

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره بیست و پنجم - پاییز ۱۳۸۴
صص ۲۰ - ۱

شیوع خودبیمارانگاری و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگیهای فردی در دانشجویان

غلامرضا پاشا^۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی فراوانی خودبیمارانگاری در بین دانشجویان و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگیهای فردی مثل سن، جنسیت ترتیب تولد و... بود. به همین دلیل از بین کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی به شیوه تصادفی طبقه‌ای ۸۰۰ دانشجو (۴۰۰ مرد و ۴۰۰ زن) از تمامی رشته‌های تحصیلی انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری عبارت بود از: ۱- آزمون خودبیمارانگاری اهواز (AHT) برای سنجش خودبیمارانگاری ۲- آزمون افسردگی بک برای سنجش افسردگی ۳- آزمون اضطراب کتل برای سنجش اضطراب. اعتبار و پایایی آزمونها محاسبه گردید که در سطوح معناداری بودند. داده‌ها با استفاده از روشهای آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که حدود ۱۲ درصد از دانشجویان دارای خودبیمارانگاری هستند. همچنین

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین خودبیمارانگاری و اضطراب و افسردگی در سطح ($P < 0/01$) رابطه معناداری وجود دارد. تجزیه و تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که افسردگی به تنهایی ۲۵ درصد از واریانس خودبیمارانگاری را تعیین می‌کند و وقتی متغیر اضطراب به آن اضافه می‌شود این مقدار به ۲۹ درصد می‌رسد، اما با اضافه شدن متغیر جنسیت اندکی افزایش می‌یابد.

کلید واژه‌ها: خودبیمارانگاری، اضطراب، افسردگی، دانشجویان

مقدمه

خودبیمارانگاری به نگرانی مفرط در مورد بیماری و درگیری ذهنی با تندرستی اطلاق می‌شود. خودبیمارانگاری تعبیر غیرواقعی احساس‌ها و علائم جسمی است که منجر به درگیری ذهنی یا ترس از بیماری و یا باور جدی بیماری می‌شود، هر چند هیچ نوع بیماری جسمی که علائم و احساس‌ها از آن ناشی شده باشند وجود ندارد. این ترس یا اعتقاد به بیمار بودن ناتوان‌کننده است و با وجود اطمینان دادن‌های مناسب دوام می‌یابد. خصیصه اصلی خودبیمارانگاری، یک تابلوی بالینی است که اختلال برجسته آن تعبیر غیرواقعی علائم جسمانی و حس‌های طبیعی به عنوان علائم غیرطبیعی است که منجر به اشتغال ذهنی بیمار (یا اعتقاد) به ترس از یک بیماری شدید می‌شود. ارزشیابی کامل جسمانی هیچ نوع اختلال جسمانی را نشان نمی‌دهد که آن علائم و احساس‌های جسمی را به حساب آن گذاشت یا تفسیر غیرواقعی فرد را موجه کرد، گرچه امکان دارد بیماری جسمانی دیگری همراه خودبیمارانگاری وجود داشته باشد. باور غیرواقعی به داشتن یک بیماری، با وجود اطمینان‌های طبی که به بیمار داده می‌شود ادامه می‌یابد و باعث بروز اختلال در کارآیی اجتماعی و شغلی او می‌شود. این ناراحتی ناشی از اختلال‌های روانی نیست (راو، ترجمه و هاب‌زاده، ۱۳۷۰).

نایز و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی با عنوان مطالعه خانوادگی خودبیمارانگاری با استفاده از پرسشنامه خودتوصیفی اندازه‌گیری خودبیمارانگاری، به بررسی وضعیت خانوادگی این اختلال و فراوانی آن در بین وابستگان پرداختند. آنها با توجه به معیارهای DSM-IV، از بین بیمارانی که به یک درمانگاه عمومی مراجعه کرده بودند، ۱۹ خانواده

را که دارای نشانه خودبیمارانگاری بودند و همچنین ۲۴ خانواده که این نشانه‌ها را نداشتند، انتخاب کردند. سپس به بررسی رابطه بین سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی، وخامت بیماری، اسنادهای طبیعی، اسنادهای جسمانی و نشانه‌های افسردگی با خودبیمارانگاری در بین آزمودنیها پرداختند. نتایج نشان داد که خودبیمارانگاری با میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و وخامت بیماری رابطه معناداری دارد. همچنین جردز و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی رابطه منفی ($r = -0/27$) بین میزان تحصیلات و نمرات شاخص وایستلی^۱ خودبیمارانگاری به دست آوردند. در پژوهشی بارسکی و نایز (۱۹۹۳) ارتباط اندکی بین میزان تحصیلات و سطوح شغلی با خودبیمارانگاری به دست آوردند.

همچنین بارسکی و همکاران (۱۹۹۴) دریافته‌اند، متغیرهای دوران کودکی از جمله فراوانی بیماریهای دوران کودکی، فراوانی و میزان سوءاستفاده‌ها در افراد خودبیمارانگار نسبت به بیماران گروه گواه بیشتر است. همچنین مایب و همکاران (۱۹۹۸) دریافته‌اند بین نشانه‌های خودبیمارانگاری و تاریخچه بیماریهای جدی دوران کودکی رابطه معناداری وجود دارد.

بیانچی (۱۹۷۱) معتقد است که وقایع محیطی دوران کودکی در گسترش خودبیمارانگاری در بزرگسالی تأثیر دارد. این عوامل عبارت‌اند از: بیماریهای دوران کودکی، بیماریهای والدین، نگرشهای فرزندپروری (نظیر مراقبت نکردن یا مراقبت بیش از اندازه) و آسیبهای جسمی و جنسی دوران کودکی.

کریک و همکارانش (۱۹۹۳) در پژوهشی گزارشهایی را از بیماریهای جسمی شدید در دوران کودکی، همچنین شرایط محیطی زیانبار و سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی از افراد خودبیمارانگار در مقایسه با افراد غیر خودبیمارانگار داشتند. با ۹۷ نفر از وابستگان درجه اول گروه گواه با توجه به معیارهای DSMIV مصاحبه کردند و پرسشنامه خودتوصیفی تشخیص خودبیمارانگاری را کامل کردند. هر دو گروه با هم مقایسه شدند که نتیجه نشان داد افزایش معناداری در وابستگان افرادی که دارای خودبیمارانگاری بودند نسبت به آزمودنیهایی که خودبیمارانگار نبودند مشاهده شد.

گارژ، استان و سیمون (۱۹۹۷) در پژوهشی با عنوان «سندرم خودبیمارانگاری» یک مطالعه بین‌المللی با پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ ماده‌ای (GHQ-12)^۱، فراوانی و گستره خودبیمارانگاری را مشخص کردند. آزمودنیها ۲۵۹۱۶ نفر از بیماران سرپایی بودند که برای مراقبت‌های اولیه در چهارده کشور به درمانگاههای عمومی مراجعه و پرسشنامه GHQ-12 را تکمیل کردند. خودسنجی^۲ فیزیکی و روانی و نمرات GHQ-12 و مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب (CIDI)^۳، نشان داد که فراوانی خودبیمارانگاری حدود ۸/۰ درصد است و در بعضی جاها بین ۵/۰ تا ۱ درصد است.

هاردی، وارم برات و کریسمان (۲۰۰۱) در پژوهشی با عنوان بازشناسایی خودبیمارانگاری نشان دادند که بین ۵ تا ۹ درصد از بیماران مراقبت اولیه دارای نشانه‌های خودبیمارانگاری هستند. خودبیمارانگاری ممکن است اختلال درد اولیه یا ثانویه و یا افسردگی باشد.

در پژوهشی بارسکی و همکاران (۱۹۹۴) رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و خودبیمارانگاری بزرگسالی بیماران را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش آنها تاریخچه آسیب‌ها و ضربه‌های دوران کودکی و نگرش والدین نسبت به تندرستی و بیماری جسمانی را در خودبیمارانگاری بزرگسالی بررسی کردند. آنها از بین افرادی که به مرکز درمانگاههای عمومی مراجعه کرده بودند، ۶۰ نفر را که با توجه به معیارهای DSMIII-R دارای خودبیمارانگاری بودند و ۶۰ نفر را که نشانه‌های خودبیمارانگاری نداشتند انتخاب و مقایسه کردند. تمام بیماران وقایع دوران کودکی خود را بازگو و یک پرسشنامه ۸ ماده‌ای را نیز درباره بیماریها و تندرستی‌های دوران کودکی پر کردند. نتایج نشان داد بین افراد خودبیمارانگار از نظر تماس جنسی آسیب‌زا^۴ تا قبل از ۱۷ سالگی تفاوت معنادار وجود دارد (۶/۲۸ درصد در مقابل ۳/۷ درصد). خشونت جسمی نیز در افراد خودبیمارانگار بیشتر از افراد غیر خودبیمارانگار بود (۱/۳۲ در مقابل ۳/۷ درصد). نتایج همچنین نشان داد که بزرگسالان خودبیمارانگار صدمات و آسیب‌های دوران کودکی را بیشتر از افراد غیر خودبیمارانگار به‌خاطر می‌آورند. آنها

1- Item General Health Questionnaire

2- Self rating

3- Composite International Diagnostic Interview

4- Traumatic sexual contact

شیوع خودبیمارانگاری و رابطه آن با اضطراب ... / ۵

بیشتر بیماریهای دوران کودکی را نیز به خاطر می آورند با وجود اینکه در شرایط متداول کمتر مریض می شوند.

بارسکی و همکاران (۱۹۹۱) در پژوهشی با عنوان رابطه بین خودبیمارانگاری و سن، با استفاده از یک پرسشنامه خود گزارشی، افرادی را که دچار خودبیمارانگاری بودند، گزینش کردند. آنها از بین بیمارانی که به یک درمانگاه عمومی مراجعه کردند ۶۰ بیمار را که با توجه به معیارهای DSMII-R دارای نشانه های خودبیمارانگاری بودند با ۱۰۰ بیمار که به طور تصادفی از بین افرادی که با توجه به DSMII-R خودبیمارانگاری نداشتند مقایسه کردند. میانگین سنی گروهی که دارای خودبیمارانگاری بودند، بیشتر از گروه گواه نبود. نتایج نشان داد که بین افراد بالای ۶۵ سال و زیر ۶۵ سال، از نظر میزان خودبیمارانگاری تفاوت معناداری وجود ندارد.

در پژوهشی وات و استوارت (۲۰۰۰) به بررسی رابطه بین تجارب و یادگیریهای دوران کودکی و خودبیمارانگاری در نمونه ای از بزرگسالان غیربالینی پرداختند. در این پژوهش ۱۹۷ دانشجو به عنوان نمونه انتخاب شدند و از نظر متغیرهایی چون تقویت کننده های اصلی در دوره کودکی، الگو و سرمشق گیری از والدین، تجارب مربوط به مورد احترام بودن و تجارب جسمانی، مورد بررسی قرار گرفتند. تجارب دوره کودکی را با استفاده از پرسشنامه تجارب یادگیری کودکی (LHQ)^۱ اندازه گیری کردند. خودبیمارانگاری آنها نیز به وسیله LAS یا مقیاس نگرش به بیماری اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که افراد خودبیمارانگار بسیاری از نشانه ها و علائم بیماری را از طریق الگوسازی از والدین کسب کرده اند. همچنین نتایج نشان داد که اضطراب بالا در دوران کودکی با خودبیمارانگاری در بزرگسالی رابطه دارد. در پژوهشی سالمون و کالدربانک (۱۹۹۶) از دانشکده روان شناسی بالینی دانشگاه لیورپول^۲ رابطه بین سوء استفاده جنسی و جسمی دوران کودکی را با رفتار بیمارگونه بزرگسالی مطالعه کردند. از یک نمونه ۲۷۵ نفری دختر و پسر دانش آموز اطلاعات زیر حاصل شد:

- تاریخچه سوء استفاده های جنسی و جسمی دوران کودکی
- وضعیت مراقبت، سلامتی، جسمی شدن و خودبیمارانگاری در بزرگسالی

نتایج نشان داد که سوء استفاده جسمی و جنسی در دوران کودکی با خودبیمارانگاری در بزرگسالی ارتباط دارد.

در پژوهشی فوژن و نی‌زیروگلو (۱۹۹۸) نشان دادند که شروع خودبیمارانگاری معمولاً بین ۳۶ تا ۵۷ سالگی رخ می‌دهد هر چند در این مورد توافق وجود ندارد. همچنین خودبیمارانگاری در زنان مکرراً بیشتر از مردان رخ می‌دهد و شیوع آن در جمعیت عمومی بین ۴ تا ۲۰ درصد است.

لارنس، اکیرمایر، کارل^۲ و لویز (۲۰۰۱) پژوهشی را با عنوان عوامل تعیین‌کننده خودبیمارانگاری انجام دادند. آنها به این نتیجه رسیدند که ترس زیاد از پیری و مرگ، اهمیت زیاد قایل شدن برای سلامتی و ظاهر فیزیکی خود، حس قوی آسیب‌پذیری جسمانی نسبت به بیماری و صدمه خوردن، احساس منفی فرد نسبت به سلامت عمومی خود، داشتن پریشانی و اندوه زیاد به همراه علائم فیزیولوژیک، تصور داشتن بیماریهای متعدد روانی نظیر افسردگی، اضطراب و جسمی سازی همچنین نشانه‌های فیزیکی و بدنی مانند درد عضلانی و دردهای درونی (شکمی)، زودرنجی، نشانگان خستگی مزمن، کاهش فعالیت‌های عمومی، افت عملکرد و در نهایت ناتوانی، از عواقب خودبیمارانگاری محسوب می‌شوند. بنابراین خودبیمارانگاری را می‌توان نشانه‌ای مرضی تلقی کرد که در چارچوب آن اضطراب و سازوکارهای مختلف دفاعی که برای ایجاد سدی در برابر آن به کار می‌افتند به یکدیگر ملحق می‌شوند تا علیه شخصیت‌زدایی مبارزه کنند. در پاره‌ای از افراد، اضطراب براساس ابراز نگرانی نسبت به وضع جسمانی یا ترس از ابتلا به پاره‌ای از بیماریها در آینده متجلی می‌شود، چنین شکایاتی که همواره نشان‌دهنده وجود اضطراب مزمن است تحت تأثیر اطرافیان شکل می‌گیرد و با وجود معاینه‌های پزشکی اطمینان‌بخش، ترس از ابتلا به بیماری و یا تصور بیمار بودن همچنان پا برجاست، حتی ممکن است که احساس درمان‌ناپذیری و یا احساس یک خطر حیاتی قریب‌الوقوع در فرد به وجود آید (دادستان، ۱۳۷۸). بنابراین در این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ برای سؤالات زیر هستیم:

۱- آیا بین خودبیمارانگاری و افسردگی، اضطراب و سایر ویژگیهای فردی در دانشجویان دختر و پسر رابطه معناداری وجود دارد؟

شیوع خودییمارانگاری و رابطه آن با اضطراب ... / ۷

۲- میزان فراوانی خودییمارانگاری بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز چقدر است؟

با توجه به پیشینه موضوع و پژوهش‌های انجام شده در این زمینه فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- بین خودییمارانگاری و اضطراب در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین خودییمارانگاری و افسردگی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین خودییمارانگاری و سن دانشجویان رابطه وجود دارد.
- ۴- بین خودییمارانگاری و جنسیت دانشجویان رابطه وجود دارد.
- ۵- بین خودییمارانگاری و وضعیت تأهل دانشجویان رابطه وجود دارد.
- ۶- بین خودییمارانگاری و ترتیب تولد دانشجویان رابطه وجود دارد.
- ۷- بین خودییمارانگاری، اضطراب، افسردگی، جنسیت، سن، وضعیت تأهل و ترتیب تولد دانشجویان همبستگی چندگانه وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بودند. تعداد کل دانشجویان ۱۶۳۸۹ نفر بودند که از این تعداد ۷۶۷۴ دختر و ۸۷۱۵ پسر بودند که در پنج دانشکده درس می‌خواندند.

آزمودنی‌ها

در این پژوهش با توجه به پژوهش‌های پیشین و جدولهای آماری، برای حجم نمونه حدود ۵ درصد کل جامعه مناسب تشخیص داده شد، بنابراین از بین کلیه دانشجویان دختر و پسر ۸۲۰ نفر به شیوه تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا تعداد دانشجویان هر رشته مشخص شد و سپس با توجه به نسبت کل جامعه و حجم نمونه، از بین آن رشته به صورت تصادفی ساده نمونه مورد نظر انتخاب شد. جدول ۱ طرح نمونه‌برداری را برای کلیه رشته‌ها نشان داده است. از تعداد کل نمونه ۲۰ نفر پرسشنامه‌های خود را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند که حذف شدند و ۸۰۰ نفر (۴۰۰ دختر و ۴۰۰ پسر) به عنوان نمونه باقی ماند میانگین سنی دختران ۲۳/۲۰ و پسران ۲۲/۵۳ بود.

جدول ۱- طرح نمونه‌برداری

رشته جنس	تحصیلات تکمیلی	آموزش ابتدایی	حقوق	علوم سیاسی	اقتصاد نظری	علوم تجربی	مهندسی عمران	مکانیک	ساختمان	زراعت	کشاورزی	منابع طبیعی	روانشناسی	جغرافیا	مکانیک ابزارسازها	مکانیکی	پرستاری و مامایی	ادبیات فارسی
پسر	۲	۱۱	۴۶	۲۵	۴	۲	۸۵	۶۶	۱۹	۲۴	۲۹	۷	۱۶	۱۳	۲۶	۱۳	-	۱۱
دختر	۱۴	۱۲	۱۴	۲۰	۳۰	۱۳	-	-	-	۴۰	-	۴۳	۸۷	۵۴	-	-	۵۹	۱۴
جمع	۱۷	۲۳	۶۰	۴۵	۳۴	۱۵	۸۵	۶۶	۱۹	۶۴	۲۹	۵۰	۱۰۳	۶۷	۲۶	۱۳	۵۹	۲۵

جدول ۱ طرح نمونه‌گیری را که به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده است نشان می‌دهد. در این روش ابتدا تعداد دانشجویان هر رشته مشخص و سپس با توجه به نسبت نمونه به جامعه، حجم نمونه به صورت تصادفی ساده انتخاب شده است. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد در برخی از رشته‌ها مثل پرستاری و مامایی با توجه به نوع رشته فقط دانشجوی دختر و در برخی رشته‌ها مثل ساختمان فقط دانشجوی پسر انتخاب شده است.

ابزار اندازه‌گیری

ابزارهای اندازه‌گیری استفاده شده در این پژوهش عبارت بودند از:

الف - آزمون خودبیمارانگاری اهواز: این پرسشنامه را که شامل ۴۵ ماده است احدی و پاشا (۱۳۸۱) در شهرستان اهواز تهیه کردند. آنها با استفاده از روش تحلیل عوامل نشان دادند که ۳۵ ماده روی عامل اول که شکایتهای بدنی و اشتغالات ذهنی نام دارد و ۱۰ ماده روی عامل دوم که ترس و نگرانی نامیده می‌شود، قرار دارد. پاسخننامه این پرسشنامه به صورت بلی و خیر است.

پایایی AHT: احدی و پاشا (۱۳۸۱) ضریب پایایی این آزمون را از طریق دو نیمه کردن ۰/۸۶۳۳، ضریب همسانی درونی ۰/۹۰۰۲ و ضریب بازآزمایی آن را بعد از ۶ هفته ۰/۶۷۷ به دست آوردند که همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند.

اعتبار AHT: احدی و پاشا (۱۳۸۱) اعتبار آزمون AHT را از دو روش به دست آوردند.

● اجرای همزمان آن با خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه MMPI که ضریب همبستگی آن ۰/۴۸۴۹ به دست آمد، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود.

● اعتبار افتراقی، این آزمون قادر شد بین ۵۷ نفر از افرادی که دارای خودبیمارانگاری بودند و ۱۲۰۰ نفر که چنین اختلالی نداشتند در سطح ۰/۰۰۱ تمایز قابل شود.

ب - آزمون افسردگی بک: این پرسشنامه برای سنجش شناخت‌های فرد افسرده به کار گرفته می‌شود. برای اجرای آزمون افسردگی بک از آزمودنی خواسته می‌شود تا سؤال‌ها و گزینه‌های هر سؤال را به ترتیب و با دقت بخواند. سپس از هر سؤال گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می‌کند، یعنی آنچه درست در زمان اجرای آزمون حس می‌کند. سپس دور عدد مقابل آن گزینه یک دایره بکشد (دادستان و منصور، ۱۳۷۰ نقل از مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۷۵).

ضریب پایایی آزمون افسردگی بک را رجیبی، عطاری، حقیقی (۱۳۸۰) در پژوهشی از طریق تصنیف ۰/۸۳ و به روش بازآزمایی به فاصله ۳ هفته بر روی ۵۹ دانشجوی اهواز ۰/۴۹ به دست آوردند که در سطح ۰/۰۵ $P <$ معنادار بود.

برای تعیین اعتبار آزمون افسردگی بک رجیبی، عطاری و حقیقی (۱۳۸۰) در پژوهش خود از مقیاس MMPI-D استفاده کردند. ضریب همبستگی به دست آمده را بین دو مقیاس بر روی ۵۷ دانشجوی پسر که از بین ۱۹۶ دانشجو به صورت تصادفی ساده انتخاب شده بودند، برابر ۰/۶۰ به دست آوردند. این ضریب در سطح ۰/۰۱ $P <$ معنادار می‌باشد.

ج - آزمون اضطراب کتل: این مقیاس به صورت پرسشنامه ۴۰ ماده‌ای است که اندازه‌گیری اضطراب را در سطح عامل شخصیت امکان‌پذیر می‌سازد. این عوامل که از آزمون ۱۶ عاملی شخصیت کتل استخراج شده‌اند، عامل وسیع و منحصر به فرد مرتبه دوم اضطراب را تشکیل می‌دهند. افزون بر این مواد، مقیاس به شیوه‌ای تدارک دیده شده که تمایز اضطراب پنهان را ممکن می‌سازد (دادستان، ۱۳۷۶).

پایایی آزمون اضطراب کتل به شیوه تصنیف ۰/۸۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ $P <$ معنادار است.

دادستان (۱۳۷۶) همبستگی بین عوامل پرسشنامه اضطراب کتل و مقیاس اضطراب امتحان را از ۰/۱۸ تا ۰/۴۲ به دست آورد که همگی در سطح ۰/۰۰۱ $P <$ معنادار بودند.

طرح پژوهش و روش اجرا

طرح پژوهش از نوع همبستگی است و روش اجرا و جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا از هر رشته حجم نمونه انتخاب و از آزمودنی‌های آن رشته دعوت می‌شد تا به سالن مطالعه مراجعه کنند و در آنجا از آنها درخواست می‌شد تا همزمان به پرسشنامه‌های خودبیمارانگاری اهواز، افسردگی بک و اضطراب کتل پاسخ گویند. با آزمودنی‌هایی که به‌عنوان نمونه انتخاب شده بودند، ولی در موعد مقرر مراجعه نمی‌کردند نیز تماس حاصل شد تا آزمون‌ها را تکمیل کنند.

بررسی توصیفی داده‌ها

در این قسمت ابتدا میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن، خودبیمارانگاری، افسردگی و اضطراب به دست آمده‌اند که در جدول ۲ مشاهده می‌شوند.

یافته‌ها و روش تحلیل داده‌ها

جدول ۲- داده‌های توصیفی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعداد N
سن	۲۱/۳۸	۲/۶۴	۸۰۰
خودبیمارانگاری	۱۳/۴۵	۶/۴۶	۸۰۰
افسردگی	۱۲/۲۴	۸/۹۵	۸۰۰
اضطراب	۵/۷۰	۲/۱۴	۸۰۰

از آنجایی که میانگین خودبیمارانگاری ۱۳/۴۵ و انحراف معیار آن ۶/۴۶ است بنابراین افرادی که بیش از ۲ انحراف معیار بیشتر از میانگین گرفته بودند، (یعنی نقطه برش ۲۶/۳۷) به‌عنوان افراد خودبیمارانگار در نظر گرفته شدند. تعداد این افراد ۹۸ نفر بود که در مجموع نشان می‌داد بیش از ۱۲ درصد از آزمودنی‌ها دارای خودبیمارانگاری بودند، که از این تعداد ۵۶ زن و ۴۲ مرد بودند.

سپس داده‌های خام با استفاده از دو روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد بین خودبیمارانگاری و افسردگی در سطح $P < 0/01$ و بین خودبیمارانگاری و اضطراب در سطح $P < 0/01$ رابطه معناداری وجود دارد، ولی بین خودبیمارانگاری با جنسیت، وضعیت تأهل، ترتیب تولد و سن رابطه معناداری مشاهده نشد. بنابراین فرضیه‌های اول و دوم تأیید شدند، ولی فرضیه‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم تأیید نشدند.

جدول ۳- ماتریس همبستگی بین متغیرها (N = ۸۰۰)

سن	جنسیت	وضعیت تأهل	ترتیب تولد	افسردگی	اضطراب	خودبیمارانگاری
جنسیت	۱/۰۰۰	۰/۰۵۸	۰/۰۴۲	۰/۰۰۴	-۰/۰۶۴	۰/۰۵۰
وضعیت تأهل	۰/۰۵۸	۱/۰۰۰	-۰/۰۱۷	۰/۰۵۱	۰/۰۵۴	۰/۰۱۷
ترتیب تولد	۰/۰۴۲	-۰/۰۱۷	۱/۰۰۰	۰/۰۵۱	۰/۰۴۲	۰/۰۲۱
افسردگی	۰/۰۰۴	۰/۰۵۱	۰/۰۵۱	۱/۰۰۰	۰/۵۵۵***	-۰/۵۰۴***
اضطراب	-۰/۰۶۴	۰/۰۵۴	۰/۰۴۲	۰/۵۵۵***	۱/۰۰۰	-۰/۴۴۰***
خودبیمارانگاری	۰/۰۵۰	۰/۰۱۷	۰/۰۲۱	-۰/۵۰۴***	-۰/۴۴۰***	۱/۰۰۰
سن	-۰/۴۲۲***	-۰/۴۷۴***	۰/۴۰۴***	۰/۰۷۷	۰/۰۵۹	-۰/۰۰۷

*** همبستگی در سطح $0/01$ معنادار است

همان‌طور که ماتریس همبستگی بین متغیرها در جدول ۳ نشان می‌دهد بین خودبیمارانگاری و اضطراب در سطح $0/01$ رابطه معناداری وجود دارد.

رگرسیون چند متغیره

به منظور بررسی همبستگی چندگانه بین خودبیمارانگاری، اضطراب، افسردگی، جنسیت، سن، وضعیت تأهل و ترتیب تولد دانشجویان موضوع فرضیه شماره ۷ از رگرسیون چند متغیره با روش قدم به قدم استفاده شده است که نتایج در جدولهای ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون

مدل	ضریب همبستگی R	R ²	مجذور ضریب همبستگی جامعه	خطای استاندارد رگرسیون
افسردگی	۰/۵۰۴	۰/۲۵۴	۰/۲۵۳	۵/۵۸
اضطراب	۰/۵۴۰	۰/۲۹۱	۰/۲۸۹	۵/۴۴
جنسیت	۰/۵۴۳	۰/۲۹۵	۰/۲۹۳	۵/۴۳

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، افسردگی به تنهایی بیش از ۲۵ درصد از واریانس مشترک با خودبیمارانگاری را تعیین می‌کند و وقتی اضطراب نیز به آن اضافه می‌شود این مقدار به ۲۹ درصد می‌رسد که با اضافه شدن متغیر جنسیت، افزایش خیلی اندکی (۰/۲۹۵) صورت می‌گیرد.

جدول ۵- ضرایب متغیرها (در رگرسیون چندمتغیره)

مدل	متغیر	ضرایب غیراستاندارد شده		t	سطح معناداری Sig
		ضرایب بتا	خطای استاندارد ضریب بتا		
۱	(عرض از مبدأ)	۸/۲۷۰	۰/۳۷۱	۲۲/۳۰۱	۰/۰۰۰
	افسردگی	۰/۳۶۳	۰/۰۲۲	۱۶/۴۸۱	۰/۰۰۰
۲	(عرض از مبدأ)	۵/۵۹۸	۰/۵۴۹	۱۰/۲۰۰	۰/۰۰۰
	افسردگی	۰/۲۷۱	۰/۰۲۶	۱۰/۴۶۴	۰/۰۰۰
۳	(عرض از مبدأ)	۴/۲۷۸	۰/۸۲۳	۵/۱۹۵	۰/۰۰۰
	افسردگی	۰/۲۶۸	۰/۰۲۶	۱۰/۳۷۵	۰/۰۰۰
	اضطراب	۰/۷۲۰	۰/۱۰۸	۶/۶۳۸	۰/۰۰۰
	جنسیت	۰/۸۲۷	۰/۳۸۵	۲/۱۴۸	۰/۰۲۳

جدول ۵ نشان می‌دهد که بیشترین ضرایب استاندارد شده بتا مربوط به افسردگی (۰/۵۰۴) است. لذا با استفاده از این جدول می‌توان برای مدل‌های سه‌گانه فوق خودبیمارانگاری را با استفاده از رابطه‌های زیر پیش‌بینی کرد.

$$\begin{aligned} \text{مدل اول} &= Hy = (نمره افسردگی) \times (۰/۳۶۳) + ۸/۲۷۰ \\ \text{مدل دوم} &= Hy = (نمره اضطراب) + (۰/۷۰) + (نمره افسردگی) \times (۲۷۱) = \text{برآورد (خودبیمارانگاری)} \\ \text{مدل سوم} &= Hy = (جنسیت) \times (۰/۸۲۷) + (نمره اضطراب) + (۰/۷۲۰) + (نمره افسردگی) \times (۰/۲۶۸) = \text{برآورد (خودبیمارانگاری)} \end{aligned}$$

بحث و نتیجه‌گیری

الف - خودبیمارانگاری و اضطراب: همان‌طوری که در قسمت یافته‌های آماری مشاهده شد، ضریب همبستگی بین دو متغیر خودبیمارانگاری و اضطراب ۰/۴۴ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ $P <$ معنادار بود. یعنی این پژوهش نشان داد که بین خودبیمارانگاری و اضطراب رابطه معناداری وجود دارد. برای تبیین این نتیجه باید عنوان کرد، از آنجا که در اختلال خودبیمارانگاری فرد دائماً نگران سلامت خود و ابتلا به اختلالات بدنی فرضی است، بدیهی است که موجی از اضطراب همیشگی با وی همراه شود چرا که ویژگی عمده این افراد شکایت از بیماری‌های مختلف است، شکایتی که به الگوی فرضی منطقی مربوط نمی‌شود. مثلاً ممکن است از نوعی ناراحتی و درد غیرعادی در ناحیه معده، سینه و سر، دستگاه تناسلی یا سایر قسمت‌های بدن شکایت کنند. آنان معمولاً از تشریح دقیق نشانه‌های مرضی خود عاجزند و توجه ذهنی آنها همواره در جهت ظهور بیماری‌های جدید است، بنابراین یافته به دست آمده مبنی بر وجود رابطه بین خودبیمارانگاری و اضطراب دور از دسترس نیست. این پژوهش همسو با بارسکی و همکاران (۱۹۹۴) است که نشان دادند بین آسیب‌های دوران کودکی و خودبیمارانگاری بزرگسالی و اضطراب آنها رابطه معناداری وجود دارد.

ب - خودبیمارانگاری و افسردگی: همان‌طور که نتایج نشان داد میزان ضریب همبستگی بین خودبیمارانگاری و افسردگی ۰/۵۰۴ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ $P <$ معنادار بود. به عبارت دیگر بین خودبیمارانگاری و افسردگی در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

یافته این پژوهش تأییدی بر مکتب روان تحلیل‌گری در مورد خودییمارانگاری و افسردگی است. در نظریه روان‌کاوی، کودک مراحل مختلف رشد را از مرحله وابستگی کامل به والدین تا جدایی نهایی و تکوین هویت طی می‌کند. چنانچه نیازهای کودک در هر مرحله تأمین نشود، کودک دچار نگرانی، اضطراب درونی و ترس از رها شدن و تسلیم می‌شود. پژوهشگران معتقدند که تجربه محرومیت، مراقبت نامناسب یا جدایی موجب ترویج افکار پرخاشگرانه و دیگر آزاری و به عبارتی احساس دل‌سردی کودک نسبت به والدین می‌شود و از آنجا که این افکار خطرناک است و احتمال تنبیه کودک به دست والدین و مربی وجود دارد این افکار سرکوب شده و احساس گناه جایگزین آنها می‌شود. فریاد این گناه را که فرا من بر من اعمال می‌کند به سرزنش‌های وجدان تعبیر می‌کند. یکی از راه‌های حفظ افکار تهدیدآمیز در حالت سرکوب شده و ناخودآگاه تبدیل آنها به تظاهرات آگاهانه جسمی است، از آنجا که این روند نقش سرنوشت‌سازی را در حفظ این حالت روانی سازمان یافته ایفا می‌نماید، غالباً موانع جدی را بر سر راه بهبود قرار می‌دهد. به هنگام درخواست از بیماران به منظور ارزیابی مفهوم روان‌شناختی علایم خود، خطر مواجه شدن با احساس ناخودآگاه گناه وجود دارد. احتمالاً تأیید درد جسمی راحت‌تر از اعتراف به ترس روانی ناشی از تنبیه شدید است. مثل این است که افراد خودییمارانگار به خود بگویند تا زمانی که خود را تنبیه کنم نیروهای موجود آسیبی به من نمی‌رسانند. همین ویژگی خودییمارانگاری یعنی نیاز دایمی به سرکوب کردن احساس گناه است که ویژگیهای آزارطلبی و وسواس را در توصیف بالینی بیمار مبتلا به خودییمارانگاری توجیه می‌نماید. همچنین یافته‌های این پژوهش تأییدکننده پژوهش استارسویک و لپسیت (۲۰۰۱) است که نشان دادند خودییمارانگاری از نشانه‌های آشکار افسردگی است. همچنین با پژوهش هاردی، وارم برات، کریسمان (۲۰۰۱) همسو می‌باشد، آنها نشان دادند که خودییمارانگاری با افسردگی رابطه دارد.

ج - خودییمارانگاری، سن و جنسیت: همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین خودییمارانگاری و سن در دانشجویان رابطه معناداری وجود ندارد، همچنین بین خودییمارانگاری و جنسیت رابطه معناداری وجود ندارد، با وجود اینکه انتظار می‌رود که خودییمارانگاری با سن رابطه مثبت داشته باشد، یعنی بیشتر در افراد مسن مشاهده شود، اما تحقیقات مختلف نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. تحقیق حاضر همسو با

یافته‌های کاپلان - سادوک (۱۳۷۰) است. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که خودبیمارانگاری در مرد و زن تقریباً به یک اندازه مشاهده می‌شود اما احتمالاً شیوع آنها در مردها کمی بیشتر است. تصور می‌شود اوج بروز در دهه‌های چهارم و پنجم عمر است، با وجود این تمام رده‌های سنی مبتلا می‌گردند به خصوص نوجوان‌ها و افراد بالای ۶۰ سال، دلایلی وجود دارد که شیوع خودبیمارانگاری در دو قلوهای مشابه و بستگان درجه یک بیمار نسبتاً بالاتر است. در حالی که در پژوهشی دیگر دادستان (۱۳۷۰) نشان داده است که خودبیمارانگاری در نوجوانان پسر بیش از دختران است.

این پژوهش همچنین با پژوهش بارسکی و همکاران (۱۹۹۱) همسو است آنها در پژوهشی تحت عنوان رابطه بین خودبیمارانگاری و سن به این نتیجه رسیدند که بین افراد بالای ۶۵ سال و زیر ۶۵ سال، از نظر میزان خودبیمارانگاری تفاوت معناداری وجود ندارد.

این پژوهش یافته‌های فوژن و نی‌زیروگلو (۱۹۹۸) را تأیید نمی‌کند، آنها نشان دادند که سن شروع خودبیمارانگاری معمولاً بین ۳۶ تا ۵۷ سالگی رخ می‌دهد. آنها همچنین عنوان کردند که خودبیمارانگاری در زنان بیشتر از مردان رخ می‌دهد این پژوهش همچنین یافته‌های لارنس، کیرمایر، کارل و لویز (۲۰۰۱) را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بین سن و خودبیمارانگاری رابطه معنادار وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش همچنین همسو با یافته‌های بارسکی (۱۹۹۱) است، وی در پژوهشی نشان داد که بین ویژگی‌های خودبیمارانگاری در بیماران جوان و بیماران مسن تفاوت معناداری وجود ندارد. به استثنای اینکه در دوران پیری خودبیمارانگاری بیشتر با افسردگی رابطه دارد. همچنین در پژوهش‌های جداگانه‌ای کرامر، گینس برت (۱۹۸۶) برانت و همکاران (۱۹۸۴) این نتایج را تأیید کرده بودند.

همچنین بارسکی و همکاران (۱۹۹۰) و هرماندز و کلنر (۱۹۹۲) دریافتند که رابطه متغیرهای جنسیت و سن در خودبیمارانگاری بی‌ثبات هستند. گرچه نایز و همکاران (۱۹۹۳) دریافتند که در جامعه فراوانی خودبیمارانگاری در بین زنان ($P < 0/002$) و افراد جوانتر ($P < 0/001$) بیشتر است.

د - شیوع خودبیمارانگاری: پژوهش حاضر نشان داد که بیش از ۱۲ درصد از دانشجویان دارای نشانه‌هایی از خودبیمارانگاری هستند. تحقیقات مختلف فراوانی‌های

متفاوتی را نشان می‌دهد. مثلاً کاپلان و سادوک (۱۳۷۰) معتقدند در پزشکی عمومی خودبیمارانگاری در ۳ تا ۱۴ درصد بیماران مشاهده می‌شود. ولی شیوع آن در جمعیت کلی معلوم نیست. لانگتر و مایکل (۱۹۹۳) دریافتند که بین ۴ تا ۲۵ درصد از کل جمعیت از خودبیمارانگاری رنج می‌برند.

همچنین در پژوهشی کلنر و شفیلد (۱۹۷۳) دریافتند که به ترتیب ۹ و ۱۳ درصد از مردم انگلستان و نیومکزیک از امکان مبتلا بودن به بیماری جدی و خطرناکی اظهار نگرانی می‌کنند. کلنر و همکاران (۱۹۸۳) مشاهده کردند ۸ درصد از دانشجویان پزشکی و حقوق خودبیمارانگار هستند. همچنین در پژوهشی فوژن و نی‌زبروگلو (۱۹۹۸) نشان دادند که شیوع خودبیمارانگاری در جمعیت عمومی بین ۴ تا ۲۰ درصد است.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۲)، آسیب‌شناسی روانی، جلد اول، چاپ اول، انتشارات بعثت.
- آزاد، حسین. (۱۳۷۷)، آسیب‌شناسی روانی ۲، جلد دوم، چاپ اول، انتشارات بعثت.
- احدی، حسن. غلامرضا پاشا. (۱۳۸۱)، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اختلال هیپوکندریا در شهرستان اهواز»، مجله دانش و پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره یازدهم و دوازدهم.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۷۸)، روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، چاپ اول، انتشارات سمت.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۷۶)، «سنجش و درمان اضطراب امتحان»، مجله روان‌شناسی، سال اول، شماره ۱.
- راو، کلارنس. مباحث عمده در روانپزشکی، چاپ دوم، ترجمه جواد وهاب‌زاده، (۱۳۷۰)، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- رجیبی، غلامرضا. یوسف‌علی عطاری و جمال حقیقی. (۱۳۸۰)، «تحلیل عامل سؤالیهای پرسشنامه بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز»، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال هشتم، شماره‌های ۳ و ۴.

کاپلان، هارولد. بنیامین سادوک. خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، (۱۳۷۸)، جلد دوم، چاپ سوم، انتشارات شهر آشوب.

مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۷۵)، «بررسی رابطه هماهنگی بین مؤلفه‌های خودپنداشت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران، دوره سوم، شماره‌های ۱ و ۲.

ولمن، بنیامین. اختلالات روان‌تنی، ترجمه بهمن نجاریان و دباغ دهقانی، (۱۳۷۵)، انتشارات رشد.

BARSKY, A.J. (1991). Hypochondriasis & obsessive disorder. *Psychiatric clinics of North America*. 15: 791-801.

BARSKY, A.J., BARNETT, M.C. & CLEARY, P.D. (1994). Hypochondriasis and panic disorder boundary & overlap. *Archives of General psychiatry*. 51: 918-925.

BARSKY, A.J., WYSHAK, & G. KLERMAN, G.L. (1986). Hypochondriasis, An evaluation of the DSM-III Criteria in medical outpatients. *Arch Gen psychiatry*; 43(5): 493-500.

BARSKY, A.J., FRANK, C.B., CLEARY, P.D., WYSHAK, G. & KLERMAN, G.L. (1991). The relation between hypochondriasis and age. *Am J psychiatry*; 148(7): 923-928.

BARSKY, A.L. WOOL, C., BARNETT, M.C. & CLEARY, P.D. (1994). Histories of childhood trauma adult hypochondriacal patient. *Am J psychiatry*, 151(3): 397-401.

BASSC, MURPHY, M. (1995). Somatoform and personality disorders syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of psychosomatic Research* 39: 403-427.

BIANCHI, G.N. (1971). The origins of disease phobia. *Australian and New zeland journal of psychiatry* 5: 241-251.

BROWNET, R.P., SOVEENEY, J., LOUTS CHE., KOCSIS, J. & FRANCES, A. (1984). Invalutinal melancholia revisited. *American Journal of psychiaatry* 142: 24-28.

CRAIG, T.K.J., BROADMAN, A.P., MILLSK.DALY-JONES, O. & DRADETT.

- (1993). The south london somatization study: I longitudinal course & influence of early life experiences. *British journal of psychiatry* 163: 579-588.
- EATON, M.T. JR; PETERSON, H. & DAVIS. (1981). *Psychiatry/ 4th ed*, Gordon City Medical Examination publishing company, chap. 8.
- ESCOBAR, J.I., SWARTZ, H., RUBIO-STIPEC, M., MANU. (1991). Medically unexplained Symptoms: distribution, risk factors and comorbidity. In *Current concepts of somatization. Research and clinical Perspectives*. Washington: American psychiatry press.
- FARAVELLIC, et al. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in florence. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology* 32: 24-29.
- FAVA, G.A., GRANDIS. (1991). Differential diagnosis of hypochondriasis fears & beliefs psychother psychosom; 55(2-4): 114-119.
- FUGEN & NEZIROGLO. (1998). *Psychiatry Times*, Volx Vissue 7.
- GARCIA-CAMPAYO, J., LOBO, A., PEREZ-EICHEVERRIA, M.J. & CAMOOS, R. (1998). Three forms of Somatization presenting in primary care setting in Spain *J Never V Ment Dis*.
- GERDESL T., NOYES, R., KATHOL, R.G., PHILLIPS, B.M., FISHER, M.M., MORCUENDE M.A. & YAGLA S.I. (1996). Physician recognition of hypochondriacal patients. *General Hospital psychiatry* 18: 106-112.
- GRAMLING, S. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in woman *Psychosomatic medicine* 58: 423-431.
- GUREJEO, USTUN, T.B. & SIMON, G.E. (1997), The syndrome of hypochondriasis. *psychol Med*; 27(5): 101-110.
- HARDY, R.E., WARMBRODT, L. & CHRISMAN, S.K. (2001). Recognizing hypochondriasis in primary care *Nurse pract*, 26, 29, 33-36 pasimquiz 42-43.
- HERNANDEZ, J., KELLNER, R. (1992). Hypochondriacal concerns and attitudes toward illness in males and females. *International journal of psychiatry in medicine*, 22: 251-263.

- HOLLIFIELD, M., PAINES,, TUTTLEL, KELLNER, R. (1999). Hypochondriasis somatization, and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics* 40: 380-386.
- JYVASIJARVIS, et al. (1999). Alexithymia, hypochondriacal beliefs, and psychological distress among frequent attenders in primary health care. *Comprehensive Psychiatry*, 40: 292-298.
- KELLNER, R., SHEFFIELD, B.F. (1973). The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *American journal of psychiatry* 130: 102-105.
- KIRMAYER, L.J., ROBINS, J.M. (1991). Tree forms of somatization of primary care Prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 647-655.
- MABE, P.A., HOBSON, D.P., JONES, L.R., & JARVIS, R.G. (1988). Hypochondriacal traits in medical patient. *general hospital psychiatry* 10: 236-244.
- MARCUS, D.K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation & triggers. *J psychosom Res*; 47(1): 79-91.
- NICHOLI, A.M. (1978). *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*, Cambridge: Belknap press of Harvard university prels. chap 10.
- NOYES, R. JR., HOLT, C.S. HAPPEL, R.L., KATHOL, R.G. & JAGLA, S.J. (1997). A family study of hypochondriasis *J Nerv ment Dis*; 185(4): 223-32.
- NOYES, R., KATHOL, R.G., FISHER, M., PHILLIPS, B., SUELZER, M., HOLTC. (1993). The Validity of DSM-III-R. hypochondrias. *Archives of General psychiatry* 50: 961-970.
- ROBBINS, J.M., KIRMAYER, L.J. (1996). Transient & Persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, 26: 575-589.
- SALMON, P., CALDERBANK, S. (1996). The relationship of childhood physical & sexual abuse to adult illness behaviour *J psychosom Res*, 40(3): 329-336.
- SAZ, P. et al. (1995). Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples *Acta psychiatrica Scandinavica* 91: 18-22.

- SCHMIDT, A.J.M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive psychiatry*, 35: 306-315.
- WARWICK, H.M.C., SALKOVFISK, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and therapy* 28: 105-117.
- WATT, M.C., STEWART, S.H. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res*; 49(2): 107-118.
- STARCEVIC VLADAN & DON R. LIPSITT. (2001). *Hypochondriasis* oxford university press 2001 united states of America.



وصول: ۸۳/۶/۲۰
پذیرش: ۸۴/۶/۱۶

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی