Journal of Occupational Hygiene Engineering Volume 7, Issue 4, Winter 2021, Pages: 35-43

Original Article

doi: 10.52547/johe.7.4.35

Relationship between Resilience and Hypochondriasis due to COVID-19: A Case Study in an Occupational Environment

Seyed Mahdi Mousavi[1], Saeid Yazdanirad[2], Marzieh Sadeghian[3], Milad Abbasi[4], Mahsa Jahadi Naeini[5,*]

[1] *MSc, Occupational Health Engineering, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran*
[2] *Assistant Professor , School of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran*
[3] *Assistant Professor, Occupational Health Engineering, Department of Occupational Health Engineering, Ahvaz Jundi shapur University of Medical Sciences, Iran*
[4] *PHD Student, Occupational Health Engineering, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran*
[5] *MSc Student, Occupational Health Engineering, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran*

**** Corresponding Author:*** *Mahsa Jahadi Naeini, Occupational Health Engineering, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Email: jahadimahsa972@gmail.com*

Received: 24/07/2020
Accepted: 09/01/2021

How to Cite this Article:
Mousavi SM, Yazdanirad S, Sadeghian M, Abbasi M, Naeini MJ. Relationship between Resilience and Hypochondriasis due to COVID-19: A Case Study in an Occupational Environment. *J Occup Hyg Eng*. 2021; 7(4): 35-43. DOI: 10.52547/johe.7.4.35

Abstract

Background and Objective: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) brings about serious mental problems, such as stress, anxiety, and hypochondriasis, apart from its negative physical effects. The present study aimed to assess the relationship between hypochondriasis and the resilience of employees in an occupational environment during the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 275 employees in one of the Industries in southern Iran in the late spring of 2020. Data collection instruments included demographic information form, a researcher-made questionnaire, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RSC), and Evans hypochondria standard questionnaire. The collected data were analyzed in SPSS software (version 22) using one-way ANOVA, Pearson correlation, and linear regression.

Results: As evidenced by the obtained results, the mean prevalence of hypochondriasis was 33.37±14.87, and the total mean of resilience score was obtained at 20.95±78.56. Hypochondriasis was significantly correlated with age, career length, use of personal protective equipment, the experience of coronavirus, and attention to preventive measures ($P<0.05$). Furthermore, the results pointed to the significant relationship of resilience with age, career length, attention to preventive measures, and the use of personal protective equipment($P<0.05$). A significant negative relationship was observed between hypochondriasis and resilience.

Conclusion: Given the psychological effects of COVID-19, such as stress and hypochondriasis, it is necessary to implement some measures to reduce hypochondriasis and increase resilience among employees. It is regarded as one of the strategies which help them to deal with hypochondriasis, especially in the difficult conditions of the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; Hypochondriasis; Resilience

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

Copyright © 2021 Journal of Occupational Hygiene Engineering. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

مقاله پژوهشی

doi: 10.52547/johe.7.4.35

بررسی ارتباط بین تاب‌آوری و خودبیمارانگاری ناشی از بیماری کووید-۱۹: مطالعه موردی در یک محیط شغلی

سید مهدی موسوی[۱]، سعید یزدانی راد[۲]، مرضیه صادقیان[۳]، میلاد عباسی[۴]، مهسا جهادی نائینی[۵،*]

[۱] کارشناس ارشد مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[۲] استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

[۳] استادیار، گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

[۴] دانشجوی دکتری مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[۵] دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* **نویسنده مسئول:** مهسا جهادی نائینی، گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
ایمیل: jahadimahsa972@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۰۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: بیماری کووید-۱۹ علاوه بر اثرات جسمانی، اثرات روانی نظیر استرس، اضطراب و اختلالاتی همچون خودبیمارانگاری را به همراه دارد. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین خودبیمارانگاری با تاب‌آوری در شرایط همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در یک محیط شغلی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در اواخر بهار سال ۱۳۹۹ در ارتباط با ۲۷۵ نفر از کارکنان یکی از صنایع جنوب ایران انجام شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات عبارت بودند از: پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه محقق‌ساخته، پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز (Evans) و پرسشنامه تاب‌آوری CD-RSC (Connor-Davidson Resilience Scale). اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و تحلیل واریانس یک‌طرفه، Pearson و رگرسیون خطی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که میانگین شیوع خودبیمارانگاری ۳۳/۳۷، انحراف معیار آن ۱۴/۸۷ و میانگین کل و انحراف معیار نمره تاب‌آوری ۲۰/۹۵±۷۸/۵۶ می‌باشد. در این مطالعه بین خودبیمارانگاری با متغیرهای سن، سابقه کار، استفاده از وسایل حفاظت فردی، تجربه کرونا و توجه به اقدامات پیشگیرانه، رابطه معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). بین تاب‌آوری و متغیر سن، سابقه کاری، توجه به اقدامات پیشگیرانه و استفاده از وسایل حفاظت فردی نیز رابطه معناداری مشاهده گردید (P<۰/۰۵). شایان ذکر است که رابطه منفی و قابل توجهی بین خودبیمارانگاری و تاب‌آوری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرات روانی بیماری کووید-۱۹ نظیر استرس و خودبیمارانگاری، انجام اقداماتی جهت کاهش اختلال خودبیمارانگاری و افزایش تاب‌آوری در بین کارکنان به عنوان یکی از راه‌کارهای مقابله با خودبیمارانگاری به ویژه در مواجهه با شرایط سخت همه‌گیری کرونا ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری؛ خودبیمارانگاری؛ کووید-۱۹

مقدمه

۲۷ مورد پنومونی ناشناخته در ۳۱ دسامبر سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین شناسایی شد. عامل ایجاد این پنومونی، کروناویروس سندرم تنفسی حاد ۲ (SARS-CoV-2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) نامیده شد. این بیماری توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO: World Health Organization)، "کووید-۱۹" نامگذاری گردید. علائم بالینی کووید-۱۹ شامل: سرفه خشک، تب، اسهال، استفراغ و درد عضلانی می‌باشد. مکانیسم انتشار آن با توجه به کروناویروس‌های مشابه از طریق مایع تنفسی از انسان به انسان صورت می‌گیرد [۱].

سازمان جهانی بهداشت به منظور مهار شیوع این بیماری، اقداماتی نظیر ایجاد محدودیت‌های سفر، جلوگیری از ایجاد تجمعات، رعایت فاصله اجتماعی و قرنطینه خانگی را پیشنهاد داده است. کشورهای مختلف جهان نیز اقدامات پیشگیرانه را در

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

سطوح مختلف اجرا کرده‌اند. اعمال این محدودیت‌ها باعث ایجاد پیامدهای روانی مانند اضطراب، استرس، افسردگی و ترس دربین مردم دنیا شده است [۱،۲]. از جمله مشکلات مرتبط با سلامت روانی، می‌توان از خودبیمارانگاری نام برد [۳].

خودبیمارانگاری یک نوع اختلالی روانی است که فرد با وجود برخورداری از سلامت بدنی معتقد می‌باشد که به یک بیماری جدی مبتلا شده است. فرد مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری با وجود عدم مشاهده مشکل و بیماری در معاینات بالینی و آزمایشگاهی، به تشخیص پزشک مشکوک بوده و به دنبال مراقبت‌های پزشکی بیش از حد و یا درخواست تغییرات مکرر در مراقبت‌های پزشکی می‌باشد و حتی ممکن است از ترس احتمال ابتلا به بیماری از مراقبت‌های پزشکی امتناع ورزد [۴،۵].

در مطالعات گذشته نشان داده است که علائم اختلال خودبیمارانگاری می‌تواند از هر سنی آغاز شود؛ اما این اختلال بیشتر در افراد ۳۰-۲۰ سال گزارش شده است. شیوع خودبیمارانگاری حدود ۵/۸ درصد از کل جامعه می‌باشد [۶،۷]. پریشانی، افسردگی، اضطراب و کاهش فعالیت‌های عمومی از پیامدهای خودبیمارانگاری هستند [۸].

نتایج مطالعات پیشین نشان‌دهنده آن هستند که افزایش میزان تاب‌آوری افراد می‌تواند راهی برای مقابله با شرایط استرس‌زا و بهبود اختلالات بیماری‌زا باشد [۹]. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد نسبت به توانایی‌های خود به منظور رویارویی با استرس و داشتن توانایی مقابله‌ای و ثبات عاطفی تعریف شده است و در حقیقت، پارامتری است که می‌تواند منجر به کاهش پیامدهای نامطلوب بسیاری از مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی شود [۱۰،۱۱]. به عبارت دیگر، تاب‌آوری به فرایند پویایی اشاره دارد که منجر به انطباق و سازگاری با شرایط نامساعد و اندوه‌بار می‌گردد [۹]. در این راستا، فیلی و همکاران اذعان نمودند که پرستاران قرن بیست و یکم به منظور مقابله با مشکلات حرفه‌ای و تأمین سلامت روانی خود باید به طور ماهرانه‌ای تاب‌آوری را در خود تقویت نمایند [۱۲]. تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نمی‌باشد؛ بلکه به معنای شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی شخص است. در واقع، می‌توان تاب‌آوری را توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط دشوار و استرس‌زا تعریف کرد [۱۳]؛ در نتیجه تاب‌آوری می‌تواند منجر به تعیین و ارتقای سطح سلامت روانی افراد شود [۱۴].

در این راستا، در پژوهش چیابورو و همکاران گزارش گردید که تاب‌آوری می‌تواند باعث افزایش رضایت و موفقیت شغلی شود [۱۵]. از مزایای تاب‌آوری می‌توان به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی اشاره نمود. کاهش میزان تاب‌آوری در مواجهه با مشکلات زندگی با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و یا افسردگی همراه می‌باشد [۱۶]. ابوالقاسمی و همکاران نیز در پژوهش خود رابطه مثبت و معناداری را بین تاب‌آوری و استرس مثبت درک شده با رضایت از زندگی گزارش کردند [۹]. همچنین Wood و همکاران در سال ۲۰۱۵ اعلام نمودند که ارتقای سطح تاب‌آوری و افزایش آستانه تحمل فرد در مقابله با شرایط استرس‌زا می‌تواند منجر به تعدیل درماندگی فرد در شرایط ناگوار گردد و باعث افزایش روحیه و سلامت روانی و جسمی وی شود [۱۷]. Shatté و همکاران نیز گزارش نموده‌اند که در محیط‌هایی با کار سخت، کارگران با سطح تاب‌آوری بیشتر، غیبت از کار کمتری داشته‌اند [۱۸].

در شرایط فعلی که شیوع بیماری کووید-۱۹ در کشورهای مختلف جهان با سرعت ادامه دارد، علاوه بر تلاش برای ساخت واکسن برای پیشگیری و دارو برای درمان این بیماری، توجه به پیامدهای روانی و اقتصادی این بیماری از اهمیت زیادی برخودار می‌باشد. طولانی شدن زمان قرنطینه خانگی و تعطیلی صنایع و کسب و کارهای مختلف به دلیل مبارزه با شیوع کرونا در کشورهای درگیر با این بیماری باعث شده است کشورها برای بهبود وضعیت اقتصادی خود از میزان سخت‌گیری‌های اولیه قوانین مبارزه با شیوع کرونا بکاهند، شروع به بازگشایی صنایع و آغاز کسب و کار کنند و کارکنان را به محل کار خود برگردانند. با توجه به اهمیت حفظ سلامت جسمانی و روانی کارکنان به عنوان سرمایه‌های اصلی سازمان‌ها به ویژه در روزهای سخت مقابله با بیماری همه‌گیر کرونا و عوارض نامطلوب آن، تعیین ارتباط بین اختلال خودبیمارانگاری به عنوان یکی از عوارض روانی بیماری کرونا و همچنین تاب‌آوری به عنوان راهکار احتمالی مقابله‌ای با اختلال مذکور و بررسی عوامل تأثیرگذار بر این دو پارامتر می‌تواند در شناخت بهتر راه‌کارهای مقابله با پیامدهای روانی این بیماری مفید باشد. با توجه به مطالب بیان شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خودبیمارانگاری با تاب‌آوری در شرایط همه‌گیری کرونا در یک محیط شغلی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر در انتهای فصل بهار سال ۱۳۹۹ در ارتباط با یکی از صنایع جنوب ایران انجام شد. افراد شرکت‌کننده با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و براساس معیارهای ورود انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سابقه کار بیش از یک سال، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن نظیر سرطان، دیابت، ایدز، مشکلات قلبی- عروقی و MS (Multiple sclerosis)، عدم ابتلا به بیماری کرونای فعال، عدم ابتلا به اختلالات روانی، عدم مصرف داروهای روانی و عدم اعتیاد. عدم تمایل فرد برای شرکت در مطالعه، عدم همکاری وی برای تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی و نامناسب نیز به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

ابتدا پرونده‌های پزشکی ۵۰۰ نفر از افراد در دسترس مورد مطالعه قرار گرفت و افرادی که فاقد معیارهای ورود به مطالعه

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

بودند، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۳۳۰ نفر در مطالعه باقی ماندند. میزان پاسخ به پرسشنامه‌ها ۸۰ درصد بود و در مجموع ۲۷۵ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل و ارسال نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با افراد انتخاب شده تماس تلفنی گرفته شد، مراحل و اهداف مطالعه برای آن‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. در ادامه، پرسشنامه‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی و به صورت مجازی همراه با راهنمای تکمیل آن‌ها و همچنین اهداف مطالعه برای افراد ارسال گردید. شایان ذکر است که یک شماره تماس برای تماس افراد شرکت‌کننده با تیم پژوهش به عنوان راه ارتباطی برای راهنمایی در مورد مشکلات احتمالی هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها ذکر شده بود. به افراد دو هفته فرصت داده شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند و آن را از طریق فضای مجازی برای تیم پژوهش ارسال نمایند. پس از اتمام فرصت دو هفته‌ای، با افرادی که پرسشنامه‌ها را تکمیل نکرده بودند، تماس گرفته شد و افرادی که تمایلی به ادامه همکاری نداشتند، از فرایند مطالعه خارج شدند. در نهایت، ۲۷۵ نفر به طور کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

در مطالعه حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از چندین پرسشنامه شامل: پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه محقق‌ساخته، پرسشنامه تاب‌آوری و پرسشنامه استاندارد خودبیمارانگاری استفاده گردید که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد.

پرسشنامه دموگرافیک

این پرسشنامه شامل اطلاعات کلی نظیر سن، سابقه کار، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت نوبت کاری و سابقه ابتلای خود یا اطرافیان به کرونا بود.

پرسشنامه محقق‌ساخته

این پرسشنامه شامل سؤالات کلی در مورد حفاظت در برابر کرونا می‌باشد که عبارت هستند از: "میزان استفاده شما از لوازم حفاظت فردی در هنگام انجام کار چقدر است؟" (پاسخ (نمره): کم (۳)، متوسط (۲) و زیاد (۱))، "آیا شما یا خانواده‌تان بیماری کرونا را تجربه کرده‌اید؟" (پاسخ (نمره): بله (۱) و خیر (۲))، "میزان آگاهی شما در مورد بیماری کرونا چقدر است؟" (پاسخ (نمره): بسیار کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳) و زیاد (۴))، "شما تا چه اندازه اقدامات پیشگیرانه از بیماری کرونا را رعایت می‌کنید؟" (پاسخ (نمره): کم (۱)، متوسط (۲) و زیاد (۳)). پاسخ‌ها به صورت گزینه‌های لیکرتی بودند. به منظور ارزیابی روایی محتوایی این پرسشنامه، مقادیر نسبت روایی محتوایی (CVR: Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوایی (CVI: Content Validity Index) به ترتیب براساس روش Lawshe و روش Waltz و Basel محاسبه گردیدند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی پرسشنامه محاسبه شد. مقادیر CVR، CVI و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ محاسبه گردیدند؛ بنابراین، روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت [۱۹].

پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RSC)

این پرسشنامه متشکل از ۲۵ عبارت می‌باشد که در سال ۲۰۰۳ توسط Davidson و Connr طراحی شده است. نمره‌گذاری در این پرسشنامه براساس طیف لیکرت (کاملاً نادرست= ۰، به ندرت درست= ۱، گاهی درست= ۲، غالباً درست= ۳، همیشه درست= ۴) صورت می‌گیرد؛ بنابراین حداقل نمره اکتسابی ۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است. به عبارت دیگر، نمره بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد بالاتر خواهد بود و برعکس. پایایی این پرسشنامه توسط کرنر و دیویسون معادل ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۳]. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه تاب‌آوری سامانی و همکاران در سال ۲۰۰۷ بررسی گردیده است [۲۰].

پرسشنامه استاندارد خودبیمارانگاری

پرسشنامه خودبیمارانگاری در سال ۱۹۸۰ توسط ایوانز به منظور آشنایی با تمایلات خودبیمارانگاری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و براساس طیف لیکرت با سؤالاتی چون "تصور می‌کنید در مقایسه با گروه سنی خود، تا چه اندازه در معرض بیماری‌های گوناگون قرار داشته باشید؟" به سنجش خودبیمارانگاری می‌پردازد. افراد بر مبنای نمره کسب شده در گروه‌های سالم (امتیاز ۲۰-۰)، مرزی (۳۰-۲۱)، خفیف (۴۰-۳۱)، متوسط (۶۰-۴۱) و شدید (بالای ۶۰) قرار می‌گیرند[۲۱]. پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه خانی و همکاران مورد سنجش قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای آن گزارش شده است [۲۲].

آنالیز داده‌ها

ابتدا اطلاعات برای تجزیه و تحلیل شدن وارد نرم‌افزار SPSS 22 گردیدند. از آزمون one way ANOVA برای بررسی اختلاف بین گروه‌های مختلف استفاده شد. همچنین با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون Pearson برای بررسی همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه استفاده گردید. آزمون رگرسیون خطی نیز به منظور پیش‌بینی اثر فاکتورهای فردی به کار گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن و انحراف معیار سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به ترتیب برابر با ۴۳/۲۶ و ۹/۴۴ بود. در جدول ۱ توزیع آماری سایر فاکتورهای فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

جدول ۱: توزیع آماری فاکتورهای فردی شرکت‌کنندگان

متغیرها		فراوانی	فراوانی نسبی
سن	کمتر از ۳۰	۳۱	۱۱/۳
	۳۰ تا ۴۰	۵۳	۱۹/۳
	۴۰ تا ۵۰	۱۰۰	۳۶/۴
	بیشتر از ۵۰	۹۱	۳۳/۱
سابقه کار	کمتر از ۱۰	۳۱	۱۱/۳
	۱۰ تا ۲۰	۵۳	۱۹/۳
	۲۰ تا ۳۰	۱۰۰	۳۶/۴
	بیشتر از ۳۰	۹۱	۳۳/۱
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۰۴	۳۷/۸
	دیپلم	۹۴	۳۴/۲
	لیسانس و بالاتر	۷۷	۲۸/۰
نوبت کاری	چرخشی	۱۵۴	۵۶/۰
	ثابت	۱۲۱	۴۴/۰
استفاده از تجهیزات حفاظت فردی	کم	۱۰۰	۳۶/۴
	متوسط	۱۱۸	۴۲/۹
	زیاد	۵۷	۲۰/۷
تجربه کرونا	بله	۹۰	۳۲/۷
	خیر	۱۸۵	۶۷/۳
آگاهی در مورد کرونا	بسیار کم	۷۵	۲۷/۳
	کم	۷۵	۲۷/۳
	متوسط	۵۸	۲۱/۱
	زیاد	۶۷	۲۴/۴
توجه به اقدامات پیشگیرانه	کم	۶۶	۲۴/۰
	متوسط	۱۴۲	۵۱/۶
	زیاد	۶۷	۲۴/۴

شده است. بر مبنای نتایج، اکثر افراد شرکت‌کننده دارای سن بیشتر از ۴۰ سال، سابقه کاری بیش از ۲۰ سال و سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. توزیع آماری متغیرهای تاب‌آوری و خودبیمارانگاری در جدول ۲ نشان داده شده است. بر مبنای نتایج می‌توان گفت که توزیع آماری متغیرهای مورد مطالعه نرمال می‌باشد. در این مطالعه میانگین کل نمره تاب‌آوری ۷۸/۵۶±۲۰/۹۵ محاسبه گردید. میانگین شیوع خودبیمارانگاری ۳۳/۳۷ و انحراف معیار آن ۱۴/۸۷ بود.

جدول ۲: توزیع آماری متغیرهای تاب‌آوری و خودبیمارانگاری

متغیرها	دامنه	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	۱۰۰–۲۵	۷۸/۵۶	۲۰/۹۵
خودبیمارانگاری	۶۵–۱۰	۳۳/۷۵	۱۴/۸۷

نتایج آنالیز One way ANOVA نشان دادند که نمره تاب‌آوری در گروه‌های مختلف متغیرهای سن، سابقه کار، استفاده از لوازم حفاظت فردی و توجه به اقدامات پیشگیرانه، به شکل معناداری متفاوت بوده است؛ به طوری که افراد با سن بیشتر از ۳۰ سال، سابقه کاری بیشتر از ۲۰ سال، دارای سابقه پایین استفاده از لوازم حفاظت فردی و با سابقه پایین توجه به اقدامات پیشگیرانه، نمره تاب‌آوری کمتری داشتند. در مجموع، نمره این پارامتر در گروه‌های مختلف متغیرهای سطح تحصیلات، تجربه کرونا، نوبت کاری و آگاهی در مورد کرونا اختلاف معناداری نداشت. این نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج آنالیز One way ANOVA حاکی از آن بودند که نمره خودبیمارانگاری در گروه‌های مختلف متغیرهای سن، سابقه کاری، استفاده از لوازم حفاظت فردی، تجربه کرونا و توجه به

جدول ۳: سطح معناداری اختلاف میانگین تاب‌آوری در گروه‌های مختلف

متغیرها		انحراف معیار±میانگین	سطح معناداری
سن	کمتر از ۳۰	۸۵/۱۹±۲۹/۸۲	۰/۰۰۱
	۳۰ تا ۴۰	۸۰/۱۶±۱۷/۹۰	
	۴۰ تا ۵۰	۸۲/۱۷±۲۸/۸۰	
	بیشتر از ۵۰	۷۱/۲۴±۲۴/۶۰	
سابقه کار	کمتر از ۱۰	۸۲/۱۸±۲۲/۴۷	۰/۰۲۵
	۱۰ تا ۲۰	۷۸/۲۰±۶۰/۱۷	
	۲۰ تا ۳۰	۷۳/۲۳±۷۵/۷۶	
	بیشتر از ۳۰	۵۶/۴۴±۵۰/۵۵	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۸۰/۲۰±۶۷/۵۷	۰/۵۱۳
	دیپلم	۷۶/۲۲±۲۲/۳۵	
	لیسانس و بالاتر	۷۷/۱۹±۴۳/۶۷	
نوبت کاری	چرخشی	۷۸/۱۹±۶۶/۹۰	۰/۹۲۷
	ثابت	۷۸/۲۲±۴۳/۳۰	
استفاده از تجهیزات حفاظت فردی	کم	۷۹/۲۰±۴۴/۳۵	۰/۰۲۷
	متوسط	۷۹/۲۱±۰۴/۰۴	
	زیاد	۸۳/۱۸±۸۴/۰۲	
تجربه کرونا	بله	۷۹/۱۹±۰۲/۵۰	۰/۷۹۹
	خیر	۷۸/۲۱±۳۳/۶۷	
آگاهی در مورد کرونا	بسیار کم	۷۸/۱۷±۷۷/۷۶	۰/۴۹۴
	کم	۷۷/۲۵±۲۸/۳۱	
	متوسط	۸۲/۱۹±۰۵/۷۸	
	زیاد	۷۶/۱۹±۷۳/۹۱	
توجه به اقدامات پیشگیرانه	کم	۷۴/۲۱±۴۴/۴۴	۰/۰۴۹
	متوسط	۷۸/۲۱±۲۶/۶۸	
	زیاد	۷۸/۱۸±۲۵/۰۵	

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

جدول ۴: سطح معناداری اختلاف میانگین خودبیمارانگاری در گروه‌های مختلف

متغیرها		میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
سن	کمتر از ۳۰	۲۴/۲۶	۱۲/۸۶	۰/۰۰۱
	۳۰ تا ۴۰	۳۷/۱۷	۱۵/۰۶	
	۴۰ تا ۵۰	۳۱/۳۷	۱۴/۱۵	
	بیشتر از ۵۰	۳۷/۶۲	۱۴/۴۱	
سابقه کار	کمتر از ۱۰	۳۲/۱۲	۱۵/۳۴	۰/۰۰۸
	۱۰ تا ۲۰	۳۲/۱۷	۱۳/۹۲	
	۲۰ تا ۳۰	۳۷/۵۵	۱۴/۵۵	
	بیشتر از ۳۰	۵۶/۰۰	۲/۸۳	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳۱/۶۲	۱/۴۰	۰/۰۶۸
	دیپلم	۳۶/۴۴	۱/۵۷	
	لیسانس و بالاتر	۳۲/۲۰	۲/۳۶	
نوبت کاری	چرخشی	۳۹/۱۹	۱۴/۵۷	۰/۴۸۴
	ثابت	۳۴/۴۶	۱۵/۲۸	
استفاده از تجهیزات حفاظت فردی	کم	۳۶/۹۴	۱۵/۲۶	۰/۰۰۶
	متوسط	۳۳/۱۵	۱۴/۳۰	
	زیاد	۳۱/۷۱	۱۴/۷۱	
تجربه کرونا	بله	۳۶/۸۶	۱۵/۳۱	۰/۰۱۶
	خیر	۳۲/۲۴	۱۴/۴۵	
آگاهی در مورد کرونا	بسیار کم	۳۶/۲۱	۱۶/۶۲	۰/۰۸۷
	کم	۳۴/۹۸	۱۵/۰۴	
	متوسط	۳۳/۱۰	۱۳/۱۲	
	زیاد	۳۰/۱۸	۱۳/۵۶	
توجه به اقدامات پیشگیرانه	کم	۳۷/۱۱	۱۶/۳۳	۰/۰۴۲
	متوسط	۳۳/۳۵	۱۴/۷۸	
	زیاد	۳۱/۳۱	۱۳/۰۸	

اقدامات پیشگیرانه به طور معناداری متفاوت است؛ به طوری که افراد با سن بیشتر از ۳۰ سال، سابقه کاری بیشتر از ۲۰ سال، دارای سابقه استفاده کم از لوازم حفاظت فردی، دارای تجربه کرونا و با سابقه پایین توجه به اقدامات پیشگیرانه، نمره خودبیمارانگاری بالاتری داشتند. نمره این پارامتر در گروه‌های مختلف متغیرهای سطح تحصیلات، نوبت کاری و آگاهی در مورد کرونا اختلاف معناداری نداشت (جدول ۴).

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۵ ارائه

جدول ۵: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	سن	-								
۲	سابقه کار	۰/۸۹۵**	-							
۳	سطح تحصیلات	۰/۰۲۲	-۰/۰۱۳	-						
۴	نوبت کاری	-۰/۰۴۲	۰/۰۱۱	-۰/۱۲۳*	-					
۵	استفاده از تجهیزات حفاظت فردی	۰/۱۴۲*	۰/۱۰۷	-۰/۰۴۲	۰/۱۴۱*	-				
۶	تجربه کرونا	۰/۰۵۷	۰/۰۲۹	۰/۰۲۴	۰/۰۲۵	-۰/۱۰۱	-			
۷	آگاهی در مورد کرونا	-۰/۰۵۸	-۰/۱۳۱*	۰/۱۵۱*	-۰/۰۰۳	۰/۰۶۰	-۰/۰۶۷			
۸	توجه به اقدامات پیشگیرانه	-۰/۱۲۶*	۰/۱۰۸	-۰/۰۱۴	۰/۰۳۸	۰/۰۷۹	۰/۱۰۴	-		
۹	خودبیمارانگاری	۰/۱۹۶*	۰/۲۳۲**	۰/۰۵۴	۰/۰۴۲	۰/۱۸۳**	۰/۱۴۶*	-۰/۱۳۶*	-۰/۱۳۶*	
۱۰	تاب‌آوری	-۰/۲۳۸**	-۰/۲۱۲**	-۰/۰۳۰	-۰/۰۰۶	-۰/۰۲۱	-۰/۰۱۵	-۰/۰۰۹	۰/۱۴۷*	-۰/۱۸۲*

*P<۰/۰۱, **P<۰/۰۵

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

گردیده است. به طور کلی، نتایج نشان دادند که تمام متغیرهای دموگرافیک به غیر از سطح تحصیلات و نوبت کاری، همبستگی معناداری با خودبیمارانگاری ناشی از کرونا داشتند. بیشترین همبستگی با این متغیر مربوط به متغیر سابقه کار بود. براساس نتایج، روابط معناداری بین تاب‌آوری با گروه‌های مختلف متغیرهای سن، سابقه کاری و توجه به اقدامات پیشگیرانه وجود داشت که در این بین، متغیر سن دارای بالاترین میزان همبستگی بود.

در این مطالعه برای پیش‌بینی متغیرهای خودبیمارانگاری و تاب‌آوری براساس مشخصات دموگرافیک از تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی استفاده گردید که روابط زیر از آن به دست آمد:

خودبیمارانگاری=۴۴/۱۰+۳/۵۱X1 ۳/۹۴-X2 ۲/۱۰-X3 ۲/۶۱- X4

تاب‌آوری= ۶۹/۷۳ + ۴/۴۱ X4

در این روابط X1 نمره استفاده از لوازم حفاظت فردی، X2 نمره تجربه کرونا، X3 نمره آگاهی از کرونا و X4 نمره توجه به اقدامات پیشگیرانه می‌باشد. این نمرات از طریق پرسشنامه محقق‌ساخته به دست آمدند؛ بنابراین، اگر نمرات مربوط به متغیرها داخل معادلات بالا قرار داده شوند، نمرات متغیرهای خودبیمارانگاری و تاب‌آوری می‌تواند محاسبه شود.

بحث

شیوع کروناویروس پیامدهای نامطلوب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی را در کشورهای مختلف جهان از جمله کشور ما به همراه داشته است [۲۳]. سرعت شیوع این بیماری به گونه‌ای می‌باشد که باعث ایجاد پیامدهای روانی مانند اختلال خودبیمارانگاری به عنوان یکی از پیامدهای روانی بیماری‌های اپیدمیک شده است [۲۴،۴]. این اختلال می‌تواند منجر به پریشانی و اندوه زیاد، افسردگی، اضطراب و کاهش فعالیت‌های عمومی گردد [۸]. با توجه به اهمیت حفظ سلامت جسمانی و روانی نیروهای انسانی به عنوان سرمایه‌های اصلی صنایع و سازمان‌های مختلف، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین خودبیمارانگاری با تاب‌آوری به عنوان یکی از راه‌کارهای پیشگیری و کاهش اختلال خودبیمارانگاری در یک محیط شغلی انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که بین گروه‌های مختلف از نظر متغیرهای سن و سابقه کاری افراد با خودبیمارانگاری، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. براساس آمار منتشر شده از سوی سازمان‌های مرتبط، میزان خطر بروز عوارض نامطلوب بیماری کرونا با افزایش سن، افزایش می‌یابد؛ به طوری که میزان مرگ و میر افراد زیر ۳۹ سال، حدود ۲ درصد گزارش شده است و با افزایش سن این درصد بیشتر می‌شود [۲۵،۲۶]؛ بنابراین به نظر می‌رسد افزایش سن موجب افزایش میزان ترس از بیماری کرونا شده و این عامل موجب بروز اختلال خودبیمارانگاری در افراد گردیده است. در تضاد با این یافته، در پژوهشی که در سال ۲۰۱۲ توسط Fallon و همکاران در ارتباط با بیماران مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری انجام شد، رابطه معناداری بین خودبیمارانگاری و سن مشاهده نگردید [۲۷]. شاید علت این تناقض، تفاوت در تعداد شرکت‌کنندگان، جامعه آماری متفاوت در مطالعه Fallon و عدم وجود بیماری کووید-۱۹ در زمان انجام مطالعه مذکور باشد [۲۷].

یافته‌های دیگر این مطالعه نشان دادند که امتیاز مربوط به خودبیمارانگاری در گروه‌های مختلف متغیرهای سطح تحصیلات، نوبت کاری و آگاهی در مورد کرونا، اختلاف معناداری ندارد؛ از این رو می‌توان گفت که سطح تحصیلات در شرایط همه‌گیری بیماری کروناویروس نتوانسته است تأثیری بر سلامت روان افراد داشته باشد؛ بنابراین نمی‌تواند به عنوان عاملی مؤثر در بهبود شرایط روانی در زمان فعلی در نظر گرفته شود. همسو با مطالعه حاضر، در پژوهشی که در سال ۲۰۰۷ توسط Jonathan و همکاران در ارتباط با ۲۷ بیمار مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری انجام شد، ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات و خودبیمارانگاری مشاهده نگردید [۲۸]. بر مبنای نتایج، بین نمره خودبیمارانگاری در گروه‌های مختلف متغیرهای توجه به اقدامات پیشگیرانه، تجربه کرونا و استفاده از لوازم حفاظت فردی، ارتباط معناداری مشاهده گردید. به عبارت دیگر، نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان دادند افرادی که به کرونا مبتلا شده‌اند، نسبت به اقدامات پیشگیرانه و استفاده از وسایل حفاظت فردی توجه کمتری نشان داده و دارای نمره خودبیمارانگاری بالاتری بوده‌اند؛ بنابراین به نظر می‌رسد با توجه به توصیه‌های پیشگیرانه ارگان‌های مختلف از جمله سازمان جهانی بهداشت و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری آمریکا (CDC: Centers for Disease Control) نظیر خودداری از مسافرت به مناطق پرخطر، تماس با افرادی که علامت‌دار هستند و رعایت اقدامات بهداشتی نظیر شستشوی مکرر دست‌ها و استفاده از وسایل حفاظت فردی مانند ماسک صورت، علاوه بر اینکه می‌توان از ابتلای افراد به بیماری کووید-۱۹ جلوگیری به عمل آورد، می‌توان باعث کاهش میزان اختلال خودبیمارانگاری شد [۱].

در مطالعه حاضر در متغیرهای سن و تاب‌آوری بین گروه‌های مختلف، رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید. در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که با افزایش سن و سابقه کاری، به دلیل احتمال افزایش افسردگی، ترس از بیماری و مرگ، میزان تاب‌آوری افراد کاهش می‌یابد. مغایر با مطالعه فعلی، در پژوهشی که توسط Wells در سال ۲۰۱۲ در ارتباط با ۲۷۷ نفر با سن ۶۵ سال و بیشتر انجام شد، نتایج به دست آمده حاکی از آن بودند که با افزایش سن، تاب‌آوری افراد بیشتر می‌شود. اختلاف در نتایج پژوهش مذکور و مطالعه حاضر احتمالاً ناشی از تفاوت در جامعه آماری و سن افراد می‌باشد [۲۹].

در مطالعه حاضر بین سطح تاب‌آوری با گروه‌های مختلف متغیرهای سطح تحصیلات، تجربه کرونا، نوبت کاری و آگاهی در

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

مورد کرونا اختلاف معناداری مشاهده نگردید. مغایر با مطالعه حاضر، در پژوهش Ang و همکاران که در سال ۲۰۱۸ با هدف بررسی میزان تاب‌آوری پرستاران سنگاپور و تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و میزان تاب‌آوری انجام شد، رابطه مثبت و معناداری بین سطح تحصیلات پرستاران با تاب‌آوری مشاهده گردید [۲۹]. اختلاف در نتایج مطالعه مذکور و پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از ناهمسان بودن جامعه آماری و عدم وجود بیماری کووید-۱۹ در زمان انجام مطالعه Ang باشد. در پژوهش مذکور همسو با مطالعه حاضر، ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات افراد با تاب‌آوری مشاهده نگردید [۳۰].

در مطالعه Hsieh و همکاران که در سال ۲۰۱۶ در ارتباط با پرستاران بخش اورژانس انجام شد، نتایج نشان دادند که میزان تاب‌آوری در بین افرادی که افسردگی نداشتند، بیشتر بوده است؛ در نتیجه مدیران بیمارستان‌ها باید محیط کاری ایمن‌تری را برای پرستاران ایجاد کنند و در صورت مواجهه با تنش، میزان تاب‌آوری افراد را تقویت نمایند [۳۱]. از سوی دیگر، نتایج حاکی از آن بودند که خودبیمارانگاری ناشی از کرونا، رابطه منفی و قابل توجهی با تاب‌آوری دارد. بنا بر مطالعه Greeven و همکاران که در مورد ۱۱۲ نفر از بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری انجام شد، CBT (Cognitive behavioral therapy) (رفتار درمانی-شناختی) و مصرف داروی پاروکستین به عنوان گزینه‌های درمانی کوتاه‌مدت و مؤثر برای افراد مبتلا به هیپوکندریازیس گزارش شدند [۳۲]. با توجه به شرایط کنونی جامعه، افزایش میزان اختلال خودبیمارانگاری می‌تواند ناشی از شیوع بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ باشد؛ بنابراین به نظر می‌رسد با پیاده‌سازی اقداماتی نه‌چندان پیچیده بتوان باعث پیشگیری و کاهش اختلال خودبیمارانگاری در بین کارکنان صنایع گردید. این اقدامات می‌تواند شامل توجه به عواملی نظیر رعایت اقدامات پیشگیرانه و استفاده از وسایل حفاظت فردی باشد. در مطالعه حاضر تمام افراد شرکت‌کننده مذکر بودند و میزان خودبیمارانگاری در بین زنان شاغل بررسی نشده است که می‌توان از آن به عنوان محدودیت این مطالعه یاد کرد. پیشنهاد می‌گردد به منظور درک بهتر از عوارض روانی بیماری کروناویروس و کنترل پیامدهای بهداشتی نامطلوب ناشی از آن، در مطالعات بعدی جمعیت زنان شاغل در نظر گرفته شود و با افزایش میزان نمونه در صنایع مختلف، این مطالعه تکرار شود تا بتوان در صنایع مختلف، دلایل کاهش یا افزایش میزان خودبیمارانگاری و همچنین راه‌کارهای افزایش میزان تاب‌آوری بر حسب نوع صنعت برای کارکنان را تعیین نمود.

نتیجه‌گیری

خودبیمارانگاری یکی از پیامدهای روانی نامطلوب بیماری کووید-۱۹ است که می‌تواند باعث افزایش میزان استرس، کاهش بهره‌وری و تأثیرگذاری بر روابط اجتماعی افراد شود. نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که بین خودبیمارانگاری و تاب‌آوری، همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه شروع به کار صنایع به منظور رفع نیازهای جامعه و جلوگیری از رکود اقتصادی امری ضروری محسوب می‌شود؛ از این رو افزایش میزان تاب‌آوری کارکنان به منظور جلوگیری از ابتلای خودبیمارانگاری در مواجهه با این شرایط سخت می‌تواند کمک‌کننده باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان صنعت مورد نظر که در اجرای این مطالعه با توجه به شرایط خاص ایجاد شده به دلیل بیماری کرونا، نهایت همکاری و تعامل را با پژوهشگران داشتند، کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌نمایند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان حاضر در این مطالعه وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله با کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1399.634 مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می باشد.

سهم نویسندگان

در مطالعه حاضر سیدمهدی موسوی و سعید یزدانی راد در مرحله طراحی پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها، مرضیه صادقیان و میلاد عباسی در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها و مهسا جهادی نائینی در مرحله نگارش و اصلاحات مقاله نقش داشته‌اند.

حمایت مالی

مطالعه حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

REFERENCES

1. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;**76**:71-6. PMID: 32112977 DOI: 10.1016/j.ijsu.2020.02.034
2. Devi S. Psychological resilience and coping strategies during Covid-19 pandemic lockdown. *J Xi'an Univ Architect Technol*. 2020;**12**(4):2925-33.
3. Noyes R, Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Suelzer MT, Holt CS. The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;**50**(12):961-70. PMID: 8250682 DOI: 10.1001/archpsyc.1993.01820240045006
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. New York: American Psychiatric Pub; 2013.
5. Higgins-Chen AT, Abdallah SB, Dwyer JB, Kaye AP, Angarita GA, Bloch MH. Severe illness anxiety treated by integrating inpatient psychotherapy with medical care and minimizing reassurance. *Front Psychiatry*. 2019;**10**:150. PMID: 30967801 DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00150
6. Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. *Am J*

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]

Psychiatry. 1991;**148**(7):923-8. DOI: 10.1176/ajp.148.7.923
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
8. Pasah G. The prevalence of hypochondriasis and its relation to anxiety, depression and other personal characteristics of students. *Knowl Res Appl Psychol*. 2005;**25**(3):1-20.
9. Abolghasemi A, Varaniyab ST. Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. *Proc Soc Behav Sci*. 2010;**5**:748-52. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.178
10. Pinquart M. Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*. 2009;**30**(1):53-60. DOI: 10.1016/j.appdev.2008.10.005
11. Joseph S, Williams R, Irwing P, Cammock T. The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Person Individ Differ*. 1994; **16**(6):869-75.
12. Warelow P, Edward Kl. Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; **16**(2):132-5. PMID: 17348964 DOI: 10.1111/j.1447-0349.2007.00456.x
13. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;**18**(2):76-82. PMID: 12964174 DOI: 10.1002/da.10113
14. Pinquart M. Moderating effect of dispositional Resilience on association between hassles and Psychological distress. *J Appl Dev Psychol*. 2008;**23**:1-8.
15. Chiaburu DS, Baker VL, Pitariu AH. Beyond being proactive: what (else) matters for career self-management behaviors? *Career Dev Int*. 2006;**11**(7):619-32. DOI: 10.1108/13620430610713481
16. Lazarus A. Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. The Emory Center for Myth and Ritual in American Life. Available at: URL: www marila emory edu/faculty/Lazarus htm; 2004.
17. Wood SK, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiol Stress*. 2015;**1**:164-73. PMID: 25580450 DOI: 10.1016/j.ynstr.2014.11.002
18. Shatté A, Perlman A, Smith B, Lynch WD. The positive effect of resilience on stress and business outcomes in difficult work environments. *J Occup Environ Med*. 2017;**59**(2):135-40. PMID: 28002352 DOI: 10.1097/JOM.0000000000000914
19. Mousavi SM, Karimi A, Zakerian SA, Makvandi G, Mehravar M. Development and validation of work permit system performance assessment questionnaire, a case study in an Iranian oil refinery. *Arch Hyg Sci*. 2019;**8**(3):154-62.
20. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2007;**13**(3):290-5.
21. Evans C. Understanding yourself. Spain: Signet; 1980.
22. Khani H, Ghodsi H, Nezhadnik H, Teymouri S, Ghodsi A. Depression and its relationship with hypochondriasis in nurses in Neyshabur, Iran. *Mil Caring Sci*. 2016;**3**(1):34-40.
23. Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbuto V, Veronese N, et al. Coronavirus diseases (COVID-19) current status and future perspectives: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;**17**(8):2690. PMID: 32295188 DOI: 10.3390/ijerph17082690
24. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China. *Med Sci Monit*. 2020;**26**:e924609. PMID: 32335579 DOI: 10.12659/MSM.924609
25. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;**323**(13):1239-42. PMID: 32091533 DOI: 10.1001/jama.2020.2648
26. Xu K, Lai X, Liu Z. Suggestions for prevention of 2019 novel coronavirus infection in otolaryngology head and neck surgery medical staff. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2020;**55**:E001. PMID: 32023680 DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2020.0001
27. Fallon BA, Harper KM, Landa A, Pavlicova M, Schneier FR, Carson A, et al. Personality disorders in hypochondriasis: prevalence and comparison with two anxiety disorders. *Psychosomatics*. 2012;**53**(6):566-74. PMID: 22658329 DOI: 10.1016/j.psym.2012.02.002
28. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behav Res Ther*. 2007;**45**(3):413-24. PMID: 16769034 DOI: 10.1016/j.brat.2006.04.005
29. Ang S, Uthaman T, Ayre T, Mordiffi S, Ang E, Lopez V. Association between demographics and resilience–a cross-sectional study among nurses in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2018;**65**(3):459-66. PMID: 29517143 DOI: 10.1111/inr.12441
30. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online J Rural Nurs Health Care*. 2012;**10**(2):45-54. DOI: 10.14574/ojrnhc.v10i2.55
31. Hsieh HF, Chen YM, Wang HH, Chang SC, Ma SC. Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2016;**25**(17-18):2639-47. PMID: 27334990 DOI: 10.1111/jocn.13309
32. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;**164**(1):91-9. PMID: 17202549 DOI: 10.1176/ajp.2007.164.1.91

[Downloaded from johe.umsha.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.52547/johe.7.4.35]