

اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران

محمد ثنائی^۱، شیرین زردشتیان^۲، رسول نوروزی سید حسینی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۴/۱۹

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران است که با روش توصیفی - زمینه‌یابی به صورت میدانی اجرا شده است. جامعه آماری را کلیه سالمندان ۶۰ سال و بیش از ۶۰ سال استان مازندران تشکیل می‌دادند. از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۴۰۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه فعالیت‌های بدنی ($\alpha=0/78$)، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 ($\alpha=0/89$) و مقیاس امید بزرگسالان ($\alpha=0/74$) استفاده شد. پرسشنامه‌های مذکور پس از تعیین روایی و پایایی در میان نمونه پژوهش توزیع شدند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و همچنین مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) با تأکید بر نرم‌افزار لیزرل ۹/۲ استفاده شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد فعالیت بدنی کاری با ضریب مسیر ۰/۱۵ بر بعد جسمی کیفیت زندگی و با ضریب مسیر ۰/۱۳ بر بعد روحی کیفیت زندگی اثرگذار است. فعالیت بدنی ورزشی با ضریب مسیر ۰/۲۴ بر بعد جسمی کیفیت زندگی و با ضریب مسیر ۰/۳۰ بر بعد روحی کیفیت زندگی اثرگذار است و فعالیت بدنی اوقات فراغت با ضریب مسیر ۰/۵۳ بر بعد جسمی کیفیت زندگی و با ضریب مسیر ۰/۴۴ بر بعد روحی کیفیت زندگی اثرگذار است. همچنین فعالیت بدنی کاری با ضریب مسیر ۰/۲۷-، فعالیت بدنی ورزشی با ضریب مسیر ۰/۲۳ و فعالیت بدنی اوقات فراغت نیز با ضریب مسیر ۰/۲۱ بر امید به زندگی اثرگذار است.

کلیدواژه‌های فارسی: اوقات فراغت، فعالیت بدنی، امید، سالمندان.

۱. استادیار گروه تربیت بدنی دانشگاه آزاد اسلامی و احد چالوس (نویسنده مسئول)

Email: sanaei1719@gmail.com

Email: Zardoshtian_shirin@yahoo.com.au

۲. استادیار دانشکده تربیت بدنی دانشگاه رازی

Email: rasool.norouzi@yahoo.com

۳. دانشجوی دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله ضرورتی اجتماعی است (۱). امروزه، تقریباً ۳۱ کشور جهان هریک بیش از دو میلیون سالمند بیش از ۶۰ سال دارند که روز به روز بر تعداد این کشورها افزوده می‌شود. سرعت رشد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است. در ایران نیز نسبت جمعیت سالمندان با توجه به کاهش میزان تولد و افزایش طول عمر، به سرعت در حال افزایش است (۲-۴). در مطالعات گوناگون ثابت شده است که با افزایش سن، به‌علت اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن صورت می‌گیرد، به‌خصوص به‌علت محدودیت‌های حرکتی، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد که این عوامل می‌تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه، کیفیت زندگی فرد اثرات منفی زیادی ایجاد کند (۵). سالمندی موفق به‌وسیلهٔ روو^۱ و همکاران (۱۹۹۹) تحت تأثیر سه جنبهٔ نداشتن بیماری، سازگاری با زندگی و داشتن کفایت روحی و روانی توصیف شده است (۶). با توجه به این جنبه‌ها، سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا برای ارتقای سلامتی در سالمندان بر ورزش منظم، مصرف نکردن سیگار، پرهیز از مصرف الکل، تغذیهٔ مناسب و ایمن‌سازی متناسب با سن تأکید می‌کند (۷). پژوهش‌ها نشان داده است که شرکت منظم در فعالیت‌های بدنی و ورزش به افراد مسن کمک می‌کند استقلال و تحرک خود را حفظ کنند، تکرار آسیب‌های سقوط و افتادن را کاهش دهند، تعادل و هماهنگیشان را بهبود بخشند و بتوانند قدرت و استقامت عضلانی را در این دوره حفظ کنند (۸). چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم «زنده ماندن» بود و چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت بهتر» است (۳). افزایش شمار سالمندان احتمالاً با افزایش فراگیر میزان ناتوانی‌ها و بیماری‌ها همراه می‌شود که فشار بالقوه‌ای بر هزینه‌های درمانی و بهداشت عمومی وارد می‌کند (۳، ۸).

امروزه، با توجه به افزایش شاخص طول عمر و مسئلهٔ مهم‌تری تحت عنوان چگونه گذراندن عمر و به عبارتی «کیفیت زندگی»^۲ مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب‌نظران و محققان امور سالمندان را به خود جلب کرده است (۹، ۱۰). کیفیت زندگی شاخصی اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد، توجه به آن اهمیت خاصی دارد (۱۰). در تعریفی که

1. Rowe et al

2. Quality of Life

ویور^۱ (۲۰۰۱) ارائه داد و مورد قبول بسیاری از صاحب‌نظران است، کیفیت زندگی عبارت است از: «برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع» (۱۱). به‌طور کلی می‌توان گفت کیفیت زندگی، فقط از نظر فرد مشخص می‌شود، اگرچه کیفیت زندگی می‌تواند به‌وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار گیرد. رضایت از زندگی به‌وسیله درک هر فرد از وضعیت کنونی‌اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و وضعیت دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌شود (۱۲). بازخوانی مفاهیم متعدد کیفیت زندگی به ارائه تعریفی از سوی گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۰۲) منجر شده است. این تعریف برای درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی و در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات و استانداردها و علاقه مندی آن‌ها ارائه شده است. در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط را در بر می‌گیرد که مبتنی بر ادراک فرد از این ابعاد است. در واقع، کیفیت زندگی در بر گیرنده ابعاد عینی و ذهنی است که در تعامل با یکدیگر قرار دارند. از سوی دیگر، باید توجه داشت که کیفیت زندگی مفهومی پویا است؛ چون ممکن است ارزش‌ها، نیازها و نگرش‌های فردی و اجتماعی طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی دگرگون شوند. همچنین هر بعد از کیفیت زندگی می‌تواند اثرات قابل ملاحظه‌ای بر سایر ابعاد زندگی بگذارد (۱۳، ۱۴).

در حال حاضر، دیدگاه آدمی نسبت به زندگی تغییرات چشمگیری یافته است به‌طوری که فقط حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود؛ بلکه برای ارتقای جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی تلاش بسیار زیادی انجام می‌شود (۱۵). امروزه، مسئله ارتقای سلامت افراد مسن و فعال ماندن آن‌ها در سنین بالا، مسئله‌ای جدی تلقی می‌شود و دیگر به‌عنوان مفهومی تجملی مطرح نیست. با در نظر داشتن نیازهای خاص دوران سالمندی، توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نیز بسیار مهم است که عمدتاً از آن غفلت می‌شود (۱). افزایش طول عمر افراد این توقع را در آنان به‌وجود آورده است که سال‌های بیشتری را در سلامت و فعالیت سپری نمایند، به نحوی که این مسئله متصدیان را بر آن داشته است تا واژه امید به زندگی^۳ را با مفهوم امیدواری به زندگی^۴ سالم «نه به مفهوم نبود بیماری بلکه به-معنی زندگی بدون محدودیت عملکردی» جایگزین نمایند (۳). مسئله جدیدی که امروزه در

1. Viewer

2. World Health Organization Quality of life(WHOQOL)

3. Hope life

4. Life Expectancy

خصوص کیفیت زندگی مطرح می‌شود امیدواری به زندگی است. با اینکه ایده امید^۱ از زمان آغاز خلقت آدمی وجود داشته است، بررسی علمی آن در زندگی انسان قدمتی کوتاه دارد و دوران طفولیت خود را می‌گذراند (۱۶). از نظر اسنایدر^۲ (۲۰۰۰) امید حالت انگیزشی مثبتی است که مبتنی بر حس پایوری^۳ و راه‌یابی^۴ است و محصول تعامل فرد با محیط است؛ به سخن دیگر، امید عبارت است از: ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیریابی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرها (۱۷). اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) در تعریف دیگری، امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است (۱۸). از آنجا که امید به زندگی با نگرش‌ها و ساختارهای مرتبط با زندگی در ارتباط است، هر فردی که به زندگی امیدوار است باید به چگونگی گذران زندگی و کیفیت آن حساس باشد و به ارتقای کیفیت زندگی بپردازد. 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 سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت هدف نهایی تمامی دولت‌هاست (۱۹).

فعالیت بدنی و ورزش از مؤثرترین روش‌های پیشگیری از اختلالات دوران سالمندی است. ورزش و فعالیت بدنی موجب عقب انداختن دوران سالمندی می‌شود و سالمندانی که ورزش می‌کنند، سالم‌تر و با نشاط‌ترند. (۲۰، ۲۱). بخشنده (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان «ارتباط بین شرکت در فعالیت‌های ورزشی اوقات فراغت و کیفیت زندگی در افراد میان‌سال فعال» به این نتیجه رسید که بین شرکت در فعالیت‌های ورزشی و سلامت جسمانی در افراد میان‌سال فعال ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۲). 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 معنی‌دار ارتقاء دهند (۲۳). مکرای و همکاران^۵ (۱۹۹۶) در پژوهشی اثر ۱۲ هفته تمرین پیاده‌روی 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 پیاده‌روی روزانه تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی ندارد (۲۴). نوسلدر و همکاران^۶ (۲۰۰۵) در پژوهشی گزارش کردند که فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است و کیفیت زندگی خود باعث

-
- 1 . Hope
 2. Charles Reik Snyder
 - 3 .Pathways
 - 4 . Way finder
 - 5 . Mac rae et al
 - 6 . Nusselder et al

ارتقای ابعاد روحی و روانی بیماران، به‌ویژه در امید به زندگی و اتکاء به خود می‌شود (۲۵). راس و همکاران^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کاهش وزن از طریق مداخلات فعالیت بدنی و ورزشی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار دارد. همچنین آن‌ها گزارش کردند تمامی ابعاد کیفیت زندگی، به‌غیر از عملکرد جسمانی، با فعالیت بدنی و آمادگی جسمانی ارتباط معنی‌دار دارد (۲۶). ماورونیتیس و همکاران^۲ (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که حرکات موزون و فعالیت بدنی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی‌داری دارد (۲۷). رید و همکاران^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی گزارش کردند که تمرینات هوازی با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری دارد (۲۸). میرجام و همکاران^۴ (۲۰۱۰) در پژوهشی بیان کردند که علاوه بر متغیرهای ژنتیکی که می‌تواند بر برداشت‌های ذهنی و کیفیت زندگی فرد اثر بگذارد، فعالیت بدنی و ورزش بر کیفیت زندگی بیماران اثر معنی‌داری می‌گذارد (۲۹). ایشیزاکی و همکاران^۵ (۲۰۰۲) در پژوهشی گزارش کردند افرادی که فعالیت بدنی را از طریق ابزار و وسایل کمکی انجام می‌دهند، در مقایسه با کسانی که به صورت جسمانی درگیر فعالیت بدنی می‌شوند امیدواری کمتری دارند. همچنین بیان کردند که فعالیت بدنی می‌تواند به صورت مستقیم بر امید به زندگی اثر بگذارد (۳۰). پوفام و میشل^۶ (۲۰۰۶) در پژوهشی تحت عنوان «امید به زندگی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی» گزارش کردند افرادی که امیدواری زیادی به زندگی داشتند در وضعیت اقتصادی مطلوب قرار داشتند، حمایت اجتماعی مناسبی دریافت می‌کردند، به فعالیت بدنی و ورزش می‌پرداختند و از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند (۳۱). کریستیان و همکاران^۷ (۲۰۰۷) در پژوهشی گزارش کردند که بین ابعاد سلامتی روانی و روابط اجتماعی، حیطه‌های شناختی و امید به زندگی و فعالیت بدنی رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۳۲). مانگیاسان و همکاران^۸ (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند زندگی بدون معلولیت و نقص، سلامت جسمانی، تغذیه سالم و فعالیت بدنی مطلوب از جمله عوامل تأثیرگذار بر امید به زندگی‌اند. همچنین در این پژوهش بیان کرد که زنان در مقایسه با مردان امیدواری بیشتری به زندگی دارند (۳۳). کلر

-
1. Ross et al
 2. Mavrovouniotis et al
 3. Reid et al
 - 4 . Mirjam et al
 - 5 . Ishizaki et al
 - 6 . Popham and Mitchell
 - 7 . Christiana et al
 - 8 . Muangpaisan et al

و همکاران^۱ (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان «اثرات وضعیت‌های بنیادین بر امید به زندگی در افراد سالمند» گزارش کردند که وضعیت‌های مطلوبی مانند نداشتن معلولیت، سلامتی جسمانی، گذران اوقات فراغت فعال، انجام ورزش و فعالیت بدنی و نداشتن محدودیت‌های جسمی و روحی باعث ارتقای امید به زندگی در سالمندان می‌شود. همچنین بیان کردند که وضعیت‌های مطلوب بنیادین نظیر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و رضایتمندی از زندگی و امید به زندگی رابطه تنگاتنگی با یکدیگر دارند (۳۴).

ادوارد و همکاران^۲ (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 به‌طور مستقیمی بر اعتماد به نفس و امیدواری اثر می‌گذارد (۳۵). با اینکه کیفیت زندگی و امید به زندگی مفهومی پیچیده و چندگانه است، مورد توجه سازمان‌های خدمات رفاهی و اجتماعی، محققان و اندیشمندان علوم اجتماعی، روان‌شناسی، بهداشت، پزشکی و تربیت بدنی قرار گرفته است. هر چند ارزشیابی و کمی کردن آن کاری دشوار است، تلاش‌های علمی زیادی در این زمینه انجام می‌شود؛ بنابراین بررسی کیفیت زندگی از چند جنبه بسیار اساسی است. نخست اینکه نشانگر ارزیابی مناسبی از خدمات و برنامه‌هایی است که به‌منظور بهبود کیفیت زندگی افراد و گروه‌های مختلف اجتماعی تنظیم شده است. از طرف دیگر، اندازه‌گیری کیفیت زندگی ابزار مهمی برای ارزیابی اثر بخشی سیاست‌گذاری‌ها و تمهیدات بهداشتی، تفریحی، دارویی و غیره است. با توجه به اهمیت روز افزون به بهداشت و سلامت جامعه و روند رو به رشد جمعیت سالمندان، مسائلی نظیر کیفیت زندگی و امید به زندگی در رأس موضوعات مرتبط با جامعه قرار می‌گیرند؛ از این رو امید به زندگی شاخصی اساسی در سلامت عمومی جامعه است و کیفیت زندگی برای افراد و جامعه اهمیت بسیاری یافته است؛ بنابراین پژوهش حاضر به تعیین اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی پرداخته و هدف آن پاسخ به این سؤال است که فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی سالمندان استان مازندران چه اثری دارد.

روش‌شناسی پژوهش

با توجه به اینکه این پژوهش اثر فعالیت‌های بدنی را بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در

1 . Keeler et al

2 . Edward et al

سالمندان استان مازندران مطالعه می‌کند، روش انجام پژوهش توصیفی - زمینه‌یابی بود که به صورت میدانی اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان ۶۰ سال و بیش از ۶۰ سال استان مازندران تشکیل می‌دادند که براساس آخرین استعلام از مرکز ملی آمار ۲۴۴۹۶۹ نفر بودند. بر اساس جدول تعیین حجم نمونه مورگان ۴۰۰ نفر به روش خوشه‌ای - چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از چهار پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد:

از پرسشنامه فعالیت بدنی بک و همکاران (HPA)^۱ برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه فعالیت‌های بدنی استفاده شد. این پرسشنامه توسط بک و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. پرسشنامه مذکور ۲۵ سؤال دارد که شامل سه خرده‌مقیاس تحت عنوان فعالیت بدنی کاری (۷ سؤال)، فعالیت بدنی ورزشی (۱۴ سؤال) و فعالیت بدنی اوقات فراغت (۴ سؤال) است. بک و همکاران (۱۹۸۲) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات در زمینه کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)^۲ استفاده شد. پرسشنامه SF-36 پرسشنامه‌ای ژنریک یا عمومی استاندارد بدون محدودیت فرهنگی^۳ و از معتبرترین پرسشنامه‌های مرتبط با کیفیت زندگی است که برای بررسی کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی استفاده می‌شود. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و هشت بُعد است که ابعاد آن شامل: عملکرد جسمانی^۴، محدودیت نقش در نتیجه مشکلات جسمانی^۵، محدودیت نقش در اثر مشکلات احساسی^۶، احساس حیات^۷، سلامتی روانی^۸، عملکرد اجتماعی^۹، درد بدنی^{۱۰} و سلامتی عمومی^{۱۱} است که تمام این ابعاد به دو جزء جسمانی^{۱۲} و روانی^{۱۳} خلاصه می‌شوند.

1. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity
2. Short Form- 36 Quality of life Questionnaire
3. culture-free
- 4 . Physical functioning
- 5 . Role Limitation due to physical health
- 6 . Role Limitation due to Emotional problems
- 7 . Vitality
- 8 . Mental Health
- 9 . Social functioning
- 10 . Bodily Pain
- 11 . General health
- 12 . Physical component summary
- 13 . Mental component summary

از پرسشنامه مقیاس امید بزرگسالان (AHS) به منظور جمع‌آوری اطلاعات در مورد امید به زندگی استفاده شد. مقیاس امید بزرگسالان پرسشنامه‌ای خودگزارشی شامل ۱۲ سؤال است که توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای بزرگسالان بیش از ۱۵ سال ساخته شده است. به هر یک از سؤالات در مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۴) پاسخ داده می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات بین ۴۸ تا ۱۲ خواهد بود. مجموع نمرات به دست آمده، نمره کلی امید را برای هر فرد نشان می‌دهد. اسنایدر و همکاران پایایی این پرسشنامه (۱۹۹۱) را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و از طریق بازآزمایی آن در دوره‌ای ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آورده‌اند.

به منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌های مذکور در جامعه آماری پژوهش در مطالعه‌ای مقدماتی ۳۰ پرسشنامه توزیع شد که نتایج آزمون آلفای کرونباخ برای پرسشنامه فعالیت بدنی ($\alpha=0/781$)، پرسشنامه کیفیت زندگی ($\alpha=0/891$) و پرسشنامه مقیاس امید ($\alpha=0/745$) گزارش شد که این نتایج نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با پژوهش بود.

به منظور سنجش روایی سؤالات از اعتبار عاملی استفاده شد. در این مطالعه مقدار شاخص KMO حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی برای ابعاد سه‌گانه فعالیت‌های بدنی برابر ۰/۸۸۲ و سطح معنی‌داری آزمون بارتلت برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد. واریانس تبیین شده برای فعالیت‌های بدنی کاری، ورزشی و اوقات فراغت به ترتیب برابر با ۲۶/۲۳، ۲۵/۱۹ و ۱۹/۳۹ به دست آمد که در مجموع ۷۰/۸۱٪ کل واریانس فعالیت‌های بدنی را تبیین کردند. مقدار شاخص KMO حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی برای ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی برابر ۰/۸۸۹ و سطح معنی‌داری آزمون بارتلت برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد. واریانس تبیین شده برای عملکرد جسمانی، محدودیت نقش در نتیجه مشکلات جسمانی، محدودیت نقش در اثر مشکلات احساسی، احساس حیات، سلامتی روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامتی عمومی به ترتیب برابر ۱۲/۱۳، ۱۱/۹۸، ۹/۶۵، ۸/۳۳، ۸/۲۱، ۷/۹۸، ۷/۷۹ و ۷/۱۳ به دست آمد که در مجموع ۷۳/۲۰٪ کل واریانس کیفیت زندگی را تبیین کردند. مقدار شاخص KMO حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی برای مقیاس امید بزرگسالان برابر ۷۷/۹۳ و سطح معنی‌داری آزمون بارتلت برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد. واریانس تبیین شده برای مقیاس امید برابر با ۶۹/۵۹ به دست آمد که در کل ۶۹/۵۹٪ کل واریانس مقیاس امید از این طریق تبیین شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و

تحلیل مدل از روش‌های پیشرفته آماری از مدل‌بازی معادلات ساختاری^۱ به کمک نرم‌افزار لیزرل نسخه ۹/۲ استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

در مرحله اول این پژوهش که متغیرهای اصلی در PRELIS بررسی شدند، مفروضات آمار پارامتریک با تأکید بر نرمال بودن توزیع چندمتغیری و نسبت بدون پاسخ کمتر از ۰/۵ به دست آمد و زبان برنامه نویسی نرم‌افزار LISREL به گونه ساده توانست تا فرامین مرتبط با تحلیل عامل را اجرا کند. در مرحله تحلیل عامل با تأکید بر ارزش ویژه^۲ بیشتر از یک که از آن به عنوان مجموع بارهای عاملی^۳ صحبت می‌شود استفاده شد. پس از تحلیل عامل تأییدی (CFA)^۴، مشخص شد که سه عامل فعالیت بدنی کاری، فعالیت بدنی ورزشی و فعالیت بدنی اوقات فراغت، به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، عوامل اصلی در نظر گرفته شدند و این عوامل به عنوان متغیرهای مشاهده شده بیان شدند. در مرحله بعد که تحلیل عاملی انجام شد و هشت سازه به عنوان متغیر واسطه‌ای کشف شد، مدل نظری با تأکید بر متغیر وابسته کیفیت زندگی تدوین شد که در آن متغیرهای مستقل برون‌زا یا متغیرهای مستقل جریان‌دهنده تحت عنوان هشت متغیر عملکرد جسمانی، محدودیت نقش در نتیجه مشکلات جسمانی، محدودیت در اثر مشکلات احساسی، احساس حیات، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی بیان شدند. همچنین، همان‌گونه که مطرح شد یک متغیر مستقل درون‌زا یا جریان‌گیرنده که به عنوان متغیرهای واسطه‌ای نیز بیان می‌شوند در نظر گرفته شدند. این متغیر مستقل درون‌زا تحت عنوان امید به زندگی در نظر گرفته شدند. پس از اینکه مدل مذکور با تأکید بر تحلیل عاملی و تحلیل مسیر به وسیله داده‌های تجربی طراحی شد، برازش این مدل پرداخته شد و شاخص‌های مرتبط با نیکویی برازش و خطاهای اندازه‌گیری به دست آمد که در این زمینه، از پنج شاخص متفاوت استفاده شد و علاوه بر شاخص مجذورکای^۵ (نسبت درست‌نمایی)، شاخص لوئیز - تاکر^۶ (شاخص برازش غیرنرم)^۷، بونت - بنتلر^۸ (شاخص برازش

-
1. Structural Equation Modeling
 2. Eigen Value
 3. Loading Factors
 4. Confirm Factor Analysis
 5. Chi Square
 6. Tucker- Lewis Index
 7. Non Norm Fit Index
 8. Bentler- Bonett

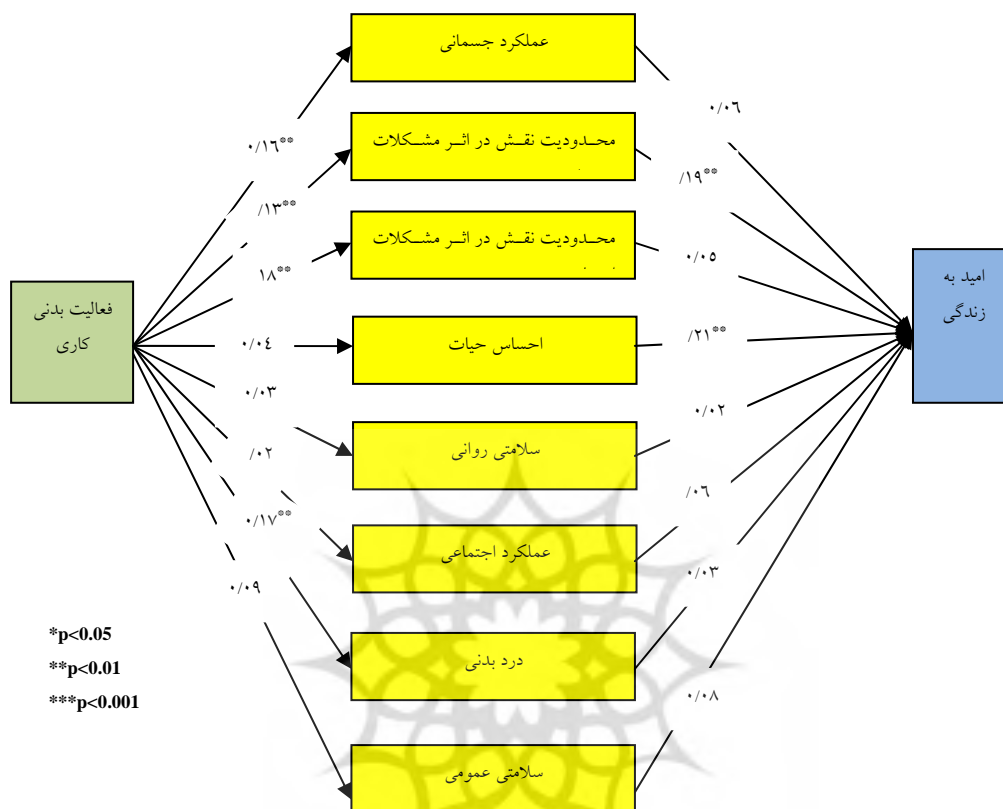
نرم شده^۱، شاخص هولتر^۲ و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۳ در نظر گرفته شد. با تأکید بر تمامی این پنج شاخص مشخص شد که مدل مزبور دارای برازش است و کارآیی خوبی در توصیف روابط بین متغیرها و تعیین متغیر امید به زندگی از طریق متغیرهای کیفیت زندگی و فعالیت بدنی دارد.

جدول ۱. شاخص‌های مرتبط با برازش مدل

شاخص	میزان	تفسیر
مجدورکای (نسبت درست‌نمایی)	۳۸۲/۳۴	برازش کامل در سطح $p > 0.05$
لوئیز - تاکر (شاخص برازش غیرنرم)	۰/۹۴	برازش عالی (ملاک بیش از ۰/۹۰)
بونت - بنتلر (شاخص برازش نرم شده)	۰/۹۷	برازش عالی (ملاک بیش از ۰/۹۰)
هولتر	۰/۸۷	برازش عالی (ملاک بیش از ۰/۷۰)
ریشه دوم خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	۰/۰۱۲	برازش عالی (ملاک کمتر از ۰/۰۵)

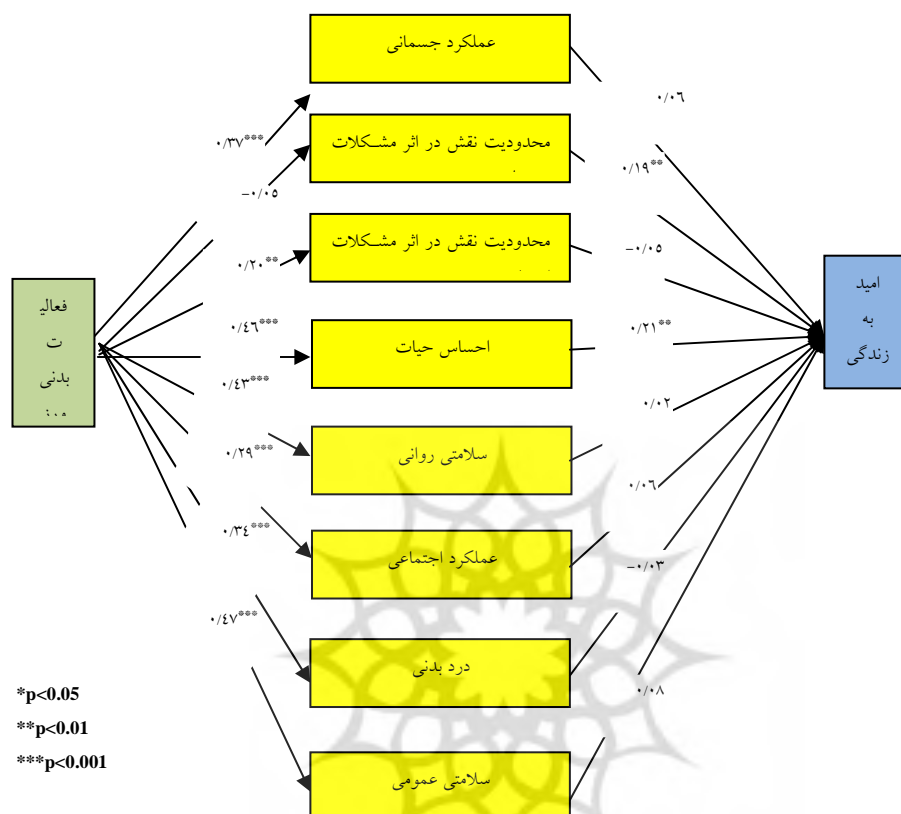
در جمع‌بندی نهایی پژوهش حاضر مطرح می‌شود که مدل پیشنهادی پژوهشگر برازش کاملی دارد؛ زیرا مجدورکای در نسبت درست‌نمایی بیش از ۳۰۰ بوده ($\chi^2 = 382/34$) و مقدار $p > 0.05$ است که نشان‌دهنده تأیید مدل است. همچنین، شاخص برازش غیرنرم لوئیز - تاکر (۰/۹۴) و شاخص برازش نرم شده بونت بنتلر (۰/۹۷)، بیش از ۰/۹۰ بوده است. علاوه بر آن، شاخص هولتر (۰/۸۷) بیشتر از ۰/۷۰ بوده و برازش مطلوب را نشان می‌دهد. همچنین، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (۰/۰۱۲)، کمتر از ۰/۰۵ و معرف برازش مدل محقق است. در نهایت، می‌توان اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای برون‌زا را بدین ترتیب بیان نمود. همان‌گونه که در مدل تحلیل مسیر نشان داده شده فعالیت بدنی کاری بر کیفیت زندگی اثرگذار است ($p < 0.05$). همچنین این اثرگذاری بر عملکرد جسمانی، محدودیت نقش در نتیجه مشکلات جسمانی، محدودیت نقش در اثر مشکلات احساسی و درد بدنی معنی‌دار است ($p < 0.01$). در مدل تحلیل مسیر همچنین نشان داده شد که در میان ابعاد کیفیت زندگی تنها محدودیت نقش در نتیجه مشکلات جسمانی با ضریب مسیر ۰/۱۹ و احساس حیات با ضریب مسیر ۰/۲۱ بر امید به زندگی اثرگذارند.

1. Norm Fit Index
2. Hoelter
3. Root- Mean- Squire- error- approaimation



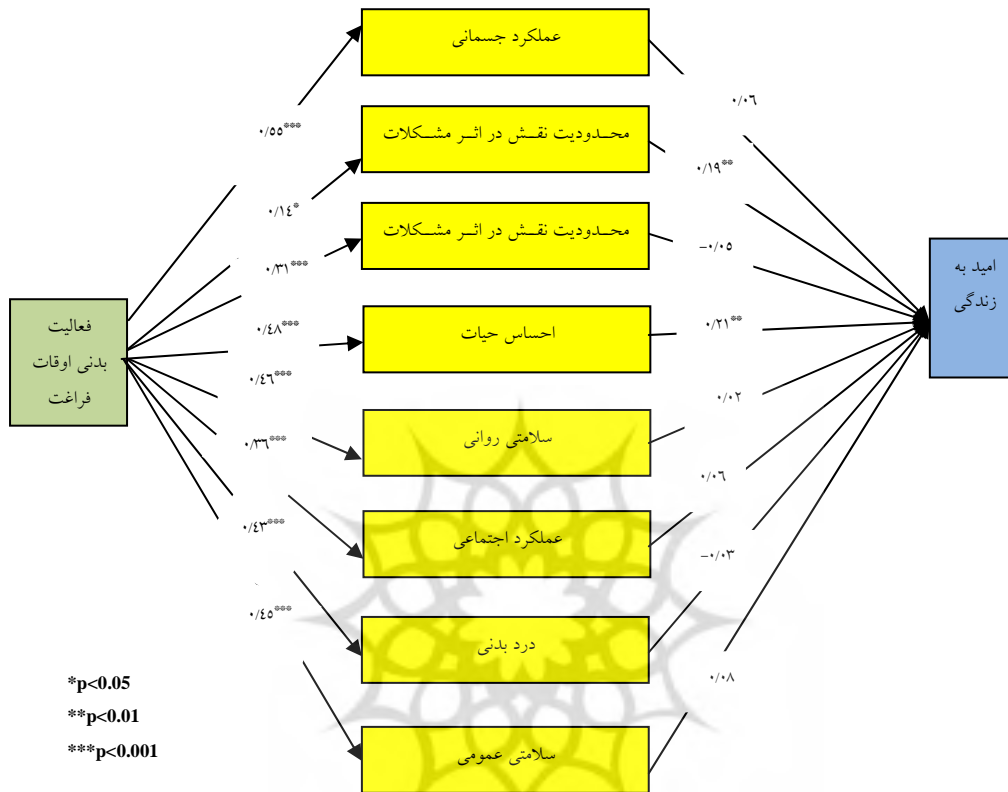
Chi-Square=382.34, DF=369, P. value=0.0804, RMSEA= 0.012
 نمودار ۱. اثرگذاری فعالیت بدنی کاری بر ابعاد کیفیت زندگی و امید به زندگی

همان‌گونه که در مدل تحلیل مسیر نشان داده شده است، فعالیت بدنی ورزشی بر کیفیت زندگی اثرگذار است ($p < 0.05$). همچنین، این اثرگذاری بر عملکرد جسمانی، محدودیت نقش در اثر مشکلات احساسی، احساس حیات، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی معنی‌دار است ($p < 0.01$).



Chi-Square=382.34, DF=369, P. value=0.0804, RMSEA= 0.012
 نمودار ۲. اثرگذاری فعالیت بدنی ورزشی بر ابعاد کیفیت زندگی و امید به زندگی

همان گونه که در مدل تحلیل مسیر نشان داده شده است، فعالیت بدنی اوقات فراغت بر کیفیت زندگی اثرگذار است (p<0.05). همچنین، این اثرگذاری بر تمامی ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی معنی دار است (p<0.05).

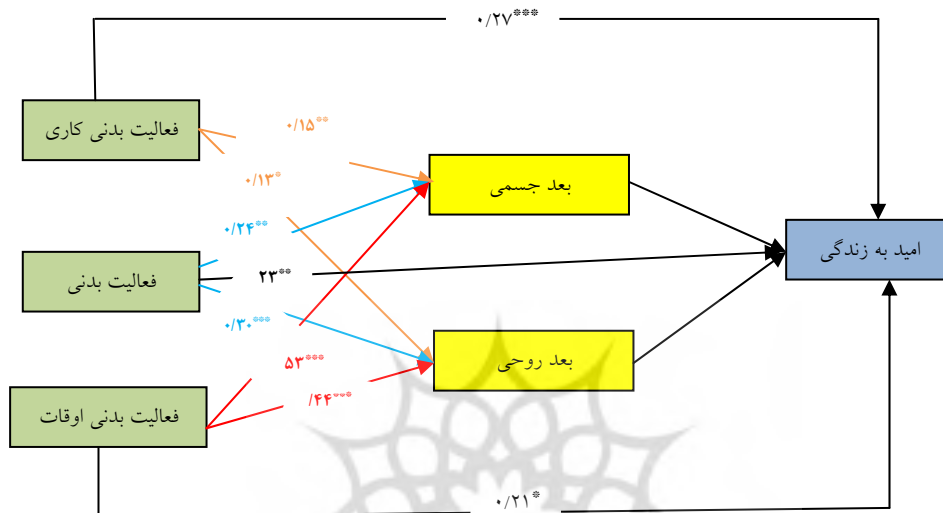


Chi-Square=382.34, DF=369, P. value=0.0804, RMSEA= 0.012

نمودار ۳. اثرگذاری فعالیت بدنی اوقات فراغت بر ابعاد کیفیت زندگی و امید به زندگی

در مدل تحلیل مسیر نیز نشان داده شده است که به ترتیب فعالیت بدنی کاری با ضریب مسیر ۰/۲۷، فعالیت بدنی ورزشی با ضریب مسیر ۰/۲۳ و فعالیت بدنی اوقات فراغت نیز با ضریب مسیر ۰/۲۱ بر امید به زندگی مؤثر است. همچنین فعالیت بدنی کاری با ضریب مسیر ۰/۱۵ بر بعد جسمی کیفیت زندگی و با ضریب مسیر ۰/۱۳ بر بعد روحی کیفیت زندگی مؤثر است. فعالیت بدنی ورزشی با ضریب مسیر ۰/۲۴ بر بعد جسمی کیفیت زندگی و با ضریب مسیر ۰/۳۰ بر بعد روحی کیفیت زندگی اثرگذار است و فعالیت بدنی اوقات فراغت با ضریب مسیر ۰/۵۳ بر بعد جسمی کیفیت زندگی و با ضریب مسیر ۰/۴۴ بر بعد روحی کیفیت زندگی تأثیر

می‌گذارد. در مدل کلی تحلیل مسیر همچنین نشان داده شده است که تنها بعد روحی کیفیت زندگی با ضریب مسیر $0/34$ بر امید به زندگی مؤثر است.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Chi-Square=382.34, DF=369, P. value=0.0804, RMSEA= 0.012

نمودار ۴. اثرگذاری فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این تحقیق تعیین اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران بود. نتایج نشان داد فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی اثرگذار است ($p < 0/05$) و همان‌گونه که در مدل تحلیل مسیر نیز نشان داده شد، فعالیت بدنی کاری، فعالیت بدنی ورزشی و فعالیت بدنی اوقات فراغت بر کیفیت زندگی اثرگذار است ($p < 0/01$). این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات بخشنده (۱۳۸۷)، زمان زاده (۱۳۸۷)، نوسلدر و همکاران (۲۰۰۵)، راس و همکاران (۲۰۰۹)، ماورونیتیس و همکاران (۲۰۱۰)، رید و همکاران (۲۰۱۰)، سالگوئرو و همکاران (۲۰۱۰) و مایرجام و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد. این محققان نیز بین انجام فعالیت‌های بدنی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری گزارش کرده‌اند. از طرف دیگر، این نتیجه با نتایج تحقیقات مک رای و همکاران (۱۹۹۶) همخوانی ندارد. دلیل احتمالی این ناهمخوانی تفاوت جامعه مطالعه‌شده و ابزار مورد استفاده است؛ زیرا تحقیقات مک رای و همکاران (۱۹۹۶) روی بیماران انجام شده و عوامل متعددی می‌توانند در کیفیت زندگی

مرتبط با سلامتی بیماران دخیل باشند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد فعالیت بدنی سالمندان می‌تواند افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی آن‌ها ایجاد کند. نتایج تحقیق راس و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد افزایش فعالیت فیزیکی در میان سالمندان میزان از کار افتادگی آن‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین آن‌ها دریافتند سالمندانی که به طور منظم در فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌کنند، از کیفیت زندگی بهتر و استقلال بیشتری در زندگی برخوردارند. در زمینه نوع فعالیت بدنی نکته قابل توجه از نتایج این تحقیق فعالیت بدنی سالمندان در زمان اوقات فراغت است. براساس نتایج تحلیل مسیر فعالیت بدنی اوقات فراغت بر تمامی شاخص‌های کیفیت زندگی اثرگذار است ($p < 0/05$). این نتیجه بیانگر این است که فعال بودن سالمندان 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 برای انجام کارهای روزانه حتی مسافت‌های کوتاه رواج یافته است. این بی-حرکی باعث بروز بسیاری بیماری‌ها، چاقی و مرگ و میر می‌شود. شیوع این موج کاهش تحرک بدنی شامل سالمندان جامعه هم می‌شود. سالمندان معمولاً به اقتضای وضعیت سنی و جسمی‌شان معمولاً فعالیت بدنی کاری کمتری دارند که باعث می‌شود آن‌ها ساعات متعددی را بدون انجام فعالیت بدنی بگذرانند. نداشتن فعالیت بدنی در چنین اوقاتی به بروز عوارض نامطلوب جسمانی و روحی منجر می‌شود. اگر آن‌ها بتوانند اوقات فراغت خود را به صورت کاملاً برنامه‌ریزی شده بگذرانند، می‌توانند کیفیت زندگی مطلوبی را برای خود فراهم آورند. البته باید یادآوری کرد که مسئولان و دست‌اندرکاران این حوزه وظیفه خطیری دارند. آن‌ها باید بسترهای مناسب انجام فعالیت‌های ورزشی و بدنی را با توجه به وضعیت و احوال سالمندان فراهم آورند. براساس نتایج تحلیل مسیر پس از فعالیت بدنی اوقات فراغت، فعالیت بدنی ورزشی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان دارد ($p < 0/05$). این نتیجه نشان می‌دهد شرکت منظم در فعالیت‌های بدنی و ورزش به افراد مسن کمک می‌کند سطح مطلوبی از کیفیت زندگی را کسب کنند که خود پیامدها و نتایج مثبتی در مسائل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی دارد. با توجه به این مهم، فعالیت‌های ورزشی به‌عنوان بخشی از نیاز ساختاری انسان‌ها می‌تواند اثر مهمی بر کیفیت زندگی افراد جامعه داشته باشد. همان‌گونه که بیان شد با افزایش سن، به‌علت اختلالاتی که در سیستم‌های مختلف بدن روی می‌دهد، به‌ویژه به‌علت محدودیت‌های حرکتی وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه افزایش می‌یابد که این عوامل می‌تواند در احساس خوب بودن و در نتیجه، کیفیت زندگی فرد اثرات منفی زیادی ایجاد کند. با توجه به این مسائل یکی از بهترین راه‌های رویارویی با چنین پیامدهایی انجام ورزش و فعالیت بدنی

مطلوب در محیط‌های ورزشی است.

نتایج همچنین نشان داد که فعالیت‌های بدنی بر امید به زندگی مؤثر است ($p < 0/05$) و همان‌گونه که در مدل تحلیل مسیر نیز نشان داده شد، فعالیت بدنی کاری، فعالیت بدنی ورزشی و فعالیت بدنی اوقات فراغت همگی بر امید به زندگی اثرگذارند ($p < 0/01$). در این زمینه می‌توان به تحقیقات ایشیزاکی و همکاران (۲۰۰۲)، پوافم و مثل (۲۰۰۶) مانگپاسان و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که ارتباط معنی‌داری بین انجام فعالیت‌های بدنی و امید به زندگی گزارش کرده‌اند. از طرف دیگر، این نتیجه با نتایج تحقیقات کریستیانا و همکاران (۲۰۰۷) که نتوانسته بودند ارتباط معنی‌داری بین میزان فعالیت بدنی و امید به زندگی گزارش کنند، همخوانی ندارد. علت این ناهمخوانی ممکن است تفاوت فرهنگی جوامع تحقیق و نوع جامعه مورد مطالعه آن‌ها با این تحقیق باشد. از آنجا که این تحقیقات روی بیماران و علت‌یابی کاهش امیدواری به زندگی در جوامع آمریکای لاتین بوده است، نتایج آن‌ها با این تحقیق همخوانی ندارد. با توجه به نتایج تحقیق می‌توان بیان کرد فعالیت‌های بدنی اثرات مهمی بر شکل‌دهی امید به زندگی دارد. این تأثیر می‌تواند حالتی را منعکس کند که در آن افراد جامعه با روی آوردن به انجام فعالیت‌های بدنی، به‌ویژه فعالیت‌های ورزشی می‌توانند نگرش مثبتی به آینده داشته باشند. افرادی که امید به زندگی بیشتری دارند، می‌توانند برای خود در آینده اهدافی تدوین و راه‌های رسیدن به آن‌ها را مشخص کنند و امیدوار باشند که به این اهداف می‌رسند. براساس مدل تحلیل مسیر، فعالیت بدنی ورزشی بیشترین تأثیر را بر امید به زندگی سالمندان دارد ($p < 0/05$). این نتیجه مؤید این امر است که ورزش اثرات مفیدی بر وضعیت سلامت روانی سالمندان دارد. در بعد روحی و روانی ورزش باعث افزایش عزت نفس، اعتماد به نفس، خودباوری، امید به زندگی، خود ارزشی و رضایت از زندگی می‌شود؛ از این رو باید تلاش شود که عموم افراد جامعه به انجام فعالیت بدنی و ورزش به‌عنوان رکنی اساسی در افزایش امیدواری به زندگی توجه کنند. واضح است که افرادی که به آینده امیدوارند، تفکرات مثبتی در مورد مسائل دارند که باعث پیدایش جوی سالم از لحاظ روحی و روانی در جامعه می‌شود و آن را به سمت سعادت و بهره‌وری زیاد سوق می‌دهد. این امر محقق نخواهد شد مگر اینکه انجام فعالیت بدنی و ورزش جزء لاینفکی از زندگی افراد باشد.

نتایج نشان داد کیفیت زندگی بر امید به زندگی اثرگذار است ($p < 0/05$). در مدل تحلیل مسیر نشان داده شد که در میان ابعاد کیفیت زندگی تنها محدودیت نقش در اثر مشکلات فیزیکی و احساس حیات بر امید به زندگی اثرگذارند ($p < 0/05$). در مدل کلی تحلیل مسیر همچنین نشان داده شده است که تنها بعد روحی کیفیت زندگی بر امید به زندگی مؤثر است

($p < 0/01$). در این زمینه می‌توان به نتایج تحقیقات نوسلدر و همکاران (۲۰۰۵)، پافم و مثل (۲۰۰۶)، ادوارد و همکاران (۲۰۰۶) و کلر و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که گزارش کردند کیفیت زندگی با امیدواری به زندگی ارتباط معنی‌داری دارد. از آنجا که کیفیت زندگی بخش ذاتی مرتبط با مشارکت در فعالیت‌های بدنی است، می‌توان این‌گونه بیان کرد که فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی اثر گذاشته و کیفیت زندگی به نوبه خود بر امید به زندگی اثر می‌گذارد. وضعیت‌های مطلوبی مانند نداشتن معلولیت، سلامتی جسمانی، گذران اوقات فراغت فعال، انجام ورزش و فعالیت بدنی و نداشتن محدودیت‌های جسمی و روحی در سالمندان باعث ارتقای امید به زندگی در آنان می‌شود. همچنین وضعیت‌های مطلوب بنیادین نظیر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و رضایتمندی به زندگی و امید به زندگی در رابطه تنگاتنگی با یکدیگرند. نتایج نشان داد اثر بعد روحی کیفیت زندگی با امیدواری به زندگی معنی‌دار است ($p < 0/05$)؛ از این رو باید بر عواملی که به ارتقای بعد روحی کیفیت زندگی منجر می‌شوند تأکید بیشتری کرد. از آنجا که کیفیت زندگی با متغیرهایی مانند، فعالیت بدنی، حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی و امید به زندگی در ارتباط است، برای داشتن امید به زندگی زیاد باید از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بود؛ بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که یکی از عوامل مؤثر برای داشتن امید به زندگی زیاد کیفیت زندگی مطلوب است که کیفیت زندگی نیز متأثر از عواملی نظیر انجام فعالیت‌های بدنی است.

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت ورزش و فعالیت بدنی در سالمندان موجب ارتقای کیفیت زندگی و امیدواری به زندگی می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از ورزش و فعالیت بدنی ویژه سالمندان که بسیار کم‌هزینه و از نظر اجرا مقرون به صرفه است، در کانون‌های فعالیت سالمندان، مراکز مراقبتی سالمندان و مجتمع‌ها و حتی در سطوح جامعه به‌عنوان عاملی برای افزایش کیفیت زندگی و امیدواری به زندگی سالمندان استفاده شود. در زمینه اقدامات تسهیلاتی در خصوص ورزش سالمندان می‌توان به ساخت و طراحی جاده‌های تندرستی، مسیرهای دوچرخه سواری، انجام حرکات نرمشی دسته جمعی صبحگاهی، باشگاه‌های تندرستی مختص سالمندان، صعودهای سبک به ارتفاعات، اردوهای دسته جمعی همراه با حرکات ورزشی، انجام حرکات اصلاحی برای دردهای عضلانی و اسکلتی و

مشاوره‌های ورزشی برای سالمندان اشاره کرد. البته این نکته قابل ذکر است که برای ارتقای کیفیت زندگی و امید به زندگی سالمندان باید تمامی نهادها و افراد جامعه همکاری کنند تا زمینه‌ی اعتلای سلامتی روحی و جسمی آن‌ها فراهم آید.

منابع:

۱. داگلاس، آ. برنشتین. توماس، دبورکووک (۱۳۶۸) آموزش آرامش تدریجی، ترجمه مختار ملک پور، چاپ اول، انتشارات بامداد.
۲. حمیدی زاده، سعید. احمدی، فضل الله. اصلانی، یوسف و همکاران (۱۳۸۷) بررسی تأثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۸۶-۸۵، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دوره شانزدهم، شماره اول، ص ۸۱-۸۶.
۳. جرالده سی، دیویدسون. ماروین، آر گلدفرید (۱۳۷۱) رفتار درمانی بالینی، ترجمه احمد احمدی علون آبادی، چاپ اول، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
4. Guralink, J, M. Farmer, M,E. Brazer, M.(2001)Chorionic condition –in: established population for epidemiologic studies of the elderly. Washington, DC: national institute of aging .Dec; 71(5), pp: 110-117.
5. Wood, R. Alvaz, R. Maraya, B. standerasc, C.(2001) physical fitness, cognitive function and health-related quality of life in older adults. Aging. *Phys .Act.May*; 7(71), pp: 217-230.
6. Rowe, M. Leachan, E. Youg, D.(1999) Evaluation the efficacy of physical activity for influencing quality of life outcomes in older adults.*Ann.Beh.Med. J*; 251(14), pp: 718-725.
7. Lee, W. KO, I, S, Lee, K, J. (2005) Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. *International Journal of nursing studies*; 49(2), pp: 129-137.
8. Michael, J,A. GrantCushman,B.(2009) Leisure time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighborhoods. *Journal of Health & Place*, 15 .482-4.
9. Rejeski, W, J. Mihalko, S, L. (2001) physical activity and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology series: A Biological sciences and medical sciences*, 56.pp:23-35.

10. Conger, S. Moor, K, D (2002) chronic illness and quality of life: the social workers role .TSAO foundation.p10.
11. King, A. Proutt, L,A. Phillips, A.(2006) comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *Gerontology.med.sci.J*; 137(70).pp:825-832.
12. Bonomi, A,E. Patrik, D,L. Bushnell, D,M. Martin, M (2000) validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHQOL) instrument .*Journal of clinical Epidemiology*.53, pp:19-23.
13. World Health Organization (2002) the world health report 2002: reduce risks, promoting healthy life. World Health Organization, p: 97.
14. Nawa, C .Taylor, W, R. (1992) childhood chronic illness: prevalence severity and impact .*American journal of public health* (82) .pp: 18-21.
۱۵. نائینیان ، محمدرضا . شعیری، محمدرضا. روشن، رسول. صیدمحمدی، کبری. خلمی، زهره (۱۳۸۴) مطالعه برخی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی (QLQ) ، دانشور رفتار ، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال دوازدهم-دوره جدید شماره ۱۳.
۱۶. منصورى،، خليل (۱۳۸۷). آثار و کارکرد امید در زندگی انسان. پایگاه مرکز فرهنگ و معارف قرآنی.
17. Snyder, C.R. (2000) Handbook of HOPE: Theory, Measures, and Applications. (Edited by C. R. Snyder) ACADEMIC PRESS. USA.
18. Snyder, C, R. Ritschel, L, A. Ravid, L, K. Berg, C, J. (2006). Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports. *Journal of Clinical Psychology*. 62 (1), pp: 33-46.
19. Legler, L.(2007)Declarations, Charters and statement – Their role in health promotion. *Health promotion international*, 22, pp: 179-181.
20. Patterson, S,L. Rodgers, M,M. Macko, R,F. Forrester, L,w (2008)effect of treadmill exercise training on spatial and temporal gait parameters in subjects with chronic stork: A preliminary report .*J Rehabi Res Dev.*; 45(2), pp: 221-228.
21. Avenell, A. Broom, J. Brown, T,J. Poobalan, A. Aucottle, S, S. et al(2004) systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implication for health improvements. *Health technology Assessment*, 8, pp: 161-182.

۲۲. بخشنده، محمد (۱۳۸۷) ارتباط بین شرکت در فعالیتهای ورزشی اوقات فراغت و کیفیت زندگی در افراد میانسال فعال، پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی. دانشگاه شمال.
۲۳. زمان زاده، مهدی و همکاران (۱۳۸۷) تأثیر تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی در بیماران همو دیالیزی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ص: ۵۵-۵۱.
24. MacRae, P, G. Asplund, J, F. Schnellc, J, G. et al (1996) A walking program for nursing home residents: effects on walk endurance, physical activity, mobility and quality of life. *J. Am Geriater Soc.* 1; 44(2), pp: 175-80.
25. Nusselder, W, J. Looman, C, W. Mackenbach, J, P. et al (2005) the contribution of specific diseases to educational disparities in disability free life expectancy. *Am J Public Health*; 95, pp: 2035-2041.
26. Ross, K. Milsom, V. Rickel, K. et al (2009) The contributions of weight loss and increased physical fitness to improvements in health-related quality of life. *Journal of Eating Behaviors* (10). pp: 84-88.
27. Mavrovouniotis, F. Argiriadou, E. Papaioannou, C. (2010) Greek traditional dances and quality of old people's life. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (14). pp: 209-218.
28. Reid, K. Baron, K. Lu, B. et al (2010) Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Journal of Sleep Medicine* (11). pp: 934-940.
29. Mirjam, A, G. Sprangers J, A. Sloan, A, B. et al (2010) Scientific imperatives, clinical implications, and theoretical underpinnings for the investigation of the relationship between genetic variables and patient-reported quality-of-life outcomes. *Journal of Qual Life Res* (12). pp: 134-141.
30. Ishizaki, T. Kai, I. Kobayashi, Y. et al (2002) Functional transitions and active life active older adults. *Journal of Psychotherapy Integration.* 11(22), 319-363.
31. Popham, F. Mitchell, R. (2006) Self-rated life expectancy and lifetime socio-economic position: cross-sectional Analysis of the British household panel survey. *International Journal of Epidemiology.* (65); pp: 36-58.
32. Christiane, A. Hoppmann, A. Denis, G, et al (2007) Linking Possible Selves and Behavior: Do Domain-Specific Hopes and Fears Translate into Daily Activities in Very Old Age. *Journal of Gerontology*, Vol. 62B, No. 2, pp: 104-111.
33. Muangpaisan, W. Assantachai, P. Intalaporn, S. et al (2010) Health expectancies in the older Thai population. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* AGG-2277; P: 5.
34. Keeler, M. Jack, M. Tian, H. et al (2010) The Impact of Functional Status on Life Expectancy in Older Persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 65(7). pp: 727-733.

35. Edward, M, C. et al. (2006). Physical activity and quality of life in older adults: Influence of Health students and self-Efficacy, *Ann Behave med*, 31(1), pp: 99-103.

ارجاع مقاله به روش APA

ثناپی، محمد؛ زردتشتیان، شیرین؛ نوروزی سید حسینی، رسول؛ (۱۳۹۲)، اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران، *مطالعات مدیریت ورزشی*، ۱۷، ۱۵۶-۱۳۵

ارجاع مقاله به روش vancouver

ثناپی محمد؛ زردتشتیان شیرین؛ نوروزی سید حسینی رسول. اثر فعالیت‌های بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران، *مطالعات مدیریت ورزشی*، ۱۳۹۲؛ ۵ (۱۷): ۱۵۶-۱۳۵



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی