


بررسی رابطه احساس گناه جنسی، افسردگی، احساس تنهایی و جهت‌گیری مذهبی با شدت خودارضایی در دانشجویان مجرد

ندا کمالیان / کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزش عالی شان‌دیز مشهد nedakamalian@yahoo.com
 مریم قضاوی / دکترای روان‌شناسی گروه علوم انسانی دانشگاه سجاد مشهد
 ma.ghazayi@yahoo.com  orcid.org/0000-0002-9519-9686

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۹ - پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه احساس گناه جنسی، افسردگی، احساس تنهایی و جهت‌گیری مذهبی با شدت خودارضایی در دانشجویان مجرد «مؤسسه آموزش عالی شان‌دیز» انجام شده است. روش پژوهش از نوع «توصیفی همبستگی» است. جامعه آماری دانشجویان مجرد یکی از مؤسسات آموزش عالی شهرستان مشهد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند. از بین این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۱۷۹ تن که دست کم یک بار اقدام به خودارضایی کرده بودند، به روش «نمونه‌گیری در دسترس» انتخاب شد. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های «احساس گناه جنسی» موشر (SGQM)، «افسردگی» بک (BDI)، «مقیاس احساس تنهایی هیجانی و اجتماعی بزرگسالان» دیتوماسو و اسپینر (SELSA)، پرسشنامه «جهت‌گیری مذهبی» آلپورت (AROS) و پرسشنامه محقق ساخته «شدت خودارضایی» را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون هم‌زمان تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی، مذهب بیرونی، و احساس تنهایی با شدت خودارضایی رابطه‌ای مثبت و معنادار و با احساس گناه جنسی با شدت خودارضایی در دانشجویان مجرد دارای رابطه‌ای منفی و معنادار است.

کلیدواژه‌ها: خودارضایی، احساس گناه جنسی، افسردگی، احساس تنهایی، گرایش مذهبی.

مقدمه

«خودارضایی» نوعی تخلیه جنسی است که عبارت است از: تسکین یا اطفای شهوت با دستکاری اعضای تناسلی یا به‌کاربردن وسایل غیرطبیعی دیگر به‌منظور رسیدن به اوج لذت جنسی (وستایمر و لوپاتر، ۲۰۰۵).

خودارضایی زمانی که رابطه جنسی رضایت‌بخش نیست یا به علت بیماری یا فقدان شریک جنسی امکان‌پذیر نباشد، غالباً برای رفع تنش جنسی به‌کار گرفته می‌شود (داس، ۲۰۰۷). احتمال بروز خودتحریکی جنسی از حدود ۵- ۶ ماهگی آغاز می‌شود و ممکن است تا همیشه ادامه داشته باشد. کودکان در این سن متوجه می‌شوند که لمس نقاطی از بدن مانند موها، گوش‌ها، پاها و اندام‌های تناسلی با احساس لذت فیزیکی همراه است. اما این لذت فیزیکی در کودکان با بزرگسالان متفاوت است؛ زیرا خودارضایی در کودکان به هدف برانگیختگی جنسی و دستیابی به نقطه اوج لذت جنسی شدن (ارگاسم) انجام نمی‌شود (یسیلی و اخابالتون، ۲۰۰۹).

فراوانی این رفتار از مرحله نوجوانی به بعد (هنگام بلوغ تا بزرگسالی) رو به افزایش است که به علت رسیدن به بلوغ جنسی و توانایی رسیدن به ارضا، به آن «خودارضایی» جنسی می‌گویند (هاوس و تامپسون، ۲۰۱۸).

با وجود ماهیت بسیار خصوصی و محتاطانه خودارضایی، به‌نظر می‌رسد این رفتار یک نوع نسبتاً متداول از فعالیت جنسی در مردان و زنان، به‌ویژه در جامعه‌ی غربی است (گرسو و همکاران، ۲۰۰۸).

بر اساس برخی از گزارش‌ها درصد بالایی از مردان تا ۹۵ درصد خودارضایی می‌کنند (گرسو و همکاران، ۲۰۰۸). در بین زنان این آمار به نسبت مردان کمتر گزارش می‌شود؛ زیرا اغلب زنان رابطه جنسی مشترک را به خودارضایی ترجیح می‌دهند (رولند و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه‌ای دیگر در ایالت متحده، میزان اقدام به خودارضایی در مردان را ۸۹ تا ۹۴ درصد و در زنان ۷۲ تا ۸۵ درصد گزارش کرده است (هربنیک و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین در پژوهشی که در بین دانشجویان دختر و پسر خوابگاه‌های «دانشگاه شهید چمران» اهواز انجام گرفته، مشخص شده که ۸۲/۸۰ درصد آقایان و ۷۸/۳۵ درصد خانم‌ها دست کم یک بار عمل خودارضایی را انجام داده‌اند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱).

دفعات خودارضایی در کسانی که به این عمل مبادرت می‌ورزند، از ۳ تا ۴ بار در نوجوانی و ۱ الی ۲ بار در بزرگسالی در طول هفته فرق می‌کند (ارجمند قجور، ۱۳۹۰، ص ۳۴). علاوه بر تعداد دفعات خودارضایی که در موارد شدید و اعتیادگونه آن می‌تواند تا چندین بار در روز هم رخ دهد، شکست برای مهار و توقف این رفتار علی‌رغم پیامدهای منفی آن و اشتغال ذهنی مداوم با این رفتار، شدت خودارضایی جنسی را مشخص می‌کند (ارجمند قجور، ۱۳۹۰، ص ۵۰).

قاعدتاً خودارضایی نیز مانند هر رفتار دیگری اگر به صورت اعتیادگونه و وسواسی انجام شود، می‌تواند پیامدهای منفی جسمانی، مانند درد پروستات (کورونا و همکاران، ۲۰۱۹)، افزایش فشار خون (برادی و کاستا، ۲۰۰۹)، افزایش

ریسک سرطان پروستات (دیمیروپولو و همکاران، ۲۰۰۹) و پیامدهای منفی روان‌شناختی مانند اضطراب، اشتغال ذهنی نسبت به افکار جنسی و احساس گناه داشته باشد (برادی و کاستا، ۲۰۰۹).

عوامل تنکردی، روان‌شناختی و اجتماعی متعددی برای وقوع خودارضایی و افزایش شدت آن برشمرده شده است (بانکرافت، ۲۰۰۲؛ لیباستیش و همکاران، ۲۰۰۳). سلامت فیزیکی بالا (داس، ۲۰۰۷)، تحصیلات بالا (لامان و همکاران، ۲۰۰۳)، سوء استفاده جنسی در دوران کودکی و نوجوانی (همان)، داشتن شریکان جنسی و عاطفی کمتر در دوران زندگی (لانگاستورم و هانسون، ۲۰۰۶)، استفاده از سازوکارهای دفاعی ناهشیار و نابالغ، مانند پرخاشگری منفعل و انکار (برادی و کاستا، ۲۰۰۹)، داشتن احساس اضطراب و افسردگی (لانگاستورم و هانسون، ۲۰۰۶؛ داس، ۲۰۰۷) می‌تواند احتمال بروز و شدت خودارضایی را افزایش دهد.

علاوه بر این، برخی از مطالعات نشان داده است در جوامعی که به خودارضایی به‌مثابه یک عمل غیر اخلاقی نگاه می‌شود، تعداد دفعات خودارضایی کمتر است (لامان و ماهی، ۲۰۰۲؛ شالمن و هورن، ۲۰۰۳). به طور مشابه، در حالی که ادبیات پژوهشی درباره مذهب و خودارضایی بسیار نادر است، بعضی از تحقیقات نشان داده که افراد غیر مذهبی بیشتر به خودارضایی اقدام می‌کنند و آن را راحت‌تر گزارش می‌دهند (داس، ۲۰۰۷). بنابراین با توجه به پیشینه پژوهشی و به این علت که در داخل کشور پژوهش‌های کمی وجود دارد که به بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده شدت خودارضایی بپردازد، متغیرهای افسردگی، احساس تنهایی، احساس گناه جنسی و گرایش مذهبی برای بررسی شدت خودارضایی در جامعه ایرانی انتخاب شد که در ادامه، توصیف و بررسی آنها خواهد آمد.

وجود باورها و اعتقادات مذهبی یکی از وجوه متمایز جامعه ایرانی است که می‌تواند بر بسیاری از متغیرهای اجتماعی و روانی تأثیرگذار باشد. بنابراین مطالعه بسیاری از این متغیرها، از جمله متغیرهای جنسی بدون بررسی رابطه مذهب با شکل‌گیری و تداوم آنها، ابتر است. تأمل در طبیعت انسان نشان می‌دهد نیاز جنسی یک نیاز تعاملی بوده و تنها نیازی است که در زن و مرد اندام‌های متفاوت و مکمل زنانه و مردانه دارد و ماهیت و فلسفه نیاز جنسی حاکی از یک رفتار تعاملی است که هرچند برای افراد لذت و تنش‌زدایی فردی به همراه دارد، اما با تحکیم تعلق عاطفی و زناشویی، زمینه باروری و بقای نسل را فراهم می‌آورد و بدین لحاظ خودارضایی به‌مثابه یک رفتار جنسی متمرکز بر فرد، بدون تعامل جنسی با جنس مکمل و رفتاری سوق‌دهنده به لذت‌جویی فردی، مغایر با ماهیت و غایت نیاز جنسی است.

شاید به همین دلایل - و سایر استدلال‌ها - خودارضایی از سوی ادیان و از جمله اسلام حرام بوده است. در ادیان ابراهیمی به صورت عام و در دیدگاه و استدلال اسلامی به طور خاص، پدیده‌های انسانی همراه فطرت، فضیلت و تعقل ارزش‌گذاری می‌شود. از این رو خودارضایی در فرهنگ اسلامی، حرام و انحراف جنسی محسوب می‌شود (اصغری نکاح، ۱۳۹۷).

خداوند در آیه ۷ سوره مؤمنون می‌فرماید: «هرکس با غیر از همسرش شهوتش را دفع کند، از تجاوز کاران است». رسول خدا ﷺ نیز می‌فرماید: ازدواج‌کننده با کف دست، از رحمت خدا به دور است» (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۲، ص ۱۳۱). در همین زمینه در ادبیات پژوهشی غرب نیز نشان داده شده است که معمولاً رفتارهای پرخطر جنسی در جوانی که نقش مذهب در زندگی آنها کم‌رنگ است، بیش از جوانانی است که به خدا ایمان دارند و نقش دین در زندگی آنها مهم و ارزشمند است (گولد و همکاران، ۲۰۱۰).

لازم به ذکر است که آمیختن فرد با مذهب به دو علت متفاوت اتفاق می‌افتد: نفع بیرونی و گرایش به خود مذهب. در صورتی که فرد در رفتارهای مذهبی درگیر شود تا پیامدهای مثبت اجتماعی به دست آورد، گرایش مذهبی او «بیرونی» و در صورتی که فرد به خاطر خود مذهب درگیر آن باشد، نه به خاطر منافع حاصل از آن، گرایش مذهبی او «درونی» است (سوانسون و بیرد، ۱۹۹۸).

برای مثال، وقتی یک سیاستمدار به جمع‌های مذهبی می‌پیوندد تا آراء بیشتری جمع کند گرایش مذهبی او بیرونی است و زمانی که شخص به جمع‌های مذهبی می‌پیوندد تا ارتباط عمیق‌تری با خدا داشته باشد، گرایش مذهبی او درونی است (همان).

در همین زمینه، آلپورت (۱۹۵۰) که از شاخص‌ترین چهره‌های حوزه جهت‌گیری‌های مذهبی به‌شمار می‌آید، معتقد بود: تنها مذهب با جهت‌گیری درونی است که می‌تواند سلامت روان را تضمین کند. مذهب درونی از طریق برقراری نظم اخلاقی و معنایی، موجب هدفدار بودن زندگی و احساس خودارزشمندی مثبت می‌شود (اقدام‌پور و حاصلی، ۱۳۹۷).

یکی از اعمالی که تقریباً تمام مذاهب، از جمله اسلام آن را نهی کرده، «خودارضایی» است. بنابراین معمولاً اقدام به خودارضایی با احساس گناه همراه است. در همین زمینه، کانتولا و هابویو-مانیلا (۲۰۰۳) در پژوهش خود اشاره کرده‌اند که هر زن و مردی پس از خودارضایی، عموماً احساس گناه می‌کند و این احساس آنها را به این سمت هدایت می‌کند تا با کاهش خودارضایی، کمتر به نقض دستورات دینی بپردازند. بنابراین احساس گناه جنسی هیجان‌سازش‌یافته‌ای است که به‌مثابه یک هیجان اخلاقی، رفتار اجتماعی را تنظیم می‌کند و می‌تواند از طریق فراهم کردن بازخوردهای انتقادی به خود، در هدایت رفتار و ایجاد انگیزه برای توجه به استانداردهای اخلاقی و اجتماعی نقش مهمی داشته باشد (تانگنی، ۱۹۹۵).

در نتیجه، می‌توان گفت: گرایش بیشتر به مسائل مذهبی و یا افزایش سن که با مذهبی‌تر شدن همراه است، تأثیر بسزایی در افزایش احساس گناه جنسی و کاهش رفتار خودارضایی در افراد دارد (دیواستو و همکاران، ۱۹۸۱؛ استارک و هاگی، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از عواملی که ارتباط آن با خودارضایی جنسی مد نظر قرار گرفته، «افسردگی» است (گلووینسکا و همکاران، ۲۰۲۰). «افسردگی» یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی و بیماری‌های روان‌پزشکی است که با فقدان

احساس لذت، دوری‌گزیدن از دوستان یا خانواده، نداشتن انگیزه و تحمل نکردن شکست، کاهش میل جنسی، کم یا زیاد شدن اشتها، کاهش انرژی و خستگی زودرس، اختلال خواب و مانند آن همراه است (سادوک، ۲۰۱۵).

در اختلال افسردگی فرد ممکن است احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار خودکننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی نیز داشته باشد (لیو و گاردنر، ۲۰۱۶). افسردگی با مسدود کردن ظرفیت ذاتی فرد برای رشد و شکوفایی، موجب اختلال در سلامت روان وی می‌شود و با بسیاری از مشکلات سلامت روان ارتباط دارد (وجدانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در مطالعه‌ای نشان داده شده است: افرادی که علائم افسردگی دارند نسبت به افرادی که افسردگی ندارند، به طور کلی تمایل بیشتری به خودارضایی دارند (فرولیچ و مستون، ۲۰۰۲؛ کرانوسکی و همکاران، ۲۰۰۴). اگرچه افسردگی به طور کلی با کاهش میل، برانگیختگی و ارضا همراه است (کرانوسکی و همکاران، ۲۰۰۴)، اما فرولیچ و مستون (۲۰۰۲) اعتقاد دارند که افراد افسرده از رفتار خودارضایی به‌مثابه یک رفتار خود آرامش‌بخش استفاده می‌کنند. در نهایت، تامیلسوی (۲۰۱۷) اعتقاد دارد افرادی که خودارضایی می‌کنند، احساس تنهایی می‌کنند. در واقع افرادی که احساس تنهایی دارند و در روابط اجتماعی و احساسی خود مشکل دارند بیش از سایر افراد مستعد اقدام به خودارضایی هستند. احساس تنهایی به‌مثابه یک وضعیت دیرپای درماندگی عاطفی، زمانی روی می‌دهد که فرد احساس بیگانگی، سوء تفاهم یا طردشدگی می‌کند و یا فاقد الگوی اجتماعی مناسب برای فعالیت‌های مطلوب، به‌ویژه فعالیت‌هایی است که احساس یکپارچگی اجتماعی و تعلق عاطفی را فراهم می‌سازد (تسار و همکاران، ۲۰۱۹).

باید یادآور شد افرادی که تماس خود را با دیگران محدود می‌کنند یا افرادی که یک سبک زندگی منزوی را ترجیح می‌دهند، لزوماً احساس تنهایی نمی‌کنند (اوورزینیک و پولارویتمان، ۲۰۱۱). «تنها بودن» با «احساس تنهایی کردن» یکسان نیست و حتی نمی‌توان با دیگران و در کنار دیگران بودن را به‌منزله جلوگیری از احساس تنهایی فرض کرد (برگمان و سگال کارپاس، ۲۰۱۸).

برخی پژوهشگران معتقدند: در اوایل جوانی (سن دانشگاهی) ضریب خطر تجربه احساس تنهایی افزایش می‌یابد (انگ و منصور، ۲۰۱۲)؛ زیرا در این سن یک دوره گذار از نوجوانی به بزرگسالی رخ می‌دهد. در واقع این دوره برای جوانان، فرصتی برای جست‌وجو و ارضای فردیت و در عین حال، جست‌وجو برای برقراری روابط اجتماعی نزدیک با دیگران است. در این میان شاید بسیاری از آنان برای اولین بار از اعضای خانواده و از حمایت اجتماعی و عاطفی آنها دور می‌شوند و برای نخستین بار احساس شک، سردرگمی و اضطراب می‌کنند، به‌گونه‌ای که حتی برقراری روابط نزدیک نیز نمی‌تواند مانع از ایجاد احساس تنهایی در آنها شود (اوزمیر و تان کی، ۲۰۰۸).

با وجود شیوع نسبتاً قابل توجه خودارضایی در داخل کشور (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱) و ممنوعیت خودارضایی در احکام دینی که در جامعه مذهبی ایران می‌تواند احساس گناه شدیدی را ایجاد کند، پژوهش‌های اندکی در داخل

کشور به بررسی عوامل پیش‌بین و تشدیدکننده این رفتار پرداخته‌اند؛ زیرا در صورت افزایش شدت این رفتار، از مهار فرد خارج شده، فرد مدت زمان زیادی از وقت خود را باید به انجام خودارضایی یا فراهم کردن مقدمات آن سپری کند و علی‌رغم تلاش مکرر برای متوقف کردن آن، شکست می‌خورد. در چنین حالتی رفتار خودارضایی جزو رفتارهای اعتیادی و وسواسی بوده و تدوین مداخلات برای درمان آن ضروری است. از این‌رو پژوهش حاضر قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد که افسردگی، احساس تنهایی، احساس گناه جنسی و گرایش مذهبی با شدت خودارضایی چه رابطه‌ای دارند؟

روش پژوهش

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان یکی از مؤسسه‌های آموزش عالی مشهد در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. مجرد بودن دانشجویان ملاک ورود به این پژوهش بود. علاوه بر آن تکمیل نکردن پرسشنامه یا پاسخ منفی به سؤال «آیا تا کنون اقدام به خودارضایی کرده‌اید؟» از پرسشنامه محقق ساخته خودارضایی، ملاک‌های خروج بودند. با توجه به قاعده ۳۰ تن بازای هر متغیر پیش‌بین، حجم نمونه دست کم ۱۵۰ تن در نظر گرفته شد (بشلیده، ۱۳۹۵، ص ۲۳۱). بنابراین از این جامعه تعداد ۲۶۰ تن انتخاب شدند. روش «نمونه‌گیری در دسترس» بود. پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌هایی که پاسخ خیر به عبارت «آیا تا کنون خودارضایی کرده‌اید؟» داده بودند، ۱۷۹ تن باقی ماندند. بنابراین اطلاعات حاصل از نمونه نهایی با تعداد ۱۷۹ تن تحلیل آماری گردید.

قابل ذکر است که ابتدا به شرکت‌کنندگان این پژوهش، در رابطه با اهداف و نحوه انجام پژوهش توضیحاتی داده شد و برای اطمینان خاطر، بر محرمانه بودن اطلاعات ایشان تأکید گردید و در صورت رضایت آگاهانه پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش مقیاس «شدت خودارضایی»، «احساس گناه جنسی» مؤثر (Sexual Guilt Questionnaire of Mosher)، مقیاس «افسردگی» بک (Beck Depression Inventory)، مقیاس «احساس تنهایی هیجانی اجتماعی بزرگسالان» (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) و «جهت‌گیری مذهبی» آلپورت (Alport Religious Oriantation Scale) بود.

مقیاس «شدت خودارضایی»

این پرسشنامه محقق ساخته با ۱۴ گویه به (۱) و خیر (۰) برای اندازه‌گیری شدت خودارضایی ساخته شده است. در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر خودارضایی جنسی در افراد است. این پرسشنامه دارای دو عامل اصلی در تحلیل عامل اکتشافی بوده که - به ترتیب - شامل: (۱) بعد پیامدهای رفتار خودارضایی که دارای ۱۰ سؤال

است (برای نمونه: آیا شما نمی‌توانید عمل خودارضایی را کم یا متوقف نمایید؟) و ۲) بعد شدت رفتار که دارای ۴ سؤال است. (برای نمونه: آیا شما هر روز اقدام به خودارضایی می‌کنید؟)

آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۶، برای عامل اول ۰/۹۲ و برای عامل دوم ۰/۷۲ است. روایی سازه این پرسشنامه در تحلیل عامل تأییدی بررسی گردید و عامل‌ها الگوی پیشنهادی را تأیید کردند.

مقیاس «افسردگی» بک (BDI)

پرسشنامه «افسردگی» بک ابزاری برای ارزیابی خودسنجی است. این آزمون برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک، استیر و براون تهیه گردید و به طور گسترده در سراسر جهان استفاده شد و از معروف‌ترین و متداول‌ترین ابزارهای خودسنجی افسردگی در افراد بالای ۱۳ سال به‌شمار می‌رود. در سال ۱۹۹۶ با هدف پرداختن به معیارهای افسردگی DSM-5 مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون ۲۱ سؤالی با طیف لیکرت و در دامنه صفر تا ۳، درجات افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند و نمره کل پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ نوسان دارد (کالمرزی و همکاران، ۱۳۹۷). بک و همکاران (۱۹۹۶).

ثبات‌درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی که برای تعیین اعتبار و روایی این پرسشنامه بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به‌فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۶، ص ۳۲۵).

مقیاس «احساس گناه جنسی» موشر (SGQM)

این پرسشنامه یک آزمون ۵۰ سؤالی دو گزینه‌ای است که هر گزینه آن در مقیاس ۷ درجه لیکرت از صفر تا ۶ است. دامنه احساس گناه جنسی بین صفر تا ۳۰۰ است. برحسب یافته‌های مقدماتی، موشر ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۹۰ گزارش کرده که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (موشر، ۱۹۹۸). همچنین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در نمونه ۹۱۷ نفری دانشجویان ایرانی محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد و روایی محتوایی آن بر اساس داوری ۷ تن از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضریب توافق کندال ۰/۸۲ محاسبه گردید (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۶).

مقیاس «احساس تنهایی هیجانی و اجتماعی بزرگسالان» (SELSA)

مقیاس «تنهایی» توسط دی‌توماسو و اسپینر (۱۹۹۷) ساخته شده است. این مقیاس ۱۵ گویه دارد و شیوه نمره‌دهی این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالفم) ۱ تا (کاملاً موافقم) ۵ است. این پرسشنامه دارای ۳ بعد (تنهایی رمانتیک، تنهایی اجتماعی و تنهایی خانوادگی) است. در پژوهشی روایی سازه آن مناسب

گزارش شده است (آدمزیک و دی توماسو، ۲۰۱۴). همسانی درونی بین این ۱۵ گویه ۰/۸۱ محاسبه شده است (اینگرام و همکاران، ۲۰۱۸).

در پژوهش جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) روایی این پرسشنامه آزمایش شد و نتایج همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس‌ها نشان‌دهنده روایی همگرا و افتراق مطلوب این پرسشنامه بود. در پژوهش دیگری در داخل کشور همسانی درونی کل این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۷).

مقیاس «جهت‌گیری مذهبی» آلپورت (AROS)

این مقیاس توسط آلپورت و راس (۱۹۶۷) طراحی شده و دارای ۲۱ ماده است که جهت‌گیری مذهبی را با استفاده از مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌کند. آلپورت و راس (۱۹۶۷) همبستگی بین ماده‌های جهت‌گیری مذهبی درونی با ماده‌های جهت‌گیری مذهبی بیرونی را ۰/۲۱- و معنادار و پایایی ابعاد جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۵ گزارش دادند.

جان‌بزرگی (۱۳۸۶) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و همبستگی آن را با خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ برابر ۰/۳۱، ۰/۲۴، ۰/۲، ۰/۱۹، و ۰/۳۷ گزارش کرد.

برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از «تحلیل همبستگی» پیرسون و «تحلیل رگرسیون» به شیوه همزمان استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه، ۱۷۹ تن از دانشجویان مجرد با بازه سنی ۱۸ تا ۳۹ سال با میانگین سنی ۲۳/۷۵ و انحراف معیار ۴/۰۴ بررسی شدند. ۶۲ درصد آنها پسر (۱۱۱ تن) و ۳۸ درصد آنها دختر (۶۸ تن) بودند. در جدول (۱) میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (n=179)

مقیاس	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
شدت خودارضایی جنسی	۷/۶۶	۳/۷۶	۱	۱۴
احساس گناه جنسی	۱۵۶/۲۳	۶۴/۸۵	۲	۲۸۲
افسردگی	۲۰/۶۴	۱۱/۵۳	۰	۴۶
احساس تنهایی	۴۲/۲۹	۱۱/۰۳	۱۴	۷۰
گرایش مذهبی بیرونی	۳۱/۵۱	۴/۹	۱۴	۴۵
گرایش مذهبی درونی	۲۴/۱۵	۲/۰۴	۱۷	۳۰

میانگین و انحراف معیار «شدت خودارضایی» به ترتیب ۷/۶۶ و ۳/۷۶ است. همچنین میانگین و انحراف

بررسی رابطه احساس گناه جنسی، افسردگی، احساس تنهایی و جهت‌گیری مذهبی ... ۱۲۵

معیار- به ترتیب- برای متغیرهای «افسردگی» $20/64$ و $11/53$ ؛ «احساس گناه جنسی» $156/23$ و $64/85$ ؛ «احساس تنهایی» $42/29$ و $11/03$ ؛ «گرایش مذهبی بیرونی» $31/51$ و $4/9$ و «گرایش مذهبی درونی» $24/15$ و $2/04$ بوده است.

جدول (۲) همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. قبل از اجرای همبستگی پیرسون، در جهت بررسی پیش‌فرض متعادل بودن این نوع تحلیل، آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌ها در هر یک از متغیرهای مورد بررسی، متعادل است ($p > 0/05$).

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش در دانشجویان مجرد یکی از مؤسسات آموزش عالی مشهد ($n=179$)

مقیاس	شدت خودارضایی	احساس گناه	افسردگی	احساس تنهایی	مذهب بیرونی	مذهب درونی
شدت خودارضایی	۱	-۰/۰۱	*۰/۵۵	**۰/۴۹	*۰/۴۲	-۰/۰۶
احساس گناه جنسی		۱	*۰/۲	*۰/۱۵	*۰/۱۸	-۰/۰۸
افسردگی			۱	**۰/۶۷	**۰/۲۷	-۰/۰۶
احساس تنهایی				۱	**۰/۳۱	-۰/۰۰۷
مذهب بیرونی					۱	-۰/۰۵
مذهب درونی						۱

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

در جدول (۲) مشاهده می‌شود که بین شدت خودارضایی با افسردگی ($r=0/55$)، بین احساس تنهایی و شدت خودارضایی ($r=0/49$) و بین مذهب بیرونی و شدت خودارضایی ($r=0/42$) رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. این در حالی است که بین شدت خودارضایی با احساس گناه جنسی و مذهب درونی رابطه‌ای وجود ندارد. برای بررسی رابطه افسردگی، احساس تنهایی، مذهب بیرونی و درونی و احساس گناه جنسی با شدت خودارضایی جنسی از رگرسیون به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) آمده است.

قبل از انجام تحلیل رگرسیون، استقلال مشاهدات مورد آزمون قرار گرفت. نتیجه آزمون دوربین واتسون برابر با $1/8$ بود که نشان‌دهنده استقلال مشاهدات یا متغیرهای پیش‌بین است (بشلیده، 1395 ، ص 140). جدول (۳) خلاصه الگوی رگرسیون و آزمون F برای بررسی معناداری الگوی پیشنهادی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: خلاصه الگوی رگرسیون همزمان

Sig	F	R مجذور	R	الگو
$P < 0/001$	۳۳/۷۲	-۰/۴۳	-۰/۶۶	افسردگی، مذهب بیرونی، احساس گناه، احساس تنهایی، مذهب درونی

همان گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، متغیرهای افسردگی، مذهب بیرونی، مذهب درونی، احساس گناه

و احساس تنهایی ۴۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته، یعنی شدت خودارضایی را پیش‌بینی می‌کنند که با توجه به آزمون تحلیل واریانس و سطح معناداری آن ($F=33/72, P<0/001$) این میزان تبیین معنادار است. برای بررسی سهم اختصاصی هر متغیر مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته، به جدول ضرایب رگرسیون (جدول ۴) مراجعه شود.

جدول ۴: ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره T متغیرهای مستقل وارد شده در معادله رگرسیون ($n=179$)

متغیرها	B	Beta	T	sig
افسردگی	۰/۱۳	۰/۴	۵/۲۴	$p<0/0001$
مذهب بیرونی	۰/۲۳	۰/۳	۴/۹۷	$p<0/0001$
احساس گناه جنسی	-۰/۰۱	۰/۱۸	-۳/۱۳	۰/۰۰۲
احساس تنهایی	۰/۰۵	۰/۱۵	۱/۹۷	۰/۰۴
مذهب درونی	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۵

جدول (۴) نشان می‌دهد افسردگی ($B = 0/13, p < 0/0001$)، مذهب بیرونی ($B = 0/23, p < 0/0001$)، احساس تنهایی ($B = 0/05, p = 0/04$) با شدت خودارضایی رابطه مثبت و معناداری دارد. علاوه بر این، احساس گناه جنسی ($B = 0/18, p = 0/002$) با شدت خودارضایی دارای رابطه منفی و معناداری است. رابطه مذهب درونی ($B = 0/04, p = 0/04$) با شدت خودارضایی معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد افسردگی، مذهب بیرونی و احساس تنهایی با شدت خودارضایی رابطه مثبت و احساس گناه جنسی با شدت خودارضایی رابطه منفی دارند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش گلووینسکا و همکاران (۲۰۲۰) و کاستلینی و همکاران (۲۰۱۶) در ارتباط با افسردگی همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: افسردگی می‌تواند موجب کاهش ارتباطات اجتماعی و از طریق کاهش میل جنسی (لیبیدو) موجب کاهش ازدواج یا داشتن شریک جنسی شود. بنابراین فرد با اقدام به خودارضایی می‌کوشد تا احساسات جنسی خود را زنده نگه دارد و هیجانات منفی خود را مدیریت کند (کاستلینی و همکاران، ۲۰۱۶).

هارا و روچا نیز در پژوهش خود نشان دادند افراد مجرد که شریک جنسی ندارند، از ساختار دفاعی روانی نابالغ و افسردگی رنج می‌برند که متضاد با شاخص‌های سلامت روان است. بدین‌روی آنها به روابط جنسی بدون شریک جنسی یا خودارضایی علاقه نشان می‌دهند (روچا و هرا، ۲۰۱۵).

السوجیر (۲۰۱۵) نیز اعتقاد دارد اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیتی با خودارضایی ارتباط دارند. همچنین سلیکول و بلیگیک (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با کاهش افسردگی، خودارضایی تا حد زیادی کاهش می‌یابد.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش *تامیلسلوی* (۲۰۱۸) و *کلیتون و همفریس* (۲۰۱۹) در خصوص ارتباط احساس تنهایی با شدت رفتار خودارضایی همسوست. بنا بر پژوهش آنها، هر قدر احساس تنهایی عمیق‌تر باشد، تعدد اقدام به خودارضایی نیز در فرد بیشتر خواهد بود. در واقع احساس تنهایی و افسردگی هیجانات منفی زیادی با خود دارند و افراد از خودارضایی استفاده می‌کنند تا احساس ناراحتی، غم، تنش و تنهایی خود را به احساس خوشایند ارضای جنسی و لذت تبدیل کنند. بنابراین استفاده مکرر از خودارضایی به مثابه یک راهبرد برای کاهش احساسات منفی اتفاق می‌افتد و این منجر به افزایش آستانه لذت و فقدان پایش بر روی رفتار خودارضایی می‌شود (کاستلینی و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از یافته‌های دیگر این پژوهش رابطه مثبت معنادار بین مذهب بیرونی با شدت خودارضایی جنسی و فقدان رابطه خودارضایی جنسی با مذهب درونی است. *آکانبی* (۲۰۱۸) که با اقدام به خودارضایی موافق است، اظهار می‌دارد: تنها صدمه‌ای که از خودارضایی ایجاد می‌شود، احساس شرمی است که به سبب مخالفت مذهب با خودارضایی به فرد دست می‌دهد؛ احساسی که ریشه در نوع قضاوت مذهب نسبت به فرد مرتکب به رفتار جنسی ممنوع دارد و می‌تواند در شدت خودارضایی بسیار مؤثر باشد.

لازم به ذکر است که در مذهب بیرونی فرد به سبب پیامدهای اجتماعی مثبت درگیر رفتارهای مذهبی می‌شود (سوانسون و بیرد، ۱۹۹۸). بنابراین هر قدر قضاوت‌های جامعه مذهبی نسبت به عملکرد جنسی حساس‌تر باشد، فرد احساس شرم و اضطراب بیشتری خواهد کرد؛ احساس اضطرابی که فرد به سبب کاهش و رهایی از آن به طور مکرر حاضر است لذت آنی و خوشایند خودارضایی را تجربه کند (آکانبی، ۲۰۱۸).

در واقع مذهب بیرونی با احساس شرم در ارتباط است و این موجب می‌شود قضاوت‌های جامعه بیش از حد برای فرد مهم شود و در احساس شرم، فرد رفتار بد خود را به مثابه بازتابی از «خود بد» در نظر بگیرد. در این صورت، خود به دقت بررسی و به طور منفی ارزیابی می‌شود. به همین علت احساس منفی برخاسته از مذهب بیرونی که در ادبیات علمی به آن «شرم» گفته می‌شود، اثراتی منفی بر جای می‌گذارد و با حالتی همچون بی‌ارزشی و حقارت همراه است. به عبارت دیگر، در احساس گناه، رفتاراً خطا ارزیابی می‌شود و علت رفتار به عوامل درونی، ناپایدار و پایش‌پذیر اسناد داده می‌شود؛ اما در احساس شرم فرد علت رفتار خود را به عوامل درونی، پایدار و پایش‌ناپذیر اسناد می‌دهد. اسناد به این عوامل پایدار، درونی و پایش‌ناپذیر باعث ایجاد حالت خودسرزندی در فرد می‌شود که به نوبه خود؛ زمینه‌های اضطراب و افسردگی را فراهم می‌کند (تیبیک و همکاران، ۱۳۹۴). اما نبود رابطه بین متغیر «مذهب درونی» با «شدت خودارضایی جنسی» با پژوهش *گاندرسون و مک‌کری* (۱۹۷۹) همسوست.

در پژوهش حاضر رابطه ساده‌الاحساس گناه جنسی و شدت خودارضایی جنسی معنادار به دست نیامد؛ اما هنگام ورود به تحلیل رگرسیون گام به گام و بعد از پایش و حذف بخش همپوش متغیر افسردگی و مذهب بیرونی، رابطه

بخش اختصاصی متغیر احساس گناه جنسی با شدت خودارضایی جنسی معنادار و منفی شد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش کاستلینی و همکاران درباره ارتباط شدت خودارضایی با احساس گناه ناهمسوست (کاستلینی و همکاران، ۲۰۱۶). کاستلینی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که احساس گناه بعد از عمل خودارضایی با تنش روان‌شناختی شدیدی همبسته است و در رفتارهای جنسی و سواسی، اختلال‌های خلقی، اضطرابی و شخصیتی می‌تواند نقش تشدیدکننده داشته باشند.

در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت: به نظر می‌آید بعد از حذف اثر منفی مذهب بیرونی، آنچه از احساس گناه باقی می‌ماند، نقش بازدارنده داشته است و می‌تواند شدت خودارضایی جنسی را کاهش دهد. ارتباط معکوس بین احساس گناه جنسی و خودارضایی جنسی نشان‌دهنده آن است که هر قدر تظاهرات رفتاری-اخلاقی در فرد بیشتر باشد، تکرار دفعات خودارضایی کمتری دارد. در واقع کسی که احساس گناه می‌کند بر رفتار بد خود متمرکز می‌شود و مسئولیت رفتاری را که به استانداردهای درونی او لطمه وارد کرده است، می‌پذیرد.

به عبارت دیگر، استرس ایجاد شده به سبب تخلف از استانداردهای درونی، می‌تواند موجب شود شخص رفتار خود را اصلاح کند (کاتور و همکاران، ۲۰۱۳). اسلام نیز اگرچه رفتار خودارضایی را رفتار حرام و گناه کبیره می‌داند، اما همیشه در آموزش‌های خود به افراد متدین، این اعتقادات را نیز منتقل می‌کند که «خداوند بخشنده است» و «خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند». در واقع اسلام با تمرکز بر رفتار بد انسان، می‌کوشد تا از احساس به جای گناه او استفاده کند تا رفتارهای او را در جهت صحیح هدایت نماید. اسلام انسان را آزاد و دارای قدرت اختیار می‌داند که می‌تواند از قدرت خودپایشی خود برای پرهیزگاری و خویش‌داری جنسی استفاده کند (آذربادکان و همکاران، ۱۳۹۹).

بنابراین به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت احساسات منفی مانند افسردگی، احساس تنهایی و مذهب بیرونی شدت خودارضایی جنسی را در دانشجویان مجرد افزایش می‌دهد و این رفتار جنسی را به سمت شکل شدید، اعتیادی و سواسی گونه آن می‌کشانند؛ زیرا فرد به‌منظور کاهش احساسات منفی تنهایی، افسردگی و قضاوت منفی شدن توسط جامعه مذهبی، به صورت مکرر اقدام به خودارضایی می‌کند تا لذت آنی حاصل از خودانگیزی جنسی را جایگزین این احساسات منفی نماید. این درحالی است که معیارهای اخلاقی درونی و احساس گناه حاصل از آن نقش بازدارنده دارد و می‌تواند شدت خودارضایی جنسی را کاهش دهد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: به علت حرمت این رفتار جنسی، بسیاری از افراد ممکن است سوالات مرتبط با آن را صادقانه پاسخ ندهند و شدت علائم خود را کمتر از آنچه هست، گزارش دهند. علاوه بر این، مطالعه حاضر در جامعه دانشجویی انجام شد و تعمیم یافتن آن به سایر اقشار جامعه باید با احتیاط صورت گیرد.

در انتهای این پژوهش به مشاوران، درمانگران و متخصصان حوزه روان‌شناسی کشور توصیه می‌شود برای کاهش آسیب‌های روحی ناشی از خودارضایی در جوانان، به‌ویژه دانشجویان که نقش مهمی در پیشرفت میهن عزیزمان دارند، به منظور کاهش شدت و درمان خودارضایی، دستورالعمل‌هایی تدوین کنند که در آنها افسردگی مراجعان هدف قرار داده شده و با آموزش مهارت‌های بین فردی و اجتماعی، امکان تعامل و گسترده شدن دامنه ارتباطات آنها را فراهم کنند تا با کاهش احساس تنهایی آنها، شدت رفتار خودارضایی نیز کاهش یابد.

همچنین باید در نظر داشت که درمانگران باید در درمان خودارضایی شدید بر کاهش احساس شرم حاصل از مذهب بیرونی در جلسات درمانی تأکید کنند و افراد را به این سمت سوق دهند تا رفتار خودارضایی را متمایز از شخصیت خود بدانند و با تمرکز بر استانداردهای درونی بکوشند به سمت کاهش این رفتار گام بردارند.

نیز می‌توان از طریق ایجاد آگاهی در والدین، راجع به عوامل افزایش‌دهنده شدت این رفتار جنسی در قالب برنامه‌های فرهنگی - آموزشی در پیشگیری یا درمان خودارضایی با موفقیت بیشتری قدم برداشت.



منابع

- احمدی، وحید، و همکاران، ۱۳۹۱، «شیوع‌شناسی خودارضایی در بین دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه شهید چمران اهواز»، *انجمن روانشناسی ایران*، ش ۷، ص ۱۰۳-۱۰۶.
- ارجمندقجور، کیومرث، ۱۳۹۰، *آسیب‌شناسی جنسی*، زنجان، نیکان کتاب.
- اصغری نکاح، سیدمحسن، ۱۳۹۷، «الگوی تربیت جنسی خانواده محور مبتنی بر رشد: راهکاری برای تربیت جنسی متناسب با آموزه‌های تربیتی ادیان ابراهیمی»، در: اولین کنفرانس بین‌المللی تربیت دینی در ادیان ابراهیمی.
- اقدام‌پور، فریده و آرزو حاصلی، ۱۳۹۷، «نقش مذهب و معنویت در رفتارهای جنسی جوانان ایرانی: مرور سیستماتیک مقالات منتشر شده»، *دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۲۸، ص ۱۷۴-۱۸۶.
- آذربادگان، آقامحمدیان شعراباف و محمدسعید عبدخادی، ۲۰۲۰، «تدوین پروتکل کنترل خودارضایی؛ با تأکید بر رویکرد اسلامی و امکان‌سنجی آن: «تک‌آزمودنی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۵۲، ص ۷۳-۹۲.
- بشلیده، کیومرث، ۱۳۹۵، *کاربرد SPSS و AMOS در روش‌های تحقیق و تحلیل‌های آماری*، تهران، دانشگاه شهید چمران.
- جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۸۶، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان»، *پژوهش در پزشکی*، ش ۳۱، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- حرعاملی، محمدین حسن، ۱۴۰۹ق، *وسائل الشیعه*، قم، مؤسسه آل‌البیت.
- تبیك، محمدمتقی و همکاران، ۱۳۹۴، «رابطه احساس گناه و شرم با دینداری و سلامت روان»، *پژوهش‌نامه روانشناسی اسلامی*، ش ۱، ص ۱۶۰-۱۷۶.
- شفیعی، معصومه و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی آموزش خود دلسوزی بر احساس تنهایی و تاب‌آوری در زنان مطلقه بی‌بضاعت»، *روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ش ۶، ص ۷۱-۸۴.
- فتحی آشتیانی، علی و محبوبه داستانی، ۱۳۹۶، *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*، چ چهاردهم، تهران، بعثت.
- کالمزری، رسول و همکاران، ۱۳۹۷، «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی مبتلا به بیماری آسم»، *روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ش ۵، ص ۱-۱۴.
- موسوی مقدم، سیدرحمت‌الله و همکاران، ۱۳۹۶، «بررسی رابطه هوش معنوی با احساس گناه جنسی در دانشجویان دانشگاه علوم و تحقیقات شهرستان ایلام در سال تحصیلی ۹۱-۹۲»، *پژوهش در دین و سلامت*، ش ۴، ص ۴۵-۵۴.
- وجدانی، س. و همکاران، ۱۳۹۳، «اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی و رضایت زناشویی زنان افسرده»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۸، ص ۷-۲۱.
- Adamczyk, K., & DiTommaso, E, 2014, "Psychometric properties of the Polish version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S)", *Psychologiske teme*, N. 23(3), p. 327-341.
- Akanbi, O. O, 2018, "Ethical Implications of Masturbation and Sexual Revolution Crisis among Nigerian Youths", *Impact: Journal of Transformation*, N. 1 (2), p. 97-118.
- Alsughier, N, 2015, "Compulsive masturbation treated with selective serotonin reuptake inhibitors", *Journal of Psychiatry*, N. 18(4), p. 1-2.
- Allport, G.W, 1950, *The Individual and His Religion: A Psychological Interpretation*, New York, Macmillan.
- Allport, G. W, & Ross, J. M, 1967, "Personal religious orientation and prejudice", *Journal of personality and social psychology*, N. 5(4), 432.

- Ang, C. S., & Mansor, A. T., 2012, "An empirical study of selected demographic variables on loneliness among youths in Malaysian university", *Asia Life Sciences*, N. 21(10), p. 107-121.
- Bancroft, J., 2002, "Biological factors in human sexuality", *Journal of Sex Research*, N. 39, p. 15-21.
- Bergman, Y. S., & Segel-Karpas, D., 2018, "Future time perspective, loneliness, and depressive symptoms among middle-aged adults: A mediation model", *Journal of Affective Disorders*, N. 241, p. 173-175.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G., 1996, *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Brody, S., & Costa, R. M., 2009, "Anatomy/physiology: Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies", *The Journal of sexual medicine*, N. 6(7), p. 1947-1954.
- Castellini, C., Fanni, E., Corona, G., Maseroli, E., Ricca, V., and Maggi, M., 2016, "Psychological, relational, and biological correlates of ego-dystonic masturbation in clinical setting", *Sex Med*, N. 4, p. 156-165.
- Cantor JM, Klein C, Lykins A, E Rullo J, Thaler L, 2013, "A treatment-oriented typology of self-identified hypersexuality referrals", *Archive Sexual Behavioral*, N. 42, p. 883-893.
- Celikkol, C., & Bilgiç, A., 2018, "Excessive Masturbation Successfully Treated with Fluoxetine in an Adolescent with Autism Spectrum Disorder and Coexisting Depression", *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, N. 28(7), p. 491-492.
- Corona, G., et al., 2019, "Sperm recovery and ICSI outcomes in men with non-obstructive azoospermia: a systematic review and meta-analysis", *Human reproduction update*, No. 25(6), p. 733-757.
- Cyranowski, J. M., et al., 2004, "Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression", *Journal of Psychiatric Research*, No. 38, p. 267-273.
- Das, A., 2007, "Masturbation in the United States", *Journal of sex & Marital therapy*, N. 33, P. 301-31.
- Dimitropoulou, P., Lophatananon, A., Easton, D., Pocock, R., Dearnaley, D. P., Guy, M., & Muir, K. R., 2009, "Sexual activity and prostate cancer risk in men diagnosed at a younger age", *BJU international*, N. 103(2), p. 178-185.
- DiTommaso, E., & Spinner, B., 1997, "Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness", *Personality and individual differences*, N. 22(3), p. 417-427.
- Divasto, P., Pathak, D., & Fishburn, W., 1981, "The interrelationship of sex guilt, sex behavior, and age in an adult sample", *Archive sex behavior*; N. 10(2), p. 119-122.
- Frohlich, P., & Meston, C., 2002, "Sexual Functioning and self-reported depressive symptoms among college women", *The Journal of Sex Research*, N. 39(4), p. 321-325.
- Gerressu, M., Mercer, C., Graham, C., Wellings, K., Johnson, A., 2008, "Prevalence of masturbation and associated factors in British National Probability survey", *Archives of sexual behavior*, N 37(2), p 266-278.
- Gunderson, M. P., McCary, J.L., 1979, Sexual guilt and religion. *Family Coordinator*, N 4(1), p 353-357.
- Glowinska, A., Duleba, A. J., Zielona-Jenek, M., Siakowska, M., Pawelczyk, L., Banaszewska, B., 2020, "Disparate Relationship of Sexual Satisfaction, Self-Esteem, Anxiety and Depression

- with Endocrine Profiles of Women With or Without PCOS", *Reproductive Sciences*, N. 27(1), p. 432-442.
- Gold, M. A, Shetel, A.V, Chiappetta, L., Young, A.J, Zuckoff, A., Diclemente, C.C, et al., 2010, "Associations between Religiosity and Sexual and Contraceptive Behaviors", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, N. 23(5), p. 290-297.
- Haus, K., Thompson, A. E, 2018, *Feelin' Myself: The Sexual Double Standard and Perceived Sexualities of Hypothetical Men and Women Engaging in Masturbation*, Retrieved from the University of Minnesota Digital Conservancy.
- Herbenick, D., Schick, V., Reece, M., Sanders, S., Dodge, B., Fortenberry, D, 2010, "The female genital self-image scale (FGSIS): results from a nationally representative probability sample of women in the united states", *Sexual Medicine*, N. 8 (1), p. 158-166.
- Ingram, I., Kelly, P., Frank, P., Deane, A. L., Baker, L & Raftery, D. K, 2018, "Loneliness in Treatment-Seeking Substance-Dependent Populations: Validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults–Short Version", *Journal of Dual Diagnosis*, N. 4 (2), p. 1-9.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E, 2003, "Masturbation in a Generational Perspective", *Journal of Psychology & Human Sexuality*, N. 14, p. 49-83.
- Langstrom, N., & Hanson, R. K, 2006, "High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors", *Archives of Sexual Behavior*, N. 35, p. 37–52.
- Laumann, E. O., Browning, C., Rijt, A. V. D., & Gatzeva, M, 2003, "Sexual contact between children and adults: A life-course perspective with special referenceto men", in J. Bancroft (Ed.), *Sexual development in childhood*, Bloomington, IN, Indiana University Press.
- Laumann, E., & Mahay, J, 2002, "The social organization of women's sexuality", in G. M. Wingood & R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of women's sexualand reproductive health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Liew, H, Gardner, S, 2016, "The interrelationship between smoking and depression in Indonesia", *Health Policy Technol*, N. 5, p. 26-31.
- Lipsith, J., McCann, D., & Goldmeier, D, 2003, "Male psychogenic sexual dysfunction: The role of masturbation", *Sexual and Relationship Therapy*, N. 18, p. 1468–1479.
- Mosher DL. Revised Mosher Guilt Inventory. In: Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, Davis SL (editors), 1998, *Handbook of SexualityRelated Measures*, Thousand Oaks: Sage; p. 245-250.
- Ozdemir, U., & Tuncay, T, 2008, "Correlates of loneliness among university students", *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, N. 2, p. 1-6.
- Rocha, F. L., & Hara, C, 2015, "Compulsive masturbation with pramipexole for antidepressant augmentation in major depression: a case report", *Journal of clinical psychopharmacology*, N. 35(4), p. 485.
- Rowland, D. L., Hevesi, K., Conway, G. R., & Kolba, T. N, 2019, *Relationship Between Masturbation and Partnered Sex in Women: Does the Former Facilitate, Inhibit, or Not Affect the Latter?* The Journal of Sexual Medicine.
- Sadock, B. J, 2015, *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*, Vol. 2015, pp. 648-655, Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Starks, SS & Hügey, A, 2003, "African American women at midlife: relationship between spiritually and lif satisfication", *Affila*, N. 18(2), p. 34-75.
- Shulman, J. L., & Horne, S. G, 2003, "The use of self-pleasure: Masturbation and body image

- among African American and European American women", *Psychology of Women Quarterly*, N. 27, p. 262-269.
- Swanson K, R., Byrd, J, 1998, "Death Anxiety In Young Adults As A Function Of Religious Orientation, Guilt, And Separation-Individuation Conflict", *Death Studies*, N. 22(3), p. 257-268.
- Tamilselvi, K, 2017, *Adverse effects of Masturbation behaviour of the Adolescent girls in Chennai*, Tamil Nadu, India.
- Tangney, J. P, 1995, "Recent empirical advances in the study of shame and guilt", *American behavioral scientist*, N. 38, p. 1132-1145.
- Tsur, N., Stein, J. Y., Levin, Y., Siegel, A., & Solomon, Z., 2019, "Loneliness and subjective physical health among war veterans: Long term reciprocal effects", *Social Science & Medicine*, N. 234, p. 112373.
- Yesilay T, Akbabaaltun S, 2009, (Early childhood teachers strategies for children with masturbation behavior), *elementary education*, N. 8, p. 593-604.
- Wawrzyniak, A. J., PollardWhiteman, M.C, 2011, "Perceived stress, loneliness, and interaction with fellow students does not affect innate mucosal immunity in first year university students", *Japanese Psychological Research*, N. 53(2), p. 121-132.
- Westheimer, R.K. & Lopater, S., 2005, *Hand book of Human Sexuality A psychosocial Perspective, second edition , copyright'*, Lippincott Williams and Wilkins, printed in the United States of America.

