

بررسی ارتباط پیاده‌روی منظم با سلامت جسمی و روانی زنان

فرخنده امین‌شکروی^{1*}؛ فاطمه الحانی²؛ انوشیروان کاظم‌نژاد³؛ مریم‌سادات وحدانی‌نیا⁴

چکیده

این مطالعه ارتباط سلامت جسمی و روانی را با پیاده‌روی منظم بدون نظارت در زنان ساکن غرب تهران بررسی نمود. در این مطالعه گونه فارسی ابزار استاندارد سنجش سلامت استفاده شد. با مراجعه حضوری پژوهشگر به 3 پارک عمومی، زنان گروه سنی 35-55 ساله داوطلب در دو گروه فعال و غیرفعال، مورد مصاحبه قرار گرفتند. امتیاز سلامت جسمی و روانی با QMHOS2 محاسبه و اثر تعاملی متغیر پیاده‌روی بر آن بررسی شد. امتیاز بعد خلاصه سلامت جسمی در گروه فعال بیشتر بود. تفاوت معناداری بین دو گروه در بعد خلاصه سلامت روانی مشاهده شد ($P = 0/001$). پیاده‌روی منظم بر ارتقا سلامت جسمی و روانی زنان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: پیاده‌روی، سلامت جسمی، سلامت روانی، زنان

«دریافت: 1388/7/30 پذیرش: 1388/12/18»

1. گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

2. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

3. گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

4. گروه پژوهشی پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی.

* عهده‌دار مکاتبات: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش بهداشت، صندوق پستی: 14115-331، نمابر:

021-82884555، تلفن: 021-82884506

E-mail: Aminsh_f@modares.ac.ir

مقدمه

افسردگی (6) نشان داده است. با توجه به شیوع بالای کم‌تحرکی، انجام پژوهش‌هایی که باعث افزایش انگیزه مردم برای ایجاد و حفظ سبک زندگی فعال شود ضروری به نظر می‌رسد. تئوری خودتعیین‌کنندگی (Self-determination theory (SDT)) چهارچوب مفیدی برای فهم انگیزه و رفتار فعالیت جسمانی فراهم می‌کند. تئوری خودتعیین‌کنندگی متاتئوری جدیدی است که کمک می‌کند پژوهشگران، درک زیادی در مورد انگیزه مردم نسبت به رفتارهای ارادی داشته باشند. حال این سؤال مطرح می‌شود که آیا انجام فعالیت جسمانی ارادی، بدون نظارت کارشناس ورزشی و یا داشتن پروتکل خاص با سلامت جسمی و روانی زنان ارتباط دارد؟ مطالعه حاضر بر اساس این تئوری شکل گرفت و

یکی از شاخص‌های مهم رضایت‌مندی از زندگی، فقط عدم وجود بیماری و خوب بودن نیست بلکه داشتن احساس سلامتی کامل جسمی، روحی و اجتماعی است (1). تأثیرات مثبت پیاده‌روی بر جنبه‌های مختلف سلامتی به اثبات رسیده است (2). شواهد حاکی از آن است که ورزش قادر است ترکیب بدن و اختلالات اسکلتی عضلانی بعد از حملات قلبی و بیماری‌های حاد تنفسی را بهبود بخشد (3 و 4) و همچنین بر عدم وابستگی و رفاه اجتماعی (Social well-being) مؤثر است (5 و 6). مطالعات مختلف ارتباط مثبت بین پیاده‌روی کوتاه‌مدت چندنوبته و یکبار پیاده‌روی در روز را در تناسب اندام (7) و (8)، کاهش عوامل خطر برای بیماری‌های عروق کرونر (CHD) (9) و همچنین کاهش فشارهای روانی و

به منظور سنجش سلامت جسمی و روانی بود (9). بانک داده‌ها در نرم افزار SPSS-13 ایجاد و امتیاز سلامت جسمی و روانی با استفاده از QMHOS2 محاسبه شد. تفاوت میانگین امتیاز سلامت جسمی و روانی در دو گروه مورد مطالعه با آزمون تی مستقل و اثر تعاملی متغیرهای مورد مطالعه بر این ابعاد با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع، 148 زن در دو گروه فعال (76 نفر) و غیرفعال (72 نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن زنان در گروه فعال (42/1(5/7) و در گروه غیرفعال (41/7(5/6) و سن همسرانشان در گروه فعال (48/0(6/3) و غیرفعال (45/4(8/3) بود. همچنین میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان در هر دو گروه برابر با $2/0 \pm 1/0$ 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 معناداری از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و سن همسر وجود نداشت.

آزمون آماری t نشان داد میانگین وزنی زنان در دو گروه مورد مطالعه از تفاوت آماری معناداری برخوردار بوده ($p < 0/009$) و زنان گروه غیرفعال، دارای وزن بیشتری بودند. با محاسبه BMI، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مورد مطالعه وجود داشته ($p = 0/01$) و زنان در گروه غیرفعال، میانگین شاخص توده بدنی بیشتری داشتند ($27/9 \pm 7/0$). میانگین امتیاز بعد خلاصه سلامت جسمی زنان در گروه فعال 47/9 و در گروه غیرفعال 45/6 به دست آمد. در بعد خلاصه سلامت روانی نیز زنان در گروه فعال از میانگین امتیاز بیشتری برخوردار بوده و میانگین امتیاز در گروه‌های فعال و غیرفعال، به ترتیب 42/3 و 38/5 بود. بر اساس نتایج آزمون آماری t مستقل، تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مورد مطالعه در میانگین امتیاز "سلامت روانی" وجود داشت.

ارتباط بین وضعیت سلامتی و انجام پیاده‌روی خودانگیخته را به صورت گذشته‌نگر بررسی می‌کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی از بهار 1385 تا نیمه پاییز همان سال بر روی زنان در 3 پارک منطقه غرب تهران انجام شد. از بین مناطق غرب شهرداری تهران، منطقه 2 به دلیل دسترسی آسان برای انجام مطالعه انتخاب شد. سپس از بین پارک‌های این منطقه، سه پارک به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. در نهایت، نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان یا در دسترس از بین داوطلبان شرکت در پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه زمینه‌ای انجام شده با 60 نمونه و با استفاده از فرمول سنجش حجم نمونه، مقایسه میانگین‌ها برای مطالعه اصلی با توجه به موارد ریزش و عدم پاسخ، با اطمینان 95 و توان آزمون 90 درصد، 70 نفر در هر گروه محاسبه گردید. زنان مراجعه‌کننده به این پارک‌ها در محدوده سنی 35-55 سال، به روش آسان برای ورود به مطالعه انتخاب شده و با توجه به معیارهای پژوهش در دو گروه فعال و غیرفعال قرار گرفتند. معیارهای ورود به گروه "فعال" عبارت بودند از: شروع پیاده‌روی حداقل از سه ماه قبل از انجام مصاحبه، حداقل پیاده‌روی 3 روز در هفته و هر بار نیز حداقل به مدت 30 دقیقه، عدم ابتلا به بیماری جسمی خاص و عدم مواجهه با بحران روحی-روانی خاص در زمان انجام مصاحبه. زنانی که پیاده‌روی را با شرایط ذکر شده انجام نمی‌دادند با دارا بودن سایر معیارهای ذکر شده در گروه غیرفعال قرار گرفتند. لازم به ذکر است که زنان پس از اطلاع از اهداف مطالعه و اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، مورد مصاحبه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل: پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شامل 11 سؤال (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، فرزند، شغل، درآمد ماهانه، وزن، قد، فشارخون، سابقه بیماری و انجام پیاده‌روی) و گونه فارسی ابزار سنجش سلامتی مشتمل بر 36 سؤال،

غیرفعال از نظر متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای مؤثر بر ورزش، همسان بوده و بین دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت.

شاخص‌های سلامتی مانند توده بدنی (BMI) بین گروه فعال و گروه غیرفعال تفاوت معناداری داشت، به این ترتیب که BMI گروه فعال در محدوده نرمال بود.

گرچه میانگین امتیاز "سلامت جسمی" در گروه فعال (47/9) نسبت به گروه غیر فعال (45/6) بیشتر بود، لیکن این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود. در حالی که تفاوت معناداری از نظر آماری بین دو گروه از نظر میانگین بعد خلاصه سلامت روانی وجود داشت (p=0/001). نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که انجام پیاده‌روی بر سلامت روانی گروه فعال، تأثیر معنادار داشته است.

جدول 1 اثر تعاملی متغیرهای مورد مطالعه را بر سلامت جسمی و روانی بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد. نتایج نشان داد متغیرهای مورد مطالعه بر ابعاد خلاصه کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، به شرح ذیل دارای اثر بودند: بعد خلاصه سلامت جسمی با شاخص توده بدنی [1/21-1/03] (OR= 1/12) و بعد خلاصه سلامت روانی با انجام پیاده‌روی [2/09 (1/00-4/37)] OR = عدم انجام پیاده‌روی]

بحث

این مطالعه به تعیین ارتباط پیاده‌روی (حداقل 3 بار در هفته و هر بار به مدت 30 دقیقه) با ابعاد خلاصه سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی در زنان پرداخت. با توجه به نتایج به دست آمده، دو گروه فعال و

جدول 1- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک در مورد اثر تعاملی متغیرهای زمینه‌ای بر ابعاد "سلامت جسمی و روانی" کیفیت زندگی

متغیر	بعد سلامت جسمی (فاصله اطمینان 95% ⁹ میزان بخت ⁹)	P	بعد سلامت روانی (فاصله اطمینان 95% ⁹ میزان بخت ⁹)	P
سن (سال)	1/00(0/94-1/07)	0/82	0/98(0/92-1/05)	0/75
*BMI	1/12(1/03-1/21)	0/006	0/97(0/90-1/03)	0/38
دانشگاهی	1/0(ref)		1/0(ref)	
تحصیلات				
دیپلم	1/05(0/45-2/40)	0/90	2/02(0/88-4/62)	0/09
ابتدایی-راهنمایی	0/35(0/07-1/77)	0/20	3/40(0/71-16/16)	0/12
بیسواد	2/12(0/14-30/70)	0/58	0/52(0/04-6/80)	0/62
مجرد	1/0(ref)		1/0(ref)	
وضعیت تأهل				
متأهل	0/45(0/11-1/84)	0/26	1/35(0/32-5/70)	0/68
مطلقه/بیوه	0/22(0/02-2/18)	0/19	1/97(0/22-16/98)	0/53
خانهدار	1/0(ref)		1/0(ref)	
شغل				
شاغل	1/46(0/64-3/30)	0/36	0/57(0/25-1/28)	0/17
بله	1/0(ref)		1/0(ref)	
انجام پیاده‌روی				
خیر	1/00(0/48-2/04)	0/99	2/09(1/00-4/37)	0/04

⁹Odds Ratio

*شاخص توده بدنی (Body Mass Index)

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه و معنادار بودن ارتباط پیاده‌روی با ارتقاء سطح سلامت جسمی و روانی، پیشنهاد می‌شود که به برنامه‌ریزی مناسب برای افزایش فعالیت فیزیکی منظم بانوان به‌عنوان امری ضروری و دارای اهمیت توجه شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه بانوان مشارکت‌کننده، تقدیر و تشکر می‌گردد که بدون حضور صمیمانه عزیزان، انجام این مهم ممکن نمی‌شد.

References

1. Fayers PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and interpretation. 1st ed. London: John Wiley & Sons 2001; 112-25.
2. Siegel PZ, Brackbill RM, Heath GW. The epidemiology of walking for exercise: implications for promoting activity among sedentary groups. *Am J Public Health* 1995; 85(5): 706-10.
3. Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV. Walking and resting blood pressure in adults: a meta-analysis. *Prev Med* 2001; 33(2): 120-7.
4. Duncan JJ, Gordon NF, Scott CB. Women walking for health and fitness. How much is enough? *JAMA* 1991; 266(23): 3295-9.
5. Asikainen TM, Miilunpalo S, Oja P, Rinne M, Pasanen M, Vuori I. Walking trials in postmenopausal women: effect of one vs. two daily bouts on aerobic fitness. *Scand J Med Sci Sports* 2002; 12(2): 99-105.
6. Murphy MH, Hardman AE. Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30(1): 152-7.
7. Murphy M, Nevill A, Neville C, Biddle S, Hardman A. Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 34(9): 1468-74.
8. Schwartz B. Self-determination: The tyranny of freedom. *American Psychologist* 2000; 55(1): 79-88.
9. Montazeri A, Goshtasbi 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.