

مقایسه کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیر فعال حرکتی (مطالعه موردی: اماکن ورزشی شهرداری اصفهان)

سمیه رهبری^۱، دکتر مینا مستحفظیان^۲، دکتر مسعود نادریان چهرمی^۳

چکیده

مقدمه و هدف: امروزه اهمیت کیفیت زندگی در بین مطالعات از پرترف دارترین پژوهش‌ها می‌باشد، همچنین مردم نیز خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند. هدف از این تحقیق مقایسه کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیر فعال حرکتی (مطالعه موردی: اماکن ورزشی شهرداری اصفهان) بود.

روش‌شناسی: روش انجام تحقیق، از لحاظ هدف کاربردی و از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق تمامی شهروندان ۱۵-۵۵ ساله شهر اصفهان که طبق نتایج آخرین سرشماری در سال ۱۳۸۵، ۱۰۸۵۵۷۳ نفر می‌باشد. حجم نمونه براساس فرمول کوکران، ۸۳۲ نفر تعیین شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه تعدیل شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط اساتید متخصص تربیت بدنی مورد تأیید قرار گرفت، ضریب پایایی پرسشنامه برای کیفیت زندگی ۰/۸۰ محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل‌ها داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t با دو گروه مستقل، آزمون تحلیل واریانس چند راهه و آزمون زوجی و تعقیبی LSD انجام شد.

یافته‌ها: بررسی یافته‌های تحقیق نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیر فعال حرکتی تفاوت معنی‌دار وجود دارد (p < ۰/۰۰۱، t=۳/۳۱۴) و با توجه به میانگین نمرات، کیفیت زندگی شهروندان فعال از کیفیت زندگی شهروندان غیر فعال بیشتر بود. علاوه بر نمرات کیفیت زندگی، وضعیت خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت محیط، روابط اجتماعی در شهروندان فعال نسبت به شهروندان غیرفعال بهتر بود. همچنین بین کیفیت زندگی شهروندان بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک (جنس، سن و شغل) تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

بحث: نتایج حاکی از بالا بودن کیفیت زندگی شهروندان فعال در اماکن ورزشی شهرداری نسبت به شهروندان غیرفعال بود که نشان از نقش مثبت ورزش بر کیفیت زندگی و شاخص‌های اصلی آن در افراد شرکت‌کننده در ورزش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، شهروندان، فعال، غیر فعال، اماکن ورزشی.

۱. دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

۲. استادیار گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (نویسنده مسئول) Email: mmostahfezian@yahoo.com

۳. دانشیار دانشگاه اصفهان، ایران

مقدمه

بنابر نظر دانشمندان علوم پزشکی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و غیره انسان دارای ابعاد وجودی متنوعی است که هر یک از این ابعاد می‌تواند روی سایر ابعاد اثر بگذارد و نیز از آن متأثر شود. این ابعاد شامل ابعاد سلامتی در زمینه‌های جسمی، روانی، محیطی و اجتماعی می‌باشد که پایه و اساس کیفیت زندگی^۱ افراد را تشکیل می‌دهد. ارتقای سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای دوطرفه و تنگاتنگ دارد. با افزایش سلامتی فرد رضایت بیشتری از زندگی کسب کرده که موجب افزایش کیفیت زندگی او می‌شود و بر عکس با فراهم شدن شرایطی که به افزایش کیفیت زندگی منجر می‌گردد شاهد افزایش سلامتی فرد خواهیم بود (۱).

بسیاری از مردم در جوامع مختلف به اهمیت ورزش در حفظ سلامتی نشاط و شادابی، بالا بردن توانایی‌های جسمی و روانی پی برده و به ورزش‌های تفریحی یا اوقات فراغت و عده‌ای نیز به عنوان ورزشکار حرفه‌ای به ورزش قهرمانی یا رقابتی می‌پردازند. اما ورزش‌های اوقات فراغت یا ورزش قهرمانی همه در مکان‌هایی به نام اماکن و تاسیسات ورزشی انجام می‌شوند (۲). یکی از بزرگترین مشکلات شهرهای بزرگ، کمبود فضاهای ورزشی و توزیع صحیح آن با توجه به جمعیت هر منطقه و همچنین کمبود و ناکافی بودن منابع مالی سازمان تربیت بدنی برای ایجاد اماکن ورزشی است. با شروع شهرنشینی و افزایش جمعیت شهرنشینان و بالطبع مشکلات به وجود آمده، ضرورت فراهم آوردن امکاناتی برای رفاه حال شهروندان بیش از پیش شناخته شده است.

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: کیفیت زندگی ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادراک براساس حداقل انتظارات، استانداردها و علائق آنها می‌باشد. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی را نتوان فقط در یک بعد مورد بررسی قرار داد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را در کل متشکل از ۴ بعد می‌داند که این ابعاد با یکدیگر در تعامل هستند و متأثر از یکدیگر می‌باشند. کیفیت زندگی مجموعه‌ای از این مولفه‌هاست که در سرتاسر زمان رشد و طول عمر تحت تاثیر قرار می‌گیرد. این چهار مولفه عبارتند از: ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی (۳).

در خصوص ابعاد کیفیت زندگی در ایران تحقیقات پراکنده‌ای در داخل و خارج از کشور ایران انجام شده است، نتیجه پژوهش احمدی گتب و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که بین سلامت روانی، شادکامی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد و دانشجویانی که سلامت روانی بالاتری داشته‌اند شاداب‌تر و دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند (۴)، در پژوهشی که مختاری (۱۳۸۹) با عنوان مقایسه کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده و غیر شرکت‌کننده در ورزش همگانی که در شهر اردبیل انجام داد، نشان داد که بین کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده و غیر شرکت‌کننده در ورزش همگانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۵)، نتایج تحقیق طیبی و ایوبی (۱۳۹۰) نشان داد که کیفیت زندگی کارمندان شرکت‌کننده در ورزش از کارمندان شرکت‌کننده در ورزش شرکت‌کننده بهتر بود (۶)، نتایج پژوهش ثابت (۱۳۸۹) نشان داد که سالمندان مرد فعال نسبت به مردان نیمه‌فعال و غیرفعال کیفیت زندگی بالاتری دارند (۷). امین شکروی (۱۳۸۸) در تحقیقی که با هدف بررسی ارتباط بین انجام فعالیت‌های بدنی منظم و کیفیت زندگی در زنان ساکن غرب تهران انجام داد، به این نتیجه رسید که زنان گروه فعال، در تمامی سنجش‌های کیفیت زندگی، از میانگین امتیاز بیشتری برخوردار بودند و به جز دو مورد (عملکرد جسمانی و محدودیت نقش به علت مشکلات روحی)، تفاوت آماری معناداری در سایر سنجش‌ها به دست آمد (۸).

نتایج تحقیق رحیم زاده (۱۳۸۷) برای بررسی تاثیر ورزش بر سلامت جسمانی و روانی جوانان ایرانی حاکی از آن بود که سلامت روانی ورزشکاران بیشتر از غیر ورزشکاران است. سلامت جسمانی در ورزشکاران علی‌رغم تفاوت با غیرورزشکاران معنی‌دار است (۹).

با این که نقش مثبت تمرینات بدنی در کنترل سلامت عمومی و بهبود کیفیت زندگی اقشار مختلف گزارش شده است ولی در بعضی موارد نیز نتایج دیگری به دست آمده است، مثلاً پس از برنامه‌های آمادگی قلبی عروقی هیچ تاثیری بر احساس خستگی، پریشانی روانی و کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی مشاهده نشد (۱۰) و یا افزایش مقاومت در برابر ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی با ورزش منظم مشاهده نگردید (۱۱). ویلمن و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که صرف حدود ۳۰ درصد از متوسط فعالیت بدنی اوقات فراغت ممکن است برای کیفیت زندگی مفید باشد، شدت بیشتر فعالیت بدنی اوقات فراغت با میزان بیشتری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در ارتباط است (۱۲). نتایج تحقیق دیگری با عنوان ارتباط بین چاقی، کیفیت زندگی و میزان استفاده از خدمات ورزشی و بهداشتی، ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و BMI (شاخص توده بدن) در نتیجه افزایش استفاده از خدمات ورزشی و بهداشتی نشان داد (۱۳). آئورولیو و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی دریافتند که فعالیت‌های بدنی ابزار مناسبی در درمان و پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و همچنین روانی می‌باشد (۱۴). نتایج تحقیق شفارد (۲۰۰۲) حاکی از آن است که تمرینات هوازی نیز موجب سلامت روانی می‌گردد، مشکلات روانی و جسمانی را کاهش می‌دهد و موجب بهبود خلق و خوی و رفتار می‌شود، همچنین روحیه و خلق بهتر پس از فعالیت جسمانی، نتیجه تولید مواد نشاط‌آوری است که بدن در اثر ورزش تولید شود (۱۵). زیلینسکا و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی دانشجویان براساس متغیرهای دموگرافیک و میزان سلامت روانی دانشجویان پرداختند، نتایج این بررسی نشان داد که هیچ رابطه مشخصی بین سن، جنس و وضعیت تاهل دانشجویان با میزان کیفیت زندگی آنها وجود نداشت (۱۶).

امروزه اهمیت کیفیت زندگی در بین مطالعات جدید از پرترف دارترین پژوهش‌ها می‌باشد و مردم نیز خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند، پس باید دولت‌ها نیز در سراسر جهان روز به روز به بهبود کیفیت زندگی مردم خود بیشتر توجه کنند و بکوشند میزان ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ و میر ناشی از آن را کم، خدمات بهداشتی را تامین و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی مردم را بیشتر کنند، این رفاه می‌تواند از طریق فعالیت بدنی تامین گردد. چنانچه به همگانی کردن ورزش توجه و برای تمام گروه‌های سنی برنامه‌های ورزشی مناسب در نظر گرفته شود یا میادین و امکانات ورزشی توسعه یابند مردم هر چه بیشتر به ورزش کردن روی می‌آورند. تحقیقات نشان داده که دسترسی به پارکها و مکان‌های تفریحی اثر مهمی بر شرکت در فعالیت‌های ورزشی دارد (۱۷). از دیرباز داشتن فعالیت بدنی منظم، یک آرمان متعالی برای جوامع قلمداد شده است و علی‌رغم تایید و وجود چنین یافته‌ای، هنوز بسیاری از جوامع با نبود و یا کمبود فعالیت بدنی در اقشار مختلف خود، مواجه هستند. این امر در حالی است که فعالیت‌های منظم به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های اثرگذار بر سبک زندگی سالم محسوب می‌شود. فعالیت‌های ورزشی با بیش از ۳۰ رشته مختلف ورزشی از ساده‌ترین، کم‌خرج‌ترین و بی‌خطرترین نوع تا ورزش‌هایی پر هزینه و مخصوص افراد خاص طبقه بندی می‌شوند. با وجود

1- Vuillemin et al

1-Aurelio et al

2- Shephard

3- Zelinsca

تنوع رشته های ورزشی هر انسانی قادر است با توجه به علاقه و نیز سایر عوامل، یکی را انتخاب نموده و در ساعات فراغت خود به آن ها بپردازد (۱۸). در این راستا نقش مدیریت شهرداری از جمله شهرداری اصفهان با طیف وسیعی از وظایف عمرانی و خدماتی در زمینه توسعه فضاهای ورزشی با هدف تامین فضاهای لازم برای گذران اوقات فراغت شهروندان بسیار حایز اهمیت است و با ایجاد مجموعه های ورزشی در مناطق مختلف شهر اصفهان باعث ارتقای سلامت شهروندان می شود. بررسی کیفیت زندگی از چند جنبه بسیار اساسی است، نخست اینکه نشانگر ارزیابی مناسبی از خدمات و برنامه هایی است که به منظور بالابردن کیفیت زندگی افراد و گروه های مختلف اجتماعی تنظیم شده است، از طرف دیگر اندازه گیری کیفیت زندگی وسیله مناسبی برای ارزیابی اثربخشی سیاست گذاری ها و تمهیدات بهداشتی، درمانی، تفریحی و غیره است (۱۹). همچنین برخی محققان چون بوگستی و همکاران خاطر نشان کرده اند که اندازه گیری کیفیت زندگی می تواند در شناسایی نیازهای جامعه برای ارتقای خدمات بهداشتی و تنظیم برنامه های ویژه کمک کننده باشد (۲۰).

مجموع نتایج مطالعات در این زمینه حاکی از نقش فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی بوده که عمدتاً با مشارکت در ورزش های مختلف و تمرینات منظم و سازمان دار متمرکز شده است و مشارکت تفریحی در ورزش از نظر سلامتی کمتر مورد توجه قرار گرفته است و اگرچه تحقیقات موجود به نوعی با برخی از متغیرهای این پژوهش مرتبط بوده اما پژوهشی که به طور کامل با موضوع تحقیق حاضر، مطابقت داشته باشد وجود ندارد. لازم به ذکر است که در شهر اصفهان حدود ۳۰ مجموعه ورزشی تحت نظر شهرداری در مناطق مختلف اقدام به برگزاری کلاس های آموزشی - ورزشی می کنند، تعریف عملیاتی شهروندان فعال در این پژوهش، شهروندان ۵۵-۱۵ ساله شهر اصفهان که حداقل دو جلسه در هفته در اماکن ورزشی شهرداری اصفهان به فعالیت های متنوع ورزشی می پرداختند و دارای حداقل ۶ ماه سابقه فعالیت ورزشی بودند و شهروندان غیرفعال، شهروندان ۵۵-۱۵ ساله شهر اصفهان بودند که در هیچ مکان ورزشی شهر اصفهان به فعالیت ورزشی نمی پرداختند.

با توجه به رشد جمعیت شهر اصفهان و با در نظر گرفتن پیش فرض نقش و تاثیر مستقیم فعالیت های ورزشی بر توسعه سلامتی و کیفیت زندگی افراد فعال از نظر ابعاد کیفیت زندگی با افراد غیر فعال، در این تحقیق سعی شده است که با در نظر گرفتن حیطه های مناسب برای کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) به مقایسه کیفیت زندگی شهروندان فعال که از اماکن ورزشی شهرداری در مناطق ۱۳ گانه شهر اصفهان استفاده می کردند با شهروندان غیرفعال پرداخته شود.

روش شناسی تحقیق

این تحقیق از نظر هدف کاربردی بوده، روش انجام تحقیق، از نوع علی-مقایسه ای یا پس رویدادی و از نظر شیوه جمع آوری داده ها از نوع تحقیقات پیمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی شهروندان ۵۵-۱۵ ساله شهر اصفهان که طبق نتایج آخرین سرشماری در سال ۱۳۸۵، ۱۰۸۵۵۷۳ نفر می باشد (نتایج سرشماری نفوس و مسکن).

حجم نمونه با استفاده از فرمول نمونه گیری کوکران ۴۰۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{Nt^2pq}{Nd^2 + t^2pq} = \frac{1085573 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{1085573 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5} = 400$$

فرمول (۱) تعیین حجم نمونه

جدول (۱) اطلاعات مربوط به محاسبه حجم نمونه

n	حجم نمونه	۴۰۰
N	حجم جامعه	۱۰۸۵۵۷۳
t	سطح اطمینان قابل قبول	۱/۹۶
p	نسبیتی از جمعیت دارای صفت معین	۰/۵
q	نسبیتی از جمعیت فاقد صفت معین	۰/۵
d	دقت احتمالی مطلوب یا فاصله اطمینان	۰/۰۵

تعداد نمونه برای هر گروه براساس فرمول کوکران محاسبه شد که برای هر دو گروه فعال و غیرفعال تعداد ۴۱۶ نمونه که جمع آن مساوی است با ۸۳۲ نمونه، در نظر گرفته شده است. پژوهشگر از ۱۳ منطقه شهرداری اصفهان برای انتخاب نمونه استفاده کرده است (۱۳×۳۲=۴۱۶). به دلیل نزدیک بودن تعداد زنان و مردان شهر اصفهان، از ۳۲ پرسشنامه ای که در هر منطقه پخش شد به طور مساوی شامل ۱۶ مرد و ۱۶ زن بود. با توجه به مقایسه ای که بین دو گروه شهروند فعال و غیر فعال انجام می شود تعداد نمونه هر دو گروه مساوی فرض شد. (۴۱۶ = ۸۳۲ / ۲). لازم به ذکر است که از نظر محقق در این تحقیق شهروندان فعال شامل شهروندان ۵۵-۱۵ ساله شهر اصفهان بودند که حداقل دو جلسه در هفته در مکان های ورزشی شهرداری اصفهان به فعالیت های متنوع ورزشی می پرداختند و دارای حداقل ۶ ماه سابقه فعالیت ورزشی بودند و شهروندان غیرفعال، شهروندان ۵۵-۱۵ ساله شهر اصفهان که در هیچ مکان ورزشی شهر اصفهان به فعالیت ورزشی نمی پرداختند.

شایان ذکر است که تعریف عملیاتی از مکان ورزشی در این تحقیق شامل اماکن ورزشی شهرداری اصفهان که دربرگیرنده سالن یا زمین ورزشی روباز و سرپوشیده، ورزشگاه، استخر و یا یک مجموعه ورزشی بود. در مورد شهروندان فعال برای تکمیل پرسشنامه که در یکی از اماکن ورزشی شهرداری اصفهان از جمله اماکن ورزشی سرپوشیده و یا روباز در محدوده مناطق ۱۴ گانه انجام گرفت، در موارد مربوط به سن (۵۵-۱۵ سال)، سابقه فعالیت ورزشی (حداقل ۶ ماه سابقه فعالیت ورزشی) و اینکه صرفاً در اماکن ورزشی شهرداری به فعالیت می پرداختند سوال می شد و در صورت مثبت بودن پاسخ، آنها به تکمیل پرسشنامه می پرداختند. در این گروه از هر منطقه (به جز منطقه ۳ به دلیل نداشتن سالن ورزشی مختص شهرداری اصفهان) یک مکان ورزشی انتخاب گردید و ۳۲ شهروند فعال (۱۶ زن و ۱۶ مرد) از آن مکان ورزشی به صورت تصادفی انتخاب و به توزیع پرسشنامه پرداخته شد که این تعداد، متناسب با حجم نمونه یعنی شهروندانی که از آن مجموعه ها استفاده می کردند بود.

در مورد شهروندان غیر فعال نیز در محدوده مناطق ۱۴ گانه (از جمله پارک ها، کتابخانه و یا وسایل حمل و نقل عمومی و ...) از شهروندان درباره اینکه در مجموعه های ورزشی شهرداری به فعالیت ورزشی می پرداختند سوال می شد که در صورت مثبت بودن پاسخ و همچنین قرار داشتن در آن محدوده سنی به تکمیل پرسشنامه می پرداختند.

با توجه به این که جامعه آماری تحقیق گسترده بود، روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به کار گرفته شد. به این ترتیب که شهر اصفهان را بر اساس مناطق ۱۳ گانه شهرداری تقسیم بندی نموده، و از هر منطقه یک سالن ورزشی مختص شهرداری انتخاب شد. نکته‌ای که باید در این جا ذکر شود این است که محقق از تمام مناطق ۱۳ گانه شهرداری موجود در شهر اصفهان جهت اجتناب از سوگیری احتمالی در نمونه‌گیری استفاده کرده است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه بود: پرسشنامه اول ویژگی‌های فردی را اندازه‌گیری می‌کرد. پرسشنامه اصلی تحقیق، پرسشنامه تعدیل شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (BREFE-WHOQOL) بود. این پرسشنامه استاندارد دارای ۲۴ سوال بوده و همچنین به دلیل اینکه برخی از سوالات آن با فرهنگ کشور ایران متناسب نبود، حذف شدند و تعدادی سوال دیگر اضافه شد، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مجدداً برای اعتبار بیشتر توسط اساتید متخصص مدیریت ورزشی و کارشناسان ورزشی شهرداری مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش برای مشخص نمودن پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه گردید.

پرسشنامه تعدیل شده دارای ۳۶ سوال می‌باشد، سلامت جسمانی (۸ سوال)، سلامت روان شناختی (۱۰ سوال)، روابط اجتماعی (۵ سوال)، سلامت محیط (۱۰ سوال) و دو سوال آخر که کیفیت زندگی را به صورت کلی ارزیابی می‌کنند. تجزیه و تحلیل حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی مشخصه‌های آماری مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون‌های t با دو گروه مستقل، آزمون تحلیل واریانس چند راهه و آزمون زوجی و تعقیبی LSD استفاده شد. در این پژوهش از آزمون t برای تعیین معنی دار بودن تفاوت بین میانگین‌های دو گروه فعال و غیرفعال، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی با عوامل جمعیت شناختی (سن، شغل، مدرک تحصیلی و ...) استفاده شده است. همچنین از آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی جزئیات این که تفاوت در مورد کدام یک از گروه‌ها معنا دار است استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی مشخصه‌های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون‌های t با دو گروه مستقل، آزمون تحلیل واریانس چند راهه و آزمون زوجی و تعقیبی LSD استفاده شد. در این پژوهش از آزمون t برای تعیین معنی دار بودن تفاوت بین میانگین‌های دو گروه فعال و غیرفعال، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی با عوامل جمعیت شناختی (سن، شغل، مدرک تحصیلی و ...) استفاده شده است. همچنین از آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی جزئیات این که تفاوت در مورد کدام یک از گروه‌ها معنا دار است استفاده شده است.

یافته‌ها

در گروه فعال و غیرفعال حرکتی ۵۰ درصد شهروندان در پژوهش مرد و ۵۰ درصد زن بودند. در گروه فعال ۴۳/۹ درصد شرکت‌کنندگان مجرد و ۵۶/۱ درصد متاهل و در گروه غیرفعال ۳۵/۸ مجرد و ۶۴/۲ درصد متاهل بودند.

در گروه فعال اکثریت شرکت کنندگان (۳۵/۳ درصد) سنی بین ۱۵ تا ۲۴ سال و در گروه غیرفعال اکثریت شرکت کنندگان (۳۹/۸ درصد) شرکت کنندگان سنی بین ۲۵ تا ۳۴ سال داشتند. اکثریت شهروندان فعال و غیرفعال مورد بررسی با ۴۴/۶ و ۳۵/۱ درصد، دارای مدرک دیپلم بودند، این در حالی است که تنها ۲/۷ درصد از شهروندان فعال و ۵/۹ درصد از شهروندان غیرفعال نمونه دارای مدرک فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه فعال ۶۷/۹ درصد شهروندان درآمدی کمتر از ۴۰۰ هزار تومان دارند و ۶/۴ درصد درآمدی بالای ۷۰۰ هزار تومان داشتند، در گروه غیرفعال ۷۸/۵ درصد شرکت کنندگان درآمدی کمتر از ۴۰۰ هزار تومان و ۴/۳ درصد درآمدی بالای ۷۰۰ هزار تومان داشتند. در گروه فعال ۷۳/۹ درصد شهروندان در هفته ۲ روز از مکان‌های ورزشی شهرداری استفاده می‌کردند و ۱۰/۴ درصد شهروندان بیش از ۳ روز در هفته از مکان‌های ورزشی شهرداری استفاده می‌کردند.

جدول (۲). آمار توصیفی تحقیق

شهروندان غیرفعال		شهروندان فعال		شاخص‌های آماری	
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی		
۵۰	۲۰۸	۵۰	۲۰۸	مرد	جنسیت
۵۰	۲۰۸	۵۰	۲۰۸	زن	
۳۳	۱۳۶	۳/۳۵	۱۴۶	۱۵ تا ۲۴ سال	سن
۸/۳۹	۱۶۴	۱/۳۴	۱۴۱	۲۵ تا ۳۴ سال	
۳/۱۴	۵۹	۷/۲۲	۹۴	۳۵ تا ۴۴ سال	
۹/۱۲	۵۳	۸	۳۳	۴۵ تا ۵۵ سال	
۸/۳۵	۱۴۶	۹/۴۳	۱۸۰	مجرد	وضعیت تاهل
۲/۶۴	۲۶۲	۱/۵۶	۲۳۰	متاهل	
۹/۱۴	۶۱	۷/۲۲	۹۳	زیر دیپلم	مدرک تحصیلی
۱/۳۵	۱۴۴	۶/۴۴	۱۸۳	دیپلم	
۹/۱۵	۶۵	۸/۶	۲۸	فوق دیپلم	
۳/۲۸	۱۱۶	۲/۲۳	۹۵	لیسانس	
۹/۵	۲۴	۷/۲	۱۱	فوق لیسانس و بالاتر	
۵/۷۸	۲۸۹	۹/۶۷	۲۶۵	کمتر از ۴۰۰ هزار تومان	درآمد
۱۷	۶۳	۶/۲۵	۱۰۰	۴۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان	
۲/۴	۱۶	۴/۶	۲۵	بیشتر از ۷۰۰ هزار تومان	

یافته‌ها نشان داد که با توجه به t جدول و سطح معنی داری مشاهده شده، بین کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال تفاوت معنی دار وجود دارد و با توجه به این که میانگین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال از شهروندان غیرفعال بیشتر است پس این تفاوت به نفع گروه فعال حرکتی می‌باشد. یعنی کیفیت زندگی شهروندان فعال از کیفیت زندگی شهروندان غیر فعال بیشتر است (جدول ۳).

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	فعال	۴۱۶	۱۲۹/۸۸	۲۶/۳۸	۳/۳۱۴	۰/۰۰۱
	غیرفعال	۴۱۶	۱۲۳/۱۵	۲۵/۵۵		

مقایسه خرده مقیاس های کیفیت زندگی در شهروندان فعال و غیرفعال حرکتی در اماکن ورزشی شهرداری اصفهان نشان می‌دهد که بین سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط شهروندان فعال و غیرفعال حرکتی تفاوت معنی دار وجود دارد و نشان دهنده این است که شهروندان شرکت کننده در کلاس های اماکن ورزشی شهرداری اصفهان در تمامی ابعاد ذکر شده دارای وضعیت بهتری هستند (جدول ۴).

جدول (۴): مقایسه خرده مقیاس های کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال حرکتی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	فعال	۴۱۶	۲۹/۶۹	۶/۱۵	۳/۶۸۳	۰/۰۰۱
	غیرفعال	۴۱۶	۲۸/۰۹	۵/۸۸		
سلامت روانی	فعال	۴۱۶	۳۵/۵۳	۷/۹۶	۴/۷۵۸	۰/۰۰۱
	غیرفعال	۴۱۶	۳۲/۸۳	۷/۸۸		
سلامت محیط	فعال	۴۱۶	۳۸/۸۱	۸/۱۶	۲/۶۵۰	۰/۰۰۱
	غیرفعال	۴۱۶	۳۷/۱۹	۸/۵۶		
روابط اجتماعی	فعال	۴۱۶	۱۷/۰۴	۴/۷۳	۳/۳۶۸	۰/۰۰۱
	غیرفعال	۴۱۶	۱۵/۹۲	۴/۷۳		

فرضیه بعدی تحقیق به این صورت تنظیم شده بود: بین کیفیت زندگی براساس ویژگی های دموگرافیک شهروندان فعال و غیرفعال حرکتی در اماکن ورزشی شهرداری در مناطق ۱۳ گانه اصفهان تفاوت وجود دارد. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی کل شهروندان حاضر در این تحقیق بر حسب جنس، سن و شغل تفاوت معنی دار است. به عبارت دیگر آزمون های تعقیبی انجام شده در این زمینه نشان می دهد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان و مردان تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین میانگین نمرات کیفیت زندگی شهروندان ۴۵ تا ۵۵ سال با کیفیت زندگی شهروندان ۱۵ تا ۲۴، ۲۴ تا ۳۴ سال و ۳۵ تا ۴۴ سال و بین میانگین نمرات کیفیت زندگی شهروندان خانه دار با شهروندان دانش آموز، دانشجو، کارمند، آزاد و بیکار تفاوت معنی دار وجود دارد (جدول ۵).

جدول (۵): تحلیل واریانس چندراهه نمرات کیفیت زندگی کل شهروندان بر حسب ویژگی های دموگرافیک پاسخگویان (جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و شغل)

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
جنس*	۱۰۵۷۶/۲۸۵	۱	۱۰۵۷۶/۲۸۵	۲۳/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰	۰/۹۹۸
وضعیت تاهل	۱۲/۰۶۲	۱	۱۲/۰۶۲	۰/۰۲۶	۰/۸۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
سن*	۵۰۷۶/۵۴۲	۳	۱۶۹۲/۱۸۱	۳/۶۹۱	۰/۰۱۲	۰/۰۲۵	۰/۸۰۳
میزان تحصیلات	۳۵۷۴/۵۸۰	۴	۸۹۳/۶۴۵	۱/۹۴۹	۰/۱۰۱	۰/۰۱۸	۰/۵۸۷
شغل*	۱۱۷۸۵/۳۷۵	۵	۲۳۵۷/۰۷۵	۵/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵۶	۰/۹۸۶

بررسی کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال در اماکن ورزشی شهرداری در مناطق مختلف شهر اصفهان نشان داد که نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال در منطقه ۵ بیشترین میانگین و منطقه ۱۳ کمترین میانگین را به خود اختصاص داده است. هم چنین نمرات کیفیت زندگی شهروندان غیرفعال در منطقه ۱۴ بیشترین میانگین و منطقه ۱ کمترین میانگین را به خود اختصاص داده است (جدول ۶).

جدول (۶): میانگین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال در اماکن ورزشی
شهرداری بر حسب مناطق محل سکونت

شهروندان غیرفعال		شهروندان فعال		مناطق	شاخص متغیرهای آماری
خطای معیار	میانگین	خطای معیار	میانگین		
۴/۴۳	۱۰۲/۶۰	۴/۶۱	۱۲۰/۵۵	۱	کیفیت زندگی
۴/۵۲	۱۲۱/۳۸	۴/۵۲	۱۳۲/۵۷	۲	
۴/۰۶	۱۳۴/۵۰	۴/۵۲	۱۲۴/۷۹	۴	
۴/۴۳	۱۴۲/۸۰	۴/۳۵	۱۴۷/۵۸	۵	
۴/۲۷	۱۳۱/۹۱	۴/۶۱	۱۱۹/۰۸	۶	
۴/۱۲	۱۴۱/۲۴	۴/۵۲	۱۲۳/۳۰	۷	
۵/۰۵	۱۲۲/۵۴	۴/۶۱	۱۱۳/۱۵	۸	
۴/۵۲	۱۲۱/۵۰	۴/۴۳	۱۴۲/۱۵	۹	
۴/۲۰	۱۳۵/۶۳	۴/۶۱	۱۲۵/۱۵	۱۰	
۴/۶۱	۱۲۰/۸۰	۴/۸۲	۱۳۱/۸۶	۱۱	
۴/۵۲	۱۱۷/۵۹	۴/۷۱	۱۰۵/۳۰	۱۲	
۴/۲۰	۱۳۰/۳۳	۴/۹۳	۱۰۰/۸۸	۱۳	
۴/۲۰	۱۵۵/۶۲	۵/۳۳	۱۰۱/۱۷	۱۴	

بحث و نتیجه گیری

نتایج اصلی تحقیق نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال در اماکن ورزشی شهرداری تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0.001$) و نشان دهنده این است که کیفیت زندگی شهروندان فعال از کیفیت زندگی شهروندان غیر فعال بیشتر است. نتایج حاصل از تحقیقات طیبی و ایوبی (۱۳۹۰)، مختاری و همکاران (۱۳۸۹)، ثابت (۱۳۸۹)، امین شکروی (۱۳۸۸)، همچین ویلمن و همکاران (۲۰۰۸) و سابرینا و همکاران (۲۰۰۹) نیز موید نقش ورزش و فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی افراد می باشد که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. بنابراین می توان شرکت در کلاس های ورزشی که در اماکن ورزشی شهرداری اصفهان برگزار میشود را بر کیفیت زندگی و سلامت شهروندان اصفهانی مؤثر و مفید دانست. اما نتایج تحقیقات فورتین و همکاران (۲۰۰۸) و شین (۱۹۹۹) بر عدم ارتباط فعالیت بدنی و کیفیت زندگی تاکید دارند، ممکن است این اختلاف نتایج به دلیل ناهمسانی شرایط زندگی از قبیل شرایط محیطی و جغرافیایی خاص خود باشد.

نتایج حاکی از آن است که توسعه ورزش در شهرها علاوه بر افزایش سلامت جسمی و روحی شهروندان، بر انسجام اجتماعی، حس تعلق به سایر شهروندان و احساس تعلق به جامعه را افزایش می دهد و تاثیرات بسیار

مشتی را در اقدامات گروهی برای بهبود محیط زیست شهری فراهم می‌آورد و به طور کلی باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود.

نتایج مندرج در جدول (۴) نشان داد که بین کیفیت زندگی شهروندان بر حسب جنس، سن و شغل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های این بخش از تحقیق با نتایج طبیعی و ایوبی (۱۳۹۰)، ثابت (۱۳۸۹)، زلینسکا و همکاران (۲۰۱۰)، گراتون و تاپس (۲۰۱۱) تا حدی همخوانی دارد ولی با نتایج تحقیق اسدی (۱۳۹۰) تا حدودی همخوانی ندارد، از این نظر که نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد بین کیفیت زندگی و سلامت روانی از نظر سن و تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین کیفیت زندگی با سابقه کار تفاوت معناداری وجود دارد. در مقایسه خرده‌مقیاس‌ها، نتایج نشان داد که سلامت جسمانی شهروندان فعال از سلامت جسمانی شهروندان غیر فعال بیشتر است، یافته‌ها حاکی از این می‌باشد که ورزش و تحرک بدنی رابطه مستقیم و تنگاتنگی با سلامت جسم انسان دارد و به عنوان راهکار اصلی پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها و عامل ایجاد سلامت عمومی و کاهش سطح ناتوانی است. بسیاری از بیماری‌ها، همچون دیابت، بیماری‌های قلب و عروق و فشار خون به وسیله ورزش قابل پیشگیری هستند، این یافته‌ها با پژوهش‌های طبیعی و ایوبی (۱۳۹۰)، مختاری و همکاران (۱۳۸۹)، ثابت (۱۳۸۹)، امین شکروی (۱۳۸۸)، و با بخشی از تحقیقات رحیم زاده (۱۳۸۷)، همچنین با نتایج لیندسای و همکاران (۲۰۱۲)، ساندرال و همکاران (۲۰۱۱)، آنورلیو و همکاران (۲۰۰۵)، همخوانی دارد که نشان دهنده نقش مثبت شرکت در کلاس‌های ورزشی شهرداری اصفهان بر ارتقای سلامت جسمانی شهروندان فعال می‌باشد. ولی با نتایج تحقیق نکویی (۱۳۸۶) همخوانی ندارد زیرا در این تحقیق سلامت جسمانی بانوان ورزشکار و غیر ورزشکار یکسان گزارش شده است که می‌تواند به دلیل شرایط مکانی و زمانی آن پژوهش باشد.

وضعیت سلامت روانی نیز از شاخص‌های کیفیت زندگی در این تحقیق بود که در این شاخص نیز شهروندان فعال از وضعیت بهتری برخوردار بودند که با نتایج احمدی گتب و همکاران (۱۳۹۰)، طبیعی و ایوبی (۱۳۹۰)، مختاری و همکاران (۱۳۸۹)، قربان‌علی‌زاده قاضیانی و همکاران (۱۳۸۸) و آنورلیو و همکاران (۲۰۰۵) همسو می‌باشد زیرا در این تحقیقات به نوعی نقش ورزش بر سلامت روانی و یا ابعاد آن تأیید شده است. بسیاری از روان‌شناسان نیز تمرین هوازی را با شدت متوسط برای بهبود بهداشت روانی توصیه می‌کنند (۲۵)، نتایج لیندسوی نشان داد که به طور معنی‌داری میزان کمتری از افسردگی و خودکشی در میان زنان و مردان ورزشکار در مقایسه با غیر ورزشکاران وجود دارد. با این وجود یافته‌های نکویی (۱۳۸۶) نشان داد که در کل بین بانوان ورزشکار و غیر ورزشکار تنها در دو مقیاس اضطراب و افسردگی ($p=0.01$) تفاوت معنی‌دار وجود داشت و میزان پرخاشگری، وسواس و شکایات جسمانی در هردو گروه از نوع طبیعی می‌باشد.

همچنین بین نمرات سلامت محیط شهروندان فعال و غیرفعال تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p<0.01$). این یافته‌ها، با قسمتی از پژوهش‌های حمیدی زاده (۱۳۸۶) هانسمن و همکاران (۲۰۱۰)، براد و جین (۲۰۱۱) همسو می‌باشد، بنابراین می‌توان شرکت در کلاس‌های ورزشی مختلف را نیز بر سلامت محیط شهروندان مؤثر دانست. یک اجتماع سالم کیفیت بالایی از مراقبت را برای حفظ سلامتی شهروندان ایجاد می‌کند، اما به همان اندازه هم از شهروندانی برخوردار است که فعالانه کار می‌کنند، زندگی خود را اداره می‌کنند، به راحتی و با امنیت جابه‌جا می‌شوند، به خدمات مختلف شهری دسترسی دارند، از فرصت‌های آموزشی موردنیازشان برخوردارند، از طبیعت و تفریح استفاده می‌کنند، از حمایت‌های دو طرفه اعضای خانواده، دوستان و محله زندگی‌شان لذت می‌

برند و در یک کلام کیفیت زندگی بالایی را تجربه می‌کنند، مواردی که شهروندان در پاسخ به سوالات ارزیابی سلامت محیط خود پاسخ دادند.

در مقایسه سایر خرده مقیاس‌ها، نتایج این پژوهش حاکی از این بود که روابط اجتماعی شهروندان فعال از روابط اجتماعی شهروندان غیر فعال بیشتر است. نتایج این فرضیه با تحقیقات طیبی و ایوبی (۱۳۹۰)، مختاری و همکاران (۱۳۸۹)، اشراقی (۱۳۹۱)، حمیدی زاده (۱۳۸۶)، حامدی نیا و گلستانی (۱۳۹۱)، ساندرال و همکاران (۲۰۱۱)، همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان شرکت در کلاس‌های ورزشی مختلف را بر افزایش روابط اجتماعی موثر با سایر افراد، جلوگیری از انحرافات اجتماعی مفید دانست، شیوه زندگی فعال باعث می‌شود افراد دوستان جدیدی پیدا کنند، در فعالیتهای اجتماعی باقی بمانند و با سایرین در تمام سنین مرادده داشته باشد،

نتایج جدول ۵ نشان داد که نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال در منطقه ۵ بیشترین میانگین و منطقه ۱۳ کمترین میانگین را به خود اختصاص داده است. هم‌چنین نمرات کیفیت زندگی شهروندان غیرفعال در منطقه ۱۴ بیشترین میانگین و منطقه ۱ کمترین میانگین را به خود اختصاص داده است. که نشان دهنده این است که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال از مکان‌های ورزشی شهرداری بر حسب مناطق محل سکونت تفاوت معنی‌دار است. یافته‌های این فرضیه با نتایج تحقیق خسروی (۱۳۸۹) همسو می‌باشد و نشان دهنده این است که هر چه امتیاز مناطق بالاتر رفته است، کیفیت زندگی شهروندان آن مناطق نیز ارتقا یافته است.

همچنین یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که زنان فعال شرکت‌کننده در کلاس‌های ورزشی شهرداری اصفهان وضعیت جسمانی بهتری نسبت به زنان غیر فعال دارند. این موضوع با تحقیقات طیبی، مختاری، امین شکروی، رحیم زاده، آئورلیو و شفارد نیز همخوانی دارد. البته پلانت با مرور برخی تحقیقات پیشنهاد می‌کند که درک آمادگی جسمانی نسبت به آمادگی جسمانی واقعی با پیشرفت جسمی در کارکرد جسمانی تاثیر بیشتری بر سلامتی زنان دارد. بنابراین شاید زنان شرکت‌کننده در ورزش همگانی تحت تاثیر نقش باورهای سلامتی، احساس سلامتی عمومی بالایی دارند؛ چون در مورد برخی زنان ممکن است حتی تصور این که در تناسب به سر می‌برند از این که واقعا در تناسب و آمادگی باشند مفید و سلامت بخش باشد (۲۲). بسیاری از تحقیقات اذعان می‌کنند که آمادگی جسمانی بالاتر با میزان بیشتر ورزش کردن مرتبط است و شرکت در فعالیت‌های ورزشی در ارتقاء سطح آمادگی جسمانی و شادابی موثر و مفید است (۲۴، ۲۳، ۲۸).

به طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که فقط ورزشکاران با ورزش کردن به صورت قهرمانی و حرفه‌ای در رشته‌های ورزشی مختلف از مزایای جسمانی، روانی و اجتماعی ورزش بهره‌نمی‌برند و بهره‌مندی از مزایای یاد شده شامل افرادی که در ورزش همگانی و به صورت غیرحرفه‌ای شرکت می‌کنند، نیز می‌شود. نتایج تحقیقات گذشته و این تحقیق نشان داده است که ورزش علاوه بر اینکه ابزار ارزشمندی برای حفظ سلامت جسمانی است و در بهبود طیف وسیعی از بیماری‌ها موثر می‌باشد، رابطه نزدیکی با سلامت روانی و بویژه پیشگیری از بروز ناهنجاری‌های روانی دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد که شرکت در فعالیت‌های ورزشی به اجتماعی شدن، ایجاد حس تعاون و همکاری، کسب مهارت و کفایت و همچنین دوست‌یابی و ارتباط سالم با همسالان کمک می‌کند. در حقیقت نتایج حاکی از آن است که ورزش بخش بسیار مهمی از زندگی اجتماعی مردم را تشکیل می‌دهد و از آن می‌توان برای رفع معضلات و مشکلات اجتماعی و همچنین بهبود وضعیت اقتصاد عمومی جامعه استفاده

نمود. در زمینه سلامت محیط نیز نتایج تحقیقات نشان داد که چنانچه محیط مساعد و مطمئن برای انجام ورزش های تفریحی وجود داشته باشد افراد تمایل بیشتری دارند تا ساعت های آزاد خود را به فعالیت های ورزشی بپردازند که این امر از وظایف دولت و سازمان های وابسته به آن می باشد. به طور خلاصه می توان گفت که توسعه ورزش در شهرها علاوه بر افزایش سلامت جسمی و روحی شهروندان بر انسجام اجتماعی، حس تعلق به سایر شهروندان و احساس تعلق به جامعه را افزایش می دهد و تاثیرات بسیار مثبتی را در اقدامات گروهی برای بهبود محیط زیست شهری فراهم می آورد. با توجه به یافته های حاصل از پژوهش می توان نتیجه گیری نمود که با افزایش و ایجاد سالن های ورزشی در مناطق مختلف شهر اصفهان و به کارگیری یک برنامه ورزشی منظم و مداوم از سوی شهروندان می توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی شهروندان را افزایش داد.

با توجه به نتایج تحقیق و نقش مثبتی که شرکت در کلاس های ورزشی بر کیفیت زندگی شهروندان فعال در اماکن ورزشی شهرداری اصفهان داشت، پیشنهاد می شود که مدیران شهری اعم از مدیران ادارات ورزش و جوانان، شهرداری، شورای شهر و غیره، زمین های بایری را که در مناطق مختلف شهر اصفهان قرار دارد شناسایی کرده و برای توسعه فضای ورزشی آن منطقه استفاده نمایند و تسهیلات لازم را برای شهروندان مهیا کنند. همچنین فرهنگ سازی و اطلاع رسانی در میان اقشار مختلف مردم در خصوص جایگاه ورزش در زندگی و جلب مشارکت آنها به شرکت در کلاس های ورزشی از طرف مسئولان ذی ربط انجام گیرد، مطالعه میزان هزینه ورزش در سید خانوار مناطق مختلف شهری و پیش بینی برای توسعه و ساخت فضاهای ورزشی با توجه به آن، طراحی طرح جامع اماکن ورزشی و توزیع عادلانه فضاهای ورزشی در مناطق مختلف شهری با توجه به پراکندگی جمعیتی و سنی آن منطقه، تدوین برنامه ای برای مشارکت فعال مردم و یا بخش خصوصی در ساخت و یا اجاره زمین های اماکن ورزشی از طریق یک فراخوانی عمومی و اعمال حمایت های مالی، پشتیبانی، خدماتی و تجهیزاتی در ایجاد، بازسازی و نوسازی اماکن ورزشی متعلق به شهرداری در شهر اصفهان از سایر پیشنهادات این تحقیق می باشد.

تشکر و قدردانی: در پایان بر خود لازم می دانم از شهرداری اصفهان که همکاری لازم را با اینجانب داشتند و مرا در انجام این تحقیق مورد حمایت مادی و معنوی قرار دادند تشکر و قدردانی نمایم.

References:

1. Zaree Karim. (2008). Effect of exercise on depression in elderly member of the Shiraz Jahandidegan Association. Master's thesis, School of Nursing. Shiraz University of Medical Sciences.
2. Jalali Farahani Majid. (2008). Managing sport facilities. Tehran: Institute Publications of University of Tehran, 26 numbers. Pp 8-10.
3. World health organization report. (1998). Promoting Active living in and through schools. Policy statement and guideline for action. Denmark .
4. Ahmadi Gatab Teymor, shayan Nasram, Taheri Mahshid. (2011). The relationship between psychological health, happiness and life quality in the students. Procedia-Social and Behavioral Sciences.30:1983-1985.

5. Mokhtari Robab, Ramezaninejad Rahim, vaezmosavi Mohmad. (2009). Cooperation quality of life participants and nonparticipants in the sport in Ardebil city. *Journal of Sport Management*, pp: 93-110.
6. Tayebi Mehdi. Ayoubi fatemeh. (2012). Comparing quality of life between athletes and non-athletes employees in Electricity Distribution Company of Lorestan province. *Proceedings of the First National Conference on Physical Education and Sports Sciences in 1391*. Islamic Azad University of Najaf Abad, 255 Pages.
7. Sabet Alireza.(2010). Comparison of quality of life in elderly men with different levels of physical activity, city of Shiraz (Shiraz Jahandydegan Association.) Master's thesis, Faculty of Physical Education and Sports Science, Islamic Azad University (Isfahan).
8. Shokravi Amin Farkhondeh, Alhani Fatemeh, Kazemnejad Anoshiravan, Vhdany Maryam. (2009). Relationship between regular physical activity (walking) and quality of life. *Quarterly Payesh*, 4: 407-413.
9. Rahimzadeh sosan. (2008). Effect of exercise on physical and mental health Tits, MS Thesis of Physical Education, Islamic Azad University, South Tehran Branch.
10. Thorsen L, SKovlund E, Stromme SB, Hornslien K, Dahl AA, Fossa SD. (2005).Effectiveness of physical activity on cardio respiratory fitness and health-related quality of life on young and middle-age cancer patients shortly after chemotherapy . *J Clin Oncol* . Apr 1; 23(10):88-237.
11. Mohamad Zadeh Omid .(2010). Determination relationship between health-related fitness factors of mental health staff. MA thesis, University of Guilan.
12. Vuillemin, A. (2008). Leisure Time Physical Activity and Health Related Quality Of Life.
13. Thomas R, Richard G, Katja H, Michel W and Joachim S. (2007). Association between obesity, quality of life, physical activity and health service utilization. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.55:1-8.
14. Aurelio, M. M; Silvieira, G. L. (2005). Physical activity and mental health, *Sileo* . Brazil, 1: 70- 87.
15. Shephard RJ, Kirkcaldy BD, Steffen RG. (2002). the relationship between physical activity and self-homage and problem behavior among adolescents. *Soc psychiatry psychiatric Epidermal Nov*; 37(11):50- 544.
16. Zielinska H, Kedziora K. (2010). Evaluation of quality of life (QOL) of student of the University of the Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
17. French, S. A. Story M, and Jeffery R. W. (2010). “Environmental Influences on Eating and physical Activity.” *Annual Review of Public Health*, 22; 309–35.
18. Asgari rizi, m. (2011).The study of Attitude and trends of the city's youth towards sports activities, Master’s thesis. Faculty of physical education and sports science. Islamic Azad University of khorasgan branch (Esfahan).
19. Leu R.W. (2006). Economic evaluation of new drug therapies in terms of improved life quality .special Issue: drugs and moods .*journal of personality and social psychology* 24:77-84.
20. Bougsty T .Marshall p, chares E. (2004). Prevalence and prevention of mental health problems in an energy affected community. *Administration in mental Health* 77-80 Cimillery, Brennans .measurement of Quality of life in surgery.j.R.coll, surg. *Edinb*.44:252-259.

21. Fortinm A, Soubhi,H., Hundon, C. (2008). Relationship between Quality Of Life and Physical Education: Secondary Analysis from the Quebec Survey. Department of Family Medicine Sherbrook University, Quebec, Canada.
22. Shin, D. (1999). Quality of Life, What Are The Implications for Health Promotion. *Health Behavior Journal*.21: 44-51.
23. Gratton Ch. Tice A. (2011). The Demands for sport: A two stay Econometric model using the 2011 General Household survey. Discussion Paper. Department of Economics, Manchester Polytechnic, Manchester, England.
24. Sandral L. (2011). Young Women, Sports, and Science. *Department of Sociology* .3: 45-55.
25. Lindsay A. Taliaferro, Barbara A, Rienzo, Kristine A, Donovan. (2012). Relationship between Youth Sport Participation and selected Health Risk Behaviors from 1999 to 2007. *Journal of school health*. 80: 399 – 410.
26. Hansman R, Maria H, Klaus S. (2010). Restoration and Stress relief through Physical activities in forest and parks. *Urban forestry & urban Greening*. 6:213-225.
27. Brad R H, Jane E R. (2011). Participation in Physical Activity and Government Spending on Park and Recreation. *Contemporary Economic Policy*. 4: 538–552.
28. Kashgar S. (2015) .Determine the indicators and how to measure the effectiveness of citizens' sports entertainments programs (public sports), *Sports management and motor behavior journal*, Volume 11, number 22, page 113-132.
29. Ghorban Ali-Zadeh F, Tayebi S M. ramezani nejad R. (2009). Comparison of depression in active and non-active students based on demographic characteristics. *Sports management and motor behavior journal*, Volume 5, number 9, page 15-29.