خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

علی طلایی*[1]، محمدرضا فیاضی بردبار[1]، افشین نصیرایی[1]، علی‌اکبر ثمری[2]، مهزاد میرشجاعیان[1]، امیر رضایی اردانی[1]

1) گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
2) دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر

تاریخ دریافت: 87/2/1 تاریخ پذیرش:87/12/20

چکیده

مقدمه: خود بیمار انگاری نوعی اختلال روانی است که با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن شناخته می‌شود. با توجه به محدودیت قابل توجه پژوهش بر روی آن در ایران، مطالعه‌ی حاضر به بررسی شیوع علایم اختلال مذکور در دانشجویان رشته‌های مرتبط با پزشکی و ارتباط این علایم با سن، جنس، رشته‌ی تحصیلی و مقطع تحصیلی آنان پرداخته است.

مواد و روش ها: مطالعه‌ی حاضر بر روی 500 دانشجوی ساکن خوابگاه در دانشگاه علوم پزشکی مشهد که با روش نمونه‌برداری تصادفی ساده انتخاب شدند و بیماری شناخته‌شده‌ی روانی و یا مشکلات طبی و فیزیکی بارز و معلولیت نداشتند انجام شد. دانشجویان علاوه بر سئوالات دموگرافیک به پرسش‌نامه‌ی خودبیمارانگاری 36 سئوالی ایوانز پاسخ دادند و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی از جمله درصد فراوانی، تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه تحلیل گردیدند.

یافته‌های پژوهش: در این پژوهش شیوع علائم خودبیمارانگاری در حد مرزی 36/8 درصد و شیوع اختلال آن در دانشجویان مورد مطالعه 16درصد بود. از بین70 دانشجوی مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری 57 مورد شدت کم و 13 مورد شدت متوسط داشتند. اختلال به صورت معنی‌داری در دختران شایع‌تر بود(P=0/000)، وضعیت تأهل رابطه‌ی معنی‌داری با آن نداشت(P=0/318)، اگرچه تمام دانشجویان مبتلا با شدت متوسط، مجرد بودند. هم‌چنین نتایج تحلیل واریانس بیانگر تفاوت رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مختلف در متغیر خودبیمارانگاری بود.

بحث و نتیجه‌گیری: شیوع نسبتا بالای اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان ایرانی نسبت به مطالعات جهانی مشاهده شد. برخلاف اطلاعات موجود، خودبیمارانگاری در این مطالعه در زنان شایع‌تر بود. فراوانی تمایلات خودبیمارانگارانه در مقطع کاردانی به طور مشخص بیشتر از سایر مقاطع بود که می‌تواند به آشنایی ناکامل با دانش پزشکی مربوط باشد. با وجود شیوع بالای علائم خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های پزشکی نگرانی از ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری در آن‌ها محدود می‌باشد.

واژه های کلیدی: خودبیمارانگاری، دانشجو، رشته تحصیلی

* **نویسنده مسئول:** گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Email: talaeia@mums.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

خودبیمارانگاری(Hypochondriasis) یک اختلال روانی است که تشخیص آن معمولاً مشکل بوده و با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن شناخته می‌شود. این باور اشتباه باید حداقل 6 ماه علی‌رغم فقدان یافته‌های آسیب‌شناسی در معاینات طبی و عصبی دوام داشته باشد، در حالی که در بررسی‌های متعدد هیچ مشکل بارزی حداقل در حد نگرانی موجود تشخیص داده نشده باشد(1). این اختلال نسبتاً شایع بوده و شیوع آن در ویرایش چهارم سیستم طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی(DSM-IV) حدود 5/8درصد گزارش شده است(1)، هرچند در برخی مطالعات مانند مطالعه‌ی لوپرLoope در کانادا، 0/2درصد بیان شده است(2). اگر چه در بعضی مطالعات شکایات جسمی در زنان بیشتر بوده است، مردان و زنان به طور نسبتا یکسان مبتلا می‌شوند(3). نشانه‌های بیماری از هر سنی ممکن است شروع شوند ولی این اختلال اغلب در افراد 20 تا 30 ساله دیده می‌شود(4).

چهار نظریه برای سبب شناسی اختلال خود بیمار انگاری مطرح شده است. طبق نظریه‌ی اول افراد ممکن است روی احساس‌های بدنی تمرکز کنند و آن ها را سوء تعبیر کنند و به دلیل طرحواره شناختی غلط آن‌ها را یک هشدار تلقی کنند(5). در نظریه‌ی دوم براساس مدل یادگیری اجتماعی **(**Social learning model**)** با تاکید بر دو فرآیند مشاهده و تقلید، وجود خویشاوند مبتلا در خانواده، می‌تواند به عنوان عامل خطر برای اختلال خود بیمار انگاری تلقی شود(6). نظریه‌ی سوم ناظر بر این است که این اختلال شکل دیگری از سایر اختلالات روانی است و بیش از همه با اختلالات افسردگی و اضطراب ارتباط دارد و در بالین بیمار جداسازی این اختلالات از یکدیگر امری دشوار است(7) و در بسیاری از موارد اختلال خود بیمار انگاری نادیده گرفته می‌شود(8). چهارمین رویکرد در مورد اختلال خود بیمار انگاری، رویکرد روان پویشی **(**Psychodynamic**)** است که بر طبق آن امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران(از طریق واپس‌زنی و جابجایی) به شکایات جسمی تبدیل می‌شوند(9). هم‌چنین بر پایه‌ی دیدگاه‌های فروید(Freud)، پذیرش نقش بیمار در واقع راه گریزی برای بیمار است که به او امکان می‌دهد از تعهدات مزاحم اجتناب کند و چالش‌های نامطلوب را به تعویق بیاندازد(10،11).

برخی از مؤلفین این اختلال را جزئی از طیف اختلالات وسواسی-جبری می‌دانند(12،13). یک مطالعه در سال 2004 نشان داد وجود بیماری‌های هم‌زمان با اختلال خود بیمار انگاری شایع بوده و باید تحت درمان قرار گیرند. بیشترین هم‌پوشانی بین اختلال خودبیمارانگاری با افسردگی و اضطراب وجود دارد اما افسردگی تنها بخش کوچکی از این اختلال می‌باشد و ارتباط دادن تمام علایم اختلال خودبیمارانگاری به یک اختلال محور یک اشتباه است(14). بیماران مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری غالباً به دنبال مراقبت‌های طبی و درمانی هستند و با از کار افتادگی اجتماعی و شغلی روبرو می‌شوند(15).

در مقالات مختلف شیوع شغلی این سندرم نیز گزارش شده است و در افراد با اطلاعات پزشکی مثلاً دانشجویان پزشکی نیز شیوع آن مورد بحث قرار گرفته است؛ شکایت‌های مربوط به اختلال خودبیمارانگاری در میان حدود 3 درصد دانشجویان پزشکی گزارش شده است که معمولاً در دو سال ابتدای تحصیل آن‌ها پدیدار می‌شود، ولی این شکایت‌ها عموماً گذرا هستند(16)، هر چند یک بررسی در سال 2004 با مطالعه بر روی دانشجویان پزشکی در چهار سال اول تحصیل چنین چیزی را نشان نداده است(17). انواع ثانویه‌ی بیماری در پی اختلال پانیک، اختلالات افسردگی اساسی، اختلال اضطرابی منتشر، اختلال وسواسی-جبری شایع بوده و باید مدنظر قرار گیرد(18-20). سایر اختلالات شبه‌جسمی نیز در تشخیص افتراقی با اختلال خود بیمار انگاری قرار می‌گیرند. اگر اعتقاد نادرست به داشتن بیماری در حد یک هذیان باشد در این صورت تشخیص اختلال هذیانی مناسب‌تر است(1).

سیر اختلال خودبیمارانگاری معمولاً به صورت دوره‌ای است. دوره‌های بیماری از ماه‌ها تا سال‌ها طول می‌کشند و در فواصل آن‌ها، دوره‌های آرامش دیده می‌شوند. ممکن است ارتباط آشکاری بین تشدید

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

نشانه‌های اختلال خودبیمارانگاری و عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی وجود داشته باشد. بارسکیBarsky نشان داد که حدود 81/6 درصد از بیماران مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری پس از چهار سال در وضعیت بهبودی قرار داشتند(21). اکثر کودکان دچار اختلال خودبیمارانگاری تا اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی بهبود می‌یابند. علایم شدید، مدت طولانی علایم و وجود یک اختلال همراه، مبین پیش‌آگهی بدتر هستند(22). ساده‌ترین برخورد درمانی، تشخیص و درمان بیماری‌های همراه مثل اختلالات وسواسی-جبری، اختلال پانیک و افسردگی است که به بهبود اختلال خودبیمارانگاری تا حدود زیادی کمک می‌کند. معاینات جسمی مکرر، منظم و برنامه‌ریزی شده به بیمار این اطمینان را می‌دهد که پزشک او را رها نکرده است و شکایت وی را جدی گرفته است. دارو درمانی وقتی علایم اختلال خود بیمار انگاری را تخفیف می‌دهد که بیمار یک اختلال زمینه‌ای حساس به دارو مانند اختلال اضطرابی یا افسردگی عمده داشته باشد(1). مطالعه‌ی فالونFallon و همکاران نشان داده است که درمان با داروهای مهارکننده‌ی اختصاصی باز جذب سروتونین از جمله فلوکستین در بیمارانی که حتی معیارهای اختلالات دیگر را نداشتند با موفقیت همراه بوده است(23). در یک مطالعه در سال 2002 استفاده از نفازودون در اختلال خودبیمارانگاری نتایج امیدوارکننده‌ای داشته است(24). شناخت درمانی در این بیماران تا حدودی موثر است(25).

مطالعه‌ی حاضر به بررسی دانشجویان علوم پزشکی ساکن در خوابگاه پرداخته است و شیوع علایم اختلال خودبیمارانگاری را در آن‌ها بررسی نموده است. اهداف جانبی در این مطالعه بررسی ارتباط علایم اختلال خودبیمارانگاری با سن و جنس، رشته‌ی تحصیلی و مقطع تحصیلی بوده است تا در نهایت دیدگاه بهتری از این اختلال به دست آید و با تشخیص به موقع آن اداره‌ی مناسب این مشکل فراهم شود و از پیامدهای جانبی این اختلال شامل افزایش هزینه‌های درمانی جامعه، افزایش از کارافتادگی فردی و غیره کاسته شود.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش مقطعی و توصیفی می‌باشد که بر روی 500 نفر از دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. نمونه‌برداری به صورت تصادفی ساده و با در نظر گرفتن افراد در دسترس و مایل به همکاری در طول مدت مطالعه و در محدوده‌ی مکانی ذکر شده صورت پذیرفت. پرسش‌نامه‌ی خودبیمارانگاری ایوانز(1980) حاوی 36 سئوال است و افراد بر مبنای نمره‌ی کسب شده در گروه‌های سالم(20-0)، مرزی(30-21)، خفیف(40-31)، متوسط(60-41) و شدید(بالای 60) قرار می‌گیرند(26). ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ 0/89 محاسبه شده است. به علاوه همبستگی بالای پرسش‌نامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه‌ی شخصیت چند وجهی مینسوتا (MMPI) و چک لیست علامتی 90 سئوالی(SCL-۹۰) بیانگر اعتبار مناسب آن می‌باشد.

دانشجویان علوم پزشکی که مایل به شرکت در طرح بودند و پرسش‌نامه را کامل نمودند وارد مطالعه شدند ولی در صورت وجود یک بیماری شناخته شده روانی در سابقه طبی فرد یا وجود مشکلات طبی و فیزیکی بارز و معلولیت از مطالعه کنار گذاشته می‌شدند. پرسش‌نامه‌ها بدون نام بوده و اهداف طرح برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کنندگان داده شد.

پس از کد گذاری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم افزار آماری SPSS ۱۴ شده و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند درصد فراوانی، مشخصات دموگرافیک و متغیرهای تحقیق بررسی شدند و سپس ارتباط خودبیمارانگاری با سن و جنس و سطح تحصیلات با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته های پژوهش

در جمع بندی یافته‌های دموگرافیک در 500

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

دانشجوی مورد مطالعه، میانگین سن دانشجویان 23 سال با انحراف معیار 2/6 سال بود. حداقل سن دانشجویان 19 سال و حداکثر 39 سال بود و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی 20 تا 25 سال بود که شامل 75 درصد از جمعیت مورد مطالعه می‌شد. 133 نفر(26/6درصد) مرد و 367 نفر(73/4درصد) زن بودند. 95 نفر(19درصد) از افراد متأهل و 405 نفر(81درصد) مجرد بودند. از نظر رشته‌ی تحصیلی نیز بیشترین میزان مربوط به دانشجویان پزشکی بود که شامل 224 نفر(44/8درصد) از جمعیت مورد مطالعه می‌شد(جدول1). در بررسی محل تولد بیشترین میزان مربوط به دانشجویان شهرستانی استان خراسان بود که شامل 226 نفر(45/2درصد) از جمعیت مورد مطالعه می‌شد. از نظر مقطع تحصیلی بیشترین فراوانی مربوط به دانشجویان پزشکی در مقطع انترنی بود(121 نفر معادل 24/2درصد) نتایج در جدول شماره 2 ذکر شده است.

با توجه به تفسیر آزمون، مشاهده شد که شیوع اختلال خود بیمار انگاری در دانشجویان علوم پزشکی ساکن خوابگاه در مشهد، 16درصد می‌باشد و 246 نفر(49/2درصد) با توجه به آزمون، طبیعی بودند و 184 نفر(36/8درصد) مرزی بودند. از 70 مورد دانشجویان مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری، 57 مورد اختلال خودبیمارانگاری خفیف و 13 مورد اختلال خودبیمارانگاری متوسط داشتند.

از 248 نفر که لرزش مرموز و تپش قلب را تجربه کرده بودند، 97 نفر(39/1درصد) به این خاطر به پزشک مراجعه کرده بودند ولی تنها در 2 نفر(2/1درصد) از این افراد مشکل قلبی خاص تشخیص داده شد، از 151 نفر(60/9درصد) که به پزشک مراجعه نداشتند، 76 نفر(50/3درصد) هم‌چنان نگران و مضطرب بودند. در 263 مورد که به خواندن مطالب پزشکی تخصصی علاقمند بودند، مشاهده شد که در 132 نفر(50/2درصد) نسبت به بیماری‌های توضیح داده شده نگرانی به وجود می‌آمد، در حالی که در 131 نفر(49/8درصد) نگرانی نسبت به بروز بیماری وجود نداشت. از مجموع 181 نفری که نگران ابتلای خود به بیماری‌های خطرناک مثل سرطان یا سل بودند، 16 نفر(8/8درصد) به پزشک مراجعه کرده بودند که در هر 16 مورد اطمینان از سلامت آن‌ها داده شده بود و 165 نفر(91/2درصد) مراجعه به پزشک نداشتند. از مجموع 181 بیمار که نگران ابتلا به بیماری‌های خطرناک بودند، در 54 نفر(29/8درصد) حتی در کسانی که به پزشک مراجعه کرده و سلامتشان تائید شده بود، نگرانی همچنان ادامه یافت. در جمعیت مورد مطالعه، 60 نفر(12درصد) سالی یکبار چکاپ می‌شدند، 75 نفر(15درصد) دو بار در سال،20 نفر(4درصد) سه یا چهار بار در سال و 10 نفر(2درصد) هر ماه و حتی بیشتر تحت معاینات کنترل قرار می‌گرفتند. 165 نفر(33درصد) از جمعیت مورد مطالعه اعتقاد داشتند که در هنگام ابتلا به سرماخوردگی و گلودرد بیشتر از سایر افراد دچار ناراحتی می‌شدند که از این عده 35 نفر(21/2درصد) به خاطر این تفکرات دچار اختلال عملکرد اجتماعی و کاری می‌شدند در حالی که 130 نفر(78/8درصد) دچار اشکال نبودند.

در مقایسه‌ی فراوانی دو جنس در دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود اختلال خودبیمارانگاری با توجه به آزمون تی، اختلال به صورت معنی‌داری در دختران شایع‌تر بود(P=0/000)، به طوری که تمامی سیزده مورد اختلال متوسط زن بودند و اختلال خفیف هم در زنان شایع‌تر بود(جدول 3).

وضعیت تأهل در دانشجویان با توجه به تعداد نمونه‌ها رابطه معنی‌داری با اختلال خودبیمارانگاری نداشت(P=0/318) اگرچه مشاهده شد که تمام دانشجویان مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری متوسط، مجرد بودند(جدول 3).

در مقایسه‌ی رشته‌ی تحصیلی دانشجویان مورد مطالعه، نتایج تحلیل واریانس حاکی از تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها بود. طبق نتایج مشاهده شد که شیوع اختلال خود بیمار انگاری در رشته‌های دندان پزشکی، داروسازی و علوم آزمایشگاهی به طور معنی‌داری از دانشجویان پزشکی بیشتر می‌باشد(جدول 4).

در مقایسه‌ی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری به تفکیک مقطع تحصیلی، اختلال در سطوح کارشناسی و کاردانی به طور بارزی بیشتر از دانشجویان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

پزشکی مقطع علوم پایه و فیزیوپاتولوژی و انترنی بود(جدول5).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه 500 نفر از دانشجویان علوم پزشکی ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه پزشکی مشهد از نظر وجود علائم خودبیمارانگاری مورد بررسی قرار گرفتند. طبق بررسی در گروه مورد مطالعه، سن نقش تعیین‌کننده‌ای در ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری نداشت که این مسئله ممکن است به دلیل محدود بودن طیف سنی جمعیت دانشجویان باشد.

در مجموع با تفسیر آزمون انجام شده، شیوع اختلال خود بیمار انگاری در دانشجویان 16درصد به دست آمد و 37 درصد از دانشجویان افکار خودبیمارانگارانه داشتند و 47درصد طبیعی بودند. در یک مطالعه‌ی مشابه که در سال 2001 در کانادا انجام شده بود، شیوع اختلال خود بیمار انگاری در جمعیت عمومی با بررسی روی 576 نفر حدود 1 تا 2 درصد تخمین زده شد(27). حداکثر شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دهه سوم زندگی است و میانگین سنی دانشجویان مورد مطالعه نیز در همین محدوده سنی می‌باشد که این مسئله ممکن است باعث شده باشدکه نتایج این مطالعه بالاتر از جمعیت عمومی به دست آمده باشد. شیوع اختلال خودبیمارانگاری واقعی در دانشجویان پزشکی حدود 1/5 درصد ذکر شده است(6). در مطالعه‌ی دیگری در سال 1993، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان پزشکی 4 تا 13 درصد گزارش شده بود(28). تفاوت شیوع اختلال خودبیمارانگاری در مطالعات مختلف ممکن است ناشی از استفاده از ابزارهای سنجش غیر یکسان برای این اختلال باشد. از سوی دیگر تغییر در معیارهای تشخیصی طی سال‌های اخیر می‌تواند دلیل شیوع کمتر بیماری نسبت به بررسی‌های قدیمی‌تر در دانشجویان پزشکی در غرب باشد. از طرف دیگر شیوع نسبتا بالای اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان ایرانی ممکن است با باورها و عادات جامعه در مورد بزرگ نمایی علائم جسمی ارتباط داشته باشد.

در جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق، 133 نفر مرد و 367 نفر زن بودند و نسبت زن به مرد در مطالعه‌ی ما 2/75 به 1 و اختلال خودبیمارانگاری در زنان نسبت به مردان شیوع بیشتری داشته و از شدت بیشتری نیز برخوردار بود. مطالعه فینک(Fink) در سال 2005 تفاوت بارزی از نظر ابتلا بین دو جنس پیدا نکرد(29).

هم‌چنین 81 درصد از دانشجویان مجرد بودند. در بررسی ارتباط اختلال خود بیمار انگاری با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد(P=0/318)، اگر چه شیوع کلی اختلال خودبیمارانگاری در افراد مجرد بیشتر بود و بیماران مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری متوسط همگی مجرد بودند. در سایر منابع، اختلال خودبیمارانگاری در افراد مجرد شایع‌تر بوده است(1). ممکن است مجرد بودن یک عامل مستعد کننده برای ابتلا به خودبیمارانگاری باشد ولی برای روشن شدن اهمیت واقعی این موضوع نیاز به بررسی‌های بیشتر می‌باشد.

در بررسی فراوانی رشته‌ی تحصیلی، بیشترین فراوانی مربوط به دانشجویان پزشکی بود که 44/8درصد از جمعیت مطالعه را تشکیل می‌داد. البته سایر دانشجویان مورد مطالعه نیز در رشته‌های وابسته به علوم پزشکی مشغول به تحصیل بودند و به طور غیر مستقیم با اطلاعات پزشکی در ارتباط بودند. در بررسی بروز ارتباط اختلال خودبیمارانگاری با توجه به رشته‌ی تحصیلی، تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود و شیوع اختلال خودبیمارانگاری در رشته‌های دندان پزشکی، علوم آزمایشگاهی و داروسازی نسبت به دانشجویان پزشکی بیشتر بود(هر سه گروه با P=0/000)، البته با توجه به تعداد کم موارد مطالعه، اظهار نظر قطعی در این مورد چندان منطقی به نظر نمی‌رسد.

در بررسی شیوع اختلال خودبیمارانگاری بر حسب مقطع تحصیلی نیز ارتباط معنی‌دار بوده و فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در سطح کاردانی که پایین‌ترین سطح تحصیلی دانشجویان مورد مطالعه در این تحقیق بود، به طور معنی‌داری بیشتر بود. مشاهده می‌شود که تمایلات خود بیمار انگاری در دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی خصوصاً در مواردی که آشنایی ناکامل با دانش پزشکی وجود دارد و فرد بدون

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

اطلاعات کامل از ماهیت بیماری‌ها، به طور غیر مستقیم در محیط کار و تحصیل در ارتباط با بیماران و محیط بیمارستان قرار دارد بیش از سایرین دیده می‌شود.

در بررسی دانشجویان پزشکی توسط سینگ(Singh) در سال 2004 ، تمایلات خودبیمارانگاری در بیش از نیمی از دانشجویان وجود داشت(17). دریک مطالعه در سال 2001 در نیوزیلند، شیوع احساسات گذرا نسبت به وجود بیماری و نگرانی در دانشجویان پزشکی 70درصد گزارش شد(30). در توصیف فرد از وضعیت کلی جسمانی و روانی خود، نیمی از دانشجویان این مطالعه خود را سالم و تندرست می‌دانستند. به نظر می‌رسد که نبایستی نگرانی از نظر ابتلا به بیماری در دانشجویان پزشکی به عنوان یک بیماری محسوب شود زیرا این موضوع در مطالعات مختلف شیوع نسبتا یکسانی داشته و در اکثر موارد موقتی بوده و احساس ابتلا به بیماری در دانشجویان پزشکی ممکن است به این دلیل باشد که جهت درک آن چیزی که بیمار حس می‌کند با بیمار همانندسازی می‌کنند(31).

شیوع تپش قلب و لرزش غیر طبیعی در نیمی از دانشجویان ذکر شد که 39/1 درصد از آن‌ها به این خاطر به پزشک مراجعه کرده بودند و در غالب موارد بیماری ارگانیک خاصی تشخیص داده نشده بود. هر چند شایع‌ترین نگرانی دانشجویان در این مطالعه مربوط به شکایات مرتبط با مسائل قلبی بود، علی‌رغم دسترسی به امکانات پزشکی تعداد زیادی از آن‌ها از مراجعه به پزشک خودداری می‌کردند که ممکن است به علت خفیف بودن نگرانی از ابتلا به بیماری باشد، یعنی این نگرانی عملا بیماری محسوب نمی‌شود.

بیش از نیمی از دانشجویان به مطالب تخصصی پزشکی اظهار علاقه کرده بودند و در نیمی از آن‌ها با مطالعه‌ی مطالب پزشکی نسبت به وجود علائم مشابه در خود ایجاد نگرانی شده بود. از آن جا که مطالعه‌ی متون پزشکی فقط در نیمی از علاقمندان به مطالب پزشکی ایجاد نگرانی کرده بود، افزایش اطلاعات پزشکی به تنهایی نمی‌تواند نقش مستقلی در پیشگیری از احساس نگرانی نسبت به سلامت به خصوص در افراد مستعد داشته باشد.

تقریبا یک سوم از دانشجویان نسبت به وجود بیماری‌های خاص مثل سل و سرطان در خود نگران بودند اما تعداد اندکی از آن‌ها به خاطر این مسئله به پزشک مراجعه کرده بودند که در همین موارد نیز بیماری خاصی یافت نشده بود، اما با این وجود، نگرانی در این گروه از دانشجویان برطرف نشده بود. شاید نگرانی در مورد ابتلا به بیماری‌های نسبتا شایع و جدی در جامعه با علائم بالینی غیراختصاصی، افراد مستعد را به سمت ابتلا به اختلال خود بیمار انگاری پیش ببرد.

امید است انجام این پژوهش راه‌گشای مطالعات بعدی و زمینه‌ساز شناسائی بهتر این اختلال باشد. این مطالعه محدود به طیف جمعیت دانشجویان محیط خوابگاه بودکه محدودیت مطالعه محسوب می‌شود. آشنایی این دانشجویان با علوم پزشکی می‌تواند در نتایج مؤثر باشد که این مسئله جزو اهداف بررسی بوده است اما در نتیجه آن نمی‌توان یافته‌ها را به عموم دانشجویان تعمیم داد. این مطالعه جهت بررسی اختلال در جمعیت عمومی طراحی نشده بود و لذا کارآیی نتایج در سطح جامعه پائین می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی طیف وسیع‌تری از افراد جامعه را تحت بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری

در پایان لازم است که از زحمات سرکار خانم دکتر سلطانی‌فر و خانم دکتر رضایی، هم‌چنین از همکاری مسئولان دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مسئولان خوابگاه‌های پردیس دانشگاه و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد قدردانی گردد. این بررسی با مجوز دانشکده‌ی پزشکی مشهد انجام شد و نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی با نتایج تحقیق نداشتند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

جدول 1 . فراوانی دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک رشته

رشته ی تحصیلی	فراوانی	درصد
پزشکی	224	44/8
دندان پزشکی	54	10/8
داروسازی	23	4/6
علوم آزمایشگاهی	15	3/0
رادیولوژی	6	1/2
بهداشت محیط	44	8/8
کارشناسی ارشد مامایی	27	5/4
پرستاری	20	4/0
مامایی	31	6/2
اسناد پزشکی	27	5/4
بینایی سنجی	25	5/0
میکروب شناسی	4	0/8
مجموع	500	100/0

جدول 2. فراوانی دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	فراوانی	درصد
اینترنی	121	24/4
استاژری	56	11/2
فیزیوپاتولوژی	28	7/6
علوم پایه	86	17/2
کارشناسی ارشد	36	7/2
کارشناسی	103	20/6
کاردانی	60	12/0
مجموع	500	100/0

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

جدول 3. مقایسه‌ی تفاوت جنسیت و وضعیت تاهل در میزان خودبیمارانگاری دانشجویان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	مقدار T	معنی داری
مونث	367	22/72	9/28	498	3/58	0/000
مذکر	133	19/53	7/32			
مجرد	405	22/07	9/43	498	0/99	0/32
متاهل	95	21/05	6/17			

جدول4. مقایسه‌ی رشته‌های تحصیلی با یکدیگر از نظر ابتلا دانشجویان به خودبیمارانگاری و آزمون توکی برای تعیین تفاوت خودبیمارانگاری در رشته‌های مختلف تحصیلی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	8788/146	11	798/922	3/606	0/016
درون گروه‌ها	30786/92	488	63/088		
جمع	39575/06	499			

رشته‌های تحصیلی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
پزشکی و دندانپزشکی	5/635	1/204	0/000
پزشکی و فارماکولوژی	10/447	1/739	0/000
پزشکی و علوم آزمایشگاهی	-12/031	2/118	0/000
پزشکی و مدارک پزشکی	-5/364	1/618	0/045
دندانپزشکی و مامایی	-7/892	1/789	0/001
دندانپزشکی و بهداشت	-7/166	1/613	0/001
دندانپزشکی و بینایی سنجی	-9/306	1/921	0/000
دندانپزشکی و علوم آزمایشگاهی	-17/666	2/318	0/000
دندانپزشکی و مدارک پزشکی	-11/000	1/872	0/000
دندانپزشکی و رادیو لوژی	-14/666	3/418	0/001
فارماکولوژی و پرستاری	-9/828	2/428	0/003
فارماکولوژی و مامایی	-12/704	2/185	0/000
فارماکولوژی و بهداشت	-11/987	2/043	0/000
فارماکولوژی و بینایی سنجی	-14/118	2/294	0/000
فارماکولوژی و علوم آزمایشگاهی	-22/478	2/636	0/000
فارماکولوژی و رادیولوژی	-19/478	3/641	0/000
ارشد مامایی و بینایی سنجی	-7/862	2/204	0/020
ارشد مامایی و علوم آزمایشگاهی	-16/222	2/557	0/000
ارشد مامایی و مدارک پزشکی	-9/555	2/161	0/001
ارشد مامایی و رادیو لوژی	-13/222	3/584	0/013
پرستاری و علوم آزمایشگاهی	-12/650	2/712	0/000
بهداشت و علوم آزمایشگاهی	-10/5000	2/374	0/001

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

جدول5. مقایسه‌ی مقاطع تحصیلی با یکدیگر از نظر ابتلا دانشجویان به خودبیمارانگاری و آزمون توکی برای تعیین تفاوت خود بیمار انگاری در مقاطع مختلف تحصیلی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	4258/376	6	709/729	9/907	0/000
درون گروه‌ها	35316/69	493	71/636		
جمع	39575/06	499			

مقاطع تحصیلی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
اینترنی و کارشناسی	-7/286	1/134	0/000
اینترنی و کاردانی	-6/849	1/336	0/000
فیزیوپاتولوژی و کارشناسی	-7/033	1/606	0/000
فیزیوپاتولوژی و کاردانی	-6/235	1/745	0/008
ارشد مامایی و کارشناسی	-7/036	1/638	0/000
ارشد مامایی و کاردانی	6/238	1/784	0/009
علوم پایه و کارشناسی	4/375	1/236	0/008

References

١-Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry; ٨th ed. Lippincott, Williams and Wilkins ٢٠٠٥: ١٨١٠.

٢-Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychol Med ٢٠٠١ May;٣١(٤):٥٧٧-٨٤.

٣-Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res ٢٠٠٤ Apr;٥٦(٤):٣٩١-٤٠٨.

٤-Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. Am J Psychiatry ١٩٩١ Jul;١٤٨(٧):٩٢٣-٨.

٥-Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. Clin Psychol Rev ٢٠٠٧ Mar;٢٧(٢):١٢٧-٣٩.

٦-Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Disease anxiety among medical students and law students. Tidsskr Nor Laegeforen ٢٠٠٢ Mar ٢٠;١٢٢(٨):٧٨٥-٧.

٧-Simon GE, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. Gen Hosp Psychiatry ٢٠٠١ Mar;٢٣(٢):٥١-٥.

٨-Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? World Psychiatry ٢٠٠٦ Oct;٥(٣):١٤٦-٥٠.

٩-Delahousse J, Hitter-Spinelli B, Pedinielli JL. What does the painful "organ" represent in hypochondriasis? Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr ١٩٨٢;١٣١(١):٤١-٥٤.

١٠-Noyes R, Jr, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of hypochondriasis. Psychosomatics ٢٠٠٢ Jul;٤٣(٤):٢٨٢-٩.

١١-Noyes R, Jr., Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosom Med ٢٠٠٣ Mar;٦٥(٢):٢٩٢-٣٠٠.

١٢-Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S. The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. Compr Psychiatry ٢٠٠٣ Jul;٤٤(٤):٣١٧-٢٣.

١٣-Abramowitz JS. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

disorder. Ann Clin Psychiatry ۲۰۰۵ Oct;۱۷(٤):۲۱۱-۷.
۱٤-Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. J Psychosom Res ۲۰۰٤ Apr;٥٦(٤):۳۹۱-٤۰۸.
۱٥-Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED, Saintfort R, Liu EB, Peekna HM. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. Am J Psychiatry ۲۰۰۱ May;۱٥۸(٥):۷۸۳-۷.
۱٦-Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Disease anxiety among medical students and law students. Tidsskr Nor Laegeforen ۲۰۰۲ Mar ۲۰;۱۲۲(۸):۷۸٥-۷.
۱۷-Singh G, Hankins M, Weinman JA. Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? Med Educ ۲۰۰٤ May;۳۸(٥):٤۷۹-۸۱.
۱۸-Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med ۲۰۰۲ Jul;۳۲(٥):۸٤۳-٥۳.
۱۹-Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, Hollon SD, Warden D, et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. J Affect Disord ۲۰۰٥ Jul;۸۷(۱):٤۳-٥٥.
۲۰-Hardy RE, Warmbrodt L, Chrisman SK. Recognizing hypochondriasis in primary care. Nurse Pract ۲۰۰۱ Jun;۲٦(٦):۲٦, ۲۹, ۳۳-۳٦.
۲۱-Barsky AJ, Bailey ED, Fama JM, Ahern DK. Predictors of remission in DSM hypochondriasis. Compr Psychiatry ۲۰۰۰ May;٤۱(۳):۱۷۹-۸۳.
۲۲-Hiller W, Leibbrand R, Rief W, Fichter MM. Predictors of course and outcome in hypochondriasis after cognitive-behavioral treatment. Psychother Psychosom ۲۰۰۲ Nov;۷۱(٦):۳۱۸-۲٥.
۲۳-Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. J Psychosom Res ۲۰۰٤ Apr;٥٦(٤):٤٥٥-٦۰.
۲٤-Kjernisted KD, Enns MW, Lander M. An open-label clinical trial of nefazodone in hypochondriasis. Psychosomatics ۲۰۰۲ Jul;٤۳(٤):۲۹۰-٤.
۲٥-Wilhelmsen I. Hypochondriasis and cognitive therapy. Tidsskr Nor Laegeforen ۲۰۰۲ Apr ۳۰;۱۲۲(۱۱):۱۱۲٦-۹.
۲٦-Evans, Christopher. Understanding yourself; Upgraded Edition, Signet Publications ۱۹۸۰ Jul: ۸۷.
۲۷-Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychol Med ۲۰۰۱ May;۳۱(٤):٥۷۷-۸٤.
۲۸-Gureje O, Ustun TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. Psychol Med ۱۹۹۷ Sep;۲۷(٥):۱۰۰۱-۱۰.
۲۹-Fink PK, Ornbol E, Toft T, Christensen KS, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis--secondary publication. Ugeskr Laeger ۲۰۰٥ Aug ۸;۱٦۷(۳۲):۲۸۹٦-۹.
۳۰-Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. Med Educ ۲۰۰۱ Aug;۳٥(۸):۷۲٤-۸.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

Hypochondrias in Resident Students of Mashhad University of Medical Sciences

Talaei A[1], Fayyazi Bordbar M.R.[1], Nasiraei A.[1], Samari A.A.[2], Mirshojaeian M.[1], Rezaei Ardani A[1]*

(Received: 20 Apr, 2008 Accepted: 10 Mar, 2009)

Abstract

Introduction: Hypochondrias is a psychiatric disorder characterized by a strong belief and concerns about having a serious malady. As there is little researches on it in Iran, this study was designed to determine the frequency of these symptoms among the students of medicine considering their age, gender and educational major and degree.

Materials & Methods: This study was performed on 500 randomly selected students in dormitories of Mashhad University of Medical Sciences. Those with a known previous medical or mental disorder or defectiveness were excluded. All the students answered the demographic questions and Evans hypochondrias questionnaires including 36 items. The data was analyzed using appropriate statistical descriptive and analytic tests such as independent t and ANOVA.

Findings: In the present study, the prevalence of hypochondrias among the students was %36,8 at the borderline level and 16% at the disorder level. Out of the 70 cases with hypochondriac disorder, 57 people showed mild while 13 cases had moderate symptoms. This disorder was significantly more prevalent in girls than boys (P=0,000). There was no signs of association with marital status (P=0,318). However, all the students with moderate disorders were single. Results of ANOVA showed the differences of hypochondrias variables due to educational fields and curriculum grades.

Discussion & Conclusion: The present study showed a higher prevalence of hypochondrias in Iranian students of medicine compared to those in other countries. In contrast to other studies, the disorder proved to be more prevalent in women in this research. In this study, there was also a higher prevalence of symptoms in people with bachelor degrees than those with other educational levels which can be due to inaccurate medical information. In spite of high prevalence rates of hypochondrias symptoms among the students, full criteria disorders were not prevalent.

Keywords: hypochondrias, students, fields of study

1. *Dept of psychiatry, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

2. *Islamic Azad University of kashmar*

**Corresponding Author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-03]