



## ارائه مدل فعالیت بدنی زنان ایرانی در اوقات فراغت در مراحل مختلف زندگی

آمنه اسدالهی<sup>۱</sup>

سید حمید سجادی هزاوه<sup>۲</sup>

زینت نیک آیین<sup>۳</sup>

علی زارعی<sup>۴</sup>



10.22034/SSYS.2022.1999.2416

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۹/۱

هدف این تحقیق، نظریه پردازی و ارائه مدل برای فعالیت بدنی زنان ایرانی در اوقات فراغت در مراحل مختلف زندگی بود. روش پژوهش داده بنیاد با رویکرد نظام مند و نمونه گیری از نوع نظری بود. تحلیل داده ها به روش «پرسش» و «مقایسه» مستمر انجام شد. به منظور رسیدن به اشباع نظری، ضمن بررسی حدود ۳۰۰ مقاله پژوهشی، با ۱۳۶ خانم ۷-۷۸ ساله ایرانی که به طور مرتب به فعالیت بدنی می پرداختند بعلاوه ۱۷ مادر و ۶ پدر، مصاحبه های نیمه ساختاریافته صورت گرفت. در پایان مرحله کدگذاری باز ۱۲ مقوله اصلی شناسایی و فعالیت بدنی به عنوان مقوله محوری انتخاب شد. در پایان مرحله کدگذاری، یک مدل مفهومی برای کل مراحل زندگی و یک نمودار از میزان فعالیت بدنی در مراحل مختلف زندگی طراحی گردید. همچنین تفاوت های اصلی شرایط زنان ایرانی برای انجام فعالیت در مراحل مختلف زندگی مشخص شد.

یافته های پژوهش نشان داد مادر در مرحله کودکی، پدر در مرحله نوجوانی، انگیزه های شخصی در مرحله جوانی، ترس در مرحله میانسالی و فرزندان در مرحله سالمندی مهمترین سوق دهنده زنان ایرانی برای انجام

۱. دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار، مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۳. استادیار، مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. دانشیار، مدیریت ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

• ارائه مدل فعالیت‌بدنی زنان ایرانی در اوقات فراغت در مراحل مختلف زندگی

فعالیت هستند. همچنین مشخص شد میزان فعالیت زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی به دلایل مختلف در نوسان است؛ به طوری که در پایان مرحله کودکی در بالاترین و در هنگام «فرزندآوری و فرزندپروری» و «کهولت سن» در پایینترین حد خود قرار دارد.

واژگان کلیدی: زیبایی اندام، سلامتی، مروجان، امنیت و ایمنی و فرهنگ ضعیف.



## مقدمه

سلامتی زنان با فرزندآوری و بقای نسل بشر ارتباطی حیاتی دارد. زنان در هر مرحله از چرخه زندگی شان همچون یک محافظ نامحسوس بزرگ برای خانواده در برابر اختلالات فرهنگی و محیطی عمل می کنند (هیمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). زنان دارای فعالیت بدنی<sup>۲</sup> در مراحل مختلف زندگی در صد توده بدون چربی بالاتری نسبت به سایرین دارند و خیلی کمتر به بیماری های مزمنی همچون بیماری های قلبی-عروقی، دیابت و چاقی مبتلا می شوند (وولف<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). کم تحرکی زنان متاهل احتمال زایمان سزارین را افزایش می دهد، در حالی که فعالیت بدنی با شدت متوسط احتمال آن را کاهش می دهد (روسو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین فعالیت بدنی و رضایت از بدن بعد از زایمان به بهبود سندروم افسردگی بعد از زایمان نیز کمک می کند (اسلَف<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). تغییرات هورمونی مربوط به یائسگی، زنان میانسال را مستعد به سارکوپنی یا پوکی استخوان می کند که می تواند منجر به شکستگی استخوان و معلولیت در ادامه زندگی آنها شود. فعالیت بدنی ضمن اینکه تاثیرات قابل توجهی روی عضلات بدن دارد، می تواند در مراحل مختلف یائسگی نیز مفید باشد (اسپیل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین حفظ و ارتقای سلامتی زنان جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و راهبردی ترین اقدام به منظور رسیدن به این هدف فعالیت بدنی است. در جامعه ایران از فعالیت بدنی با عناوینی همچون «ورزش کردن» یا «ورزش همگانی» یاد می شود، اما در متون علمی به آن «فعالیت بدنی» گفته می شود. نتایج نشان داده است عموماً علاقه و مشارکت زنان در ورزش کمتر از مردان است. همچنین انگیزه های مردان و زنان برای ورزش کردن نیز متفاوت است بخصوص در انتخاب میزان رقابت و ریسک. معمولاً زنان نسبت به مردان خواهان ریسک و رقابت کمتری هستند (دینر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). تعداد رشته های ورزشی زنان نیز کمتر از مردان است و برخی رشته ها مردانه محسوب می شوند. همچنین در جوامع مردسالارانه تفاوت های جنسیتی منجر به محدودیت بیشتر زنان برای مشارکت در انواع فعالیت های بدنی می شود (دینر و اسمیت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین فعالیت بدنی زنان و مردان تفاوت های قابل توجهی با یکدیگر دارد. کشکر و احسانی (۱۳۸۶) در تحقیقی به منظور اولویت بندی عوامل بازدارنده زنان ایرانی برای انجام فعالیت بدنی از یک مدل سلسله مراتبی تایید شده در سایر کشورها استفاده کردند، ولی نتایج، سلسله مراتب عوامل بازدارنده این مدل را در جامعه ایران تایید نکرد. بنابراین شرایط نیز در جوامع مختلف برای زنان متفاوت است. همچنین زنان در مراحل مختلف زندگی با شرایط متفاوتی روبه رو هستند. در این رابطه کانیم<sup>۹</sup> (۲۰۱۵) بیان کرد میزان فعالیت بدنی زنان در مراحل مختلف چرخه زندگی در نوسان است. در مراحل مختلف زندگی عوامل و اتفاقات مختلف، مشارکت

1. Hyman
2. Physical activity
3. Woolf
4. Russo
5. Schlaff
6. Sipila
7. Deaner
8. Deaner & Smith
9. Kaim

زنان در فعالیت‌های بدنی را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. از تولد تا ۲ سالگی دوران نوزادی و ۲-۶ سالگی مرحله کودکی اولیه محسوب می‌شوند. مرحله کودکی اولیه، زمان یادگیری مهارت‌های پایه حرکتی محسوب می‌شود و فعالیت بدنی مورد بحث در این تحقیق یا اصطلاحاً ورزش کردن بیشتر از مرحله کودکی ثانویه (۶-۱۲ سالگی) شروع می‌شود. در مراحل مختلف کودکی، مادران نقش اساسی و حیاتی در تربیت، رشد جسمانی، پرورش و شکوفایی احساسات و عواطف انسانی و همچنین جامعه‌پذیری و سازگاری اجتماعی کودکان بخصوص دختر بچه‌ها دارند (ملکوتی، ۱۳۹۷). بعد از مرحله کودکی ثانویه، مرحله نوجوانی (۱۲-۲۰ سالگی) شروع می‌شود. «مدیریت وزن»، «تعامل اجتماعی» و «لذت بردن» از جمله دلایل مشترک دختران نوجوان و جوان برای ورزش کردن هستند، ولی داشتن اندام زیبا برای دختران نوجوان یک انگیزه بسیار مهم محسوب می‌شود و زنان جوان بیشتر به اهمیت ورزش کردن در طول زندگی و اثرات مثبت آن در آینده تاکید دارند (آلندر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). معمولاً افراد بالغی که در اوقات فراغت خود به فعالیت بدنی می‌پردازند نسبت به دیگر افرادی که به سایر فعالیت‌های اوقات فراغتی می‌پردازند، انگیزه‌های درونی تری دارند (بل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در مرحله جوانی (۲۰-۴۰ سالگی) خانه‌داری، فرزندآوری و فرزندپروری و اشتغال و به عبارتی چندگانگی نقش در مادران می‌تواند فشار روانی و استرس بیشتری به آنان تحمیل کند (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۴). مرحله میانسالی یعنی ۴۰-۶۵ سالگی یکی دیگر از دوره‌های رشدی انسان است و زنان در این دوره علاوه بر تغییرات جسمانی، تغییرات هویتی در زمینه ادراک و ارتباط با خود، روابط با دیگران و جهان هستی را تجربه می‌کنند (رهبری و همکاران، ۱۳۹۹). یانگی، واقعه جسمانی زندگی زنان در میانسالی است که در فواصل سنین ۴۰-۵۹ سالگی روی می‌دهد و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و فعالیت بدنی می‌تواند اثرات سوء آن را کاهش دهد. از حدود ۶۵ سالگی دوران سالمندی شروع می‌شود و شرایط در این دوران نیز با مراحل قبلی زندگی فرد بسیار متفاوت است. زنان سالمند با مشکلات متعدد جسمانی، اجتماعی و روانی روبه‌رو می‌شوند؛ به طوری که این مشکلات بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد (کلدی و همکاران، ۱۳۸۳). فوت همسر و اضطراب‌آمیز از تجربیات زنان در میانسالی و بیشتر در سالمندی است. زنان بعد از فوت همسر، هویت جدیدی را تجربه می‌کنند و با توجه به منابع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، روابط خانوادگی، سن و وجه مادری یکی از سه حالت شاد، غمگین یا سرگردان را تجربه خواهند کرد (بلوری و علیرضا نژاد، ۱۴۰۰). این در حالی است که فعالیت بدنی مستمر منجر به بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی زنان سالمند شامل سلامت روانی، سلامت عمومی، انرژی و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، مشکلات جسمانی، محدودیت‌های عملکرد بدنی، درد و مشکلات عاطفی می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۶) و هر چه مشارکت سالمندان در فعالیت‌های بدنی بیشتر باشد، اضطراب مرگ در آنها کاهش پیدا می‌کند- اگر این فعالیت بدنی در بالاترین سطح باشد، فرد سالمند کاملاً در برابر اضطراب مرگ محافظت خواهد شد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۸).

در بررسی پیشینه تحقیق با توجه به اینکه پدیده فعالیت بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی مدنظر

1. Allender

2. Ball

بود، حدود ۳۰۰ مقاله علمی پژوهشی بررسی شد که در ادامه نتایج تعدادی از مهمترین این مقالات ارائه می‌گردد. نتایج تحقیق ولدی و حمیدی (۱۳۹۹) نشان داد دختران دبستانی تهرانی سطح سواد بدنی پایین تری نسبت به پسران دارند. نتایج همچنین نشان داد در شروع دوره دبستان سطح سواد بدنی دختر بچه‌ها بسیار پایین است ولی در ادامه افزایش می‌یابد، اما در انتهای دوره کودکی ثانویه و هم‌زمان با شروع مرحله نوجوانی سطح سواد بدنی مجدداً افت می‌کند. منوچهری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) اقدامات خانواده و گروه‌های همسالان، سازمان‌های دولتی و غیردولتی، اقدامات مشترک بخش‌های دولتی و غیردولتی، نهادهای مذهبی و اقدامات تسهیل‌کننده را برای نهادینه‌سازی فرهنگ ورزش در کودکان و نوجوانان مهم شناسایی کردند. البته در حال حاضر خانواده نقش بسیار تاثیرگذارتری دارد. آصفی و قنبری (۱۳۹۷) در این زمینه بیان کردند خانواده در نهادینه‌کردن فعالیت بدنی در کودکان چهار نقش مهم دارند: (۱) الگو، (۲) مشوق، (۳) حامی، (۴) هم‌کنش. چالش‌های فعالیت بدنی دختران دبستانی نیز موضوع تحقیقات بسیاری بوده است. قنبری و همکاران (۱۳۹۷) دختر بودن، پایین بودن سطح توان مالی و فرهنگی خانواده، کمبود و دسترسی محدود دختران به اماکن ورزشی در بیرون از مدرسه، ضعف مدیریتی و کمبود معلم ورزش متخصص و بودجه و امکانات در مدارس را به عنوان برخی از مشکلات فعالیت بدنی دختران دبستانی شناسایی کردند. حمیدی و همکاران (۱۳۹۷) نیز بیان کردند با وجود اینکه علاقه دختران دبستانی به ورزش کردن بسیار زیاد است و والدین نیز حمایت لازم را دارند، اما کمبود بودجه، اماکن و امکانات ورزشی از چالش‌های توسعه فعالیت بدنی در این دوران هستند. ون‌آکر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) روی همکاری دو و چند جانبه بین مدارس، خانواده و جامعه (سازمان ورزش شهرداری، باشگاه‌های ورزشی و سایر سازمان‌های اجتماعی مرتبط) برای توسعه مشارکت ورزشی کودکان تاکید و چارچوبی را برای این همکاری ارائه کردند. نتایج تحقیق مرزبان‌پناه (۱۳۸۹) نیز نشان داد ترکیب بدنی دختران ۱۲ ساله یعنی انتهای مرحله کودکی ثانویه وضعیت مطلوب‌تری نسبت به اوایل مرحله نوجوانی یعنی ۱۳-۱۵ سالگی دارد و دختران ایرانی هرچه از ۱۲ سالگی به سمت ۱۵ سالگی می‌روند درصد دختران چاق بیشتر می‌شود. نتایج تحقیق بیانگر این است که علت چاقی و اضافه‌وزن دختران نوجوان ایرانی در سنین ۱۴ و ۱۵ و بالاتر (مرحله نوجوانی) مربوطه به کاهش فعالیت بدنی آنهاست و کمبود فضای مناسب ورزشی مدارس، کمبود معلم ورزش متخصص، توانمند و بانگیزه، عدم تناسب در رشد عضلانی و استخوانی در فرآیند بلوغ، مشکلات روانشناختی و باورهای فرهنگی و اجتماعی بازدارنده از جمله مهمترین دلایل کاهش فعالیت بدنی آنهاست. گرکا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۶) با بیان اینکه دختر بچه‌ها کمتر از پسر بچه‌ها به فعالیت بدنی می‌پردازند، به این نتیجه رسیدند در برزیل نیز کودکان (دختر و پسر) ۸-۱۲ ساله بیش از نوجوانان (دختر و پسر) ۱۳-۱۷ ساله به فعالیت بدنی می‌پردازند. نتایج تحقیق آصفی و عموزاده (۱۳۹۶) نشان داد معلمان، دوستان، همسالان و والدین به ترتیب بیشترین نتایج تحقیق آصفی و عموزاده (۱۳۹۶) نشان داد معلمان، دوستان، همسالان و والدین به ترتیب بیشترین تاثیر را در مشارکت نوجوانان (دختر و پسر) در فعالیت‌های بدنی دارند. حسینی و همکاران (۱۳۹۱) سوء مدیریت و کمبود اماکن ورزشی در

1. Van Acker

2. Greca

دسترس، عدم امنیت و ایمنی، هزینه‌های بالای ورزش کردن و عقب افتادن از درس را به‌عنوان بازدارنده‌های آشکار و ویژگی‌های فردی (خجالتی بودن، تبلی و ترس از شروع ورزش)، نگرانی والدین (بابت به‌خطر افتادن سلامتی، امنیت و درس فرزند) و محیط اجتماعی را به‌عنوان بازدارنده‌های نهان فعالیت بدنی دختران نوجوان ایرانی شناسایی کردند. عبداللهی (۱۳۹۲) آگاهی، خانواده، امکانات، مدارس، انتظارات و انگیزه‌های شخصی، وجود حریم امن دور از دید مردان، باور تندرستی و حمایت اجتماعی را به‌عنوان مهمترین عوامل تاثیرگذار بر فعالیت بدنی دختران نوجوان دبیرستانی شناسایی کردند. لوبانز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نیز معتقدند دختران نوجوان کمتر از پسران نوجوان ورزش می‌کنند و انگیزه‌ها و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده فعالیت‌های بدنی دختران نوجوان با پسران نوجوان بسیار متفاوت است و با ارائه یک مدل مفهومی شش مقوله «قابلیت و اراده فرد برای انجام فعالیت بدنی<sup>۲</sup>»، «فیزیک بدنی مدنظر فرد<sup>۳</sup>»، «پیامدهای مورد انتظار»، «راهبردهای رفتاری فعالیت بدنی<sup>۴</sup>»، «موانع و تسهیل‌کننده‌ها»، و «فعالیت بدنی» را به‌عنوان مقولات اصلی فعالیت بدنی دختران نوجوان شناسایی کردند. الدر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۷) نیز مدل مفهومی فعالیت‌های بدنی دختران نوجوان دبیرستانی ایالات متحده آمریکا را طراحی کردند که در آن «سیاست‌های دبیرستان و نهادهای اجتماعی مرتبط» و «شعارها و مشوق‌ها» روی «محیط فیزیکی»، «محیط اجتماعی» و «دختران نوجوان دبیرستانی» تاثیر می‌گذارند، شرایط محیطی فیزیکی و اجتماعی و مشوق‌ها باعث افزایش «انگیزه‌های شخصی» دختران نوجوان می‌شود و در نهایت مجموع شرایط محیطی و انگیزه‌های شخصی افزایش یافته نیز منجر به «افزایش فعالیت‌های بدنی دختران نوجوان» می‌شود. همچنین «تقویت مثبت» که به دنبال انجام فعالیت‌های بدنی ارائه می‌شود باعث استمرار این فرآیند خواهد شد. در پایان مرحله نوجوانی، مرحله جوانی شروع می‌شود. حسینی و همکاران (۱۳۹۸) عوامل روانشناختی، خانواده، دسترسی به اماکن ورزشی، فرهنگ حاکم و تبلیغات را به‌عنوان عوامل تاثیرگذار بر ورزش کردن یا ورزش نکردن بانوان بالای ۱۸ سال ایرانی شناسایی کردند. موتمنی و همکاران (۱۳۹۳) «عدم توجه مسولان به ورزش زنان»، «فرهنگ مرد محور»، «کمبود وقت»، «وضعیت اقتصادی» و «کمبود اماکن ورزشی مخصوص زنان» را به‌عنوان مهمترین موانع پیش‌روی زنان ایرانی برای انجام فعالیت‌های بدنی شناسایی کردند. نکته قابل توجه دیگر این است که زنان شاغل در ادارات و سازمان‌های مختلف در ایران بسیار زیاد هستند و فعالیت بدنی زنان کارمند (شاغل) نیز از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. نتایج تحقیق فراهانی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد مشکلات مالی و اقتصادی و کمبود تجهیزات و امکانات مهمترین عوامل بازدارنده مشارکت زنان کارمند برای انجام فعالیت بدنی می‌باشند و «نگرش خانواده» در اولویت آخر عوامل بازدارنده قرار دارد. قادرزاده و حسینی (۱۳۹۴) نیز بیان کردند زنان به دلیل تناسب اندام و ترس از افتادگی بدن به ورزش روی می‌آورند و «برابری طلبی جنسیتی»، «ترویج گسترده فعالیت بدنی در رسانه‌ها و فراگیر شدن ورزش»، «تجربه و درک زنان از ورزش»، «آگاهانه بودن

1. Lubans
2. Physical activity self-efficacy
3. Physical self-concept
4. Physical activity behavioral strategies
5. Elder

ورزش»، «واسازی رده‌بندی‌های اجتماعی»، «لذت‌طلبی»، «پذیرش اجتماعی»، «بازاندیشی» و «ارتقای سلامت جسمی و روانی» سایر مقولات مهمی هستند که سایر شرایط و پیامدها را شکل می‌دهند. بعد از سپری شدن مرحله جوانی که طولانی‌تر از مراحل قبلی است؛ مرحله میانسالی شروع می‌شود. سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۳) با ارائه الگوی توسعه‌یافته باور سلامت بیان کردند «خودکارآمدی»، «موانع درک‌شده»، «منافع درک‌شده»، «تهدید درک‌شده» و «راهنمایی برای عمل» به‌طور مستقیم بر فعالیت بدنی زنان میانسال تاثیر می‌گذارند.

در چند تحقیق مهم دیگر، فعالیت بدنی زنان در ایران از زوایای دیگر مورد مطالعه قرار گرفته است که در ادامه نتایج آنها ارائه می‌شود. صدیقی و ذکایی (۱۳۹۴) بیان کردند زنان مشارکت‌کننده در فعالیت‌های بدنی از ورزش و مدیریت بدن خود خشنود می‌شوند و اعتمادبه‌نفس پیدا می‌کنند و این «خود» است که برای آنها در درجه اول اهمیت قرار دارد. در واقع بدن از سمت ابژگی به سمت سوژگی حرکت می‌کند و هرچه از مدت ورزش کردن می‌گذرد، این سوژگی بیشتر می‌شود. فروتن (۱۳۹۹) نیز بیان کرد در حال حاضر زنان ایرانی به‌شدت از رویکردهای نوگرایانه و مدرن تاثیر می‌گیرند و کلیشه‌های جنسیتی اعتبار گذشته خود را از دست داده‌اند. در حال حاضر ۵۰ درصد زنان بالای ۵۰ سال و ۷۵ درصد زنان زیر ۳۵ سال به کلیشه‌های جنسیتی نگرش مثبت ندارند. از همین رو، دانمآ بر تعداد زنانی که فارغ از قالب سنتی به فعالیت بدنی می‌پردازند افزوده می‌شود. قانع عزآبادی و قاسمی (۱۳۹۶) پدیده «داغ‌ننگ‌چاقی در زنان ایرانی» را مطرح و بیان کردند بدن بویژه برای زنان در حکم جولانگاهی بسیار مؤثر برای ابراز خود است. زیبایی و جذابیت‌ظاهری با وجود رشد فعالیت زنان در عرصه‌هایی از قبیل علم، اشتغال و... بازم به صورت مهره‌ای قوی در زندگی زنان حکمرانی می‌کند؛ به‌گونه‌ای که حتی با موقعیت‌های مهم زندگی آنان مثل ازدواج نیز گره خورده است. بنابراین روزبه‌روز بر اهمیت فعالیت بدنی زنان به‌منظور رسیدن به تناسب و زیبایی اندام افزوده می‌شود. مرادی‌سیاسری و همکاران (۱۳۹۹) بر اهمیت مسئله امنیت در ابعاد جانی، اجتماعی و اخلاقی برای زنان فعال که در پارک‌های شهری به فعالیت بدنی می‌پردازند تاکید دارند و بیان می‌کنند در حال حاضر احساس امنیت زنان در فضای پارک‌های شهر تهران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. افتخاری و همکاران (۱۳۹۸) نیز به این نتیجه رسیدند که مهمترین چالش ورزشکاران زن در ایران به‌منظور رشد و توسعه استعدادها و ورزشی خودشان معضلات فرهنگی است. باتوجه‌به مطالبی که بیان شد فعالیت بدنی زنان در اوقات فراغت به‌منظور حفظ سلامتی آنها از الزامات ادامه نسل بشر و سلامت جامعه است. بنابراین باید به دنبال توسعه انواع فعالیت‌های بدنی در بین زنان جامعه بود. اما قبل از هر اقدامی باید این پدیده را به‌خوبی شناخت و برای آن مدل مفهومی طراحی کرد. از طرف دیگر، شرایط زنان در دوران مختلف زندگی متفاوت است و باید به شرایط متفاوت آنها در دوران مختلف زندگی توجه ویژه‌ای داشت. از این‌رو مسئله اصلی این تحقیق این بود:

مدل مفهومی و روند فعالیت بدنی زنان ایرانی در اوقات فراغت در مراحل مختلف زندگی چگونه است؟

تفاوت‌های اصلی شرایط آنها برای انجام فعالیت بدنی در مراحل مختلف زندگی کدام اند؟

## روش شناسی پژوهش

این تحقیق از نوع تحقیقات کیفی بود و در آن از روش تحقیق نظریه داده بنیاد<sup>۱</sup> و رویکرد نظام مند<sup>۲</sup> استفاده شد. در رویکرد نظام مند که مورد حمایت کوربین و استراوس<sup>۳</sup> است، سه مرحله اصلی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی وجود دارد. در روش تحقیق نظریه داده بنیاد، همه چیز داده محسوب می شود؛ از جمله مصاحبه ها و متن ها (کتاب، مقالات، مصاحبه های منتشر شده و ...). نمونه گیری در این روش تحقیق، از نوع نمونه گیری نظری است و جمع آوری و تحلیل داده ها همزمان انجام می شود و تا جایی ادامه پیدا می کند که محقق به اشباع نظری برسد. باتوجه به اینکه از روش تحقیق نظریه داده بنیاد استفاده شد، روش تحلیل داده ها نیز «پرسش» و «مقایسه» بود. نمونه گیری نظری به معنای آن است که نمونه گیری بیش از آن که پیش از تحقیق مشخص باشد، در جریان تحقیق شکل می گیرد و مبتنی بر مفاهیمی است که از تحلیل بیرون آمده اند و به نظر می رسد که به نظریه در حال تکوین ربط دارند. نمونه گیری و تحلیل باید یکی پس از دیگری رخ دهد و هر نوبت تحلیل، کار گردآوری داده در مرحله بعد را هدایت می کند. قاعده کلی به هنگام نظریه پردازی (با روش نظریه داده بنیاد) این است که به گردآوری داده ها تا زمانی که مقوله ها اشباع شوند باید ادامه داد. هر مقوله ای زمانی به اشباع می رسد که دیگر هیچ اطلاعات تازه ای در جریان کدگذاری به دست نیاید؛ یعنی هیچ ویژگی، بُعد، شرایط، عمل/تعامل، یا پیامد جدیدی در داده ها مشاهده نشود. اما در عالم واقع، اگر با حوصله و دقت بنگریم، همواره ویژگی ها و ابعاد جدید می یابیم. همواره امکان ظاهر شدن چیزی نو وجود دارد. اشباع به معنای رسیدن به نقطه ای در تحقیق است که جمع کردن داده های بیشتر، غیرمولد به نظر آید و چیز تازه ای که آشکار شده چندان به قوت توضیح نمی افزاید (کوربین و استراوس، ۱۳۹۲: ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۳۰، ۲۵۸). جامعه مورد بررسی در تحقیق حاضر دختران و زنان ایرانی بودند که به طور مستمر در اوقات فراغت خود فعالیت بدنی داشتند و بعد از انجام مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۱۵۹ نفر که ۱۵۳ نفر آنها دختران و زنان ۷ الی ۷۸ ساله بودند و بررسی حدود ۳۰۰ مقاله علمی و پژوهشی داخلی و خارجی مرتبط، اشباع نظری حاصل شد. باتوجه به متفاوت بودن شرایط و ویژگی های گروه های مختلف سنی در مراحل مختلف زندگی، برای رسیدن به اشباع نظری در مرحله کودکی ثانویه با ۱۷ دختر بچه ۷-۱۲ ساله، ۱۷ مادر و ۶ پدر، در مرحله نوجوانی با ۲۲ دختر نوجوان، در مرحله جوانی با ۲۷ زن ۲۰-۴۰ ساله، در مرحله میانسالی با ۳۵ زن ۴۰-۶۵ ساله و در مرحله سالمندی با ۳۵ زن ۶۵ سال به بالا مصاحبه شد. سوالات اصلی در روش تحقیق نظریه داده بنیاد رویکرد نظام مند، مربوط به شرایط علی، شرایط زمینه ای، شرایط مداخله گر، کنش/واکنش ها، پیامدها و چگونگی روابط بین مقولات کشف شده در پدیده مورد نظر هستند؛ به طوری که در مرحله کدگذاری محوری، مقولات شناسایی شده در مرحله کدگذاری باز در شش مستطیل با همین عناوین دسته بندی می شوند و معمولاً با ترسیم شکل الگوی پارادایمی گزارش می شوند. نمونه گیری در این تحقیق به شکل مرحله ای بود؛ یعنی کل تحقیق در



پنج مرحله مستقل و در طول یک سال از اردیبهشت ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ انجام شد. در هر مرحله به شکل هدفمند و نمونه‌های در دسترس مصاحبه‌ها شروع شد و به شکل گلوله برفی ادامه پیدا می‌کرد تا اشباع نظری حاصل شود. ویژگی‌های توصیفی مصاحبه‌شونده‌ها در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی مصاحبه‌شونده‌ها

تحصیلات	اشتغال	فرزندپروری	تا هل	سن				کودکی ثانویه	مادر کودک	پدر کودک											
				سالمندی	میانسالی	جوانی	نوجوانی														
کارشناسی ارشد و دکترا	کارشناسی	دیپلم و زیر دیپلم	شاغل	خانه دار	تحت پوشش والدین	دارای فرزند مستقل	دارای فرزند نیازمند مراقبت	بدون فرزند	همسر فوت کرده	متاهل	مجرد	بالای ۷۰ سال	۶۵-۷۰ ساله	۵۰-۶۵ ساله	۴۰-۵۰ ساله	۳۰-۴۰ ساله	۲۰-۳۰ ساله	۱۲-۲۰ ساله	۷-۱۲ ساله	۶-۱۷ ساله	۶-۱۷ ساله
۱۳	۳۷	۱۰۹	۴۳	۷۷	۳۹	۶۰	۴۹	۵۰	۲۹	۸۳	۴۷	۹	۲۶	۲۱	۱۴	۲۰	۷	۲۲	۱۷	۱۷	۶
% ۸/۱	% ۲۳/۲	% ۶۸/۵	% ۲۷	% ۴۸/۴	% ۲۴/۵	% ۳۷/۷	% ۳۰/۸	% ۳۱/۴	% ۱۸/۲	% ۵۲/۲	% ۲۹/۵	% ۵/۶	% ۱۶/۳	% ۱۳/۲	% ۸/۸	% ۱۲/۵	% ۴/۴	% ۱۳/۸	% ۱۰/۷	% ۱۰/۷	% ۳/۷
												% ۲۲		% ۲۲		% ۱۶/۹		% ۱۳/۸		۲۵/۱	

## یافته‌های پژوهش

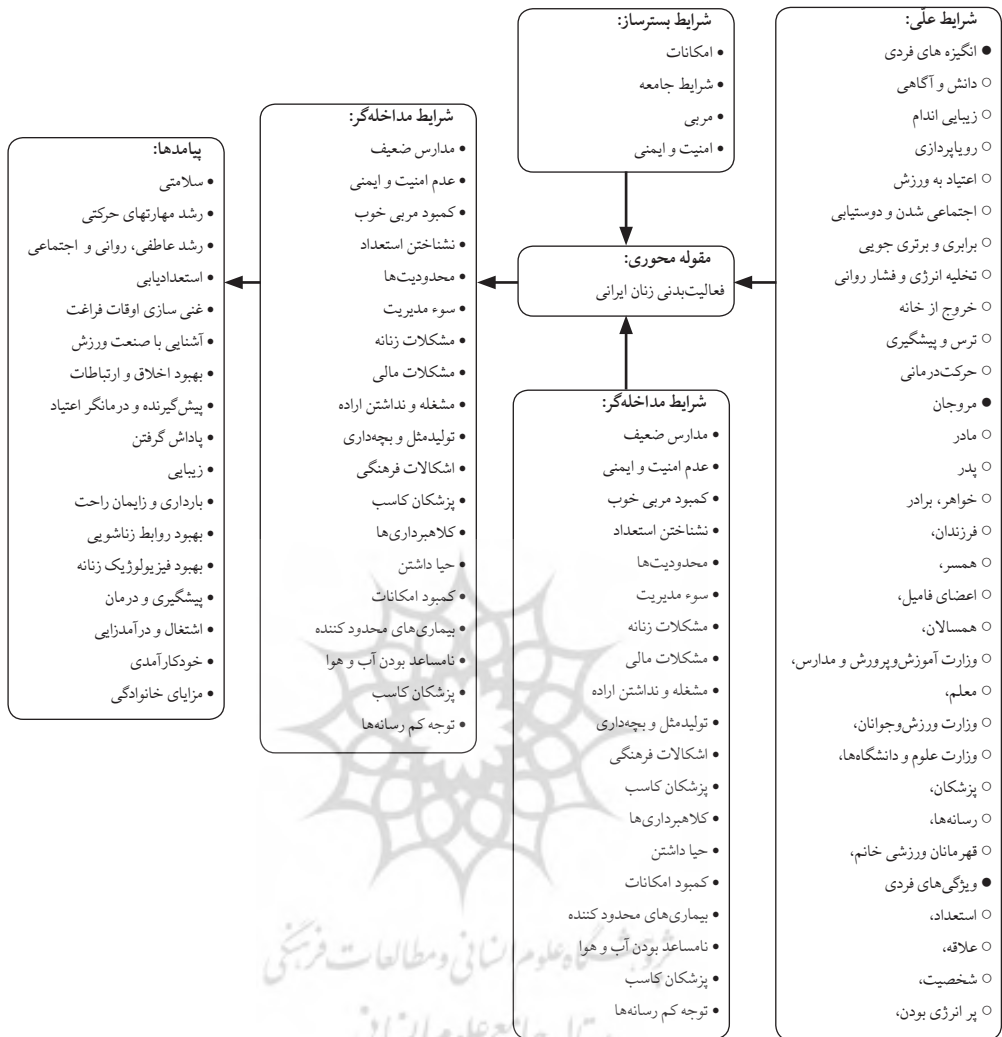
از آنجا که رویکرد نظام مند در روش تحقیق نظریه‌داده‌بنیاد شامل سه مرحله اصلی است، معمولاً یافته‌های این‌گونه تحقیقات نیز بر اساس همین سه مرحله ارائه می‌شوند. جدول ۲، نتایج مرحله کدگذاری باز را نشان می‌دهد که در آن مفاهیم شناسایی شده و دسته‌بندی‌های (مقوله‌سازی‌ها) انجام شده ارائه گردیده است. مقولات اصلی شناسایی شده در زمینه فعالیت‌های بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی ۱۲ مقوله است که شامل زیرمقولات و مفاهیم بسیاری می‌شوند، اما در جدول ۲ مهمترین مفاهیم آورده شده‌اند.

جدول ۲: نتایج مرحله کدگذاری باز

مقولات اصلی	زیر مقولات	مفاهیم
۱	دانش و آگاهی	سطح تحصیلات، دانش و آگاهی شخصی، دانش و آگاهی نزدیکان، تجربه شخصی، تجربه نزدیکان، تجربه دوستان، تجربه دیگران،
	زیبایی اندام	تناسب اندام، هیکل جذاب، خوش تیپ شدن،
	روباپردازی	کسب شهرت و ثروت، مربی شدن در آینده، باشگاه ورزشی تاسیس کردن در آینده،
	اعتیاد به ورزش	اعتیاد به ورزش، آرامش پیدا کردن با ورزش
	اجتماعی شدن و دوستیابی	دوستیابی، اجتماعی شدن، بهبود کار گروهی، تعامل داشتن، یادگیری کار تیمی
	برابری و برتری جویی	برابری جویی مرد و زن، برتر بودن بین زنان،
	تخلیه انرژی و فشار روانی	تخلیه انرژی اضافه، تخلیه فشار روانی، هیجان بالا، فرار از درگیری ذهنی، فرار از فشار زندگی،
	خروج از خانه	بیرون رفتن از محیط خانه،
	ترس و پیشگیری	ترس از پیر شدن، پیشگیری از بیماری،
	حرکت درمانی	درمان بیماری های قلبی عروقی تنفسی، درمان مشکلات عضلانی اسکلتی، درمان بیماری های گوارشی، درمان بیماری های روحی، روانی و عصبی،
۲	ویژگی های فردی	استعداد، علاقه، شخصیت، پر انرژی بودن،
	مروجان فعالیت بدنی	مادر، پدر، خواهر، برادر، فرزندان، همسر، اعضای فامیل، همسالان، وزارت آموزش و پرورش و مدارس، معلم، وزارت ورزش و جوانان، وزارت علوم و دانشگاه ها، پزشکان، رسانه ها، قهرمانان ورزشی خانم،
۳	تماایل	ارزش قائل شدن برای خود، اهمیت دادن به خود،
	تصمیم	تصمیم به انجام فعالیت بدنی با وجود چالش های موجود، سرسختی ذهنی، اراده داشتن برای انجام فعالیت بدنی،
۴	امکانات	اماکن ورزشی اختصاصی، اماکن ورزشی طبیعی، اماکن عمومی ورزشی،
	شرایط جامعه	ابزار ورزشی لوازم ورزشی، وسایل ورزشی، تجهیزات ورزشی شرایط اقتصادی، شرایط فرهنگی، وضعیت مدیریتی
۵	امنیت	امنیت جانی، امنیت اخلاقی، امنیت اجتماعی،
	امنیت و ایمنی	ایمنی سازه ورزشی، تجهیزات ورزشی ایمن، وسایل ورزشی استاندارد، رعایت نظافت، رعایت بهداشت، هوای پاک،
۶	مربی	دانش و تخصص فنی مربی، کاریزمای مربی، داشتن مهارت های مربیگری
	فعالیت بدنی	حلقه بازی، طناب زدن، رشته های رزمی، ژیمناستیک، شنا، بسکتبال، والیبال، ورزش در خانه، دوچرخه سواری، اسکیت، پارکو، باله، پیاده روی، کار با وزنه، ایروبیک، کوهنوردی، ورزش صبحگاهی در پارک ها، شرکت مسابقات، کار با دستگاه های ورزشی پارک ها، انجام حرکات ریتمیک گروهی در پارک ها، یوگا، و...

سلامت جسمانی، سلامت روحی، سلامت روانی، سلامت ذهنی، تنظیم خواب و خوراک، سرحالی و شادابی، و...	سلامتی		
تکمیل یادگیری مهارت های پایه، یادگیری مهارت های جدید ورزشی،	رشد مهارت های حرکتی		
بالا رفتن عزت نفس، بالا رفتن اعتماد به نفس، تحریک انگیزه های پیشرفت، اجتماعی شدن، خودباوری، بهبود رفتارهای اجتماعی، و...	رشد عاطفی، روانی و اجتماعی		
شناسایی علاقه و استعداد فردی	استعدادیابی		
سرگرمی، تفریح، علاقمند شدن به ورزش،	غنی سازی اوقات فراغت		
آشنایی با رشته های ورزشی، آشنایی با قوانین و مقررات رشته های مختلف ورزشی، آشنایی با کسب و کارهای مختلف موجود در ورزش،	آشنایی با صنعت ورزش		
بهبود روابط با خانواده، بهبود روابط با دوستان، بهبود روابط با جامعه،	بهبود اخلاق و ارتباطات		
پیش گیرنده از مصرف مواد مخدر، پیش گیرنده از مصرف دخانیات، پیش گیرنده از مصرف مشروبات الکلی،	پیش گیرنده و درمانگر اعتیاد	تجربه فواید	۱۱
تشویق شدن توسط مربی، تشویق شدن توسط هم تیمی ها، تشویق شدن توسط خانواده و دوستان، گرفتن جایزه نقدی، گرفتن مدال و لوح تقدیر	پاداش گرفتن		
تناسب و زیبایی اندام، زیبایی پوست، خوش تپیی، پوست زیبا،	زیبایی		
بارداری راحت تر، زایمان طبیعی، زایمان راحت تر،	بارداری و زایمان راحت		
رضایت زن از اندامش، رضایت شوهر از اندام همسر،	بهبود روابط زناشویی		
بهبود حالات خلقی پیش از قاعدگی، بهبود دردهای قاعدگی، تاخیر در یائسگی	بهبود جسمانی زنانه		
پیشگیری از بیماری ها، درمان بیماری ها، کاهش هزینه های درمانی	پیشگیری و درمان		
اشتغال، درآمدزایی، گرفتن پست و مقام ورزشی	اشتغال و درآمدزایی		
افزایش کارایی، انجام بهتر کارهای خانه و کارهای روزانه، بهبود روند تحصیلی، خوشحالی والدین، خوشحالی همسر، خوشحالی فرزندان، الگو شدن برای فرزندان، بهبود تعاملات درون خانوادگی، بهبود خلق و خو،	خودکارآمدی		

اهمیت ندادن مدارس دخترانه به فعالیت‌بدنی دانش‌آموزان، کمبود امکانات مدارس دخترانه، نداشتن معلم ورزش متخصص، عدم برنامه‌ریزی، عدم امنیت جانی، عدم امنیت اجتماعی، عدم ایمنی اماکن ورزشی	مدارس ضعیف عدم امنیت و ایمنی		
کمبود مربی ویژه کودکان، میانسالان، سالمندان، عدم استعدادیابی در مدارس، کمبود مراکز استعدادیابی، حجاب، تعداد رشته‌های ورزشی محدودتر برای دخترها، برنامه‌زمانی بد اماکن ورزشی اختصاصی، مسابقات کم، سوءمدیریت پارک‌ها، قاعدگی، کم‌خونی، کیست تخمدان	کمبود مربی خوب نشناختن استعداد محدودیت‌ها سوءمدیریت مشکلات زنانه		
درآمد پایین، هزینه بالای ورزش، نداشتن حامی مالی، چشم روی هم چشمی، گرانی لوازم ورزشی، مشغله کاری، مشغله تحصیلی، همسر داری، مهمان‌داری، کمبود وقت، نگهداری از نوه، رسیدگی به امور فرزندان، نداشتن اراده، تنبلی، بارداری، زایمان، شیردهی، بچه‌داری	مشکلات مالی مشغله و نداشتن اراده فرزندآوری و فرزندپروری	چالش‌ها	۱۲
مسخره کردن فعالیت‌بدنی دخترها، اولویت داشتن خانه‌داری، علاقه شوهر به زن چاق، نگاه آزار دهنده مردان به زنان در اماکن عمومی، فیلمبرداری غیرقانونی، مخالفت همسر، مزاحمت و نگاه آزار دهنده مردان، و...	اشکالات فرهنگی		
تاکید بر مصرف دارو، تاکید بر عمل جراحی، فروش داروهای گیاهی تقلبی برای کاهش وزن و درمان بیماری‌ها	پزشکان کاسب کلاهبرداری‌ها		
خجالت کشیدن از تحرک داشتن، خجالت کشیدن از فعالیت‌بدنی در اماکن عمومی در حضور مردان، اعتقاد به حفظ کامل حجاب و شئونات اسلامی	حیا داشتن		
کمبود اماکن ورزشی در دسترس، کمبود تجهیزات ورزشی، تنگی نفس، زانو درد، آرتروز، دیابت، کمردرد، پا درد، واریس، کم توانی جسمانی، دیسک کمر، کپولت سن، کرونا، سرمایه زیاد، گرمای زیاد، باد، باران، آلودگی هوا، اولویت دادن به دارو، تشویق به عمل جراحی، توجه کم رسانه‌ها به ورزش کودکان، میانسالان، سالمندان، و...	کمبود امکانات بیماری‌های محدود کننده نامساعد بودن آب و هوا پزشکان کاسب توجه کم رسانه‌ها		

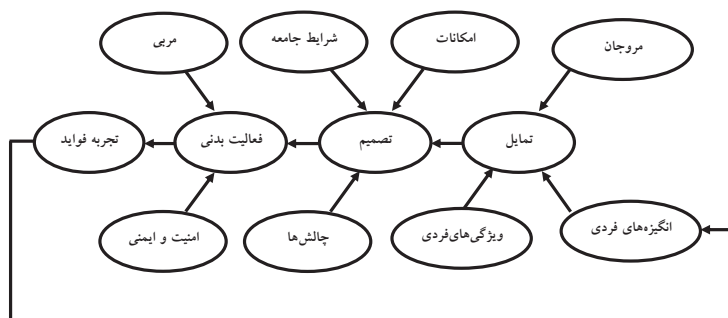


شکل ۱: کدگذاری محوری، الگوی پارادایمی فعالیت بدنی زنان ایرانی

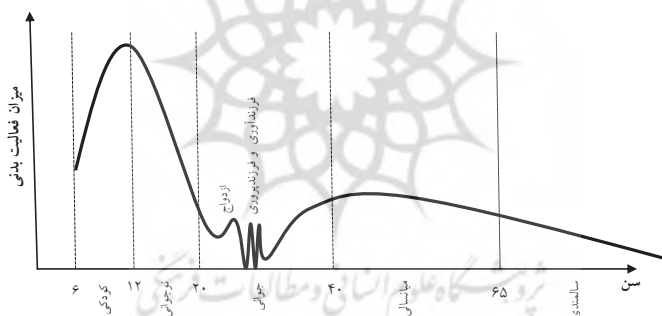
در مرحله کدگذاری محوری طبیعتاً فعالیت بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی به عنوان مقوله محوری انتخاب شد و سایر مقولات و مفاهیم شناسایی شده در ۵ مستطیل شرایط علی، شرایط بستر ساز، شرایط مداخله گر، عمل/تعامل (کنش/واکنش ها) و پیامدها دسته بندی شدند. شکل ۱، نتیجه نهایی مرحله کدگذاری محوری در این تحقیق است.

همچنین از آنجاکه هدف این تحقیق هم طراحی مدل و هم نظریه پردازی بود، خروجی مرحله سوم تحقیق شامل دو شکل و یک جدول است. شکل ۲، مدل کلی طراحی شده برای پدیده فعالیت بدنی زنان ایرانی در

مراحل مختلف زندگی را نشان می‌دهد. در شکل ۳، میزان فعالیت‌بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی ارائه شده است:



شکل ۲: مدل فعالیت‌بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی



شکل ۳: میزان فعالیت‌بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی

در جدول ۳ تفاوت‌های اصلی شرایط زنان ایرانی برای انجام فعالیت‌بدنی در مراحل مختلف زندگی ارائه شده است. بدیهی است همان‌گونه که در جدول ۲ و شکل ۱ نشان داده شده است عوامل بسیاری در همه مراحل زندگی بر فعالیت‌بدنی زنان ایرانی تأثیرگذار هستند، اما در جدول ۳ روی مقولات خاصی که در هر مرحله زندگی نسبت به سایر مراحل زندگی تأثیرات بیشتری دارند تأکید شده است. به‌عنوان مثال، پدر، مادر، خواهر، برادر و همسالان همه هم در مرحله کودکی ثانویه و هم در مرحله نوجوانی روی فعالیت‌بدنی دختر بچه و دختر نوجوان تأثیرگذار هستند، اما در مرحله کودکی ثانویه مادر و در دوره نوجوانی پدر نقش ویژه‌ای دارد.

جدول ۳: تفاوت‌های اصلی شرایط زنان ایرانی برای انجام فعالیت بدنی در مراحل مختلف زندگی

مراحل مختلف زندگی	انگیزه‌های اصلی	چالش‌های اصلی	سوق‌دهنده اصلی
کودکی ثانویه ۷-۱۲ سال	هیجان، بازی کردن	خام بودن کودک، مدارس ضعیف، کمبود امکانات	مادر
نوجوانی ۱۲-۲۰ سال	زیبایی اندام، برتری جویی	تحولات دوران بلوغ، معضلات فرهنگی، کمبود امکانات	پدر
جوانی ۲۰-۴۰ سال	کنترل وزن، برابری جویی جنسیتی، سلامتی	فرزندآوری و فرزندپروری، مشغله داشتن، معضلات فرهنگی	انگیزه‌های شخصی
میانسالی ۴۰-۶۵ سال	سلامتی، پیشگیری از بیماری، به تاخیر انداختن پیری	خانهداری	ترس از پیر شدن، ترس از بیمار شدن
سالمندی بالای ۶۵ سال	حرکت درمانی، سلامتی	بیماری‌های محدودکننده، کهولت سن	فرزندان

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق، نظریه پردازی و ارائه مدل برای فعالیت بدنی زنان ایرانی در اوقات فراغت در مراحل مختلف زندگی بود. یافته‌ها نشان داد ۱۲ مقوله اصلی در زمینه فعالیت بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی وجود دارند: انگیزه‌های شخصی، ویژگی‌های فردی، مروجان فعالیت بدنی، تمایل پیدا کردن به انجام فعالیت بدنی، تصمیم گرفتن برای انجام فعالیت بدنی، انجام فعالیت بدنی، امکانات، شرایط جامعه، امنیت و ایمنی، مربی، چالش‌ها و تجربه فوائد انجام فعالیت بدنی. هر کدام از این مقولات دارای زیر مقولات و مفاهیم بسیاری هستند. در مدلی که برای شناخت بهتر پدیده فعالیت بدنی زنان ایرانی در اوقات فراغت در مراحل مختلف زندگی طراحی شد انگیزه‌های شخصی، مروجان و ویژگی‌های فردی روی تمایل فرد برای انجام فعالیت بدنی تاثیر می‌گذارند- اگرچه در مراحل مختلف زندگی زنان ایرانی تاثیر هر کدام از این مقولات و زیر مقولات مختلف آنها متفاوت است. بعد از اینکه توجه فرد برای انجام فعالیت بدنی جلب شد و تمایل پیدا کرد فعالیت بدنی داشته باشد با توجه به امکانات، چالش‌ها و شرایط جامعه تصمیم خود را برای انجام فعالیت بدنی می‌گیرد. در هنگام انجام فعالیت بدنی کیفیت مربی و وضعیت امنیت و ایمنی برای زنان ایرانی بسیار با اهمیت است. به هر حال انجام فعالیت بدنی فوائد حتمی در پی دارد و فردی که فعالیت بدنی دارد قطعاً فوائد آن را نیز تجربه خواهد کرد. تجربه فوائد فعالیت بدنی یا از طریق افزایش دانش و آگاهی فرد در مورد فوائد فعالیت بدنی و یا از طریق اعتیاد پیدا کردن به ورزش روی انگیزه‌های شخصی وی تاثیر می‌گذارد و یک حلقه در مدل طراحی شده شکل می‌گیرد و تا زمانی که مشکل خاصی پیش نیاید فعالیت بدنی استمرار پیدا خواهد کرد.

در بخش دیگر یافته‌ها همان‌گونه که در شکل ۳ نشان داده شده است مشخص شد در حال حاضر کمیت و کیفیت فعالیت بدنی زنان ایرانی در مراحل مختلف زندگی به دلایل مختلف در نوسان است. در ابتدای

مرحله کودکی ثانویه مقدار فعالیت بدنی دختر بچه‌های ایرانی روز به روز افزایش پیدا می‌کند و در انتهای این مرحله یعنی ۱۲ سالگی به بالاترین حد خود می‌رسد، اما با شروع مرحله نوجوانی و تحولاتی که فرآیند بلوغ در دختران نوجوان بوجود می‌آورد و متعاقباً شرایط جدیدی که از طرف محیط و جامعه به آنها تحمیل می‌شود فعالیت بدنی آنها به شدت کاهش پیدا می‌کند. این یافته‌ها با نتایج مرزبان‌پناه (۱۳۸۹)، گرکا و همکاران (۲۰۱۶) و ولدی و حمیدی (۱۳۹۹) کاملاً همسو هستند و می‌توان به وجود این روند اطمینان داشت. با شروع مرحله جوانی و ازدواج وضعیت زنان ایرانی به یک ثبات کوتاه‌مدتی می‌رسد و فعالیت بدنی آنها افزایش پیدا می‌کند اما اکثراً با فرار رسیدن دوران فرزندآوری و فرزندپروری که شامل بارداری، زایمان، شیردهی و مراقبت از نوزاد تا ۲ الی ۳ سالگی می‌شود فعالیت بدنی آنان به‌طور کامل قطع می‌شود و عموماً از حجم توده بدون چربی بدن آنها کاسته شده و اصطلاحاً بدن آنها تحلیل می‌رود. بسته به تعداد دفعات فرزندآوری، این قضیه ممکن است چندین بار در زندگی زنان ایرانی تکرار شود. البته اشتغال نیز یکی دیگر از عوامل بسیار تاثیرگذار بر کاهش فعالیت بدنی آن دسته از زنان جوان ایرانی است که در ادارات و سازمان‌های مختلف مشغول به کار هستند. در اواسط مرحله جوانی زنان ایرانی با توجه به فضای روانی جامعه به دلیل عدم تناسب اندام، افزایش وزن و چاقی به چالش کشیده می‌شوند. در نتیجه به‌منظور کنترل وزن و برابری طلبی جنسیتی، فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهند. این یافته‌ها با نتایج قادرزاده و حسینی (۱۳۹۴) کاملاً همسو هستند. قانع عزآبادی و قاسمی (۱۳۹۶) نیز بر پدیده داغ‌تنگ‌چاقی برای زنان ایرانی تاکید داشتند، ولی یافته‌های تحقیق حاضر ضمن همسو بودن با نتایج آنها نشان داد نمود پدیده داغ‌تنگ‌چاقی بیشتر در مرحله جوانی زنان ایرانی دیده می‌شود. زنان ایرانی در مرحله میانسالی از یک طرف به دلیل بزرگ‌شدن فرزندان و همچنین کاهش مشغله کاری و از طرف دیگر با نزدیک شدن به دوران پیری و پایان زندگی، فرصتی پیدا می‌کنند تا به خودشان نیز فکر می‌کنند و ترس پنهانی در درون آنان به وجود می‌آید. این یافته‌ها با نتایج تحقیق سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۳) که در ارائه مدل توسعه یافته باور سلامت بر نقش «تهدید درک شده» در فعالیت بدنی زنان ایرانی در مرحله میانسالی تاکید داشتند کاملاً همسوست. بنابراین ترس از زود پیر شدن و ترس از ابتلا یا ابتلا به انواع بیماری‌ها منجر به این می‌شود که سلامتی دغدغه مهمی برای زنان میانسال ایرانی شود و در نتیجه میزان فعالیت بدنی در این مرحله افزایش می‌یابد. در واقع بحثی که صدیقی و ذکایی (۱۳۹۴) در مورد اهمیت پیدا کردن سوژگی بجای اُبژگی برای زنان ایرانی مطرح کردند در یافته‌های تحقیق حاضر در مرحله میانسالی بیشترین نمود خود را نشان داد. در واقع در مرحله میانسالی اصل «خود» اهمیت ویژه‌ای برای زنان ایرانی پیدا خواهد کرد. اگر چه همان‌گونه که فروتن (۱۳۹۹) بیان کرد زنان ایرانی بالای ۵۰ سال تا حدود زیادی همچنان به کلیشه‌های جنسیتی پایبند هستند. در مرحله سالمندی بیشتر زنان ایرانی با انواع بیماری‌های مختلف روحی، روانی و جسمی درگیر هستند و برای درمان این بیماری‌ها راهی بهتر از فعالیت بدنی و حرکت درمانی وجود ندارد. بیماری‌های محدودکننده و کهولت سن به مرور زمان منجر به کاهش فعالیت بدنی زنان سالمند علاقمند به ورزش می‌شوند تا اینکه کاملاً خانه‌نشین شده و توان فعالیت بدنی را نداشته باشند.



در بخش دیگری از یافته‌ها همان‌گونه که در جدول ۳ ارائه شده است، در مرحله کودکی مادران نقش اصلی را در انگیزش و هدایت دختر بچه‌ها برای انجام فعالیت بدنی دارد اگرچه نقش پدر، همسالان، و مدرسه نیز مهم است. در این رابطه آصفی و قنبرپور نصرتی (۱۳۹۷) بر اهمیت نقش خانواده و منوچهری نژاد و همکاران (۱۳۹۷) علاوه بر خانواده بر همسالان و سایر سازمان‌ها و نهادهای مرتبط در نهادینه کردن فعالیت بدنی در کودکان تاکید دارند، ولی یافته‌های تحقیق حاضر ضمن قبول این نتایج بر نقش مادر در انجام فعالیت بدنی دختر بچه‌ها در مرحله کودکی ثانویه تاکید ویژه‌ای دارد. دختر بچه‌ها بیشتر به دنبال تجربه هیجان و بازی کردن با دوستان هستند و خامی دختر بچه‌ها و لزوم مراقبت از آنان در برابر خطرات احتمالی و همچنین آگاه‌سازی و هدایت آنان از چالش‌های اصلی این مرحله محسوب می‌شوند.

همچنین اگرچه آصفی و عموزاده (۱۳۹۶) بیان کردند معلمان، دوستان، همسالان و والدین به ترتیب بیشترین تاثیر را در مشارکت نوجوانان (دختر و پسر) در فعالیت‌های بدنی دارند، اما یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد در مرحله نوجوانی نظر پدر برای دختران نوجوان ایرانی تعیین کننده است. اگر پدری با فعالیت بدنی دخترش مخالف باشد نقطه پایانی بر فعالیت بدنی دخترش در این مرحله خواهد گذاشت، اما اگر پدر نه تنها با فعالیت بدنی دختر نوجوانش مخالف نباشد بلکه مشوق وی نیز باشد و گاهی با وی به فعالیت بدنی بپردازد تاثیر شگرفی در انجام فعالیت بدنی دختر نوجوان خواهد گذاشت. البته داشتن اندام زیبا و برتری جویی نسبت به دوستان از انگیزه‌های درونی مهم دختران نوجوان برای فعالیت بدنی می‌باشند. به عبارت دیگر، اگرچه نظر پدر برای فعالیت بدنی دختران نوجوان ایرانی تعیین کننده است، اما نظر مثبت و تشویق پدر کافی نمی‌باشد و بیشتر دختران نوجوان ایرانی که فعالیت بدنی مستمر دارند انگیزه بالایی نیز برای داشتن اندام زیبا و برتری داشتن نسبت به سایر دختران نوجوان دارند.

در مرحله جوانی فرزندآوری و فرزندپروری و برای برخی اشتغال و مشغله کاری، شرایط متفاوتی را برای زنان ایرانی رقم می‌زند. باتوجه به شرایط موجود در ایران معمولاً فعالیت بدنی زنان ایرانی در دوران فرزندآوری کاملاً قطع می‌شود و معمولاً بعد از ۳ سالگی فرزندشان، ممکن است مجدداً از سر گرفته شود. اشتغال و مشغله کاری نیز بیشتر منجر به کاهش چشمگیر فعالیت بدنی زنان جوان ایرانی می‌شود.

زنان ایرانی در مرحله میانسالی کمتر دغدغه فرزندآوری و مراقبت از فرزندان را دارند و مشغله کاری آنان نیز کاهش می‌یابد. در این مرحله از زندگی ترس از زود پیر شدن و ابتلاء به بیماری و همچنین حرکت درمانی محرک‌های اصلی زنان میانسالی ایرانی برای انجام فعالیت بدنی هستند. در مرحله میانسالی سلامتی اهمیت بسیار بالایی برای زنان ایرانی پیدا می‌کند و فعالیت بدنی آنان در این مرحله افزایش پیدامی‌کند و منظم‌تر انجام می‌شود.

در مرحله سالمندی بیشتر زنان ایرانی درگیر انواع بیماری‌ها می‌شوند و در نتیجه با توصیه پزشک و ترغیب و پیگیری فرزندان و همسرشان به منظور حرکت درمانی به فعالیت بدنی می‌پردازند و در این بین حمایت و تشویق فرزندان بسیار تاثیرگذار است. یافته‌ها نشان داد درحالی که حمایت و تشویق فرزندان مهمترین سوق دهنده

زنان سالمند ایرانی برای فعالیت بدنی است، کهولت سن و بیماری‌های محدودکننده چالش‌های اصلی آنان برای انجام فعالیت بدنی هستند. برای مثال، زمانی که یک زن سالمند دچار پوکی استخوان شدید شود، دیگر نمی‌تواند پیاده‌روی کند یا از پله بالا و پایین برود و شاید تنها گزینه هیدروتراپی و فعالیت بدنی در استخر باشد. به‌طور کلی همان‌گونه که حسینی و همکاران (۱۳۹۱)، عبداللهی (۱۳۹۲)، موتمنی و همکاران (۱۳۹۳)، فراهانی و همکاران (۱۳۹۶) و حسینی و همکاران (۱۳۹۸) تاکید داشتند کمبود امکانات به خصوص کمبود اماکن ورزشی اختصاصی (مجموعه‌های ورزشی، استادیوم‌های ورزشی، سالن‌های ورزشی) در مرحله نوجوانی و اوایل مرحله جوانی بیشترین تاثیر منفی خود را بر فعالیت بدنی زنان ایرانی می‌گذارد. قطعاً مدارس و دبیرستان‌های دخترانه نقش تعیین‌کننده در مرحله نوجوانی دارند اما در حال حاضر به علت کمبود امکانات، بودجه و معلم ورزش متخصص تاثیر بسیار ضعیف و منفی را در این رابطه دارند که باید تدبیری اساسی برای آن اندیشیده شود. اگر با فراهم کردن امکانات لازم بتوان مانع اُفت شدید فعالیت بدنی زنان ایرانی در شروع مرحله نوجوانی شد و فعالیت بدنی آنان را تا پایان مرحله نوجوانی یعنی تا ۲۰ سالگی در سطح بالایی نگه داشت در نتیجه آن می‌توان شاهد تحول بزرگی در توسعه فعالیت بدنی در بین زنان ایرانی بود. همچنین همان‌گونه که قبری و همکاران (۱۳۹۷)، افتخاری و همکاران (۱۳۹۸) و مرادی‌سیاسری و همکاران (۱۳۹۹) بیان کردند کمبود مربیان متخصص، معضلات فرهنگی و مشکلات مربوطه به امنیت و ایمنی در ابعاد مختلف، از جمله چالش‌های فعالیت بدنی زنان ایرانی در همه مراحل زندگی آنها هستند. انجام اقداماتی در جهت حل این مشکلات نیز قطعاً می‌تواند منجر به توسعه فعالیت بدنی زنان ایرانی در همه مراحل زندگی آنان شود.

همچنین با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر به منظور توسعه فعالیت بدنی در بین زنان ایرانی، علاوه بر اقدامات مذکور می‌توان برای هر مرحله از زندگی آنان اقدامات خاصی را پیشنهاد داد. همان‌گونه که ون‌آکر و همکاران (۲۰۱۱) و الدر و همکاران (۲۰۰۷) تاکید دارند آگاه‌سازی و همکاری چندجانبه مدارس و دبیرستان‌های دخترانه با مادران در مرحله کودکی و پدران در مرحله نوجوانی می‌تواند منجر به توسعه فعالیت بدنی بین دختران ایرانی شود. همچنین آگاه‌سازی مردان و سایر اعضای خانواده در مورد لزوم همکاری و همیاری بیشتر با زنان جوان در دوران فرزندآوری و فرزندپروری، افزایش تهدید درک‌شده زنان میانسال ایرانی درباره خطرات کم‌حرکی و زندگی غیرفعال با استفاده از رسانه‌های انبوه و آگاه‌سازی و ترغیب فرزندان زنان سالمند به تشویق و پشتیبانی بیشتر از مادران سالمند خود برای انجام فعالیت بدنی مستمر در اوقات فراغت از دیگر اقدامات پیشنهادی برخاسته از یافته‌های تحقیق حاضر هستند.

## منابع

- احمدی، مجتبی؛ نوذهی، محمدعلی؛ اسمعیلی، محسن و صدرااهی، علی. (۱۳۹۶). «مقایسه کیفیت زندگی زنان سالمند فعال و غیر فعال با تاکید بر فعالیت های بدنی». سالمند. ۱۲(۳)، صص ۲۶۲-۲۷۵.
- افتخاری، عذرا؛ گوهر رستمی، حمیدرضا و درویشی، ابوالفضل. (۱۳۹۸). «تحلیل عوامل موثر در توسعه استعداد های موفق لیگ دسته اول و دسته دوم فوتسال زنان ایران». نشریه مطالعات مدیریت ورزشی. ۱۱(۵۵)، صص ۱۱۷-۱۴۲.
- آصفی، احمدعلی و عموزاده، زهرا. (۱۳۹۶). «تدوین مدل نقش دیگران مهم و مشارکت نوجوانان در فعالیت بدنی و ورزش». پژوهش در ورزش تربیتی. ۵(۱۳)، صص ۱۷-۳۸.
- آصفی، احمدعلی و قنبرپور نصرتی، امیر. (۱۳۹۷). «نقش خانواده در نهادینه کردن فعالیت بدنی در کودکان». پژوهش های فیزیولوژی و مدیریت در ورزش. ۱۰(۱)، صص ۵۵-۶۵.
- بلوری، مژگان و علیرضائزاد، سهیلا. (۱۴۰۰). «بازتعریف هویت زنان همسر از دست داده: مطالعه ای در محله های افسریه و عباس آباد تهران». زن در توسعه و سیاست. ۱۹(۱)، صص ۱۴۱-۱۶۶.
- حسینی، الهه؛ فرزانه، فرزانه و حسینی نیا، سیدرضا. (۱۳۹۸). «شناسایی عوامل موثر بر کناره گیری بانوان بالای ۱۸ سال ایران از فعالیت های بدنی با رویکرد کیفی». مدیریت ورزشی. ۱۱(۴)، صص ۷۳۹-۷۵۹.
- حسینی، سیده وحیده؛ انوشه، منیره؛ عباس زاده، عباس و احسانی، محمد. (۱۳۹۱). «درک دختران نوجوان والدین آنها از موانع عادت به ورزش». تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۱(۲)، صص ۱۴۸-۱۵۷.
- حمیدی، مهرزاد؛ رجبی، حسین؛ علیدوست قهفرخی، ابراهیم و زینی زاده، مهوش. (۱۳۹۷). «طراحی و تدوین برنامه راهبردی فدراسیون ورزش دانش آموزی ایران». پژوهش در ورزش تربیتی. ۶(۱۴)، صص ۶۷-۹۲.
- رهبری، شکرانه؛ اسمعیلی، معصومه و محمودپور، عبدالباسط. (۱۳۹۹). «مطالعه کیفی نقش گذار هویتی زنان میانسال در ارتباط با خود، دیگران و محیط». زن در توسعه و سیاست. ۱۸(۳)، صص ۳۳۵-۳۵۶.
- سلیمانیان، آتوسا؛ نیکنامی، شمس الدین؛ حاجی زاده، ابراهیم؛ شجاعی زاده، داود و طاووسی، محمود. (۱۳۹۳). «پیش بینی کننده های رفتار فعالیت بدنی به منظور پیشگیری از پوکی استخوان بر اساس الگوی توسعه یافته باور سلامت در زنان میانسال». پایش. ۱۳(۳)، صص ۳۱۳-۳۲۰.
- صدیقی، سعیده و ذکایی، محمد سعید. (۱۳۹۴). «زنانگی و ورزش». مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان. ۱۳(۲)، صص ۶۷-۹۲.
- عبداللهی، داود. (۱۳۹۲). «عوامل بی رغبتی دختران نسبت به شرکت در فعالیت های بدنی مدرسه (مطالعه موردی: دبیرستان های دخترانه استان اردبیل)». پژوهشنامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی. ۹(۱۷)، صص ۲۷-۴۶.

- فراهانی، ابوالفضل؛ حسینی، معصومه و مرادی، راضیه. (۱۳۹۶). «اولویت موانع پیش روی بانوان شاغل در انجام فعالیت‌های بدنی استان البرز». (۱)۱۵، صص ۲۳-۳۴.
- فروتن، یعقوب. (۱۳۹۹). «کلیشه‌های جنسیتی در ایران بر پایه رویکرد اجتماعی و جمعیت‌شناختی». جامعه‌شناسی کاربردی. ۳۱(۳)، صص ۹۷-۱۲۰.
- قادرزاده، امید و حسینی، سیده‌چیمین. (۱۳۹۴). «ورزش زنان و دلالت‌های معنایی آن». زن در توسعه و سیاست. ۱۳(۳)، صص ۳۰۹-۳۳۴.
- قانع‌عزآبادی، فرزانه و قاسمی، وحید. (۱۳۹۶). «پدیده داغ تنگ چاقی در زنان ۴۴-۱۵ ساله در شهر یزد». جامعه‌شناسی کاربردی. ۲۸(۳)، صص ۴۱-۶۰.
- قنبری، هادی؛ شتاب‌بوشهری، ناهید؛ شفیع‌نیا، پروانه و مهرعلیزاده، بدالله. (۱۳۹۷). «آسیب‌شناسی تربیت بدنی و ورزش مدارس با استفاده از مدل سه‌شاخگی». پژوهش در ورزش تربیتی. ۶(۱۵)، صص ۱۳۹-۱۶۰.
- کشکر، سارا و احسانی، محمد. (۱۳۸۶). «بررسی اهمیت عوامل بازدارنده زنان تهران از مشارکت در ورزش تفریحی باتوجه به متغیر خصوصیات فردی». مطالعات اجتماعی و روان‌شناختی زنان. ۵(۲)، صص ۱۱۳-۱۳۴.
- کلدی، علیرضا؛ اکبری کامرانی، احمدعلی و فروغان، مهشید. (۱۳۸۳). «مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران». رفاه اجتماعی. ۴(۱۴)، صص ۲۳۳-۲۴۹.
- کوربین، جولیت و استراوس، انسلم. (۱۳۹۴). مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای. ابراهیم افشار. تهران: نشر نی
- مرادی‌سیاسری، غلامرضا؛ کشکر، سارا؛ سالار، روح‌الله و قبادی، عباس. (۱۳۹۹). «بررسی عوامل مؤثر بر احساس امنیت فعالیت‌های بدنی بانوان در پارک‌های شهر تهران». پژوهشنامه نظم و امنیت انتظامی. ۱۳(۵۰)، صص ۱۰۱-۱۲۲.
- مرزبان‌پناه، توران. (۱۳۸۹). «بررسی ترکیب بدن و نقش آن بر ورزش دانش آموزان دختر». آموزش رشد تربیت بدنی. ۱۱(۲)، صص ۴۱-۴۴.
- ملکوتی، سیده عصمت‌الله. (۱۳۹۷). «نقش مادر در تربیت کودک». معارف اسلامی و علوم تربیتی. ۴(۸)، صص ۲۵-۴۰.
- منوچهری‌نژاد، محسن؛ همتی‌نژاد، مهرعلی؛ رحمتی، محمد مهدی و شریفیان، اسماعیل. (۱۳۹۷). «شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر نهاده‌سازی فرهنگ ورزش در کودکان و نوجوانان از دیدگاه معلمان تربیت بدنی». مدیریت ورزشی. ۱۰(۱)، صص ۱۶۳-۱۷۹.
- مومتمنی، علیرضا؛ همتی، امین و مرادی، هادی. (۱۳۹۳). «شناسایی و اولویت‌بندی موانع پیش روی بانوان در انجام فعالیت‌های بدنی». مطالعات مدیریت ورزشی. ۲۴(۲)، صص ۱۱۱-۱۳۰.

- موسوی، سید ولی‌الله؛ حومنی، المیرا؛ رضائی، سجاد و قربان‌پور لقمجانی، امیر. (۱۳۹۸). «تحلیل خوشه‌ای اثرات فعالیت بدنی بر اضطراب مرگ و معنای زندگی سالمندان شهر تهران». پژوهش در ورزش تربیتی. ۷(۱۷)، صص ۲۰۷-۲۲۸.
- نعمتی، ابراهیم؛ زاده محمدی، علی؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ فنائی، حامد و علیدوستی، زهرا. (۱۳۹۴). «استرس والدگری و اثر تعاملی مراحل چرخه زندگی خانواده زنان شاغل و غیرشاغل شهر تهران». زن و مطالعات خانواده. ۸(۲۹)، صص ۷-۲۲.
- ولدی، سعید و حمیدی، مهرزاد. (۱۳۹۹). «بررسی سطح سواد بدنی دانش‌آموزان ۸-۱۲ ساله». پژوهش در ورزش تربیتی. ۸(۲۰)، صص ۲۰۵-۲۲۶.
- Allender, S; Cowbur, G; Fošte, Ch. (2006). "Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies". Health Education Research, 21(6): 826-835.
- Ball, J., Bice, M., Parry, Th. (2014). "Adults' motivation for physical activity: differentiating motives for exercise, sport, and recreation". Recreational Sports Journal, (38): 130-142.
- Deaner, R; Balish, Sh; Lombardo, M. (2016). "Sex differences in sports interest and motivation: an evolutionary perspective". Evolutionary Behavioral Sciences, 10(2): 73-97.
- Deaner, R; Smith, B. (2012). "Sex differences in sports across 50 societies". Cross-Cultural Research, 47(3): 268-309.
- Elder, J.P; Lytle, L; Sallis, J.F; Young, D.R; Stecker, A; Simon-Morton, D; Stone, E; Jobe, J.B; Stevens, J; Lohman, T; Webber, L; Pate, R; Saksvig, B.I. & Ribisl, K. (2007). "A description of the social-ecological framework used in the trail of activity for adolescent girls (TAAG)". Health Education Research, 22(2): 155-165.
- Greca, J.P.A; Silva, D.A.S; Loch, M.R. (2016). "Physical activity and screen time in children and adolescents in medium size in the South of Brazil". Revista Paulista de pediatria, 34(3): 316-322.
- Hyman, M.A. (2007). "The life cycles of women: restoring balance". Alternative Therapies in Health and Medicine, 13(3): 10-16.
- Kaim, D. (2015). "Barriers to women's participation in sport and active recreation". International Journal of Physical Education, Sports and Health, 2(1): 96-98.

- Lubans, D.R; Okely, A.D; Morgan, P.J; Cotton, W; Puglisi, L; Miller, J. (2012). **“Description and evaluation of a social cognitive model of physical activity behavior tailored for adolescent girls”**. Health Education Research, 27(1): 115-128.
- Russo, L; Harvey, M; Pekow, P; Chasan-Taber, L. (2019). **“Physical activity and risk of cesarean delivery in Hispanic women”**. Journal of Physical activity and health, 16(2): 116-124.
- Schlaff, S; Baruth, M; LaFramboise, F; Deere, S. (2020). **“Examining the impact of body satisfaction and physical activity change on postpartum depressive symptoms”**. Journal of Physical Activity and Health, 17(2): 141-148.
- Sipila, S; Tormakangas, T; Sillanpaa, E; Aukee, P; Kujala, U.M; Kovanen, V; Laakkonen, E.K. (2020). **“Muscle and bone mass in middle-aged women: role of menopausal status and physical activity”**. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 11(3): 698-709.
- Van Acker, R; Bourdeaudhuij, I.D; Martelaer, K.D; Seghers, J; Kirk, D; Haerens, L; Cocker, K.D; Cardon, G. (2011). **“A framework for physical activity programs within school-community partnerships”**. Quest. 63(3): 300-320.
- Woolf, K; Reese, C.E; Mason, M.P; Beard, L.C; Tudor-Locke, C; Vaughan, L.A. (2008). **“Physical activity is associated with risk factors for chronic disease across adult women's life cycle”**. Journal of the American Dietetic Association, 108(6): 948-959.