

رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی ورزشکاران ساکن شهر ری

علی اکبر صلاحی^۱، ساناز سالخورده^۲

^۱ مدرس و مشاور دانشگاه، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گارامام خمینی (ره) - شهر ری.

^۲ دانش آموخته مقطع کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گارامام خمینی (ره) - شهر ری.

نام نویسنده مسئول:

ساناز سالخورده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۹

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی ورزشکاران ساکن شهر ری بود. روش پژوهش انجام شده به صورت کمی و از نوع همبستگی بود. به همین منظور از ورزشکاران ساکن شهر ری نمونه ای به حجم ۷۳ نفر (۲۲ مرد و ۵۱ زن) با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و پرسشنامه ها با توجه به وجود کرونا ویروس به صورت مجازی توزیع گردید. متغیر های پژوهش به وسیله پرسشنامه های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، اضطراب و افسردگی بک استفاده گردید. از روش آماری تحلیل واریانس آنووا برای فرضیه اصلی و همبستگی پیرسون برای فرضیه های فرعی استفاده شد. نتایج آماری حاصله از Sig. در تحلیل واریانس نمره بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب ۰/۸۵ و بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی ۰/۰۰۱ گزارش شده است لذا نتیجه گرفته شد که در فرضیه اصلی بین اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود ندارد بنابراین فرض صفر تأیید و فرض خلاف رد می شود. اما در بررسی فرضیه های فرعی با توجه به نمره Sig. ۰/۰۰۱ بین افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد بنابراین فرض خلاف تأیید می گردد و به احتمال ۹۵ درصد رابطه معنادار می شود.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی.

مقدمه

نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی^۱ وجود دارد. بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که توأمآ چندین بعد از سلامتی سنجیده شود می توان آن را کیفیت زندگی نامید. عده ای نیز بر این باورند که یک تعریف واحد که در تمام مراحل یک بیماری یا در جوامع مختلف کاربرد داشته باشد برای این مفهوم وجود ندارد. اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می گیرد و چند بعد دارد. از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی^۲ و پویا^۳ قلمداد می نمایند. ذهنی به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد و پویا یعنی در طی زمان تغییر خواهد کرد و لذا ضروری است در دوره ای از زمان اندازه گیری گردد. اگرچه ذهنی بودن دامنه های کیفیت زندگی باید قابلیت این را داشته باشد که هم بصورت ذهنی و هم بصورت عینی^۴ قابل اندازه گیری باشد (نجات، ۱۳۸۷).

سازه کیفیت زندگی تا اندازه ای مبهم است. از یک سو کیفیت زندگی فردی به عنوان پنداشتی از چگونگی گذران زندگی فرد مطرح می شود و از بعدی کلی تر، کیفیت موقعیت های زندگی حول یک عامل، موقعیت هایی نظیر محیط پیرامونی و یا فرهنگ در جامعه معین را شامل می شود. از منظری دیگر، می توان کیفیت زندگی را در دو سطح خرد (فردی-ذهنی) و کلان (اجتماعی-عینی) تعریف کرد. سطح خود شاخص هایی نظیر ادراک کیفیت زندگی، تجارب ارزش های فرد و معرفت های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی را شامل می شود و سطح کلان شامل درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیط است. «در رویکردی علمی کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم کلی تعریف می شود که تمام ابعاد زیستی شامل رضایت مادی، نیازهای حیاتی، به علاوه جنبه های انتقالی نظیر توسعه فردی، خودشناسی، بهره از اکوسیستم را پوشش می دهد (شربتیان، ۱۳۹۵).

نارسایی قلب یک سندرم بالینی است. مجموعه ای از علائم تنگی نفس و اضطراب است که باعث بستری شدن مکرر و کیفیت زندگی پایین می گردد. تنگی نفس علت اصلی بستری شدن بیماران است. بار اقتصادی توسط نارسایی قلبی بیشتر از ۲۵ میلیون دلار هزینه مستقیم و غیرمستقیم تخمین زده شده و انتظار افزایش نیز می رود. بسیاری از موارد بستری در بیمارستان ها را می توان با بهبود مراقبت مناسب بیماران سرپایی پیشگیری نمود. از مشکلات شایع دیگر در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، اضطراب است که معمولاً با افسردگی همراه بوده و شیوع آن به ۶۳ درصد می رسد. اضطراب خفیف تا متوسط در بیماری های قلبی باعث تشدید علائم از جمله افزایش تعداد تنفس ناموثر، ضربان قلب و پرفشاری خون می شود که روند بهتر شدن نارسایی قلبی را به تاخیر می اندازد. اضطراب باعث اسپاسم راه های هوایی و بدتر شدن تنگی نفس می شود (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۷).

نتایج مطالعات و بررسی مقالات تحقیقی نشان می دهد انواع اختلالات روانی از جمله اضطراب رو به افزایش است و روش های کنترل والدینی نیز در بروز آن نقش دارند. از طرفی نتایج مطالعه و تحقیق درباره نوع کنترل والدین نشان می دهد که بایستی در پی یافتن شیوه های دیگری بود تا از این طریق به کنترل و کاهش اضطراب در کودکان کمک گردد. از آنجایی که پرستاران برای ارائه خدمات آموزشی و مراقبتی از کودک (سالم - بیمار) نیازمند به وجود ارتباط قوی، دلخواه و متقابل بین خود، کودک و والدین او هستند، ضروری است وجود این ارتباط را در بافت تربیتی خانواده (نوع کنترل والدینی) شناسایی نمایند (کریمی و همکاران، ۱۳۸۴). همه مردم، در مقطعی از زندگی خود، احساس افسردگی می کنند و معمولاً می توانند علت این دوره های افسردگی را به رویدادهایی مشخص ربط دهند. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد خاص اهمیت ویژه دارند: "فقدان و شکست." تجربه هایی مثل از دست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می توانند آغاز دوره ای از غم، خمودگی و تکرار دائمی افکار را موجب شوند. همچنین شکست ها، مثل شکست در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه برای ازدواج نیز می تواند به نوسان و ایجاد ادراک های منفی، در رابطه با بدبینی و خود تردیدی، منجر شود. اکثر مردم ممکن است این احساس های منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند. اما برای بعضی مردم، عارضه های افسردگی به مدت طولانی باقی می ماند و در همه جوانب زندگی آنها نفوذ می کنند. این عارضه ها در جنبه های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی افراد تأثیر

1 Quality of Life

2 Subjectiv

3 Dynamic

4 Objectiv

می گذارند و این تأثیر ممکن است ایجاد افسردگی بالینی را موجب شود. افسردگی بالینی یعنی افسردگی مرضی و قابل تشخیص با معیارهای رسمی DSM-IV-TR. افسردگی بالینی باعث می شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را انجام دهد. گاهی افسردگی بدون حضور رویدادهای منفی، مثل ازدست دادن ها یا شکست ها، روی می دهد و گاهی نیز خیلی بیشتر از آنچه انتظار می رود طول می کشد. همه ما در بسیاری از موقعیت های زندگی به طور طبیعی احساس اضطراب می کنیم. مثلاً درست پیش از امتحان مهم، سخنرانی در جمع دانشگاهیان یا همکاران، در مصاحبه، یا در اولین قرار ملاقات. اکثر واکنش های اضطرابی کاملاً طبیعی و به صورت واکنش های انطباقی است که به ما کمک می کنند تا در شرایط دشواری که برایمان پیش می آید، صحیح عمل کنیم. اما گاهی اضطراب آنقدر شدید یا آنقدر با رویدادها و موقعیت های نامناسب همراه می شود که برای فرد مشکل ساز و ناسازگارانه جلوه می کند. اینجاست که احتمالاً اختلالات اضطرابی ایجاد می شود. اختلالات اضطرابی عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که خصوصیات اصلی آن عبارت است از ترس، شک و نگرانی مفرط (کریمی، بحرینیان، غباری بناب ۱۳۹۱).

مطالعات بین المللی بدون ارتباط با کشوری خاص افسردگی را در زن ها دوبرابر شایع تر از مردان نشان می دهند و سن متوسط شروع اختلال افسردگی را حدود ۴۰ سالگی ذکر می کنند. بین بروز علائم روان شناختی و دیابت در مردان و زنان رابطه مهمی وجود دارد (تازیکی و همکاران ۱۳۸۰).

در سالهای اخیر و با گسترش سالن های ورزشی در کشور و افزایش تعداد ورزشکاران، ضرورت بررسی اضطراب و افسردگی در کیفیت زندگی ورزشکاران موضوعی است که از جنبه های گوناگون قابل بررسی است. کیفیت زندگی شامل مواردی از جمله: شغل، ثروت، محیط زیست، سلامت جسمی و روانی، تحصیلات، تفریحات و اوقات فراغت، تعلق اجتماعی می باشد؛ همچنین اضطراب و افسردگی یک حالت روحی و روانی فرد است.

با توجه به گسترش عوامل موثر بر کیفیت زندگی، پژوهشگر در صدد تلاش به منظور بررسی تاثیر هر یک از عوامل ذکر شده به عنوان عاملی مستقل می باشد. تحقیق حاضر به بررسی تاثیر رابطه اضطراب و افسردگی بر کیفیت زندگی ورزشکاران می پردازد (نگارنده).

آنچه مشهود است مطالعات بسیاری درباره ی متغیرهایی نظیر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در نقاط مختلف انجام شده است، اما بررسی های انجام شده در سطح دانشگاه ها و نیز اطلاعات بدست آمده از پایگاه های اطلاعاتی، پایان نامه ها، مقالات مؤند این مطلب است که تحقیقاتی در خصوص شناسایی رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی ورزشکاران در جامعه آماری ساکنین شهر ری صورت نگرفته است.

زحمتکشان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر به این نتیجه دست یافتند که با توجه به اینکه میانگین نمره کیفیت زندگی در این مطالعه از صفر تا صد می باشد؛ یافته ها نشان می دهد میانگین نمره سالمندان شهر بوشهر در هر دو حیطه کمتر از میانه ۵۰ می باشد و این مسئله نیاز به توجه دارد. بنابراین بایستی راهکارهای لازم در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و برخورداری از خدمات ویژه برای این گروه آسیب پذیر در برنامه ریزی های آینده کشور در نظر گرفته شده و اصلاح گردد.

صلاحی، همتی (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه جو سازمانی با رضایتمندی شغلی و کیفیت زندگی کارکنان بانک پارسیان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین جو سازمانی با رضایت شغلی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. علیپور و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی عصر دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۹۳ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که طبق یافته ها ۳۲ درصد از پرستاران از افسردگی، ۱۹ درصد از اضطراب و ۵۲ درصد از استرس رنج می برند. بین سابقه کار و میزان استرس ارتباط معنی دار وجود داشت ($p=0/0006$) همچنین بین سن و میزان افسردگی رابطه معنی داری به دست آمد ($p=0/0006$) اما بین میزان افسردگی، اضطراب، استرس با میزان تحصیلات، جنسیت افراد و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری نبود. طبق نتایج در تعداد قابل توجهی از پرستاران درجاتی از افسردگی، اضطراب و استرس مشاهده می شود. نظر به اینکه

پرستاران نقش مهمی در بهبود و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارند رفع عوامل زمینه ساز، ایجاد کننده واکنش های هیجانی در پرستاران، به عنوان یک اولویت بهداشتی مطرح می گردد.

زارع پورو همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که یافته‌ها نشان داد که بین زنان ورزشکار و زنان غیرورزشکار از لحاظ میزان افسردگی تفاوت وجود دارد. میانگین نمره شدت افسردگی زنان ورزشکار کمتر از زنان غیر ورزشکار است. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میزان افسردگی ورزشکاران رشته‌های گروهی و انفرادی وجود دارد. ورزشکاران زن با سابقه ورزشی بیشتر، میانگین افسردگی کمتری نسبت به دیگر زنان ورزشکار داشتند. با توجه به یافته‌های پژوهش، مبنی بر این که میزان افسردگی در زنان ورزشکار کمتر از زنان غیر ورزشکار است می‌توان نتیجه گرفت که وجود برنامه ورزشی در زندگی روزمره، می‌تواند بر کاهش میزان افسردگی زنان مؤثر باشد. ما در این پژوهش به دنبال پاسخ این سوال هستیم که آیا بین متغیر اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی ورزشکاران ساکن شهر ری رابطه وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر کمی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه ورزشکاران شهر تهران می باشد. حجم نمونه آماری این پژوهش، بر حسب تعداد در دسترس در حدود ۷۳ نفر محاسبه شد، که با توجه به وجود کرونا ویروس پرسشنامه ها به صورت مجازی توزیع گردید. پس از استخراج اطلاعات از پرسشنامه ها و بررسی داده ها، مطالعه بر روی (۵۱ تعداد زن و ۲۲ تعداد مرد) با دامنه سنی (۲۰ تا ۵۴ سال) و میزان تحصیلات کارشناسی، دیپلم، کاردانی، سیکل، ارشد و دکتری و تعداد (۳۷ مجرد و ۳۶ متأهل) انجام گردید. در این پژوهش اطلاعات بر اساس روش غیرتصادفی و از نوع در دسترس می باشد. در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی به عنوان ابزار استفاده شد.

کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۵ یک پرسشنامه استاندارد ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی می‌باشد در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس که نشان‌دهنده همسانی درونی است ۰/۸۴ به دست آمده است (نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵) نیز این مقیاس را هنجار یابی کرده اند و ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت بدنی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و محیط اجتماعی ۰/۸۴ به دست آورده اند. (روشن بین، ۱۳۹۴).

پرسشنامه اضطراب بک^۶ (BAI) توسط آرون تی بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علائم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک لیست شباهت دارد. پرسشنامه اضطراب بک (BAI) برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده‌های آن یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس را می‌سنجد.

این پرسشنامه در قالب طیف اصلا (۰) تا به شدت (۴) تشکیل شده است که به منظور سنجش اضطراب و ابعاد آن بکار می‌رود. در پژوهشی که بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ انجام دادند آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی آزمون بازآزمون پرسشنامه پس از یک هفته ۰/۷۵ محاسبه گردید. همچنین روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی

5 WHOQOL-BREF

6 Beck Anxiety Inventory

اضطراب همیلتون (HDRS) ۰/۵۱ به دست آمد که میزان متوسطی است. در نمونه ی ایرانی نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۲، آزمون دو نیمه سازی اسپیرمن ۰/۹۵ و پایایی آزمون _ بازآزمون ۰/۷۷ برای این پرسشنامه به دست آمد.

افسردگی حالتی از خلق است که با کاهش حرمت خود، احساس بیکفایتی، عدم شایستگی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است. از بین تستها و پرسشنامه هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) از جمله مناسب ترین ابزارها برای انعکاس حالت افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری میکند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمرهگذاری میشود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین میکند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر میباشد. ۲۱ ماده پرسشنامه ی افسردگی بک به شرح زیر میباشد: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظارتنبیه، بیزاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بیقراری، کنارهگیری اجتماعی، بی تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بیخوابی، خستگی پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی، کاهش عالیق جنسی.

نتایج فرا تحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک (BDI) حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. بک و همکاران، در سال ۱۹۸۸ به نقل از گراث مارنات، ۳۰۰۳ اما اجرای هفتگی این پرسشنامه طی ۷ هفته در دانشجویان، کاهش نمره ها را تا ۴۰ درصد نشان داده است. این یافته ها حاکی از آن است که برخی کاهش ها در نمره های جمعیت بیماران پس از مداخله ممکن است تاحدی (تقریباً ۱۰ درصد واریانس) به دلیل کاهش طبیعی و خود به خودی باشد نه اثر مداخله درمانی. فرم کوتاه این پرسشنامه توسط دادستان و منصور (۱۳۶۹) در ایران هنجاریابی شد. پرسشنامه کوتاه افسردگی بک توسط پژوهشگران مختلف از جمله نوربالا و شاددل (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب اعتبارتصفیف ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده اند.

در آمار توصیفی از شاخص هایی نظیر: نما، میانه، میانگین، واریانس، انحراف معیار، جداول و نمودارها استفاده شده است. در آمار استنباطی به دلیل داشتن سه متغیر در فرضیه اصلی از روش تحلیل واریانس آنووا استفاده شد و برای فرضیه های فرعی از همبستگی پیرسون استفاده شد و برای آنالیز اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS-24 استفاده گردیده است.

نتایج

در بخش نتایج قسمت آمار توصیفی ابتدا به بررسی سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل افرادی که مورد پژوهش قرار گرفته اند پرداختیم و در بخشی دیگر به بررسی رابطه بین متغیرها پرداختیم که به آن آمار استنباطی می گویند. بخش آمار توصیفی شامل: میانگین، میانه، مد، انحراف استاندارد و واریانس مربوط به متغیر های مورد مطالعه قرار گرفته می باشد.

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل

		سن	جنسیت	وضعیت تاهل	مدرک تحصیلی
N	Valid	19	73	73	73
	Missing	54	0	0	0
Mean		24.95	1.70		
Median		22.00	2.00		
Mode		22	2		
Std. Deviation		8.100	.462		
Variance		65.608	.213		
Sum		474	124		

با توجه به اطلاعات جدول ۱ تعداد نمونه های مورد مطالعه ۷۳ نفر می باشد که میانگین رده سنی آنها ۲۴/۹۵، انحراف استاندارد رده سنی، ۸/۱۰۰ و واریانس آن ۶۵/۶۰۸ می باشد.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی تجمعی سن

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	3	4.1	15.8	15.8
	21	2	2.7	10.5	26.3
	22	7	9.6	36.8	63.2
	23	1	1.4	5.3	68.4
	24	2	2.7	10.5	78.9
	27	1	1.4	5.3	84.2
	29	1	1.4	5.3	89.5
	37	1	1.4	5.3	94.7
	54	1	1.4	5.3	100.0
	Total	19	26.0	100.0	
Missing	System	54	74.0		
Total		73	100.0		

ستون اول تمام مقادیر معلوم شده برای متغیر سن ارائه شده است. ستون دوم تعداد داده هایی را که این مقدار را دارند نشان می دهد. ستون سوم نشان دهنده درصد تمام داده هایی را که این مقدار معین را دارند می باشد، ستون چهارم درصد تمام داده های معتبری را ارائه می کند که به این مقدار مربوط می شود و ستون پنجم در صد فراوانی تجمعی را برای متغیر سن نشان می دهد. لذا با توجه به جدول شماره ۲ مقادیر معلوم شده برای متغیرهای سن ۲۰ تا ۵۴ سال می باشد.

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی تجمعی جنسیت

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مرد	22	30.1	30.1	30.1
	زن	51	69.9	69.9	100.0
	Total	73	100.0	100.0	

طبق جدول شماره ۳ تعداد کل نمونه ۷۳ نفر می باشد که تعداد ۲۲ نمونه مرد و ۵۱ نمونه زن مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته اند ۳۰/۱ درصد نمونه آماری از مردان و ۶۹/۹ درصد نمونه آماری از زنان تشکیل شده است.

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی تجمعی تاهل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مجرد	37	50.7	50.7	50.7
	متاهل	36	49.3	49.3	100.0
	Total	73	100.0	100.0	

طبق جدول بالا از نمونه ۷۳ نفر ورزشکاران ساکن شهر ری تعداد ۳۶ نفر متاهل و تعداد ۳۷ نفر مجرد می باشند.

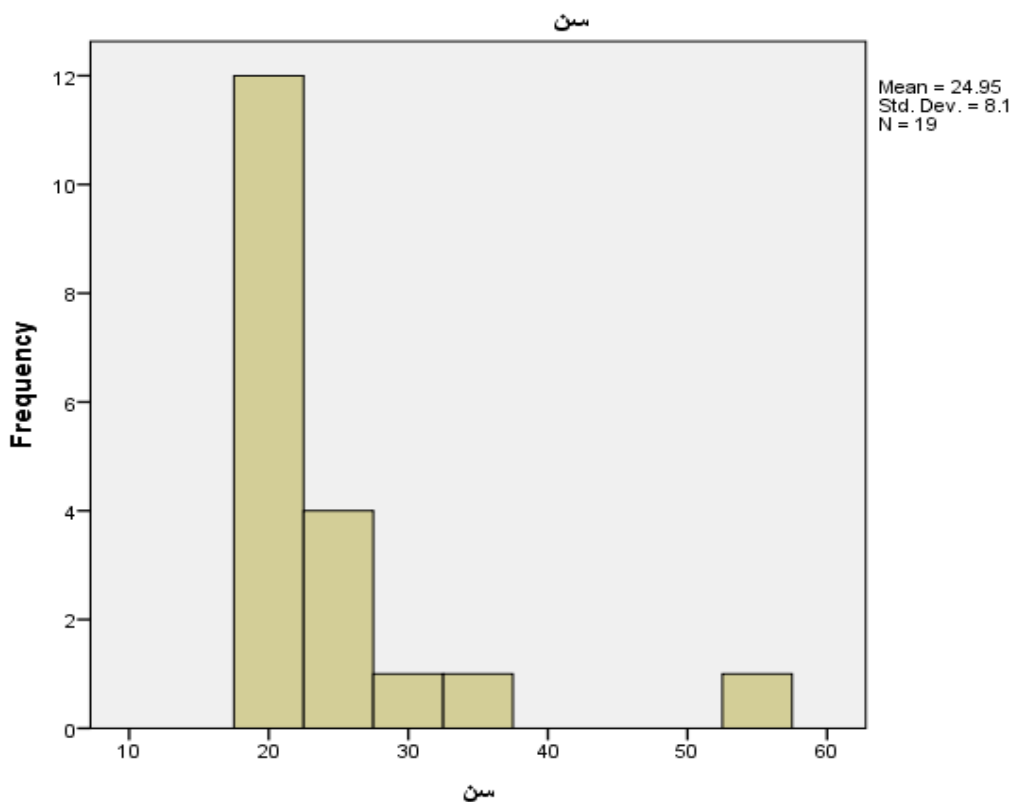
جدول شماره ۵ توزیع فراوانی تجمعی میزان تحصیلات

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	سیکل	4	5.5	5.5	5.5
	دیپلم	26	35.6	35.6	41.1
	کاردانی	6	8.2	8.2	49.3
	کارشناسی	34	46.6	46.6	95.9
	ارشد	2	2.7	2.7	98.6
	دکتری	1	1.4	1.4	100.0
	Total	73	100.0	100.0	

طبق جدول شماره ۵ میزان تحصیلات ورزشکاران به ترتیب کارشناسی، دیپلم، کاردانی، سیکل، ارشد و دکتری به ترتیب ۳۴، ۲۶، ۶، ۴، ۲ و ۱ نفر می باشد.

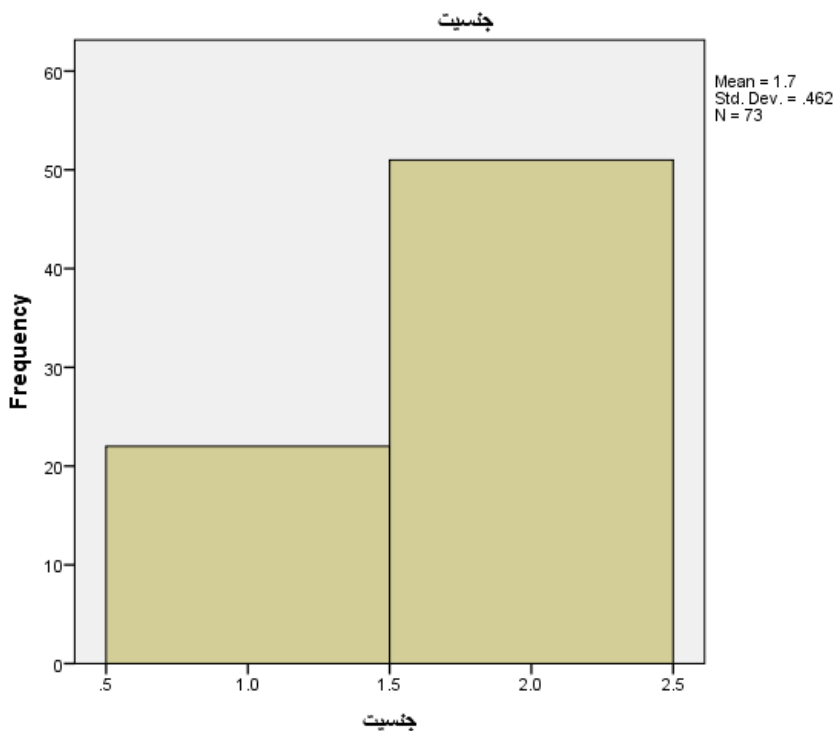
در محور افقی متغیر سن و در محور عمودی فراوانی را نشان می دهد. برون داد نمودار هیستوگرام متغیر سن نشان می دهد

نمودار ۱ فراوانی هیستوگرام سن



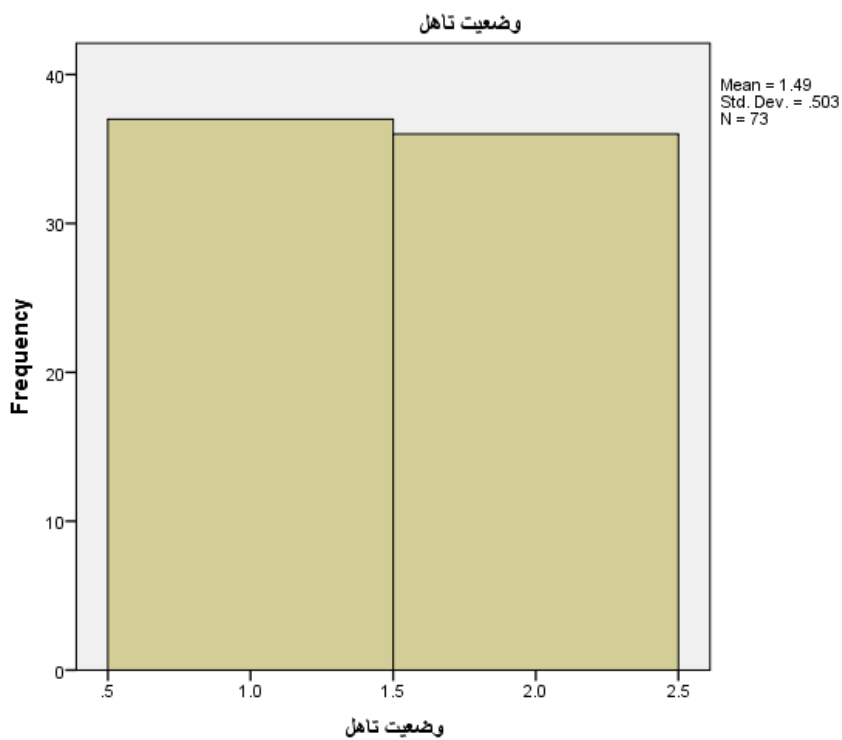
بیشتر نمونه هایی پژوهش در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال قرار دارند.

نمودار ۲ فراوانی هیستوگرام جنسیت



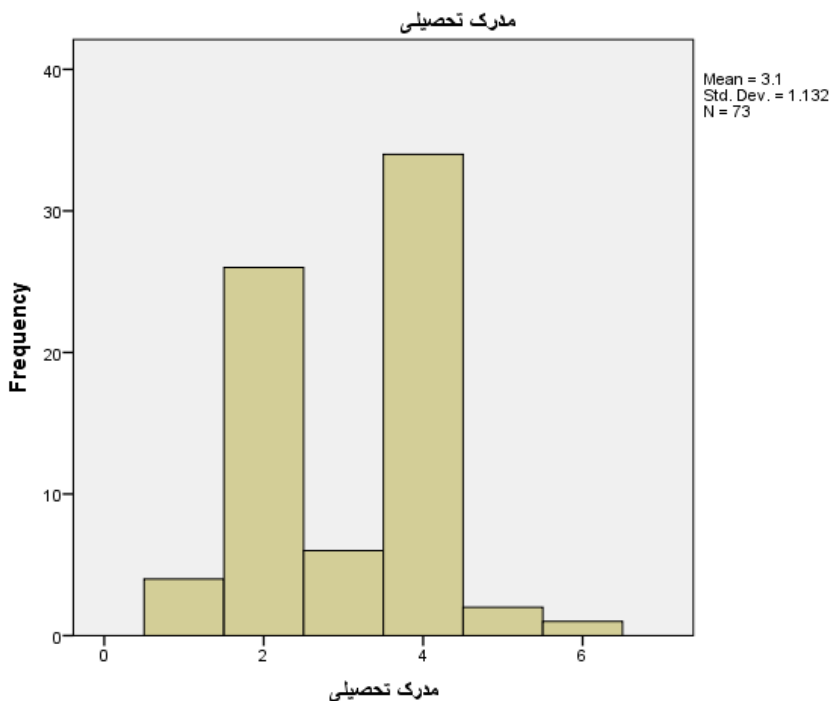
برون داد نمودار هیستوگرام ۲ نشان دهنده این می باشد که تعداد ورزشکاران زن بیشتر از ورزشکاران مرد می باشد.

نمودار ۳ فراوانی هیستوگرام وضعیت تاهل



طبق نمودار ۳ تعداد متاهلین بیشتر از مجردین می باشد. ۵۰/۷ درصد از جامعه آماری از متاهلین و ۳/۴۹ درصد از جامعه آماری از مجردان تشکیل شده است.

نمودار ۴ فراوانی هیستوگرام میزان تحصیلات



نمودار ۴ نشان دهنده آن است که اکثر ورزشکاران ساکن شهر ری میزان تحصیلات کارشناسی را دارند.

جدول ۶ آنوا

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ezterab	Between Groups	6624.079	42	157.716	1.619	.085
	Within Groups	2922.250	30	97.408		
	Total	9546.329	72			
afsordegi	Between Groups	5492.522	42	130.774	3.129	.001
	Within Groups	1253.917	30	41.797		
	Total	6746.438	72			

بر اساس جدول ۶، مقدار آنوا بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب ۰/۰۸۵ / گزارش شده است و بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی ۰/۰۰۱ / گزارش شده است که نشان دهنده این است که بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب رابطه معنادار وجود ندارد اما بیان افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. به منظور بررسی دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب از همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷ همبستگی اضطراب و افسردگی

Correlations			
		ezterab	afsordegi
ezterab	Pearson Correlation	1	.662**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	73	73
afsordegi	Pearson Correlation	.662**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	73	73

در جدول ۷ به بررسی رابطه بین اضطراب و افسردگی پرداخته شده که با توجه به اینکه Sig. نمره ۰/۰۰۰ شده و از ۰/۰۵ کمتر شده است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد.

جدول ۸ همبستگی اضطراب و کیفیت زندگی

Correlations			
		ezterab	keyfiyatezendegi
ezterab	Pearson Correlation	1	-.530**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	73	73
keyfiyatezendegi	Pearson Correlation	-.530**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	73	73

در جدول ۸ به بررسی رابطه بین اضطراب و کیفیت زندگی پرداخته شده که با توجه به اینکه Sig. نمره ۰/۰۰۰ شده و از ۰/۰۵ کمتر شده است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد.

جدول ۹ همبستگی افسردگی و کیفیت زندگی

Correlations			
		afsordegi	keyfiyatezendegi
afsordegi	Pearson Correlation	1	-.516**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	73	73
keyfiyatezendegi	Pearson Correlation	-.516**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	73	73

در جدول ۹ به بررسی رابطه بین افسردگی و کیفیت زندگی پرداخته شده که با توجه به اینکه Sig. نمره ۰/۰۰۰ شده و از ۰/۰۵ کمتر شده است در نتیجه با احتمال ۹۵٪ رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد.

بحث

همانگونه که قبلا نیز ذکر شد مهم‌ترین سوال پژوهش این بود که آیا بین اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی ورزشکاران رابطه‌ای وجود دارد یا نه؟ یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده در جدول ۶ نشان می‌دهد که میان کیفیت زندگی و اضطراب رابطه معناداری وجود ندارد اما بین کیفیت زندگی و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد بنابراین به این نتیجه میرسیم که با افزوده شدن افسردگی از کیفیت زندگی کاسته میشود. تاکنون پیشینه پژوهشی که مستقیما رابطه بین اضطراب، افسردگی با کیفیت زندگی ورزشکاران را بررسی نماید، یافت نشده است، و نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر تفاوت‌هایی از نظر جامعه، نمونه آماری و روش اجرا وجود دارد. در پژوهش صلاحی، همتی (۱۳۹۹) با عنوان بررسی رابطه جو سازمانی با رضایتمندی شغلی و کیفیت زندگی کارکنان بانک پارسیان انجام دادند بر روی متغیرهای جو سازمانی، رضایتمندی شغلی و کیفیت زندگی بر روی جامعه آماری کارکنان بانک پارسیان کار شده و به این نتیجه رسیدند که بین جو سازمانی با رضایت شغلی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد، در پژوهش حاضر به بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بر روی جامعه آماری ورزشکاران پرداخته شده و نتایج نشان می‌دهد بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب رابطه معنادار وجود ندارد اما بین افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد.

در پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۸۴) با عنوان بررسی ارتباط اضطراب دانش‌آموزان دختر با نوع کنترل والدینی انجام دادند بر روی متغیر اضطراب با نوع کنترل والدین کار شده و نتایج نشان می‌دهد ارتباط معناداری بین اضطراب و نوع کنترل والدین وجود دارد و در پژوهش حاضر به بررسی متغیر رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی پرداخته شده بر روی جامعه آماری ورزشکاران کار شده و نتایج نشان می‌دهد بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب رابطه معنادار وجود ندارد اما بین افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد.

در پژوهش باقریان سرارودی، معروفی، فتح‌اله گل، زارع (۱۳۸۹) به بررسی شیوع اضطراب، افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران سکته قلبی بستری در بیمارستان‌های اصفهان در سال ۱۳۸۴ پرداخته شده است به طور کلی یافته‌ها نشان داد علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی بسیار شایع می‌باشد. شایع‌ترین شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران پس از سکته قلبی به ترتیب مقابله‌های خود-اتکائی، خوش‌بینانه، مواجه شدن و حمایت جوینده می‌باشد. کارکرد مسئله-مدار این مقابله‌ها بر کارکرد هیجان-مدار آنها برتری دارد. انتظار می‌رود دو سبک مواجه شدن و حمایت جوینده به کارکرد سالم روانشناختی این بیماران مربوط شود. بنابر این بررسی این موضوع در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد و در پژوهش حاضر به بررسی متغیر رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی پرداخته شده بر روی جامعه آماری ورزشکاران کار شده نتایج آماری حاصله از Sig. در تحلیل واریانس نمره بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب ۰/۸۵ گزارش شده است و بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی ۰/۰۱ گزارش شده است که یکی از ۰/۰۵ کوچکتر بود، لذا نتیجه گرفته شد بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب رابطه معنادار وجود ندارد اما بین افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. در پژوهش شهبازی راد، مومنی، میردیکوند (۱۳۹۴) در بررسی پژوهشی به عنوان نقش سلامت معنوی در تعیین کیفیت زندگی بر روی جامعه دانشجویان کار شده به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در دانشجویان رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد و در پژوهش حاضر به بررسی متغیر رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی پرداخته شده بر روی جامعه آماری ورزشکاران کار شده و نتایج نشان می‌دهد بین دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب رابطه معنادار وجود ندارد اما بین افسردگی و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد.

منابع و مراجع

- [۱] باقریان سرارودی، رضا، معروفی، محسن، فتح اله گل، مریم، زارع، فاطمه (۱۳۸۹) بررسی شیوع اضطراب، افسردگی و سبک های مقابله ای در بیماران سکته قلبی بستری در بیمارستان های اصفهان در سال ۱۳۸۴، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیستم، شماره ۷۷، صص ۳۷-۴۵
- [۲] تازیکی، صادق علی، بذرافشان، حمیدرضا، بهنام پور، ناصر، پاپویز، ماتیاژ (۱۳۸۰)، رابطه علایم افسردگی با دیابت، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال سوم، شماره ۸.
- [۳] رحیمی، معصومه، ثناگو، اکرم، فتاح، زینب السّادات، بهنام پور، ناصر، جویباری، لیلا (۱۳۹۷) اثر چای بابونه بر شدت تنگی نفس و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره ۲۰، شماره ۱، پی در پی ۶۵
- [۴] روشن بین، سحر (۱۳۹۴) رابطه بین کیفیت زندگی با درگیری شغلی کارکنان مدارس استثنایی، تعلیم و تربیت استثنایی، سال پانزدهم، شماره ۲، پیاپی ۱۳۰، صص ۳۰-۲۳
- [۵] زارع پور، فاطمه، کمالی، محمود، علاقبند، مریم، قیصری، مهری، سرلک، شهناز (۱۳۹۱)، بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰، شماره ۱، صص ۶۴-۷۲
- [۶] زحمتکشان، نسرين؛ باقرزاده، راضیه؛ اکابریان، شرافت؛ یزدانخواه فرد، محمدرضا؛ میرزایی، کامران؛ یزدان پناه، سیامک؛ خرم رودی، رزیتا؛ غربی، طیبیه؛ کمالی دشت ارژنی، فرحناز؛ جمند، طیبیه (۱۳۹۱) بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر، مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال دوم، شماره ۱، صص ۵۳ - ۵۴
- [۷] شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۵) مطالعه سنجش شاخص های کیفیت زندگی دانشجویان، فصلنامه علمی ترویجی مطالعات فرهنگی-اجتماعی خراسان، سال ۱۱، شماره دو، ص ۱۰۸
- [۸] شهبازی راد، افسانه؛ مومنی، خدامراد؛ میردریگوند، فضل الله (۱۳۹۴) نقش سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ دانشکده علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت، دوره دوم، شماره اول، صفحه ۴۵ - ۵۰
- [۹] علی اکبر، صلاحی، همتی، وحیده (۱۳۹۹) رابطه جو سازمانی با رضایتمندی شغلی و کیفیت زندگی کارکنان بانک پارسیان، فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، شماره ۲۱، صص ۴۳-۳۲
- [۱۰] علیپور، رضا، ابراهیمی، عبدالحمید، امیدی، رقیه، هدایتی، آروین، رنجبر، حسام، حسینپور، سالار (۱۳۹۴) افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی عصر دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۹۳، مجله علمی پژوهش، دوره ۱۳، شماره ۴، صص ۵۱ تا ۵۹
- [۱۱] کریمی، افسانه، بحرینیان، سید عبدالمجید، غباری بناب، باقر (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی مراقبه متعالی (مدیتیشن) بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان دانشجو، فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، شماره ۹، سال سوم
- [۱۲] کریمی، رقیه، تقوی لاریجانی، ترانه، مهران، عباس، قلجانی، فرشته (۱۳۸۴) بررسی ارتباط اضطراب دانش آموزان دختر با نوع کنترل والدینی، حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران، دوره ۱۱، شماره ۴-۳، صص ۸۴-۸۳
- [۱۳] جات، سحرناز (۱۳۸۷) کیفیت زندگی و اندازه گیری آن، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره چهار، شماره دو، صص ۶۲-۵۷