

## Frequency of Hypochondria disorder in operating room personnel of educational hospitals of Guilan University of Medical Sciences

Maede Akhavan<sup>1</sup>, Parand Pourghane<sup>2</sup>, Zeynab Karimi<sup>3</sup>, Fateme Mohseni<sup>4</sup>

1- MSc, Department of Operations Room . Student Research Committee, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0001-9833-0646 E-mail: maedeakhavan@yahoo.com

2- Ph.D, Nursing Education, Department of Nursing, School of nursing , Midwifery and paramedicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID: 0000-0001-9927-5861

3- BSc, Anesthesiology Department. Student Research Committee, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID: 0000-0002-4547-5750

4- BSc, Department of Operations Room, Student Research Committee, Guilan University of Medical Sciences, Rasht ,Iran. ORCID: 0000-0002-2799-9526

Received: 07/04/2019

Accepted: 03/06/2019

### Abstract

**Introduction:** Hypochondria is one of of pseudo-physical disorders that despite Physical health, the person believes in having a serious illness for at least 6 months and is often associated with anxiety and depression.

**Aim:** Considering the fact that many operating room personnel are under stress and due to the direct effect of this group's function on community health,, this study aimed to determine the frequency of hypochondria in the operating room staff of the educational hospitals of GuilanUniversity of Medical Sciences.

**Method:** This study was performed on 101 personnel of operating rooms of hospitals affiliated to Guilan University of Medical Sciences. The Operating room personnel responded to the demographic questionnaire and the Evans Hypochondria standard questionnaire. The data were analyzed using SPSS 18 software.

**Results:** In this study, the prevalence of hypocondria was 18.19%. 42 (46.7%) were healthy, and32 (35.6%), the disorder existed partly. Of the 16 personnel with this disorder, 14 personnel had mild hypocondria and 2 personnel had moderate hypocondria. There was no significant relationship between hypocondria with gender, educational status and marital status. While, the relationship between age and self-confidence was significant (P = 0.013).

**Conclusion:** In this study, a high prevalence of this disorder was observed in Compared to other global research. According to the results of this study, with the increase in age, the prevalence of hypocondria increases. The reason for this statistically significant association can be the increase in anxiety and depression which requires more extensive studies to clarify this issue.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Hypocondroia, Personnel, Operating room

**How to cite this article :** Akhavan M, Pourghane P, Karimi Z, Mohseni F. Frequency of Hypochondria disorder in operating room personnel of educational hospitals of Guilan University of medical sciences. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (3): 83-92 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-567-fa.pdf>

## بررسی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در پرسنل اتاق های عمل بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مائده اخوان<sup>۱</sup>، پرند پورقانع<sup>۲</sup>، زینب کریمی<sup>۳</sup>، فاطمه محسنی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران (مؤلف مسئول).

ایمیل: maedeakhavan@yahoo.com

۲. دکتری تخصصی آموزش پرستاری (توانبخشی قلبی)، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۳. کارشناس هوشبری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۴. کارشناس اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** خودبیمارانگاری یکی از انواع اختلالات شبه جسمی می باشد که علی رغم وجود سلامت بدنی، فرد حداقل به مدت ۶ ماه به وجود یک بیماری جدی در خود معتقد است و غالباً با اضطراب و افسردگی توأم است.

**هدف:** با توجه به اینکه بسیاری از پرسنل اتاق عمل تحت تنش قرار دارند و با توجه به تاثیر مستقیم عملکرد این گروه در سلامت جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در پرسنل اتاق عمل های بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده است.

**روش:** این پژوهش به روش سرشماری بر روی ۱۰۱ نفر از پرسنل اتاق عمل های بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است. پرسنل اتاق عمل به پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد خودبیمارانگاری ایوانز پاسخ دادند و داده ها با استفاده از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

**یافته ها:** در این پژوهش میزان شیوع خودبیمارانگاری ۱۸/۱۹٪ (۱۸/۱۹ به دست آمد. ۴۲ نفر (۴۶/۷٪) سالم و ۳۲ نفر (۳۵/۶٪) تا حدودی این اختلال را داشتند. از ۱۶ پرسنل مبتلا به این اختلال، ۱۴ مورد اختلال خودبیمارانگاری خفیف و ۲ مورد اختلال خودبیمارانگاری متوسط داشتند. رابطه ی معنی داری میان اختلال خودبیمارانگاری با جنس، مدرک تحصیلی و وضعیت تاهل مشاهده نشد. در حالی که رابطه ی سن و خودبیمارانگاری معنادار بود ( $p=0/013$ ).

**نتیجه گیری:** در این مطالعه، شیوع بالایی از این اختلال نسبت به پژوهش های جهانی مشاهده شد. براساس نتایج این پژوهش، با افزایش سن، شیوع اختلال خودبیمارانگاری افزایش می یابد. علت این ارتباط معنادار آماری میتواند ناشی از افزایش اضطراب و افسردگی باشد که نیازمند مطالعات گسترده تری جهت روشن شدن این موضوع می باشد.

**کلید واژه ها:** اضطراب، افسردگی، خودبیمارانگاری، پرسنل، اتاق عمل

## مقدمه

خود بیمار انگاری (هیپوکندریا)، یکی از انواع اختلالات شبه جسمی است که علی‌رغم وجود سلامت بدنی، فرد حداقل به مدت ۶ ماه به وجود یک بیماری جدی در خود معتقد است (نوقابی و همکاران، ۱۳۹۳). این بیماران ممکن است با گذر زمان فکر کنند که به بیماری جدیدی مبتلا شده‌اند. لذا، این بیماری غالباً با اضطراب و افسردگی توأم است (کاپلان و همکاران، ۱۹۷۱). میزان شیوع این اختلال در پنجمین نسخه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> حدود ۷-۲٪ گزارش شده است که شیوع آن در زنان و مردان یکسان است (بارسکی و همکاران، ۲۰۰۴). و بیشترین شیوع آن در افراد ۲۰-۳۰ ساله گزارش شده است (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸).

در مطالعه‌ی "لوپر" و همکاران، میزان شیوع این اختلال در جمعیت کشور کانادا ۰/۲ درصد گزارش شده است (لوپر و همکاران، ۲۰۰۱). این در حالی است که در مطالعه‌ی "طلایی" و همکاران که بر روی ۵۰۰ دانشجوی ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد شیوع علائم خودبیمارانگاری در حد ۳۶/۸ درصد و شیوع اختلال آن در دانشجویان مورد مطالعه ۱۶ درصد بود (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸).

سن، جنس، وضعیت تأهل و مدرک تحصیلی، از عوامل احتمالی مؤثر در بروز این اختلال عنوان شده است. عوامل متعدد دیگری علاوه بر مشخصات دموگرافیک بر بروز این بیماری اثرگذار است من جمله: تمرکز بر روی احساس‌های بدنی و سوءتعبیر آن‌ها، وجود خویشاوند مبتلا در خانواده با تأکید بر اثر تقلیدی آن و همچنین

اضطراب و افسردگی (الینگسن و همکاران، ۲۰۰۹، طلایی و همکاران، ۱۳۸۸، ویل هلمسن و همکاران، ۲۰۰۲، سیموگریگوری، ۲۰۰۱، کرید و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌های صورت گرفته بر روی دانشجویان علوم پزشکی حاکی از اعتقاد این دانشجویان به وجود بیماری‌های مورد مطالعه در خود است (کولی‌یر و همکاران، ۲۰۰۸، هانترو همکاران، ۱۹۶۴). دانشجویان بالینی رشته پزشکی به علت ترس از بیماری و نشانه‌های بیماری در خود، دائماً دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند (الاتون جی و همکاران، ۲۰۰۹). این در حالی است که در مطالعه‌ی "لارنزواترمان" ارتباط معنی‌داری میان داشتن دانش پزشکی و اختلال خودبیمارانگاری مشاهده نشد (واترمان و همکاران، ۲۰۱۲).

بین اضطراب و خود بیمار انگاری همپوشانی بسیاری وجود دارد و اضطراب یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر بروز خودبیمارانگاری است (الاتون جی و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب شایع‌ترین اختلال روانی در جوامع و مشاغل دارای دانش علوم پزشکی مانند تکنسین‌های بیهوشی، پرستاری و تکنسین اتاق عمل است (کیالها و همکاران، ۱۳۹۲). "پورقانع" و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی سطح استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های CCU دریافتند که بیش از نیمی از افراد دارای سطح استرس کمی بودند و حدود یک‌سوم از نمونه‌ها، سطح استرس زیادی داشتند (پورقانع و همکاران، ۱۳۸۷). از طرفی، مطالعات انجام شده نشانگر سطح تنش‌زایی بالاتر اتاق عمل از سایر بخش‌های ویژه است. "جهانی‌هاشمی" و همکاران با بررسی ۳۵۰ نفر از کارکنان بیمارستانی، در مطالعه‌ای تحت عنوان "بررسی وضعیت سلامت روانی کادر پرستاری مراکز آموزشی

<sup>۱</sup> DSM-V

ابزار جمع آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی استاندارد خودبیمارانگاری ایوانز-۳۶ سؤالی و پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک بوده است.

**پرسش‌نامه‌ی استاندارد خودبیمارانگاری ایوانز:** روایی و اعتبار این پرسشنامه در موارد متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. طلائی و همکاران در سال ۱۳۸۸ ضریب پایایی پرسشنامه‌ی مذکور را بر اساس آلفای کرونباخ ۸۹/۰ به دست آوردند (طلائی و همکاران، ۱۳۸۸) به علاوه همبستگی بالای پرسش‌نامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه‌ی شخصیت چند وجهی مینسوتا (MMPI) و چک لیست علامتی ۹۰ سؤالی (۹۰-SCL) بیانگر اعتبار مناسب آن است (طلائی و همکاران، ۱۳۸۸) پرسشنامه‌ی ایوانز (۱۹۸۰) حاوی ۳۶ سؤال است و افراد بر مبنای نمره‌ی کسب‌شده در گروه‌های سالم (۰-۲۰)، مرزی (۲۱-۳۰)، خفیف (۳۱-۴۰)، متوسط (۴۱-۶۰) و شدید (بالای ۶۰) قرار می‌گیرند (ایوانز، ۱۹۸۰). پرسشنامه‌ی دموگرافیک نیز سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی و سابقه‌ی مصرف یا عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و افسردگی را مورد پرسش قرار می‌دهد. با کسب مجوز از مسئولین مربوطه پرسشنامه‌ها بین تمامی کارکنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند توزیع گردید و پس از ارائه‌ی توضیحات لازم در خصوص چگونگی تکمیل پرسشنامه، کارکنان پرسشنامه را پر کرده و سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. برای آنالیز داده‌های جمع‌آوری‌شده و همچنین بررسی ارتباط این

درمانی "، اتاق عمل را به‌عنوان یکی از پرتنش‌ترین (۴۴/۳٪) بخش‌ها که اختلالات روانی در آن بالاست معرفی می‌کنند (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۶).

با توجه به اینکه محیط اتاق عمل، یکی از محیط‌های بالینی تنش‌زا است و بسیاری از کارکنان در رنج سنی در معرض خطر قرار دارند، لذا بررسی فراوانی این اختلال در اتاق عمل، حائز اهمیت است. در این راستا با توجه به تأثیر مستقیم سلامت کارکنان اتاق عمل بر نظام سلامت کشور و به‌تبع آن کاهش هزینه‌های مصرفی جهت جبران خسارات وارده در صورت وجود اختلال خودبیمارانگاری، بر آن شدیم تا با انجام پژوهشی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری را در کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بسنجیم تا در صورت نیاز با ارائه‌ی نتایج به مسئولین و بهره‌گیری از برنامه‌ریزی مناسب درصدد کاهش این میزان برآیم.

## روش

این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی به روش سرشماری بر روی ۱۰۱ نفر از کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان در استان گیلان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن مدرک کاردانی و کارشناسی اتاق عمل و یا داشتن مدرک پرستاری به همراه گذراندن دوره‌ی آموزشی اتاق عمل و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بوده است. همچنین از معیارهای خروج از مطالعه، مصرف داروهای مربوط به اضطراب و افسردگی است.

## ابزار

اختلال با مشخصات دموگرافیک، از نسخه ی ۱۸ نرم افزار spss استفاده شد.

قبل از توزیع پرسشنامه علاوه بر مجوز از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان با گذراندن مراحل قانونی از هر بیمارستان نیز به صورت مجزا مجوز لازم کسب گردید. در هر بیمارستان از کارکنان رضایت نامه ی شفاهی و کتبی اخذ شد و به آنان گفته شد که نیازی به ذکر نام نیست و تنها ذکر سن و رشته تحصیلی و وضعیت تأهل کفایت می کند. همچنین به کارکنان اطلاع داده شد که در صورت تمایل، نتایج تحقیق در اختیار آنان قرار خواهد گرفت.

طرح حاضر، طرح مصوب در کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد شماره ۹۴۱۰۱۱۵ و کد اخلاق IR.GUMS.REC.1394.429 بوده است.

### یافته ها

از ۱۰۱ کارکنان، ۹۰ نفر برای شرکت در این مطالعه رضایت داشتند و میانگین سن کارکنان، ۳۲/۶۰ با انحراف معیار ۸/۳ سال بود. حداقل سن کارکنان ۲۱ سال و

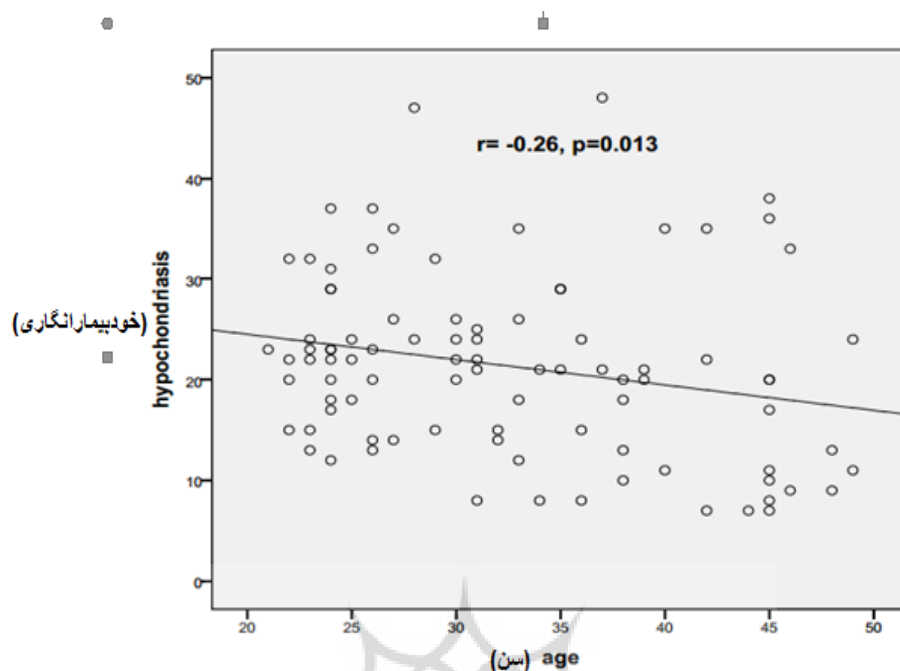
حداکثر ۴۹ سال بود و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی زیر ۳۰ سال با ۴۲/۲ درصد بود. ۱۶/۷ درصد مرد (۱۵ نفر) و ۸۳/۳ درصد زن (۷۵ نفر) بودند. ۳۳/۳ درصد (۳۰ نفر) مجرد و ۶۶/۷ درصد (۶۰ نفر) متأهل بودند. از نظر مدرک تحصیلی نیز بیشترین میزان مربوط به مدرک لیسانس با ۸۵/۶ درصد (۷۷ نفر) بود.

با توجه به تفسیر یافته ها مشخص شد که شیوع اختلال خودبیمارانگاری در کارکنان اتاق عمل های بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۸/۱۹ است. همچنین؛ ۴۲ نفر (۴۶/۷ درصد) با توجه به آزمون طبیعی و ۳۲ نفر (۳۵/۶ درصد) مرزی بودند. از میان ۱۶ کارکنان مبتلا به این اختلال، ۱۴ مورد اختلال خودبیمارانگاری خفیف و ۲ مورد اختلال خودبیمارانگاری متوسط داشتند.

رابطه ی معنی داری میان اختلال خودبیمارانگاری با جنس، مدرک تحصیلی و وضعیت تأهل مشاهده نشد. در حالی که رابطه ی سن و خودبیمارانگاری معنادار بود ( $P=0/013$ ) (جدول شماره ۱) (شکل ۱)

جدول شماره ۱ (جدول متقاطع سن و خودبیمارانگاری)

بازه سنی	نمره دهی اختلال خود بیمارانگاری				جمع کل
	۲۰-۰	۳۰-۲۱	۴۰-۳۱	۶۰-۴۱	
نمره زیر ۳۰ سال	۱۴	۱۵	۸	۱	۳۸
درصد	۳۶/۸٪	۳۹/۵٪	۲۱/۱٪	۲/۶٪	۱۰۰٪
نمره ۳۰-۴۰	۱۴	۱۵	۱	۱	۳۱
درصد	۴۵/۲٪	۴۸/۴٪	۳/۲٪	۳/۲٪	۱۰۰٪
نمره ۴۰-۶۰	۱۴	۲	۵	۰	۲۱
درصد	۶۶/۷٪	۹/۵٪	۲۳/۸٪	۰/۰٪	۱۰۰٪
جمع کل نمره	۴۲	۳۲	۱۴	۲	۹۰
درصد	۴۶/۷٪	۳۵/۶٪	۱۵/۶٪	۲/۲٪	۱۰۰٪



شکل ۱ (رابطه‌ی سن با اختلال خودبیمارانگاری)

## بحث

کانادا در سال ۲۰۰۱، ۱ تا ۲ درصد به دست آمد (لوپر و همکاران، ۲۰۰۱). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگی و دوره سنی شرکت کنندگان باشد. مطالعات دیگری نیز شیوع اختلال خودبیمارانگاری را در گروه علوم پزشکی مورد مطالعه قرار دادند و به نتایج همسو یا ناهمسو با مطالعه‌ی پیش رو دست یافتند. "طلایی" و همکاران، شیوع خودبیمارانگاری را در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۶ درصد تخمین زدند (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸) این موضوع در حالی است که "الینگسن" و همکاران، شیوع این اختلال را در دانشجویان پزشکی ۱ تا ۲ درصد تخمین زدند (الینگسن و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین "قاسم نژاد" و همکاران نیز تخمین زدند که ۳۷ درصد از دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی لاهیجان، دچار

فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مورد بررسی قرار گرفت و در این راستا ۹۰ نفر از کارکنان اتاق‌های عمل بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان از نظر وجود علائم خودبیمارانگاری بررسی شدند. در مجموع با آنالیز آزمون‌های انجام شده، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در کارکنان ۱۸/۱۹ درصد تعیین شد. ۳۵/۶ درصد از کارکنان، افکار خود بیمار انگارانه داشتند و ۴۶/۷ درصد طبیعی بودند. در مطالعه‌ای مشابه در جمعیت ۲۰ تا ۵۰ ساله‌ی شهر گناباد، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در جمعیت مذکور، ۲۸/۸ درصد به دست آمد (نوقایی و همکاران، ۱۳۹۳). در حالی که شیوع این اختلال در جمعیت عمومی شهر

نبود. علت این تفاوت ها می تواند ناشی از ابزار متفاوت باشد. به گونه ای که "لارنزواترمان" و همکاران در مطالعه ی خود از پرسشنامه ی سنجش سلامت استفاده کردند (واترمان و همکاران، ۲۰۱۲). در حالی که پرسشنامه ی مطالعه ی حاضر پرسشنامه ی خودبیمارانگاری ایوانز بود. علت دیگر این تفاوت ها نحوه ی انجام مطالعه و تفاوت جامعه ی آماری است به طور مثال مطالعه ی "فالون" و همکاران، بر روی بیماران دچار هیپوکندریا بوده و در انجام مطالعه از مصاحبه ی تشخیصی ساختار یافته استفاده شد (فالون و همکاران، ۲۰۱۲).

از لحاظ جنسیت، شرکت کنندگان مطالعه ی حاضر ۱۵ نفر مرد و ۷۵ نفر زن بودند؛ و ارتباط متغیر جنسیت و خودبیمارانگاری نیز در این مطالعه معنادار نبود. در مطالعه ی "دلشاد نوقابی" و همکاران (نوقابی و همکاران، ۱۳۹۳) "فالون" و همکاران "فینک" و همکاران (فینک و همکاران، ۲۰۰۵) نیز این ارتباط معنادار نبود. در حالی که در مطالعه ی "طلایی" و همکاران (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸)، "قاسم نژاد" و همکاران (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰) ارتباط جنس و خودبیمارانگاری معنادار بود. چنین تفاوتی می تواند به سبب تعداد نمونه ی کمتر مطالعه ی حاضر نسبت به دو مطالعه ی مذکور باشد. علت دیگر می تواند تفاوت در جامعه ی آماری شرکت کنندگان باشد به گونه ای که مطالعه ی پیش رو بر روی کارکنان اتاق عمل صورت گرفته که در دو رشته ی اتاق عمل یا پرستاری تحصیل کرده اند در حالی که مطالعات ذکر شده

اختلال خودبیمارانگاری متوسط اند (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). تفاوت درصد این اختلال در ایران و سایر کشورها، می تواند به علل تفاوت دیدگاه نسبت به بیماری در ایران و سایر نقاط جهان و یا به علت استفاده از ابزار و آزمون های متفاوت باشد.

محدوده ی سنی شرکت کننده در این مطالعه ۲۱-۴۹ سال بوده و ارتباط دو متغیر سن و خودبیمارانگاری معنادار بوده است. در مطالعه ای مشابه که توسط "دلشاد نوقابی" و همکاران در جمعیت ۲۰-۵۰ ساله شهر گناباد صورت گرفت نیز ارتباط سن و خودبیمارانگاری معنادار بود (نوقابی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین در مطالعه ی "قاسم نژاد" و همکاران (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰)، "شاکری" و همکاران شاکری و همکاران، ۱۳۸۹) نیز این ارتباط معنادار بود. با توجه به ارتباط معنادار آماری میان افسردگی و خودبیمارانگاری که در مطالعات "خانی" و همکاران (خانی و همکاران، ۱۳۹۵) "پاشا" و همکاران (پاشا و همکاران، ۱۳۸۴) و "حسینی" و همکاران (حسینی و همکاران، ۱۳۹۱) مشاهده شد و همچنین؛ با توجه به افزایش افسردگی با افزایش سن که در مطالعه ی "علیزاده" و همکاران مشاهده شد (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹) می توان پیش بینی کرد که با افزایش سن به علت احتمال افزایش افسردگی، احتمال ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری افزایش میابد چرا که طبق مطالعه ی "براو" و همکاران؛ افسردگی در بروز خودبیمارانگاری نقش ایفا می کند (براو و آیرن، ۲۰۰۱). در حالی که در مطالعه ی "لارنزواترمان" و همکاران (واترمان و همکاران، ۲۰۱۲)، "فالون" و همکاران (فالون و همکاران، ۲۰۱۲) "دیله" و همکاران (دیله و همکاران، ۲۰۰۷) ارتباط سن و خودبیمارانگاری معنادار

<sup>2</sup> HAQ

است که در مطالعه‌ی "طلایی" و همکاران اختلال خودبیمارانگاری در سطح کاردانی که پایین‌ترین سطح تحصیلی جامعه‌ی آماری‌شان بود به طور بارزی بیشتر بود (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸) که چنین اختلاف نتیجه‌ی می‌تواند به علت تنوع گسترده‌ی شرکت‌کنندگان از لحاظ رشته و مدرک تحصیلی و تعداد بیشتر جامعه‌ی آماری شرکت‌کننده در مطالعه‌ی مذکور نسبت به مطالعه‌ی پیش رو باشد. لذا نیازمند مطالعات گسترده‌تری در سطوح مختلف تحصیلی در سطح جامعه هستیم.

آنچه از این مطالعه به دست آمد این است که هرچه سن افراد افزایش میابد شیوع اختلال خودبیمارانگاری نیز افزایش میابد. علت این ارتباط معنادار آماری میان افزایش سن و خودبیمارانگاری می‌تواند ناشی از افزایش افسردگی که پیش‌تر ذکر شد و نیز افزایش اضطراب افراد و ترس از بیماری و مرگ نیز باشد. در مطالعات "دیوی" و همکاران (دیوی و همکاران، ۲۰۰۶) و "فورتین بری" و همکاران (فورتین بری و همکاران، ۲۰۰۷) ارتباط معناداری میان اضطراب و خودبیمارانگاری مشاهده شد. به طور کلی مطالعه‌ی "علیزاده" و همکاران نشان داد که تا هشتاد سالگی با افزایش سن، میزان اختلالات اضطراب و افسردگی افزایش میابد (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹). اما مطالعه‌ی "معمدی شلمزاری" و همکاران همبستگی معکوس میان سن و وضعیت روانی نشان داد (معمدی شلمزاری و همکاران، ۱۳۸۱).

### نتیجه‌گیری

نسبت به پژوهش‌های جهانی شیوع بالایی از این اختلال در این مطالعه مشاهده شد. بر اساس نتایج این پژوهش

بر روی دانشجویان علوم پزشکی که در رشته‌های متفاوت در حال تحصیل‌اند صورت گرفته.

پژوهش‌های صورت گرفته در این مطالعه ارتباط معناداری میان تأهل و خودبیمارانگاری نشان نداد. در این راستا مطالعه‌ی "دیله" و همکاران (دیله و همکاران، ۲۰۰۷)، "بارسکی" و همکاران (بارسکی و همکاران، ۱۹۹۱)، "لوپر" و همکاران (لوپر و همکاران، ۲۰۰۱) به نتایجی همسو با مطالعه‌ی حاضر دست یافتند. این در حالی است که در مطالعات "دلشاد نوقابی" و همکاران (نوقابی و همکاران، ۱۳۹۳)، "طلایی" و همکاران (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸) خودبیمارانگاری در افراد مجرد بیشتر بود البته این تفاوت در مطالعه‌ی "طلایی" و همکاران (طلایی و همکاران، ۱۳۸۸) از لحاظ آماری بارز نبود. ممکن است مجرد بودن عاملی زمینه‌ساز برای ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری باشد اما برای روشن شدن این موضوع به مطالعات بیشتری نیاز است. "دلشاد نوقابی" در مطالعه‌ی خود بیان می‌دارد که علت بیشتر بودن اختلال خودبیمارانگاری در افراد مجرد می‌تواند به سبب حساس بودن و تأثیرپذیر بودن آنها نسبت به مشکلاتشان باشد. همچنین شاید به این دلیل که افراد مجرد کمتر درگیر مسائل خانوادگی هستند و وقت بیشتری برای خود و ظاهرشان صرف می‌کنند (نوقابی و همکاران، ۱۳۹۳).

مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر کاردانی یا کارشناسی پرستاری یا اتاق عمل بود؛ و نتایج مطالعه نشان داد ارتباط معنادار آماری میان مدرک تحصیلی و اختلال خودبیمارانگاری وجود ندارد. "لوپر" و همکاران (لوپر و همکاران، ۲۰۰۱) نیز به نتایجی هم‌راستا با مطالعه‌ی پیش رو دست یافتند. این در حالی



- Bravo Irene M, WK S.( 2001). Anxiety sensitivity, anxiety, and depression in older patients and their relation to hypochondriacal concerns and medical illnesses. *Aging & Mental Health*, 5(4), 349-357.
- Collier R.( 2008). Imagined illnesses can cause real problems for medical students. *Can Med Assoc*. 178 (7) 820.
- Creed F 2006. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? *World Psychiatry*, 5(3), 146.
- Creed F, Barsky A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*, 56(4), 391-408.
- Davey G. C, Bond N.( 2006). Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: The case of disgust, hypochondriasis and health anxiety. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(1), 4-15.
- Deale A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Delshad Noghabi A, Sanati SZ, Hatamykia M & Mohammadi SH 2014. Hypochondriasis and related factors in population of 20-50 years old in Gonabad city. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*, 19(5), 265-270.[persian]
- Ellingsen A, Wilhelmsen I. (2002). Disease anxiety among medical students and law students. *Tidsskrift for den Norske laegeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 122(8), 785-787.
- Evans, Christopher. (1980) *Understanding yourself; Upgraded Edition*, Signet Publications Jul:87.
- Fallon B A, Harper K M, Landa A, Pavlicova M, Schneier F R, Carson A, Harding K, Keegan K, Schwartz T, Liebowitz M R. (2012). Personality disorders in hypochondriasis: prevalence and comparison with two anxiety disorders. *Psychosomatics*, 53(6), 566-574.
- Fink P, Ømbol E, Toft T, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. (2005). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis—secondary publication. *Ugeskrift for laeger*, 167(32), 2896-2899.

هرچه سن افراد افزایش میابد شیوع اختلال خودبیمارانگاری نیز افزایش میابد. علت این ارتباط معنادار آماری می تواند ناشی از افزایش اضطراب و افسردگی باشد که نیازمند مطالعات گسترده تری جهت روشن شدن این موضوع است.

در مطالعه ی پیش رو با توجه به محدودیت دسترسی به تمامی کارکنان بیمارستانی، جامعه ی آماری به کارکنان اتاق عمل های بیمارستان های آموزشی استان گیلان محدود شده بود. حال، با توجه به اهمیت سلامت جامعه ی علوم پزشکی کشور، پیشنهاد می گردد مطالعات دیگری در جوامع بزرگ تر علوم پزشکی کشور انجام گردد.

### سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از کلیه کارکنان محترم که در این تحقیق شرکت نموده اند و اطلاعات خود را در اختیار گروه تحقیق قرار دادند، تشکر و قدردانی نمایند. پژوهش حاضر، نتیجه ی طرح تحقیقاتی مصوب با کد شماره ۹۴۱۰۰۱۱۵ است. بدین وسیله، پژوهشگران کمال تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی و مسئول محترم کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که در پذیرش و تأمین اعتبار پژوهش حاضر، مساعدت لازم را مبذول داشتند اعلام می دارند.

### References

- Alizadeh khoel M., Hoseini M., Shojazade D, Dokhte rahimi A, Mortazavi S S. (2010) Assessing mental health status of elderly in specific age groups in Tehran metropolitan city in 2010. *salmandj*, 7(26), 66-73.[persian]
- Barsky A, B, F. C. (1991). The relation between hypochondriasis and age. *The American journal of psychiatry*, 148(7), 923.

- Fortenberry K. T, Wiebe D. J. (2007). Medical excuse making and individual differences in self-assessed health: The unique effects of anxious attachment, trait anxiety, and hypochondriasis. *Personality and individual differences*, 43(1), 83-94.
- Gasemnejad S. M, Jaallalmanesh S, Rasady M, Mahmoudi M. (2011). Association study of anxiety and hypochondriasis in student of Islamic Azad University, Lahijan medical branch in 2008. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 21(3), 222-226.[persian]
- Hashemi H. J, Rezai N, Ghafelehbashy H, Sarichloo M.( 2007). Nurse's Mental Health in Qazvin's Hospitals. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*, 15(1), 5-15.[persian]
- Hosseyini M. Relationship between Depression and burnout and emotional adjustment with Hypochondriasis among nurses in Isfahan hospitals. *Fourth International Congress of Psychosomatic*. (2012) [persian]
- Hunter R, Lohrenz J, Schwartzman A.( 1964). Nosophobia and hypochondriasis in medical students. *The Journal of nervous and mental disease*, 139(2), 147-152.
- Kaplan L. (1971). *Education and mental health*, Publisher:Harper and Row.
- Kayalha H, Yazdi Z, Rastak S, Dizaniha M.( 2013). Obvious and hidden anxiety and the related factors in operating room nurses employed in general hospital, Qazvin, Iran: a cross-sectional study. *Global journal of health science*, 5(6), 202.[persian]
- Khani H, Ghodsi H, Nezhadnik H, Teymori S, Ghodsi A.( 2016). Depression and its relationship with hypochondriasis in nurses in Neyshabur, Iran. *Military Caring Sciences*, 3(1), 34-40.[persian]
- Looper K. J, Kirmayer L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584.
- Motamedi Shalamzari A, Ejei J, Azad falah P, Kiamanesh A. (2002). Investigating the role of social support in life satisfaction, general health and feeling of loneliness in the elderly aged 60 years old or over. *Journal of psychology*, 6(2(22)), 115-133.[persian]
- Olatunji B. O, Deacon B. J, Abramowitz J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? : RCP. *Br J Psychiatry*.194(6):481-2.
- Pasah, G. 2005. The prevalence of hypochondriasis and its relation to anxiety, depression and other personal characteristics of students. *Knowledge Res Applied Psychol*, 25(3), 1-20.[persian]
- Pourghane, P, Gafakesh S, Shahbazy A. (2008). Nurses' stress level in CCU wards of east Guilan hospitals. *Aflak*, 5(8,9), 23-29.[persian]
- Shahraki J, Abdolin, Kalantari S , S, N. (2010). Frequency of somatoform disorders among Farabi hospital referrals in Kermanshah during 1996-2006. *Behbood Journal* .14(2),156-160 [persian]
- Simo Gregory E, Gureje O, C, F.( 2001). Course of hypochondriasis in an international primary care study. *General hospital psychiatry*, 23(2), 51-55.
- Talaei A, Fayazibordbar MR, Nasiraei A, Samari AA, Mirshojaeian M, A, R. A.( 2009). Hypochondriasis in resident students of mashhad university of medical sciences and related factors. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 17(1):8-18.[persian]
- Waterman L, Weinman J (2012). Medical Student Syndrome: Fact of Fiction? *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 5(2), 508-508.