

مدیریت ورزشی - زمستان ۱۳۹۰
شماره ۱۱- صص: ۷۵-۵۳
تاریخ دریافت: ۹۰/۰۲/۰۷
تاریخ تصویب: ۹۰/۰۵/۰۱

مقایسه سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی استان کرمانشاه

۱. رسول نوروزی سیدحسینی^۱ - ۲. حسن فتحی - ۳. بهرام یوسفی - ۴. ابراهیم نوروزی سیدحسینی
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد تربیت مدرس، ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد گیلان، ۳. دانشیار دانشگاه رازی کرمانشاه،
۴. دانشجوی کارشناسی کردستان

چکیده

این تحقیق با هدف مقایسه سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی استان کرمانشاه با روش تحقیق علی - مقایسه‌ای و به صورت میدانی انجام گرفت. جامعه آماری تحقیق کلیه معلمان استان کرمانشاه (۹۷۲ معلم تربیت بدنی و ۲۸۵۴ معلم غیر تربیت بدنی) بودند. برای نمونه‌گیری از روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. براساس جدول حجم نمونه‌گیری مورگان ۲۸۰ معلم تربیت بدنی و ۳۵۰ معلم غیر تربیت بدنی به عنوان نمونه انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه سلامت روانی (GHQ)، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) و پرسشنامه هوش هیجانی بردبری و گریوز استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و همچنین آمار استنباطی شامل آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی و ابعاد آن در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی وجود دارد ($P < 0/05$) و تفاوت معنی‌داری بین سلامت روانی و ابعاد آن در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین تفاوت معنی‌داری بین هوش هیجانی و ابعاد آن در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی وجود دارد ($P < 0/05$). در بیشتر متغیرهای تحقیق، میانگین نمره‌های معلمان تربیت بدنی در مقایسه با غیر تربیت بدنی بیشتر بود. به طور کلی می‌توان اذعان داشت که درگیری فعال در ورزش و فعالیت‌های بدنی احتمالاً نقش مهمی در ارتقای عوامل روانی مانند سلامت روانی، هوش هیجانی و کیفیت زندگی دارد.

واژه‌های کلیدی

سلامت روانی، کیفیت زندگی، هوش هیجانی، معلم تربیت بدنی، کرمانشاه.

مقدمه

امروزه ارتقای سلامت افراد و فعال ماندن آنها در سنین بالا، مسئله جدی بوده و دیگر به عنوان یک مفهوم تجملی مطرح نیست. افزایش طول عمر افراد این توقع را در آنان به وجود آورده که سال های بیشتری را در سلامت و فعالیت سپری کنند، به نحوی که این مسئله، متصدیان را بر آن داشته است تا واژه امید به زندگی را با مفهوم امیدواری به زندگی سالم «نه به مفهوم نبود بیماری بلکه به معنای زندگی بدون محدودیت عملکردی» جایگزین سازند (۴). چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم، «زنده ماندن» بود و چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت بهتر» است. امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهم تری با عنوان چگونه گذراندن عمر و به عبارتی کیفیت زندگی^۱ مطرح شده، که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققان در امور ورزش و تربیت بدنی را به خود جلب کرده است (۱، ۳۲). بازخوانی مفاهیم متعدد کیفیت زندگی به ارائه تعریفی از سوی گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۲ منجر شده است. این تعریف برای درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام های فرهنگی و ارزشی و در زمینه هدف ها، انتظارات و استانداردها و علاقه مندی آنها ارائه شده است. در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط را در بر می گیرد و بر ادراک فرد از این ابعاد نیز مبتنی است. در واقع، کیفیت زندگی دربرگیرنده ابعاد عینی و ذهنی است که در تعامل با یکدیگر قرار دارند. از سوی دیگر، باید توجه داشت که کیفیت زندگی مفهومی پویاست، چون ممکن است ارزش ها، نیازها و نگرش های فردی و اجتماعی طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی دگرگون شوند. همچنین هر بعد از کیفیت زندگی می تواند آثار چشمگیری بر دیگر ابعاد زندگی بگذارد (۳۰). به بیانی دیگر، کیفیت زندگی بیانگر تاثیرات عملکردی عدم سلامتی و برایندهای آن بر درک فرد از جنبه های جسمانی، روانشناختی و اجتماعی زندگی فردی است (۱۱، ۱۳).

1 - Quality of life

2 - World Health Organization Quality of life (WHOQOL)

در زمینه ورزش و سلامت روانی^۱، قبلاً تصور عمومی بر این بود که فعالیت ورزشی برای سلامت جسمانی مفید است. امروزه بر این امر توجه شده که ورزش علاوه بر سلامت جسمانی، در ارتقای سلامت روانی نیز مؤثر است. ورزش نقش مهمی در سلامت روانی دارد، به طوری که در سال ۲۰۰۲ شعار سازمان بهداشت جهانی (تحرک رمز سلامتی) بود (۲۵). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد، که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. بنابراین، سلامت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می شود که عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی (۳۹). کرسینی^۲ (۱۹۹۹) سلامت روان را حالت ذهنی همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای زندگی می داند (۱۸). امروزه نمی توان نقش کنترل هیجان‌ها و جهت دهی به آنها را در داشتن سلامت روانی نادیده گرفت. از یک طرف در مطالعه سلامت روانی جوامع، همواره با هیجان‌ها و عوامل مرتبط به آنها توجه‌ای ویژه می شود، از طرف دیگر، کاربرد هیجان‌ها در تعلیم و تربیت و برنامه‌های یادگیری اجتماعی و ورزشی، اجتناب‌ناپذیر است، زیرا در قرن حاضر علاوه بر توجه به رشد شناختی و آموزشی و مهارتی، باید به رشد هیجانی افراد توجه کرد و آنها را برای همکاری و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مسئولانه و مقاومت در مقابل فشار گروه همسالان آماده کرد، به گونه‌ای که نقش سازنده‌ای در اجتماعی که روز به روز بر دگرگونی‌های آن افزوده می‌شود، به عهده گیرند (۶). هوش هیجانی^۳ به عنوان نوعی توانایی، عبارت است از ظرفیت ادراک، ابراز، شناخت، کاربرد و اداره کردن هیجان‌های خود و دیگران. انتظار می‌رود افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، سازگاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی بهتری نشان دهند (۲۸). در حقیقت، هوش هیجانی نوعی استعداد عاطفی است که تعیین می کند از مهارت های خود چگونه به بهترین نحو ممکن استفاده کنیم و حتی خرد را در مسیری درست به کار گیریم. از نظر گلمن^۴ (۱۹۹۸)، هوش هیجانی ظرفیت ما را در شناخت احساساتمان و احساسات دیگران تعیین و کمک می کند تا ما در خودمان انگیزش ایجاد کرده و هیجان‌ات خود را کنترل و اداره کنیم و روابط خودمان را با

1 - Mental health

2 - Corsini

3 - Emotional intelligence

4 - Golman

یکدیگر به نظم و حساب درآوریم. درواقع، هوش هیجانی شامل توانایی ما در ایجاد مهارت های کافی در به وجود آوردن روابط سالم با دیگران و حس مسئولیت پذیری در مقابل وظایف است (۲۳). در پرتو این خصیصه، هوش هیجانی علاوه بر افزایش احتمال شناخت صحیح و واقع بینانه هیجان ها قدرت پیش بینی و میزان تسلط فرد افزایش می یابد و راهبردهای مقابله مؤثری برای مواجهه با موقعیت های استرس زا از جمله استرس های محیط کار و اجتماعی به کار می رود و ارزیابی فرد را از وقایع پیش آمده افزایش می دهد و موجب بهبود عملکرد می شود. درحالی که پایین بودن سطوح هوش هیجانی موجب ارزیابی و عملکرد ضعیف فرد می شود (۳، ۲۴). هوش هیجانی از طریق خصیصه های ادراک هیجانی، آسان سازی هیجانی، شناخت هیجانی، مدیریت هیجان ها و با سازوکارهای پیش بینی، افزایش قدرت کنترل و تقویت راهبردهای مقابله کارآمد به فرد کمک می کند که عملکرد خود را بهبود بخشد و سبب افزایش احتمال موفقیت او در زمینه های مختلف می شود. بنابراین هوش هیجانی عامل مهمی است که معلمان باید همزمان با کسب مهارت ها و توانایی های لازم برای موفقیت در زمینه کاری خود، این مهارت را نیز پرورش دهند (۳).

سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا^۱، به منظور ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی بر ورزش منظم، مصرف نکردن سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و ایمن سازی متناسب با سن تأکید می کند (۲۶). تحقیقات نشان داده است که شرکت منظم در فعالیت های بدنی و ورزش به افراد در حفظ استقلال و تحرک خود، کاهش آسیب های ناشی از سقوط و افتادن، بهبود تعادل و هماهنگی حفظ قدرت و استقامت عضلانی و در نهایت بهره مندی از کیفیت زندگی مطلوب کمک می کند (۲۹). سروری خراشاد (۱۳۸۴) طی تحقیقی نشان داد که افراد فعال در مقایسه با افراد غیرفعال در مؤلفه های سلامت ذهنی عمومی، محدودیت فعالیت بدنی، مشکلات سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، انرژی و احساسات روانی و سلامت عمومی اختلاف معنی داری دارند و فقط در مؤلفه های مشکلات سلامت جسمی اختلاف معنی داری نبود (۸).

ایمی، هاروی، پاین و برون^۲ (۲۰۱۰) در تحقیقی به منظور بررسی تعیین نقش ورزش و فعالیت بدنی بر کیفیت زندگی، به این نتیجه رسیدند کسانی که فعالیت بدنی مستمر دارند و ورزشکار هستند، در مقایسه با کسانی که ورزش نمی کنند و فعالیت بدنی اندکی دارند، زندگی بهتری دارند. همچنین نتایج تحقیقات آنها نشان

1 - Health and Human Services American

2 - Eime, Harvey, Payne & Brown

داد که بین ابعاد محدودیت نقش ناشی از عملکرد بدنی، سلامت عمومی، احساس حیات و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی، سلامت روانی و بعد روانی بین دو گروه ورزشکار و غیرورزشکار تفاوت معنی داری وجود دارد، اما بین ابعاد درد بدنی و عملکرد فیزیکی تفاوت معنی داری گزارش نکردند (۲۱). اشمیتز، کروس و کوگلر^۱ (۲۰۰۴) در تحقیقی با عنوان «بررسی ارتباط بین فعالیت بدنی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران دارای اختلالات روانی»، به این نتیجه رسیدند بیمارانی که فعالیت بدنی بیشتری داشتند، از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی متفاوتی نسبت به همتایان خود برخوردار بودند، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود (۳۷). سالگوئرو، گارسیا و گارسیا^۲ (۲۰۱۰)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش ناشی از عملکرد بدنی، سلامت عمومی، احساس حیات و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، درد بدنی، ابعاد روانی و جسمانی با فعالیت بدنی رابطه معنی داری وجود دارد. اما بین محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی با فعالیت بدنی رابطه معنی داری گزارش نشد (۳۶). راس، میلسون و ریکل^۳ (۲۰۰۹)، در تحقیقی گزارش کردند که تمامی ابعاد کیفیت زندگی به غیر از عملکرد فیزیکی، با فعالیت بدنی و آمادگی جسمانی ارتباط معنی داری دارد (۳۴). موسوی (۱۳۸۱) در بخشی از تحقیق خود در زمینه بررسی نقش ورزش بر فشار عصبی، سلامت روانی و جسمانی استادان و کارمندان دانشگاه آزاد اسلامی، به این نتیجه رسید که به طور کلی فشار روانی کارکنان ورزشکار در پاسخ های جسمی، رفتاری شناختی و هیجانی کمتر از کارکنان غیرورزشکار بود. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که تمرینات بدنی و ورزش، شیوه مفید و مؤثری در مدیریت فشار روانی و کاهش فشار روانی و سلامت روانی و جسمی است که باید بیشتر مورد توجه کارکنان و مدیران سازمانها قرار گیرد (۱۳).

آنونیماس^۴ (۲۰۰۵) در تحقیقی به این نتیجه رسید که دبیران تربیت بدنی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند، اما به علت شغلشان که از نظر حرفه‌ای دارای تنش و استرس فراوانی است، بیشتر از دیگر مشاغل در معرض تحلیل رفتگی قرار دارند (۱۶). راس و هایس^۵ (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان «تمرین و سلامت روانی در

1 - Schmitz, Kruse & Kugler

2 - Salguero, Garcia & Garcia

3 - Ross, Milson & Rickel

4 - Anonymous

5 - Rass & Hayes

عموم مردم»، به این نتیجه رسیدند که بین تمرین و سلامت روانی همبستگی مثبتی وجود دارد و تمرینات ورزشی با کاهش علائم افسردگی، اضطراب و احساس بیماری در عموم افراد جامعه همراه است (۳۱). براون^۱ (۲۰۰۲) در تحقیقی با عنوان «فعالیت بدنی، سن و سلامت روانی» بیان کرد، فعالیت بدنی موجب بهبود سلامت روانی افراد جوان و میانسال می شود، ولی شواهد تجربی کمی برای تعیین اینکه فعالیت بدنی بر بهبود سلامت روانی افراد سالخورده مؤثر است، وجود دارد (۱۸).

رودریگو، کادر و توریس^۲ (۲۰۱۰) در تحقیقی خاطر نشان کردند که فعالیت بدنی بدون وسایل کمکی با کیفیت زندگی رابطه معنی داری ندارد (۳۳). گیلسون، سوزان و ساتو^۳ (۲۰۰۹)، در تحقیقی فراتحلیلی با عنوان «اثر مداخلات تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی»، گزارش کردند که فعالیت های بدنی بر هر دو بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی اثرگذار است. آنها رابطه پایداری بین مداخلات درمانی از طریق ورزش و فعالیت بدنی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گزارش کردند (۲۲). سونیا، واتینسی و باراخور^۴ (۲۰۰۹) در تحقیقی با نام «ارتباط بین فعالیت بدنی با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی»، گزارش کردند که ۳۰ دقیقه پیاده روی روزانه در بیماران بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی اثر معنی داری دارد (۳۸). کیورنیا، تامبورینای و ولکات^۵ (۲۰۱۰) در تحقیق بر روی بیماران، گزارش کردند گروه هایی که در مداخلات تمرین بدنی شرکت کرده کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل در ابعاد عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی، سرزندگی و احساس حیات و درد بدنی امتیاز بیشتری در ابعاد کیفیت زندگی کسب کرده بودند. همچنین خاطر نشان کردند که فعالیت های بدنی هوازی و انجام فعالیت بدنی منظم توانایی ارتقای کیفیت زندگی را دارد (۲۰). ماورونیتیس، ارگیرادو و پاپایوانو^۶ (۲۰۱۰) در تحقیقی با عنوان «حرکات موزون سنتی یونان و کیفیت زندگی سالمندان» به این نتیجه رسیدند که حرکات موزون و فعالیت بدنی در کاهش حالات اضطرابی، افسردگی و اختلال های روحی - روانی سالمندان مؤثر است. همچنین گزارش کردند که فعالیت بدنی و حرکات موزون با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی داری دارد و زنان سالمند کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با مردان دارند (۲۷).

1 - Brown

2 - Rodrigue, Cader & Torres

3 - Gillison, Suzanne & Sato

4 - Sonya, Watanabe & Baracos

5 - Courneya, Tamburrini & Woolcott

6 - Mavrovouniotis, Argiriadou & Papaioannou

اسدی و احمدی (۱۳۷۹) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین دانش آموزان ورزشکار و غیرورزشکار در عوامل سلامت روانی شامل «علائم جسمانی»، «اضطراب و اختلال خواب»، «کارکرد اجتماعی» و «افسردگی» تفاوت معنی داری وجود دارد و در همه موارد برتری با دانش آموزان ورزشکار بوده است و این دانش آموزان نسبت به دانش آموزان غیرورزشکار، وضعیت بهتری داشته اند (۲). خاتمی و نجفی (۱۳۸۴) نتیجه گرفتند که سلامت روانی (به ویژه اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در ورزشکاران گروهی بیشتر از ورزشکاران انفرادی است (۱۵).

نیرمانی و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان «مقایسه خودپایی و سلامت عمومی در ورزشکاران گروهی و انفرادی و افراد غیرورزشکار»، به این نتیجه رسیدند که از نظر میزان سلامت روانی بین سه گروه مورد بررسی تفاوت معنی داری وجود داشت که در زیرمقیاس‌های اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی چشمگیرتر بود. به این معنی که میزان اختلال عملکرد ورزشکاران گروهی و میزان افسردگی در غیرورزشکاران بیشتر از دو گروه دیگر بود (۱۵). عیدی (۱۳۸۶) در تحقیقی با نام «بررسی ارتباط هوش هیجانی اعضای هیأت علمی با اثربخشی دانشکده‌های تربیت بدنی تهران»، به این نتیجه رسید که بین هوش هیجانی اعضای هیأت علمی با اثربخشی دانشکده‌های تربیت بدنی تهران رابطه معنی داری وجود دارد. نتایج رگرسیون این محقق نشان داد که هوش هیجانی اعضای هیأت علمی پیش بینی کننده مناسبی برای اثربخشی دانشکده‌های تربیت بدنی است (۱۱). تحقیق حسن علیان (۱۳۸۴)، نشان داد که قهرمانان ورزشی با طور معناداری نسبت به ورزشکاران غیرقهرمان و غیرورزشکاران، هوش هیجانی بیشتری دارند (۶). تابش (۱۳۸۵) در تحقیقی با عنوان «مقایسه هوش هیجانی در بین زنان ورزشکار و غیرورزشکار»، به این نتیجه رسید که بین میانگین هوش هیجانی ورزشکاران و غیرورزشکاران تفاوت معنی داری وجود دارد (۴). خسرو جردی و خانداده (۱۳۸۶) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که پسران در مقایسه با دختران از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند و نتیجه مقایسه سلامت عمومی دختران و پسران، سلامت عمومی بیشتر در پسران را نشان داد (۷).

حرفه آموزش، یکی از شاخص ترین حرفه‌ها در جهان است. غیر از پیشرفت‌های مؤثر دانش آموزان در زمینه ارتقای بهزیستی و سلامت اجتماعی نیز از معلمان انتظارات زیادی می‌رود. همزمان با ایجاد فاصله وسیع بین توقعات جامعه از آموزش و توانایی معلمان در انتقال آموزش، عدم سلامت روانی معلمان، تهدیدی جدی تلقی می

شود. بنابراین حرفه معلمی و تدریس را می‌توان از جمله مشاغلی ذکر کرد که در آن فشار روانی زیادی وجود دارد (۱۷، ۳۵). عوامل دیگری نیز وجود دارد که می‌تواند اثرات فزاینده دیگری به معلمان تحمیل کند، از جمله انتصابی بودن مدیران رده بالای نظام آموزشی کشور و تصمیم‌گیری بر مبنای سلیقه‌های شخصی برای پیش برد اهداف مؤسسه آموزشی که سبب ناهمگونی داده‌ها و ستاده‌ها می‌شود (۱۰). مؤسسات آموزشی به ویژه آموزش و پرورش که روند رشد و توسعه آموزش و پرورش یک جامعه را رقم می‌زنند، بیشتر متکی به سرمایه‌های انسانی است و اثربخشی آنان تا حدود زیادی به وجود این نیروهای سالم و کارآمد بستگی دارد که از دانش و تخصص بیشتری برخوردارند. عوامل گوناگونی تخصص و دانش را تحت تأثیر قرار می‌دهند و به آن لطمه وارد می‌آورند. یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار، فشار روانی و وجود هیجان‌های کنترل نشده است که در نهایت می‌تواند سلامت عمومی و کیفیت زندگی را به خطر اندازد (۹). همواره داشتن سلامت عمومی، شادابی و سرزندگی به عنوان وجه تمایز دبیران تربیت بدنی با دیگر دبیران در نظر گرفته می‌شود، از این رو ضرورت ایجاد می‌کند که به منظور حفظ اعتبار و ارزش این رشته و دبیران آن به عواملی که موجب عملکردهای نامطلوب محیطی، سازمانی یا فردی می‌شوند، توجه شود تا بتوان درک درستی از آنها به دست آورد و از طریق راهبردهای مناسب این عوامل را کنترل کرد. از طرف دیگر، همان‌طور که ملاحظه می‌شود، مدل‌های مفهومی «کیفیت زندگی» پدیده‌ای نسبتاً جدید هستند که اغلب با تفکر جدید در مورد اهداف توسعه همراه بوده‌اند و بیشتر تحقیقات صورت گرفته در زمینه کیفیت زندگی در مورد بیماران و گروه‌های درمانی بوده و کمتر در گروه‌های بدون سابقه بیماری و سالم صورت گرفته است. از این رو در این پژوهش سعی شد با بررسی جامع سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی استان کرمانشاه مطالعه شود و به این سؤالات پاسخ داده شود که بین سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی چه تفاوتی وجود دارد؟ و در بین کدام یک از ابعاد سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت وجود دارد؟

روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش علی - مقایسه ای است و به صورت میدانی اجرا شد. جامعه آماری تحقیق کلیه معلمان استان کرمانشاه بودند که براساس آخرین استعلام از آموزش و پرورش استان کرمانشاه ۹۷۲ نفر معلم تربیت بدنی و ۲۸۵۴ نفر معلم غیر تربیت بدنی بودند. نمونه آماری براساس جدول حجم نمونه مورگان ۲۸۰ معلم تربیت بدنی، ۳۵۰ معلم غیر تربیت بدنی در نظر گرفته شد. انتخاب نمونه از طریق روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای صورت گرفت.

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته ویژگی های دموگرافیکی^۱ شامل سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال و ... استفاده شد. همچنین برای جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی پرسشنامه های زیر استفاده شد.

برای جمع آوری اطلاعات در مورد کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد (SF-36)^۲ استفاده شد. این پرسشنامه، پرسشنامه ای ژنریک یا عمومی استاندارد بودن محدودیت فرهنگی^۳ و از معتبرترین پرسشنامه ها در زمینه کیفیت زندگی است که برای بررسی کیفیت زندگی استفاده می شود. پرسشنامه مذکور دارای ۳۶ سؤال و هشت بعد است و ابعاد آن شامل عملکرد فیزیکی^۴، محدودیت نقش ناشی از سلامت فیزیکی^۵، محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی^۶، احساس حیات^۷، سلامت روانی^۸، عملکرد اجتماعی^۹، درد بدنی^{۱۰} و سلامت عمومی^{۱۱} عمومی^{۱۱} است که تمام ابعاد به دو جزء جسمانی^{۱۲} و روانی^{۱۳} خلاصه می شوند. به منظور تعیین پایایی این

-
- 1 - Demographic
 - 2 - Medical outcomes study short form – 36 (SF-36)
 - 3 - Culture-free
 - 4 - Physical functioning
 - 5 - Role Limitation due to physical health
 - 6 - Role Limitation due to Emotional problems
 - 7 - Vitality
 - 8 - Mental Health
 - 9 - Social functioning
 - 10 - Bodily pain
 - 11 - General health
 - 12 - Physical component summary
 - 13 - Mental component summary

پرسشنامه در جامعه آماری تحقیق در یک مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر از افراد جامعه تحقیق، از طریق آلفای کرونباخ، پایایی آن ۰/۷۹ گزارش شد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن برای استفاده در این تحقیق بود.

برای جمع آوری اطلاعات در مورد هوش هیجانی از پرسشنامه هوش هیجانی بردبری و گریوز^۱ استفاده شد. پرسشنامه مذکور شامل ۳۰ گویه است که چهار بعد خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه را در بر می گیرد. این پرسشنامه توسط گنجی (۱۳۸۶) استانداردسازی شده و پایایی مطلوبی برای آن (۰/۹۰) ذکر شده است. در این تحقیق پایایی پرسشنامه هوش هیجانی در مطالعه مقدماتی ۰/۸۹ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب آن برای استفاده در جامعه مورد نظر بود.

به منظور جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۲ استفاده شد. پرسشنامه مذکور توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) به منظور غربالگری اختلال های روانشناختی غیر سایکوتیک طراحی شده است و مطالعات مختلف اعتبار و پایایی این آزمون را تأیید کرده اند. فرم ۲۸ سؤالی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، دارای چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. این آزمون دارای پنج نمره گذاری است که بهترین روش آن شیوه نمره گذاری لیکرت با حداکثر امتیاز ۸۴ است. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه مقدماتی (۰/۸۵) محاسبه شد. از بین ۶۳۰ پرسشنامه توزیع شده، ۱۱ پرسشنامه (۴ پرسشنامه معلمان تربیت بدنی و ۷ پرسشنامه معلمان غیرتربیت بدنی) به علت نقص اطلاعات کنار گذاشته شد و تجزیه و تحلیل بر روی ۶۱۹ پرسشنامه که به طور صحیح تکمیل شده بودند، صورت پذیرفت.

به منظور سامان دادن و خلاصه کردن نمره های خام و توصیف اندازه های به دست آمده از نمونه ها از شاخص های آماری توصیفی (میانگین، درصد، فراوانی، انحراف معیار و انواع جدول ها) استفاده شد. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و از آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت در گروه های تحقیق استفاده شد. عملیات آماری به وسیله نرم افزار SPSS انجام گرفت و داده ها در سطح معنی داری ($P < 0/05$) تجزیه و تحلیل شدند.

1 - Bradbury & Gravies

2 - General Health Questionnaire

نتایج و یافته های تحقیق

نتایج تحقیق نشان داد که میانگین سنی نمونه های تحقیق ۳۵/۲۴ با انحراف معیار ۴/۳۳ بود. ۶۰/۳ درصد آنها مرد و ۳۹/۷ درصد زن بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۷۸/۸ درصد متأهل و ۲۱/۲ درصد مجرد بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، ۷/۶ درصد دیپلم، ۳۹/۳ درصد فوق دیپلم، ۴۶/۲ درصد لیسانس و ۶/۸ درصد فوق لیسانس بودند. از نظر سابقه خدمت، ۳۷/۶ درصد بین ۱ تا ۵ سال، ۱۶/۳ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال، ۲۰/۲ درصد بین ۱۰ تا ۱۵ سال، ۱۵/۱ درصد بین ۱۵ تا ۲۰ سال و ۱۰/۹ درصد بین ۲۰ تا ۲۵ سال سابقه خدمت داشتند.

جدول ۱_ نتیجه آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها

متغیر	n	Z	sig	نتیجه آزمون
عملکرد فیزیکی	۶۱۹	۰/۷۰۷	۰/۲۸۷	داده ها نرمال است
محدودیت نقش ناشی از سلامت فیزیکی	۶۱۹	۰/۱۹۳	۰/۶۰	داده ها نرمال است
محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی	۶۱۹	۰/۱۶۹	۰/۷۵	داده ها نرمال است
احساس حیات	۶۱۹	۰/۴۹۶	۰/۱۸۷	داده ها نرمال است
سلامت روانی	۶۱۹	۰/۳۳۵	۰/۲۰۱	داده ها نرمال است
عملکرد اجتماعی	۶۱۹	۰/۵۶۲	۰/۶۷	داده ها نرمال است
درد بدنی	۶۱۹	۰/۶۱۵	۰/۸۱	داده ها نرمال است
سلامت عمومی	۶۱۹	۰/۲۴۷	۰/۱۵۲	داده ها نرمال است
بعد جسمانی	۶۱۹	۰/۷۵۴	۰/۸۷	داده ها نرمال است
بعد روانی	۶۱۹	۰/۵۵۴	۰/۶۲	داده ها نرمال است
کیفیت زندگی	۶۱۹	۰/۷۰۷	۰/۱۰۱	داده ها نرمال است
علائم اجتماعی	۶۱۹	۰/۱۹۸	۰/۲۴۶	داده ها نرمال است
اختلال در عملکرد اجتماعی	۶۱۹	۰/۸۹۱	۰/۵۹	داده ها نرمال است
افسردگی	۶۱۹	۰/۱۵۶	۰/۶۹	داده ها نرمال است
اضطراب و بیخوابی	۶۱۹	۰/۱۸۷	۰/۱۶۱	داده ها نرمال است
سلامت روانی	۶۱۹	۰/۹۶۲	۰/۱۹۲	داده ها نرمال است
خودآگاهی	۶۱۹	۰/۶۱۵	۰/۶۶	داده ها نرمال است
خودمدیریتی	۶۱۹	۰/۱۹۷	۰/۷۳	داده ها نرمال است
مدیریت رابطه	۶۱۹	۰/۷۳۴	۰/۱۴۱	داده ها نرمال است
آگاهی اجتماعی	۶۱۹	۰/۵۴۴	۰/۸۰	داده ها نرمال است
هوش هیجانی	۶۱۹	۰/۸۸۲	۰/۵۸	داده ها نرمال است

مطابق جدول ۱ و نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها، مشخص شد که داده های مربوط به سلامت روانی، کیفیت زندگی، هوش هیجانی و ابعاد آنها از توزیع طبیعی برخوردارند، از این رو برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های پارامتریک استفاده شد.

جدول ۲_ نتایج آزمون t مستقل برای نشان دادن تفاوت کیفیت زندگی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی

گروه ها	متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	sig
تربیت بدنی	کیفیت زندگی	۹۶/۸۳	۱۰/۱۴	۳۰/۲۰۵	۶۰۴	۰/۰۰۱
غیرتربیت بدنی		۷۴/۱۸	۸/۳۰			

مطابق جدول ۲ و نتایج آزمون t مستقل و با توجه به میزان t و $P < ۰/۰۵$ ، مشخص می شود که تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون t معلمان تربیت بدنی دارای میانگین بیشتری در مقایسه با معلمان غیرتربیت بدنی هستند.

براساس جدول ۳ و مقدار t به دست آمده از آزمون t مستقل در بین ابعاد کیفیت زندگی، بین معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی در بعد جسمانی ($P = ۰/۰۰۱$)، بعد روانی ($P = ۰/۰۳۲$)، عملکرد فیزیکی ($P = ۰/۰۱۱$)، محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی ($P = ۰/۰۰۱$)، محدودیت نقش ناشی از سلامت روانی ($P = ۰/۰۰۲$)، احساس حیات ($P = ۰/۰۰۱$)، سلامت روانی ($P = ۰/۰۱۳$)، تفاوت معنی داری وجود دارد، اما در ابعاد عملکرد اجتماعی ($P = ۰/۴۲۲$)، درد بدنی ($P = ۰/۳۳۶$) و سلامت عمومی ($P = ۰/۱۱۴$) بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود.

جدول ۳_ نتایج آزمون t مستقل برای نشان دادن تفاوت در ابعاد کیفیت زندگی در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی

گروه ها	ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	sig																																																																																						
تربیت بدنی	عملکرد فیزیکی	۲۲/۹۶	۴/۸۰	۲/۵۶۳	۶۰۴	۰/۰۱۱																																																																																						
		۲۱/۸۳	۵/۸۱				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی	۶/۲۳	۱/۰۷	۳/۲۵۰	۶۰۴	۰/۰۰۱	۵/۸۷	۱/۵۱	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی	۴/۷۶	۰/۸۴	۳/۰۶۵	۶۰۴	۰/۰۰۲	۴/۵۰	۱/۱۸	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	احساس حیات	۱۵/۶۱	۲/۷۰	۳/۵۰۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۱۴/۶۴	۳/۸۸	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت روانی	۱۹/۲۳	۳/۱۰	۲/۴۹۵	۶۰۴	۰/۰۱۳	۱۸/۴۰	۴/۷۵	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	عملکرد اجتماعی	۶/۳۸	۱/۵۷	۰/۸۰۴	۶۰۴	۰/۴۲۲	۶/۲۳	۱/۹۴	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶	۴/۴۶	۲/۲۳	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸
تربیت بدنی	محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی	۶/۲۳	۱/۰۷	۳/۲۵۰	۶۰۴	۰/۰۰۱																																																																																						
		۵/۸۷	۱/۵۱				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی	۴/۷۶	۰/۸۴	۳/۰۶۵	۶۰۴	۰/۰۰۲	۴/۵۰	۱/۱۸	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	احساس حیات	۱۵/۶۱	۲/۷۰	۳/۵۰۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۱۴/۶۴	۳/۸۸	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت روانی	۱۹/۲۳	۳/۱۰	۲/۴۹۵	۶۰۴	۰/۰۱۳	۱۸/۴۰	۴/۷۵	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	عملکرد اجتماعی	۶/۳۸	۱/۵۷	۰/۸۰۴	۶۰۴	۰/۴۲۲	۶/۲۳	۱/۹۴	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶	۴/۴۶	۲/۲۳	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی					
تربیت بدنی	محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی	۴/۷۶	۰/۸۴	۳/۰۶۵	۶۰۴	۰/۰۰۲																																																																																						
		۴/۵۰	۱/۱۸				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	احساس حیات	۱۵/۶۱	۲/۷۰	۳/۵۰۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۱۴/۶۴	۳/۸۸	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت روانی	۱۹/۲۳	۳/۱۰	۲/۴۹۵	۶۰۴	۰/۰۱۳	۱۸/۴۰	۴/۷۵	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	عملکرد اجتماعی	۶/۳۸	۱/۵۷	۰/۸۰۴	۶۰۴	۰/۴۲۲	۶/۲۳	۱/۹۴	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶	۴/۴۶	۲/۲۳	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی															
تربیت بدنی	احساس حیات	۱۵/۶۱	۲/۷۰	۳/۵۰۷	۶۰۴	۰/۰۰۱																																																																																						
		۱۴/۶۴	۳/۸۸				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت روانی	۱۹/۲۳	۳/۱۰	۲/۴۹۵	۶۰۴	۰/۰۱۳	۱۸/۴۰	۴/۷۵	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	عملکرد اجتماعی	۶/۳۸	۱/۵۷	۰/۸۰۴	۶۰۴	۰/۴۲۲	۶/۲۳	۱/۹۴	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶	۴/۴۶	۲/۲۳	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی																									
تربیت بدنی	سلامت روانی	۱۹/۲۳	۳/۱۰	۲/۴۹۵	۶۰۴	۰/۰۱۳																																																																																						
		۱۸/۴۰	۴/۷۵				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	عملکرد اجتماعی	۶/۳۸	۱/۵۷	۰/۸۰۴	۶۰۴	۰/۴۲۲	۶/۲۳	۱/۹۴	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶	۴/۴۶	۲/۲۳	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی																																			
تربیت بدنی	عملکرد اجتماعی	۶/۳۸	۱/۵۷	۰/۸۰۴	۶۰۴	۰/۴۲۲																																																																																						
		۶/۲۳	۱/۹۴				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶	۴/۴۶	۲/۲۳	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی																																													
تربیت بدنی	درد بدنی	۴/۲۹	۲/۱۱	-۰/۹۶۳	۶۰۴	۰/۳۳۶																																																																																						
		۴/۴۶	۲/۲۳				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴	۱۵/۲۱	۴/۱۷	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی																																																							
تربیت بدنی	سلامت عمومی	۱۴/۷۵	۲/۶۶	-۱/۵۸۳	۶۰۴	۰/۱۱۴																																																																																						
		۱۵/۲۱	۴/۱۷				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱	۴۲/۱۵	۳/۶۰	غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی																																																																	
تربیت بدنی	بعد جسمانی	۴۹/۵۰	۵/۵۲	۲۱/۳۲۷	۶۰۴	۰/۰۰۱																																																																																						
		۴۲/۱۵	۳/۶۰				غیر تربیت بدنی	تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲	۴۱/۴۸	۷/۱۶	غیر تربیت بدنی																																																																											
تربیت بدنی	بعد روانی	۳۰/۴۸	۴/۹۵	۱۹/۸۱۸	۶۰۴	۰/۰۳۲																																																																																						
		۴۱/۴۸	۷/۱۶				غیر تربیت بدنی																																																																																					

جدول ۴_ نتایج آزمون t مستقل برای نشان دادن تفاوت سلامت روانی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی

گروه ها	متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	sig
تربیت بدنی	سلامت روانی	۴۷/۸۹	۱۱/۵۰۶	۱۰/۶۵۸	۶۰۴	۰/۰۰۰۱
غیرتربیت بدنی		۴۰/۷۶	۸/۹۷۱			

مطابق جدول ۴ و نتایج آزمون t مستقل و با توجه به مقدار t و $P < ۰/۰۵$ ، مشخص می شود که تفاوت معناداری بین سلامت روانی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون t معلمان تربیت بدنی دارای میانگین بیشتری در مقایسه با معلمان غیرتربیت بدنی هستند.

جدول ۵_ نتایج آزمون t مستقل برای نشان دادن تفاوت در ابعاد سلامت روانی در معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی

غیرتربیت بدنی

گروه ها	ابعاد سلامت روانی	t	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	sig
تربیت بدنی	علائم جسمانی	۴/۰۸۳	۱۴/۰۲	۳/۴۲	۶۰۴	۰/۰۰۱
غیرتربیت بدنی			۱۲/۹۲	۳/۱۵		
تربیت بدنی	اختلال در عملکرد اجتماعی	-۲/۱۴۵	۱۰/۵۰	۴/۱۳	۶۰۴	۰/۰۳۲
غیرتربیت بدنی			۹/۸۴	۳/۴۲		
تربیت بدنی	افسردگی	۴/۹۱۸	۱۱/۹۱	۳/۳۳	۶۰۴	۰/۰۰۱
غیرتربیت بدنی			۱۰/۹۸	۰/۹۲		
تربیت بدنی	اضطراب و بیخوابی	۱/۲۱۲	۱۱/۹۴	۳/۵۷	۶۰۴	۰/۲۲۶
غیرتربیت بدنی			۱۱/۶۲	۲/۷۳		

براساس جدول ۵ و مقدار t به دست آمده از آزمون t مستقل در بین ابعاد سلامت روانی، بین معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی در بعد علائم جسمانی ($P=0/001$)، اختلال عملکرد اجتماعی ($P=0/032$) و افسردگی ($P=0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد، اما در بعد اضطراب و بیخوابی ($P=0/223$) بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود.

جدول ۶_ نتایج آزمون t مستقل برای نشان دادن تفاوت هوش هیجانی در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی

گروه ها	متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	sig
تربیت بدنی	هوش هیجانی	۷۶/۳۱	۵/۷۸۵	۲/۱۹۳	۶۰۴	۰/۰۲۹
غیر تربیت بدنی		۶۲/۲۶	۶/۶۳۴			

مطابق جدول ۶ و نتایج آزمون t مستقل و با توجه به میزان t و $P < 0/05$ ، مشخص می شود که تفاوت معناداری بین هوش هیجانی در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون t معلمان تربیت بدنی دارای میانگین بیشتری در مقایسه با معلمان غیر تربیت بدنی هستند.

جدول ۷_ نتایج آزمون t مستقل برای نشان دادن تفاوت در ابعاد هوش هیجانی در معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی

غیر تربیت بدنی

گروه ها	ابعاد هوش هیجانی	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	sig
تربیت بدنی	خود آگاهی	۲۶/۱۷	۳/۵۴	۴/۰۷۴	۶۰۴	۰/۰۰۱
غیر تربیت بدنی		۲۳/۲۴	۲/۸۹			
تربیت بدنی	خودمدیریتی	۳۳/۹۲	۴/۹۹	۳/۳۱۲	۶۰۴	۰/۰۰۲
غیر تربیت بدنی		۲۶/۶۷	۶/۳۰			
تربیت بدنی	مدیریت رابطه	۳۴/۸۰	۴/۹۶	۳/۱۲۴	۶۰۴	۰/۰۰۲
غیر تربیت بدنی		۲۶/۸۹	۶/۶۶			
تربیت بدنی	آگاهی اجتماعی	۲۱/۲۸	۲/۵۴	-۳/۳۳۱	۶۰۴	۰/۰۰۱
غیر تربیت بدنی		۲۰/۵۱	۳/۱۰			

براساس جدول ۷ و مقدار t به دست آمده از آزمون t مستقل در بین ابعاد هوش هیجانی، بین معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی در خودآگاهی ($P=0/001$)، خودمدیریتی ($P=0/003$)، مدیریت رابطه ($P=0/002$) و آگاهی اجتماعی ($P=0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این تحقیق، مقایسه سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی استان کرمانشاه بود. نتایج نشان داد که بین سلامت روانی معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0/05$). به عبارت دیگر، معلمان تربیت بدنی از امتیاز سلامت روانی بیشتری در مقایسه با معلمان غیرتربیت بدنی برخوردارند. این نتیجه با نتایج تحقیقات راس و هایس (۲۰۰۸)، براون (۲۰۰۲)، اسدی و احمدی (۱۳۷۹)، خاتمی و نجفی (۱۳۸۴)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۶) و آنونیماس (۲۰۰۵) همخوانی دارد. نتایج نشان داد که در مؤلفه های سلامت روانی، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد، افسردگی در بین معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت معنی داری داشت ($P<0/05$)، اما در بعد اضطراب و بیخوابی بین معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P>0/05$). در این زمینه می توان به نتایج تحقیقات اسدی و احمدی (۱۳۷۹)، خاتمی و نجفی (۱۳۸۴) و نریمانی و همکاران (۱۳۸۶) اشاره کرد. با توجه به این نتایج می توان گفت که محیط کاری پرتنش و فاقد امکانات اجرای فعالیت های بدنی در کاهش عملکرد اجتماعی دبیران نقش دارد و سلامت عمومی این اعضا را با مشکل کاهش یا محدودیت مواجه می سازد. در مراحل ازدیاد فشار، پاسخ های فرد در محیط های آموزشی مورد توجه قرار می گیرد. در این شرایط ممکن است فرد در مواجهه با شرایط اضطراب آور، ابتدا خود را کاملاً تطبیق دهد و مسئله مهمی برایش روی ندهد، اما در اثر استمرار محرک های پرفشار و عدم موفقیت در مواجهه با مشکل جدید، به آستانه سرکوبی پاسخ ها نزدیک شود، پس از گذر از این مرحله و به نتیجه نرسیدن وسایل دفاعی روانی مناسب، فرد دچار اضطراب شدید شده و با رشد مسائل و مشکلات، علائم و نشانه های روان-تنی در او ظاهر می شود و در مراحل آخر دچار بی رمقی و از هم گسیختگی روانی می شود. نیروهای انسانی و متخصص در آموزش و پرورش که اغلب از دانش و توانایی های علمی و عملی قابل قبولی برخوردارند و به دلیل ماهیت کاری می بایست از کیفیت

و کمیت کاری مطلوبی برخوردار باشند، نیازمند آنند که در صورت رویارویی با عوامل تهدیدکننده سلامت عمومی، توسط مدیریت های سازمان خود بتوانند به این عوامل غلبه کند. در غیر این صورت کاهش توانمندی در آنان اجتناب ناپذیر خواهد بود. در این راستا بیشترین آسیب متوجه دانش آموزان خواهد شد که به تعلیم و تعلم مشغول هستند که در نهایت تحقق اهداف آموزشی و تربیتی با مشکلات جدی مواجه خواهد شد. از سوی دیگر، با شناخت این عوامل، دبیران با علم به این نکات از مشکلات و منابع آسیب زای حرفه ای خود اطلاع می یابند و روش مقابله با تأثیرات نامطلوب آن را به کار خواهند برد.

نتایج تحقیق نشان داد که بین کیفیت زندگی معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.05$). به عبارت دیگر، معلمان تربیت بدنی از امتیاز کیفیت زندگی بالاتری در مقایسه با معلمان غیرتربیت بدنی برخوردارند. این نتیجه با نتایج تحقیقات سروری خراشاد (۱۳۸۴)، ایمی و همکاران (۲۰۱۰)، بایز و همکاران (۲۰۰۷)، سالگوئرو و همکاران (۲۰۱۰)، راس و همکاران (۲۰۰۹)، گیلسون و همکاران (۲۰۰۹)، سونیا و همکاران (۲۰۰۹)، کیورنیا و همکاران (۲۰۱۰)، ماورونیتیس و همکاران (۲۰۱۰) و رید و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد، اما با نتایج تحقیقات اشمیتز و همکاران (۲۰۰۴) و رودریگو و همکاران (۲۰۱۰) مغایر است. دلیل احتمالی این عدم همخوانی شاید در تفاوت جامعه مورد بررسی و ابزار مورد استفاده باشد، زیرا بیشتر این تحقیقات در مورد بیماران صورت گرفته و عوامل متعددی می توانند در ارتباط با کیفیت زندگی بیماران دخیل باشند.

از دیگر نتایج این تحقیق این بود که در بین ابعاد کیفیت زندگی، بین معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی در ابعاد جسمانی، روانی، عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی، محدودیت نقش ناشی از سلامت روانی، احساس حیات، سلامت روانی، تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$)، اما در ابعاد عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). این نتایج با نتایج تحقیقات سروری خراشاد (۱۳۸۴)، ایمی و همکاران (۲۰۱۰)، سالگوئرو و همکاران (۲۰۱۰)، راس و همکاران (۲۰۰۹) و کیورنیا و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد.

به صورت کلی می توان اذعان داشت که فعالیت بدنی منظم و ورزش در ارتقای کیفیت زندگی نقش مهمی دارد. از آنجا که سالیانه هزینه های درمانی بسیار زیادی صرف درمان عوارض و بیماری ها می شود، به راحتی

می‌توان به این موضوع پی برد که داشتن افراد سالم و تندرست به مقدار بسیار زیادی این هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد. از آنجا که تحقیقات وسیعی در زمینه فواید فعالیت بدنی و ورزش در جوانان و بزرگسالان انجام گرفته است، داشتن فعالیت بدنی در طول عمر به ویژه در میانسالی و سالمندی به این امر کمک شایانی می‌کند. معلمان سرمایه‌های گرانبه‌ای جوامع بشری هستند، از آنجا که آنان تجربیات فراوانی دارند، می‌توان از تجربیات‌شان برای رشد و توسعه سازمان‌ها و جوامع استفاده کرد. جوامعی که در آن معلمان از زندگی بهتر و امید بیشتری به زندگی برخوردار باشند، نه تنها از سطح سلامت بیشتری برخوردارند، بلکه بهره‌وری، کارایی و اثربخشی در آن جوامع افزایش خواهد یافت.

نتایج تحقیق نشان داد که بین هوش هیجانی معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، معلمان تربیت بدنی از امتیاز هوش هیجانی بالاتری در مقایسه با معلمان غیرتربیت بدنی برخوردارند. این نتیجه با نتایج تحقیقات حسن علیان (۱۳۸۴)، تابش (۱۳۸۵)، عیدی (۱۳۸۶) و خسرو جردی و خانزاده (۱۳۸۶) همخوانی دارد. از دیگر نتایج این تحقیق این بود که در بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، خودمدیریتی، مدیریت رابطه، خودآگاهی و آگاهی اجتماعی در بین معلمان تربیت بدنی و غیرتربیت بدنی تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). مهارت‌های هیجانی که افراد می‌آموزند، به آنها در زمینه برقراری ارتباط با دیگران در محیط کار و اجتماعی کمک خواهد کرد. در نتیجه، همکاری افراد بهتر می‌شود و عملکردشان نیز بهبود خواهد یافت. آموزش هوش هیجانی و افزایش آگاهی افراد نسبت به عواطفی که در درون انسان نهفته‌اند، به طور مؤثری موجب افزایش عملکرد افراد می‌شود. به وضوح مشخص است افرادی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، در رسیدن به اهداف خود موفق‌ترند و به رشد، شکوفایی و پیشرفت مؤسسه، سازمان یا شرکت خود مساعدت‌های بیشتری می‌کنند. در صورتی که معلمان ارزیابی درستی از هیجان‌های خود داشته و به آن واقف باشند و آگاهی درستی از توانایی‌های خود نیز داشته باشند، می‌توانند در انتخاب هدف، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف، مدیریت و کنترل احساسات خود، خودانگیزگی، به کارگیری نظمی که براساس آن با احساسات دیگران هماهنگ شوند، همچنین رشد مهارت‌های اجتماعی متناسب با هدف و عمل موفق باشند. در نتیجه اگر معلمی بتواند در لحظه خاصی احساسات و عواطف خود را تشخیص دهند و درک درستی از توانایی‌های خود داشته باشد، خواهد توانست با توجه به شرایط بهترین تصمیم را برگزیند. از سوی

دیگر، معلم همراه با سطح مناسبی از خودانگیزگی قادر خواهد بود در راستای پیشبرد و برنامه های خود گام بردارد، به راحتی ضعف ها و قوت های خود را بشناسد و بر این اساس نیازهای خود را برآورده سازد و علاوه بر برانگیزختن خود می تواند در ایجاد روحیه و انگیزش در دیگر افراد نیز نقش مهمی ایفا کند. افرادی که دارای سطح بالایی از انگیزش و انگیزختگی هستند، قادر خواهند بود افراد را در جهت پیشبرد اهداف و برنامه های خودشان هدایت کنند.

در نتیجه گیری کلی با توجه به نتایج این تحقیق و تحقیقات پیشین می توان استنباط کرد که داشتن معلمان و آموزگاران سالم و شاداب، منبعی برای رشد و توسعه جوامع است. به همین دلیل باید شرایطی فراهم شود که معلمان سالمی داشته باشیم و از آنجا که یکی از راه های نائل شدن به این امر فراهم آوردن شرایط و تسهیلات مطلوب برای گرایش و ترویج ورزش و فعالیت بدنی در میان آنها است، از این رو پیشنهاد می شود که مسئولان و دست اندرکاران به برنامه ریزی در امر ورزش و فعالیت بدنی معلمان اقدام کنند و با ترغیب و تشویق آنها به فعالیت های ورزشی، جامعه را به سمت سلامت جسمانی و روانی سوق دهند، زیرا یک جامعه، یک سازمان یا حتی خانواده، تنها زمانی می تواند راه ترقی و تکامل را طی کند که دارای افراد سالم، با ارزش و نیک پندار باشد. هر چه یک فرد از هوش، مهارت و کمالات انسانی برخوردار باشد، به همان مقدار می تواند از سلامت و قدرت بدن برای استفاده از قابلیت ها بهره مند شود و در نهایت از آن همه دانش و کمالات، بهره ای عاید جامعه، سازمان و خانواده خود بگرداند. از این رو پیشنهاد می شود تدابیری اتخاذ شود که معلمان به شرکت در فعالیت های ورزشی تشویق شوند تا سطحی مطلوب از سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی در آنها حفظ شود. از این رو وزارت آموزش و پرورش با ارائه تسهیلات و امکانات مالی و اختصاص فضاهای ورزشی برای معلمان به ویژه معلمان غیر تربیت بدنی باید در جهت فعال نگه داشتن معلمان اقدام کند. همچنین دیگر سازمان ها مانند شهرداری ها و استانداری ها با اختصاص محیط های تفریحی - ورزشی و ایجاد محل هایی برای ورزش و فعالیت بدنی در فضای آزاد و به کارگیری مربیان و متخصصان رشته تربیت بدنی برای آموزش صحیح به این قشر مهم جامعه می توانند زمینه ارتقای عوامل سلامت روانی معلمان و به تبع آن سلامت روانی دیگر افراد جامعه را که با این قشر سر و کار دارند، فراهم آورند.

منابع و مأخذ

۱. احمدی، فضل ا... . سالار، علیرضا. فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۳). "بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان". فصلنامه حیات، شماره ۲۲، ص ص: ۶۷-۶۱.
۲. اسدی، حسن . احمدی، علیرضا. (۱۳۷۹). "مقایسه سلامت روانی دانش آموزان پسر ورزشکار و غیرورزشکار دبیرستان های شهرستان سنندج". نشریه حرکت. شماره ۵، ص ص: ۸۴-۴۹.
۳. بشارت، محمدعلی. عباسی، غلامرضا. کمسفیدی، رضا میرزا. (۱۳۸۴). "تبیین موفقیت ورزشی در ورزش های گروهی و فردی بر حسب هوش هیجانی". فصلنامه المپیک، ص ص: ۸۸-۹.
۴. تابش، سعید. (۱۳۸۵). "مقایسه هوش هیجانی در بین زنان ورزشکار (با مهارت باز و بسته) غیرورزشکار". تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی . دانشگاه مازندران.
۵. جرالده سی. دیویدسون، ماروین آر گلدفرید. (۱۳۷۱). "رفتار درمانی بالینی". ترجمه احمد احمدی علون آبادی، تهران، چاپ اول، مرکز نشر دانشگاهی.
۶. حسن علیان، محسن. (۱۳۸۴). "مقایسه هوش هیجانی قهرمانان و ورزشکاران رشته های گروهی و انفرادی با افراد غیرورزشکار". پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
۷. خسروجردی، راضیه. خانزاده، علی. (۱۳۸۶). "بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار". مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار. دوره ۱۴، شماره ۲، ص ص: ۱۱۶-۱۱۰.
۸. سروی خراشاد، رضا. (۱۳۸۴). "مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی و فعالیت بدنی در اعضاء هیأت علمی دانشگاه های مشهد". پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد مشهد.

۹. صادقی بروجردی، سعید. (۱۳۸۲). "ارتباط بین عوامل فشارزای شغلی با سلامت روانی- جسمی و تحلیل رفتگی اعضای هیأت علمی تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه های کشور". رساله دکتری دانشگاه تربیت معلم. دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی.
۱۰. عسگریان، مصطفی. (۱۳۷۳). "مطالعه مسایل آموزشی و اقتصادی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه های دولتی شهر تهران". مؤسسه تحقیقات تربیتی، تهران.
۱۱. عیدی، حسین. (۱۳۸۶). "بررسی ارتباط هوش هیجانی اعضای هیأت علمی با اثربخشی دانشکده های تربیت بدنی (دولتی) شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه تهران.
۱۲. محمدی، فرحناز و همکاران. (۱۳۸۵). "بررسی تأثیر اجرای توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی مبتلا به سکتة قلبی". مجله پژوهشی توانبخشی، دوره ۷، شماره ۳، ص: ۱۲۹-۱۳۸.
۱۳. موسوی، سیدجعفر. (۱۳۸۱). "بررسی نقش ورزش بر فشار عصبی با سلامت روان و جسمی اساتید و کارکنان دانشگاه های آزاد اسلامی منطقه سه کشور و ارائه برنامه تمرینی". رساله دکتری مدیریت و برنامه ریزی در تربیت بدنی، واحد علوم و تحقیقات تهران.
۱۴. نجاتی، وحید. عشایری، حسن. (۱۳۷۸). "کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان". مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، اندیشه و رفتار. ص: ۶۱-۵۶.
۱۵. نریمانی، محمد. آریاپوران، سعید. صادقیه اهری، سعید. (۱۳۸۶). "مقایسه خودیابی و سلامت عمومی در ورزشکاران گروهی و انفرادی و افراد غیرورزشکار". فصلنامه پوش. سال ششم. شماره سوم، ص: ۱۸۴-۱۷۹.
16. Anonymous, R (2005). "Burnout in Texas Division 4A and 5A High School Athletic Trainers Form a Reversal Theory Perspective". Vol.76, Iss. 1, Pg. A100, lpgs.
17. Baron, R .A and Greenberg, J (1990). "Behavior in Organization: Understand and Managing the human side of work, (3 rd ed)". Allyn and Bacon, Needham Heights M A.

18. Brown, D.R (2002). "Physical activity, Ageing and psychological Well-being: an overview of the Research". *Canadian Journal of sport sciences*.17 (3):PP:185- 193.
19. Corsini, R.J (1999). "The dictionary of psychology". Publishing office: Brunner/Mazel.
20. Courneya.K, Tamburrini.A, Woolcott.C, et al (2010). "The Alberta physical activity and breast cancer prevention trial: Quality of life outcomes". *Journal of Preventive Medicine* (6). PP:102-107.
21. Eime.R, Harvey.J, Payne.W, Brown. W (2010). "Club sport: Contributing to health-related quality of life". *Journal of Science and Medicine in Sport* .12.PP:221–232.
22. Gillison.F, Suzanne.M, Sato.A, et al (2009). "The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a meta-analysis". *Journal of Social Science & Medicine* (68). PP: 1700–1710.
23. Golman, D. (1998). "Working with emotional intelligence". New York: Bantam Books.
24. Joseph B. Lyons, Tamera R. Schneider. (2005). "The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences*". Volume 39, Issue 4, PP: 693-703.
25. Landers, D. M (2005). "The influence of exercise on mental health". *Sport medicine*.21 (4).PP: 112-116.
26. Lee .W, KO I.S, Lee .K.J. (2005). "Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea". *International Journal of nursing studies*; 49(2).PP:129-137.
27. Mavrovouniotis.F, Argiriadou.E, Papaioannou.C (2010). "Greek traditional dances and quality of old people's life". *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (14).PP: 209-218.
28. Mayer, J.D& salovey, P (1997). "What is emotional intelligence: in P. salovey, & D. sluyter (Eds). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*". New York. Basic Book.PP: 3-31.

29. Michael J. Annear, Grant Cushman, Bob Gidlow. (2009). "Leisure time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighbourhoods". *J. Health & Place*. 15. PP: 482-4.
30. Newa chek P.W. and Taylor W.R. (1992). "Childhood chronic illness: prevalence severity and impact". *American journal of public health*(71); PP: 18-21.
31. Rass, J.E & , Hayes, D (2008). "Exercise and psychological well-being in the community". *American Journal of Epidemiology*. 127(4): PP: 762-771.
32. Resnick B, Ory MG, Hora K, Rogers ME, Page P, Bolin JN, et al. (2008). "A Proposal for a new screening parading and tool called exercise assessment and screening for you (EASY)". *J Aging phys Act*; 16(2). PP: 215-233.
33. Rodrigue. B, Cader. S, Torres. N, et al (2010). "Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females". *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (14). PP: 195-202.
34. Ross. K, Milsom. V, Rickel. K (2009). "The contributions of weight loss and increased physical fitness to improvements in health-related quality of life". *Journal of Eating Behaviors* (10). PP: 84-88.
35. Russel, Altmaier and Veizen (1987). "Job-related Stress and Burnout". *JAPP. Psych. N* (2) vol (11), PP: 269-274.
36. Salguero. A, Garcí'a. R, Garcí'a. O (2010). "Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults". *Journal of Gerontology and Geriatrics*. (10). PP: 110-116.
37. Schmitz. N, Kruse. J, Kugler. J (2004). "The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders". *Journal of Preventive Medicine* (39). PP: 1200-1207.
38. Sonya. L, Watanabe. S, Baracos. V, et al (2009). "Associations between Physical Activity and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Pilot Survey". *Journal of Pain and Symptom Management*. (38). PP: 785-796.
39. World health organization (2001). "The world health report". *Health system: Geneva. , Life style for Health, fitness, and Wellness*. P: 76.