

تأثیر فضایی ورزش همگانی بر توسعه سلامت شهری

علی محمدی خراجو

دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

نیما ماجدی^۱

استادیار مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

مهدی نادری نسب

استادیار مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۶ تاریخ صدور پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۷

چکیده

با گسترش روند شهرنشینی، سلامت شهری به عنوان یکی از چالش‌های کشورهای در حال توسعه مطرح شده است. شاخص سلامتی شهروندان یکی از شاخص‌های اصلی برای نشان دادن میزان موفقیت سیاست‌های توسعه پایدار شهری است. با توجه به اینکه ورزش همگانی بخش مهمی از زندگی افراد جامعه را جهت ارتقای سلامت آنها در دنیای امروزی تشکیل می‌دهد و می‌تواند بسیاری از معضلات سلامت شهرهای امروزی را برطرف نماید. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر ورزش همگانی در توسعه سلامت شهری می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق کلیه خانوارهای ایران است و حجم نمونه بر اساس جدول کوکران ۳۸۴ خانوار به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی تعیین گردید. برای اندازه‌گیری تحقیق از سه پرسشنامه ورزش همگانی، هزینه‌های درمانی و عوامل اجتماعی-اقتصادی استفاده گردید. داده‌های حاصل از طریق تی تک گروهی، رگرسیون، معادلات ساختاری و آزمون فریدمن تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که میزان فعالیت ورزش همگانی ضمن بهبود تندرستی و سلامت خانوارها، باعث توسعه سلامت شهروندان می‌گردد. پس به منظور توسعه سلامت شهروندان، مدیران و مسئولین شهری باید توجه بیشتری به فعالیت‌های ورزشی و همگانی داشته باشند.

کلمات کلیدی: ورزش همگانی، سلامت شهری، توسعه پایداری شهری، سلامت.

مقدمه

ویژگی عصر ما، شهرنشینی، افزایش جمعیت شهرها و به تبع آن افزایش تعداد شهرهای کوچک و بزرگ و در نهایت تشدید مسائل و چالش‌های سلامتی و آسایش شهروندان بوده است به طوری که طی دوره ۱۹۹۰ تا ۲۰۳۰ جمعیت نواحی شهری تا حدود ۳/۳ میلیارد رشد خواهد کرد که از این تعداد، ۹۰ درصد در نقاط شهری کشورهای در حال توسعه یافته خواهد بود (ضرابی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۳۲). رشد جمعیت بویژه در شهرها و گسترش بی‌رویه شهرنشینی در خلال قرن بیستم موجب مطرح شدن مقوله سلامت محیط شهری گردید. سلامت شهر در گرو داشتن محیط سالم و بسترهای مناسب اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، بهداشتی، ورزشی و ... است (زیاری و جانبانژاد، ۱۳۹۱: ۵۰).

علاوه بر مقتضیات زندگی صنعتی و شهری امروز، تغییرات ساختار جمعیتی جوامع از جمله مسن شدن جمعیت، تغییر هرم طبقات اجتماعی، افزایش فاصله‌ی فقیر و غنی، توجه به افراد کم توان و ناتوان در کشورها و شهرها بر لزوم توسعه‌ی زیرساخت‌ها، ایجاد شرایط زیست محیطی و اصلاح شیوه‌ی زندگی مردم در کلان‌شهرها، توسعه‌ی حوزه‌ی ورزش همگانی را به عنوان مؤثرترین رویکرد مداخله‌ای با این تغییرات ضروری می‌کند. (سعادت جو، ۱۳۹۵: ۲۰)

در عصر معاصر شهر و زندگی شهری زمینه‌ساز بسیاری از امراض عمومی است که تنها با برنامه‌ریزی در فضای شهرها میتوان از این امراض پرهیز نمود (فانقا و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۴)^۱. در توسعه محیط سالم فعالیت‌های بدنی و تفریحات ورزشی جایگاه مهمی را دارند. ورزش و فعالیت جسمانی نه تنها در ایجاد و حفظ تناسب اندام اثرات سودمندی دارد بلکه در پیشگیری از بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون، دیابت و چاقی هم نقش مهمی را ایفا می‌کند (دیوید و دینا، ۲۰۱۲: ۳۶)^۲.

توسعه‌ی ورزش‌های همگانی در شرایطی که بی‌تحركی و مشکلات و بیماری‌های ناشی از زندگی شهری، سلامتی بسیاری از شهروندان را تهدید می‌کند، می‌تواند راه حلی برای کاهش مشکلات ناشی از زندگی شهری باشد. هدف از همگانی یا عمومی کردن ورزش در جامعه، «حفظ سلامت جسمی و روحی و ایجاد نشاط و شادابی و استفاده‌ی مطلوب از اوقات فراغت و نیز ایجاد زمینه‌ی تفریحات سالم برای آحاد مردم» است (سنخاوتی، ۱۳۹۰: ۱۳).

نگاهی به تأثیر ورزش بر سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی و میزان مشارکت مردم در دیگر کشورها نشان از اهمیت آن در زندگی روزمره دارد. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است بیماری‌های قلبی عامل یک سوم مرگ و میر در جهان است و فعالیت بدنی منظم و مستمر را عامل کاهش خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و در کنار آن کاهش فشار خون و خطر ابتلا به دیابت و نیز سرطان سینه در زنان را از آثار ورزش عنوان می‌کند (یزدانی، ۱۳۹۵).

¹ Fanga et al

² David & Diana

به طور کلی جامعه سالم، انسان سالم و زندگی سالم هدف اصلی توسعه پایدار شهری است بر طبق مدل (ریچارد بایلی، ۲۰۱۳)^۱، توسعه و اجرای برنامه‌های مناسب ورزشی جهت تلطیف زندگی، کاستن از فشارهای زندگی ماشینی، ارضای غرایز و تمایلات ذاتی، تأمین سلامت جسمانی و روانی و روحی ضرورت دارد. به عبارتی یکی از پایدارترین راه‌های جلوگیری از مفاسد، انحرافات و ناهنجاریهای رفتاری و سلامت سازی محیط شهری و زندگی اجتماعی توسعه ورزش و همگانی کردن آن است. ورزش همگانی پدیده ناهمگونی است که به شرایط جغرافیایی منطقه‌ای و فرهنگی- اجتماعی بستگی دارد و شامل همه فعالیت‌های ورزشی سازمان یافته و سازمان نیافته تفریحی و بازی‌های بومی و محلی می‌شود و مخاطب عام دارد (کریمی، ۱۳۸۶). ورزش همگانی تاثیرات بسیاری در کسب نشاط و احساس لذت، غنی سازی اوقات فراغت، کسب سلامتی و آمادگی جسمانی، بهبود روابط شغلی، پیوند و ارتباطات اجتماعی و شیوه زندگی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها، دستیابی به فواید و آثار ورزش، برخورداری از عواطف اجتماعی، گسترش تعامل و روابط اجتماعی دارد (جوادی پور، ۲۸:۱۳۹۰).

امروزه بسیاری از دولت‌ها به هزینه‌های ورزشی خود به عنوان هزینه نمی‌نگرند بلکه آن را نوعی سرمایه گذاری برای افزایش سلامت جامعه، بهبود بهره‌وری نیروی کار، کاهش هزینه‌های درمانی و امثال آن می‌نگرند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۱). یکی از شاخص‌های مهم موفقیت و توسعه یافتگی یک کشور، داشتن جامعه‌ای سالم است. امروزه به دلیل افزایش آگاهی مردم از بهداشت و سلامتی و کوتاه شدن زمان کار در بیشتر کشورهای توسعه یافته، ورزش اهمیت بیشتری پیدا کرده است و به عنوان یکی از مهمترین عوامل افزایش سلامتی و کاهش هزینه‌های درمان، موجب توسعه برنامه‌های ملی و افزایش نسبت جمعیت و نیروی کار شده که فرد و دولت از آن بهره می‌برند (عسکریان و جعفری، ۱۳۸۸).

همچنین با توجه به اقلیم‌های جغرافیایی مختلف در کشورمان، بعضی از محدودیت‌های عملکردی در حوزه فعالیت بدنی و ورزش همگانی برای افراد وجود دارد. که همگی آنها بر افزایش هزینه کرد درمانی خانوارها تاثیر گذار هستند. مثلا در مناطق مرکزی کشور به علت زندگی آپارتمان نشینی، و در مناطق کوهستانی به علت آب و هوای سرد و خشن و در مناطق کویری به علت آب و هوای گرم و خشک حاکم، مردم نمی‌توانند با توجه به شرایط مذکور به راحتی در فعالیت‌های ورزشی شرکت نمایند و به تبعه آن دچار فقر حرکتی شده و در ادامه انواع اقسام بیماری‌های ناشی از آن (چاقی، فشار خون بالا، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و ...) به سراغ افراد آمده و هزینه‌های درمانی آنها افزایش می‌یابد (غیاث و همکاران، ۱۳۸۹).

بر همین اساس، در سالهای اخیر علاقه‌ی چشمگیری در کشورهای مختلف در سطح ملی برای طراحی و اجرای راهبردها و برنامه‌هایی جهت ارتقای فعالیت بدنی و توسعه‌ی ورزش همگانی به چشم می‌خورد که تا حد زیادی متأثر از سیاستهای سازمان بهداشت جهانی است (احسانی و همکاران، ۱۳۹۳). در ایران نیز با این که طرح‌ها و برنامه‌های مختلفی جهت گسترش فعالیت‌های ورزشی در اقشار مختلف انجام گردیده است ولی نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد موانعی مثل محدودیت‌های فرهنگی، کنترل شدید خانواده، کمبود وقت، عدم دسترسی به

¹ Richard bailey

امکانات، عدم مکان ورزشی مناسب، نداشتن یک همراه، احساس ناامنی، تجارب منفی، تنبلی، عدم آگاهی و مشکلات جسمانی یا روانی، رایج‌ترین عواملی هستند که به عدم مشارکت دامن میزنند بنابراین پژوهش حاضر می‌کوشد با توجه به افزایش مشکلات اجتماعی و اقتصادی شهروندان و کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه‌های درمانی، لزوم توجه به توسعه ورزش همگانی به عنوان عاملی جهت توسعه سلامت محیط شهری را مورد توجه قرار دهد. لذا با توجه به موارد بیان شده، تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا نقش فضایی ورزش همگانی در توسعه سلامت شهری اثرگذار است؟

مبانی نظری

امروزه در کنار مزایای اقتصادی و اجتماعی شهرها بویژه کلان شهرها آثار سوء حاصل از رشد روز افزون جمعیت، شیوه‌های زندگی شهرنشینی، منابع طبیعی محدود، گسترده شدن ابعاد تخریبها و آلودگیهای زیست محیطی، ناکافی بودن خدمات وزیر ساختها، بیکاری فقر، بافتهای فرسوده شهری، سکونت غیررسمی و... زمینه وسیعی از عوامل تهدیدکننده سلامت انسان و کیفیات زندگی شهروندان را در شهرها عمدتاً در کشورهای در حال توسعه فراهم کرده است. لذا سلامتی به عنوان یک رویکرد نوین در ادبیات برنامه‌ریزی توسعه شهری، با هدف بهبود کیفیت زندگی شهروندان مورد تأکید قرار گرفته است (براون و تاریمو، ۲۰۰۲: ۶۲۴).^۱ سلامتی به عنوان یکی از مخاطرات جدی، در نواحی سکونتی کشورهای در حال توسعه اهمیت ویژه یافته است. تحلیل‌های سازمان‌های بین‌المللی، نشان دهنده محوریت مؤلفه سلامتی به عنوان یک شاخص اساسی در سنجش توسعه پایدار است (کریس و همکاران، ۲۰۰۴: ۴).^۲ بنابراین امروزه در برنامه‌ریزی شهرها محوریت یافتن سلامت در بطن برنامه‌های توسعه‌ای شهرها، متضمن حرکت واقعی شهر به سمت توسعه پایدار است. زیرا سلامت شهری یکی از بخشهای اصلی پایداری اجتماعی است و رابطه-ای عمیقی با کیفیت زندگی و اقتصاد دارد (قاضی سعیدی، ۱۳۸۶: ۱۰۳). همچنین سلامت شهری موجب نشاط اجتماعی و بهبود کیفیت روابط اجتماعی، افزایش، راندمان کاری و نتیجتاً رونق اقتصادی شهری می‌شود (گلدستون، ۲۰۰۰: ۲۱۰). این موارد نشان دهنده دلیل اهمیت این موضوع برای سیاستگذاران کلان یک جامعه است. از طرف دیگر سالانه هزینه بالایی صرف درمان بیماریهای ناشی از کم تحرکی و چاقی مفرط میشود و بدتر از این اینکه برخی از این بیماریها (از جمله سکنه‌ی قلبی) تلفات انسانی جبران ناپذیری به جای میگذارد. این در حالی است که سلامتی بیش از هرچیز تحت تأثیر دو متغیر تغذیه و فعالیتهای فیزیکی قرار دارد (گرت و همکاران، ۲۰۰۹).^۳ فعالیتهای فیزیکی منظم نتایج اثبات شده زیادی در کاهش مرگ غیرطبیعی و بیماریهای قلبی عروقی قرار دارد (بارتون، ۲۰۰۰: ۳۶۵).^۴

ورزش و فعالیتهای بدنی به عنوان پدیده‌ی اجتماعی، همراه با فرآیند جامعه‌پذیری در هر جامعه‌ای ساز و کارهای اجتماعی و فرهنگی را در پی دارد (شریتیان، ۱۳۹۰). ورزش علاوه بر اینکه نوعی سودمندی اجتماعی برای هر جامعه تلقی میشود، دارای منافع اجتماعی خردتری چون افزایش همبستگی، مشارکت، انسجام، تشویق بهترین بودن

¹ Braveman & Tarimo

² Chris et al

³ Goldstein

⁴ Grant et al

⁵ Barton

در جامعه، بهبود، افزایش سلامت عمومی در جامعه و سایر کارکردهای فردی و اجتماعی است که میتوان آن را بخشی از کارکردهای آشکار ورزش در جامعه برشمرد. در میان ورزش همگانی باعث تکامل فرآیند اجتماعی میگردد، چرا که ورزش همگانی با گرد هم آوردن مردم و وحدت بخشیدن به آنها و تزریق احساسات هم گروهی الفتزا میان آنان، خدمت ارزندهای به جامعه میکند و پیوندهای دوستی و محبت را میان افراد تحکیم میبخشد (گارسیا، ۲۰۰۰).^۱

پروفسور «گزهاردان استاد دانشگاه منچستر انگلستان و عضو شورای ورزش اروپا» بیان می‌کند که ورزش همگانی، در واقع شکلی از فعالیت‌های جسمانی است که ساعت بدنی را بهبود می‌بخشد و روابط اجتماعی را شکل می‌دهد و با منجر به نتایجی از مسابقات در تمام سطوح می‌شود (جوادی پور و سمیع نیا، ۱۳۹۱). ریچارد مول ورزش‌های همگانی را شامل ورزش‌های داخل سالن، برنامه‌های تفریحات سالم، فعالیت‌های جسمانی در محیط طبیعی، فعالیت‌های تفریحی با آمادگی جسمانی می‌داند. برخی از صاحب نظران، ورزش‌های همگانی را ورزش‌هایی می‌دانند که تحت هر شرایطی قابل اجراء بوده و نیاز به تاسیسات و امکانات تخصص ویژه‌ای نداشته و برای سلامتی و گذراندن اوقات فراغت به اجراء در می‌آیند. دوچرخه سواری، راهپیمایی و کوهنوردی از جمله این فعالیت‌ها محسوب می‌شوند (رحمانی نیا، ۱۳۸۲).

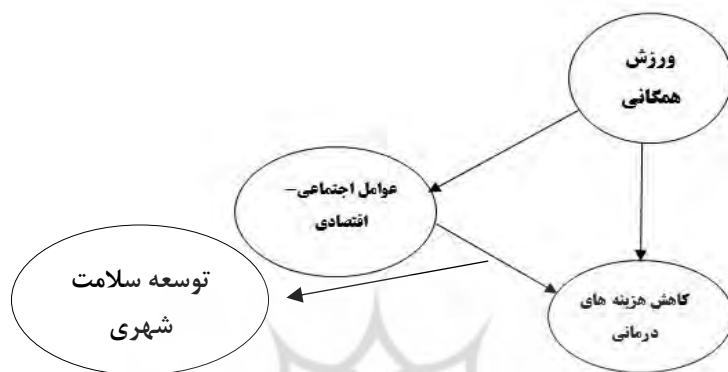
در سند راهبردی نام جامع توسعه تربیت بدنی ورزش کشور تعریف ورزش همگانی چنین آمده است؛ ورزش همگانی و تفریحی به فعالیت‌های تربیت بدنی و ورزش آحاد جامعه اطلاق می‌شود که بطور منظم، توسط فرد یا گروه‌های رسمی و غیر رسمی به منظور رفع نیازهای جسمی و روانی با هدف تأمین سلامت و شامل افراد و بهبود روابط اجتماعی آنان به صورت آگاهانه صورت می‌گیرد، لازم به ذکر است که بخش‌هایی از این ورزش می‌تواند به صورت غیر قاعده‌مند و سازمان‌یافته در اشکال متنوع انجام پذیرد (ابراهیمی، ۱۳۹۴: ۲۷).

آسیبها و ناهنجاری‌های اجتماعی امروز از جمله مسائل مهم و اساسی جامعه در حال گذار ما است. پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، سیاسی امنیتی آسیب‌های اجتماعی بسیار گسترده است آمارهای نه چندان زیبنده جامعه ما بیانگر این واقعیت تلخ است. یکی از پایدارترین راه‌های جلوگیری از مفاسد، انحرافات و ناهنجاری‌های رفتاری و سالم‌سازی محیط و زندگی اجتماعی ورزش و همگانی کردن آن است. ورزش همگانی به عنوان اقدام اساسی برای تأمین و تربیت سرمایه انسانی سالم و تندرست یک وظیفه ملی است. عمومی‌سازی ورزش زیر بنای سالم‌سازی انسان و جامعه می‌باشد. بدن با ورزش و بهداشت سالم می‌شود و سالم می‌ماند و عقلانیت بدن‌های سالم امروز در جوامع قطار توسعه را سرعت می‌دهند (همدانلو، ۱۳۸۶).

تغییرات و چالشهای اخیر سلامت شهری در عرصه‌ی جهانی، بسیار سریع، قابل توجه و نگرانکننده بوده به طوری که شهرنشینی گسترده در طول قرن گذشته، تغییرات وسیعی پیرامون سلامت عمومی افراد ایجاد نموده است. چنین وضعیتی موجب شده، انسان‌ها در جهان سالمی زندگی نکنند. ورزش از عوامل مهم و اساسی در تأمین سلامت و نشاط جامعه به شمار میرود که در ابتدای ورود به هزاره‌ی سوم، با توجه به گسترش شهرنشینی، گرایش روز افزون به زندگی ماشینی، کاهش تحرک بدنی افراد و بروز ناراحتی و بیماریهای مختلف، دوران تازه‌ی را تجربه مینماید. بنابراین

¹ Garcia

توجه و اهتمام به امر ورزش همگانی و فعالیتهای جسمانی به عنوان نمادی اجتماعی که از زمانهای بسیار دور در جوامع بشری وجود داشته تأثیر غیرقابل انکاری در سلامت افراد دارد، بطوریکه در حال حاضر، صاحب نظران مختلف محور اصلی توسعه‌ی پایدار را انسان سالم و بهبود سلامت شهروندان بیان نموده اند (لطفی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۹). از این رو درک و فهم اینکه چگونه با تدارک سلامت عمومی، جمعیت شهری را تأمین و تقویت کنیم از اهمیت بسیار زیادی برای دولت‌ها برخوردار است و فراهم نمودن زمینه‌های لازم برای این مهم، تکلیفی ملی جهت حفظ و ارتقای سلامت شهری شهروندان و نیز کاهش هزینه‌های سلامت به شمار می‌رود.



روش تحقیق

این تحقیق بر مبنای هدف، از نوع تحقیقات کاربردی است؛ و از نظر اجرا توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق کلیه خانوارهای ایران است که بر اساس سالنامه آماری ایران در سال ۱۳۹۵ برابر با ۲۴۱۹۶۰۳۵ خانوار است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). بر اساس جدول کوکران ۳۸۴ خانوار تعیین گردید و با توجه حجم نمونه از نظر وسعت خیلی گسترده بود. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی بدین صورت استفاده شد که کل ایران به پنج منطقه تقسیم گردید و از هر منطقه دو استان که بر اساس استعلام از وزارت بهداشت و درمان کمترین و بیشترین هزینه کرد درمانی را داشتند، انتخاب شدند مناطق شمال (تهران و گلستان)، جنوب (بوشهر و هرمزگان)، شرق (سیستان و بلوچستان و خراسان جنوبی)، غرب (کردستان و همدان) و مرکز (قم و کرمان). و در ادامه از هر شهر به صورت تصادفی چند محله و از هر محله چند خانوار به عنوان نمونه انتخاب شدند (جدول ۱). برای جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، از بررسی‌های اسنادی، مرور مقالات و کتب مربوطه و همچنین مطالعات میدانی استفاده شد و با توجه به اطلاعات به دست آمده به بررسی انبوهی از داده‌ها از زوایای مختلف اقدام گردید. در این مرحله از سه پرسشنامه‌ای ورزش همگانی، هزینه‌های درمانی خانوار و عوامل اجتماعی-اقتصادی استفاده شد. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه‌ها به تایید ۱۰ تن از متخصصین مدیریت ورزشی رسید و پایایی آن نیز در یک مطالعه مقدماتی با آلفای کرونباخ برای ورزش همگانی، هزینه‌های درمانی خانوارها و عوامل اجتماعی-اقتصادی، به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۹۱ بدست آمد. داده‌های گردآوری شده حاصل از پرسشنامه با دو روش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای ارائه اطلاعات توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده گردید. برای تعیین روش‌های استنباطی نیز ابتدا

نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از روش کالموگروف - اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها توسط نرم افزارهای SPSS، LISREL و با روش‌های آماری تی تک نمونه‌ای، رگرسیون و معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- تعداد نمونه خانوار بر حسب مناطق

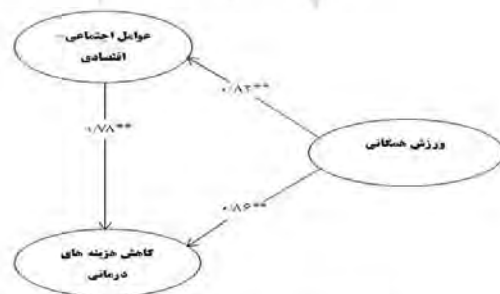
مناطق	تعداد کل خانوار	تعداد نمونه
شمال تهران	۴,۲۸۸,۵۶۳	۱۸۴
گلستان	۵۵۰,۲۴۹	۲۳
جنوب بوشهر	۳۲۱,۸۲۶	۱۴
هرمزگان	۴۹۳,۶۶۰	۲۱
غرب همدان	۵۳۸,۸۰۳	۲۳
کردستان	۴۷۱,۳۱۰	۲۰
شرق خراسان جنوبی	۲۲۳,۹۸۴	۱۱
سیستان و بلوچستان	۷۰۴,۸۸۸	۳۱
مرکز قم	۳۸۳,۵۳۲	۱۷
کرمان	۹۳۲,۷۲۱	۴۰

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که ۴۲/۵ درصد پاسخ دهندگان پرسشنامه‌ها زیر ۳۰ سال، ۳۳/۱ درصد آنها در محدوده ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۷/۲ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۷/۵ درصد نیز بیش از ۵۱ سال سن دارند. ۷۸ درصد آنها مرد و ۲۲ درصد آنها زن بودند. ۹۳ درصد آنها متأهل و ۷ درصد آنها مجرد بودند. ۴۲ درصد دارای مدرک زیر دیپلم، ۳۸ درصد دارای مدرک کارشناسی، ۱۸ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۱ درصد نیز، دارای مدرک دکتری هستند. به لحاظ ورزش همگانی هم ۷۶ درصد آنها فعال و ۲۴ درصد آنها غیر فعال بودند. ۱۸/۳۸ درصد پاسخگویان دارای خانوار دو نفره، ۲۶/۳۷ درصد پاسخگویان دارای خانوار سه نفره، ۳۴/۲۴ درصد پاسخگویان دارای خانوار چهار نفره، ۱۳/۳۹ درصد پاسخگویان دارای خانوار پنج نفره و ۷/۶۲ درصد پاسخگویان دارای خانوار بیش از ۶ نفر می باشند.

نتایج جدول (۲) نشان می دهد که ضرایب رگرسیونی استاندارد شده همه ارتباطات بین ورزش همگانی و کاهش هزینه‌های درمانی و عوامل اجتماعی اقتصادی



Chi-Square=148.527 df=124 P-Value=0.0001 RMSEA=0.09

0.05<0.01 **P<***P

شکل (۲) مدل ارتباطی تاثیر ورزش همگانی بر توسعه سلامت شهری

در ارتباط بین ورزش همگانی، کاهش هزینه‌های درمانی خانوارها و عوامل اجتماعی - اقتصادی، ورزش همگانی با کاهش هزینه‌های درمانی خانوارها ۰/۸۶، عوامل اجتماعی - اقتصادی با کاهش هزینه‌های درمانی خانوارها ۰/۷۸ و ورزش همگانی با عوامل اجتماعی - اقتصادی ۰/۸۲ بیشترین ارتباط و تاثیر را با همدیگر دارند.

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که مدل ارتباطی ورزش همگانی با کاهش هزینه‌های درمانی خانوارهای ایرانی با نقش واسطه‌ای عوامل اجتماعی - اقتصادی در جهت برآزش، از وضعیت مطلوبی برخوردار است. تمامی شاخص‌های تناسب مدل نشان دهنده، برآزش مطلوب و تأیید مدل پژوهش است.

جدول ۳- شاخص‌های برآزش مدل ارتباطی ورزش همگانی، بر توسعه سلامت شهری

شاخص	ملاک	برآورد	تفسیر
نسبت خبی دو به درجه آزادی	۱/۲۳۷	کمتر از ۳	برآزش مطلوب
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۳۳	کمتر از ۰/۰۵	برآزش مطلوب
برآزندگی تعدیل شده (CFI)	۱	بالاتر از ۰/۹	برآزش مطلوب
شاخص برآزش افزایشی (IFI)	۱	بالاتر از ۰/۹	برآزش مطلوب
نیکویی برآزش (GFI)	۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹	برآزش مطلوب
برآزندگی نرم شده (NFI)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹	برآزش مطلوب

منبع: یافته‌های پژوهش

در ادامه برای آزمودن تاثیر متغیر واسطه‌ای (عوامل اجتماعی - اقتصادی)، از آزمون سوبل^۱ استفاده شد. این آزمون یکی از آزمون‌های پرکاربرد برای آزمودن تاثیر یک متغیر واسطه‌ای در رابطه بین دو متغیر دیگر به کار می‌رود. در آزمون سوبل، یک مقدار Z-value از طریق فرمول زیر بدست می‌آید که در صورت بیشتر شدن این مقدار از ۱/۹۶ می‌توان در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بودن تاثیر میانجی یک متغیر را تأیید نمود. فرمول آزمون سوبل در زیر ارائه شده است (مکینون و همکاران^۲، ۲۰۰۲).

$$Z - \text{Value} = \frac{a * b}{\sqrt{(b^2 * s_a^2) + (a^2 * s_b^2) + (s_a^2 * s_b^2)}}$$

جدول ۴- مفروضات فرمول سوبل

مقدار بدست آمده	مفهوم شاخص‌ها	مفهوم شاخص‌ها
۰/۸۶۱	مقدار ضریب مسیر میان متغیر مستقل و A	
۰/۸۸۳	مقدار ضریب مسیر میان متغیر میانجی و B	
۰/۰۶۴	خطای استاندارد مربوط به مسیر میان S _a	
۰/۰۹۷	خطای استاندارد مربوط به مسیر میان S _b	

منبع: یافته‌های پژوهش

با جای گذاری مقادیر بدست آمده مطابق جدول (۴) در فرمول آزمون سوبل، مقدار Z-value حاصل از آزمون سوبل برابر با ۳/۳۳۸ شد که به دلیل بیشتر بودن از ۱/۹۶ می‌توان اظهار کرد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تاثیر متغیر واسطه‌ای عوامل اجتماعی - اقتصادی در رابطه میان ورزش همگانی و کاهش هزینه‌های درمانی خانوارها معنادار است.

همچنین به منظور مقایسه هزینه‌های درمانی خانوارهای فعال و غیر فعال، از آزمون مستقل استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

^۱- Sobel Test

^۲- Mackinnon and etal

جدول ۵- آزمون t مستقل برای مقایسه تغییرات هزینه‌های درمانی در خانوار فعال و غیرفعال

متغیر وابسته	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لون		آزمون t		
					آماره F	سطح معنی داری	t	df	p
هزینه‌های درمانی	فعال	۳۱۹	۱۵/۶	۷/۲۱	۳/۹۵	۰/۴۷	۰/۲۶۶	۳۸۴	۰/۷۹
	غیرفعال	۶۵	۱۶/۰۳	۳/۰۲					

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون لون (F= ۳/۹۵ و p=۰/۴۷)، نشان می‌دهد که واریانس‌های دو گروه یکسان است. با توجه به سطح معنی داری آزمون t مستقل (۰/۷۹)؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم وجود اختلاف معنی دار بین میانگین‌های دو گروه تأیید می‌گردد. با توجه به جدول (۵)، نیز مشاهده می‌شود که اگرچه میانگین هزینه‌های درمانی خانوار فعال (۱۵/۶) و غیرفعال (۱۶/۰۳) متفاوت است ولی این اختلاف معنی دار نیست. در آخر برای بررسی اولویت بندی هزینه‌های درمانی خانوارها از آزمون فریدمن استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶- آزمون فریدمن برای تعیین تفاوت اولویت بندی هزینه‌های درمانی خانوار

ردیف	هزینه‌های ورزشی	میانگین رتبه	میانگین رتبه	رتبه	درجه آزادی	سطح معنی داری
۱	مجموع هزینه برای خرید داروهای درمانی	۱۰/۷۶	۱۳۰۴/۹۳	۱۲	<۰/۰۰۱	
۲	هزینه برای ویزیت پزشک عمومی، پزشک متخصص، جراح، اورتوپد و ...	۱۰/۴۸				
۳	هزینه برای جراحی دندان، نصب دندان، ارتودنسی، روکش دندان و ...	۱۰/۱۹				
۴	هزینه برای خدمات آزمایشگاهی (شامل رادیولوژی، پرتودرمانی، سونوگرافی و ...)	۸/۵۱				
۵	هزینه یکساله خرید داروهای گیاهی (گل گاوزبان، پونه و...) و روغن‌های طبی (کلیسیرین و وازلین و...) و انواع عرقیات	۸/۱۷				
۶	حق بیمه درمان	۷/۹۸				
۷	هزینه برای خرید داروهای تقویتی و مسکن	۷/۳۲				
۸	هزینه بیمارستانی (خصوصی و دولتی)	۶/۷۳				
۹	هزینه برای تهیه انواع قرص‌ها و وسایل مورد استفاده در تنظیم خانواده	۶/۴۷				
۱۰	هزینه برای خرید لوازم کمک‌های اولیه	۶/۳۱				
۱۱	هزینه برای خرید عینک، لنز طبی و سمعک	۶/۲۴				
۱۲	هزینه حق بیمه عمر برای هر ماه	۵/۸۳				
۱۳	هزینه برای تهیه پتو برقی، دستگاه بخور، تب سنج، کیسه آبجوش، فشار سنج، کپسول اکسیژن و ...	۵/۴۴				

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به نتایج بدست آمده بین میانگین رتبه‌های اولویت بندی هزینه‌های درمانی خانوار اختلاف معنی داری وجود دارد ($X^2 = ۱۳۰۴/۹۳$ و $p < ۰/۰۰۱$). بنابراین فرضیه صفر مبنی بر تفاوت در اولویت بندی هزینه‌های درمانی خانوار تأیید می‌گردد. اولویت بندی هزینه‌های درمانی خانوار، به صورت جدول (۶) می‌باشد. بین ابعاد موجود، هزینه برای خرید داروهای درمانی با میانگین رتبه (۱۰/۷۶) بیشترین و هزینه برای تهیه پتو برقی، دستگاه بخور، تب سنج و .. با میانگین رتبه (۵/۴۴) کمترین رتبه را دارند.

بحث

سلامتی یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی است که تأثیر قابل توجهی بر بخش‌های مختلف جامعه دارد. در جامعه شهری و شهرنشینی امروز، ساختار مدیریت شهری ایجاب می‌کند که در قالب مسائل مختلف شهری در حوزه بایدها و نبایدهایی که شهروندان جامعه از بخش‌های اجرایی انتظار دارند، سلامت اجتماعی، روانی، جسمی و ... را تأمین کنند. ورزش به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش سلامتی و کاهش هزینه‌های درمان موجب توسعه برنامه-

های ملی و افزایش نسبت جمعیت و نیروی کار گشته که فرد و دولت از آن بهره می‌برند ورزش از ملزومات زندگی معاصر بوده و یکی از عوامل بسیار مهم و اساسی تأمین سلامت و نشاط جامعه می‌باشد (زمانی، ۱۳۹۱). شرکت منظم در فعالیت‌های فیزیکی، سلامت جسمی و روانی افراد را تضمین می‌کند و موجب کاهش و صرفه جویی در هزینه‌های بهداشتی کشور می‌شود. در تحقیقی که در مدت زمان (۲۰۱۲-۲۰۱۱) در انگلیس انجام شده به این نتیجه رسیده است که شرکت در فعالیت‌های ورزشی موجب صرفه‌جویی ۱/۷ میلیارد پوند در هزینه‌های بهداشتی و ۱۱/۲ میلیارد پوند در کل اقتصاد کشور می‌باشد (اکبری و همکاران، ۱۳۹۶). براساس گزارش رابرتز و زالر افرادی که روزانه دست کم به مدت ۳۰ دقیقه به فعالیت بدنی و ورزش می‌پرداختند، نسبت به افراد غیر فعال از سلامت جسمانی مطلوب‌تری برخوردار بودند (رابرت و همکاران، ۲۰۰۷).^۱

نتایج بخش دیگر تحقیق حاضر بیانگر آن است که عوامل اجتماعی - اقتصادی تأثیر معنی‌داری بر هزینه‌های درمانی خانوارها دارد. یافته‌های این بخش از تحقیق با تحقیقات باوش و همکاران (۱۳۹۶)، احمدی و طاهری (۱۳۹۶)، امین و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. عوامل اقتصادی - اجتماعی مختلفی بر هزینه‌های درمانی خانوارها تأثیر می‌گذارند و بسته به اینکه خانوارها با چه سطحی از هزینه‌های درمانی مواجه شوند، تأثیر این عوامل می‌تواند یکسان نباشد. برای افراد با درآمد سرانه بالاتر، تمایل به هزینه‌های کمتر از گروه‌های دیگر، برای سلامت، کاهش می‌باشد؛ یعنی گویا افراد با درآمد بالاتر، تمایل به صرف هزینه‌های بیشتری برای سلامت خود دارند. یا مثلاً برای خانوارهای دارای بیمه درمان، احتمال داشتن هزینه‌ی کمتر از گروه‌های دیگر، کاهش می‌یابد؛ بدین صورت که این افراد ممکن است هزینه سلامت پیش‌بینی شده‌ی بالاتری داشته‌اند و لذا مبالغی را صرف خرید بیمه‌ی درمان نموده‌اند. اما برای سایر گروه‌های هزینه‌ای، روند تأثیر اثرات نهایی را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که برای مثال با افزایش درآمد سرانه خانوار، آنها تا یک حدی هزینه‌های سلامت خود را افزایش می‌دهند و از آن به بعد دیگر با افزایش درآمد سرانه، لزوماً هزینه‌های سلامت خانوار بالا نمی‌رود. یافته‌های پیشین نیز دلالت بر این دارند که افراد با شرایط اقتصادی و اجتماعی بهتر، دسترسی بیشتری به خدمات درمانی دارند و این برخلاف اصل عدالت می‌باشد، بنابراین دولت‌ها بایستی یک بسته‌ی بیمه پایه را در نظر بگیرد که از نظر کیفیت خدمات ارائه شده برای همه‌ی خانوارها یکسان باشد و از نظر حق بیمه نیز عادلانه باشد به گونه‌ای که همه‌ی افراد جامعه را پوشش دهد تا نابرابری‌های اقتصادی، بر سلامت خانوارها تأثیر منفی نگذارد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۶). از طرف دیگر هزینه‌های کل خانوار (درآمد خانوار) یکی دیگر از عوامل مهم اثرگذار بر هزینه‌های درمانی به خصوص در نقاط محروم است که اهمیت آن در جایگاه نخست قرار دارد. درستی رابطه مستقیم میان درآمد و هزینه‌های درمانی در مطالعات بسیار از جمله در سال ۲۰۰۲ در نپال تأیید شده است. این مطالعه نشان داده که، درآمد دارای اثرات مستقیم و غیرمستقیم، از طریق تأثیر بر سلامت فرد و نوع انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمات، بر هزینه‌های درمانی است (میرهاور، ۲۰۰۷).^۲ در مطالعه‌ی دیگر در سال ۲۰۰۶ در چین، ارتباط مستقیم بین هزینه‌های درمانی و سطح درآمد خانوار اثبات شده است. بر طبق این مطالعه پایین بودن

¹ Robert et al
² Meyerhoefer

توان پرداخت، از طریق کاهش دسترسی افراد به خدمات موجب کاهش سطح هزینه‌های درمانی شده است (چو^۱، ۲۰۰۷). نتایج حاصل این بخش از تحقیق تقریباً مشابه اکثر مطالعات داخلی و خارجی انجام گرفته در این حوزه می باشد که نشان دادند درآمد خانوار، بعد خانوار، پوشش بیمه ای، تعداد افراد بالای ۶۵ سال و نیازمند مراقبت، سکونت در مناطق روستایی و برخی عوامل اجتماعی مانند تعداد افراد شاغل در خانوار از جمله مهم ترین عوامل در افزایش هزینه‌های درمانی خانوار و حتی مواجهه ی آنان با هزینه‌های کمرشکن هستند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۶). ورزش همگانی و سلامت جسمانی رابطه معنی داری با بهداشت روانی دارد. ارتباط بین فعالیت بدنی با احساسات بیمار گونه

می تواند به عنوان بخشی از راهکارهای بهبود سلامتی مورد استفاده قرار گیرد. (بین، ۲۰۱۴)^۲، در پژوهشی شرکت در فعالیت‌های جسمانی منظم، می تواند خانواده‌ها را از آمادگی جسمانی، روانی، اجتماعی برخوردار نماید و تأثیر بسزایی در سلامت خانواده دارد. نتایج نشان می دهد که در حدود ۱۵ درصد تأثیرات ورزش همگانی بر آرامش در محیط خانواده می باشد. تحقیقات (سانگ، ۲۰۱۴، بین، ۲۰۱۱)^۳، (سعیدی، ۱۳۹۳) نیز با این تحقیق همسو بوده و تایید کردند که ورزش همگانی، شکلی از فعالیت‌های جسمی یا حضور منظم در فعالیت‌های جسمانی است که سلامت بدن و روان را بهبود و روابط اجتماعی را شکل می دهد. همچنین تحقیقات انجام شده در مورد اثر فعالیت‌های ورزشی بر سلامتی جسمی و روانی، طول عمر، شادابی، گسترش روابط اجتماعی، غنی سازی اوقات فراغت، باعث شده تا مشارکت مردم در ورزش‌ها و به ویژه شرکت آن‌ها در انواع ورزش‌های همگانی در جهان افزایش یابد و به همین دلیل است که امروز اغلب کشورهای پیشرفته جهان در برنامه‌ریزی‌ها و سازماندهی ورزش همگانی کشور خود با دیگر کشورها رقابت می کنند (ترکفر، طهماسبی، ۱۳۹۷: ۵۶).

بنابراین از آنجایی که سلامتی و تندرستی ارتباط نزدیکی با پیشرفت و توسعه‌ی همه جانبه و از جمله رشد و توسعه‌ی اقتصادی دارد و ورزش به عنوان یکی از مهم ترین عوامل افزایش سلامتی و تندرستی و کاهش هزینه‌های درمان به شمار می رود، باید به ورزش همگانی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم افزایش سلامت پرداخته شود زیرا جامعه‌ی سالم از یک طرف با نشاط تر و شاداب تر و با انگیزه‌ی بیشتری تلاش و فعالیت دارند و از طرف دیگر هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیمی که منجر به کاهش درآمد ملی و در نتیجه رشد و توسعه می گردد، کاهش می یابد. به همین دلیل امروزه در کلیه‌ی جوامع به این امر توجه خاصی مبذول می دارند تا هرچه بیشتر شاخص‌های سلامت شهری را افزایش دهند.

نتیجه گیری

سلامت شهری یکی از چالش‌های قرن بیست و یکم است. رشد سریع و گسترش شهرنشینی پیامدهایی برای سلامت دارد. شیوه مدرن زندگی ما فعالیت بدنی را تا حد زیادی کاهش داده است. رشد بیماری‌های ناشی از سبک زندگی و چاقی نشان‌دهنده عدم تعادل میان سبک زندگی و نیازمندی‌های جسمانی ماست. فعالیت بدنی در واقع یکی از

¹ - Chou

² Bean

³ Sung & bean

اصلی‌ترین بخش‌های زندگی انسان است. اهمیت فعالیت بدنی برای سلامت بخوبی به اثبات رسیده است. شواهد نشان می‌دهند فعالیت بدنی اثرات مفیدی بر روی بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت نوع ۲، انواع سرطان، چاقی، اضافه وزن و بهبود سلامت عضلانی اسکلتی و روانشناختی دارد (بومن، ۲۰۰۴؛ هاسکل و همکاران، ۲۰۰۷). سازمان جهانی بهداشت نیز گسترش شهرنشینی را یکی از اثرگذارترین وقایع قرن بیست و یکم بر سلامت انسانها می‌داند. لذا سلامت شهری در توسعه پایدار شهری نقش ویژه‌ای را به عهده دارد و راهکار ضروری در این زمینه تقویت شاخص‌های برای دستیابی به توسعه پایدار شهری می‌باشد. امروزه ورزش همگانی با تأثیرات روز افزونش جایگاه ویژه‌ای در ابعاد مختلف جامعه پیدا کرده است چرا که با صنعتی شدن جوامع یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌هایی که سبب پویایی و تحرک افراد در جامعه می‌شود ورزش است. اگر مدیران، مسئولان و تصمیم‌گیران امر بدان بی‌توجه باشند لطمات جبران‌ناپذیری به جامعه وارد خواهند کرد. بنابراین برای ایجاد سلامت شهری یکی از اولویت‌های که می‌بایست مورد توجه مسئولین شهری قرار گیرد توجه به ورزش همگانی است.

منابع

- ابراهیمی، یاسر (۱۳۹۴)، رابطه شرکت در ورزش همگانی با رشد اجتماعی و هوش هیجانی کارمندان دولت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته تربیت بدنی، دانشگاه ارومیه.
- ترک‌فر، احمد؛ طهماسبی، بهجت (۱۳۹۷)، بررسی تاثیر ورزش همگانی بانوان بر سلامت خانواده شهر شیراز، فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال نهم، شماره سوم.
- جوادی پور، محمد؛ مونا، سمیع پور (۱۳۹۱)، ورزش همگانی در ایران و تدوین چشم‌انداز، استراتژی و برنامه‌های آینده پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی، شماره ۴، صفحه ۲۱-۳۰.
- رحمانی نیا، فرهاد (۱۳۸۲)، توسعه ورزش همگانی با ملاحظه گذران صحیح اوقات فراغت جوانان، نشریه ماهانه دفتر تربیت بدنی پسران معاونت تربیت بدنی و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، ۱۶۹.
- زیاری، کرامت اله، جانبابانژاد، حسین (۱۳۹۱)، اصول و معیارهای شهر سالم، مجله سپهر، دوره بیست و یک، شماره ۸۲.
- سختاوی، هاجر (۱۳۹۰)، بررسی تاثیر ورزش همگانی بر سلامت اجتماعی زنان خانه دار در منطقه ۱۶ تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سعادت جو، مصطفی (۱۳۹۵)، بررسی نقش ورزش همگانی در توسعه امنیت اجتماعی شهر مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی گرایش مدیریت راهبردی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ضرابی، اصغر، شیخ بیگلر، رعنا (۱۳۹۰)، سطح بندی شاخصهای توسعه سلامت استان‌های ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲، ۱۰۷-۱۲۸.
- ضرابی، اصغر، قدمی، مصطفی، کنعانی، محمدرضا، (۱۳۹۱)، ارزیابی سکونتگاه‌های شهری با رویکرد شهر سالم در استان مازندران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷، ۱۵۱-۱۳۱.
- غیاث‌مجید، صیدایی سیداسکندر، تقدیسی احمد، روزبهانی رضا، پورصفا پریناز، برقی حمید، قنبری یوسف (۱۳۸۹). بررسی از دیدگاه جغرافیای پزشکی در زمینه تاثیر اقلیم و آب و هوا بر اختلالات روانی - رفتاری کودکان ۴ تا ۷ ساله مناطق روستایی استان اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، دوره ۲۸، شماره ۱۲۲، صص ۱۷۴۵-۱۷۵۱.
- لطفی، صدیقه، مهدی، علی، مهدیان بهنمیری، معصومه (۱۳۹۲)، ارزیابی شاخص‌های شهر سالم در منطقه دو شهر قم، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، سال اول، شماره دوم، ۷۶-۹۹.

Ahmadi, A. M., Taheri, E. (2017). Investigating the Factors Affecting Household Health Costs in Iran: Applying the Probite Model Ranked. *Health Management*; 67: 89-98. (Persian)

- Akbari, B., Askariyan, F., Jafari, S. (2017). Effect of sports participation on family sports and therapeutic expenses of Maragheh. *Research on Sport Management and Motor Behavior*, 13(25): 189-198. (Persian)
- Amin, E., Saber Mahani, A., Nejati, M. (2016). The Effect of Socioeconomic Factors Affecting Per capita Health Costs of Households in Iran by Different Provinces of Iran: Years 2011-2011. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 8(1): 17-31. (Persian)
- Amirzadeh, F., Aghaali Nejad, H., Rajabi, H., Sediq Sarvestani, R. (2005). The relationship between overweight and obesity and socioeconomic status of Tehranian female students, *Research in Sport Sciences*, 9: 69-85. (Persian)
- Barton T H. & Tsourou, C. (2000), healthy urban planning. London, New York: Spon press.
- Bavosh, M., Shiyan, M., Musai, M. (2017). Analysis of Socioeconomic Factors Affecting Poverty and Health Inequality in 2011-2011. *Journal of Social Welfare Research*, 17(67): 71-108. (Persian)
- Botrdeaudhuij, C. S, F. De Meester, F. Van Lenthe, H. Spittaels, N.Lien, F. Mercken, L. Moore, L (2011). Are physical activity interventions equally effective in adolescents of low and high socio – economic status (SES), results from the eruoepan teenage project. *Journal of health education research*, 26 (1): 119-130.
- Braveman, P. Tarimo, E. (2002), Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations, *Social Science & Medicine*, No. 54, pp. 621–635.
- Chou WL. Explaining China's regional health expenditures using LM-type unit root tests (2007). *Journal of Health Economics*; 26(4):682-698.
- Chris S. Kochtitzky, M.(2004), Urban Planning and Public Health at CDC.p5.
- David S. & Diana M. (2012), Urbanisation as a Threat or Opportunity in the Promotion of Human Well-being in the 21st Century (The Bellagio Initiative: p36).
- Ehsani, M., Saffari, M., Amiri, M., Kouzchian, H. (2014). Designing the Universal Sports Model of Iran. *Sports Management Studies*; 27: 87-108. (Persian)
- Elmagd, M.A., Tiwari, U., Mossa, A.H., Tiwari, D. (2018). The Effect of Socio-Economic Status on the Sports Barriers' Perception among Participants and Non-Sports Participants in Higher Education in the UAE. *Journal of Advances in Sports and Physical Education*; 1(4): 104-110.
- Eskandari, S., Ghafouri, F. (2015). Identification and ranking of economic factors affecting public sport with respect to global approaches and internal priorities. Second National Conference on Sport Management, Section of Articles of Poster; 147-148. (Persian)
- Eslami, A., Mahmoudi, A., Khibari, M., Najafian Razavi, S.M. (2013). The role of socioeconomic status in the motive of citizen participation in public sports - recreational, applied research in sport management, 3: 89-105. (Persian)
- Fanga, P., Donga, S., Xiaoc, J., Liud, C., Fengc, X. and Wang, Y. (2010), Regional inequality in health and its determinants: Evidence from China, *Health Policy*, No. 94, pp. 14–25.
- Garcia, P. & Mark, M. (2000), Measuring Health A STEP IN THE DEVELOPMENT OF CITY HEALTH PROFILES, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Ghazisaeedi M, Davarpanah, A. & Safdari R. (2007), Health Information Management. Tehran: Mirmah.
- Goldstein, G. (2000). Healthy Cities: Overview of a WHO international program. *Rev. Environ Health; Health Care Services Agency*: 15 (1-2): 207-214.
- Grant, M., Barton, H., Coghill, N., and Bird, C. (2009). Evidence Review on the Spatial Determinants of Health in Urban Settings, contact Grant for publication details.
- Haskell WL, et al. Physical activity and public health:updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.American College of Sports Medicine and the American Heart Association. 2007;116(S9):1081–1093.
- Huang, H., Brad R, Humphreys (2012). Sports participation and happiness: Evidence from US micro data, *Journal of Economic Psychology*, 33: 776-793.
- Kanters, M. A., Jason N, B., Michael B, E., Jonathan M, C., & Myron F, F (2013). School Sport Participation Under Two School Sport Policies: Comparisons by Race/Ethnicity, Gender, and Socioeconomic Status, *Ann, Behave, med*, 45, 113-121.

- Karimi, A. (2017). Presentation of the model of socioeconomic and cultural factors on students' tendency towards sport (case study: students of Payame Noor University of Kermanshah). *Social Studies*, 14(54): 31-46. (Persian)
- Meyerhoefer CD, Sahn DE, Younger SD. The joint demand for health care, leisure, and commodities: Implications for health care finance and access in Vietnam (2007). *The Journal of Development Studies*; 43(8):1475-500.
- Monica E. Campbell. (2015). Healthy Toronto by Design: Promoting a healthier built environment, *Public Health*; 106 (1).
- Neeru A. Jayanthi, Daniel B. Holt, Jr, Cynthia R. LaBella (2018). The effect of socioeconomic status (SES) on rates of sports specialization and injury among youth athletes.
- Parsamehr, M. (2006). Investigating the Factors Affecting Women's Participation in Sport Activities (Case Study: Mazandaran Province), Ph.D. in Sociology, Faculty of Humanities, Isfahan. (Persian)
- Razavi, M.H., Taheri Shikouh, R. (2010). Investigating the socioeconomic status of people participating in public sport activities in Mazandaran province. *Journal of Sport Management*, 5: 21-34. (Persian)
- Robert, F., Zoeller, JR. (2007). Physical activity and Depression, Anxiety. *Physical activity and Cardio Vascular Disease. American Journal of Lifestyle Medicine*, (1)3: 175-180.
- Sa'idi, Ali Asghar (2011). Investigating the Factors Affecting the Inclination of Citizens to Participate in Public Exercise, Department of Social and Cultural Studies of Tehran Municipality, Tehran: *Society and Culture*, p. 117-122.
- Sami, M., Elmagd, M.A., El-Marsafawy, S., Al Jadaan, O., Mossa, A.H. (2016). the effect of socioeconomic status on the effective students' participation in physical activity: A cross sectional study from Ras Alkhaimah Medical and Health Sciences University-UAE. *International Journal of Physical Education, Sports and Health*; 3(2): 151-155.
- Sung J, Lee K, & Song YM. (2009). Relationship of eating behavior to long-term weight change and body mass index: the healthy Twin study. *Eating and Weight Disorders*, 14(2-3), 98-105
- Vandendriessche, J. B., Barbara, F.R. Vandorpe., & Roel, V (2012). Variation in Sport Participation, Fitness and Motor Coordination With Socioeconomic Status Among Flemish Children, *Pediatric Exercise Science*, 24: 113-12.
- Zamani, M., Hosseini E., Rajai H., (2012) Effect of exercise expenditure on GDP of iran, the *Journal of Sport Management*, 15: 147-145. (Persian)