Journal of Research in Psychological Health

December 2017, Volume 11, issue 3

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

Psychometric properties of attitude toward Medical Help-seeking scale

Narges Jalali farahani [1,] Ahmad Alipoor [2]

1. Psychology group, PayamenoorUniversity, Tehran, Iran.
2. Psychology group, PayamenoorUniversity, Tehran, Iran.

Please cite to: Jalali Farahni N, Alipoor, A. Psychometric properties of attitude toward Medical Help-seeking scale *Journal of Research in Psychological Health*, 2017; 11(3), 98-112 [Persian]

Highlights

- There is a positive correlation between the attitude of people regarding medical aids and coping behavior.
- A two factor solution was more fitted in Iranian Population
- There is a positive relationship between attitude toward medical Help-seeking and their five behavior components.

Abstracts

The purpose of this research is to analyze reliability and validity of individuals' view to medical help- asking questionnaire. The method of this research is standardization in testing type based on which the method used is descriptive, in survey type. Statistical population of current research includes 1100 students of Psychology, studying at Payame Noor University, South Tehran Branch, in 2016. 220 students out of the mentioned population were chosen as sample in available sampling method. Statistical methods of Alpha Cronbach were used for data analysis, test duplication for analyzing the validity, and explorative and confirming factorial analysis, and correlation coefficient for questionnaire reliability analysis. The results of Pearson correlation coefficient showed that there is a positive significant relationship between people's view to the medical help-asking and help-asking behavior.

Key word: Standardization، Attitude، medical help-seeking

ویژگی های روانسنجی مقیاس نگرش نسبت به کمک طلبی پزشکی

نرگس جلالی فراهانی [۱]، احمد علیپور [۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۲۸ تاریخ پذیرش:۱۳۹۶/۸/۲۲

یافته‌های اصلی

- بین پرسشنامه نگرش افرادنسبت به کمک طلبی پزشکی با رفتارکمک طلبی رابطه مثبتی وجوددارد.
- ساختاردو عاملی در نمونه ایرانی برازش بهتری دارد.
- پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی باپنج مؤلفه رفتاری رابطه مثبتی وجوددارد.

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این پژوهش بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی بود. روش پژوهش حاضر هنجاریابی از نوع آزمون‌سازی است و بر این اساس روش مورد استفاده توصیفی از نوع پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران جنوب که در ۱۳۹۵ مشغول به تحصیل می‌باشند، تشکیل دادند که تعداد آنها ۱۱۰۰ نفر بود. از جامعه مذکور نمونه ای به تعداد ۲۲۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری آلفای‌کرونباخ، دو نیم‌سازی آزمون جهت بررسی پایایی و تحلیل عاملی اکتشافی و تایید و ضریب همبستگی جهت بررسی روایی پرسشنامه ااستفاده شد.. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان دهنده رابطه معنادار مثبت بین نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی و رفتار کمک طلبی بود.

واژه های کلیدی : هنجاریابی، نگرش، کمک طلبی پزشکی

[۱] (نویسنده مسئول). کارشناس ارشد روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران nargesjalali356@gmail.com

[۲] استاد روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

مقدمه

کمک طلبی پزشکی [1]دربرگیرنده رفتارهایی از قبیل پرسش از پزشکان، روان‌پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران، تقاضای توضیح بیشتردرباره‌ی مشکل، گرفتن سرنخ‌ها و راه‌حل‌های مشکل و جستجوی سایر کمک‌های حرفه‌ای است. رفتار کمک طلبی در ادبیات پژوهشی تحت دو عنوان اجتناب از کمک طلبی و پذیرش کمک طلبی موردبررسی قرارگرفته است. اجتناب از کمک طلبی به رفتاری اشاره می‌کند که در آن افراد نیازمند به کمک، از کمک گرفتن خودداری می‌کند. برعکس، پذیرش کمک طلبی به رفتاری اشاره می‌کند که در آن افراد اشاره‌ها و توضیحاتی را در مورد راه‌حل مسئله درخواست می‌کند و این امر موجب می‌شود افراد مسائل را بهتر حل کند (۱). نگرش یک ساختار روانشناختی و یک وجود ذهنی و عاطفی است که شخصیت یک شخص را مشخص می‌کند (۲) زیرا نگرش، رفتار، فرایند پردازش اطلاعات، مواجهات اجتماعی و بخشی از خودپنداره فرد را شکل می‌هد (۳). از این رو می‌توان اعلام کرد که یکی از جنبه‌های که نگرش افراد می‌تواند بر آن موثر باشد بحث سلامت است و با وجود نقش مؤثر نگرش افراد در مورد بیماری‌های روانی و جسمی، مطالعات اندکی در مورد دانش و نگرش مردم درباره اختلالات روانی/ جسمی در کشورهای غیر غربی انجام‌شده است (۴). اغلب افراد نگرش منفی نسبت به اختلال روانی و بیماری‌های جسمی دارند. کشمکش، تعارض و ناکامی در این خانواده‌ها متعدد است به‌طوری‌که در بسیاری از خانواده‌ها، درمان به جهت همین تعارض‌ها و ترس از برچسب‌گذاری به تاخیر می‌افتاد (۵)؛ و موجب شکافی بین احساس نیاز و استفاده از خدمات شده و تمایل انسان‌ها را برای دریافت کمک کم کرده است (۶) بسیاری از خانواده‌ها هنگام بروز بیماری‌های مزمن، به خصوص بیماری‌های صعب‌العلاج، به شبکه‌های اجتماعی و آشنایان متوسل می‌شوند (۷). عده‌ای نیز تمایل به استفاده از قدرت‌های ماوراء طبیعی، جن‌گیری و بیرون راندن ارواح خبیث دارند (۸). در ارتباط با تأثیر ادراک بیماری بر تاخیر در کمک طلبی بیماران مطالعات اندکی صورت گرفته است. شناخت بیماران از بیماری‌شان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمائی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و بر پایه‌ی جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد. این عامل می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد (۹). در ده سال اخیر مطالعات نشان دادند که نگرش افراد نسبت به اختلالات روانی و جسمی در نحوه استفاده آن‌ها از خدمات بهداشتی نقش اساسی دارد پس به همین دلیل برای سود بردن کودکان از این خدمات باید متغیرهایی که بر رفتارهای درخواست کمک والدین مؤثر است را شناسایی کرده و تا حد امکان تغییر دهیم. همچنین با توجه به این مسئله که بسیاری از مطالعات نگرش را مهم‌ترین و تأثیرگذارترین عامل در اقدام والدین به درمان مشکلات روانی/جسمی فرزندان برشمرده‌اند (۱۰). جهان در طول دو دهه گذشته شاهد تغییرات عمده‌ای در نیازهای بهداشتی و درمانی مردم بوده و همچنان بود.جهت اصلی این تغییرات تبدیل عوامل اصلی مرگ‌ومیر از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های غیر واگیر بوده است. بیماری‌هایی گذشته شاهد تغییرات عمده‌ای در نیازهای بهداشتی و درمانی مردم بوده و همچنان خواهد بود. جهت اصلی این تغییرات تبدیل عوامل اصلی مرگ‌ومیر از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های غیر واگیر بوده است. بیماری‌هایی که نه‌تنها زندگی انسان‌ها را در معرض خطر مستقیم قرار می‌دهد، بلکه در اثر بار عظیم ناتوانی‌هایی که به دنبال آن ایجاد می‌شود، از یک‌سو سهم عمده‌ای از منابع اندک بهداشتی و درمانی کشورها باید صرف توان‌بخشی دوباره مبتلایان شده و از سوی دیگر، بخش عظیمی از نیروهای فعال و مولد جامعه از چرخه تولید خارج می‌شوند. حال با توجه به ضرورت شناسایی نگرش افراد نسبت به کمک‌طلبی پزشکی جهت ارائه برنامه‌های جهت ترغیب افراد به مراجعه به پزشک قبل از بحران این پرسش به وجود می‌آید که آیا پرسشنامه نگرش‌ها نسبت به کمک طلبی پزشکی از پایایی و اعتبار کافی برای اندازه‌گیری و ارزیابی نگرش نسبت به دریافت کمک‌های پزشکی برخورداراست؟

[1] medical help-seeking

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر هنجاریابی از نوع آزمون‌سازی است. بر این اساس روش مورداستفاده توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران جنوب که در ۱۳۹۵ مشغول به تحصیل می‌باشند، تشکیل می‌دهد که تعداد آن‌ها ۱۱۰۰ نفر بود. با توجه به اینکه برای تجزیه‌وتحلیل سؤالات از روش آماری تحلیل عاملی استفاده شد. لذا حجم نمونه ۱۰ آزمودنی بر اساس هر گویه پیشنهاد شده است که ۱۲۰ نفر انتخاب و برای روایی و اعتبار بیشتر ۱۰۰ نفر دیگر به حجم نمونه اضافه شد به‌گونه‌ای که حجم نهایی نمونه مشتمل بر ۲۲۰ نفر (۱۱۰ نفر دختر و ۱۱۰ نفر پسر)؛ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و موردسنجش قرار گرفت. دراین پژوهش چون حجم نمونه ۲۲۰نفراست ازنرم افزار plsاستفاده شده وازنرم افزار لیزرل استفاده نشده است به دلیل اینکه نرم افزارلیزرل برای نمونه های بالای ۲۰۰نفرمناسب است. پس از کسب مجوزهای لازم و مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولین ذی‌ربط، طبق برنامه‌ریزی قبلی، محقق پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه‌ها و دلایل انتخاب آن‌ها در نمونه، توضیحات لازم از سوی محقق راجع نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد و از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر درتکمیل پرسشنامه‌ها با ابهامی مواجه شدند از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد. در خاتمه از همکاری آزمودنی‌ها تقدیر و تشکر به عمل آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری آلفای‌کرونباخ، دو نیم‌سازی جهت بررسی پایایی و تحلیل عاملی اکتشافی و تایید و ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی روایی پرسشنامه استفاده شد.و همچنین از روش روایی سازه جهت تعیین اعتبار پرسشنامه استفاده شد.

الف) پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی : این مقیاس دارای ۱۲ سؤال است که در سال ۲۰۱۱ توسط دایلورنزو، دورنلاس و فیشر در دانشگاه یشیوا آمریکا ساخته‌شده است (۱۱). روش نمره‌گذاری آن به دو روش مستقیم ۳- ۲- ۱- ۰ و معکوس ۰- ۱- ۲- ۳ انجام می‌شود و پاسخ‌های آزمودنی‌ها را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (موافق، تا حدی موافق، تا حدی مخالف و مخالف) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتبار و پایایی این آزمون به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ توسط سازندگان آن گزارش‌شده است. پس از ترجمه، جهت بررسی روایی محتوا این پرسشنامه در اختیار سه نفر از اساتید متخصص روانشناسی و زبانشناسی قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا نظرات خود را درباره آزمون، درستی برگردان و هماهنگی بافرهنگ ایران بیان نمایند. از میان آزمودنی‌ها، ۱۰۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند تا به فاصله ۲۰ روز بعد در مرحله باز آزمایی شرکت نمایند. همچنین جهت بررسی روایی هم‌زمان، افراد نمونه پژوهش علاوه بر پرسشنامه مذکور به پرسشنامه رفتار کمک طلبی رایان و پینتریچ پاسخ دادند که شامل ۱۴ سؤال است (۷ سؤال پذیرش کمک طلبی و ۷ سؤال اجتناب از کمک طلبی). جهت بررسی اعتبار آزمون از روش‌های آلفای کرونباخ و دونیمه کردن استفاده شد.

ب) پرسشنامه رفتار کمک طلبی رایان و پینتریچ

این پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال (۷ سؤال پذیرش کمک طلبی و ۷ سؤال اجتناب از کمک طلبی) می‌باشد. پرسشنامه کمک طلبی دارای ۲ بعد پذیرش کمک طلبی (آیتم نمونه: اگر نتوانم مسئله‌ای را حل کنم، از دیگران کمک می‌گیرم) و اجتناب از کمک طلبی (آیتم نمونه: اگر تکالیف درسی دشوار باشد، از کسی کمک نمی‌گیرم و خودم تلاش می‌کنم آن را حل کنم) است که هر بعد دارای ۷ گویه است که با استفاده امقیاس درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج (۱=کاملاً مخالفم، ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. روایی این پرسشنامه توسط قدم پور و سرمد با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌ها موردبررسی قرارگرفته که دو عامل در قالب پذیرش و اجتناب استخراج و نام‌گذاری شدند. به‌این‌ترتیب که بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از پاسخ تمام آزمودنی‌ها به پرسشنامه تحلیل عاملی با چرخش واریماکس وابلیمین استفاده کرده و براساس این روش سؤال‌های شماره ۳،۶، ۷ و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

به دلیل بار عاملی پایین، کم بودن تعداد سؤالات عامل‌ها (حداکثر ۲ ماده) یا به دلیل اینکه در چند عامل دارای بار عاملی بالایی بودند حذف‌شده پس از حذف سؤالات فوق مجدداً تحلیل عاملی با چرخش واریماکس و چرخش ابلیمین روی‌داده‌ها انجام‌شده و براساس هر دو چرخش واریماکس وابلیمین برای ۱۰ سوال پرسشنامه رفتار کمک طلبی ۲ عامل به‌دست‌آمده و نام‌گذاری عامل‌ها با توجه به محتوای سؤالات صورت گرفته است. این پژوهشگران اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای پذیرش کمک طلبی و اجتناب از کمک طلبی را ۰/۶۸ و ۰/۶۸ به دست آورده‌اند. در پژوهش گنجی و همکاران نیز اعتبار هر یک از مقیاس‌های پذیرش کمک طلبی و اجتناب از کمک طلبی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۸ محاسبه‌شده است (۱۲).

نتایج

نتایج شاخص های توصیفی در جدول های ۱ و ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۱. فراوانی مطلق و نسبی جنسیت افراد نمونه

جنسیت	فراوانی مطلق	درصد فراوانی
مرد	۱۰۲	۴۶/۳۶
زن	۱۱۸	۵۳/۶۴
کل	۲۲۰	۱۰۰

جدول۲ شاخص های مرکزی و پراکندگی سن نمونه

متغیر	کمترین سن	بیشترین سن	مد	میانه	میانگین	انحراف معیار
سن	۱۸	۲۵	۲۱	۲۱	۲۱/۳	۱/۹۱

در پژوهش حاضر ۴۶/۳۶ درصد افراد نمونه را مردان و ۵۳/۶۴ درصد بقیه را زنان تشکیل دادند. جوان‌ترین عضو نمونه ۱۸ ساله و مسن‌ترین آن‌ها ۲۵ ساله بود و اکثریت افراد نمونه ۲۱ سال داشتند.میانگین سنی نمونه برابر با ۲۱/۳ و انحراف معیار نمونه برابر با ۱/۹۱ است. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف با توجه به اینکه سطوح معنی‌داری در همه مؤلفه‌ها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های پژوهش از توزیع نرمالی برخوردارند. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف در جدول ۳ نشان می‌دهد توزیع متغیرها نرمال است و پیش‌فرض استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برقرار است. در این پژوهش جهت بررسی پایایی مقیاس نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی از سه روش آلفای کرونباخ، باز آزمایی و دونیم کرده آزمون استفاده شد؛ که نشان می‌دهد مقدار آلفای کرونباخ حاصله برابر با ۰/۷۴۹ و بیشتر از ۰/۷ می‌باشد که دلیل بر پایایی قابل‌قبول برای پرسشنامه ذکرشده است. لازم به ذکر است که گویه‌های ۴ و ۵ از پرسشنامه اصلی در پایایی ابزار را کاهش می‌دادند و همچنین این گویه‌های در تحلیل

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

عاملی بار عاملی کمتر از۰/۳ را دارا بودند لذا در ادامه تحلیل داده‌ها حذف گردیدند و فرم نهایی بدست آمده ۱۰ گویه تایید شده داشت.

در روش بازآزمایی، میزان همبستگی پاسخ‌های نمونه به پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی قبل و پس از زمانی معین بررسی شد در بین ۱۰۰ نفر نمونه تعیین‌شده به‌منظور انجام باز آزمایی،۹۱ نفر به همه سؤالات پاسخ دادند. میزان ضریب همبستگی پیرسون مساحبه شده برابر با ۰/۸۵۱ و نزدیک به یک بدست آمد که در ۰/۰۰۱ معنادار بود لذا این ضریب نمایانگر میزان قابلیت اعتماد یا پایایی پرسشنامه می‌باشد، بدین معنی که مؤلفه‌های اندازه‌گیری، از ثبات لازم برخوردار می‌باشند.با توجه به مقدار ضریب دونیمه کردن گاتمن که برابر با ۰/۷۸۲ و بیشتر از ۰/۷ است؛ بنابراین پایایی پرسشنامه نگرش افراد به کمک طلبی‌های پزشکی مجدداً پذیرفته می‌شود. جهت بررسی روایی پرسشنامه از دو روش روایی سازه و روایی هم‌زمان استفاده شد که جهت بررسی روایی سازه میزان همبستگی پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی و رفتار کمک طلبی استفاده شد. پس‌ازآنکه فرض برقراری توزیع نرمال مؤلفه‌های نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی و رفتار کمک طلبی پذیرفته شد، از ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی فرضیه فوق استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر قابل‌مشاهده است.

جدول ۳ آزمون کلموگروف اسمیرنوف

			کمک طلبی پزشکی	رفتار کمک طلبی
توزیع نرمال	پارامترهای	میانگین	۲٤/٦٨	۲۱/۱۷
		انحراف معیار	٤/۲	٤/۰۷
اسمیرنوف کلموگروف	آزمون	آماره آزمون	۰/۱۲۳	۰/۱۲۷
		سطح معنی داری	۰/۰۸۷	۰/۰۹۱

جدول ۴ ضریب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های کمک طلبی پزشکی و رفتار کمک طلبی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	تعداد	معنی‌داری	همبستگی
کمک طلبی پزشکی	رفتار کمک طلبی	۲۱۸	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تعداد نمونه پاسخ‌دهنده به هردو متغیر نگرش کمک طلبی پزشکی و رفتار کمک طلبی برابر با ۲۱۸ می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری حاصله که کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان چنین

برداشت کرد که وجود رابطه خطی بین دو مؤلفه فوق ازنظر آماری معنی‌دار می‌باشد. با توجه به جدول مشاهده می‌شود که مقدار ضریب همبستگی پیرسون برابر با ۰/۹۱۱ است که مقداری مثبت و نزدیک به یک می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین دو متغیر نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی و رفتار کمک طلبی ارتباطی مستقیم و قوی است؛ یعنی با افزایش میزان نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی، میزان رفتار کمک طلبی افزایش‌یافته و بالعکس. در ادامه جهت بررسی روایی پرسش‌نامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی از روش‌های تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تائید جهت بررسی روایی سازه استفاده شد که در زیر جزییات آن مطرح می‌شود.

جدول ۵ آزمون کیز میر الکین و بارتلت

شاخص کفایت نمونه‌گیری کیز میر الکین		/۶۹۶
آزمون بارتلت برای چرخش	خی دو تقریبی	۲۸۳/۴۸۲
	df	۴۵
	معناداری	/۰۰۰

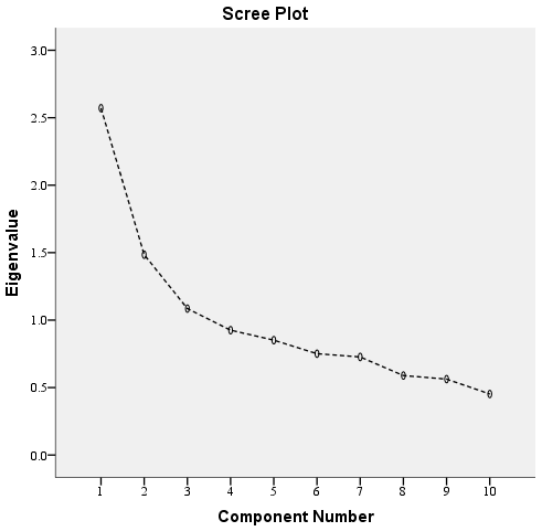
در جدول ۵ مقدار شاخص کفایت نمونه‌گیری (KMO) و مقدار آزمون بارتلت آمده است. همان‌طور. شاخص کفایت نمونه‌برداری شاخصی است که مقادیر همبستگی مشاهده‌شده را با مقادیر همبستگی جزئی مقایسه می‌کند. وقتی KMO بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد به‌راحتی می‌توان تحلیل عاملی کرد و هرچه این مقدار بیشتر باشد مناسب و کفایت نمونه‌برداری بیشتر است. اندازه‌های KMO بزرگ‌تر از ۰/۹ عالی، در دامنه ۰/۸ شایسته، در دامنه ۰/۷ بهتر از متوسط، در دامنه ۰/۶ متوسط، در دامنه ۰/۵ بد و پائین تر از آن غیرقابل‌قبول است (هومن، ۱۳۸۵). با توجه به مطالبی که گفته شد و همچنین مقدار KMO در جدول ۵ که برابر ۰/۶۹۶ است نمونه‌برداری جهت تحلیل عاملی از کیفیت متوسطی برخوردار است و مناسب است. از طرف دیگر به‌منظور بررسی این‌که آیا ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست، از آزمون کرویت بارتلت استفاده می‌شود و مقصود از آن رد فرض صفر مبنی بر درست بودن ماتریس همانی در جامعه است. ماتریس همانی ماتریسی که همه عناصر قطری آن یک و همه عناصر غیر قطری آن صفر باشد. برای آنکه یک مدل عاملی مفید و دارای معنا باشد لازم است متغیرها همبسته باشد، در غیر این صورت برای تبیین مدل عاملی دلیلی وجود ندارد. مجذور کای معنادار به عنوان شرط لازم برای اجرای تحلیل عاملی مطرح می‌شود. همان‌گونه که در جدول ۵ نشان داده‌شده است مقدار خی دو معادل با (۲۸۳/۴۸۲) می‌باشد که با درجه آزادی (۴۵) در سطح کوچک‌تر از (α=۰/۰۱) ازلحاظ آماری معنادار است. به‌عبارت‌دیگر ماتریس همبستگی صفر نیست بنابراین شرایط انجام تحلیل عاملی اکتشافی حاصل‌شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

جدول ۶ توضیح واریانس کل روش مؤلفه‌های اصلی

مولف	مقادیر ویژه اولیه			مجموع مجذور بار عاملی استخراج			مجموع مجذور بار عاملی چرخش		
	کل	میزان درصد از واریانس	مجموع درصدها	کل	میزان درصد از واریانس	مجموع درصدها	کل	میزان درصد از واریانس	مجموع درصدها
۱	۲/۵۷۱	۲۵/۷۰۹	۲۵/۷۰۹	۲/۵۷۱	۲۵/۷۰۹	۲۵/۷۰۹	۲/۱۸۹	۲۱/۸۹۲	۲۱/۸۹۲
۲	۱/۴۸۵	۱۴/۸۴۶	۴۰/۵۵۶	۱/۴۸۵	۱۴/۸۴۶	۴۰/۵۵۶	۱/۸۶۶	۱۸/۶۶۴	۴۰/۵۵۶
۳	۱/۰۸۵	۱۰/۸۵۴	۵۱/۴۱۰						
۴	/۹۲۵	۹/۲۵۳	۶۰/۶۶۳						
۵	/۸۵۱	۸/۵۱۴	۶۹/۱۷۷						
۶	/۷۵۱	۷/۵۱۱	۷۶/۶۸۹						
۷	/۷۲۷	۷/۲۶۸	۸۳/۹۵۷						
۸	/۵۸۹	۵/۸۹۱	۸۹/۸۴۸						
۹	/۵۶۳	۵/۶۳۰	۹۵/۴۷۸						
۱۰	/۴۵۲	۴/۵۲۲	۱۰۰/۰۰۰						

به‌منظور کمک به تعیین تعداد عامل‌های مورد نیاز برای معرفی داده‌ها مفید است در صد واریانس کل توجیه شده توسط هر عامل را بررسی کنیم. در تحلیل مؤلفه‌های اصلی که برای به دست آوردن راه‌حل عاملی اولیه به کار می‌رود، مؤلفه اول دارای واریانس حداکثر است و مؤلفه‌های بعدی بخش‌های کوچک‌تر واریانس را تبیین می‌کنند. در جدول ۶ توضیح واریانس کل به روش مؤلفه‌های اصلی آمده است که نتایج نشان می‌دهد که عوامل استخراج‌شده ۴۰/۵۵۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند که این سهم عامل اول، ۲۱/۸۹۲ سهم عامل دوم ۱۸/۶۶۴ است. با توجه به درصد تبیین بالای که مقیاس از واریانس دارد می‌توان گفت پرسشنامه از اعتبار مناسبی برخوردار است.



[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

در نمودار scree plotبرای مقیاس سهم عوامل به‌صورت نمایشی نشان داده‌شده است. همان‌طور مشخص است عامل اول بیشترین سهم تبیین و بعدازآن عامل دوم بیشترین سهم را دارند.

جدول ۷ سوالات پرسشنامه استانداردشده وماتریس مؤلفه‌ها بعد از چرخش واریماکس

ردیف	گویه	مولفه ۱	مولفه ۲
P۹	اگرتصورکنم که صحبت کردن بایک دکتردرباره ی مشکلات جسمی به من یایکی ازاعضای خانواده ام کمک می کندمشتاقانه این کارراخواهم کرد.(	۰/۶۹۵	
P٦	وقتی درباره سلامت جسمی ام شک یاسوالاتی دارم ازطریق یک متخصص پزشکی به اشکالی که بوجودآمده پی می برم.(	۰/۶۸۴	
P۸	اگر مشکل جسمی داشته باشم که تصورکنم جدی است فورا با دکترتماس می گیرم یابه اورژانس بیمارستان می روم.(	۰/۶۸۴	
P۷	هرگزسابقه نداشته است که بیش ازیک سال بگذردوحداقل برای چکاپ نزددکترنروم.()	۰/۶۲۹	
P۱۰	اگریک نشانه ی جدی ازقبیل دردپیوسته ,خونریزی یاسرفه داشته باشم فورا برای ملاقات بادکتر تماس می گیرم.(	۰/۵۵۹	
P۱	ترجیح میدهم که بامشکلات جسمی زندگی کنم اما متحمل چکاپ وآزمایشهای پزشکی زیاد نشوم.()		۰/۷۰۵
P۲	اگرمشکل سلامت داشته باشم که نگرانم کندمی خواهم فورا امدادپزشکی بگیرم		۰/۶۴۶
P۳	اگرفکرکنم نشانه ی پزشکی (ازقبیل درد پیوسته یایک برجستگی مشکوک دارم فورا نزددکتر می روم تابررسی شود.()		۰/۵۶۱
P۱۲	اگرباورداشته باشم که مشکل پزشکی جدی وبالقوه دارم اولین کاری که می کنم این است که توجه متخصص رابه آن جلب می کنم.()		۰/۵۴۴
P۱۱	حتی وقتی می دانم باید به دکتربروم تمایل دارم آن رابه تعویق بیندازم.()		۰/۴۳۲

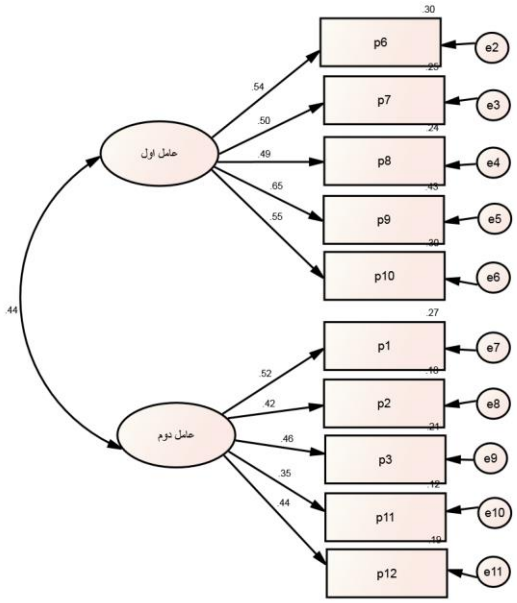
در جدول ۷ که نتیجه نهایی تحلیل عاملی بعد از چرخش واریماکس آمده است نشان می‌دهد که ۵ سوال ۹، ۶، ۸، ۷ و ۱۰ عامل اول را تشکیل می‌دهند که با توجه به محتوای سؤالات می‌توان به آن اسم مراقبت از سلامتی را داد. سؤالات ۱، ۲، ۳، ۱۲ . ۱۱ عامل دوم را تشکیل می‌دهند که با توجه محتوای سؤالات می‌توان به آن عنوان اجتناب/ گرایش به مراقبت پزشکی را داد که در این مولفه سوالات ۱ و ۱۱ حالت اجتنابی و سوالات ۲، ۳ و ۱۲ حالت گرایشی را می‌سنجند در ادامه با استفاده از روش تحلیل عاملی تائیدی بر اساس مؤلفه‌های به‌دست‌آمده در تحلیل عاملی اکتشافی به بررسی روایی سازه پرسش‌نامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی‌های پزشکی پرداخته شد که به شکل قرار دادن گویه‌های مربوط به هر مؤلفه در همان مؤلفه انجام می‌گیرد و شامل شکل نمودار زیر است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]



نمودار ۱. نمودار عوامل استخراج شده در مدل تحلیل عامل تاییدی

جدول ۸ شاخص‌های برازش مدل

شاخص	دامنه موردقبول	مقدار	نتیجه
شاخص مجذور خی (χ^2)	P >۰/۰۵	۳۸/۶۰۹	تائید
درجه آزادی (df)	-	۳۰	-
نسبت مجذور کای به درجه آزادی	< ۳	۱/۲۹۷	تایید
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	RMSEA < ۰/۰۵	۰/۰۳۴	تائید
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	CFI> ۰/۹	۰/۹۶۳	تائید
شاخص برازش اعتباری (IFI)	IFI> ۰/۹	۰/۹۶۶	تائید

نتایج در جدول ۸ با توجه به شاخص های برازندگی به ویژه نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر ۱/۲۹۷ (ملاک کمتر از ۳)، شاخص برازندگی اعتباری (IFI) برابر ۰/۹۶۳، شاخص برازندگی مقایسه‌ای (CFI) برابر۰/۹۹۶، ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات (RMSEA) برابر ۰/۰۳۴ است که نشان می دهد مدل پیشنهادی از برازندگی مناسبی برخوردار است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

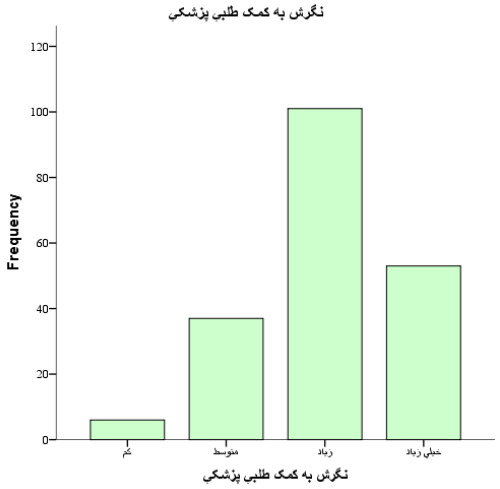
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

جدول ۹ وضعیت نگرش به کمک طلبی در شرکت‌کنندگان

		فروانی	درصد	درصد فراوانی	درصد تجعی
معتبر	کم	۶	۲/۷	۳/۰	۳/۰
	متوسط	۳۷	۱۶/۸	۱۸/۸	۲۱/۸
	زیاد	۱۰۱	۴۵/۹	۵۱/۳	۷۳/۱
	خیلی زیاد	۵۳	۲۴/۱	۲۶/۹	۱۰۰/۰
	کل	۱۹۷	۸۹/۵	۱۰۰/۰	
مفقود	سیستم	۲۳	۱۰/۵		
کل		۲۲۰	۱۰۰/۰		

جهت بررسی نگرش به کمک طلبی داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه به ۵ رتبه تقسیم شد که نتایج جدول ۹ و نمودار ستونی آمده است و نتایج نشان می‌دهد که نگرش شرکت‌کنندگان به کمک طلبی مثبت است. یعنی افراد تمایل دارند در هنگام بروزنشانه‌های بیماری از پزشک کمک بگیرند و از چکآپ نیز جهت بررسی سلامت خود استفاده کنند.



شکل ۳. نمودار ستونی وضعیت نگرش به کمک طلبی در شرکت‌کنندگان

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در بررسی پایایی پرسش‌نامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۴۹ و روش دونیمه کردن ۰/۷۸۲ و همبستگی پیرسون درروش باز آزمایی ۰/۸۵۱ به دست آمد؛ این نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی از پایای مناسبی برخوردار است این نتایج با نتایج پژوهش دایلورنزو و همکاران که آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ به دست آورده بودند همخوان است همچنین با نتایج پژوهش دایلورنز و همکاران که آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۲ به دست آورده بودند همسو است.

در بررسی روایی پرسشنامه از دو روش روایی سازه و روایی هم‌زمان استفاده شد که عوامل استخراج‌شده ۴۰/۵۵۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند که این سهم عامل اول، ۲۱/۸۹۲ سهم عامل دوم ۱۸/۶۶۴ است. با توجه به درصد تبیین بالای که مقیاس از واریانس دارد می‌توان گفت پرسش‌نامه از اعتبار مناسبی برخوردار است در ادامه نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد این عوامل به‌دست‌آمده با مؤلفه‌های خود مدل معناداری را می‌سازند و از بارهای عاملی قابل‌قبولی برخوردارند. ازآنجایی‌که در زبان اصلی این پرسشنامه جهت بررسی روایی پرسشنامه از روایی سازه به‌عبارت‌دیگر تحلیل عاملی استفاده‌نشده بود امکان مقایسه نتایج وجود ندارد اما در پژوهش دایلورنز و همکاران جهت بررسی روایی از روش روایی محتوایی بهره گرفته بودند نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که همبستگی معناداری مثبتی بین پرسش‌نامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی و پنج مؤلفه رفتاری فرد شامل ملاقات با متخصص سلامت، تعداد بازدید از پزشک در سال گذشته، انتظارات برای داشتن یک چکاپ سالانه، برنامه‌ریزی برای ملاقات بعدی و اینکه آیا سالانه چکاپ پزشکی به‌طورمعمول برنامه‌ریزی‌شده بود؛ وجود داشت. در پژوهش حاضر علاوه بر روایی سازه از روایی هم‌زمان نیز استفاده شد که در آن همبستگی بین نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی و رفتار کمک طلبی موردبررسی قرار گرفت که نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان دهند رابطه معنادار مثبت بین نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی و رفتار کمک طلبی بود. ودربازآمایی پژوهش حاضرمشخص شدکه اکثریت دانشجویان بامتخصصان پزشکی تماس های منظم داشتند که به موجب آن میزان تغییرپذیری رفتاری راکاهش می دهد.بررسی اولیه مؤلفه ها و سؤالات آزمون نگرش نسبت به کمک طلبی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

پزشکی نشان میدهد که آزمون مورد نظر از اعتبار مقدماتی بالایی برخورداراست. در تحلیل عاملی بعد از چرخش واریماکس نشان می‌دهد که ۵ سوال ۹، ۶، ۸، ۷ و ۱۰ عامل اول را تشکیل می‌دهند که با توجه به محتوای سؤالات می‌توان به آن اسم مراقبت از سلامتی را داد. سؤالات ۱ ،۲ ،۳، ۱۱ ،۱۲ عامل دوم را تشکیل می‌دهند که با توجه محتوای سؤالات می‌توان به آن عنوان اجتناب/ گرایش به مراقبت پزشکی را داد که در این مولفه سوالات ۱ و ۱۱ حالت اجتنابی و سوالات ۲، ۳ و ۱۲ حالت گرایشی را می‌سنجند.در تبیین پژوهش حاضرمیانگین عامل اول مراقبت ازسلامتی به طورمعناداری بالاترازعامل دوم اجتناب/گرایشی است که نشان دهنده نگرش مثبت به کمک طلبی پزشکی است.که به این دلیل می تواند باشد که جامعه ایرانی روحیه جمع گرایی دارد،ودر جوامعی که بر روحیه جمع گرایی تأکید می‌شود، کمک طلبی نوعی تعامل اجتماعی و رفتار انطباقی پنداشته می‌شود. مقایسه این تحقیق باسایر پژوهش ها نشان می دهد که ازنظرکمک طلبی پزشکی همسو با سایر کشورهای دیگراست.وهمینطوردرپژوهش سبزیان درخواست کمک طلبی در دانشجویان روانشناسی، می‌توان گفت که این دانشجویان همواره در پی بهبود قابلیت‌ها و افزایش آگاهی خود می باشند و به همین جهت بیشتر به کمک طلبی روی می‌آورند. با توجه به برخی از تحقیقات از جمله ویسکرمی، سبزیان، پیرجاوید و گراوند که بیانگر بالا بودن خودتنظیمی دانشجویان علوم انسانی نسبت به دانشجویان مهندسی است می‌توان گفت دانشجویان روانشناسی به دلیل اینکه نظارت بیش تری بر عملکرد خود دارند بیش تر از دانشجویان دانشکده مهندسی از کمک طلبی استفاده می‌کنند. وهمینطور رابطه تعاملی مثبت بین کمک جوینده و کمک کننده موجب احتمال افزایش درخواست کمک فرد نیازمند به کمک می‌شود، بر این اساس نیز می‌توان نتیجه گرفت که جو حاکم بر دانشکده روانشناسی به صورتی است که دانشجویان راحت ترمی‌توانند از دیگران تقاضای کمک نمایند ومی توان گفت عواملی زیاد بر رفتار کمک طلبی افراد موثر است این عوامل شامل سن، جنس، سابقه قبلی بیماری، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، پوشش بیمه‌ای، وضعیت تأهل و در نهایت نگرش بیمار است. به عبارت دیگر نگرش بیمار به مراقبت‌های پزشکی و نقش آن که طبق پرسش نامه حاضرشامل پنج مولفه تماس با پزشک در صورت شک به بیماری، تماس با پزشک در صورت مشاهده نشانه‌های جدی، اجتناب از چکاپ، اهمیت به پزشک، اجتناب از پزشک می‌باشد می‌تواند در کمک طلبی در نتیجه در سلامت فرد موثر باشد بگونه‌ای که پیراسته مطلق و همکاران نشان دادند که نگرش نسبت به بیماری بر احساس در افراد مبتلا به ایدز موثر است زیرا روان سازه‌ها یا شناخت‌هایی از بیماری در نظام شناختی خود شکل می‌دهند که در شکل‌گیری آن‌ها متغیرهای درونی و بیرونی مانند عوامل شخصیتی، محیط اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی نقش دارند (۱۳). این عوامل به همراه تهدید بیماری، نگرش بیمار را به ماهیت، علل، درمان‌پذیری/ کنترل‌پذیری و پیامدهای بیماری تعیین می کند؛ بنابراین، فردی که طرحواره مثبت از بیماری خویش و نگرش مثبت از سیستم مراقبت بهداشتی دارد، قادر است به‌طور واقع‌بینانه و صحیح علائم و نشانه‌ها و ابعاد دیگر بیماری را درک و تحلیل نماید و متناسب با آن کمک‌های حرفه‌ای طلب کند. در ایران پژوهشی که با هدف بررسی نقش نگرش به کمک طلبی پزشکی و عوامل مرتبط به نگرش به کمک طلبی پزشکی صورت نگرفته است اما در کشورهای غربی به چندین عامل در نگرش به کمک طلبی پزشکی اشاره شده است عواملی مانندسن و جنسیت (۱۴)، دارای سابقه بیماری بودن و یا نبودن یا دارای بیمه مناسب بودن و یا نداشتن بیمه و یا بیمه تامین کننده (۱۵)، مهارت حل مسئله اجتماعی بودند (۱۶).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

محدودیت پژوهش حاضرهم اینست که تعدادافرادنمونه وهمینطورمختص بودن به دانشجویان رشته روانشناسی وسن آنهاست وپیشنهادمی شود که این تحقیق باابعادگسترده تری انجام شود۰ بررسی این مطالعه در جمعیت‌های دیگر(جمعیت عمومی غیر دانشجویی و جمعیت بالینی) وگام پیشنهادی برای پژوهش‌های بعدی است که می‌تواند به تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه حاضر به جمعیت غیردانشجویی کمک کند و بایدارتباط های بین مقیاس نگرش وکمک طلبی پزشکی رادرچارچوب زمانی طولانی تر دریک نمونه ی بزرگ وگوناگون تربررسی کند. نتایج این پژوهش می‌توان برای شناسایی افرادی که ممکن است ازطلب کردن مراقبت سلامت اکراه داشته باشند به کاربرد.

منابع

1.Bartholomé T, Stahl E, Pieschl S, Bromme R. What matters in help-seeking? A study of help effectiveness and learner-related factors. Comput. Hum. Behav. ۲۰۰۶;۲۲(۱):.۱۱۳-۲۹

2. Perloff RM. The dynamics of persuasion: communication and attitudes in the twenty-first century: Routledge; .۲۰۱۰

3. Vogel T, Wanke M. Attitudes and attitude change: Psychology Press; .۲۰۱۶

4. Angermeyer M, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. Acta Psychiatr. Scand. ۱۹۹۶;۹۳(۳):.۱۹۹-۲۰۴

5. Emsley R, Chiliza B, Schoeman R. Predictors of long-term outcome in schizophrenia. Curr. Opin. Psychiatry. ۲۰۰۸;۲۱(۲):.۱۷۳-۷

6. Sayal K, Taylor E, Beecham J, Byrne P. Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. Br. J. Psychiatry. ۲۰۰۲;۱۸۱(۱):.۴۳-۸

7. Snyder KA, Pearse W. Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. J. Psychosoc. Oncol. ۲۰۱۰;۲۸(۴):.۴۱۳-۳۱

8. Yang D. The patterns of the health care seeking behavior and related factors in the schizophrenic patients. Chinese journal of neurology and psychiatry. ۱۹۹۲;۲۵(۴):۲۱۵-۸, .۵۳

9. Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors? J. Health Psychol. ۲۰۱۱;۱۶(۳):.۵۰۰-۹

10. Mackenzie CS, Scott T, Mather A, Sareen J. Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. The American J. Geriatr. Psychiatry. ۲۰۰۸;۱۶(۱۲):.۱۰۱۰-۹

11. DiLorenzo TA, Dornelas EA, Fischer EH. Predictive validity of the attitudes toward medical help-seeking scale. Prev. Med. Rep. ۲۰۱۵;.۲:۱۴۶-۸

12. Ganji K, Navabakhsh M, Zabihi R. Relationship between identity styles and social well-being with help-seeking behavior of high school students in mathematic subject. .۲۰۱۲

13. Pirasteh Motlagh AA, Nikmanesh Z, Akbari Ali Abad T. The Relationship of Spirituality and Awareness and Attitude towards Disease with Feeling of Suffering in Patients with AIDS/HIV. Research in Psychological Health. ۲۰۱۴;۸(۲):.۴۱-۵۰

14. Henriksson C, Larsson M, Arnetz J, Berglin-Jarlöv M, Herlitz J, Karlsson J-E,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]

et al. Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. Int. J. Cardiol. ۲۰۱۱;۱۴۷(۲):.۲۲۴-۷

15. Fischer EH, Dornelas EA, DiLorenzo TA. Attitudes toward seeking medical care: Development and standardization of a comprehensive scale. J. Appl. Soc. Psychol. ۲۰۱۳;۴۳(S۱).

16. Segal AG, Diaz CE, Nezu CM, Nezu AM. Social problem solving as a predictor of attitudes toward seeking mental health care and medical care among veterans. Mil. Behav. Health. ۲۰۱۴;۲(۴):۳۰۴-۱۵

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.2.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.98]