

پیشگیری از رفتار مخاطره آمیز در نوجوانان و جوانان

***کم تحرکی**

(ویژه مربیان)

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

پیشگیری از رفتار مخاطره آمیز
در نوجوانان و جوانان

کم تحرکی

ستاد طرح بسیج سلامت دانش آموز

عنوان : پیشگیری از رفتار مخاطره آمیز در نوجوانان و جوانان – کم تحرکی

گردآورندگان :

دکتر سید محمد مرندی / ریاست محترم دانشکده تربیت بدنی دانشگاه اصفهان

دکتر وازگن میناسیان / عضو محترم هیئت علمی دانشگاه اصفهان

دکتر غلامعلی قاسمی / عضو محترم هیئت علمی دانشگاه اصفهان

مرجان مومنی بروجنی / کارشناس واحد سلامت نوجوانان ، جوانان و مدارس مرکز بهداشت استان

پیشگفتار :

در طی سالیان اخیر تغییرات در محیط زندگی افراد و به طبع آن زندگی ماشینی منجر به عدم تحرک کافی و در نتیجه شیوع چاقی و اضافه وزن در انسانها شده است که این عامل به نوبه خود یکی از عوامل اصلی بروز بسیاری از بیماری ها از جمله بیماری های قلبی - عروقی ، فشارخون، دیابت، و سرطان و.... شده است.

امروزه چاقی به عنوان یک بحران جهانی مطرح و بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به این معضل گرفتار شده اند و سالیانه میلیون ها دلار از بودجه و منابع دولتی کشورها و همچنین خانواده ها برای کاهش میزان شیوع چاقی و درمان بیماری های مرتبط با آن هزینه می گردد. گزارش تحقیقات مختلف حاکی از آن است فعالیت بدنی منظم و تغذیه سالم نقش مهمی در پیشگیری از چاقی و اضافه وزن دارند ، اما علیرغم اثبات این قضیه ، تحقیقات متعدد نشان می دهند که بیش از ۵۰ درصد افراد جوامع مختلف دچار کم تحرکی و یا عدم تحرک کافی می باشند. متخصصین تندرستی توصیه می نمایند که برای کسب سلامتی، افراد باید حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی منظم برای پنج روز در هفته، یا روزانه ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید برای حداقل سه روز در هفته داشته باشند.

انجام فعالیت بدنی منظم به عنوان یکی از راهکارهای بسیار مهم در توسعه سطح تندرستی افراد جامعه در سنین مختلف شناخته شده است.

سیاستهای کلی و برنامه های توسعه تندرستی ارگانهای ذیربط مانند وزارت بهداشت ، سازمان تربیت بدنی، وزارت آموزش و پرورش و دیگر سازمانها باید هماهنگ و مکمل یکدیگر باشند.

اهداف این کتاب :

- ۱- افزایش سطح تندرستی جامعه دانش آموزان با ایجاد تغییرات در ترکیب بدنی آنها .
- ۲- افزایش سطح تندرستی جامعه دانش آموزان با توسعه استقامت قلبی- عروقی آنها.

روش اجرا :

- آموزش ۱۲۸ نفرمربیان سطح میانی طی کارگاه یک روزه (کارشناسان آموزش و پرورش - کارشناسان سلامت نوجوانان ، جوانان ومدارس شبکه های تابعه استان)
- آموزش مربیان میانی به مربیان تربیت بدنی در سطح کل استان.
- انجام آزمون جهت تعداد ۱۹۳۰۴۷ دانش آموزان دختر و پسر مقطع راهنمایی در شهر و روستا استان اصفهان توسط مربیان تربیت بدنی.
- بررسی نتایج آزمون توسط اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، گروه تربیت بدنی
- گروه بندی دانش آموزان براساس نتایج آزمون .
- تجویز ورزش تخصصی جهت هرگروه ازدانش آموزان.
- برگزاری کارگاه آموزشی جهت مربیان تربیت بدنی به منظور آموزش و پرورش تخصصی برای هرگروه با توجه به نتایج بدست آمده .
- ثبت اطلاعات در شناسنامه سلامت ورزشی دانش آموزان.
- اطلاع رسانی به والدین دانش آموزان از طریق مدارس .
- انجام آزمون مجدد جهت دانش آموزان .
- ثبت مجدد در شناسنامه سلامت ورزشی دانش آموزان .

کمیته علمی پیشگیری از کم تحرکی در دانش آموزان

ستاد طرح بسیج سلامت دانش آموز استان اصفهان

فهرست فصلها :

فصل اول ((ناهنجاریهای اندامی شایع در دانش آموزان

. مقدمه

. ناهنجاری های قامتی و کم تحرکی (ضعف عضلانی)

. آشنایی با برخی ناهنجاری های شایع در دانش آموزان

. سر به جلو

. کیفوز پشتی

. کمر صاف

. پای ضربدري

. پای پراتنزی

. کف پای صاف

. پیشگیری از ناهنجاریهای ستون مهره ها در دانش آموزان

. وضعیتهای صحیح قرارگیری بدن دانش آموزان

فصل دوم ((آموزش آزمونهای ترکیب بدنی و آمادگی جسمانی

. مقدمه

. روش های اندازه گیری مشخصه های بدنی

. روش اندازه گیری لایه های چربی زیر پوستی

. روش های اندازه گیری محیط کمر و ران

. پروتکل آزمون استقامتی دویدن ۲۰ متر رفت و برگشت (20m Shuttle Run)

فصل سوم ((فعالیت بدنی، سلامتی، پیشگیری از بیماریها

. فعالیت بدنی ، سلامتی و بیماری

. فعالیت ورزشی و سلامتی

. دیدگاهی جدید درباره ی فعالیت

. برخی حقایق درباره نداشتن فعالیت بدنی

. فایده های فعالیت بدنی منظم

. تعریف آمادگی بدنی (جسمانی)

. چه مقدار فعالیت ورزشی کافی است؟

- . فعالیت ورزش، رژیم غذایی و کنترل وزن
- . وزن اضافی
- . عوارض بهداشتی چاقی
- . توزیع چربی
- . نقش فعالیت ورزشی در کاهش وزن و کنترل وزن
- . فعالیت ورزشی، سلامتی و بیماری
- . بیماریهای قلبی عروقی
- . فایده‌های فعالیت ورزشی برای افراد مبتلا به بیماری قطعی شریان کرونری
- . فایده‌های فعالیت ورزشی در پیشگیری و درمان بیماری شریان کرونری
- . طبقه‌بندی خطر
- . پرفشار خونی
- . دیابت

**فصل چهارم)) فرم ارزیابی آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی در دانش آموزان مقطع راهنمایی
استان اصفهان سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸**

— فهرست منابع

فصل اول

ناهنجاریهای اندامی شایع در دانش آموزان :

مقدمه

حرکت و فعالیت نقش اساسی در زندگی کودک دارد . در اثر عدم تحرک و کاهش فعالیت‌های بدنی، انواع بیماریها و ناراحتی های جسمانی و روانی در کودکان به وجود خواهد آمد که از بین بردن آنها متضمن صرف هزینه های زیاد بر اقتصاد کشورهاست.

گسترش شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع و استفاده از ماشین به جای نیروی عضلانی منجر به کاهش حرکات طبیعی انسان شده است. این عوامل خود باعث کاهش میزان کارآئی دستگاههای مختلف بدن می گردد. اگر کودک در طول دوران زندگی و رشدی خود به نحوی به فعالیت بدنی پردازد، کمتر با مشکلات خاص جسمانی مواجه خواهد شد، زیرا در اثر فقر حرکتی و کاهش تحرک و فعالیت جسمانی از میزان دامنه حرکتی مفاصل و بخش های مختلف بدن کاسته می شود و به مرور فرد با کاهش انعطاف پذیری، ضعف عضلانی، کاهش قدرت و استقامت عضلانی مواجه می شود که مجموعه این عوامل باعث شروع ناراحتی ها و بروز انواع دردها در بدن می شود.

عدم تحرک یکی از نتایج اولیه نوع زندگی بشر امروزی است که عملکرد طبیعی بدن را مختل می سازد. این امر برای کودکان به دلیل زندگی آپارتمان نشینی و کمبود فضا های ورزشی جهت انجام فعالیت جسمانی تشدید گردیده است . عدم تحرک و فقر حرکتی منجر به بروز علائم و نشانه های اختلالات و ناهنجاریهایی چون لوردوز غیر طبیعی ناحیه گردن و کمر و یا وجود کیفوز سینه ای در کودکان و یا چاقی گردیده است.

در قرن اخیر گرچه بشر توانسته است به لطف پیشرفت های علمی و تکنولوژی خود بر بسیاری از بیماریها و مشکلات فائق آید، اما تغییر شیوه زندگی و صنعتی شدن جوامع و متعاقب آن تبدیل کارهای بدنی به کارهای فکری و اداری، افزایش ساعات اشتغال افراد، وضعیت نامناسب فیزیکی بدن، کم تحرکی، افزایش استرسهای روحی در دنیا نسبت به گذشته افزایش چشمگیری داشته است. امروزه در مدارس ما بسیاری از دانش آموزان دچار مشکلات جسمی فراوانی هستند که در بسیاری موارد مریبان، والدین و یا خودشان کمتر از آن آگاهند.

مطالعات یک موسسه غیر دولتی نشان می دهد که حدود هشت میلیون دانش آموز به نوعی با اختلالات و ناهنجاریهای جسمی و حرکتی رو به رو هستند. تحقیقات نشان می دهد که بسیاری از کودکان از وضعیت بدنی طبیعی برخوردار نیستند و درصد بالائی از دانش آموزان به یکی از ناهنجاریهای قامتی مبتلا هستند. این

میزان توسط اقبالی ۱۳۷۲ (شهر اصفهان) ۹۰ درصد، مرشدی ۱۳۷۴ (شهرستان بروجرد) ۸۷/۳۹ درصد، اصغر زاده گلزار ۱۳۷۴ (شهر مشهد) ۹۰ درصد، روش ۱۳۷۵ (شهرستان بندر ترکمن) ۸۶/۶۲ درصد، زاهد منش ۱۳۷۴ (شهر تهران) ۹۶/۲۵ درصد، قراخانلو ۱۳۶۸ (شهر تهران) ۸۶/۲۵ درصد، احمدنیا ۱۳۷۳ (استان گیلان) ۸۶/۹۱ درصد، حسنی ۱۳۸۳ (دانش آموزان ناینا و ناشنوای اصفهان) ۹۵/۵ درصد، ذاکری ۱۳۷۵ (شهرستان نطنز) ۶۳/۷۴ درصد، لطفعلی زاده ۱۳۷۴ (شهر اردبیل) ۸۹ درصد، لاسجوری ۱۳۸۳ (شهر کرج) ۸۰/۶ درصد، علیزاده ۱۳۶۸ (شهر تهران) ۷۴/۱۳ درصد گزارش گردیده است.

اطلاعات جدید در ارتباط با رشد فزاینده ناهنجاری های ستون فقرات و اندام های حرکتی حکایت از عدم برنامه ریزی کافی در اصلاح این گونه ناهنجاری ها دارد، به طوری که از هر ۵ کودک، ۴ کودک دارای ناهنجاری در اندام حرکتی می باشند و تقریباً از هر ۳ کودک یکی دارای ضعف در بافت های نرم به خصوص عضلات و تاندون ها هستند.

ناهنجاری های قامتی و کم تحرکی (ضعف عضلانی)

کاهش حجم عضلانی و لاغری مفرط عمومی که در اثر برخی بیماریها و یا وجود درد و فقر حرکتی در افراد ایجاد می شود سلامت اسکلت بدن را نیز به مخاطره می اندازد. در نتیجه ی لاغری مفرط عضلانی، تنه قادر نخواهد بود به وظائف خود در نگهداری بدن و حفظ راستای طبیعی آن عمل کند که نتیجه آن بد ایستادن، بد نشستن و در مجموع عادات حرکتی غلط است و این امر باعث می شود که ستون فقرات و قفسه صدری نتوانند به طور طبیعی رشد کنند و در حالت طبیعی باقی بمانند. انحنای غیر طبیعی این اعضا علاوه بر زشتی و بد شکلی بدن، باعث می شود که جریان خون و تنفس به خوبی و به طور طبیعی انجام نگیرد.

در اثر آتروفی، عضلات ساق پا دیگر قادر نخواهد بود قوس طبیعی خود را در برابر وزن بدن که در حال رشد است حفظ کند و در نتیجه باعث تغییر شکل وضعیت ساق پا و یا از بین رفتن قوس کف پاها خواهد شد. حرکت برای افزایش قدرت عضلانی ضرورتی اجتناب ناپذیر است. برای توسعه قدرت عضلانی تغذیه سالم، استراحت کافی و کار عضلانی (انقباض و انبساط) را می توان از اصلی ترین عوامل توسعه قدرت عضلانی دانست. در برخی موارد، مخصوصاً "مشاغل خاصی که صرفاً" بخشی از بدن را تقویت می کند و سایر قسمتها، در مقایسه با عضو درگیر حرکت، به فعالیت واداشته نمی شوند، توازن قدرت عضلانی به هم می خورد و متعاقب آن تعادل اسکلتی بدن نیز تحت تاثیر قرار می گیرد. این عارضه در بلند مدت باعث می شود حرکات فرد ریتم و نظم طبیعی خود را از دست بدهد. چنانچه این وضعیت در عضلات تنه باشد مشکل شدیدتر خواهد بود. به کار گرفتن قسمتهای مختلف بدن به شکل متعادل در برخی از ورزشکاران حرفه ای نیز می تواند باعث بروز ناهنجاریهای اسکلتی خاصی شود.

مهمترین پیامد کمبود حرکت، بیماری، کاهش حجم و قدرت عضلانی است. موارد فوق به یکدیگر مربوط اند و بین دو عامل سطح مقطع عضله و میزان نیرویی که یک عضله می تواند از خود بروز دهد ارتباط مستقیم وجود دارد. از طرفی مسئولیت حفظ تعادل اسکلتی بدن به عهده عضلات و خصوصاً "میزان نیرو و قدرت هر عضله است.

افرادی که آمادگی جسمانی مطلوبی ندارند، در انجام فعالیتهای بدنی زودتر خسته می شوند و بعد از خستگی عضلانی در بدن طبعاً "باعث کاهش توانمندی جسمانی و کاهش سطح نیرویی خواهد شد که عضله می تواند در موقعیتهای کاری از خود بروز دهد. به بیان دیگر، کار با عضلات خسته همانند کار با عضلات ضعیف است و اثرهای سوئی که متعاقب ضعف عضلانی در فرد ایجاد می شود، پیامد کار در شرایط خستگی مفرط نیز هست.

خستگی و نحوه وضعیت بدنی ممکن است علت و معلول همدیگر باشند. به این ترتیب که وجود خستگی که در اثر عواملی دیگر مثل انجام فعالیتهای جسمانی در بدن ایجاد شده است می تواند در به هم خوردن تعادل وضعیت بدنی خوب موثر باشد. از طرفی نداشتن یک وضعیت بدنی خوب خود علتی برای ایجاد خستگی بیشتر است، زیرا هر اندازه بدن بیشتر از حالت تناسب و تعادل خارج شود برای راست نگه داشتن آن انرژی بیشتری لازم است، چرا که عضلات مربوط به طرز قرار گرفتن بدن برای حفظ تعادل از امتیاز مکانیکی کمتری برخوردارند و در مقابل باید درگیر فعالیت شوند که این خود موجب خستگی بدن خواهد بود.

چنانچه فعالیت روزمره کودک کمتر از حد طبیعی باشد به مرور زمان از وزن سایر قسمتهای بدن او کم می شود و در برابر وزن و حجم بافت چربی زیر پوستی بدن افزایش می یابد و منجر به چاقی کودک می شود. با توجه به اینکه چربی زیر پوستی در تمام قسمتها به طور یکسان تجمع پیدا نمی کند و در برخی از قسمتها مثل اطراف شکم، باسن و در مجموع بخش میان تنه نسبت به اندامها (دستها و پاها) بیشتر است، وضعیت بدن کودک دچار ناهنجاری می شود.

کودکان، کمر درد و حفظ قامت

یکی از اختلالات عضلانی اسکلتی که اخیراً در بین دانش آموزان شیوع فراوانی یافته است کمر درد می باشد. این میزان بر اساس تحقیقات مختلف بین ۲۹ تا ۵۱ درصد گزارش گردیده است.

مرور تحقیقات اخیر نشان می دهد که کمر درد کودکان با عوامل خطرزایی چون نشستن های طولانی، وضعیت بدنی و قامت بد و ضعف عضلات شکم همراه می باشد. هم چنین پیشنهاد شده است که تفاوت های بین ویژگی های آنتروپوتریکی کودکان و لوازم مورد استفاده در مدارس (میز، صندلی، ...) می تواند سبب توسعه ی این اختلالات باشد. در حقیقت نشستن های طولانی مدت و حمل کیف مدرسه دو عامل اصلی کمر درد می باشند. از آنجا که کمر درد دوران کودکی و نوجوانی عاملی جهت پیشگویی این اختلال در بزرگسالی می باشد، پیشگیری و غربالگری عوامل خطرزای کمر درد در کودکان از اهمیت خاصی برخوردار است.

حفظ صحیح راستای قامت بدن برای کودکان و نوجوانان از عواملی است که می تواند به تشخیص و پیشگیری از روند پیشرفت اختلالات عضلانی اسکلتی در هر مرحله ای از دوران رشدی کمک نماید. به طور مثال مقادیر مربوط به تغییرات حاد در وضعیت قامت و ستون فقرات هنگام حمل کیف با پتانسیل ایجاد کمر درد در دانش آموزان ارتباط داشته است. از طرف دیگر وجود مراحل رشدی در کودکان نیز در این امر دخیل می باشد.

شکایت از کمر درد یکی از یافته ها در کودکان پیش دبستانی است که می تواند عامل بروز مشکلات جدی در مراحل بعدی شود. به دلیل اعتقاد به این امر که قامت و راستای ستون فقرات نقش مهمی در بروز کمر درد کودکان دارد، در بسیاری از کشورها معاینات منظم دوره ای ستون فقرات انجام میگردد. هم چنین در این خصوص که آیا انجام فعالیت های ورزشی و تمرینات جسمانی شدید سبب تغییراتی در قامت کودکان می گردد، فرضیه های متفاوتی ارائه شده است. گزارش ها نشان می دهد که تقریباً ۳۰ درصد دانش آموزان در جمهوری چک دارای قامتی ضعیف می باشند و این در حالی است که حدود ۵۰ درصد دانش آموزان بین ۱۳ تا ۱۵ ساله در این کشور به کمر درد مبتلا هستند. گزارش های تحقیقی دیگری نشان می دهد که میزان شیوع کمر درد در کودکان در کشور اسپانیا در سن پایین تر از ۷ سال ۱ درصد، ۷ تا ۱۰ سال ۶ درصد و ۱۴ تا ۱۶ سالگی ۱۸ درصد می باشد که نشانگر افزایش شیوع این اختلال با افزایش سن می باشد.

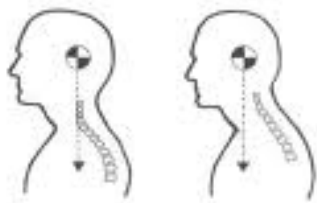
از نکات قابل توجه در خصوص دانش آموزان قرار گیری در فصول مختلف سال (درسی و تعطیلی) است. با شروع مدارس انجام بعضی از فعالیت های شدید کاهش می یابد. از طرف دیگر نشستن های طولانی مدت از در مدرسه یا خانه، استفاده از وسایل و تجهیزات غیر استاندارد در مدارس، فشار روانی و

کم تحرکی می توانند بر روی قامت کودکان اثر بگذارند. پیشرفت تدریجی در عدم تعادل عضلانی در ابتدا به عنوان یک اختلال عملکردی محسوب می شود ولی با گذشت زمان می تواند به یک اختلال قامتی ثابت تبدیل شود. این مشکلات ممکن است با درد همراه باشد و نیازمند درمان های طبی باشند. برخلاف اختلالات ثابت، ضعف نگهداری قامت به عنوان یک اختلال عملکردی به خوبی با انجام ورزش های منظم و ویژه قابل اصلاح است.

آشنایی با برخی ناهنجاری های شایع در دانش آموزان

سربه جلو:

در این ناهنجاری مرکز ثقل سر جلوتر از خط شاقولی قرار می گیرد و گفته می شود در این ناهنجاری قوس گردنی زیاده می شود (تحدب) در این حالت فشار زیادی به مفاصل گردن وارد می شود چون نیروی گشت آور روی ستون فقرات افزایش می یابد (شکل ۱).



شکل ۱: ناهنجاری سر به جلو

تشخیص: با استفاده از خط شاقولی در نمای پهلو می توان این ناهنجاری را تشخیص داد در این حالت بعد از اینکه خط شاقولی از نقاط شاخص عبور کرد از لاله گوش عبور نخواهد کرد و مرکز ثقل سر جلوتر از خط شاقولی است

عوارض: درد، فشار زیاد به اعصاب گردنی، نمای ناخوشایند، فشار زیاد به ناحیه فکی گیجگاهی، کوتاهی قد سینه ها و شانه های افتاده، فشار زیاد به مهره های گردنی و عدم تعادل عضلانی.
علل ایجاد سربه جلو: فلج عضلات جلو گردن، بجز عضله جناغی - چنبری - پستانی، عادات غلط، ضعف بینایی (احتمالاً) و کیفوز پستی.

کیفوز پستی:

عبارت است از افزایش بیش از حد طبیعی انحنای پشت. تغییر شکل در سطح ساجیتال است که در اثر تشدید انحنای طبیعی پشت ایجاد می شود. میزان انحنای طبیعی پستی به اندازه ۲۰ تا ۴۰ درجه است که مقادیر بیشتر به عنوان کیفوز واقعی محسوب می شود (شکل ۲).



شکل ۲: ناهنجاری کیفوز پشتی

تشخیص: با استفاده از خط شاقولی یا خط مبدا صفحہ شطرنجی. اصولاً "خط شاقولی یا خط مبدا صفحہ شطرنجی از نمای پهلوئی وقتی که از نقاط شاخص عبور کرد قفسه سینه را با عبور از خط میانی زیر بغل به نسبت ۵۰-۵۰ (مساوی جلو و پشت) تقسیم می کند. اگر درصدی که در پشت خط شاقولی قرار می گیرد بیشتر باشد شخص دارای پشت گرد است مثلاً" نسبت ۷۰ درصد در پشت ۳۰ درصد در جلو و یا ۸۰ درصد در پشت ۲۰ درصد در جلوه عبارت دیگر در این ناهنجاری قسمت اعظم ناحیه پشتی در پشت خط شاقولی قرار می گیرد.

علل ایجاد کیفوز پشتی: عادات غلط در موقع ایستادن، ممکن است در اثر بلندی قد یا خجالت کشیدن یا کوتاهی قد، عادات غلط در وضعیت نشستن، استفاده غلط از میز و صندلی، وضعیت های کاری غلط، وضعیت غلط در هنگام خوابیدن، کیفوز جبرانی در اثر لوردوز اولیه، کیفوز مادرزادی، کیفوز جوانی (بیماری شوئرمین)، کیفوز پیری، سل استخوانی، بیماری های روانی مثل افسردگی، ضعف عضلات پشت، ضعف عضلات نزدیک کننده کتفها به ستون فقرات (عضلات متوازی الاضلاع) و تقویت بیش از حد با کوتاهی عضلات سینه ای کوچک.

عوارض کیفوز: ایجاد درد مبهم در ناحیه پشت، کوتاهی قد، ایجاد خستگی، افتادگی سینه ها، کاهش تحمل پذیری ستون فقرات، ظاهر ناخوشایند، کاهش عملکرد ریوی، چرخش محدود تنه و سر به جلو.

لوردوز کمری:

افزایش بیش از حد طبیعی گودی کمر را لوردوز کمری می گویند. در شرایط طبیعی زاویه کمری - خاجی ۳۰ درجه است در افرادی که دارای لوردوز هستند میزان این زاویه بیشتر از ۳۰ درجه می باشد (شکل ۳).



زاویه کمری خاجی: اگر صفحه‌ای از دیسک مابین L ۵ و S ۱ عبور کند با صفحه‌ای که موازی بازمین است زاویه‌ای در حدود ۳۰ درجه تشکیل می‌دهد که به این زاویه، زاویه کمری - خاجی می‌گویند. اگر مقدار این زاویه در اثر چرخش جلوی لگن افزایش یابد شخص دچار لوردوز کمری شده و اگر زاویه کمری - خاجی بر اثر چرخش پشتی لگن از ۳۰ درجه کاهش یابد کمر صاف ایجاد شده است. تشخیص: علاوه بر استفاده از عکس رادیوگرافی و استفاده از زاویه کمری - خاجی می‌توان از ملاکهای زیر برای تشخیص لوردوز کمر استفاده کرد:

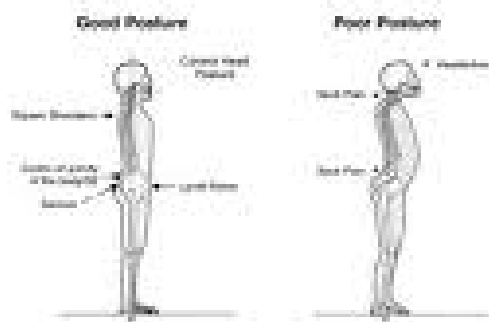
استفاده از خط شاقولی یا خط مبدأ: وقتیکه خط شاقولی یا خط مبدأ صفحه شطرنجی از نقاط شاخص عبور می‌کند ناحیه کمری را با تمایل پشتی طی می‌کند بطوریکه می‌شود گفت در یک فرد طبیعی حدود ۴۰ درصد در پشت خط شاقولی و ۶۰ درصد در جلو خط شاقولی قرار می‌گیرد. بنابراین در کسانی که قسمت پشتی درصد کمتری را به خود اختصاص داده باشد، می‌شود تشخیص لوردوز گذاشت مثلاً ۲۰ درصد در پشت و ۸۰ درصد در جلو، ۱۰ درصد پشت و ۹۰ درصد در جلو

احتمالاً در افرادی که دارای لوردوز کمری هستند باسن برآمدگی پیدا کرده، شکم برآمده است و زانوها ممکن است کاملاً صاف شده باشد

علل لوردوز کمری: نشستن غلط با وضعیت خمیده، در رفتگی دو طرف لگن، احتمالاً استفاده از کفش پاشنه بلند، جابجایی ستون مهره‌ها به سمت جلو (مادرزادی یا هر عامل دیگر)، ضعف عضلات شکمی و عضلات پشتی ران و بازکننده‌های مفصل ران، کوتاهی عضله سوئز خاصره‌ای و راست رانی، کوتاهی عضلات ناحیه کمری (بازکننده‌های کمر) و لوردوز جبرانی ناشی کیفوز پشتی. عوارض لوردوز: ایجاد زمینه درد، کاهش میزان تحمل پذیری، کشیدگی لیگامنت طولی جلوی، فشار به ریشه‌های عصبی، برآمدگی شکم و کوتاهی قد.

کمر صاف:

عبارت است از کاهش غیرطبیعی قوس کمری. در این عارضه میزان طبیعی قوس کمر کاهش یافته و لگن خاصره به عقب چرخش می‌نماید. این ناهنجاری بیشتر به دلیل فقر حرکتی و ضعف عضلات و لیگامنت های نگهدارنده ستون فقرات ایجاد می‌گردد (شکل ۴).



شکل ۴: ناهنجاری کم صاف

تشخیص : با استفاده از خط شاقولی با خط مبدا صاف شطرنجی و قتیکه خط شاقولی از نقاط شاخص عبور می کند در این ناهنجاری درصدی که در پشت خط شاقولی قرار می گیرد بیش از ۴۰ درصد است مثلاً " ۵۰ درصد در پشت و ۵۰ درصد در جلو.

علل کم صاف : کوتاهی عضلات شکمی، کوتاهی عضلات بازکننده ران، ضعف عضلات کمری و ضعف عضلات خم کننده ران (سوئز خاصه ای و درشت نی).

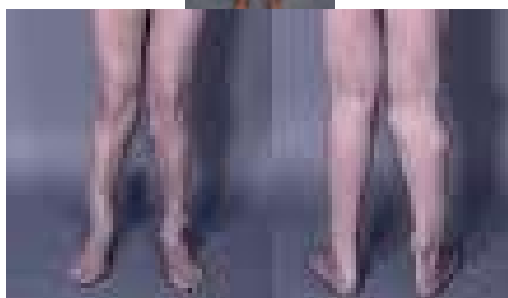
نکته: عوامل ایجاد کننده این ناهنجاری درست معکوس عوامل عضلانی ایجاد کننده گودی کمر است.

عوارض کم صاف :

- شاید مهمترین عارضه این ناهنجاری کاهش تحمل پذیری ستون فقرات کمری می باشد.
- باز شدن فضای پشتی دیسک و حرکت هسته دیسک به سمت پشت که این مسئله ستون فقرات را مستعد فتق دیسک می کند.
- کشش رباط طولی پشتی ستون فقرات.

پای ضربه‌داری :

در یک فرد طبیعی در حالت ایستاده زمانی که بین زانوها فاصله ای وجود نداشته باشد، قوزک های مچ پا نیز هیچ گونه فاصله ای ندارند. اگر با کنار هم بودن زانوها، بین مچ پاها یا قوزک ها فاصله ایجاد شود پای ضربه‌داری گویند. نکته مهم در حالت پای ضربه‌داری این است که انحراف ساق پا نسبت به وضعیت طبیعی به سمت بیرون افزایش می یابد (شکل ۵).



شکل ۵: ناهنجاری پای ضربدری

تشخیص: فرد پشت صفحه شطرنجی یا خط شاقولی می ایستد. در فرد مبتلا، خط شاقولی به طرف داخل یا مایل می شود و از لبه ی داخلی انگشت شست می گذرد.

علل پای ضربدری: عدم هماهنگی در صفحه رشد (در کودکان)، بیماری های که باعث کاهش ماده معدنی استخوان می شوند (مثلا بیماری راشیتیزم)، به دنبال ضربات وارده (به ویژه به صفحه رشد)، آرتروز (استئوآرتریت)، پارگی رباطهای زانو، آرتريت روماتوئید، شکستگی های انتهایی استخوان ران که بد جوش خورده اند و شکستگی قسمت فوقانی استخوان درشت نی (به علت بد جوش خوردن).
عوارض پای ضربدری: خستگی زودرس، کوتاهی تاندون آشیل، نزدیک شدن زانوها به خط میانی بدن، سائیده شدن زانوها به یکدیگر هنگام راه رفتن، بروز عوارض ثانویه مانند کف پای صاف، سائیدگی بیش از حد کناره داخلی پاشنه کفش و آرتروز زودرس.

نکته: پای ضربدری خوش خیم در کودکان در سنین سه تا پنج سالگی شایع است. پای ضربدری در این کودکان غالباً با کف پای صاف همراه است و می توان این حالت را با کفش طبی اصلاح کرد، در اکثر موارد این تغییر شکل تا شش سالگی اصلاح می گردد. البته بهتر است که یک بررسی از جهت اینکه بیماری خاصی وجود ندارد به عمل آید.

پای پرانتزی:

در حالت طبیعی ایستاده یا زانوهای صاف، زمانی که قوزک ها کنار یکدیگر قرار گرفته اند، نباید فاصله ای بین زانوها وجود داشته باشد. اگر به هر دلیلی فاصله بین زانوها افزایش یابد، درحالی که قوزک ها به هم چسبیده اند، پای پرانتزی محسوب می گردد. به علت کمافی شدن پاها در این بیماری اصطلاح پای پرانتزی به کار می رود. در حالت پرانتزی شدن ساق پاها به سمت داخل انحراف می یابد (شکل ۶).



شکل ۶: ناهنجاری زانوی پرانتزی

تشخیص: در نمای جلوی فرد پشت صفحه شطرنجی یا خط شاقولی می ایستد. در فرد مبتلا، خط شاقولی به طرف داخل بدن مایل می شود و از روی سایر انگشتان می گذرد.

علل پای پرانتزی: وراثت، راه افتادن زودرس کودک، راشیتیس، ضعف عضلانی (دو سر رانی)، کوتاهی عضلات نیم غشائی و نیم وتری،

عوارض پای پرانتزی: راه رفتن اردک وار، چرخش ساق، کاهش زاویه کشکک ها و تمایل آنه به داخل، آرتروز زودرس، درد و احساس خستگی و سائیدگی بیش از حد کناره خارجی پاشنه کفش.

کف پای صاف :

تعریف صافی کف پا: صافی کف پا واژه ای است که به هر نوع اختلال که منجر به کاهش یا از بین رفتن قوس طولی پا می شود، اطلاق می شود. به طور کلی، به کاهش ارتفاع قوس طولی داخلی پا، صافی کف پا گفته می شود (شکل ۷).



شکل ۷: ناهنجاری کف پای صاف

تشخیص: این عارضه توسط جعبه آینه (پدوسکوپ) قابل تشخیص و ارزیابی می باشد. این وسیله جعبه ای است که روی آن شیشه ضخیمی قرار داده شده است تا وزن کودک را تحمل نماید و در داخل جعبه آینه ای به صورت مایل قرار گرفته است که در حالت ایستاده و تحمل وزن وضعیت پا روی آن مشخص است. در صورتی که صافی کف پا وجود داشته باشد، از روی نقاط تحمل وزن مشخص می شود.

علل کف پای صاف: وراثت، وضعیت عاداتی غلط، دو زانو نشستن کودک و کوتاهی تاندون آشیل، نشستن W شکل، وزن زیاد، ایستادن طولانی مدت، مادرزادی و پوشیدن کفش های نامناسب.

عوارض کف پای صاف: کاهش و از دست رفتن حالت ارتجاعی و ضربه گیری پا، فشار روی عروق و اعصاب پا، خستگی زودرس، استهلاک کفش، درد کمر، کاهش قوس طولی پا، برجستگی استخوان ناوی، پهن شدن پا و تمایل به ضربه بردن پاها

پیشگیری از ناهنجاریهای ستون مهره ها در دانش آموزان

برای حمایت از حالت صحیح ستون مهره ها (فرم صحیح بدن) همان قدر که قدرت عضلات مهم است، هماهنگی گروه های مختلف عضلانی، رشد و توسعه متعادل عضلات و تاندونهای ستون مهره ها نیز مهم است

به موقع باید تمام ناهنجاریهای مربوط به توسعه حرکتی - روانی کودک اصلاح شود و این بیماریها درمان شود. کودک باید در حرکاتش مانند دویدن، خزیدن و پریدن از انواع مختلف موانع آزاد باشد. به این ترتیب انواع مهارت های حرکتی، هماهنگی عصبی، عضلانی و احساس تعادل در او شکل گرفته و تکامل پیدا می کند. در موقع گردش و تفریح اوقاتمان را در میدان های بازی مخصوص بچه ها بگذرانید. خودتان با بچه ها بازی کنید، یا این که بین بچه ها بازی فعالانه ای ترتیب دهید.

بسیاری از مراکز ورزشی، بچه های سنین ۵ تا ۶ ساله را برای آموزش قبول می کنند، اما نباید برای این کار عجله کرد و بهتر است آموزش جدی از سنین بالاتر شروع شود. لازم است امکانات حرکات نرمشی را برای کودک فراهم کرد. برای سیدن به این هدف دیوار یا نردبان سوندی وسایل سودمندی است. در گوشه خانه می توان یک سالن ورزشی کامل مهیا کرد. فقط نباید فراموش کرد روی زمین را با کف پوش قابل ارتجاعی پوشانیم تا از صدمات بعد جلوگیری به عمل آید. بنابراین اساس پیشگیری اختلالات ستون فقرات، اسکولیوز و نواقص دیگر اندام های حرکتی، سازماندهی صحیح ریتم حرکتی، فعالیت پر تحرک و متنوع بدنی برای فرزندان است. یکی از نکات مهمی که ما اغلب فراموش می کنیم این است که کودک خود را در حالت های ساکن نیز به سختی نگاه می دارد. هرچه کودک کوچک تر باشد، به همان نسبت نشستن یا ایستادن بی تحرک، برایش مشکل تر است. این موضوع بیان کننده ساختار آناتومی ستون فقرات بچه است. چون کودک به مراتب نسبت به بزرگسالان دارای انعطاف بیشتری است و این بدان معنی است که او کمتر می تواند ثابت باشد. برای این که بتوان بدن را مستقیم نگه داشت در

این مورد کودک نیروی بیشتری را نسبت به بزرگسالان صرف می کند و به همین دلیل زود تر خسته می شود.

وضعیت‌های صحیح قرارگیری بدن دانش آموزان

بچه های سنین پیش دبستانی و دبستانی ، سریع بزرگ می شوند . باید والدین دائما آنها را کنترل کنند. باید خیلی زیاد مراقب این مساله باشند که کودک چه طور می ایستد ، چه طور راه می رود ، چه طور می نشیند و ترجیح می دهد در چه وضعیتی بخوابد. بنابراین، حالت قرار گیری غیر صحیح، دلایل اصلی اختلالات ستون فقرات است . لازم است عادت صحیح ایستادن را به گونه ای که بتواند خودش را در حالات مختلف نگه دارد، آموزش داد.

ایستادن: حالت آن باید مستقیم و آرام باشد. سنگینی بدن به طور همسان تقسیم شود. در صورت داشتن این عادت که یک پا را به یک طرف قرار می دهند ، یعنی سنگینی بدن روی یک طرف قرار می گیرد و لگن خاصره به شکل کج قرار می گیرد و ستون فقرات نیز کج می شود ، باید تذکر داده شود. کج شدن سر به طرف جلو یا عقب باعث تغییر در انحنای ستون فقرات می شود که آن هم باعث اختلال در استحکام بدن می شود. در شکل ۸ طریقه صحیح ایستادن از نماهای مختلف بدن نشان داده شده است.



(ج)



(الف)



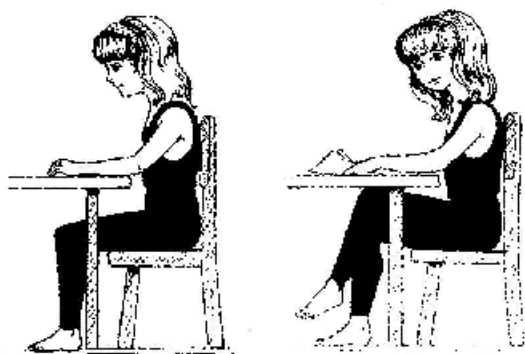
(ب)

شکل ۸: راستای قامت طبیعی کودک: (الف) نمای جانبی (الف)، (ب) نمای جلوی (ب)، (ج) نمای پشتی (ج).

هنگام راه رفتن در موقع راه رفتن به کودک بیاموزید ، کف پاها را به طور موازی گذاشته و بدن را عمود بر زمین قرار دهد . چرخش پا به طرف داخل یا خارج باعث اختلال در راه رفتن می شود و پا را مستعد به ناهنجاری های کف پای صاف می کند.

نشستن: حالت نشستن اهمیت زیادی دارد. اگر مهارت استواری و طرز صحیح قرارگیری بدن را به کودک یاد بدهید، کودک شما در دبستان به شیوه صحیح خواهد نشست و این بدان معنی است که از اکثر مشکلاتی که سلامتی را تهدید می کند ، دور می شود . کودکان قبل از مدرسه وقت زیادی را صرف

نشستن می کنند . نقاشی می کنند ، بازیهای رومیزی انجام می دهند و کتاب می خوانند یا این که تلویزیون نگاه می کنند.مهم این است که کودک مستقیم بنشیند. تنه اش راست باشد ، سر کمی به طرف جلو باشد ، پاها کاملاً روی زمین قرار گیرد و مفاصل قوزکوزانو در حالت ۹۰ درجه قرار بگیرد . پشت کمر باید به تکیه گاه پشت صندلی داده شود و ران ها روی دو سوم نشیمن گاه صندلی قرار گیرد.(شکل ۹-ب) نباید اجازه بدهیم که کودک به تقلید از بزرگترها هنگام نشستن روی صندلی یک پا را روی پای دیگر قرار دهد. (شکل ۹-الف)



(ب)

(الف)

شکل وضعیت نشستن: وضعیت غلط (الف) ، وضعیت صحیح (ب).

پاها را نباید زیر صندلی برد، زیرا از زیر زانوها ، عروق خونی بزرگی عبور می کند که به این وسیله تحت فشار قرار می گیرند. خصوصاً باید مراقب سرشانه ها بود. آنها باید در یک سطح قرار داشته باشند، به کودک نباید اجازه داد که روی یک دست تکیه دهد و سرشانه ها را هنگام نوشتن یا نقاشی کردن به یک طرف بچرخاند. این اشتباه بزرگی است که به یک عادت بد تبدیل و به ناهنجاری مانند اسکولیز منجر می شود. باید برای کودک چگونگی نشستن صحیح هنگام مطالعه و انجام تکالیف را توضیح داد . این مهارت را باید به تدریج یاد داد تا هنگامی که به شکل اتوماتیک در آید.

دست ها هنگام مطالعه می توانند دو حالت داشته باشد:

۱- آرنج ها وساعد موقعیت یکنواخت و موزونی روی میز دارند و کف دست با کمی خمیدگی، کتاب را نگه می دارد.(شکل ۱۰-ب)

۲- آرنج ها روی میز تکیه داده شده ، ساعد بالا آمده و کف دست ها زیر چانه قرار گرفته و تکیه گاه چانه می شوند.(شکل ۱۰-الف)



(ب)



(الف)

شکل وضعیت صحیح مطالعه: روش اول (الف)، روش دوم (ب).

در حالت نوشتن، میز باید طوری باشد که حداکثر امکان برای تکیه عضلات پشت و قرینگی موقعیت تنه، کمر بند شانه ای و دست ها را تامین کند. آرنج ها روی میز قرار دارند و ساعد ها روی همدیگر، جلوی سینه روی میز قرار می گیرند (شکل ۱۱-ب)

هنگام نوشتن، دفتر تحت زاویه ۳۰-۴۰ درجه، پایین قسمت چپ زاویه دفتر، روبروی سینه روی میز قرار دارد. دست چپ دفتر را نگه می دارد و از پایین به بالا حرکت می کند. دست راست تمام مدت روی میز قرار دارد (شکل ۱۱-ب) جابه جایی دفتر وقتی انجام می شود که نصف صفحه دفتر پر شود.



شکل ۱۲: وضعیت صحیح هنگام نوشتن پشت میز



شکل ۱۱: وضعیت صحیح نشستن پشت میز

فصل دوم

آموزش آزمونهای ترکیب بدنی و آمادگی جسمانی :

مقدمه

در طی سالیان اخیر تغییرات در محیط زندگی افراد و به طبع آن زندگی ماشینی منجر به عدم تحرک کافی و در نتیجه شیوع چاقی و اضافه وزن در انسان ها شده است که این عامل به نوبه خود یکی از عوامل اصلی بروز بسیاری از بیماری ها از جمله بیماری های قلبی- عروقی، فشار خون، دیابت، و سرطان روده شده است. امروزه چاقی به عنوان یک بحران جهانی مطرح و بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به این معضل گرفتار شده اند و سالیانه میلیون ها دلار از بودجه و منابع دولتی کشورها و همچنین خانواده ها برای کاهش میزان شیوع چاقی و درمان بیماری های مرتبط با آن می گردد. فعالیت بدنی منظم و تغذیه سالم نقش مهمی در پیشگیری از چاقی و اضافه وزن دارند. علی رغم اثبات این قضیه که انجام فعالیت بدنی منظم دارای مزایای تندرستی بسیاری می باشند، تحقیقات متعدد نشان می دهند که بیش از ۵۰ درصد افراد جوامع مختلف دچار کم تحرکی و یا عدم تحرک می باشند.

متخصصین تندرستی توصیه می نمایند که برای کسب تندرستی، افراد باید حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی منظم برای پنج روز در هفته، یا روزانه ۲۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید برای حداقل سه روز در هفته داشته باشند. لذا انجام فعالیت بدنی منظم به عنوان یکی از راهکارهای بسیار مهم در توسعه سطح تندرستی افراد جامعه در سنین مختلف شناخته شده است.

سیاست های کلی و برنامه های توسعه تندرستی ارگان های مختلف و ذیربط مانند وزارت بهداشت، سازمان تربیت بدنی، وزارت آموزش و پرورش و دیگر سازمان ها باید هماهنگ و مکمل یکدیگر باشند. در راهکارهای پیشنهادی برای پیشگیری از شیوع چاقی و افزایش سطح تندرستی جامعه دانش آموزان مدارس مقاطع مختلف کانون توجه متخصصین تندرستی قرار گرفته اند. بطوری که هرگونه اقدام و برنامه جهت پیشگیری از روند چاقی افراد جامعه بدون توجه خاص به جامعه دانش آموزی قطعاً منجر به شکست خواهد شد. لذا پیشنهاد می گردد برنامه ها و اقدامات اساسی برای توسعه سطح تندرستی افراد و پیشگیری از چاقی در دانش آموزان تدوین گردد. از سوی دیگر در روند اجرای برنامه های مرتبط با توسعه سطح تندرستی دانش آموزان، انجام ارزشیابی لازم و تعیین سطوح تندرستی از طریق اندازه گیری عوامل مهم مرتبط با تندرستی بسیار ضروری خواهد. زیرا با گردآوری اطلاعات لازم و دقیق از عوامل آمادگی جسمانی مرتبط با تندرستی برنامه ریزی و ارائه راهکار های عملی برای کاهش کم تحرکی و شیوع چاقی میسر خواهد بود. استقامت قلبی عروقی و ترکیب بدنی از عوامل بسیار مهم مرتبط با تندرستی

و آمادگی بدنی افراد در سنین مختلف به شمار می روند که بسیار مرتبط با یکدیگر نیز می باشند، بطوری که فقر حرکتی و تغذیه نامناسب منجر به چاقی و چاقی عامل اصلی بسیاری از بیماری های قلبی عروقی است. بنابراین با کاهش میزان چاقی از طریق یک رژیم ورزشی - غذایی، خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی کاهش و همچنین با افزایش استقامت قلبی عروقی احتمال بروز چاقی نیز کاهش می یابد.

اگرچه قدرت و استقامت عضلانی نیز برای انجام امور روزمره با حداقل خستگی و لذت بردن از اوقات فراغت اهمیت خاصی دارند، اما در اغلب برنامه های توسعه فعالیت جسمانی با هدف پیشگیری از شیوع چاقی و توسعه سطح تندرستی افراد به ترکیب بدنی و استقامت قلبی - عروقی افراد بیشتر مورد تاکید قرار گرفته شده است. لذا در برنامه های مرکز بهداشت استان اصفهان در خصوص کاهش میزان کم تحرکی و پیشگیری از شیوع چاقی توجه خاصی به ایجاد تغییرات در ترکیب بدنی و توسعه استقامت قلبی عروقی دانش آموزان شده است که در ذیل به روش های ارزشیابی میزان ترکیب بدنی و استقامت قلبی عروقی دانش آموزان ارائه می گردد.

در حال حاضر آزمون های میدانی متعددی برای سنجش قابلیت های جسمانی افراد و ورزشکاران سنین مختلف ابداع و معرفی شده است که هر یک از این آزمون ها دارای مزایا و معایب خاصی می باشند. لگر و لامبرت (۱۹۸۲) آزمونی برای سنجش استقامت قلبی عروقی افراد معرفی و اعتباریابی نمودند که در سال های بعد توسط متخصصین برای گروه های سنی مختلف مورد استفاده قرار گرفته و اعتباریابی شده است. این آزمون ضمن سادگی اجرا، دقیق، نیازمند به فضای اندک، افراد یا ورزشکاران را می توان به صورت تیمی در یک سالن ورزشی یا زمین روباز مانند پارک ماشین یا سطوح مصنوعی ورزشی مورد آزمون قرارداد. آهنگ حرکت بین دو خط با فاصله ۲۰ متر با علایم ارسالی از یک ضبط صوت با صدای بلند مشخص می گردد. آهنگ دویدن، مشابه تعیین Vo_2max روی دستگاه نوارگردان به تدریج افزایش می یابد تا ورزشکار مجبور به توقف گردد. آخرین مرحله دست یابی، و Vo_2max را می توان با استفاده از معادله ها و جدول موجود دقیق تر از آزمون های دیگر تخمین زد.

برای اجرای برنامه های کنترل وزن و کاهش چاقی برای افراد و یا بررسی جنبه های مختلف مرتبط با تندرستی آگاهی از ترکیب بدنی افراد بسیار ضروری است. برای تعیین ترکیب بدنی افراد در سنین مختلف از روش های مختلفی استفاده می شود، یکی از روش هایی که برای بررسی ترکیب بدنی افراد در جمعیت های زیاد بکار گرفته می شود، اندازه گیری لایه های چربی زیر پوستی و سپس استفاده از معادله های موجود برای تخمین درصد چربی بدن می باشد. در ارزیابی ترکیب بدنی از طریق اندازه گیری لایه های چربی زیر پوستی نیز روش ها و معادلات مختلفی معرفی شده است که هر یک دارای مزایا و معایب خاصی می باشند. در خصوص ارزیابی لایه های چربی زیر پوستی گروه های بزرگ و بویژه کودکان و

نوجوانان لوهمن و همکاران روش بسیار ساده و معتبری را معرفی نموده اند که بطور گسترده در تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته و در ذیل پروتکل آن آورده شده است.

روش های اندازه گیری مشخصه های بدنی

۱- اندازه گیری قد :

- آزمودنی به طوری عمودی، پاها جفت کنار دیوار و روی یک سطح صاف با زاویه قائمه نسبت به متر نواری نصب شده روی دیوار می ایستد.
- پاشنه ها، باسن، پشت و جمجمه (در صورت امکان) باید به دیوار بچسبند.
- سر آزمودنی باید مستقیم و به جلو نگاه کند و دست ها راحت در کنار بدن باشند.
- به آزمودنی آموزش داده می شود که عمل دم را انجام و بدن خود را به سمت بالا کشش دهد.
- آزمونگر خط کش چوبی را روی متر نواری تا راس سر آزمودنی به سمت پایین می لغزاند و اندازه را تا نزدیکترین ۰/۱ سانتی متر ثبت می کند.

۲- اندازه گیری وزن

- در صورت امکان از یک ترازوی شاهین دار تنظیم شده استفاده شود.
- آزمودنی باید بدون کفش و با حداقل لباس وزن شود.
- برای کسب نتیجه بهتر، اندازه گیری های مکرر باید در زمان یکسان از روز، وضعیت تغذیه و کم آبی مشابه بعد از تخلیه بدن (ترجیحاً در اول صبح یا ۱۲ ساعت پس از هضم غذا) انجام شود.
- اندازه گیری به نزدیکترین ۰/۱ کیلوگرم ثبت می شود.



روش اندازه گیری لایه های چربی زیر پوستی

نکات مهم در اندازه گیری لایه های چربی زیر پوستی:

- ۱- اندازه گیری لایه های چربی زیر پوستی در سمت راست بدن انجام شود.
- ۲- ابتدا محل دقیق اندازه گیری را مشخص و با انگشتان شست و چهارم شکل (۱) کالیپر پلاستیکی دست چپ، محل مورد نظر را بگیرد (فقط پوست و لایه های زیر پوستی، عضله گرفته نشود).
- ۳- کالیپر را با دست راست گرفته و دهانه اهرم های آن را یک سانتی متر پایین تر از چین پوستی قرار داده شود.

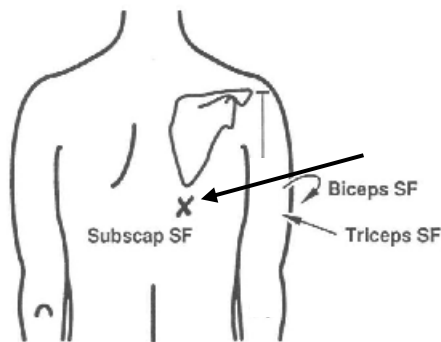
۴- انگشت شست خود را روی اهرم آزادکننده کالیبر قرار دهید، روی این اهرم واژه "PRESS" درج شده است، کالیپر را تاجایی که پیکان کوچک روی اهرم آزادکننده با علامت پیکان روی دست اصلی "ALIGN ARROWS" در یک راستا قرار بگیرند، فشار دهید (شکل ۱).

۵- پس از دو ثانیه نزدیک ترین عدد به خط شاخص را برحسب میلی متر بخوانید.

۶- مراحل یاد شده را برای هر نقطه مورد اندازه گیری در دو نوبت تکرار شود و چنانچه تفاوت زیادی بین اندازه گیری ها وجود داشت، اندازه گیری سوم انجام گردد.

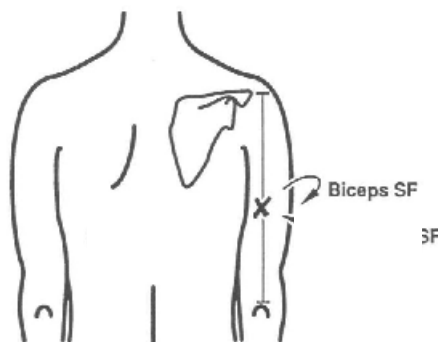
۷- توصیه می گردد برای آشنایی با روش اندازه گیری و افزایش دقت، آزمون گر چندین مرتبه تمرین نماید.

الف - **تحت کتفی:** به طور مورب چین پوستی یک سانتی متر زیر زاویه تحتانی کتف، تقریباً در زاویه ۴۵ درجه با سطح افقی، به دنبال خطوط طبیعی شکافتگی پوست، بلند می شود (شکل ۲).



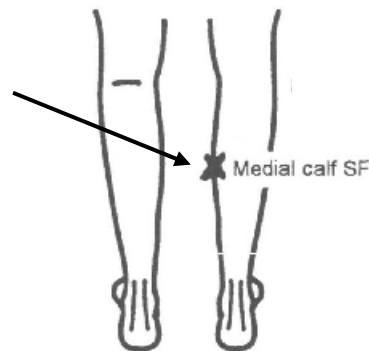
(شکل ۲) موقعیت لایه زیر پوستی ناحیه تحت کتفی

ب- **سه سر بازویی:** به طور عمودی پوست از بخش خلفی قسمت وسط عضله سه سر بازویی، دقیقاً در وسط فاصله بین زائده آخرومی و زائده آرنجی، هنگامی که کف دست به سمت بالا قرار دارد، بلند می شود (شکل ۳).



(شکل ۳) موقعیت لایه زیر پوستی ناحیه سه سر بازویی

ج- بخش میانی و داخلی ساق: چین پوستی به طور عمودی از قسمت میانی ساق، در سطح ناحیه حداکثر محیط ساق پا (شکل ۴)، اندازه گیری می شود. آزمودنی می تواند بنشیند یا پای خود را روی جعبه قرار دهد.

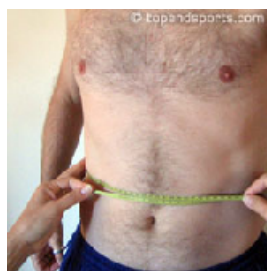


(شکل ۴) موقعیت لایه های زیر پوستی قسمت میانی و داخلی ساق پا.

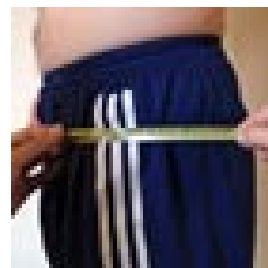
روش های اندازه گیری محیط کمر و ران:

محیط کمر:

- آزمودنی بطور مستقیم ایستاده، ناحیه شکم شل و ریلاکس، دست ها کنار بدن و پاها جفت خواهد بود.
- آزمون گر رو به آزمودنی ایستاده و با یک متر نواری فلزی یا پارچه ای کمترین محیط ناحیه کمری به سانتی متر اندازه گیری می شود (کمترین محیط کمری در ناحیه بین دنده پایینی و ستیغ خاصه).
- چنانچه باریک ترین ناحیه کمری قابل تشخیص نباشد، در کوچکترین محیط افقی این ناحیه اندازه گیری انجام شود.
- اندازه گیری در پایان یک بازدم طبیعی با دقت یک دهم سانتی متر اندازه گیری می شود (شکل ۵).



(شکل ۵) نحوه اندازه گیری محیط کمر



(شکل ۶) نحوه اندازه گیری محیط ران

محیط ران:

- آزمودنی بطور مستقیم ایستاده، ناحیه نشیمنگاه شل و ریلاکس، و با حداقل لباس و ترجیحاً با لباس زیر خواهد بود (شکل ۶).

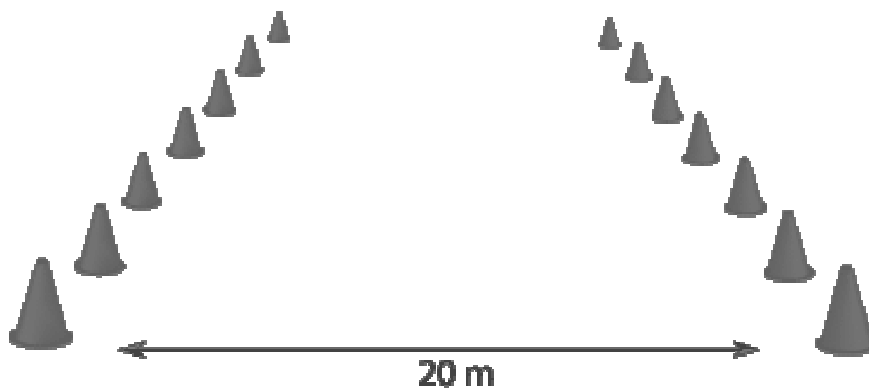
- آزمون گر در یک سمت آزمودنی ایستاده و با یک متر نواری فلزی یا پارچه ای در سطح افق، بزرگترین محیط ناحیه نشیمنگاه به سانتی متر اندازه گیری می شود.

- متر نواری نباید به پوست فشار وارد نماید و با دقت یک دهم سانتی متر اندازه گیری انجام می شود.

تجهیزات مورد نیاز: ترازوی دقیق، کالیبر، متر نواری فلزی یا پارچه ای، خط کش چوبی و برگه ثبت داده ها

پروتکل آزمون استقامتی دویدن ۲۰ متر رفت و برگشت (20m Shuttle Run)

در یک فضای مناسب منطقه ای به طول ۲۰ متر و عرض ۱۰ متر (حدوداً به ابعاد زمین والیبال) بوسیله نوار یا قیف های تمرینی مشخص می گردد. ابتدا ضمن بیان نکات مهم در مورد اجرای آزمون و گوش کردن به صدای بوق آزمون به مدت چند دقیقه، آزمودنی ها در گروه های ۵ نفری تقسیم و پس از گرم کردن بدن از طریق اجرای حرکات کششی به ترتیب زیر اقدام به اجرای آزمون می نمایند. آزمودنی ها در انتهای یکی از خطوط ۲۰ متری علامت گذاری شده مستقر می شوند. با اعلان و شنیدن اولین بوق با سرعت آهسته به سمت انتهای مسیر ۲۰ متر حرکت می نمایند، به طوری که با شنیدن صدای بوق دوم به انتهای ۲۰ متر رسیده باشند. چنانچه فردی قبل از شنیدن صدای بوق دوم به انتهای خط و مسیر ۲۰ متر برسد، وی باید منتظر بماند تا صدای بوق بعدی شنیده شود و سپس مجدداً به سمت دیگر و خط ۲۰ متری برگردد. افراد سرعت گام های خود را تنظیم نموده و همزمان با افزایش تعداد دورهای رفت و برگشت و کاهش زمان بین دو بوق، سرعت دویدن خود را افزایش می دهند تا این که قادر به ادامه آزمون نباشند. چنانچه آزمودنی قبل از شنیدن بوق قادر نباشد خود را به خط ۲۰ متر برساند، پس از ۲ یا ۳ دور متوالی تذکر از او درخواست می شود تا به آزمون ادامه ندهد. تعداد دورهای رفت و برگشت آزمودنی ها بلافاصله در برگه ثبت مشخصات درج می شود. به همین ترتیب تمام آزمودنی ها در گروه های پنج نفری در اجرای آزمون شرکت می نمایند. سپس با استفاده از معادله های ویژه و محاسبه سرعت آزمودنی ها در آخرین دور، توان هوازی بیشینه آن ها تعیین می گردد.



شکل (۷) مسافت و فضای اجرای آزمون ۲۰ متر رفت و برگشت

- **تجهیزات مورد نیاز:** یک سطح صاف و بدون لغزندگی، متر برای اندازه گیری مسافت ۲۰ متر، نوار کاست یا CD آزمون، ضبط صوت مناسب و برگه ثبت نتایج.

فصل سوم

فعالیت بدنی، سلامتی، پیشگیری از بیماریها :

فعالیت بدنی، سلامتی و بیماری

ارتباط بین ورزش یا فعالیت بدنی منظم و سلامتی هیچ گاه به اندازه‌ی امروز روشن نبوده است. در دو دهه‌ی اخیر، یعنی از سال ۱۹۸۰ تاکنون، شواهدی نشان می‌دهند که فعالیت ورزشی نه تنها مانع از بیماریها می‌شود، بلکه بر فرایندهای بسیاری از بیماریها اثر معکوس دارد. در حال حاضر، تقریباً همه‌ی سازمانهای پزشکی بیانیه‌هایی درباره‌ی اهمیت فعالیت ورزشی برای پیشگیری و درمان بیماریهای منتشر کرده‌اند. فعالیت بدنی ناشی از کار، اثری محافظتی در برابر بیماری ایسکمی قلب (بیماریهای غیرواگیر قلب) دارد. افراد شاغلی که کار آنها به فعالیت بدنی نیاز دارد، در دوره‌ی میانسالی کمتر به بیماری ایسکمی قلب مبتلا می‌شوند. شدت بیماری این افراد در صورت ابتلا، کمتر است و زمان ابتلای آن دیرتر از افرادی است که در شغلشان فعالیت بدنی کمتری دارند.

فایده‌های ضد CHD فعالیت بدنی در مردانی که بیش از ۸۵۰۰ کیلوکالری در هفته مصرف می‌کردند، در بالاترین حد بود. آنگاه همین پژوهشگران، فعالیت بدنی اوقات فراغت و فعالیت بدنی مربوط به شغل و خطر CHD را در ۱۶۹۳۶ فارغ‌التحصیل دانشگاه هاروارد در سالهای ۱۹۶۲ تا ۱۹۷۲ مقایسه کردند. در تحقیق دیگری، آثار سودمند فعالیت بدنی با افزایش هزینه‌ی انرژی، به ویژه در افرادی که بیش از ۲۰۰۰ کیلوکالری در هفته مصرف کرده بودند، مشاهده شد. فعالیت ورزشی و فعالیت بدنی، با کاهش وقوع و شیوع CHD همراه است.

فعالیت ورزشی و سلامتی

ارائه‌ی تعریف روشنی از سلامتی سرآغاز خوبی برای شروع کار است. سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامتی را چنین تعریف می‌کند: وضعیتی از بهداشت (تندرستی) کامل بدن، ذهن (روان) و اجتماع است و نه صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی. تعریف WHO از سلامتی تنها وضعیت بدنی را در بر نمی‌گیرد، بلکه سلامت روانی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود. امروزه، برخی افراد واژه‌ی کامیابی را شاخص بهتری از سلامتی و تندرستی کامل می‌دانند. واژه‌ی کامیابی را چنین تعرف می‌کنند: راهبردی برای سلامت شخصی که بر مسئولیت فردی برای دستیابی به تندرستی از طریق رفتارهایی تأکید دارد که باعث ارتقای سلامتی می‌شوند.

مدل کامیابی شامل ابعاد هیجانی، اجتماعی، هوشی، روحی و جسمی می‌شود. هر بخش از مدل کامیابی برای حفظ تندرستی مهم است. شرکت در فعالیت‌های مربوط به کامیابی زندگی و ظرفیت کلی افراد را افزایش می‌دهد.

آشکار است که گسترش و حفظ سلامتی، شامل فرایندهایی می‌شود افزون بر بود و نبود بیماری. با وجود این، پژوهشها عمدتاً بر نحوه‌ی تأثیر فعالیت ورزشی بر فرایندهای بیماری متمرکز شده‌اند. زیرا این فرایندها می‌توانند با استفاده از ابزارهای معتبر اندازه‌گیری، کمی شوند. برعکس، معتبر ساختن کمی کیفیت زندگی فردی که به یک بیماری شناخته شده مبتلا نیست، کار دشواری است. متأسفانه، بسیاری از مردم از فایده‌های کمی فعالیت‌های ورزشی و ارتباط آن با گسترش رفتار و سلوک فردی، لذت‌جویی، روابط اجتماعی، تعامل‌های خانوادگی و مواردی از این قبیل مطلع نیستند.

فعالیت ورزشی، ضمناً برای کنترل بیماری‌هایی مثل چاقی، سکتته‌ی مغزی، سرطانهای خاص (اما نه همه‌ی آنها)، دیابت غیر وابسته به انسولین، پوکی استخوان و بیماری انسداد ریوی مفید است.

جدول خلاصه‌ای از فرایندهای بیماری که فعالیت ورزشی و فعالیت بدنی منظم با آنها مقابله می‌کند

بیماری مزمن	تأثیر فعالیت ورزشی یا فعالیت بدنی
بیماری کرونری قلب (CHD)	پیشگیری، بازتوانی، تشخیص
پرفشار خونی	پیشگیری، بازتوانی
چاقی	پیشگیری، بازتوانی
سکتته‌ی مغزی	پیشگیری، بازتوانی
بیماری عروق محیطی	پیشگیری، بازتوانی، تشخیص
سرطانها	
قولون	پیشگیری، بازتوانی
سینه	پیشگیری، بازتوانی
پروستات	پیشگیری، بازتوانی
ریه	پیشگیری، بازتوانی
دیابت غیر وابسته به انسولین	پیشگیری، بازتوانی
پوکی استخوان	پیشگیری، بازتوانی
درد کمر	پیشگیری، بازتوانی
بیماری انسداد مزمن ریوی	پیشگیری، بازتوانی، تشخیص
آسم	پیشگیری، بازتوانی، تشخیص

افرادی که از نظر بدنی زندگی غیر فعالی را انتخاب کرده یا بالاجبار درگیر آن شده‌اند، خطر بیماری‌های مزمن گوناگون در آنها تا حد زیادی افزایش و طول عمر آنها کاهش یافته است.

دیدگاهی جدید درباره فعالیت

افرادی که معمولاً غیر فعالند حتی با انجام فعالیت بدنی منظم در حد متوسط نیز می‌توانند تندرستی و سلامتی خود را گسترش دهند.

برای دستیابی به فایده‌های سلامتی، ضرورتی ندارد که فعالیت بدنی شدید باشد. با افزایش مقدار (مدت، دفعات و یا شدت) فعالیت بدنی، می‌توان فایده‌های تندرستی بیشتری را به دست آورد.

برخی حقایق درباره نداشتن فعالیت بدنی

شیوه‌ی زندگی غیر فعال، خطر بیماری قلبی را ۲ برابر می‌کند.

با توجه به خطر بیماری قلبی، نداشتن فعالیت بدنی مساوی است با مصرف یک بسته سیگار در روز به دلیل نداشتن فعالیت بدنی، افراد بیشتری در معرض خطر گسترش بیماری‌های قلبی قرار می‌گیرند تا همه‌ی افرادی که بر اثر سیگار کشیدن، فشار خون بالا و کلسترول زیاد (بر روی هم) در معرض این بیماری‌اند.

نداشتن فعالیت بدنی با شیوع بسیاری از بیماری‌های مزمن مثل دیابت، آرتریت، پوکی استخوان و چاقی همراه است.

فایده‌های فعالیت بدنی منظم

کاهش خطر مرگ زودرس

کاهش خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی

کاهش خطر پیشرفت دیابت

کاهش خطر پیشرفت فشار خون بالا

کمک به کاهش فشار خون در افرادی با فشار خون بالا

کاهش خطر پیشرفت سرطان قولون و دیگر انواع سرطان

کاهش اضطراب و افسردگی

کمک به کنترل وزن

کمک به ساخت و حفظ استخوانها، عضلات و مفاصل سالم

کمک به قوی‌تر شدن افراد مسن و توانایی بهتر در انجام حرکت بدون نگرانی از زمین خوردن

تعریف آمادگی بدنی (جسمانی)

ساده‌ترین تعریف آمادگی بدنی وابسته به تندرستی (بهداشت) چنین است. توانایی عملکرد مؤثر دستگاه‌های بدن (قلب، ریه‌ها، عروق خونی و عضلات) برای مقاومت در برابر بیماری و برای شرکت در فعالیت‌های گوناگون بدون احساس خستگی زیاد. فردی که بدنی آماده دارد، بنیه‌ی لازم را برای انجام فعالیت‌های بیشتر، و نه همه‌ی آنها، دارد؛ فعالیت‌هایی که در طول روز، هفته، ماه و سال در آنها شرکت می‌کند. این فعالیت‌ها عبارت‌اند از: کارهای روزانه، فعالیت‌های خانوادگی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت (از جمله فعالیت ورزشی)، و سایر فعالیت‌های تفریحی. پنج عنصر آمادگی بدنی وابسته به تندرستی عبارتند از:

۱- قدرت عضلانی

۲- استقامت عضلانی

۳- استقامت قلبی-تنفسی

۴- انعطاف پذیری

۵- ترکیب بدن. یک برنامه‌ی آمادگی جامع باید شامل فعالیت‌هایی باشد که هر یک از این ۵ عنصر را ایجاد و حفظ کند.

چه مقدار فعالیت ورزشی کافی است؟

کالج امریکایی پزشکی ورزشی به تازگی با همکاری مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، و شورای ریاست جمهوری برای آمادگی جسمانی و ورزش، توصیه‌های جدیدی را درباره‌ی ضرورت افزایش فعالیت بدنی از طرف امریکاییان منتشر کرده‌اند. این توصیه‌ها عبارت‌اند از: «هر امریکایی بزرگسال باید در بیشتر روزهای هفته، به مدت ۳۰ دقیقه یا بیشتر، به فعالیت بدنی با شدت متوسط بپردازد. بیشتر امریکاییها استاندارد یاد شده را به طور کامل انجام نمی‌دهند، بنابراین، تقریباً همه افراد باید تلاش کنند تا میزان شرکت خود را در فعالیت‌های بدنی متوسط یا شدید افزایش دهند». احتمالاً، اظهار نظر کالج امریکایی پزشکی ورزشی یا مراکز کنترل و پیشگیری بیماریها درباره‌ی فعالیت ورزشی، مهم‌ترین رویداد منحصر به فردی است که در دهه‌ی اخیر در حوزه‌ی پزشکی ورزشی و فیزیولوژی ورزشی رخ داده است. بیانیه‌ی هوشمندانه متذکر شده است که حتی مقدار ناچیز فعالیت بدنی روزانه، باعث تندرستی می‌شود. نمونه‌ی فعالیت‌هایی را که می‌توان به مدت ۳۰ دقیقه انجام داد، به علاوه، انواع فعالیت‌های ورزشی گوناگون مثل دویدن، شنا کردن، دوچرخه‌سواری، تمرین کردن در باشگاه‌های تندرستی و بازی تنیس نیز توصیه شده است. افراد باید به شرکت در فعالیت‌هایی تشویق شوند که عناصر کلیدی آمادگی وابسته به تندرستی را ایجاد و حفظ می‌کنند.

فعالیت ورزشی، رژیم غذایی و کنترل وزن

امروزه، چاقی شایع‌ترین معضل بهداشتی (تندرستی) مژمن در ایالات متحده به شمار می‌رود. بیش از ۳۳ درصد افراد جامعه اضافه وزن دارند (بیش از وزن مطلوبشان وزن دارند). به نظر می‌رسد که بیشتر امریکاییان از وزن بدنی خود ناراضی‌اند. اگر از بیشتر آنها پرسیده شود که آیا از وزن بدن خود راضی هستند یا نه، به احتمال زیاد پاسخ بیشتر آنها منفی است! در هر زمانمعیّن، ۲۰ درصد از افراد جامعه‌ی ایالات متحده در برخی از انواع برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند. امریکاییان سالیانه بیش از ۳۰ میلیارد دلار صرف روشهای گوناگون کاهش وزن می‌کنند که بیشتر آنها با شکست مواجه می‌شوند. وزن بدن اضافی با مشکلات وابسته به تندرستی بی‌شماری از جمله افزایش خطر بیماری عروق کرونری، دیابت و افزایش چربی خون همراه است. با وجود این، نارضایتی بیشتر افراد از اضافه وزنشان به دلیل وضعیت ظاهری‌شان است.

همچنین، یکی از دلایل رضایت نداشتن از چاقی را می‌توان غیر بهداشتی بودن آن دانست. بیشتر افرادی که رژیم غذایی می‌گیرند (۹۵ درصد)، نمی‌توانند وزن بدن خود را حفظ کنند. کاهش و افزایش مکرر وزن که به آن «اثر یویو» می‌گویند، ممکن است به تغییرات زیانبار بلندمدتی در متابولیسم منجر شود. به علاوه، ناراضی بودن از وزن و کاهش آن ممکن است به استفاده از راهبردهای گرسنگی عمدی (بی‌اشتهایی عصبی) یا زیاد خوردن پس از لاغری (پرخوری) منجر شود که هر دو از مشکلات پزشکی خطرناک به شمار می‌روند. حفظ وزن بدن در حد بهداشتی و تغذیه سالم اهمیت زیادی دارند، ولی کار ساده‌ای نیستند که هر فرد بتواند آن را انجام دهد.

وزن اضافی

وزن اضافی موضوعی جدی در حوزه‌ی پزشکی، بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود. از زمان انقلاب جوامع صنعتی، شیوع چاقی به میزان قابل توجهی افزایش یافته است. امروزه، ضرورتی ندارد که فرد غذای مورد نیاز خود را ذخیره کند، بلکه می‌تواند آن را به راحتی از سوپرمارکت تهیه کند. سهولت تهیه‌ی غذا و کار کردن بیشتر مردم در شغلهایی که از نظر بدنی فعالیتی بر فرد تحمیل نمی‌کند، باعث شده‌اند که چاقی در ایالات متحده و سایر ملل فراگیر شود. امروزه، افزایش میزان فعالیت بدنی و انتخاب غذاهای خوب و سالم، تلاش آگاهانه‌ی افراد را می‌طلبد. حتی بیشتر افراد تحصیل کرده نیز اعتقادی ندارند که باید بخشی از اوقاتشان را صرف تغذیه‌ی سالم و فعالیت ورزشی کافی کنند.

دو واژه‌ای که غالباً برای طبقه‌بندی وزن اضافی بدن استفاده می‌شوند، عبارت‌اند از: اضافه وزن و چاقی: طبق نظر مرکز ملی آمار بهداشتی، اگر شاخص توده‌ی بدن (BMI) مردی معادل ۲۷/۸ یا بیشتر و زنی معادل ۲۷/۳ یا بیشتر باشد، وی اضافه وزن دارد. BMI طبیعی مردان معادل ۲۰/۰ و زنان معادل ۲۵/۰

است. این دسته‌بندی اضافه وزن مبتنی بر اندازه گیری‌های شاخص توده‌ی بدنی (BMI) است که معادل ۲۰ درصد یا بیش از ۲۰ درصد مقادیر جدولهای شرکت بیمه‌ی عمر متروپولیتن سال ۱۹۸۳ است. خطوط راهنمای جدیدتر، BMI معادل ۲۰ تا ۲۵ را برای بیشتر افراد میانسال توصیه می‌کند. اگر BMIها در این دامنه باشند، خطر بیماریها و مرگ زودرس در حد ناچیز است.

به معنای واقعی کلمه، چاقی به معنای چربی اضافی است. واژه‌ی چاقی بیشتر به چربی بیش از حد بدن اشاره دارد تا وزن، اضافی بدن. برای سلامتی مناسب، دامنه درصد مطلوب چربی بدن بین ۱۰ تا ۱۵ درصد در مردان جوان و در زنان جوان ۲۰ تا ۲۵ درصد است. درصد چربی بیشتر از ۲۰ درصد در مردان و ۲۰ درصد در زنان شاخصی از چاقی در نظر گرفته می‌شود.

عوارض بهداشتی چاقی

برآورد شده است که از هر ۳ نفر در ایالات متحده، ۱ نفر چاق است. برخی معتقدند که این عارضه یکی از چند مشکل بهداشتی در این کشور به شمار می‌رود. چاقی با خطر بیشتر دیابت قندی (ملیتوس)؛ افزایش بیش از حد تری‌گلیسیرید در خون (هایپرتری‌گلیسیریدیمی)؛ کاهش میزان کلسترول لیپوپروتئین پرچگالی و افزایش مقادیر کلسترول لیپوپروتئین کم‌چگالی؛ بیماری کیسه‌ی صفرا؛ هیپوکسی مزمن؛ برخی انواع سرطان؛ وقفه‌ی موقتی تنفسی در خواب و بیماری فرسایشی مفاصلها همراه است.

چاقی در بیماریهایی مثل پرفشارخونی، افزایش کلسترول خون و دیابت سهم اصلی دارد و یک عامل خطر مستقل برای بیماری‌های قلبی عروقی به شمار می‌رود. پژوهشهای جمعیتی بسیاری نشان داده‌اند که چاقی با مشکلات سلامتی و پزشکی بی‌شماری همراه است. دومین سرشماری تغذیه و سلامت ملی (National Health & Nutrition Examination Survey) نشان داده است که شیوع پرفشارخونی در میان بزرگسالان با وزن اضافی، ۲/۹ برابر بیش از افراد بزرگسالی بوده است که اضافه وزن نداشتند. اطلاعات پژوهش فرامینگهام نشان داد که در مردان به ازای هر ۱۰ درصد افزایش نسبی وزن، فشار خون تا ۶/۵ میلی‌متر جیوه افزایش می‌یابد و افزایشی معادل ۱۵ درصد دارد که به افزایشی ۱۸ درصدی در فشار خون سیستولیک منجر می‌شود. برآورد شده است که تقریباً یک سوم همه‌ی پرفشارخونیها، نتیجه‌ی چاقی است.

توزیع چربی

بدیهی است که چاقی با افزایش عاملهای خطر سلامتی و پزشکی همراه است. با وجود این، جایی که چربی اضافی ذخیره می‌شود، با مرگ و میر کلی و افزایش کلی و افزایش خطر بیماریهای قلبی عروقی ارتباط دارد. به طور کلی، در زنان چربی در نیمه‌ی تحتانی بدن و در اطراف لگن و ناحیه‌ی ران ذخیره

می‌شود (چاقی زنانه)، در صورتی که در مردان چربی در بخش فوقانی بدن در اطراف ناحیه‌ی شکمی ذخیره می‌شود (چاقی مردانه). چاقی مردانه، در مقایسه با چاقی زنانه، بیشتر با خطر دیابت، پرفشارخونی و بیماری قلبی پیشرفته همراه است.

برای حفظ وزن بدن مطلوب، انرژی دریافتی (غذای مصرفی روزانه) باید با نیازمندیهای بازده انرژی (عاداتهای فعالیت بدنی روزانه) مساوی باشد. زمانی که این دو برابر شوند، اصطلاحاً گفته می‌شود که فرد تعادل انرژی دارد. لازم است که برای افزایش یا کاهش وزن، هر طرف معادله اصلاح شود. برای کاستن وزن بدن به اندازه‌ی افزایش یا کاهش وزن، هر طرف معادله اصلاح شود. برای کاستن وزن بدن به اندازه‌ی ۱ پوند (تقریباً ۴۵۰ گرم) در هفته به تعادل منفی انرژی به میزان ۳۵۰۰ کالری نیاز است.

چند ترکیب احتمالی برای دستیابی به این هدف میسر است که عبارت‌اند از:

کاستن از کالری دریافتی تا ۵۰۰ کالری در روز.

کاستن از کالری دریافتی تا ۲۵۰ کالری و افزایش هزینه‌ی انرژی تا ۲۵۰ کالری در روز.

افزایش هزینه‌ی کالری تا ۵۰۰ کالری در روز

کاهش وزن توصیه شده بی‌خطر (ایمن) در هفته ۲/۲ پوند [حدود یک کیلوگرم] است.

نقش فعالیت ورزشی در کاهش وزن و کنترل وزن

به نظر می‌رسد که فعالیت ورزشی نقش مهمی در کاهش و حفظ وزن بدن ایفا می‌کند. ساز و کارهای متابولیکی که از طریق آنها فعالیت ورزشی باعث کاهش و یا حفظ وزن بدن می‌شوند عبارتند از: افزایش هزینه‌ی انرژی، افزایش فراخوانی چربی با افزایش فعالیت بافت چربی، افزایش ناچیز در میزان سوخت و ساز استراحتی پس از فعالیت ورزشی، افزایش احتمالی پاسخ گرمایی به غذا اگر زمان فعالیت ورزشی و غذا خوردن به هم نزدیک باشند، به حداقل رساندن کاهش وزن خالص بدن، گسترش عملکرد روانی، به تعویق انداختن کاهش میزان متابولیک پایه با توجه به محدودیت‌های تغذیه‌ای و احتمالاً کنترل بهتر اشتها. فعالیت ورزشی به تنهایی یا به صورت ترکیب با رژیم غذایی معقول، بهترین پیامدهای بلندمدت کاهش وزن را به دنبال خواهد داشت. فعالیت ورزشی می‌تواند در هر جلسه بیش از ۳۰۰ تا ۴۰۰ کیلوکالری را هزینه کند. تغییر ندادن غذای دریافتی همراه با یک برنامه‌ی فعالیت ورزشی که ۳ بار در هفته انجام می‌شود (با شدت و مدتی که ۳۰۰ تا ۴۰۰ کیلوکالری در هر جلسه هزینه می‌کند) می‌تواند باعث کاهش وزن بدن به اندازه‌ی ۱۶ پوند [۷۲۰۰ گرم] در سال شود. فایده‌های فعالیت ورزشی برای کاهش وزن و کنترل وزن بسیار ناچیز است، ولی اگر تمرینهای ورزشی با کاهش کالری دریافتی در حد متوسط همراه شود، تعادل منفی انرژی بسیار بیشتر می‌شود. فعالیت ورزشی به این دلیل مهم است که به حفظ میزان

متابولیک استراحتی و توده‌ی بدون چربی کمک می‌کند. فعالیت ورزشی منظم می‌تواند به کنترل اشتها یا از نظر روانی هنگام کاستن وزن بدن کمک کند.

فعالیت ورزشی، سلامتی و بیماری

بیماریهای قلبی عروقی

بیماریهای قلبی عروقی همچنان علت اصلی مرگ و میر دنیای غرب به شمار می‌روند (انجمن قلب امریکا، ۱۹۸۸). با توجه به برآوردهای سال ۱۹۹۴، ۵۷ میلیون و ۴۹۰ هزار امریکایی به یکی یا بیش از یکی از انواع بیماریهای قلبی عروقی مبتلا بودند. در سال ۱۹۹۴، تنها بیماریهای قلبی عروقی ۹۵۴ هزار و ۷۲۰ نفر را به کام مرگ فرستاد که ۴۱/۸ از کل مرگ و میرها را به خود اختصاص داد. امروزه، بیش از ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار امریکایی یک حمله‌ی قلبی جدید یا عودکننده را تجربه می‌کنند و تقریباً یک سوم آنها می‌میرند (آمار دقیقی در ایران موجود نیست، ولی تقریباً درصدها مشابه‌اند).

از دورنمای دیگر، از هر ۵ امریکایی، ۲ نفر بر اثر بیماریهای قلبی عروقی می‌میرند. اما خبر خوب آن است که میزان مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی رو به کاهش نهاده است. از سال ۱۹۸۴ تا سال ۱۹۹۴، میزان مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی ۲۲/۴ درصد کاهش یافته است. کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی را می‌توان با تغییر شیوه‌ی زندگی امریکاییان و گسترش درمانهای پزشکی در ارتباط دانست. بیماریهای قلبی عروقی هنوز هم عامل اصلی مرگ و میر محسوب می‌شوند و خوشبختانه، تا حدی زیادی قابل پیشگیری‌اند.

فعالیت ورزشی نقش مهمی در پیشگیری از بیماریهای قلبی و نیز توانبخشی افراد مبتلا به بیماریهای قلبی ایفا می‌کند. فعالیت ورزشی بر همه‌ی عاملهای اصلی خطر بیماری عروق کرونری قلبی، مانند پر فشار خونی، سیگار کشیدن و کلسترول بالا، تأثیر مثبتی دارد. به علاوه، امروزه، نداشتن فعالیت بدنی نیز عامل اصلی فرایند آترواسکلروز (سختی شریانها) شناخته شده است.

انواع گوناگون بیماریهای قلبی عروقی عبارتند از: بیماری شریان کرونری (CAD)، بیماری عروقی محیطی (PVD) و نارسایی احتقانی قلب (CHF). بیماری شریان کرونری ممکن است عملکرد قلب را مختل کند و سرانجام به حمله‌ی قلبی (انفارکتوس قلبی) منجر شود. بیماری عروق محیطی ممکن است باعث درد در عضلات محیطی (لنگش) حتی هنگام فعالیت بدنی سبک شود. نارسایی احتقانی قلب با فرسایش پیشرونده‌ی عملکرد عضله‌ی قلبی (میوکارد) شناخته می‌شود که به تضعیف تحمل فعالیت ورزشی و بدتر شدن عملکرد ریوی به دلیل انباشت زیانبار مایعات در ریه‌ها (خیز ریوی) منجر می‌شود.

تلاش شده است که میزان تأثیر عاملهای خطر در گسترش CHD شناسایی شود. چنین کاری دشوار است و دلیل منطقی آن نیز روشن است، زیرا عاملهای چندگانه با ترکیب یکدیگر باعث پیدایش CHD

می‌شوند. برای مثال، پژوهش‌های حیوانی نشان می‌دهند که افزایش بیش از حد کلسترول خون در تشدید آترواسکلروز و پیشرفت CHD نقش محوری دارد. نتیجه‌ی کاربردی اولیه‌ی این یافته‌ها عبارت است از: افزایش فوری نگرانیها درباره‌ی کنترل کلسترول دریافتی از راه رژیم غذایی، تجویز داروهای کاهنده‌ی کلسترول خون و اندازه‌گیری روتین کلسترول خون. با وجود این، صرفاً شناسایی عامل خطر که در آزمایشگاه تعیین می‌شود، می‌توان باعث تغییر تأکیدها شود و نگاهها متوجه عاملهای خطر قابل اصلاح کم‌هزینه‌تر شود. بهترین نمونه در این باره نداشتن فعالیت بدنی است. در جوامع غربی؛ بیش از دوسوم افراد در طبقه‌ای دسته‌بندی شده‌اند که از نظر بدنی (جسمانی) غیر فعال‌اند. با توجه به شیوع زیاد آن و این حقیقت که نداشتن فعالیت بدنی می‌تواند بسیاری از دیگر عاملهای خطر CHD را تشدید کند، این مطلب بیشتر پذیرفتنی است که نداشتن فعالیت بدنی، می‌تواند تقریباً تنها عامل خطر زیانبار CHD به شمار رود. با این حال، نداشتن فعالیت بدنی ارزان‌ترین و ساده‌ترین عامل خطری به شمار می‌رود که قابل تعدیل است.

فایده‌های فعالیت ورزشی برای افراد مبتلا به بیماری قطعی شریان کرونری

بدیهی است که فعالیت بدنی منظم خطر CHD را کاهش می‌دهد. فعالیت ورزشی تا چه حد در درمان CHD مؤثر است؟ در ابتدا، استراحت مطلق در رختخواب برای بازیافت بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی توصیه می‌شد. قبلاً فکر می‌کردند که پس از حمله‌ی قلبی، بازیافت قلب تقریباً به ۶ هفته وقت نیاز دارد. همچنین این تصور وجود داشت که هر گونه استرس زاید ممکن است فرایند بازیافت را به مخاطره اندازد. اگر چه ممکن است که قلب التیام یابد، ولی دیگر قسمتهای بدن دچار تخریب تدریجی و آهسته می‌شود. استراحت مطلق به (۱) کاهش ظرفیت کار، (۲) کاهش سازش‌پذیری یا تغییر وضعیت، (۳) کاهش حجم خون، (۴) کاهش توده‌ی عضلانی، (۵) افزایش خطر انعقاد خون و انسداد آن به وسیله‌ی پلاکت، و (۶) کاهش عملکرد تنفسی و ریوی منجر می‌شود.

امروزه، فعالیت ورزشی ابزار درمانی استاندارد در درمان بیماری‌های قلبی به شمار می‌رود. تقریباً در همه‌ی موارد، افراد، پس از انفارکتوس قلبی، جراحی قلبی یا دیگر مشکلات قلبی باید از یک برنامه‌ی بازتوانی قلبی نظارت شده و سرانجام فعالیت ورزشی سبک استفاده کنند.

اطلاعات علمی به روشنی نشان داده‌اند که تمرینهای ورزشی ویژه‌ی بازتوانی قلب، باعث بهبود عینی تحمل فعالیت ورزشی می‌شود. بنابراین، تجویز تمرین ورزش مناسب نظارت شده، باید بخش کلیدی خدمات بازتوانی قلبی بیماران کرونری مبتلا به آثرین، انفارکتوس قلبی CABG و PTCA باشد تأثیر سومند تمرین‌های ویژه بازتوانی قلبی) بر تحمل فعالیت ورزشی، یکی از مطلوب‌ترین پیامدهای شناخته

شده است. غالباً به نظر می‌رسد که بهترین مزایای تمرینهای ورزشی، دست کم ۳ بار فعالیت در هفته و به مدت ۱۲ هفته است. مدت هر جلسه تمرین هوازی از ۲۰ تا ۴۰ دقیقه با شدت ۷۰ تا ۸۵ درصد حد پایه‌ی ضربان قلب آزمون ورزشی بیشینه فرق می‌کند. هیچ افزایش آماری معناداری در عوارض قلبی عروقی یا نتایج معکوس زیانبار، در مطالعات کنترل‌شده‌ای که نقش تمرینهای ورزشی را در بیماران کرونری ارزیابی کرده است، گزارش نشده است.

فایده‌های فعالیت ورزشی در پیشگیری و درمان بیماری شریان کرونری

حفظ یا افزایش تأمین اکسیژن عضله‌ی قلبی (میوکاردا)
به تأخیر انداختن پیشرفت بیماری شریان کرونری (ممکن)
بهبود نیمرخ لیپوپروتئین (افزایش نسبت HDL-C/LDL-C، کاهش تری‌گلیسیریدها) (شاید)
گسترش متابولیسم کربوهیدرات (افزایش حساسیت به انسولین) (شاید)
کاهش تراکم پلاکتهای خونی و افزایش تجزیه‌ی فیبرین (شاید)
کاهش بافت چربی (معمولاً)
افزایش عروق‌زایی شریان کرونری جانبی (غیر محتمل)
افزایش قطر شریان اپی کاردی (ممکن)
افزایش جریان خون (تزریق میو کاردی) یا توزیع خون کرونری (ممکن)
کاهش کار و نیاز به اکسیژن عضله‌ی قلبی
کاهش تواتر قلبی هنگام استراحت و فعالیت ورزشی زیر بیشینه (معمولاً)
کاهش فشار خون سیستولیک و فشار متوسط شریانی سیستمیک هنگام فعالیت ورزشی زیر بیشینه (معمولاً)
و در حالت استراحت (معمولاً)
کاهش برون‌ده قلبی هنگام فعالیت ورزشی زیر بیشینه (ممکن)
کاهش مقادیر پلاسمایی کاتکولامینهای موجود خون هنگام استراحت (شاید) و فعالیت‌های ورزشی زیر بیشینه (معمولاً)
افزایش عملکرد میو کاردی
افزایش حجم ضربه‌ای هنگام استراحت و فعالیت ورزشی زیر بیشینه و بیشینه (ممکن)
افزایش کسر تزریقی هنگام استراحت و فعالیت ورزشی (ممکن)
افزایش انقباض پذیری درونی میو کاردی (ممکن)
افزایش عملکردی ناشی از کاهش پس بار (شاید)
افزایش هیپرتروفی میو کاردی (شاید) و امکان کاهش خطر CHD

افزایش پایداری الکتریکی میوکاری
کاهش ایسکمی موضعی هنگام فعالیت ورزشی زیربیشینه (ممکن)
کاهش کاتکولامینها در میوکاردهنگام استراحت (ممکن) و فعالیت ورزشی زیربیشینه (شاید)
افزایش آستانه‌ی ارتعاش (فیبریلاسیون) بطنی ناشی از کاهش AMP حلقوی (ممکن)

طبقه‌بندی خطر

افرادی که در طبقه‌ی ظاهراً سالم قرار می‌گیرند، هنگام فعالیت ورزشی در معرض کمترین خطر قرار دارند. به دلیل توانایی محدود تشخیص بیماری‌های موجود در این گروه، انجام آزمون عادی ویژه‌ی بیماری شریان کرونری در افراد فاقد علامت بیماری و در معرض خطر پایین، همچنان موضوعی بحث‌انگیز است. افرادی که در طبقه‌ی خطر زیاد قرار می‌گیرند، نشانه‌هایی دال بر احتمال بیماری‌های متابولیکی یا قلبی-تنفسی (مثل درد قفسه‌ی سینه، دیابت و غیره) یا دو یا چند عامل خطر اصلی کرونری را دارند و بنابراین، هنگام فعالیت ورزشی در معرض خطر بیشتری قرار دارند. هنگام آزمون افراد در معرض خطر زیاد، ممکن است حضور پزشک لازم باشد که این امر به سابقه‌ی پزشکی افراد بستگی دارد. معلوم شده است که افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی، ریوی یا متابولیکی، هنگام فعالیت ورزشی در معرض بیشترین خطر قرار دارند. هنگام آزمون چنین افرادی یا فردی که در معرض بیشترین خطر بیماری قلبی عروقی قرار دارد، حضور پزشک قطعاً ضروری است.

پس از مرخصی از بیمارستان، برخی از بیماران که در طبقه خطر پایین قرار دارند (هیچ مشکلی در بیمارستان ندارند و ظرفیت عملکردی خوبی از خود نشان داده‌اند) ممکن است به انجام فعالیت ورزشی در منزل بپردازند. این بیماران با شرکت در این برنامه‌ی فعالیت ورزشی سبک، می‌توانند آمادگی لازم را به دست آورند و با انجام فعالیت ورزشی در منزل از فایده‌های آن بهره‌مند شوند. بیمارانی که پس از ترخیص از بیمارستان در طبقه‌ی با خطر زیاد قرار می‌گیرند (مشکلاتی در بیمارستان داشته‌اند، انفارکتوس قلبی بارز و ظرفیت عملکردی ضعیف کمتر از ۴ مت دارند)، ابتدا باید یک برنامه‌ی بازتوانی قلبی نظارت شده را انجام دهند. پس از انجام این برنامه و کاهش نیمرخ عامل‌های خطر در آنها، می‌توانند فعالیت ورزشی را با کنترل و نظارت کمتر آغاز کنند.

پر فشار خونی

پر فشار خونی یا فشار خون بالا، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در ایالات متحده به شمار می‌رود. تعریف ساده پر فشار خونی عبارت است از: افزایش مزمن فشار خون تا مقادیر بیش از ۱۴۰ روی ۹۰ متر جیوه. طبق تعریف تخصصی‌تر کالج امریکایی پزشکی ورزشی، فرد مبتلا به عارضه پر فشار خونی شخص

است که فشار خون بیش از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌متر جیوه در دو یا بیش از دو بار قرائت آن دارد یا معمولاً از داروهای ضد پر فشار خونی استفاده می‌کند. بیش از ۵۰ میلیون امریکایی، پر فشار خونی مزمن دارند، یا از داروی ضد پر فشار خونی استفاده می‌کنند (سومین سرشماری ملی تغذیه و تندرستی: پنجمین گزارش کمیته‌ی اتحاد ملی تشخیص، ارزیابی و درمان فشار خون بالا). پر فشار خونی با گسترش بیماری قلبی، افزایش سختی آترواسکلروز، سکته‌ی مغزی، نارسایی احتقانی قلب، هیپرتروفی بطن چپ، آنوریسم آئورتی و بیماری عروقی محیطی ارتباط دارد.

پر فشار خونی، قرائت فشار خون بالا در دو یا بیش از چند بار است که فشار خون بیش از ۱۴۰ روی ۹۰ است و باید از داروهای ضد پر فشار خونی استفاده شود.

بیشتر افراد مبتلا به فشار خون بالا، هیچ راه درمانی برای کنترل فشار خون خود ندارند و حتی نمی‌دانند که آنها یک مشکل شناخته شده دارند. علت ۹۰ تا ۹۵ درصد از موارد فشار خون بالا معلوم نشده است، ولی به محض تشخیص می‌توان آن را کنترل کرد. بسیاری از عامل‌های خطر پر فشار خونی را می‌توان کنترل کرد. در صورتی که پر فشار خونی درمان نشود، یک مشکل حاد پزشکی به شمار می‌رود. افراد مبتلا به فشار خون بالا ۳ تا ۴ برابر بیشتر در معرض خطر گسترش بیماری شریان کرونری و تا ۷ برابر بیشتر در معرض حمله‌ی قلبی قرار دارند. پر فشار خونی ممکن است بر اثر چند بیماری دیگر به وجود آید، مثل بیماری‌های کلیوی، تنظیم نامناسب عروق خونی و آسیب (سخت شدن) عروق محیطی (آرتریواسکلروز). این بیماری‌ها علل اصلی پر فشار خونی به شمار می‌روند.

پر فشار خونی آثار زیانباری بر قلب و مغز دارد. قلب باید سخت‌تر کار کند تا خون را به سرتاسر بدن بفرستد (با تولید فشار بیشتر). این وضعیت، اکسیژن مورد نیاز قلب را افزایش می‌دهد و در نتیجه ممکن است سبب آسیب عروق خونی کرونری شود و اگر بیماری آترواسکلروز وجود داشته باشد، احتمال جریان خون ناکافی (ایسکمی) افزایش خواهد یافت و عارضه‌ی آنژین و سپس انفارکتوس قلبی (MI) رخ می‌دهد. پر فشار خونی همچنین می‌تواند تا حدی افزایش یابد (به ویژه هنگام انواع و شدت‌های خاصی از فعالیت ورزشی) و خطر آسیب به عروق خونی کوچک را افزایش دهد یا موجب تشکیل لخته‌های خونی شود و اگر این وضعیت در مغز رخ دهد، ممکن است به سکته‌ی مغزی منجر شود.

فعالیت ورزشی می‌تواند با افزایش تعداد مویرگ‌های موجود در عضله‌ی اسکلتی و در نتیجه کاهش مقاومت در برابر جریان خون، بهبود تنظیم عصبی عروق خونی که می‌تواند به کاهش مقاومت محیطی منجر شود یا کاهش کار قلب هنگام استراحت و فعالیت ورزشی، از ابتلا به پر فشار خونی محافظت کند و به عنوان یک راهکار مؤثر درمانی مطرح باشد. در حقیقت، بازنگری ۳۳ پژوهش درباره‌ی تمرین‌های ورزشی و آثار آن بر پر فشار خونی نشان می‌دهد که تمرین استقامتی، می‌تواند باعث کاهش تقریباً معادل

۱۰ میلی‌متر جیوه در فشار خون سیستولیک و دیاستولیک یا هر دو شود. همچنین، نتایج مشابهی در دسترس است درباره‌ی افرادی که پر فشار خونی آنها ناشی از بیماری کلیوی بوده است. از این رو، کالج آمریکایی پزشکی ورزشی فعالیت ورزشی بلندمدت و شدت کم (ورزش هوازی) را یک ورزش غیر دارویی برای کاهش پر فشار خونی توصیه می‌کند (ACSM). شواهد موجود نشان می‌دهند که افرادی که در معرض خطر زیاد ابتلا به پر فشار خونی هستند، توانسته‌اند با تمرینهای استقامتی افزایش فشار خون را که به مرور زمان رخ می‌دهد، کاهش دهند. بنابراین، بیانیه‌ی کالج امریکایی پزشکی ورزشی تمرینهای استقامتی را راهبردی غیر دارویی برای کاهش شیوع پر فشار خونی در افراد مستعد به آن می‌داند. به طور کلی، توصیه‌های فعالیت‌های ورزشی برای دستیابی به این تأثیر، همانند توصیه‌های ارائه شده برای ایجاد و حفظ تندرستی قلبی عروقی در افراد بزرگسال سالم است. با وجود این، به نظر می‌رسد که تمرینهای ورزشی با شدت‌های کم، فشار خون را به اندازه‌ی تمرینهای شدید، یا بیش از آن، کاهش می‌دهد که این موضوع می‌تواند برای جامعه با پر فشار خونی خاص مهمتر باشد.

توصیه‌ها و رهنمودهای فعالیتهای ورزشی، ویژه‌ی افراد مبتلا به پر فشار خونی
۱- از حبس نفس و فشار زیاد هنگام فعالیت ورزشی خودداری کنید.
۲- وزنه‌ی تمرینی باید به عنوان مکمل و تمرینهای استقامتی استفاده شود، نه به عنوان فعالیت ورزشی اصلی
۳- ممکن است که در صورت لزوم شدت فعالیت ورزشی را با میزان درک تلاش (PRE) کنترل کنید، زیرا مصرف دارو می‌تواند صحت تواتر قلبی تمرینی را هنگام فعالیت ورزشی تغییر دهد.
۴- افراد مبتلا به پر فشار خونی را باید آموزش داد که هنگام تغییر وضعیت از حالت نشسته به ایستاده به آرامی حرکت کنند، زیرا آنها اگر از داروهای ضد پر فشار خونی استفاده می‌کنند، بیشتر مستعد کم‌فشار خونی هنگام ایستادن می‌شوند.
۵- در افراد مبتلا به پرفشار خونی، پاسخهای پرفشار خونی، کم‌فشار خونی یا هر دو ممکن است که هنگام فعالیت ورزشی و پس از آن رخ دهند.
۶- افراد مبتلا به پر فشار خونی شدید، باید در ابتدای برنامه‌ی فعالیت ورزشی و احتمالاً در ارائه‌ی آن به دقت تحت کنترل باشند.
نوع فعالیت ورزشی
فعالیت استقامتی مثل پیاده‌روی، دویدن، دوچرخه‌سواری، شنا کردن و فعالیت‌هایی از این قبیل
شدت فعالیت ورزشی
۵۰ تا ۶۰ درصد $Vo2_{max}$ که به تدریج تا ۷۰ تا ۸۵ درصد $Vo2_{max}$ افزایش می‌یابد.
دفعات فعالیت ورزشی
۴ تا ۵ روز در هفته
مدت فعالیت ورزشی
۲۰ تا ۳۰ دقیقه

دیابت

دیابت ملیتوس بیماری‌ای است که پیامد کاهش ظرفیت لوزالمعده در ترشح انسولین در پاسخ به محرک گلوکز معینی یا کاهش ظرفیت سلولها در پاسخ به انسولین و افزایش گلوکز برداشتی است. پیامد خالص هر دو وضعیت این است: افزایش غلظت گلوکز خون، کاهش توانایی استفاده از گلوکز به عنوان یک سوخت و تغییرات بعدی در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین، افزایش بسیار زیاد گلوکز خون، کاهش توانایی استفاده از گلوکز به عنوان یک سوخت و تغییرات بعدی در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین. افزایش بسیار زیاد گلوکز خون باعث می‌شود که افراد دیابتی در معرض خطر زیاد آسیب کلیوی، مشکلات چشمی و اسرانجام نابینایی قرار گیرند. کاهش توانایی استفاده از گلوکز، باعث افزایش بسیار زیادتری آسید گلیسرولهای خون، تمایل شدید فرد به بی‌حرکی و در نتیجه افزایش خطر CHD می‌شود.

چهار نوع دیابت وجود دارد که عبارتند از: دیابت وابسته به انسولین (IDDM)، دیابت غیر وابسته به انسولین (NIDDM)، دیابت حاملگی (GDM) و اختلال در تحمل گلوکز (IGT). دیابت وابسته به انسولین نوعاً در کودکان رخ می‌دهد که دلیل آن ترشح نشدن انسولین از سلولهای بتای لوزالمعده است. در نتیجه، دیابت وابسته به انسولین مستلزم تزریق و منظم انسولین به موازات کنترل رژیم غذایی برای تنظیم گلوکز خون است.

دیابت غیر وابسته به انسولین (NIDDM) شایع‌ترین نوع دیابت است که ۹۰ درصد افراد دیابتی به آن مبتلا هستند. NIDDM، بیشتر (۷۵ درصد) در افراد بزرگسال چاق رخ می‌دهد و دلیل آن کاهش توانایی تحریک انسولین برای برداشت گلوکز خون از سلولهاست که اصطلاحاً به آن کاهش حساسیت به انسولین می‌گویند. ارتباط بین NIDDM و چاقی، جنبه‌های اصلی درمان را برای استفاده از رژیم غذایی و فعالیت ورزشی برای کاهش چربیهای خون، کاهش چربی بدن، گسترش عملکرد قلبی عروقی، و افزایش توانایی عضلات اسکلتی در استفاده از گلوکز بدون نیاز به انسولین آشکار می‌سازد. از این رو، عناصر کلیدی انواعی از تمرینهای ورزشی را که افراد مبتلا به NIDDM انجام می‌دهند، درست مثل آنهاست که برای مبارزه با پر کلسترولی خون، چاقی، و CHD استفاده می‌شوند. ارزش منحصر به فرد تمرینهای ورزشی برای افراد مبتلا به NIDDM عبارت است: توانمند شدن عضلات اسکلتی در برداشت گلوکز، بدون آنکه به انسولین نیاز داشته باشند این پاسخ برای عضلاتی که فعالیت ورزشی می‌کنند، جنبه‌ی اختصاصی دارد و به عضلات دیگر سرایت نمی‌کند. اگر تمرین ورزشی کافی باشد (از نظر مدت و دفعه)، این ویژگی می‌تواند یک دوره‌ی زمانی طولانی حفظ شود.

رهنمود فعالیت ورزشی، ویژه‌ی افراد مبتلا به دیابت	
افراد مبتلا به دیابت ملیتوس باید در فعالیت‌های بدنی منظم شرکت کنند و ترجیحاً تمرینهای ورزشی را به شرح زیر انجام دهند:	
انسولین را در آن دسته از گروه‌های عضلانی که فعالیت ورزشی می‌کنند، تزریق نکنید.	
قند خون را به طور منظم کنترل کنید.	
همواره غذاهای حاوی کربوهیدراتهای ساده را برای برطرف ساختن هیپوگلیسمی به همراه داشته باشید.	
هنگام فعالیت ورزشی، میان‌وعده‌های غذایی کربوهیدراتی مصرف کنید. از پاهای به دقت مراقبت کنید.	
نوع فعالیت ورزشی	
فعالیت استقامتی مثل پیاده‌روی، دویدن، دوچرخه‌سواری، شنا و غیره	
شدت فعالیت ورزشی	
۵۰ تا ۶۰ درصد $Vo2_{max}$ که به تدریج آن تا ۷۰ درصد $Vo2_{max}$ افزایش یابد.	
دفعات فعالیت ورزشی	
۵ تا ۷ روز در هفته برای افراد مبتلا به NIDDM و ۴ تا ۵ روز در هفته برای افراد مبتلا به NIDDM.	
مدت فعالیت ورزشی	
۲۰ تا ۳۰ دقیقه برای افراد مبتلا به NIDDM و ۴۰ تا ۶۰ دقیقه برای افراد مبتلا به NIDDM.	
دیابت وابسته به انسولین	
توصیه‌های عمومی فعالیت ورزشی ویژه‌ی دیابت نوع اول	
عنصر	توصیه
نوع	هوازی: پیاده‌روی، دوی نرم سبک (جاگینگ)، دوچرخه‌سواری، بالا رفتن از پله‌ها، اسکی صحرانوردی و غیره قدرتی (تمرین مقاومتی در حد متوسط): برنامه‌های تمرینی دوره‌ای با استفاده از وزنه‌های سبک با ۱۰ تا ۱۵ تکرار
شدت	۶۰ تا ۹۰ درصد حداکثر تواتر قلبی یا ۵۰ تا ۸۵ درصد $Vo2_{max}$
مدت	۲۰ تا ۶۰ دقیقه علاوه بر ۵ تا ۱۰ دقیقه برای گرم کردن و سرد کردن بدن
دفعات	روزانه برای اطمینان از کنترل مطلوب گلوکز خون
زمانبندی	زمانبندی فعالیت ورزشی به ویژه در افراد مبتلا به IDDM مهم است. هنگام فعالیت ورزشی، به انسولین درمانی و میزان گلوکز خون- هر دو- باید توجه داشت. باید از انجام فعالیت ورزشی هنگام اوج فعالیت انسولین خودداری شود.

دیابت غیر وابسته به انسولین	
توصیه‌های عمومی فعالیت ورزشی ویژه دیابت نوع دوم	
عناصر	توصیه‌ها
نوع	هوازی: پیاده‌روی، دوی نرم و سبک (جاگینگ)، دوچرخه‌سواری، بالا رفتن از پله‌ها، اسکی صحرانوردی و غیره قدرتی (تمرین مقاومتی در حد متوسط): برنامه‌های تمرینی دوره‌ای با استفاده از وزنه‌های سبک با ۱۰ تا ۱۵ تکرار
شدت	۶۰ تا ۹۰ درصد حداکثر تواتر قلبی یا ۵۰ یا ۸۵ درصد VO_{2max}
مدت	۲۰ تا ۶۰ دقیقه به علاوه ۵ تا ۱۰ دقیقه برای گرم کردن و سرد کردن بدن
تعداد	۳ تا ۵ بار در هفته، اگر از انسولین درمانی استفاده می‌شود، روزانه انجام شود.

شواهدی درباره‌ی سودمندی فعالیت‌های ورزشی و فعالیت بدنی بر غلظت چربی‌های خون، از هر دو نوع پژوهش مقطعی و تجربی (که در آن تأثیر فعالیت‌های ورزشی بر آزمودنی‌های مشابهی یا در دو گروه آزمودنی کنترل می‌شود) به دست آمده‌اند. برای مثال، مردان و زنانی که فعالیت بدنی دارند در مقایسه با افراد مشابه غیر فعال، کلسترول تام و نسبت کلسترول تام به HDL کمتری دارند. همچنین، افرادی که با شرکت در تمرینهای ورزشی استقامتی فعالیت بدنی خود را افزایش می‌دهند، در مقایسه با آزمودنیهای کنترل، کلسترول تام و LDL- کمتر و HDL-C بیشتر دارند. پژوهشهایی که تغییرات کلسترول خون را پس از تمرینهای مقاومتی مطالعه کرده‌اند، یافته‌های ضد و نقیضی را نشان داده‌اند. تا این لحظه، هیچ توصیه‌ای را نمی‌توان در متون درباره‌ی تمرینهای مقاومتی به عنوان ابزاری برای به حد طبیعی رساندن نیمی‌رخهای چربی خون یافت.

سالمندان با ورود به دوره‌ی سالمندی می‌توانند این مهم را با انجام تمرینهای ورزشی و فعالیت منظم بدنی برقرار سازند. مواد معدنی استخوانی بیشتر در آن دسته از فعالیتهای ورزشی حفظ می‌شوند که در آنها وزن بدن حمل می‌شوند (برای مثال، پیاده‌روی، دویدن، اسکی و غیره) تا آن دسته از فعالیتهای ورزشی که در آنها وزن کمتر حمل می‌شود (برای مثال، دوچرخه‌سواری، شنا و غیره). هدف فعالیتهای ورزشی در پیشگیری و درمان پوکی استخوان عبارتند از:

- ۱) افزایش توده‌ی استخوانی در سالهای رشد و نمو
- ۲) حفظ توده‌ی استخوان یا کاهش دفع استخوانی در بزرگسالی
- ۳) کاهش خطر زمین خوردن در دوره‌ی پیری.

فصل چهارم

فرم ارزیابی آمادگی جسمانی و ترکیب بدنی در دانش آموزان مقطع راهنمایی استان اصفهان سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹

قابل توجه همکاران محترم :

۱- لطفاً اطلاعات مربوط به مشخصات فردی به کمک دانش آموز یا والدین آن ها با دقت تکمیل گردد.

۲- در محل هایی که با ستاره * مشخص شده است ، اطلاعات ثبت نگردد.

لطفاً اطلاعات زیر تکمیل گردد :

کد شهرستان تاریخ تکمیل فرم : نام و نام خانوادگی تنظیم کننده فرم:

بخش الف (اطلاعات عمومی	
۱- نام مدرسه :	
۲- نام و نام خانوادگی دانش آموز:	
۳- تاریخ تولد دانش آموز (به روز / ماه / سال) :	
۴- کد ملی دانش آموز :	
<input type="checkbox"/>	۵- جنس : (۱) پسر <input type="checkbox"/> (۲) دختر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۶- میزان تحصیلات پدر: (۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) نهضت <input type="checkbox"/> (۳) ابتدایی <input type="checkbox"/> (۴) دیپلم <input type="checkbox"/> (۵) زیردیپلم <input type="checkbox"/> (۶) فوق دیپلم <input type="checkbox"/> (۷) لیسانس <input type="checkbox"/> (۸) فوق لیسانس <input type="checkbox"/> (۹) دکترا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۷- شغل پدر : (۱) کارمند <input type="checkbox"/> (۲) شغل آزاد <input type="checkbox"/> (۳) بیکار <input type="checkbox"/> (۴) بازنشسته <input type="checkbox"/> (۵) سایر..... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۸- میزان تحصیلات مادر : (۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) نهضت <input type="checkbox"/> (۳) ابتدایی <input type="checkbox"/> (۴) دیپلم <input type="checkbox"/> (۵) زیردیپلم <input type="checkbox"/> (۶) فوق دیپلم <input type="checkbox"/> (۷) لیسانس <input type="checkbox"/> (۸) فوق لیسانس <input type="checkbox"/> (۹) دکترا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۹- شغل مادر : (۱) کارمند <input type="checkbox"/> (۲) شغل آزاد <input type="checkbox"/> (۳) بیکار <input type="checkbox"/> (۴) بازنشسته <input type="checkbox"/> (۵) خانه دار <input type="checkbox"/> (۶) سایر..... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۰- پایه تحصیلی دانش آموز : (۱) اول راهنمایی <input type="checkbox"/> (۲) دوم راهنمایی <input type="checkbox"/> (۳) سوم راهنمایی <input type="checkbox"/>
۱۱- آدرس و شماره تلفن منزل : تلفن همراه :	

بخش ب (اطلاعات مربوط به سابقه ورزشی و سابقه بیماریها	
<input type="checkbox"/>	۱۲- چند سال سابقه فعالیت ورزشی منظم دارید؟ (۱) کمتر از یک سال <input type="checkbox"/> (۲) یک سال <input type="checkbox"/> (۳) دو سال <input type="checkbox"/> (۴) سه سال و بیشتر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳- چه مدت در هفته فعالیت ورزشی منظم دارید؟ (۱) کمتر از ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/> (۲) ۳۱-۴۵ دقیقه <input type="checkbox"/> (۳) ۴۶-۶۰ دقیقه <input type="checkbox"/> (۴) ۶۱-۹۰ دقیقه <input type="checkbox"/> (۵) بیش از ۹۰ دقیقه <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۴- چنانچه سابقه بیماری هایی خاصی یا آسیب دیدگی دارید لطفاً ذکر نمایید. هرگونه بیماری قلبی - عروقی:

□ آسم □ (۲) دیگر مشکلات تنفسی □ (۳) دیابت □ (۴) فشار خون □

(۵) شکستگی در اندام های بدن □ (۶) دیگر موارد لطفاً نام ببرید:.....

بخش ج (اطلاعات مربوط به ترکیب بدنی دانش آموز

۱۵- قد: سانتیمتر

۱۶- وزن: کیلوگرم

۱۷- شاخص توده بدن: *

۱۸- چین پوستی سه سربازویی: ۱- ۲- ۳- میلیمتر

۱۹- چین پوستی تحت کتفی: ۱- ۲- ۳- میلیمتر

۲۰- چین پوستی ساق پا: ۱- ۲- ۳- میلیمتر

۲۱- درصد چربی بدن: *

۲۲- محیط کمر:

۲۳- محیط ران:

۲۴- WHR: *

۲۵- آزمون ۲۰ متر رفت و برگشت: تعداد

۲۶- استقامت هوازی: *

۱. صافی کف پا، یحیی سخنگویی، انتشارات راد نواندیش، ۱۳۸۹.
۲. پشت گرد (کیفوز)، یحیی سخنگویی، انتشارات راد نواندیش، ۱۳۸۹.
۳. حرکات اصلاحی، دکتر ابوالفضل فراهانی، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۴.
۴. حرکات اصلاحی، دکتر حسن دانشمندی، دکتر محمدحسین علیزاده، دکتر رضا قراخانلو، انتشارات سمت، ۱۳۸۶.
۵. حرکت درمانی، دکتر ابراهیم عطری، انتشارات استان قدس رضوی، ۱۳۸۱.
۶. قربانی قهفرخی لیلا. تاثیر هشت هفته حرکات اصلاحی بر لوردوز کمری دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان. ۱۳۸۶.
7. Kratenova J. Zejljicova K. Maley M. Filopova V. (2007), Prevalence and Risk Factors of Poor Posture in School Children in the Czech Republic. American School Health Association, Vol. 77, No. 3, pp 131-137.
8. Lanford D & et. al (200). Postural development in school children: a cross-sectional study. Chiropractic & Osteopathy Vol. 17, No. 1, pp 1-7.
9. Widle T (2001). Spine: posture, mobility and pain. A longitudinal study from childhood to adolescence. Eur Spine J, No. 10, pp 118-132.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.