

چکیده:

هدف از انجام این مطالعه آشنایی با مفهوم فعالیت بدنی و بررسی اثرات فعالیت بدنی در دوره های مختلف زندگی افراد (کودکی، بزرگسالی و سالمندی) و ارتباط آن با سبک زندگی افراد می باشد.

انسان ها برای داشتن زندگی سالم و پیشگیری از بیماری ها به تحرک نیاز دارند. ورزش و فعالیت بدنی در هر سنی باعث شادابی و نشاط می شود. بعضی افراد فکر می کنند که ورزش مؤثر باید حتماً با تلاش فراوان و درد عضلانی بعد از ورزش همراه باشد؛ در صورتی که یک فعالیت بدنی متوسط مانند پیاده روی که کمی ضربان قلب و تنفس را زیاد کند، برای داشتن زندگی سالم کفایت می کند. شروع اولین قدم بسیار مهم است. زندگی بدون تحرک به عنوان عامل خطر بیماری مختلفی شناخته شده است. از دهه ۱۹۹۰ عدم تحرک بدنی بعنوان یکی از ریسک فاکتورهای اصلی بیماری های قلبی-عروقی مطرح شده است.

کلید واژه: فعالیت بدنی، کم تحرکی، زندگی سالم

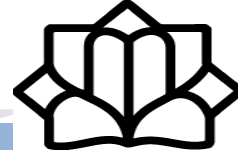
مقدمه:

به هرگونه حرکت بدن که در اثر انقباض و انبساط عضلات اسکلتی بدن ایجاد می شود و نیازمند صرف انرژی است فعالیت بدنی گفته می شود. فعالیت بدنی ممکن است به روش های مختلف مانند پیاده روی، دوچرخه سواری، ورزش و تفریحات فعال متعدد صورت گیرد؛ همچنین، ممکن است جزئی از یک حرفه یا جزئی از یک مهارت خانگی باشد. فعالیت بدنی برنامه ریزی شده، سازمان یافته و تکراری است که با هدف بهبود یا حفظ سلامت و تناسب اندام انجام می شود؛ بنابراین ورزش به معنای فعالیت

¹ Zahra.sayedi.77@gmail.com دانشجوی کارشناسی ارشد رشته فیزیولوژی ورزش و تندرستی، دانشگاه کاشان،

² vaghar@kashanu.ac.ir عضو هیات علمی گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده حقوق و علوم انسانی دانشگاه کاشان،





بدنی برنامه ریزی شده، روش مند و دارای هدف است. تمامی اشکال فعالیت بدنی منظم با شدت و

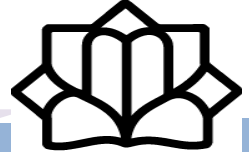
مدت کافی می توانند برای سلامت سودمند باشند؛ همچنین، برخی از فعالیت ها که با اختیار انجام می شود و لذت بخش است در مقایسه با پرداختن به سایر فعالیت های بدنی مرتبط با شغل یا فعالیت بدنی حین خانه داری روزانه که اجباری است، ممکن است سودمندی بیشتری برای سلامتی جسم و روان داشته باشد.

رفتار کم تحرک شامل هر نوع رفتار در حین بیداری، با مصرف انرژی کمتر است. نشستن، تکیه دادن و دراز کشیدن از نمونه های رفتار کم تحرک می باشند. شواهد اخیر نشان داده اند که عادت به رفتار کم تحرک با چاقی و ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی و دیابت و مرگ و میر کلی مرتبط است.

آمادگی جسمانی به معنای سطحی از انرژی و توانایی است که به مردم اجازه می دهد تا کارهای مرسوم روزانه خود را انجام دهند، از اوقات فراغت فعال لذت ببرند، با شرایط اضطراری بدون اضطراب و خستگی بیش از حد مواجه شوند؛ آمادگی جسمانی به جلوگیری از بیماری های ناشی از کم تحرکی کمک می کند و موجب توسعه توانایی های فکری و لذت بردن از زندگی نیز می گردد (۱).

حال که با مفهوم فعالیت بدنی آشنا شدیم می خواهیم با نقش فعالیت بدنی در دوره های مختلف زندگی افراد بررسی کنیم.

پیشرفت های شگرف در فن آوری و ماشینی شدن زندگی از ویژگی های دنیای مدرن امروزی است. پیامد ماشینی شدن زندگی، فقر حرکتی بوده که از دیدگاه تندرستی از مهم ترین مشکلات بشر امروزی است. این پدیده یکی از عوامل خطر آفرین چاقی محسوب می شود (۲). در پنجاه سال گذشته، پژوهش ها نشان داده اند مهم ترین عواملی که سبب بروز ناتوانی ها و مرگ های زودرس می شوند، از بیماری های عفونی و واگیردار به بیماری های مزمن و تحلیل برنده تغییر یافته اند. در طی این سالها از یک سوء به علت افزایش توان اقتصادی جوامع صنعتی و رفاه بیش از حد در زندگی، زیاده روی در مصرف چربی ها، گوشت، شکر، نمک و مصرف دخانیات رایج شده و از سوی دیگر میزان فعالیت بدنی کاهش یافته است. در مجموع عوامل فوق سبب افزایش



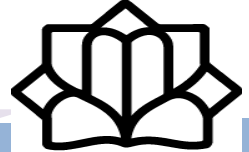
شیوع بیماری های غیر واگیر و خطرات ناشی از آن شده است (۳). با این حال، تأثیر میزان

تحصیلات بر دریافت های غذایی، چاقی و سایر عوامل خطرزای بیماری های قلبی عروقی با گذشت زمان تغییر می کند و تا حدودی به میزان توسعه اقتصادی هر کشور بستگی دارد (۴). دارا بودن سطوح بالای شاخص های تندرستی، بهداشتی و قابلیت های جسمانی می تواند نشان دهنده سلامت و توانمندی یک جامعه باشد. در کشورهای توسعه یافته صنعتی به نظر می رسد چاقی نتیجه انتخاب رژیم های غذایی نامناسب، کاهش فعالیت جسمانی و شیوه نامناسب زندگی باشد. با این حال، عوامل ژنتیکی و محیطی نقش اصلی را در چاقی بازی می کنند.

بررسی ها نشان داده اند که شیوع چاقی و سایر عوامل خطرزای بیماریهای قلبی عروقی در بسیاری از جوامع تحت تأثیر عوامل اجتماعی اقتصادی است (۵). عوامل متعددی از طریق تأثیر بر رژیم غذایی، فرهنگ مصرف مواد غذایی و میزان فعالیت بدنی در بروز چاقی مؤثرند. سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان درآمد، شغل و میزان تحصیلات عواملی هستند که در ایجاد اضافه وزن و چاقی مؤثرند (۶). وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده می تواند کلیه سطوح زندگی کودک را چه پیش از تولد و چه پس از تولد تحت تأثیر قرار داده و تغییرات عمیقی در نحوه رشد کودک ایجاد کند. نسبت به اطلاعات مربوط به کودکان پرخوردار از تغذیه خوب، کودکان مدرسه ای که دچار سوء تغذیه مزمن هستند، به طور متوسط کوچکتر می مانند و جهش نوجوانی آنها دیرتر و با وسعت کمتری اتفاق می افتد. نتیجه اصلی این امر کاهش قد بزرگسالی و توده عضلانی است.

یافته های پژوهشی نشان می دهد که میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در کشورهای دارای حداقل توسعه یافتگی روی عدد ۱۵۹ در هر ۱۰۰۰ تولد باقی مانده است، این میزان در کشورهای پردرآمد ۶ مورد در ۱۰۰۰ تولد است (۱۰). بین سلامتی با کاهش فقر و رشد اقتصادی در دراز مدت ارتباطی قوی وجود دارد، این ارتباط، بسیار قوی تر از آن چیزی است عموماً پنداشته می شود (۷).

فعالیت های ساکن مانند نگاه کردن به تلویزیون و کار با رایانه، وقت زیادی از کودکان را به خود اختصاص می دهند. آنچه مسلم است، فعالیت ورزشی یک رفتار سالم در طول دوره کودکی و نوجوانی است و در رفتارهای سالم آینده اهمیت حیاتی



خواهد داشت. اطلاعات موجود نشان می دهند، حدود ۲۶ درصد از کودکان دختر و ۱۷ درصد

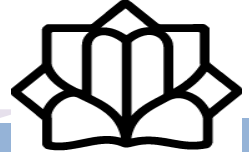
از کودکان پسر در ایالات متحده، بیش از دوبرار در هفته فعالیت ورزشی شدید ندارند. به هر حال، این آمار در کشورهای در حال توسعه شرایط بدتری دارد. بسیاری از مطالعات نشان داده اند که کاهش فعالیت بدنی یکی از دلایل اصلی چاقی کودکان است. یعنی افزایش فعالیت‌های بدنی اوقات فراغت، با کاهش شاخص توده بدنی همراه است.

به نظر می رسد که هزینه انرژی مربوط به فعالیت بدنی تا حدی می تواند در توسعه چاقی کودکان نقش داشته باشد. در مطالعه ای، کودکان چاق به مدت ۱۲ هفته در معرض یک برنامه ورزشی استقامتی و رژیم غذایی قرار گرفتند. در این مطالعه، انرژی دریافتی ۵ کودک به میزان ۵۰۰ تا ۶۰۰ کیلو کالری در روز به مدت ۱۲ هفته کاهش یافت. یک برنامه پیاده‌روی پنج روز در هفته طی شش هفته، در انتهای این دوره آغاز شد. کودکان در این برنامه مقدار قابل توجهی از وزن خود را از دست دادند. بنابراین، به نظر می رسد، ترکیب برنامه های ورزشی، همراه با رژیم غذایی و تکنیک های رفتاری در کودکان و نوجوانان چاق عامل تعیین کننده ای است. ترکیب برنامه های ورزشی، همراه با رژیم غذایی و تکنیک های رفتاری در کودکان و نوجوانان چاق عامل تعیین کننده است (۸).

فعالیت بدنی در تمام سنین، کیفیت زندگی را بهبود می بخشد اما نوجوانی و جوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و عادات زندگی از قبیل ورزش منظم به طور طبیعی در این دوران شروع و ادامه پیدا می کند (رسولی و همکاران، ۱۳۹۸). مشارکت مداوم در فعالیت بدنی برای حفظ سلامتی و بهزیستی در طول عمر ضروری است (ویلک^۱ و همکاران، ۲۰۱۸)، لازم است. علاوه بر این، ورزش و فعالیت‌های جسمانی به عنوان واقعیتهای اجتماعی، از زمان های بسیار دور در جوامع بشری وجود داشته و جزئی از زندگی روزمره انسان‌ها را تشکیل می‌دهد است (پور رنجبر و همکاران، ۱۳۹۷). اما با وجود مزایای شناخته شده فعالیت بدنی، بسیاری از کودکان برای بهره‌مند شدن از این مزایا سطح مطلوبی از فعالیت بدنی را ندارند (جانسن و لیبلانس^۲

¹ Wilk

² Janssen & LeBlanc



، (۲۰۱۰). در این راستا، عوامل موثر مشارکت در فعالیت بدنی موضوعی بسیار پیچیده است و

عوامل متعددی در سطوح مختلف مانند عوامل فردی، بین فردی و محیطی، می‌توانند بر رفتارهای کودکان و نوجوانان موثر باشند (میشل^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل اجتماعی و بین فردی به عنوان یکی از مهمترین عوامل موثر بر مشارکت در فعالیت بدنی شناخته شده اند و می‌توانند عاملی موثر و تاثیرگذار بر فعالیت بدنی باشند (گاستافسون و رادز^۲، ۲۰۰۶). یکی از این عوامل اجتماعی، والدین هستند که نقش مهمی را در شکل‌دهی رفتارهای سلامت محور کودکان ایفاء می‌کند (تیلور و همکاران، ۱۹۹۴). بنابراین، والدین می‌توانند رفتارهای فعالیت بدنی کودکان را از طریق مکانیسم‌های متعددی تحت تاثیر قرار دهند (ماتا^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). حمایت والدین از فعالیت بدنی و همچنین مشارکت والدین در فعالیت بدنی از عوامل مهمی هستند که می‌توانند رفتارهای فعالیت محور کودکان را تحت تاثیر قرار دهند (یانو^۴ و رادز، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، آنچه مشارکت ورزشی نوجوانان را تحت تاثیر قرار می‌دهد خواست اجتماعی و ویژگیهای فردی افراد است (الکینز^۵، ۲۰۰۴). متعاقب این، نوجوانان استراتژی متفاوتی در شروع فعالیت های بدنی دارند، مثلا برای سرگرمی در ورزش شرکت می‌کنند و یا بیشتر به دنبال منافع روانی آن هستند (سابستین^۶ و همکاران ۲۰۱۳). در همین راستا، محققان به نقش عوامل مختلفی تاکید داشته اند که در میان آنها خانواده همواره از جایگاه قابل توجهی برخوردار بوده است. عملکرد خانواده ممکن است یکی از عوامل مهم در مشارکت یا عدم مشارکت در ورزش باشد. بی‌تردید محیط خانوادگی اغلب مهمترین پایگاه به شمار می‌آید که در میزان انگیزه، گرایش به فعالیت‌های جسمانی، انتخاب نوع رشته‌های ورزشی، میزان فعالیت‌های ورزشی و حضور در میادین ورزشی و مسابقات اثرات مهم دارد. به عبارت دیگر اگر والدین و خواهران و برادران بزرگتر ورزش کنند فرزندان کوچکتر خانواده نیز به ورزش روی می‌آورند. علاوه بر این، مشارکت سایر اعضای خانواده می‌تواند تاثیرات مثبتی بر مشارکت ورزشی کودکان و نوجوانان داشته باشد.

¹ Mitchell

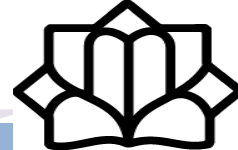
² Gustafson

³ Maatta

⁴ Yao

⁵ Elkins

⁶ Sabiston



وقتی والدین در ورزش شرکت کنند، مشارکت ورزشی کودکان و نوجوانان نیز افزایش پیدا

می‌کند (کلمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). خانواده به عنوان یکی از مهمترین محیط‌ها برای ایجاد نگرش به فعالیت بدنی محسوب می‌شود (تیمپریو^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). والدین نقش مهمی را در تاثیرگذاری برای تغییر نگرش نوجوانان برای شرکت در فعالیت های ورزشی ایفاء می‌کنند (چیتوم^۳، ۲۰۱۴). والدینی که با تأیید و تشویق به مشارکت و ایجاد علاقه نسبت به فعالیت بدنی با زبان گفتاری و غیرگفتاری به ارائه‌ی الگوی لذت بخش از شرکت خود در فعالیت بدنی خبر می‌دهند سبب انتقال این پیام به افراد خانواده شان می‌شوند و این نوع رفتار احتمالاً می‌تواند باعث ایجاد انگیزه مشارکت در ورزش را تحریک کند. در این راستا، بیتز^۴ و همکاران (۲۰۰۶) حمایت والدین را شاخص‌های کارکردی مرتبط با تعاملات بین یک والد و فرزندش به منظور مشارکت آگاهانه در فرصت‌های فعالیت محور و ایجاد این فرصت‌ها می‌دانند. در تعریفی تخصصی تر بیتز و همکاران (۲۰۰۶) حمایت والدین به صورت تشویق، فراهم آوردن فرصت‌هایی برای فعالیت بدنی، تماشای مشارکت کودکان در فعالیت بدنی و مشارکت با کودکان در فعالیت بدنی تعریف کرده اند.

بنابراین، در ورزش بعد ساختاری حمایت اجتماعی شامل شبکه ارتباطی ورزشکار با افراد مهم دیگر نظیر مربیان، والدین، هم‌تیمی‌ها و هم‌سالان است (بیانکو و اکولند^۵، ۲۰۰۱). از این روی، والدین میتوانند نقش را در شروع، حمایت و تشویق به شرکت در فعالیت بدنی ایفاء کنند (فردریکس و اسلز^۶، ۲۰۰۴). در این راستا (لونگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۷) به این نتیجه دست یافتند که حمایت والدین تاثیر مثبت معناداری در مشارکت در فعالیتهای بدنی و ورزشی دارد. نتایج (آصفی و همکاران، ۱۳۹۷) نشان داد که خانواده می‌تواند چهار نقش مهم و کلیدی الگو، مشوق، حامی و هم کنش را در نهادینه کردن فعالیت بدنی در کودکان بازی کند. این نقش‌های مهم می‌تواند توسط اعضای خانواده انجام گیرند. نتایج (منوچهری نژاد و

¹ Coleman

² Timperio

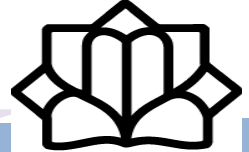
³ Cheatom

⁴ Beets

⁵ Bianco & Eklund

⁶ Fredricks & Eccles

⁷ Leung



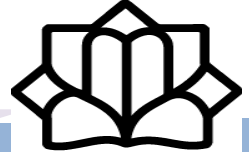
همکاران، ۱۳۹۴) نشان داد روابط درون خانواده و حمایت درون خانواده میزان مشارکت ورزشی

دانش‌آموزان دختر نوجوان را پیش بینی می‌کند. نتایج (ظهیری نیا و همکاران، ۱۳۹۴) نشان داد که بین خانواده و رسانه‌های گروهی با مشارکت دختران در فعالیت‌های ورزشی روابطی مستقیم و معنی داری وجود دارد.

در حالی که، (مک‌میلان^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) نشان دادند کودکانی که فقط با پدر یا مادر زندگی می‌کنند، تمایل کمتری برای مشارکت در ورزش دارند و یا به عبارتی والدین تاثیر منفی معنادار بر مشارکت ورزشی دارند. علاوه بر این، ویلک و همکاران نتیجه ای متفاوت تر گزارش کردند و نشان دادند که ادراک کودکان از حمایت والدین تاثیر مثبت معنادار بر فعالیت بدنی دارد اما فعالیت بدنی والدین فعالیت بدنی کودکان تاثیر معناداری نداشت. در این رابطه تحقیق داخلی همخوان یافت نشد. اما در تحقیق ناهمخوان یافته های وفایی (۱۳۹۰) نشان داد که فعالیت جسمانی والدین (به خصوص پدر) و حمایت‌های خانواده بر فعالیت جسمانی فرزندان تأثیر گذار می‌باشد.

از سوی دیگر، براساس آمار و اطلاعات ارائه شده از سازمانهای ذیربط و به طور ویژه وزارت ورزش و جوانان میزان مشارکت در فعالیت بدنی در اوقات فراغت در کشورمان کاهش چشمگیری داشته است که به نظر می‌رسد عوامل متعددی می‌توانند موثر باشند. یکی از عوامل بسیار مهمی که می‌تواند بر این مشکل دامن بزند نوع دیدگاه و نگرش والدین به فعالیت بدنی و مشارکت در آن می‌باشد که احتمالاً دلایل مختلف و از جمله مشغله‌های کاری، ترافیک و خطرات اجتماعی برای فرزندانشان ممکن است نگرش آنها را نسبت به مشارکت در فعالیت بدنی منفی سازد و احتمالاً پیامد این نگرش بر مشارکت کودکان در فعالیت بدنی نیز تاثیر گذار باشد. از این رو، به نظر می‌رسد با توجه به این مشکلات بیان شده عوامل مذکور بر مشارکت کودکان تاثیر گذار باشند، هر چند یافته‌های تحقیقات پیشین نیز در این حوزه متناقض بوده و برخی از تحقیقات تاثیر آنها را گزارش و برخی نیز بی تاثیر بودن آنها را گزارش کرده اند. از سوی دیگر، در اکثر تحقیقات انجام گرفته عوامل روان شناختی و گاهاً جامعه شناختی مشارکت در فعالیت بدنی در اوقات فراغت در گروه‌های مختلف بررسی شده است، اما خلاء مهم و اساسی در تحقیقات

¹ McMillan

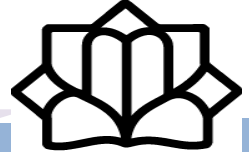


مربوط به اوقات فراغت و به طور ویژه مربوط به فعالیت‌های اوقات فراغت کودکان در داخل

کشور، نقش والدین مورد غفلت واقع شده است که به نظر می‌رسد با توجه به شرایط کنونی جامعه و خانواده‌ها که تمایل چندانی برای دادن آزادی برای کودکان‌شان به منظور شرکت در فعالیت‌های مختلف و از جمله فعالیت بدنی با گروه‌های همسالان‌شان ندارند، به نظر می‌رسد بررسی نقش خود والدین و همچنین نقش گروه‌های اجتماعی و از جمله همسایگان به عنوان یکی از تحقیقات پیشرو و جدید در داخل کشور در برطرف ساختن این شکاف پژوهشی قابل توجه باشد (۹،۱۰،۱۱،۱۲).

یکی از پیامدهای ماشینی شدن زندگی و پیشرفت تکنولوژی در قرن حاضر، فقر حرکتی و کاهش فعالیت فیزیکی مناسب در بین افراد بوده است. این مشکل از دیدگاه سلامتی یکی از مهمترین مشکلات جامعه امروزی است (۱۳). در این خصوص بررسی‌های انجام گرفته در کشور ایران متأسفانه نشان داده است بیش از ۷۰٪ مردم فعالیت فیزیکی کافی ندارند (۱۴). زندگی بدون تحرک و عدم فعالیت فیزیکی به عنوان عامل خطر بیماری‌های مختلفی شناخته شده است و به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای اصلی قابل اصلاح بیماری‌های قلبی مطرح شده است و نقش مهمی در ایجاد سایر بیماری‌ها دارد (۲۰،۲۱).

فقر حرکتی عامل بسیاری از بیماری‌های جان فرسا چون چاقی، ضعف دستگاه‌های قلبی و عروقی و تنفسی است و به طور مستقیم و غیرمستقیم سلامتی انسان را به خطر می‌اندازد (۱۵). از طرفی تحقیقات نشان داده‌اند فعالیت جسمانی کافی در سنین نوجوانی اثر مطلوبی بر روی فشار خون، چاقی و سطح سرمی لیپیدها دارد و در بالغین نیز شانس بروز بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت نوع ۲، استئوپروز، سرطان سینه و سرطان کولون را کاهش می‌دهد. همچنین، میزان فعالیت پیشنهادی برای بزرگسالان به مدت ۳۰ دقیقه با شدت متوسط در تمام هفته و یا حداقل ۵ روز در هفته است که می‌تواند باعث کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن شود (۱۶). تمرینات ورزشی منظم (روزی ۳۰ دقیقه و هفته‌ای دو یا سه بار) می‌تواند باعث کاهش بروز بیماری‌های کرونری قلب، دیابت، سرطان سینه، سرطان معده و روده شده و راه ثابت شده‌ای برای کاهش کلسترول توتال، افزایش HDL، کاهش LDL و بهبود سلامتی عمومی بدن است. ورزش درمان کمکی در بهبود فشار خون



است و افرادی که ورزش می کنند اگر دچار سکتة قلبی شوند زودتر بهبود می یابند و

فشار خون آنها در حد طبیعی خواهد ماند (۱۷).

بررسی های به عمل آمده نشان داده اند که یکی از عوامل تعیین کننده در انجام فعالیت فیزیکی، موانعی است که فرد جهت انجام این رفتارها دارد (۲۶) و در مقابل آن، تواناییها جهت غلبه بر موانع انجام فعالیت فیزیکی، ارتباط مثبت و معنی داری با افزایش فعالیت فیزیکی دارد (۱۸). از طرف دیگر فعالیت فیزیکی ارتباط مستقیمی با داشتن مکان مناسب برای ورزش، تجهیزات و فراهم نمودن وسیله برای رفتن به محل تمرین یا برنامه ورزشی دارد.

تئوری رفتار برنامه ریزی توسط آزن^۱ و فیشبین^۲ توسعه داده شد. بر طبق این تئوری تعیین کننده اولیه رفتار قصد رفتاری^۳ است که بیانگر "انگیزش فرد برای اتخاذ یک رفتار" است و قصد رفتاری نیز برآیندی از: (۱) نگرش^۴ فردی به رفتار، (۲) ادراک فردی از هنجارهای اجتماعی اطرافیان و محیط زندگی^۵ و (۳) ادراک فردی از میزان کنترلی که برای انجام یا عدم انجام آن رفتار دارد^۶، است (۱۹).

درخصوص اهمیت استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پژوهش حاضر باید افزود که تحقیقات ورزشی از توانایی پیشگویی کنندگی تئوری رفتار برنامه ریزی شده در رفتار ورزشی حمایت کرده اند، چرا که برای فهم تعیین کننده های روانشناختی رفتار ورزشی شناسایی عقایدی از فرد که به طرز قویتری با نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده مرتبط است، اهمیت دارد (۲۰). همچنین تئوری رفتار برنامه ریزی شده به میزان وسیعی برای رفتارهای بهداشتی از قبیل رژیم غذایی، استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری، ورزش،

¹ Ajzen

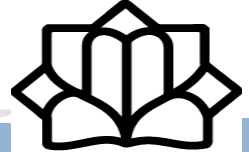
² Fishbin

³ Behavioral Intention

⁴ Attitude

⁵ Subjective Norms

⁶ Perceived Behavioral Control



شرکت در برنامه های غربالگری بهداشتی، جاده ایمن بکار رفته است. این تئوری قادر

است بطور متوسط حدود ۴۰ درصد ارتباط بین قصد و رفتار بهداشتی را توضیح دهد. در نتیجه این ادعا وجود دارد که این مدل ظرفیت بالقوه ای برای توسعه مداخلات تغییر رفتار دارد (۲۱).

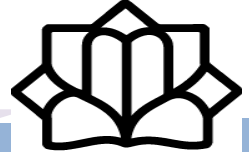
فعالیت بدنی یکی از راهکارهای اصلی حفظ و ارتقای سلامت در سراسر دوره زندگی است (هوو^۱، ۲۰۰۸). حداقل فعالیت بدنی مورد نیاز برای حفظ و ارتقای سلامت در بزرگسالان ۳۰ دقیقه با شدت متوسط و ۵ روز در هفته است (هوو، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۳). به ازاء هر ۱٪ افزایش سطح فعالیت بدنی در جمعیت، از ۱۰۰ مرگ به علت بیماری‌های عروق کرونر قلب، جلوگیری می‌شود. همچنین پرفشاری خون، چربی خون بالا و چاقی هم کاهش می‌یابد (برتون^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). اما متأسفانه حداقل ۶۰٪ جمعیت جهان فعالیت بدنی لازم برای سلامت را ندارند (هوو، ۲۰۰۴). در نتیجه عدم فعالیت بدنی هر ساله ۲ میلیون مرگ در جهان بر جای می‌گذارد و نقش بسزایی در ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی-روانی و مرگ و میر دارد (احمدی طباطبایی و همکاران، ۲۰۰۸). بر طبق مطالعات انجام شده، در اغلب کشورها بین ۶۰ تا ۸۰ درصد بزرگسالان به اندازه‌های که برای سلامت آنها مفید است فعالیت بدنی ندارند (۲۲).

فعالیت بدنی از اولویت های سلامت عمومی می باشد. فعالیت بدنی کافی و منظم از عوامل اصلی حفظ و ارتقای سلامت در سراسر دوره زندگی است. حداقل فعالیت بدنی مورد نیاز برای حفظ و ارتقای سلامتی در بزرگسالان ۳۰ دقیقه با شدت متوسط و ۵ روز در جمعیت جهان فعالیت بدنی لازم برای سلامتی را ندارد (۲۳).

با پیشرفت فناوری در قرن بیست و یکم و گسترش فقر حرکتی چاقی فراگیر شده است. در کشورهای درحال توسعه شیوع چاقی به طور روزافزون در حال افزایش و سن چاقی کاهش یافته است. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است دنیا بیش از یک بلیون بزرگسال چاق و یا دارای اضافه وزن وجود دارد. ایران نیز همانند سایر کشورها از این معضل اجتماعی رنج می‌برد؛

¹ Who

² Burton



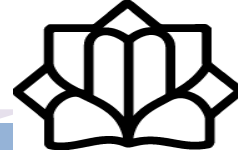
به طوری که بررسی‌های ملی انجام شده در استان‌های مختلف کشور نشان داده است که ۳۴

درصد زنان و ۱۰ درصد از مردان چاقی شکمی وجود دارد. شیوع چاقی و اضافه وزن به میزان هشداردهنده‌ای در ایران رو به افزایش است که به واسطه توسعه شهرنشینی، تغییر در شیوه زندگی، الگوهای مصرف غذایی و کاهش فعالیت بدنی پدیدار گشته است. امروزه چاقی در کودکان و نوجوانان از مشکلات اصلی اکثر کشورها محسوب می‌شود. بروز سوء تغذیه و نیز اختلالات لیپیدی سرم از شواهد این امر می‌باشد (۲۴).

در قرن اخیر، با کاهش میزان باروری و با افزایش امید به زندگی در دنیا، جمعیت سالمندان به طور قابل توجهی افزایش یافته است؛ به نحوی که در بین گروه‌های سنی مختلف، سالمندان بیشترین نرخ رشد را دارند. در حال حاضر نرخ رشد ما ۱/۶ درصد می‌باشد. این در حالی است که نرخ رشد جمعیت در کشور جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است. بر اساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران در سال ۱۳۵۸، بیش از ۵ میلیون نفر سالمند ۶۰ سال و بالاتر در کشور وجود دارد که ۷/۳ درصد از جمعیت کل کشور را شامل می‌شوند و تخمین زده می‌شود طی ۵۲ سال آینده این رقم به حدود ۱۰ درصد برسد. با افزایش جمعیت سالمند، نسبت بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها نیز افزایش می‌یابد. مطالعه‌ی باری^۱ نشان داد که ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند. بروز بیماری‌های مزمن سبب محدود شدن فعالیت‌های جسمی فرد سالمند می‌گردد و در بسیاری از موارد فرد قادر به انجام فعالیت‌های خود نیستند. تعدادی از این افراد نیز به طور کامل وابسته به دیگران و زمین‌گیر می‌شوند که این خود مشکلات متعدد و از جمله اختلالات روانی را به دنبال دارد.

گزارش نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در زمینه‌ی سالمندی با موفقیت، حاکی از آن است که عادات و شیوه‌ی زندگی این افراد بر سلامت جسمی و روحی آن‌ها بسیار تأثیرگذار است و شیوه‌ی زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت به

¹ Barry



بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک می‌کند. شیوه‌ی زندگی فعال، داشتن ورزش و فعالیت

های بدنی موجب به تعویق انداختن فرایند پیری می‌شود و سالمندانی که فعالیت و تحرک دارند از سلامتی و نشاط بیشتری برخوردار هستند.

پیل^۱ و همکاران طی یک بررسی نشان دادند که فعالیت بدنی مداوم می‌تواند باعث افزایش سطح عملکرد روانی شود. گرانتا^۲ و همکاران به بررسی تأثیر برنامه‌ی ورزشی بر وضعیت سلامتی افراد سالمند پرداختند و به این نتیجه رسیدند که برنامه‌ی ورزشی منظم باعث افزایش عملکرد فیزیکی و روانی افراد می‌شود. الاوسکی^۳ و همکاران نشان دادند که فعالیت بدنی و ورزش باعث جلوگیری از اختلالات روانی مانند روان پریشی، افسردگی و اضطراب در سالمندان می‌شود. کینگ^۴ و همکاران نیز این یافته را تأیید نمودند. ایگور^۵ و همکاران نیز دریافتند که سالمندان درگیر در فعالیت‌های بدنی و ورزشی از افسردگی خفیفتری برخوردار هستند. با این وجود بارت^۶ و اسمردلی^۷ و نیز سالمون^۸، در تحقیقات خود ارتباط معنی‌داری را بین فعالیت بدنی و کاهش شدت افسردگی در سالمندان مشاهده نکردند (۲۵).

نتیجه‌گیری:

امروزه برای جوامع انسانی به اثبات رسیده است که سازگاری بهتر با محیط، نیاز به تعادل آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی در فرد دارد و چنانچه افراد از نظر وضعیت جسمانی و ترکیب بدنی، شرایط مساعدی نداشته باشند، معمولاً گوشه‌گیر، بدبین و منزوی می‌شوند و به عبارتی از تعادل روانی مناسبی برخوردار نخواهند بود.

¹ Peel

² Granta

³ Elavsky

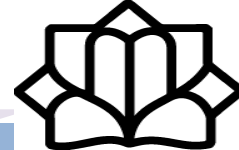
⁴ King

⁵ Eyigor

⁶ Barrett

⁷ Smerdely

⁸ Salmon



به نظر می رسد که در کودکان، میزان افزایش وزن می تواند از طریق شرکت در فعالیت

های بدنی تنظیم شود. البته موضوع پیچیده تر از این است، زیرا تمام مطالعات این یافته ها را تأیید نکرده اند و به نظر می رسد موارد دیگری نیز در تنظیم وزن بدن دخالت دارند. بررسی های به عمل آمده نشان داده اند که یکی از عوامل تعیین کننده در انجام فعالیت فیزیکی، موانعی است که فرد جهت انجام این رفتارها دارد و در مقابل آن، تواناییها جهت غلبه بر موانع انجام فعالیت فیزیکی، ارتباط مثبت و معنی داری با افزایش فعالیت فیزیکی دارد. از طرف دیگر فعالیت فیزیکی ارتباط مستقیمی با داشتن مکان مناسب برای ورزش، تجهیزات و فراهم نمودن وسیله برای رفتن به محل تمرین یا برنامه ورزشی دارد.

کم تحرکی یا بی تحرکی یک مشکل سلامت عمومی جهانی و عامل خطر اصلی برای افزایش فشارخون، افزایش قندخون، چربی خون غیرطبیعی، اضافه وزن/ چاقی و بیماری های مزمن عمده مانند بیماری های قلبی و عروقی، سرطان و دیابت می باشد. در واقع میزان بی تحرکی در همه کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بالا است. معدود پژوهش هایی که در ایران انجام یافته نیز حاکی از بالا بودن میزان بی تحرکی در کشور ما می باشد.

با توجه به اینکه جسم و روان به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می گذارند و سلامت این دو مقوله، یکپارچگی و سلامت فرد را در برمی گیرد، پرداختن به این موضوع عمومی و شناخت تأثیرات دائمی این دو بر یکدیگر از ضروریات است. از این رو درمان و کنترل افسردگی در قشر زنان چاق جامعه اهمیت بسزایی دارد و فعالیتهای بدنی و ورزش و تغذیه مناسب کلید این درمان و کنترل محسوب می شود.

فعالیت بدنی منظم باعث جلوگیری از بروز بیماری های قلبی و عروقی، دیابت و سایر بیماری های سیستمیک می شود و بر سلامت جسمی، روانی و نیز نوتوانی در بیماری های حاد و مزمن مؤثر است. مطالعات متعددی اثرات مثبت فعالیت بدنی را بر سلامت تأیید کرده اند.



References:

1. Physical activity, a self-care guide for family health ambassadors available at: <http://behdasht.gov.ir>
2. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. Prevention and control of cardiovascular diseases, Alexandria, Egypt, WHO- Emro, p 24.
3. World Health Organization, World Health Report 1997: Conquering suffering, Enriching Humanity. Geneva, Switzerland, WHO, 1997, p 39.
4. Benetou, Marantidou, A., Nakou, S., Michelo, G., Gannis, J. "Neuro behavioral estimation of children with lif-long increased lead exposure" So: Arch-Environ-Health, Nov-Dec 43 (6), 1988.
5. Amigo, H; Bustos, P. Programas Y politi as Referentes al deficit de crecimiento. Arch, Latinoam Nutr. 1998 Dec: 48 (4): 281 - 286.
6. Patterson ML, Stern SH, Crawford PB, McMahon R, Similo SH, Schreiber G, et al. sociodemographic factors and obesity in preadolescent black and white girls: NHLBI: S Growth and Health Study. J Natl Med Assoc 1997; 89:594-600.
7. Bergstrom E, Hernell O, Persson, LA. Cardiovascular risk indicators cluster in girls from families of low socio-economic status. Acta Paediatr 1996. Sep, 85(9):1083-1090.
8. Treuh. S. Margaita (2000), Effects of endurance exercise on total and regional adiposity in children IN: Endurance Exercise and Adipose Tissue Edited by Barbara Nicklas, CRC PRESS.
9. Beets, M. W., Vogel, R., Forlaw, L., Pitetti, K. H., & Cardinal, B. J. J. A. J. o. H. B. (2006). Social support and youth physical activity: the role of provider and type. 30(3), 278-289.
10. Bianco, T., & Eklund, R. C. (2001). Conceptual considerations for social support research in sport and exercise settings: The case of sport injury. 23(2), 85-107.
11. Cheatom, O. (2014). Parental Influence on Children's Physical Activity Motivation.
12. Cheng, L. A., Mendonça, G., & Farias Júnior, J. C. d. J. J. d. p. (2014). Physical activity in adolescents: analysis of the social influence of parents and friends. 90(1), 35-41.



13. World Health Organization, Eastern mediterranean regional office. Prevention and control of cardiovascular disease, Alexandria Egypt: WHO; EMRO Tech Pub Series 22; 1995.
 14. US department of health and human services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta (GA): US department of health and human services center for disease control and prevention, national center for chronic disease prevention and health promotion; 1996.
 15. Eftekhari F, Rjabi H, Shafizdeh M. Participation in sports in summer classes on physical fitness and motor factors, body composition and physical self in adolescent girls. J Movem Sci Sports 2007; 5(9):15-28.
 16. Dorh F, Kelishadi R, Kahbazi M, Rabiei K, Heidari S, Baghai A. Physical activity level among children of Markazi and Isfahan provinces. Rahavard-e-Danesh 2004; 7(1 Suppl): 26-33.
 17. Udezue E, Nashwan R, Azim A A, Hasweh M, Al Nuaim A, Al Dossary I. The impact of a multidisciplinary management approach on diabetic control in young Saudi patients. Ann Saudi Med 2005; 25(2): 85-89.
 18. Trost S G, Pate R R, Saunders R. A prospective study of the determinants of physical activity in rural fifth-grade children. PrevMed 1997; 26(2): 257-263.
 19. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Dec 1991; 50(2): 179-211.
 20. Downs D S, Hausenblas H A. Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. Psychol Sport Exer 2005; 6(1): 1-31.
 21. Stead M, Tagg S, MacKintosh A M, Eadie D. Development and evaluation of a mass media theory of planned behavior intervention to reduce speeding. Health Edu Res 2005; 20(1): 36-50.
 22. Aghamolaei, T., Tavafian, S.A.S. and Zarea, SH., 2008. Physical Activity and the Stages of Change: Application of the Trase Theoritcal Model. payesh,7(3), pp. 253-258 [In Persian].
 23. Physical Inactivity: A Global Public Health Problem. Available at: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
 24. Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F. Application of the Health Belief Model for Unhealthy Eating Prevention among Primary School Children in Arak. Behbood J 2008;11(4):352-67.
- World Health Organization. Report 2008. [Online] 2008. [cited 2008 Feb10]; Available from: URL: