

خوانشی جامعه‌شناختی بر پژوهش‌های اعتیاد به اینترنت در ایران

(صفحات ۹ تا ۳۹)

محسن نیازی^۱ * عباس صدری^۲ * سجاد سرحدی^۳ * سجاد مرادی^۴

پذیرش: ۹۶/۰۴/۰۴

دریافت: ۹۶/۰۲/۱۲

چکیده

امروزه فن‌آوری رسانه‌ای به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر، چنان با زندگی مردم در جوامع مختلف عجین شده است که رویگردانی و بی‌توجهی به آن، اختلالی عظیم در جامعه و ابعاد مختلف اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی آن به وجود می‌آورد. اینترنت نیز به‌عنوان یکی از دستاوردهای بزرگ بشر در عرصه تکنولوژی ارتباطی از این قضیه مستثنی نیست و از آغاز پیدایش، تأثیر شگرفی بر زندگی بشر در جوامع مختلف، اعم از جوامع پیشرفته و کشورهای توسعه‌نیافته گذاشته است. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که پژوهش‌های پنج سال اخیر ایران در حوزه اعتیاد به اینترنت به لحاظ گفتمانی در چه مفصل‌بندی قرار دارد؟

روش تحقیق پژوهش حاضر تحلیل متن می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر مقاله‌هایی است که در حوزه اعتیاد به اینترنت در ایران از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ چاپ شده است. روش نمونه‌گیری به‌صورت

Sjdmoradi@yahoo.com

۱. استاد جامعه‌شناسی، دانشگاه کاشان؛

Ab_sadri@yahoo.com

۲. استادیار مدیریت، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی؛

Sarhadi1368@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان؛ نویسنده مسئول؛

S.moradi66@gmail.com

۴. دانشجوی دکتری، علوم ارتباطات اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی؛

..... خوانشی جامعه‌شناختی بر پژوهش‌های اعتیاد به اینترنت در ایران.....

اشباع نظری است. حجم نمونه ۲۰ مقاله می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داده است که مسئله اعتیاد به اینترنت بیشتر مورد واکاوی و تحلیل از سوی علوم پزشکی و روانشناسی است و علوم اجتماعی و علوم ارتباطات مورد انکار گفتمانی قرار گرفته‌اند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که عموماً این پدیده به‌مثابه نوعی بیماری نگریسته می‌شود. فردی کردن مسئله اعتیاد به اینترنت و جداکردن آن از زمینه‌های اجتماعی پدیده، از دیگر ویژگی‌های این پژوهش‌ها در ایران است.

واژگان کلیدی: اعتیاد به اینترنت، آنومی، همبستگی اجتماعی، گفتمان، پزشکی‌ینه شدن.

مقدمه

در هزاره‌ی سوم، جوامع انسانی شاهد تحولات شگرف فن‌آوری اینترنت و تأثیرات فرهنگی-اجتماعی و حرفه‌ای ناشی از آن هستند؛ انقلاب الکترونیک، انفجار اطلاعاتی و انقلاب رایانه‌ای، تفاوت‌های کمی و کیفی بسیاری در جهان نسبت به دو دهه پیش با خود به همراه آورده است (De Abreu, Young, 2011; Young, 1998). امروزه ارتباطات از خلال رایانه و اینترنت و تأثیر آن بر تمامی حوزه‌های علمی، تجاری، تعلیم و تربیت، فرهنگ، سیاست (Stefanescu, Chele, Chirita & Ilinca, 2007)، خرید، جمع‌آوری اطلاعات، گفتگو با سایر کاربران و بسیاری از فعالیت‌های دیگر انکارناپذیر است، آن‌گونه به نظر می‌رسد که هیچ جنبه‌ای از زندگی نیست که تحت تأثیر این دهکده جهانی قرار نگرفته باشد (Hardie & Tee, 2007). به عبارتی دیگر، امروزه اینترنت با داشتن ویژگی‌های منحصر به فردی مانند سهولت استفاده، دسترسی آسان، گم‌نامی کاربران، هزینه‌های پایین و جذابیت‌های یکتای آن به‌عنوان عمومی‌ترین رسانه جمعی^۱ جهان شناخته شده است (LaRose, Kim & Peng, 2010). به گونه‌ای که بر اساس گزارش دنیای اینترنت^۲ (۲۰۱۲) شبکه اینترنت در ماه دسامبر ۲۰۱۱ در حدود ۲,۲۶۷,۲۳۳,۷۴۲ نفر کاربر داشته است، یعنی در حدود ۳۲,۷٪ از جمعیت جهانی کاربر اینترنت هستند. بر اساس این گزارش، در ایران در دسامبر سال ۲۰۱۱ از ۷۷,۸۹۱,۲۲۰ نفر جمعیت، ۳۶,۵۰۰,۰۰۰ نفر کاربر اینترنت بوده‌اند (دنیای اینترنت، ۲۰۱۲)، یعنی با ۴۶,۹٪ از کل جمعیت که ۱۴,۴٪ بالاتر از میانگین جهانی استفاده از اینترنت قرار دارد. همچنین در میان کاربران خاورمیانه با ۳۳,۲٪ رتبه اول را دارند (همان).

با همه محاسنی که استفاده از اینترنت برای زندگی امروزی بشر به همراه دارد، لیکن این فناوری جدید ارتباطی، همچون یک شمشیر دو لبه می‌تواند زیان‌ها و مشکلاتی نیز داشته باشد (Dimitri Christakis, 2011; Kuh & Vesper, 2001). در این ارتباط، گرینفلد^۳ (۱۹۹۹) عنوان می‌دارد تجربه مشکلات ناشی از فناوری‌های جدید برای بشر تازگی ندارد. حتی پیشرفت‌های به‌ظاهر تعدیل‌شده مانند آسانسور، کارت‌های

1. Mass Media
2. Internet world stats
3. Greenfield

ارتباطی، تلفن همراه و غیره همگی تأثیرات ناخواسته‌ای دارند. محصولات فناوری به‌ویژه اینترنت و رایانه در بهترین وجه، استعمال مفرط و سوءاستفاده را در پی دارند و در بدترین حالت، اعتیاد اینترنتی را که ترکیبی از محتوای مهیج، سهولت دسترسی، آرامش و هزینه پایین، خودمختاری و گمنامی است به دنبال دارد، به گونه‌ای که این استفاده مفرط و آسیب‌شناسانه، گلدبرگ^۱ را بر آن داشت که برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ اصطلاح اعتیاد به اینترنت را مطرح و معیارهای تشخیصی آن را ثبت کند (Ahmet and Murat, 2011; Gonzalez, 2008). استفاده زیاد از اینترنت با عناوین متفاوتی از قبیل وابستگی رفتاری اینترنت^۲، استفاده مرضی از اینترنت^۳، استفاده مشکل‌زا از اینترنت^۴، استفاده بیش‌ازاندازه از اینترنت^۵، سوءاستفاده از اینترنت^۶ و اختلال اعتیاد به اینترنت^۷ معرفی می‌شود. بر اساس نتایج مطالعه یانگ^۸ و همکاران ۵ الی ۱۰ درصد از جمعیت آنلاین جهان معتاد به اینترنت هستند. همچنین، پژوهش‌های مختلف، شیوع اعتیاد به اینترنت را از ۳ الی ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند (Kim, 2006; Vizehfar, 2005; Chia-Yi Wu, 2016; Ozturk, 2015; Egmen, 2015; Young, 2016). باید متذکر شد که در ایران، چنین اطلاعات مستدل و دوره‌ای وجود ندارد که میزان اعتیاد به اینترنت در ایران را محاسبه کند که این امر یکی از ضعف‌های موجود برای تحلیل این پدیده در ایران و ارائه راهکارهای مقابله با آن است. این در حالی است که به‌ویژه با فراگیر شدن استفاده از تلفن‌های هوشمند در ایران-به‌ویژه در چند سال اخیر- و استفاده افراد از اینترنت برای برنامه‌های گوناگون این تلفن‌ها، میزان اعتیاد به اینترنت نسبت به سال‌های گذشته افزایش یافته است. اگر افراد در سالیان گذشته صرفاً از طریق رایانه‌های شخصی و در زمان‌ها و مکان‌های مشخصی قادر به استفاده از اینترنت بودند، امروزه تلفن‌های هوشمند این امکان را برای افراد فراهم ساخته‌اند که در هر لحظه و مکان به اینترنت متصل شوند. هر چند نرخ رشد استفاده از

1. Goldberg
2. Internet behavior dependency
3. Pathological internet use
4. Problem internet use
5. Excessive internet use
6. Internet abuse
7. Internet addiction disorder
8. Young

اینترنت نیز نشان‌دهنده استقبال روزافزون ایرانیان از استفاده از اینترنت است؛ «هر چند ایران در مقایسه با سایر کشورهای جهان از حیث شاخص‌های دسترسی به فضا و محتوای دیجیتال در مرتبه درخورد خود نیست، اما نرخ رشد کاربران و گردش اطلاعات در شبکه‌های ایرانی نشانگر علاقه روزافزون جامعه ایران و وجود زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مناسب برای توسعه کمی و کیفی اینترنت و رسانه‌های الکترونیکی در ایران است» (ابراهیم‌آبادی، ۱۳۹۲: ۱۷). همچنین آمارهای موجود نشان می‌دهند که نه تنها میزان کاربران اینترنت در ایران رو به افزایش است بلکه نرخ رشد کاربران در ایران، با سرعت روزافزونی افزایش می‌یابد. برای نمونه میزان کاربران اینترنت در ایران به حدود ۵۰ درصد جمعیت رسیده است که نسبت به سال گذشته حدود ۸ درصد رشد داشته است. این نرخ رشد برای بسیاری از کشورهای توسعه یافته در حدود ۱ تا ۲ درصد است.^۱

از سویی دیگر، دیویس^۲ معتقد است که استفاده روزانه از اینترنت و استفاده اجباری از آن با بافت و زمینه اجتماعی افراد وابسته است. به همین سبب است که عدم حمایت اجتماعی از اعضای خانواده و همسالان و یا تجربه انزوای اجتماعی در بافت همسالان می‌تواند باعث تسهیل استفاده روزانه از اینترنت به سمت استفاده اجباری (اعتیادآمیز) از اینترنت شود. علت عمده آن ارتباطات و تماس‌های اجتماعی و تقویتی است که به دلیل تمایل به حفظ یک زندگی اجتماعی مجازی حاصل می‌شود (Davis, 2001). ریدینگ و گفن^۳ (۲۰۰۴) دلایل اصلی این نوع گرایش‌ها را کسب حمایت اجتماعی، دوستی و تفریح می‌دانند که به علت گستردگی مشکلات ارتباطی شغلی، خانوادگی و زناشویی خلأ آن‌ها به وجود آمده است. همچنین، ویژگی‌هایی مانند تنهایی، خستگی، افسردگی، عزت‌نفس پایین و درون‌گرایی منجر به استفاده اعتیاد آمیز از اینترنت می‌شود (مشایخ و برجعلی، ۲۰۰۵). بر طبق دیدگاه مرکرک^۴ و همکاران، استفاده اجباری از اینترنت را می‌توان در کل به‌عنوان ناتوانی در کنترل فعالیت آنلاین تعریف نمود که با پنج مشخصه اصلی تداوم استفاده از اینترنت باوجود قصد توقف، استفاده از خصیصه اصلی شناختی و

۱. <http://www.internetlivestats.com/internet-users-by-country/> برای نمونه نک به

۲. Davis

۳. Riding & Gefen

۴. Meerkerk

رفتاری فرد، غیرممکن بودن کسب تجربیات نامطلوب عاطفی برای فرد، استفاده از اینترنت به منظور فرار از احساسات منفی و کاربرد اینترنت در نتیجه تعارض فرد با خود یا با دیگران، قابل تقسیم‌بندی می‌باشد (نادی و سجادیان، ۱۳۸۹).

همچنین، اعتیاد به اینترنت با فوبیای اجتماعی^۱ و اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی^۲ (Yoo, 2005; Yen, 2007; Shaw, 2008) (Degoj,)، اختلال دوقطبی^۳ (Weimer-Hastings & Ng, 2005)، اختلالات اضطرابی و تکانه‌ای (Zbralski, 2009; Ferris, 2003; Shaw, 2008)، خودکشی (Kim, 2006) و پرخاشگری (Kim, 2008; Johansson & Van den, 2008; Koe, 2008; Niemz, Griffiths & Banyard, 2005;) (Gotestam, 2004) افسردگی (Yen, 2007; Van den, 2008; Wildt, Putzig & Zedler, 2007) برانگیختگی بالا (Koe, 2007) در ارتباط بوده است. از طرفی، برخی مطالعات با بررسی مشخصات دموگرافیک به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده اعتیاد به اینترنت، جنسیت، سن، بیکاری و تأهل (Ceyhan, 2008; Zeberaleski, 2009; Yen, 2008; Wizshfer, 2005;) (Mythily, Qiu & Winslow, 2008; Kim, 2010) را مؤثر دانسته‌اند. متغیر دیگری که در برخی مطالعات مربوط به اعتیاد به اینترنت را مورد بررسی قرار گرفته است، ویژگی‌های شخصیتی کاربران است. خصوصیاتمانند کم‌رویی، تکانشی بودن، تنهایی، اضطراب، افسردگی، صفات روان‌نژندی اضطراب، خشم و کینه، خلق افسرده، شرم، آسیب‌پذیری در برابر استرس، خشونت و پرخاشگری، سبک شخصیتی درون‌گرایی، عزت‌نفس پایین، احساسات ناپایدار و خیال‌پردازی، دنبال‌تازگی بودن، اجتناب از آسیب و کاهش وابستگی به پاداش، برون‌گرایی و باز بودن (Ferraro, 2007; Wando,) (2008; Kim, 2008; Feris, 2003). در ابتلای شخص در اعتیاد به اینترنت مؤثر بوده‌اند. چنانچه ملاحظه می‌شود، این امر که استفاده اعتیادآمیز از اینترنت چیست و دارای چه ویژگی‌هایی است، هنوز مورد توافق عمومی در بین دانشمندان رشته‌های مختلف علمی نیست. آنچه که حائز اهمیت است این نکته است که با توجه به فراگیر شدن اینترنت

1. Social fobia
2. ADHD
3. Bipolar disorder

برحسب ضرورت و کاربردهای وافر آن در زندگی روزمره برای همه افراد و مشخصات خاص از یک طرف و ساخت جمعیتی جوان و نیازهای آنان، فقدان آموزش‌های فرهنگی و مشکلات ناشی از مواجهه با پیشرفت بدون زمینه قبلی و نبود بستر فرهنگ مصرف متناسب برای آن از سوی دیگر، ضروری است که برای درک و شناخت هرچه بیشتر عوامل و بسترهای مسبب گرایش اعتیادآمیز به اینترنت، پژوهش‌های جامع و کل شمول با نظر به کلیه عوامل را طراحی نمود. چنانچه پیشتر ذکر شد با افزایش روزافزون استفاده از اینترنت در ایران، وجود زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی (ابراهیم‌آبادی، ۱۳۹۲) و ظهور تکنولوژی‌های جدید مانند تلفن‌های همراه هوشمند، در کنار الزامات اقتصادی و اجتماعی که افراد را به استفاده از اینترنت وای می‌دارد، زمینه‌های لازم برای استفاده اعتیادآمیز از اینترنت در ایران وجود دارد. از سویی دیگر، این امر که به این پدیده نوظهور از چه منظری نگریسته شود، بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا مطالعات شاخه‌های گوناگون علمی از این پدیده، می‌تواند مبنایی برای نگاه سیاست‌گذاران به این امر و برنامه‌ریزی برای جلوگیری از آسیب‌های احتمالی پیش رو باشد. مسئله این پژوهش نیز بر رویکرد گرایش‌های علمی مختلف به پدیده استفاده اعتیادآمیز از اینترنت تمرکز می‌کند. اکنون با توجه به توضیحات فوق به مسئله مقاله حاضر رهنمون می‌شویم. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که پژوهش‌های پنج سال اخیر ایران در حوزه اعتیاد به اینترنت به لحاظ گفتمانی، در تسلط کدام علوم قرار دارد؟ به عبارت بهتر، این مسئله اجتماعی ذیل بررسی کدام علوم قرار گرفته است؟

۱. مبانی نظری

این بخش را به منظور درک کلیت موضوع و نیز فهم چندلایه این مسئله اجتماعی، به سه دسته نظریه تقسیم شده است: نظریه‌های حوزه روانشناسی، نظریه‌های رسانه‌ها و جامعه‌شناسی.

۱-۱. روانشناسی

یانگ (۱۹۹۹) اشاره دارد که فرد معتاد به اینترنت کسی است که دست کم ۳۸ ساعت در هفته یا ۸ ساعت در روز، وقت خود را صرف استفاده از اینترنت کند. متخصصان حوزه

آسیب‌شناسی، محدودترین تعریف را برای طبقه‌بندی استفاده از اینترنت ارائه می‌دهند. چنانچه فرد در هفته ۲ الی ۳ ساعت از اینترنت استفاده کند، یک کاربر معمولی است و اگر میزان استفاده وی از اینترنت به ۸٫۵ ساعت و یا بیشتر برسد، کاربری است که باید مورد بررسی‌های آسیب‌شناسانه قرار گیرد.

۱-۱-۱. دیدگاه دیویس

دیویس که برای اولین بار مدل رفتاری-شناختی آسیب‌شناسی استفاده از اینترنت را مطرح کرده است، اعتقاد دارد استفاده اجباری از اینترنت و وابستگی شدید به آن، نتیجه الگوهای رفتاری یا شناختی پیچیده‌ای است که پیرامون استفاده روزانه از اینترنت شکل می‌گیرد و منجر به پیدایش چندین رفتار می‌شود که یا پاسخ‌های ناسازگارانه را حفظ می‌کند و یا شدت می‌بخشد (Davis, 2001). دیویس بین استفاده آسیب‌گونه خاص و استفاده آسیب‌گونه کلی از اینترنت تمایز قائل است. استفاده آسیب‌گونه خاص از اینترنت به شرایطی باز می‌گردد که افراد به‌طور افراطی از اینترنت برای اهداف خاصی نظیر قمار استفاده می‌کنند. این نوع استفاده هدفمند است و تمایل به محتویات خاص دارد، درحالی‌که استفاده کلی آسیب‌گونه از اینترنت، شامل فعالیت‌های کلی اتلاف وقت در اینترنت است؛ مانند به‌سرعت چت کردن، ایمیل کردن و سر زدن به وب‌سایت‌های مختلف. از نکات عمده تفاوت کاربران وابسته با سایرین این است که بیشتر از کاربردهای متقابلمانند چت، بازی و خرید استفاده می‌کنند؛ اما به نظر می‌رسد که افرادی که به اینترنت وابسته نیستند بیشتر از کاربرهای انحصاری آن، مانند فرستادن ایمیل و جستجوی اطلاعات بهره می‌برند (Yellowless & Marks, 2007; Davis, 2001).

۱-۱-۲. دیدگاه گریفیتر

از دیدگاه گریفیتر^۱ اعتیاد فناوری به‌طور عملیاتی می‌تواند به‌عنوان اعتیاد غیر شیمیایی (رفتاری) که شامل تعامل انسان و دستگاه است، تعریف شود. این اعتیاد ممکن است انفعالی (مانند تلویزیون اینترنتی) و یا فعال (مانند بازی‌های رایانه‌ای) باشد، و به‌طور معمول جنبه القاکننده و تقویت‌کننده‌هایی داشته باشد که به افزایش تمایل اعتیادی کمک می‌کند.

1. Gerifiter

بر اساس این دیدگاه، اعتیاد رفتاری که جزء اصلی اعتیاد است، دارای ویژگی‌های زیر است:

۱. برجستگی: این امر زمانی رخ می‌دهد که فعالیت معینی، مهم‌ترین فعالیت زندگی شخص می‌شود و بر تفکر، احساس و رفتار او تسلط یابد.
۲. تغییر خلق: شامل تجربیات ذهنی است که افراد به دنبال مشغول شدن به فعالیتی معین گزارش می‌کنند و می‌تواند به‌عنوان یک رفتار مواجهه‌ای در نظر گرفته شود.
۳. تحمل: تحمل فرآیندی است که در آن نیاز به فعالیتی گسترده و روزافزون برای رسیدن به همان اثرات قبلی احساس می‌شود.
۴. نشانه‌های کناره‌گیری: شامل حالات و یا اثرات فیزیکی ناخوشایندی است که وقتی فعالیت ادامه نمی‌یابد و یا ناگهان کاهش پیدا می‌کند در فرد دیده می‌شود، مانند زودرنجی و حساسیت.
۵. تعارض: منظور از این حالت آن است که با پدیدار شدن تعارض بین فرد معتاد و افرادی که با وی سروکار دارند (تعارض بین فردی)، یا درون خود فرد (تعارض درون فردی) است که با فعالیتی معین ارتباط دارد.
۶. بازگشت (عود): شامل تمایل به تکرار حالت‌های قبلی فعالیت معین است که در موارد شدید، سال‌ها بعد نیز عود می‌کند.

۳-۱-۱. دیدگاه جان گروهل

از نظر گروهل^۱ (۲۰۰۳) استفاده افراطی از اینترنت، به‌هیچ‌وجه اختلال منحصر به فرد و جدیدی نیست، بلکه شیوه متفاوتی برای برخورد با فشارها و تنش‌های موجود در زندگی است. بی‌تردید تعداد زیادی از مردم مشکل آنلاین بودن طولانی مدت را دارند، اما از سوی دیگر، بعضی افراد نیز زمان زیادی را صرف خواندن کتاب، تماشای تلویزیون، کار کردن و غفلت از خانواده، روابط دوستانه و فعالیت‌های اجتماعی می‌کنند؛ آیا ما اعتیاد به کتاب، تلویزیون و کار را به‌عنوان بیماری روحی طبقه‌بندی می‌کنیم؟ از نظر او، برخی از محققان و

1. Grohel

روانشناسان سلامت با یک طبقه‌بندی شناختی جدید می‌خواهند به هر چیز برچسب بزنند و آن را بالقوه مضر ببینند. اما این کار بیشتر از اینکه به افراد کمک کند، برای آنان زیان‌بار است. شاید بیشتر افرادی که فکر می‌کنند به اینترنت معتاد هستند، می‌خواهند از مشکلات خود فرار کنند. این مشکل می‌تواند یک بیماری روانی، افسردگی یا اضطراب باشد. هیچ تفاوتی میان روشن کردن تلویزیون به دلیل عدم تمایل به صحبت با همسر یا بیرون رفتن از خانه و گردش با دوستان به منظور فرار از خانه، با استفاده از اینترنت وجود ندارد. تنها تفاوت در شیوه عمل است. تعداد کمی از افراد که بدون هیچ مشکلی، وقتشان را صرف اینترنت می‌کنند، ممکن است به دلیل استفاده بیش از حد و سواس گونه آسیب ببینند. بنابراین، این فناوری نیست که مهم و اعتیاد‌آور است، بلکه رفتار است که اهمیت دارد و به آسانی با روش‌های روان‌درمانی و روان‌شناختی قابل درمان است.

مطابق با دیدگاه گروهل، ما نمی‌توانیم بر پایه مطالعات موردی، نتایج عاقلانه و تعمیم‌پذیری در مورد میلیون‌ها فرد آنلاین داشته باشیم. پس اینکه فردی زمان زیادی را آنلاین می‌گذراند، بدون در نظر گرفتن این زمینه‌ها مهم و مفید نخواهد بود. گروهل (۲۰۰۳)، معتقد است گرچه افراد بیشتر وقتشان را برای کار با اینترنت صرف می‌کنند، در واقع صرف این زمان برای انجام کنش‌های متقابل اجتماعی است، آنچه اینترنت را به پدیده‌ای اعتیاد‌آور تبدیل می‌کند، جامعه‌پذیری افراد است. جامعه‌پذیری به راه‌های مختلف از جمله ارسال و دریافت نامه الکترونیک، شرکت در اتاق‌های بحث و گفتگو و گپ اینترنتی صورت می‌گیرد.

۲-۱. نظریه‌های رسانه

۱-۲-۱. نظریه گلوله (سوزن تزریقی)

نظریه گلوله نامی است که محققین ارتباطی به نخستین فرضیاتی که درباره تأثیر رسانه‌های همگانی ارائه شده داده‌اند. این نظریه مدعی بود که قادر است تأثیر قوی پیام رسانه‌های همگانی را به روی تمامی افرادی که در معرض چنین پیامی قرار می‌گیرند را صرف‌نظر از نوع پیام پیش‌بینی نماید (سورین و تانکارد، ۱۳۸۶: ۳۸۷).

۲-۱-۲. نظریه استحکام

این نظریه توسط پل لازارسفلد و برلسون^۱ در اواخر دهه ۱۹۴۰ مطرح شد. طبق این نظریه، پیام‌های رسانه‌ای توانایی تغییر عقیده را ندارند و تنها می‌توانند به صورت محدود عقاید افراد را در زمینه‌ای به خصوص استحکام بخشند و برای این کار باید از قبل زمینه لازم وجود داشته باشد و پیام منطبق با ذهنیت و باورهای افراد باشد. این نظریه معتقد است که عوامل غیر ارتباطی همچون سن، شغل، جنس، خانواده و تحصیلات، میزان تأثیرات پیام‌ها را تغییر می‌دهند؛ به طوری که گاهی اوقات پیامی بر شخصی اثر خارق‌العاده‌ای دارد و بر شخص دیگر اثری ندارد (مهرداد، ۱۳۸۵: ۱۶۶). لازارسفلد معتقد است که پیام رسانه‌های جمعی بر پیام‌گیران به صورت فردی تأثیر نمی‌گذارد بلکه از آنجا که فرد متعلق به گروه است لذا روابط اجتماعی او در نحوه واکنش نسبت به ارتباطات اجتماعی مؤثر است. پس برای فهم کامل اثرات پیام وسایل ارتباطات جمعی، باید آن را مانند یک جریان دومرحله‌ای در نظر بگیریم. در مرحله نخست، پیام از سوی رسانه‌ها به رهبران فکری می‌رسد و در مرحله دوم رهبران فکری پیام را در میان اطرافیان خود منتشر می‌کنند. رهبران فکری به عنوان پیام‌دهندگان شناخته می‌شوند.

۳-۲-۱. نظریه وابستگی به رسانه‌ها

توسط بال روکیچ و دی فلور^۲ ارائه شد. این نظریه حاکی از آن است که افراد وابستگی‌های متفاوتی به رسانه‌ها دارند و این وابستگی‌ها از شخصی به شخص دیگر، از گروهی به گروه دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت‌اند. آن‌ها استدلال می‌کنند که به طور خاص در جامعه جدید شهری - صنعتی مخاطبان وابستگی زیادی به اطلاعات رسانه‌های جمعی دارند. در جامعه توسعه‌یافته جدید، بسیاری از اعمال زندگی و تجارت مستلزم اطلاعات تازه و قابل اعتماد است. این نظریه بر رابطه سه‌گانه رسانه‌ها، مخاطبان و جامعه تأکید دارد؛ آن‌ها استدلال می‌کنند که روابط سه‌گانه بین رسانه‌ها، مخاطبان و جامعه دارای تأثیرات شناختی، عاطفی و رفتاری بر روی مخاطبان است. اولین پیامد تأثیر رسانه‌ها ایجاد ابهام در مخاطبان و سپس رفع ابهام است. ابهام ناشی از برخورد اطلاعات متناقض با یکدیگر است.

1. P.lazarsfeld and Berlson
2. Ballrow Kich And Deflore

در هنگام وقوع حوادث غیرمنتظره، مردم پیام‌های متناقضی از رسانه‌ها دریافت می‌کنند ولی نمی‌دانند چگونه آن را تفسیر کنند و بر اثر این فشار، رسانه‌ها در مرحله بعد با اطلاعات کامل‌تر این ابهام را برطرف می‌کنند. رسانه‌ها از این طریق منبع مهم اطلاعاتی برای مردم در شناخت از محیط پیرامون هستند. دی‌فلور معتقد است رسانه‌ها واقعیت‌های معینی را در اختیار مخاطبان خود قرار می‌دهند. به این معنی که مخاطبان از بین واقعیت‌های گسترده تنها متوجه آن‌هایی می‌شوند که رسانه‌ها به آن‌ها پرداخته‌اند. در نهایت تأثیر رسانه‌ها بر روی ارزش‌های مخاطبان است که مطلوبیت نهایی وضعیت موجود را نشان می‌دهند و به صورتی غیرمستقیم سبب تسریع در پالایش و وضوح ارزش‌ها میان مخاطبان می‌شوند. دومین تأثیر رسانه‌ها بر مخاطبان تأثیرات عاطفی است که در ابتدای تأثیر سبب منفعل شدن افراد و افزایش نفوذپذیری در آنان می‌شود. دی‌فلور استدلال می‌کند که رویارویی بلندمدت مخاطبان با محتوای خشونت‌بار و یا دارای برخوردهای کلامی رسانه‌ها، بی‌حسی یا تأثیرپذیری را به دنبال دارد و بی‌عاطفگی و فقدان علاقه برای کمک به دیگران را سبب می‌شود. پیامد دیگر تأثیرات عاطفی رسانه‌ها بی‌خوشی حاصل از ضعف روابط اجتماعی می‌باشد و علت اصلی آن عدم وجود اطلاعات صحیح درباره گروه‌ها و دسته‌جاتی است که مردم به آن‌ها تعلق دارند. رسانه‌ها تأثیرات رفتاری بر مخاطبان را با فعال ساختن یا منفعل کردن مخاطبان و ایجاد انگیزش‌های جدید محقق ساخته و با مهم جلوه دادن بعضی از امور، سبب ترغیب مخاطبان به انجام آن می‌شوند و یا برعکس موجب انفعال آن‌ها در برخورد با آن مسئله می‌شوند. هرچه رسانه‌ها در جامعه‌ای این کار کردها را بیشتر ارائه کنند وابستگی به رسانه در آن جامعه بیشتر می‌شود. همچنین هر قدر اهمیت یا نقش محوری برخی از این کار کردها در ساحت روان‌کنشگران جامعه بیشتر باشد، وابستگی به رسانه‌ها در آن جامعه بیشتر خواهد بود.

۴-۲-۱. نظریه استفاده و رضامندی از رسانه‌ها

عموم تحقیقاتی که با دیدگاه استفاده و رضامندی صورت گرفته منجر به نتایجی شده که در تعارض با تفکر مخاطب منفعل می‌باشد. نقطه مشترک این تحقیقات این است که مخاطب در رویارویی با رسانه‌ها و پیام‌ها و محتواهای مختلف دست به انتخاب آگاهانه بر مبنای نیاز خود می‌زند (مک‌کوایل، ۱۳۸۵: ۲۳۴). می‌توان گفت که شرایط اجتماعی و

زمینه‌های روان‌شناختی افراد باعث می‌شود که نیازهایی پدید آیند که فرد برای برآوردن این نیازها متوسل به وسایل ارتباط‌جمعی می‌شود. این وسایل نیز برای پاسخگویی به نیاز مخاطبان در رقابت هستند. بنابراین با شناخت نیاز و انگیزه افراد می‌توان به مطالعه اثرات رسانه‌ها بر روی آن‌ها پرداخت. مک کوایل پس از بررسی تاریخی نظریات مربوطه با تأکید بر پیوند بین سابقه اجتماعی و تجربه و انتظارات از رسانه‌ها، انتظارات اولیه و استفاده از رسانه‌ها، بهره‌مندی‌های مورد انتظار و بهره‌مندی‌های به‌دست آمده از رسانه‌ها و پیامدهای استفاده مستمر از رسانه‌ها، نظریه استفاده و رضامندی را چنین تشریح می‌کند: ۱- از شرایط اجتماعی و تمایلات روان‌شناختی که هر دو اثر می‌گذارند بر ۲- عادات عمومی استفاده از رسانه‌ها و نیز ۳- باورها و انتظارات در مورد فواید ارائه‌شده توسط رسانه‌ها که تشکیل‌دهنده ۴- کنش‌های خاص انتخاب و استفاده از رسانه‌هاست و در پی آن ۵- برآورد ارزش تجربه یا پیامدهایی برای استفاده بیشتر از رسانه‌ها و احتمالاً ۶- کاربردهای فواید حاصله در سایر زمینه‌های تجربه و فعالیت اجتماعی (مک کوایل، ۱۳۸۵: ۳۳۴).

۳-۱. نظریه‌های جامعه‌شناختی

۱-۳-۱. آنومی^۱

مطابق نظر دورکیم^۲ یک جامعه آنومیک، جامعه‌ای است که قواعد رفتار-هنجارها-شکسته شده یا در طول دوره‌ای از تغییرات سریع کارآمدی خود را از دست دهند. آنومی، کارکرد کنترل اجتماعی^۳ جامعه را ضعیف می‌کند. هر جامعه تلاش دارد تا اهداف و آرزوهای مردم خود را محدود کند و اگر جامعه‌ای آنومیک شود نمی‌تواند بر خواست‌ها و آرزوهای جامعه‌ی خود اعمال کنترل کند؛ در این جامعه مطالبات افراد پایان‌ندارند در این شرایط اطاعت از قوانین با دشواری صورت می‌گیرد و بروز رفتارهای جایگزین در بین افراد، مانند جرم و انحراف، اجتناب‌ناپذیر است. دورکیم می‌نویسد: این طبیعت بشری نیست که محدوددهی تغییرپذیر ضروری نیازهای ما را تعیین می‌کند؛ یعنی نیازها تا جایی که به فرد بستگی دارند نامحدود هستند. اگر نیروهای نظم‌دهنده‌ی بیرونی نباشند، توانایی احساس ما

1. Anomi

2. E. Durkheim

3. Social control

به‌خودی‌خود سیری‌ناپذیر و نامحدود است (دورکیم، به نقل از کوزر و روزنبرگ، ۱۳۷۸). به‌عبارتی‌دیگر، در بینش دروکیم هرگاه شیرازه تنظیم‌های اجتماعی از هم‌گسیخته شوند، نفوذ نظارت‌کننده‌های اجتماعی بر گرایش‌های خودخواهانه‌ی افراد دیگر کارایی‌اش را از دست خواهد داد و افراد جامعه و سازمان به حال خودشان واگذار خواهند شد، دورکیم چنین وضعیتی را آنومی می‌خواند (ر.ک به دورکیم، ۱۳۸۶، دروکیم ۱۳۹۰؛ تامپسون، ۱۳۸۸؛ کوزر، ۱۳۹۰؛ دیلینی ۱۳۸۹). آنومی، کارکرد کنترل اجتماعی جامعه را ضعیف می‌کند.

۲-۳-۱. پزشکی‌نه شدن^۱

به‌موجب این نظریه، آن انسان آرمانی از دیدگاه پزشکی تعریف می‌شد. بنابراین، هنجارهای ارزشی تعیین‌شده از سوی نهادهای پزشکی در کلیه شئون زندگی (اجتماعی) افراد از بد تولد تا زمان ازدواج و سپس بیماری و مرگ متجلی گردید. از این زمان به بعد، پزشکی و بهداشت در زندگی شهروندان نقشی انکارناپذیر یافت و به همه عرصه‌ها نفوذ کرد (ضمیران، ۱۳۸۹: ۸۹). به‌عبارتی‌دیگر، جامعه تعریف و منشی پزشکی به خود گرفت. درواقع، ادراک پزشکی ماهیتی اجتماعی پیدا کرد و از عرضه‌ی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها به متن جامعه راه یافت و دانش پزشکی با بافت اجتماعی قدرت درهم آمیخت (همان، ۸۸). فوکو^۲ در کتاب تولد پزشکی بالینی می‌نویسد:

این است قلمرو بی‌حدومرز پزشکی بالینی: سوا کردن اصل و علت بیماری از میان اغتشاش و ابهام علائم؛ شناختن سرشت، صورت‌ها و پیچیده شدن‌های بیماری؛ با اولین نگاه تشخیص همه خصوصیات بیماری و همه وجوه تمایز آن؛ جدا کردن عناصر بیگانه و بیرونی از بیماری به کمک تحلیل سریع و ظریف؛ پیش‌بینی رخدادهای مفید و مضر که قاعدتاً در طول بیماری تحقق می‌یابد؛ اشراف بر لحظات مساعدی که طبیعت برای از میان‌بردن بیماری به وجود می‌آورد؛ ارزیابی نیروی حیاتی و فعالیت اعضای بدن؛ افزایش یا کاهش دادن نیروی‌های آن برحسب نیاز؛ تعیین دقیق این امر که چه موقع باید برای درمان

1. Medicalization
2. Foucault

اقدام کرد و چه وقت باید منتظر ماند؛ تصمیم‌گیری قاطعانه برای انتخاب یک روش از میان روش‌های مختلف درمان که همه آن‌ها فواید و ضررهایی دارند؛ انتخاب روشی که به نظر می‌رسد به کار بستن آن سریع‌تر، خوشایندتر و متضمن اطمینان بیش‌تر به موفقیت باشد؛ بهره بردن از تجربه؛ استفاده از فرصت‌ها؛ ترکیب همه موقعیت‌های مساعد؛ محاسبه همه رخدادهای تصادفی؛ حاکم شدن بر بیماران و عواطفشان؛ تسکین دردشان؛ آرام کردن اضطرابشان؛ حدس زدن نیازهاشان؛ تحمل خودسری‌هاشان؛ مهار کردن خلق و خوشان و تسلط بر اراده‌شان؛ نه همچون حاکم جباری که بر بردگان فرمان می‌راند، بلکه چون پدری مهربان که دل‌نگران سرنوشت فرزندانش است (فوکو، ۱۳۹۲: ۱۴۱).

فوکو می‌گوید شکل‌گیری درمانگاه ظهور مکانی است که در آن حاکمیت نگاه مستقر می‌شود. این فقط فرایندی نیست که با ارجاع به یک دانش نظری خاص از بیماری روی داده باشد، بلکه فرایندی سیاسی نیز هست. درمانگاه فقط مکان مشاهده، مکان نگاه به منزله دیدن نیست. نگاه پزشکی دیگر صرفاً نگاه هر مشاهده‌گری نیست. بلکه نگاه یک پزشک است که یک نهاد او را حمایت و موجه می‌کند، نگاه پزشکی که دارای قدرت تصمیم‌گیری و دخالت است. نگاهی که هم محاسبه‌گر است هم همواره در کمین فرد. شکل‌گیری نگاه پزشکی در درمانگاه متضمن آن است که ایزه‌های جدیدی ارائه شود و هم در عین حال سوژه‌ی شناسنده خودش را باز سازمان‌دهی کند، تغییر دهد و شروع به عمل به شیوه‌ای جدید کند (میلر، ۱۳۹۰: ۱۸۱). به عبارتی بهتر، ممکن است هدف پزشکان تشخیص و درمان باشد، اما همان‌گونه که ژرژ کانگلیم می‌گوید، این اصل درمان را نمی‌توان از اصل بهنجارسازی جدا کرد: درمان در اساس بازگرداندن یک کارکرد یا ارگانسیم به هنجاری است که از آن منحرف شده است. بهنجارسازی در اینجا دلالت دارد بر ضرورت سامان‌دهی زندگی‌های فردی‌ای که پا را فراتر از محدوده‌های معین گذاشته‌اند و تهدیدی بالقوه برای الگوی انسان سالم‌اند. پزشکی به منزله سیاست‌گذاری باید درون حوزه‌ای تقسیم‌شده بر اساس دوقطبی امر بهنجار و امر آسیب‌شناختی مستقر شود. فوکو می‌گوید ویژگی منحصر به فرد پزشکی از همین رو است - به منزله‌ی علمی از انسان که نقش مثبتی که پزشکی در مقام هنجار (گذار) اشغال می‌کند، جدایی‌ناپذیر است (میلر، ۱۳۹۰: ۱۷۲).

پزشکی شدن، فرایندی توصیف می‌شود که توسط آن، مشکلات غیرپزشکی، معمولاً به بهانه‌ی بیماری یا کسالت، به‌عنوان مشکلات پزشکی تعریف شده و نحوه‌ی رفتار با آن‌ها نیز مانند مداخلات پزشکی تلقی می‌شود. با چنین تعریفی، برخی از تحلیلگران اظهار نموده‌اند که افزایش اقتدار پزشکی در زمره یکی از قوی‌ترین تحولات و دگرگونی‌ها در نیم‌قرن اخیر دنیای غرب بوده است (Conrad, 2010). نزدیک به چهار دهه از آغاز مطالعه‌ی جامعه‌شناسان، انسان‌شناسان، مورخان، اخلاق‌گرایان زیستی، پزشکان و غیره درباره فرایند پزشکی‌شدن می‌گذرد. این تحلیل‌گران با مرور ریشه‌ها، دامنه و آزمون اثرات پزشکی‌شدن بر جامعه، پزشکی، بیماران و فرهنگ، کانون توجه خود را بر شواهد ویژه‌ای، دال بر وجود پزشکی شدن، قرار داده‌اند. فرایند پزشکی‌شدن می‌تواند مسائل اجتماعی جدیدی را خلق کند یا به تشریح مسائل دامن‌بزند. پزشکی شدن مسائل اجتماعی می‌تواند خود به‌منزله‌ی مسئله، مطرح شود (Getz and Hawkins, 1979). پیتر کانراد، در کنار تعریف فوق، تعریف دیگری از پزشکی‌شدن ارائه می‌دهد: تعریف رفتار به‌مثابه مشکل پزشکی و گواهی حرفه پزشکی برای درمان آن (Conrad, 2007). کانراد در مقاله اخیر خود با عنوان *موتورهای متحول پزشکی شدن* (۲۰۰۵)^۱ بر ماهیت تعریفی این فرایند تأکید مجدد کرده است. کانراد تأمل خود در این باره را چنین بیان می‌کند: قضایای تعریفی به جوهره یا ماهیتی برای فرایند پزشکی شدن بدل شده است؛ تعریف مسئله‌ای در قالب اصطلاحات پزشکی، اغلب با عناوینی مانند ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)، یا استفاده از مداخله‌ای پزشکی برای درمان آن (Conrad, 2005:32).

۲. روش تحقیق

تحلیل متن به معنای تکنیک‌های زبان‌شناختی، آماری و نرم‌افزاری است که محتوای اطلاعات منابع متنی، هوش تجاری، تحلیل اکتشافی داده، پژوهش و تحقیق را مدل‌سازی می‌کنند و می‌سازند. در سال ۲۰۰۴ رونن فلدمن^۲ واژه متن‌کاوی را مترادف با تحلیل متن اعلام کرد، تحلیل متن به معنای خوانش ساختارمند منابع متعدد برای کشف و دستیابی به یک سیستم معنایی مشخص است (Anthony Onuegbuzie, 2012:12).

1. The Shifting Engines of Medicalization
2. Ronen Feldman

جامعه آماری پژوهش حاضر مقاله‌هایی است که در حوزه اعتیاد به اینترنت در ایران از سال ۱۳۸۹ به بعد در قالب مقاله علمی-پژوهشی چاپ شده است. همچنین از روش نمونه‌گیری اشباع نظری برای انتخاب نمونه استفاده شده است. به این معنا که تا زمانی که گفتمان‌های اصلی در زمینه جوانان در میان رسانه‌ها شناسایی شوند، مطالعه و نمونه‌گیری از رسانه‌ها و محتوای آنها ادامه خواهد یافت. در نمونه‌گیری اشباع نظری، نظریه مبنای انتخاب نمونه قرار می‌گیرد و کار تحلیل داده‌ها و نمونه‌گیری به‌طور همزمان پیش می‌رود؛ در واقع «اشباع نظری، زمانی حاصل می‌شود که داده‌های اضافی، کمکی به تکمیل و مشخص کردن یک مقوله نظری نمی‌کنند و نمونه‌ها از آن پس مشابه به نظر می‌رسند» (رنجبر، ۱۳۸۹، به نقل از ذکائی، ۱۳۸۱:۵۹). در نهایت ۲۰ مقاله به‌عنوان نمونه انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفته است.

۳. یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر که ماحصل تحلیل مقاله‌های چاپ شده از سال ۱۳۹۰ به بعد در فصلنامه‌های علمی پژوهشی داخلی می‌باشد در قالب جدول زیر ارائه می‌گردد:

جدول ۱. مروری بر پیشینه تجربی

ردیف	نویسنده (گان)	عنوان	متغیرهای مورد بررسی
۱	علیرضا بخشایش (۱۳۹۳)	بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به اینترنت در میان دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه یزد	ویژگی‌های شخصیتی، مقطع تحصیلی
۲	سمانه رستگار و همکاران (۱۳۹۳)	اعتیاد به اینترنت، صمیمیت اجتماعی، شادکامی در دانشجویان	شادکامی
۳	محمد بهشتیان (۱۳۹۲)	رابطه بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و اعتیاد به اینترنت در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران	هوش هیجانی
۴	کیانی و همکاران (۱۳۹۲)	بررسی وضعیت اعتیاد به اینترنت و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران	جنسیت، دوست‌یابی، بازی‌های اینترنتی، مدت‌زمان استفاده، چت کردن
۵	لیلا قهرمانی و همکاران (۱۳۹۲)	وابستگی با اینترنت و تأثیر آن بر وضعیت تحصیلی دانشجویان دانشگاه شیراز	چت کردن، جنسیت، ساعت کار با اینترنت، لپ‌تاپ شخصی
۶	شهرام محمدخانی و مسعود ظفر پناهی (۱۳۹۲)	هیجان‌های منفی و استفاده آسیب‌زا از اینترنت	هیجان‌های منفی

ردیف	نویسنده (گان)	عنوان	متغیرهای مورد بررسی
۷	زیبا محمدی و همکاران (۱۳۹۲)	میزان وابستگی به اینترنت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	جنسیت، سن، تأهل، رشته تحصیلی، داشتن کامپیوتر شخصی
۸	مهناز صلحی و همکاران (۱۳۹۲)	بررسی فراوانی اختلال به اینترنت در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران	جنسیت، مدت‌زمان استفاده از اینترنت
۹	زینب گندمی و همکاران (۱۳۹۲)	بررسی رابطه روان‌رنجوری خوبی با اعتیاد به اینترنت در گروه دانش آموزان	روان‌رنجور خوبی
۱۰	رمضان حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۱)	رابطه اعتیاد به اینترنت با پیشرفت تحصیلی و ویژگی‌های شخصیتی فراگیران	پیشرفت تحصیلی، جنسیت، روان‌رنجوری
۱۱	هدی سادات احمدی و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی میزان شیوع اعتیاد به اینترنت و رابطه آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی	جنسیت، مقطع تحصیلی
۱۲	نگین برات دستجردی و سمیه صیادی (۱۳۹۱)	بررسی رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی بر اعتیاد به اینترنت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور شهر اصفهان	جنسیت، سن، گروه تحصیلی، رشته‌های تحصیلی
۱۳	عزیز کامران و همکاران (۱۳۹۱)	بررسی ارتباط اعتیاد به اینترنت با سیگار و وضعیت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان	افت تحصیلی، مقطع تحصیلی، استعمال سیگار
۱۴	محمدعلی جعفری ندوشن و همکاران (۱۳۹۱)	همبستگی اعتیاد به اینترنت با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم	سلامت عمومی
۱۵	زینب خانجانی و سعیده اکبری (۱۳۹۰)	رابطه ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان و اعتیاد به اینترنت	روان‌نژندی
۱۶	آسیه پی‌زاده (۱۳۹۰)	بررسی میزان اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور اصفهان	افت تحصیلی، مدت‌زمان استفاده از اینترنت
۱۷	نسیم جعفری و مریم فاتحی‌زاده (۱۳۹۰)	پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر پایه هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه اصفهان	هوش هیجانی
۱۸	جعفر بهادر خسروشاهی و تورج هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۹۰)	رابطه سبک‌های دلبستگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی با اعتیاد به اینترنت	راهبردهای مقابله‌ای، سبک دلبستگی، سلامت روانی
۱۹	ناهید خواجه موگهی و مریم علاسوند (۱۳۸۹)	بررسی متغیرهای شخصیتی پیش‌بینی‌کننده اعتیاد به اینترنت	روان‌نژندی و برون‌گرایی
۲۰	ابوالفضل محمد بیگی و همکاران (۱۳۸۹)	شیوع اعتیاد به اینترنت و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک	جنسیت، تأهل، شغل پدر، میزان آشنایی با رایانه، ترم تحصیلی

چنانچه جدول فوق نشان می‌دهد، عمده تمرکز پژوهش‌های انجام گرفته در ایران بر مسئله اعتیاد به اینترنت، بر متغیرهای روانشناختی و پزشکی تأکید کرده‌اند. البته این در حالی

است که در بسیاری از پژوهش‌ها، متغیرهای زمینه‌ای مانند جنسیت به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است. جدا از این مورد، بسیاری از پژوهش‌هایی که جامعه آماری آنها را محیط‌های آموزشی مانند دانشگاه تشکیل می‌دهند بر متغیرهای مستقلی مانند رشته تحصیلی و تاثیر آن بر میزان استفاده از اینترنت تاکید می‌کنند. اما چنانچه مسئله این تحقیق نیز بر آن تاکید می‌کند، موضوع مورد تاکید مبانی مفهومی و نظری است که نوع نگاه به مسئله اعتیاد اینترنتی را جهت می‌بخشد؛ بدین معنا که به نوعی تضادی میان رویکرد روانشناسی و پزشکی از یک‌سو و رویکرد جامعه‌شناختی و ارتباطی از سوی دیگر در نوع نگاه به مسئله و عوامل تأثیرگذار بر آن وجود دارد. در ادامه تلاش می‌شود تفاوت این دو رویکرد در مقاله‌های مورد مطالعه، تحلیل شوند.

در پژوهش بخشایش (۱۳۹۳) که از منظر روانشناختی به مسئله پرداخته است، رویکردهای گوناگونی برای تحلیل مسئله عنوان شده است. به‌عنوان بخشی از چارچوب نظری، این پژوهش از رویکرد حوزه عمومی هابرماس استفاده کرده است اما با توجه به قرار گرفتن این مقاله در درون علم روانشناسی برداشتی روانشناختی از نظریه حوزه عمومی هابرماس ارائه می‌گردد: «حوزه عمومی هابرماس عرصه‌ای است که در آن افراد به منظور مشارکت در مباحث باز و علنی گرد هم می‌آیند و کنش ارتباطی از طریق بیان احساسات و گفتگو تحقق می‌یابد. ابراز این احساسات باعث می‌شود که روابط بین افراد صمیمی شود و نیازهای خود را بیان کنند. پس محیط تعاملی اینترنت را می‌توان به‌عنوان فضایی در نظر گرفت که ... فضای صمیمیت و ابراز احساسات در آن شکل می‌گیرد و [افراد] در آن انرژی عافی خود را مصرف می‌کنند» (بخشایش، ۱۳۹۳: ۵). چنانچه برداشت فوق از نظریه کنش هابرماس نشان می‌دهد، نویسنده موضوع اصلی و کانونی نظریه کنش ارتباطی هابرماس را رها کرده و صرفاً بر بخشی جزئی - بر جنبه فردی استفاده - از اینترنت تأکید می‌کند. در واقع در فردی کردن مسئله استفاده و اعتیاد به اینترنت نیز نه بر جنبه عقلانی آن بلکه بر امکان استفاده از اینترنت به‌عنوان کنشی عاطفی تأکید می‌شود؛ این در حالی است که نظریه کنش ارتباطی هابرماس، اساساً نظریه‌ای اجتماعی است و بر تاثیر متقابل نهادهای اجتماعی و فضای عمومی بر یکدیگر تأکید می‌کند.

در پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) نیز با رویکرد روانشناسی انجام گرفته است، بر متغیرهای فردی و درونی استفاده از اینترنت تأکید شده است و تأکید شده است

که «چگونگی استفاده [از اینترنت] می‌تواند به ویژگی‌های شناختی، عاطفی و شخصیتی کاربران مرتبط باشد» (همان، ۴). در نتایج این پژوهش عنوان شده است که «افراد دارای اعتیاد به اینترنت افرادی گوشه‌گیر و درون‌گرا و منزوی و دارای روابط اجتماعی محدودی هستند اما برون‌گراها دارای ویژگی‌های متمایزی هستند که عبارتند از: هیجان‌طلبی، قاطعیت، مشارکت، ابراز احساسات، برقراری روابط صمیمی...» (همان، ۱۰). سایر پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه روانشناسی نیز با اصطلاحات مشابهی، استفاده زیاد از اینترنت را توصیف می‌کنند؛ اصطلاحاتی که حاوی چند نکته کلیدی‌اند:

۱. این پژوهش‌ها بر فرد و افراد تأکید می‌کنند و مسئله را مسئله‌ای فردی قلمداد می‌کنند؛

۲. دلایل فردی برای استفاده مفرط از اینترنت، دلایلی غیرعقلانی مانند ابراز احساسات، هیجان‌طلبی، ویژگی‌های عاطفی و ... هستند؛

۳. جایی که متغیرها یا فرایندهای اجتماعی به تحلیل کمک می‌کنند (مانند نظریه کنش ارتباطی)، بر جنبه‌هایی از این فرایندها تأکید می‌شود که بر فردیت تمرکز دارند.

۴. دلایل فردی عموماً نوعی اختلال روانشناختی مانند «گوشه‌گیری»، «منزوی بودن»، «کاهش روابط اجتماعی»، «روان‌آزرده‌گرایی»، «روان‌رنجور»، «روان‌نژندی» و ... هستند که دیدگاه روانشناسی را به دیدگاه پزشکی نزدیک می‌کند.

تا آنجا که به مطالعات جامعه‌شناختی و ارتباطاتی در زمینه اعتیاد به اینترنت مربوط می‌شود، نتایج بررسی‌ها نشان‌دهنده تعداد بسیار معدودی پژوهش انجام گرفته در این زمینه، نسبت به حوزه‌های پزشکی و روانشناسی است. این امر نشان می‌دهد که رویکردهای روانشناسی و پزشکی تا حدود زیادی توانسته‌اند هژمونی تحلیل علمی پدیده اعتیاد به اینترنت را ایجاد نمایند و در مجامع دانشگاهی، عموماً این پدیده عارضه‌ای روانی تلقی می‌شود. این امر باعث شده که پژوهش‌هایی که در نشریات تخصصی جامعه‌شناختی نیز به چاپ می‌رسند، تا حدودی بر متغیرهای روانشناسی اثرگذار بر پدیده اعتیاد به اینترنت تأکید کنند. برای نمونه پژوهش ملک‌احمدی و جعفریان (۱۳۹۰) که در فصلنامه جامعه‌شناسی تاریخی منتشر شده است، برای سنجش میزان اعتیاد به اینترنت، متغیرهایی مانند افسردگی و انزوا سنجیده می‌شوند (همان، ۳) که متغیرهایی روانشناختی هستند. همچنین آسیب‌هایی که به عنوان متغیرهای وابسته در این پژوهش مورد سنجش قرار گرفته‌اند (یعنی احساس تنهایی

و افسردگی)، متغیرهایی روانشناختی محسوب می‌شوند (همان، ۴).

همچنین در پژوهش‌های انجام گرفته دیگر، عموماً جنس به‌عنوان متغیر مستقل و اثرگذار بر اعتیاد به اینترنت مورد سنجش قرار گرفته است (برای نمونه نک به: کیانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ قهرمانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ صلحی و همکاران، ۱۳۹۲)، عموماً بر جنس و نه جنسیت تأکید شده است؛ بدین ترتیب باید میان جنس که متغیری فیزیولوژیکی است و بر تفاوت‌های جسمانی بین زنان و مردان تأکید می‌کند و جنسیت که پدیده‌ای اجتماعی است و به‌هنگارها و ارزش‌های متفاوت حاکم بر زنان و مردان در جامعه اشاره دارد تفاوت قائل شد. این پژوهش‌ها به‌جای تأکید بر تجربه‌های متفاوتی که زنان و مردان به واسطه فشارهای اجتماعی، هنگارهای موجود و انتظارات اجتماعی متفاوت که بر آنها تحمیل می‌شود و نحوه و میزان استفاده آنها از اینترنت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، صرفاً بر تفاوت میزان استفاده زنان و مردان از اینترنت تأکید می‌کنند.

یکی از دلایل این امر استفاده این پژوهش‌ها از روش کمی است که این مسئله در مورد هر دو رویکرد پزشکی و روانشناختی از یک‌سو و دیدگاه‌های ارتباطی و جامعه‌شناختی از سوی دیگر صدق می‌کند. در واقع استفاده از روش کمی در این پژوهش‌ها مبنایی معرفت‌شناختی نسبت به ابژه مورد پژوهش را به‌طور پیش‌فرض می‌پذیرد: حذف تجربه‌های خاص فردی در استفاده بیش از حد از اینترنت و عدم توجه به زمینه‌های اجتماعی و تجربیاتی که بر این استفاده افراطی اثرگذار بوده‌اند. در واقع پژوهش‌های کمی، کنش فرد در استفاده از اینترنت را از زمینه اجتماعی آن جدا کرده و سپس مورد تحلیل قرار می‌دهند. بنابراین استفاده از روش‌های یکسان برای مطالعه پدیده اعتیاد به اینترنت در علوم پزشکی، روانشناسی، ارتباطات و جامعه‌شناسی منجر به دستیابی به نتایج مشابهی در توصیف این پدیده و متغیرهای اثرگذار بر آن شده است.

۴. نتیجه‌گیری

این پژوهش بر آن بود تا به این پرسش پاسخ دهد که پژوهش‌های پنج سال اخیر ایران در حوزه اعتیاد به اینترنت به لحاظ گفتمانی در چه مفصل‌بندی‌ای قرار دارد؟ به‌عبارتی دیگر، این مسئله اجتماعی ذیل بررسی چیرگی کدام علوم قرار گرفته است؟ پس از واکاوی‌های

نظری انجام شده و نیز کارهای پژوهشی صورت پذیرفته درباره موضوع مورد بحث، دلالت گفتمانی این پژوهش‌ها بر حوزه فردی شدن (توسط علم روان‌شناسی) و پزشکی‌شدن (توسط کارگزاران پزشکی) امر اجتماعی^۱ است. در برابر دلالت نخستین (فردی شدن)، دورکیم استدلال می‌کند امر اجتماعی را به توسل به امر اجتماعی تحلیل نمود تا در حوزه تحلیل علم جامعه‌شناسی قرار گیرد. بنابراین با تأکید بر همین گزاره دورکیم می‌توان نتیجه گرفت که زمانی که نرخ استفاده از اینترنت چنان گسترده شده که صورت نابهنجاری به خود گرفته است، بایستی توسط مقوله‌های اجتماعی-فرهنگی تبیین شود. با این توضیح می‌توان گفت که به لحاظ تئوریک جامعه‌شناسان می‌توانند با استفاده کردن از مقولاتی ساختاری همچون همبستگی اجتماعی^۲، سرمایه اجتماعی^۳، آنومی و سرمایه فرهنگی^۴، ساختار خانواده (شیوه‌های فرزندپروری)، پایگاه اجتماعی اقتصادی^۵، گونه‌های دینداری و... به تبیین این مسئله پردازند. به عنوان مثال، شرایط آنومی که جامعه و به تبع آن کنشگران اجتماعی را در دامان فضای روانی آنومیک فرو می‌غلطانند، می‌تواند شرایط اعتیاد به هرگونه ابژه‌ی بیرونی را تسهیل نماید، آنومی خود شرایط است که از یک سو معلول فقدان همبستگی اجتماعی کنشگران را می‌شناساند و نیز تضاد هنجارها و خلاء روانی را در ساحت کنشگر ایجاد می‌نماید که فرد تکه‌پاره شده در فضای این چنینی، در دامان وابستگی جنون‌وار به تکنولوژی جدید می‌اندازد. با توجه به آنچه گفته شد، که عنوان شود که با طرح مسئله اعتیاد به اینترنت را به روان‌شناسی‌سینه کردن، راه به سوی جدید باز نخواهد کرد، جزء بازگشتن به پرسش نخست که علت ساختاری سازنده بستر اعتیاد به اینترنت چیست؟ و پیامدهای آن به چه نحوی خواهد بود؟

درباره مقوله دوم، پزشکی شدن، فرایندی را توصیف می‌کند که توسط آن، مشکلات غیرپزشکی، معمولاً به بهانه بیماری یا کسالت، به عنوان مشکلات پزشکی تعریف شده و نحوه رفتار با آن‌ها نیز مانند مداخلات پزشکی تلقی می‌شود. با چنین تعریفی، برخی از تحلیل‌گران اظهار کرده‌اند که افزایش اقتدار پزشکی در زمره یکی از قوی‌ترین تحولات و

1. The Social
2. Social solidarity
3. Social capital
4. Cultural capital
5. Socio-economy stasus

دگرگونی‌ها در نیم‌قرن اخیر دنیای غرب بوده است (Conrad, 2010; Conrad, 2007). پیتز کانراد، در کنار تعریف فوق، تعریف دیگری از پزشکی‌شدن ارائه می‌دهد: تعریف رفتار به‌مثابه مشکل پزشکی و گواهی حرفه پزشکی برای درمان آن (Conrad, 2007). اصطلاح پزشکی‌شدن به دو فرایند مرتبط ارجاع داده می‌شود. نخست اینکه یک حالت، تجربه یا رفتار خاص معنای پزشکی پیدا می‌کند، یعنی به‌منزله بیماری یا سلامت تعریف می‌شود. دوم، ابزار پزشکی با هدف حفظ انسجام هنجارهای فرهنگی، برای از بین بردن یا کنترل تجارب مشکل‌زا، که به‌مثابه انحراف تلقی می‌شوند به‌کاربرده می‌شود. پزشکی‌شدن می‌تواند در چندین سطح مورد استفاده قرار گیرد: الف) مفهومی، زمانی که از لغات پزشکی برای یک مسئله استفاده می‌شود، ب) نهادی، زمانی که پزشکان یک برنامه و یا مسئله را مشروعیت می‌بخشند و کنش متقابل بین بیمار و پزشک که از تشخیص و درمان برای حل یک مسئله استفاده می‌شود (Conrad, 1992).

نگاهی به پیشینه بررسی و نقد این پدیده در جامعه‌شناسی، نشان می‌دهد که پزشکی‌شدن دارای ابعاد و ویژگی‌های مهمی است که بدون توجه به آن‌ها درک سیمای جامع و واقعی این فرایند مشکل‌است. این ابعاد و ویژگی‌ها عبارت‌اند از: ۱) گذر دوطرفه مسائل، تجربیات و حالات، ۲) سیاست‌زدایی از رفتارها، تجربیات و مسائل، ۳) مسئله‌دار کردن تجربیات طبیعی، ۴) ایدئولوژی، ۵) هزینه‌های فرصت‌دار برای جامعه، ۶) فردی کردن و بسترزدایی رفتارهای اجتماعی (Conrad, 2010). با توسل به مفهوم پزشکی‌شدن می‌توان دیدگاهی تحلیلی یافت که علوم پزشکی الگوی استفاده‌ی اعتیادآمیز از اینترنت با چه نگاهی تبیین می‌کند.

درنهایت می‌توان این‌چنین نتیجه گرفت که الگوی گفتمان هژمونیک تحلیل مسئله اجتماعی درباره استفاده از اینترنت در حوزه روان‌شناسی و پزشکی تحلیل‌شده و به‌جای نظرپردازی بر هرگونه اظهارنظر جامعه‌شناسان و اصحاب رسانه را که بر مقولات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و گاهاً سیاسی تأکید می‌ورزند، بر مقولات فردی و پزشکی مسئله اجتماعی تأکید می‌ورزند، بنابراین فضای نظرورزی و کارهای پژوهشی جهت مطرح‌شدن این موضوع در علوم اجتماعی و ارتباطات در معنایی گفتمانی تنگ نموده‌اند.

منابع

۱. اباذری، یوسف، (۱۳۸۱) فروپاشی اجتماعی، نشریه آفتاب شماره ۱۹.
۲. ابراهیم‌آبادی، حسین، (۱۳۹۲) تاملی بر نسبت میان فناوری‌های اطلاعاتی با تغییرات در فرهنگ و مناسبات اجتماعی، فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، دوره ششم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲
۳. احمدی، هدی سادات و همکاران، (۱۳۹۱) بررسی میزان شیوع اعتیاد به اینترنت و رابطه آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، سال هشتم، شماره ۲۵.
۴. بخشایش، علیرضا، (۱۳۹۳) بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد به اینترنت در میان دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه یزد، فصلنامه زن در فرهنگ و هنر، دوره ششم، شماره ۱.
۵. بهادر خسروشاهی، جعفر و تورج هاشمی نصرت‌آباد، (۱۳۹۰) رابطه سبک‌های دل‌بستگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی با اعتیاد به اینترنت، فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، سال هشتم، شماره ۳۰.
۶. بهشتیان، محمد، (۱۳۹۲) رابطه بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و اعتیاد به اینترنت در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران، فصلنامه جامعه‌پژوهی فرهنگی، سال چهارم، شماره ۲.
۷. تامپسون، کنت، (۱۳۸۸) امیل دورکیم، شهناز مسمی‌پرست، تهران، نی.
۸. پی‌زاده، آسیه، (۱۳۹۰) بررسی میزان اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دانشگاه پیام نور اصفهان، فصلنامه تحقیقات نظام سلامت، سال هفتم، شماره ۵.
۹. جعفری، نسیم و مریم فاتحی‌زاده، (۱۳۹۰) پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر پایه هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال دوازدهم، شماره ۳.
۱۰. جعفری ندوشن، محمدعلی و همکاران، (۱۳۹۱) همبستگی اعتیاد به اینترنت با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی قم، سال سوم، دوره ششم.
۱۱. حسن‌زاده، رمضان و همکاران، (۱۳۹۱) رابطه اعتیاد به اینترنت با پیشرفت تحصیلی و ویژگی‌های شخصیتی فراگیران، فصلنامه فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، سال سوم، شماره ۱.
۱۲. خانجانی، زینب و سعیده اکبری، (۱۳۹۰) رابطه ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان و اعتیاد به اینترنت، فصلنامه یافته‌های نو در روانشناسی، سال ششم، شماره ۱۹.

۱۳. خواجه موگهی، ناهید و مریم غلاسوند، (۱۳۸۹) بررسی متغیرهای شخصیتی پیش‌بینی کننده اعتیاد به اینترنت، فصلنامه علمی پزشکی، دوره نهم، شماره ۴.
۱۴. دستجردی، نگین برات و سمیه صیادی، (۱۳۹۱) بررسی رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی بر اعتیاد به اینترنت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور شهر اصفهان، فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره دهم، شماره ۵.
۱۵. دورکیم، امیل، (۱۳۸۶) درباره‌ی تقسیم کار اجتماعی، باقر پرهام، تهران، مرکز.
۱۶. دورکیم، امیل، (۱۳۹۰) قواعد روش جامعه‌شناختی، محمدعلی کاردان، تهران، دانشگاه تهران.
۱۷. دلیلی، تیم، (۱۳۸۷) نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی، بهرننگ صدیقی و وحید طلوعی، تهران، نی.
۱۸. رستگار، سمانه و همکاران، (۱۳۹۳) اعتیاد به اینترنت، صمیمیت اجتماعی، شادکامی در دانشجویان، فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، سال یازدهم، شماره ۴۲.
۱۹. سورین، جوزف و جیمز تانکارد، (۱۳۸۶) نظریه‌های ارتباطات، علیرضا دهقان، تهران، دانشگاه تهران.
۲۰. صلحی، مهناز و همکاران، (۱۳۹۲) بررسی فراوانی اختلال به اینترنت در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، فصلنامه علوم پزشکی رازی، دوره بیستم، شماره ۱۰۶.
۲۱. فوکو، میشل، (۱۳۹۲) تولد پزشکی بالینی: باستان‌شناسی نگاه پزشکی، فاطمه ولیانی، تهران، ماهی.
۲۲. قاسمی، وحید؛ ملک‌محمدی، حکیمه، (۱۳۸۹) تبیین اعتیاد به اینترنت در بین کاربران کافی‌نت‌های شاهین‌شهر. فصلنامه پژوهش‌های ارتباطی.
۲۳. قهرمانی، لیلا و همکاران، (۱۳۹۲) وابستگی با اینترنت و تأثیر آن بر وضعیت تحصیلی دانشجویان دانشگاه شیراز، فصلنامه دانشگاهی یادگیری الکترونیکی، دوره چهارم، شماره ۱.
۲۴. کامران، عزیز و همکاران، (۱۳۹۱) بررسی ارتباط اعتیاد به اینترنت با سیگار و وضعیت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فصلنامه تحقیقات نظام سلامت، سال هشتم، شماره ۴.
۲۵. کیانی، تیام و همکاران، (۱۳۹۲) بررسی وضعیت اعتیاد به اینترنت و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، فصلنامه آموزش پرستاری، دوره دوم، شماره ۴.

۲۶. کوزر، لوئیس، (۱۳۹۰) زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی، محسن ثلاثی، تهران، علمی فرهنگی.
۲۷. کوزر، لوئیس، برنارد روزنبرگ، (۱۳۸۷) نظریه‌های بنیادی جامعه‌شناختی، فرهنگ ارشاد، تهران، نی.
۲۸. گندمی، زینب و همکاران، (۱۳۹۲) بررسی رابطه روان‌رنجوری خوبی با اعتیاد به اینترنت در گروه دانش آموزان، فصلنامه پزشکی هرمزگان، سال هفدهم، شماره ۱.
۲۹. مک کوایل، دنیس، (۱۳۸۵) درآمدی بر نظریه‌های ارتباط جمعی، پرویز اجلالی، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه.
۳۰. محمدخانی، شهرام و مسعود ظفر پناهی، (۱۳۹۲) هیجان‌های منفی و استفاده آسیب‌زا از اینترنت، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، دوره پنجم، شماره ۱ و ۲.
۳۱. محمدی، زیبا و همکاران، (۱۳۹۲) میزان وابستگی به اینترنت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، فصلنامه ایرانی آموزش علوم پزشکی، دوره دوازدهم، شماره ۱۳.
۳۲. محمد بیگی، ابوالفضل و همکاران، (۱۳۸۹) شیوع اعتیاد به اینترنت و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم، شماره ۸۷.
۳۳. مهرداد، هرمز، (۱۳۸۵) مقدمه‌ای بر نظریات و مفاهیم ارتباط جمعی، تهران، فاران.
۳۴. میلر، پتر (۱۳۹۰)، سوژه، استیلا و قدرت، نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران، نی.
۳۵. نادری، محمدعلی، سجادیان، ایلناز، (۱۳۸۹) تحلیل مسیر رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و وابستگی به اینترنت با کیفیت زندگی کاربران کافی‌نت‌های شهر اصفهان، تحقیقات علوم رفتاری کاربران کافی‌نت‌های شهر اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری؛ ۸(۱).
۳۶. ویندال، س و دیگران، (۱۳۸۷) کاربرد نظریه‌های ارتباطات، علیرضا دهقان، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات رسانه.
37. Ahmet Akin and Murat İskender (2011), Internet Addiction and Depression, Anxiety and Stress, International Online Journal of Educational Sciences, 3(1).
38. American Psychiatric Association (2013). (Cited 2012). Available from: <http://www.DSM5.org>.
39. Anderson, K. (2001), Internet use among college students: An exploratory study, Journal of American College Health, 50(1), 21-26.

40. Candan Oztürk, Murat Bektas, Dijle Ayar, Beste Oztügen Oztornacı, Dilek Ya(2015), Association of Personality Traits and Risk of Internet Addiction in Adolescents, Asian Nursing Research 9.
41. Ceyhan AA.(2008). Predictors of problematic internet use on Turkish university students. Cyberpsychol Behav; 11(3):363-5.
42. Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Shih-Cheng Liao, Li-Ren Chang(2016), Risk Factors of Internet Addiction among Internet Users: An Online Questionnaire Survey, PLOS Journal, 10.
43. Conrad, P (1992), "Medicalization and Social Control", In Annual Review of Sociology 18: 209-32.
44. Conrad, P. & J. Schneider (1992), Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness, Philadelphia: Temple University Press.
45. Conrad, P, Mackie, T. & A. Mehrotra (2010) "Estimating The Costs of Medicalization", In Social Science & Medicine 70: 1943-1947.
46. Conti, F, & Formica, I. (2011). Correlation and regression between Internet addiction and coping style. Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation, 4(2), 35- 241.
47. Davis, R.A (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Computers in Human Behavior: 17(2): 187-95.
48. Dimitri A Christakis, Megan M Moreno, Lauren Jelenchick, Mon T Myaing and Chuan Zhou (2011), Problematic internet usage in US college students: a pilot study, BMC Medicine,9:77.
49. Egemen Ttekkanat, Murat Topaloglu (2015), The Assessment of High Schoolers' Internet Addiction, 6th World conference on Psychology Counseling and Guidance, 14 - 16 May.
50. Ferraro G. Caci B. D' Amico A. Di Blasi M. (2007). Internet addiction disorder: an Italian study, Cyberpsychol Behave; 10(2):170-5.
51. Getz J.G. & Hawkins, R (1979), Medicalization as Carcinogen, Dallas: Southern Methodist University, Sociological Forum Publication.

52. Goleman, D. (1995). Emotional intelligence, New York. Bantam Books.
53. Gombor A, Vas LA (2008). Nation and gendered-based study about the relationship between the big five and motives for internet use: A Hungarian and Israeli comparison. *Theory and Science*; 10(1): 1-6.
54. Gonzalez, N. A. (2008). Internet addiction disorder and its relation to impulse control. MA dissertation. USA: Texas University, College of Psychology.
55. Hardie, E & Tee, M. Yi, (2007). Excessive Internet Use: The Role of Personality, Loneliness and Social Support Networks in Internet Addiction, *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*. 5(1): 34-47.
http://www.allacademic.com/meta/p275529_index.html.
56. Hyun, H.J, Yeon, K.S, and Sujin, B. (2007). Depression and Internet Addiction in Adolescent. *Psychopathology*, 40, 426-430.
57. Illich, I (1975), *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
58. Internet World Stats. (2010). Retrieved from:
59. Internet world stats. Usage and Population Statistics. (Cited 2012). Available from: <http://www.internetworldstats.com>.
60. James, D.A, Parker, Robyn, N. Taylor, Jennifer, M, Eastbrook, Stacey L. Schell, & Laura, M. Wood. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45: 174-180.
61. Johansson A, Götestam KG(2004). Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scand J Psycho*;45(3):223-9.

62. Kim EJ, Namkoong K, Ku T, Kim SJ(2008). The relationship between game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *Eur Psychiatry*;23(3):212-8.
63. Kim JH, Lau CH, Cheuk KK, Kan P, Hui HL, Griffiths SM.(2010). Predictors of heavy internet use and associations with health-promoting and health risk behavior among HongKong university students. *J Adolesc*;33(1):215-20.
64. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS, (2006). Internet Addiction in Korean Adolescents and its Relation to Depression and Suicidal Ideation: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*; 43(2):185-92.
65. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Chen CC, Yen CF.(2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study *CNS Spectr*;13(2):147-53.
66. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Lin HC, Yang MJ.(2007), Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. *Cyberpsychol Behav*;10(4):545-51.
67. Kuh, G.D, Vesper, N. (2001). Do computers enhance or detract from student learning?, *Research in Higher Education*, 42(1): 87-102.
68. Lan-hua, L, Li-ping, Z, Zhao-lan, L. (2010), Impact of emotional intelligence on internet addiction disorder among students at a college in Weifang, 2009. *Preventive Medicine Tribune*. 9(8), 48-61.
69. LaRose, R, Kim, J. H, & Peng, W. (2010). *Social networking: Addictive, compulsive, problematic, or just another media habit*, New York: Routledge.
70. Li, S, Q. Xie, and A. Wang. (2008), *The Relationship between Age, Gender, Family Support, and Internet Addiction*. Paper presented at the annual meeting of the MWERA Annual Meeting, Westin Great Southern Hotel, Columbus, Ohio Online.

71. Meerkerk GJ, Van den Eijnden RJJM, Vermulst AA, Garretsen HFL (2009). The relationship between personality, psychosocial well-being, and compulsive Internet use. *The Internet as Cyber Prozac. Developmental Psychology*, 44(3), 655-665.
72. Mythily S, Qiu S, Winslow M(2008). Prevalence and correlates of excessive Internet use among youth in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*;37(1):9-14.
73. Ng BD, Wiemer-Hastings P(2005). Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychol Behav*;8(2):110-3.
74. Niemz K, Griffiths M, Banyard P(2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychol & Behav*; 8(6):562-70.
75. Onueghbuzie, Anthony.J; Leech, Nancy L; Colins, Kathleen M.T(2012), Qualitative analysis techniques fir the review of the literature, *The qualitive Report*, Volume 17, article56, p: 1-28.
76. Ridings CM, Gefen D (2004). Virtual community attraction: Why people hang out online. *JCMC*; 10(1), 51-63.
77. Shaw M, Black DW (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*; 22(5):353-65.
78. Stefanescu, C, Chele, G, Chirita, R, Chirita ,V, & Ilinca, M. (2007). The relationship between identity development and internet addiction. *European Psychiatry*, 22(1), 200-215.
79. van den Eijnden RJ, Meerkerk GJ, Vermulst AA, Spijkerman R, Engels RC(2008). Online communication, compulsive Internet use, and psychosocial well-being among adolescents: a longitudinal study. *Dev Psychol*;44(3):655-65.

80. Vizeshfar F.(2005). Assessment of the internet addiction between Larian net users. Journal of fundamentals of mental health;7(25-26):27-33.
81. Wildt BT. Putzig I. Zedler M. Ohlmeier MD(2007). Internet dependency as a symptom of depressive mood disorders. Psychiatr Prax; 34 Suppl 3:S318-22.
www.Internetworldstats.com
82. Yajun Li, Xinghui Zhang, Furong Lu, Qin Zhang, and Yun Wang(2014), Internet Addiction Among Elementary and Middle School Students in China: A Nationally Representative Sample Study, Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, Volume 17, Number 2
83. Yellowlees, P. & Marks, S. (2007). Problematical Internet Use or Internet Addiction? Computers in Human Behavior, 23. 1447-1453.
84. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Wu HY, Yang MJ (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility.