

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Structural Relationship between Health Anxiety and Cyberchondria with the Mediation of Health Literacy and Metacognitive Beliefs in Students

Ezzatollah Ahmadi^{1*}, Hamoun Babaei², Masoumeh Mirza³

¹ Associate Professor in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

² Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

³ Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Correspondence

Ezzatollah Ahmadi

Email: amiraliahmadi91@yahoo.com

How to cite

Ahmadi, E., Babaei, H., Mirza, M. (2026). The Structural Relationship between Health Anxiety and Cyberchondria with the Mediation of Health Literacy and Metacognitive Beliefs in Students. Quarterly Journal Of Health Psychology, 15(1). 93-108.

ABSTRACT

Objective: Searching for symptoms related to health and illness, despite access to thousands of diverse information on the Internet, often causes confusion and uncertainty due to the high correlation of existing symptoms related to illnesses, and subsequently, causes cyberchondria in individuals. People with cyberchondria are very concerned about developing physical and sometimes psychological illnesses. Cyberchondria has been found to be more prevalent in young people, women, people with low education, and people with low digital literacy. The results showed that students with cyberchondria along with health problems scored high on the total scale and the subscale of confusion and uncertainty about medical services. Given the important role health plays in people's lives, it's no surprise that most people have health concerns at some point. One factor that is likely to be associated with cyberchondria is health anxiety. Health anxiety is defined as the persistent fear of developing a disease or worsening an existing disease. Given the increase in cyberchondria and health anxiety, it is very important to identify the factors that cause cyberchondria and health anxiety. Therefore, the aim of this study was to investigate the structural relationship between health anxiety and cyberchondria with the mediation of health literacy and metacognitive beliefs in students. **Method:** The present study was descriptive and used correlation and structural equation modeling. The statistical population of the study included all students of Khoy Azad University in the second semester of the academic year 1402-1403. Using the convenience sampling method, 200 students were selected as samples according to the inclusion and

exclusion criteria of the study. Inclusion criteria: Being a student at Khoy Azad University in the academic year 2023-2024, age 18 to 30, not taking psychiatric medications and the exclusion criteria: unwillingness to continue the research and failure to complete the questionnaires completely, having a serious mental problem. While obtaining consent from the students to participate in the research, the purpose of the research was explained to them. In order to maintain ethical considerations in the research, the basic condition of informed consent to participate in the research was to maintain the subjects' personal information and confidentiality, and they were assured that their responses would only be used for research purposes. The instruments used in this study were the Cyberchondria Questionnaire of McElroy and Sholin (2014), Health Anxiety of Salkouskis and Warwick (2002), Health Literacy of Montazeri et al. (2015), and Metacognitive Beliefs of Wells and Cartwright-Haughton (2004). It should be noted that all four questionnaires were given to individuals at the same time and a brief explanation was provided if necessary. Structural equation modeling was used to analyze the data using Amos version 24 and SPSS version 24 software. **Results:** The results showed that there were appropriate correlations between the research variables. The correlation results show that among the exogenous variables, reading (one of the dimensions of health literacy) (-0.42) has the highest correlation coefficient with cyberchondria. In general, positive beliefs about worry (one of the dimensions of metacognitive beliefs) has the highest correlation with reading (0.56). The negative correlation means that with increasing reading, cyberchondria decreases. The fit indices of the modified model in Table 1 show that RMSEA is 0.067, CFI is 0.97, GFI is 0.94, AGFI is 0.89. The ratio of chi-square to degrees of freedom is 1.91. Comparison of the indices indicates that they have an acceptable fit.

Table 1: Fitness indices of the modified structural model

Model	χ^2	df	P	χ^2/df	RMSEA	CFI	GFI	AGFI
Structural	70.63	37	0.001	1.91	0.067	0.97	0.94	0.89
Cut Point (Klein, 2016)	-	-	-	3>	0.08>	0.90<	0.90<	0.85<

The results showed that the research model had acceptable empirical support and processing. Also, the path coefficients showed that all paths were significant ($p < 0.001$). It can be said that health anxiety has an effect on cyberchondria through the mediation of health literacy and metacognitive beliefs. Of the health literacy components, the accessibility component ($\beta = 0.27$) had a higher effect than the other components in reducing cyberchondria. Also, of the metacognitive beliefs and health anxiety components, the need for control ($\beta = 0.22$) and disease outcome ($\beta = 0.38$) components have the greatest effect on

the occurrence of cyberchondria in individuals, respectively.

Conclusion: The results of the present study indicate the role and importance of metacognitive beliefs and health literacy education in reducing health anxiety. The present study was conducted to investigate the mediating role of health literacy and metacognitive beliefs in the relationship between health anxiety and cyberchondria. The results showed that all indicators in the hypothetical model had a good fit and the desired model was confirmed. Also, the path coefficients showed that all paths were significant. Metacognitive beliefs about uncontrollability and cognitive conflict predict health anxiety symptoms more than depression, general anxiety, anxiety sensitivity, and dysfunctional health-related beliefs. In such a way that metacognitive beliefs that can encourage maladaptive self-regulation strategies and exacerbate this anxiety in individuals. Also, low health literacy is associated with problems in the field of self-care against diseases and increased health concerns. In such a way that low health literacy leads to extreme self-care behaviors that are not only not useful but also predispose the individual to various anxiety problems and ultimately lead to frequent information search (cyberchondria). As a final conclusion, it can be stated that health literacy and metacognitive beliefs can be influential as key factors in the relationship between health anxiety and cyberchondria. It is possible to prevent the emergence of cyberchondria and reduce health anxiety by teaching how to search for information related to the symptoms of diseases on the Internet and ignoring redundant and irrelevant information related to disease and health.

KEYWORDS

Cyberchondria, Health Anxiety, Health Literacy, Metacognitive Beliefs, Students.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

رابطه ساختاری اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری با واسطه‌گری سواد سلامت و باورهای فراشناختی در دانشجویان

عزت‌اله احمدی^{۱*}، هامون بابائی^۲، معصومه میرزا^۳

چکیده

مقدمه: جستجوهای مربوط به سلامتی باوجود دسترسی به هزاران اطلاعات متنوع در اینترنت، اغلب باعث سردرگمی و تشدید اضطراب سلامت و بیماری در افراد می‌شود. به همین جهت، شناسایی عواملی که این اضطراب را کاهش دهد بسیار مهم است. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی رابطه ساختاری اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری باواسطه‌گری سواد سلامت و باورهای فراشناختی در دانشجویان بود.

روش: مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد شهر خوی در نیمسال دوم تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۰ دانشجو با توجه به معیارهای ورود و خروج از پژوهش به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خودبیمارپنداری سایبری مک‌الری و شولین (۲۰۱۴)، اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، سواد سلامت منتظری و همکاران (۱۳۹۴) و باورهای فراشناختی ولز و کارترایت هاتون (۲۰۰۴) بود. جهت تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار Amos نسخه ۲۴ و SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از حمایت تجربی و پردازش قابل قبولی برخوردار بود. همچنین ضرایب مسیر نشان داد که همه مسیرها معنادار بودند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده نقش و اهمیت باورهای فراشناختی و آموزش سواد سلامت در جهت کاهش اضطراب سلامت است.

واژه‌های کلیدی

اضطراب سلامت، باورهای فراشناختی، خودبیمارپنداری سایبری، دانشجویان، سواد سلامت.

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول:

عزت‌اله احمدی

رایانامه:

amiraliahmad91@yahoo.com

استناد به این مقاله:

احمدی، عزت‌اله، بابائی، هامون، میرزا، معصومه، (۱۴۰۵). رابطه ساختاری اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری با واسطه‌گری سواد سلامت و باورهای فراشناختی در دانشجویان. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۵(۱)، ۹۳-۱۰۸.

مقدمه

خودبیمارپنداری سایبری^۱ به جستجوی بیش‌ازاندازه و تکراری در مورد بیماری و اطلاعات پزشکی اشاره دارد. به‌طوری‌که بیمار تمایل دارد دائماً اطلاعاتی را در اینترنت جستجو کند تا از وضعیت سلامتی خود اطمینان حاصل کند (منتو، سیلوستری، لامباردو و همکاران^۲، ۲۰۲۳). کسانی که دچار خودبیمارپنداری سایبری هستند نسبت به بروز بیماری‌های جسمانی و گاهی روان‌شناختی بسیار نگران‌اند (بانگ، لو، ژو و همکاران^۳، ۲۰۲۵). آن‌ها هر نشانه‌ای را هشدار بزرگ درک می‌کنند. اما اگر این حالت به‌طور مکرر و اضطراب‌گونه همراه باشد منجر به بروز مشکلاتی در زندگی شخصی فرد می‌شود که به شکل نگران‌کننده‌ای آسیب‌زا است و ضرورت پیگیری مداخلات درمانی را به همراه دارد. خودبیمارپنداری سایبری باعث مشکلاتی بین ارتباط پزشک و بیمار شده است از جمله می‌توان به کم شدن اعتماد نسبت به پزشک اشاره کرد و تفسیر نادرست از علائم بیماری می‌شود (وولان^۴، ۲۰۱۸).

اگرچه خودبیمارپنداری سایبری در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی گنجانده نشده است و نتیجه این وضعیت این است که اطلاعات قابل اعتمادی در مورد شیوع خودبیمارپنداری سایبری در دسترس نیست (لی، جین، هنینگ-اسمیت و همکاران^۵، ۲۰۲۱). با این‌وجود ویژگی‌های مختلفی مثل کمال‌گرایی منفی و روان رنجوری عوامل مهمی در بروز و شکل‌گیری خودبیمارپنداری سایبری هستند. همچنین مشخص‌شده خودبیمارپنداری سایبری در افراد جوان، زنان، افراد تحصیل‌کرده پایین و افرادی که سواد دیجیتال پایین دارند شیوع بیشتری دارد (منتو و همکاران، ۲۰۲۳).

طبق پژوهش‌های اخیر خودبیمارپنداری سایبری ارتباط قوی با اختلالات اضطرابی مثل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-جبری و اضطراب سلامت دارد و پژوهش‌های مختلف بیشتر تمرکزشان روی مؤلفه‌های اطمینان طلبی و اجبار در خصوص اطلاعات مربوط به سلامتی است (باجکار و بابایاک^۶، ۲۰۲۱؛ احمدی، بابائی آقچه کهل، یوسفی، ۱۴۰۲). در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت دانشجویی انجام شد، نتایج نشان داد

دانشجویان دارای خودبیمارپنداری سایبری همراه با مشکلات سلامتی، در مقیاس کل و زیرمقیاس آشفتگی و عدم اطمینان به خدمات پزشکی نمره بالا گرفتند (باتی، ماندیراکیوگلی، گووسا و همکاران^۷، ۲۰۱۸؛ احمدی و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، طبق پژوهش‌های صورت گرفته از جمله عواملی که احتمال می‌رود با خودبیمارپنداری سایبری ارتباط داشته باشد، اضطراب سلامت^۸ است. اضطراب سلامت به‌عنوان ترس دائمی از ابتلا به یک بیماری یا بدتر شدن یک بیماری موجود تعریف می‌شود (دیاموند، دیسک، دنیلز^۹، ۲۰۲۳؛ منشی و باقریان، ۱۴۰۲). اضطراب از میزان خفیف که شامل نگرانی‌های جزئی مرتبط با احساسات بدنی است تا ترس‌های شدید مرتبط با سلامت متغیر است (قدم پور، رادمهر و یوسف وند، ۱۳۹۶؛ مصطفائی، ۱۴۰۴). این اختلال می‌تواند باعث آشفتگی فرآیند تنظیم و مدیریت احساسات در افراد شود (مختاری پور، گودرزی، سیادت و کیوان آرا، ۱۳۸۴). درعین‌حال، با توجه به نقش مهم سلامت جسمانی در زندگی افراد، جای تعجب نیست که بیشتر افراد در بعضی از مواقع، نگرانی‌هایی در مورد سلامتی داشته باشند (لوپر و کیرمایر^{۱۰}، ۲۰۰۱). از طرفی یکی از عواملی که پیش‌بینی می‌شود در رابطه بین اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری نقش واسطه‌ای داشته باشد و بر میزان خودبیمارپنداری سایبری تأثیر داشته باشد، آگاهی در زمینه‌ی سلامت یا همان سواد سلامت^{۱۱} است، که به‌عنوان میزان توجه افراد برای کسب، پردازش، درک اطلاعات و خدمات موردنیاز برای تصمیمات مناسب در زمینه‌ی سلامتی تعریف می‌شود (پریسکات^{۱۲}، ۲۰۱۷). سواد سلامت بر ابعاد مختلفی از سلامتی مثل کارکرد جسمانی، کارکرد هیجانی، مراقبت از سلامتی و تصمیم‌گیری در مورد مدیریت سلامتی تأثیر می‌گذارد (پریسکات، ۲۰۱۷). نتایج یافته‌ها نشان داده که سواد سلامت پایین با مشکلاتی در زمینه خود مراقبتی و افزایش نگرانی در مورد سلامتی همراه است، به‌گونه‌ای که سواد سلامت پایین به رفتارهای خود مراقبتی افراطی منجر می‌شود که نه تنها مفید نیست بلکه فرد را مستعد ابتلا به انواع مشکلات اضطرابی و متعاقب آن جسمی می‌سازد (مورلند، فرنچ و گامینگ^{۱۳}، ۲۰۱۸). انتظار می‌رود افرادی که سواد سلامت پایین دارند بیشتر درگیر

7. Bati, Mandiracioglu, Govsa & et.al

8. health anxiety

9. Diamond, Dysch & Daniels

10. Looper & Kirmayer

11. health literacy

12. Prescott

13. Moreland, French & Cumming

1. cyberchondria

2. Mento, Silvestri, Lombardo & et.al

3. Yang, Luo, Xu & et. al

4. Wollan

5. Lee, Jin, Henning-Smith & et.al

6. Bajcar B, Babia

جنبه پیشگیرانه‌ای که دارد، به بهبود کیفیت زندگی و سطح بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها نیز کمک می‌کند، به‌منظور انجام اقدامات مؤثرتر و پذیرفته‌شده‌تر برای کاهش خودبیمارپنداری سایبری در دانشجویان، بهتر است پژوهش‌هایی انجام شود که هم‌زمان چند متغیر تأثیرگذار بر خودبیمارپنداری سایبری موردبررسی قرار گیرد. مبنای کار اغلب این پژوهش‌ها، مدل‌های مفهومی برآمده از پژوهش‌هایی بوده‌اند که در نمونه‌های مورد مطالعه، برازش مناسبی را نشان داده‌اند. بنابراین به‌منظور روشن شدن اثربخشی، اضطراب سلامت، سواد سلامت و باورهای فراشناختی بر خودبیمارپنداری سایبری، می‌توان با ارائه مدلی، تبیین این مسیر ارتباطی را میسر ساخت. مرور پیشینه‌های داخلی نشان می‌دهد که رابطه بین متغیرهای پژوهش با یکدیگر، اغلب به‌طور مستقیم و بی‌واسطه و آن‌هم به‌طور جداگانه در پژوهش‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است و نقش سازوکارهای واسطه‌ای مؤثر بر این رابطه کم موردبررسی قرار گرفته است و به‌ویژه متغیر باورهای فراشناختی بررسی نشده است. با توجه به مطالب ذکرشده مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا الگوی طراحی‌شده در مورد تأثیر اضطراب سلامت بر خودبیمارپنداری سایبری با توجه به نقش میانجی سواد سلامت و باورهای فراشناختی در دانشجویان از برازش مناسبی برخوردار است.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزادشهر خوی در نیمسال دوم تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ به تعداد ۳۱۰۰ دانشجو بود. در پژوهش حاضر، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مطابق با نظر کلاین^۸ (۲۰۱۶) و بر اساس فرمول $Q < n < 15Q$ که بیان می‌کند در روش شناسی مدل یابی معادلات ساختاری تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده (نشانگر یا مشاهده‌پذیر) تعیین شود (سیدریدیس، سیمونز، پاپانیکولاو و فلچر^۹، ۲۰۱۴). ۲۰۰ دانشجو برای نمونه انتخاب شد.

در این رابطه Q متغیر مشاهده‌پذیر و n حجم نمونه است. در پژوهش حاضر ۱۳ متغیر مشاهده‌پذیر وجود دارد که بر این اساس حداقل حجم نمونه بین ۶۵ تا ۱۹۵ نفر است. در پژوهش حاضر

خودبیمارپنداری سایبری باشند. عامل دیگری که ممکن است در رابطه بین اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری نقش واسطه‌ای ایفا کند باورهای فراشناختی^۱ است. طبق رویکرد فراشناختی، باورهای فراشناختی به باورهایی که یک فرد در مورد فرآیندهای تفکر خود دارد گفته می‌شود. در برخی موارد، باورهای فراشناختی می‌توانند راهبردهای خودتنظیمی ناسازگار را تشویق کنند. برای مثال، نگرانی به من کمک می‌کند تا با آن کنار بیاید، ممکن است تفکر نشخوارکننده تر را تشویق کند (کین، کانگاس و گیلچریست، ۲۰۲۲). سالکووسکیس و وارویک^۲ (۱۹۸۶) چهار باور ناکارآمد مرتبط با سلامتی را توصیف کردند که برای درک اضطراب سلامت اهمیت ویژه‌ای دارند، احتمال مبتلا شدن یا داشتن بیماری، وحشت از بیماری، ناتوانی از مقابله با بیماری و ناکافی بودن خدمات پزشکی برای درمان بیماری (سالکووسکیس و وارویک، ۱۹۸۶). بر اساس نظریه فراشناختی، باورهای خاص در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن فکر، به‌طورکلی پیش‌بینی کننده اختلالات روان‌شناختی و به‌طور ویژه اضطراب سلامت (کاتور، بوتو و توز^۳، ۲۰۱۱؛ ایوان، فورستر، برمپول^۴ و همکاران، ۲۰۲۵) و مسئول هدایت و کنترل سندرم توجه شناختی^۵ است. در اضطراب سلامت، سندرم توجه شناختی شامل فرآیندهای تفکر سمی مانند نگرانی و نشخوار فکری در مورد بیماری، نظارت بر تهدید توجه برای اطلاعات مربوط به بیماری و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اسکن بدن و اطمینان طلبی است (بیلی و ولز^۶، ۲۰۱۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که هم نگرانی و هم نشخوار فکری به‌شدت با اضطراب سلامت مرتبط هستند (فرگوس^۷، ۲۰۱۳). همچنین شواهد پژوهشی نشان داده است که فراشناخت با سوگیری توجه به هر دو محرک مرتبط با سلامت مرتبط است (کاتور و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه اخیر بیلی و ولز (۲۰۱۳) نشان دادند که باورهای فراشناختی بیش از سایر متغیرهای مرتبط با اضطراب سلامت، مانند تقویت حسی جسمی و روان رنجور خوبی تغییرات بیشتری در اضطراب سلامت ایجاد می‌کنند.

باید توجه داشت هر نوع اقدامات و پژوهشی در مورد خودبیمارپنداری سایبری در افراد به‌ویژه دانشجویان، علاوه بر

1. metacognitive beliefs
2. Salkovskis & Warwick
3. Kaur, Butow & Thewes
4. Ivan, Foerster, Bermpohl
5. Cognitive attention Syndrom
6. Bailey & Wells
7. Fergus

8. Kline

9. Sideridis, Simos, Papanicolaou & Fletcher

پرسشنامه در ایران ساختار چهار عاملی آن تأیید شد که این چهار عامل شامل اجبار، اطمینان یابی، افراط و پریشانی بود. میزان آلفای کرونباخ برای این چهار عامل به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به دست آمد (سرافراز، پورشه‌بازی و افشاری، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۳ به دست آمد.

ب) پرسشنامه اضطراب سلامت

این ابزار توسط سالکوسکیس، ریمس، وارویک و همکاران^۲ (۲۰۰۲) با ۱۸ گویه طراحی شد. برای هر گویه چهار گزینه وجود دارد که از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه، لذا حداقل نمره در آن ۰ و حداکثر نمره در آن ۵۴ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب سلامت بیشتر است. پرسشنامه دارای سه عامل، نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی بیماری است. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و باز آزمایشی یک‌هفته‌ای ۰/۹۰ گزارش شد (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران، روایی همگرایی ابزار با مقیاس عواطف منفی و روایی واگرایی آن با مقیاس عواطف مثبت به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۲۴- به دست آمد که در سطح کوچک‌تر از ۰/۱ معنادار بود و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و باز آزمایشی سه‌هفته‌ای ۰/۷۰ گزارش شد (پناهی، عسگری مقدم، شاعری و اقتدار نژاد، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۷۶ به دست آمد.

ج) پرسشنامه باورهای فراشناختی

این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت هاتون^۳ (۲۰۰۴) به منظور ارزیابی باورهای فراشناختی ساخته شده است. پرسشنامه باورهای فراشناختی یک مقیاس خود سنجی ۳۰ ماده‌ای است و دارای ۵ مقیاس فرعی شامل باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی، باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیری خطر، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است و بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از (۱ موافق نیستم) تا (۵ کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. نمرات این آزمون از ۳۰ تا ۱۵۰ نمره‌گذاری شده و نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده فراشناخت ناکارآمدتر است (ولز و کارترایت هاتون، ۲۰۰۴). ولز و کارترایت-هاتون ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱، ۰/۹۳، ۰/۷۲

جهت انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به‌منظور پیاده‌سازی طرح و جمع‌آوری داده‌های مدنظر، پس از کسب مجوزهای لازم توسط مسئولان پژوهشی دانشگاه آزاد شهر خوی و خود دانشجویان، به‌صورت در دسترس ۲۰۰ دانشجویان به‌عنوان نمونه انتخاب شد. ضمن اخذ رضایت از دانشجویان برای شرکت در پژوهش، هدف تحقیق برای آن‌ها شرح داده شد و به‌منظور حفظ ملاحظات اخلاقی در پژوهش، شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی آزمودنی‌ها لحاظ شد و این اطمینان به آن‌ها داده شد که پاسخ آن‌ها تنها در راستای کاربرد تحقیقاتی استفاده خواهد شد. ملاک‌های ورود: دانشجویان در دانشگاه آزاد شهرخوی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲، سن ۱۸ تا ۳۰ سال، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و ملاک‌های خروج: عدم تمایل جهت ادامه پژوهش و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور کامل، داشتن مشکل روانی جدی است. در ادامه از افرادی که ملاک‌های ورود برای شرکت در تحقیق را داشته‌اند خواسته شد که به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند و تجربیات و دیدگاه‌های خود را در مورد موضوع پژوهش منعکس کنند. لازم به ذکر است هر چهار پرسشنامه هم‌زمان به افراد داده شد و در صورت لزوم توضیح مختصری هم داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار AMOS-24 و SPSS-24 تحلیل شد و روش آماری به‌منظور آزمون فرضیه‌ها، معادلات ساختاری به کار گرفته شد. ابزارها عبارت‌اند از:

الف) مقیاس خودبیمارپنداری سایبری

این مقیاس توسط مک‌روی و شولین^۱ (۲۰۱۴)، طراحی شده است یک ابزار خود گزارشی با ۳۳ گویه است. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با گویه‌ها در قالب گزینه‌هایی که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای طراحی شده است و از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) را شامل می‌شوند اعلام می‌دارند. این ابزار علاوه بر یک نمره کلی، برای هر یک از مؤلفه خود نیز نمره جداگانه‌ای به دست می‌دهد. حد پایین پرسشنامه برابر با ۳۳ و حد بالای آن برابر با ۱۶۵ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان خودبیمارپنداری سایبری بیشتر است. آلفای کرونباخ برای نمره زیر مقیاس‌ها در پژوهش اصلی بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است و اعتبار همگرایی آن برای مقیاس کلی ۰/۴۲ به دست آمد (مک‌روی و شولین، ۲۰۱۴). در مطالعه‌ی هنجاریابی در ایران در بخش روایی همگرا با پرسشنامه‌ی پریشانی جنسی همبستگی ۰/۲۲ به دست آمد. این

۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین نتایج بررسی‌های انجام‌شده حاکی از آن است که این پرسشنامه از روایی خوبی نیز برخوردار است (منتظری، طاووسی، رخسانی و همکاران، ۱۳۹۳). این محققان جهت بررسی روایی سازه این پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده نمودند و مقدار کفایت نمونه‌گیری کایزر-میر-اولکین (KMO) برای این پرسشنامه را ۰/۹۱۹ گزارش کردند که تحلیل عامل عالی را نشان می‌دهد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزادشهر خوی بودند. از این تعداد ۱۳۲ نفر زن (۶۶ درصد) و ۶۸ نفر مرد (۳۴ درصد) بودند. همچنین از نظر تحصیلات، ۱۸۳ نفر مقطع کارشناسی (۹۱/۵ درصد) و ۱۷ نفر مقطع کارشناسی ارشد (۸/۵ درصد) بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱، آمده است.

و ۰/۹۲ به دست آوردند (ولز و کارترایت هاتون، ۲۰۰۴). همچنین همبستگی باز آزمایشی مناسبی برای این آزمون گزارش شده است (ولز، ۲۰۱۰). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۷۱ و ۰/۸۱ به دست آمد (شیرین زاده دستگیری، رحیمی و نظیری، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۶ به دست آمد و برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمد.

(د) پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان ایرانی

پرسشنامه سواد سلامت توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳) طراحی و ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۳۳ گویه پنج‌درجه‌ای است و سواد سلامت را در ۵ حیطه مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ارزیابی می‌کند. با توجه به طراحی و ساخت این پرسشنامه در داخل کشور و این موضوع که مختص به جامعه ایرانی است. پایایی و روایی آن از نتایج قابل قبول آن حکایت دارد. بررسی پایایی از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که این مقدار در فاصله

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
خودبیمارپنداری سایبری	۹۱/۴۰	۹/۴۸	۰/۱۱	۰/۲۶
خواندن	۸/۶۷	۲/۲۰	۰/۰۲۸	۰/۲۲۶
دسترسی	۱۹/۵۶	۵/۰۶	۰/۴۴	۰/۱۵
درک و فهم	۲۴/۶۵	۶/۵۶	-۰/۰۶	-۰/۷۵
ارزیابی	۱۶/۵۱	۴/۰۱	-۰/۱۶	-۰/۴۲
کاربرد اطلاعات	۳۲/۹۷	۶/۰۸	-۰/۱۵	-۰/۷۰
باورهای مثبت درباره نگرانی	۲۰/۲۶	۵/۳۴	-۰/۱۲۳	-۰/۰۳۵
کنترل ناپذیری خطر	۱۵/۹۵	۴/۲۲	۰/۶۷	۰/۳۷۱
عدم اطمینان	۱۳/۱۲	۴/۱۱	۰/۸۷	۰/۳۲۵
نیاز به کنترل افکار	۱۶/۷۳	۴/۱۸	۰/۶۶	۰/۲۶۲
خودآگاهی شناختی	۲۰/۸۰	۵/۸۲	-۰/۱۸	-۰/۳۴
نگرانی کلی سلامتی	۱۳/۱۵	۴/۵۱	۰/۲۰	۰/۴۴
ابتلا به بیماری	۱۷/۲۴	۴/۸۱	۰/۱۲۳	۰/۳۸۲
پیامدهای بیماری	۱۰/۵۲	۳/۴۲	۰/۶۰۱	۰/۲۵۳

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	
خودبیمارپنداری	۱														
سایبری		۱													
خواندن			۱												
دسترسی				۱											
درک و فهم					۱										
ارزیابی						۱									
کاربرد اطلاعات							۱								
باورهای مثبت								۱							
کنترل ناپذیری									۱						
عدم اطمینان										۱					
نیاز به کنترل											۱				
خودآگاهی												۱			
نگرانی کلی													۱		
ابتلا به بیماری														۱	
پیامد بیماری															۱

ابعاد باورهای فراشناختی) بیشترین همبستگی را با خواندن دارد (۰/۵۶). همبستگی منفی یعنی با افزایش خواندن، خودبیمارپنداری سایبری کاهش می‌یابد.

برای مدل‌یابی معادلات ساختاری، نیازمند بررسی برخی مفروضات اساسی هستیم. این مفروضات شامل، نرمال بودن توزیع متغیرها، عدم هم خطی چندگانه و استقلال خطاها است. نرمال بودن توزیع متغیرها از جمله این مفروضه‌هاست.

در جدول ۱، میزان کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش بین +۱ و -۱ قرار دارند در نتیجه توزیع متغیرها طبیعی است. در بررسی عدم هم خطی چندگانه از شاخص‌های تحمل و تورم واریانس استفاده می‌شود.

نتایج جدول ۱، حاکی از آن است که بیشترین میانگین برای خودبیمارپنداری سایبری ($S=9/48$ و $M=91/40$) و کمترین میانگین برای خواندن (یکی از ابعاد سواد سلامت) ($S=2/20$ و $M=8/67$) است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، روش آماری پژوهش حاضر، معادلات ساختاری بود. در ابتدا به منظور بررسی مقدماتی رابطه متغیرهای پژوهش، همبستگی متغیرها بررسی شد که نتایج در جدول ۲، ارائه شده است.

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که، از میان متغیرهای برون‌زا خواندن (یکی از ابعاد سواد سلامت) (-۰/۴۲) بالاترین ضریب همبستگی را با خودبیمارپنداری سایبری دارد، همبستگی خواندن منفی است؛ و به‌طورکلی، باورهای مثبت درباره نگرانی (یکی از

جدول ۳. شاخص تحمل واریانس و عامل تراکم واریانس به‌منظور ارزیابی فقدان وجود اثر هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین

متغیرها	تحمل واریانس	عامل تراکم واریانس
خواندن	۰/۸۹	۲/۱۳
دسترسی	۰/۴۷	۱/۰۹
درک و فهم	۰/۵۶	۱/۱۵
ارزیابی	۰/۶۴	۱/۶۵
کاربرد اطلاعات	۰/۷۸	۲/۰۸
باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۹۱	۱/۲۱
کنترل ناپذیری خطر	۰/۷۱	۲/۳۸
عدم اطمینان	۰/۷۹	۱/۲۶
نیاز به کنترل افکار	۰/۴۸	۱/۳۹
خودآگاهی شناختی	۰/۸۴	۳/۲۳
نگرانی کلی سلامتی	۰/۵۸	۱/۲۰

۱/۰۱	۰/۳۹	ابتلا به بیماری
۱/۸۴	۰/۶۷	پیامدهای بیماری

این ضریب در این پژوهش برابر با ۱/۵۷ بود. با توجه به تأیید مفروضه‌ها، مدل مفهومی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در بخش بعدی آورده شده است. در این پژوهش فرضیه‌ها به صورت هم‌زمان مورد بررسی قرار گرفت. برای آزمون این فرض که مدل مفروض با داده‌های موجود برازش دارند، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. از طریق ضرایب موجود در مدل می‌توان آزمون فرضیه‌های آثار مستقیم و غیرمستقیم را سنجید.

در این قسمت، با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۴، به بحث و بررسی پیرامون رد یا تأیید فرضیه‌های مرتبط با اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر یکدیگر پرداخته شده است.

نتایج جدول ۳، نشان داد که ضریب تحمل بزرگ‌تر از ۰/۱ و تورم واریانس متغیرهای پیش‌بین کوچک‌تر از ۱۰ است که این نشان‌دهنده برقراری مفروضه عدم وجود هم خطی داده‌های پژوهش حاضر است (ضریب تحمل متغیرها بین ۰/۳۹ تا ۰/۹۱ و تورم واریانس بین ۱/۰۱ تا ۳/۲۳ است).

مفروضه استقلال خطاها با استفاده از آماره دوربین-واتسون^۱ مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب نزدیک به ۲ برای این آماره نشان‌دهنده استقلال خطاها است (نتر^۲ و همکاران، ۱۹۹۶).

جدول ۴. برآورد ضرایب اثرات مستقیم، غیرمستقیم مدل اصلاح‌شده پیش‌بینی خودبیمارپنداری سایبری

مسیرها	ضرایب استاندارد نشده	خطای معیار	ضرایب استاندارد شده
مستقیم			
خواندن ←	۰/۶۸-	۰/۲۴	۰/۱۲-
دسترس ←	۱/۰۷-	۰/۱۹	۰/۲۷-
درک و فهم ←	۰/۱۹-	۰/۲۱	۰/۰۴۸-
ارزیابی ←	۰/۷۴-	۰/۲۳	۰/۱۷-
کاربرد اطلاعات ←	۰/۳۴-	۰/۳۰	۰/۰۴۷-
نگرانی کلی ←	۰/۳۵	۰/۱۱	۰/۱۲
ابتلا به بیماری ←	۰/۳۹	۰/۳۵	۰/۰۵۰
پیامد بیماری ←	۱/۸۳	۰/۲۱	۰/۳۸
باورهای مثبت ←	۰/۴۵	۰/۱۰	۰/۱۱
کنترل ناپذیری ←	۰/۳۲	۰/۱۷	۰/۰۷
عدم اطمینان ←	۰/۲۱	۰/۱۹	۰/۱۳
نیاز به کنترل ←	۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۲۲
خودآگاهی ←	۰/۱۳-	۰/۰۷	۰/۰۴۱-
اضطراب سلامت ← سواد سلامت ←	۰/۴۴-	۰/۱۰	۰/۱۱-
اضطراب سلامت ← باورهای فراشناختی ←	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۰۳۵

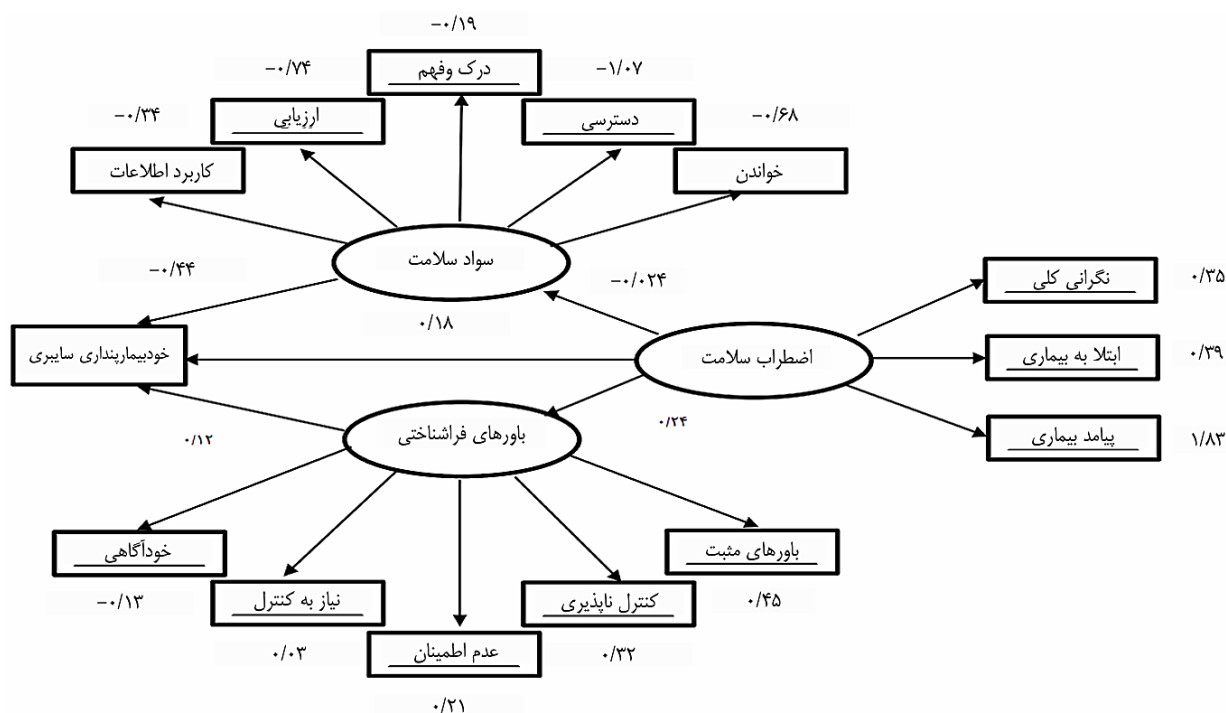
1. Durbin-Watson
2. Neter

شاخص‌های برازندگی استفاده شده است. خی دو یکی از ملاک‌های برازندگی مدل‌هاست و اندازه‌های کوچک و نزدیک به صفر آن نشان از برازندگی خوب مدل دارد. اما این شاخص در نمونه‌های بزرگ همواره معنادار است. بر این اساس این شاخص با درجات آزادی اصلاح می‌شود (χ^2/df) که مقادیر ۱ تا ۳ آن نشان از برازش مناسب آن دارند. در جدول ۵، مشخصه‌های برازندگی مدل پیش‌بینی خودبیمارپنداری سایبری ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود، ضریب مسیر مستقیم بین نگرانی کلی، ابتلا به بیماری، پیامد بیماری، باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری خطر، عدم اطمینان، نیاز به کنترل با خودبیمارپنداری سایبری و غیرمستقیم اضطراب سلامت و باورهای فراشناختی با خودبیمارپنداری سایبری مثبت و بقیه ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم با خودبیمارپنداری سایبری منفی و معنادار است ($p < 0.001$). جهت بررسی برازندگی مدل از

جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری اصلاح شده

مدل	χ^2	df	P	χ^2/df	RMSEA	CFI	GFI	AGFI
ساختاری	۷۰/۶۳	۳۷	۰۰/۰۰۱	۱/۹۱	۰/۰۶۷	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۸۹
نقطه برش (کلاین، ۲۰۱۶)	-	-	-	۳ >	۰/۰۸ >	۰/۹۰ <	۰/۹۰ <	۰/۸۵ <



شکل ۱. مدل اصلاح شده ساختاری پیش‌بینی خودبیمارپنداری سایبری

بر اساس شکل ۱، باورهای مثبت، کنترل ناپذیری، عدم اطمینان، نیاز به کنترل، خودآگاهی، نگرانی کلی، ابتلا به بیماری، پیامد بیماری، دسترسی، خواندن، کاربرد اطلاعات، ارزیابی، درک و فهم به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۳۲، ۰/۲۱، ۰/۳، ۰/۳، ۰/۱۳، ۰/۳۵، ۰/۳۹، ۰/۱۸۳، ۰/۱۰۷، ۰/۶۸، ۰/۳۴، ۰/۷۴ و ۱۹ درصد از تغییرات خودبیمارپنداری سایبری را می‌توانند تبیین کنند.

سایبری انجام شد. نتایج نشان داد که در مدل فرضی تمام شاخص‌ها برازش مناسبی داشتند و مدل موردنظر تأیید شد. همچنین ضرایب مسیر نشان داد که همه مسیرها معنادار بودند.

شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۵، نشان می‌دهد که RMSEA برابر با ۰/۰۶۷، CFI مساوی با ۰/۹۷، GFI برابر ۰/۹۴، AGFI مساوی با ۰/۸۹ می‌باشد. نسبت خی دو به درجات آزادی نیز ۱/۹۱ است. مقایسه شاخص‌ها حاکی از آن است که برازش قابل قبولی دارند. در ادامه نمودار مسیر مدل برازش شده همراه با مقادیر استاندارد ارائه شده است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش واسطه‌ای سواد سلامت و باورهای فراشناختی در رابطه اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری

(کاتور و همکاران، ۲۰۱۱). می‌توان گفت اضطراب سلامت باعث آشفتگی فرآیند تنظیم و مدیریت احساسات در افراد شود (مختاری پور و همکاران، ۱۳۸۴) و این باورهای فراشناختی که می‌تواند راهبردهای خودتنظیمی ناسازگار را تشویق کند (کین و همکاران، ۲۰۲۲) و باعث تشدید این اضطراب در افراد می‌شود (ایوان و همکاران، ۲۰۲۵).

در خصوص رابطه اضطراب سلامت و سواد سلامت می‌توان گفت که سواد سلامت می‌تواند با اعمال خود بر میزان اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری تأثیر بگذارد. سواد سلامت پایین با مشکلاتی در زمینه خود مراقبتی در مقابل بیماری‌ها و افزایش نگرانی در مورد سلامتی همراه است، به گونه‌ای که سواد سلامت پایین به رفتارهای خود مراقبتی افراطی منجر می‌شود که نه تنها مفید نیست بلکه فرد را مستعد ابتلا به انواع مشکلات اضطرابی و متعاقب آن جسمی می‌سازد (مورلند و همکاران، ۲۰۱۸). که این به نوبه‌ی خود همان‌طور که گفتیم باعث جستجوی مکرر اطلاعات پزشکی اینترنتی برای رفع نگرانی می‌شود. همچنین در رابطه بین اضطراب سلامت و سایبری با نقش واسطه‌ای سواد سلامت می‌توان گفت که اضطراب سلامت یک اختلال روانی شایع، ناتوان‌کننده و اغلب مزمن است که با ترس بیش‌ازحد و مداوم یا نگرانی از بیماری جدی مشخص می‌شود (آکسلسون و هدمن-لاگرولف^۳، ۲۰۱۹) که این نگرانی منجر به استفاده زیاد از اینترنت برای کسب اطلاعات مرتبط با سلامتی می‌شود. همچنین با توجه به نظریه بار شناختی افرادی که اضافه‌بار اطلاعات دارند بیشتر دچار استرس، گیج شدن، تفسیرهای نادرست و کاهش دقت در تصمیم‌گیری می‌شوند و علاوه بر پیامدهای نامطلوب سلامتی منجر به حالت‌های عاطفی منفی، عصبانیت و استرس می‌شود (خلیل، ویمر، پترسون و همکاران^۴، ۲۰۲۰) که این حالت در افراد با اضطراب سلامت بالا و گرایش به رفتارهای خودبیمارپنداری سایبری بیشتر دیده می‌شود. در نتیجه با توجه به اینکه خودبیمارپنداری سایبری، حالت اضطرابی است که در آن فرد به‌طور شدید و غیرمنطقی نگران این است که دچار بیماری جسمانی یا اختلال روان‌شناختی خاصی باشد یا احتمال بروز آن را در خود ببیند. این افراد رفتار اضطرابی را با بررسی سایت‌های اینترنتی و شبکه‌های اجتماعی برای پیدا کردن و نسبت دادن یک یا چند بیماری به خود نشان می‌دهند و دچار اضطراب سلامتی می‌شوند.

در این خصوص، بر اساس ادبیات پژوهش می‌توان اظهار داشت که هرچه اطلاعات مربوط به سلامتی بیشتر در اختیار افراد باشد، افراد کمتر به شیوه افراطی به دنبال اطلاعات مربوط به مراقبت

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش باتی و همکاران (۲۰۱۸)؛ فرگوس و همکاران (۲۰۱۶)؛ دوهرتی-تورستریک، والتون و فالون^۱ (۲۰۱۶) و گونر^۲ (۲۰۲۲)؛ ایوان و همکاران (۲۰۲۵)؛ احمدی و همکاران (۲۰۲۵)؛ منتو و همکاران (۲۰۲۳)؛ بیلی و ولز (۲۰۱۶)؛ ملی و همکاران (۲۰۱۶)؛ بیلی و ولز (۲۰۱۵)، هماهنگ است.

در خصوص تبیین رابطه اضطراب سلامت با خودبیمارپنداری سایبری می‌توان این مورد را بیان کرد که افرادی که اضطراب سلامت دارند از این‌که دچار بیماری شوند نگران هستند. به همین جهت بیشتر تمرکزشان روی اطمینان طلبی در خصوص عدم بیماری و اطلاعات مربوط به سلامتی است. این افراد در جهت اطمینان یابی از عدم بیماری خود، دائماً اطلاعات پزشکی و سلامت را در اینترنت جستجو می‌کنند تا از وضعیت سلامتی خود اطمینان حاصل کنند (منتو و همکاران، ۲۰۲۳). به علت این‌که این اطلاعات بسیار زیاد است و نتایج متناقضی نشان می‌دهد، افراد نسبت به وضعیت خود دچار سردرگمی شده و دوباره جهت اطمینان از بیمار نبودن، این اطلاعات را جستجو می‌کنند که این کار در ادامه بر اضطراب سلامت و نگرانی آن‌ها در این خصوص می‌افزاید (باجکار و بابایک، ۲۰۲۱)؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۲). در این خصوص، مطالعه‌ای بر روی جمعیت دانشجویی انجام شد و نتایج نشان داد که دانشجویان دارای خودبیمارپنداری سایبری همراه با مشکلات سلامتی، در مقیاس کل و زیرمقیاس آشفتگی و عدم اطمینان به خدمات پزشکی نمره بالا گرفتند (باتی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ احمدی و همکاران، ۲۰۲۵).

در مورد رابطه اضطراب سلامت و باورهای فراشناختی، بیلی و ولز (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که رابطه مثبت و معناداری بین فراشناخت، تعبیر نادرست فاجعه‌آمیز و اضطراب سلامت وجود دارد. ملی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و تضاد شناختی، علائم اضطراب سلامت را بیش از افسردگی، اضطراب عمومی، حساسیت به اضطراب و باورهای ناکارآمد مرتبط با سلامت را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین بیلی و ولز (۲۰۱۶) در پژوهش خود با عنوان نقش باورهای فراشناختی و باورهای بیماری ناکارآمد در پیش‌بینی اضطراب سلامت نشان دادند که هنگام کنترل باورهای ناکارآمد و روان رنجور خوبی، باورهای فراشناختی نسبت قابل توجه و بزرگی (۴۹ درصد) از واریانس اضطراب سلامت را توضیح می‌دهند. می‌توان گفت باورهای فراشناختی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن فکر، به‌طور کلی پیش‌بینی کننده اختلالات روان‌شناختی و به‌طور ویژه اضطراب سلامت است

در نوبه‌ی خود باعث جستجوی مکرر اطلاعات سلامتی در اینترنت می‌شود. باورهای فراشناختی نیز می‌تواند با القای ناتوانی از مقابله با بیماری و ناکافی بودن خدمات پزشکی برای درمان بیماری (سالکووسکیس و وارویک، ۱۹۸۶) و توجه شناختی مفرط به علائم سلامتی و بیماری که با نشخوار فکری مکرر رخ می‌دهد باعث تشدید اضطراب سلامت در افراد شود (فرگوس، ۲۰۱۳). با توجه به یافته‌های این پژوهش و نقش سواد سلامت و باورهای فراشناختی بر اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری، استفاده از نتایج این پژوهش بر کاهش اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود سایر متغیرهای روان‌شناختی از قبیل متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری موردبررسی قرار گیرد. در آخر می‌توان گفت، با آموزش دادن نحوه جستجوی مطالب مربوط به علائم بیماری‌ها در اینترنت و بی‌توجهی به اطلاعات زائد و بی‌ربط مربوط به بیماری و سلامت، مانع از بروز خودبیمارپنداری سایبری و کاهش اضطراب سلامت شد. در زمینه محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن اشاره کرد، از آنجایی که مطالعه مبتنی بر همبستگی است، بنابراین نتیجه‌گیری و استنباط از این مطالعه نیز باید بر اساس روابط همبستگی صورت گیرد نه بر اساس روابط علت و معلولی، به همین جهت برای تبیین علت و معلولی باید احتیاط کرد. همچنین این پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر خوی انجام شده، لذا جهت تعمیم آن بر روی سایر اقشار جامعه باید احتیاط لازم صورت گیرد. پژوهش‌های بعدی می‌تواند در مورد دانشجویان سایر دانشگاه‌ها انجام شود و نتایج باهم مقایسه شوند و همچنین توزیع جنسیتی نیز در نظر گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، رعایت اصل رازداری در مورد اطلاعات هویتی و داده‌های مربوط به آن‌ها بود.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش انجام دادند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

سلامتی هستند و در پی آن اضطراب کمتری را در رابطه با سلامت خود تجربه می‌کنند. در نتیجه می‌توان گفت هرچقدر سواد سلامت افراد بالا باشد کمتر دچار اضطراب سلامت و در پی آن خودبیمارپنداری سایبری می‌شوند.

همچنین در تبیین رابطه اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری با واسطه باورهای فراشناختی می‌توان گفت مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی چارچوبی را ارائه می‌دهد که ممکن است به توضیح نقش بالقوه باورهای فراشناختی در پریشانی جسمانی کمک کند بر اساس این مدل، هم مستعد بودن و هم حفظ پریشانی روان‌شناختی توسط سبکی از پردازش اطلاعات که به‌عنوان سندرم توجه شناختی (CAS) شناخته می‌شود. CAS با نگرانی، نشخوار فکری، نظارت مداوم برای شاخص‌های تهدید مشخص می‌شود. با توجه به ناراحتی جسمی، نظارت بر تهدید ممکن است شامل مراقبت بیش‌ازحد نسبت به علائم بدنی مانند درد، خستگی و حالت تهوع باشد. چنین فرآیندهایی در افرادی که پریشانی جسمی را تجربه می‌کنند مشهود است (ریسی، بونینی، کانتینانزا، تورانو، پالیتی و همکاران، ۲۰۱۶). پس از فعال‌سازی CAS، تلاش‌های ناسازگار و ناکارآمد برای خودتنظیمی شامل سرکوب فکر، اجتناب و نشخوار فکری می‌شود. باورهای فراشناختی این راهبردهای ناسازگار را حفظ می‌کنند و ممکن است شامل باورهای مثبت (مثلاً نگرانی به من در کنار آمدن/حل مشکلات کمک می‌کند) یا باورهای منفی (مثلاً نگرانی من خطرناک است / نتوان آن را متوقف کرد) باشد (ولز و متیوز، ۱۹۹۶). تصور می‌شود که این نوع باورها باعث می‌شود که فرد علائم و احساسات بی‌ضرر بدن را به‌عنوان نشانه‌ای از بیماری جدی تعبیر کند، باعث اضطراب، عدم اطمینان و رفتارهای افراطی باهدف کاهش این اضطراب و ایجاد اطمینان از وضعیت سلامتی شود (مثلاً جستجوی اطلاعات در اینترنت، درخواست اطمینان از کارکنان پزشکی و... (کوکسون، لوزون، نیولند و کینگستون، ۲۰۲۰). با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان گفت اضطراب سلامت با واسطه باورهای فراشناختی می‌تواند در افزایش خودبیمارپنداری سایبری نقش داشته باشد.

به‌عنوان نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان کرد که سواد سلامت و باورهای فراشناختی می‌توانند به‌عنوان عوامل کلیدی در رابطه اضطراب سلامت و خودبیمارپنداری سایبری تأثیرگذار باشند. سواد سلامت پایین منجر به این می‌شود که رفتارهای خود مراقبتی افراطی مربوط به اطلاعات سلامتی منجر شود که نه تنها مفید نیست بلکه فرد را مستعد ابتلا به انواع مشکلات اضطرابی و متعاقب آن جسمی می‌سازد (مورلند و همکاران، ۲۰۱۸) که این هم

References

- Ahmadi, E., Babaei Aqje Kohl, H. and Yousefi, R. (2025). The Mediating Role of Illness Anxiety in the Relationship between Self-esteem and Cyberchondria in Students. *Journal of Research in Psychopathology*, 6(2), 1-8. DOI: [10.22098/jrp.2024.13387.1191](https://doi.org/10.22098/jrp.2024.13387.1191)
- Ahmadi, E., Yousefi, R. and Babaei Aqje Kohal, H. (2024). The mediating role of obsessive-compulsive symptoms in the relationship between self-esteem and cyberchondria in students. *Journal of Clinical Psychology*, 15(3), 27-36. DOI: [10.22075/jcp.2023.31202.2684](https://doi.org/10.22075/jcp.2023.31202.2684) (in Persian)
- Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 19(6), 663-676. DOI: [10.1080/14737167.2019.1703182](https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182)
- Bailey R, Wells A. (2013). Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 327-37. DOI: [10.1891/0889-8391.27.4.327](https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.4.327)
- Bailey R, Wells A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 8-14. DOI: [10.1016/j.janxdis.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.005)
- Bajcar B, Babiak J. (2021). Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive-compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology*, 40, 2820-2831. DOI: [10.1007/s12144-019-00216-x](https://doi.org/10.1007/s12144-019-00216-x)
- Bati, A., H, Mandiracioglu, A., Govsa, F & etal. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse education today*, 71, 169-173. DOI: [10.1016/j.nedt.2018.09.029](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.029)
- Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 456-73. DOI: [10.1111/papt.12233](https://doi.org/10.1111/papt.12233)
- Diamond P R, Dysch L, Daniels J. (2023). Health anxiety in stroke survivors: a cross-sectional study on the prevalence of health anxiety in stroke survivors and its impact on quality of life, Disability and Rehabilitation, 45(1), 27-33. DOI: [10.1080/09638288.2021.2022778](https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2022778)
- Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Fallon, BA. (2016). Cyberchondria: parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390-400. DOI: [10.1016/j.psych.2016.02.002](https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.02.002)
- Fergus TA. (2013). Repetitive thought and health anxiety: Tests of specificity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 366-74.
- Ghadampour A, Radmehr P, Yousefvand L. (2017). The effectiveness of acceptance based therapy and group commitment therapy on health anxiety in women with epilepsy with three-month follow-up. *Islamic Azad Univ J*, 27(4), 15-20. URL: <http://tmuj.iutmu.ac.ir/article-1-1330-fa.html> (in Persian)
- Guner, T., A. (2022). Relationship between health anxiety and compliance preventive behaviors with health literacy in the COVID-19 process. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 23-31. DOI: [10.34087/cbusbed.945431](https://doi.org/10.34087/cbusbed.945431)
- Ivan, L., Foerster, P., Bermphohl, F. M. G., Gerlach, A. L., & Pohl, A. (2025). Do metacognitions contribute to pathological health anxiety? A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 20(7), e0325563. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0325563
- Kaur A, Butow P, Thewes B. (2011). Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 575-80. DOI: [10.1007/s10608-011-9387-6](https://doi.org/10.1007/s10608-011-9387-6)
- Keen E, Kangas M, Gilchrist PT. (2022). A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. *British Journal of Health Psychology*, 27(4), 1398-422. DOI: [10.1111/bjhp.12609](https://doi.org/10.1111/bjhp.12609)
- Khaleel, I., Wimmer, B., C, Peterson, G., M & etal. (2020). Health information overload among health consumers: A scoping review. *Patient education and counseling*, 103(1), 15-32. DOI: [10.1016/j.pec.2019.08.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.008)

- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Principles-andPractice-of-Structural-EquationModeling/RexKline/9781462551910>
- Lee, H., Y, Jin, S., W, Henning-Smith, C & et.al. (2021). Role of health literacy in health-related Information seeking behavior online Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e14088. DOI: [10.2196/14088](https://doi.org/10.2196/14088)
- Looper KJ, Kirmayer LJ. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychol Med.* 31(4), 577-84. DOI: [10.1017/s0033291701003737](https://doi.org/10.1017/s0033291701003737)
- Manshaei, G. R. and Bagherian, F. (2024). Psychometric Properties of the Short Form of Cyberchondria Questionnaire. *Health Psychology*, 12(48), 37-48. DOI: [10.30473/hpj.2024.58613.5188](https://doi.org/10.30473/hpj.2024.58613.5188) (in Persian)
- McElroy E, Shevlin M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 259-65. DOI: [10.1016/j.janxdis.2013.12.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007)
- Melli G, Carraresi C, Poli A, Bailey R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 89, 80-5. DOI: [10.1016/j.paid.2015.10.006](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.006)
- Mento C, Silvestri MC, Lombardo, C & et.al. (2023). Who Believes in Fake News: A Study on the Relationship between Affective Temperament, Cyberchondria and Problematic Use of the Internet during the COVID-19 Pandemic. *OBM Neurobiology*, 7(1), 1-16. DOI: [10.21926/obm.neurobiol.2301151](https://doi.org/10.21926/obm.neurobiol.2301151)
- Mokhtaripoor M, Goudarzi Z, Siadat A, Keyvanara M. (2005). Relationship between anxiety, depression and demographic characteristics in students of Isfahan Medical University. *J Res Behav Sci*, 5(2), 107-15. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-126-fa.html> (in Persian)
- Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. (2014). Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh (Health Monitor)*, 13(5), 589-99. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-279-fa.html> (in Persian)
- Moreland J, French TL, Cumming G P. (2018). The prevalence of online health information seeking among patients in Scotland: a cross-sectional exploratory study. *JMIR research protocols*, 4(3), e4010. DOI: [10.2196/resprot.4010](https://doi.org/10.2196/resprot.4010)
- Mostafaie, A. (2025). Predicting the Orthorexia Nervosa based on Health Anxiety, Obsessive and Pathological Worry. *Health Psychology*, 14(54), 7-26. doi: [10.30473/hpj.2025.72268.6112](https://doi.org/10.30473/hpj.2025.72268.6112) (in Persian)
- Panahi S, Asghari Moghadam MA, Shaeeri MR, Eghtedar Nejhad S. (2010). Psychometric properties of a Persian version of the short form of health anxiety inventory in non-clinical Iranian populations. *Quarterly of Educational Measurement*, 1(2), 21-46. https://jem.atu.ac.ir/article_5631.html?lang=en (in Persian)
- Prescott C. (2017). Internet users in the UK, London UK. *The Office for National Statistics*. <https://www.ons.gov.uk/businessindustryandtrade/itandinternetindustry/bulletins/internetusers/2017>
- Ricci A, Bonini S, Continanza M, Turano MT, Puliti EM, Finocchietti A, Bertolucci D. (2016). Worry and anger rumination in fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*, 68(4), 195-8. DOI: [10.4081/reumatismo.2016.896](https://doi.org/10.4081/reumatismo.2016.896)
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol*, 32(5), 843-53. DOI: [10.1017/s0033291702005822](https://doi.org/10.1017/s0033291702005822)
- Salkovskis, P. M, & Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24. DOI: [10.1016/0005-7967\(86\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0)
- Sarafraz, M. R., Pourshahbazi, M., & Afshari, M. (2020). Psychometric Properties of Cyberchondria Severity Scale (CSS) in Iranian Adult Population. *Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 67-76. DOI:

[10.22075/jcp.2020.15028.1443](https://doi.org/10.22075/jcp.2020.15028.1443) (in Persian)

Shirinzadeh Dastgiry, S., GM, Rahimi, CH., Naziri, GH. (2008). The study of factor analysis, validity and reliability of Metacognition Questionnaire-30. *Journal of Psychology*, 48, 44-61.445-461. SID. <https://sid.ir/paper/54377/fa> (in Persian)

Sideridis, G., Simos, P., Papanicolaou, A., & Fletcher, J. (2014). Using Structural Equation Modeling to Assess Functional Connectivity in the Brain: Power and Sample Size Considerations. *Educational and psychological measurement*, 74(5),733-758. <https://doi.org/10.1177/0013164414525397>

Wells A, Cartwright-Hatton S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-96. DOI: [10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)

Wells A, Matthews G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-8. DOI: [10.1016/s0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00050-2)

Wells A. (2010). Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: review and status. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1(1), 007910. DOI: [10.5127/jep.007910](https://doi.org/10.5127/jep.007910)

Wollan M. (2018). How to Look Up Medical Information Online. *The New York Times*,10. <https://www.nytimes.com/2018/10/10/magazine/how-to-look-up-medical-information-online.html>

Yang, X., Luo, C., Xu, Y., He, Y., & Zhao, R. (2025). Unpacking cyberchondria: The roles of online health information seeking, health information overload, and health misperceptions. *Telematics and Informatics*, 97, 102225. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2024.102225>.