

بررسی خودبیمارانگاری و عوامل موثر بر آن در کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی بحران ویروس کرونا (کووید ۱۹)

محمد جواد کاشی تراش اصفهانی*^۱، فائزه اکبری جور^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.

^۲ دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.

* نویسنده ی مسئول: m.javad.k.2448@gmail.com

چکیده:

مقدمه: کرونا ویروس جدید موسوم به کووید-۱۹، یک تهدید بیولوژیکی است که به دلیل کم بودن دانش علمی در مورد کنترل بیماری، فشارهای روحی و روانی گسترده‌ی برای جوامع مختلف به دنبال داشته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی خودبیمارانگاری و عوامل موثر بر آن در کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی بحران ویروس کرونا (کووید ۱۹) انجام پذیرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بصورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. ۳۱۸ نفر از کارکنان در مطالعه شرکت داشتند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه استاندارد ایوانز بود. داده ها با استفاده از آزمون های ANOVA، t-test، و ضریب همبستگی پیرسون با بهره گیری از نرم افزار SPSS23 تحلیل گردید.

یافته‌ها: خودبیمارانگاری ۲۰/۱۳ درصد از کارکنان خفیف، ۵۷/۸۶ درصد متوسط و ۱/۵۷ درصد شدید بود. میانگین نمره تاب‌آوری کارکنان مورد مطالعه برابر با $48/67 \pm 7/21$ بدست آمد که بیانگر سطح متوسط این متغیر در میان کارکنان بود. بین خودبیمارانگاری با متغیرهای سن ($P=0/002$)، جنسیت ($P=0/001$)، وضعیت تاهل ($P=0/01$)، و سطح تحصیلات ($P=0/02$) رابطه آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: خوبیمارانگاری کارکنان در سطح متوسط برآورد گردید که یکی از دلایل این اختلالات می‌تواند بحران فعلی کروناویروس (کووید-۱۹) باشد. لذا ارتقاء سطح داش و آگاهی کارکنان در شرایط فعلی بحران کروناویروس (کووید-۱۹) پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: خودبیمارانگاری، دانشگاه، کروناویروس

مقدمه:

بیماری کووید ۱۹ از خانواده کرونا ویروس ها می باشد که از اواخر سال ۲۰۱۹ در حال تهدید جامعه‌ی انسانی است. نگرانی ها از بابت کروناویروس جدید یا همان کووید ۱۹ از این جهت است که برای سومین بار در کمتر از دو دهه اخیر، جهان با یک اپیدمی مرگبار ناشی از کروناویروس ها روبه رو شده است (۱). این ویروس مشکلات تنفسی شدید و کشنده ایجاد می کند که شبیه به



سندروم حاد تنفسی است (۲). علت اهمیت و ضرورت پیشگیری از شیوع ویروس کووید ۱۹ هم اکنون به دلیل این است که این ویروس قدرت انتقال بالایی نسبت به سارس و مرس دارد و دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است که باعث شده است کنترل ابتلای افراد و درمان آن به مراتب دشوارتر از کروناویروس‌های قبلی باشد (۳). از طرفی بیماری‌های نوپدید (از جمله کووید ۱۹) به دلیل عدم دانش و آگاهی جامع و کامل نسبت به آن همواره با اختلالات روانی از جمله بار ذهنی، استرس، اضطراب و افسردگی بالایی برای افراد همراه بوده است (۴). در این میان یکی از اختلالاتی که ممکن است افراد را تحت تاثیر قرار دهد، اختلال خودبیمارانگاری است. خودبیمارانگاری یکی از انواع اختلالات شبه جسمی به شمار می‌رود که علی‌رغم وجود سلامت بدنی، فرد حداقل به مدت شش ماه به وجود یک بیماری در خود معتقد است (۵). چنین افرادی ممکن است با گذر زمان فکر کنند که به بیماری جدیدی مبتلا شده‌اند. لذا، این بیماری غالباً با اضطراب و افسردگی توأم است (۶).

به طور کلی چهار نظریه برای سبب شناسی اختلال خودبیمارانگاری مطرح گردیده است. بر اساس نظریه اول افراد ممکن است روی احساس‌های بدنی تمرکز کنند و آن‌ها را سوء تعبیر کنند و به دلیل طرحواره شناختی غلط آن‌ها را یک هشدار تلقی نمایند (۷). در نظریه دوم طبق مدل یادگیری اجتماعی با تاکید بر دو فرآیند مشاهده و تقلید، وجود خوشایند مبتلا در خانواده، می‌تواند به عنوان عامل خطر برای اختلال خودبیمارانگاری تلقی شود (۸). نظریه 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 (۹) و در بسیاری از موارد اختلال خودبیمارانگاری نادیده گرفته می‌شود (۱۰). چهارمی رویکرد در مورد اختلال خودبیمارانگاری، رویکرد روان‌پیشی است که بر طبق آن امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران به شکایات جسمی تبدیل می‌شوند (۱۱). همچنین بر پایه دیدگاه‌ها 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 بیاورد (۱۲، ۱۳).

سیر این اختلال معمولاً به صورت دوره‌ای است. دوره‌های بیماری از ماه‌ها تا سال‌ها طول می‌کشند و در فواصل آن‌ها، دوره‌های آرامش دیده می‌شوند. ممکن است ارتباط آشکاری بین تشدید نشانه‌های اختلال خودبیمارانگاری و عوامل استرس‌زای روانی - اجتماعی وجود داشته باشد (۱۴). ساده‌ترین برخورد درمانی اختلال خودبیمارانگاری، 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 (۱۵).

علاوه بر آنچه گفته شد شیوع خودبیمارانگاری در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی حدود ۲/۷ درصد گزارش شده است که شیوع آن در مردان و زنان یکسان است (۱۶) و بیشترین شیوع آن در افراد ۳۰-۲۰ ساله گزارش شده است (۱۴). در مطالعه‌ای توسط لوپر، شیوع خودبیمارانگاری در جمعیت عمومی کانادا را ۲-۱ درصد تخمین زده شد (۱۷). در پژوهش دیگری بارسکی و همکاران شیوع خودبیمارانگاری را در ۱۳۶ بیمار را بین ۳/۶ تا ۴/۲ درصد تخمین زدند (۱۸).

افرادی که مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری می‌باشند دارای مشغولیت ذهنی زیادی درباره ابتلا به یک بیماری جدی بوده، دارای سطوح بالایی از اضطراب نسبت به سلامتی خود می‌باشند و به آسانی در ارتباط با وضعیت سلامتی خود نگران می‌شوند، و همچنین به فعالیت‌های افراطی در مورد سلامتی خود می‌پردازند (۱۹). این ویژگی‌ها می‌تواند کیفیت زندگی شخصی و کاری افراد را تحت تاثیر قرار دهد (۲۰). در محیط کاری اختلال خودبیمارانگاری بر روی عملکرد کارکنان اثرات سوء‌ی به دنبال خواهد



داشت چرا که بخشی از فکر و تمرکز افراد بر روی سلامتی خود به شکل افراطی و اختلال گونه بوده و بدین ترتیب کیفیت کارکردیشان را کاهش خواهد داد (۲۱).

با توجه به اینکه وضعیت همه گیری فعلی کرونا ویروس نوین در سرتاسر جهان همچنان شدید و نگران کننده است که می تواند فشارهای جسمی، روحی و روانی بالایی برای افراد جامعه به دنبال داشته باشد، همچنین اینکه کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه های علوم پزشکی در ارتباط با کارکنان سایر واحدهای محیطی از جمله بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی و همچنین آحاد افراد جامعه می باشند و با عنایت به حساسیت ایجاد شده در خصوص رعایت اصول بهداشتی و پیشگیری از بیماری کووید-۱۹، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی خودبیمارانگاری و عوامل موثر بر آن در کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی بحران ویروس کرونا (کووید ۱۹) انجام پذیرفت.

روش کار:

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی می باشد که در سال ۱۴۰۰ انجام پذیرفت. جامعه این پژوهش را کارکنان شاغل در ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل دادند. براساس جمعیت کارکنان ستاد مرکزی دانشگاه که ۱۸۵۶ نفر بود، با در نظر گرفتن سطح خطای ۵ درصد، حجم نمونه مورد بررسی ۳۱۸ نفر برآورد گردید. سپس با تقسیم ۳۱۸ بر ۱۸۵۶ و ضرب عدد بدست آمده بر تعداد پرسنل هر معاونت، حجم نمونه لازم در هر معاونت بدست آمد. در هر معاونت، کارکنان به صورت تصادفی و بر اساس کد پرسنلی آنها و جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند.

ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه دو قسمتی بود. بخش اول جهت اندازه گیری متغیرهای زمینه ای و دموگرافیک گروه هدف (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه کار، رابطه استخدامی) و بخش دوم پرسشنامه استاندارد خودبیمارانگاری ایوانز بود.

پرسشنامه ایوانز حاوی ۳۶ سوال ۵ گزینه‌ای و ۲ گزینه‌ای می باشد. دامنه امتیاز اختلال خودبیمارانگاری با استفاده از این پرسشنامه، نمره بین ۰-۶۰ می باشد. نمره (۰-۲۰) نشان دهنده سلامت فرد، نمره (۲۱-۳۰) خودبیمارانگاری مرزی، نمره (۳۱-۴۰) خودبیمارانگاری خفیف، نمره (۴۱-۶۰) خودبیمارانگاری متوسط و نمره (بالای ۶۰ سال) خودبیمارانگاری شدید را نشان می دهد (۵). روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با محاسبه آلفا کرونباخ در پژوهش های قبلی تأیید شده است (۱۴).

ورود افراد به مطالعه و پر کردن فرم های پرسشنامه کاملا داوطلبانه و تنها در صورت تمایل فرد انجام خواهد گردید. پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و توجیه شرکت کنندگان نسبت به اهداف طرح، در مورد اصل محرمانه بودن پاسخ ها تأکید گشته و رضایت آنها کسب می گردد. سپس پرسشنامه ها بصورت الکترونیکی (به جهت حفظ اصول بهداشتی و پیشگیری از شیوع بیماری کرونا ویروس) بین کارکنان مورد مطالعه توزیع گردید. پس از تکمیل، داده های وارد نرم افزار SPSS23 شد. پس از آن، داده ها با استفاده از روش های آماری توصیفی و استنباطی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون های T-test و ANOVA، بوسیله نرم افزار SPSS23 و در سطح معنی داری $\alpha=0.5$ تحلیل گردید.

معیار ورود به مطالعه شامل اشتغال کارکنان در ساختمان مرکزی (ستاد مرکزی دانشگاه) و همچنین تمایل به شرکت در مطالعه بود. بنابراین آن دسته از کارکنانی که حکم کارگزینی یا ردیف شغلی آنها ستاد مرکزی دانشگاه بوده اما در سایر واحدهای محیطی و مراکز محیطی خارج از ستاد مرکزی به اشتغال مشغول اند از مطالعه خارج شدند (معیار خروج).

یافته‌ها:

میانگین سنی شرکت کننده در مطالعه $32/63 \pm 3/41$ سال و اکثر آنها (۶۴/۱۵ درصد) در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند. میانگین سابقه کار شرکت کنندگان در مطالعه $7/34 \pm 4/09$ سال و اکثر آنها (۳۹/۶۲ درصد) در گروه ۵ تا ۱۰ سال بودند. ۵۵/۶۶ درصد مرد و بقیه زن بودند. بیشتر پاسخگویان متأهل (۸۸/۳۷ درصد)، نیروی رسمی (۴۸/۱۱ درصد) و با سطح تحصیلات کارشناسی (۷۷/۶۷ درصد) بودند. جدول ۱ توزیع فراوانی شرکت کننده در مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
سن (سال)	<۳۰	۴۱	۱۲/۸۹
	۳۰-۴۰	۲۰۴	۶۴/۱۵
	>۴۰	۷۳	۲۲/۹۶
جمع	-----	۳۱۸	۱۰۰
سابقه کار (سال)	<۵	۶۹	۲۱/۷۰
	۵-۱۰	۱۲۶	۳۹/۶۲
	>۱۰	۱۲۳	۳۸/۶۸
جمع	-----	۳۱۸	۱۰۰
جنسیت	مرد	۱۷۷	۵۵/۶۶
	زن	۱۴۱	۴۴/۳۴
جمع	-----	۳۱۸	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۳۷	۱۱/۶۳
	متأهل	۲۸۱	۸۸/۳۷
جمع	-----	۳۱۸	۱۰۰
رابطه استخدامی	رسمی	۱۵۳	۴۸/۱۱
	پیمانی	۳۲	۱۰/۰۶
	قراردادی	۹۵	۲۹/۸۸
	طرحی	۳۸	۱۱/۹۵
جمع	-----	۳۱۸	۱۰۰
سطح تحصیلات	دیپلم، زیر دیپلم و کاردانی	۵	۱/۵۷
	کارشناسی	۲۴۷	۷۷/۶۷
	کارشناسی ارشد	۴۱	۱۲/۸۹
	دکترای حرفه‌ای و دکترای تخصصی	۲۵	۷/۸۷

۱۰۰

۳۱۸

جمع

خودبیمارانگاری ۲۰/۱۳ درصد از کارکنان خفیف، ۵۷/۸۶ درصد متوسط و ۱/۵۷ درصد شدید بود. میانگین نمره تاب‌آوری کارکنان مورد مطالعه برابر با $48/67 \pm 7/21$ بدست آمد که بیانگر سطح متوسط این متغیر در میان کارکنان بود (جدول ۲).

جدول ۲. فراوانی سطح اختلال خودبیمارانگاری در کارکنان مورد مطالعه

عادی تعداد (درصد)	خوببیمارانگاری
۳۲ (۱۰/۰۶)	سلامتی فرد
۳۳ (۱۰/۳۸)	مرزی
۶۴ (۲۰/۱۳)	خفیف
۱۸۴ (۵۷/۸۶)	متوسط
۵ (۱/۵۷)	شدید
۴۸/۶۷ ± ۷/۲۱	میانگین کل (Mean±Std)

5

نتایج مطالعه نشان داد که بین خودبیمارانگاری با متغیرهای سن ($P=0/002$)، جنسیت ($P=0/001$)، وضعیت تاهل ($P=0/01$)، و سطح تحصیلات ($P=0/02$) رابطه آماری معناداری وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۳. ارتباط بین خودبیمارانگاری با متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

P-Value	مقدار آماره	متغیر دموگرافیک	متغیر پژوهش
0/002	$r = 0/41$	سن	خودبیمارانگاری
0/001	$t = 3/16$	جنسیت	
0/01	$t = 1/31$	وضعیت تاهل	
0/09	$r = 0/16$	سابقه کار	
0/14	$F = 0/23$	رابطه استخدامی	
0/02	$F = 2/41$	سطح تحصیلات	

I: ضریب همبستگی پیرسون



بحث:

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر سطح متوسط خودبیمارانگاری کارکنان مورد مطالعه بود. قاسم نژاد و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۳۴/۴ درصد از افراد مورد بررسی خودبیمارانگاری شدید داشتند (۲۲). طلایی و همکاران نیز در پژوهشی گزارش کردند که شیوع علائم خودبیمارانگاری جمعیت مورد بررسی در حد مرزی ۳۶/۸ درصد و شیوه اختلال آن ۱۶ درصد بوده است (۱۴). اخوان و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که ۳۵/۶ درصد از افراد تا حدودی دارای اختلال خودبیمارانگاری بودند (۶). نوقابی و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند که علائم خودبیمارانگاری در شهر گناباد ۲۸/۸ درصد بوده است که در ۳۹/۲ درصد شدت علائم در حد مرزی، در ۲۰/۸ درصد اختلال با شدت کم و در ۸ درصد شدت خودبیمارانگاری متوسط بود (۵). در مطالعه دیگری، شیوع اختلال خودبیمارانگاری در افراد مورد مطالعه ۴ تا ۱۳ درصد گزارش شده بود (۲۳). در بررسی Singh در سال ۲۰۰۴، تمایلات خودبیمارانگاری در بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه وجود داشت (۲۴). همچنین در مطالعه‌ای در نیوزیلند شیوع احساسات گذرا نسبت به بیماری و نگرانی از ابتلا به بیماری ۷۰ درصد گزارش شد (۲۵). عاجزی در مطالعه خود نشان داد که خودبیمارانگاری ۳۴ درصد افراد شدید بوده است (۲۶).

یکی از دلایل تفاوت شیوع اختلال خودبیمارانگاری در مطالعات مختلف ممکن است ناشی از استفاده از ابزارهای سنجش غیریکسان برای این اختلال باشد. همچنین باورها و عادات جوامع مختلف در مورد بزرگ‌نمایی علائم جسمی می‌تواند دلیل دیگر باشد.

نتایج مطالعه طلایی و همکاران بیانگر آن بود که ارتباط معناداری بین خودبیمارانگاری با متغیر جنسیت وجود دارد (۱۴). مطالعه قاسم نژاد و همکاران نیز حاکی از ارتباط معنادار بین خودبیمارانگاری با متغیرهای سن و جنسیت بود (۲۲). همچنین یافته‌های مطالعه اخوان و همکاران نشان داد بین خودبیمارانگاری با متغیر سن ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۶) که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود.

اجرای پژوهش حاضر، همانند سایر مطالعات انسانی، با محدودیت‌هایی روبرو بود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم دسترسی به کارکنان به دلیل شرایط بحران کرونا و ویروس و لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی بود که محقق جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم الکترونیکی استفاده نمود.

نتیجه‌گیری:

اختلال خودبیمارانگاری کارکنان مورد مطالعه در سطح متوسط برآورد گردید. برگزاری جلسات و کارگاه‌های آموزشی غیرحضوری (با توجه به بحران کرونا و ویروس؛ کووید ۱۹) جهت کنترل احساسات مبنی بر بیماری و ابتلا به بیماری پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به شرایط بحران کرونا و ویروس (کووید ۱۹) استفاده از روش‌های مشاوره و ایجاد ارتباط صمیمانه تر بین کارکنان و مسئولین و کاهش تنش‌های محیطی نسبت به اخبار کرونا و ویروس (کووید ۱۹) قابل توصیه است.



تشکر و قدردانی:

این مقاله، حاصل یک طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره ۲۱۰۴۵ بود (کد اخلاق؛ IR.SUMS.REC.1399.742). محققان بر خود لازم می‌دانند از شرکت کنندگان در مطالعه که با پژوهشگران در تکمیل پرسشنامه‌ها و تحلیل داده‌ها همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر نمایند.

منابع و مأخذ

1. Wilson ME, Chen LH. Travellers give wings to novel coronavirus (2019-nCoV). JTM. 2020. doi:10.1093/jtm/taaa015.
2. Gralinski LE, Menachery VD. Return of the coronavirus: 2019-ncov. Viruses. 2020; 12(2):135. doi:10.3390/v12020135.
3. Taheri s. A Review on Coronavirus Disease (COVID-19) and What is Known about it. Depiction of Health. 2020; 11(1): 87-93. (Persian)
4. Stutz WE, Blaustein AR, Briggs CJ, Hoverman JT, Rohr JR, Johnson PT. Using multi-response models to investigate pathogen coinfections across scales: Insights from emerging diseases of amphibians. Methods in ecology and evolution. 2018; 9(4): 1109-20.
5. Delshad Noghabi A, Sanati SZ, Hatamykia M, Mohammadi SH. Hypochondriasis and related factors in population of 20-50 years old in Gonabad city. Quarterly of the Horizon of Medical Sciences. 2014; 19(5): 265-270.(Persian)
6. 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. (Persian)
7. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. Clin Psychol Rev 2007; 27(2):127-39.
8. Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Disease anxiety among medical students and law students. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122(8):785-7.
9. Simon GE, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. Gen Hosp Psychiatry. 2001; 23(2):51-5.
10. Creed F. Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? World Psychiatry. 2006; 5(3):146-50.
11. Delahousse J, Hitter-Spinelli B, Pardinielli JL. What does the painful "organ" represent in hypochondriasis? Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr. 1982; 131(1):41-54.
12. Noyes R, Jr, Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of hypochondriasis Psychosomatics. 2002; 43(4):282-9.
13. Noyes R, Jr., Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, et al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosom Med. 2003; 65(2):292-300.



8

14. Talaie AL, Fayazi BM, Nasiraei A, Samari AA, Mirshojaeian M, Rezaei AA. Hypochondrias in resident students of mashhad university of medical sciences. 2009; 17 (1) :8-18. (Persian)
15. Aghukwa NC. Co. morbid obsessive compulsive and hypochondriac disorders complicated by tardive dyskinesia in a Nigerian man. Nigerian journal of clinical practice. 2016; 19(1):145-9.
16. Barsky A, The relation between hypochondriasis and age. The American journal of psychiatry. 1991; 148(7), 923.
17. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychol Med. 2001; 31(4):577-84.
18. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL, Latham KS. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1990; 25(2):89-94.
19. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, Slavov I, Skritskya N, Barsky AJ. A Randomized Controlled Trial of Medication and Cognitive-Behavioral Therapy for Hypochondriasis. Am J Psychiatry. 2017; 174(8):756-764.
20. Starcevic V. Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. Australasian Psychiatry. 2015; 23(4):369-73.
21. Scarella TM, Laferton JA, Ahern DK, Fallon BA, Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. Psychosomatics. 2016; 57(2):200-7.
22. Ghasemnejad S M, 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. 2011; 21 (3): 222-226. (Persian)
23. Gureje O, Ustun TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: a crossnational study in primary care. Psychol Med 1997; 27(5):1001-10.
24. Singh G, Hankins M, Weinman JA. Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? Med Educ 2004; 38(5):479-81.
25. Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. Med Educ 2001; 35(8):724-8.
26. Ajezi P. Assessment of relation between depression and hypochondriasis among nursing college student [Dissertation]. Rasht, Guilan: Guilan University; 2006. p.3-19. (Persian)