

تحلیل روانشناختی فرهنگ ورزش در مناطق مختلف ایران و تأثیر آن بر سلامت روان جامعه

سحر شیرمحمدی^۱، احمد ناصری مقدم^۲^۱گروه تربیت بدنی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)^۲گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

هدف بنیادین این پژوهش، تحلیل روانشناختی فرهنگ ورزش و فعالیت بدنی در مناطق گوناگون ایران و سنجش اثرات تجربی آن بر ابعاد مختلف سلامت روان جامعه (اضطراب، افسردگی، کارکرد اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری) بود. روش پژوهش از منظر هدف کاربردی و از حیث روش‌شناسی از نوع توصیفی-همبستگی و تحلیل چندمتغیره در چارچوب مدل‌سازی معادلات ساختاری و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه شهروندان ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن در پنج پهنه کلان جغرافیایی-فرهنگی ایران (شمال، مرکز، جنوب، غرب و شرق) در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که بر مبنای جدول کرجسی-مورگان و طرح نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای چندگانه متناسب با جمعیت، حجم نمونه‌ای مشتمل بر ۱۲۰۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی (IPAQ)، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)، مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB) و پرسشنامه فرهنگ‌سنجی ورزشی محقق‌ساخته رواسازی‌شده بودند که پایایی کلیه ابزارها با ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۲ به اثبات رسید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چندراهه (ANOVA)، رگرسیون خطی سلسله‌مراتبی و آزمون تحلیل مسیر با نرم‌افزارهای SPSS و SmartPLS استفاده شد. یافته‌های آماری نشان داد که میان مناطق مختلف ایران از حیث فرهنگ فعالیت بدنی و مشارکت ورزشی تفاوت معنادار وجود دارد؛ بیشترین میانگین مشارکت در پهنه‌های شمالی و غربی و کمترین سطح آن در پهنه‌های مرکزی و جنوب‌شرقی ثبت شد. نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که فرهنگ ورزش اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر سلامت روان جامعه و بهزیستی روانشناختی دارد و به طور معناداری نشانه‌های اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد. نتیجه‌گیری حاکی از آن است که فرهنگ ورزش به منزله یک سازوکار تاب‌آوری روانی جمعی عمل می‌کند و نابرابری‌های منطقه‌ای در زیرساخت‌ها، کلیشه‌های هنجاری و اقلیم جغرافیایی، مستقیماً نابرابری در سلامت روان عمومی را بازتولید می‌کنند؛ بنابراین بازمهندسی سیاست‌های اوقات فراغت با رویکرد روانشناسی عمومی برای کاهش بار اختلالات خلقی امری حیاتی است.

واژه‌های کلیدی: روانشناسی عمومی، فرهنگ ورزش، سلامت روان جامعه، نابرابری‌های منطقه‌ای، بهزیستی روانشناختی، فعالیت بدنی.

مقدمه

سلامت روان جامعه یکی از زیربنایی‌ترین مؤلفه‌های توسعه پایدار، سرمایه اجتماعی و کارآمدی زیستی و روانی هر کشور به شمار می‌رود، با این حال داده‌های اپیدمیولوژیک نظام سلامت گویای روند فزاینده شیوع اختلالات روانی شایع نظیر اضطراب، افسردگی و خستگی مفرط در دهه‌های اخیر در جامعه ایران است (حاجبی و همکاران، ۱۴۰۱؛ نژادقادی و همکاران، ۲۰۲۳). در چارچوب نظریه‌های روانشناسی سلامت و روانشناسی عمومی، سبک زندگی و رفتارهای حرکتی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر تنیدگی‌های محیطی، تعدیل‌کننده ترشحات انتقال‌دهنده‌های عصبی و پایه‌ریز تاب‌آوری در برابر آسیب‌های روانی شناخته می‌شوند (سینگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ واعظ‌موسوی و همکاران، ۲۰۲۵). فعالیت ورزشی تنها یک تحرک فیزیکی مجرد نیست، بلکه پدیده‌ای عمیقاً جامعه‌شناختی-روانشناختی است که در بستر «فرهنگ ورزش» شکل می‌گیرد؛ فرهنگی که دربرگیرنده نگرش‌ها، باورهای هنجاری، معنابخشی به اوقات فراغت، تعاملات گروهی و ارزش‌گذاری نمادین بر تندرستی درون یک بافت اجتماعی معین است (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵؛ محمدی و همکاران، ۲۰۲۶). تنوع اقلیمی، زبانی، هنجارهای جنسیتی و تفاوت‌های بارز در توزیع امکانات تفریحی در پهنه‌های مختلف جغرافیایی ایران-از مناطق کوهستانی و سنتی زاگرس تا کلان‌شهرهای صنعتی مرکز و نواحی ساحلی و مرزی-بسترهای کاملاً متفاوتی را برای درونی‌سازی فرهنگ ورزش پدید آورده است، به گونه‌ای که آخرین پیمایش‌های ملی نظیر گزارش استپس حاکی از شکاف عمیق بین‌استانی در شیوع کم‌حرکی از مرز ۳۹ درصد در برخی استان‌ها تا بیش از ۶۳ درصد در برخی استان‌های دیگر است (محبی و همکاران، ۲۰۱۹؛ نژادقادی و همکاران، ۲۰۲۳). مسئله بنیادین این است که با وجود شواهد متقن بیوشیمیایی و روانشناختی درباره فواید ورزش، بخش کثیری از جامعه ایرانی به ویژه در برخی مناطق جغرافیایی به دلیل موانع فرهنگی، روانی، فقدان حمایت اجتماعی و غلبه سبک زندگی کم‌تحرک، از ورزش به مثابه ابزار پالایش روانی محروم مانده‌اند و متعاقب آن، بار اختلالات خلقی و روان‌تنی در این مناطق تشدید گردیده است (کمالیان و همکاران، ۲۰۲۱؛ یارمحمدی و همکاران، ۲۰۱۹). اهمیت این مطالعه در آن است که برای نخستین بار سلامت روان جامعه را نه به صورت یک متغیر انتزاعی فردی، بلکه در پیوند ساختاری با رفتارهای فرهنگی-حرکتی در بستر تنوع منطقه‌ای مورد واکاوی قرار می‌دهد، چرا که بدون شناخت ریشه‌های روانشناختی نگرش به ورزش و ادراک موانع در خرده‌فرهنگ‌های بومی، مداخلات ارتقای سلامت روان محکوم به شکست خواهند بود (صادقی‌فرد، ۲۰۱۹؛ سعمی، ۲۰۲۲). شکاف دانشی موجود ناشی از آن است که اغلب پژوهش‌های پیشین یا به صورت تک‌متغیره در یک شهر خاص انجام گرفته‌اند و یا بدون لحاظ کردن ابعاد روانشناسی عمومی، صرفاً به توصیف اپیدمیولوژیک بیماری‌ها پرداخته‌اند؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تحلیل روانشناختی فرهنگ ورزش در مناطق مختلف ایران و سنجش دقیق اثرات تجربی آن بر شاخص‌های سلامت روان جامعه به مرحله اجرا درآمد تا با تلفیق داده‌های میدانی و رویکرد روان‌سنجی، مدلی بومی برای توسعه بهزیستی روانشناختی عمومی ترسیم نماید.

مبانی نظری

در حیطه روانشناسی عمومی و سلامت، چند سازوکار نظری پیوند میان فرهنگ فعالیت ورزشی و ابعاد روانشناختی را تبیین می‌کنند. نخست، «نظریه بازخورد زیستی-رفتاری» و فرضیه اندورفین است که نشان می‌دهد فعالیت منظم بدنی با تحریک ترشح بتاندورفین‌ها، دوپامین و فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF)، نورون‌ها در هیپوکامپ را تحریک کرده و موجب فرونشاندن هورمون‌های تنیدگی نظیر کورتیزول و کاهش مستقیم نشانه‌های بالینی اضطراب و نشخوار فکری افسردگی‌زا می‌شود (سینگ و همکاران، ۲۰۲۳). دوم، «نظریه خودکارآمدی بندورا» است که بر پایه آن، درگیر شدن در فعالیت‌های جسمانی و تسلط بر مهارت‌های حرکتی، احساس شایستگی شخصی، عاملیت روانی و تسلط بر خود را تقویت می‌کند؛ این

احساس تسلط، به سایر حوزه‌های زندگی فرد تعمیم یافته و آسیب‌پذیری در برابر شوک‌های عاطفی را به حداقل می‌رساند (واعظم‌موسوی و همکاران، ۲۰۲۵). سوم، «نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده آجن» است که فرهنگ ورزش را حاصل تلاقی سه مؤلفه «نگرش فردی به ورزش»، «هنجارهای انتزاعی اجتماعی» و «کنترل رفتاری درک‌شده» می‌داند؛ بر اساس این دیدگاه، در مناطقی که هنجارهای جمعی ورزش کردن را نمادی از تنبلی، اتلاف وقت یا تعارض با نقش‌های جنسیتی تلقی می‌کنند، فشار روانی و موانع ادراک‌شده مانع از شکل‌گیری رفتار ورزشی شده و محرومیت از فواید روانشناختی آن را در پی دارد (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵؛ یارمحمدی و همکاران، ۲۰۱۹). در نهایت، «الگوی بهزیستی روانشناختی ریف» تبیین می‌کند که ورزش گروهی و مشارکتی از طریق ارتقای پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و هدفمندی در زندگی، سلامت روان مثبت را فراتر از صرف غیاب اختلال روانی بازتولید می‌نماید (سعمی، ۲۰۲۲).

پیشینه پژوهش

بررسی پیشینه تجربی نشان می‌دهد که رابطه میان فعالیت‌های بدنی و شاخص‌های روانشناختی در سال‌های اخیر مورد توجه گسترده محققان قرار گرفته است. سینگ و همکاران (۲۰۲۳) در یک فرامطالعه چتری جامع در نشریه معتبر پزشکی بریتانیا (BMJ) بر روی بیش از یکصد مرور نظام‌مند نشان دادند که فعالیت بدنی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب به مراتب مؤثرتر از درمان‌های دارویی خط اول یا روان‌درمانی استاندارد در جمعیت‌های عمومی عمل می‌کند. در بعد ملی، نژادقادی و همکاران (۲۰۲۳) با استناد به داده‌های پیمایش استپس ۲۰۲۱ وزارت بهداشت، نرخ کم‌حرکی در سطح کشور را ۳/۵۱ درصد برآورد کردند و نشان دادند که نزدیک به ۸۰ درصد ایرانیان فاقد هرگونه فعالیت ورزشی و تفریحی در اوقات فراغت هستند؛ این مطالعه شکاف‌های عمیق منطقه‌ای را برجسته ساخت به طوری که استان یزد با ۴۵/۶۳ درصد کم‌حرکی و استان آذربایجان غربی با ۵۳/۳۹ درصد در دو قطب متضاد قرار داشتند. محبی و همکاران (۲۰۱۹) و کمالیان و همکاران (۲۰۲۱) در تحلیل‌های طولی و مقطعی نشان دادند که شیوع کم‌حرکی در ایران طی دو دهه گذشته روندی صعودی داشته و این امر ارتباط مستقیمی با تشدید تنش‌های روانی در محیط‌های شهری داشته است. واعظم‌موسوی و همکاران (۲۰۲۵) در بررسی بزرگسالان ایرانی اثبات کردند که سطوح بالای فعالیت بدنی همبستگی مستقیم و نیرومندی با نمرات بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی دارد و نقش محافظتی چشمگیری در پیشگیری از زوال شناختی و انزوای روانی ایفا می‌کند. حسینی و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه بومی خود در غرب کشور موانع فرهنگی و هنجارهای جنسیتی را عامل اصلی افت مشارکت ورزشی به ویژه در میان زنان دانستند که به افزایش میزان اضطراب و شاخص توده بدنی در این قشر منجر می‌شود. حاجبی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه کشوری سلامت روان بزرگسالان پس از بحران همه‌گیری گزارش کردند که نزدیک به ۷/۲۹ درصد از جمعیت ایران مشکوک به اختلالات خلقی و روانپزشکی هستند و تحلیل‌های سعمی (۲۰۲۲) و مغانی‌باشی‌منصوریه (۲۰۲۰) نیز بر نقش بازدارنده فشارهای محیطی، کمبود فضاهای فراغتی و کاهش تحرک در تشدید تنش‌های هیجانی جامعه ایرانی تأکید دارند.

روش‌شناسی

این پژوهش از نوع کاربردی، توصیفی-همبستگی و مقطعی چندمنطقه‌ای است که با کاربست مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و آزمون‌های پارامتریک مقایسه‌ای انجام پذیرفته است. جامعه آماری پژوهش را کلیه شهروندان ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن

در پنج منطقه عمده کشور در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند: منطقه ۱ (شمال: گیلان و مازندران)، منطقه ۲ (مرکز: تهران و اصفهان)، منطقه ۳ (غرب: کرمانشاه و کردستان)، منطقه ۴ (جنوب: خوزستان و بوشهر) و منطقه ۵ (شرق: خراسان رضوی و سیستان و بلوچستان). حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران و جدول کرجسی-مورگان، با در نظر گرفتن اثر طرح خوشه‌ای ($\text{Design Effect} = 1.3$)، برابر با ۱۲۰۰ نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای متناسب با حجم جمعیت در هر منطقه انتخاب شدند (۲۴۰ نفر در هر منطقه جغرافیایی). ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل چهار مقیاس بود: (۱) فرم کوتاه پرسشنامه استاندارد بین‌المللی فعالیت بدنی (IPAQ) برای سنجش میزان مصرف انرژی هفتگی بر حسب MET-دقیقه؛ (۲) پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ) که چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی و خیم را می‌سنجد (نمرات بالاتر بیانگر آسیب‌پذیری بیشتر و سلامت روان پایین‌تر است)؛ (۳) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (-18RSPWB) با ۱۸ گویه برای سنجش شش بعد بهزیستی روانشناختی بر طیف شش درجه‌ای لیکرت؛ و (۴) پرسشنامه سنجش فرهنگ ورزش مشتمل بر ۲۰ گویه محقق‌ساخته در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت که ابعاد ارزش‌گذاری فردی، هنجارهای اجتماعی حمایتی، مشارکت در ورزش همگانی و نگرش مثبت به اوقات فراغت ورزشی را ارزیابی می‌کند. روایی محتوایی و صوری ابزارها با اخذ نظرات دوازده تن از استادان روانشناسی عمومی، علوم ورزشی و روان‌سنجی تأیید شد و روایی سازه پرسشنامه‌ها با تحلیل عاملی تأییدی محاسبه گردید؛ پایایی کلیه ابزارها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای IPAQ (۰/۸۴)، GHQ (۰/۸۸)، بهزیستی ریف (۰/۸۶) و فرهنگ ورزش (۰/۸۵) محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. داده‌های حاصل پس از بررسی مفروضه‌های بهنجاری و عدم هم‌خطی، با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۶ و SmartPLS نسخه ۴ مورد پردازش و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها و تحلیل داده‌ها

پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و بررسی ضرایب چولگی و کشیدگی نشان داد که توزیع نمرات داده‌ها نرمال بوده و مفروضه‌های اولیه همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) برقرار است. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک پنج منطقه جغرافیایی کشور به تصویر می‌کشد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی فرهنگ ورزش، مصرف انرژی هفتگی و مؤلفه‌های سلامت روان به تفکیک مناطق جغرافیایی (N=۱۲۰۰)

منطقه جغرافیایی	تعداد (n)	فرهنگ ورزش (نمره از ۱۰۰)	میانگین فعالیت بدنی (MET-min/week)	سلامت عمومی (GHQ)	بهزیستی روانشناختی (ریف)
منطقه ۱ (شمال)	۲۴۰	۲/۱۱ ± ۴۵/۶۸	۵۸۰ ± ۲۳۴۰	۲/۶ ± ۱۴/۲۱	۴/۸ ± ۸۵/۷۴
منطقه ۲ (مرکز)	۲۴۰	۸/۱۲ ± ۳۰/۵۴	۶۲۰ ± ۱۵۱۰	۱/۷ ± ۹۰/۲۸	۱/۹ ± ۴۰/۶۵
منطقه ۳ (غرب)	۲۴۰	۹/۱۱ ± ۷۰/۶۴	۵۹۰ ± ۲۱۸۰	۸/۶ ± ۸۵/۲۲	۶/۸ ± ۱۰/۷۲
منطقه ۴ (جنوب)	۲۴۰	۱/۱۳ ± ۸۰/۴۹	۶۱۰ ± ۱۳۲۰	۵/۷ ± ۶۵/۳۰	۴/۹ ± ۵۰/۶۱
منطقه ۵	۲۴۰	۵/۱۲ ± ۶۰/۵۱	۶۴۰ ± ۱۴۴۰	۳/۷ ± ۳۰/۲۹	۹/۸ ± ۸۰/۶۲

(شرق)					
کل کشور	۱۲۰۰	$1/14 \pm 77/57$	710 ± 1758	$9/7 \pm 56/26$	$5/10 \pm 33/67$

توضیح: در پرسشنامه GHQ، نمرات کمتر نشان دهنده سلامت روان مطلوب تر و علائم بالینی کمتر است.

به منظور مقایسه معناداری تفاوت میانگین‌های مؤلفه‌های فرهنگ ورزش و سلامت روان میان پنج منطقه، از تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) و آزمون تعقیبی توکی بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲ درج گردیده است.

جدول ۲: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) برای مقایسه متغیرها میان مناطق پنج‌گانه کشور

متغیر	مجموع مربعات (SS)	درجات آزادی (df)	میانگین مربعات (MS)	آماره F	سطح معناداری (p)	اندازه اثر (η^2)
فرهنگ ورزش	۲۶۴۵۰/۸	۴	۶۶۱۲/۷	۴۲/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۲۴
میزان فعالیت بدنی (IPAQ)	۹۸۴۲۰۰۰/۰	۴	۲۴۶۰۵۰۰/۰	۵۸/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۴
سلامت عمومی (-GHQ-۲۸)	۸۶۴۰/۵	۴	۲۱۶۰/۱	۳۸/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۴
بهبودی روانشناختی	۱۵۱۲۰/۲	۴	۳۷۸۰/۱	۴۵/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۱

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنادار آماری میان مناطق کشور در سطح $p < 0.001$ وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی توکی آشکار ساخت که شهروندان منطقه شمال (منطقه ۱) و منطقه غرب (منطقه ۳) به طور معناداری فرهنگ ورزش بالاتر، فعالیت بدنی بیشتر، نشانه‌های بیماری روانی کمتر (نمره GHQ پایین‌تر) و بهبودی روانشناختی بالاتری را نسبت به ساکنان مناطق مرکز، شرق و جنوب تجربه می‌کنند.

برای بررسی ضرایب همبستگی درونی میان ابعاد فرهنگ ورزش و ابعاد سلامت روان، آزمون همبستگی پیرسون اجرا گردید (جدول ۳).

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین ابعاد فرهنگ ورزش و مؤلفه‌های روانشناختی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. فرهنگ ورزش (کل)	۱/۰۰	-	-	-	-	-
۲. نگرش و باور به تحرک	**۰/۷۸	۱/۰۰	-	-	-	-
۳. نمره کلی GHQ (بیماری)	**۰/۵۴-	**۰/۴۶-	۱/۰۰	-	-	-
۴. علائم اضطراب و خواب	**۰/۴۸-	**۰/۴۱-	**۰/۸۴	۱/۰۰	-	-
۵. علائم افسردگی وخیم	**۰/۴۶-	**۰/۳۹-	**۰/۸۱	**۰/۶۵	۱/۰۰	-
۶. بهبودی روانشناختی ریف	**۰/۵۲	**۰/۴۸	**۰/۶۲-	**۰/۵۳-	**۰/۵۸-	۱/۰۰

* معنادار در سطح $p < 0.05$ ؛ ** معنادار در سطح $p < 0.01$

جهت بررسی نقش پیش‌بینانه فرهنگ ورزش بر بهزیستی و سلامت روان، مدل‌سازی معادلات ساختاری و رگرسیون خطی سلسله‌مراتبی انجام گرفت. نتایج تحلیل مسیر در محیط SmartPLS نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل ساختاری بود.

جدول ۴: ضرایب مسیر، خطای استاندارد و آماره تی مدل ساختاری پژوهش

مسیر ساختاری در مدل	ضریب استاندارد (β)	خطای استاندارد (SE)	آماره t	سطح معناداری (p)	نتیجه فرضیه
فرهنگ ورزش ← سلامت عمومی (کاهش علائم منفی)	-۰/۵۱۲	۰/۰۲۸	۱۸/۲۸	<۰/۰۰۱	تأیید
فرهنگ ورزش ← بهزیستی روانشناختی مثبت	۰/۴۸۸	۰/۰۳۱	۱۵/۷۴	<۰/۰۰۱	تأیید
فرهنگ ورزش ← اضطراب و اختلال خواب	-۰/۴۴۵	۰/۰۳۴	۱۳/۰۸	<۰/۰۰۱	تأیید
فرهنگ ورزش ← افسردگی و انزوای روانی	-۰/۴۶۳	۰/۰۳۲	۱۴/۴۶	<۰/۰۰۱	تأیید
فرهنگ ورزش ← کارکرد اجتماعی و تاب‌آوری	۰/۳۹۵	۰/۰۳۷	۱۰/۶۷	<۰/۰۰۱	تأیید

داده‌های جدول ۴ به وضوح نشان می‌دهند که فرهنگ ورزش در تمامی مسیرها با ضرایب بتای قدرتمند و معناداری آماری بالا ($p > ۰.۰۰۱$) به عنوان پیش‌بین مسلط سلامت روان و کاهش‌دهنده اساسی بار اضطراب و افسردگی عمل می‌نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

سنتز یافته‌های تجربی این مطالعه پرده از پیوند ناگسستنی میان سازه‌های فرهنگی-رفتاری ورزش و سلامت روان در پهنه جغرافیایی ایران برمی‌دارد و نشان می‌دهد که توسعه فرهنگ فعالیت بدنی یکی از نیرومندترین متغیرهای تعیین‌کننده بهزیستی عاطفی و تاب‌آوری اجتماعی در جامعه معاصر است. همسویی نتایج این پژوهش با متاتحلیل جامع سینگ و همکاران (۲۰۲۳) گویای آن است که سازوکارهای بیوشیمیایی و تعدیل‌کننده‌های عصبی تحرک جسمانی مرزهای جغرافیایی نمی‌شناسند و به منزله یک پادزهر درمانی قدرتمند در برابر فشارهای فزاینده زندگی شهری عمل می‌کنند؛ ترشح اندورفین‌ها و ارتقای حس کنترل شخصی ناشی از ورزش، ساختارهای نشخوار ذهنی و اضطراب مزمن را مهار می‌سازد. از سوی دیگر، شناسایی نابرابری‌های عمیق منطقه‌ای در فرهنگ ورزش با شواهد اپیدمیولوژیک پیمایش استپس ۲۰۲۱ در پژوهش نژادقادی و همکاران (۲۰۲۳) و پیمایش ۲۰۱۶ محبی و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت کامل دارد؛ جایی که مناطق مرکزی و جنوبی کشور سطوح بالاتری از کم‌تحرکی و به تبع آن نمرات پایین‌تری از بهزیستی روانشناختی را به ثبت رساندند. علت روانشناختی و جامعه‌شناختی این پدیده را می‌توان در تفاوت اقلیم آب‌وهوایی (گرمای طاقت‌فرسا در جنوب و کویر مرکزی که فرصت ورزش‌های همگانی در فضاهای باز را محدود می‌کند)، تمرکز آلودگی هوا و تراکم ساختمانی در کلان‌شهرهای مرکز، و حاکمیت خرده‌فرهنگ‌های مصرفی و مشاغل پشت‌میزنشینی جستجو کرد. در نقطه مقابل، اقلیم مناسب‌تر در پهنه‌های شمالی و فرهنگ سنتی کوهنوردی، فعالیت‌های میدانی و پیوند با طبیعت در مناطق غرب کشور—چنان‌که حسینی و همکاران (۲۰۲۵) نیز بر

ریشه‌های ورزشی و تحرکی مردمان این دیار تأکید داشته‌اند—بستری مهیاتر برای تخلیه هیجانات منفی و ارتقای پیوندهای اجتماعی فراهم ساخته است که نتیجه مستقیم آن در کاهش معنادار نشانه‌های اضطراب و افسردگی این مناطق در آزمون‌های GHQ مشهود است. علاوه بر این، تطابق یافته‌های ما با پژوهش واعظموسوی و همکاران (۲۰۲۵) پیرامون بهزیستی روانشناختی نشان می‌دهد که فرهنگ ورزش با فعال‌سازی احساس هدفمندی در زندگی، تعامل با هم‌تایان در اماکن ورزشی عمومی و فرار از انزوای اجتماعی، کیفیت ادراک‌شده زندگی را حتی در شرایط دشوار اقتصادی بالا نگه می‌دارد. این نکته در شرایطی که مطالعات ملی حاجبی و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از شیوع حدود سی درصدی مشکوک به اختلالات خلقی در کشور است، ارزش راهبردی فوق‌العاده‌ای پیدا می‌کند. با این اوصاف، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبرو بوده است؛ از جمله تکیه بر پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی که همواره مستعد سوگیری مطلوبیت اجتماعی است، و همچنین عدم امکان کنترل کامل متغیرهای مخدوش‌کننده نظیر نوسانات شدید اقتصادی—معیشتی در خانواده‌ها که می‌تواند سلامت روان را تحت‌الشعاع قرار دهد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مدیران و سیاست‌گذاران کلان در وزارت ورزش و جوانان، وزارت بهداشت و شهرداری‌های مناطق، به جای تمرکز انحصاری بر ورزش حرفه‌ای و نخبه‌گرا، منابع عمومی را به توسعه زیرساخت‌های رایگان ورزش همگانی، مسقف‌سازی و مناسب‌سازی فضاهای ورزشی در مناطق گرمسیری جنوب و کویری مرکز اختصاص دهند؛ همچنین اجرای برنامه‌های ترویجی با تکیه بر پیام‌های روانشناختی برای شکستن موانع فرهنگی و کلیشه‌های جنسیتی توصیه می‌گردد. برای پژوهشگران آینده نیز پیشنهاد می‌شود با به‌کارگیری طرح‌های طولی و بهره‌گیری از سنجش‌های فیزیولوژیک عینی (نظیر سطح کورتیزول بزاقی و ردیاب‌های گام‌شمار هوشمند)، فرآیند اثرگذاری سبک زندگی فعال بر ابعاد ناشناخته سلامت روان در خرده‌فرهنگ‌های قومی ایران را بررسی نمایند.

منابع

- حاجبی، احمد؛ میراب‌زاده، آرش؛ چیمه، نرگس؛ اسماعیلی، سمیه؛ و نوربالا، احمدعلی. (۱۴۰۱). بررسی وضعیت سلامت روان جمعیت ۱۵ سال و بالاتر کشور یک سال پس از شیوع بیماری کووید-۱۹: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت. *مجله طب آرشیو/ایران*، ۲۵(۱)، ۳۵-۴۲.
- سعمی، احسان. (۲۰۲۲). بررسی تأثیر محدودیت‌های دوران همه‌گیری بر سطح فعالیت بدنی و ابعاد سلامت روان در شهروندان ایرانی. *نشریه رفتار حرکتی و روانشناسی ورزشی*، ۱۴(۲)، ۸۵-۱۰۲.
- صادقی‌فرد، الهام. (۲۰۱۹). بسترشناسی ورزش‌های تفریحی و سلامت‌محور زنان در ایران: موانع هنجاری و روانشناختی. *فصلنامه مطالعات اجتماعی ورزش*، ۷(۳)، ۶۵-۸۲.

- Hoseini, R., Eslami, R., & Azizbeigi, K. (۲۰۲۵). Demographic, cultural, and health correlates of physical activity and sports participation among adults in Kermanshah province, Iran. *BMC Public Health*, ۲۵, Article ۱۸۶۷, ۱-۱۴. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23083-7>
- Kamalian, A., Mirzadeh, M., & Sharifi, F. (۲۰۲۱). A national and sub-national metaregression of the trend of insufficient physical activity among Iranian adults between ۲۰۰۱ and ۲۰۱۶. *Scientific Reports*, ۱۱, Article ۲۱۵۴۰, ۱-۱۲. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00252-3>
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (۲۰۲۰). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-۱۹ outbreak: An online cross-sectional survey. *Asian Journal of Psychiatry*, ۵۱, Article ۱۰۲۰۷۶, ۱-۶. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>

- Mohammadi, M. I., Zarei, M., & Farzan, H. (۲۰۲۶). Barriers and community-level interventions for promoting physical activity in Iran: The role of regional sport boards. *Cogent Social Sciences*, ۱۲(۱), Article ۲۶۳۴۴۱۸, ۱-۱۸. <https://doi.org/10.1080/23311886.2026.2634418>
- Mohebi, F., Mohajer, B., Yoosefi, M., Sheidaei, A., Zokaei, H., Djalalinia, S., & Farzadfar, F. (۲۰۱۹). Physical activity profile of the Iranian population: STEPS survey, ۲۰۱۶. *BMC Public Health*, ۱۹, Article ۱۲۶۶, ۱-۱۳. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7592-5>
- Nejadghaderi, S. A., Rezaei, N., Alvand, S., Saeedi Moghaddam, S., Keykhaei, M., & Larijani, B. (۲۰۲۳). Physical activity pattern in Iran: Findings from STEPS ۲۰۲۱. *Frontiers in Public Health*, ۱۰, Article ۱۰۳۶۲۱۹, ۱-۱۴. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1036219>
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., & Maher, C. (۲۰۲۳). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, ۵۷(۱۸), ۱۲۰۳-۱۲۰۹. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106190>
- Vaez Mousavi, M., Nobari, H., Shams, A., Abbasi, H., & Shamsipour-Dehkordi, P. (۲۰۲۵). Assessing physical activity, mental health, and quality of life among older adults in Tehran, Iran: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, ۲۰(۲), Article e۰۳۱۷۳۳۷, ۱-۱۶. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317337>
- Yarmohammadi, S., Mozafar Saadati, H., Ghaffari, M., & Ramezankhani, A. (۲۰۱۹). A systematic review of barriers and motivators to physical activity in elderly adults in Iran and worldwide. *Epidemiology and Health*, ۴۱, Article e۲۰۱۹۰۴۹, ۱-۱۱. <https://doi.org/10.4178/epih.e2019.049>