رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۱، شماره پیاپی ۹۲، بهمن ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(11), 2024

نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و اضطراب سلامتی در پیش‌بینی اضطراب کرونا

The Role of irrational health beliefs, health locus of control, and health anxiety to predict Covid-19 anxiety

بهنام یوسفی سالکده
کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
رضا سلطانی شال (نویسنده مسئول)
استادیار، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
ایرج شاکری نیا
دانشیار، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و اضطراب سلامتی بود. پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان زن شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های استان گیلان در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰۶ دانشجو از طریق فراخوان اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب کرونا (CAQ، علیپور و همکاران، ۱۳۹۸)، باورهای غیرمنطقی سلامت (IHB، کریستینسن و وارویک، ۱۹۹۹)، منبع کنترل سلامت (HLC، والستون و همکاران، ۱۹۷۸) و نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه اضطراب سلامتی (HAQ، سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با به کارگیری روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین اضطراب کرونا و اضطراب سلامتی و همچنین منبع کنترل سلامت بیرونی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ۲۵ درصد از تغییرات اضطراب کرونا از طریق اضطراب سلامتی و منبع کنترل سلامت تبیین شد. بنابراین بر اساس شناخت عوامل اصلی موثر بر اضطراب کرونا، می‌توان جهت کاهش اضطراب کرونا و افزایش سازگاری افراد، دست به برنامه‌ریزی و اقدامات مداخله‌ای زد.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب کرونا، اضطراب سلامتی، باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت.*

Behnam Yousefi Salekdeh
MA in Psychology, Faculty of Literature and Humanity, University of Guilan, Rasht, Iran.
Reza Soltani Shal *
Assistant Professor, Faculty of Literature and Humanity, University of Guilan, Rasht, Iran.
soltani.psy@gmail.com
Iraj Shakerinia
Associate Professor, Faculty of Literature and Humanity, University of Guilan, Rasht, Iran.

Abstract

The present study aims to predict COVID-19 anxiety based on irrational health beliefs, health locus of control, and health anxiety. The research is descriptive-correlative. It draws upon the fundamental methodology. The statistical population of the present study includes all female students of Orovince of Guilan's universities during the first half of the academic year of 2021-2022. Based on convenience sampling, 406 students participated through an online invitation. Data was gathered by using Covid-19 anxiety questionnaires (CAQ, Alipour et al, 1398) (1398)., irrational health beliefs (IHB, Christiansen and Warwick,1999), health locus of control (HLC, Wallston et al, 1978), and the revised edition of the health anxiety questionnaire (HAQ, Salicoskis et al, 2002). The data were analyzed by using Pearson correlation and Multivariate Regression in the SPSS-21 software package. Findings suggest a significant and positive relation between COVID-19 anxiety, health anxiety, and health locus of control. The Regression results demonstrate that 25 percent of COVID-19 anxiety changes were predicted significantly by health anxiety and health locus of control. Therefore, by identifying the influencing factors of Covid-19 anxiety, effective measures, and planning can be undertaken to mitigate Covid-19 anxiety and an individual's adaptiveness.

Keywords: *Covid-19 anxiety, health anxiety, irrational health beliefs, health locus of control.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۲** | **پذیرش: آذر ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۲**

مقدمه

در دسامبر ۲۰۱۹، یک ویروس جدید به سازمان بهداشت جهانی اعلام شد. این ویروس کرونای جدید به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت و برای اکثر مردم زندگی به مراتب بدتر شد، زیرا نرخ بی‌سابقه ای در بیکاری، انزوا، مرگ و میر و عفونت های ناشی از ویروس

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

کرونا را در پی داشت و همچنان رو به افزایش بود (لی[1] و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب یکی از نشانه های مشترک در بین بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی از جمله کرونا است (تان[2] و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی است که به معنای یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (کلاسر[3] و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب کرونا به معنای اضطراب ناشی از مبتلا شدن به ویروس کرونا است که غالباً دلیل آن ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی است (ژو[4] و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود اینکه واکسن‌های مرتبط با ویروس کرونا کشف شده‌اند و آمار مبتلایان به‌طورکلی کاهش یافته است، با این حال بعضی از افراد نشانه‌های مرتبط با اضطراب کرونا را نشان می دهند. نشانه‌های اضطراب کرونا عبارت‌اند از: ۱. چک کردن وسواس‌گونه برای داشتن علائم کرونا؛ ۲. اجتناب از حضور در اماکن عمومی؛ ۳. تمیز کردن وسواس‌گونه؛ ۴. رفتارهای ناسازگانه دیگر که موجب اختلال در عملکرد فرد می‌شوند (نیکسویچ و اسپادا[5]، ۲۰۲۰). بسیاری از محققین این نگرانی را مطرح کرده‌اند که ممکن است رفتارهای اجتنابی و وسواسی مانند مقاومت در برابر استفاده از حمل‌ونقل عمومی یا تمیز کردن خانه برای ساعت‌ها، حتی باوجود کنترل کرونا، به‌سرعت فروکش نکند (اسمیت[6] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین داده‌ها نشان داده‌اند که اضطراب کرونا می تواند به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی نظیر افسردگی، استرس ترماتیک و آشفتگی، اختلالات خواب و سلامت عمومی عمل کند (یلدیریم[7] و همکاران، ۲۰۲۲؛ سیمسیر[8] و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش صورت گرفته بر روی کادر بهداشت و درمان شاغل در کشور ارتباط مثبت بین اضطراب، تعداد مرگ‌ومیر مشاهده شده ناشی از کرونا و احتمال ابتلای فرد در آینده را با تصمیم‌گیری از نوع فایده‌گرایانه نشان داده است، که این موضوع به آن معنی است که کادر درمان در موقعیت‌های اخلاقی که انتخاب هر یک از گزینه‌ها با احتمال ۵۰ درصد رخ خواهد داد، تصمیمی را خواهند گرفت که منجر به فایده بیشتر برای تعداد بیشتری از انسان‌ها گردد (گل‌بابایی و همکاران، ۱۴۰۲). نتایج پژوهش دیگر صورت گرفته بر روی کادر بهداشت و درمان داخل کشور نیز ارتباط مثبت بین میزان اضطراب و احتمال ابتلا به خود در آینده را با رفتار فایده‌گرایانه تایید کرده است، به طوری که ترس از ابتلا و قربانی شدن برای درمان دیگران، باعث می‌شود که کادر درمان نتیجه‌گرایانه‌تر عمل کنند (برهانی و همکاران، ۲۰۲۳).

بر اساس الگوی باور سلامت که شناخته‌شده‌ترین الگوی رفتار سلامتی است و به‌صورت گسترده در پژوهش‌های مرتبط با سلامتی به‌کاررفته است، باور فرد در مورد وجود خطر و باور وی نسبت به میزان استعداد مبتلا شدن به یک بیماری و سطح شدت احتمالی آن بیماری، احتمال انجام رفتارهای پیشگیرانه افراطی مانند دوری از جمع و اطمینان جویی مکرر از پزشکان و اطرافیان را توسط فرد پیش بینی می‌کند (ژانگ[9] و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس مفروضه اصلی الگوی باور سلامت، باورهای فرد در مورد وضعیت سلامت خود، بیشترین تأثیر را در سلامت آینده‌ی فرد خواهد داشت (شیتو[10] و همکاران، ۲۰۲۲). مفهوم باورهای غیرمنطقی سلامت به‌نوعی سوگیری خوش‌بینانه درباره قضاوت مردم از احتمال ابتلا به یک بیماری جسمی اشاره دارد، به این معنا که افراد تمایل به این باور دارند که کمتر از دیگران در معرض خطر قرار دارند (زینالی[11] و همکاران، ۲۰۲۱). افراد دارای نمرات بالا در مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، تمایل دارند که اطلاعات مرتبط با سلامتی را به شیوه ای غیرمنطقی ارزیابی کنند (پیتل و بالوا[12]، ۲۰۲۱). همچنین نتایج پژوهش‌ها ارتباط بین باورهای غیرمنطقی سلامت و تحریفات شناختی درباره اطلاعات مرتبط با سلامتی را نشان داده است (اوگراس[13] و همکاران، ۲۰۲۱).

از دیگر عواملی که می‌تواند با اضطراب کرونا مرتبط باشد، منبع کنترل سلامت است. مفهوم منبع کنترل به این موضوع اشاره دارد که افراد تا چه اندازه حوادث زندگی خودشان را به عوامل درونی یا بیرونی ربط می‌دهند. منبع کنترل سلامت عبارت است از باورهای فرد بر اساس تجارب گذشته نسبت به مسائل بهداشتی و میزان اعتقاد به این مسئله که سلامتی آن ها تا چه حد تحت کنترل خودشان بوده و تا چه اندازه تحت تأثیر عوامل بیرونی از قبیل شانس یا پزشکان قرار دارد (ناویاکس[14] و همکاران، ۲۰۲۰). منبع کنترل سلامت درونی و

1. Lee
2. Tan
3. Klaser
4. Zhu
5. Nikčević & Spada
6. Smith
7. Yıldırım
8. Şimşir
9. Zhang
10. Shitu
11. Zeinali
12. Pitel & Ballová Mikušková
13. Uğraş
14. Naviaux

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

بیرونی از عوامل مهم در میزان حس مسئولیت در کنترل بیماری، حفظ سلامت، خودمراقبتی و خودکنترلی می‌باشند. منبع کنترل سلامت به‌عنوان یک متغیر روان‌شناختی تأثیرگذار در حوزه سلامت مطرح شده است. درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی، شانس و یا عوامل بیرونی است، منبع کنترل سلامت نامیده می‌شود (لیندستورم[1] و همکاران، ۲۰۲۲). فرضیه‌هایی که بر مبنای مدل منبع کنترل سلامت مطرح بوده بر این امر استوار است که ارتباط تنگاتنگی بین منبع کنترل سلامت، رفتارهای بهداشتی و حس کنترل و مسئولیت پذیری بیماران در روند مراقبت و درمان بیماری وجود دارد (ناویاکس و اسپادا[2]، ۲۰۲۰) . بعلاوه مطالعات نشان داده‌اند که افراد دارای منبع کنترل سلامت درونی، مشکلات روانشناختی کمتر و بهزیستی بیشتری را گزارش می‌کنند (شین و لی[3]، ۲۰۲۱). مطالعات دیگر نشان داده‌اند به کمک منبع کنترل سلامت درونی می‌توان نمرات آشفتگی روانشناختی[4] و استرس افرد را به صورت معکوس پیش‌بینی کرد (هیود و ماسون[5]، ۲۰۲۲). با شیوع ویروس کرونا، برخی عوامل مانند ترس از ابتلا به آن، منتشر شدن شایعات و اخبار غلط، ترس از مرگ، بروز مشکلات اقتصادی، کاهش تعاملات اجتماعی و عوامل دیگر مرتبط با این شرایط، موجب افزایش اضطراب سلامتی در افراد شده است (جانگمن و ویتوفت[6]، ۲۰۲۰؛ کانیتو[7] و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب سلامتی با نگرانی‌های مداوم و شدید درباره سلامتی مشخص می شود. افراد دارای این اختلال بدون اینکه در معرض خطر یا دچار بیماری خاصی باشند، دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به سلامت جسمانی خود می‌شوند و علایم بدنی ساده را به عنوان یک بیماری وخیم تصور می‌کنند (آسموندسون و فرگس[8]، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌ها از افزایش میزان اضطراب سلامتی در بین دانشجویان در طول ۳ دهه گذشته خبر می‌دهد (کاسیک[9] و همکاران، ۲۰۲۰). در کشور ایران در دوران همه‌گیری کرونا ۴۳/۸ درصد افراد میزان خفیف تا متوسط اضطراب مرتبط با کرونا و ۱۹/۱ درصد افراد میزان شدید اضطراب مرتبط با کرونا را گزارش کردند (میرزابیگی[10] و همکاران، ۲۰۲۱). به نظر می‌رسد بین اضطراب سلامتی و اضطراب کرونا، رابطه وجود دارد (ساویر[11] و همکاران، ۲۰۲۰). در طول همه‌گیری‌ها اضطراب سلامتی که از قبل وجود دارد، میزان کلی اضطراب را به شدت تشدید می‌کند (جانگمن و ویتوفت، ۲۰۲۰)، به گونه‌ای که برخی مطالعات نشان می‌دهند که اضطراب سلامتی سبب بروز افسردگی، علائم وسواسی، کاهش کیفیت زندگی، علائم اختلال وحشتزدگی، اضطراب عمومی و تنهایی و انزوا می‌شود (هینن[12] و همکاران، ۲۰۲۲).

بی‌توجه به بحث ساختگی یا غیرساختگی بودن ویروس کرونا، یقینا همه‌گیری و دنیاگیری آن، آخرین تجربه بشر در این زمینه نخواهد بود و با گذشت زمان ویروس‌های تغییرژن یافته، هوشمندتر و سازگارتر با دارو ظهور خواهند کرد. در این میان، علم روانشناسی می تواند با شناسایی عوامل روانشناختی و مداخله بر روی آنها، به انسانها کمک کند تا این برهه‌های مبتنی بر بیماری‌های دنیاگیر را با حداقل آسیب سپری کند. بعلاوه، بسیاری از مولفه‌های روانشناختی بافتاری هستند و مداخلات نیز می‌بایست با توجه به بافتارهای فرهنگی و روانی تدوین و اعمال شوند. در همین راستا، با توجه به ناکافی بودن تحقیقات انجام شده در ایران در جهت شناسایی عوامل روانشناختی موثر در پیش‌بینی اضطراب کرونا، پژوهش حاضر در صدد آن است که به بررسی برخی از عوامل احتمالی در پیش‌بینی اضطراب کرونا که تاکنون کمتر به آن ها پرداخته شده، بپردازد. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در شناسایی افراد مبتلا و مستعد ابتلا به اختلال اضطراب کرونا جهت ارائه آموزش‌ها و درمان‌های لازم، استفاده نمود. لذا هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و اضطراب سلامتی بود.

روش

1. Lindström
2. Nikčević & Spada
3. Shin & Lee
4. psychological distress
5. Haywood & Mason
6. Jungmann & Witthöft
7. Cannito
8. Asmundson & Fergus
9. Kosic
10. Mirzabeigi
11. Sauer
12. Heinen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزو پژوهش‌های نظری و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان زن شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های سطح گیلان در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش ۴۰۶ نفر بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و لینک مربوط به پرسشنامه به صورت آنلاین از طریق شبکه اجتماعی اینستاگرام و گروه‌های تلگرامی و واتساپی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از: حداقل سن ۲۰ تا ۳۰ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، نبود اختلالات روانی و جسمانی مزمن، عدم مصرف داورهای روانپزشکی. شرایط خروج از پژوهش عبارت بود از: ناقص جواب دادن به سوالات پرسشنامه، وجود بیش از ۲۰ درصد سوالات بی پاسخ، عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه در حین انجام، تصادفی پاسخ دادن به پرسشنامه ها از نظر تحلیل دیداری. برای تحلیل داده‌ها از روش رگرسیون همزمان از طریق نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب کرونا[1] (CDAS): این مقیاس که علیپور[2] و همکاران (۱۳۹۸) تدوین شده است دارای ۱۸ سوال و ۲ مولفه علائم روانی اضطراب کرونا و علائم جسمانی اضطراب کرونا است. سوال‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و سوال‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجند. تمامی سوال‌های این مقیاس در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی اضطراب بالاتر در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷، عامل دوم ۰/۸۶۱ و کل پرسشنامه ۰/۹۱ به‌دست آمد. همچنین روایی سازه این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸). پایایی پرسشنامه به شیوه ضریب همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد (خساره و میرتاج الدینی، ۱۴۰۰). روایی همزمان پرسشنامه از طریق همبسته بودن با نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و خرده مقیاس های اضطراب، نشانه های جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۰، ۰/۴۱، ۰/۳۳ و ۰/۲۶ به دست آمد که نشانگر روایی همزمان همگرا و واگرای این پرسشنامه است (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای علایم روانی ۰/۹۳، علایم جسمانی ۰/۷۷ و کل آزمون ۰/۹۱ به دست آمد.

نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه اضطراب سلامتی[3] (HAQ): فرم کوتاه ۱۸ سوالی این پرسشنامه توسط ساکویس و وارویک (۲۰۰۲) ساخته شد و دارای دو خرده مقیاس است و سوال‌های ۱ تا ۱۴ خرده مقیاس احتمال ابتلا به بیماری و سوال های ۱۵ تا ۱۸ خرده مقیاس پیامدهای ابتلا به بیماری را می‌سنجند. هر سوال بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه پاسخ داده می‌شود. نمرات بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر در افراد است. پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته از یکدیگر،۰/۹۰ و روایی همگرای این پرسشنامه از طریق همبسته بودن با پرسشنامه باورهای بیماری ها، ۰/۶۳ به دست آمد (ساکویس و وارویک، ۲۰۰۲). همسانی درونی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۵۹ برای عامل نگرانی کلی سلامتی، ۰/۶۰ برای ابتلا به بیماری و ۰/۷۰ برای پیامدهای بیماری به دست آمد که پایایی پرسشنامه را مطلوب نشان می‌دهد. بعلاوه روایی سازه این مقیاس نشاگر وجود سه عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی بود چرا که شاخصهای CFI، AGFI و GFI بزرگتر از ۰/۸ به دست آمده است که نشانگر برازش بسیار مطلوب الگوی تحلیل عاملی داشته است (نرگسی[4] و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس احتمال ابتلا به بیماری ۰/۷۲، خرده مقیاس پیامدهای ابتلا به بیماری ۰/۶۵ و کل پرسشنامه ۰/۷۶ به‌دست آمد.

پرسشنامه چندوجهی کانون کنترل سلامت[5] (MHLCQ): مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت توسط والستون[6] و همکاران (۱۹۷۸) تدوین شد. گزینه ها با مقیاس لیکرت از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم نمره گذاری می‌شود. برای نحوه تفسیر سوالات هر مقیاس با هم جمع می شود. دارای ۱۸ سوال با سه مولفه منبع کنترل سلامت مربوط به دیگران، منبع کنترل سلامت درونی و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس است. پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای نمره کل و زیرمقیاس ها از ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ به دست آمد (کانکولای[7] و همکاران، ۲۰۱۴). روایی صوری این مقیاس با تایید پنج متخصص و روایی سازه این مقیاس از

1. Corona Disease Anxiety Scale
2. Alipour
3. Health anxiety questionnaire
4. nargesi
5. Multidimensional Health Locus of Control questionnaire
6. Wallston, K. A
7. Konkolÿ Thege

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

طریق روش تحلیل عاملی اکتشافی مناسب گزارش شد و بعلاوه روایی سازه این مقیاس بسیار مناسب بود چرا که نشانگر برازش بسیار مطلوب الگوی تحلیل عاملی با سه عامل اصلی داشته است (هارتک و هانک[1]، ۱۹۸۲).

روایی همزمان این پرسشنامه در مطالعه مشکی و همکاران (۲۰۰۷) برای عوامل شانس، بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۴۹ و ۰/۵۷ به دست آمده است. نمرات بالاتر در هر مولفه نشان‌دهنده نیرومندتر بودن آن منبع کنترل است. پایایی پرسشنامه به شیوه ضریب همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای منبع کنترل بیرونی ۰/۶۲، برای منبع کنترل درونی ۰/۷۳ و در مجموع ۰/۷۶ به دست آمد (خساره و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای منبع کنترل بیرونی ۰/۶۸، منبع کنترل درونی ۰/۷۳ و منبع کنترل مربوط به شانس ۰/۶۶ به‌دست آمد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی سلامت[2] (IJBQ): این پرسشنامه جهت سنجش باورهای غیرمنطقی سلامت توسط کریستینسن و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شد که شامل ۲۰ گویه است که بعد از توصیف باورها، ارزیابی از موقعیت صورت می گیرد و آزمودنی‌ها بایستی در یک طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای از ۱ (اصلاً تمایلی ندارم به آن فکر کنم) تا ۵ (دقیقاً همیشه در حال فکر کردن در آن مورد هستم) مشخص نمایند تا چه اندازه ارزیابی آنان از موقعیت، مشابه با اقتضائات و شرایط آن موقعیت است. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱ تا ۲۰ است. روایی این پرسشنامه از طریق روش روایی همزمان همگرا با تحلیل رگرسیون و با پرسشنامه پیروی از درمان بیماران قلبی به دست آمد (β=-۰/۲۹) که معنادار بوده است (اندرسون و امری[3]، ۲۰۱۴). پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی در مطالعه اصلی ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن طی یک دوره ۱۸ ماهه ۰/۵۷ به دست آمده است و در فرم اولیه مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در نمونه‌ای متشکل از ۳۹۲ دانشجو، ۰/۸۴ به دست آمد (کریستینسن[4] و همکاران، ۱۹۹۹). روایی این پرسشنامه در مطالعاتی داخلی، از طریق روایی ملاکی به دست آمد که این مقیاس توانست سلامت جسمانی را بصورت معناداری (β=۰/۱۸) پیش بینی کند (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۷). از طریق روش روایی همزمان همگرا با تحلیل رگرسیون و با پرسشنامه پیروی از درمان بیماران قلبی به دست آمد که معنادار بوده است (β=-۰/۲۹). این پرسشنامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (گلستانی[5] و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۶ به‌دست آمد.

یافته ها

در مجموع ۴۰۸ نفر در این پژوهش مشارکت کردند که میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۵/۲۶ و ۴/۴۲۷ سال بود. از بین ۴۰۷ نفر شرکت‌کننده ۶۳/۷ درصد (۲۰۶ نفر) افراد مجرد و ۳۶ درصد (۱۴۷ نفر) افراد متاهل بودند. و ۰/۲ درصد (۱ نفر) از افراد این سوال را بدون پاسخ گذاشتند. ۶۹/۶ درصد (۲۸۴ نفر) از شرکت‌کنندگان سابقه ابتلا به کرونا را گزارش کردند، ۲۸/۹ درصد (۱۱۸ نفر) افراد چنین گزارش کردند که سابقه ابتلا به کرونا نداشته‌اند و ۱/۵ درصد (۶ نفر) از افراد این سوال را بدون پاسخ گذاشتند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است. جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: توصیف آماری و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین	انحراف استاندارد
۱. اضطراب کرونا	۱						۱۶/۲۵	۵/۶۴
۲. کنترل سلامت درونی	۰/۰۳۲	۱					۲۵/۶۵	۳/۴۹
۳. کنترل سلامت مربوط به دیگران	۰/۲۶۱	۰/۳۳۶	۱				۲۲/۱۳	۵/۱۷
۴ کنترل سلامت مربوط به شانس	-۰/۰۶۵	-۰/۳۳۲	-۰/۱۴۷	۱			۱۸/۸۳	۴/۴۸
۵. باورهای غیرمنطقی سلامت	۰/۰۰۲	۰/۰۷۲	-۰/۰۲۰	۰/۱۸۰	۱		۳۷/۳۸	۵/۵۶
۶. نگرانی کلی سلامتی	۰/۱۲۷	۰/۰۰۵	۰/۰۴۴	۰/۰۴۸	-۰/۰۱۶	۱	۱۸/۴۶	۴/۳۴

1. Hartke, R. J., & Kunce, J. T
2. Irrational Health Beliefs questionnaire
3. Anderson, D. R., & Emery, C. F
4. Christensen, A. J
5. Golestani

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

کجی	۰/۸۰۷	-۰/۶۰۲	-۰/۰۳۲	-۰/۱۸۶	۱/۲۱۳	۰/۸۱۶	-	-
کشیدگی	-۰/۴۱۲	۰/۷۵۸	-۰/۱۹۱	-۰/۶۱۶	۲/۴۹	۱/۴۳	-	-

نداشتن داده پرت و نرمال بودن داده‌ها یکی از مهمترین پیشفرض‌های انجام آزمون آماری است که بر این اساس در جدول ۱ کشیدگی و کجی متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است. اعداد بدست آمده از بررسی کجی و کشیدگی نشان می‌دهد که کجی و کشیدگی منحنی توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه در بازه ۲/۵ و ۲/۵- قرار دارند و نشان می‌دهند که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند (هایر[1] و همکاران، ۲۰۱۰). بعلاوه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه نمایه شده است. همانگونه که ملاحظه می شود، بین کنترل سلامت درونی و اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنادار (r=۰/۰۳۲؛ P<۰/۰۵)، بین کنترل سلامت مربوط به دیگران و اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنادار (r=۰/۲۶۱؛ P<۰/۰۵)، بین کنترل سلامت مربوط به شانس و اضطراب کرونا همبستگی منفی و معنادار (r=-۰/۰۶۵؛ P<۰/۰۵)، بین باورهای غیرمنطقی سلامت و اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنادار (r=۰/۰۰۲؛ P<۰/۰۵)، بین نگرانی کلی سلامتی و اضطراب کرونا همبستگی مثبت و معنادار (r=۰/۱۲۷؛ P<۰/۰۵) مشاهده شد. پیش از انجام تحلیل رگرسیون ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل رگرسیون بررسی شد. متغیرهای پیش‌بین و ملاک به صورت پیوسته اندازه‌گیری می‌شوند، بنابراین پیش‌فرض‌های پیوسته بودن متغیرهای پیوسته و پیش‌بین برقرار است. پیش‌فرض خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و ملاک از طریق نمودار پراکنش بررسی و تایید گردید. سپس پیش‌فرض به‌هنجار بودن متغیر ملاک در تحلیل رگرسیون نمره کل اضطراب کرونا از روی متغیرهای پیش‌بین به کمک نمودار هیستوگرام باقی‌مانده‌ها استاندارد شد و بررسی تطبیق آن با منحنی توزیع نرمال صورت گرفت. نمودار هیستوگرام نشان داد باقی‌مانده‌های استاندارد شده رگرسیون نمرات اضطراب کرونا از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. علاوه بر آن بر اساس نتایج آزمون دوربین-واتسن مفروضه استقلال خطاها برای اجرای تحلیل رگرسیون اضطراب کرونا از روی متغیرهای پیش‌بین (DW=۱/۹۴) برقرار است و در دامنه قابل قبول ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد (کواکس و استید، ۲۰۰۹). پیش‌فرض برقراری عدم هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین نیز توسط محاسبه مقدار Tolerance و VIF تایید گردید. نتایج در جداول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیون اضطراب کرونا بر اساس متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	همبستگی چند گانه	ضریب تبیین تعدیل شده
رگرسیون	۱۰۲۲۴/۴۴۰	۶	۱۷۱۴/۰۷۳	۲۳/۴۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰	۰/۲۴۹
باقیمانده	۲۹۲۷۰/۴۹۴	۴۰۰	۷۳/۱۷۶				
کل	۳۹۵۵۴/۹۳۴	۴۰۶					

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار F مشاهده شده در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است که بیانگر معنادار بود الگوی پیش بینی اضطراب کرونا از روی متغیرهای پیش بین است (F=۲۳/۴۲؛ P>۰/۰۵). بر اساس همبستگی چندگانه و ضریب تبیین تعدیل شده می توان گفت ۲۴/۹ درصد از واریانس اضطراب کرونا، توسط یک ترکیب خطی از متغیرهای پیش بین یعنی کنترل سلامت درونی، کنترل سلامت مربوط به دیگران، کنترل سلامت مربوط به شانس، احتمال ابتلا به بیماری، پیامدهای منفی ابتلا به بیماری، باورهای غیرمنطقی سلامت تبیین می‌شود و متغیرهای پیش بین در مجموع توانسته‌اند حدود ۲۵ درصد از واریانس اضطراب کرونا را تبیین کنند در ادامه به بررسی اثر معنادار هر کدام از متغیرها در پیش‌بینی اضطراب کرونا پرداخته شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه اضطراب کرونا بر اساس متغیرهای پژوهش

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	معناداری
کنترل سلامت درونی	-۰/۳۶۷	۰/۱۳۷	-۰/۱۳۰	-۲/۶۷۵	۰/۰۰۸
کنترل سلامت مربوط به دیگران	۰/۵۹۵	۰/۰۸۹	۰/۳۱۲	۶/۶۷۳	۰/۰۰۰
کنترل سلامت مربوط به شانس	-۰/۳۳۸	۰/۱۰۹	-۰/۱۵۴	-۳/۱۱۱	۰/۰۰۲

1. Hair

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

احتمال ابتلا به بیماری	۰/۲۳۷	۰/۰۸۸	۰/۱۴۳	۲/۶۹۹	۰/۰۰۷
پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۱/۶۵۰	۰/۲۳۶	۰/۳۶۹	۶/۹۸۹	۰/۰۰۰
باورهای غیرمنطقی سلامت	-۰/۰۷۳	۰/۰۴۹	-۰/۰۶۹	-۱/۴۸۴	۰/۱۳۹

در جدول ۳ نتایج بررسی اثر معنادار اضطراب سلامتی، منبع کنترل سلامت و باورهای غیرمنطقی سلامت در پیش‌بینی اضطراب کرونا ارائه شده است. با توجه به نتایج، متغیرهای کنترل سلامت درونی (β=-۰/۱۳۰؛ P<۰/۰۵) بصورت منفی و معنادار، کنترل سلامت مربوط به دیگران (β=۰/۳۱۲؛ P<۰/۰۵) بصورت مثبت و معنادار، کنترل سلامت مربوط به شانس (β=-۰/۱۵۴؛ P<۰/۰۵) بصورت منفی و معنادار، احتمال ابتلا به بیماری (β=۰/۱۴۳؛ P<۰/۰۵) بصورت مثبت و معنادار، پیامدهای منفی ابتلا به بیماری (β=۰/۳۶۹؛ P<۰/۰۵) بصورت مثبت و معنادار و باورهای غیرمنطقی سلامت (β=-۰/۰۶۹؛ P>۰/۰۵) بصورت مثبت و غیرمعنادار توانستند اضطراب کرونا را پیش بینی کنند. در این میان کنترل سلامت مربوط به دیگران و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری نقش پیش بینی کنندگی بیشتری نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش اضطراب سلامتی، منبع کنترل سلامتی و باورهای غیرمنطقی سلامت در پیش‌بینی اضطراب کرونا بود. نخستین یافته پژوهش بیانگر این بود که رابطه مثبت و معنی‌داری بین اضطراب سلامتی با اضطراب کرونا وجود دارد. به طوری که با افزایش میزان اضطراب سلامتی، اضطراب کرونا افزایش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج مطالعات صورت گرفته توسط علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، جانگمن و ویتوفت (۲۰۲۰) و ساویر و همکاران (۲۰۲۰) همسو و با مطالعه نوربی[1] و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین بیان داشت که افراد دارای اضطراب سلامتی، دارای حساسیت بیشتری نسبت به علائم جسمانی خود هستند که همین موضوع باعث افزایش در میزان تنش و اضطراب آن ها می‌گردد. آن ها اعتقادات ناکارآمد و تصورات تحریف شده در مورد سلامت خودشان دارند و بر نقص‌های جسمانی جزئی متمرکز می شوند. آسموندسون و تیلور (۲۰۲۰) ادراکات تحریف شده و اشتباه تغییرات جسمانی، فرضیات ناکارآمد در مورد سلامت و نگرانی های کلی سلامتی را به عنوان مهم‌ترین جنبه‌های اضطراب سلامت بیان می‌دارند. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که افزایش اضطراب واکنشی معمول به بیماری‌های همه‌گیر است که معمولا در مراحل اولیه همه‌گیری در بین افراد دارای شدت بیشتری است. در ایجاد اضطراب سلامتی، اطلاعات اشتباه درباره ویروس نقش مهمی ایفا می‌کند که رفتارهای افراطی بهداشتی را پدید می‌آورد (مالسزا و کژمارک[2]، ۲۰۲۱). عملکرد اصلی اضطراب محافظت از فرد در برابر صدمه و آسیب است، با این وجود افراد دارای اضطراب سلامتی بالا به دلیل تحریف و بزرگ‌نمایی علائم جسمانی خود رنج، تنش و فشار طاقت فرسایی را تجربه می‌کنند (فجرمستد[3] و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج نشان داد می‌توان اضطراب کرونا را بر اساس منبع کنترل سلامت پیش‌بینی نمود و رگرسیون نشان داد این پیش‌بینی را تنها از طریق منبع کنترل سلامت مربوط به دیگران نیز می‌توان انجام داد. همچنین رابطه معناداری بین منبع کنترل سلامت درونی و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس با اضطراب کرونا یافت نشد. در مطالعه حاضر، رابطه معناداری بین منبع کنترل سلامت درونی و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس با اضطراب کرونا به دست نیامد و از طریق این دو مولفه نمی‌توان اضطراب کرونا را پیش‌بینی نمود. یافته‌های مطالعه حاضر با برخی مطالعات همخوان (نیکبخت و همکاران، ۲۰۲۲؛ خساره و میرالتاج الدینی، ۱۴۰۰؛ سمنووا[4] و همکاران، ۲۰۲۳؛ اریکسون[5] و همکاران، ۲۰۲۳؛ گانجو[6] و همکاران، ۲۰۲۱؛ کرامپ[7] و همکاران، ۲۰۲۱) و با برخی مطالعات (فراحتی و همکاران، ۲۰۱۴) ناهمسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین بیان داشت که افراد دارای منبع کنترل مربوط به دیگران (بیرونی) چنین اعتقاد دارند که پیامدها و اتفاقات مرتبط با سلامت یا بیماری آنها توسط عوامل خارجی مانند پزشکان و اطرافیان اتفاق می‌افتند و خودشان کنترل چندانی بر روی آن‌ها ندارند، بنابراین خودشان را در مقابله با بیماری ناتوان احساس می‌کنند و میزان اضطراب کرونا در آنان افزایش پیدا

1. Norbye
2. Malesza & Kaczmarek
3. Fjermestad
4. Semenova
5. Eriksson
6 Ganjoo
7. Krampe

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

می‌کند. هرچه فرد منبع کنترل سلامت خود را بیشتر مرتبط با دیگران بداند، رفتارهای خودمراقبتی و سازگاری با بیماری وی کاهش پیدا کرده و میزان اضطراب افزایش پیدا می‌کند. افرادی که دارای منبع کنترل سلامت بیرونی هستند حس مسئولیت‌پذیری زیادی نسبت به سلامتی خود نداشته و بی‌توجه به پروتکل‌های بهداشتی عمل کرده و از روش‌های هیجانی برای مقابله با اضطراب استفاده می‌کنند. در نتیجه عملکرد ضعیف‌تری نشان داده و اضطراب بیش تری را تجربه می‌کنند (کساوایث[1] و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دیگر پژوهش حاکی از عدم ارتباط معنادار بین متغیر باورهای غیرمنطقی سلامت و اضطراب کرونا بود و مشخص شد که از طریق این متغیر نمی توان اضطراب کرونا را پیش بینی نمود. به عبارت دیگر سوگیری خوشبینانه افراد در قضاوت درباره احتمال به خطر افتادن سلامتی آنها، می‌تواند ارتباط معناداری با میزان اضطراب کرونا آنان نداشت. تاکنون تحقیق مشابه داخلی یا خارجی دیگری برای بررسی این ارتباط صورت نگرفته است. یافته های مطالعه حاضر با مطالعات بسیاری ناهمخوانی دارد (فولتون[2] و همکاران، ۲۰۱۱؛ پورنامداریان و همکاران، ۱۳۹۲؛ بشرپور و همکاران، ۱۳۹۴؛ فریور[3] و همکاران، ۱۳۹۹؛ جعفری و همکاران، ۱۴۰۲). در راستای این یافته و با توجه به همبستگی مثبت و غیرمعنادار بسیار کم بین این دو متغیر می توان تبیین کرد که مفهوم باورهای غیرمنطقی سلامت به‌نوعی سوگیری خوش‌بینانه درباره باور و ارزیابی شخص از احتمال ابتلا به یک بیماری جسمی اشاره دارد، به این معنا که شخص تمایل به این باور دارد که کمتر از دیگران در معرض خطر قرار دارند. به همین دلیل است که افراد دارای نمرات بالا در مقیاس باورهای غیرمنطقی سلامت، تمایل دارند که اطلاعات مرتبط با سلامتی را به شیوه ای غیرمنطقی ارزیابی کنند و دارای انواعی از تحریفات شناختی درباره اطلاعات مرتبط با سلامتی هستند. این تحریفات شناختی و این باورهای نادرست و غیرمنطقی، اضطراب ابتلای فرد به بیماری را به حداقل می رساند و در واقع استرسی با منبع مبهم درباره سلامت و بیماری در فرد ایجاد نمی کند و همین امر می تواند زمینه ساز ابتلای بیشتر او به بیماری شود. لذا در مطالعه حاضر بین باورهای غیرمنطقی سلامت و اضطراب کرونا ارتباط معناداری مشاهده نشد. در مجموع، نتایج این پژوهش بیانگر این مساله است که هرچه میزان اضطراب سلامتی و منبع کنترل سلامت بیرونی افراد بیشتر باشد، میزان اضطراب بیشتری را در رابطه با ویروس کرونا تجربه می‌کنند که این موضوع خود می تواند میزان آسیب‌پذیری آن ها را در مقابل بیماری افزایش داده و عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را تضعیف کند. بنابراین ضروری است که از طریق رسانه‌های مختلف راهکارهای مناسب برای کاهش و غلبه بر اضطراب را به افراد آموزش داده و برای کاهش تصورات اشتباه وغیرمنطقی افراد در عوامل موثر بر سلامتی‌شان اقدام کنیم. البته نکته قابل توجه این است که شاید بهتر باشد در تماما منفی دانستن پیامدهای اضطراب کرونا با احتیاط بیشتری عمل کرد.

هر پژوهشی در هنگام اجرا با محدودیت‌هایی مواجه است و از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدود بودن جامعه آماری این پژوهش به دانشجویان زن شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های گیلان، روش نمونه‌گیری در دسترس، ابزارهای خودگزارشی و توزیع پرسشنامه‌ها به صورت اینترنتی اشاره کرد. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق لازم است که جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان در مطالعات آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده، پژوهش بر روی جوامع آماری دیگر و به صورت حضوری صورت گرفته، علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه نیز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردد و نتایج با تفکیک جنسیت بررسی شوند. با تشکر از تمام افرادی که در این پژوهش نویسندگان را یاری نمودند. در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود نداشت.

منابع

بشرپور، س؛ حیدری، راد ح؛ عطادخت، ا؛ دریادل، ج؛ نصیری رزی، ر. (۱۳۹۴). نقش باورها و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در پیش‌بینی اضطراب در زنان باردار. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۳ (۳): ۱۷۱-۱۸۰. URL: http://journal.ihepsa.ir/article-260-fa.html

جعفری ف؛ پورحسن نژاد ف؛ کامکار م؛ دانشی س. (۱۴۰۲). پیش بینی اضطراب سلامت براساس باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۱۲ (۱): ۱۰۲-۱۱۳. URL: http://ijnv.ir/article--1027-fa.html

خساره، ح؛ میرتاج الدینی، ف. (۱۴۰۰). پیش بینی اضطراب کرونا براساس منبع کنترل سلامتی و حمایت اجتماعی ادراک شده. *رویش روان شناسی*، ۱۰ (۱۲): ۹۷-۱۰۸. URL: http://frooyesh.ir/article-1-3152-fa.html

1. Kesavayuth
2. Fulton
3. farivar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

پورنامداریان، س؛ بیرشک، ب؛ اصغرنژاد فرید، ع.الف. (۱۳۹۲). بررسی نقش باورهای فرا شناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۱ (۲) :۱۲-۲۲. URL: http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1134-fa.html

علی‌پور، ا؛ قدمی، ا؛ علیپور، ز؛ عبداله زاده، ح. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *روانشناسی سلامت*. ۸ (۳۲): ۱۷۵-۱۶۳. doi: 10.30473/hpj.2020.52023.4756

فتح آبادی، ج؛ حاجی قربانی دولابی، م؛ ارجمندنیا، ع؛ صادقی، س .(۱۳۹۷). پیش‌بینی میزان قندخون از طریق باورهای غیرمنطقی سلامت و منبع کنترل سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۱ (۷) :۱۱۱-۱۰۲. http://jams.arakmu.ac.ir/article--1-5759-fa.html

فریور، م؛ عزیزی آ، س؛ بشرپور، س. (۱۳۹۹). نقش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و باورهای بهداشتی در پیش‌بینی اضطراب بیماری کرونا (کووید-۱۹) در پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۹ (۴) :۱-۱۰. URL: http://ijnv.ir/article-1-777-fa.html

گلبابائی، س؛ برهانی، خ؛ برهانی، ح؛ جامعی، م. (۱۴۰۲). پیش‌بینی تصمیم‌گیری اخلاقی کادر درمان در شرایط غیرقطعی بر اساس مواجهه با مرگ، احتمال ابتلا و رضایت شغلی: نقش میانجی‌گری اضطراب. *پژوهش های روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۴۹)، ۱-۱۴. doi: 10.22034/spr.2023.352322.1765

گلستانی، ر؛ خلعتبری، جواد؛ ن، م؛ قربان شیرودی، ش. (۱۴۰۱). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی رفتاری برمکان کنترل سلامت، باورهای غیر منطقی سلامت و پیروی از درمان در مردان و زنان مبتلا به دیابت II. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۱)، ۵۴۲-۵۶۴. doi: 10.22034/aftj.2022.325332.1356

نرگسی، ف؛ ایزدی، ف؛ کریمی نژاد، ک؛ رضایی شریف، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۷(۲۷)، ۱۴۷-۱۶۰. doi: 10.22054/jem.2017.19621.1495

Anderson, D. R., & Emery, C. F. (2014). Irrational health beliefs predict adherence to cardiac rehabilitation: A pilot study. *Health Psychology*, *33*(12), 1614–1617. https://doi.org/10.1037/hea0000017

Asmundson, G. J. G., & Fergus, T. A. (2019). Chapter One—The Concept of Health Anxiety. In E. Hedman-Lagerlöf (Ed.), *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety* (pp. 1–18). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811806-1.00001-9

Borhany H, Golbabaei S, Jameie M, Borhani K. (2023). Moral Decision-Making in Healthcare and Medical Professions During the COVID-19 Pandemic. *Trends in Psychol.31*(1):210–30. doi: 10.1007/s43076-021-00118-7. PMCID: PMC8598100.

Cannito, L., Di Crosta, A., Palumbo, R., Ceccato, I., Anzani, S., La Malva, P., Palumbo, R., & Di Domenico, A. (2020). Health anxiety and attentional bias toward virus-related stimuli during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, *10*(1), 16476. https://doi.org/10.1038/s41598-020-73599-8

Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, *18*(2), 169–176. https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.2.169

Eriksson, M. C. M., Lundgren, J., Hellgren, M., Li, Y., Björkelund, C., Lindblad, U., & Daka, B. (2023). Association between low internal health locus of control, psychological distress and insulin resistance. An exploratory study. PLOS ONE, 18(5), e0285974. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285974

Farahati M, Dorratottaj Tehrani F, Khoshro S. (2014). The Relationship between Locus of Control with Anxiety and Social Phobia in Adolescent's Girl. *Shefaye Khatam*, *2*, (51) :37-37. URL: http://shefayekhatam.ir/article-1-134-en.html

Fjermestad, K. W., Orm, S., Silverman, W. K., & Cogo-Moreira, H. (2022). Short report: COVID-19-related anxiety is associated with mental health problems among adults with rare disorders. *Research in Developmental Disabilities*, *123*, 104181. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104181

Fulton, J. J., Marcus, D. K., & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of clinical psychology*, *67(*6), 527–538. https://doi.org/10.1002/jclp.20769

Ganjoo, M., Farhadi, A., Baghbani, R., Daneshi, S., & Nemati, R. (2021). Association between health locus of control and perceived stress in college student during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study in Iran. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 529. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03543-1

Hadsell, L. (2010). Achievement Goals, Locus of Control, and Academic Success in Economics. *American Economic Review*, *100*(2), 272–276. https://doi.org/10.1257/aer.100.2.272

Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010) Multivariate data analysis (7th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Educational International.

Hartke, R. J., & Kunce, J. T. (1982). Multidimensionality of health-related locus-of-control-scale items. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(4), 594–595. https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.4.594

Haywood, D., & Mason, O. (2022). Perception of COVID-19 threat, low self-efficacy, and external locus of control lead to psychological distress during the COVID-19 pandemic. *Psychology, Health & Medicine*, 0(0), 1–8. https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2124290

Heinen, A., Varghese, S., Krayem, A., & Molodynski, A. (2022). Understanding health anxiety in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1756–1763. https://doi.org/10.1177/00207640211057794

Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, *73*, 102239. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239

Kesavayuth, D., Tran, D. B., & Zikos, V. (2022). Locus of control and subjective well-being: Panel evidence from Australia. *PLOS ONE*, *17*(8), e0272714. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272714

Klaser, K., Thompson, E. J., Nguyen, L. H., Sudre, C. H., Antonelli, M., Murray, B., Canas, L. S., Molteni, E., Graham, M. S., Kerfoot, E., Chen, L., Deng, J., May, A., Hu, C., Guest, A., Selvachandran, S., Drew, D. A., Modat, M., Chan, A. T., … Steves,

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

C. J. (2021). Anxiety and depression symptoms after COVID-19 infection: Results from the COVID Symptom Study app. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 92(12), 1254–1258. https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-327565

Konkolÿ Thege B, Rafael B, Rohánszky M (2014) Psychometric Properties of the Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C in a Non-Western Culture. PLoS ONE 9(9): e107108. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107108

Kosic, A., Lindholm, P., Järvholm, K., Hedman-Lagerlöf, E., & Axelsson, E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Journal of Anxiety Disorders*, *71*, 102208. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102208

Krampe, H., Danbolt, L. J., Haver, A., Stålsett, G., & Schnell, T. (2021). Locus of control moderates the association of COVID-19 stress and general mental distress: Results of a Norwegian and a German-speaking cross-sectional survey. BMC Psychiatry, 21, 437. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03418-5

Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2020). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 1–2. https://doi.org/10.1017/S003329172000121X

Lindström, M., Pirouzifard, M., Rosvall, M., & Fridh, M. (2022). Health locus of control and all-cause, cardiovascular, cancer and other cause mortality: A population-based prospective cohort study in southern Sweden. *Preventive Medicine*, *161*, 107114. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107114

Malesza, M., & Kaczmarek, M. C. (2021). Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Personality and Individual Differences*, *170*, 110419. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110419

Mirzabeigi, A. R., Agha Mohammad Hasani, P., Sayadi, A. R., Safarian, M., & Parand Afshar, S. (2021). Assessing Health Anxiety among Healthcare Providers of COVID-19 Patients from March to May 2020, Rafsanjan County, Iran. *JOHE*, *10*(1), 24–30. https://doi.org/10.52547/johe.10.1.24

Moshki, M., Ghofranipour, F., Hajizadeh, E., & Azadfallah, P. (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC public health*, *7*, 295. https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295

Naviaux, A. F., Janne, P., & Gourdin, M. (2020). [Medico-psychological aspects relating to the coronavirus epidemic (Covid-19): The contribution of the theory of signal detection and the concept of place of control]. *Annales Medico-Psychologiques*, *178*(3), 223–225. https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.03.001

Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2020). The COVID-19 anxiety syndrome scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry Research*, *292*, 113322. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113322

Norbye, A. D., Farbu, E. H., Terjesen, C. L., Fleten, N., & Höper, A. C. (2023). The level of health anxiety before and during the COVID-19 pandemic. PloS one, 18(5), e0285799. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285799

Pitel, L., & Ballová Mikušková, E. (2021). The Irrational Health Beliefs Scale and health behaviors in a non-clinical population. *European Journal of Health Psychology*, 28(3), 111–119. https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000075

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, *32*(5), 843–853. https://doi.org/10.1017/s0033291702005822

Sauer, K. S., Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Emotional and Behavioral Consequences of the COVID-19 Pandemic: The Role of Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Distress (In)Tolerance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7241. https://doi.org/10.3390/ijerph17197241

Semenova, E. R., Deshchenko, E., Pervichko, E., & Konyukhovskaya, J. (2023). Health Locus of Control and Health Anxiety in Patients with COVID-19. European Psychiatry, 66(Suppl 1), S788–S789. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1665

Shin, S., & Lee, E. (2021). Relationships among the Internal Health Locus of Control, Mental Health Problems, and Subjective Well-Being of Adults in South Korea. *Healthcare*, 9(11), 1588. http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9111588

Shitu K, Adugna A, Kassie A, Handebo S (2022) Application of Health Belief Model for the assessment of COVID-19 preventive behavior and its determinants among students: A structural equation modeling analysis. *PLoS ONE* 17(3): e0263568. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263568

Şimşir, Z., Koç, H., Seki, T., & Griffiths, M. D. (2022). The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: A meta-analysis. *Death studies*. 46(3), 515–523. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1889097

Smith, L. E., Mottershaw, A. L., Egan, M., Waller, J., Marteau, T. M., & Rubin, G. J. (2020). The impact of believing you have had COVID-19 on self-reported behaviour: Cross-sectional survey. *PLOS ONE*, *15*(11), e0240399. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240399

Tan, H. J., Shahren, A. A. H., Khoo, C. S., Ng, C. F., Zaidi, W. A. W., Kori, N., Periyasamy, P., Eu, C. L., Payus, A. O., & Hod, R. (2023). Anxiety among hospitalized COVID-19 patients: a case-control study from a tertiary teaching hospital in Malaysia. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1148019. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1148019

Uğraş, S., Sağın, A. E., Karabulut, Ö., & Özen, G. (2021). The relationship between college athletes' health literacy and COVID-19 anxiety levels. *Physical Education of Students*, *25*(1), 36–42. https://doi.org/10.15561/20755279.2021.0105

Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Education Monographs, 6(2), 160–170. https://doi.org/10.1177/109019817800600107

Yıldırım M, Akgül Ö, Geçer E. (2022). The Effect of COVID-19 Anxiety on General Health: the Role of COVID-19 Coping. *Int J Ment Health Addict*, 20(2):1110-1121. doi: 10.1007/s11469-020-00429-3

Zeinali A, Dolatian M, Janatiataie P, Shams J, Nasiri M. (2021). Comparison of health-promoting lifestyle and irrational health beliefs in healthy pregnant women and gestational diabetes mellitus. *J Educ Health Promot*, *30*, 10:262. doi: 10.4103/jehp.jehp_1565_20.

Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 49–50. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031

Zhu C, Zhang T, Li Q, Chen X, Wang K. (2023). Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic: Epidemiology, Mechanism, and Treatment. *Neurosci Bull*, 39(4):675-684. doi: 10.1007/s12264-022-00970-2

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]