

# The Structural Relationship between Obsessive-Compulsive Disorder, Pathological Curiosity, Cognitive Control and Cyberchondria in a Non-Clinical Sample of University Students

Hanieh Ojaghi Zadeh<sup>1</sup>, Niloufar Mikaeli<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. Student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

## ARTICLE INFO

### Article History

Received: 10 December 2024

Revised: 19 February 2026

Accepted: 19 February 2026

Available online: 20 February 2026

**Article Type:** Research Article

### Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder; Morbid Curiosity; Cognitive Control; Cyberchondria

### Corresponding Author\*

Niloufar Mikaeili received his Ph.D. in Psychology from Shahid Chamran University of Ahvaz. She is currently an Professor of Psychology at Mohaghegh Ardabili. Her research interests are in Psychopathology, clinical psychology, family and marriage. Correspondence concerning this article should be addressed to dr. Niloufar Mikaeili of Psychology, Faculty of Psychology and Education Mohaghegh Ardabili, No. 43, police Ave. Ardabil, Postal Code 13131-56199.

**ORCID:** 0000-0001-5510-5983

**E-mail:** nmikaeili@uma.ac.ir

**doi:** <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.20.1.76>

## ABSTRACT

Cyberchondria is an emerging concept in health psychology, referring to excessive searching for medical information online, often accompanied by heightened anxiety and health-related worries. The present study aimed to examine The Structural Relationship Between Obsessive-Compulsive Disorder, Pathological Curiosity, Cognitive Control and Cyberchondria in a Non-Clinical Sample of University Students. This study was descriptive-correlational in design and based on structural equation modeling. The statistical population included students of Mohaghegh Ardabili University. From ten faculties, three faculties—Agriculture and Natural Resources, Engineering, and Social Sciences—were randomly selected. Then, using a multi-stage cluster random sampling method, 376 students were selected. After obtaining informed consent, data were collected using the Cyberchondria Scale (McElroy & Shevlin, 2014), the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (1995), the Morbid Curiosity Scale (Scrivner et al., 2021), and the Cognitive Control Scale (Gabrys et al., 2018). Data were analyzed using SPSS 27 and AMOS 24. The results indicated that OCD had a significant effect on cyberchondria both directly ( $\beta = 0.37, p < 0.001$ ) and indirectly via cognitive control ( $\beta = 0.16, p < 0.01$ ). Similarly, morbid curiosity showed both a direct ( $\beta = 0.26, p < 0.001$ ) and an indirect ( $\beta = 0.12, p < 0.05$ ) significant effect on cyberchondria. These findings highlight the crucial role of cognitive control and self-regulatory processes in reducing cyberchondria and may provide a basis for preventive and educational interventions among student populations.

**Citation:** Ojaghi Zadeh, H., & Mikaeli, M. (2025/1404). The Structural Relationship between Obsessive-Compulsive Disorder, Pathological Curiosity, Cognitive Control and Cyberchondria in a Non-Clinical Sample of University Students. *Contemporary Psychology*, 20(1), 76-88. <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.20.1.76>

## ارتباط ساختاری نشانگان اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوی بیمارگونه، کنترل شناختی و سایر کندریا در یک نمونه غیربالینی از دانشجویان

هانیه اوجاقی زاده<sup>۱</sup>، نیلوفر میکائیلی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup> استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

### اطلاعات مقاله

#### تاریخچه

دریافت: ۲۰ آذر ۱۴۰۳

اصلاح نهایی: ۱۱ بهمن ۱۴۰۴

پذیرش: ۱۱ بهمن ۱۴۰۴

انتشار آنلاین: ۱ اسفند ۱۴۰۴

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

#### کلیدواژه‌ها

اختلال وسواسی-جبری؛ کنجکاوی بیمارگونه؛ کنترل شناختی؛ سایر کندریا

#### نویسنده مسئول\*

نیلوفر میکائیلی درجه دکتری روان‌شناسی خود را از دانشگاه شهید چمران اهواز دریافت کرد. در حال حاضر او استاد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی است. علایق پژوهشی ایشان شامل آسیب‌شناسی روانی، روان‌شناسی بالینی، خانواده و ازدواج است. برای مکاتبه در مورد این مقاله می‌توانید با دکتر نیلوفر میکائیلی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، میدان پلیس، خیابان دانشگاه، پلاک ۴۳، کد پستی ۵۱۶۹۹-۱۳۱۳۱ تماس داشته باشید.

ارکید: ۵۹۸۳-۵۵۱۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰

پست الکترونیکی: nmikaeili@uma.ac.ir

### چکیده

سایر کندریا مفهومی نوظهور در روان‌شناسی سلامت است که به جست‌وجوی افراطی اطلاعات پزشکی در اینترنت همراه با تشدید اضطراب و نگرانی‌های مرتبط با سلامت اشاره دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی ارتباط ساختاری نشانگان اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوی بیمارگونه، کنترل شناختی و سایر کندریا در یک نمونه غیربالینی از دانشجویان بود. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. بدین ترتیب، از میان ۱۰ دانشکده، سه دانشکده کشاورزی و منابع طبیعی، فنی و مهندسی و علوم اجتماعی به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس، ۳۷۶ دانشجو با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه، داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های سایر کندریا مک‌لروی و شولین (۲۰۱۴)، وسواس فکری-عملی ییل-براون (۱۹۹۵)، کنجکاوی بیمارگونه اسکرینیور (۲۰۲۱) و کنترل شناختی گابرز و همکاران (۲۰۱۸) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 انجام شد. نتایج نشان داد اختلال وسواسی-جبری هم به صورت مستقیم ( $p < 0.001$  و  $\beta = 0.37$ ) و هم به صورت غیرمستقیم با واسطه کنترل شناختی ( $p < 0.01$  و  $\beta = 0.16$ ) بر سایر کندریا تاثیر معنادار دارد. کنجکاوی بیمارگونه نیز تاثیر مستقیم ( $p < 0.001$  و  $\beta = 0.26$ ) و غیرمستقیم ( $p < 0.05$  و  $\beta = 0.12$ ) معناداری بر سایر کندریا دارد. این نتایج نقش کلیدی کنترل شناختی و فرایندهای خودتنظیمی را در کاهش سایر کندریا برجسته می‌سازد و می‌تواند مبنایی برای مداخلات پیشگیرانه و آموزشی در جمعیت‌های دانشجویی باشد.

### مقدمه

شکال پیچیده‌تر و مزمن‌تری بروز یافته‌اند (تیلور، ۲۰۱۹). با ظهور اینترنت و گسترش فناوری‌های دیجیتال، شیوه مواجهه افراد با اطلاعات سلامت دست‌خوش تحول بنیادین شده است؛ به گونه‌ای که جست‌وجوی آنلاین اطلاعات سلامت به بخشی جدایی‌ناپذیر از تجربه روزمره سلامت تبدیل شده و مرز میان اطلاع‌یابی سازگانه و رفتارهای ناسازگانه به‌طور فزاینده‌ای کمرنگ شده است.

در طول تاریخ، انسان همواره با بیماری‌ها و تهدیدهای مرتبط با سلامت جسمی و روانی مواجه بوده است. اگر این مواجهه در بستر تحولات تاریخی و اجتماعی بررسی شود، روشن می‌گردد که علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر در دانش پزشکی، توسعه زیرساخت‌های نظام سلامت و افزایش دسترسی عمومی به خدمات درمانی، دغدغه‌های مرتبط با سلامت نه تنها کاهش نیافته‌اند، بلکه در برخی موارد به

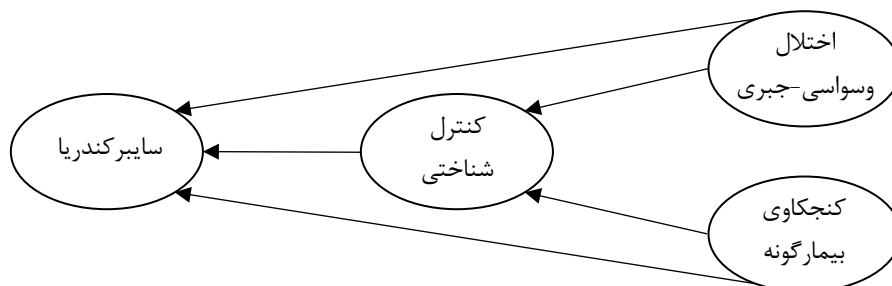
و باورهای ناکارآمد مانند مسئولیت‌پذیری افراطی، نیاز شدید به کنترل افکار و کمال‌گرایی را تجربه می‌کنند که آن‌ها را به انجام اعمال جبری برای کاهش اضطراب سوق می‌دهد (آبرامویتز و همکاران، ۲۰۰۹). اگرچه این اعمال در کوتاه‌مدت موجب کاهش تنش می‌شوند، اما در بلندمدت به تداوم اضطراب و تقویت چرخه وسواس منجر می‌گردند. همپوشانی مفهومی میان اختلال وسواسی-جبری و سایبرکندریا در مولفه‌هایی مانند اطمینان‌جویی افراطی، عدم تحمل عدم قطعیت، پایش مداوم تهدید و اشتغال ذهنی با احتمال آسیب قابل مشاهده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای نشانگان وسواسی، در مواجهه با اطلاعات سلامت، بیشتر درگیر بررسی‌های مکرر، جست‌وجوی وسواسی و تردید مداوم نسبت به اطمینان‌های دریافتی می‌شوند (فرگوس و راسل، ۲۰۱۶؛ مک‌الروی و شولین، ۲۰۱۴). از این رو، می‌توان استدلال کرد که نشانگان اختلال وسواسی-جبری به‌طور مستقیم زمینه‌ساز بروز و تداوم سایبرکندریا هستند و این رابطه در صورت وجود نقص در تنظیم شناختی تشدید می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

متغیر مستقل دوم در این پژوهش، کنجکاوای بیمارگونه<sup>۴</sup> است. برخلاف کنجکاوای سازگار که با یادگیری، اکتشاف و رشد شناختی مرتبط است، کنجکاوای بیمارگونه به گرایش پایدار فرد برای تمرکز بر اطلاعات تهدیدآمیز، منفی و هشداردهنده (به‌ویژه در حوزه سلامت) اشاره دارد (کشدان و همکاران، ۲۰۱۸). این نوع کنجکاوای اغلب با انگیزه کاهش اضطراب آغاز می‌شود، اما به دلیل جهت‌گیری انتخابی به‌سوی اطلاعات تهدیدآمیز، می‌تواند خود به منبعی برای تشدید نگرانی و اضطراب تبدیل شود.

در این میان، یکی از پدیده‌های نوظهور روان‌شناختی که توجه پژوهشگران حوزه سلامت روان را به خود جلب کرده است، سایبرکندریا<sup>۱</sup> است. این سازه به الگوی جست‌وجوی افراطی، تکرار شونده و اغلب کنترل‌ناپذیر اطلاعات سلامت در اینترنت اشاره دارد که با افزایش اضطراب، نگرانی مداوم درباره ابتلا به بیماری‌های جدی و ناتوانی در دستیابی به اطمینان پایدار نسبت به وضعیت سلامت همراه است (حسنوند عموزاده و سوری، ۲۰۲۳). اهمیت سایبرکندریا از آن‌رو است که این پدیده تنها یک رفتار جست‌وجوی اطلاعات نیست، بلکه بازتابی از اختلال در فرایندهای شناختی، تنظیم هیجان و تحمل عدم قطعیت محسوب می‌شود و می‌تواند عملکرد تحصیلی، شغلی و کیفیت زندگی فرد را به‌طور معناداری تحت تاثیر قرار دهد.

در چارچوب شناختی-رفتاری<sup>۲</sup>، سایبرکندریا به‌عنوان بخشی از یک چرخه منفی خودتقویت‌گر در نظر گرفته می‌شود که در آن تفسیرهای تهدیدآمیز، نیاز افراطی به اطمینان‌جویی، سوگیری‌های توجهی نسبت به نشانه‌های بدنی و رفتارهای بررسی‌گرانه در تعامل با یکدیگر قرار می‌گیرند (فرگوس و اسپادا، ۲۰۱۷؛ موس و همکاران، ۲۰۱۲). این چرخه شباهت‌های ساختاری قابل‌توجهی با الگوهای شناختی اختلال وسواسی-جبری و سایر اختلالات اضطرابی دارد؛ به‌گونه‌ای که رفتار جست‌وجوی آنلاین اطلاعات سلامت می‌تواند کارکردی مشابه رفتارهای ایمنی‌جو و اطمینان‌جویانه ایفا کند.

در این چارچوب نظری، اختلال وسواسی-جبری (OCD)<sup>۳</sup> به‌عنوان یکی از متغیرهای کلیدی در تبیین سایبرکندریا مطرح می‌شود. مدل‌های شناختی-رفتاری اختلال وسواسی-جبری تاکید دارند که افراد مبتلا، افکار مزاحم ناخواسته، تصاویر ذهنی تهدیدآمیز



شکل ۱- الگوی مفهومی پژوهش حاضر

سطح بالای کنجکاوای بیمارگونه، حساسیت بیشتری نسبت به نشانه‌های بیماری دارند و هنگام مواجهه با اطلاعات سلامت تهدیدآمیز، دچار تشدید توجه انتخابی و نگرانی می‌شوند (اسکریونر، ۲۰۲۱). این الگو، چرخه‌ای مشابه با اختلالات اضطرابی ایجاد می‌کند که در آن تکرار جست‌وجوی اطلاعات نه‌تنها اضطراب را کاهش

از منظر تکاملی، چنین گرایشی در گذشته می‌توانست نقش سازگاران‌های در شناسایی خطرات ایفا کند (کید و هایدن، ۲۰۱۵)؛ اما در عصر دیجیتال، دسترسی مداوم به حجم عظیمی از اطلاعات نگران‌کننده سلامت، این کارکرد را به فرایندی ناسازگاران‌ه تبدیل کرده است (وایبنگر و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد نشان می‌دهند افرادی با

<sup>3</sup> obsessive-compulsive disorder

<sup>4</sup> morbid curiosity

<sup>1</sup> cyberchondria

<sup>2</sup> cognitive-behavioral theory

بود. با توجه به جدول مورگان و پیش‌بینی ناقص بودن برخی پرسشنامه‌ها، حجم نمونه برابر با ۴۰۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. بدین ترتیب، از میان ۱۰ دانشکده دانشگاه، سه دانشکده کشاورزی و منابع طبیعی، فنی و مهندسی و علوم اجتماعی انتخاب شدند و از هر دانشکده، ۹ کلاس به طور تصادفی گزینش گردید. سپس، پرسشنامه‌ها پس از توضیحات اولیه میان دانشجویان این کلاس‌ها توزیع شدند.

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۴۶ سال متغیر بود. میانگین و انحراف استاندارد سنی آن‌ها به ترتیب برابر با ۲۴/۱۱ و ۴/۷۵ بود. همچنین، ۵۲/۷۰ درصد شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی، ۳۷ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۰/۴۰ درصد در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. علاوه بر این، ۳۹/۴۰ درصد دانشجویان از دانشکده کشاورزی و منابع طبیعی، ۲۹ درصد از دانشکده فنی و مهندسی و ۳۱/۶۰ درصد از دانشکده علوم اجتماعی بودند. از نظر جنسیت نیز، ۶۵/۷۰ درصد آن‌ها دختر و ۳۴/۳۰ درصد پسر بودند. در مجموع، پس از حذف ۲۴ پرسشنامه ناقص، ۳۷۶ پرسشنامه معتبر برای تحلیل نهایی استفاده شد.

### ابزار سنجش

مقیاس سایبرکندریا (CSS)<sup>۳</sup>: این مقیاس شامل ۱۲ گویه برای سنجش سطح نگرانی سلامت ناشی از جست‌وجوی اطلاعات پزشکی در اینترنت (سایبرکندریا) است که توسط مک‌الروی و شولین (۲۰۱۴) طراحی شد و نسخه فارسی آن نیز توسط سرافراز و همکاران (۲۰۲۰) اعتبارسنجی گردید. این ابزار چهار خرده‌مقیاس اجبار، افراط، پریشانی و اطمینان‌جویی را در بر می‌گیرد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱= هرگز تا ۵= همیشه) انجام می‌شود و دامنه نمره کل بین ۱۲ تا ۶۰ متغیر است؛ به طوری که نمرات بالاتر نشانگر شدت بیشتر سایبرکندریا هستند. نمونه‌ای از گویه‌های این مقیاس عبارت‌اند از: «وقتی به اطلاعات پزشکی آنلاین نگاه می‌کنم، احساس اضطراب بیشتری می‌کنم» و «نمی‌توانم از جست‌وجو درباره علائم بیماری‌ها در اینترنت خودداری کنم». مک‌الروی و شولین (۲۰۱۴) پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های اجبار، افراط، پریشانی و اطمینان‌جویی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ گزارش کردند. روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار گرفت و شاخص‌های برازش برابر با  $CFI=0/95$ ،  $TLI=0/95$  و  $RMSEA=0/06$  گزارش شد که نشان‌دهنده روایی خوب مقیاس است (فرگوس، ۲۰۱۴). همچنین، روایی همگرایی این

نمی‌دهد، بلکه آن را تقویت می‌کند (جباریان و همکاران، ۲۰۲۴؛ موور، ۱۹۴۷).

برای تبیین سازوکار پیوند میان اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوای بیمارگونه و سایبرکندریا، کنترل شناختی به عنوان متغیر میانجی جایگاه محوری دارد. کنترل شناختی به مجموعه‌ای از توانایی‌های اجرایی شامل مهار افکار مزاحم، تنظیم توجه، تغییر انعطاف‌پذیر تمرکز و هدایت رفتار هدفمند اشاره دارد (شادفر و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس نظریه سندرم توجهی-شناختی (CAS)<sup>۱</sup> ویلز (۲۰۰۹)، ضعف در این توانایی‌ها موجب گرفتارشدن فرد در الگوهای پایدار نگرانی، نشخوار ذهنی و پایش افراطی تهدید می‌شود. در چارچوب این نظریه، نشانگان اختلال وسواسی-جبری و کنجکاوای بیمارگونه می‌توانند از طریق تضعیف کنترل شناختی، زمینه را برای اشغال ذهنی مفرط با تهدیدهای سلامت و وابستگی فزاینده به اینترنت به منظور کسب اطمینان فراهم کنند. این وابستگی شناختی-رفتاری، در نهایت به شکل‌گیری و تداوم سایبرکندریا منجر می‌شود (اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸). اگرچه برخی مولفه‌های این فرایند، مانند هم‌جوشی شناختی<sup>۲</sup>، پیش‌تر بررسی شده‌اند (یو و استارسویک، ۲۰۲۵)؛ اما، نقش کنترل شناختی به عنوان میانجی در یک مدل ساختاری جامع تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در مجموع، علی‌رغم افزایش پژوهش‌ها درباره سایبرکندریا، خلاءهای نظری و تجربی مهمی همچنان باقی است. برای مثال، رابطه میان نشانگان اختلال وسواسی-جبری و سایبرکندریا در جامعه ایرانی به طور مستقیم بررسی نشده است و نقش کنجکاوای بیمارگونه عمدتاً در سطح نظری باقی مانده است. افزون بر این، تاکنون مدلی ساختاری که نقش میانجی کنترل شناختی را در رابطه میان این آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی و سایبرکندریا به طور هم‌زمان بررسی کند، ارائه نشده است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ساختاری نشانگان اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوای بیمارگونه، کنترل شناختی و سایبرکندریا در یک نمونه غیربالینی از دانشجویان انجام شد.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود که با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری، مدل علی-پیش‌بینی پیشنهادی بر اساس چارچوب نظری مورد آزمون قرار گرفت. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲

<sup>3</sup> Cyberchondria Severity Scale

<sup>1</sup> cognitive-attentional syndrome

<sup>2</sup> cognitive fusion

همکاران (۲۰۲۴) تهیه و اعتبارسنجی شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه است که برای سنجش گرایش به کنجکاوی درباره موضوعات خشونت‌بار، ترسناک و آسیب‌رسان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار دارای چهار خرده‌مقیاس شامل ذهن افراد خطرناک، تجاوز به بدن، خطرات فراطبیعی و خشونت بین‌فردی است. نمونه‌ای از گویه‌های این ابزار عبارت‌اند از: «داستان‌های مربوط به قاتلان زنجیره‌ای برای من جذاب هستند» و «من به موضوعات مرتبط با مرگ و اینکه چگونه افراد با آن روبه‌رو می‌شوند، علاقه دارم». پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) انجام می‌شود. نمره کل این ابزار بین ۲۴ تا ۱۲۰ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر کنجکاوی بیمارگونه هستند. در مطالعه اسکریپور (۲۰۲۱)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذهن افراد خطرناک، تجاوز به بدن، خطرات فراطبیعی و خشونت بین‌فردی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۴ و ۰/۸۹ گزارش شد. همچنین، روایی همگرای آن با کنجکاوی اجتماعی برابر با ۰/۵۲، با هیجان‌طلبی برابر با ۰/۵۰ و با علاقه به فیلم‌های ترسناک برابر با ۰/۵۵ گزارش شد که گویای روایی خوب آن است. به‌علاوه، در پژوهشی که توسط قائمی و همکاران (۲۰۲۴) در ایران انجام شد، روایی سازه از طریق تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد که شاخص‌های برازش برابر با  $CFI=0/97$ ،  $TLI=0/94$  و  $RMSEA=0/04$  گزارش شد که بیانگر برازش مطلوب مدل چهار عاملی ابزار بودند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های ذهن افراد خطرناک، تجاوز به بدن، خطرات فراطبیعی و خشونت بین‌فردی به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری (CCFQ)<sup>۴</sup>: این مقیاس توسط گابرز و همکاران (۲۰۱۸) طراحی شد. این پرسشنامه، ابزاری خودسنجی است که به‌منظور ارزیابی توانایی افراد در تنظیم افکار منفی و انطباق با موقعیت‌های دشوار به کار می‌رود. این مقیاس دارای ۱۸ گویه است که در دو خرده‌مقیاس کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی سازمان‌دهی شده‌اند. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. نمونه‌ای از گویه‌های این ابزار عبارت‌اند از: «زمانی که با شکست مواجه می‌شوم، ذهنم دائماً روی آن گیر می‌کند» و «تغییر اولویت‌ها یا استراتژی‌ها برای من دشوار است». گابرز و همکاران (۲۰۱۸) برای بررسی روایی سازه این مقیاس، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کردند که نتایج آن نشان‌دهنده وجود دو عامل متمایز با بارگذاری‌های عاملی قابل‌قبول بود. این دو عامل در مجموع،

ابزار با مقیاس اضطراب سلامت<sup>۱</sup> برابر با ۰/۶۸ گزارش گردید. به‌علاوه، روایی افتراقی آن با افسردگی برابر با ۰/۳۲، با اضطراب کلی برابر با ۰/۴۵ و با استرس برابر با ۰/۵۰ گزارش شد. در نسخه فارسی نیز نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، استخراج چهار عامل اجبار، افراط، پریشانی و عامل جدید اطمینان‌جویی/بی‌اعتمادی را نشان داد که به‌جز عامل اخیر، سایر عوامل با ساختار اصلی مقیاس مطابقت داشتند (سرافراز و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر نیز، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌های اجبار، افراط، پریشانی و اطمینان‌جویی به ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشان‌دهنده انسجام درونی قابل‌قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

مقیاس وسواس فکری-عملی (OCS)<sup>۲</sup>: این مقیاس نخستین بار توسط گودمن و همکاران (۱۹۸۹) طراحی گردید و سپس، نسخه بازنگری شده آن توسط وودی و همکاران (۱۹۹۵) از نظر روان‌سنجی مورد ارزیابی قرار گرفت. نسخه فارسی این ابزار نیز توسط رنجبر اصفهانی و همکاران (۲۰۱۱) اعتباریابی و بومی‌سازی شد. این مقیاس دارای ۱۰ گویه است که برای سنجش شدت نشانگان وسواس فکری و اجبارهای عملی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار شامل دو خرده‌مقیاس افکار وسواسی (گویه‌های ۱ تا ۵) و اجبارهای عملی (گویه‌های ۶ تا ۱۰) است. نمونه‌ای از گویه‌های این ابزار عبارت‌اند از: «چه مدت از روز را صرف افکار وسواسی می‌کنید؟» و «افکار وسواسی تا چه اندازه زندگی شما را مختل می‌کنند؟». پاسخ‌دهی به هر گویه بر اساس طیف پنج درجه‌ای (از ۰ تا ۴) صورت می‌گیرد. نمره کل بین ۰ تا ۴۰ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بالاتر نشانگان اختلال وسواسی-جبری هستند. در پژوهش وودی و همکاران (۱۹۹۵)، این مقیاس بر روی ۵۴ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۶۹ گزارش شد. همچنین، روایی سازه آن با شاخص‌های برازش  $CFI=0/93$ ،  $TLI=0/94$  و  $RMSEA=0/07$  در تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه رنجبر اصفهانی و همکاران (۲۰۱۱) روی ۱۴۰ بیمار ایرانی مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، یافته‌های روان‌سنجی نسخه فارسی نتایج، ثبات درونی بالا با ضرایب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ را نشان داد که از روایی و پایایی مناسب این نسخه حکایت دارد. در پژوهش حاضر نیز، پایایی خرده‌مقیاس‌های افکار وسواسی و اجبارهای عملی به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد.

مقیاس کنجکاوی بیمارگونه (MCS)<sup>۳</sup>: این مقیاس توسط اسکریپور (۲۰۲۱) طراحی شد و نسخه فارسی آن توسط قائمی و

<sup>3</sup> Morbid Curiosity Scale

<sup>4</sup> Cognitive Control and Flexibility Scale

<sup>1</sup> Health Anxiety Inventory

<sup>2</sup> Obsessive Compulsive Scale

و مقیاس وسواس فکری-عملی بود. زمان پاسخ‌گویی به هر پرسشنامه حدود ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تخمین زده شد؛ بنابراین، کل زمان پاسخ‌گویی به ابزارهای پژوهش به‌طور متوسط بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. اگرچه تعداد کل گویه‌ها ۸۴ مورد بود، اما ساختار ساده و پیوستگی اجرا موجب شد فرایند پاسخ‌گویی برای اغلب شرکت‌کنندگان بدون خستگی قابل‌توجه انجام گیرد. اجرای میدانی پژوهش توسط یک تیم چهار نفره از دانشجویان کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی انجام شد. این افراد پیش از آغاز فرایند جمع‌آوری داده‌ها، در یک جلسه آموزشی با شیوه اجرای استاندارد پرسشنامه‌ها، نحوه تعامل موثر و محترمانه با شرکت‌کنندگان و الزامات اخلاقی آشنا شدند. این آموزش توسط پژوهشگر اصلی و تحت نظارت نویسنده مسئول پژوهش ارائه شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری و پالایش داده‌ها، تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 انجام شد. در مرحله نخست، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی گزارش شد. سپس، برای آزمون مدل مفهومی و روابط بین متغیرها، از مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) و شاخص‌های برازش مدل استفاده شد.

## نتایج

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش به تفکیک خرده‌مقیاس‌های آن‌ها گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده‌مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
کنترل شناختی	کنترل شناختی	۲۷/۷۷	۳/۸۱	-۰/۲۰	۰/۰۲
	انعطاف‌پذیری شناختی	۳۰/۳۵	۵/۲۴	-۰/۵۴	۰/۷۵
اختلال وسواسی-جبری	افکار وسواسی	۷/۶۷	۲/۶۷	-۰/۱۱	-۰/۲۰
	اجبارهای عملی	۷/۲۰	۳/۲۷	-۰/۰۹	-۰/۵۹
کنجکاوای بیمارگونه	ذهن افراد خطرناک	۱۶/۹۵	۵/۶۳	-۰/۱۴	-۰/۷۳
	تجاوز به بدن	۱۶/۹۱	۳/۷۹	-۰/۱۵	-۰/۱۱
	خطرات فراطبیعی	۱۸/۰۹	۵/۶۵	-۰/۴۰	-۰/۶۶
	خشونت بین‌فردی	۱۶/۷۰	۴/۵۵	-۰/۱۷	-۰/۴۸
سایبرکندریا	اجبار	۲۱/۳۶	۴/۱۴	-۰/۲۶	-۰/۳۷
	افراط	۱۸/۶۹	۵/۴۰	-۰/۳۰	-۰/۷۸
	پریشانی	۱۹/۵۷	۴/۴۴	-۰/۱۳	-۰/۶۶
	اطمینان‌جویی/بی‌اعتمادی	۲۵/۵۶	۶/۴۰	-۰/۱۰	-۱/۰۳

۵۶ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. روایی سازه آن نیز با شاخص‌های برازش  $CFI=۰/۹۳$ ،  $TLI=۰/۹۵$  و  $RMSEA=۰/۰۰۷$  مورد تایید قرار گرفت. برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای دو عامل کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی به‌ترتیب برابر با  $۰/۹۰$  و  $۰/۹۳$  به دست آمد. در ایران، چالمر و عبداللهی (۲۰۱۹) نسخه فارسی این ابزار را مورد بررسی قرار دادند. آنان پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با  $۰/۶۳$  و روایی آن را مطلوب گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با  $۰/۸۱$  محاسبه شد.

### ملاحظات اخلاقی

برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، اهداف مطالعه به‌صورت شفاهی و کتبی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین، بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش، محرمانگی اطلاعات فردی و امکان انصراف در هر مرحله تاکید گردید. رضایت آگاهانه نیز پیش از ورود به مطالعه از همه دانشجویان اخذ شد. علاوه بر این، تیم پژوهشگران به اصول اخلاقی رفتار حرفه‌ای و رعایت احترام در تعامل با شرکت‌کنندگان متعهد بودند.

### شیوه اجرا

گردآوری داده‌ها طی یک بازه زمانی دوماهه، از ابتدای مهر ماه تا پایان آبان ماه سال ۱۴۰۳، به‌صورت حضوری در محیط دانشگاه انجام شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل مقیاس سایبرکندریا، مقیاس کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری، مقیاس کنجکاوای بیمارگونه

به‌منظور ارزیابی استقلال خطاها، از آماره دوربین-واتسون<sup>۱</sup> استفاده شد و مقدار آن ۲/۰۷ به دست آمد. با توجه به اینکه این مقدار در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان نسبت به استقلال خطاها اطمینان داشت. برای ارزیابی عدم هم‌خطی نیز از شاخص‌های عامل تورم واریانس<sup>۲</sup> و تحمل<sup>۳</sup> استفاده شد. با توجه به اینکه هیچ یک از مقادیر شاخص تحمل کمتر از ۰/۱ و هیچ یک از مقادیر عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نبودند، می‌توان از عدم هم‌خطی نیز اطمینان حاصل کرد. در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون میان متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

برای سنجش نرمال بودن، از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد. اگر قدمطلق ضریب کجی کمتر از ۳ و ضریب کشیدگی کمتر از ۱۰ باشد، توزیع داده‌ها نرمال در نظر گرفته می‌شود (کلاپن، ۲۰۱۱). با توجه به این که تمامی اعداد در این بازه قرار دارند، این مفروضه رعایت شده است. برای بررسی فرض خطی بودن، از نمودار پراکندگی استفاده شد که شکل آن نشان‌دهنده وجود رابطه خطی بین ماتریس روابط دو به دوی متغیرها بود. به‌منظور شناسایی داده‌های پرت، نمودار باکس رسم شد که نشان داد تمامی داده‌ها بین خطوط بالایی و پایینی ویسکرز قرار دارند و داده پرت در توزیع وجود ندارد.

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون میان متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. سایبرکندریا													
۲. اجبار	۰/۱۲*												
۳. افراط	۰/۱۴**	۰/۲۱**											
۴. پریشانی	۰/۱۱*	۰/۱۳**	۰/۱۸**										
۵. اطمینان‌جویی	۰/۱۳**	۰/۱۷**	۰/۲۰**	۰/۲۶**									
۶. کنترل شناختی	-۰/۳۰**	-۰/۲	۰/۲۱**	۰/۱۵**	۰/۲۵**								
۷. انعطاف‌پذیری	-۰/۲۳**	-۰/۱۱*	-۰/۲۰**	-۰/۱۱**	-۰/۱۷**	۰/۲۶**							
۸. افکار وسواسی	۰/۲۶**	۰/۴۷**	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۲۵**	۰/۱۳**	۰/۱۷**						
۹. اجبارهای عملی	۰/۲۸**	۰/۱۶**	۰/۲۷**	۰/۲۱**	۰/۲۵**	۰/۲۰**	۰/۱۸**	۰/۳۹**					
۱۰. ذهن خطرناک	۰/۳۲**	۰/۰۸	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۰/۲۲**	۰/۱۴**	۰/۲۴**	۰/۲۷**	۰/۳۱**				
۱۱. تجاوز به بدن	۰/۲۳**	۰/۱۶**	۰/۱۵**	۰/۲۷**	۰/۱۹**	۰/۱۱*	۰/۱۸**	۰/۲۱**	۰/۲۳**	۰/۳۰**			
۱۲. خطرات فراطبیعی	۰/۱۸*	۰/۱۳**	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۱۹**	۰/۱۱*	۰/۲۴**	۰/۵۳**	۰/۳۰**		
۱۳. خشونت بین‌فردی	۰/۱۲*	۰/۰۲	۰/۱۱*	۰/۱۰*	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۱۲*	۰/۱۲*	۰/۱۱*	۰/۰۳	-۰/۰۵	-۰/۰۲	۱

\*\* $p < 0/01$  و \* $p < 0/05$

به‌منظور سنجش میزان انطباق مدل فرضی با داده‌های تجربی، از شاخص‌های برازش استفاده شد. مقادیر شاخص‌های برازش در جدول ۳ گزارش شده است. سطح اطمینان ۹۵ درصد است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سایبرکندریا با کنترل شناختی رابطه منفی و معنادار و با نشانگان اختلال وسواسی-جبری و کنجکاوی بیمارگونه رابطه مثبت و معنادار دارد. در ادامه،

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص	df	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup> /df	P	RMSEA	RMR	CFI	IFI	TLI	AGFI	GFI
ارزش	۴۸	۸۸/۸۹	۱/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۹۶
مقدار	-	-	-	کمتر از	کمتر از	کمتر از	بالاتر از	بالاتر از	بالاتر از	بالاتر از	بالاتر از
قابل قبول	-	-	۳	۰/۰۰۵	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
نتیجه	-	-	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول	قابل قبول

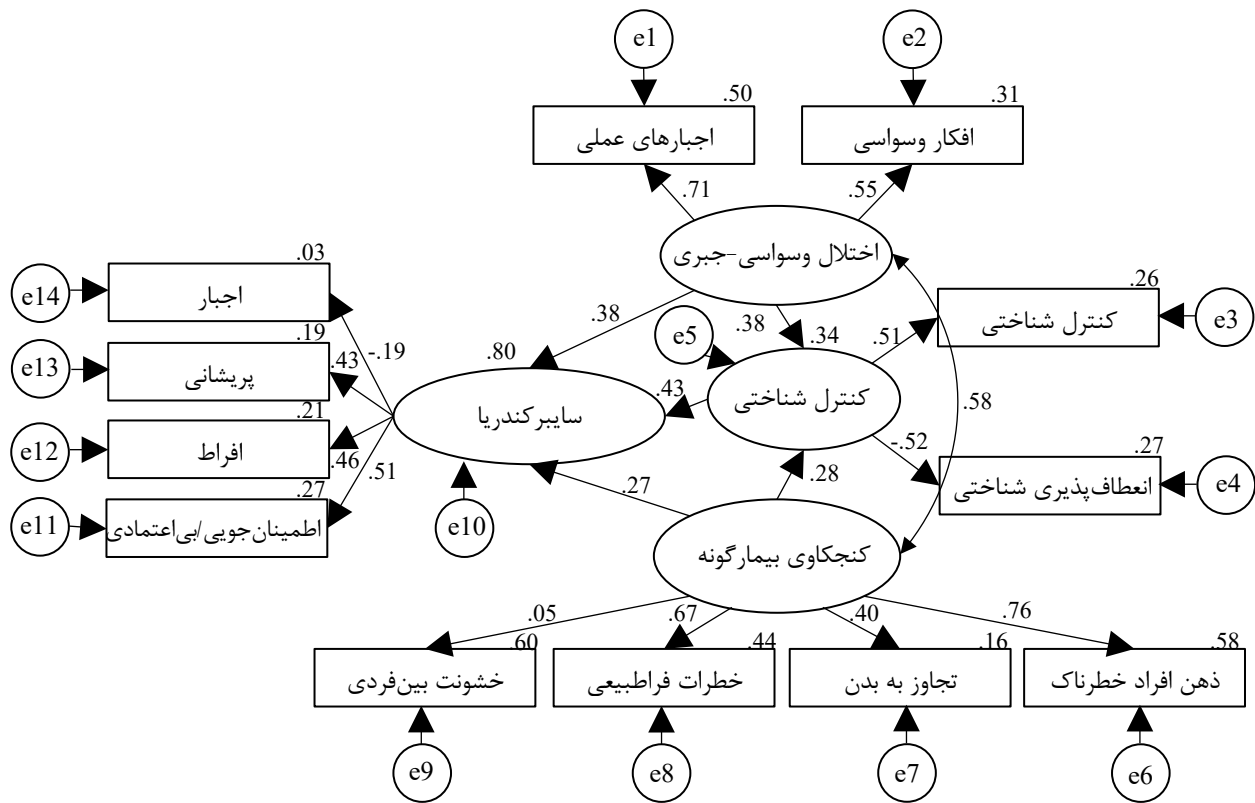
که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جدول‌های اثرات مستقیم و غیرمستقیم (۴ و ۵) مندرج شده است. در شکل ۱ مسیرهای میان متغیرهای پژوهش نشان داده شده‌اند. با توجه به نتایج ارائه‌شده در شکل ۱، تمام مسیرها معنادار هستند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی بر اساس نقاط برش (به نقل از زارعی، ۲۰۲۳) قابل قبول هستند. با توجه به مقادیر شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده در مدل پیشنهادی، نیازی به اصلاح مدل وجود ندارد. در ادامه، برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم از معادلات ساختاری استفاده شد

<sup>3</sup> tolerance

<sup>1</sup> durbin-watson

<sup>2</sup> variance inflation factor



شکل ۱: ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

بدین معنا است که دو متغیر با یکدیگر رابطه معنادار دارند. بر این اساس، با توجه به نتایج جدول ۴ روابط میان تمام متغیرهای پژوهش معنادار هستند.

یافته‌های مندرج در جدول ۴ اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهند. در این جدول، در مواردی که آماره T خارج از بازه  $(+1/96 تا -1/96)$  قرار داشته یا سطح معناداری کمتر از  $0/05$  است،

جدول ۴: بررسی روابط مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیرهای مستقیم	برآورد غیراستاندارد (B)	برآورد استاندارد ( $\beta$ )	خطای استاندارد (SE)	p	آماره T
اختلال وسواسی-جبری ← سایبرکندریا	0/54	0/37	0/23	0/019	2/35
کنجکاوی بیمارگونه ← سایبرکندریا	0/20	0/26	0/10	0/044	2/01
کنترل شناختی ← سایبرکندریا	0/58	0/42	0/24	0/018	2/36
اختلال وسواسی-جبری ← کنترل شناختی	0/39	0/37	0/16	0/016	2/40
کنجکاوی بیمارگونه ← کنترل شناختی	0/15	0/28	0/07	0/044	2/01

مکرر با جایگزینی از داده‌های موجود، تخمین دقیقی از فواصل اطمینان ارائه می‌دهد. در این پژوهش، تعداد تکرارها ۵۰۰۰ بار تعیین شد تا دقت برآوردها افزایش یابد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

در ادامه، برای تعیین اثر غیرمستقیم، از روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ بار نمونه‌گیری استفاده شد. روش بوت‌استرپ، روشی ناپارامتریک برای آزمون معناداری اثرات غیرمستقیم است که با ایجاد توزیع نمونه‌ای از آماره مورد نظر (اثر غیرمستقیم) از طریق نمونه‌گیری

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرهای پژوهش

مسیرهای غیرمستقیم	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	حد پایین	حد بالا	p	خطای استاندارد
اختلال وسواسی-جبری ← کنترل شناختی ← سایبرکندریا	0/23	0/16	0/02	0/66	0/024	0/15
کنجکاوی بیمارگونه ← کنترل شناختی ← سایبرکندریا	0/09	0/12	0/01	0/44	0/046	0/11

تقویت می‌کنند (استارسوویچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ نور و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو، می‌توان گفت که شدت بالاتر نشانگان اختلال وسواسی-جبری، به‌ویژه افکار مزاحم مرتبط با سلامت افراد را در معرض خطر بیشتر برای ابتلا یا تشدید سایبرکندریا قرار می‌دهد.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین کنجکاوی بیمارگونه و سایبرکندریا رابطه مستقیم معنادار وجود دارد. اگرچه در متون پژوهشی، مطالعه مستقیمی در این باره یافت نشد، اما این یافته با پژوهش مهتا (۲۰۲۳) درباره ارتباط کنجکاوی بیمارگونه با اضطراب و توجه انتخابی به تهدید همسو است. نظریه پردازش اطلاعات سلامت<sup>۱</sup> برای تبیین این پدیده چارچوب مناسبی فراهم می‌سازد. این نظریه بیان می‌کند که افراد، اطلاعات سلامت را از دریچه ترس‌ها، باورها و سوگیری‌های شناختی<sup>۲</sup> موجود خود پردازش می‌کنند. در این زمینه، سوگیری تایید<sup>۳</sup> موجب می‌شود که افراد هنگام جست‌وجوی آنلاین، اطلاعاتی را که نگرانی‌شان را تایید می‌کند، بیشتر مورد توجه قرار دهند و این چرخه اضطراب را تشدید می‌کند (مارکوس و ناردون، ۲۰۱۹).

افرادی که سطح بالایی از کنجکاوی بیمارگونه دارند، نسبت به نشانه‌های سلامت حساسیت بیشتری نشان می‌دهند و به‌طور معمول، علائم جسمی خوش‌خیم را به‌عنوان نشانه‌هایی از بیماری‌های جدی تفسیر می‌کنند. حتی در صورت دریافت اطمینان از سوی پزشکان یا شواهد علمی، ترس از نادیده‌گرفتن اطلاعات مهم موجب تداوم جست‌وجو می‌شود (وایت و هوروویتز، ۲۰۰۹). این الگوی رفتاری به اضطراب مزمن، اختلال در عملکرد روزمره و چرخه‌ای وسواسی از جست‌وجوی اطلاعات منجر می‌شود.

افزون بر این، نتایج پژوهش نشان‌دهنده تاثیر غیرمستقیم نشانگان اختلال وسواسی-جبری بر سایبرکندریا از طریق نقص در کنترل شناختی بود. این یافته با نتایج پژوهش نصیری و همکاران (۲۰۲۳) که به نقش بازداری شناختی در اختلال وسواسی-جبری اشاره داشتند، همخوانی دارد. آن‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اغلب در سرکوب افکار مزاحم و تغییر تمرکز از محرک‌های اضطراب‌زا دچار مشکل هستند و همین امر آن‌ها را در برابر راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، مانند جست‌وجوی وسواسی اطلاعات سلامت، آسیب‌پذیر می‌سازد. این ناتوانی در مهار افکار آزردهنده، تداوم نگرانی‌های مرتبط با سلامت را تسهیل می‌کند (نادم و همکاران، ۲۰۲۲).

در واقع، مواجهه با محتوای سلامت قطعه‌قطعه و اغلب تحریک‌آمیز در اینترنت می‌تواند این آسیب‌پذیری شناختی را تشدید کرده و باورهای منفی درباره وضعیت جسمانی را تقویت کند (آیرولدی

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در مسیر اختلال وسواسی-جبری به سایبرکندریا از طریق کنترل شناختی، حد پایین و حد بالای بوت‌استرپ با اطمینان ۹۵ درصد به ترتیب برابر با ۰/۰۲ و ۰/۶۶ است. همچنین، در مسیر کنجکاوی بیمارگونه به سایبرکندریا از طریق کنترل شناختی، حد پایین و حد بالای بوت‌استرپ با اطمینان ۹۵ درصد به ترتیب برابر با ۰/۰۱ و ۰/۴۴ است. با توجه به اینکه در حد فاصل بین حد پایین و حد بالا صفر قرار نمی‌گیرد، هر دو فرضیه غیرمستقیم تایید می‌شوند.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ساختاری نشانگان اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوی بیمارگونه، کنترل شناختی و سایبرکندریا در یک نمونه غیربالینی از دانشجویان انجام شد. یافته‌های این مطالعه به درک عمیق‌تر از چگونگی تعامل ویژگی‌های روان‌شناختی خاص و سازوکارهای شناختی در شکل‌گیری و تداوم سایبرکندریا کمک می‌کند. نتایج پژوهش نشان داد که بین نشانگان اختلال وسواسی-جبری و سایبرکندریا رابطه مستقیم معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های یانگ و همکاران (۲۰۲۲)، آمبروزینی و همکاران (۲۰۲۲)، ویسمارا و همکاران (۲۰۲۰)، نور و همکاران (۲۰۱۵) و احمدی و همکاران (۲۰۲۴) همسو است.

از منظر نظریه شناختی-رفتاری، این رابطه به‌واسطه افکار مزاحم درباره بیماری و سلامت که به‌عنوان محرک‌های اضطراب‌زا عمل می‌کنند، قابل تبیین است. این افکار وسواسی منجر به انجام رفتارهای اجباری مانند جست‌وجوی مکرر اطلاعات سلامت می‌شود که اگرچه به‌طور موقت اضطراب را کاهش می‌دهد، اما در بلندمدت آن را تداوم می‌بخشد (هزل و مک‌نالی، ۲۰۱۶). ویژگی‌های خاص اختلال وسواسی-جبری مانند نیاز شدید به قطعیت، ناتوانی در تحمل ابهام و جست‌وجوی مداوم اطمینان، فرد را در برابر سایبرکندریا آسیب‌پذیرتر می‌سازد (استارسوویچ و برل، ۲۰۱۳؛ فرگوس، ۲۰۱۴).

شواهد فراتحلیلی نشان داده‌اند که شدت نشانگان اختلال وسواسی-جبری با شدت سایبرکندریا رابطه بالایی دارد و این ارتباط از طریق سازه‌های شناختی مشترکی مانند حساسیت به اضطراب، اسناد فاجعه‌آمیز و باورهای مرتبط با سلامت تبیین می‌شود (هاوزر و همکاران، ۲۰۲۱؛ هاسر و همکاران، ۲۰۲۱). همپوشانی میان اختلال وسواسی-جبری و سایبرکندریا تنها بالینی نیست، بلکه از جهت نظری نیز هر دو در چارچوب چرخه‌های شناختی-رفتاری معیوب قرار می‌گیرند که رفتارهای وسواسی را از طریق کاهش موقت اضطراب

<sup>3</sup> confirmation bias

<sup>1</sup> health information processing theory

<sup>2</sup> cognitive bias

سندرم توجهی-شناختی را در این افراد تشدید می‌کند. بنابراین، فقدان کنترل شناختی مانع خروج از این چرخه معیوب می‌شود و افراد را در حلقه‌های بازگشتی از اضطراب، جست‌وجوی اطمینان و نشخوار ذهنی گرفتار می‌کند که سایبرکندریا را تداوم و تشدید می‌بخشد.

در جمع‌بندی، این پژوهش به روشن‌سازی ساختار روان‌شناختی پیچیده سایبرکندریا پرداخت و نشان داد که این پدیده چندبعدی، حاصل تعامل علائم اختلال وسواسی-جبری، کنجکاوای بیمارگونه و نقص در کنترل شناختی است. نظریه‌های شناختی-رفتاری و مدل سندرم توجهی-شناختی به‌خوبی تبیین می‌کنند که چگونه افکار مزاحم مرتبط با سلامت، رفتارهای اطمینان‌خواهی و سبک‌های پردازش ناسازگار در قالب چرخه‌ای خودتقویت‌گر عمل می‌کنند. در این میان، کنترل شناختی به‌عنوان متغیر میانجی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. ناتوانی در این مهارت شناختی، زمینه را برای درگیری بیشتر با محتوای تهدیدآمیز سلامت آنلاین و گرفتارشدن در نشخوار ذهنی و جست‌وجوی وسواسی اطلاعات فراهم می‌کند.

شایان ذکر است که این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. از جمله، طراحی مقطعی مطالعه مانع از نتیجه‌گیری علی و بررسی سیر تحول یا پایداری رفتارهای سایبرکندریا در گذر زمان می‌شود؛ بنابراین، نمی‌توان با قطعیت ادعا کرد که کنجکاوای بیمارگونه یا کنترل شناختی به‌طور علی منجر به سایبرکندریا می‌شوند. همچنین، استفاده انحصاری از ابزارهای خودگزارشی، احتمال سوگیری‌های پاسخ‌دهی مانند تمایل به پاسخ اجتماعی یا تخمین نادرست علائم روانی را افزایش می‌دهد و ممکن است دقت داده‌ها را کاهش دهد. افزون بر این، نمونه تنها دانشجویی با تنوع فرهنگی و اجتماعی محدود، قابلیت تعمیم یافته‌ها را کاهش می‌دهد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طراحی‌های طولی یا آزمایشی، ارزیابی‌های عینی مانند تحلیل رفتار آنلاین و نمونه‌هایی با تنوع جنسیتی، سنی، فرهنگی و اجتماعی بیشتر استفاده شود. چنین رویکردهایی می‌توانند اعتبار درونی و بیرونی نتایج را افزایش داده و شواهد کاربردی‌تری برای مداخله فراهم سازند. یافته‌های این پژوهش بر ضرورت طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای تقویت خودتنظیمی شناختی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه دیجیتال در جمعیت‌های آسیب‌پذیر تاکید دارند. در نهایت، این پژوهش با تمرکز بر متغیرهای شناختی و هیجانی، فهمی عمیق‌تر از بنیان‌های روان‌شناختی سایبرکندریا ارائه می‌دهد.

و همکاران، ۲۰۲۲). برای مثال، یک علامت جسمی ساده مانند سردرد یا پرش عضله ممکن است پس از جست‌وجوی اینترنتی، به‌عنوان نشانه‌ای از اختلال عصبی جدی تلقی شود. حتی زمانی که شواهد پزشکی یا اطمینان حرفه‌ای خلاف این نگرانی‌ها را نشان می‌دهند، حساسیت بالا به اضطراب و ناتوانی در مهار شناختی، مانع از ارزیابی منطقی موقعیت می‌شود. برخلاف افراد فاقد اختلال وسواسی-جبری که قادر هستند چنین نگرانی‌هایی را کنار بگذارند، مبتلایان در چرخه‌ای از ترس و رفتارهای اجباری گرفتار می‌شوند (طباطبایی و همکاران، ۲۰۲۳). این پویایی، ضرورت تقویت مهارت‌های کنترل شناختی برای شکستن این چرخه ناسازگار و کاهش سایبرکندریا را برجسته می‌سازد.

در نهایت، نتایج پژوهش نشان‌دهنده تاثیر غیرمستقیم کنجکاوای بیمارگونه بر سایبرکندریا از طریق کنترل شناختی بود. این رابطه را می‌توان با نظریه سندرم توجهی-شناختی که جزء کلیدی مدل عملکرد اجرایی خودتنظیم‌گر (S-REF)<sup>۱</sup> در اختلالات اضطرابی است، تبیین کرد (ولز و متیوز، ۱۹۹۶). این نظریه بیان می‌کند که اختلالات روان‌شناختی از الگوی خودتنظیمی معیوبی سرچشمه می‌گیرند که شامل سه مولفه است: نگرانی و نشخوار ذهنی، تمرکز توجه بر تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب و جست‌وجوی اطمینان.

افراد دارای سطح بالای کنجکاوای بیمارگونه، دچار فعال‌سازی مداوم سندرم توجهی-شناختی می‌شوند و در چرخه‌ای از توجه انتخابی به تهدیدهای سلامت، پردازش نشخواری اطلاعات و رفتارهای اطمینان‌خواهانه مانند جست‌وجوی مکرر اطلاعات سلامت گرفتار می‌شوند؛ حتی اگر بدانند این فرآیند برای آن‌ها اضطراب‌آور است. این چرخه با باورهای فراشناختی ناسازگار مانند «اگر اطلاعات سلامت نداشته باشم، ممکن است بیمار شوم» تقویت می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). ناتوانی در اعمال کنترل شناختی و ضعف در متوقف‌سازی پردازش‌های فاجعه‌پندارانه، تداوم این الگوی ناسازگار را موجب می‌شود.

این یافته با مطالعه قائمی و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند افراد با سبک‌های پردازش فراشناختی ناسازگار و کنترل شناختی پایین، قادر به تنظیم انگیزه‌های اطمینان‌خواهی خود نیستند و نسبت به محتوای تحریک‌آمیز سلامت آنلاین بسیار آسیب‌پذیر هستند، نیز همسو است. همچنین، مک‌الروی و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که الگوریتم‌های اینترنتی با برجسته‌سازی محتوای افراطی و نادر سلامت،

**فردرانی:** نویسنده مقاله بر خود لازم می‌دانند که از تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی که با همکاری‌های خود در انجام این مطالعه پژوهشگران را یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

**تعارض منافع:** در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

**حامی مالی:** این پژوهش از طرف هیچ فرد یا موسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

<sup>1</sup> Self-Regulatory Executive Function

## Reference

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491-499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Ahmadi, A., Yousofi, R., & Babaei Aghjeh Kohol, H. (2024). The mediating role of obsessive-compulsive symptoms in the relationship between self-esteem and cyberchondria among students. *Clinical Psychology*, 15(3), 27-36. <https://doi.org/10.22075/jcp.2023.31202.2684> [In Persian]
- Airoidi, S., Kolubinski, D. C., Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2022). The relative contribution of health cognitions and metacognitions about health anxiety to cyberchondria: A prospective study. *Journal of Clinical Psychology*, 78(5), 809-820. <https://doi.org/10.1002/jclp.23252>
- Ambrosini, F., Truzoli, R., Vismara, M., Vitella, D., & Biolcati, R. (2022). The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: The mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction. *Heliyon*, 8(5), e09437. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09437>
- Axelsson, E. (2018). *Severe health anxiety: Novel approaches to diagnosis and psychological treatment* [Doctoral dissertation, Karolinska Institutet, Sweden].
- Chalmeh, R., & Abdollahi, F. (2019). The mediating role of cognitive flexibility and cognitive control in the relationship between mindfulness and obsessive-compulsive symptoms in women. *Interdisciplinary Research of Women*, 2(3), 67-80. <https://search.isc.ac/dl/search/defaultta.aspx?DTC=8&DC=1313992>
- Fergus, T. A. (2014). Cyberchondria and intolerance of uncertainty: Examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(12), 772-775. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0172>
- Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.006>
- Fergus, T. A., & Russell, L. H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.009>
- Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2017). Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1322-1330.
- Gabrys, R. L., Tabri, N., & Anisman, H. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9, 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>
- Ghaemi, A., Vaghef, L., & Shalchi, B. (2024). Structural relationship between dark personality traits, morbid curiosity, and cognitive abilities with addiction vulnerability. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 13(3), e145652. <https://doi.org/10.5812/ijhrba-145652> [In Persian]
- Ghaemi, A., Vaghef, L., & Shalchi, B. (2024). Validity and reliability of Persian version of morbid curiosity scale in students. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 45(6), 485-494. <https://doi.org/10.34172/mj.2024.001> [In Persian]
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1012-1016. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
- Hasanvand Amouzadeh, M., & Souri, H. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Social Situations Assessment Questionnaire for the elderly. *Contemporary Psychology*, 18(2), 123-134. <https://doi.org/10.29252/bjcp.18.2.123> [In Persian]
- Hauser, U. J., Ruiz, J. S., & Meuret, A. E. (2021). Cyberchondria: A meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), e27835. <https://doi.org/10.2196/27835>

- Hauser, U. J., Ruiz, J. S., & Meuret, A. E. (2021). Cyberchondria: A meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), e27835. <https://doi.org/10.2196/27835>
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2016). Theory of mind impairments in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychology*, 121, 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.09.004>
- Jabarian, M., Ghoreyshi Rad, F., & Shalchi, B. (2024). The Relationship Between Internalizing Syndromes and Morbid Curiosity and Cyber Aggression in Adolescents: Cyber Aggression in Adolescents. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, 14(3), e44583. <https://doi.org/10.32598/ijmtfm.v14i03.44583> [In Persian]
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., & McKnight, P. E. (2018). The five-dimensional curiosity scale: Capturing the bandwidth of curiosity and identifying four unique subgroups of curious people. *Journal of Research in Personality*, 73, 130-149. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.11.011>
- Kidd, C., & Hayden, B. Y. (2015). The psychology and neuroscience of curiosity. *Neuron*, 88(3), 449-460. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.09.010>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>
- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: Development and validation of a short-form version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(5), 330-335. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0624>
- Mehta, S. (2023). Exploring the Relationship between Cyberchondria, Intolerance of Uncertainty, External Health Locus of Control and Defensive Pessimism among Middle-aged Adults. *Journal of Psychosocial Research*, 18(2), 195-204. <https://doi.org/10.32381/JPR.2023.18.02.5>
- Mowrer, O. H. (1947). A Two Factor Learning Theory of Anxiety and Its Role in Behavior. *Psychological Review*, 54(2), 95-113.
- Mumm, J. L. M., Pyrkosch, L., Plag, J., Nagel, P., Petzold, M. B., Bischoff, S., ... & Ströhle, A. (2019). Heart rate variability in patients with agoraphobia with or without panic disorder remains stable during CBT but increases following in-vivo exposure. *Journal of anxiety disorders*, 64, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.001>
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. G. (2012). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 189-196.
- Nadeem, F., Malik, N. I., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettorusso, M., ... & De Berardis, D. (2022). Relationship between health-anxiety and cyberchondria: Role of metacognitive beliefs. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2590. <https://doi.org/10.3390/jcm11092590>
- Nasiri, M., Mohammadkhani, S., Akbari, M., & Alilou, M. M. (2023). The structural model of cyberchondria based on personality traits, health-related metacognition, cognitive bias, and emotion dysregulation. *Frontiers in Psychiatry*, 9(13), 960055. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.960055> [In Persian]
- Norr, A. M., Allan, N. P., Boffa, J. W., & Schmidt, N. B. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale and its relationships with OCD and health anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 137-148. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008030>
- Norr, A. M., Oglesby, M. E., Raines, A. M., Macatee, R. J., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2015). Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 230(2), 441-446. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.034>
- Priemysheva, N. (2025). *Curiosity and mental health: Exploring the different faces of curiosity*. University of Hertfordshire Research Archive. <https://uhra.herts.ac.uk/id/eprint/15981/>

- Rajabi Esfahani, S., Mottaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiruddin, A., & Janbozorgi, M. (2011). Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297-303. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1453-en.html> [In Persian]
- Sarafraz, M., Pourshehbazi, M., & Afshari, M. (2020). Psychometric properties of the Cyberchondria Severity Scale in the adult Iranian population. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 12(3), 67-76. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.15028.1443> [In Persian]
- Scrivner, C. (2021). The psychology of morbid curiosity: Development and initial validation of the Morbid Curiosity Scale. *Personality and Individual Differences*, 183, 111139. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111139>
- Shadfar, Z., Rajabpour, M., & Kashfi, A. (2023). Prediction of executive functions based on metacognition in patients under maintenance treatment. *Contemporary Psychology*, 18(1), 78-87. <https://doi.org/10.29252/bjcp.18.1.78> [In Persian]
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Starcevic, V., Toh, W. L., & Noyes, R. (2020). Cyberchondria: More than a compulsive behavior? *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8>
- Tabatabaei, S. H., Jarareh, J., & Jafari, A. (2023). Cognitive emotion regulation strategies and perceived stress among Tehran citizens: The mediating role of religious orientation. *Contemporary Psychology*, 18(1), 25-37. <https://doi.org/10.29252/bjcp.18.1.25> [In Persian]
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2020). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.
- Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020). Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 99, 152167. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152167>
- Wabnegger, A., Höfler, C., Zussner, T., Freudenthaler, H. H., & Schienle, A. (2021). Enjoyment of watching pimple popping videos: An fMRI investigation. *Behavioural Brain Research*, 402, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2021.113129>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), 1-37. <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 597-605. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00076-V](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00076-V)
- Xu, R. H., & Starcevic, V. (2025). Cyberchondria in Older Adults and Its Relationship With Cognitive Fusion, Health-Related Quality of Life, and Mental Well-Being: Mediation Analysis. *JMIR aging*, 8(1), e70302. <https://doi.org/10.2196/70302>
- Yang, Y., Ta, N., & Li, Z. (2022). Investigating the obsessive and compulsive features of cyberchondria: A holistic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 897426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.897426>
- Zarei, H. (2023). *A simple guide to inferential statistics in psychology: With SPSS and AMOS software*. Arjmand Publishing. [In Persian]