

تبیین فعالیت جسمانی منظم از دیدگاه زنان مبتلا به دیابت: یک مطالعه کیفی

زینب غضنفری^۱ - شمس الدین نیکنامی^۲ - فضل ا... غفرانی پور^۳ - باقر لاریجانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: با وجود اینکه سبک زندگی فعال یک تعیین کننده اساسی سلامتی است، انجام ورزش های با شدت پائین در زنان کمتر از مردان بوده و با افزایش سن نیز کاهش می یابد. این سطوح پائین فعالیت به از دست دادن قدرت و انعطاف عضلانی، افزایش وزن و چاقی، ناتوانی، مرگ و میر زودرس، دیابت، سرطان و استئوپوروزیس منجر می شود. برای افزایش فعالیت جسمانی زنان دیابتی، شناسایی باورهای آنان نسبت به ورزش بسیار اهمیت دارد. هدف از این مطالعه تبیین باورهای زنان دیابتی نسبت به فعالیت جسمانی منظم بود.

روش تحقیق: این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از مصاحبه های فردی باز و ساختار یافته با ۵۰ نفر از زنان دیابتی واقع در مرحله آمادگی و با نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام شد. مدت هر مصاحبه بطور متوسط ۴۵ دقیقه بطول انجامید. محتوای مصاحبه ها به روش آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: باورهای زنان در مورد فعالیت جسمانی منظم به سه طبقه باورهای رفتاری (فواید و مضرات رفتار)، هنجاری و کنترلی تفکیک شد. فواید رفتار در چهار طبقه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تفکیک شدند. کنترل قند خون، کاهش وزن، کاهش فشار و چربی خون در طبقه سلامت جسمی، پیشگیری از استرس، اضطراب، افسردگی، شادابی و بهبود روحیه و خلق و خو در حوزه سلامت روان، افزایش همکاری و رابطه با دیگران در حوزه سلامت اجتماعی و تقویت رابطه الهی در حوزه سلامت معنوی عمده ترین فواید فعالیت جسمانی منظم بودند که توسط زنان دیابتی بیان شدند. شرکت کنندگان در بخش هنجارهای انتزاعی، دریافت حمایت از سوی فرزندان و همسر و در درجه بعدی پزشک خود را برای انجام ورزش منظم مهم شمردند و بر اهمیت آن تأکید کردند. همچنین مشکلات روانشناختی، فقدان مراکز ورزشی برای زنان، هزینه بالای کلاس های ورزشی و عدم استطاعت مالی برای شرکت در کلاس های ورزشی، مشغله های کاری، مسئولیت های خانوادگی، آب و هوای بد و نامناسب و زمان ناکافی بعنوان مهمترین باورهای کنترلی بازدارنده انجام فعالیت جسمانی منظم بیان شد.

نتیجه گیری: زنان دیابتی باورهای متنوعی درباره فعالیت جسمانی منظم دارند. این باورها در طیفی از عقاید مثبت تا منفی قرار می گیرند. محققینی که قصد ارتقاء رفتار ورزشی زنان دیابتی دارند، باید با هدف قرار دادن این باورها، عقاید منفی را کم رنگ کرده و از بین ببرند و بر باورهای مثبت ذکر شده تأکید نمایند و از نکات ذکر شده تا حد ممکن در مداخلات خود استفاده نمایند.

کلید واژه ها: باور؛ فعالیت جسمانی؛ سلامت زنان؛ دیابت؛ مطالعه کیفی؛ ایران

افق دانش؛ فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۵؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۸)

دریافت: ۱۳۸۷/۹/۲۹ اصلاح نهایی: ۱۳۸۸/۱/۳۰ پذیرش: ۱۳۸۸/۲/۹

۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۲- نویسنده مسؤول؛ دانشیار، گروه آموزشی بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

آدرس: تهران- بزرگراه جلال آل احمد- دانشگاه تربیت مدرس- دانشکده پزشکی- ساختمان شماره یک- گروه آموزشی بهداشت

تلفن: ۰۲۱- ۸۲۸۸۳۵۴۹- ۰۲۱- ۸۸۰۱۳۰۳۰- ۰۲۱- ۸۸۰۱۳۰۳۰ پست الکترونیکی: nikanamis@modares.ac.ir

۳- دانشیار، گروه آموزشی بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۴- استاد، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

فعالیت جسمانی منظم نقش کلیدی در مدیریت دیابت نوع دو، خصوصاً کنترل گلیسمیک و اصلاح عوامل خطر قلبی عروقی مانند کاهش هیپرانسولینمی، افزایش حساسیت به انسولین، کاهش چربی بدن و کاهش فشارخون بازی می‌کند. همچنین فعالیت جسمانی منظم با شدت متوسط و آمادگی قلبی-ریوی، با ارتقاء سلامتی و کاهش ۷۰-۴۵٪ در مرگ و میر بیماران دیابتی نوع دو همراه است (۳-۱). فعالیت جسمانی منظم مزایای فراوانی از جمله توانایی کاهش معنی دار هموگلوبین گلیک (HbA1c) مستقل از کاهش وزن (۴)، کاهش فشارخون، هایپرلیپیدمی و عوامل خطر بیماری قلبی و نیز مزایای روانشناختی برای بیماران به همراه دارد (۵). گرچه فعالیت جسمانی یک درمان توصیه شده در دیابت است، با این حال سطوح فعالیت در این بیماران اندک است (۶). محققین برآورد نموده اند که ۶۰-۳۷٪ بیماران دیابتی ورزش نمی‌کنند (۸-۷)، یا به نسخه ورزشی که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی برای آنها تجویز کرده اند، عمل نمی‌کنند (۹). در کل تخمین زده می‌شود که فقدان فعالیت جسمانی باعث ۱/۹ میلیون مورد مرگ و ۱۹ میلیون دالی از دست رفته در سراسر جهان باشد. برآورد می‌شود که فقدان فعالیت جسمانی در کل دنیا حدود ۱۶-۱۰٪ از علل هر یک از بیماریهای دیابت و سرطانهای پستان، کولون و رکتوم و حدود ۲۲٪ از علت بیماری ایسکمیک قلب را باعث می‌گردد (۱۰).

با وجود اینکه سبک زندگی فعال یکی از تعیین کننده‌های اساسی سلامتی است، انجام فعالیت جسمانی منظم در زنان نسبت به مردان کمتر بوده و همین مقدار نیز با افزایش سن کاهش می‌یابد. این سطوح پائین فعالیت به از دست دادن قدرت و انعطاف عضلانی، افزایش وزن و چاقی، ناتوانی، مرگ و میر زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت غیروابسته به انسولین، سرطان و استئوپوروزیس منجر می‌شود (۱۱).

انجمن دیابت کانادا (CDA)^۱ در دستورالعمل‌های خود برای پیشگیری و مدیریت دیابت توصیه نموده است که

1- Canadian Diabetes Association

بیماران دیابتی در فعالیت جسمانی با شدت متوسط مانند پیاده روی تند، شنا و دوچرخه سواری برای حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته در طول حداقل سه روز غیرمتوالی شرکت نمایند (۱۲).

برای افزایش مقدار فعالیت جسمانی زنان فهم رفتار ورزشی آنها و اجرای استراتژی‌های مداخله‌ای مؤثر بسیار اهمیت دارد (۱۳). به منظور اجرای استراتژی‌های مداخله‌ای که بتواند بطور موثری در این خصوص عمل نماید، شناسایی باورهای زنان دیابتی نسبت به فعالیت جسمانی منظم مهم است (۱۴). مطالعه حاضر با هدف شناسایی باورهای زنان دیابتی نسبت به فعالیت جسمانی منظم اجرا شد. این مطالعه بخشی از نتایج مطالعه بزرگتری است که با هدف ارتقاء فعالیت جسمانی زنان دیابتی شهر تهران در حال اجراست. در مطالعه مذکور از تئوری رفتار برنامه ریزی شده برای مداخله استفاده می‌شود. بر اساس این تئوری برای پیشگویی رفتار نیاز به دانستن پاسخ سه سؤال زیر داریم:

- آیا نظر فرد موافق با انجام رفتار است؟ (نگرش)
- فرد مذکور برای انجام رفتار چه مقدار احساس فشار می‌کند؟ (هنجارهای انتزاعی)
- آیا فرد احساس می‌کند رفتار مورد نظر تحت کنترل وی است؟ (کنترل رفتاری درک شده)

بطور خلاصه میتوان اینگونه بیان کرد که اگر فرد نگرش مثبتی به انجام رفتار داشته باشد، افرادی که از نظرش مهم هستند اجرای رفتار توسط او را تأیید نمایند و باور داشته باشد که انجام رفتار تحت کنترل اوست، آنگاه قصد می‌کند رفتار مذکور را انجام دهد. برای سنجش نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در این تئوری پرسشنامه استاندارد وجود ندارد. پیشنهاد این تئوری برای ساخت پرسشنامه انجام مطالعه کیفی برای شناسایی عقاید رفتاری، هنجاری و کنترلی متضمن نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده و ساخت پرسشنامه بر اساس تم‌های استخراج شده از مصاحبه هاست.

آجزن، نظریه پرداز تئوری رفتار برنامه ریزی شده، دومین گام در مدیریت یک تحقیق بر اساس این تئوری را

است. بنابراین برای فهم تعیین کننده های شناختی و روانشناختی رفتار ورزشی، شناسایی عقایدی از فرد که به طرز قویتری با نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده آنها مرتبط هستند، اهمیت دارد. بعبارت دیگر این مطالعه کیفی برای فهم درست دلایل ورزش کردن و ورزش نکردن افراد مهم است (۱۴).

روش بررسی

معرفی نوع مطالعه: در این مطالعه به منظور استخراج باورهای زنان دیابتی نسبت به فعالیت جسمانی منظم مطالعه کیفی بکار برده شد. این نوع مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوایی مشارکت کنندگان با نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در این نوع از نمونه گیری پژوهشگر بطور کاملا هدفمند به سراغ کسانی می رود که واجد اطلاعات مورد نیاز او هستند.

در این تحقیق زنانی که دیابتی و در مرحله آمادگی تغییر بودند بر اساس راهنمای ارائه شده توسط آجزن مورد مصاحبه های فردی عمیق، باز و ساختاریافته قرار گرفتند. سؤالات مصاحبه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: سؤالات مصاحبه

سؤالات مصاحبه		سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده
به عقیده شما مزایای انجام حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته چیست؟	فواید	نگرش
به عقیده شما معایب انجام حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته چیست؟	معایب	
چه افراد و گروه هایی شما را برای انجام حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته تأیید می نمایند؟	موافق	هنجارهای
چه افراد و گروه هایی شما را از انجام حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته باز می دارند؟	مخالف	انتزاعی
چه عوامل یا شرایطی شما را قادر می سازند تا حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته انجام دهید؟	تسهیل کننده	کنترل رفتاری
چه عوامل یا شرایطی شما را از انجام حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روز هفته باز می دارند؟	بازدارنده	

سؤال نیز منفی بود، فرد مذکور در مرحله پیش تفکر قرار می گرفت. اما اگر پاسخ فرد به سؤال مذکور مثبت بود، فرد در مرحله تفکر قرار می گرفت. در صورتی که پاسخ فرد به سؤال اول مثبت بود، از او سؤال می شد که آیا بصورت منظم ورزش می کنید؟ در صورت منفی بودن پاسخ، فرد در مرحله آمادگی قرار می گرفت.

1- Theory of Planned Behavior (TPB)

انجام مطالعه کیفی دانسته و بر اهمیت آن تأکید می نماید. در مرحله اول این مطالعه نمونه ای از افراد شرکت کننده در مطالعه اصلی انتخاب و سؤالاتی با مقیاس باز از آنها پرسیده می شود که می تواند در قالب گروه متمرکز، مصاحبه فردی و یا پرسشنامه پستی اجرا شود.

در مرحله دوم اطلاعات جمع آوری شده توسط دو محقق بطور جداگانه آنالیز می شود. این محققین محتوای پاسخ ها را بوسیله برجسب گذاری تم ها و لیست بندی آنها بر اساس تکرار در ۳ طبقه عقاید رفتاری، منابع فشار اجتماعی (افراد یا دیگران مهم) و عقاید کنترلی تحلیل می نمایند (۱۵).

در حالیکه تحقیقات ورزشی از توانائی پیشگویی کنندگی تئوری رفتار برنامه ریزی شده در رفتار ورزشی حمایت کرده اند، اما قدرت تشریحی^۱ ممکن است توسط اشکالات ادراکی و روش شناختی به خطر بیفتد. یک مشکل روش شناختی برای فهم قصد و رفتار ورزشی استفاده محدود از مطالعه کیفی است. هدف از یک مطالعه کیفی شناسایی عقاید رفتاری، هنجاری و کنترلی در یک جمعیت خاص برای جمع آوری اطلاعات اساسی درباره پایه شناختی رفتار افراد

مرحله تغییر رفتار ورزشی در جمعیت مورد مطالعه با استفاده از الگوریتم مارکوس ولی بصورت سلسله مراتبی و بدون ساختار بررسی شد.

در مرحله اول از افراد سؤال شد آیا در حال حاضر ورزش می کنید؟ در صورتی که پاسخ فرد به این سؤال منفی بود، سؤال "آیا درباره شروع به ورزش کردن در آینده نزدیک فکر کرده اید؟" از فرد پرسیده می شد. اگر پاسخ فرد به این

یافته ها

مشخصات فردی - اجتماعی مشارکت کنندگان در این پژوهش مطابق با جدول زیر است.

جدول ۲: مشخصات فردی - اجتماعی

۵۳	میانگین سنی (سال)
۱۱	متوسط مدت ابتلا به دیابت (سال)
۲۹/۸	متوسط شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)
۶۱/۵٪	تحصیلات اکثریت (زیر دیپلم)
۷۹٪	وضعیت تأهل اکثریت (متأهل)
۷۹٪	وضعیت اشتغال اکثریت (خانه دار)
۵۰ نفر	تعداد شرکت کنندگان

تحلیل نقل قول های مطالعه منجر به استخراج سه طبقه از باورها شامل رفتاری، هنجاری و کنترلی گردید (جدول ۳).

۱- باورهای رفتاری: این باورها در دو دسته فواید و معایب رفتار طبقه بندی شدند. به اعتقاد مشارکت کنندگان مهمترین فواید فعالیت بدنی منظم شامل ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بود. در طبقه سلامت جسمی فوایدی چون کنترل قند خون بیمار دیابتی، جذب بهتر مواد غذایی و دارو، کاهش درد، کاهش وزن، کاهش فشارخون، کاهش چربی خون، انعطاف پذیری بدن، تقویت عضلات و پیشگیری از بیماری، عوارض دیابت و ... ذکر گردید.

"با ورزش تمام عضلات بدن به کار می افتند، خون به جریان می افتد، انرژی مصرف می شود، فرد سرحال می شود و قند و چربی می سوزد (زن ۶۴ ساله، دیپلم، بازنشسته)".

"فعالیت جسمانی منظم تناسب اندام ایجاد می کند و از مریضی پیشگیری می کند (زن ۴۵ ساله، دیپلم، خانه دار)".

در طبقه سلامت روانی موارد شادابی، بهبود روحیه و خلق و خو، آرامش اعصاب، پیشگیری از افسردگی، کاهش استرس و اضطراب و ... توسط مصاحبه شوندگان مطرح گردید.

"ایجاد نشاط و شادابی مزایایی است که فعالیت جسمانی منظم برایم ایجاد می کند (زن ۴۷ ساله، دیپلم و خانه دار)".

اگر پاسخ فرد به سؤال "آیا بطور منظم ورزش می کنید؟" مثبت بود، از او سؤال می شد که "آیا مدتی که بطور منظم ورزش می کنید، بیشتر از ۶ ماه شده است؟" در صورت منفی بودن پاسخ فرد در مرحله عمل و در صورت مثبت بودن پاسخ فرد در مرحله تداوم رفتار قرار می گیرد.

افرادی که در مرحله آمادگی قرار دارند مستعد تغییر رفتار بوده اما هنوز نتوانسته اند رفتار خواسته شده را به مرحله عمل در آورند. لذا برای سوق دادن این افراد به مرحله عمل و سپس تداوم نیاز به آموزش آنها در جهت تقویت نگرش های مثبت، اصلاح نگرش های منفی، تأثیرگذاری بر افراد یا گروه هایی که آنها را به انجام رفتار ترغیب نمایند، و نیز فراهم کردن بستر لازم برای تسهیل انجام رفتار و حذف موانع و بازدارنده های رفتار احساس می شود.

باید دانست هرچه نگرش فرد به رفتار مثبت تر باشد، افرادی که نظرشان برای فرد مهم است، فرد را برای انجام رفتار حمایت نمایند و تسهیل کننده های انجام رفتار بیشتر از موانع آن باشند احتمال اینکه فرد برای انجام رفتار قصد نماید، بیشتر است.

مصاحبه ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح اشباع داده ها ادامه یافت که بر همین اساس با ۵۰ زن دیابتی ۷۰-۱۵ ساله تهرانی که در مرحله آمادگی تغییر بودند، تا رسیدن به داده های تکراری مصاحبه شد. مدت زمان هر مصاحبه بطور متوسط ۴۵ دقیقه بطول می انجامید.

در این مطالعه پاسخ سؤالات بلافاصله یعنی حین مصاحبه توسط محقق روی کاغذ پیاده می شد. برای کدگذاری داده ها، متن هر مصاحبه به کوچکترین واحدهای معنی دار شکسته شد. کدهای حاصله توسط محقق و یکی از همکاران وی با توجه به مشابهنها و تفاوتهایشان طبقه بندی شدند. لازم به ذکر است که برای رعایت اخلاق پژوهش به شرکت کنندگان در پژوهش در خصوص هدف مصاحبه ها و محرمانه ماندن اطلاعات بیان شده از سوی آنها توضیح کافی داده شد و رضایت آنها قبل از شرکت در مصاحبه اخذ شد.

مطالعه بدست آمد: داشتن فکر و اعصاب آرام و راحت و روحیه شاد، برخورداری از امکانات و تسهیلات مناسب و کم هزینه در ساعات مناسب و ... است.

"داشتن فکر آزاد، داشتن وقت که بتوانم در کنار کارهای دیگر به خودم برسم، رها بودن از تعلقات و بودجه باعث می شود بتوانم به فعالیت جسمانی منظم بپردازم. (زن ۴۹ ساله، پنجم ابتدایی، خانه دار)."

"شرایط مالی، وقت و انگیزه اگر باشند، می توانم بطور منظم فعالیت جسمانی داشته باشم (زن ۴۵ ساله، دیپلم، خانه دار)."

"مشکلات کاری، تنبلی و نبودن وقت و زمان کافی مانع می شود که بتوانم به فعالیت جسمانی منظم بپردازم. (زن ۴۹ ساله، پنجم ابتدایی، خانه دار)."

"اگر وزن بدن سبک باشد و مکان مناسب برای ورزش کردن در خانه داشته باشم بطوریکه بتوانم با لباس ورزشی ورزش کنم، می توانم به فعالیت جسمانی منظم بپردازم (زن ۶۴ ساله، دیپلم، بازنشسته)."

در خصوص اعتقادات کنترلی بازدارنده بیان شده در این پژوهش می توان به تنش های روانی، مشغله های کاری، مسئولیت های خانوادگی و ... اشاره کرد.

"تنبلی، بلد نبودن روش ورزش کردن و ساعت مناسب آن، مطلع نبودن از فواید ورزش کردن، عادت نداشتن به ورزش و مریض بودن مانع انجام فعالیت جسمانی منظم هستند (زن ۶۴ ساله، دیپلم، بازنشسته)."

"تنبلی و نداشتن امکانات نمی گذارند فعالیت جسمانی منظم داشته باشم (زن ۴۵ ساله، دیپلم، خانه دار)."

"فعالیت جسمانی منظم از افسردگی پیشگیری می کند و روحیه را هم خوب می کند (زن ۴۹ ساله، پنجم ابتدایی، خانه دار)."

در بخش سلامت اجتماعی بهبود روابط با دیگران و افزایش همکاری در زندگی جزء فواید فعالیت جسمانی منظم گزارش گردید.

زنانی که در این مطالعه شرکت کردند، در بخش سلامت معنوی تقویت رابطه الهی را بعنوان فایده ورزش منظم گزارش نمودند.

"فعالیت جسمانی منظم باعث می شود رابطه آدم با پروردگارش تقویت شود (زن ۴۲ ساله، با تحصیلات متوسطه و شاغل)."

آنها همچنین معایبی نیز برای فعالیت جسمانی منظم بیان کردند که شامل افت قند خون، بدتر شدن شرایط جسمی، پرخوری و چاقی بود.

"اگر ورزش بطور غیراصولی انجام شود، برای کمر، استخوانها و سایر ارگان های بدن مضر است (زن ۴۲ ساله خانه دار)."

۲- باورهای هنجاری: در این بخش، زنان دیابتی شرکت کننده در مصاحبه ها بیان کردند که از سوی فرزندان، همسر، پزشک، والدین و بستگان خود برای انجام فعالیت جسمانی منظم مورد تشویق و تأیید قرار می گیرند. "همسر و فرزندانم مرا به انجام فعالیت جسمانی منظم تشویق می کنند (زن ۴۷ ساله، دیپلم و خانه دار)."

۳- باورهای کنترلی: این باورها در دو دسته تسهیل کننده ها و بازدارنده ها مورد مطالعه قرار گرفتند. مهمترین اعتقادات کنترلی تسهیل کننده ای که در این

جدول ۳: باورهای رفتاری، هنجاری و کنترلی زنان دیابتی در خصوص فعالیت جسمانی منظم

<p>۱- ارتقاء سلامت جسمی:</p> <p>الف - کنترل قند خون بیماران دیابتی</p> <p>ب - جذب بهتر مواد غذایی و دارو</p> <p>ج - کاهش درد</p> <p>د - کاهش وزن</p> <p>ه - کاهش فشارخون</p> <p>و - کاهش چربی بد (LDL) و افزایش چربی خوب (HDL) بدن</p> <p>ز - کاهش دوز دارو</p> <p>ح - بهبود عملکرد ارگان های بدن</p> <p>ط - انعطاف پذیری بدن</p> <p>ی - تقویت عضلات</p> <p>ک - بهبود جریان خون</p> <p>ل - مصرف انرژی</p> <p>م - جوان و فعال ماندن</p> <p>ن - پیشگیری از بیماری ها مانند پوکی استخوان</p> <p>س - پیشگیری از عوارض دیابت مثل بیماری های قلبی، زخم پا و ...</p> <p>ع - بهبود عملکرد روزانه</p>	فواید	نگرش	
<p>۲- ارتقاء سلامت روانی:</p> <p>الف - شادابی</p> <p>ب - بهبود روحیه و خلق و خو</p> <p>ج - آرامش اعصاب</p> <p>د - پیشگیری از افسردگی</p> <p>ه - کاهش استرس و اضطراب</p> <p>و - افزایش انرژی و توانائی</p> <p>ز - رفع خستگی</p>			
<p>۳- ارتقاء سلامت اجتماعی:</p> <p>الف - بهبود روابط با دیگران و افزایش همکاری و تعادل در زندگی</p>			
<p>۴- ارتقاء سلامت معنوی:</p> <p>الف - تقویت رابطه الهی</p>			
<p>۱- افت قند خون</p> <p>۲- بدتر شدن شرایط جسمی</p> <p>۳- پرخوری و چاقی</p> <p>۴- تنگی نفس</p> <p>۵- سوزش کف پا</p> <p>۶- افزایش خواب</p> <p>۷- اثر منفی قطع ناگهانی فعالیت جسمانی</p>	مضرات		

<p>۱- فرزندان ۲- همسر ۳- پزشک ۴- والدین، خواهر و برادر ۵- آشنایان و بستگان ۶- دوستان و همکاران ۷- رسانه ها شامل رادیو تلویزیون و روزنامه</p>	<p>موافق رفتار</p>	<p>هنجارهای انتزاعی</p>
<p>۱- فکر آرام و اعصاب راحت و روحیه شاد ۲- آرامش جو خانواده ۳- امکانات رفاهی و تسهیلات از جمله دسترسی به فضای سبز و مراکز ورزشی، خصوصا امکانات ورزشی ویژه بانوان ۴- دسترسی به مراکز ورزشی در زمان های مناسب ۵- وضعیت مالی مساعد ۶- برخورداری از سلامتی و عاری از بیماری و درد ۷- ارزش قائل شدن برای سلامتی و اهمیت دادن به آن ۸- داشتن زمان کافی ۹- آب و هوای خوب ۱۰- برخورداری از حمایت خانواده و اجتماع و داشتن همراه در زمان فعالیت ورزشی ۱۱- اراده، حوصله، انگیزه، توان بدنی و انرژی ۱۲- برنامه ریزی ۱۳- اهمیت دادن به زیبایی و جلب توجه دیگران ۱۴- داشتن وزن متعادل ۱۵- احساس فشار و اجبار برای فعالیت جسمانی منظم</p>	<p>تسهیل کننده</p>	<p>کنترل رفتاری درک شده</p>
<p>۱- آشفتگی ها و اختلالات روانی مثل استرس، اضطراب، عصبانیت، فشار و خستگی روحی، مصیبت و ناراحتی ۲- مشغله های کاری (شرایط کاری سخت و طولانی) و نیز مشغله فکری ۳- مسئولیت های خانوادگی مانند خانه داری، مراقبت از فرزند و پرستاری از بیمار ۴- آب و هوای بد مثل هوای گرم و هوای سرد ۵- هزینه بالای شرکت در برنامه های ورزشی باشگاه ها و مراکز ورزشی و وضعیت مالی نامساعد ۶- مشکلات جسمی و بیماری مانند افزایش وزن، تپش قلب، درد و ... ۷- مشکلات فردی و خانوادگی ۸- تنبلی و بی حوصلگی ۹- مسافرت و جابجایی ۱۰- مطلع نبودن از فواید فعالیت جسمانی منظم، چگونه ورزش کردن و زمان مناسب ورزش ۱۱- عادت نداشتن به انجام فعالیت جسمانی منظم ۱۲- ابتلاء به بیماری دیابت و عوارض آن ۱۳- بیماری اعضای خانواده</p>	<p>بازدارنده</p>	

بحث

هدف از این مطالعه تبیین فعالیت جسمانی منظم از دیدگاه زنان دیابتی بود. یافته‌های حاصل از این مطالعه ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در اثر فعالیت جسمانی منظم را بعنوان مهمترین فواید بیان شده توسط زنان دیابتی شرکت کننده در این مطالعه مطرح نمود. داوون در مطالعه خود در سال ۲۰۰۵ متداولترین عقیده رفتاری گزارش شده در جمعیت های خاص را ارتقاء سلامت جسمی و روانی را ذکر کرده است (۱۴). کولت و تری نیز ارتقاء سلامت جسمی و روانی را بعنوان مهمترین فایده فعالیت جسمانی در جمعیت های سالم گزارش نمودند (۱۶، ۱۷).

یکی از فواید فعالیت جسمانی منظم که در این مطالعه توسط مشارکت کنندگان بیان گردید، تقویت رابطه با پروردگار بود که در طبقه سلامت معنوی طبقه بندی گردید. تقویت رابطه با پروردگار در اثر فعالیت جسمانی منظم جنبه نوآوری مطالعه حاضر محسوب می شود و یکی از تفاوت هائی است که از نظر فرهنگی میان باورهای استخراج شده از مطالعه ما و مطالعه داوون و مطالعات تری و پندر وجود دارد.

مطالعه حاضر افت قند خون، بدتر شدن شرایط جسمی و پرخوری و چاقی را بعنوان مشکلات فعالیت جسمانی منظم نشان داد که با نتایج مطالعه داوون همخوانی دارد. وی نیز مشکلات تندرستی مانند درد، آسیب بافتی و ناخوشی را بعنوان مهمترین مشکل فعالیت جسمانی منظم گزارش کرد (۱۴).

در این مطالعه افراد مؤثر بر فعالیت جسمانی منظم زنان دیابتی شامل اعضای خانواده (فرزندان، همسر، والدین)، پزشک و دوستان بود که مشابه با نتایج مطالعات نورمن، پندر و تری در خصوص افراد مؤثر بر رفتار شرکت کنندگان در مطالعه بود. در مطالعات مذکور، افراد مؤثر بر رفتار، اعضای خانواده، دوستان، متخصصین مراقبت بهداشتی شامل پزشک و همکاران بودند. از آنجائی که زنان دیابتی در خصوص رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی از جمله فعالیت جسمانی منظم برای پزشک و اعضای تیم مراقبت بهداشتی خود نقش مهمی قائل هستند، تیم مراقبت بهداشتی می تواند نقش

مهم و ارزشمندی در پذیرش رفتار ورزشی در این جمعیت ایفا کنند (۱۹-۱۷).

برخورداری از حمایت خانواده و اجتماع یکی از عوامل تسهیل کننده رفتار ورزشی بود که توسط شرکت کنندگان در این مطالعه بیان گردید. این یافته توسط مطالعه فروغ عریضی که تأثیر آشکار حمایت اجتماعی را بر میزان مشارکت زنان در فعالیتهای ورزشی نشان داد (۲۰) و نیز مطالعه داوون (۱۴) بیان گردید.

عوامل تسهیل کننده و بازدارنده افراد از فعالیت جسمانی منظم در مطالعه حاضر مشابه با نتایج مطالعات داوون (۱۴)، کارون (۲۱) و تندنویس (۲۲) بود. کارون متداولترین عقاید کنترلی بازدارنده فعالیت جسمانی منظم در جمعیت های سالم را کمبود زمان، انرژی و انگیزه ذکر کرد (۲۱). تندنویس نیز در مطالعه خود با عنوان "جایگاه ورزش در اوقات فراغت زنان ایرانی" که در ۲۷ استان کشور بر روی ۶۲۰۴ نفر از زنان ۲۰-۶۵ ساله ایرانی انجام گرفت، سه علت عمده نپرداختن زنان به فعالیت جسمانی منظم را به ترتیب کمبود وقت، عادت نداشتن و نبود امکانات بیان نمود (۲۲) که در میان نتایج مطالعه ما نیز ذکر شده بود. فقدان امکانات ویژه بانوان از مهمترین عوامل عدم گرایش آنان به فعالیت جسمانی منظم است، بطوری که این مطلب توسط گزارش های سازمان تربیت بدنی نیز تأیید گردیده است (۲۲).

در این مطالعه فوایدی که برای فعالیت جسمانی منظم از سوی زنان دیابتی شرکت کننده در این مطالعه بیان گردید، قوی تر از معایب ذکر شده برای آن بود. اما با اینحال هنوز نگرش های منفی در خصوص این مسئله وجود دارد که باید با برنامه های آموزشی مناسب رفع گردد. هنجارهای انتزاعی شرکت کنندگان در این مطالعه نیز موافق فعالیت جسمانی منظم بود. برنامه های آموزشی ما در صورتی قادر به ارتقای فعالیت جسمانی منظم زنان دیابتی می گردند که افراد مؤثر و تأثیرگذار بر رفتار جمعیت مورد مطالعه را در برنامه های آموزشی خود وارد نمایند. جدول ۲ نشان می دهد شرکت کننده ها موانع زیادی برای انجام فعالیت جسمانی منظم درک کرده بودند. این مسئله نشان دهنده

پژوهش تنها بر روی تعداد محدودی از زنان دیابتی تهرانی انجام پذیرفته است. پس تعمیم نتایج این مطالعه به بیماران مراکز دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه گیری

فهم اعتقادات زنان دیابتی درباره فعالیت جسمانی منظم می تواند به محققین و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی کمک نماید تا استراتژی هائی برای افزایش فعالیت جسمانی، ارتقاء تغییرات مثبت سبک زندگی و تسهیل تغییر رفتار بلند مدت، و نهایتاً ارتقاء سلامتی و کیفیت زندگی آنها تدوین نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از بیماران دیابتی کلینیک دیابت درمانگاه شهید داستانی بیمارستان شریعتی که در مصاحبه ها شرکت کردند، اعلام می نمایند. ضمناً نویسندگان از پرسنل درمانگاه دیابت و مسئولین مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم بیمارستان شریعتی بخاطر همکاری ایشان در روند انجام پژوهش تشکر می نمایند.

کنترل رفتاری درک شده پائین بیماران دیابتی بر روی فعالیت جسمانی منظم است. پس باید با ایجاد امکانات ورزشی مناسب، ایمن، متنوع و با قیمت مناسب راه ورزش کردن را برای زنان هموار نمود. بنابراین محققین بر اساس نتایج این مطالعه باید سعی در افزایش کنترل درک شده بیماران بر روی فعالیت جسمانی نمایند. فراهم نمودن برنامه های ورزشی عمومی از سوی متولیان امور سلامتی که افراد بدون دغدغه خاطر از بابت هزینه بتوانند فعالیت جسمانی انجام دهند، استفاده از برنامه های یادآوری هفتگی برای انجام فعالیت جسمانی و نیز استفاده از فعالیت های جالب و لذتبخش که افراد با علاقه در این برنامه ها حضور یابند، تأکید بر روی فواید فعالیت جسمانی منظم مانند بهبود اعتماد به نفس و افزایش انرژی و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع مثلاً ایجاد آسیب بعلت فعالیت جسمانی منظم به افراد از جمله استراتژی هائی هستند که می توان بر پایه نتایج این مطالعه برای افزایش فعالیت جسمانی زنان دیابتی بکار برد. البته آموزش به جامعه در خصوص اهمیت سلامتی زنان و ایجاد فرصت برای آنان تا بتوانند با پرداختن به ورزش سلامتی خود را حفظ نمایند، نیز از اهمیت شایان ذکری برخوردار است. یافته های این پژوهش مشابه سایر تحقیقات کیفی قابلیت تعمیم پذیری کمی دارد، بویژه این که این

References:

- 1- Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Krolewski AS, Rosner B, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet* 1991; 338(8770): 774-8.
- 2- Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW, Blair SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardio respiratory fitness: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281(4): 327-34.
- 3- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002; 22(4): 67-72.
- 4- Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus. a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA* 2001; 286(10): 1218-27.
- 5- Allen NA. Social cognitive theory in diabetes exercise research. An integrative literature review. *Diabetes Educ* 2004; 30(5): 805-19.

- 6- Gleeson-Kreig JM. Self-monitoring of physical activity: effects on self-efficacy and behavior in people with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2006; 32(1): 69-77.
- 7- Plotnikoff RC, Brez S, Hotz SB. Exercise behavior in a community sample with diabetes: understanding the determinants of exercise behavioral change. *Diabetes Educ* 2000; 26(3): 450-9.
- 8- Wood FG. Ethnic differences in exercise among adults with diabetes. *West J Nurs Res* 2002; 24(5): 502-15.
- 9- Ruggiero L, Glasgow R, Dryfoos JM, Rossi JS, Prochaska JO, Orleans CT, et al. Diabetes self-management. Self-reported recommendations and patterns in a large population. *Diabetes Care* 1997; 20(4): 568-76.
- 10- Guilbert JJ. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon)* 2003; 16(2): 230.
- 11- Costanzo C, Walker SN, Yates BC, McCabe B and Berg K. Physical Activity Counseling for Older Women. *West J Nurs Res* 2006; 28(7): 786-801.
- 12- Plotnikoff RC. Physical activity in the management of diabetes. Population-based perspectives and strategies. *Can J Diab* 2006; 30(1): 52-62.
- 13- Rhodes RE, Plotnikoff RC. Can current physical activity act as a reasonable proxy measure of future physical activity? Evaluating cross-sectional and passive prospective designs with the use of social cognition models. *Preventive Medicine* 2005; 40(5): 547-55.
- 14- Downs DS, Hausenblas HA. Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport & Exercise* 2005; 6: 1-31.
- 15- Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, Kaner EFS, et al. Constructing Questionnaires Based on the Theory of Planned Behaviour: A Manual for Health Services Researchers (2004), [http://people.umass.edu/aizen/pdf/Francis, et al.TPB_research_manual.pdf](http://people.umass.edu/aizen/pdf/Francis_et_al.TPB_research_manual.pdf).
- 16- Collette M, Godin G, Bradet R, Gionet NJ. Active living in communities: understanding the intention to take up physical activity as an everyday way of life. *Canadian Journal of Public Health* 1994; 85: 418-421.
- 17- Terry DJ, O'Leary JE. The theory of planned behavior: the effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology* 1995; 34: 199-220.
- 18- Norman P, Smith L. The theory of planned behavior and exercise: an investigation into the role of prior behavior, behavioral intentions, and attitude variability. *European Journal of Social Psychology* 1995; 25: 403-415.
- 19- Pender NJ, Pender AR. Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. *Nursing Research* 1986; 35: 15-18.
- 20- Arizi F, Vahida F, Parsamehr M. The study of social support effect on females participation at physical activities (case study: Mazandaran females), *Olympic* 2006; 14(1): 77-86.
- 21- Carron AV, Hausenblas HA, Estabrooks P. *the psychology of physical activity*. New York: McGraw Hill, 2003: 25-43.
- 22- Tondnevis F, Exercise position in Iranian woman leisure time. *Harekat* 2002; 12: 87-104.

Regular physical activity from perspective of females with diabetes: A qualitative study

Z. Ghazanfari¹, Sh. Niknami², F. Ghofranipour³, B. Larijani⁴

Abstract

Background and Aim: An active lifestyle is a critical determinant of overall health, but females engage in less vigorous exercise and leisure-time physical activity than males, and their level of activity decreases further as they age. These low levels of activity lead to loss of muscular strength and flexibility, as well as overweight and obesity, and result in disability and premature mortality from coronary heart disease, cancer, osteoporosis and non-insulin-dependent diabetes mellitus (USDHHS, 2000). So, we want to study the exercise beliefs of females with diabetes for intervention on their physical activities.

Materials and Methods: In this study we conducted personal in-depth interview with 50 females in preparation stage to assess regular physical activity from diabetic females' perspectives. We use qualitative approach to gain insight regarding behavioral beliefs, normative beliefs and control beliefs that may influence diabetic females' physical activity. Duration of each interview lasting 45 minutes and all interviews had written, and analyzed with content analysis method consecutively.

Results: We found that: (a) the most salient behavioral beliefs that participants of this study said: exercise improves physical/ psychological/ social and spiritual health. physical health includes blood sugar decrease, Weight control, decrease in blood pressure, and lipid profile; psychological health includes prevention of depression, stress, anxiety, improves mood; social health include increasing relationship and collaboration with others, and promotion of relationship with God in spiritual health; (b) relating to normative beliefs, at first family members, and secondly physician have the strongest normative influence on exercise, (c) and regarding control beliefs, psychosocial problems, Lack of access to exercise facilities for females, too expensive exercise facilities and lacking money, Other commitments (caregiver for others, work), family responsibilities, Weather (bad or poor weather), and lacking time obstruct exercise regularly.

Conclusions: Diabetic females have varied beliefs about exercise include positive to negative. Researcher intended to promote exercise behavior, should targeting these beliefs, weak negative beliefs, emphasis to positive beliefs & use these results in their interventions.

Keywords: Culture; Physical activity; Diabetes; Women's health; Qualitative study; Iran

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2009; Vol. 15, No. 2

1- Ph.D student, Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- **Corresponding Author;** Assistant Professor, Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Tel: +98-21-82883549 **Fax:** +98-21-88013030 **Email:** niknamis@modares.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4- Professor, Endocrine and Metabolism Research Center, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.