

شیوع خودبیمارانگاری و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشکده پزشکی

دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود در سال ۱۳۹۲

موسی ابوالحسنی^۱، نگین افتخاری^۱، بهزاد فروتن^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی رشته پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۲. *نویسنده مسئول، دکترای تخصصی فارماکولوژی، استادیار فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

beh.foroutan@gmail.com

(تاریخ دریافت: ۹۵/۰۱/۱۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۵/۰۳/۰۴)

زمینه و هدف: خودبیمارانگاری نوعی اختلال روانی است که با وجود برخوردار بودن از سلامت بدنی با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن، شناخته می‌شود. با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در مورد این بیماری در ایران وجود دارد، لذا مطالعه حاضر به بررسی شیوع خودبیمارانگاری و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود در سال ۱۳۹۲ پرداخته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود که به بررسی شیوع خودبیمارانگاری و عوامل مرتبط با آن، با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه روا و پایای خودبیمارانگاری ایوانز-۳۶ ماده پرداخت. در این پژوهش ۲۲۹ دانشجوی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود مشارکت داشتند. داده‌های حاصل از پاسخگویی دانشجویان به سؤالات، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آمارهای توصیفی و استنباطی و با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی جامعه پژوهش ۲۲/۰۱±۲/۶۲ سال بود، ۷۰/۳ درصد دانشجویان دختر، ۶۳/۸ درصد ساکن خوابگاه و ۶۱/۱ درصد در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره دانشجویان ۱۹/۷۴±۶/۳۲ حاصل شد. بین میانگین نمره کسب‌شده توسط دانشجویان و وضعیت سکونت، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی و سن ارتباط آماری معنادار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه شیوع خودبیمارانگاری در مطالعات انجام شده در ایران، نسبت به آمار مطالعات جهانی بالاتر است، لذا توصیه می‌شود که پژوهش‌های بیشتری در این زمینه و همچنین از طریق مطابقت تشخیصی با معاینه روانی صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: خودبیمارانگاری، بیماری، روانی، دانشجو

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 شش 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 (۱). خودبیمارانگاری یک تابلوی بالینی است که اختلال برجسته آن تعبیر غیر واقعی علائم جسمانی و حس‌های طبیعی به عنوان علائم غیرطبیعی

است، که منجر به اشتغال ذهنی یا اعتقاد به ترس از یک بیماری شدید می‌شود (۲). این اختلال نسبتاً شایع بوده و شیوع آن در ویرایش چهارم سیستم طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV) حدود ۵/۸ درصد گزارش شده است (۱). هرچند در برخی مطالعات مانند مطالعه‌ی Looper در کانادا، ۰/۲ درصد بیان شده است (۳). اگر چه در بعضی مطالعات شکایات جسمی در زنان بیشتر بوده است، مردان و زنان به طور نسبتاً یکسان مبتلا می‌شوند (۴). نشانه‌های بیماری از هر سنی ممکن است شروع شوند ولی این اختلال اغلب در افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود (۵).

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 علائم اختلال خودبیمارانگاری را تخفیف می‌دهد که بیمار یک اختلال زمینه‌ای حساس به دارو مانند اختلال اضطرابی یا افسردگی عمده داشته باشد (۱). مطالعه‌ی Fallon و همکاران نشان داد 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 (۱۷). در یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ استفاده از نفازودون در اختلال خودبیمارانگاری نتایج امیدوارکننده‌ای داشته است (۱۸). شناخت درمانی در این بیماران تا حدودی مؤثر است (۱۹).

خودبیمارانگاری نوعی اختلال روانی است که با وجود برخورداری از سلامت بدنی با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن، شناخته می‌شود. با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در مورد این بیماری در ایران وجود دارد، لذا مطالعه حاضر به بررسی شیوع خودبیمارانگاری و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود در سال ۱۳۹۲ پرداخته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود که بر روی دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. با عنایت به مطالعه طلایی و همکاران و با استفاده از فرمول $Z_1 \pm (\alpha/2)^{1/2} \times (pq)/d^{1/2}$ حجم نمونه ۲۴۳ نفر تخمین زده شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک (جنسیت، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و وضعیت سکونت) و پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز (۱۹۸۰) که حاوی ۳۶ ماده است، جمع‌آوری گردید. هر عبارت با مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شده و افراد بر مبنای نمره‌ی کسب‌شده در گروه‌های سالم (۰-۲۰)، مرزی

چهار نظریه برای سبب شناسی اختلال خودبیمارانگاری مطرح شده است، طبق نظریه‌ی اول، افراد ممکن است روی احساس‌های بدنی تمرکز کنند و آن‌ها را سوء تعبیر کنند و به دلیل طحوازه شناختی غلط، آنها را یک هشدار تلقی کنند (۶). در نظریه‌ی دوم براساس مدل یادگیری اجتماعی (Social learning model) با تأکید بر دو فرآیند مشاهده و تقلید، وجود خویشاوند مبتلا در خانواده، می‌تواند به عنوان عامل خطر برای اختلال خودبیمارانگاری تلقی شود (۷). 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 (۸) و در بسیاری از موارد اختلال خود بیمار انگاری نادیده گرفته می‌شود (۹). چهارمین رویکرد در مورد اختلال خودبیمارانگاری، رویکرد روان‌پویشی (Psychodynamic) است که بر طبق آن امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران (از طریق واپس‌زنی و جابجایی) به شکایات جسمی تبدیل می‌شوند (۱۰). همچنین بر پایه‌ی دیدگاه‌های فروید، پذیرش نقش بیمار در واقع راه‌گریزی برای بیمار است، که به او امکان می‌دهد از تعهدات مزاحم اجتناب کند و چالش‌های نامطلوب را به تعویق بیندازد (۱۱، ۱۲).

برخی از مؤلفین این اختلال را جزئی از طیف اختلالات وسواسی-جبری می‌دانند (۱۳، ۱۴). یک مطالعه در سال ۲۰۰۴ نشان داد وجود بیماری‌های هم‌زمان با اختلال خودبیمارانگاری شایع بوده و باید تحت درمان قرار گیرند (۴). بیماران مبتلا به این اختلال غالباً به دنبال مراقبت‌های طبی و درمانی هستند و با از کارافتادگی اجتماعی و شغلی روبرو می‌شوند (۱۵). انواع ثانویه‌ی بیماری در پی اختلال پانیک، اختلالات افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی منتشر و اختلالات وسواسی-جبری شایع بوده و باید مدنظر قرار گیرد (۱). سیر اختلال خودبیمارانگاری معمولاً به صورت دوره‌ای است. دوره‌های بیماری، از ماه‌ها تا سال‌ها طول می‌کشد و در فواصل آن، دوره‌های آرامش دیده می‌شود. ممکن است ارتباط آشکاری بین تشدید نشانه‌های اختلال خودبیمارانگاری و عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی وجود داشته باشد (۱۶).

درصد فراوانی، مشخصات دموگرافیک و متغیرهای تحقیق بررسی شد و سپس ارتباط خودبیمارانگاری با سن، جنس، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و وضعیت سکونت با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲۹ پرسشنامه تکمیل و عودت داده شد که میزان پاسخ‌دهی دانشجویان ۹۴/۲۳ درصد به دست آمد.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سنی جامعه پژوهش ۲۲/۰۱±۲/۶۲ سال بود، ۷۰/۳ درصد دانشجویان دختر، ۶۳/۸ درصد ساکن خوابگاه و ۶۱/۱ درصد در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند (جدول ۱). همچنین میانگین و انحراف معیار نمره دانشجویان ۱۹/۷۴±۶/۳۲ حاصل شد.

(۲۱-۳۰)، خفیف (۳۱-۴۰)، متوسط (۴۱-۶۰) و شدید (بالای ۶۰) قرار می‌گیرند. ضریب پایایی پرسشنامه‌ی مذکور در پژوهش طلایی و همکاران براساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شده است. به‌علاوه همبستگی بالای پرسشنامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری، مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری، پرسشنامه‌ی شخصیت چند وجهی مینسوتا (MMPI) و چک لیست علامتی ۹۰ سؤال (SCL-90)، بیانگر اعتبار مناسب آن می‌باشد (۲۰).

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 شدند. 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 نسخه ۲۰ شده و با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی مانند

جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک و تحصیلی دانشجویان

درصد	تعداد	متغیر	
۲۹/۷	۶۸	مذکر	جنسیت
۷۰/۳	۱۶۱	مؤنث	
۶۳/۸	۱۴۶	خوابگاهی	وضعیت سکونت
۳۶/۲	۸۳	غیر خوابگاهی	
۳۲/۸	۷۵	پزشکی	رشته تحصیلی
۳۳/۶	۷۷	پرستاری	
۱۸/۸	۴۳	هوشبری	
۱۴/۸	۳۴	علوم آزمایشگاهی	
۶/۱	۱۴	کاردانی	مقطع تحصیلی
۶۱/۱	۱۴۰	کارشناسی	
۳۲/۸	۷۵	دکترای حرفه‌ای	

بین میانگین نمره کسب شده و جنسیت ارتباطی معنادار وجود نداشت.

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بین میانگین نمره کسب شده با مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی ارتباط آماری معناداری (p=۰/۰۱۵) مشاهده شد. آزمون

نتایج آزمون T مستقل نشان داد که بین میانگین نمره کسب شده توسط دانشجویان و وضعیت سکونت ارتباط آماری معنادار بود (p<۰/۰۰۱)، به طوری که افکار خودبیمارانگاری در دانشجویان خوابگاهی بیشتر بود. ولی

تشخیصی طی سال‌های اخیر می‌تواند دلیل شیوع کمتر بیماری نسبت به بررسی‌های قدیمی‌تر در دانشجویان پزشکی در غرب باشد. از طرف دیگر شیوع نسبتاً بالای اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان ایرانی ممکن است با باورها و عادات جامعه در مورد بزرگ‌نمایی علائم جسمی ارتباط داشته باشد (۲۰).

حداکثر شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دهه‌ی سوم زندگی است (۷). در پژوهش حاضر، سن با شیوع خودبیمارانگاری ارتباط معناداری داشت و با افزایش سن، میزان آن نیز بیشتر بود که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۵، ۷، ۱۲، ۲۲). ولی با مطالعه طلایی و همکاران (۲۰) و Abramowitz در سال ۲۰۰۷ (۲۴) همسو نیست، که دلیل آن می‌تواند محدود بودن طیف سنی جمعیت در مطالعات ذکر شده، باشد.

در این مطالعه تفاوت بارزی از نظر ابتلا بین دو جنس مشاهده نشد، که با مطالعات Fink (۲۵) و دلشاد نوقایی (۲۶) متناسب است. ولی در مطالعه طلایی و همکاران (۲۰) اختلال خودبیمارانگاری در زنان نسبت به مردان شیوع بیشتری داشت و از شدت بیشتری نیز برخوردار بود، دلیل این تفاوت می‌تواند تعداد کمتر حجم نمونه در مطالعه حاضر باشد.

در بررسی شیوع اختلال خودبیمارانگاری بر حسب مقطع تحصیلی نیز ارتباط معنی‌دار بوده و فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در سطح کاردانی، به طور معنی‌داری بیشتر بود، که این نتیجه با مطالعه طلایی و همکاران همسو می‌باشد. مشاهده می‌شود که تمایلات خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی خصوصاً در مواردی که آشنایی ناکامل با دانش پزشکی وجود دارد و فرد بدون 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 (۲۰).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های پزشکی و علوم آزمایشگاهی نسبت به دانشجویان پرستاری و هوشبری بیشتر می‌باشد. در بررسی دانشجویان پزشکی توسط Singh، تمایلات خودبیمارانگاری در بیش از نیمی از دانشجویان وجود داشت (۲۷). در یک مطالعه در نیوزیلند، شیوع احساسات گذرا نسبت به وجود بیماری و نگرانی در دانشجویان پزشکی ۷۰ درصد گزارش شد (۲۸).

Post Hoc (Tukey) نشان‌دهنده آن بود که افکار خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های پزشکی و علوم آزمایشگاهی نسبت به سایر رشته‌ها، و دانشجویان مقطع کاردانی نسبت به سایر مقاطع بیشتر است. با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین سن و میانگین نمره کسب‌شده دانشجویان همبستگی آماری مشاهده شد ($r=0/148$ ، $p=0/025$) به طوری که با افزایش سن، میزان بروز افکار خودبیمارانگاری در افراد بیشتر بود.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۲۲۹ نفر از دانشجویان دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود از نظر وجود علائم خودبیمارانگاری مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار نمره دانشجویان $19/74 \pm 6/32$ به دست آمد. میزان شیوع خودبیمارانگاری در این مطالعه ۶/۶ درصد بود، ۳۶/۲ درصد افکار خودبیمارانگاران و ۵۲/۷ درصد دانشجویان سالم بودند. شیوع اختلال خودبیمارانگاری واقعی در دانشجویان پزشکی حدود ۱/۵ درصد ذکر شده است (۷). در یک مطالعه‌ی مشابه که در سال ۲۰۰۱ در کانادا انجام شده بود، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در جمعیت عمومی با بررسی روی ۵۷۶ نفر، حدود ۱ تا ۲ درصد تخمین زده شد (۳)، اما در مطالعه‌ی دیگری در سال ۱۹۹۳، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان پزشکی ۴ تا ۱۳ درصد گزارش شده بود (۲۱). همچنین در مطالعه‌ای که توسط قاسم نژاد و همکاران در سال ۱۳۸۷ انجام شد، میزان خودبیمارانگاری یک‌سوم دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد لاهیجان، شدید بود (۲۲). مطالعه‌ی عاجزی و همکاران در سال ۱۳۸۵ نشان داد که خودبیمارانگاری ۳۴ درصد دانشجویان شدید بود (۲۳). همچنین نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر، پایین‌تر از مطالعه طلایی و همکاران (۲۰) می‌باشد. دلیل احتمالی این تفاوت می‌تواند محل سکونت دانشجویان باشد، که در مطالعه‌ی طلایی فقط دانشجویان ساکن خوابگاه بررسی شدند.

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

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولین محترم دانشگاه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، ابراز می‌نمایند.

تعارض منافع

تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

شاید نگرانی در مورد ابتلا به بیماری‌های نسبتاً شایع و جدی در جامعه با علائم بالینی غیراختصاصی، افراد مستعد را به سمت ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری پیش ببرد (۲۰). در نتیجه با توجه به اهمیت سلامت روانی در جامعه و اثرات مخرب ناشی از تأثیر اختلالات روانی و به ویژه اختلالات جسمانی و به طور خاص در افراد جوان و همچنین با توجه به اینکه شیوع خودبیمارانگاری در مطالعات انجام شده در ایران، نسبت به آمار مطالعات جهانی بالاتر است، لذا توصیه می‌شود که پژوهش‌های بیشتری در ابعاد گسترده‌تر و در قشرها و مشاغل تأثیرگذار بر سلامت روان و همچنین از طریق مطابقت تشخیصی با معاینه روانی صورت گیرد.

References

1. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia, PA; 2000.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1988.
3. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological medicine*. 2001;31(04):577-84.
4. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):391-408.
5. Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. *Am J Psychiatry*. 1991;148(7):923-8.
6. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2007;27(2):127-39.
7. Ellingsen A, Wilhelmsen I. Disease anxiety among medical students and law students. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2002;122(8):785-7.
8. Simon GE, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. *General hospital psychiatry*. 2001;23(2):51-5.
9. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis. *World Psychiatry*. 2006;5(3):146-50.
10. Delahousse J, Hitter-Spinelli B, Pedinielli J. What does the painful "organ" represent in hypochondriasis? *Schweizer Archiv fur Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie= Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie*. 1981;131(1):41-54.
11. Noyes Jr R, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(2):292-300.
12. Noyes R, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*. 2002;43(4):282-9.
13. Jaisoorya T, Reddy YJ, Srinath S. The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*. 2003;44(4):317-23.
14. Abramowitz JS. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2005;17(4):211-7.

15. Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED, Saintfort R, Liu EB, Peekna HM. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. *American Journal of Psychiatry*. 2001.
16. Barsky AJ, Bailey ED, Fama JM, Ahern DK. Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Comprehensive psychiatry*. 2000;41(3):179-83 .
17. Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(4):455-60.
18. Kjernisted KD, Enns MW, Lander M. An open-label clinical trial of nefazodone in hypochondriasis. *Psychosomatics*. 2002;43(4):290-4.
19. Wilhelmsen I. Hypochondriasis and cognitive therapy. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2002;122(11):1126-9.
20. Talaie A, Fayazi MR, Nasiraei A, Samari A, Mirshojaeian M, Rezaei A. Hypochondriasis in Resident Students of Mashhad University of Medical Sciences. *Journal of ilam university of medical sciences*. 2009;17(1):8-18. [in persian].
21. Gureje O, Üstün T, Simon G. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*. 1997;27(05):1001-10.
22. Gasemnejad SM, Jaallalmanesh S, Rasady M, Mahmoudi M. Association study of anxiety and hypochondriasis in student of Islamic Azad University, Lahijan medical branch in 2008. *Medical Sciences Journal*. 2011;21(3):222-6. [in persian].
23. Ajezi P. Assessment of relation between depression and hypochondriasis among nursing college student [Dissertation]. Rasht, Guilan: Guilan University 2006. p. 3-19 [in persian].
24. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(3):413-24.
25. Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(9):1680-91.
26. Delshad A, Sanati Z, Hatamikia M, Mohammadi S. Hypochondriasis and related factors in population of 20-50 years old in Gonabad city. *The Horizon of Medical Sciences*. 2014;19(5):17-22. [in persian].
27. Singh G, Hankins M, Weinman JA. Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Medical Education*. 2004;38(5):479-81.
28. Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Medical education*. 2001;35(8):724-8.



Evaluation of Hypochondriasis Prevalence and Related Factors in Students of Shahroud Islamic Azad University of Medical Sciences in 2014

*Moussa Abolhassani¹, Negin Eftekhari¹, Behzad Foroutan^{*2}*

1. Nursing student, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Pharmacology, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Corresponding Author: Behzad Foroutan, Assistant Professor, Department of Pharmacology, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
(E-mail: beh.foroutan@gmail.com)

(Received March 31, 2016 Accepted May 24, 2016)

Background and Aims Hypochondriasis is a psychiatric disorder in which despite the physical health a person believes in existence of a serious illness and concerns about it. Considering that there are few researches on this disease in Iran, this study examines the prevalence of hypochondriasis and its related factors among Students of Shahroud Islamic Azad University of Medical Sciences in 2014.

Materials and Methods: This was a descriptive-cross sectional study in which the prevalence of hypochondriasis and its related factors was assessed using demographic specification form and Evans hypochondriasis-36 questionnaire. In this study, 229 Students of Shahroud Islamic Azad University of Medical Sciences were participated. Students answers to questions were analyzed with significance level of 0.05 using SPSS-v20 and descriptive and inferential statistics

Results: The average of population's age was 22.01 ± 2.62 years . 70.3% of them were females, and 63.8% of them were living in dorms and 61.1% were undergraduate. Also the mean and standard deviation of student's score was 19.74 ± 6.32 . There was a statistically significant relationship between students' mean scores and their residence status, educational level, field of study and age.

Conclusion: According to the prevalence of hypochondriasis in conducted studies in Iran which is higher than global statistics, further researches through diagnostic conformity with psychiatric examination are recommended in this field to be conducted.

Keywords: hypochondriasis, illness, psychiatric, student