

The Concurrent Motivational Effect of Activity Tracker and Physical Activity on Cardiovascular Endurance and Quality of Life in Sedentary Adults

Tavakoli M¹, *Ebrahim K², Namazizadeh M³, Nikbakht H⁴

Author Address

1. Ph.D. Student of Sport Physiology, Department of Sport Physiology, Faculty of humanities and social sciences, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Professor, Department of Sport Physiology, Faculty of physical education and sport sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran;

3. Associate professor, Department of Motor Behavior, Faculty of physical education and sport sciences, Tehran University, Tehran, Iran;

4. Associate professor, Department of Sport Physiology, Faculty of physical education and sport sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author E-mail: k-ebrahim@sbu.ac.ir

Received: 2019 January 28 ; Accepted: 2019 April 22

Abstract

Background & Objectives: Physical activity plays a crucial role in the biopsychological health of individuals. Moreover, it is considered as the key factor in the promotion and development of humans, especially the elderly. Given that exercise and physical activity significantly increase the ability and prevent diseases, addressing the issue of exercise in the elderly is necessary. To better understand the elderly's behavior, researchers have examined the motivational aspects related to their decisions for starting and continuing physical activity. Numerous motivations have been investigated in the elderly in terms of physical and sports activities. A motivational tool for physical activity is activity trackers that assess the biological function of the elderly and could motivate the exercise through feedback provided to them. Therefore, the present study aimed to investigate the concurrent motivational effect of activity tracker and physical activity on cardiovascular endurance and the quality of life in sedentary adults.

Methods: This was a field trial research, based on the purpose of clinical trials and in terms of data collection. The study participants were 45 non-active individuals aged higher than 60 years. They were accommodated at nursing homes in Tehran's 8th district. The International Physical Activity Inventory, Physical Fitness Preparedness Questionnaire, and Exercise Motivations Inventory-2 for selecting subjects were used in this research. The study subjects were assigned to three groups; control, physical activity test group with a tracker, and physical activity test group without a tracker. A Rockport test was used to measure cardiovascular endurance, and the Quality of Life questionnaire was used to assess their life quality levels. For data analysis, the repeated-measures Analysis of Variance was used. Moreover, for comparing the mean values of the study groups, Fisher's post-hoc test was implemented. The significance level of 0.05 was considered, as well.

Results: The current study findings demonstrated a significant difference between the experimental and control groups in terms of cardiovascular endurance and quality of life (cardiovascular endurance: $F=434.504$, $p<0.001$, $\eta^2=0.954$; quality of life: $F=15.826$, $p<0.001$, $\eta^2=0.430$).

Conclusion: The obtained data suggested that using the tracker stimulates physical activity in the elderly and improves their quality of life and cardiovascular endurance.

Keywords: Tracker, Physical activity, Cardiovascular endurance, Quality of life, Elderly.

اثر انگیزشی ردیاب همراه با فعالیت بدنی بر استقامت قلبی- عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم‌تحرک

محسن توکلی^۱، *خسرو ابراهیم^۲، مهدی نمازی‌زاده^۳، حجت‌اله نیکبخت^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۲. استاد فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۳. دانشیار رفتار حرکتی، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۴. دانشیار فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

*k.ebrahim@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸ بهمن ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲ اردیبهشت ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: نقش فعالیت بدنی بر سلامت روانی و جسمانی به‌عنوان عامل مهم‌تر مؤثر در ارتقاء و تکامل انسان‌ها به‌ویژه در بین سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از ابزارهای انگیزشی برای فعالیت بدنی، ردیاب‌های فعالیت است که عملکرد مکانیکی- فیزیولوژیکی سالمند را ارزیابی کرده و می‌تواند از طریق بازخوردی که به سالمند می‌دهد باعث انگیزش تمرین شود؛ لذا هدف از این مطالعه بررسی اثر انگیزشی ردیاب همراه با فعالیت بدنی بر استقامت قلبی- عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم‌تحرک بود. **روش بررسی:** این تحقیق به‌لحاظ هدف از نوع کارآزمایی بالینی و به‌لحاظ جمع‌آوری اطلاعات، میدانی بود. شرکت‌کنندگان ۴۵ نفر سالمند کم‌تحرکی بودند که بیش از شصت سال سن داشته و در خانه سالمندان منطقه هشت شهر تهران به‌طور شبانه‌روزی پذیرایی می‌شدند. از پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی و پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی و سیاهه انگیزه تمرین جهت انتخاب آزمودنی‌ها استفاده شد. آزمودنی‌ها در سه گروه گواه و گروه آزمایش فعالیت بدنی با ردیاب و گروه آزمایش فعالیت بدنی بدون ردیاب گمارده شدند. جهت اندازه‌گیری استقامت قلبی- عروقی، آزمون راکپورت و جهت ارزیابی کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به‌کار رفت. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری و جهت تعیین مکان بین میانگین‌ها از آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنادار فیشر استفاده گردید و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه در استقامت قلبی- عروقی ($F=۰/۹۵۴$ ، $p<۰/۰۰۱$ ، $F=۴۳۴/۵۰۴$) و کیفیت زندگی ($\text{Eta}=۰/۴۳۰$)، نشان داد. ($F=۱۵/۸۲۶$ ، $p<۰/۰۰۱$)

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق حاضر نشان داد که استفاده از ردیاب باعث انگیزش فعالیت بدنی در سالمندان کم‌تحرک می‌شود و کیفیت زندگی و استقامت قلبی- عروقی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

کلیدواژه‌ها: ردیاب، فعالیت بدنی، استقامت قلبی- عروقی، کیفیت زندگی، سالمندان.

برمی‌انگیزد و جهت می‌دهد، تمایلات و سوق‌دهنده‌های درونی و محرک‌های بیرونی را در بر می‌گیرد و نقشی قدرت‌مند در مشارکت افراد در فعالیت جسمانی دارد. تاکنون در تحقیقات متعددی انگیزه‌های شرکت افراد سالمند در فعالیت‌های جسمانی و ورزشی بررسی شده است (۱۵). بیشتر پژوهش‌های انجام‌گرفته در این حوزه، توصیفی و شامل دلایل بیان‌شده مشارکت‌کنندگان برای شرکت در فعالیت‌های جسمانی است. ردیاب‌های فعالیت ممکن است انگیزه‌های مشابه با فعالیت ورزشی با پاداش و دستاوردهایی برای دستیابی به سطوح افزایش فعالیت بدنی ارائه دهند. فریتز و همکاران (۱۶)، دریافتند که بازخورد و جنبه‌های اجتماعی ردیاب‌های فعالیت اثر مثبتی بر انگیزه دارد. دانشکده طب ورزشی آمریکا (ACSM)، فن‌آوری ردیاب فعالیت را به‌عنوان مدل تناسب اندام در سال‌های ۲۰۱۶ و ۲۰۱۷ نام‌گذاری کرده است (۱۷). فن‌آوری ردیاب‌ها ممکن است انگیزه‌ای برای افراد سالمند جهت افزایش فعالیت بدنی و کاهش کم‌تحرکی باشد. مطالعات نشان داده‌اند که شتاب‌سنجش‌ها برای افزایش فعالیت بدنی مؤثرند (۱۸، ۲۰). راول-رابرتس و همکاران (۱۸)، روی ۲۱۲ سالمند مطالعه‌ای انجام داده و نتیجه گرفتند که استفاده از ردیاب‌های فعالیت می‌تواند باعث بهبود فعالیت بدنی و کاهش عوامل خطرزای دیابت شود. اوبرین و همکاران (۱۹) دریافتند افراد بیشتر از شصت سال که ردیاب‌های فعالیت بدنی را استفاده کرده و پذیرفتند، در مراحل ابتدایی تمرین پیشرفت بهتری دارند. افزایش استفاده از فن‌آوری و زمان صرف‌شده در فعالیت‌های کم‌تحرک به مداخلات بیشتری نیاز دارد که نقش فن‌آوری را در زندگی سالمندان برجسته می‌سازد؛ درحالی‌که آن‌ها را برای تحرک بیشتر تشویق می‌کند. محققان نتیجه گرفتند که فن‌آوری استفاده‌شده مستقیم از ردیاب‌های فعالیت می‌تواند برای بهبود مداخله‌های فعالیت بدنی، در ترکیب با نظریه‌های تغییر رفتار به‌کار رود (۲۰). شیوه زندگی کم‌تحرک نه تنها باعث مشکلات جسمانی بلکه سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۰). توماس و همکاران (۲۱) مشخص کردند که وقتی افراد سالمند شرکت‌کننده در فعالیت بدنی از ردیاب‌های فعالیت استفاده می‌کنند و یار تمرینی دارند، میانگین تعداد گام‌ها و فعالیت بدنی آن‌ها افزایش می‌یابد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر انگیزشی ردیاب همراه با فعالیت بدنی بر استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم‌تحرک انجام شد.

۲ روش بررسی

این تحقیق به‌لحاظ هدف از نوع کارآزمایی بالینی و به‌لحاظ جمع‌آوری اطلاعات، میدانی بود. شرکت‌کنندگان در این تحقیق سالمندان کم‌تحرکی بودند که سن بیشتر از شصت سال داشتند و در شهر تهران در خانه سالمندان منطقه هشت به‌طور شش‌ماه‌روزی پذیرایی می‌شدند. تعداد سالمندانی که شرایط ورود به تحقیق را احراز کردند، ۴۵ نفر بود که در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) همسان‌سازی شدند. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل موارد زیر بود:

۱. ردیاب فعالیت: دانشکده طب ورزشی آمریکا (ACSM)، فن‌آوری ردیاب‌های فعالیت را به‌عنوان مدل تناسب اندام در سال‌های ۲۰۱۶ و

بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند به افراد بیشتر از شصت سال اطلاق می‌شود (۱). در حال حاضر چهل میلیون ایرانی در سنین جوانی هستند و در طی چند دهه آینده به مرحله میانسالی و سالمندی خواهند رسید (۲). سالمندی با کاهش توانایی‌های جسمانی و روان‌شناختی همراه می‌باشد و به این موضوع در حالی توجه شده که شیوه زندگی کم‌تحرک و ماشینی عصر حاضر، شتاب‌بخشیدن به مشکلات جسمانی و روانی و اجتماعی سالمندان را مضاعف کرده و باعث تحمیل هزینه‌های بسیار سنگین بر جامعه در جهت حفظ سلامت افراد مسن شده است (۳). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در چهل سال اخیر آمار چاقی بیش از دو برابر شده است (۴). مطالعات روی سالمندان دارای فعالیت بدنی کافی نشان می‌دهد که آن‌ها از سلامتی بیشتری برخوردارند و برعکس کم‌تحرکی و چاقی با بیماری‌هایی مانند دیابت نوع دوم، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و افسردگی همراه است (۵). کم شدن رفتار کم‌تحرک ممکن است به‌اندازه افزایش فعالیت بدنی برای کاهش عوامل ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از اهمیت لازم برخوردار باشد (۶، ۷). یافته‌های مطالعات زیادی نشان می‌دهد که کم‌تحرکی زیاد ممکن است با خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی همراه باشد (۷، ۸). به‌علاوه مطالعات نشان می‌دهد که آمادگی قلبی-عروقی ممکن است سنجش بهتری درمقایسه با شاخص توده بدنی برای سلامتی سالمندان باشد (۹، ۱۰). فعالیت ناکافی و کم‌تحرکی مسؤل ۲۰ درصد از مرگ‌ومیرهای حاصل از بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان و دیابت شناخته شده است و در هر سنی تغییر در الگوی زندگی مانند فعالیت بدنی و ورزش عامل مهم در کاهش مرگ‌ومیرها و افزایش طول عمر است (۱۱). میزان ناتوانی حرکتی به‌ویژه در کارهای روزمره در میان سالمندان ایران درمقایسه با کشورهای پیشرفته مثل کره جنوبی و اروپا در حد بسیار زیادی است و باتوجه به اینکه ورزش و فعالیت بدنی نقش بسیار مهمی در افزایش توانایی و پیشگیری از بیماری‌ها دارد، پرداختن به موضوع ورزش سالمندان بسیار مهم و ضروری به‌نظر می‌رسد (۱۱). در این میان نقش فعالیت بدنی بر سلامت روانی و سلامت جسمانی در ارتقاء و تکامل انسان‌ها به‌ویژه در بین سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۱). فعالیت فیزیکی منظم و گروهی در افراد بالغ و جوان باعث جلوگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی و دیابت و سایر بیماری‌های سیستمیک می‌شود و امید به زندگی را در افراد افزایش می‌دهد. هدف از به‌کارگیری تمرین هوازی در سالمندان مقابله با ضعف، آسیب‌پذیری ناشی از نبود فعالیت ورزشی، تغییرات بیولوژیک ناشی از پیری، بیماری‌های مزمن، سلامت روانی و ناتوانی از بیماری‌های حاد و مزمن است (۱۲). برخی از دلایل مهم‌تر شناسایی‌شده سالمندان برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی، سلامتی، حفظ و ارتقای آمادگی جسمانی، لذت و نشاط، تعاملات اجتماعی و کنترل استرس است (۱۳، ۱۴). به‌منظور درک بهتر رفتار ورزشی سالمندان، محققان جنبه‌های انگیزشی مربوط به تصمیمات آن‌ها را برای شروع و ادامه فعالیت جسمانی بررسی کرده‌اند. انگیزش، فرایند روی‌آوری به فعالیتی خاص و ادامه آن است. این فرایند که رفتار را

۲۰۱۷ نام‌گذاری کرده است (۱۷). ردیاب مچی هوشمند شیائومی نسخه گلوبال ۲۰۱۸ دارای سنسور ضربان قلب و شتاب‌سنج و ارتفاع‌سنج است که به کمک آن‌ها اطلاعات فعالیت و خواب را ثبت می‌کند. مچ‌بند می‌تواند زمان، سرعت، مصرف کالری، میانگین سرعت، افزایش و کاهش ارتفاع و ضربان قلب کاربر را در حین فعالیت ورزشی اندازه‌گیری کند.

۲. پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی^۱ (PAR-Q): این پرسشنامه توسط توماس و همکاران در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. پرسشنامه با هفت سؤال ابتدایی درباره سلامت عمومی شروع می‌شود. با پاسخ مثبت به این هفت سؤال، شرکت‌کننده وارد بخش دوم پرسشنامه می‌گردد که شامل ۳۶ سؤال است و به تعیین سطح خطر برای تمرین کمک می‌کند. با پاسخ منفی به هفت سؤال اول، شرکت‌کننده از برنامه تمرینی خارج می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۷ است. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان کمتر آمادگی فعالیت فیزیکی یا بدنی است و برعکس (۲۱). ترجمه فارسی این مقیاس در متون معتبر فعالیت بدنی موجود است (۲۲) و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف (۲۳) تأیید شده است.

۳. پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی^۲ (IPAQ): پرسشنامه IPAQ، با ۲۷ سؤال باز پاسخ و در ۴ قسمت (فعالیت بدنی مرتبط با کار با ۷ سؤال، فعالیت بدنی جهت رفت و آمد در مسیرهای مختلف با ۶ سؤال، کار منزل، امور تعمیراتی منزل و مراقبت از خانواده با ۶ سؤال، فعالیت‌های بدنی مربوط به اوقات فراغت، ورزش و سرگرمی با ۶ سؤال) میزان فعالیت فیزیکی سبک، متوسط و پیاده‌روی فرد را در طول ۷ روز گذشته بررسی کرده و طبق پروتکل نمره‌دهی میزان فعالیت فیزیکی فرد را محاسبه و طبقه‌بندی می‌نماید. میزان کلی فعالیت فیزیکی فرد در هفته گذشته بر حسب واحد week/minutes-MET اندازه‌گیری می‌شود (۲۴). روایی پرسشنامه در مطالعه واشقانی فراهانی تأیید و پایایی آن ۰/۳۸ گزارش شد (۲۵). ابزار یادشده برای تعیین فعالیت فیزیکی بزرگسالان ۱۵ تا ۶۹ ساله مناسب بوده و در مطالعه کرم‌زاده شیرازی و همکاران (۲۶) نیز از این پرسشنامه استفاده شده است.

۴. سیاهه انگیزه تمرین^۳ (EMI-2): سیاهه انگیزه تمرین توسط مارکلند و همکاران (۲۷، ۲۸) ساخته شد. این سیاهه شامل ۵۱ سؤال در چهارده خرده‌مقیاس انگیزشی است. نمرات با جمع‌کردن پاسخ‌ها و مقیاس لیکرت برای هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود و انگیزه فرد را از تمرین می‌سنجد. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۵۵ است. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان انگیزه زیادتر در ورزش است و برعکس. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محبی و محمدی (۲۹) در ایران بررسی شد که آلفای کرونباخ ۰/۷ به‌دست آمد.

۵. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۴ (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را

می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد (۳۰). پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی؛ سلامت روان؛ روابط اجتماعی؛ سلامت محیط اطراف. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به‌دست می‌آید که باید به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰ تبدیل شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۳۱). پایایی و روایی پرسشنامه برای زیرمقیاس‌ها به این صورت بود: سلامت جسمی ۰/۷۷؛ سلامت روانی ۰/۷۷؛ روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ (۳۲).

۶. آزمون پیاده‌روی یک‌مایل راکپورت^۵: آزمون پیاده‌روی راکپورت از جمله آزمون‌های معروف آمادگی جسمانی افراد بالغ است. این تست آزمونی عالی برای برآورد عملکرد قلبی-عروقی به‌خصوص در افراد غیرفعال می‌باشد. شرکت‌کنندگان مسیر یک‌مایل را با حداکثر سرعت راه می‌روند و در پایان آزمون ضربان قلب شرکت‌کنندگان به وسیله شمارش ضربان به مدت ۱۵ ثانیه اندازه‌گیری شده و در چهار ضرب می‌شود تا تعداد ضربان در یک دقیقه به‌دست آید (۳۳). برای برآورد محدوده توانایی هوازی از فرمول راکپورت استفاده شد (۳۴، ۳۵).

قبل از آزمون اصلی شرکت‌کنندگان پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی (IPAQ) و پرسشنامه آمادگی فعالیت بدنی (PAR-Q) را پر کردند. از پرسشنامه IPAQ جهت اندازه‌گیری معادل متابولیسم پایه^۶ (MET) استفاده شد. به کمک داده‌های پرسشنامه PAR-Q، شرکت‌کنندگانی که استانداردهای این پرسشنامه را داشتند، با پرکردن برگه رضایت در مطالعه وارد شدند. تعداد ۴۵ شرکت‌کننده در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند: گروه آزمایش یک شامل ۱۵ نفر که از ردیاب فعالیت استفاده کردند و فعالیت بدنی نیز انجام دادند؛ گروه آزمایش دو شامل ۱۵ نفر که فقط فعالیت بدنی انجام دادند و از ردیاب فعالیت استفاده نکردند؛ گروه گواه شامل ۱۵ نفر که نه از ردیاب فعالیت استفاده کردند و نه فعالیت بدنی انجام دادند و زندگی روزمره طبق برنامه‌های عادی خانه سالمندان را دنبال کردند. برای همسان‌سازی گروه‌های سه‌گانه از نتایج پیش‌آزمون سیاهه انگیزه تمرین (EMI-2) استفاده گردید و تمامی شرکت‌کنندگان در فهرست ترتیبی از بیشترین تا کمترین انگیزه مشارکت ورزشی فهرست شدند. سپس سه نفر اول در گروه‌های سه‌گانه قرار گرفتند و به همین شکل سه نفرهای بعدی تا انتهای فهرست در گروه‌های سه‌گانه هم‌تاسازی شدند. همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه کیفیت زندگی را در هفته اول و هفته ششم و هفته دوازدهم پر کردند. در ادامه از تمام شرکت‌کننده‌ها، آزمون یک‌مایل پیاده‌روی راکپورت در هفته اول و هفته ششم و هفته دوازدهم گرفته شد. کل مدت پروتکل تمرین دوازده هفته بود و هفته‌ای سه جلسه تمرین انجام پذیرفت که شرکت‌کنندگان در مجموع ۳۶ جلسه تمرین کردند. زمان هر جلسه تمرین ۳۵ دقیقه بود که مراحل گرم‌کردن و اجرای پروتکل تمرین (یک‌مایل پیاده‌روی راکپورت) و سردکردن را

4. World Health Organization Quality of Life: Brief Version

5. Rockport Walking Test

6. Metabolic equivalent

1. Physical Activity Readiness Questionnaire

2. International Physical Activity Questionnaires

3. Exercise Motivations Inventory-2

در بر گرفت و در فاصله زمانی ساعات ۱۰ الی ۱۲ قبل از ظهر انجام پذیرفت. مرحله گرم کردن شامل پیاده روی و نرمش و حرکات کششی، به مدت ده دقیقه جهت آماده سازی شرکت کنندگان برای اجرای برنامه تمرین اصلی بود. مرحله تمرین اصلی شامل آزمون پیاده روی یک مایل راکپورت و حدود بیست دقیقه بود که در آن شدت تمرین آزاد و مدت زمان تمرین توسط محقق کنترل شد. مرحله سرد کردن شامل حرکات کششی و نرمشی به مدت پنج دقیقه به منظور غلبه بر خستگی و تسریع فرآیند بازیافت و دفع اسیدلاکتیک و مواد زائد از خون و عضلات بود. در این مطالعه از طرح کارآزمایی بالینی با پیش آزمون و میان آزمون و پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده آمار توصیفی و استنباطی به کار رفت. در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد داده ها محاسبه و گزارش شد. در بخش آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون تحلیل واریانس برای اندازه های تکراری و جهت تعیین مکان بین میانگین ها از آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنادار فیشر استفاده گردید.

۳ یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد شرکت کنندگان ۴۵ نفر سالمند کم تحرک بیشتر از شصت سال سن بود که در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار داشتند. در بررسی شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق حاضر شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان و همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در متغیرهای استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی به تفکیک در گروه های آزمایش اول و دوم و گروه گواه در مرحله پیش آزمون و میان آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. یافته های تحقیق تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و گواه در استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم تحرک نشان داد.

جدول ۱. مشخصات توصیفی متغیرهای استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و میان آزمون و پس آزمون به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	گروه ها	پیش آزمون			میان آزمون			پس آزمون			
		میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا		
استقامت قلبی-عروقی	آزمایش اول	۲۵/۲۶±۰/۵۸	۳۰/۴۳±۰/۲۵	۳۴/۲۲±۰/۵۲	آزمایش دوم	۲۵/۲۸±۰/۵۶	۲۸/۴۶±۱/۰۶	۳۲/۵۰±۰/۹۵	۴۳۴/۵۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۴
	گواه	۲۵/۱۹±۰/۷۹	۲۴/۹۵±۰/۸۴	۲۴/۹۰±۰/۷۳	آزمایش اول	۴۷/۰۲±۵/۲۳	۶۱/۱۲±۳/۷۸	۷۲/۵۰±۳/۷۸	۱۵/۸۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
کیفیت زندگی	آزمایش اول	۴۹/۲۲±۶/۹۷	۶۱/۵۵±۳/۹۳	۶۸/۳۰±۴/۰۱	آزمایش دوم	۴۹/۲۲±۶/۹۷	۶۱/۵۵±۳/۹۳	۶۸/۳۰±۴/۰۱	۱۵/۸۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	گواه	۵۲/۳۵±۷/۷۷	۵۱/۳۷±۶/۹۲	۵۲/۷۳±۴/۴۰							

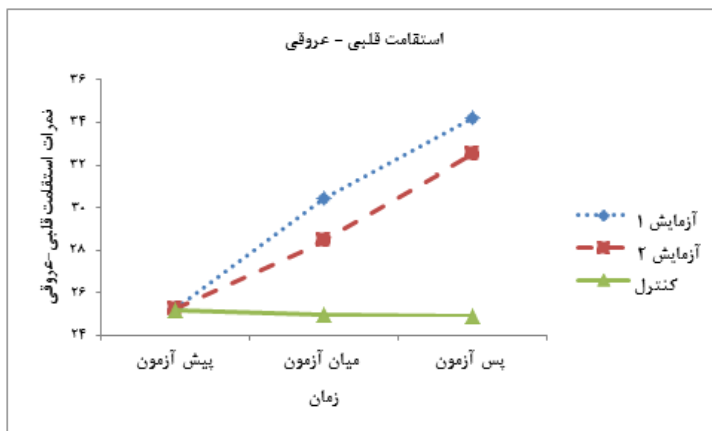
نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه ها در نمرات استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه ها در نمرات استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی

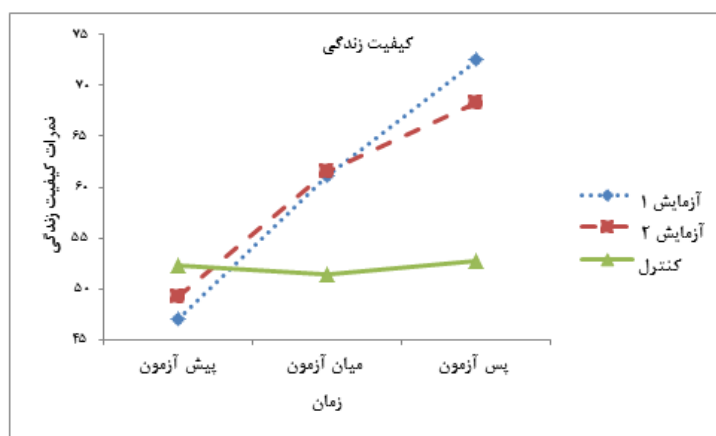
متغیر	منبع تغییرات	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	مقدار p
استقامت قلبی-عروقی	گروه های آزمایش اول و دوم	۰/۱۷۵	۱/۲۲۱	<۰/۰۰۱
	گروه های آزمایش اول و گواه	۰/۱۷۵	۴/۹۵۶	<۰/۰۰۱
	گروه های آزمایش دوم و گواه	۰/۱۷۵	۳/۷۳۵	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	گروه های آزمایش اول و دوم	۱/۶۰۴	۰/۵۲۲	۰/۷۶۴
	گروه های آزمایش اول و گواه	۱/۶۰۴	۸/۰۶۱	<۰/۰۰۱
	گروه های آزمایش دوم و گواه	۱/۶۰۴	۷/۵۳۹	<۰/۰۰۱

همان طور که در نمودار ۱ مشخص شده است نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری درباره استقامت قلبی-عروقی آزمودنی ها در نمرات پیش آزمون و میان آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و گواه نشان داد. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که تمام گروه ها با هم تفاوت معناداری دارند ($p < 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه ها در نمرات استقامت قلبی-عروقی در جدول ۲ آورده شده است (استقامت قلبی-عروقی: $F = 434.504$ و $p < 0.001$ و مجذور اتا = 0.954). همان طور که در نمودار ۲ نشان داده شده است نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری درباره کیفیت زندگی آزمودنی ها در نمرات پیش آزمون و میان آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و گواه نمایان کرد. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین گروه آزمایش یک و گروه گواه و همچنین گروه آزمایش دو و گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده می شود ($p < 0.001$)؛ ولی

بین گروه آزمایش اول و گروه آزمایش دوم تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج آزمون تعقیبی LSD بین گروه‌ها در نمرات کیفیت زندگی در جدول ۲ ارائه شده است (کیفیت زندگی: $0/430 = \text{مجدور}$ ، $p < 0/001$ و $F = 15/826$).



نمودار ۱. استقامت قلبی-عروقی آزمودنی‌ها به تفکیک سه گروه مطالعه شده در مرحله پیش‌آزمون و میان‌آزمون و پس‌آزمون



نمودار ۲. کیفیت زندگی آزمودنی‌ها به تفکیک سه گروه مطالعه شده در مرحله پیش‌آزمون و میان‌آزمون و پس‌آزمون

۴ بحث

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی اثر انگیزشی ردياب همراه با فعالیت بدنی بر استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم‌تحرک صورت گرفت. با توجه به نتایج حاصل، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در نمرات پیش‌آزمون و میان‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری در بهبود استقامت قلبی-عروقی مشاهده شد و همچنین بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در نمرات پیش‌آزمون و میان‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری در افزایش سطح کیفیت زندگی وجود داشت که این نشان‌دهنده اثربخشی فعالیت بدنی منظم برای افزایش سطح کیفیت زندگی و بهبود استقامت قلبی-عروقی در سالمندان کم‌تحرک است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های براردولین و همکاران (۶)، چومیستک و همکاران (۷)، صالح و همکاران (۸)، بری و همکاران (۹)، فریتز و همکاران (۱۶)، راو-رابرتس و همکاران (۱۸)، اوبرین و همکاران (۱۹)، کادموس-برترام و همکاران (۲۰)، توماس و همکاران (۳۶)، راس و همکاران (۳۷) و وارن و همکاران (۳۸) همخوانی دارد. براردولین و همکاران (۶) بیان کردند که کم‌شدن رفتار کم‌تحرک ممکن است به اندازه افزایش فعالیت بدنی برای کاهش عوامل ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از اهمیت لازم برخوردار باشد. همچنین وارن و همکاران (۳۸) دریافتند که سطح زیاد فعالیت بدنی با کاهش خطر مرگ‌ومیر در مردان سنین ۲۰ تا ۸۹ سال همراه است. کاهش وزن ممکن است روشی پذیرفتنی برای کاهش عوامل خطرزا باشد؛ با این حال برخی تحقیقات نشان می‌دهد که متخصصان سلامت، ممکن است برحسب کسب نتایج اشتباه روی مدیریت کم‌تحرکی تمرکز کنند. راس و همکاران (۳۷) بیان کردند که علاوه بر استفاده از شاخص توده بدنی جهت برطرف کردن عوامل خطرزا می‌توان از شاخص‌های سلامتی از جمله استقامت قلبی-تنفسی و کاهش رفتارهای کم‌تحرک استفاده کرد. بری و همکاران (۹) عنوان کردند که آمادگی قلبی-عروقی ممکن است سنجش بهتری در مقایسه با شاخص توده بدنی برای سلامتی سالمندان باشد؛ همچنین برطرف کردن خطر بیماری با افزایش ایجاد انگیزه فعالیت بدنی و کاهش رفتارهای کم‌تحرک ممکن است رویکردی مؤثرتر در مقایسه با کاهش وزن

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی اثر انگیزشی ردياب همراه با فعالیت بدنی بر استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم‌تحرک صورت گرفت. با توجه به نتایج حاصل، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در نمرات پیش‌آزمون و میان‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری در بهبود استقامت قلبی-عروقی مشاهده شد و همچنین بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در نمرات پیش‌آزمون و میان‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری در افزایش سطح کیفیت زندگی وجود داشت که این نشان‌دهنده اثربخشی فعالیت بدنی منظم برای افزایش سطح کیفیت زندگی و بهبود استقامت قلبی-عروقی در سالمندان کم‌تحرک است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های براردولین و همکاران (۶)، چومیستک و همکاران (۷)، صالح و همکاران (۸)، بری و همکاران (۹)، فریتز و همکاران (۱۶)، راو-رابرتس و همکاران (۱۸)، اوبرین و همکاران (۱۹)، کادموس-برترام و همکاران (۲۰)، توماس و همکاران (۳۶)، راس و همکاران (۳۷) و وارن و همکاران (۳۸) همخوانی دارد. براردولین و همکاران (۶) بیان کردند که کم‌شدن

¹. Body mass index

به‌تنهایی باشد. فریتز و همکاران (۱۶) دریافتند که بازخورد و جنبه‌های

اجتماعی ردیاب‌های فعالیت اثر مثبتی بر انگیزه دارد. راو-رابرتس و همکاران (۱۸) بیان کردند فن‌آوری ردیاب‌ها ممکن است انگیزه‌ای برای افراد سالمند جهت افزایش فعالیت بدنی و کاهش کم‌تحرکی باشد. مطالعات نشان داده‌اند که شتاب‌سنجش‌ها برای افزایش فعالیت بدنی مؤثرند. شیوه زندگی کم‌تحرک نه تنها باعث مشکلات جسمانی بلکه سبب افسردگی و کاهش عزت‌نفس و کم‌شدن کیفیت زندگی می‌شود. هرچند ارتباط بین فعالیت بدنی و ناهنجاری‌های ذهنی بسیار پیچیده است، افزایش فعالیت بدنی می‌تواند از علائم ناهنجاری‌های سلامت ذهنی مانند افسردگی و کاهش عزت‌نفس و کیفیت زندگی جلوگیری کند (۱۶). نتایج پژوهش حاضر را باید در سایه یک‌سری ملاحظه‌ها و محدودیت‌ها قرار داد؛ ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، نمونه‌گیری محدود به سالمندان منطقه هشت شهرداری تهران و حضور شرکت‌کننده‌های آقا برای نمونه پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش بر زنان سالمند کم‌تحرک و در شهرهای دیگر و روی نمونه بزرگ‌تر بررسی گردد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، استفاده از ردیاب باعث انگیزش فعالیت بدنی در سالمندان کم‌تحرک شده که منجر به بهبود استقامت قلبی-عروقی و افزایش سطح کیفیت زندگی می‌شود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و اینکه در کشورمان همیشه به درمان پرداخته می‌شود و به‌ندرت برای راه‌های پیشگیری که به‌مراتب هزینه‌های انسانی و مالی کمتری نیاز داشته، اقدام می‌گردد، مطالعه اثر انگیزشی ردیاب همراه با فعالیت بدنی بر استقامت قلبی-عروقی و کیفیت زندگی سالمندان کم‌تحرک از اهمیت زیادی برخوردار است تا بتوانیم در برنامه‌ریزی و درمان ناهنجاری‌های مربوط به دهه‌های آخر عمر

تصمیمات درست و منطقی بگیریم.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی سالمندان و مراقبان شرکت‌کننده در پژوهش و استادان گرامی که صمیمانه و خالصانه در این تحقیق با ما همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

فرم کلی رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان پر شد که نزد محقق محفوظ می‌باشد و در جلسه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات در تاریخ ۱۳۹۷/۰۴/۱۷، کد اخلاق با شماره مرجع IR.IAU.SRB.REC.1397.013 تصویب شد.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

اطلاعات مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌ها نزد محقق به آدرس ایمیل mt_1355@yahoo.com محفوظ می‌باشد.

تزاحم منافع

این مقاله برگرفته از رساله دانشجوی دکتری محسن توکلی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است و دارای تضاد منافع نیست.

منابع مالی

کلیه منابع مالی این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان مقاله در تدوین و آنالیز و تفسیر داده‌های نسخه پیش نویس و دست‌نویس مقاله همکاری داشته و آن را خوانده و تأیید کرده‌اند.

References

1. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. 2002 [cited 2016 Aug 15]; Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
2. Sadeghi R. Population and development in Iran: Dimensions and challenges. Tehran: Asia-Pacific Institute for Demographic Studies and Research; 2009. pp: 90-91 [Persian]
3. Cassilhas RC, Viana VAR, Grassmann V, Santos RT, Santos RF, Tufik S, et al. The impact of resistance exercise on the cognitive function of the elderly. Med Sci Sports Exerc. 2007;39(8):1401-7. doi: [10.1249/mss.0b013e318060111f](https://doi.org/10.1249/mss.0b013e318060111f)
4. World Health Organization. Fact sheet: Obesity and overweight [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 15]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
5. World Health organization. Sedentary lifestyle is a global Public health problem. WHONCD prevention and health promotion [Internet]. 2003 [cited 2016 Aug 15]; Available from: https://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/fact_sheets4.en.shtml
6. Borodulin K, Kärki A, Laatikainen T, Peltonen M, Luoto R. Daily Sedentary Time and Risk of Cardiovascular Disease: The National FINRISK 2002 Study. J Phys Act Health. 2015;12(7):904-8. doi: [10.1123/jpah.2013-0364](https://doi.org/10.1123/jpah.2013-0364)
7. Chomistek AK, Manson JE, Stefanick ML, Lu B, Sands-Lincoln M, Going SB, et al. Relationship of sedentary behavior and physical activity to incident cardiovascular disease: results from the Women's Health Initiative. J Am Coll Cardiol. 2013;61(23):2346-54. doi: [10.1016/j.jacc.2013.03.031](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.03.031)
8. Saleh ZT, Lennie TA, Mudd-Martin G, Bailey AL, Novak MJ, Biddle M, et al. Decreasing sedentary behavior by 30 minutes per day reduces cardiovascular disease risk factors in rural Americans. Heart Lung.

- 2015;44(5):382–6. doi: [10.1016/j.hrtlng.2015.06.008](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.06.008)
9. Barry VW, Baruth M, Beets MW, Durstine JL, Liu J, Blair SN. Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis. *Prog Cardiovasc Dis.* 2014;56(4):382–90. doi: [10.1016/j.pcad.2013.09.002](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.002)
 10. Farrell SW, Fitzgerald SJ, McAuley PA, Barlow CE. Cardiorespiratory fitness, adiposity, and all-cause mortality in women. *Med Sci Sports Exerc.* 2010;42(11):2006–12. doi: [10.1249/MSS.0b013e3181df12bf](https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181df12bf)
 11. Hosseini F S, Hossein zadeh R. Effect of physical activity on physical and mental health in elderly men. *Journal of Health and Care.* 2011; 13 (2). <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-88-en.html>
 12. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2017; 12 (3) :262-275. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1247-en.html>
 13. Community Recreation. Older Adults Recreation Guide. 2016 [cited 2016 Aug 15]; Available from: https://www.ccc.govt.nz/assets/Documents/RecSport/Activities/RecreationGuide_communityservices.pdf
 14. Ministry of Social Development The Social Report: Te purongo oranga; 2016 [cited 2016 Aug 15]; Available from: http://socialreport.msd.govt.nz/documents/2016/ms_d-the-social-report-2016.pdf
 15. Vaez Mousavi SMK, Mosayebi F. Sport psychology. 7th ed. Tehran: Samt; 2014. pp: 159-161 [Persian]
 16. Fritz T, Huang EM, Murphy GC, Zimmermann T. Persuasive technology in the real world: a study of long-term use of activity sensing devices for fitness. In: Proceedings of the 32nd annual ACM conference on Human factors in computing systems - CHI '14 [Internet]. Toronto, Ontario, Canada: ACM Press; 2014. pp: 487–96. [Cited 2016 Aug 15]; Available from: <http://dl.acm.org/citation.cfm?doi=2556288.2557383>
 17. Thompson WR. Worldwide survey of fitness trends for 2016: 10th Anniversary Edition. ACSM's Health & Fitness Journal. 2015;19(6):9–18. doi: [10.1249/FIT.0000000000000164](https://doi.org/10.1249/FIT.0000000000000164)
 18. Rowe-Roberts D, Cercos R, Mueller F “Floyd.” Preliminary results from a study of the impact of digital activity trackers on health risk status. *Stud Health Technol Inform.* 2014;204:143–8. doi: [10.3233/978-1-61499-427-5-143](https://doi.org/10.3233/978-1-61499-427-5-143)
 19. O'Brien T, Troutman-Jordan M, Hathaway D, Armstrong S, Moore M. Acceptability of wristband activity trackers among community dwelling older adults. *Geriatr Nurs.* 2015;36(2 Suppl):S21–25. doi: [10.1016/j.gerinurse.2015.02.019](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.019)
 20. Cadmus-Bertram LA, Marcus BH, Patterson RE, Parker BA, Morey BL. Randomized Trial of a Fitbit-Based Physical Activity Intervention for Women. *Am J Prev Med.* 2015;49(3):414–8. doi: [10.1016/j.amepre.2015.01.020](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.01.020)
 21. Warburton DE, Jamnik V, Bredin SS, Gledhill N. The 2014 physical activity readiness questionnaire for everyone (PAR-Q+) and electronic physical activity readiness medical examination (ePARmedX+). *Health Fit J Can* 2014; 7(1):80-3. doi: [10.14288/hfjc.v7i1.171](https://doi.org/10.14288/hfjc.v7i1.171)
 22. Morin C, Morin J, Andrea N, Anderson P. AFTA testing protocols. Siahkoohian M, Fozooni Sarghin F, Fozooni sarghin M. (Persian Translator). First edition. Tehran: Yazdani; 2004.
 23. Warburton DE, Bredin SS, Jamnik VK, Gledhill N. Validation of the PAR-Q+ and ePARmed-X+. *Health Fit J Can.* 2011; 4(2):38-46. doi: [10.14288/hfjc.v4i2.151](https://doi.org/10.14288/hfjc.v4i2.151)
 24. Cho S-H, Choi M, Lee J, Cho H. Relationship between Expectations Regarding Aging and Physical Activity among Middle Aged Adults in Urban Areas: Based on the Pender's Health Promotion Model. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 2015;45(1). doi: [10.4040/jkan.2015.45.1.14](https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.1.14)
 25. Vasheghani-Farahani A, Tahmasbi M, Asheri H, Ashraf H, Nedjat S, Kordi R. The Persian, last 7-day, long form of the International Physical Activity Questionnaire: translation and validation study. *Asian journal of sports medicine.* 2011; 2(2):106. doi: [10.5812/asjasm.34781](https://doi.org/10.5812/asjasm.34781)
 26. Karimzadeh shirazi K, Niknami Sh, Heidarnia A, et al. Effects of a TTM-based osteoporosis preventive physical activity education, on increasing muscle strength and balance in women aged 40-65. *Hakim Journal.* 2010; 10(2), 34-42. <https://www.sid.ir/FileServer/JF/57113860206.pdf>
 27. Markland, D. and Hardy, L. The Exercise Motivations Inventory: Preliminary development and validity of a measure of individuals' reasons for participation in regular physical exercise. *Personality & Individual Differences.* 1993; 15, 289-296. doi: [10.1016/0191-8869\(93\)90219-S](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90219-S)
 28. Markland D, Ingledew DK. The measurement of exercise motives: Factorial validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory. *British Journal of Health Psychology.* 1997; 2, 361-376. doi: [10.1111/j.2044-8287.1997.tb00549.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1997.tb00549.x)
 29. Mohebbi Sh, Mohammadi S. Motivation of Physical Education Students from Participating in Sports and Sports Activities. In: 6th National Conference of Physical Education and Sports Sciences Students of Iran [Internet]. Tehran, Institute of Physical Education and Sports Sciences; 2011. [Cited 2016 Aug 15]. Available from: https://www.civilica.com/Paper-SSTU06-SSTU06_176.html
 30. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine.* 1998; 28(3): 551-8. doi: [10.1017/s0033291798006667](https://doi.org/10.1017/s0033291798006667)
 31. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from

- the WHOQOL Group. Quality of Life Research. 2004a; 13: 299- 310. doi: [10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00](https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00)
32. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. SJSPPH. 2006; 4(4) :1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
 33. Laboratories ATSCoPSfCPF. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(1):111-7. doi: [10.1164/ajrccm.166.1.at1102](https://doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102)
 34. Gulmans VA, van Veldhoven NH, de Meer K, Helders PJ. The six-minute walking test in children with cystic fibrosis: reliability and validity. Pediatr Pulmonol. 1996; 22(2): 85-9. doi: [10.1002/\(SICI\)1099-0496\(199608\)22:2<85::AID-PPUL1>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0496(199608)22:2<85::AID-PPUL1>3.0.CO;2-I)
 35. Moalla W, Gauthier R, Maingourd Y, Ahmaidi S. Six-minute walking test to assess exercise tolerance and cardiorespiratory responses during training program in children with congenital heart disease. Int J Sports Med. 2005; 26(9): 756-62. doi: [10.1055/s-2004-830558](https://doi.org/10.1055/s-2004-830558)
 36. Thomas GN, Macfarlane DJ, Guo B, Cheung BMY, McGhee SM, Chou K-L, et al. Health promotion in older Chinese: a 12-month cluster randomized controlled trial of pedometry and “peer support.” Med Sci Sports Exerc. 2012; 44(6): 1157–66. doi: [10.1249/MSS.0b013e318244314a](https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318244314a)
 37. Ross R, Blair S, de Lannoy L, Després J-P, Lavie CJ. Changing the endpoints for determining effective obesity management. Prog Cardiovasc Dis. 2015; 57(4): 330–6. doi: [10.1016/j.pcad.2014.10.002](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.10.002)
 38. Warren TY, Barry V, Hooker SP, Sui X, Church TS, Blair SN. Sedentary behaviors increase risk of cardiovascular disease mortality in men. Med Sci Sports Exerc. 2010; 42(5): 879–85. doi: [10.1249/MSS.0b013e3181c3aa7e](https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181c3aa7e)