



فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۳

امین قاسمی^{۱،۲*}، الهه مارانی^۲، فائزه مزیدی شرف آبادی^۲، مینا السادات ترابی^۲

۱. مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات محیطی، دانشکده پیراپزشکی ابرکوه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲. گروه اتاق عمل و هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: خودبیمارانگاری نوعی اختلال روانشناختی است که در آن فرد بر خلاف یافته‌های بالینی بر این باور است که بیمار بوده و سلامتی وی در خطر است. مطالعه حاضر به بررسی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۳ پرداخته و ارتباط آن را با جنسیت، محل سکونت، وضعیت تاهل، رشته و ترم تحصیلی این دانشجویان جست‌وجو کرده است.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی بر روی ۹۳ نفر از دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۳ به روش سرشماری انجام گرفت. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های چاپی جمعیت شناختی و خودبیمارانگاری ایوانز جمع‌آوری شدند؛ سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این پژوهش شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان مورد مطالعه، ۲۴/۸ درصد بود. این اختلال به‌طور معناداری در دختران شایع‌تر و با وضعیت بومی بودن نیز همبستگی ضعیفی داشت که به‌طور مرزی معنادار بود. یافته‌هایی مبنی بر ارتباط معنادار بین وضعیت تاهل، رشته یا ترم تحصیلی با خودبیمارانگاری پیدا نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع نسبتاً بالای علائم خودبیمارانگاری در دانشجویان مورد بررسی نسبت به مطالعات مشابه در ایران، ضروریست با انجام اقدامات مداخله‌ای، صحت و علت این مسئله مشخص شده تا از کاهش سلامت روان و افت عملکرد دانشجویان جلوگیری به عمل آید.

کلیدواژه‌ها: خودبیمارانگاری، دانشجویان، اختلال روانی، بیماری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴

*نویسنده مسئول: امین قاسمی،
مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات
محیطی، دانشکده پیراپزشکی ابرکوه،
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی،
یزد، ایران

تلفن: ۰۹۲۰۲۲۰۶۵۲۹

پست الکترونیک:

Gh.amin1381@gmail.com



مقدمه

خودبیمارانگاری^۱ یک اختلال روانشناختی است که در آن فرد بر این باور است که بیمار بوده و سلامتی وی در خطر است (۱)؛ این موضوع بر خلاف یافته‌های حاصل از معاینات بالینی و نتایج آزمایشگاهی بوده و بررسی‌های متعدد، هیچ اختلال مرتبطی را گزارش نمی‌کنند. در صورت تداوم این باور به مدت حداقل ۶ ماه علی‌رغم نتایج منفی معاینات بالینی و نتایج آزمایشگاهی، فرد به‌عنوان مبتلا به خودبیمارانگاری شناخته می‌شود (۲، ۳). برای این فرد، عملکردهای طبیعی بدن به‌عنوان نشانه یک بیماری جدی به نظر رسیده و همچنین ناهنجاری‌های جزئی مانند یک گلودرد ساده همانند یک بیماری صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (۴). طبق گزارش پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، میزان شیوع اختلال خودبیمارانگاری ۲/۷ درصد بوده و بیشترین شیوع آن نیز در بین گروه سنی ۳۰-۲۰ سال می‌باشد (۵).

نظریه‌های متعددی برای توضیح علل خودبیمارانگاری مطرح شده است. نظریه اول به سوء تعبیر احساسات بدنی اشاره دارد؛ افراد ممکن است باتوجه به طرحواره‌های شناختی نادرست، احساسات طبیعی خود را به‌عنوان هشدار تلقی کنند (۶). نظریه دوم براساس مدل یادگیری اجتماعی^۳ بیان می‌کند که وجود خویشاوندان مبتلا به این اختلال می‌تواند عاملی برای بروز آن باشد (۷). نظریه سوم نشان می‌دهد که خودبیمارانگاری ممکن است شکلی از اختلالات روانی دیگر به ویژه اختلالات افسردگی و اضطراب باشد (۸). در نهایت، رویکرد روان‌پویشی نظریه چهارم است که در آن این اختلال را به‌عنوان شکایت جسمی توصیف می‌کند که فرد با آن، امیال پرخاشگرانه خود نسبت به دیگران را سرکوب می‌کند (۹).

به‌طور کلی، خودبیمارانگاری یک وضعیت چالش‌برانگیز است که نیاز به توجه و درمان مناسب دارد تا کیفیت زندگی افراد مبتلا بهبود یابد. بیماران مبتلا به این اختلال معمولاً به

دنبال مراقبت‌های پزشکی بوده و ممکن است با مشکلات اجتماعی و شغلی مواجه شوند (۱۰). دوره‌های بیماری می‌تواند از چند ماه تا چند سال طول بکشد و ارتباط واضحی بین تشدید علائم و عوامل استرس‌زا وجود دارد (۱۱). برخی از پژوهشگران، خودبیمارانگاری را در طیف اختلالات وسواسی-جبری طبقه‌بندی می‌کنند (۱۲). رهندجت^۴ و همکاران در پژوهش خود اشاره نمودند که این اختلال معمولاً با بیماری‌های همزمانی همراه است که نیاز به درمان دارند؛ بیشترین هم‌پوشانی این اختلال نیز با افسردگی و اضطراب مشاهده می‌شود، اما افسردگی تنها جزء کوچکی از آن را تشکیل داده و نمی‌توان تمامی علائم اختلال خودبیمارانگاری را به یک اختلال محوری نسبت داد (۱۳). معاینات جسمی منظم می‌تواند به بیماران اطمینان دهد که نگرانی‌هایشان جدی گرفته شده است. دارو درمانی نیز در صورتی که بیمار دچار اختلالات زمینه‌ای باشد، می‌تواند موثر باشد (۱۴)؛ البته پژوهش‌هایی نتایج مثبت داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین مانند فلوکستین را در کاهش علائم خودبیمارانگاری حتی در صورت عدم وجود اختلالات دیگر گزارش کرده‌اند (۱۵). همچنین شناخت درمانی نیز می‌تواند در سازگاری مبتلایان کمک‌کننده باشد (۱۷).

فراوانی مبتلایان به این اختلال در مطالعات گوناگون موردبررسی قرار گرفته و شواهدی مبنی بر شیوع بیشتر خودبیمارانگاری در میان دانشجویان علوم پزشکی وجود دارد (۷)؛ با این حال، مطالعاتی نیز این شواهد را نقض کرده‌اند (۱۷). طلایی و همکاران در پژوهشی بر روی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بیان داشتند که شیوع اختلال خودبیمارانگاری در این دانشجویان ۱۶ درصد بوده و ۳۶/۸ درصد نیز در حد مرزی قرار دارند (۳). دانشجویان علوم پزشکی به دلیل شرایط خاص این رشته‌ها از جمله فشارهای روحی و روانی محیط بیمارستان، بیشتر از سایر رشته‌های تحصیلی، در معرض

³ Social learning model

⁴ Rahnedjat

¹ Hypochondria disorder

² DSM-V



خطر ابتلا به انواع اختلالات روانی هستند؛ ملسه^۱ و همکاران طی پژوهشی بر روی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه هاوآسا مشخص نمودند که ۳۰ درصد از این دانشجویان به نوعی دارای اختلالات روانی هستند (۱۸). در این میان دانشجویان اتاق عمل و هوشبری که در اتاق عمل فعالیت دارند به دلیل رویایی با بیماران در شرایط خاص اتاق عمل، انجام پروسیجرهای پیچیده جراحی و ... بیشتر در معرض آسیب‌های روانی می‌باشند (۱۹). کریمی و همکاران در پژوهشی با عنوان "اضطراب و عوامل مرتبط با آن در محیط بالینی در دانشجویان اتاق عمل و هوشبری" با بررسی اضطراب دانشجویان این دو رشته در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، بیان کردند ۶۱ درصد دانشجویان این رشته‌ها، از سطوح مختلفی از اضطراب رنج می‌برند که عامل اصلی آن عوامل محیطی می‌باشد (۲۰).

اختلالات روانی علاوه بر تاثیر بر عملکرد تحصیلی دانشجویان، تا حدودی بر روند درمان بیماران نیز موثر است؛ همچنین این دانشجویان، نیروهای متخصص آینده هستند و برای داشتن کادر درمانی پویا، نیازمند افرادی با روان سالم هستیم. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۳ انجام شده است.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که به صورت مقطعی بر روی ۱۱۲ نفر از دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۴۰۳ به روش سرشماری انجام گرفت. از کل دانشجویان مورد بررسی، ۱۰۲ نفر (۹۱ درصد) از دانشجویان تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند که از این تعداد ۹ نفر (۸/۸ درصد) نیز بر اساس معیارهای خروج از مطالعه خارج شدند؛ در نهایت، پرسشنامه ۹۳ نفر از دانشجویان به‌طور کامل مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه، تحصیل در رشته‌های اتاق عمل و هوشبری و گذراندن حداقل یک

نیم‌سال تحصیلی در زمان انجام پژوهش بوده است؛ همچنین عدم رضایت برای شرکت در مطالعه، مصرف داروهای مربوط به اضطراب و افسردگی، وجود یک بیماری شناخته‌شده روانی در سابقه طبی فرد یا وجود مشکلات طبی و فیزیکی بارز و معلولیت نیز به‌عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. این مطالعه محدود به طیف جمعیت دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود که محدودیت مطالعه محسوب می‌شود. آشنایی دانشجویان با علوم پزشکی، کارآموزی و کارورزی در محیط استرس‌زا نظیر اتاق عمل می‌تواند در نتایج مؤثر باشد که این مسئله جزو اهداف بررسی بوده است. پس از دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری با استفاده از پرسشنامه‌های چاپی مشخصات جمعیت شناختی و خودبیمارانگاری انجام شد. در این مطالعه از پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز^۲ استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سؤالاتی از جمله سن، جنسیت، ترم تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت تاهل و محل سکونت بود. پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز، در سال ۱۹۸۰ توسط ایوانز به منظور آشنایی با تمایلات خودبیمارانگاری طراحی و تدوین شده است؛ این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال بوده که بر اساس طیف لیکرت به سنجش خودبیمارانگاری می‌پردازد. افراد بر مبنای نمره کسب‌شده در گروه‌های سالم (۰-۲۰)، مرزی (۲۱-۳۰)، خفیف (۳۱-۴۰)، متوسط (۴۰-۶۰) (۴۱) و شدید (بالای ۶۰) قرار می‌گیرند. ضریب پایایی پرسشنامه ایوانز بر اساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شده است (۳)؛ علاوه بر این موضوع، همبستگی بالای این پرسشنامه با سایر آزمون‌های خودبیمارانگاری بیانگر اعتبار مناسب آن می‌باشد. پس از شناسه‌دار کردن داده‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS-27 شده و پس از بررسی از بررسی توزیع نرمال داده‌ها و شاخص‌های آمار توصیفی نظیر درصد فراوانی، ارتباط میان خودبیمارانگاری با سن، جنسیت، ترم تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت

² Evans (1980)

¹ Melese



تاehl و محل سکونت بر اساس آزمون‌های واریانس یک‌طرفه
و t مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه پس از اعمال معیارها، پرسشنامه ۹۳ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی، میانگین سن دانشجویان ۲۱ سال با انحراف معیار ۱/۵ سال گزارش شد که حداقل ۱۹ و حداکثر ۳۰ سال بود. بیشترین فراوانی را گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال تشکیل دادند که شامل ۸۸/۲ درصد از جمعیت مورد مطالعه هستند. اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش زن (۶۸/۸ درصد) و مجرد (۸۹/۲ درصد) بودند. سایر اطلاعات در جدول‌های ۱ و ۲ نشان داده شده است.

باتوجه به نتایج به دست آمده مشخص شد که شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۴/۸ درصد می‌باشد؛ ۲۹ نفر (۳۱/۲ درصد) طبیعی و ۴۱ نفر (۴۴/۱ درصد) در سطح مرزی قرار داشتند. ۲۳ دانشجوی مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری بودند که ۱۸ نفر (۷۸/۳ درصد) در سطح خفیف و ۵ نفر (۲۱/۷ درصد) در سطح متوسط قرار داشتند و دانشجویی با اختلال خودبیمارانگاری در سطح شدید یافت نشد.

از ۳۴ نفری (۳۶/۵۵ درصد) که لرزش مرموز یا تپش قلب را تجربه کرده بودند، ۸ نفر (۲۳/۵ درصد) به این خاطر به پزشک مراجعه کرده و در ۲ نفر (۲۵ درصد) از این افراد

جدول ۱. وضعیت و میانگین نمره خودبیمارانگاری بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی در دانشجویان

متغیرها	سطوح متغیر	(درصد) تعداد	میانگین نمره خودبیمارانگاری	(درصد) سالم	(درصد) مرزی	(درصد) خفیف	(درصد) متوسط	شدید
جنسیت	مرد	۲۹ (۳۱/۲)	21.9 ± 8.0	۱۴ (۴۸/۳)	۱۲ (۴۱/۴)	۲ (۶/۹)	۱ (۳/۴)	۰
	زن	۶۴ (۶۸/۸)	26.7 ± 8.6	۱۵ (۲۳/۴)	۲۹ (۴۵/۳)	۱۶ (۲۵/۰)	۴ (۶/۳)	۰
وضعیت تاهل	مجرد	۸۳ (۸۹/۲)	25.3 ± 8.9	۲۷ (۳۲/۵)	۳۵ (۴۲/۲)	۱۶ (۱۹/۳)	۵ (۶/۰)	۰
	متاهل	۱۰ (۱۰/۸)	24.8 ± 7.2	۲ (۲۰/۰)	۶ (۶۰/۰)	۲ (۲۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰
رشته تحصیلی	اتاق عمل	۴۵ (۴۸/۴)	26.9 ± 7.2	۱۰ (۲۲/۲)	۲۲ (۴۸/۹)	۱۰ (۲۲/۲)	۳ (۶/۷)	۰
	هوشبری	۴۸ (۵۱/۶)	23.6 ± 9.7	۱۹ (۳۹/۶)	۱۹ (۳۹/۶)	۸ (۱۶/۷)	۲ (۴/۲)	۰
ترم تحصیلی	۳	۲۷ (۲۹/۰)	26.7 ± 8.0	۶ (۲۲/۲)	۱۳ (۴۸/۱)	۷ (۲۵/۹)	۱ (۳/۷)	۰
	۵	۳۶ (۳۸/۷)	25.6 ± 8.0	۸ (۲۲/۲)	۲۱ (۵۸/۳)	۴ (۱۱/۱)	۳ (۸/۳)	۰
	۷	۳۰ (۳۲/۳)	23.4 ± 9.9	۱۵ (۵۰)	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	۱ (۳/۳)	۰
وضعیت بومی	بومی	۵۱ (۵۴/۸)	23.6 ± 7.7	۲۰ (۳۹/۲)	۲۲ (۴۳/۱)	۸ (۱۵/۷)	۱ (۲/۰)	۰
	غیر بومی	۴۲ (۴۵/۲)	27.0 ± 9.5	۹ (۲۱/۴)	۱۹ (۴۵/۲)	۱۰ (۲۳/۸)	۴ (۹/۵)	۰



جدول ۲. ارتباط بین خودبیمارانگاری و متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش

متغیر پژوهش	متغیرهای جمعیت شناختی	p-value	مقدار آماره
نمره خودبیمارانگاری	جنسیت	$p = ۰/۰۱۳$	$t = ۲/۵۲۹$
	وضعیت تاهل	$p = ۰/۸۷۴$	$t = ۰/۱۵۹$
	رشته تحصیلی	$p = ۰/۰۶۸$	$t = ۱/۸۵۰$
	ترم تحصیلی	$p = ۰/۳۳۹$	$F = ۱/۰۹$
	وضعیت بومی بودن	$p = ۰/۰۵۷$	$t = ۱/۹۲۵$

F: نسبت واریانس بین گروه‌ها به واریانس درون گروه‌ها

در مقایسه فراوانی دو جنس در دانشجویان مورد مطالعه به تفکیک وجود اختلال خودبیمارانگاری با توجه به آزمون تی اختلال به صورت معناداری در دختران شایع‌تر بود ($p = ۰/۰۱۳$). همچنین بین وضعیت بومی بودن و اختلال خودبیمارانگاری دانشجویان، همبستگی ضعیفی وجود دارد که به‌طور مرزی معنادار است؛ بدین ترتیب دانشجویان خوابگاهی بیشتر در معرض این اختلال قرار دارند ($p = ۰/۰۵۷$). در این مطالعه ارتباط معناداری بین وضعیت تاهل، رشته و ترم تحصیلی با خودبیمارانگاری یافت نشد ($p > ۰/۰۵$).

مشکل قلبی خاصی تشخیص داده شده بود؛ ۲۶ نفر (۷۶/۴ درصد) نیز به پزشک مراجعه نداشتند و از این تعداد، ۵ نفر (۱۹/۲ درصد) همچنان نگران هستند. ۳۵ نفر (۳۷/۶ درصد) از دانشجویان نیز نگران ابتلای خود به بیماری‌های خطرناک نظیر سرطان یا سل بودند و از این تعداد، ۷ نفر (۲۰ درصد) به این دلیل به پزشک مراجعه کرده که سلامت کامل ۶ نفر (۸۵/۷ درصد) از این افراد توسط پزشک تایید شده و ۱ نفر (۱۴/۳ درصد) نیز دچار بیماری بوده است؛ ۹ نفر (۳۲/۱ درصد) از دانشجویانی که به پزشک مراجعه نداشتند، همچنان نگران این موضوع هستند. موارد فوق در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. فراوانی دانشجویان بر اساس دو گزاره از پرسشنامه

گزاره	مراجعه به پزشک	تشخیص بیماری پس از مراجعه
تجربه لرزش مرموز یا تپش قلب	مراجعه	۸ نفر (۲۳/۵ درصد)
	عدم مراجعه	۲ نفر (۲۵ درصد)
نگرانی در رابطه با ابتلا به بیماری‌های خطرناک نظیر سرطان یا سل	مراجعه	۷ نفر (۲۰ درصد)
	عدم مراجعه	۱ نفر (۱۴/۲ درصد)



بحث

خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی ممکن است با فعالیت در محیط استرس‌زای بیمارستان، مرتبط باشد.

در این مطالعه ۲۹ نفر مرد و ۶۴ نفر زن بودند که نسبت زنان به مردان ۲/۲۰ برابر می‌باشد اما شیوع اختلال خودبیمارانگاری در زنان ۶/۶۶ برابر مردان به‌دست‌آمد که این مسئله بیانگر شیوع بیشتر این اختلال در زنان است که این نتیجه با مطالعه طلایی در مشهد مطابقت داشت (۳). قاسم محمود و همکاران نیز در سال ۲۰۲۳، همبستگی بین خودبیمارانگاری و جنسیت را در میان دانشجویان پزشکی پاکستان عنوان کردند (۲۳)؛ این در حالی است که مطالعه روبلز^۲ و همکاران در سال ۲۰۱۸ و مطالعه ابوالحسنی در شاهرود تفاوت بارزی از نظر ابتلا بین دو جنس پیدا نکردند (۱۴، ۲۴). به‌طور کلی می‌توان شیوع بیشتر خودبیمارانگاری در زنان را بر اساس عواملی همچون عوامل بیولوژیکی، روانشناختی، نقش اجتماعی و شیوع اختلالات اضطرابی توجیه‌نمود. به‌طور معمول زنان بیشتر از مردان به احساسات و نگرانی‌های خود توجه کرده و تمایل بیشتری به ابراز نگرانی‌های عاطفی خود دارند؛ همچنین نقش تاثیر تغییرات هورمونی زنان بر خلق و خو و اضطراب آنان شایان توجه است. این عوامل و عوامل دیگر ممکن است به‌صورت تکی یا ترکیبی بر شیوع بیشتر اختلال خودبیمارانگاری در زنان تاثیرگذار باشد؛ در پژوهش‌های آتی می‌توان به بررسی علل اثرگذار بر این موضوع پرداخته شود.

در مطالعه ما، ۸۹/۲ درصد از دانشجویان مجرد بودند و در بررسی ارتباط اختلال خودبیمارانگاری با وضعیت تاهل، ارتباط معناداری مشاهده‌نشد ($p = ۰/۸۷۴$) که از این نظر با مطالعه طلایی در مشهد و آبرامویتز^۳ همسو بود (۳، ۲۵)؛ اما در مطالعه مشابه که در سال ۱۳۸۷ بر روی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد واحد لاهیجان انجام گرفته است، این اختلال در افراد مجرد شایع‌تر بوده است (۲۶). از آنجایی که افراد مجرد ممکن است به دلایل مختلف از جمله

در این مطالعه از ۱۱۲ نفر دانشجوی کارآموز و کارورز رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۹۳ نفر براساس معیارهای موجود، وارد مطالعه شده و از نظر وجود علائم خودبیمارانگاری مورد بررسی قرار گرفتند. طبق بررسی در جامعه مورد مطالعه، سن تاثیر قابل توجهی بر ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری نداشت؛ این مسئله ممکن است به دلیل محدود بودن طیف سنی مورد بررسی باشد.

شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۴/۸ درصد به‌دست‌آمد که ۷۸/۳ درصد از این دانشجویان در سطح خفیف و ۲۱/۷ درصد نیز در سطح متوسط بودند. در یک مطالعه مشابه که در سال ۱۳۹۲ در شاهرود انجام شده بود، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود با بررسی روی ۲۲۹ نفر حدود ۶/۶ درصد تخمین زده شد (۱۴). در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۷ در مشهد انجام شده بود، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی این دانشگاه، با بررسی ۵۰۰ نفر از دانشجویان خوابگاهی، حدود ۱۶ درصد گزارش شده است (۳). همچنین شیوع اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی کشور چین در مطالعه مروری سیستماتیک در سال ۲۰۱۸ توسط مینگ^۱ و همکاران، ۲۸ درصد ارزیابی شده است (۲۱). در جامعه عمومی، شیوع این اختلال در سال ۲۰۰۱ در کشور کانادا، ۱ تا ۲ درصد تخمین زده شد (۲۲). اختلاف در میزان شیوع اختلال خودبیمارانگاری در مطالعات مختلف ممکن است ناشی از به کارگیری ابزارهای سنجش گوناگون برای این اختلال باشد؛ همچنین شیوع نسبتاً بالای اختلال

³ Abramowitz

¹ Meng

² Robles



تنهایی بیشتر در معرض فشارهای روانی قرارگیرند، احتمال دارد تجرد یک عامل مستعدکننده برای ابتلا به خودبیمارانگاری باشد اما برای روشن شدن اهمیت واقعی این موضوع نیاز به بررسی‌های بیشتر می‌باشد؛ این مطالعات می‌توانند شامل مطالعات طولی و مقایسه‌ای باشند که عوامل دیگری مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی و روانی افراد را مدنظر قراردهند.

در میان دانشجویان مورد بررسی، بین وضعیت بومی بودن و اختلال خودبیمارانگاری دانشجویان، همبستگی ضعیفی یافت شد که به‌طور مرزی معنادار است؛ بر این اساس دانشجویان خوابگاهی بیشتر در معرض این اختلال قرار دارند. ($t = 1/925$, $p = 0/057$) مطالعه ابوالحسنی در شاهرود نیز در این بحث با مطالعه ما همسو است (۱۴). البته باتوجه به اصول آماری، برای اثبات این همبستگی نیاز به مطالعات دیگری با جامعه آماری گسترده‌تر وجود دارد.

در بررسی ارتباط بروز اختلال خودبیمارانگاری بین رشته‌های اتاق عمل و هوشبری، تفاوت از نظر آماری معنادار نبود؛ از آنجایی که یافته‌های اختصاصی در رابطه با میزان شیوع این اختلال در رشته‌های دیگر علوم پزشکی وجود ندارد، مقایسه میان این دو رشته با رشته‌های دیگر علوم پزشکی نیازمند بررسی‌های بیشتر رشته‌های گوناگون در سطح کشور می‌باشد.

در بررسی شیوع این اختلال بر حسب ترم تحصیلی نیز تعداد مبتلایان تقریباً برابر بوده و ارتباط معناداری در این مورد یافت نشد که این موضوع با یافته‌های مطالعات طلایی در مشهد و ابوالحسنی در شاهرود در تعارض است. در این مطالعات، اختلال خودبیمارانگاری در دانشجویان با مقاطع تحصیلی پایین‌تر، شیوع بیشتری داشته است (۳، ۱۴).

لرزش مرموز یا تپش قلب توسط ۳۴ نفر از دانشجویان موردبررسی گزارش شده است که ۲۳/۵ درصد از آن‌ها به این دلیل به پزشک مراجعه کرده بودند ولی در ۷۵ درصد موارد بیماری خاصی تشخیص داده نشده بود. هر چند ۳۶/۵۵ درصد از دانشجویان در این مطالعه نگرانی خود را بابت

لرزش مرموز یا تپش قلب گزارش نمودند اما علی‌رغم دسترسی به امکانات پزشکی، ۷۶/۴ درصد از آن‌ها از مراجعه به پزشک خودداری نمودند که ممکن است به علت خفیف بودن نگرانی از ابتلا به بیماری باشد؛ در واقع این نگرانی آنقدر ناچیز بوده که نمی‌توان آن را معیاری برای بیماری دانست.

۳۵ نفر از دانشجویان این مطالعه نیز نسبت به وجود بیماری‌های خاص نظیر سل و سرطان در خود نگران بودند اما تنها ۷ نفر از آن‌ها به این دلیل به پزشک مراجعه کرده بودند که در همین موارد نیز تنها در یک دانشجوی بیماری خاصی یافت شده بود. به نظر می‌رسد که نگرانی در مورد ابتلا به بیماری‌های نسبتاً شایع و جدی در جامعه که علائم بالینی غیراختصاصی دارند، افراد مستعد را به سمت ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری سوق دهد.

این مطالعه محدود به طیف جمعیت دانشجویان رشته‌های اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بود که محدودیت مطالعه محسوب می‌شود. آشنایی دانشجویان با علوم پزشکی، کارآموزی و کارورزی در محیط استرس‌زا نظیر اتاق عمل می‌تواند در نتایج مؤثر باشد که این مسئله جزو اهداف بررسی بوده است اما نمی‌توان این یافته‌ها را به عموم دانشجویان علوم پزشکی تعمیم داد و نیاز به بررسی بیشتر سایر رشته‌های علوم پزشکی وجود دارد. این مطالعه جهت بررسی اختلال در جمعیت عمومی طراحی نشده بود و لذا، کارایی نتایج در سطح جامعه قابل قبول نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

باتوجه به شیوع نسبتاً بالای علائم خودبیمارانگاری در دانشجویان مورد بررسی نسبت به مطالعات مشابه در ایران، ضروریست با انجام اقدامات مداخله‌ای، صحت و علت این مسئله مشخص گردد؛ همچنین اتخاذ تدابیر ویژه توسط نهادهای مرتبط دانشگاهی، به منظور حصول بهبودی در دانشجویان مبتلا، حائز اهمیت است. در انجام این اقدامات، توجه به عوامل مؤثر شناسایی شده در این مطالعه می‌تواند



کمک کننده باشد. امید است انجام این پژوهش نقطه عطفی برای انجام مطالعات آتی در این زمینه بوده و همچنین مدیران و صاحب نظران بتوانند با استفاده از نتایج این مطالعه، تدابیر لازم را در جهت پیشگیری از شیوع و شدت یافتن خودبیمارانگاری در میان دانشجویان علوم پزشکی اتخاذ کنند. پیشنهاد می شود که مطالعات بعدی طیف وسیع تری از دانشجویان را تحت بررسی قرار داده تا نتایج دقیق تری در رابطه با شیوع و همبستگی این اختلال با متغیرهای گوناگون مشخص گردد؛ انجام اقدامات مداخله ای و سپس بررسی تاثیر این مداخلات بر افراد در معرض خطر یا مبتلا نیز می تواند از اهداف مفید در این حوزه باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی دانشجویان و اساتید گروه اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و تمامی بزرگوارانی که در انجام این پژوهش یاری نمودند، ابراز می نمایند. لازم به ذکر است طرح تحقیقاتی مذکور با کد ۱۸۶۰۳ در مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات محیطی دانشکده پیراپزشکی ابرکوه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) در تاریخ ۱۴۰۳/۰۸/۰۹ ثبت و با تایید کمیته اخلاق این دانشگاه انجام شد.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافی با نتایج مطالعه نداشتند.

حمایت مالی

این مطالعه با استفاده از منابع مالی مرکز تحقیقات ژنتیک و مخاطرات محیطی دانشکده پیراپزشکی ابرکوه و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

پس از کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از مسئولین ذیربط، طرح تحقیقاتی مذکور آغاز شد. این طرح با کسب کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1403.126 از دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شده است. پس از توضیح روش و اهداف پژوهش برای مشارکت کنندگان و اطمینان دادن در رابطه با محرمانه بودن فرآیندهای پژوهش، پرسشنامه ها توزیع و سپس جمع آوری شدند. افراد مشارکت کننده جهت شرکت در مطالعه آزادی کامل داشته و می توانستند بنابر هر دلیلی در مطالعه شرکت نکنند. صداقت و اخلاق حرفه ای در تمامی مراحل اعم از نمونه گیری، جمع آوری، تجزیه و تحلیل داده ها و گزارش نتایج در نظر گرفته شد.

References:

1. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2017;45(2):110-23.
2. Delshad A, Sanati Z, Hatamikia M, Mohammadi S. Hypochondriasis and related factors in population of 20-50 years old in Gonabad city. Internal Med Today. 2014;19(5):17-22.
3. Talaei Ali Fbmr, Nasiraei A., Samari A.A., Mirshojaeian M., Rezaei Ardani A Hypochondriasis in Resident Students of Mashhad Univ of Med Sciences. J of ilam Univ Med Sci [internet]17(1):8-18. 2009.
4. Patel Ma, Sharma Dr, editors. Hypochondria-An Ingrained Mental Illness Among College Students. AICMSR; 2017.
5. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.



6. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical psychol review*. 2007;27(2):127-39.
7. Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Disease anxiety among medical students and law students. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk Med, 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. 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*. 1982;131(1):41-54.
10. Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED, Saintfort R, Liu EB, Peekna HM. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. *American J of Psychiatry*. 2001;158(5):783-7.
11. Barsky AJ, Bailey ED, Fama JM, Ahern DK. Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Comprehensive psychiatry*. 2000;41(3):179-83.
12. Goit B, Ghimire S. Symptoms Analysis of Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescents and Adults in a Teaching Hospital. *JNMA; J of the Nepal Med Association*. 2014;52(194):780-4.
13. Rahnedjat AM, Rabiei M, Doyavi V, Shahmiri H. Development and Investigation of a Cognitive-Metacognitive Behavioral Model: An Explanation for Hypochondria Disorder. *International J of Behavioral Sci*. 2017;11(2):55-60.
14. Abolhassani M, Eftekhari N, Foroutan B. Evaluation of hypochondriasis prevalence and related factors in students of Shahroud Islamic Azad University of medical sciences in 2014. *Beyhagh*. 2016;21(1):42-8.
15. Lee K-K. Pharmacotherapy for patients complaining with somatic symptoms. *Korean J of Psychosomatic Med*. 2021;29(2):95-101.
16. Carmassi C, Cappelli A, Dell'Oste V, Amatori G, Bertelloni CA, Massimetti G, et al. A 3-Month Naturalistic Follow-Up Treatment With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Frequent Attenders of General Medical Practice: What Correlates With a Good Response? *The J of Nervous and Mental Disease*. 2021;209(4):275-82.
17. Weck F, Neng J, Richtberg S, Jakob M, Stangier U. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *J of Consult and Clinical Psychol*. 2015;83(4):665.
18. Melese B, Bayu B, Wondwossen F, Tilahun K, Lema S, Ayehu M, et al. Prevalence of mental distress and associated factors among Hawassa University medical students, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC research notes*. 2016;9:1-7.
19. Zarea K, Bahrani H. Study of mental health in status the operation room students who are educating in Ahvaz Jundishapur Univ of Med Sci in 2011. 2013.
20. Karimi Z, Zandi Ghashghai K, Malazem Z, Kamkar A, Ghafarian Shirazi H. Anxiety and its related factors in the clinical environment in the operating room and anesthesia students. *Iranian J Med Educ*. 2005;5:14.
21. Meng J, Gao C, Tang C, Wang H, Tao Z. Prevalence of hypochondriac symptoms among health science students in China: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2019;14(9):e0222663.
22. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*. 2001;31(4):84-577.
23. Mehmood Q, Yasin F, Rehman A, Kumar N, Awais M, Ullah H, et al. Nosophobia and Hypochondria in Medical Students of Pakistan; a Survey Based Cross-Sectional Study. Available at SSRN 4501105.
24. Robles-Mariños R, Angeles AI, Alvarado GF. Factors associated with health anxiety in medical students at a private university in Lima, Peru. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed)*. 2022;51(2):89-98.



-
25. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. Behaviour research and therapy. 2007;45(3):413-24.
 26. Ghasemnejad Seyede Madine js, Rasady Maryam, Mahmoudi Mahmoud. Association study of anxiety and hypochondriasis in student of islamic azad university, lahijan med branch in 2008. Med Sci J of Islamic Azad Univ [Internet] 2011;21(3 (65)):222-226. 2011.



Prevalence of Hypochondriasis Disorder Among Surgical Technology and Anesthesia Students at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 2024

Amin Ghasemi^{1, 2*}, Elaheh Marani², Faeze Mazidi Sharafabadi², Mina Al-Sadat Torabi²

1. Genetic and Environmental Adventures Research Center, School of Abarkouh Paramedicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Department of Surgical Technology & Anesthesia, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Type of Article Original Research

Received: 2024/11/11

Accepted: 2025/01/13

***Corresponding Author:**
Amin Ghasemi, Genetic and Environmental Adventures Research Center, School of Abarkouh Paramedicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

TEL: +989202206529

Email:
(Gh.amin1381@gmail.com)

Abstract

Introduction: Hypochondria is a type of psychological disorder in which an individual believes they are ill and that their health is at risk, contrary to clinical findings. This study investigates the prevalence of hypochondria among surgical technology and anesthesia students at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd in the year 2024 and explores its relationship with gender, residence status, marital status, field of study and educational level of these students.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted on 93 students from the surgical technology and anesthesia department at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd in the year 2024 using a census method. Data were collected through printed demographic questionnaires and a 36-item hypochondria questionnaire by Evans. The data were then analyzed using descriptive and inferential statistical tests, including frequency percentages, t-tests, and Pearson correlation coefficient, utilizing SPSS-27 software.

Results: In this study, the prevalence of hypochondria among the surveyed students was 24.8%. This disorder was significantly more common in females and showed a weak correlation with being a local resident, which was borderline significant. No significant findings were observed regarding the relationship between marital status, field of study, or academic term and hypochondria.

Conclusion: Considering the relatively high prevalence of hypochondriasis symptoms among the students studied compared to similar studies in Iran, it is essential to implement intervention measures to clarify the validity and causes of this issue in order to prevent a decline in mental health and academic performance among students.

Keywords: Hypochondriasis, Students, Mental Disorder, Illness

► **Please cite this article as:** Ghasemi A, Marani E, Mazidi Sharafabadi F, Al-Sadat Torabi M. Prevalence of Hypochondriasis Disorder Among Surgical Technology and Anesthesia Students at Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 2024. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(3):70-80.