

رابطه‌ی بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۱۸

ناهید شکرافشان^{۱*}، قاسم عسکری‌زاده^۲، مسعود باقری^۳

چکیده:

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت در دانشجویان است.

روش: روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. برای انجام تحقیق، ۳۷۴ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان به روش تصادفی - طبقه‌ای بر اساس جنسیت انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی اعتیاد به اینترنت کیمبرلی یانگ (۱۹۹۶)، هراس اجتماعی کانور (۲۰۰۴)، سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) و رضایت از زندگی داینر و همکاران (۱۹۸۵) استفاده گردیده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه‌ی گام‌به‌گام استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان رابطه‌ی معنادار وجود دارد. میزان هراس اجتماعی و رضایت از زندگی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری ندارد، سلامت معنوی دختران بیشتر از پسران و اعتیاد به اینترنت در پسران بیشتر از دختران است. همچنین نتایج نشان داد استفاده‌ی مفرط، اهمال‌کاری، انتظارات زیاد از دیگران، فقدان کنترل و غفلت از زندگی در زمان استفاده از اینترنت با هراس اجتماعی رابطه‌ی معنادار و مستقیم و با سلامت معنوی و رضایت از زندگی رابطه‌ی معنادار و معکوس دارد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد به اینترنت، دانشجویان، رضایت از زندگی، سلامت معنوی و هراس اجتماعی

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه باهنر کرمان، *نویسنده‌ی مسئول: nafshan65@gmail.com

^۲ استادیار و عضو هیئت‌علمی دانشگاه باهنر کرمان

^۳ دانشیار و عضو هیئت‌علمی دانشگاه باهنر کرمان

The Relationship Between Social Anxiety, Spiritual Health and Life Satisfaction with Internet Addiction

Shekarafshan, N.; Askarizade, Gh.; Bagheri, M.

Abstract:

Introduction: This study aimed to examine the relationship between social anxiety, spiritual health and life satisfaction with Internet addiction among students at Shahid Bahonar University of Kerman.

Method: This study was descriptive and a correlation. Sample size included 374 Kerman University students who were chosen in random sampling based on gender. Kimberly Young questionnaire, Canvor Social anxiety questionnaire, Polotsine and Ellison spiritual health and life satisfaction questionnaire by Dainer and et.al. were used to collect data. Data were analyzed by independent t-test, Pearson correlation and multiple regressions.

Results: Results showed significant relationship between social anxiety, spiritual health and life satisfaction with Internet addiction. Findings showed no significant differences between the rate of social anxiety and life satisfaction in male and female students. The spiritual health of female students was higher than male students and male students were more Internet addicted than female students. Over use, procrastination, high expectation, lack of control and falling of life when using the internet has direct correlation with social anxiety and inverse correlation with spiritual health and life satisfaction.

Keywords: Internet addiction, life satisfaction, social anxiety, spiritual health, students.

مقدمه

امروزه اینترنت یک وسیله‌ی حیاتی برای بسیاری از مردم کشورها به شمار می‌رود و از این طریق اطلاعات ذی‌قیمتی به دست می‌آورند. با وجود این و علی‌رغم امتیازها و قابلیت‌های فراوان، اینترنت مشکلات جدی بسیاری را ایجاد کرده است، مانند انبوه‌سازی و انفجار اطلاعات، ارائه‌ی تصویرها و مطالب ناهنجار و محرمانه نماندن اطلاعات. جالب این است که اعتیاد به اینترنت با اعتیادهای دیگر شباهت نزدیکی دارد. اعتیاد به معنای بروز شرایطی است که در آن افراد به‌صورت جسمی و روانی به یک نوع ماده‌ی خاص، به‌ویژه مواد مخدر وابستگی پیدا می‌کنند. بسیاری از پژوهشگران، مفهوم اعتیاد را برای توجیه انواع خاصی از رفتارهای مشکوک نیز به کار می‌برند، زیرا یافته‌ها و نشانه‌های اعتیاد در این حالت نیز دیده می‌شود. انواع غیر ماده‌ای اعتیاد به‌عنوان اعتیادهای رفتارمحور طبقه‌بندی می‌شوند. بنابراین اعتیاد به اینترنت نیز اعتیاد رفتارمحور محسوب

می‌شود (سانو و رندوا، ۲۰۰۵).

رشد روزافزون و عوارض ناگواری که اعتیاد به اینترنت به همراه دارد باعث شده که از این اختلال به‌عنوان اعتیادی که سرآمد همه اعتیادهای رفتاری است یاد شود (جعفری و فاتحی زاده، ۱۳۹۱: ۴). افرادی که از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار نیستند، بیشتر به اعتیاد به اینترنت مبتلا می‌شوند. اورزاک اعتیاد به اینترنت را به‌عنوان نوعی اختلال در نظر می‌گیرد، مردمی که رابطه با صفحه‌ی رایانه را جذاب‌تر از واقعیت زندگی روزمره می‌بینند، از آن رنج می‌برند. به نظر او هرکسی که رایانه دارد، در معرض اعتیاد است؛ اما افرادی که خجالتی، افسرده، تنها و بی‌حوصله هستند و به‌ویژه آن‌هایی که از یک اعتیاد دیگر بهبودی می‌یابند، آسیب‌پذیری بیشتری دارند (امیدوار و صارمی، ۱۳۸۱).

مطالعات اخیر در مورد اعتیاد به اینترنت^۲ به‌طور عمده بر روی سه دسته عوامل مؤثر تأکید دارد که عبارت‌اند از عوامل فردی، عوامل روان‌شناختی اجتماعی و عوامل مربوط به اینترنت. عوامل فردی مانند خودتکابی با درجه‌ی پایین. ویژگی‌های درون‌گرایی، رفتارهای غریزی و تمایلات آنی و نقص مهارت‌های ارتباطی. عوامل اجتماعی مانند حمایت ضعیف خانواده از اعضای خود و عوامل روان‌شناختی اجتماعی که از ارتباط ضعیف بین افراد خانواده با یکدیگر سرچشمه می‌گیرد و سرانجام عوامل مربوط به اینترنت مانند استفاده‌ی طولانی‌مدت از اینترنت، دستیابی سریع و آسان به آن و داشتن مهارت‌های بالا در استفاده از آن همگی در اعتیاد به اینترنت تأثیر دارند (لی، ۲۰۰۳) یکی از عوامل مرتبط با اعتیاد به اینترنت، هراس اجتماعی است. افرادی که از حضور در جمع هراس دارند، بیشتر دچار اعتیاد به اینترنت می‌شوند. اختلال هراس اجتماعی به‌عنوان یک اختلال از طبقه‌ی اختلال‌های اضطرابی، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی بین جمعیت عمومی است (طاهری فر، فتی، غرابی، ۱۳۸۹).

انسان موجودی اجتماعی است و همیشه به لحاظ عاطفی و مادی نیازمند به برقراری ارتباط اجتماعی است، اما برقراری این ارتباط برای همه به‌راحتی ممکن نیست و عواملی مانند کمبود اعتمادبه‌نفس، ارزیابی دیگران در مورد فرد، ترس از طرد شدن و انتقاد یا عوامل دیگر سبب می‌شود افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب کنند. این اضطراب در حالت شدید به اختلالی به نام هراس اجتماعی تبدیل می‌شود که علائم مشخص آن عبارت‌اند از ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی فرد. در این موقعیت‌ها رویارویی یا پیش‌بینی رویارویی با این موقعیت‌ها که موجب ایجاد پاسخ اضطرابی فوری می‌شود، فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود است، این حالت موجب اجتناب از چنین موقعیت‌هایی می‌شود یا اینکه این موقعیت‌ها با وحشت زیاد تحمل می‌شود و در نهایت این اضطراب در عملکرد و روابط اجتماعی فرد اختلال ایجاد می‌کند (پورفرج عمران، ۱۳۹۰).

¹ Sunwoo & Rando

² Internet addiction

³ Lee

ویژگی اصلی هراس اجتماعی^۱ ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که شخص در معرض دید اشخاص ناآشنا یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می‌گیرد. فرد از این واژه دارد که کارهایش موجب تحقیر یا شرمندگی او خواهند شد. هنگامی که فرد در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی قرار می‌گیرد، تقریباً بلافاصله واکنش اضطرابی نشان می‌دهد. این واکنش ممکن است به شکل حمله‌ی وحشت‌زدگی وابسته به موقعیت ظاهر شود. علاوه بر این اجتناب از ترس یا اضطراب از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی بر فعالیت‌های روزمره، کارکردهای شغلی و تحصیلی فرد اثر منفی می‌گذارد. در افراد زیر ۱۸ سال نشانه‌ها باید به مدت حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند. افراد با هراس اجتماعی، در موقعیت‌های مختلف اجتماعی همواره بیم آن دارند که دیگران آنان را افرادی مضطرب، ناتوان و آشفته قلمداد کنند؛ به همین دلیل از انجام بسیاری از فعالیت‌ها مانند غذا خوردن و صحبت کردن در جمع پرهیز می‌کنند. آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی همواره نشانه‌های اضطراب مانند تپش قلب، تعریق، درد معده و تنش عضلانی را احساس می‌کنند. بزرگ‌سالان مبتلا به هراس اجتماعی به افراطی و غیرمنطقی بودن ترس خودآگاهی دارند و به‌طور معمول از مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور اجتناب می‌کنند. گاهی اضطراب بسیار پیش‌تر از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی روی می‌دهد. فرد ممکن است از تفکر در مورد مواجهه‌شدن با این موقعیت‌ها در آینده دچار اضطراب شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۳).

وجود هراس اجتماعی در یک کودک یا نوجوان، وی را مستعد مشکلات طولانی‌مدت در حوزه‌های مختلف عملکرد می‌کند. میزان زیادی از اختلالات همراه، در کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال گزارش شده است. برای مثال بیدل و تورنر دریافتند که کودکان مبتلا به هراس اجتماعی، سطوح بالایی از ناشادمانی، انزواطلبی، ترس عمومی و مهارت‌های اجتماعی ضعیف در مقایسه با نمونه‌ی غیر بیمار داشتند. کسلر و نلسن، دریافتند که نوجوانان دختر مبتلا، کمتر احتمال دارد که مقطع دبیرستان را به اتمام برسانند و هر دو جنس کمتر احتمال می‌رود که به دانشگاه راه یابند و آن را به اتمام برسانند. همچنین در دانشگاه نیز این اختلال یکی از مشکلات رایج در دانشجویان بخصوص دانشجویان دختر است (شیوع ۱۹-۱۷ درصد) و بهبودی بدون درمان معمولاً کم است (زرگر، کلانتری، مولوی و نشاط دوست، ۱۳۸۸). از جمله متغیرهایی که پژوهش‌گران حیطة‌ی روان‌شناسی بدان توجه داشته‌اند، سلامت معنوی است. سلامت معنوی به نظر ادلین و همکاران یعنی حالت تعادل و نظم فرد با خود و دیگران و توانایی موازنه ساختن بین نیازهای درونی با خواسته‌ها و تقاضاهای بقیه‌ی دنیا. پولوتزین و الیسون سلامت معنوی را نیروی یکپارچه بین ذهن و بدن و گرینبرگ آن را عقیده به نیروی وحدت‌بخش و برخی دیگر از مؤلفان سلامت معنوی را ادراک مثبت از معنی و هدف زندگی می‌دانند (یاسمی نژاد، گل محمدیان و

¹ Social anxiety

یوسفی، ۱۳۹۰). سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه‌ی سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاء سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌شود. حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد موردنظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست (عصاررودی، گل افشانی و اکابری، ۱۳۹۰).

سلامت معنوی^۱ با ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط، تناسب و هماهنگی داشتن معنی و هدف در زندگی مشخص می‌شود. سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس‌کننده‌ی ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت و سلامت وجودی مطرح‌کننده‌ی ارتباط ما با دیگران، محیط و ارتباط درونی ما است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (یاسمی نژاد، گل محمدیان و یوسفی، ۱۳۹۰). سلامت مذهبی بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی، موقعی که با قدرتی برتر در ارتباط است و سلامت وجودی بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی ارتباط فرد با خدا، جامعه، محیط و خود متمرکز است. اختلال در سلامت معنوی می‌تواند سبب آشفتگی‌های روانی، افسردگی و از دست دادن معنی زندگی شود؛ همچنین می‌تواند سازگاری با مشکلات و هماهنگی ساختارهای درونی بدن را ارتقا بخشد (آقاحسینی، رحمانی، عبدالله زاده مهلانی و اسودی کرمانی، ۱۳۹۰).

یکی از عوامل مرتبط با اعتیاد به اینترنت، رضایت از زندگی^۲ است. رضایت از زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی است که امروزه توجه بسیاری از محققان را به خود جلب نموده است. رضایت از زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی درونی شامل نگرش فرد، ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه‌های زندگی، همچون زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است. طبق این تعریف، ارزیابی شخص از خود ممکن است به شکل شناختی (قضاوت آگاهانه نسبت به جوانب زندگی) یا به‌صورت عاطفی (تجربه‌ی هیجانات و خلقیات ناخوشایند و خوشایند افراد در مواجهه با زندگی خود) باشد. به این نحو که اگر کسی اغلب از زندگی خود راضی باشد و خوشی را تجربه نماید و گاه‌گاهی هیجاناتی مثل غمگینی و خشم را تجربه نماید، بهزیستی درونی بالا خواهد داشت. برعکس، اگر از زندگی خود ناراضی باشد و خوشی و علاقه اندکی را تجربه نماید و هیجانات پیوسته‌ی منفی، مثل خشم و اضطراب را احساس نماید، دارای بهزیستی درونی پایینی است (واحدی و اسکندری، ۱۳۸۹).

^۱ Spiritual health

^۲ Life satisfaction

امروزه استفاده از اینترنت بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی روزمره دانشجویان را برای فعالیت‌های دانشگاهی و غیردانشگاهی به خود اختصاص می‌دهد (حقایق، کجیاف، شعبانی، نیکبخت و فراهانی، ۲۰۰۸). دانشجویان بنا به مقتضیات سنی و ماهیت شغلی خود در معرض خطر اعتیاد به اینترنت هستند (بحری، صادق مقدم، خدادوست، محمدزاده، بنفشه، ۲۰۱۱). دانشجویان به دلایل مختلف از اینترنت استفاده می‌کنند و استفاده بیش از حد و نادرست از اینترنت، خطر احتمال اعتیاد به اینترنت را به دنبال دارد. متأسفانه بسیاری از دانشجویان اعتیاد به اینترنت دارند که این اعتیاد، زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس بررسی علمی و میدانی بررسی رابطه هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان امری ضروری است، دانشجویانی که از حضور در جمع هراس دارند، از سلامت معنوی پایینی برخوردارند و رضایت از زندگی کمتری دارند، بیشتر احتمال دارد، دچار اعتیاد به اینترنت شوند، پس ضرورت دارد تا در یک تحقیق میدانی رابطه هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان مشخص شود.

روش

روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش، دانشجویان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دانشگاه شهید باهنر کرمان برابر با ۱۴۸۳۳ نفر (۸۲۰۰ دختر و ۶۶۳۳ پسر) در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ است. برای به دست آوردن نمونه با توجه به روش و سؤال‌های تحقیق از فرمول کوکران استفاده شده است که بر اساس این فرمول تعداد نمونه برابر با ۳۷۴ نفر می‌باشد. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در پژوهش روش تصادفی - طبقه‌ای بر اساس جنسیت است. حجم نمونه‌گیری برای تمامی دانشکده‌های دانشگاه شهید باهنر بر اساس جنسیت، رشته تحصیلی و متناسب با حجم جامعه تعیین شد. محقق با مراجعه به دانشکده‌های مربوطه به طور اتفاقی از دانشجویانی که زیرمجموعه‌ی گروه فنی - مهندسی (رشته‌های مکانیک، معدن، مواد، عمران، برق، کامپیوتر، صنایع، شیمی)، زیرمجموعه‌ی گروه علوم پایه (رشته‌های ریاضی، فیزیک، شیمی، زمین‌شناسی، آمار، علوم دامی، علوم پزشکی)، زیرمجموعه‌ی گروه علوم انسانی (رشته‌های ادبیات فارسی، زبان خارجه، علوم تربیتی، علوم اجتماعی، تاریخ، روان‌شناسی، جغرافیا، معارف اسلامی، الهیات، حسابداری، مدیریت) و دانشکده‌های هنر و کشاورزی بودند، به گردآوری داده‌ها پرداخت؛ از آنجا که هیچ‌گونه اجباری در پُر کردن پرسش‌نامه برای کسی وجود نداشت، هر فرد داوطلبانه پرسش‌نامه را پر کرد. در این تحقیق ۵۵/۱ درصد آزمودنی‌ها دختر و ۴۴/۹ درصد پسر بودند و تحصیلات آزمودنی‌ها از مقطع لیسانس تا دکترا بود. رشته‌ی تحصیلی بیشتر آزمودنی‌ها در این پژوهش فنی - مهندسی بوده است.

ابزار

پرسش‌نامه‌ی اعتیاد به اینترنت^۱: آزمون اعتیاد به اینترنت کیمبرلی یانگ^۲ ۱۹۹۶ م دارای ۲۰ پرسش است که برای سنجش میزان و شدت اعتیاد به اینترنت بر پایه‌ی تجارب بالینی ساخته شده است. هر پرسش آزمون با پنج گزینه‌ی «بندرت» (۱)، «گاه‌گاهی» (۲)، «مکرر» (۳)، «اغلب اوقات» (۴) و «همیشه» (۵) پاسخ داده شده و دامنه‌ی نمرات از ۲۰ تا ۱۰۰ نوسان دارد. نمره‌گذاری آزمون اعتیاد به اینترنت با جمع کردن کل پاسخ پرسش‌ها به دست می‌آید. در این پژوهش اگر فرد در آزمون اعتیاد به اینترنت نمره‌ی مساوی یا پایین‌تر از ۳۹ را به دست آورد، در گروه کاربران عادی اینترنت، نمره‌ی بین ۴۰ تا ۶۹ نشانه‌ی وابستگی به اینترنت زیاد و اگر نمره‌ی بالاتر از ۷۰ را به دست آورد در گروه کاربران معتاد شدید به اینترنت جای می‌گیرد. این پرسش‌نامه، اعتیاد به اینترنت را در ۶ بُعد بارز بودن استفاده از اینترنت (سؤالات ۱۰-۱۲-۱۳-۱۵-۱۹)، استفاده‌ی مفرط از اینترنت (سؤالات ۱-۲-۱۴-۱۸-۲۰)، اهمال‌کاری زمان استفاده از اینترنت (سؤالات ۶-۸-۹)، انتظارات زیاد از دیگران در زمان استفاده از اینترنت (سؤالات ۷-۱۱)، فقدان کنترل (سؤالات ۵-۱۶-۱۷) و غفلت از زندگی اجتماعی (سؤالات ۳-۴) را می‌سنجد. ویدیانتو و مک موران^۳ (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ ۶ عامل مقیاس اعتیاد را بدین شرح گزارش کرده‌اند: بارز بودن = ۰/۸۲، استفاده‌ی مفرط = ۰/۷۷، اهمال‌کاری: ۰/۷۵، انتظار = ۰/۶۱، فقدان کنترل = ۰/۷۶ و غفلت از زندگی اجتماعی = ۰/۵۴. در ایران در پژوهش قاسم‌زاده، شهرآرای و مرادی (۱۳۸۱) آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۸ و روایی آن ۰/۸۹ گزارش شده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون اعتیاد به اینترنت ۰/۹۱ به دست آمده است.

پرسش‌نامه‌ی هراس اجتماعی^۴: این پرسش‌نامه را کانور^۵ در سال ۲۰۰۴ م تهیه کرده است. این پرسش‌نامه ۱۷ آیتم دارد که نشانه‌های ترس، اجتناب و فیزیولوژی را در فوبی اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند. هر پرسش آزمون با پنج گزینه «اصلاً» (۱)، «کم» (۲)، «تا حدی» (۳)، «زیاد» (۴) و «خیلی زیاد» (۵) پاسخ داده می‌شود. سؤالات پرسش‌نامه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هر آیتم برای دستیابی به یک نمره‌ی کل با دامنه ۰ تا ۶۸ باهم جمع بسته می‌شوند. این پرسش‌نامه سه خرده‌مقیاس ترس (سؤالات ۱-۳-۵-۱۰-۱۴-۱۵)، اجتناب (۴-۶-۸-۹-۱۱-۱۲-۱۶) و نشانه‌های فیزیولوژی (۲-۷-۱۳-۱۷) را می‌سنجد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش بیانی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۶۶ به دست آمد و همچنین نیز

¹ Internet addiction Questionnaire

² Yung Kimberly

³ Widyanto & Mcmurrin

⁴ Social phobia Questionnaire

⁵ Conoor

روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون هراس اجتماعی ۰/۹ به دست آمده است.

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی^۱: پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۲ ۱۹۸۲ م که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی (سؤالات ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹) و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد (سؤالات ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۲۰) را می‌سنجد. نمره‌ی سلامت معنوی، در دامنه‌ی ۲۰-۱۴۰ در نظر گرفته شده است. هر چه نمره‌ی به‌دست‌آمده، بالاتر باشد نشانه‌ی سلامت معنوی بالاتر است. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) دسته‌بندی شد. نمره‌گذاری سؤالات ۱-۲-۵-۶-۹-۱۲-۱۳-۱۶-۱۸ به شکل معکوس انجام شده است. سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی شد. در مطالعه‌ی سید فاطمی و همکاران (۱۳۸۵) روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا ۰/۹۱ مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون سلامت معنوی ۰/۸۹ به دست آمده است.

پرسش‌نامه‌ی رضایت از زندگی^۳: مقیاس رضایت از زندگی توسط داینر و همکاران ۱۹۸۵ م و برای سنجش رضایت از زندگی تهیه شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که از ۵ عبارت تشکیل شده است. عبارات این آزمون مؤلفه‌ی شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) دسته‌بندی شد. تحقیقات انجام‌شده اعتبار افتراقی و همسانی درونی این آزمون را مورد تأیید قرار داده‌اند (داینر و همکاران، ۱۹۸۵). این آزمون توسط بیانی، محمد کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶) به فارسی ترجمه شده است و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ تعیین شده است و روایی آن مناسب ذکر گردیده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون رضایت از زندگی ۰/۷۶ به دست آمده است.

یافته‌ها

بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه شهید باهنر رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۱، همبستگی بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی، با ابعاد اعتیاد به اینترنت دانشجویان برای بررسی فرضیه‌های فرعی پژوهش را نشان می‌دهد.

^۱ Spritual health Questionnaire

^۲ Palutzian & Ellison

^۳ Life satisfaction Questionnaire

جدول ۱- همبستگی بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با ابعاد اعتیاد به اینترنت

متغیر	بارز بودن استفاده از اینترنت	استفاده‌ی مفرط از اینترنت	اهمال‌کاری زمان استفاده از اینترنت	انتظارات زیاد از دیگران در زمان استفاده از اینترنت	فقدان کنترل در زمان استفاده از اینترنت	غفلت از زندگی اجتماعی در زمان استفاده از اینترنت
هراس اجتماعی	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۲۲**	۰/۲۷**	۰/۲۳**
سلامت معنوی	-۰/۳۱**	-۰/۲۱**	-۰/۲۹**	-۰/۲۸**	-۰/۲۵**	-۰/۲۴**
رضایت از زندگی	-۰/۱۸**	-۰/۲۳**	-۰/۲۲**	-۰/۱۶**	-۰/۲۰**	-۰/۱۵**
n	۳۷۴	۳۷۴	۳۷۴	۳۷۴	۳۷۴	۳۷۴

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین متغیرهای پژوهش همبستگی معناداری برقرار است. در ادامه جهت بررسی این ارتباط از روش تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در زیر خواهد آمد.

جدول ۲- خلاصه‌ی نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام به اعتیاد به اینترنت بر حسب هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی

متغیر	R	R ²	R ² تعدیل شده	میزان تغییر R ²	میزان تغییر F معناداری تغییرات	آماره‌های تغییر
هراس اجتماعی	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۲۳/۳	۰/۰۰۱
سلامت معنوی	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۰۵	۲۱/۳۱	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۰۲	۸/۳۲	۰/۰۰۴

جدول ۲، شدت رابطه بین متغیر ملاک (اعتیاد به اینترنت) و ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین را گزارش می‌کند. R بیانگر میزان همبستگی خطی چندگانه بین متغیر و یا متغیرهای با قدرت پیشگویی معنادار جهت متغیر وابسته است. پس از ورود هر یک از متغیرها در معادله تأثیر ورود متغیرها بررسی و آماره‌های مرتبط اشاره شده است. در قدم اول متغیر هراس اجتماعی، در قدم دوم متغیر سلامت معنوی و در قدم سوم متغیر رضایت از زندگی وارد معادله گردید. مقدار R نشان‌دهنده‌ی رابطه بین مقدار اعتیاد به اینترنت با هر یک از متغیرهای پیش‌بین است و مقدار R² نشان‌دهنده‌ی این است که هر متغیر به تنهایی می‌تواند چند درصد متغیر اعتیاد به اینترنت را تبیین کند.

در بُعد هراس اجتماعی، مقدار R ، $0/24$ و مقدار R^2 ، $0/06$ است. در بُعد سلامت معنوی، مقدار R ، $0/332$ است و مقدار R^2 تغییر یافته نشان‌دهنده‌ی این است که متغیر مذکور به‌تنهایی می‌تواند حدود $0/05$ ٪ متغیر اعتیاد به اینترنت را تبیین کند؛ و مقدار دو متغیر هراس اجتماعی، سلامت معنوی باهم می‌توانند 11 ٪ اعتیاد به اینترنت را تبیین کنند.

در بعد رضایت از زندگی، مقدار R ، $0/36$ است و مقدار R^2 تغییر یافته نشان‌دهنده‌ی این است که متغیر مذکور به‌تنهایی می‌تواند حدود $0/2$ ٪ متغیر اعتیاد به اینترنت را تبیین کند؛ و هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی باهم می‌توانند 13 ٪ اعتیاد به اینترنت را تبیین کنند. با توجه به مقادیر R و R^2 در جدول ۱ می‌توان گفت که هر سه متغیر هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی پیش‌بینی‌کننده‌ی اعتیاد به اینترنت می‌باشند و در مدل باقی می‌مانند.

جدول ۳- خلاصه‌ی مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون برای هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت

P	F	MS	Df	SS	منبع تغییرات	
0/001	23/30	4392/60	1	4392/60	رگرسیون	هراس اجتماعی
		188/52	372	70129/42	مقدار باقی‌مانده	
		-	373	74522/02	جمع کل	
0/001	22/94	4101/06	2	8202/13	رگرسیون	سلامت معنوی
		178/76	371	66319/89	مقدار باقی‌مانده	
		-	373	74522/02	جمع کل	
0/001	18/37	3220/44	3	9661/32	رگرسیون	رضایت از زندگی
		175/30	370	64860/70	مقدار باقی‌مانده	
		-	373	74522/02	جمع کل	

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳، نشان می‌دهد که مجموع مجذورات به‌دست‌آمده در متغیر هراس اجتماعی، $4392/60$ است که با اضافه شدن مؤلفه‌ی سلامت معنوی به $8202/13$ افزایش می‌یابد و با ورود مؤلفه‌ی رضایت از زندگی به $9661/32$ افزایش می‌یابد. با توجه به مقدار F و مجموع مجذورات و سطح معناداری p که کوچک‌تر از $0/001$ است، مشخص می‌گردد که هر سه متغیر هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی، پیش‌بینی‌کننده‌ی قابل‌اعتمادی برای اعتیاد به اینترنت می‌باشند.

جدول ۴- ضرایب رگرسیون هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت

مدل	B (ضریب رگرسیونی)	خطای استاندارد	ضریب β	T	معناداری
۱	مقدار ثابت	۱/۴۶	-	۲۳/۹۷	۰/۰۰۱
	هراس اجتماعی	۰/۲۷	۰/۰۶	۴/۸۳	۰/۰۰۱
۲	مقدار ثابت	۴/۳۵	-	۱۲/۴۴	۰/۰۰۱
	هراس اجتماعی	۰/۱۹	۰/۰۶	۳/۲۹	۰/۰۰۱
	سلامت معنوی	-۰/۱۸	۰/۰۴	-۴/۶۲	۰/۰۰۱
۳	مقدار ثابت	۴/۸۶	-	۱۲/۴۶	۰/۰۰۱
	هراس اجتماعی	۰/۱۸	۰/۰۶	۳/۱۳	۰/۰۰۲
	سلامت معنوی	-۰/۱۵	۰/۰۴	-۳/۹۹	۰/۰۰۱
	رضایت از زندگی	-۰/۳۶	۰/۱۳	-۲/۸۸	۰/۰۰۴

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد در مدل نهایی ضریب رگرسیونی هراس اجتماعی $\beta = 0/18$ بیانگر این است که هر واحد تغییر در هراس اجتماعی معادل $0/18$ واحد تغییر (افزایش) در اعتیاد به اینترنت با خطای استاندارد $0/06$ است و مقدار آن با توجه به آزمون تی موردبررسی قرار گرفته و $t = 3/13$ به دست آمده است که بیانگر معنادار بودن آن در سطح $0/001$ است ($p < 0/001$). همچنین ضریب رگرسیون سلامت معنوی $\beta = -0/15$ نشان می‌دهد که هر واحد تغییر در سلامت معنوی معادل $-0/15$ واحد تغییر (کاهش) در اعتیاد به اینترنت با خطای استاندارد $0/04$ است و مقدار $t = -3/99$ بیانگر معنادار بودن آن در سطح $0/001$ معنادار است ($p < 0/001$). همچنین ضریب رگرسیون رضایت از زندگی $\beta = -0/36$ نشان می‌دهد که هر واحد تغییر در رضایت از زندگی معادل $-0/36$ واحد تغییر (کاهش) در اعتیاد به اینترنت با خطای استاندارد $0/13$ است و مقدار $t = -2/88$ بیانگر معنادار بودن آن در سطح $0/004$ معنادار است ($p < 0/001$).

جدول ۵- باقی‌مانده‌ی استاندارد شده (ZRESID) و مقادیر پیش‌بینی‌شده‌ی استاندارد شده

(ZPRED) جهت آزمون خطی بودن رابطه

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	-
	۵/۰۹	۴۱/۳۱	مقدار پیش‌بینی
۳۷۴	۱۳/۱۹	۰/۰۰۱	باقی‌مانده
	۱/۰	۰/۰۰۱	انحراف استاندارد مقدار پیش‌بینی
	۰/۹۹۶	۰/۰۰۱	انحراف استاندارد باقی‌مانده

برای بررسی خطی بودن رابطه از نمودار باقی مانده‌ی استاندارد شده (ZRESID) (باقی مانده‌ها به‌گونه‌ای استاندارد شده که میانگین آن صفر و انحراف معیارش ۱ است) و در مقابل مقادیر پیش‌بینی شده‌ی استاندارد شده (ZPRED) (متغیر مقدار پیش‌بینی شده به‌گونه‌ای تبدیل شده که میانگین آن صفر و انحراف معیارش ۱ است) استفاده شده است. مقادیر پیش‌بینی شده‌ی استاندارد شده و باقی مانده‌ی استاندارد شده جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین صفر و انحراف معیار ۱ است پس فرض خطی بودن و یکنواخت بودن واریانس‌ها صادق است.

جدول ۶- همبستگی بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اینترنت

متغیرها	ضریب همبستگی	معناداری
هراس اجتماعی	۰/۳۱	۰/۰۰۱
سلامت معنوی	-۰/۳۲	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	-۰/۲۲	۰/۰۰۱

جدول فوق نشان می‌دهد همبستگی بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت ($r = -0/22, p < 0/001$)، معنادار هستند.

نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر تعیین رابطه بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان بوده است. نتایج نشان داد که بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان رابطه‌ی معنادار وجود دارد. همچنین همبستگی بین هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت در سطح (۰/۰۰۱) معنادار است. به‌علاوه گزارش ضرایب رگرسیونی هراس اجتماعی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی برای پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت نشان می‌دهد که ۶٪ از تغییرات مربوط به اعتیاد به اینترنت را هراس اجتماعی تبیین می‌کند، ۵٪ از تغییرات مربوط به اعتیاد به اینترنت دانشجویان را سلامت معنوی تبیین می‌کند و ۲٪ از تغییرات مربوط به اعتیاد به اینترنت دانشجویان را رضایت از زندگی تبیین می‌کند. نتایج به دست آمده از محاسبه‌ی ضریب همبستگی گزارش شده در جدول ۴، نشان می‌دهد که بین هراس اجتماعی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان در سطح (۰/۰۰۱)، رابطه‌ی معنادار و مستقیم وجود دارد؛ بنابراین فرض ارتباط میان دو متغیر هراس اجتماعی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان تأیید می‌شود. مواردی مانند هراس و ترس مرضی با اعتیاد به اینترنت رابطه دارد (لی، استاپینسکی، ۲۰۱۲). این نتایج با یافته‌های زیربخش (۱۳۹۱) که نشان داد احساس تنهایی و اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دانشگاه

آزاد اسلامی واحد قم رابطه‌ی معناداری وجود دارد و یافته‌های شو و بلک (۲۰۰۸) که در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های اجتماعی و هراس اجتماعی پیش‌بینی کننده اعتیاد به اینترنت نوجوانان هستند؛ و یافته‌های پور مودت و کجیاف (۱۳۹۵) که به این نتیجه رسیدند کسانی که به‌شدت از شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند، با احتمال بیشتری دچار اعتیاد به اینترنت و اضطراب اجتماعی می‌شوند همسویی دارد. بر اساس یافته‌های این تحقیق و بعضی از تحقیقات گذشته کاربرانی که دارای ویژگی‌های ذکر شده باشند به‌جای فعالیت در اجتماع خود را با فعالیت کاذب در اینترنت می‌گذرانند، بنابراین، یکی از راه‌های کاهش اعتیاد به اینترنت کاربران غیراجتماعی و گوشه‌گیر شرکت دادن آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی و کاهش هراس آن‌ها از فعالیت در اجتماع است. هدف دیگر این مطالعه تعیین رابطه بین سلامت معنوی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان بوده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان در سطح (۰/۰۰۱)، رابطه‌ی معنادار و معکوسی وجود دارد. این نتایج با یافته‌های دهبانی (۱۳۹۲) که نشان داد بین هوش معنوی و التزام عملی به اعتقادات اسلامی با اعتیاد به اینترنت در بین دانشجویان دانشگاه آزاد همدان رابطه‌ی معناداری وجود دارد و یافته‌های لشگر آرا، تقوی شهری، ماهر و صادقی (۱۳۹۱) که نشان دادند بین اعتیاد به اینترنت و سلامت عمومی در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی تهران رابطه‌ی معنادار وجود دارد با یافته‌های کمال‌جو و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد. از نظر الیسون (۲۰۰۴) نیز مفهوم بهزیستی معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است که بهزیستی مذهبی نشانه‌ی ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است و بهزیستی وجودی یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه‌ی احساس فرد است از اینکه کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بُعد در عین منفک بودن باهم تعامل و همپوشی دارند. از آنجایی که انسان به‌عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند، این دو بُعد در عین منفک بودن باهم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی به‌تبع آن به وجود می‌آید؛ که طبق یافته‌های این تحقیق این امر یعنی سلامت معنوی باعث می‌شود فرد از اوقات زندگی خود به‌خوبی و در رسیدن به اهداف بالاتر و مفیدتر استفاده کند و اگر کاربر اینترنتی باشد کمتر احتمال دچار شدن به اعتیاد اینترنت در او وجود دارد. همچنین از جمله نتایج تحقیق حاضر این بود که بین رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان رابطه وجود دارد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی با اعتیاد به اینترنت دانشجویان در سطح (۰/۰۰۱)، رابطه‌ی معنادار و معکوسی وجود دارد. این نتایج با مطالعات علوی (۲۰۱۰) که نشان می‌دهد افرادی که بیشتر از اینترنت استفاده می‌کنند؛ ارتباط کمتری با مادر و دوستان خود دارند و یافته‌های کراتز و گروند که دریافتند ارتباطات خانوادگی کم و عدم رضایت از زندگی با استفاده بیشتر از اینترنت رابطه‌ی متقابل دارند، همسویی دارد. احساس بهزیستی یا رضایت از زندگی یکی از ویژگی‌های مهم روانی است که فرد واجد سلامت می‌بایست از آن برخوردار باشد. رضایت از زندگی مفهومی پایدار و فراگیر است که

احساس و نظر کلی مردم یک جامعه را نسبت به جهانی که در آن زندگی می‌کنند منعکس می‌کند؛ و طبق یافته‌های تحقیق و بعضی از تحقیقات گذشته اگر کاربران از زندگی فردی و خانوادگی خود رضایت خوبی نداشته باشند، جهت‌رهایی از احساسات و افکار خود از این موضوع دچار استفاده‌ی مفرط و کاذب از اینترنت زیاد می‌شوند و بیشتر وقت خود را صرف وبگردی بدون هدف می‌کنند. اعتیاد به اینترنت برای فرار از خود است. (کن، چونگ و لی، ۲۰۱۱). افراد معتاد به اینترنت اختلال عملکرد روزانه بیشتری دارند (چونگ، وونگ، ۲۰۱۱). همچنین بین هراس اجتماعی با بارز بودن استفاده از اینترنت، استفاده‌ی مفرط از اینترنت، اهمال‌کاری زمان استفاده از اینترنت، انتظارات زیاد از دیگران در زمان استفاده از اینترنت، فقدان کنترل در زمان استفاده از اینترنت و غفلت از زندگی اجتماعی رابطه‌ی معنادار و مستقیم وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج شیهان (۲۰۰۲)، شو و بلک (۲۰۰۸) و کورکی (۱۳۹۰) و کیانی چلمردی و همکاران (۱۳۹۵) همسو است؛ و بین سلامت معنوی با بارز بودن استفاده از اینترنت، استفاده‌ی مفرط از اینترنت، اهمال‌کاری زمان استفاده از اینترنت، انتظارات زیاد از دیگران در زمان استفاده از اینترنت، فقدان کنترل در زمان استفاده از اینترنت و غفلت از زندگی اجتماعی رابطه‌ی معنادار و معکوس وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج ناستی‌زایی (۱۳۸۸)، دهبانی (۱۳۹۲)، لشکرآرا، تقوی شهری، ماهری و صادقی (۱۳۹۱)، همسو است. همچنین بین رضایت از زندگی با بارز بودن استفاده از اینترنت، استفاده‌ی مفرط از اینترنت، اهمال‌کاری زمان استفاده از اینترنت، انتظارات زیاد از دیگران در زمان استفاده از اینترنت، فقدان کنترل در زمان استفاده از اینترنت و غفلت از زندگی اجتماعی رابطه‌ی معنادار و معکوس وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج کراتز و هگر (۲۰۰۷)، ون دن (۲۰۰۸)، اریک جی مودی (۲۰۰۴) و فین (۱۹۹۹)، همسو است. در نتیجه افرادی که دچار هراس اجتماعی هستند، رضایت از زندگی ندارند و از سلامت معنوی پایینی برخوردارند دچار استفاده‌ی غیرمفید و مضر به مدت طولانی از اینترنت می‌شوند.

تحقیق در زمینه‌ی علوم انسانی همیشه با محدودیت‌هایی مواجه است که در روند تحقیق و یا نتایج حاصله تأثیرگذار است، زیرا در این بررسی‌ها انسان و عملکرد وی مورد بحث و بررسی است. از سویی دیگر فرهنگ تحقیق و پرسشگری در جوامع در حال توسعه با محدودیت‌ها و مشکلاتی از جمله تفکرات پاسخ‌دهندگان مبتنی بر دخالت پرسشگر روبرو است که این موضوع منجر به پر نکردن پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها می‌شود. ابزار بکاررفته، پرسش‌نامه بود و افراد ممکن است به دلایل مختلف واقعیت‌ها را در مورد خود و سازمان و کارکنان منعکس نکنند. برای رفع این کمبود بهتر بود از مصاحبه و مشاهده یا سایر موارد در صورت امکان استفاده شود که به دلیل محدودیت‌های زمانی، منابع و امکانات این امر میسر نشد. علاوه بر این موضوع به نظر می‌رسید بسیاری از آزمودنی‌ها به علت طولانی بودن پرسش‌نامه دقت لازم را در پر کردن پرسش‌نامه‌ها نداشتند یا پرسش‌نامه‌ها را به صورت ناقص پر کرده‌اند که این موضوع منجر به حذف پرسش‌نامه از کار می‌شد. همچنین عدم وجود تحقیقات مشابه با پژوهش حاضر نیز باعث شد امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر کاهش یابد.

بر اساس آنچه از این مطالعه دریافتیم بسیاری از سازمان‌ها، نظیر مراکز مشاوره، مراکز درمانی، مراکز بهزیستی، مسئولین وزارت بهداشت و درمان، مراکز مشاوره دانشگاهی، مراکز فرهنگی و آموزش کشور و نیز خانواده‌ها می‌توانند از نتایج تحقیق با کاهش هراس اجتماعی، درونی کردن معنویت در افراد و افزایش سلامت معنوی آن‌ها و افزایش رضایت از زندگی نوجوانان و جوانان به‌ویژه دانشجویان در کاهش اعتیاد به اینترنت آن‌ها قدم‌های مؤثری بردارند.

پیشنهاد می‌گردد تا این پژوهش در سایر دانشگاه‌های شهر کرمان و همچنین در سایر دانشگاه‌های ایران انجام گردد تا امکان مقایسه و بررسی این موضوع فراهم آید، پژوهش حاضر به‌صورت مقطعی یا آزمایشی تکرار گردد تا نتایج مطمئن‌تر و قابل‌تعمیم‌تری به دست آید همچنین در تحقیقات آینده از ابزارهای بومی و کوتاه‌تر جهت سنجش متغیرهای موردنظر استفاده گردد.

منابع

- امیدوار، احمد، صارمی، علی‌اکبر. (۱۳۸۱). اعتیاد به اینترنت، توصیف، سبب‌شناسی، پیشگیری، درمان و مقیاس‌های سنجش اعتیاد به اینترنت. مشهد: تمرین.
- آقاحسینی، شیماسادات، رحمانی، آزاد، عبدالله‌زاده مهلانی، فرحناز و اسودی کرمانی، ایرج. (۱۳۹۰). سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره ۵، شماره ۳، ۳۵-۳۷.
- بیانی، علی اصغر، محمد کوچکی، عاشور و گودرزی، حسینیه. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، شماره ۱۱، ۲۵۹-۲۶۵.
- پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶ شماره ۲.
- پور مودت، خاتون، و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۵). بررسی اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان استفاده‌کننده از اینترنت و شبکه‌های مجازی، مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۳، زمستان ۱۳۹۵.
- جعفری، نسیم و فاتحی زاده، مریم السادات. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین اعتیاد به اینترنت با افسردگی، اضطراب، فشار روانی و هراس اجتماعی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۱۷، شماره ۴.
- زربخش بحری، محمدرضا، راشدی، وحید و خادمی، محمدجواد. (۱۳۹۱). احساس تنهایی و اعتیاد به اینترنت در دانشجویان. مدیریت ارتقا سلامت، دوره ۲، شماره ۱، ۳۸-۳۲.
- زرگر، فاطمه، کلانتری، مهرداد، مولوی، حسین و نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر رفتاردرمانی گروهی بر علائم هراس اجتماعی و جرئت‌مندی دانشجویان. روان‌شناسی، دوره ۱۰، شماره ۳، ۳۳۵-۳۴۸.

- سید فاطمی، نعیمه، رضایی، محبوبه، گیوری، اعظم و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه پایش، دوره ۵، شماره ۴، ۳۰۴-۲۹۵.
- طاهری فر، زهرا، فتی، لادن و غریبی، بنفشه. (۱۳۸۹). الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی در دانشجویان بر پایه مؤلفه‌های شناختی - رفتاری. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، شماره ۱۶، ۳۴-۴۵.
- عصاررودی، عبدالقادر، گل افشانی، اصغر و اکابری، آرش. (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۳، شماره ۴، ۷۹-۸۶.
- قاسم‌زاده، لیلی، شهرآرای، مهرناز و مرادی، علیرضا. (۱۳۸۶). بررسی میزان شیوع اعتیاد به اینترنت و رابطه آن با تنهایی و عزت‌نفس در دانش‌آموزان دبیرستان شهر تهران. فصلنامه تعلیم و تربیت، شماره ۲۱، ۹۸-۱۰۲.
- قاسم‌زاده، لیلی، شهرآرای، مهرناز و مرادی، علیرضا. (۱۳۸۶). بررسی نرخ شیوع اعتیاد به اینترنت در دختران و مقایسه دختران معتاد و غیر معتاد به اینترنت در متغیرهای تنهایی، عزت‌نفس و مهارت‌های اجتماعی روانشناسی، معاصر، دوره ۲، شماره ۱، ۳۲-۳۸.
- کمال‌جو، علی، نریمانی، محمد، عطادخت، اکبر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۵). مدل علی تأثیرات هوش معنوی و اخلاقی بر روابط فرازناشویی با واسطه‌ی شبکه‌های مجازی و رضایت زناشویی، مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، دوره ۶، شماره ۲۴، زمستان ۱۳۹۵.
- کیانی چلمردی، احمدرضا، زردی گیگلو، بهمن و خاکدال، سعید. (۱۳۹۵). بررسی خصوصیات روان‌سنجی مقیاس جهت‌گیری حریم خصوصی اینترنتی در دانشجویان. مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۴، زمستان ۱۳۹۵.
- کورکی، مریم، یزدخواستی، فریبا، ابراهیمی، امراالله و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی نمایشگری در بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دختر. مجله روان‌پزشکی بالینی ایران، دوره ۱۷، ش ۴، ۲۷۹.
- لشگر آرا، بهنام، تقوی شهری، محمود، ماهری، آق بابک و صادقی، رؤیا. (۱۳۹۱). اعتیاد به اینترنت و سلامت عمومی در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۰، شماره ۱، ۶۷-۷۶.
- ناستی‌زایی، ناصر. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت. مجله طبیب شرق، دوره ۱۱، شماره ۱، ۵۷-۶۳.
- واحدی، شهرام و اسکندری، فاطمه. (۱۳۸۹). اعتبارسنجی و تحلیل عاملی تاییدی چند گروهی مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان پرستاری و مامایی. پژوهش پرستاری، دوره ۵، شماره ۱۷، ۶۸-۷۹.
- یاسمی نژاد، پریسا، گل محمدیان، محسن و یوسفی، ناصر. (۱۳۹۰). رابطه سلامت معنوی با درگیری شغلی در اعضای هیئت‌علمی، مشاوره شغلی و سازمانی، دوره ۳، شماره ۸، ۱۱۰-۱۲۵.

Alavi, SS., Maracy, MR., Jannatifard, F., Eslami, M., & Haghghi, M. (2010). A Survey of relationship between psychiatric symptoms and internet addiction instudents of Isfahan universities. *Journal of Hamadan Research in Medical Sciences*; 17(2): 57-65.

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Washington, American Psychiatric Association.

Bahri, N., Sadegh Moghadam, L., Khodadost, L., Mohammadzadeh, J., & Banafsheh, B. Internet addiction status and its relation with students general health at Gonabad Medical University. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2011; 8(3): 166-173. [Persian]

Cheung, L. M., Wong, W. S. The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese Adolescents: An exploratory cross-sectional analysis. *Journal of Sleep Research*. 2011; 20(2): 311-317.

Ellison, C. W. (2004). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4): 330-340.

Eric, J. Moody. (2004). *Cyber psychology & Behavior*. 4 (3): 393-401. Due:10.089/109493101300210303.

Finn, J. (1999). An exploration of helping processes in an online self-help. *Focusing an issuer of disability Health on social work*. 24 (3): 220-232.

Haghayegh, S., Kajbaf, M., Shabani, A., Nikbakht, M., & Farahani H. Analysis of psychometrics properties of internet attitude scale (IAS_40). *Health Information Management*. 2008; 5(1): 1-8.

Kratzer, S., & Hegerl, U. (2007). Is internet addiction a disorder of its Own? *Journal of Counsulting And Clinical Psychology*, 31(4): 961-2.

Kwon, J. H., Chung, C. S., & Lee, J. The effects of escape from self and interpersonal Relationship on the pathological use of Internet games. *Community Mental Health Journal*, 47, 13-121.

Lee, B., & Stapinski, L. Seeking safety on the internetn relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012; 26(1): 197-205.

Lee, K. (2003). *Emerging consumer issues and remedies in changing consumer environment*, BK 21 project Team Report: Seoul National University.

Sheehan, k. B. (2002). A typology of Internet use online session. *Journal of adverting Research*; 42(5): 62-71.

Sunwoo, K., Rando, K. (2005). A study of Internet addiction, *Journal of Korean Home Economics Association*, 3, 1-19.

Shaw, M., Black, D. W. (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management, *CNS Drugs*: 22(5): 353-65.

Van den Eijnden, R.J., Meerkerk G.J., Vermulst A.A., Spijkerman, R., & Engels, R.C. (2008). Online Communication compulsive Internet use, and Psychosocial well-being among adolescents: A longitudinal study. *Dev Psychol*. 44(3): 55-65.

Young, K. S. (1997). The relationship between depression using the BDI and Pathological internet use. Poster presented at the 105th annual meeting of the American psychological association.
Chicago, IL.