

بررسی کیفیت زندگی، ناامیدی و سلامت روان در افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری

امید بوشهر

جمیله کیانی^۱، داراب مشتاقی^۲، شهرزاد درویشی^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، بوشهر، Kiane1386@yahoo.com

۲- استادیار بیماریهای کلیه و مجاری ادراری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، بوشهر

۳- دانشجو پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، بوشهر

مقدمه: توانایی به دنیا آوردن فرزند، برای بسیاری از زوج ها امری مهم در تکامل شخصیت مردانه و زنانه، تعیین هویت و نتیجه نهایی زندگی می باشد. برای زوج های نابارور که خواهان فرزند هستند، این مسأله ناامید کننده است و بر عملکرد روانشناختی ایشان تاثیر دارد. هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی وضعیت کیفیت زندگی، ناامیدی و سلامت روان در افراد نابارور تحت درمان، در مرکز درمان ناباروری امید خلیج فارس بوشهر می باشد.

مواد و روشها: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری امید خلیج فارس که در حدود ۱۰۰ نفر می باشند، پرسشنامه های کیفیت زندگی SF-36، ناامیدی بک و سلامت عمومی GHQ-28 را تکمیل نمودند با توجه به تعداد کم بیماران، از تمامی بیماران به عنوان نمونه استفاده شد.

یافته ها: طبق نتایج حاصل از این مطالعه ۶۷٪ از افراد نمره سلامت عمومی آنها پایین تر از میانگین نمره سلامت عمومی (۲۶/۵۵) و نمره آزمون ناامیدی ۶/۵۸ می باشد که وضعیت خفیف ناامیدی قرار دارند. بین میانگین نمره سلامت عمومی افراد و ناامیدی همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد که هرچه وضعیت فرد از نظر بهداشت روانی بهتر باشد، درجه ناامیدی او کمتر خواهد بود. بعلاوه همبستگی منفی و معنی دار بین میانگین نمره سلامت عمومی و کیفیت زندگی وجود دارد.

نتیجه گیری: بنابراین افراد نابارور تحت درمان مراکز پزشکی نیاز به برنامه ریزی به منظور مداخلات حمایتی روانشناختی دارند.

واژه های کلیدی: ناباروری، کیفیت زندگی، سلامت روان، ناامیدی

Evaluation quality of life , hopllesness and mental health of infertile persons referring to Omid infertility treatment center Bushehr

The ability of a baby, an important issue for many couples in the evolution of male and female characters, identification and the final result of life. For infertile couples who want children, this issue is disappointing and they affect psychological function.

The main objective of this study is to investigate the quality of life, despair and mental health infertile, Infertility Center of Hope in Persian Gulf is Iran. The study population included all patients infertile patients Infertility Center hope the Persian Gulf about 100 people, the quality of life questionnaires SF-36, Beck Hopelessness and public health GHQ-28 were filled due to the small number of patients, of all patients was used as an example.

The results of this study, 67% of general health score lower than average mental health score (55/26), and the score is 58/6 frustration with the state of mild frustration. The mean score of general health and frustration significant positive correlation lining with the individual situation of mental health is better, the less he will Bvd.blavh frustration significant negative correlation between the average score for public health and quality of life there . So infertile people need supportive psychological intervention. Infertility, quality of life, mental health, despair

مقدمه

بر اساس آمارهای رسمی در دنیا حدود ۸۰ میلیون نفر نابارور می باشند و اکثر این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند(۱). شیوع ناباروری بسته به سن زنان بین ۷ تا ۲۸ درصد متغیر می باشد(۲). توانایی به دنیا آوردن فرزند، برای بسیاری از زوج ها امری مهم در تکامل شخصیت مردانه و زنانه، تعیین هویت و نتیجه نهایی زندگی می باشد. برای زوج های ناباروری که خواهان فرزند هستند، این مسأله ناامید کننده و ویران گر خواهد بود(۳).

ناباروری را این طور تعریف کرده اند: ناتوانی یک زوج در باردار شدن پس از یک سال رابطه جنسی بدون جلوگیری از بارداری. ناباروری در ده تا پانزده درصد از زوج ها دیده می شود. علل ناباروری می تواند مربوط به زن یا مرد یا هر دو باشد. حدود ۴۰٪ از مشکلات ناباروری مربوط به مردان، ۴۰٪ مربوط به زنان و حدود ۱۰٪ مربوط به هر دو است. در حدود ۱۰٪ از زوج ها نیز عامل ناباروری مشخص نیست. به عبارت دیگر در این زوج ها هر دو نفر با توجه به انجام آزمایش های موجود مشکلی ندارند ولی به علل نامشخصی بچه دار نمی شوند. طی دو دهه اخیر گام های بلندی در رابطه با تشخیص و درمان ناباروری برداشته شده است و حدود ۶۵ درصد از زوج های نابارور با استفاده از روش های موجود صاحب فرزند شده اند.

هر زوجی بنا به مسایل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و ذاتی تمایل به داشتن فرزند دارد. فشارهای خانوادگی و اجتماعی برای بقای نام خانوادگی می تواند بار روان شناختی بر زوج نابارور تحمیل کند(۴). مشکلات روانی در تعاملی دوسویه، می تواند سبب بروز ناباروری و ناباروری می تواند سبب بروز مشکلات روانی در افراد شود و سبب تشدید علایم ناباروری و سخت تر شدن درمان ناباروری گردد. به این صورت که فشارهای روحی و نگرانی ناشی از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژیک بدن اثر می گذارد و در نهایت باروری زوجین را با اختلال مواجه می کند(۵).

از طرف دیگر چالش های مالی، روان شناختی و فیزیکی ناشی از روش های کمک به باروری احتمالاً تاثیر بیشتری بر زوج ناباروری می گذارد. مطالعات متعدد تأثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان نابارور را نشان داده ولی تفاوتی در کیفیت زندگی کلی این افراد نسبت به جمعیت عمومی مشاهده نشده است(۶). شیوع و نگرش نسبت به مسأله ناباروری زنان اغلب متأثر از تفاوت های نژادی می باشد و بدون شک مذهب و فرهنگ بر کیفیت زندگی در برخی جنبه ها نظیر ناباروری مؤثر است. درمان ناباروری به علت مدت زمان طولانی و هزینه های بالا از جمله درمانهای استرس زا است که می تواند مشکلات روان شناختی و اجتماعی متعددی برای بیماران نابارور در پی داشته باشد و تهدیدی برای سلامت و بهداشت روانی این افراد محسوب گردد(۷). فشارهای محیطی و خانوادگی ناشی از ناباروری، زندگی عادی مبتلایان را مختل کرده و باعث می شود که این افراد دائماً با بیماری خود کشمکش داشته باشند(۸).

ولی مشکلات روان شناختی ناشی از ناباروری، می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد، فشارهای روحی و نگرانی حاصل از مشکل بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم گذاشته و در نهایت بر باروری تاثیر منفی می گذارد(۹). این مشکل همچنین می تواند منجر به بروز اختلال در سلامت روانی فرد و مشکلات زناشویی شود و زمینه سازی جدایی زوجین را فراهم کند به همین دلیل درمان توأم ناباروری و روان پزشکی در پیشگیری یا رفع مشکلات موجود بسیار موثر است(۱۰).

افرادی که دارای آرامش خاطر و سلامت روانی بالاتر، فشارهای روحی کمتری را تجربه می‌کنند و احتمال باروری بیشتری دارند. از سوی دیگر مشکلات روانی باعث کاهش کارایی جسمی و پاسخ‌دهی بیمار به درمان‌های طبی ناباروری شده و منجر به تداوم ناباروری و شکست‌های احتمالی در مراحل درمانی می‌گردد که این موارد می‌تواند منجر به افزایش مشکلات روانی این گروه گردد (۱۱).

با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان و نقش آن در باروری، محققین پیشنهاد می‌کنند که برنامه درمان ناباروری با درمان روحی و روانی همراه باشد (۱۲، ۱۳). باروری و تجربه حس مادری در زنان موجب احساس رضایت از خویش می‌شود و شادمانی و آستانه تحمل مشکلات را در آنان افزایش می‌دهد. ناباروری ضربه روانی شدیدی محسوب می‌شود که علاوه بر کاهش احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس در زنان موجب بروز تنش در رابطه بین فردی، اجتماعی و زناشویی می‌شود (۱۴). طبق پژوهش‌های انجام شده به نظر می‌رسد مداخلات روانشناختی انجام شده بر روی زنان نابارور، موجب بهبود سلامت روانی و احتمالاً افزایش میزان باروری می‌شوند مشکلات روانی می‌تواند سبب بروز ناباروری و ناباروری می‌تواند سبب بروز مشکلات روانی در افراد شود (۱۵).

افسردگی شایع‌ترین شکایت روانی در زنان نابارور می‌باشد که پاسخی به واقعیت، ترس یا فقدان موهوم است. تظاهرات آن شامل خلق افسرده پایدار، تصور و نگرشی ضعیف از خود و احساس ناامیدی است. افسردگی مهم‌ترین مشکل روانی است که در صورت عدم شناسایی یا عدم درمان می‌تواند منجر به ناسازگاری یا قطع رابطه زناشویی گردد (۷، ۸، ۱۳).

به طور کلی هر زمان افراد تحت تاثیر استرس قرار گیرند، به کارگیری روش‌های مقابله ای سالم می‌تواند از ابتلای افراد به اختلالات روانی پیشگیری نماید (۱۱، ۱۶). همچنین تجهیز شدن افراد به مهارت‌های کنترل هیجانی می‌تواند به آنها در خصوص مقاومت در مقابل مشکلات و دشواریهای زندگی کمک نماید و توانایی استفاده از هیجانات خود و پاسخگویی به هیجانات دیگران به سبک سالم را ارتقاء دهد (۱۷، ۱۸).

در کشور ما بیشتر روی جنبه‌های فیزیکی و جسمی ناباروری کار می‌شود البته باید در نظر داشت که درمان ناباروری و جنبه‌های روانی بیماری دو پدیده مستقل از هم می‌باشند و ممکن است فردی به لحاظ جسمی بیماریش درمان شده باشد ولی احساس خوبی نسبت به زندگی نداشته باشد، بنابراین تمرکز بر روی درمان‌هایی که معطوف به وضعیت روانشناختی بیماران نابارور است، می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی اینگونه بیماران داشته باشد (۱۲).

با توجه به درمان‌های طولانی و عوارض ناشی از مراحل طولانی و خسته کننده برای افراد نابارور و با عنایت به خطر پذیری این افراد در مقابل اختلالات روانی به دلیل ماهیت و عوارض شدید و اجتناب ناپذیر ناباروری، به کارگیری استراتژیهای پیشگیرانه توسط بیماران ضروری به نظر می‌رسد (۱۵).

ناباروری، اثرات سوء بسیاری بر شرایط جسمانی، روانی و وضعیت عملکرد مبتلایان دارد و سبب انواع محرومیت‌ها و تغییر شیوه‌ی زندگی می‌شود که وابستگی به دیگران، مشکلات جنسی، عدم سازگاری با شرایط جدید و نگرش‌های اجتماعی، مشکلات مالی، کاهش توانایی در رسیدن به اهداف طولانی مدت زندگی باشد. خشم، افسردگی، اضطراب، انکار، عدم همکاری، استرس به دلیل عوارض

جسمانی، احساس ناکارآمدی و بی کفایتی و ترس از آن جمله است (۲۰۷، ۸، ۱۰). به هر حال شرایط دشوار ناباروری، مبتلایان را در معرض اختلالات روانشناختی متعددی قرار می دهد (۱، ۸). افسردگی شایع ترین اختلال روانی در افراد نابارور می باشد و تظاهرات آن شامل خلق افسرده پایدار، تصور و نگرشی ضعیف از خود و احساس ناامیدی است. افسردگی مهم ترین مشکل روانی است که در صورت عدم شناسایی یا درمان می تواند منجر به بروز سایر مشکلات روانشناختی گردد (۱۰). توجه به مداخلات روانشناختی مختلف به منظور کنترل عوامل تاثیرگذار بر این شرایط ضروریست (۱۶). با عنایت به درمان های گران قیمت و طولانی مدت و تأثیر دیر هنگام داروها و عوارض ناشی از روند خسته کننده برای مبتلایان و با عنایت به خطر پذیری بیماران نابارور در مقابل ابتلاء به اختلالات روانی به دلیل ماهیت بیماری و عوارض شدید و اجتناب ناپذیر آن، به کارگیری استراتژیهای پیشگیرانه جهت شناسایی توسط افراد در معرض آسیب، ضروری به نظر می رسد و لازم است مطالعات بیشتری برای آشکار کردن ارتباطات عوامل اجتماعی، فرهنگی و فردی با کیفیت زندگی در زوج های نابارور صورت گیرد.

در این میان زنان نابارور تحت فشار همسر، خانواده و اطرافیان می باشند و به دلیل مراجعه مداوم و مکرر به مراکز درمانی، دچار مشکلات مختلف روحی و روانی از قبیل افسردگی که در آنان بیشتر شایع است و حالت هایی از اضطراب و استرس و عدم امنیت و اعتماد به نفس پایین برخوردارند (۱۰، ۱۴).

مشکلات عملکرد جنسی، جسمانی از جمله مشکلاتی هستند که این بیماران با آن درگیر بوده و منجر به کاهش عملکرد زناشویی، خانوادگی و اجتماعی آنان شده و کیفیت زندگی و سلامت روان آنان تحت تاثیر قرار می گیرد. زنان نابارور دلیل هزینه بالای درمان و نیاز احتمالی به ادامه درمان جهت IVF، افسردگی و اضطراب زیادی را تجربه می کنند و دچار مشکلات روحی و روانی متعددی می شوند همچنین این افراد به دلیل تصور ذهنی بدی که از ظاهر خود دارند و به دلیل مشکلات در عملکرد های مختلف جسمی و حرکتی، اغلب در زندگی زناشویی خود با مشکلات مختلفی روبه رو هستند که با قضاوت های اشتباه و رفتارهای پرخاشگرانه زندگی خود را تحت تأثیر قرار می دهند و احساس ناامیدی و اضطراب را در این بیماران بیشتر می کنند (۱۲، ۱۹). بنابراین بررسی وضعیت سلامت روان این افراد در بهره گیری از آموزش هایی که بتوان عوارض ناشی از بیماری آنان را کنترل و مدیریت نماید، و در مسیر تعدیل تجربه های هیجانی به قصد دستیابی به مطلوبیت اجتماعی و قرار گرفتن در یک وضعیت جسمانی و روانی آماده در درمان بیماران نابارور باشد (۲۰). ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و بازتوانی آنان در پذیرش ناتوانی و بهبود سلامت روان موثر باشد، لازم و ضروری است و آموزش و اطلاع رسانی کافی به این بیماران در زمینه ی به کارگیری روش های مناسب تطابق و سازگاری، برقراری روابط اجتماعی مناسب، ادامه ی حمایت اجتماعی و تدوین سیاست های بهداشتی به منظور پیشگیری و ارائه ی خدمات و حمایت های لازم به این بیماران امری ضروری به نظر می رسد.

در این راستا نیاز به پژوهش در زمینه غربالگری وضعیت جسمی، کیفیت زندگی، ناامیدی و سلامت روان و کسب راه های علمی جهت ارتقاء آن لازم و ضروری است.

با توجه به شرایط خاص افراد نابارور که در معرض خطر اختلالات روانی می باشند، و با عنایت به لزوم ارائه اقدامات پیشگیرانه در مقابل چنین اختلالاتی، پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی وضعیت سلامت روان، ناامیدی و کیفیت زندگی این افراد بپردازد.

هدف اصلی از انجام این پژوهش تعیین کیفیت زندگی، ناامیدی و سلامت روان در افراد نابارور تحت درمان، در مرکز درمان ناباروری امید خلیج فارس بوشهر می باشد. بعلاوه بر این به بررسی خرده مقیاس های سلامت روان شامل نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی نیز پرداخته خواهد شد. همچنین رابطه کیفیت زندگی، ناامیدی و سلامت روان و تفاوت های جنسیتی در این باره مورد کنکاش قرار گرفت.

هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی وضعیت کیفیت زندگی، ناامیدی و سلامت روان در افراد نابارور تحت درمان، در مرکز درمان ناباروری امید خلیج فارس بوشهر می باشد.

مواد و روشها:

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مراجعین نابارور مرکز درمان ناباروری خلیج فارس که در حدود ۱۰۰ نفر می باشند، است. به منظور تهیه یافته های بالینی پژوهش بر اساس معاینات جسمانی توسط پزشک متخصص زنان و زایمان و کلیه و مجاری ادراری اطلاعات مورد نیاز استخراج خواهد شد.

به منظور بررسی وضعیت سلامت روان آزمودنی ها، از پرسشنامه های استاندارد کیفیت زندگی SF-36، ناامیدی بک و سلامت عمومی GHQ-28 استفاده خواهد شد.

با توجه به تعداد کم بیماران، از تمامی افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را دارند به عنوان نمونه استفاده خواهد شد. به آزمودنی ها در خصوص اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه توضیحات کافی داده شده و آنان در صورت تمایل میتوانند پرسشنامه را تکمیل و تحویل نمایند. قسمت اول هر پرسشنامه شامل اطلاعات فردی-اجتماعی بیماران است.

بدین منظور با توجه به پرونده بیماران تحت پوشش در ابتدا لیست اسامی بیماران دارای شرایط شرکت در پژوهش استخراج شده و بوسیله شماره گذاری و با بیماران جهت مراجعه و تکمیل پرسشنامه ها تماس تلفنی حاصل شد. در صورتیکه فرد انتخابی از این طریق، تمایل به شرکت در پژوهش را نداشت از لیست مذکور حذف و فرد دیگری به روش گفته شده جایگزین شد. با توجه به تعداد کم بیماران و توصیفی بودن پژوهش و احتمال عدم همکاری برخی از بیماران در زمینه انجام معاینات و تکمیل پرسشنامه، از تمامی افراد نابارور تحت پوشش درمان در مرکز ناباروری خلیج فارس بوشهر، استفاده خواهد.

معیارهای ورود افراد نابارور به این پژوهش شامل این موارد می باشد:

نمونه گیری از بین تمامی افراد نابارور (زن و مرد) که تحت درمان مرتب می باشند، انجام خواهد شد.

همچنین شرایط شرکت در این طرح پژوهشی داشتن سلامت نسبی روحی و شناختی، توانایی جسمانی لازم را داشته باشند. همچنین آزمودنی ها نباید حداقل در یک ماه گذشته سابقه بستری و درمان بیمارستانی داشته باشند. بعلاوه تمایل شرکت در مطالعه را داشته و از سطح سواد خواندن و نوشتن برخوردار باشند.

معیارهای خروج افراد نابارور به این پژوهش شامل این موارد می باشد:

پژوهش حاضر شامل افراد دارای وضعیت تشخیصی حاد و تازه تشخیص داده شده نمی شود. افراد ناباروری که به صورت موقت و یا گاهگاهی به کلینیک مراجعه میکنند شامل بررسی نمی باشند. همچنین آزمودنی ها بی که دارای عوارض روحی و شناختی بارز باشند، شامل این بررسی نمی باشند. زمان اجرای پژوهش، بهار سال ۱۳۹۴ بود.

در اجرای این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته خواهد شد. بدین منظور تمامی افرادی که به صورت تصادفی از اعضای جامعه انتخاب شده اند، طی تماس تلفنی در جریان شرکت در طرح پژوهشی قرار گرفتند و اجازه داشتند شرکت یا عدم شرکت خود را انتخاب نمایند. بعلاوه تمامی پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش بی نام بوده و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش هیچگونه تأثیری در روند درمان و هزینه های ایشان ندارد. این فرم باید توسط مجری طرح تکمیل و همراه با طرح تحقیقاتی به شورای پژوهشی دانشگاه یا مؤسسه مربوطه ارائه شود.

پرسشنامه های مذکور با مراجعه حضوری آزمودنی ها توسط پژوهشگر کارشناس ارشد روانشناسی، آموزش دیده جمع آوری شده است. به این صورت که طی تماس تلفنی و به صورت همزمان پرسشنامه های مذکور را تکمیل نمودند. شایان ذکر است تعداد کل شرکت کنندگان ۷۶ نفر بودند.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه می باشد. بدین منظور پرسشنامه ای چهار بخشی است که در قسمت اول ضمن ارائه یک توضیح کلی غیر جهت دهنده، مشخصات و اطلاعاتی از قبیل سن، جنسیت، مدت ابتلا به ناباروری، درخواست شده، در قسمت دوم پرسشنامه ناامیدی بک و در بخش سوم پرسشنامه ۲۸ ماده ای سلامت روان^۱ GHQ-28 و نهایتاً در بخش چهارم پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 ارائه شد.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28): پرسشنامه GHQ-28 دارای چهار خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. هر دسته از سوالات این پرسشنامه برای سنجش زیر مقیاسی مشخصی است. دسته بندی سوالات در این پرسشنامه به شرح زیر است:

سوال ۱-۷ علائم جسمانی (وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی فرد در یک ماه گذشته)

سوال ۸-۱۴ اضطراب (علائم و نشانه های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بیخوابی و داشتن وحشت و هراس)

سوال ۱۵-۲۱ اختلال در عملکرد اجتماعی (توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی، و لذت بردن از فعالیت های روزمره)

سوال ۲۲-۲۸ افسردگی اساسی (احساس ناامیدی، احساس بی ارزش بودن زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن، احساس بی ارزشی و ناتوانی در انجام کارها)

شیوه ی نمره دهی در این پرسشنامه به ترتیب از ۱ تا ۴ برای گزینه های الف تا د می باشد. نمرات آزمودنی در هر زیر مقیاس می تواند حداقل ۴ و حداکثر ۲۸ باشد. نمره ی بالاتر از ۱۴ برای هر زیر مقیاس قابل بحث است و احتمال وجود مشکل بالاتر است. نمره برش برای کل آزمون ۲۳ می باشد. به این معنا که به هر میزان که نمره کل آزمون از ۲۳ بیشتر باشد سلامت عمومی آزمودنی، خطرناک تر است (۲۱).

¹ Scaled General Health Questionnaire-28

پرسشنامه کیفیت زندگی (sf36): این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می شود توسط ویر و شربورن^۲ ساخته شد (۲۲) و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می دهد. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می آورد؛ نمره کلی مولفه فیزیکی (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می دهد و نمره کلی مولفه روانی (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (۲۲،۲۳) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (۲۴).

در پژوهشی که با هدف بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت روانی و جسمانی (فرم کوتاه ۳۶ سئوالی نسخه ۲) (SF-36) (V2) ویر اجرا شد، ۳۲۰ دانشجوی کارشناسی دانشگاه تربیت معلم شهر تهران (۱۸۸ دختر، ۱۳۲ پسر) که از طریق روش نمونه گیری چندمرحله ای انتخاب شده بودند، به پرسشنامه (V2) SF-36 و پرسشنامه فشارزاهای دانشجویی پولادی ریشه ری پاسخ دادند. در این پژوهش، به منظور بررسی ساختار عاملی (روایی سازه)، روایی افتراقی و اعتبار پرسشنامه SF-36 از تحلیل عامل اکتشافی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در یافته های ضرایب آلفای کرونباخ نشان داد که عامل ها و مقیاس های پرسشنامه (V2) SF-36 از اعتبار بالایی برخوردارند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی نیز دو عامل سلامت روانی و جسمانی را در این پرسشنامه نشان داد. ضریب همبستگی (V2) SF-36 و فشارزاهای دانشجویی، $p < 0.001$ بود (۲۴)

جدول ۱: نحوه نمره دهی به پرسشنامه کیفیت زندگی (sf36)

شماره سؤال	نحوه کد گذاری	نمره دهی
۱،۲،۳،۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲	۱	۱۰۰
	۲	۷۵
	۳	۵۰
	۴	۲۵
	۵	۰
۳،۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲	۱	۰
	۲	۵۰
	۳	۱۰۰
۱۳،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹	۱	۰

² Ware & Sherbourne

۱۰۰	۲	
۱۰۰	۱	۲۱،۲۳،۲۶،۲۷،۳۰
۸۰	۲	
۶۰	۳	
۴۰	۴	
۲۰	۵	
۰	۶	
۰	۱	۲۴،۲۵،۲۸،۲۹،۳۱
۲۰	۲	
۴۰	۳	
۶۰	۴	
۸۰	۵	
۱۰۰	۶	
۰	۱	۲۲،۳۳،۳۵
۲۵	۲	
۵۰	۳	
۷۵	۴	
۱۰۰	۵	

پرسشنامه ناامیدی بک (BHS): یک پرسشنامه ۲۰ سئوالی خود گزارش دهی می باشد که بر اساس بالاترین حساسیت عمومی به بدبینی و تجربیات منفی تهیه شده است . در مقیاس مذکور هر سئوال دو قسمت صحیح و غلط دارد . اگر آزمودنی به سئوالات ۱۰،۱۳،۱۵،۱۹،۲۰،۲۳،۲۶،۲۷،۲۸،۲۹،۳۰،۳۱ جواب صحیح دهد، نمره صفر و اگر پاسخ غلط بدهد نمره یک خواهد بود و بقیه سئوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند .

نمرات استخراجی به این صورت گروه بندی می شود :

جدول ۲: درجه بندی نمرات ناامیدی در تست BHS

BHS	نمره	درجه ناامیدی
	۰-۳	عادی
	۴-۸	خفیف
	۹-۱۴	متوسط

	۱۵-۲۰	شدید
--	-------	------

(بک و همکاران، ۱۹۹۶)

در ایران مقیاس ناامیدی بک برای اولین بار توسط گودرزی (۱۳۸۱) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا شد که نتایج حاصل از این بررسی حاکی از روایی بالای این مقیاس می باشد. ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۹) و همبستگی نمره هر پرسش با نمره کل آزمون همسانی بالایی را برای سئوالات این آزمون مطرح می سازد. همچنین با استفاده از روش باز آزمایی، پایایی این مقیاس در سطح نسبتاً خوب (۰/۷۱) گزارش شده است (۲۵).

جهت تحلیل داده های مربوط به سئوالات از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی ساده استفاده و اطلاعات حاصل با نرم افزار SPSS ویرایش بیستم تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش:

تعداد کل افراد شرکت کننده در این پژوهش ۷۶ نفر بود. در تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها میانگین سنی افراد ۳۰ سال بوده است. ۴۸/۵ درصد از افراد دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم بودند.

طبق نتایج حاصل ۷۵ درصد از افراد شرکت کننده دارای فرزند نبودند. بعلاوه میانگین مدت زمان ناباروری برای افراد ۶ سال بود. از نظر ازدواج فامیلی نیمی از افراد ازدواج فامیلی داشتند و ۷۳ درصد از آنها اقدام به درمان کرده بودند. فقط ۱۷ درصد از افراد اشاره به داشتن بیماری های زمینه ای از قبل کرده بودند. همچنین ۶۳ درصد از روش های پیشگیری استفاده نکرده بودند. حدود ۴۰ درصد از افراد سقط جنین را داشته اند به گونه ای که ۷۰ درصد از آنان بیش از یک مرتبه سقط جنین داشتند. خلاصه ای از نتایج آزمون سلامت عمومی مورد بررسی در جدول شماره چهار تشریح شده است.

با توجه به اینکه هر چه نمره سلامت عمومی کمتر باشد، یعنی افراد از نظر بهداشت روانی در وضعیت بهتری قرار دارند؛ در این پژوهش حدود ۶۷٪ از افراد نمره سلامت عمومی آنها پایین تر از میانگین نمره سلامت عمومی (۲۶/۵۵) می باشد. همانطور که مشاهده می شود میانگین نمره آزمون ناامیدی افراد در این پژوهش ۶/۵۸ می باشد که با توجه به درجه بندی نمره آزمون ناامیدی بک می توان گفت بطور متوسط افراد در وضعیت خفیف ناامیدی قرار دارند.

با توجه به جدول همبستگی ها مشاهده میکنیم که ارتباط همبستگی مثبت و معنی دار از نظر آماری بین میانگین نمره سلامت عمومی افراد و میانگین نمره ناامیدی آنها وجود دارد، که البته باید دقت شود در اینجا هرچه نمره سلامت عمومی کمتر باشد یعنی فرد در وضعیت بهتری از نظر بهداشت روانی قرار دارد و در واقع هرچه وضعیت فرد از نظر بهداشت روانی بهتر باشد، درجه ناامیدی فرد کمتر خواهد بود. همبستگی منفی و معنی دار بین میانگین نمره سلامت عمومی و میانگین نمره کیفیت زندگی وجود دارد و این امر نشان دهنده این است که هر چه وضعیت بهداشت روانی فرد بهتر باشد در نتیجه در وضعیت بهتری از کیفیت زندگی خواهد بود.

ارتباط همبستگی بین میانگین نمره ناامیدی و میانگین نمره کیفیت زندگی نیز بصورت منفی و از نظر آماری معنی دار می باشد. بعبارت دیگر فرد با درجه ناامیدی کمتر کیفیت زندگی بهتری را دارا می باشد. همچنین با توجه به جدول آزمون همبستگی ها مشاهده می شود که همبستگی بین میانگین نمره سلامت عمومی و خرده ازمون های آن (سلامت جسمانی، اضطراب و افسردگی) بصورت مثبت و

از نظر آماری معنی دار می باشد، ولی همبستگی بین میانگین نمره سلامت عمومی و خرده آزمون اختلال کارکرد در این پژوهش از نظر آماری معنی دار نمی باشد. جدول شماره پنج همبستگی زیر ساختارهای متغیر سلامت عمومی، متغیر ناامیدی و متغیر کیفیت زندگی را نمایش می دهد.

با توجه به نتایج جدول فوق مشاهده می شود که تمامی زیر ساختارهای کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی دار با متغیر کیفیت زندگی دارند و زیر ساختار انرژی/ خستگی و عملکرد جسمانی به ترتیب بالاترین و کمترین میزان همبستگی را با کیفیت زندگی دارد. از طرف دیگر می بینیم که بین تمامی زیر ساختارهای کیفیت زندگی و سلامت عمومی رابطه معنی داری وجود دارد به جز زیر ساختار درد و اختلال در سلامت عمومی که رابطه معنی داری با متغیر سلامت عمومی ندارند. همچنین به جز زیر ساختارهای عملکرد جسمانی و اختلال در سلامت عمومی تمامی زیر ساختارهای دیگر کیفیت زندگی با متغیر ناامیدی نیز رابطه معنی دار دارند. با استفاده از آنالیز واریانس چند متغیره نیز مشاهده شد که هیچ یک از متغیرهای مستقل دموگرافیک روی نمرات آزمون سلامت عمومی، ناامیدی و کیفیت زندگی تاثیر معنی داری از نظر آماری ندارند.

بحث و نتیجه گیری:

بر اساس آمارهای رسمی در دنیا حدود ۸۰ میلیون نفر نابارور می باشند و اکثر این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۱). شیوع ناباروری بسته به سن زنان بین ۷ تا ۲۸ درصد متغیر می باشد (۲). طبق نتایج حاصل از این مطالعه میانگین سنی افراد ۳۰ سال بوده است. ۴۸/۵ درصد از افراد دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم بودند. طبق نتایج حاصل ۷۵ درصد از افراد شرکت کننده دارای فرزند نبودند. بعلاوه میانگین مدت زمان ناباروری برای افراد ۶ سال بود. از نظر ازدواج فامیلی نیمی از افراد ازدواج فامیلی داشتند و ۷۳ درصد از آنها اقدام به درمان کرده بودند. فقط ۱۷ درصد از افراد اشاره به داشتن بیماری از قبل کرده بودند. همچنین ۶۳ درصد از روش های پیشگیری استفاده نکرده بودند. حدود ۴۰ درصد از افراد سقط جنین را داشته اند به گونه ای که ۷۰ درصد از آنان بیش از یک مرتبه سقط جنین داشتند. توانایی به دنیا آوردن فرزند، برای بسیاری از زوج ها امری مهم در تکامل شخصیت مردانه و زنانه، تعیین هویت و نتیجه نهایی زندگی می باشد. برای زوج های ناباروری که خواهان فرزند هستند، این مسأله ناامید کننده و ویران گر خواهد بود (۳). هر زوجی بنا به مسایل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و ذاتی تمایل به داشتن فرزند دارد. فشارهای خانوادگی و اجتماعی برای بقای نام خانوادگی می تواند بار روان شناختی بر زوج نابارور تحمیل کند (۴). مشکلات روانی در تعاملی دوسویه، می تواند سبب بروز ناباروری و ناباروری می تواند سبب بروز مشکلات روانی در افراد شود و سبب تشدید علائم ناباروری و سخت تر شدن درمان ناباروری گردد. به این صورت که فشارهای روحی و نگرانی ناشی از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژیک بدن اثر می گذارد و در نهایت باروری زوجین را با اختلال مواجه می کند (۵).

ولی مشکلات روان شناختی ناشی از ناباروری، می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد، فشارهای روحی و نگرانی حاصل از مشکل بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم گذاشته و در نهایت بر باروری تاثیر منفی می گذارد (۹). این مشکل همچنین

می تواند منجر به بروز اختلال در سلامت روانی فرد و مشکلات زناشویی شود و زمینه سازی جدایی زوجین را فراهم کند به همین دلیل درمان توام ناباروری و روان پزشکی در پیشگیری یا رفع مشکلات موجود بسیار موثر است (۱۰).

ناباروری، اثرات سوء بسیاری بر شرایط جسمانی، روانی و وضعیت عملکرد مبتلایان دارد و سبب انواع محرومیت ها و تغییر شیوه ی زندگی می شود که وابستگی به دیگران، مشکلات جنسی، عدم سازگاری با شرایط جدید و نگرش های اجتماعی، مشکلات مالی، کاهش توانایی در رسیدن به اهداف طولانی مدت زندگی باشد. خشم، افسردگی، اضطراب، انکار، عدم همکاری، استرس به دلیل عوارض جسمانی، احساس ناکارآمدی و بی کفایتی و ترس از آن جمله است (۲،۷،۸،۱۰). به هر حال شرایط دشوار ناباروری، مبتلایان را در معرض اختلالات روانشناختی متعددی قرار می دهد (۱،۸).

افسردگی شایع ترین اختلال روانی در افراد نابارور می باشد و تظاهرات آن شامل خلق افسرده پایدار، تصور و نگرشی ضعیف از خود و احساس ناامیدی است. افسردگی مهم ترین مشکل روانی است که در صورت عدم شناسایی یا درمان می تواند منجر به بروز سایر مشکلات روانشناختی گردد (۱۰).

طبق نتایج حاصل از این مطالعه و با توجه به اینکه هر چه نمره سلامت عمومی کمتر باشد، یعنی افراد از نظر بهداشت روانی در وضعیت بهتری قرار دارند؛ در این پژوهش حدود ۶۷٪ از افراد نمره سلامت عمومی آنها پایین تر از میانگین نمره سلامت عمومی (۲۶/۵۵) می باشد. همانطور که مشاهده می شود میانگین نمره آزمون ناامیدی افراد در این پژوهش ۶/۵۸ می باشد که با توجه به درجه بندی نمره آزمون ناامیدی بک می توان گفت بطور متوسط افراد در وضعیت خفیف ناامیدی قرار دارند.

همچنین ارتباط همبستگی مثبت و معنی دار از نظر آماری بین میانگین نمره سلامت عمومی افراد و میانگین نمره ناامیدی آنها وجود دارد، که البته باید دقت شود در اینجا هرچه نمره سلامت عمومی کمتر باشد یعنی فرد در وضعیت بهتری از نظر بهداشت روانی قرار دارد و در واقع هرچه وضعیت فرد از نظر بهداشت روانی بهتر باشد، درجه ناامیدی فرد کمتر خواهد بود.

همبستگی منفی و معنی دار بین میانگین نمره سلامت عمومی و میانگین نمره کیفیت زندگی وجود دارد و این امر نشان دهنده این است که هر چه وضعیت بهداشت روانی فرد بهتر باشد در نتیجه در وضعیت بهتری از کیفیت زندگی خواهد بود. ارتباط همبستگی بین میانگین نمره ناامیدی و میانگین نمره کیفیت زندگی نیز بصورت منفی و از نظر آماری معنی دار می باشد. بعبارت دیگر فرد با درجه ناامیدی کمتر کیفیت زندگی بهتری را دارا می باشد.

همچنین همبستگی بین میانگین نمره سلامت عمومی و خرده آزمون های آن (سلامت جسمانی، اضطراب و افسردگی) بصورت مثبت و از نظر آماری معنی دار می باشد، ولی همبستگی بین میانگین نمره سلامت عمومی و خرده آزمون اختلال کارکرد در این پژوهش از نظر آماری معنی دار نمی باشد.

بعلاوه تمامی زیر ساختار های کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی دار با متغیر کیفیت زندگی دارند و زیر ساختار انرژی/خستگی و عملکرد جسمانی به ترتیب بالاترین و کمترین میزان همبستگی را با کیفیت زندگی دارد. از طرف دیگر می بینیم که بین تمامی زیر ساختار های کیفیت زندگی و سلامت عمومی رابطه معنی داری وجود دارد به جز زیر ساختار درد و اختلال در سلامت عمومی که رابطه معنی داری با متغیر سلامت عمومی ندارند. همچنین به جز زیر ساختارهای عملکرد جسمانی و اختلال در سلامت عمومی تمامی زیر ساختار های دیگر کیفیت زندگی با متغیر ناامیدی نیز رابطه معنی دار دارند.

با استفاده از آنالیز واریانس چند متغیره نیز مشاهده شد که هیچ یک از متغیرهای مستقل دمو گرافیک روی نمرات آزمون سلامت عمومی، ناامیدی و کیفیت زندگی تاثیر معنی درای از نظر آماری ندارند.

بنابراین بررسی مشکلات روانشناختی بیماران نابارور و ارائه مداخلات روانشناسی به ایشان می تواند یکی از مؤثرترین تکیه گاه های روانی در جوامع امروزی بشمار آید و به عنوان ابزاری در رشد سازگاری بیماران با پذیرش بیماری خود و توجه به کیفیت و غنای زندگی کمک نموده و در بهبود اختلالات روانشناختی ناشی از شرایط سخت ناباروری موثر باشد.

حمایت خانواده، دوستان و گروه پزشکی مهمترین ارکان در سازگاری افراد نابارور با شرایط درمان است. گرچه بیمار بسیار بالغ و مطمئن باید بار بیاید تا درک کند که هر گونه مبارزه با ناباروری بدون شرکت جدی و تلاش خود او میسر نیست ولی نقش حمایت اجتماعی و خانوادگی اساسی و حائز اهمیت است. بنابراین برنامه ریزی آموزش همگانی و ارتقاء سطح معلومات عمومی ضروری است.

از سرپرستی و مدیریت مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، متشکریم. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر و مرکز توسعه پژوهش های بالینی مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر که در تعهد مالی این پژوهش همکاری داشته اند، سپاسگزاریم.

منابع:

۱. امانتی ل، علامی م، شکرابی ش، حقانی ح، رمضان زاده ف، ۱۳۸۹، کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ۶، شماره ۱، صفحات ۲۵-۳۱.
۲. خلیج آبادی فراهانی ف، محمدی م ر، مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها، ۱۳۸۰، فصلنامه باروری و ناباروری، بهار، صفحات ۳۰-۳۹.
۳. خسروی ز، عوامل پیش بینی کننده سلامت روان در زوجهای نابارور، ۱۳۸۰، فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان، صفحات ۵۶-۶۴.
4. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., vanMinnen, A., Kremer, J. A., & Kraaimaat, F. W. ,2005, A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. Hum an Reproduction, 8: 2253-2260.
5. Cristiana C.H, Gender Differences in Quality of Life, Intensity of Dysfunctional Attitudes, Unconditional Self-Acceptance, Emotional Distress and Dyadic Adjustment of Infertile Couples ,Procedia - Social and Behavioral Sciences,7:78506 - 510 .doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.340

6. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T, 2011, Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*;63(1):126-30 . doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x. Epub 2008 Jun 28.
7. Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. 2009, Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*. 24(2):378-85.
8. تقوی ن، فتحی آشتیانی ع، ۱۳۸۸، ویژگیهای روان شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور، اندیشه و رفتار، دوره ی سوم، بهار شماره ی 11 .
9. Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples, 2008, *Eur J Contra- cept Reprod Health Care*, 13(3):271-81.
10. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E, 2009, Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 117(2):126-31.
11. Aliyeh G, Laya F. Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women, 2007, *Med Sci Monit*, 13(7):CR313-CR317.
12. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. 2008, Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *Journal of BMC Health Serv Res*, 8:186.
13. Baghianimoghadam MH, Aminian AH, Baghianimoghadam B, Ghasemi N, Abdoli AM, Seighal Ardakani N, Fallahzadeh H, 2013, Mental health status of infertile couples based on treatment outcome, *J Reprod Infertil*. Jul; 14(3):110-119.
14. Nelson, C. J., Shindel A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J.P., 2013, Prevalence and predictors of sexual problems, relationship, stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*. 5(8):1907-14.
15. Ruxandra R, Simona V, Attitudinal and emotional structures specific for infertile women, 2012, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (33): 100 – 103. doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.091
16. Nyklíček I, 2011, Mindfulness, emotion regulation, and health, *Emotion regulation* .Tilburg university:101-118.
17. کیانی ج، پاکیزه ع، استوار ا، ۱۳۸۹، بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی نوجوانان مبتلا به تالاسمی، طب جنوب، دوره ۱۳، شماره ۴، صفحات ۲۴۱-۲۵۵.
18. Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., & Castrogiovanni, P, 2008, Infertility and psychiatric morbidity. *Journal of Fertility and Sterility*. 90(6): 2107-2111.
19. Terzioqlu, F, 2007, Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetric And Gynaecology*. 28(3):147-53.

20. Dana,S.,Narimani,M., Mikaeili.,N,2013,Comparison of emotion regulation and emotion control in fertile and infertile women,International Journal of Psychology and Behavioral Research. Vol 2(5):250-254.
21. Taghavi MR, Normalization of General Health Questionnaire(GHQ) on students Shiraz,J Daneshvar (Raftar) Shahed University 2008:15:28,1-13[Persian].
22. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30: 473–83.
23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005; (14): 875-82.
24. Asghari A, Faghehi S. Validation of the SF-36 health survey questionnaire in two Iranian samples J Daneshvar Raftar. 2003;1:1-11. [Persian].
25. Beck, A, T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L., 1974, The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology,Vol .6 No42,PP.861– 865.

جدول ۴: میانگین متغیرهای سلامت عمومی و نا امیدي

میانگین نمره	میانگین نمره	میانگین نمره
نا امیدي	کیفیت زندگی	سلامت عمومی
6.5882	64.6096	26.5588
1.00	21.25	6.00
17.00	95.88	57.00

جدول ۵: همبستگی زیر ساختار های متغیر سلامت عمومی، متغیر نا امیدي و متغیر کیفیت زندگی

متغیرها	سلامت عمومی	نا امیدي	کیفیت زندگی
سلامت عمومی	Pearson Correlation 1 Sig. (2-tailed)	.399* .020	-.497** .004
سلامت عمومی (جسمانی)	Pearson Correlation .905** Sig. (2-tailed)	.372* .030	-.427* .015
سلامت عمومی (اضطراب)	Pearson Correlation .870** Sig. (2-tailed)	.429* .011	-.569** .001
سلامت عمومی (اختلال کارکرد)	Pearson Correlation .109 Sig. (2-tailed)	-.396* .020	.413* .019
سلامت عمومی (افسردگی)	Pearson Correlation .768** Sig. (2-tailed)	.576** .000	-.655** .000

نا امیدی	Pearson Correlation	.399*	1	-.591**
	Sig. (2-tailed)	.020		.000
کیفیت زندگی	Pearson Correlation	-.497**	-.591**	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

متغیرها		کیفیت زندگی	سلامت عمومی	ناامیدی
زیر ساختار عملکرد جسمانی	Pearson Correlation	.553**	-.359*	-.195
	Sig. (2-tailed)	.001	.044	.284
زیرساختار اختلال در سلامت عمومی	Pearson Correlation	.456**	.102	-.185
	Sig. (2-tailed)	.009	.580	.310
زیرساختار اختلال در سلامت هیجانی	Pearson Correlation	.675**	-.353	-.348
	Sig. (2-tailed)	.000	.051	.055
زیر ساختار انرژی/خستگی	Pearson Correlation	.908**	-.619**	-.581**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
زیر ساختار بهزیستی هیجانی	Pearson Correlation	.836**	-.496**	-.612**
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.000
زیر ساختار عملکرد اجتماعی	Pearson Correlation	.743**	-.505**	-.539**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.001
زیر ساختار درد	Pearson Correlation	.685**	-.164	-.364*
	Sig. (2-tailed)	.000	.370	.040

زیر ساختار سلامت عمومی	Pearson Correlation	.565**	-.424*	-.522**
	Sig. (2-tailed)	.001	.016	.002
کیفیت زندگی	Pearson Correlation	1	-.497**	-.591**
	Sig. (2-tailed)		.004	.000
سلامت عمومی	Pearson Correlation	-.497**	1	.399*
	Sig. (2-tailed)	.004		.020
نا امیدی	Pearson Correlation	-.591**	.399*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.020	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

متغیرها	کیفیت زندگی	سلامت عمومی	نا امیدی
زیر ساختار عملکرد جسمانی	Pearson Correlation	.553**	-.359*
	Sig. (2-tailed)	.001	.044
زیرساختار اختلال در سلامت عمومی	Pearson Correlation	.456**	.102
	Sig. (2-tailed)	.009	.580
زیرساختار اختلال در سلامت هیجانی	Pearson Correlation	.675**	-.353
	Sig. (2-tailed)	.000	.051

زیر ساختار انرژی/خستگی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.908** .000	-.619** .000	-.581** .000
زیر ساختار بهزیستی هیجانی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.836** .000	-.496** .004	-.612** .000
زیر ساختار عملکرد اجتماعی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.743** .000	-.505** .003	-.539** .001
زیر ساختار درد	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.685** .000	-.164 .370	-.364* .040
زیر ساختار سلامت عمومی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.565** .001	-.424* .016	-.522** .002
کیفیت زندگی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1 .004	-.497** .004	-.591** .000
سلامت عمومی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.497** .004	1 .020	.399* .020
نا امیدی	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.591** .000	.399* .020	1 .020

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).