

## Predictive Ability of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms and Health Anxiety in Detecting Cyberchondria among Nursing Students of Jordan Universities

Ahmad Mohammad Bani Khalid\*<sup>ID</sup>, Ministry of Education, Jordan

Fawwaz Ayoub Momani<sup>ID</sup>, Faculty of Educational Sciences, Yarmouk University, Jordan

Received: 23/6/2024  
Accepted: 21/8/2024  
Published: 31/12/2024

\*Corresponding author:  
[am\\_alkhalde@yahoo.com](mailto:am_alkhalde@yahoo.com)

Citation: Bani Khalid, A. M., & Momani, F. A. (2024). Predictive ability of obsessive-compulsive disorder symptoms and health anxiety in detecting cyberchondria among nursing students of Jordan universities. *Jordan Journal of Education*, 20(4), 681–700.

<https://doi.org/10.47015/20.4.4>

\*قبل البحث للباحث الثاني فواز أيوب المومني  
قبل تعيينه رئيساً لهيئة تحرير المجلة الأردنية  
في العلوم التربوية.



© 2024 Publishers / Yarmouk University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC) license

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن،  
2024.

### Abstract

**Objectives:** The study aimed to identify the level of the degree of relative contribution of each of the symptoms of obsessive-compulsive disorder and health anxiety to cyberchondria. The study sample consisted of 816 nursing students (178 males, 638 females) at Jordanian universities who were selected using the available method. To achieve the objectives of the study, the researcher used the McElroy et al. (2019) scale for cyberchondria, the Salkovskis et al. (2002) scale for health anxiety, and the Goodman et al. (1989) scale for obsessive-compulsive disorder.

**Methodology:** Predictive descriptive approach. **Results:** This was after ensuring the validity and reliability of the instruments. The results of the study indicated that the overall symptoms of obsessive-compulsive disorder were low on all dimensions. The level of the overall health anxiety was also low on all dimensions, and that the overall level of cyberchondria was moderate. The level of the “Excessiveness” dimension was high, while the level of the two dimensions (Distress and Reassurance) was medium level, and the “Compulsion” dimension obtained low level. The results of the study showed the ability of both obsessive-compulsive disorder symptoms and health anxiety to predict cyberchondria. They explained an amount of (8.90%) of the cyberchondria, and the predictive variables explained an amount of (4.70%) of the “Excessiveness” dimension. The predictive variables explained an amount of (9.30%) of the “Distress” dimension. The predictive variables explained an amount of (1.70%) of the “Reassurance” dimension. The predictive variables explained an amount of (10.70%) of the “Compulsion” dimension. **Conclusion:** The study concluded with a set of recommendations. The most prominent of which was working on future studies with other groups, such as medical students or hospital workers. This is to expand the results further.

**Keywords:** Cyberchondria, Obsessive-Compulsive Symptoms, Health Anxiety, Nursing Students, Jordanian Universities.

## القدرة التنبؤية لأعراض اضطراب الوسواس القهري والقلق الصحي في الكشف عن السايبركوندريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية

أحمد محمد بني خالد، وزارة التربية والتعليم، الأردن  
فواز أيوب المومني، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن

### الملخص

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف إلى درجة الإسهام النسبي لكل من أعراض اضطراب الوسواس القهري، والقلق الصحي في السايبركوندريا. تكونت عينة الدراسة من (816) طالباً من طلبة التمريض في الجامعات الأردنية (178 ذكراً، 638 أنثى) اختيروا بالطريقة المتيسرة. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس ماك ايلروي وزملائه (McElroy et al., 2019)، للسايبركوندريا، ومقياس سالكوفسكيس وزملائه (Salkovskis et al., 2002) للقلق الصحي، ومقياس جودمان وزملائه (Goodman et al., 1989) للوسواس القهري؛ وذلك بعد التأكد من الصدق والثبات. المنهجية: واستخدام المنهج الوصفي التنبؤي. النتائج: أشارت نتائج الدراسة إلى أن أعراض اضطراب الوسواس القهري الكلي كان منخفضاً على جميع الأبعاد، وكان مستوى القلق الصحي الكلي -أيضاً- منخفضاً على جميع الأبعاد، وأن مستوى السايبركوندريا الكلي كان متوسطاً، وللأبعاد جاء مستوى بعد (الإفراط) مرتفعاً، في حين جاء مستوى بعدي (الكرب، والتأكيد) في المستوى المتوسط، وجاء بعد (الإكراه) في المستوى المنخفض. وأظهرت نتائج الدراسة للعينة ككل قدرة كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري، والقلق الصحي على التنبؤ بالسايبركوندريا؛ حيث فسراً ما مقداره (8.90%) من السايبركوندريا، وأن المتغيرات المتنبئة فسرت ما مقداره (4.70%) من بعد (الإفراط)؛ وأن المتغيرات المتنبئة فسرت ما مقداره (9.30%) من بعد (الكرب)؛ وأن المتغيرات المتنبئة فسرت ما مقداره (1.70%) من بعد (التأكيد)؛ وأن المتغيرات المتنبئة فسرت ما مقداره (10.70%) من بعد (الإكراه). الخلاصة: خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، كان أبرزها العمل على دراسات مستقبلية مع فئات أخرى كطلبة الطب، أو العاملين في المستشفيات؛ وذلك للتوسع أكثر في النتائج.

الكلمات المفتاحية: السايبركوندريا، أعراض اضطراب الوسواس القهري، القلق الصحي، طلبة التمريض، الجامعات الأردنية.

### المقدمة

يعيش العالم حالة من التغيرات بسبب ما يشهده من تطورات سريعة في العالم والتكنولوجيا، وتقدم في العلوم الطبية، وإمكانية الاطلاع على هذه المعارف من خلال المواقع الطبية المنتشرة عبر الإنترنت؛ مما عرض الكثير إلى الارتباك الطبي في التشخيص ومعرفة الحقيقة، ولعل الفئة الأكثر تأثراً بهذه الحالة هم فئة العاملين في القطاع الطبي والصحي، وخاصة العاملين في مجال التمريض بسبب طبيعة التخصص والمعرفة بطبيعة الأمراض أكثر من غيرهم، وتواصلهم

والتقائهم بالمرضى بالمراكز الصحية والمستشفيات، ولكثرة الحالات الطبية المشاهدة لديهم ربما تأثروا سلباً بهذه الحالات؛ مما حفزهم إلى البحث والاطلاع المتكرر عبر مختلف المواقع الطبية خشية الإصابة بهذه الأمراض.

تعد مهنة التمريض (Profession of Nursing) من المهن التي تقدم خدمات إنسانية واجتماعية في غاية الأهمية لدى المجتمعات؛ حيث تحافظ بشكل أساسي على أنظمة الرعاية الصحية الوطنية والنهوض بها. وأثناء دراسة هذا التخصص يكتسب طلبة التمريض

كما تمت الإشارة إلى السايبركونديريا بشكل غير مباشر في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11)، من خلال الإشارة إلى عمليات البحث عن المعلومات كأحد السمات التشخيصية الأساسية لاضطراب الوسواس المرضي (Hypochondria) الذي يتعلق بالانشغال بالقلق، أو الإصابة بمرض ما (Starcevic & Berle, 2013).

وفي الواقع فإن السايبركونديريا تتميز بخصائص سريرية محددة تتعلق بوجود خلل وظيفي؛ حيث تم اقتراح ثلاث سمات رئيسية، أو ما يسمى بمحددات للسايبركونديريا، تتمثل بالاستخدام القهري لمنصات الإنترنت (Compulsive internet use) للبحث عن المعلومات الطبية الصحية، بغرض الحصول على الطمأنينة والهدوء، ومن المحددات زيادة مستويات القلق نتيجة لعمليات البحث عن الأمور المتعلقة بالصحة، مع استمرار هذه الزيادة بمرور الوقت؛ إضافة إلى زيادة عمليات البحث عن الأعراض المتعلقة بالصحة من خلال الإنترنت للحصول على الطمأنينة النفسية (Bhatt et al., 2023).

ويشتق مصطلح السايبركونديريا من كلمتي السايبر (Cyber) إشارة إلى استخدام الإنترنت، مع الخوف المرضي (Hypochondriasis)، إشارة إلى التركيز على القلق الصحي المرضي (Nadeem et al., 2022). ولا يوجد اتفاق بين الباحثين حول مفهوم السايبركونديريا؛ حيث عرفه مارينو وزملاؤه (Marino et al., 2020) بالميل للبحث بشكل مبالغ فيه عن المعلومات الطبية عبر الإنترنت، مما يتسبب في تراجع الأداء الوظيفي، وإعاقة أنشطة الكثير من وظائف الفرد.

وعرفها تاتلي وآخرون (Tatli et al., 2019) بالرغبة للبحث عن المعلومات الصحية بشكل مفرط ومتكرر عبر الإنترنت المتعلقة بزيادة مستويات القلق الصحي. ويشير تراباي وزملاؤه (Tarabay et al., 2023) إلى أن السايبركونديريا تشير إلى سلوك يتسم بالبحث المتكرر عبر الإنترنت عن المعلومات الطبية عن مرض ما بمستويات مرتفعة من القلق الصحي. في حين وصفها تشنغ ورفاقه (Zheng et al., 2022) بأنها حالة تتعلق بالبحث المفرط عن المعلومات الصحية عبر الإنترنت، بالتزامن مع ارتفاع مستويات من الضيق، والضرر، والقلق.

وعرف ماثيس وزملاؤه (Mathes et al., 2018) السايبركونديريا بأنها ظاهرة سريرية تتم عبر عمليات البحث المتكررة باستخدام الإنترنت عن المعلومات الطبية؛ مما يؤدي إلى مخاوف مبالغ فيها بشأن الصحة الجسمية. أما ترسيفيتش وأبو جود (Trcevic & Aboujaoud, 2015) فأكدوا على أنه بحث مفرط ومتكرر عبر الإنترنت عن المعلومات الصحية، مدفوعاً بالحاجة للتخفيف من الضيق والقلق المرتبط بالصحة. وعرفه تشنغ وتاندوك (Zheng & Tandoc, 2020) بعمليات البحث المفرطة عن المعلومات الصحية عبر الإنترنت والمرتبطة بتصاعد القلق الصحي.

ويعود جذور مفهوم القلق الصحي (Health Anxiety) إلى المفهوم القديم لمرض الوسواس المرضي (Hypochondria)؛ حيث

الكثير من المعارف والخبرات حول طبيعة الأمراض والأعراض بسبب التعامل المتكرر مع الحالات المختلفة أثناء مرحلة التعليم الجامعي (Cuesta et al., 2019). وربما يتعرض طلبة التمريض إلى مجموعة كبيرة من الأمراض المختلفة ابتداءً من الأمراض البسيطة إلى المعقدة؛ ويمكن أن يقود دراسة طلبة التمريض لمرض ما إلى تفسير غير صحيح فيما يتعلق بالأعراض الجسدية التي قد يشعرون أو يحسوا بها، بحيث تعتبر الأعراض قبل دراسة هذا التخصص هي العلامة الحقيقية للمرض (Azuri et al., 2010; Rohilla et al., 2020).

فقد برزت ظاهرة جديدة تسمى السايبركونديريا (Cyberchondria) (Charan et al., 2024)؛ حيث تعد السايبركونديريا من القضايا الحديثة والناشئة نسبياً (Ryen & Eric, 2024; El-Zoghby et al., 2009). ويمكن تعريف السايبركونديريا بأنها حالة من القلق الزائد نتيجة البحث عن المعلومات المتعلقة بالصحة عبر الإنترنت، مما يدفع الأفراد إلى الاعتقاد بأن لديهم حالة طبية خطيرة (Starcevic & Berle, 2013). وليس من المستغرب أن تكون وجهات نظر تقول بأننا نعيش في عصر السايبركونديريا (The age of Cyberchondria) (Morahan-Martin, 2004).

وربما يعود بداية استخدام مفهوم السايبركونديريا إلى مقالة نشرت عام (1999) بعنوان (انتشار الأمراض على شبكة الإنترنت، مما استدعى إثارة الخوف من الإصابة بالتوهم المرضي) (On the Internet, diseases are rampant, playing to worries of hypochondriacs). من قبل الصحفية آن كارنز (Ann Carms) المنشور في صحيفة وول ستريت جورنال (Starcevic & Berle, 2013; Agrawal et al., 2024). مما هب الأمر إلى تزايد الاهتمام بفهم السايبركونديريا (Zheng et al., 2021). بينما أشار نديم وزملاؤه (Nadeem et al., 2022) أن مصطلح السايبركونديريا ظهر لأول مرة في الصحافة البريطانية في منتصف التسعينيات. وأشار شاران وزملاؤه (Charan et al., 2024) أنه تم استحداث وظهور مصطلح السايبركونديريا في عام (2002)؛ بينما أشار وايت وهورفيتز (White & Horvitz, 2009) إلى أن الاستخدام الأول لمفهوم السايبركونديريا يعود إلى تاريخ (2003)؛ من خلال الربط بين استخدام محركات البحث عبر الإنترنت بتصاعد المخاوف الطبية.

تشير هذه الظاهرة إلى سلوك مزعج وليس إلى كيان تشخيصي (Diagnostic Entity) (Starcevic, 2017). ومع أن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA)، وكذلك في التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة الحادية عشرة (International Classification of Diseases-11th Edition; ICD-11) لم يدرج السايبركونديريا ضمن قائمة الاضطرابات النفسية (Santoro et al., 2022). إلا أنه تمت الإشارة إليه بطريقة غير مباشرة لدى الحديث عن اضطراب قلق المرض (Illness Anxiety Disorder) من خلال الكلام إلى الأفراد الذين يبحثون بشكل إلزامي عن مرضهم المفترض عبر الإنترنت (Wang et al., 2017).

من التفسيرات الخاطئة للتغيرات، والإحساسات الجسدية (Taylor & Asmundson, 2004). وعرفه إزميرلي وفرحات (Ezmeirly & Farahat, 2019) بأنه عبارة عن خوف مستمر، وغير منطقي يغلب على حياة الفرد بالإصابة بمرض ما، أو حالة طبية خطيرة، وربما لا يزول بالطمأنة الطبية المناسبة.

يحدث القلق الصحي -غالبًا- في مرحلة المراهقة المبكرة، أو المتوسطة، ويمكن أن يتضاعف مع التقدم بالعمر (Legg & Cirino, 2023). ويختلف انتشار القلق الصحي بين عامة السكان البالغين بشكل كبير عبر الأدييات؛ إذ يقدر أنه يتراوح بين (13.1-2.1%) (Kikas et al., 2024). ويبلغ معدلات انتشار القلق الصحي بشكل أعلى في البيئات الطبية مقارنة بالمجتمع العام؛ حيث تتراوح النسب بين (7% - 19.9%) (Tyrer et al., 2011). وتضاعفت هذه النسب بشكل كبير بسبب جائحة كوفيد-19؛ حيث كان القلق الصحي، والمخاوف من كوفيد-19 شائعين (Newby et al., 2020).

وفي أستراليا يؤثر القلق الصحي على (3-5%) من السكان طيلة حياتهم (Newby & Andrews, 2012). ويتراوح معدل انتشار القلق الصحي ما بين (0.3-8.5%) في البيئات الطبية العامة (Florian et al., 2014). كما ويبلغ معدل انتشار القلق الصحي (5.7%)، وتكون ذروته في منتصف العمر (Hannah et al., 2023). وأشار سينغ (Singh, 2013) أن نسبة انتشار القلق الصحي تقدر ما بين (4.2-8.5%) في المرضى الخارجيين، وبنسبة (7%) لدى عامة السكان، وبنسبة (10%) عند الكبار في السن.

يركز القلق الصحي بشكل كبير على الأعراض الجسدية بناءً على تفسيرات غير صحيحة للأحاسيس الجسدية (Abu Khait et al., 2022). وغالبًا ما يسيء الأفراد المصابون بالوسواس المرضية تفسير الأحاسيس الجسدية، أو الأعراض البسيطة على أنها مؤشر على حالة طبية خطيرة؛ مما يؤدي إلى زيادة القلق، والضيق، وضعف كبير في الأداء اليومي؛ حيث يطلب الفرد استشارات طبية متكررة، ويخضع للعديد من الفحوصات الطبية غير الضرورية، ويعاني من تعب وضعف في نوعية الحياة بشكل عام (Abramowitz et al., 2007).

ومن أجل تجنب وصم المرضى بالوسواس المرضي، اقترح فينك وزملاؤه (Fink et al., 2004) استبدال التسمية التشخيصية للوسواس المرضي بمصطلح القلق الصحي؛ مما يشكل كياناً تشخيصياً جديداً (Diagnostic Entity) لاضطراب القلق الصحي (Health Anxiety Disorder). وتتضمن معايير تشخيص اضطراب القلق الصحي (HAD) الأعراض التالية:

أ- التفكير الوسواسي بالمرض (Obsessive Rumination about Illness).

ب- وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية:

1. القلق أو الانشغال بمخاوف الإصابة بمرض أو بأحد الوظائف الجسدية.

يعد الوسواس المرضي (Hypochondria) أحد أقدم الاضطرابات النفسية (Singh, 2013). ويشار إليه -أيضاً- بعدة مسميات، منها رهاب المرض (Illness Phobia)، والقلق من المرض (Illness Anxiety)، والتوهم المرضي (Hypochondriasis) (Williams, 2004).

ويعتقد أن القلق الصحي يكون ذا طبيعة تتراوح ما بين المخاوف العادية، والعبارة إلى القلق الشديد والمعيق؛ حيث يتم تصنيفه في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) على أنه اضطراب قلق الإصابة بالمرض (Illness Anxiety Disorder)، أو اضطراب الأعراض الجسدية (Somatic Symptom Disorder). بناءً على شدة الأعراض الجسدية للفرد (Disorder Benke et al., 2024). بينما لم يكن لهما وجود في الإصدار الرابع للدليل التشخيصي (DSM-IV)؛ حيث كان يسمى باضطراب الوسواس المرضي (Hypochondria)، أو التوهم المرضي (Hypochondriasis) (Bailer et al., 2016).

وقد تم استبدال مصطلح الوسواس المرضي (Hypochondria) باضطراب قلق الإصابة بالمرض (IAD) في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)؛ ليعكس طبيعة الحالة بشكل أفضل، وللمحد من الوصمة المرتبطة بمصطلح "الوسواس المرضي" (El-Zoghby et al., 2024).

وبالرغم من استمرار وجود بعض الخلاف حول هذا الموضوع، فمن المحتمل اعتبار القلق الصحي (Health Anxiety) بمثابة وسواس مرضي (Hypochondria)، ومن الأفضل تفسيره على أنه اضطراب قلق مع تداخله مع اضطرابات الوسواس (Stein et al., 2016). ويمكن القول بأنه أكثر تقييداً من الوسواس المرضي؛ حيث يوصف القلق الصحي بالانشغال الكبير بالإصابة بالمرض؛ مترافقاً مع أعراض شديدة من الاكتئاب، تصل -أحياناً- إلى حد الأوهام، والخيالات، ويتم التعبير عنها بشكل حاد في متلازمة وهم كوتار (Cotard's Syndrome) (Tyrer et al., 2019).

وعلى الرغم من هذا التشابه الكبير إلا أنه يمكن التمييز بين القلق الصحي (Health Anxiety)، والوسواس المرضي (Hypochondria)؛ حيث يمكن اعتبار القلق الصحي (Health Anxiety) أنه اضطراب أبسط، وربما يستمر أقل من ستة شهور (Sirri et al., 2013)، وإذا ما أرسل الدماغ إشارات بأنك مريض، فمن الطبيعي أن تشعر بالقلق؛ حيث يتميز القلق الصحي بالاعتقاد المستمر بأن لديك عرضاً، أو مرضاً خطيراً (Legg & Cirino, 2023).

فقد قام سندرلاند ونوبوي وأندروز (Sunderland et al., 2013) بتعريف القلق الصحي بأنه حالة من القلق الشديد، والمستمر بشأن مرض خطير، أو مشاكل صحية على الرغم من الطمأنينة الطبية. ويمكن تعريفه -أيضاً- بأنه اعتقاد قوي بالإصابة بمرض خطير لم يتم اكتشافه بالفحوصات الطبية، وغالباً ما تحدث القناعات بالمرض

أن الطلبة الذين يعانون من الوسواس القهري لديهم انخفاض في الأداء الأكاديمي (National Institute of Mental Health, 2008).

ويعد الوسواس القهري أحد أخطر مشاكل الصحة النفسية، التي تتطلب تكلفة اقتصادية، واجتماعية كبيرة على المجتمع سنوياً (Pajouhinia et al., 2020). وأن هذا الاضطراب يمكن أن يتسبب في حدوث خلل كبير في مستوى الحياة الطبيعية، أو الوظيفية، أو الأنشطة الاجتماعية، أو العلاقات الشخصية (Hashemloo et al., 2014). ومع ذلك، فإن أكثر من (90%) من الأشخاص في المجتمع يعانون من شكل ما من أعراض الوسواس، والأفعال القهرية بالتساوي تقريباً مع الأشخاص المصابين تماماً بالوسواس القهري (Purdon & Clark, 1993)؛ مما يضاعف أهمية وضرورة التعرف على أعراض الوسواس، والأفعال القهرية.

ويبلغ معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري بين (2-3%)، ويؤثر على مختلف الفئات العمرية، والثقافات (Smárason et al., 2024). وفي أمريكا يبلغ معدل انتشاره حوالي (2.5%)؛ بالتساوي لدى الذكور، والإناث، والخلفيات الثقافية، والاجتماعية، والاقتصادية (March & Schub, 2012). ويختلف معدل انتشار، وعمر ظهور الوسواس القهري بين الرجال والنساء؛ فالرجال يصابون بالاضطراب في وقت مبكر؛ بينما نسبة الإصابة به لدى النساء أعلى (Pajouhinia et al., 2020)، وأن ما يزيد تقريباً عن نصف الأفراد المصابين بالوسواس القهري هم من النساء؛ ولعل سبب الاختلاف يعزى إلى فسيولوجية المرأة ونوع المسؤوليات الاجتماعية، والاقتصادية (Riggs & Foa, 1993).

وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت متغيرات الدراسة حول السايبركونديريا وعلاقتها بمتغيرات الدراسة؛ فقد أجرى نور وآخرون (Norr et al., 2015) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية كان الهدف منها الكشف عن العلاقة المحتملة بين أبعاد الوسواس القهري والسايبركونديريا، وتكونت عينة الدراسة من (468) مشاركاً. أشارت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة بين أبعاد الوسواس القهري والسايبركونديريا.

وقامت رحمة وزملاؤها (Rahme et al., 2021) بدراسة كان الهدف منها الكشف عن العلاقة بين السايبركونديريا ونوعية الحياة للمجتمع اللبناني، وتقييم التأثير الوسيط للخوف من كوفيد-19، والاكتئاب، والقلق، والتوتر، وسلوك الوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من (449) فرداً. أسفرت نتائج الدراسة أن التوتر والخوف من كوفيد-19 وبدرجة أقل الوسواس القهري، يتوسطان في العلاقة بين السايبركونديريا وجودة الحياة الجسدية، في حين أن القلق والتوتر والخوف من كوفيد-19 يتوسطان في الارتباط بين السايبركونديريا وجودة الحياة.

وأجرى دميرتاس ورفاقه (Demirtas et al., 2022) دراسة هدفت لتقييم العلاقة بين السايبركونديريا والمعتقدات الوسواسية لدى

2. التأثير بالإيحاء أو الإيحاء الذاتي (Suggestibility or Autosuggestibility)؛ وهو الخوف غير الواقعي من الإصابة بالعدوى أو التلوث.

3. الانبهار المفرط بالمعلومات الطبية.

4. الخوف من تناول الأدوية الموصوفة.

ج- وجود هذه الأعراض في معظم الوقت خلال مدة أسبوعين على الأقل.

د- ليست الأعراض نتيجة حالة طبية مصاحبة، أو من خلال اضطراب عقلي آخر.

ه- تؤدي الأعراض الشديدة إلى كرب أو اختلال في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو الوظائف والمهام الأخرى.

ومن المتغيرات ذات العلاقة بمفهوم السايبركونديريا الوسواس القهري؛ حيث يعد اضطراب الوسواس القهري (OCD) رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً على مستوى العالم (Davoudi et al., 2023; Alquran & Jaradat, 2024)، وغالباً ما يكون مترافقاً بضعف في الأداء الوظيفي على المستوى الأسري، والاجتماعي، والمهني (Rosario-Campos et al., 2006). وترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2022) أن الوسواس القهري يتصف بالوسواس، أو الأفعال القهرية، أو كليهما، والذي قد يسبب اضطرابات ملحوظة تؤثر على أداء الفرد اليومي، والتي تتمثل برغبات، أو أفكار متكررة يتم تجربتها بطريقة مزعجة، وغير مرغوبة. ويختلف محتوى الوسواس والأفعال القهرية من شخص لآخر (McKay et al., 2004)، وليس من المعروف تحديد، ومعرفة أسباب الوسواس القهري، ولكن يعتقد أنه مزيج من عوامل نفسية، وبيولوجية، ووراثية (Thobaben, 2012).

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA, 2013)، فإن الوسواس القهري يتميز بوجود وسواس، أو أفعال قهرية، أو كليهما يتم اختبارها باعتبار أنها تطفلية، وغير مناسبة، وتسبب قلقاً ملحوظاً (Anwer et al., 2021; Abbara et al., 2024)؛ لذلك فإن الوسواس القهري يتمثل أساساً باضطراب في المعالجات المعرفية، والعاطفية؛ حيث يعاني الأفراد من أفكار ذهنية مزعجة، ودوافع غير مرغوبة، يصعب التخلص منه، تتسبب بالقلق، والضيق (Pajouhinia et al., 2020).

ويوصف اضطراب الوسواس القهري (OCD) بأنه اضطراب يوهن الشخص المصاب بأفكار تدخلية وسلوكيات متكررة، أو أفعال عقلية قهرية لتقليل الضيق، والحد من القلق (Belli et al., 2024)؛ وقد ارتبط الوسواس القهري بانخفاض جودة الحياة، وضعف الأداء الأسري والاجتماعي، والعملية، ويتسبب بمشكلات في الجانب النفسي، والاجتماعي (García-Soriano et al., 2024). ويلاحظ أن أعراض الوسواس القهري تظهر بداية في الفئة العمرية من (18-25) عاماً، والتي تم تحديدها بمرحلة البلوغ المبكر (Lee, 2019). وقد وجد

مشاركاً. أشارت نتائج الدراسة إلى أن السايبركونديريا من المحتمل أن تتنبأ بتقدير الذات سواء بشكل مباشر أو من خلال القلق الصحي وأعراض الوسواس القهري، كذلك وأن القلق الصحي والوسواس القهري توسطت في العلاقة بين تقدير الذات والسايبركونديريا، وأوضحت الدراسة أن تدني احترام الذات والقلق الصحي وأعراض الوسواس القهري يمكن اعتبارها عوامل ضعف في السايبركونديريا.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية أجرى ويتون (Wheaton et al., 2021) دراسة هدفت للتحقق ما إذا كان عدم تحمل الشك، هو عامل الضعف النفسي المتضمن في كل من الوسواس القهري والقلق الصحي، يمثل جزءاً من العلاقة بين هذه الأعراض والخوف من فيروس كورونا خلال المراحل الأولى من تفشي المرض في العالم، وتكونت عينة الدراسة من (738) من البالغين في المجتمع الأمريكي. أشارت نتائج الدراسة أن القلق بشأن كوفيد-19 كان مرتبطاً بشكل إيجابي بكل من أعراض الوسواس القهري والقلق الصحي. علاوة على ذلك، وجدت تحليلات الانحدار أن عدم تحمل الشك أخذت في الاعتبار جزئياً الروابط بين القلق بشأن انتشار كوفيد-19 والوسواس القهري وأعراض القلق الصحي.

وأيضاً في الولايات المتحدة الأمريكية قام هاسولاس ورفاقه (Hassoulas et al., 2022) بدراسة كان الهدف منها التحقق في العلاقة بين الأبعاد الفرعية لأعراض اضطراب الوسواس القهري والقلق الصحي في ظل جائحة كورونا، وتكونت عينة الدراسة (332) مشاركا. كشف نتائج التحليل عن وجود ارتباطات مهمة بين أبعاد مقياس أعراض الوسواس القهري الفرعية ومقياس تأثير كوفيد-19، ووجود -أيضاً- علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس القلق الصحي النسخة القصيرة مع مقياس تأثير كوفيد-19، ووجود علاقة موجبة ما بين أعراض الوسواس القهري مع القلق الصحي.

في حين قام كريستانتني وزملاؤه (Christanti et al., 2022) بدراسة في إندونيسيا كان الهدف منها تحليل العلاقة بين تاريخ فيروس كورونا (كوفيد-19) والقلق وأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 20-24 سنة، وتكونت عينة الدراسة من (100) مشاركا، تراوح أعمارهم بين 20 و24 عاماً. أظهرت النتائج أن 74 شخصاً أي (74%) لديهم قلق خفيف. وكان هناك 16 شخصاً أي (16%) لديهم أعراض الوسواس القهري. كما وأظهرت النتائج بعدم وجود علاقة بين تاريخ الإصابة بمرض كوفيد-19 وأعراض الوسواس القهري، وعدم وجود علاقة بين تاريخ الإصابة بمرض كوفيد-19 والقلق بين أفراد هذه العينة.

تأتي مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة في أنها ركزت على السايبركونديريا كمتغير تابع، في حين أن الدراسات السابقة تعاملت معه كمتغير مستقل. وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، بأنها تناولت القدرة التنبؤية لأعراض اضطراب الوسواس القهري في الكشف عن السايبركونديريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؛ حيث ندرة الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات

البالغين الأكراد، وتكونت عينة الدراسة من (777) فرداً، منهم (382) نكور، و(395) إناث، تراوحت أعمارهم ما بين (18-63) عاماً، وبلغت نسبة الذكور إلى الإناث من العينة (49.2%)، وبمتوسط عمر (32.6) عاماً، ونسبة الإناث إلى الذكور (50.8%)، وبمتوسط عمري (20.2) عاماً. تم استخدام مقياس شدة السايبركونديريا في هذه الدراسة. أسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين السايبركونديريا والمعتقدات الوسواسية.

وقام زنفوليشي وآخرون (Zangoulechi et al., 2018) بدراسة هدفت إلى تحديد دور درجة القلق وعدم تحمل الشك وأعراض الوسواس القهري في التنبؤ بالسايبركونديريا، وتكونت عينة الدراسة من (177) طالباً من جامعة تبريز في إيران. أظهرت نتائج الدراسة أن درجة القلق وعدم تحمل الشك وأعراض الوسواس القهري تنبأت بشكل إيجابي وكبير بالسايبركونديريا.

في حين أجرت باتي وزملاؤها (Bati et al., 2018) دراسة كان الغرض منها الكشف عن العلاقة ما بين القلق الصحي والسايبركونديريا لدى طلاب العلوم الصحية، تكونت عينة الدراسة من (874) طالباً وطالبة من كليات الطب والصيدلة وطب الأسنان والتمريض في جامعة إيج في تركيا. كشف نتائج الدراسة أن البحث عن المتكرر عن الأمور المتعلقة بالصحة باستخدام الإنترنت يزيد من السايبركونديريا، كما حصل طلاب الطب على درجات أعلى على أبعاد مقياس شدة السايبركونديريا "الضيق والإفراط والطمأنينة". ولم يتم العثور على فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس.

ومن جهته أجرى جونجمان وفيتهوفت (Jungmann & Witthöft, 2020) دراسة في ألمانيا كان الغرض منها معرفة العلاقة بين القلق الصحي، والسايبركونديريا، والتكيف مع جائحة كوفيد-19؛ حيث تكونت عينة الدراسة من (1615) مشاركا، وشكلت الإناث من هذه العينة ما نسبته (79.8%)، وكان متوسط عمر العينة (33.36) عاماً. كشفت نتائج الدراسة عن زيادة كبيرة في القلق من الفيروس، خاصة بين الأفراد الذين يعانون من قلق صحي مرتفع. أيضاً أظهرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة موجبة بين السايبركونديريا والقلق من الجائحة.

وقام براند وزملاؤه (Brand et al., 2013) بعمل دراسة لفحص العلاقة بين أعراض الوسواس القهري، والقلق الصحي، وحساسية القلق من الخوف من الإصابة بأنفلونزا الخنازير، وتكونت عينة الدراسة من (393) طالباً جامعياً في الولايات المتحدة الأمريكية. أسفرت نتائج الدراسة أن أعراض الوسواس القهري تنبأت بشكل كبير بمخاوف الإصابة بأنفلونزا الخنازير، كما أن القلق الصحي عمل كوسيط مهم لأعراض الوسواس القهري.

وفي بولندا قام باجكار وبابياك (Bajcar & Babiak, 2019) بإجراء دراسة لفحص العلاقة بين تقدير الذات والسايبركونديريا، والدور الوسيط للقلق الصحي وأعراض الوسواس القهري في العلاقة بين تقدير الذات والسايبركونديريا، تكونت عينة الدراسة (207)

من أهمية هذه المتغيرات، والكشف عن مستوياتها وقدرتها بالتنبؤ بالسايبركونديريا لدى طلبة التمريض، وما لها من تأثير في حياتهم.

### الأهمية التطبيقية

تتمثل أهمية الدراسة التطبيقية فيما ستؤول إليه من نتائج تتعلق بالكشف عن القدرة التنبؤية لأعراض اضطراب الوسواس القهري والقلق الصحي في الكشف عن السايبركونديريا، إذ سيستفيد من نتائج هذه الدراسة طلبة التمريض تحديداً والعلوم الصحية عموماً من خلال توجيه الاهتمام إلى طلبة الجامعات وتحديداً طلبة التمريض لأخطار السايبركونديريا؛ لما لها شدة كبيرة في التأثير على مختلف وظائف الفرد، والتي تنعكس سلباً على كل جوانب الحياة؛ مما سينعكس إيجاباً على الطلبة وعلى أدائهم بشكل عام، وسيستفيد الباحثون من مقياس السايبركونديريا الذي تم ترجمته ثم تكييفه ليتناسب مع البيئة الأردنية في إجراء دراسات أخرى تبحث في علاقة السايبركونديريا بمتغيرات أخرى غير تلك التي تناولتها الدراسة الحالية

### التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

**اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder):** نمط ثابت من الأفكار، أو الصور المزعجة والمتكررة، والتي تسيطر على تفكير الفرد بصورة غير مرغوبة، ويحاول الفرد مراً لتقليلها، أو إزاحتها بصورة مستمرة عن طريق تحييدها بفكرة، أو فعل قهري، بحيث يشعر الفرد بأنه مدفوع لفعلها استجابةً للوسواس، أو وفقاً لقواعد يتم تطبيقها بشكل صارم، وليس يدافع المتعة (Al-Shorman & Jaradat, 2021). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها الشخص على فقرات جودمان وزملانه (Goodman et al., 1989) لقياس الوسواس القهري (-Yale Brown Obsessive Compulsive-Scale)، بعد تكييفه على البيئة الأردنية.

**القلق الصحي (Health Anxiety):** خوف مبالغ فيه بشأن الإصابة بمرض خطير، والانشغال المستمر به، أو القناعة المستمرة بالإصابة بمرض ما؛ وذلك بسبب سوء التفسيرات الخاطئة للأحاسيس الجسدية الخفيفة، على الرغم من التشخيص الطبي المناسب والطمأنينة بعدم وجود مرض خطير (Collimore et al., 2009). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها الشخص على فقرات مقياس سالكوفسكيكس وزملانه (Salkovskis et al., 2002) لقياس القلق الصحي (Health Anxiety Inventory) بعد تكييفه على البيئة الأردنية.

**السايبركونديريا (Cyberchondria):** الميل للبحث بشكل مبالغ فيه، أو متكرر عن معلومات، أو أعراض متعلقة بالصحة عبر الإنترنت، ويكون مدفوعاً بالضيق، أو القلق بشأن الصحة؛ مما يسبب حالة من المعاناة والضيق المستمر (Starcevic & Berle, 2013). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصل عليها الشخص على فقرات مقياس ماكلروي وزملانه (McElroy et al., 2019) لقياس

الثلاثة معاً. فمن هنا تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تركيزها على السايبركونديريا والعوامل التي تساهم به، وتختلف عنها في أنها تناولت هذا المتغير كمتنبأ به. فمن هنا جاءت أهمية هذه الدراسة والتي من خلالها سيقوم الباحثان بالتعرف على القدرة التنبؤية لأعراض الوسواس القهري والقلق الصحي في الكشف عن السايبركونديريا لدى طلبة التمريض.

### مشكلة الدراسة وأسئلتها

جاء إحساس الباحثان بمشكلة الدراسة من خلال النظر في الأدب السابق في مفهوم السايبركونديريا؛ حيث يعد هذا المفهوم من القضايا الناشئة والحديثة نسبياً (Ryen & Eric, 2009). وقد لاحظ الباحثان وجود ندرة في الدراسات العربية التي تناولت السايبركونديريا، خصوصاً لدى طلبة التمريض، وقد أشارت دراسة مريان وزملاؤه (Mrayyan et al., 2022)؛ بأنه لا توجد أبحاث قامت بدراسة مفهوم السايبركونديريا بين طلبة التمريض في الأردن، كما لا توجد دراسات أجنبية-في حدود اطلاع الباحثان- قامت بدراسة متغيرات الدراسة مجتمعة في التعرف على القدرة التنبؤية لأعراض الوسواس القهري والقلق الصحي في الكشف عن السايبركونديريا لدى طلبة التمريض. ومن هنا يرى الباحثان أهمية دراسة القدرة التنبؤية لأعراض اضطراب الوسواس القهري، والقلق الصحي في الكشف عن السايبركونديريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؛ وذلك في ضوء ما يعانيه طلبة التمريض من قلق حول الصحة، والبحث عن تشخيص محتمل من خلال سلوك البحث عبر الإنترنت؛ مما ينعكس سلباً على أداءهم الوظيفي في مختلف المجالات الحياتية. ومن هنا جاء إحساس الباحثان بمشكلة الدراسة. وبالتحديد حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- 1- ما مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟
- 2- ما مستوى القلق الصحي لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟
- 3- ما مستوى السايبركونديريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟
- 4- ما درجة إسهام كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري، والقلق الصحي، وبعض المتغيرات في تفسير التباين في الكشف عن السايبركونديريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟

### أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة من جانبين؛ وهما على النحو الآتي:

### الأهمية النظرية

تتبع الأهمية النظرية من هذه الدراسة من قدرتها على أهمية الوقوف على الكشف عن السايبركونديريا واضطراب أعراض الوسواس القهري والقلق الصحي لدى طلبة التمريض، كما تبرز أهمية الدراسة

- عدد أفراد عينة الدراسة، وخصائصها، وأسلوب اختيارها.

### الطريقة والإجراءات

#### منهجية الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي التنبؤي للكشف عن مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري، ومستوى القلق الصحي، ومستوى السايبركونديريا لدى طلبة التمريض، وللكشف عن القدرة التنبؤية لأعراض اضطراب الوسواس القهري والقلق الصحي في الكشف عن السايبركونديريا لدى طلبة التمريض، وذلك لمناسبته وطبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

#### مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة البكالوريوس في تخصص التمريض في الجامعات الحكومية الأردنية، المسجلين في الفصل الثاني للعام الدراسي 2024/2023، والبالغ عددهم كما يشير التقرير الإحصائي الصادر عن وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لعام 2024م (7385) طالباً وطالبة.

#### عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (816) طالباً وطالبة من طلبة تخصص التمريض في الجامعات الأردنية الرسمية التي أبدت تعاوناً مع الباحثين، المسجلين في الفصل الثاني للعام الدراسي 2024/2023؛ اختيارهم بالطريقة المتيسرة وبيّن الجدول (1) توزيع أفراد العينة تبعاً لمتغيري (الجنس، والسنة الدراسية).

المتغير	الفئة	العدد	النسبة%
الجنس	أنثى	638	78.2%
	ذكر	178	21.8%
السنة الدراسية	أولى	125	15.3%
	ثانية	213	26.1%
	ثالثة	242	29.7%
	رابعة	236	28.9%
المجموع		816	100%

تكون المقياس المختصر بصورته الأصلية من (18) فقرة (على شكل أسئلة)، موزعة على بعدين، هما: بعد احتمالية المرض (Illness Likelihood)، وتقيسه الفقرات (1-14)، وبعد شدة المرض (Illness Severity)، وتقيسه الفقرات (15-18).

شدة السايبركونديريا (Cyberchondria Severity Scale) بعد تكييفه على البيئة الأردنية.

طلبة التمريض (Nursing Students): هم الطلبة الدراسين ليكالوريوس التمريض في الجامعات الأردنية الرسمية، في جميع المستويات الدراسية، والبالغ عددهم (7385) طالباً وطالبة، كما يشير التقرير الإحصائي الصادر عن وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لعام 2024.

#### محددات الدراسة

- تتحدد الدراسة الحالية بالأدوات والمقاييس المستخدمة فيها؛ فقد تم استخدام ثلاثة مقاييس، وجميعها تستند إلى مقاييس التقرير الذاتي الأمر، الذي - ربما - يجعلها عرضة للتحيّز، أو تشوبها الرغبة الاجتماعية، أو قد يتم الإجابة على فقراتها عشوائياً؛ مما قد يؤثر على موثوقية الاستجابات، ودقة نتائج الدراسة وصحتها؛ ولذلك ربما تكون درجات المستجيبين على مقاييس الدراسة قد تأثرت بهذه المرغوبية.

- تحددت نتائج هذه الدراسة في ضوء المفاهيم والمصطلحات المستخدمة فيها، وما تشتمل عليها من أبعاد.

- محدّدات تتعلّق بالطريقة التي جمعت بواسطتها المعلومات الإلكترونية.

- تتحدّد إمكانية تعميم نتائج الدراسة على المجتمعات المماثلة لمجتمع الدراسة فقط. وبالتالي فإنّ تعميم النتائج يقتصر على المجتمعات المتشابهة، والتي تنسجم مع مجتمع الدراسة.

- طبيعة المنهج المستخدم، وأساليب التحليلات الإحصائية.

جدول (1): توزيع أفراد الدراسة تبعاً لمتغيري (الجنس، والسنة الدراسية).

#### أدوات الدراسة

أولاً: مقياس القلق الصحي القصير (Short Health Anxiety Inventory (SHA))

يهدف الكشف عن مستوى القلق الصحي لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية، تم استخدام مقياس سالكوفسكيس وزملاؤه (Salkovskis et al., 2002) للقلق الصحي النسخة القصيرة؛ حيث

## دلالات الصدق

الأعلى (3 - 0 = 3)، ثم تقسيمه على (3) (3 = 3 ÷ 3) ليصبح طول الفئة (1)، وبذلك أصبح تصنيف المتوسطات كما يلي: منخفض (أقل من 1)، متوسط (من 1-2)، مرتفع (أكثر من 2).

### ثانياً: مقياس شدة السايبركوندريا (Cyberchondria Severity Scale (CSS-12)

للكشف عن مستوى شدة السايبركوندريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية، تم استخدام مقياس ماكلروي وزملاؤه (McElroy et al., 2019)، النسخة القصيرة التي تكونت بصورتها الأصلية من (12) فقرة، موزعة على أربعة أبعاد فرعية، وهي: الإفراط (Excessiveness) وتقيسه الفقرات (1،2،3)، والكرب (Distress) وتقيسه الفقرات (4،5،6)، والتأكيد (Reassurance) وتقيسه الفقرات (7،8،9)، وأخيراً الإكراه (Compulsion) وتقيسه الفقرات (10،11،12).

### مؤشرات الصدق والثبات لمقياس شدة السايبركوندريا

قام الباحثان بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم إعادة ترجمته من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية على يد مترجم آخر، ثم إجراء المطابقة بين الترجمتين باللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة.

### دلالات الصدق

للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس شدة السايبركوندريا، تم عرضه بصورته المعربة على مجموعة مكونة من (10) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، وتجدر الإشارة إلى أنه تم اتفاق معظم المحكمين على صلاحية الأداء، ووضوح ومناسبة الفقرات؛ حيث بلغت نسبة الموافقة (80%). وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم معامل ارتباط الفقرة بالبعد وارتباطها بالدرجة الكلية على المقياس؛ حيث تبين أن قيم معاملات ارتباط الفقرات قد تراوحت بين (-0.50 - 0.75) مع أبعادها، وبين (0.43 - 0.69) مع الدرجة الكلية للمقياس، وكانت جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من (0.30)، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، وقد اعتمد معيار قبول الفقرة أن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30) وفق ما أشار إليه هاتي (Hattie, 1985)، وبذلك فقد قبلت جميع فقرات المقياس.

### ثبات المقياس

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للمقياس وأبعاده؛ تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأولى للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، كما تم التحقق من ثبات إعادة الأبعاد للمقياس؛ من خلال إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية

قام الباحثان بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم إعادة ترجمته من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية على يد مترجم آخر، وبعد ذلك تم إجراء المطابقة بين الترجمتين باللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة. وللتحقق من الصدق الظاهري لمقياس القلق الصحي القصير، تم عرضه بصورته المعربة على مجموعة مكونة من (10) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص. وتجدر الإشارة إلى أنه تم اتفاق معظم المحكمين على صلاحية الأداء، ووضوح ومناسبة الفقرات؛ حيث بلغت نسبة الموافقة (80%). وبهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء؛ من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالبعد التابعة له والدرجة الكلية على المقياس. ويلاحظ أن قيم معاملات ارتباط فقرات المقياس قد تراوحت بين (0.45-0.75) مع أبعادها وبين (0.40-0.68) مع الدرجة الكلية للمقياس، وكانت جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من (0.30)، وذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، وتعد هذه القيم مقبولة للإبقاء على الفقرات ضمن المقياس، وقد اعتمد معيار قبول الفقرة أن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30)، وفق ما أشار إليه هاتي (Hattie, 1985)، وبذلك فقد قبلت جميع فقرات المقياس.

### ثبات مقياس القلق الصحي

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للمقياس وأبعاده؛ تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا على بيانات التطبيق الأولى للعينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، كما تم التحقق من ثبات إعادة المقياس؛ من خلال إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، بفارق زمني مقداره أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية؛ حيث تبين أن ثبات إعادة المقياس ككل بلغ (0.89)، وتراوحت قيم ثبات إعادة الأبعاد بين (0.78 - 0.85)، وبلغ ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0.84)، وتراوحت قيم ثبات الاتساق الداخلي لأبعاده بين (0.75 - 0.82). وتعد هذه القيم مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

### تصحيح مقياس القلق الصحي

تكون مقياس القلق الصحي بصورته النهائية من (18) فقرة (على شكل أسئلة) موزعة بعدين، يقابل كل فقرة منها (4) عبارات تصف حالة المستجيب بالنسبة لشدة العرض، وهذه العبارات متدرجة من حيث الشدة، وتتراوح الدرجات عليها بين (0-3)؛ حيث يمثل الرقم (0) عدم وجود أعراض ويشير الرقم (3) إلى وجود أعراض شديدة؛ وللوصول إلى حكم موضوعي على متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة، تم حساب طول الفئة من خلال طرح الحد الأدنى من الحد

(Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالبعد التابعة له والدرجة الكلية على المقياس. وتبين أن قيم معاملات ارتباط فقرات المقياس قد تراوحت بين (0.54-0.74) مع أبعادها وبين (0.45-0.65) مع الدرجة الكلية للمقياس. وكانت جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من (0.30)، وقد اعتمد معيار قبول الفقرة أن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30) وفق ما أشار إليه هاتي (Hattie, 1985). وبذلك فقد قبلت جميع فقرات المقياس.

#### ثبات مقياس بييل براون للوسواس القهري

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي للمقياس وأبعاده؛ تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعيينة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، كما تم التحقق من ثبات إعادة للمقياس؛ من خلال إعادة تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، بفارق زمني مقداره أسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية؛ حيث تبين أن ثبات إعادة للمقياس ككل بلغ (0.84)، وتراوحت قيم ثبات إعادة لأبعاده بين (0.80 - 0.82)، وبلغ ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0.80)، وتراوحت قيم ثبات الاتساق الداخلي لأبعاده بين (0.77 - 0.78). وتعد هذه القيم مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

#### تصحيح مقياس بييل براون للوسواس القهري

تكون مقياس الوسواس القهري بصورته النهائية من (10) فقرات (أسئلة) موزعة على بعدين، يقابل كل فقرة (سؤال) منها (5) عبارات تصف حالة المستجيب بالنسبة لشدة العرض، ويشير الرقم (4) الى درجة مرتفعة من الأعراض؛ وللوصول إلى حكم موضوعي على متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة، تم حساب طول الفئة من خلال طرح الحد الأدنى من الحد الأعلى (4 - 0 = 4)، ثم تقسيمه على (3) (4 ÷ 3 = 1.33) ليصبح طول الفئة (1.33)، وبذلك أصبح تصنيف المتوسطات كما يلي: منخفض (أقل من 1.34)، متوسط (1.34-2.67)، مرتفع (أكثر من 2.67).

#### إجراءات الدراسة

#### لتحقيق أهداف الدراسة تم اتباع الخطوات والإجراءات التالية:

- إعداد أدوات الدراسة والمتمثلة بمقياس ماك ايلروي وزملائه (McElroy et al., 2019)، للسايبركوندريا، ومقياس سالكوفسكيس وزملائه (Salkovskis et al., 2002) للقلق الصحي، ومقياس بييل براون للوسواس القهري من إعداد جودمان وزملائه (Goodman et al., 1989)، بعد التحقق من مؤشرات صدقها وثباتها.

- تحديد مجتمع الدراسة الكلي، والمتمثل بجميع طلاب كلية التمريض في الجامعات الأردنية، خلال الفصل الدراسي الثاني

السابقة، بفارق زمني مقداره اسبوعين بين التطبيقين الأول والثاني، ومن ثم تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية؛ حيث تبين أن ثبات إعادة للمقياس ككل بلغ (0.88)، وتراوحت قيم ثبات إعادة لأبعاده بين (0.79 - 0.83)، وبلغ ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0.83)، وتراوحت قيم ثبات الاتساق الداخلي لأبعاده بين (0.76 - 0.81). وتعد هذه القيم مقبولة لأغراض الدراسة الحالية.

#### تصحيح مقياس السايبركوندريا

تكون مقياس السايبركوندريا بصورته النهائية من (12) فقرة موزعة على (4) أبعاد، يستجاب عليها وفق تدرج خماسي يشتمل البدائل التالية: (دائماً وتعطى 5 درجات، غالباً وتعطى 4 درجات، أحياناً وتعطى 3 درجات، نادراً وتعطى درجتين، أبداً وتعطى درجة واحدة). علماً بأن جميع الفقرات كانت ذات اتجاه موجب؛ وللوصول إلى حكم موضوعي على متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة، تم حساب طول الفئة من خلال طرح الحد الأدنى من الحد الأعلى (5 - 1 = 4)، ثم تقسيمه على (3) (4 ÷ 3 = 1.33) ليصبح طول الفئة (1.33)، وبذلك أصبح تصنيف المتوسطات كما يلي: منخفض (أقل من 2.34)، متوسط (2.34-3.67)، مرتفع (أكثر من 3.67).

#### ثالثاً: مقياس بييل براون للوسواس القهري (Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS))

للكشف عن مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية، تم استخدام مقياس الوسواس القهري الذي أعده جودمان وآخرون (Goodman et al., 1989). وتكون المقياس بصورته الأولية من (10) فقرات (على شكل أسئلة)، موزعة على بعدين رئيسيين، هما: الأفكار الوسواسية (Obsessive Thoughts) والأفعال القهرية (Compulsive Behaviors).

#### مؤشرات الصدق والثبات لمقياس بييل براون للوسواس القهري

قام الباحثان بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم إعادة ترجمته من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية على يد مترجم آخر، وبعد ذلك تم إجراء المطابقة بين الترجمتين باللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة.

#### دلالات الصدق

للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس بييل براون للوسواس القهري، تم عرضه بصورته المعربة على مجموعة مكونة من (10) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص. وتجدر الإشارة إلى أنه تم اتفاق معظم المحكمين على صلاحية الأداء، ووضوح ومناسبة الفقرات؛ حيث بلغت نسبة الموافقة (80%). وتم التحقق من مؤشرات صدق البناء؛ من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (30) طالباً وطالبة من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون

2024/2023، كما تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة

(Convenience Sampling) من مجتمع الدراسة الكلي.

- تطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة، واستخراج قيم معاملات الصدق والثبات؛ وذلك للتحقق من الصدق الظاهري لأدوات الدراسة.

- تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة.

- جمع أدوات الدراسة بعد الإجابة على فقراتها، وبعد التأكد من المعلومات، والإجابة على الفقرات.

- إدخال البيانات لذاكرة الحاسوب، ومن ثم استخدام المعالجة الإحصائية المناسبة، وفقاً لبرنامج (SPSS)، للإجابة على أسئلة الدراسة، واستخلاص النتائج وتفسيرها.

### متغيرات الدراسة

أولاً: المتغيرات المستقلة (المتنبئات)؛ وهي:

1. الجنس وله فئتان: (ذكر، أنثى).
2. السنة الدراسية، ولها أربع فئات: (سنة أولى، سنة ثانية، سنة ثالثة، سنة رابعة).
3. عدد ساعات استخدام الإنترنت يومياً؛ (تم التعامل معه كمتغير

متصل).

4. أعراض اضطراب الوسواس القهري ببعديه: (الأفكار الوسواسية، والأفعال القهرية).

5. القلق الصحي ببعديه: (احتمالية المرض، وشدة المرض).

ثانياً: المتغير التابع (المتنبأ به):

السايبركونديريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية التي تم اختيارها بدلالاته الكلية وأبعادها الفرعية الأربعة.

المعالجات الإحصائية: تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد باعتماد أسلوب الخطوة (Stepwise).

### نتائج الدراسة

أولاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول الذي نصّ على: "ما مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟" للإجابة عن هذا السؤال؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة، مع مراعاة ترتيب أعراض اضطراب الوسواس القهري تنازلياً تبعاً لمتوسطاتها الحسابية، كما هو مبين في الجدول (2).

جدول (2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية مرتبةً تنازلياً تبعاً لمتوسطاتها الحسابية.

المرتبة	أعراض اضطراب الوسواس القهري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	الأفكار الوسواسية	1.31	0.77	منخفض
2	الأفعال القهرية	0.92	0.87	منخفض
	أعراض اضطراب الوسواس القهري (ككل)	1.12	0.76	منخفض

ثانياً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول الذي نصّ على: "ما مستوى القلق الصحي لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟" للإجابة عن هذا السؤال؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق الصحي لدى أفراد عينة الدراسة، مع مراعاة ترتيب أبعاد القلق الصحي تنازلياً تبعاً لمتوسطاتها الحسابية، كما هو مبين في الجدول (3).

يتضح من الجدول (2) أن مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري (ككل) لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية كان منخفضاً، وجاء مستوى بعدي المقياس (الأفكار الوسواسية، الأفعال القهرية) في المستوى المنخفض؛ حيث جاءت الأبعاد على الترتيب الآتي: الأفكار الوسواسية في المرتبة الأولى، تلاها الأفعال القهرية في المرتبة الثانية والأخيرة.

جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق الصحي وأبعاده لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية مرتبةً تنازلياً تبعاً لمتوسطاتها الحسابية.

المرتبة	القلق الصحي وأبعاده	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	احتمالية المرض	0.92	0.46	منخفض
2	العواقب السلبية للمرض	0.81	0.63	منخفض
	القلق الصحي (ككل)	0.86	0.45	منخفض

ثالثاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث الذي نصّ على: " ما مستوى السايبركوندريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟" للإجابة عن هذا السؤال؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للسايبركوندريا لدى أفراد عينة الدراسة، مع مراعاة ترتيب أبعاد السايبركوندريا تنازلياً تبعاً لمتوسطاتها الحسابية، كما هو مبين في الجدول (4).

يتضح من الجدول (3) أن مستوى القلق الصحي لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية كان منخفضاً، إذ بلغ متوسط استجابات عينة الدراسة على فقرات المقياس (0.86)، وانحراف معياري (0.45)، وجاء في المرتبة الأولى بعد احتمالية المرض، حيث بلغ متوسط استجابات عينة الدراسة على فقرات هذا البعد (0.92)، وانحراف معياري (0.46)، أما بعد العواقب السلبية للمرض فقد جاء بالمرتبة الثانية، حيث بلغ متوسط استجابات عينة الدراسة على هذا المجال (0.81)، وانحراف معياري (0.63).

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للسايبركوندريا وأبعادها لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية مرتبةً تنازلياً تبعاً لمتوسطاتها الحسابية.

المرتبة	السايبركوندريا وأبعادها	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	الإفراط	3.77	0.86	مرتفع
2	الكرب	3.14	1.07	متوسط
3	الاطمئنان	3.07	1.05	متوسط
4	الإكراه	2.08	1.13	منخفض
السايبركوندريا (ككل)		3.02	0.78	متوسط

والقلق الصحي، وبعض المتغيرات في تفسير التباين في الكشف عن السايبركوندريا لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية؟" للإجابة عن هذا السؤال؛ تم حساب قيم معاملات الارتباط الخطية البينية للمتغيرات المتنبئة (المستقلة: أعراض الوسواس القهري، القلق الصحي، الجنس، عدد ساعات العمل على الانترنت، السنة الدراسية) بعد تحويلها إلى متغير وهمي (Dummy Variable) والمتغير المتنبأ به (التابع: السايبركوندريا) لدى طلبة التمريض في الجامعات الأردنية، كما هو مبين في الجدول (5).

يتضح من الجدول (4) أن مستوى السايبركوندريا (ككل) لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية كان متوسطاً، وجاء مستوى بعد (الأفراط) في المستوى المرتفع، في حين جاء مستوى بعدي (الكرب، الاطمئنان) في المستوى المتوسط، وجاء بعد (الإكراه) في المستوى المنخفض؛ حيث جاءت الأبعاد على الترتيب الآتي: الإفراط في المرتبة الأولى، تلاه الكرب في المرتبة الثانية، تلاه الاطمئنان في المرتبة الثالثة، تلاه الإكراه في المرتبة الرابعة والأخيرة. رابعاً: النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرابع الذي نصّ على: " ما درجة إسهام كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري،

جدول (5): مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين المتنبئات وبين المتنبئات والمحك.

أعراض اضطراب الوسواس القهري	القلق الصحي (ككل)	سنة رابعة مقابل سنة أولى	سنة ثالثة مقابل سنة أولى	سنة ثانية مقابل سنة أولى	عدد ساعات استخدام الانترنت يومياً	الجنس	المتغير
							عدد ساعات استخدام الانترنت يومياً
					0.057	0.098	سنة ثانية مقابل سنة أولى
				-0.386*	-0.049	0.051	سنة ثالثة مقابل سنة أولى
			-0.414*	-0.379*	-0.016	0.023	سنة رابعة مقابل سنة أولى
		-0.028	0.025	0.044	0.094	0.012	القلق الصحي (ككل)
	0.479*	-0.104	-0.006	0.100	0.140	0.013	الوسواس القهري
0.090	0.181*	-0.046	0.021	0.007	0.100	0.088	الإفراط
0.218*	0.288*	-0.061	-0.001	0.009	0.071	0.007	الكرب
0.063	0.130	-0.034	-0.004	0.022	-0.005	0.065	التأكيد
0.256*	0.244*	-0.019	0.019	0.021	0.040	0.150	الإكراه
0.215*	0.282*	-0.052	0.011	0.020	0.065	0.050	السايبيركوندريا (ككل)

\*دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )

للكشف عن نسبة التباين التي فسرتها المتغيرات المتنبئة؛ تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد باعتماد أسلوب الخطوة (Stepwise) في إدخال المتغيرات المتنبئة إلى المعادلة الانحدارية في النموذج التنبؤي، كما هو مبين في الجداول (6-7).

يتضح لنا أن قيم معاملات الارتباط بين المتنبئات قد تراوحت بين (- 0.417 - 0.479)، منها (4) علاقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين المتنبئات والمحكات بين (- 0.088 - 0.282)، منها (7) علاقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

أولاً: السايبيركوندريا (ككل)

جدول (6): نتائج اختبار تحليل الانحدار المتعدد لأثر المتغيرات المتنبئة على السايبيركوندريا (ككل).

الدلالة الإحصائية F	إحصاءات التغير		F	التغير في R <sup>2</sup>	الخطأ المعياري للتقدير	R <sup>2</sup> المعدل	R <sup>2</sup>	R	النموذج الفرعي
	درجة حرية المقام	درجة حرية البسط							
*0.000	813	1	71.129	0.080	0.744	0.079	0.080	0.284	1
*0.006	812	1	7.649	0.009	0.741	0.087	0.089	0.298	2

1: المتنبئات: (ثابت الانحدار)، القلق الصحي

2: المتنبئات: (ثابت الانحدار)، القلق الصحي، أعراض اضطراب الوسواس القهري

\*دالة إحصائية على مستوى ( $0.05$ )

المفسر الكلي للنموذج التنبئي، ثم أسهم في المرتبة الثانية المتغير المستقل (أعراض اضطراب الوسواس القهري) بأثر نسبي مفسراً ما مقداره (0.90%) من التباين المفسر الكلي للنموذج التنبئي، في حين كانت نسبة التباين المفسر لباقي المتغيرات المتنبئة (الجنس، عدد ساعات استخدام الانترنت يومياً، سنة ثانية مقابل سنة أولى، سنة به (التابع) لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية في النموذج التنبئي، كما هو مبين في الجدول (7).

يتضح من الجدول (6) أن النموذج التنبئي للمتغيرات المتنبئة بالمتغير المتنبأ به السايبركونديريا (ككل)، قد كان دالاً إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بأثر مشترك للمتغيرات المستقلة مفسراً ما مقداره (8.90%)؛ حيث أسهم في المرتبة الأولى المتغير المستقل (القلق الصحي) بأثر نسبي مفسراً ما مقداره (8.00%) من التباين الثالثة مقابل سنة أولى، سنة رابعة مقابل سنة أولى) غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

كما تم حساب أوزان الانحدار اللامعيارية والمعيارية وقيم اختبار (t) المحسوبة للمتغيرات المستقلة (المتنبئة) بالمتغير المتنبأ

جدول (7): الأوزان اللامعيارية والمعيارية للمتغيرات المتنبئة بالسايبركونديريا (ككل) لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية.

المتنبئات	الأوزان اللامعيارية		الأوزان المعيارية		الدلالة الإحصائية
	B	الخطأ المعياري	B	T	
ثابت الانحدار	2.537	0.060		42.441	*0.000
القلق الصحي	0.403	0.066	0.233	6.113	*0.000
أعراض اضطراب الوسواس القهري	0.011	0.004	0.105	2.766	*0.006

\*دالة إحصائية على مستوى (0.05)

الأسرية، والاستعداد الوراثي للوسواس القهري في تطور هذا الاضطراب؛ لذلك فإن الطلاب الذين يعانون مثل هذه الضغوطات هم أكثر عرضة لإظهار الميول نحو الاكتئاب، والقلق العام، والاضطرابات السلوكية، والشكاوى الجسدية. وقد يرجع ظهور مستويات أدنى من أعراض الوسواس القهري لدى طلبة التمريض أن الطلبة قد خرجوا من أسر ذات تركيبة أسرية منظمة، ومتناسكة عاطفياً، بعكس الأسر المتفككة والتي يكون الصراع فيها شبه دائم، والنزاعات مستمرة؛ حيث أظهرت نتائج دراسات سابقة (Mathews et al., 2002; Saunders et al., 1992) وجود علاقة موجبة بين الإيذاء العاطفي، والإيذاء الجسدي، والمستويات العالية من أعراض الوسواس القهري.

أيضاً يمكن عزو هذه النتيجة إلى أن طلاب التمريض بالتحديد وخلافاً لغيرهم من الطلبة يتعرضون لتجارب مخبرية وطبية؛ بحيث يقضون الكثير من الوقت في المكوث في المختبرات والتعامل مع العينات؛ مما يتعين عليهم التعامل مع الجثث والأجزاء التشريحية؛ بحيث يصبح لدى الطلبة هذا الأمر اعتيادياً، ولا يصل معهم إلى درجة الوسواس. فدراسة مثل هذه التخصصات يؤثر بشكل كبير في تغيير الكثير من المفاهيم السلبية التي ترتبط بالإصابة بالأمراض، والتوقعات الخاطئة التي يتوقعها الفرد نتيجة الإصابة بمرض ما، إضافة إلى ارتفاع مستوى الثقافة لديهم، وارتفاع درجة الوعي لديهم، وبالتالي زيادة مخزون المعرفة العلمية حول أضرار الإصابة بمختلف الأمراض.

ومن الممكن تفسير هذه النتيجة إلى نوعية الحياة والرفاه النفسي العالي عند عينة الدراسة؛ حيث يرى بلوم وآخرون (Blom et al., 2011) أن الوسواس وشدة الأفكار الوسواسية ترتبط بضعف الأداء، وسوء نوعية

يتضح من الجدول (7) أن مستوى السايبركونديريا (ككل) يزداد بمقدار (0.233) من الوحدة المعيارية كلما ارتفع مستوى القلق الصحي بمقدار وحدة معيارية (انحراف معياري) واحدة، ويزداد بمقدار (0.105) من الوحدة المعيارية كلما ارتفع مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري بمقدار وحدة معيارية (انحراف معياري) واحدة، وبالتالي تكون معادلة الانحدار للتنبؤ بالسايبركونديريا (ككل) كما يلي:

$$\hat{y} = 2.537 + 0.403x_1 + 0.011x_2$$

حيث:

$\hat{y}$ : السايبركونديريا (ككل)،  $x_1$ : القلق الصحي،  $x_2$ : أعراض اضطراب الوسواس القهري.

#### المناقشة والتوصيات

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري (ككل) لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية كان منخفضاً، وجاء مستوى بعدي المقياس (الأفكار الوسواسية، الأفعال القهرية) في المستوى المنخفض؛ حيث جاءت الأبعاد على الترتيب الآتي: الأفكار الوسواسية في المرتبة الأولى، تلاها الأفعال القهرية في المرتبة الثانية والأخيرة.

وقد تعزى هذه النتيجة إلى طبيعة البيئة الأسرية، والاستعداد الوراثي لتطور الوسواس القهري؛ حيث أشارت دراسة ميريكانجاس (Merikangas, 2004) إلى دور الضغوطات البيئية، وكذلك الأنظمة

كان متوسطاً، وجاء مستوى بعد (الأفراط) في المستوى المرتفع، في حين جاء مستوى بعدي (الكرب، الاطمئنان) في المستوى المتوسط، وجاء بعد (الإكراه) في المستوى المنخفض؛ حيث جاءت الأبعاد على الترتيب الآتي: الإفراط في المرتبة الأولى، تلاه الكرب في المرتبة الثانية، تلاه الاطمئنان في المرتبة الثالثة، تلاه الإكراه في المرتبة الرابعة والأخيرة.

من الواضح أن المستجيبين على مقياس السايبركونديريا في دراستنا الحالية قد وجدوا صعوبة في منع أفكارهم حول الأعراض، أو تصوراتهم. وبالمثل، كان البحث عن (التأكيد) سائداً -أيضاً- بين الأفراد؛ حيث جاء في المستوى المتوسط. وعلى الرغم من أن الحصول على التأكيد يعد استجابة طبيعية ومعقولة للمخاوف الصحية، إلا أن آثاره في تقليل القلق تكون قصيرة نسبياً، ويمكن أن تعزز بشكل سلبي المخاوف الصحية لدى الأشخاص القلقين على صحتهم. وهذا ما تدعمه الأبحاث التي أشارت إلى أن الأشخاص الذين يشعرون بالقلق بشأن صحتهم يسعون إلى التأكيد من خلال البحث عن المعلومات الصحية عبر الإنترنت ذات العلاقة بأعراضهم الشخصية (Doherty-Torstrick et al., 2016).

ويمكن تفسير نتيجة الدراسة الحالية في أن غالبية المشاركين في الدراسة لم يتحققوا من دقة المعلومات الصحية عبر الإنترنت؛ حيث أظهرت دراسة سابقة أنه على الرغم من توافر الموارد والإمكانات عبر الإنترنت، إلا أنه قد يكون الوصول إلى معلومات صحية موثوقة ودقيقة أمراً صعباً (Moretti et al., 2012). وتتوافق النتائج مع الأبحاث السابقة التي أظهرت أن المواقع التجارية، ومنتديات الإنترنت، ومجموعات الأخبار تنشر بانتظام معلومات صحية غير دقيقة، أو سيئة (Britt & Aglinskas, 2002).

وقد يرجع الباحثان هذه النتيجة إلى أن الإنترنت غير معد، وغير مبرمج على طمأننة مستخدميه؛ حيث يرى ستارسفج وبيبرلي (Berle & Starcevic, 2013) أن السايبركونديريا في الأساس شكل من أشكال سلوك البحث عن الطمأنينة الذي يحدث عبر الإنترنت استجابة للقلق والضيق المتزايد، وبذلك فإن الطلبة الذين يفشلون في الشعور بالطمأنينة، قد يواصلون البحث عبر الإنترنت في محاولة للحصول على الطمأنينة. وعلى الرغم من أنه يقدم حقائق، وأرقاماً حول حالات مرضية مختلفة، إلا أنه لا توجد مصادر كثيرة للمعلومات المطمئنة لمستخدميه؛ الأمر الذي يمكن أن يزيد القلق بين مستخدميه، وقد يعود السبب إلى احتمالية أن تكون المعلومات خاطئة وغامضة، أو بسبب ضعف المعرفة الصحية والصعوبات اللغوية. وبما أنه يمكن استخدام الإنترنت كوسيلة فعالة لتوصيل المعلومات الصحية، فإن تطوير مثل هذه المرافق باللغات الأصلية، مع الوساطة المهنية، من شأنه أن يحسن هذا المأزق.

**رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:** كشفت نتائج السؤال الرابع أن النموذج التنبؤي لمتغيرات (القلق الصحي، أعراض اضطراب الوسواس القهري) المتنبئة بالتغير المتنبأ به (السايبركونديريا)، قد

الحياة في مختلف المجالات؛ مما يفسر أن المشاركين في عينة الدراسة يتمتعون بدرجة عالية من جودة الحياة، مما جعل أعراض الوسواس القهري تظهر في المستوى المنخفض.

**ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:** أشارت نتائج هذا السؤال أن مستوى القلق الصحي لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية كان منخفضاً؛ ويمكن عزو هذه النتيجة إلى نوعية البرامج والدورات المكثفة التي يخضع لها طلبة التمريض أثناء تعليمهم الجامعي؛ حيث تهتم كليات التمريض -وبشكل كبير- بأهمية الإعداد النفسي لطلاب التمريض بالتزامن مع دراسة الطالب؛ حيث يفترض أن يكون الطلبة الذين يدرسون هذا التخصص على وعي تام بعدم تأثرهم النفسي عند قراءة مختلف الأمراض والأعراض. كما ويمكن لبرامج الاستشارة -إذا تم تنفيذها في بداية الدورة- أن تساعد الطلاب على تطوير مهارات التأقلم للتعامل مع القلق الصحي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة -أيضاً- إلى فكرة عدم وجود تاريخ مرضي في نفس العائلة التي يعيش في كنفها الطالب؛ حيث تشير الدراسات إلى أن الآباء يلعبون دوراً مهماً في تطور القلق الصحي لدى أبنائهم (Wright et al., 2017). وفي ذات السياق أشار مارشال وآخرون (Marshall et al., 2007) إلى أنه من المحتمل انتقال القلق الصحي من الوالدين إلى الطفل، وربما يكون مزيجاً من العوامل الوراثية والبيئية؛ لذلك فإن أحد السياقات التي قد تسهم في تطور القلق الصحي هي النمذجة الأبوية كنموذج مكتسب من أحد الوالدين الذي يعاني من حالة صحية جسدية؛ حيث أشارت نتائج بعض الأبحاث أن أطفال الآباء الذين يعانون من حالة صحية حرجة لديهم مستويات مرتفعة من الأمراض النفسية (مثل: القلق، والاكتئاب، والجسدية، ومشاكل السلوك) (Crane & Martin, 2004; Noyes et al., 2005).

فهذه النتائج لا تستبعد وجود القلق الصحي لدى هؤلاء الأطفال، وفي الواقع إن العلاج المفرط من قبل الوالدين للأعراض الحميدة لدى الطفل قد يساهم في تطور سلوكيات المرض المفرطة لدى أطفالهم. علاوة على ذلك، فإن الأبحاث الحديثة التي تفحص نماذج تطور القلق الصحي لدى البالغين؛ أي الذين تتراوح أعمارهم ما بين (18-25) عاماً، والذين تم تشخيص إصابة أحد الوالدين بحالة صحية حرجة (مثل السرطان والتصلب المتعدد) خلال حياتهم، حددت معتقدات صحية محددة (مثل: تلك المتعلقة باحتمالية المرض، وصعوبة التعامل مع المرض) إلى جانب وفاة أحد الوالدين المريض المرتبطين بارتفاع القلق الصحي (Alberts & Hadjistavropoulos, 2014). من هنا يرى الباحثان أن المستوى المنخفض للقلق الصحي لدى طلبة التمريض من المحتمل أن يعود إلى عدم وجود تاريخ عائلي في الإصابة بأمراض خطيرة؛ لذلك كان مستوى القلق الصحي منخفض.

**ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:** يتضح أن مستوى السايبركونديريا (ككل) لدى عينة طلبة التمريض في الجامعات الأردنية

السبب هذه النتيجة إلى أنه ومن الممكن أن نجد أوجه التشابه بين الوسواس القهري والاضطرابات الأخرى في مستويين يكون الأول - وهو الأقل إقناعاً- على شكل الأعراض أو التصور؛ حيث يندرج عدد كبير من الاضطرابات ذات السلوك المتكرر ضمن نفس المعايير التشخيصية الموجودة في هذه الفئة (Abramowitz, 2005).

استناداً إلى ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يوصي الباحثان بما يأتي:

- تثقيف الأفراد حول مخاطر البحث عن المعلومات الصحية عبر الإنترنت.

- التأكيد على استخدام مصادر موثوقة، وفهم منهجية البحث.

- تحقيق التوازن بين عمليات البحث عن الأمور المتعلقة بالصحة عبر الإنترنت، وأنشطة الرعاية الذاتية خارج الإنترنت والذي بدوره يعزز اتباع نهج أكثر توازناً في مجال الصحة.

- إنشاء بيئة آمنة بحيث يشعر الأفراد بالراحة عند مناقشة مخاوفهم الصحية.

- تشجيع تطوير المجتمعات الداعمة عبر الإنترنت التي تعمل على تعزيز المعلومات القائمة على الأدلة، والمشاركة المسؤولة للتجارب الشخصية، والدعم العاطفي.

- التقييم المستمر لمواقع الإنترنت المتعلقة بالصحة من قبل خبراء، وأن يتم تقييم الوصول إلى المواقع التي تحتوي على معلومات مشكوك فيها، أو تصنيفها بوضوح.

كان دالاً إحصائياً بأثر مشترك للمتغيرات المستقلة مفسراً ما مقداره (8.90%)؛ وتعزى هذه النتيجة إلى طبيعة متغير السايبركونديريا، الذي يتأثر بشكل كبير بالقلق الصحي، وربما يعود السبب في هذه النتيجة أن الأفراد الذين لديهم مستوى عالٍ من القلق الصحي يسيئون تفسير أحاسيس أجسادهم بسهولة ويعتقدون أنهم مصابون بمرض خطير. ولذلك، للتأكد من صحتهم والتغلب على قلقهم، فإنهم يحصلون على المعلومات من مصادر مختلفة. وربما من الطبيعي وجود علاقة ارتباطية موجبة بين السايبركونديريا والقلق الصحي؛ فكلما زاد الشعور والإحساس بالإصابة بمرض ما بشكل وهمي كلما زاد البحث في الإنترنت عن هذا المرض وأعراضه في مصادر طبية متعددة وتكرر ذلك مرات عديدة وذلك ناتج عن الشعور باحتمالية الإصابة بهذا المرض وما يترتب عليه من عواقب مرضية لا يحمد عقابها، ويحدث ذلك بشكل تصورات وهمية غير حقيقية، وكلما زاد البحث وتعددت مصادره وزادت ساعاته كلما أعطى مؤشراً على الإصابة بالسايبركونديريا.

في العصر الحالي، يعد الإنترنت المصدر الرئيسي للمعلومات، لذا فإن الأفراد الذين يعانون من مستوى عالٍ من القلق الصحي سوف ينخرطون في تصفح الإنترنت لمعرفة الأسباب المحتملة لهذه الأعراض (Starcevic & Berle, 2013). لسوء الحظ، تؤدي عمليات البحث المتعلقة بالصحة عبر الإنترنت أحياناً إلى نتائج سلبية (أي زيادة الضيق والقلق) وتزيد من مستوى القلق الصحي لدى الشخص، مما يزيد من تكرار البحث عن المعلومات المتعلقة بالصحة عبر الإنترنت (Baumgartner & Hartmann, 2011).

أما بالنسبة لتأثير أعراض اضطراب الوسواس القهري فربما يعود

## References

- Abbara, H., Rahal, M., & haj Mosa, A. (2024). Cognitive Distortions and their Relationship to Symptoms of Obsessive-Compulsive Personality Disorder among Adolescents. *Jordan Journal of Educational Sciences*, 14(4), 411–427. Retrieved from <https://jjes.yu.edu.jo/index.php/jjes/article/view/738>.
- Abramowitz, J., Deacon, B., & Valentiner, D. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cogn Ther Res* 31:871–883.
- Abu Khait, A., Mrayyan, M., Al-Rjoub, S., Rababa, M., & Al-Rawashdeh, S. (2022). Cyberchondria, Anxiety Sensitivity, Hypochondria, and Internet Addiction: Implications for Mental Health Professionals. *Current Psychology* 42:27141–27152 <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03815-3>.
- Agrawal, V., Khulbe, Y., Singh, A., & Kar, S. (2024). The digital health dilemma: Exploring cyberchondria, well-being, and smartphone addiction in medical and non-medical undergraduates. *Indian Journal of Psychiatry*. 66(3):256-262, <https://journals.lww.com/indianjpsychiatry>.
- Alberts, N.M., & Hadjistavropoulos, H.D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: Testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress & Coping* 27: 216–228.
- Alquran, R., & Jaradat, A.-K. (2024). Effectiveness of Adlerian Therapy and Satir's Model in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in a Sample of Female Syrian Refugees. *Jordan Journal of Educational Sciences*, 16(1), 19–32. Retrieved from <https://jjes.yu.edu.jo/index.php/jjes/article/view/786>.

- Al-Shorman, E., & Jaradat, A.-K. (2021). Obsessive-Compulsive Symptoms, Intrinsic and Extrinsic Motivation among Adaptive Perfectionists' Maladaptive Perfectionists and Non-perfectionists. *Jordan Journal of Educational Sciences*, 18(4), 629–645. <https://doi.org/10.47015/18.4.3>.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Anwer, R., Khalaf, A., Alshuaibi, S., & Bassam, S. (2021). The prevalence of obsessive-compulsive disorder and symptoms among medical students A perspective study from Riyadh, Saudi Arabia. *Medical Sciences*, 25 (114): 2088- 2095.
- Azuri, J., Ackshota, N., & Vinker, S. (2010). Reassuring the medical students' disease – Health related anxiety among medical students. *Medical teacher*, DOI: 10.3109/0142159X.2010.490282.
- Bailer, J., Kerstner, T., Withhöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, and Coping*, 29(2), 219–239.
- Bajcar, B., & Babiak, J. (2019). Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive-compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology* 40:2820–283. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00216-x>.
- Bati, A. H., Mandiracioglu, A., Govsa, F., & Çam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse Education Today*, 71, 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.029>.
- Baumgartner, S., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* Volume 00, Number 00.
- Belli, G., Law, C., Obisie-Orlu, I., Eisen, J., Rasmussen, S., & Boisseau, C. (2024). Course and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder with or without comorbid personality disorder. *Journal of Affective Disorders Volume 348, 1*, Pages 218-223.
- Benke, C., Wallenfels, L.-M., Bleichhardt, G.M., Melzig, C.A. (2024). Health anxiety amplifies fearful responses to illness-related imagery. *Scientific Reports*, 14(1), 4345.
- Bhatt, N., Lohani, E., & Sah, S. (2023). Cyberchondria: A health-conscious practise that harms mental health. *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research (JETIR)*. (ISSN-2349-5162).
- Blom, R.M., Hagestein-de Bruijn, C., de Graaf, R., ten Have, M., & Denys, D.A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depress Anxiety*.;28:870–5.
- Brand, J., McKay, D., Wheaton, M. G., & Abramowitz, J. S. (2013). The relationship between obsessive compulsive beliefs and symptoms, anxiety and disgust sensitivity, and Swine Flu fears. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 200–206.
- Britt, M.A., & Aglinskas, C. (2002). Improving students' ability to identify and use source information. *Cogn Instr*;20:485–522.[doi10.1207/S1532690XCI2004\\_2](https://doi.org/10.1207/S1532690XCI2004_2).
- Charan, G.S., Palawat, M.S., Kalia, R., Kaur, A., & Kaur, H. (2024). Debunking the Dilemma: Is Cyberchondria Truly a Form of Hypochondria?. *Journal Med Sci*; XX (X):1-5 DOI: 10.4103/jmedsci.jmedsci\_203\_23.
- Charan, G.S., Palawat, M.S., Kalia, R., Kaur, A., & Kaur, H. (2024). Debunking the Dilemma: Is Cyberchondria Truly a Form of Hypochondria?. *Journal Med Sci*; XX (X):1-5 DOI: 10.4103/jmedsci.jmedsci\_203\_23.
- Christanti, A., Ningyas, W., Karimah, A., & Lestar, P. (2022). Relationships between History of COVID-19 Disease, Anxiety, and Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in Adolescents Age 20-24 Years. *Journal of Maternal and Child Health*, 08(02): 247-254.
- Collimore, K.C., Asmundson, G.J.G., & Taylor, S. (2009). Classification of hypochondriasis and other somatoform disorders. In *Current Perspectives on the Anxiety Disorders: Implications for DSM-V and Beyond*. Edited by McKay, D., Abramowitz, J.S., Taylor, S., & Asmundson, G.J.G. *New York: Springer*:431–452.
- Cuesta, J., Catedrilla, J., Ebarido, R., Limpin, L., Leano, C., & Trapero, H. (2019). Personality Traits of Future Nurses and Cyberchondria: Findings from an Emerging Economy. *Taiwan: Asia-Pacific Society for Computers in Education*.
- Davoudi, M., Sadoughi, M., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B., & Astaneh, A. (2023). Exploring the structure of the university-students obsessive-compulsive tendency scale in Iranian university students: a network analysis study. *BMC Research Notes* 16:193, <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06474-0>.

- Demirtaş, Z., Emiral, G.O., Çalışkan, S., Zencirci, S.A., Unsal, A., Arslantas, D., & Tirpan, K., (2022). Evaluation of relationship between cyberchondria and obsessive beliefs in adults. *Puerto Rico Health Sciences Journal.*; 41: 233-238.
- Doherty-Torstrick, E.R., Walton, K.E., & Fallon, B.A. (2016). Cyberchondria: Parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390–400. <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1016/j.psym.2016.02.002>.
- El-Zoghby, S.M., Zaghloul, N.M., Tawfik, A.M., Shehata, S.A., & Soltan, E.M. (2024). Cyberchondria and smartphone addiction: A correlation survey among undergraduate medical students in Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 99(1), 7.
- Ezmeirly, H., & Farahat, F. (2019). Illness anxiety disorder and perception of disease and distress among medical students in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 40(11), 1144–1149.
- Fink, P., Ørnboel, E., Toft, T., Sparle, K.C., Frostholm, L., & Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry.*;161(9):168091. <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1176/appi.ajp.161.9.1680>.
- Florian, W., Samantha, R., Julia, N. (2014). Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. *Curr Psychiatry Reviews*.10(1):14–23.
- García-Soriano., G., Arnáez, S., Chaves, A., del Valle, G., Roncero, M., & Moritz, S. (2024). Can an app increase health literacy and reduce the stigma associated with obsessive-compulsive disorder? A crossover randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders Volume 350*, Pages 636-64, (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011. Crossref. PubMed.
- Hannah, K., Marie, K., Olaf, H., Stephan, B., Andreas, D., Wilson Michae, L., Till, B., & Peter, D. (2023). The global economic burden of health anxiety/hypochondriasis- a systematic review. *BMC Public Health*, <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17159-5>.
- Hashemloo, L., Safaralizadeh, F., Bagheriyeh, F., & Motearefi H. (2014). The prevalence obsessive-compulsive disorder in students in Khoy University in 2013. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*; Vol 2, Issue 6: 13-21, URL: <http://ijpn.ir/article-1-329-en.html>.
- Hassoulas, A., Umla-Runge, K., Zahid, A., & Panayiotou, E. (2022). Investigating the Association Between Obsessive-Compulsive Disorder Symptom Subtypes and Health Anxiety as Impacted by the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Psychological Reports*, 1-22.
- Hattie, J. (1985). Methodology Review: Assessing Unidimensionality of Tests and Items. *Applied Psychological Measurement*, 9,(2) 139-164.
- Jungmann, S., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal of Anxiety Disorders Volume 73*, June, 102239.
- Kikas, K., Werner-Seidler, A., Upton, E., & Newby, J. (2024). Illness Anxiety Disorder: A Review of the Current Research and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01507-2>.
- Lee, J.J., Park, E.C., Ji, H., & Jang, S.I. (2019). The effects of on-call work on mental health issues among wage workers in the Republic of Korea. *Psychol Health Med.*:1-12.
- Legg, T., & Cirino, R. (2023). Health Anxiety (Hypochondria). Available online: <https://www.healthline.com/health/health-anxiety>.
- March, D., & Schub T. (2012). Obsessive- Compulsive Disorder. Glendale, CA: Cinahl Information Systems; (2p).
- Marino, C., Fergus, T., Vieno, A., Bottesi, G., Ghisi, M., & Spada, M. (2020). Testing the Italian version of the Cyberchondria Severity Scale and a metacognitive model of Cyberchondria. *clinical psychology psychotherapy*, Volume27, Issue4- Pages 581-596, <https://doi.org/10.1002/cpp.2444>.
- Marshall, T., Jones, D.P., & Ramchandani, P.G. (2007). Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders: Exploratory study. *The British Journal of Psychiatry* 191: 449–450.
- Mathes, B.M., Norr, AM., Allan, N.P., Albanese, B.J., & Schmidt, N.B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Res*;261: 204-11.
- Mathews, C.A., Kaur, N., & Stein, M.B. (2002). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety.*, 25: 742-751.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2013). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord.* 28:259–65. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>.

- McKay, D., Abramowitz, J., Calamari, J., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., et al. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review, 24*, 283–313.
- Merikangas, K.R. (2004). Clinical Features of Anxiety Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by: Kaplan HI, Sadock BJ, Lippincott Williams & Wilkins, 1104-1126.* 8.
- Morahan-Martin, J. (2004). How Internet Users Find, Evaluate, and Use Online Health Information: A Cross-Cultural Review. *Cyber Psychology & Behavior, Oct 2004*.497-510.<http://doi.org/10.1089/cpb.2004.7.497>.
- Moretti, F.A., Oliveira, V.E., & Silva, E.M. (2012). Access to health information on the internet: a public health issue? *Rev Assoc Med Bras 58(6):650-658*.
- Mrayyan, M., Al-Rawashdeh, S., Abu Khait, A., & di Rababa, M. (2022). Differences in Cyberchondria, Internet Addiction, Anxiety Sensitivity, Health Anxiety, and Coronavirus Anxiety Among Students: A Web-Based Comparative Survey. *Electronic Journal of General Medicine, 19(3): 2516-3507*. <https://www.ejgm.co.uk/>.
- Nadeem, F., Malik, N., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettoroso, M., Vellante, F., Giannantonio, M., & Berardis, D. (2022). Relationship between Health-Anxiety and Cyberchondria: Role of Metacognitive Beliefs. *Journal Clinical Medicine. 11, 2590*. <https://doi.org/10.3390/jcm11092590>.
- National Institute of Mental Health. (2008). P.A.N.D.A.S. Retrieved May 08, 2016, from <http://intramural.nimh.nih.gov/pdn/web.htm>.
- Newby, J., & Andrews, G. (2012). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br Journal Psychiatry, DOI: 10.1192/bjp.bp.111.103960*.
- Newby, J.M., O'Moore, K., Tang, S., Christensen, H., & Faasse, K. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE, 15(7):e0236562*. <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1371/journal.pone.0236562>.
- Norr, A., Oglesby, M., Raines, A., Macatee, R., Allan, N., & Schmidt, N. (2015). Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry Research 2, 15, Pages 441-446*, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.034>.
- Pajouhinia, S.h., Abavisani, Y., & Rezazadeh, Z. (2020). Explaining the Obsessive-compulsive Symptoms Based on Cognitive Flexibility and Social Cognition. *Journal of Practice in Clinical Psychology, 8(3), 233-242*. <https://doi.org/10.32598/jpcp.8.3.10.717.1>.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 31(8), 713-20*.
- Rahme, C., Akel, M., Obeid, S., & Hallit, S. (2021). Cyberchondria severity and quality of life among Lebanese adults: the mediating role of fear of COVID-19, depression, anxiety, stress and obsessive-compulsive behavior—a structural equation model approach. *BMC Psychology volume 9, Article number: 169*.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 189-239). *New York: The Guilford Press*. <https://psycnet.apa.org/record/1993-98942-005>.
- Rohilla, J., Tak, P., Jhanwar, S., Hasan, S., Gaykwad, R., Yadav, R., & Kumar, P. (2020). Health anxiety among medical students: A comparison between preclinical and clinical years of training. *Journal of Education and Health Promotion, 9:356*.
- Rosario-Campos, M., Miguel, E., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R., Woody, S., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., & Leckman, J. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry. 11, 2590*.
- Ryen, W., & Eric, H. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Trans Inf Syst; 27, 4 pp. 23-36*. [DOI: <https://dx.doi.org/10.1145/1629096.1629101>].
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32, 843–853*.
- Santoro, G., Starcevic, V., Scalone, A., Cavallo, J., Musetti, A. & Schimmenti, A. (2022). The Doctor Is (Internet): The Mediating Role of Health Anxiety in the Relationship between Somatic Symptoms and Cyberchondria. *J. Pers. Med., 12, 1490*. <https://doi.org/10.3390/jpm12091490>.
- Saunders, B.E., Villepontoux, L.A., Lipovsky, J.A., Kilpatrick, D.G., & Veronen, L.J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A Community Survey. *Journal Interpers Violence, 7:189–204*.
- Singh, K. (2013). Health anxiety in the 21st century: The use of the Internet for health purposes and its possible effects on health anxiety. *A thesis submitted to The University of Manchester for the degree of Doctor of*

*Philosophy in the Faculty of Medical and Human Sciences.*

- Sirri, L., Fava, G.A., & Sonino, N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82:74–81.
- Smáráson, O., Boedeker, P., Guzick, A., Tendler, A., Sheth, S., Goodman, W., & Storch, E. (2024). Depressive symptoms during deep transcranial magnetic stimulation or sham treatment for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders Volume 344*, Pages 466-472.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related internet use. *Expert Rev Neurother*;13(2):205-213.
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychother Psychosom.*;86(3):129–33. <https://doi.org/10.1159/000465525>.
- Stein, D. J., Kogan, C. S., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. E., Grant, J. E., & Reed, G. M. (2016). The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 190, 663–674.
- Sunderland, M., Newby, JM., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry* 202:56–61.
- Tarabay, C., Bitar, Z., Akel, M., Hallit, S., Obeid, S., & Soufia, M. (2023). Cyberchondria severity and quality of life among Lebanese adults: the moderating effect of emotions. *Prim Care Companion CNS Disord.*;25(2):22m03252. <https://doi.org/10.4088/PCC.22m03252>.
- Tatli, Z., Tatli, O., & Kokoc, M. (2019). Development and validity of cyberchondria tendency scale. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 11(1), 001-009.
- Taylor, S., & Asmundson, G. (2004). Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. Guilford Publications.
- Thobaben, M. (2012). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Symptoms and Interventions. *Home Health Care Management & Practice Volume 24, Issue 4*, Pages 211-213 <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1177/1084822312441364>.
- Trcevic, V., & Aboujaoud, E. (2015). Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21stcentury? *World Psychiatry Volume 14, Issue 1* Pages1-112.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., & Murphy D. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J PsychosomRes.*;71(6):3924. <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1016/j.jpsychores.2011.07.004>.
- Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D., & Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible Cyberchondria. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1177/0020764019866231>.
- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., & Li, W. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*;7:e017173.
- Wheaton, M., Messner, G., & Marks, J. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 1-6.
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. *ACM Transactions on Information Systems Volume 27Issue 4Article No.: 23pp 1–37* <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>.
- Williams P.G. (2004). The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cogn. Ther. Res.* ;28:629–644.
- Wright, K., Reiser, S., & Delparte, C. (2017). The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. *Journal of Health Psychology Volume 22, Issue 5*, Pages 617-626, <https://ezproxy.yu.edu.jo:2106/10.1177/1359105315610669>.
- Zangoulechi, Z., Yousefi, Z., & Keshavarzet, N. (2018). The Role of Anxiety Sensitivity, Intolerance of Uncertainty, and Obsessive-Compulsive Symptoms in the prediction of Cyberchondria. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine* pp: 2203-1413 [www.abcmmed.aiac.org.au](http://www.abcmmed.aiac.org.au).
- Zheng, H., & Tandoc, C. (2020). “Calling Dr. Internet: analyzing news coverage of Cyberchondria. *Journalism Practice*, pp. 1-17.
- Zheng, H., Kay Kim, H., Joanna Sin, S-C, & Theng's, Y-L. (2022). Exploring developmental trajectory of cyberchondria over time: a three-wave panel study. *Telemat Informatics*; 75: 101892.
- Zheng, H., Sin, S., Kim, H., & Theng, Y. (2021). Cyberchondria: a systematic review. *Declaration of interest: The authors declare that there is no conflict of interest.* pp. 677-698.