است که از مجموعه عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و حیات معنوی او تأثیر می‌پذیرد و به همین دلیل هم یکی از شاخص‌های شناخته شده برای سنجش توفیق و یا عدم توفیق در برنامه‌های توسعه بهداشت جامعه است (محمدی، یاوریان، عارفی، ۱۳۹۰)، عادات غذایی ناسالم و تغذیه نامناسب، کاهش فعالیت بدنی، مصرف سیگار و مواد مخدر، رفتارهای خشونت‌آمیز، رفتارهای منجر به سوانح و حوادث و رفتار جنسی غیر ایمن، ویژگی‌های برجسته دنیای جدید است که بسیاری از مشکلات سلامت بشر به آنها ارتباط دارد. نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که چاقی، کشیدن سیگار، بی‌حرکی، مصرف ناکافی میوه و سبزی، فشار خون و کلسترول بالا، مسئول ۸۰ درصد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و سکت‌های مغزی هستند و سه عامل خطر رژیم غذایی غیرسالم، کشیدن سیگار و فعالیت بدنی ناکافی به‌عنوان مسئول ۸۰ درصد از موارد سکت‌های زودهنگام، ۸۰ درصد دیابت نوع دوم و ۴۰ درصد سرطان‌ها شناخته می‌شوند (گزارش و برنامه سالیانه وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۹۷). بنا به نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن اینکه از برعهده گرفتن مسئولیت ناتوانی خود، به دلیل خارج از کنترل بودن آن، معاف می‌شود، از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است. تعریف ناتوانی به‌عنوان یک بیماری، مشروعیتی پدید می‌آورد که در پناه آن افراد می‌توانند از انجام نقش عادی و تعهدات هر روزه خود معاف گردند (سگال، ۱۹۷۶). درست است که تعاریف مختلفی از مفهوم سلامت مطرح شده، اما پذیرفته‌شده‌ترین آنها، تعریف «سازمان جهانی بهداشت» است: سلامت

حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری یا نقص عضو نیست (محسنی-تبریزی، ۱۳۷۶).

در این راستا نقش سلامت روان بسیار حساس است که متأسفانه گاهی به آن توجه نمی‌شود افرادی که دارای مشکلات روانی هستند بیشتر به مشکلات جسمی مبتلا می‌شوند و طول عمر آنها کمتر از افرادی است که مشکلات روانی ندارند (تتلی، ۲۰۰۸). تعاریف متعددی از سلامت روان ارائه شده است؛ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی عبارت است از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (صالحی و همکاران، ۱۳۸۸). در تعریف دیگر از بارون و بایرن به نقل از بورت و میلر، اشاره می‌کنیم: فرد بهنجار فردی است که با خود و محیطش و دنیایی که در اطراف اوست و مردمی که با او هستند و همچنین با استعدادهای خویش تطابق کرده است و چنانچه لازم باشد برای تغییر وضعی که برایش ناخوشایند است فعالیت می‌کند (محمدی، یاوریان، عارفی، ۱۳۹۰). انجمن بهداشت روانی کانادا به تازگی این مفهوم را در سه بخش نگرش‌های مربوط به خود شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده، نگرش‌های مربوط به دیگران شامل علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به گروه و احساس مسئولیت در محیط انسانی و مادی و نگرش‌های مربوط به زندگی شامل پذیرش مسئولیت‌ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی و انگیزه خوب کار کردن تعریف کرده است (گروسی و مانی، ۱۳۸۳؛ صلح‌جو و همکاران، ۱۳۹۰). رئیسون، محمدی، بیجاری و مقرب (۱۳۹۱) در پژوهش خود مفهوم سلامت روان را احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکای به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و .. تعریف کرده‌اند.

۲-۲-۱ نقش ورزش در سلامتی

در گزارش سال‌های پیش که به بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر کشور برای جمعیت ۶۴-۱۵ سال انجام شده است، ۳۵/۳ درصد افراد مورد مطالعه (۲۴/۳ درصد مردان و ۴۶/۳ درصد زنان) تحرک بدنی ناکافی داشتند و میانگین نمایه توده بدنی ۲۵/۰۸ (۲۴/۳ درصد مردان و ۲۵/۹ درصد زنان) بود. این درحالی بود که ۴۶ درصد افراد ۶۴-۲۵ ساله در این مطالعه اضافه وزن داشتند یا چاق بودند (۴۰/۴ درصد مردان و ۵۱/۸ درصد زنان). بیماری‌های غیر واگیر هر ساله در جهان به مرگ ۳۶ میلیون نفر منجر می‌شود و پیش‌بینی می‌شود که این میزان امسال (سال ۲۰۲۰) به بیش از ۹۴ میلیون نفر برسد. از میزان یاد شده ۴۸ درصد بیماری‌های قلبی-عروقی، ۳۱ درصد به سرطان‌ها، ۱۲ درصد به بیماری‌های انسداد ریه و ۳ درصد به دیابت قندی، قابل انتساب

است. مهم‌ترین عوامل خطر زمینه‌ساز بیماری‌ها که ارتباط شناخته شده‌ای با فعالیت بدنی و تغذیه دارند منجر به ۱۴ درصد از علل مرگ و میر در جهان می‌شوند. ضمن آنکه این رفتار (کمبود فعالیت بدنی مناسب) در ایجاد ۲۱-۲۵ درصد موارد سرطان پستان و کولون، ۲۷ درصد موارد دیابت و ۳۰ درصد موارد بیماری‌های قلبی عروقی نقش دارد (گزارش و برنامه سالیانه وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۹۷). به این ترتیب مشخص می‌شود که ترویج فعالیت بدنی در جامعه یکی از راه‌حل‌های عملی و اثربخش در کاهش بار بیماری‌های مزمن غیرواگیر است. از طرف دیگر، طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود؛ به‌گونه‌ای که بیماری‌های غیرواگیر همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است. این در حالی است که در زمینه برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود. دلیل این افزایش را تا حدود زیادی می‌توان وابسته به رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماع‌ها همچون شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و مشکلات اقتصادی دانست. همچنین بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت، دست کم ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف دچار بیماری‌های روانی، همچون اسکیزوفرنیا و ۱۵۰ میلیون نفر دچار اختلال‌های روان‌نژندی بودند که بیشترین موارد در کشورهای روبه رشد دیده می‌شود (مقدم‌تبریزی، ۱۳۸۵). کوشاfer (۱۳۸۱) در کتاب خود با توجه به تحقیقات، نشان داده است که ورزش عبارت است از یک فعالیت نهادینه شده که مستلزم کاربرد نیروی جسمانی شدید با استفاده از مهارت‌های جسمانی پیچیده به وسیله شرکت کنندگانی است که توسط عوامل درونی و بیرونی تحریک می‌شوند. این تعریف با فعالیت‌های ورزشی سازمان یافته ارتباط پیدا می‌کند. در حقیقت دو هدف عمده تندرستی، به تأخیر انداختن مرگ و از بین بردن بیماری است (گائینی و رجبی، ۱۳۸۶). در عصر حاضر، ورزش به عنوان ابزاری چند بعدی در حوزه‌های مختلف تأثیرات گسترده‌ای به‌جا می‌گذارد. امروزه ورزش در سلامت افراد، گذراندن اوقات فراغت سالم و بانشاط و لذت‌بخش، آموزش و پرورش به‌ویژه در نسل نوجوان، ایجاد روابط اجتماعی سالم در جامعه، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، پیشگیری از بسیاری از مفاصل اجتماعی و انحرافات اخلاقی نقش خود را متجلی ساخته است. در حقیقت امروزه انگیزه مردم دنیا از شرکت در فعالیت ورزشی، رسیدن به درجات بالا و دستیابی به شعار المپیک (سریع‌تر، بالاتر و قوی‌تر) نیست، بلکه کسب سلامت، تندرستی، نشاط، روابط اجتماعی و دوری از بیماری‌ها، علل مهم شرکت در ورزش است (سلیگمن، ۲۰۰۴).

عدم تحرک بدنی توسط سازمان‌های سلامت بین‌المللی به عنوان نداشتن حداقل استاندارد فعالیت تعریف می‌شود. یک عقیده ثابت یا همسان در راهنمایی‌های مختلف روی فعالیت بدنی و سلامتی این است که همه افراد بزرگسال باید حداقل ۳۰ دقیقه در روز در فعالیت هوازی متوسط تا شدید شرکت کنند. منظور از فعالیت‌های هوازی آن دسته از فعالیت‌های ورزشی هستند که ضربان قلب و مصرف اکسیژن را افزایش می‌دهند مثل دویدن، شناکردن، دوچرخه‌سواری و غیره... و فعالیت‌های متوسط آنهایی هستند که به طور معمول معادل با راه رفتن تند، در دامنه ۳-۵ تراز سوخت‌وسازی قرار دارند. افرادی که مرتباً فعالیت‌های هوازی انجام می‌دهند در برخورد با موقعیت‌های پرفشار ضربان قلب و فشار خون کمتری در مقایسه با افرادی که ورزش نمی‌کنند دارند (اتکینسون و اتکینسون، ۲۰۰۴). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که انجام انواع مختلف نرمش‌ها علاوه بر فواید جسمانی فراوان در مقابله با مشکلات عصبی-روانی نیز مفید است و افرادی که از آمادگی و قوای جسمانی خوبی برخوردارند در فعالیت‌های فردی و اجتماعی موفق‌ترند (فرج‌زاده، ۲۰۰۸). علیرغم فراوانی شواهدی که از تاثیرات سلامتی مطلوب ناشی از فعالیت بدنی حمایت می‌کنند، بیشتر افراد بزرگسال جامعه ایرانی به‌طور موثر غیرفعال هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). شیوع عدم فعالیت بدنی در ایران بسیار بالاست به‌خاطر اینکه فعالیت بدنی درون‌الگوی مراقبت سلامتی به‌طور رایج یکپارچه نشده و اکثریت پزشکان در تجویز کردن فعالیت بدنی به بیماران‌شان موفق نشدند. کم‌تحرکی یا عدم تحرک باعث افزایش بیماری‌های جسمی و روانی از قبیل فشار خون بالا، دیابت نوع دو، چاقی، اختلالات خواب، ناکارایی عروقی و آرتروز، خواهد شد. امروزه با توجه به کم‌تحرکی و تغییر در ذایقه‌های افراد و مصرف غذاهای چرب و فست‌فودی احتمال ابتلا به فشار خون، غیرمعمولی بودن چربی و دیابت بیشتر شده است؛ که این عوامل احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی را افزایش داده و هزینه و بار مالی زیادی را به دولت و افراد خانواده به بار می‌آورد (لی و همکاران، ۲۰۰۱؛ جلیلی، ناظم و حیدریان‌پور، ۲۰۱۱). ورزش یکی از راه‌هایی است که افراد می‌توانند به کمک آن بر فشارهای جسمی، روحی، روانی و اجتماعی ناشی از زندگی در دنیای متلاطم و پرتنش امروزی فایز آیند. تحقیقات نشان داده‌اند، اشخاصی که به‌طور منظم به ورزش می‌پردازند، کمتر از دیگران دچار ناراحتی‌های قلبی و عروقی می‌شوند، فشارهای عصبی کمتری را تحمل می‌کنند و از اعتماد به‌نفس بیشتری برخوردارند، این افراد همچنین به زندگی خوش‌بین‌ترند و کمتر دچار افسردگی می‌شوند (سلیگمن، ۲۰۰۴). بنابراین تشویق منظم به فعالیت بدنی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های برنامه تندرستی و سلامتی است. به دنبال بیان دلایل ضرورت تشویق افراد به انجام فعالیت بدنی، تحقیقات کارشناسان نشان می‌دهد که ورزش تأثیرات فیزیولوژیکی بر بدن دارد که این تأثیرات فیزیولوژیک فراهم‌کننده آرامش در افراد هستند. نظام پیچیده‌ی کنونی ما چنان است که دستگاه عصبی ما در طی روز دائماً از سوی تکانه‌های استرس‌زای کوچک و بزرگ بسیار زیادی بمباران می‌شود و

دستگاه‌های عصبی-عضلانی ما دائماً در حالت تنش به سر می‌برند. در نتیجه استرس یکی از عمومی‌ترین مشکلاتی است که افراد با آن روبرو هستند (آدام، بزرن و استین‌هارت، ۱۹۹۷). بهبود یافتن کیفیت زندگی در تمامی سنین به دنبال ورزش منظم ماحصل پژوهش جلیلی، ناظم و حیدرپور بود. جلیلی و همکارانش (۲۰۱۱) در پژوهش خود دوره نوجوانی و جوانی را دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی دانسته و عادات زندگی از قبیل ورزش منظم به‌طور طبیعی در این دوره‌ها را امری مهم تلقی کرده و اظهار داشتند اگر عملی در این دوره شروع شود در باقی دوره‌های زندگی ادامه پیدا خواهد کرد. گزارش‌های علمی آشکار می‌کند که سبک زندگی کم تحرک در دوره نوجوانی به منزله عامل مستقل تهدیدکننده مشکلات مزمن بهداشتی و کاهش کیفیت زندگی در سنین بالا دارد. از طرفی بشیری‌موسوی و همکارانش (۱۳۹۴) در پژوهش خود ضمن تأیید نتایج قبلی مدعی این موضوع بودند که ۶۰٪ دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان از سطح پایین فعالیت بدنی برخوردار هستند. همچنین سطوح پایین آمادگی بدنی با شیوع بالای شرایط متابولیکی (مقاومت انسولین، چاقی) و هزینه‌های بالای سلامتی به همراه است (رنجر و همکاران، ۲۰۰۰). از طرفی بوش^۱ (۲۰۰۱) در مقاله خود ضمن تأیید تأثیرات مثبت فعالیت بدنی اشاره دارد، زنانی که در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند، به‌طور کلی اعتمادبه‌نفس بالایی دارند و مربیان آنها می‌گویند که آنها افرادی اجتماعی‌تر هستند و کمتر خجالتی و گوشه‌گیر هستند. مطالعات انجام شده توسط کر و همکاران^۲ (۱۹۹۸) و پاگلین^۳ (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که مهم‌ترین موردی را که باعث شرکت دانشجویان دختر در ورزش‌های دانشگاهی شده بود، لذت بردن آنها از ورزش دوران دبیرستان بود. توجه به رابطه جسم و حرکت با ذهن و توانایی‌های عقلانی و روانی مطلبی نیست که به‌تازگی و توسط متخصصین تربیت‌بدنی مطرح شده باشد، سقراط در ۴۰۰ سال پیش از میلاد مسیح نیز اظهار داشته است، «بدن به نحوی در همه رفتارهای انسانی اثر می‌گذارد. این اثر حتی در فرایند فکر کردن که به‌نظر می‌رسد جسم در آن نقشی ندارد کاملاً مشهود است، زیرا بزرگ‌ترین اشتباهات وقتی اتفاق می‌افتد که فرد از سلامت جسمانی کافی برخوردار نیست». امروز پس از گذشت قرن‌ها از گفته‌های بزرگان و فیلسوفان، یافته‌های صاحب‌نظران نشان دادند که رشد انسان در زمینه‌های زیستی و روان‌شناختی قویاً به حرکت و فعالیت‌های جسمانی بستگی دارد. از سوی دیگر، باتوجه به نقش تعیین‌کننده حرکت و فعالیت جسمانی در رشد یکپارچه انسان، به‌نظر می‌رسد جایگاه واقعی آن در جامعه ما به‌خصوص برای دست‌اندرکاران این حیطه چندان که شایسته است، روشن نیست. این در حالی است که نه تنها نیاز انسان عصر حاضر به حرکت و فعالیت‌های جسمانی کمتر از گذشته نشده است، بلکه با توجه به پیچیدگی‌های جوامع شهری و صنعتی امروز، نیازهای

1. Bush

2. Kerr and et al.

3. Paglin

انسان به این پدیده در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (احدی و جمالی، ۱۳۷۰). نتایج پژوهش‌های زیادی ثابت کرده‌اند که ورزش مداوم بدنی در صورتی که به درستی انجام شود و با بیماری شخص در تضاد نباشد در نگهداری سلامت جسم و روان و بهزیستی فرد و پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها، یکی از مهم‌ترین عوامل به‌شمار می‌رود. این واقعیتی است که فعالیت بدنی، استرس عاطفی را به‌طور مؤثر فرو می‌نشاند و بسیاری از پیامدهای ناخوشایند آن را خنثی می‌کند (آدام، بزنر و استین‌هارت، ۱۹۹۷). مطالعات زیادی در بررسی تأثیر ورزش و فعالیت‌های بدنی بر میزان سلامت روانی انجام شده است، از جمله آنها یاوریان و نیک‌اختر (۱۳۹۰) در بررسی اثر ۱۰ هفته تمرینات هوازی در میان زنان ۴۵-۴۰ ساله، تتلی و همکارانش^۱ (۲۰۰۸) بر روی ویژگی‌های روان‌شناختی در میان نمونه‌ای مشابه به‌مدت ۱۲-۸ هفته، مارتینسن^۲ (۲۰۰۸) در مطالعات مروری خود در میان افراد مضطرب و افسرده، شیخی و رهگوی (۱۳۷۵) در میان بیماران روانی افسرده، که نتایج تمام پژوهش‌ها نشان از بهبود وضعیت سلامتی روان و فاکتورهای مورد مطالعه داشت. ورزش علاوه بر ایجاد نشاط، تضمین سلامتی و شادابی، تحرک و پویایی نسل جوان موجب کاهش تنش‌ها و از بین بردن فقر حرکتی می‌گردد. ورزش فعالیت‌های شاد است که موجب فرار از واقعیت‌های تلخ زندگی می‌شود (ابراهامی، ۲۰۰۲). در مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۵) مشخص شد که فعالیت‌های ورزشی بر سلامت روانی اثر مثبت دارد و سطح سلامت روانی در ورزشکاران، بالاتر از افراد غیرورزشکار بود و بخصوص افسردگی در ورزشکاران کمتر بوده است (حسینی، کاظمی، شهبازنژاد، ۱۳۸۵). در مطالعه پهلوان‌زاده و همکارانش (۱۳۸۵) مشخص شد که ۹۶٪ از دانشجویان ورزشکار، خلق طبیعی داشتند؛ درحالی‌که این میزان در دانشجویان غیرورزشکار ۶۶٪ بود؛ همچنین میانگین نمره افسردگی در دانشجویان غیرورزشکار بالاتر بود (پهلوان‌زاده، کیاست‌پور و نصیری، ۱۳۸۵). در مطالعه رئیسون و همکاران (۱۳۹۱) نیز که کار مشابهی بر روی جامعه مشابه در شهرستان بیرجند انجام دادند به‌دست آمد. نمره دانشجویان ورزشکار در خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی، اختلالات خواب و کارکردهای اجتماعی و علائم افسردگی پایین‌تر از دانشجویان غیرورزشکار گزارش شد.

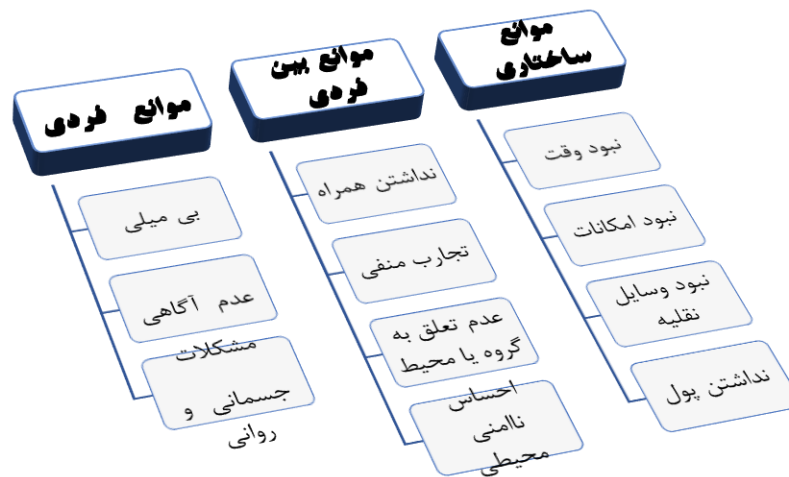
۲-۳ تئوری‌ها و مدل‌های جامعه‌شناختی با تأکید بر ورزش زنان

در ادامه برخی مدل‌ها و نظریه‌های جامعه‌شناختی ورزش را با تأکید بر ورزش زنان مرور می‌کنیم. اما این تحقیق بر هیچکدام از مکاتب، به‌طور مشخص تمرکز ننموده و بیشتر، نکات نظری مشترک در میان ایشان را مد

3. Tetlie et al.

4. Martinsen

نظر قرار داده است. در هر انسان از کودکی تا لحظه مرگ هزاران نیاز یا خواسته زنده شده و پس از برخورد با موانع یا می‌میرند و یا قوت گرفته و به انجام می‌رسند. اینکه چه عواملی در این فرایند دخالت دارند موضوع تحقیقات زیادی است. در ابتدا گمان می‌رفت که عامل اساسی مشارکت نکردن زنان در فعالیت‌های ورزشی تسلیم در برابر موانع درک شده است، به همین دلیل انتظار آن بود که بین میزان مشارکت و موانع مشارکت یک رابطه منفی قوی دیده شود. در یک چهارچوب تئوری برای مطالعه موانع مشارکت ورزشی، کراوفورد، جکسون و گادبی مدل هرمی موانع مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت را پیشنهاد کردند (مانفردو . همکاران، ۱۹۹۶). مدل پیشنهاد شده برای اولین بار، موانع را با توجه اهمیت آنها در فرایند تصمیم‌گیری فرد به سه دسته موانع درون فردی، موانع بین فردی و موانع ساختاری تقسیم‌بندی نمود. موانع درون فردی به صفات و خصوصیات بازدارنده روانی اشاره دارد که از تجارب منفی فردی ریشه می‌گیرد. موانع بین فردی به عدم تعامل مثبت بین افراد و ناتوانی برای یافتن یار و تعلق گروهی مربوط می‌شود. موانع ساختاری نیز به معنای فراهم نبودن امکانات مادی برای انجام ورزش است. این مدل بعداً با ادغام مفاهیم چانه‌زنی و تعادل بیشتر توسعه یافت (ریمور، گودبای و کراوفورد، ۱۹۹۳). در این مدل موانع درون فردی مهمترین و موانع ساختاری کم‌اهمیت‌ترین دسته موانع در فرایند تصمیم‌گیری برای مشارکت هستند و موانع بین فردی بین آنها قرار می‌گیرند. این پیشنهادات برای اولین بار مفهوم انگیزه را در مطالعه موانع مشارکت در فعالیت‌های ورزشی مورد توجه قرار دادند. این محققان پیشنهاد کردند مشارکت در فعالیت‌های ورزشی نتیجه چانه‌زنی یا تلاش برای غلبه بر موانع می‌باشد و انگیزه یک مفهوم مهم در چانه‌زنی برای مشارکت است. چانه‌زنی و نتیجه آن، به قدرت نسبی و تعامل بین موانع مشارکت در یک فعالیت و انگیزه‌های چنین مشارکتی وابسته است (ریمور، گودبای و کراوفورد، ۱۹۹۳).



شکل ۱-۲ مدل موانع مشارکت کراوفورد، جکسون و گادبی

مطالعاتی چون کارول و آلکساندریا^۱ (۱۹۹۱؛ به نقل از نادریان و همکاران، ۱۳۸۸) در یونان، مطالعه هابارد و مانل^۲ (۱۹۸۴) بر روی نمونه‌ای از کارمندان آمریکایی، تحقیق کیفی استادولوسکا^۳ (به نقل از نادریان و همکاران، ۱۳۸۸) بر روی الگوهای فراغت مهاجران، مطالعه الکساندریا و کارول (۱۹۹۵؛ به نقل از نادریان و همکاران، ۱۳۸۸) و پژوهش نادریان، ذوالاکتاف و مشکل‌گشا (۱۳۸۸) شواهدی مبتنی بر نقش مهم انگیزه در مدل هرمی موانع مشارکت ورزشی فراهم آورده‌اند و نتیجه گرفته‌اند که تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است.

۲-۳-۱ نظریه یادگیری اجتماعی

نظریه یادگیری اجتماعی تأکید زیادی بر نقش عوامل محیط اجتماعی در یادگیری نگرش‌ها و رفتارها دارد. این نظریه بر ارتباط سه‌گانه بین افراد، رفتار و محیط از طریق فرآیند التزام یا علیت متقابل تأکید می‌کند. گرچه فرآیند یادگیری در دو محیط فیزیکی (جنبه‌های مادی میدان رفتار) و محیط اجتماعی (حضور واقعی یا خیالی دیگران) و یا مشارکت آنان در زمان یادگیری رخ می‌دهد، با این حال به نظر می‌رسد محیط اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد.

آلبرت باندورا نظریه‌پرداز یادگیری اجتماعی در توضیح فراگیری رفتارهای اجتماعی و نقش‌های جنسیتی بیان می‌کند: کودک از دو طریق رفتارهای اجتماعی و نقش‌های جنسیتی را یاد می‌گیرد: نخست از راه آموزش

1. Caroll & Alexandria
2. Hubbard & Mannell
3. Stodolska

مستقیم و به تعبیر دیگر، شرطی‌سازی کودک به کمک عوامل تقویت‌کننده که طی آن کودک با پاداش و تنبیهی که دریافت می‌کند، نسبت به رفتارهای جنسیتی شرطی‌شده، آنها را فرا می‌گیرد؛ دوم از راه تقلید که گاه از آن با عناوین همانندسازی یا سرمشق‌گیری یاد می‌شود و طی آن رفتارهای جنسیتی توسط والدین و دیگر عوامل جامعه‌پذیری (اعضای بزرگتر خانواده، سایر بزرگسالان، آموزگاران، گروه همسالان و رسانه‌های جمعی) الگوسازی می‌شوند و کودک از این الگوها تقلید و پیروی می‌کند. تئوری یادگیری اجتماعی هم بر تعیین‌کننده‌های فردی رفتار (باور، گرایش و انگیزه) و هم بر تعیین‌کننده‌های بیرونی مانند عوامل اجتماعی، مادی و تقویت‌کننده‌ها توجه دارد. افرادی که خود اثربخشی بالاتری دارند، احتمالاً دنبال مراقبت‌های پیشگیری هستند و بیشتر به ورزش می‌پردازند. باندورا سه طبقه عمده از انتظارات نتیجه را که شامل: نتایج مادی، نتایج اجتماعی و نتایج برگشتی به خود را مشخص می‌کند (فاکس و ریچارد، ۲۰۰۴).

۲-۳-۲ نظریه سرمایه فرهنگی بوردیو

سرمایه فرهنگی را اولین بار پیربوردیو و ژان کلود پسون مطرح کردند. سرمایه فرهنگی، گرایش‌ها و عادات دیرپا که در طی فرآیند جامعه‌پذیری حاصل می‌شوند و نیز اهداف فرهنگی ارزشمند نظیر صلاحیت‌های تحصیلی و فرهیختگی را شامل می‌گردد. لازم به ذکر است زمینه اجتماعی و زمینه خانوادگی در دستیابی به سرمایه فرهنگی تأثیر دارند و سرمایه فرهنگی نیز بر دستاوردهای علمی و شغلی تأثیر خواهد داشت. برخورداری از نظرها و عقاید شخصی نیز ثمره تحصیلات و مهارت‌های اکتسابی فرد است. سرمایه فرهنگی دارای سه شکل فرعی است: ۱- ذهنی فرهنگی ۲- عینی فرهنگی ۳- نهادی و ضابطه‌ای (فیلهو، ۲۰۰۵ به نقل از نادریان و همکاران، ۱۳۸۸).

۲-۳-۲ تئوری فمینیسم

نظریه فمینیستی بخشی از یک رشته پژوهش درباره زنان است که به‌طور ضمنی یا رسمی، نظام فکری گسترده و عامی را درباره ویژگی‌های بنیادی زندگی اجتماعی و تجربه انسانی از چشم‌انداز زن، ارائه می‌کند. این نظریه از سه جهت متکی به زنان است. نخست آنکه «موضوع» عمده تحقیق و نقطه شروع همه بررسی‌هایش موقعیت (یا موقعیت‌ها) و تجربه‌های زنان در جامعه است. دوم آنکه، این نظریه، زنان را به‌عنوان «موضوع‌ها»ی کانونی در فراگرد تحقیق در نظر می‌گیرد، یعنی در صدد آن است که جهان را از دیدگاه (یا دیدگاه‌های) متمایز زنان در جهان اجتماعی نگاه کند. سوم اینکه، نظریه فمینیستی دیدگاه انتقادی به مسائل زنان دارد و در پی ادعای آن است که جهان بهتری را برای زنان بسازد که به نظر آنها، بدین ترتیب جهان برای

بشریت نیز بهتر خواهد شد. جامعه‌شناسان فمینیست، تنها بخشی از کوشش‌هایشان را در جهت بسط رشته اصلی‌شان به کار می‌بندند. چیزی که برای همه پژوهشگران فمینیست اهمیت اساسی دارد، همانا رشد یک فهم انتقادی از جامعه است تا از این طریق جهان اجتماعی دگرگون شده و در مسیرهایی عادلانه‌تر و انسانی‌تر بیفتد (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷).

نیروی محرک نظریه فمینیستی معاصر، یک پرسش به ظاهر ساده است: «درباره زنان چه می‌دانیم؟» به عبارت دیگر، زنان در تحقیقات انجام گرفته کجا هستند؟ در صورت عدم حضور آنها در این تحقیقات، دلیل عدم حضورشان چیست و در صورت حضور، دقیقاً چه کار می‌کنند؟ موقعیت‌شان را چگونه تجربه می‌کنند؟ و...

پیامدهای کوشش برای پاسخ دادن به این پرسش بنیادی فمینیستی - درباره زنان چه می‌دانیم - پیامدهایی انقلابی بوده‌اند. اجتماع پژوهشی معاصر، به گونه‌ی نمایانی کشف کرده است که آنچه که به‌عنوان عالم تجربه پنداشته شده است، در واقع شرح جزئی‌بینانه‌ای از کنشگران مرد و تجربه‌شان بوده است. برای آنکه درباره هر موقعیت اجتماعی فهم و الگوی تازه‌ای داشته باشیم، باید مجموعه کلی جدیدی از کنشگران را بازشناسی کنیم. هرچند که زنان در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی فعالانه حضور داشته‌اند، اما پژوهشگران و خود کنشگران اجتماعی حضورشان را نادیده گرفته‌اند. وانگهی با آنکه نقش زنان در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی اساسی بوده است، باز با نقش مردان در همین موقعیت‌ها برابر نبوده است. در مجموع نقش زنان از نقش مردان تفاوت داشته، جامعه برایش امتیاز کمتری قائل شده و در پایه‌ای پایین‌تر از نقش مردان جای داشته است. در معرض دید نبودن آنها خود نشانه‌ای دال بر همین نابرابری است. البته، همین چون و چراها ما را به دومین پرسش بنیادی سوق می‌دهد: «چرا وضع زنان به این صورت است؟» همچنان که نخستین پرسش مستلزم توصیفی از جهان اجتماعی است، این پرسش دوم نیز به تبیینی از همین جهان نیاز دارد. توصیف و تبیین جهان اجتماعی، دو روی سکه هرگونه نظریه جامعه‌شناختی‌اند. کوشش برای پاسخ دادن به این دو پرسش بنیادی، نظریه‌ای را به‌بار آورده است که برای جامعه‌شناسی اهمیت جهانی دارد. این دو پرسش ما را به این کشف سوق می‌دهند که هرآنچه که ما به‌عنوان دانش کلی و مطلق از جهان قلمداد کرده‌ایم، در واقع دانشی است که از تجارب بخش قدرتمند جامعه، یعنی مردان به‌عنوان «سروران» سرچشمه می‌گیرد. اگر همین جهان را از دیدگاه زنان که تاکنون نامرئی، پنهان و بی‌اعتبار بوده‌اند دوباره کشف کنیم، دانش تک‌بعدی ما نسبیت پیدا می‌کند. همین کشف دوباره درباره همه چیزهایی که می‌پنداشتیم درباره جامعه می‌دانیم، پرسش‌هایی را مطرح می‌سازد (همان: ۴۶۳). گفتنی است که به نظر تمامی فمینیست‌ها، در فرهنگ توده‌ای امروز، به‌طور کلی زنان به‌عنوان ابژه و یا موجودی ابزاری و حاشیه‌ای بازنمایی می‌شوند. بدین ترتیب، هم در نظریه‌های فرهنگی و هم در فرهنگ توده‌ای، زنان بدین‌سان به‌عنوان یک مقوله اجتماعی نادیده گرفته و به حاشیه رانده شده‌اند (بشیریه، ۱۳۷۹).

با توجه به پرسش نخست است که برخی پزشکان، زنان را در نظام بهداشت و سلامت مورد توجه قرار داده‌اند و به نوعی سؤال نخست را بدین صورت تعمیم داده‌اند که «درباره سلامت زنان چه می‌دانیم؟». از این رو کوشش خود را به بررسی حوزه پزشکی معطوف نموده و دریافته‌اند که همانند حوزه‌های دیگر، زنان در این بخش نیز مورد نادیده‌انگاری قرار می‌گیرند. ایشان دریافته‌اند که نگاه به زنان در حیطه پزشکی نیز متأثر از نگاه مردسالارانه‌ای است که در جوامع جریان دارد و «ساختار بنیادی تمام جوامع معاصر را تشکیل می‌دهد» (کاستلز، ۱۳۸۴؛ به نقل از ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷).

فمینیست‌ها دانش پزشکی را وسیله‌ای می‌دانند که تقسیمات جنسی را در جامعه برقرار نگه می‌دارد. پزشکی نه تنها نگاه تبعیض‌گری به زنان دارد، بلکه با کلیشه‌سازی فعالانه و کنترل زنانی که با این نگاه مطابقت نمی‌کنند به تقویت و تکثیر آن مدد می‌رساند. نمونه‌ای از این نوع نگاه را حرفه پزشکی در سده نوزدهم داشت، که زنان را موجوداتی ضعیف و نیازمند به استراحت دائم می‌پنداشت و بر همین اساس، مثلاً کنار گذاشتن آنان را از تحصیلات عالی توجیه می‌کرد. هلن رابرتز (۱۹۸۵) نیز در تحقیق خود نشان می‌دهد که پزشکان از بیماران مؤنث خود تصویری قالبی دارند و از درک ماهیت مشکل‌زای نقش زن خانه‌دار عاجزند. زنان به تجربه دریافته‌اند که نظام بهداشت و درمان مرد محور است و تجربیات و معلومات زنان را ناچیز می‌شمارد یا نادیده می‌گیرد (آبوت، ۱۹۹۰). همچنین از نظر ایشان، دستگاه پزشکی دولت و محققان پزشکی، عموماً به نیازهای زنان به مراقبت‌های بهداشتی، توجه کافی و مناسبی ندارند و در پژوهش‌ها، اعم از بخش خصوصی و بخش دولتی، در زمینه مراقبت‌های بهداشتی معمولاً موضوعات و نمونه‌های جمعیت از میان افراد مذکر انتخاب می‌شوند (همان: ۱۴۸). فمینیست‌ها و پزشکان فمینیست با تجزیه و تحلیل کتاب‌های درسی پزشکی نیز نشان می‌دهند که در آنها «حقیقی» درباره زنان ارائه می‌شود که جز پیش داوری و تعصب نیست. در این کتاب‌ها تأکید می‌شود که دانش عینی و تجربیات بالینی پزشکان، بر ادراکات ذهنی زن - حتی زمانی که احساس خود او تحت معاینه است - برتری دارد. در برنامه درسی پزشکی، جدا از مسائل مربوط به آبستنی و زایمان به دیگر مشکلات خاص زنان عنایت چندانی نمی‌شود؛ به این ترتیب ناراحتی‌های رایج زنانه را جدی نمی‌گیرند (همان، ۱۵۳).

بسیاری از بیماری‌هایی که بیشتر نزد زنان یا گروه‌های خاصی از زنان یافت می‌شود کمتر مورد مطالعه جدی قرار می‌گیرد. در مورد بیمار چنان صحبت می‌شود که گویی تفاوتی میان مردان و زنان وجود ندارد و در نتیجه به موقعیت‌های خاص و متفاوت زنان توجهی نمی‌شود و معیارهای مربوط به مردان به آنها بسط می‌یابد. در برنامه‌های پژوهشی در بسیاری از موارد چنان که باید به زنان توجه نمی‌شود (مشیرزاده، ۱۳۷۹؛ به نقل از ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷). نظریه‌پردازان فمینیستی معتقدند که ورزش، جنسیتی شده است و ورزش زنان

به‌طور نظام‌یافته‌ای به‌عنوان یک امر ضد ارزشی، تحت فشار قرار گرفته و مورد استثمار واقع شده است (نادریان جهرمی، هاشمی، ۱۳۸۸).

۲-۳-۴ نظریه کلیشه‌های جنسیتی

سندرابم در خصوص نقش‌پذیری جنسیتی و تشکیل کلیشه‌های جنسیتی مبتنی بر جنس در افراد معتقد است: کودکان در یادگیری نقش‌های جنسیتی فعال هستند، آنها مقوله‌های شناختی موجود در جامعه را برای جنسیت شکل می‌دهند و سپس دانش جنسیتی مربوطه را درباره‌ی این مقوله‌ها بدست می‌آورند. بـم استدلال می‌کند نقش‌پذیری جنسیتی به واسطه فرآیند یادگیری تدریجی تشکیل و طرحواره‌های جنسیتی اتفاق می‌افتد، وی نقش مهمی برای فرهنگ در تشکیل طرحواره‌های جنسیتی قائل است. به‌نظر بـم، طرحواره جنسیتی، مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت است. وجود طرحواره‌های جنسیتی شکل‌گیری کلیشه‌سازی جنسیتی را افزایش می‌دهد. کلیشه‌های جنسیتی، باورها و نگرش‌هایی درباره مردانگی و زنانگی است (نادریان جهرمی، هاشمی، ۱۳۸۸). براساس نظریه طرحواره‌های جنسیتی، فرهنگ در رشد و تحول جنسیت و آماده‌کردن مرجعی برای تشکیل طرحواره‌های جنسیتی نقش دارد. براساس کلیشه‌های جنسیتی، پسران قوی و اهل ورزش‌های قهرمانی هستند و دختران ضعیف و اهل بازی‌های دخترانه هستند. بـم در تئوری طرحواره جنسیتی خود بیان می‌کند افرادی که به نوع جنس توجه می‌کنند، بیش از کسانی که به نوع جنس نمی‌پردازند، ورزش‌ها را برحسب جنسیت طبقه‌بندی می‌کنند و بر همین اساس مشارکت آنها محدود به ورزش‌هایی می‌شود که برای هر جنس مناسب تشخیص می‌دهند (وحید، عریضی، پارسامهر، ۱۳۸۵).

۲-۳-۵ نظریه نقش جنسیتی

چافتز در بررسی نابرابری‌های جنسیتی به نقش نیروهای اجباری و اختیاری قشربندی جنسیتی می‌پردازد. عناصر اصلی نظریه لایه‌بندی جنسیتی چافتز عبارتند از:

۱. نظام تقسیم کار کلان در سطح جامعه؛
۲. برتری مردان در دستیابی به منابع مادی و منابع قدرت؛
۳. تعاریف اجتماعی برای مقایسه زنان و مردان، شامل ایدئولوژی جنسیتی، هنجار جنسیتی و باورهای قالبی جنسیتی (دیلاتی، کلی، ۲۰۰۵).

چافتز معتقد است که اگر تقسیم کار در سطح کلان در جامعه جنسیت یافته صورت گیرد، به مرور زمان مردان به منابعی بیش از زنان دست می‌یابند و این مسئله باعث می‌شود مردان کمتر در خانه به کار بپردازند و کارهای منزل را جزء وظایف زنان به حساب آورند، در نتیجه مردان، هم در جایگاه مادی و هم در جایگاه قدرت به صورت نخبه درمی‌آیند و می‌توانند همه‌ی کارهای زنان را در اختیار گیرند. یکی از عوامل تداوم تقسیم کار سنتی جنسیتی، وجود و باز تولید تعاریف جنسیتی تأییدکننده تقسیم کار و نظام نقش‌های جنسیتی است. چافتز بین انواع تعاریف جنسیتی تمایز قائل می‌شود به نظر او ایدئولوژی جنسیتی عبارت از عقایدی درباره تفاوت‌های زیست‌شناختی در سرشت زن و مرد که نابرابری را توجیه می‌کند. هنجارهای جنسیتی بیان‌کننده‌ی انتظارات متفاوت از زن و مرد براساس جنسیت آنها است. تصورات قالبی جنسیتی باورهای مؤکد بر تفاوت زنان و مردان در پاسخ‌گویی به موقعیت‌های مختلف است. آنچه براساس این نظریه مهم به نظر می‌رسد این است که هنجارهای جنسیتی انتظارات متفاوتی از زنان و مردان دارند و براساس آنها تصورات قالبی جنسیتی بر رفتارهای اجتماعی زنان تأثیرگذار است و تصورات قالبی به صورت مانعی در انجام فعالیت‌های ورزشی بانوان عمل می‌کند (دینگلی، ۲۰۰۵).

۲-۳-۶ نظریه موانع فیزیولوژیکی

چو معتقد است بسیاری از افراد بر موانع فیزیولوژیکی که به حکم طبیعت زن، در مشارکت فعال او تأثیر می‌گذارد، بیشتر از موانع فرهنگی تأکید می‌کنند؛ در صورتی که واقعیت غیر از این است، از جمله؛ -بسیاری از مسابقات ورزشی به سینه زن آسیب می‌رساند. -استخوان‌های زن (برعکس مرد) شکننده است و زنان از لحاظ بدنی موجوداتی آسیب‌پذیرند. -مشارکت فشاردهی زن در ورزش به رشد عضلانی بدن می‌انجامد که این با چهره‌ی اجتماعی زن ناسازگار است (لافت-استروم، میلار، ۲۰۱۰).

۲-۳-۷ نظریه خودعزمی جکسون و مدل توالی انگیزه

برای شفاف‌سازی رابطه بین انگیزه و موانع در مطالعات از نظریه خودعزمی^۱ (جکسون، ۱۹۹۱) و مدل توالی انگیزه^۲ (نادریان و همکاران، ۱۳۸۸) هم می‌توان به عنوان چارچوب تئوری استفاده کرد. نظریه خودعزمی پیشنهاد می‌کند که رفتار می‌تواند به صورت درونی یا بیرونی برانگیخته شود یا بی‌انگیزه باشد. والراند ولویسر^۳ با ترکیب اجزا نظریه خودعزمی، مدل توالی انگیزه را پیشنهاد کردند (فورتیر و همکاران، ۱۹۹۵). در این مدل

1. The self determination
2. Motivational Sequence
3. Vallerand & Loiser

عوامل اجتماعی بر روی واسطه‌های روانی تأثیر می‌گذارد و واسطه‌های روانی هم بر انگیزه اثر می‌گذارند و نهایتاً میزان انگیزه فرد، نوع رفتار وی را تعیین می‌کند.

عوامل اجتماعی ← واسطه‌های روانی ← نوع انگیزه ← بروز رفتار

شکل ۲-۲ نظریه توالی انگیزه والراند ولویسر (۱۹۹۴)

در بررسی‌های مختلف توسط پژوهشگران متفاوت در جای جای دنیا انگیزه‌های متفاوتی در خصوص انگیزه واقعی زنان از تمرین و فعالیت بدنی، قصد تمرین^۱ و جهت‌گیری تمرین در حمایت از تئوری‌های ارزشمندی همچون: تئوری خودمختاری^۲، مدل اعتقاد بهداشتی^۳، مدل فرانظری^۴، تئوری جهت‌گیری علی^۵، سبک‌های اسنادی و... انجام شده‌اند. دسی و رایان^۶ (۲۰۰۲) در تئوری خودمختاری، فرض می‌کنند که انگیزه فرد، رفتار فرد و تجربه فرد در موقعیتی خاص، کارکردی از هر دو عامل زمینه اجتماعی و منابع درونی فردی است که در طول زمان به منزله تابعی از تعاملات پیشین با زمینه‌های اجتماعی، توسعه یافته است. در تئوری سبک‌های اسنادی نیز، سطح انگیزش و پیشرفت هر فرد به استنباط او از علل موفقیت و شکست مربوط می‌شود و پیامدهای تعیین کننده‌ای دارد (دسی و رایان، ۲۰۰۲). براساس مدل اعتقاد بهداشتی گلنز و رایمر^۷ (۱۹۹۷) احتمال اینکه فردی در یک عمل بهداشتی توصیه‌شده مشارکت کند اساساً مبتنی بر ادراک فردی است. بنابراین، با تغییر ادراک فردی احتمال اینکه افراد به رفتار بهداشتی توصیه شده عمل کنند، افزایش می‌یابد (گلنز و رایمر، ۱۹۹۷). چهار مفهوم اصلی این مدل عبارت‌اند از: حساسیت درک شده، شدت درک شده، مزایا و موانع درک شده. همچنین، در مدل فرانظری پروچسکا و دیکلمنت^۸ (۱۹۸۳)، انتخاب رفتار سلامت و حفظ آن در مراحل مجرد اتفاق می‌افتد. این مدل بر تغییر رفتار سلامت از طریق فرایندی پویا تأکید می‌کند که رفتار جدید باید از طریق گذشتن از مراحل متفاوت تقویت شود و روش‌های متفاوتی برای کمک به توسعه رفتار جدید در مراحل تغییر رفتار وجود دارد (پروچسکا و دیکلمنت، ۱۹۸۳).

-
1. exercise intention
 2. self-determination theory
 3. health belief model
 4. transtheoretical model of health
 5. causality orientation theory
 9. Deci
 10. Glanz
 8. Prochaska and

۴-۲ ورزش زنان

زنان در مجموع یک سوم نیروی کار جهان را تشکیل می‌دهند که در کشورهای درحال توسعه این نسبت بالاتر و در حدود ۴۰ درصد و در سایر نقاط جهان کمتر از یک سوم می‌باشد (صالحی و همکاران، ۱۳۸۸). بنابر گزارش مقدم‌تبریزی (۱۳۸۵)، از سال ۱۹۵۰ به بعد تعداد زنانی که در کشورهای غربی به کار گمارده شده‌اند افزایش چشمگیر و معناداری را نشان می‌دهد. در سال ۱۹۵۰ حدود ۳۰٪ زنان ایالات متحده در کارهای سخت اشتغال داشتند؛ اما در سال ۱۹۸۶ این تعداد به ۵۵٪ افزایش یافت. آمارها بین سال‌های ۱۹۸۱ و ۱۹۸۶ یک افزایش ۲۳٪ را در خانواده‌هایی که پدران و مادران هر دو شاغل و دارای فرزندان کمتر از ۵ سال بودند نشان می‌دهد (مقدم‌تبریزی، ۱۳۸۵). تحقیقات و مشاهدات علمی انجام شده توسط نادریان و هاشمی (۱۳۸۸) بیان‌گر این است که بانوان در آمادگی‌های جسمانی، وضعیت قامت از سطح نامطلوبی برخوردار هستند، و با توجه به حفظ ارزش‌های اسلامی و ملاحظات فرهنگی محدودیت حرکتی مضاعفی نسبت به آقایان دارند (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۷).

پیشرفت زمان، فناوری، وجود عرصه‌های گوناگون اطلاع‌رسانی و آموزشی منجر به تحولاتی در جوامع مختلف گردیده است. از آنجایی که تقریباً نیمی از جمعیت ایران را دختران و زنان تشکیل می‌دهند، توجه به مشارکت بانوان در زندگی اجتماعی باید جامع‌تر و دقیق‌تر باشد. دختران و زنان جوان با پیشرفت‌های گوناگونی که در جهان به وجود می‌آید، خواستار فعال‌تر شدن و کسب موفقیت‌های روزافزون می‌باشند. به عبارت دیگر، عدم تحرک جسمانی زنان یعنی محروم شدن بخش مهمی از جامعه از سلامتی و بهداشت جسمانی و روانی که لطمه‌های جبران‌ناپذیر برای کل جامعه به دنبال خواهد داشت (باقرزاده، حمایت‌طلب، متقی‌پور، ۱۳۸۱).

ورزش زنان، امروزه به‌عنوان یکی از موضوعات اساسی در حیطه‌ی ورزش مطرح است. این مسئله به دلیل ویژگی جسمانی زنان است. تحقیقات نشان داده است که پرداختن به ورزش و فعالیت‌های بدنی در زنان، تأثیر عمیقی بر دوران بارداری، شیردهی و همچنین سلامتی در دوران کهنسالی خواهد گذاشت (کای، ۲۰۰۶). کارشناسان معتقدند فقدان فعالیت بدنی و ورزشی موجب رشد نیافتن و تضعیف کشش کلیه عضلات ناحیه شکم می‌شود که خود عامل اصلی دردهای پشت به دنبال بارداری است. پوراس و همکاران^۱ (۲۰۰۶)، در تحقیقی با عنوان مداخله مختصری جهت افزایش فعالیت جسمانی در زنان شاغل بی‌تحرک به این نتیجه رسید که زنان فعال، اضافه وزن کمتری دارند و کلسترول خون آنها پایین‌تر است و این افراد علی‌رغم اینکه عوامل بازدارنده زمانی و مکانی در مشارکت آنها تأثیر می‌گذارد، اما برنامه‌ریزی وقت و زمان و نیز یافتن فعالیت‌های ورزشی مناسب که در شرایط

بد بتوانند در آن شرکت کنند، بر این عوامل بازدارنده غلبه می‌کند. به موازات تغییر زمینه فعالیت اجتماعی زنان در ایران، در سال‌های اخیر حضور آن‌ها در باشگاه‌ها و سالن‌ها و پارک‌های ورزشی به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. این مشارکت با آگاهی از فواید فعالیت بدنی، اهمیت دادن به سلامتی خود، پیشگیری از بیماری (اهداف جسمی)، رفع نیازهای اجتماعی (اهداف اجتماعی) و کسب روحیه و مبارزه با روند پیری و افسردگی (اهداف روانی) همراه است.

نتایج تحقیق در مورد فعالیت‌های فیزیکی زنان شاغل در دانشگاه در سه حیطه‌ی شغلی، خانه‌داری و اوقات فراغت، نشان داد که زنان از ۱ / ۹ ساعت فعالیت‌های فیزیکی اوقات فراغت، فقط ۵ / ۲ ساعت در هفته فعالیت‌های ورزشی دارند. همچنین مشخص شد که وضعیت فعالیت‌های ورزشی زنان شاغل با سطح تحصیلات و نوع شغل، ارتباط معنی‌داری به لحاظ آماری دارد، به‌طوری که درصد فعال‌بودن زنان با میزان تحصیلات دانشگاهی ارتباط بالای مثبتی داشته؛ به‌طوری که میزان فعالیت بدنی زنان شاغل هیأت علمی بیشتر گزارش شد. از طرفی برخی از تحقیقات با تأکید بر عوامل مؤثر بر ایجاد انگیزه در زنان برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی انجام گرفته است که بعضی از این عوامل به شرح زیرند:

□□ حمایت والدین، اعضای خانواده، همسر، همسالان و دوستان؛

□□ تحصیلات و موقعیت‌های شغلی بانوان؛

□□ معلمان و استادان، مراکز آموزشی و رادیو و تلویزیون؛

□□ حمایت اجتماعی زنان، به ویژه حمایت خانواده (جاروی، ۲۰۰۳).

کرستز و همکاران^۱ (۲۰۰۸) در پژوهشی که بر روی زنان و دختران جوان در دو منطقه مشخص کشور انگلستان انجام دادند نشان دادند که عوامل خودآگاهی، انتخاب فعالیت‌های شخصی، برقراری ارتباط و حمایت دوستان و خانواده خودشان، عوامل مؤثری در شرکت آنان در فعالیت‌های بدنی می‌باشد که حمایت دوستان به‌عنوان عامل مؤثر بیش از عوامل دیگر در نظر گرفته شده است. در پژوهش دیگر نیز، صدارتی (۱۳۸۳) بیان نمود که بیش از ۳۸٪ زنان ایرانی در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند و انگیزه مشارکت آنان را به‌ترتیب سلامتی، تقویت روحیه، علاقه به ورزش، لاغر شدن و پر کردن اوقات فراغت بیان کرد. از طرفی در بررسی‌های ورزش تخصصی در حیطه بانوان مشخص شد که میزان رشد کنونی ورزش بانوان در عرصه‌های داخلی و خارجی گواهی بر پیشرفت نسبی ورزش بانوان ایران است، اما در مقام مقایسه با ورزش مردان یا بانوان دیگر کشورها از رشد خوبی برخوردار نبوده است. به‌طور مثال، در مسابقات ورزشی سال‌های اخیر، ورزش بانوان تنها سه شرکت‌کننده در بازی‌های المپیک، یک شرکت‌کننده در بازی‌های المپیک زمستانی و تنها در سه رشته ورزشی در مسابقات

پارالمپیک سهمیه کسب کرده است. از میان ۴۴ فدراسیون فعال در بخش بانوان، تنها موفق به تصدی یک پست ریاست فدراسیون و از میان بیش از هزار هیأت ورزشی استانی تنها ۳۶ پست ریاست هیأت را کسب کرده‌اند، عدم کسب مدال در مسابقات المپیک و پارالمپیک، عدم کسب مدال طلا در مسابقات جام جهانی و قهرمانی آسیا، کسب تنها یک مدال در مسابقات غرب آسیا و کسب تنها یک مدال طلا از مجموع ۲۰۶ مدال توزیع شده در بخش بانوان بازی‌های آسیایی گوانجو، از جمله موارد، در این زمینه است (منظمی و همکاران، ۱۳۹۰؛ دفتر توسعه ورزش بانوان، ۱۳۸۷).

با وجود نقش مهم ورزش در سلامت زنان، هنوز جامعه‌ی ایران به اهمیت و ضرورت ورزش در بین دختران که مادران آینده‌ی جامعه محسوب می‌شوند و سلامت افراد جامعه آینده در گرو سلامتی آنان است، پی نبرده است. همان‌طور که در بیست‌سال گذشته، موقعیت زنان در نقش‌های اجتماعی به سرعت تغییر یافته، تحقیقات زیادی هم در زمینه‌ی فعالیت‌های ورزشی آنان در اوقات فراغت و عوامل بازدارنده‌ی این فعالیت‌ها صورت گرفته است. نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد که زنان به‌طور فزاینده‌ای به فعالیت‌های ورزشی به‌منظور کسب سلامتی، اندامی متناسب و مشارکت‌های اجرایی رو آورده‌اند. بر این اساس، در حوزه بهداشت و سلامت زنان بایستی بر نکاتی چند توجه داشت.

نخست اینکه مطالعات حوزه سلامت زنان در طی نیم قرن گذشته و به‌ویژه در دو دهه اخیر رشد چشم‌گیری داشته و تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است. طی دهه اخیر، سلامت زن به‌عنوان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طول چرخه زندگی وی گسترده است و ارتباط بسیار نزدیک و اساسی با شرایط زندگی او دارد. به‌نظر می‌رسد سلامت زنان به تعاملات پیچیده بین بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگانی زنان بستگی دارد. به‌عنوان یک تعریف نسبتاً جامع، دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع، حوزه سلامت زنان را این‌گونه تعریف نموده است: (۱) موضوعات سلامت زنان در حد فراگیر بوده و در طول چرخه زندگی آنان می‌باشد و محدود به مشکلات باروری نیست. (۲) مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری‌ها یا نارسایی‌هایی است که مختص زنان، شایع‌تر در زنان، یا دارای عوامل خطر یا دوره‌های متفاوت در زنان نسبت به مردان است. (۳) سلامت باید به‌طور گسترده، هم در بعد منفی و هم در بعد مثبت در نظر گرفته شود. ابعاد سلامت شامل فیزیکی، روانی، اجتماعی و روحانی است (احمدی، ۱۳۸۶). علاوه بر موارد خاص فیزیولوژیکی، زنان ممکن است دچار برخی از مسائل مرتبط با بهداشت نیز باشند که بیشتر رنگ و بوی اجتماعی و فرهنگی دارد، به‌عنوان مثال برنامه‌های واکسیناسیون ناکافی و نامناسب برای دختران، سهل‌انگاری در درمان کم‌خونی زنان و دختران، بی‌کفایتی یا فقدان مراقبت‌های عمومی مربوط به پزشکی زنان و برنامه تنظیم خانواده و آموزش‌های جنسی و نیز مراقبت‌های پیش از زایمان و پس از زایمان، مصرف داروهای

غیرایمن، توجه ناکافی دولت به بیماری‌هایی که عمدتاً زنان به آنها دچار می‌شوند، از قبیل سرطان پستان، تحقیق‌های زیر نظر دولت در زمینه بهداشت که براساس نمونه‌گیری از مردان قرار دارند و مانع از آن می‌شوند که زنان از شیوه‌های صحیح درمان بهره‌مند گردند، کمبود زن به‌عنوان مشاور، پزشک و پژوهش‌گر کارآزموده در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، فقدان آموزش زنان درباره مراقبت از کودک، بهداشت، تغذیه و دیگر امور مربوط به بهداشت، فقدان مراقبت‌های بهداشتی مناسب و دلسوزانه برای زنانی که در نواحی روستایی به‌سر می‌برند؛ زنان مهاجر، پناهنده و آواره، زنان سالمند، زنان معلول، زنان اقلیت‌های قومی و نژادی، و زنان زندانی، که در نهایت، این مشکلات ممکن است زن را از برخورداری از سایر حقوق انسانی خود و نیز حق زیست سالم باز دارد. زنان و دخترانی که بیمارند غالباً نمی‌توانند در جامعه مشارکت داشته باشند. مثلاً شاید نتوانند به مدرسه بروند، بیرون از خانه به کار بپردازند، یا گروه تشکیل دهند و در گروه‌ها شرکت کنند (مجیدی، ۱۳۸۳)، تمامی این موارد به معنی تأثیر غیرمستقیم وضع سلامت جسمی زنان در فعالیت‌های اجتماعی‌شان است. در این ارتباط، تحلیل‌های فمینیستی نیز به تأثیر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری مبتنی بر جنسیت در سلامت زنان تأکید می‌کنند. از نظر ایشان، پایگاه و وضعیت بهداشتی و سلامت، متأثر از جنسیت افراد است البته، جنسیت در اینجا صرفاً به «تفاوت‌های جنسی» اشاره ندارد، بلکه به معناها و مفاهیم ساخت یافته فرهنگی و اجتماعی نیز اشاره دارد که حول جنس زیستی شکل می‌گیرد و مفاهیم مرتبط با مردانگی و زنانگی و رفتارهای مرتبط با آن را نشان می‌دهد (دیک، ۲۰۰۱). طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری در سراسر دنیا از این حق اساسی بشری محروم هستند. این بیانیه در ادامه می‌افزاید که برخی مشکلات سلامت زنان توسط بیولوژی فردی تعیین می‌شود، ولی بسیاری از مشکلات آنان ناشی از عوامل اجتماعی-اقتصادی است و یا به‌واسطه این عوامل تشدید می‌گردد (احمدی، ۱۳۸۶). در همین راستا نقدی و همکارانش (۱۳۹۰) عواملی همچون پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سرمایه فرهنگی زنان، باورهای قالبی در مورد ورزش زنان، تمایل فردی، حمایت اجتماعی، سودمندی ادراک شده و نگرش خانواده را با میزان مشارکت زنان در ورزش مرتبط و تأثیرگذار ارزیابی کردند (نقدی و همکاران، ۱۳۹۰).

تجزیه و تحلیل‌های مبتنی بر جنسیت^۱ (SGB) دلایل زیادی را برای مشارکت کمتر زنان با بررسی چهار مفهوم اصلی مطرح می‌کند:

۱. جنس^۲ (ویژگی‌های بیولوژیکی متمایز از مردان، هورمون‌ها، نسبت چربی به عضله و ...)
۲. جنسیت^۳ (نقش‌های اجتماع‌ساخته، نگرش‌ها، روابط، رفتارها، قدرت نسبی)؛

1. Sex and Gender Based Analysis
 2. sex issue
 3. gender issue

۳. تنوع^۱ (گوناگونی در فرهنگ، قومیت، جنسیت، سن و توانایی که بر ارزش‌ها و باورها و رفتارها تأثیرگذار است)؛

۴. تساوی^۲ (وجود تفاوت ناعادلانه در داخل و بین جمعیت‌های مختلف که به تفاوت در وضعیت سلامت آنها منجر می‌شود) (عرب‌نرمی، ۱۳۹۵).

برخی از زنان ممکن است موانع فعالیت بدنی را به دلایل فرهنگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و محیط فیزیکی تجربه کنند. با توجه به گزارش افزایش نرخ چاقی در بسیاری از جوامع غربی، تبعیض وزن به منزله مسئله‌ای مهم از بی‌عدالتی‌های اجتماعی تلقی می‌شود که از تبعات آن می‌توان به کاهش فرصت در حوزه اشتغال، آموزش و روابط زناشویی اشاره کرد که تأثیر درخور توجهی بر فرصت‌های اقتصادی زندگی زنان دارد. این در حالی است که زمان زیادی از به رسمیت شناختن رابطه معکوس بین وزن و وضعیت اجتماعی اقتصادی زنان می‌گذرد (فیککان و روسلوم، ۲۰۱۲). در جامعه امروزی، تأکید فرهنگی اجتماعی بسیاری بر جذابیت و تناسب جسمانی وجود دارد. هنجارهای اجتماعی درباره زنان به نسبت بیشتری بر جذابیت جسمانی تأکید دارد. سلامتی و همچنین زیبایی، ابعاد جذاب و نوینی از ورزش هستند که در ذیل مفهوم پروژه مدیریت بدن قابل بررسی است. در چند دهه اخیر، تناسب اندام، معیار زیبایی زنان شده است. آنچه به لحاظ اجتماعی تصویری مطلوب از بدن تعریف می‌شود، بر لاغری اندام و تناسب جسمانی دلالت دارد (نقدی و همکاران، ۱۳۹۰). تناسب اندام در واقع معیاری از شهروندی خوب است. افراد به‌عنوان شهروندان خوب همیشه گوش به زنگ‌اند و حتی با هزینه‌های زیاد بر بدن خود نظارت دائم دارند. در این مسیر، وحشت از بدن، مطالبات روزافزون سرمایه‌داری مصرفی را حمایت می‌کند. این تفکر که اضافه وزن با فقر سلامت همراه است، به‌طور معمول در جامعه غرب شناخته شده است. پذیرش این ایده به تعصب و تبعیض نسبت به افرادی که اضافه وزن دارند منجر شده است. در نتیجه، اضافه وزن همچون عامل ننگ تأثیر منفی در زندگی خصوصی و اجتماعی افراد دارد. زنان این مسئله را در سطوح بالاتری از مردان تجربه می‌کنند (پاتل و هیور، ۲۰۰۹؛ فیککان و روسلوم، ۲۰۱۲). بنابراین، چاقی و اضافه وزن به منزله شرایطی نامطلوب در ارزیابی و قضاوت درباره بدن در نظر گرفته می‌شوند. اکنون این سؤال مطرح است که زنان شرایط اجتماعی و اقتصادی را عامل عدم حضور مداوم در فعالیت بدنی و اضافه وزن می‌دانند یا اینکه ریشه را در رفتارهای فردی خود می‌بینند. پاسخ به این سؤال حائز اهمیت است، زیرا در هریک از این حالات، کنش رفتاری متفاوتی ارائه می‌شود و احتمالاً بر تداوم رفتارهای ورزشی تأثیر خواهد گذاشت.

سومین نکته که نزدیکی بسیاری با نکته دوم دارد، این است که مسئولیت‌های زنان در نقش‌های چندگانه‌ای که بر عهده دارند ممکن است سلامت‌شان را به خطر بیندازد. در بسیاری از جوامع، زنان بار مضاعفی را تحمل می‌کنند، از آنان انتظار می‌رود که هم در بیرون از خانه برای کسب درآمد کار کنند و هم مسئول کارهای داخل خانه باشند و به نیازهای شوهر و فرزندان‌شان و گاه نیازهای خویشاوندان دیگر (مراقبت از والدین پیر خویش یا والدین همسرشان) نیز رسیدگی کنند. این امر می‌تواند احتمال ارتقاء آنها را در محیط کار تعدیل نموده و باعث فروپاشی عاطفی، دشواری‌های مالی و ضعف قوای جسمانی گردد. در ایران طبق گزارش مقدم‌تبریزی شاخص‌های اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی و اختلالات عملکردهای اجتماعی در میان زنان شاغل مشهود بود (مقدم‌تبریزی، ۱۳۸۵). حتی هنگامی که زنان به کارکردن در بیرون از خانه هم نپردازند، باز کارهای داخل خانه ممکن است دشوار و تمامی‌ناپذیر باشند. در سراسر جهان در بسیاری از خانه‌ها، زنان نخستین کسانی هستند که صبح از خواب برمی‌خیزند و آخرین کسانی هستند که شب به بستر می‌روند. چنین زنانی که خسته و کوفته از کارند، در وهله آخر، آن هم با شرایط خاصی، می‌توانند به نیازهای بهداشتی خود بیندیشند. در برخی از جوامع، زنان فقط موقعی می‌توانند به پزشک مراجعه کنند که شوهر یا پدر همراهشان باشد. در نتیجه ممکن است معالجه زنان به تأخیر افتد یا اصلاً برای معالجه اقدامی نشود (مجیدی، ۱۳۸۳).

تحقیقات انجام یافته در ایران نیز نشان می‌دهند که جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می‌برند، به طوری که در دسترسی به آموزش، اشتغال و خدمات بهداشتی_درمانی و بهره‌مندی از حقوق طبیعی خود از وضعیت یکسانی برخوردار نیستند و هر جا که این تفاوت بیشتر باشد، وضعیت کودکان آنان وخیم‌تر و به طبع خانواده‌هایشان محروم‌تر به نظر می‌آیند. محققان ایرانی به این نتیجه رسیده‌اند که سلامت زنان در ایران نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و همگام با زنان دیگر کشورها، کمبودهای بدنی، آسیب‌های فیزیولوژیکی، عارضه‌های پس از بارداری و زایمان و مرگ و میر مادران را تجربه می‌کنند. آمارهای منتشر شده از سوی مرکز امور مشارکت زنان نشان می‌دهد که حدود ۳۰ درصد از زنان بین ۱۵ تا ۴۹ ساله دچار کم‌خونی هستند، علاوه بر این، کمبود ید در زنان ایرانی دوبرابر مردان اعلام شده است که البته به این‌ها کمبود آهن، روی و ویتامین‌ها و به‌طور کلی سوءتغذیه را هم بایستی اضافه نمود. از دیگر مشکلات زنان ایرانی، «فقر حرکتی» ایشان است که در تمام مراحل رشدی دختران، از کودکی گرفته تا بلوغ و میانسالی دیده می‌شود. همچنین آمارهای منتشره راجع به اعتیاد، خودکشی، طلاق و بیماری‌های منتقله جنسی نیز حکایت از وضعیت نه چندان مطلوب دارند (دانشنامه فارسی عالم. آی آر، ۱۳۸۷؛ به نقل از ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷). به اعتقاد دوپال زنان در مقایسه با مردان از لحاظ سلامتی و بهداشت روانی از مشکلات بیشتری رنج می‌برند که این مشکلات را نمی‌توان صرفاً به عوامل بیولوژیکی ربط داد (محمدی، یاوریان، عارفی، ۱۳۹۰). در

پژوهشی که توسط اکبر ایلاتی و منصور ابونجمی در سال ۱۳۸۴ انجام شده است، مشخص شد که ۴۳/۸ درصد زنان به نحوی از نشانه های بدنی رنج می برند و ۴۷/۱ درصد مشکلاتی در عملکرد اجتماعی داشته و ۳۵/۳ درصد زنان مورد مطالعه علائم اضطراب و کم خوابی و ۱۷/۶ درصد آنها علائم افسردگی را گزارش کرده اند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه پژوهش مذکور حدود ۴۰ سال بوده است. درست است که میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری ها در میان آنان بیشتر است، و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعدتری دارند. «سازمان جهانی بهداشت» بر این عقیده است که این نوع تفاوت ها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است. اطلاعات آماری این سازمان نشان می دهد که سرعت ابتلاء به بیماری ایدز در زنان بیشتر از مردان است، هرچند که ویروس HIV عملاً بر هر دو جنس به یک میزان می تواند مؤثر باشد (محسنی تبریزی، ۱۳۷۶).

با توجه به چنین نکاتی، می توان نتیجه گرفت که گرچه مسائل و مشکلات بهداشتی در هر دو جنس دارای اهمیت می باشد لکن توجه به سلامت زنان و دختران از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که به ویژه دختران به لحاظ جنسیت خود و به تبع آن مسئولیت و ایفای نقش مورد انتظار جامعه دارای شرایط خاصی می باشند. دختران امروز، مادران فردا هستند و به واسطه این شرایط قادرند نقش کلیدی در وضعیت بهداشت و سلامت خود، خانواده و جامعه پیرامونشان ایفا نمایند (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷).

با وجود سیر فزاینده حضور بانوان در عرصه اجتماعی، هنوز حضور آنان در ورزش کمرنگ است. شایان ذکر است که این خود معلول علل مختلفی است که از هر کشور به کشور دیگر متفاوت است.

۲-۵ موانع پیش روی مشارکت بانوان در فعالیت های بدنی

پژوهش های سازمان یافته در مورد عوامل بازدارنده از مشارکت در فعالیت های اوقات فراغت، که از اوایل دهه ی ۱۹۸۰ آغاز شد (گودیل و ویت، ۱۹۸۹)، بیشتر، پژوهش هایی تجربی بود (استاکدیل، ۱۹۸۹)، که نتایج آن، اثر عوامل بازدارنده بر فعالیت های اوقات فراغت را به وضوح نشان نمی داد، اما در پایان دهه ۱۹۸۰، تلفیق این روش ها و روش های پژوهشی دهه ۱۹۹۰، باعث ایجاد نگرشی جدید در مطالعه ی عوامل بازدارنده اوقات فراغت شد. یکی از پژوهش هایی که در این راستا انجام گرفت و موجب شد تا گامی مؤثر در جهت طبقه بندی عوامل بازدارنده و شیوه ی تأثیر آنها بر مشارکت افراد در فعالیت های اوقات فراغت به وجود آید، به وسیله گروهی از پژوهشگرانی نظیر جکسون، کرافورد و گادبی (۱۹۹۳) و به صورت یک مدل سلسله مراتبی ارائه شد. در این مدل،

عوامل بازدارنده در یک سلسله‌مراتب از مراحل تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند و فرد نیز آنها را در یک سلسله‌مراتب با اولویت عوامل زیر، تجربه می‌کند (الکساندریس و کرول، ۱۹۹۷).

❖ عوامل بازدارنده فردی

❖ عوامل بازدارنده بین فردی

❖ عوامل بازدارنده ساختاری

ارائه‌کنندگان این مدل معتقدند «مشارکت، وابسته به عوامل بازدارنده است و در نتیجه‌ی غلبه بر این عوامل حاصل می‌شود، نه این‌که غیبت عوامل بازدارنده به معنای مشارکت باشد (گرچه این امر ممکن است برای بعضی افراد صحت داشته باشد). چنین غلبه‌ای احتمالاً شکل مشارکت را تغییر می‌دهد، ولی مانع از آن نمی‌شود» (جکسون، کرافورد و گادبی، ۱۹۹۳).

همان‌طور که در بالا گفته شد، مدل سلسله‌مراتبی اوقات فراغت به بررسی سه نوع از عوامل بازدارنده می‌پردازد که عبارت‌اند از: عوامل بازدارنده فردی، بین فردی، ساختاری.

۲-۵-۱ عوامل بازدارنده فردی

این عوامل که مربوط به حالات روانی فرد، نگرش‌ها و تصویرات فرد در مورد خود می‌باشد. عواملی مانند استرس، افسردگی، اضطراب و تمایلات مذهبی‌اند که با حالت‌های روانی فرد سروکار دارند و بر اولویت انتخاب فعالیت‌های اوقات فراغت تأثیر می‌گذارند، ولی در رابطه‌ی بین اولویت و مشارکت مداخله نمی‌کنند (کشکر و احسانی، ۱۳۸۶). جکسون (۲۰۰۰) در پژوهش‌های خود به رابطه بین طبقات عوامل بازدارنده و خصوصیات فردی مثل سن و درآمد پی برد و ادعا کرد این رابطه تمایل به ثابت ماندن و عدم تغییر دارد. آنچنان که او نتیجه می‌گیرد: فقدان مهارت و توانایی، کم‌ترین اهمیت را در تمام سنین دارد، ولی با افزایش سن، اهمیت آن به تدریج و به آهستگی رشد می‌کند. علاوه بر آن او ادعان می‌کند که اهمیت هزینه با افزایش سن کم می‌شود، ولی در ابتدا مهم‌ترین عامل بازدارنده فرد از مشارکت در فعالیت‌ها به شمار می‌رود. از دیگر نتایج بیان شده توسط او اهمیت عامل بازدارنده کیفیت و کمیت تأسیسات ورزشی است؛ که درجه اهمیت آنها با افزایش سن هیچ تغییری نمی‌کند. عامل زمان و تعهدات، به‌صورت یک منحنی U شکل وارونه است و همیشه اهمیتی زیاد به‌عنوان عامل بادارنده فرد از مشارکت در اوقات فراغت داشته است. یکی دیگر از عوامل فردی که مانع مشارکت زنان در فعالیت‌های اوقات فراغت می‌شود، نگرش خود زنان و فقدان اعتماد به‌نفس آنها است. کاهش اعتماد به‌نفس در

دختران جوان و افکار مزاحمی که در مورد شکل بدن و ظاهر خود دارند، در پژوهش‌های متعددی چون (شاو، ۱۹۹۱؛ هندرسون و کینگ، ۱۹۹۸) به‌عنوان عامل بازدارنده آنان از مشارکت در فعالیت‌ها معرفی شده‌اند.

از سال ۱۹۷۰ به بعد، در زمینه‌ی بررسی و شناخت عوامل بازدارنده‌ی فعالیت‌های ورزشی و تفریحی، تحقیقاتی در خارج از کشور انجام شد و پژوهش‌گران، طرح‌های تحقیقاتی زیادی ارائه دادند و به اجرا درآوردند که در همه‌ی آنها، موانع شخصی و اجتماعی موجود برای مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی و تفریح بررسی می‌شود (کای، ۲۰۰۶). در زمینه‌ی شناسایی عوامل بازدارنده‌ی مشارکت زنان در ورزش، تحقیقات متعددی در داخل و خارج انجام گرفته که برخی از آنها به شرح زیر است؛

یاوریان و نیک‌اختر (۱۳۸۹) با انجام پژوهشی تأثیر مثبت ۱۰ هفته (سه روز در هفته) تمرینات هوازی (به مدت نیم ساعت) را بر روی سلامت روان زنان ۴۵-۴۰ ساله شهر ارومیه نشان دادند. علاوه بر آن انجام فعالیت ورزشی به‌عنوان روش مؤثری در بهبود عملکرد اجتماعی، کاهش افسردگی و اضطراب و نشانه‌های بدنی و به‌طور کلی ارتقا سلامت روانی افراد توصیه شده است. در ادامه، کاوه (۱۳۹۰) در بررسی عوامل بازدارنده مؤثر بر میزان شرکت معلمان زن مقاطع سه‌گانه تحصیلی در فعالیت‌های ورزشی شهر مرند، نشان داد که رابطه منفی و معناداری بین عوامل بازدارنده و چهار خرده مقیاس روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی، مدیریتی و اماکن و تجهیزات از عوامل بازدارنده میزان مشارکت ورزشی بانوان معلم وجود دارد. از سوی دیگر از نظر نادریان و همکاران (۱۳۸۸) دو عامل مشکلات فردی و روانی را از عوامل عمده انگیزشی در موانع مشارکت ورزشی بانوان بیان کرده است. براون^۱ (۲۰۱۰)، معتقد است بعضی از زنان مسلمان، ورزش را امری مردانه می‌دانند و در آن مشارکت نمی‌کنند، اما دسته‌ای از زنان مسلمان که هم به مذهب خود و هم به جنبه کسب سلامت بدن در اسلام توجه دارند، بسیار جدی و علاقمند در ورزش شرکت می‌کنند. لوئیس و همکاران^۲ (۲۰۰۷) در پژوهشی که در دختران دانشگاهی و مادرانشان انجام شد، نشان داد که تصویر ذهنی زنان از خود و از نوع ظاهر بدنی خویش عامل بازدارنده‌ی از مشارکت در ورزش است. در پژوهشی که به‌وسیله صفانیا (۱۳۸۰) در رابطه با متغیر سن و شرکت در فعالیت‌های ورزشی تفریحی انجام گرفته است، مشخص شد که بسیاری از افراد ۲۵ ساله‌ی متأهل تمایل دارند در اوقات فراغت، به ورزش‌ها و فعالیت‌هایی که در دوران جوانی انجام می‌دادند بپردازند؛ ضمن اینکه شرط حضورشان، همراهی دوستان قدیمی با آنها است؛ بدین ترتیب، افزایش سن مانع ادامه فعالیت ورزشی آنها نشده است.

1. Brown

2. Lewis and et al.

پژوهشی که بر روی موانع مشارکت بانوان در فعالیت‌های ورزشی در ایران توسط سلامی، نوروزیان، میرفتاح، (۱۳۸۳) انجام شد، نشان داد که عدم مشارکت بانوان در فعالیت‌های ورزشی به دلیل عوامل روانی نظیر بی‌حوصلگی، اضطراب، افسردگی، بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی؛ عوامل جسمانی نظیر بیماری‌ها، معلولیت‌ها، چاقی؛ عوامل مربوط به به نگرش خانواده، وضعیت اقتصادی، شرایط فیزیولوژیک، عدم دسترسی به فضای مناسب؛ و عوامل اجتماعی و فرهنگی است. علاوه بر موارد ذکر شده، پژوهش‌های کرافورد و هاستون^۱ (۱۹۹۳)، نشان می‌دهند که مسئولیت زنان در منزل، بیش از ساعات کار ایشان در خارج از منزل، وقت آنها را می‌گیرد؛ به طوری که این زنان هیچ زمانی را برای خود و شرکت در فعالیت‌های مورد علاقه‌شان نمی‌یابند و این امر عامل بازدارنده بسیار مهمی برای عدم شرکت بانوان در فعالیت‌های اوقات فراغت است. مطالعات گویای این واقعیت است که عامل توجه به دیگران، با افزایش سن زنان اهمیت خود را از دست می‌دهد؛ یعنی با بزرگ شدن فرزندان و ترک منزل، زنان وقت بیشتری برای خود و مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت مورد علاقه‌ی خود می‌یابند (بیالسکس و میچنر، ۱۹۹۴). در پژوهش زیبلند و همکارانش^۲ (۱۹۹۸) مشخص شد که دو دلیل موانع درونی (نظیر نبود علاقه‌مندی، تنبلی، نبود وقت کافی) و موانع خارجی (نظیر نبود وسایل نقلیه، عدم توانایی برای پرداخت شهریه‌ی کلاس‌ها)، باعث می‌شود تا زنان در برنامه‌های ورزشی حفظ سلامتی و لاغری شرکت نکنند. نتایج این پژوهش نشان داد که افرادی که با موانع درونی مواجه‌اند در مقایسه با افرادی که با موانع خارجی مواجه‌اند، کمتر در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند. فردریک و شاو^۳ (۱۹۹۵) و لافرانس، زی‌ویان و مایرز^۴ (۲۰۰۰) در مطالعات خود بیان کردند، که تصور از شکل ظاهری بدن، سطح مهارت و ترس از مناسب نبودن برای فعالیتی معین، می‌تواند زنان را از مشارکت در فعالیت‌های مختلف بازدارد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که دوستان زنان در میزان مشارکت آنها در فعالیت‌های اوقات فراغت نقشی بسیار مهم دارند (گرین و هیرون، ۱۹۸۸)؛ علاوه بر این، در کار تحقیقاتی گرین، هیرون و وودوارد (۱۹۹۰، ۱۹۸۷) و کالپ^۵ (۱۹۹۸)، عدم تأیید اجتماعی، که می‌تواند از طرف دوستان، اعضای خانواده و یا افرادی که به نوعی می‌توانند دلایلی بر عدم تأیید آن فعالیت ارائه دهند و فرد را در انجام آن همراهی نکنند، می‌تواند در بازداشتن زنان از مشارکت در فعالیت‌ها عاملی مهم به حساب آید. کنترل‌های اجتماعی زندگی زنان به وسیله شوهرانی که فعالیت آنها را مورد تشویق و ترغیب قرار نمی‌دهند، یا به روش‌های مختلف، مشارکت زنان را برای شرکت در

1. Crawford and Huston

2. Ziebland and et al.

3. Frederick and. Shaw

4. Lafrance, Zivian, and Myers

5. Culp

فعالیت‌های مورد علاقه‌شان با دشواری و مشکل روبه‌رو می‌کنند، نیز از این نوع عوامل به‌شمار می‌آید. از طرفی، وایلی، شاو و هویتز^۱ (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که نظر دیگران در مورد مناسب بودن فعالیت‌ها می‌تواند بر مشارکت زنان در آن فعالیت تأثیر داشته باشد؛ به گونه‌ای که مثلاً زنان را از فعالیت در زمینه‌هایی نظیر بوکس، راگبی، فوتبال، هاکی روی یخ و کشتی، که به‌نظر دیگران فعالیت‌هایی مردانه است، منع کند. در انتها، نادریان، ذوالاکتاف و مشکل‌گشا (۱۳۸۸) در نگاهی متفاوت به بررسی رابطه موانع موجود در عدم مشارکت بانوان در فعالیت‌های ورزشی با عامل انگیزه (درونی، بیرونی و بی‌انگیزگی) را پرداخت. داده‌های به‌دست آمد از ۲۱۴ زن اصفهانی بالای ۱۸ سال نشان داد که مشکلات فردی - روانی و نداشتن دسترسی در تغییرات انگیزه بیرونی؛ نداشتن علاقه، ناآگاهی، مشکلات فردی و روانی در رابطه با انگیزه درونی در افراد برای عدم شرکت متمرثر بودند.

۲-۵-۲ عوامل بازدارنده بین فردی

این عوامل در رابطه با عدم وجود همراه و عدم وجود روابط اجتماعی مناسب فرد در محیط اجتماعی خود می‌باشد؛ در واقع این عوامل، حاصل کنش‌های بین‌فردی، یا رابطه بین خصوصیات فردی افراد است و بر مشارکت مشترک در فعالیت‌های اوقات فراغت خاص اثر می‌گذارد، و یا موانعی است که به‌عنوان نتیجه‌ی روابط و تعامل همسران پیش می‌آید (جکسون، ۲۰۰۵). این مورد به‌خوبی در پژوهش‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. براساس گزارش مرکز مطالعات، تحقیقات و سنجش برنامه صدا و سیما (۱۳۷۵)، زنان مجرد نسبت به زنان متأهل روزهای بیشتری در هفته و ساعات بیشتری در روز را به ورزش اختصاص می‌دهند. بر پایه بررسی‌های آنها عوامل فرهنگی-اجتماعی (۴۲ درصد)، عوامل اقتصادی و امکاناتی (۸۰ درصد) و عوامل اطلاعاتی-تبلیغاتی-مدیریتی (۱۹ درصد) مهمترین عوامل بازدارنده ورزش بانوان به‌حساب می‌آیند. علاوه بر آن، احسانی، هاردمن و کرول^۲ (۱۹۹۶)، در پژوهش خود مشخص کردند که زنان برای فعالیت‌های جسمانی، موانع بیشتری نسبت به مردان دارند. نتایج این پژوهش، علل حضور نیافتن زنان را در فعالیت‌های ورزشی، نداشتن یار کافی برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی، تعهدات خانوادگی، کمی اطلاعات، خجالتی بودن، کمبود وسایل نقلیه و ناتوانی جسمی بیان کرده است. اعلام عدم اطلاع‌رسانی کافی به‌عنوان عاملی بازدارنده، و این مسأله که در زنان با تحصیلات بالاتر، موانع کمتری به‌عنوان مشکل وجود دارد نیز از نتایج دیگر این پژوهش بود.

1. Wiley, Shaw, and Havitz
2. Ehsani, Hardman, and Carroll

از دیگر سو، میرغفوری، صیادی‌تورانلو و میرفخرالدینی (۱۳۸۸) با انجام پژوهش موردی در راستای شناسایی موانع مشارکت دانشجویان دختر دانشگاه یزد در فعالیت‌های بدنی به این نتیجه دست یافتند که موانع در پنج دسته: اجتماعی، فرهنگی، شخصی، خانوادگی و امکانات-اقتصادی قابل تقسیم‌بندی هستند. در موانع اجتماعی، عدم حمایت گروه‌های دوستان، مراکز آموزشی، رسانه‌های جمعی، توجه کمتر مسئولان به ورزش زنان و نبود الگوهای موفق ورزشی در قشر زنان، موجب شده است تا دختران دانشجوی این دانشگاه تمایل کمتری برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی داشته باشند. روزبهانی، کامکاری و میرزاپور (۱۳۹۳) در مقاله خود به بررسی و شناسایی عوامل مؤثر عدم مشارکت در فعالیت‌های ورزشی تفریحی در میان زنان سالمند استان البرز پرداختند. نتایج این پژوهش که از میان ۳۸۴ نفر از بانوان سالمند بالای ۵۰ سال به دست آمد نشان از آن بود که سه عامل اجتماعی، سلامتی و امکانات و تسهیلات از مهم‌ترین موانع برای این رده سنی به‌شمار می‌روند. او در ادامه بیان می‌کند که موانع اجتماعی بسیار گیج‌کننده به‌نظر می‌آیند، چون در نگاه اول این عوامل عادی به‌نظر می‌آیند ولی اثرات بسیار مهمی بر مشارکت می‌گذارند. بنابراین نگرش منفی یا خنثی جامعه در عدم مشارکت می‌تواند به دلیل وجود فرهنگ‌های دارای تبعیض جنسیتی، نبود یک الگوی ورزشی موفق و مشوق در جامعه و عدم حمایت رسانه‌های جمعی از ورزش با ایجاد احساس نگرانی و خجالت در فرد، ایجاد مزاحمت، ایجاد دلسردی باعث می‌شود تا فرد از شرکت در فعالیت‌های ورزشی صرف‌نظر کند. نادریان‌چهرمی و هاشمی (۱۳۸۸) در شهر اصفهان به شناسایی همین موانع بر روی جامعه کارمند همین شهر پرداخت. این پژوهش که با هدف شناسایی و رفع موانع مشارکت به‌منظور، بهبود خدمات سازمانی (از لحاظ اقتصادی و درآمدزایی)، بهبود سلامت و بهداشت، بهبود توان تولیدی جامعه انجام شده است به نتایجی مشابه با نتایج قبلی دست یافت. برطبق نتایج برآمده از این پژوهش عوامل فرهنگی اجتماعی، اقتصادی و نگرش خانوادگی در حالت کلی و عامل نداشتن وقت به‌خاطر مشغله‌های کاری، اولویت دادن کار به ورزش، عدم وجود مکان‌های ورزشی ایمن در محل کار و عدم توجه مسئولین به ورزش بانوان کارمند به‌طور خاص از مهم‌ترین موانع در میان آنان شناسایی شد.

در پژوهشی دیگر علی‌نقی انصاری (۱۳۸۷) در کار پژوهشی خود دست به بررسی و مقایسه موانع شرکت جوانان و سالمندان شهرستان شهرضا اصفهان در فعالیت‌های ورزشی تفریحی است. رده سنی جوانان این پژوهش ۲۵-۱۵ و سالمندان، افراد بالای ۵۰ سال این شهرستان بودند. نتایج به‌دست آمده از نمونه ۳۷۰ نفری نشان داد که در میان جوانان مهم‌ترین موانع شرکت در فعالیت ورزشی به‌ترتیب، امکانات و تسهیلات، عوامل اجتماعی و وضعیت اقتصادی بودند؛ ولی در سالمندان عوامل اجتماعی، امکانات و تسهیلات و آمادگی و سلامتی سه اولویت

اول مشاهده و گزارش شدند. ان کوانا^۱ (۲۰۱۰) در پژوهش خود در میان زنان هندی و سایر اقلیت‌های قومی مهاجر در استرالیا و مقایسه آنها با زنان استرالیایی در رابطه با میزان مشارکت آنان در فعالیت‌های بدنی و عوامل مؤثر بر میزان مشارکت پرداخته بودند، به این نکته دست یافتند که محرومیت‌های اجتماعی و فرهنگی فرصت شرکت در فعالیت‌های ورزشی و تفریحی را از آنها گرفته است. در این مقاله شدیداً به ترویج و تنوع فرهنگی و اجتماعی در ورزش توصیه شده و بیان شده است، این دلیل می‌تواند باعث تحریک علاقه و مشارکت زنان هندی و دیگر مهاجران خواهد شد.

۲-۵-۳ عوامل بازدارنده ساختاری

این عوامل که به‌عنوان عوامل مداخله‌گر بین اولویت اوقت فراغت و مشارکت عمل می‌کنند، در ارتباط با پول و امکانات، وقت و فرصت‌ها، مسئولیت‌ها، اشتغال و سلامتی فرد می‌باشند (جکسون، ۲۰۰۵). به این صورت که فلانگان^۲ (۲۰۰۸) به نقل از پوررنجبر و همکاران، (۱۳۹۵) اظهار می‌دارد که حدود یک سوم ورزشکاران دانشگاه را زنان تشکیل می‌دهند. با وجود این آنها کمتر از ۲۶ درصد بودجه ورزشی دانشگاه را به خود اختصاص می‌دهند. علاوه بر آن، مطالعات انجام شده نشان می‌دهد برخی از موانعی که بر شرکت زنان در فعالیت‌های ورزشی اثر می‌گذارد بیماری‌ها و عوارض حاصل از آن است. چرا که زنان از ساختار جسمانی ظریف‌تری برخوردارند و احتمال خطرات بیشتری را در مقابله با بی‌حرکی و کم‌کاری دارند (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه دیگری از فراهانی، حسینی و مرادی (۱۳۹۶) در جهت شناسایی و اولویت‌بندی موانع پیش‌روی ورزش بانوان در استان البرز به نتایج متفاوتی دست یافتند. این مطالعه که بر روی ۳۸۴ نفر از بانوان این استان انجام شده بود نشان داد که از بین عوامل بازدارنده تعریف شده در شش حوزه فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی، نیروی متخصص، نگرش خانواده، تجهیزات و امکانات و تبلیغات و رسانه‌ها، عامل اقتصادی و تجهیزات و امکانات مهم‌ترین دلیل عدم مشارکت بانوان در این استان می‌باشد. از دیگر نتایج به‌دست آمده از این پژوهش این بود که عامل مربوط به نگرش خانواده در اولویت آخر قرار دارد. میرغفوری، صیادی‌تورانلو و میرفخرالدینی (۱۳۸۸) با انجام پژوهش موردی در راستای شناسایی موانع مشارکت دانشجویان دختر دانشگاه یزد در فعالیت‌های بدنی در راستای موانع ساختاری به این نتیجه دست یافتند که موانع امکاناتی-اقتصادی از جمله موانع‌اند که تأثیر مثبتی بر کاهش سطح ورزش زنان دارند. در این بُعد عواملی چون کمبود وسایل نقلیه و حمل و نقل، عدم دسترسی به فضاها و سالن‌های مناسب ورزشی زنان، عدم سرمایه‌گذاری لازم در توسعه اماکن ورزشی زنان و .. مؤثر گزارش شدند. در

1. Nkoana
2. Flangan

دسته موانع شخصی، برخی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ورزش زنان در این مطالعه، کمبود وقت و زمان به‌علت مشغله زیاد کاری، کمبود علاقه، عدم خوداعتمادی و خود باوری زنان گزارش شد.

بنار، احمدی و کریمی (۱۳۹۲) در کاری متفاوت به بررسی مشکلات ورزش قهرمانی زنان در سطح استان گیلان پرداختند. نتایج این پژوهش که از نمونه‌ای شامل کلیه ورزشکاران زن فعال این استان در سطح ملی، بین‌المللی، لیگ برتر و مربیان، کارشناسان ورزش، نائب رئیس‌ان هیأت‌ها و داوران زن بدست آمد، نشان از اهمیت عامل اجتماعی و اقتصادی در میان آنها داشت. بنار و همکارانش از میان گویه‌های عامل مشکلات اجتماعی، حمایت‌های کم جامعه از ورزش قهرمانی، کم‌ارزش تلقی شدن موفقیت‌های بانوان، فقدان روان‌شناس جهت حل مسائل روانی ورزشکاران زن استان، محدود شدن توجه مسئولان استان به چند رشته خاص و عدم پوشش رسانه‌ای مناسب را از جمله مشکلات برشمردند. در ادامه عامل اقتصادی به‌عنوان دومین عامل اصلی عدم مشارکت گزارش شده است. عدم تحقق وعده‌های مالی و مبالغ‌قرداد به ورزشکاران، عدم تأمین مالی باننشستگان و مشکل خرید وسایل ورزشی، ضعف حمایت مالی بیمه از ورزشکاران مصدوم و عدم تأمین باننشستگان از گویه‌های عامل مشکلات اقتصادی بودند. رضانی‌نژاد، ملائی و خلیلی (۱۳۹۵) مشابه هم هدف را در میان ۱۵۰ نفر از ورزشکاران قهرمان قایقرانی ایران انجام دادند. آنها با بیان این نکته که ورزش قایقرانی یکی از پتانسیل‌های رسیدن به سکوه‌های افتخار در سطح ملی و بین‌المللی در میان بانوان است، شروع به شناسایی و بررسی مشکلات و موانع مشارکت در این رشته را کردند؛ و نهایتاً نتایج اعلام کردند هفت عامل از جمله مشکلات مدیریتی، شخصی، امکانات و حمایت شغلی، خانوادگی، فنی، اقتصادی و مشکلات اجتماعی-رسانه‌ای از جمله مهم‌ترین عوامل در این حیطه شناسایی شدند. از دیگر سو از دیدگاه شرکت‌کنندگان، مشکلات امکانات و حمایت شغلی، مشکلات مدیریتی و فنی به‌ترتیب در بالاترین رتبه قرار داشتند.

در جایی دیگر منظمی، علم و شتاب‌بوشهری (۱۳۹۰) پژوهشی در قالب شناسایی، تعیین و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر توسعه کمی و کیفی ورزش بانوان انجام داده و عوامل چهارگانه ساختاری و مدیریتی، مالی و امکاناتی، انسانی و تخصصی، فرهنگی و اجتماعی را شناسایی کردند. داده‌های این پژوهش که از میان مدیران زن تربیت بدنی و ورزش کشور (شامل معاونت امور بانوان در سازمان تربیت بدنی، رؤسای زن فدراسیون‌های ورزشی، نواب رئیس زن فدراسیون‌ها، معاونان توسعه ورزش بانوان در استان‌ها و رؤسای زن هیأت‌های ورزشی استان‌های سراسر کشور) به‌دست آمد نشان از آن داشت که از دیدگاه مدیران زن، از بین عوامل چهارگانه، عوامل مالی و امکاناتی در اولویت اول قرار دارد. این عوامل که منشأ آنها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با مسائل اقتصادی و مالی، همچنین تهیه و تأمین اماکن، تأسیسات، تسهیلات، تجهیزات و امکانات ارتباط دارد. مجموعه عوامل

انسانی و تخصصی از دیدگاه مدیران زن، در اولویت دوم توسعه ورزش بانوان قرار داشت. این عوامل که به قابلیت‌ها، توانایی‌ها، مهارت‌ها و تخصص‌ها و راهکارهای ارتقای آنها مرتبط‌اند. اولویت سوم در میان این مجموعه به عوامل ساختاری و مدیریتی می‌رسد. این عوامل که به نوعی با تشکیلات سازمانی، بروکراسی حاکم بر ادارات، سیستم مدیریتی حاکم، اختیارات، مسئولیت‌ها، وظایف قانونی و ارتباطات کاری و رسمی موجود مرتبط بودند. مجموعه عوامل فرهنگی اجتماعی در جایگاه چهارم و آخر این نظرسنجی قرار گرفتند. این عوامل که به سنت‌ها، باورها، عقاید و فرهنگ حاکم و همچنین نوع ارتباطات افراد جامعه و مسائل اجتماعی ارتباط دارد.

موتمنی، همتی و مرادی (۱۳۹۳) در پژوهشی دست به شناسایی موانع پیش روی بانوان استان سمنان در انجام فعالیت‌های ورزشی زدند و بعد از مشخص کردن آنها در چندین عامل، آنها را اولویت‌بندی کردند. براساس تحلیل سلسله‌مراتبی عدم توجه مسئولان به ورزش زنان، وجود فرهنگ مرد محوری، کمبود وقت و زمان، وضعیت اقتصادی و عدم سرمایه‌گذاری لازم برای توسعه اماکن ورزشی زنان از مهم‌ترین موانع در حیطه ساختاری و به‌طور کلی در میان ۵ دسته‌ای (موانع اجتماعی، موانع شخصی، موانع خانوادگی، موانع فرهنگی و موانع امکاناتی) که مشخص شده بود، می‌باشند.

نصیری (۱۳۸۶) در تحقیقی پیرامون توصیف علل عدم مشارکت ورزشی دختر دانشگاه بوعلی سینای همدان به نتایجی دست یافت که نشان داد، به ترتیب در حیطه اقتصادی: گرانی وسایل ورزشی، در حیطه فرهنگی و اجتماعی: نداشتن همراه در حین پرداخت به ورزش، در حیطه مدیریتی: عدم امکانات ورزشی در خوابگاه‌ها، در حیطه خانوادگی: ارجحیت دادن به مسائل درسی و در بخش مسائل متفرقه کمبود وقت و در کل پنج حیطه بررسی شده، مشکلات خانوادگی مهم‌ترین علت عدم مشارکت ورزشی دانشجویان دختر این دانشگاه عنوان شد. اشقلی (۱۳۸۸) در تحقیقی بر دانشجویان دختر دانشگاه آزاد ورامین به بررسی علل عدم مشارکت ورزشی دانشجویان پرداخت و به این نتیجه رسید که مهم‌ترین عامل عدم مشارکت ورزشی آن‌ها به ترتیب عبارتند از: سختگیری استادان و فشردگی درس، نامناسب بودن وقت فعالیت‌ها، فضاها و اماکن ورزشی، نداشتن وقت آزاد، دوری از مکان‌های ورزشی، عدم توجه مسئولین به ورزش، کمبود وسایل و امکانات ورزشی. در همین راستا صدارتی (۱۳۸۷) با انجام پژوهشی مشابه به نتایجی مشابه دست یافت. او اذعان کرد مهم‌ترین موانع مشارکت بانوان در فعالیت‌های بدنی عدم دسترسی به امکانات ورزشی، مناسب نبودن زمان برنامه‌های ورزشی مختص زنان، گرانی هزینه ثبت نام، نداشتن وقت و مخالفت خانواده بود. ضمناً این پژوهش نشان می‌دهد که افراد با سن بالای ۴۵ سال نسبت به جوان‌ترها، و نیز زنان متأهل نسبت به زنان مجرد، بیشتر در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند.

در ادامه تحقیقات ووگن (۲۰۰۹) تحقیقی را با هدف تعیین فاکتورهای مؤثر بر شرکت زنان میانسال و مسن آمریکای لاتین در فعالیت‌های ورزشی انجام داد. زنان شرکت‌کننده در این پژوهش شامل ۲۵۰ زن در دو گروه

سنی ۶۰-۴۰ ساله و ۸۱-۶۱ ساله بودند. چندین عامل که به عنوان موانع شرکت در فعالیت جسمانی آنها ذکر شد شامل: بیماری‌های جسمانی یا ناتوانی، درد، خستگی، فقدان انگیزگی، اضطراب، نگهداری از کودکان، کارهای روزمره، محدودیت‌های زمانی (انجام امور خارج از منزل) و شرایط نامساعد محیطی مثل آب و هوای گرم و بارانی بود.

پوررنجبر و همکارانش (۱۳۹۵) به بررسی مشکلات موجود بر سر راه مشارکت دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی پرداختند. اطلاعات این پژوهش که از میان ۳۱۰ نفر از این دانشجویان به دست آمد نشان از آن داشت که از اصلی‌ترین موانع در میان این جامعه، عامل مدیریتی و اماکن و تجهیزات ورزشی و تفریحی بود؛ به گفته این افراد مؤلفه‌های شخصی، روانشناختی، اجتماعی، مدیریتی، اقتصادی، اماکن و تجهیزات و میزان مشارکت در فعالیت‌های ورزشی به عنوان عوامل تسهیل‌کننده می‌باشند.

علاوه بر عوامل ذکر شده باید به عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر عدم مشارکت زنان در ورزش نیز اشاره کنیم؛ این عوامل بیشتر در حاکمیت ارزش‌های مردانه و بر ساخت‌های اجتماعی از توانمندی‌های زنان تمرکز دارد. مطالعه حاکمیت ارزش‌های مردانه در ورزش به دهه ۱۹۷۰ در آمریکا و اروپا برمی‌گردد؛ که با شکل‌گیری جامعه‌شناسی ورزش به عنوان شاخه جدیدی از این علم، در طی چند دهه‌ی اخیر سعی نموده است جنبه‌های گوناگون اجتماعی ورزش را در پرتو نظریه‌ها و تحت شرایط پژوهش‌های تجربی و اجتماعی تجزیه و تحلیل نماید و اساساً ماهیتی انتقادی دارد. این شاخه از جامعه‌شناسی مسائل و جریان‌های موجود در جهان ورزش را با دیده تردید می‌نگرد و در بسیاری از موارد باورهای عمومی را که در جهت مشروعیت دادن به ارزش‌ها و باورهای کلیشه‌ای ورزشی به کار می‌روند؛ به چالش می‌کشد (خان‌محمدی، ۱۳۹۶). زنان به عنوان نیمی از افراد جامعه با موانع بیشتری برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی مواجهند. این که زنان چه فعالیت‌های ورزشی را در اوقات فراغت انتخاب می‌کنند، نیاز به بررسی همه عواملی دارد که به صورت مثبت (انگیزش، مزایای پیش‌بینی شده) یا منفی (موانع) روی این انتخاب‌ها تأثیر می‌گذارد (ردیک و بورتون، ۱۹۹۷). نباید این حقیقت را انکار کرد که همه زنان فرصت‌های مساوی برای فعالیت فیزیکی ندارند. زنان با درآمد کم ممکن است منابع مورد نیاز برای پیوستن به برنامه‌های ورزشی را نداشته باشند و ممکن است به دلیل هزینه‌های حمل و نقل، امکان دسترسی به امکانات تفریحی را نداشته باشند. از آنجا که زنان بیشتر بر مشاغل کم‌درآمد و بی‌ثبات اشتغال دارند، امکان دسترسی به امکانات ورزشی در محل کار کمتر است (عرب‌نرمی، ۱۳۹۵). همچنین، محلات با درآمد بالا اغلب منابع محلی بیشتری برای امکانات تفریحی دارند و گزینه‌های بیشتری برای فعالیت بدنی زنان و دختران فراهم شده است (مکلود و همکاران، ۲۰۰۸). ایمنی محله عامل دیگری است که فعالیت فیزیکی دختران و زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیاز به استراتژی‌هایی برای اطمینان از دسترسی عادلانه به منابع وجود دارد (بوتلر و همکاران، ۲۰۰۷).

هدف، رسیدن به جامعه‌ای سالم در گرو سلامت زنان، مادران و دختران آن جامعه است. از این رو، بنابر اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آنان در توسعه همه‌جانبه کشور، اطلاع از وضعیت سلامت و بهداشت زنان و شناخت عوامل مؤثر بر آن می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب در جهت اصلاح وضعیت و پیشرفت زنان قرار گیرد. نتیجه بررسی‌های مشابه در کشورمان نیز مؤید این مدعاست. مشاهده تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامت زنان، تجارب، انتظارات و اولویت‌های گروه‌های مختلف زنان در استان‌های مختلف به معنی آن است که هنوز درباره آنچه پیشرفت آنان محسوب می‌شود، جای بحث و گفتگو است و از همه مهم‌تر پژوهش و تحقیق بیشتری مورد نیاز است. بنابراین بایستی تأکید نمود که تولید و انجام پژوهش‌های علمی و کارشناسانه در راستای شناسایی همه‌جانبه این حوزه و رفع مشکلات و عوامل ایجادکننده آن، از نیازهای اساسی کشور و جامعه ما محسوب می‌شود. امید است نتایج این پژوهش گامی رو به جلو در راستای شناسایی موانع در استان آذربایجان شرقی برداشته و برنامه‌ای مناسب جهت برطرف نمودن این موانع ارائه دهد.

جمع‌بندی

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است؛ با توجه به این که جسم و روان به‌طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و سلامت این دو مقوله، یکپارچگی و سلامت عمومی انسان را در برمی‌گیرد. فعالیت و تحرک جزء جدانشدنی زندگی بشر است که در هر دوره به شکلی خاص نمود پیدا می‌کند. زندگی ماشینی بشر امروزه موجبات دوری او از فعالیت را فراهم ساخته و این فقر حرکتی، نشاط و شادابی را از جسم او دور و به جای آن عامل خطرآفرین چاقی و بیماری‌های مرتبط با آن را جایگزین کرده است (حجتی و علیپور، ۱۳۹۳)؛ از طرفی، طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی است؛ به‌گونه‌ای که بیماری‌های غیرواگیر همچون بیماری‌های روانی حاصل از اضطراب و فشارهای زندگی روزمره به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار گردیده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). با توجه به پیشینه مطرح شده پژوهش‌های انجام شده، نیاز بانوان به ورزش و فعالیت بدنی محرز و اجتناب‌ناپذیر است. از آنجایی که زنان یکی از گروه‌های حساس بهداشتی بوده و سلامت آنان سلامت خانواده و متعاقباً جامعه را تضمین می‌کند، پرداختن به مسائل سلامت زنان نقش به‌سزایی را در سلامت عمومی ایفا می‌کند. مشکلاتی در این زمینه در جمعیت مذکور می‌تواند موجب از بین رفتن نیروی علمی و اقتصادی قشر جوان و فعال جامعه گردد (یوسفی، براتعلی و عرفان، ۱۳۸۹). در این راستا ورزش زنان، امروزه به‌عنوان یکی از موضوعات اساسی در حیطه ورزش مطرح است. عدم وجود برابری جنسیتی

در فراهم‌سازی تسهیلات منجر به کاهش شانس شرکت در ورزش و آسیب‌های جدی جسمانی می‌شود (روزبهنانی و همکاران، ۱۳۹۳). عدم تحرک جسمانی زنان یعنی محروم شدن بخش مهم جامعه از سلامتی بهداشتی جسمانی، روانی، شادابی و کارایی لازم که بی‌شک لطمه‌های جبران‌ناپذیری برای کل جامعه خواهد داشت. شاخص مشارکت بانوان عامل قابل تأملی در اندازه‌گیری توسعه یک کشور می‌باشد که خود نشان‌دهنده اهمیت موضوع می‌باشد؛ اما با درنظر گرفتن همه این حقایق مشکلات فراوانی بر سر راه فعالیت‌های ورزشی-تفریحی در سطح همگانی وجود دارد که باعث می‌شود این قشر، نتوانند در این‌گونه فعالیت‌ها شرکت کنند و رفته‌رفته سلامتی و نشاط زندگی خود را از دست بدهند. با شناسایی مشکلات عدم مشارکت بانوان در فعالیت‌های ورزشی-تفریحی، سعی در برطرف نمودن موانع موجود یا به حداقل رساندن آن با هدف جلوگیری از بیماری‌ها، خطرات عدم مشارکت از یک سو و افزایش انگیزه برای فعالیت از سوی دیگر در جهت حضور هرچه بیشتر زنان در عرصه ورزش را داریم.

فصل سوم

روش‌شناسی تحقیق

۳-۱ مقدمه

روش تحقیق بخش مهم و اصلی پژوهش است و انتخاب صحیح و مناسب فرآیند انجام به طور خاص به دقت پژوهش منجر می‌شود. در این بخش محقق در نظر دارد روش تحقیق، جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری، روش گردآوری اطلاعات، ابزار جمع‌آوری اطلاعات و روش‌های به کار رفته برای تحلیل‌های آماری در فرآیند اجرای پژوهش را معرفی و تبیین نماید.

۳-۲ طرح پژوهش

در این پژوهش محقق بر آن است تا سلامت جسمی، روانی، میزان فعالیت بدنی و مشکلات پیش روی ورزش زنان استان آذربایجان شرقی است را در سال ۱۳۹۸ را بررسی نماید. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی بوده و به لحاظ روش از نوع توصیفی - پیمایشی بود که به صورت میدانی انجام شد.

۳-۳ جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۶۴ سال استان آذربایجان شرقی می‌باشد بر اساس سرشماری استانداری در سال ۱۳۹۵، تعداد زنان این استان شامل ۱۹۲۰۲۵۲ نفر می‌باشد. در بررسی ساختار جمعیت شناختی استان مشاهده می‌گردد، ۵۵/۸۷ درصد از جمعیت کل استان را میانسالان (۲۵-۶۴ سال) تشکیل می‌دهند، از کل تعداد جمعیت استان در سال ۱۳۹۵، ۷۲ درصد در مناطق شهری و ۲۸ درصد در مناطق روستایی ساکن بوده‌اند که شهرستان تبریز و روستاهایش با ۴۵ درصد از کل جمعیت، بیشترین تعداد افراد ساکن را به خود اختصاص داده است. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و از تعداد کل آزمودنی‌های استان آذربایجان شرقی با توجه به توزیع جغرافیایی به ۵ منطقه مرکزی، شمال غرب، شمال شرق، جنوب غرب و جنوب شرق تقسیم و تعداد ۳۸۴ نفر با کمک فرمول کوکران تعیین گردید.

۳-۴ روش گردآوری پژوهش

پس از انتخاب مناطق برای جمع‌آوری داده‌ها با توجه به توزیع جغرافیایی به ۵ منطقه مرکزی (شهر تبریز)، شمال غرب، شمال شرق، جنوب غرب و جنوب شرق تقسیم و تعداد ۳۸۴ نفر با کمک فرمول کوکران تعیین گردید. سپس پرسشنامه‌های مورد نظر برای مناطق انتخابی (شهر تبریز و روستاهایش، شهرستان‌ها و روستاهای چهار منطقه دیگر) با توجه به جمعیت مناطق پخش گردید و توضیحات لازم به تمامی شرکت‌کنندگان تحقیق داده شد و برای بی‌سوادها نیز توضیحات داده شده و پرسشنامه مورد نظر را برطبق گفته آن‌ها پر گردید.

۳-۵ ابزارهای سنجش پژوهش

۳-۵-۱ ابزار سنجش برای سلامت جسمانی و روانی

پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن SF-36 فرم کوتاه: این پرسشنامه خود گزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲۹) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این، SF-36 دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه فیزیکی (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است.

روش نمره گذاری و شیوه تفسیر نمرات: شیوه نمره گذاری هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است:

در سوالات ۱ و ۲ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز خواهد گرفت.

در سوالات ۳ تا ۱۲ برطبق جدول زیر:

گزینه	مشکل دارم	کمی مشکل دارم	اصلاً مشکل ندارم
گزینه امتیاز	۱	۲	۳

در سوالات ۱۳ تا ۱۹: گزینه بلی صفر امتیاز و گزینه خیر ۱ امتیاز

در سوالات ۲۰ تا ۲۲ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز خواهد گرفت.

در سوالات ۲۳ تا ۳۱:

هیچ وقت	مقدار کمی از اوقات	گاهی اوقات	مقدار زیادی از اوقات	بیشتر اوقات	همه اوقات	گزینه‌ها
۱	۲	۳	۴	۵	۶	امتیاز

در سوال ۳۲ گزینه اول ۱ امتیاز و گزینه پنجم ۵ امتیاز خواهد گرفت.

در سوالات ۳۳ تا ۳۶:

گزینه‌ها	کاملاً درست	بیشتر درست	نمی‌دانم	بیشتر نادرست	کاملاً نادرست
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵؛ اصغری و فاقهی، ۲۰۰۳) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب باز آزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک نماید (اصغری و فاقهی، ۲۰۰۳).

۳-۵-۲ ابزار سنجش میزان فعالیت بدنی

پرسشنامه فعالیت بدنی بک و همکاران (۱۹۸۲)، جهت سنجش فعالیت بدنی افراد معمولی است. بک و همکاران پرسشنامه‌ای ۱۶ سؤال برای ارزیابی سطح فعالیت‌های بدنی افراد در ۳ شاخص زیر طراحی کردند:

فعالیت‌های کاری

فعالیت‌های ورزشی

فعالیت‌های اوقات فراغت

این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال بوده و طیف پاسخگویی آن بدین صورت است:

شدت کم: کار اداری، رانندگی، مغازه‌داری، تدریس، تحصیل، خانه داری، پزشکی واز این قبیل؛

شدت متوسط: کار در کارخانه، لوله کشی، نجاری، کشاورزی و از این قبیل؛

شدت زیاد: کار در اسکله، کار ساختمانی، ورزش حرفه‌ای و از این قبیل؛

شدت کم: بیلبارد، بولینگ، گلف و از این قبیل؛

شدت متوسط: بدمینتون، دوچرخه سواری، شنا، پینگ پنگ و از این قبیل؛

شدت زیاد: بوکس، بسکتبال، فوتبال، قایقرانی و از این قبیل؛

سوالات فعالیت‌های کاری شامل سوالات شماره ۱ تا ۸ پرسشنامه می‌باشد و سوالات فعالیت‌های ورزشی شامل سوالات شماره ۹ تا ۱۲ پرسشنامه می‌باشد و همچنین سوالات فعالیت‌های اوقات فراغت نیز شامل سوالات شماره ۱۳ تا ۱۶ می‌باشد.

فعالیت بدنی کل نیز مجموع این سه شاخص (شاخص کار، شاخص ورزش و شاخص اوقات فراغت) می‌باشد.

روایی این آزمون (۰/۷۴) گزارش شده است و پایایی آزمون از روش آزمون مجدد (۰/۷۳) گزارش شده است (شمسی پور دهکردی، ۱۳۹۶).

۳-۶ پرسشنامه مشکلات پیش روی ورزش زنان

پرسشنامه عوامل بازدارنده از مشارکت در فعالیت‌های ورزشی کشکر (۱۳۸۶)، جهت ارزیابی عوامل بازدارنده معلمان از مشارکت در فعالیت‌های ورزشی و تحقیقی است. این پرسشنامه محقق ساخته در پایان‌نامه دکتری تربیت بدنی گرایش مدیریت و برنامه‌ریزی ورزش در دانشگاه تربیت مدرس تهران استفاده شده است.

۳-۷ روش نمره‌گذاری و شیوه تفسیر نمرات

این پرسشنامه از سه عامل که هر کدام سوالات جداگانه‌ای دارند تشکیل شده است که در زیر به آن اشاره شده است.

عوامل بازدارنده فردی: سوال‌های ۱-۵ مربوط به حالات روانی فرد، سوال‌های ۶-۱۰ مربوط به نگرش‌ها و تصویرات فرد

عوامل بازدارنده بین فردی: سوال‌های ۱-۵ مربوط به عدم وجود همراه، سوال‌های ۶-۹ مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد

عوامل بازدارنده ساختاری: سوال‌های ۶، ۵، ۳، ۲، ۱ و ۲۰ مربوط به پول و امکانات، سوال‌های ۱۶، ۲۴، ۱۵، ۸، ۷ مربوط به وقت و فرصت‌ها، سوال‌های ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۱۸، ۱۷، ۱۴، ۴ و ۲۳ مربوط به مسئولیت‌ها، سوال‌های ۹ و ۱۰ مربوط به اشتغال، سوال‌های ۱۳، ۱۲، ۱۱ و ۲۵ مربوط به سلامتی.

۳-۸ روایی و پایایی

برای بررسی روایی محتوایی سوالات ابزار، از ۱۰ نفر اساتید متخصص رشته مدیریت و برنامه‌ریزی در تربیت بدنی در دانشگاه تربیت مدرس خواسته شده است تا بر اساس مدل گرافورد، سوالات را مورد بررسی قرار دهند. با توجه به نظر متخصصان، تعدادی از عوامل شناخته شده به دلیل شباهت با عوامل قبلی حذف و یا در طبقات مربوط قرار گرفته و در نهایت پرسشنامه‌ای که با روش لیکرت و با ارزش عددی ۱ تا ۵ برای پاسخ هر سوال امتیاز بندی شده بود، تهیه گردیده است. برای تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه تهیه شده که از دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان تهیه گردید و نتایج پایایی پرسشنامه تحقیق از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ اعلام شده است، نتایج آلفای کرونباخ عامل باز دارنده فردی ۰/۸۱، بازدارنده بین فردی ۰/۸۱ و بازدارنده ساختاری ۰/۸۹ می‌باشد (شمسی پور دهکردی، ۱۳۹۶).

۳-۹ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی به عمل آمد. در بخش آمار استنباطی، از مقدار چولگی و کشیدگی متغیرها از لحاظ کجی، برای مشخص کردن نرمال بودن جامعه استفاده شد. و در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون رگرسیون به روش اینتر برای بدست آوردن معادله رگرسیونی و تحلیل واریانس برای مقایسه شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها در نرم-افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ محاسبه شد.

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش

۱-۴ مقدمه

روش تحقیق بخش مهم و اصلی هر پژوهش است و انتخاب صحیح و مناسب فرایند انجام به طور خاص به دقت پژوهش منجر می شود. در این پژوهش محقق در نظر دارد روش تحقیق، جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری، روش های گردآوری اطلاعات، ابزار جمع آوری اطلاعات و روش های به کار رفته برای تحلیل های آماری در فرایند اجرای پژوهش را معرفی و تبیین نماید.

۲-۴ یافته ها

تحقیق حاضر به منظور پایش سلامت جسمی، روانی، میزان فعالیت بدنی و مشکلات پیش روی ورزش زنان استان آذربایجان شرقی، در دامنه سنی ۲۴-۶۴ در سال ۱۳۹۸ می باشد. در این فصل، با توجه به اطلاعات به دست آمده به بررسی و آزمون فرضیه ها پرداخته شد. ابتدا به کمک آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد محاسبه گردید و در ادامه، به منظور تحلیل اطلاعات به دست آمده در قسمت آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری رگرسیون به روش اینتر برای بدست آوردن معادله رگرسیونی و تحلیل واریانس برای مقایسه شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳-۴ آمار توصیفی

اطلاعات مربوط به آمار توصیفی تحقیق حاضر، در جدول ۱-۴ میانگین و انحراف استاندارد متغیرها نشان داده شده است.

جدول ۴-۱ میانگین و انحراف معیار متغیرها

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی و روانی	۳۸۴	۷۸/۳۷	۱۴/۷۹
سلامت جسمانی	۳۸۴	۳۰/۸۴	۵/۱۸
سلامت روانی	۳۸۴	۳۲/۱۷	۴/۹۳
مشکلات پیش روی	۳۸۴	۱۴۴/۸۵	۲۹/۷۸
موانع فردی	۳۸۴	۲۶/۷۶	۱۱/۰۴
موانع بین فردی	۳۸۴	۳۰/۷۱	۱۱/۵۱
موانع ساختاری	۳۸۴	۸۹/۴۹	۲۵/۵۲
موانع فردی روانی	۳۸۴	۱۰/۰۹	۳/۶۹
موانع فردی نگرش	۳۸۴	۱۶/۷۶	۹/۴
موانع بین فردی عدم وجود همراه	۳۸۴	۱۴/۳۹	۴/۹۵
موانع بین فردی عدم وجود رابطه اجتماعی	۳۸۴	۱۵/۷۳	۶/۰۱
موانع ساختاری پول و امکانات	۳۸۴	۲۱/۰۱	۶/۷
موانع ساختاری وقت و فرصت	۳۸۴	۲۱/۳۵	۳/۹۴
موانع ساختاری مسئولیت	۳۸۴	۳۵/۴	۶/۳
موانع ساختاری اشتغال	۳۸۴	۴/۸۹	۲/۳۵
موانع ساختاری سلامتی	۳۸۴	۸/۰۷	۴/۳۲
میزان فعالیت بدنی	۳۸۴	۷/۶۳	۱/۷۹
میزان فعالیت بدنی (شاخص کار)	۳۸۴	۲/۵۹	۱/۰۱
میزان فعالیت بدنی (شاخص ورزش)	۳۸۴	۳/۱۶	۱/۳۱
میزان فعالیت بدنی (شاخص اوقات فراغت)	۳۸۴	۱/۸۶	۰/۳۸

۴-۴ آمار استنباطی

ابتدا به بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آماره چولگی و کشیدگی متغیرها، پرداختیم. و نتایج آزمون در جدول ۲-۴ ارائه شده است.

جدول ۲-۴ نتایج مقدار چولگی و کشیدگی برای نشان دادن توزیع نرمال متغیرها

کشیدگی		چولگی		تعداد	متغیرها
خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	آماره		
۰/۲۴	-۱/۱۶	۰/۱۲	۰/۱	۳۸۴	سلامت جسمانی و روانی
۰/۲۴	-۰/۳۳	۰/۱۲	-۰/۴۴	۳۸۴	سلامت جسمانی
۰/۲۴	-۰/۹۸	۰/۱۲	۰/۱۱	۳۸۴	سلامت روانی
۰/۲۴	۰/۶۷	۰/۱۲	-۰/۰۸	۴۸۳	مشکلات پیش روی
۰/۲۴	-۱/۳۷	۰/۱۲	۰/۰۷	۳۸۴	موانع فردی
۰/۲۴	-۱/۳۲	۰/۱۲	-۰/۵۵	۳۸۴	موانع بین فردی
۰/۲۴	-۱/۲۶	۰/۱۲	-۰/۲۶	۳۸۴	موانع ساختاری
۰/۲۴	۱/۴۱	۰/۱۲	۱/۳۸	۴۸۳	موانع فردی روانی
۰/۲۴	-۱/۳۸	۰/۱۲	۰/۰۸	۳۸۴	موانع فردی نگرش
۰/۲۴	-۱/۳۴	۰/۱۲	-۰/۲۴	۳۸۴	موانع بین فردی عدم وجود همراه
۰/۲۴	-۰/۹	۰/۱۲	-۰/۴	۳۸۴	موانع بین فردی عدم وجود رابطه اجتماعی
۰/۲۴	-۰/۸۲	۰/۱۲	-۰/۵	۳۸۴	موانع ساختاری پول و امکانات
۰/۲۴	۱/۲۸	۰/۱۲	-۱/۵	۴۸۳	موانع ساختاری وقت و فرصت
۰/۲۴	۱/۲۱	۰/۱۲	-۱/۳۲	۳۸۴	موانع ساختاری مسئولیت
۰/۲۴	۱/۱۸	۰/۱۲	۱/۲۷	۳۸۴	موانع ساختاری اشتغال

۰/۲۴	-۰/۹۳	۰/۱۲	۰/۶۴	۳۸۴	موانع ساختاری سلامتی
۰/۲۴	-۰/۸۱	۰/۱۲	-۰/۲۹	۳۸۴	میزان فعالیت بدنی
۰/۲۴	-۰/۳۱	۰/۱۲	۰/۹	۳۸۴	میزان فعالیت بدنی (شاخص کار)
۰/۲۴	-۰/۳۹	۰/۱۲	۰/۰۵	۳۸۴	میزان فعالیت بدنی (شاخص ورزش)
۰/۲۴	-۰/۱۸	۰/۱۲	-۰/۸۷	۳۸۴	میزان فعالیت بدنی (شاخص اوقات فراغت)

با توجه به جدول ۴-۲ مقدار چولگی و کشیدگی مشاهده شده برای تمامی متغیرها در بازه (۲و۲-) قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیرها نرمال بوده و توزیع آن‌ها متقارن است. و اعداد جدول بالا نشان می‌دهد که توزیع متغیرها از کشیدگی و چولگی نرمال برخوردار است.

۴-۵ بررسی فرضیه‌های پژوهش

❖ فرضیه اول: میزان فعالیت بدنی، سلامت جسمی و روانی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

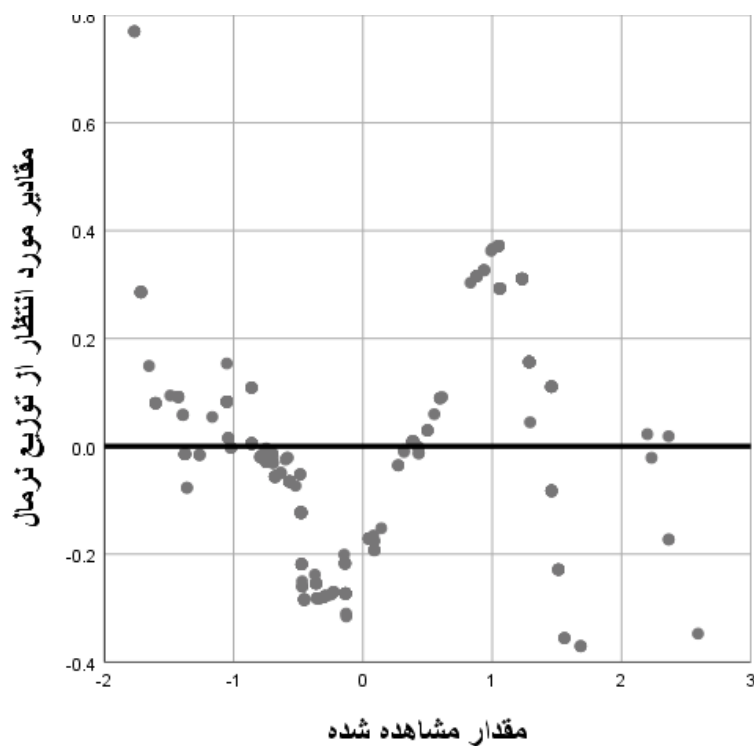
برای بررسی این فرضیه با استفاده از روش آماری رگرسیون به شیوه اینتر مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا پیش‌فرض‌های آماری این آزمون بررسی شد که خلاصه‌ای از آن در زیر ارائه شده است.

پیش‌فرض اول: فرض نرمال بودن باقی مانده‌ها

مقدار چولگی و کشیدگی نشان داد توزیع داده‌ها دارای توزیع نرمال است.

پیش‌فرض دوم: فرض تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۴-۱ مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها تصادفی بودن باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم (Normal Q-Q Plot).

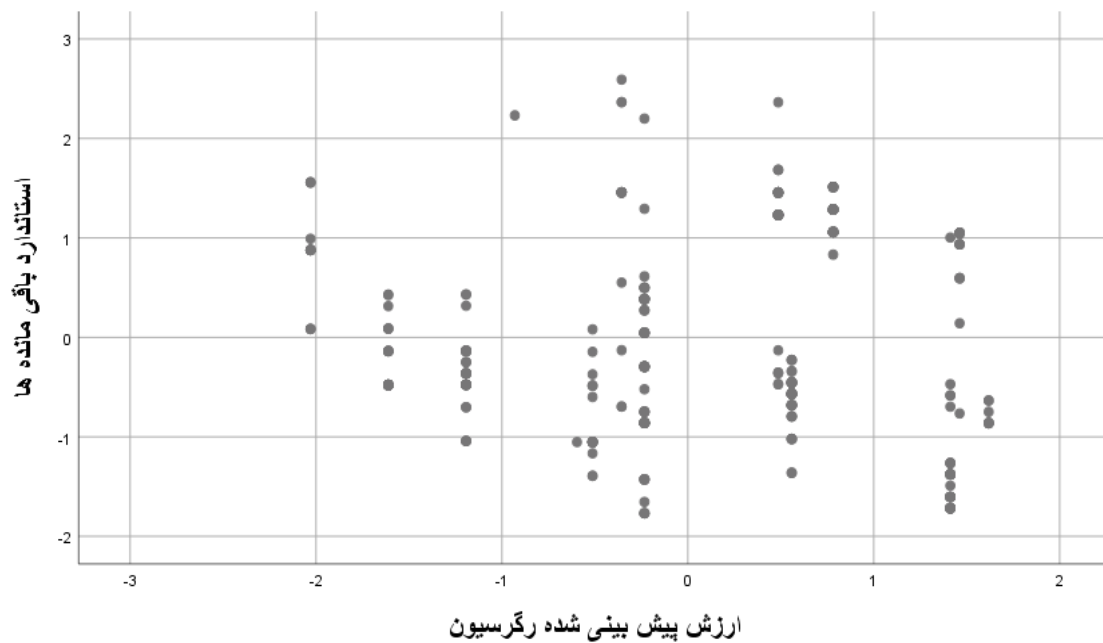


نمودار ۱-۴ تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با توجه به نمودار ۱-۴ با وجود داشتن شکل تقریباً سینوسی ولی به علت زیاد بودن حجم نمونه‌ها می‌توان بیان کرد که مقادیر به صورت تصادفی می‌باشند.

پیش‌فرض سوم: فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۲-۴ مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم.



نمودار ۲-۴ فرض ثابت بودن واریانس

با توجه به نمودار ۲-۴ می‌توان بیان کرد که واریانس باقی مانده‌ها از تجانس برخوردار است.

بعد از رعایت کردن مفروضات آزمون از آزمون رگرسیون به روش اینتر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. برای گام اول از محاسبه همبستگی استفاده می‌شود تا مشاهده گردد که آیا متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه دارد یا خیر؟ نتایج آن را در جدول شماره ۳-۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۳-۴ نتایج رابطه میزان فعالیت بدنی و میزان سلامت جسمانی و روانی

سلامت روانی		سلامت جسمی		سلامت جسمانی و روانی		
معناداری	ضریب همبستگی	معناداری	ضریب همبستگی	معناداری	ضریب همبستگی	متغیر
۰/۰۰۱	۰/۷۷**	۰/۰۰۱	۰/۶۶**	۰/۰۰۱	۰/۸۰**	میزان فعالیت بدنی

همانطور که در جدول شماره ۳-۴ نشان داده شده است متغیرها باهم رابطه معنی داری دارند یعنی با افزایش میزان فعالیت بدنی سلامت جسمانی و روانی نیز افزایش می‌یابد. و با بررسی سلامت جسمانی و سلامت روانی به صورت جداگانه نیز مشاهده می‌کنیم که با افزایش میزان فعالیت بدنی سلامت جسمانی و سلامت روانی به صورت جداگانه نیز افزایش می‌یابد.

در گام بعدی خلاصه مدل بررسی می‌شود که در جدول بررسی مجذور R یا ضریب تعیین می‌باشد. این عدد نشان دهنده میزانی از مقدار واریانس در متغیر ملاک (سلامت جسمانی و روانی) است، که توسط متغیر پیش‌بین (میزان فعالیت بدنی) تبیین می‌شود. نتایج آن را در جدول ۴-۴ می‌توان مشاهده کرد.

جدول ۴-۴ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان سلامت جسمانی و روانی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	خطای معیار تخمین
سلامت جسمانی و روانی	۰/۸۰	۰/۶۴	۰/۶۴	۸/۸۲

با توجه به میزان ضریب تعیین می‌توان بیان کرد که میزان فعالیت بدنی ۶۴ درصد از میزان سلامت جسمانی و روانی زنان استان آذربایجان شرقی را تبیین می‌کند. برای تشخیص مناسب بودن مدل از جدول شماره ۴-۴ آنالیز واریانس استفاده شده است.

جدول ۴-۵ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه مربوط به متغیر پیش‌بین

سطح معناداری	آماره F	میانگین مجزورات	درجات آزادی	مجموع مجزورات	مدل
۰/۰۰۱	۶۹۴/۸۹	۵۴۰۸۴/۴۲	۱	۵۴۰۸۴/۴۲	رگرسیون سلامت
		۷۷/۸۳	۳۸۲	۲۹۷۳۱/۷۱	تعیین جسمانی و روانی
			۳۸۳	۸۳۸۱۵/۷۴	کل

با توجه به مقدار معنی‌داری جدول می‌توان بیان کرد که میزان فعالیت بدنی به‌خوبی تغییرات میزان سلامت جسمانی و روانی را تبیین می‌کند و می‌توان گفت مدل معنادار می‌باشد. سپس استخراج ضرایب رگرسیونی و معادله رگرسیونی صورت گرفت که نتایج آن را می‌توان در جدول شماره ۴-۶ مشاهده کرد.

جدول ۴-۶ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک

سطح معناداری	t	ضریب بتای استاندارد شده	خطای استاندارد	ضریب بتای غیر استاندارد	مدل
۰/۰۰۱	۱۴/۰۶	---	۱/۹۷	۲۷/۷۴	مقدار ثابت سلامت
۰/۰۰۱	۲۶/۳۶	۰/۸۰	۰/۲۵	۶/۶۲	میزان فعالیت بدنی جسمانی و روانی

با بررسی نتایج مقادیر استاندارد شده بتا می‌توان بیان کرد که اگر انحراف استاندارد در متغیر پیش‌بین یک واحد تغییر نماید، انحراف استاندارد متغیر ملاک چه اندازه تغییر خواهد کرد. به عنوان مثال اگر انحراف استاندارد میزان فعالیت بدنی را یک واحد افزایش دهیم انحراف استاندارد میزان سلامت جسمانی و روانی ۰/۸۰ واحد افزایش

می‌یابد. طبق جدول شماره ۴-۵، تابع رگرسیون میزان سلامت جسمانی و روانی بر حسب میزان فعالیت بدنی زنان استان آذربایجان شرقی به شرح زیر می‌باشد:

$$Y = 27/74 + 6/62X$$

X: میزان فعالیت بدنی

Y: میزان سلامت جسمانی و روانی

کافی است برای X مقدار قرار دهید تا بتوانید سطح Y را برآورد کنید و بهتر است حدود مقدار X را در محدوده‌ای تغییر دهید که داده‌ها حضور دارند یعنی X را مقداری در نظر بگیرید که در جدول اطلاعاتی وجود داشته باشد. معنادار بودن، تفسیر تابع رگرسیون آمده بدین صورت است که سهم میزان فعالیت بدنی در پیش‌بینی میزان سلامت جسمانی و روانی ۶/۶۲ می‌باشد.

❖ فرضیه دوم: مشکلات پیش روی ورزش زنان، سلامت جسمی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

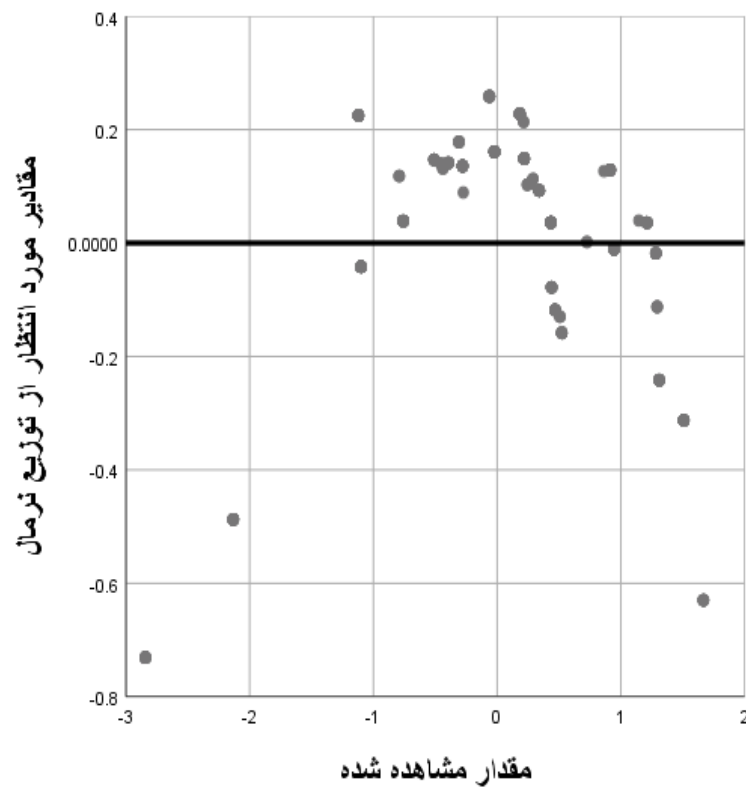
برای بررسی این فرضیه با استفاده از روش آماری رگرسیون به شیوه اینتر مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض‌های آماری این آزمون بررسی شد که خلاصه‌ای از آن در زیر ارائه شده است.

پیش فرض اول: فرض نرمال بودن باقی مانده‌ها

مقدار چولگی و کشیدگی نشان داد توزیع داده‌ها دارای توزیع نرمال است.

پیش فرض دوم: فرض تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۳-۴ مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها تصادفی بودن باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم.

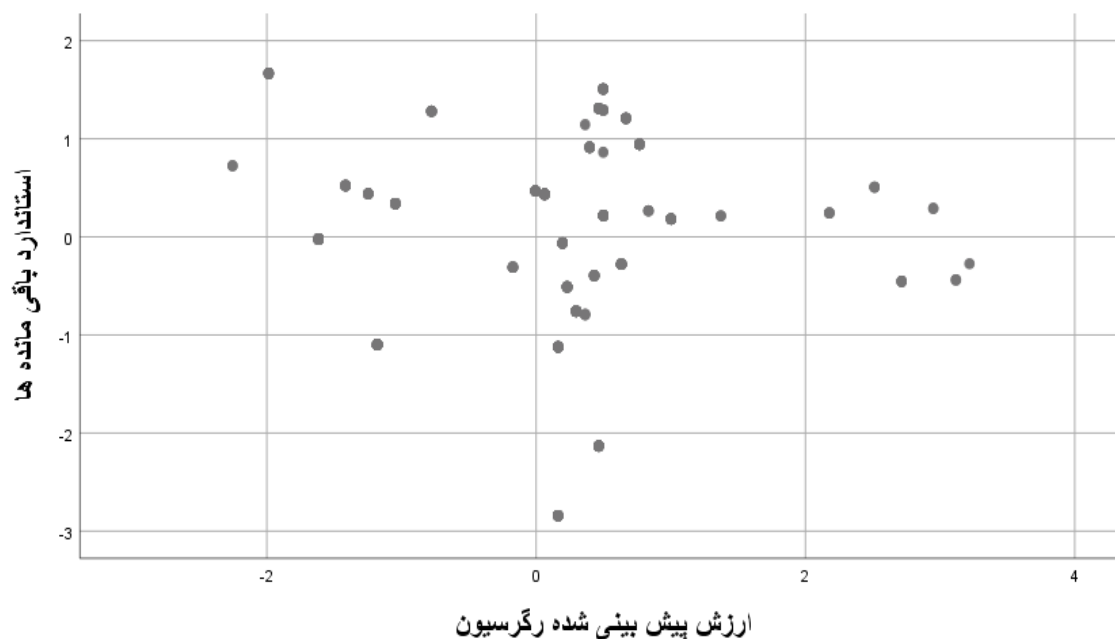


نمودار ۳-۴ تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با توجه به نمودار ۳-۴ می‌توان بیان کرد که مقادیر به صورت تصادفی می‌باشند.

پیش فرض سوم: فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۴-۴ مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم.



نمودار ۴-۴ ثابت بودن واریانس

با توجه به نمودار ۴-۴ می توان بیان کرد که واریانس باقی مانده ها از تجانس برخوردار است.

بعد از رعایت کردن مفروضات آزمون از آزمون رگرسیون به روش اینتر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. برای گام اول از محاسبه همبستگی استفاده می شود تا مشاهده گردد که آیا متغیر پیش بین با متغیر ملاک رابطه دارد یا خیر؟ نتایج آن را در جدول شماره ۴-۷ مشاهده می شود.

جدول ۴-۷ نتایج رابطه میزان مشکلات پیش روی زنان و میزان سلامت جسمانی

متغیر	مشکلات پیش روی		مشکلات پیش روی		مشکلات پیش روی	
	R	معناداری	R	معناداری	R	معناداری
سلامت جسمانی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۰۰۱
	-۰/۶۴**	-۰/۳۵**	-۰/۸۸	-۰/۶۴**	-۰/۸۸	-۰/۶۴**

همانطور که در جدول شماره ۴-۷ نشان داده شده است متغیرها باهم رابطه معنی داری دارند یعنی با افزایش میزان مشکلات پیش‌روی زنان سلامت جسمانی نیز کاهش می‌یابد. و با بررسی مشکلات پیش‌روی به صورت جداگانه (مشکلات فردی، مشکلات بین فردی و مشکلات ساختاری) نیز مشاهده می‌کنیم مشکلات ساختاری نسبت به موارد دیگر رابطه بالایی دارد. و رابطه بین مشکلات فردی زنان با سلامت جسمانی آنان نیز معنی‌دار نمی‌باشد. در گام بعدی خلاصه مدل بررسی می‌شود که در جدول بررسی مجذور R یا ضریب تعیین می‌باشد. این عدد نشان دهنده میزانی از مقدار واریانس در متغیر ملاک (سلامت جسمانی) است، که توسط متغیر پیش‌بین (میزان مشکلات پیش‌روی) تبیین می‌شود. نتایج آن را در جدول ۴-۸ می‌توان مشاهده کرد.

جدول ۴-۸ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان سلامت جسمانی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	خطای معیار تخمین
سلامت جسمانی	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۱۹	۹/۶۴

با توجه به میزان ضریب تعیین می‌توان بیان کرد که میزان مشکلات پیش‌روی، ۱۹ درصد از میزان سلامت جسمانی زنان استان آذربایجان شرقی را تبیین می‌کند. برای تشخیص مناسب بودن مدل از جدول شماره ۴-۹ آنالیز واریانس استفاده شده است.

جدول ۴-۹ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه مربوط به متغیر پیش‌بین

مدل	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
رگرسیون	۲۰۴۳/۷۹	۱	۲۰۴۳/۷۹	۹۴/۵۶	۰/۰۰۱
سلامت جسمانی	۸۲۵۶/۱۹	۳۸۲	۲۱/۶۱		
کل	۱۰۲۹۹/۹۹	۳۸۳			

با توجه به مقدار معنی داری جدول می توان بیان کرد که میزان مشکلات پیش روی زنان به خوبی تغییرات میزان سلامت جسمانی را تبیین می کند و می توان گفت مدل معنادار می باشد. سپس استخراج ضرایب رگرسیونی و معادله رگرسیونی صورت گرفت که نتایج آن را می توان در جدول شماره ۴-۱۰ مشاهده کرد.

جدول ۴-۱۰ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش بین و متغیر ملاک

سطح معناداری	t	ضریب بتای استاندارد شده	خطای استاندارد	ضریب بتای غیر استاندارد	مقدار ثابت	مدل
۰/۰۰۱	۳۵/۶۷	---	۱/۱۷	۴۲/۰۷	مقدار ثابت	سلامت
۰/۰۰۱	-۹/۷۲	-۰/۴۴	۰/۰۰۸	-۰/۷۸	میزان مشکلات پیش روی	جسمانی

با بررسی نتایج مقادیر استاندارد شده بتا می توان بیان کرد که اگر انحراف استاندارد در متغیر پیش بین یک واحد تغییر نماید، انحراف استاندارد متغیر ملاک چه اندازه تغییر خواهد کرد. به عنوان مثال اگر انحراف استاندارد میزان مشکلات پیش روی را یک واحد افزایش دهیم انحراف استاندارد میزان سلامت جسمانی ۰/۴۴ واحد کاهش می یابد. طبق جدول شماره ۴-۱۰ تابع رگرسیون میزان سلامت جسمانی بر حسب میزان مشکلات پیش روی زنان استان آذربایجان شرقی به شرح زیر می باشد:

$$Y = 42/07 - 0/78X$$

Y: میزان سلامت جسمانی X: میزان مشکلات پیش روی زنان

کافی است برای X مقدار قرار دهید تا بتوانید سطح Y را برآورد کنید و بهتر است حدود مقدار X را در محدوده ای تغییر دهید که داده ها حضور دارند یعنی X را مقداری در نظر بگیرید که در جدول اطلاعاتی وجود داشته باشد. معنادار بودن، تفسیر تابع رگرسیون آمده بدین صورت است که سهم میزان مشکلات پیش روی زنان در پیش بینی میزان سلامت جسمانی ۰/۷۸- می باشد.

❖ فرضیه سوم: مشکلات پیش روی ورزش زنان، سلامت روانی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

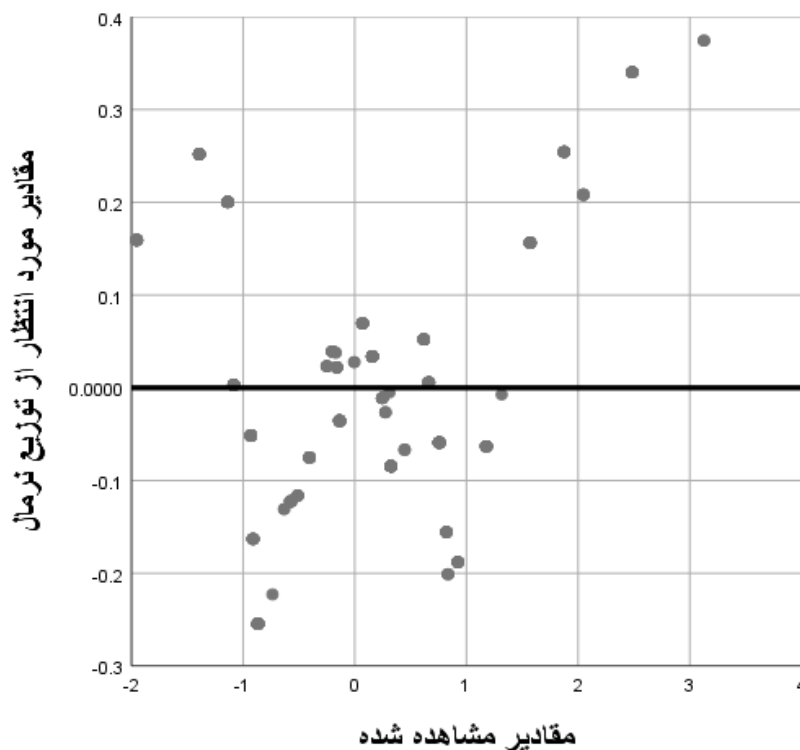
برای بررسی این فرضیه با استفاده از روش آماری رگرسیون به شیوه اینتر مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض‌های آماری این آزمون بررسی شد که خلاصه‌ای از آن در زیر ارائه شده است.

پیش فرض اول: فرض نرمال بودن باقی مانده‌ها

مقدار چولگی و کشیدگی نشان داد توزیع داده‌ها دارای توزیع نرمال است.

پیش فرض دوم: فرض تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۴-۵، مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها تصادفی بودن باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم.

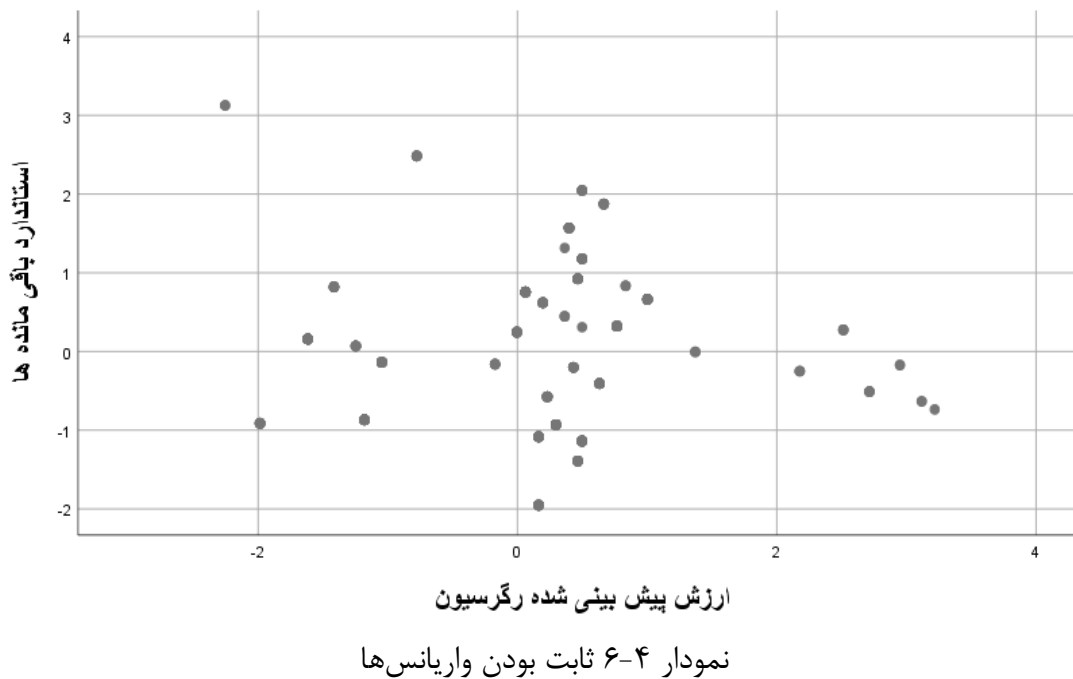


نمودار ۴-۵ تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با توجه به نمودار ۴-۵ می‌توان بیان کرد که مقادیر به صورت تصادفی می‌باشند.

پیش فرض سوم: فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۴-۶ مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم.



با توجه به نمودار ۴-۶ می‌توان بیان کرد که واریانس باقی مانده‌ها از تجانس برخوردار است.

بعد از رعایت کردن مفروضات آزمون از آزمون رگرسیون به روش اینتر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. برای گام اول از محاسبه همبستگی استفاده می‌شود تا مشاهده گردد که آیا متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه دارد یا خیر؟ نتایج آن را در جدول شماره ۴-۱۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۴-۱۱ نتایج رابطه میزان مشکلات پیش روی زنان و میزان سلامت روانی

متغیر	مشکلات پیش روی		مشکلات پیش روی فردی		مشکلات پیش روی بین فردی		مشکلات پیش روی ساختاری	
	R	معناداری	R	معناداری	R	معناداری	R	معناداری
سلامت روانی	-.۰/۷۱**	۰/۰۰۱	-.۰/۴۱**	۰/۰۰۱	-.۰/۰۱۹	۰/۷۱	-.۰/۷۱**	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول شماره ۴-۱۱ نشان داده شده است متغیرها باهم رابطه معنی داری دارند یعنی با افزایش میزان مشکلات پیش روی زنان سلامت روانی نیز کاهش می‌یابد. و با بررسی مشکلات پیش روی به صورت جداگانه (مشکلات فردی، مشکلات بین فردی و مشکلات ساختاری) نیز مشاهده می‌کنیم مشکلات ساختاری نسبت به موارد دیگر رابطه بالایی دارد. و رابطه بین مشکلات بین فردی زنان با سلامت روانی آنان نیز معنی دار نمی‌باشد.

در گام بعدی خلاصه مدل بررسی می‌شود که در جدول بررسی مجذور R یا ضریب تعیین می‌باشد. این عدد نشان دهنده میزانی از مقدار واریانس در متغیر ملاک (سلامت روانی) است، که توسط متغیر پیش بین (میزان مشکلات پیش روی) تبیین می‌شود. نتایج آن را در جدول ۴-۱۲ می‌توان مشاهده کرد.

جدول ۴-۱۲ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان سلامت روانی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	خطای معیار تخمین
سلامت روانی	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۵۱	۳/۴۵

با توجه به میزان ضریب تعیین می‌توان بیان کرد که میزان مشکلات پیش‌روی، ۵۱ درصد از میزان سلامت روانی زنان استان آذربایجان شرقی را تبیین می‌کند. برای تشخیص مناسب بودن مدل از جدول شماره ۴-۱۳ آنالیز واریانس استفاده شده است.

جدول ۴-۱۳ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه مربوط به متغیر پیش‌بین

سطح معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	مدل	
۰/۰۰۱	۴۰۰/۹۸	۴۷۸۵/۳۰	۱	۴۷۸۵/۳۰	رگرسیون	
		۱۱/۹۳	۳۸۲	۴۵۵۸/۶۹	تعیین	سلامت
			۳۸۳	۹۳۴۳/۹۹	کل	روانی

با توجه به مقدار معنی‌داری جدول می‌توان بیان کرد که میزان مشکلات پیش‌روی زنان به‌خوبی تغییرات میزان سلامت روانی را تبیین می‌کند و می‌توان گفت مدل معنادار می‌باشد. سپس استخراج ضرایب رگرسیونی و معادله رگرسیونی صورت گرفت که نتایج آن را می‌توان در جدول شماره ۴-۱۴ مشاهده کرد.

جدول ۴-۱۴ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک

سطح معناداری	t	ضریب بتای استاندارد شده	خطای استاندارد	ضریب بتای غیر استاندارد	مدل	
۰/۰۰۱	۵۶/۳۲	---	۰/۸۷۶	۴۹/۳۵	مقدار ثابت	سلامت
۰/۰۰۱	-۲۰/۰۲	-۰/۷۱	۰/۰۰۶	-۰/۱۱	میزان مشکلات پیش‌روی	روانی

با بررسی نتایج مقادیر استاندارد شده بتا می‌توان بیان کرد که اگر انحراف استاندارد در متغیر پیش‌بین یک واحد تغییر نماید، انحراف استاندارد متغیر ملاک چه اندازه تغییر خواهد کرد. به عنوان مثال اگر انحراف استاندارد میزان مشکلات پیش‌روی را یک واحد افزایش دهیم انحراف استاندارد میزان سلامت روانی ۰/۷۱ واحد کاهش می‌یابد.

طبق جدول شماره ۴-۱۳، تابع رگرسیون میزان سلامت روانی بر حسب میزان مشکلات پیش‌روی زنان استان آذربایجان شرقی به شرح زیر می‌باشد:

$$Y = 49/35 - 0/11X$$

Y: میزان سلامت روانی X: میزان مشکلات پیش‌روی زنان

کافی است برای X مقدار قرار دهید تا بتوانید سطح Y را برآورد کنید و بهتر است حدود مقدار X را در محدوده‌ای تغییر دهید که داده‌ها حضور دارند یعنی X را مقداری در نظر بگیرید که در جدول اطلاعاتی وجود داشته باشد. معنادار بودن، تفسیر تابع رگرسیون آمده بدین صورت است که سهم میزان مشکلات پیش‌روی زنان در پیش‌بینی میزان سلامت روانی ۰/۱۱- می‌باشد.

❖ فرضیه چهارم: مشکلات پیش‌روی ورزش زنان، میزان فعالیت بدنی زنان استان آذربایجان شرقی را پیش‌بینی می‌کند.

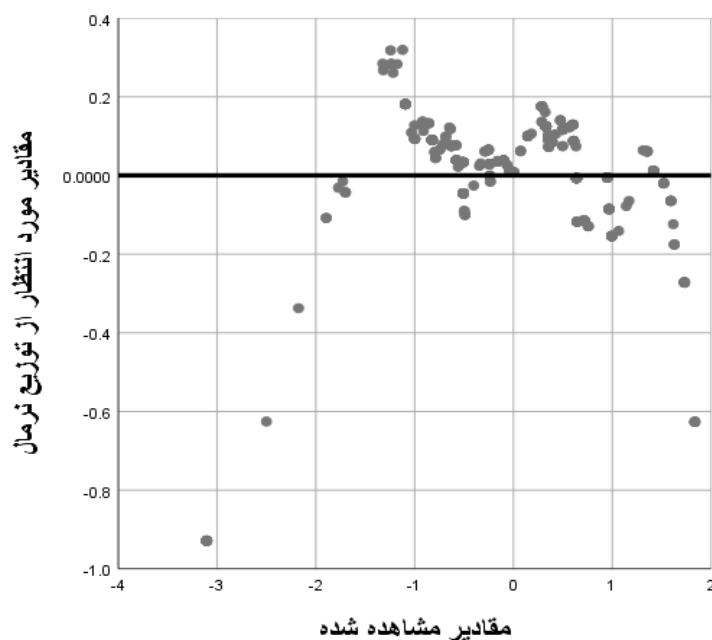
برای بررسی این فرضیه با استفاده از روش آماری رگرسیون به شیوه اینتر مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا پیش‌فرض‌های آماری این آزمون بررسی شد که خلاصه‌ای از آن در زیر ارائه شده است.

پیش‌فرض اول: فرض نرمال بودن باقی‌مانده‌ها

مقدار چولگی و کشیدگی نشان‌دهنده توزیع داده‌ها دارای توزیع نرمال است.

پیش‌فرض دوم: فرض تصادفی بودن باقی‌مانده‌ها

با رسم نمودار مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی‌مانده‌ها تصادفی بودن باقی‌مانده‌ها را بررسی می‌کنیم (Normal Q-Q Plot).

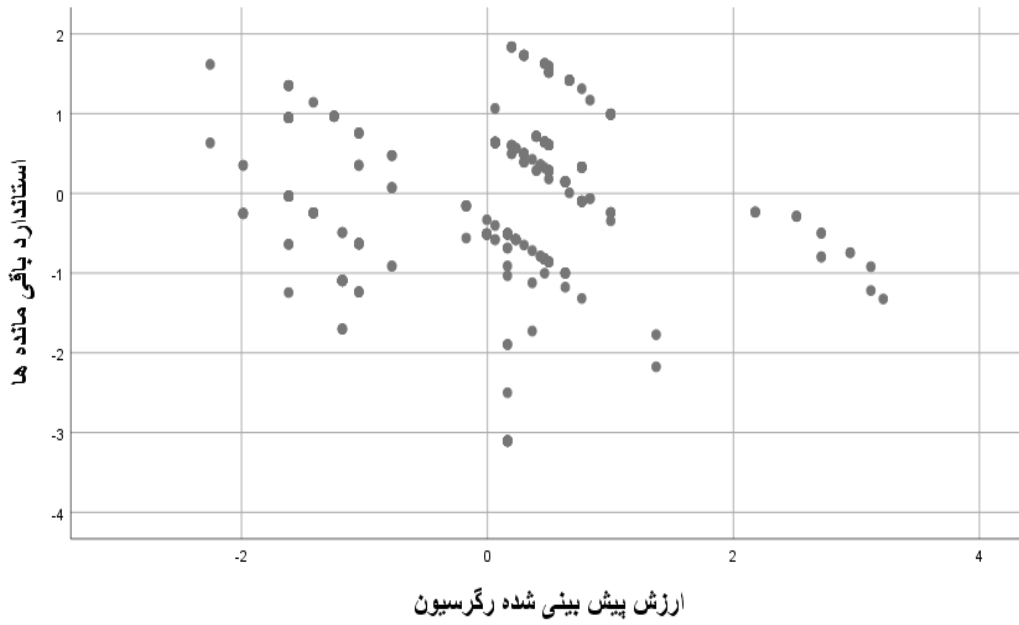


نمودار ۴-۷ تصادفی بودن باقی مانده‌ها

با توجه به نمودار ۴-۷ با وجود داشتن شکل تقریباً سینوسی ولی به علت زیاد بودن حجم نمونه‌ها می‌توان بیان کرد که مقادیر به صورت تصادفی می‌باشند.

پیش فرض سوم: فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها

با رسم نمودار ۴-۸ مقادیر پیش‌بینی در مقابل باقی مانده‌ها فرض ثابت بودن واریانس باقی مانده‌ها را بررسی می‌کنیم.



نمودار ۴-۸ ثابت بودن واریانس‌ها

با توجه به نمودار ۴-۸ می‌توان بیان کرد که واریانس باقی مانده‌ها از تجانس برخوردار است.

بعد از رعایت کردن مفروضات آزمون از آزمون رگرسیون به روش اینتر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. برای گام اول از محاسبه همبستگی استفاده می‌شود تا مشاهده گردد که آیا متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه دارد یا خیر؟ نتایج آن را در جدول شماره ۴-۱۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۴-۱۵ نتایج رابطه میزان مشکلات پیش روی زنان و میزان فعالیت بدنی

متغیر	مشکلات پیش روی		مشکلات پیش روی فردی		مشکلات پیش روی بین فردی		مشکلات پیش روی ساختاری	
	R	معناداری	R	معناداری	R	معناداری	R	معناداری
میزان فعالیت بدنی	۰/۷۲**	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۰۰۳	۰/۶۴**	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول شماره ۴-۱۵ نشان داده شده است متغیرها باهم رابطه معنی داری دارند یعنی با افزایش میزان مشکلات پیش روی زنان میزان فعالیت بدنی نیز کاهش می یابد. و با بررسی مشکلات پیش روی به صورت جداگانه (مشکلات فردی، مشکلات بین فردی و مشکلات ساختاری) نیز مشاهده می کنیم مشکلات ساختاری نسبت به موارد دیگر رابطه بالایی دارد. در گام بعدی خلاصه مدل بررسی می شود که در جدول بررسی مجذور R یا ضریب تعیین می باشد. این عدد نشان دهنده میزانی از مقدار واریانس در متغیر ملاک (میزان فعالیت بدنی) است، که توسط متغیر پیش بین (میزان مشکلات پیش روی) تبیین می شود. نتایج آن را در جدول ۴-۱۶ می توان مشاهده کرد.

جدول ۴-۱۶ خلاصه مدل رگرسیونی عوامل تاثیرگذار بر میزان فعالیت بدنی

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	خطای معیار تخمین
میزان فعالیت بدنی	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۵۲	۱/۲۳

با توجه به میزان ضریب تعیین می توان بیان کرد که میزان مشکلات پیش روی، ۵۲ درصد از میزان فعالیت بدنی زنان استان آذربایجان شرقی را تبیین می کند. برای تشخیص مناسب بودن مدل از جدول شماره ۴-۱۷ آنالیز واریانس استفاده شده است.

جدول ۴-۱۷ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه مربوط به متغیر پیش‌بین

سطح معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	مدل	
۰/۰۰۱	۴۱۸/۸۸	۶۴۳/۸۷	۱	۶۴۳/۸۷	رگرسیون	
		۱/۵۳	۳۸۲	۵۸۷/۱۷	تعیین	میزان
			۳۸۳	۱۲۳۱/۰۴	کل	فعالیت بدنی

با توجه به مقدار معنی‌داری جدول می‌توان بیان کرد که میزان مشکلات پیش‌روی زنان به‌خوبی تغییرات میزان فعالیت بدنی را تبیین می‌کند و می‌توان گفت مدل معنادار می‌باشد. سپس استخراج ضرایب رگرسیونی و معادله رگرسیونی صورت گرفت که نتایج آن را می‌توان در جدول شماره ۴-۱۸ مشاهده کرد.

جدول ۴-۱۸ نتایج تحلیل رگرسیونی متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک

سطح معناداری	t	ضریب بتای استاندارد شده	خطای استاندارد	ضریب بتای غیر استاندارد	مدل	
۰/۰۰۱	۴۴/۳۳	---	۰/۳۱	۱۳/۹۴	مقدار ثابت	میزان
۰/۰۰۱	-۲۰/۴۶	-۰/۷۲	۰/۰۰۲	-۰/۰۴	میزان مشکلات پیش‌روی	فعالیت بدنی

با بررسی نتایج مقادیر استاندارد شده بتا می‌توان بیان کرد که اگر انحراف استاندارد در متغیر پیش‌بین یک واحد تغییر نماید، انحراف استاندارد متغیر ملاک چه اندازه تغییر خواهد کرد. به عنوان مثال اگر انحراف استاندارد میزان مشکلات پیش‌روی را یک واحد افزایش دهیم انحراف استاندارد میزان فعالیت بدنی ۰/۷۲ واحد کاهش می‌یابد.

طبق جدول شماره ۴-۱۸ تابع رگرسیون میزان فعالیت بدنی بر حسب میزان مشکلات پیش روی زنان استان آذربایجان شرقی به شرح زیر می‌باشد:

$$Y = 13/94 - 0/04X$$

Y: میزان فعالیت بدنی X: میزان مشکلات پیش روی زنان

کافی است برای X مقدار قرار دهید تا بتوانید سطح Y را برآورد کنید و بهتر است حدود مقدار X را در محدوده‌ای تغییر دهید که داده‌ها حضور دارند یعنی X را مقداری در نظر بگیرید که در جدول اطلاعاتی وجود داشته باشد. معنادار بودن، تفسیر تابع رگرسیون آمده بدین صورت است که سهم میزان مشکلات پیش روی زنان در پیش‌بینی میزان فعالیت بدنی ۰/۰۴- می‌باشد.

❖ فرضیه پنجم: میزان سلامت جسمانی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.

ابتدا توسط آمار توصیفی، تفاوت میانگین و انحراف استاندارد بین تقسیم‌بندی استان (شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها) را از نظر سلامت جسمانی بررسی می‌کنیم. با توجه به اینکه شهر تبریز ۴۵ درصد جمعیت را به خود اختصاص داده بعنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شد و با شهرستان‌ها و روستاهای استان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴-۱۹ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته

تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شهر تبریز	۱۲۴	۲۸/۷۸	۵/۱۰
شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۸/۸۴	۴/۰۹
روستاها	۱۰۸	۳۶/۰۲	۲/۲۳

با توجه به مقادیر جدول بالا می‌توان گفت تفاوت قابل ذکری در روستاهای استان نسبت به شهر تبریز و شهرستان‌ها در سلامت جسمانی دیده می‌شود، و بین شهر تبریز که به عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شده بود با شهرستان‌ها یا شهرهای کوچک تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود.

برای انجام این فرضیه از آمار استنباطی، تحلیل واریانس آنوا استفاده شد.

پیش‌فرض اول: توزیع داده‌ها در هر گروه نرمال باشد.

جدول ۴-۲۰ نتایج مقادیر نرمالیده بودن داده‌ها

متغیر	چولگی		کشیدگی	
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد
سلامت جسمانی	-۰/۴۱	۰/۲۳	-۱/۴۴	۰/۴۶

مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر سلامت جسمانی برابر ۰/۴۱- است و در بازه (۲و۲-) قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیر سلامت جسمانی نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن ۱/۴۴- است و در بازه (۲و۲-) قرار دارد، این نشان می‌دهد توزیع متغیر از کشیدگی نرمال برخوردار است.

پیش‌فرض دوم: واریانس درون گروه‌ها ثابت و برابر باشد.

جدول ۴-۲۱ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها

متغیر	آماره لون	Df1	Df2	معناداری
سلامت جسمانی	۱۷/۶۹	۲	۳۸۱	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون لون در جدول شماره ۴-۲۱ واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار نیستند ($p > 0.05$). به دلیل اینکه فرض برابر بودن واریانس‌ها با آزمون لون رد شد از آماره‌های ویلچ و بورون در جدول شماره ۴-۲۲ استفاده می‌کنیم تا تفاوت بین گروه‌ها را بررسی کنیم.

جدول ۴-۲۲ آزمون ولج و بورون برای مقایسه گروه‌ها

معناداری	Df2	Df1	آماره	متغیر بر اساس
۰/۰۰۱	۲۳۸/۳۴	۲	۲۱۸/۵۵	ویلج
۰/۰۰۱	۲۹۴/۸۲	۲	۱۲۸/۶۱	بورون

با توجه به جدول شماره ۴-۲۲ گروه‌ها یعنی شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاها از لحاظ سلامت جسمانی باهم تفاوت دارند. و با توجه به معناداری آزمون بالا و همچنین داشتن نمونه آماری حداکثری می‌توان همگن نبودن واریانس‌ها را نادیده گرفت و ادامه تحلیل را با آزمون آماری تحلیل واریانس آنوا ادامه داد.

جدول ۴-۲۳ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۰۰۱	۱۲۲/۵۴	۲۰۱۶/۱۰	۲	۴۰۳۲/۰۱	بین گروهی
		۱۶/۴۵	۳۸۱	۶۲۶۷/۹۷	درون گروهی
			۳۸۳	۱۰۲۹۹/۹۹	کل

سلامت
جسمانی

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس برای سلامت جسمانی زنان می‌توان بیان کرد سلامت جسمانی سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است. با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی متغیر سلامت جسمانی در جدول شماره ۴-۲۴ ارائه داده شده است.

جدول ۴-۲۴ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر سلامت جسمانی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
سلامت جسمانی	شهرستان‌ها	-۰/۰۵۳	۰/۴۹۱	۰/۹۹
	شهر تبریز	-۷/۲۳	۰/۵۳۴	۰/۰۰۱
	روستاها	-۷/۱۸	۰/۵۱	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۲۴ می‌توان بیان کرد که در تقسیم‌بندی استان بین شهر بزرگ (تبریز) و شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) در سلامت جسمانی این دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. ولی بین شهر تبریز و روستاها و همچنین شهرستان‌ها و روستاها تفاوت معنادار مشاهده شد.

جدول ۴-۲۵ رتبه‌بندی سلامت جسمانی زنان استان بر اساس آزمون توکی

رتبه بندی	میانگین	تعداد	تقسیم‌بندی استان
۱	۳۶/۰۲	۱۰۸	زنان روستایی‌ها
۲	۲۸/۸۴	۱۵۲	زنان شهرستان‌ها
۲	۲۸/۷۸	۱۲۴	زنان شهرتبریز

با توجه به جدول شماره ۴-۲۵ می‌توان بیان کرد سلامت جسمی زنان روستایی‌ها در رتبه یک قرار گرفته است، با توجه به اینکه در نمره‌دهی سلامت جسمی نمره بالا نشان دهنده کیفیت جسمی بهتر بود می‌توان بیان کرد که زنان روستایی نسبت به زنان شهر تبریز و شهرستان‌ها از سلامت جسمی بهتری برخوردار هستند.

نتیجه‌گیری فرض پنجم: با توجه به نتایج مشاهده شده از جداول، فرض صفر اول رد شد و فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان براساس آزمون این فرضیه به صراحت بیان کرد که سلامت جسمانی در گروه‌ها متفاوت بوده است و روستائیان از سلامت جسمانی بهتری برخوردار هستند.

❖ فرضیه ششم: میزان سلامت روانی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.

ابتدا توسط آمار توصیفی، تفاوت میانگین و انحراف استاندارد بین تقسیم‌بندی استان (شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها) را از نظر سلامت روانی بررسی می‌کنیم. با توجه به اینکه شهر تبریز ۴۵ درصد جمعیت را به خود اختصاص داده به‌عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شد و با شهرستان‌ها و روستاهای استان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴-۲۶ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته

تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شهر تبریز	۱۲۴	۳۲/۴۰	۴/۲۸
شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۸/۷۲	۴/۰۱
روستاها	۱۰۸	۳۶/۷۵	۲/۳۱

با توجه به مقادیر جدول بالا می‌توان گفت تفاوت در میان گروه‌ها در سلامت روانی دیده می‌شود، و بین شهر تبریز که به عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شده بود با شهرستان‌ها یا شهرهای کوچک و روستاها تفاوت مشاهده می‌شود.

برای انجام این فرضیه از آمار استنباطی، تحلیل واریانس آنوا استفاده شد.

پیش‌فرض اول: توزیع داده‌ها در هر گروه نرمال باشد.

جدول ۴-۲۷ نتایج مقادیر نرمالیزه بودن داده‌ها

کشیدگی		چولگی		متغیر
خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	آماره	
۲/۴۸	-۰/۹۸	۰/۱۲	۰/۱۱	سلامت روانی

مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر سلامت روانی برابر ۰/۱۱ است و در بازه (۲و۲-) قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیر سلامت روانی نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن ۰/۹۸- است و در بازه (۲و۲-) قرار دارد، این نشان می‌دهد توزیع متغیر سلامت روانی از کشیدگی نرمال برخوردار است. پیش‌فرض دوم: واریانس درون گروه‌ها ثابت و برابر باشد.

جدول ۴-۲۸ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها

معناداری	Df2	Df1	آماره لون	متغیر
۰/۰۰۱	۳۸۱	۲	۱۶/۱۹	سلامت روانی

بر اساس نتایج آزمون لون در جدول شماره ۴-۲۸، واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار نیستند ($p > 0/05$). به دلیل اینکه فرض برابر بودن واریانس‌ها با آزمون لون رد شد از آماره‌های ویلچ و بورون در جدول شماره ۴-۲۹ استفاده می‌کنیم تا تفاوت بین گروه‌ها را بررسی کنیم.

جدول ۴-۲۹ آزمون ویلچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها

معناداری	Df2	Df1	آماره	متغیر بر اساس
۰/۰۰۱	۲۴۵/۲۳	۲	۲۱۵/۱۷	ویلچ
۰/۰۰۱	۳۳۴/۵۵	۲	۱۵۶/۶۳	بورون

با توجه به جدول شماره ۴-۲۹ گروه‌ها یعنی شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاها از لحاظ سلامت روانی باهم تفاوت دارند و با توجه به معناداری آزمون بالا و همچنین داشتن نمونه آماری حداکثری می‌توان همگن نبودن واریانس‌ها را نادیده گرفت و ادامه تحلیل را با آزمون آماری تحلیل واریانس آنوا ادامه داد.

جدول ۴-۳۰ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بین گروهی	۴۰۷۷/۵۱	۲	۲۰۳۸/۷۵	۱۴۷/۴۹	۰/۰۰۱
درون گروهی	۵۲۶۶/۴۸	۳۸۱	۱۳/۸۲		
کل	۹۳۴۳/۹۹	۳۸۳			

سلامت
روانی

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می‌توان بیان کرد سلامت روانی در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی متغیر سلامت روانی در جدول شماره ۴-۳۰، ارائه داده شده است.

جدول ۴-۳۱ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر سلامت روانی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
سلامت روانی	شهرستان‌ها	۳/۶۸	۰/۴۵	۰/۰۰۱
	شهر تبریز	-۴/۳۴	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	روستاها	-۸/۰۲	۰/۴۶	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۳۱ می‌توان بیان کرد که بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) و روستاها در متغیر سلامت روانی تفاوت معنادار است.

جدول ۴-۳۲ رتبه‌بندی سلامت روانی زنان استان بر اساس آزمون توکی

رتبه‌بندی	میانگین	تعداد	تقسیم‌بندی استان
۱	۳۶/۷۵	۱۰۸	زنان روستایی
۲	۳۲/۴	۱۵۲	زنان شهرستان
۳	۲۸/۷۲	۱۲۴	زنان شهرتبریز

با توجه به جدول شماره ۴-۳۲ می‌توان بیان کرد سلامت جسمانی زنان روستایی‌ها در رتبه شماره یک، زنان شهرستان‌ها رتبه شماره دو و زنان شهر تبریز رتبه شماره سه قرار گرفته‌اند. با توجه به اینکه در نمره‌دهی سلامت روانی نمره بالا نشان دهنده کیفیت روانی بهتر است. می‌توان نتیجه گرفت زنان روستایی از سلامت روانی بهتری نسبت به دو گروه دیگر برخوردارند و همچنین زنان شهرستانی نسبت به زنان شهر بزرگ تبریز از سلامت روانی بهتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری فرض ششم: با توجه به نتایج مشاهده شده از جداول، فرض صفر اول رد شد و فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان براساس آزمون این فرضیه به صراحت بیان کرد که میزان سلامت روانی در گروه‌ها متفاوت بوده است.

❖ فرضیه هفتم: میزان فعالیت بدنی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.

ابتدا توسط آمار توصیفی، تفاوت میانگین و انحراف استاندارد بین تقسیم‌بندی استان (شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها) را از نظر میزان فعالیت بدنی بررسی می‌کنیم. با توجه به اینکه شهر تبریز ۴۵ درصد جمعیت را به خود اختصاص داده به‌عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شد، و با شهرستان‌ها و روستاهای استان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴-۳۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شاخص کل میزان فعالیت بدنی	شهر تبریز	۱۲۴	۸/۱۴	۰/۱۶
	شهرستان‌ها	۱۵۲	۶/۴۱	۰/۱۲
	روستاها	۱۰۸	۸/۷۸	۰/۰۹
شاخص کار	شهر تبریز	۱۲۴	۲/۲۵	۰/۰۴
	شهرستان‌ها	۱۵۲	۱/۹۹	۰/۰۳
	روستاها	۱۰۸	۳/۸۱	۰/۰۸
شاخص ورزش	شهر تبریز	۱۲۴	۳/۸۸	۰/۱۲
	شهرستان‌ها	۱۵۲	۲/۵۲	۰/۰۹
	روستاها	۱۰۸	۳/۲۴	۰/۰۸
شاخص اوقات فراغت	شهر تبریز	۱۲۴	۱/۹۶	۰/۰۲
	شهرستان‌ها	۱۵۲	۱/۸۸	۰/۰۲
	روستاها	۱۰۸	۱/۷۱	۰/۰۵

با توجه به مقادیر جدول بالا می‌توان گفت تفاوت در میان گروه‌ها در میزان فعالیت بدنی دیده می‌شود، و بین شهر تبریز که به عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شده بود با شهرستان‌ها یا شهرهای کوچک و روستاها تفاوت مشاهده می‌شود.

برای انجام این فرضیه از آمار استنباطی، تحلیل واریانس آنوا استفاده شد.

پیش‌فرض اول: توزیع داده‌ها در هر گروه نرمال باشد.

جدول ۴-۳۴ نتایج مقادیر نرمالیزه بودن داده‌ها

کشیدگی		چولگی		متغیر میزان فعالیت بدنی
خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	آماره	
۰/۲۴	-۰/۸۱	۰/۱۲	-۰/۲۹	شاخص کل
۰/۲۴	-۰/۳۱	۰/۱۲	۰/۹۰	شاخص کار
۰/۲۴	-۰/۳۹	۰/۱۲	۰/۰۵	شاخص ورزش
۰/۲۴	-۰/۱۸	۰/۱۲	-۰/۸۷	شاخص اوقات فراغت

مقدار چولگی مشاهده شده برای شاخص‌های متغیر میزان فعالیت بدنی در بازه (۲ و -۲) قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیر میزان فعالیت بدنی نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن نیز در بازه (۲ و -۲) قرار دارد، این نشان می‌دهد توزیع متغیر میزان فعالیت بدنی از کشیدگی نرمال برخوردار است. پیش‌فرض دوم: واریانس درون گروه‌ها ثابت و برابر باشد.

جدول ۴-۳۵ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها

معناداری	Df2	Df1	آماره لون	متغیر
۰/۰۰۱	۳۸۱	۲	۲۱/۹۶	شاخص کل میزان فعالیت بدنی
۰/۰۰۱	۳۸۱	۲	۱۰۴/۷۴	شاخص کار
۰/۰۰۱	۳۸۱	۲	۱۹/۵۱	شاخص ورزش
۰/۰۰۱	۳۸۱	۲	۱۹۹/۷۳	شاخص اوقات فراغت

بر اساس نتایج آزمون لون در جدول شماره ۴-۳۵ واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار نیستند ($p > ۰/۰۵$).

به دلیل اینکه فرض برابر بودن واریانس‌ها با آزمون لون رد شد از آماره‌های ویلچ و بورون در جدول شماره ۴-۳۶ استفاده می‌کنیم تا تفاوت بین گروه‌ها را بررسی کنیم.

جدول ۴-۳۶ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها

معناداری	Df2	Df1	آماره	متغیر بر اساس	
۰/۰۰۱	۲۴۴/۷۲	۲	۱۲۱/۵۳	ویلچ	شاخص کل
۰/۰۰۱	۳۲۱/۸	۲	۹۶/۴۸	بورون	
۰/۰۰۱	۲۱۸/۷۷	۲	۱۸۷/۶۸	ویلچ	شاخص کار
۰/۰۰۱	۲۴۰/۰۶	۲	۲۵۲/۸۳	بورون	
۰/۰۰۱	۲۴۶/۵۱	۲	۳۸/۱۷	ویلچ	شاخص ورزش
۰/۰۰۱	۳۳۷/۰۱	۲	۴۶/۳۶	بورون	
۰/۰۰۱	۲۱۸/۸۷	۲	۹/۷۳	ویلچ	شاخص اوقات فراغت
۰/۰۰۱	۱۹۶/۰۳	۲	۱۱/۴۲	بورون	

($P \leq 0.012$)

با توجه به جدول شماره ۴-۳۶ در سطح معناداری ۰/۰۱۲، بنا به جلوگیری از خطای نوع اول (پلنت، ۲۰۱۰)، گروه‌ها یعنی شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاها از لحاظ میزان فعالیت بدنی با هم تفاوت دارند و با توجه به معناداری آزمون بالا و همچنین داشتن نمونه آماری حداکثری می‌توان همگن نبودن واریانس‌ها را نادیده گرفت و ادامه تحلیل را با آزمون آماری تحلیل واریانس آنوا ادامه داد.

جدول ۴-۳۷ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	متغیر میزان فعالیت بدنی	
۰/۰۰۱	۹۲/۴۶	۲۰۱/۱۳	۲	۴۰۲/۲۶	بین گروهی	شاخص کل
		۲/۱۷	۳۸۱	۸۲۸/۷۷	درون گروهی	
			۳۸۳	۱۲۳۱/۰۴	کل	
۰/۰۰۱	۲۷۹/۹	۱۱۵/۱۶	۲	۲۳۰/۳۳	بین گروهی	شاخص کار
		۰/۴۱	۳۸۱	۱۵۶/۷۶	درون گروهی	
			۳۸۳	۳۸۷/۱۰	کل	
۰/۰۰۱	۴۴/۹۱	۶۳/۱۹	۲	۱۲۶/۳۹	بین گروهی	شاخص ورزش
		۱/۴	۳۸۱	۵۳۶/۰۳	درون گروهی	
			۳۸۳	۶۶۲/۴۲	کل	
۰/۰۰۱	۱۲/۸۹	۱/۸۳	۲	۳/۶۶	بین گروهی	شاخص اوقات فراغت
		۰/۱۴	۳۸۱	۵۴/۱۳	درون گروهی	
			۳۸۳	۵۷/۸۰	کل	

(P≤۰/۰۱۲)

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می‌توان بیان کرد میزان فعالیت بدنی در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی متغیر میزان فعالیت بدنی در جدول شماره ۴-۳۸ ارائه داده شده است.

جدول ۴-۳۸ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر میزان فعالیت بدنی

متغیر میزان فعالیت بدنی	تقسیم بندی استان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
شاخص کل	شهرستانها	۱/۷۳	۰/۱۷	۰/۰۰۱
	شهر تبریز			
	روستاها	-۰/۶۳	۰/۱۹	۰/۰۰۳
شاخص کار	شهرستانها	-۲/۳۷	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	شهرستانها			
	شهر تبریز	۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۰۰۲
شاخص ورزش	روستاها	-۱/۵۵	۰/۰۸	۰/۰۰۱
	شهرستانها			
	روستاها	-۱/۸۲	۰/۰۸	۰/۰۰۱
شاخص اوقات فراغت	شهرستانها	۱/۳۵	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	شهر تبریز			
	روستاها	۰/۶۳	۰/۱۵	۰/۰۰۱
شاخص اوقات فراغت	شهرستانها	-۰/۷۱	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	شهرستانها			
	شهر تبریز	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۲۱
شاخص اوقات فراغت	روستاها	۰/۲۴	۰/۰۴	۰/۰۰۱
	شهرستانها			
	روستاها	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۳۸ می توان بیان کرد که بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان های استان) و روستاها در متغیر میزان فعالیت بدنی تفاوت معنادار است.

جدول ۴-۳۹ رتبه‌بندی میزان فعالیت بدنی استان بر اساس آزمون توکی

متغیر میزان فعالیت بدنی	تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین رتبه ۱	میانگین رتبه ۲	میانگین رتبه ۳
شاخص کل	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۸/۷۸		
	زنان شهر تبریز	۱۲۴		۸/۱۴	
	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲			۶/۴۱
شاخص کار	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۳/۸۱		
	زنان شهر تبریز	۱۲۴		۲/۲۵	
	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲			۱/۹۹
شاخص ورزش	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۳/۸۸		
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸		۳/۲۴	
	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲			۲/۵۳
شاخص اوقات فراغت	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۱/۹۶		
	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲	۱/۸۸		
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸			۱/۷۱

با توجه به جدول شماره ۴-۳۹ می‌توان بیان کرد میزان فعالیت بدنی (شاخص کل) زنان روستایی، زنان تبریز و زنان شهرستان به ترتیب در رتبه یک، دو و سه قرار گرفته است با توجه به اینکه در نمره‌دهی میزان فعالیت بدنی نمره بیشتر نشان دهنده فعالیت بدنی بیشتر است بنابراین فعالیت بدنی زنان روستایی از دیگر گروه‌ها بیشتر بوده است و زنان تبریز نیز نسبت به زنان شهرستان میزان فعالیت بیشتری داشته است. همچنین بقیه شاخص‌ها نیز از لحاظ رتبه‌بندی زنان استان در جدول شماره ۴-۳۹ مشاهده می‌شود.

نتیجه‌گیری فرض هفتم: با توجه به نتایج مشاهده شده از جداول، فرض صفر اول رد شد و فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان براساس آزمون این فرضیه به صراحت بیان کرد که میزان فعالیت بدنی در گروه‌ها متفاوت بوده است.

❖ فرضیه هشتم: میزان مشکلات پیش روی زنان در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.

ابتدا توسط آمار توصیفی، تفاوت میانگین و انحراف استاندارد بین تقسیم‌بندی استان (شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها) را از نظر مشکلات پیش روی زنان بررسی می‌کنیم. با توجه به اینکه شهر تبریز ۴۵ درصد جمعیت را به خود اختصاص داده به‌عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شد و با شهرستان‌ها و روستاهای استان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴-۴۰ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته

تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شهر تبریز	۱۲۴	۱۲۷/۰۹	۱/۹۶
شهرستان‌ها	۱۵۲	۱۶۸/۱۶	۲/۴۲
روستاها	۱۰۸	۱۳۲/۴۲	۰/۸۲

با توجه به مقادیر جدول بالا می‌توان گفت تفاوت در میان گروه‌ها در مشکلات پیش روی زنان دیده می‌شود و بین شهر تبریز که به عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شده بود با شهرستان‌ها یا شهرهای کوچک و روستاها تفاوت مشاهده می‌شود.

برای انجام این فرضیه از آمار استنباطی، تحلیل واریانس آنوا استفاده شد.

پیش‌فرض اول: توزیع داده‌ها در هر گروه نرمال باشد.

جدول ۴-۴۱ نتایج مقادیر نرمالیده بودن داده‌ها

کشیدگی		چولگی		متغیر
خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	آماره	
۰/۲۴	۰/۶۷	۰/۱۲	-۰/۰۸	مشکلات پیش روی زنان

مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر مشکلات پیش‌روی زنان برابر $0/08$ است و در بازه $(2و2-)$ قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیر مشکلات پیش روی زنان نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن $0/67$ است و در بازه $(2و2-)$ قرار دارد، این نشان می‌دهد توزیع متغیر مشکلات پیش روی زنان از کشیدگی نرمال برخوردار است.

پیش‌فرض دوم: واریانس درون گروه‌ها ثابت و برابر باشد.

جدول ۴-۴۲ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها

متغیر	آماره لون	Df1	Df2	معناداری
مشکلات پیش روی زنان	۴۲/۳۳	۲	۳۸۱	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون لون در جدول شماره ۴-۴۲ واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار نیستند ($p > 0/05$). به دلیل اینکه فرض برابر بودن واریانس‌ها با آزمون لون رد شد از آماره‌های ویلچ و بورون در جدول شماره ۴-۴۳ استفاده می‌کنیم تا تفاوت بین گروه‌ها را بررسی کنیم.

جدول ۴-۴۳ آزمون ولج و بورون برای مقایسه گروه‌ها

معناداری	Df2	Df1	آماره	متغیر بر اساس
۰/۰۰۱	۲۲۱/۷۰	۲	۱۰۶/۵۴	ویلج
۰/۰۰۱	۲۲۹/۴۱	۲	۱۵۱/۱۸	بورون

با توجه به جدول شماره ۴-۴۳ گروه‌ها یعنی شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاها از لحاظ مشکلات پیش روی باهم تفاوت دارند. با توجه به معناداری آزمون بالا و همچنین داشتن نمونه آماری حداکثری می‌توان همگن نبودن واریانس‌ها را نادیده گرفت و ادامه تحلیل را با آزمون آماری تحلیل واریانس آنوا ادامه داد.

جدول ۴-۴۴ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	متغیر	
۰/۰۰۱	۱۳۰/۹۹	۶۹۲۱۷/۳۸	۲	۱۳۸۴۳۴/۷۷	بین گروهی	مشکلات
		۵۲۸/۴۱	۳۸۱	۲۰۱۳۲۷/۱۶	درون گروهی	پیش
			۳۸۳	۳۳۹۷۶۱/۹۳	کل	روی زنان

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می‌توان بیان کرد مشکلات پیش روی زنان در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی متغیر مشکلات پیش روی زنان در جدول شماره ۴-۴۵ ارائه داده شده است.

جدول ۴-۴۵ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر مشکلات پیش روی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
مشکلات پیش روی زنان	شهرستان‌ها	-۴۱/۰۷	۲/۷۸	۰/۰۰۱
	شهر تبریز	-۵/۳۲	۳/۰۲	۰/۱۸
	روستاها	۳۵/۷۴	۲/۸۹	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۴۵ می‌توان بیان کرد که بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) مشکلات پیش روی زنان تفاوت معنادار است و همچنین بین شهرستان‌ها و روستاها تفاوت معناداری مشاهده شد، ولی در بین شهر تبریز و روستاها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

جدول ۴-۴۶ رتبه‌بندی مشکلات پیش روی زنان استان بر اساس آزمون توکی

رتبه‌بندی	میانگین	تعداد	تقسیم‌بندی استان
۱	۱۶۸/۱۶	۱۵۲	زنان شهرستان
۲	۱۳۲/۴۲	۱۰۸	زنان روستایی
۲	۱۲۷/۰۹	۱۲۴	زنان شهر تبریز

با توجه به جدول شماره ۴-۴۶ می‌توان بیان کرد که مشکلات پیش روی زنان شهرستان که در رتبه شماره یک قرار گرفته‌اند بیشتر از زنان شهر تبریز و زنان روستایی‌ها می‌باشد با توجه به اینکه در نمره‌دهی میزان مشکلات پیش روی نمره بیشتر نشان دهنده موانع سر راه زیاد برای ورزش کردن می‌باشد.

نتیجه‌گیری فرض هشتم: با توجه به نتایج مشاهده شده از جداول، فرض صفر اول رد شد و فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان براساس آزمون این فرضیه به صراحت بیان کرد که مشکلات پیش روی زنان در گروه‌ها متفاوت بوده است.

❖ فرضیه نهم: میزان مشکلات پیش روی از لحاظ فردی، بین فردی و ساختاری در شهرهای بزرگ، کوچک و روستاهای آذربایجان شرقی متفاوت است.

ابتدا توسط آمار توصیفی، تفاوت میانگین و انحراف استاندارد بین تقسیم‌بندی استان (شهرهای بزرگ، کوچک و روستاها) را از نظر میزان مشکلات پیش روی از سه جنبه عوامل بازدارنده فردی، عوامل بازدارنده بین فردی و عوامل بازدارنده ساختاری بررسی می‌کنیم. با توجه به اینکه شهر تبریز ۴۵ درصد جمعیت را به خود اختصاص داده به‌عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شد و با شهرستان‌ها و روستاهای استان مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۴-۴۷ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته

تقسیم‌بندی استان	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شهر تبریز	بازدارنده فردی	۱۲۴	۱۵/۳۷	۴/۱۳
	بازدارنده بین فردی	۱۲۴	۱۷/۲۲	۵/۵۱
	بازدارنده ساختاری	۱۲۴	۹۴/۵۰	۱۸/۶۶
شهرستان‌ها	بازدارنده فردی	۱۵۲	۳۴/۳۸	۹/۵۰
	بازدارنده بین فردی	۱۵۲	۳۴/۳۳	۸/۴۰
	بازدارنده ساختاری	۱۵۲	۱۰۴/۷۸	۲۳/۸۰
روستاها	بازدارنده فردی	۱۰۸	۲۹/۱۱	۷/۱۱
	بازدارنده بین فردی	۱۰۸	۴۱/۰۹	۱/۲۰
	بازدارنده ساختاری	۱۰۸	۶۲/۲۱	۴/۵۴

با توجه به مقادیر جدول بالا می‌توان گفت تفاوت در میان گروه‌ها در میزان مشکلات پیش روی زنان در جنبه‌های موانع فردی، موانع بین فردی و موانع ساختاری دیده می‌شود و بین شهر تبریز که به عنوان شهر بزرگ در نظر گرفته شده بود با شهرستان‌ها یا شهرهای کوچک و روستاها تفاوت مشاهده می‌شود.

برای انجام این فرضیه از آمار استنباطی، تحلیل واریانس آنوا استفاده شد.

پیش‌فرض اول: توزیع داده‌ها در هر گروه نرمال باشد.

جدول ۴-۴۸ نتایج مقادیر نرمالیده بودن داده‌ها

متغیر	چولگی		کشیدگی	
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد
موانع فردی	۰/۰۷۴	۰/۱۲	-۱/۳۷	۰/۲۴
موانع بین فردی	-۰/۵۵	۰/۱۲	-۱/۳۲	۰/۲۴
موانع ساختاری	-۰/۲۶	۰/۱۲	-۱/۲۶	۰/۲۴

مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر مشکلات پیش روی در سه جنبه موانع فردی، موانع بین فردی و موانع ساختاری به ترتیب برابر ۰/۰۷۴، -۰/۵۵ و -۰/۲۶ است و در بازه (۲و۲-) قرار دارد، یعنی از لحاظ کجی متغیرها نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آن به ترتیب برابر ۱/۳۷، -۱/۳۲ و -۱/۲۶ است و در بازه (۲و۲-) قرار دارد، این نشان می‌دهد توزیع متغیر میزان مشکلات پیش روی ورزش زنان در جنبه‌های فردی، بین فردی و ساختاری از کشیدگی نرمال برخوردار است.

پیش‌فرض دوم: واریانس درون گروه‌ها ثابت و برابر باشد.

جدول ۴-۴۹ نتایج آزمون لون برای تجانس واریانس‌ها

متغیر	آماره لون	Df1	Df2	معناداری
موانع فردی	۳۰/۱۲	۲	۳۸۱	۰/۰۰۱
موانع بین فردی	۴۱/۱۳	۲	۳۸۱	۰/۰۰۱
موانع ساختاری	۳۵/۸۷	۲	۳۸۱	۰/۰۰۱

مشکلات
پیش روی

بر اساس نتایج آزمون لون در جدول شماره ۴-۴۹ واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار نیستند. به دلیل اینکه فرض برابر بودن واریانس‌ها با آزمون لون رد شد از آماره‌های ویلچ و بورون در جدول شماره ۴-۵۰ استفاده می‌کنیم تا تفاوت بین گروه‌ها را بررسی کنیم.

جدول ۴-۵۰ آزمون ولچ و بورون برای مقایسه گروه‌ها

متغیر	متغیر بر اساس	آماره	Df1	Df2	معناداری
موانع فردی	ویلچ	۳۳۴/۴۰	۲	۲۲۵/۶۷	۰/۰۰۱
	بورون	۲۴۸/۶۳	۲	۳۱۶/۸۷	۰/۰۰۱
میزان	ویلچ	۱۱۳۱/۳۹	۲	۱۹۵/۲۳	۰/۰۰۱
مشکلات	بورون	۵۶۳/۰۷	۲	۲۶۶/۳۸	۰/۰۰۱
پیش روی	ویلچ	۳۸۲/۴۳	۲	۲۰۰/۴۱	۰/۰۰۱
	بورون	۲۰۰/۶۷	۲	۲۸۵/۸۳	۰/۰۰۱

 $(P \leq 0.016)$

با توجه به جدول شماره ۴-۵۰ در سطح معناداری ۰/۰۱۶، بنا به جلوگیری از خطای نوع اول (پلنت، ۲۰۱۰)، گروه‌ها یعنی شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاها از لحاظ میزان مشکلات پیش روی زنان در جنبه‌های موانع فردی، موانع بین فردی و موانع ساختاری باهم تفاوت دارند. با توجه به معناداری آزمون بالا و همچنین داشتن نمونه آماری حداکثری می‌توان همگن نبودن واریانس‌ها را نادیده گرفت و ادامه تحلیل را با آزمون آماری تحلیل واریانس آنوا ادامه داد.

جدول ۴-۵۱ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
موانع فردی	بین گروهی	۲	۱۲۷۵۵/۲۴	۲۲۹/۵۴	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۸۱	۵۵/۵۶		
	کل	۳۸۳	۴۶۶۸۱/۹۵		
موانع بین فردی	بین گروهی	۲	۱۸۱۰۳	۴۷۳/۶۵	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۸۱	۳۸/۲۲		
	کل	۳۸۳	۵۰۷۶۷/۷۴		
موانع ساختاری	بین گروهی	۲	۵۹۵۰۸/۵۱	۱۷۳/۵۶	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۸۱	۳۴۲/۸۵		
	کل	۳۸۳	۲۴۹۶۴۳/۹۵		

($P \leq 0.016$)

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می‌توان بیان کرد میزان مشکلات پیش‌روی زنان بر اساس جنبه‌های موانع فردی، موانع بین فردی و موانع ساختاری در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی متغیر میزان فعالیت بدنی در جدول شماره ۴-۵۲، ارائه داده شده است

جدول ۴-۵۲ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	تقسیم بندی استان	متغیر	
۰/۰۰۱	۰/۹	-۱۹/۰۱	شهرستانها	موانع فردی	
۰/۰۰۱	۰/۹۸	-۱۳/۷۴	روستاها		
۰/۰۰۱	۰/۹۳	۵/۲۷	شهرستانها	موانع بین فردی	مشکلات پیش روی
۰/۰۰۱	۰/۷۴	-۱۷/۱۱	شهرستانها		
۰/۰۰۱	۰/۸۱	-۲۳/۸۷	روستاها	موانع ساختاری	
۰/۰۰۱	۰/۷۷	-۶/۷۶	شهرستانها		
۰/۰۰۱	۲/۲۴	-۱۰/۲۸	شهرستانها	موانع ساختاری	
۰/۰۰۱	۲/۴۳	۳۲/۲۸	روستاها		
۰/۰۰۱	۲/۳۳	۴۲/۵۷	روستاها		

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۵۲ می توان بیان کرد که بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستانهای استان) و روستاها در متغیر میزان مشکلات پیش روی در جنبه های موانع فردی، موانع بین فردی و موانع ساختاری تفاوت معنادار است.

جدول ۴-۵۳ رتبه‌بندی میزان مشکلات پیش‌روی استان بر اساس آزمون توکی

رتبه	میانگین	تعداد	تقسیم‌بندی استان	متغیر
۱	۳۴/۳۸	۱۵۲	زنان شهرستان‌ها	بازدارنده فردی
۲	۲۹/۱۱	۱۰۸	زنان روستایی‌ها	
۳	۱۵/۳۷	۱۲۴	زنان شهر تبریز	
۱	۴۱/۰۹	۱۰۸	زنان روستایی‌ها	بازدارنده بین فردی
۲	۳۴/۳۳	۱۵۲	زنان شهرستان‌ها	
۳	۱۷/۲۲	۱۲۴	زنان شهر تبریز	
۱	۱۰۴/۷۸	۱۵۲	زنان شهرستانی‌ها	بازدارنده ساختاری
۲	۹۴/۵	۱۲۴	زنان شهر تبریز	
۳	۶۲/۲۱	۱۰۸	زنان روستایی‌ها	

با توجه به جدول شماره ۴-۵۳ می‌توان بیان کرد میزان مشکلات پیش‌روی زنان بر اساس جنبه بازدارنده فردی، زنان شهرستانی (شهرهای کوچک) از مشکلات بازدارنده فردی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر برخوردار هستند و زنان روستایی نیز نسبت به زنان تبریز از میزان مشکلات بازدارنده فردی بیشتری برخوردار هستند. در مورد مشکلات پیش روی بر اساس بازدارنده بین فردی می‌توان گفت زنان روستایی از مشکلات پیش‌روی بین فردی بیشتری برخوردار است و زنان شهرستانی نسبت به زنان شهر تبریز از مشکلات پیش‌روی بین فردی بیشتری برخوردار هستند. و اما در مورد مشکلات پیش‌روی بر اساس بازدارنده ساختاری می‌توان بیان کرد زنان شهرستانی از مشکلات بازدارنده ساختاری بیشتری نسبت به دو گروه دیگر دارند. و زنان شهر تبریز نسبت به زنان روستایی از مشکلات بازدارنده ساختاری بیشتری برخوردارند.

در ادامه با توجه به اینکه مشکلات پیش روی زنان استان از لحاظ جنبه های بازدارنده فردی، بازدارنده بین فردی و بازدارنده ساختاری در سه گروه متفاوت است. در ادامه ما تک به تک بازدارنده ها را مورد بررسی قرار می دهیم که بازدارنده فردی مربوط به روانی فرد و مربوط به نگرش و تصورات فرد می باشد و بازدارنده بین فردی مربوط به عدم وجود همراه و مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد می باشد. همچنین بازدارنده ساختاری مربوط به پول و امکانات، مربوط به وقت و فرصت ها، مربوط به مسئولیت ها، مربوط به اشتغال و مربوط به سلامتی می باشد. ابتدا به مشکلات پیش روی در جنبه بازدارنده فردی (مربوط به روانی فرد و مربوط به نگرش و تصورات فرد) را در سه گروه شهرهای بزرگ استان (شهر تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان ها) و روستاهای استان را بررسی می کنیم.

جدول ۴-۵۴ تحلیل واریانس آنوا در گروه ها

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	متغیر موانع فردی
۰/۰۰۱	۷۳/۳	۷۲۷/۷۴	۲	۱۴۵۵/۴۹	بین گروهی
		۹/۹۲	۳۸۱	۳۷۸۲/۳۱	درون گروهی
			۳۸۳	۵۲۳۷/۸۱	کل
۰/۰۰۱	۲۸۷/۹	۱۰۲۰۰/۸۹	۲	۲۰۴۰۱/۷۹	بین گروهی
		۳۵/۴۳	۳۸۱	۱۳۴۹۹/۱۹	درون گروهی
			۳۸۳	۳۳۹۰۰/۹۹	کل

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می توان بیان کرد میزان مشکلات پیش روی زنان بر اساس جنبه موانع فردی مربوط به روانی و مربوط به نگرش و تصورات در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در جدول شماره ۴-۵۵ ارائه داده شده است.

جدول ۴-۵۵ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	تقسیم‌بندی استان	متغیر	
۰/۰۰۱	۰/۳۸	-۳/۲۷	شهرستان‌ها	موانع فردی	
۰/۰۰۸	۰/۴۱	۱/۲۴	روستاها		
۰/۰۰۱	۰/۳۹	۴/۵۲	شهرستان‌ها	روانی	
۰/۰۰۱	۰/۷۲	-۱۵/۶۹	شهرستان‌ها	موانع فردی	مشکلات پیش روی
۰/۰۰۱	۰/۷۸	-۱۵/۴۳	روستاها		
۰/۹۳	۰/۷۴	۰/۲۵	شهرستان‌ها	تصویرات	

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۵۵ می‌توان بیان کرد که بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) و روستاها در متغیر میزان مشکلات پیش روی در جنبه‌های موانع فردی، مربوط به روانی و مربوط به نگرش و تصویرات تفاوت معنادار است. فقط در جنبه مربوط به نگرش و تصویرات بین زنان شهرستان‌ها و زنان روستاها تفاوت معنادار نیست.

جدول ۴-۵۶ رتبه‌بندی بازدارنده فردی استان بر اساس آزمون توکی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین رتبه ۱	میانگین رتبه ۲	میانگین رتبه ۳
بازدارنده فردی مربوط به روانی	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲	۱۲/۴۲		
	زنان شهر تبریز	۱۲۴		۹/۱۵	
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸			۷/۹
بازدارنده فردی مربوط به نگرش و تصورات	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۱/۸۹		
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۲۱/۶۴		
	زنان شهر تبریز	۱۲۴		۶/۲	

با توجه به جدول شماره ۴-۵۶ سهم هر کدام از فاکتورهای بازدارنده برای شرکت نکردن در فعالیت ورزشی در شهرهای بزرگ (تبریز) استان، شهرستان‌های استان و روستایی‌های استان نشان داده شده است. همچنین در جدول عدد بزرگتر نشان دهنده مشکلات بیشتر است.

بر اساس جدول می‌توان گفت بازدارنده فردی مربوط به جنبه روانی در شهرستان‌ها بیشتر مانع ورزش کردن زنان شده است و بعد از زنان شهرستان‌ها شهر تبریز در رتبه بعدی قرار گرفته است و بازدارنده فردی مربوط به نگرش و تصورات در روستاها و شهرستان‌ها بیشتر مانع ورزش نکردن زنان شده است.

سپس به مشکلات پیش روی در جنبه بازدارنده بین فردی (مربوط به عدم وجود همراه و مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد) را در سه گروه شهرهای بزرگ استان (شهر تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌ها) و روستاهای استان را بررسی می‌کنیم.

جدول ۴-۵۷ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بین گروهی	۷۹۹۳/۶۴	۲	۳۹۹۶/۸۲	۲۷۲/۴۱	۰/۰۰۱
عدم وجود همراه درون گروهی	۵۵۸۹/۹۸	۳۸۱	۱۴/۶۷		
کل	۱۳۵۸/۶۲	۳۸۳			
بین گروهی	۸۴۵۴/۷۴	۲	۴۲۲۷/۳۷	۲۹۷/۱۸	۰/۰۰۱
عدم وجود روابط اجتماعی فرد درون گروهی	۵۴۱۹/۵۴	۳۸۱	۱۴/۲۲		
کل	۱۳۸۷/۲۸	۳۸۳			

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می‌توان بیان کرد میزان مشکلات پیش روی زنان بر اساس جنبه موانع بین فردی مربوط به عدم وجود همراه و مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی مقایسه بین گروهی در جدول شماره ۴-۵۸ ارائه داده شده است.

جدول ۴-۵۸ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	تقسیم‌بندی استان	متغیر
۰/۰۰۱	۰/۴۶	-۷/۴۶	شهرستان‌ها	عدم وجود همراه
۰/۰۰۱	۰/۵	-۱۱/۴۵	روستاها	
۰/۰۰۱	۰/۴۸	-۳/۹۹	شهرستان‌ها	مشکلات پیش روی
۰/۰۰۱	۰/۴۵	-۹/۴۲	شهرستان‌ها	عدم وجود موانع بین فردی
۰/۰۰۱	۰/۴۹	-۱۰/۷۳	روستاها	
۰/۰۰۱	۰/۴۷	-۱/۳۱	شهرستان‌ها	اجتماعی فرد

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۵۸ می‌توان بیان کرد که بین شهر بزرگ (تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌های استان) و روستاها در متغیر میزان مشکلات پیش روی در جنبه‌های موانع بین فردی، مربوط به عدم وجود همراه و مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد تفاوت معنادار است.

جدول ۴-۵۹ رتبه‌بندی بازدارنده بین فردی استان بر اساس آزمون توکی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین رتبه ۱	میانگین رتبه ۲	میانگین رتبه ۳
بازدارنده بین فردی مربوط عدم وجود همراه	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۱۹/۶۸		
	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲		۱۵/۶۸	
	زنان شهر تبریز	۱۲۴			۸/۲۲
بازدارنده بین فردی مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۱۹/۷۱		
	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲		۱۸/۴	
	زنان شهر تبریز	۱۲۴			۸/۹۸

با توجه به جدول شماره ۴-۵۹ سهم هر کدام از فاکتورهای بازدارنده برای شرکت نکردن در فعالیت ورزشی در شهرهای بزرگ (تبریز)، شهرستان‌های استان و روستایی‌های استان نشان داده شده است. همچنین در جدول عدد بزرگتر نشان دهنده مشکلات بیشتر است.

بر اساس جدول می‌توان گفت بازدارنده بین فردی مربوط عدم وجود همراه در روستاها بیشتر مانع ورزش کردن زنان شده است و بعد از زنان روستاها، به ترتیب زنان شهرستان‌ها و زنان شهر تبریز در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و بازدارنده بین فردی مربوط به عدم وجود روابط اجتماعی فرد در روستاها بیشتر مانع ورزش نکردن زنان شده است. به ترتیب زنان شهرستان‌ها و زنان تبریز در رتبه بعدی قرار گرفته‌اند.

و در ادامه به مشکلات پیش روی در جنبه بازدارنده ساختاری (مربوط به پول و امکانات، مربوط به وقت و فرصت‌ها، مربوط به مسئولیت‌ها، مربوط به اشتغال و مربوط به سلامتی) را در سه گروه شهرهای بزرگ استان (شهر تبریز)، شهرهای کوچک (شهرستان‌ها) و روستاهای استان را بررسی می‌کنیم.

جدول ۴-۶۰ تحلیل واریانس آنوا در گروه‌ها

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	جمع مجذورات	متغیر مشکلات پیش روی جنبه ساختاری	
۰/۰۰۱	۷۶/۹	۲۴۷۷/۰۷	۲	۴۹۵۴/۱۵	بین گروهی	
		۳۲/۲	۳۸۱	۱۲۲۷۱/۸	درون گروهی	پول و
			۳۸۳	۱۷۲۲۵/۹۵	کل	امکانات
۰/۰۲۴	۳/۷۸	۵۸/۱۹	۲	۱۱۶/۳۸	بین گروهی	
		۱۵/۳۶	۳۸۱	۵۸۵۴/۵۴	درون گروهی	وقت و
			۳۸۳	۵۹۷۰/۹۳	کل	فرصت‌ها
۰/۰۰۱	۸/۶	۳۲۸/۳۶	۲	۶۵۶/۷۲	بین گروهی	
		۳۸/۱۸	۳۸۱	۱۴۵۴۷/۱	درون گروهی	مسئولیت‌ها
			۳۸۳	۱۵۲۰۳/۸۳	کل	
۰/۰۰۱	۱۴/۱۷	۷۳/۵۶	۲	۱۴۷/۱۳	بین گروهی	
		۵/۱۹	۳۸۱	۱۹۷۷/۸۲	درون گروهی	اشتغال
			۳۸۳	۲۱۲۴/۹۵	کل	
۰/۰۰۱	۷۹/۷۹	۱۰۵۸/۶۶	۲	۲۱۱۷/۳۲	بین گروهی	
		۱۳/۲۶	۳۸۱	۵۰۵۴/۹۱	درون گروهی	سلامتی
			۳۸۳	۷۱۷۲/۲۴	کل	

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس می‌توان بیان کرد میزان مشکلات پیش روی زنان بر اساس جنبه موانع ساختاری در پنج عامل مربوط به پول و امکانات، وقت و فرصت‌ها، مسئولیت‌ها، اشتغال و سلامتی در سه گروه یعنی شهر بزرگ، شهرستان‌ها و روستاها متفاوت بوده است. حداقل یک میانگین با گروه‌های دیگر متفاوت است.

با استفاده از آزمون توکی مقایسه بین گروهی متغیرها در جدول شماره ۴-۶۱ ارائه داده شده است.

جدول ۴-۶۱ نتایج آزمون توکی برای مقایسه بین گروهی در متغیر

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	تقسیم بندی استان	متغیر
۰/۹۹	۰/۶۸	۰/۰۴۵	شهرستانها	پول و امکانات
۰/۰۰۱	۰/۷۴	۸/۰۱	روستاها	
۰/۰۰۱	۰/۷۱	۷/۹۶	شهرستانها	
۰/۹۴	۰/۴۷	-۰/۱۵	شهرستانها	وقت و فرصت
۰/۰۷	۰/۵۱	۱/۱۳	روستاها	
۰/۰۲	۰/۴۹	۱/۲۸	شهرستانها	
۰/۰۰۱	۰/۷۴	-۲/۹۹	شهرستانها	مشکلات پیش روی موانع ساختاری
۰/۵۱	۰/۸۱	-۰/۸۹	روستاها	
۰/۰۲	۰/۷۷	۲/۱۰	شهرستانها	
۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱/۴۵	شهرستانها	اشتغال
۰/۰۰۴	۰/۳	۰/۹۶	روستاها	
۰/۲	۰/۲۸	-۰/۴۹	شهرستانها	
۰/۶۲	۰/۴۴	۰/۴	شهرستانها	سلامتی
۰/۰۰۱	۰/۴۷	۵/۴۳	روستاها	
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۵/۰۲	شهرستانها	

بر اساس نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۴-۶۱ می‌توان بیان کرد که بین موانع ساختاری مربوط به پول و امکانات زنان شهر تبریز با زنان شهرستان‌ها تفاوت معنادار نیست ولی با زنان روستاها تفاوت معنادار است. در بین زنان شهرستان‌ها با زنان روستایی‌ها تفاوت معنادار است. در موانع ساختاری مربوط به وقت و فرصت در بین زنان شهر تبریز با زنان شهرستان‌ها و زنان روستایی‌ها تفاوت معنادار نیست. ولی در بین زنان شهرستان‌ها با زنان روستایی‌ها تفاوت معنادار است. در موانع ساختاری مربوط به مسئولیت بین زنان شهر تبریز با زنان شهرستان‌ها تفاوت معنادار است ولی بین زنان روستایی‌ها تفاوت معنادار نیست. در بین زنان شهرستان‌ها با زنان روستایی تفاوت معنادار است. در موانع ساختاری مربوط به اشتغال بین زنان شهر تبریز با زنان روستایی‌ها و زنان شهرستان‌ها تفاوت معنادار است ولی بین زنان شهرستان‌ها با زنان روستایی‌ها تفاوت معنادار نیست. همچنین در موانع ساختاری مربوط به سلامتی بین زنان شهر تبریز با زنان شهرستان‌ها تفاوت معنادار نیست ولی بین زنان روستایی تفاوت معنادار است. همچنین بین زنان شهرستان‌ها با زنان روستایی‌ها تفاوت معنادار است.

جدول ۴-۶۲ رتبه‌بندی بازدارنده ساختاری استان بر اساس آزمون توکی

متغیر	تقسیم‌بندی استان	تعداد	میانگین رتبه ۱	میانگین رتبه ۲
بازدارنده ساختاری مربوط به پول امکانات	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۳/۲۴	
	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۲۳/۲۸	
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۱۵/۲۷	
بازدارنده ساختاری مربوط به وقت و فرصت	زنان شهرستان‌ها	۱۵۲	۲۱/۷۶	
	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۲۱/۶	
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۲۰/۴۷	
بازدارنده ساختاری مربوط به مسئولیت	زنان شهرستانی‌ها	۱۵۲	۳۶/۹۵	
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۳۴/۸۵	
	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۳۳/۹۶	
بازدارنده ساختاری مربوط به اشتغال	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۵/۷۳	
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۴/۷۷	
	زنان شهرستانی‌ها	۱۵۲	۴/۲۸	
بازدارنده ساختاری مربوط به سلامتی	زنان شهر تبریز	۱۲۴	۹/۷۶	
	زنان شهرستانی‌ها	۱۵۲	۹/۳۵	
	زنان روستایی‌ها	۱۰۸	۴/۳۲	

با توجه به جدول شماره ۴-۶۲ سهم هر کدام از فاکتورهای بازدارنده برای شرکت نکردن در فعالیت ورزشی در شهرهای بزرگ (تبریز)، شهرستان‌های استان و روستایی‌های استان نشان داده شده است. همچنین در جدول عدد بزرگتر نشان دهنده مشکلات بیشتر است.

بر اساس جدول می‌توان گفت بازدارنده ساختاری مربوط به پول و امکانات در شهر تبریز و شهرستان‌ها بیشتر مانع ورزش کردن زنان شده است و بازدارنده ساختاری مربوط به وقت و فرصت در شهر تبریز و شهرستان‌ها بیشتر مانع ورزش نکردن زنان شده است و در بازدارنده ساختاری مربوط به مسئولیت در شهرستان‌ها بیشتر مانع ورزش نکردن زنان شده است و در بازدارنده ساختاری مربوط به اشتغال نیز زنان شهر تبریز در اولویت قرار گرفته است و مانع ورزش کردن زنان شهر تبریز شده است و همچنین در بازدارنده ساختاری مربوط به سلامتی نیز زنان شهر تبریز و شهرستان‌ها در اولویت قرار گرفته و مانع ورزش کردن زنان شده است.

نتیجه‌گیری فرض نهم: با توجه به نتایج مشاهده شده از جداول، فرض صفر اول رد شد و فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان براساس آزمون این فرضیه به صراحت بیان کرد که میزان مشکلات پیش روی زنان استان در جنبه‌های بازدارنده فردی، بازدارنده بین فردی و ساختاری در گروه‌ها متفاوت بوده است.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱ مقدمه

در این فصل ابتدا خلاصه‌ای از فرایند پژوهش گزارش شده و در ادامه ضمن بیان نتایج به مقایسه آنها با سایر تحقیقات پرداخته و در نهایت پس از تبیین نتایج به ارائه پیشنهادات کاربردی و پژوهشی اختصاص خواهیم داد.

۵-۲ خلاصه پژوهش

هدف از پژوهش حاضر پایش سلامت جسمانی، روانی، میزان فعالیت بدنی و مشکلات پیش روی ورزش زنان در سطح استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۸ بود.

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-پیمایشی است. به منظور اجرای طرح پژوهش، پس از تقسیم‌بندی استان آذربایجان شرقی به ۵ منطقه مرکزی، شمال غرب، شمال شرق، جنوب غرب و جنوب شرق تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه (از طریق فرمول کوکران) از میان کلیه زنان این استان در دامنه سنی ۲۴ تا ۶۴ سال در نظر گرفته شدند. سپس پرسشنامه‌های مورد نظر برای مناطق انتخابی با توجه به جمعیت مناطق، پخش گردید؛ که در این میان ۷۲ درصد جمعیت را مناطق شهری و ۲۸ درصد جمعیت را مناطق روستایی تشکیل می‌دادند (که ۴۵ درصد جمعیت استان شامل شهر تبریز و روستاهایش و ۵۵ درصد باقیمانده برای شهرستان‌های تبریز و روستاهایش می‌شد). بعد از پخش پرسشنامه‌ها تمهیدات لازم (توضیح کامل پرسشنامه‌ها به افراد و پرکردن پرسشنامه افراد بی‌سواد) برای همه شرکت‌کنندگان تحقیق فراهم آورده شد.

داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های استاندارد زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن SF-36 (فرم کوتاه)، فعالیت بدنی بک و همکاران و پرسشنامه محقق ساخته عوامل بازدارنده از مشارکت در فعالیت‌های ورزشی کشر جمع‌آوری شدند. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماره چولگی و کشیدگی متغیرها (با هدف بررسی نرمال بودن جامعه)، آزمون رگرسیون به روش اینتر (برای بدست آوردن معادله رگرسیونی) و تحلیل واریانس (به منظور بررسی تفاوت‌های میان گروه‌های موجود) در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در نتایج به دست آمده از بررسی فرضیه‌های پژوهش، به طور خلاصه مشخص شد، رابطه مثبت معناداری میان متغیرهای فعالیت بدنی با سلامت جسمانی و روانی وجود دارد؛ به طوری که با افزایش میزان فعالیت بدنی، میزان سلامت جسمانی و روانی افزایش می‌یابد. در ادامه بررسی‌های نتایج مربوط به گروه‌های مختلف (شهر تبریز،

شهرستان‌ها و روستاها) در کل استان، نشان از تفاوت معناداری در رابطه با سطح سلامت جسمانی و روانی و میزان فعالیت بدنی میان آنها وجود داشت.

علاوه بر موارد ذکر شده، نتایج برآمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که با افزایش مشکلات (به‌خصوص مشکلات مربوط به حیطة ساختاری)، میزان فعالیت بدنی در میان بانوان کاهش معناداری از خود نشان داده است. در ادامه با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش میان متغیر مشکلات پیش‌روی زنان برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی با میزان سلامت جسمانی و روانی آنها رابطه منفی معناداری مشاهده شد؛ این گزارشات در حیطة مشکلات ساختاری نسبت به موارد دیگر در هر دو متغیر سلامتی (جسمانی و روانی) رابطه بالایی نشان داده است.

در زمینه میزان مشکلات پیش‌روی در میان گروه‌های ذکر شده، نتایج نشان از وجود موانع بیشتر در میان بانوان شهرستانی این استان داشت. در دسته‌بندی این مشکلات در سه طبقه مشکلات فردی، بین فردی و ساختاری، مشکلات فردی و ساختاری اصلی‌ترین موانع در میان بانوان شهرستانی گزارش شدند؛ این درحالی بود که بانوان روستایی در این استان از مشکلات بین فردی بیشتری رنج می‌بردند. در بررسی زیرعامل‌ها در هر طبقه، موانع مربوط به جنبه‌های روانی در میان بانوان شهرستانی و عوامل بازدارنده مربوط به نگرش و تصورات در روستاها و شهرستان‌ها دلیل عمده ورزش نکردن بانوان در آنها گزارش شد. در زمینه عوامل مربوط به بازدارنده‌های بین فردی، عدم وجود همراه و عدم وجود روابط اجتماعی فردی در میان زنان روستایی از موانع اصلی این طبقه مشاهده شد؛ در ادامه در بررسی‌های مربوط به بازدارنده‌های ساختاری مربوط به پول و امکانات، وقت و فرصت و سلامتی به‌ترتیب، بانوان شهر تبریز و شهرستان‌های استان؛ به‌علت داشتن مسئولیت در میان بانوان شهرستانی و اشتغال در میان بانوان تبریزی، در اولویت قرار گرفته و مانع شرکت در فعالیت‌های بدنی شدند.

۳-۵ بحث

با پیشرفت علم و فناوری و وفور امکانات رفاهی و مواد غذایی در مقایسه با سال‌های گذشته، مردم از رفاه بیشتری برخوردار شده‌اند، به‌طوری که دیگر کمتر کسی از گرسنگی و کمبود امکانات اصلی و روزمره زندگی رنج می‌برد. اما با وجود پیشرفت و رفاه مادی، ناراحتی‌های عصبی بیشماری همچون سردرگمی، بی‌هدفی، خشم، ضعف روحیه، افسردگی و هزاران ناراحتی دیگر به‌وجود آمده و اکثر مردم را تحت پوشش خود درآورده است، تا جایی که بنابر نظر متخصصان، بیش از نیمی از ناراحتی‌های جسمی بیماران که به مراکز درمانی مراجعه

می‌کنند، منشأ روانی دارد. گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره شیوع اختلال روانی در ۱۵ کشور جهان نشان‌دهنده اختلاف وسیع شیوع این اختلالات در بین کشورهای مورد بررسی است؛ به‌طوری که این میزان در زنان ۲۹-۶۶ درصد و در مردان ۱۰-۳۳ درصد بوده است (میرزا و همکاران، ۲۰۰۴).

یکی از راه‌هایی که روان‌شناسان برای پیشگیری و درمان مشکلات روانی معرفی می‌کنند، نقش فعالیت‌های بدنی در زمینه بهداشت روانی است. به‌عبارتی بنابر یافته‌های محققان ارتباط تنگاتنگی بین تمرینات ورزشی و بهبود شرایط ذهنی و اختلالات روانی وجود دارد. از آنجایی که کشور ما در حال توسعه است و بانوان با هر عنوانی بخشی از این جامعه شمرده می‌شوند و بنابه دلایل مختلف مانند احساس مسئولیت بیشتر، آینده شغلی، ازدواج، دوری از خانواده و خیلی مسائل دیگر تحت فشارهای روانی زیادی قرار گرفته و در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌گیرند، توجه به این مسئله بسیار ضروری است. فشار روانی وضعیتی است که در آن بر عواطف و هیجانات و حالت‌های بدنی انسان کشش و سنگینی وارد می‌آید (اصفهانی، ۱۳۸۱). برای ادامه زندگی سالم و با نشاط برخورداری از سلامت جسمانی و روانی یک ضرورت اساسی است و انسان زمانی می‌تواند از یک زندگی سودمند جسمانی برخوردار شود که بتواند قوای جسمانی و روانی خود را در جهت اهداف سودمند بکارگیرد. لازمه این امر داشتن سلامت جسمانی از یک سو و سلامت روانی از سوی دیگر است (اصفهانی، ۱۳۸۱).

نتایج تحقیق حاضر بیانگر این نکته بود که شرکت کردن در فعالیت‌های بدنی تأثیر مثبتی بر روی سلامت روانی بانوان در همه گروه‌های شهر تبریز، شهرستان‌ها و روستاهای این استان دارد و باعث افزایش این بعد سلامتی شده و منجر به بهزیستی می‌شود. با مروری بر مطالعات پیشین چه در سطح ایران چه در سطح جهان درمی‌یابیم نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های تحقیقات انجام شده پیشین در این زمینه بر روی شرکت‌کنندگان متفاوت، هم‌راستا است (مرادی‌برزل‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ ثالثی و جوکار، ۱۳۹۰؛ سیداحمدی و همکاران، ۱۳۸۹؛ یاوریان، ۱۳۸۹؛ کاشف، ۱۳۸۵؛ افضل‌پور، ۱۳۸۴؛ اصفهانی، ۱۳۸۱؛ حمایت‌طلب، بزازان و لحمی، ۱۳۸۲؛ موسوی‌گیلانی، کیان‌پور، صادقی‌خراشاد، ۱۳۸۱؛ سودا^۱، ۲۰۰۷؛ سیمز^۲، ۲۰۰۶؛ پلوسو و

آندرید^۱، ۲۰۰۵؛ ریچاردسون و همکاران^۲، ۲۰۰۵؛ برندون و لوفتین^۳، ۱۹۹۱؛ مک‌ماهون^۴، ۱۹۹۰؛ پلانت^۵، ۱۹۹۰؛ پرونک^۶، ۱۹۹۵).

در رابطه با سطح سلامت جسمانی و روانی و میزان فعالیت بدنی میان سه گروه مورد مطالعه، یافته‌ها، صراحتاً به بهتر بودن این متغیرها در میان روستاییان در مقایسه با دیگر گروه‌ها اشاره کرده‌اند؛ لازم به ذکر است در رابطه با میزان فعالیت بدنی، زنان تبریزی در درجه دوم فعالیت و بالاتر از بانوان شهرستانی این استان قرار داشتند. در توضیح این نتیجه می‌توان ادعا کرد با توجه به این نکته که وجود تغییر در سبک زندگی و انجام فعالیت بدنی منظم با شدت متوسط مانند پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری که تقریباً جزو لاینفک زندگی روستایی است و همچنین براساس تعریف فعالیت بدنی (هر نوع حرکت تولید شده توسط عضلات اسکلتی که با مصرف انرژی همراه باشد و به صورت منظم)، هر فعالیتی که با افزایش مصرف انرژی همراه است می‌تواند به کاهش بروز بیماری‌های مرتبط غیرواگیر کمک کند (بیاتی، ۱۳۹۰) و از طرفی، با توجه به این حقیقت که روستائیان به دلیل زندگی در محیط کم فشار نسبت به دو گروه دیگر و انجام بیشتر کارها به صورت یدی توسط عضلات خود موجبات سالم‌تر بودن خود را فراهم کرده‌اند؛ از جمله مطالعاتی که در حیطه تأثیر بلندمدت فعالیت بدنی بر روی عملکرد روانی می‌توان اشاره کرد: مروری بر تحقیق بلومنتال و ایمرسی (۱۹۹۵) در خصوص آثار بلندمدت تمرین بر عملکرد روانی در زنان و مردان کهنسال است، نتایج پژوهش آنها نشان می‌دهد، افرادی که ۱۴ ماه تمرینات ورزشی هوازی را انجام داده بودند و بهبود ۱۰ تا ۱۵ درصدی در ظرفیت هوازی داشتند، بهبودی متوسط در برخی از عوامل روانی تجربه کرده بودند.

علاوه بر آن، به طور خلاصه، از جمله پژوهش‌هایی که نتایج پژوهش حاضر را تأیید کردند می‌توان در بعد افسردگی، در پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۵) که به بررسی رابطه ورزش با سلامت روان در میان دانشجویان؛ همچنین مارتینسن و همکاران (۱۹۹۵) در خصوص مشاهده تأثیر تمرینات ایروبیک و غیرایروبیک روی درمان افسردگی بالینی پرداخته، و متوجه تفاوت در خرده‌مقیاس افسردگی شدند. در تحقیقی دیگر در بعد ضعف در عملکرد اجتماعی، پورمختار و همکاران (به نقل از صلح‌جو، ۲۰۱۱)، نشان دادند که خرده‌مقیاس‌های افسردگی، ضعف در عملکرد اجتماعی و اضطراب میان دانشجویان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی به صورت

-
1. Peluso and Andrade
 2. Richardson
 3. Brandon and Loftin
 4. MacMahon
 5. Plante
 6. Pronk and et al.

معناداری متفاوت می‌باشد؛ در همین زمینه پژوهش‌های مشابه با نتایج یکسان توسط اصفهانی (۱۳۸۱)، پالوسکا و همکاران (۲۰۰۰) و صلح‌جو (۱۳۹۰) گزارش شد. در تبیین نتایج به این نکته می‌توان اشاره کرد، در جریان فعالیت‌های ورزشی میزان ترشح آندروفین‌ها افزایش می‌یابد و به همین دلیل افراد پس از انجام تمرینات، احساس لذت و آرامش خاصی می‌کنند. محققان عقیده دارند همچنان که ورزش احتمالاً روی ترکیبات شیمیایی مغز مانند سروتونین و دوپامین تأثیر می‌گذارد، می‌تواند تغییرات مثبتی بر سایر قسمت‌های بدن اعمال کند. در همین راستا بایدل و فولک با انجام تحقیقی نشان دادند که ورزش یک تأثیر خلقی دارد و سبب کاهش اضطراب، افسردگی و از طرفی باعث افزایش اعتماد به نفس و خودباوری می‌شود (صلح‌جو و همکاران، ۱۳۹۰). از طرف دیگر در راستای تبیین هرچه بیشتر نتایج می‌توان با نگاه دقیق‌تر به تحقیقات که بیانگر تأثیر مثبت ورزش و فعالیت بدنی در ارتقاء سطح سلامت روانی افراد شرکت‌کننده در فعالیت‌های حرکتی می‌باشد؛ بیان داشت، که شرکت در فعالیت‌های ورزشی (انفرادی یا گروهی)، ضمن تخلیه روانی افراد، سبب می‌شود که افراد فقط به بازی و فعالیت در حال انجام فکر کنند که آن موجب می‌شود، کلیه هیجانات و انرژی‌های مازاد به صورت مفید و سازنده از بدن افراد خارج شده و سلامت روانی را به ارمغان می‌آورد و از سوی دیگر سبب بهبود روابط اجتماعی افراد می‌شود.

پرواضح است بی‌توجهی مسئولین به وضعیت سلامت روانی بانوان ممکن است، آسیب‌های جبران‌ناپذیری را به خانواده‌هایی که تحت نظارت مستقیم آنان شکل می‌گیرد و به دنبال آن جامعه، وارد سازد. برخی از روان‌پزشکان معتقدند توانایی سازش با محیط، انعطاف‌پذیری، قضاوت عادلانه و منطقی در مواجهه با محرومیت‌ها و فشارهای روانی، از ملاک‌های سلامتی روانی بوده و هدف از درمان بیماری‌های روانی نیز قادر ساختن آنها به زندگی خانوادگی، اجتماعی و به اصطلاح سازش با محیط است (اصفهانی، ۱۳۸۱).

از آنجا که فعالیت و تحرک جزء جدانشدنی زندگی بشر است، و در هر دوره‌ای به شکلی خاص نمود پیدا می‌کند. ولی از طرفی، زندگی ماشینی، بشر امروزه را از فعالیت به دور انداخته و این فقر حرکتی، نشاط و شادابی را از جسم او دور و به جای آن عامل خطرآفرین چاقی و مشکلات و بیماری‌های مربوط به آن (مشکلات فشارخون، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، چاقی، پوکی استخوان، سرطان کولون، سرطان پستان، پروستات و ریه، افسردگی، ضعف عضلانی و بالا رفتن کلسترول خون، پوکی استخوان و کمردرد) را جایگزین کرده است (حجتی و علیپور، ۱۳۹۳؛ نیکپور، رحیمی‌ها و حقانی، ۱۳۸۵). شیوه زندگی مدرن انسان‌ها را به موجوداتی کم‌تحرک تبدیل نموده که این موضوع موجب به خطر افتادن وضعیت سلامتی افراد گردیده است (مرادی‌برزلی‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶). طبق گزارشات این سازمان، بیش از دو میلیون مرگ در سال ناشی از بی‌تحرکی می‌باشد (نیکپور، رحیمی‌ها و حقانی، ۱۳۸۵). نشستن روبروی تلویزیون، رایانه برای ساعت‌های طولانی و استفاده از

آسانسور به جای پله، باعث رکود جسمانی شده و موجب شده فعالیت بدنی سهم کمتری از اعمال روزانه را در برگیرد. امروزه در کشورهای پیشرفته دنیا، میزان مشارکت عمومی زنان در ورزش، وضعیتی به مراتب بهتر از میزان مشارکت مردم در کشورهای جهان سوم دارد؛ که امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند راهنمای برنامه‌ریزی‌های آتی مسئولین امر در استان در این زمینه را فراهم کند.

نتایج پژوهش نشان داد با افزایش میزان مشارکت در فعالیت بدنی، سطح سلامت جسمانی در میان تمامی گروه‌های این استان افزایش یابد. تحقیقات اخیر به‌ویژه در قرن بیستم نشان می‌دهد، تمرینات مناسب و مستمر موجب بهبود و افزایش میزان قدرت، استقامت عضلانی، استقامت قلبی-تنفسی و تسریع جریان خون، افزایش حجم و سرعت جریان خون، تحریک اشتها و میل به غذا، انعطاف‌پذیری و همچنین سبب تناسب اندام و کاهش چربی‌های بدن می‌شود. اهمیت و نقش فعالیت بدنی در کنترل وزن در این است که سطح مناسبی از فعالیت بدنی برای جلوگیری از چاقی تعیین شده و موجب تقویت سیستم ایمنی خواهد شد، نتایج این پژوهش به‌صورت منطقی در راستا و تأیید کننده یافته‌های تحقیقات پیشین است، (مظلومی و همکاران، ۱۳۹۶؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۴؛ پاسدار و همکاران، ۱۳۹۴؛ واحدیان‌شاهرودی و همکاران، ۱۳۹۳؛ شاکری و همکاران، ۱۳۹۱؛ قره‌خانلو و همکاران، ۱۳۸۵ (به نقل از نادری و همکاران، ۱۳۹۳)؛ خداداد، ۱۳۸۶ (به نقل از نادری و همکاران، ۱۳۹۳)؛ امینی، شجاعی‌زاده و صفری، ۱۳۹۲؛ جعفری و همکاران، ۱۳۸۵ (به نقل از مظلومی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ جلیلی و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۰۱؛ تهرانی و همکاران، ۲۰۱۴؛ فیلد، ۲۰۱۲؛ وولف و ویسبرر، ۲۰۰۳). در نهایت، می‌توان ادعا کرد که فعالیت‌های جسمانی به‌عنوان یک ابزار مهم برای حفظ بهداشت و سلامتی جامعه می‌تواند به‌عنوان یک روش درمان و یا پیشگیری از بیماری‌های مختلف جسمانی و به همان میزان در کنترل و درمان مشکلات روانی مهم شمرده شوند.

علاوه بر موارد ذکر شده، نتایج برآمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که با افزایش مشکلات، میزان فعالیت بدنی در میان بانوان کاهش معناداری پیدا کند. در ادامه با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش میان متغیر مشکلات پیش‌روی زنان برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی با میزان سلامت جسمانی و روانی آنها رابطه منفی معناداری مشاهده شد؛ یعنی با افزایش موانع، میزان مشارکت آنها در فعالیت‌های بدنی کاهش یافته که به دنبال آن، سلامت جسمانی و روانی سیر نزولی به خود می‌گیرد. این گزارشات در حیطه مشکلات ساختاری نسبت به موارد دیگر در هر دو متغیر سلامتی (جسمانی و روانی) رابطه بالایی نشان داده است. نتایج کار توسط یافته‌های نصیری، ۱۳۸۶؛ اشقلی، ۱۳۸۸؛ موتمنی، ۱۳۹۳؛ فیض‌آبادی و همکاران، ۲۰۱۲، که معتقد بودند موانع ساختاری از جمله موانع مهم در زمینه عدم مشارکت بانوان به ورزش است، تأیید شده‌اند.

نتایج این پژوهش نشان داد که ترتیب عوامل سه‌گانه مدل کرافورد و گادبی (۱۹۸۷) (که در فصل دوم به‌طور مفصل شرح داده شد)، ثابت و قطعی نیست و این امر با نتایج پژوهش‌های الکساندریس و کرول (۱۹۹۷)، جکسون (۲۰۰۰ و ۲۰۰۵) و هوبارد و منل^۱ (۲۰۰۱) تا حدودی مغایرت دارد. در این مدل مطرح شده است که اولین عامل بازدارنده، عوامل فردی است و سپس به‌ترتیب، عوامل بین‌فردی و ساختاری قرار دارند، اما پژوهش حاضر نشان داد که در استان آذربایجان شرقی این ترتیب به‌صورت عوامل فردی و ساختاری در اولویت اول به یک میزان درک شدند و عوامل بین‌فردی در اولویت بعدی قرار گرفتند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد تعمیم مدل کرافورد به تمام انسان‌ها و شرایط مختلفی که آنها در آن زندگی می‌کنند، امکان‌پذیر نیست.

ترتیب و توالی عوامل سه‌گانه، وابسته به شرایطی خاص است که افراد در آن به سر می‌برند و همان‌طور که نظریه مازلو اشاره می‌کند، سلسله‌مراتب نیازهای انسانی در جوامع مختلف تابعی است از شرایط موجود در آن جامعه. با توجه به کمبودهایی که در هر جامعه وجود دارد، اهمیت یک طبقه از نیازهای انسانی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد و اساساً در جوامعی که از نظر اقتصادی با مشکلاتی جدی مواجه‌اند، نیازهای اولیه‌ی انسانی بر سایر نیازها غلبه می‌کند و مانع بروز آنها می‌شود. به‌نظر می‌آید در جامعه‌ی ما، که مشکل اقتصادی مهمترین مشکل مردم است، شرکت در فعالیت‌های ورزشی تابعی از نیاز اقتصادی، امنیت، سلامت جسمانی و در همان اولویت نوع نگرش فرهنگی و اعتقادات مردم است. بر پایه این برداشت، از آنجا که بروز عوامل بازدارنده به‌معنای بروز مانع و مشکل در جهت رفع نیازهای دسترسی افراد به محیط‌های ورزشی است، لذا اولین نیاز زنان جامعه ما برای حضور در فعالیت‌های ورزشی، رفع هم‌زمان عوامل ساختاری نظیر درآمد کافی، وجود وسیله‌ی نقلیه، احراز سلامت جسمانی؛ و هم‌زمان با تغییر نوع نگرش خود زنان، جامعه و وابستگان آنها می‌باشد؛ و در نهایت عوامل بین‌فردی که بیانگر لزوم همراه و دوست در فعالیت‌های اوقات فراغت است، مهم تلقی می‌شود. چیک و دانگ (۲۰۰۴) در پژوهش خود بر روی جامعه‌ی منتخبی از چین با کسب نتایج مشابه با این یافته‌ها، مهر تأیید می‌زند. البته، چیک و دانگ علت عدم تطابق ترکیب عوامل سه‌گانه مدل کرافورد را در چین، اختلاف فرهنگی بین جامعه شرق و غرب می‌دانند، که شاید این امر در ایران نیز مصداق داشته باشد.

در زمینه میزان مشکلات پیش روی در میان گروه‌های ذکر شده، نتایج نشان از وجود موانع بیشتر در میان بانوان شهرستانی این استان داشت. در دسته‌بندی این مشکلات در سه طبقه (مشکلات فردی، بین‌فردی و ساختاری)، موانع فردی (در زیرعوامل روانی) و موانع ساختاری (در زیر عوامل‌های مربوط به پول و امکانات، وقت و فرصت، اشتغال و سلامتی) اصلی‌ترین موانع در میان بانوان شهرستانی گزارش شدند؛ این درحالی بود که زیر

1. Hubbard, Jennifer, and Roger C. Mannell

عامل مسئولیت میان بانوان شهرستانی به‌عنوان رتبه نخست بیشترین اهمیت را به خود گرفت. در ادامه در بررسی‌های مربوط به بازدارنده‌های مربوط به بانوان شهر تبریز، موانع ساختاری (در زیر عامل‌های مربوط به پول و امکانات، وقت و فرصت، اشتغال و سلامتی) به‌عنوان اولویت برای آنها در نظر گرفته شدند و در رتبه اول این موانع قرار گرفتند. گزینه اشتغال به‌عنوان اصلی‌ترین زیرعامل از گروه موانع ساختاری در این گروه در اولویت قرار گرفته و مانع مشارکت بانوان شهر تبریز در فعالیت‌های بدنی شد. در بررسی زیرساخت‌های مربوط به هر کدام از این موانع می‌توان ادعا کرد موانع ساختاری در حالت کل که مربوط به تجهیزات و امکانات و یا وجود نیروی متخصص، اولویت دادن کار به ورزش و اهمیت ندادن مسئولان به ورزش بانوان در اولویت‌های عوامل بازدارنده در این حیطه قرار دارد که با نتایج تحقیق نادریان‌جهرمی و هاشمی، ۱۳۸۸؛ سلطانی، ۲۰۱۳؛ همخوانی دارد. یافته‌های برآمده از این اثر نشان از آن داشت که بالا بودن هزینه اماکن ورزشی به‌عنوان یکی دیگر از زیرعامل‌های موانع ساختاری، با نتیجه برخی تحقیقات مثل روزبهانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ احسانی و همکاران، ۱۳۸۸؛ میرغفوری و همکاران، ۱۳۸۸؛ همتی‌نژاد و خان‌زاده، ۱۳۷۸؛ نادریان‌جهرمی و هاشمی، ۱۳۸۸؛ کشر و احسانی، ۱۳۸۶؛ موتمنی و همکاران، ۱۳۹۳؛ فراهانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ انصاری در مطالعه بر روی گروه جوانان، ۱۳۸۷؛ احسانی، ۱۳۸۶؛ صدارتی، ۱۳۸۵؛ منظمی و همکاران، ۱۳۹۰؛ پوررنجبر و همکاران، ۱۳۹۵؛ هاشمی، ۱۳۸۵؛ هولیپهان و گرین، ۲۰۰۸ همخوانی داشته ولی با نتیجه کار سلطانی و همکارانش، ۲۰۱۳ همخوانی ندارد؛ که علت عدم همخوانی با پژوهش سلطانی می‌تواند ناشی از تفاوت در آزمودنی‌های تحقیق باشد.

مشکلات فردی و روانی خود شامل: نداشتن آمادگی روحی برای انجام ورزش، نداشتن آمادگی جسمانی لازم، نداشتن مهارت لازم، ترس از آسیب دیدن و .. می‌باشد. از طرفی نتایج آلکساندریا و کارول (به نقل از نادریان و همکاران، ۱۳۸۸) هم نشان می‌دهد که موانع درون فردی به‌طور معناداری می‌توانند بی‌انگیزگی را پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها تا حدی از مدل هرمی موانع مشارکت که در فصل دوم به آن اشاره شد، حمایت می‌کند.

نتایج مشاهده شده درحالی بود که بانوان روستایی در این استان از مشکلات بین فردی (در زیر عامل عدم وجود همراه و بعد اجتماعی) و در مشکلات فردی در رتبه‌ی بعدی (در زیر عامل نگرش و تصورات) رنج می‌بردند. همچنین در حیطه عوامل بازدارنده فردی مربوط به نگرش در میان خانواده‌های روستایی و شهرستانی می‌توان به نگرش خانواده آنها در شرکت در فعالیت‌های ورزشی اشاره کرد که به ضم درست بودن این مطلب، پژوهش حاضر با تحقیق سلطانی و همکاران، ۲۰۱۳؛ نادریان و همکاران، ۱۳۸۸؛ شاو، ۱۹۹۱؛ هندرسون و کینگ، ۱۹۹۸ همخوانی دارد. در این زمینه به‌نظر می‌رسد افزایش سطح آگاهی عمومی جامعه نسبت به مشارکت ورزشی بانوان و اثرات مفید آن در نگرش خانواده‌ها به ورزش بانوان تغییر ایجاد خواهد کرد.

موانع مربوط به عامل اجتماعی بسیار گیج کننده به نظر می رسد، چون در نگاه اول این عوامل عادی به نظر می آیند ولی اثرات بسیار مهم و زیادی بر مشارکت ورزشی می گذارند؛ بنابراین نگرش منفی یا خنثی جامعه در عدم مشارکت می تواند به دلیل وجود فرهنگ های دارای تفکرات تبعیض جنسیتی، نبود یک الگوی ورزشی موفق و مشوق در جامعه و عدم حمایت رسانه های جمعی از ورزش با ایجاد احساس نگرانی و خجالت در فرد، ایجاد مزاحمت، ایجاد دلسردی، باعث شود تا فرد از شرکت در فعالیت های ورزشی صرف نظر نماید (روزبهرانی، ۱۳۹۳). در پژوهش انصاری (۱۳۸۷) بر روی سالمندان عوامل اجتماعی مهمترین دلیل عدم مشارکت در میان جامعه مورد نظر شناخته شده اند. در رابطه با موانع اجتماعی میان بانوان روستایی، می توان به عدم وجود همراه و پایین بودن عامل اجتماعی میان آنها به عنوان دلایل عدم مشارکت آنها در فعالیت های بدنی اشاره کرد. این یافته ها با نتایج تحقیقات سرلی و جکسو (به نقل از میرغفوری و همکارانش، ۱۳۸۸)؛ احسانی و همکارانش (۱۳۸۴) و همچنین مهدی پور و عتیقه چی (به نقل از میرغفوری و همکارانش، ۱۳۸۸)؛ میرغفوری و همکاران، ۱۳۸۸؛ روزبهرانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ احسانی و همکاران، ۱۹۹۶؛ همخوانی دارد. در راستای رفع این موارد، ایجاد مسابقات ورزشی ویژه بانوان در تمامی سطوح، معرفی و تجلیل از ورزشکاران موفق این دوره ها، تبلیغات گسترده تر رسانه های جمعی در زمینه ورزش بانوان با توجه به ویژگی خاص جامعه ایران، مؤثر خواهد بود.

۴-۵ نتیجه گیری

بدیهی است عوامل اجتماعی، اقتصادی، شخصی و .. با یکدیگر مرتبط بوده و هر کدام بر مشارکت تأثیر دارند. نگرش سیستمی نیز این موضوع را تأیید می کند. لذا از بین بردن موانع و یا کاهش آن می تواند میزان مشارکت را افزایش دهد. در این راستا در استراتژی تبیین شده توسط مسئولین و مدیران جهت از بین بردن موانع، با راه اندازی ایستگاه های ورزشی در پارک ها و محلات و پرداخت بخشی از هزینه ها توسط دولت در جهت کاهش هزینه های سالن ها و اماکن ورزشی می توان زنان را به سوی فعالیت های ورزشی سوق داد. همچنین می بایست در نگرش نسبت به کارکردهای ورزش به ویژه ورزش های تفریحی بازنگری کرده و از برنامه های ورزشی زنان حمایت کرد و با در نظر گرفتن نقاط ضعف گزارش شده در این استان نسبت به برنامه ریزی و اتخاذ استراتژی های مناسب اقدام نمود.

۵-۵ پیشنهادات

۱-۵-۵ پیشنهادهای پژوهشی

- از آنجایی که پژوهش‌های دیگر این نکته را اثبات کردند که مسأله فرهنگ و اجتماع باعث ایجاد شرایط متفاوتی به لحاظ موانع مشارکتی می‌شوند، پیشنهاد می‌شود که مشابه این طرح در استان‌های دیگر که به لحاظ فرهنگی و اجتماعی متفاوت از منطقه آذربایجان می‌باشند، انجام شود.

۲-۵-۵ پیشنهادهای کاربردی

- بنابر یافته‌های پژوهش که موانع ساختاری را قوی‌تر از سایر موانع برای شرکت در فعالیت بدنی زنان در این استان یافتند، پیشنهاد می‌شود مسئولین و برنامه‌ریزان ادارات و سازمان‌ها این مهم را در رأس امور خود قرار دهند و باتوجه به آن برنامه‌ریزی‌های لازم را انجام دهند.
- با توجه به اینکه از نتایج تحقیق نگرش و تصورات به ورزش را کم‌اهمیت شمرده و داشتن مسئولیت در خانه و خانواده را نسبت به گرایش به ورزش را ارجح می‌دانند، پیشنهاد می‌شود تحقیق مشابهی به این صورت که پس از ایجاد تبلیغات رسانه‌ای و گروهی گسترده در مورد مزایای فعالیت بدنی صورت بگیرد.
- پیشنهاد می‌شود، کارکنان را از طریق ارائه کارت‌هایی با امتیازهای ویژه برای عضویت در باشگاه‌های خصوصی و یا برنامه‌ریزی فعالیت‌های بدنی جذاب و مورد علاقه‌ی آنها به سوی ورزش و انجام فعالیت بدنی سوق داد تا از این طریق گامی بلند در راستای رفع موانع مشارکت برداشت.
- با توجه به نتایج می‌توان پیشنهاد کرد که ساعتی برای ورزش همگانی در برنامه‌ریزی ساعات اداری یا در پارک‌ها توسط مسئولین امر زیرنظر مربی مجرب در نظر گرفته شود.

منابع

- احدی، حسن؛ جمالی، شکوه‌السادات. "روانشناسی رشد (مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی کودک)". (۱۳۷۰). چاپ بنیاد. ص ۱۶.
- احسانی، محمد. (۱۳۸۴). «سطح مشارکت ورزش بانوان در ایران و عوامل بازدارنده‌ی فعالیت‌های ورزشی»، *مجله علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس*، ۲ (۱۲). صص ۲۷-۱۵.
- احسانی، محمد؛ هنرور، افشار؛ شریفیان، اسماعیل؛ کوزه‌چیان، هاشم و فرزانه، فرزانه. (۱۳۸۸). «نقش ورزش حرفه‌ای در رشد گسترش ورزش زنان مسلمان»، *پژوهش در علوم ورزشی*، ۱ (۲۲). صص ۱۷۱-۱۵۳.
- احمدی، سید حسین. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی نوجوانان و جوانان*، چاپ اول، تهران: انتشارات مشعل، ص ۷۸.
- احمدی جمشید. (۱۳۷۴). «میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی»، *اندیشه و رفتار*، ۴، صص ۱۲-۶.
- احمدی، بتول (۱۳۸۶). «بررسی نیازهای تحقیقاتی سلامت زنان در ایران»، گزارش طرح تحقیقاتی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- اشقلی، هاله. (۱۳۸۸). «بررسی علل عدم شرکت دانشجویان دختر دانشگاه آزاد ورامین در فعالیت‌های فوق برنامه‌ی ورزشی»، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی تربیت بدنی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- اصفهانی، نوشین. (۱۳۸۱). «تأثیر ورزش بر سلامت روانی در بعد جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی دانشجویان دانشگاه الزهرا (س)»، *حرکت*، شماره ۱۲. صص ۸۶-۷۵.
- افضل پور، محمد اسماعیل. (۱۳۸۴). «تأثیر تمرینات هوازی شدید و متوسط بر سلامت عمومی مردان غیرفعال»، *پژوهش نامه علوم ورزشی*، سال اول، شماره ۲، صص ۲۲-۹.
- امینی، نجمه‌الملوک؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ صفاری، محسن. (۱۳۹۲). «اثر بخشی برنامه آموزش الکترونیکی بر افزایش میزان فعالیت‌بدنی و نمایه توده بدنی کارکنان زن»، *مجله دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۱ (۳). صص ۱۰۶-۹۵.
- انصاری، علی‌نقی. (۱۳۸۷). «مقایسه برخی موانع مشارکت جوانان و سالمندان شهرستان شهرضا در فعالیت‌های ورزشی تفریحی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان.
- ایزدی مریم. (۱۳۸۶). *ورزش و تفریحات سالم*، تهران: وزارت فرهنگ و آموزش عالی، معاونت آموزشی.
- آبوت، پاملا و کلر والاس (۱۹۹۰) *جامعه‌شناسی زنان*، ترجمه منیژه نجم عراقی، ۱۳۸۳. تهران، نشر نی، چاپ سوم.

بارفروش، احمد. (۱۳۸۹). «تحلیل محتوای نشریات ورزش»، دفتر مطالعات و توسعه رسانه‌ها، معاونت امور مطبوعاتی و اطلاع‌رسانی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سه ماهه چهارم ۱۳۸۸.

باقرزاده، فضل‌الله؛ حمایت‌طلب، رسول؛ متقی‌پور، مهدی. (۱۳۸۱). «بررسی علل عدم شرکت دانش آموزان دختر مقطع متوسطه در فعالیت های ورزشی فوق برنامه»، حرکت، شماره پیاپی ۱۱، صص ۳۱-۲۳.

بشیری‌موسوی فاطمه؛ فرمانبر، ربیع‌الله؛ تقدیسی، محمدحسین؛ عطرکارروشن، زهرا. (۱۳۹۴). «سطح فعالیت بدنی دانش آموزان دختر شهرستان طارم و برخی عوامل مؤثر بر آن»، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ۳(۲). صص ۱۴۰-۱۳۳.

بشیریه، حسین (۱۳۷۹) نظریه‌های فرهنگ در قرن بیستم، تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی آینده پویان، چاپ اول.

بنار، نوشین؛ احمدی، نسرین؛ کریمی، فریبا. (۱۳۹۲). «بررسی مشکلات ورزش قهرمانی زنان استان گیلان»، نشریه مدیریت منابع انسانی در ورزش، سال اول، شماره ۱، صص ۱۱-۲۴.

بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۱). «بهداشت روانی در قرن بیست و یکم و چالش‌های پیش‌رو»، فصلنامه روان‌شناسی و دین، ۳۲، ۱، صص ۱۸۱-۱۹۹.

بیاتی، مهدی. (۱۳۹۰). «بی‌حرکی جسمانی و سبک زندگی بی‌حرکت»، مجله‌ی نغد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۳(۵). صص ۵۳۹-۵۳۷.

پاسدار، یحیی؛ نیازی، پریسا؛ دربندی، میترا؛ خالوندی، فرشته؛ ایزدی، ندا. (۱۳۹۴). «بررسی میزان فعالیت فیزیکی و تأثیر آن بر ترکیب بدن و کیفیت زندگی در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۲»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۱۴، صص ۱۱-۹۹.

پوررنجبر، محمد؛ خدادادی، محمدرسول؛ قربانزاده، بهروز؛ اعلمی‌کشی، معصومه. (۱۳۹۵). «همبستگی عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده با میزان مشارکت در فعالیت‌های ورزشی دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کرمان»، نشریه مدیریت ارتقای سلامت، ۵(۳). صص ۶۸-۶۰.

پهلوان‌زاده، سعید؛ کیاست‌پور، محبوبه؛ نصیری، محمود. (۱۳۸۵). «افسردگی در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه علوم پزشکی»، تحقیقات علوم رفتاری، سال چهارم، شماره ۱، صص ۳۲-۲۶.

ثالثی، محسن؛ جوکار، بهرام. (۱۳۹۰). «اثر ورزش و فعالیت بدنی بر میزان شادی زنان یائسه»، سالمند، ۶(۲۰). صص ۱۴-۷.

- حجتی، زهرا؛ علیپور، وحیده. (۱۳۹۳). «ارتباط فعالیت بدنی و شاخص‌های آنتروپومتریک مرتبط با سلامتی در کارکنان زن دانشگاه»، *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۸(۲). صص ۱۵۵-۱۴۸.
- حسینی، سید وحیده؛ انوشه، منیره؛ عباس‌زاده، عباس؛ احسانی، محمد. (۱۳۹۳). «شرایط علی مؤثر بر گرایش دختران نوجوان به انجام فعالیت‌های ورزشی»، *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۳(۴). صص ۳۳۹-۳۳۱.
- حسینی، سیدحمزه؛ کاظمی، شقایق؛ شهبازنژاد، لیلا. (۱۳۸۵). «بررسی رابطه ورزش با سلامت روان دانشجویان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۱۵، شماره ۵۳، صص ۱۰۴-۹۷.
- حمایت‌طلب، رسول؛ بزازان، صدیقه؛ لحمی، ریحانه. (۱۳۸۲). «مقایسه میزان شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه‌های تهران و پیام نور»، *حرکت*، شماره ۱۸، صص ۱۴۰-۱۳۱.
- حمیدی مهرزاد. (۱۳۷۵). *مدیریت سازمانهای ورزشی*، چاپ دوم. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور؛ ص ۲۱.
- حمیدی‌زاده، محمد رضا؛ اروانه، معصومه. (۱۳۸۴). *برنامه‌ریزی استراتژیک و بلند مدت (با تجدید نظر و اضافات)*. چاپ پنجم، انتشارات سمت.
- خان‌محمدی، سمیرا. (۱۳۹۶). «نگرشی جامعه‌شناختی به موانع مشارکت زنان در فعالیت‌های ورزشی»، *همایش ملی فقه و علوم اسلامی*. تهران.
- دفتر توسعه ورزش بانوان. (۱۳۸۷). «گزارش تحلیل و عملکرد وضعیت ورزش بانوان در فدراسیون‌های ورزشی»، سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران.
- رمضانی، علیرضا؛ نظریان‌مادوانی. (۱۳۹۱). «فعالیت بدنی و سلامت با تأکید بر دانش‌آموزان ابتدایی»، *آموزش تربیت بدنی*. دوره سیزدهم، شماره ۲، صص: ۲۲-۱۶.
- رمضانی‌نژاد، رحیم؛ ملائی، مینا؛ خلیلی، سیده لیلا. (۱۳۹۵). «شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات زنان ورزشکار قهرمان قایقران ایران»، *نشریه مدیریت منابع انسانی در ورزش*، سال سوم، شماره ۲، صص ۲۴۴-۲۳۱.
- روزبهنانی، محبوبه؛ کامکاری، کتایون؛ میرزاپور، علی‌اکبر. (۱۳۹۳). «بررسی عوامل مؤثر بر موانع مشارکت زنان سالمند در فعالیت‌های ورزشی تفریحی استان البرز»، *مطالعات مبانی مدیریت در ورزش*، سال اول، شماره ۲، صص ۴۲-۳۳.

رئیسون، محمدرضا؛ محمدی، یحیی؛ بیجاری، بیتا؛ مقرب، مرضیه. (۱۳۹۱). «سلامت روان دانشجویان پسر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه پیام نور شهر بیرجند ۹-۸۹»، *مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۹(۴)، صص ۳۱۰-۳۱۶.

سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی (مرکز ملی مدیریت و توسعه ورزش کشور). (۱۳۸۴). *مطالعات تفصیلی توسعه ورزش قهرمانی، چاپ اول، تهران، انتشارات سیب سبز.*

سپهرمنش، زهرا. (۱۳۸۷). «سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان»، *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، دوره ۱۲، ۱، صص ۳۱-۴۱.

سلامی، فاطمه، نوروزیان، منیژه؛ میرفتاح، فاطمه. (۱۳۸۳). «توصیف موانع شرکت بانوان در فعالیت‌های ورزشی»، *طرح پژوهشی، پژوهشکده تربیت بدنی، وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری.*

سیداحمدی، محمد؛ کیوانلو، فهیمه؛ کوشان، محسن؛ محمدی‌رئوف، مصطفی. (۱۳۸۹). «مقایسه وضعیت سلامت روانی در دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۷(۲)، صص ۱۱۶-۱۲۲.

شاکری، معصومه؛ فکری، شیوا؛ شهنواز، علی؛ شکیبازاده، الهام. (۱۳۹۱). «بررسی تأثیر آموزش فعالیت بدنی در دوران بارداری بر میزان فعالیت فیزیکی زنان باردار»، *مجله حیات*، ۱۸(۳)، صص ۱-۹.

شریعتی، محمد؛ کفاشی، احمد؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ فاتح، ابولفضل؛ عبادی، مهدی. (۱۳۸۱). «بررسی سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران» *پایش*، ۳، صص ۱۲-۶.

شیخی، محمدرضا. رهگوی، ابوالفضل. (۱۳۷۵). «تأثیر حرکت درمانی بر روی افسردگی»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه قزوین*، ۲(۵)، صص ۳۴-۳۰.

صالحی، بهمن؛ سیف، خاطره؛ جمیلیان، حمیدرضا؛ قبله، فریبا. (۱۳۸۸). «مقایسه سطح سلامت روانی زنان شاغل در ستاد دانشگاه علوم پزشکی و کادر اداری آموزش و پرورش شهر اراک ۱۳۸۷»، *سال ۱۲، شماره ۳ (پیاپی ۴۸)*، صص ۷۷-۸۴.

صدارتی، مریم. (۱۳۸۷). «بررسی میزان دسترسی زنان به تولیدات و خدمات ورزشی در سراسر کشور»، *طرح تحقیقاتی، معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا.*

صدارتی، مریم. (۱۳۸۳). *بررسی میزان اضطراب رقابتی دانشجویان دختر در مسابقات قهرمانی، مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)*، دوره ۲، ۵، صص ۱۱۱-۱۲۸.

صفانیا، علی‌محمد. (۱۳۸۰). «نحوه‌ی گذراندن اوقات فراغت دانشجویان دختر دانشگاه‌های آزاد اسلامی کشور با تأکید بر فعالیت‌های ورزشی»، *حرکت*، ۹، صص ۱۴۰-۱۲۷.

- صلح‌جو، محمدحسن؛ افروزه، محسن؛ افروزه، صادق؛ کارگر، ندا. (۱۳۹۰). «سلامت روان اعضای هیئت علمی رشته تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی دانشگاه آزاد اسلامی»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم*، دوره نهم، ۳، صص ۴۰-۳۵.
- عباسی، سمیه؛ معظمی، مهتاب؛ بیژه، ناهید؛ میرمجیدی، سیده رقیه. (۱۳۹۴). «بررسی رابطه بین سطح فعالیت بدنی با وزن بدن (قبل از زایمان) و سطح سرمی کورتیزول (حین زایمان) در زنان نخست‌زا، *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۸(۱۵۱). صص ۱۹-۱۲.
- عباسی، علی؛ پناه‌عنبری، علی؛ کامکار، علی؛ باقری‌زاده، قادر. (۱۳۸۰). «بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۸-۷۷»، *طب و تزکیه*، ۴۳، صص ۳۸-۳۴.
- عرب‌نرمی، بتول. (۱۳۹۵). «فضای گفتمانی فعالیت بدنی زنان»، *زن در توسعه و سیاست*، ۱۴(۴). صص ۴۹۱-۴۷۷.
- فراهانی ابوالفضل، حسینی معصومه، مرادی راضیه. (۱۳۹۶). «اولویت‌بندی موانع پیش روی بانوان شاغل در انجام فعالیت های ورزشی استان البرز»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵ (۱). صص ۲۳-۳۴.
- کاشف، میر محمد. (۱۳۸۵). «مقایسه سلامت عمومی اعضای هیئت علمی فعال و غیرفعال دانشگاه‌های کشور»، *نشریه علوم حرکتی و ورزشی، سال چهارم، جلد اول، شماره ۷*، صص ۲۳ - ۱۱.
- کشکر، سارا؛ احسانی، محمد. (۱۳۸۶). «بررسی اهمیت عوامل بازدارنده زنان تهران از مشارکت در ورزش تفریحی با توجه به متغیر خصوصیات فردی»، *مطالعات زنان*، سال ۵، شماره ۲، صص ۱۳۴-۱۱۳.
- کوشافر، علی اصغر (۱۳۸۱). *اصول و مبانی تربیت بدنی*، چاپ اول، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی تبریز
- گائینی، عباسعلی و رجبی حمید (۱۳۸۶). *آمادگی جسمانی*، چاپ چهارم، انتشارات سمت
- گائینی، عباسعلی. (۱۳۸۱). «زن، ورزش و فرهنگ»، خلاصه مقالات کنگره زن در گفتگوی تمدن‌ها. مرکز آمار و اسناد سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران.
- گروسی، میرتقی؛ مانی، آرش. (۱۳۸۳). «بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان شرکت پالایش نفت تبریز»، *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱ (۴). صص ۷۲-۶۱.
- مجیدی، فریبرز. (۱۳۸۳). *آموزش حقوق انسانی زنان و دختران*، مرتوس، جولی. ۱۹۶۳. تهران: انتشارات دنیای مادر، چاپ اول.

محسنی تبریزی، منوچهر (۱۳۷۶) *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات طهوری، چاپ پنجم (با تجدید نظر)، صص ۱۴۵-۴۶.

محمدی، مه‌ری؛ یاوریان، رویا؛ عارفی، مرضیه. (۱۳۹۰). «بررسی مقایسه‌ای سلامت روان و امید به زندگی زنان شاغل و غیرشاغل استان آذربایجان غربی ۱۳۸۶»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره ۹، شماره ۱(۳). صص ۴۳-۳۹.

مرادی‌برزل‌آبادی، فاطمه؛ قزلسفلو، حمیدرضا؛ زرینه، فریبا؛ غضنفری، مریم؛ امیری، نوشین. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر ورزش بر سلامت روانی زنان ورزشکار و غیرورزشکار دانشجویان دختر دانشگاه گنبد کاووس، دومین همایش بین‌المللی و چهاردهمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی.

مرکز تحقیقات، مطالعات و سنجش برنامه صدا و سیما. (۱۳۷۵). *نظرخواهی از زنان تهران در مورد ورزش بانوان*، طرح پژوهشی، مرکز تحقیقات، مطالعات و سنجش برنامه صدا و سیما، صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، تهران.

مظلومی محمودآباد، سیدسعید؛ رهاوی عزآبادی، رزا؛ باقیانی‌مقدم، محمدحسین؛ نیک‌نژاد، نجمه؛ دهقانی‌تفتی، عارفه. (۱۳۹۶). «بررسی میزان تأثیر برنامه آموزشی بر تحرک بدنی خانم‌های خانه‌دار متأهل ۴۵-۲۰ ساله شهرنور»، *طلوع بهداشت*، ۱۶(۲). صص ۳۳-۲۱.

مقدم‌تبریزی، فاطمه. (۱۳۸۵). «بررسی عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت روان زنان شاغل در شهر ارومیه سال ۱۳۸۳-۱۳۸۲»، *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی*، سال سوم، شماره سوم، صص ۱۰۰-۹۳.

منظمی، مریم؛ علم، شهرام و شتاب بوشهری، سیده ناهید. (۱۳۹۰). «تعیین عوامل مؤثر بر توسعه تربیت بدنی و ورزش بانوان جمهوری اسلامی ایران»، *مدیریت ورزشی*، ۱۰، صص ۱۶۸-۱۵۱.

موتمنی، علیرضا؛ همتی، امین و مرادی، هادی. (۱۳۹۳). «شناسایی و اولویت‌بندی موانع پیشروی بانوان در انجام فعالیت‌های ورزشی»، *مطالعات مدیریت ورزشی*، ۲۴، صص ۱۳۰-۱۱۱.

موسوی‌گیلانی، سیدرضا، کیان‌پور، محسن؛ صادقی‌خراشاد، محمود. (۱۳۸۱). «مقایسه سلامت روانی دانشجویان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار»، *طبیب شرق بهار*، ۴(۱). صص ۴۵-۳۹.

میرغفوری، سید حبیب‌الله؛ صیادی، حسن؛ میر فخرالدینی، سید حیدر. (۱۳۸۸). «بررسی و تحلیل مسائل مؤثر بر مشارکت زنان در فعالیت ورزشی»، *مدیریت ورزشی*، ۱۰، صص ۱۰۰-۸۳.

نادری، احمد؛ شهبازی، مهدی؛ اکبری، الهام. (۱۳۹۳). «تحلیل انسان‌شناختی ورزش زنان: مطالعه‌ای بر فعالیت‌های ورزشی در پارک‌های بانوان تهران»، *پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، ۴(۲). صص ۶۸-۵۱.

- نادریان، مسعود؛ ذوالاکتاف، وحید؛ مشکل‌گشا، الهام. (۱۳۸۸). «موانع مشارکت ورزشی زنان و ارتباط آنها با انگیزه»، نشریه علوم حرکتی و ورزشی، سال هفتم. جلد اول. شماره ۱۳، صص ۱۴۵-۱۵۴.
- نادریان جهرمی، مسعود؛ هاشمی، هاجر. (۱۳۸۸). «عوامل بازدارنده مشارکت ورزشی زنان کارمند شهر اصفهان»، مطالعات مدیریت ورزشی، سال ۶. ۲ (پیاپی ۲۳)، صص ۱۳۷-۱۵۰.
- نصیری، مریم. (۱۳۸۶). «بررسی علل عدم مشارکت ورزشی دختر دانشگاه بوعلی سینای همدان در فعالیتهای حرکتی و ورزشی»، پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشکده‌ی تربیت بدنی، دانشگاه تهران.
- نقدی، اسداله؛ بلالی، اسماعیل؛ ایمانی، پروین. (۱۳۹۰). «موانع فرهنگی-اجتماعی مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی»، زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، (۱) ۹، صص ۱۶۳-۱۴۷.
- نیک‌پور، صغری؛ رحیمی‌ها، فهیمه؛ حقانی، حمید. (۱۳۸۵). «مقایسه وضعیت فعالیتهای ورزشی زنان و مردان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران در سال ۱۳۸۳»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳ (۵۲)، صص ۲۱۶-۲۰۵.
- واحدیان‌شاهروردی، محمد؛ لعل‌منفرد، الهه؛ اسماعیلی، حبیب‌الله؛ طهرانی، هادی؛ محدث‌حکام، حمیدرضا. ۱۳۹۳. «پیش‌بینی رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری پوکی استخوان از طریق کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی»، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۲ (۳)، صص ۲۰۷-۱۹۹.
- وحید، فریدون؛ عریضی، فروغ؛ پارسامهر، مهربان. (۱۳۸۵). «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی»، مطالعه‌ی موردی؛ زنان استان مازندران. فصلنامه‌ی المپیک، سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۷۷-۸۶.
- ودادهیر، ابوعلی؛ ساداتی، سیدمحمدانی؛ احمدی، بتول. (۱۳۸۷). «سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای منتخب مجلات علمی-پژوهشی بهداشت و سلامت)»، پژوهش زنان، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۳۳-۱۵۵.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت، واحد بیماری‌های غیر واگیر، ۱۳۹۷.
- هاشمی، سیده‌زهرا؛ رخشانی، فاطمه؛ نویدیان، علی؛ موسوی، سیدرضا. (۱۳۹۲). «بررسی تأثیر آموزش براساس مدل فرانظری در میزان فعالیت جسمانی زنان خانه‌دار شهر زاهدان در سال ۱۳۹۰»، مجله تحقیقات نظام سلامت، ۹ (۲)، صص ۱۵۲-۱۴۴.

همتی نژاد، مهر علی و خانزاده، شهرام. (۱۳۸۷). برنامه‌ریزی استراتژیک فدراسیون قایقرانی و اسکی روی آب. مجموعه مقالات برگزیده همایش ملی مدیریت ورزشی با تأکید سند چشم‌انداز ۳۱ ساله جمهوری اسلامی ایران، تهران، آکادمی ملی المپیک.

یاوریان، رویا. نیک‌اختر، مریم. (۱۳۹۰). «بررسی اثرات تمرینات هوازی بر میزان سلامت روان زنان شهر ارومیه در سال ۱۳۸۷»، ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره اول، صص ۴۹-۵۲

یوسفی، علی؛ براتعلی، مریم؛ عرفان، عارفه. (۱۳۸۹). «ارتباط سلامت روان، اشتغال و تحصیلات دانشگاهی در بین زنان دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان»، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزشی). ۱۰(۵). صص ۷۴۸-۷۵۴.

- Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. *American Journal of health promotion*, 11(3), 208-218.
- Alexandris, Konstantinos, and Bob Carroll. (1997). "Demographic Differences in the Perception of Constraints on Recreational Sport Participation: Results from a Study in Greece." *Leisure Science*. 16(2):107-125.
- Atkinson, R., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Lutz, C. (2004). Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology.
- Barnett, F., & Spinks, W. L. (2007). Exercise self-efficacy of postmenopausal women resident in the tropics. *Maturitas*, 58(1), 1-6.
- Bialeschki, M. Deborah, and Sarah Michener. (1994). "Re-entering Leisure: Transition within the Role of Motherhood." *Journal of Leisure Research*. 26(1):57-74.
- Blumenthal, J. A., Emery, C. F., Madden, D. J., George, L. K., Coleman, R. E., Riddle, M. W., ... & Williams, R. S. (1989). Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women. *Journal of gerontology*, 44(5), M147-M157.
- Brandon, J. E., & Loftin, J. M. (1991). Relationship of fitness to depression, state and trait anxiety, internal health locus of control, and self-control. *Perceptual and Motor Skills*, 73(2), 563-568.
- Brown, K. J., & Connolly, C. (2010). The role of law in promoting women in elite athletics: An examination of four nations. *International Review for the Sociology of Sport*, 45(1), 3-21.
- Bush, L., (2001). Environment may play role in whether youth benefit from sports participation, *Journal physical activity*, 20(2), pp. 69-82.
- Butler, G.P; Orpana, H.M & Wiens, A.J. (2007). *By your own two feet: Factors associated with active transportation in Canada*. Canadian Journal of Public Health, 98(4), PP 259-264.
- Chick, G., & Dong, E. (2003, April). Possibility of refining the hierarchical model of leisure constraints through cross-cultural research. In *Proceedings of the 2003 Northeastern recreation research symposium* (pp. 338-344). Newtown Square, PA: US Department of Agriculture, Forest Service, Northeastern Research Station.
- Crawford D.W., and Godbey, G. (1987). Reconcept barriers to family leisure. *Leisure Science*; P.9.

- Crawford, Duane W., and Ted L. Huston. (1993). "The Impact of the Transition to Parenthood on Marital Leisure." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(1):39-46.
- Cui, Y. (2007). Striving and thriving: Women in Chinese national sport organizations. *The International Journal of the History of Sport*, 24(3), 392-410.
- Culp, Rocklynn H. 1998. "Adolescent Girls and Outdoor Recreation: A Case Study Examining Constraints and Effective Programming." *Journal of Leisure Research*, 30(3):356-379.
- Deci, E; & Ryan, R. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Delaney, L., & Keaney, E. (2005). Sport and social capital in the United Kingdom: Statistical evidence from national and international survey data. *Dublin: Economic and Social Research Institute and Institute for Public Policy Research*, 32, 1-32.
- Dingle, L. (2005). Women in sport, overcoming barriers to participation. In *3rd Annual Coaching Conference: University of Exeter*.
- Dyck, I., Lewis, N. D., & McLafferty, S. (2001). Why geographies of women's health. *Geographies of women's health*, 1-20.
- Ebrahimi, K. (2002, August). Sports and dialogue among civilizations. In *First Congress of Women's in Physical Education Organization* (Vol. 5).
- Ehsani, M. (2003). Leisure Constraint Factors on the Recreational Sporting Activities of Participants and Non-participants in Iran. *LSA PUBLICATION*, 79, 133-152.
- Ehsani, M., Hardman, K., & Carroll, B. (1996). A comparative study of leisure constraint factors on the sporting activity of English and Iranian students. In *annual comparative study conference. Tokyo, Japan* (Vol. 111, p. 133).
- Farajzadeh, D. (2008). Effects of physical activity on mental and physical health. *Baghiyatollah University of Medical Science J*, 3(7), 33-8.
- Feizabadi, M. S., Salsali, S., Moeinirad, S., & Nikravan, F. (2012). The study of problems & barriers of female students for the sport participation in Mashhad city. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 31, 28-30.
- Field, T. (2012). Prenatal exercise research. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 397-407.
- Fikkan, J. I; & Rothblum, E. D. (2012). *Is fat a feminist issue? Exploring the gendered nature of weight bias*. *Sex Roles*, 66, 575-592. doi:10.1007/s11199-011-0022-5.
- Fortier, M. S., Vallerand, R. J., Briere, N. M., & Provencher, P. J. (1995). Competitive and recreational sport structures and gender: A test of their relationship with sport motivation. *International journal of sport psychology*.
- Fox, K., & Rickards, L. (2004). *Sport and Leisure: Results from the 2002 General Household Survey*. The Stationery Office.
- Frederick, Jody, and Susan M. Shaw. (1995). "Body Image as a Leisure Constraint: Examining the Experience of Aerobic Exercise Classes for Young Women." *Leisure Sciences*, 17(2):57-73.
- Glanz, F. L ;& Rimer, B. (1997). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (2nd ed., PP 60-84). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gollschewski, S., Kitto, S., Anderson, D., & Lyons-Wall, P. (2008). Women's perceptions and beliefs about the use of complementary and alternative medicines during menopause. *Complementary therapies in medicine*, 16(3), 163-168.
- Goodale, Thomas L., and Peter A. Witt. (1989). "Recreation Non- Participation and Barriers to Leisure." Pp. 421-449 in *Understanding Leisure and Recreation: Mapping the Past*,

- Charting the Future*, edited by Edgar L. Jackson and Thomas L. Burton. State College, PA, USA: Venture Publishing, Inc.
- Green, Eileen, and Sandra Hebron. 1988. "Leisure and Male Partners." Pp. 37–47 in *Relative Freedoms: Women and Leisure*, edited by Erica Wimbush and Margaret Talbot. Milton Keynes, England: Open University Press.
- Green, Eileen, Sandra Hebron, and Diana Woodward. (1990). *Women's Leisure, What Leisure?* Basingstoke, England: Macmillan.
- Green, Eileen, Sandra Hebron, and Diana Woodward. (1987). "Women, Leisure, and Social Control." Pp. 75–92 in *Women, Violence, and Social Control*, edited by Jalna Hanmer and Mary Maynard. London, England: Macmillan.
- Hardin, M., Lynn, S., & Walsdorf, K. (2005). Challenge and conformity on "contested terrain": Images of women in four women's sport/fitness magazines. *Sex Roles*, 53(1-2), 105-117.
- Henderson, K. A., & Ainsworth, B. E. (2001). Researching leisure and physical activity with women of color: Issues and emerging questions. *Leisure sciences*, 23(1), 21-34.
- Henderson, Karla A., and Kathryn King. (1998). "Recreation Programming for Adolescent Girls: Rationale and Foundations." *Journal of Park and Recreation Administration*. 16(2):1–15.
- Hill, K. L. (1993). Women in Sport: Backlash or Megatrend?. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 64(9), 49-52.
- Houlihan, B., & Green, M. (2008). *Comparative Elite Sport Development. Systems, Structures and Public Policy*, London: Elsevier.
- Houzer, Shirley (2002). "cultural influences on the participation of girls and women in sport and physical education". <http://www.utm.edu/staff/edwebdb/culture.html>.
- Hubbard, J., & Mannell, R. C. (2001). Testing competing models of the leisure constraint negotiation process in a corporate employee recreation setting. *Leisure sciences*, 23(3), 145-163.
- Jackson, Edgar L. (2000). "Will Research on Leisure Constraints Still be Relevant in the Twenty-First Century?" *Journal of Leisure Research*. 32(1):62–68.
- Jackson, Edgar L. (2005). "Leisure Constraints Research: Overview of a Developing Theme in Leisure Studies". Pp. 3–19 in *Constraints to Leisure*, edited by Edgar L. Jackson. State College, PA, USA: Venture Publishing, Inc.
- Jackson, Edgar L., Duane W. Crawford, and Geoffrey Godbey. (1993). "Negotiation of Leisure Constraints." *Leisure sciences*. 15(1):1–11.
- Jalili, M., Nazem, F., & Heydarianpur, A. (2011). Impacts of pedometer determined physical activity on biochemical risk factors of the cardiovascular system. *Scientific Research and Essays*, 6(25), 5457-5461.
- Jarvie, G. (2003). Communitarianism, sport and social capital: Neighbourly insights into Scottish sport'. *International review for the sociology of sport*, 38(2), 139-153.
- Kay, T. (2006). Daughters of Islam: family influences on Muslim young women's participation in sport. *International Review for the Sociology of Sport*, 41(3-4), 357-373.
- Kenyon, G. S., & McPherson, B. D. (1973). Becoming involved in physical activity and sport: A process of socialization. *Physical activity: Human growth and development*, 303-332.
- Keresztes, N., Piko, B. F., Pluhar, Z. F., & Page, R. M. (2008). Social influences in sports activity among adolescents. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(1), 21-25.

- Kerr, R., Cote, J., Hay, J., & Cote-Laurence, P. (1998). Changing attitudes and expectations in a university setting: A case study. *Physical educator*, 55(3), 160.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kornstein, S. G., & Clayton, A. H. (Eds.). (2004). *Women's mental health: a comprehensive textbook*. Guilford Press.
- Lafrance, Michelle N., Marilyn T. Zivian, and Anita M. Myers. (2000). "Women, Weight, and Appearance Satisfaction: An Ageless Pursuit of Thinness." Pp. 227–236 in *Women's Bodies/ Women's Lives: Health, Well-Being, and Body Image*, edited by Baukje Miedema, Janet M. Stoppard, and Vivienne Anderson. Toronto, Ontario, Canada: Sumach Press.
- Laftstrom, K. Millar, S. (2010). Supporting sport participation for girls and women, from active start to active for life, Canadian Association for the Advancement of Women and Sport and Physical activity.
- Lee, I. M., Rexrode, K. M., Cook, N. R., Manson, J. E., & Buring, J. E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: Is no pain, no gain passé?. *Jama*, 285(11), 1447-1454.
- Lewis, N., Dollman, J., & Dale, M. (2007). Trends in physical activity behaviours and attitudes among South Australian youth between 1985 and 2004. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 10(6), 418-427.
- Liechty, T., Freeman, P. A., & Zabriskie, R. B. (2006). Body image and beliefs about appearance: Constraints on the leisure of college-age and middle-age women. *Leisure Sciences*, 28(4), 311-330.
- Lindal, E., & Stefansson, J. G. (1993). The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1), 29-34.
- MacLeod, K.E; Gee, G.C; Crawford, P; & Wang, M.C. (2008). *Neighbourhood environment as a predictor of television watching among girls*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4), PP 288-292.
- MacMahon, J. R. (1990). The psychological benefits of exercise and the treatment of delinquent adolescents. *Sports medicine*, 9(6), 344-351.
- Manfredo, M. J., Driver, B. L., & Tarrant, M. A. (1996). Measuring leisure motivation: A meta-analysis of the recreation experience preference scales. *Journal of leisure Research*, 28(3), 188-213.
- Martinsen, E. W. (1995). The effects of exercise on mental health in clinical populations. *European perspectives on exercise and sport psychology*, 71-84.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic journal of psychiatry*, 62(sup47), 25-29.
- Mirza, I., & Jenkins, R. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. *Bmj*, 328(7443), 794.
- Nkoana, N. M. (2010). *Evaluation of gender equity programme implementation in Limpopo Provincial Department of Sport, Arts and Culture* (Doctoral dissertation, Stellenbosch: University of Stellenbosch).
- Paglin, C. (2001). A School That Works. *Northwest Education Magazine*, Regional Educational Laboratory. Portland, 6(4), 20-23.

- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, 29(3), 167-180.
- Peluso, M. A. M., & Andrade, L. H. S. G. D. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61-70.
- Plante, T. G., & Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current psychology*, 9(1), 3-24.
- Prochaska, J.; & DiClemente, C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 51(3), PP 390-395.
- Pronk, N. P., Crouse, S. F., & Rohack, J. J. (1995). Maximal exercise and acute mood response in women. *Physiology & behavior*, 57(1), 1-4.
- Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). *The stigma of obesity: A review and Update*. *Obesity*, 17, 941-964.
- Purath, J., Michaels, M.A., McCabe, G. and Wilbur J., (2006). A Brief Intervention to Increase physical Activity in Sedentary Working Women Une intervention ponctuelle en vue d'accroitre l'activite physique ches les travailleuses sedentaires, CJNR. *Canadian Journal of Nursing Research*. 36(1), pp. 76-91.
- Raedeke, T. D., & Burton, D. (1997). Personal investment perspective on leisure-time physical activity participation: Role of incentives, program compatibility, and constraints. *Leisure Sciences*, 19(3), 209-228.
- Raymore, L., Godbey, G., Crawford, D., & von Eye, A. (1993). Nature and process of leisure constraints: An empirical test. *Leisure Sciences*, 15(2), 99-113.
- Renger, R. F., Midyett, S. J., Mas, S., Francisco, G., Erin, T. D., McDermott, H. M., ... & Hewitt, M. J. (2000). Optimal Living Profile: An inventory to assess health and wellness. *American journal of health behavior*, 24(6), 403-412.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 56(3), 324-331.
- Romsa, G., & Hoffman, W. (1980). An application of nonparticipation data in recreation research: Testing the opportunity theory. *Journal of Leisure Research*, 12(4), 321-328.
- Saini, R. (2012). A study on Girls participation in Games and physical Activities: sociocultural Hindrances, University college of Education, kurukhetra university/kurukshetra, Golden research thought, 1, ISSUE-IX. *Safari Shali*, 89-333.
- Searle, M. S., & Jackson, E. L. (1985). Recreation non-participation and barriers to participation: Considerations for the management of recreation delivery systems. *Journal of Park and Recreation Administration*, 3(2).
- Segall, Alexander (1976) "The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior ", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 17, No. 2. (Jun., 1976), pp. 162-169.
- Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.
- Shaw, Susan M. (1991). "Body Image among Adolescent Women: The Role of Sports and Physically Active Leisure." *Journal of Applied Recreation Research*. 16(4):349-357.
- Sims, J., Hill, K., Davidson, S., Gunn, J., & Huang, N. (2006). Exploring the feasibility of a community-based strength training program for older people with depressive symptoms and its impact on depressive symptoms. *BMC geriatrics*, 6(1), 18.

- Sisson, S. B., & Katzmarzyk, P. T. (2008). International prevalence of physical activity in youth and adults. *Obesity reviews*, 9(6), 606-614.
- Solhjoo, M. H. (2011). Mental health of faculty members of physical education and other fields in Islamic Azad University Mohammad Hasan Solhjoo*, Mohsen Afroozeh, Sadegh Afroozeh 2, Neda Kargar 3. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 9(3), 35.
- Stockdale, Janet E. (1989). "Concepts and Measures of Leisure Participation and Preferences." Pp. 113–150 in *Understanding Leisure and Recreation: Mapping the Past, Charting the Future*, edited by Edgar L. Jackson and Thomas L. Burton. State College, PA, USA: Venture Publishing, Inc.
- Stratton, M., Conn, L., Liaw, C., & Conolly, L. (2005). Sport and Related Recreational Physical Activity-The Social Correlates of Participation and Non-Participation by Adults.
- Suda, M., Nakayama, K., & Morimoto, K. (2007). Relationship between behavioral lifestyle and mental health status evaluated using the GHQ-28 and SDS questionnaires in Japanese factory workers. *Industrial health*, 45(3), 467-473.
- Tetlie, T., Palmstierna, T., Eik-Nes, N., Callaghan, P., & Nøttestad, J. A. (2008). The effect of exercise on psychological and physical health outcomes: preliminary results from a Norwegian Forensic Hospital. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(7).
- Vaughn, S. (2009). Factors influencing the participation of middle-aged and older Latin-American women in physical activity: a stroke-prevention behavior. *Rehabilitation Nursing*, 34(1), 17-23.
- Walseth, K., & Fasting, K. (2003). Islam's view on physical activity and sport: Egyptian women interpreting Islam. *International review for the sociology of sport*, 38(1), 45-60.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. S. (2014). *Foundations of sport and exercise psychology*. Human Kinetics.
- Wiley, Caroline G. E., Susan M. Shaw, and Mark E. Havitz. (2000). "Men's and Women's Involvement in Sports: An Examination of the Gendered Aspects of Leisure Involvement." *Leisure Sciences*. 22(1):19–31.
- Wolfe, L. A., & Weissgerber, T. L. (2003). Clinical physiology of exercise in pregnancy: a literature review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 25(6), 473-483.
- World Health Organization. (2003). *The World health report: 2003: shaping the future*.
- Ziebland, Sue, Margaret Thorogood, Pat Yudkin, Lesley Jones, and Angela Coulter. (1998). "Lack of Willpower or Lack of Wherewithal? 'Internal' and 'External' Barriers to Changing Diet and Exercise in a Three Year Follow-up of Participants in a Health Check." *Social Science and Medicine*. 46(4):461–465.