

بررسی نقش باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محمود شریفیان*^۱، بیتا نصراللهی^۲

چکیده

مقدمه: بیماران مولتیپل اسکلروزیس معمولاً طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش پژوهش: طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران در سال ۱۳۹۶ بود. ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه باورهای غیرمنطقی (جونز، ۱۹۶۸)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمدی (وایزمن و بک، ۱۹۷۸) و پرسشنامه سرسختی سلامت (گیبهارت و همکاران، ۲۰۰۱) بود. سپس، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد رابطه منفی معناداری با سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارند. علاوه بر این، باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد ۲۴ درصد از تغییرات سرسختی سلامت را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد با طراحی مداخلات آموزشی بر اساس باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد می‌توان سرسختی سلامت را در زنان مولتیپل اسکلروزیس افزایش داد.

واژگان کلیدی: باورهای غیرمنطقی "سرسختی سلامت" مولتیپل اسکروزیس "نگرش‌های ناکارآمد"

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۹ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۹/۸/۳۰

استناد: شریفیان م، نصراللهی ب. بررسی نقش باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۳): ۴۹-۶۴

^۱ - روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

msharifian@gmail.com, orcid.org: 0000-0002-0991-8710

^۲ - استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. <https://orcid.org/0000-0002-1102-7001>

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

مولتیپل اسکلروزیس^۱، بیماری مزمن، دمیلینه کننده (۱)، خود ایمنی و پیش‌رونده دستگانه اعصاب مرکزی است (۲). ابتلا به بیماری‌های مزمن، همچون مولتیپل اسکلروزیس که توانایی تحرک، کار و بهزیستی بیماران را به دلیل داشتن علائم گوناگون آسیب می‌زند (۳) موجب افزایش خطر رشد اختلالات روان‌پزشکی می‌شود (۴). معمولاً مولتیپل اسکلروزیس در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد، با این حال، در حدود ۱۰ درصد موارد، سن شروع این بیماری تا ۲۰ سالگی کاهش می‌یابد. به لحاظ تفاوت‌های جنسیتی، این بیماری در زنان تقریباً ۳ برابر شایع‌تر از مردان است و نشان می‌دهد زنان نسبت به این بیماری آسیب‌پذیر تر هستند (۵). طبق آمار انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران، بیش از ۴۰ هزار نفر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در ایران گزارش شده است و در مطالعه اپیدمیولوژیک انجام شده در ایران نیز نتایج نشان داد شیوع این بیماری در زنان ۴ برابر بیشتر از مردان است (۶).

با توجه به شیوع بالاتر بیماری مولتیپل اسکلروزیس در زنان، توجه به ارتقاء سلامت آنان لازم و ضروری است. یکی از سازه‌های مؤثر در این زمینه سرسختی سلامت است. سرسختی نقش مهمی در سازگاری بیماران ایفا می‌کند. سخت رویی ویژگی شخصیتی بسیار مهم و پایداری است که در شناسایی انسان به عنوان موجودی مستقل و ارزشمند نقش مهمی دارد. این مفهوم انسان را موجودی مؤثر و قدرتمند معرفی می‌کند که حتی در شرایط و موقعیت‌های بحرانی و جدی و زیر فشارهای بسیار زیاد می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای معقول و منطقی را به کار گیرد به‌رغم اینکه سلامت جسمی و روانی‌اش حفظ می‌شود (۷). افراد دارای سرسختی قادر به حل کارآمد چالش‌ها و استرس‌های بین‌فردی هستند و در مواجهه با حوادث از آن به عنوان منبع مقاومت مانند سپری محافظ استفاده می‌کنند. همچنین این افراد به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند، وقت خود را صرف هدف می‌کنند، احساس تسلط بر اوضاع دارند و خودشان را عامل مهمی در ایجاد تغییرات زندگی می‌دانند (۸). سرسختی سلامت به این مسئله اشاره دارد که تا چه حد فرد به انجام فعالیت‌های مرتبط با سلامت متعهد است، سلامت خود را کنترل-پذیر ادراک می‌کند و عوامل استرس‌زای سلامتی را فرصتی برای رشد شخصیتی در نظر می‌گیرد (۹). با توجه به جنبه‌های مثبت سرسختی سلامت در بیماران مزمن به خصوص زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، شناسایی همبسته‌های آن سودمند خواهد بود.

یکی از عوامل مؤثر در زمینه سرسختی سلامت، باورهای غیرمنطقی بیماران است. الیس در نظریه عقلانی-عاطفی خود چنین فرض کرد که بین باورهای غیرمنطقی و مشکلات روان‌شناختی، دشواری در سازگاری و سرسخت بودن رابطه علی وجود دارد (۱۰). از منظر وی، باورها اساساً به دو دسته منطقی و غیر منطقی تقسیم می‌شوند. باورهای منطقی باورهای کارآمدی هستند که به فرد کمک می‌کنند تا به اهداف مهم، واقع‌گرایانه، منطقی و انعطاف‌پذیر خود دست یابند. در مقابل باورهای غیرمنطقی باورهای ناکارآمدی هستند که مانع از رسیدن فرد به اهداف شخصی‌شان شده و دارای ویژگی‌هایی مانند غیرمنطقی، جزمی، متحجر و غیرواقع‌گرایانه می‌باشند (۱۱). فرد واجد تفکر غیر منطقی حکم‌های از پیش تعیین شده داشته و حالت‌های آشفته از قبیل افسردگی، اضطراب و بی‌تفاوتی دارد. به دلیل این که فکر غیرمنطقی با واقعیت در ارتباط نیست، موجب تعارض شده و مانع برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی می‌شود (۱۲). نتایج مطالعات نشان داده است که باورهای غیر منطقی در بروز سازگاری اجتماعی و هیجانی (۱۳)، کیفیت زندگی (۱۴)، سلامت روان (۱۵) و سرسختی و تاب‌آوری (۱۶) افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش دارد.

^۱ . Multiple Sclerosis

از سویی دیگر، شواهد علمی نشان می‌دهد نگرش‌های ناکارآمدی نیز به عنوان یک سازه شناختی، نقش مهمی در سرسختی سلامت دارد (۱۷). نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهای هستند که فرد را مستعد آشفتگی‌های روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (۱۸). افرادی که نسبت به مسائل زندگی نگرش‌های بدبینانه دارند، همیشه خود را در محدوده اتفاق‌های ناخوشایند پنداشته و احتمالاً خود را در معرض ابتلای بیشتر به بیماری‌ها قرار می‌دهند (۱۹)؛ از این رو، نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند موجب کاهش سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شوند. بنابراین، باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند در رویارویی بیماران مولتیپل اسکلروزیس با بیماری‌شان تأثیرگذار باشند و اغلب به عنوان مکانیسم‌های افسرده ساز در این بیماران شناخته می‌شوند. با توجه به آنچه گفته شد، رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد با سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به صورت منظم و مستقل مورد بررسی قرار نگرفته است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سرسختی سلامت زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد تدوین شده است.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر شیوه گردآوری و تحلیل اطلاعات، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۶ بود که به انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران مراجعه کرده بودند و بیماری آن‌ها توسط نورولوژیست تأیید شد. با توجه به دشواری دسترسی به همه بیماران، روش نمونه‌گیری به صورت درسترس (غیر تصادفی) بود. به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۰۷) استفاده شد. بر اساس این فرمول، حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ محاسبه می‌شود. در این فرمول، N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش بین است. با توجه به تعداد متغیرهای پیش بین این پژوهش که ۱۰ متغیر بود، حجم نمونه ۱۴۰ نفر برآورد شد. با احتمال تکمیل ناقص برخی از پرسشنامه‌ها، جهت جلوگیری از افت تعداد نمونه لازم، ۱۵۰ پرسشنامه در گروه نمونه پژوهش توزیع شد.

شرایط ورود به مطالعه داشتن مهارت خواندن و نوشتن و توانایی جسمانی و روانی کافی برای تکمیل ابزارهای پژوهش بود و معیارهای خروج شامل مدت‌زمان ابتلای کم‌تر از یک سال، حضور در مرحله حاد یا شدید بیماری، اختلال شدید شناختی یا بیماری‌های مزمن جسمانی و روان‌شناختی دیگر بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش با اخذ رضایت آگاهانه صورت گرفت و تضمین شد که اطلاعات شخصی بیماران، محرمانه باقی خواهند ماند. هدف از اجرای پژوهش به گونه‌ای که در شرکت‌کنندگان سوگیری ایجاد نکند، توضیح داده شد. در نهایت، بیماران ابزارهای پژوهش را تحت نظر یکی از نویسندگان پژوهش که در محل اجرای مطالعه حاضر بود، تکمیل نمودند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس باورهای غیرمنطقی (IBT-A): این مقیاس دارای ۴۰ سوال بوده و بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس شامل ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. عامل درماندگی در برابر تغییر سؤال‌های (۱ تا ۱۵) توقع تأیید دیگران (۱۶ تا ۲۵)، اجتناب از مشکل (۲۶ تا ۳۰) و بی‌مسئولیتی هیجانی (۳۱ تا ۴۰) را شامل می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۴۰ تا ۲۰۰ خواهد بود. کسب نمره بالا به معنای باورهای غیرمنطقی بالا در بین افراد

¹- Tabakhnick & Fidell

است. ضریب پایایی مقیاس برای نمره کل ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین روایی همگرایی مقیاس از طریق همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی جونز ۰/۷۸ به دست آمده است.

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26): برای سنجش نگرش‌های ناکارآمد از پرسشنامه ۴۰ گویه‌ای بک و وایزمن استفاده شد که جهت کاربرد در جمعیت ایرانی تهیه و کیفیت روان‌سنجی آن تعیین گردیده است. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد و نمره بین ۲۶ تا ۱۸۲ را کسب می‌کند و کسانی که نمره بالای ۸۲ در این مقیاس دارند به عنوان افراد پرخطر از لحاظ آسیب‌پذیری شناختی تلقی می‌گردند. این مقیاس دارای چهار عامل زیربنایی شامل کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری ارزشیابی عملکرد است و براساس دیدگاه بک و وایزمن، نگرش‌های پریشک نسبت به خود، آینده و دیگران را ارزیابی می‌کند. آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۲ همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷ و روایی آن از طریق پیش‌بینی سلامت با نمرات GHQ-28 توسط ابراهیمی و همکاران برابر با ۰/۵۶ به دست آمد.

پرسشنامه تجدیدنظر شده سرسختی سلامت (HHQ): گیبهاردت، وندردف و پاول (۲۰۰۱) پرسشنامه تجدیدنظر شده سرسختی سلامت را طراحی کردند. این ابزار دارای ۲۴ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین، دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۰۰ است و نمره بالاتر به معنای سرسختی سلامت بیشتر است. گیبهاردت، وندردف و پاول (۲۰۰۱) روایی ابزار را با ابزارهای منبع کنترل درونی و بیرونی سلامت، تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ در نمونه هادی ۰/۷۹ و در دانشجویان ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین، قاضی (۱۳۹۴) ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی ابزار با نظر متخصصان، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد.

پرسشنامه‌های این پژوهش به مدت یک ماه در انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس و درمانگاه تخصصی و آزمایشگاه‌های تشخیصی تکمیل گردیده است. بعد از گردآوری پرسشنامه، نحوه تکمیل سوالات توسط پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به وضعیت جسمی و روحی بیماران و زیاد بودن تعداد سوالات، تعدادی از پرسشنامه‌ها که به صورت ناقص پر شده بودند از پژوهش حذف شدند. در نهایت، ۱۳۷ پرسشنامه که به درستی تکمیل شده بود، تحلیل شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS.v21 و به کمک آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

در این پژوهش ۱۳۷ زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با میانگین سنی $38/27 \pm 6/32$ سال شرکت داشتند. اکثریت شرکت‌کنندگان (۷۱ نفر معادل ۵۱/۸۲ درصد) متأهل و از نظر تحصیلات نیز ۵۳ نفر معادل ۳۸/۶۷ درصد دارای تحصیلات کارشناسی بودند. سوابق بیماری نیز مورد بررسی قرار گرفت که نشان می‌دهد ۶۷/۸۸ درصد (۹۳ نفر) آزمودنی‌ها سابقه بستری داشتند و ۸۸/۳۲ درصد (۱۲۱ نفر) نیز دارو مصرف می‌کردند. زمان ابتلا به بیماری در بین شرکت‌کنندگان بین ۱ تا ۲۹ سال (میانگین ۸/۳۱ سال) متغیر بود. همچنین ۳۹/۴۲ درصد (۵۴ نفر) بیماران شاغل بودند؛ با این‌وجود بیش‌تر بیماران (۸۱ نفر معادل ۵۹/۱۲ درصد) بین ۱ تا ۴ ساعت در روز فعالیت داشتند. سیر و نوع بیماری در ۵۸/۳۹ درصد (۸۰ نفر) از بیماران از نوع عودکننده - بهبودی، در ۱/۴۵ درصد (۲ نفر) پیشرونده اولیه و ۵/۸۴ درصد (۸ نفر) پیشرونده ثانویه بود.

۳۴/۳۱ درصد (۴۷ نفر) از بیماران نیز از نوع بیماری‌شان اطلاعی نداشتند. میانگین و انحراف استاندارد نمره بیماران در متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

Table 1. Mean and standard deviation of research variables

خطی بودن روابط		کولموگروف-اسمیرنوف		انحراف استاندارد	میانگین	متغیر	
Sig.	F	Sig.	Z				
۰/۰۰۰	۶۲/۰۸	۰/۱۱۸	۱/۱۸۹	۶/۲۳	۴۹/۱۳	درماندگی در برابر تغییر	باورهای غیرمنطقی
۰/۰۰۰	۲۳/۰۳	۱/۳۱۱	۱/۳۱۱	۴/۶۷	۳۴/۷۱	توقع تأیید دیگران	
۰/۰۰۰	۳۷/۷۸	۰/۹۳۱	۰/۹۳۱	۴/۰۴	۱۸/۳۳	اجتناب از مشکل	
۰/۰۰۲	۹/۳۵	۰/۱۱۰	۱/۲۰۴	۳/۵۷	۳۷/۱۱	بی‌مسئولیتی هیجانی	
۰/۰۰۰	۲۶/۶۴	۰/۲۷۴	۰/۹۹۶	۱۳/۰۸	۱۲۶/۴۲	نمره کلی باورهای غیرمنطقی	
۰/۰۰۰	۲۶/۹۹	۰/۳۱۸	۰/۹۵۸	۳/۱۲	۲۳/۱۶	کمال‌طلبی	نگرش‌های ناکارآمد
۰/۰۰۰	۴۴/۹۲	۰/۱۰۰	۱/۲۲۵	۲/۰۸	۲۷/۸۶	نیاز به تأیید دیگران	
۰/۰۰۰	۱۵/۸۷	۰/۳۳۸	۰/۹۴۲	۴/۱۴	۲۵/۰۹	نیاز به رضایت دیگران	
۰/۰۰۰	۷۵/۹۸	۰/۶۱۷	۰/۷۵۶	۲/۲۳	۳۰/۴۵	ارزشیابی عملکرد	
۰/۰۰۰	۵۴/۲۴	۰/۰۹۹	۱/۲۲۶	۹/۵۶	۱۰۸/۶۷	نمره کلی نگرش‌های ناکارآمد	
۰/۰۰۰	۲۷/۷۳	۰/۳۷۸	۰/۹۱۱	۶/۱۱	۵۷/۳۶	سرسختی سلامت	

به منظور بررسی نقش باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولیتپل اسکروزیس از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل رگرسیون دارای پیش‌فرض‌هایی است که پیش از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. یکی از پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است که از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای سنجش برازش داده‌های متغیرهای پیش‌بین و ملاک استفاده شد. نتایج نشان داد هیچ‌یک از نمرات متغیرها از منحنی نرمال اختلاف زیادی ندارند ($P > 0.05$) که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است. پیش‌فرض دوم، خطی بودن رابطه بین متغیر ملاک و یک متغیر پیش‌بین است زمانی که تمام متغیرهای پیش‌بین دیگر ثابت نگه داشته می‌شوند. سطح معناداری محاسبه شده برای مقدار F نشان داد رابطه خطی بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد با سرسختی سلامت برقرار است. پیش‌فرض دیگر تحلیل رگرسیون، عدم همبستگی زیاد بین متغیرهای پیش‌بین است (چندگانگی خطی) که به‌منظور بررسی آن از دو آماره روا داری یا تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد پدیده چندگانگی خطی بین متغیرهای مستقل وجود ندارد، زیرا میزان رواداری نزدیک به یک و میزان عامل تورم واریانس کم‌تر از دو است.

جدول ۲: ارتباط بین باورهای غیرمنطقی با سرسختی سلامت

Table 2: Relationship between irrational beliefs and health stubbornness

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ درماندگی در برابر تغییر	۱					
۲ توقع تأیید دیگران	۰/۵۸۶**	۱				
۳ اجتناب از مشکل	۰/۴۹۵**	۰/۴۷۶**	۱			
۴ بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۶۹۴**	۰/۵۸۹**	۰/۷۲۵**	۱		
۵ نمره کلی باورهای غیرمنطقی	۰/۶۴۱**	۰/۷۴۵**	۰/۶۵۷**	۰/۷۱۲**	۱	
۶ سرسختی سلامت	-۰/۳۳۲**	-۰/۲۸۴**	-۰/۲۴۶**	-۰/۳۱۱**	-۰/۳۴۲**	۱

$P < 0.05$ * $P < 0.01$ **

علاوه بر این، شاخص دوربین - واتسون^۱ جهت بررسی استقلال مقادیر خطای متغیرهای پژوهش، ۱/۷۳ محاسبه گردید. بنابراین با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده از این آزمون‌ها جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش بلامانع است. جهت بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با سرسختی سلامت، از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین باورهای غیرمنطقی با سرسختی سلامت زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.342$). همچنین، زیرمقیاس‌های درماندگی در برابر تغییر ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.332$)، توقع تأیید دیگران ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.284$)، اجتناب از مشکل ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.246$) و بی-مسئولیتی هیجانی ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.311$) رابطه منفی و معناداری با سرسختی سلامت دارند.

جدول ۳: ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد با سرسختی سلامت

Table 3: Relationship between dysfunctional attitudes and health stubbornness

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ کمال‌طلبی	۱					
۲ نیاز به تأیید دیگران	۰/۴۲۳**	۱				
۳ نیاز به رضایت دیگران	۰/۴۱۱**	۰/۵۲۴**	۱			
۴ ارزشیابی عملکرد	۰/۴۷۵**	۰/۵۰۷**	۰/۵۲۴**	۱		
۵ نمره کلی نگرش‌های ناکارآمد	۰/۵۱۷**	۰/۴۶۶**	۰/۵۳۶**	۰/۴۸۵**	۱	
۶ سرسختی سلامت	-۰/۲۷۴**	-۰/۲۶۷**	-۰/۲۵۶**	-۰/۲۰۴**	-۰/۳۱۲**	۱

$P < 0.05$ * $P < 0.01$ **

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین نگرش‌های ناکارآمد با سرسختی سلامت زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.312$). همچنین، زیرمقیاس‌های کمال‌طلبی ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.274$)، نیاز به تأیید دیگران ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.267$)، نیاز به رضایت دیگران ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.256$) و ارزشیابی عملکرد ($P = 0.001$ ؛ $r = -0.204$)

^۱- Durbin - Watson

($P = 0/001$) رابطه منفی و معناداری با سرسختی سلامت دارند. برای پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد، با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، از آزمون تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است.

جدول ۴: رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی سرسختی سلامت

Table 4: Stepwise regression to predict health toughness

گام	متغیرهای پیش‌بین	B	β	R	R^2	F	Sig.	تحمل	VIF
۱	(ثابت)	۳۴/۸۰	-	۰/۳۷۶	۰/۱۴۱	۳۸/۶۹	۰/۰۰۰	۱/۱۲۱	۰/۸۹۲
	باورهای غیرمنطقی	-۰/۵۱۰	-۰/۳۷۶						
۲	(ثابت)	۱۵/۴۶	-	۰/۴۵۸	۰/۲۱۰	۳۱/۱۱	۰/۰۰۰	۱/۱۲۱	۰/۸۹۲
	باورهای غیرمنطقی	-۰/۴۱۸	-۰/۳۰۸						
	درماندگی در برابر تغییر	-۰/۵۰۵	-۰/۲۷۱					۱/۰۵۸	۰/۹۴۶
۳	(ثابت)	۱۴/۶۴	-	۰/۴۹۲	۰/۲۴۲	۲۴/۷۵	۰/۰۰۰	۱/۱۲۱	۰/۸۹۲
	باورهای غیرمنطقی	-۰/۳۹۷	-۰/۲۹۳						
	درماندگی در برابر تغییر	-۰/۴۵۵	-۰/۲۴۴					۱/۰۵۸	۰/۹۴۶
	نگرش‌های ناکارآمد	-۰/۴۲۳	-۰/۱۸۱					۱/۱۱۳	۰/۸۹۹

$P < 0/05$ * $P < 0/01$ **

در تحلیل رگرسیون گام به گام معمولاً گام آخر مبنای تحلیل قرار می‌گیرد. در گام سوم، آخرین متغیری که وارد تحلیل شد متغیر پیش‌بین نگرش‌های ناکارآمد بود. ضریب همبستگی محاسبه شده در این گام $R = 0/492$ و ضریب تعیین $0/242$ به دست آمد. میزان F به دست آمده نشان می‌دهد که مدل رگرسیونی محاسبه شده در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. با توجه به ضریب تعیین می‌توان گفت $0/24$ از تغییرات متغیر ملاک سرسختی سلامت به وسیله سه متغیر پیش‌بین باورهای غیرمنطقی ($\beta = 0/293$)، درماندگی در برابر تغییر (زیرمقیاس باورهای غیرمنطقی) ($\beta = 0/244$) و نگرش‌های ناکارآمد ($\beta = 0/181$) تبیین می‌شود. با توجه به نتایج جدول فوق، باورهای غیرمنطقی اهمیت بیش‌تری نسبت به دو متغیر دیگر داراست و سهم بیش‌تری در تبیین تغییرات متغیر ملاک دارد.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد باورهای غیرمنطقی با سرسختی سلامت همبستگی منفی دارند و به صورت معناداری تغییرات سرسختی سلامت را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته با نتیجه مطالعات مطالعات دین، ترنر و وانگ^۱ (۲۰)، خالدیان، بابایی و امانی (۱۶) و چپای و میو (۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت این باورهای غیر منطقی است که تعیین می‌کنند چگونه یک فرد زندگی و حوادث خود را تفسیر می‌کند؛ به عنوان مثال، فردی که دارای انتظارات بسیار بالایی از خود است، اگر در دوره‌ای از زندگی که به طور ناخواسته با مشکلی روبه رو شود (مثلاً ابتلا به بیماری-

¹ . Deen S, Turner MJ, Wong

های مژمن)، اعتماد به نفس را از دست می‌دهد، احساس بی‌ارزشی می‌کند و منجر به اختلالات روان‌شناختی می‌شود و در نتیجه سرسختی سلامت فرد دچار تضعیف می‌شود و مقاومتی برای مقابله با بیماری ندارد (۱۰).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین تأییدی بر نظریه‌های شناختی و مشخصاً نظریه عقلانی - عاطفی الیس است که معتقدند باورها و شناخت‌های انسان نقش مهمی در عملکرد روان‌شناختی و سلامتی فرد دارد. از این منظر شناخت‌های معیوب، نابسند و تحریف شده قادرند ناسازگاری روان‌شناختی و پیامدهای سلامتی آتی را پیش‌بینی کنند (۲۲). الیس و نظریه‌پردازان حوزه عقلانی - عاطفی معتقدند باورهای غیرمنطقی موجب بدفهمی و تحریف واقعیت‌های بیرونی، محرک‌های محیطی و رفتارهای دیگران می‌شود که در نتیجه سازگاری فرد را مختل کرده یا اجازه سازگار شدن به وی نمی‌دهند (۲۳). به‌طور کلی داشتن یا نداشتن سرسختی سلامت مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط است و افرادی که درگیر باورهای غیرمنطقی هستند سرسختی سلامت در آن‌ها تضعیف شده است.

افزون بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد همبستگی منفی بین نگرش‌های ناکارآمد با سرسختی سلامت وجود دارد و نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند تغییرات سرسختی سلامت را پیش‌بینی کنند. یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر با نتیجه مطالعات وانگ، ژانگ و ژانگ (۱۹)، ربیعی و همکاران (۲۴) و موسی‌رضایی و همکاران (۲۵) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت همه افراد تحت تأثیر قوانین مطلق هستند که برای تفسیر جهان به کار می‌برند. اطلاعات جدید بر طبق چگونگی تناسب با این قوانین که طرحواره نامیده می‌شود، تفسیر می‌شوند. این اطلاعات نه تنها برای فهم و تفسیر بلکه برای پیش‌بینی موقعیت‌هایی که در محیط اطراف در حال رخ دادن هستند نیز به کار می‌روند. در واقع، آنها «فیلترها» یا «قالب‌هایی هستند که افراد آنها را برای دریافت، سازماندهی و پردازش اطلاعات به کار می‌برند. هر فردی مجموعه‌ای از قوانین را برای فهم دنیای خود به کار می‌برد (۲۶).

نگرش‌ها می‌توانند ناکارآمد و ناسازگار باشند و اغلب محوری هستند برای تحریف و تفکر و رفتار. نگرش‌ها، نمونه‌های معتبری از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی هستند که رفته‌رفته به‌صورت الگوهایی از تفکرات تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد تثبیت می‌شوند و از آنجا که در آغاز زندگی پرورش می‌یابند به صورت عادت درآمده و تداوم پیدا می‌کنند (۲۷). چگونگی ادراک فرد از محیط بر رفتارها، عواطف و هیجانات فرد تأثیر می‌گذارد و نگرش‌های مثبت نسبت به پدیده‌ها و موقعیت‌ها، عواطف و هیجانات مثبت در پی خواهد داشت و سلامتی را برای فرد به ارمغان می‌آورد. در مقابل، نگرش‌ها و دیدگاه‌های منفی و ناکارآمد نسبت به موقعیت‌ها منجر به احساسات و عواطف منفی و سرسختی سلامت پایین خواهد شد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، حجم پایین اعضای نمونه، تک جنسیتی بودن گروه نمونه (زنان) و روش نمونه‌گیری در دسترس بود؛ پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش و قابلیت تعمیم نتایج آن به جامعه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کشور، محققان دیگر از روش نمونه‌گیری تصادفی برای انجام پژوهش استفاده کنند. همچنین استفاده از مصاحبه‌های رفتاری و مطالعات طولی مسیرهای مذکور و روابط علی را روشن‌تر خواهد کرد. با توجه به اینکه متغیرهای زیادی بر سرسختی سلامت اثر می‌گذارد و در پژوهش حاضر تنها از برخی متغیرها استفاده شده، پژوهش‌های آتی می‌توانند متغیرهای شناختی و هیجانی دیگر را نیز در مدلی جامع و منسجم بررسی کنند. پژوهش حاضر یک بررسی مقدماتی پیرامون عوامل مؤثر بر سرسختی سلامت این گروه از بیماران بوده و تبیین‌های صورت پذیرفته، انگاره‌هایی هستند که نیاز به مطالعات گسترده‌تری دارند. در نتیجه، انجام پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه، روشنی‌بخش و راهگشا خواهد بود. نتایج این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و کاربردی موردتوجه قرار داد. در سطح نظری یافته‌های مطالعه حاضر مفروضه‌های مدل‌های مربوط به ارتباط متغیرهای پژوهش را مورد تأیید قرار داد. در سطح کاربردی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مبنای تجربی مناسب برای تدوین برنامه‌های آموزشی، قرار گیرد.

کاربرد پژوهش

با توجه به نقش باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در پیش‌بینی سرسختی سلامت در زنان مبتلا به مولی‌تپل اسکروزیس، نتایج این مطالعه می‌تواند در تدوین پروتکل‌های درمانی به منظور بهبود سرسختی این قشر از افراد جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، از کلیه افراد مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه اخذ گردید و به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که نتایج به طور محرمانه نگهداری خواهند شد. سپس اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در حد مورد نیاز توضیح داده شد و در نهایت در بین کسانی که به طور داوطلبانه مایل به شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه‌ها توزیع شد.

References

1. Fischer A, Schröder J, Vettorazzi E, Wolf OT, Pöttgen J, Lau S, et al. An online programme to reduce depression in patients with multiple sclerosis: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):217-23.
2. Mäurer M, Comi G, Freedman MS, Kappos L, Olsson TP, Wolinsky JS, et al. Multiple sclerosis relapses are associated with increased fatigue and reduced health-related quality of life—A post hoc analysis of the TEMSO and TOWER studies. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2016;7:340-53.
3. Fricska-Nagy Z, Füvesi J, Rózsa C, Komoly S, Jakab G, Csépany T, et al. The effects of fatigue, depression and the level of disability on the health-related quality of life of glatiramer acetate-treated relapsing-remitting patients with multiple sclerosis in Hungary. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2016;7:26-32.
4. Hoang H, Laursen B, Stenager EN, Stenager E. Psychiatric co-morbidity in multiple sclerosis: The risk of depression and anxiety before and after MS diagnosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2016;22(3):347-53.
5. N. Ifantopoulou P, K. Artemiadis A, Triantafyllou N, Chrousos G, Papanastasiou I, Darviri C. Self-esteem is associated with perceived stress in multiple sclerosis patients. *Neurological research*. 2015;37(7):588-92.
6. Izadi S, Nikseresht A, Poursadeghfard M. Epidemiology of Multiple Sclerosis in Fars Province. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014;10(2):56-61.
7. Maddi SR. Hardiness as a pathway to resilience under stress. *The Routledge international handbook of psychosocial resilience*. 2016:104-10.
8. Delahajj A, Gaillard C, Van Dam P. Hope and Hardiness as related to life satisfaction. 2010.

9. Brooks MV. Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses. *Clinical nursing research*. 2008;17(2):98-117.
10. Petrides K, Gómez MG, Pérez-González JC. Pathways into psychopathology: Modeling the effects of trait emotional intelligence, mindfulness, and irrational beliefs in a clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(5):1130-41.
11. Buschmann T ,Horn RA, Blankenship VR, Garcia YE, Bohan KB. The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2018;36(2):137-62.
12. Collard JJ, Cummins RA ,Fuller-Tyskiewicz M. Measurement of positive irrational beliefs (positive cognitive illusions). *Journal of Happiness Studies*. 2016;17(3):1069-88.
13. Filipović S, Vukosavljević-Gvozden T, Opačić G. Irrational beliefs, dysfunctional emotions, and marital adjustment: A structural model. *Journal of Family Issues*. 2016;37(16):2333-50.
14. Stanculete MF, Matu S, Pojoga C, Dumitrascu DL. Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*. 2015;24.(۲)
15. Turner MJ. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1423.
16. Khaledian M, Babae H ,Amani M. The relationship of psychological hardiness with irrational beliefs, emotional intelligence and work holism. *World Scientific News*. 2016;28:86-100.
17. A'zami Y, Doostian Y, Mo'tamedi A, Massah O, Heydari N. Dysfunctional attitudes and coping strategies in substance dependent and healthy individuals. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2015;13(1):49-53.
18. Fonseca A, Canavarro MC. Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(1):e96-e106.
19. Wang C-y, Zhang K, Zhang M. Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality :an international journal*. 2017;45(2):269-80.
20. Deen S, Turner MJ, Wong RS. The effects of REBT, and the use of credos, on irrational beliefs and resilience qualities in athletes. *The Sport Psychologist*. 2017;31(3):249-63.
21. Cheie L, Miu AC. Functional and dysfunctional beliefs in relation to adolescent health-related quality of life. *Personality and Individual Differences*. 2016;97:173-7.
22. Višlă A, Flückiger C, Grosse Holtforth M, David D. Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(1):8-15.

23. Komasi S, Soroush A, Bahremand M, Saedi M. Irrational beliefs predict pain/discomfort and emotional distress as a result of pain in patients with non-cardiac chest pain. The Korean journal of pain. 2016;29(4):277.
24. Rabiei M, M, Hossein, M, Hossein, Kalantari, Mehrdad, Azimi H. The relationship between dysfunctional attitudes, coping strategies and mental health. New Educational Approaches 2009;4(2):27-38.
25. Musarezaie A, Khaledi F, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodae M. Investigation the dysfunctional attitudes and its relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. Health Syst Res. 2015;11.(۱)
26. Zorrahim R, Beyrami M. Relationship between Dysfunctional Attitudes with the Components of Psychological Well-being in Students of Islamic Azad University of Tabriz. Community Health Journal. 2017;9(3):9-17.
27. Kuroda Y. Dysfunctional attitudes lead to depressive symptoms by generating subjective stress. The Journal of psychology. 2016;150(3):358-70.

پرسشنامه‌های پژوهش

الف) پرسشنامه باورهای غیرمنطقی

گویه‌ها: به شدت مخالفم، مخالفم، نه مخالفم و نه موافق، موافقم، به شدت موافقم.

۱. تقریباً غیر ممکن است که بتوان در آثاری که حوادث گذشته بر ما داشته اند تغییر ایجاد کرد
۲. ما اسیر زندگی گذشته خود هستیم
۳. مشکلات انسان همیشه ثابت و غیرقابل تغییر هستند
۴. چیزی که یک بار زندگی ام را تحت تأثیر قرار دهد در آینده نیز همواره بر آن اثر خواهد گذاشت
۵. انسان به شدت متأثر از گذشته خود می باشد
۶. اغلب نمی توانم بعضی از نگرانی ها را از ذهنم خارج کنم
۷. غالباً از اتفاقات خیلی جزئی بسیار آزرده خاطر می شوم
۸. از روبرو شدن با مشکلات خویش دوری می کنم
۹. ما در دنیایی از شانس و احتمال زندگی می کنیم
۱۰. گاهی اوقات نمی توان ترسم را از ذهنم دور کنم
۱۱. هرچه فرد مشکلات بیشتری داشته باشد خوشی های او کمتر خواهد شد
۱۲. از چیزی یا موقعیتی که بدم می آید به شدت ناراحت میشوم
۱۳. اشتباه کردن در هر کاری مرا آشفته می کند
۱۴. انتظار دارم که دیگران بیش از حد نگران آسایش رفاه من باشند
۱۵. از پذیرش مسئولیت خوشم نمی آید
۱۶. سعی می کنم در تمام تصمیم گیری ها با شخص قوی تر از خودم مشورت کنم
۱۷. دوست دارم در انجام کارها به هر قیمتی که شده موفق شوم

۱۸. هر نوع اعمال خلاف اخلاق را باید به شدت مورد مجازات قرارداد
۱۹. احساس می‌کنم هر کاری را باید فقط از راه درست خود (فقط از یک راه) انجام داد
۲۰. می‌خواهم همه افراد مرا دوست بدانند
۲۱. اغلب نگران این هستم که مردم تا چه اندازه مرا تأیید می‌کنند و می‌پذیرند
۲۲. هنگام برخورد با امور سخت و خستگی آور غلبه بر آنها برایم دشوار و پریشان کننده است
۲۳. برای من مهم است به هر قیمتی شده دیگران به من احترام بگذارند
۲۴. دوست دارم به هر قیمتی شده دیگران مرا گرامی بدانند
۲۵. برای من خیلی مهم است که در هر کاری موفق باشم
۲۶. من در موقعیت‌های خطرناک از کاری که انجام میدهم آگاه نیستم
۲۷. این یک نیاز حتمی است که دیگران مرا تأیید کنند
۲۸. من از اشتباهات دیگران زود آشفته میشوم
۲۹. از رقابت با افراد نسبتاً قوی تر از خودم دوری میجویم
۳۰. جرأت خطر و ریسک کردن ندارم انسان تحت
۳۱. هر شرایطی که بخواهد نمی‌تواند خوشحال باشد
۳۲. همیشه به خاطر مسائل آینده مضطرب میشوم
۳۳. بعضی چیزها ذاتاً آشفته کننده بوده و جدا از برداشت ما از آنها باعث ناراحتی ما می‌شود
۳۴. اگر از واقعیتها خوشم نیاید معمولاً آنها را بهمان شکلی که هستند نمی‌پذیرم
۳۵. معمولاً زندگی را سخت می‌گیرم
۳۶. عامل بدبختی هرکس خودش نیست بلکه دیگران هستند
۳۷. من معمولاً واقعیت‌ها را آن‌چنان که اتفاق می‌افتد آرام و بی‌سروصدا نمی‌پذیرم
۳۸. باعث ایجاد خشم و ناراحتی در درون هر انسانی، دیگران هستند
۳۹. علت حالات خلقی خویش خودم نیستم
۴۰. یک فرد غمگین و عصبانی، همیشه غمگین و عصبانی خواهد ماند.

ب) پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد

- گویه‌ها: کاملاً مخالفم، بسیار مخالفم، اندکی مخالفم، بی تفاوتم، اندکی موافقم، بسیار موافقم، کاملاً موافقم
۱. اگر مرتکب اشتباهی شوم مردم به من کمتر از آن چیزی که هستم می‌نگرند.
 ۲. اگر همه وقت و در تمام کارها موفق نباشم مورداحترام دیگران قرار نخواهم گرفت.
 ۳. حتی ریسکهای کوچک هم کاری است احمقانه چراکه امکان عدم موفقیت در آن مصیبت بزرگی است
 ۴. من نمی‌توانم خوشحال باشم مگر اینکه بیشتر کسانی را که میشناسم مرا تحسین نمایند.
 ۵. اگر شخصی تقاضای کمک بنماید نشانگر ضعف اوست.
 ۶. اگر من نتوانم به خوبی دیگران از عهده کارها برایم آدم حقیری هستم.
 ۷. اگر در کارم شکست بخورم آدم شکست خورده‌ای تلقی می‌شوم
 ۸. اگر نتوانم کاری را به خوبی انجام بدهم | دادن آن کار اصلاً درست نیست
 ۹. اگر شخصی در بعضی از موارد با من هم عقیده نباشد بدان معناست که مرا دوست ندارد.

۱۰. اگر من شکست جزئی بخورم انگار که یک شکست کامل را متحمل شده ام
۱۱. اگر مردم با شخصیت واقعی شما آشنا شوند به شما کمتر از آن چیزی که هستید می نگرند.
۱۲. اگر شخصی را که دوست دارم به من علاقه مند
۱۳. شخص می تواند از انجام عملی بدون توجه به پایان کار لذت ببرد.
۱۴. ارزش و اعتقاد من به عنوان یک شخص نسبت به خودم به میزان زیادی بسته به این است که دیگران راجع به من چگونه می اندیشند.
۱۵. اگر من بالاترین استانداردها را برای خود در نظر نگیرم احتمالاً به شخص سطح پایینی تبدیل می شوم.
۱۶. برای اینکه مردم مرا شخص با ارزش و خوب بدانند باید به هر کس که نیاز به کمک دارد یاری نمایم.
۱۷. اگر پرسشی بنمایم باعث حقیر جلوه دادنم می گردد.
۱۸. اگر انسان توسط اشخاصی که برایش مهم هستند مورد پذیرش قرار نگیرد بسیار ناراحت کننده خواهد بود.
۱۹. من می توانم بدون سخت گیری بیش از حد نسبت به خودم به اهداف مهم دسترسی پیدا کنم.
۲۰. این احتمال وجود دارد که شخص مورد سرزنش قرار بگیرد ولی دچار اندوه نگردد.
۲۱. من نمی توانم به دیگران اعتماد نمایم چراکه ممکن است به من ظلم نمایند.
۲۲. اگر دیگران تو را دوست نداشته باشند نمی توانی خوشحال باشی
۲۳. برای اینکه شخصی جلب نظر دیگران را بنماید بهتر است که از علاقمندی های خود صرف نظر کند.
۲۴. خوشحالی های من بیشتر به دیگران وابسته است تا خودم.
۲۵. برایم بسیار مهم است که دیگران راجع به من چگونه فکر میکنند
۲۶. من بدون آنکه کسی مرا دوست داشته باشد می توانم خوشحال باشم.

ج) پرسشنامه سرسختی سلامت

- گویه‌ها: به شدت مخالفم، مخالفم، نه مخالفم و نه موافق، موافقم، به شدت موافقم.
۱. از عهده سلامتی ام به خوبی برمی آیم.
 ۲. برای بهبودی سلامتی خودم از هیچ کوششی دریغ نمی کنم.
 ۳. برای رسیدن به سلامت از چیزهای زیادی چشم می پوشم
 ۴. مصمم هستم تا آنجایی که می توانیم سلامت و تندرست باشم.
 ۵. سلامت و تندرستی ام را به عنوان یک اصل و قاعده مدنظر قرار می دهم.
 ۶. هرگاه مشکلی در خصوص سلامت و تندرستی ام پیش می آید نهایت سعی خود را در ریشه یابی آن می کنم.
 ۷. به هر اندازه ای که بخواهم می توانم سلامت باشم.
 ۸. سلامت و تندرستی خودم را می توانم کنترل کنم.
 ۹. می توانم با مراقبت از خود، سلامت خود را تأمین کنم.
 ۱۰. اعمالی که انجام می دهم، عمدتاً بر تندرستی خودم تأثیر می گذارد.
 ۱۱. خودم مسئولیت اصلی سلامت و تندرستی ام را بر عهده دارم.
 ۱۲. تلاش برای بهبود سلامت خود، اتلاف وقت است.
 ۱۳. از تمامی توجهات و تلاش های اعمال شده نسبت به تندرستی و پیشگیری از بروز بیماری ها، خسته شده ام
 ۱۴. دغدغه نسبت به سلامتی و بهداشت خود بی فایده است.
 ۱۵. در دنیای امروز بیش از حد بر مسئولیت پذیری فردی در خصوص سلامتی و تندرستی تأکید می شود
 ۱۶. اکثر چیزهایی که بر سلامت من تأثیر می گذارند، اتفاقی رخ می دهند
 ۱۷. اگر قرار است مریض شوم، فرقی نمی کند که چکار کنم، به هر حال مریض خواهم شد
 ۱۸. زمانی که سلامت و تندرست هستم، صرفاً از روی خوش شانسی است.
 ۱۹. یافتن راه حل های مناسب برای مشکلات بهداشتی که برایم رخ می دهند، بسیار دشوار است.
 ۲۰. معمولاً، راه حل هایی را که برای رفع مشکل بهداشتی ام می یابم، مؤثر نیستند.
 ۲۱. هرقدر که تلاش می کنم، وضعیت سلامتی ام آن طور که می خواهم بهبود نمی یابد.
 ۲۲. تلاش های من به منظور تغییر وضعیت سلامتی ام بی فایده است.
 ۲۳. معمولاً به اهداف خود در خصوص وضعیت بهداشتی ام می رسم.
 ۲۴. در برنامه ها با تلاش هایی که به منظور بهبود وضعیت سلامتی ام دارم، موفق هستم.