Predicting Depression Among Nursing Students Based On Health Anxity And Dysfunctional Attitude Component

Zabihi Jalali Zavareh M[1], Sedigh Arfaee F[2], Zabihi Jalali Zavareh E[3]

Abstract

Introduction and purpose: Health anxiety and dysfunctional attitudes are important factors in causing and exacerbating psychological trauma. The purpose of the present study was to predict nursing students' depression based on health anxiety and dysfunctional attitude components.

Materials and Methods: The statistical population of this study included nursing students of Tehran University of Medical Sciences and the sample consisted of 150 students who were selected by single-stage cluster sampling method and three questionnaires of depression, health anxiety and dysfunctional attitude. data using Pearson correlation and multiple regression analysis were analyzed simultaneously.

Findings: Results showed that depression and anxiety Health, dysfunctional attitudes, components of perfectionism and social factors need to confirm there is a significant negative relationship. but health anxiety has the largest share (Beta = 0.330) in explaining the variance of depression and can be a positive predictor of depression.

Conclusion: Therefore, it can be said that overall health anxiety and health concerns as well as dysfunctional attitudes in nurses can cause and promote depression in them. Therefore, it is possible to prevent depression in nurses with appropriate interventions to reduce health anxiety and dysfunctional attitudes.

***Keywords**: Depression, Health anxiety, Dysfunctional Attitude*

Received: 2019/02/09 *Accepted: 2019/03/06*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- Master's degree student in educational psychology, University of Kashan
2 -Associate Professor, Department of Psychology, University of Kashan,
(Corresponding Author): fsa@kashanu.ac.ir
3 -M.A of Carrer Counseling, University of Allameh Tabatabae

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

پیش‌بینی افسردگی دانشجویان پرستاری بر اساس اضطراب سلامتی و مولفه‌های نگرش ناکارآمد[1]

مریم ذبیحی جلالی زواره[2]، فریبرز صدیق‌ارفعی[3]*، الهه ذبیحی جلالی زواره[4]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/ ۱۱/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/ ۱۲/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: اضطراب سلامت و نگرش ناکارآمد به عنوان عوامل مهم ایجاد و تشدید آسیبهای روانی، حائز اهمیت هستند. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی افسردگی دانشجویان پرستاری بر اساس اضطراب سلامتی و مولفه‌های نگرش ناکارآمد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم‌پزشکی تهران ونمونه شامل ۱۵۰نفر از این دانشجویان بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای انتخاب شدند و سه پرسشنامه افسردگی، اضطراب سلامتی و نگرش ناکارآمد را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین افسردگی و اضطراب سلامتی ، نگرش ناکارآمد، مولفه کمالگرایی و مولفه نیاز به تایید اجتماعی رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد. اما اضطراب سلامتی بیشترین سهم را (Beta= ۰/۳۳۰) در تبیین واریانس افسردگی دارا می‌باشد و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت افسردگی باشد.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که مجموعا اضطراب سلامتی و نگرانی پیرامون سلامت و همچنین نگرشهای ناکارآمد در پرستاران می تواند باعث ایجاد و ارتقای افسردگی در آنها شود. بنابراین برای پیشگیری از افسردگی در پرستاران می‌توان با مداخلات مناسب در زمینه کاهش اضطراب سلامتی و نگرشهای ناکارآمد اقدام کرد.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب سلامتی، نگرش ناکارآمد

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

---

۱ -این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول می‌باشد.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه کاشان
۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه کاشان
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** fsa@kashanu.ac.ir
۴ -کارشناس ارشد مشاوره شغلی،دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

حرفه و شغل هر فرد نقش تعیین‌کننده در سلامت روان دارد. پرستاری شغلی است که همواره با عوامل متعدد و تنش‌زای محیط کار مواجه می باشد[۱]. خدمات پرستاری یکی از مهم-ترین اجزای تشکیل‌دهنده خدمات بیمارستانی است و کیفیت مراقبت بهداشتی به میزان زیادی به نحوه کار پرستاران بستگی دارد.

نگرانی شدید درباره سلامتی، پدیده‌ای موقتی در بین دانشجویان پزشکی است که به طور گسترده رخ میدهد، واضح-ترین تبیین در این مورد، مواجهه این افراد با نشانه‌ها و علائم بیماری‌های گوناگونی است که عواقب خطرناک دارند. افرادی که مبتلا به اضطراب سلامت هستند، بیش از دیگران به بیماری و ناراحتی‌هایی که سلامت جسمی آنها را تهدید میکند اهمیت میدهند، زیرا باورهایی دارند که آنان را به این کار سوق میدهد[۲]. افرادی که نمیتوانند در برابر وقایع روزانه، پاسخ‌های هیجانی خود را کنترل کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از پریشانی را تجربه می‌کنند که ممکن است به اختلال افسردگی و اضطرابی منجر شود[۱۴]. بر اساس نتایج پژوهشی میتوان گفت که از لحاظ اضطراب سلامت[1] بین پرستاران و افراد عادی اختلاف معناداری وجود دارد [۳]. بر اساس DSM-5، نرخ شیوع اختلال اضطراب بیماری بر اساس تخمین‌ها ۱۰ تا ۱۳ درصد می‌باشد که نرخ شیوع این اختلال در زنان و مردان یکسان است[۴].

در مطالعه‌ای که درباره آزمودنی‌های پیراپزشک انجام شد، نتایج نشان داد که آشفتگی بعد از یک حادثه مضطرب کننده در اکثر شرکت‌کنندگان از چند روز تا چند هفته دوام داشته است[۲].

همچنین در پژوهشی که با موضوع بررسی افسردگی در دانشجویان پرستاری یکی از دانشگاههای علوم پزشکی منتخب تهران انجام شد، نتایج نشان داد که ۲۴/۲ درصد از دانشجویان دارای اافسردگی متوسط تا شدید بودند[۴]. تجربه‌های هیجانی افراد افسرده منفی هستند و دیگران آنها را معمولا غمگین، نومید، پریشان، محزون، بی نشاط و دلسرد توصیف می کنند. عدم پیشقدم شدن در کارها ممکن است به صورت انزواطلبی اجتماعی ظاهر شود. افراد افسرده معمولا احساس بی‌فایدگی، خلا، تهی بودن و نومیدی دارند، اما علاوه بر اینها، بعضی افکار و ایده‌ها یا سمپتوم‌های شناختی، به وضوح با واکنش‌های افسردگی مرتبط هستند[۴]. این حالت طیف وسیعی از غمگینی طبیعی، سوگ و نشانگان افسرده‌ساز تا انواع شدید سایکوز افسرده‌ساز را در برمیگیرد[۵].

مشاهدات بک[2](۱۹۶۷) در مورد درمانجویان افسرده معلوم کرد که آنها در تعبیر برخی از رویدادهای زندگی، سوگیری منفی داشتند که به تحریفهای شناختی آنها کمک میکرد. همچنین الیس نیز بیان میدارد که عقاید فرد درباره طرد و شکست همان چیزی است که عمدتا موجب افسردگی میشود[۶]. همچنین نتایج پژوهش ولی تبار و حسین ثابت نشان داد که افکار خودآیند منفی و نگرشهای منفی می‌توانند افسردگی را پیش‌بینی نمایند[۷] نگرش ناکارآمد، باورهای انعطاف‌پذیر و کمال‌گرایانه ای است که افراد برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده میکنند. این نگرشها به شکل افراطی مقاوم در برابر تغییر هستند. بنابراین ناکارآمد محسوب میشوند[۸]. نتایج پژوهش پورنامداریان و همکاران(۱۳۹۱) نشان داد که باورهای فراشناختی، به خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل-

[1] Health anxiety

[2] Beck

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

ناپذیری و نیاز به مهار افکار بهترین پیش‌بینی‌کننده برای افسردگی، اضطراب و استرس پرستاران هستند[۹].

نتایج پژوهشی نشان داد که افسردگی در بین دانشجویان دانشکده‌های پرستاری،مامایی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی از شیوع بالایی(۴/۴۲ درصد از دانشجویان مورد مطالعه) برخوردار است[۱۰]. همچنین پژوهشی به منظور بررسی افسردگی و اضطراب دانشجویان کارشناسی پرستاری نشان داد که ۲۱/۹ درصد از دانشجویان دارای علائم افسردگی خفیف تا بسیار شدید بودند[۱۱]. بعلاوه نتایج پژوهشی نشان داد که بین نمره اضطراب، استرس و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم-پزشکی همبستگی معناداری وجود دارد[۱۲].

فشار مزمن روزمره و حوادث تنیدگی‌زا ممکن است توجه فرد را از مراقبت خود منحرف کرده و باعث شود که فرد فرصت کافی برای ورزش، غذای مناسب و استراحت کافی نداشته باشد[۱۰]. بنابراین، شناسایی افسردگی و عوامل پیش‌بینی کننده آن در میان دانشجویان پرستاری یکی از حیطه‌های پراهمیت برای انجام پژوهشهای گوناگون میباشد، در رابطه با متغیرهای اثرگذار از جمله اضطراب سلامت در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان پرستاری پژوهشهای کمی در ایران انجام شده است. بنابراین این پژوهش به دنبال این موضوع است که آیا اضطراب سلامت و مولفه‌های نگرش ناکارآمد میتوانند پیش‌بینی کننده افسردگی در دانشجویان پرستاری باشند؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی میباشد. جامعه آماری، شامل کلیه دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم‌پزشکی تهران در دوره کارشناسی بودند. و نمونه شامل ۱۵۰ نفر از این دانشجویان انتخاب شدند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای به این صورت که از دانشجویان ورودی کارشناسی ترم دوم تا هشتم(که دارای شرایط ورود به نمونه بودند) به صورت تصادفی نمونه‌ای انتخاب شد. دانشجویان انتخاب شده اقدام به تکمیل پرسشنامه اضطراب سلامت، نگرشهای ناکارآمد و افسردگی نمودند. معیارهای ورود و خروج نمونه شامل موارد ذکر شده میباشد: اولا اینکه فرد دانشجوی دانشگاه تهران در رشته پرستاری باشد(مثلا دانشجوی میهمان از سایر دانشگاهها نباشد)، ثانیا دوره کارآموزی در بیمارستان و دروس عملی خود را آغاز کرده باشد(حداقل ترم دوم باشد). در ادامه داده‌های به دست آمده با استفاده از روشهای آمار همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

۱-پرسشنامه نگرش ناکارآمد(DAS): مقیاس نگررشهای ناکارآمد در سال ۱۹۷۸توسط ویسمن[1] و همکاران به منظور سنجش میزان نگرش ناکارآمد افراد و بر مبنای پرسشنامه اصلی بک ساخته شد. این مقیاس دارای دو فرم موازی الف و ب است که هر کدام دارای ۴۰ عبارت است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای میزان مخالفت یا موافقت خود با هریک از عبارات را مشخص سازد. نتایج تحلیل عامل ساختاری این آزمون به دو عامل انجامیده است. بنابراین مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای دو زیرمقیاس کمال-گرایی ۱۵ عبارت و نیاز به تایید اجتماعی ۱۱ عبارت است. در بسیاری از پژوهش ها تنها از نمره کلی آزمون استفاده میشود، اما بر اساس هدف پژوهش میتوان نمرات مربوط به زیرمقیاس-های آن را نیز محاسبه نمود. در این پژوهش پایایی با استفاده از

[1] Weissman

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰به دست آمد. همچنین پایایی زیرمقیاس کمال گرایی ۰/۸۷ و نیاز به تایید اجتماعی ۰/۸۴ محاسبه شده است.

سلیمانی بیان داشته است که این مقیاس در سال ۱۳۷۷ توسط یزدان‌دوست ترجمه ومورد بازنگری قرار گرفت و ضریب پایایی آن برای نمونه‌ی ۳۰ نفره ۰/۷۲ گزارش شد(۱۳)

۲-پرسشنامه اضطراب سلامت[1]: این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۸ عبارتی است که برای سنجش علایم اضطراب سلامت/ خودبیمارانگاری طراحی شده است. این مقیاس به طور اختصاصی حضور نگرانی‌ها و تشویش ذهنی در مورد سلامت را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان پاسخ خود را در یک مقیاس چهار درجه ای نمره گذاری میکند. دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ میباشد که نمره ۱۸ به بالا نشان دهنده رنج از اضطراب و نمره ۳۷ به بالا نشان دهنده اختلال اضطراب سلامت است. روایی همگرای این آزمون با آزمون های مقیاس ییل بروان، وسواس فکری- عملی و اضطراب داس مناسب بود و نشان دهنده روایی مناسب این پرسشنامه است. در این پژوهش پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

سلکوسکی[2] و همکاران(۲۰۰۲) گزارش دادند که این مقیاس برای تشخیص اضطراب سلامت از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. میزان پایایی از نوع آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است(۱۴)

۳-پرسشنامه افسردگی(BDI): شامل ۲۱ گروه سوال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط Beck, Beckward, Mendelssohn, Mark and Arbaf تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسشنامه در سالهای ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد . ۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۹۴ سوال است که به صورت عبارات ترتیبی که هرکدام از ماده ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی است ، تنظیم شده است. از این پرسشنامه چندین فرم تهیه شده است. در اینجا فرم معمولی آن که شامل ۲۱ ماده است معرفی میشود. این پرسشنامه یک آزمون خودآزمایی است که برای تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه وقت لازم است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی ۰ تا ۶۳ میباشد که بر حسب درجاتی سنجیده میشود. در این پژوهش پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

[1] Health Anxiety Inventory
[2] Salkovsky

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

یافته‌ها :

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک افراد نمونه پژوهش

ترم تحصیلی	جنسیت	تعداد	درصد
ترم دوم	پسر	۹	٪۶
	دختر	۱۵	٪۱۰
ترم سوم	پسر	۱۲	٪۸
	دختر	۹	٪۶
ترم چهارم	پسر	۹	٪۶
	دختر	۱۲	٪۸
ترم پنجم	پسر	۱۲	٪۸
	دختر	۹	٪۶
ترم ششم	پسر	۶	٪۴
	دختر	۱۵	٪۱۰
ترم هفتم	پسر	۹	٪۶
	دختر	۱۲	٪۸
ترم هشتم	پسر	۶	٪۴
	دختر	۱۵	٪۱۰

جدول۲: رابطه‌ی همبستگی افسردگی با سایر متغیرها

افسردگی	R	P
اضطراب سلامتی	-۰/۴۷۶*	۰/۰۰۱
نگرش ناکارآمد	-۰/۴۲۰*	۰/۰۰۱
مولفه کمال‌گرایی	-۰/۴۸۵*	۰/۰۰۱
مولفه نیاز به تایید اجتماعی	-۰/۲۷۹*	۰/۰۰۱

ضرایب معنادار شده=* , ضریب همبستگی پیرسون=r , سطح معناداری=P

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می‌دهد که بین افسردگی و اضطراب سلامتی(p ≤۰/۰۵ ، r=- ۰/۴۷۶)، نگرش ناکارآمد (p ≤۰/۰۵ ، r=۰-/۴۲۰)، مولفه کمالگرایی(p ≤۰/۰۵ ، r=- ۰/۴۸۵) و مولفه نیاز به تایید اجتماعی(p ≤۰/۰۵ ، ۰/۲۷۹ -=r) ، رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد. به منظور پیش‌بینی افسردگی بر اساس اضطراب سلامتی و نگرش ناکارآمد و مولفه‌های آن ، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شده است.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

جدول۳: خلاصه ی مدل رگرسیونی

	R	R^2	F	p
مدل رگرسیون	۰/۵۷۳	۰/۳۲۸	۲۲/۷۷	۰/۰۰۱

سطح معناداری=p ,ضریب تعیین =R^2 ,ضریب همبستگی چندگانه =R

جدول٤: ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان

متغیر	B	Beta	t	Sig
اضطراب سلامتی	۰/۴۴۲	۰/۳۳۰	۴/۳۲۱	۰/۰۰۰
مولفه کمالگرایی	-۰/۲۵۷	-۰/۳۹۷	-۴/۰۳۹	۰/۰۰۰
مولفه نیاز به تایید اجتماعی	۰/۰۶۴	۰/۰۷۷	۰/۸۳۰	۰/۴۰۸

, ضریب استاندارد نشده=B , ضریب رگرسیون استاندارد شده=Beta

براساس نتایج مدل تحلیل رگرسیون که متشکل از سه متغیر مستقل و یک متغیر وابسته است، مدل مناسبی می‌باشد، (۲۲/۷ =p=۰/۰۰۱,F) و متغیرهای مستقل به طور تقریبی۳۳٪ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. در جدول شماره ۳ ضریب رگرسیون استاندارد شده برای هریک از متغیرها نشان داده شده است، اضطراب سلامتی بیشترین سهم (۰/۳۳۰ =Beta) را در تبیین واریانس افسردگی دارا می‌باشد، و چون این ضریب اختصاصی مثبت و معنادار است می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی مثبت افسردگی باشد(p≤۰/۰۵). در بین مولفه‌های متغیر ناکارآمدی اجتماعی که شامل مولفه کمال‌گرایی و مولفه-ی نیاز به تایید اجتماعی است، فقط مولفه‌ی کمال‌گرایی بطور معنادار و منفی پیش‌بینی کننده افسردگی است و مولفه‌ی نیاز به تایید اجتماعی چون وجه اختصاصی معناداری ندارد، نمی‌توانند پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مدل رگرسیون نشان داده شده است که مجموع متغیرها شامل افکار ناکارآمد و اضطراب سلامتی در مجموع ۳۳ درصد تغییرات متغیر افسردگی را پیش‌بینی می‌نمایند که همسو با پژوهش ولی تبار و حسین ثابت(۱۳۹۶) و پورنامداریان و همکاران(۱۳۹۱) میباشد[۷و ۹]. در این راستا میتوان گفت یکی از ارزیابی‌ها و نگرش‌ها که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی میکند نگرش‌های ناکارآمد هستند. این نگرشها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند و فرد را آماده می‌سازند تا موقعیتهای خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کند[۱۵]در این زمینه می‌توان اینگونه توضیح داد که نگرشهای ناکارآمد برای افراد میتواند شامل افکار منفی در ارتباط با اضطراب سلامت باشد و هردوی اینها با مولفه‌های افسردگی و افکار یک فرد افسرده در ارتباط میباشد.

در رابطه همبستگی بین افسردگی و سایر متغیرها نتایج پژوهش حاضر نشان میدهد که مولفه‌های نگرش ناکارآمد شامل نیاز به

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

تایید اجتماعی و کمال‌گرایی و همچنین اضطراب سلامت رابطه منفی معناداری با افسردگی دارند، بدین معنا که با افزایش آنها افسردگی کاهش و یا با کاهش هریک از آنها افسردگی افزایش می‌یابد که با نتایج پژوهش دهداری و همکاران(۱۳۹۲) ناهمسو میباشد.[۱۲]. در همین راستا باید بیان داشت که آشفتگی-های روانشناختی در نهایت، معلول عوامل درونی، زیستی، رشدی و محیطی بسیاری است که باهم در تعامل هستند و بنابراین، هیچگونه "تک علت" برای آسیب روانی وجود ندارد به طور مثال عوامل گوناگونی در بروز افسردگی دخیل هستند. نظیر زمینه ارثی، بیماری‌هایی که باعث نابهنجاری‌های پایدار عصبی–شیمیایی میشوند، ضربه های رشدی منجر به آسیب‌پذیریهای شناختی، عدم بسندگی تجارب شخصی که ناتوانی در کسب مهارتهای مقابله‌ای مناسب منجر میشوند و الگوهای شناختی مضر، مانند اهداف، مفروضه‌ها و با انتظارات غیرواقع‌بینانه، بیماری جسمی و استرس حاد و مزمن نیز از عوامل تسریع‌کننده هستند[۱۶]. افسردگی در جامعه پرستاران زمانی که شاغلین آن در زمان کارورزی و دانشجویی، یعنی دوره‌ای که مسائلی که آنها در فضای کاری خود با آن روبرو می‌شوند جدید و بدیع میباشد، پیشگیری از مشکلات آینده میتواند بسیار مهم باشد، چرا که طولانی تر شدن شناسایی مسائل و دغدغه‌های این قشر، میتواند به ضربات جبران ناپذیری به این عزیزان و کیفیت خدمات ارائه شده توسط آنها بینجامد. در این راستا پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب سلامت و نگرشهای ناکارآمد در خصوص این اضطراب و سایر مسائل در دانشجویان پرستار میتواند سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی داشته باشد. در ادامه پیشنهاد میشود با کنترل شرایط و محیط آزمودنیها شامل، سن، میزان تحصیل و سایر عوامل اثرگذار پژوهشهایی صورت گیرد تا تاثیر متغیرهای مهم در پیش بینی افسردگی به نحو مطمئن تر و با خطای کمتری مشخص شود.

تشکر و قدردانی

از تمام دانشجویان عزیزی که ما را در انجام هر چه بهتر این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

References

[1] Salimi Bajestani H, Hosseini Ghom T, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. Iranian Journal Of Nursing Research(2014). 9(1): 17-24. [farsi].

[2] Bamber M R, CBT for occupational stress in health professionals introducing a schema-focused approach. Tehran, University of Allameh Tabatabai(2014). 183-185-291.[farsi].

[3] Babaei Nadinluei K, Amiry S, Farzalizade V, Sattari M. Investigate the dimensions of health anxiety in nurses compared to normal people based on the role of maladaptive personality dimensions [Pid-5]. Nurse and Physician Within War. 6(20), 28-35.[farsi].

[4] Azizi M, Khamseh F, Rahimi A, Barati M. The relationship between self-esteem and depression in nursing students of a selected medical university in Tehran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing.(2013). 1(1), 28-34.[farsi].

[4] Ghangi H, Abnormal Psychology. Tehra, Savalan(2013). 350- 447-448.[farsi].

[5] Christensen, H; Pallister, E.; Smale, S; Hickie, I. & Calear, A. (2010). Community based prevention programs for anxiety and depression in youth: A systematic review. The Journal of primary prevention, 31(3), 139-170.

[6] Corey G, Counseling and Psychotherapy. Tehran, Arasbaran. Ninth Edition (2013). 425.[farsi].

[7] Valitabar Z, Hoseinsabet F. The role of negative automatic thoughts, negative attitudes and disturbing memories in depression. (2017), 7(26). 165-179.[farsi] .

[8] Tehrani M, Rasolzadeh K Azadfallah P. Comparison of dysfunctional attitudes in runaway girls. Social Welfare Quarterly,(2005). 5(19), 205-224.[farsi].

[9] Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. The Clarification of Contribution of Meta-Cognitive BelieFs in Explaining the Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Nurses. Knowledge & Research in Applied Psychology.(2012), 13(3), 86-94. .[farsi].

[10] Salarifar. M.R, Shojaei. M.S, Mosavi asl.S.M, Dolatkhah.M. Mental Health in the Light of Islamic Resources.Tehran, Agah, 243-248.[farsi].

[11] Shmsaei F, Yaghmaei S, Sadeghian E & Tapak L. Survey of Stress, Anxiety and Depression in Undergraduate Nursing Students of Hamadan University of Medical Sciences.(2018). 6(3), 25-30.[farsi].

[12] Dehdari T, Yarahmadi R, Taghdisi M, Daneshvar, R & Ahmadpoor J. The Relationship between Meaning in Life and Depression, Anxiety and Stress Status among College Students of Iran University of Medical Sciences In 2013. (2013), 1(3). 83-92. [farsi].

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[13] Soleymani M, The effect of interpersonal psychotherapy on short-term group in reducing the symptoms of student depression and the effect of this treatment on documentary style and dysfunctional attitudes., Master Thesis in Clinical Psychology, Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. [farsi].

[14] Salkovskis P M, Rimes K A, Warwick H M C, Clark D M.The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine, (2002), 843-853.

[15] Lotfi Kashani F . The effect of group counseling based on cognitive behavioral approach in reducing dysfunctional attitudes. Journal of Thought and Behavior. (2008), 2(8), 67-78.[farsi].

[16] Wedding. D, Corsini.R.J. current psychotherapies. Translated by F.Mohsenzadeh. (2018).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-13]