

Original Article

Depiction of Health
2019; 10(3): 197-207
<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Challenges of Smart Life: The Role of Psychological Well-being and Mental Health in Predicting Cell Phone Addiction of Adolescents

Kamyar Azemi*¹, Manijeh Shehni Yailagh¹, Yaser Garavand¹

Article Info:

Article History:

Received: 03/23/2019
Accepted: 07/20/2019
Published: 12/21/2019

Keywords:

Psychological
Phenomena
Mental Health
Cell Phone Use
Adolescents

Abstract

Background and Objectives: During the past decade, a growing number of studies separately and in different populations have examined cell phone addiction. Present study examines the relationship of psychological well-being and mental health in explaining cell phone addiction among adolescent students.

Material and Methods: This was a descriptive-correlational study. The participants of the study were 300 students (162 boys and 138 girls) from secondary schools of Ahvaz who were selected by random multi-stage cluster sampling. In order to collect information, psychological well-being scale, mental health and cell phone addiction questionnaire were used. Pearson correlation coefficient and multiple linear regression analysis were applied to analyze the data using SPSS software.

Results: The results showed that overall psychological well-being and all its dimensions negatively predict cell phone addiction. In addition, overall mental health and three subscales of anxiety and insomnia, social function, and depression were positive predictors of cell phone addiction. However, the subscale of physical symptoms was not a significant predictor of cell phone addiction.

Conclusion: The above findings show that the utility of technology cannot be challenged, but to prevent addictive use of cell phones, paying more attention to adolescents in lower education courses and using mental health education are essential to promote psychological well-being and mental health and proper and effective use of cell phones among schools.

Citation: Azemi K, Shehni Yailagh M, Garavand Y. Challenges of Smart Life: The Role of Psychological Well-being and Mental Health in Predicting Cell Phone Addiction of Adolescents. *Depiction of Health* 2019; 10(3): 197-207

1. Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University Ahvaz, Ahvaz, Iran (Email: kamyarazemi@yahoo.com)



© 2019 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

چالش‌های زندگی هوشمند: نقش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی در پیش‌بینی اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان

کامیار عظیمی*^۱، منیجه شهنی ییلاق^۱، یاسر گراوند^۱

چکیده

زمینه و اهداف: در طول دهه گذشته، تعداد روزافزونی از مطالعات به صورت جداگانه و در جمعیت‌های مختلف اعتیاد به تلفن همراه را مورد بررسی قرار داده‌اند. پژوهش کنونی، ارتباط بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی در تبیین اعتیاد به تلفن همراه میان دانش‌آموزان نوجوان را به بوته کنکاش سپرد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. شرکت‌کنندگان پژوهش ۳۰۰ دانش‌آموز (۱۶۲ پسر و ۱۳۸ دختر) بودند که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی از مدارس متوسطه دوره دوم شهر اهواز انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، پرسش‌نامه سلامت روان و پرسش‌نامه اعتیاد به تلفن همراه استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی کلی و تمامی ابعاد آن به صورت منفی اعتیاد به تلفن همراه را پیش‌بینی می‌کنند. افزون بر این، سلامت روانی کلی و سه خرده مقیاس اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی پیش‌بینی کننده‌های مثبت اعتیاد به تلفن همراه بودند. با این وجود، خرده مقیاس علائم جسمانی پیش‌بین معناداری برای اعتیاد به تلفن همراه به شمار نرفت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های فوق مبین آن است که سودمندی فناوری را نمی‌توان به چالش کشید، اما برای جلوگیری از استفاده اعتیادآور تلفن همراه، توجه بیشتر به نوجوانان در دوره‌های آموزشی پایین‌تر و به کارگیری آموزش بهداشت روانی به منظور ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی و استفاده صحیح و مؤثر از تلفن همراه در بین مدارس ضروری است.

کلیدواژه‌ها: پدیده‌های روان‌شناختی، سلامت روانی، استفاده از تلفن همراه، نوجوانان

نحوه استناد به این مقاله: عظیمی ک، شهنی ییلاق م، گراوند ی. چالش‌های زندگی هوشمند: نقش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی در پیش‌بینی اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان. تصویر سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۰(۳): ۱۹۷-۲۰۷.

۱. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (Email: kamyarazemi@yahoo.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

شخص توان کنترل خود را از دست داده و آرام آرام روبه زوال و انحطاط پیش می‌رود (۱۲). پژوهش‌های مختلفی گزارش کرده‌اند بسیاری از جوانان و نوجوانان به طور افراطی از تلفن همراه خود استفاده و آن را بی‌وقفه هنگام خواب، کلاس‌های درس، تماشای تلویزیون و صرف غذا روشن نگه می‌دارند (۱۳، ۱۴). افزون بر این، مطالعات متذکر می‌شوند که ۶۰ درصد از نوجوانان به تلفن‌هایشان معتاد هستند و ۶۵ درصد از تلفن خود در هنگام صرف وقت با دیگران استفاده می‌کنند (۱۰). از این رو، اعتیاد به تلفن همراه برای کاربران به گونه‌ای است که موجب می‌شود آن‌ها بر این باور باشند که نمی‌توانند بدون تلفن همراه زندگی کنند؛ به طوری که خاموش بودن تلفن همراه ناسازگاری‌هایی از قبیل اضطراب، تحریک‌پذیری، اختلالات خواب، افسردگی، مشکلات گوارشی، عزت‌نفس پایین، روابط اجتماعی ضعیف، غفلت از مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مهم زندگی کاری و تحصیلی را به ارمغان می‌آورد (۱۵-۱۹). بنابراین، با توجه به تحقیقات رو به رشد در زمینه اعتیاد به تلفن همراه، مطالعات بیشتری به منظور شناسایی عوامل بالقوه مؤثر بر اعتیاد به تلفن همراه لازم است (۲۰).

یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که با اعتیاد به تلفن همراه مرتبط هست، سازه بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-being) است (۱۰، ۲۱). بهزیستی روان‌شناختی، از جمله سازه‌های مورد مطالعه در روان‌شناسی مثبت‌گرا است که امروزه نیز دیدگاهی جدید در علوم وابسته به سلامت به طور اعم و در روان‌شناسی به طور اخص، با هدف تمرکز بر سلامت در حال شکل‌گیری و گسترش است که دامنه مطالعات آن از زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (۲۲). ریف (Ryff) الگوی بهزیستی روان‌شناختی را که یک مفهوم چند مؤلفه‌ای و شامل استقلال، روابط مثبت با دیگران، پذیرش خود، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است، ارائه نمود و آن را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند (۲۳). در سال‌های اخیر تعداد قابل توجهی از تحقیقات انجام‌شده برای جلب توجه اعتیاد به تلفن همراه در میان جوانان و افزایش آگاهی از اثرات منفی آن انجام‌شده است (۲۴، ۲۵). به طور مثال، چاندرایا (Chandriah) (۲۶) در پژوهشی با ۱۲۰ دانشجوی رشته علم و هنر، عنوان نمود سطح پایین‌تر بهزیستی روان‌شناختی با میزان بالاتر اعتیاد به تلفن همراه در رابطه است. با این حال، تمرکز عمده این مطالعات بر جمعیت‌های دانشجویی یا بزرگسالان بوده است. از این رو، این خلأ پژوهشی نیز، اهمیت انجام تحقیقات گسترده‌تر بر روی دانش‌آموزان نوجوان و آن هم در بافت تحصیلی را برجسته می‌سازد. از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی مؤید نقش سلامت روانی (Mental Health) در رشد و استفاده مفرط از تلفن همراه است (۲۷، ۲۸). سلامت روانی شامل رفتار هماهنگ با جامعه، پذیرش

دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم پر از شگفتی‌های فناورانه است؛ به طوری که هر جنبه از زندگی ما تحت تأثیر طیف وسیعی از ابزارها و برنامه‌های کاربردی که با سرعت شگفت‌انگیزی ارائه می‌شوند و ساختار اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و روان‌شناختی زندگی روزمره ما را بازسازی می‌کنند، قرار دارد (۱). تحقیقات خاطر نشان ساخته‌اند رسانه‌های جمعی که روزبه‌روز در حال پیشرفت‌اند، تبدیل به یکی از منابع اطلاعاتی مهم در زندگی روزمره گردیده است (۲-۴). در این میان گوشی‌های تلفن همراه به عنوان یکی از رسانه‌های جمعی کاربردی، همراه با تحولات و نوآوری‌های بزرگی از قبیل دسترسی به اینترنت، تماس‌های ویدئویی تصویری، صفحه نمایشگرهای لمسی، پخش موسیقی، دوربین و ضبط ویدئویی به یک عنصر ضروری در زندگی اجتماعی روزمره افراد تبدیل شده‌اند که استفاده از آن‌ها رو به افزایش است (۵، ۶).

نتایج ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که نوجوانان به‌ویژه دانش‌آموزان دبیرستانی به دلیل شور و هیجانی که گوشی‌های تلفن همراه در بین آن‌ها ایجاد کرده است، غالب کاربران تلفن‌های همراه را تشکیل می‌دهند (۷). نوجوانان معمولاً افرادی هستند که همیشه در مورد آخرین تحولات در فناوری ارتباطات کنجکاو بوده و سعی می‌کنند برنامه‌های کاربردی و ویژگی‌های فنی جدید گوشی‌های همراه را بیابند (۱). افزون بر این، نوجوانان در مقطع سنی هستند که احساس می‌کنند باید در هر ثانیه، هر دقیقه و هر ساعت با دوستان خود ارتباط داشته باشند. آن‌ها می‌خواهند در مورد آخرین اتفاقاتی که در زندگی دوستانشان رخ می‌دهد، اطلاع یابند و در آن سهم شوند. این ممکن از طریق تلفن‌های همراه که با قابلیت آسان‌سازی و سرعت بخشیدن و راحت‌تر کردن راه برقراری ارتباط با دوستان و خانواده‌ها پسندیده است، تحقق می‌یابد (۸). از این رو، با توجه به گستردگی مالکیت گوشی‌های تلفن همراه در نوجوانان، این مسئله که چقدر نوجوانان تلفن همراه خود را جذب و درونی می‌کنند، پیش می‌آید. برخی مطالعات مشخص کرده‌اند که به‌خصوص نوجوانان تمایل به استفاده از گوشی‌های تلفن همراه، بدون توجه به تنظیم رفتار و کنترل میزان استفاده از آن‌ها را دارند. در نتیجه، این وضعیت ممکن است به عادت و وابستگی به تلفن همراه منجر شود (۹). بدین سبب یکی از مهم‌ترین مشکلات ناشی از تلفن همراه، احتمال وابستگی‌های رفتاری و اعتیاد به استفاده از آن است (۱۰).

اعتیاد به تلفن همراه (Cell Phone Addiction) به‌عنوان یکی از علائم اعتیاد غیر دارویی و یک اختلال روانی ناشی از فناوری مدرن، مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان بوده است (۱۱). در رفتار اعتیاد به تلفن همراه، فرد نمی‌تواند خود را از انجام رفتارهای وابسته منع کند و در هنگام بازداری و دسترسی نداشتن به تلفن همراه، تنش و ناآرامی را بروز می‌دهد. در این شرایط،

تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که از چهار ناحیه آموزش و پرورش، دو ناحیه به طور تصادفی انتخاب و سپس از هر ناحیه ۳ دبیرستان پسرانه و ۳ دبیرستان دخترانه و از هر دبیرستان یک کلاس در هر رشته به طور تصادفی انتخاب شدند و در نهایت کلیه دانش‌آموزان حاضر در کلاس مورد ارزیابی قرار گرفتند. شایان ذکر است ۱۷ پرسش‌نامه به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد و اطلاعات ۳۰۰ شرکت‌کننده (۱۶۲ پسر و ۱۳۸ دختر) جهت بررسی سؤالات پژوهش به کار برده شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل عامل تأییدی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه به شیوه استاندارد و به وسیله نرم‌افزارهای AMOS نسخه ۲۲ و SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش کنونی، در مرحله اجرای پرسشنامه‌ها ضمن کسب رضایت آگاهانه داوطلبان و محفوظ ماندن حق مشارکت‌کنندگان برای انصراف از پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه بوده و فقط در راستای اهداف پژوهش به کار گرفته می‌شود.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff Psychology Wellbeing Scale): در پژوهش حاضر، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff) (۲۳) به منظور اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی به کار گرفته شد. این مقیاس ۱۸ گویه دارد و از شش مؤلفه پذیرش خود، استقلال، زندگی هدفمند، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد شخصی تشکیل شده است. پاسخ مشارکت‌کنندگان در طیف شش‌درجه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۶ «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود که دامنه نمرات از ۱۸ تا ۱۰۸ متغیر است. نمره‌گذاری سؤال‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ با روش معکوس و بقیه به صورت مستقیم انجام می‌شود. در ایران خانجانی و همکاران روایی مقیاس فوق را با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی مطلوب و همسانی درونی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، استقلال، زندگی هدفمند، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و رشد شخصی را به ترتیب برابر ۰/۵۱، ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۳ گزارش کردند (۳۴). در پژوهش حاضر، روایی مقیاس با استفاده از تحلیل عامل تأییدی به استثنایی گویه ۱۱ از خرده مؤلفه روابط مثبت با دیگران، تمامی گویه‌ها از ضرایب عاملی بالاتر از ۰/۳۰ برخوردار بودند. افزون بر این، پایایی مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، استقلال، زندگی هدفمند، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی و کل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۶۹، ۰/۷۴ و ۰/۷۶ به دست آمد.

واقعیت اجتماعی و توانایی مقابله با آن و رعایت نیازهای فردی است (۲۹). بر این اساس، حفظ تعادل مطلوب بین حالات فیزیکی، روانی و اجتماعی به منظور حصول اطمینان کامل از بهزیستی و رفاه لازم است؛ به طوری که سلامت روانی اساس رفاه و سلامت برای افراد و جامعه است (۳۰). همچنین، تحقیقات پزشکی در مورد اثرات تلفن همراه نشان می‌دهد که این وسیله ارتباطی به منظور حفظ سلامت کاربران آن عمل نمی‌کند (۳۱-۳۳). پاتل و پوری (Patel and Puri) (۳۰) گزارش کردند که کاهش بیشتر سلامت روانی به سطوح بالای اعتیاد به تلفن همراه منجر می‌گردد. افزون بر این، یافته‌های پژوهش پرباکر و هری (Prabhakar and Hari) (۲۹) حاکی از این بود که یک ارتباط تعاملی میان جنسیت و اعتیاد به تلفن همراه از لحاظ سلامت روانی وجود دارد، در حالی که تفاوت معنی‌داری در سلامت روانی میان افراد با اعتیاد بالا و متوسط به تلفن همراه وجود نداشت.

در مجموع، با رواداشت به مبانی نظری و پژوهشی فوق‌الذکر، پراکندگی و ضد و نقیض بودن پژوهش‌ها در حوزه اعتیاد به تلفن همراه و نیز کمبود مطالعات در ایران، لزوم اجرا و بررسی‌های بیشتر در این حوزه را برجسته می‌سازد. افزون بر این، تلفن‌های همراه این ابزار فناورانه که به‌ویژه در نسل جوان بسیار محبوب هستند، منجر به تغییر در شیوه زندگی، تمایز سبک‌های تعامل اجتماعی و همچنین آماده کردن آن‌ها برای محدود کردن زندگی‌شان در دنیای فناورانه شده است که این خود ضرورت انجام پژوهش‌هایی از این دست را گوشزد می‌کند (۲۵). از این رو، تحقیق حاضر بر آن بود که رابطه هم‌زمان بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی با اعتیاد به تلفن همراه در جمعیت دانش‌آموزان نوجوان را مشخص نماید. در راستای هدف پژوهش، سه پرسش پژوهشی زیر این مطالعه را هدایت کردند:

۱. آیا ابعاد بهزیستی روان‌شناختی پیش‌بین اعتیاد به تلفن همراه هستند؟

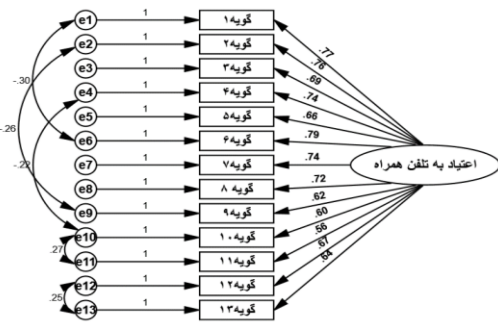
۲. آیا ابعاد سلامت روانی پیش‌بین اعتیاد به تلفن همراه هستند؟

۳. کدام یک از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی پیش‌بین بهتری برای اعتیاد به تلفن همراه است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانش‌آموزان پسر و دختر متوسطه دوره دوم بودند که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در نواحی چهارگانه شهر اهواز به تحصیل اشتغال داشتند. شرکت‌کنندگان ۳۱۷ نفر (۱۶۷ پسر و ۱۵۰ دختر) بودند که بر اساس جدول کرسجی و مورگان و به روش نمونه‌گیری

است. سواری (۳۹) در پژوهش خود با استفاده از روش تحلیل عاملی، روایی این مقیاس را احراز و مورد تأیید قرار داد. همچنین، پایایی کل پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش نمود. به منظور تعیین روایی پرسشنامه در پژوهش حاضر، تحلیل عاملی به روش تأییدی انجام شد. بر اساس مدل استخراجی (شکل ۱)، نتایج نشان داد که تمامی ماده‌های پرسشنامه از بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ برخوردار بوده و با توجه به شاخص‌های RMSEA (۰/۰۶۶)، GFI (۰/۹۳)، CFI (۰/۹۶) و IFI (۰/۹۶) مدل از برازش خوبی حکایت دارد. در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای اعتیاد به تلفن همراه کلی برابر با ۰/۹۲ بود.



شکل ۱. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مقیاس اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان

یافته‌ها

مطابق با جدول ۱، ۳۰۰ دانش‌آموزان دبیرستانی مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۳۸ نفر دختر (۰/۴۶) و ۱۶۲ نفر پسر (۰/۵۴) بود. از لحاظ رشته تحصیلی، رشته تجربی بیشترین درصد (۰/۵۲) و رشته ریاضی کمترین درصد (۰/۲۱) را به خود اختصاص داد. افزون بر این، پایه تحصیلی یازدهم بیشترین درصد (۰/۳۵) از افراد مورد مطالعه را تشکیل داد.

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire)

به منظور سنجش سلامت روانی، از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (Goldberg and Hillier) (۳۵) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۸ ماده و شامل چهار مؤلفه نشانگان جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. نمره‌گذاری پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای از اصلاً «۰» تا به مراتب بیشتر از حد معمول «۳» است و دامنه نمره‌ها از ۰ تا ۸۴ متغیر می‌باشد. در مورد هر یک از خرده مقیاس‌ها نیز نمره ۶ به عنوان نقطه برش تعیین شد؛ به این صورت که نمرات بالاتر از ۶ نشانه کاهش و نمرات پایین‌تر از ۶ بیانگر افزایش سلامت عمومی است. در پژوهش نظیفی و همکاران (۳۶) روایی و پایایی مناسبی برای این پرسشنامه احراز گردید. همچنین، مطلبی و کیانی (۳۷) در مطالعه خود، ضریب آلفای کلی پرسشنامه را ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۷۹، اضطراب ۰/۸۲، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی را ۰/۸۵ گزارش کردند. در مطالعه کنونی، تحلیل عاملی تأییدی روی ماده‌های این مقیاس انجام شد و نتایج نشان‌دهنده آن بود که همه ماده‌ها بار عاملی مطلوبی داشتند (بالاتر از ۰/۳). افزون بر این، ضریب پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کلی سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۶۷، ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه (Addiction to Cell Phone Questionnaire)

برای ارزیابی اعتیاد به تلفن همراه، پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه سواری (۳۸) به کار گرفته شد. این مقیاس ۱۳ گویه‌ای دارای سه مؤلفه خلاقیت زدایی، میل‌گرایی و احساس تنهایی است که هدف اصلی آن سنجش اعتیاد افراد به تلفن همراه است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از هرگز «۱» تا اکثر اوقات «۵» نمره‌گذاری می‌شوند. حد پایین نمرات ۱۳ و حد بالا آن ۶۵

جدول ۱. توزیع فراوانی و مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان مورد پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد	
جنسیت	دختر	۱۳۸	۰/۴۶
	پسر	۱۶۲	۰/۵۴
رشته تحصیلی	انسانی	۸۰	۰/۲۷
	تجربی	۱۵۵	۰/۵۲
	ریاضی	۶۵	۰/۲۱
پایه تحصیلی	پایه دهم	۱۰۲	۰/۳۴
	پایه یازدهم	۱۰۵	۰/۳۵
	پایه دوازدهم	۹۳	۰/۳۱

مورد پژوهش محاسبه گردید که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

جهت نمایش تصویری روشن‌تر از وضعیت متغیرهای بررسی شده در این پژوهش، ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی متغیرهای

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
ابعاد بهزیستی روان‌شناختی	-
پذیرش خود	۱۲/۵۶±۳/۳۹
استقلال	۱۲/۵۴±۲/۶۲
زندگی هدفمند	۱۳/۴۷±۲/۴۸
روابط مثبت با دیگران	۱۲/۹۰±۳/۳۸
تسلط بر محیط	۱۳/۶۴±۳/۱۰
رشد شخصی	۱۳/۴۴±۳/۳۹
ابعاد سلامتی روانی	-
علائم جسمانی	۸/۳۳±۴/۴۶
اضطراب و بی‌خوابی	۷/۸۰±۴/۳۸
کارکرد اجتماعی	۹/۱۱±۴/۴۷
افسردگی	۵/۷۵±۵/۷۵
بهزیستی روان‌شناختی	۷۸/۵۵±۱۱/۶۵
سلامت روانی	۳۳/۶۵±۱۷/۷۸
اعتیاد به تلفن همراه	۲۷/۱۰±۹/۶۵

همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ درج شده است.

افزون بر این، به منظور بررسی چگونگی رابطه‌ی متغیرهای پژوهش و اعتبار بخشیدن به تحلیل‌های بعدی همبستگی صفر مرتبه بین تمام متغیرهای پژوهش محاسبه شد که ضرایب

جدول ۳. ماتریس همبستگی میان متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روانی و اعتیاد به تلفن همراه

۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
												۱
											۱	۰/۷۰**
										۱	۰/۱۱	۰/۴۳**
									۱	۰/۱۰	۰/۲۸**	۰/۵۶**
								۱	۰/۳۲**	۰/۱۵*	۰/۲۷**	۰/۶۲**
							۱	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۵۰**	۰/۷۳**
						۱	۰/۴۶**	۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۰/۳۹**	۰/۷۰**
					۱	-۰/۴۴**	-۰/۵۰**	-۰/۳۶**	-۰/۴۴**	-۰/۲۷**	-۰/۴۸**	-۰/۶۶**
				۱	۰/۸۳**	-۰/۴۱**	-۰/۴۵**	-۰/۳۳**	-۰/۴۳**	-۰/۲۵**	-۰/۴۲**	-۰/۶۰**
		۱	۰/۸۰**	۰/۷۹**	-۰/۴۱**	-۰/۴۸**	-۰/۳۳**	-۰/۴۳**	-۰/۲۴**	-۰/۴۶**	-۰/۶۲**	
			۱	۰/۷۸**	۰/۷۶**	-۰/۳۸**	-۰/۴۲**	-۰/۳۳**	-۰/۳۵**	-۰/۲۳**	-۰/۳۹**	
				۱	۰/۷۹**	۰/۷۵**	۰/۶۱**	۰/۷۴**	-۰/۴۶**	-۰/۵۱**	-۰/۶۷**	
					۱	۰/۷۷**	-۰/۴۸**	-۰/۵۴**	-۰/۳۵**	-۰/۴۳**	-۰/۶۸**	
						۱	۰/۷۶**	۰/۷۹**	۰/۸۱**	۰/۷۹**	۰/۸۱**	

* ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

** ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

۱ = بهزیستی روان‌شناختی، ۲ = پذیرش خود، ۳ = استقلال، ۴ = زندگی هدفمند، ۵ = روابط مثبت با دیگران، ۶ = تسلط بر محیط، ۷ = رشد شخصی، ۸ = سلامت روانی، ۹ = علائم جسمانی، ۱۰ = اضطراب و بی‌خوابی، ۱۱ = کارکرد اجتماعی، ۱۲ = افسردگی، ۱۳ = اعتیاد به تلفن همراه

واریانس (Variance inflation factor) حاکی از آن است که مسئله هم خطی بودن نیز در متغیرهای تحقیق رخ نداده است، چراکه ارزش ضریب تحمل تمام متغیرها بیشتر از ۰/۱ و مقدار عامل تورم واریانس کمتر از اندازه ۱۰ است. به علاوه، به منظور آزمون استقلال خطاها در بین متغیرهای پیش‌بین، ارزش شاخص دوربین-واتسون (Durbin-Watson) مورد بررسی قرار گرفت که ارزش شاخص مذکور برابر با ۱/۴۹ بود. از آنجا که این مقدار این شاخص کمتر از ۲ است، این خود بیانگر عدم استقلال خطاها می‌باشد (۴۰). افزون بر این، با در نظر گرفتن سطح اطمینان $p < 0/001$ به عنوان ملاک فاصله مهلائیس (Mahalanobis distance)، در مورد هیچ یک از مشارکت‌کنندگان مقادیر پرت مشاهده نشد. جدول ۴، حاکی از بررسی قدرت پیش‌بینی هر یک از ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی برای اعتیاد به تلفن همراه است.

همان‌طور که از جدول ۳ مشخص است، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک در بیشتر موارد معنادار و در جهات مورد انتظار و رضایت‌بخش است. لذا، پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل رگرسیونی برقرار می‌باشد. از سوی دیگر، برای پیش‌بینی اعتیاد به تلفن همراه به عنوان متغیر وابسته از روی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی به عنوان متغیرهای مستقل از رگرسیون چندگانه استاندارد استفاده شد. تحلیل‌های مقدماتی به منظور اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی چندگانه و یکسانی پراکندگی به کار گرفته شد.

نتایج ارزیابی پیش‌فرض‌ها نشان داد که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ‌کدام از متغیرها از مرز ± 2 عبور نکرده است که این خود حکایت از نرمال بودن توزیع داده‌ها دارد. همچنین، مقادیر ضریب تحمل (Tolerance) و عامل تورم

جدول ۴. رگرسیون چندگانه استاندارد ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی روی اعتیاد به تلفن همراه

متغیرهای پیش‌بین	B	SEM	β	T	P<	R	R ²	F	DF	P<
پذیرش خود	-۰/۵۱	۰/۱۴	-۰/۱۸	-۳/۵۱	۰/۰۰۱					
استقلال	-۰/۵۴	۰/۱۶	-۰/۱۵	-۳/۳۳	۰/۰۰۱					
زندگی هدفمند	-۰/۸۳	۰/۱۸	-۰/۲۱	-۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۰/۴۷۷	۴۴/۶۱	۶، ۲۹۳	۰/۰۰۱
روابط مثبت با دیگران	-۰/۲۵	۰/۱۳	-۰/۰۹	-۱/۸۸	۰/۰۵۴					
تسلط بر محیط	-۰/۷۸	۰/۱۶	-۰/۲۵	-۴/۷۴	۰/۰۰۱					
رشد شخصی	-۰/۵۶	۰/۱۴	-۰/۲۰	-۳/۹۳	۰/۰۰۱					
علائم جسمانی	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۰۶	۰/۹۸	۰/۳۳					
اضطراب و بی‌خوابی	۰/۲۷	۰/۱۳	۰/۱۲	۲/۰۴	۰/۰۴	۰/۸۸۵	۰/۷۸۴	۲۶۷/۲۳	۴، ۲۹۵	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	۰/۵۰	۰/۱۱	۰/۲۳	۴/۶۷	۰/۰۰۱					
افسردگی	۰/۸۸	۰/۱۰	۰/۵۲	۸/۴۸	۰/۰۰۱					

$\beta =$ و بعد افسردگی ($\beta = ۰/۵۲$ و $p < ۰/۰۰۱$) پیش‌بینی کننده‌های مثبت و معنادار اعتیاد به تلفن همراه هستند. همین‌طور، R به دست آمده برای رگرسیون تفاوت معناداری با صفر داشت ($F(۴, ۲۹۵) = ۲۶۷/۲۳$, $p < ۰/۰۰۱$)، افزون بر این، اندازه R^2 و تغییرات متغیر وابسته اعتیاد به تلفن همراه به وسیله ابعاد سلامت روانی قابل تبیین است. به‌طورکلی این سه متغیر حدود ۷۸/۴ درصد واریانس متغیر اعتیاد به تلفن همراه را تبیین می‌کنند ($F = ۲۶۷/۲۳$ و $p < ۰/۰۰۱$).

از سوی دیگر، برای بررسی این سؤال که کدام یک از متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی پیش‌بین بهتر و قوی‌تری برای اعتیاد به تلفن همراه هستند نیز از یک تحلیل رگرسیون به روش استاندارد استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴، ابعاد پذیرش خود ($p < ۰/۰۰۱$) و $\beta = -۰/۱۸$ ، استقلال ($\beta = -۰/۱۵$ و $p < ۰/۰۰۱$)، زندگی هدفمند ($\beta = -۰/۲۱$ و $p < ۰/۰۰۱$)، روابط مثبت با دیگران ($\beta = -۰/۰۹$ و $p < ۰/۰۵۴$) و رشد شخصی ($\beta = -۰/۲۵$ و $p < ۰/۰۰۱$) پیش‌بینی کننده‌های منفی اعتیاد به تلفن همراه هستند. به‌علاوه، R به دست آمده برای رگرسیون تفاوت معناداری با صفر داشت ($F(۶, ۲۹۳) = ۴۴/۶۱$, $p < ۰/۰۰۱$)، همچنین، مقدار R^2 برابر ۰/۴۸ و فاصله اطمینان آن در سطح ۰/۹۵ محاسبه شد. مقدار R^2 تعدیل‌شده ۰/۴۷ نشان می‌دهد که بیش از یک سوم از تغییرات متغیر وابسته اعتیاد به تلفن همراه به‌وسیله ابعاد بهزیستی روان‌شناختی قابل تبیین است. این پنج متغیر در مجموع ۴۷/۷ درصد از واریانس اعتیاد به تلفن همراه را تبیین می‌کنند ($F = ۴۴/۶۱$ و $p < ۰/۰۰۱$)، افزون بر این، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بعد اضطراب و بی‌خوابی ($\beta = ۰/۱۲$ و $p < ۰/۰۵$)، بعد کارکرد اجتماعی ($\beta = ۰/۲۳$ و $p < ۰/۰۰۱$)

جدول ۵. پیش‌بینی اعتیاد به تلفن همراه بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی

متغیرهای پیش‌بین	B	SEM	β	T	P<	R	R ²	F	DF	P<
بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۵	۰/۰۳	-۰/۱۸	-۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۷۹	۵۵۲/۴۵	۲، ۲۹۷	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۰/۴۱	۰/۰۲	۰/۷۶	۲۱/۳۶	۰/۰۰۱					

$\beta =$ و سلامتی روانی بدتر با نرخ بیشتر اعتیاد به تلفن همراه مرتبط بود ($\beta = ۰/۷۶$ و $p < ۰/۰۰۱$)، افزون بر این، حدود اطمینان برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی $-۰/۲۰$ تا $-۰/۰۹$ و برای سلامت روانی $۰/۳۸$ تا $۰/۴۵$ به دست آمد. روی هم‌رفته ۷۹ درصد از تغییرات اعتیاد به تلفن همراه به‌وسیله این دو متغیر پیش‌بینی شد. در نهایت مجذور همبستگی نیمه تفکیکی خاطر نشان می‌سازد که از بین این دو متغیر، سلامت روانی نقش مهم‌تری در پیش‌بینی اعتیاد به تلفن همراه دارد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که مدل قادر به تبیین ۷۹ درصد واریانس متغیر وابسته اعتیاد به تلفن همراه است ($R^2 = ۰/۷۸۷$ تعدیل‌شده) که به صورت معنی‌دار اعتیاد به تلفن همراه را پیش‌بینی می‌کند ($F(۲, ۲۹۷) = ۴۵/۵۵۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$)، میزان ضریب رگرسیون $R = ۰/۸۹$ و میزان ضریب تبیین $R^2 = ۰/۷۹$ است. نتایج رگرسیون نشان می‌دهد دو متغیر پیش‌بین به صورت معنی‌داری در مدل سهم داشتند، به طوری که بهزیستی روان‌شناختی بهتر با میزان پایین‌تر اعتیاد به تلفن همراه ارتباط داشت ($\beta = -۰/۱۸$ و $p < ۰/۰۰۱$)

افسردگی، وسواس فکری- عملی و حساسیت درون فردی کاهش می‌یابد.

افزون بر این، نتایج نشان می‌دهد که سلامت روانی نسبت به بهزیستی روان‌شناختی، پیش‌بین قوی‌تری برای اعتیاد به تلفن همراه بود. در توجیه این یافته می‌توان بیان کرد افرادی که اعتیاد به تلفن همراه دارند، زمان زیادی را به نوشتن و خواندن پیامک و مکالمه اختصاص می‌دهند، روز به روز تنهاتر می‌شوند و بر میزان ساعات استفاده خود از تلفن همراه می‌افزایند (۲۷). همچنین، حضور آن‌ها در فضای اجتماعی کاهش می‌یابد که این می‌تواند منجر به عدم ارضا شدن نیاز تأیید اجتماعی و کاهش در عزت‌نفس آنان گردد. لذا، دیر خوابیدن و زود بیدار شدن، خواب‌های آشفته، نشانه‌های استرس، افسردگی و پرخاشگری، تکانشی بودن و سبک زندگی ناسالم از جمله مواردی است که با رفتارهای اعتیادآور به تلفن همراه رابطه دارد. لذا، انتظار می‌رود که این تنهایی‌ها، عدم ارضای نیاز تأیید اجتماعی و کاهش در میزان عزت‌نفس سبب تشدید تنهایی و کاهش در میزان سلامت روانی گردد که این به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش وابستگی افراد به تلفن‌های همراهشان شود (۲۸).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش دلالت‌های تربیتی ارزنده‌ای برای والدین و معلمان و دیدگاه‌هایی را برای برنامه‌ریزان تعلیم و تربیت در رابطه با طراحی برنامه‌های پیشگیرانه برای دانش‌آموزان به طور خاص و نوجوانان به طور عام فراهم می‌کند. به عنوان مثال، ممکن است با اطلاع‌رسانی در مورد ضرر و زیان‌های ناشی از اعتیاد به تلفن همراه به دانش‌آموزان، والدین و معلمان، شناخت و بینش در مورد مشکلات و اثرات منفی اعتیاد به تلفن همراه افزایش یابد. برگزاری کارگاه‌هایی در مدارس به منظور افزایش درک و آگاهی دانش‌آموزان از ارتباط بین بهزیستی و سلامت روانی با رفتارها و مشکلات اعتیاد به تلفن همراه نیز توصیه می‌شود.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش، نخست، باید به این نکته اشاره نمود که تحقیق حاضر از نوع همبستگی بوده است و باید در استنباط علی از نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد (۴۱). دوم، شرکت‌کنندگان دانش‌آموزان دبیرستانی بودند و تکرار این پژوهش برای هدف قرار دادن سایر جمعیت‌های دانشجویی باید به منظور ایجاد رابطه محکم‌تری بین سازه‌های موردبررسی در این مطالعه صورت گیرد، زیرا تعمیم نتایج تا حدودی محدود است. سوم اینکه، داده‌هایی که در اینجا برای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی با اعتیاد به تلفن همراه گزارش شده‌اند، محدود به داده‌های خود-گزارش دهی است که می‌تواند مشکل تعصب‌گرایی داشته باشد. چهارم اینکه، اگر تغییر در هدف‌های پژوهش این امکان را فراهم می‌ساخت که روش‌های کیفی نظیر مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساخت‌یافته استفاده می‌شد، نتایج کامل‌تری به دست می‌آمد. پنجم، تعداد زیاد گویه-

همان‌گونه که در مقدمه آمد، پژوهش حاضر بر آن بود تا بر مبنای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی میزان اعتیاد به تلفن همراه را پیش‌بینی کند. یافته‌های مرتبط با سؤال اول پژوهش حاضر، بیانگر آن بود که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی پیش‌بین معنادار اعتیاد به تلفن همراه را بودند. در خصوص یافته کنونی که سطوح پایین‌تر بهزیستی روان‌شناختی با میزان بالاتر اعتیاد به تلفن همراه است، پیش‌بینی‌های صورت گرفته دور از انتظار نبود. به طوری که می‌توان گفت کاهش بهزیستی روان‌شناختی در طول زمان با افزایش قابل توجهی از اعتیاد به تلفن همراه در نوجوانان مرتبط بوده است. این یافته هم‌خوان با نتایج مطالعات مشابه است (۲۱ و ۲۶). در تبیین این نتیجه می‌توان چنین بیان داشت مطابق با کامکاجیز و گندوز (Kumcagiz and Gunduz) (۱۰)، ساختار بهزیستی روان‌شناختی، بیانگر حالت ذهنی است که با لذت و یا احساس رضایت مشخص می‌شود. از این‌رو، افرادی که دارای روابط اجتماعی ضعیفی بوده و احساس شکست و تنهایی می‌کنند، ضمن فراهم‌سازی علل تضعیف‌کننده بهزیستی روان‌شناختی، زمینه را جهت هر چه بیشتر رفتارهای اعتیادآور به تلفن همراه پرورش می‌دهند و به این سبب گاهی اوقات کار و زندگی‌شان بر اثر تماس‌های مکرر، پیام‌های متنی، گشت و گذار در وب و گفتگوها مختل می‌شود. افزون بر این، می‌توان استدلال کرد افرادی که دارای بهزیستی روان‌شناختی بالاتری هستند، احساس افسردگی، اضطراب و بی‌کفایتی کمتری می‌کنند، در نتیجه اعتیاد به تلفن همراه و رفتارهای اعتیادآور به آن در این افراد بسیار کم می‌شود (۲۶).

نتایج مرتبط با سؤال دوم پژوهش، حاکی از آن بود که ابعاد اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی پیش‌بینی کننده مثبت و معنادار اعتیاد به تلفن همراه بودند، در حالی که بعد علائم جسمانی پیش‌بینی کننده معنادار اعتیاد به تلفن همراه نبود. این نتیجه هم‌راستا با برخی پژوهش‌ها (۲۷ و ۲۸) و ناهم‌سو با دیگر مطالعات همانند (۲۹، ۱۱) است. در تبیین این یافته، می‌توان به نتایج پاتل و پوری (Patel and Puri) (۳۰) اشاره کرد. آنان در پژوهش خود نشان می‌دهند که افرادی که کاهش سلامت روانی بیشتری دارند، سطوح بالاتری از اعتیاد به تلفن همراه را تجربه می‌کنند. به سخن دیگر، نوجوانانی که از سلامت روانی پایین رنج می‌برند، دارای روابط اجتماعی ضعیف‌اند، اضطراب و تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند که این گوشه‌گیری و انزوا به کم شدن تعاملات اجتماعی منجر می‌شود. در نتیجه این افراد مستعد استفاده از رفتارهای اعتیادآور به تلفن همراه هستند، زیرا آن‌ها تلاش می‌کنند تنش‌های داخلی خود را با صحبت کردن با دیگران کاهش دهند (۳۳). از این‌رو، می‌توان چنین اظهار نمود که هرچه افراد از سلامت روانی بالاتری برخوردار گردند، فراوانی رفتارهای اعتیادآور آنان به تلفن‌های همراه و میزان ابتلایشان به اختلال‌های

ملاحظات اخلاقی

در مطالعه حاضر، ضمن کسب رضایت آگاهانه و محفوظ ماندن حق مشارکت‌کنندگان برای انصراف از پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه بوده و فقط در راستای اهداف پژوهش به کار گرفته می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از اداره آموزش و پرورش شهر اهواز، با شماره نامه ۵۰۴/۳۱۳۱۰ مورخ ۱۳۹۷/۲/۲۸ صادر شده است. بدین‌وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود از دانش-آموزان گرامی، معلمان و مدیران مدارس مربوطه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه ابراز می‌نمایند.

های پرسش‌نامه‌های پژوهش بر میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است.

نتیجه‌گیری

در مجموع، این مطالعه دانش جدیدی در مورد اعتیاد به تلفن همراه دانش‌آموزان ارائه کرده و جهت‌گیری‌هایی برای تحقیقات آینده فراهم می‌کند، بدین‌صورت که بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار اعتیاد به تلفن همراه دانش‌آموزان نوجوان شناخته شدند. این موضوع به روشن ساختن عوامل مؤثر بر اعتیاد به تلفن همراه به منظور اجرای مداخلات آموزشی مناسب با هدف افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهبود و ارتقاء سلامت روانی دانش‌آموزان نوجوان مبادرت می‌ورزد.

References

- Bhutia Y, Tariang A. Mobile phone addiction among college going students in Shillong. *IJEPR*. 2016;5(2):29-35.
- Konrath S. Positive technology. Using mobile phones for psychosocial interventions. *Encyclopedia of mobile phone behavior*. IGI Global: Hershey. 2014; 871-879.
- Chan M. Multimodal connectedness and quality of life: Examining the influences of technology adoption and interpersonal communication on well-being across the life span. *J Comput Mediat Commun*. 2015;20(1):3-18. doi:10.1111/jcc4.12089
- Ruzek JI, Yeager CM. Internet and mobile technologies: Addressing the mental health of trauma survivors in less resourced communities. *Glob Ment Health*. 2017;4(16):1-13. doi:10.1017/gmh.2017.11
- Gao T, Li J, Zhang H, Gao J, Kong Y, Hu Y, Mei S. The influence of alexithymia on mobile phone addiction: The role of depression, anxiety and stress. *J Affect Disord*. 2018;225(1):761-766. doi:10.1016/j.jad.2017.08.020
- De-Sola Gutierrez J, Rodriguez de Fonseca F, Rubio G. Cell-phone addiction: A review. *Front Psychiatry*. 2016;7:160-175. doi:10.3389/fpsy.2016.00175
- Schoeni A, Roser K, Roosli M. Symptoms and cognitive functions in adolescents in relation to mobile phone use during night. *PLoS ONE*. 2015;10(7):10-19. doi:10.1371/journal.pone.0133528
- Amidtaher M, Saadatmand S, Moghadam Z, Fathi G, Afshar R. The relationship between mobile cellphone dependency, mental health and academic achievement. *American Journal of Educational Research*. 2016;4(5):408-411. doi:10.12691/education-4-5-8
- Lepp A, Barkley JE, Karpinski AC. The relationship between cell phone use, academic performance, anxiety, and satisfaction with life in college students. *Comput Human Behav*. 2014;31:343-350. doi:10.1016/j.chb.2013.10.049
- Kumcagiz H, Gunduz Y. Relationship between psychological well-being and Smartphone Addiction of University Students. *IJHE*. 2016;5(4):1-13. doi:10.5430/ijhe.v5n4p144
- Babadi-Akash Z, Zamani BE, Abedini Y, Akbari H, Hedayati N. The relationship between mental health and addiction to mobile phones among University students of Shahrekord, Iran. *Addict Health*. 2014;6(3-4):93-99.
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):233-241. doi:10.3109/00952990.2010.491884
- Goswami V, Singh DR. Impact of mobile phone addiction on adolescent's life: A literature review. *IJHS*. 2016;2(1):69-74.
- Munezawa T, Kaneita Y, Osaki Y, Kanda H, Minowa M, Suzuki K, et al. The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: A nationwide cross-sectional survey. *Sleep*. 2011;34(8):1013-1020. doi:10.5665/sleep.1152

15. Biglu MH, Ghavami M. Factor's influencing dependence on mobile phone. *J Anal Res Clin Med*. 2016;4(3):158-162. doi:10.15171/jarcm.2016.026
16. Kim M, Kim H, Kim K, Ju S, Choi J, Yu M. Smartphone addiction: (Focused depression, aggression and impulsions) among college students. *Indian J Sci Technol*. 2015;8(25):1-6. doi:10.17485/ijst/2015/v8i25/80215
17. Cholz M. Mobile phone addiction: A point of issue. *Addiction*. 2010;105(2):373-400. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02854.x
18. Hassanzadeh R, Rezaei A. Effect of sex, course and age on SMS addiction in students. *MEJSR*. 2011;10(5):619-625.
19. Jones T. Students' cell phone addiction and their opinions. *Elon J Undergrad Res Commun*. 2014;5:74-80.
20. Kumar A, Gera N. Mobile addiction and mental health of college students. *Educational Quest-An International Journal of Education and Applied Social Science*. 2016;7(2):87-90.
21. Li Z, Wang T, Liang Y, Wang M. The relationship between mobile phone addiction and subjective well-being in college students: The mediating effect of social anxiety. *Studies of Psychology and Behavior*. 2017;15(4):562-568.
22. Hansen A, Buitendach JH, Kanengoni H. Psychological capital, subjective well-being, burnout and job satisfaction amongst educators in the Umlazi region in South Africa. *SAJHRM*. 2015;13(1):1-9. doi:10.4102/sajhrm.v13i1.621
23. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-1080. doi:10.1037//0022-3514.57.6.1069
24. Srikumar A, Sridharan C. Mobile addiction and psychological well-being among graduates and Post-graduates. *J CPR*. 2016;3(1):23-29.
25. Srivastava A, Tiwari RK. Effect of excess use of cell phone on adolescent's mental health and quality of life. *IMEJ*. 2013;2(1):1-10.
26. Chandraiah K. Impact of mobile addiction on psychological well-being among university students. *IJHW*. 2011;2(4):831-833.
27. Pearson AL, Mack E, Namanya J. Mobile phones and mental well-being: Initial evidence suggesting the importance of staying connected to family in rural, remote communities in Uganda. *PLoS ONE*. 2017;12(1):9-20. doi:10.1371/journal.pone.0169819
28. Kumari MP. Social networking addiction and mental health of adolescent students. *JRHSS*. 2016;5(2):19-24.
29. Prabhakar Y, Hari K. The Study of mental health and mobile phone addiction among adolescences. *International Journal of Indian Psychology*. 2017;4(96):11-19. doi:10.25215/0402.185
30. Patel SA, Puri PA. A Study of Mobile Phone Addiction and Mental Health among Adolescent Girls Studying in Various Streams. *International Journal of Indian Psychology*. 2017;15(1):1-6. doi:10.25215/0501.099
31. Zhao TY, Zou SP, Knapp PE. Exposure to cell phone radiation up-regulates apoptosis genes in primary cultures of neurons and astrocytes. *Neurosci Lett*. 2007;412(1):8-34. doi:10.1016/j.neulet.2006.09.092
32. Yioultsis TV, Kosmanis TI, Kosmidou EP, Zygiridis TT, Kantartzis NV, Xenos TD, Tsiboukis TD. A comparative study of the biological effects of various mobile phone and wireless LAN antennas Magnetics. *IEEE Transactions on Magnetic*. 2002;38(2):777-780. doi:10.1109/20.996201
33. Boumosleh JM, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students- A cross sectional study. *PLoS One*. 2017;12(8):27-40. doi:10.1371/journal.pone.0182239
34. Khanjani M, Shahidi SH, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Andishe va Raftar*. 2014;8(32):27-36. (Persian)
35. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139-145. doi:10.1017/s0033291700021644
36. Nazifi M, Mokarami HR, Akbaritabar AK, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, validity and factor structure of the Persian translation of general health questionnaire (GHQ-28) in hospitals of Kerman university of medical sciences. *J Fasa Univ Med Sci*. 2014;3(4):336-342. (Persian)
37. Motallebi K, Kiani Q. The correlation between job burnout and mental health of teachers in special schools of Zanjan: Mediation of job involvement. *JHPM*. 2017;7(1):52-59. (Persian)
38. Sevari K. Construction and validation of the mobile phone addiction questionnaire. *Educational Measurement*. 2014;4(15):126-142. (Persian)
39. Sevari K. The relationship between mental health and family relationships with cell phone addiction. *Social Psychology Research*. 2013;10:1-18. (Persian)
40. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Applied multivariate research: design and interpretation. London: Sage; 2005. pp:441-457.
41. Pourrazavi S, Allahverdipour H, Jafarabadi MA, Matlabi H. A socio-cognitive inquiry of excessive mobile phone uses. *Asian J Psychiatry*. 2014;10:94-89. doi:10.1016/j.ajp.2014.02.009