

رابطه بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی زنان سالمند استان کرمانشاه

ابوذر سوری^{۱*}، کیوان شعبانی مقدم^۲، ربیع اله سوری^۳

۱. کارشناسی ارشد مدیریت ورزشی، دانشگاه رازی کرمانشاه

۲. استادیار مدیریت ورزشی دانشگاه رازی کرمانشاه

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت مالی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

تاریخ دریافت: (۹۳/۰۶/۲۹) تاریخ پذیرش: (۹۴/۰۶/۱۰)

The Effect of physical activity on quality of life in elder women in Kermanshah Province

Abuzar Soury^{1*}, Keivan Shabani Moghadam², Rabiallah Soury³

1. M.A. of Sport Management, Razi University, Kermanshah

2. Assistant Professor in Sport Management, Razi University, Kermanshah

3. M.A. student of financial Management, Islamic Azad University of Boroujerd

Received: (20 September 2014)

Accepted: (01 September 2015)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of physical activity on quality of life in elder women in Kermanshah Province. Research method was descriptive that has been done as correlation. The population were all the active and inactive elder women that were 60 or more years old. 300 people were selected based upon random sampling Multi-stage cluster. The information collected by means of demographic questionnaires, Physical Activity Questionnaire ($r=0/78$) and Ware and Sherbourne ($r=0/87$) quality of life and health questionnaire. Descriptive statistics was used to analyze the data and to assess the hypotheses of the research kelmogrouf smirnouf test and doubl strand pointscorvelation test were used. The Results showed that there is significant relationship between physical activity and quality of life in elder women ($p<0/001$). There was also a significant relationship between components of social role limitations, bodily pain, social functioning, emotional role limitations, vitality and happiness, general health and physical function, physical activity. Moreover, there was no significant relationship between physical activity and mental health. According to results, it seems that physical activity and exercise have a significant effect on quality of elder women'n life.

Keywords

Physical Activity, Quality of life, elder women.

چکیده

هدف از انجام این تحقیق، تعیین اثر فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی در بین زنان سالمند استان کرمانشاه است. روش پژوهش توصیفی- همبستگی است که به صورت میدانی انجام شده است. جامعه آماری را کلیه زنان سالمند فعال و غیر فعال ۶۰ سال و بیش از ۶۰ سال استان کرمانشاه تشکیل می‌دادند. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله ای ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه فعالیت بدنی بک و همکاران (۱۹۸۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی و سلامتی ویر و شربورن (۱۹۹۲) استفاده شد، که پایایی آن‌ها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۷ بدست آمد. برای تحلیل آماری داده‌ها از آمار توصیفی و به منظور بررسی فرضیات تحقیق از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و آزمون همبستگی دورشته‌ای نقطه‌ای استفاده شد. نتایج تحلیل داده‌های این تحقیق نشان داد که بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی زنان سالمند کرمانشاه در سطح رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$). همچنین بین مؤلفه‌های محدودیت در نقش اجتماعی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی و عاطفی، سر زندگی و شادابی، سلامت عمومی و عملکرد جسمانی با فعالیت بدنی رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ اما بین فعالیت بدنی و سلامت روانی زنان سالمند کرمانشاه رابطه معنی‌داری یافت نشد. نتایج تحقیق نشان داد که فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی زنان سالمند اثرگذار است.

واژگان کلیدی

فعالیت بدنی، کیفیت زندگی، زنان سالمند.

مقدمه

افزایش جمعیت سالمندان به قدری قابل توجه است که از آن به عنوان انقلاب ساکت یاد شده است (هورفورس^۱، ۲۰۰۹). شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما نیز در حال گسترش است. بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیت‌های پایه‌ای زندگی روزمره از قبیل (حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن و ...) و فعالیت‌های مربوط به سلامت و بهداشت زندگی مانند (پختن غذا، مصرف دارو، استفاده از پول و ...) دارای مشکل می‌باشند و میزان نامتناسبی از ناتوانی در افراد گروه‌های سنی بالاتر وجود دارد (استانهوپ^۲، ۲۰۰۰). تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته‌ای و جذب زنان به بازار کار سبب می‌شود که امکانات برای نگهداری از سالمندان به شدت کاهش یابد. باری که خانواده‌ها قبلاً به تنهایی به دوش می‌کشیدند را باید به ناچار با دولت تقسیم کنند. عدم پذیرش سالمند در خانواده منجر به رشد آسایشگاه‌های سالمندان گردیده است (هروآبادی، ۱۳۷۲). اصطلاح اضافه نمودن زندگی به سنوات عمر به جای سنوات عمر به زندگی در طی دهه گذشته سیر تغییر مراقبت از سالمندان ناتوان را تسخیر کرده است و به جای تأکید بر مدل پزشکی مبتنی به افزایش طول عمر به هر قیمتی، مدل مراقبت بشردوستانه متمرکز به کیفیت زندگی^۳ در حال ظهور است (کلارک^۴، ۱۹۹۵). کیفیت زندگی یک وضعیت رفاهی است که مشتمل بر دو بخش است: ۱) توانایی اجرای فعالیت‌های روزمره که همان سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است ۲) رضایت از سطوح عملکرد کنترل و درمان بیماری (گوتای^۵ و همکاران، ۱۹۹۲).

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (بونومی^۶ و همکاران، ۲۰۰۰). فرایند افزایش سن امری طبیعی است که بر تمامی جنبه‌های زیستی و روانی انسان تأثیر می‌گذارد (اصلانخانی، ۱۳۷۸). سالمندان به عنوان شهروندان ارشد جامعه بایستی از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برخوردار باشند (کارتر^۷ و همکاران، ۲۰۰۱)؛ لذا نقش فعالیت بدنی و ورزش در افزایش کیفیت زندگی و سلامتی جسمی و روحی افراد سالمند غیر قابل انکار می‌باشد. بنابراین سلامتی صرفاً فقدان بیماری و احساسات منفی نیست؛ بلکه بهزیستی جسمانی و روانی نیز باید مورد توجه قرار گیرد (سالمون^۸، ۲۰۰۱؛ شلدون^۹، ۲۰۱۱). در این میان سالمندان به دلیل از دست دادن بسیاری از توانایی‌هایشان با مشکلات بسیاری مواجه هستند که می‌تواند روی بهزیستی آنان تأثیر بگذارد. بنابراین باید راه‌هایی جهت افزایش بهزیستی جسمی و روانی آنان مورد توجه قرار گیرد. امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر مسئله مهم‌تری تحت عنوان چگونه گذراندن عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب‌نظران و محققین امور سالمندان را به خود جلب کرده است (بونومی، ۲۰۰۰؛ رید^{۱۰}، ۲۰۱۰). "رو" و "همکاران (۱۹۹۹) سالمندی موفق را تحت تأثیر سه جنبه نداشتن بیماری، سازگاری با زندگی و داشتن کفایت روحی و روانی توصیف کردند. در تعریفی دیگر که ویور^{۱۱} (۲۰۰۱) ارائه داد و مورد قبول بسیاری از صاحب‌نظران می‌باشد، در این تعریف کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضعیت (کینگ^{۱۲}، ۲۰۰۶). به طور کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود، اگر چه کیفیت زندگی ممکن است به وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار گیرد (بونومی^{۱۳}، ۲۰۰۰). کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک و عملکرد وجود فرد را دربرمی‌گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (کونگر^{۱۴}، ۲۰۰۲). تقریباً ۳۱ کشور جهان هر یک بیش از دو میلیون سالمند بالای ۶۰ سال دارند که روز به روز به تعداد این

1. Hurefors
2. Stnhope
3. Quality of life
4. Clark
5. Gotay et al
6. Bonomi et al
7. Carter et al
8. Salmon
9. Sheldon
10. Reid
11. Rowe et al
12. Viewer
13. King
14. Bonomi
15. Conger

کشورها افزوده می‌شود. در مطالعات گوناگون ثابت شده است که با افزایش سن، به دلیل اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن صورت می‌گیرد، به ویژه در اثر محدودیت‌های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد که این عوامل می‌تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه کیفیت زندگی فرد اثرات منفی زیادی ایجاد نماید (کونگر، ۲۰۰۲). چالش اصلی بهداشت در قرن ۲۰ "زنده ماندن" بود و چالش قرن حاضر "زندگی با کیفیت بهتر" می‌باشد (بونومی، ۲۰۰۰). افزایش شمار سالمندان احتمالاً با افزایش فراگیر میزان ناتوانی‌ها و بیماری‌ها همراه می‌شود که این امر فشار بالقوه‌ای بر هزینه‌های درمانی و بهداشت عمومی وارد می‌کند (میشل^{۱۶}، ۲۰۰۹). با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران توجه به کیفیت زندگی و فعالیت جسمانی در سالمندان امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد (بین^{۱۷}، ۲۰۰۹). مطالعه کان^{۱۸}، (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۰۰ جمعیت سالمندان در دنیا نزدیک ۱۳ درصد جمعیت افراد بالای ۶۵ سال را تشکیل می‌دهد که ۱/۸ درصد از این جمعیت بالای ۸۴ سال بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰ درصد برسد. بررسی انجام شده توسط گوتای^{۱۹}، (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که تعداد افراد بالای ۶۰ سال در جهان ۵۸۰ میلیون نفر است که ۳۵۵ میلیون نفر از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند.

بررسی شاخص‌های آماری در ایرن حاکی از رشد و شتاب سالمندی است. به طوری که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجار سالمندی رخ دهد و ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهند گرفت. با توجه به افزایش شاخص امید به زندگی در ایران می‌توان حدس زد که آمار سالمندان ایرانی نیز رو به افزایش است و ما در برابر مسائل و مشکلات جدی درباره سالمندان و حل مشکلات آن‌ها قرار خواهیم گرفت. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تأمین بهداشت روانی و جسمانی آن‌ها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (جغتایی، ۱۳۸۵). هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنان باشد؛ بلکه امروزه در جهان، مفهوم سالمندی پویا مطرح است؛ یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز باید مورد توجه قرار گیرد (صدقاتی، ۱۳۹۰).

بخشنده (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان "ارتباط بین شرکت در فعالیت‌های ورزشی اوقات فراغت و کیفیت زندگی در افراد میان سال فعال" به این نتیجه رسید که بین شرکت در فعالیت‌های ورزشی و سلامت جسمانی در افراد میان سال ارتباط معنی‌داری وجود دارد. زمان زاده (۱۳۸۷) در پژوهشی گزارش کرد که تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی اثرگذار است؛ به عبارت دیگر نتایج نشان داد که تمرینات بدنی قادر بود نمره کیفیت زندگی را به شکلی معنی‌داری ارتقاء دهد. ثنایی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان "اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران" به این نتیجه رسیدند که فعالیت بدنی کاری و ورزشی بر بعد جسمی و روحی کیفیت زندگی اثرگذار است. همچنین بیان کردند که بین فعالیت بدنی و امید به زندگانی در سالمندان رابطه معنی‌داری وجود دارد. مک رای و همکاران (۱۹۹۶) در تحقیق خود اثر ۱۲ هفته تمرین پیاده روی را بر ظرفیت استقامتی، سطح فعالیت بدنی، تحرک و کیفیت زندگی در افراد تحت مراقبت مطالعه کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که ۱۲ هفته تمرین پیاده روی روزانه تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی ندارد. نوسلدر و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی گزارش کردند که فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است و کیفیت زندگی خود باعث امید به زندگانی و اتکاء به خود می‌شود. راس و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کاهش وزن از طریق مداخلات فعالیت بدنی و ورزشی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دارد. همچنین آن‌ها گزارش کردند که تمامی ابعاد کیفیت زندگی، به غیر از عملکرد جسمانی، با فعالیت بدنی و آمادگی جسمانی ارتباط دارد. مایرجم و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی بیان کردند که علاوه بر متغیرهای ژنتیکی که می‌تواند بر برداشت‌های ذهنی و کیفیت زندگی فرد اثر بگذارد. فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی بیماران اثر معنی‌داری می‌گذارد. مانگپاسان و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که زندگی بدون معلولیت و نقص، سلامت جسمانی، تغذیه سالم و فعالیت بدنی مطلوب از جمله عوامل تأثیرگذار بر امید به زندگی می‌باشد. همچنین در این پژوهش بیان کردند که زنان در مقایسه با مردان امیدواری بیشتری به زندگی دارند.

حال این سؤال پیش می‌آید که چگونه می‌توان سال‌های اضافی عمر انسان را در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری کرد. با توجه به اهمیت سالمندی در جوامع در حال توسعه و با عنایت به ویژگی‌های این دوران و تأثیر آن بر روند زندگی آن‌ها، ضرورت و اهمیت

برنامه‌ریزی به منظور شناخت ابعاد کیفیت زندگی و تغییر در کیفیت زندگی این قشر از جامعه، این تحقیق بر آن است تا به این سؤال پاسخ گوید که آیا فعالیت بدنی تأثیری بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در زنان سالمند دارد یا خیر؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر به روش توصیفی-همبستگی انجام شد. جامعه آماری را کلیه سالمندان فعال و غیر فعال ۶۰ سال و بیش از ۶۰ سال استان کرمانشاه تشکیل می‌دادند. زنان سالمند فعال شامل افرادی بودند که هفته‌ای ۲ روز و هر جلسه ۴۵ دقیقه و بین ۶ ماه تا دو سال فعالیت داشتند و زنان غیر فعال کسانی بودند که هیچ‌گونه فعالیت بدنی را در طی ۶ ماه گذشته نداشتند. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ۳۰۰ نفر (۲۰۰ نفر زنان سالمند فعال و ۱۰۰ نفر زنان سالمند غیر فعال) از طریق کانون‌های تحت پوشش بهزیستی، مساجد، درب منازل و... پس از توجیه طرح و بیان اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه فعالیت بدنی بک و همکاران (HPA) و پرسشنامه کیفیت زندگی و سلامت ویر و شربورن (۱۹۹۲) استفاده شد. پرسشنامه فعالیت بدنی توسط بک و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد که ویژگی‌های گوناگون فعالیت بدنی را در بر می‌گیرد. اعتبار ابزار در آزمون‌های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. بک و همکاران (۱۹۸۲) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند. ثنایی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۸ گزارش دادند. پرسشنامه کیفیت زندگی و سلامت SF36 یک پرسشنامه خود گزارشی است که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط ویر و شربورن ساخته شده و دارای ۳۶ عبارت است و سلامت را در دو بعد کلی جسمانی و سلامت روانی ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه وضعیت سلامت را در ۸ خرده مقیاس ارزیابی می‌کند که هر مقیاس توسط مجموعه سؤالاتی سنجیده که بر اساس آن امتیاز دهی می‌شود (تند نویس، ۱۳۸۰؛ حامدی نیا و گلستانی، ۱۳۸۳). بعد سلامت جسمانی دارای ۴ خرده مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی می‌باشد و بعد سلامت روانی دارای ۴ مقیاس که شامل سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت احساسی و سلامت روانی می‌باشد. پرسشنامه SF36 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. برای سنجش عملکرد فیزیکی پرسش‌های مربوط به فعالیت شدید و متوسط از قبیل بلند کردن، حمل کردن، بالا رفتن از پله و... در نظر گرفته می‌شود. برای بعد ایفای نقش فیزیکی پرسش‌های محدودیت در فعالیت‌های روزانه و میزان صرف زمان برای فعالیت‌های روزانه به کار برده می‌شود. برای بررسی درک کلی از سلامت، پرسش‌هایی در زمینه مقایسه سلامت فرد با دیگران و همچنین برای ارزیابی فعالیت اجتماعی، پرسش‌هایی درباره فعالیت افراد با خانواده، دوستان و آشنایان در پرسشنامه وجود دارد. ۱۵ سؤال کلی از ۳۶ ماده با پاسخ‌هایی از سطح ضعیف تا قوی به ارزیابی وضعیت سلامت آزمودنی‌ها می‌پردازد. نمره پایین در هر خرده مقیاس بیانگر مشکل در زمینه‌های مربوطه و نمره بالا بیانگر عدم وجود مشکل می‌باشد. به این ترتیب میانگین نمره همه افراد در هر مقیاس و در نهایت به صورت کل بیان می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه صفر تا ۱۰۰ می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و صد بیانگر بالاترین سطح کیفیت زندگی است. به منظور تعیین روایی و پایایی ترجمه فارسی پرسشنامه سلامتی SF36 در ایران، مطالعه مقطعی در جمعیت کارکنان دانشکده پزشکی شیراز طی آبان ماه ۸۰ صورت گرفت. ضریب پایایی همبستگی درونی پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شد (ارزش‌ها و نگرش ایرانیان، ۱۳۸۲). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه‌های فعالیت بدنی و کیفیت زندگی SF36 محقق برای تعیین پایایی و ثبات درونی این پرسشنامه، آن را اختیاری ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها قرار داد که آلفای کرونباخ به ترتیب (r=۰/۷۸) و (r=۰/۸۷) به دست آمد. از آزمون k-s نیز برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد (جدول ۱).

جدول ۱. آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آماره خی دو	مقدار احتمال
محدودیت در نقش اجتماعی	۰/۲۳۰	۰/۰۰۱
درد جسمانی	۰/۱۱۴	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۱۹۴	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۳	۰/۰۸۲	سلامت روانی
۰/۰۰۱	۰/۲۴۲	محدودیت در نقش احساسی و عاطفی
۰/۰۰۳	۰/۰۸۲	سر زندگی و شادابی
۰/۰۰۱	۰/۱۰۱	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۱	۰/۰۶۲	فعالیت بدنی

چون مقدار احتمال برای تمام متغیرها از سطح معنی‌داری ۵ درصد کمتر است، توزیع همگی آن‌ها نرمال نیست؛ لذا برای تحلیل آماری متغیرها می‌بایست از آزمون‌های آماری استفاده شود که نیازمند پیش فرض نرمال بودن داده‌ها نیست. از آنجایی که یکی از متغیرها دو ارزشی و دیگری به صورت عددی می‌باشد، از همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

آزمودنی‌های تحقیق ۳۰۰ نفر بودند که ۲۰۰ نفر از آنان زنان فعال سالمند و ۱۰۰ نفر را زنان غیر فعال سالمند تشکیل می‌دادند. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای فعالیت بدنی، محدودیت در نقش اجتماعی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، محدودیت در نقش احساسی و عاطفی، سر زندگی و شادابی، سلامت عمومی و عملکرد جسمانی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آمارهای توصیفی متغیرها به تفکیک زنان فعال سالمند و زنان غیر فعال سالمند

متغیر	فعالیت جسمانی	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد آزمودنی
محدودیت در نقش اجتماعی	زنان فعال سالمند	۶,۵۸	۱,۶۳	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۵,۹۰	۱,۵۲	۱۰۰
درد جسمانی	زنان فعال سالمند	۷/۹۶	۲/۳۲	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۶/۹۱	۲/۰۷	۱۰۰
عملکرد اجتماعی	زنان فعال سالمند	۸/۸۹	۳/۳۲	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۶/۷۷	۱/۹۸	۱۰۰
سلامت روانی	زنان فعال سالمند	۲۱/۲۵	۵/۵۷	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۱۹/۹۵	۴/۶۷	۱۰۰
محدودیت در نقش احساسی و عاطفی	زنان فعال سالمند	۵/۰۶	۱/۱۵	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۴/۵۷	۱/۱۴	۱۰۰
سر زندگی و شادابی	زنان فعال سالمند	۱۸/۲۳	۴/۳۵	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۱۴/۴۸	۳/۵۶	۱۰۰
سلامت	زنان فعال سالمند	۲۰/۱۵	۳/۷۱	۲۰۰

عمومی	زنان غیر فعال سالمند	۱۵/۷	۳/۶۱	۱۰۰
عملکرد جسمانی	زنان فعال سالمند	۲۵/۴۸	۴/۰۶	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۱۸/۹۰	۵/۱۶	۱۰۰
فعالیت بدنی	زنان فعال سالمند	۳۳/۱۶	۵/۶۰	۲۰۰
	زنان غیر فعال سالمند	۱۵/۲۶	۴/۷۴	۱۰۰

جدول ۳. آزمون همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی

متغیرها		فعالیت بدنی	درجه آزادی	تعداد آزمودنی
کیفیت زندگی کلی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۴۷۸ -/۰۰۱	۱۹۱	۳۰۰
محدودیت در نقش اجتماعی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۲۱۷ -/۰۰۲	۱۹۱	۳۰۰
درد جسمانی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۲۳۷ -/۰۰۱	۱۹۱	۳۰۰
عملکرد اجتماعی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۴۸۸ -/۰۰۱	۱۹۱	۳۰۰
سلامت روانی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۱۳۷ -/۰۵۸	۱۹۱	۳۰۰
محدودیت در نقش احساسی و عاطفی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۲۳۲ -/۰۰۱	۱۹۱	۳۰۰
سرزندگی و شادابی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۴۲۴ -/۰۰۱	۱۹۱	۳۰۰
سلامت عمومی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۵۷۰ -/۰۰۲	۱۹۱	۳۰۰
عملکرد جسمانی	همبستگی سطح معنی‌داری	-/۵۷۷ -/۰۰۱	۱۹۱	۳۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

اهمیت کیفیت زندگی سالمندان از دهه ۱۹۸۰ بیشتر مورد توجه قرار گرفت و به عنوان یک نیاز روز افزون برای قشر سالمند به طور جدی به آن پرداخته شد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت زندگی شخصی خود در چارچوب فرهنگ و ارزش جامعه و سیستم‌هایی که زندگی می‌کنند مطرح نموده است (اصلانخانی، ۱۳۸۷). وضعیت سلامت جسمانی و روانی فرد سالمند یک نیاز اساسی برای کیفیت زندگی محسوب می‌شود. بنابراین تعدادی از تحقیقات فعالیت بدنی و ارتباط این متغیر با کیفیت زندگی مورد بررسی قرار داده‌اند. اما بیشتر این تحقیقات اثر فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی در سالمندان بیمار (تحت عمل جراحی و یا شیمی

درمانی) را مورد بررسی قرار داده‌اند و تعداد کمی از تحقیقات کیفیت زندگی سالمندان فاقد بیماری را بررسی کرده‌اند. هدف از این پژوهش، تعیین رابطه فعالیت بدنی و کیفیت زندگی زنان سالمند کرمانشاه بود. نتایج تحقیق نشان داد که فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی اثرگذار است. بررسی یافته‌ها نشان داد که میانگین متغیرهای فعالیت بدنی، محدودیت در نقش اجتماعی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، محدودیت در نقش احساسی و عاطفی، سر زندگی و شادابی، سلامت عمومی و عملکرد جسمانی در زنان فعال سالمند بیشتر از میانگین زنان غیر فعال سالمند است. این میانگین بالا می‌تواند به دلیل آمادگی بیشتر و داشتن سلامت جسمی و روحی در زنان فعال سالمند در جامعه مورد بررسی باشد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات بخشنده (۱۳۸۷)، زمان زاده (۱۳۸۷)، ثنایی و همکاران (۱۳۹۲)، نوسلدر و همکاران (۲۰۰۵)، راس و همکاران (۲۰۰۹)، ماورونیتیس و همکاران (۲۰۱۰)، رید و همکاران (۲۰۱۰) و مایرجم و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد. این محققان نیز بین انجام فعالیت‌های بدنی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری گزارش کردند. از طرف دیگر، این نتیجه با نتایج تحقیقات مک رای و همکاران (۱۹۹۶) همخوانی ندارد. دلیل احتمالی این ناهمخوانی تفاوت جامعه مطالعه شده و ابزار مورد استفاده است؛ زیرا تحقیقات مک رای و همکاران روی بیماران انجام شده و عوامل متعددی می‌تواند در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران دخیل باشند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که فعالیت بدنی سالمندان می‌تواند افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی آنان ایجاد کند. نتایج تحقیقات راس و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد افزایش فعالیت فیزیکی در میان سالمندان، میزان از کار افتادگی آنان را کاهش می‌دهد. همچنین آن‌ها دریافتند سالمندانی که به طور منظم در فعالیت ای بدنی شرکت می‌کنند، از کیفیت زندگی بهتر و استقلال بیشتری در زندگی برخوردارند. در زمینه نوع فعالیت بدنی نکته قابل توجه از نتایج این تحقیق فعالیت بدنی زنان سالمند در ساعات‌های غیر کاری یا اوقات فراغت است. در واقع فعال بودن سالمندان در اوقات فراغت تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. امروزه، مردم بیشتر اوقات فراغت خود را به تماشای تلویزیون، استفاده از کامپیوتر و انجام بازی‌های کامپیوتری می‌پردازند و استفاده از ماشین، حتی برای مسیرهای کوتاه رواج یافته است. این بی‌تحرکی باعث بروز بسیاری از بیماری‌ها، چاقی و مرگ و میر می‌شود. شیوع این موج کاهش تحرک بدنی شامل سالمندان جامعه هم می‌شود. سالمندان معمولاً به اقتضای وضعیت سنی و جسمی، معمولاً فعالیت‌های بدنی کمتری دارند که باعث می‌شود تا آن‌ها ساعات متعددی را بدون انجام فعالیت بدنی بگذرانند. نداشتن فعالیت بدنی در چنین اوقاتی به بروز عوارض نامطلوب جسمانی و روحی منجر می‌شود. اگر آن‌ها بتوانند اوقات فراغت خود را به صورت کاملاً برنامه‌ریزی شده بگذرانند، می‌توانند کیفیت زندگی مطلوبی را برای خود فراهم آورند. آن‌ها باید بسترهای مناسب انجام فعالیت‌های ورزشی و بدنی را با توجه به وضعیت و احوال سالمندان فراهم آورند. با افزایش سن، به علت اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن روی می‌دهد، به ویژه به علت محدودیت‌های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد که این عوامل می‌توانند در احساس خوب بودن و در نتیجه، کیفیت زندگی فرد اثرات منفی زیادی ایجاد کند و به نظر می‌رسد که یکی از بهترین روش‌های رویارویی با آن، انجام ورزش و فعالیت‌های بدنی مطلوب در محیط‌های مناسب است؛ شرکت منظم در فعالیت‌های بدنی می‌تواند اثر مهمی بر کیفیت زندگی افراد سالمند جامعه داشته باشد.

نتایج همچنین نشان داد که بین فعالیت بدنی و محدودیت در نقش اجتماعی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی و عاطفی، سر زندگی و شادابی، سلامت عمومی و عملکرد جسمانی رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر زنان سالمندی که فعال بودند در متغیرهای بالا امتیاز بیشتری کسب کرده‌اند که نشان از وضعیت مطلوب ایشان نسبت به گروه غیر فعال دارد. این یافته از تحقیق با نتایج تحقیقات کلدی (۱۳۸۴)، مداح (۱۳۸۷)، ویلکی و همکاران (۲۰۰۶)، مارشال و همکاران (۲۰۰۵)، گتام (۲۰۰۷)، بوچنر و اشمید (۲۰۰۹) و جوزف (۲۰۱۲) همخوانی دارد؛ اما با نتایج تحقیق مک رای و همکاران (۱۹۹۶) همخوانی ندارد؛ علت احتمالی این عدم همخوانی در این امر نهفته است که جامعه مورد مطالعه مک رای و همکاران (۱۹۹۶) را بیماران تشکیل داده‌اند. یافته‌های این بخش از تحقیق نشان می‌دهد که افراد سالمند فعال در برخورد با محیط‌های اجتماعی و مسائل و مشکلات موجود در جامعه، منطقی‌تر عمل کرده، همچنین این احتمال بیشتر وجود دارد که این افراد برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی نظیر پیاده‌روی خانوادگی، ورزش صبحگاهی، انجام امور مربوط به محیط زیست و ... پیشقدم باشند. در واقع می‌توان ادعا داشت که افراد سالمند فعال به خاطر انجام دادن فعالیت‌های جسمانی و ارتباط بهتر و بیشتر در فضای آرام با دوستان، آشنایان و افراد محیط خود، دارای روحیه شادتر بوده و با مسائل و مشکلات سالمندی راحت‌تر برخورد می‌کنند. سلامت عمومی در زندگی سالمندی بخش حساسی از زندگی آن‌ها بوده و توجه به این مسئله و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می‌باشد. با توجه به نتیجه تحقیق، زنان سالمند فعال در متغیر سلامت عمومی وضعیت مطلوب‌تری نسبت به گروه غیر فعال دارند. این مورد نشان می‌دهد که افراد سالمند غیر فعال بیشتر در معرض صدمات

فیزیکی، بیماری‌ها، از دست رفتن کارایی، انزوای، یأس، ناامیدی، افسردگی و کاهش سلامتی قرار دارند. عواقب عملکرد جسمانی در افراد سالمند فعال می‌تواند بسیار خوشایند باشد و شواهد نشان می‌دهد که درجات مختلف عملکرد جسمانی تأثیر بسزایی در افزایش سلامتی و امنیت سالمندان دارد. همچنین این احتمال می‌رود که افراد سالمند غیر فعال دارای محدودیت‌های جسمانی بیشتری بوده و این امر باعث می‌شود تا در انجام فعالیت‌هایی نظیر ایستادن، قدم زدن، بلند کردن اجسام یا امور منزل و ... با مشکل مواجه گردند و به کمک بیشتری برای انجام دادن امور زندگی روزمره نیاز داشته باشند.

بخش دیگری از نتایج نشان داد که بین فعالیت جسمانی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر زنان سالمندی که فعال می‌باشد در متغیر سلامت روانی به اندازه‌ای امتیاز بیشتری کسب نکرده‌اند که نشان از وضعیت مطلوب ایشان نسبت به گروه غیر فعال داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات تنایی و همکاران (۱۳۹۲)، بین (۲۰۰۹) و مانگپاسان و همکاران (۲۰۱۰) در مورد تأثیرات تمرینات بدنی در کاهش فشار عصبی و در نتیجه سلامت روانی مطابقت ندارد. این موضوع را می‌توان اینگونه توجیه کرد که اگر چه غیرفعال ممکن است تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی افراد و مؤلفه‌های آن داشته باشد، ولی این تأثیر آنچنان چشمگیر نیست که بر سلامت روانی افراد هم لطمه وارد آورد. همچنین، تحقیقات مغایر مذکور به بررسی تأثیر ورزش بر فشار عصبی پرداخته بودند و به طور خاص بر عدم سلامت روانی تأکید نداشتند.

در نهایت، براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ورزش و فعالیت‌های بدنی در سالمندان، ارتقای کیفیت زندگی را به دنبال دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود تا فعالیت بدنی و ورزش ویژه در محیط‌های مختلف از قبیل خانواده‌ها، کانون‌های سالمندان، مراکز مراقبتی سالمندان و ... به عنوان عاملی برای افزایش کیفیت و امیدواری به زندگی سالمندان استفاده شود. همچنین، با توجه به روند حرکت هرم سنی کشور به سوی سالمندی، آینده‌نگری و انجام اقداماتی در جهت تسهیل فعالیت بدنی سالمندان در سطح جامعه ضروریست.

منابع

- ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان. (۱۳۸۲). وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، موج دوم، ویرایش اول. ##صلانخان، محمد علی. (۱۳۸۷). رابطه میزان فعالیت بدنی با سطح سلامت عمومی سالمندان زن و مرد شهر تهران، نشریه علوم حرکت انسان، سال اول، شماره ۱، صص ۵۷-۵۱. ##بخشنده، محمد. (۱۳۸۷). ارتباط بین شرکت در فعالیت‌های ورزشی اوقات فراغت و کیفیت زندگی در افراد میان سال فعال، پایان‌نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشگاه شمال. ##تندنویس، فریدون. (۱۳۸۰). جایگاه ورزش در اوقات فراغت مردم شهرهای ایران، طرح ملی، شورای پژوهش‌های علمی کشور. ##تنایی، محمد؛ زردشتیان، شیرین؛ نوروزی سید حسینی، رسول. (۱۳۹۲). اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران، مطالعات مدیریت ورزشی، شماره ۱۷، صص ۱۵۶-۱۳۵. ##جغتایی، محمدتقی. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت سالمندان در کاشان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران، سال اول، شماره ۱، صص ۴۲-۴۰. ##حامدی نیا، محمدرضا؛ گلستانی، علی. (۱۳۸۳). "کیفیت زندگی مربوط به تندرستی در بین اعضای هیأت علمی فعال و غیرفعال از نظر بدنی در دانشگاه‌های سبزوار". المپیک، سال دوازدهم، شماره ۷۳-۶۷. ##خزایی، کامیاب. (۱۳۸۱). روان‌شناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان، بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، تهران: انتشارات کتاب آشنا، صص ۳۶۳. ##زمان زاده، مهدی. (۱۳۸۷). تأثیر تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی در بیماران همودیلیزی، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، صص ۵۵-۵۱. ##صداقتی کسبخی، مریم. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیر دیابتی، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شماره ۵، صص ۵۴-۴۶. ##کلدی، علی رضا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی سالمندان با سلامت عمومی آنان در شهر تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری، صص ۵۵-۵۲. ##مداح، سیدباقر. (۱۳۸۸). وضعیت فعالیت‌های اجتماعی و نحوه گذران اوقات فراغت در سالمندان ایران و سوئد، مجله سالمند ایران، سال سوم، شماره هشتم، صص ۶۰۶-۵۹۷. ##منتظری، علی؛ گشتاسبی، آرزو؛ وحدانی نیا، مریم. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین روایی و پایایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF36، فصل‌نامه پایش، شماره اول، صص ۵۶-۴۹. ##هروآبادی، شیفته. (۱۳۷۲). ترجمه پرستاری بهداشت جامعه (خانواده محور)، لوگان، چاپ اول، علوم پزشکی تهران. ##
- Bonomi A. E. patrik D. L. Bushnell D. M. Martin M. (2000). validation of the united states version of the world health organization quality of life (WHQOL) instrument Journal of clinical Epidemiology.53,pp:19-23.##Buchner. D. ,M. ,& Schmid. T. (2009). Activeliving research and public health: natural partners in a new field. American journal of preventive medicine. Vol. 36. Issue 2. Pp: 44-46.##Carter, N. D. kannus, P. khan, k. m. (2001). exercise in the prevention of fall in older people: a systematic literature review examining the rational and the evidence. sport Med. 31 (6):427-38.##Clark P. G. (2000). Q quality of lif, values and team work in geriatric care. Do we communicat what we mean, the gerontologist, washington;35(3):402-415.##Conger SA, Moore KD. (2002). Chronic illness and quality of life: the social workers role. TSAO foundation; 64(3): 155-67.##Gotay c, c. korn, E., L., M. cabe., M. S., Moor. T, D. (1992). Quality of life assessment in cancer treat ment protocols, Keserch issues in protocol development , jonal of national cancer in stitute;84(8):575-579.##Gutam. R. (2007). leisare

and religious activity participation and mental health: gender analysis of elder adults in nepal 17, 223-235

##Hurefors c ,savantedts. (2009). Elderly people perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in northern sweden. *Scand j caring sci.* 23:353-360##Joseph., B. (2012). Physical activity Successful Aging in canadian Older Adults. *Journal of Aging and physical Activity*,17, 223-235 ##King. A. Proutt L. A. (2006). Comparative effects of physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *Gerontology. Med. Sci. J*; 137. (70). Pp:825-832##Kun LG. (2002). Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Comput Methods Programs Biomed.* 2001Mar; 64(3): 155-67.##MacRae, P, G. Asplud, J, F. Schnellc, J, G. et al (1996)A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility and quality of life. *J. Am Geriater Soc.* 1; 44(2), pp: 175-80 .##Marshall Alison I. booth Michael I. &Bauman. Adrian E. (2005). Promoting physical activity in Australian general practices: a randomized trial of health promotion advice versus hypertension management. *patient education and counseling journal.* Vol. 56. Issue. 3Pp:283-290.##Mavrovouniotis. F. Argiriadou. E. papaioannou. G. (2010). Greek traditional dances and quality of old peoples life. *Journal of body Working Movement therapies.* (14). pp:209-218 .##Michael J. A. GrantCushman B. (2009). Leisur time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighborhoods. *Journal of.* 482-4. *Healt g place* 15##Mirjam, A, G. Sprangers J, A. Sloan, A, B. et al (2010) Scientific imperatives, clinical implications, and theoretical underpinnings for the investigation of the relationship between genetic variables and patient-reported quality-of-life outcomes. *Journal of Qual Life Res* (12).pp:134 141.##Muangpaisan, W. Assantachai, P. Intalapaporn, S.et al (2010) Health expectancies in the older Thai population. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* AGG-2277; P: 5.##Nusselder, W, J. Looman, C, W. Mackenbach,J,P. et al (2005) the contribution of specific diseases to educational disparities in disability free life expectancy. *Am J Public Health*; 95, pp: 2035-2041.##Reid, k ., Baron, K., Lu, B.,et al. (2010).Aerobic exercise improves self –reported sleep and quality of life in older adults with insomnia .*Journal of sleep Medicine*(11).pp:934-940.##Ross,K. Milsom,V. Rickel,K.et al(2009) The contributions of weight loss and increased physical fitness to improvements in health-related quality of life. *Journal of Eating Behaviors* (10) .pp: 84–88.##Rowe , M., Leachan ,E., Youg, D.(1999). Evaluation the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults. *Ann. Beh . Med .J*;251(14),PP:718-725.##Salmon P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety depression and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clin. Psychol. Rev.* 21. 33-61.##Sheldon. K. M. Lyumbomirsky. S. (2011). Achieving sustainable new happiness: prospects practice and prescription. *Positive psychology in practice.*(10). pp:84-88.##Stanhope M., lancater J. (2000). *community & public health Nursing* .4 edition, Mosby Ing., ST .L ouise, Missouri .4;825-838.##Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30: 473–483##Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E. & Croft, P. (2006). Self-rated life expectancy and lifetime socio-economic position: cross-sectional Analysis of the British household panel survey. *International Journal of Epidemiology.* (65); pp: 36-58.##Yen, I.H., Michael, Y.L., Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 37, 455-463##

