



**برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية لخفض أعراض
السايبركوندريا (توهم المرض الالكتروني) واثره في تحستن جودة
الحياة لدي طلاب الجامعة**

إعداد

د.علي ثابت إبراهيم حفني

أستاذ الصحة النفسية المساعد- كلية التربية بقنا- جامعة جنوب الوادي

د.نورا تاج الدين جعفر صادق

مدرس الصحة النفسية - كلية التربية بقنا- جامعة جنوب الوادي

برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية لخفض أعراض السايبركونديريا (توهم المرض الالكتروني) واثره في تحستن جودة الحياة لدي طلاب الجامعة

د.نورا تاج الدين جعفر صادق

د.علي ثابت إبراهيم حفني

المخلص:

السايبركونديريا نمط سلوكي غير سوي من عمليات البحث المفرطة والمتكررة عن المعلومات الصحية عبر الانترنت والتي تؤدي الي القلق والتوتر لدي الفرد، ويأخذ البحث عن المعلومات الصحية الأولوية لدي الفرد علي اهتماماته وانشطته اليومية الأخرى مما يترتب عليه عواقب سلبية تؤثر علي مستويات جودة الحياة لديه □ لذلك هدفت الدراسة الحالية الي تبين فعالية برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية لخفض اعراض السايبركونديريا (توهم المرض الالكتروني) واثره في تحسين جودة الحياة لدي طلاب وطالبات الفرقة الاولي بكلية التربية بقنا □ حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٢ مشاركاً (١٤ ذكوراً، ١٨ اناثاً) من طلاب وطالبات الفرقة الاولي بكلية التربية بقنا بمتوسط عمري ١٨،٢٦ سنة وانحراف معياري ٠،٣٨ سنة □ تم تقسيمهم إلي مجموعتين احدهما تجريبية بلغ قوامها ١٦ طالبا والثانية ضابطة بلغ قوامها ١٦ طالبا □ وتم استخدام الأدوات الآتية: مقياس حدة السايبركونديريا (ترجمة/الباحث) □ مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) (اعداد/ احمد، ٢٠١٣) □ البرنامج الارشادي والذي اشتمل علي ٢١ جلسة □ وأوضحت نتائج الدراسة إلي فعالية البرنامج الارشادي القائم علي مدخل الانتقائية الفنية لخفض اعراض السايبركونديريا وتحسين جودة الحياة لدي عينة الدراسة □ وفي ضوء ذلك قدمت نتائج الدراسة عدة توصيات ومقترحات ومنها: تنظيم ندوات توعية موجهة للطلاب في المدارس والجامعات للتعريف بمشكلة السايبركونديريا ومظاهرها وأنواعها والعوامل المؤدية اليه والبرامج العلاجية المستخدمة في خفضها مما يترتب عليه تحسين مستويات جودة الحياة

الكلمات المفتاحية : الانتقائية الفنية □ السايبركونديريا □ جودة الحياة.

Abstract

Cyberchondria refers to an abnormal behavioral pattern of excessive and repeated online searches for health-related information that lead to anxiety for the individual. Searching for health information takes priority for the individual over his interests and other daily activities, which has negative consequences that affect the quality of life levels. The current study aimed at defining the effectiveness of counseling program based on Technical Eclecticism in decreasing Cyberchondria symptoms and its effect in developing Quality of Life for Qena faculty of education first year students'. Sample consisted of (32) students (14=males, 18=females), with age mean (18.26) and SD=0.38 year. Sample was divided into two groups; experimental group (n=16 students) and control group (n=16 students). The study used the following tools: Cyberchondria Severity Scale (translated by the researchers) , and Quality of Life Scale-short form (prepared by Ahmed, 2013), and the counseling program which included (21) sessions. Results indicated to the effectiveness of counseling program based on Technical Eclecticism in decreasing Cyberchondria symptoms of the study sample and increasing their Quality of life levels. So, this study suggested the necessity of organizing awareness seminars for students in schools and universities to introduce them the problem of cyberchondria, its manifestations and types, the factors leading to it, and the treatment programs used to reduce it, which will result in an improvement in the quality of life .

Key words: *Technical Eclecticism, Cyberchondria, Quality of Life.*

مقدمة:

يكاد لا يخلو منزل او مؤسسة تعليمية او خدمية او ترفيهية من توافر شبكات الانترنت وإمكانية الوصول اليها من خلال أجهزة الحاسب الالى بأنواعها المختلفة او الأجهزة اللوحية او الهواتف الذكية، مما ادي في السنوات الأخيرة الى تسريع استخدام الانترنت للوصول الي العديد من المعلومات في شتي المجالات من خلال اللجوء الي محركات البحث والمواقع الالكترونية والتي تتميز بسهولة الوصول اليها.

ووفقا لإحصائيات الانترنت العالمية، يشكل مستخدمي الانترنت في جميع انحاء العالم ما يقرب من ٨ مليار مستخدم (يناير ٢٠٢٢)، وتقع اكبر فئة من مستخدمي الانترنت في اسيا (٥٣،٤٪) ثم أوروبا (١٤،٣٪) واخيرا افريقيا (١١،٥٪)، في حين بلغت نسبة مستخدمي الانترنت في الشرق الأوسط (٣،٩٪)، وفيما يخص جمهورية مصر العربية، بلغ عدد مستخدمي الانترنت بصفة عامة ٥٤،٧٤١،٤٩٣ (٥١،٩٪)، وبلغت نسبة عدد مستخدمي الفيس بوك (٤٨،٦٪) (٣٠ ابريل ٢٠٢٢)، ويشير ذلك الي ان الانترنت اصبح وسيلة هامة في نشر العديد من الرسائل والمعلومات الي قطاع كبير من الافراد (Internet World Stats, 2022).

ونتيجة لما سبق، ومع توافر الانترنت والتقنيات الرقمية، هناك ٧٪ من عمليات البحث اليومية علي Google ارتبطت بالبحث عن المعلومات الصحية، أي بمثابة ٧٠٠٠٠٠ عملية بحث في الدقيقة (Varma et al., 2021). حيث اتجه العديد من الافراد لاستخدام المواقع الالكترونية لتعلم كيفية الحفاظ علي صحتهم والاستفسار عن التهديدات الصحية المحتملة والتشخيص الذاتي في محاولة منهم لطمأنه انفسهم، حيث توفر الالاف من مواقع الانترنت المرتبطة بالصحة والامراض عددا كبيرا من المعلومات التي تتراوح من معلومات موثقة ومدعمة بالأبحاث العلمية الي معلومات غامضة او مهددة او مبالغ فيها، ففي كثير من الأحيان يكون البحث عن المعلومات الصحية ذات فائدة وايجابيا ووقائيا كاعتماد عادات غذائية صحية، وفي أحيان اخري، يحدث إساءة لفهم الاعراض الصحية مما قد يسبب للفرد القلق بشأن حالته الصحية ويربط بين تلك الاعراض واعراض مرض خطير، مما يترتب عليه تعرضه لمشكلة

السايبيركوندريا ١ (توهم المرض الالكتروني) (Aulia et al., 2020; Bajcar and Babiak, 2020; Batigun et al., 2018).

١ سوف يعتمد الباحثان مصطلح السايبيركوندريا لاستخدامه في الدراسة بأكملها.

وتعرف السايبركونديريا بانها نمط من البحث المفرط والمنكر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، ويتميز بالخصائص الآتية: البحث قهري ويصعب مقاومته ويخدم الغرض الأساسي من البحث وهو الاطمئنان، الاطمئنان هنا لحظي وقصير الاجل وعادة ما تتفاقم مستويات القلق/ الضيق اثناء عمليات البحث ويستمر بعد ذلك، البحث عن المعلومات الصحية له الأولوية علي الاهتمامات او الأنشطة اليومية الأخرى مما يترتب عليه عواقب سلبية تؤثر علي حياة الفرد (Vismara et al., 2020). وهذا ما اوضحه Colditz et al., (2018) بان السايبركونديريا قلق صحي يتضح من خلال عمليات البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت والتي تتصف بانها: (١) متكررة او مفرطة، (٢) ترفع من مستويات الضيق والضغط النفسي، (٣) سلوك قهري يؤثر علي الحياة اليومية، (٤) يشكل طلبا او سعيا للحصول علي الطمأنينة (p.29).

وفي هذ السياق، أشار Tatli et al., (2019) بان السايبركونديريا هو ميل الافراد للبحث عن معلومات تتعلق بمشكلاتهم الصحية عبر الانترنت واللجوء الي التشخيص الذاتي. ولقد أوضح Gilber et al., (2019) ان السايبركونديريا تتكون من: (١) القهر Compulsion ويقصد بها ان عمليات البحث المفرطة عن المعلومات الصحية عبر الانترنت تعيق الفرد عن ممارسة انشطته اليومية الهامة سواء التي تحتاج الي الاتصال بالإنترنت او عدم الاتصال به، (٢) الضيق/ الضجر Distress وتشير الي التوتر والخوف الناجم عن عمليات البحث عن الاعراض الصحية المدركة لدي الفرد، (٣) الافراط Excessiveness وتشير الي عمليات البحث المتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، (٤) السعي للطمأنينة Reassurance seeking وتشير الي محاولة الفرد بث الطمأنينة في نفسه من خلال المعلومات الصحية التي حصل عليها.

ويترتب علي مواجهة الفرد للسايبركونديريا، إعطاء الأولوية والاهمية للبحث عن المعلومات الصحية بشكل مفرط عبر الانترنت دون الاهتمام بأنشطة الحياة اليومية وأهدافه وطموحاته مما يؤدي الي نظرة سلبية الي الحياة برمتها، وعدم الاستمتاع بحياته، ومن ثم تنخفض لديه جودة الحياة Quality of life والتي تعرف بانها تمتع الفرد بحياته متمثلة في عدم تمتعه بالصحة الجسمية والنفسية والاكتفاء الاقتصادي والمشاركة المجتمعية وفرصة التعبير عن ذاته وتطويرها والقدرة علي اتخاذ القرارات بنفسه (Matsumoto, 2009, pp.416-417). حيث تتكون جودة الحياة من ثلاث مكونات رئيسية هي: (١) رضا الفرد عن الحياة، (٢) اظهار مستويات مرتفعة

من الانفعالات الايجابية، (٣) اظهر مستويات منخفضة من الانفعالات السلبية (Efkliides).
& Moraitou, 2013, p.2)

ولقد أشار Starcevic et al.,(2020b) بان السايبركوندريا تؤثر علي نشاطات الفرد اليومية واهمالها مما يترتب علي ذلك عدم شعوره بالرفاهية النفسية وانخفاض مستويات جودة الحياة لديه. كما أوضحت نتائج دراسة (Rahme et al.,(2021) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين السايبركوندريا وجودة الحياة الجسمية والعقلية لدي عينة من الراشدين اللبنانيين.

ووفقا لما سبق، استدعت الضرورة تقديم برامج ارشادية لمواجهة خطر السايبركوندريا علي الافراد والمجتمعات، حيث أوضح (Menon et al.,(2020) بانه يمكن استخدام العديد من الاستراتيجيات الارشادية لخفض السايبركوندريا ما بين التثقيف النفسي التربوي من خلال تقديم معلومات وتوجيهات للأفراد ذوي السايبركوندريا، وكذلك مداخل الارشاد النفسي المتمثلة في المعرفي السلوكي وما وراء المعرفي والقبول والالتزام وإدارة الضغوط والسيكودينامي والارشاد بالقراءة. ونتيجة لهذا التعدد في الطرق الارشادية المختلفة، يمكن استخدام مدخل الانتقائية الفنية Technical Eclecticism لانتقاء واختيار افضل الفنيات/ الاستراتيجيات الارشادية التي ثبتت فعاليتها في الدراسات السابقة والاطر النظرية لمواجهة وخفض السايبركوندريا، وهذا ما أكده (Neukrug (2015a) بان الانتقائية الفنية وهي الشكل الأكثر شيوعا للارشاد النفسي التكاملي تحاول تقديم استراتيجيات وفنيات محددة سبق اثبات فعاليتها في خفض مشكلات مماثلة من خلال الدراسات والبحوث التجريبية، وبذلك تقدم للمعالج ذخيرة واسعة من الفنيات الارشادية والتي تتميز بالمرونة في التعامل مع مشكلة الفرد بشكل فعال وجيد (p.547).

وفي ضوء ما تقدم، يمكن النظر الي السايبركوندريا بانها الخطر الذي يهدد الافراد والمجتمعات لما تتضمنه من عمليات بحث متكررة ومفرطة عن المعلومات الصحية عبر الانترنت وما يصاحبها من اهمال لأنشطة الحياة اليومية الهامة الأخرى مما يؤدي في النهاية الي عدم رضا الفرد عن حياته وظهور الانفعالات السلبية واختفاء الانفعالات الإيجابية، جاءت فكرة الدراسة الحالية والمتمثلة في تقديم برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية في خفض اعراض السايبركوندريا واثره في تحسين جودة الحياة لدي طلاب الجامعة.

مشكلة الدراسة:

تتبلور مشكلة الدراسة من خلال ثلاث محاور أساسية: (المحور الأول) تباين نسب انتشار السايبركوندريا بين المراهقين والراشدين، (المحور الثاني) الآثار السلبية للسايبركوندريا، (المحور الثالث) ندرة الدراسات التي تناولت برامج ارشادية في خفض السايبركوندريا في البيئة العربية. فيما يخص المحور الاول، تباين نسب انتشار السايبركوندريا بين المراهقين والراشدين: أوضح Wijesinghe et al., (2019) بان نسبة انتشار السايبركوندريا بين المراهقين والراشدين في سيرلانكا بلغت ١٦,٣%. كما أشار Makarla et al., (2019) بان السايبركوندريا تنتشر بنسبة ٥٥,٦% في الفئة العمرية ٢٠-٥٥ سنة في الهند. وفي دراسة قام بها Tyrer et al., (2019) هدفت الي مقارنة نسب انتشار السايبركوندريا خلال اربع سنوات في الفترة من ٢٠٠٦-٢٠١٠، توصلت نتائج الدراسة الي ارتفاع نسب انتشار السايبركوندريا من ١٤,٩% في الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٨ الي ١٩,٩% في الفترة ٢٠٠٨-٢٠١٠. ولقد أوضحت نتائج دراسة Kanganolli et al., (2020) التي أجريت علي عينة قدرها ١٣٦ طالب جامعي، بان ٣٧,٥% من عينة الدراسة تواجه السايبركوندريا. وعلي عينة قدرها ٣٦ مشاركا (١٩٥ طالبا بالكليات الطبية، ١٤١ طالبا بالكليات غير الطبية)، وجدت دراسة Hullur et al., (2020) ان ٦٥,٦% من طلاب الكليات الطبية يواجهون السايبركوندريا، مقارنة بطلاب الكليات غير الطبية والتي بلغت ٥٥,٣%، وهو ما يعني ان ٦١,٣% من مجتمع الطلاب الجامعي في مارهاراشترا بالهند يواجهون السايبركوندريا. وفي البيئة العربية، بلغت نسبة انتشار السايبركوندريا بين طلاب جامعة الطائف بالمملكة العربية السعودية ١٧,١% (Turkistani et al., 2020).

اما فيما يتعلق بالمحور الثاني، الآثار السلبية للسايبركوندريا: أوضح McElory and Shevlin (2014) بان السايبركوندريا بناء متعدد الابعاد يتضمن كل من القلق والسلوك القهري، حيث يؤدي البحث المتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت الي ضياع الوقت وما يترتب عليه من اهمال او الانقطاع عن الأنشطة الحياتية الأخرى بالإضافة الي الشعور بالمزاج السلبي والضيق الناتج عن عمليات البحث. وهذا ما أكده Starcevic et al., (2020a) بان الافراد ذوي السايبركوندريا معرضون لإهمال واجباتهم وانشطتهم واولوياتهم سواء في العمل او المنزل وذلك نظرا للوقت الكبير الذي يقضيه الفرد مع الانترنت للبحث عن المعلومات الصحية.

كما أشار (Doherty-Torstrick et al., 2016) ان هناك عواقب سلبية للسايبيركوندريا تتمثل في انخفاض الرضا الوظيفي للأفراد وعدم الرضا عن نصائح الطبيب والرغبة المفرطة في الرعاية الصحية من قبل الاخرين. ومن جهة اخرى، يحصل الافراد ذوي السايبيركوندريا من خلال البحث المتكرر عن المعلومات الصحية سواء لأنفسهم او للآخرين علي قدر هائل من المعلومات التي يصعب عليهم تفسيرها بمفردهم ومن ثم فهمها والذي يؤدي بدوره الي قراءة تلك النتائج بصورة غير صحيحة مما ينجم عنه ارتفاع مستويات المخاوف والتشاؤم والقلق لديهم (Lutwak, 2017).

وترتبط السايبيركوندريا بالعديد من الاثار النفسية السلبية كتقدير الذات المنخفض والحساسية للقلق والشك وعدم التسامح والتعصب وبعض الأفكار اللاعقلانية، بالإضافة الي ان الافراد ذوي السايبيركوندريا يمثلون عبئا اقتصاديا كبيرا، حيث ينخفض لديهم مستويات أداء أعمالهم باتقان نتيجة ترك أعمالهم والاتجاه نحو الانترنت للبحث عن المعلومات الصحية (Vismara et al., 2020). وأشار (Bajcar and Babiak 2020) الي ان السايبيركوندريا ترتبط بالعصائية والخوف من المجهول والتشاؤم.

ويظهر التأثير الضار للسايبيركوندريا بشكل واسع لدي فئة المراهقين والشباب، نتيجة الشغف الكبير بالتكنولوجيا، حيث يؤدي السايبيركوندريا الي ارتفاع مستويات الضيق والتوتر مما يسبب ارتفاع ضغط الدم وتشنج العضلات، وترتفع مستويات القلق اكثر واكثر عند التعرض لحدث او موقف به تشابه في الاعراض مرتبطة بمرضى اخر او موت شخص له صلة قرابة (Sarkar 2020).

وفي هذا الصدد، أوضحت نتائج دراسة (Jungmann and Witthöft 2020) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين السايبيركوندريا وسوء التنظيم الانفعالي. كما أوضحت نتائج دراسة (Hashemi et al., 2020) بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين السايبيركوندريا والانسحاب والخوف من فيروس كورونا واستخدام الانترنت المشكل والحساسية للقلق والأفكار ما وراء المعرفية السلبية.

وفي هذا السياق، ذكر (Erdoğan and Hocaoglu 2020) بأنه ما يقرب من ٣٤,١% من الافراد ذوي السايبيركوندريا تتأثر حياتهم الاسرية والاجتماعية بالسلب من خلال عدم تلبية الاحتياجات الأساسية لحياتهم اليومية. كما أوضحت نتائج دراسة (Arsenakis et

(al., 2021) التي أجريت علي عينة قوامها ٧٤٩ مشاركا امتدت أعمارهم بين ١٨-٧٥ سنة، وجود علاقة قوية بين السايبركوندريا والاكتئاب والخوف من المجهول والوسواس القهري. واخيرا، فيما يخص المحور الثالث، ندرة الدراسات التي تناولت برامج ارشادية في خفض السايبركوندريا في البيئة العربية: بالرغم من انتشار مشكلة السايبركوندريا في البيئات العربية والأجنبية نظرا لتوفر خدمات الانترنت وسهولة الوصول اليه من خلال الأجهزة الالكترونية المختلفة مما يترتب عليه الدخول الي محركات البحث للحصول علي المعلومات الصحية بشكل متكرر ومفرط مما يؤدي الي ارتفاع مستويات القلق والتوتر لدي الفرد إلا أن هناك ندرة في دراسات وأبحاث البيئة العربية- في حدود علم الباحثان- التي تناولت ظاهرة السايبركوندريا وتقديم برامج ارشادية مناسبة للحد من انتشارها والحد من العواقب السلبية المترتبة عليها، وللتأكد من ذلك قام الباحثان بالبحث من خلال قواعد بيانات اتحاد المكتبات المصرية ودار المنظومة والمنهل وغيرها من قواعد البيانات العربية، فلم يتم الحصول علي برامج ارشادية لخفض السايبركوندريا او التقليل من الاثار السلبية المترتبة عليها.

وبناءً علي العرض السابق، نتيجة تباين نسب انتشار السايبركوندريا وما يترتب عليها من آثار سلبية متمثلة في تقدير الذات المنخفض والاكتئاب وارتفاع مستويات القلق واهمال واجباتهم وانشطتهم الحياتية، وندرة الدراسات العربية التي تناولت برامج ارشادية في خفض السايبركوندريا، مما دفع الباحثان الي اجراء دراسة ارشادية قائمة علي استخدام مدخل الانتقائية الفنية لخفض اعراض السايبركوندريا واثره في تحسين جودة الحياة لدي طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا، وبذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الآتي :

ما فعالية برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية لخفض اعراض السايبركوندريا (توهم المرض الالكتروني) واثره في تحسين جودة الحياة لدي طلاب الجامعة؟، وينبثق من هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

ما فعالية برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية في خفض اعراض السايبركوندريا لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا؟

ما فعالية برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية في تحسين جودة الحياة لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا؟

ما مدي استمرارية فعالية البرنامج الارشادي القائم علي مدخل الانتقائية الفنية في خفض اعراض السايبركوندريا لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا؟

ما مدي استمرارية فعالية البرنامج الارشادي القائم علي مدخل الانتقائية الفنية في تحسين جودة الحياة لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا؟

اهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلي:

التحقق من فعالية برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية في خفض اعراض السايبركوندريا (توهم المرض الالكتروني) لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا. التحقق من فعالية برنامج ارشادي قائم علي مدخل الانتقائية الفنية في تحسين جودة الحياة لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا.

التحقق من استمرارية فعالية البرنامج الارشادي القائم علي مدخل الانتقائية الفنية في خفض اعراض السايبركوندريا (توهم المرض الالكتروني) لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا. التحقق من استمرارية فعالية البرنامج الارشادي القائم علي مدخل الانتقائية الفنية في تحسين جودة الحياة لدي طلاب الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

القاء الضوء علي مشكلة السايبركوندريا والتي قد يترتب عليها اثارا سلبية علي حياة الفرد وانشطته اليومية نتيجة البحث المفرط والمتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت واهمال الجوانب الحياتية الأخرى، بالإضافة الي تعرضه الي مشكلات نفسية مصاحبة كالاكتئاب وسوء التنظيم الانفعالي.

تمثل تلك الدراسة تدخلاً ارشادياً لخفض السايبركوندريا لدي طلاب الجامعة، حيث أن خفض السايبركوندريا يؤدي الي اقبال الفرد علي الحياة واستمتاعه بالأنشطة الحياتية اليومية وتحديد أهدافه بشكل جيد ومن ثم يؤدي الي تحسن جودة الحياة له.

تقديم أداة لتشخيص السايبركوندريا لدي طلاب الجامعة وهو (مقياس حدة السايبركوندريا Cyberchondria Severity Scale (CSS) والذي يُعد أداة جيدة في تشخيص

السايبركوندريا لدي المراهقين والراشدين.

مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

الانتقائية الفنية Technical Eclecticism:

مدخل ارشادي نفسي لا يلتزم بنظرية ارشادية واحدة ولكنه يعمل على مزج العديد من الفنيات يتم سحبها من نظريات ارشادية متعددة (Matsumoto, 2009, p.174).

السايبركوندريا (توهم المرض الالكتروني) Cyberchondria:

بحث مفرط ومتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت مما يؤدي الي ارتفاع مستويات التوتر والقلق والضغط النفسي (McElory & Shavlin, 2014).

ويتبنى الباحثان تعريف (McElory and Shavlin (2014) تعريفا اجرائيا للسايبركوندريا في الدراسة الحالية.

جودة الحياة Quality of Life:

مدي رضا الفرد عن الحياة والتي تتضمن الرفاهية النفسية والمادية والجسمية والانخراط في العلاقات الشخصية وفرص التطوير الشخصي (اكتساب المهارات) وممارسة الحقوق واتخاذ القرارات المصيرية بنفسه والمشاركة المجتمعية (احمد، ٢٠١٣، ص٢).

ويتبنى الباحثان تعريف (احمد، ٢٠١٣) تعريفا اجرائيا لجودة الحياة في الدراسة الحالية.

الاطار النظري ودراسات سابقة:

اولا: الانتقائية الفنية Technical Eclecticism:

تعد الانتقائية Eclecticism او التكاملية Integration الان التوجه النظري الأكثر شيوعا بين المرشدين والمعالجين النفسيين في العديد من دول العالم، ففي منتصف القرن العشرين، كانت هناك ثلاث نظريات للارشاد والارشاد النفسي وتميزت بعدم توافقها كثيرا مع بعضها البعض: التحليل النفسي والسلوكية والإنسانية. ثم بدء المرشدين النفسيين خلال النصف الثاني من القرن العشرين العمل على الجمع بين استراتيجيات وفنيات ارشادية من نظريات متنوعة بطريقة انتقائية، والتي واجهت نقدا في البداية بسبب افتقارها الي نظرية أساسية وغياب التوجهات الرئيسة لمساعدة المرشدين النفسيين في اتخاذ قراراتهم. ونتيجة لذلك، تم تطوير نماذج اكثر دقة من الارشاد النفسي التكاملية، وتم ادراجها في اربع مداخل عامة للتكامل ضمت: (١) العوامل المشتركة Common Factors، (٢) التكامل النظري Theoretical Integration، (٣) التكامل الاستيعابي Assimilative Integration، (٣) الانتقائية الفنية Technical Eclecticism (Leong et al., 2008, p.647).

تم تصميم الانتقائية الفنية لتحسين قدرة المعالج والمرشد النفسي على اختيار افضل أسلوب ارشادي للفرد ولمشكلته، حيث يعتمد هذا المدخل على نتائج البحوث التجريبية والتي اثبتت

فعالية الاستراتيجيات والفنيات الارشادية المختلفة في مواجهة مشكلة الفرد، ولذلك من اهم مميزات الانتقائية الفنية هي انها تعمل علي استخدام فنيات واستراتيجيات متنوعة بغض النظر عن اختلافاتها النظرية (Neukrug, 2015a, p.547).

١- تعريف الانتقائية الفنية:

عرفتها الرابطة الامريكية للإرشاد النفسي بانها اختيار العديد من الفنيات الارشادية من النظريات الارشادية المختلفة ودمجها معا لمواجهة مشكلة العميل (American Counseling Association, 2015, p.170). كما عرفها (Neukrug (2015b) بانها اختيار وانتقاء فنيات ارشادية محددة من نظريات ارشادية مختلفة لتعمل معا في حل مشكلة ما يعاني منها الفرد (p.679). كما عرفها (Rosenthal (2017) بانها سحب بعض الفنيات الارشادية من نماذج ونظريات ارشادية متعددة دون الاعتماد علي نظرية واحدة (p.143).

٢- أسس الانتقائية الفنية:

أوضح (Strieker and Gold (2006) بان الانتقائية الفنية تتضمن مجموعة من الأسس وهي: (١) التعرف علي معتقدات العميل افضل من التركيز علي السلوك لان السلوك نتيجة لتلك المعتقدات، (٢) الكشف عن الصفات الشخصية للعميل وأبعاد مشكلته حتي يمكن استخدام الفنيات المناسبة اللازمة لمواجهة المشكلة، (٣) بالإضافة الي ما سبق، التركيز علي استخدام مبادئ تعديل السلوك الانساني (p.30).

٣- اهداف الانتقائية الفنية:

اشار (Corey (2008) أن الهدف من الانتقائية الفنية هو رفع كفاءة وفعالية وقابلية تطبيق الارشاد النفسي (p.449). كما أنها تهدف الي مواجهة الاضطرابات والمشكلات لدي العميل وتحقيق مستويات مرتفعة من السعادة والإنجاز لديه والاستفادة من قدراته الشخصية (Sharf, (2011, p.456). كما تهدف إلي تكامل شخصية العميل من خلال التعرف علي جميع جوانبها الداخلية والخارجية ، بالإضافة إلي مرونتها مما تساعد في تغيير السلوك الانساني الناتج عن التفاعلات الاجتماعية المعقدة (O'Brien, & Houston ,2007, p.67-68). وذكر (Leong et al., (2008) بأن هدف الانتقائية هو تحسين كل من التفاؤل ومهارات التفاعل والتعامل مع الآخرين لدي العميل ورفع مستويات تقبله للتغيير الايجابي (p.481).

٤- نماذج الانتقائية الفنية:

ذكر (Leong et al., 2008) بان هناك نموذجان للانتقائية الفنية هما:

١- نموذج ارنولد لازورس متعدد الابعاد Multimodal Approach:

تم وضع هذا النموذج من قبل Arnold Lazarus في عام ١٩٨١م، حيث يعمل هذا النموذج الارشادي علي تقييم سبع ابعاد مختلفة وهي: السلوك Behavior، والوجدان Affect، والإحساس Sensation، والتخيل Imagery، والمعرفة Cognition، والعلاقات الشخصية Interpersonal relationships، العقاقير/البيولوجي Drugs/Biology، وبهذا يعمل النموذج بشكل مستمر علي تكييف الارشاد حسب الاحتياجات الخاصة بكل عميل (p.648).

ب-نموذج لاري بيوتلر للعلاج النفسي الانتقائي النظامي Systematic Selection: (تم تبني هذا النموذج في الدراسة الحالية)

تم وضع هذا النموذج من قبل Larry Beutler and Amy Hodgson في عام ١٩٩٣م، حيث يتم من خلال هذا النموذج اختيار وانتقاء الفنيات الارشادية وفقا لنتائج البحوث والدراسات السابقة التجريبية والكلينيكية وكذلك الأطر النظرية حتي يتم الاستفادة من تلك الفنيات في تعديل السلوك والتفكير غير المقبول لدي الفرد وكذلك التخلص من الانفعالات السلبية التي يمر بها، وبذلك يعطي هذا النموذج المرشد النفسي حرية الاختيار من بين الفنيات الارشادية المتعلقة باي نظرية ارشادية من اجل تعديل الأفكار والسلوكيات غير المقبولة (p.648).

٥- بعض الفنيات المنتقاة في الدراسة الحالية:

١- التعليمات الذاتية Self -Instructional: يقصد بها توجيه الفرد حديثه إلي ذاته وذلك بهدف توجيه سلوكياته مما يؤدي إلي تنمية الضبط والتحكم الذاتي في سلوكياته وافكاره (Dattilio, & Freeman, 2007, p.190). ويتم تنفيذ تلك الفنية من خلال مجموعة من الخطوات: (١) يقوم المعالج بأداء السلوك المرغوب بصوت عال، في حين ان العميل يلاحظ ذلك، (٢) يؤدي العميل السلوك المرغوب، ويقدم له المعالج توجيهات لفظية، (٣) يقوم العميل بالسلوك المرغوب فيه ويقدم لذاته توجيهات لفظية بصوت عال، (٤) يقوم العميل بالسلوك المرغوب فيه ويقدم لذاته توجيهات لفظية بصوت منخفض، (٥) يقوم العميل بالسلوك المرغوب فيه بدون أي صوت (Dobson, 2010, pp.15-16).

ب- إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring: تمثل تلك الفنية الأسلوب المعرفي الأساسي المستخدم في برامج الارشاد المعرفي السلوكي لمواجهة مجموعة كبيرة من المشكلات الانفعالية والسلوكية للأفراد، حيث تعمل تلك الفنية علي تغيير الأفكار السلبية وتحويلها الي

أفكار ومعتقدات إيجابية، ويتم ذلك من خلال ثلاث مراحل: (١) تحديد الأفكار والمعتقدات الحالية والانفعالات السلبية والسلوكيات غير السوية المترتبة علي تلك الافكار، (٢) مواجهة تلك المعتقدات السلبية، (٣) توليد أفكار ومعتقدات بديلة إيجابية تساعد الافراد علي التعامل مع المشكلة بشكل افضل (Satterfield, 2020, p.46).

ج- حل المشكلات Problem Solving: يتم من خلال تلك الفنية تدريب الافراد علي كيفية مواجهة او التعامل مع المواقف العصيبة باستخدام خطوات محددة لحل المشكلات والتي تتضمن تحديد المشكلة، ووضع حلول متعددة للمشكلة، وتحديد إيجابيات وسلبيات كل حل، واختيار الحل وتنفيذه، ثم أخيرا مراجعة وتقييم النتائج (Albin & Bailey, 2021, p.86).

د- الاسترخاء Relaxation: تتضمن هذه الفنية تدريب الراشدين والبالغين علي أسلوب تهدئة ذواتهم، حيث وجد تدريب الاسترخاء في العديد من برامج الارشاد المعرفي السلوكي ويختلف في النوع والتركيز، ابسط اشكاله هو التنفس من البطن Diaphragmatic Breathy والذي يمثل شكل من اشكال التنفس العميق، حيث يعمل علي تقليص الحجاب الحاجز اثناء التنفس مما يؤدي الي تنشيط استجابة الجسم للاسترخاء، من خلال تدريب الفرد علي (١) الشهيق ببطء من خلال الانف والزفير من خلال الفم، (٢) ملء الرئتان بالهواء بالكامل، مما يؤدي الي خفض معدلات ضربات القلب وضغط الدم. ويمثل الشكل الاخر، الاسترخاء العضلي Muscle Relax، تعتمد تلك الطريقة علي الضغط/الشد لمجموعة عضلية واحدة ثم تحرير التوتر من المجموعة العضلية ذاتها، يتم اتباع نفس التسلسل لكل مجموعة عضلية علي حدة (توتر ثم استرخاء) بدءا من أصابع القدم صعودا الي عضلات الوجه، حيث يستمر الشد لمدة ١٠-١٥ ثانية ثم يهدئ لمدة ١٠-١٥ ثانية، وكلما ارتفعت مستويات شد الفرد لعضلاته اثناء فترة التوتر، ارتفعت مستويات استرخاؤه خلال فترة الاسترخاء (Friedberg & Nakamura, 2020, pp.35-37).

هـ- الواجب المنزلي Homework: تهدف تلك الفنية الي تقييم مدي تقدم العميل في العملية الارشادية، كذلك مدي فهمه واستيعابه لما تم تقديمه من معلومات ومهارات اثناء الجلسات الارشادية، حيث يقوم الفرد من خلال تلك الفنية الي نقل ما تعلمه من خبرات ومهارات اثناء الجلسات الي عالمه الحقيقي والواقعي خارج الجلسات، بمعنى اخر فهو يوفر فرصة للعملاء لوضع المفاهيم المجردة موضع التنفيذ كما انه يساعد في الوقاية من الانتكاسات (Sokol & Fox, 2019, p.43).

و- التثقيف النفسي Psychoeducation: تهدف تلك الفنية الي تقديم معلومات جديدة عن اعراض وتشخيص وعلاج المشكلة، حيث ان توفير مثل تلك المعلومات يساعد الافراد علي فهم ما يمرون به بشكل افضل وغرس الامل لديهم فيما يتعلق بعلاج المشكلة (Friedberg & Nakamura, 2020, p.7).

ز- التعرض Exposure: أسلوب سلوكي يستخدم مع الافراد الذين يواجهون القلق، فالهدف من تلك الفنية هو تدريب الافراد علي الاقتراب او التعامل مع المثير المخيف، يتم تطبيق تلك الفنية من خلال اربع مراحل: (١) التهيئة النفسية، حيث يتم تزويد الفرد بالأساس المنطقي للتعرض للمثير المخيف، (٢) التسلسل الهرمي، من خلال انشاء قائمة من المثيرات المخيفة، (٣) التعرض التدريجي والمتكرر للمثيرات المخيفة يتبعها تهدئة الفرد بعد كل مهمة تعريض، (٤) التعميم من خلال التطبيق في سياقات مختلفة وظروف متنوعة. وبذلك من خلال تلك الفنية المتكررة ومن خلال مواجهة المثير المخيف، يتم إطفاء المشاعر السلبية المرتبطة بهذا المثير في النهاية، مما يجعل الفرد يعتاد علي المثير المخيف مع اختفاء القلق بمرور الوقت، ويمكن اجراء التعرض بشكل تخيلي (كتخيل الفرد للموقف المخيف) ، او لعب الادوار (محاكاة بهدف تقريب الموقف المخيف) ، التعرض الحي (التعرض لمثير مخيف حقيقي) (Garner et al., 2021, p.275).

ح- فنية ABCDE: من اكثر الفنيات فعالية في الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والتي تسهم بشكل كبير في مواجهة المشكلات الانفعالية والسلوكية، حيث يتم من خلال هذه الفنية التعرف علي الحدث النشط ونتائجه وتحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بذلك الحدث، ومن ثم توفير وسائل وأساليب اخري لاستبدال المعتقدات اللاعقلانية باخري اكثر عقلانية من خلال الدحض وتشكيل معتقدات جديدة فعالة، وتنفذ تلك الفنية كالاتي: A (الحدث النشط) من خلاله يصف الفرد بأكبر قدر من الموضوعية الحدث او الظرف الذي يشكل انفعالاته و/او السلوك غير السوي، C (النتائج: الانفعال و/او السلوك) وصف الفرد للانفعالات السلبية التي يرغب في تغييرها، B (المعتقدات) تحديد اكبر عدد ممكن من المعتقدات اللاعقلانية والمرتبطة بالحدث النشط A وينتج عنها C، D (الدحض والتقني) دحض وتقني المعتقدات اللاعقلانية من خلال الجدل الواقعي والمنطقي، E (أفكار فعالة جديدة) تقديم معتقدات عقلانية وسوية وواقعية وعملية تحل محل المعتقدات اللاعقلانية السابقة والتي يتم تقديمها بشكل متكرر ومنتظم (Ellis, 2021, pp.455-456).

ط- إزالة الاندماج المعرفي Cognitive Defusion: تهدف تلك الفنية الي الاستجابة لافكار الفرد كما لو كانت صحيحة واختيار سلوك مضاد لمواجهة تلك الأفكار، ويتم ذلك من خلال الطلب من العميل ذكر الفكرة مرارا وتكرارا حتي تفقد معناها (Lee et al., 2021, p.572).

ي- القبول Acceptance: تشير تلك الفنية الي الاستجابة للانفعالات غير المرغوب فيها من خلال تجربتها بدلا من محاولة السيطرة عليها او تجنبها، وذلك من خلال السماح للأفكار والمشاعر الداخلية ان تنشأ وتظهر بشكل طبيعي (Lee et al., 2021, p.573).

ك- القيم Values: هي صفات يحددها الفرد في حياته وتكون لها مغزي ومعني وتدفع الفرد الي القيام بسلوكيات مرغوبة فيها لتحقيق تلك الصفات، وبذلك تهدف القيم الي دفع الفرد للقيام بأشياء هامة في حياته اليومية (Lee et al., 2021, p.574).

ل- الفعل الالزامي Committed Action: يشير الي اختيار الفرد للسلوك الذي يعكس قيمه الهادفة، كتحديد الأهداف ومراقبة الفرد لذاته في التقدم في جوانب حياته المختلفة والهامة (Lee et al., 2021, p.574).

ثانيا: السايبركوندريا (توهم المرض الالكتروني) Cyberchondria:

١- نشأة وتطور مصطلح السايبركوندريا:

تم اطلاق هذا المصطلح في البداية من خلال وسائل الاعلام المحلية بالمملكة المتحدة، حيث ذكر مصطلح Cyberchondria لأول مرة في مقال اخباري عام ١٩٩٦م، وعلي مدار السنوات القليلة التالية، حظي هذا المصطلح باهتمام متزايد في عدد من الصحف البريطانية، وفي مقال نشر عام ٢٠٠٠م في صحيفة صنداي تايمز اشارت الي مصطلح توهم المرض الالكتروني بانه اعتقاد مغلل بانك تعاني من جميع الامراض المذكورة علي صفحات الانترنت، وفي عام ٢٠٠١م نشرت كل من الاندبندنت و بي بي سي موضوعات علي توهم المرض الالكتروني، حيث وصفته بانه الاستخدام المفرط لمواقع الصحة عبر الانترنت مما يؤدي الي ارتفاع مستويات القلق والتوتر. ولم يستغرق الامر وقتا طويلا حتي تم ادراج المصطلح في معجم الطب النفسي، وتم نشر ورقة علمية عنه في المجلة البريطانية للطب النفسي، ومن ذلك الوقت ظهرت العديد من المقالات الاكاديمية لاستكشاف تلك الظاهرة بعمق اكبر (Loos, 2013).

اشترك مصطلح Cyberchondria من الكلمتين Cyber وتعني الالكتروني و Hypochondriasis وتعني توهم المرض، وبذلك تشير Cyberchondria الي وجود شكل

من اشكال توهم المرض المرتبط باستخدام الانترنت، ولذلك يمكن اعتبار السايبركوندريا نسخة رقمية من توهم المرض (Korucu et al., 2018, p.212).

٢- تعريف السايبركوندريا:

تشير السايبركوندريا الي عمليات البحث المفرطة والمتكررة عن المعلومات المرتبطة بالصحة عبر الانترنت والتي ترتبط بمستويات مرتفعة من القلق الصحي (Starcevic, 2017). وذكر (McMullan et al., 2018) بان السايبركوندريا نمط سلوكي غير سوي من عمليات البحث المفرطة والمتكررة عن المعلومات الصحية عبر الانترنت والتي تؤدي الي القلق والتوتر لدي الفرد. كما أوضح (Vismara et al., 2020) بان السايبركوندريا سلوك يتميز بالبحث المفرط عن المعلومات الصحية والطبية عبر الانترنت نتيجة ارتفاع مستويات القلق عن الصحة لدي الفرد. كما عرفه (Arsenakis et al., 2021) سلوك غير سوي يتمثل في البحث المفرط والمتكرر عبر الانترنت عن المعلومات الصحية ويرتبط ذلك بالقلق الصحي واعراض الوسواس القهري والخوف من المجهول. ولقد أشار (Stewart et al., 2021) بان السايبركوندريا تمثل البحث المفرط وغير المتحكم فيه عن المعلومات الصحية من خلال محركات بحث الانترنت مما يسبب الضيق او القلق واستمراره لدي الفرد. وعرفه (Honora et al., 2022) بانه شعور الفرد بالقلق المفرط بشأن حالته الصحية مما يدفعه الي البحث المفرط عن المعلومات الطبية والصحية عبر الانترنت.

٣- ابعاد السايبركوندريا:

أوضح كل من (McElory and Shevlin (2014) ؛ Gilber et al., (2019) ان السايبركوندريا تتكون من خمس ابعاد رئيسة هي: (١) القهر Compulsion ويقصد بها ان عمليات البحث المفرطة عن المعلومات الصحية عبر الانترنت تعيق الفرد عن ممارسة انشطته اليومية الهامة سواء التي تحتاج الي الاتصال بالإنترنت او عدم الاتصال به، (٢) الضيق/الضجر Distress وتشير الي التوتر والخوف الناجم عن عمليات البحث عن الاعراض الصحية المدركة لدي الفرد، (٣) الافراط Excessiveness وتشير الي عمليات البحث المتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، (٤) السعي للطمأنينة Reassurance seeking وتشير الي محاولة الفرد بث الطمأنينة في نفسه من خلال المعلومات الصحية التي حصل عليها، (٥) عدم الثقة في المتخصصين الطبيين Mistrust of medical professional وتشير

الي ثقة الفرد في المعلومات الصحية التي حصل عليها من خلال المواقع الالكترونية اكثر من ثقته في طبيبه المختص.

كما ذكر (Newby and McElory (2020 ان السايبركونديريا تتضمن مكونان رئيسان هما انفعالي وسلوكي، حيث يشمل المكون السلوكي عمليات البحث المفرطة والمتكررة عن المعلومات الصحية عبر الانترنت من اجل السعي للحصول علي الاطمئنان، حيث يسلك الفرد هذا السلوك كمحاولة منه في تقليل التوتر او للحد من مخاوفه تجاه الاضطرابات الصحية التي يعاني منها او عدم معرفته بالأعراض الجسمية الغامضة، فقد تعمل عمليات البحث علي التخفيف من حدة القلق مؤقتا، ولكن يظل الفرد محتفظا بهذا القلق علي المدى البعيد والذي يظهر في انشغال الفرد بالمخاوف الصحية وشكوكه حول مرض خطير، مما يدفع الفرد الي مزيد من البحث عبر الانترنت وترتفع معه مستويات الضيق والتوتر والقلق، اما المكون الانفعالي يتمثل في الضيق والقلق او الكدر الناتج عن عمليات البحث او عدم قدرته علي التحكم في سلوك البحث المستمر.

ويؤكد ما سبق، ما ذكره Starcevic et al.,(2020a) بان السايبركونديريا تتضمن ما يلي:
(١) نمط مفرط من البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، (٢) يتصف البحث عن المعلومات الصحية بأنه قهري ويصعب مقاومته ويخدم غرض التماس الطمأنينة، (٣) اطمئنان قصير الأمد وذلك بسبب ارتفاع مستويات القلق وتصاعده واستمراره نتيجة البحث المتكرر وكثرة المعلومات، (٤) إعطاء الأولوية لعمليات البحث عن المعلومات الصحية مع تجاهل الأنشطة الهامة الأخرى وما يترتب علي ذلك من عواقب وخيمة.

٤ - العوامل المؤدية الي السايبركونديريا:

أوضح (Starcevic and Aboujaoude (2015 بان السايبركونديريا ترتبط باستخدام الهواتف الذكية لفترات طويلة، وصعوبة التمييز بين المصادر الموثوقة وغير الموثوقة للمعلومات الصحية عبر الانترنت، وهذا يعتمد علي مستوي تعليم الفرد وقدرته علي معالجة المعلومات وضعف معرفته التكنولوجية. كما أشار كل من (Singh et al.,(2016 ؛ (Fergus and Spada (2017 الي ان ادمان الانترنت او استخدام الانترنت المشكل (PIU) Problematic Internet Use الي ارتفاع مستويات السايبركونديريا، حيث يؤدي الانشغال بالإنترنت وعدم القدرة علي التحكم في استخدامه والانخراط في عمليات البحث عبر الانترنت الي التعرض للسايبركونديريا.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Kanganolli and Praveen, 2020) والتي هدفت الي التعرف علي نسب انتشار السايبركوندريا والعوامل المؤدية اليها لدي طلاب الجامعة، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٣٦ مشاركا (٨٢ ذكور، ٥٤ اناث) (م متوسط عمري = ١٨،٩٥ سنة، ع = ٠،٦٩ سنة)، واستخدمت الدراسة استبيان السايبركوندريا (Questionnaire(Kanganolli & Praveen, 2020) ، وتوصلت نتائج الدراسة الي انه من بين العوامل المؤدية للسايبركوندريا: ارتفاع المستوي الاجتماعي والاقتصادي للفرد واستخدام الانترنت لأكثر من ساعة في الليلة الواحدة واقل من او يساوي ٦ ساعات يوميا ولمدة ٥ سنوات. وكذلك نتائج دراسة (Köse and Murat, 2021) التي هدفت الي التعرف علي العلاقة بين ادمان الهواتف الذكية والسايبركوندريا لدي المراهقين، حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٨٤ مشاركا، واستخدمت الدراسة مقياس حدة السايبركوندريا (Cyberchondria Severity Scale (McElory & Shavlin, 2014)، مقياس ادمان الهواتف الذكية (Smart phone addiction Scale (Kwon et al., 2013) ، واستمارة البيانات الشخصية (Personal information form) ، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان ٩٧،٩٪ من افراد العينة يقوموا بالولوج الي الانترنت من خلال هواتفهم الذكية، ٣٩،٣٪ يقضون ٣-٤ ساعات لتصفح الانترنت في اليوم الواحد، ٦١،٧٪ يتفحصوا هواتفهم الذكية بمجرد استيقاظهم في الصباح، ٧٥،٣٪ قبل الذهاب للنوم في المساء، ونتيجة لكل ذلك والاستخدام المفرط لهواتفهم الذكية ارتفعت لديهم مستويات السايبركوندريا، حيث وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين ادمان الهاتف الذكي والسايبركوندريا ($r=0.599, p<0.001$).

وفي اثناء جائحة كوفيد-١٩، أجريت دراسة (Peng et al., 2021) للتعرف علي العوامل المؤدية الي السايبركوندريا بمدينة نانينانج الصينية، وتكونت عينة الدراسة من ٦٧٤ مشاركا (٢٩٤ ذكور، ٣٨٠ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٦-٧٠ سنة، واستخدمت الدراسة قائمة القلق الصحي المختصر (Short Health Anxiety Inventory (Bailey & Wells, 2015)، وتوصلت نتائج الدراسة الي انه من العوامل المؤدية الي السايبركوندريا القلق الصحي واستخدام محركات البحث العامة عبر الانترنت والبحث عن المعلومات المرتبطة بكيفية تشخيص فيروس كوفيد-١٩.

كما ذكر (Norr et al., 2015) بان اعراض الوسواس القهري وعلي الأخص الخوف من التلوث والغسيل المتكرر ترتبط بالسايبركوندريا. ولقد أوضح (Maffei and Holman, 2020)

بان انعدام الشعور بالأمن والقلق لدي الفرد بشأن المرض والتعب يدفعه نحو التحقق الاجباري من خلال المعلومات الصحية المنتشرة عبر الانترنت مما يصعد لديه مستويات القلق وهو ما يؤدي في النهاية الي تشكيل حلقة كبيرة من السايبركوندريا يصعب ايقافها.

وهذا ما اشارت اليه نتائج دراسة (Fergus and Spada, 2018) التي هدفت الي التعرف علي العلاقة بين معتقدات ما وراء المعرفة السلبية والروتين والسايبركوندريا، حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٣١ مشاركا (١٥٤ ذكور، ١٧٧ اناث) امتدت أعمارهم بين ٢٢-٧٤ سنة، واستخدمت الدراسة مقياس حدة السايبركوندريا Cyberchondria Severity Scale-15 (Barke et al., 2016) items، قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية- العصابية Big Five Inventory-Neuroticism (Soto & John, 2017)، قائمة معتقدات الروتين Beliefs about Rituals Inventory (McNicol & Wells, 2012)، واستبيان ما وراء المعرفة-القلق الصحي (Bailey Metacognitions Questionnaire- Health Anxiety (Bailey & Wells, 2015)، وأوضحت نتائج الدراسة الي ان عوامل ما وراء المعرفة السلبية (كالتفكير في التعرض للخطر) ومعتقدات الروتين (الوسواس القهري) تؤدي الي ارتفاع مستويات السايبركوندريا.

ومن خلال عينة مكونة من ٢٠٧ مشاركا (٨٥ ذكور، ١٢٢ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٩-٦٤ سنة، اجريت دراسة (Bajcar and Babiak, 2021) للتعرف علي دور القلق الصحي والوسواس القهري كمتغيران وسيطان في العلاقة بين تقدير الذات والسايبركوندريا، واستخدمت الدراسة مقياس روزنبرج لتقدير الذات The Rosenberg self-esteem scale (Rosenberg, 1965)، ومقياس حدة السايبركوندريا Cyberchondria Severity Scale (McElory & Shavlin, 2014)، والقائمة المختصرة لقلق الصحة The Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis et al., 2002)، ومقياس اعراض الوسواس القهري The Obsessive-Compulsive Symptoms Scale (Abromowitz et al., 2010)، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان تقدير الذات المنخفض والقلق الصحي والوسواس القهري من العوامل المنبئة للسايبركوندريا.

٥- تشخيص السايبركوندريا:

لم يتم تضمين السايبركوندريا حتي الان كتشخيص متميز في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية-الطبعة الخامسة- DSM-5 (McMullan et al., 2019). ولقد تم

استبدال تشخيص الهيبوكوندريا (توهم المرض) Hypochondria بتشخيصين اخرين وهما اضطراب الاعراض الجسدية Somatic Symptoms Disorder واضطراب القلق المرضي Illness anxiety Disorder ، في الادبيات النظرية الحالية تم استخدام مصطلح سايبيركوندريا Cyberchondria للإشارة الي نسخة حديثة من توهم المرض، حيث تضمنت مكوناتها القلق الصحي المتزايد والبحث المتكرر عبر الانترنت عن المعلومات الصحية (Berle, 2015).

وسرعان ما اصبح السايبركوندريا موضع اهتمام الباحثين والكلينيكين، لكن تمت إعاقة العديد من الدراسات بسبب الأدوات المستخدمة في تقييم وتشخيص السايبركوندريا، تغير ذلك في عام ٢٠١٤ عندما تم وضع مقياس حدة السايبركوندريا Cyberchondria Severity Scale من قبل McElory and Shavlin، ثم شهدت السنوات اللاحقة ازدهارا في دراسات السايبركوندريا جنبا الي جنب مع الجهود المبذولة لتحسين الأداة الاصلية وتقديم أدوات تشخيصية اخري (Starcevic et al., 2020b).

حيث هدفت دراسة (McElory and Shavlin 2014) الي وضع مقياس لتشخيص حدة السايبركوندريا والتحقق من كفاءته السيكمترية لدي عينة من المراهقين والراشدين، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٨ مشاركا (٧٥ ذكور، ١٣٣ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٨-٦٠ سنة، وتكون المقياس في البداية من ٤٣ مفردة موزعة علي اربع ابعاد رئيسة هي القهر والضيق/الضجر و الافراط والسعي للطمأنينة وعدم الثقة في المتخصصين الطبيين، واستخدمت الدراسة النسخة المختصرة لمقياس الضغط والقلق والاكتئاب The Short form Depression, Anxiety and Stress (Henry & Crawford, 2005) ، وتم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والذي ساعد في حذف ١٠ مفردات، بالإضافة الي الصدق التقاربي والاتساق الداخلي، وأشارت نتائج الدراسة الي ان مقياس حدة السايبركوندريا والمكون من ٣٣ مفردة يتمتع بخصائص سيكمترية جيدة واتساق داخلي مرتفع وصدق تقاربي جيد، ولذلك فان المقياس أداة مفيدة للأنشطة البحثية المستقبلية المرتبطة بالسايبركوندريا.

وعلي الرغم من تطوير العديد من مقاييس السايبركوندريا، الا انه تم استخدام مقياس حدة السايبركوندريا (McElory and Shavlin 2014) في العديد من الدراسات لأنه يعتمد علي اطار نظري قوي مع وجود الموثوقية فيه وصلاحيته التي تطورت من جيد جدا الي ممتاز،

ونتيجة لذلك تم ترجمته الي عدة لغات (Vismara et al., Starcevic et al., 2020b) (2020).

ففي البيئة الالمانية، أجريت دراسة (Barke et al., 2016) الي التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس حدة السايبركوندريا (McElory and Shavlin 2014) في البيئة الالمانية، حيث تكونت عينة الدراسة من ٥٠٠ مشاركا (١٣٢ ذكور، ٣٦٨ اناث) (م متوسط عمري = ٢٩،١٠ سنة، ع = ١٠،٤ سنة)، واستخدمت الدراسة مقياس حدة السايبركوندريا (Cyberchondria Severity Scale) (McElory & Shavlin, 2014)، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان قيم الفا كرونباخ بلغت ٠،٩٣، ومعامل ثبات التجزئة النصفية ٠،٩٥، ومؤشرات جيدة للتحليل العاملي التوكيدي، مما يدل علي جودة مقياس حدة السايبركوندريا في الكشف عن السايبركوندريا في البيئة الالمانية.

وفي البيئة التركية، هدفت دراسة (Uzun and Zencir 2021) الي التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس حدة السايبركوندريا (McElory and Shavlin 2014) في البيئة التركية، حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٣٥ مشاركا (٢١٦ ذكور، ١١٩ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٩-٦٤ سنة، واستخدمت الدراسة مقياس حدة السايبركوندريا (Cyberchondria Severity Scale) (McElory & Shavlin, 2014)، والنسخة المختصرة لمقياس الضغط والقلق والاكنتاب (Henry & Crawford, 2005) The Short form Depression, Anxiety and Stress، وللتحقق من الكفاءة السيكومترية اعتمدت الدراسة علي صدق التحليل العاملي التوكيدي وطريقتي الفا كرونباخ وإعادة الاختبار للتحقق من الثبات، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان قيم الفا كرونباخ بلغت ٠،٨٩، وامتدت قيم ثبات إعادة الاختبار بين ٠،٥٣ - ٠،٧١، وبلغ معامل الارتباط بين مقياس حدة السايبركوندريا والنسخة المختصرة لمقياس الضغط والقلق والاكنتاب ٠،٣٣، ومؤشرات جيدة للتحليل العاملي التوكيدي، مما يدل علي فعالية مقياس حدة السايبركوندريا في الكشف عن السايبركوندريا في البيئة التركية.

ولقد وضعت مقاييس اخري لتشخيص السايبركوندريا، منها دراسة (Durak-Batigun et al., 2018) والتي هدفت الي التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس السايبركوندريا لدي المراهقين والراشدين، وتكونت عينة الدراسة من ٦١٠ مشاركا (٢٦٦ ذكور، ٣٤٤ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٨-٦٥ سنة، واستخدمت الدراسة قائمة القلق الصحي المختصر Short Health Anxiety Inventory (Bailey & Wells, 2015)، وتوصلت نتائج الدراسة الي

ان التحليل العاملي الاستكشافي انتج خمس عوامل أساسية للسايبيركوندريا: ارتفاع مؤشرات القلق والسلوك القهري/توهم المرض وانخفاض مؤشرات القلق وتفاعل المريض مع الطبيب وسوء استخدام الانترنت، كما اظهر التحليل العاملي التوكيدي قيمة مقبولة وجيدة للأبعاد.

كما هدفت دراسة (Jokić-Begić et al., 2019) الي التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس السايبيركوندريا المختصر، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٥١٣ مشاركا (٣٦٣ ذكور، ١١٥٠ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٨-٧٣ سنة، وتكون المقياس المعد في الدراسة من ٣٣ مفردة يتم الإجابة عليه من خلال ٥ بدائل، واستخدمت الدراسة صدق التحليل العاملي التوكيدي والصدق التقاربي بالإضافة الي استخدام معامل اوميغا للتأكد من ثبات المقياس، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان المقياس يتمتع بكفاءة سيكومترية جيدة ويمكن استخدامه للكشف عن السايبيركوندريا. ٢

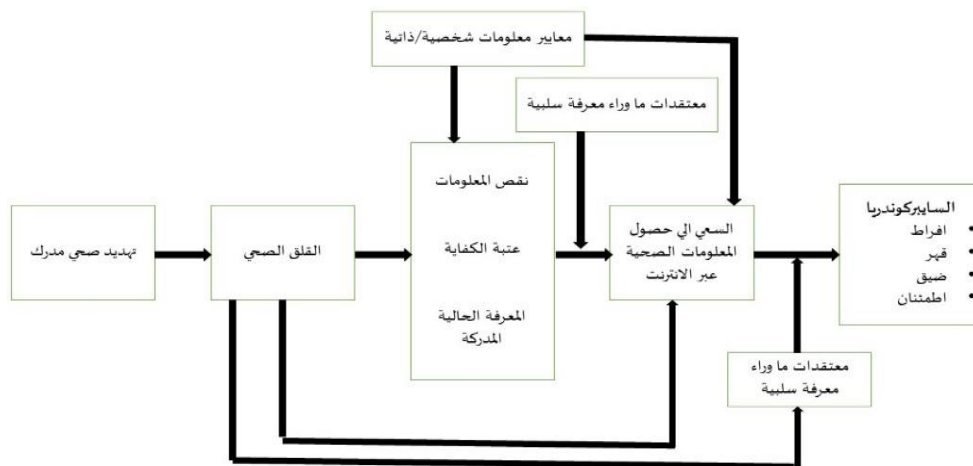
٦- النماذج المفسرة للسايبيركوندريا:

١- النموذج المعرفي السلوكي Cognitive – behavior model: يمكن تفسير السايبيركوندريا في ضوء النموذج المعرفي السلوكي والذي يصف نمو وتطور القلق الصحي والمحافظة عليه، حيث يتطور القلق لدي الافراد عند مواجهة موقف يهددهم ويدركوا انهم غير قادرين علي التعامل مع هذا التهديد بشكل فعال، وبشكل اكثر تحديدا، يمكن للمثيرات الداخلية (كالأعراض الجسدية) والخارجية (كالأعلام مثلا) ان تؤدي الي تطور أفكار ومعتقدات لاعقلانية عن الصحة لدي الافراد (كالصداع إشارة الي وجود ورم بالمخ)، بكلمات اخري، فهم يسيئوا فهم الاعراض الجسدية وانها انعكاس لمرض جسدي خطير، مما يؤدي الي تأكيد وتحيز أفكارهم وقلقهم بشأن حالتهم الصحية. فالبحث عن الاطمئنان هو سلوك طبيعي للتعامل مع القلق، لذلك يسعى الافراد ذوي القلق الصحي والسايبيركوندريا الي الطمأنينة من مصادر مختلفة كالأطباء والأصدقاء والاسرة، بالإضافة الي مواقع الانترنت الطبية (Zheng & Tandoc Jr., 2020).

ب- نموذج السعي للحصول علي الطمأنينة Reassurance – seeking model: يشير هذا النموذج الي ان الافراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق الصحي ينخرطون في أنشطة البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت حتي يحصلوا علي الطمأنينة بشأن مخاوفهم الصحية، ووفقا لنتائج البحث، ينقسم الافراد الي مجموعتان، فالاولي تحصل علي الراحة، اما الأخرى فتفشل في الحصول علي الطمأنينة او حصلوا علي طمأنينة جزئية، مما ينتج عن ذلك انهم يصبحوا اكثر قلقا ويواصلوا البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت

في محاولة منهم للحصول علي الراحة، وتستمر عمليات البحث نتيجة بعض العوامل التي تعزز ذلك كعدم الحصول علي تفسيرات محددة وواضحة للاعراض الصحية، تضارب العديد من المعلومات، او عدم الثقة في مصادر المعلومات. وبالتالي من خلال هذا النموذج، ينظر الي عمليات البحث عبر الانترنت في السايبركونديريا علي انه سلوك غير تكيفي مع القلق الصحي والذي يشكل حلقة مفرغة ويتوافق ذلك مع ما تم تسميته " البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت المشكل Problematic online health research" (Brown et al., 2020).

ج- نموذج ما وراء المعرفة Metacognitive model: وفقا لهذا النموذج، ترتبط السايبركونديريا وارتفاع مستويات القلق والضيق ببعض معتقدات ما وراء المعرفة. وهنا قد تكون تلك المعتقدات مرتبطة بفائدة الانترنت في التعامل مع الضيق والقلق المرتبطان بالصحة (معتقدات ما وراء المعرفة الايجابية)، او قد تكون تلك المعتقدات مرتبطة بشعور الفرد بعدم قدرته علي السيطرة والتحكم في عمليات البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، وأصبحت تلك العمليات ضارة له ولحياته (معتقدات ما وراء المعرفة السلبية)، وبذلك فاذا تحكمت وسيطرت تلك المعتقدات السلبية، اصبح هناك تهديد لعمليات البحث وأصبحت ضاغطة وقهرية وهو ما يسمي " البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت القهري Compulsive online health research" (Brown et al., 2020).



شكل (1)

نموذج ما وراء المعرفة لتفسير حدوث السايبركونديريا (Zheng et al., 2021)

٧- السايبركوندريا لدي الجنسين:

أوضح (Barke et al., 2016) بان الاناث لديهن مستويات مرتفعة من السايبركوندريا مقارنة بالذكور. وهذا ما اكده (Turkistani et al., 2020) بان الاناث يواجهن السايبركوندريا اكثر من الذكور بجامعة الطائف بالمملكة العربية السعودية. ولكن اختلف في ذلك كل من (Kanganolli et al., 2020)؛ (Khazaal et al., 2021) حيث ذكرا بان السايبركوندريا تنتشر بشكل اكبر بين الذكور مقارنة بالاناث.

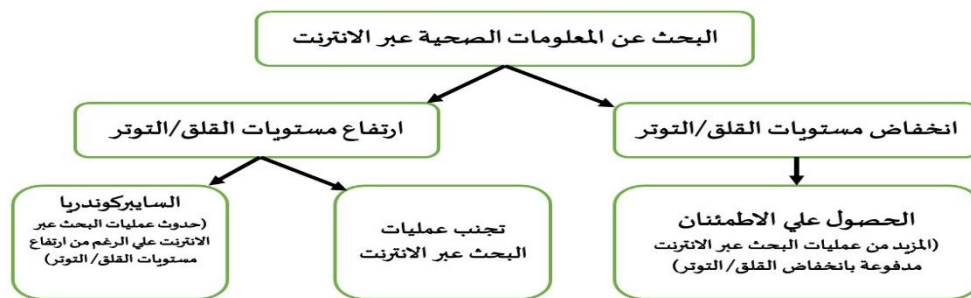
وفي هذا السياق، أشار (Bati et al., 2018) بانه لا توجد فروق بين الذكور والاناث في مستويات السايبركوندريا. وهذا ما اوضحته دراسة (Aulia et al., 2020) التي هدفت الي التعرف علي الفروق في النوع (الذكور والاناث) في مستويات السايبركوندريا لدي طلاب الفرقة الاولى من الكليات الطبية، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٦٢ مشاركا (٥٤ ذكور، ١٠٨ اناث) (م متوسط عمري = ١٨،١٨ سنة، ع انحراف معياري = ٠،٦٩٦ سنة) ، مقياس حدة السايبركوندريا (Cyberchondria Severity Scale (Fergus, 2014)، وتوصلت نتائج الدراسة الي عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في مستويات السايبركوندريا، غير ان هناك فروقا لصالح الاناث في بعد الطمأنينة، كما ان الاناث اكثر بحثا عن الاعراض الجسدية عبر الانترنت مقارنة بالذكور.

٨- البرامج الارشادية المقدمة لخفض السايبركوندريا:

بدلا من الترويج لفكرة ان الابتعاد عن المعلومات الصحية المنشورة عبر الانترنت امر جيد، يجب ان تشمل المداخل الارشادية المقدمة الي ذوي السايبركوندريا هدفان رئيسان: (١) تمكين الافراد من استخدام الانترنت للحصول علي المعلومات الصحية دون اظهار القلق الصحي بشكل متزايد، (٢) خفض الوقت الذي يقضيه في استخدام الانترنت للحصول علي تلك المعلومات حتي لا ينتج عنه اهمال الأنشطة الحياتية المفيدة الأخرى، لذلك يمكن تحقيق هذان الهدفان اذا ادركوا ان المعلومات الصحية المنتشرة عبر الانترنت لا تمثل تهديد لهم، بالإضافة الي تنمية قدراتهم علي التعامل مع تلك المعلومات والتحكم فيها او التحكم في دوافع اجراء عمليات البحث المتكررة وغير الضرورية والتي تتم عبر الانترنت (Starcevic, 2017).

ولقد تنوعت البرامج الارشادية المقدمة لخفض السايبركوندريا ما بين الارشاد المعرفي السلوكي وما وراء المعرفة والتقبل والالتزام وغيرها والتي حققت نتائج جيدة، فلقد أوضح Tyrer (2018) بان الارشاد النفسي المتمثل في الارشاد المعرفي السلوكي وإدارة الضغوط وتدريبات

اليقظة الذهنية والقبول والالتزام، سواء بشكل فردي أو جماعي أو من خلال الانترنت اثبتت فعاليتها علي المدى القصير او البعيد في خفض القلق الصحي والسايبركوندريا. كما اشار (Vismara et al., 2020) بأنه يمكن اللجوء الي استخدام التنقيف النفسي psychoeducation والمتمثلة في تقديم التوعية التنقيفية للأفراد ذوي السايبركوندريا من خلال ابلاغهم بان عمليات البحث المفرطة عن المعلومات الصحية وغير الضرورية عبر الانترنت يمكن ان ينتج عنها عواقب سلبية كزيادة المخاوف المرضية والصحية. كما أوضح (Spada 2015) بان علاج ما وراء المعرفة Metacognitive therapy اصبح جزءا مهما من حزمة العلاج الخاصة بالسايبركوندريا، حيث يساعد في إعادة هيكلة المعتقدات ما وراء المعرفة السلبية، فعلي سبيل المثال، يمكن استخدام اليقظة العقلية لزيادة الوعي ما وراء المعرفي وابعاد الافراد ذوي السايبركوندريا عن التفكير المستمر في المخاوف المرضية. ونتيجة لوجود ارتباط قوي بين السايبركوندريا والقلق الصحي كما أوضح نتائج دراسة كل من (McMullan et al., 2018)؛ (Durak-Batigün et al., 2021) بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين السايبركوندريا والقلق الصحي، وهذا ما أكدته (Doherty-Torstrick et al., 2016)، بان القلق الصحي يعد سمة مميزة ومحورية للسايبركوندريا، حيث انه مع ارتفاع مستويات القلق، يقوم الافراد باجراء المزيد من عمليات البحث المرتبطة بالصحة عبر الانترنت. ولقد وضع (Starcevic and Berle 2013) نموذجا يوضح العلاقة بين القلق الصحي والسايبركوندريا وهو ما يمثله شكل (٢).



شكل (2)

القلق الصحي وعلاقته بالسايبركوندريا

لذلك استخدمت العديد من الدراسات مصطلح القلق الصحي عند وضع استراتيجيات لمواجهة السايبركوندريا، مما يعني ان السايبركوندريا امتداد للقلق الصحي وان التدخلات الارشادية المصممة لخفض القلق الصحي تكون فعالة وجيدة في خفض السايبركوندريا (Zheng &

(Tandoc Jr.,2020). وهذا ما اوضحه (Starcevic and Berle (2013) بانه يمكن خفض السايبركوندريا في سياق التدخلات الارشادية التي تم تقديمها لخفض القلق الصحي. وفي هذا السياق، هدفت دراسة (Hedman et al., (2011 الي التحقق من فعالية برنامج معرفي سلوكي الكتروني في خفض السايبركوندريا والقلق الصحي، وتكونت عينة الدراسة من ٨١ مشاركا (٢١ ذكور، ٦٠ اناث) امتدت أعمارهم بين ٢٥-٦٩ سنة، تم تقسيمهم الي مجموعتان تجريبية ٤٠ مشاركا (١٢ ذكور، ٢٨ اناث) ، واخري ضابطة ٤١ مشاركا (٩ ذكور، ٣٢ اناث)، وتم استخدام القائمة المختصرة لقلق الصحة *The Short Health Anxiety Inventory* (Salkovskis et al.,2002)، والبرنامج الارشادي المكون من ١٢ جلسة واشتملت الفنيات الارشادية علي إعادة البناء المعرفي وتدريبات اليقظة العقلية والتعريض والواجبات المنزلية، وتوصلت نتائج الدراسة الي فعالية الارشاد المعرفي السلوكي الالكتروني في خفض القلق الصحي والسايبركوندريا لدي المجموعة التجريبية.

وعلي عينة قدرها ١٥٨ مشاركا (٣٣ ذكور، ١٢٥ اناث) امتدت أعمارهم بين ٢١-٧٥ سنة، تم تقسيمهم الي مجموعتان تجريبية اولي للعلاج المعرفي السلوكي ٧٩ مشاركا ، وتجريبية ثانية لبرنامج إدارة الضغوط ٧٩ مشاركا، أجريت دراسة (Hedman et al., (2014 للتحقق من فعالية برنامج احدهما معرفي سلوكي والأخر لإدارة الضغوط لخفض القلق الصحي، واستخدمت الدراسة القائمة المختصرة لقلق الصحة *The Short Health Anxiety Inventory* (Salkovskis et al.,2002)، والبرنامج المعرفي السلوكي المكون من ١٢ جلسة وضم فنيات إعادة البناء المعرفي واليقظة العقلية والواجبات المنزلية، وبرنامج إدارة الضغوط وتكون من ١٢ جلسة واعتمد علي فنية الاسترخاء، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان الارشاد المعرفي السلوكي اكثر فعالية من برنامج إدارة الضغوط في خفض القلق الصحي.

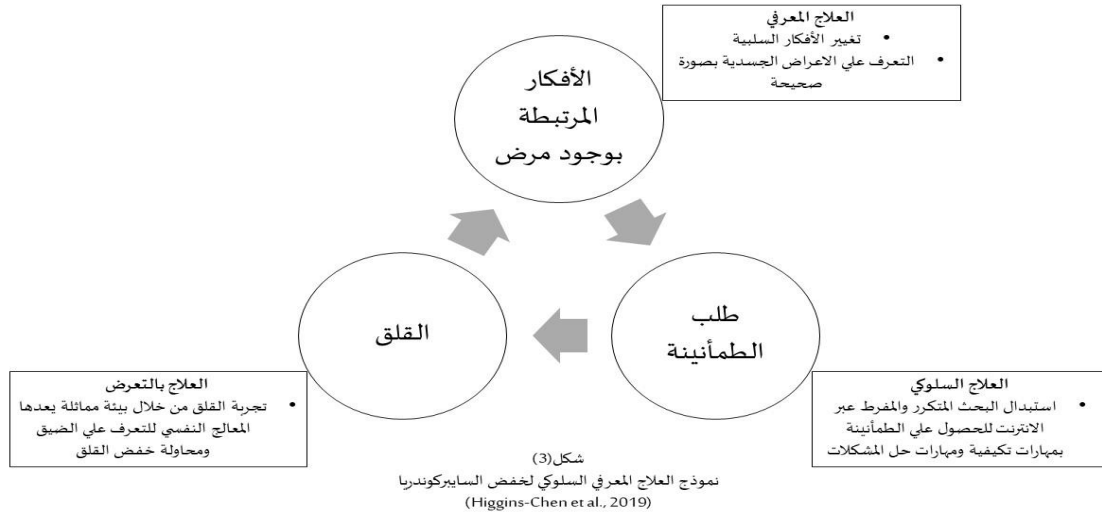
وهدف دراسة (Weck et al.,(2015 الي التحقق من فعالية برنامج احدهما معرفي سلوكي والأخر للتعرض في خفض الهيبوكوندريا (توهم المرض)/القلق الصحي، وتكونت عينة الدراسة من ٨٤ مشاركا (٣٤ ذكور، ٥٠ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٨-٦٥ سنة، تم تقسيمهم الي ثلاث مجموعات: التجريبية الاولى تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي ٣٥ مشاركا ، والتجريبية الثانية تعرضت للبرنامج القائم علي التعرض ٣٣ مشاركا، والضابطة ١٦ مشاركا، واستخدمت الدراسة استبيان الهيبوكوندريا/القلق الصحي *Questionnaire for assessing hypochondria/ health anxiety* (Weck et al.,2012)، والبرنامج الارشاديان اللذان

اشتملا علي ١٢ جلسة لكل منهما (زمن الجلسة ٥٠ دقيقة)، واشتملت فنيات الارشاد المعرفي السلوكي علي لعب الدور والنمذجة بالفيديو وإعادة البناء المعرفي والتخيل، وضم البرنامج القائم علي التعرض علي فنية التعرض الداخلي، وأشارت نتائج الدراسة الي فعالية كلا البرنامجين في خفض الهيبوكوندريا/القلق الصحي لدي المجموعتان التجريبيتان مقارنة بالمجموعة الضابطة.

واستخدمت دراسة (Hedman et al., 2016) القائمة المختصرة لقلق الصحة The Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis et al., 2002) مع عينة مكونة من ١٣٢ مشاركا (٣٤ ذكور، ١٩٨ اناث) امتدت أعمارهم بين ٢٠-٧٢ سنة، وذلك من اجل التحقق من فعالية برنامجين احدهما معرفي سلوكي قائم علي التعرض والآخر الارشاد بالقراءة لخفض الاعراض الجسدية والقلق الصحي، تم تقسيم عينة الدراسة الي ثلاث مجموعات: مجموعتان تجريبيتان احدهما خضعت للبرنامج المعرفي السلوكي الالكتروني (٦٥ مشارك) والأخرى خضعت لبرنامج الارشاد بالقراءة (٣٤ مشارك) ، بالإضافة الي مجموعة ضابطة (٣٣ مشارك) ، وتكون كل برنامج ارشادي من ١٢ جلسة، وامتد زمن كل جلسة ٣٥-٦٠ دقيقة، وتوصلت نتائج الدراسة الي فعالية كلا البرنامجين في خفض القلق الصحي.

كما هدفت دراسة (Eilenberg et al., 2016) الي التحقق من فعالية أسلوب القبول والالتزام الجمعي في خفض القلق الصحي، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٢٦ مشاركا (٣٧ ذكور، ٨٩ اناث) امتدت أعمارهم بين ٢٠-٦٠ سنة، تم تقسيمهم الي مجموعتان احدهما تجريبية ٦٣ مشاركا (١٧ ذكور، ٤٦ اناث) ، واخري ضابطة ٦٣ مشاركا (٢٠ ذكور، ٤٣ اناث)، واستخدمت الدراسة مقياس قلق المرض (Fink et al., 1999) والبرنامج القائم علي القبول والالتزام والمكون من تسع جلسات (زمن الجلسة ٦٠ دقيقة)، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتان التجريبيتين والضابطة علي مقياس قلق المرض في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل علي ان الارشاد بالقبول والالتزام يعد علاجا فعالا ومقبولا في خفض القلق الصحي وتوهم المرض.

وفي هذا الصدد، هدفت دراسة (Higgins-Chen et al., 2019) الي التحقق من دمج كل من الارشاد المعرفي السلوكي والعلاج الطبي لخفض كل من القلق الصحي وتوهم المرض،



حيث تكونت عينة الدراسة من سيدة تبلغ من العمر ٤٠ عاما، واستخدمت الدراسة القائمة المختصرة لقلق الصحة (The Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis et al., 2002)، والبرنامج الارشادي المعرفي السلوكي المكون من ١٢ جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعية (زمن الجلسة ٩٠ دقيقة)، وضم البرنامج فنية إعادة البناء المعرفي وتدريبات اليقظة الذهنية وفتيات التعرض للمثير او الحدث، وتوصلت نتائج الدراسة الي فعالية الارشاد المعرفي السلوكي مع العلاج الطبي في خفض القلق الصحي، وفي ضوء تلك النتائج وضعت تلك الدراسة نموذجا يوضح كيفية خفض القلق الصحي وتوهم المرض.

كما هدفت دراسة (Newby and McElory (2020 الي التحقق من فعالية الارشاد المعرفي السلوكي عبر الانترنت في خفض السايبركوندريا والقلق الصحي، وتكونت عينة الدراسة من ٨٦ مشاركا (١١ ذكور، ٧٥ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٨-٦٥ سنة، تم تقسيمهم الي مجموعتان تجريبية ٤٥ مشاركا، واخري ضابطة ٤١ مشاركا لم تتلقي أي علاج، وتم استخدام مقياس حدة السايبركوندريا (McElory & Shavlin, 2014)، والقائمة المختصرة لقلق الصحة (The Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis et al., 2002)، والبرنامج الارشادي المكون من ٦ جلسات تم تقديمها علي مدار ١٢ أسبوعا بواقع زمن الجلسة ٤٣ دقيقة وذلك عن طريق البريد الالكتروني

او الهاتف، واشتملت الفنيات الارشادية علي الكشف عن أنماط التفكير السلبي عن الاعراض الجسدية ودحضها وفنية التعريض، بالإضافة الي الفنيات السلوكية، وتوصلت نتائج الدراسة الي ان المجموعة التجريبية أظهرت انخفاضا لاعراض السايبركوندريا والقلق الصحي مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما وجدت هناك فروق في جميع ابعاد مقياس حدة السايبركوندريا ما عدا بعد عدم الثقة لم توجد أي فروق.

وفي هذا السياق، هدفت دراسة (Nandini (2022 الي التحقق من فعالية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في خفض القلق الصحي مقدم الي فرد يبلغ من العمر ٢٨ عاما، واستخدمت الدراسة القائمة المختصرة لقلق الصحة The Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis et al., 2002)، والبرنامج العقلائي الانفعالي السلوكي المكون من خمس جلسات (زمن الجلسة ٦٠-٩٠ دقيقة)، وضم البرنامج فنيات التعرف علي الأفكار اللاعقلانية ودحضها وفنية ABC بالإضافة الي التدريبات السلوكية، وتوصلت نتائج الدراسة الي فعالية الارشاد العقلائي الانفعالي السلوكي في خفض الأفكار اللاعقلانية والاعراض المعرفية والسلوكية المرتبطة بالقلق الصحي وتوهم المرض.

ثالثا: جودة الحياة Quality of Life:

١- التطور التاريخي لمفهوم جودة الحياة:

يعد كتاب الاخلاق لأرسطو (٣٨٤-٣٢٢ ق.م) احد المصادر المبكرة لتعريف جودة الحياة، حيث ذكر ان كل من الطبقة العليا والدنيا من الشعب يفهمون ان الحياة الجيدة تتمثل في السعادة، ولكنها تختلف من منظور كليهما، فالفقراء يرون ان السعادة في الثراء، ومن هنا رأي ارسطو ان الحياة الجيدة هي حالة ذهنية ونوع من النشاط وهو ما تم التعبير عنه حديثا بمصطلح جودة الحياة. ثم أصبحت جودة الحياة من أولويات المجتمعات الغربية بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، حيث تم ادراج مفهوم جودة الحياة في قاموس المفردات واللغة، وتم استخدامه للتعبير عن السلام، حيث تكون هذا المفهوم من عدة مكونات هي: العمل والإسكان والبيئة والصحة. ومع بداية الثمانينيات وما بعدها والظهور السريع لثورة الجودة وتأكيد جودة المنتجات والمخرجات، وإدخال معايير الجودة وتطبيقها في العديد من المجالات كالصناعة والزراعة والاقتصاد والطب والسياسة وعلم الاجتماع وعلم النفس، ومن اهم نتائج تلك الثورة، نمو عدد الدراسات البحثية الخاصة بمفهوم جودة الحياة ف المجالات السابقة (Fayers & Machin, 2007, p.3).

٢- تعريف جودة الحياة:

عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها ادراك او تصور الفرد لمكانته الخاصة في سياق ثقافة المجتمع وانماط القيم التي يعتقدها، ومدى توافق ذلك مع أهدافه وتوقعاته واهتماماته، بالإضافة الي الصحة النفسية والاستقلالية وتكوين علاقات شخصية واجتماعية (Fayers & Machin, 2007, p.5). وعرفها (Greene-Shortridge and Odle-Dusseau (2009) بأنها تقييم الفرد لرفاهيته في ضوء صحته الجسمية والنفسية بالإضافة الي معتقداته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية (p.817). وعرفت بأنها مدى رضا وسعادة الفرد عن مجالات الحياة المختلفة كالحياة الاجتماعية والاسرية والعملية (Sirgy, 2012, p.31). كما عرفها (Efkliides and Moraitou (2013) بأنها مدى رضا الفرد عن حالته الجسمية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية في سياقات مختلفة في ضوء مؤشرات موضوعية او ذاتية (p.1).

٣- مؤشرات جودة الحياة:

وضع (Schalock (2004 مجموعة من المؤشرات الدالة علي جودة الحياة، وهي: (١) الرفاهية الانفعالية Emotional well-being وتشمل الشعور بالأمان والسعادة ومفهوم الذات والرضا والقناعة، (٢) العلاقات بين الافراد Relations between people وتشمل الصداقات والعلاقات الاسرية والتفاعل والدعم الاجتماعي، (٣) الرفاهية المادية Material well-being وتشمل الوضع المادي والاقتصادي للفرد وظروف العمل والممتلكات، (٤) النمو الشخصي Personal upgrading وتشمل المستوي التعليمي والمهارات الشخصية ومستويات الانجاز، (٥) الرفاهية الجسمية Physical well-being وتشمل الحالة الصحية والتغذية والنشاط الحركي والرعاية الصحية واستغلال وقت الفراغ والأنشطة اليومية، (٦) تقرير المصير Self-determination وتشمل الاستقلالية والتحكم الشخصي والقيم الشخصية (الرغبات والتوقعات) والاختيارات (الفرص والخيارات والتفضيلات)، (٧) الاندماج الاجتماعي Social inclusion وتشمل التكامل والمشاركة المجتمعية ودور الفرد في المجتمع (التطوع)، (٨) الحقوق Rights وتشمل حقوق الانسان (الاحترام والكرامة والمساواة) والحقوق القانونية (المواطنة والإجراءات القانونية العادلة).

٤- مصادر جودة الحياة:

يمكن تحديد مصادر جودة الحياة علي النحو التالي: يتحقق النمو الشخصي من خلال الحصول علي المزيد من المعرفة والمعلومات وتطوير الإمكانيات والقدرات العقلية، مساعدة

وخدمة الآخرين، العلاقات المتبادلة مع الآخرين، العيش وفق معتقدات محددة، التعبير والابداع من خلال الفن والموسيقي والشعر، المظاهر المادية من خلال الاستحواذ علي الممتلكات، والتوجه الوجودي القائم علي السعادة والسرور (Jordan, 2020, p.73).

٥- ابعاد جودة الحياة:

تتمثل ابعاد جودة الحياة فيما يلي: (١) البعد الذاتي Subjective quality of life ويقصد به رضا الفرد عن ذاته وعن حياته الشخصية، (٢) البعد الموضوعي Objective quality of life ويقصد بها قيام الفرد بالانشطة الحياتية والتوافق في العمل ومستوي المعيشة الجيد (Greene-Shortridge and Odle-Dusseau, 2009, p.817).

٦- جودة الحياة والسايبركوندريا:

اوضح Starcevic et al.,(2020b) بان السايبركوندريا تؤثر علي نشاطات الفرد اليومية واهمالها مما يترتب علي ذلك عدم شعوره بالرفاهية النفسية وانخفاض مستويات جودة الحياة لديه. ولقد أجريت دراسة Mathes et al.,(2018) على عينة قوامها ٤٦٢ مشاركا (١٦٥ ذكور، ٢٩٧ اناث) امتدت أعمارهم بين ١٨-٧٧ سنة، بهدف التعرف علي العلاقة بين السايبركوندريا والقلق الصحي وجودة الحياة، واستخدمت الدراسة مقياس حدة السايبركوندريا Cyberchondria Severity Scale (McElory & Shavlin, 2014) والقائمة المختصرة لقلق الصحة The Short Health Anxiety Inventory (Salkovskis et al.,2002) وتقييم منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة World Organization -Quality of life Assessment (WHOQoL, 1998)، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين السايبركوندريا وجودة الحياة ($r=-0.24, p<0.01$).

كما هدفت دراسة Rahme et al.,(2021) الي التعرف علي العلاقة بين السايبركوندريا وجودة الحياة لدي الراشدين اللبنانيين، حيث تكونت عينة الدراسة من ٤٤٩ مشاركا (١٣٢ ذكور، ٣١٧ اناث) (م متوسط عمري = ٢٤،٣٤ سنة، ع = ٨،٢٢ سنة)، واستخدمت الدراسة مقياس حدة السايبركوندريا Cyberchondria Severity Scale (McElory & Shavlin, 2014) ومقياس جودة الحياة المختصر Quality of Life short form-12 (Haded et al.,2021)، وتوصلت نتائج الدراسة الي وجود علاقة ارتباطية سالبة بين السايبركوندريا وجودة الحياة الجسمية والعقلية ($r=-0.101, p<0.01$ ، $r=-0.132, p<0.01$) علي الترتيب.

تعقيب علي الاطار النظري والدراسات السابقة:

في ضوء العرض السابق لمتغيرات الدراسة والمتمثلة في الانتقائية الفنية والسايبيركوندريا وجودة الحياة، يمكن تلخيص أوجه الاستفادة من الاطار النظري لتلك المتغيرات وما صاحبها من دراسات سابقة مرتبطة بها في النقاط الآتية:

العينة: العمر الزمني للعينات في الدراسات السابقة امتد بين ١٨ - ٧٩ سنة، وفي ضوء ما ذكره Batigün et al., (2021) بان السايبيركوندريا تنتشر لدي مرحلتي المراهقة المتوسطة والمتأخرة اكثر من مرحلة المراهقة المبكرة، ولذلك تم تحديد عينة الدراسة الحالية وهم طلاب الفرقة الاولى تعليم عام واساسي وطفولة بكلية التربية بقنا.

الادوات: اعتمدت غالبية الدراسات السابقة علي مقياس حدة السايبيركوندريا من اعداد McElory and Shevlin (2014)، ووفقا لما اوضحه Erdoğan and Hocaoglu (2020) بانه علي الرغم من وجود العديد من المقاييس التشخيصية للسايبيركوندريا، الا ان مقياس حدة السايبيركوندريا يعد الأكثر انتشارا وشيوعا ودقة في التشخيص، لذلك تم اختيار مقياس حدة السايبيركوندريا (McElory & Shavlin, 2014) لترجمته والتأكد من كفاءته السيكمترية لاستخدامه في الدراسة الحالية.

المدخل الارشادي: تنوعت المداخل الارشادية المستخدمة لخفض السايبيركوندريا ما بين المعرفي السلوكي والعقلاني الانفعالي السلوكي وما وراء المعرفة والقبول والالتزام والتعرض وغيرها، ونتيجة لهذا التنوع، تم تبني نموذج لاري بيوتلر للارشاد النفسي الانتقائي النظامي كأحد مداخل الانتقائية الفنية كنموذج ارشادي لخفض اعراض السايبيركوندريا من خلال تحديد افضل الفنيات والاستراتيجيات التي ثبتت فعاليتها في الدراسات المختلفة وتضمينها في البرنامج المعد في الدراسة الحالية، لذلك تم الاعتماد علي الفنيات الآتية: إعادة البناء المعرفي - التعليمات الذاتية - حل المشكلات - الاسترخاء - الواجب المنزلي - التنقيف النفسي - فنية ABCDE - إزالة الاندماج المعرفي - القبول - القيم - الفعل الالزامي.

فروض الدراسة :

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة فيما يلي:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبيركوندريا وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياس البعدي لصالح افراد المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.
٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.
٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس جودة الحياة وأبعاده في القياس البعدي لصالح افراد المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.
٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة علي مقياس جودة الحياة وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

إجراءات الدراسة:

١- منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي نو تصميم المجموعتان المتكافئتان.

٢- عينة الدراسة

أ- عينة الدراسة الاستطلاعية:

بلغ عدد عينة الدراسة الاستطلاعية ١٥٠ مشاركاً (٦٧ ذكوراً ، ٨٣ اناثاً) بمتوسط عمري ١٨،٤٥ سنة وانحراف معياري ٠،٥٥ سنة من طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا وذلك بغرض التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية.

ب- عينة الدراسة الأساسية:

بلغ عدد افراد العينة الاساسية ٣٢ مشاركاً (١٤ ذكوراً، ١٨ اناثاً) من طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا بمتوسط عمري ١٨،٢٦ سنة وانحراف معياري ٠،٣٨ سنة، تم التوصل إليهم من عينة كلية قوامها ٤٠٦ مشاركاً (١٠٧ ذكوراً ، ٢٩٩ اناثاً).

وتم اجراء الخطوات التالية لاختيار العينة:

١- تم تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا (ترجمة/الباحثان) وذلك على طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا والبالغ عددهم ٤٠٦ طالباً، فبلغ عدد الطلاب المستبعدين ٣٦٣ طالباً (٩٠ ذكراً □ ٢٧٣ انثى) نظرا لوجود مستويات منخفضة من السايبركوندريا (اقل من ٧٩ درجة القطع) وبذلك يصبح عدد الطلاب بعد هذا الاجراء ٤٣ طالباً (١٧ ذكوراً □ ٢٦ اناثاً) من ذوي المستويات المرتفعة من السايبركوندريا (٧٩ فأكثر).

٢- ثم طبق مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) (اعداد/ احمد، ٢٠١٣) على العينة الناتجة بعد تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا، فبلغ عدد الطلاب المستبعدين ١١ طالباً (٣ ذكور □ ٨ اناث) نظرا لوجود مستويات مرتفعة من جودة الحياة وبذلك يصبح عدد الطلاب بعد هذا الاجراء ٣٢ طالباً (١٤ ذكوراً □ ١٨ اناثاً) من ذوي المستويات المنخفض من جودة الحياة. ٤- تم بعد ذلك تقسيم عينة الدراسة النهائية من الطلاب الحاصلين علي درجات مرتفعة في السايبركوندريا ولديهم مستويات منخفضة من جودة الحياة والبالغ عددهم ٣٢ طالباً إلي مجموعتان (تجريبية وضابطة) □ حيث بلغت عينة المجموعة التجريبية (١٦) طالباً (٧ ذكوراً □ ٩ اناثاً) □ وبلغ عدد المجموعة الضابطة (١٦) طالباً (٧ ذكوراً □ ٩ اناثاً). تكافؤ عينة الدراسة:

تم إجراء التكافؤ بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة بالنسبة لكل من: العمر ودرجة مقياس حدة السايبركوندريا والدرجة علي مقياس جودة الحياة وذلك باستخدام الاختبار اللابارامترى مان - ويتني، وهذا ما يوضحه جدول (١).

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي العمر ومقياس حدة السايبركوندريا ومقياس جودة الحياة

مستوي الدلالة	U2	*U1	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	المجموعة	البعد	البيان الاحصائي العمر/ لمقياس
غير دالة	١٤٦٠٥٠	١٠٩٠٥٠	٢٨٢٠٥٠	١٧٠٦٦	١٦	التجريبية		العمر
			٢٤٥٠٥٠	١٥٠٣٤	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٤١٠٥٠	١١٤٠٥٠	٢٥٠٠٥٠	١٥٠٦٦	١٦	التجريبية	القهر	مقياس حدة السايبركوندريا
			٢٧٧٠٥٠	١٧٠٣٤	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٤٦٠٠٠	١١٠٠٠٠	٢٤٦٠٠٠	١٥٠٣٨	١٦	التجريبية	الضيق	

			٢٨٢٠٠٠	١٧٠٦٢	١٦	الضابطة		مقياس جودة الحياة
غير دالة	١٣٢٠٠٠	١٢٤٠٠٠	٢٦٠٠٠٠	١٦٠٢٥	١٦	التجريبية	الافراط	
			٢٦٨٠٠٠	١٦٠٧٥	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٤٣٠٠٠	١١٣٠٠٠	٢٤٩٠٠٠	١٥٠٥٦	١٦	التجريبية	طلب الطمأنينة	
			٢٧٩٠٠٠	١٧٠٤٤	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٥٧٠٥٠	٩٨٠٥٠	٢٢٤٠٥٠	١٤٠٦٦	١٦	التجريبية	عدم الثقة في المتخصصين الطبيين	
			٢٩٣٠٥٠	١٨٠٣٤	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٥٧٠٥٠	٩٨٠٥٠	٢٣٤٠٥٠	١٤٠٦٦	١٦	التجريبية	الدرجة الكلية	
			٢٩٣٠٥٠	١٨٠٣٤	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٣٤٠٠٠	١٢٢٠٠٠	٢٥٨٠٠٠	١٦٠١٢	١٦	التجريبية	الحياة والصحة العامة	
			٢٧٠٠٠٠	١٦٠٨٨	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٤٩٠٥٠	١٠٦٠٥٠	٢٤٢٠٥٠	١٥٠١٦	١٦	التجريبية	الصحة الجسمية	
			٢٨٥٠٥٠	١٧٠٨٤	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٢٨٠٥٠	١٢٧٠٥٠	٢٦٤٠٥٠	١٦٠٥٣	١٦	التجريبية	الصحة النفسية	
			٢٦٣٠٥٠	١٦٠٤٧	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٤٦٠٠٠	١١٠٠٠٠	٢٤٦٠٠٠	١٥٠٣٨	١٦	التجريبية	العلاقات الاجتماعية	
			٢٨٢٠٠٠	١٧٠٦٢	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٤١٠٥٠	١١٤٠٥٠	٢٧٧٠٥٠	١٧٠٣٤	١٦	التجريبية	البيئة	
			٢٥٠٠٥٠	١٥٠٦٦	١٦	الضابطة		
غير دالة	١٥٢٠٥٠	١٠٣٠٥٠	٢٣٩٠٥٠	١٤٠٩٧	١٦	التجريبية	الدرجة الكلية	
			٢٨٨٠٥٠	١٨٠٠٣	١٦	الضابطة		

(*) علماً بأن قيمة U الجدولية عند مستوى ٠,٠١ تساوي ٦٠.

٣- أدوات الدراسة:

أ- مقياس حدة السايبركوندريا (Cyberchondria Severity Scale (CSS): (ترجمة/ الباحثان)

مقياس تقرير ذاتي يهدف الي الكشف عن السايبركوندريا لدي المراهقين والراشدين قام بإعداده (McElory & Shevlin (2014) ويعرفا السايبركوندريا بأنه " بحث مفرط ومتكرر

عن المعلومات الصحية عبر الانترنت مما يؤدي الي ارتفاع مستويات التوتر والقلق والضغط النفسي".

يتكون المقياس من (٣٣) مفردة موزعة علي خمس ابعاد رئيسة هي: القهر Compulsion: يشير الي عدم قيام الفرد بأنشطة الحياة اليومية نظرا لعمليات البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، ويضم ثمان مفردات (٣- ٦- ٨- ١٢- ١٤- ١٧- ٢٤- ٢٥).

الضيق Distress: يشير الي التوتر والخوف الناجمان عن عمليات البحث عبر الانترنت عن الاعراض الصحية المدركة لدي الفرد، ويضم ثمان مفردات (٥- ٧- ١٠- ٢٠- ٢٢- ٢٣- ٢٩- ٣١).

الافراط Excessiveness: وتشير الي تكرار عمليات البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، ويضم ثمان مفردات (١- ٢- ١١- ١٣- ١٨- ١٩- ٢١- ٣٠).

طلب الطمأنينة Reassurance Seeking: تشير الي محاولة طمأنة الفرد لنفسه من خلال المعلومات الصحية التي تم الحصول عليها ، ويضم ست مفردات (٤- ١٥- ١٦- ٢٦- ٢٧- ٣٢).

عدم الثقة في المتخصصين الطبيين Mistrust of medical professional: وتشير الي ثقة الفرد في المعلومات الصحية التي تم الحصول عليها من خلال الانترنت اكثر من ثقته في طبيبه المتخصص، ويضم ثلاث مفردات (٩- ٢٨- ٣٣).

الكفاءة السيكومترية لمقياس حدة السايبركوندريا في الدراسة الحالية:
الاتساق الداخلي:

لحساب الاتساق الداخلي المقياس تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد المنتمية له وكذلك معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس وذلك على عينة قوامها (١٥٠) طالباً، ويوضح جدول (٢) معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية لمقياس حدة السايبركوندريا (ن=١٥٠)

معاملات ارتباط المفردات مع درجة البعد التابعة له									
عدم الثقة في المتخصصين الطبيين		طلب الطمأنينة		الافراط		الضييق		القهر	
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
*٠٠٥٢٢	٩	*٠٠٣٤٤	٤	*٠٠٥٢١	١	*٠٠٣٦٨	٥	*٠٠٤٤٤	٣
*٠٠٤٨٧	٢٨	*٠٠٥٠٦	١٥	*٠٠٤٨٧	٢	*٠٠٣٥٠	٧	*٠٠٥٦١	٦
*٠٠٥٣٦	٣٣	*٠٠٣٠٠	١٦	*٠٠٣٩٨	١١	*٠٠٤٠٠	١٠	*٠٠٣٣٨	٨
		*٠٠٤٢٤	٢٦	*٠٠٤٣٦	١٣	*٠٠٣٤١	٢٠	*٠٠٤٠١	١٢
		*٠٠٣٩٥	٢٧	*٠٠٥١٧	١٨	*٠٠٤١٢	٢٢	*٠٠٣٢٥	١٤
		*٠٠٣٣٣	٣٢	*٠٠٣٦٦	١٩	*٠٠٣٦٤	٢٣	*٠٠٤١٩	١٧
				*٠٠٣٦٤	٢١	*٠٠٤٥٦	٢٩	*٠٠٥٠٠	٢٤
				*٠٠٤٢٢	٣٠	*٠٠٣٩٩	٣١	*٠٠٣٠٧	٢٥
معاملات ارتباط درجة البعد مع الدرجة الكلية للاستبيان									
معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد
*٠٠٥٥٥	عدم الثقة في المتخصصين	*٠٠٥٤٣	طلب الطمأنينة	*٠٠٦٠١	الافراط	*٠٠٥٣٧	الضييق	*٠٠٥٨٩	القهر

* ٠.٠١ تساوي ٠,٢٠٨

يتضح من جدول (٢) أن معاملات الارتباط تقع بين ٠,٣٠٠ - ٠,٦٠١ وهي دالة إحصائياً

عند مستو ٠,٠١.

٢ - الثبات:

تم حساب الثبات بالطرق التالية:

طريقة إعادة الاختبار Test-Retest :

تم حساب الثبات عن طريق إعادة الاختبار وذلك على عينة مكونة من (١٥٠) طالباً بفاصل زمني أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني □ وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب في التطبيقين الأول والثاني وكانت معاملات الارتباط (القهر - الضيق - الافراط - طلب الطمأنينة - عدم الثقة في المتخصصين - الدرجة الكلية) مساوية (٠,٧١١ - ٠,٧٠٠ - ٠,٦٦٥ - ٠,٧٥٦ - ٠,٦٨٨) على الترتيب وهي دالة عند مستوي ٠,٠٠١.

ج- طريقة ألفا كرونباخ Alpha Cronbach:

كما تم حساب معامل الثبات من خلال طريقة ألفا كرونباخ على عينة بلغ قوامها (١٥٠) طالباً، فكانت قيم معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (القهر - الضيق - الافراط - طلب الطمأنينة - عدم الثقة في المتخصصين - الدرجة الكلية) مساوية (٠,٦٠٩ - ٠,٦٣٨ - ٠,٦٦٦ - ٠,٦٥٨ - ٠,٦٧١) على الترتيب □ وهي معاملات ثبات مقبولة مما يدل على ثبات المقياس المستخدم.

الصدق:

الصدق الظاهري:

تم عرض المقياس على عدد (٩) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية وذلك للتعرف على مدى ملائمة مفردات مقياس حدة السايبركوندريا للبيئة المصرية وصلاحيته للكشف على السايبركوندريا لدى طلاب الجامعة وكذلك للحكم على وضوح ودقة العبارات من حيث الصياغة اللغوية، وبلغت نسبة الاتفاق على بنود المقياس (٨٠٪).

الصدق التمييزي:

قام الباحثان بالتحقق من القدرة التمييزية لمفردات مقياس حدة السايبركوندريا على عينة بلغت (١٥٠) طالباً وطالبة، وذلك بالتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي درجات اعلي (٢٧٪) من البعد وأدنى (٢٧٪) من نفس البعد لكل مفردة من مفردات المقياس، ثم تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات تلك الدرجات عن طريق حساب قيمة النسبة الحرجة (ذ) لمفردات المقياس، وهذا ما يوضحه جدول (٣).

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات اعلي (٢٧٪) وأدنى (٢٧٪)

لكل مفردة من مفردات مقياس حدة السايبركوندريا

مستوي الدلالة	ذ(*)	ادنى (٢٧٪)		اعلي (٢٧٪)		البيان الاحصائي رقم المفردة
		ن=٤٠	م	ن=٤٠	م	
٠,٠١	٢٥.٦٢	٠.١٦٤	١.٨٠	٠.٢٤٠	٤.٣٨	١
٠,٠١	٢٦.٠٤	٠.٢٥٦	١.٤٨	٠.٢٤٠	٤.٣٨	٢
٠,٠١	٢٧.٨٧	٠.٢٣٣	١.٣٥	٠.٢٤٦	٤.٤٠	٣
٠,٠١	٢٦.٣٩	٠.٢٥٤	١.٤٥	٠.٢٤٦	٤.٤٠	٤

مستوي الدلالة	ذ (*)	ادني (٢٧٪)		اعلي (٢٧٪)		البيان الاحصائي رقم المفردة
		ن=٤٠	م	ن=٤٠	م	
٠,٠١	٤٣.٢١	٠.٢٥٤	١.٥٥	٠.٠٠	٥.٠٠	٥
٠,٠١	٤٧.٩٠	٠.١٤٨	١.٨٣	٠.٠٢٥	٤.٩٨	٦
٠,٠١	٣٩.٠٦	٠.١٣١	١.١٥	٠.٢٠٤	٤.٧٣	٧
٠,٠١	٣٠.٠٧	٠.٢٤٠	١.٦٣	٠.١٩٢	٤.٧٥	٨
٠,٠١	٣٤.٣٣	٠.٢٢٥	١.٢٣	٠.١٧٩	٤.٧٨	٩
٠,٠١	٢٦.٣٩	٠.٢٥٤	١.٤٥	٠.٢٤٦	٤.٤٠	١٠
٠,٠١	٣٥.٠٥	٠.١٣١	١.١٥	٠.٢٥١	٤.٥٨	١١
٠,٠١	٢٧.٠٥	٠.٢٤٦	١.٦٠	٠.٢٤٦	٤.٦٠	١٢
٠,٠١	٢٩.٧٩	٠.٢٢٥	١.٢٣	٠.٢٥١	٤.٥٨	١٣
٠,٠١	٤١.١٨	٠.١٣١	١.١٥	٠.١٧٩	٤.٧٨	١٤
٠,٠١	٢٥.٩٥	٠.١٤٨	١.٨٣	٠.٢٤٦	٤.٤٠	١٥
٠,٠١	٣٣.٧٥	٠.٢٣٣	١.٣٥	٠.١٧٩	٤.٧٨	١٦
٠,٠١	٢٥.٢٧	٠.٢٤٠	١.٦٣	٠.٢٥١	٤.٤٣	١٧
٠,٠١	٣٤.٣٣	٠.٢٢٥	١.٢٣	٠.١٧٩	٤.٧٨	١٨
٠,٠١	٢٨.١٧	٠.٢٥٤	١.٤٥	٠.٢٤٦	٤.٦٠	١٩
٠,٠١	٢٥.٩٥	٠.١٤٨	١.٨٣	٠.٢٤٦	٤.٤٠	٢٠
٠,٠١	٤٣.٢١	٠.٢٥٤	١.٥٥	٠.٠٠	٥.٠٠	٢١
٠,٠١	٣٣.٧٥	٠.٢٣٣	١.٣٥	٠.١٧٩	٤.٧٨	٢٢
٠,٠١	٣٠.٨٩	٠.١٩٢	١.٢٥	٠.١٧٩	٤.٢٣	٢٣
٠,٠١	٣٤.٣٣	٠.٢٢٥	١.٢٣	٠.١٧٩	٤.٧٨	٢٤
٠,٠١	٢٨.١٧	٠.٢٥٤	١.٤٥	٠.٢٤٦	٤.٦٠	٢٥
٠,٠١	٣٠.٨٩	٠.١٩٢	١.٢٥	٠.١٧٩	٤.٢٣	٢٦
٠,٠١	٤١.١٨	٠.١٣١	١.١٥	٠.١٧٩	٤.٧٨	٢٧
٠,٠١	٢٨.١٧	٠.٢٥٤	١.٤٥	٠.٢٤٦	٤.٦٠	٢٨
٠,٠١	٤٠.٠٠	٠.٢١٥	١.٧٠	٠.٠٤٩	٤.٩٥	٢٩
٠,٠١	٣٩.٠٦	٠.١٣١	١.١٥	٠.٢٠٤	٤.٧٣	٣٠
٠,٠١	٢٥.١٣	٠.٢٣٣	١.٦٥	٠.٢٤٦	٤.٤٠	٣١
٠,٠١	٢٥.٢٧	٠.٢٤٠	١.٦٣	٠.٢٥١	٤.٤٣	٣٢
٠,٠١	٤٣.٢١	٠.٢٥٤	١.٥٥	٠.٠٠	٥.٠٠	٣٣

(*) علماً بأن قيمة (ذ) الجدولية عند درجة مستو ٠,٠١ مساوية (٢,٥٨).

يتضح من جدول (٣) ان قيم (ذ) المقابلة لجميع مفردات المقياس تعدت القيمة ٢,٥٨ □ مما يعني ان مفردات المقياس تحظى بقدرات تمييزية مقبولة بين المرتفعين والمنخفضين على كل بعد تنتمي اليه هذه المفردات مما يعطي مؤشرا للصدق التمييزي للمقياس.

ج- صدق المحك:

تم استخدام صدق المحك لحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس حدة السايبركوندريا والدرجة الكلية لاختبار حالة وسمة القلق للكبار (اعداد / البحيري □ ٢٠٠٥) حيث تم التطبيق على عينة قدرها (١٥٠) طالبا فكان معامل الارتباط مساويا ٠,٦٩٩ وهي دالة عند مستو ٠,٠١ مما يدل على صدق المقياس.

تصحيح مقياس حدة السايبركوندريا:

تتم الإجابة على المقياس بطريقة ليكرت الخماسية المتدرجة، حيث تعطي دائما (٥ درجات) □ غالبا (٤ درجات) □ احيانا (٣ درجات) □ نادرا (درجتان) □ ابدا (درجة واحدة)، ما عدا المفردات (٩-٢١-٢٤-٢٥-٢٦-٢٧-٢٨-٣٣) فهي مفردات إيجابية وفيها يتم عكس الدرجات، وبذلك تصبح أعلى درجة (١٦٥) وأقل درجة (٣٣)، ثم يتم جمع الدرجات للمقياس ككل، وتعتبر درجة القطع الفاصلة للمقياس هي الدرجة (م-ع) وتساوي (٧٩)، حيث بلغت قيمة المتوسط (٨٨,٧٧) وقيمة الانحراف المعياري (٩,٨٥).

ب- مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) World Health Organization Quality Of Life (WHO QOL – BREF)

: (ترجمة وتقنين/ احمد، ٢٠١٣)

قام بإعداد هذا المقياس (World Health Organization 1996) وقام بترجمته للبية العربية بشري إسماعيل احمد (٢٠١٣) وذلك بهدف تقديم بروفيل مختصر عن مستوي جودة الحياة لدي الراشدين.

ويتكون المقياس من ٢٦ مفردة موزعة على خمس أبعاد رئيسة: جودة الحياة والصحة العامة ويضم مفردتان وهما (١، ٢) □ الصحة الجسمية ويشمل مجالات (الانشطة الحياتية اليومية - الاعتماد على العقاقير و المساعدة الطبية - القوة و الاجهاد - قابلية الحركة والتنقل - الألم والعناء - النوم والراحة - و القدرة على العمل) وبذلك يتكون هذا البعد من ٧ مفردات (٣، ٤، ١٠، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨) □ الصحة النفسية ويشمل مجالات (صورة الجسم و المظهر العام - المشاعر السلبية - المشاعر الايجابية - تقدير الذات - معتقدات الفرد الدينية و الروحية - والتفكير / التعليم /

التذكر / التركيز) وبذلك يتكون هذا البعد من ٦ مفردات (٥ ، ٦ ، ٧ ، ١١ ، ١٩ ، ٢٦) ، العلاقات الاجتماعية ويشمل هذا البعد مجالات (العلاقات الشخصية - المساندة الاجتماعية) وبذلك يتكون هذا البعد من ٣ مفردات (٢٠ ، ٢١ ، ٢٢) ، البيئة ويشمل مجالات (الموارد المادية - الحرية - الأمن و الأمان المادي - الرعاية الصحية والاجتماعية : التوافر والجودة ، البيئة الأسرية - الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات - الاشتراك في و إتاحة الفرصة للأبداع / النشاطات الترفيهية ، البيئة الطبيعية (التلوث - الضوضاء - المرور - المناخ ، ووسائل النقل) وبذلك يتكون هذا البعد من ٨ مفردات (٨ ، ٩ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥) .

الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة الحياة (الصورة المختصر) في الدراسة الحالية:
الاتساق الداخلي:

لحساب الاتساق الداخلي للمقياس تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد المنتمية له وكذلك معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس وذلك على عينة قوامها (١٥٠) طالباً، ويوضح جدول (٤) معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد المنتمية له والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة

(ن=١٥٠)

معاملات ارتباط المفردات مع درجة البعد التابعة له									
البيئة		العلاقات الاجتماعية		الصحة النفسية		الصحة الجسمية		الحياة والصحة العامة	
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
*٠,٥٠٦	٨	*٠,٤٤٣	٢٠	*٠,٥٢٠	٥	*٠,٤٠٢	٣	*٠,٥٤٨	١
*٠,٤٦٨	٩	*٠,٤٥٩	٢١	*٠,٤٢٢	٦	*٠,٤١٨	٤	*٠,٤٧٥	٢
*٠,٤٩٣	١٢	*٠,٤٧٠	٢٢	*٠,٤٦٦	٧	*٠,٤٧٢	١٠		
*٠,٥٣٤	١٣			*٠,٣٢٥	١١	*٠,٣٨٨	١٥		
*٠,٤٣٦	١٤			*٠,٣٦٥	١٩	*٠,٣٥٦	١٦		
*٠,٤٢٩	٢٣			*٠,٤٨٩	٢٦	*٠,٣٤١	١٧		
*٠,٤٤١	٢٤					*٠,٤٠٨	١٨		
*٠,٣٩٦	٢٥								
معاملات ارتباط درجة البعد مع الدرجة الكلية للمقياس									
معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط	البعد
*٠,٤٧٩	البيئة	*٠,٤١٣	العلاقات الاجتماعية	*٠,٤٧٠	الصحة النفسية	*٠,٤٢٣	الصحة الجسمية	*٠,٣٤٥	الحياة والصحة

* ٠.٠١ تساوي ٠,٢٠٨

يتضح من جدول (٤) أن معاملات الارتباط تقع بين ٠,٣٢٥ - ٠,٥٤٨ وهي دالة إحصائياً عند مستو ٠,٠١.

الثبات:

تم حساب الثبات بالطرق التالية:

١- طريقة إعادة الاختبار **Test-Retest**:

تم حساب الثبات عن طريق إعادة الاختبار وذلك على عينة مكونة من (١٥٠) طالباً بفاصل زمني أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني □ وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب في التطبيقين الأول والثاني وكانت معاملات الارتباط (الحياة والصحة العامة - الصحة الجسمية - الصحة النفسية - العلاقات الاجتماعية - البيئة - الدرجة الكلية) مساوية (٠,٧٤٥ - ٠,٦٧٩ - ٠,٧٤١ - ٠,٦٨٨ - ٠,٦٦٠ - ٠,٧٢٣) على الترتيب وهي دالة عند مستوي ٠.٠٠١.

ب- طريقة ألفا كرونباخ **Alpha Cronbach**:

تم حساب معامل الثبات للمقياس وذلك بطريقة ألفا كرونباخ على عينة بلغ قوامها (١٥٠) طالباً □ فكانت قيم معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (الحياة والصحة العامة - الصحة الجسمية - الصحة النفسية - العلاقات الاجتماعية - البيئة - الدرجة الكلية) مساوية (٠,٧٠٣ - ٠,٦٩١ - ٠,٧٢٥ - ٠,٧٣٣ - ٠,٦٨٦ - ٠,٧٤٩) على الترتيب □ وهي معاملات ثبات مقبولة مما يدل على ثبات المقياس.

٣- الصدق:

١- الصدق التمييزي:

قام الباحثان بالتحقق من القدرة التمييزية لمفردات مقياس جودة الحياة بصورته المختصرة على عينة بلغت (١٥٠) طالباً وطالبة، وذلك بالتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي درجات اعلي (٢٧٪) من البعد وأدنى (٢٧٪) من نفس البعد لكل مفردة من مفردات المقياس، ثم تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات تلك الدرجات عن طريق حساب قيمة (ذ) لمفردات المقياس، وهذا ما يوضحه جدول (٥).

جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات اعلي (٢٧٪) وأدنى (٢٧٪)

لكل مفردة من مفردات مقياس جودة الحياة

مستوي الدلالة	ذ (*)	ادني (٪٢٧) ن=٤٠		اعلي (٪٢٧) ن=٤٠		البيان الاحصائي رقم المفردة
		٢٤	م	٢٤	م	
		٠,٠١	٢٦,٠٣	٠,٢١٥	١,٧٠	
٠,٠١	٣٦,٠٢	٠,٢٥٤	١,٥٥	٠,٠٩٢	٤,٩٠	٢
٠,٠١	٣٩,٦٠	٠,٢٤٦	١,٤٠	٠,٠٧١	٤,٩٣	٣
٠,٠١	٣٣,٦٤	٠,٢٥٤	١,٥٥	٠,١٣١	٤,٨٥	٤
٠,٠١	٢٦,٦٩	٠,٢٤٦	١,٦٠	٠,٢٥١	٤,٥٨	٥
٠,٠١	٢٦,٤٠	٠,٢٠٤	١,٧٣	٠,٢٥٤	٤,٥٥	٦
٠,٠١	٢٥,١١	٠,٢٤٦	١,٦٠	٠,٢٢٥	٤,٣٣	٧
٠,٠١	٢٦,٧٨	٠,٢٥١	١,٥٨	٠,٢٥١	٤,٥٨	٨
٠,٠١	٣١,٥٩	٠,٢٤٠	١,٦٣	٠,١٦٤	٤,٨٠	٩
٠,٠١	٢٦,٩٦	٠,٢٢٥	١,٦٨	٠,٢٤٦	٤,٦٠	١٠
٠,٠١	٢٩,٤٢	٠,٢٤٠	١,٦٣	٠,٢٠٤	٤,٧٣	١١
٠,٠١	٢٨,٤٩	٠,٢٠٤	١,٧٣	٠,٢٢٥	٤,٦٨	١٢
٠,٠١	٣٥,١٢	٠,٢١٥	١,٧٠	٠,١١٢	٤,٨٨	١٣
٠,٠١	٢٦,١١	٠,١٦٤	١,٨٠	٠,٢٥٦	٤,٤٨	١٤
٠,٠١	٢٦,١١	٠,٢٥٦	١,٤٨	٠,٢٠٤	٤,٢٨	١٥
٠,٠١	٢٧,٠١	٠,٢٥٦	١,٥٠	٠,٢٥٤	٤,٥٥	١٦
٠,٠١	٢٧,٠٩	٠,٢٥٦	١,٥٣	٠,٢٥١	٤,٥٨	١٧
٠,٠١	٢٩,٧٠	٠,٢٣٣	١,٣٥	٠,٢٤٦	٤,٦٠	١٨
٠,٠١	٣١,٦٠	٠,١٩٢	١,٢٥	٠,٢٥١	٤,٥٨	١٩
٠,٠١	٣٢,٢٩	٠,٢٠٤	١,٢٨	٠,٢٣٣	٤,٦٥	٢٠
٠,٠١	٢٦,٦٠	٠,٢٤٠	١,٣٨	٠,٢٣٣	٤,٢٥	٢١
٠,٠١	٣٤,٦٢	٠,٢٤٦	١,٦٠	٠,١١٢	٤,٨٨	٢٢
٠,٠١	٢٦,٣٢	٠,٢٤٠	١,٦٣	٠,٢٥٤	٤,٥٥	٢٣
٠,٠١	٢٥,٦٦	٠,٢٤٦	١,٦٠	٠,٢٥٦	٤,٤٨	٢٤
٠,٠١	٢٨,٢٩	٠,٢٤٠	١,٦٣	٠,٢٢٥	٤,٦٨	٢٥
٠,٠١	٣٥,٠١	٠,٢١٥	١,٣٠	٠,١٧٩	٤,٧٨	٢٦

(*) علماً بأن قيمة (ذ) عند مستوى ٠,٠١ مساوية (٢,٥٨).

يتضح من جدول (٥) ان قيم (ذ) المقابلة لجميع مفردات المقياس تعدت القيمة ٢,٥٨ □ مما يعني ان مفردات المقياس تحظى بقدرات تمييزية مقبولة بين المرتفعين والمنخفضين على كل بعد تنتمي اليه هذه المفردات مما يعطي مؤشرا للصدق التمييزي للمقياس.

ب- صدق المحك:

تم استخدام صدق المحك لحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة والدرجة الكلية لمقياس الرفاهة النفسية للشباب الجامعي (اعداد / سلومة واخرون □ ٢٠١٣) حيث تم التطبيق على عينة قدرها (١٥٠) طالباً فكان معامل الارتباط مساوياً ٠,٧٧٣ وهي دالة عند مستو ٠,٠١ مما يدل على صدق المقياس.

تصحيح مقياس جودة الحياة:

تتم الإجابة على المقياس بطريقة ليكرت الخماسية المتدرجة، حيث تعطي بدرجة بالغة (٥ درجات)، كثيراً (٤ درجات) □ بدرجة متوسطة (٣ درجات) □ بدرجة قليلة (درجتان) □ ليس دائماً (درجة واحدة) □ ويتم عكس الدرجات في حالة المفردات السالبة وهي (٣، ٤) □ وبذلك تصبح أعلى درجة (١٣٠) وأقل درجة (٢٦)، ثم يتم جمع الدرجات للمقياس ككل، وتشير الدرجة المرتفعة الي تمتع الفرد بجودة الحياة.

د- البرنامج الارشادي القائم على مدخل الانتقائية الفنية:
(اعداد/ الباحثان)

١- أهداف البرنامج:

هدف هذا البرنامج إلى خفض اعراض السايبركونديريا لدي طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا.

٢- الفئة المستهدفة للبرنامج:

يقدم هذا البرنامج لطلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا والذين يواجهون مستويات مرتفعة من السايبركونديريا وانخفاض في مستويات جودة الحياة لديهم.

٣- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج الارشادي القائم علي مدخل الانتقائية الفنية على مجموعة من الأسس المهمة وهي:

مرونة السلوك: وهذا يعني قابلية مشكلة السايبركوندريا للخفض من خلال تعديل سلوك البحث المتكرر والمفرط عن المعلومات الصحية عبر الانترنت.

استعداد الفرد للإرشاد وحقه في الاستفادة من الجلسات الإرشادية: اتجاه الفرد نحو البحث المفرط عن المعلومات الصحية عبر الانترنت يؤثر علي انشطته اليومية الهامة، مما يدفعه ذلك الي طلب الحل لتلك المشكلة والتخلص منها حتي يستطيع أداء مهامه اليومية بشكل سليم وجيد.

استمرار عملية الإرشاد: وهذا يعني ان الجلسات الإرشادية التي قدمت للفرد ذوي السايبركوندريا في المرحلة الجامعية، تستمر الاستفادة منها بعد انتهاء دراسته الجامعية وفي المراحل العمرية اللاحقة.

الفروق الفردية والفروق بين الجنسين: وتعني ان افراد المجموعة التجريبية يختلفون فيما بينهم في سرعة الاستجابة للفنيات والاستراتيجيات الإرشادية في بداية جلسات البرنامج، وقد تكون هناك أيضا اختلافات بين الذكور والاناث.

الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للفرد: وتعني انه عند انخفاض مستويات السايبركوندريا لدي الفرد، يصبح مقبلا علي الحياة ويكون راضي عنها ومن ثم تتطور علاقاته الاجتماعية مع الاخرين ويقوم بدوره داخل المجتمع.

٤- مصادر بناء البرنامج:

تم الاطلاع علي العديد من الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت برامج ارشادية لخفض اعراض السايبركوندريا والقلق الصحي، وذلك للاستفادة من تلك الدراسات التدخلية في تصميم البرنامج الإرشادي المعد في الدراسة الحالية، ومن بين تلك الدراسات دراسة كل من (Hedman et al.,(2014)؛ Eilenberg et al.,(2016)؛ Higgins-Chen ؛ (etal.,(2019)؛ Vismara et al.,(2020)؛ Newby and McElory (2020)؛ (Nandini (2022).

٥- الفنيات المنتقاة والمستخدممة في البرنامج:

اشتمل البرنامج على مجموعة من الفنيات كإعادة البناء المعرفي- التعليمات الذاتية- حل المشكلات- الاسترخاء- الواجب المنزلي-التثقيف النفسي- فنية ABCDE- إزالة الاندماج المعرفي- القبول- القيم- الفعل الالزامي.

٦- الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج:

ورق ابيض - لوحات - مجموعة من البطاقات - أفلام - جهاز الحاسب الآلي - جهاز العرض
داتا شو Data Show.

٧- تقويم البرنامج:

تم تقويم البرنامج من خلال المراحل التالية:

المرحلة الأولى: التقويم المبدئي وتمثل ذلك في عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين لإبداء آرائهم وتعديل البرنامج وفق ما أجمعت عليه هذه الآراء.

المرحلة الثانية: التقويم البنائي ويتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج والذي يضمن نمو البرنامج وتقدمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقويم الذي يعقب كل جلسة والمتمثل في الواجب المنزلي.

المرحلة الثالثة: التقويم النهائي ويتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعالية البرنامج القائم على مدخل الانتقائية الفنية في خفض اعراض السايبركوندريا واثره في تحسين جودة الحياة لدي طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا عينة الدراسة.

المرحلة الرابعة: التقويم التبعي ويتمثل في تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا ومقياس جودة الحياة بصورته المختصرة المستخدمان في الدراسة الحالية على عينة الدراسة بعد فترة زمنية محددة (شهرين) من انتهاء البرنامج للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج.

٨- تطبيق البرنامج:

اشتمل البرنامج على (٢١) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً وبذلك استغرق تطبيق البرنامج سبعة اسابيع وتراوح زمن الجلسة ٤٥ - ٥٠ دقيقة.

٩- مكان تطبيق البرنامج:

تم تنفيذ جلسات البرنامج بمعمل الصحة النفسية بكلية التربية بقنا وذلك في توقيتات لا تتعارض مع الدروس النظرية والعملية المقدمة للطلاب وتم اختيار ذلك المكان نظراً لاتساعه وتجهيزاته التي تساعد في تنفيذ الجلسات بشكل مناسب.

١٠- مخطط جلسات البرنامج:

جدول (٦)

مخطط جلسات مختصر للبرنامج الارشادي القائم على مدخل الانتقائية الفنية

الجلسات من: إلي	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنية المستخدمة	زمن الجلسة (بالدقيقة)	التقويم
١	تعريف وتعارف	- اشاعة جو من الألفة بين الباحث وعينة الدراسة. - تعارف أفراد المجموعة التجريبية على بعضهم البعض.	الحوار والمناقشة	٥٠-٤٥	بنائي
٢	السايركونديريا (ماهيتها- اعراضها- مكوناتها)	- التعريف بالسايركونديريا واعراضها ومكوناتها	التثقيف النفسي- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
٣	كيفية حدوث السايركونديريا	-التعريف بالعوامل المؤدية الي السايركونديريا.	التثقيف النفسي- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
٦:٤	الأفكار المرتبطة بالسايركونديريا	-تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالسايركونديريا.	إعادة البناء المعرفي- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
٧	دعنا نستدعي افكارك السلبية	-التعرف علي الأفكار السلبية لدي الفرد واستدعاؤها.	القبول- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
٨	كرر افكارك اللاعقلانية والسلبية	-تدريب الفرد علي فنية إزالة الاندماج المعرفي	إزالة الاندماج المعرفي- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
٩	دحض الأفكار اللاعقلانية	-مساعدة الفرد في التخلص من أفكاره اللاعقلانية وتحويلها الي أفكار عقلانية	فنية ABCDE- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
١٢:١٠	تخلص من قلقك الصحي	-مساعدة الفرد علي التخلص من التوتر والقلق الناجم عن المعلومات الصحية التي حصل عليها.	التعرض- الاسترخاء- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
١٣	تحكم في افكارك وسلوكياتك	- تدريب الفرد علي التحكم في سلوكيات البحث المفرط والمتكرر عن المعلومات الصحية.	التعليمات الذاتية- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
١٤	كن واثقا في طبيبك	-اكتساب الفرد الثقة في طبيبه المختص بدلا من تشخيصه الذاتي	إعادة البناء المعرفي- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي
١٥	مصادر طبية/صحية موثوق فيها	-تدريب الفرد علي البحث عبر المواقع الصحية الالكترونية الموثوق فيها.	التثقيف النفسي- الواجب المنزلي	٥٠-٤٥	بنائي

الجلسات من : إلي	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الفنية المستخدمة	زمن الجلسة (بالدقيقة)	التقويم
١٦	اختر الحل المناسب	- تدريب الفرد علي أسلوب حل المشكلات عند مواجهة عرض صحي مدرك	حل المشكلات- الواجب المنزلي	٥٥-٥٠	بنائي
١٧	جودة الحياة	-التعريف بجودة الحياة ومكوناتها ومصادرها	التثقيف النفسي- الواجب المنزلي	٥٥-٥٠	بنائي
١٨	حدد اهدافك	-تدريب الفرد علي تحديد أهدافه الحياتية والمستقبلية	الفعل الالزامي- الواجب المنزلي	٥٥-٥٠	بنائي
١٩	استمتع بحياتك	-مساعدة الفرد علي إعطاء أولوية لأنشطته واعماله اليومية الهامة بدلا من استخدام الانترنت في البحث عن المعلومات الصحية.	القيم- الواجب المنزلي	٥٥-٥٠	بنائي
٢٠	اشغل فراغك بأعمال مفيدة	-تدريب الفرد علي استغلال أوقات فراغه في اعمال مفيدة وهادفة	القيم- الواجب المنزلي	٥٥-٥٠	بنائي
٢١	الخاتمة والتقييم	-مراجعة ما تم تقديمه من تدريبات في الجلسات السابقة. - توزيع بعض الهدايا على عينة الدراسة. - تطبيق مقياسي حدة السايبركوندريا ومقياس جودة الحياة.	الحوار والمناقشة	٥٥-٥٠	نهائي

خطوات الدراسة:

اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الشروط السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة.

- تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا.
- تطبيق مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة).
- تحديد عينة الدراسة الأساسية.
- تقسيم عينة الدراسة الأساسية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.
- إجراء التكافؤ بين مجموعتي الدراسة.

▪ تطبيق البرنامج الإرشادي القائم على مدخل الفنية الانتقائية على أفراد المجموعة التجريبية.

تم تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا و مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج.

استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة النتائج التي تم الحصول عليها من تطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية باستخدام الحزمة الإحصائية SPSS.

نتائج الدراسة:

١- نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا قبل البرنامج وبعده علي افراد المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٦) طالباً، وتم استخدام اختبار " ولكوسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٧) دلالة تلك الفروق.

جدول (٧)

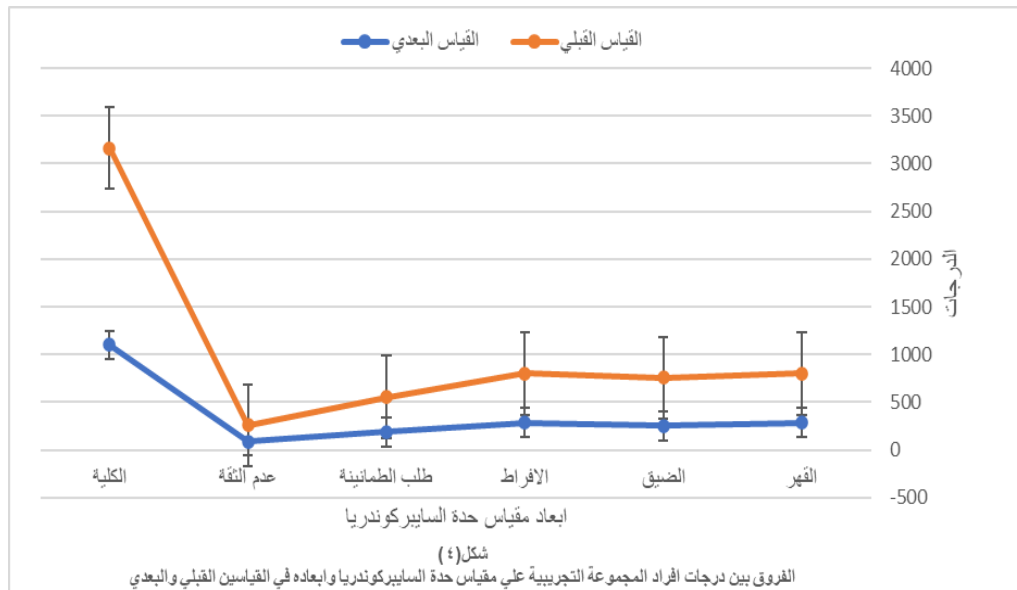
دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي (ن = ١٦)

البيان الإحصائي	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z(*)	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
القهر	موجبة	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	٣,٤٧-	٠,٠١	٠,٨٧
	سالبة	١٥,٠٠	١٣٥,٠٠	٩,٠٠			
	التساوي	-	-	-			
الضييق	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٢-	٠,٠١	٠,٨٨
	سالبة	١٦,٠٠	١٣٦,٠٠	٨,٥٠			
	التساوي	-	-	-			

البيان الاحصائي	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z(*)	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
الافراط	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٢-	٠,٠١	٠,٨٨
	سالبة	١٦,٠٠	١٣٦,٠٠	٨,٥٠			
	التساوي	-	-	-			
طلب الطمأنينة	موجبة	١,٠٠	١,٠٠	١,٠٠	٣,٣٦-	٠,٠١	٠,٨٤
	سالبة	١٤,٠٠	١١٩,٠٠	٨,٥٠			
	التساوي	١,٠٠	-	-			
عدم الثقة في المتخصصين الطبيين	موجبة	٢,٠٠	٣,٠٠	١,٥٠	٣,٣٨-	٠,٠١	٠,٨٥
	سالبة	١٤,٠٠	١٣٣,٠٠	٩,٥٠			
	التساوي	-	-	-			
الدرجة الكلية	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٢-	٠,٠١	٠,٨٨
	سالبة	١٦,٠٠	١٣٦,٠٠	٨,٥٠			
	التساوي	-	-	-			

(*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوي ٠.٠١ تساوي (٢,٥٨).

(**) ٠,١ > ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ > ٠,٥ = متوسط ، ٠,٥ > ٠,٥ = فأكثر = قوي.



يتضح من جدول (٧) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الارشادي، وبالنظر إلي الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير تراوحت بين ٠,٨٤ - ٠,٨٨ لأبعاد المقياس الخمسة والدرجة الكلية وهو أحجام تأثير قوية، أي انه بلغت نسبة تأثير المتغير المستقل (البرنامج) في المتغير التابع الاول (السايبركوندريا) بين ٨٤ - ٨٨ ٪ وهي نسبة مرتفعة مما يدل علي الفعالية العالية للبرنامج المقدم لعينة الدراسة في خفض السايبركوندريا لديهم، وبذلك تتحقق صحة الفرض الأول. وهذا ما يوضحه شكل (٤) بأن درجات افراد المجموعة التجريبية إنخفضت علي مقياس حدة السايبركوندريا في القياس البعدي مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي وذلك في الأبعاد الخمسة (القهر - الضيق - الإفراط - طلب الطمأنينة - عدم الثقة في المتخصصين) بالإضافة إلي الدرجة الكلية للمقياس وذلك يوضح الدور الذي لعبه البرنامج الارشادي في خفض السايبركوندريا لدي طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا.

٢ - نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياس البعدي لصالح افراد المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي :
تم تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا بعد تطبيق البرنامج علي افراد المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٦) طالباً وافراد المجموعة الضابطة والبالغ قوامها (١٦) طالباً، وتم استخدام اختبار " مان - ويتني " (الحالة الأولى " $n \geq 20$ ") لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٨) دلالة تلك الفروق.

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده بعد تطبيق البرنامج (تجريبية = ١٦ ، نضابطة = ١٦)

البيان الاحصائي أبعاد المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (*)U1	قيمة U2	Z	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
القهر	تجريبية	١٦	٩,٢٨	١٤٨,٥٠	١٢,٥٠	٢٤٣,٥٠	-	٠,٠١	٠,٨٤
	ضابطة	١٦	٢٢,٧٢	٣٧٩,٥٠		٤,٣٧			
الضيقة	تجريبية	١٦	٩,١٢	١٤٦,٠٠	١٠,٠٠	٢٤٦,٠٠	-	٠,٠١	٠,٧٩
	ضابطة	١٦	٢٣,٨٨	٣٨٢,٠٠		٤,٤٨			
الافراط	تجريبية	١٦	٩,٣١	١٤٩,٠٠	١٣,٠٠	٢٤٣,٠٠	-	٠,٠١	٠,٧٧
	ضابطة	١٦	٢٣,٦٩	٣٧٩,٠٠		٤,٣٤			
طلب الطمأنينة	تجريبية	١٦	١٠,٢٥	١٦٤,٠٠	٢٨,٠٠	٢٢٨,٠٠	-	٠,٠١	٠,٦٧
	ضابطة	١٦	٢٢,٧٥	٣٦٤,٠٠		٣,٨٠			
عدم الثقة في المتخصصين الطبيين	تجريبية	١٦	٩,٥٠	١٥٢,٠٠	١٦,٠٠	٢٤٠,٠٠	-	٠,٠١	٠,٧٨
	ضابطة	١٦	٢٣,٥٠	٣٧٦,٠٠		٤,٤٢			
الدرجة الكلية	تجريبية	١٦	٨,٥٠	١٣٦,٠٠	٠,٠٠	٢٥٦,٠٠	-	٠,٠١	٠,٨٥
	ضابطة	١٦	٢٤,٥٠	٣٩٢,٠٠		٤,٨٣			

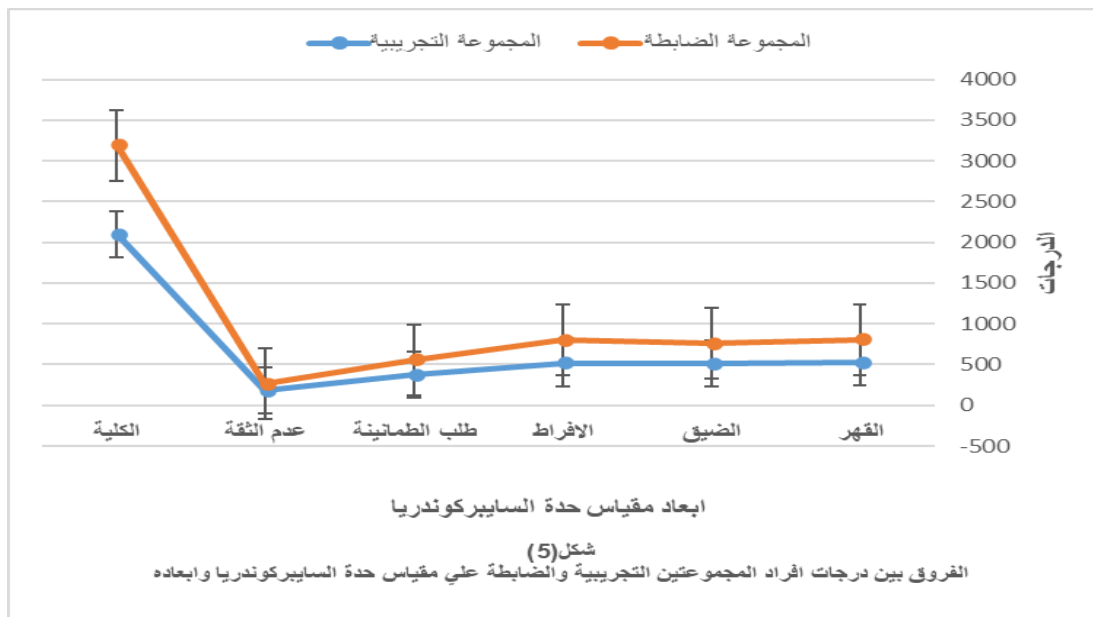
(*) علماً بأن قيمة U الجدولية عند مستوى ٠,٠١ تساوي (٦٠).

(**) (٠,١ : ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ : ٠,٥ > = متوسط ، ٠,٥ : ٠,٧ > = فأكثر = قوي).

يتضح من جدول (٨) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والتجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياس

البعدي لصالح المجموعة التجريبية ، كما أنه بالنظر إلي الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير تراوحت بين ٠,٦٧ - ٠,٨٥ لأبعاد المقياس الخمسة والدرجة الكلية وهو أحجام تأثير قوية، أي انه بلغت نسبة تأثير المتغير المستقل (البرنامج) في المتغير التابع الاول (السايبيركوندريا) بين ٦٧ - ٨٥ ٪ وهي نسبة مرتفعة، ومن جهة أخرى تم ضبط المتغيرات الدخيلة وتكافؤ مجموعتي الدراسة وعدم تعرض المجموعة الضابطة إلي التدخل الارشادي، فإن ذلك الخفض في السايبيركوندريا لدي افراد المجموعة التجريبية يرجع إلي تأثير وفعالية البرنامج الارشادي المعد في الدراسة الحالية ، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثاني.

ويشير شكل (٥) إلي إنخفاض درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبيركوندريا في القياس البعدي مقارنة بدرجات افراد المجموعة الضابطة علي المقياس والتي ظلت مرتفعة.



تفسير نتيجتي الفرضين الأول والثاني:

بنظرة شاملة للنتائج الاحصائية الخاصة بالفرضين الأول والثاني، يمكن ملاحظة فعالية البرنامج الارشادي القائم علي الانتقائية الفنية في خفض السايبيركوندريا لدي افراد المجموعة التجريبية بخلاف افراد المجموعة الضابطة والتي لم تتلقي أي علاج او تدريبات وظلت مستويات السايبيركوندريا مرتفعة لديهم ، حيث أن البرنامج الارشادي أدي إلي خفض الأبعاد

الخمس لمقياس حدة السايبركوندريا والذي بدوره أدى إلي إنخفاض الدرجة الكلية للمقياس لدي افراد المجموعة التجريبية.

وتتفق تلك النتائج مع نتائج الدراسات التي استخدمت برامج ارشادية في خفض السايبركوندريا والقلق الصحي لدي المراهقين والراشدين كدراسة كل من Hedman et al., (2014)؛ Eilenberg et al., (2016)؛ Vismara ؛ Higgins-Chen et al., (2019)؛ et al., (2020)؛ Newby and McElory (2020)؛ Nandini (2022).

ويمكن تفسير تلك النتائج في ضوء ثلاث محاور رئيسة: الأول: البرنامج الارشادي المقدم لافراد المجموعة التجريبية وما يضمنه من محتوى واجراءات، الثاني: الفنيات الارشادية المنقاة والمستخدمة في البرنامج، الثالث: النماذج المفسرة للسايبركوندريا، أما فيما يخص المحور الأول البرنامج الارشادي المقدم لأفراد المجموعة التجريبية وما يضمنه من محتوى واجراءات: فقد تضمن البرنامج جلسات هدفت الي التعريف بالسايبركوندريا واعراضها ومكوناتها والعوامل المؤدية اليها، وهذا ما ساعد افراد المجموعة التجريبية وما يضمنه من محتوى واجراءات: فقد جيد وكذلك العوامل المسببة لها حتي يتسنى لهم في المستقبل مواجهتها ومواجهة ما يترتب عليها من اثار سلبية تؤثر علي حياتهم الاجتماعية، كما جاءت بعض الجلسات لتحديد الأفكار اللاعقلانية والسلبية المرتبطة بالسايبركوندريا، والمتمثلة في ان شعوره ببعض الاعراض العابرة بمثابة مؤشر لوجود مرض خطير لديه وبناء عليه سوف تنتهي حياته في أي وقت مما دفعه الي اللامبالاة وعدم الاهتمام بحياته او أهدافه او السعي لتحقيق أهدافه وطموحاته، ووفقا لذلك تم التعامل مع تلك الأفكار اللاعقلانية وتحويلها الي أفكار إيجابية تساعد الفرد علي الاهتمام بأنشطة حياته اليومية والتخطيط الجيد ليومه وتشجيعه علي المثابرة من اجل تحقيق أهدافه الحاضرة ومن ثم المستقبلية، كما جاءت بعض الجلسات لمساعدة الفرد ذو السايبركوندريا علي التخلص من التوتر والقلق الناجم عن المعلومات الصحية التي حصل عليها، وان تلك المعلومات قد تكون مغلوطة او صادرة من افراد غير متخصصين، وان اهتمام الفرد بتلك المعلومات يؤدي الي مزيد من المخاوف الصحية والتي تؤثر بالسلب علي حالته الصحية والجسمية، وتناول محتوى جلسات اخري تدريب الفرد علي التحكم في سلوكيات البحث المفرط والمتكرر عن المعلومات الصحية، من خلال عدم القيام بعمليات البحث المتكررة عبر الانترنت عند شعوره ببعض الاعراض الصحية البسيطة وبدلا من ذلك يبحث عن بعض الوسائل والطرق التي تزيد وتقوي من مناعته الجسمية، ثم جاءت جلسات اخري عملت علي اكساب الفرد الثقة

في طبيبه المختص بدلا من تشخيصه الذاتي، وان عند شعوره باي اعراض صحية مدركة فانه يجب اللجوء مباشرة الي الطبيب المختص والمتخصص بشكل افضل من المعلومات المنتشرة علي المواقع الالكترونية لأنه يستطيع توجيه الفرد بشكل مناسب للتعامل مع تلك الاعراض ولا يعتمد فقط علي المعلومات التي حصل عليها ويأخذها يقينا بانه يواجه مرضا خطيرا، كما تضمنت الجلسات تدريب الفرد علي البحث عبر المواقع الصحية الالكترونية الموثوق فيها، وفيها تم عرض لاهم المواقع الالكترونية الصحية والموثوق بها كموقع وزارة الصحة المصرية او موقع منظمة الصحة العالمية وغيرها، حيث يتم من خلال هذه المواقع نشر معلومات صحية موثوق فيها من قبل متخصصين في المجال الطبي والصحي، ثم جاءت جلسات اخري هدفت الي مساعدة الفرد علي إعطاء أولوية لأنشطته واعماله اليومية الهامة بدلا من استخدام الانترنت في البحث عن المعلومات الصحية، كالقيام بواجباته الدراسية والاسرية والحياتية بدلا من إضاعة الوقت في البحث عن المعلومات الصحية بشكل متكرر ومفرط عبر الانترنت، وهذا ما اوضحه (Starcevic 2017) انه بدلا من الترويج لفكرة ان الابتعاد عن المعلومات الصحية المنشورة عبر الانترنت امر جيد، يجب ان تشمل المداخل الارشادية المقدمة الي ذوي السايبركونديريا هدفان رئيسان: (١) تمكين الافراد من استخدام الانترنت للحصول علي المعلومات الصحية دون اظهار القلق الصحي بشكل متزايد، (٢) خفض الوقت الذي يقضيه في استخدام الانترنت للحصول علي تلك المعلومات حتي لا ينتج عنه اهمال الأنشطة الحياتية المفيدة الأخرى، لذلك يمكن تحقيق هذان الهدفان اذا ادركوا ان المعلومات الصحية المنتشرة عبر الانترنت لا تمثل تهديد لهم، بالإضافة الي تنمية قدراتهم علي التعامل مع تلك المعلومات والتحكم فيها او التحكم في دوافع اجراء عمليات البحث المتكررة وغير الضرورية والتي تتم عبر الانترنت.

وفيما يتعلق بالمحور الثاني، الفنيات الارشادية المنتقاة والمستخدمه في البرنامج: التعليمات الذاتية، ساعدت تلك الفنية افراد المجموعة التجريبية في تطوير قدراتهم علي التحكم في سلوكيات البحث المفرط والمتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت، وهذا ما أكده (Dattilio, & Freeman 2007, p.190) بانه من خلال تلك الفنية يستطيع الفرد توجيه الحديث إلي ذاته وذلك بهدف توجيه سلوكياته مما يؤدي إلي تنمية الضبط والتحكم الذاتي في سلوكياته وافكاره. كما ساعدت فنية إعادة البناء المعرفي علي تحديد الأفكار والمعتقدات الحالية والانفعالات السلبية والسلوكيات غير السوية المترتبة علي تلك الأفكار لدي الافراد ذوي

السايبيركونديرا، ومن ثم مواجهة تلك المعتقدات السلبية، وأخيرا انتاج أفكار ومعتقدات بديلة إيجابية ساعدت افراد المجموعة التجريبية علي التعامل مع السايبيركونديرا بشكل افضل. كما تم تدريب افراد المجموعة التجريبية علي فنية حل المشكلات والتي كان لها عظيم الأثر في خفض السايبيركونديرا من خلال خطوات محددة لحل المشكلات والتي تضمنت تحديد المشكلة (السايبيركونديرا)، ووضع حلول متعددة للتعامل مع السايبيركونديرا، وتحديد إيجابيات وسلبيات كل حل، واختيار الحل وتنفيذه، ثم أخيرا مراجعة وتقييم النتائج المتوقعة. اما فيما يتعلق بفنية الاسترخاء، فقد تم اختيار المكان المناسب (معمل الصحة النفسية) حيث يتميز بالهدوء والتجهيزات اللازمة، حيث تم تدريب افراد المجموعة التجريبية علي تلك الفنية تحديدا عند شعورهم بالقلق الصحي والمخاوف الصحية الناجمة من المعلومات التي تم الحصول عليها عبر الانترنت او عند شعورهم باي عرض صحي مدرك، وتم التدريب من خلال التنفس من البطن والاسترخاء العضلي ، مما أدى ذلك الي خفض مستويات القلق الصحي لدي افراد المجموعة التجريبية.

ومن جهة اخري، ساعدت فنية التنقيف النفسي في تقديم معلومات عن مشكلة السايبيركونديرا واعراضها والعوامل المؤدية لها، حيث ساعد ذلك افراد المجموعة التجريبية في فهم ما يمرون به من مشكلة وغرس الامل فيهم فيما يتعلق بعلاجها، وهذا ما اوضحه Vismara et al., (2020) بانه يمكن اللجوء الي استخدام التنقيف النفسي psychoeducation والمتمثل في تقديم التوعية التنقيفية للأفراد ذوي السايبيركونديرا من خلال ابلاغهم بان عمليات البحث المفرطة عن المعلومات الصحية وغير الضرورية عبر الانترنت يمكن ان ينتج عنها عواقب سلبية كزيادة المخاوف المرضية والصحية. كما ساعدت فنية التعرض افراد المجموعة التجريبية في مواجهتهم للقلق والمخاوف الناجمة عن السايبيركونديرا، حيث تم التعرف علي الاعراض الصحية المدركة لدي افراد المجموعة، ثم عرض الاعراض المشابهة لمرض معين عليهم من خلال قائمة تضم تلك الاعراض ثم مناقشة كل عرض علي حده وبيان تطابقه من عدمه لدي كل فرد. وكان لفنية ABCDE دورا هاما من خلال وصف كل فرد من افراد المجموعة الموقف او الحدث الذي يؤدي الي ارتفاع مستويات القلق لديه الناجم عن البحث المفرط، ثم تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بذلك الموقف والتي يرغب الفرد في تغييرها، ثم القيام بدحض تلك الأفكار وتقنيدها وتقديم أفكار إيجابية لتحل محل تلك الأفكار السلبية.

ولقد ساعدت فنيتي إزالة الاندماج المعرفي والقبول في خفض السايبركوندريا، من خلال تقبل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالأعراض الصحية المدركة وأنه يواجه مرض خطير، ويطلب من الفرد تكرارها وذكرها مرارا وتكرارا حتي تفقد معناها ومصداقيتها واستبدالها بأفكار اخري مضادة لتلك الأفكار السلبية. وفيما يتعلق بفنية الواجب المنزلي فتمثل دورها نقل ما تدرب عليه الفرد من مهارات وفنيات وتعميمها خارج لقاء الجلسات في المواقف المماثلة بالإضافة الي انها أتاحت الفرصة في تقييم ما اكتسبه افراد المجموعة التجريبية من مهارات ومعلومات ومعارف في الجلسات السابقة مما أدى إلي خفض السايبركوندريا.

وبالنسبة للمحور الثالث، النماذج المفسرة للسايبركوندريا: فقد تم بناء جلسات البرنامج في ضوء النماذج المفسرة للسايبركوندريا، النموذج المعرفي السلوكي والذي أوضح بان الافراد ذوي السايبركوندريا يواجهون قلقا صحيا مفرطا مما يشعروهم بالتهديد ويؤدي الي تطور الأفكار اللاعقلانية لديهم، مما دفع الباحثان الي استخدام فنيات كالاسترخاء والتعرض وإعادة البناء المعرفي لمواجهة القلق الصحي وما يصاحبه من أفكار لاعقلانية. كما تم بناء جلسات البرنامج في ضوء نموذج السعي للحصول علي الطمأنينة، والذي يشير الي ظهور سلوك البحث المفرط والمتكرر عن المعلومات الصحية عبر الانترنت للتعرف علي الاعراض الصحية المدركة المشابهة من اجل الاطمئنان علي صحتهم سواء من مصادر موثوقة او غير موثوقة، وفي ضوء ذلك تم استخدام فنيات كالتعليمات الذاتية وحل المشكلات والتنقيف النفسي لمواجهة سلوك البحث القهري والمفرط لدي افراد المجموعة التجريبية، اما فيما يخص نموذج ما وراء المعرفة، والذي يشير الي ان الافراد ذوي السايبركوندريا لديهم معتقدات ما وراء المعرفة السلبية مما يؤدي الي ارتفاع مستويات القلق وعدم القدرة علي التحكم في عمليات البحث القهرية، وبناء عليه تم اختيار فنيات ABCDE وفنية إزالة الاندماج المعرفي والقبول لمواجهة تلك المعتقدات السلبية وتغييرها.

وبذلك يتضح مما سبق، فعالية البرنامج الارشادي القائم علي الانتقائية الفنية في خفض السايبركوندريا لدي افراد المجموعة التجريبية، وتأتي هذه الفعالية عن طريق تكامل الدور الارشادي لمحتوي الجلسات واجراءاتها وفنياتها لمواجهة تلك المشكلة.

٣- نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) قبل البرنامج وبعده علي افراد المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٦) طالباً، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠ " (دلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (٩) دلالة تلك الفروق.

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي (ن = ١٦)

البيان الاحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z(*)	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
الصحة والحياة العامة	موجبة	١٥,٠٠	١٣٤,٥٠	٨,٩٧	٣,٤٧	٠,٠١	٠,٨٧
	سالبة	١,٠٠	١,٥٠	١,٥٠			
	التساوي	-	-	-			
الصحة الجسمية	موجبة	١٦,٠٠	١٣٦,٠٠	٨,٥٠	٣,٥٣	٠,٠١	٠,٨٨
	سالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	-	-	-			
الصحة النفسية	موجبة	١٥,٠٠	١٢٠,٠٠	٨,٠٠	٣,٤٢	٠,٠١	٠,٨٦
	سالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	١,٠٠	-	-			
العلاقات الاجتماعية	موجبة	١٥,٠٠	١٢٠,٠٠	٨,٠٠	٣,٤٥	٠,٠١	٠,٨٦
	سالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	١,٠٠	-	-			

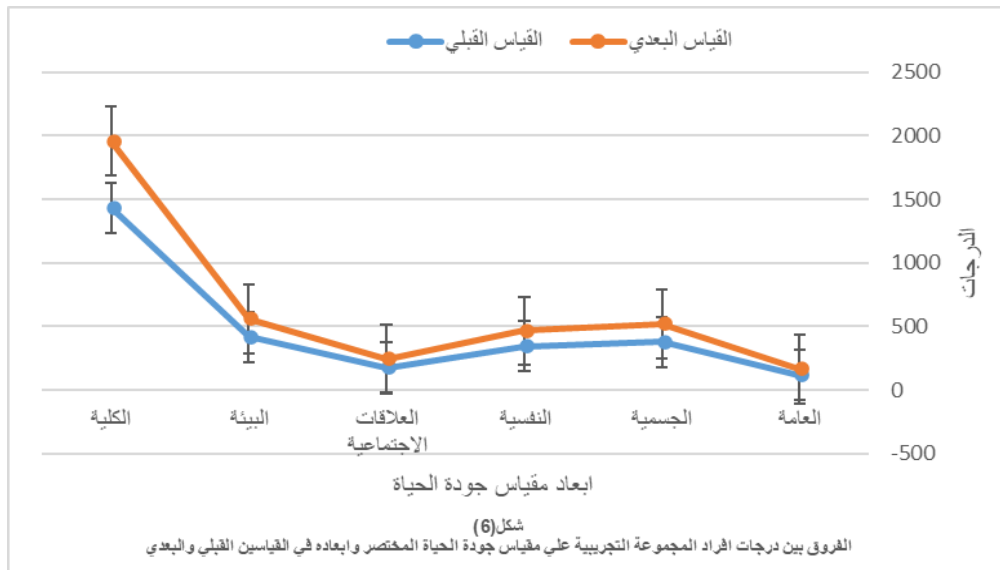
البيان الاحصائي أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	عدد الحالات	مجموع الرتب	متوسط الرتب	Z (*)	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
البيئة	موجبة	١٦,٠٠	١٣٦,٠٠	٨,٥٠	٢,٥٣	٠,٠١	٠,٨٨
	سالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	-	-	-			
الدرجة الكلية	موجبة	١٦,٠٠	١٣٦,٠٠	٨,٥٠	٢,٥٢	٠,٠١	٠,٨٨
	سالبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	-	-	-			

(*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوى ٠.٠١ تساوي (٢,٥٨).

(**) (٠,١ : ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ : ٠,٥ > = متوسط ، ٠,٥ فأكثر = قوي).

يتضح من جدول (٩) وجود فروق دالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الارشادي، وبالنظر إلي الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير تراوحت بين ٠,٨٦ - ٠,٨٨ لأبعاد المقياس الخمسة والدرجة الكلية وهو أحجام تأثير قوية، أي انه بلغت نسبة تأثير المتغير المستقل (البرنامج) في المتغير التابع الثاني (جودة الحياة) بين ٨٦ - ٨٨٪ وهي نسبة مرتفعة مما يدل علي الفعالية العالية للبرنامج المقدم لعينة الدراسة في رفع مستويات جودة الحياة لديهم، وبذلك تتحقق صحة الفرض الثالث.

وهذا ما يوضحه شكل (٦) بأن درجات افراد المجموعة التجريبية ارتفعت علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) في القياس البعدي مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي وذلك في الأبعاد الخمسة (الصحة والحياة العامة - الصحة الجسمية - الصحة النفسية - العلاقات الاجتماعية - البيئة) بالإضافة إلي الدرجة الكلية للمقياس وذلك يوضح الدور الذي لعبه البرنامج الارشادي في تحسين جودة الحياة لدي طلاب وطالبات الفرقة الاولى بكلية التربية بقنا.



٤- نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع علي أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياس البعدي لصالح افراد المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي :

تم تطبيق مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) بعد تطبيق البرنامج علي افراد المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٦) طالباً وافراد المجموعة الضابطة والبالغ قوامها (١٦) طالباً، وتم استخدام اختبار " مان - ويتني " (الحالة الأولى " $n \geq 20$ ") لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (١٠) دلالة تلك الفروق.

جدول (١٠)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده بعد تطبيق البرنامج

(ن تجريبية = ١٦ ، ن ضابطة = ١٦)

البيان الاحصائي	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U1 (*)	قيمة U2	Z	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
الصحة والحياة العامة	تجريبية	١٦	٢٣,٤٤	٣٧٥,٠٠	١٧,٠٠	٢٣٩,٠٠	٤,٤٤	٠,٠١	٠,٧٨
	ضابطة	١٦	٩,٥٦	١٥٣,٠٠					

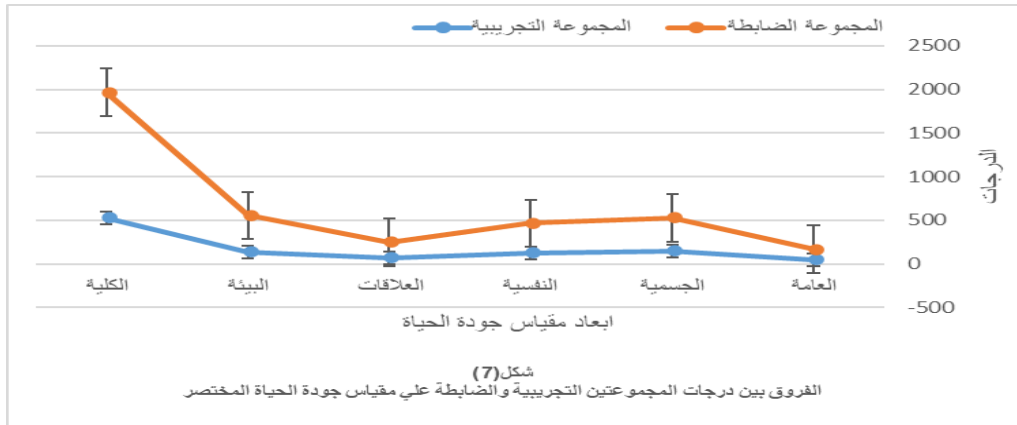
البيان الاحصائي أبعاد القياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U1 (*)	قيمة U2	Z	مستوي الدلالة	حجم التأثير (**)
الصحة الجسمية	تجريبية	١٦	٢٤,٠٦	٣٨٥,٠٠	٧,٠٠	٢٤٩,٠٠	٤,٥٨	٠,٠١	٠,٨١
	ضابطة	١٦	٨,٩٤	١٤٣,٠٠					
الصحة النفسية	تجريبية	١٦	٢٣,٦٩	٣٧٩,٠٠	١٣,٠٠	٢٤٣,٠٠	٤,٣٩	٠,٠١	٠,٧٨
	ضابطة	١٦	٩,٣١	١٤٩,٠٠					
العلاقات الاجتماعية	تجريبية	١٦	٢٣,٧٢	٣٧٩,٥٠	١٢,٥٠	٢٤٣,٥٠	٤,٥٢	٠,٠١	٠,٨٠
	ضابطة	١٦	٩,٢٨	١٤٨,٥٠					
البيئة	تجريبية	١٦	٢٤,٤٧	٣٩١,٥٠	٠,٥٠	٢٥٥,٥٠	٤,٨٨	٠,٠١	٠,٨٦
	ضابطة	١٦	٨,٥٣	١٣٦,٥٠					
الدرجة الكلية	تجريبية	١٦	٢٤,٥٠	٣٩٢,٠٠	٠,٠٠	٢٥٦,٠٠	٤,٨٦	٠,٠١	٠,٨٦
	ضابطة	١٦	٨,٥٠	١٣٦,٠٠					

(*) علماً بأن قيمة U الجدولية عند مستوى ٠,٠١ تساوي (٦٠).

(**) (٠,١ : > ٠,٣ = ضعيف ، ٠,٣ : > ٠,٥ = متوسط ، ٠,٥ : > ٠,٨ = فأكثر = قوي).

يتضح من جدول (١٠) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعتين التجريبية والتجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية ، كما أنه بالنظر إلي الجدول السابق يلاحظ أن أحجام التأثير تراوحت بين ٠,٧٨ - ٠,٨٦ لأبعاد المقياس الخمسة والدرجة الكلية وهو أحجام تأثير قوية، أي انه بلغت نسبة تأثير المتغير المستقل (البرنامج) في المتغير التابع الثاني (جودة الحياة) بين ٧٨ - ٨٦٪ وهي نسبة مرتفعة، ومن جهة أخرى تم ضبط المتغيرات الدخيلة وتكافؤ مجموعتي الدراسة وعدم تعرض المجموعة الضابطة إلي التدخل الارشادي، فإن ذلك الارتفاع في مستويات جودة الحياة لدي افراد المجموعة التجريبية يرجع إلي تأثير وفعالية البرنامج الارشادي المعد في الدراسة الحالية، وبذلك تتحقق صحة الفرض الرابع.

ويشير شكل (٧) إلى ارتفاع درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) في القياس البعدي مقارنة بدرجات أفراد المجموعة الضابطة علي المقياس والتي ظلت منخفضة.



تفسير نتيجتي الفرضين الثالث والرابع:

بالاطلاع علي النتائج الإحصائية للفرضين الثالث والرابع، يلاحظ ان هناك تأثير إيجابي وفعال للبرنامج الإرشادي المعد في الدراسة الحالية في رفع مستويات جودة الحياة في أبعادها الخمسة الصحة والحياة العامة والصحة الجسمية والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئة بالإضافة الي الدرجة الكلية لدي أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة والتي ظلت لديهم مستويات منخفضة من جودة الحياة، وهذا ما يشير الي ان انخفاض أعراض السايبركوندريا لدي أفراد المجموعة التجريبية صاحبه ارتفاع في جودة الحياة لديهم وأقبالهم عليها بشكل جيد.

وتتفق تلك النتائج مع نتائج الدراسات التي أوضحت بوجود علاقة عكسية بين السايبركوندريا وجودة الحياة، فكلما انخفضت أعراض السايبركوندريا، ارتفعت مستويات جودة الحياة لدي الأفراد، كدراسة كل من Mathes et al.,(2018) ؛ Rahme et al.,(2021). كما أوضح Starcevic et al.,(2020b) بان السايبركوندريا تؤثر علي نشاطات الفرد اليومية وإهمالها مما يترتب علي ذلك عدم شعوره بالرفاهية النفسية وانخفاض مستويات جودة الحياة لديه.

يمكن تفسير ما تم التوصل اليه من نتائج سابقة في ضوء ما تحمله السايبركوندريا من معتقدات وأفكار لا عقلانية أدت الي عزوف الفرد عن الاستمتاع بحياته وتحديد أهدافه اليومية

والمستقبلية وانخفاض ثقته في نفسه وفي قدراته وامكانياته، وبعد تقديم البرنامج الإرشادي المعد في الدراسة الحالية والذي تضمن في طياته تحديد الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية واستبدالها بأفكار ومعتقدات إيجابية ساهمت بشكل كبير في رفع مستويات جودة الحياة لدى افراد المجموعة التجريبية من خلال رضا الفرد عن حياته وعن دوره المجتمعي وعن صحته الجسمية وتحسين صحته النفسية وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين، ومن جهة أخرى، تم العمل علي خفض القلق الصحي لدى افراد المجموعة التجريبية وما يصاحبه من مخاوف وهواجس وتشاؤم عن حياته وصحته، وكان لذلك عظيم الأثر في رفع التفاؤل والاقبال علي الحياة لدى الفرد وارتفاع رفاهيته النفسية ومستوي جودة الحياة لديه.

كما يمكن تفسير النتائج السابقة في ضوء محوران رئيسان: المحور الاول: محتوى وإجراءات البرنامج الإرشادي، المحور الثاني: الفنيات المستخدمة في هذا البرنامج، اما فيما يتعلق بالمحور الاول، محتوى وإجراءات البرنامج الإرشادي: فهناك جلسات هدفت الي التعريف بجودة الحياة وابعادها ومظاهرها ومكوناتها وما يترتب علي تمتع الفرد بمستويات مرتفعة من جودة الحياة، كما ان هناك بعض الجلسات هدفت الي تنمية بعض الأفكار والمعتقدات الإيجابية عن الحياة كبديل عن المعتقدات السلبية واللاعقلانية والتي تضر بحياة الفرد الاجتماعية والتعليمية والمهنية مستقبلا، في حين ان هناك جلسات هدفت الي تدريب افراد المجموعة التجريبية علي الاهتمام بأنشطته الحياتية اليومية الهامة سواء المرتبطة بدراسته او أسرته او مجتمعه من اجل زيادة ثقته في نفسه وتحديد ادواره في الحياة بشكل يمكنه من تحقيق أهدافه المستقبلية، وهناك جلسات اخرى تضمنت تدريب الفرد علي تحديد أهدافه بدقة في الحياة في ضوء إمكانياته وقدراته، بالإضافة الي مساعدته في استخدام افضل الوسائل والطرق لتحقيق تلك الأهداف وبلوغ غاياته.

اما فيما يخص المحور الثاني، الفنيات المستخدمة في هذا البرنامج: فقد تم تدريب افراد المجموعة التجريبية علي فنية الفعل الالزامي من خلال تحديد أهدافه بدقة سواء الحالية او المستقبلية ومراقبة ذاته في تطورها وتقديمها لتحقيق تلك الأهداف، مما ادي ذلك الي رضا الفرد عن ذاته وعن حياته الدراسية والعلمية والاسرية، كما عملت فنية القيم علي تدريب افراد المجموعة التجريبية علي تحديد الصفات الهامة في حياته وتكون لها مغزي ومعني وتدفعه الي القيام بسلوكيات مرغوبة فيها لتحقيق تلك الصفات، وبذلك هدفت تلك الفنية الي دفع كل فرد من افراد المجموعة التجريبية للقيام بأشياء هامة في حياته اليومية، مما ادي الي زيادة اهتمامه

بأنشطته الحياتية اليومية الهامة سواء في الدراسة او في الاسرة او المجتمع بدلا من الاتجاه بشكل مفرط متكرر الي البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت. كما تم تدريب افراد المجموعة علي فنية القيم والتي بدورها ساهمت في اكساب افراد المجموعة التجريبية صفات وسلوكيات حميدة وايجابية يحددها الفرد في حياته وتكون لها مغزي ومعني وتدفعه الي القيام بسلوكيات مرغوبة فيها لتحقيق تلك الصفات، وبذلك هدفت تلك الفنية الي دفع افراد المجموعة التجريبية الي القيام بأشياء هامة في حياتهم اليومية. وجاءت فنية التثقيف النفسي لتساهم في تقديم معلومات عن جودة الحياة ومكوناتها وابعادها وكيفية رفع مستوياتها.

وبذلك يتضح مما سبق، فعالية البرنامج الارشادي القائم علي الانتقائية الفنية في خفض السايبركوندريا لدي افراد المجموعة التجريبية وكنتيجة لهذا الخفض ارتفعت مستويات جودة الحياة لديهم، وتأتي هذه الفعالية عن طريق تكامل الدور الارشادي لمحتوي الجلسات واجراءاتها وفنياتها بشكل ساعد في تحقيق مستويات مرتفعة من جودة الحياة.

٥- نتائج الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس علي أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس حدة السايبركوندريا بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بفترة زمنية بلغت شهرين علي افراد المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٦) طالبا، وتم استخدام اختبار " ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (١١) دلالة تلك الفروق.

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي (ن = ١٦)

مستوي الدلالة	Z (*)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	عدد الحالات	اتجاه الرتب	البيان الاحصائي أبعاد المقياس
غير دلالة	٠,٨٢	٣,٥٠	١٤,٠٠	٤,٠٠	موجبة	القهر
		٣,٥٠	٧,٠٠	٢,٠٠	سالبة	

مستوي الدلالة	Z (*)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	عدد الحالات	اتجاه الرتب	البيان الاحصائي أبعاد المقياس
		-	-	١٠,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٠٠	٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٠٠	موجبة	الضيق
		٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٠٠	سالبة	
		-	-	١٢,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٠٠	١,٥٠	١,٥٠	١,٠٠	موجبة	الافراط
		١,٥٠	١,٥٠	١,٠٠	سالبة	
		-	-	١٤,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٥٨	٢,٠٠	٢,٠٠	١,٠٠	موجبة	طلب الظمائية
		٢,٠٠	٤,٠٠	٢,٠٠	سالبة	
		-	-	١٣,٠٠	التساوي	
غير دالة	١,٠٠	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠	موجبة	عدم الثقة في المتخصصين الطبيين
		٢,٥٠	٧,٥٠	٢,٠٠	سالبة	
		-	-	١٢,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,١٨	٦,٥٠	١٣,٠٠	٢,٠٠	موجبة	الدرجة الكلية
		٣,٠٠	١٥,٠٠	٥,٠٠	سالبة	
		-	-	٩,٠٠	التساوي	

(*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوي ٠.٠١ تساوي (٢,٥٨).

يتضح من جدول (١١) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تتحقق صحة الفرض الخامس.

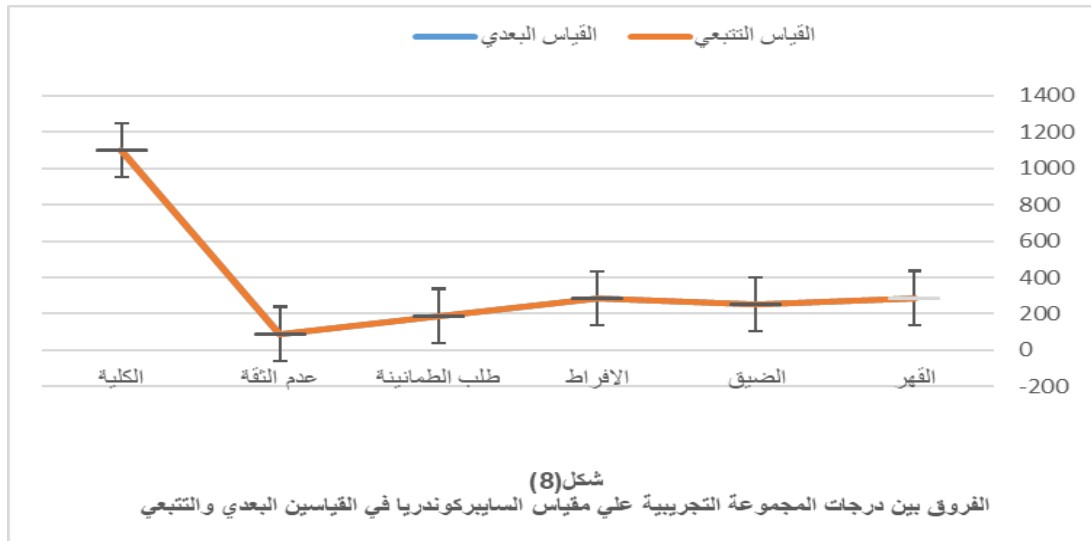
حيث يشير شكل (٨) بأن درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا في القياس البعدي مساوية تقريباً لدرجاتهم علي المقياس في القياس التتبعي وذلك يؤكد استمرارية فعالية البرنامج الارشادي في خفض السايبركوندريا لدي عينة الدراسة حتي بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة زمنية (شهران).

٦- نتائج الفرض السادس:

ينص الفرض السادس علي أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي:

تم تطبيق مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بفترة زمنية بلغت شهرين علي افراد المجموعة التجريبية والبالغ قوامها (١٦) طالباً، وتم استخدام اختبار "



ولكوكسون " (الحالة الثانية ن < ١٠) " لدلالة فروق متوسطات الرتب، ويوضح جدول (١٢) دلالة تلك الفروق.

جدول (١٢)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي (ن = ١٦)

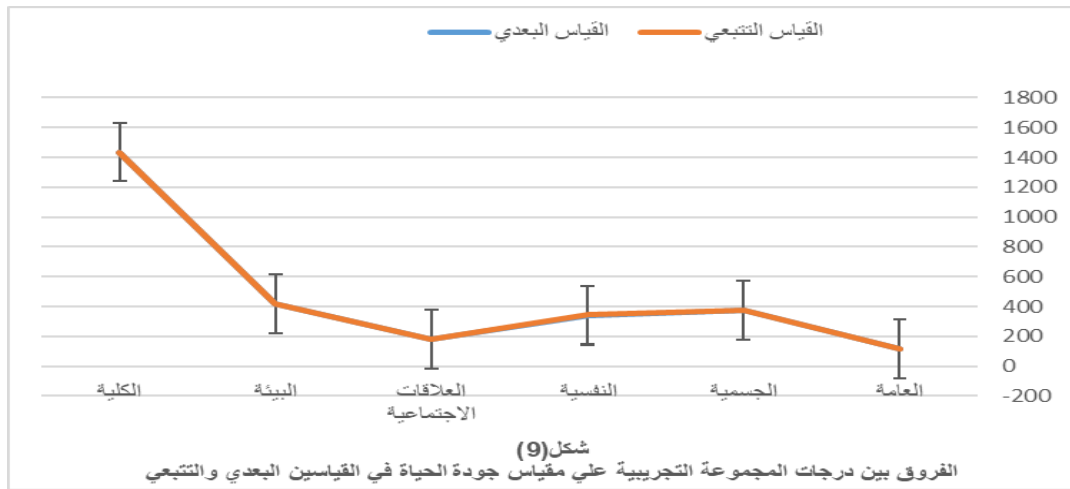
مستوي الدلالة	Z (*)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	عدد الحالات	اتجاه الرتب	البيان الاحصائي أبعاد المقياس
غير دلالة	٠,٠٠	٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٠٠	موجبة	الصحة والحياة العامة
		٢,٥٠	٥,٠٠	٢,٠٠	سالية	
		-	-	١٢,٠٠	التساوي	
غير دلالة	٠,٥٨	٢,٠٠	٤,٠٠	٢,٠٠	موجبة	الصحة الجسمية
		٢,٠٠	٢,٠٠	١,٠٠	سالية	

مستوي الدلالة	Z (*)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	عدد الحالات	اتجاه الرتب	البيان الاحصائي أبعاد المقياس
		-	-	١٣,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٥٨	٢,٠٠	٤,٠٠	٢,٠٠	موجبة	الصحة النفسية
		٢,٠٠	٢,٠٠	١,٠٠	سالبة	
		-	-	١٣,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٠٠	١,٥٠	١,٥٠	١,٠٠	موجبة	العلاقات الاجتماعية
		١,٥٠	١,٥٠	١,٠٠	سالبة	
		-	-	١٤,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٨٢	١,٥٠	١,٥٠	١,٠٠	موجبة	البيئة
		٢,٢٥	٤,٥٠	٢,٠٠	سالبة	
		-	-	١٣,٠٠	التساوي	
غير دالة	٠,٠٠	٤,٦٧	١٤,٠٠	٣,٠٠	موجبة	الدرجة الكلية
		٣,٥٠	١٤,٠٠	٤,٠٠	سالبة	
		-	-	٩,٠٠	التساوي	

(*) علماً بأن قيمة Z الجدولية عند مستوي ٠.٠١ تساوي (٢,٥٨).

يتضح من جدول (١٢) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي، وبذلك تتحقق صحة الفرض السادس.

حيث يشير شكل (٩) بأن درجات افراد المجموعة التجريبية علي مقياس حدة السايبركوندريا في القياس البعدي مساوية تقريباً لدرجاتهم علي المقياس في القياس التتبعي وذلك يؤكد استمرارية فعالية البرنامج الارشادي في رفع مستويات جودة الحياة لدي عينة الدراسة حتي بعد الانتهاء من تطبيقه بفترة زمنية (شهران).



تفسير نتيجتي الفرضين الخامس والسادس:

يمكن تفسير استمرار فعالية البرنامج الإرشادي إلي قدرته علي مساعدة افراد المجموعة التجريبية في تعميم المهارات والمعارف والمشاعر الإيجابية التي عاشوها ومارسوها في جلسات البرنامج الإرشادي إلي مواقف الحياة المختلفة حيث كشفت النتائج بوضوح نقل الأثر الإيجابي للممارسات الإرشادية التي شاركوا فيها وتدريبوا عليها في الجلسات الإرشادية ونقلها إلي مجتمعهم الأسري والتعليمي، كما يمكن تفسير تلك النتائج في ضوء الفنيات المستخدمة في البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية كفنيات إعادة البناء المعرفي وإزالة الاندماج المعرفي والقبول وABCDE والتي ساعدت افراد المجموعة التجريبية في تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالسايبيركوندريا ودحضها وتفنيدها واستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر إيجابية خارج جلسات البرنامج وفنية حل المشكلات والتي ساعدت في تطبيق خطوات حل المشكلة من خلال التعرف علي المشكلة ووضع الحلول وتطبيق افضل الحلول وفنية التعليمات الذاتية والتي ساعدت علي توجيه الحديث الإيجابي الذاتي إلي أنفسهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم، وفنية التنقيف النفسي والتي ساعدت افراد المجموعة التجريبية في ان يصبحوا أكثر قدرة علي تحديد السايبيركوندريا ومعرفة أسبابها والتعامل بطريقة مناسبة للتخلص من تلك العوامل المسببة للسايبيركوندريا، حيث أن نتيجة للتدريب الجيد علي تلك الفنيات وتطبيقها علي الوجه الأمثل خلال جلسات البرنامج ومن ثم نمت لديهم القدرة علي نقل تلك التدريبات إلي مواقع خارج تلك الجلسات واستمرارها معهم. وهذا ما أكده (Tyrer 2018) بان الارشادات النفسية المتمثلة في الارشاد المعرفي السلوكي وإدارة الضغوط وتدريبات اليقظة الذهنية والارشاد بالقبول والالتزام،

سواء بشكل فردي أو جماعي أو من خلال الانترنت اثبتت فعاليتها علي المدى القصير أو البعيد في خفض القلق الصحي والسايبركوندريا. كما يعزو الباحثان استمرارية فعالية البرنامج الارشادي في رفع مستويات جودة الحياة لدي افراد المجموعة التجريبية استخدامهم لفنيات مثل الفعل الالزامي والقيم من خلال تحديد أهدافهم في الحياة والسعي علي تحقيقها، وتدريبهم علي كيفية الاهتمام بأنشطة الحياة اليومية الهامة كالتكليفات التعليمية أو الاسرية أو المجتمعية، ومن خلال الاستعانة بالوسائل والأنشطة المتضمنة بالبرنامج جعلهم أكثر قدرة علي استخدام أنشطة وجلسات البرنامج الارشادي مرة أخرى وذلك في عدم وجود الباحث، كل هذا أدى إلي خفض السايبركوندريا ورفع مستويات جودة الحياة لدي افراد المجموعة التجريبية واستمرار أثر فعالية البرنامج الارشادي في خفضها حتي بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

توصيات الدراسة:

- في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة، يمكن استخلاص بعض التوصيات:
- تنظيم ندوات توعية موجهة للطلاب في المدارس والجامعات للتعريف بمشكلة السايبركوندريا ومظاهرها وأنواعها والعوامل المؤدية اليه وما يترتب عليه من مشكلات سلوكية وانفعالية.
 - توجيه انظار وسائل الاعلام المسموعة والمرئية نحو تعريف المراهقين والراشدين بالمصادر الطبية والصحية الموثوق فيها سواء مواقع الكترونية أو مؤسسات طبية حكومية متميزة.
 - تنظيم ندوات توعية للمراهقين والراشدين لتعريفهم بجودة الحياة ومكوناتها ومصادرها وكيفية تحقيق مستويات مرتفعة لها في ضوء رضا الفرد عن ذاته وقدراته وامكانياته وتحديد أهدافه في الحياة والسعي لتحقيقها.
 - إمداد العاملين في مجال الارشاد والإرشاد النفسي بكتيبات ارشادية عن مشكلة السايبركوندريا وكيفية الوقاية منها أو مواجهتها وخفضها.
 - تقديم برامج ارشادية للوالدين والمعلمين لرفع مستويات جودة الحياة لدي المراهقين من خلال الاعتناء بصحتهم الجسمية والنفسية ومساعدتهم علي تكوين علاقات اجتماعية متميزة مع الاخرين والاستفادة من قدراتهم وامكانياتهم في تطوير المجتمع والارتقاء به.

المراجع

- احمد، بشري إسماعيل (٢٠١٣). مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦). مكتبة الانجلو المصرية.
- البحيري، عبد الرقيب احمد (٢٠٠٥). اختبار حالة وسمة القلق للكبار. مكتبة الانجلو المصرية.
- سلومة، حنان سلامة، هيبية، حسام اسماعيل، وشند، سميرة محمد ابراهيم (٢٠١٣). مقياس الرفاهة النفسية للشباب الجامعي. مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي بجامعة عين شمس، (٣٦ع)، ٦٩٤-٦٧٣. <http://search.mandumah.com/Record/644269>.
- Albin, J., & Bailey, E. (2021). Cognitive behavioral therapy: recognize and overcome behaviors for a healthier, happier you . DK Publishing.
- American Counseling Association (2015). The ACA encyclopedia of counseling. Wiley.
- Arsenakis, S., Chatton, A., Penzenstadler, L., Billieux, J., Berle, D., Starcevic, V., Viswasam, K., & Khazaal, Y. (2021). Unveiling the relationships between cyberchondria and psychopathological symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.014>.
- Aulia, A., Marchira, C. R., Supriyanto, I., & Pratiti, B. (2020). Cyberchondria in First Year Medical Students of Yogyakarta. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 24(1), 1-9. 10.1080/15398285.2019.1710096
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00216-x>.
- Bajcar, B., & Babiak, J. (2020). Neuroticism and cyberchondria: The mediating role of intolerance of uncertainty and defensive pessimism. *Personality and Individual Differences*, 162, e110006. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110006>
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 595–605. 10.1007/s12529-016-9549-8.
- Bati, A. H., Mandiracioglu, A., Govsa, F., & Çam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science

- Students. *Nurse Education Today*, 71, 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.029>
- Berle, D. (2015). Cyberchondria: an old phenomenon in a new guise. In E. Aboujaoude & V. Starcevic (Eds.), *Mental Health in the Digital Age* (pp. 106-117). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0006>.
- Brown, R. J, Skelly, N., & Chew-Graham, C.A. (2020). Online health research and health anxiety: a systematic review and conceptual integration. *Clinical Psychology Science and Practice*, 27, e12299. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12299>
- Colditz, J. B., Woods, M. S., & Primack, B. A. (2018). Adolescents seeking online health information: topics, approaches, and challenges. In M.A. Moreno, & A. Radovic (Eds.), *Technology and Adolescent Mental Health* (pp. 21-35). Springer.
- Corey, G.(2008). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*(8th ed.). Thomson Brooks/Cole.
- Dattilio, F. M., & Freeman, A.(2007). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Dobson, K. S.(2010). *Handbook of cognitive – behavioral therapies*. The Guilford Press.
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390–400. [10.1016/j.psych.2016.02.002](https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.02.002)
- Durak-Batigün, A., Ertürk, I., Gör, N., & Akik, B.K. (2021). The pathways from distress tolerance to Cyberchondria: A multiple-group path model of young and middle adulthood samples. *Current Psychology*, 40, 5718–5726. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01038-y>
- Durak-Batigun, A., Gor, N., Komurcu, B., & Senkal-Erturk, I.(2018). Cyberchondria Scale (CS): Development, validity and reliability study. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*,31,148-162. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310203>
- Efklides, A., & Moraitou, D. (2013). Introduction: looking at quality of life and well-being from a positive psychology perspective. In A. Efklides & D. Moraitou (Eds.), *A positive psychology perspective on quality of life* (pp.1-14). Springer.
- Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frostholm, L.(2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety:

- a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46, 103–115. [10.1017/S0033291715001579](https://doi.org/10.1017/S0033291715001579).
- Ellis, D.J. (2021). Rational emotive behavior therapy. In A. Wenzel (Eds.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: overview and approaches*, Vol.1 (pp.445-464). American Psychological Association.
- Erdoğan, A., & Hocaoglu, C. (2020). Cyberchondria: A Review. *Current Approaches in Psychiatry*, 12(4), 435-443. [10.18863/pgy.654648](https://doi.org/10.18863/pgy.654648)
- Fayers, P., & Machin, D. (2007). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation of patient reported outcomes*. John Wiley & Son.
- Fergus, T. A. & Spada, M.M. (2018). Moving Toward a Metacognitive Conceptualization of Cyberchondria: Examining the Contribution of Metacognitive Beliefs, Beliefs about Rituals, and Stop Signals. *Journal of Anxiety Disorders*, S0887618518302160. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.003>.
- Fergus, T.A., & Spada, M.M.(2017). Cyberchondria: examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 1322–1330. <https://doi.org/10.1002/cpp.2102>.
- Friedberg, R. D. & Nakamura, B.J. (2020). *Cognitive behavioral therapy in youth: tradition and innovation*. Humana Press.
- Garner, L. E., Steinberg, E. J., & McKay, D. (2021). Exposure therapy. In A. Wenzel (Eds.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: overview and approaches*, Vol.1 (pp.275-312). American Psychological Association.
- Gibler, R.C., Jastrowski, M. K.E., O'Bryan, E.M., Beadel, J. R., & McLeish, A.C. (2019). The role of pain catastrophizing in cyberchondria among emerging adults. *Psychology, Health & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1605087>.
- Greene-Shorridge, T. M., & Odle-Dusseau, H. N.(2009). Quality of life. In S. J. Lopez (Eds.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp.817-821). Wiley-Blackwell.
- Hashemi, S.G.S., Hosseinezhad, S., Dini, S., Griffiths, M. D., Lin, C., & Pakpour, A.H. (2020). The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*, 6, e05135. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05135>

- Hedman, E., Andersson, G., Andersson, E., Ljotsson, B., Ruck, C., Asmundson, G. J. G., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(3), 230–236. [10.1192/bjp.bp.110.086843](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086843)
- Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljótsson, B. (2016). Exposure-based cognitive–behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 407–413. [10.1192/bjp.bp.116.181396](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.181396)
- Hedman, E., Axelsson, E., Gorling, A., Ritzman, C., Ronnheden, M., El Alaoui, S., Andersson, E., Lekander, M., & Ljotsson, B. (2014). Internet-delivered exposure-based cognitive–behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 307–314. [10.1192/bjp.bp.113.140913](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.140913)
- Higgins-Chen, A.T., Abdallah, S.B., Dwyer, J.B., Kaye, A.P., Angarita, G.A., & Bloch M.H. (2019). Severe illness anxiety treated by integrating inpatient psychotherapy with medical care and minimizing reassurance. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 150. [10.3389/fpsy.2019.00150](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00150)
- Honora, A., Wang, K., Chih, W.(2022). How does information overload about COVID-19 vaccines influence individuals' vaccination intentions? The roles of cyberchondria, perceived risk, and vaccine skepticism. *Computers in Human Behavior*, 130, 107176. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107176>.
- Hullur, H., Kataria, R., Koshy, V., & Behl, O. (2020). Cyberchondria: prevalence of internet based self diagnosis among medical and non-medical urban indian population. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 7(3), C21-C225. <http://dx.doi.org/10.21276/ijcmr.2020.7.3.17>
- Internet World Stats (2022). World Internet Users and Population Stats . Available online at: <https://internetworldstats.com/stats.htm> (June 15, 2022).
- Jokić-Begić, N., Mikac, U., Čuržik, D., & Jokić, C.S.(2019). The Development and Validation of the Short Cyberchondria Scale (SCS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41, 662-676. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09744-z>.
- Jordan, T. (2020). *Quality of life and early British migration*. Springer.

- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, e102239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>.
- Kanganolli, S.R., & Praveen, K. N. (2020). A cross-sectional study on prevalence of cyberchondria and factors influencing it among undergraduate students. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 9(4), 263-266. [10.5455/ijmsph.2020.01010202020022020](https://doi.org/10.5455/ijmsph.2020.01010202020022020).
- Khazaal, Y., Chatton, A., Rochat, L., Hede, V., Viswasam, K., Penzenstadler, L., Berle, D., & Starcevic, V. (2021). Compulsive health-related internet use and cyberchondria. *European Addiction Research*, 27, 58-66. [10.1159/000510922](https://doi.org/10.1159/000510922).
- Korucu, K.S., Oksay, A., & Kocabaş, D. (2018). Online Health Concern: Cyberchondria. In H. Kapuco & C. Akar (Eds.), *Changing organizations from the psychological & technological perspectives* (pp.211-218). IJOPEC Publication Limited.
- Köse, S., & Murat, M. (2021). Examination of the relationship between smartphone addiction and cyberchondria in adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, 563-570. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.08.009>
- Leong, F. T. L., Altmaier, E. M. & Johnson, B. D. (2008). *Encyclopedia of counseling*. Sage.
- Loos, A. (2013). Cyberchondria: too much information for the health anxious patient?. *Journal of Consumer Health On the Internet*, 17(4), 439-445. <http://dx.doi.org/10.1080/15398285.2013.833452>
- Lutwak, N. (2017). Commentary: Thoughts on cyberchondria—a new challenge for healthcare providers. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 15(3), 1-2. <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol15/iss3/1>
- Maftai, A., & Holman, A. C. (2020). Cyberchondria during the coronavirus pandemic: the effects of neuroticism and optimism. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 567345. [10.3389/fpsyg.2020.567345](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567345)
- Makarla, S., Gopichandran, V., & Tondare, D. (2019). Prevalence and correlates of cyberchondria among professionals working in the information technology sector in Chennai, India: a cross-sectional study. *Postgraduate Medical Journal*, 65, 87-92. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_293_18.

- Mathes, B. M., Norr, A.M., Allan, N. P., Albanese, B. J., & Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research*, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.002>
- Matsumoto, D. (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.
- McElroy, E., & Shevlin, M.(2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259–265. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnaez, S., & Starcevic, V. (2018). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, S0165-0327(18)31577-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>.
- Menon, V., Kar, S. K., Tripathi, A., Nebhinani, N., & Varadharajan, N, (2020). Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102225. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102225>
- Nandini, J. (2022). An exploratory case study on the use of rational emotive behavior therapy for treatment of illness anxiety. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 26, 169-72. [10.4103/jmhbb.jmhbb_76_21](https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_76_21)
- Neukrug, E. S.(2015a). *The sage encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy (vol.1)*. Sage.
- Neukrug, E. S.(2015b). *The sage encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy (vol.2)*. Sage.
- Newby, J. M., & McElroy, E. (2020). The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102150. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>
- Newby, J. M., & McElroy, E. (2020). The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102150. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>.
- 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>.
- O'Brien, M., & Houston, G.(2007). *Integrative therapy: a practitioner's guide*(2nd ed.). Sage.
- Peng, X.Q., Chen, Y., Zhang, Y.C., Liu, F., He, H.Y., Luo, T., Dai, P.P., Xie, W.Z., & Luo, A.J. (2021). The status and influencing factors of cyberchondria during the covid-19 epidemic: a cross-sectional study in Nanyang City of China. *Frontiers in Psychology*, 12 (712703).[10.3389/fpsyg.2021.712703](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712703).
- Rahme, C., Akel, M., Obeid, S., & Hallit, S. (2021). Cyberchondria severity and quality of life among Lebanese adults: the mediating role of fear of COVID-19, depression, anxiety, stress and obsessive–compulsive behavior—a structural equation model approach. *BMC Psychology*, 9(169), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00674-8>
- Sarkar, R. K.(2020). Corona Fear Fallout: ‘Cyberchondria’ Surging Among People. <https://www.nationalheraldindia.com/national/>
- Satterfield, J. M. (2020). *Cognitive behavioral therapy for daily life: course guidebook*. The Great Courses.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-2016.
- Sharf, R. S.(2011). *Theories of psychotherapy and counseling: concepts and cases*(5th ed.). Brooks/Cole.
- Singh, K., Fox, J.R.E., & Brown, R.J.(2016). Health anxiety and Internet use: a thematic analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 10(2), Article 4. <https://doi.org/10.5817/CP2016-2-4>.
- Sirgy, M. J. (2012). *The psychology of quality of life: hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia*(2nd eds.). Springer.
- Sokol, L., & Fox, M. (2019). *The comprehensive clinician's guide to cognitive behavioral therapy*. PESI Publishing & Media.
- Spada, M. M. (2015). Commentary on: Are we over pathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 124–125. [10.1556/2006.4.2015.018](https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.018)
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213. [10.1586/ern.12.162](https://doi.org/10.1586/ern.12.162)

- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2015). Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century?. *World Psychiatry*, 14(1), 97-100. [10.1002/wps.20195](https://doi.org/10.1002/wps.20195)
- Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020a). Recent insights into cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22, 56. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8>
- Starcevic, V., Berle, D., Arnáez, S., Vismara, M., & Fineberg, N. A. (2020b). The Assessment of Cyberchondria: Instruments for Assessing Problematic Online Health-Related Research. *Current Addiction Reports*, 7, 149-165. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00308-w>.
- Starcevic, Vladan (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 129–133. <https://doi.org/10.1159/000465525>.
- Stewart, S. King, F., Rodriguez, L., Meier, S., Sherry, S., Abbass, A., Deacon, H., Nogueira-Arjona, R., & Hagen, A. (2021). The effects of excessive and compulsive online searching of COVID-19 information (“cyberchondria”) on general and COVID-19-specific anxiety and fear in romantic couples during lockdown. *European Psychiatry*, 64(S1), S295 - S296. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.792>.
- Strieker, G., & Gold, J.(2006). A casebook of psychotherapy integration. American Psychological Association.
- Turkistani, A.A., Al Mashaiki, A. A., Bajaber, A. S., Alghamdi, W. S., Althobaity, B. A., Alharthi, N. T., & Alhomaiani, S. K. (2020). The prevalence of cyberchondria and the impact of social media among the students in Taif University. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 4(11),1759–1765. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1598363146>
- Tyrer, P.(2018). Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 20, Article 49. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>
- Uzun, S.U., & Zencir, M. (2021). Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Current Psychology*, 40, 65–71. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0001-x>
- 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>.

- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S., Jakob, M., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 665-676. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000013>
- Wijesinghe, C.A., Liyanage, U.S., Kapugama, K., Warsapperuma, W., Williams, S.S., Kurupparachchi, K., & Rodrigo, A. (2019). "Muddling by googling" – Cyberchondria among outpatient attendees of two hospitals in Sri Lanka. *Sri Lanka Journal of Psychiatry, 10*(1), 11-15. <http://doi.org/10.4038/slpsyc.v10i1.8202>
- Zheng, H., & Tandoc Jr., E. C. (2020). Calling Dr. Internet: Analyzing News Coverage of Cyberchondria. *Journalism Practice, https://doi.org/10.1080/17512786.2020.1824586*.
- Zheng, H., Kim, H. K., Sin, S.J., & Theng, Y. (2021). A theoretical model of cyberchondria development: Antecedents and intermediate processes. *Telematics and Informatics, 63*, 101659. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2021.101659>.

-
-
-
-
-
-
-
-