ORIGINAL ARTICLE

Psychometric Testing of the Irrational Health Belief Scale in Medical Students

Reza Soltani Shal[1],
Mahtab Shameli[2],
Mehrzad Omidvar[2]

[1] Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
[2] BA Student in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

(Received Jan 1, 2017 Accepted May 23, 2017)

Abstract

Background and purpose: Irrational health beliefs are recognized as one of the main variables in healthy lifestyle. Despite the leading role of dysfunctional assumptions such as irrational health beliefs in healthy behaviors and lifestyle, there is no appropriate scale for their assessment. The aim of the present study was to evaluate the psychometric properties of the Irrational Health Belief Scale.

Materials and methods: The sample consisted of 100 medical students in Guilan University of Medical Sciences. They completed the Irrational Health Belief scale consisting of 20 items. The psychometric properties were examined by exploratory factor analysis and reliability analysis.

Results: The psychometric evaluation included data quality, factor structure, construct validity, and internal consistency. Unidimensionality was supported by exploratory factor analysis. The CFA results indicated sufficient model fit. KMO rate was 0.833 in the qualitative factor analysis. Also, the Bartlett's test of significance level was less than 5%. Cronbach alpha rate was calculated as 0.86 and the test-retest reliability of the scale was 0.64.

Conclusion: This study proved appropriate psychometric properties of the Irrational Health Belief Scale that could facilitate assessment of irrational health beliefs. Therefore, it could be administered to measure irrational health beliefs in medical students.

Keywords: Irrational Health Belief Scale, factor analysis, medical students, reliability

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (152): 117- 131 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 152 شهریور سال 1396 (131 - 117)

ویژگی های روانسنجی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامتی در دانشجویان علوم پزشکی گیلان

رضا سلطانی شال[1]
مهتاب شاملی[2]
مهرزاد امیدوار[2]

چکیده

سابقه و هدف: باورهای غیرمنطقی سلامت به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم در سبک زندگی سالم در نظر گرفته می‌شوند. با وجود نقش مرکزی که فرض‌های ناکارآمد نظیر باورهای غیرمنطقی سلامت در رفتارها و سبک زندگی سالم ایفا می‌کنند، مقیاس مناسبی برای ارزیابی آن وجود ندارد. لذا هدف مطالعه حاضر ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت بود.

مواد و روش‌ها: 100 نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه گیلان انتخاب شدند و پرسش‌نامه 20 سوالی باورهای غیرمنطقی سلامت را تکمیل کردند. ویژگی روانسنجی از طریق تحلیل عامل اکتشافی و پایایی بررسی شد.

یافته‌ها: ارزیابی روانسنجی شامل کیفیت داده‌ها، ساختار عاملی، پایایی‌سازه و همسانی درونی بود. یک بعدی بودن مقیاس از طریق تحلیل عامل اکتشافی حمایت شد. نتایج تحلیل عامل اکتشافی برازش مناسب مدل را نشان داد. در تحلیل عاملی اکتشافی مقدار KMO برابر 0/833 شد. هم‌چنین مقدار آزمون بارتلت، کوچک‌تر از 5 درصد شد. برای تعیین پایایی مقدار آلفای کرونباخ 0/86 محاسبه شد. پایایی بازآزمایی 0/64 به‌دست آمد.

استنتاج: این پژوهش ویژگی روانسنجی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، که می‌تواند ارزیابی باورهای غیرمنطقی سلامت را تسهیل کند، آشکار کرد و تایید کرد که می‌توان برای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، تحلیل عاملی، دانشجویان پزشکی، پایایی

مقدمه

مطالعه نقش عوامل شناختی موثر بر سلامت جسمانی، در دهه اخیر جایگاه حساسی را در نظریه‌های سلامت - رفتار و پژوهش‌های پیرامون آن داشته است(1). روانشناسان سلامت بر این باورند که باورهای افراد نقش محوری و معناداری در سلامت جسمانی و روانی دارد. یکی از این متغیرهای روانشناختی، باورهای غیرمنطقی است. باورهای غیرمنطقی افکاری هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنی‌دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. باورهای غیرمنطقی حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین می‌برند و

مولف مسئول: رضا سلطانی شال - رشت، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی Email: reza.soltanishal@guilan.ac.ir
1. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، رشت، ایران
2. دانشجوی کارشناسی گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، رشت، ایران
تاریخ دریافت : 1395/10/12 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1395/10/24 تاریخ تصویب : 1396/3/2

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

از ایجاد نظم جلوگیری می‌کنند(2). باورهای غیرمنطقی جزء آن دسته از باورها به شمار می‌آیند که یا به‌طور مستقیم همراه با بازتاب‌هایی نظیر اندوه، افسردگی و خشم ظاهر می‌شوند یا به صورت درونی و لحظه‌ای تظاهر می‌کنند و حاصل آن‌ها عدم تحرک و بی‌علاقگی به کار و فعالیت است(3). در پژوهشی نشان داده شد که این باورها به عنوان مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا یا پایین برای عملکرد هستند که با خود ارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه می‌باشند(4). در پژوهشی نشان داده شد که باورهای غیرمنطقی بالا با شادکامی کم‌تر، اضطراب بیش‌تر و رضایتمندی زندگی کم‌تر ارتباط دارد(5). هم‌چنین نشان داده شد که باورهای غیرمنطقی و درماندگی آموخته شده از مؤلفه‌های مؤثر در پیدایش اختلال جسمانی‌سازی، سندرم خستگی مزمن و انواع سردردها می‌باشند(6). در یک مطالعه محققان یافتند که افراد مبتلا به سردرد میگرنی نسبت به افراد سالم از باورهای غیرمنطقی، سرزنش و عیب جویی افراطی از خود و دیگران برخوردار هستند(7). در یک مطالعه دیگر محققان یافتند که باورهای غیرمنطقی، کمالگرایی، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به میگرن نسبت به افراد عادی به میزان بیش‌تر دیده می‌شود و این بیماران از بهزیستی روانشناختی پایینی برخوردار هستند(8).

باورهای غیرمنطقی هنگامی که در حوزه افکار، شناخت و رفتار سلامت محور خود را نشان می‌دهند، با عنوان باورهای غیرمنطقی سلامت شناخته می‌شوند. محققان در تعریف باورهای غیرمنطقی سلامت به نوعی سوگیری خوشبینانه در قضاوت مردم درباره احتمال به خطر افتادن سلامتی‌شان اشاره کرده اند، به این معنی‌که افراد گرایش به این باور دارند که کم‌تر از اطرافیان خود در معرض خطر قرار دارند. لذا رفتارهای سلامت محور کم‌تری انجام می‌دهند و به دلیل باور به این که هرگز و تحت هیچ شرایطی بیمار نمی‌شوند، بیش‌تر در معرض خطر قرار گرفته و بیش‌تر دچار بیماری‌های جسمی می‌شوند. در واقع، باورهای غیرمنطقی سلامت محور در دراز مدت علاوه بر بیماری‌های جسمی، به اضطراب و اختلالات روانی نیز می‌انجامد(12 ،9). در حقیقت بر اساس مطالعات انجام شده، باورهای غیرمنطقی سلامت، یکی از موانع اصلی عدم درمان، عدم پیروی از دستورات پزشک، عدم مصرف بهینه داروهای تجویز شده، ناباوری به کارآمد بودن تجویزات پزشک و عدم اعتماد به تیم درمانی به شمار می‌رود(13).

سلامت و باورهایی که سبب ایجاد رفتارهای سلامتی می‌شوند، می‌توانند نتایج روانی و جسمانی بسیار ارزشمندی برای فرد در پی داشته باشند، به‌ویژه اگر فرد مورد نظر، آینده سلامتی جسمانی یک کشور را بر عهده داشته باشد. در واقع بهداشت روان، پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و انگیزش تحصیلی از متغیرهای مستقل مهمی محسوب می‌شوند که بر اساس مطالعات متعدد، در باورهای منطقی یا غیرمنطقی فرد ریشه دارند و در نتیجه با ارزیابی و بهینه سازی این باورها می‌توان گام سودمندی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی حرفه‌ای و تحصیلی و هم‌چنین بهداشت جسمی و روانی برداشت(14).

تاکنون ابزارهای متعددی برای سنجش باورهای غیرمنطقی افراد مورد ارزیابی و استفاده واقع شده‌اند که از جمله پرکاربردترین آن‌ها می توان به پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز و مقیاس باورهای ناکارآمد DASاشاره کرد که در آن‌ها به بررسی ابعادی چون درماندگی در مقابل تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل، بی‌مسئولیتی هیجانی و موضوعات این چنینی پرداخته‌اند(15)، اما در هیچ یک از این ابزارها به بررسی باورهای منطقی و غیر منطقی مربوط به سلامت به صورت کاربردی و مجزا پرداخته نشده است. با این حال ابزارهای متعددی برای سنجش کیفیت زندگی، انگیزش تحصیلی، بهداشت روانی و جسمی در دانشجویان پزشکی که عهده دار امر سلامت جسمی جامعه هستند مورد بررسی و تایید واقع شده‌اند(16)، اما در ایران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

ابزاری که بتواند باورهای منطقی و غیرمنطقی مربوط به سلامت را ارزیابی کند، مورد بررسی و تایید واقع نشده است.

یکی از روش‌های تشخیص اختلالات جسمی و روانی، ارزیابی عملکرد فرد در یک آزمون معتبر به عنوان پیش‌شرطی برای مداخلات و بررسی بیش‌تر است. نیاز به کاربرد ابزارهای غربالگری از این واقعیت نشأت گرفته است که بدون کمک ارزیابی‌های دقیقِ عوامل سبب ساز اختلالات روانی و جسمی، متخصصان معمولاً در کار روزمره خود موفق به ارزیابی دقیق و طرح‌ریزی درمان مناسب نمی‌شوند(14). با توجه به نکات فوق، ضرورت تدوین و تهیه ابزارهایی که بتوانند با روشی سهل و آسان افراد مستعد به این اختلال‌ها را شناسایی و تغییرات حاصل از فرایند آسیب‌زا و عوامل درمانی به‌کار رفته را به روشی مطمئن مستند سازند، به شدت احساس می‌شود. در همین راستا هدف مطالعه حاضر بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان پزشکی است.

چرا که یکی از مهم‌ترین مسائلی که در مطالعه و بررسی پیآمدهای عملکردی در سطوح مختلف فردی و اجتماعی در پیش‌روی محققین و متخصصین قرار دارد، توسعه مقیاس‌های مناسب برای ارزیابی است، در صورتی‌که این مقیاس‌ها در سطح بین‌المللی موجود باشند، مقیاس مناسب از میان ابزارهای موجود انتخاب می‌شود(17). هدف از این انتخاب دستیابی به ابزارهایی است که نیازهای بالینی و تحقیقی محققین را در سطح مطلوبی پاسخگو باشند. معمولاً محققین به دنبال ابزارهایی هستند که تا حد ممکن به صورت مطلوبی مفاهیم مورد نظر آن‌ها را به صورت دقیق و کامل پوشش دهد. این مفاهیم مورد نظر با هدف ارزیابی آثار آسیب‌ها و بیماری‌ها، میزان تأثیر استراتژی‌ها، مداخلات و برنامه‌های درمانی و توانبخشی، بررسی سلامت روانی و جسمانی افراد چه به‌صورت گروهی و فردی و در نهایت تصمیم‌گیری بالینی در جهت ادامه، توقف و یا اصلاح این اقدامات مورد ارزیابی قرار می‌گیرد(18). در این میان، مسائلی نظیر تمرکز ابزار بر جوامع گوناگون و هدف، نحوه کاربرد ابزار به صورت معاینه یا پرسش، ویژگی‌های روانسنجی ابزار، خرده مقیاس‌های ابزار و غیره مورد توجه قرار می‌گیرد.

لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا به بررسی روایی و پایایی یکی از بهترین و جدیدترین ابزارهای سنجش باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان پزشکی به نام پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی سلامت بپردازیم. مطمئنا یکی از عواملی که باعث شده متخصصان و پژوهشگران تمایل کم‌تری به ارزیابی باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان پزشکی نشان دهند، کمبود ابزار لازم جهت بررسی سطح فعالیت جسمی و کمبود آشنایی با عوامل موثر در این حیطه می‌باشد. بدین منظور پژوهشگران در پژوهش حاضر سعی دارند با بررسی روایی و پایایی یکی از بهترین ابزارهای اندازه گیری باورهای غیرمنطقی سلامت که در حال حاضر در دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد، آن را به متخصصان بهداشت روانی و جسمانی دانشجویی و پژوهشگران در کشور معرفی کنند.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه روانسنجی است و از آن‌جا که در تحقیق حاضر مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد و هدف بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه گیلان است، بنابراین نوع مطالعه، روش‌شناسی است. جامعه پژوهش حاضر کلیه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه گیلان بود که از میان آن‌ها 100 دانشجو به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و با ملاک‌های ورود عدم بیماری جسمی و روانی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و علاقه به شرکت در پژوهش وارد مطالعه شدند.

مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت

مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت (HBS: Irrational Health Belief Scale)، توسط Christensen و همکاران برای سنجش باورهای غیرمنطقی سلامت استفاده شد. در این مقیاس 20 گویه‌ای، بعد از توصیف باورها، ارزیابی از موقعیت صورت می‌گیرد و شرکت‌کنندگان بایستی در یک طیف لیکرتی 5 نقطه‌ای از 1 (اصلاً تمایلی ندارم به آن فکر کنم) تا 5 (دقیقاً همیشه در حال فکر کردن در آن مورد هستم) مشخص کنند که تا چه اندازه ارزیابی آنان از موقعیت، مشابه با اقتضائات و شرایط آن موقعیت است. برای تفسیر، پاسخ مورد نظر فرد (در طیف لیکرتی 1 تا 5) که در هر یک از گویه‌ها انتخاب شده با یکدیگر جمع می‌شود و میانگین عدد به‌دست آمده میزان باورهای غیر منطقی فرد راجع به وضعیت سلامت را نشان می‌دهد. به‌طوری‌که نمره بالاتر بیانگر تفکرات غیرمنطقی بالاتر بوده و نمره پایین‌تر بیانگر تفکرات غیرمنطقی پایین‌تر است. در فرم اولیه مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در نمونه‌ای متشکل از 392 نفر دانشجو، 0/84 به‌دست آمد. هم‌چنین، پایایی این مقیاس با روش آزمون- بازآزمون طی یک دوره 18 ماهه در همان نمونه، 0/57 به‌دست آمد(19).

ترجمه و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت طی مراحل زیر انجام شد: بعد از درخواست مقیاس و اخذ اجازه‌ی ترجمه از دکتر Christensen (طراح ابزار)، مقیاس توسط دو نفر مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه شد، سپس دو ترجمه باهم مقایسه شده و با تغییرات مختصری در لغات، نسخه نهایی تهیه شد. نسخه نهایی ترجمه شده از زبان فارسی به زبان اصلی (انگلیسی) ترجمه شد که در این مرحله، دو نفر مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی که با افراد اول در ارتباط نبودند، نسخه نهایی را مجدداً به انگلیسی برگرداندند. نسخه ترجمه شده به زبان انگلیسی، برای طراح ابزار ایمیل گردید و در مواردی که به نظر می رسید میان عبارات اصلی با عبارات ترجمه شده، تفاوت وجود دارد، مجدداً بازنگری صورت گرفت. سپس فرآیند اعتباریابی مقیاس ترجمه شده با انجام روایی محتوا و صوری، روایی سازه (تحلیل عاملی تأییدی)، پایایی همسانی درونی و ثبات دنبال گردید. در ادامه سوالات این مقیاس ذکر شده است.

این سوالات موقعیت‌های مختلف مربوط به سلامت را توصیف می‌کند. لطفا هر یک از گویه‌های زیر را خوانده و تصور کنید که این موقعیت‌ها برای شما رخ داده است. برای توصیف شبیه‌ترین فکر به فکر شما در هر موقعیت از مقیاس‌های زیر استفاده نمایید.

1.هرگز چنین فکری نخواهم داشت؛ 2.تا حدی چنین فکری خواهم داشت؛ 3.بینابین چنین فکری خواهم داشت؛ 4.بیش‌تر مواقع چنین فکری خواهم داشت؛ 5.همیشه چنین فکری خواهم داشت.

1- تعداد زیادی از همکاران شما به‌دلیل آنفلوانزا غیبت دارند. شما در اخبار شنیده‌اید که آنفلوانزا در حال گسترش است و افرادی که با شخص آلوده تماس پیدا کنند، باید ایمن‌سازی شوند یا واکسن بزنند تا شانس بیمار شدن آن‌ها کاهش یابد. شما با خود فکر می‌کنید: (من با این که سال گذشته واکسن زدم باز هم دچار بیماری شدم. بنابراین ایمن سازی تاثیری در خوب شدن من نخواهد داشت)؛

2- در طول یک معاینه جسمی معمول، دکتر شما متوجه یک علامت یا زخم روی دست شما می‌شود و به شما توصیه می‌کند که یک متخصص آن را مورد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

بررسی قرار دهد. شما به یکی از دوستان خود که سال‌ها علامت یا زخم مشابهی روی دست او بوده و هیچ‌وقت دچار مشکل نشده است می‌اندیشید. شما با خود فکر می‌کنید: (من مطمئن هستم که این علامت یا زخم هیچ‌وقت مشکلی برای من به وجود نخواهد آورد)؛

3- در چکاپ پزشکی قبلی، مقدار چربی‌تان بالا بوده و دکتر به شما پیشنهاد کرده است که چربی را از رژیم غذایی خود کم کنید. امروز وقت ناهار متوجه شدید که تمام همکارانتان در حال خوردن غذاهای چرب هستند. شما با خود فکر می‌کنید: (وقتی همه در حال خوردن چنین چیزی هستند، پس نمی‌تواند برای من بد باشد)؛

4- دکتر شما دارویی برای بیماریتان تجویز کرد و از شما خواست که یک قوطی از قرص‌ها را کاملاً مصرف کنید. پس از مصرف نصف داروها، متوجه می‌شوید که نشانه‌های بیماری از بین رفته‌اند. شما با خود فکر می‌کنید: (دیگر احساس بیماری نمی‌کنم، بنابراین استفاده از داروها دیگر ضرورتی ندارند)؛

5- دکتر برای بیماری در حال پیشرفتتان دارویی تجویز می‌کند و خاطر نشان می‌کند که ده درصد از بیماران عوارض جانبی ناخوشایند دارو را تجربه می‌کنند. شما با خود فکر می‌کنید: (اگر یک نفر هم در معرض عوارض این دارو قرار بگیرد، حتما آن یک نفر من خواهم بود)؛

6- شما دچار صدمه‌ای شدید که طبق آن سمت چپ بدنتان قادر به کار کردن نیست. دکتر تنها به شما اجازه می‌دهد که به‌طور پاره‌وقت به کار خود برگردید. شما با خود فکر می‌کنید: (اگر این روند نمی‌تواند مرا به‌طور کامل درمان کند، پس ارزشی ندارد)؛

7- شما اخیراً برای بهبود یک بیماری، مورد جراحی قرار گرفته‌اید. دکتر شما را از موفقیت آمیز نبودن جراحی و نیاز به تکرار دوباره آن، آگاه می‌سازد. شما با خود فکر می‌کنید: (اگر این جراحی برای بار اول کاری نکرد، پس هیچوقت نمی تواند گزینه‌ی مناسبی برای درمان من باشد)؛

8- در طول یک چکاپ مرتب، دکتر روی اهمیت ورزش و خوراک مناسب برای بهبود مشکلات شما تاکید می کند. شما پی می‌برید که خود دکتر کمی اضافه وزن دارد. شما با خود فکر می‌کنید: (اگر عادت خوراک مناسب و ورزش کردن واقعا مهم بودد، او وزن خودش را کاهش داده بود)؛

9- دکتر به شما نحوه ی صحیح مصرف یک دارو را آموزش داد. در وسط بحث، دکتر از اتاق بیرون رفت و از یک پرستار خواست که ادامه‌ی توضیحات لازم را به شما بدهد. شما با خود فکر می‌کنید: (اگر این روش جدید واقعا اهمیت داشت، خود دکتر توضیحات و آموزش را به پایان می‌رساند)؛

10- به علت این که والدین شما دچار بیماری قلبی هستند، شما می‌دانید که ریسک ابتلای شما به این بیماری خیلی بیش‌تر از افراد دیگر است. در چکاپ اخیر، دکتر روی ایجاد تغییراتی در مدل زندگی شما تاکید کرد که شما بتوانید خطر ابتلا به بیماری قلبی را تا 50 درصد کاهش دهید. شما با خود فکر می‌کنید: (اگر این بیماری در خانواده من شیوع دارد، خواه ناخواه می‌دانم که خارج از کنترل من است)؛

11- یک برنامه‌ی تغذیه‌ای خاص برای مشکل سلامتی شما تجویز شده است. این برنامه نیاز دارد که شما از مصرف دسرها و غذاهایی با شکر و قند بالا اجتناب کنید. اکنون در یک جشن شرکت کرده اید که هر کسی درحال خوردن کیک است. شما با خود فکر می‌کنید که: (اگر تکه‌ای از کیک را نخورم، در واقع لذتی از جشن نبرده‌ام)؛

12- شما یک درمان دارویی شش‌ماهه را دریافت کرده‌اید و مشکل شما بهبود پیدا نکرد. حال دکتر داروی جدیدی را برای شما پیشنهاد کرده است. شما با خود فکر می‌کنید: (همانطور که داروی قبلی کمکی نکرد، داروی جدید هم بهبود بخش نخواهد بود)؛

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

13- شما دو ماه گذشته در یک تصادف با ماشین مجروح شدید و از آن به بعد تحت فیزیوتراپی قرار گرفتید. دکتر پیش بینی کرد که شما به طور کامل بهبود می‌یابید، اما فعلا فقط تا حدودی بهبود یافته‌اید. شما با خود فکر می‌کنید که: (روند درمان دو ماه گذشته به‌طورکامل بی‌فایده بوده است)؛

14- شما سیگار می‌کشید و چاق هستید، امّا هیچ‌گاه مشکلی در سلامتی خود نداشته‌اید. در چکاپ اخیر، دکتر به شما گفت: که این عادت، ریسک از دست دادن سلامتی شما را بالا می‌برد. والدین شما نیز چنین عادتی داشته اند و سالیان طولانی سالم زندگی کرده‌اند. شما با خود فکر می‌کنید که: (سیگار کشیدن و پرخوری مشکلی برای من ایجاد نمی‌کند)؛

15- شما از وقتی که در ماه گذشته درمان دارویی جدید خود را شروع کرده‌اید، به‌طورکلی احساس خستگی می‌کنید. دکتر به شما گفته بود که این دارو بسیار تاثیرگذار است، اما خستگی یکی از اثرات دیگر رایج این داروست. شما با خود فکر می‌کنید: (چیزی که به من احساس خستگی می‌دهد نمی‌تواند برایم مفید باشد)؛

16- شما خبری در رسانه می‌بینید که به عمده‌ی مردمی که هنوز هنگام رانندگی کمربند ایمنی نمی‌بندند هشدار می‌دهد. شما با خود فکر می‌کنید که: (تعداد زیادی از رانندگان بدون کمربند ایمنی رانندگی می‌کنند. پس این نمی‌تواند خطرناک باشد)؛

17- شما برای یک سفر خارج از کشور برنامه‌ریزی می‌کنید و دکتر پیشنهاد می‌کند که قبل از رفتن به مسافرت، مجموعه‌ای از واکسن‌ها را استفاده کنید. شما دقیقاً همین سفر را سال گذشته بدون دریافت واکسن بازدید انجام داده و بیمار نشده‌اید. شما با خود فکر می‌کنید که: (اگر دفعه گذشته بیمار نشدم، در این سفر هم بیمار نخواهم شد)؛

18- شما برنامه‌ریزی کرده‌اید که در پایان روز تحت یک معاینه قرار بگیرید و دکترتان شما را راهنمایی کرد که هیچ غذایی برای نهار تا قبل از معاینه مصرف نکنید. همان روز شما یک قرار کاری برای نهار داشته‌اید. شما با خود فکر می‌کنید که: (نمی‌توانم سرقرار بروم، چراکه نمی‌توانم مثل بقیه غذا بخورم)؛

19- شما متوجه شدید که بیماری جسمی خفیفی دارید که باعث ناراحتی شما نمی‌شود، امّا نیاز به درمان دارویی تا پایان عمر دارد. دکتر به شما اطمینان داد که هیچ قسمتی از عوارض جانبی دارو را تجربه نخواهید کرد. شما با خود فکر می‌کنید که: (اگر این داروها را مصرف کنم، زندگی من هیچ‌وقت بدون عارضه جانبی نخواهد بود)؛

20- تمام اعضای خانواده شما دچار نوع بدی از گلودرد در هفته گذشته شده‌اند، امّا شما دور از آن‌ها حال خوبی داشتید. شما یک پیام از دکترتان دریافت کرده‌اید که باید اقدامات احتیاطی خاصی برای اجتناب از بیمار شدن در پیش بگیرید. شما با خود فکر می‌کنید که: (اگر من هنوز مریض نشده‌ام، احتمالا باز هم بیمار نخواهم شد)؛

برای بررسی روایی ظاهری یا صوری، پژوهشگران تلاش کردند تا از شیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات پرسش‌نامه استفاده شود. تیم تحقیق به همراه متخصصان و صاحب نظران بهداشت روان، عبارات را چندین بار بازخوانی و دیدگاه ها را اعمال کرده و سپس سه متخصص در زمینه ادبیات فارسی آن ها را بازنگری کرد. در واقع، برای تعیین روایی (محتوا) کیفی و صوری، مقیاس ترجمه شده به پنج نفر از متخصصین روانشناسی داده شد تا آن را بررسی کرده و نظرات خود را در قالب شاخص روایی محتوای (content validity index) والتس و باسل[1]، ارائه دهند. انتخاب این افراد به روش مبتنی بر هدف انجام شد. این افراد هم‌چنین روایی صوری مقیاس ترجمه شده را نیز بررسی و تأیید کردند. روائی محتوا

[1] Waltz, C. & Bausell, R

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

به‌طور معمول به چنین سوالاتی پاسخ می‌دهد: آیا ابزار طراحی شده همه جنبه‌های مهم و اصلی مفهوم مورد اندازه گیری را در بردارد؟ آیا سازه‌های ابزار همان چیزی را که باید بررسی می‌کند؟ آیا اجزاء و کلیت ابزار قابل پذیرش متخصصان ذیربط می‌باشد؟ جهت تعیین روایی محتوای ابزار در این پژوهش از دو روش کیفی و کمی روایی محتوا استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا با 5 نفر از متخصصین مصاحبه انجام شد و از آنان نیز درخواست شد پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت مبسوط و کتبی ارائه نمایند. تاکید شد که در ارزیابی کیفی روایی محتوا موارد زیر را مورد توجه قرار دهند: رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت آیتم‌ها، قرارگیری آیتم‌ها در جای مناسب خود، زمان تکمیل ابزار طراحی شده. پس از جمع‌آوری ارزیابی متخصصین، با مشاوره با اعضای تیم تحقیق، تغییرات لازمه در ابزار مورد توجه قرار گرفت. سپس مقیاس در اختیار 10 نفر از دانشجویان علوم پزشکی قرار داده و از آن‌ها خواسته شد تا نظر خود را در زمینه سهولت کاربرد و قابلیت درک جملات و عبارات پرسش‌نامه بیان کنند. در پایان این مرحله تغییری در تعداد و محتوای عبارات صورت نپذیرفت.

جهت بررسی روایی سازه مقیاس، از نمونه‌گیری در دسترس به‌منظور رسیدن به حجم نمونه کافی برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام تحلیل عاملی به‌منظور تعیین روایی سازه، از نظر پژوهشگران مختلف، متفاوت است. بر اساس این معیارها در نهایت تعداد 100 نمونه انتخاب شدند(15). برای اطمینان از حجم نمونه در چنین مطالعاتی بر اساس نظر برخی محققان عمل شد که در مطالعه خود در زمینه بررسی ویژگی های روانسنجی ابزارهای روانشناختی و پزشکی، تعداد 100 نفر را مورد بررسی قرار دادند (19 ،16). پرسش‌نامه توسط پژوهشگر توزیع شد و پرسش‌نامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری گردید. مراحل تکمیل پرسش‌نامه حدود 15 دقیقه طول می‌کشید. جهت تعیین روایی سازه مقیاس "مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت،" روش تحلیل عاملی اکتشافی (EFA (Exxplanatory Factor Analysis)) با استفاده از برنامه آماری SPSS نسخه 24 و Amos انجام و شاخص های برازش شامل مجذور کای دو بر درجه آزادی، شاخص برازش تطبیقی ((Comparative Fit Index (CFI) شاخص برازش تطبیقی مقتصد (Parsimonious Comparative Fit Index (PCFI)) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)) محاسبه شد. در تحلیل عاملی برای اطمینان از کافی بودن حجم نمونه، از آزمون کفایت نمونه‌برداری کیزر-میر-اُلکین (-Kaiser Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy - KMO) استفاده شد. هم‌چنین به‌منظور اطمینان از این که همبستگی بین مواد پرسش‌نامه در جامعه برابر صفر نیست، از آزمون کُرویت (گوی وارگی) بارتلت (Bartlett of sphericity) استفاده شد. پایایی همسانی درونی مقیاس، با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ انجام شد. جهت تعیین پایایی ثبات مقیاس (انجام آزمون مجدد) برای جمع‌آوری داده‌ها 25 نفر از بین دانشجویان علوم پزشکی با توجه به معیارهای ورود مطالعه به روش در دسترس انتخاب شدند و به فاصله 3 هفته، دو بار مقیاس را تکمیل نمودند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف پژوهش برای کلیه نمونه‌های مورد پژوهش تشریح و رضایت آگاهانه و کتبی از آنان اخذ شد. به نمونه‌های مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آن‌ها، محرمانه خواهد بود و هر زمان تمایل داشته باشند، می‌توانند از ادامه شرکت در پژوهش کناره‌گیری نمایند و هم‌چنین در صورت تمایل، می‌توانند از نتایج پژوهش مطلع گردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

یافته ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که از 100 دانشجوی پزشکی مورد مطالعه، 73 درصد دختر، 27 درصد پسر، 86 درصد مجرد و 14 درصد متاهل، 54 درصد بومی و 46 درصد غیر بومی بودند. دامنه سنی دانشجویان از 19 تا 26 سال متغیر بوده و میانگین سنی آن ها 23 سال براورد برآورد شد.

جهت بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسش‌نامه بررسی اعتبار و پایایی مد نظر قرار گرفت. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی و بالینی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش، در جدول شماره 1 خلاصه شده است. جهت بررسی روایی محتوای مقیاس، از روش تعیین شاخص روایی محتوا استفاده شد که شاخص روایی محتوای مقیاس در هریک از حیطه‌های مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن به ترتیب 79/، 81/ و 0/86 و مقدار شاخص روایی محتوایی CVI[2] کل مقیاس 0/94 محاسبه شد. مقدار CVI به‌عنوان استاندارد برای روایی محتوای مقیاس‌ها باید 0/89 یا بیش‌تر در نظر گرفته شود(20). به‌منظور بررسی روایی ابزار از اعتبار صوری، اعتبار محتوا، اعتبار سازه و اعتبار همگرا استفاده شد. در روایی صوری و محتوا نظرات پنج نفر از متخصصان روانشناسی در خصوص پرسش‌نامه به‌دست‌به دست آمد. واریانس تبیین شده کلی[3] و همبستگی آزمون-بازآزمون طی یک دوره 3 هفته‌ای نیز در جدول شماره 1 نمایه شده است.

جدول شماره 1: نتایج آزمون کرویت بارتلت و ضرایب پایایی کل آزمون

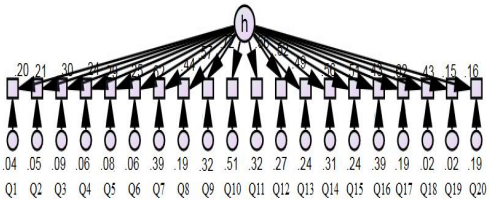
نام عامل	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تراکمی	همبستگی آزمون-بازآزمون طی یک دوره 3هفته ای
باورهای غیرمنطقی سلامت	5/93	29/69	29/69	0/641

نتایج آزمون کرویت بارتلت و ضرایب پایایی کل آزمون نشان می‌دهد که ارزش ویژه 5/93، درصد واریانس و درصد واریانس تراکمی 29/69 و همبستگی آزمون-بازآزمون طی یک دوره 3 هفته ای برابر 0/641 به‌دست آمده است.

جدول شماره 2: آماره های برازش الگوی تحلیل عاملی

نام عامل	ارزش ویژه	مقدار به دست آمده
مجذور کای دو بر درجه آزادی	<0/05	2/69
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	>0/09	0/83
شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI)	>0/50	0/79
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	<0/08	0/069

محاسبات نشان می‌دهد که دترمینان ماتریس همبستگی صفر نیست و این نشان می‌دهد محاسبه عکس ماتریس و در نتیجه استخراج عامل‌ها امکان‌پذیر است. برای ماتریس همبستگی عوامل مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت مقدار KMO0/833= و مقدار مشخصه آزمون کرویت بارتلت در سطح 0/01 معنادار است (X2=591/51). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بر اساس ماتریس همبستگی مشاهده شده در نمونه، اجرای تحلیل عاملی قابل توجیه است.

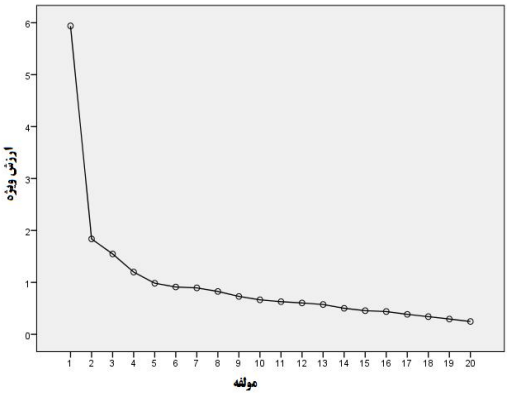


نمودار شماره 1: آماره های ضرایب استاندارد هر سوال در مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت

به علاوه نمودار شماره 2 نیز نشان‌دهنده عامل‌های اکتشافی شده به‌صورت سنگ‌ریزه می‌باشد.

[2] content validity index
[3] Total Variance Explained

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]



نمودار شماره 2: نمودار سنگ ریزه مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت

مؤلّفه‌های اصلی درباره مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت نشان می‌دهد که همه 20 عبارت دارای بار عاملی بیش‌تر از 0/3 است، و میزان واریانس تبیین شده برابر با 29/69 درصد کل واریانس است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس در جدول شماره 3 آمده است.

جدول شماره 3: ماتریس عامل های چرخش یافته مجموعه 20 سوالی به شیوه واریماکس

سوال	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
بار عاملی	0/46	0/31	0/66	0/49	0/52	0/59	0/88	0/33	0/53	0/68
سوال	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
بار عاملی	0/41	0/63	0/63	0/55	0/46	0/47	0/84	0/44	0/49	0/73

جدول شماره 3 بار عاملی هر سوال برای هر عامل را نشان می‌دهد که بار عاملی بالاتر از 0/3 مناسب است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، سوالات نمایه شده دارای بار عاملی بالاتر از 0/3 در عامل مربوط به خود بوده‌اند. میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی سلامت نیز 0/86 به‌دست آمد.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه گیلان بود. این پرسش‌نامه معتبر می‌باشد و در بسیاری از کشورها در مطالعات زیادی استفاده می‌شود. این مطالعه بر روی 100 دانشجوی علوم پزشکی دانشگاه گیلان انجام شد. به‌طورکلی با توجه به نتایج به‌دست آمده از تحقیق حاضر می‌توان به آسانی و کیفیت مطلوب ترجمه، روایی و پایایی مناسب نسخه فارسی پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی سلامت در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه گیلان پی برد. چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انتخاب یک ابزار، کیفیت مطلوب نسخه‌ی ترجمه شده به یک زبان ثانویه می‌باشد.

در تحقیق حاضر روایی ظاهری، محتوی، همگرا و هم‌زمان آیتم‌ها مورد بررسی قرار گرفت که از جهت واضح بودن، سادگی و قابل فهم بودن هر یک از سؤالات، پاسخ‌ها، مناسب بودن ترجمه پرسش‌نامه، مناسب بودن پرسش‌نامه برای جامعه ایران، قابل فهم بودن پرسش‌نامه و مناسب بودن پرسش‌نامه برای نیاز سنجی از کیفیت مطلوبی برخوردار بود. پیش از این از ابزارهای دیگری هم‌چون پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد DAS نیز برای سنجش باورها و عقاید غیرمنطقی استفاده شده بود. آزمون باورهای غیرمنطقی جونز شامل 100 ماده بود که در نسخه ایرانی آن 60 ماده حذف و یک ساختار 4 عاملی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) باقی ماند. از این پرسش‌نامه به‌طور عمده در زمینه‌ی سردردهای مزمن، اختلالات روان تنی، رفتار تیپA ، خودکشی، اضطراب و خشم استفاده شده است(22 ،21). هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران از میان دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز صورت گرفت(23). هم‌چنین مقیاس نگرش‌های ناکارآمد DAS که یکی از ابزارهای معروف در زمینه‌ی سنجش باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی است، یک مقیاس خودگزارشی برای سنجش نگرش‌ها، طرحواره‌ها و عقاید منفی بود که به 4 عامل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

کمال طلبی، نیاز به راضی کردن دیگران، نیاز به تایید دیگران و آسیب‌پذیری پرداخته است(24). اما هیچ یک از این ابزارها به‌طور اخص به باورهای منطقی و غیرمنطقی افراد درباره سلامتی نمی‌پردازد. در حال حاضر در ایران پرسش‌نامه ای که تصویر واضحی از باورهای غیرمنطقی سلامت ارائه دهد، موجود نیست.

در ایران سه مقیاس به بررسی باورهای افراد در حوزه بهداشت و سلامت پرداخته‌اند. مقیاس جایگاه مهر سلامت چندوجهی، ابزاری است که برای سنجش باورهای کنترل سلامت که به پیشگویی رفتارهای بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد است می پردازد. این مقیاس مشتمل بر 3 بُعد باور کنترل سلامت درونی، باور کنترل سلامت افراد موثر و و باور کنترل سلامت شانس است. این مقیاس 18 سوال دارد که در یک طیف لیکرتی 6 نقطه‌ای درجه‌بندی شده است و نمره کل در هر بُعد بین 3 تا 36 قرار می گیرد. پایایی نسخه فارسی این مقیاس در ابعاد سه گانه 0/67 تا 0/79 به‌دست آمده است و روایی محتوایی و صوری مناسبی گزارش شده است(25).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای 26 سوال است که در یک طیف لیکرتی 7 نقطه‌ای درجه‌بندی شده است و چهار عامل زیربنایی کمال طلبی، نیاز به راضی کردن دیگران، نیاز به تایید دیگران و آسیب‌پذیری را ارزیابی می‌کند. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ 0/92 به‌دست آمده است و روایی همگرا و روایی پیش بین آن به ترتیب 0/92 و 0/97 به دست آمده است.

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز بر اساس نظریه آلبرت آلیس تهیه شده و انواع تفکرات غیرمنطقی را مورد بررسی قرار می‌دهد، دارای 100 سوال است و در یک طیف لیکرتی 5 نقطه‌ای درجه‌بندی شده است و 10 مولفه توقع تایید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، توجه مضطربانه، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی را ارزیابی می‌کند. پایایی کل این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ 0/71 به دست آمده است.

در این سه مقیاس که باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های آسیب‌زای افراد را می‌سنجند محدودیت‌هایی وجود دارد. اول این که در مدت زمان طولانی، پاسخ دادن به سوالات و نمره‌گذاری زمان‌بر و پیچیده سبب دشواری کاربرد آن‌ها در محیط‌های بالینی و کاربست‌های پژوهشی می‌شود و ثانیاً در جمعیت‌های دانشجویی و دانشجویان پزشکی مورد بررسی واقع نشده‌اند. به علاوه، نمره کلی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، آسیب‌پذیری شناختی را ارزیابی می‌کند و نوع شناخت‌ها و باورهای غیرمنطقی و پاتولوژیک شناسایی نمی‌گردد. دو مقیاس دیگر نیز شناخت دقیقی از نوع باورهای افراد در ارتباط با رفتارهای سلامتی‌شان به دست نمی‌دهد. از طرف دیگر، بر اساس مطالعات ذکر شده، در برخی مطالعات زیاد بودن سوالات سبب کاهش روایی و پایایی این ابزارها شده است و هم‌چنین عدم بررسی ویژگی‌های روانسجی این مقیاس‌ها در جمعیت دانشجویان پزشکی، کاربرد آن‌ها را با خطا مواجه ساخته است. در واقع در کنار توانمندی‌های روانسنجی این مقیاس، برای برطرف کردن این محدودیت ها نیاز به بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاسی احساس شد که هم سوالات کم‌تری داشته باشد و هم دقیقا نوع باور غیرمنطقی مرتبط با سلامت را ارزیابی کند و شیوه نمره‌گذاری ساده‌ای داشته باشد و در حداقل زمان ممکن بتواند دقیق ترین اطلاعات مرتبط با باورهای سلامتی دانشجویان پزشکی را در دسترس محققان حوزه بهداشت روان دانشجویی قرار دهد. مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، دارای 20 سوال است و شرکت‌کنندگان می بایست در یک طیف لیکرتی 5 نقطه‌ای از 1 (اصلاً تمایلی ندارم به آن فکر کنم) تا 5 (دقیقاً همیشه در حال فکر کردن در آن هستم) مشخص کنند که تا چه اندازه ارزیابی آنان از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

موقعیت، مشابه با اقتضائات و شرایط آن موقعیت است. برای تفسیر، پاسخ مورد نظر فرد (در طیف لیکرتی 1 تا 5) که در هر یک از گویه‌ها انتخاب شده با یک‌دیگر جمع می‌شود و میانگین عدد به‌دست آمده میزان باورهای غیر منطقی فرد راجع به وضعیت سلامت را نشان می‌دهد. به‌طوری‌که نمره بالاتر بیانگر تفکرات غیرمنطقی بالاتر بوده و نمره پایین‌تر بیانگر تفکرات غیرمنطقی پایین‌تر است. این پرسش‌نامه در 5 دقیقه قابل تکمیل است و تفسیر آن نیاز به پیچیدگی و صرف زمان زیاد ندارد. به علاوه در مطالعه اصلی، همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ 0/84 بوده است و پایای آزمون-بازآزمایی آن بعد از 18 ماه برابر 0/57 شده است و هم‌چنین باورهای غیرمنطقی به دست آمده از این مقیاس همسانی مناسبی با داده‌های حاصل از جمعیت‌های بالینی نظیر بیماران دیابتی داشته است و در جمعیت دانشجویان غیرپزشکی و سایر محیط‌های غیربالینی نیز باورهای غیرمنطقی مرتبط با سلامت را به خوبی ارزیابی و تشخیص داده است(23).

در مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت به الگوهای باور سلامت پرداخته می‌شود. این الگوها باورهایی هستند که با تاثیر بر انگیزش و هیجان، رفتارهای سلامت محور را تحت تاثیر قرار می‌دهند. این الگوها، سه هدف اساسی دارند: ارائه‌ی فهم روشن‌تر در مورد رفتارهای سلامت محور، پیش‌بینی پیامدهای رفتارهای سلامت محور و کمک به طراحی مداخلات لازم در مواقع ضروری و مناسب در جهت ارتقاء رفتارهای سلامت محور. بررسی این الگوها مستلزم سنجش رفتارهاست و این امر نیازمند طراحی یک مقیاس مناسب برای سنجش باورهای سلامت است و به علاوه مستلزم اعتباریابی این مقیاس است(27 ،26). محققان معتقدند که تحقیقات بر روی باورهای سلامتی افراد و نقش باورها در انجام رفتارهای سلامت محور می‌تواند روند تنظیم برنامه‌های سلامت محور و آموزش‌های مبتنی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سالم را افزایش دهد(25)، چرا که برخی مطالعات نشان داده‌اند که عقاید و باورهای افراد درباره رفتارهای سلامت محور، تأثیر بسیار معناداری بر تصمیم بیماران مبنی بر مشاوره با متخصصان پزشکی می‌گذارد. با توجه به عقاید و باورهایی که افراد دارند، ممکن است یا به دلایلی مثل اجتناب از پیامدهای نهفته منفی با تأخیر به دنبال کمک باشند یا این که در مقابل ممکن است به دلیل اطمینان گرفتن از خدمات بهداشت استفاده کنند(31 ،28). در نتیجه سنجش این باورها با یک ابزار روا و پایا در هر جمعیتی می تواند کمک شایانی به شناسایی باورهای منطقی و غیرمنطقی در اتخاذ رفتارهای سلامت محور دارد. با توجه به این که امروزه ارتقای سلامت دانشجویان و رفاه آن‌ها و نیل به رشد و توسعه اقتصادی از اهداف عمده کشورهاست و دیدگاه سابق تسلط بر حیطه سلامت و بهزیستی یعنی نگرش زیستی-پزشکی صرف به مسائل سلامت در جامعه تغییر یافته است، لزوم در نظر گرفتن و سنجش سطح فعالیت فیزیکی در مداخلات آینده به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی خدمات و سیاست ها ضروری به‌نظر می‌رسد(25 ،23). با استفاده از این ابزار، امکان مقایسه نتایج تحقیقات داخلی با مطالعات در کشورهای دیگر وجود دارد(29). به گونه‌ای که می‌تواند سبب اتخاذ رویکردهایی جامع نگرتر و عمیق‌تر از سوی سیاستگذاران و دست‌اندرکاران عرصه رفاه و سلامت دانشجویی گشته و گامی برای تلاش و تحقیق بیش‌تر در جهت رشد و تعالی جامعه دانشجویان پزشکی شود(33 ،32). در نتیجه با توجه به نتایج این مطالعه، پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی سلامت می‌تواند ابزار بسیار مناسبی برای سنجش باورهای غیرمنطقی مربوط به سلامت در دانشجویان پزشکی در نظر گرفته شود. هم‌چنین، ضریب آلفای کرونباخ مناسب همسانی درونی نسبتا بالای بین سئوالات را نشان داد. این نتایج با مطالعات کریستنسون و همکاران که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

سازنده این ابزار بودند در رابطه با پایایی این مقیاس هماهنگ می‌باشد. به‌طورکلی می‌توان گفت که نتیجه پژوهش حاضر حاکی از آن است که مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت دارای خصوصیات روان سنجی مطلوب می‌باشد و با اطمینان از کارآیی آن می‌توان برای سنجش باورهای غیرمنطقی سلامت استفاده کرد. هم‌چنین لازم به ذکر است که عدم وجود تحقیقاتی در زمینه روایی سازه این مقیاس از محدودیت‌های این تحقیق بود.

در پایان پیشنهاد می‌شود خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در جمعیت‌های غیر دانشجویی نیز مورد بررسی قرار گیرد تا در صورت داشتن خصوصیات روان‌سنجی مطلوب، از آن برای سنجش باورهای غیرمنطقی سلامت استفاده شود.

سپاسگزاری

در ابتدای پژوهش از هر شرکت‌کننده درخواست شد که با رضایت کامل و به‌صورت آزادانه و آگاهانه وارد تحقیق شود و به این صورت تمام مراحل تحقیق پس از تکمیل پرسش‌نامه برایشان مطرح شد تا در صورت عدم رضایت پرسش‌نامه‌هایشان از پژوهش حذف گردد. در پایان لازم است از کلیه کسانی که در این تحقیق شرکت نموده و ما را در انجام آن یاری رساندند تشکر و قدردانی نماییم. این تحقیق بدون حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی انجام گرفته است.

References

1. Livi S, Zeri F, Baroni R. Health beliefs affect the correct replacement of daily disposable contact lenses: Predicting compliance with the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour. Cont Lens Anterior Eye. 2017;40(1):25-32.
2. Khani Jeihooni A, Hidarnia A, Kaveh MH, Hajizadeh E, Askari A. The effect of an educational program based on health belief model and social cognitive theory in prevention of osteoporosis in women. J Health Psychol. 2017;22(5): 529–536
3. Turner MJ. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), Irrational and Rational Beliefs, and the Mental Health of Athletes. Front Psychol. 2016;7:1423.
4. Hyland P, Shevlin M, Adamson G, Boduszek D. The moderating role of rational beliefs in the relationship between irrational beliefs and posttraumatic stress symptomology. Behav Cogn Psychother. 2014;42(3):312–326.
5. Bahremand M, Saeidi M, Komasi S. Non-Coronary Patients with Severe Chest Pain Show More Irrational Beliefs Compared to Patients with Mild Pain. Korean J Fam Med. 2015 ;36(4):180 -185
6. Anderson DR, Emery CF. Irrational health beliefs predict adherence to cardiac rehabilitation: A pilot study. Health Psychol. 2014;33(12):1614–1617.
7. 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. Korean J Pain. 2016;29(4):277–279.
8. Bahremand M, Moradi G, Saeidi M, Mohammadi S, Komasi S. Reducing Irrational Beliefs and Pain Severity in

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

Patients Suffering from Non-Cardiac Chest Pain (NCCP): A Comparison of Relaxation Training and Metaphor Therapy. Korean J Pain. 2015;28(2):88–95.

9. Anderson DR, Emery CF. Irrational health beliefs predict adherence to cardiac rehabilitation: A pilot study. Health Psychol. 2014;33(12):1614–1617.
10. Soltani-Shal R, Aghamohammadian-Sharbaf H, Abdekhodaie MS, Tayebi M. Effectiveness of Cardiovascular disease Specific Psychotherapy [CSP] on the stress, anxiety and depression of heart disease patients. International Journal of Behavioral Sciences. 2016;10(2):89–93. (Persian)
11. Vîslă A, Flückiger C, grosse Holtforth M, David D. Irrational Beliefs and Psychological Distress: A Meta-Analysis. Psychother Psychosom. 2016;85(1):8–15.
12. Bridges KR, Harnish RJ. Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. Health. 2010; 2(8):862-877
13. Napp C. "Irrational" Health Beliefs and Behaviors. SSRN Electronic Journal [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 18]; Available from: http://www.ssm.com/abstract=2336865
14. Moore MT, Fresco DM, Segal ZV, Brown TA. An Exploratory Analysis of the Factor Structure of the Dysfunctional Attitude Scale–Form A (DAS). Assessment. 2014;21(5):570–579.
15. Gavit OA, David D, DiGiuseppe R, DelVecchio T. The development and validation of the Parent Rational and Irrational Beliefs Scale. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2011;30:2305–2311.
16. Brannick MT, Horn GT, Schnaus MJ, Wahi MM, Goldin SB. Medical student quality-of-life in the clerkships: a scale validation study. Am Surg. 2015;81(4):370–376.
17. Bland JM, Altman DG. Statistics Notes: Validating scales and indexes. BMJ. 2002;324(7337):606–607.
18. Bolarinwa OA. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. Niger Postgrad Med J 2015;22(4):195-201
19. Christensen AJ, Moran PJ, Wiebe JS. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. Health Psychol. 1999;18(2):169–176.
20. Saunders GH, Frederick MT, Silverman S, Papesh M. Application of the health belief model: development of the hearing beliefs questionnaire (HBQ) and its associations with hearing health behaviors. Int J Audiol. 2013;52(8):558–567.
21. Azkhosh M, Asgari A. Measuring irrational beliefs about marital relationships:standardization of relationship believes questionnaire(RBQ. Journal of Iranian Psychologists.2007;4(14):137–153. (Persian)
22. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi G. Contributions of dysfunctional attitude

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. J Shahrekord Univ Med Sci. 2008; 9 (4) :52-58(Persian)

23. Poramirrzdari F, Karimi Sani P. Evaluating the use of Poetry to Reduce Irrational Beliefs in Female Students. J Sabzevar Univ Med Sci .2016;23(1):143 - 150. (Persian)
24. Ebrahimi A, Moosavi S G. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale -26 items : factor structure, reliability and validity in Psychiatric outpatients. sjimu. 2013; 21 (5) :20-28 (Persian)
25. Moshki M, Tavakolizadeh J, Bahri N. The Relationship between Health Locus of Control and Life Style in Pregnant Women. Armaghane danesh. 2010; 15 (2) :161-170.(Persian)
26. Wang Y, Zang XY, Bai J, Liu SY, Zhao Y, Zhang Q. Effect of a Health Belief Model-based nursing intervention on Chinese patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2014;23(9–10):1342–1353.
27. Baghianimoghadam MH, Shogafard G, Sanati HR, Baghianimoghadam B, Mazloomy SS, Askarshahi M. Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. Acta Med Iran. 2013;51(1):52–58. (Persian)
28. Terebessy A, Czeglédi E, Balla BC, Horváth F, Balázs P. Medical students' health behaviour and self-reported mental health status bRy their country of origin: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2016; 28 (16); 171-178.
29. Sahaf R, Delbari A, Fadaye Vatan R, Rassafiani M, Sabour M, Ansari G et al. Validity and Reliability of Self-Report Physical Activity Instruments for Iranian Older People. Salmand. 2014; 9 (3) :206-217.(Persian)
30. Christensen AJ, Nezu AM. Behavioral medicine and clinical health psychology: introduction to the special issue. J Consult Clin Psychol. 2013;81(2):193–195.
31. Khoramabadi M, Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripanah R, Sheikhan Z, et al. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women. Glob J Health Sci. 2015;8(2):230–239.
32. Soltani-Shal R, Aghamohammadian-Sharbaf H, Abdekhodaie MS, kafi Masoleh S-M, Salehi I. Survey the Relationship Between Attachment Style and General Self Efficacy with Homesickness Among College Students. Procedia Soc Behav Sci. 2011;1;30:538–541.
33. Soltani-Shal R, Aghamohammadian-Sharbaf H, Karshki H. The role of type D personality and emotional intelligence with mediating of perceived stress and coping styles in the quality of life of coronary heart disease patients. J Kermanshah Univ Med Sci. 2013 Sep 28;17(7):449–459.(Persian)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]