

## مقایسه کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیر فعال حرکتی (مطالعه موردي: اماكن ورزشی شهرداري اصفهان)

سميه رهبری<sup>۱</sup>، دكتور مينا مستحفظيان<sup>۲</sup>، دكتور مسعود نادریان جهرمی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه و هدف :** امروزه اهمیت کیفیت زندگی در بین مطالعات از پرطرف دارترین پژوهش ها می باشد، همچنین مردم نیز خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند. هدف از این تحقیق مقایسه کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیر فعال حرکتی (مطالعه موردي: اماكن ورزشی شهرداري اصفهان) بود.

**روش شناسی :** روش انجام تحقیق، از لحاظ هدف کاربردی و از نوع تحقیقات علی - مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این تحقیق تمامی شهروندان ۱۵-۵۵ ساله شهر اصفهان که طبق نتایج آخرین سرشماری در سال ۱۳۸۵، ۱۰۸۵۷۳ نفر می باشد. حجم نمونه براساس فرمول کوکران، ۸۳۲ نفر تعیین شد. برای جمع آوري اطلاعات از پرسشنامه تعديل شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. روايی صوري و محتواي پرسشنامه توسيع استاد مخصوص تربیت بدنی مورد تأييد قرار گرفت، ضریب پایابی پرسشنامه برای کیفیت زندگی ۰/۸۰ محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل ها داده ها با استفاده از آزمون های <sup>a</sup> با دو گروه مستقل، آزمون تحلیل واریانس چند راهه و آزمون زوجي و تعقیبی LSD انجام شد.

**یافته ها :** بررسی یافته های تحقیق نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیر فعال حرکتی تفاوت معنی دار وجود دارد( $p < 0.001$ ) ( $=3/۳۱۴$ ) و با توجه به میانگین نمرات، کیفیت زندگی شهروندان فعال از کیفیت زندگی شهروندان غیر فعال بیشتر بود. علاوه بر نمرات کیفیت زندگی، وضعیت خوده مقیاس های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت محیط، روابط اجتماعی در شهروندان فعال نسبت به شهروندان غیرفعال بهتر بود. همچنین بین کیفیت زندگی شهروندان بر حسب ویژگی های دموگرافیک (جنس، سن و شغل) تفاوت معنی دار وجود داشت.

**بحث :** نتایج حاکی از بالا بودن کیفیت زندگی شهروندان فعال در اماكن ورزشی شهرداری نسبت به شهروندان غیرفعال بود که نشان از نقش مثبت ورزش بر کیفیت زندگی و شاخص های اصلی آن در افراد شرکت كننده در ورزش می باشد.

**واژه های کلیدی :** کیفیت زندگی، شهروندان ، فعال، غیر فعال، اماكن ورزشی.

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

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

۳. دانشیار دانشگاه اصفهان، ایران

## مقدمه

بنابر نظر دانشمندان علوم پزشکی، جامعه شناسی، روان شناسی و غیره انسان دارای ابعاد وجودی متنوعی است که هر یک از این ابعاد می تواند روی سایر ابعاد اثر بگذارد و نیز از آن متاثر شود. این ابعاد شامل ابعاد سلامتی در زمینه های جسمی، روانی، محیطی و اجتماعی می باشد که پایه و اساس کیفیت زندگی<sup>۱</sup> افراد را تشکیل می دهد. ارتقای سلامت و کیفیت زندگی رابطه ای دوطرفه و تنگاتنگ دارد. با افزایش سلامتی فرد رضایت بیشتری از زندگی کسب کرده که موجب افزایش کیفیت زندگی او می شود و بر عکس با فراهم شدن شرایطی که به افزایش کیفیت زندگی منجر می گردد شاهد افزایش سلامتی فرد خواهیم بود (۱).

بسیاری از مردم در جوامع مختلف به اهمیت ورزش در حفظ سلامتی نشاط و شادابی، بالا بردن توانایی های جسمی و روانی پی برد و به ورزش های تفریحی یا اوقات فراغت و عده ای نیز به عنوان ورزشکار حرفه ای به ورزش قهرمانی یا رقابتی می پردازند. اما ورزش های اوقات فراغت یا ورزش قهرمانی همه در مکان هایی به نام اماکن و تاسیسات ورزشی انجام می شوند(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 بدنه 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 ادرارکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادرارک براساس حداقل انتظارات، استانداردها و علائق آنها می باشد. به نظر می رسد کیفیت زندگی را نتوان فقط در یک بعد مورد بررسی قرار داد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را در کل مشکل از ۴ بعد می داند که این ابعاد با یکدیگر در تعامل هستند و متأثر از یکدیگر می باشند. کیفیت زندگی مجموعه ای از این مولفه هاست که در سرتاسر زمان رشد و طول عمر تحت تأثیر قرار می گیرد. این چهار مولفه عبارتند از: ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی (۳).

در خصوص ابعاد کیفیت زندگی در ایران تحقیقات پراکنده ای 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 داشته اند شاداب تر و دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند(۴)، در پژوهشی که مختاری(۱۳۸۹) با عنوان مقایسه کیفیت زندگی افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در ورزش همگانی که در شهر اردبیل انجام داد، نشان داد که بین کیفیت زندگی افراد شرکت کننده و غیر شرکت کننده در ورزش همگانی تفاوت معنی داری وجود دارد(۵)، نتایج تحقیق طبی و ایوبی(۱۳۹۰) نشان داد که کیفیت زندگی کارمندان شرکت کننده در ورزش از کارمندانی که در ورزش شرکت نمی کردند بهتر بود(۶)، نتایج پژوهش ثابت(۱۳۸۹) نشان داد که سالمدان مرد فعال نسبت به مردان نیمه فعال و غیرفعال کیفیت زندگی بالاتری دارند(۷). امین شکروی(۱۳۸۸) در تحقیقی که با هدف بررسی ارتباط بین انجام فعالیت های بدنی منظم و کیفیت زندگی در زنان ساکن غرب تهران انجام داد، به این نتیجه رسید که زنان گروه فعال، در تمامی سنجش های 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 سنجش ها 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 علی رغم تفاوت با غیرورزشکاران معنی دار است<sup>(۹)</sup>.

با این که نقش مثبت تمرينات 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 برنامه های آمادگی قلبی عروقی هیچ تاثیری بر احساس خستگی، پریشانی روانی و کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی مشاهده نشد<sup>(۱۰)</sup> و یا افزایش مقاومت در برابر ابتلا به بیماری های روان شناختی با ورزش منظم مشاهده نگردید<sup>(۱۱)</sup>. ویلمن و همکاران<sup>۱</sup> (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<sup>(۱۲)</sup>. 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<sup>(۱۳)</sup>. آئوروپیو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی دریافتند که فعالیت های بدنی ابزار مناسبی در درمان و پیشگیری از بیماری های جسمانی و همچنین روانی می باشد<sup>(۱۴)</sup>. نتایج تحقیق شفارد<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) حاکی از آن است که تمرينات هوایی نیز موجب سلامت روانی می گردد، مشکلات روانی و جسمانی را کاهش می دهد و موجب بهبود خلق و خوی و رفتار می شود، همچنین روحیه و خلق بهتر پس از فعالیت جسمانی، نتیجه تولید مواد نشاط آوری است که بدن در اثر ورزش تولید شود<sup>(۱۵)</sup>. زیلینسکا و همکاران<sup>۴</sup> (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 تا هل دانشجویان با میزان کیفیت زندگی آنها وجود نداشت<sup>(۱۶)</sup>.

امروزه اهمیت کیفیت زندگی در بین مطالعات جدید از پرطرف دارترین پژوهش ها می باشد و مردم نیز خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند، پس باید دولت ها نیز در سراسر جهان روز به روز به بهبود کیفیت زندگی مردم خود بیشتر توجه کنند و بکوشند میزان ابتلا به بیماری های 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 می تواند از طریق فعالیت بدنی تامین گردد. چنانچه به همگانی کردن ورزش توجه و برای تمام گروه های سنی برنامه های ورزشی مناسب در نظر گرفته شود یا میادین و امکانات ورزشی توسعه یابند مردم هر چه بیشتر به ورزش کردن روی می آورند. تحقیقات نشان داده که دسترسی به پارکها و مکان های تفریحی اثر مهمی بر شرکت در فعالیت های ورزشی دارد<sup>(۱۷)</sup>. از دیرباز داشتن فعالیت بدنی منظم، یک آرمان متعالی برای جوامع قلمداد شده است و علی رغم تایید و وجود چنین یافته ای، هنوز بسیاری از جوامع با نبود و یا کمبود فعالیت بدنی در اقسام مختلف خود مواجه هستند. این امر در حالی است که فعالیت های منظم به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه های اثرگذار بر سبک زندگی سالم محسوب می شود. فعالیت های ورزشی با بیش از ۳۰ رشته مختلف ورزشی از ساده ترین، کم خرج ترین و بی خطر ترین نوع تا ورزش هایی پر هزینه و مخصوص افراد خاص طبقه بندی می شوند. 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 پردازد (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 حائز اهمیت است و با ایجاد مجموعه های ورزشی در مناطق مختلف شهر اصفهان باعث ارتقاء 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 ارتقاء خدمات بهداشتی و تنظیم برنامه های ویژه کمک کنند (۲۰).

مجموع نتایج مطالعات در این زمینه حاکی از نقش فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی بوده که عمدها 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 ۱۵-۵۵ 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 ۱۵-۵۵ 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 ۱۵-۵۵ 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.

$$n = \frac{N t^2 p q}{N d^2 + t^2 p q} = \frac{1085573 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{1085573 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5} = 400$$

فرمول (۱) تعیین حجم نمونه

جدول(۱) اطلاعات مربوط به محاسبه حجم نمونه

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

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( $416 = 832 \times 32 / 3 \times 32$ ). 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. ( $832 = 416 + 416$ ) . لازم به ذکر است که از نظر محقق در این تحقیق شهروندان فعال شامل شهروندان ۱۵-۵۵ 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 ۱۵-۵۵ 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(۱۵-۵۵ سال)، سابقه فعالیت ورزشی (حداقل ۶ ماه سابقه فعالیت ورزشی) و اینکه صرفا 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 یه 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 نمونه گیری تصادفی خوش ای 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. نکته ای که باید در اینجا ذکر شود این است که محقق از تمام مناطق ۱۳ گانه شهرداری موجود در شهر اصفهان جهت اجتناب از سوگیری احتمالی در نمونه گیری استفاده کرده است.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه بود: پرسشنامه اول ویژگی های فردی را اندازه گیری می کرد- پرسشنامه اصلی تحقیق، پرسشنامه تعديل شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(BREEF)- 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 مجدد 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 تعديل شده دارای ۳۶ سوال می باشد، 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 می کنند. 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 مشخصه های آماری مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون های 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 میانگین های 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 گروه ها معنا دارد استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده های 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 مشخصه های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون های 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 میانگین های 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 گروه ها معنا دارد استفاده شده است.

### یافته ها

در گروه فعال و غیرفعال حرکتی ۵۰ درصد شهروندان در پژوهش مرد و ۵۰ درصد زن بودند. در گروه فعال ۴۳/۹ درصد شرکت کنندگان 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 ۷/۲ 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 ۴/۶ 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 مکان های ورزشی شهرداری استفاده می کردند و ۱۰/۴ درصد شهروندان بیش از ۳ روز در هفته از مکان های ورزشی شهرداری استفاده می کردند.

جدول (۲). آمار توصیفی تحقیق

شهروندان غیرفعال		شهروندان فعال		شاخص های آماری	
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	مرد	زن
۵۰	۲۰۸	۵۰	۲۰۸	مرد	جنسيت
۵۰	۲۰۸	۵۰	۲۰۸	زن	
۳۳	۱۳۶	۳/۳۵	۱۶۶	۱ تا ۲۴ سال	
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	سن
۸/۳۵	۱۴۶	۹/۴۳	۱۸۰	مجرد	
۲/۸۴	۲۶۲	۱/۵۶	۲۳۰	متاهل	
۹/۱۴	۶۱	۷/۲۲	۹۳	زیر دیپلم	
۱/۳۵	۱۴۴	۶/۴۴	۱۸۳	دیپلم	
۹/۱۵	۶۵	۸/۶	۲۸	فوق دیپلم	وضعیت تحصیلی
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	
۱۷	۶۳	۶/۲۵	۱۰۰	۴۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان	
۳/۴	۱۶	۴/۶	۲۵	بیشتر از ۷۰۰ هزار تومان	درآمد

یافته ها نشان داد که با توجه به 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 می باشد. یعنی کیفیت زندگی شهروندان فعال از کیفیت زندگی شهروندان غیرفعال 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 می دهد 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 ۲۵ 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 تأهل، میزان تحصیلات و شغل)**

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مقدار آتا	توان آماری
جنس*	۱۰۵۷۶/۲۸۵	۱	۱۰۵۷۶/۲۸۵	۲۳/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰	۰/۹۹۸
وضعیت تأهل	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 اماكن ورزشی  
شهرداری بر حسب مناطق محل سکونت**

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

**بحث و نتیجه گیری**

نتایج اصلی تحقیق نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی شهروندان فعال و غیرفعال در اماكن 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 طبیی و ایوبی(۱۳۹۰)، مختاری و همکاران(۱۳۸۹)، ثابت(۱۳۸۹)، امین شکرلوی(۱۳۸۸)، همچنین 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 اماكن 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

مثبتی را در اقدامات گروهی برای بهبود محیط زیست شهری فراهم می آورد و به طور کلی باعث ارتقای کیفیت زندگی می شود.

نتایج مندرج در جدول(۴) نشان داد که بین کیفیت زندگی شهروندان بر حسب جنس، سن و شغل تفاوت معنی دار وجود دارد. یافته های این بخش از تحقیق با نتایج طبیی و ایوبی(۱۳۹۰)، ثابت(۱۳۸۹)، زیلینسکا و همکاران(۲۰۱۰)، گراتون و تایس(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 خرده مقیاس ها، نتایج نشان داد که سلامت جسمانی شهروندان فعال از سلامت جسمانی شهروندان غیر فعال بیشتر است، یافته ها حاکی از این می باشد که ورزش و تحرک بدنی رابطه مستقیم و تنگاتنگی با سلامت جسم انسان دارد و به عنوان راهکار اصلی پیشگیری از بیماری ها و عامل ایجاد سلامت عمومی و کاهش سطح ناتوانی است. بسیاری از بیماری ها، همچون دیابت، بیماری های قلب و عروق و فشار خون به وسیله ورزش قابل پیشگیری هستند، این یافته ها با پژوهش های طبی و ایوبی(۱۳۹۰)، مختاری و همکاران(۱۳۸۹)، ثابت(۱۳۸۸)، امین شکروی(۱۳۸۸)، و با بخشی از تحقیقات رحیم زاده(۱۳۸۷)، همچنین با نتایج لیندسای و همکاران(۲۰۱۲)، ساندرال و همکاران(۲۰۱۱)، آنورولیو و همکاران(۲۰۰۵)، همخوانی دارد که نشان دهنده نقش مثبت شرکت در کلاس های ورزشی شهرداری اصفهان بر ارتقای سلامت جسمانی شهروندان فعال می باشد. ولی با نتایج تحقیق نکوئی(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 شاخص های 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)، طبیی و ایوبی(۱۳۹۰)، مختاری و همکاران(۱۳۸۹)، قربان علیزاده قاضیانی و همکاران(۱۳۸۸) و آنورولیو و همکاران(۲۰۰۵) همسو می باشد زیرا در این تحقیقات به نوعی نقش ورزش بر سلامت روانی و یا ابعاد آن تأثیر شده است؛ بسیاری از روان شناسان نیز تمرین هوازی را با شدت متوسط برای بهبود پهداشت روانی توصیه می کنند(۲۵)، نتایج لیندسوی نشان داد که به طور معنی داری میزان کمتری از افسردگی و خودکشی در میان زنان و مردان ورزشکار در مقایسه با غیر ورزشکاران وجود دارد. با این وجود یافته های نکوئی(۱۳۸۶) نشان داد که در کل بین بانوان ورزشکار و غیر ورزشکار تنها در دو مقیاس اضطراب و افسردگی ( $p=0.01$ ) تفاوت معنی دار وجود داشت و میزان پرخاشگری، وسوس و شکایات جسمانی در هردو گروه از نوع طبیعی می باشد.

همچنین بین نمرات سلامت محیط شهروندان فعال و غیرفعال تفاوت معنی دار وجود داشت ( $p<0.001$ ). این یافته ها، با قسمتی از پژوهش های حمیدی زاده(۱۳۸۶) هانسمن و همکاران(۲۰۱۰)، براد و جین(۲۰۱۱) همسو می باشد، بنابراین می توان شرکت در کلاس های ورزشی مختلف را نیز بر سلامت محیط شهروندان مؤثر دانست. یک اجتماع سالم کیفیت بالائی از مراقبت را برای حفظ سلامتی شهروندانش ایجاد می کند، اما به همان اندازه هم از شهروندانی برخوردار است که فعالانه کار می کنند، زندگی خود را اداره می کنند، به راحتی و با امنیت جایه جا می شوند، به خدمات مختلف شهری دسترسی دارند، از فرصت های آموزشی موردنیازشان برخوردارند، از طبیعت و تفریج استفاده می کنند، از حمایت های دو طرفه اعضای خانواده، دوستان و محله زندگی شان لذت می

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

در مقایسه سایر خرده مقیاس ها، 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 طبیعی و ایوبی(۱۳۹۰)، مختاری و همکاران(۱۳۸۹)، اسرافی(۱۳۹۱)، حمیدی زاده(۱۳۸۶)، حامدی نیا و گلستانی(۱۳۹۱)، ساندرال و همکاران(۲۰۱۱)، همسو می باشد. بنابراین می توان شرکت در کلاس های ورزشی مختلف را بر افزایش روابط اجتماعی موثر با سایر افراد، جلوگیری از انحرافات اجتماعی مفید دانست، شیوه زندگی فعال باعث می شود افراد دوستان جدیدی پیدا کنند، در فعالیتهای اجتماعی باقی بمانند و با سایرین در تمام سنین مراوده 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. هم چنین 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 مکان های ورزشی شهرداری بر حسب مناطق محل سکونت تفاوت معنی دار است. یافته های این فرضیه با نتایج تحقیق خسروی(۱۳۸۹) همسو می باشد و نشان دهنده این است که هر چه امتیاز مناطق بالاتر رفته است، کیفیت زندگی شهروندان آن مناطق نیز ارتقا یافته است.

همچنین یافته های تحقیق حاکی از آن است که زنان فعال شرکت کننده در کلاس های ورزشی شهرداری اصفهان وضعیت جسمانی بهتری نسبت به زنان غیر فعال دارند. این موضوع با تحقیقات طبیعی، مختاری، امین شکروی، رحیم زاده، آورولیو و شفارد نیز همخوانی دارد. البته پلانت با مورور برخی تحقیقات پیشنهاد می کند که درک آمادگی جسمانی نسبت به آمادگی جسمانی واقعی با پیشرفت جسمی در کارکرد جسمانی تاثیر بیشتری بر سلامتی زنان دارد. بنابراین شاید زنان شرکت کننده در ورزش همگانی تحت تأثیر نقش باورهای سلامتی، احساس سلامتی عمومی بالایی دارند؛ چون در مورد برخی زنان ممکن است حتی تصور این که در تناسب به سر می برند از این که واقعا در تناسب و آمادگی باشند مفید و سلامت بخش باشد(۲۲). بسیاری از تحقیقات اذعان می کنند که آمادگی جسمانی بالاتر با میزان بیشتر ورزش کردن مرتبط است و شرکت در فعالیت های ورزشی در ارتقاء سطح آمادگی جسمانی و شادابی موثر و مفید است(۲۳،۲۴).

به طور کلی یافته ها نشان می دهد که فقط ورزشکاران با ورزش کردن به صورت قهرمانی و حرفة ای در رشته های ورزشی مختلف از مزایای جسمانی، روانی و اجتماعی ورزش بهره نمی برند و بهره مندی از مزایای یاد شده شامل افرادی که در ورزش همگانی و به صورت غیرحرفه ای شرکت می کنند، نیز می شود. 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 بیماری ها موثر می باشد، رابطه نزدیکی با سلامت روانی و بویژه پیشگیری از بروز ناهنجاری های روانی دارد. همچنین یافته ها نشان داد که شرکت در فعالیت های ورزشی به اجتماعی شدن، ایجاد حس تعامل و همکاری، کسب مهارت و کفایت و همچنین دوست یابی و ارتباط سالم با همسالان کمک می کند. در حقیقت نتایج حاکی از آن است که ورزش بخش بسیار مهمی از زندگی اجتماعی مردم را تشکیل می دهد و از آن می توان 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 افاده تمایل بیشتری دارند تا ساعت های آزاد خود را به فعالیت های ورزشی پپردازند 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 و جوانان، شهرداری، شورای شهر و غیره، زمین های بایری را که در مناطق مختلف شهر اصفهان قرار دارد شناسایی کرده و برای توسعه فضایی ورزشی آن منطقه استفاده نمایند و تسهیلات لازم را برای شهروندان مهبا 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 سبد 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 فعل مردم و یا بخش خصوصی در ساخت و یا اجاره زمین های اماکن ورزشی از طریق یک فراغونی 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 برخود 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 Epidemiol Nov; 37(11):50- 544.
16. Zielińska 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 khorasan 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 Economies, 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.