

[DOR: 20.1001.1.24237558.1399.5.2.8.6](https://doi.org/10.24237/558.1399.5.2.8.6)

تأثیر خود مراقبتی بر افسردگی و کیفیت زندگی ورزشکاران در دوران بازنشستگی

محسن صادقی^۱
سیدمحمد کاشفی^۲

چکیده

خود مراقبتی شامل برخورد با نیازهای اساسی انسان و حفظ فعالیت‌های مرتبط با سلامتی و حفظ زندگی است و در زندگی تمامی افراد به‌خصوص ورزشکاران بازنشسته اهمیت بالایی دارد. از این رو پژوهش حاضر که با هدف تعیین تأثیر خود مراقبتی بر افسردگی و کیفیت زندگی ورزشکاران در دوران بازنشستگی در استان آذربایجان شرقی انجام شد، یک بررسی نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی ورزشکاران بازنشسته بودند که قبل از سال ۱۳۹۹ ورزش حرفه‌ای خود را به اتمام رسانده بودند که از میان آن‌ها ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (۲۵ نفر برای گروه آزمایش و ۲۵ نفر برای گروه شاهد) انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده؛ پرسشنامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO) و پروتکل خود مراقبتی بودند که پیش و پس از اجرای روش آموزش خود مراقبتی بر روی شرکت‌کنندگان اجرا و داده‌ها از طریق آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش خود مراقبتی باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در ورزشکاران بازنشسته می‌شود ($P < 0/05$)؛ بنابراین با تشخیص به‌موقع علائم و نشانه‌های افسردگی و سطح کیفیت زندگی افراد، با افزایش پیروی از رفتارهای خود مراقبتی و انجام آن می‌توان عوارض روانی و جسمی ناشی از افسردگی را کاهش داد و کیفیت زندگی افراد را ارتقا بخشید.

کلیدواژه‌ها: خود مراقبتی، افسردگی، کیفیت زندگی، ورزشکاران بازنشسته.

1. دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)
mohsensadeghi1324@gmail.com

2. استاد مدیریت ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

The effect of self-care on depression and quality of life of athletes in retirement

M. Sadeghi¹

S. M. Kashef²

Abstract

Self-care includes addressing basic human needs and maintaining activities related to health and life preservation and is of great importance in the lives of all people, especially retired athletes. Therefore, the present study, which was conducted to determine the effect of self-care on depression and quality of life of athletes in retirement in East Azerbaijan province, was a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group. The statistical population was all retired athletes who had completed their professional sports before 2020, from which 50 people were selected by simple random sampling (25 for the experimental group and 25 for the control group). Tools used; The Beck Depression Inventory and the World Health Organization (WHO) Quality of Life Questionnaire and the Self-Care Protocol were administered to participants before and after self-care training, and data were provided through descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance) Were analyzed. Findings showed that self-care training increases quality of life and reduces depression in retired athletes ($P < 0.05$). Therefore, by timely detection of signs and symptoms of depression and the quality of life of individuals, by increasing self-care behaviors and doing so, it can reduce the psychological and physical effects of depression and improve the quality of life.

Keywords: self-care, depression, quality of life, retired athletes.

1. PhD Student in Sports Management, Faculty of Sports Sciences, Urmia University, Urmia, Iran
(Corresponding Author) mohsensadeghi1324@gmail.com

2. Professor of Sports Management, Faculty of Sports Sciences, Urmia University, Urmia, Iran.

مقدمه

مفهوم «مراقبت از خود» اولین بار توسط اورم^۱ مطرح و در سال ۱۹۵۹ انتشار یافت. طبق تعریف اورم مراقبت از خود رفتارهای آموخته شده‌ای هستند که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامتی و خوب بودن و پیشگیری و درمان انجام می‌دهد. خود مراقبتی شامل برخورد با نیازهای اساسی انسان و حفظ فعالیت‌های مرتبط با سلامتی و حفظ زندگی است. مراقبت از خود هدفمند است و در تمامیت ساختاری انسان، کارکرد و تکامل او سهیم است و فرآیندی نسبی است که رفتارها و انتخاب‌های هدفمندی را به همراه داشته و منعکس کننده نگرش و دانش هر فرد است. قوی‌ترین بعد تئوری پرستاری اورم ارائه خود مراقبتی به‌عنوان اولویت برای افراد در سطوح گوناگون سلامتی است و فرد به‌طور فعال در خود مراقبتی اش شرکت می‌کند. خود مراقبتی ابعاد گوناگونی را در برمی‌گیرد نظیر خود مراقبتی جسمی، روانی-عاطفی، اجتماعی، معنوی و... که مزایای آموزش‌های این خود مراقبتی‌ها در افسردگی به‌طور معنی‌داری، به اثبات رسیده است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که خود مراقبتی مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه است؛ چه در کشورهای توسعه‌یافته، چه در کشورهای در حال توسعه (وزارت بهداشت، ۱۳۹۳). بهبود رفتارهای خود مراقبتی اولین گام در جهت کمک به افراد برای کنترل بهتر حالت روحی روانی خودشان است و این مسئله اهمیت فهم فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای خوددرمانی افراد افسرده را

1. Orem

آشکارتر می‌کند. همچنین طراحی و تقویت مداخلات مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی را ایجاب می‌نماید و به مراقبت دهندگان کمک می‌کند تا افسردگی را بهتر درمان کنند و عوارض مرتبط با آن را کاهش دهند (نیشابوری و بلوچی فرد، ۱۳۹۲). در همین ارتباط در تحقیقی که زارعی‌نژاد و حسینی‌المدنی (۱۳۹۹) انجام دادند، یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش خود مراقبتی باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در بیماران دیابتی می‌شود. افراد باید تأثیر مثبت عمل و جنبه بالقوه منفی عمل را برآورد نمایند. تجزیه و تحلیل ناآگاهانه منافع منهای موانع ممکن است در جایی اتفاق بیفتد که افراد تأثیر عمل را در برابر موانع آن پرهزینه، خطرناک، ناراحت‌کننده، وقت‌گیر و دور از مکان اصلی بودن ارزیابی نمایند و بر آن اساس، رفتار را انجام می‌دهد یا از آن خودداری می‌کند (مروتی، ۲۰۰۷).

کلمه مرکب «کیفیت زندگی» به لحاظ لغوی هم در زبان فارسی و هم در زبان انگلیسی متشکل از دو واژه کیفیت و زندگی است که در اساس خود اشاره به چگونگی زیستن فرد و شرایط متمایز آن در افراد گوناگون دارد (رخشنده‌رو و همکاران، ۲۰۱۶). بعد جسمانی کیفیت زندگی شامل دریافت فرد از توانایی‌های خود در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان انجام کارها است و بعد روانی کیفیت زندگی جنبه‌های روحی و احساس سلامتی مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد. بعضی از رده‌های این ابعاد عبارت است از تصویر از خود،

احساسات مثبت، احساسات منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن، یادگیری حافظه، تمرکز حواس و همچنین بعد اجتماعی کیفیت زندگی به توانایی فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی اشاره دارد (کوهن^۱، ۲۰۱۳).

یادگیری رفتارهای خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با شرایط موجود افزایش دهد و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد. تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در افراد بازنشسته از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. افراد می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود بر آسایش و توانایی‌های عملکردی خود تأثیرگذار باشند. ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می‌تواند به افراد کمک کند تا بر روی زندگی خود کنترل داشته باشند و با عوارض ناشی از بازنشستگی خود سازگار شوند که این سازگاری منجر به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. رفتارهای مراقبت از خود مناسب، سبب ارتقاء توانایی‌ها، انجام بهتر فعالیت‌های روزانه و دستیابی به استقلال در افراد می‌شود و به این ترتیب وی در انجام عملکردهای اجتماعی تواناتر و برای زندگی امیدوارتر می‌شود و نهایتاً از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار می‌گردد (اورم، ۲۰۱۵). چراغی و همکاران دریافتند که با به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم، کیفیت زندگی در تمامی ابعاد فیزیکی، عاطفی و اجتماعی افزایش چشم‌گیری دارد که این افزایش از لحاظ آماری معنادار بوده است، به طوری که در دو بعد از ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد

جسمی و روانی افزایش قابل توجهی مشاهده شده است (چراغی و همکاران، ۲۰۲۰). با توسعه دانش در زمینه ورزش و تحقیقات انجام شده بسیاری از ورزشکاران به اهمیت خود مراقبتی در کیفیت زندگی و کاهش افسردگی پی برده‌اند لیکن در رسیدن به این گونه رفتارهای خود مراقبتی ورزشکاران با مشکلاتی مواجه می‌شوند و از آنجا که تاکنون بعد خود مراقبتی روانی-عاطفی جهت کاهش افسردگی و افزایش بهبود کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته مورد بررسی قرار نگرفته است این مطالعه با هدف بررسی تأثیر رفتارهای خود مراقبتی روانی-عاطفی و با در نظر گرفتن نقش این عوامل در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی انجام گرفته است. با توجه به شیوع زیاد افسردگی در ورزشکاران بازنشسته و مشکلات جسمی، عاطفی و اجتماعی تحمیل شده ناشی از تغییر یک باره سبک زندگی ورزشکاران در دوران بازنشستگی و نیز از آنجا که میزان توان خود مراقبتی علی‌الخصوص خود مراقبتی روانی-عاطفی می‌تواند متأثر از فرهنگ و فضایی باشد که در آن زندگی می‌کنیم در این پژوهش به مطالعه‌ی تأثیر خود مراقبتی بر افسردگی و بهبود کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته پرداخته شده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی (نیمه تجربی) از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده که در آن به اثر بخشی آموزش خود مراقبتی بر افسردگی و بهبود کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته پرداخته شده است. جامعه

آماري پژوهش حاضر را، کليه ورزشکاران بازنشسته که قبل از سال ۱۳۹۹ ورزش حرفه‌ای خود را به اتمام رسانده‌اند تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی پژوهش به دلیل افزایش توان و یا اندازه اثر شامل ۵۰ نفر از ورزشکاران بازنشسته بودند که به‌طور تصادفی، از بین جامعه‌ی آماری ورزشکاران بازنشسته استان آذربایجان شرقی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه (۲۵ نفر در گروه آزمایش و ۲۵ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. با توجه به متغیرهای تحقیق پرسشنامه‌های استفاده شده در این تحقیق پرسشنامه‌ی افسردگی بک^۱ (۱۹۹۶) با ۲۱ سؤال که هر کدام از سؤالات نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرند (کم‌ترین نمره در این پرسشنامه ۰ و بیشترین نمره ۶۳ است). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۷، ضریب اعتبار تنصیف ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی ۳ هفته ۰/۴۹ به‌دست آمد و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت با ۲۶ سؤال و ۴ زیر مقیاس؛ سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف بود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه محاسبه و برای مؤلفه‌های سلامت جسمی ۰/۷۴، سلامت روانی ۰/۸۶، روابط اجتماعی ۰/۸۴ و سلامت محیط ۰/۷۸ به‌دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۳ به‌دست آمده است.

از نظر روش جمع‌آوری اطلاعات پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی بوده و طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل

1. Beck

است. متغیر مستقل آموزش خود مراقبتی است که تنها در گروه آزمایش اعمال شده و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش بررسی و با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفته است. به همین منظور برای انجام این پژوهش و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به صورت زیر استفاده شده است.

ابتدا افراد شرکت‌کننده در پژوهش به وسیله محقق و با روش‌های تحقیق میدانی و مشاهده شناسایی شدند، سپس شرکت‌کنندگان در پژوهش فرم رضایت‌نامه‌ی شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه، از آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش خواسته شد تا به پرسشنامه‌های افسردگی و کیفیت زندگی پاسخ دهند. محقق پرسشنامه‌ها را به صورت انفرادی و در یک جلسه در فضایی آرام در همان مکان‌هایی که آزمودنی‌ها حضور داشتند به آزمودنی‌ها ارائه نموده پس از توضیح در مورد نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شد در صورت مبهم بودن گویه‌های پرسشنامه‌ها با طرح سؤال ابهامات خود را رفع کنند. برای تکمیل پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی وجود نداشت. به منظور کنترل تأثیر احتمالی ترتیب آزمون‌ها، مجموعه‌ی آزمون‌ها با ترتیبی متفاوت و به طور تصادفی به هر آزمودنی ارائه شد. سپس ۱۰ جلسه آموزش خود مراقبتی طبق پروتکل، به صورت سخنرانی توسط پژوهش‌گر و با نظارت کارشناس متخصص (کارشناس ارشد روان‌شناسی) آموزش دیده و بدون اطلاع از اهداف پژوهش بودند، به صورت بحث دو

طرفه در سالن آموزشی پلی کلینیک سلامت تبریز، برای گروه آزمایش برگزار شد. هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید که برای جلوگیری از ایجاد خستگی در بیماران این ۹۰ دقیقه به دو قسمت ۴۵ دقیقه‌ای تقسیم شد. در طی جلسه مطالب به صورت ساده و قابل فهم ارائه گردید در ۴۵ دقیقه‌ی دوم در مورد مطالب گفته شده پرسش و پاسخ صورت گرفت و اگر برای فردی مطالب تفهیم نشده بود به صورت جداگانه مسائل گفته شده بازگو و تفهیم شد. در پایان هر جلسه تکالیف خانگی داده می‌شد و ابتدای جلسه‌ی بعد ضمن بررسی تکالیف انجام شده بازخورد لازم ارائه می‌شد. پس از اتمام مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون گرفته شد و بعد از ۱ ماه به منظور بررسی پایداری اثرات مداخله مجدداً ارزیابی با ابزارهای پژوهش صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) استفاده شد، به این صورت که ابتدا به ارائه‌ی آمار توصیفی و سپس برای ارائه‌ی یافته‌های استنباطی و آزمون معنی‌داری ارتباط بین متغیرها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی در قالب یافته‌های جمعیت‌شناختی و یافته‌های توصیفی متغیرهای تحقیق آورده شده است. سپس در ادامه به یافته‌های استنباطی

پرداخته شده و به تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای رسیدن به اهداف تحقیق پرداخته شده است. در جدول ۱ خلاصه یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد حاضر در نمونه تحقیق آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه یافته‌های جمعیت‌شناختی نمونه آماری.

متغیر پژوهش	طبقه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۲۱	۴۲
	مرد	۲۹	۵۸
سن	۳۰-۴۰ سال	۲۱	۴۲
	۴۰-۵۰ سال	۱۴	۲۸
	۵۰-۶۰ سال	۱۲	۲۴
	بالای ۶۰ سال	۳	۶
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵	۳۰
	دیپلم	۲۵	۵۰
	کارشناسی	۱۰	۲۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۰	۰

در جدول ۲ خلاصه‌ی آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیرها	گروهها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۴۷/۷۵	۴/۰۷	۴۶/۳۲	۴/۱۵
	پس آزمون	۳۰/۳۰	۳/۹۷	۴۶/۹۲	۴/۳۵
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۳/۶۵	۴/۲۱	۳۵/۵۵	۴/۴۸
	پس آزمون	۳۷/۳۸	۸/۵۴	۳۷/۳۳	۳/۸۳

شرط استفاده از تحلیل کوواریانس نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در هر دو گروه (آزمایش و کنترل)، همگنی واریانسها و یکسان بودن شیب خط رگرسیونی است که بدین منظور به ترتیب ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و مفروضه‌ی یکسان بودن شیب خط رگرسیون به بررسی این پیش فرضها می‌پردازیم.

با توجه به نتایج جدول ۳، سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو - ویلک در متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی، بالاتر از ۰/۰۵ است (با سطح معنی‌داری، $P > ۰/۰۵$)، از این رو فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته که یکی از شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس است تأیید می‌گردد.

جدول ۳: آزمون شاپیرو - ویلک

آزمون شاپیرو - ویلک		متغیرها
شاخص	سطح معنی‌داری	

۰/۱۴۵	۰/۱۴۵	پیش‌آزمون	افسردگی
۰/۱۱۸	۰/۱۲۱	پس‌آزمون	
۰/۳۵۴	۰/۱۳۲	پیش‌آزمون	کیفیت زندگی
۰/۳	۰/۱۳۹	پس‌آزمون	

با توجه به نتایج به‌دست آمده از آزمون لون که در جدول ۴ آورده شده است، برای بررسی برابری واریانس‌های خطا می‌توان گفت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی؛ با سطح معنی‌داری ($P > 0/05$) رعایت شده است. این امر از آن جهت مهم است که پایایی نتایج بعدی را تأیید می‌کند.

جدول ۴: نتایج آزمون لون

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
افسردگی	۰/۵۱۵	۱	۴۸	۰/۳۳۲
کیفیت زندگی	۰/۲۶۰	۱	۴۸	۰/۶۱۴

براساس نتایج مندرج در جدول ۵ سطح معنی‌داری سطر اثر متقابل ($p = 0/228$) بزرگتر از $0/05$ ($P > 0/05$) است، بنابراین مفروضه‌ی یکسان بودن شیب خط رگرسیون پذیرفته می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیون

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری
--------------	---------------	------------	-----------------	---	---------------

گروه	۳۹/۴۲۶	۱	۳۹/۴۲۶	۷۰/۹۳۱	۰/۰۳۶
پیش آزمون	۱۲/۶۴۷	۱	۱۲/۶۴۷	۲۲/۱۰۲	۰/۰۸۵
گروه* پیش آزمون	۴/۳۸۲	۱	۴/۳۸۲	۷/۲۱۹	۰/۲۲۸

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود تفاوت دو گروه در میزان تأثیر آموزش خود مراقبتی در مرحله پس آزمون معنی دار است ($P < ۰/۰۵$ و $F(۱, ۴۶) = ۳۵/۲۳۳$)؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش خود مراقبتی در میزان افسردگی ورزشکاران بازنشسته مؤثر بوده است و باعث کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده است.

جدول ۶: نتایج اثرات بین آزمودنی در افسردگی

منبع	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات سهمی
گروه	۰/۳۱۳	۱	۰/۳۱۳	۰/۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۴
پیش آزمون (افسردگی)	۳۲۶/۳۳	۱	۳۲۶/۳۳	۱۰۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۶
گروه* پیش آزمون	۱۰۵/۵۷	۱	۱۰۵/۵۷	۳۵/۲۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
خطا	۷۷/۹۰۵	۴۶	۲/۹۶۶			
کل	۲۰۶۱	۵۰				

به عبارت دیگر نتایج تحلیل کوواریانس آمده در جدول ۶ نشان می دهد که آیا اعمال متغیر مستقل بر تغییرات متغیر وابسته اثرگذار بوده یا خیر؟ سطح معنی داری

آماره F نشان می‌دهد که آموزش خود مراقبتی در افسردگی ورزشکاران بازنشسته اثرگذار بوده است.

جدول ۷: میانگین‌های تعدیل شده افسردگی

گروه‌ها	میانگین	خطای انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪
کران بالا	کران پایین		
گروه آزمایش	۳/۶۲۵	۰/۴۵۹	۲/۶۸۱ و ۴/۵۶۹
گروه کنترل	۱۰/۱۸۸	۰/۴۵۵	۹/۲۵۲ و ۱۱/۱۲۴

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌ها (آموزش خود مراقبتی) وجود داشت ($P < ۰/۰۵$ و $F(۱ و ۴۶) = ۳۵/۲۳۳$). نمرات میانگین تعدیل شده نشان می‌دهد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از افسردگی پایین‌تری برخوردار می‌باشند. در نتیجه می‌توان بیان نمود که آموزش خود مراقبتی بر کاهش افسردگی در ورزشکاران بازنشسته تأثیر دارد.

نتایج آمده در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه در میزان تأثیر آموزش خود مراقبتی در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$ و $F(۱ و ۴۶) = ۲۱۳/۵۳۳$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش خود مراقبتی بر میزان کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته مؤثر بوده است و باعث افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

جدول ۸: نتایج اثرات بین آزمودنی در کیفیت زندگی

منبع	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجدورات سهمی
گروه	۲۸۸۱/۹۸۲	۱	۲۸۸۱/۹۸۲	۵۷۵/۸۰۹	۰/۰۰۰	۰/۵۳۴
پیش آزمون (کیفیت زندگی)	۳۰۶۹/۳۳۹	۱	۳۰۶۹/۳۳۹	۶۱۳/۲۴۲	۰/۰۰۰	۰/۹۲۶
گروه * پیش آزمون	۱۰۶۸/۷۵۳	۱	۱۰۶۸/۷۵۳	۲۱۳/۵۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۰۶
خطا	۱۳۳/۱۳۰	۴۶	۵/۰۰۵			
کل	۱۴۰۰/۳۲	۵۰				

به عبارت دیگر نتایج تحلیل کوواریانس آمده در جدول ۸ نشان می‌دهد که آیا اعمال متغیر مستقل بر تغییرات متغیر وابسته (کیفیت زندگی) اثرگذار بوده یا خیر؟ سطح معنی داری آماره‌ی F نشان می‌دهد که آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته اثرگذار بوده است.

جدول ۹: میانگین‌های تعدیل شده کیفیت زندگی

گروه‌ها	میانگین	خطای انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪
گروه آزمایش	۷۷/۴۶۰	۰/۶۲۴	کران بالا ۷۸/۷۴۳
گروه کنترل	۵۰/۹۶۰	۰/۶۲۰	کران پایین ۴۹/۶۸۵

پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌ها (آموزش خود مراقبتی) وجود داشت ($P < ۰/۰۵$ و $F(۱, ۴۶) = ۲۱۳/۵۳۳$). نمرات میانگین

تعدیل شده نشان می‌دهد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌باشند. در نتیجه می‌توان بیان نمود که آموزش خود مراقبتی بر افزایش کیفیت زندگی در ورزشکاران بازنشسته تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی تفاوت دارند و این تفاوت بین دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار است، در نتیجه آموزش خود مراقبتی بر میزان افسردگی ورزشکاران بازنشسته مؤثر بوده است و باعث کاهش افسردگی در گروه آزمایش شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی مزدهی و همکاران (۱۳۹۰)، سجادی و همکاران (۱۳۹۰)، شیرازی و همکاران (۱۳۹۲)، محمودی (۱۳۹۵)، پترسون و زتل^۱ (۲۰۰۹)، ساکو و بیکوسکی^۲ (۲۰۱۱)، بولمیجر^۳ و همکاران (۲۰۱۱)، پوجی لستاری^۴ و همکاران (۲۰۱۳)، باند و بانس^۵ (۲۰۱۳)، گری^۶ و همکاران (۲۰۱۳)، فورمن^۷ و همکاران (۲۰۱۵)، الجاسم^۸ و همکاران (۲۰۱۶)، هایز و زتل^۹ (۲۰۱۶) قرار دارد. علت بروز افسردگی در ورزشکاران بازنشسته واضح نیست ولی عواملی چون بی‌حرکتی و تغییر

1. Peterson & Zettle
2. Sacco & Bykowski
3. Bohlmeijer
4. PujiLestari
5. Bond & Bunce
6. Gary
7. Forman
8. Aljasem
9. Hayes & Zettle

ناگهانی سبک زندگی را در ایجاد آن مؤثر می‌دانند. افسردگی نه تنها منجر به عوارض روان‌شناختی و اجتماعی در ورزشکاران بازنشسته می‌شود، بلکه ممکن است عامل خطری برای مختل شدن رفتارهای خود مراقبتی باشد. به نظر می‌رسد افزایش عملکرد خود مراقبتی می‌تواند پیروی از روش‌های درمان افسردگی را افزایش داده و منجر به کاهش علائم و نشانه‌های جسمی افسردگی گردد. از سوی دیگر افسردگی مرتبط با بازنشستگی از طریق تأثیر بر منافع خالص به‌طور غیرمستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی مؤثر است. همواره از افسردگی به‌عنوان یکی از موانع مهمی که از انجام دستورات خود مراقبتی در افراد افسرده جلوگیری می‌کرده، یاد شده است. به این ترتیب که اگر هدف بهبود فعالیت‌های خود مراقبتی باشد می‌توان با افزایش خود کارآمدی افراد و منافع خالص، یعنی تقویت ترجیح منافع انجام رفتار در مقابل موانع آن و همچنین تقویت هم‌زمان شدت و حساسیت درک شده به آن دست یافت. برای ارتقای اعتقاد افراد به کفایت و کارآمدی خود در جهت انجام رفتارهای مراقبت و کاهش افسردگی می‌توان منبع کنترل درونی آن‌ها را بهبود بخشید و برای دستیابی به این مورد باید به افراد آموزش داد که خودشان باید با برنامه‌ریزی در زمینه انجام مراقبت‌های خود در جهت کنترل حالات روحی روانی تلاش کنند و عامل اصلی جلوگیری از عوارض افسردگی، خودشان می‌باشند.

دیگر نتایج به‌دست آمده حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل با توجه به متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون است، در نتیجه آموزش

خودمراقبتی بر میزان کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته مؤثر بوده و باعث افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی سعیدپور و همکاران (۱۳۹۲)، نیشابوری و بلورچی فرد (۱۳۹۲)، جلیلیان و همکاران (۱۳۹۴)، اصغری و همکاران (۱۳۹۴)، گری و همکاران (۲۰۱۳)، لئو و اوون^۱ (۲۰۱۵)، هاوتون و تاملینسون^۲ (۲۰۱۹) قرار دارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای خود مراقبتی به‌عنوان یک شیوه آموزشی می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه و ماندگاری بر کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته داشته باشد. یافته‌های مطالعه حاضر مؤثر بودن روش آموزش رفتارهای خودمراقبتی را بر بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته مورد تأکید قرار می‌دهد. اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای مراقبت از خود، بسیاری از عوارض کنترل شود (اسچریورز^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). فعالیت‌های خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامت و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر نماید و میزان ناتوانی و از کارافتادگی فرد را کاهش دهد (کانل، ۲۰۱۵).

در تبیین این نتیجه می‌توان بیان نمود کیفیت زندگی برداشت یک فرد از موقعیت خود، میزان لذت وی از موقعیت‌های مهم زندگی و مرتبط با اهداف و انتظارات فرد است، می‌توان گفت عواملی مثل جو صمیمانه و محترمانه، ابراز آزاد احساسات،

1. Lev & Owen
2. Hawthone & TomlinSon
3. Schreurs

همبستگی و درک همدلانه در شیوه‌های مورد استفاده در قالب گروه‌درمانی به شیوه‌ی آموزشی با تأکید بر مفاهیم مربوط به خود در کنار خصوصیات و ویژگی‌های مشترک افراد، باعث ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به قبل از دوره برگزاری این دوره‌ها در شرکت‌کننده شده است. این تغییر نگرش موجب بهبود روابط و افزایش امیدواری به اصلاح مسیر آینده زندگی و داشتن احساس رضایت‌مندی از خود در اکثر شرکت‌کنندگان گردید و در نتیجه اثر مثبتی را بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. در آموزش خود مراقبتی به افراد بازنشسته، آموزش داده می‌شود تا میزان مسئولیت خود را در قبال رفتارهای خویش افزایش دهند. مطابق این دیدگاه کنترل انسان بر رفتار، یک کنترل آگاهانه است به طوری که فرد «رفتار کلی» را انتخاب کرده و مسئول خویش است. انسان خواسته‌ها، انتظارات، افکار، عقاید و اعمال خود را طوری انتخاب می‌کند که بتواند بهترین و خوشایندترین حالت را در خویش ایجاد نماید و این مسئولانه زندگی کردن باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود.

پیشنهادات

از اهداف مهم هر تحقیق استفاده از نتایج آن در عمل است تا بتواند راهگشای مشکلات موجود و بهبود وضعیت گردد. نتایج این تحقیق بیانگر آن است که آموزش رفتارهای خود مراقبتی باعث بهبود مراقبت از خود و کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود که پزشکان، مشاوران و پرستاران در حین انجام

مداخلات، رفتارهای مراقبت از خود را به افراد آموزش دهند و آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای بر اساس سن، جنس و سطح تحصیلات افراد تدوین نمایند. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای مدیران و متصدیان آموزشی باشد تا تأثیر رفتارهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی ورزشکاران بازنشسته را بشناسند و با برپایی کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی در ارتقای آگاهی و مشاوره در زمینه شناخت مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر ارتقای آن اهتمام ورزند.

منابع

- Aljaseem, L I. Peyrot, M. Wissow, L & Rubin, R R. (2016), The impact of barriers and self- efficacy on self-care behaviors in type II diabetes. *The Diabetes Educator*, 27, 393-404.
- Asghari, Mehdi Naqibi, Seyed Abolhassan Rostami, Fereshteh. (2015), Investigating the effect of education on self-care promotion of type 2 diabetic patients covered by rural health centers in Noor city in 2014, *Journal of Community Health Research*, 1 (22) 22-28 [Persian].
- Beck, Robert; Aaron T. A; Steer, Roberta Ball & William F. Ranieri. (1996), Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients, *Journal of Personality Assessment*, 67:3, 588-597, DOI: 10.1207/s15327752jpa6703_13.
- Bohlmeijer, E T. Fledderus, M. Rokx, T & Pieterse, M E. (2011), Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial, *Behaviour Research and Therapy*, 49 (1), 62-67.
- Bond, F W & Bunce, D. (2013), Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-63.
- cheraghi F, borzo S R, cheraghi F, maghsoudi Z. (2020), *The Effect of Applying Orem Self-care Model on Quality of Life in Iranian Patients: A Systematic Review Study*. 1 (2): 30-40.
- Cohen, L M. (2013), *The Health Psychology Handbook*, Sage Publication INC.
- Connell, M. (2015), Self-care is heparin indigent patients with hearth failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (3), 223-30.
- Forman, E M. Herbert, J D. Moitra, E. Yeomans, P D & Geller, P A. (2015), A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression, *Behavior Modification*, 31 (6), 772-799.
- Gary, T L. Hill, M N. Levine, D M & Saudek, C. (2013), Randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community

- health worker interventions on risk factors for diabetes-related complications in urban African Americans, *Prev Med*, 37 (1): 23-32.
- Hawthone, K & Tomlinson, S. (2019), One to one teaching with picture- flash card health education for British Asians with diabetes. England, *Br J Gen Pract*, 47 (418): 301 – 304.
 - Hayes, S C & Zettle, R D. (2016), Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding, *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256.
 - Jalilian, Farhad Absolute adornment, Farideh. Solhi, Maryam. (2015), The effectiveness of the educational program on increasing self-care of patients with type 2 diabetes, *Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 20 (1): 26-34 [Persian].
 - Lev, L & Owen, S V. (2015), A prospective study of adjustment to hemodialysis, *American nephrology nurses association* 1998, 25 (5): 495-503.
 - Mahmoudi, Azam. (2016), *Evaluation of the effect of self-care plan on healing of lower extremity ulcers in diabetic patients of selected hospitals in Tehran*, Master Thesis in Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran [Persian].
 - Ministry of Health and Medical Education (2014), *Self-care training package of the deputy of health, Health education and promotion office* [Persian].
 - Morovati, M. (2007), *The influence of social support on chronic illness management: A review and directions for research. Health Education and Behavior*, 30, 170-195 [Persian].
 - Mozhdehi, Mohammad; Reza Etemadi, Ahmad Philosophical race, Mohammad Reza. (2011), Evaluation of therapeutic mediators and the effectiveness of self-care in reducing depressive symptoms in diabetic patients, *Culture of Counseling*, 2 (7), 1-31 [Persian].
 - Neyshabouri, Farzad Bloorchifard, Mahboob. (2013), The effect of group and individual training on the level of knowledge, attitude and self-care practice in patients with foot ulcers. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*, University of Medical Sciences, Tehran (Hayat); 22 (59): 33-41 [Persian].

- Orem, D. (2015), *Nursing concepts of practice*. 6th. Ed. St. Louis: Mosby.
- Peterson, C L & Zettle, R D. (2009), Treating in patients with co morbid depression and Alcohol use disorders: A comparisons of Acceptance and Commitment Therapy and Treatment as usual, *The Psychological Record*, 59, 521-536.
- PujiLestari, C U. Kanbara, S. Setyawan, A & Taniguchi, H. (2013), Comparison of social support, self-efficacy and psychological stress response between diabetes Type 2 patients in Jogjakarta, Indonesia and Kobe, Japan. *Diabetes research and clinical practice*, 79, SI-SI27.
- Rakhshanderou, S. Heidarnia, A R. Rajab A. (2016), The Effect of Health Education on Quality of Life in Diabetic Patients Referring to Iran Diabetes Association, *Daneshvar Med*, 13 (5): 15-20 [Persian].
- Sacco, W P & Bykowski, C A. (2011), Depression and hemoglobin A1c in type 1and type 2 diabetes: The role of self-efficacy, *Diabetes Research and Clinical Practice*. www.elsevier.com/locate/diabres.
- Saeedpour, Jalal Jafari, Mehdi Judge Asgar, Mahsa. Diani Dardashti, Hassan. Teymourzadeh, Ehsan (2013), The effect of self-care education on the quality of life of diabetic patients, *Health Management*, 16 (51), 26-37 [Persian].
- Sajjadi, Musa; Akbari, Ali Kian Mehr, Mojtaba. Atardi, Alireza. (2011), The relationship between self-care and depression in patients undergoing maintenance hemodialysis. Knowledge horizon; *Quarterly Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services*, 14 (1); 13-19 [Persian].
- Schreurs, K M. et al. (2013), Development, content and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic disease requiring self-care behaviors, *Patients Education and Counseling*, 51, 133-141.
- Shirazi, Masoumeh; Anousheh, Mohammad Rajabi, Amin. (2013). The effect of self-care program training through group discussion method on the knowledge and practice of diabetic adolescent girls referred to the Iranian Diabetes Association, *Journal of Behavioral Sciences*, Volume 2, Number 1; 67-73 [Persian].

- Zareinejad, Maryam, Hosseini Al-Madani, Seyed Ali. (2020), *The effect of self-care on depression and quality of life in diabetic patients in Qom*, social Sciences [Persian].