

۱۳۹۳/۰۲/۱۴

د/۱/۰۹/۵۴۸۷

بِسْمِ تَعَالَى

«گواهی خاتمه طرح پژوهشی»

سرکار خانم زهرا بابادی عکاشه

با سلام و احترام و درود و صلوات بر خاتم انبیاء(ص)

بدینوسیله اعلام می گردد، طرح پژوهشی (در قالب گرانت) سرکارعالی با عنوان " بررسی رابطه بین رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه و سلامت روان دانشجویان دانشگاه شهکرد " با اعتبار ۱۹۰۰۰۰۰۰ (نوزده میلیون) ریال در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به اتمام رسیده است.

رونوشت:

رییس اداره پژوهش و کارآفرینی جناب آقای دکتر مهدوی



وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

دانشگاه پیام نور

استان چهارمحال و بختیاری

گزارش نهایی طرح پژوهشی در قالب گرنت

عنوان طرح :

بررسی رابطه بین رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه و سلامت روان دانشجویان دانشگاه‌های شهرکرد

مجری طرح :

زهرا بابادی عکاشه

همکار طرح :

دکتر عشرت زمانی



وزارت علوم ، تحقیقات و فناوری

دانشگاه پیام نور

استان چهارمحال و بختیاری

طرح پژوهشی در قالب گزنت

عنوان طرح : بررسی رابطه بین رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه و سلامت روان دانشجویان دانشگاه‌های

شهرکرد

مجری طرح : زهرا بابادی عکاشه (عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور واحد فرخشهر)

ناظر طرح:

همکار طرح : دکتر عشرت زمانی (عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان)

تاریخ تصویب طرح : جلسه شورای پژوهشی استان چهارمحال و بختیاری

زمان اجرا: ۱۲ ماه (شروع : خاتمه :)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
الف.....	چکیده فارسی
الف.....	چکیده انگلیسی
۱.....	فصل اول : مقدمه و کلیات طرح
۱.۱.....	الف) تعریف مساله
۴.....	ب) اهداف طرح
۵.....	ج) روش تحقیق
۶.....	د) مطالعات قبلی انجام شده
۱۱.....	فصل دوم : مبانی نظری و چهارچوب تحقیق
۱.۱.....	مقدمه
۱۱.....	۱-۲ حوزه های مطالعه در مورد تلفن همراه.....
۱۲.....	۲-۲ تاریخچه تلفن همراه در جهان.....
۱۳.....	۳-۲ تاریخچه تلفن همراه در ایران.....
۱۳.....	۴-۲ مضرات تلفن همراه.....
۱۷.....	۵-۲ رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه.....
۲۰.....	۶-۲ سلامت روان.....
۲۳.....	۷-۲ تعریف بهداشت روان در فرهنگ های مختلف.....

۲۵.....	۸-۲ نظریات مرتبط با سلامت روانی
۳۱.....	فصل سوم : بحث و مقایسه داده ها و نتایج
۳۱.....	۱-۳ ویژگی‌های فردی نمونه آماری
۳۳.....	۲-۳ توصیف و تحلیل داده‌ها
۵۸.....	فصل چهارم : نتیجه گیری و پیشنهاد
۶۱.....	منابع
۶۷.....	نمونه پرسشنامه

چکیده:

خطر اعتیاد به تلفن همراه یک مسأله مهم اجتماعی و روانشناسی است که توسط روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مربیان آموزشی مطرح شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه با سلامت روان دانشجویان دانشگاه‌های شهر شهر کرد انجام گرفت. این پژوهش با توجه به اهداف آن پژوهشی کاربردی از نوع پیمایشی می‌باشد. در این تحقیق جامعه مورد نظر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های مختلف (دانشگاه پیام نور، آزاد و علوم پزشکی) شهر شهر کرد می‌باشد. تعداد ۲۹۷ نفر دانشجویان از جامعه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شده است. جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو نوع پرسشنامه؛ پرسشنامه ۹۰ ماده‌ای SCL-90-R و پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای رفتارهای مربوط به استفاده از تلفن همراه هاپر و زئو (۲۰۰۷) استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توزیع فراوانی، میانگین، تحلیل واریانس یک‌راهه، خی‌دو و LSD انجام گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد بر اساس ۶ دسته رفتار اعتیاد به تلفن همراه، بیشتر در سطح رفتارهای عادت‌ی، اعتیادی و ارادی قرار دارند. در خصوص شاخص‌های سلامت روان، دانشجویان به اختلال افسردگی، وسواسی و حساسیت بین فردی مبتلا می‌باشند. بررسی رابطه بین سلامت روان و نوع رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه نشان داد که بین سلامت روان و رفتارهای عادت‌ی، وابسته، اعتیادی، اجباری و ارادی رابطه معنی‌دار معکوسی وجود دارد.

کلید واژه: سلامت روان، تلفن همراه، اعتیاد، رفتار و دانشگاه

در این فصل به مقدمه و کلیات تحقیق در محورهای خلاصه طرح، بیان مسأله، اهداف، روش تحقیق و مطالعات قبلی انجام شده درباره موضوع تحقیق پرداخته شده است.

الف) بیان مسأله

عصر حاضر را میتوان تلفیقی از ارتباطات و اطلاعات دانست. امروزه با در اختیار داشتن فن آوری اطلاعاتی و ارتباطی مختلف و پیشرفته، امکان برقراری سریع ارتباط و تبادل سریع اطلاعات بیش از پیش میسر گردیده است. وقتی مبتکران بزرگ دنیا جدیدترین اختراعات خود را برای راحتی انسان به وجود می آوردند شاید فکرش را هم نمیکردند روزی انسان به دنبال چاره جویی برای رفع خطرات این اختراعات و وسایل نوین ارتباطی باشد (حسن زاده و رضایی، ۱۳۸۹، ص ۸۰). تلفن همراه مسلطترین نوع فناوری اطلاعات و ارتباطات است که در چند سال گذشته، با توجه به تأثیر اجتماعی و استفاده اکثریت مردم از آن رشد چشمگیری داشته است. اعتیاد به تلفن همراه به عنوان یک اختلال و آسیب روان شناختی ناشی از تکنولوژی معاصر مورد توجه روان شناسان، جامعه شناسان و علمای تعلیم و تربیت قرار گرفته است. استفاده مشکل دار از تلفن همراه را می توان به عنوان یکی از اشکال اعتیاد تکنولوژیکی به حساب آورد.

از دیدگاه گریفیتز اعتیاد فناوری به طور عملیاتی می تواند به عنوان اعتیاد غیر شیمیایی (رفتاری) که شامل تعامل انسان و دستگاه است، تعریف شود. این اعتیاد ممکن است انفعالی و یا فعال باشد و به طور معمول، جنبه های القاکننده و تقویت کننده ای داشته باشد که به افزایش تمایل اعتیادی کمک کند.

وابستگی شدید افراد به تلفن های همراه، نوعی بیماری محسوب می شود که روز به روز در حال افزایش است. امروزه عادت به تلفن همراه به قدری زیاد شده که می توان آن را اعتیاد قرن ۲۱ نامید. به گزارش ایتنا، برخی افراد نمی توانند یک ساعت دوری از تلفن همراه را تحمل کنند و عده ای دیگر حتی در خواب نیز از پیامک فرستادن دست برنمی دارند. بر همین اساس اداره پست انگلیس واژه جدیدی به نام نوموفوبیا ابداع کرده است که به ترس از نداشتن تلفن همراه ترجمه شده است. در یک نظرسنجی که توسط سازمان تحقیقاتی یوگو از ۲۱۶۳ شهروندان انگلیسی انجام شد، نتایج جالبی به دست آمده است. از جمله این که ۵۸ درصد مردان و ۴۸ درصد زنان شرکت کننده در نظر سنجی گفته اند: اگر گوشی تلفن همراه خود را گم کنند، اگر اعتبار یا شارژ باطری گوشی آنها تمام شود و یا اگر تلفن آنها آنتن ندهد، دچار اضطراب می شوند.

بسیاری از معتادان تلفن همراه افرادی با اعتماد به نفس پایین و روابط اجتماعی ضعیف هستند که فکر می کنند باید دائماً با دیگران در تماس باشند. خاموشی تلفن همراه به ایجاد اضطراب، زودرنجی، اختلال خواب، لرزیدن، بی خوابی و مشکلات گوارشی منجر می شود (حسن زاده و رضایی، ۲۰۱۱). از دیدگاه تامی و همکاران (۲۰۱۱) کاربرد مسأله ساز و بیش از حد تلفن همراه با اضطراب، بیخوابی، افسردگی، پریشانی های روانشناسی و سبک زندگی ناسالم و بیمارگونه همبستگی دارد.

تعداد نسبتاً زیادی از جوانان ژاپنی حتی زمان خواب تلفن همراه خود را در دسترس نگه می‌دارند تا مبادا تماسی از دوستانشان را از دست بدهند. زنان ژاپنی زمانی که دور از خانه به تلفن همراه دسترسی نداشته باشند احساس افسردگی می‌کنند. برخی از افراد نسبت به حفظ روابطشان از طریق تلفن همراه و حتی ترس از تنهایی و قطع ارتباط با همسالان حساس هستند (ایگارش و همکاران، ص ۳).

همچنین تلفن همراه دلبستگی عاطفی در کاربران ایجاد می‌کند به گونه‌ای که افراد باور دارند بدون کاربرد تلفن همراه آنها نمی‌توانند زندگی کنند. تحقیقات تأثیر منفی کاربرد افراطی تلفن همراه بر سلامت جسمی و روانی دانشجویان را نشان می‌دهد (کمپبو و سوجیرو، ۲۰۰۵). تحقیقات پزشکی درباره اثرات تلفن همراه نشانگر این موضوع است که این وسیله ارتباطی در جهت حفظ سلامتی افراد اقدام نمی‌کند، برای مثال نتایج تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد که اشعه تلفن همراه باعث تغییراتی در تنظیمات ژنتیکی (ژائو و همکاران، ۲۰۰۷)، مشکلات دیداری و شنیداری (مئو و دریس، ۲۰۰۵)، افزایش فشار اسید روی قرنیه و بافت عدسی می‌شود (بلسی و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات نشان داد که استفاده طولانی از تلفن همراه باعث تومورهای مغزی می‌شود (هنسن و همکاران، ۲۰۰۷). از لحاظ روانی فناوری‌های ارتباطی روابط اجتماعی را کاهش می‌دهد و باعث کاهش رفاه و آسایش فرد در اثر تنهایی، افسردگی و انزوا می‌شود. پیرس (۲۰۰۹) و مادل و مانسر (۲۰۰۷) در تحقیقی دریافتند که بین بزرگسالان و جوانان کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات منجر به اضطراب اجتماعی و کاهش خواب می‌شود (بیدختی و همکاران، ۲۰۱۲).

نتایج حاصل از برخی مطالعات اپیدمیولوژیک بیانگر آن است که امواج تلفن همراه حتی با چگالی توان کمتر از حد مجاز می‌تواند باعث بروز علائمی مانند سردرد، احساس گرما در گوش، ضعف حافظه و خستگی گردد. همچنین ارتباط معنی‌داری بین مدت مکالمه و تعداد مکالمه در روز با بروز علائم وجود دارد (هاو کینگ، ۲۰۰۳ و یولیتسیس، ۲۰۰۲).

با مقایسه معیارهای اعتیاد اینترنتی یانگ و آگوستینگ و با اشاره به معیارهای آسیب‌شناسی توصیف شده در DSM-IV-TR اعتیاد به تلفن همراه می‌تواند به صورت زیر تعریف شود: کاربرد اختلالی و مسأله‌ساز تلفن همراه در طول ۱۲ ماه قبل با به همراه داشتن نشانه‌های زیر:

تمایل زیاد به استفاده از تلفن همراه در قالب تماس تلفنی یا ارسال پیام کوتاه عنوان مشغله‌ای دائمی

نیاز به افزایش تکرار و زمان مکالمه و ارسال پیام کوتاه

تلاش‌های ناموفق تکراری برای توقف یا کاهش تعداد تماس‌های تلفنی و ارسال پیام کوتاه

نشان دادن علائم ترک از قبیل: بی‌قراری، اضطراب و افسردگی همراه با تلاش در کاهش یا توقف تعداد و زمان تماس‌های تلفنی و تعداد

پیام‌های ارسالی

ایجاد مشکلات اجتماعی، خانوادگی، کاری و مالی به دلیل استفاده از تلفن همراه

استفاده از تلفن همراه به عنوان راهی برای فرار از مسائل واقعی یا افزایش دهنده حوصله (برای تخفیف تنهایی، اضطراب، افسردگی یا احساس گناه).

زیر بنای فیزیولوژیک یکسانی بین اعتیاد دارویی و اعتیادهای رفتاری وجود دارد. خاموش کردن تلفن همراه برای معتادان به تلفن همراه، اضطراب، حساسیت، اختلال خواب و بی خوابی، حتی لرز و مشکلات گوارشی می آورد (ترکمندی، ۱۳۹۰). مهمترین علائم گزارش شده از کاربرد تلفن همراه شامل سردرد، گوش درد، احساس گرما و بعضی مواقع مشکلات تمرکز و خستگی می باشد و علائم اختلال خواب، عدم استقلال، تضاد نقش، احساس گناه ناشی از ناتوانی در رد تماس های تلفنی.

دکتر دیوید شفیلد روانشناس از دانشگاه استافورد شایر با مطالعه ۱۰۶ نفر که از تلفن همراه استفاده می کردند، دریافت که ۱۶ درصد آنها مشکلات رفتاری دارند. وی با این تحقیق نتیجه گرفت که این مشکلات رفتاری در پی اعتیاد به استفاده از تلفن همراه موجب استرس خواهد شد. با وجود اهمیت تلفن همراه در زندگی روزمره، تحقیقات نشان دهنده آن است که برخی از مردم به طرز بی رویه از این وسیله استفاده می کنند و این امر زندگی شخصی آنها را تحت تأثیر قرار داده است (سیدعلی، ۱۳۹۰، ص ۲).

از مطالب بیان شده این گونه برمی آید که بین اعتیاد به تلفن همراه و سلامت جسمانی و روانی افراد رابطه وجود دارد. در واقع سلامت روان عبارت است از رفتار هماهنگ با جامعه، پذیرش واقعیتهای اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها و ارضای نیازهای خویشتن به طور متعادل (شهرکی و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۵۱). سلامت روانی از دیدگاه سازمان جهانی سلامت عبارتست از حالتی از سلامتی که در آن فرد، توانایی های خود را می شناسد، با فشارهای طبیعی زندگی مقابله می کند، برای جامعه مثمر ثمر می باشد و قادر به تصمیم گیری و مشارکت جمعی است. بر این مبنا، سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (سازمان جهانی سلامت، ۲۰۰۴، ص ۱۰).

عدم سلامت روانی از پیشرفت و اعتلای فرد و همچنین توانایی انجام اعمال و وظایفی که بر عهده وی می باشد جلوگیری خواهد نمود و خود این امر باعث اختلال در سلامت و پیشرفت جامعه و عواقب ناشی از آن خواهد شد (قمری و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۲).

اعتیاد فناوری به صورت عام و وابستگی به تلفن همراه به صورت خاص به دلایل مختلفی مهم است. علی رغم وجود حقایق درباره مفید و ضروری بودن فناوری ها برای جامعه انسانی، به وسیله عوامل تحریک کننده موجود در آنها به افراط در مصرف افراد و هدایت آنها به سمت اعتیاد می شوند. افراد آسیب پذیرتر نسبت به افراط در استفاده و وابستگی به تلفن همراه را جوانان تشکیل می دهند (جولیز، ۲۰۱۲، ص ۴۰). در حقیقت مالکیت و کاربرد تلفن همراه جوانان کارکردهای متعددی دارد:

- تقویت استقلال شخصی نسبت به والدین
- تدارک هویت و پرستیژ در بافت روابط با گروه همسالان
- منبع سرگرمی و تفریح
- حمایت از ایجاد و نگهداری روابط بین فردی

با پیروی از مدل انگیزش مازلو، هاپر و زائو (۲۰۰۷) بیان کردند که می‌توان رفتار انسان را به عنوان عملکرد واقعی، از طریق اهداف رفتاری برگرفته از انگیزه‌های زیربنایی خاص بررسی کرد. این دیدگاه با پذیرش تئوری‌هایی از قبیل تئوری آجزن^۱ از رفتار برنامه‌ریزی شده (۱۹۹۱) و مدل پذیرش فناوری دیویس^۲ (۱۹۸۹)، هماهنگ است. این مدل‌ها اظهار دارند ویژگی‌های محصول (برای مثال، سود نسبی، سهولت استفاده درک شده یا مفید بودن) بر مقاصد رفتاری محرک رفتار تأثیر می‌گذارد.

رفتار انسان به وسیله دلایل و انگیزه‌های متنوع جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی یا موقعیتی برانگیخته می‌شود. هاپر و زئو (۲۰۰۷) رفتارهای کاربرد تلفن همراه را بر اساس انگیزه‌های زیربنایی آن طبقه‌بندی کرده است. ۶ نوع رفتار در مورد کاربرد تلفن همراه شناسایی کرده است. این رفتارها عبارتند از: ارادی، عادت، وابستگی، اجباری، الزامی و اعتیادی

سلامت روانی و اعتیاد به تلفن همراه از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و جامعه‌شناسی محسوب می‌شود. تحقیق حاضر با عنایت به این مطلب، الگوی رفتارهای کاربرد تلفن همراه هاپر و زئو و پرسش‌نامه سلامت روان را مبنی قرار داده و به بررسی رابطه بین رفتارهای استفاده از تلفن همراه و سلامت روانی دانشجویان پرداخته است.

ب) اهداف طرح

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین رفتارهای استفاده از تلفن همراه و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های دولتی، پیام‌نور و آزاد شهر کرد می‌باشد.

اهداف فرعی:

۱. تعیین نوع رفتارهای استفاده از تلفن همراه دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد
۲. تعیین میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد
۳. تعیین رابطه سلامت روانی و رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد
۴. پیش‌بینی ابعاد چندگانه اعتیاد به تلفن همراه بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک (جنس، نوع دانشگاه، محل اقامت، رشته تحصیلی و تأهل)

ج) سؤال‌های ویژه تحقیق

^۱- Ajzen

^۲- Davis

۱. نوع رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد با توجه به رفتارهای تعریف شده چیست؟
۲. میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد در چه حدی است؟
۳. آیا بین رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد با توجه به عوامل جمعیت شناختی (جنس، نوع دانشگاه، محل اقامت، رشته تحصیلی و تأهل) تفاوتی وجود دارد؟
۴. آیا بین سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد با توجه به عوامل جمعیت شناختی (جنس، نوع دانشگاه، محل اقامت، رشته تحصیلی و تأهل) تفاوتی وجود دارد؟
۵. آیا بین سلامت روان دانشجویان و رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه آنها رابطه وجود دارد؟

(د) روش تحقیق

این بخش به بحث پیرامون روش تحقیق می‌پردازد، که شامل: نوع پژوهش، جامعه آماری، تعیین حجم نمونه مناسب و روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری، پایایی و روایی پرسش‌نامه، روش جمع‌آوری داده‌ها و در نهایت روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌باشد.

پژوهش حاضر با توجه به اهداف آن یک پژوهش کاربردی از نوع پیمایشی می‌باشد. در تحقیق حاضر جامعه مورد نظر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های مختلف (دانشگاه آزاد، پیام نور و علوم پزشکی) شهر شهر کرد می‌باشد. تعداد ۲۹۶ نفر دانشجویان از جامعه مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شده است. جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو نوع پرسشنامه استفاده می‌شود. دو پرسشنامه مرتبط با موضوع پژوهش، عبارتند از:

● پرسشنامه ۹۰ ماده ای SCL-90-R

● پرسشنامه ۳۲ ماده ای رفتارهای مربوط به استفاده از تلفن همراه

هریک از سؤال‌های آزمون SCL-90 از یک طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی، که از نمره «هیچ» تا چهار «به شدت» می‌باشد تشکیل شده است. نمره‌های بدست آمده بیانگر ۹ بعد از نشانه‌های بیماری و ۳ شاخص کلی است. ابعاد نشانگر بیماری عبارتند از: ۱. شکایت جسمانی ۲. وسواسی اجباری ۳. حساسیت در روابط متقابل ۴. افسردگی اضطراب

۶. پرخاشگری ۷. ترس مرضی ۸. افکار پارانوئیدی ۹. روان گسسته گرایی و سه شاخص کلی که عبارتند از: ۱. شاخص شدت کلی ۲. شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت ۳. جمع نشانه‌های مثبت.

اعتبار درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفا رضایت بخش گزارش کرده‌اند. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۹۵٪ و کمترین آن برای روان گسسته گرایی ۷۷٪ به دست آمده است. در محاسبه اعتبار به شیوه باز آزمایی در مورد ۹۴ بیمار روانی ناهمگون پس از یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۷۸٪ تا ۹۰٪ به دست آمده است. در مورد روایی پرسشنامه، پژوهش‌های مختلف بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۷۳٪ و کمترین آن را برای بعد ترس‌های مرضی ۳۶٪ گزارش کرده‌اند. به علاوه ضرایب همسانی درونی در مورد بیماران سر پایی در دامنه ۷۹٪ برای افکار پارانوئیدی تا ۹۰٪ برای افسردگی به دست آمد. همچنین ضریب همسانی درونی در مورد افراد با نشانه‌های بالینی، در دامنه ۷۷٪ برای روان گسسته گرایی تا ۹۰٪ برای افسردگی به دست آمد، همبستگی این آزمون را با آزمون MHQ بسیار بالا و حدود ۹۲٪ گزارش کرده‌اند.

در ایران نیز نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۰) حاکی از آن است که بین ۹ بعد SCL-90-R و مقیاس MMPI همبستگی معناداری مشاهده شده است که بیشترین آن اضطراب و افسردگی SCL-90 با نوراستنی MMPI، ۵۹٪ و سواس و روانگسسته گرایی SCL-90 با اسکیزوفرنی ۵۹٪ MMPI بوده است. همچنین بیشترین ضریب اعتبار در افسردگی با روش باز آزمایی ۹۳٪ و آلفای کرونباخ ۸۵٪ به دست آمده است.

پرسش‌نامه اعتیاد به تلفن همراه دارای ۳۲ ماده است. رفتارهای تعیین شده ۶ دسته می‌باشند، اعتیادی، اجباری، وابستگی، عادی، ارادی و ناخواسته که هر یک از این رفتارها تعدادی از سؤالات این پرسشنامه را به خود اختصاص داده است. ۵ سؤال مربوطه به رفتار اعتیادی، ۵ سؤال مربوط به رفتار اجباری، ۶ سؤال مربوط به رفتار وابستگی، ۶ سؤال مربوط به رفتار ارادی، ۴ سؤال مربوط به رفتار ناخواسته و ۶ سؤال مربوط به رفتار عادی می‌باشند.

ضریب اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ بالاتر از ۶٪ به دست آمده است برای هریک از ۶ دسته رفتارها ضریب آلفای کرونباخ بدین صورت می‌باشد: رفتار عادی ۷۹٪، بی‌اراده ۵۲٪، وابسته ۷۹٪، اعتیادی ۵۲٪، اجباری ۶۰٪ و ارادی ۵۳٪. شامبار و همکاران (۲۰۱۲) با استفاده از آزمون همسانی درونی همه عوامل ضریب اعتبار بالاتر از ۷٪ را به دست آورده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم افزار SPSS استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی می‌باشد. از روشهای آماری تحلیل واریانس دواراهه، همبستگی پیرسون، t گروه‌های مستقل و χ^2 دو برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

(ذ) پژوهش های انجام شده

امروزه تلفن همراه به عنوان مظهر فناوری ارتباطات موقعیت قوی در زندگی مدرن و جامعه انسانی دارد و به عنوان بخش سازنده ارتباطات روزانه می‌باشد. برای اکثر افراد زندگی بدون تلفن همراه غیر ممکن یا حداقل نامطلوب و ناخوشایند است. هر چند مطالعات اندکی درباره کاربرد افراطی پیام کوتاه وجود دارد، اما اسناد و مدارک موجود نشاندهنده کاربرد بیش از حد تلفن همراه به عنوان یک شکل از اعتیاد فناورانه می‌باشد.

یافته‌های تحقیق هاپر (۲۰۰۷) نشان داد که استفاده از تلفن همراه در بین دانشجویان در سطح خیلی بالایی قرار دارد. حمایت نسبتاً زیادی از اجباری، ارادی یا وابسته بودن استفاده تلفن همراه وجود دارد، اما حمایت برای رفتارهای عادی، اجباری و اعتیادی استفاده از تلفن همراه نسبتاً ضعیف بود.

همچنین یافته‌های تحقیق شیمبار و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که کاربرد تلفن همراه در این تحقیق بیشتر از نوع اعتیادی، عادی و وابستگی است. یافته‌های احمد و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که تعداد اندکی، کمتر از ۱۸.۵٪، از دانشجویان پاکستان به رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه عادت کرده‌اند. در این تحقیق نمونه مورد نظر تحت شرایط منطقی از تلفن همراه استفاده می‌کنند و به همین خاطر به رفتارهای اعتیادی کاربرد تلفن همراه گرایش پیدا نمی‌کنند.

نتایج تحقیق بیدختی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بین عصبیت و روان‌رنجوری و اعتیاد به پیام کوتاه رابطه مثبت وجود دارد. همچنین همبستگی منفی بین پیام کوتاه و برون‌گرایی وجود دارد.

یافته‌های تحقیق کو و پارکز (۲۰۱۰) نشان داد ۸۸٪ درصد از جوانان کاربران معمولی، ۸٪ درصد کاربران شدید، ۲/۹ درصد کاربران معتاد به تلفن همراه بودند. اعتیاد به تلفن همراه به صورت معنی‌داری با عوامل خاص گروهی شامل:

جنسیت، ارسال و دریافت پیام کوتاه در آخر هفته، شارژ ماهانه تلفن همراه، اجبار و دلایل تفریحی و فرهنگی مرتبط است. یافته‌های تحقیق املین و همکاران (۲۰۱۳) الگوهای متفاوت همبستگی بین سن، جنسیت و کاربرد افراطی از تلفن همراه وجود دارد. وابستگی ذهنی به تلفن همراه در بین افراد جوان تر قابل پیش بینی است اما فراوانی استفاده از تلفن همراه پیش بینی کننده وابستگی ذهنی نبوده است. براساس یافته‌های تحقیق جنسیت مردانه پیش بینی کننده آمادگی برای زندگی بدون تلفن همراه می باشد. این یافته بر این موضوع که زنان زمان بیشتری را صرف صحبت کردن با تلفن همراه می کنند و احساس نیاز بیشتر آنها به تلفن همراه تأکید می کند.

نتایج تحقیق مارلو و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد همبستگی زیادی (۲=۰.۷۶) بین مقیاس ارزیابی استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه و مقیاس وابستگی تلفن همراه و فراوانی و شدت استفاده از تلفن همراه وجود دارد.

بررسی کاترین (۲۰۰۸) در ایالت کینگ‌دان بر ۲۱۶۳ نفر آشکار کرد که ۵۳٪ از آزمودنی‌ها زمانی که تلفن همراه خود را از دست می دهند، دچار اضطراب و ۹٪ دچار استرس می شوند. همچنین نتایج تحقیق دیکسیت و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که ۲۰٪ از زمانی که تلفن همراه دانشجویان شارژ نداشته یا به آن دسترسی نداشتند، تمرکزشان را از دست می دادند و دچار استرس می شدند.

یافته‌های تحقیق زمانی و عابدینی (۱۳۹۱) نشان دهنده وجود تفاوت‌های جنسیتی معنادار از نظر انگیزش و نوع استفاده از تلفن همراه در دانشجویان بود. همچنین مشاهده شد بین وضعیت تأهل، تحصیلات والدین و میزان استفاده از تلفن همراه رابطه معنادار وجود دارد. یافته‌های تحقیق هاشم‌زاده و رضایی (۲۰۱۱) نشان داد که:

۱. تفاوت معنی‌داری بین اعتیاد به ارسال پیام کوتاه در زنان و مردان وجود ندارد.
 ۲. تفاوت معنی‌داری بین اعتیاد به ارسال پیام کوتاه در دانشجویان با رشته تحصیلی و گروه علمی وجود دارد.
 ۳. تفاوت معنی‌داری بین اعتیاد به ارسال پیام کوتاه و سلامت روان دانشجویان وجود دارد.
- یافته‌های تحقیق بحری و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که بین اعتیاد اینترنتی و سلامت عمومی دانشجویان ارتباط آماری معنی‌دار و معکوسی وجود دارد؛ به عبارتی وضعیت افرادی که اعتیاد اینترنتی داشتند، در بعد سلامت عمومی نیز نامطلوب‌تر بود. نتایج تحقیق تودا و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که بین نمرات پایین تر مردان در شاخص سلامتی و

وابستگی زیاد به تلفن همراه ارتباط معنی دار وجود دارد. همچنین تمایل به استفاده از تلفن همراه به سبک زندگی سالم بستگی دارد.

نتایج تحقیق شکوهی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که حدود ۹۵٪ همبستگی معنی دار بین میزان بازی کردن با رایانه و اضطراب، افسردگی، رفتارهای قانون شکنی، پرخاشگری و مشکلات اجتماعی وجود دارد. در تحقیق تامی و همکاران (۲۰۱۲) استفاده مکرر از رایانه و تلفن همراه یک عامل خطر ساز برای اختلالات خواب و عامل افسردگی در مردان و زنان گزارش شده است.

مقایسه نمرات t-test در تحقیق پاولوسکا و ویوتمسکا (۲۰۱۱) نتایج زیر را نشان می دهد:

۱. زنان بیشتر از مردان از تلفن همراه برای توجیه نیازشان به پذیرش در ایجاد و نگهداری روابط و بیان احساسات استفاده می کنند

۲. در زنان نسبت به مردان علائم اعتیاد به تماس های صوتی و پیام کوتاه شدیدتری وجود دارد.

۳. مردان به صورت معنی داری بیشتر از زنان از تلفن همراه برای گوش دادن به موزیک، تهیه عکس و فیلم، بازی و اتصال به اینترنت استفاده می کنند.

نتایج تحقیق اسپاکو و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان "ارزیابی تهدیدهای اعتیاد به تلفن همراه در دانشگاه باروس" نشان داد که اکثریت دانشجویان دارای تلفن همراه می باشند. ۱۰.۴٪ دانشجویان علائم اعتیاد به تلفن همراه را داشتند. اسناد معتبری وجود دارد مبنی بر اینکه کاربران تلفن همراه تا حد زیادی به خدمات آن وابسته می شوند و به از دست دادن آن مقاومت نشان می دهند. یک بررسی که در مدارس لندن اجرا شده نشان می دهد که ۹۲٪ از کاربران تلفن همراه احساس می کردند که به تلفن همراه در زندگی روزانه نیاز دارند. بسیاری از کاربران احساس می کردند که بدون تلفن همراه نمی توانند در خانه بمانند. علاوه بر این، زمانی که کاربران تلفن همراه خود را از دست می دادند، احساس ناامیدی، عصبانیت و تنهایی داشتند. در بررسی دیگری که در ۱۵۰۳ فرد آمریکایی اجرا شده است نشان داد که ۲۶٪ کاربران ادعا کردند که بدون تلفن همراه نمی توانند زندگی کنند (رینی، ۲۰۰۸).

نتایج تحقیق حسن زاده و رضایی (۱۳۸۹) نشان داد که بین اعتیاد به پیام کوتاه و اضطراب اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد و میزان اعتیاد به پیام کوتاه در دانشجویان گروه‌های مختلف آموزشی متفاوت است.

در پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۸۸) در حدود نیمی از پاسخگویان در حد متوسط از تلفن همراه استفاده می‌کنند و از قابلیت‌های آن بهره می‌برند. هرچند که نتایج این تحقیق ارتباط بین هویت شخصی مدرن و میزان استفاده از تلفن همراه را تأیید نمی‌کند اما بیانگر رابطه معنادار بین هویت شخصی مدرن و میزان استفاده از قابلیت‌های تلفن همراه است.

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق یاسمی نژاد و گل محمدیان (۱۳۹۰) نشان داد که استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه با روان‌رنجورخویی رابطه مثبت $r = 0.271$ و با برون‌گرایی رابطه منفی معنی‌دار $r = -0.21$ دارد. کاراهوچا (۲۰۰۵) عنوان نمودند که بین فراوانی ارسال پیام کوتاه و ویژگی شخصیتی برون‌گرایی رابطه وجود دارد. ازوی و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی روی دانشجویان دختر پرستاری دریافتند که بین وابستگی به تلفن همراه و سبک زندگی بی‌کیفیت و ویژگی‌های برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی رابطه وجود دارد. این رابطه با روان‌رنجورخویی مثبت و با برون‌گرایی منفی می‌باشد.

نتایج تحقیق نادری و حق‌شناس (۱۳۸۹) نشان داد که بین تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه رابطه معنی‌دار مثبتی وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از میان متغیرهای پیش‌بین فقط تکانشگری پیش‌بینی‌کننده میزان استفاده از تلفن همراه است. نتایج تحقیق تودا و ازو (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که وابستگی به تلفن همراه با دو جنبه از تکانشگری یعنی فوریت و عدم پشتکار همراه شده است. و همچنین افراد با سبک زندگی ناسالم، شخصیت نوع A یا افسرده بیشتر از تلفن همراه استفاده می‌کنند. نتایج تحقیق ناصری و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از آن بود که تنها رابطه‌ای معنی‌دار معکوس بین کاربرد تلفن همراه و خصلت عصیبت وجود دارد. رابطه مثبت بین بازی‌های تلفن همراه و عصیبت آزمودنی وجود دارد. همچنین بین عصیبت با گوش دادن به موزیک از طریق تلفن همراه رابطه منفی وجود داشت.

نتایج تحقیق بیانچی و فیلیس (۲۰۰۵) نشان داد که روان‌رنجوری در پیش‌بینی استفاده افراطی از تلفن همراه چندان مؤثر نیست ولی برون‌گرایی افراد و عزت‌نفس دو عامل بسیار مهم در این زمینه هستند.

بیلوکس و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی را در ارتباط با نقش تکانشگری، افسردگی، اضطراب، سن و جنس در استفاده افراطی از تلفن همراه انجام دادند. یافته‌ها نشان داد همبستگی مثبتی بین افسردگی و اضطراب با تعداد پیام کوتاه ارسالی در یک روز وجود دارد. در تحقیقات بیلوکس و همکاران (۲۰۰۷)، سنچز (۲۰۰۹) و یین و همکاران (۲۰۰۹) گزارش شده است که استفاده افراطی از تلفن همراه با افسردگی ارتباط دارد.

فانچن (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی رابطه افسردگی با اعتیاد به تلفن همراه در ۵۱۹ نفر از دانشجویان آمریکایی پرداخت. یافته‌ها علائم اعتیاد به تلفن همراه را حواس پرتی، تحمل و بردباری، کناره‌گیری، گریز یا فرار نشان داد و رابطه معنی‌داری بین علائم اعتیاد به تلفن همراه و افسردگی به وجود آمد و زنان به طرز چشمگیری تأثیرات اعتیاد به تلفن همراه بالاتری نسبت به مردان نشان دادند.

پارک و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی ۴۰۰ نفر دریافتند که بین سطح اعتیاد به تلفن همراه و ویژگی‌های افراد مانند تقلید همسالان، از دست دادن کنترل و اضطراب اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد.

پیشرفت اطلاعات و فناوری ارتباطات (ICT) تأثیرات قابل توجهی روی زندگی ما داشته است، چگونه ما کار کنیم، ارتباط برقرار کنیم، و متقابلاً عمل کنیم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پردازش بسیاری از کارها را سرعت بخشیده است، ما در زمان کمتر کار بیشتری می‌توانیم انجام دهیم، می‌توانیم به مقدار زیادی از اطلاعات دسترسی داشته باشیم، می‌توانیم در هر جا و هر زمان در دسترس باشیم، و در یک زمان در چندین خط ارتباطی شرکت کنیم. پیشرفت‌های سریع در تکنولوژی و تعمیم وسایل و برنامه‌های کاربردی مختلف تغییرات آرامی در نمودارهای ارائه جمعیت در محیط کار، مدرسه، خانه، اوقات فراغت تنها در طول چند دهه داشته است (تامی، ۲۰۱۲، ص ۳).

در چنین عصری، تکنولوژی و رشد فناوری دیجیتالی موجب تغییرات شگرفی در وسایل ارتباطی، رسانه و نحوه ی انتقال پیام گردیده است. یکی از مهم ترین این ابزارهای نوین ارتباطی و اطلاعاتی در عصر جهانی شدن که کاربردهای روزافزونی در میان مردم جامعه امروز پیدا کرده تلفن همراه است. وسیله‌ای که هم موجبات ارتباط و تعامل بیشتر افراد را فراهم آورده و هم روش آنها برای برقراری ارتباط را تغییر داده است (زمانی و همکاران، ۱۳۹۱). تله یعنی دور و فون یعنی صوت، که بوسیله ی وینستون ساخته شده است. از نظر فنی دنباله‌ی تلگراف به حساب می‌آید. دستگاهی که بوسیله‌ی آن از مسافت دور باهم صحبت می‌کنند، دستگاه انتقال اصوات.

۲-۱ حوزه‌های مطالعه در مورد تلفن همراه

تلفن همراه از منظرهای مختلفی قابل بررسی است. پلانن (۲۰۰۰) به نقل از منطقی (۱۳۸۹) در همین رابطه خاطر نشان می‌سازد که تلفن همراه موضوع مطالعه از منظرهای زیست شناسی، روان‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی، مردم‌شناسی، مطالعات فرهنگی و فلسفه می‌باشد. اما با وجود چند وجهی بودن تلفن همراه و عرصه های گسترده حضور تلفن همراه در جامعه کارکردها، تبعات و پیامدهای انسانی، اجتماعی، فرهنگی سیاسی و عقیدتی تلفن همراه، مورد بررسی گسترده علمی قرار نگرفته است. بررسی مقدماتی حکایت از آن دارند که تلفن همراه در زمینه های فرهنگی و تحول هویتی افراد (خاصه جوانان)، اثرات قابل توجه و تأملی داشته است. برخی از پژوهشگران حوزه تلفن همراه به صراحت از این یاد می‌کنند که باید از فرهنگ جدیدی به نام فرهنگ تلفن همراه یا شکل گیری نسل انگشت شست سخن گفت (منطقی، ۱۳۸۹).

در فرهنگ اخیر اولاً با توجه به نوجویی و نوگرایی جوانان و ثانیاً با عنایت به علایق وافر جوانان به فن آوری‌ها و ثالثاً با توجه به انعطاف پذیری بیشتر آنان، انتظار می رود که بیشترین اثر پذیری فرهنگی از فن آوری تلفن همراه را در سطح جوانان مشاهده کرد.

۲-۲ تاریخچه تلفن همراه در جهان:

از دهه ۱۹۶۰ فکر آزاد کردن تلفن از حالت ثابت و بکارگیری آن در مکان های مختلف در کشورهای اسکاندیناوی پا گرفت. کشورهای سوئد، دانمارک و نیز فنلاند از پیشگامان تلفن های اتومبیل در جهان بودند که در اواخر دهه ۱۹۶۰ به بازار جهانی عرضه شد و در پی این موفقیت کشورهای اسکاندیناوی در صدد برآمدند این سیستم را تکمیل نمایند.

تلفن سیار این سیستم بصورت لامپی و آنالوگ (غیر هوشمند) بود که پاسخگوی متقاضیان نبود. این سیستم با یک مرکز اصلی مرتبط بود و این مرکز محور ارتباط متقابل تلفن هایی بود که هر یک جداگانه با همان مرکز و فرکانس توان مبادله داشتند و امکان وصل این سیستم به شبکه خودکار در سطح کل جامعه وجود نداشت. در پی تبدیل این سیستم به خودکار، اولین شبکه تلفن متحرک به نام (NMT) بوسیله این چهار کشور، آمریکا سیستم (AMPS) خود را وارد بازار کرد و ژاپن سومین کشور در جهان بود که سیستم سیار خود را با ویژگی های دو نوع اسکاندیناوی و آمریکایی به نام (HCMTC) وارد بازار نمود. سیستم ژاپنی قابلیت اتصال به شبکه را داشت و انگلستان هم با عرضه سیستم (TACS) به گروه دارندگان تلفن سیار پیوست که این سیستم ها در آغاز با فرکانس ۴۵۰ مگاهرتز کار می کردند و بعداً به ۸۰۰ مگاهرتز تغییر یافت.

در اوایل سال ۱۹۸۵ گروهی متشکل از ۱۷ کشور اروپایی به نام (GMS) بوجود آمد تا بصورت هماهنگ طرح تلفن سیار دیجیتالی را اجرا نمایند هر چند طبق انتظاراتی که از آنان می رفت موفق نشدند اما در نهایت موفق به ابداع سیستمی شدند که در نوع و زمان خود بی عیب و نقص بود. در ابتدا قصد بر این بود که این سیستم جدید در اختیار کشورهای دیگر قرار نگیرد اما هزینه های سنگین این طرح آنان را واداشت که برای جلب رضایت مشتری تلاش نمایند تا از این طریق هزینه ها سرشکن شود. به دلیل نیازمندی سایر کشورها به فناوری جدید و بسیار کارآمد، تلفن همراه از سوی تمامی کشورها مورد استقبال قرار گرفت و در ظرف مدت کوتاهی این فناوری در سراسر جهان مورد بهره برداری قرار گرفت.

۲-۳ تاریخچه تلفن همراه در ایران:

یک دهه پس از ظهور تلفن سیار در کشورهای غربی، مخابرات ایران نیز در صدد استفاده از این سیستم برآمد، اما موضوع تلفن سیار در همان اواسط دهه ۵۰ خورشیدی فراموش شد، چرا که بررسی‌های مدیران مخابرات آن زمان نشان داد بازار ایران کشش جذب ۴ تا ۵ هزار مشترک را دارد. اما طرح ۱۰۰۰ شماره ای که برای آن تدارک دیده بودند ناکام مانده بود. وزارت پست، بار دیگر در سال ۱۳۶۷ دست به راه اندازی تلفن همراه زد. اما طرحی که برای این شبکه ارائه شد، ۶ سال بعد و پس از تجدید نظر در تابستان سال ۱۳۷۲ آغاز به کار کرد.

فاز نخست طرح با ظرفیت ۱۰ هزار شماره در تهران کلید خورد و کمتر از یکصد نفر از ساکنان پایتخت، چند دهه پس از آنکه شهروندان کشورهای پیشرفته جهان با تلفن همراه آشنا شده بودند، توانستند بدون قید و بند سیم و پریز، تلفن‌شان را در دست بگیرند و در حالیکه قدم می‌زنند یا رانندگی می‌کنند، به مکالمه بپردازند. ظرف سال‌های ۷۲ تا ۷۴ حدود یکصد متقاضی تلفن همراه وجود داشت که البته این رقم شامل مشترکان شهر کرمان و چند شهر بزرگ دیگر هم می‌شد.

مخابرات دولتی ایران، در شهریور ۱۳۷۴ اقدام به چاپ یک اگهی ثبت نام سیم کارت در روزنامه‌های پر تیراژ کرد که باعث شد تعداد متقاضیان این سرویس جدید مخابراتی ناگهان به رقمی حدود ۹۰۰۰ نفر برسد و ظرف کمتر از ۵ ماه، این تعداد به ۲۰۰۰۰۰ متقاضی رسید. سیستم تلفن همراه دیجیتالی که هم‌اکنون در مخابرات ایران به بیش از ده میلیون ایرانی سرویس می‌دهد، از نوع GSM و محصول کشور فنلاند است که طی سال‌های بعد و با حضور زیمنس و نوکیای آلمان از یکپارچگی اسکاندیناویایی اولیه خود خارج شده است.

۲-۴ مضرات تلفن همراه:

استفاده از تلفن همراه در جامعه کنونی و با پیشرفت فن‌آوری اجتناب‌ناپذیر است. میزان بی‌رویه استفاده، تنوع در استفاده از جمله عواملی است که نگرانی‌ها درباره اثرات تلفن همراه بر سلامت فردی و اجتماعی انسان را بیش از پیش نمایان ساخته است. در این بخش سعی می‌شود مضرات تلفن همراه در سه قسمت به شرح ذیل مورد بررسی قرار گیرد:

۱- تلفن همراه و تأثیر بر سلامت جسمی فرد

۲- تلفن همراه و تأثیر آن بر سلامت روحی و روانی فرد

۳- تلفن همراه و تأثیر بر سلامت اجتماعی فرد

۱- تلفن همراه و تأثیر بر سلامت جسمی فرد

بسیاری از بررسی های اخیر در زمینه تلفن همراه متوجه تأثیرات احتمالی آن بر سلامت جسمی افراد و به خصوص جوانان بوده است. شواهد علمی بسیار کمی در مورد افزایش نوع خاصی از تومورهای مغزی در استفاده مداوم از تلفن همراه وجود دارد. در کشورهای اتریش، آلمان و سوئیس تاکنون دانشمندان مقالات زیادی در این مورد ارائه نموده اند و از دولت ها خواسته اند که به گونه ای قانون گذاری کنند که کمترین میزان زیان به افراد برسد. اگرچه بعضاً گزارش های ضد و نقیضی درباره اثرات تلفن همراه بر سلامت جسم افراد از سوی مراکز مختلف تحقیقاتی منتشر می شود؛ ولی به زعم اغلب کارشناسان علوم پزشکی با توجه به ماهیت و تأثیرات شناخته شده امواج الکترومغناطیسی در طول موج های مختلف بر سیستم های بیولوژیکی جسم انسان نمی توان خطرات تلفن همراه و تجهیزات الکترونیکی همراه آن را نادیده گرفت و انکار نمود. البته از طرف دیگر، نباید این واقعیت را هم فراموش کرد که چنین خطراتی در استفاده از بسیاری از تجهیزات مثل سیستم های الکتریکی و الکترونیکی از جمله تلویزیون، رایانه، اجاق های ماکروویو با کاربردهای روزانه گرفته تا تجهیزات پزشکی از قبیل پرتونگاری، پرتودرمانی و سیستم های رادار، دکل های برق هم وجود دارد که هیچ گاه مانعی برای استفاده از آنها نبوده است و مهم برخورد علمی و آگاهانه با دستاوردهای فن آوری های جدید و به حداقل رساندن خطرات و آسیب های اجتناب ناپذیری است که ممکن است در ورای فواید و کاربردهای هر محصول و دستاورد فنی و تکنولوژیک وجود داشته باشد. در اینجا به صورت تیتروار به برخی مضرات جسمی استفاده از تلفن همراه اشاره می شود:

۱-۱- نقش تخریبی در بدن، ارگانسیم ها، بافت های سلولی و ماکرو مولکول های حیاتی مانند DNA و در نتیجه پارگی DNAها و بروز بسیاری بیماری های ناشی از آن.

۱-۲- افزایش خطر ابتلاء به سرطان، نتایج مطالعه ای که در مجله «اپیدمولوژی» منتشر شده نشان می دهد استفاده مرتب و زیاد از تلفن همراه برای بیش از ۲۲ ساعت در هر ماه خطر تشکیل تومورهای غده بناگوش را حدود ۵۰ درصد افزایش می دهد.

۱-۳- افزایش نوع خاصی از تومورهای مغزی

۴-۱- استفاده از تلفن همراه مرگ را جلو می‌اندازد؛ تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که استفاده مداوم از تلفن همراه تحلیل گلبول‌های سفید، افزایش فشار خون، کاهش حافظه و سردرد را به دنبال دارد.

۵-۱- تأثیر تلفن همراه بر ناباروری مردان؛ تحقیق در این مورد نشان می‌دهد که استفاده از تلفن همراه با آسیب رساندن به اسپرم در ارتباط است. این تحقیق که بر روی ۳۶۱ نفر از مردان که تحت آزمایش ناباروری قرار داشتند مشخص شد هرچه مقدار زمانی که مردها در روز از تلفن همراه استفاده می‌کنند، بیشتر باشد، اسپرم آنها ناسالم‌تر است.

۶-۱- استفاده زیاد از تلفن همراه در جوانان باعث کم‌خوابی و در نتیجه استرس می‌شود.

۲- تلفن همراه و تأثیرات آن بر سلامت روانی و روحی فرد

جوانان بالغ بین ۲۴-۲۰ سال رایج‌ترین کاربران استفاده از ICT در مقابل سایر گروه‌ها هستند. وضعیت سلامتی در این گروه نیز برای سلامت آینده کل جمعیت بسیار حائز اهمیت است. در کنار عوامل خود گزارش‌دهی بستری شدن نیز بخاطر افسردگی، اختلالات و اضطراب، تلاش برای خودکشی در میان جوانان افزایش داشته است. مشکلات سلامتی روحی در میان افراد جوان در جهان بیشتر می‌باشد و بار بیماری برای تمام جوامع به همین صورت می‌باشد. در یک ارزیابی ملی در سودان که در سال ۲۰۱۰ انجام شد، آشفتگی روحی توسط ۲۹٪ از زنان و ۱۳٪ از مردان در سنین ۱۶-۲۹ گزارش شد. در حدود یک چهارم از زنان جوامع در این ارزیابی نشان دادند که آنها مشکلات خواب و استرس داشتند. در میان افراد، یک دهم استرس و یک پنجم نیز مشکلات مرتبط با خواب را داشتند. اگرچه این مشکلات در طی چند دهه اخیر افزایش داشتند (تامی، ۲۰۱۲، ص ۷).

براساس تحقیقات انجام شده با نام «استفاده منطقی برای اثرگذاری مثبت» که در کشور اسپانیا انجام شده است، جوانانی که در طول روز برای ساعات طولانی از تلفن‌های همراه استفاده می‌کنند احتمالاً با اختلالات روانی مواجه خواهند شد. بر این اساس اعتیاد به تلفن همراه می‌تواند بر روی وضعیت روانی افراد تأثیر گذارد اما از آنجایی که این اعتیاد علایم فیزیکی خاصی ندارد، بنابراین اختلالات پیش آمده ناشی از آن مشهود نیست. انواع مختلف اختلالات روحی و روانی ناشی از اعتیاد به تلفن همراه عبارتند از:

۱-۲- افسردگی و ناراحتی ناشی از کارکردهای بیش از حد و معمول با تلفن همراه؛ براساس تحقیقات صورت گرفته شده، جوانانی که تماسی را از دست می‌دهند یا در ارسال پیام کوتاهی ناموفق هستند بسیار غمگین و ناراحت می‌شوند.

۲-۲- نادیده گرفتن فعالیت‌ها و کارهای مهم بر اثر اعتیاد به تلفن همراه؛ در این مورد می‌توان چنین اشاره کرد که جوانان معتاد به تلفن همراه گاهی فعالیت‌های مهمی نظیر اشتغال و یا درس خواندن را فراموش می‌کنند.

۲-۳- وجود مشکلات بدنی از قبیل سوء هاضمه، کم‌خوابی و... از دیگر اثرات اعتیاد به تلفن همراه است.

۲-۴- پایین آمدن اعتماد به نفس و در نهایت گوشه‌گیری از اجتماع.

۲-۵- ایجاد استرس و فشار روانی بر افراد تا جایی که بر سلامت جسمی آنها نیز تأثیر می‌گذارد و نیز مشکلات رفتاری خاصی ایجاد می‌نماید.

۲-۶- باعث نوعی بیماری‌های شخصیتی در جوانان از قبیل خودبزرگ‌بینی یا خودکوچک‌بینی و امثال اینها می‌شود.

۳- تلفن همراه و تأثیر آن بر سلامت جامعه

در سالیان نه‌چندان دور اگر می‌خواستید مکالمه کسی را گوش دهید باید تلاش زیادی می‌کردید و اساساً این کار یک عمل ناپسند و زشت محسوب می‌شد اما اینک و به راحتی کارهای روزانه، نقش‌های مهم زندگی و حتی لهجه خود را با دیگران و در یک فضای عمومی از قبیل اتوبوس، مترو و... تقسیم می‌کنیم و ناخواسته آنها را شریک می‌کنیم. از این قبیل تأثیرات اجتماعی تلفن همراه زیاد است با هم نگاهی ولو مختصر به انواع اثرات تلفن همراه بر سلامت جامعه می‌اندازیم:

۱. عمومی کردن بخشی از دنیای شخصی خودمان در انظار دیگران

۲. پایین آمدن ارتباطات درون خانوادگی و در نهایت نقص یکی از اصول و احکام مهم اسلامی یعنی صلح رحم؛

براساس تحقیقات شرکت ارنج (Orange) حدود ۸۰ درصد جوانان از طریق پیام کوتاه و یا تلفن همراه از احوال خانواده خود چه سببی و چه نسبی جو یا می‌شوند و از این طریق برخی مواقع تا یک هفته هم مشاهده شده که پدری فرزند خود را ندیده و تنها ارتباط آنها از طریق تلفن همراه است.

۳. تجمیع تمامی اطلاعات شخصی و خانوادگی در تلفن همراه و در نهایت ترس از گم شدن و لو رفتن تمامی

اطلاعات محرمانه زندگی شخصی

۴. رواج فساد اخلاقی و بی‌بند و باری از طریق تلفن همراه به انحاء مختلف (ارسال عکس‌های خلاف عفت،

متن‌های طنز آلود بسیار رکیک و...)

۵. احساس ناامنی اجتماعی و در نهایت استرس‌زا بودن تلفن همراه

۶. گوشه‌گیری، انزوا و کنج‌ عزلت گرفتن از دیگر مضرات اجتماعی تلفن همراه در بین جوانان است و در نهایت موجبات فردگرایی مفرط در جامعه را بوجود آورده است (جعفری، ۱۳۸۹)

۲-۵ رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه

رفتار انسان به وسیله دلایل و انگیزه‌های متنوع جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی یا موقعیتی برانگیخته می‌شود. استفاده از تلفن‌های معمولی دو نوع انگیزه را برای استفاده از آن مطرح کرده اند: (۱) انگیزه‌های ابزاری یا تکلیف‌مدار و (۲) انگیزه‌های درونی یا اجتماعی (اوکیفی و سلانوسکی، ۱۹۹۵). انگیزه درونی اشاره به این دارد که افراد با هدف مصاحبت، دوستی و معاشرت با تلفن، با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند و استفاده ابزاری به استفاده از تلفن برای انجام کارها، جستجوی اطلاعات و یا انجام تکلیف اشاره دارد. با این حال دلایل استفاده از تلفن همراه تا حدودی متفاوت از دلایل استفاده از تلفن معمولی است. برای مثال لویگ و وی (۲۰۰۰) دریافتند افراد نه تنها براساس انگیزه‌های ابزاری، درونی و اجتماعی از تلفن همراه استفاده می‌کنند، بلکه انگیزه‌های پیروی از مد یا مدگرایی و همچنین انگیزه‌های مربوط به جایگاه و مرتبه اجتماعی نیز در این میان حایز اهمیت هستند.

مطالعه‌ی روبین و همکاران (۱۹۹۸) نیز حاکی از وجود شش نوع انگیزه مختلف برای استفاده از تلفن همراه است که عبارتند از شادی و کسب لذت، ابراز علاقه و عاطفه، شمول، فرار، آرامش و کنترل. آنها این شش نوع انگیزه را در دو طبقه کلی‌تر قرار داده اند، (۱) انگیزه‌های دارای جهت گیری ارتباطی نظیر عاطفه، شمول، کسب لذت، شادی و آرامش جویی و (۲) انگیزه‌های نفوذ شخصی نظیر کنترل و فرار.

هاپر و زئو (۲۰۰۷) رفتارهای کاربرد تلفن همراه را براساس انگیزه‌های زیربنایی آن طبقه‌بندی کرده است. ۶ نوع رفتار در مورد کاربرد تلفن همراه شناسایی کرده است. این رفتارها عبارتند از: ارادی، عادت‌ی، وابستگی، اجباری، بی‌اختیار و اعتیادی

جدول ۱: همبستگی بین انگیزه‌های کاربرد تلفن همراه و انواع رفتار

انگیزه استفاده از تلفن همراه	انواع رفتار
------------------------------	-------------

تعامل اجتماعی	ارادی، عاداتی
وابستگی	وابستگی
تجسم هویت	وابستگی
امنیت	اجباری، ارادی
کار	اجباری
آزادی	ارادی
شایعه پراکنی	وابستگی

رفتار اعتیادی

هنلی و ویلهلم (۱۹۹۲) رفتار اعتیادی را به عنوان هر فعالیت، شیء، شخص یا رفتاری می‌داند که تمرکز اصلی آن بر زندگی شخصی است تا از سایر رفتارها ممانعت کند و به خود شخص یا دیگران از لحاظ روحی، اجتماعی و جسمانی آسیب برساند. رفتار اعتیادی در کل، ابزاری برای بهبود احساس اعتماد به نفس پایین و بی قدرتی است. در اینجا، توجه زیاد، غیرقابل کنترل و استفاده داوطلبانه از تلفن همراه توسط مشترکان به عنوان اعتیاد تلقی می‌شود. پتر و آلوج (۲۰۰۵) دریافتند کاربران تلفن همراه قادر نیستند از کار با تلفن همراه و تماس با سایرین بدون هدف جلوگیری کنند. این موضوع نشانگر فقدان کنترل بر کاربرد تلفن همراه است.

رفتار بی‌اختیار

اگین و فیبر (۱۹۸۹) اظهار کردند، رفتار بی‌اختیار رفتاری تکراری و شدید است که معمولاً به تجربه های افراد از یک انگیزش قوی برای تداوم عمل به یک رفتار مربوط می‌شود. توقف این رفتار دشوار است و در نهایت منجر به پیامدهای اجتماعی، فیزیولوژیکی و آسیب پذیری اقتصادی می‌شود. اگین و فیبر (۱۹۸۹) بیان کردند رفتار بی‌اختیار رفتاری است که به عنوان اولین پاسخ به احساسات و حوادث منفی نشان داده می‌شود. رفتار بی‌اختیار به عنوان اختلالی ناگهانی (ناتوانی در جلوگیری از برانگیختگی) تعریف می‌شود.

رفتار بی‌اختیار و اعتیادی معمولاً به صورت مترادف مطالعه می‌شوند. اما با هم تفاوت دارند. رفتار بی‌اختیار نیاز غیرمنطقی به انجام اعمالی علی‌رغم پیامدهای منفی است و معمولاً متناوب و دوره‌ای است. اما رفتار اعتیادی با رفتار بی‌اختیار شباهت‌هایی دارد، برخلاف ویژگی متناوب آن، رفتار اعتیادی پیرو الگوی پیوسته و مداوم است. افراد معمولاً رفتارهای

بی‌اختیار را انجام می‌دهند تا از استرس رهایی یابند. علاوه بر آن، انگیزه رفتار بی‌اختیار بیشتر تلاش برای دستیابی به اهداف عزت نفس و بین شخصی است. در حالی که این تلاش‌ها موفقیت‌آمیز باشد رفتار تقویت می‌شود.

رفتار عادت‌ی

بسیاری از رفتارهایی که افراد دائماً انجام می‌دهند به عنوان عادت توصیف می‌شود (بیل و همکاران، ۲۰۰۵). عادت‌ها با حداقل آگاهی‌های ذهنی قابل اجرا هستند (شیمبار و همکاران، ۲۰۱۱). عادت یک محرک خاص ناآگاهانه است (لستر، ۱۹۹۰). رفتارهای عادت‌ی اساساً از طریق انواع انگیزه‌های مشابه رفتارهای ارادی مبتنی بر نگرش‌ها و هنجارهای اجتماعی برانگیخته می‌شوند. لستر (۱۹۹۰) بیان داشته که هنجارهای اجتماعی قادرند بر رفتارهای بسیار متنوع انسانی به ویژه فعالیت‌های عادی انسان تأثیر گذارد. تعامل اجتماعی، وابستگی و شایعه پراکنی به نظر می‌رسد که محرک‌های اصلی کاربرد تلفن همراه باشند. آنها مدیریت اجتماع و نیازهای مربوط به آن را منعکس می‌کنند. با ایجاد هنجار اجتماعی برای کاربرد تلفن همراه، عادت به استفاده از تلفن همراه ایجاد می‌شود (هاپر و زئو، ۲۰۰۷).

رفتار وابسته

اغلب رفتار وابسته بر همان پیوستار وابستگی روانی و جسمانی اعتیاد تعریف می‌شود. با وجود این، برخی از محققان با این تعریف موافق نیستند. آنها معتقدند که رفتار وابسته با رفتار اعتیادی متفاوت است. رفتار وابسته اغلب توسط هنجارهای اجتماعی و اهمیت آن‌ها برانگیخته می‌شود. بنابراین، اعتیاد دلیل همیشگی کاربرد تلفن همراه نیست، کاربرد تلفن همراه به اهمیت برقراری ارتباط و هنجارهای اجتماع وابسته است (شیمبار و همکاران، ۲۰۱۱). اکثر افراد به تلفن همراه برای تماس با سایرین متکی هستند. ارزش تلفن همراه به کارکرد ارتباطی آن وابسته است (هاپر و زئو، ۲۰۰۷، ص ۲۷۷). کلیه رفتارهایی که در صورت وقوع جدایی کارا کتر مورد علاقه فرد بروز می‌کند را رفتار وابستگی می‌گویند (بلنفورد، ۲۰۰۶).

رفتار ارادی

می‌توان ادعا داشت که رفتار اکثر کاربران تلفن همراه از نوع ارادی است و چنین رفتاری تصمیمات افراد را آگاهانه و ارادی شکل می‌دهد. برخلاف رفتارهای اعتیادی و عادت‌ی، این رفتارها مستدل هستند و از انگیزه‌های مشخص نشأت می‌گیرند. برای مثال، استفاده از تلفن همراه برای بهره‌مندی از امنیت، آزادی و تعاملات اجتماعی همگی از اعمالی بحث می‌کنند که ویژگی‌هایی شبیه به رفتارهای ارادی دارند. چنین رفتاری به اثرات مثبت کاربرد تلفن همراه وابسته است. این رفتار در بهره‌مندی از فواید اطلاعاتی و اجتماعی مورد نظر مانند رابطه‌های قوی بین فردی و حس تعلق ضروری

است (کانگ و دیگران، ۲۰۰۷). به عقیده امپت^۳ (۲۰۰۳) فواید شخصی و اجتماعی انگیزه اصلی هر رفتار ارادی است. در پژوهشی در زمینه بررسی جنبه های اجتماعی و روان شناختی ارسال پیام کوتاه از تلفن همراه چنین نتیجه ای حاصل شد که استفاده افراطی از این سامانه تا حدی به خاطر انگیزهی افراد جهت حفظ و ارتقاء روابط اجتماعی و رفع احساس تنهایی است. (لارامای، ۲۰۰۷).

رفتار اجباری

رفتار اجباری به عنوان رفتاری است که به دلیل اجبار مقام رسمی یا والدین باید پذیرفته شود و انجام گیرد. بر مبنای انگیزه، رفتار اجباری معمولاً توسط پیامدهای محیطی تحریک و برانگیخته می شود. برخی از کاربران تلفن همراه زمان زیادی از خدمات تلفن همراه به منظور حفظ اعتماد به نفس خود صرف می کنند یا زمان زیادی را به صحبت کردن با تلفن همراه می گذرانند. معمولاً نتیجه این رفتارها تأثیر منفی بر زندگی کاربر است. مطابق با معیار رفتار اجباری روک و هاچ (۱۹۸۵)، این نحوه کاربرد تلفن همراه به عنوان رفتار اجباری مورد توجه قرار می گیرد.

۲-۶ سلامت روان:

بیماری های روانی مشکلات جدی و شایعی هستند که در سراسر دنیا و در هر جمعیت و گروهی وجود دارد. بنابراین جمعیت دانشجویی نیز از این قاعده مستثنی نیست. بخش قابل توجهی از جمعیت جوان کشور را دانشجویان تشکیل می دهند، که تعداد و درصد آنان به طور چشمگیری در حال افزایش است. در چنین روندی وضعیت سلامت این جمعیت بیشتر از گذشته باید مورد توجه قرار گیرد، چرا که شیوع و وجود بیماری روانی در برنامه های آموزشی، رشد و ارتقاء جوانان اثر منفی می گذارد و این مساله علاوه بر ایجاد ضعف آموزشی و یادگیری، احتمال اشتغال به کار و مولد بودن آن را در آینده کاهش خواهد داد (توکلی و همکاران، ۱۳۸۶)

پیش از پرداختن به تعریف سلامتی روانی لازم است به یک نکته اشاره نماییم. سه واژه ی «بهداشت روانی» و «سلامت روانی» و «بهبودی روانی»^۲ گر چه دارای معانی متفاوتی هستند، ولی در مواردی بجای یکدیگر به کار می روند (منشی طوسی، ۱۳۷۴).

³ - Ampt

² .Well- being

سلامت، مهمترین مسأله بشریت است، زیرا با مرگ و زندگی مرتبط است. فقدان سلامتی به معنای قدم نهادن به سوی مرگ و وجود سلامتی به معنای جریان داشتن زندگی است. تعریف پدیده‌ای با این اهمیت برای متخصصان و پزشکان نیز دشوار است. مقبولترین تعریف سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) ارائه شده است (۱۹۴۶).
بنابر تعریف WHO سلامت یعنی حالت خوب بودن کامل از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی و این تنها به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست.

بهداشت روانی یک زمینه تخصصی در محدوده‌ی روانپزشکی است و هدف آن ایجاد سلامت روان بوسیله پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر در بروز بیماری‌های روانی، تشخیص زودرس بیماری‌های روانی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. پس بهداشت روانی علمی است برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیش آمدهای زندگی (میلانی فر، ۱۳۷۶).

سلامت روانی را می‌توان براساس تعریف کلی و وسیع‌تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به طور گسترده‌ای تغییر یافته است. عمر طولانی‌تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلاء به بیماری‌های مهلک با کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و پیشرفت‌های علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است، بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می‌دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تاثیر می‌گیرد و بر آنها تاثیر می‌گذارد. بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور براین است که فرد باید بر زندگی اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می‌توان آن قسمت‌هایی را که درباره‌ی خود یا زندگی اش مساله ساز است تغییر دهد (منشی طوسی، ۱۳۷۴).

یهودا (۱۹۵۹، به نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۴) مواردی را برای تعریف سلامت روانی ارائه کرد:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| (الف) نگرش مثبت به خود | (ب) میزان رشد، تحول و خودشکوفایی |
| (ج) عملکرد روانی یکپارچه | (د) خود مختاری یا استقلال شخصی |

دیگران نیز موارد دیگری را ارائه دادند ولی از نظر اسمیت^۱ (۱۹۶۱، به نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۴) همه‌ی این موارد، مفاهیم اصلی یکسان را برداشتند. بنابراین وی پیشنهاد کرد به جای شمردن اینگونه موارد بهتر است ابعاد بهداشت روانی بر اساس اصول زیر انتخاب شود:

الف) نشان دادن ارزش‌های مثبت بشری ب) داشتن قابلیت اندازه‌گیری و تشخیص

ج) داشتن ارتباط با نظریه‌های شخصیت د) مرتبط بودن با بافت های اجتماعی که برای آن تعریف و مشخص شده‌اند.

به این ترتیب، متخصصان بعدی کارشان را روی مفاهیمی کلی از قبیل بهنجار بودن یا بهزیستی متمرکز کردند. امروزه مفهوم مقابله^۲ به منزله ملاک سلامت روانی به نوشته‌های رشته‌های تخصصی گوناگون بهداشت روانی راه یافته است. بعضی از محققان معتقدند سلامت روانی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می‌تواند با جامعه کنار بیاید. سلامت روانی به معنای احساس رضایت، روان سالمتر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (پورافکاری، ۱۳۷۶).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی، و حل مناسب و منطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی، به طوری که فرد بتواند از مجموعه تضادها ترکیبی متعادل به وجود آورد، می‌داند. طبق تعریفی که این سازمان ارائه می‌دهد، وظیفه اصلی بهداشت روانی، تامین سلامت روان است تا به مدد آن بتواند قوا و استعدادهای روانی را پرورش داد. در واقع، بهداشت روانی مبتنی بر سه پایه است:

الف) حفظ و تامین سلامت روان ب) ریشه‌کن ساختن عوامل بیماری‌زا و پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های روانی ج) ایجاد زمینه‌ی مساعد برای رشد و شکوفایی شخصیت و استعدادها تا حداکثر ظرفیت نهفته در آنها (سامی کرمانی، ۱۳۵۴).

1. Smith
2. Coping

به طور کلی شخص دارای سلامت روان می تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می رسد تعریف رضایت بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است. بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد (بنی جمال واحدی، ۱۳۷۰).

۲-۷ تعریف بهداشت روان در فرهنگ‌های مختلف:

بهداشت روان سازش با فشارهای مکرر زندگی می باشد و سازگاری عبارت است از ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط به گونه‌ای که ضمن حفظ تعادل روانی یا در ارتباط با تغییرات و دگرگونی‌های محیط خودش نیز به تطابقی موثر و سازنده دست یابد لذا هر فرد به طور موفقیت آمیز باید خود را به محیط سازگار نماید و عموماً ناگزیر است که با زندگی نسبتاً سازش موثر داشته باشد ولی باید توجه داشت که هرکس دارای ظرفیت مشخص جهت تحمل فشارهای زندگی روزانه است و وجود فشارهای عاطفی گوناگون خطر از هم پاشیدگی روان را افزایش خواهد و به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود و فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ نماید.

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضا کننده نیازهای خویش به طور متعادل و شکوفایی استعداد فطری خویش می‌باشد. فردی از سلامت روان برخوردار است که قادر باشد تا عقده های درونی خود را حل و فصل کند و با تغییرات و مقتضیات محیط طبیعی و اجتماعی خویش سازگار باشد و تلاش کند تا تندرستی و نشاط برای خود و دیگران فراهم سازد زیرا سلامت روان حالتی مساعد برای رشد و نمو از جهت بدنی، عاطفی و شعوری، بدون ایجاد مزاحمت برای دیگران است (آقاجانی و همکاران، ۱۳۸۱).

سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامتی را اینگونه تعریف کرده است که آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری می داند و همچنین این سازمان، ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در راستا تامین سلامت جسمی،

^۱.World Health organization

روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تاکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰)

مفهوم بهداشت روانی در فرانسه شعبه ای از بهداشت عمومی تلقی شده و هدف آن حفظ سلامت روح و پیشگیری از ایجاد عوامل ناراحت کننده نظیر خستگی روانی و هیجانات شدید، اعتیاد و بالاخره از ابتلا به حالات ساده روانی (نوروزها^۱) و یا حالات عمیق روانی (سایکوزها^۲) می دانند.

مفهوم بهداشت روانی بر اساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا^۳ کاربرد و معیار و ضوابطی است که از شیوع بیماری های روانی کاسته و سلامت روان افراد اجتماع را تامین نماید. این ضوابط شامل اقدامات و تدابیری در طب پیشگیری، تشخیص، درمان بیماری ها روانی و تسریع در برگشت آنها به اجتماع است.

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را چنین تعریف کرده است بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می گیرد و بهداشت یعنی، توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی، روانی، جسمی و بهداشتی، سلامتی تنها در نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست تعریف گینزبرگ در مورد بهداشت روانی عبارت است از تسلط و مهارت در ارتباط با محیط، بخصوص در سه فضای زندگی، عشق، کار و تفریح. استعداد یافتن و ادامه کار، داشتن خانواده، ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصتها، ملاک تعادل و سلامت روان است. تعریف سلامت روان را براساس ادبیات موضوع وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از ۱- فقدان بیماری ۲- رفتار اجتماعی مناسب ۳- رهایی از نگرانی و گناه ۴- کفایت فردی و خود مهارگری ۵- خویشتن پذیری و خود شکوفایی ۶- تفرد و سازمان دهی شخصیت و ۷- گشاده نگری و انعطاف پذیری. به نظر تودور، با توجه به ادبیات موجود نمی توان با قاطعیت از ملاک های پذیرفته شده جهانی برای سلامت روان سخن گفت: بنابراین، سلامت روان از دیدگاه های گوناگونی تعریف می شود و هر تعریفی از سلامت روان، فرضیه های فرهنگی ذاتی خود را داراست (لطافتی، ۱۳۸۸).

همه متخصصان متفق القولند که سلامت روان در تحول شخصیت واحد نقشی بنیادین است. تصور تحول موزون انسان بدون وجود سلامت روان غیر ممکن است. بی شک عوامل متعددی بر سلامت روان تاثیر می گذارد که فهرست کردن

².Nevers

³.Psychas

⁴.American Psychiatry Association

همه آنها دشوار است چرا که وجود تفاوت های فردی ممکن است به تنوع در عوامل موثر بر سلامت روان بینجامد با این حال، یافته های حاصل از پژوهش ها در زمینه های زیست شناسی و عوامل اجتماعی دانش، ما را درباره عواملی که ممکن است سلامت روان تحت تاثیر قرار دهند وسعت بخشیده اند.

۲-۸ نظریات مرتبط با سلامت روانی:

جامعه شناسان و روان شناسان بصیرت ها و رهنمودهای عمده ای را برای مطالعه سلامت روانی ارائه داده اند و سلامت روانی را یک مورد مهم می دانند بر نظریات برخی از آنها به طور اختصار اشاره می کنیم:

نظریه ی زیگموند فروید:

به عقیده فروید ویژگی های خاصی برای سلامت روانشناختی ضرورت دارد. نخستین ویژگی هشاری (خود آگاهی) است. بعضا هر آنچه که ممکن است در ناهشیاری (ناخود آگاهی) موجب مشکل شود بایستی خود آگاه شود. واپس زنی های ناخود آگاه و غیر ضروری بایستی دگرگون شوند و انرژی صرف شده برای نگهداری آنها در ناخود آگاه بایستی به «من» بازگردانیده شود. تجارب کودکی ناخود آگاه بایستی گشوده شوند و از این طریق به فرد کمک شود تا شیوه ارضای کودکانه را رها نماید. در نهایت، خود آگاهی حقیقی ممکن نیست مگر اینکه کنترل غیر واقعی و غیر ضروری یا زاید «من برتر» درهم شکسته شود. زیرا گنجایش ناخود آگاه من برتر بازتابی از این تحریم ها، ممنوعیت و ایده ال های والدین فرد است و این مسایل در انسان نوعی احترام غیر منطقی و انعطاف پذیر جایگزین وجدان سخت گیر و اخلاقی می شود. این بدین معنی نیست که اگر کنترل های ناخود آگاه من برتر تضعیف شوند و خواسته های واپس رانده خود آگاه شوند می توانیم زندگی لذت آوری را شروع کنیم. خود آگاهی لذت طلبی نیست، خود آگاهی عنصر اصلی سلامت روانشناختی است و در شخص بالغ نتیجه واپس زنی تمایلات غریزی جایگزین محکومیت آنها می شود. به نظر فروید خود آگاهی برای سلامت روانشناختی کفایت کننده نیست. در نتیجه فرد بیگانگی منطقی از علاقمندی ها و اشتیاقات عمومی را معیار نهایی سلامت روانشناختی می داند (کورسینی[□]، ۱۹۷۳).

نظریه ی آدلر:

بنا بر نظریه آدلر فرد برخوردار از سلامت روانشناختی، توان و شهامت یا جرات عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد. چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست. فرد دارای سلامت روان مطمئن و خوش بین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود در حد توان اقدام به رفع آنها می کنند. فرد دارای سلامت روان به نظر آدلر روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می شناسد. فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی ترین هدف شخصیت سالم به عقیده آدلر تحقق «خویشتن» است. فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می پردازد و اشتباهاتش را برطرف می کند. چنین فردی خالق عواطف خودش است نه قربانی آنها. آفرینش گری و ابتکار فیزیکی از دیگر ویژگی‌های سلامت روانشناختی است. فرد سالم از اشتباهات اساسی پرهیز می کند و اشتباهات اساسی شامل تعمیم افراطی، اهداف نادرست و غیر ممکن، درک نادرست و توقع بی مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود، ارزشهای و باورهای غلط می باشد. فرد سالم دارای علاقه اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است. چنین فردی سعی در کاستن عقده حقارت خود دارد و به دنبال غلبه و چیرگی بیشتر بر بی جراتی است و در نهایت چنین فردی موفق می شود که انگیزه‌ها نامطلوب خود را دگرگون سازد (کورسینی، ۱۹۷۳).

نظریه‌ی سالیون^۱:

ویژگی‌های سلامت روانشناختی از دیدگاه وی عبارتند از:

- ۱- شخصیت برخوردار از سلامت روانشناختی «انعطاف پذیری» است و با توجه به موقعیتهای بین فردی نوین، در روابطش با دیگران به طور متناسب تغییر پذیر است. ۲- فرد سالم قادر به تمایز گذاری بین افزایش و کاهش «تنش» است و رفتار او در جهت کاهش تنش معطوف می شود. ۳- به گفته سالیون شخصیت سالم بایستی بنا به گفته چارلز اسپرمن در حال «آموزش و فراگیری روابط و ارتباطات» می باشد. ۴- زندگی شخص برخوردار از سلامت روان، دارای جهت یافتگی است. بدین معنی که امیالش را به نحوی یکپارچه می سازد که منجر به رضایتمندی شود یا اضطراب او را نسبتاً کم کند یا از بین ببرد. ما برای این شخصیت سالم کسی است که دستگاه روانی او حداقل تنش را داشته باشد و چنین فردی معمولاً روابط اجتماعی انعطاف پذیر، واقعی و اعتماد آمیز دارد (سالیون، ۱۹۵۳).

نظریه ی کارل راجرز^۱:

به عقیده راجرز آفرینندگی مهمترین میل ذاتی انسان سالم است همه چنین شیوه ای خاصی که موجب تکامل و سلامت فرد می شود و به میزان قسمتی بستگی دارد که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. ارضای توجه مثبت غیر مشروط و دریافت غیر مشروط محبت تایید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی افراد با اهمیت است. شخصیت های سالم فاقد نقاب، ماسک هستند و با خودشان رو راست هستند. چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند.

به عقیده راجرز اساسی ترین خصوصیت سالم زندگی هستی داراست یعنی آماده است که در هر تجربه ساختاری را در یابد و بر اساس مقتضیات تجربه لحظه بعدی به سادگی دگرگون شود. انسان سالم به ارگانیزم خودش اعتماد می کند. هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می کند، انسان سالم محدودیت فکری و عمل خویشتن را آزادانه انتخاب می کند. انسان سالم آفرینش گری دارد زیرا انسان خلاق با محدودیت های اجتماعی و فرهنگی هماهنگی و سازش منقعلانه ندارد، تدافعی نیست و به تمجید و ستایش دیگران نیز دلخوش نمی کند.

نظریه ی آلبرت ایس^۱:

ایس در پیدایش بیماری عاطفی یا سلامت روانشناختی هر سه عامل فیزیولوژیکی، جسمانی و روانشناختی را مورد توجه قرار می دهد. ایس از لحاظ گرایش های انسانی تا حدودی زیاد با مازلو شباهت دارد. به نظر سلامت روانی انسان از تمایلات ذاتی و نامطلوب هر انسانی برای نیاز مفرط به برتری از دیگران و همه فن حریف شدن، توسل به عقاید احمقانه و بدبینانه، پرداختن به تفکرات آرزومندانه و توقع خوش رفتاری و خوبی مداوم از دیگران، محکومیت خویشتن و تمایلات عمیق به زود رنجی و آشفتگی ناشی می شود. اگر انسان به این تمایلات طبیعی و در عین حال ناسالم خودش نرسد، دیگران و دنیای خارج را مورد سرزنش و نکوهش قرار می دهد. ایس معتقد است که افکار منطقی و عقلی و عواقب و پیامدهای منطقی منتهی می شود و در نتیجه به سلامت روانی فرد ختم می شود. به طور خلاصه ویژگی های سلامت روانشناختی از دیدگاه ایس عبارتند از:

۱ - عشق ورزیدن به دیگران و جویای محبت آنان شدن، اما فرد سالم در جستن محبت دیگران افراط نمی کند.

- ۲- انجام دادن کار به خاطر نفس کار نه به خاطر دیگران لذت بردن از فعالیت خود نه از نتایج آن، فرد سالم با این عمل به سوی کمال حرکت می‌کند.
- ۳- طبیعی بودن، ناکام شدن و در صورت عدم توانایی مقابله با ناکامی انسان سالم آن را می‌پذیرد. انسان سالم در هنگام ناکامی موقعیت را تخریب نمی‌کند بلکه سعی دارد آن را به صورت عینی ادراک نماید.
- ۴- نسبت ندادن شکست‌ها به عوامل بیرونی چون موارد بیرونی به خودی خود موجب اختلال و ناسلامتی نمی‌شوند مگر این که فرد تلقین به نفس نماید.
- ۵- عدم ترس شدید از خطرهای بالقوه انسان سالم سعی می‌نمایند تا حد امکان احتمال خطر را کاهش می‌دهد ولی از آن بیش از حد بینماک و هراسناک نمی‌شود.
- ۶- تلاش برای کسب استقلال و مسئولیت و عدم روگردانی از کمک‌های دیگران در صورت لزوم.
- ۷- انجام وظیفه محوله از خصوصیات انسان سالم است. فرد سالم زندگی را همراه با مسئولیت و حل مشکلات آن لذت می‌داند.
- ۸- فرد سالم بیش از آن که به گذشته فکر کند به حال و وضعیت موجود یعنی «اینجا و اکنون» توجه دارد.
- ۹- کمک کردن به دیگران و نگران در مورد مشکلات دیگران، در صورت عدم توفیق کمک به دیگران وضعیت آنها و مشکل آنان را می‌پذیرد.
- ۱۰- فرد سالم به هر مشکل راه‌حل‌های مختلفی را در نظر دارد و سعی دارد که بهترین راه حل در حد توانش انتخاب کند. به نظر فرد سالم راه‌حل‌های موجود نسبی هستند و بر حسب موقعیت تغییر پذیر هستند.
- ۱۱- فرد سالم و نگرش‌ها و رفتارش «الزام و اجبار» ندارد و می‌تواند خودش را از قید و بندها رها نماید و در جهت سلامتی نفس حرکت کند (محرابی، ۱۳۸۷).

نظریات مبتنی بر شناخت درمانی:

افراد دارای سلامت روان معتقد به یک سیستم اعتقادی و ارزشی هستند و خصوصیات نظام و اعتقاد او نیز منطبق با ادراک او از واقعیات است. طرز تفکر چنین فردی فاقد خصوصیات تعمیم‌پذیری، مبالغه کردن، فیلتر ذهنی و... است. فرد دارای سلامت روانشناختی به جنبه‌های مثبت خود به اندازه کافی و به صورت واقع‌بینانه توجه می‌نماید. چنین فردی در حیطه طبیعی خودش گام بر می‌دارد و نهایتاً صادقانه مسئولیت رفتار و تفکرش را می‌پذیرد (اوی، ۱۹۹۳)

نظریه ی ویلیام گلاس:

انسان سالم بنابر به نظریه گلاس کسی است دارای ویژگی های زیر می باشد:

۱- واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با واقعیت ها به صورت واقع گرایانه ای روبرو شود.

۲- هویت موفق داشته باشد یعنی هم عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تایید کنند.

۳- مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند. پذیرش مسئولیت کامل ترین نشانه سلامت روانشناختی است.

۴- توجه او به لذت دراز مدت تر، منطقی تر و منطقی باموقعیت باشد.

۵- بر زمان حال و آینده تاکید نماید نه بر گذشته و تاکیدای بر آینده نیز جنبه دور نگری داشته باشد نه به صورت خیال پردازی باشد. واقعیت درمانی گلاس نیز بر سه اصل: قبول واقعیت، قضاوت در درستی یا نادرستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخص این سه اصل تحقق یابد نشانگر سلامت روان- شناختی است (گلاس، ۱۹۶۵).

نظریه اسکینر

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل بارفتار با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شوند از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید تا وقتی که به هنجار مورد پذیرش اجتماع برسد، به علاوه انسان سالم بایستی آزاد بودن خودش را نوعی توهم پندارد و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط حدودی از عوامل محیطی مشخص گردد. انسان سالم کسی است که تاییدات اجتماعی بیشتری به خاطر رفتارهای متناسب از عوامل متناسب از دیدگاه اسکینر این باشد که انسان بایستی از علم، نه برای پیش بینی بلکه برای تسلط بر محیط خودش استفاده کند. در این معنا فرد سالم کسی است که

بتواند با هر روش بیشتر از اصول عملی استفاده کند و به نتایج سودمندانه تری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت‌نگری و غیره را کنار بگذارد.

این فصل آخرین زنجیره‌ای یک طرح پژوهشی را تشکیل می‌دهد. با استفاده از نرم افزار SPSS داده‌های جمع‌آوری شده تحلیل می‌شود. تحلیل داده‌ها در دو بخش انجام می‌شود. بخش اول با استفاده از آمارهای توصیفی یک تصویر کلی و عینی ارائه می‌شود و در بخش دوم با استفاده از آمارهای استنباطی به تحلیل فرضیه‌ها می‌پردازیم. ابتدا با استفاده از آزمون ناپارامتری کالماگوروف – اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) فرض نرمال بودن جامعه آماری آزمون می‌شود. چنانچه توزیع جامعه آماری نرمال بود، بر حسب مورد از آزمون‌های پارامتریک و در غیر این صورت از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده می‌شود.

الف – توصیف دانشجویان بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب جنس

شرح	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
زن	۱۲۷	۴۲.۹۰	۴۲.۹۰	۴۲.۹۰
مرد	۱۶۹	۵۷.۱۰	۵۷.۱۰	۱۰۰.۰۰
جمع	۲۹۶	۱۰۰.۰۰	۱۰۰.۰۰	-

بر اساس نتایج بدست آمده از کل افراد نمونه؛ تعداد ۱۶۹ نفر معادل ۵۷.۱ درصد مرد و تعداد ۱۲۷ نفر معادل ۴۲.۹ درصد زن می‌باشند. بیشترین فراوانی با تعداد ۱۶۹ نفر معادل ۵۷.۱ درصد به دانشجویان مرد و کمترین فراوانی با تعداد ۱۲۷ نفر معادل ۴۲.۹ درصد به دانشجویان زن مربوط می‌شود.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب وضعیت تاهل

شرح	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
مجرد	۴۴	۱۴.۹۰	۱۴.۹۰	۱۴.۹۰
متاهل	۲۵۲	۸۵.۱۰	۸۵.۱۰	۱۰۰.۰۰
جمع	۲۹۶	۱۰۰.۰۰	۱۰۰.۰۰	-

بر اساس نتایج بدست آمده از کل افراد نمونه؛ تعداد ۴۴ نفر معادل ۱۴.۹۰ درصد مجرد و تعداد ۲۵۲ نفر معادل ۸۵.۱۰ درصد متاهل می‌باشند. بیشترین فراوانی با تعداد ۲۵۲ نفر معادل ۸۵.۱۰ درصد به دانشجویان متاهل و کمترین فراوانی با تعداد ۴۴ نفر معادل ۱۴.۹۰ درصد به دانشجویان مجرد مربوط می‌شود.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب دانشگاه نوع تحصیل

شرح	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
دولتی	۱۴۹	۵۰.۳۰	۵۰.۳۰	۵۰.۳۰
پیام نور	۹۷	۳۲.۸۰	۳۲.۸۰	۸۳.۱۰
آزاد اسلامی	۵۰	۱۶.۹۰	۱۶.۹۰	۱۰۰.۰۰
جمع	۲۹۶	۱۰۰.۰۰	۱۰۰.۰۰	-

بر اساس نتایج بدست آمده از کل افراد نمونه؛ تعداد ۱۴۹ نفر معادل ۵۰.۳۰ درصد در دانشگاه دولتی و تعداد ۹۷ نفر معادل ۳۲.۸۰ درصد در دانشگاه پیام نور، تعداد ۵۰ نفر معادل ۱۶.۹۰ درصد در دانشگاه آزاد اسلامی مشغول به تحصیل می‌باشند. بیشترین فراوانی با تعداد ۱۴۹ نفر معادل ۵۰.۳۰ درصد در دانشگاه دولتی مربوط می‌شود.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب نوع اقامت

شرح	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
خوابگاه	۱۰۳	۳۴.۸۰	۳۴.۸۰	۳۴.۸۰
سایر	۱۹۳	۶۵.۲۰	۶۵.۲۰	۱۰۰.۰۰
جمع	۲۹۶	۱۰۰.۰۰	۱۰۰.۰۰	-

بر اساس نتایج بدست آمده از کل افراد نمونه: تعداد ۱۰۳ نفر معادل ۳۴.۸۰ درصد در خوابگاه دانشجویی و تعداد ۱۹۳ نفر معادل ۶۵.۲۰ درصد در نوعی بجز خوابگاه دانشجویی اقامت دارند. بیشترین فراوانی با تعداد ۱۹۳ نفر معادل ۶۵.۲۰ درصد به

دانشجویان مقیم غیر خوابگاه دانشجویی و کمترین فراوانی به تعداد ۱۰۳ نفر معادل ۳۴۸۰ درصد به دانشجویان مقیم خوابگاه دانشجویی مربوط می‌باشد.

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب گروه‌های تحصیلی

شرح	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
علوم پزشکی	۵۸	۱۹.۶۰	۱۹.۶۰	۱۹.۶۰
فنی و مهندسی	۱۲۳	۴۱.۶۰	۴۱.۶۰	۶۱.۱۰
علوم انسانی	۱۱۵	۳۸.۹۰	۳۸.۹۰	۱۰۰.۰۰
جمع	۲۹۶	۱۰۰.۰۰	۱۰۰.۰۰	-

بر اساس نتایج بدست آمده از کل افراد نمونه: تعداد ۵۸ نفر معادل ۱۹.۶۰ درصد در گروه علوم پزشکی و تعداد ۱۲۳ نفر معادل ۴۱.۶۰ درصد در گروه فنی و مهندسی، تعداد ۱۱۵ نفر معادل ۳۸.۹۰ درصد در گروه علوم انسانی مشغول به تحصیل هستند. بیشترین فراوانی با تعداد ۱۲۳ نفر معادل ۴۱.۶۰ درصد در گروه فنی و مهندسی و کمترین فراوانی به تعداد ۵۸ نفر معادل ۱۹.۶۰ درصد در گروه علوم پزشکی مربوط می‌باشد.

جدول شماره ۶: رابطه بین رشته تحصیلی و نوع دانشگاه

شرح	دانشگاه			تعداد	درصد	گروه تحصیلی
	دولتی	آزاد اسلامی	پیام نور			
علوم پزشکی	۴۹	۰	۹	۵۸	۰.۲۰	گروه تحصیلی
	۰.۱۷	۰.۰۰	۰.۰۳			
فنی و مهندسی	۵۰	۳۸	۳۵	۱۲۳	۰.۴۲	
	۰.۱۷	۰.۱۳	۰.۱۲			
علوم انسانی	۵۰	۵۹	۶	۱۱۵		

۰.۳۹	۰.۰۲	۰.۲۰	۰.۱۷	درصد	
۲۹۶	۵۰	۹۷	۱۴۹	تعداد	کل
۱.۰۰	۰.۱۷	۰.۳۳	۰.۵۰	درصد	

$X^2 = 67.075^a$ df=4

Sig = .000

توصیف داده‌ها

۶. نوع رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد با توجه به رفتارهای تعریف شده چیست؟

جدول شماره ۷: نمره اعتیاد به موبایل بر حسب رفتارهای تعریف شده

مؤلفه	N Statistic	Range Statistic	Sum Statistic	Mean Statistic	Std. Error	Std. Deviation	Variance
رفتارهای عادتی	۲۹۶.۰۰	۲۶.۰۰	۵۴۵۱.۰۰	۱۸.۴۲	۰.۲۸	۴.۷۶	۲۲.۶۸
رفتارهای الزامی	۲۹۶.۰۰	۲۰.۰۰	۳۵۶۳.۰۰	۱۲.۰۴	۰.۱۹	۳.۳۵	۱۱.۲۳
رفتارهای وابسته	۲۹۶.۰۰	۲۶.۰۰	۴۴۰۷.۰۰	۱۴.۸۹	۰.۳۲	۵.۵۷	۳۱.۰۷
رفتارهای اعتیادی	۲۹۶.۰۰	۱۹.۰۰	۴۸۴۰.۰۰	۱۶.۳۵	۰.۲۲	۳.۸۰	۱۴.۴۴
رفتارهای اجباری	۲۹۶.۰۰	۲۰.۰۰	۳۸۹۲.۰۰	۱۳.۱۵	۰.۱۹	۳.۲۴	۱۰.۴۷
رفتارهای ارادی	۲۹۶.۰۰	۲۶.۰۰	۴۷۱۵.۰۰	۱۵.۹۳	۰.۲۳	۳.۹۲	۱۵.۳۹
رفتار اعتیاد به موبایل	۲۹۶.۰۰	۱۲۱.۰۰	۲۶۸۶۸.۰۰	۹۰.۷۷	۱.۰۱	۱۷.۳۶	۳۰۱.۴۵

جدول شماره ۸: رتبه بندی نمره اعتیاد به موبایل بر حسب رفتارهای تعریف شده

Mean		Sum	Maximum	Minimum	Range	N	شرح
Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	
۰.۲۸	۱۸.۴۲	۵۴۵۱.۰۰	۳۲.۰۰	۶.۰۰	۲۶.۰۰	۲۹۶.۰۰	رفتارهای عاداتی
۰.۲۲	۱۶.۳۵	۴۸۴۰.۰۰	۲۵.۰۰	۶.۰۰	۱۹.۰۰	۲۹۶.۰۰	رفتارهای اعتیادی
۰.۲۳	۱۵.۹۳	۴۷۱۵.۰۰	۳۲.۰۰	۶.۰۰	۲۶.۰۰	۲۹۶.۰۰	رفتارهای ارادی
۰.۳۲	۱۴.۸۹	۴۴۰۷.۰۰	۳۲.۰۰	۶.۰۰	۲۶.۰۰	۲۹۶.۰۰	رفتارهای وابسته
۰.۱۹	۱۳.۱۵	۳۸۹۲.۰۰	۲۴.۰۰	۴.۰۰	۲۰.۰۰	۲۹۶.۰۰	رفتارهای اجباری
۰.۱۹	۱۲.۰۴	۳۵۶۳.۰۰	۲۵.۰۰	۵.۰۰	۲۰.۰۰	۲۹۶.۰۰	رفتارهای الزامی

۷. بر اساس نتایج بدست آمده از جدول فوق بالاترین نمره ۵۴۵۱ به رفتارهای عاداتی مربوط می‌شود. رفتارهای اعتیادی با

نمره ۴۸۴۰ در رتبه دوم و رفتارهای ارادی نمره ۴۷۱۵ در رتبه سوم قرار دارد. سایر رفتار در رتبه های بعدی قرار دارند.

۷. میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد در چه حدی است؟

جدول شماره ۹: نمره سلامت روان بر حسب ابعاد آزمون

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول فوق بالاترین نمره ۴۹۰۴ به افسردگی مربوط می‌شود و سواس با نمره ۴۰۲۶ در رتبه دوم و

حساسیت بین فردی با نمره ۳۹۲۱ در رتبه سوم قرار دارد. سایر رفتارهای روانی در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

Variance	Std. Deviation	Mean		Sum	Range	N	شرح
Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	
۱۰۳.۳۵	۱۰.۱۷	۰.۵۹	۱۶.۷۴	۴۹۰۴.۰۰	۴۳.۰۰	۲۹۳.۰۰	افسردگی
۷۱.۵۲	۸.۴۶	۰.۴۹	۱۰.۱۱	۲۹۶۲.۰۰	۳۵.۰۰	۲۹۳.۰۰	خود بیمار انکاری
۵۲.۲۸	۷.۲۳	۰.۴۲	۱۰.۵۲	۳۰۸۲.۰۰	۳۳.۰۰	۲۹۳.۰۰	روان پریشی
۶۷.۵۰	۸.۲۲	۰.۴۸	۱۱.۲۱	۳۲۸۵.۰۰	۳۷.۰۰	۲۹۳.۰۰	اضطراب
۵۸.۱۹	۷.۶۳	۰.۴۵	۱۳.۷۴	۴۰۲۶.۰۰	۳۹.۰۰	۲۹۳.۰۰	وسواس
۶۰.۴۸	۷.۷۸	۰.۴۵	۱۳.۳۸	۳۹۲۱.۰۰	۳۶.۰۰	۲۹۳.۰۰	حساسیت بین فردی
۲۱.۰۹	۴.۵۹	۰.۲۷	۵.۰۵	۱۴۷۹.۰۰	۲۲.۰۰	۲۹۳.۰۰	فوبیا
۲۰.۸۳	۴.۵۶	۰.۲۷	۵.۸۵	۱۷۱۴.۰۰	۲۴.۰۰	۲۹۳.۰۰	خصوصیت
۲۸.۴۷	۵.۳۴	۰.۳۱	۱۰.۰۴	۲۹۴۲.۰۰	۲۴.۰۰	۲۹۳.۰۰	پارانویا
۲۸۳۵.۲۷	۵۳.۲۵	۳.۱۱	۹۶.۶۴	۲۸۳۱۵.۰۰	۲۲۹.۰۰	۲۹۳.۰۰	سلامت روان

جدول شماره ۱۰: رتبه بندی نمره سلامت روان بر حسب ابعاد آزمون

Mean		Sum	Maximum	Minimum	Range	N	شرح
Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	
۰.۵۹	۱۶.۷۴	۴۹۰۴.۰۰	۴۳.۰۰	۰.۰۰	۴۳.۰۰	۲۹۳.۰۰	افسردگی
۰.۴۵	۱۳.۷۴	۴۰۲۶.۰۰	۳۹.۰۰	۰.۰۰	۳۹.۰۰	۲۹۳.۰۰	وسواس
۰.۴۵	۱۳.۳۸	۳۹۲۱.۰۰	۳۶.۰۰	۰.۰۰	۳۶.۰۰	۲۹۳.۰۰	حساسیت بین فردی
۰.۴۸	۱۱.۲۱	۳۲۸۵.۰۰	۳۷.۰۰	۰.۰۰	۳۷.۰۰	۲۹۳.۰۰	اضطراب
۰.۴۲	۱۰.۵۲	۳۰۸۲.۰۰	۳۳.۰۰	۰.۰۰	۳۳.۰۰	۲۹۳.۰۰	روان پریشی
۰.۴۹	۱۰.۱۱	۲۹۶۲.۰۰	۳۵.۰۰	۰.۰۰	۳۵.۰۰	۲۹۳.۰۰	خود بیمار انکاری
۰.۳۱	۱۰.۰۴	۲۹۴۲.۰۰	۲۴.۰۰	۰.۰۰	۲۴.۰۰	۲۹۳.۰۰	پارانویا
۰.۲۷	۵.۸۵	۱۷۱۴.۰۰	۲۴.۰۰	۰.۰۰	۲۴.۰۰	۲۹۳.۰۰	خصوصیت
۰.۲۷	۵.۰۵	۱۴۷۹.۰۰	۲۲.۰۰	۰.۰۰	۲۲.۰۰	۲۹۳.۰۰	فوبیا

۸. آیا بین رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد با توجه به عوامل جمعیت شناختی (جنس، نوع

دانشگاه، نوع اقامت، رشته تحصیلی و تأهل) تفاوتی وجود دارد؟

الف) جنس

جدول شماره ۱۱: رابطه بین رفتار عاداتی و جنس

	Value	df	(Asymp. Sig. 2-sided)
Pearson Chi-Square	۶۴.۰۱۰	۷۵	۰.۸۱
Likelihood Ratio	۷۹.۵۷	۷۵	۰.۳۴
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2 = ۶۴.۰۱۰$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig = ۰.۸۱$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار عاداتی و جنس رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۱۲: رابطه بین رفتار الزامی و جنس

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۶.۱۴۸	۱۸	۰.۵۸
Likelihood Ratio	۱۸.۲۹	۱۸	۰.۴۴
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2 = ۱۶.۱۴۸$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig = ۰.۵۸$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار الزامی و جنس رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۱۳: رابطه بین رفتار وابسته و جنس

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۲.۵۰۷	۲۳	۰.۴۹

Likelihood Ratio	۲۵.۳۱	۲۳	۰.۳۳
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $\chi^2=۲۲.۵۰۷$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری (Sig= ۰.۴۹) بزرگتر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار وابسته و جنس رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۱۴: رابطه بین رفتار اعتدلی و جنس

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۸.۳۴۶	۱۹	۰.۵۰
Likelihood Ratio	۲۰.۶۵۲	۱۹	۰.۳۵
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $\chi^2=۱۸.۳۴۶$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری (Sig= ۰.۵۰) بزرگتر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اعتیادی و جنس رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۱۵: رابطه بین رفتار اجباری و جنس

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۴.۳۲۲	۱۸	۰.۷۱
Likelihood Ratio	۱۶.۰۱۶	۱۸	۰.۶۰
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $\chi^2=۱۸.۳۴۶$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری (Sig= ۰.۵۰) بزرگتر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اجباری و جنس رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۱۶: رابطه بین رفتار ارادی و جنس

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۱.۱۱۳	۲۱	۰.۹۶
Likelihood Ratio	۱۲.۷۵۰	۲۱	۰.۹۲
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $\chi^2=11.113$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($\text{Sig}=0.96$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار ارادی و جنس رابطه وجود ندارد.

ب) تأهل

جدول شماره ۱۷: رابطه بین رفتار عادت‌ی و تاهل

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۴۰.۲۲۰	۲۶	۰.۰۴
Likelihood Ratio	۴۰.۰۹	۲۶	۰.۰۴
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $\chi^2=40.220$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($\text{Sig}=0.04$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار است. بنابراین بین متغیر رفتار عادت‌ی و تاهل رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۱۸: رابطه بین رفتار الزامی و تاهل

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۷.۸۹۵	۱۸	۰.۴۶
Likelihood Ratio	۱۶.۸۲	۱۸	۰.۵۴
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=17.895$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری ($Sig=0.46$) بزرگ تر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار الزامی و جنس رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۱۹: رابطه بین رفتار وابسته و تاهل

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۰.۱۴۸	۲۳	۰.۶۳
Likelihood Ratio	۲۲.۱۹	۲۳	۰.۵۱
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=20.148$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری ($Sig=0.63$) بزرگ تر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار وابسته و تاهل رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۰: رابطه بین رفتار اعتیادی و تاهل

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۱.۱۴۴	۱۹	۰.۶۳
Likelihood Ratio	۱۴.۳۴۰	۱۹	۰.۷۶

N of Valid Cases	۲۹۶		
------------------	-----	--	--

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=11.144$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری ($Sig=0.63$) بزرگ تر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اعتیادی و تاهل رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۱: رابطه بین رفتار اجباری و تاهل

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۸.۶۷۸	۱۸	۰.۰۵
Likelihood Ratio	۲۶.۴۶۷	۱۸	۰.۰۹
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=28.678$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری ($Sig=0.05$) بزرگ تر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اجباری و تاهل رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۲: رابطه بین رفتار ارادی و تاهل

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۵.۸۳۶	۲۱	۰.۷۸
Likelihood Ratio	۱۵.۰۶۲	۲۱	۰.۸۲
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=15.836$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی داری ($Sig=0.78$) بزرگ تر از ۰.۰۵ معنی دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار ارادی و تاهل رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۳: رابطه بین رفتار عاداتی و نوع دانشگاه

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۴۸.۴۷۷	۵۲	۰.۶۱
Likelihood Ratio	۵۵.۷۷	۵۲	۰.۳۴
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=48.477$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.61$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اعتیادی و نوع دانشگاه رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۴: رابطه بین رفتار الزامی و نوع دانشگاه

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۴۱.۱۸۶	۳۶	۰.۲۵
Likelihood Ratio	۴۶.۲۲	۳۶	۰.۱۲
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=41.186$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.25$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار الزامی و نوع دانشگاه رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۵: رابطه بین رفتار وابسته و نوع دانشگاه

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۵۱.۸۴۲	۴۶	۰.۲۶
Likelihood Ratio	۵۳.۳۴	۴۶	۰.۲۱
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=51.842$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.26$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار وابسته و نوع دانشگاه رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۶: رابطه بین رفتار اعتیادی و نوع دانشگاه

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۵۷.۵۹۵	۳۸	۰.۰۲
Likelihood Ratio	۶۱.۴۸۵	۳۸	۰.۰۱
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=61.485$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.02$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار است. بنابراین بین متغیر رفتار اعتیادی و نوع دانشگاه رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۲۷: رابطه بین رفتار اجباری و نوع دانشگاه

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۳۴.۵۷۰	۳۶	۰.۵۴
Likelihood Ratio	۳۷.۹۷۵	۳۶	۰.۳۸
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=34.570$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.54$) بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اجباری و نوع دانشگاه رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۲۸: رابطه بین رفتار ارادی و نوع دانشگاه

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۴۶.۷۶۲	۴۲	۰.۲۸
Likelihood Ratio	۴۹.۷۲۵	۴۲	۰.۱۹
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=46.762$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.28$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار ارادی و نوع دانشگاه رابطه وجود ندارد.

ح) نوع اقامت

جدول شماره ۲۹: رابطه بین رفتار عادت‌ی و نوع اقامت

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۶.۱۸۷	۲۶	۰.۹۳
Likelihood Ratio	۱۹.۰۲	۲۶	۰.۸۴
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=16.187$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.93$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار عادت‌ی و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۰: رابطه بین رفتار الزامی و نوع اقامت

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۵.۴۰۸	۱۸	۰.۶۳
Likelihood Ratio	۱۸.۲۳	۱۸	۰.۴۴
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=15.408$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.63$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار الزامی و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۱: رابطه بین رفتار وابسته و نوع اقامت

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۴.۲۳۶	۲۳	۰.۳۹
Likelihood Ratio	۲۶.۲۶۷	۲۳	۰.۲۹

N of Valid Cases	۲۹۶		
-------------------------	-----	--	--

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $\chi^2=24.236$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($\text{Sig}=0.39$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار وابسته و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۲: رابطه بین رفتار اعتیادی و نوع اقامت

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۹.۴۳۵	۱۹	۰.۰۶
Likelihood Ratio	۳۵.۱۶۰	۱۹	۰.۰۱
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $\chi^2=29.435$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($\text{Sig}=0.06$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اعتیادی و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۳: رابطه بین رفتار اجباری و نوع اقامت

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۱۳.۶۴۱	۱۸	۰.۷۵
Likelihood Ratio	۱۷.۱۷۹	۱۸	۰.۵۱
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $\chi^2=13.641$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($\text{Sig}=0.75$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اجباری و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۴: رابطه بین رفتار ارادی و نوع اقامت

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۰.۱۲۵	۲۱	۰.۵۱
Likelihood Ratio	۲۲.۴۸۲	۲۱	۰.۳۷
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=۲۰.۱۲۵$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۵۱$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار ارادی و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

خ) رشته تحصیلی

جدول شماره ۳۵: رابطه بین رفتار عاداتی و رشته تحصیلی

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۵۹.۴۳۹	۵۲	۰.۲۲
Likelihood Ratio	۶۵.۲۳	۵۲	۰.۱۰
N of Valid Cases	۲۹۶.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=۵۹.۴۳۹$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۲۲$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار عاداتی و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۶: رابطه بین رفتار الزامی و رشته تحصیلی

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۲۷.۷۸۴	۳۶	۰.۸۳
Likelihood Ratio	۳۲.۱۸۱	۳۶	۰.۶۵
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=27.784$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.83$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار الزامی و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۷: رابطه بین رفتار وابسته و رشته تحصیلی

	Value	df	(-sided ² Sig. (.Asymp
Pearson Chi-Square	۵۳.۸۴۳	۴۶	۰.۲۰
Likelihood Ratio	۶۲.۴۸۷	۴۶	۰.۰۵
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=53.843$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.20$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار وابسته و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۸: رابطه بین رفتار اعتیادی و رشته تحصیلی

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۳۵.۷۶۶	۳۸	۰.۵۷
Likelihood Ratio	۴۰.۹۴۱	۳۸	۰.۳۴
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوئر $X^2=35.766$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=0.57$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اعتیادی و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۳۹: رابطه بین رفتار اجباری و رشته تحصیلی

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۴۲.۹۱۳	۳۶	۰.۲۰
Likelihood Ratio	۴۴.۹۴۸	۳۶	۰.۱۵

N of Valid Cases	۲۹۶		
-------------------------	-----	--	--

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=۴۲.۹۱۳$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۲۰$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار اجباری و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

جدول شماره ۴۰: رابطه بین رفتار ارادی و رشته تحصیلی

	Value	df	(Asymp. Sig. -2sided)
Pearson Chi-Square	۴۳.۰۷۲	۴۲	۰.۴۳
Likelihood Ratio	۵۰.۸۶۱	۴۲	۰.۱۶
N of Valid Cases	۲۹۶		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=۴۳.۰۷۲$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۴۳$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین متغیر رفتار ارادی و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

۹. آیا بین سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد با توجه به عوامل جمعیت شناختی (جنس، نوع دانشگاه، محل

اقامت، رشته تحصیلی و تأهل) تفاوتی وجود دارد؟

الف) جنس

جدول شماره ۴۶: رابطه بین سلامت روان و جنس

	Value	df	(.Asymp) Sig. (-sided)
Pearson Chi-Square	۱۵۹.۲۴۸	۱۵۳	۰.۳۵
Likelihood Ratio	۲۱۴.۱۴	۱۵۳	۰.۰۰
N of Valid Cases	۲۹۳.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=۱۵۹.۲۴۸$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۳۵$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین سلامت روان و جنس رابطه وجود ندارد.

ب) تأهل

جدول شماره ۴۷: رابطه بین سلامت روان و تأهل

	Value	df	(-sided) Sig. (.Asymp)
Pearson Chi-Square	۱۵۶.۵۲۷	۱۵۳	۰.۴۱
Likelihood Ratio	۱۴۸.۷۸	۱۵۳	۰.۵۸
N of Valid Cases	۲۹۳.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=۱۵۶.۵۲۷$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۴۱$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین سلامت روان و تأهل رابطه وجود ندارد.

ت) نوع دانشگاه

جدول شماره ۴۸: رابطه بین سلامت روان و نوع دانشگاه

	Value	df	(-sided) Sig. (.Asymp)
Pearson Chi-Square	۳۱۷.۹۵۲	۳۰۶	۰.۳۱
Likelihood Ratio	۳۴۴.۵۷	۳۰۶	۰.۰۶
N of Valid Cases	۲۹۳.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $X^2=۳۱۷.۹۵۲$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری ($Sig=۰.۳۱$)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین سلامت روان و نوع دانشگاه رابطه وجود ندارد.

ج) نوع اقامت

جدول شماره ۴۹: رابطه بین سلامت روان و نوع اقامت

	Value	df	(-sided) Sig. (.Asymp)
Pearson Chi-Square	۱۴۴.۹۴۷	۱۵۳	۰.۶۷

Likelihood Ratio	۱۸۷.۳۱	۱۵۳	۰.۰۳
N of Valid Cases	۲۹۳.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $\chi^2=144.947$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری (Sig=۰.۶۷)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین سلامت روان و نوع اقامت رابطه وجود ندارد.

خ) رشته تحصیلی

جدول شماره ۵۰: رابطه بین سلامت روان و رشته تحصیلی

	Value	df	(-sided) Sig. (.Asymp)
Pearson Chi-Square	۳۰۳.۳۰۱	۳۰۶	۰.۵۳
Likelihood Ratio	۳۴۸.۱۸	۳۰۶	۰.۰۵
N of Valid Cases	۲۹۳.۰۰		

بر اساس نتایج بدست آمده مقدار کای اسکوتر $\chi^2=303.301$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در سطح معنی‌داری (Sig=۰.۵۳)

بزرگ‌تر از ۰.۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین سلامت روان و رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد.

۱۰. آیا بین سلامت روان دانشجویان و رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه آنها رابطه وجود دارد؟

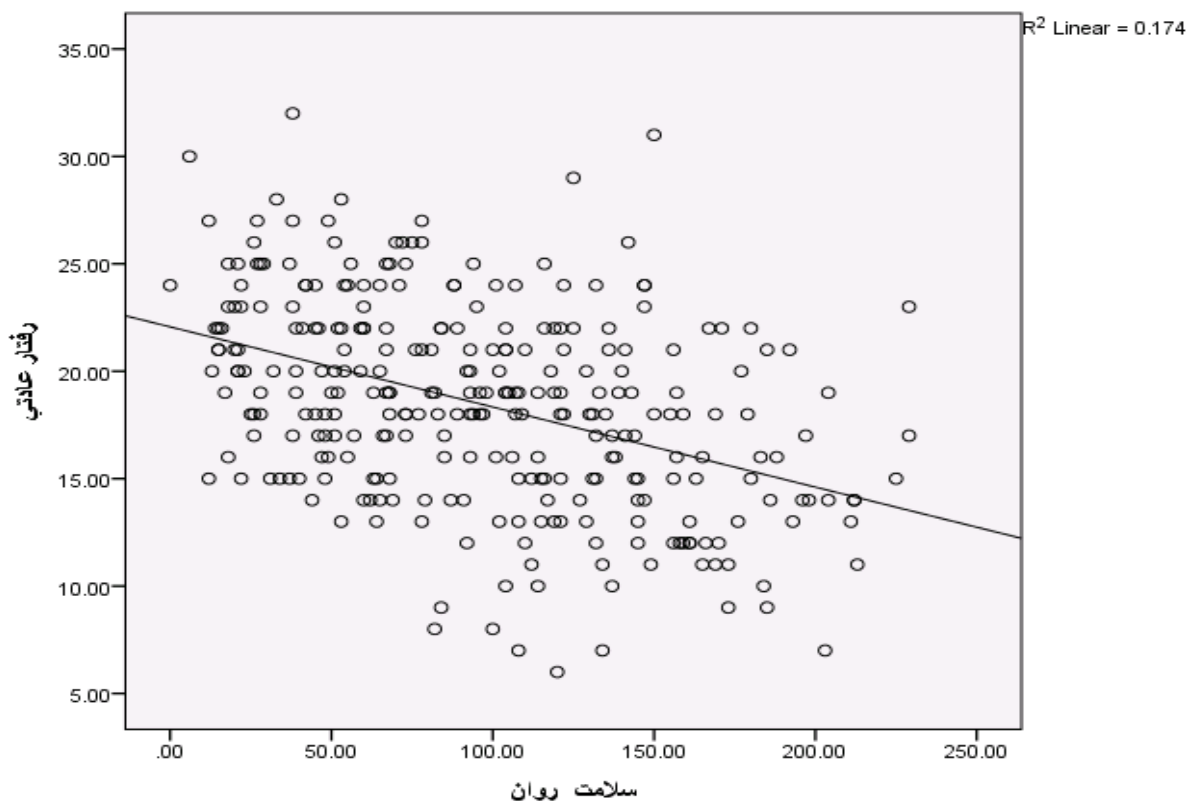
جدول شماره ۵۱: رابطه بین رفتار عادت‌ی و سلامت روان

		رفتار عادت‌ی	سلامت روان
رفتار عادت‌ی	Pearson Correlation	1	-.417**
	Sig. (2-tailed)		0.00
	N	296.00	293.00
سلامت روان	Pearson Correlation	-.417**	1
	Sig. (2-tailed)	0.00	

	N	293.00	293.00
--	---	--------	--------

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می توان گفت که با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچک اتر از ۰.۰۰۰۱ بین سلامت روان و رفتار عادی رابطه وجود دارد. از طرفی، این مقدار که برابر با **-۰.۴۱۷**** است به صورت معکوس (منفی) و در حد متوسط است.



نمودار شماره ۱: نمودار پراکنش رابطه بین سلامت روان و رفتار عادی

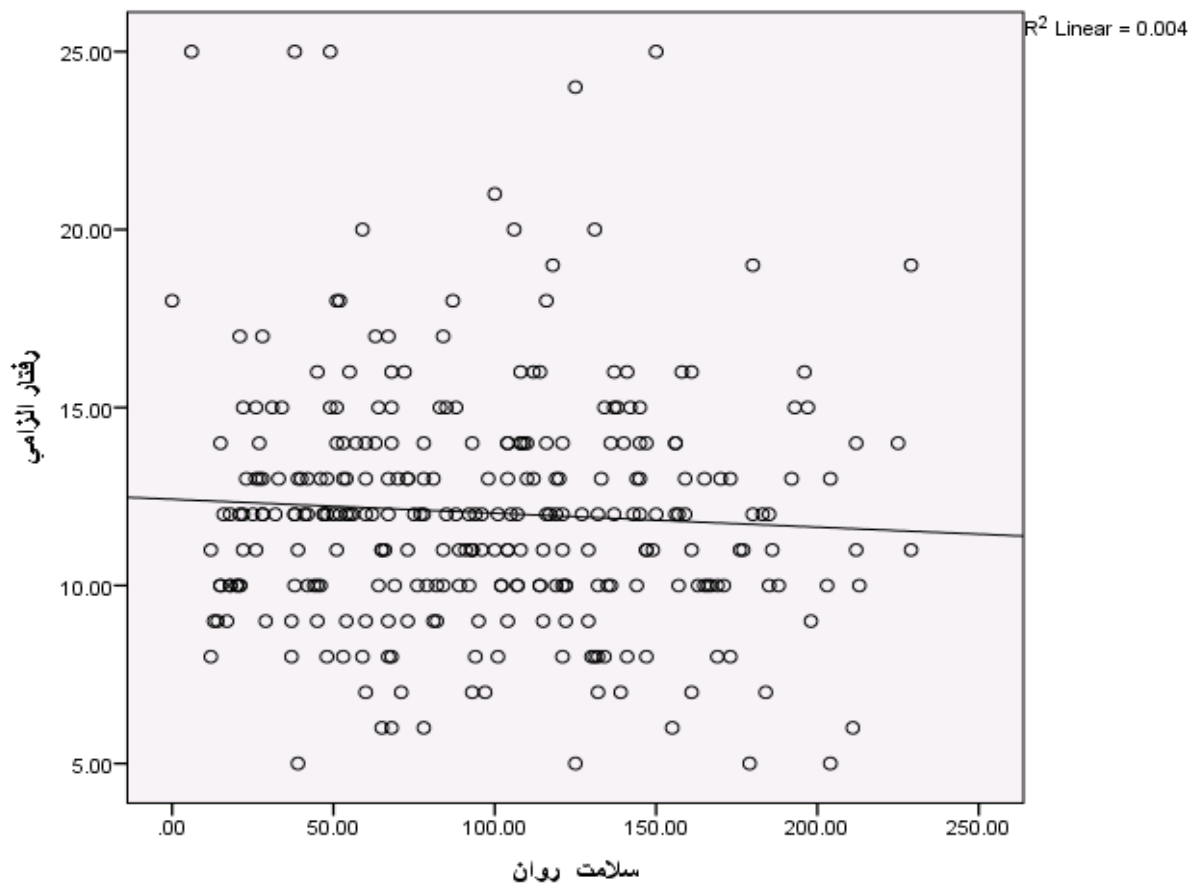
جدول شماره ۵۲: رابطه بین رفتار الزامی و سلامت روان

		سلامت روان	رفتار الزامی
سلامت روان	Pearson Correlation	1	-0.06

	Sig. (2-tailed)		0.29
	N	293.00	293.00
رفتار الزامی	Pearson Correlation	-0.06	1
	Sig. (2-tailed)	0.29	
	N	293.00	296.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می توان گفت که با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای بزرگتر از ۰.۰۰۰۱ بین سلامت روان و رفتار الزامی رابطه وجود ندارد.



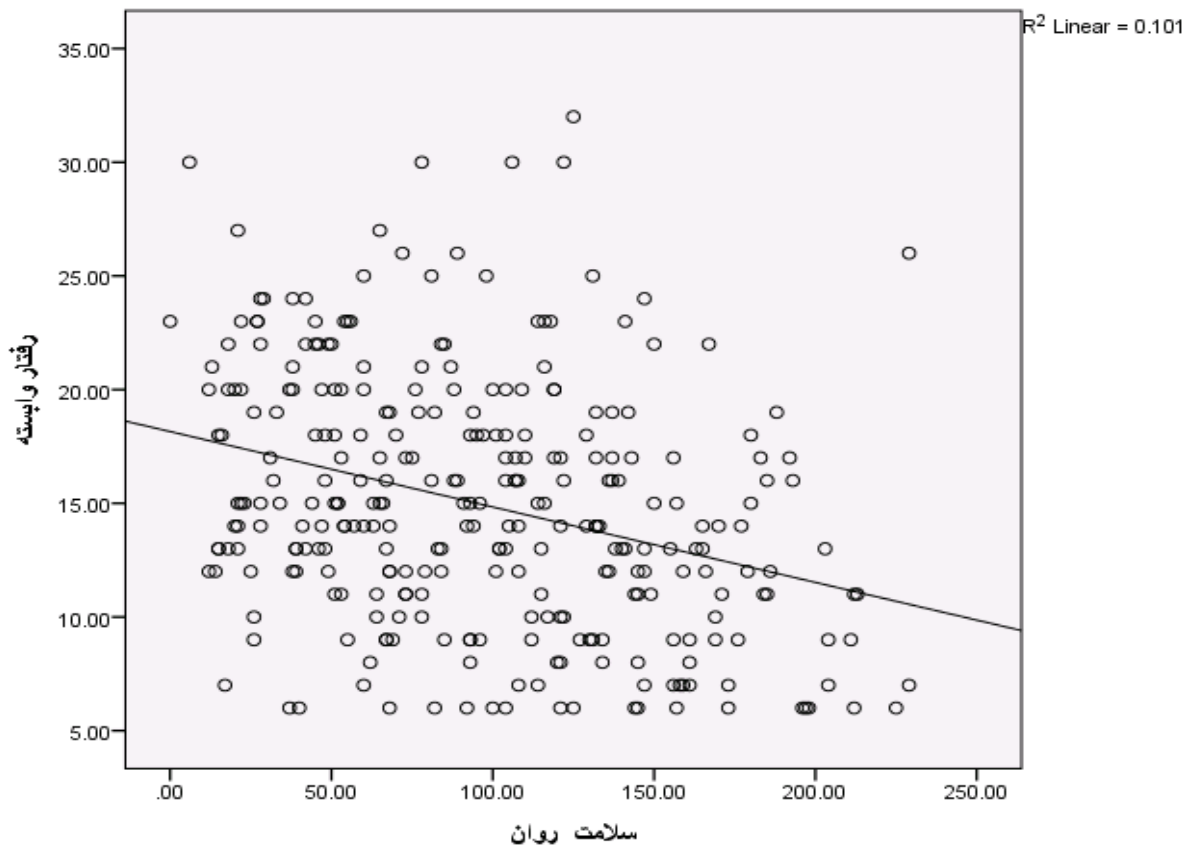
نمودار شماره ۲: نمودار پراکنش رابطه بین رفتار الزامی و سلامت روان

جدول شماره ۵۳: رابطه بین رفتار وابسته و سلامت روان

		سلامت روان	رفتار وابسته
سلامت روان	Pearson Correlation	1	-0.317**
	Sig. (2-tailed)		0.00
	N	293.00	293.00
رفتار وابسته	Pearson Correlation	-0.317**	1
	Sig. (2-tailed)	0.00	
	N	293.00	296.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می توان گفت که با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچک اتر از ۰.۰۰۰۱ بین سلامت روان و رفتار وابسته رابطه وجود دارد. از طرفی، این مقدار که برابر با **-0.317**** است به صورت معکوس (منفی) و نسبتاً متوسط است.



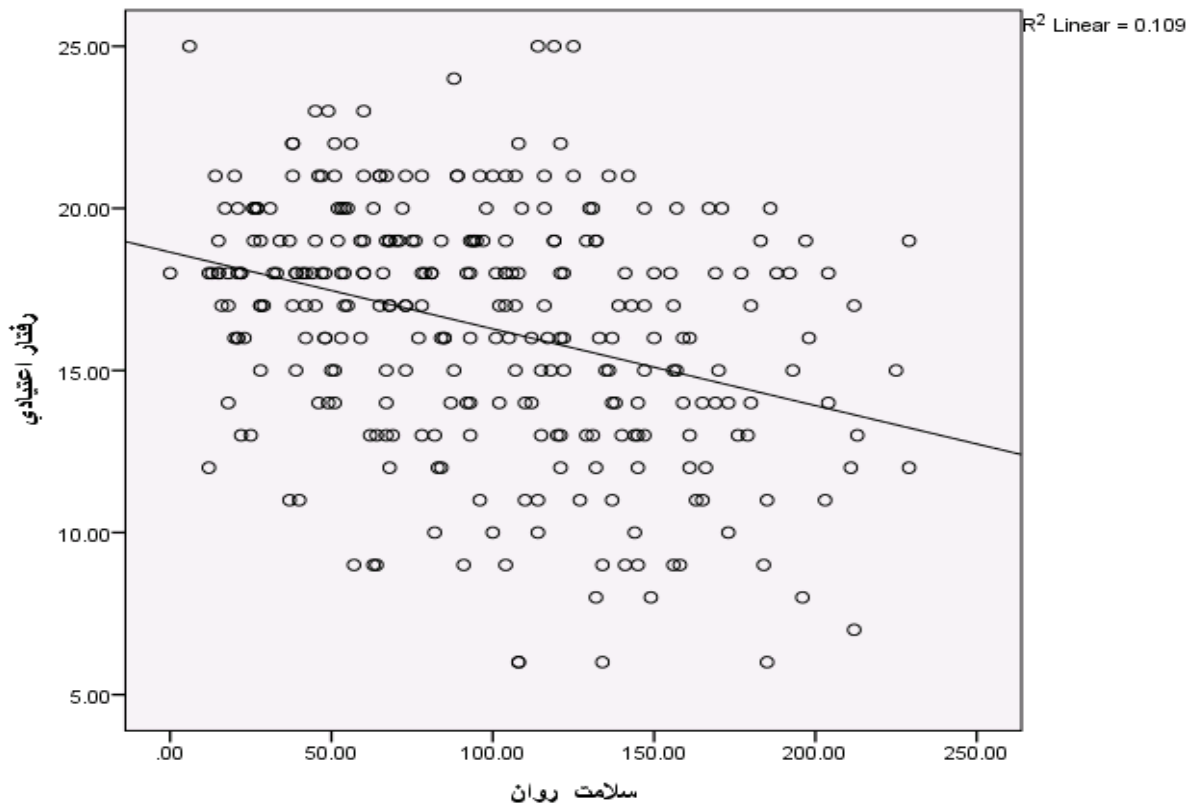
نمودار شماره ۳: نمودار پراکنش رابطه بین رفتار وابسته و سلامت روان

جدول شماره ۵۴: رابطه بین رفتار اعتیادی و سلامت روان

		سلامت روان	رفتار اعتیادی
سلامت روان	Pearson Correlation	1	-.330**
	Sig. (2-tailed)		0.00
	N	293.00	293.00
رفتار اعتیادی	Pearson Correlation	-.330**	1
	Sig. (2-tailed)	0.00	
	N	293.00	296.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می‌توان گفت که با اطمینان $.99$ و سطح خطای کوچک‌تر از $.0001$ بین سلامت روان و رفتار اعتیادی رابطه وجود دارد. از طرفی، این مقدار که برابر با $-.330^{**}$ است به صورت معکوس (منفی) و نسبتاً متوسط است.



نمودار شماره ۴: نمودار پراکنش رابطه بین رفتار اعتیادی و سلامت روان

جدول شماره ۵۵: رابطه بین رفتار اجباری و سلامت روان

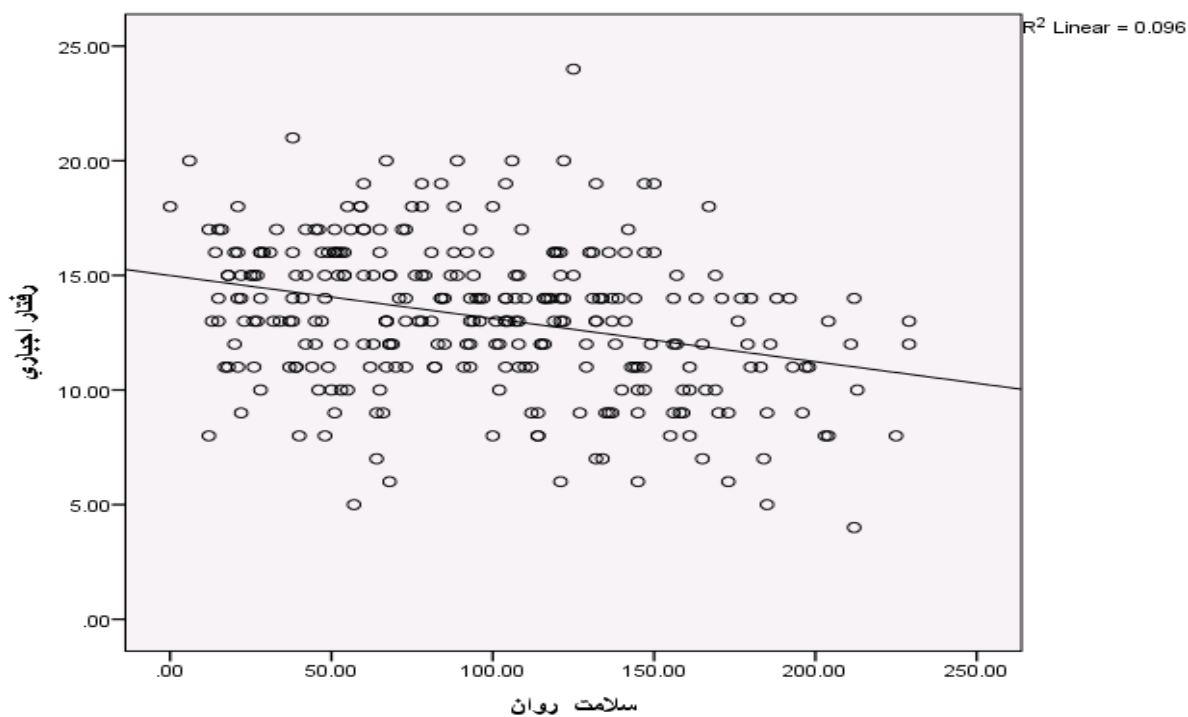
		سلامت روان	رفتار اجباری
سلامت روان	Pearson Correlation	1	$-.309^{**}$
	Sig. (2-tailed)		0.00
	N	293.00	293.00
رفتار اجباری	Pearson Correlation	$-.309^{**}$	1

	Sig. (2-tailed)	0.00	
	N	293.00	296.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می توان گفت که با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچک اثر از بین سلامت روان و رفتار اجباری رابطه وجود دارد. از طرفی، این مقدار که برابر با $-.309^{**}$ است به صورت معکوس

(منفی) و نسبتاً متوسط است.



نمودار شماره ۵: نمودار پراکنش رابطه بین رفتار اجباری و سلامت روان

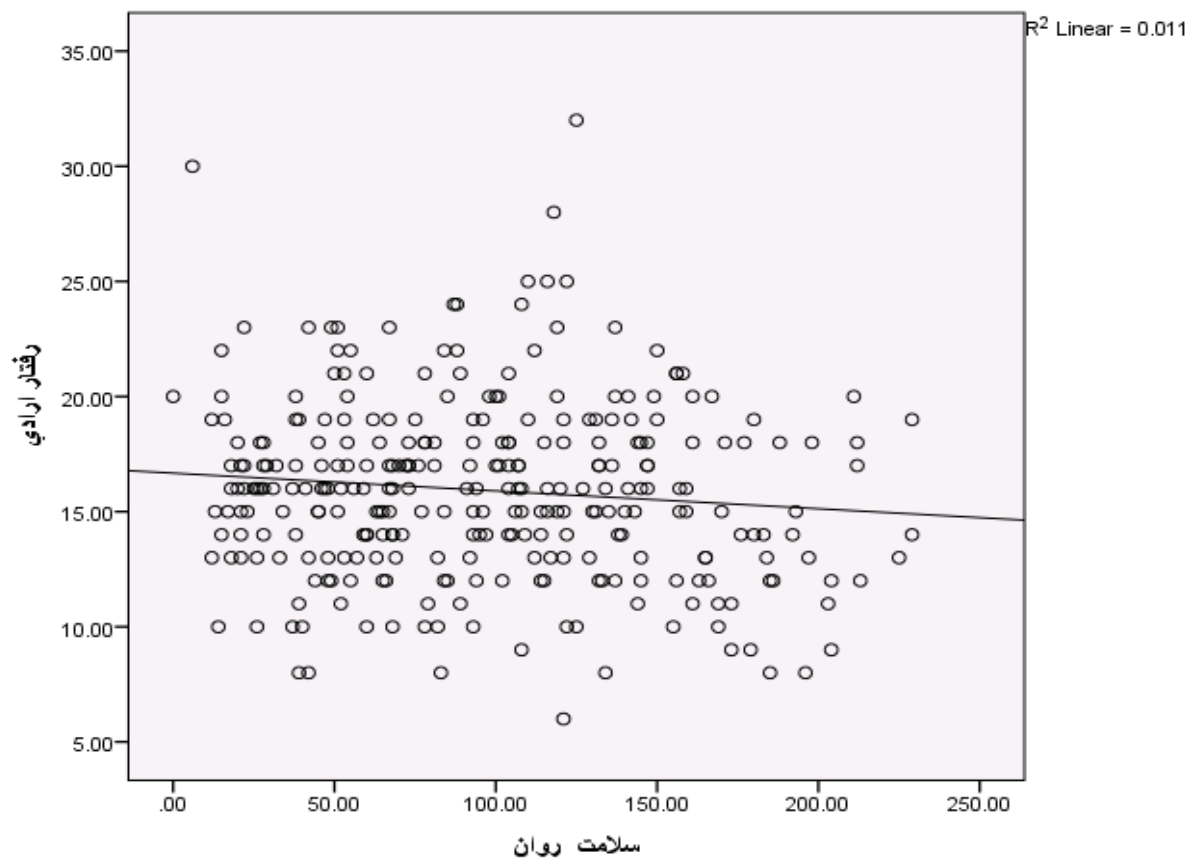
جدول شماره ۵۶: رابطه بین رفتار ارادی و سلامت روان

		سلامت روان	رفتار ارادی
سلامت روان	Pearson Correlation	1	-0.11
	Sig. (2-tailed)		0.07
	N	293.00	293.00
رفتار ارادی	Pearson Correlation	-0.11	1
	Sig. (2-tailed)	0.07	
	N	293.00	296.00

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می توان گفت که با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای بزرگ تر از ۰.۰۰۰۱ بین

سلامت روان و رفتار اجباری رابطه وجود ندارد.



نمودار شماره ۶: نمودار پراکنش رابطه بین رفتار ارادی و سلامت روان

جدول شماره ۵۷: رابطه بین رفتار اعتیاد به تلفن همراه و سلامت روان

		رفتارها ی عادتی	رفتارها ی الزامی	رفتارها ی وابسته	رفتارها ی اعتیادی	رفتارها ی اجباری	رفتارها ی ارادی	رفتار اعتیاد به تلفن	سلامت روان
رفتارها ی عادتی	Pearson Correlation	1.00	0.09	.572**	.653**	.584**	.310**	.796**	-.417**
	Sig. (2-tailed)		0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
رفتارها ی الزامی	Pearson Correlation	0.09	1.00	.219**	-0.03	.170**	.353**	.392**	-0.06
	Sig. (2-tailed)	0.14		0.00	0.65	0.00	0.00	0.00	0.29
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
رفتارها ی وابسته	Pearson Correlation	.572**	.219**	1.00	.509**	.530**	.432**	.828**	-.317**
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
رفتارها ی اعتیادی	Pearson Correlation	.653**	-0.03	.509**	1.00	.575**	.239**	.717**	-.330**
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.65	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
رفتارها ی	Pearson Correlation	.584**	.170**	.530**	.575**	1.00	.336**	.751**	-.309**

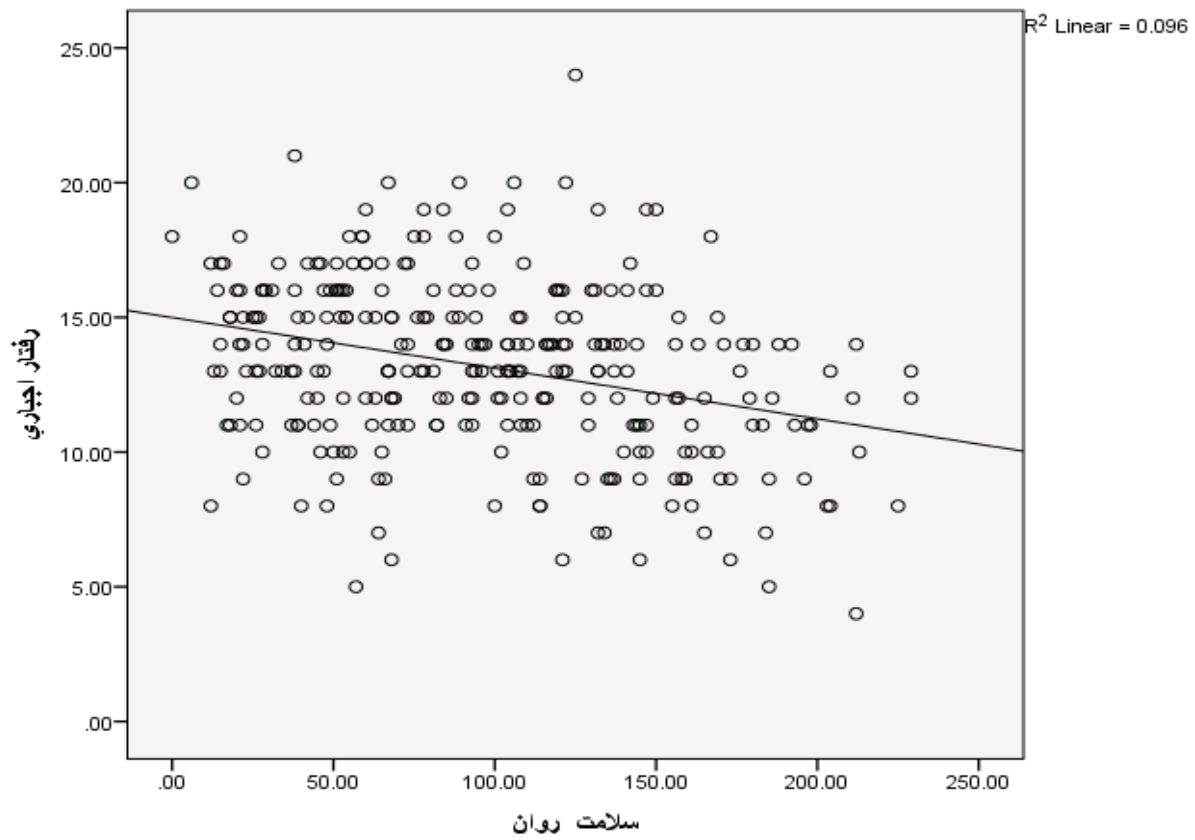
اجباری	Sig. (2-tailed)	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
رفتارها ی ارادی	Pearson Correlation	.310**	.353**	.432**	.239**	.336**	1.00	.633**	-0.11
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.07
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
رفتار اعتیاد به موبایل	Pearson Correlation	.796**	.392**	.828**	.717**	.751**	.633**	1.00	-.382**
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00
	N	296	296	296	296	296	296	296	293
سلامت روان	Pearson Correlation	-.417**	-0.06	-.317**	-.330**	-.309**	-0.11	-.382**	1.00
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.29	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	
	N	293	293	293	293	293	293	293	293

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

جدول شماره ۵۸: رابطه بین رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه و سلامت روان

		رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه	سلامت روان
رفتارهای اعتیاد به موبایل	Pearson Correlation	1	-.382**
	Sig. (2- tailed)		0.00
	N	296	293
سلامت روان	Pearson Correlation	-.382**	1
	Sig. (2- tailed)	0.00	
	N	293	293

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی می‌توان گفت که با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰.۰۰۰۱ بین سلامت روان و رفتار اعتیاد به تلفن همراه رابطه وجود دارد. از طرفی، این مقدار که برابر با ۰.۳۸۲- است. به صورت معکوس (منفی) و در حد متوسط است. بدین معنی که با بهبود سلامت روان میزان اعتیاد به استفاده از تلفن همراه کاهش می‌یابد.



نمودار ۷: نمودار پراکنش رابطه بین سلامت روان و رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه

نتیجه گیری

سلامت روان لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت بخش فردی است و سلامت روان اقشار یک جامعه، خصوصاً اقشار مؤثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. جوانان به عنوان مهمترین سرمایه های هر سرزمین محسوب می شوند و از میان آنان دانشجویان به عنوان جوانان فرهیخته یک کشور نقش عمیقی را در چگونگی پیشرفت جامعه ایفا می کنند. امروزه دانشجویان و به صورت کلی علم نقش اساسی در توسعه و تحول در جامعه بشری دارند. در این راستا، هر چه کشوری سهمش در تولید علم جهانی بیشتر باشد، به همان نسبت موفق تر است و می تواند بر مشکلات خود فایز آید. برای رسیدن به این مقصد، زمینه ها و الزاماتی لازم است. از جمله زمینه ها و ضرورت های لازم، می توان به داشتن حداقل معیارهای سلامتی در افراد اشاره کرد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۱۰).

کاربرد تلفن همراه همگام با افزایش محبوبیت وسایل ارتباطی برگرفته از فناوری اطلاعات و ارتباطات، در مسیر اصلی فرهنگ قرار گرفته است. این مطلب به خصوص درباره جوانان که به صورت فزاینده ای به تلفن همراه به عنوان بخشی از زندگی و هویت خود توجه دارند، صدق می کند (هاپروزائو، ۲۰۰۷).

با توجه به اهمیت این موضوع به بررسی رابطه سلامت روان و رفتارهای اعتیاد به تلفن همراه دانشجویان دانشگاه های شهر کرد پرداخته شد. بر اساس نتایج بدست آمده تعداد ۱۶۹ نفر معادل ۵۷.۱ درصد مرد و تعداد ۱۲۷ نفر معادل ۴۲.۹ درصد زن می باشند. تعداد ۴۴ نفر معادل ۱۴.۹۰ درصد مجرد و تعداد ۲۵۲ نفر معادل ۸۵.۱۰ درصد متاهل هستند. همچنین تعداد ۱۴۹ نفر معادل ۵۰.۳۰ درصد در دانشگاه دولتی و تعداد ۹۷ نفر معادل ۳۲.۸۰ درصد در دانشگاه پیام نور، تعداد ۵۰ نفر معادل ۱۶.۹۰ درصد در دانشگاه آزاد اسلامی مشغول به تحصیل می باشند. از طرف دیگر تعداد ۱۰۳ نفر معادل ۳۴.۸۰ درصد در خوابگاه دانشجویی و تعداد ۱۹۳ نفر معادل ۶۵.۲۰ درصد در نوعی بجز خوابگاه دانشجویی اقامت دارند.

تعداد ۵۸ نفر معادل ۱۹.۶۰ درصد در گروه علوم پزشکی و تعداد ۱۲۳ نفر معادل ۴۱.۶۰ درصد در گروه فنی و مهندسی، تعداد ۱۱۵ نفر معادل ۳۸.۹۰ درصد در گروه علوم انسانی مشغول به تحصیل هستند. بیشترین فراوانی با تعداد ۱۲۳ نفر معادل ۴۱.۶۰ درصد در گروه فنی و مهندسی و کمترین فراوانی به تعداد ۵۸ نفر معادل ۱۹.۶۰ درصد در گروه علوم پزشکی مربوط می باشد.

نتایج تحقیق نشان داد که دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرد بر اساس ۶ دسته رفتار اعتیاد به تلفن همراه، بیشتر در سطح رفتارهای عادی، اعتیادی و ارادی قرار دارند. این یافته با نتایج تحقیق شیمبار و همکاران (۲۰۱۱) و بخشی از تحقیق هاپر و زئو (۲۰۰۷) همخوان می‌باشد. نتایج تحقیق هاپر و زئو نشان داد که رفتارهای نمونه مورد بررسی از نوع اجباری، ارادی و وابستگی بوده و کمتر از نوع اعتیادی، عادی و اجباری است. در تحقیقات ذکر شده دانشجویان سال اولی و خارجی به صورت ارادی از تلفن همراه استفاده می‌کردند، این امر به دلیل دوری این افراد از خانواده و کشورشان و انتظار والدین آنها از برقراری تماس‌های مکرر بوده است. همچنین ارادی بودن رفتار کاربرد تلفن همراه آنها به دلیل تماس با افرادی هم‌فکر و متناسب با ارزش‌ها و عدم تمایل آنها به مطالعه در منزل بوده است. تعدادی از دانشجویان هم در حین تحصیل مشغول به کار می‌باشند لذا کاربرد تلفن توسط آنها به دلایل کاری می‌باشد.

در خصوص شاخص‌های سلامت روان می‌توان گفت: بر اساس نتایج بدست آمده بالاترین نمره ۴۹۰۴ به افسردگی مربوط می‌شود و سواس با نمره ۴۰۲۶ در رتبه دوم و حساسیت بین فردی با نمره ۳۹۲۱ در رتبه سوم قرار دارد. سایر رفتارهای روانی در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

و اما مهمترین بخش تحقیق به بررسی رابطه بین سلامت روان و رفتارهای استفاده از تلفن همراه اشاره دارد. نتایج نشان می‌دهد بین سلامت روان و بروز رفتار عادی رابطه وجود دارد. این مقدار که برابر با ۰۴۱۷- است به صورت معکوس (منفی) و در حد متوسط است. چرا که هرچقدر سلامت روان بهتر باشد رفتارهای انسان‌ها منطقی‌تر و بهنجارتر می‌شود. در بررسی رابطه سلامت روان و بروز رفتار الزامی رابطه‌ی معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده نشد. اما بین سلامت روان و بروز رفتار وابسته رابطه وجود دارد. این مقدار که برابر با ۰۳۱۷- است به صورت معکوس (منفی) و نسبتاً متوسط است. همچنین بین سلامت روان و بروز رفتار اعتیادی رابطه وجود دارد. این مقدار که برابر با ۰۳۳۰- است به صورت معکوس (منفی) و نسبتاً متوسط است. از دیگر فرضیه‌های مورد مطرح شده بررسی رابطه بین سلامت روان و بروز رفتار اجباری می‌باشد که این رابطه تایید شد. این مقدار برابر با ۰۳۰۹- و به صورت معکوس (منفی) و نسبتاً متوسط است. علاوه بر این نتایج تحقیق نشان می‌دهد بین سلامت روان و بروز رفتار ارادی رابطه معنی‌دار وجود دارد. این مقدار که برابر با ۰۳۰۹- و به صورت معکوس (منفی) و نسبتاً متوسط است.

نتایج تحقیق حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین رابطه بین رفتار ارادی و سلامت روان می‌باشد. از دیگر فرضیه‌های مهم بررسی رابطه بین سلامت روان و بروز رفتار اعتیادی در استفاده از تلفن همراه می‌باشد که بین این دو متغیر نیز به لحاظ آماری رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. این مقدار که برابر با ۰.۳۸۲- و به صورت معکوس (منفی) و در متوسط است. بدین معنی که با بهبود سلامت روان میزان اعتیاد به استفاده از تلفن همراه کاهش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج تحقیق‌های تامی و همکاران (۲۰۱۱)، تامی (۲۰۱۲)، فان‌چن (۲۰۰۴)، لیندن و روچات (۲۰۰۸)، پارک و همکاران (۲۰۱۰)، سنچز، ین و همکاران (۲۰۰۹)، ییلوکس (۲۰۰۷)، شکوهی و همکاران (۲۰۱۳)، حسن‌زاده (۱۳۸۹)، یاسمی‌نژاد و گل محمدیان (۱۳۹۰) و سیدعلی (۱۳۹۰) همخوان می‌باشد. نتایج تحقیقات ذکر شده حاکی از آن است که بین اعتیاد به تلفن همراه و ابعاد سلامت روان، شامل؛ مشکلات رفتاری، اضطراب، افسردگی و روان‌پریشی رابطه وجود دارد.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد بین بروز رفتارهای مختلف در استفاده از تلفن همراه و جنس، نوع دانشگاه، محل اقامت، رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد. این یافته با نتایج تحقیق کو و پارکز (۲۰۱۰) و پاولسکانا و یوتمسکا (۲۰۱۱) همخوان می‌باشد. این تحقیقات نشان داد که بین رفتار اعتیاد به تلفن همراه با عامل جنسیت رابطه وجود دارد. همچنین بین رفتار عادت‌ی کاربرد تلفن همراه و وضعیت تاهل و رفتار اعتیادی و نوع دانشگاه رابطه وجود دارد.

همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد بین سلامت روان و جنس، وضعیت تاهل، نوع دانشگاه، محل اقامت، رشته تحصیلی رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد بین بروز رفتارهای مختلف در استفاده از تلفن همراه و جنس، نوع دانشگاه، محل اقامت، رشته تحصیلی رابطه وجود ندارد. اما با رفتار عادت‌ی و وضعیت تاهل و رفتار اعتیادی و نوع دانشگاه رابطه وجود دارد.

فهرست منابع

- احمدی، ح، مرزبان، م و روحانی، ع. (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله تخصصی جامعه شناسی؛ ۱(۱): ۳۵-۹
- آقاجانی، م. (۱۳۸۱). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان شهرستان قم، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهرا.
- بحری، ن، صادق مقدم، ل، خدادوست، ل، محمدزاده، ج و بنفشه ا. (۱۳۹۰). وضعیت اعتیاد به اینترنت و ارتباط آن با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد. فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند: ۸(۳) تیان. (۱۳۹۱). وابستگی شدید به تلفن همراه، اعتیاد قرن جدید. ۴ صفحه. موجود در سایت تیان.
- ترکمن‌دی، ح. (۱۳۹۱). بیشتر معتادان به موبایل از اعتماد به نفس پایینی برخوردارند. www.zibaweb.com
- توکلی، س. شریفی، و. تاج، م و محمدی، م. (۱۳۸۹). بررسی رابطه انگ بیماری افسردگی با نگرش نسبت به یاری جویی از متخصصان سلامت روان در دانشجویان. تازه های علوم شناختی؛ سال ۱۲، شماره ۳، ص ۱۹-۳۳.
- جعفری، ع. (۱۳۸۸). مقاله تاثیر تلفن همراه بر جوانان و خانواده، (بی جا)
- حسن‌زاده، ر، رضایی، ع. (۱۳۸۹). آسیب شناسی ناشی از کاربرد فن آوری اطلاعات و ارتباطات دانشجویان. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی؛ ۱(۱): ۹۱-۷۹.
- زمانی، ع و عابدینی، ی. (۱۳۹۱). بررسی انگیزه، میزان و نوع استفاده از تلفن همراه در دانشجویان- روانشناسی معاصر؛ ۷(۲)-۷۳-۸۶.
- زمانی، ع. بیری، ح و موسوی، س. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با نگرش دانشجویان علوم پزشکی اصفهان به پذیرش یادگیری از طریق تلفن همراه با استفاده از مدل پذیرش فناوری. گامهای توسعه در آموزش پزشکی؛ دوره نهم، شماره دوم، ص ۱۱۰-۱۱۷.

زمانی، ع، عابدینی، ی و شهریاری نیسیانی، ش. (۱۳۹۱). رابطه روش استفاده از تلفن همراه و صفات شخصیتی دانشجویان- مجله علوم روانشناختی؛ ۱- دوره ۱۱- شماره ۴۱.

سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۹)؛ برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی، ترجمه‌ی ربابه نوری و پروانه محمدخانی، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.

سیدعلی، ط. (۱۳۹۱). بررسی ریشه‌های اعتیاد به اینترنت و موبایل. مجله الکترونیکی ویستا؛ ۷-۱

شهرکی واحد، ع، مردانی، م، اسدی بید مشکی، ا، حیدری، م و حامدی شهرکی، س. (۱۳۹۰). بررسی مؤلفه های تست SCL90 با کیفیت زندگی کاری در کارکنان بیمارستان امیرالمومنین (ع) شهر زابل. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان؛ ۱۸(۲): ۵۵-۵۰

قمری، ف، محمدیگی، ا و محمدصالحی، ن. (۱۳۸۹). ارتباط سلامت روانی و سایر ویژگی‌های فردی با موفقیت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های اراک. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل؛ ۱۲(۱): ۱۲۴-۱۱۸

لطافتی، ر. (۱۳۸۸). نظریه پردازان سلامت روانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. سال ۱۶؛ شماره ۵۵، ص ۱۵۴

محرابی، حسین (۱۳۸۷)، بررسی و مقایسه سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی با سایر والدین در شهرستان گناباد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد

مدبرنیا، م، شجاعی، فلاحی، م و فقیرپور، م. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون SCL-90-R در دانش آموزان دبیرستانی، پیش دانشگاهی استان گیلان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان؛ ۱۹(۷۵): ۵۸-۶۵.

منطقی، مرتضی. (۱۳۸۹)، چگونگی کاربری دختران و پسران دانشجو از امکانات جانبی تلفن همراه، فصل‌نامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، دوره اول، شماره ۲، ۳۴

میلانی فر، بهروز (۱۳۷۸)؛ بهداشت روانی، تهران: نشر قومس.

نادری، ف، حق شناس، ف. (۱۳۸۹). رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان.

یافته‌های نو در روانشناسی: ۱۲۱-۱۱۰

هرشن، س، دیوید، پ. و پال، د. مشاوره بهداشت روانی. (۱۳۷۴). ترجمه محمد تقی منشی طوسی. مشهد: استان قدس رضوی.

یاسمی نژاد، پ و گل محمدیان، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه پنج عامل نیرومند شخصیت و استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی دزفول. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی: ۱(۲): ۷۹-۱۰۵

Ahmed, I. Fiaz Qazi, T and Aijaz Perji, K.(2011). Mobile phones to youngsters: Necessity or addiction. Africa Journal of Business Management ;5(32):12512-12519

Ajzen I . (1991).The Theory of Planned Behavior. Organ. Behave. Hum. Decis. Process; (50): 179-211

Ampt, E. (2003).Understanding Voluntary Travel Behavior Change, Pager presented at the 26th Australasian transport research Forum, Wellington, New Zealand.

Balci, M., Devrim ,E. and I. Durak. (2007).Effects of mobile phones on oxidant/antioxidant balance in cornea and lens of rats; 32:21-25

Beydokhti, A, Hassanzadeh, R and Mirzaian, B. (2012).The Relationship between Five Main Factors of Personality and Addiction to SMS in High School Students; 4(6):685-689

Bianchi, A; Philliphs, J.(2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. Cyberpsychology & behavior; 8 (1): 39-51

Biel, A., Dahl strand, U., & Grankvist, G. Habitual and value-guided purchase behavior, AMBIO, 2005; 34(4):360.

Billieux, J., Van der Linden, M., D'Acremont, M., Ceschi, G. and Zermatten, A. (2007) Does impulsivity relate to perceived dependence on and actual use of the mobile phone? *Applied Cognitive Psychology*, **21**, 527-537. doi:10.1002/acp.1289

Billiex, J; vander linden, M; Rochat, L. (2008). The Role of Impulsivity in acual and Problematic use of the mobile phone. Journal Applied cognitive psychology, 22, 1195-1210

Blenford, A., (2007): 3G mobiles change social habits, BBC News, Retrieved 12/02/07 from <http://news.bbc.co.uk/2/hi/technology/4833426.stm>

Choliz M.(2012). Mobile-phone addiction in adolescence: The Test of Mobile Phone Dependence (TMD). Test Mobile Phone Addiction; 2(1).

Davis, F. D.(1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technol. MIS Q.; 13(9): 319-339.

Deragotis L.(1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL -90. J Clin Psychol; 33 (12): 981-9

Dixit, S; Shukla,H; Bhagwat, A; Bindal, A; Goyal, A; K Zaidi, A and Shrivastava,A.(2010). A Study to Evaluate Mobile Phone Dependence Among Students of a Medical College and Associated Hospital of Central India. Indian J Community Med. April; 35(2): 339–341.

Emelin, V, tkhostov, A& rasskazova, E.(2013). Excessive use of internet, mobile phones & computers. Sciencedirect, 86, 530-535.

Ezoe S.(2008). Relationships of personality and lifestyle with mobile phone dependence among female nursing students. Social Behavior and Personality: an international journal; 2:.231-238.

Fan Chen, Y. (2004). The Relationship of mobile phone use to addiction and depression American college study, Mobile Communication and social change;10: 344-352

Hanley A, Wilhelm MS (1992): Compulsive buying: an exploration into self-esteem and money attitudes. J. Econ. Psychol; 13: 5-18.

Hansson, K.M., L. Hardell and M. Carlberg. (2007)Pooled analysis of two Swedish case-control studies on the use of mobile and cordless telephones and the risk of brain tumours diagnosed during 1997-2003. Int. j. occupant. Safety ergon;13: 63-71.

Hassanzadeh, R and Rezaei, A(2011). Effect of Sex, Course and Age on SMS Addiction in Students. Iddle-East Journal of Scientific Research 10 (5): 619-625.

Hassanzadeh, R and Rezaei, A(2011). Effect of Sex, Course and Age on SMS Addiction in Students. Iddle-East Journal of Scientific Research 10 (5): 619-625.

Hocking B., & Westerman, R. (2003). Neurological effects of radiofrequency radiation. Occuo Med; 53: 123-7.

Hooper, V. & Zhou, Y. (2007). Addictive, dependent, compulsive? A study of mobile phone usage. Merging and Emerging Technologies, Processes, and Institutions; 272-285.

Igarashi T, Motoyoshi T, Takai J, Yoshida T.(2008). No mobile, no life: Self-perception and text-message dependency among Japanese high school students. Computers in Human Behavior:1-30

Kamibeppu, K. and H. sugiura. (2005). Impact of the mobile phone on junior high school stuthents friends hip in the Tokyo metropolitan area. Cyber Psychol. Behav; 8(2): 121-130

- Kang, I., Lee, K. C., Lee, S., & Choi, J. (2007). Investigation of online community voluntary behavior using cognitive map, *Computers in Human Behavior*; 23: 111-126.
- Karhoka A. Individual Differences in Usability of Cell Phone SMS menus. (2006). Proceedings of the 5th WSEAS International conference on telecommunications and informatics, Istanbul, turkey; 485-49
- Katharine B. (2008). Phone-reliant Britons in the grip of no mo-phobia, *The independent*. Available from: <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/phonereliant-britonsin-the-grip-of-nomophobia-802722.html> .
- Koo H, Park H. (2010). Factors Influencing Cell Phone Addiction in Adolescents. *J Korean Acad Child Health Nurs*;16(1): 56-65
- Laramie, D.J. (2007). Emotinal and behavioral aspects of mobile phone use. «ph.D» thesis of psychology, the califarnia school of professional psychology. (www.sciencedirect.com/science)
- Lester, D. (1990). Maslow's hierarchy of needs and personality, *Pergamon Press*; 11(11): 1187-1188
- Leug, L., & Wei, R. (2000). More than just talks on the move: Uses and gratification of the cellular phone. *Journalism and Mass communication Quarterly*, 1,36-41.
- Madell, D.E. and S.J. Muncer. (2007). Control over social interactions: An important reason for young people's use of the internet and mobile phones for communication? *Cyberpsychol. Behav.*, 10(1): 137-140.
- Marlo, lisa. Stone, a & bibbey, a. (2013). Measuring problematic mobile phone use: development & preliminary psychometric properties of the PUMPScale. *Journal of addiction*, 912807,7.
- Meo, S.A. and Al-Drees, A.M. (2005). Mobile phone related- hazards and subjective hearing and vision symptoms in the Saudi population. *Int. J. Occup. Med. Env. Health*; 18:53-57.
- Nassiri Z, Hashembeik N and Siadat A. (2012). The relationship between type and amount use of mobile phone and personality characteristics of students;14(3)
- O'Keefe, G. J., & Sulanowski, B. K. (1995). More than just talk: Uses, gratification, and the telephone. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 4, 922-933.
- O'Guinn TC, Faber RJ. (1989). Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. *J. Consum. Res*; 16(2): 147.

Park N, Hwang Y, Hun E.(2012). Exploration Problematic Mobile Phones Use: Relationship Between Adolescents Characteristics and Mobile Phone Addiction. <http://www.allacademic.com>. meta p404199

Pawlowska, B, Potembska, E.(2011). Gender and severity of symptoms of mobile phone addiction in Polish gymnasium, secondary school and university students. *Curr Probl Psychiatry*; 12(4): 433-438.

Peters, O., & Allouch, S. B. (2005). Always connected: a longitudinal field study of mobile communication, *Telecommunications Policy*; 22: 239-256.

Pierce, T. (2009). Social anxiety and technology: Face-to-face communication versus technological communication among teens. *Comp. Hum. Behav.*, 25(6): 1367-1372.

Rainie L. (2008). PEW Internet project data memo. PEW Internet and American Life Project Retrieved June 24, from <http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP-Cell-phone> study. pdfS.

Rook, D. W. & Hoch, S. J.(1985). Consuming impulses, *Advances in consumer Research*;12: 23-27.

Rubin, R. B., Perse, E. M., & Barbato, C. A. (1998). Conceptualization and measurement of interpersonal communication motives. *Human communication research*, 14, 602-608.

Sánchez-Martínez, M. and Otero, A. (2009) Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychology & Behavior*, **12**, 131-137. doi:10.1089/cpb.2008.0164

Shambare, R, Rugimbana, R. and Zhoua, T. (2012). Are mobile phones the 21st century addiction?, *Africa Journal of Business Management*; 6(2):573-577

Shokouhi, S; Khezri, N, Javanmard, Z, Sarmadi, H, Aminae, M, Shokouhi, M, Zivari, M.(2013). A Study of the Correlation between Computer Games and Adolescent Behavioral Problems. *Addict Health*; 5(1-2): 43-50.

Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 317-325.

Sullivan, HS (ed).(1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton, New York, USA.

Szpakow A. , Stryzhak A. , Prokopoeicz W. (2011). Evaluation of threat of mobile phone-addiction among Belarusion University students ,*Progress in Health Sciences*; 1(2) :96-101.

Thomé, S, Härenstam, A, Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults - a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 11:66.

Thomé, S. (2012). ICT use and mental health in young adults. Occupational and Environmental Medicine. Printed in Gothenburg, Sweden

Toda, M , Monden, K, Kuba, K and Moritoda, K. (2006). Mobile Phone Dependence and Health-Related lifestyle of university students. Social Behavior & Personality, 34(10), 1277-1284

Toda, M, Ezoe, S. (2013). Multifactorial study of mobile phone dependence in medical students: Relationship to health-related lifestyle, Type A behavior, and depressive state. Open Journal of Preventive Medicine; 3(1):99-103.

Yen, C.F., Tang, T.C., Yen, J.Y., Lin, H.C., Huang, C.F., Liu, S.C. and Ko, C.H. (2009) Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *Journal of Adolescence*, **32**, 863-873.

Yioultsis, T.V., Kosmanias, E.P., Kosmidou, T.T, Zigiridis, T.T, Kantartzis, N.V., & Xenos, T.D. A.(2002). comparative study of the biological effects of various mobile phone and wireless LAN antennas. IEEE Transaction on magnetic; 38(2):777-80

Zhao, T.Y., S.P. Zou and P.E. Knapp.(2007). Exposure to cell phone radiation up-regulates apoptosis genes in primary cultures of neurons and astrocytes. *Neurosci. Lett*; 412: 34-38.

