

## تدوین پروتکل کنترل خودارضایی؛

### با تأکید بر رویکرد اسلامی و امکان‌سنجی آن: «تک آزمودنی»

azarbadkan@um.ac.ir

aghamohammadian@um.ac.ir

abdkhoda@um.ac.ir

فاطمه آذربادکان / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه فردوسی مشهد

حمیدرضا آقامحمدیان شاعر / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

محمدسعید عبدخدایی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۰۹ - پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۴

#### چکیده

هدف این پژوهش، بررسی نقش خودکنترلی با رویکرد اسلامی، در کنترل خودارضایی دختران بود. ابتدا پروتکل کنترل خودارضایی، براساس خودکنترلی با رویکرد اسلامی تدوین و امکان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری، شامل کلیه دختران مجرد ۱۶ تا ۲۰ سال دبیرستان‌های روزانه، شبانه و بزرگسالان بودند که بیش از ۳ بار در هفته، حداقل از یکسال گذشته خودارضایی داشتند. برای نمونه‌گیری، از نمونه در دسترس و هدفمند استفاده شد (۲ نفر، ۱۸ و ۱۶ ساله). هر دو آزمودنی، در ابتدا و انتهای دوره درمان، پرسش‌نامه‌های اضطراب بک (BAI) و پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) را تکمیل کردند. همچنین، ۶ جلسه مشاوره فردی «پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی» دریافت کردند و به مدت ۴ هفته، پیگیری درمان انجام شد. نتایج نشان داد استفاده از پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی، در هر دو آزمودنی باعث کاهش رفتار خودارضایی شد. همچنین مقایسه نتایج پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی در مراجعان نشان‌دهنده کاهش افسردگی آنها بود. در نتیجه، استفاده از «پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی»، منجر به حذف این رفتار در نوجوانان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: خودارضایی، خودکنترلی، رویکرد اسلامی.

به نظر می‌رسد یکی از رایج‌ترین رفتارهای جنسی انحرافی، خودارضایی است که مورد توجه بسیار قرار گرفته است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ رضاپور و همکاران، ۱۳۹۳؛ سعیدی‌پور و حیدری، ۱۳۹۰؛ اسمیت، روزنتال، ریچل، ۱۹۹۶؛ به نقل از: هوگارت، اینگهام (Hogarth, H., Ingham, R.), ۲۰۰۹؛ فرمهینی‌فراهانی، ۱۳۸۷)؛ به‌گونه‌ای که می‌توان اذعان داشت، هیچ نوع فعالیت جنسی بیش از خودارضایی مورد بحث قرار نگرفته، صریح‌تر و آشکارتر محکوم نشده و جهانگیرتر انجام نگرفته است (کاپلان، سادوک (Kaplan & Sadock), ۲۰۰۳، به نقل از: احمدی و همکاران، ۱۳۹۱). در تعریف خودارضایی گفته‌اند: «تسکین یا اطفای شهوت به‌وسیله مالش یا فشار به اعضای تناسلی یا به‌کاربردن وسایل غیرطبیعی دیگر به‌منظور رسیدن به اوج لذت جنسی، به‌سبب عدم دسترسی به جنس مخالف» (جهانیان، ۱۳۸۷؛ موحدی، ۱۳۸۵؛ وستایمر، لوباتر، ۲۰۰۵، به نقل از: احمدی و همکاران، ۱۳۹۱). در تعریف دیگر آمده است: «تماس آگاهانه شخص با اندام‌های تناسلی خویش با هدف افزایش برانگیختگی جنسی و کسب لذت» (دفتر آموزش سلامت دانشگاه پنسیلوانیا، ۲۰۰۲؛ مرکز سلامت مک کینلی، ۲۰۰۵)

صرف نظر از نگرش‌ها و ارزش‌های فرهنگی، خودارضایی در همه جوامع دیده می‌شود و مطالعات مختلف نشان می‌دهد که خودارضایی یک فعالیت متداول در انسان‌هاست (کینزی و همکاران، ۱۹۹۲؛ داس، ۲۰۰۷؛ ریچترز و همکاران، ۲۰۰۳؛ پترسون و هابید، ۲۰۱۰؛ اولیور و هابید، ۱۹۹۳؛ هالد، ۲۰۰۶، همگی به نقل از: رگنروس (Regnerus) و همکاران، ۲۰۱۷؛ هوگارت، اینگهام، ۲۰۰۹؛ رابینز (Robbins) و همکاران، ۲۰۱۱؛ سعیدی‌پور و حیدری، ۱۳۹۰، کلمن (Coleman), ۲۰۰۳). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که خودارضایی جزء جدایی‌ناپذیر گزارش‌های جنسی در اکثر بزرگسالان است و تقریباً همه مردان و سه‌چهارم همه زنان، زمانی در عمر خود به آن دست زده‌اند (هربنیک و همکاران، ۲۰۱۰؛ ریس و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از رگنروس و همکاران، ۲۰۱۷؛ شارما و شارما (Sharma), ۱۹۹۸؛ آخوندیان، جعفری، ۲۰۰۸؛ عجلونی (Ajlouni) و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌ها در ایران نشان داد که مردان ۹۲٪ و زنان ۶۲٪ در طول زندگی خودارضایی را تجربه کرده‌اند (بیرجندی، ۱۹۹۱؛ جهانیان و همکاران، ۱۳۸۸؛ کامکار و جباریان، ۲۰۰۷، همگی به نقل از: شکر (Shekarey) و همکاران، ۲۰۱۱؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۱). در مجموع، هیچ جامعه انسانی وجود ندارد که زنان بیشتر از مردان خودارضایی کنند. به نظر می‌رسد که زنان در مقایسه با مردان، هنگامی که با جنس مخالف رابطه عاطفی - جنسی دارند، کمتر به خودارضایی می‌پردازند.

بسیاری از فرهنگ‌های مدرن، این عمل جنسی را به‌عنوان بخشی طبیعی از تمایلات جنسی انسان قبول دارند (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از هوگارت و اینگهام، ۲۰۰۹؛ استراخان و استپلس (Strachan & Staples), ۲۰۱۲؛ لوسکیو (Levesque), ۲۰۱۱). انجمن پزشکی آمریکا در کتاب *تمایلات جنسی انسان*، خودارضایی را پدیده‌ای طبیعی تعریف می‌کند. تحقیقات آزمایشگاهی که در دهه‌های اخیر صورت گرفته، شایعات بسیاری را که در زمینه خودارضایی متداول است، باطل کرده‌اند. گفته می‌شود که خودارضایی در نفس خود هیچ‌گونه تأثیرات

منفی و مخالف سلامت جسمی و روحی ندارد. به عبارت دیگر، خودارضایی یک فعالیت جنسی سالم و طبیعی است که افراد هر دو جنسیت می‌توانند از آن بهره ببرند. در واقع، خودارضایی به شکل‌های مختلفی می‌تواند به سلامت فرد یاری رساند؛ از جنبه‌های جسمی گرفته تا جنبه‌های روانی، عاطفی و هیجانی (سعیدی‌پور و حیدری، ۱۳۹۰).

رویکرد روانکاوی، یکی از عوامل مؤثر در خودارضایی جبری را تلاش برای رفع افسردگی - که معمولاً ناشی از نیاز برآورده‌نشده برای محبت است - می‌داند (کمپل، ۱۹۵۷، به نقل از: پورافکاری، ۱۳۸۰). خودارضایی وسیله‌ای است که افراد تنش‌های عصبی خود را کاهش می‌دهند (ایرامسون، ۱۹۷۳؛ کینزی و همکاران، ۱۹۵۳، به نقل از: شارما و شارما، ۱۹۹۸). طبق پژوهش برودی و کاستا، تعداد دفعات خودارضایی با نارضایتی از زندگی جنسی، روابط صمیمانه، سلامت روان و زندگی به‌طور کلی، ارتباط مستقیم دارد (برودی و کاستا، ۲۰۰۹، به نقل از: برودی و نیکلسن، ۲۰۱۳). بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خودارضایی بیشترین خطر افسردگی در زنان را به‌همراه دارد (کاستلینی (Castellini) و همکاران، ۲۰۱۶؛ برودی و نیکلسن، ۲۰۱۳) و منجر به افزایش اضطراب در افراد می‌شود (کاستلینی و همکاران، ۲۰۱۶؛ کلمن، ۲۰۰۳؛ شارما و شارما، ۱۹۹۸؛ پناهی، ۱۳۸۶) و آنها را بیشتر درگیر این عمل می‌کند.

این در حالی است که در بیشتر مراجع علمی روان‌شناختی غرب، خودارضایی یک رفتار سالم برای رشد جنسی طبیعی هر فرد شناخته شده است (استراخان، استپلس، ۲۰۱۲؛ لوسکیو، ۲۰۱۱؛ کلمن، ۲۰۰۳؛ هورنر، ۲۰۰۴، به نقل از پترسون و اسکات (Patterson & Scott)، ۲۰۱۳). در بسیاری از فرهنگ‌ها، به‌واسطه آموزه‌های مذهبی، خودارضایی یک فعالیت شرم‌آور و مشکل‌ساز است (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از لوسکیو، ۲۰۱۱؛ کاستلینی و همکاران، ۲۰۱۶؛ هوگارت و اینگهام، ۲۰۰۹). در فرهنگ اسلامی، خودارضایی یک تخلف اخلاقی و گناه کبیره (دستغیب، ۱۳۵۳، ص ۳۵۵) شناخته شده و به‌عنوان یک مشکل در جامعه مسلمانان، در برابر آن موضع مخالف گرفته شده است (عمرانی‌فرد و همکاران، ۲۰۱۳؛ حسینی، ۲۰۱۳). در اسلام هر چیزی در محدوده خاص خود تعریف می‌شود؛ مانند خوردن و آشامیدن - که از عادی‌ترین نیازمندی‌های انسان است - که به‌طور مطلق حلال نیست. لذت‌های جنسی نیز فقط در محدوده خاص خود - که همان ارتباط با همسر در محیط خانواده است - تعریف می‌شود و حتی در این شرایط، بسیار مطلوب و با ثواب اخروی همراه است؛ اما از نظر اسلام، خارج از این محدوده، از زشت‌ترین گناهان محسوب می‌شود.

خودارضایی، در تعبیرات اسلامی مورد نهی است. خداوند در آیه ۷ سوره «مؤمنون» می‌فرماید: «هر کس با غیر از همسرش شهوتش را دفع کند، از تجاوز کاران است». رسول خدا ﷺ فرموده است: «ازدواج‌کننده با کف دست، از رحمت خدا به دور است». در بعضی از روایات، تعبیرات تکان‌دهنده‌تری آمده است. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «سه گروه‌اند که خدا در روز رستاخیز با آنان سخن نمی‌گوید و به آنان نظر رحمت نمی‌فرماید و برای ایشان عذابی دردناک است... (و یکی از آنها)... آنکه با خودش ازدواج کند (فردی که خودارضایی می‌کند)» (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲، ص ۱۳۱).

اسلام یک شیوه و الگوی اساسی از رفتار جنسی ارائه کرده است. الگوی اسلامی رفتار جنسی، یک الگوی رفتار جنسی ایمن است که با توانمندسازی افراد به‌وسیله ازدواج و عفاف، هم جوابگوی نیاز غریزی است و هم به

ندای فطرت پاسخ می‌دهد. آموزه‌های اسلامی، ایمنی رفتار جنسی را در دو راه منحصر می‌کند: ازدواج و خویشن‌داری (خودکنترلی) (نورعلیزاده میانجی، ۱۳۸۸).

خودکنترلی همان خویشن‌داری است که قرآن از آن به «تقوا» تعبیر می‌کند. بیشتر آیات خودکنترلی در قرآن، مربوط به نفس است (بقره: ۲۲۵؛ انعام: ۱۶۴؛ تحریم: ۶؛ مائده: ۱۰۵ و...). این نفس است که باید مراقب اعمال و رفتارش باشد و همواره بر خود مسلط باشد که به خطا نرود. بنابر آموزه‌های دینی، کنترل نفس از طریق ترک گناه و معصیت و سپس انجام واجبات دینی میسر می‌شود که ثمره آن تقواست (مشائی و شاهد، ۱۳۹۴).

رفیعی‌هنر و همکاران (۱۳۹۳) با تبیین سازه خودکنترلی با رویکرد اسلامی، آن را چنین تعریف کرده‌اند: «فرایند مهار و تنظیم مداوم و آگاهانه تمایلات نفس در سه حوزه افکار، هیجانات و رفتار، با هدف رسیدن به کمال الهی، به‌وسیله شناخت و نظارت بر خود، شناخت و ایمان به هدف نهایی و عمل بر اساس انگیزش‌های الهی».

از نگاه روان‌شناسان، خودکنترلی، استعداد عالی انسانی برای یک زندگی ارزشمند و امری حتمی و اجتناب‌ناپذیر است (کراگلانسی و کوپتز، ۲۰۱۰، به نقل از: رفیعی‌هنر، ۱۳۹۲). محور اصلی مفهوم خودکنترلی، توانایی شخص در بی‌اعتنایی به کشش‌های درونی یا تغییر آنها و نیز متوقف نمودن تمایلات نامطلوب، همچون وسوسه‌ها، و پرهیز از عمل کردن بر اساس آنهاست (تانجی، ۲۰۰۴؛ به نقل از: پسندیده، ۱۳۹۳). اصطلاح خودکنترلی برای موقعیتی به کار می‌رود که افراد به رفتارهایی مشغول می‌شوند که بر کشش‌های بسیار نیرومند (مانند یک تمایل رفتاری، انگیزش، هیجان) فائق آیند.

خودکنترلی دارای چهار حوزه است که افراد در هر یک از آنها نیازمند مهار و تنظیم هستند. این چهار حوزه عبارتند از: فکر، تکانه (وسوسه)، هیجان و رفتار. به همین دلیل، از دید پژوهشگران تقریباً همه مشکلات اساسی شخصی و اجتماعی، مستلزم نوعی شکست در خودکنترلی است که با مشکلات رفتاری و مهار تکانه، از جمله پرخوری، خشونت، رفتار تکانه‌ای جنسی، استعمال دخانیات و... همراه بوده است. تحقیقات روان‌شناسان نشان داده است که بین دینداری و خودکنترلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و هر دو متغیر با کاهش رفتارهای مجرمانه ارتباط دارند (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۲). همچنین کیومرثی (۱۳۸۲) نشان داد که دین‌داری و جهت‌گیری مذهبی، با خودمهارگری رابطه دارد و از انحراف‌های جنسی بازدارد می‌کند (نورعلیزاده میانجی، ۱۳۸۸).

افرادی که در خودکنترلی ناتوان هستند، احساس درماندگی و ناتوانی در اعمال و وقایع زندگی می‌کنند و معتقدند هر تلاشی که انجام می‌دهند، بی‌فایده است و ممکن است به‌تحو فزاینده‌ای ناامید، بی‌احساس و مضطرب شوند (شولتز و شولتز، ۱۳۸۴). گاهی نیز افراد به‌دلیل این اضطراب و افسردگی، تلاشی در کنترل خودارضایی نمی‌کنند و در نتیجه، ادامه دادن این رفتار باعث افزایش اضطراب و افسردگی آنان می‌شود که آنان را در دور باطل خودارضایی قرار می‌دهد. نیروی خودکنترلی به یاری و کمک نیازمند است و آموزه‌های دینی می‌توانند در این زمینه مؤثر باشند. اگر خودکنترلی پرهیزگاری و خویشن‌داری جنسی در انسان پایدار نگردد، او نمی‌تواند از لغزش‌ها مصون بماند و بر خواسته‌های نفسانی و تمایلات جنسی خود غلبه کند و در نتیجه دچار انحراف و آسیب می‌شود. همان‌گونه که

امیرمؤمنان علی علیه السلام می‌فرماید: «شخص عقیف و خویشتن‌دار زنا نمی‌کند» (نورعلیزاده میانجی، ۱۳۸۸). دین اسلام با پنج شیوه، باعث ارتقای خودکنترلی می‌شود که عبارت‌اند از: ارائه معیارهای روشن، ایجاد انگیزش برای رفتار اخلاقی، نظارت‌گری بر رفتار، مدیریت تمایلات ناشایست و مهار و تنظیم هیجانات (رفیعی هنر، ۱۳۹۲).

دلیل مهم انحراف‌ها و آسیب‌های جنسی، عدم برخورداری از مهارت‌های خویشتن‌داری و خودکنترلی است. خودارضایی نیز از این قاعده مستثنا نیست؛ زیرا هنگامی که نیازهای جنسی بر انسان مسلط شود، در صورتی که فرد از خودکنترلی پایینی برخوردار باشد، تکانشی رفتار می‌کند و احتمال اینکه دست به ارضای انحرافی آن بزند، بیشتر است؛ و از آنجاکه افراد برای خودارضایی به تفکرات و تخیلات جنسی، دسترسی به تصاویر و فیلم‌های پورن و خلوت نیاز دارند تا بتوانند به این رفتار انحرافی اقدام کنند، پس به تنظیم و مهار در هر چهار حوزه ذکرشده از خودکنترلی نیازمندند. از طرف دیگر، دغدغه همه ادیان توحیدی همین توانمند کردن بشریت در تسلط و تملک بر خویشتن خویش بوده است. در این میان، دین اسلام براساس یک سلسله از آموزه‌های خود، به ارتقای نیروی خودکنترلی می‌پردازد و در پی آن موجب رشد و تحول رفتارهای افراد می‌گردد. در اسلام، به رشد همه‌جانبه و ارضای همه نیازهای انسان، از جمله نیازهای جنسی توجه شده است. دین مبین اسلام در این مقوله اهمیت زیادی برای توانمندی و مصون‌سازی افراد از راه کسب توان خویشتن‌داری و خودکنترلی قائل است و قرآن کریم کسانی را که امکان ازدواج و ارضای مشروع جنسی را ندارند، به خویشتن‌داری توصیه می‌کند (نور: ۳۳).

در مجموع، با توجه به پیشینه فرهنگی و مذهبی جامعه ایران و نبود امکانات ازدواج، برخی با خویشتن‌داری، و برخی - که از خودکنترلی کافی در زمینه جنسی برخوردار نیستند، اما نمی‌خواهند تن به روابط نامشروع دهند - با خودارضایی نیاز جنسی خود را ارضا می‌کنند. شواهد موجود بیانگر آن است که درمان خودارضایی به‌عنوان یکی از مشکلات جنسی شایع، مغفول مانده است؛ درحالی که یکی از علل اصلی آن را می‌توان ضعف یا عدم مهارت‌های خودکنترلی دانست. در این میان می‌توان براساس یک سلسله از آموزه‌های دین اسلام، به ارتقای نیروی خودکنترلی پرداخت. بنابراین، سعی محقق بر این است که با تأکید بر خودکنترلی از دیدگاه اسلامی، به تدوین الگویی اسلامی برای کنترل خودارضایی بپردازد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از حیث هدف در طبقه پژوهش‌های توسعه‌ای و کاربردی قرار می‌گیرد و بررسی اثربخشی آموزش با استفاده از طرح ABA انجام می‌گیرد. در طرح‌های تک‌آزمودنی، متغیر وابسته چندین بار اندازه‌گیری می‌شود و تأثیرات آزمایشی با مقایسه پاسخ‌های آزمودنی‌ها در طی خط پایه و مراحل درمانی تعیین می‌گردد. در این طرح، مشکل مراجع چندین بار اندازه‌گیری می‌شود تا بتوان تغییرات را مشاهده کرد. این خط پایه، مبنایی برای مقایسه مشکل مراجع بعد از درمان است تا بتوانیم اثربخشی درمان را مشخص کنیم. در طی درمان، اندازه‌گیری از مشکل مراجع همچنان ادامه می‌یابد (سعدی‌پور، ۱۳۹۳، ص ۳۴۸-۳۵۰).

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دختران مجرد ۱۶ تا ۲۰ سال، محصل در دبیرستان‌های روزانه، بزرگ‌سالان و شبانه روزی است که بیش از سه بار در هفته حداقل از یکسال گذشته، خودارضایی دارند. برای نمونه‌گیری، از نمونه در دسترس و هدفمند استفاده می‌شود.

**معیار ورود به درمان:** دختر، مجرد، سابقه خودارضایی حداقل سه بار در هفته به مدت یک سال، عدم استفاده از دارودرمانی یا درمان‌های روان‌شناختی دیگر، کسب نمره ۷-۰ در پرسش‌نامه اضطراب بک و نمره ۱۳-۰ در پرسش‌نامه افسردگی بک.

**معیار خروج از درمان:** متأهل، سابقه خودارضایی کمتر از یک سال، استفاده از دارودرمانی یا درمان‌های روان‌شناختی دیگر، کسب نمره ۷ به بالا در پرسش‌نامه اضطراب و نمره ۱۳ به بالا در پرسش‌نامه افسردگی بک. برای انتخاب آزمودنی‌ها، از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده می‌شود.

**پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI):** یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگ‌سالان تهیه شده است. پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای با طیف لیکرت (اصلاً=۰، خفیف=۱، متوسط=۲، شدید=۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهادی این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: ۷-۰ (هیچ یا کمترین حد اضطراب)، ۱۵-۸ (اضطراب خفیف)، ۲۵-۱۶ (اضطراب متوسط)، ۶۳-۲۶ (اضطراب شدید). مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی این آزمون، همگی نشان‌دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب هستند (بک و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از: فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۱، ص ۳۱۹-۳۲۰). غرابی (۱۳۷۲) ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته، ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین کابوایی و موسوی (۱۳۷۸)، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون - آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۱، ص ۳۲۰).

**پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II):** این پرسش‌نامه جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی، و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی آن را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه در جمعیت بالای ۱۳ سال قابل استفاده است. و دارای ۲۱ سؤال چهار گزینه‌ای با طیف لیکرت (جزئی=۰، خفیف=۱، متوسط=۲، شدید=۳) است. نمره کل در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهادی این پرسش‌نامه عبارتند از: ۱۳-۰ (افسردگی جزئی)، ۱۹-۱۴ (افسردگی خفیف)، ۲۸-۲۰ (افسردگی متوسط)، ۶۳-۲۹ (افسردگی شدید). بک، استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با

میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. به‌علاوه در یک مطالعه جهت بررسی اعتبار و روایی (BDI-II) بر روی جمعیت ایرانی، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود و اعتبار بازآزمایی با فاصله دو هفته، ۰/۷۳ به‌دست آمد (غزایی، ۱۳۸۲؛ به نقل از: فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۱، ص ۳۲۵).

در مرحله اجرای پروتکل کنترل خودارضایی، ابتدا به تدوین برنامه آموزشی پرداخته و در تدوین جلسات، از روش‌ها و دستورهای موجود در آموزه‌های اسلامی استفاده شد و روش‌های خودکنترلی استخراج شدند و اعتبار آن توسط متخصصان و اساتید بررسی گردید.

پژوهش حاضر در دو مرحله اجرا شد:

### مرحله اول: تدوین پروتکل درمان کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی

در این مرحله، با مراجعه به منابع کتابخانه‌ای و پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه خودکنترلی، نسبت به جمع‌آوری و دسته‌بندی راه کارهای دین اسلام و همچنین اصول روان‌شناختی خودکنترلی اقدام شد.

با توجه به مبانی نظری و تحقیقات موجود در زمینه خودکنترلی از دیدگاه اسلام، عوامل مؤثر، راه کارها و مؤلفه‌هایی برای خودکنترلی ذکر شده که با بررسی میزان اهمیت هریک از مؤلفه‌های خودکنترلی در زمینه کنترل خودارضایی، به راه کارها و تکالیفی دست یافتیم که در ادامه، تکمیل و کنار هم قرار دادن این شیوه‌ها منجر به تدوین یک پروتکل برای استفاده کاربردی و ساختارمند شد. در این راستا در کنار قرآن و احادیث، از پژوهش‌های ذیل استفاده شده است: *مثنائی و شاهد* (۱۳۹۴) با عنوان «عوامل و راهکارهای خودکنترلی و نقش آن در تربیت جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی»؛ *رفیعی‌هنر* (۱۳۹۲) با عنوان «اسلام، اخلاق و خودمهارگری روان‌شناختی»؛ *هویلا و آقابابایی* (۱۳۸۸) با عنوان «بررسی تطبیقی مدل چهارمرحله‌ای خودارزیابی در اسلام (مشارطه، مراقبه، محاسبه، معاتبه) با استراتژی‌های رفتارمحور خودرهبری».

طبق متون دینی و مذهبی و پژوهش‌ها، عوامل خودارضایی از دیدگاه اسلامی عبارت است از: ناآگاهی، انزوا و تنهایی، دوستی‌های آلوده، بلوغ زودهنگام، عوامل تحریک‌کننده فرهنگی، لباس‌های نامناسب، نگاه‌های غیرمجاز و... (پناهی، ۱۳۸۶؛ شرفی، ۱۳۷۶، به نقل از: شکری و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین طبق روایات و پژوهش‌ها، توصیه‌های متعددی برای جلوگیری از خودارضایی وجود دارد؛ از جمله: آموزش مسائل جنسی، تمرینات فیزیکی و ورزش، تنظیم برنامه خواب و عادات خواب، رژیم غذایی سالم و متعادل، برنامه‌ریزی برای گذران اوقات فراغت، قطع رابطه با دوستان مشکل‌آفرین، توسعه معنویت، اجتناب از تنهایی، استحمام با آب سرد، اجتناب از مشاهده فیلم‌های مبتذل، یاد مرگ و قیامت، تقویت اراده، حفظ عفت و پاکدامنی و کسب مهارت‌های خودکنترلی جنسی (مصباح‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵؛ غدیری صوفی و خامنه، ۲۰۰۵، به نقل از: حسینی، ۲۰۱۳؛ پاک‌نژاد، ۱۳۶۶، ص ۲۳۲؛ شکری و همکاران، ۲۰۱۱).

اسلام به نقش کنترل در خودارضایی توجه زیادی داشته (شمس: ۱۱-۷؛ کلینی، ۱۳۶۵؛ حرعاملی، ۱۴۰۹ق، نوری؛ ۱۴۰۸ق؛ به نقل از: ربیعی‌هنر و جان‌بزرگی، ۱۳۸۹) و راه‌کارهای مختلفی نیز برای آن ارائه داده است. برای مثال، مهارت‌های خودکنترلی جنسی به‌طور خاص عبارت‌اند از: حفظ پاکدامنی، حیا، کرامت و حرمت خود و تأخیر پاسخ در مقابل هیجان‌های جنسی؛ کنترل زمینه‌های تحریک جنسی؛ تلاش و تحمل سختی‌های خودکنترلی، فشار هیجان‌ها و لذت‌جویی‌های لحظه‌ای، کشش‌ها و نیروهای جنسی؛ مداومت در خویشتن‌داری و جایگزینی لذت‌های معنوی و عقلی با تقویت ایمان و وجدان اخلاقی؛ عمل به مناسک مذهبی؛ افزایش توانمندی بازداری فرد؛ درونی کردن و تثبیت خودکنترلی. همچنین راه‌کارهای خودکنترلی به‌طور کلی در اسلام شامل توجه به این موارد است: خداشناسی و نظارت الهی؛ خودشناسی؛ داشتن ایمان قلبی؛ تعقل و تفکر؛ وجدان اخلاقی؛ آموزش؛ اعتقاد به جهان آخرت و یاد مرگ؛ تقویت اراده؛ خوف و رجا؛ حیا و عفاف؛ تجربه و عبرت؛ صبر؛ روزه گرفتن؛ محاسبه و خودارزیابی (نهج‌البلاغه، ۱۳۷۹، به نقل از: پناهی، ۱۳۸۶؛ نوری، ۱۴۰۸ق، به نقل از: نورعلیزاده‌میانجی، ۱۳۸۸؛ علوی‌مقدم، ۱۳۸۶؛ پسندیده، ۱۳۸۹؛ مظاهری، ۱۳۸۹، طباطبائی، ۱۳۷۴، به نقل از خاکی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳؛ هویدا و آقابابایی، ۱۳۸۸؛ مشائی و شاهد، ۱۳۹۴).

یکی از منابع اصلی مورد استفاده در زمینه خودکنترلی اسلامی، پژوهش ربیعی‌هنر و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان «سازه خودمهارگری براساس تبیین اسلامی» بوده است. در این پژوهش به تدوین سازه خودمهارگری اسلامی پرداخته شده است. ربیعی‌هنر و همکاران (۱۳۹۳)، روایی این سازه را توسط چهار کارشناس خبره دین مورد سنجش قرار داده‌اند. در این پژوهش، هفت مؤلفه تشکیل‌دهنده خودمهارگری رویکرد اسلامی عبارتند از: خودنظارت‌گری؛ هدف‌شناسی؛ انگیزشی؛ مهار هیجانی؛ مهار رفتاری؛ مهار شناختی و مهار تداوم‌بخش. این مؤلفه‌ها حاصل دو مؤلفه «شناخت» و «بازدارندگی» هستند. مؤلفه شناخت، خود به چهار قلمرو تقسیم می‌شود: «شناخت وضعیت خود» و نظارت بر آن، که با مفاهیم محاسبه نفس و مراقبه نفس بیان شده است؛ «شناخت هدف نهایی» که از مفاهیمی چون فوز، فلاح و مانند آن استفاده شده است؛ «شناخت انگیزش‌ها» که از مفاهیمی چون خوف، رجا و محبت به‌دست آمده است؛ و «شناخت حوزه‌های بازدارندگی» که شامل چهار حوزه رفتار، افکار، هیجانات و دشواری‌های خودمهارگری است. مؤلفه بازدارندگی نیز در چهار مقوله مهارگری نمایان شده است: شامل مهار هیجان، فکر، رفتار و دشواری‌ها (که نمایانگر صبر است).

با توجه به کارهای انجام‌شده در زمینه خودکنترلی، تدوین این پروتکل بر پایه سازه خودکنترلی اسلامی تدوین‌شده توسط ربیعی‌هنر و همکاران (۱۳۹۳) انجام گرفت.



## مرحله دوم: اجرای موردی پروتکل

در مرحله دوم، به اجرای موردی پروتکل اقدام شد و این سؤال مطرح گردید که آیا آموزش پروتکل کنترل خودارضایی با رویکرد اسلامی، در کنترل آن اثرگذار خواهد بود؟ در این مرحله، طی اطلاعیه‌ای در دبیرستان‌های دوره دوم، از دختران مجرد ۱۶ تا ۲۰ ساله علاقه‌مند به شرکت در پژوهش، دعوت به‌عمل آمد. افراد واجد شرایط برای شرکت در برنامه آموزشی انتخاب شدند و برنامه آموزشی در شش جلسه فردی، یک‌بار در هفته به‌مدت یک ساعت و نیم برگزار شد. برای بررسی اثربخشی آموزش، از طرح ABA استفاده می‌شود. در طرح‌های تک‌آزمودنی، مشکل مراجع چندین بار اندازه‌گیری شد تا بتوان تغییرات را مشاهده کرد. خط پایه، مبنایی برای مقایسه مشکل مراجع بعد از درمان است تا بتوانیم اثربخشی درمان را مشخص کنیم. در طی درمان، اندازه‌گیری از مشکل مراجع همچنان ادامه می‌یابد (سعدی‌پور، ۱۳۹۳). برای تحلیل داده‌ها و ارزشیابی اثرات اجرای پروتکل کنترل خودارضایی، از ملاک آزمایشی استفاده شد که مستلزم مقایسه رفتار پیش و پس از مداخله است. در نتیجه برای تحلیل داده‌ها از نمودار خطی استفاده شد؛ زیرا نمودار یکی از معمولی‌ترین روش‌هایی است که اغلب برای ارائه نتایج مطالعات رفتاری به‌کار برده می‌شود (سعدی‌پور، ۱۳۹۳؛ دلاور، ۱۳۹۶، ج ۲، ص ۳۵۵). در غالب موارد، آزمون‌های آماری زمانی به‌کار می‌روند که اطلاعات از گروهی از آزمودنی‌ها جمع‌آوری شده باشد و از طرفی مشکل کاربرد روش‌های آماری در طرح‌های تک‌آزمودنی همچنان به قوت خود باقی است. در این طرح، روش ترسیم نمودار، تنها راه مفید و قابل قبول برای تفسیر نتایج است (ر.ک: دلاور، ۱۳۹۶).

## یافته‌های پژوهش

سؤال اول: آیا طراحی و تدوین پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی ممکن است؟  
نتایج پژوهش نشان داد که امکان تدوین پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی وجود دارد. در این پژوهش با استفاده از منابع موجود در زمینه خودکنترلی با دیدگاه اسلام، از سازه خودکنترلی طراحی‌شده توسط رفیعی‌هنر و همکاران (۱۳۹۳) به‌عنوان پایه‌ای برای تدوین پروتکل کنترل خودارضایی استفاده شد. در پروتکل تدوین‌شده، به نقش فرد در فرایند کنترل افکار، رفتار و هیجانات پرداخته و به مراجع کمک شد تا خودارضایی را کنار بگذارد. از اهداف این برنامه، تقویت انگیزه مراجعان و متعهد ساختن آنان به ترک خودارضایی است تا در ضمن اتکا به خود، اختیار و کنترل شخصی را در آنها تقویت کند.

پروتکل طراحی‌شده در شش جلسه تدوین شد. در ابتدا برای تشخیص اینکه فراوانی خودارضایی در مراجع به‌دلیل اضطراب یا افسردگی بالایی وی نیست (بلکه مراجع در محدوده بهنجار قرار دارد) و برای مشخص کردن مناسب بودن برنامه درمانی برای او، به ارائه پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بک پرداخته می‌شود و در صورتی که نمرات مراجع در حد خفیف (اضطراب ۰-۷ و افسردگی ۰-۱۳) قرار گیرد، امکان شرکت در جلسات درمانی برای وی فراهم می‌گردد. در جلسه اول، ضمن برقراری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد در مراجع، با معرفی برنامه درمانی، مراجع با روند اجرایی جلسات آشنا می‌شود. در پایان جلسه با بررسی تمایل مراجع به ادامه جلسات،

به ارائه تکلیف در زمینه ثبت تعداد دفعات خودارضایی در طول هفته و همچنین تعیین اهداف برای ترک خودارضایی می‌پردازیم. با ثبت تعداد دفعات خودارضایی می‌توانیم تأثیر روند درمانی را بر مراجع بررسی کنیم و مطمئن شویم که در طول جلسات درمانی، در مسیر درستی قرار گرفته‌ایم. همچنین با بررسی اهداف مراجع برای ترک خودارضایی می‌توانیم به ایجاد انگیزه در وی اقدام کرده، در مراحل درمانی با استناد به اهداف اولیه مراجع به وی کمک کنیم تا در کاهش و حذف خودارضایی ثابت‌قدم بماند.

می‌توان گفت که جلسه اول صرفاً جلسه‌ای مقدماتی برای تشخیص مناسب بودن مراجع و آشنایی وی با برنامه درمانی است تا در صورت تمایل وی، به شروع جلسات اصلی و درمانی برنامه بپردازیم. این جلسه جزء جلسات اصلی برنامه درمانی نیست و در صورت اطمینان از تمایل مراجع به درمان، می‌توان آن را با جلسه دوم ادغام نمود.

در جلسه دوم با بررسی اهداف مراجع و تبدیل کردن آنها به اهداف عینی و قابل اندازه‌گیری، به بررسی وضعیت فعلی مراجع با توجه به جدول تعداد دفعات خودارضایی می‌پردازیم و روند تصمیم‌گیری را با ارزش‌گذاری تصمیم‌ها و پیامدهای ترک یا ادامه خودارضایی انجام می‌دهیم. همان‌طور که منابع اسلامی و روان‌شناختی می‌گویند، برای خودکنترلی، در ابتدا به شناخت وضعیت خود و نظارت بر آن نیاز داریم که این کار به‌وسیله شناخت وضعیت فعلی که در آن قرار داریم، انجام می‌گیرد. با هدف‌شناسی به مراجع کمک می‌کنیم تا هدف نهایی را مشخص کند و با تلاش برای کم کردن این فاصله، به هدف موردنظر که همان ترک کامل خودارضایی است، دست یابد. از آنجاکه برای کسب خودکنترلی، به انگیزه بالایی نیاز است، در این مرحله به مراجع کمک می‌کنیم تا انگیزه لازم برای ترک خودارضایی را به دست آورد. در پایان جلسه با ارائه فرم ثبت تعداد دفعات خودارضایی، از مراجع می‌خواهیم در تمامی جلسات آینده این فرم را تکمیل کند و بیاورد. استفاده از این فرم، به‌عنوان روشی نظارتی برای بررسی وضعیت خودارضایی فرد توسط خودش و مشاور به‌کار می‌رود. همچنین ارائه تکلیف دوم در زمینه تصمیم‌گیری، به مراجع کمک می‌کند تا در زمان بین جلسات به بررسی منافع و زیان‌های تصمیم خود بپردازد و با انگیزه‌های مضاعف به‌سوی هدف نهایی گام بردارد.

در جلسه سوم با ارائه شیوه‌های اسلام در ارتقای خودکنترلی، مراجع به دیدی کامل از عناصر خودکنترلی (معیار و هدف، نظارت‌گری و عملکرد) و شیوه‌های تسهیل این عناصر دست می‌یابد. هر فردی که خواستار تقویت خودکنترلی است، باید بداند که در کدام قسمت از عملکرد خودکنترلی دچار ضعف است و با تقویت آن، به بهبود وضعیت خود اقدام کند. در مرحله بعد با بیان حوزه‌های خودکنترلی (موقعیت، فکر، هیجان و رفتار)، مراجع به این نتیجه می‌رسد که با شناخت هر کدام از این حوزه‌ها و کنترل آنها می‌تواند به حذف خودارضایی دست یابد. برای دستیابی به حوزه‌های سه‌گانه کنترل فکر، هیجان و رفتار، در ابتدا نیازمند شناخت موقعیتی هستیم که هر یک از این سه حوزه به‌واسطه آن به‌وجود می‌آید؛ زیرا در دین اسلام، شناخت و آگاهی، یکی از مقدمات هر کار در نظر گرفته شده است و تمامی مسلمانان به کسب علم و دانش تشویق می‌شوند. شناخت اولیه به فرد کمک می‌کند تا بتواند با بررسی موقعیت‌های

متفاوتی که به خودارضایی منجر شده‌اند و بررسی عوامل برانگیزنده و پیامدهایی که از خودارضایی در آن موقعیت به دست آورده است، به کنترل موقعیت‌های نامناسب بپردازد. در ادامه، جلسه با ارائه تمرین در این زمینه به پایان می‌رسد. در این جلسه، مراجع به شناخت کاملی از افکار، هیجانات و موقعیت‌ها (وسوسه‌ها) که منجر به خودارضایی می‌شدند، آگاه می‌شود. در ادامه جلسات به بررسی راه‌کارهایی در جهت بازدارندگی این حوزه‌ها می‌پردازیم.

جلسه چهارم با بررسی عوامل ضعف خودکنترلی از دیدگاه اسلام شروع می‌شود. شناخت این عوامل، به فرد کمک می‌کند تا با بررسی موقعیت‌هایی که در گذشته منجر به خودارضایی می‌شدند، آن عوامل را شناسایی کند. جلسه را با توصیف مراحل چهارگانه خودکنترلی در دیدگاه اسلام ادامه می‌دهیم و به توضیح این شیوه کلی می‌پردازیم (بیان این مراحل چهارگانه، صرفاً برای ارائه یک قالب مشخص و کلی در موقعیت‌های مختلف است تا فرد بتواند با مرور کلی این مراحل، به بررسی وضعیت خود بپردازد و تصمیم درست را اتخاذ کند). سپس با توجه به شناختی که از موقعیت‌های مشکل‌زا به دست آورده بودیم، به ارائه راه‌کارهای اسلام در زمینه کنترل خودارضایی می‌پردازیم و میزان عملی بودن آنها را در هر موقعیت بررسی می‌کنیم. در این مرحله با تلفیق فنون خودکنترلی و ترک خودارضایی که در اسلام گفته شده است، به ارائه راه‌کارهای اسلام می‌پردازیم. هر کدام از این راه‌کارها (همچون کاهش خلوت و تنهایی)، از پشتوانه دینی محکمی برخوردارند. برای مثال، از آنجاکه این رفتار در خلوت انجام می‌شود، با توصیه به حضور در جمع در موقعیت‌هایی که نیاز به خودارضایی به‌وجود می‌آید، می‌توان از میزان این رفتار کاست.

یکی از مسائل مهم در خودکنترلی، تقویت اراده است که در پژوهش‌های متعددی به آن اشاره شده؛ از جمله: سعیدی‌پور و حیبری (۱۳۹۰)؛ شکری و همکاران (۲۰۱۱)؛ فرمهبینی/فرهانی (۱۳۸۷) و مشائی و شاهد (۱۳۹۴). در باب اهمیت تقویت اراده باید گفت که حتی اگر فرد به تمامی فنون درمان خودارضایی و افزایش خودکنترلی آگاهی داشته باشد، در صورت نداشتن اراده، نتیجه‌ای حاصل نمی‌شود. از این‌رو یکی از شایع‌ترین و عمومی‌ترین حالاتی که نوجوانان مبتلا به خودارضایی در خود می‌یابند، نداشتن اراده یا ضعف شدید آن است که مانع از تصمیم‌گیری جدی برای ترک می‌شود.

توجه به حضور خداوند، یکی دیگر از راه‌کارهاست. این مسئله از آنجایی قابل توجه است که درک حضور یک ناظر مورد احترام، باعث کاهش و حذف رفتار ناشایست است. وقتی ما در جمعی قرار داریم و فردی هم که برایش احترام قائلیم، در آن جمع حضور دارد، طبعاً برخی رفتارها را انجام نمی‌دهیم و سعی می‌کنیم خود را بهتر نشان دهیم. همین‌طور می‌توان با توجه به حضور همیشگی خداوند نیز خود را کنترل کرد و به مدیریت خویش دست یافت. علاوه بر یاد خداوند، توجه و یادآوری مرگ (خاکپور و همکاران، ۱۳۹۳؛ مشائی و شاهد، ۱۳۹۴) نیز از عوامل مؤثر در خودکنترلی است؛ زیرا توجه به اینکه مرگ سرنوشت نهایی و تغییرناپذیر هر انسانی است و از سوی دیگر، آگاهی از جهانی دیگر که نحوه زندگی در آن بستگی به چگونگی زندگی در این جهان دارد، نه تنها مشکلات انسان را کمتر می‌کند، بلکه در پرورش فضایل اخلاقی نقش مؤثری دارد. از سوی دیگر، توجه بیش‌ازحد به مرگ و درک

پیامد رفتارهای منفی مان در آینده، موجب ترس می‌شود؛ اما این ترس نباید مانع از این شود که به لطف و محبت خداوند امیدوار نباشیم. کسی که به رحمت الهی و ثواب اخروی توجه نماید، انگیزه‌ای بس قوی را در خود می‌یابد. به اعتقاد اندیشمندان اسلامی، در واقع محبت خدا و اولیا الهی نیرومندترین انگیزه‌ای است که در برابر همه گناهان و جاذبه‌های منحرف‌کننده، به انسان استقامت، ایستادگی و پایداری می‌دهد تا بر آنها مسلط شود.

قدم بعدی، نحوه استفاده از این شیوه‌های ارتقای خودکنترلی جهت اجتناب از خودارضایی است. با توجه به شیوه‌های ارائه‌شده در اسلام و شیوه‌هایی که خود مراجع تا کنون برای انجام ندادن خودارضایی استفاده کرده است، به بررسی کارهایی می‌پردازیم که می‌توان در موقعیتی که میل به خودارضایی به وجود می‌آید، انجام داد و راه‌حل‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت را می‌یابیم. برخی از این راه‌حل‌ها قبلاً توسط مراجع به کار گرفته شده‌اند و می‌توان با بررسی آنها به تعدیل یا تکمیل آنها پرداخت. در پایان جلسه، مراجع به‌عنوان تکلیف به بررسی راه‌حل‌ها می‌پردازد.

در جلسه پنجم با بررسی راه‌حل‌های به‌دست‌آمده، از مفید و مؤثر بودن آنها مطمئن می‌شویم و به مراجع کمک می‌کنیم تا راه‌حل‌هایی متناسب با موقعیت‌ها را به‌دست آورد و با طراحی مراحل اجرای راه‌حل، به عملی شدن آنها نزدیک می‌شویم. همچنین راه‌هایی برای جلوگیری از بازگشت به خودارضایی را به مراجع می‌آموزیم؛ زیرا یکی از مشکلات اصلی در ترک خودارضایی، میزان عود بالای آن است. پس مراجعان باید بدانند که احتمال تکرار مجدد خودارضایی وجود دارد و با امید دادن به آنها و بررسی موقعیتی که منجر به خودارضایی شده است، می‌توان عوامل تأثیرگذار و راه‌حل‌های پیشنهادی دیگری را یافت که در صورت تکرار مجدد موقعیت، به او کمک کنند و فرد بتواند با دشواری‌هایی که در خودکنترلی وجود دارد، مقابله کند.

در جلسه نهایی، به بررسی برنامه عملی نوشته‌شده توسط مراجع پرداخته می‌شود و راه‌حل‌ها و برنامه‌های عملی بیشتری به وی پیشنهاد می‌گردد؛ سپس به بررسی فواید تغییر رفتار مراجع می‌پردازیم تا بدانیم چه مقدار به هدف نهایی خود رسیده است و از میزان انگیزه وی مطلع شویم؛ سپس با جمع‌بندی کلی برنامه درمانی، نیاز مراجع به ارائه جلسات دیگر را بررسی می‌کنیم.

با توجه به مطالب گفته‌شده و روند اجرایی جلسات، می‌توانیم آن را منطبق بر سازه خودکنترلی طراحی‌شده توسط رفیعی‌هنر و همکاران (۱۳۹۳) دانست؛ به‌طوری‌که در ابتدا با شناخت اهداف و انگیزش فرد، به بررسی و شناخت وضعیت مراجع و کمک به خودنظارت‌گری در او پرداخته می‌شود و با کمک به شناخت حوزه‌های خودکنترلی در افکار، هیجانات، موقعیت و رفتار، فرد را به آگاهی کامل می‌رسانیم تا بداند در چه حوزه‌هایی دچار کمبود است و با تقویت آن بتواند در مرحله بعد، به کنترل این حوزه‌ها بپردازد و به ترک خودارضایی در مراجع منجر شود. همچنین باید به دشواری‌هایی که ممکن است در هر مرحله‌ای از ترک خودارضایی رخ دهد نیز توجه کرد. پس نتایج نشان می‌دهند که می‌توان پروتکل کنترل خودارضایی را با تأکید بر رویکرد اسلامی تدوین کرد.

جدول ۲. ساختار جلسات پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی

جلسات	مؤلفه اصلی	موضوعات جلسه
اول (مقدماتی)	بررسی مناسب بودن مراجع برای شرکت در جلسات	ارائه پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی، بررسی شرایط مراجع برای استفاده از برنامه درمانی، برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن مراجع با پروتکل کنترل خودارضایی، ارائه تکلیف
دوم	هدف‌شناسی	بررسی اهداف مراجع، بررسی وضعیت فعلی مراجع، بررسی قاطعیت مراجع برای ترک خودارضایی، ارائه تکلیف
سوم	شناخت حوزه‌های خودکنترلی (افکار و هیجان در موقعیت مشکل‌ساز)	بررسی عناصر و حوزه‌های خودکنترلی، ارائه شیوه‌های اسلام در ارتقای حوزه‌های خودکنترلی، شناسایی موقعیت‌های مشکل‌ساز منتهی به خودارضایی، ارائه تکلیف
چهارم	شناسایی روش‌های بازدارنده (مهار هیجان، افکار و رفتار در موقعیت مشکل‌ساز)	بررسی عوامل ضعف خودکنترلی، توصیف مراحل چهارگانه خودکنترلی اسلامی (مشارطه، مراقبه، محاسبه، معاتبه)، ارائه راهکارهای عملی اسلام برای کنترل خودارضایی، شناسایی روش‌های مقابله با موقعیت‌های مشکل‌ساز، ارائه تکلیف
پنجم	شناخت دشواری‌های خودکنترلی	صحبت در مورد احتمال بازگشت به خودارضایی، بررسی راه‌های جلوگیری از آن، عملی کردن راه‌حل‌های مقابله با موقعیت‌های مشکل‌ساز، بررسی احتمال بروز و شیوه‌های مقابله با موقعیت‌های جدید مشکل‌ساز، ارائه تکلیف
ششم	جمع بندی	بررسی وضعیت فعلی مراجع با اجرای پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی، بررسی میزان دسترسی به اهداف، جمع‌بندی جلسات، بررسی نیاز مراجع به پیگیری مجدد

سؤال دوم: آیا آموزش خودکنترلی با رویکرد اسلامی در کنترل خودارضایی اثربخش است؟

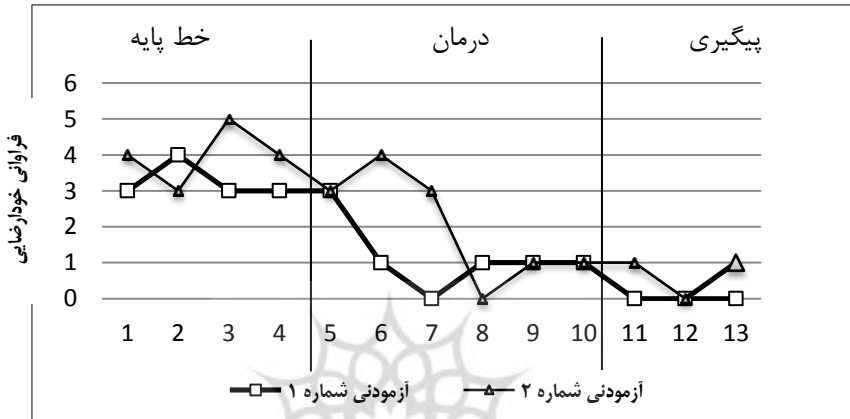
برای بررسی اثربخشی آموزش این رویکرد در کنترل خودارضایی، از طرح تک‌آزمودنی استفاده شد. طرح‌های تک‌آزمودنی ممکن است بر یک زوج، گروه، خانواده و نیز یک شخص واحد متمرکز باشد (سعدی‌پور، ۱۳۹۳). در اینجا از طرح تک‌آزمودنی ABA استفاده شده است.

در ابتدا برای تعیین خط پایه، چهار مرحله ثبت فراوانی رفتار خودارضایی در طول چهار هفته انجام شد. سپس به ارائه پروتکل درمانی پرداخته و در طول شش جلسه ارائه برنامه درمانی، به ثبت فراوانی رفتار خودارضایی توسط مراجع ادامه داده شد. در انتها با پایان برنامه درمانی، در مرحله پیگیری، چهار هفته دیگر فراوانی رفتار بررسی شد تا بتواند مقیاسی برای تأثیرگذاری روند درمانی باشد. بررسی تفاوت قبل و بعد از اجرای درمان، شاهدهی است بر اینکه درمان عامل کنترل‌کننده بوده است یا خیر.

برای ارزشیابی اثرات طرح تک‌آزمودنی انجام‌شده، از ملاک آزمایشی استفاده شد که مستلزم مقایسه رفتار پیش و پس از مداخله درمانی است. برای این مقایسه، وقتی پژوهشگر بتواند اثبات کند که تغییرات رفتاری به کرات روی می‌دهد، متغیر آزمایشی (در اینجا آموزش خودکنترلی با رویکرد اسلامی) به کمال خود رسیده و نشان‌دهنده اثربخشی روش آزمایشی است (ر.ک: دلاور، ۱۳۹۶). برای نشان دادن این تغییرات، از یک نمودار خطی (شکل ۱) استفاده شد.

طبق شکل ۱، اندازه‌گیری‌های انجام‌شده در مرحله درمان، نشان‌دهنده کاهش میزان خودارضایی بوده است و این روند روبه کاهش، در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده بوده و در مورد آزمودنی شماره ۱ به حذف رفتار خودارضایی منجر شده است. همین‌طور در آزمودنی شماره ۲، به کاهش چشمگیر این رفتار منتهی شد. نتایج نشان‌دهنده این است که آموزش خودکنترلی با رویکرد اسلامی، در کنترل خودارضایی اثربخش است.

شکل ۱: نتایج اجرای طرح ABA



## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت سلامت جنسی در اقشار مختلف جامعه، بهترین زمان برای آموزش و جلوگیری از انحرافات جنسی، سنین نوجوانی است. یکی از رفتارهای جنسی انحرافی شایع در این سنین - که می‌تواند به دوران بعدی زندگی فرد نیز کشیده شود و تأثیر منفی بر روابط جنسی زوجی بگذارد - خودارضایی است. رفتاری که هیچ‌کدام از ادیان الهی آن را مجاز ندانسته و حتی آن را جزء گناهان کبیره قرار داده‌اند. تمامی ادیان الهی، برای داشتن سلامت جنسی، فرد را به ازدواج تشویق کرده است و در صورت ناتوانی فرد، او را به پرهیزگاری، عفاف و خودکنترلی فراخوانده‌اند؛ به طوری که بتواند بر امیال جنسی خود فایق آمد و به رفتارهای انحرافی جنسی کشیده نشود.

از میان ادیان الهی، هیچ دینی به‌اندازه اسلام به مسائل جنسی سالم پیروان خود اهمیت نداده است. شاهد این ادعا، توصیه‌ها، احادیث و سنت پیامبر ﷺ و ائمه علیهم‌السلام است که خود نشان از این توجه دارد. از طرفی در دین اسلام، رفتارهای انحرافی جنسی با مجازات‌های سنگینی - چه در دنیا و چه در آخرت - مواجه است و بیان این عقوبت‌ها نیز شیوه‌ای است برای بازداری افراد از آنها؛ ولی در دنیای امروز که دیدگاه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در اولویت قرار دارند، به‌دلیل بی‌توجهی به مسائل مذهبی، خودارضایی جزئی طبیعی و مجاز از روند رشد جنسی هر فرد دانسته شده، حتی به‌عنوان روشی برای شناخت بهتر خود، در روند درمان توصیه می‌شود و به‌جای حذف آن، سعی در طبیعی و همه‌گیر قلمداد کردن آن دارند.

مجاز دانستن این رفتار جنسی از یک طرف، و غیراخلاقی دانستن آن از طرف ادیان و فرهنگ دینی، موجب سردرگمی افراد مبتلا، افزایش احساس گناه و بیشتر شدن میزان خودارضایی در آنان شده است. فرد مبتلا، در بلندمدت خود را ناتوان در رهایی از خودارضایی می‌یابد و دیگر تلاشی نمی‌کند؛ اما اگر با استفاده از رویکردها و توصیه‌های دین اسلام، به این افراد کمک کنیم تا خودباوری و تلاش خود را بیشتر کنند، می‌توان شاهد آن بود که با کمی کنترل و خوشتن‌داری، این رفتار حذف خواهد شد.

در خودکنترلی اسلامی، چهار مرحله (مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاتبه) وجود دارد که با کمی درک بهتر از سوی افراد، می‌توان از آنها در تمامی مراحل زندگی و تمامی تصمیم‌گیری‌ها استفاده کرد. نتایج پژوهش نشان داد که با ارائه معیارها و اهداف روشن در زندگی فردی، استفاده از انگیزش‌های رفتاری، نظارت بر رفتار به‌وسیله بررسی و شناسایی موقعیت‌های مختلف و پیامدهای آن، کنترل افکار و تنظیم هیجانات با استفاده از عبادات دینی، صبر، روزه و... می‌توان تمایلات ناشایست را مدیریت کرد و با بررسی راه‌های مختلف عملکردی در موقعیت‌های نامناسب، از ایجاد رفتار خودارضایی جلوگیری کرد. یکی از نکات مهم در خودکنترلی اسلامی، توجه به تقویت اراده در فرد با استفاده از منسجم کردن برنامه‌های فعلی زندگی، توجه به اهداف بلندمدت، برنامه‌ریزی دقیق و یادآوری همیشگی است؛ زیرا اطلاع از تمامی مراحل خودکنترلی اسلامی و به‌کارگیری آنها، به‌تنهایی نمی‌تواند ضامن اجرایی شدن آن باشد و نیازمند تقویت اراده در فرد است. بدین شکل، فرد با تصمیم‌گیری جدی برای ترک خودارضایی و الزام خود به خودکنترلی در زمینه مسائل جنسی، به حذف کامل خودارضایی نائل می‌آید. در نتیجه، یکی از کارکردهای اصلی این پروتکل درمانی افزایش انگیزه مراجعان است تا برای حذف خودارضایی، از منابع خود استفاده کنند. در این روش، مراجعان در رسیدن به هدفی که خود انتخاب کرده‌اند، بیشتر انگیزه می‌شوند و احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند؛ زیرا می‌دانند که نقش اصلی در ترک خودارضایی، برعهده خود آنهاست، نه مشاور.

در این پروتکل درمانی، خودکنترلی اسلامی در کنار دیگر شیوه‌های روان‌شناختی استفاده شده است؛ ولی باید دانست باورها و ارزش‌گذاری‌های اسلامی فراتر از رویکردهای روان‌شناختی غربی است؛ به‌طوری‌که می‌توان گفت، خودکنترلی اسلامی شکلی کامل‌تر و کاربردی‌تر از خودکنترلی روان‌شناختی غربی دارد. در جامعه اسلامی، صرف استفاده از دیدگاه‌های غیردینی می‌تواند به افزایش مشکلات مراجعان بینجامد؛ زیرا بی‌توجهی به عقاید دینی و مذهبی افراد، به‌ویژه در خصوص مسائلی چون خودارضایی که از منعی مذهبی نیز برخوردارند، منجر به دوگانگی شناختی در افراد می‌شود و سلامت روان‌شناختی افراد را نیز کاهش می‌دهد. در این پروتکل، با استفاده از مراحل چهارگانه خودکنترلی اسلامی (مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاتبه) به مراجعان کمک شد تا بتوانند با هدف‌گزینی درست، نظارت بر رفتار، مهار و تنظیم هیجانات، و مدیریت تمایلات ناشایست خود، به کاهش و حذف خودارضایی برسند.

همان‌طور که نتایج پژوهش نشان می‌دهد (شکل ۱)، خودکنترلی اسلامی بر کنترل خودارضایی مؤثر بود؛ اما در هیچ پژوهشی پیش از این به بررسی نقش مستقیم خودکنترلی در خودارضایی پرداخته نشده بود. باین‌حال می‌توان به پژوهش‌هایی در ارتباط خودکنترلی با مذهب اشاره کرد که همسو با یافته این پژوهش هستند؛ همچون: *خدا/یاری‌فرد* و همکاران (۱۳۸۸)، *عابدینی* (۱۳۸۹)، *رفیعی‌هنر* (۱۳۹۲)، *رفیعی‌هنر و جان‌بزرگی* (۱۳۸۹). همچنین می‌توان به نقش دین در کاهش تجارب جنسی پیش از ازدواج (هولدر و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از: احمدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ کروین، بنده، ۱۳۸۰، به نقل از: عابدینی، ۱۳۸۹) و افزایش خویشتن‌داری جنسی (سامانی و لطیفیان، ۱۳۸۰؛ عابدینی، ۱۳۸۹) اشاره کرد. به‌نظر نیومن و پارگامنت (۱۹۹۰، به نقل از: عابدینی، ۱۳۸۹) مذهب می‌تواند در آرامش هیجانی و مهار تکانه مؤثر باشد. و همسو با نتایج تحقیق، بک و همکاران (۱۹۹۱) نشان دادند، افرادی که باورها و ارزش‌های قوی معنوی خود را حفظ کرده‌اند، دارای قوه تمیز بیشتری در موضوع رفتار جنسی هستند (عابدینی، ۱۳۸۹).

اما نتایج برخی پژوهش‌ها نیز مغایر با یافته فعلی است و طبق این پژوهش‌ها، مذهب هیچ تأثیر قابل‌توجهی بر وضعیت خودارضایی ندارد (کینگ و همکاران، ۱۹۷۶، شیران و همکاران، ۱۹۹۳، به نقل از: شارما و شارما، ۱۹۹۸) و در طول دوره نوجوانی، تأثیرات هم‌تایان، عوامل اجتماعی - اقتصادی و فاکتورهای خانوادگی تأثیر بیشتری بر گرایش جنسی و رفتار فرد در مقایسه با عوامل مذهبی دارد (شارما و شارما، ۱۹۹۸). در واقع، استفاده از مذهب، صرفاً به شکل بیان تکالیف و وظایف افراد، توجه دادن آنان به عذاب اخروی گناهان و...، نه‌تنها تأثیر مثبت بر کاهش خودارضایی نخواهد داشت، بلکه با ایجاد تنش و احساس گناه بیشتر در فرد، او را مضطرب‌تر و افسرده‌تر می‌کند و قدرت هرگونه کنترل را از او می‌گیرد؛ درحالی‌که با آگاه کردن افراد از راه‌کارهای موجود در مذاهب برای کاهش و ترک خودارضایی و افزایش قدرت ایمان و خودکنترلی در کنار منابع روان‌شناختی، می‌توان نتایج مثبتی را به‌دست آورد. علاوه بر این، در رویکرد اسلامی با مورد حمایت قراردادن باورها و عقاید مذهبی افراد و ایجاد امید و آرامش در آنها، امکان ترک خودارضایی با شیوه‌ای سالم و به‌دور از تنش‌های ناشی از دوگانگی مذهب و دیدگاه‌های روان‌شناختی غربی برای افراد مهیا می‌شود.

از طرفی، روان‌شناسان تقریباً اکثر مشکلات شخصی و اجتماعی افراد را مستلزم نوعی شکست در خودکنترلی تلقی می‌کنند (مثنائی و شاهد، ۱۳۹۴؛ رفیعی‌هنر و همکاران، ۱۳۹۳؛ خاکپور و همکاران، ۱۳۹۳؛ دریس‌سوی و فقیهی، ۱۳۹۲) که خودارضایی نیز متأثر از این عدم خودکنترلی در تأمین نیازهای جنسی است. خودکنترلی راه‌کارهایی است که انسان به‌کار می‌بندد تا بتواند بر هیجانات، رفتارها و امیال شخصی خود فایز آید. در خودارضایی، فرد به‌دنبال مهار و کاهش تنش ایجادشده توسط امیال جنسی خود است. در صورتی که فرد توانایی کنترل رفتار تکانشی به‌وسیله مهار امیال فوری خود را داشته باشد، می‌تواند این رفتار ناهنجار و غیرقانونی را ترک کند و با استفاده از راه‌کارهای آموخته‌شده می‌تواند در موقعیت‌های نامناسب با کنترل افکار، رفتار و هیجانات، خود را کنترل کند و دست به این عمل نزند.



مسئله دیگر که از نقش مهمی در این پروتکل برخوردار است، «پیشگیری از بازگشت» است و به وسیله شناسایی موقعیت‌ها و آموزش خودکنترلی، به افراد کمک می‌شود تا با روش‌های مختلفی بتوانند به مقابله با این موقعیت بپردازند. همچنین افزایش درک و فهم مراجعان از الگوهای خودارضایی، نقش مهمی در جلوگیری از این عود دارد. در طول جلسات و پیگیری‌های بعدی در مورد اجتناب‌ناپذیر بودن بازگشت در مراجعان صحبت کرده، با توجه به نقش توبه و معیارهای پذیرش آن، به کاهش احساس گناه در افراد کمک می‌کنیم.

البته توجه به این نکته حائز اهمیت است که آزمودنی شماره ۲، در مرحله پس از درمان، بازگشت خفیفی را تجربه کرده است. و باید دانست که مشکل اصلی در ترک خودارضایی، میزان بالای عود آن است. به نظر می‌رسد افرادی که خودکنترلی پایینی دارند، به پیامدهای رفتاری خود کمتر توجه می‌کنند و سعی در رضای فوری امیال خود دارند. شاید بتوان گفت قرار گرفتن این آزمودنی ۱۸ ساله در مرحله آمادگی برای ورود به دانشگاه، نیازمند توجه بیشتری به مسائل حاشیه‌ای زندگی وی بوده است. و فشرده‌گی جلسات برگزار شده، اجازه ورود به این مسائل را نداده است، که خود می‌تواند دلیلی بر این بازگشت باشد.

با توجه به اینکه تجربه فشارهای روانی جزء جدانشدنی زندگی بشر است، لزوم آموزش افراد درباره نحوه کنترل خود در هنگام مواجهه با هر موقعیت، هیجان یا فکری مطرح است؛ و آموزش خودکنترلی با رویکرد اسلامی در افراد، باعث می‌شود که آنها با کنترل بهتر احساسات، افکار و رفتار خود در موقعیت‌های مختلف زندگی، اضطراب کمتری را تجربه کنند و در نتیجه موفق به کنترل خودارضایی شوند.

باورهای شناختی افراد متدین، نظیر اعتقاد به اینکه «خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند»، «خداوند انسان را آزاد و مسئول رفتار خویش آفریده است» یا احساس اطمینان و آرامش از طریق نیایش، به خودکنترلی فرد کمک می‌کند و در کنترل افسردگی آنان نیز نقش بسزایی دارد.

در مجموع، دین متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت بشر است و راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل نفس و امتناع از برخی رفتارها را با خودکنترلی در اختیار افراد قرار می‌دهد. خودکنترلی و دین‌داری، هر دو با یکدیگر تعامل دارند؛ چراکه اثر دین‌داری در پیشگیری از رفتارهای خلاف مقررات و رسوم اجتماعی مشخص می‌شود. استفاده از توصیه‌های دینی که به سادگی در زندگی روزمره قابل استفاده هستند، می‌تواند به افزایش احساس کنترل شخصی فرد منجر شود و به او در زمینه کنترل خودارضایی و حذف آن کمک کند. نکته اصلی در خودکنترلی اسلامی، توجه و تعهد روزانه است؛ به نحوی که فرد همیشه به خود یادآوری کند و خود را زیر نظر داشته باشد و خواست خداوند را نیز لحاظ کند. توجه همه‌جانبه اسلام به تمامی ارکان و ابعاد شخصیت فرد، چه شناختی و چه روان‌شناختی، نقطه قوتی در استفاده از کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی است و با استفاده از آموزش شیوه خودکنترلی اسلامی به افراد، می‌توان شاهد رشد بهتر آنان در تمامی زمینه‌های زندگی فردی و اجتماعی آنان بود؛ و

خوشبختانه، خودکنترلی به‌عنوان کلیدی‌ترین مهارت در زندگی افراد، قابل آموزش است و استفاده از اصول مذهبی در این مهارت، به رشد و ارتقای دینی و مذهبی فرد نیز می‌انجامد. پس می‌توان گفت: استفاده از خودکنترلی اسلامی، راهی مفید برای کاهش تمامی رفتارهای ناشایست و افزایش رفتارهای مناسب خواهد بود.

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

خودارضایی، مسئله‌ای است که بدون درگیری مستقیم با دیگران، می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری بر جسم و روان فرد مبتلا بگذارد و به دلیل شخصی بودن و گناه‌آلود بودن آن، تا وقتی خود فرد خواهان رهایی از آن نباشد، نمی‌توان به‌سادگی به آن پرداخت. از محدودیت‌های اصلی در این پژوهش، تابو بودن مسائل جنسی بود. همین مسئله، صحبت کردن و درخواست کمک در این زمینه را برای قشر نوجوان و درگیر با آن ناممکن می‌سازد. از سوی دیگر، مراکز آموزشی (به‌ویژه شبانه‌روزی)، از درگیر شدن در این مسائل خودداری می‌کنند و به‌هیچ‌وجه اجازه حضور و برگزاری دوره درمانی را در مراکز آموزشی به پژوهشگر ندادند. همچنین گروه مورد مطالعه، که دختران مجرد در سنین ۱۶ تا ۲۰ سال را شامل می‌شد، خود بر محدودیت‌های این پژوهش افزود. به‌دلیل قرار گرفتن دختران در سنین بلوغ، محدودیت‌های اعمال شده بر آنان از طرف خانواده‌ها بیشتر بوده و دختران نمی‌توانند به‌راحتی به کمک تخصصی در این زمینه دسترسی داشته باشند و مسئله خود را مطرح کنند؛ زیرا طرح این مسئله باعث بدنامی آنها در خانواده و جامعه خواهد شد و فرد ترجیح می‌دهد در این زمینه سکوت کند. نبود منابع کافی درباره خودکنترلی از دیدگاه اسلام و کمبود پژوهش‌ها در این زمینه، یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. علاوه بر این موارد، عدم کنترل متغیرهای ناخواسته در طرح‌های تک‌آزمودنی، تعمیم نتایج را برای افراد دیگر ناممکن می‌کند؛ اما مشکل جدی محسوب نمی‌شود؛ چون مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند راهی برای شروع تحقیقات بیشتر در این زمینه باشد و روی افراد دیگر نیز تکرار شود.

از آنجاکه خودارضایی می‌تواند بعد از ازدواج و داشتن یک رابطه جنسی طبیعی نیز ادامه پیدا کند و باعث صدمه دیدن یک رابطه زوجی شود و نیز می‌تواند در دوران بلوغ، با کوچک‌ترین تکان‌ها و تنش‌هایی در فرد فعال شود، توجه خاصی را به‌ویژه در سنین نوجوانی می‌طلبد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، این پروتکل بر روی جامعه پسران و دیگر گروه‌های سنی و افراد متأهل اجرا شود تا مشخص گردد که آیا این پروتکل قادر است بر روی تمامی سنین و گروه‌ها تأثیری مثبت داشته باشد و به بهبود سلامت جنسی آنان منجر شود؟ همچنین می‌توان با قرار دادن جزوهای آموزشی از این پروتکل در اختیار مشاوران مدارس، به بهبود وضعیت سلامت جنسی نوجوانان در مدارس پرداخت. از طرفی با کارهای پژوهشی تکمیلی و همکاری حوزه و دانشگاه در این زمینه می‌توان کمبودها و کاستی‌های این پروتکل را برطرف کرد و طرحی کاربردی‌تر و کامل‌تر ارائه داد. می‌توان با استفاده از توان علمی اساتید، این پروتکل را به پروتکلی بین‌فرهنگی تبدیل نمود و با دخیل کردن راه‌کارهای فرهنگی و مذهبی ادیان دیگر، به کامل شدن آن رسید.

- احمدی، وحید و همکاران، ۱۳۹۱، «شیوع‌شناسی خودارضایی در بین دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه شهید چمران اهواز»، در: *مجموعه مقالات چهارمین کنگره انجمن روانشناسی ایران*.
- پاک‌نژاد، رضا، ۱۳۶۶، *اولین دانشگاه و آخرین پیامبر (ص)*، تهران، اسلامیه.
- پسندیده، عباس، ۱۳۹۳، «تحلیل مسئله خویش‌داری در جمع با تکیه بر قرآن و حدیث»، *تحقیقات علوم قرآن و حدیث*، ش ۲۴، ص ۲۵-۱.
- پناهی، علی احمد، ۱۳۸۶، «مهم‌ترین آسیب جنسی دوران نوجوانی و راهکارهای پیش‌گیری و درمان»، *معرفت*، ش ۱۱۲، ص ۲۹-۵۴.
- پورافکاری، نصرت‌اله، ۱۳۸۰، *فرهنگ جامع روانشناسی-روانپزشکی*، تهران، فرهنگ معاصر.
- تمیمی آمدی، عبدالواحدبن محمد، ۱۳۶۶، *عمرالحکم و دررالکلم*، ترجمه محمدعلی انصاری، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- حراملی، محمدبن حسن، ۱۴۰۹ق، *وسائل الشیعه*، قم، مؤسسه آل‌البیت.
- خاکپور، حسین و همکاران، ۱۳۹۳، «کارکردهای تربیتی خودکنترلی و نقش آن در سلامت روان از دیدگاه قرآن و روایات»، *تاریخ پزشکی*، ش ۲۱، ص ۱۴۹-۱۸۳.
- خدایاری فرد، محمد و همکاران، ۱۳۸۸، «دینداری، خودکنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان»، *رفاه اجتماعی*، ش ۳۴، ص ۱۱۵-۱۳۰.
- دریسوای، سمیه و علی‌نقی فقیهی، ۱۳۹۲، «بررسی عوامل ضعف خودکنترلی از منظر قرآن کریم»، *معرفت اخلاقی*، ش ۱، ص ۷۵-۹۲.
- دستغیب، سیدعبدالحسین، ۱۳۵۳، *گناهان کبیره*، قم، دارالکتب.
- دلاور، علی، ۱۳۹۶، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، ویرایش ۲، تهران، رشد.
- رضاپور، مریم و همکاران، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه ساده و چندگانه بین ابعاد رضایتمندی زناشویی و عمل خودارضایی در بین متأهلین تهران در سال ۱۳۹۳»، *دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران.
- رفیعی هنر، حمید و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۹، «رابطه جهت‌گیری مذهبی و خودمهارگری»، *روانشناسی و دین*، ش ۱، ص ۳۱-۴۲.
- رفیعی هنر، حمید و همکاران، ۱۳۹۳، «تبیین سازه خودمهارگری بر اساس اندیشه اسلامی»، *روانشناسی و دین*، ش ۲۷، ص ۲۶-۵.
- رفیعی هنر، حمید، ۱۳۹۲، «اسلام، اخلاق و خودمهارگری روان‌شناختی»، *اخلاق و حیاتی*، ش ۳، ص ۱۴۷-۱۷۱.
- سامانی، سیامک و مرتضی لطیفیان، ۱۳۸۰، «بررسی تأثیر اعتقاد به ارزش‌های مذهبی و جمع‌گرایی بر خودکنترلی هیجانی»، *اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان*، تهران، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی.
- سعدی‌پور، ۱۳۹۳، *روش‌های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، تهران، دوران.
- سعیدی‌پور، بهمن و اعظم حیدری، ۱۳۹۰، «آسیب‌شناسی مسائل جوانان در ارتباط با خانواده و مسئله انحرافات جنسی، اوانیسم یا خودارضایی»، *همایش ملی آسیب‌شناسی مسائل جوانان*، فلاورجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ص ۴۴۸-۴۶۲.
- شولتز، دو آن پی و سیدنی ان شولتز، ۱۳۸۴، *نظریه‌های شخصیت*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ویرایش.
- عابدینی، نصیری، ۱۳۸۹، «نقش عزاداری محرم در خویش‌داری جنسی دانشجویان»، *روانشناسی و دین*، ش ۱، ص ۴۳-۵۳.

- فتحی آشتیانی، علی و محبوبه داستانی، ۱۳۹۱، «*آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*»، تهران، بعثت.
- فرمهینی‌فراهانی، محسن، ۱۳۸۷، «نگاهی گذرا بر تربیت جنسی در مقاطع مختلف تحصیلی»، *سلامت روان*، ش ۱، ص ۱۹-۲۸.
- مشائی، ناهید و اکرم شاهد، ۱۳۹۴، «عوامل و راهکارهای خودکنترلی و نقش آن در تربیت جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی»، *همایش ملی اشراق اندیشه مطهر، خانواده و تربیت جنسی*، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- مکارم شیرازی، ناصر، ۱۳۵۰، *مسائل جنسی جوانان*، قم، نسل جوان.
- نورعلیزاده‌میانجی، مسعود، ۱۳۸۸، «مدل اسلامی «مصون‌سازی» رفتار جنسی با تأکید بر پیشگیری و درمان انحراف‌ها و مشکلات جنسی»، *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ش ۵، ص ۱۰۷-۱۴۲.
- هویدا، رضا و راضیه آقابابایی، ۱۳۸۸، «بررسی تطبیقی مدل چهارمرحله‌ای خودارزیابی در اسلام (مشارطه، مراقبه، محاسبه، معاتبه) با استراتژی‌های رفتارمحور خودرهبی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۵، ص ۱۴۳-۱۵۳.
- Ajlouni, H.K., et al, 2010, "Infantile and early childhood masturbation: Sex Hormones and clinical profile", *Journal of Ann Saudi Med*, N. 30, p. 471-474.
- Akhondian, J., Jafari, V., 2008, "Seizure in a female infant", *Journal of Iranian Red Crescent Medical*, N. 10, p. 122-123.
- Brody, S., Nicholson, S., 2013, "Immature psychological defense mechanisms are associated with women's greater desire for and actual engaging in masturbation", *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, N. 28, p. 419-430.
- Castellini, G., et al, 2016, "Psychological, Relational, and Biological Correlates of Ego-Dystonic Masturbation in a Clinical Setting", *Journal of Sex Medicine*, N. 4. P. 156\_165.
- Coleman, E., 2003, "Masturbation as a means of achieving sexual health", *Journal of Pshychology & Human Sexuality*, N. 14, p. 5-16.
- Hogarth, H., & Ingham, R., 2009, "Masturbation among young women and associations with sexual health: An exploratory study", *Journal of Sex Research*, N. 46, p. 558-567.
- Hoseini, S.S., 2013, "Masturbation: Scintific evidence and Islam's view", *Journal of Religion and Health*, N. 56, p. 2076-2081. doi: 10.1007/s10943-013-9720-3
- Levesque, R.J.R., 2011, *Encyclopedia of adolescence- section M*, New York, Spriner-Verlag.
- McKinley Health Center, 2005, *Masturbation: Questions and Answers*, University of Illinois.
- Omranifard, V., et al, 2013, "Risperidone as a treatment for childhood habitual behavior", *Journal of Pharmacy Practice and Research*, N. 2. P. 29-33.
- Patterson, T., Scott, C., 2013, "Behavioral management of inappropriate masturbation in an 8-year-old girl", *Journal of Child & Family Behavior Therap*, N. 35, p. 256-263.
- Regnerus, M., et al, 2017, "Masturbation and partnered sex: Substitutes or complements?", *Journal of Arch Sex Behav*, doi 10.1007/s10508-017-0975-8
- Robbins, C.L. et al., 2011, *Prevalence, frequency and associations of masturbation with partnered sexual behaviors among U.S. adolescents*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.
- Sharma, V., Sharma, A., 1998, "The guilt and pleasure of masturbation: A study of college girls in Gujarat", *India. Journal of Sexual and Marital Therapy*, N. 13, p. 63-70.
- Shekarey, A., et al, 2011, "Masturbation: Prevention& Treatment", *Journal of Procedia-Social and Behavioral Sciences*, N. 30, p. 1641-1646.
- Strachan, E., Staples, B., 2012, "Masturbation", *Journal of the American Academy of Pediatrics*, N. 4, p. 190\_191.