



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روانشناسی - گرایش بالینی

عنوان:

**رابطه سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و
اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه**

استاد راهنما:

دکتر اکبر عطادخت

استاد مشاور:

پروفسور محمد نریمانی

پژوهشگر:

فرزانه خردمند

تابستان 1396

نام خانوادگی دانشجو: خردمند	نام: فرزانه
عنوان پایان نامه/رساله: رابطه سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه	
استاد راهنما: دکتر اکبر عطادخت	استاد مشاور: پروفسور محمد نریمانی
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی	دانشگاه: محقق اردبیلی
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	تاریخ دفاع: 1396/6/22
	تعداد صفحات: 71
چکیده:	
<p>پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه پژوهشی را دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان (دوره دوم متوسطه در رشته‌های نظری، ریاضی، تجربی، انسانی) شهر تبریز تشکیل می‌دادند که در سال 96-1395 مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه 351 دانش‌آموز بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ، کیفیت خواب پیتزبورگ، توانمندی‌های شناختی، اعتیاد به اینترنت یانگ و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تحلیل شد و نتایج نشان داد سلامت روان و اختلال خواب با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی رابطه مثبت معنی‌دار دارد. و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی رابطه معنی‌دار دارد. ($p < 0/01$) دو متغیر اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی پیش‌بینی کننده سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی است بنابراین می‌توان اینگونه بیان کرد که اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی جز عوامل تاثیر گذار بر سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی نوجوانان است.</p>	
کلید واژه‌ها: سلامت روان، کیفیت خواب، توانمندی‌های شناختی، اعتیاد به اینترنت، اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی	

فصل اول: کلیات پژوهش

2	1-1- مقدمه
3	1-2- بیان مسأله
6	1-3- ضرورت و اهمیت پژوهش
8	1-4- هدف پژوهش
8	1-4-1- هدف کلی
8	1-5- فرضیه‌های پژوهش
8	1-6- تعاریف نظری و عملی متغیرها
8	1-6-1- اعتیاد به اینترنت
9	1-6-2- سلامت روان
9	1-6-3- اختلال خواب: (کیفیت خواب)
9	1-6-4- توانمندی‌های شناختی
9	1-6-5- اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی

فصل دوم: مبانی نظری پژوهش

49	2-1- مقدمه
49	2-2-1- سلامت روان
52	2-2-2- نشانه‌های سلامت روانی
53	2-2-3- سلامت روانی و نوجوانی
53	2-2-4- دیدگاه‌های مختلف در مورد سلامت روانی
54	2-2-4-1- مکتب زیست‌گرایی
54	2-2-4-2- مکتب روان‌تحلیل‌گری
55	2-2-4-3- مکتب رفتارگرایی
56	2-2-4-4- مکتب انسان‌گرایی
57	2-3- خواب
58	2-3-2- ماهیت خواب
59	2-3-3- مقایسه خواب REM و خواب NREM
59	2-3-4- نظریه خواب

- 60 2-3-5 اختلال‌های خواب
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-4- کارکردهای اجرایی
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-1 تاریخچه اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-2 اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-3 همه‌گیرشناسی اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-4 نیازها و تبیین اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-5 نقش میزان استفاده از اینترنت در اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-6 سابقه استفاده از اینترنت و رابطه آن با اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-7 ویژگی‌های اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-8 نظریه‌های مربوط به اعتیاد به اینترنت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-8-1 نظریه پویای روانی و شخصیت
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-8-2 نظریه شناختی
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-8-3 نظریه شناختی - رفتاری
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-5-8-4 نظریه رفتاری
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-6- تحقیقات مرتبط انجام شده
- 2-6-1 تحقیقات مربوط به سلامت روان و اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-6-2 تحقیقات مربوط به اختلال خواب و اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-6-3 تحقیقات مربوط به توانمندی‌های شناختی و اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی
- Error! Bookmark not defined.**..... 2-7- جمع‌بندی

فصل سوم: مواد و روش پژوهش

- Error! Bookmark not defined.**..... 3-1 روش پژوهش
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-2 جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-3 پرسشنامه‌های مورد نیاز انجام پژوهش
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-3-1 پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-3-2 پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ

- Error! Bookmark not defined.**..... 3-3-3 پرسشنامه توانایی‌های شناختی
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-3-4 پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-3-5 پرسشنامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-4 روش اجرای پژوهش
- Error! Bookmark not defined.**..... 3-5 روش تجزیه و تحلیل آماری

فصل چهارم: نتایج و یافته‌های پژوهش

- Error! Bookmark not defined.**..... 4-1 ویژگی‌های جمعیت شناختی
- Error! Bookmark not defined.**..... 4-2 یافته‌های توصیفی
- Error! Bookmark not defined.**..... 4-3 یافته‌های استنباطی

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و بحث

- Error! Bookmark not defined.**..... 5-1 بحث در یافته‌ها
- Error! Bookmark not defined.**..... 5-2 محدودیت‌های پژوهش
- Error! Bookmark not defined.**..... 5-3 پیشنهادات پژوهش
- Error! Bookmark not defined.**..... منابع

فهرست جدول‌ها

صفحه

عنوان

- جدول 4-1- توزیع فراوانی و درصد تاریخ تولد دانش‌آموزان **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-2- توزیع فراوانی و درصد وضعیت رشته تحصیلی دانش‌آموزان . **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-3- میانگین و انحراف استاندارد معدل دانش‌آموزان **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-4- توزیع فراوانی و درصد وضعیت تحصیل پدر و مادر دانش‌آموزان **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-5- میانگین و انحراف استاندارد متغیر سلامت عمومی **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-6- میانگین و انحراف استاندارد متغیر اختلال در کیفیت خواب **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-7- میانگین و انحراف استاندارد متغیر توانمندی‌های شناختی **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-8- میانگین و انحراف استاندارد متغیر اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-9- ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-10- آماره‌های f و دوربین واتسون (DW) **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-11- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام **Error! Bookmark not defined.**

فصل اول: کلیات پژوهش

1-1- مقدمه

اینترنت با سرعت خود توانسته به یکی از ابزارهای لازم زندگی تبدیل شود. به طوری که حذف آن از امور روزمره زندگی امری اجتناب‌ناپذیر است. این تغییر را می‌توان با اختراع تلفن در اوایل قرن بیستم و تلویزیون در دهه پنجاه مقایسه کرد. این جهان مجازی بر خلاف جهان واقعی امکانات بی‌شماری چون سهولت دسترسی جهان مجازی می‌توان به تجارت، خرید، ارتباط و سرگرمی و دسترسی به تازه‌ترین اخبار و اطلاعات رسید. علیرغم تمام ویژگی‌های مثبتی که اینترنت دارد. با این حال نگرانی‌های جدیدی در خصوص استفاده از آن و تأثیراتی که این تکنولوژی بر جسم و روح و روان انسان می‌گذارد وجود دارد و در پی استفاده روز افزون از اینترنت به مدت طولانی نوعی وابستگی کاذب نیز به وجود می‌آید که رهایی از آن امری دشوار است. اعتیاد به اینترنت موضوعی است که در سال‌های اخیر به عنوان اعتیاد به رفتار مورد بحث قرار گرفته است. همانند تمامی انواع دیگر اعتیاد، اعتیاد به اینترنت نیز با علائمی همراه است همچون، اضطراب، افسردگی، کج خلقی، بی‌قراری، تفکرهای وسواسی، کناره‌گیری، اختلال عاطفی و از هم گسیختگی روابط اجتماعی. از طرفی، در عین حال که روابط افراد (به ویژه کودکان و نوجوانان) در جهان مجازی افزایش می‌یابد. در مقابل از دامنه روابط آنان در جهان واقعی کاسته می‌شود و احتمال افت عملکرد آموزشی آنان نیز می‌رود. (سامسون¹، 2005). آمار نشان می‌دهد که ایران با جمعیت تقریباً 80 میلیون نفری تغییر در سال 2017 با 0/70 درصد میزان ضریب نفوذ، بیشترین میزان استفاده از اینترنت (65 میلیون و 70 نفر) را در خاورمیانه به خود اختصاص داده است. همچنین در بازه زمانی 2000 تا 2017، 22/5 درصد رشد کاربر داشته است (موقعیت جهانی اینترنت، 2017).

با توجه به گسترش روزافزون استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی در ایران به خصوص در میان نوجوانان و جوانان، هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسط می‌باشد.

1. Samson

2-1- بیان مسأله

دوره نوجوانی از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و از آن به عنوان دوره بحرانی، طوفان، استرس و زایش دوباره یاد کرده‌اند (ویسر^۲، 2000). نوجوانی دوره از رشد، همراه با تغییرات برجسته می‌باشد که شامل عبور شخص از مرحله طفولیت به بزرگسالی است که طیف سنی 11-20 سال را در بر می‌گیرد. در طی این دوره تغییرات فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی صورت می‌گیرد. مشخصه نوجوانی، بلوغ یک فرآیند و تغییر فیزیکی که با نوجوانی که یک فرآیند و تغییر روانشناختی است متفاوت می‌باشد (حیدری بهلولیان، 1379). با توجه به اینکه سال‌های نوجوانی، دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیری جدی قرار دهد (رابرت^۳، چیفورد، آدرام^۴، 1998). از این‌رو توجه به سلامت جسمی و روانی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است.

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی، بهداشت روانی است. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (صادقیان و حیدریان‌پور، 1388). سلامت روانی کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است محققان تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند، هرچند تقریباً همه آنها موضوع مشترکی دارند و آن «مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم» است (منگرولکار، چریل وینس^۴ و مارس، 2001). سلامت روانی یکی از مولفه‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود و مفهوم آن عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و شکوفایی توانایی‌های بالقوه‌ی فکری، هیجانی و غیره (سازمان بهداشت جهانی^۵، 2000). در واقع سلامت روانی عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و توانایی سازگاری با آنها و شکوفایی استعدادهای ذاتی (صادقیان و حیدریان‌پور، 1388).

شواهد موجود و یافته‌های مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شیوع و فراوانی مسائل و مشکلات روان‌شناختی بخصوص در بین نوجوانان در حال گسترش است (راتر و اسمیت^۶، 1995). در حالی که در گزارش سازمان بهداشت جهانی (2005) از وضعیت سلامت روانی جامعه ایران، میزان شیوع اختلالات روانی برابر 21/9 درصد عنوان شده است. در آخرین بررسی شیوع شناسی بیماری‌های روانی در سال‌های

2. Visser

3. Rabert, Cifford, Adram

4. Mangrulkar Cheryl Vince, Marc

5. World Health organization

6. Ruttor, Smith

89 و 90 شیوع اختلالات روانی در ایران 23/6 درصد گزارش شده است (ملکی، 1391). پژوهش‌ها در سایر کشورها نیز نشان دهنده‌ی شیوع نامطلوب اختلالات و مشکلات روان شناختی هستند. چنزین فنگ، یوینگ‌های و زوزنگ لانگ (2011) با بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان سال اول دبیرستان مشاهده کردند که شیوع کلی اختلالات روانی 1/8 درصد است (به نقل از حبیب‌زاده، 1393).

خواب یکی از نیازهای اصلی انسان بوده و به طور انکارناپذیری تأثیر مهمی بر سلامت روانی و عملکرد روزانه افراد در جنبه‌های گوناگون زندگی از جمله روابط اجتماعی، شغلی و ... دارد. اختلال در ریتم خواب علاوه بر تهدید سلامت انسان، در کارهای اجتماعی نیز خدشه وارد نموده و باعث نابهنجاری روانی و اجتماعی بسیار می‌گردد (لاند⁷، 2009). اختلالات خواب به دو صورت بی‌خوابی و بدخوابی نمایان می‌شود. بی‌خوابی عبارت است از اختلالات در به خواب رفتن و یا باقی مانده در حالت خواب، بیدار شدن صبح زود و بدخوابی شامل خواب ناکافی، خواب با کیفیت پایین و مشکلات تنفسی و بیدار شدن‌های متوالی است بین 30 تا 45 درصد از جمعیت جهان از بی‌خوابی رنج می‌برند و شیوع اختلالات خواب در بین جمعیت عمومی بین 15 تا 42 درصد است (به نقل از بخشی و بختیارپور، 1394). محققان کارکردهای متفاوتی برای خواب برشمردند. وقتی افراد در حال خواب هستند، مغز آنها فعال است و فعالیتش برای همه کارکردهای بدن، مانند تقویت حافظه، یادگیری، رشد شناختی، سلامت روانی، عملکرد سیستم ایمنی و رشد و ترمیم جسمی لازم است. از سوی دیگر، برآیندهای ناشی از خواب نامناسب، بسیار متعدد است. پژوهش‌های زیادی، رابطه نیرومند بین خواب نامطلوب و بروز مشکلات روانی و جسمانی متعدد برای کودکان و نوجوانان، از مشکلاتی مانند چاقی و پرخاشگری گرفته تا بیش‌فعالی را نشان داده است (واگنر، گیز و هایدر⁸، 2004؛ کارسکادون⁹، 2004). به عقیده برخی از محققان، نخستین سیستم آسیب ناشی از خواب نامناسب، در عملکرد اجرایی تا توانایی مغز برای طراحی و سازمان‌دهی فعالیت‌ها و نیز در دقت کردن نمایان می‌شود (اندرسون و هورن¹⁰، 2006). خواب بر یادگیری، پردازش‌های حافظه و عملکرد تحصیلی کودکان و نوجوانان بسیار مهم و حیاتی است. کیفیت خواب نه تنها به لحاظ تأثیر بر سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است بلکه تأثیرات فراوانی نیز بر عملکرد تحصیلی نوجوانان دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که خواب نامطلوب، چندپارگی فزاینده خواب، تأخیر در خواب شبانه و بیداری زودهنگام به طور جدی بر گنجایش یادگیری، عملکرد تحصیلی و کارکردهای عصبی رفتاری تأثیر می‌گذارد (کوریکو و همکاران، 2006).

7. Lund

8. Wagner Gais. Haider

9. Carskadon

10. Anderson, Horne

کیفیت خواب بر عملکرد قشر پیش پیشیانی مغز که با فعالیت‌های شناختی مانند خلاقیت، یکپارچگی و برنامه‌ریزی پیوند یافته، تأثیر می‌گذارد (کوریکو^{۱۱}، فرارا، جنارو، 2006). توانایی‌های شناختی عبارت است از فرآیندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربست اطلاعات (دوکاس، 2004؛ شتیل ورث^{۱۲}، 2010). فرآیندهای شناختی انسان به دلیل ضرورت حل مشکلات بوم شناختی (سول^{۱۳}، سزکلی، لیکن، لفسبور، 2007؛ کنوتاک^{۱۴}، گانتورکون، پهکامبر، گری، هانت، 2008) و هدایت محیط‌های اجتماعی پیچیده (هولیکمپ^{۱۵}، ساکای، لاندریگن، 2007) تحول یافته‌اند. توانایی‌های شناختی رابط بین رفتار و ساختار مغز بوده و گستره وسیعی از توانایی‌های برنامه‌ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام هم‌زمان تکالیف و انعطاف‌پذیری شناختی) را در بر می‌گیرد (مادریگال^{۱۶}، 2008).

استفاده نامناسب از تکنولوژی یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان می‌باشد. یکی از نگرانی‌های مشترک والدین در همه جوامع نحوه استفاده دانش‌آموزانشان از اینترنت است. استفاده از اینترنت حتی می‌تواند آثار و پیامدهای منفی بر رفتارهای نوجوانان و جوانان داشته باشد. هم‌زمان با دسترسی گسترده افراد به اینترنت، شاهد نوع جدیدی از اعتیاد هستیم که مسئله اصلی و خاص عصر اطلاعات است. اعتیاد به اینترنت اختلالی است که در سال 1996 توسط روانشناسی بنام یانگ^{۱۷} مطرح شد. کاپلان و سادوک^{۱۸} (2002) اعتیاد به اینترنت را نوعی استفاده از اینترنت می‌نامد که موجب مشکلات روانشناسی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی می‌شود. رایجترین تعریف اعتیاد به اینترنت آن است که اینترنت باعث وابستگی رفتاری در افراد شود (دونگ، زو و زائو^{۱۹}، 2011؛ رومرتاسون، لیننت، گرینگلباخ و مولر^{۲۰}، 2009).

مطالعات اخیر نشان می‌دهد که استفاده از اینترنت سبب احساس ناکامی، تنهایی، اضطراب و به طور کلی کاهش سلامت روانی می‌شود (فیروزبخت، 1380). پدیده اعتیاد اینترنتی هم‌زمان با افزایش دسترسی روزانه مردم به منابع اینترنت، شایعتر می‌شود. وب اطلاع دهنده، مفید، دارای منابع غنی و سرگرم کننده است، اما بسیاری از مردم به آن معتادند، به طوری که این منابع می‌تواند به آسیب‌ها و

-
11. Curcio, Ferrara, Gennare
 12. Dukas, Shettle Worth
 13. Sol, Szekely, Liken, Lefebvre
 14. Cnotka, Gunturkun, Rehkamper, Gray, Hunt
 15. Holekamp, Sakai, Lundrigan
 16. Madrigal
 17. Yaung
 18. Kaplan and Sadock
 19. Ding, Zhou, Zhao
 20. Roma Thomsen. Linnet, kringdbakh, moller

نابهنجاری‌های روانی و رفتاری تبدیل شود (فریس،^{۲۱} 2002). شبکه‌هایی از جمله فیس‌بوک، توئیتر، یوتیوب، مای اسپیس، اورکات، فلیکر از جمله شبکه‌های اجتماعی مجازی هستند که در مدت زمان کوتاهی به سرعت رشد کرده‌اند و روز به روز میان افراد محبوبیت بیشتری پیدا می‌کنند. از آنجا که برقراری ارتباط اصلی‌ترین دلیل استفاده کاربران از شبکه‌های اجتماعی می‌باشد و افراد در زمان کمی با افراد متعدد می‌توانند ارتباط برقرار کنند در بسیاری از موارد منجر به استفاده افراطی افراد، بخصوص نوجوانان و جوانان از این شبکه‌ها شده است و باعث می‌شود که افراد به ارتباط در فضای مجازی بیش از ارتباط در فضای واقعی علاقه‌مند شوند که این امر می‌تواند سلامت روانی آنها را تهدید کند. اختلالاتی چون اعتیاد به اینترنت، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلال هویت، کاهش احساسات، عدم اعتماد به نفس از جمله اختلالات رایج استفاده مفرط از شبکه‌های اجتماعی می‌باشد (ذوکایی و کتیبی، 1391). پرداختن هر چه بیشتر به کیفیت این دنیای مجازی بر روحیات و خلق و خوی افراد، گوناگون است. لذا استفاده زیاد از اینترنت سبب تنبلی جسمی، تقویت کم‌حرکی و کاهش روابط با دیگران در دنیای واقعی و در نتیجه انزوای اجتماعی می‌شود. همچنین، افرادی که بیش از حد معمول رایانه استفاده می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که چاق شوند، تهاجمی باشند، احساس اضطراب کنند، دچار مشکلات خواب شوند، در فراگیری فرآیندهای آموزشی کندتر عمل کنند و دچار نقص در عملکردهای شناختی شوند و در نتیجه سلامت روانی آنها به خطر بیافتد.

بنابراین استفاده زیاد از اینترنت معضلات و بحران‌های روحی و جسمی خاص خود را به همراه خواهد داشت که اگر به موقع تشخیص و به آن پرداخته نشود، می‌تواند سلامت روانی جامعه بخصوص نوجوانان و جوانان را با چالش‌های جدیدی رو به رو کند. در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی رابطه دارد؟

3-1- ضرورت و اهمیت پژوهش

اینترنت از پیشرفته‌ترین دستاوردهای اخیر بشر است که شبکه گسترده و بی‌حد و حصری از پیوندهای متعدد را در بر می‌گیرد. اینترنت به واسطه کارایی فراوان و جذابیت‌های منحصر به فرد (از قبیل پست الکترونیک، اتاق‌های گفتگو و فضاهای مجازی با کاربران متعدد)، مخاطبان زیادی را به خود جلب کرده و می‌کند (بیگس،^{۲۲} 2000). آمارها حاکی از آن است که استفاده از اینترنت در نوجوانان و

21. Ferris
22. Bigges

جوانان بیش از هر گروه سنی دیگر رایج است - بولن و هری^{۲۳}، 2000). این ابزار نوین ارتباطی افزون بر جنبه‌های مثبت خود از قبیل آگاهی از آخرین رویدادهای جهان، دستیابی به نتایج پژوهش‌ها، امکان برقراری ارتباط در کوتاهترین زمان، اثرات دیگری نیز به همراه دارد. با افزایش استفاده از اینترنت، روانشناسان نوع جدیدی از اعتیاد بنام اعتیاد اینترنتی را معرفی کردند. اعتیاد اینترنتی، انسان‌ها را به افرادی رها شده تبدیل کرده و بر روابط اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد. در نتیجه‌ی استفاده بیش از حد اینترنت، بهره‌وری و بازده کاری کاربران اینترنت پایین می‌آید. آنان با تأخیر به محل کار می‌روند و دچار کم‌کاری می‌شوند. عدم تحرک جسمی و چاقی به همراه علائمی چون درد کمر، پشت و ماهیچه از دیگر تبعات این مسئله‌اند. این کاربران حتی در صورت کنارگیری از اینترنت، دچار علائم اختلال می‌شوند (سز^{۲۴}، 2003). استفاده مرضی از اینترنت باعث کاهش ساعت خواب گردیده و موجب اضطراب و اختلال خواب می‌گردد. این افراد از سلامت روان پایین‌تری برخوردار بوده، مشکلات تحصیلی و اجتماعی بیشتری داشته و عزت‌نفس کمتری دارند (اخوان بهبهانی، 1390). جذابیت‌های اینترنتی باعث می‌شود که نوجوانان و جوانان مجذوب آن گردند و ساعت‌ها وقت خود را پای کامپیوتر بگذرانند که پیامد آن بازماندن از سایر جنبه‌های زندگی، بخصوص فعالیت‌های اجتماعی است. با توجه به ساختار سنی جوان کشور و نظر به اینکه نوجوانان و جوانان، آسیب‌پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر همچون استفاده ناصحیح از کامپیوتر و اینترنت هستند، بدیهی است که هر گونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و نیز، کاهش توانایی‌های این قشر حرکت ساز، به گونه‌ای غیرقابل اجتناب به کندی پیشرفت جامعه می‌انجامد و از طرف دیگر سلامت جسمی و روانی آنها ممکن است در درازمدت، روی سلامت آحاد جامعه اثر منفی بگذارد.

با توجه به گسترش روزافزون استفاده از اینترنت در ایران بخصوص در میان نوجوانان و جوانان در صورتی که از اکنون در پی طرح و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه در این زمینه نباشیم بزودی شاهد افزایش معضلات این حوزه به ویژه مسئله وابستگی خواهیم بود. بنابراین، ضرورت تحقیق و کسب آگاهی درباره اعتیاد اینترنتی و متغیرهای سلامت روان و اختلال‌هایی که اعتیاد به اینترنت در کیفیت خواب و نقص‌هایی در توانایی‌های شناختی ایجاد می‌کند، همانند دیگر آسیب‌های روانی و اجتماعی ضروری است تا از نتایج حاصله برای کمک به افراد در معرض خطر بیشتر استفاده شود.

23. Ballen, Harre

24. Seth

4-1-1- هدف پژوهش

1-4-1- هدف کلی

- تعیین ارتباط بین سلامت روان، اختلال خواب و توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه.

اهداف جزئی

1. تعیین ارتباط بین سلامت روان با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه.
2. تعیین ارتباط بین اختلال خواب با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه.
3. تعیین ارتباط بین توانمندی‌های شناختی با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه.

5-1- فرضیه‌های پژوهش

1. بین سلامت روان و اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه رابطه منفی وجود دارد.
2. بین اختلال خواب و اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه رابطه مثبت وجود دارد.
3. بین توانمندی‌های شناختی و اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه رابطه منفی وجود دارد.

6-1- تعاریف نظری و عملی متغیرها

1-6-1- اعتیاد به اینترنت

تعریف مفهومی: اعتیاد به اینترنت به ناتوانی فرد برای کنترل خود در استفاده از اینترنت گفته می‌شود. اعتیاد به اینترنت اصطلاح وسیعی است که تنوع گسترده‌ای از رفتارها و مشکلات مربوط به کنترل، وسواس و انگیزش را در بر می‌گیرد (امیدوار و صارمی، 1381؛ نقل از عباسی، 1392).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که شرکت کنندگان در "آزمون اعتیاد به اینترنت" (یانگ، 1998) به دست می‌آورند. مقیاس مورد استفاده برای سنجش این متغیر فاصله ای بود.

2-6-1- سلامت روان

تعریف مفهومی: کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را این طور تعریف کرده‌اند: «قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب» (میلانی فر، 1384).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که شرکت‌کنندگان در آزمون "سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28)"^{۲۵} (1379) به دست می‌آورند.

3-6-1- اختلال خواب: (کیفیت خواب)

تعریف مفهومی: کیفیت خواب مفهومی متشکل از مشخصات خواب مورد نیاز فرد در 24 ساعت که شامل مدت زمان کلی خواب، زمان به خواب رفتن و بیدار شدن و توانایی حفظ تداوم خواب در مدت زمان مورد لزوم است. (پریزاد، 1385).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که شرکت‌کنندگان در آزمون "کیفیت خواب (PQSI)" به دست می‌آورند.

4-6-1- توانمندی‌های شناختی^{۲۶}

تعریف مفهومی: توانایی‌های شناختی عبارت‌اند از فرآیندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کار بست اطلاعات (دوکاس،^{۲۷} 2004؛ شتیل ورث،^{۲۸} 2010).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که شرکت‌کنندگان در آزمون "توانایی‌های شناختی (CAQ)" به دست می‌آورند.

5-6-1- اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی^{۲۹}

تعریف مفهومی: نگرانی بیش از حد در مورد شبکه‌های اجتماعی، اشتیاق کنترل‌ناپذیر به استفاده از شبکه‌های اجتماعی و صرف زمان بیش از حد در شبکه‌های اجتماعی که به جنبه‌های دیگر زندگی فرد آسیب می‌رساند. (اندرسین و پالسن،^{۳۰} 2014)

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که شرکت‌کنندگان در آزمون "اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی" (2015) به دست می‌آورند

²⁵. Global Health

²⁶. Cognitiveability

²⁷. Dukas

²⁸. Shettle Worth

²⁹. Social media addiction

³⁰. Andreessen, Pallesen

فصل دوم:

پیشینه نظری و ادبیات پژوهش

1-2- مقدمه

تلاش اساسی این فصل در رابطه با بیان جنبه‌های نظری و پژوهشی مرتبط با موضوع مورد مطالعه متمرکز است. از این رو نخست به مفهوم به شکل کلی و مبانی نظری مرتبط با آن پرداخته شده است. سپس اختلال خواب مورد بحث قرار گرفته و پس از آن توانمندی‌های شناختی مطرح شده است و در ادامه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی و اعتیاد به اینترنت و نظریه‌های مرتبط با آنها نیز به طور کلی بیان شده است. پس از طرح مفاهیم یاد شده به روابط متقابل متغیرها با یکدیگر پرداخته شده است.

1-2-2- سلامت روان

سلامت عمومی صرفاً نداشتن بیماری یا ناتوانی نیست بلکه حالتی از رفاه بوده که با توجه به آن فرد قادر است با استرس‌های معمولی زندگی کنار آمده، از نظر شغلی و تحصیلی مفید واقع شود و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری کند. دوران نوجوانی، یکی از حساس‌ترین مقاطع زندگی هر فرد بوده که با تغییر گسترده شناختی و رفتاری همراه است و توجه به سلامت روانی این دسته از افراد اهمیت خاصی دارد. این گروه به علت آسیب‌پذیری بالا، بیشتر در معرض مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب، خودکشی، بزه‌کاری و سوءمصرف مواد قرار دارند. با توجه به آمارهای سازمان جهانی سلامت، 12 درصد بیماری‌های جهانی، ناشی از مشکلات سلامت روان هستند (ساریفینو، 2010³¹).

گراهام (1992)، ریشه لغوی سلامت روان را با کلمات انگلیسی "Halig" و آلمانی قدیم "Heilig" که به معنی مقدس است ارتباط داده است. بنابراین از نظر ریشه‌شناسی لغوی سالم بودن به معنی کلیت داشتن یا مقدس بودن است. بدین ترتیب شامل ویژگی‌های معنوی و فیزیکی است. از نظر سارتریوس سلامتی غیر قابل رؤیت است و مستلزم تظاهر کارکرد بخش‌های مستقل روانی جسمی و اجتماعی است. زمانی این رویکردهای کل‌نگر در مورد سلامتی را به کل جهان گسترش می‌دهد و سلامتی بشر را از سلامتی سیاره زمین جدایی‌ناپذیر می‌داند. در همین رابطه نیز تودور (1996)، سلامتی روان را به شرح زیر تعریف می‌کند. سلامت روان شامل: توانایی زندگی کردن همراه با شادی، بهره‌وری و بدون وجود دردسر است (صدیقی، 1392). سلامت روان مفهوم انتزاعی و ارزیابی نسبی‌گری از روابط انسان با خود،

31. Sarafino

جامعه و ارزش‌هایش است و نمی‌توان آن را جدای از سایر پدیده‌های چندعاملی فهمید که فرد را به موازاتی که در جامعه به عمل می‌پردازد می‌سازند. سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیاست، انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی، رفتار ملاحظه‌گرانه و گرایش شاد را حفظ می‌کنند. سلامت روان عنوان و برجستگی است که دیدگاه‌ها و موضوعات مختلف مانند عدم وجود علائم احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را در بر می‌گیرد. برای ارائه یک تئوری در مورد سلامت روان، موفقیت برون‌روانی کافی نیست باید سلامت درون‌روانی را به حساب آوریم. سلامت روان ظرفیت رشد و نمو شخصی می‌باشد. و یک موضوع مربوط به پختگی است. سلامت روان یعنی هماهنگی بین ارزش‌ها، علایق‌ها و نگرش‌ها در حوزه عمل افراد و در نتیجه برنامه‌ریزی واقع‌بینانه برای زندگی و تحقق هدفمند مفاهیم زندگی است. سلامت روان، سلامت جسم نیست بلکه به دیدگاه و سطح روان‌شناختی ارتباطات فرد و محیط اشاره دارد. بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است زیرا تمامی تعاملات مربوط به سلامتی به وسیله روان انجام می‌شود (صدیقی، 1393)

سلامت روانی را می‌توان بر اساس 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 تأثیر می‌گیرد و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی‌اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی‌اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می‌توان آن قسمت‌هایی را که درباره‌ی خود یا زندگی‌اش مسأله‌ساز است، تغییر دهد (هرشن‌سن و پاور، 1988).

به این ترتیب، متخصصان بعدی کارشان را روی مفاهیمی کلی از قبیل بهنجار بودن یا بهزیستی متمرکز کردند. امروزه مفهوم مقابله (Coping) به منزله ملاک سلامت روانی به نوشته‌های رشته‌های تخصصی گوناگون بهداشت روانی راه یافته است (هرشن‌سن و پاور، 1988) 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 (کاپلان و سادوک، 1999).

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، تأمین سلامت روان است تا به مدد آن بتواند قوا و استعدادهای روانی را پرورش دهد.

با توجه به مطالبی که ذکر شد می‌توان خاطرنشان کرد، به طور کلی شخص دارای سلامت روان می‌تواند با مشکلات دوران رشد روبه‌رو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می‌رسد تعریف رضایت‌بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت‌آمیز و رفتار شایسته و مطلوب است. بنابراین هر گونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می‌شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد (نبی‌جمال واحدی، 1370).

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضاءکننده نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعداد فطری خویشتن می‌باشد. فردی از سلامت روان برخوردار است که قادر باشد تا عقده‌های 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 اسدی نوقابی، 1381). سلامت عمومی عبارت است از حالت کامل رفاه و بهزیستی در جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری. سلامت روانی یکی از ارکان سلامت عمومی فرد است. تعریف فوق از سلامت عمومی، مطابق با اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت (1948)، ابراز شده است (میلانی‌فرد، 1374).

سلامت روانی نوعی از سلامت است که به قسمت خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، روان و روح انسان اشاره و نظر دارد؛ می‌توان این‌گونه استنباط کرد که سلامت روان تأثیر مستقیم روی کل سلامت دارد. آدلین و همکاران (1999) سلامت روان را امری ایستا نمی‌دانند، بلکه فرایندی پویا در نظر می‌گیرند که تمام تصمیم‌ها و فعالیت‌های روزمره را منعکس می‌کند (نقل از کیز، 2005).

تعریفی که اکثراً در بین روان‌پزشکان از سلامت روانی شایع است عبارت است از: «عدم نشانه‌های مرضی یا فقدان بیماری روانی» البته باید توجه داشت که تفاوت‌های زیادی بین موضوعات سلامت روان، بیماری‌های روانی، اختلالات روانی، بیماری‌های جسمی و همچنین تشخیص این مقولات وجود دارد. بیماری‌های روانی بیشتر موقعی استفاده می‌شود که نشانه‌ها یا رفتارهای قابل تشخیص بالینی که متعارض با انطباقات اجتماعی، علمی و شغلی وجود داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1999، به نقل از هونتسمن، 2008).

همچنین بیماری‌های روانی در مورد اشخاصی استفاده می‌شود که رفتارهای بیمارگونه را در وضعیت گوناگون داشته باشند و این بیماری‌ها از لحاظ طبی قابل تشخیص بوده و منجر به اختلالاتی مهم در شناخت، عواطف و توانایی‌های ارتباطی اشخاص شده باشد (نقل از هونتسمن، 2008).

کیز (2007) سلامت روانی را به عنوان وضعیت کامل ادراک شده خوشبختی می‌داند که شامل نه صرفاً فقدان بیماری، بلکه وجود عوامل مثبت در زندگی است. از نظر کیز سلامت روانی عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرایندهای ذهنی، فعالیت‌های کارآمد، روابط مؤثر و پر بار افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب.

کریستین (1999) سلامت روان را حالتی از یک حالت ذهنی می‌داند که به وسیله سلامت هیجانی، دوری از اضطراب و علائم بیمارگونه، توانایی ایجاد ارتباط سازنده و سازگاری با فشارهای زندگی مشخص می‌شود (به نقل از کیز، 2002).

2-2-2- نشانه‌های سلامت روانی

جهودا³⁴ (نقل از جعفری، 1382) معتقد است که خصوصیات یعنی در افراد نشانه‌ی سلامت روانی آنها می‌باشد که عبارت‌اند از:

- 1- نگرش مثبت به خود، شامل دانستن نظر واقعی در مورد خود و قبول توانایی‌ها و محدودیت‌هاست.
- 2- هماهنگی و یکپارچگی، ظاهر فرد سالم با باطن او یکی است. بین خلق و عاطفه هماهنگی وجود دارد و هیچ وقت خود را فریب نمی‌دهد. هماهنگی شامل توانایی برای پاسخ سازگار با محیط و گسترش هدف زندگی می‌باشد.
- 3- تسلط بر محیط، فرد سالم زمانی که با موقعیت‌های مختلف زندگی روبه‌رو می‌شود، قادر به تصمیم‌گیری، تطابق با تغییر و سازگاری می‌باشد.

33. Huntsman

34. Jahoda

3-2-2- سلامت روانی و نوجوانی

دوره نوجوانی از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و از آن به عنوان دوره‌ی بحرانی طوفان استرس و دوره‌ی زایش دوباره یاد کرده‌اند (ویسر،^{۳۵} 2000) نوجوانی دوره‌ای از رشد، همراه با تغییرات برجسته می‌باشد که شامل عبور شخص از مرحله کودکی به بزرگسالی است که طیف سنی 11 تا 20 سالگی را در بر می‌گیرد. در طی این دوره، تغییرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی صورت می‌گیرد. مشخصه نوجوانی، بلوغ است. بلوغ یک فرآیند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرآیند و تغییر روان‌شناختی است، متفاوت می‌باشد (حیدری، کامران، بهلولیان و اقبالیان، 1379).

استیون^{۳۶} (2000) معتقد است که رشد شخصیتی و شناختی نوجوان به صورت تغییر در نحوه تفکر، به صورت انتزاعی، مفهومی و آینده‌نگر شدن می‌باشد.

بسیاری از نوجوانان در این دوره خلاقیت قابل ملاحظه‌ای از خود نشان می‌دهند. نوجوان تدریجاً ارزش‌های گوناگونی را از منبع متفاوت وارد نظام اعتقادی خود می‌کند و این نظام اعتقادی برای تطابق با واقعیت‌های زندگی جدید باید انعطاف‌پذیری، تغییر و تکامل داشته باشد. وقتی نوجوان احساس استقلال می‌کند خانواده این پختگی و بالیدگی در حال ظهور نوجوان را تشویق و حمایت می‌کند، او برای این سوالات (من کیستم و به کجا می‌روم؟) پاسخی در خود می‌یابد. تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویش است (مسعودزاده، خلیلان، اشرفی و کیمیابیگی، 1383). کاپلان (1998) معتقد است که رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس، میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه‌ی جدایی از والدین و استحکام روان‌شناختی فرد، برای هر نوجوان به طور جداگانه شکل می‌گیرد. نکته بسیار مهمی که وجود دارد این است که بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (مسعودزاده و همکاران، 1383). با توجه به اینکه سال‌های نوجوانی، دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد.

4-2-2- دیدگاه‌های مختلف در مورد سلامت روانی

در مورد سلامت روانی دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلفی ارائه شده است که در این قسمت از پیشینه نظری به تشریح نظریات مهم پرداخته می‌شود.

35. Visser

36. Stiven

1-4-2-2- مکتب زیست‌گرایی

مکتب زیست‌گرایی در مطالعه‌ی رفتار انسان بیشترین اهمیت را بر بافت‌ها و اعضای بدن انسان قائل می‌شود. این مکتب که پایه‌ی اصلی روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهد، بیشتر به بیماری روانی توجه دارد نه بهداشت روانی، زیرا بیماری روانی را جزء سایر بیماری‌ها به حساب می‌آورد. اگر رفتار شخصی از هنجار منحرف شود، به این دلیل خواهد بود که دستگاه روانی او اختلال پیدا کرده است. طبق این دیدگاه اختلال‌های روانی بر اثر نیازهای شخصی، عقاید، آرزوهای اجتماعی و ارزش‌هایی که با مخالفت روبه‌رو می‌شوند، بروز نمی‌کنند. این پدیده‌ها به فرایندهای روانی - شیمیایی نسبت داده می‌شود. فرایندهایی که روزی به کمک تحقیقات پزشکی کشف خواهد شد. دیدگاه روان‌پزشکی، درباره فرد دید تعادل حیاتی دارد. طبق این دیدگاه بهداشت روانی عبارت است از نظام متعادلی که خوب کار می‌کند، اگر تعادل به هم بخورد، بیماری روانی ظاهر خواهد شد. بنابراین، می‌توان رفتار را به پاندولی تشبیه کرد که بین دو قطب بیماری در نوسان است و بهداشت روانی بین آن دو قطب جای می‌گیرد. ممکن است پاندول از نوسان بیفتد و اینجاست که دشواری‌های سازگاری با واقعیت زندگی روزانه، ظاهر می‌شود (گنجی، 1385).

2-4-2-2- مکتب روان‌تحلیل‌گری

به عقیده فروید ویژگی‌های خاصی برای سلامت روان‌شناختی ضرورت دارد که نخستین ویژگی هشیاری (خودآگاهی) است بعضاً هر آنچه که ممکن است در ناهشیاری (ناخودآگاهی) موجب مشکل شود بایستی خودآگاه شود یا اینکه به قسمت ناهشیاری آورده شود. واپس‌زنی ناخودآگاه و غیرضروری بایستی دگرگون شوند و انرژی صرف شده برای نگهداری آن‌ها در ناخودآگاه بایستی به «من» که قسمت آگاه ذهن است باز گردانیده شوند. تجارب کودکی ناخودآگاه بایستی گشوده شوند و از این طریق به فرد کمک شود تا شیوه‌ی ارضای کودکانه را رها نماید. در نهایت، خودآگاهی حقیقی ممکن نیست مگر اینکه کنترل غیرواقعی و غیرضروری یا زائد «من برتر» در هم شکسته شود. زیرا گنجایش ناخودآگاه من برتر بازتابی از این تحریم‌ها، ممنوعیت و ایده‌آل‌های والدین فرد است و این مسایل در انسان نوعی احترام غیرمنطقی و انعطاف‌ناپذیر است که جایگزین وجدان سخت‌گیر و اخلاقی می‌شود. این بدین معنی نیست که اگر کنترل‌های ناخودآگاه من برتر تضعیف شوند و خواسته‌های واپس‌رانده خودآگاه شوند می‌توانیم زندگی لذت‌آوری را شروع کنیم. خودآگاهی لذت‌طلبی نیست، خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روان‌شناختی است و در شخص بالغ، نتیجه واپس‌زنی تمایلات غریزی محکومیت آن می‌باشد. به نظر فروید خودآگاهی برای سلامت روان‌شناختی کفایت‌کننده نیست.

در نتیجه او یگانگی منطقی از علاقه‌مندی‌ها و اشتیاقات عمومی را معیار نهایی سلامت روان‌شناختی می‌داند (شعبانی، 1392).

- از نظر یونگ³⁷ افراد دارای سلامت روانی کسانی هستند که بر طبیعت خود و سطح ناهشیار آن (جاه‌طلبی‌ها، امیدها، هدف‌ها و ...) دارای خودآگاهی هستند. قدرت‌ها، ضعف‌ها و جنبه مقدس و شیطانی طبیعت روانی خود را می‌شناسند و آن را پذیرا هستند. در ضمن آنان بیشتر با دیگران احساس همدلی می‌کنند (شاملو، 1384).

- اریک فروم³⁸ درباره‌ی ویژگی‌های انسان سالم از نظر روانی معتقد است که سلامت روان فرد تا حد زیادی تحت تأثیر فرهنگ جامعه می‌باشد و مسئله‌ای اجتماعی است. چنانچه این فرهنگ فرصت شکوفایی و خلاقیت را در اختیار افراد بگذارد و افراد بتوانند نیازهای روانی خود را ارضاء کنند، از نظر روان سالم هستند و با دیگران به ارتباط می‌پردازند. اما این ارتباط در جهت بارور ساختن توانایی‌ها، آفرینش و عشق است نه در جهت ارضای نیازهای یک‌سویه (شاملو، 1384).

- به عقیده‌ی اریکسون سلامت روان‌شناختی اصولاً نتیجه‌ی عملکرد قوی و قدرتمند «من» است. من عنوان و مفهومی است که نشان‌دهنده‌ی توانایی یکپارچه‌سازی اعمال و تجارب شخص به طور انتخابی و سازشی است. من تنظیم‌کننده‌ی درونی روان انسان است که تجارب فرد را سازمان‌دهی می‌کند و در نتیجه از انسان در مقابل فشارهای نهاد و من برتر حمایت می‌کند. هنگامی که رشد انسان و سازمان اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ شود هر کدام از مراحل رشد روانی و اجتماعی توانایی و استعداد ظهور می‌نمایند. به عقیده‌ی اریکسون سلامت روان‌شناختی فرد به همان اندازه است که توانسته توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کند (اتکینسون و هیلگارد، 1371).

3-4-2-2- مکتب رفتارگرایی

مکتب رفتارگرایی معتقد است که بهداشت روانی به محرک و محیط وابسته است. رفتارگرایی بر خلاف روانکاو، بر فرایندهای ناآگاه تأکید ندارد و بهداشت روانی و بیماری را نیز در مقابل یکدیگر قرار نمی‌دهد. این الگو سعی می‌کند رفتار را به صورت عملیاتی تعریف کند. بنابراین رفتارگرایی، برای آن که از رفتار دید عینی بدهد، بر مشاهده‌ی رفتار و تعامل بین آن و محیط تأکید کرده است.

محرک ← ارگانیزم ← پاسخ

37. Jung

38. Erich Fromm

بدین ترتیب آنچه را که مکاتب دیگر بیماری روانی به حساب می‌آورند از دید رفتارگرایان، رفتاری است که مثل سایر رفتارها آموخته شده است. مسلماً این رفتار با رفتاری که در برخی موقعیت‌ها به طور طبیعی اتخاذ و پذیرفته می‌شوند، مطابقت نمی‌کند، با این همه رفتار آموخته‌شدنی است.

طبق قوانین یادگیری کنشگر، هر رفتاری برای آموخته شدن باید تقویت شود، در مورد رفتار ناسازگاری یا غیرانطباقی نیز همین‌طور است. رفتار ناسازگار، مثل هر رفتار دیگر بر اثر تقویت آموخته می‌شود. بنابراین از دید رفتارگرایی، بهداشت روانی رفتاری است که با محیط معینی، با نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد (گنجی، 1385).

از میان نظریه‌های رفتاری در مورد سلامت روانی، دیدگاه اسکینر³⁹ بهتر مفهوم‌سازی شده است. وی سلامت روانی را معادل رفتار بر طبق قواعد و قوانین جامعه می‌داند و معتقد است هنگامی که رفتار افراد جامعه از این قواعد منحرف شد، می‌توان از شیوه‌های اصلاح رفتار برای بهبود و هنجارسازی رفتارها استفاده کرد. در این رویکرد، فرد سالم کسی است که بتواند به اندازه ممکن از قواعد و اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندتری برسد. در مقوله مذکور، اسکینر مفاهیم ذهنی مثل امیال، خواسته‌ها، هدفمندی، غایت‌نگری و امثال آن را در کنار گذاشت (مهدوی‌ا قدم، 1384).

4-4-2-2- مکتب انسان‌گرایی

از نظریه‌پردازان این دیدگاه می‌توان به مازلو⁴⁰ اشاره کرد. مازلو با معرفی سلسله مراتب نیازهای انسان معتقد است که نیازهای انسان، متناسب با نیرومندی به پنج سطح طبقه‌بندی می‌شود. به عقیده‌ی او بهداشت روانی عبارت است از حالت کسی است که از نظر بنیادی آن قدر ارضاء شده است که می‌تواند برای خودش کوفایی انگیزه داشته باشد. بنابراین مفهومی که مازلو از بهداشت روانی ارائه می‌دهد، بر رشد فرد در جهت خودش کوفایی تأکید می‌کند. این تمایل جنبه همگانی دارد و تلاش فرد سالم بر آن است که بتواند آن را برآورده کند. هر عاملی که این نیرو را به حرکت در آورد، فرد را در جهت بهداشت روانی و خلق نیازهای بالاتر، هدایت خواهد کرد. برعکس کسی که تمام تلاش‌های او به ارضای نیازهای زیستی محدود شود، رشد نخواهد یافت و به سلامت روانی کامل نخواهد رسید (شعبانی، 1392). به نظر روان‌شناسان انسان‌گرا، برای داشتن سلامت روانی، تا اندازه‌ای باید انعطاف‌پذیر بود. با واقعیت آن قدر فاصله گرفت که بتوان بیشترین خودمختاری را به دست آورد، این فاصله گرفتن یا رها شدن از واقعیت، به معنای بی‌علاقگی یا طرد نیست، بلکه بیشتر تحلیل کسب آگاهی و قبول تجربه روانی و ذهنی فرد

39. Skinner

40. Maslow

است. بر خلاف مازلو که بر رشد مطلوب ارگانسیم تأکید دارد، کارل راجرز^{۴۱} یکی دیگر از انسان‌گرایان مشهور، از بهداشت روانی مفهوم دیگری ارائه می‌دهد. این مفهوم ریشه‌ی اگزستانسیالیستی (فلسفه‌ی اصالت وجودی) دارد و بر فرضیه‌ی تمایل بنیادی انسان به خودشکوفایی استوار است. از طرف دیگر، توانایی خودشکوفایی به محیط وابسته است، محیطی که رشد فرد را ممکن می‌سازد و برای او احساس پذیرفته شدن مشروط، محبوبیت نامشروط و ارزشمندی فراهم می‌آورد. طبق تبیین راجرز، بیماری روانی یا نبود سلامت روانی، بر اثر پذیرفته نشدن برخی رفتارها به وجود می‌آید. در واقع، همه‌ی رفتارها پذیرفته نمی‌شود و همه‌ی رفتارها مورد تأیید قرار نمی‌گیرند. این عدم پذیرش، بین تصویری که شخص از خود دارد (خویش‌پنداری) و تصویری که از واقعیت برای او فراهم می‌کند، انحراف ایجاد می‌کند. در اینجا است که شخص، تمایل پیدا می‌کند که واقعیت را تحریف کند و به این وسیله سازگاری و بقاء را برای خود ممکن می‌سازد (گنجی، 1385).

3-2- خواب

هرچند ممکن است به نظر برسد خواب مشترکات اندکی با بیداری دارد، مشابهت‌هایی بین این دو حالت وجود دارد. پدیده خواب دیدن نشان می‌هد که در خواب هم فکر می‌کنیم، هرچند نوع تفکر ما در رویا به انحاء مختلف از نوع اندیشیدن ما در بیداری متفاوت است. ما در حالت خواب خاطرات ایجاد می‌کنیم. همان‌طور که به خاطر آوردن رویاها این واقعیت را نشان می‌دهد، خواب آرامش مطلق هم نیست، بعضی از افراد در خواب راه می‌روند. افراد در حالت خواب نسبت به محیط فاقد حساسیت کامل نیستند: گریه بچه، پدر و مادر را بیدار می‌کند. خواب بدون طرح‌ریزی کامل هم نیست. خیلی‌ها تصمیم می‌گیرند در ساعات معینی بیدار شوند و می‌شوند. یک فرد بالغ بهنجار، به طور متوسط یک‌سوم تا یک‌چهارم از مدت زندگی خود را در خواب^{۴۲} و بدون انجام کار می‌گذراند. خواب ضرورتی غیر قابل انکار دارد، اما چرا؟ لازم به ذکر است که خستگی که به وسیله خواب از میان می‌رود بیشتر احساس ذهنی است تا بدنی. این در ظاهر تبیین خوبی به نظر می‌رسد ولی مشکلاتی نیز دارد، زیرا مغز هرگز استراحت نمی‌کند. حتی در زمان عمیق‌ترین مرحله خواب هم سلول‌های عصبی مغز فعالیت خود را به طور مداوم ادامه می‌دهند (مقدم دیزج هریک، 1392).

برانگیختگی^{۴۳}، جنبه‌ای مهم از خواب است. یکی از اختلاف‌های مهم سیستم عصبی در حالت خواب و بیداری سطح برانگیختگی آنهاست. اگر خواب و بیداری را به صورت یک پیوستار در نظر بگیریم،

41. Carl Rogers

42. Sleep

43. Arousal

همچنان که در این پیوستار از خواب به طرف بیداری حرکت کنیم توجه^{۴۴} بهتر می‌شود، و برعکس آن کاهش پیدا می‌کند. ساختارهای ساقه مغز مانند هسته‌های رافه که در پاسخ‌دهی بیدار مغز دخالت دارند، در خواب نیز درگیر هستند. توجه، خواب و برانگیختگی کاملاً با یکدیگر ارتباط دارند. لذا فهم توجه کلید فهم نیاز به خواب می‌باشد (همان منبع).

2-3-2- ماهیت خواب

مغز در هنگام خواب، بدون فعالیت نیست. مغز در حال فعالیت است به اندازه زمان آرامش در بیداری. تجزیه و تحلیل امواج مغزی نشان می‌دهد که خواب شامل پنج مرحله است: چهار مرحله خواب با عمق‌های متفاوت و مرحله پنجم به نام خواب همراه با حرکات سریع چشم^{۴۵} (REM). وقتی کسی چشمانش را می‌بندد و در حالت آرمیده‌ای قرار می‌گیرد، معمولاً در موج‌های مغزی او طرح منظمی شامل 8 تا 12 هرتز (چرخه در ثانیه) دیده می‌شود. این امواج را امواج آلفا^{۴۶} می‌نامند. در مرحله اول خواب، از نظم موج‌های مغزی و دامنه آنها کاسته می‌شود. ویژگی مرحله دوم خواب، نمایان شدن دوک‌ها^{۴۷} (مجموعه‌های کوچک و منظمی از پاسخ‌هایی با بسامد 12 تا 16 هرتز) همراه با افت و خیزهای تند و گهگاهی در سراسر دامنه‌ی یی یی جی (EEG) است که آن را مجموعه^{۴۸} K^{۴۸} گویند. مراحل سوم و چهارم خواب که از مراحل قبلی نیز عمیق‌ترند با امواج کند (1 تا 2 هرتز) مشخص می‌شوند و به امواج دلتا^{۴۹} مشهورند. معمولاً بیدار کردن شخص خفته طی مرحله‌های 3 و 4 بسیار دشوار است. هرچند ممکن است وی تحت تأثیر یک محرک شخصی، مثلاً شنیدن نامی آشنا یا گریه‌ی کودک، بیدار شود، اما عامل مزاحم غیرشخصی از قبیل صدای بلند نمی‌تواند او را از خواب بیدار کند. در بزرگسالان حدود یک ساعت پس از به خواب رفتن، تغییر دیگری روی می‌دهد. EEG فعالیت شدیدی را ثبت می‌کند (حتی شدیدتر از زمانی که شخص بیدار است) اما شخص بیدار نمی‌شود. الکترودهای نزدیک چشم‌ها حرکات سریعی را در چشم ثبت می‌کنند. این حرکات سریع چشم چنان مشخص‌اند که می‌توان آنها را زیر پلک‌های بسته نیز مشاهده کرد. این مرحله از خواب را خواب REM و چهار مرحله‌ی دیگر را خواب NREM^{۵۰} نامیده‌اند. این مراحل مختلف خواب در طول شب تکرار می‌شوند. خواب با مراحل NREM شروع می‌شود و شامل چند چرخه هر یک متشکل از مقداری خواب REM و مقادیری خواب NREM است.

44. Attention

45. Rapid eye movement (REM)

46. Alfa Waves

47. Spindle

48. K-Complex

49. Delta Waves

50. WREM (non-Rapid Eye Movement)

3-3-2- مقایسه خواب REM و خواب NREM

دو نوع خواب، REM و NREM، همان قدر که با بیداری تفاوت دارند از یکدیگر نیز متفاوتند. در طول خواب NREM حرکات چشم به کلی متوقف می‌شود. تنفس و ضربان قلب به میزان چشمگیری کاهش می‌یابد، ماهیچه‌ها آرامیده می‌شوند، و میزان سوخت‌وساز مغز در مقایسه با دوره بیداری بین 25 تا 30 درصد کاهش می‌یابد. برعکس، طی خواب REM، حرکات بسیار سریع چشم با دوره‌های 10 تا 20 ثانیه‌ای به وجود می‌آید. ضربان قلب تندتر می‌شود و میزان سوخت‌وساز مغز به حد دوره بیداری می‌رسد.

به علاوه، در خلال خواب REM آدمی تقریباً به طور کامل فلج می‌شود و تنها قلب، دیافراگم، ماهیچه‌های چشم و ماهیچه‌های صاف (مثل ماهیچه‌های روده‌ها و رگ‌های خونی) فعال می‌مانند. کوتاه سخن اینکه مشخصه اصلی خواب NREM وجود مغزی نافع در بدن بسیار آرامیده است، و ویژگی عمده خواب REM وجود مغزی کاملاً بیدار در بدنی کم و بیش فلج است (اتکینسون، اتکینسون، اسمیت، م. بم. هوکسما، 1387).

4-3-2- نظریه خواب

چرا در مواقع معینی بیداریم و در مواقع دیگر به خواب می‌رویم؟ دو پژوهشگر پیش‌تاز درباره خواب دیل ادگار⁵¹ و ویلیام دمنت⁵² (1992)، الگوی فرایند - متضاد را درباره خواب و بیداری عرضه کرده‌اند. طبق این الگو، مغز دارای دو فرایند متضاد است که تمایل ما به خوابیدن یا بیدار ماندن را کنترل می‌کنند: یکی سائق خواب تعادل حیاتی و دیگری فرایند هشیار ساز وابسته به ساعت.

خواب تعادل حیاتی فرایندی فیزیولوژیایی است در جهت تأمین مقدار خواب لازم برای دستیابی به سطح هوشیاری پایدار در طول روز. این فرایند در سراسر شب در کار است، اما در طول روز نیز فعالیت دارد. در طول روز نیاز به خواب دائماً انباشته می‌شود. اگر شبی بسیار کم خوابیده باشیم. موارد به خواب رفتن در طول روز بعد چشمگیر خواهد شد. فرایند هشیار ساز وابسته به ساعت را عامل معروف به ساعت زیستی⁵³ کنترل می‌کند که شامل دو ساختار عصبی ظریف است در مرکز مغز این ساعت، رشته تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیایی، از جمله دوره‌های هشیار را کنترل می‌کند که اصطلاحاً دوره‌های شبانه‌روزی⁵⁴ نامیده می‌شوند زیرا تقریباً هر 24 ساعت روی می‌دهند. ساعت زیستی تحت تأثیر نور قرار

51. Dale Edgar

52. William Dement

53. Biological Clock

54. Circadian Rhythms

دارد: روشنایی روز به ساعت زیستی علامت می‌دهد تا ترشح ملاتونین، یعنی هورمونی را که موجب خواب می‌شود، متوقف کند. این دو فرایند متضاد - یعنی خواب تعادل حیاتی و فرایند هشیارساز وابسته به ساعت - با همدیگر تعامل می‌کنند و چرخه شبانه‌روزی خواب و بیداری را به وجود می‌آورند. اینکه در هر وقت مفروض به خواب رویم یا بیدار باشیم به نیرومندی نسبی این دو فرایند وابسته است. در طول روز معمولاً فرایند هشیارساز وابسته به ساعت بر سائق خواب تسلط دارد، اما هنگام شب همچنانکه میل به خواب نیرومندتر می‌شود، هشیاری کاهش می‌یابد. در اواخر شامگاه ساعت زیستی نافع می‌شود و ما به خواب می‌رویم (همان منبع).

5-3-2- اختلال‌های خواب

خواب از نیازهای فیزیولوژیکی و اساسی بشر است. خواب از دیرباز به عنوان یک عامل مهم در وضعیت سلامتی انسان‌ها مورد توجه بوده است.

مختل شدن چرخه خواب و بیداری بر مختل شدن سایر اعمال فیزیولوژیک بدن تأثیر می‌گذارد مانند کاهش اشتها، احساس خستگی، فقدان تمرکز، تشدید بیماری‌ها و مشکلات جسمی کیفیت بالینی مهم است. اختلالات خواب به دو صورت بی‌خوابی و بدخوابی نمایان می‌شود.

- بی‌خوابی عبارت است از اختلال در به خواب رفتن و یا باقی ماندن در حالت خواب، بیدار شدن صبح زود و بدخوابی شامل خواب ناکافی، خواب با کیفیت پایین و مشکلات تنفسی و بیدار شدن متوالی به دلیل تأثیر چرخه خواب و بیداری بر حیطه‌های مختلف زندگی فرد از جمله سیستم ایمنی بدن. کیفیت خواب از عوامل تأثیرگذار بر سلامتی افراد است. بین 30 تا 45 درصد از جمعیت جهان از بی‌خوابی رنج می‌برند و شیوع اختلالات خواب در این جمعیت عمومی بین 15 تا 42 درصد است. همچنین بیماری و درد جسمی کیفیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کیفیت خواب یک پدیده پیچیده است که تعریف و سنجش آن ذهنی است یعنی در محیط آزمایشگاهی قابل اندازه‌گیری نیست از طرفی متغیرهای تشکیل‌دهنده کیفیت خواب و میزان اهمیت آن‌ها ممکن است بین افراد مختلف متفاوت باشد. کیفیت خواب طبق تعریف از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می‌شود مانند میزان رضایت‌مندی از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود. کیفیت خواب نامطلوب منجر به خواب‌آلودگی روزانه، تغییرات خلقی و افزایش خطر مصرف مواد مخدر می‌گردد. کیفیت و کمیت خواب بر یادگیری، حافظه و تعداد زیادی از توانایی‌های شناختی مؤثر است. بویژه اعمالی که مرتبط با ذخیره اطلاعات جدید و یادگیری مهارت در محیط‌های آموزشی می‌باشد. لذا آگاهی از میزان

Family name: kheradmand	Name: Farzaneh	
Title of thesis: the relationship between mental health, sleep disturbance and cognitive abilities with internet addiction and social networks addiction in secondary school students.		
Supervisor: A, Atadokht (Ph.D)	Advisor: M. Narimani (prof)	
Graduate Degree: M.A.	Major: psychology	Specialty: Clinical
University: Mohaghegh Ardabili	Faculty: Educational sciences and psychology	
Graduation date: 2017/09/13	Number of pages: 71	
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this research was to determine the relationship between mental health, sleep disorder and cognitive abilities with internet addiction and social networks addiction in secondary school girl students.</p> <p>The research method was descriptive-correlational. The population of the study consisted of high school girl students that were studying in 2016-2017 and the study was conducted in 1, 3 and 5 districts of Tabriz city.</p> <p>The sample included 351 students that were selected by cluster sampling method. The data was collected by questionnaires of goldberg’s mental health, pittesburg sleep quality, cognitive ability, Young’s internet addiction and social networks addiction. The data was analyzed using person correlation and multi-variation regression and the results demonstrated that internet addiction and social networks addiction have a significant positive relationship with mental health and sleep disorder and have a significant negative relationship with cognitive abilities, ($p<0/01$). The tow variables of internet addiction and social networks addiction can predict mental health, impairment in the quality of sleep and cognitive abilities. There for, it could be stated that mental health, sleep quality and cognitive abilities are influenced by various factors, including internet and social networks addiction.</p>		
Keywords: mental health, sleep quality, cognitive ability, internet addiction, social networks addiction.		



University of Mohaghegh Ardabili
Faculty of Educational Sciences and Psychology
Department of Psychology

**Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of
M.A. in Clinical Psychology**

Title:

**The relationship between mental health, Sleep disturbance and cognitive
abilities with internet addiction and social networks addiction in Secondary
school girt Students**

Supervisor:

Akbar Atadokht (Ph. D)

Advisor:

Mohamad Narimani (Prof)

By:

Farzaneh kheradmand

July 2017