



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 پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۲۸

یافته‌های اصلی

- بین پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی با رفتار کمک طلبی رابطه مثبتی وجود دارد.
- ساختار دو عاملی در نمونه ایرانی برازش بهتری دارد.
- پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی با پنج مؤلفه رفتاری رابطه مثبتی وجود دارد.

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 نمونه‌ای به تعداد ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری آلفای کرونباخ، دو نیم‌سازی آزمون جهت بررسی پایایی و تحلیل عاملی اکتشافی و تایید و ضریب همبستگی جهت بررسی روایی پرسشنامه استفاده 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.



مقدمه

در کمک طلبی بیماران مطالعات اندکی صورت گرفته است. شناخت بیماران از بیماری‌شان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنامه‌ی 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 نه تنها زندگی انسان‌ها را در معرض خطر مستقیم قرار می‌دهد، بلکه در اثر بار عظیم ناتوانی‌هایی که به دنبال آن ایجاد می‌شود، از یک سو سهم عمده‌ای از منابع اندک بهداشتی و درمانی کشورها باید صرف توان بخشی 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 برخوردار است؟

کمک طلبی پزشکی^۱ دربرگیرنده رفتارهایی از قبیل پرسش از پزشکان، روان‌پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران، تقاضای توضیح بیشتر درباره‌ی 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 مورد بررسی قرار گرفته 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 می‌دهد (۳). از این رو می‌توان اعلام کرد که یکی از جنبه‌های که نگرش افراد می‌تواند بر آن مؤثر 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 انجام شده است (۴). اغلب افراد نگرش منفی نسبت به اختلال روانی و بیماری‌های جسمی دارند. کشمکش، تعارض و ناکامی در این خانواده‌ها متعدد است به طوری که 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

¹ medical help-seeking



روش پژوهش

روش پژوهش حاضر هنجاریابی از نوع آزمون‌سازی است. بر این اساس روش مورد استفاده 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 تجزیه و تحلیل 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 به گونه‌ای که حجم نهایی نمونه مشتمل بر ۲۲۰ نفر (۱۱۰ نفر دختر و ۱۱۰ نفر پسر)؛ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد سنجش قرار گرفت. در این پژوهش چون حجم نمونه ۲۲۰ نفر است از نرم افزار PLS استفاده شده و از نرم افزار لیزرل استفاده نشده است به دلیل اینکه نرم افزار لیزرل برای نمونه‌های بالای ۲۰۰ نفر مناسب 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 در تکمیل 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 آلفای کرونباخ، 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 دایلو رنوزو، دورنلاس و فیشر در دانشگاه ییشیوا

آمریکا ساخته شده 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 گزارش شده 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 با فرهنگ ایران بیان نمایند. از میان آزمودنی‌ها، ۱۰۰ نفر به صورت 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 از مقیاس 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 مورد بررسی قرار گرفته که دو عامل در قالب پذیرش و اجتناب استخراج و نام‌گذاری شدند. به این ترتیب که بر اساس داده‌های به دست آمده از پاسخ تمام آزمودنی‌ها به پرسشنامه تحلیل عاملی با چرخش واریماکس و ابلیمین استفاده کرده و براساس این روش سؤال‌های شماره ۳، ۶، ۷ و



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 محاسبه شده است (۱۲).

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 حذف شده پس از حذف سؤالات فوق مجدداً تحلیل عاملی با چرخش واریماکس و چرخش ابلیمین روی داده‌ها انجام شده و براساس هر دو چرخش واریماکس و ابلیمین برای ۱۰ سوال پرسشنامه رفتار کمک طلبی ۲ عامل به دست آمده و نام‌گذاری عامل‌ها با توجه به

نتایج

نتایج شاخص‌های توصیفی در جدول‌های 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

جدول ۲ شاخص‌های مرکزی و پراکندگی سن نمونه

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

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 آزمایشی 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 قابل قبول برای پرسشنامه ذکر شده 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

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 اسمیرنوف در جدول ۳ نشان می‌دهد توزیع



عاملی بار عاملی کمتر از ۰/۳ 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 تعیین شده به منظور انجام بازآزمایی، 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. پس از آنکه 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 قابل مشاهده است.

جدول ۳ آزمون کلموگروف اسمیرنوف

رفتار کمک طلبی	کمک طلبی پزشکی		
۲۱/۱۷	۲۴/۶۸	میانگین	پارامترهای توزیع نرمال
۴/۰۷	۴/۲	انحراف معیار	
۰/۱۲۷	۰/۱۲۳	آماره آزمون	کلموگروف آزمون
۰/۰۹۱	۰/۰۸۷	سطح معنی داری	

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

متغیر مستقل	متغیر وابسته	تعداد	معنی داری	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 معنی داری حاصله که کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان چنین

رفتار کمک طلبی برابر با ۲۱۸ می‌باشد. با توجه به سطح معنی داری حاصله که کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان چنین



برداشت کرد که وجود رابطه خطی بین دو مؤلفه فوق از نظر آماری معنی دار می باشد. با توجه به جدول مشاهده می شود که مقدار ضریب همبستگی پیرسون برابر با ۰/۹۱۱ است که مقداری مثبت و نزدیک به یک می باشد؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که ارتباط بین دو متغیر نگرش افراد نسبت به کمک طلبی های پزشکی و رفتار کمک طلبی ارتباطی

مستقیم و قوی است؛ یعنی با افزایش میزان نگرش افراد نسبت به کمک طلبی های پزشکی، میزان رفتار کمک طلبی افزایش یافته و بالعکس. در ادامه جهت بررسی روایی پرسش نامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی های پزشکی از روش های تحلیل های عاملی اکتشافی و تأیید جهت بررسی روایی سازه استفاده شد که در زیر جزییات آن مطرح می شود.

جدول ۵ آزمون کیز میر الکین و بارتلت

شاخص کفایت نمونه گیری کیز میر الکین	۰/۶۹۶
آزمون بارتلت برای چرخش	۲۸۳/۴۸۲
df	۴۵
معناداری	۰/۰۰۰

در جدول ۵ مقدار شاخص کفایت نمونه گیری (KMO) و مقدار آزمون بارتلت آمده است. همان طور. شاخص کفایت نمونه برداری شاخصی است که مقادیر همبستگی مشاهده شده را با مقادیر همبستگی جزئی مقایسه می کند. وقتی KMO بزرگ تر از ۰/۶ باشد به راحتی می توان تحلیل عاملی کرد و هرچه این مقدار بیشتر باشد مناسب و کفایت نمونه برداری بیشتر است. اندازه های KMO بزرگ تر 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 غیرقابل قبول است (هومن، ۱۳۸۵). با توجه به مطالبی که گفته شد و همچنین مقدار KMO در جدول ۵ که برابر ۰/۶۹۶ است نمونه برداری جهت تحلیل عاملی از کیفیت متوسطی برخوردار است و مناسب است. از طرف دیگر

به منظور بررسی این که آیا ماتریس همبستگی داده ها در جامعه صفر نیست، از آزمون کرویت بارتلت استفاده می شود و مقصود از آن رد فرض صفر مبنی بر درست بودن ماتریس همبستگی در جامعه است. ماتریس همبستگی 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 می شود. همان گونه که در جدول ۵ نشان داده شده است مقدار خی دو معادل با (۲۸۳/۴۸۲) می باشد که با درجه آزادی (۴۵) در سطح کوچک تر از (۰/۰۱) α از لحاظ آماری معنادار است. به عبارت دیگر ماتریس همبستگی صفر نیست بنابراین شرایط انجام تحلیل عاملی اکتشافی حاصل شده است.

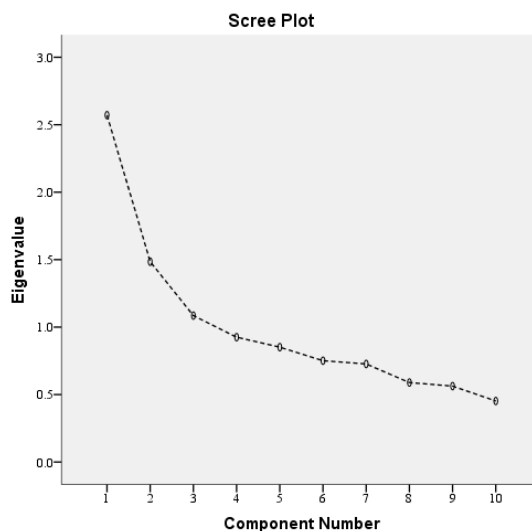


جدول ۶ توضیح واریانس کل روش مؤلفه‌های اصلی

مقادیر ویژه اولیه			مجموع مجذور بار عاملی استخراج			مجموع مجذور بار عاملی چرخش		
موله	میزان درصد	کل	میزان درصد	میزان درصد	کل	میزان درصد	میزان درصد	کل
	از واریانس		از واریانس	از واریانس		از واریانس	از واریانس	
۱	۲۵/۷۰۹	۲/۵۷۱	۲۵/۷۰۹	۲۵/۷۰۹	۲/۱۸۹	۲۱/۸۹۲	۲۱/۸۹۲	۲۱/۸۹۲
۲	۱۴/۸۴۶	۱/۴۸۵	۱۴/۸۴۶	۴۰/۵۵۶	۱/۸۶۶	۱۸/۶۶۴	۴۰/۵۵۶	۴۰/۵۵۶
۳	۱۰/۸۵۴	۱/۰۸۵	۵۱/۴۱۰					
۴	۹/۲۵۳	۹/۲۵۵	۶۰/۶۶۳					
۵	۸/۵۱۴	۸/۵۱۱	۶۹/۱۷۷					
۶	۷/۵۱۱	۷/۵۱۱	۷۶/۶۸۹					
۷	۷/۲۶۸	۷/۲۷۷	۸۳/۹۵۷					
۸	۵/۸۹۱	۵/۸۹۱	۸۹/۸۴۸					
۹	۵/۶۳۰	۵/۶۳۰	۹۵/۴۷۸					
۱۰	۴/۵۲۲	۴/۵۲۲	۱۰۰/۰۰۰					

توضیح واریانس کل به روش مؤلفه‌های اصلی آمده است که نتایج نشان می‌دهد که عوامل استخراج شده 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.

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





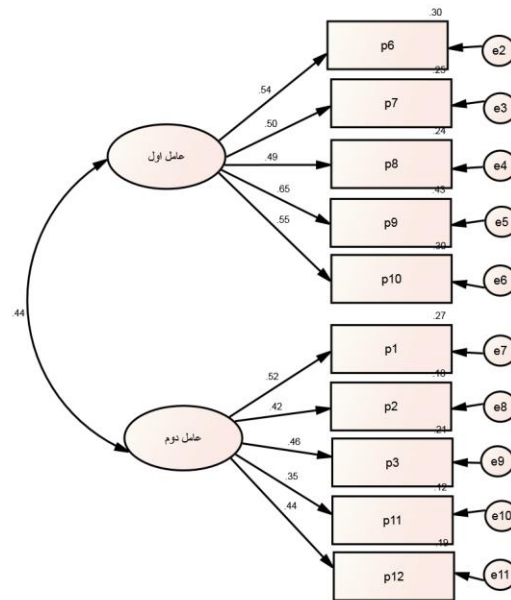
در نمودار scree plot برای مقیاس سهم عوامل به صورت نمایشی نشان داده شده است. همان طور مشخص است عامل اول بیشترین سهم تبیین و بعد از آن عامل دوم بیشترین سهم را دارند.

جدول ۷ سوالات پرسشنامه استاندارد شده و ماتریس مؤلفه‌ها بعد از چرخش واریماکس

ردیف	گویه	مؤلفه	
		۱	۲
P۹	اگر تصور کنم که صحبت کردن بایک دکتر درباره ی مشکلات جسمی به من یایکی از اعضای خانواده ام کمک می کند مشتاقانه این کار را خواهم کرد.	۰/۶۹۵	
P۶	وقتی درباره سلامت جسمی ام شک یا سوالاتی دارم از طریق یک متخصص پزشکی به اشکالی که بوجود آمده پی می برم.	۰/۶۸۴	
P۸	اگر مشکل جسمی داشته باشم که تصور کنم جدی است فوراً با دکتر تماس می گیرم یا به اورژانس بیمارستان می روم.	۰/۶۸۴	
P۷	هرگز سابقه نداشته است که بیش از یک سال بگذرد و حداقل برای چکاپ نزد دکتر بروم.	۰/۶۲۹	
P۱۰	اگر یک نشانه ی جدی از قبیل درد پیوسته ، خونریزی یا سرفه داشته باشم فوراً برای ملاقات با دکتر تماس می گیرم.	۰/۵۵۹	
P۱	ترجیح میدهم که با مشکلات جسمی زندگی کنم اما متحمل چکاپ و آزمایشهای پزشکی زیاد نشوم.	۰/۷۰۵	
P۲	اگر مشکل سلامت داشته باشم که نگرانم کندی خواهم فوراً امداد پزشکی بگیرم	۰/۶۴۶	
P۳	اگر فکر کنم نشانه ی پزشکی (از قبیل درد پیوسته یا یک برجستگی مشکوک دارم فوراً نزد دکتر می روم تا بررسی شود.	۰/۵۶۱	
P۱۲	اگر باور داشته باشم که مشکل پزشکی جدی و بالقوه دارم اولین کاری که می کنم این است که توجه متخصص را به آن جلب می کنم.	۰/۵۴۴	
P۱۱	حتی وقتی می دانم باید به دکتر بروم تمایل دارم آن را به تعویق بیندازم.	۰/۴۳۲	

و ۱۱ حالت اجتنابی و سوالات ۲، ۳ و ۱۲ حالت گرایشی را می‌سنجند در ادامه با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی بر اساس مؤلفه‌های به دست آمده 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.

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 سوالات می‌توان به آن اسم مراقبت از سلامتی را داد. سوالات ۱، ۲، ۳، ۱۲، ۱۱ عامل دوم را تشکیل می‌دهند که با توجه محتوای سوالات می‌توان به آن عنوان اجتناب/گرایش به مراقبت پزشکی را داد که در این مؤلفه سوالات ۱



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)	$P > 0.05$	۳۸/۶۰۹	تائید
درجه آزادی (df)	-	۳۰	-
نسبت مجذور کای به درجه آزادی	< 3	۱/۲۹۷	تائید
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	$RMSEA < 0.05$	۰/۰۳۴	تائید
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	$CFI > 0.9$	۰/۹۶۳	تائید
شاخص برازش اعتباری (IFI)	$IFI > 0.9$	۰/۹۶۶	تائید

ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات (RMSEA) برابر ۰/۰۳۴ است که نشان می دهد مدل پیشنهادی از برازندگی مناسبی برخوردار است.

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) برابر ۰/۹۶۶

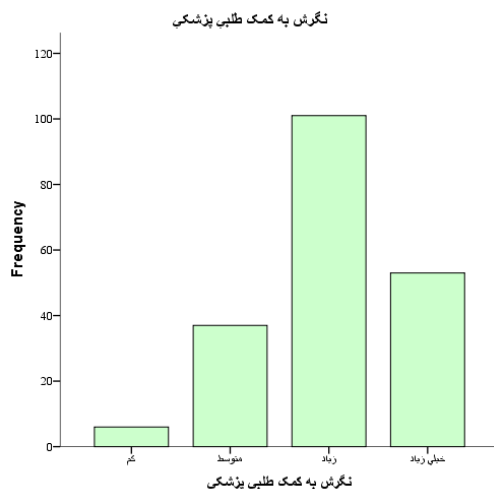


جدول ۹ وضعیت نگرش به کمک طلبی در شرکت کنندگان

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

تمایل دارند در هنگام بروز نشانه‌های بیماری از پزشک کمک بگیرند و از چک‌آپ نیز جهت بررسی سلامت خود استفاده کنند.

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 شرکت کنندگان به کمک طلبی مثبت است. یعنی افراد



شکل ۳. نمودار ستونی وضعیت نگرش به کمک طلبی در شرکت کنندگان

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 در روش باز آزمایی ۰/۸۵۱ به دست آمد؛ این نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه نگرش افراد نسبت به کمک طلبی پزشکی از پایایی مناسبی برخوردار است این نتایج با نتایج پژوهش دایلوورنز و همکاران که آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ به دست آورده بودند همخوان است همچنین با نتایج پژوهش دایلوورنز 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 استخراج شده 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 به دست آمده با مؤلفه‌های خود مدل معناداری را می‌سازند و از بارهای

عاملی قابل قبولی برخوردارند. از آنجایی که در زبان اصلی این پرسشنامه جهت بررسی روایی پرسشنامه از روایی سازه به عبارت دیگر تحلیل عاملی استفاده نشده بود امکان مقایسه نتایج وجود ندارد اما در پژوهش دایلوورنز 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 به طور معمول برنامه‌ریزی شده 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 مورد بررسی 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. و در بازآزمایی پژوهش حاضر مشخص شد که اکثریت دانشجویان بامتخصصان پزشکی تماس‌های منظم داشتند که به موجب آن میزان تغییرپذیری رفتاری را کاهش می‌دهد. بررسی اولیه مؤلفه‌ها و سؤالات آزمون نگرش نسبت به کمک طلبی



پزشکی نشان میدهد که آزمون مورد نظر از اعتبار مقدماتی بالایی برخوردار است. 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 سؤالات ۱ و ۱۱ حالت اجتنابی و سؤالات ۲، ۳ و ۱۲ حالت گرایشی را می‌سنجند. در تبیین پژوهش حاضر میانگین عامل اول مراقبت از سلامتی به طور معناداری بالاتر از عامل دوم اجتناب/گرایشی است که نشان دهنده نگرش مثبت به کمک طلبی پزشکی است. که به این دلیل می‌تواند باشد که جامعه ایرانی روحیه جمع‌گرایی دارد، و در جوامعی که بر روحیه جمع‌گرایی تأکید می‌شود، کمک طلبی نوعی تعامل اجتماعی و رفتار انطباقی پنداشته می‌شود. مقایسه این تحقیق با سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از نظر کمک طلبی پزشکی همسو با سایر کشورهای دیگر است. و همین‌طور در پژوهش سبزیان درخواست کمک طلبی در دانشجویان روانشناسی، می‌توان گفت که این دانشجویان همواره در پی بهبود قابلیت‌ها و افزایش آگاهی خود می‌باشند 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. و همین‌طور 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 تری می‌توانند از دیگران تقاضای کمک نمایند و می‌توان 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 حاضر شامل 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 جمعیتی شناختی نقش دارند (۱۳). این عوامل به همراه تهدید بیماری، نگرش بیمار را به ماهیت، علل، درمان‌پذیری/کنترل‌پذیری و پیامدهای بیماری تعیین می‌کند؛ 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 گرفته است اما در کشورهای غربی به چندین عامل در نگرش به کمک طلبی پزشکی اشاره شده است عواملی مانند سن 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).



می‌تواند به تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه حاضر به جمعیت غیردانشجویی کمک کند و بایدارتباط‌های بین مقیاس نگرش و کمک‌طلبی پزشکی رادرچارچوب زمانی طولانی‌تر در یک نمونه‌ی بزرگ و گوناگون‌تر بررسی کند. نتایج این پژوهش می‌تواند برای شناسایی افرادی که ممکن است از طلب کردن مراقبت سلامت اکراه داشته باشند به کاربرد.

محدودیت پژوهش حاضرهم اینست که تعدادافرادنمونه وهمینطورمختص بودن به دانشجویان رشته روانشناسی و سن آنهاست وپیشنهادمی شود که این تحقیق بابعادگسترده تری انجام شود. بررسی این مطالعه در جمعیت‌های دیگر(جمعیت عمومی غیر دانشجویی و جمعیت بالینی) وگام پیشنهادی برای پژوهش‌های بعدی است که

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,



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