

بررسی تأثیر پیاده روی با گام شمار بر سلامت عمومی زنان یائسه

پروین نیکخواه^{۱*}، پروین عابدی^۲، شهناز نجار^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. استادیار گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. مربی گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۱۸

خلاصه

مقدمه: یائسگی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان مؤثر است. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای در مورد تأثیر پیاده روی با گام شمار بر سلامت عمومی زنان یائسه در ایران انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر پیاده روی منظم با گام شمار بر وضعیت سلامت عمومی زنان یائسه در مراکز بهداشتی درمانی اهواز انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۶ زن یائسه واجد شرایط در مراکز بهداشتی درمانی شرق و غرب اهواز انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله هفته ای حداقل ۳ بار و هر بار حداقل نیم ساعت پیاده روی داشتند و تعداد قدم ها با گام شمار ثبت شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه مشخصات فردی در چهار مرحله (قبل از مداخله، ۴ هفته، ۸ هفته و ۱۲ هفته بعد) جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون های کولموگروف اسمیرنوف، تی، من ویتنی، کای دو و ریبیدت مژ انجام شد. $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سلامت عمومی گروه مداخله در ابتدا و پایان مطالعه به ترتیب $25 \pm 7/7$ و $19/4 \pm 4/7$ بود ($p = 0/001$) و در گروه کنترل به ترتیب $22/7 \pm 7/7$ و 24 ± 5 بود ($p = 0/85$). میانگین علائم جسمانی در گروه مداخله در ابتدا و پایان مطالعه به ترتیب $6/7 \pm 2/3$ و $5/8 \pm 1/6$ بود ($p < 0/001$) و در گروه کنترل به ترتیب $6/4 \pm 2/8$ و $7/3 \pm 2/3$ بود ($p = 0/86$). میانگین اضطراب و بی خوابی در گروه مداخله در ابتدا و پایان مطالعه به ترتیب $7/8 \pm 3/8$ و $4/2 \pm 2/8$ بود ($p = 0/002$) و در گروه کنترل به ترتیب $6/8 \pm 3/3$ و $7/2 \pm 2/5$ بود ($p = 0/8$). میانگین کارکرد اجتماعی در گروه مداخله در ابتدا و پایان مطالعه به ترتیب $7/7 \pm 3/1$ و $8/4 \pm 1/9$ بود ($p = 0/5$) و در گروه کنترل به ترتیب $7/5 \pm 2/5$ و $6/7 \pm 1/5$ بود ($p = 0/58$). میانگین افسردگی در گروه مداخله در ابتدا و پایان مطالعه به ترتیب $2/8 \pm 3/3$ و $1/6 \pm 2/07$ بود ($p = 0/02$) و در گروه کنترل به ترتیب $1/8 \pm 2/2$ و $3/1 \pm 1/6$ بود ($p = 0/2$).

نتیجه گیری: پیاده روی منظم در زنان یائسه سلامت جسمی و روحی را حفظ می کند و باعث ارتقاء سلامت عمومی در آن ها می شود، لذا با توجه به نتایج مطالعه و در دسترس بودن منابع حمایتی در سیستم های بهداشتی درمانی، لزوم برگزاری جلسات آموزشی در مورد فعالیت فیزیکی و پیاده روی در مراکز مختلف بهداشتی درمانی هر چه بیشتر آشکار می شود.

کلمات کلیدی: پیاده روی، سلامت عمومی، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: پروین نیکخواه؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۴۳۴۲۴۲۹-۰۶۶، پست الکترونیک: parvinnikkhah@yahoo.com

مقدمه

یائسگی، یکی از مراحل مهم در زندگی زنان است که در سنین میانسالی (۴۵ تا ۶۰ سالگی) اتفاق می افتد و همانند دیگر مراحل زندگی، خطرات و مشکلات زیادی زنان را در این دوره تهدید می کند. یائسگی، توقف فعالیت تخمدان و تولید هورمون های مربوط به آن است که به پایان یافتن دوران باروری در زن می انجامد (۱). متوسط سن یائسگی حدود ۵۲-۵۰ سالگی تخمین زده شده است. میانگین سنی شروع تغییرات حول و حوش یائسگی ۴۳ سال و سن شروع برای ۹۵٪ زنان بین ۵۱-۳۹ سال است (۲). انتظار می رود زنان به طور متوسط یک سوم عمر خود را در دوران پس از یائسگی بگذرانند و این حالت با توجه به مشکلات همراه می تواند احساس خوب بودن زن را مختل کرده و بر کار، فعالیت های اجتماعی، اوقات فراغت، خلق و خو، تمرکز، ارتباط با دیگران، فعالیت های جنسی، لذت از زندگی و کیفیت زندگی کلی زنان تأثیر بگذارد (۱).

سلامت عمومی زنان تحت تأثیر عوامل بیولوژیک روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیست قرار می گیرد. ارتقاء سلامتی و فراهم کردن احساس خوب بودن در هر یک از دوره های زندگی یک زن، کیفیت زندگی بهتری را برای او رقم می زند. در بررسی کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان یائسه در ایران بیش ترین مشکل به ترتیب مربوط به احساس عصبی بودن و اضطراب (۶۳٪)، درد مفاصل و عضلات و احساس خستگی و کوفتگی (۵۶٪)، احساس افسردگی (۵۴٪)، و احساس کم طاقتی و بی حوصلگی با دیگران (۴۸٪) ذکر شده است (۳). همانطور که طول عمر افراد افزایش می یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت عمومی نیز با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن ها روز به روز بیشتر آشکار می شود (۵). بر اساس مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت عمومی به کیفیت مثبت زندگی کمک می کند (۶). آمار ارائه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر بیانگر آن است که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می شود (۷). معمولاً از سن بازنشستگی به بعد، یک چهارم مردم قادر

به انجام فعالیت های خود نبوده و ۱۰٪ آنان نیز کاملاً وابسته و زمین گیر می شوند (۸). تحقیق انجام شده توسط سازمان بهزیستی نشان داد که مشکلات جسمانی زنان پس از یائسگی ۴۳٪ و مشکلات عاطفی ۲۵٪/۳ می باشد و علاوه بر آن مصرف مرتب دارو در این زنان ۴۶٪/۵ می باشد (۹).

امروزه در بین مطالعات جدید، اندازه گیری کیفیت زندگی و سلامت عمومی از پرطرفدارترین تحقیقات می باشد، اکنون مردم خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند. اهمیت سنجش سلامت عمومی به اندازه ای است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می برند (۱۰، ۱۱). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت عمومی می باشد و در میانسالان و سالمندان، تأثیر بالقوه ای در پیشبرد سلامتی عمومی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت باعث کاهش هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی خواهد شد (۴). محققان ایرانی به این نتیجه رسیده اند که سلامت عمومی زنان یائسه در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و همگام با زنان دیگر کشورها، کمبود های بدنی و آسیب های فیزیولوژیکی را تجربه می کنند. از دیگر مشکلات زنان ایرانی، "فقر حرکتی" آنان است که در تمام مراحل زندگی از کودکی تا سالمندی مشاهده می شود (۱۲). سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، جهت ارتقاء سلامت عمومی در سالمندان به ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و ایمن سازی متناسب با سن تأکید می کند (۵). عدم برخورداری از سلامت عمومی و بروز بیماری های مزمن با افزایش سن باعث محدود شدن فعالیت های جسمی فرد میانسال و سالمند می شود (۶).

مطالعه کینگ و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف بررسی تأثیر فعالیت فیزیکی منظم و گروهی بر احساس خوب بودن و کیفیت زندگی سالمندان در یک دوره ۶ ماهه انجام شد، نشان داد که فعالیت فیزیکی منظم می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن سالمندان شود (۱۶). همچنین مطالعه الاوسکی و همکار (۲۰۰۵) نشان داد که فعالیت ورزشی علاوه بر تأثیرات

کوتاه مدت بر فعالیت زندگی و شادی می تواند اثرات طولانی مدت بر بهزیستی افراد سالمند حتی یک سال بعد از ورزش بر جای گذارد (۱۳). مطالعه استرنفیلد و همکاران (۲۰۰۰) تحت عنوان "فعالیت فیزیکی منظم قبل از یائسگی و علائم یائسگی" نشان داد که هیچگونه رابطه مشخصی بین فعالیت فیزیکی منظم قبل از آخرین دوره قاعدگی و کاهش افسردگی و استرس های روانی یا سایر علائم بدنی وجود ندارد (۱۴). در مطالعه تیلور و همکار (۲۰۰۵) تحت عنوان "تأثیر یک دوره تمرینی بر خودپنداره جسمانی زنان یائسه"، گروه تجربی (که تمرینات آمادگی جسمانی را به مدت ۱۰ هفته انجام داده بودند) دارای احساس خود ارزشمندی، خودپنداره و اعتماد به نفس بالاتری نسبت به گروه کنترل بودند. آنها این اثرات مثبت را حتی ۹ ماه پس از پایان تحقیق نیز مشاهده کردند (۱۵). همانطور که مطالعات نشان داده اند آن دسته از زنانی که به فعالیت های ورزشی منظم می پردازند، کمتر دچار عوارض روانی و جسمانی می شوند (۱۶). بنابراین با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای در مورد تأثیر پیاده روی با گام شمار بر سلامت عمومی زنان یائسه در ایران انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر پیاده روی با استفاده از گام شمار بر سلامت عمومی زنان یائسه انجام شد.

روش کار

این مطالعه با روش کارآزمایی بالینی و پیگیری ۳ ماهه با استفاده از یک گروه مداخله و یک گروه کنترل در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۶ زن یائسه در مراکز بهداشتی درمانی شرق و غرب اهواز انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل زنان یائسه با سنین ۴۵-۶۰ سال که حداقل به مدت ۱۲ ماه عادت ماهیانه نشده بودند و افراد با تمایل به پیاده روی و همچنین کسانی بودند که افسردگی خفیف یا متوسط داشتند. زنانی که دچار بیماری اسکلتی - عضلانی، مشکلات مفاصل زانوئی، سابقه شکستگی استخوان لگن و پاها، بیماری قلبی که منع فعالیت فیزیکی داشته باشد و زنان تحت درمان با هورمون های جایگزین در دوره یائسگی از مطالعه خارج

شدند. حجم نمونه ۱۰۶ نفر محاسبه شد که ۵۳ نفر در گروه مداخله و ۵۳ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی قرار گرفتند.

جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه محقق ساخته برای بررسی شرایط فردی انجام شد. در ابتدا برای هر دو گروه مداخله و کنترل پرسشنامه های فردی و پرسشنامه سلامت عمومی تکمیل شد. گروه مداخله به صورت فردی به مدت ۱۲ هفته و هر هفته ۳ بار و هر بار حداقل نیم ساعت پیاده روی داشتند و طی مطالعه با گام شمار، تعداد گام های روزانه خود را ثبت کردند و سپس در چک لیست تهیه شده از طریق پیگیری محقق ثبت شد. پرسشنامه سلامت عمومی هر ماه و به مدت ۳ ماه برای تمام افراد تکمیل شد، پس از ۹۰ روز مجدداً پرسشنامه سلامت عمومی برای همه افراد گروه مداخله و گروه کنترل تکمیل و مورد بررسی قرار گرفت. در مدت اجرای تحقیق گروه کنترل فعالیت های عادی خود را داشتند و در هیچ برنامه پیاده روی شرکت نکردند. این کارآزمایی بالینی دارای کد کمیته اخلاق به شماره ۹۲۲۴-B می باشد و در سایت کارآزمایی بالینی با کد IRCT۲۰۱۴۰۲۰۶۱۶۵۰۱ N1 ثبت شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی از جمله شناخته ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در برگرفته ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می باشد (۱۷). پرسشنامه سلامت عمومی در مطالعات مختلف در کشور مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۸).

دستگاه گام شمار ماراتن ساخت کشور ایران بوده و هر گام شمار تعداد ۴۰۰۰۰ گام را در حافظه خود نگه می دارد. پس از تنظیم گام شمار، به منظور کنترل درستی عملکرد گام شمار از زنان خواسته شد در همان مکان به مدت ۵ دقیقه راه بروند و ثبت گام ها توسط گام

فعالیت فیزیکی و سلامت عمومی از تست اندازه‌گیری های تکراری استفاده شد. میزان $p < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شود.

یافته ها

در این مطالعه محدوده سنی زنان شرکت کننده در مطالعه ۴۵-۵۹ سال و میانگین سن پاسخگویان در گروه مداخله 52.4 ± 3.8 سال و در گروه کنترل 53 ± 4.1 سال بود. میانگین سن ازدواج پاسخگویان 19.2 ± 5.5 سال بود که کمترین سن ازدواج ۹ سالگی و بیشترین سن ازدواج ۴۲ سالگی بود. میانگین سن یائسگی 46.8 ± 4.3 سال بود که کمترین سن یائسگی ۳۳ سالگی و بیشترین سن یائسگی افراد ۵۸ سالگی بود. سطح تحصیلات اکثر شرکت کنندگان در گروه مداخله و کنترل ($0.50/5$) در حد ابتدایی و راهنمایی بود (جدول ۱).

شمار را خودشان کنترل کنند، در حالی که شمارش گام ها به طور شفاهی نیز توسط پژوهشگر انجام می شد. پس از توجیه طرح، با در اختیار گذاشتن یک دفترچه کوچک یادداشت که اطلاعات لازم جهت استفاده از گام شمار و راه های ارتباط با پژوهشگر در آن ذکر شده بود، به افراد آموزش داده شد که به مدت ۱۲ هفته گام شمار را هر روز به استثناء زمان خواب و استحمام بر روی کمر بند یا دامن در سمت پای غالب (چپ یا راست) نصب و استفاده کنند و پیاده روی را با حداقل ۳۰۰۰ گام در روز شروع کرده و هر هفته ۵۰۰ قدم به قدهای قبلی خود بیافزاید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) انجام شد. پس از انجام تست نرمالیتی و با استفاده از تست کولموگروف اسمیرنوف، برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه از آزمون تی و در مواردی که نرمال نبودند از تست من ویتنی استفاده شد. همچنین برای ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. برای مقایسه هفته ها در

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه مداخله و کنترل

مشخصات فردی	مداخله (n=۴۹) Mean±SD	کنترل (n=۴۸) Mean±SD	سطح معنی داری
سن (سال)	۵۲/۴±۳/۸	۵۳±۴/۱	۰/۴۶
سن ازدواج (سال)	۱۸/۷±۵/۵	۱۹/۷±۵/۵	۰/۴۰
سن یائسگی (سال)	۴۶/۸±۴/۳	۴۶/۸±۴/۳	۰/۹۴
سن اولین قاعدگی (سال)	۱۳/۱±۱/۷	۱۳/۳±۲/۱	۰/۵۲
سن اولین بارداری (سال)	۱۹/۴±۴	۲۰/۴±۴/۲	۰/۲۷
سن همسر (سال)	۵۷/۴±۷/۳	۵۹/۸±۸/۸	۰/۲۰
تعداد فرزندان (عدد)	۳/۹±۳	۴/۵±۲/۳	۰/۲۳
درآمد ماهیانه همسر (ریال)	۸۱۹۸۴۸۴/۸±۲۹۶۲۵۳۹/۲	۸۵۰۹۵۲۳/۸±۴۵۵۶۴۱۱/۲	۰/۷۴
تعداد (درصد)			
وضعیت تأهل	متاهل	۴۵(۹۳/۸)	۰/۰۰۷
	مطلقه، بیوه، مجرد	۳(۶/۲)	
	بیسواد	۰(۰/۰۰)	
سطح تحصیلات همسر	ابتدایی و راهنمایی	۲۶(۵۷/۸)	۰/۰۶
	دبیرستان	۱۶(۳۵/۶)	
	دانشگاه	۳(۶/۷)	
	بیسواد	۸(۱۶/۷)	
سطح تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۲۲(۴۵/۸)	۰/۷۹
	دبیرستان	۱۵(۳۱/۲)	
	دانشگاه	۳(۶/۲)	
	بیسواد	۸(۱۶/۷)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۹(۱۸/۴)	۰/۶۲
	خانه دار	۴۰(۸۱/۶)	

افسردگی) بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری داشت ($p=0/005$)؛ به طوری که این نمرات در گروه مداخله نشان دهنده بهبود تمام حیطه های سلامت عمومی بود. میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی) ۱۲ هفته پس از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل با یکدیگر اختلاف معنی داری داشت ($p<0/001$) که نشان دهنده بهبود سلامت عمومی کلی و همچنین بهبود ابعاد سلامت عمومی در گروه مداخله بود (جدول ۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که در شروع مطالعه، سلامت عمومی و گویه های آن (علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی) در زنان یائسه در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/16$). همچنین ۴ هفته پس از مداخله، میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی) به جز در بُعد کارکرد اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی داری داشت ($p=0/03$) که ۸ هفته پس از مداخله، میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و

جدول ۲- پرسشنامه سلامت عمومی به تفکیک گروه و زمان پاسخگویی گروه مداخله و کنترل

متغیر	زمان پاسخگویی به پرسشنامه سلامت عمومی	
	مداخله n=۴۹	کنترل n=۴۸
	Mean±SD	
سلامت عمومی	۲۵±۷/۷	۲۲/۷۵±۷/۸
علائم جسمانی	۶/۷±۲/۴	۶/۴±۲/۸
اضطراب و بی خوابی	۷/۸±۳/۹	۶/۸±۳/۳
کارکرد اجتماعی	۷/۸±۳/۱	۷/۵±۲/۵
افسردگی	۲/۸±۲/۳	۱/۸±۲/۲
سلامت عمومی	۲۱/۷±۵/۶	۲۲/۲±۴/۴
علائم جسمانی	۶±۲/۲	۶/۵±۲/۰۲
اضطراب و بی خوابی	۶/۵±۲/۸	۶/۴±۲/۲
کارکرد اجتماعی	۷/۱±۲	۶/۲±۲/۲
افسردگی	۲/۱±۲/۶	۳±۲/۶
سلامت عمومی	۱۸/۳±۴	۲۰/۹±۴/۷
علائم جسمانی	۴/۶±۲	۵/۷±۲/۳
اضطراب و بی خوابی	۴/۲±۲/۱	۵/۹±۱/۶
کارکرد اجتماعی	۸/۸±۲/۳	۷/۸±۲/۱
افسردگی	۰/۷±۱/۲	۱/۵±۱/۸
سلامت عمومی	۱۹/۴±۴/۸	۲۴/۳±۵/۰۶
علائم جسمانی	۵±۱/۶	۷/۳±۲/۳
اضطراب و بی خوابی	۴/۳±۲/۸	۷/۲±۲/۵
کارکرد اجتماعی	۸/۴±۱/۹	۶/۷±۱/۶
افسردگی	۱/۶±۲/۰۷	۳/۲±۱/۷

متغیرهای سلامت عمومی شامل سلامت عمومی کلی ($p<0/05$)، علائم جسمانی ($p=0/004$)، اضطراب و بی خوابی ($p=0/02$) و کارکرد اجتماعی ($p=0/002$) در

بر اساس نتایج این مطالعه با انجام تست اندازه گیری های تکراری بین مقاطع مختلف پژوهش در متغیرهای سلامت عمومی بجز افسردگی ($p=0/07$) و در سایر

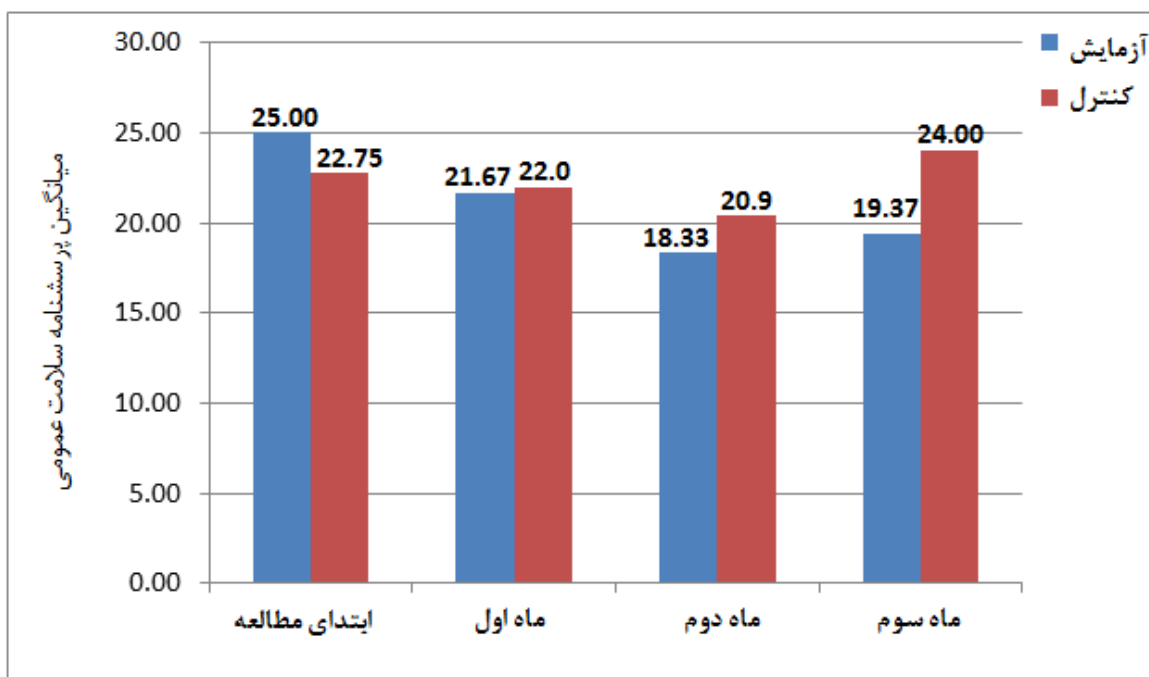
گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود معنی داری مشاهده شد (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون آماری ریبیدیت مژ، بین تعداد قدم های شمرده شده ماهیانه

جدول ۳- مقایسه میانگین سلامت عمومی و ابعاد آن بر حسب زمان در گروه مداخله و کنترل

متغیر	شروع مطالعه	۴ هفته بعد	۸ هفته بعد	۱۲ هفته بعد	سطح معنی داری	RM
سلامت عمومی	مداخله	۲۵±۷/۷	۲۱/۷±۵/۶	۱۸/۳±۳/۹	۱۹/۴±۴/۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۲/۷±۷/۷	۲۲±۴/۴	۲۰/۹±۴/۷	۲۴±۵	۰/۸
علائم جسمانی	مداخله	۶/۷±۲/۳	۶±۲/۲	۴/۶±۲	۵/۰۸±۱/۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۶/۴±۲/۸	۶/۶±۲/۰۲	۵/۷±۲/۳	۷/۳±۲/۳	۰/۹
اضطراب و بی خوابی	مداخله	۷/۸±۳/۸	۶/۵±۲/۸	۴/۱±۲/۰۶	۴/۲±۲/۸	۰/۰۰۲
	کنترل	۶/۸±۳/۳	۶/۴±۲/۲	۵/۸±۱/۶	۷/۲±۲/۵	۰/۸
کارکرد اجتماعی	مداخله	۷/۷±۳/۱	۷/۱±۱/۹	۸/۷±۲/۳	۸/۴±۱/۹	۰/۵
	کنترل	۷/۵±۲/۵	۶/۲±۲/۲	۷/۸±۲/۱	۶/۷±۱/۵	۰/۸۵
افسردگی	مداخله	۲/۸±۳/۳	۲/۰۸±۲/۶	۰/۷۱±۱/۲	۱/۶±۲/۰۷	۰/۰۲
	کنترل	۱/۸±۲/۲	۳/۰۴±۲/۵	۱/۵±۱/۸	۳/۱±۱/۶	۰/۲

جدول ۴- تعداد قدم های شمرده شده در طی پژوهش در گروه مداخله

سطح معنی داری	Mean ±SD	تعداد قدم های شمرده شده ماهیانه
	۷۶۳۷۷/۳±۱۲۴۳۸/۷	
<۰/۰۰۱	۹۳۱۲۱/۹±۲۴۱۷۹/۷	ماه اول
	۱۰۶۳۹۸/۹±۱۹۶۸۸/۱	



نمودار ۱- مقایسه میانگین سلامت عمومی در ابتدای پژوهش، ماه اول، ماه دوم و ماه سوم بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

در این مطالعه هرچه نمره ابعاد سلامتی در زنان مورد بررسی بیشتر بود، وضع سلامت عمومی آنان نامطلوب تر بود. در این مطالعه بین تعداد قدم ها و نمره سلامت عمومی همبستگی منفی معناداری مشاهده شد، به این ترتیب که با افزایش تعداد قدم ها، نمره سلامت عمومی کاهش یافت که نشانه بهبود وضعیت سلامت عمومی بود.

بحث

در مطالعه شاهرخی (۲۰۰۳) که با هدف "بررسی سلامت عمومی زنان شاغل در کارخانه های قزوین" انجام شد، ۱۲۰ زن مورد بررسی قرار گرفتند که ۳۵٪ از زنان مورد بررسی دچار اضطراب و اختلال خواب بودند، ۲۶٪ آنان از ناراحتی های جسمانی شکایت داشتند و ۲۰٪ نشانه هایی از افسردگی را نشان دادند (۲۶). در مجموع تجزیه و تحلیل یافته ها بر ضرورت انجام مداخلات لازم در زمینه ارتقاء کارکرد اجتماعی، رفع مشکلات اضطرابی و اختلال خواب، بهبود وضعیت جسمانی و مقابله با افسردگی در افراد نمونه تأکید دارد. در مطالعه الیزابت و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان "تأثیر ورزش منظم در کیفیت زندگی و احساس خوب بودن در زنان یائسه" که در آمریکا انجام شد، ۲۳ زن یائسه با میانگین سنی 56 ± 4 سال به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند و به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای تمام افراد پرسشنامه ۳۶ سؤالی اضطراب و افسردگی (HADS¹) تکمیل شد. سپس در گروه مداخله پیاده روی به مدت ۶ هفته بر روی تردمیل انجام شد؛ به گونه ای که باعث افزایش ضربان قلب شد. پس از ۶ هفته مجدداً پرسشنامه برای هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. بر اساس نتایج افرادی که در طی ۶ هفته در 26 ± 4 جلسه ($875/1 \pm 177/4$) دقیقه پیاده روی داشتند، میانگین کلی اضطراب و افسردگی در گروه مداخله $5/5 \pm 3/8$ و در گروه کنترل $10/33 \pm 5/5$ بود ($p=0/05$). میانگین اضطراب در گروه مداخله $3/7 \pm 2/6$ و در گروه کنترل $7/1 \pm 3/3$ بود ($p=0/027$) و میانگین افسردگی در گروه مداخله

$1/9 \pm 1/6$ و در گروه کنترل $3/2 \pm 2/7$ بود ($p=0/23$). همچنین میانگین سلامت عمومی کلی در گروه مداخله $13 \pm 78/9$ و در گروه کنترل $80 \pm 3/5$ بود ($p=0/85$) (۱۹). در مطالعه حاضر نیز میانگین اضطراب و بی خوابی پس از ۱۲ هفته پیاده روی در گروه مداخله $4/3 \pm 2/8$ و در گروه کنترل $7/2 \pm 2/5$ بود ($p=0/02$) و میانگین افسردگی در گروه مداخله $1/6 \pm 2/07$ و در گروه کنترل $3/2 \pm 1/7$ بود ($p=0/07$). میانگین سلامت عمومی کلی در گروه مداخله $19/4 \pm 4/8$ و در گروه کنترل $24/3 \pm 5/06$ بود ($p < 0/05$) که در نهایت مطالعه الیزابت با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر پیاده روی با گام شمار بر سلامت عمومی زنان یائسه انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر متغیرهای سلامت عمومی شامل علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی پس از ۱۲ هفته بهبود معنی داری را در زنان یائسه نشان داد.

در مطالعه حاضر از نظر وضعیت ابعاد سلامت عمومی، مهم ترین اختلالات به ترتیب اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی، شکایات جسمانی و افسردگی بود؛ به طوری که حدود نیمی از افراد مورد مطالعه دچار اختلالات خواب و اضطراب بودند که می تواند منشأ برخی مشکلات و اختلالات روانی باشد. حدود نیمی از زنان مورد مطالعه از علائم جسمانی شاکی بودند که این نتایج با نتایج مطالعه شاهرخی (۲۰۰۳) و شریف نیا و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی داشت (۲۰، ۲۶).

کوپر و همکار (۲۰۰۳) نیز پس از بررسی تأثیر برنامه ورزشی بر وضعیت سلامت افراد سالمند، بیان داشتند که برنامه ورزشی منظم باعث افزایش عملکرد فیزیکی و روانی افراد می شود (۲۸). نتایج مطالعه الیزابت و همکاران (۲۰۰۶) در مورد اهمیت ورزش بر کیفیت زندگی زنان یائسه عنوان کردند که ورزش در دوران یائسگی باید جهت بهبود سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی ادامه بیابد. در این مطالعه در گروه مداخله اضطراب و افسردگی کاهش یافته بود ($p=0/015$) (۱۹) که با مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه حاضر

¹ Hospital Anxiety and Depression Scale

داد و راه را برای سالم پیر شدن و برخوردار بودن از سلامتی در این دوره از زندگی هموار کرد (۲۷). ثالثی و همکار (۲۰۱۱) نیز پس از بررسی تأثیر ورزش و فعالیت بدنی بر میزان شادی زنان یائسه، بیان داشتند که شرکت در فعالیت های ورزشی تأثیر معنی داری بر میزان شادی زنان دارد. در این مطالعه میانگین و انحراف معیار شادی در ورزش پیاده روی قبل از شروع مطالعه $42/17 \pm 11/94$ و بعد از مطالعه $47/29 \pm 12/78$ بود (۳۰) که این نتایج با اطلاعات به دست آمده از مطالعه حاضر همخوانی داشت. مطالعه کینگ و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف بررسی تأثیر فعالیت فیزیکی منظم و گروهی بر احساس خوب بودن و کیفیت زندگی سالمندان در یک دوره ۶ ماهه انجام شد، نشان داد که فعالیت فیزیکی منظم می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن سالمندان شود (۱۶). نتایج مطالعه گاوین و همکار (۱۹۹۶) در مورد سازوکار اثر فعالیت ورزشی بر بهزیستی افراد عنوان داشت که باید به نقش این فعالیت ها در کاهش احساس تنش، اضطراب و خشم توجه کرد که به فرد انرژی و توانمندی بیشتری می دهد (۲۹) که نتایج مطالعه فوق با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه شریف نیا و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف "بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه بستری در بیمارستان امام رضا (ع) شهر آمل و عوامل مرتبط با آن" انجام شد، ۴۰۰ زن یائسه بالای ۵۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند و به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند. جهت بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد بررسی کیفیت زندگی استفاده شد. ابتدا اطلاعات فردی واحدهای پژوهش گردآوری شد و سپس پرسشنامه استاندارد شده کیفیت زندگی دوران یائسگی مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه فوق، کیفیت کلی زندگی زنان یائسه در حد متوسط بود. اکثر زنان مورد مطالعه در حیطه وازوموتور ($0.70/0.3$)، روانی اجتماعی ($0.69/0.34$)، جسمانی ($0.45/0.57$) و روابط جنسی ($0.54/0.68$) کیفیت زندگی متوسط داشتند. بین افزایش سن و نمره کلی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده شد

اضطراب و افسردگی پس از مداخله به ترتیب ($p=0/002$) و ($p=0/02$) بود.

در مطالعه شکروی و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی زنان میانسال شرکت کننده در یک برنامه پیاده روی منظم انجام شد، عنوان کردند که فعالیت بدنی منظم با انجام پیاده روی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی زنان مؤثر است و بر این اساس، طراحی و اجرای برنامه هایی جهت تشویق زنان برای انجام پیاده روی هدفمند و منظم را پیشنهاد کردند؛ به طوری که در این مطالعه بُعد سلامت روان با انجام پیاده روی ($1/00 \pm 4/37$) $OR=2/90$ و بُعد سلامت جسمانی ($1/30-1/21$) $OR=1/21$ بود (۲۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

نتایج مطالعه وایتاکر (۲۰۰۵) نشان داد افراد مسن که در تمرینات دوچرخه سواری شرکت می کنند، سلامت روانی و جسمانی آنان به نحو چشمگیری افزایش می یابد (۲۴). الوسکی و همکار (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند که فعالیت ورزشی علاوه بر تأثیرات کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و شادی می تواند اثرات طولانی مدتی بر بهزیستی افراد سالمند حتی یک سال بعد از ورزش بر جای گذارد (۱۳). مطالعه گویترز و همکار (۲۰۱۱) نشان داد که فعالیت فیزیکی منظم در دوران یائسگی، ابزار مهمی برای پیشگیری و کاهش عصبانیت و افسردگی می باشد. در شروع مطالعه عصبانیت در گروه مداخله $7/33$ و در پایان مطالعه $5/27$ بود و افسردگی متوسط در ابتدای مطالعه در گروه مداخله $12/2 \pm 1/11$ و در پایان مطالعه $9/76 \pm 1/02$ بود ($p=0/05$) و در مطالعه حاضر افسردگی در ابتدای مطالعه در گروه مداخله $2/8 \pm 3/3$ و در پایان مطالعه $1/6 \pm 2/07$ بود ($p=0/002$). نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۵). مطالعه حمیدی زاده و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی گروهی از سالمندان شهرستان بروجن پس از اجرای یک برنامه تمرین ۸ هفته ای انجام شد، نتیجه گرفتند که با بکارگیری یک برنامه منظم، مداوم و دارای پذیرش خوب از سوی گروه سنی سالمندان می توان سطح کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف در این افراد افزایش

($p=0/0001$). همچنین بین کیفیت زندگی و فعالیت های ورزشی منظم در دوران یائسگی ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/002$) (۲۰) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت؛ به طوری که در مطالعه حاضر ۵۱/۰۲٪ از افراد مورد مطالعه دچار اختلال خواب و اضطراب بودند و ۴۶/۹۳٪ زنان مورد بررسی از علائم جسمانی شاکی بودند.

در مطالعه صلحی و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف "بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت- درمانی شماره ۲ چالوس" انجام شد، ۱۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی- درمانی چالوس که در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۱ سال قرار داشتند به طور تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی اندازه گیری شدند و با استفاده از آزمون کای دو و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از نظر وضعیت ابعاد سلامت عمومی مهم ترین اختلالات به ترتیب اختلال در کارکرد اجتماعی (۵۳/۱)، اضطراب و اختلال خواب (۳۶/۲)، شکایات جسمانی (۳۴/۶) و افسردگی (۱۴/۶٪) بود (۲۱) که با مطالعه حاضر در ترتیب اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب همخوانی نداشت که احتمالاً علت عدم همخوانی نتایج به دلیل تفاوت میانگین سنی در زنان در این مطالعات می باشد؛ به طوری که در مطالعه صلحی زنان سنین ۲۰ تا ۶۱ سال و در مطالعه حاضر زنان با سنین ۴۵ تا ۶۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی با تصادفی سازی و کنترل متغیرهای مداخله گر بود که برای اولین بار برای پیاده روی از دستگاه گام شمار در مقایسه با احتساب زمان پیاده روی استفاده گردید. پیگیری مرتب نمونه ها از دیگر نقاط قوت این مطالعه بود که به این منظور از طرف پژوهشگر یک خط تلفن مشخص گردید که نمونه های پژوهش در هر زمان بتوانند با پژوهشگر در تماس باشند و همچنین به صورت هفتگی از طرف

پژوهشگر پیامک تشویق به پیاده روی و تماس تلفنی به صورت ماهیانه و همچنین یک پمفلت آموزشی در مورد پیاده روی دریافت کردند. ضمناً تمام مراحل مطالعه شامل انتخاب نمونه، ارزیابی اولیه و پیگیری توسط پژوهشگر انجام گردید که این خود بر دقت پژوهش افزوده است. از محدودیت های این مطالعه می توان به تفاوت های بیولوژیک و فردی و شرایط محیط خانواده در میزان بر خورداری از سلامت عمومی اشاره کرد همچنین اطلاعات مربوط به سلامت عمومی و میزان قدم ها در پیاده روی و فعالیت فیزیکی در این مطالعه بر اساس گزارشات فردی جمع آوری شده است. بنابراین علی رغم تلاش فراوان جهت کسب اطلاعات دقیق به هر حال ضعف های مطالعات توأم با گزارش فردی شامل این مطالعه نیز می شود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعات درصد قابل توجهی از زنان یائسه دچار مشکلات سلامت عمومی هستند و لزوم اهمیت مراقبت های روانی دوران یائسگی به همراه مراقبت های جسمی آنان محرز می گردد. بنابراین برای ارتقاء سلامت عمومی زنان باید برای ارتقاء برنامه های فعالیت فیزیکی و پیاده روی روزانه برنامه ریزی کرد. در نهایت با توجه به رابطه سلامت عمومی زنان یائسه با میزان پیاده روی منظم روزانه طراحی مداخلات ارتقایی برای ارتقاء سلامت عمومی آن ها پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز و پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز جهت حمایت مالی این طرح و مشاوران علمی این طرح تشکر و قدردانی می شود.

- Hatami H, Razavi M. Elderly health: public health text book. 3rd ed. Tehran: Khosravi Pub; 2008.
- Rutld GE. Psychological variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain : the wise study. *Psychosom Med* 2001;63(2):282-8
- Ross AC, Ostrowl. Subjectively perceived quality of life after coronary artery by pass surgery. *Am J Crit Care* 2001;10(1):11-6.
- Moline M, Broch L, Zak R. Sleep Problem across the Life Cycle in Women. *Cure Treat Options Neural* 2004; 6(4): 319-30.
- Lee TW, Ko I, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea". *Int J Nurse Stud* 2005; 49(2):129-37.
- Relationship between family communication patterns and the quality of life of high school students in Shiraz. *JFerdowsi UnivMed Sci* 2003 2009; 10(1): 5-25.[Persian].
- Healthy people 2010 U.S. Department of health and human services. Available in: <http://www.hhs.gov>. Accessed date: Jun 8, 2000.
- King RC, Hinds SP. Quality of life from nursing and patient perspectives , theory , research, practice. London: Jones and Baitlett publishers; 2005.
- Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intell Disabil Res* 2005; 49(Pt 10):699-706.
- Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol* 2000; 93(1): 8-10.
- Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. *BMJ* 2001; 322:728-9.
- Rahgozar M, Mohammad NasrAbadi M. [The feeling of depression and stress among elderly. *J Hakim* 2008; 2(2): 103-13.[Persian].
- Elavasky JR, MC Auley E. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults. *Ann Behave Med* 2005;30(2):138-45.
- Sternfeld B, Qusenberry C, Husson G. Habitual physical activity and menopausal symptoms: a case control study. *J Womens Health* ۱۹۹۹; 8(1):p.115-23.
- Taylor AH, Fox KR. Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health psychol* 2005; 24(1). P.11-21.
- King MB, Whiple RH, Groman CA. Performance enhancement project: improving physical performance in older person. *Arc Phs Med Rehabi* 2003;83(8):p.1060-9.
- Ogburn T, Voss C, Espey E. Barriers to women's health: why is it so hard for women to stay healthy?. *Med Clin North Am* 2008; 92(5):993-1009
- Malkina-Pykh L. Quality of life indicator at different seals; theoretical background ecological indicators. 2008,896: pp. 854-62.
- Asbury EA, Chandruangphen P, Collins P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological Well-being in previously inactive postmenopausal women: apilot study. *Menopause* 2006; 13(4):561-7.
- Sharif Nia H, Bahrami N, SaatSaz S, Soleimani MA, Nazari N, Mohamad Tabar R. Effectiveness of quality of life in hospitalized menopause women and related factors in imam reza hospital at amol city. *Salmad Iran J Ageing* 2012;15(31).P.7-12.[Persian].
- Soolhi M, Kazemi S, Haghni H. The relationship between health status and efficacy in women referred to health centers No.2 Chalows City. *MJIRI* 2012;20(110):p.63-70[Persian].
- Lee Y, Kim H. Relationship between menopausal symptoms, depression and exercise in middle-aged women: A Cross-sectional survey. *Int J Nurse Stud* 2008 ;45(12):1816-22
- Amin Shekarvey F, Alhani F, Kazemnejad A, Vahdaninia M. Relationship Between Physical Activity with Female Quality of life. *Payesh* 2009;4(4).P. 407-13.[Persian].
- Gutierrez CV, Luque GT. Influence of exercise on mood in postmenopausal women. *J Clin Nurs* 2011; 21(7-8):923-8.
- Shahrokhi A. General health status of female workers in Qazvin factories. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 28(2):32-5.[Persian].
- Hamydizadeh S, Ahmadi F, Aslani YA. Survey on the effect of training programme in older quality of life. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2005;16(3):81-6.[Persian].
- Cowper W, Grant S, Thr effect of 12-weeks group exercise program on physiological variable and function in over weight persons. *Public Health* 2003;43(1):127-32.
- Gauvin L, Spence JC, Physical activity and psychological Well-being: Knowledge base. *Nutr Rev* 1996; 54(4): 53-65.
- Salesi M, Jowkar B. Effect of Exercise and physical activity on postmenopausal women happiness". *Salmad Iran J Ageing* 2011; 6(2).[Persian].