

Investigating the mediating role of spiritual health in the relationship between irrational beliefs and dysfunctional attitudes with psychological well-being in women with Multiple Sclerosis through a structural equation modeling approach

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Aurhors

Mahmoud Sharifian¹

Fahimeh Jandaghi^{2*}

Maryam Nazarchoob Masjedi³

Sadi Azizi⁴

How to cite this article

Fahimeh Jandaghi, Assistant Professor of Farhangian University, Sari, Mazandaran, Iran, Investigating the mediating role of spiritual health in the relationship between irrational beliefs and dysfunctional attitudes with psychological well-being in women with Multiple Sclerosis through a structural equation modeling approach, ISSN: 2322-2166: Journal of The Ministry of Health and Medical Education, 2020;4(2): 28- 37

ABSTRACT

Aims:Patients with multiple sclerosis often experience a wide range of psychological problems. The aim of this study was to investigate the mediating role of spiritual health in the relationship between irrational beliefs and dysfunctional attitudes with psychological well-being in patients with multiple sclerosis using a structural equation modeling approach.

Methods: The present study was descriptive and correlational based on structural equation modeling. The statistical population includes all patients with multiple sclerosis who referred to the Iranian Multiple Sclerosis Association in 2017 and 120 people were selected by convenience sampling method. The data collection tool was a questionnaire and the data were analyzed by SPSS and Lisrel software using regression analysis and path analysis statistical tests.

Findings: Findings showed that irrational beliefs and dysfunctional attitudes have a direct negative effect and spiritual health has a direct positive effect on psychological well-being in patients with multiple sclerosis. Also, the findings of path analysis showed that spiritual health plays a mediating role in the relationship between irrational beliefs and psychological well-being; But the mediating effect of spiritual health was not significant in the relationship between dysfunctional attitudes and psychological well-being.

Conclusion: Based on the findings, we conclude that psychological well-being in patients with multiple sclerosis can be increased by designing educational interventions based on irrational beliefs, dysfunctional attitudes and spiritual health.

Keywords: Irrational Beliefs, Dysfunctional Attitudes, Spiritual Health, Psychological Well-being, Multiple Sclerosis.

¹Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, science and research Branch, Tehran, Iran.

²Master of Science in General Psychology, Semnan University, Mahdishar, Iran.

³Assistant Professor of Farhangian University, Sari, Mazandaran, Iran.

⁴Vice-Chairperson of the Therapeutics, Department of Mental Health and Addiction, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Mazandaran, Iran

Article History

Received: 2020/06/20

Accepted: 2020/08/1

بررسی نقش میانجی سلامت معنوی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری

محمود شریفیان

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

فهیمة جندقی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

مریم نظرچوب مسجدی

استادیار دانشگاه فرهنگیان، ساری، مازندران، ایران.

سعدی عزیزی

دکتری روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، مازندران، ایران.

چکیده

هدف: بیماران مولتیپل اسکلروزیس معمولاً طیف وسیعی از مشکلات روان-شناختی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سلامت معنوی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد.

روش: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری بوده است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران در سال ۱۳۹۶ بوده و ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده و داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و Lisrel و با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد اثر منفی مستقیم و سلامت معنوی اثر مثبت مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارند. همچنین، یافته‌های تحلیل مسیر نشان داد که سلامت معنوی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی با بهزیستی روان‌شناختی نقش میانجی دارد؛ اما اثر میانجی سلامت معنوی در رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی معنادار نبود.

نتایج: بر اساس یافته‌ها به این نتیجه می‌رسیم که می‌توان بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس را با طراحی مداخلات آموزشی بر اساس باورهای غیرمنطقی، نگرش‌های ناکارآمد و سلامت معنوی افزایش داد.

واژگان کلیدی: باورهای غیرمنطقی، نگرش‌های ناکارآمد، سلامت معنوی، بهزیستی روان‌شناختی، مولتیپل اسکلروزیس.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۱

*نویسنده مسئول: jandaghi.jj@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس، بیماری مزمن، دمیلینه‌کننده (۱)، خود ایمنی و پیش‌رونده دستگاه 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 آسیب‌پذیرتر 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 بهزیستی روان‌شناختی آنان لازم و ضروری است. بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک شاخص کلیدی سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شود. برای این سازه روان‌شناختی، تعریف قابل قبولی که مورد موافقت همگان باشد وجود ندارد؛ اما به‌طور کلی به‌صورت تجربه ذهنی عواطف مثبت و رضایت از زندگی تعریف می‌شود. این سازه، همچنین به‌عنوان عملکرد روان‌شناختی مثبت، روابط خوب با دیگران و احساس واقع‌بینی نسبت به خود تعریف شده است (۷). سلامت مفهومی چند بعدی است که علاوه بر بیمار یا ناتوان بودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد. افرادی که احساس بهزیستی روانی پایینی دارند، حوادث و موقعیت‌های زندگی را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (۸، ۹). با توجه به جنبه‌های مثبت بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مزمن به‌خصوص زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، شناسایی همبسته‌های آن سودمند خواهد بود.

یکی از سازه‌های مؤثر در این زمینه باورهای غیرمنطقی است. 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 (۱۰). فرد واجد تفکر غیر منطقی حکم‌های از پیش تعیین شده داشته و حالت‌های آشفته از قبیل افسردگی، اضطراب و بی-تفاوتی 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 (۱۱). در همین زمینه، اسپورل، استروبل و توماسجان (۱۲) نشان دادند رابطه معناداری بین باورهای غیرمنطقی و بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد؛ به‌طوری که با افزایش باورهای غیرمنطقی میزان بهزیستی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. علاوه بر این، دین، ترنر و وانگ (۱۳) و چپای و میو (۱۴) نیز دریافتند بین باورهای غیرمنطقی و بهزیستی و سلامت روان‌شناختی همبستگی معناداری وجود دارد.

از سویی دیگر، شواهد علمی نشان می‌دهد نگرش‌های ناکارآمدی نیز به‌عنوان یک سازه شناختی، نقش مهمی در بهزیستی روان-شناختی دارد (اعظمی و همکاران، ۲۰۱۵). نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد آشفته‌گی‌های روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان

اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مدل پیشنهادی برای بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با داده‌های مشاهده شده برازش دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر شیوه گردآوری و تحلیل اطلاعات، توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری 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 در دسترس (غیر تصادفی) بود. با توجه به اینکه تحلیل مسیر در مدل معادلات ساختاری بر اساس همبستگی انجام می‌پذیرد، در مجموع ۱۰۰ الی ۲۰۰ نمونه برای این منظور کفایت می‌کند (۲۳). در نتیجه، به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی تاباچنیک و فیدل (۲۴) 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 پیش‌بین است. با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین 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 ابتدای 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 سؤال 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 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 (۲۵).

کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (فونسکا و همکاران، ۲۰۱۸). فردی 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 (۱۵). از این رو، نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شوند. در همین زمینه، استین و گرانت (۱۶) نشان دادند نگرش‌های ناکارآمد نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی دارد. نتیجه مطالعه وانگ، ژانگ و ژانگ نیز نشان داد نگرش‌های ناکارآمد مشکلات جدی سلامتی را به دنبال خواهد داشت (۱۵).

با توجه به پیشینه پژوهش، باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد به صورت مستقیم با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط هستند. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد سلامت معنوی از یک سوی با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است (۱۷) و از سویی دیگر، رابطه معناداری با باورهای غیرمنطقی (۱۸) و نگرش‌های ناکارآمد (۱۹) دارد. در نتیجه، به نظر می‌رسد برخورداری از جنبه‌های مختلف سلامتی از جمله سلامت معنوی می‌تواند موجب بهبود رویارویی افراد با مشکلات روزمره زندگی باشد. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها محسوب می‌گردد که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (۲۰). وقتی سلامت معنوی ضعیف باشد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، اضطراب و از دست دادن معنا در زندگی شود. افرادی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با مشکلات خود سازگار شوند (۲۱).

با مرور پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی در ارتباط با متغیرهای پژوهش این نکته مستفاد گردید که اگرچه این متغیرها به صورت زوجی در بین یک نمونه خاص یا بستر فرهنگی معین بررسی شده است، ولی هیچ‌گاه به‌طور جامع و در قالب یک مدل معادلات ساختاری که می‌تواند به‌نوبه خود، در غنی‌سازی پیشینه پژوهشی اندک درباره این متغیرها نقش داشته باشد، مطالعه نشده است. نکته‌ای که نباید آن را از نظر دور داشت این است که مدل‌ها بر اساس سه منبع یعنی نظریه‌ها، تحقیقات انجام شده، منطقی و استدلال پژوهشگر می‌تواند شکل بگیرند. اگرچه تحلیل مدل‌ها عمدتاً برای نظریه آزمایی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، ولی چنانچه پژوهشگر درصدد بررسی فرضیه‌هایی با روابط میانجی باشد نیز می‌تواند مدل تدوین کند یا می‌تواند با ترکیب چند فرضیه یا نظریه از قبل موجود، مدلی جدید را تدوین و آن را آزمون کند (۲۲). با توجه به ادبیات پژوهشی موجود، پژوهش حاضر قصد دارد با استفاده از تکنیک مدلیابی معادلات ساختاری، روابط موجود میان چهار متغیر مکنون باورهای غیرمنطقی، نگرش‌های ناکارآمد، سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی را بررسی کند. بر این

1. Fonseca

می‌شود. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۲۹). در ایران نیز خانجانی و همکاران (۳۰) ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی را موردبررسی قرار دادند. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

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 سؤالات توسط پژوهشگر مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به وضعیت جسمی و روحی بیماران و زیاد بودن تعداد سؤالات، تعدادی از پرسشنامه‌ها که به‌صورت ناقص پر شده بودند از پژوهش حذف شدند. در نهایت، ۱۳۷ پرسشنامه که به‌درستی تکمیل شده بود، تحلیل شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS.v21 و Lisrel و به کمک آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری) 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. سابق 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 این وجود 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 عود کننده - 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.

به‌منظور بررسی نقش میانجی سلامت معنوی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس 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

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 بر اساس 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 به‌عنوان 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 بر اساس دیدگاه بک و وایزمن، نگرش‌های پزشک 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 (۲۶).

پرسشنامه سلامت معنوی پالوزیان و الیسون^(۱۹۸۲): برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسشنامه سلامت معنوی الیسون - پالوزیان (۱۹۸۲) استفاده گردید (۲۷) در این پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی، ۱۰ گزینه آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. گزینه‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۰ مربوط به بعد وجودی و بقیه مربوط به بعد مذهبی هستند. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پرسشنامه سلامت معنوی یک پرسشنامه استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران سید فاطمی و همکاران (۲۸) در پژوهش خود استفاده نمودند و ضریب همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ به دست آمد که اعتماد علمی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است.

نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲): نسخه کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. مجموع نمرات این شش عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. ای آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از بین کل سؤالات، ۱۰ سؤال به‌صورت مستقیم و ۸ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری

متغیرها از منحنی نرمال اختلاف زیادی ندارند ($P > 0.05$) که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
درماندگی در برابر تغییر	۴۹/۱۳	۶/۲۳
توقع تأیید دیگران	۳۴/۷۱	۴/۶۷
اجتناب از مشکل	۱۸/۳۳	۴/۰۴
بی‌مسئولیتی هیجانی	۳۷/۱۱	۳/۵۷
نمره کلی باورهای غیرمنطقی	۱۲۶/۴۲	۱۳/۰۸
کمال‌طلبی	۲۳/۱۶	۳/۱۲
نیاز به تأیید دیگران	۲۷/۸۶	۲/۰۸
نیاز به رضایت دیگران	۲۵/۰۹	۴/۱۴
ارزشیابی عملکرد	۳۰/۴۵	۲/۲۳
نمره کلی نگرش‌های ناکارآمد	۱۰۸/۶۷	۹/۵۶
سلامت مذهبی	۱۱/۹۳	۲/۶۸
سلامت وجودی	۸/۵۳	۳/۱۳
نمره کلی سلامت معنوی	۵۷/۳۶	۶/۱۱
بهبودی روان‌شناختی	۲۹/۶۰	۳/۵۶

داری یا تحمل و عامل تورم واریانس 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؛ بنابراین با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده از این آزمون‌ها جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش بلامانع 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، نگرش‌های ناکارآمد و سلامت معنوی با بهبودی روان‌شناختی برقرار است. پیش‌فرض دیگر تحلیل رگرسیون، عدم همبستگی زیاد بین متغیرهای پیش‌بین است (چندگانگی خطی) که به‌منظور بررسی آن از دو آماره روا

جدول ۲: ارتباط بین باورهای غیرمنطقی با بهبودی روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
درماندگی در برابر تغییر	۱					
توقع تأیید دیگران	۰/۵۸۶**	۱				
اجتناب از مشکل	۰/۴۹۵**	۰/۴۷۶**	۱			
بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۶۹۴**	۰/۵۸۹**	۰/۷۲۵**	۱		
نمره کلی باورهای غیرمنطقی	۰/۶۴۱**	۰/۷۴۵**	۰/۶۵۷**	۰/۷۱۲**	۱	
بهبودی روان‌شناختی	۰/۲۷۵**	۰/۲۷۴**	۰/۱۹۸**	۰/۲۱۶**	۰/۳۳۱**	۱

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

درماندگی در برابر تغییر ($r = -0.275$; $P = 0.001$)، توقع تأیید دیگران ($r = -0.274$; $P = 0.001$)، اجتناب از مشکل ($r = -0.198$)، بی‌مسئولیتی هیجانی ($r = -0.216$; $P = 0.001$) و رابطه منفی و معناداری با بهبودی روان‌شناختی دارند.

جهت بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با سلامت معنوی، از آزمون ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین باورهای غیرمنطقی با بهبودی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه منفی معناداری وجود دارد ($r = -0.331$; $P = 0.001$)، همچنین، زیرمقیاس‌های

جدول ۳: ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
کمال‌طلبی	۱					
نیاز به تأیید دیگران	۰/۴۲۳**	۱				
نیاز به رضایت دیگران	۰/۴۱۱**	۰/۵۲۴**	۱			
ارزشیابی عملکرد	۰/۴۷۵**	۰/۵۰۷**	۰/۵۲۴**	۱		
نمره کلی نگرش‌های ناکارآمد	۰/۵۱۷**	۰/۴۶۶**	۰/۵۳۶**	۰/۴۸۵**	۱	
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۳۶**	۰/۲۴۱**	۰/۲۲۷**	۰/۱۸۹**	۰/۲۹۷**	۱

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

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه منفی معناداری وجود دارد ($P = 0.001$; $r = -0.297$)، همچنین، زیرمقیاس‌های کمال‌طلبی ($P = 0.001$; $r = -0.236$)، نیاز به تأیید دیگران ($P = 0.001$; $r = -0.241$)، نیاز به رضایت دیگران ($P = 0.001$; $r = -0.227$) و ارزشیابی عملکرد ($P = 0.001$; $r = -0.189$) رابطه منفی و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی دارند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P = 0.001$; $r = 0.263$)، همچنین، زیرمقیاس‌های سلامت مذهبی ($P = 0.001$; $r = 0.281$) و سلامت معنوی ($P = 0.001$; $r = 0.293$) وجودی و رابطه مثبت و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی دارند.

جدول ۴: ارتباط بین سلامت معنوی با بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	۱	۲	۳
سلامت مذهبی	۱		
سلامت وجودی	۰/۵۵۷**	۱	
نمره کلی سلامت معنوی	۰/۴۹۸**	۰/۵۷۱**	۱
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۸۱**	۰/۲۹۳**	۰/۲۶۳**

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

برای بررسی نقش میانجی سلامت معنوی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی، با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، از روش تحلیل مسیر استفاده شده است. کیفیت مدل معادلات ساختاری از روی برازش مناسب بین داده‌ها و مدل فرضی سنجیده می‌شود (میانوا^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). تناسب مدل با شاخص‌هایی همچون مجذور کای (X^2)، جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) که نمرات زیر ۰/۰۸ نشان‌دهنده برازش قابل قبول است، نسبت مجذور کای به درجه آزادی (X^2/df) که نمرات زیر ۳ نشان‌دهنده برازش قابل قبول است، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش نرم شده (NFI)، شاخص برازندگی (GFI)، شاخص تعدیل شده برازندگی (AGFI) که نمرات بالای ۰/۹۰ نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است (لوجیه، جنکینسون، ارمشاو، تارائو و لطفی، ۲۰۱۶).

1. Miao
2. Logie, Jenkinson, Earnshaw, Tharao, Loutfy

جدول ۵. برازش مدل فرضی پژوهش با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

P	RMSEA	AGFI	GFI	NFI	CFI	X2/df	df	X ²	شاخص‌های برازندگی
۰/۱۶۶	۰/۰۴۵	۰/۹۲۲	۰/۹۵۰	۰/۹۳۲	۰/۹۶۱	۱/۰۳	۲	۲/۰۷	مقادیر

تعدیل شده برازندگی (AGFI) حاکی از برازش مطلوب مدل اصلاح شده پژوهش با داده‌ها است؛ زیرا مقادیر این شاخص‌ها بالای ۰/۹۰ به دست آمد. شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۴۵) نیز پایین‌تر از ۰/۰۸ بود. بنابراین مدل فرضی از برازندگی قابل قبولی برخوردار است.

بر اساس جدول ۵، شاخص‌های برازندگی مورد بررسی نشان داد، مجذور کای نرم شده (X²/df) برای مدل اندازه‌گیری در این پژوهش ۱/۰۳ بود که بیان‌کننده برازندگی قابل قبول مدل با داده است. علاوه بر این، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش نرم شده (NFI)، شاخص برازندگی (GFI)، شاخص

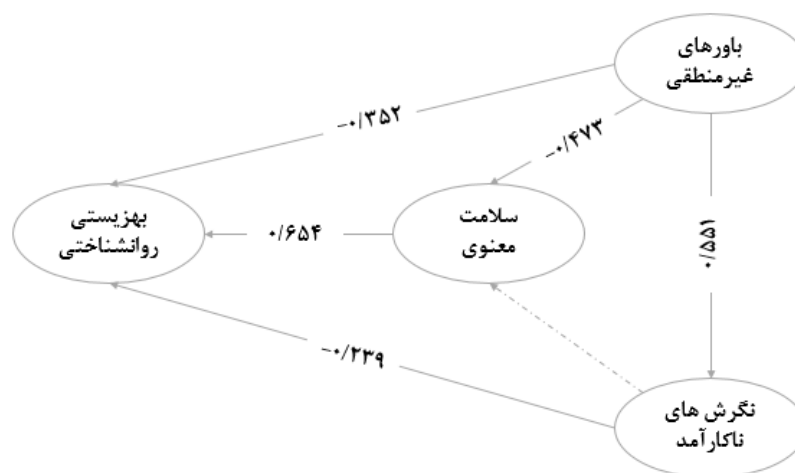
جدول ۶. اثر مستقیم و اثر کل متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

P	t	ضرایب استاندارد	ضرایب مسیر	مسیر آزمون شده
۰/۰۰۱	-۶/۰۳	۰/۴۹۲	-۰/۴۷۳	باورهای غیرمنطقی به سلامت معنوی
۰/۰۱۷	-۲/۹۵	-۰/۳۳۳	-۰/۳۵۲	باورهای غیرمنطقی به بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۴۱	-۲/۲۴	-۰/۲۲۴	-۰/۲۳۹	نگرش‌های ناکارآمد به بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۰۱	۸/۸۵	۰/۵۹۱	۰/۶۵۴	سلامت معنوی به بهزیستی روان‌شناختی

P < ۰/۰۵ * P < ۰/۰۱ **

ناکارآمدی بر بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس اثر منفی و معنادار دارد. میزان اثر نگرش‌های ناکارآمدی بر بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۲۲ بود. ضرایب موجود در مدل نشان می‌دهد که سلامت معنوی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس متغیر میانجی بین نگرش‌های ناکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی نبود. سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس اثر مثبت و معنادار دارد. میزان اثر سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس برابر ۰/۵۹ است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد باورهای غیرمنطقی بر بهزیستی روان‌شناختی اثر منفی و معنادار دارد. میزان اثر باورهای غیرمنطقی بر بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس برابر ۰/۳۳- است. باورهای غیرمنطقی با میانجیگری سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی اثر مثبت و معنادار دارد. میزان اثر باورهای غیرمنطقی بر سلامت معنوی برابر ۰/۴۹ بود. میزان اثر باورهای غیرمنطقی با میانجیگری سلامت معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس برابر ۰/۲۸۹=۰/۴۹×۰/۵۹ بود. بنابراین میزان اثر باورهای غیرمنطقی بر بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۷۷۹=۰/۴۹+۰/۲۸۹ بود. نگرش‌های



شکل ۱. ضرایب مسیر مدل ساختاری پژوهش

روان‌شناختی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد رابطه معناداری بین باورهای غیرمنطقی با بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. این یافته با نتیجه

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی سلامت معنوی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمدی با بهزیستی

نسبت به موقعیت‌ها منجر به احساسات و عواطف منفی و بهزیستی روان‌شناختی پایین خواهد شد.

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد سلامت معنوی رابطه معناداری با بهزیستی روان‌شناختی دارد. این یافته با نتیجه مطالعات اسمیت و همکاران (۱۷)، هیستاد و همکاران (۳۸) و حکمن و کلای (۳۹) همخوان است. به‌منظور تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که سلامت معنوی به‌عنوان یک ویژگی فردی، می‌تواند باعث شود تا افراد نسبت به خود و دنیای پیرامون خود احساس و نگرش بهتری داشته و بر این اساس، احساس رضایت-مندی و موفقیت بیشتری نیز در زندگی خود داشته باشند. در واقع، افراد دارای سلامت معنوی، الگویی در پیش رو داشته‌اند که آن‌ها را در زمینه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی سرمشق قرار داده‌اند و این الگوها با پیامدهای مثبت سالمی مواجه می‌شود و باعث می‌شود تا افراد در رویارویی با مشکلات و بیماری‌ها، احساس کارآمدی و کنترل بر محیط را کسب کنند (۳۸). از این‌رو، زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیز در مقابله با بیماری چنانچه سلامت معنوی روان‌شناختی بالا داشته باشند، بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها تضعیف نخواهد 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 بهزیستی روان‌شناختی 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 بهزیستی روان‌شناختی این گروه از بیماران بوده و تبیین‌های صورت پذیرفته، انگاره‌هایی هستند که نیاز به مطالعات گسترده‌تری دارند. در نتیجه، انجام پژوهش‌های پیش‌تر در این زمینه، روشی‌بخش و راهگشا خواهد بود. نتایج این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و کاربردی مورد توجه 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، مداخله‌ای و درمانی قرار گیرد.

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

مطالعات دین، ترنر و وانگ (۱۳)، خالدیان، بابایی و امانی (۱۸) و چپای و میو (۱۴) 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؛ به‌عنوان مثال، فردی که دارای انتظارات بسیار بالایی از خود است، اگر در دوره‌ای از زندگی که به‌طور ناخواسته با مشکلی روبه‌رو شود (مثلاً ابتلا به بیماری‌های مزمن)، اعتمادبه‌نفس را از دست می‌دهد، احساس بی‌ارزشی می‌کند و منجر به اختلالات روان‌شناختی می‌شود و در نتیجه سلامت معنوی فرد دچار تضعیف می‌شود و مقاومتی برای مقابله با بیماری ندارد (۳۱).

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، ناسنده و تحریف شده قادرند ناسازگاری روان‌شناختی و پیامدهای سلامتی آتی را پیش‌بینی کنند (۳۲). 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 (۳۳). به‌طور کلی داشتن یا نداشتن بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک و تفسیر درست از امور مرتبط است و افرادی که درگیر باورهای غیرمنطقی هستند، بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارند.

افزون بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد همبستگی منفی بین نگرش‌های ناکارآمد با بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد و نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند تغییرات بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند. یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر با نتیجه مطالعات وانگ، ژانگ و ژانگ (۱۵)، ربیعی و همکاران (۳۴) و موسی‌رضایی و همکاران (۳۵) 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 «قالب»‌هایی 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 (۳۶).

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 به‌صورت عادت درآمد و تداوم پیدا می‌کنند (۳۷). 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 بهزیستی را برای فرد به ارمغان می‌آورد. در مقابل، نگرش‌ها و دیدگاه‌های منفی و ناکارآمد

- cognitive illusions). *Journal of Happiness Studies*. 2016;17(3):1069-88.
12. Spörrle M, Strobel M, Tumasjan A. On the incremental validity of irrational beliefs to predict subjective well-being while controlling for personality factors. *Psicothema*. 2010;22(4):543-8.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Stein D, Grant AM. Disentangling the relationships among self-reflection, insight, and subjective well-being: The role of dysfunctional attitudes and core self-evaluations. *The Journal of psychology*. 2014;148(5):505-22.
17. Fisher JW. Assessing adolescent spiritual health and well-being (commentary related to Social Science & Medicine–Population Health, ref: SSMPH-D-15-00089). *SSM-population health*. 2016 Dec;2:304.
18. Kennedy JE. The polarization of psi beliefs: Rational controlling masculine skepticism versus interconnected, spiritual, feminine belief. *Journal of the American Society for Psychical Research*. 2003;97:27-42.
19. Ebrahimi A, Nasiri-Dehsorkhi H, Mousavi SG. Effectiveness of spiritually augmented psychotherapy on dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2015 Mar 19;2(1):34-40.
20. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.
21. Seyed-Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh*. 2006;5(4): 295-303.
- 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;7:33-40.
3. Fricška-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. McAneney H, Tully MA, Hunter RF, Kouvonen A, Veal P, Stevenson M, et al. Individual factors and perceived community characteristics in relation to mental health and mental well-being. *BMC public health*. 2015;15(1):1237.
8. Marcinko K, Sikkema SR, Samaan MC, Kemp BE, Fullerton MD, Steinberg GR. High intensity interval training improves liver and adipose tissue insulin sensitivity. *Molecular metabolism*. 2015;4(12):903-15.
9. Abdollahi MH, Shahgholian M, Baheshmat S. The role of fatigue and depression in illness perception of patients with Multiple Sclerosis. *Chronic Diseases Journal*. 2018;4(2):39-47.
10. 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.
11. Collard JJ, Cummins RA, Fuller-Tyskiewicz M. Measurement of positive irrational beliefs (positive

- effects of trait emotional intelligence, mindfulness, and irrational beliefs in a clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(5):1130-41.
32. Vislă A, Flückiger C, Grosse Holtforth M, David D. Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(1):8-15.
33. Komasi S, Soroush A, Bahremand M, Saeidi 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.
34. Rabiei M, Molavi H, Kalantari M, Azimi H. The relationship between dysfunctional attitudes, coping strategies and mental health. *New Educational Approaches*. 2009;4(2):27-38.
35. 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(1).
36. Conway CC, Slavich GM, Hammen C. Dysfunctional attitudes and affective responses to daily stressors: Separating cognitive, genetic, and clinical influences on stress reactivity. *Cognitive therapy and research*. 2015;39(3):366-77.
37. Kuroda Y. Dysfunctional attitudes lead to depressive symptoms by generating subjective stress. *The Journal of psychology*. 2016;150(3):358-70.
38. Hystad SW, Eid J, Laberg JC, Johnsen BH, Bartone PT. Academic stress and health: Exploring the moderating role of personality hardiness. *Scandinavian journal of educational research*. 2009;53(5):421-9.
39. Heckman CJ, Clay DL. Hardiness, history of abuse and women's health. *Journal of Health Psychology*. 2005;10(6):767-77.
22. Tepper BJ, Henle CA, Lambert LS, Giacalone RA, Duffy MK. Abusive supervision and subordinates' organization deviance. *Journal of applied psychology*. 2008;93(4):721.
23. Loehlin JC. *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis*: Psychology Press; 2004.
24. Tabachnick B, Fidell LS. *Using multivariate statistics (5thedn)* New York. NY: Allyn and Bacon. 2007.
25. Hosaini Z, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Geramipor M. Structural model of relationships between body image, illogical beliefs, mental health in applicants of cosmetic surgery. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2018;13(48):17-26.
26. Hamid N. The Effects of Stress Inoculation Training (SIT) on Dysfunctional Attitudes and Primary Hypertension. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2013;20(4):405-17.
27. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982:224-37.
28. Seyed-Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. 2006.
29. Kafka GJ, Kozma A. The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*. 2002;57(2):171-90.
30. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36.
31. Petrides K, Gómez MG, Pérez-González JC. Pathways into psychopathology: Modeling the