ارتباط فعالیت‌های جسمی منظم (پیاده روی) با کیفیت زندگی زنان

فرخنده امین شکروی: * استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فاطمه الحانی: دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
انوشیروان کاظم نژاد: دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
مریم سادات وحدانی نیا: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۸ صص ۴۱۳-۴۰۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱/۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۶ مهر ۱۳۸۸]

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین انجام فعالیت های بدنی منظم و کیفیت زندگی در زنان ساکن غرب تهران انجام شد.

کیفیت زندگی با استفاده از گونه فارسی ابزار استاندارد The Short Form Health Survey (SF-36) اندازه‌گیری شد و اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیتی و سایر متغیرهای لازم نیز جمع آوری گردید. محل پژوهش، پارک‌های عمومی واقع در منطقه غرب تهران بود که از میان آنها تعداد ۳ پارک، به طور تصادفی، انتخاب شدند. با مراجعه حضوری پژوهشگر به این پارک‌ها، زنان گروه سنی ۵۵-۳۵ ساله، به طور داوطلبانه انتخاب و در دو گروه فعال و غیرفعال (انجام پیاده روی منظم و عدم انجام آن) قرار داده شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. بانک داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 15 ایجاد شد و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری من‌ویتنی و کروسکال والیس صورت گرفت.

در مجموع، ۱۴۸ زن مورد مطالعه قرار گرفتند و میانگین سنی (انحراف معیار) زنان در گروه فعال (۵/۷)۴۲/۱ سال و در گروه غیرفعال (۵/۶)۴۱/۷ سال به دست آمد. آزمون آماری من ویتنی نشان داد که زنان گروه فعال، در تمامی سنجش‌های کیفیت زندگی، از میانگین امتیاز بیشتری برخوردار بودند و به جز دو مورد (عملکرد جسمانی و محدودیت نقش به علت مشکلات روحی)، تفاوت آماری معناداری در سایر سنجش‌ها به دست آمد ($P<۰/۰۵$).

نتایج مطالعه دال بر آنند که فعالیت بدنی منظم با انجام پیاده روی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی در زنان مؤثر بوده است. بر این اساس، طراحی و اجرای برنامه‌هایی در جهت تشویق زنان برای انجام پیاده روی هدفمند و منظم پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: پیاده روی، ارتقای سطح سلامت، سلامت، کیفیت زندگی، زنان

* نویسنده پاسخگو: گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
تلفن: ۸۲۸۸۴۵۰۶ نمابر: ۸۲۸۸۴۵۵۵
E-mail: aminsh_f@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]

مقدمه

قرنهاست که مردم در جستجوی زندگی خوب بوده‌اند. در این جستجو، سؤال اصلی این بوده که کیفیت یک زندگی سالم چیست؟ مدل‌های مفهومی «کیفیت زندگی»، پدیده‌ای نسبتاً جدید، اکثراً همراه با تفکر جدید در مورد اهداف توسعه بوده‌اند و حوزه‌های سلامتی، کار، اقتصادی ـ اجتماعی، روحی ـ روانی و خانوادگی را شامل می‌شوند [۱]. ارتقای سطح کیفیت زندگی در گرو ارتقای سطح سلامت است. ارتقای سطح سلامت نیز به مثابه محور توسعه جوامع پذیرفته شده و با توجه به اهداف منشور سلامت اوتاوا، هدف نهایی تمامی دولت‌ها است [۲]. در واقع، از زمانی که بشر فرهنگ‌ها را توسعه داد ودر چارچوب آنها شروع به عمل بر مبنای مقیاسی از ارزش‌ها کرد، همواره به این موضوع اندیشیده است. آنچه که مشخص و مورد قبول تمامی متفکران در حیطه رضایت‌مندی از زندگی بوده احساس سلامت و خوب بودن است و تنها با این احساس، بشر می‌تواند پویا و سازنده باشد و خلاقیت‌هایش را به منصه ظهور برساند. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می‌دهد [۳]. به طور کلی، می‌توان گفت کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود. اگرچه کیفیت زندگی را می‌توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی‌اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌گردد [۴].

یکی از عوامل مهم و اثرگذار در ارتقای سطح کیفیت زندگی، «ورزش کردن» شناخته شده است. در واقع، کم‌تحرکی، یکی از عوامل اصلی مرگ‌های ناشی از بیماری‌های عروقی کرونر به شمار می‌آید. بر اساس نتایج تحقیقات، ورزش کردن کالری و چربی‌ها را می‌سوزاند، ظرفیت تنفسی را افزایش می‌دهد، باعث سهولت هضم و دفع می‌شود و در درمان افسردگی و اضطراب نیز نقش مهمی دارد [۵].

در حال حاضر، مطالعات بسیاری در حول بررسی فواید فعالیت‌های جسمانی بر ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی بر روی بیماری‌های مختلف مانند بیماری‌های قلبی [۶]، پوکی استخوان [۷]، بیماری‌های کلیوی [۸] و بیماری‌های کبدی [۹] متمرکز شده‌اند. به نظر می‌رسد که بررسی ارتباط انجام فعالیت‌های بدنی و تأثیر آن بر ایجاد درک مثبت از زندگی و ارتقای سطح کیفیت زندگی، درباره جمعیت غیربیمار، کمتر مورد توجه قرار گرفته [۱۰]، اگرچه، در مطالعاتی، وجود ارتباط مثبت بین فعالیت‌های جسمانی و ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به اثبات رسیده است [۱۲-۱۰]. در این زمینه، پیاده روی یکی از فعالیت‌های جسمی عملی و بدون هزینه است که انجام آن به زمان بندی خاص و نیز داشتن مهارتی ویژه نیاز ندارد [۱۳]. تأثیرات مثبت پیاده روی بر سلامت جسمی و روانی و نیز افزایش اعتماد به نفس، در مطالعات ملی و بین‌المللی متعددی نشان داده شده است [۱۶-۱۴]. با توجه به اهمیت پیاده روی در ارتقای سطح کیفیت زندگی، تحقیق حاضر با هدف بررسی اثرات نوع منظم آن بر کیفیت زندگی بانوان انجام گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی به صورت گذشته نگر صورت پذیرفته است. به این ترتیب، از طریق مقایسه دو گروه فعال و غیرفعال، رابطه عامل با معلول مشخص می‌شود و جهت مطالعه از معلول به سوی علت مفروض در گذشته است. از این رو، در مطالعه حاضر، مداخله‌ای صورت نگرفته است. زمان انجام مطالعه در سال ۱۳۸۵ به مدت ۶ ماه (از ابتدای اردیبهشت ماه تا انتهای مهر ماه) در سه پارک عمومی واقع در غرب تهران است که به صورتی تصادفی انتخاب شده‌اند. روش نمونه‌گیری پارک‌ها از نوع تصادفی ساده و از بین پارک‌های موجود در منطقه مورد مطالعه بود. نمونه گیری بانوان به روش آسان یا در دسترس از بین داوطلبان شرکت در پژوهش صورت گرفته و انتخاب یک عضو بر انتخاب شدن عضو خاص دیگری مؤثر نبوده است. به منظور تعیین نحوه اجرای مطالعه، برآورد نمونه و چگونگی تعریف متغیر «پیاده روی»، مطالعه‌ای آزمایشی (۳۰ نفر در هر یک از گروه‌های فعال و غیرفعال) انجام شد. با توجه به نتایج مطالعه آزمایشی، حجم نمونه لازم برای مطالعه اصلی با در نظر گرفتن موارد ریزش و عدم پاسخ، ۷۰ نفر در هر گروه محاسبه گردید. این حجم نمونه برای اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ به دست آمده است.

زنان مراجعه کننده به این پارک‌ها، در محدوده سنی ۵۵-۳۵ سال، به صورت تصادفی برای ورود به مطالعه انتخاب می‌شدند و با توجه به معیارهای پژوهش، در دو گروه فعال یا غیرفعال قرار می‌گرفتند. معیارهای ورود به گروه «فعال» عبارت بودند از: شروع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]

پیاده روی بنا بر خواست بانوان و حداقل از سه ماه قبل از انجام مصاحبه (پیاده روی باید حداقل ۳ روز در هفته و هر بار نیز حداقل به مدت ۳۰ دقیقه صورت گرفته باشد)، عدم ابتلا به بیماری جسمی خاص و عدم مواجهه با بحران روحی ـ روانی خاص در زمان انجام مصاحبه. زنانی که پیاده روی را با شرایط ذکر شده فوق انجام نمی‌دادند، با داشتن سایر معیارهای ذکر شده، در گروه غیرفعال قرار می‌گرفتند. لازم به ذکر است که زنان، پس از اطلاع از اهداف مطالعه و اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند. به منظور جلوگیری از تأثیر عوامل مخدوش کننده در مطالعه، مشابه سازی (Matching) انجام گرفته است. اندازه گیری کیفیت زندگی با استفاده از گونه فارسی ابزار استاندارد The Short Form Health Survey (SF-36) صورت گرفت [۱۷]. اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیتی و سایر متغیرهای مرتبط با پژوهش نیز جمع‌آوری شدند. بانک داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 15 ایجاد شد. به دلیل توزیع نامتقارن امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی، تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری من ویتنی و کروسکال والیس صورت گرفت.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۴۸ زن در دو گروه فعال (n=۷۶) و غیرفعال (n=۷۲) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی زنان در گروه فعال، ۴۲/۱(۵/۷) سال و در گروه غیرفعال، ۴۱/۷(۵/۶) سال به دست آمد. بر اساس نتایج آزمون‌های آماری χ^2 و t، زنان در دو گروه، از نظر متغیرهای مورد مطالعه، همگون بودند و بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و سن همسر وجود نداشت. مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه، به تفکیک دو گروه مورد مطالعه، در جدول شماره ۱ نشان داده شده‌اند.

در جدول شماره ۲، میانگین امتیاز سنجش‌های کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است. بر اساس نتایج آزمون آماری من ویتنی، زنان در گروه فعال در تمامی سنجش‌های کیفیت زندگی، میانگین امتیاز بیشتری داشتند و تفاوت آماری معناداری در بیشترین سنجش‌ها مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$).

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار سنجش‌های کیفیت زندگی را، بر اساس سطح تحصیلات در نمونه مورد مطالعه، نشان می‌دهد. بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، به جز سنجش مشکلات جسمانی، تفاوت آماری معناداری بین سطح تحصیلات با سایر سنجش‌ها در نمونه مورد مطالعه به دست نیامد.

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار سنجش‌های کیفیت زندگی را، بر اساس شغل در نمونه مورد مطالعه، نشان می‌دهد. نتایج نشان داد تفاوت آماری معناداری بین شغل با سنجش‌های کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه به دست نیامد.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

	مورد		شاهد		P*
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گروه‌های سنی (سال)	(n=۷۵)		(n=۷۵)		۰/۶۹
۳۵-۴۵	۵۱	۶۸/۱	۴۷	۶۵/۴	
۴۶-۵۵	۲۴	۳۱/۹	۲۵	۳۴/۶	
میانگین (انحراف معیار)	۴۲/۱ (۵/۷)		۴۱/۷ (۵/۶)		۰/۴۵
تحصیلات زن	(n=۷۶)		(n=۷۵)		
بی سواد	۱	۱/۳	۲	۲/۸	
ابتدایی ـ راهنمایی	۸	۱۰/۵	۳	۴/۲	
دیپلم	۲۸	۳۶/۸	۳۰	۴۱/۷	
دانشگاهی	۳۹	۵۱/۳	۳۷	۵۱/۴	
وضعیت تأهل	(n=۷۵)		(n=۷۲)		۰/۳۹
مجرد	۶	۸/۰	۵	۶/۹	
متأهل	۶۶	۸۸/۰	۶۰	۸۳/۴	
مطلقه/بیوه	۳	۴/۰	۷	۹/۷	
شغل	(n=۷۵)		(n=۷۱)		۰/۵۱
خانه دار	۳۲	۴۲/۶	۳۱	۴۳/۷	
شاغل	۴۳	۵۷/۴	۴۰	۵۶/۳	

* آزمون کای دو و تی مستقل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار سنجش‌های کیفیت زندگی نمونه مورد مطالعه به تفکیک گروه

	مورد (n=۷۶)	شاهد (n=۷۲)	P*
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
عملکرد جسمانی	۵۹/۷(۲۹/۰)	۵۸/۰(۲۳/۰)	۰/۳۷
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۶۵/۱(۲۳/۸)	۵۸/۳(۲۲/۶)	۰/۰۳
درد جسمانی	۶۸/۵(۱۵/۶)	۵۹/۳(۱۷/۱)	۰/۰۰۲
سلامت عمومی	۶۷/۸(۱۸/۰)	۵۶/۵(۱۸/۵)	<۰/۰۰۱
نشاط	۵۱/۰(۱۰/۶)	۴۵/۷(۱۰/۰)	۰/۰۰۲
عملکرد اجتماعی	۷۰/۰(۲۰/۳)	۶۰/۱(۲۲/۰)	۰/۰۰۹
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۶۶/۲(۳۰/۱)	۶۲/۵(۳۱/۶)	۰/۴۹
سلامت روان	۵۴/۳(۱۱/۰)	۴۵/۸(۱۱/۹)	<۰/۰۰۱

* آزمون آماری من ویتنی

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار سنجش‌های کیفیت زندگی نمونه مورد مطالعه بر اساس سطح تحصیلات

	بی سواد/ابتدایی (n=۳)	راهنمایی (n=۱۱)	دیپلم(n=۵۸)	دانشگاهی(n=۷۶)	P*
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
عملکرد جسمانی	۵۵/۰(۳۰/۴)	۶۸/۶(۱۷/۵)	۵۹/۶(۲۳/۹)	۵۷/۱(۲۸/۷)	۰/۷۲
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۲۵/۰(۲۵/۰)	۵۶/۸(۳۱/۸)	۵۸/۶(۲۴/۱)	۶۶/۴(۱۹/۸)	۰/۰۲
درد جسمانی	۴۷/۳(۳۷/۳)	۷۳/۹(۱۱/۶)	۶۳/۱(۱۶/۶)	۶۳/۹(۱۶/۵)	۰/۲۷
سلامت عمومی	۶۲/۳(۱۷/۲)	۶۱/۸(۲۲/۸)	۵۹/۵(۱۹/۶)	۶۴/۵(۱۸/۲)	۰/۵۴
نشاط	۴۶/۶(۷/۶)	۴۹/۱(۱۳/۲)	۴۷/۶(۹/۸)	۴۹/۰(۱۱/۱)	۰/۸۲
عملکرد اجتماعی	۶۲/۵(۳۳/۱)	۶۴/۸(۳۰/۵)	۶۳/۴(۲۱/۸)	۶۶/۶(۱۹/۹)	۰/۹۰
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۶۶/۶(۳۳/۳)	۵۷/۶(۳۰/۱)	۶۲/۶(۲۸/۷)	۶۶/۶(۳۲/۶)	۰/۶۴
سلامت روان	۵۶/۰(۱۴/۴)	۴۳/۶(۱۷/۵)	۴۸/۵(۱۲/۸)	۵۲/۱(۱۰/۳)	۰/۱۳

* آزمون کروسکال والیس

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار سنجش‌های کیفیت زندگی نمونه مورد مطالعه بر اساس شغل

	خانه دار (n=۶۳)	شاغل (n=۸۳)	P*
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
عملکرد جسمانی	۶۲/۸(۲۲/۳)	۵۶/۱(۲۸/۲)	۰/۲۰
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۶۱/۹(۲۵/۳)	۶۱/۴(۲۲/۲)	۰/۷۲
درد جسمانی	۶۲/۸(۱۷/۱)	۶۵/۴(۱۶/۸)	۰/۳۲
سلامت عمومی	۶۰/۰(۱۸/۶)	۶۳/۹(۱۹/۴)	۰/۱۶
نشاط	۴۷/۰(۹/۲)	۴۹/۴(۱۱/۶)	۰/۱۳
عملکرد اجتماعی	۶۶/۳(۲۲/۵)	۶۴/۶(۲۱/۱)	۰/۴۹
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۶۳/۵(۲۹/۱)	۶۴/۲(۳۲/۰)	۰/۷۶
سلامت روان	۴۸/۶(۱۲/۳)	۵۱/۳(۱۲/۲)	۰/۱۶

* آزمون آماری من ویتنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه، با بررسی اثر پیاده روی در نمونه‌ای از بانوانی که به پارک‌های منطقه غرب شهر تهران مراجعه می‌کردند، نشان داد که پیاده روی منظم بر بهبود کیفیت زندگی مؤثر بوده است. در مطالعه حاضر، دقت لازم به عمل آمد تا زنان در دو گروه مورد مطالعه، همسان باشند و بر اساس نتایج، متغیرهای جمعیتی (سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلی، شغل، نیمه وقت بودن و تمام وقت بودن، وضعیت تحصیلی و شغل همسر) و نیز عوامل زمینه‌ای (سابقه و یا عدم سابقه بیماری‌های قبلی و یا فشار خون) که می‌توانند بر ورزش کردن و یا نکردن افراد اثر گذار باشند، در دو گروه تفاوت آماری معنا داری نداشته است. در این مطالعه، تأثیر متغیرهای پیاده روی، سطح تحصیلات و شغل بانوان بر سنجش‌های کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج آزمون آماری من ویتنی، بانوان گروه فعال، در تمامی سنجش‌های کیفیت زندگی، دارای میانگین امتیاز بیشتری بودند و تفاوت آماری معناداری در بیشترین سنجش‌ها مشاهده شد ($P<۰/۰۵$)؛ در حالی که میانگین و انحراف معیار سطح تحصیلات (به جز در مورد سنجش مشکلات جسمانی) و شغل در دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد که این مطلب مؤید تأثیر بیشتر فعالیت جسمانی، در مقایسه با سایر متغیرهای مذکور، بر کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه است. به طور کلی، تأثیر فعالیت جسمانی بر ارتقای سطح سلامت که به نوبه خود بر کیفیت زندگی نیز تأثیر می‌گذارد در مطالعاتی نشان داده شده است. به گونه‌ای که انجام فعالیت فیزیکی منظم در طول هفته علاوه بر ارتقای سطح سلامت، در حفظ عملکرد جسمی و ذهنی در سنین پیری نیز موثر است، بر طول عمر می‌افزاید و خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد [۲۱-۱۸]. همچنین مطالعاتی درباره اثر انجام فعالیت بدنی و ابتلا به سرطان در افراد، مؤید آنند که فعالیت‌های جسمی، حتی به صورت تفریحی و در اوقات فراغت، بر پیشگیری از بسیاری از سرطان‌ها اثر گذار است [۲۵-۲۲]. این امر با توجه به آن که سرطان‌ها سالیانه هزینه و بار زیادی را به جوامع تحمیل می‌کنند در خور توجه است. در مجموع، در مطالعه حاضر، بانوانی که پیاده روی می‌کرده‌اند، در تمامی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی از وضعیت بهتری نسبت به هم سالانشان که پیاده روی نمی‌کرده‌اند، قرار داشتند. به بیان دیگر، افزایش آستانه تحمل درد (۰/۰۰۲)، نشاط بیشتر (۰/۰۰۲)، عملکرد اجتماعی بهتر (۰/۰۰۹)، سلامت عمومی بیشتر (۰/۰۰۱) و همچنین سلامت روان بهتر (۰/۰۰۱) در گروهی که پیاده روی می‌کرده‌اند، نسبت به گروهی که پیاده روی نمی‌کرده‌اند، وجود داشته است.

به این ترتیب، انجام دادن پیاده روی منظم، سبب ارتقای سطوح مختلف کیفیت زندگی در بانوان نمونه مورد مطالعه بوده است. بنا بر نتایج مطالعات، فعالیت‌های بدنی منظم عاملی مؤثر در پیشگیری از ابتلا به سرطان‌های پستان و آندومتر که از شایع‌ترین سرطان‌های زنان محسوب می‌شوند، شناخته شده است [۲۴-۲۲]. از این رو، توسعه برنامه‌ها و مداخلاتی به منظور گسترش انجام فعالیت‌های بدنی، به ویژه در میان بانوان، ضروری به نظر می‌رسد. به علاوه، فعالیت منظم بدنی، مانند پیاده روی، سبب کاهش وابستگی به سایر افراد خانواده و مراقبان و نیز بهبود عملکرد جسمی و ذهنی و پیشگیری از مرگ و میر زودرس در میانسالان و سالمندان می‌گردد [۱۹].

به بیان دیگر، کسانی که از طریق پیاده روی فعالیت بدنی می‌کنند، عمر طولانی‌تر و با کیفیت بهتری را تجربه خواهند کرد. مطالعات بیانگر آنند که افراد از نظر بدنی متناسب و فعال در مقایسه با افراد چاق و کم تحرک از سلامت بیشتری برخوردارند و احتمال ابتلای آنها به بیماری‌های قلبی و گوارشی و سایر بیماری‌های مزمن کمتر است [۵]. پیاده روی و تحرک جسمی برای بیماران قلبی نیز مؤثر شناخته شده‌اند و سبب بهبود عملکرد جسمی، علائم ناشی از افسردگی و به طور کلی، افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شوند [۲۶، ۲۷].

در مجموع، با توجه به رابطه بین پیاده روی و بالا رفتن سطح سلامت عمومی و کیفیت زندگی، به نظر می‌رسد که برنامه ریزی منسجم برای تشویق بانوان به پیاده روی منظم امری ضروری است. تشویق بانوان به انجام فعالیت‌های بدنی منظم و پیاده روی، به همراه گسترش پارک‌های عمومی، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود سطح سلامت کیفی زندگی بانوان و نیز پیشگیری از ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن ایفا کند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]

منابع

1- Walker SR, Rosse RM. Quality of life assessment: key issues in the 1990s. Springer-Verlag, Second edition, USA, New York, 1999

2- Legler LSt. Declarations, Charters and Statements-Their role in health promotion. *Health Promotion International* 2007; 22: 179-81

3- The Center for Health Promotion. Quality of life model. http://www.utoronto.ca/chp [accessed in April 2009]

4- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the World Health Organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 19-23

5- Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Aucott L, Stearns SC, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvements. *Health Technology Assessment* 2004, 8: 1-182

6- Hage C, Mattsson E, Stahle A. Long-term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients-a three to six year follow-up. *Physiotherapy Research International* 2003; 8, 13-22

7- Dias RC, Dias JM, Ramos LR. Impact of an exercise and walking protocol on quality of life for elderly people with OA of the knee. *Physiotherapy Research International* 2003; 8: 121-30

8- Brodin E, Ljungman S, Hedberg M, Sunnerhagen KS. Physical activity, muscle performance and quality of life in patients treated with chronic peritoneal dialysis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2001; 35: 71-78

9- Hickman IJ, Jonsson JR, Prins JB, Ash S, Purdie DM, Clouston AD, et al. Modest weight loss and physical activity in overweight patients with chronic liver disease results in sustained improvements in alanine aminotransferase, fasting insulin and quality of life. *Gut* 2004; 53: 413-19

10- Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH, et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive Medicine* 2003; 37: 520-28

11- Rejeski WJ, Brawley LR, Shumaker SA. Physical activity and health-related quality of life. *Exercise and Sport Sciences Reviews* 1996; 24: 71-108

12- Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology Series: A Biological Sciences and Medical Sciences*, 2001; 56: 23-35

13- US Department of Health and Human Services. Physical Activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996

۱۴- جعفری اکرم، مرادی محمد رضا، سلیمی آتنا، محمدی ابراهیم. مقایسه تأثیر تعداد جلسات پیاده روی در هفته بر تغییرات ترکیب بدنی زنان کم تحرک. *المپیک* ۱۳۸۶، ۱۵، ۳۶-۲۷

۱۵- صداقتی پریسا، خلجی حسن، کوزه چیان هاشم، ارجمند ابوالفضل. آیا پیاده روی منظم بر اضطراب کلی، صفتی و حالتی زنان باردار اثر دارد؟ *المپیک* ۱۳۸۷، ۱۶، ۲۸-۱۹

16- Gary RA, Sueta CA, Dougherty M, Rosenberg B, Cheek D, Preisser J, et al. Home-based exercise improves functional performance and quality of life in women with diastolic heart failure. *Heart Lung* 2004; 33: 210-18

17- 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: 875-82

18- Leon AS, Myers MJ, Connett J. Leisure time physical activity and the 16-year risks of mortality from coronary heart disease and all-causes in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *International Journal of Sports Med* 1997; 18: 208-15

19- Blair SN, Morris JN. Healthy hearts and the universal benefits of being physically active: physical activity and health. *Annals of Epidemiology* 2009; 19: 253-56

20- Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clinic Proceedings* 2009; 84: 373-83

۲۱- اصفهانی نوشین. تأثیر ورزش بر سلامت روانی در بعد جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی دانشجویان دانشگاه الزهرا (س). *حرکت* ۱۳۸۱، ۱۲، ۸۶-۷۵

22- McTiernan A, Kooperberg C, White E, Wilcox S, Coates R, Adams-Campbell LL, et al. Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women: the Women's Health

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]

Initiative Cohort Study. *Journal of the American Medical Association* 2003; 290: 1331-36

23- Friedenreich CM, Cust AE. Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects. British *Journal of Sports Medicine* 2008; 42: 636-47

24- Furberg AS, Thune I. Metabolic abnormalities (hypertension, hyperglycemia and overweight), lifestyle (high energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *International Journal of Cancer* 2003; 104: 669-76

25- Tardon A, Lee WJ, Delgado-Rodriguez M, Dosemeci M, Albanes D, Hoover R, et al. Leisure-time physical activity and lung cancer: a meta-analysis. *Cancer Causes Control* 2005; 16: 389-97

۲۶- عباسی علی، فیاضی صدیقه، احمدی فرزانه، حقیقی زاده محمد حسین. تأثیر برنامه ورزشی پیاده روی خانگی بر کیفیت زندگی و توانایی عملکردی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان* ۱۳۸۶، ۱۹، ۵۴-۴۹

27- Gary R. Exercise self-efficacy in older women with diastolic heart failure: results of a walking program and education interventions. *Journal of Gerontological Nursing* 2006; 32: 31-39

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.11.8]