

تجربه کنترل‌پذیری اعتیاد به خودارضایی در دانش‌آموز پایه دوازدهم، یک مطالعه موردی

سید جلیل جبلی^۱، فضل‌الله رضایی اردانی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

sj.jebeli@ut.ac.ir

۲. استادیار گروه علوم تربیتی، پردیس شهید پاک نژاد، دانشگاه فرهنگیان، یزد، ایران. (نویسنده مسئول)

rezaei.ardani@cfu.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۸/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۲۴]

چکیده

این پژوهش باهدف شناخت عوامل، عوارض و کنترل‌پذیری اعتیاد به خودارضایی در دانش‌آموز پایه دوازدهم انجام پذیرفت. پژوهش حاضر به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی تک موردی. جامعه آماری این مطالعه کلیه دانش‌آموزان پسری می‌باشند که به بیان خود اعتیاد به خودارضایی دارند و با معلم خود در میان گذاشته‌اند. از میان جامعه آماری یک نفر که در طبقه شدید قرار داشت با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به روش هدفمند انتخاب شد که در نهایت از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته، تجربه زیسته فرد به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری مورد سنجش قرار گرفت. پس از مصاحبه در چهار محور مشخص کرد که ۱. فراوانی خودارضایی (خط پایه) از سه ماه پیش پنج مرتبه در هفته بود که مهم‌ترین دلایل؛ تنهایی، نبود فعالیت فیزیکی و تماشای فیلم عنوان شد. ۲. پیامدها با شروع این رفتار، شامل افت نمرات تحصیلی، مسئولیت‌گریزی در منزل و انزوا در مدرسه و افت شادابی بود. در ۲ محور آخر نیز، پس از دو ماه اجرای نکن یک‌های درمانی، مشخص ساخت که فراوانی این عمل نسبت به خط پایه به یک‌پنجم کاهش یافته، افت نمرات وی متوقف شده و در مدرسه اجتماعی‌تر و در خانه مسئولیت‌پذیرتر شده و نشاط وی افزایش یافته. نتیجه گرفته می‌شود که کنترل این مسئله نه تنها امکان‌پذیر است بلکه باعث رشد سلامت در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، فردی و خانوادگی نیز می‌شود.

واژگان کلیدی: نوجوان، خودارضایی، افت تحصیلی، تجربه زیسته.

۱- مقدمه

همان‌طور که می‌دانید پایه دوازدهم تقریباً اواخر دوره نوجوانی و ابتدای جوانی است. دوره را ولادتی تازه می‌نامند و آن دوره‌ای کاملاً مستقل و از لحاظ تجربه متفاوت با گذشته است. در این مرحله به همراه رشد بدن، عواطف و احساس‌های گرم و آتشین پدید می‌آید. سن خودنمایی، غرور، بلندپروازی، استقلال‌طلبی، پرتوقعی، سرکشی و طغیان، هیجان و بی‌قراری، افراط و تندروری و درعین‌حال سن خودشناسی و بلوغ است (قائمی، ۱۳۹۰).

با نزدیک شدن دوره بلوغ و صعود ناگهانی هورمون‌های جنسی و رشد خصوصیات جنسی ثانوی، کنجکاوای جنسی بیشتر شده و پدیده «خودارضایی»^۱ افزایش می‌یابد. خودارضایی یا استمناء عبارت است از تسکین یا اطفاء شهوت به‌وسیله مالش یا فشار به اعضای تناسلی یا به کار بردن وسایل غیرطبیعی دیگر به‌منظور رسیدن به اوج لذت جنسی، به سبب عدم دسترسی به جنس مخالف (Westheimer, Lopater, Westheimer & Lopater, 2002؛ موحدی، ۱۳۹۰؛ حسن‌زاده، سعیدیان اصل، آقا محمدیان، ۱۳۸۹؛ احمدی، احمدی، شیخ حسین، ملاجعفر، ۱۳۹۱).

در عرف، شرع و در کلام فقها، خودارضایی یعنی این که انسان عمداً با خود کاری بکند که باعث خروج مایع منی و جنابت در وی شود. از منظر روان‌شناسی نیز خودارضایی نوعی تحریک مکانیکی در دستگاه تناسلی است که در آن فرد با خود، کاری می‌کند که به تخلیه هیجانی منجر می‌شود (قائمی، ۱۳۹۰). از حدود ۱۶ - ۱۳ سالگی شور و هیجان جنسی در نوجوان نمودار می‌شود. نوجوان به دلیل احساس توانایی برای عمل جنسی، تشدید انگیزه‌های جنسی، کنجکاوای در مورد مسائل جنسی، تلاش برای تعیین نقش جنسی، ترس شدید از نتایج فعالیت جنسی، نسبت به امور جنسی حساس می‌شود. اگر راه مشروع و قانونی برای ارضای امیال جنسی ممکن نباشد، امکان انحراف نوجوان به‌صورت خودارضایی، چشم‌چرانی، بچه‌بازی، خودفروشی و غیره وجود خواهد داشت (پارسا، ۱۳۹۳).

بر اساس مطالعات صورت گرفته در زمینه شیوع خودارضایی تقریباً همه مردان و سه‌چهارم همه زنان زمانی در عمر خود به آن دست زده‌اند (Sadock, 2015). بر اساس نتایج تحقیق داس^۲ (۲۰۰۷)، درباره میزان خودارضایی در آمریکا در سال ۱۹۹۲ در جمعیت آماری بین سنین ۱۸ تا ۶۰ سال، ۳۸ درصد از زنان و ۶۱ درصد از مردان در سال قبل از اجرای تحقیق خودارضایی داشته‌اند. در پژوهش دیگری در بین نوجوانان ۱۷-۱۸ سال در تایوان توسط وانگ، هانگ و لاین^۳ (۲۰۰۷)، نشان داده شد که ۹۵/۳ درصد مردان و ۳۰/۳ درصد زنان، تجربه خودارضایی داشته‌اند. در پژوهشی با عنوان شیوع خودارضایی در بین چینی‌های شهرنشین، مشخص شد ۸۷ درصد از مردان و ۶۵ درصد از زنان در طول سال گذشته خودارضایی کرده‌اند. در پژوهشی که توسط حسن‌زاده و همکاران (۱۳۸۹)، در بین دانشجویان دختر و پسر خوابگاه‌های دانشگاه فردوسی مشهد انجام گرفته است، نشان داده شد که ۸۰/۸۲ درصد از آقایان و ۳۵/۷۸ درصد از خانم‌ها حداقل یک مرتبه عمل خودارضایی را انجام داده‌اند. همچنین در پژوهشی که توسط شکاری، رستمی، مزدایی و محمدی (۲۰۱۱)، در ایران صورت گرفت مشخص شد که مردان و زنان ایرانی به ترتیب ۹۲ و ۶۲ درصد در طول زندگی خود خودارضایی کرده‌اند. در آخر می‌توان گفت در زمینه خودارضایی، پژوهش‌های بسیاری خصوصاً در کشورهای پیشرفته صورت گرفته است اما در کشورهای در حال توسعه به دلایل متعدد این پژوهش‌ها با محدودیت‌های زیادی همراه بوده است به همین دلیل از میزان شیوع این پدیده و تفاوت آن در بین دو جنس اطلاعات کمی در دست است (Janghorbani, Lam & Force, 2003).

به لحاظ اهمیت و حساسیت دوره نوجوانی و جوانی، هم در متون دینی و هم در مباحث روان‌شناسی از جنبه‌های مختلفی به آن توجه شده است. در بین انحرافات جنسی، خودارضایی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا این عمل می‌تواند از سنین بلوغ شروع شود و

1. masturbation
2. Das
3. Wang, Haung, Lin

تا سال‌های متمادی ادامه یابد، از طرفی دیگر یکی از چالش برانگیزترین بحث‌ها در بین کارشناسان، به هنجار یا نابهنجار بودن پدیده خودارضایی و راهکارهای کنترل آن است. بر اساس بررسی‌های انجام شده برخی صاحب‌نظران آن را عملی طبیعی و نوعی تخلیه هیجانی و بهنجار می‌دانند و عده‌ای آن را نابهنجار دانسته و زیان‌های بسیاری بر آن می‌شمارند (کجباف، ۱۳۹۴).

بنابراین صاحب‌نظرانی که بر اساس پژوهش‌های خود، این عمل را زیان‌بار می‌دانند، معتقدند که این مسئله به‌طور مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی فرد تأثیرگذار است. از طرفی تحقیقات متعدد دیگر نشان می‌دهند که سلامت روانی و جسمی دانش‌آموزان با پیشرفت تحصیلی آن‌ها ارتباط دارد به این معنا که به خطر افتادن سلامت روانی-جسمی دانش‌آموز، رشد پیشرفت تحصیلی آنان را متوقف یا منفی می‌کند که در ادامه به برخی از پژوهش‌ها اشاره خواهد شد؛ بنابراین ضروری به نظر می‌رسد جهت تأمین شرایط مناسب برای نیل به اهداف آموزشی، تربیتی و تضمین سلامت افراد جامعه در سنین مختلف، عوامل بازدارنده آن موردبررسی و کاوش قرار گیرد و برای رفع آن، راهکارهای منطقی اتخاذ شود.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

قائمی (۱۳۹۰)، عوامل پدیدآورنده خودارضایی را در پنج گروه دسته‌بندی کرده است؛ ۱. عوامل زیستی: وجود انگل‌های معدی و کرمک که سبب پیدایش خارش در مقعد و یا ورم در اطراف دستگاه تناسلی می‌شود. بلوغ زودرس، وجود بی‌نظمی پوستی در محل ختنه که سبب تحریک‌های بی‌مورد است، عدم رعایت بهداشت، به‌ویژه در دستگاه تناسلی، رشد بدن و به‌خصوص رشد دستگاه تناسلی. ۲. عوامل مکانیکی تحریک: دست‌کاری‌های کودک، مالیدن خود به تشک و به رو خوابیدن و... نوازش‌های غلط مادران و پرورش‌دهندگان و... شست‌وشوهای افراطی همراه با دست‌کاری در دستشویی و حمام. ۳. عوامل روانی: اختلال روانی در کودکان و نوجوانان، کنجکاوی و کشف کودکان در مورد دنیای خود، جستجوی اطمینان برای کودک که منبع لذت او از بین نرفته باشد، تنهایی و انزوا و احساس بی‌کسی. ۴. عوامل عاطفی: احساس محرومیت در کودکان و نوجوانان، اضطراب و نگرانی، ابراز محبت غلط مادر یا پرستار کودک به‌صورت بازی با دستگاه تناسلی و احساس حقارت. ۵. عوامل اجتماعی: نوع بازی‌های کودکان مثل کولی‌بازی و... نگاه کردن به روابط دیگران حتی حیوانات، مشاهده تصاویر فیلم‌های مبتذل و خواندن یا شنیدن داستان‌ها و جوک‌های بدآموز. همچنین در پژوهشی دیگر، عوامل گرایش به خودارضایی بررسی شده است که شامل؛ ناآگاهی، انزوا و تنهایی، دوستی‌های آلوده، عوامل تحریک‌کننده فرهنگی، بلوغ زود هنگام، لباس‌های نامناسب، نگاه‌های غیرمجاز (چشم‌چرانی) می‌باشد (پناهی، ۱۳۸۶). همچنین پژوهشی در بنگلادش مشخص کرد که دیدن فیلم‌های پورن حتی هفته‌ای یک‌بار آمار انجام خودارضایی را در دانش‌آموزان بالا می‌برد (Chowdhury, Chowdhury, Nipa, Kabir, Moni & Kordowicz, 2019).

طبق نظر بسیاری از روانشناسان و دین‌پژوهان عرصه خودارضایی، این مسئله پیامدها و آسیب‌های فراوانی دارد از جمله: ۱. پیامدهای جسمانی: خستگی و کوفتگی، ناتوانی جنسی، ریزش مو، اختلالات مغزی، پیدایش کم‌خونی، انزال زودرس و سیلان منی. ۲. پیامدهای روحی و روانی: ضعف حافظه و حواس‌پرتی، اضطراب، انزوا و گوشه‌گیری، افسردگی، بی‌نشاطی و لذت نبردن از زندگی، پرخاشگری، بداخلاقی و تندخویی، ضعف اراده، احساس حقارت، عدم اعتمادبه‌نفس، احساس گناه و عذاب وجدان، لاغری، لرزش، افسردگی و اضطراب. ۳. پیامدهای اجتماعی: بالا رفتن آستانه رضایتمندی جنسی، بلوغ زودرس و آسیب‌های ناشی از آن توجه به لذت‌های شخصی سبب سستی روابط اجتماعی و در نتیجه گوشه‌گیری در فرد و گریز از ازدواج (قائمی، ۱۳۹۰). همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که عوارض خودارضایی می‌تواند شامل کم‌دردی، خستگی، نازک شدن مو یا ریزش مو، نعوظ نرم یا ضعیف، انزال زودرس، دید مبهم، درد کشاله ران یا بیضه و درد یا گرفتگی در ناحیه لگن باشد (Ebed Elkream, Faheim & Eltelt, 2017).

در پژوهشی که توسط شکاری و همکاران (۲۰۱۱)، انجام گرفت مشخص شد که خودارضایی می‌تواند ضررهای جسمی شامل (رنگ‌پریدگی، سیاهی زیر چشم، خستگی و غش مفرط، خواب‌آلودگی، از دست دادن حافظه، ضعف قدرت بدنی، آسیب به اندام‌های جنسی، ناتوانی جنسی و رضایت جنسی ناقص)، روانی شامل (پرخاشگری و عصبانیت، کمبود حافظه و فراموشی و انزوای اجتماعی) را در فرد ایجاد کند. همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که خودارضایی به‌طور قابل‌توجهی با خستگی، درد و ضعف ناحیه کمر، کاهش حافظه، کاهش ایمنی، بی‌خوابی رؤیاپردازی و افزایش تدریجی دفعات خودارضایی همراه است (Jiao, Chen & Niu, 2022).

البته در زمینه خودارضایی، پژوهش‌های بسیاری انجام گرفته است که تقریباً در دو دیدگاه مخالف نظرات خود را بیان کرده‌اند؛ یک دیدگاه بیان می‌دارد که خودارضایی طبیعی است و آسیبی ندارد و یک دیدگاه بیان می‌دارد که این مسئله اختلال است و آسیب فراوانی دارد. البته دیدگاه‌هایی که این مسئله را مضر تلقی می‌کنند، برای بهبود آن، راهکارهایی را ارائه می‌دهند که برخی از آن‌ها این چنین است؛ ورزش کردن، تنظیم برنامه خواب، کیفیت خواب، اجتناب از تنهایی، استحمام با آب سرد، کوتاه کردن مدت حمام، یاد مرگ و قیامت، قطع رابطه با دوستان مشکل‌آفرین، اصلاح برنامه‌ی غذایی، تعدیل انرژی بدن یا روزه (پناهی، ۱۳۸۶). در مطالعه‌ای که توسط چوب‌فروش، سلیمی و سعید منش (۱۳۹۸)، تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر مؤلفه‌های حرمت خود نوجوانان دارای رفتار خودارضایی و سواسی با روش نیمه تجربی با گروه آزمایش و بدون گروه کنترل صورت گرفت، ۱۰ نفر از نوجوانان دارای رفتار و سواسی خودارضایی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که طی این پژوهش یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت خود باعث افزایش حرمت خود کلی و حرمت خود اجتماعی و حرمت خود تحصیلی در نوجوانان دارای رفتار خودارضایی شده است بنابراین، استفاده از درمان مبتنی بر شفقت خود جهت افزایش حرمت خود در نوجوانان با رفتار خودارضایی و سواسی توصیه می‌شود.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط طاهری، جمالوئی و زمانی (۱۳۹۸)، با عنوان تأثیر آموزش تحمل‌پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه بالینی خودارضایی، با روش تک بررسی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان ۸ جلسه‌ای بر روی چهار آزمودنی انجام شد که طی آن، ۴ بیمار سرپای مبتلا به اختلال نیمه بالینی خودارضایی قبل، حین و پس از درمان مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تحمل‌پریشانی به بهبود هیجانات، افزایش تنظیم هیجانی و تحمل‌پریشانی منجر شد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تحمل‌پریشانی باعث می‌شود که آزمودنی‌های مبتلا به اختلال خودارضایی بتوانند هیجانات مثبت و منفی خود را شناسایی کنند و در نتیجه نارسایی هیجانی در آن‌ها، کاهش یافته و توانایی تنظیم هیجان و سطح تحمل‌تنبیدگی، افزایش می‌یابد. مطالعه دیگری که توسط آذربادکان، آقامحمدیان شعراف و عبدخدایی (۱۳۹۹) انجام گرفت که هدف این پژوهش، بررسی نقش خودکنترلی با رویکرد اسلامی، در کنترل خودارضایی دختران بود. ابتدا پروتکل کنترل خودارضایی، بر اساس 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 یک سال گذشته خودارضایی داشتند و برای نمونه‌گیری، از نمونه در دسترس و هدفمند استفاده 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.

در پژوهشی که به روش کیفی جهت بررسی عوامل سوق‌دهنده دختران نوجوان به خودارضایی که توسط اصغری نکاح و مهاجر بعد (۱۳۹۹)، بر روی ۴ دختر، انجام گرفت، یافته نشان داد که به ترتیب اولویت عوامل محیطی-ارتباطی (نظیر چالش‌های ارتباطی با والدین، استرس‌های خانوادگی، ارتباطات نامحدود با جنس مخالف)، عوامل روان‌شناختی (مانند تخیلات جنسی و باروهای نادرست در مورد خودارضایی، آسیب‌دیدگی در فضای مجازی و اعتیاد به پورنوگرافی) و عوامل اجتماعی (نظیر محیط اجتماعی آسیب‌رسان،

سطح تحصیلات و رفاه مادی) از اصلی‌ترین عوامل سوق‌دهنده افراد به خودارضایی است و به نظر می‌رسد توانمندسازی خانواده می‌تواند نقش محوری و تعیین‌کننده در این عوامل داشته باشد، بدین‌جهت پیشگیری از ابتلا به خودارضایی یا ترک آن نیازمند الگوی تربیت جنسی خانواده محور برگرفته از مبانی علمی در چهارچوب وسیع و غنی آموزه‌های دینی و فرهنگی است تا در قالب برنامه‌های آموزش خانواده در مدارس، رسانه ملی و کلینیک‌های مشاوره بتواند به سلامت جنسی نوجوانان کمک نماید.

نریمیسایی، صفرزاده و مرعشیان (۱۴۰۰)، پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم انجام دادند. در این پژوهش که با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای بر روی ۷۵ دانش‌آموز پسر متوسطه دوم انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی نسبت به گروه گواه در نوجوانان پسر تأثیر داشته و همچنین مشخص شد اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی در کاهش گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی نسبت به آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بیشتر بوده است.

با توجه به مطالب بالا و مرور پژوهش‌های صورت گرفته، نتیجه گرفته می‌شود که مسئله خودارضایی، می‌تواند آسیب‌های جسمی و روانی خاصی به فرد وارد کند. همچنین خلل در سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموز، مستقیم بر روی پیشرفت تحصیلی آنان تأثیر می‌گذارد. لذا با توجه به پیشینه مطالعات علمی و تجربی، هدف از این پژوهش، شناخت عوامل سوق‌دهنده به مسئله خودارضایی و پیامدهای آن در فرد و اجرای راهکارهایی برای غلبه بر این امر جهت رفع یا کاهش مشکلات روانی، جسمانی و تحصیلی در جامعه هدف است؛ بنابراین انتظار می‌رود در پایان پژوهش، ۱. عوامل سوق‌دهنده به خودارضایی و تجربیات شرکت‌کننده بررسی شود و ۲. پیامدهایی که هم‌زمان با شروع این مسئله در فرد ایجاد شده شناسایی شود. ۳. شرکت‌کننده با به‌کارگیری راهکارهای علمی و عملی، به مشکل خود تا حد زیادی غلبه کند و در جهت ارتقای سلامت جسمانی و روانی خود گام بردارد.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی تک‌موردی از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته است و در آن شرکت‌کنندگان به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری موردسنجش قرار می‌گیرند. هدف اصلی طرح‌های تک‌موردی در کار بالینی کمک به متخصصان بالینی در ارزیابی اثر یک مداخله بالینی در تغییر رفتار مراجعان می‌باشد. منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی تک‌موردی همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به‌کاربرده می‌شود. در طرح‌های تجربی تک‌موردی، گروه کنترل وجود ندارند و خط پایه هر بیمار در حکم گروه کنترل خودش است (Anderson & Kim, 2003).

جامعه آماری این مطالعه کلیه دانش‌آموزان پایه دوازدهم یکی از هنرستان‌های پسرانه ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان یزد می‌باشند که به بیان خود دچار اعتیاد به خودارضایی هستند و این مسئله را به معلم سلامت و بهداشت خود جهت دریافت راهنمایی گزارش دادند. از میان جامعه آماری، ۱ نفر برای بررسی عمیق با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شد.

ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن در دامنه‌ی سنی بین ۱۷ الی ۱۸ سال، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و قرارگیری در طبقه شدید اعتیاد به خودارضایی. معیارهای خروج نیز شامل وجود بیماری طبی جدی، هرگونه بیماری

جسمی و روانی اثرگذار بر روند درمان، تحت درمان روان‌شناختی بودن و وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکردهای شناختی بود.

۳-۱- ابزار سنجش

در این پژوهش، ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته با پرسش‌های باز و استاندارد شده بود. پرسش‌ها در این نوع مصاحبه ماهیتاً محدود به فرضیه‌ها نبوده، بر اساس هیچ نوع متغیر از پیش تعیین شده‌ای نیست و به مصاحبه‌شونده این امکان را می‌دهد که احساس، ادراک و تفسیر خود از واقعیت تجربه شده را در دامنه‌ای که خود می‌پسندد و با عبارات خود بیان کند. با این حال این نوع مصاحبه به دلیل دربرگیرندگی توالی و رئوس کلی مشخص برای پرسش‌ها، می‌تواند پایایی بیشتری را فراهم نماید (بورگ، گال و گال، ۱۳۹۳). پرسش‌ها بر پایه‌ی تجربه زیسته فرد خودارضا و پیامدهای آن تا ارائه راهکارها و ارزیابی، شامل چهار محور؛ فراوانی (خط پایه) و علل انجام آن، پیامدهای آن (تحصیلی، روانی، اجتماعی و خانوادگی)، ارائه راهکارها توسط متخصص سکس درمانی جهت کنترل یا کاهش خودارضایی و ارزیابی نتایج بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر بعد از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کننده و توضیح اهداف پژوهش، به مشارکت‌کننده اطمینان داد که اطلاعات داده شده و هویت وی کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و امانت‌داری در متن مصاحبه رعایت می‌گردد. همچنین به او اطمینان داده شد که گفت‌وگوی ضبط‌شده پس از اتمام تحلیل و نگارش، پاک خواهد شد و مشارکت‌کننده در این پژوهش هیچ هزینه مالی متقبل نشد. مصاحبه توسط یک پژوهشگر آشنا به امر مشاوره در حیطه مسائل جنسی و در گفتگویی ۶۰ دقیقه‌ای در هر مرحله انجام شد که به‌طورکلی ۴ مصاحبه ۶۰ دقیقه‌ای تدارک دیده شد که رئوس کلی پرسش‌های مصاحبه در جدول ۱ ذکر شده است. همچنین برای تحلیل بیشتر و بهتر موضوع، با کسب اجازه از شخص دانش‌آموز و بدون بیان موضوع اصلی، با مدیر و معاون مدرسه و مادر وی هرکدام ۶۰ دقیقه مصاحبه جداگانه انجام شد تا صرفاً جهت اکت نمرات درسی و انضباطی و حالات خلقی و روانی وی در مدرسه و خانه، فهم دقیق‌تری به دست آید.

جدول ۱. رئوس کلی پرسش‌های مصاحبه

فراوانی و علل انجام	پیامدها	ارائه تکنیک‌های درمانی	ارزیابی نتایج
تعداد دفعات انجام این عمل در طول روز یا هفته چگونه است؟	تحصیلی: افت یا رشد تحصیلی خود را از زمان شروع این مسئله چگونه می‌بینی و فکر می‌کنی دلایل آنچه هست؟	ارزیابی میزان گرایش وی به کنترل این مسئله	ارزیابی جهت برآورد اثرگذاری
فراوانی آن به چه عواملی بستگی دارد؟	بررسی معدل‌های وی و ریزنمرات او در دو سال گذشته در کنار شرکت‌کننده	درمانگر به این پژوهش ارائه راهکارهای علمی و عملی توسط متخصص سکس درمانگر مانند:	اجرای راهکارها
چه زمان‌هایی بیشترین فراوانی را دارد چرا؟	میزان درک مطالب شما نسبت به پارسال چگونه است؟	عملی توسط متخصص سکس درمانگر مانند:	مشارکت‌کننده
آیا قبل از انجام این عمل، مناسب خاصی باید انجام دهید؟ بعد از آن چگونه؟	مصاحبه با مدیر و معاونین مدرسه روانی: میزان شادابی و نشاط خود را چگونه ارزیابی می‌کنی؟	گنجانیدن ورزش در برنامه روزانه، پر کردن وقت از طریق فعالیت‌های درآمدزا و زودبازده	میزان اثرگذاری
فکر می‌کنی چه عاملی باعث شده به این عمل گرایش پیدا کنی؟	حس شما بعد از انجام این عمل چه است؟ اجتماعی: آیا در مدرسه، دوستانی دارید که با آنها تعامل کنید؟ خانوادگی:	به‌عنوان پاداش، پرهیز از تنها ماندن در منزل و ...	پرهیز از تنها ماندن در منزل و ...

در بیرون از مدرسه مثلاً خانه رفتارهای خود را چگونه
تحلیل می‌کنی و به نظرت چه تفاوتی با گذشته داشته
است؟
با کسب اجازه از کنشگر، مصاحبه با مادر وی جهت
شناخت بیشتر حالات وی در منزل

۴- یافته‌ها

اطلاعات پس از گردآوری و کدگذاری توسط پژوهشگر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج در هر محور بررسی و مشخص شد در محور اول (فراوانی و عوامل سوق‌دهنده)، فراوانی خودارضایی در این شخص «هفته‌ای ۴ مرتبه می‌باشد و گاهی پشت سر هم به صورت روزانه و گاهی با یک روز فاصله، این عمل انجام می‌شود». همچنین تنها ماندن دانش‌آموز در خانه به دلیل شغل مادر و تک‌فرزندی، عدم توجه پدر به دانش‌آموز و وقت نگذاشتن برای فرزند، عدم ارتباط صحیح والدین با دانش‌آموز، عدم پی‌گیری درسی دانش‌آموز توسط اولیاء و ایجاد احساس بی‌ارزشی در دانش‌آموز، گذراندن اوقات فراغت با دیدن فیلم‌های مستهجن توسط دانش‌آموز و ناآگاهی از عوارض این عمل، از عوامل سوق‌دهنده این فرد به خودارضایی بوده است.

در محور دوم (بررسی پیامدهای تحصیلی، روانی، اجتماعی و خانوادگی) به بررسی معدل و ریزنمرات این دانش‌آموز و همین‌طور نمره انضباط در چند سال گذشته به کمک خود فرد و معلمان و کادر مدرسه پرداخته شد. همچنین با مدیر مدرسه و معاون پرورشی در خصوص افت تحصیلی و نمره انضباط وی گفت‌وگو شد. نتایج نشان داد که این فرد در سه الی چهار ماه گذشته افت تحصیلی چشم‌گیری داشته اما نمره انضباط وی تفاوت چشمگیری نداشته است. خود فرد نیز بیان داشت که درک و فهم مطالب برایش دشوارتر گشته و دیگر «حال درس خواندن برایش نمانده است». همچنین با مدیر و معاون مدرسه نیز مصاحبه‌ای کوتاه در خصوص این شرکت‌کننده به عمل آمد و مشخص شد که «مدتی است که نمرات وی مانند گذشته نیست و مانند قبل، نمرات خوب کسب نمی‌کند».

از طرفی دیگر در خصوص رفتارها و حالات روانی وی، با مادر این دانش‌آموز پس از مصاحبه ۶۰ دقیقه‌ای و تحلیل و بررسی همه این اطلاعات مصاحبه‌ای از مدیر و معاون پرورشی و مادر، تمامی اطلاعات حکایت از کسلی، خمودی، بی‌حوصلگی و پرخاشگری وی در منزل نیز داشت. همین‌طور به قول خود فرد «در کلاس گوشه‌گیر شدم و دیگر مسائل درسی برام مهم نیست و در زنگ تفریح ترجیح می‌دهم در کلاس بمانم».

در دو محور آخر، برنامه‌ای جهت کنترل و بهبود عمل خودارضایی با هدف غلبه و کنترل بر خودارضایی برای جبران افت تحصیلی و سستی اعصاب و خمودی وی در منزل و ارزیابی نتایج توسط متخصص سلامت جنسی به مدت دو ماه به اجرا گذاشته شد که این برنامه، ترکیبی از به‌روزترین مراحل و روش‌های کنترل خودارضایی بود. این برنامه شامل پنج گام؛ مرحله شناخت آسیب‌های این عمل، چرایی کنترل این پدیده، گنجانیدن ورزش در برنامه روزانه، پر کردن وقت از طریق فعالیت‌های درآمدزا، پرهیز از تنها ماندن در منزل بود.

گزارش روزانه دانش‌آموز از انجام مراحل درمانی و بازخوردهای دریافتی از طرف معلم، دوستان، کادر مدرسه، خانواده، متخصص و خود فرد، دقیقاً دو ماه پس از جلسات درمان، نشان‌دهنده روند رو به رشد بود و می‌توان گفت بهبودی نسبی صورت گرفت به صورتی که خودارضایی هفته‌ای ۵ بار در این شخص به هفته‌ای ۱ بار در این مدت کم رسیده بود. البته این زمان برای به دست آوردن نتیجه موردنظر بسیار کم بود. همین‌طور در ادامه، بررسی هفته‌ای نمرات درسی دانش‌آموز نشان‌دهنده متوقف شدن افت تحصیلی در

وی بود. به علاوه این که در خلال صحبت با دوستان، مدیران و کادر مدرسه جهت ارزیابی مجدد، متوجه تغییر روحیه و بازگشت فعالیت‌های اجتماعی او می‌توان شد. همچنین تغییرات این شخص در محیط خانه شامل؛ کمک به مادر، فعال شدن او در خانه و برطرف شدن حس خمودی در وی است. این پژوهش، برنامه‌ای جهت فالو آپ ۶ ماهه جهت ارزیابی و ماندگاری نتایج نداشت.

۵- بحث و نتیجه گیری

از نظر عوامل سوق دهنده به خودارضایی و اعتیاد به خودارضایی، این پژوهش همسو با پژوهش‌های قائمی (۱۳۹۰)، اصغری نکاح و مهاجر بعد (۱۳۹۹)، پناهی (۱۳۸۶) و چودهاری و همکاران (۲۰۱۹) بود که بیان کردند عوامل نظیر، تماشای فیلم‌ها، تنهایی و عدم فعالیت فیزیکی می‌تواند افراد را به سمت خودارضایی سوق دهد.

همچنین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته مشخص شد که خودارضایی، به صورت مستقیم یا غیرمستقیم می‌تواند بروی پیشرفت تحصیلی افراد تأثیر بگذارد و همچنین باعث اجتماع گریزی و گوشه‌گیری در فرد شود و خستگی و ضعف اراده و حافظه را متوجه فرد بکند (قائمی، ۱۳۹۰؛ شکاری و همکاران، ۲۰۱۱، جیو و همکاران، ۲۰۲۲؛ عبدالکریم و همکاران، ۲۰۱۷). یافته‌های این پژوهش نیز مشخص کرد که فرد شرکت‌کننده در این پژوهش، دچار گوشه‌گیری در مدرسه شده بود و در زنگ‌های تفریح، رغبتی جهت تفریح با دوستانش نداشت و بیشتر خواهان تنها ماندن در کلاس بود. همچنین در خانه نیز، مسئولیت گریز شده بود و حس خمودی و کسلی جهت کمک به مسائل خانه را داشت و از زمانی که خودارضایی او شکل اعتیاد به خود گرفته بود، دچار ضعف حافظه، سستی اراده و افت تحصیلی شده بود.

در ادامه فرایند پژوهش پس از تعیین خط پایه (فراوانی ۵ مرتبه خودارضایی در هفته) و ارائه تکنیک‌های سکس درمانی توسط متخصص امر، این پژوهش مشخص ساخت که پس از دو ماه مشاوره و ارائه راهکارهایی جهت کنترل خودارضایی، بهبودی نسبی برای فرد فراهم شده بود به طوری که فراوانی این عمل در شخص به طور میانگین به هفته‌ای یکبار رسیده بود و همین مسئله باعث نشاط و انرژی زیادی در وی شده بود. همچنین نمرات کلاسی این شخص در یک ماه گذشته نشان از ارتقا نسبی نمرات در برخی دروس شده بود و روابط اجتماعی‌اش با دوستان، به نسبت گذشته افزایش داشته به طوری که در زنگ‌های تفریح دیگر در کلاس نمی‌ماند و در حیاط کنار دوستان می‌نشیند. از طرفی دیگر، پس از انجام مصاحبه‌ای دیگر از مادر وی، مشخص گشت که در طی این یک ماه، برخی مسئولیت‌های کوچک در خانه را به عهده گرفته و خود را مشغول امورات منزل ساخته و از این جهت فعال‌تر گشته است و برعکس گذشته، حس خمودی کمتری دارد. به معنای کلی اینکه کنترل یا کاهش مسئله خودارضایی می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت و بهداشت روانی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی فرد تأثیر مثبت بگذارد.

بنابراین انتظار می‌رود که مسئولین آموزش پرورش و مدارس، از طریق روانشناسان آموزش دیده، به بررسی و تحلیل بیشتر انحرافات و کژکارکردی‌های جنسی دانش‌آموزان بپردازند و با آموزش و درمان برخی مشکلات جنسی به آن‌ها، زمینه را جهت رشد شخصی آن‌ها که در نهایت منجر به رشد تحصیلی نیز می‌شود، فراهم کنند. همچنین محدودیت‌های این چنین پژوهش‌هایی تابو بودن این مسئله در جامعه هست که افرادی که گرفتار آن هستند، کمتر آن را بیان می‌کنند چراکه بیم قضاوت شدن دارند و ممکن است این مشکل، مهر و موم‌ها با آن‌ها باقی بماند و تا اعتماد کامل به مشاور نداشته باشند از طرح این چنین موضوعاتی خودداری می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود که در مدارس متوسطه اول و دوم همیشه روانشناسان و مشاوران آموزش دیده در زمینه مسائل جنسی، حضور داشته باشند و چند ماه یکبار کارگاه‌های آموزشی جهت غلبه بر انحرافات و مشکلات جنسی دانش‌آموزان برگزار کنند تا به ارتقا رشد جنسی، شخصیتی و تحصیلی آنان بیانجامد.

همچنین به دیگر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود همچنین مطالعه موردی را بر روی گروه دختران نیز انجام دهند تا دید جامع‌تری به این موضوع ایجاد شود.

۶- تقدیر و تشکر

در پایان نیز بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش؛ کادر اجرایی مدرسه، والدین و دوستان شرکت‌کننده و خود مشارکت‌کننده که به‌صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کرد، قدردانی به عمل می‌آید.

۷- منابع

- ۱- احمدی، و.، احمدی، س.، شیخ حسین، آ.، و ملاجعفر، ه. (۱۳۹۱). شیوع شناسی خودارضایی در بین دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه شهید چمران اهواز، کنگره انجمن روانشناسی ایران.
- ۲- اصغری نکاح، س. م.، و مهاجرپد، ز. (۱۴۰۰). کاوشی کیفی در عوامل سوق‌دهنده دختران نوجوان به خودارضایی از منظر الگوی تربیت جنسی خانواده محور مبتنی بر رشد، *خانواده و سلامت جنسی*، ۱(۲)، ۷-۱۶.
- ۳- آذربادکان، ف.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، و عبدخدائی، م. س. (۱۳۹۹). تدوین پروتکل کنترل خودارضایی؛ با تأکید بر رویکرد اسلامی و امکان‌سنجی آن: «تک آزمودنی». *روانشناسی دین*، ۱۳(۴)، ۷۳-۹۲.
- ۴- بورگ، و.، گال، ج.، و گال، م. د. (۱۳۹۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی (جلد ۱)*. ترجمه خیر، م.، پاک‌سرشت، م. ج.، شهنی بیلاق، م.، عریضی، ح. ابوالقاسمی، م.، خسروی، ز. و همکاران. انتشارات سمت. تهران.
- ۵- پارسا، م. (۱۳۹۳). *روانشناسی رشد کودک و نوجوان*. انتشارات بعثت. تهران.
- ۶- پناهی، ع. ا. (۱۳۸۶). مهم‌ترین آسیب جنسی دوران نوجوانی و راه‌کارهای پیش‌گیری و درمان. معرفت، ۲۶، ۲۹-۵۴.
- ۷- چوب‌فروش، آ.، سعیدمنش، م.، و گلیمی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر مؤلفه‌های حرمت خود نوجوانان دارای رفتار خودارضایی و سواسی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹، ۲۶-۲۶.
- ۸- حسن‌زاده، ج.، سعیدیان اصل، م.، و آقامحمدیان، ح. (۱۳۸۹). شیوع شناسی خودارضایی در بین دانشجویان. *مجموعه مقالات روانشناسی معاصر*، ۵، ۲۷۱-۲۷۲.
- ۹- طاهری، ز.، رضایی جمالویی، ح.، و زمانی، س. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تحمل‌پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه‌بالینی خودارضایی. *سلامت روان کودک (روان کودک)*، ۶(۱)، ۵۴-۶۹.
- ۱۰- قائمی، ع. (۱۳۹۰). *خانواده و مسائل جنسی*. انجمن اولیا و مربیان. تهران.
- ۱۱- کجباف، م. ب. (۱۳۹۴). *روانشناسی رفتار جنسی*. انتشارات روان. تهران.
- ۱۲- موحدی، م. م. (۱۳۹۰). *دانستنی‌های زناشویی*. انتشارات علم. تهران.
- ۱۳- نریمیسایی، ف.، صفرزاده، س.، و مرعشیان، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم. *روانشناسی*، ۱۰(۷)، ۱۷۵-۱۸۸.

14- Anderson, C. M., & Kim, C. (2003). Evaluating Treatment Efficacy with Single-Case Designs. *Handbook of research methods in clinical psychology*, 72-91.

15- Chowdhury, M. R. H. K., Chowdhury, M. R. K., Nipa, N. S., Kabir, R., Moni, M. A., & Kordowicz, M. (2019). Masturbation experience: A case study of undergraduate students in Bangladesh, *Journal of Population and Social Studies*, 27(4), 359-372.

16- Das, A. (2007). Masturbation in the United States. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(4), 301-317.

- 17- Ebed Elkreem, H. E., Faheim, S. S., & Eltelt, R. H. (2017). Effect of Educational Program about Masturbation on Blind Adolescent Students' Knowledge and Attitude. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 19(2), 87-102.
- 18- Janghorbani, M., Lam, T. H., & Force, Y. S. S. T. (2003). Sexual media use by young adults in Hong Kong: Prevalence and associated factors. *Archives of sexual behavior*, 32, 545-553.
- 19- Jiao, T., Chen, J., & Niu, Y. (2022). Masturbation is associated with psychopathological and reproduction health conditions: an online survey among campus male students. *Sexual and Relationship Therapy*, 37(2), 272-286.
- 20- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015): Wolters Kluwer Philadelphia, PA.
- 21- Shekarey, A., Rostami, M. S., Mazdai, K., & Mohammadi, A. (2011). Masturbation: prevention & treatment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1641-1646.
- 22- Wang, R.-J., Huang, Y., & Lin, Y.-C. (2007). A study of masturbatory knowledge and attitudes and related factors among Taiwan adolescents. *Journal of Nursing Research*, 15(3), 233-242.
- 23- Westheimer, R. K., Lopater, S., Westheimer, L., & Lopater. (2002). *Human sexuality: A psychosocial perspective* (Vol. 88): Lippincott Williams & Wilkins.

The Controllability Experience of Masturbation Addiction in Twelfth-grade Students, A Case Study

Seyed Jalil Jabali¹, Fazlollah Rezaei Ardani^{2*}

1. Master in family counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran.

sj.jebeli@ut.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Shahid Paknejad Campus, Farhangian University, Yazd, Iran. (Corresponding Author)

rezaei.ardani@cfu.ac.ir

Abstract

The present study aimed to know the factors, complications, and controllability of masturbation addiction in twelfth-grade students. The present research is single-case experimental research. The participants of this study are all male students. According to their own words, are addicted to masturbation and have shared it with their teacher. One person who was in the severe category was selected intentionally by considering the entry and exit criteria of the study. Finally, the person's lived experience in the stages of baseline, treatment, post-treatment, and follow-up, respectively through a semi-structured interview. It was determined in four axes that 1. The frequency of masturbation was five times a week since three months ago, and the most important reasons; Loneliness, lack of physical activity, and watching movies were mentioned 2. The consequences of starting this behavior include a drop in academic grades, avoidance of responsibility at home and isolation at school, and a drop in cheerfulness. In the last 2 axes, after two months of implementation of therapeutic techniques, the frequency of this procedure decreased to one-fifth compared to the baseline. The drop in his grades was temporary, He became more social in school and more responsible at home, and his cheerfulness increased. Controlling this problem is not only possible but also promotes health growth in social, academic, personal, and family fields.

Keywords: Adolescence, Masturbation, Academic failure, Lived experience.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)