

## وضعیت اعتیاد به اینترنت و نقش پیش‌بینی‌کننده آن در سلامت اجتماعی دانشجویان (مورد مطالعه: دانشگاه بیرجند)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۱۰

هادی پورشافعی<sup>۱</sup>

فاطمه نادری<sup>۲</sup>

### چکیده

استفاده از فناوری‌های نوین از جمله اینترنت را باید هم فرصت و نیز تهدید تلقی نمود. صرف نظر از فرصت‌های فراهم شده، این ابزار ارتباطی می‌تواند کارکردی سالم و یا این‌که سلامت روانی و جسمانی کاربران از جمله دانشجویان را با تهدید روبه‌رو سازد. هدف پژوهش حاضر، بررسی وضعیت اعتیاد به اینترنت و نقش پیش‌بینی‌کننده آن در سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه بیرجند است. روش پژوهش توصیفی - پیمایشی است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه بیرجند مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ است که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، تعداد ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار پژوهش، دو پرسشنامه استاندارد اعتیاد به اینترنت یا IAT (۱۹۹۶) و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله آزمون آماری تی تک‌نمونه‌ای، واریانس یک‌طرفه، همبستگی، تی مستقل و رگرسیون در سطح معنادار  $P \leq 0.05$  بررسی شدند. نتایج به‌دست آمده نشان داد که بین اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معنادار منفی وجود دارد و از زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، زیرمقیاس‌های پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و انطباق اجتماعی با استفاده از اینترنت، رابطه معناداری در جهت معکوس نشان دادند. هم‌چنین بین اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی دختران و پسران، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج می‌توان گفت اعتیاد به اینترنت، قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی دانشجویان

hpourshafei@birjand.ac.ir  
fateme\_naderi1390@yahoo.com

۱. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه بیرجند  
۲. دانشجوی دکتری برنامه‌ریزی درسی دانشگاه بیرجند

می‌باشد. هم‌چنین می‌توان گفت پدیده اعتیاد به اینترنت یک معضل برای سلامتی است که گریبان‌گیر افراد جامعه شده است، لذا مسؤولین دانشگاه باید در امر سلامت دانشجویان مخصوصاً سلامت اجتماعی آنان تلاش کرده و در زمینه فرهنگ‌سازی مناسب و آموزش صحیح استفاده از اینترنت و شبکه‌ها برنامه‌ریزی کنند.

**واژگان کلیدی:** اعتیاد به اینترنت، سلامت اجتماعی، دانشجویان

### مقدمه

سلامت، بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن استوار است. آرامش و سلامت، به‌عنوان مفهومی اساسی در زندگی انسان از بدو پیدایش بشر و در قرون متمادی مطرح بوده است (هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین، ۱۳۹۱: ۲). اما هرگاه سخن از سلامت به میان آمده است، بیشتر به ابعاد جسمانی و روانی پرداخته‌اند و کمتر به بعد اجتماعی پرداخته شده است (W.H.O. <sup>1</sup>, 2008: 12). سلامت اجتماعی با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد. سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌رود (Keyes & Shapiro, 2004: 352). تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه و شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با آن در جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح جامعه اعم از خرد و کلان از مسائل اساسی هر کشوری است (مروندی، ۱۳۷۹: ۲۰). سلامت اجتماعی، «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه است» - که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت می‌باشد - تعریف شده است. این تعریف نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیات‌شان در محیط اجتماعی است (Keyes, 1998: 3).

سلامت اجتماعی به‌نوعی به بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن، شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب

و سلامت خواهد بود. در واقع، زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است. (Lareson, 1993: 258) داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه توجه کافی به آن در جامعه نمی‌شود (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۵۲).

سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. برخی از چالش‌های اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی (Raymond & Wedding, 2004: 105). لارسون (Lareson, 1993: 285) سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است.

کییز (Keyes, 1998) پنج ملاک پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی را برای سلامت اجتماعی بر می‌شمرد. در پژوهش حاضر نیز این پنج ملاک برای ارزیابی سلامت اجتماعی کاربران مورد استفاده قرار گرفته است که عبارتند از:

۱- **یکپارچگی (انسجام) اجتماعی:** منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است که در این جا احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (Ryff, Ronal & Kessler, 2003: 76). لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک باشد (Keyes & Shapiro, 2004: 123). افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند، لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس

اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند (Keyes, 1998: 123).

۲- **مشارکت اجتماعی:** عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و این که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. مشارکت اجتماعی با مفاهیم بازدهی مسؤولیت‌پذیری، شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. کیز و شپیرو (Keyes & Shapiro, 2004: 5) معتقد است که مشارکت اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (Bandura, 1977) مطرح می‌کند، همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به‌عنوان نوعی مسؤولیت اجتماعی تلقی شود.

۳- **پذیرش اجتماعی:** شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که باعث می‌شود فرد در کنار دیگران احساس آرامش داشته باشد (Keyes & Shapiro, 2004: 123). افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (Ryff, Ronal & Kessler, 2003: 76). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (Keyes, 1998: 140).

۴- **انطباق اجتماعی:** درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (همانجا). انطباق اجتماعی شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (Ryff, Ronal & Kessler, 2003: 76). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت دنیای اجتماعی خود علاقه‌مندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند (Keyes, 1998: 7).

۵- **شکوفایی اجتماعی:** شامل درک افراد از این است که آنها از رشد اجتماعی سود خواهند برد و این که نهادها و افراد در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که این

خود نوید توسعه بهینه را می‌دهد، هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (Keyes & Shapiro, 2004: 123).

شواهد حاکی از آن است که انسان‌هایی که بیشتر جذب اجتماع خود می‌شوند، یا با آن یگانگی می‌یابند، از عمر طولانی‌تری برخوردارند و به هنگام بیماری، در نتیجه‌ی حمایت‌هایی که از آن برخوردار می‌شوند، زودتر بهبود می‌یابند، لذا برخورداری از مهارت‌های اجتماعی، کیفیت ایفای نقش‌های اجتماعی و هویت در این‌جا اهمیت می‌یابد (ویلنکسون و مارموت، ۱۳۸۳: ۳۷).

متغیرهای سلامت اجتماعی با توجه به خصوصاتی که دارند می‌توانند با عضویت و استفاده از ابزارهای الکترونیکی، اینترنت و ... تحت تأثیر قرار بگیرند (برات دستجردی، داورپناه و اسماعیلی، ۱۳۹۵: ۱۴۵). یکی از آسیب‌های فردی و تا حدودی اجتماعی می‌تواند اعتیاد به اینترنت و یا استفاده بیش از حد از آن باشد که گاهی از این بیماری تحت عنوان اعتیاد مجازی و یا اختلال اعتیاد به اینترنت نام برده می‌شود (بحری و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۶۷). اختلال اعتیاد به اینترنت یک پدیده بین‌رشته‌ای است و علوم مختلف پزشکی، رایانه‌ای، جامعه‌شناسی، حقوق، اخلاق و روانشناسی هر یک از زوایای مختلف این پدیده را بررسی کرده‌اند (جعفری ندوشن و دیگران، ۱۳۹۱: ۸۷). اعتیاد به اینترنت به‌عنوان یک اختلال روان‌شناختی در علم روانشناسی و پزشکی مطرح است، به‌طوری که متخصصان بالینی مواردی از این اختلال را در مراکز درمانی خود گزارش می‌کنند (Wang, 2001: 923). اینترنت به خودی خود ابزاری ضروری است، اما استفاده بیش از حد و نادرست از آن خطر اعتیاد به اینترنت را در پی دارد که این پدیده، مشکل عمده‌ای برای سلامت روانی جامعه ایجاد کرده است. با این وجود تحقیقات ضد و نقیضی در زمینه اثرات اینترنت بر کاربران وجود دارد (ناستی‌زایی، ۱۳۸۸: ۵۷). دلیل (Dell, 2001: 22) معتقد است اینترنت مانند فناوری‌های دیگر که سبب تنبلی‌های جسمی می‌شوند، کم‌حرکی را تقویت نموده و تلاش برای برقراری روابط با دیگران را در دنیای واقعی کاهش می‌دهد و در نتیجه، می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی گردد. اعتیاد به اینترنت شکلی از اختلال است که به‌عنوان شکل جدیدی از اعتیاد در

سال‌های اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است (Wang, 2001: 22). یانگ (Yung, 1996: 240) اولین فردی بود که استفاده مشکل‌ساز و افراطی از اینترنت را تحت عنوان اعتیاد به اینترنت معرفی کرد. از نظر او اعتیاد به اینترنت اصطلاح گسترده‌ای است که گستره وسیعی از رفتارها و مشکلات را در بر می‌گیرد (park, Kim & Cho, 2008: 897) دیگر محققان استفاده مفرط از اینترنت را به شکل سندرمی از اشتغال ذهنی شدید با اینترنت (Caplan, Williams & Yee, 2009: 1314)، صرف وقت فراوان برای برخط بودن و استفاده وسواس‌گونه از اینترنت (Caplan, 2005: 723)، مشکل در مدیریت زمان و احساس بی‌حوصلگی در خارج از اینترنت (Kraut, et al., 1998) و احساس شدید تنهایی و افسردگی (Li & Zhang, 2004: 663) تعریف کرده‌اند.

اعتیاد به اینترنت با عباراتی نظیر اختلال ناشی از استفاده بیش از حد از اینترنت، یا استفاده نامعقول و بیمارگونه از اینترنت تعریف می‌گردد. گاهی از این بیماری با عنوان اختلال اعتیاد به اینترنت، یا اعتیاد مجازی نیز نام برده می‌شود. اعتیاد به اینترنت شامل اعتیاد به اتاق‌های گفتگو، هرزه‌نگاری و قمار برخط است که می‌تواند منجر به تخریب سلامت عمومی، احساسات و در نهایت، روح و روان افراد گردد (فلاح مهنه، ۱۳۸۶: ۲۷). توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی، اجتماعی و فرهنگی در هر جامعه و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده می‌باشد. برای دستیابی به چنین هدف ارزشمندی، پیشگیری از بروز اختلالات جسمانی و اجتماعی امری لازم و اساسی می‌باشد. این اختلالات علاوه بر اثرات نامطلوب شخصی در جوانان، مشکلات اجتماعی عدیده‌ای را برای جوامع در برخواهند داشت (Keyes & Shapiro, 2004: 123). محققان بر این باورند که امروزه موضوع شیوع اعتیاد به اینترنت در جوانان، می‌تواند به منزله بحرانی جدی در زندگی فردی و اجتماعی آنان مورد بحث قرار گیرد. در این ارتباط بیان شده است که محیط‌های آموزشی نظیر دبیرستان و دانشگاه‌ها محل مناسبی برای اعتیاد به اینترنت هستند (ویزش‌فر، ۱۳۸۳: ۱۰، نقل در حسینی و دیگران، ۱۳۹۴: ۴۸۳).

در دانشگاه‌ها و در بین دانشجویان تنیدگی‌های دوره تحصیلی، تضادهای قومی و فرهنگی، تبعیض سیاسی، عقیدتی و نژادی وجود دارد و در کشور ما نیز گاهگاهی این موارد به صورت حاد درآمده و بر جنبه‌های مختلف زندگی دانشجویان اثر گذاشته و سلامتی این قشر را به خطر می‌اندازد (باباپور خیرالدین، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸: ۱۰). با توجه به مطالعات صورت گرفته، پژوهش‌های بسیاری، رابطه‌ی استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و اینترنت بر جنبه‌هایی چون سلامت روان، سلامت عمومی، افسردگی و اضطراب را مورد بررسی قرار داده‌اند. در این جا به برخی از این پژوهش‌ها که تأثیر و نقش اینترنت و شبکه‌های اجتماعی را در جنبه‌های دیگر بررسی کرده‌اند، اشاره می‌شود.

حسینی و دیگران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با اعتیاد به اینترنت پرداخته‌اند و به این نتیجه دست یافتند که بین اعتیاد به اینترنت با سلامت روان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. فرهادی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴) در پژوهشی به ارتباط بین اعتیاد به اینترنت و سلامت عمومی دانشجویان پرداختند. یافته‌ها نشان داد بین نمرات اعتیاد به اینترنت با نمرات سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. شهابی‌راد و میردربیکوند (۱۳۹۳) در پژوهشی به رابطه اعتیاد به اینترنت با افسردگی، سلامت روان و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان پرداختند. یافته‌ها نشان داد اعتیاد به اینترنت با افسردگی رابطه مثبت و با سلامت روان رابطه منفی داشت، اما از نظر جنسیت و وضعیت تأهل، از نظر اعتیاد به اینترنت تفاوت معناداری مشاهده نشد. حال آن‌که میزان اعتیاد به اینترنت در دانشجویان غیربومی بیشتر از دانشجویان بومی بود.

با توجه به اهمیت و لزوم تأمین سلامت اجتماعی افراد جامعه، خصوصاً نسل جوان (دانشجویان) در کنار سایر ابعاد سلامت، بررسی رابطه استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی، موضوعی مهم و قابل توجه می‌باشد که در پژوهش حاضر به آن پرداخته شده است. با مرور پژوهش‌های انجام شده مشخص شد که تاکنون پژوهش مستقلی به بررسی رابطه استفاده از اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان

انجام نشده است و تنها یک پژوهش به بررسی رابطه شبکه‌های اجتماعی مجازی فیس‌بوک<sup>۱</sup> و سلامت اجتماعی توسط برات‌دستجردی، داورپناه و اسماعیلی (۱۳۹۵) در این زمینه صورت گرفته است و به این نتایج دست یافتند که بین استفاده از شبکه اجتماعی فیس بوک و سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنادار معکوس وجود دارد. هم‌چنین از بین زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، زیرمقیاس‌های انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی، رابطه منفی معناداری با استفاده از شبکه اجتماعی فیس‌بوک داشتند و تنها زیرمقیاس مشارکت اجتماعی، رابطه مثبت معناداری با استفاده از شبکه فیس‌بوک داشته است. لذا با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده و نقش محوری اینترنت در ایجاد تغییراتی در مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، مسأله اصلی در پژوهش حاضر آن است که به بررسی رابطه اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه بیرجند بپردازد. بنابراین، پژوهش حاضر در تلاش برای پاسخ‌گویی به یک سؤال و چهار فرضیه برآمده و آنها را مورد آزمون قرار داده است.

### روش‌شناسی پژوهش

روش تحقیق در پژوهش حاضر توصیفی - پیمایشی است. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه بیرجند است که حدود ۱۲۰۰۰ نفر مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بوده‌اند که از بین آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، تعداد ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری برابر جدول کرجسی و مورگان انتخاب شدند. نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا تعداد دانشجویان در دانشکده‌های مختلف اعم از ادبیات و علوم انسانی، علوم تربیتی و روانشناسی، علوم پایه، کشاورزی، آمار، مهندسی، برق و کامپیوتر، منابع طبیعی و زیست محیطی، تربیت‌بدنی و علوم ورزشی و ریاضی و آمار در نظر گرفته شده و از بین این دانشکده‌ها، دانشجویانی که نیمی از تحصیل خود را گذارنده بودند، به‌صورت تصادفی در مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری برای پاسخ‌گویی به سؤال‌های پرسشنامه انتخاب شدند.



ابزار پژوهش پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ (Yung, 1996) یک پرسشنامه استاندارد می‌باشد. این مقیاس مشتمل بر ۲۰ عبارت است و با استفاده از مقیاس درجه‌بندی لیکرت به صورت همیشه (نمره ۵)، بیشتر اوقات (نمره ۴)، اغلب (نمره ۳)، گاهی اوقات (نمره ۳) و بندرت (نمره ۱) دسته‌بندی شده است. دامنه نمرات این آزمون از ۱۰۰-۰ می‌باشد. در این پرسشنامه، هر چه نمره فرد بیشتر باشد، وابستگی و اعتیاد به اینترنت بیشتر است. میزان اعتیاد بر اساس نمرات به سه طبقه اعتیاد خفیف (نمرات ۳۹-۲۰)، اعتیاد متوسط (نمرات ۶۹-۴۰) و اعتیاد شدید (نمرات ۱۰۰-۷۰) تقسیم‌بندی می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته است. روایی صوری و محتوایی و پایایی آن در مطالعات قبلی با آلفای ۰/۹۰ گزارش شده است (شهبابی‌راد و میردریکوند، ۱۳۹۳؛ رحمتی و کرامتی، ۱۳۹۵). ناستی‌زایی (۱۳۸۸) پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و قاسم‌زاده، شهرآرای و مرادی (۱۳۸۶) با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تأیید کردند. در این مطالعه پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. این پرسشنامه استاندارد است و روایی آن در مطالعات بحری و دیگران (۱۳۹۰) تأیید و گزارش شده است.

برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و شیپرو (Keyes & Shapiro, 2004: 123) استفاده شد که اصل این پرسشنامه ۳۳ گویه بوده و ۵ زیرمقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. اما باید متذکر شد که در این پژوهش، تنها از ۲۰ گویه این پرسشنامه استفاده شده است. باباپور خیرالدین، طوسی و حکمتی (۱۳۸۸: ۱۳) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ است و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. هم‌چنین روایی محتوایی این پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است. اهری

(۱۳۹۲) پایایی آن را بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ گزارش کرده است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع مقیاس لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به صورت کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ معکوس می‌باشد. زیرمقیاس‌ها، بعد شکوفایی اجتماعی (سؤالات ۱ تا ۴)، انطباق اجتماعی (سؤالات ۵ تا ۷)، یکپارچگی اجتماعی (سؤالات ۸ تا ۱۰)، پذیرش اجتماعی (سؤالات ۱۱ تا ۱۵) و مشارکت اجتماعی (سؤالات ۱۶ تا ۲۰) را می‌سنجند. در این مطالعه، پایایی مقیاس سلامت اجتماعی با آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و زیرمقیاس‌های شکوفایی اجتماعی ۰/۷۰، انطباق اجتماعی ۰/۶۸، یکپارچگی اجتماعی ۰/۸۴، پذیرش اجتماعی ۰/۶۷ و مشارکت اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمد.

### یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا یافته‌های توصیفی پژوهش و سپس یافته‌های استنباطی ارائه می‌شود. یافته‌های توصیفی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱) توزیع فراوانی نمونه به تفکیک سن و مقطع تحصیلی

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	پسر	۴۸/۶۶
	دختر	۵۱/۳۳
سن	۱۸-۲۰	۲۰
	۲۱-۲۳	۳۰
	۲۴-۲۶	۳۳/۳۳
	۲۷ به بالا	۱۶/۶۶
	۱۴۶	
	۱۵۴	
	۶۰	
	۹۰	
	۱۰۰	
	۵۰	

۴۸/۳۳	۱۴۵	کارشناسی	مقطع تحصیلی
۳۵/۶۶	۱۰۷	کارشناسی ارشد	
۱۶	۴۸	دکتری	

جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی (دموگرافیک) گروه نمونه (جنس، سن و مقطع تحصیلی) را نشان می‌دهد. تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها نشان داد که بیشترین گروه سنی استفاده کننده از اینترنت بین گروه سنی ۲۱ تا ۲۶ با ۷۴٪ بوده است. از لحاظ جنسیت نیز دانشجویان پسر با ۶۲٪ بیشتر از دانشجویان دختر از اینترنت استفاده می‌کردند.

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی در مورد متغیر سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن آورده شده است.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
سلامت اجتماعی	۹۰/۳۸	۷/۷۳
شکوفایی اجتماعی	۲۱/۲۲	۲/۵۵
انطباق اجتماعی	۱۸/۲۳	۲/۰۵
یکپارچگی اجتماعی	۱۸/۴۶	۲/۶۰
پذیرش اجتماعی	۱۹/۳۲	۲/۹۰
مشارکت اجتماعی	۱۷/۸۶	۲/۴۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین سلامت اجتماعی در کاربران ۹۰/۳۸ می‌باشد که نشان دهنده نمره متوسط به بالا در سلامت اجتماعی کاربران بوده است. از میان زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، مقیاس شکوفایی اجتماعی با میانگین ۲۱/۲۲، بالاترین نمره و مقیاس مشارکت اجتماعی با میانگین ۱۷/۸۶، کم‌ترین نمره را نشان دادند.

**نتایج سؤال پژوهش:** اعتیاد به اینترنت در بین دانشجویان در چه وضعیتی است؟ از ۳۰۰ نفر مورد مطالعه، ۳۷ نفر (۰/۱۲) اعتیاد شدید، ۶۸ نفر (۰/۲۳) اعتیاد خفیف و

۱۹۵ نفر (۰/۶۵) عدم اعتیاد داشتند. بررسی وضعیت اعتیاد به اینترنت در این پژوهش نشان داد که هر سه گروه (اعتیاد شدید، اعتیاد خفیف و عدم اعتیاد) وجود داشت. برای بررسی وضعیت اعتیاد به اینترنت دانشجویان از آزمون  $t$  تک‌نمونه‌ای استفاده شد و نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳) مقایسه نمره اعتیاد به اینترنت در گروه نمونه با نمره معیار

سطح معناداری	t	حد پایین	حد بالا	
$p < 0/001$	۲۱/۰۴	۱/۱۹	۱/۴۴	اعتیاد به اینترنت

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری بین میانگین ادعا شده برای جامعه (با نمره فرضی ۳) و میانگین داده‌ها در آزمون اعتیاد به اینترنت برای دانشجویان وجود دارد.

**نتایج فرضیه اول:** بین اعتیاد به اینترنت در مقاطع تحصیلی دانشجویان تفاوت وجود دارد. میانگین نمرات آزمون اعتیاد به اینترنت در کل ۳۳/۹۱ بود که در بین دانشجویان دوره کارشناسی با ۳۳/۰۳ کمترین میانگین و در بین دانشجویان کارشناسی ارشد با ۳۸/۵۶ بیشترین میانگین بود. پس از آزمون نرمال بودن توزیع نمرات، ابتدا با آزمون  $F$  برابری واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت ( $F = ۴/۶۳$  و  $P = ۰/۰۱$ )، سپس از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای سنجش تفاوت سه گروه استفاده شد. نتایج این فرضیه در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس جهت بررسی معناداری مقاطع تحصیلی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۳۹۰/۳۹۰	۲	۱۹۵/۱۹۵	۱/۷۰۳	۰/۱۹۵
درون گروه‌ها	۴۴۷۰/۰۶۲	۳۹	۱۱۴/۶۱۷		
کل	۴۸۶/۲۵۴	۴۱			

جدول ۴ نشان داد، نمرات اعتیاد به اینترنت بین مقاطع تحصیلی دکتری با کارشناسی ارشد و کارشناسی ارشد با کارشناسی، تفاوت معنی‌داری نداشت.

**نتایج فرضیه دوم:** بین اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن در دانشجویان، رابطه معنادار وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن، از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵) آزمون همبستگی اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن در دانشجویان

مؤلفه‌ها	شاخص ضریب همبستگی	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	$-.0/223^{**}$	$0/000$
شکوفایی اجتماعی	$0/289$	$0/016$
انطباق اجتماعی	$-.0/321^{**}$	$0/001$
یکپارچگی اجتماعی	$-.0/215^*$	$0/002$
پذیرش اجتماعی	$-.0/342^*$	$0/000$
مشارکت اجتماعی	$0/254$	$0/012$

$^{**} p < 0/01$      $^* p < 0/05$

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معناداری وجود دارد ( $r = 0/223$  و  $p = 0/000$ )، ولی این رابطه در جهت معکوس می‌باشد. بدین معنا که با افزایش اعتیاد به اینترنت، سلامت اجتماعی دانشجویان کاهش می‌یابد و همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین اعتیاد به اینترنت و زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی دانشجویان وجود دارد. از میان زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی، رابطه‌ی معکوس با استفاده از اعتیاد به اینترنت دارند، بدین معنا که با افزایش اعتیاد به اینترنت این زیرمقیاس‌ها کاهش می‌یابند ولی در زیرمقیاس‌های شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی، رابطه معنادار مثبتی با اعتیاد به اینترنت مشاهده شد، یعنی اعتیاد به اینترنت میزان شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی را نیز افزایش می‌یابد.

**نتایج فرضیه سوم:** اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری دارد.

به منظور بررسی تفاوت نمره سلامت اجتماعی و اعتیاد به اینترنت دانشجویان بر حسب جنس، از آزمون t مستقل استفاده شد و نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶) نتایج تفاوت نمره سلامت اجتماعی و اعتیاد به اینترنت بر حسب جنس

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	معناداری
اعتیاد به اینترنت	دختر	۱۵۴	۳۲/۶۵	۳/۳۲	۳/۰۴	۰/۰۰۱
	پسر	۱۴۶	۳۹/۳۳	۴/۴۲		
سلامت اجتماعی	دختر	۱۵۴	۵۹/۴۳	۱۴/۷	۲/۰۷	۰/۴۲
	پسر	۱۴۶	۵۲/۳۳	۲۲/۶		

نتایج داده‌ها در جدول ۶ نشان داد که بین نمره اعتیاد به اینترنت در دو گروه دختر و پسر تفاوت معناداری وجود داشت ( $p= ۰/۰۰۱$ )، به طوری که میانگین نمره اعتیاد به اینترنت در پسرها (۳۹/۳۳) بیشتر از میانگین در دخترها (۳۲/۶۵) به دست آمد. هم‌چنین نتایج آزمون t نشان داد بین نمره سلامت اجتماعی در دو گروه دختر و پسر تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p= ۰/۴۲$ ).

**نتایج فرضیه چهارم:** سلامت اجتماعی، نقش تعیین کننده در پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت دارد.

به منظور آزمون فرضیه چهارم از روش رگرسیون خطی ساده استفاده شد. مشخصه‌های آماری رگرسیون بین نمره اعتیاد به اینترنت با سلامت اجتماعی، در جدول ۷ آورده شده است.

جدول ۷) نتایج تحلیل رگرسیون اعتیاد به اینترنت در پیش‌بینی سلامت اجتماعی

متغیر	R	R <sup>۲</sup>	مجذور R تنظیم شده	$\beta$	F	sig
اعتیاد به اینترنت	۰/۵۸	۰/۳۹	۰/۳۸	-۰/۵۷	۵۵/۴۸	۰/۰۰۱

همان‌طور که اشاره شد پرسشنامه سلامت اجتماعی دارای پنج زیرمقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی

است که در مجموع نتایج نشان داد که متغیر اعتیاد به اینترنت، قادر به پیش بینی متغیر سلامت اجتماعی است. به عبارتی، نتایج جدول ۷ نشان داد که اعتیاد به اینترنت قادر به پیش بینی سلامت اجتماعی در دانشجویان می باشد.

( $p < 0/01$ ,  $R = 0/58$ ,  $R^2 = 0/39$ ,  $\beta = -0/57$ )

### بحث و نتیجه گیری

سلامت اجتماعی یکی از حوزه‌هایی می باشد که به نظر می رسد با ورود اینترنت و دنیای فناوری در آن، دستخوش تغییراتی شده باشد (Saha, 2009: 45). سلامت شامل حوزه‌های بسیار زیادی از جمله روانی، جسمانی و اجتماعی می باشد (انتظامی بیان و احقر، ۱۳۹۴: ۱۰۸). بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و نقش پیش بینی کننده آن در اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه بیرجند است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها نشان داد که بیشترین گروه سنی که به اینترنت وابستگی بیشتری دارند، در رده سنی ۲۱ تا ۲۶ سال بودند. میانگین کلی سلامت اجتماعی نیز در حد متوسط به بالا بود و از میان زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، مقیاس شکوفایی اجتماعی با میانگین ۲۱/۲۲ بالاترین نمره و مقیاس مشارکت اجتماعی با میانگین ۱۷/۸۶ کمترین نمره را نشان دادند.

نتایج سؤال پژوهش نشان داد که سه گروه اعتیاد شدید، اعتیاد خفیف و عدم اعتیاد به اینترنت در دانشجویان وجود دارد. این یافته‌ها با مطالعات قاسم‌زاده، شهرآرای و مرادی (۱۳۸۶)، شهابی راد و میردردیکوند (۱۳۹۳)، ناستی زایی (۱۳۸۸) و حسینی بهشتیان (۱۳۹۱) ناهمسو می باشد. در مطالعه ایکس کوبین و دیگران (Xiuqin, et al., 2010: 403) که بر روی دانش آموزان راهنمایی انجام گرفت، آمار متفاوتی ارائه شد و میزان کاربران معمولی اینترنت ۰/۸۹/۲، کاربران در معرض اعتیاد به اینترنت ۰/۱۰/۲ و معتادان اینترنتی ۰/۰۶٪ گزارش گردید. این آمار با مطالعه حاضر بسیار متفاوت می باشد و علت آن را می توان به اختلاف جمعیت‌های مورد مطالعه نسبت داد. در مورد آمار شیوع اعتیاد به اینترنت در جوامع مختلف، آمار بسیار متفاوتی ارائه شده است، اما به طور متوسط نسبت معتادان اینترنتی

حدود ۲ تا ۵ میلیون در ازای هر ۵۰ میلیون کاربر عادی اینترنتی است. به عبارت دیگر، تقریباً ۵٪ تا ۱۰٪ از کاربران اینترنت، دچار مشکل اعتیاد اینترنتی هستند (جعفری ندوشن و دیگران، ۱۳۹۱: ۸۹).

نتایج فرضیه اول نشان داد، میانگین نمرات آزمون اعتیاد به اینترنت در کل ۳۳/۹۱ بود که در بین دانشجویان دوره کارشناسی با ۳۳/۰۳ کمترین میانگین و در بین دانشجویان کارشناسی ارشد با ۳۸/۵۶ بیشترین میانگین بود و نمرات اعتیاد به اینترنت بین مقاطع تحصیلی دکتری با کارشناسی ارشد و کارشناسی ارشد با کارشناسی، تفاوت معنی داری نداشت. نتایج این یافته‌ها با مطالعات فرهادی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴) ناهمسو می‌باشد.

نتایج فرضیه دوم پژوهش نشان داد که بین میزان اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معناداری وجود دارد که البته این رابطه در جهت معکوس بود. بدین معنا که با افزایش میزان اعتیاد به اینترنت، سلامت اجتماعی دانشجویان کاهش می‌یابد. همان‌طور که در قسمت پیشینه پژوهش بیان شد، تاکنون پژوهشی به بررسی رابطه بین استفاده از اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان انجام نشده است و پژوهش‌های پیشین به ابعاد دیگری از سلامت از جمله سلامت روحی، روانی بیشتر توجه کرده‌اند و تنها یک پژوهش به بررسی شبکه اجتماعی فیس‌بوک با سلامت اجتماعی پرداخته است، لذا در بررسی همسویی یا عدم همسویی از تحقیقاتی که به یکی از این متغیرها توجه داشته‌اند، استفاده می‌شود. نتیجه فرضیه اول پژوهش با تحقیقات برات دستجردی، داورپناه و اسماعیلی (۱۳۹۵)، حسینی و دیگران (۱۳۹۴)، ناستی‌زایی (۱۳۸۸)، ایکس‌کوپین و دیگران (Xiuqin, et al., 2010) چونگ و وانگ (Cheung & Wong, 2011)، عسگری و مرعشیان (۱۳۸۷)، لی و ژانگ (Li & Zhang, 2004) کائو و دیگران (Cao, et al., 2007) همسویی داشته و با تحقیقات دوران (۱۳۹۰) و مورگان و کتان (Morgan & Cotton, 2003)، همسویی نداشته است.

علت اینکه اعتیاد به اینترنت با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد، شاید این باشد که افرادی که به اینترنت معتاد می‌شوند، به منظور گذراندن وقت بیشتر، به اینترنت روی می‌آورند و توجه کمتری به وضعیت روابط اجتماعی خود دارند و این بی‌توجهی



موجب می‌گردد که مشکلاتی فراوان از قبیل کاهش فعالیت‌های اجتماعی و شغلی، کمتر شدن فکر و خلاقیت و شکوفایی، شبیه شدن به الگوها که شیفته آنان می‌شوند، کمتر ارتباط برقرارتر کردن با دیگران به صورت حضوری، کمتر حرف زدن و تغییرات در ویژگی‌های شخصیتی و بروز رفتارهای نابهنجار (مثل افزایش تنهایی و ...) در فرد تأثیر می‌گذارد (Cheung & Wong, 2011؛ حسینی و دیگران، ۱۳۹۴؛ ناستی‌زایی، ۱۳۸۸).

هم‌چنین نتایج فرضیه دوم نشان داد از میان زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و انطباق اجتماعی با استفاده از اینترنت، رابطه معناداری در جهت معکوس وجود داشت و تنها زیرمقیاس مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با استفاده از اینترنت، رابطه مثبت معناداری داشت. نتایج این فرضیه با یافته‌های برات دستجردی، داورپناه و اسماعیلی (۱۳۹۵) همسو بود.

با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت با افزایش میزان اعتیاد به اینترنت، فرد با افراد و گروه‌ها و اعضای بسیاری در رده‌های سنی مختلف و در زمینه‌های کاری متفاوت آشنا شده و سعی دارد که با آنها ارتباطات گسترده‌ای ایجاد کند و این امر باعث افزایش میزان مشارکت اجتماعی کاربران می‌شود و این افراد در فعالیت‌ها و برنامه‌های گروه‌های متعدد هرچه بیشتر مشارکت می‌کنند (همان: ۱۵۲). امروزه اینترنت و دنیای مجازی ارتباطات گسترده‌تر و بسیار متفاوت‌تر با ارتباطات به شکل سنتی دارد. افراد فارغ از الزاماتی چون جنسیت، طبقه، قوم، نژاد و مکان با یکدیگر ارتباط برقرار کرده و بر این اساس هویت جدیدی برای خود شکل می‌دهند (فرهادی‌نیا و دیگران، ۱۳۹۴). بنابراین شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی فرد با افزایش اعتیاد به اینترنت، کاهش پیدا می‌کند، چنان‌چه بعد از مدتی احساس بیگانگی از خود و جامعه‌ای که در آن عضو می‌باشد را احساس می‌کند. افراد در این ارتباطات سعی دارند خود را بسیار شبیه دیگران کنند، که باید گفت از خلاقیت و پیشرفت و شکوفایی آنها کاسته می‌شود و به مرور به افرادی که تنها به دیگران علاقمند هستند و کمتر سعی در خلاقیت دارند، تبدیل می‌شوند (برات دستجردی، داورپناه و اسماعیلی،

۱۳۹۵: ۱۵۳). نتایج یافته‌های پژوهش (حسینی، و دیگران، ۱۳۹۴: ۴۸۲) نشان می‌دهد دنیای اینترنت بر روی جامعه و افراد تأثیرات بسیار گسترده‌ای دارد و تمامی جوانب شخصیت و از جمله ابعاد سلامت اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرضیه سوم پژوهش نشان داد پسران بیشتر از دختران از اینترنت استفاده می‌کنند. این نتیجه با مطالعه ناستی‌زایی (۱۳۸۸)، فرهادی‌نیا و دیگران (۱۳۹۴)، همبرگر آمیچایی و بن‌آرتزی (Hamburger-Amichai & Ben-Artzi, 2001)، تاجی و وردی‌نژاد (۱۳۹۲)، حسینی بهشتیان (۱۳۹۱) همسو و با پژوهش رسولی (۱۳۸۰)، رستگار، عبداللهی و شاه‌قلیان (۱۳۹۳) ناهمسو می‌باشد. دلیل این امر شاید این باشد که دختران بیشتر ترجیح می‌دهند اوقات فراغت خود را با دوستان و کارهای هنری سپری کنند و بیشتر به مطالعه کتاب بپردازند (حسینی، و دیگران، ۱۳۹۴). نتایج فرضیه چهارم پژوهش نشان داد متغیر اعتیاد به اینترنت قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی می‌باشد. یافته‌های این فرضیه با مطالعات رحمتی و کرامتی (۱۳۹۵)، رستگار، عبداللهی و شاه‌قلیان (۱۳۹۳)، مرهان مارتین (Morahan-Martin, 2005) و میشل (Mitchell, et al., 2011: 1857) همسو می‌باشد. با توجه به این که نتایج این پژوهش نشان داد بین اعتیاد به اینترنت و سلامت اجتماعی دانشجویان، رابطه معنی‌داری وجود دارد و از طرفی، با توجه به قابلیت پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت در سلامت اجتماعی، پیشنهاد می‌شود نهادهای مختلف جامعه، تمهیداتی در خصوص فرهنگ‌سازی و استفاده صحیح و مناسب از اینترنت در بین نسل جوان به‌کار برند و ضروری است مسؤولین دانشگاه که متولی امر سلامت دانشجویان می‌باشند، در زمینه آموزش استفاده صحیح از اینترنت و آگاه‌سازی در زمینه خطرات اعتیاد به اینترنت و راه‌های پیشگیری از آن، برنامه‌ریزی نمایند. هم‌چنین در این زمینه ارزیابی‌های روان‌شناختی دانشجویان و ارائه خدمات مشاوره در زمینه‌های مختلف در جهت ارتقای سطح سلامت اجتماعی دانشجویان، توصیه می‌گردد. پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی استفاده صحیح از اینترنت در همه سطوح مختلف، بویژه برای جوانان در محیط‌های آموزشی، شغلی و فرهنگی برگزار شود. لذا مدیریت مناسب و تولید

محتوای سالم و متناسب با سلیقه نسل جوان توسط برنامه‌ریزان و مدیران، می‌تواند به منظور کاهش تأثیرات مخرب استفاده از اینترنت و حفظ سلامت افراد جامعه در ابعاد مختلف، از جمله سلامت اجتماعی کمک شایانی نماید. از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر، جلب اعتماد شرکت‌کنندگان برای محرمانه بودن اطلاعات و انتخاب گروه نمونه از میان دانشجویان دانشگاه بیرجند بود که لازم است تعمیم نتایج آن به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها با احتیاط صورت گیرد.

### منابع

- انتظامی‌بیان، نرگس؛ احقر، قدسی (۱۳۹۴). "بررسی رابطه شبکه‌های اجتماعی فردی با سلامت اجتماعی جوانان". *رویش روان‌شناسی*، سال چهارم، ش ۱۲ (پاییز): ۱۰۵-۱۱۴.
- اهری، مهدی (۱۳۹۲). "بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی و پیام‌نور اهر". پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام‌نور اهر.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه؛ حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). "بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز". *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، سال چهارم، ش ۱۶ (زمستان): ۸-۲۶.
- بحری، نرجس، و دیگران (۱۳۹۰). "وضعیت اعتیاد به اینترنت و ارتباط آن با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد". *مراقبت‌های نوین*، دوره هشتم، ش ۳ (زمستان): ۱۶۶-۱۷۴.
- برات دستجردی، نگین؛ داورپناه، هدایت‌الله؛ اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۵). "بررسی رابطه بین میزان استفاده از شبکه اجتماعی فیس‌بوک و سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه اصفهان". *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و هفتم، پیاپی ۶۱ (بهار): ۱۴۳-۱۵۶.
- تاج‌بخش، کیان (۱۳۸۴). *سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی*. تهران: شیرازه.

- تاجی، فاطمه؛ وردی‌نژاد، فریدون (۱۳۹۲). "رابطه اعتیاد به اینترنت، سلامت روان و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبایی". *رسانه و فرهنگ*، دوره سوم، ش ۵ (تابستان): ۷۹-۵۹.
- جعفری ندوشن، محمدعلی، و دیگران (۱۳۹۱). "همبستگی اعتیاد به اینترنت با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹". *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره ششم، ش ۳ (پاییز): ۸۶-۹۰.
- حسینی، سیدمهدی، و دیگران (۱۳۹۴). "بررسی وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه پیام‌نور واحد شهرستان چرام در سال ۱۳۹۳". *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، دوره بیست و دوم، ش ۳ (تابستان): ۴۸۹-۴۸۱.
- حسینی بهشتیان، سیدمحمد (۱۳۹۱). "رابطه بین اعتیاد به اینترنت و ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان دانشگاه‌های دولتی شهر تهران". *پژوهش‌نامه زنان*، سال سوم، ش ۱ (تابستان): ۷۹-۹۶.
- دوران، بهزاد (۱۳۹۰). "تأثیر فضای سایبرنتیک بر هویت اجتماعی [طرح پژوهشی]". تهران: پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران.
- رحمتی، صمد؛ کرامتی، هادی (۱۳۹۵). "ارتباط اعتیاد به اینترنت با خودکارآمدی اجتماعی، سبک‌های هویت و تفاوت‌های جنسیتی در دانشجویان". *مجله تحقیقات نظام سلامت*، دوره دوازدهم، ش ۱ (زمستان): ۲۱-۲۶.
- رستگار، سمانه؛ عبداللهی، محمدحسین؛ شاه‌قلیان، مهناز (۱۳۹۳). "اعتیاد به اینترنت، صمیمیت اجتماعی و شادکامی در دانشجویان". *روان‌شناسی تحولی*، دوره یازدهم، ش ۴۲ (زمستان): ۱۵۹-۱۶۸.
- رسولی، فاطمه (۱۳۸۰). "مقایسه سلامت روان دانشجویان موفق و ناموفق و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی". پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران.

- شهابی‌راد، افسانه؛ میردریکوند، فضل‌الله (۱۳۹۳). "رابطه اعتیاد به اینترنت با افسردگی، سلامت روان و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه". *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره بیست و دوم، ش ۴ (تابستان): ۸-۱.
- عسگری، پرویز؛ مرعشیان، فاطمه (۱۳۸۷). "رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب کامپیوتر با اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز". *روان‌شناسی اجتماعی*، دوره دوم، ش ۷ (تابستان): ۳۵-۲۳.
- فرهادی‌نیا، مسعود، و دیگران (۱۳۹۴). "بررسی ارتباط بین اعتیاد به اینترنت و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۲". *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، دوره هفدهم، ش ۶۲ (زمستان): ۷۴-۶۲.
- فلاح‌مهنه، تورج (۱۳۸۶). "اختلال اعتیاد به اینترنت". *روان‌شناسی و اطلاع‌رسانی*، دوره بیست و ششم، ش ۱ (بهار): ۳۱-۲۶.
- قاسم‌زاده، لیلی؛ شهرآرای، مهرناز؛ مرادی، علیرضا (۱۳۸۶). "بررسی نرخ شیوع اعتیاد به اینترنت در دختران دبیرستانی شهر تهران و مقایسه دختران معتاد و غیرمعتاد به اینترنت در متغیرهای تنه‌هایی عزت نفس و مهارت‌های اجتماعی". *فصلنامه مطالعات فرهنگی-دفاعی زنان*، دوره دوم، ش ۱ (بهار): ۲۲-۱.
- مرندی، علیرضا (۱۳۷۹). *بهداشت عمومی*. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- ناستی‌زایی، ناصر (۱۳۸۸). "بررسی ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت". *تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، دوره یازدهم، ش ۱ (بهار): ۶۳-۵۷.
- ویلکینسون، ریچارد؛ مارموت، ام. جی. (۱۳۸۳). *تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، حقایق مسلم*. ترجمه محمد زارع و فرحناز زهراوی. تهران: تدبیر (سیمین‌دخت).
- هزارجریبی، جعفر؛ ارفعی‌عین‌الدین، رضا (۱۳۹۱). "فراغت و سلامت اجتماعی". *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره سوم، ش ۱۰ (بهار): ۶۴-۳۹.

- Cao, F., et al. (2007). "The relationship between impulsivity and Internet addiction: In a sample of Chinese adolescents". *European Psychiatry*, Vol. 22, No. 7: 466-471.
- Caplan, S. E. (2005). "A social skill account of problematic internet use". *Journal of Communication*, Vol. 55, No. 4: 721-736.
- Caplan, S.; Williams, D.; Yee, N. (2009). "Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players". *Computers in Human Behavior*, Vol. 25, No. 6: 1312-1319.
- Cheung, L. M.; Wong, W. S. (2011). "The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis". *J. Sleep Res*, Vol. 20, No. 2: 7-311.
- Dell, P. (2001). "Identity and the effect of the internet. In Proceedings of the second Global Congress of Citizens Networks". Edited by GlobalCN. Buenos Aires: GlobalCN. *Proceeding of the second Global Congress of Citizens Networks*, Vol. 29, No. 13: 21-23.
- Hamburger-Amichai, Y.; Ben-Artzi, E. (2001). "Loneliness and Internet use". *Comput Human Behavior*, Vol. 19, No. 1: 71-80.
- Keyes, C. M. (1998). "Social Wellbeing". *Social Psychology Quarterly*, Vol. 2, No. 6: 121- 140.
- Keyes, C. M.; Shapiro, A. (2004). Social wellbeing in the U.S.A. Descriptive Epidemiology. In: Brim G, Ryff, C, Kessler D, editors. *Healthing are you? A national study of well-being of midlife*. Isted University of Chicago Press; United states. Pp: 350-373.
- Kraut, R., et al. (1998). "Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being?". *US National Library of Medicine National Institutes of Health Search*

- database*, Vol. 53, No. 39: 1017-1031.
- Lareson, J. (1993). "The Measurement of Social". *Wellbeing Social Indicators Research*, Vol. 28, No. 2: 256-269.
  - Li, T.; Zhang, L. (2004). "How College Students' Internet Addiction are Related to Parental Rearing Patterns". *Psychological Science (China)*, Vol. 27, No. 3: 662-663.
  - Mitchell, M. E., et al. (2011). "Internet use, happiness, social support and introversion: A more fine grained analysis of person variables and internet activity". *Computers in Human Behavior*, Vol. 27, No. 6: 1857-1861.
  - Morahan-Martin, J. (2005). Internet abuse. *Social Science Computer\_Review*, Vol. 23. No. 1: 39-48.
  - Morgan, C.; Cotton, S. R. (2003). "The Relationship between Internet Activities and Depressive Symptoms in a Sample of College Freshmen". *Cyberpsychol Behave*, Vol. 6, No. 2: 133-142.
  - Park, S. K. J.; Kim, j. y.; Cho, C. B. (2008). "Prevalence of internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents". *Adolescence*, Vol. 43, No. 172: 895-909.
  - Raymond, Corsini; Wedding, Danny (2004). Current psychotherapies. Publisher: Wadsworth Publishing Company; F. E. Peacock. edition: 7.
  - Ryff, A.; Ronal, C. Kessler (2003). *Healthing Are You? A National Study of wellbeing of Midlife*. Chicago: University of Chicago press.
  - Saha, T. K. (2009). "War on Word in Cyberspace Legal Constrains and Conflicts between Right of Privacy and Freedom of Speech". *Journal of Intellectual Property Right*, Vol. 14, No. 1: 45-56.
  - W. H. O. (2008). "Commission on Social Determinants of Health-final report". [Online] Available: [www.who.int/social\\_determinants/](http://www.who.int/social_determinants/)

final\_report/ [2017/10/25].

- Wang, W. (2001). "Internet Dependency and Psychosocial Maturity among College Students". *International Journal of Human-Computer Studies*, Vol. 55, No. 6: 919-938.
- Xiuqin, H. L., et al. (2010). "Mental health, personality and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder". *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, Vol. 13, No. 4: 401-406.
- Yung, K. (1996). "Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder". Published in *CyberPsychology and Behavior*, Vol. 1, No. 3: 237-244.