

تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی؛ نقش تعدیل گر خودکارآمدی ورزشی در میان زنان میان سال شهرستان رشت

فاطمه ستار زاده^۱، فرهاد رحمانی نیا^۲

^۱ کارشناسی ارشد تربیت بدنی - فیزیولوژی ورزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

^۲ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

چکیده

فعالیت بدنی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی با در نظر گرفتن نقش تعدیلگر خودکارآمدی ورزشی در میان زنان میان سال شهرستان رشت بود. شیوه جمع آوری داده ها تلفیقی از روش کتابخانه ای شامل مطالعه اسناد و مدارک و پرسش نامه می باشد. جامعه آماری پژوهش زنان میان سال شهرستان رشت است که با توجه به نامحدود بودن جامعه آماری، براساس جدول کرجسی و مورگان ۳۸۴ نفر با سن $1/49 + 37/41$ سال به صورت غیر تصادفی هدفدار به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش معادلات ساختاری و نرم افزار smart pls 3 استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد که سطح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان میان سال تأثیر معنی داری دارد و کیفیت زندگی بر سلامت عمومی تأثیر معنی داری دارد. نقش تعدیل گر متغیر خودکارآمدی ورزشی در تأثیر سطح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی مورد تأیید قرار گرفت ولی نقش تعدیل گر خودکارآمدی ورزشی در تأثیر سطح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی مورد تأیید قرار نگرفت.

واژه های کلیدی: فعالیت بدنی، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی ورزشی، زنان میان سال

مقدمه

در جوامع امروزی پیشرفت دانش پزشکی در موارد متعدد مانند واکسیناسیون، داروهای مثل آنتی‌بیوتیک‌ها و کنترل بیماری‌های عفونی، سالم‌سازی محیط، کاهش مرگ‌ومیر نوزادان، کاهش میزان باروری و تغییر و تحولات فرهنگی و اقتصادی، بکارگیری تکنولوژی و بهبود وضعیت تغذیه باعث افزایش طول عمر و افزایش جمعیت افراد شده است (۸۷). ورزش و فعالیت بدنی نقش بسیار مهمی در سلامت روانی مردم جامعه از جمله زنان میان‌سال دارد و با توجه به وضعیت بدنی این افراد می‌تواند چه از لحاظ سلامت جسمانی و چه از لحاظ سلامت روانی به این افراد کمک نماید و برای آن‌ها راهگشا باشد و باعث افزایش کیفیت زندگی‌شان گردد (۹۲). بیماری و ناتوانی که در اثر بی‌تحركی برای این افراد به وجود می‌آید، باعث افزایش رنجش آن‌ها می‌شود و به کیفیت زندگی آنان آسیب می‌رساند. افرادی که به سبک زندگی غیر فعال تشویق می‌شوند اساساً خطرات ابتلا به یک سری از بیماری‌ها، مثل بیماری قلبی - عروقی و غیره را در خود افزایش می‌دهند (۸۰). فعالیت بدنی نه تنها بر کاهش میزان شیوع بیماری‌های قلبی مؤثر است بلکه بر میزان بروز سایر بیماری‌های جسمی و اختلالات روان‌شناختی و کیفیت زندگی نیز اثرگذار می‌باشد. تحقیقات اخیر به ویژه در قرن بیستم نشان می‌دهد فعالیت بدنی مناسب و مستمر موجب بهبود و افزایش میزان قدرت، استقامت عضلانی، استقامت قلبی - تنفسی، انعطاف‌پذیری و همچنین، سبب تناسب‌اندام و کاهش چربی‌های بدن می‌شود. در حقیقت هدف از فعالیت و ورزش مستمر، رسیدن به وضعیت مطلوب بدنی برای داشتن سلامتی و شادابی بیشتر و عمر مفید طولانی‌تر و کیفیت زندگی بالاتر است (۲۲).

میان‌سالی (۳۷-۴۵ سالگی) پلی بین جوانی و سالمندی است. این دوره از زندگی بزرگ‌ترین بخش حیات بزرگسالی را به علت افزایش امید به زندگی تشکیل می‌دهد. این مرحله از حیات طلایی‌ترین و بارورترین دوره زندگی محسوب می‌گردد (۵۳، ۳۳). میان‌سالی می‌تواند اوج زندگی بشر باشد، مشروط بر اینکه سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این دوره دوام و گسترش یابد. سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این دوره از حیات به علت تغییرات فراوان بیولوژیکی، فیزیکی، روانی، اجتماعی، مشکلات و پیامدهای این تغییرات آسیب‌پذیر می‌باشد (۳۳). در مقایسه با مردان، زنان تغییرات و عوارض ناشی از افزایش سن بیشتری را در این مرحله از زندگی تجربه می‌کنند.

در ایران مسئولان برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری توسعه، هنوز به مفهوم کیفیت زندگی توجهی اساسی نشان نداده‌اند و در زمینه کیفیت زندگی زنان میان‌سال پژوهشی صورت نگرفته است، از سوی دیگر، مطالعات بسیار محدودی در خصوص کیفیت زندگی و سطح سلامت روانی افراد در جامعه بدون توجه به سطح فعالیت بدنی می‌باشد. در حالی که توجه به سطح فعالیت بدنی افراد در جامعه بسیار مهم است زیرا فعالیت بدنی می‌تواند بر سلامت، رفاه و موفقیت در افراد در جامعه تأثیرگذار باشد (۱۶). با توجه به اهمیت فعالیت بدنی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران و سلامت روانی، در این مطالعه به بررسی ارتباط بین سطح فعالیت بدنی با سلامت روانی و کیفیت زندگی خواهیم پرداخت.

سروتونین یا هیدروکسی تریپتامین (HT-5) یکی از انتقال‌دهنده‌های عصبی مونوآمین است و توسط نورون‌های دستگاه گوارشی و دستگاه عصبی مرکزی ترشح می‌شود. افزایش سروتونین طی فعالیت ورزشی با بهبود وضعیت روحی و روانی مرتبط است (۲۱، ۳۶). از سوی دیگر، فعالیت بدنی می‌تواند کیفیت زندگی را در تمام سنین برای همگان بهبود بخشد؛ به این صورت که شیوه زندگی فعال باعث می‌شود که افراد دوستان جدیدی پیدا کنند و در فعالیت‌های اجتماعی باقی بمانند (۴۸)؛ مشخص شده است که شیوع بیماری‌های مغزی در افرادی که از نظر بدنی فعال هستند، کمتر است (۳۶). بررسی تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که فعالیت بدنی می‌تواند به طور مؤثری بر مؤلفه‌های روانی افراد تأثیر مثبت داشته باشد (۲۶، ۳۹).

رفاه و آسایش زنان برحسب سطح توسعه اجتماعی - اقتصادی، سلامت جسمانی و عاطفی، شرایط زندگی است. فعالیت‌های ورزشی، دارای آثار روانی قابل ملاحظه‌ای هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به کاهش اضطراب، کاهش افسردگی، ایجاد محافظت و مقابله با فشار روانی، افزایش عزت نفس، بهبود خلق‌وخو و توسعه سلامت روانی اشاره کرد. ضمناً یکی از راه‌های کاهش مشکلات روانی و افزایش سلامتی و تندرستی روی آوردن به ورزش است (۸۹). زنان دارای مشکلات روانی در معرض بروز بیماری‌های ناگهانی مرتبط با نداشتن فعالیت بدنی همچون دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی هستند (۳۶). در طی چندین دهه گذشته، سلامتی به عنوان یک حق بشری و هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است، یعنی، سلامتی برای ارضای نیازهای اساسی انسان لازم است و باید برای همه انسان‌ها باشد. سلامتی انسان تحت تأثیر عوامل بسیاری مانند وراثت، فعالیت بدنی، محیط زندگی، الگوها و عادت‌های فردی، مراقبت‌های پزشکی و به طور کلی شیوه زندگی و سایر زمینه‌های خانوادگی، فرهنگ، اقتصاد و اجتماع است (۷۲، ۳۹).

در بررسی‌هایی که بر روی مطالعات انجام شده صورت گرفت، تا به حال پژوهشی که با در نظر گرفتن نقش تعدیل گر مؤلفه خودکارآمدی ورزشی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی را بررسی کند، در کشور کمتر صورت گرفته است، لذا می‌توان اشاره داشت که این پژوهش جزء پژوهش‌های جدید در این زمینه است. اگرچه مبانی نظری گسترده‌ای درباره ارتباط سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی وجود دارد، ولی میزان اثربخشی مؤلفه سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان میان‌سال با در نظر گرفتن متغیر تعدیل گر خودکارآمدی ورزشی به طور موثر بررسی نشده است. بنابراین، برای پر کردن این شکاف‌ها، همچنین با توجه به اینکه تا به حال مطالعه‌ای با عنوان اشاره شده در جامعه آماری مورد نظر یعنی در میان زنان میان‌سال شهرستان رشت انجام نشده است که در واقع می‌تواند نمونه‌ای از تشویق این گروه سنی به انجام فعالیت‌های بدنی، باشد انجام نگرفته است. در نتیجه، هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی؛ با در نظر گرفتن نقش تعدیلگر خودکارآمدی ورزشی در میان زنان میان‌سال شهرستان رشت است.

فعالیت بدنی

به هرگونه حرکت بدنی که توسط عضلات اسکلتی تولید شده و منجر به افزایش هزینه انرژی نسبت به زمان استراحت می‌شود فعالیت بدنی گفته می‌شود (۹۳). ابعاد مختلف فعالیت بدنی شامل فعالیت‌های ناشی از جابجایی و ورزش، فعالیت‌های ناشی از شغل، فعالیت‌های خانگی و فعالیت‌های اوقات فراغت می‌باشد. اگرچه تأثیرات مثبت فعالیت بدنی بر روی سلامتی به خوبی اثبات شده است. با این حال بین مقدار فعالیت بدنی و فواید سلامتی آن مورد بحث و جای سؤال دارد. ابهاماتی از قبیل مقدار، نوع، زمان و شدت فعالیت در بیشتر تحقیقات وجود داشته است.

سلامت عمومی

تعریف کردن دقیق سلامت عمومی و بیماری روانی دشوار است. افرادی که نقش‌های خود را در جامعه اجرا می‌کنند و رفتار آن‌ها مناسب و سازگارانه است، سالم در نظر گرفته می‌شوند برعکس، کسانی که نمی‌توانند نقش‌های خود را برآورده کنند و مسئولیت‌های خود را انجام دهند یا رفتارشان نامناسب است، بیمار انگاشته می‌شوند. سازمان سلامت جهانی، سلامت یا سلامتی را به صورت کامل خوب بودن جسمانی، روانی و اجتماعی نه صرفاً "فقدان بیماری یا ضعف و ناتوانی تعریف می‌کند.

افراد در حالت سلامت هیجانی، جسمانی و اجتماعی، مسئولیت‌های زندگی را برآورده می‌کنند، در زندگی روزمره به‌صورت مؤثر انجام وظیفه می‌کنند و از روابط میان فردی و خودشان خشنود راضی هستند (۹۳).

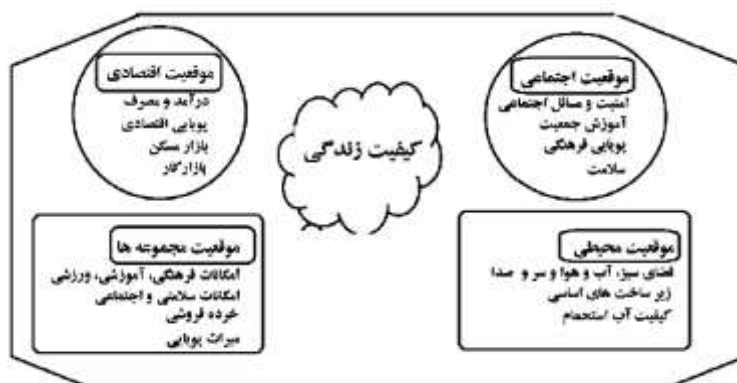
کیفیت زندگی

کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای است که دارای معانی گوناگونی برای افراد و گروه‌های مختلف است. برخی آن را به عنوان قابلیت زیست محیطی یک ناحیه، برخی دیگر برای میزان جذابیت و برخی به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایتمندی و ... تفسیر کرده‌اند. با این وجود، هنوز تعریف قابل قبول جهانی برای این مفهوم صورت نگرفته است؛ زیرا بسیاری از محققان بر این باورند که کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی، متأثر از زمان، مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی است (۵۷). مفهوم کیفیت زندگی چندین دهه است که بسیاری از مسایل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، سطوح مدیریت و برنامه‌ریزی محلی، ملی و بین‌المللی را تحت تأثیر قرار داده است. در پرتو نفوذ مفهوم کیفیت زندگی رویکردی جدید در شهرسازی شکل گرفته که معتقد است برنامه‌ریزی شهری باید به نیازهای روانی، محیطی، اجتماعی و اقتصادی همچون رضایت، شادمانی، امنیت، مسکن باکیفیت بالا، دسترسی به خدمات، امیدهای اشتغال، هویت اجتماعی، حس مکان علاوه بر اهداف کالبدی - کارکردی توجه داشته باشد (۶۶) و همه این موارد کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد.

ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی به مجموعه‌هایی از عوامل اطلاق می‌شود که بهزیستی شخصی را تشکیل می‌دهند (۶۶، ۵۲). به اعتقاد برخی محققان، تعداد ابعاد مورد بررسی کیفیت زندگی خیلی مهم نیست، آنچه اهمیت دارد این است که هر مدل پیشنهادی بتواند برای سنجش کیفیت زندگی یک چارچوب چندبعدی ارائه می‌دهد، به اینکه چه چیزهایی برای مردم در تعیین کیفیت زندگی‌شان مهم است بپردازد و شاخص‌هایی اسامی هر بعد را در کنار سایر ابعاد، در کل نماینده مفهوم کیفیت زندگی بداند (۳۴).

شکل زیر بر ابعاد کیفیت زندگی که شامل ابعاد اقتصادی، اجتماعی و محیطی می‌باشد، تأکید می‌کند. به طور کلی کیفیت زندگی در چهارچوب ۶ گروه دسته‌بندی می‌شود. ابعاد فیزیکی ابعاد روانشناسی، سطوح عدم وابستگی، روابط اجتماعی، محیط و ابعاد اشتیاقی یا تمایلی که هر یک از این ابعاد خود به چند زیر شاخص تقسیم می‌شود. در عین حال ابعاد محیطی، اجتماعی و اقتصادی در بر گیرنده سه پایه اصلی کیفیت زندگی هستند که نشان دهنده بستر یا زمینه قابلیت زندگی و پایداری هستند (۶۶).



شکل ۱- پایه های اصلی کیفیت زندگی

رابطه سطح فعالیت بدنی با سلامت عمومی و کیفیت زندگی در زنان میان سال

میانسالی (۶۵- ۴۰ سالگی) پلی بین جوانی و سالمندی است. این دوره از زندگی بزرگترین بخش حیات بزرگسالی را به علت افزایش امید به زندگی تشکیل می دهد. این مرحله از حیات طلایی ترین و بارورترین دوره زندگی محسوب می گردد (۵۳، ۳۳). میان سالی می تواند اوج زندگی بشر باشد، مشروط بر اینکه سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این دوره دوام و گسترش یابد. سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این دوره از حیات به علت تغییرات فراوان بیولوژیکی، فیزیکی، روانی، اجتماعی، مشکلات و پیامدهای این تغییرات آسیب پذیر می باشد (۳۳)، در مقایسه با مردان، زنان تغییرات و عوارض ناشی از افزایش سن بیشتری را در این مرحله از زندگی تجربه می کنند. بحرانی ترین واقعه میانسالی زنان یائسگی و از دست دادن، توان باروری است. یائسگی و میان سالی پیامدهای فراوانی به دنبال دارد از جمله، کاهش میل و ارضای جنسی، شیوع اختلالات عملکرد جنسی، استئوپوروز، گرگرفتگی، بی خوابی، افزایش ریسک فشار خون بالا، بیماری های قلبی عروقی، اختلال در عملکرد کلیه ها، سرطان ها به خصوص سرطان پستان، سگته های قلبی و مغزی، دیابت، کم خونی، اختلالات تیروئیدی و انواع بیماری های مزمن و ناتوان کننده که کیفیت زندگی زنان میان سال را به شدت تحت تأثیر قرار داده، اختلالات خلقی، عاطفی و استرس های بین فردی را موجب شده و سلامت جسمی و کیفیت زندگی را به شکل جدی تهدید می نماید (۴۴). ناباروری و میانسالی و پیامدهای آنگاه تغییرات رفتاری و نگرش های منفی همسر را نیز به دنبال دارد که این مسئله به شکل مضاعف پنداشت از خود، عزت نفس و سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان میان سال را به خطر می اندازد (۲۳).

خودکارآمدی ورزشی

به عقیده بسیاری از روان شناسان ورزشی، متغیرهای روان شناختی در ورزشکاران نقش کلیدی در ارتقای عملکرد فردی و تیمی ایفا می کند. به نظر بندورا^۱ خودکارآمدی، توان سازنده ای است که به این وسیله، مهارت های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه ای اثربخش ساماندهی می شود. به نظر وی داشتن دانش، مهارت ها و دستاوردهای قبلی افراد، پیش بینی کننده های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی های خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد او مؤثر است. داشتن شور و اشتیاق برای فعالیت نقش بسیار مهمی در مشارکت در

¹ - Bandura

فعالیت ها دارد که به آثار مثبت پایداری بر بهزیستی روان شناختی می انجامد. شور و اشتیاق برای فعالیت نقش مهمی در مشارکت افراد در فعالیت ها دارد که به آثار مثبت پایداری بر بهزیستی روانشناختی می انجامد. در حقیقت افرادی که شور و اشتیاق به فعالیت دارند معمولاً چندین ساعت در هفته مشغول آن فعالیت هستند و ممکن است تجارب عاطفی مثبتی را تجربه کنند که بهزیستی را تسهیل کند (۱۹). خودکارآمدی از نظر بندورا از بنیادی ترین سازوکار ضروری انسان برای اداره و کنترل حوادثی است که بر زندگی او اثر می گذارد. بنابراین خودکارآمدی از تأثیرگذارترین مولفه های پیشرفت های ورزشی محسوب می شود. افرادی که خودکارآمدی بیشتری دارند اهداف سخت تری را در نظر می گیرند و تلاش بیشتری برای رسیدن به اهداف خود می کنند (۳۰). نتایج یک مطالعه صورت گرفته روی ورزشکاران المپیک نشان داد خودکارآمدی و کارایی تیمی مؤثرترین عوامل بر عملکرد ورزشی آنها بوده است (۳۵).

پیشینه تحقیق:

مطالعات در زمینه رابطه فعالیت بدنی و سلامت عمومی

دی لورنزو و همکاران (۱۹۹۹)، در مطالعه خود با عنوان اثرات طولانی مدت ورزش هوازی بر ابعاد روان شناختی بیان کردند که افزایش و ارتقای آمادگی هوازی ناشی از تمرین، فواید کوتاه مدت و بلندمدت بر فرایند اضطراب صفتی دارد (۲۹). سالمون (۲۰۰۱)، در مطالعه خود با عنوان اثرات فعالیت بدنی بر اضطراب، افسردگی و استرس، اثرات آبی فعالیت هوازی را، پس از یک وهله تمرین بر بهبود افسردگی گزارش کرد، که برای چند ساعت پس از ورزش در همان روز یا بیش از یک روز اثرات آن باقی مانده است (۸۴).

مک آوالی و همکاران (۲۰۰۲). در یک تحقیق کنترل شده با شش ماه فعالیت جسمانی عادی، در شش و دوازده ماه بعد از اجرای برنامه تجربی، کاهش معنی داری را در سطح اضطراب نشان دادند. شواهد مختلف درباره ارتباط فعالیت بدنی با اضطراب، نشان می دهند که ورزش اثر کاهندگی بر اضطراب صفتی و وضعی دارد و در مواردی نیز موجب بهبود عزت نفس می گردد (۶۰).

هریسون و نارایان (۲۰۰۳)، به این نتیجه رسیدند که بین شرکت در ورزش مدارس (به عنوان ورزش همگانی) با سلامتی جسمانی و روانی اجتماعی دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد (۴۰).

ابوامر و همکاران (۲۰۰۴) میزان سلامت عمومی وابسته به فعالیت جسمانی را ارزیابی کردند. در نهایت مشخص شد افرادی که از نظر جسمانی فعال ترند، بدن سالم تری دارند و کمتر دچار ناراحتی بدنی می شوند. در ضمن، این افراد از نظر عوامل بدنی نیز نمره های بیشتری به دست می آورند (۱۰).

2 - Delorenzo et al

3 - Salmon

4 - Mcaly et al

5 - Herison and Narayan

6 - Abu-Omar et al

مطالعات در زمینه رابطه فعالیت بدنی و کیفیت زندگی

بخشده (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 معناداری وجود دارد (۱۳).

زمان زاده (۱۳۸۷) در پژوهشی گزارش کرد که تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی اثرگذار است. به عبارت دیگر نتایج نشان داد تمرینات بدنی قادر بودند نمره کیفیت زندگی را به شکلی معنی داری ارتقاء دهند (۱۴). 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 (۱۴). همچنین بیان کردند که بین فعالیت بدنی و امید به زندگانی در سالمندان رابطه معنی داری 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 معنی داری بر کیفیت زندگی ندارد (۵۶).

ایشیزاکی و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی گزارش کردند افرادی که فعالیت بدنی را از طریق ابزار و وسایل کمکی انجام می دهند، در مقایسه با کسانی که به صورت جسمانی درگیر فعالیت بدنی می شوند امیدواری کمتری دارند. همچنین بیان کردند که فعالیت بدنی می تواند به صورت مستقیم بر امید به زندگی اثر بگذارد (۴۳). نوسلدر و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی کردند که فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است و کیفیت زندگی خود باعث امید به زندگانی و اتکاء به خود می شود (۶۷).

مطالعه در زمینه خودکارآمدی ورزشی

بهرامی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مسئولیت شخصی - اجتماعی بر اشتیاق ورزشی و خودکارآمدی ورزشی در ورزشکاران نوجوان شهر کرمانشاه پرداختند. یافته ها نشان داد: آموزش مسئولیت شخصی - اجتماعی بر اشتیاق ورزشی و خودکارآمدی ورزشی در ورزشکاران نوجوان اثر معنی داری دارد. همچنین آموزش مسئولیت شخصی - اجتماعی بر خودکارآمدی ورزشی در ورزشکاران نوجوان اثر معنی داری دارد (۴).

کوسلوسکی و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۹) در بررسی رابطه خودکارآمدی و ارائه الگوهای موفق و فعالیت های گروهی معلمان نشان دادند بین ارائه الگوهای موفق و فعالیت های گروهی معلمان و خودکارآمدی آنان رابطه معناداری وجود دارد (۵۰). همچنین کلین هسلینگ و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۹) در مطالعه ای با عنوان ارتباط بین سلامت روانی معلمان و خودکارآمدی ورزشی، بیان داشتند که هرچه سلامت روانی معلمان بیشتر باشد، خودکارآمدی ورزشی آنان هم افزایش پیدا می کند (۵۱).

7 - MacRae et al

8 - Ishizaki et al

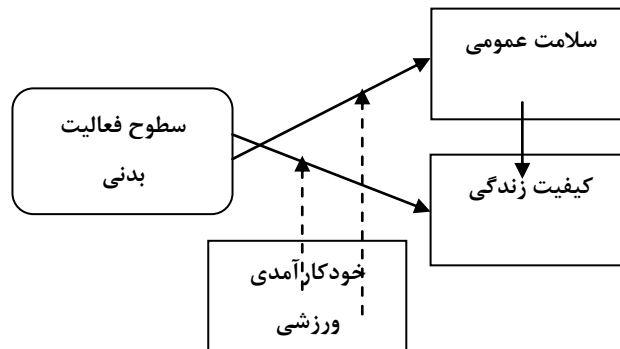
9 - Nusselder et al

10 - Koslowsky et al

11 - Klein Hessling et al

مدل مفهومی پژوهش

این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی؛ نقش تعدیلگر خودکارآمدی ورزشی در میان زنان میان سال شهرستان رشت می باشد. با مطالعه و بررسی پیشینه نظری و تجربی موضوع پژوهش مدل مفهومی این پژوهش طراحی شد و با استفاده از روابط بین اجزای مدل مفهومی، فرضیه های پژوهش استخراج شد. متغیر مستقل این پژوهش سطوح فعالیت بدنی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی متغیرهای وابسته و خودکارآمدی ورزشی به عنوان متغیر تعدیل گر این مدل می باشند. با توجه به اهداف اصلی پژوهش مدل مفهومی تهیه شده به صورت زیر می باشد:



شکل ۲- مدل پیشنهادی تحقیق

فرضیه های پژوهش به شرح زیر خواهند بود:

- سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی تأثیر معنی داری دارد.
- سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی تأثیر معنی داری دارد.
- سلامت عمومی بر کیفیت زندگی تأثیر معنی داری دارد.
- خودکارآمدی ورزشی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی را تعدیل می کند.
- خودکارآمدی ورزشی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی را تعدیل می کند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر شیوه جمع آوری اطلاعات توصیفی - پیمایشی و از نوع همبستگی است. شیوه گردآوری داده ها تلفیقی از روش کتابخانه ای شامل مطالعه اسناد و مدارک و پرسش نامه می باشد. جامعه آماری این پژوهش، زنان میان سال شهرستان رشت هستند. روش نمونه گیری به صورت چندمرحله ای بود، و برای جامعه نامحدود براساس جدول کرجسی و مورگان ۳۸۴ نفر با سن $1/49 + 37/41$ سال به صورت غیر تصادفی هدفدار به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده ها نیز با استفاده از پرسش نامه ساختارمند جمع آوری شده اند. سؤال های پرسش نامه در چهار بخش جداگانه شامل، پرسش های مربوط به کیفیت زندگی با ۱۲ پرسش، پرسش نامه فعالیت بدنی بک و همکاران (۱۹۸۲)، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلد (۱۹۷۲) و پرسش نامه خودکارآمدی ورزشی کرل و همکاران (۲۰۰۷) تدوین گردید. شایان ذکر است برای بخش اول این پرسش نامه ها، دو سؤال جمعیت شناختی در نظر گرفته شده است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها، از روش مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار smart pls3 استفاده شده است؛ بدین صورت که روابط کارکرد های سطوح فعالیت بدنی، سلامت عمومی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی ورزشی از طریق ضریب عاملی و عدد معناداری با نرم افزار smart pls3

مورد سنجش قرار گرفته و براساس آن نسبت به تأیید یا رد فرضیه ها تصمیم گیری شده است. در مجموع، از بررسی های مدل های اندازه گیری (پایایی شاخص شامل آلفای کرونباخ - پایایی ترکیبی، پایایی اشتراکی و روایی همگرا) و آزمون فرضیه ها (بررسی عدد معناداری ضرایب استاندارد شده مسیرهای مربوط به فرضیه ها) استفاده شده است. در جدول شماره ۱ سازه های پژوهش و ابعاد گویه های پرسش نامه نشان داده شده است.

جدول ۱- سازه های پژوهش و ابعاد گویه ها

ردیف	ابعاد پرسش نامه تحقیق	تعداد پرسش ها	شماره پرسش ها
۱	سطوح فعالیت بدنی	۸	۱-۸
۲	سلامت عمومی	۱۲	۹-۲۰
۳	کیفیت زندگی	۱۲	۲۱-۳۲
۴	خودکارآمدی ورزشی	۶	۳۳-۳۸

یافته ها

توصیف ویژگی های جمعیت شناختی

میزان تحصیلات اعضای نمونه آماری نشان داد، ۲۷٪ دیپلم و پایین تر، ۱۶٪ کاردانی، ۳۸٪ کارشناسی، ۱۷٪ کارشناسی ارشد و ۲٪ دکتری بوده است. سابقه فعالیت ورزشی در بین اعضای نمونه در بازه زیر ۵ سال، ۱۰-۱۵، ۱۵-۲۰، ۲۰ و بالاتر به ترتیب ۲۵٪، ۳۲٪، ۲۰٪، ۲۳٪ بوده است.

آمار استنباطی

پیش از وارد شدن به مرحله آزمون فرضیه ها، ضروری است تا از وضعیت نرمال بودن داده ها اطلاع حاصل شود تا براساس نرمال بودن یا نرمال نبودن داده ها، از آزمون های مناسب برای آزمودن فرضیه ها استفاده شود. در این پژوهش برای بررسی وضعیت نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این مرحله در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

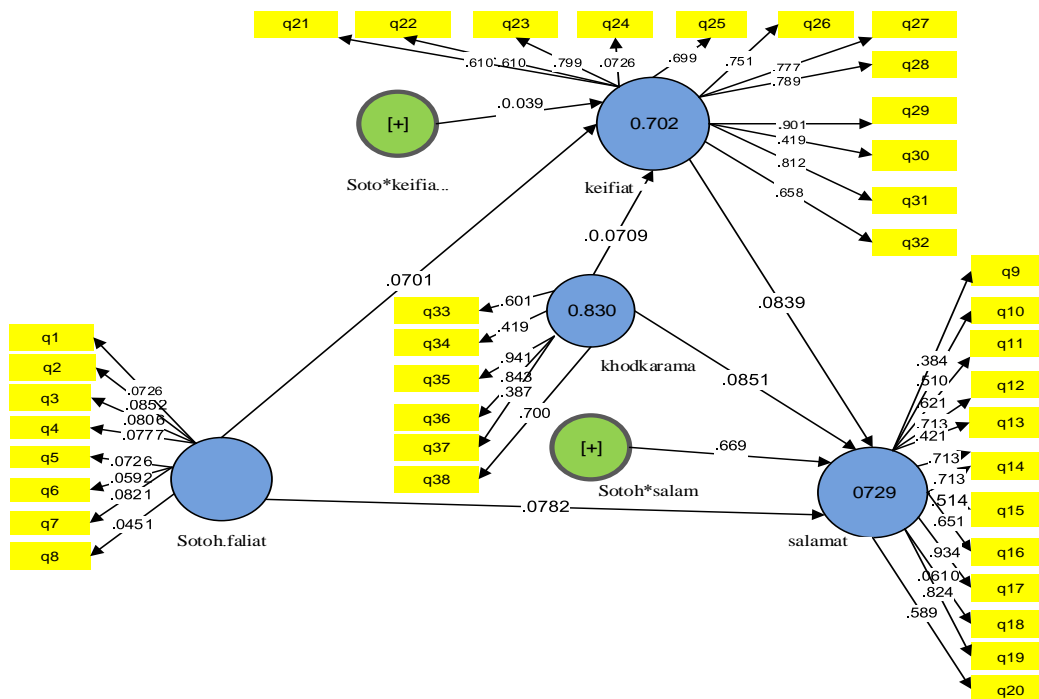
متغیرها	آماره کولموگروف	سطح معنی داری	نتیجه آزمون
سطوح فعالیت بدنی	۴,۰۹۲	۰,۰۰۰	غیر نرمال
سلامت عمومی	۲,۱۷۷	۰,۰۰۰	غیر نرمال
کیفیت زندگی	۳,۹۶۰	۰,۰۰۰	غیر نرمال
خودکارآمدی ورزشی	۲,۱۶۸	۰,۰۰۰	غیر نرمال

همان طور که در جدول شماره ۲ نمایش داده شد، سطح معنی داری برای تمامی متغیرها کمتر از ۰,۰۵ بوده که به معنای تأیید فرضیه پژوهش (توزیع غیرنرمال داده ها) است. لذا در ادامه از آزمون های ناپارامتریک استفاده خواهد شد.

معیارهای ارزیابی روایی مدل اجرایی پژوهش (مدل اندازه گیری، ساختاری و کلی)

۱- بخش مربوط به مدل‌های اندازه گیری، ۲- بخش ساختاری و ۳- بخش کلی مدل (اندازه گیری و ساختاری). به این ترتیب که ابتدا از صحت روابط موجود در مدل‌های اندازه گیری با استفاده از معیارهای روایی اطمینان حاصل کرده و سپس به بررسی و تفسیر روابط موجود در بخش ساختاری پرداخته می‌شود و در مرحله ی پایانی باید برازش کلی مدل بررسی شود. مدل بیرونی (مدل اندازه گیری)

مدل بیرونی هم ارز تحلیل عامل تاییدی است. یعنی جهت بررسی مدل، نخست برای سنجش روابط متغیرهای پنهان با گویه‌های سنجش آنها از مدل بیرونی استفاده شده است.



نمودار ۱- مدل معادلات ساختاری پژوهش همراه با ضرایب استاندارد

مطابق با نمودار شماره ۱ همه سوالات دارای بار عاملی مطلوب (بیشتر از ۰,۷۰) محاسبه شدند که نشان دهنده رابطه مطلوب آنها با متغیر مربوطه است.

آزمون پایایی مدل اندازه گیری

آزمون برازش بخش اندازه گیری شامل بررسی پایایی و روایی سازه ها و ابزارهای پژوهش می‌شود. جهت بررسی پایایی سازه ها فورنل و لاکر^{۱۲} (۱۹۸۱) سه ملاک را پیشنهاد می‌کنند که شامل ۱- پایایی هر یک از گویه ها ۲- پایایی ترکیبی هر یک از سازه ها و ۳- آلفای کرونباخ. مطابق با الگوریتم تحلیل داده ها در smart pls3، پس از سنجش بارهای عاملی سوالات، به محاسبه و گزارش پایایی ترکیبی، پایایی اشتراکی و آلفای کرونباخ پرداخته شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آورده شد.

¹². Fornell & Larcker

جدول ۳- مقادیر پایایی مدل اندازه گیری

متغیرهای تحقیق	میزان آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی (CR)	پایایی اشتراکی
سطوح فعالیت بدنی	۰/۹۴۷	۰/۹۵۴	۰/۶۵۴
سلامت عمومی	۰/۹۲۸	۰/۹۳۹	۰/۶۳۴
کیفیت زندگی	۰/۹۲۹	۰/۹۴۱	۰/۶۴۰
خودکارآمدی ورزشی	۰/۹۴۵	۰/۹۵۲	۰/۶۰۶

با توجه به جدول فوق ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی متغیرها بالای ۰/۷ و مطلوب بود. معیار مناسب شاخص آلفای کرونباخ و مقدار پایایی ترکیبی برای بررسی همسانی درونی مدل اندازه گیری اعداد بالای ۰/۷ می باشد که در جدول شماره ۳ آورده شد. با توجه به مقادیر می توان گفت تمامی متغیرها از پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار بودند. پایایی اشتراکی بیان می کند که هر سوال چه میزان قابلیت تعمیم پذیری دارد، که مقدار این شاخص باید بزرگتر از ۰/۵ باشد. همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود پایایی اشتراکی برای همه عوامل بزرگتر از ۰/۵ بوده که به این ترتیب سه شرط آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و پایایی اشتراکی برقرار و می توان در کل وضعیت مناسب پایایی مدل پژوهش را تأیید نمود (چین و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۳).

معیارهای ارزیابی روایی

برای ارزیابی روایی همگرا از معیار متوسط واریانس استخراج شده (AVE^{14}) استفاده گردید. AVE میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه با شاخص های خود است. به بیان ساده تر این شاخص میزان همبستگی یک سازه با شاخص های خود را نشان می دهد که هر چه این همبستگی بیشتر باشد برازش نیز بیشتر است.

جدول ۴- مقدار روایی همگرا فرضیه های پژوهش

متغیر	AVE
سطوح فعالیت بدنی	۰/۶۵۴
سلامت عمومی	۰/۶۳۴
کیفیت زندگی	۰/۶۴۰
خودکارآمدی ورزشی	۰/۶۳۱

AVE برابر یا بالاتر از ۰/۵ روایی همگرای کافی را تضمین می کند. این روایی برای داده های تحقیق در جدول شماره ۴ درج گردید. ملاحظه می شود همه متغیرها در دامنه قابل قبول قرار گرفتند.

پایایی ترکیبی: آخرین معیار تأییدی روایی همگرا پایایی ترکیبی می باشد که برای هر یک از عوامل جهت تأیید روایی همگرا باید بزرگتر از میانگین واریانس استخراجی باشد ($CR > AVE$). با مقایسه جدول های شماره ۳ و ۴ به وضوح دیده می شود

¹³ . Chin et al

¹⁴ Average Variance Extracted

که برای تمامی متغیرهای مکنون برون زاء، مقدار CR از مقدار AVE بزرگ تر و شرط چهارم روایی همگرا نیز برقرار بود. همچنین در نهایت با توجه به چهار آزمون فوق می توان نتیجه گرفت که مدل پژوهش از روایی همگرای مناسبی برخوردار بود.

معیار ارزیابی برازش بخش کلی مدل اجرایی پژوهش

یک معیار کلی برای نیکویی برازش به وسیله تننهاوس و همکاران (۲۰۰۵) پیشنهاد شده است: شاخص GOF این شاخص هر دو مدل اندازه گیری و ساختاری را مدنظر قرار می دهد و به عنوان معیاری برای پیش بینی عملکرد کلی مدل به کار می رود (آذر و همکاران، ۱۳۹۱) شاخص نیکویی برازش (GoF^{۱۵})، از طریق فرمول زیر محاسبه گردید.

$$GOF = \sqrt{\text{communality} \times R^2} = \sqrt{0.639 \times 0.981} = .791$$

متوسط اشتراک^{۱۶} معادل AVE هر یک از متغیرهاست، که مقدار متوسط AVE متغیرها برابر ۰/۶۳۹ برآورد و در مدل قرار داده شد. همچنین متوسط R² تمامی متغیرهای درونزا نیز برابر ۰/۹۸۱ محاسبه گردید. متخصصان مدل یابی ساختاری شاخص GOF کمتر از ۰/۱ را کوچک، بین ۰/۱ تا ۰/۲۵ را متوسط و بیش از ۰/۳۶ را بزرگ قلمداد می کنند. شاخص برازش مدل نمونه مورد بررسی ۰/۷۹۱؛ که جز اندازه های بزرگ بود و می توان نتیجه گرفت که مدل آزمون شده در نمونه مورد بررسی برازش بسیار مناسبی داشت.

در ادامه به منظور سنجش برازش مدل ساختاری از معیارهای ضریب تعیین (R²) و معیار قدرت پیش بینی (Q²) بهره برداری گردید. مقادیر ۰/۱۱۹، ۰/۳۳، ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R² در نظر گرفته شده است. همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود مقادیر R² مناسب می باشد. (Q²) معیار قدرت پیش بینی مدل را مشخص می سازد و در صورتی که مقدار Q² در مورد یک سازه، سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را کسب نماید، به ترتیب نشان از قدرت پیش بینی ضعیف، متوسط و قوی برونزای مربوط به آن است. همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می کنید مقدار Q² نشان از قدرت پیش بینی قوی مدل در خصوص این سازه دارد و برازش مدل ساختاری پژوهش را بار دیگر تأیید می کند.

جدول ۵- واریانس تبیین شده R² و ضریب Q² گروهها

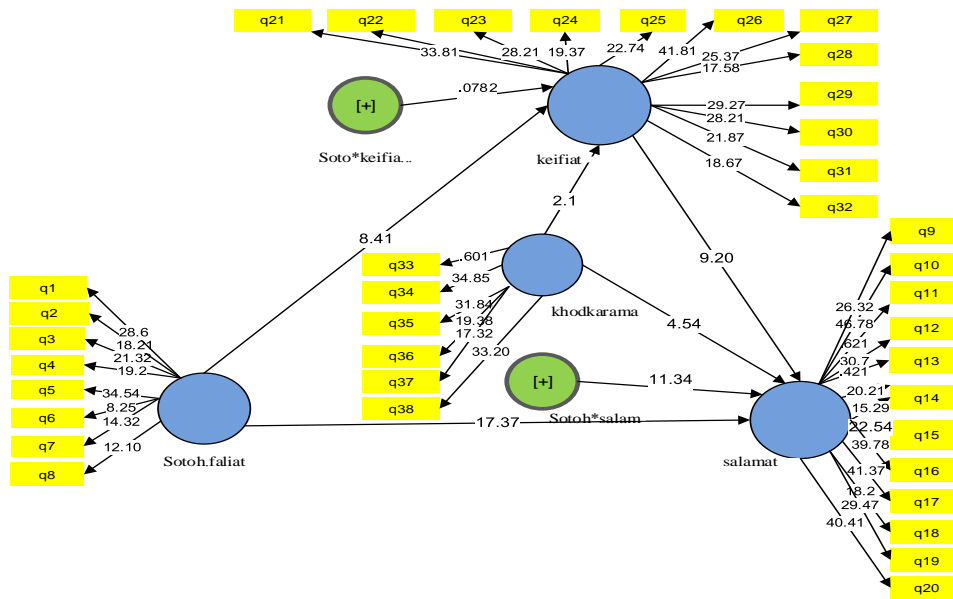
نمونه مورد بررسی (n=384)		متغیر ملاک
Q ²	واریانس تبیین شده (R ²)	
۰/۵۸۹	۰/۹۸۱	کیفیت زندگی
۰/۵۲۶	۰/۹۸	سلامت عمومی

ضریب معناداری (مقادیر t-values) مدل مفهومی پژوهش

نمودار شماره ۲ ضرایب معناداری Z یا همان مقادیر t-values را نشان می دهد که یکی از معیارهای اصلی تأیید یا رد فرضیه های پژوهش می باشد. به منظور بررسی وجود یا عدم وجود رابطه بین متغیرها باید معناداری کلیه روابط موجود بین متغیرها مورد تأیید قرار گیرد. در صورتی که مقدار این اعداد از ۱،۹۶ بیشتر شود، نشان از صحت رابطه ی بین سازه ها و در نتیجه تأیید فرضیه های پژوهش در سطح اطمینان ۰/۹۵ است.

¹⁵. Goodness of Fit index

¹⁶. Communality



نمودار ۲- مدل ساختاری پژوهش همراه با عدد معناداری

با توجه به نتایج نمودار شماره ۲ به غیر از ضریب معناداری متغیر تعدیل گر خودکارآمدی ورزشی در تأثیر سطح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی که در بازه $1/96 +$ و $1/96 -$ قرار گرفته است، ضریب معناداری سایر متغیرها خارج از بازه $1/96 +$ و $1/96 -$ می باشد بنابراین به جز فرضیه شماره پنجم، سایر فرضیه های پژوهش تأیید می شود. خلاصه نتایج فرضیات در جدول ۶ نشان داده شده است:

شدت تأثیر متغیر تعدیل گر خودکارآمدی ورزشی در تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی:

مقدار ضریب تعیین قبل از ورود متغیر تعدیل گر برای متغیر خودکارآمدی ورزشی برابر $0/68$ بوده است و با ورود متغیر تعدیل گر این مقدار $0/78$ می باشد. مقدار توان دوم f برای متغیر خودکارآمدی ورزشی بیشتر از $0/35$ شده است و می توان گفت متغیر تعدیل گر توانسته این رابطه را به صورت قوی تعدیل کند.

$$f^2 = \frac{R^2_{\text{model with moderator}} - R^2_{\text{model without moderator}}}{1 - R^2_{\text{model with moderator}}}$$

$$f^2 = \frac{0.78 - 0.68}{1 - 0.78} = 0.45$$

جدول ۶- خلاصه نتایج آزمون فرضیه ها

نتیجه آزمون	عدد معنی داری	ضریب استاندارد	فرضیه
تأیید	۱۷/۳۷	۰/۷۸۲	سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی تأثیر معنی داری دارد.
تأیید	۸/۴۱	۰/۷۰۱	سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی تأثیر معنی داری دارد.
تأیید	۹/۲۰	۰/۸۳۹	سلامت عمومی بر کیفیت زندگی تأثیر معنی داری دارد.
تأیید	۱۱/۳۴	۰/۶۶۹	خودکارآمدی ورزشی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی را تعدیل می کند.

خودکارآمدی ورزشی تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی را	۰/۰۳۹	۰/۷۸۲	عدم تأیید
تعديل می کند.			

بحث و بررسی

تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی در زنان میان سال

اکنون اکثر افراد جامعه بر این باورند که مزیت فعالیت‌های بدنی تنها به آثار جسمانی آن خلاصه نمی‌شود، بلکه این فعالیت‌ها بر سلامت عمومی روان افراد به طور کلی و سلامت عمومی روان به طور خاص تأثیر می‌گذارد. بر همین اساس، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سلامت عمومی روان جامعه تحت تأثیر فعالیت‌های بدنی قرار دارد و این فعالیت‌ها باعث ارتقای سلامت عمومی آنان می‌گردد؛ و اختلالات اضطراب و بی‌خوابی، سطح افسردگی نیز در میان آزمودنی‌ها مورد مطالعه با افزایش فعالیت بدنی به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. به بیان دیگر، فعالیت‌های بدنی به طور کلی، توانایی مقابله با مسائل روزمره زندگی، قدرت تصمیم‌گیری، احساس مفید بودن و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره را افزایش می‌دهد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، سالمون ۱۷ (۲۰۰۱)، در مطالعه خود با عنوان اثرات فعالیت بدنی بر اضطراب، افسردگی و استرس، اثرات آنی فعالیت هوازی راه پس از یک وهله تمرین بر بهبود افسردگی گزارش کرد، که برای چند ساعت پس از ورزش در همان روز یا بیش از یک روز اثرات آن باقی مانده است (۷۸). مک آوالی و همکاران ۱۸ (۲۰۰۲)، در یک تحقیق کنترل شده با شش ماه فعالیت جسمانی عادی، در شش و دوازده ماه بعد از اجرای برنامه تجربی، کاهش معنی‌داری را در سطح اضطراب نشان دادند. شواهد مختلف درباره ارتباط فعالیت بدنی با اضطراب، نشان می‌دهند که ورزش اثر کاهندگی بر اضطراب صفتی و وضعی دارد و در مواردی نیز موجب بهبود عزت نفس می‌گردد (۶۰). جورنا و همکاران ۱۹ (۲۰۰۶) طی تحقیقی یک برنامه چندبعدی سلامتی را بر سلامت جسمانی و روانی زنان بررسی کردند. نتایج تحقیق نشان داد، زنانی که در این برنامه شرکت کردند، نسبت به قبل از اجرای برنامه، پیشرفت معنی‌داری در سلامت جسمانی و روانی داشتند (۴۵). کاناریو و همکاران ۲۰ (۲۰۱۲) بین فعالیت بدنی و کاهش علائم روانی و جسمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افزایش سطح آندروفین، عامل بهبود علائم روانی می‌باشد (۲۰). پاسنن و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با عنوان ارتباط سلامت درک شده و فعالیت بدنی در داخل خانه، خارج از منزل در محیط‌های ساخته شده و خارج از منزل در طبیعت گزارش کردند فعالیت بدنی در طبیعت نسبت به سایر محیط تأثیر بهتری بر سلامت عمومی افراد دارد (۷۰). کاکس و همکاران ۲۱ (۲۰۱۶) در یک بررسی سیستماتیک با عنوان رابطه بین فعالیت بدنی و عملکرد شناختی در جوانان و بزرگسالان سالم در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال گزارش کردند رابطه مثبت و معناداری بین فعالیت بدنی و بهبود عملکرد شناختی وجود دارد (۲۶). اگر چه مکانسیم دقیق تأثیر ورزش بر سلامت عمومی هنوز ناشناخته است، اما چندین مکانسیم فیزیولوژیک و روان‌شناختی مانند احساس فزاینده خود کارآمدی، ادراک کنترل خویشتن، کاهش فشار هیجانی و پاسخ‌های فیزیولوژیک در مقابل تنیدگی و آثار مفید بر انتقال‌دهنده‌های عصبی فرض شده‌اند که از ورزش و فعالیت جسمانی اثر می‌پذیرند (۹۵). برخی نیز معتقدند که شرکت منظم در برنامه‌های ورزش سبب دور شدن از افکار منفی، افزایش تعاملات اجتماعی، تصویر بدن مثبت، تقویت عزت نفس، کاهش

17 - Salmon

18 - Mcaly et al

19 - Jorna et al

20 - Canario et al

21 -. Cox et al

اضطراب و افسردگی می‌گردد (۴۵). بنابراین با توجه به تغییرات فراوان در سنین میان‌سالی به ویژه در زنان، کاهش هزینه‌های درمانی و اثرات جانبی داروهای مصرفی انجام فعالیت بدنی برای افزایش سلامت عمومی روان توصیه می‌گردد. از سوی دیگر، بر اساس نتایج مطالعات ورزش و تأثیرات فیزیولوژیکی بر بدن دارد که این تأثیرات فیزیولوژیک فراهم‌کننده آرامش در افراد هستند (۳۰)، و از آن جایی که امروز مساله‌ی سالم زیستن و رابطه آن با فعالیت بدنی اهمیتی اساسی یافته است؛ تمرین و ورزش یکی از ساده‌ترین ابزارهایی است که استرس را کنترل می‌کند (۴۵). به طور کلی می‌توان گفت ورزش مداوم در صورتی که به درستی انجام شود با بیماری شخص در تضاد نباشد، در نگهداری سلامت جسم و روان و بهزیستی فرد و پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها، یکی از مهم‌ترین عوامل به شمار می‌رود و این واقعیتی است که فعالیت بدنی، استرس عاطفی را به طور مؤثر فرو می‌نشاند و بسیاری از پیامدهای ناخوشایند آن را خنثی می‌کند (۷۰).

اگر چه ورزش مشکلات کاری را حل نمی‌کند، اما به طور مطمئن به دلیل فعل و انفعالاتی که در بدن صورت می‌گیرد به ما کمک می‌کند که از عهده‌ی فشار روحی برآییم و از تبدیل آن به یک مساله‌ی مزمن جلوگیری کنیم.

تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی در زنان میان‌سال

اهمیت کیفیت زندگی افراد میان‌سال از دهه ۱۹۸۰ بیشتر مورد توجه قرار گرفت و به عنوان یک نیاز روزافزون برای قشر میان‌سال و 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 (۵۹). وضعیت سلامت جسمانی و روانی فرد میان‌سال 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 افراد بیمار (تحت عمل جراحی و یا شیمی درمانی) را مورد بررسی قرار داده‌اند و تعداد کمی از تحقیقات کیفیت زندگی میانسالان فاقد بیماری را بررسی کرده‌اند. نتایج مطالعه حاضر تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی را گزارش می‌کند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، 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 (۶۷). مک اولی و همکاران (۲۰۰۶) به بررسی اثر فعالیت بدنی و کیفیت زندگی با تأکید بر سلامتی جسمانی و اعتماد به نفس و امید به زندگی در افراد مسن پرداختند. نتایج نشان داد بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و امیدواری ارتباط معنی‌داری وجود دارد. همچنین کیفیت زندگی به طور مستقیمی بر اعتماد به نفس و امیدواری اثر می‌گذارد (۵۹). 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 تمامی ابعاد کیفیت زندگی، به غیر از عملکرد جسمانی، با فعالیت بدنی و آمادگی جسمانی ارتباط دارد (۷۳). رید و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی گزارش کردند که تمرینات هوازی با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری دارد (۷۷). منشی پور و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود با عنوان عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در زنان یائسه

22 - Nusselder et al

23 - Edward et al

24 - Ross et al

25 - Reid et al

26 - Monshipour et al

شهر رشت گزارش کردند انجام فعالیت ورزشی با کیفیت زندگی زنان یائسه رابطه معناداری دارد، همچنین نتایج این مطالعه نشان داد در زنانی که بیش از ۳ ساعت در هفته ورزش می‌کردند، درصد کیفیت مطلوب زندگی بیشتر بوده است (۶۱).

در زمینه نوع فعالیت بدنی نکته قابل توجه از نتایج این تحقیق فعالیت بدنی زنان میان‌سال در ساعت‌های غیر کاری یا اوقات فراغت است. در واقع فعال بودن میانسالان 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 بی‌حرکی باعث بروز بسیاری از بیماری‌ها، چاقی و مرگ‌ومیر می‌شود (۵۹). شیوع این موج کاهش تحرک بدنی شامل افراد میان سال جامعه هم می‌شود. افراد میان‌سال معمولاً به اقتضای وضعیت سنی و جسمی‌شان معمولاً فعالیت‌های بدنی کمتری دارند که باعث می‌شود آن‌ها ساعات متعددی را بدون انجام فعالیت بدنی بگذرانند (۶۷). آن‌ها باید بسترهای مناسب انجام فعالیت‌های ورزشی و بدنی را با توجه به وضعیت و احوال افراد میان‌سال 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 و شرکت منظم در فعالیت‌های بدنی می‌تواند اثر مهمی بر کیفیت زندگی افراد میان سال جامعه داشته باشد. علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر 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 معناداری وجود دارد. یافته‌های این بخش از تحقیق نشان می‌دهد که با افزایش سطح فعالیت بدنی در افراد میان سال 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 محیط‌زیست و ... پیش قدم باشند.

تأثیر سلامت عمومی بر کیفیت زندگی در زنان میان‌سال

میان‌سالی (۴۰-۶۵ سالگی) پلی بین جوانی و سالمندی است؛ این دوره از زندگی بزرگ‌ترین بخش حیات بزرگسالی را به علت افزایش امید به زندگی تشکیل می‌دهد. این مرحله از حیات طلایی‌ترین و بارورترین دوره زندگی محسوب می‌گردد (۵۳، ۳۳). میان‌سالی می‌تواند اوج زندگی بشر باشد، مشروط بر اینکه سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این دوره دوام و گسترش یابد. سلامت عمومی و کیفیت زندگی در این دوره از حیات به علت تغییرات فراوان بیولوژیکی، فیزیکی، روانی، اجتماعی، مشکلات و پیامدهای این تغییرات آسیب‌پذیر می‌باشد (۳۳). نتایج مطالعه حاضر تأثیر سلامت عمومی بر کیفیت زندگی در زنان میان‌سال را تأیید نمود و نشان داد که داد خرده مقیاس‌های سلامت عمومی بر خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی تأثیر معنی داری دارد. به عبارت دیگر، با افزایش سطح کیفیت زندگی افراد می‌توان بهبود در سلامت عمومی افراد میان‌سال را انتظار داشت. همسو با نتایج مطالعه حاضر، عابدزاده و همکاران ۲۷ (۲۰۰۹) (۹) و شعبانی بهار (۲۰۰۷) (۳۸) در مطالعات خود گزارش کردند انجام فعالیت بدنی می‌تواند اثرات مفیدی بر خلق، سلامت عمومی، خواب، عملکرد ذهنی، تثبیت گردش خون و سایر فعالیت‌های فیزیولوژیک بدن در خلال دوران یائسگی داشته باشد. ممکن است افرادی که هیچ‌گونه فعالیت ورزشی انجام نمی‌دهند به دلیل

عدم برخورداری از منافع آن دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نیز باشند. نوسلدر و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی گزارش کردند که فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است و کیفیت زندگی خود باعث افزایش سلامت عمومی روان، امید به زندگانی و اتکاء به خود می‌شود (۵۵). جوزف و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه با عنوان فعالیت بدنی و کیفیت زندگی در میان ۵۹۰ دانشجو گزارش کردند که فعالیت بدنی تأثیر مثبتی در کیفیت زندگی دانشجویان دارد. این محققان پیشنهاد کردند برگزاری کلاس‌ها آموزشی در جهت تشویق دانشجویان به انجام فعالیت بدنی در افزایش کیفیت زندگی آن‌ها و در نهایت به بهبود سلامت عمومی آن منجر می‌گردد (۴۶). لی و همکاران (۲۰۱۶) مطالعه‌ای با عنوان ارتباط بین کیفیت زندگی و اضطراب، افسردگی، فعالیت بدنی و عملکرد جسمانی در بیماران همودیالیزی گزارش کردند این نتایج نشان می‌دهد که درمان اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی با افزایش عملکرد جسمانی و فعالیت بدنی صورت می‌گردد که همه این موارد سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌گردد (۵۵).

در واقع می‌توان ادعان داشت زنان میان سال 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 دوران میان‌سالی راحت‌تر برخورد می‌کنند. سلامت عمومی در زندگی میان‌سالی بخش حساسی از زندگی آن‌ها بوده و توجه به این مسئله و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می‌باشد، با توجه به نتیجه تحقیق با افزایش سطح فعالیت بدنی در متغیر سلامت عمومی، وضعیت مطلوب‌تری دارند. این مورد نشان می‌دهد که افراد میان‌سال غیر فعال بیشتر در معرض صدمات فیزیکی، بیماری‌ها، از دست رفتن کارایی، انزوا، یأس، ناامیدی، افسردگی و کاهش سلامتی قرار دارند. عواقب عملکرد جسمانی در افراد میانسالان فعال می‌تواند بسیار خوشایند باشد و شواهد نشان می‌دهد درجات مختلف عملکرد جسمانی تأثیر به‌سزایی در افزایش سلامتی و امنیت زنان میان‌سال دارد (۳۳، ۲۴). به طور کلی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی در میان‌سالی به ویژه در زنان به علت تغییرات فراوان این دوره و پیامدهای این تغییرات، آسیب‌پذیر می‌باشد (۵۳، ۳۳). با توجه به ضروری بودن مطالعه در زمینه چگونگی حفظ و ارتقاء سلامت عمومی و کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه در سطح وسیع‌تر پیشنهاد می‌گردد.

نقش تعدیلگر خودکارآمدی ورزشی در تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی

مطالعات نشان می‌دهد زمان روبرو شدن با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند و می‌توانند بر اندیشه و روان خود کنترل داشته باشند پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی درمورد خود و توانایی خود را قبول نمی‌کنند. خودکارآمدی ورزش به عنوان موتور محرکه فرد برای انجام فعالیت‌ها است. نتایج این مطالعه نشان داد که مولفه خودکارآمدی ورزشی به عنوان یک تعدیل‌کننده به نسبت قوی در تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی زنان میان‌سال عمل می‌کند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت هر چند خودکارآمدی ورزشی تأثیر مستقیمی بر فعالیت بدنی و سلامت عمومی ندارد ولی چنانچه خودکارآمدی چاشنی برنامه ریزی‌های مرتبط با تنظیم فعالیت بدنی و القای شور و اشتیاق فرد برای حفظ سلامت عمومی خود از طریق فعالیت‌های بدنی گردد قطعاً تأثیر بیشتری خواهد داشت. در این راستا کوسلوسکی و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند وجود خودکارآمدی و ارائه الگوهای موفق و فعالیت‌های گروهی معلمان و ارائه الگوهای موفق و فعالیت‌های گروهی معلمان و خودکارآمدی آنان رابطه معناداری وجود دارد (۵۰). همچنین

کلین هسلینگ و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای با عنوان ارتباط بین سلامت روانی معلمان و خودکارآمدی ورزشی، بیان داشتند که هرچه سلامت روانی معلمان بیشتر باشد، خودکارآمدی ورزشی آنان هم افزایش پیدا می کند (۵۱).

نتیجه گیری

در نهایت، بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که ورزش و فعالیت های بدنی در زنان میان سال، ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی را به دنبال دارد. بنابراین پیشنهاد می شود تا فعالیت بدنی و ورزش ویژه در محیط های مختلف از قبیل خانواده ها، سالن های ورزشی و ... به عنوان عاملی برای افزایش کیفیت زندگی و امیدواری به زندگی زنان میان سال استفاده شود. همچنین، با توجه به روند حرکت هرم سنی کشور به سوی میان سالی، آینده نگری و انجام اقداماتی در جهت تسهیل فعالیت بدنی زنان میان سال در سطح جامعه ضروری است.

پیشنهادات

۱. با توجه به این که در مطالعه حاضر تأثیر معنی دار سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی در بین زنان میان سال مشاهده شد؛ لذا توصیه می شود، لزوم پرداختن به فعالیت بدنی در بین زنان میان سال هر چه بیشتر تبلیغ شده تا افراد با شرکت در برنامه های فعالیت بدنی از وضعیت بهتری در زندگی برخوردار شوند.
۲. با توجه به این که در مطالعه حاضر تأثیر معنی دار سطوح فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی در بین زنان میان سال گزارش شد؛ بنابراین برای افزایش کیفیت زندگی زنان میان سال انجام فعالیت بدنی در میان زنان میان سال توصیه می شود.
۳. با توجه به این که در مطالعه حاضر تأثیر معنی دار سلامت عمومی بر کیفیت زندگی در بین زنان میان سال مشاهده شد؛ توصیه می شود با افزایش سطح فعالیت بدنی در میان زنان میان سال سبب بهبود سلامت عمومی و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی گردید.
۴. با توجه به اینکه خودکارآمدی ورزشی در تأثیر سطوح فعالیت بدنی بر سلامت عمومی زنان میان سال تأیید شد؛ توصیه می شود سازمان های متولی مانند تربیت بدنی و رسانه ملی توجه ویژه به اشاعه مقوله خودکارآمدی ورزشی داشته باشند چرا که با کاهش احساس خودکارآمدی ورزشی زنان میان سال با گرایش به سمت راهبردهای ناکارآمد و هیجانی موجب افزایش اضطراب و استرس در خود می شوند.

پیشنهادات پژوهشی

۱. با توجه به اینکه احتمالاً جنسیت بر نتایج مطالعه حاضر تأثیر می گذارد، لذا پیشنهاد می شود، پژوهش مشابه بر روی زنان و مردان میان سال انجام شود و نتایج با یکدیگر مقایسه گردد.
۲. با توجه به اینکه احتمالاً سن بر نتایج مطالعه حاضر تأثیرگذار باشد، لذا پیشنهاد می شود که تحقیق مشابهی در گروه های سنی مختلف صورت گیرد.
۳. با توجه به اینکه احتمالاً سابقه ورزشی و سطح فعالیت بدنی افراد بر نتایج مطالعه حاضر تأثیرگذار باشد، لذا پیشنهاد می شود که تحقیق مشابهی بر روی زنان میان سال فعال و غیر فعال انجام شود و نتایج با یکدیگر مقایسه گردد.

فهرست منابع

۱. آقاعلی نژاد، حمید، رجبی، حمید، صدیق سروسستانی، رحمت اله، امیرزاده، فرزانه، (۱۳۸۴). ارتباط میزان فعالیت بدنی، آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی با وضعیت اجتماعی اقتصادی دانش آموزان دختر ۱۷-۱۵ سال تهران، نشریه علوم حرکتی و ورزشی، ۶: ۱-۱۴.
۲. بخشنده، محمد (۱۳۸۷). ارتباط بین شرکت در فعالیتهای ورزشی اوقات فراغت و کیفیت زندگی در افراد میان سال فعال پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشگاه شمال.
۳. برزین، مریم، میرمیران، پروین، افغان، مرجان، عزیزی، فریدون، (۱۳۸۸). بررسی شیوع چاقی، چاقی شکمی، الگوی غذایی و فعالیت بدنی در مراجعین دختر ۱۸ تا ۲۵ ساله به مراکز مشاوره پیش از ازدواج، پژوهنده (مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) سال چهاردهم، ۶۸: ۶۵-۵۹.
۴. بهرامی، شهاب؛ کیانی، محمدسعید؛ نظری، لیلا (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش مسئولیت شخصی-اجتماعی بر اشتیاق ورزشی و خودکارآمدی ورزشی در ورزشکاران نوجوان، فصلنامه مطالعات فرهنگی اجتماعی المپیک، سال دوم، شماره پنجم.
۵. ثنایی، 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، ۱۷، ۱۳۵ - ۱۵۶.
۶. حامدی نیا، محمدرضا رضایی سعید، (۱۳۸۳). ارتباط فعالیت بدنی و درصد چربی بدن با برخی از عوامل خطرزای قلبی-عروقی در اعضای هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم سبزه وار، اسرار، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزه وار، ۱۱: ۳۴-۴۰.
۷. حبیب زاده، سیده نسیم، رحمانی نیا، فرهاد، (۱۳۸۹). بررسی اثر دو ماه ورزش پیاده روی بر لیپیدهای سرم و شاخص توده بدن دختران چاق، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۲: ۱۰۴-۱۰۰.
۸. مژگان. م. م. ز. چ. سکینه. (۱۳۹۰). تأثیر برنامه ورزشی هوازی بر کیفیت زندگی زنان پری منوپوز و منوپوز: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۴: ۲۴-۱۲.
9. Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. ISMJ. 2009;12(1):81-8.
10. Abu-Omar K, Rütten A, Robine J-M. Self-rated health and physical activity in the European Union. Sozial-und Präventivmedizin. 2004;49(4):235-42.
11. Ahmadvand A, Sepehrm anesh Z, Ghoreishi FS, Afshinmajd S. Prevalence of psychiatric disorders in the general population of Kashan, Iran. Archives of Iranian medicine. 2012;15 (4):205.
12. Aldred S, Rai S. P 083-The effect of a bespoke home based physical activity intervention on markers of oxidative stress and markers of general health in older adults. Free Radical Biology and Medicine. 2017;108:S46.
13. Arazi H, Hoseini R, Behrozi A. A comparison of body fat and blood pressure between physical education and non-physical education major male students. Facta universitatis-series: Physical Education and Sport. 2012;10(2):127-34.
14. Arazi H, Hoseini R, Mohamadi SM. Comparison demographic characteristics of male students with and without physical activity. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2011;13(7):51-.

15. Baeckee JA, Burema J, Frijters J. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of clinical nutrition*. 1982;36(5):936-42.
16. Bakas T, Clark PC, Kelly-Hayes M, King RB, Lutz BJ, Miller EL. Evidence for stroke family caregiver and dyad interventions a statement for health care professionals from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(9):2836-52.
17. Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira L. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord*. 2007;45(6):399-403.
18. Buhse M, Della Ratta C, Galiczewski J, Eckardt P. Caregivers of older persons with multiple sclerosis: determinants of health-related quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2015;47(2):E2-E12.
19. Bandura, A. (1995). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180.
20. Canário AC, Cabral PU, Spyrides MH, Giraldo PC, Eleutério J, Gonçalves AK. The impact of physical activity on menopausal symptoms in middle-aged women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;118(1):34-6.
21. Caperuto E, Dos Santos R, Mello M, Costa Rosa L. Effect of endurance training on hypothalamic serotonin concentration and performance. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*. 2009;36(2):189-91.
22. Chang Y-K, Tsai C-L, Huang C-C, Wang C-C, Chu I-H. Effects of acute resistance exercise on cognition in late middle-aged adults: general or specific cognitive improvement? *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2014;17(1):51-5.
23. Chuni N, Sreeramareddy CT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: a cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC Women's Health*. 2011;11(1):1.
24. Conroy MB, Sward KL, Spadaro KC, Tudorascu D, Karpov I, Jones BL, et al. Effectiveness of a physical activity and weight loss intervention for middle-aged women: healthy bodies, healthy hearts randomized trial. *Journal of general internal medicine*. 2015;30(2):207-13.
25. Conte F, Banting L, Teede HJ, Stepto NK. Mental health and physical activity in women with polycystic ovary syndrome: a brief review. *Sports Medicine*. 2015;45(4):497-504.
26. Cox EP, O'Dwyer N, Cook R, Vetter M, Cheng HL, Rooney K, et al. Relationship between physical activity and cognitive function in apparently healthy young to middle-aged adults: a systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2016;19(8):616-28.
27. Cully JA, Phillips LL, Kunik ME, Stanley MA, Deswal A. Predicting quality of life in veterans with heart failure: the role of disease severity, depression, and comorbid anxiety. *Behavioral Medicine*. 2010;36(2):70-6.
28. Currier JM, Drescher KD, Holland JM, Lisman R, Foy DW. Spirituality, forgiveness, and quality of life: Testing a mediational model with military veterans with PTSD. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2016;26(2):167-79.

29. DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, LaFontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive medicine*. 1999;28(1):75-85.
30. DeGeest, D., & Brown, K. G. (2011). The role of goal orientation in leadership development. *Human Resource Development Quarterly*, 22(2). 157-175.
31. EBRAHIMI AE, MOULAVI H, MOUSAVI SG, BornaManesh A, YAGHOUBI M. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHO-28) in Iranian psychiatric patients. 2007.
32. Em dadi S, Hazavehei SMM, Soltanian A, Bashirian S, Moghadam RH. Physical Activity Status and Related Factors among Middle-Aged Women in West of Iran, Hamadan: A CrossSectional Study. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(10):151.
33. Extremera N, Fernandez-Berrocal P. Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*. 2002;91(1):47-59.
34. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*: John Wiley & Sons, 2013.
35. Feltz, D. L., & Lirgg, C. D. (2001). Self-efficacy beliefs of athletes, teams, and coaches. *Handbook of sport psychology*, 2, 340-361.
36. Gautam AP, Maiya AG, Vidyasagar MS. Effect of home-based exercise program on lymphedema and quality of life in female postmastectomy patients: pre-post intervention study. *J Rehabil Res Dev*. 2011;48(10):1261-8.
37. Gerin CG, Hill A, Hill S, Smith K, Privat A. Serotonin release variations during recovery of motor function after a spinal cord injury in rats. *Synapse*. 2010;64(11):855-61.
38. Gh SB, Nazem F, PoorAghaee Ardakani Z. Influence of Special training program on quality of life in postmenopausal women non-athletes. *Journal of sports sciences*. 2007;12:123-33.
39. Giardino ND, Curtis JL, Andrei A-C, Fan VS, Benditt JO, Lyubkin M, et al. Anxiety is associated with diminished exercise performance and quality of life in severe emphysema: a cross-sectional study. *Respiratory research*. 2010;11(1):1.
40. Harrison PA, Narayan G. Differences in behavior, psychological factors, and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence. *Journal of school health*. 2003;73(3):113-20.
41. Hoppmann CA, Gerstorf D, Smith J, Klumb PL. Linking possible selves and behavior: Do domain-specific hopes and fears translate into daily activities in very old age? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2007;62(2):P104-P11.
42. Hou JK, Turkeltaub JA, McCarty III TR, El-Serag HB. Assessment of disease specific knowledge and health-related quality of life among United States military veterans with inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2015;21(19):6001.
43. Ishizaki T, Kai I, Kobayashi Y, Im anaka Y. Functional transitions and active life expectancy for older Japanese living in a community. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2002;35(2):107-20.

44. Jablonski KL, Donato AJ, Fleenor BS, Nowlan MJ, Walker AE, Kaplon RE, et al. Reduced large elastic artery stiffness with regular aerobic exercise in middle-aged and older adults: potential role of suppressed nuclear factor kB signalling. *Journal of hypertension*. 2015;33(12):2477.
45. Jorna M, Ball K, Salmon J. Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2006;9(5):395-401.
46. Joseph RP, Royse KE, Benitez TJ, Pekmezi DW. Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of life research*. 2014;23(2):659-67.
47. Keeler E, Guralnik JM, Tian H, Wallace RB, Reuben DB. The impact of functional status on life expectancy in older persons. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2010;65(7):727-33.
48. Keogh JW, MacLeod RD. Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*. 2012;43(1):96-110.
49. Khodaban dehlou M, Mansournia MA, Mehrpour M, Naieni KH. Mental health and ischemic stroke in young adults: A case-crossover study in Iran. *Journal of Biostatistics and Epidemiology*. 2016;2(1):9-13.
50. Koslowsky, M. Smadar Lev (2009) "Moderating the collective and self efficacy relationship", *Journal of Educational Administration* Vol.47, Iss:4: 452-462.
51. Klein Hessling, J., Matthias Jerusalem (2009). Mental health promotion in school by strengthening self-efficacy. *Journal of Health Education*, Vol.109, Iss: 4: 329-34
52. Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2013;12(1):1.
53. Lea CS, Gordon NP, Prebil LA, Ereman R, Uratsu CS, Powell M. Differences in reproductive risk factors for breast cancer in middle-aged women in Marin County, California and a sociodemographically similar area of Northern California. *BMC Women's Health*. 2009;9(1):1.
54. Levin ME, MacLane C, Daflos S, Seeley JR, Hayes SC, Biglan A, et al. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014;3(3):155-63.
55. Li Y-N, Shapiro B, Kim JC, Zhang M, Porszasz J, Bross R, et al. Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Diseases and Translational Medicine*. 2016;2(2):110-9.
56. MacRae PG, Asplund LA, Schnelle JF, Ouslander JG, Abraham se A, Morris C. A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(2):175-80.
57. Mavrovouniotis FH, Argiriadou EA, Papaioannou CS. Greek traditional dances and quality of old people's life. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2010;14(3):209-18.

58. McArthur D, Dumas A, Woodend K, Beach S, Stacey D. Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: a qualitative study to inform clinical practice. *BMC Women's Health*. 2014;14(1):1.
59. McAuley E, Konopack JF, Motl RW, Morris KS, Doerksen SE, Rosengren KR. Physical activity and quality of life in older adults: influence of health status and self-efficacy. *Annals of behavioral Medicine*. 2006;31(1):99-103.
60. McAuley E, Marquez D, Jerome G, Blissmer B, Katula J. Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. *Aging & mental health*. 2002;6(3):222-30.
61. Monshipour SM, Mokhtari Lakeh N, Rafat F, Kazemnejad Leili E. Related factors to Menopausal women's quality of life in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2016;26(1):80-8.
62. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005;14(3):875-82.
63. Morina N, Rudari V, Bleichhardt G, Prigerson HG. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010;56(3):288-97.
64. Muangpaisan W, Assantachai P, Intalapaporn S, Richardson K, Brayne C. Health expectancies in the older Thai population. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;53(1):3-7.
65. Nikolova D, Krajcheva E, editors. Role of physical activity and social protection for improving the quality of life in healthy adults. *Варненски медицински форум (Varna Medical Forum)*; 2016.
66. NOROZI E, MOSTAFAVI F, HASSANZADEH A, MOODI M, SHARIFIRAD G. Factors related with quality of life among postmenopausal women in Isfahan, Iran, based on behavioral analysis phase of precede model. 2011.
67. Nusselder WJ, Looman CW, Mackenbach JP, Huisman M, Van Oyen H, Deboosere P, et al. The contribution of specific diseases to educational disparities in disability-free life expectancy. *American Journal of Public Health*. 2005;95(11):2035-41.
68. Omidi A, Tabatabai A, Sazvar S. Prevalence of mental disorders in urban areas of the city of Natanz, Isfahan] *Persian. Andishe-va-raftar*. 2004;1(32):32-8.
69. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *Jama*. 2014;311(23):2387-96.
70. Pasanen TP, Tyrväinen L, Korpela KM. The relationship between perceived health and physical activity indoors, outdoors in built environments, and outdoors in nature. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2014;6(3):324-46.
71. Patterson SL, Rodgers MM, Macko RF, Forrester LW. Effect of treadmill exercise training on spatial and temporal gait parameters in subjects with chronic stroke: a preliminary report. *Journal of rehabilitation research and development*. 2008;45(2):221.

72. Phillips SM, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci EL, Kenfield SA. Physical activity, sedentary behavior, and health-related quality of life in prostate cancer survivors in the health professionals follow-up study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2015;9(3):500-11.
73. Polo-Kantola P, Laine A, Aromaa M, Rautava P, Markkula J, Vahlberg T, et al. A population-based survey of sleep disturbances in middle-aged women-Associations with health, health related quality of life and health behavior. *Maturitas*. 2014;77(3):255-62.
74. Popham F, Mitchell R. Self-rated life expectancy and lifetime socio-economic position: cross-sectional analysis of the British household panel survey. *International journal of epidemiology*. 2006;36(1):58-65.
75. Rank M, Wilks DC, Foley L, Jiang Y, Langhof H, Siegrist M, et al. Health-related quality of life and physical activity in children and adolescents 2 years after an inpatient weight-loss program. *The Journal of pediatrics*. 2014;165(4):732-7. e2.
76. Reich MR, Shibuya K. The future of Japan's health system—sustaining good health with equity at low cost. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(19):1793-7.
77. Reid KJ, Baron KG, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee PC. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep medicine*. 2010;11(9):934-40.
78. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(suppl_2):23-35.
79. Ross KM, Milsom VA, Rickel KA, DeBraganza N, Gibbons LM, Murawski ME, et al. The contributions of weight loss and increased physical fitness to improvements in health-related quality of life. *Eating behaviors*. 2009;10(2):84-8.
80. Rudolph JL, Fonda JR, Hunt PR, McGlinchey RE, Milberg WP, Reynolds MW, et al. Association of Pseudobulbar Affect symptoms with quality of life and healthcare costs in Veterans with traumatic brain injury. *Journal of affective disorders*. 2016;190:150-5.
81. Ruijsbroek A, Droomers M, Groenewegen PP, Hardyns W, Stronks K. Social safety, self-rated general health and physical activity: changes in area crime, area safety feelings and the role of social cohesion. *Health & place*. 2015;31:39-45.
82. Sadeghirad B, Ali-Akbar H, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine*. 2010;1(2).
83. Salehi-Abargouei A, Esmailzadeh A, Azadbakht L, Keshteli AH, Feizi A, Feinle-Bisset C, et al. Nutrient patterns and their relation to general and abdominal obesity in Iranian adults: findings from the SEPAHAN study. *European Journal of nutrition*. 2016;55(2):505-18.
84. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*. 2001;21(1):33-61.
85. Schuch F, Vasconcelos-Moreno M, Borowsky C, Fleck M. Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133(3):615-8.
86. Shahbazi M, Foroughan M, Rahgozar M, Roghani RS. Effects of adult day care services on disability in older persons: Evaluation of a designed service package in Iran. *Journal of rehabilitation medicine*. 2016;48(8):719-24.

87. Shahidi M, Mojtahed A, Modabbernia A, Mojtahed M, Shafiabady A, Delavar A, et al. Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(3):322-7.
88. Singh M, Singh G. Assessment of Mental Health Status of middle-age female school teachers of Varanasi city. *Internet J Health*. 2006;5(1):6.
89. Smith B. Disability, sport and men's narratives of health: A qualitative study. *Health psychology*. 2013;32(1):110.
90. Sprangers MA, Sloan JA, Barsevick A, Chauhan C, Dueck AC, Raat H, et al. Scientific imperatives, clinical implications, and theoretical underpinnings for the investigation of the relationship between genetic variables and patient-reported quality-of-life outcomes. *Quality of life research*. 2010;19(10):1395-403.
91. Tajvar M, Grundy E, Fletcher A. Social support and mental health status of older people: a population-based study in Iran-Tehran. *Aging & mental health*. 2016:1-10.
92. Tennvall GR, Norlin J, Malmberg I, Erlendsson A, Hædersdal M. Health related quality of life in patients with actinic keratosis-an observational study of patients treated in dermatology specialist care in Denmark. *Health and quality of life outcomes*. 2015;13(1):1.
93. Tofighi A, Babaei S, Elooon Kashkuli F, Babaei R. The relationship between the amount of physical activity and general health in Urmia medical university students. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2014;12(3):166-72.
94. Tsuji T, Yoon J, Aiba T, Kanamori A, Okura T, Tanaka K. Effects of whole-body vibration exercise on muscular strength and power, functional mobility and self-reported knee function in middle-aged and older Japanese women with knee pain. *The Knee*. 2014;21(6):1088-95.
95. von Wichert P. The importance of atmospheric heat waves for health service in already altered people. *Medizinische Klinik (Munich, Germany)*: 1983). 2008;103(2):75-9.
96. Wang H-L, Booth-LaForce C, Tang S-M, Wu W-R, Chen C-H. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri-and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas*. 2013;75(4):355-60.
97. With all J, Stathi A, Davis M, Coulson J, Thompson JL, Fox KR. Objective indicators of physical activity and sedentary time and associations with subjective well-being in adults aged 70 and over. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(1):643-56.
98. Yousefi-Nooraie R, Mohammadi MR, Salesian N, Amin-Esmaeeli M, Mansouri N, Mesgarpour B, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2007;2(4):137-50.