

کیفیت زندگی مربوط به تندرستی در بین اعضای هیأت علمی فعال و غیر فعال از نظر بدنی در دانشگاه‌های سبزوار*

❖ دکتر محمدرضا حامدی نیا، استادیار دانشگاه تربیت معلم سبزوار
❖ علی گلستانی، مربی دانشگاه تربیت معلم سبزوار

فهرست :

| | |
|----|------------------|
| ۶۷ | چکیده |
| ۶۸ | مقدمه |
| ۶۸ | روش شناسی تحقیق |
| ۶۹ | یافته‌های تحقیق |
| ۷۰ | بحث و نتیجه گیری |
| ۷۲ | منابع و مأخذ |

چکیده: هدف از تحقیق حاضر، مقایسه کیفیت زندگی مربوط به تندرستی در بین اعضای هیأت علمی فعال و غیر فعال از نظر بدنی در دانشگاه‌های سبزوار بود. به این منظور، از بین ۳۰۰ نفر عضو هیأت علمی دانشگاه‌های سبزوار، ۱۰۳ آزمودنی (۲۱ زن و ۸۲ مرد) انتخاب شدند. آزمودنیها با توجه به مقدار فعالیت بدنی و ورزش هفتگی، به دو گروه فعال ($N=34$) و غیر فعال ($N=69$) تقسیم شدند. کیفیت زندگی با پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به تندرستی (SF-36) اندازه گیری شد. اطلاعات به وسیله آزمون «یومن ویتی» تحلیل شدند و نتایج نشان دادند. افراد فعال به طور معناداری کمتر از افراد غیرفعال دچار محدودیت فعالیت بدنی و درد بودند (به ترتیب $p < 0/005$ و $p < 0/001$). افراد فعال به طور معناداری بیشتر از افراد غیر فعال داری انرژی، نشاط و سلامت عمومی بودند (به ترتیب $p < 0/012$ و $p < 0/02$). افراد فعال و غیر فعال از نظر مشکلات جسمی، مشکلات روانی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (به ترتیب $p = 0/47$ ، $p = 0/48$ ، $p = 0/08$ ، $P = 0/35$). در مجموع، از این تحقیق می توان نتیجه گرفت که اعضای هیأت علمی فعال در مقایسه با اعضای غیرفعال از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

واژگان کلیدی: محدودیت فعالیت بدنی، درد، انرژی و نشاط، سلامت عمومی، مشکلات جسمی، مشکلات روانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، فعالیت بدنی

مقدمه

کرده‌اند. با این حال، در بیشتر تحقیقات از آزمودنیهای مسن یا بیمار استفاده شده است. مانند تحقیقات استوارت^۱ و همکارانش (۲۰۰۳)، کولتین^۲ (۲۰۰۱)، اسکروول^۳ و همکارانش (۲۰۰۳)، مانز و چاد^۴ (۱۹۹۹)، وود^۵ و همکارانش (۱۹۹۹) و مک‌رای^۶ و همکارانش (۱۹۹۶). مادر بررسی خود، تحقیقی را مشاهده نکردیم که در آن، ارتباط بین کیفیت زندگی و فعالیت بدنی در آزمودنیهای میانسال و سالم بررسی شده باشد، هر چند که کیفیت زندگی به تنهایی در آزمودنیهای میانسال و سالم بررسی شده است (۱۵، ۱۴، ۱۱). نکته دوم، بررسی کیفیت زندگی و فعالیت بدنی در بین اعضای هیأت علمی دانشگاههاست. این گروه از نخبگان جامعه نیز، تولید علم و دانش و تربیت نیروی متخصص را بر عهده دارند. کیفیت زندگی این گروه بر کارایی شان تأثیر به سزایی دارد. بنابراین، اگر فعالیت بدنی با کیفیت زندگی رابطه‌ای دارد، لازم است که آن را به عنوان یک عامل اثر گذار بر کیفیت زندگی، به آنها معرفی کنیم تا به اهمیت فعالیت بدنی بیش از پیش آگاه شوند و برای بهبود کیفیت زندگی خویش به فعالیت بدنی بپردازند.

روش شناسی تحقیق

جامعه آماری این تحقیق را تمام اعضای هیأت علمی دانشگاههای شهرستان سبزوار (دانشگاه پیام

امروزه، مراکز و مؤسسات بسیاری به مطالعه و بررسی کیفیت زندگی، با سایر ابعاد مطرح و مرتبط با آن مشغولند. ارتباط کیفیت زندگی با تندرستی، یکی از این گونه موارد است که به کیفیت زندگی همراه با وضعیت بهداشتی و سلامتی اشاره دارد. تستا و سیمونسون (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را این گونه تعریف کرده‌اند: «نگرشی بر جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی سلامتی به عنوان ابعاد مجزا از یکدیگر که تحت تأثیر انتظارات، اعتقادات، تجربیات و تصورات فرد قرار می‌گیرند».

گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) نیز ارتباط کیفیت زندگی با تندرستی را چنین تعریف می‌کند. پندارهای فرد از زندگی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافته‌ها با هدفها، انتظارات، هنجارها و اولویتهای مورد نظر فرد (۲). به هر حال در تعریفهای گوناگون درباره کیفیت زندگی، جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی دیده می‌شوند، به گونه‌ای که در اندازه‌گیری کیفیت زندگی مربوط به تندرستی، مؤلفه‌های محدودیت فعالیت بدنی، مشکلات جسمی، مشکلات روانی، درد، انرژی و نشاط، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شوند. از طرف دیگر، تحقیقات متعددی نیز اثر ورزش و فعالیت بدنی را بر جنبه‌های جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی انسان نشان داده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد که در تندرستی، ارتباطی بین فعالیت بدنی و ورزش با کیفیت زندگی وجود دارد. محققان بسیاری نیز این مطلب را بررسی

1. Stewart
2. Koltyn
3. Schroll
4. Manns & chad
5. Wood
6. Macrae

روش تجزیه و تحلیل آماری

با توجه به رتبه‌ای بودن داده‌ها و نابرابری تعداد آزمودنیهای فعال و غیر فعال از آزمون «یومن ویتنی»^۲ برای مقایسه مؤلفه‌های کیفیت زندگی بین دو گروه استفاده شد. سطح آلفا ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و تمام عملیات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS (Version 11) انجام شد.

یافته‌های تحقیق

همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، آزمودنیهای فعال و غیر فعال از نظر سن تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. آزمودنیهای فعال به طور معناداری کمتر از آزمودنیهای غیر فعال محدودیت فعالیت بدنی و درد داشتند (به ترتیب $p < 0/005$ و $p < 0/001$). آزمودنیهای فعال، به طور معنا داری بیشتر از آزمودنیهای غیر فعال دارای انرژی و نشاط و سلامت عمومی بودند (به ترتیب $p < 0/0012$ و $p < 0/02$). آزمودنیهای فعال و غیر فعال از نظر مشکلات جسمی، مشکلات

نور، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشگاه تربیت معلم سبزواری تشکیل دادند. تعداد این افراد ۳۰۰ نفر بود که از بین آنها، ۱۰۳ آزمودنی (۲۱ زن و ۸۲ مرد) به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. کیفیت زندگی نیز از طریق پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به تندرستی (SF-36) اندازه گیری شد. این پرسشنامه ۳۶ سوالی، شامل هشت مؤلفه محدودیت فعالیت بدنی، مشکلات جسمی، مشکلات روانی، درد، انرژی و نشاط، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بود. البته این پرسشنامه، برای افراد بیمار، برای افراد تندرست و برای تمام سنین استفاده می شود، چنان که جنیفر و همکاران (۱۹۹۹)، لین و همکارانش (۱۹۹۹) و همکارانش (۲۰۰۳) از این پرسشنامه برای افراد تندرست و جوان استفاده کردند (۱۵، ۱۴، ۱۱). برای اندازه گیری فعالیت بدنی، از شاخص ورزش پرسشنامه بیک^۱ استفاده کردیم و براساس نوع و مقدار ورزش در هفته، افراد را به دو دسته فعال و غیر فعال تقسیم کردیم (۴).

جدول ۱. سن و میانگین رتبه آزمودنیها در مؤلفه های کیفیت زندگی

| گروه | متغیرها | تعداد | سن | محدودیت فعالیت بدنی | مشکلات جسمی | مشکلات روانی | درد | انرژی و نشاط | سلامت روانی | عملکرد اجتماعی | سلامت عمومی |
|---------|---------|-------|--------|---------------------|-------------|--------------|-------|--------------|-------------|----------------|-------------|
| فعال | | ۳۴ | ۳۵±۶/۹ | ۳۹/۷* | ۴۵/۱ | ۴۴/۴ | ۳۷/۶* | ۶۲/۴* | ۵۹/۲ | ۵۴/۳ | ۶۱/۶* |
| غیرفعال | | ۶۹ | ۳۷±۸/۴ | ۵۷/۱ | ۴۹/۴ | ۴۹/۸ | ۵۸/۱ | ۴۶/۸ | ۴۸/۴ | ۵۰ | ۴۷/۲ |

توجه: * = تفاوت معنادار از نظر آماری

1. Baecke
2. U-Mann-Whitney

این موضوع را تأیید کرده‌اند. مشاهده نشدن این نکته در تحقیق ما، ممکن است به دلیل شرایط یکسان افراد از نظر محیط کاری، طبقه اجتماعی، درآمد و محیط جغرافیایی باشد که در این شرایط، ورزش و فعالیت بدنی باید با حجم و شدت بیشتری انجام شود تا بر مؤلفه‌های سلامت روانی و مشکلات روانی اثر بگذارند. همچنین، ۲ تا ۳ ساعت فعالیت بدنی در هفته، احتمالاً نمی‌تواند بر این مؤلفه‌ها اثر معناداری داشته باشد. البته، تفاوت افراد در سلامت روانی زیاد است و این تفاوت به معناداری نزدیک است ($p=0/08$).

به نظر می‌رسد که ورزش و فعالیت بدنی، وسیله‌ای برای اتحاد و پیوستگی با دیگر انسانهاست. فعالیت بدنی به خصوص زمانی که در جمع اجرا می‌شود، باعث افزایش دوستیها و توسعه روابط می‌شود. کولتین (۲۰۰۱) اسکروول و همکارانش (۲۰۰۲)، گبسکا کوزروسکا^۱ (۲۰۰۲) و چی کوچی و همکارانش (۱۹۹۹) نیز بین عملکرد اجتماعی و فعالیت بدنی ارتباط معناداری مشاهده کردند. نبودن تفاوت بین آزمودنیهای فعال و غیر فعال در عملکرد اجتماعی، ممکن است به دلیل ماهیت ورزش آزمودنیهای فعال باشد. در بررسی که ما انجام دادیم، مشاهده کردیم که ۸۵ درصد از آزمودنیهای فعال به ورزشهایی مانند نرمش، پیاده روی و دوچرخه سواری می‌پرداختند که احتمالاً، این ورزشها را به طور فردی انجام می‌دادند. به نظر می‌رسد، تاثیر ورزش بر عملکرد اجتماعی زمانی مشهود است که

روانی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (به ترتیب $p<0/47$ ، $p<0/35$ و $p<0/48$).

بحث و نتیجه گیری

یکی از فایده‌های فعالیت بدنی، اثر آن بر سلامت جسمانی است. تحقیقات متعددی هم نشان داده‌اند که افراد فعال در مقایسه با افراد غیر فعال، کمتر دچار بیماریهای قلبی - عروقی، عضلانی - اسکلتی، دیابت، انواع سرطان، ریوی، چاقی و... می‌شوند. بنابراین، بین فعالیت بدنی و مشکلات جسمی که یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است، ارتباط معناداری مشاهده می‌شود. کولتین (۲۰۰۱)، چی کوچی^۱ و همکارانش (۱۹۹۹) و استرینگر^۲ و همکارانش (۱۹۹۸) نیز این ارتباط را مشاهده کرده‌اند. اما نکته‌ای که در مورد مشکلات جسمی و فعالیت‌های بدنی وجود دارند، ارتباط زیاد سن با مشکلات جسمی است. هرچه سن افراد بالاتر می‌رود، مشکلات جسمی آنها هم بیشتر می‌شود. بنابراین، در سنین بالا باز یادتر شدن مشکلات جسمی نقش فعالیت بدنی نیز پررنگ تر می‌شود، به طوری که در تحقیقات گفته شده هم از آزمودنیهای مسن و بیمار استفاده شده‌اند. نبودن تفاوت بین افراد فعال و غیر فعال در مشکلات جسمی، ممکن است به دلیل جوان بودن و سلامت آزمودنیها باشد.

بر اساس تحقیقات انجام شده به نظر می‌رسد که فعالیت بدنی، سلامت روانی را افزایش می‌دهد و باعث کاهش مشکلات روانی می‌شود. محققان زیادی از جمله استیفر (۱۹۸۸) براون^۳ (۱۹۹۲)، کاپرکالدی^۴ و همکارانش (۲۰۰۲)، برک هوی سن^۵ و همکارانش (۱۹۹۹)، اسدی و احمدی (۱۳۷۹)

1. Chikujji
2. Stringer
3. Brown
4. Kirkcaldy
5. Berkhuyzen
6. Gebaska -kuezerowska

بود. افرادی که به طور منظم در برنامه های فعالیت بدنی شرکت می کردند، به نظر می رسد که احساس بهتری داشتند. فعالیتهای بدنی و تفریحی، از منابع عمده شادی نیز به شمار می روند و این احساس شادی، مبنای فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی دارد. مورگان و اکاتر (۱۹۸۸)، استین برگ و سایکس (۱۹۸۵)، اکیل و همکارانش (۱۹۸۴) الن (۱۹۸۴) و کراسمن (۱۹۸۴) نیز اظهار کردند که ورزش و فعالیتهای شدید بدنی، سبب افزایش اندروین پلازما و احساس شادی غیر قابل و صفی می شود، هاوالت و همکارانش (۱۹۸۴)، فارل و همکارانش (۱۹۸۴)، کامبرت و همکارانش (۱۹۸۱) و کلت و همکارانش (۱۹۸۱) نیز این موضوع را تأیید کرده اند (۳).

اگر چه تحقیقات متعددی، اثر فعالیت بدنی را بر کیفیت زندگی خاطر نشان کرده اند، اما تحقیقاتی هم وجود دارند که بی تأثیری فعالیت بدنی را بر کیفیت زندگی نشان داده اند. از جمله ماتر^۱ و چاد (۱۹۹۹)، مکرای و همکارانش (۱۹۹۶)، سورن سن^۵ و همکارانش (۱۹۹۹) و داموش^۶ (۱۹۹۹)، این موضوع را تأیید کرده اند. همسو نبودن این تحقیقات، ممکن است به دلیل تفاوت در نوع فعالیت بدنی، نوع اندازه گیریها و آزمودنیها باشد. در مجموع، از این تحقیق می توان نتیجه گرفت که اعضای هیأت علمی فعال در مقایسه با اعضای غیرفعال، از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

ورزش و فعالیت بدنی، به طور دسته جمعی انجام شود. به هر حال، این موضوع جای بررسی و کنکاش بیشتری دارد.

آزمودنیهای فعال به طور معناداری کمتر از آزمودنیهای غیر فعال دچار محدودیت فعالیت بدنی و درد بودند. این یافته با یافته های اسکروول و همکارانش (۲۰۰۲)، وود و همکارانش (۱۹۹۹) و استوارت و همکارانش (۲۰۰۳) همسو بود. محدودیت کمتر فعالیت بدنی در افراد فعال، احتمالاً به دلیل اثر مثبت ورزش و فعالیت بدنی بر قدرت، استقامت عضلانی، استقامت قلبی - عروقی، انعطاف پذیری، سرعت، چابکی، تعادل و... بود. بنابر این، طبیعی به نظر می رسد که آزمودنیهای فعال در مقایسه با آزمودنیهای غیر فعال کمتر دچار محدودیت فعالیت شوند و فعالیتهای روزانه را با محدودیت کمتری انجام دهند. از طرف دیگر، خیلی از بیماریها امروزی با فعالیت بدنی و ورزش درمان می شوند. همچنین افراد فعال و ورزشکار، سالم تر از افراد غیر فعال و غیر ورزشکار بودند. بنابراین، طبیعی بود که آزمودنیهای فعال در مقایسه با آزمودنیهای غیر فعال کمتر درد می شدند.

آزمودنیهای فعال در مقایسه با آزمودنیهای غیر فعال دارای انرژی، نشاط و سلامت عمومی بالاتری بودند. این یافته با یافته های گبسکا کوزروسکا (۲۰۰۲)، وی سینگر^۱ و همکارانش (۲۰۰۱)، براون و همکارانش (۲۰۰۰)، مایر^۲ و همکارانش (۱۹۹۹) و فون تاین^۳ و همکارانش (۱۹۹۹) همسو

1. Wiesinger
2. Myers
3. Fontaine
4. Mater
5. Sornsen
6. Damosh

منابع و مأخذ

۱. اسدی، حسن و محمد رضا احمدی. (۱۳۷۹). مقایسه سلامت روانی دانش‌آموزان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار دبیرستان‌های شهرستان سنندج، نشریه حرکت، شماره: ۴۶-۳۶.
۲. رخشنده ور، سکینه. (۱۳۸۱). «بررسی میزان تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
۳. واعظ موسوی، محمد کاظم. (۱۳۸۱). مقایسه کیفیت زندگی ورزشکاران رشته‌های انفرادی و دسته جمعی، نشریه پژوهش در علوم ورزشی سال اول، شماره سه: ۹۳-۸۳.
4. Beacke, J. A. H. Burema, Jan and Frijters, E. R. A (1982). Short questionnaire for the measurement of habitual activity in epidemiological studies, *The American Journal of Clinical Nutrition*. 36: 936-942.
5. Berkhuisen. M. A. Nieuwland, W. Buunk, B. P. Sanderman, R. Viersma, J. W. and Rispens, P. (1999). Effect of high -versus low frequency exercise training in multidisciplinary cardiac rehabilitation on health - related quality of life, *J. cardiopulm Rehabil*, January. 19(1): 22-80.
6. Brown, M. Sinacore, D. R Ehsani, A. A. Bider, E. F. Holloszy. J. O. and Kohrt , W. M. (2000). Low- intensity exercise at a modifier of physical Frailty in older adults. *Arch. Phys. Med. Rehabil*. 81: 960-965.
7. Chikujk, K. Motogama, M. Ohto, H. Morita, T. Sunami, Y. Tanaka, M. and shindo, M. (1999) The effects of low intensity aerobic training on the physiological indexes and the quality of life in middle- aged whit collar warkers, *Sangyo Eiseigaku, Zasshi*, May. 41 (3): 63-71.
8. damush, T. M and Damush, J. G (1999). The effects of strength training on strength and health - related quality of life in older adult women, *The Gerontologist*. 39: 705-710
9. Fantaine, Kevin. R. et al. (1999). Impact of weight loss on health - related quality of life quality of life *Research*. 8(3): 275-277
10. Gebaska- Kuezerowska, A. (2002). Assesment of the impact of physical, activity of the health status of elderly people, *Przeg Epidemiol*. 56(3): 471-7
11. Jennifer, T. Fine et al. (1999). A Prospective study of weight change and health - related quality of life in women, *JAMA*. 1999. 282: 2136-2142.
12. irkaldy, B. D. Shepherd, R. J. and Siefen, R. G (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behavior, among adolescents, *Soc psychiatry Epidemiol*, 37(11): 544-50
13. Koltyn, K. F. (2001). The association between physical activity and quality, of life in older

- women, *Womens health issues*. 11(6): 471-80.
14. Lean, M. E. J. Han, T. S. and Seidell, J. C. (1999). Impairment of health and quality of life using New US Federal guidelines for the identification of obesity, *Arch Intern Med*. 159:837-843.
 15. Li, L. Wang, H. M. and shen, Y. (2003). Chinese SF-36 Health Survey Translation, cultural adaptation, validation, and normalization, *Journal of Epidemiology and Community health*, 57: 259-263.
 16. MacRae, P. G. Asplund, L. A. Schnelle, J. F. Ouslander, J. G Abrahamse, A and Morris, (1996). A walking program for nursing home residents: Effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life, *J Am Geriatr. Soc*. 44(2): 175-80.
 17. Manns, P. J. and chad, K. E. (1999). Determining the relation between quality of life, handicap, fitness, and physical activity for persons with spinal cord injury, *Arch phys med Rehabil*. 80(12): 1566-71
 18. Myers, A. M. et a. (1999). Measuring accumulated health- related benefits of exercise participation for older adults: the vitality plus scale, *Journals of Gerontology series A: Biological sciences and Medical sciences*. 54. M456-M466.
 19. Schroll. M. Sehlettwein, D. Staveren, W. Van. and schlienger, J. L. (2002). Health related quality of life and physical performance, *SENECA 1999. J Nutr. Health Aging*. 6(1): 15-9.
 20. Sorensen, M. Anderssen, S. Hjermer, I. Holme. I. and Ursin, H. (1999). The effect of exercise and diet on mental health and quality of life in middle-aged individuals with elevated risk factors for cardiovascular disease, *J. Sports Sci*. 17(5): 369-77
 21. Stewart, K. J. et al. (2003). Are Fitness, activity, and fatness associated with health - related quality of life and mood in older persons? *J Cardiopulm. Rehabil*. 23(2): 115-21.
 22. Stringer, W. W. Berezovskaya, M. O'Brien, W. A. Beck, C. K. and Casaburi, R. (1998). The effect of exercise training on aerobic fitness, immune indices, and quality of life in HIV+Patients, *Med Sci sports Exerc*. 30(1): 11-6
 23. Wiesinger, G. F. et al (2001). Health related quality of life in patients with long-standing insulin dependent (type 1) diabetes mellitus: benefits of regular physical training, *Wien Klin Wochenschr*, 113 (17-18): 670-5.
 24. Wood, R. H. Alvarez, R. Maraj, B. Metoger, K. L. and Welsch, M. A. (1999). Physical fitness, cognitive function, and Health Related quality of life in older Adults, *Journal of Aging and physical activity*. 7: 217-230 -