

## بررسی تأثیر خودارضایی بر سلامت روانی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز

سید فتح اله زاهدیان<sup>۱</sup>، دکتر سید محمد رضا تقوی<sup>۲</sup>

### مقدمه

خودارضایی را می توان کسب لذت جنسی شخصی به دست خود شخص تعریف نمود که معمولاً به ارگاسم منجر می شود (کاپلان، سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). روش های خودارضایی در دو جنس و افراد مختلف فرق می کند. کینزی (به نقل از کاپلان و همکاران، ۲۰۰۷) به این نتیجه رسید که ۲٪ زن ها می توانند فقط با خیال پردازی به ارگاسم برسند. از نظر معیارهای غربی، خودارضایی وقتی که فقط فعالیت جنسی مورد علاقه یا عمل باشد و یا چنان به افراط صورت بگیرد که حکایت از وجود یک جبر وسواسی یا اختلال کنشی جنسی بنماید و یا وقتی مستمراً به رابطه ی جنسی با همه ترجیح داده شود، غیر عادی تلقی می شود (کاپلان و همکاران، ۲۰۰۷). محققان سن شروع خودارضایی را دوران کودکی و بعد از ۲ سالگی می دانند (یونال، ۲۰۰۰). اوج این رفتار در سن ۴ سالگی و نوجوانی می باشد. در تحقیقی که در دانمارک انجام شد، محققان پس از بررسی ۶۸۸ مرد و زن ۱۸ تا ۳۰ سال ناهمجنس گرا متوجه شدند که تنها ۳/۵٪ از مردان و ۲۲/۳٪ از زنان خودارضایی نداشتند. درصد مردانی که ۴ بار یا بیشتر در طول یک هفته خودارضایی داشتند ۳۴/۷٪ بود (هال، ۲۰۰۶). همچنین ۱۴/۱٪ از افراد بالای ۶۰ سال طی یک ماه گذشته خودارضایی داشته اند (جینسبرگ، پمرانتز و کرامر - فیلی، ۲۰۰۵).

احساس گناه ناشی از خودارضایی از عوامل مهم افسردگی است (ناندینی و همکاران، ۲۰۰۲؛ روسنر و همکاران، ۱۹۷۹). خودارضایی با تحریک اعصاب سمپاتیک موجب تخلیه میزان زیادی از انرژی الکتروزیستی می شود که در درازمدت موجب انزال سریع و ضعیف می شود (استراسبرگ، ماهونی، اسشاگوراد و هاله ۱۹۹۰؛ هوستون، ۲۰۰۶). خودارضایی مقادیر زیادی از تستسترون را به DHT تبدیل می کند. مقادیر بالای DHT که در بافت ها ذخیره می شود موجب کچلی، طاسی و افزایش اندازه پروستات می شود (هوستون، ۲۰۰۶). از آنجا که اعصاب پاراسمپاتیک وظیفه ی کنترل و حالت برانگیختگی را بر عهده دارند، ضعف این اعصاب در اثر تحریکات مکرر خودارضایی موجب اختلالات برانگیختگی به خصوص در مردان می شود (گری و همکاران، ۲۰۰۵، ناندینی و همکاران، ۲۰۰۲). انقباض شدید و یک مرتبه ی عضلات در جریان انزال باعث مصرف سریع مواد غذایی ذخیره شده در عضلات و به طور عمده کاهش گلیکوژن می شود. خستگی عضلانی تقریباً با سرعت تهی شدن عضلات از گلیکوژن رابطه ی مستقیم دارد و هر چه این سرعت بیشتر باشد، خستگی بیشتر است (گایتون و هال، ۱۹۹۶).

هدف از مطالعه ی حاضر مقایسه افراد خودارضاء و غیر خودارضاء از لحاظ سلامت روانی و بررسی رابطه ی سلامت روانی با تعداد دفعات تکرار خودارضایی در دو جنس است. فرضیه های این پژوهش به این شکل تعریف شد: ۱- آیا تفاوت معناداری بین افراد خودارضاء و افراد غیر خودارضاء از لحاظ سلامت روانی وجود دارد؟ ۲- آیا بین دختران خودارضاء و پسران خودارضاء از لحاظ سلامت عمومی تفاوتی وجود دارد؟ ۳- آیا بین افراد مختلف بر حسب میزان خودارضایی از لحاظ سلامت عمومی تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

۱. کارشناس روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

۲. دانشیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

## روش

جامعه ی آماری شامل کل دانشجویان دانشگاه شیراز می باشد. نمونه ی آماری در این پژوهش شامل ۲۱۵ دانشجوی پسر و دختر ۱۷ تا ۲۷ سال (۴۷ دختر و ۱۶۸ پسر) است که در مقاطع تحصیلی کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بودند.

ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسش نامه ی سلامت عمومی GHQ-28 گلد برگ است. پرسش نامه ی سلامت عمومی ۲۸ سؤال دارد که علاوه بر نمره ی کل، دارای مولفه های علایم جسمانی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی است. روش نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکریت می باشد. تقوی (۱۳۸۰) روایی و پایایی این مقیاس را برای استفاده در فرهنگ ایرانی مناسب گزارش کرده است. برای تفکیک افراد خود ارضاء از افراد غیر خود ارضاء یک سؤال به پرسش نامه GHQ اضافه شد و از افراد سؤال شد که «آیا ظرف یک ماه گذشته خود ارضایی داشته اند یا خیر؟» و در فرم دیگر خواسته شد که دفعات خود ارضایی خود را ظرف یک ماه گذشته ذکر کنند.

طرح تحقیق و روش تحلیل داده ها: در این تحقیق، ابتدا آزمودنی ها در ۲ گروه دسته بندی شدند؛ شامل: ۱- افرادی که ظرف یک ماه گذشته خود ارضایی داشتند ۲- افرادی که ظرف یک ماه گذشته خود ارضایی نداشتند. برای بررسی فرض اول و دوم از آزمون t-test مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. برای بررسی فرض سوم از یک نمونه ی ۹۳ نفره از پسران استفاده شد که ظرف یک ماه گذشته از (۰ تا بیش از ۶ بار) خود ارضایی داشتند. سپس با استفاده از یک طرح ۴ گروهی و تقسیم بندی افراد در ۴ گروه شامل: افرادی که از یک ماه گذشته تاکنون ۰، ۱ تا ۳ بار، ۴ تا ۶ بار و بیش از ۶ بار خود ارضایی داشتند از لحاظ نمره ی سلامت روانی مقایسه شدند. برای انجام این مقایسه از روش ANOVA یک راهه ی مستقل استفاده شد و برای تعیین نقاط معناداری از پس آزمون توکی استفاده شد.

## یافته ها

نتایج به دست آمده نشان داد که: (۱) تفاوت معناداری بین افراد خود ارضاء و غیر خود ارضاء از لحاظ سلامت روانی وجود دارد ( $P < /0.01$  و  $t(213) = 5/55$ ).

(۲) تفاوت معناداری بین دختران خود ارضاء و پسران خود ارضاء از لحاظ سلامت روانی وجود ندارد ( $t(69) < |ns|$ )

(۳) بین ۴ گروه از افراد خود ارضاء و افراد غیر خود ارضاء بر اساس میزان خود ارضایی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < /0.01$  و  $F(3, 89) = 48/27$ ).

نتایج آزمون توکی نشان داد که هر چه میزان خود ارضایی بیشتر باشد افراد از سلامت روانی کمتری برخوردارند که نتایج آن در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: مقایسه نمرات سلامت روانی (تفاوت میانگین ها) در افراد با میزان خود ارضایی مختلف

میزان خود ارضایی	اصلاً	۱ تا ۳ بار	۴ تا ۶ بار	بیش از ۶ بار
اصلاً		- ۸/۰۴ *	- ۱۹/۱ ***	- ۲۹/۶ ***
۱ تا ۳ بار	- ۸/۰۴ *		- ۱۱/۰۶ ***	- ۲۱/۵۳ ***
۴ تا ۶ بار	- ۱۹/۱ ***	- ۱۱/۰۶ ***		- ۱۰/۴۷ **
بیش از ۶ بار	- ۲۹/۶ ***	- ۲۱/۵۳ ***	- ۱۰/۴۷ **	

\* $P < /0.05$

\*\* $P < /0.01$

\*\*\* $P < /0.001$

## بحث و تفسیر

یافته های پژوهش حاضر مؤید آن است که افراد خود ارضاء در مقایسه با افراد غیر خود ارضاء نمره ی سلامت روانی کمتری دارند که این با یافته ها برودی (۲۰۰۶) مبنی بر سلامت روانی کمتر افراد خود ارضاء و احتمال بیشتر ابتلای آنها به اختلالات کارکرد جنسی، همسو می باشد. از طرفی هر چه میزان خود ارضایی افراد افزایش پیدا کند سلامت روانی افراد کاهش می یابد. با توجه به این که میزان خود ارضایی در آستانه ی بلوغ افزایش می یابد و اضطراب ناشی از آن در یک چرخه موجب افزایش خود ارضایی می شود، همچنین افزایش خودارضایی با افزایش احتمال ابتلای افراد به اختلالاتی نظیر افسردگی، انزال زودرس، اعتیاد جنسی و رفتار وسواسی و .... همراه است، شرایط ایجاب می کند که با آموزش های صحیح پیرامون خود ارضایی و آسیب های مرتبط با آن برای نوجوانان، و فراهم آوردن زمینه های ازدواج جوانان جهت ارضای میل جنسی در مسیر درست در حفظ سلامت روانی جامعه تلاش شود. در این مقاله ضمن مقایسه ی پژوهش حاضر با مطالعات پیشین، کاربرد های عملی این نتایج در بعد آموزشی، پژوهشی و پیش گیری ارائه می شود.

## منابع

- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسش نامه ی سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز، روانشناسی، شماره ۲۰، ۱۷-۱.
- Brody, S. (2006). Penile - vaginal intercourse is evidence trumps ideology. *Sexual & Relationship Therapy*, 21, 393-403.
- Ginsberg, TB; Promerantz, SC & Kramer – Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviors and preferences. *Age Ageing*, 34 (5) -80.
- Guyton, C. A & Hall, E. J. (1996). *Text book of medical physiology*. Philadelphia: W.B Saunders.
- Hoston, G. F. (2006). *Men let's talk! The Workbook*. Houston Spectrum Publishing
- Nandini, C; Chopra, V. K & Sinha, V.K. (2002). Masturbatory Guilt Leading to Severe depression and erectile dysfunction. *Journal of Sex And Marital Therapy*, 28, 4, 285-287(3).
- Sadock, J. B; Kaplan, L. H & Sadock, A.V. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry- behavioral science / clinical psychiatry*. Philadelphia: Worter Kluwer.
- Strassbody, DS; Mahoney, J M; Schaugaard, M & Hale, VE. (1990). The role of anxiety in premature ejaculation: A Psychology Sociological Model. *Arch sex behav*; 19 (3): 251-257.
- Unal, F. (2000). The clinical outcome of childhood masturbation: *Turk Journal Pediatr*, 304-307