مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۶، اسفند ۱۳۹۶، ۱۱۵۲-۱۱۳۸

بررسی همبستگی وسواس ـ بی اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵

سید علی مرعشی[۱]، طاهره محرابیان[۲]

دریافت مقاله:۹۶/۲/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۶/۷/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۶/۱۱/۷ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: خودارضایی جنسی یکی از انحرافات جنسی است که نسبت به انحرافات دیگر شیوع بیشتری دارد و باعث مشکلات روانی و جسمانی زیادی می‌شود. در شرایطی که فرد برای انجام خودارضایی احساس اجبار می‌کند، نوعی خودارضایی وسواس گونه است. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش که از نوع توصیفی است، تعداد ۲۸۵ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. از ۵ پرسش‌نامه وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی، عزت نفس و پرسش‌نامه محقق ساخته خودارضایی جنسی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین وسواس ـ بی‌اختیاری (r= ۰/۳۹) و تکانشگری (r=۰/۲۳) با خودارضایی جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). همچنین، بین سلامت معنوی (r=-۰/۳۹) و عزت نفس (r=-۰/۲۵) با خودارضایی جنسی رابطه منفی و معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). ضرایب تحلیل رگرسیون برای ترکیب خطی متغیرهای وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. نتایج نشان داد که سلامت معنوی (ß=-۰/۳۱) و وسواس ـ بی‌اختیاری (ß=۰/۳۰) بیشترین اهمیت را در تبیین واریانس خودارضایی جنسی داشته‌اند (R^2 =٪۲۷) (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی دانشجویان همبستگی دارد. بنابراین، توصیه می‌شود درمانگران و مشاوران جهت درمان و کاهش خودارضایی جنسی افراد، توجه به این مؤلفه‌ها را در دستور کار خود قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: خودارضایی جنسی، وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی، عزت نفس، دانشجویان، اهواز

۱- استادیار گروه آموزشی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

تلفن: ۰۸۴-۲۳۸۵۳۰۷۹، دورنگار: ۰۸۴-۲۳۸۵۳۰۷۹، پست الکترونیکی: t.mehrabian@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

مقدمه

خودارضایی جنسی (sex masturbation) یکی از انحرافات جنسی است که به صورت نوعی کسب لذت جنسی به دست خود شخص صورت می‌گیرد و معمولاً منجر به ارگاسم می‌شود. در سال‌های آغازین قرن بیستم جنون خودارضایی تشخیص شایعی در بیمارستان‌های روانی آمریکا به‌خصوص در مورد بیماران روانی جنایتکار بود. Freud معتقد بود که ضعف اعصاب (نورآستنی) بر اثر خودارضایی مفرط ایجاد می‌شود [۱]. در نسخه‌های قبلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5)، خودارضایی جنسی نوعی اختلال روانی محسوب می‌شد، اما بعد از مدتی در نسخه‌های جدید آن، این فعالیت نابهنجار جنسی از لیست اختلال-های روانی حذف شده است [۲].

یکی از دلایلی که برای حذف این انحراف جنسی از DSM-4 مطرح شده، شیوع بالای آن در بین افراد است. به طوری که در منابع مختلف از جمله Saduk، خودارضایی را یک پیشرو طبیعی رفتار جنسی مربوط به ابژه ذکر کرده‌اند و با استناد به پژوهش‌های افرادی مثل Alfred Kinsey در مورد شیوع خودارضایی که حاکی از آن است که تقریباً همه مردان و سه چهارم همه زنان، زمانی در عمر خود به آن دست زده‌اند، این انحراف جنسی را یک امر طبیعی و رفتار جنسی بهنجار دانسته و آن را از لیست اختلال‌های روانی حذف کرده‌اند [۱]. Brody در پژوهش خود نشان داده است که خودارضایی جنسی با سلامت روانی رابطه معکوسی دارد. همین‌طور در مطالعه‌ای که روی زنان پرتغالی انجام گرفته بود، نشان داده شد که خودارضایی نیز با عشق و دوست داشتن رابطه معکوسی دارد [۳].

وسواس به معنی شک و تکرار است، به این معنی که فرد نمی‌تواند وسوسه خود را برای انجام یک کار یا اندیشیدن به یک چیز کنترل کند. خصیصه اصلی اختلال وسواس ـ بی‌اختیاری(Obsession-compulsion disorder) وجود وسواس یا بی‌اختیاری مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورد [۲]. یک سؤال مهم آن است که آیا خودارضایی جنسی در صورتی که به صورت مکرر و خارج از کنترل فرد انجام بگیرد به طوری که فرد نتواند از آن دست بکشد می‌توان گفت که عملی وسواس‌گونه است و آیا این حالت با وسواس و بی‌اختیاری ارتباط دارد یا خیر؟

خودکنترلی یعنی این‌که فرد کنترل رفتارها، احساسات و غرایز خود را با وجود تمایل و برانگیختگی برای عمل داشته باشد. یک فرد با خودکنترلی بالا، زمانی را صرف فکر کردن به انتخاب‌ها و نتایج احتمالی می‌کند و سپس بهترین انتخاب را می‌کند [۴]. تکانشگری هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند سوء مصرف مواد، قماربازی مرضی، اختلال‌های شخصیت، بی‌بند و باری جنسی و بزهکاری است. برخی تعاریف تکانشگری شامل «رفتار بدون تفکر کافی»، « عمل غریزه بدون توسل به ایگو»، و «عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیار می‌باشد» [۵]. با توجه به این‌که بر اساس نظر روان‌درمانگران و مشاوران، در گزارش مراجعه‌کنندگان مبتلا به خودارضایی، ویژگی‌های مذکور دیده می‌شود، سؤال بعدی این پژوهش آن است که آیا تکانشگری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

می‌تواند تا حدی ابتلاء به خودارضایی جنسی را تبیین نماید یا خیر؟

سازمان بهداشت جهانی در تقسیم‌بندی بیماری‌ها در (International Classification of Diseases; ICD-10)، «بعد معنوی» را اضافه کرده است. به عبارت دیگر، همان‌گونه که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با هم ارتباط دارند و بر هم تأثیر می‌گذارند، ابعاد روحی انسان و سلامت معنوی او با سایر ابعاد سلامت در ارتباط است و بر آنها تأثیر می‌گذارد، از این رو برای ارتقاء سلامت بهتر است به آن توجه شود [۶]. Pargament و همکارانش اثرات مثبت انواع مختلفی از «مقابله مذهبی» را یافتند. ایشان معتقدند که مذهب می‌تواند منابعی برای افراد در مقابله با موقعیت‌هایی که مضر یا تهدید کننده‌اند فراهم کند [۷]. Hales سلامت را مجموعه‌ای از عناصر جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی، عقلانی و محیطی می‌داند [۸]. همچنین، یکی از مواردی که در سلامت روانی نقش مهمی ایفا می‌کند بهره‌مندی از عزت نفس است. عزت نفس به معنی پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خویش احساس می‌کند [۹]. عزت نفس به عنوان یک عامل محافظت‌کننده مهم در برابر رفتارهای پرخطر شناخته شده است [۱۰]. از سوی دیگر از آن‌جا که از نظر مفهومی انتظار می‌رود سلامت معنوی و همین‌طور عزت نفس بالا، با قدرت خودکنترلی هم‌جهت باشند، مسئله دیگری که مطرح می‌شود آن است که آیا سلامت معنوی و عزت نفس ارتباطی با احتمال ابتلاء به خودارضایی دارند؟

شیوع قابل توجه خودارضایی در بین اقشار مختلف جامعه و در سنین مختلف، مخصوصاً بین نوجوانان، جوانان و نیز دانشجویان به عنوان سرمایه‌های انسانی جامعه و خطرات احتمالی این رفتار جنسی انحرافی [۱]، نشان‌دهنده لزوم انجام پژوهش‌هایی در جهت شناخت خاستگاه‌های روانی این مسئله می‌باشد. در زمینه بررسی متغیرهای پیش‌بین و مرتبط با خودارضایی در ایران پژوهشی انجام نگرفته است. پژوهش حاضر در صدد بررسی ارتباط بین متغیرهای وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی در بافت فرهنگ ایرانی است. پژوهش در این زمینه در جوامع مختلف، مخصوصاً در محیط فرهنگ اسلامی که خودارضایی را نهی می‌کند لازم و ضروری است. همچنین، این پژوهش می‌تواند یکی از اولین پژوهش‌ها در قلمرو بررسی متغیرهای پیش‌بین و مرتبط با خودارضایی در ادبیات پژوهشی داخل کشور به شمار آید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم سوء مصرف مواد، دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز بودن و موافقت شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش. همچنین، عدم تمایل به همکاری با پژوهش‌گر و عدم تکمیل پرسش‌نامه باعث خروج از مطالعه می‌شد.

با توجه به قاعده حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که ۱۰۰ نفر ذکر شده است [۱۱]، از این جامعه تعداد ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا از بین تمامی دانشکده‌های دانشگاه شهید چمران اهواز (دانشکده علوم،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

دانشکده مهندسی، دانشکده ریاضی، دانشکده ادبیات، دانشکده علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد، دانشکده روانشناسی و دانشکده الهیات)، دانشکده‌های مهندسی، روانشناسی، علوم پایه و ادبیات به روش تصادفی (با استفاده از قرعه کشی) انتخاب شدند. سپس، از هر دانشکده دو رشته و از هر رشته یک پایه به صورت تصادفی انتخاب شد و پرسش‌نامه‌های مربوطه به آنها داده شد.

علاوه بر این، قابل ذکر است که نمونه اولیه پژوهش ۳۱۰ نفر بود که با توجه به این‌که برخی از پرسش‌نامه‌ها عودت داده نشدند و تعدادی نیز به صورت ناقص پاسخ داده شده بودند از مطالعه حذف شدند و نمونه نهایی با تعداد ۲۸۵ نفر مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

ابتدا به شرکت‌کنندگان در پژوهش، در رابطه با اهداف و نحوه انجام پژوهش توضیحات لازم داده شد و رضایت آنها در مطالعه به صورت شفاهی جلب شد. به آنها توضیح داده شد که میانگین زمان تقریبی برای تکمیل پرسش-نامه‌ها حدود ۴۵ دقیقه است و با توجه به این‌که پرسش-نامه‌ها به صورت خودگزارشی بودند، پس از گذشت مدت زمان کافی، پژوهش‌گران برای جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها اقدام نمودند. آزمون‌های این پژوهش هیچ ضرری برای شرکت کنندگان به دنبال نداشت. همین‌طور بر محرمانه بودن این اطلاعات تأکید شد و نتایج پژوهش برای آزمودنی‌هایی که تمایل داشتند به صورت جداگانه تهیه شد و در اختیار آنها قرار گرفت.

در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک (سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل)، پرسش‌نامه وسواس ـ بی‌اختیاری Maudsley، مقیاس تکانشگری Barratt، مقیاس سلامت معنوی Paloutzian و Ellisson، مقیاس عزت نفس Rosenberg و پرسش‌نامه محقق ساخته خودارضایی جنسی استفاده شده است.

در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری میزان وسواس ـ بی-اختیاری دانشجویان از مقیاس وسواس ـ بی‌اختیاری Maudsley استفاده شده است. این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط Hodgson و Rachman طراحی شده است و شامل ۳۰ گزینه درست (۱) و نادرست (۰) است که برای اندازه-گیری شدت علائم وسواس ـ بی‌اختیاری تدوین شده است. این آزمون شامل چهار زیر گروه است: وارسی، شست و شو، کندی و شک. دامنه نمرات از ۰ تا ۳۰ است که نمرات بالاتر بیانگر وجود علایم وسواس فکری عملی بیشتر است. Aydin و همکارانش، اعتبار این آزمون را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند [۱۲]. همچنین در ایران، Shams و همکاران ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواس Yale brown را ۰/۸۷ گزارش نمودند [۱۳].

برای اندازه‌گیری میزان تکانشگری، از مقیاس تکانشگری Barratt استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ ماده است که به صورت چهار گزینه‌ای (به ندرت: ۱، گاهی اوقات: ۲، اغلب: ۳ و تقریباً همیشه: ۴) تدوین شده است و سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامگی را ارزیابی می‌کند. پایین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده میزان تکانشگری بیشتری است [۵]. Patton و همکاران پایایی درونی برای نمره کل پرسش‌نامه را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند [۱۴].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

همچنین، Naderi و Haghshenas در پژوهشی برای نخستین‌بار در ایران به اعتباریابی این مقیاس با محاسبه همبستگی آن با مقیاس هیجان‌خواهی Zakerman در جامعه دانشجویی پرداختند. ضریب همبستگی ۰/۲۸ و ضرایب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و به روش تنصیف ۰/۶۰ به دست آمد [۱۵].

در پژوهش حاضر برای سنجش سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی Paloutzian و Ellisson استفاده شده است. این مقیاس حاوی ۲۰ ماده و ۲ خرده مقیاس است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نسبتاً مخالفم (۳)، نسبتاً موافقم (۴)، موافقم (۵) و کاملاً موافقم (۶) دسته‌بندی شده است. دامنه نمره کل سلامت معنوی از ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به صورت معکوس است و در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم می‌شود [۱۶]. Genia در پژوهش خود که بر روی دانشجویان انجام داد، ساختار ۲ عاملی را برای پرسش‌نامه یافت [۱۷]. پایایی و روایی پرسش‌نامه سلامت معنوی در ایران توسط Sayedfatemi و همکاران تعیین گردید. روایی پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین گردید و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد [۱۸].

برای اندازه‌گیری عزت نفس از مقیاس عزت نفس Rosenberg استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۰ ماده است که احساس‌های کلی ارزش یا پذیرش خود را به صورت مثبت بیان می‌کند. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت؛ کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) دسته‌بندی شده است. دامنه نمرات از ۱۰ تا ۴۰ متغیر است که نمرات بالاتر نشان دهنده میزان عزت نفس بیشتری است [۱۹]. Shin بر اساس یک نمونه کره‌ای ضریب آلفای ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ را برای مقیاس گزارش کرد [۲۰]. در ایران نیز Rajabi و Buhlul همسانی درونی پرسش‌نامه را ۰/۸۴ به دست آوردند و گزارش کردند که این مقیاس برای فعالیت‌های بالینی و پژوهشی در ایران مناسب است [۲۱].

با توجه به این‌که مقیاس مشخصی برای اندازه‌گیری خودارضایی جنسی تاکنون طراحی نشده است، در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری میزان خودارضایی جنسی از پرسش‌نامه محقق‌ساخته خودارضایی جنسی استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۵ سؤال است که پاسخ به سؤالات به صورت لیکرت؛ هرگز (۰)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) دسته‌بندی شده است. محتوای سؤالات شامل: فکر کردن در مورد خودارضایی، تمایل به خودارضایی، انجام خودارضایی جنسی، اجتناب از خودارضایی و تصورات ذهنی در مورد خودارضایی می‌شود. آیتم‌های این مقیاس بر اساس تعریف سازه و وفق نظر متخصصین روان‌شناسی طراحی شد. پایین‌ترین نمره در این پرسش‌نامه ۰ و بالاترین نمره ۲۰ است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (n= ۲۸۵) به دست آمد. داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و با روش‌های آمار توصیفی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

(میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

شرکت‌کنندگان در این پژوهش (n =۲۸۵) دانشجویان سنین ۱۸ تا ۴۶ سال بودند (۳/۳۹ ± ۲۱/۷۴) که ۳۴/۷٪ آنها پسر (۹۹ نفر) و ۶۵/۳٪ آنها دختر (۱۸۶ نفر) بود. ۹۰/۵٪ آنها مجرد (۲۵۸ نفر) و ۹/۵٪ متأهل (۲۷ نفر) بودند. همچنین، ۷۰/۱٪ آنها در مقطع کارشناسی (۲۰۰ نفر)، ۲۶/۳٪ در مقطع کارشناسی ارشد (۷۵ نفر) و ۳/۶٪ در مقطع دکتری (۱۰ نفر) مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمرات متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار خودارضایی جنسی به ترتیب ۶/۲۵ و ۴/۵۸ است. میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای متغیرهای وسواس ـ بی‌اختیاری ۱۲/۱۳ و ۵/۰۲، تکانشگری ۶۲/۴۰ و ۹/۳۱، سلامت معنوی ۸۶/۵۵ و ۱۸/۲۵ و عزت نفس ۳۰/۴۰ و ۵/۰۶ است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ (n=۲۸۵)

مقیاس	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
خودارضایی جنسی	۶/۲۵	۴/۵۸	۰	۲۰
وسواس - بی‌اختیاری	۱۲/۱۳	۵/۰۲	۳	۲۷
تکانشگری	۶۲/۴۰	۹/۳۱	۳۹	۹۸
سلامت معنوی	۸۶/۵۵	۱۸/۲۵	۲۵	۱۲۰
عزت نفس	۳۰/۴۰	۵/۰۶	۱۶	۴۰

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، ضریب همبستگی بین خودارضایی جنسی با وسواس ـ بی‌اختیاری مثبت و معنی‌دار است (r=۰/۳۹ و p<۰/۰۰۱). بین خودارضایی جنسی با تکانشگری رابطه معنی‌دار مثبتی وجود دارد (r=۰/۲۳ و p<۰/۰۰۱). همچنین، بین خودارضایی جنسی با سلامت معنوی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (r=-۰/۳۹ و p<۰/۰۰۱). علاوه بر این بین خودارضایی جنسی با عزت نفس رابطه معنی‌دار منفی وجود دارد (r=-۰/۲۵ و p<۰/۰۰۱).

جدول ۲- ضرایب همبستگی Pearson متغیرهای پژوهش در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ (n=۲۸۵)

مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵
۱- وسواس - بی‌اختیاری	۱				
۲ - تکانشگری	۰/۰۹	۱			
۳ - سلامت معنوی	-۰/۱۸**	-۰/۲۷**	۱		
۴ - عزت نفس	-۰/۲۷**	-۰/۲۳**	۰/۳۵**	۱	
۵ - خود ارضایی جنسی	۰/۳۹**	۰/۲۳**	-۰/۳۹**	-۰/۲۵**	۱

***** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱***

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5] [Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

ابتدا با استفاده از آزمون ناپارامتری Kolmogorov-Smirnov، توزیع فراوانی داده‌ها نرمال تشخیص داده شد (p>۰/۰۵). علاوه بر این، جهت بررسی مفروضه عدم هم خطی چندگانه، همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۰/۸۰ است. بنابراین، این مفروضه نیز تأیید می‌گردد. جهت بررسی مفروضه مستقل بودن خطاها نیز از آزمون Durbin-Watson استفاده شد که ۱/۸۵ به دست آمد، بنابراین، مفروضه آن نیز تأیید شد.

در جدول ۳ روابط چندگانه وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی از طریق تحلیل رگرسیون خطی چندگانه ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، ضریب تعیین (R^2) برابر با ۲۷٪ و مقدار t برابر با ۰/۷۶ است که در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین، این متغیرها حدود ۲۷ درصد از واریانس خودارضایی جنسی را تبیین می‌کنند. متغیرها به شیوه Enter و به طور هم‌زمان وارد مطالعه شدند. نتایج نشان می‌دهد که از میان متغیرهای وسواس ـ بی‌اختیاری، سلامت معنوی، تکانشگری و عزت نفس به عنوان متغیرهای پیش‌بین خودارضایی جنسی، به ترتیب سلامت معنوی به طور معکوس و وسواس ـ بی‌اختیاری به طور مستقیم، بیشترین اهمیت را در تبیین واریانس خودارضایی جنسی داشته‌اند و متغیرهای تکانشگری و عزت نفس، در نهایت از مدل رگرسیون حذف شدند.

جدول ۳- خلاصه نتیجه رگرسیون خطی متغیرهای پیش‌بین بر خودارضایی جنسی با روش Enter در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ (n=۲۸۵)

متغیرهای پیش‌بین	خودارضایی جنسی					
	ß	B	SE	مقدار t	مقدار P	R^2
وسواس - بی‌اختیاری	۰/۳۰**	۰/۲۸	۰/۰۴	۷/۰۸	۰/۰۰۱	٪۱۵
تکانشگری	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۰۲	۳/۶۶	۰/۰۴۲	٪۱۹
سلامت معنوی	-۰/۳۱**	-۰/۲۹	۰/۰۱	-۵/۵۸	۰/۰۰۱	٪۲۷
عزت نفس	-۰/۰۴	-۰/۰۳	۰/۰۱	-۰/۷۶	۰/۴۴۸	٪۲۷

***** معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱***

علاوه بر این، در جداول ۴ و ۵، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای خودارضایی جنسی، وسواس – بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس در دو گروه دختران و پسران نیز نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، شاخص لامبدای ویلکز ($F_{(۵ ,\ ۲۷۸)}$ = ۱۳ /۵۲ و P<۰/۰۰۱) نشان داد که حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای خودارضایی جنسی، وسواس- بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس، بین دو گروه دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص ساختن منبع معناداری آماری اثر چند متغیری از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا استفاده شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی متغیرهای پژوهشی به تفکیک جنسیت در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ (n=۲۸۵)

آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P
اثر پیلایی	۰/۱۹۶	۱۳/۵۲	۵	۲۷۸	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۸۰۴	۱۳/۵۲	۵	۲۷۸	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۲۴۳	۱۳/۵۲	۵	۲۷۸	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۴۳	۱۳/۵۲	۵	۲۷۸	<۰/۰۰۱

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا را برای مقایسه میانگین‌های دو گروه در متغیرهای خودارضایی جنسی، وسواس- بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس را نشان می‌دهد.

با توجه به جدول ۵، مقدار F مشاهده شده بین دو گروه در خودارضایی جنسی برابر با ۴۷/۱۷ می‌باشد که با P< ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و میانگین آن (پسران = ۷/۴۶ و دختران = ۳/۷۵) در گروه پسران بیشتر از دختران است. همچنین مقدار F مشاهده شده بین دو گروه برای متغیر وسواس- بی‌اختیاری برابر با ۵/۳۱ می‌باشد که با P=۰/۰۰۲ معنی‌دار است و میانگین آن (پسران = ۱۲/۵۹ و دختران = ۱۱/۱۳) در گروه پسران بیشتر از دختران است. مقدار F مشاهده شده بین دو گروه برای تکانشگری برابر با ۲/۳۷ می‌باشد که با P=۰/۱۲۳ معنی‌دار نیست و میانگین آن (پسران = ۶۲/۹۷ و دختران = ۶۱/۱۵) در دو گروه تفاوت معناداری ندارد. علاوه بر این، نتایج نشان داد که مقدار F مشاهده شده بین دو گروه برای متغیر سلامت معنوی برابر با ۳۱/۴۵ می‌باشد که با P< ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و میانگین آن (پسران = ۸۲/۵۷ و دختران = ۹۴/۹۲) در گروه دختران بیشتر از پسران است. همچنین مقدار F مشاهده شده بین دو گروه برای عزت نفس برابر با ۰/۱۳ می‌باشد که با P=۰/۷۱۱ معنی‌دار نیست و میانگین آن (پسران = ۳۰/۳۵ و دختران = ۳۰/۵۹) در دو گروه تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا بر روی متغیرهای پژوهشی به تفکیک جنسیت در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ (n=۲۸۵)

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P
خودارضایی جنسی	۸۵۵/۳۱۹	۱	۸۵۵/۳۱۹	۴۷/۱۷	<۰/۰۰۱
وسواس- بی‌اختیاری	۱۳۲/۲۳۶	۱	۱۳۲/۲۳۶	۵/۳۱	۰/۰۰۲
تکانشگری	۲۰۵/۲۴۸	۱	۲۰۵/۲۴۸	۲/۳۷	۰/۱۲۳
سلامت معنوی	۹۴۹۶/۰۰۴	۱	۹۴۹۶/۰۰۴	۳۱/۴۵	<۰/۰۰۱
عزت نفس	۳/۵۲۳	۱	۳/۵۲۳	۰/۱۳	۰/۷۱۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی وسواس ـ بی‌اختیاری، تکانشگری، سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی جنسی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. پژوهش حاضر، برای اولین‌بار در راستای تعیین همبستگی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

متغیرهای مذکور با خودارضایی جنسی صورت گرفته است و پیشینه پژوهش قبلی ندارد، بنابراین، در تبیین نتایج به پژوهش مستقیمی اشاره نشده است. چنان‌که نتایج نشان داد بین وسواس ـ بی‌اختیاری و خودارضایی جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. اگرچه در زمینه بررسی ارتباط بین وسواس و خودارضایی جنسی پژوهش خاصی صورت نگرفته است، اما می‌توان رابطه بین این دو متغیر را این‌چنین تبیین کرد؛ افرادی که مبتلا به خودارضایی جنسی هستند، این عمل را به صورت وسواس‌گونه و خارج از کنترل خود انجام می‌دهند و در واقع می‌توان این رفتار جنسی انحرافی را در قالب یک بی‌اختیاری (Compulsion) تبیین کرد. با این وصف خودارضایی را نمی‌توان به راحتی در زمره رفتارهای بهنجار طبقه‌بندی نمود. Michaeli و همکارانش در پژوهش خود دریافتند که درمان اسلامی در کاهش علائم اختلال وسواس ـ بی‌اختیاری نقش مؤثری دارد [۲۲]. علاوه بر این، نتایج نشان داد که میزان وسواس - بی‌اختیاری در پسران بیشتر از دختران است. این یافته با نتایج پژوهش Mathis و همکارانش همسو است [۲۳]. Mahajan و همکارانش نیز در پژوهش خود گزارش کردند که سن شروع این اختلال در پسران زودتر از دختران است [۲۴].

همین‌طور نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تکانشگری و خودارضایی جنسی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. تکانشگری با رفتارهایی مرتبط است که بدون تفکر و تأمل و با سرعت انجام می‌گیرند. در واقع افرادی که به خودارضایی جنسی اقدام می‌کنند، بدون این‌که به عواقب و پیامدهای آن و تأثیرات منفی که بر روی سلامت جسمانی و روانی آنها دارد فکر کنند، این عمل را انجام می‌دهند. این یافته هم به سهم خود دال بر مرضی بودن رفتار خودارضایی است. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به خودارضایی جنسی از خودکنترلی پایین‌تری برخوردارند. Goudarzi و Ismaili در پژوهش خود دریافتند که کنترل افکار مزاحم و رخنه‌کننده می‌تواند شدت رفتار وسواس-گونه را پیش‌بینی کند [۲۵]. Salehi و همکاران نیز نشان دادند که خودکنترلی سبب افزایش خود کارآمدی رفتار هیجانی اجتماعی می‌شود [۲۶]. نتایج پژوهش نیز نشان داد که در متغیر تکانشگری، بین دو گروه دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سلامت معنوی و خودارضایی جنسی در دانشجویان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر افرادی که سلامت معنوی بالاتری دارند، کمتر به خودارضایی اقدام می‌کنند. در واقع افراد با سلامت معنوی بالاتر، بیشتر می‌توانند در مقابل این رفتار جنسی انحرافی خویشتن‌داری داشته باشند و یا این-که سعی می‌کنند نیازهای جنسی خود را در قالب امر مقدس ازدواج ارضاء کنند. با توجه به این‌که سلامت معنوی بعدی از سلامت روان محسوب می‌شود، بنابراین می‌توان این یافته را با نتایج پژوهش Brody مبنی بر وجود رابطه معکوس بین خودارضایی جنسی و سلامت روانی، هماهنگ و همسو دانست [۳]. همچنین، این یافته به صورت غیر مستقیم با نتایج پژوهش‌های Tsuang Ming و همکاران [۲۷]، Moallemi و همکاران [۲۸] و Hassani vajary و همکارش [۲۹] که بر رابطه بین معنویت و سلامت روان اشاره دارند، همخوانی دارد.

علاوه بر این، Hossein khanzadeh و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که بین جهت‌گیری مذهبی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

درونی با خود مهارگری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد [۱۰]. بنابراین، می‌توان گفت اگر سلامت معنوی با سلامت روان همراه باشد، آنگاه همراهی سلامت معنوی با تمایل کمتر به خودارضایی نشان‌دهنده پاتولوژیک بودن رفتار خودارضایی است. همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که میزان سلامت معنوی دختران بیشتر از پسران است. این یافته با نتایج پژوهش Bryant همسو است که آن را با هویت مذهبی و ارتباط با همسالان مرتبط می‌دانست. [۳۰]. نتایج پژوهش Tavan و همکارانش نیز در تأیید این یافته بود [۳۱].

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین عزت نفس و خودارضایی جنسی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد با عزت نفس بالا خودارضایی جنسی پایین‌تری دارند. در زمینه رابطه این دو متغیر هیچ پژوهشی یافت نشد، اما عزت نفس به ارزیابی مثبت فرد در مورد خودش اشاره دارد و همین‌طور یک عامل محافظت‌کننده مهم در برابر رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود [۱۰]. این یافته نیز به سهم خود تا حدودی بر مرضی بودن رفتار خودارضایی صحه می‌گذارد. همچنین، یافته‌ها نشان داد که بین عزت نفس دو گروه دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد و این یافته با نتایج پژوهش Noghani و همکارانش همسو است [۳۲].

نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون خطی بر روی نمره خودارضایی جنسی نشان داد که متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی ۲۷ درصد واریانس خودارضایی جنسی را تبیین می‌کنند. از بین متغیرهای پیش‌بین خودارضایی جنسی، به ترتیب سلامت معنوی و وسواس ـ بی‌اختیاری بیش‌ترین اهمیت را در تبیین واریانس خودارضایی جنسی دارند. مهم‌ترین متغیر پیش‌بین در این تحقیق سلامت معنوی بود، در واقع سلامت معنوی می‌تواند عاملی برای افزایش میزان خویشتن‌داری افراد و کاهش خودارضایی جنسی آنها مطرح شود و مصونیت افراد را افزایش دهد. Hadadi-koohsar و Ghobari-Bonab در پژوهش خود نشان دادند که دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خداوند داشتند، وسواس کمتری را نشان دادند و برعکس [۳۳]. Soleimaninia و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان، هر دو بعد منفی و مثبت سلامت روان نقش دارند [۳۴]. Chlan و همکاران نیز بر تأثیر معنویت در مقابله با بیماری تأکید دارند [۳۵].

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است؛ به طوری که این مطالعه فقط بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام گرفته است، بنابراین، در تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط عمل کرد. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است و با توجه به این‌که پرسش‌نامه‌ها جنبه خودگزارشی داشتند و نیز تعداد سؤالات آنها زیاد بوده، ممکن است که در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. ماهیت این مطالعه توصیفی بود، بنابراین نمی‌توان روابط علّی را از آن استخراج کرد. به علاوه، عدم حذف عوامل مخدوش کننده در بررسی همبستگی بین این متغیرها نیز جزء محدودیت‌های این پژوهش بود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این موضوع در مناطق دیگری، هم بر روی دانشجویان و هم سایر جمعیت‌ها نیز مورد مطالعه قرار گیرد. به علاوه، متغیرهای دیگری نیز به صورت گسترده در ارتباط با خودارضایی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

جنسی مورد بررسی قرار بگیرد که بتوان در درمان این افراد، بهتر عمل نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که وسواس- بی‌اختیاری و تکانشگری با خودارضایی رابطه مثبت و سلامت معنوی و عزت نفس با خودارضایی رابطه منفی دارند. بر اساس یافته‌های این پژوهش توصیه می‌شود خودارضایی جنسی همچون گذشته یک رفتار پاتولوژیک در نظر گرفته شود و برای درمان آن اقدامات بالینی صورت گیرد. این اقدامات می‌توانند شامل درمان‌های معنوی و تقویت پایبندی‌های دینی مانند افزایش رفت و آمد به مسجد، و درمان‌های شناختی و رفتاری جهت افزایش خودکنترلی و کاهش تکانشگری، و افزایش عزت نفس و کنترل وسواس - بی اختیاری باشند.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین تمام کسانی که در اجرای این پژوهش و توزیع پرسشنامه‌ها هرگونه همکاری را مبذول داشتند، قدردانی می‌کنیم.

References

[1] Saduk B, Saduk V. Summary of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, translated by Rezai F. first chap, Tehran Publication Arjomand. 2007; 273 & 275.

[2] American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). 2013; 237 & 341.

[3] Brody S. The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *Jour Sex Med* 2010; 7(4): 1336–61.

[4] Friese M, Hofmann W. Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Jour Res Pers* 2010; 43(17): 795–805.

[5] Stahl C, Voss A, Schmitz F, Tüscher O, Klauer K. Behavioral Components of Impulsivity. *J Exp Psychol Gen* 2013; 143(2): 850-86.

[6] WHO. International Statiscial Classification of Diseases and Health Related Problems. ICD-10 2nd Edition, Geneva, Switzerland. 2005.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

[7] Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. J *Clin Psychol* 2005; 56(17): 519–43.

[8] Hales DR. An Invitation to Health. U.S: Wadsworth 2001: 23.

[9] SitiSaraw H. Dimension of Neuroticism Personality among Leader and the Impact Toward Self-Esteem of Employe at the Workplace. *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 91(9): 588-93.

[10] Hossein khanzadeh A, Hemati Alamdarloo G, Aghababaei H, Moradi A, Rezaei S. Forecast self-control through a variety of religious orientation and its role in reducingcrime. *Med Leg J* 2011; 2(2): 36-49. [Farsi]

[11] Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publications; 2009: 137.

[12] Aydin A, Boysan M, Tutarel-Kışlak Ş, Kalafat T, Selvi Y, Beşiroğlu L. The Predictive Value of Interpersonal Schemas, Perfectionism, and Thought Action-Fusion in Obsessive-Compulsive Disorder. *Jour Psychi Neuro Sci* 2012; 25(2): 108-18.

[13] Shams G, Qadiri N, Ismaili Y, Ebrahim Khani N. Validity and reliability of the Persian version of Obsessive Beliefs Questionnaire-44, *new cog sci* 2005; 2(1 & 2): 23-36. [Farsi]

[14] Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Jour Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-74.

[15] Naderi F, Haghshenas F. Validation of Barratt Impulsiveness Scale and the relationship between impulsivity and feelings of lone lines with the use of mobile phones on male and female students at Ahvaz University. [Dissertation] *J Soci Psychol* 2009; 1(2): 38-49. [Farsi]

[16] Paloutzian RF, Elisson CW: L . spiritual well-being and quality of life, in Lone liness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. *Edited by Peplau L, Perlman D. New York, Wiley Interscience* 1982; 1: 224–37.

[17] Genia V. Evaluation of the Spiritual Well-being Scale in a sample of college student. *IJPR* 2006; 11(3): 25-33.

[18] Sayedfatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Spiritual effects of prayer on patients with cancer. *Health Scie Res* 2006; 5(4): 295-306. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

[19] Rosenberg M. Society and the adolescent self image. *NJ: Princeton University Press* 1965: 55-64.

[20] Shin KR. Correlates of depressive symptomatology in Korean-American women in New York City: *ProQ Info Lear*; 1992.

[21] Rajabi G, Buhlul N. Assessthe reliability and validity of the scale of self-esteem in First Year Students martyr Chamran University. *Edu Psychol res* 2007; 3(2): 33-48. [Farsi]

[22] Michaeli N, Kalhornia M, Rajabi S. The role of religion in reducing OCD. *I Stu psychol* 2011; 5(8): 27-48. [Farsi]

[23] Mathis MA, Alvarenga Pd, Funaro G, Torresan RC, Moraes I, Torres AR, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Rev Bras Psiquiat* 2011; 33(4): 390-9.

[24] Mahajan S, Chopra A, Mahajan R. Gender differences in Clinical Presentation of obsessive-compulsive disorder: a hospital based study. *Dehli Psychiatyr Journal* 2014; 17(2): 284-90.

[25] Goudarzi M, Ismaili Y. The relationship between control strategies in trusive thoughts and compulsive symptom severity. *Hakim Research Journal* 2006; 2(8): 45-51. [Farsi]

[26] Salehi M, Poshaneh K, Nazemi F. The effect of cognitive behavioral therapy on self perception of children with ADHD. *Psychological Research* 2010; 2(8): 73-85. [Farsi]

[27] Tsuang Ming T, Williams Wesley M, Simpson John C, Lyons Michael J. Pilot Study of Spirituality and Mental Health in Twins. *Am J Psychiatry* 2005; 159(16): 486–8.

[28] Moallemi S, Bakhshani Noor-M, Raghibi M. On the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional attitudes in students of Systan and Baluchestan University, Southeast of Iran. *J Funda Ment Health* 2010; 12(4): 702-9. [Farsi]

[29] Hassani vajary K, Bahrami Ehsan H. Role of religious coping and spiritual well-being In determining mental health, *Psychol J* 2006; 2(3): 248-60. [Farsi]

[30] Bryant AN. Gender Differences in Spiritual Development During the College Years. *Sex Roles* 2007; 15(3): 164-71.

[31] Tavan H, Taghinejad H, Sayehmiri K, Yary Y, KHalafzadeh A, Fathizadeh H, et al. Spiritual Health of Nursing Students. *Islam and Health Journal* 2015; 2(1): 26-32.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

[32] Noghani F, Monjamed Z, Bohrani N, Ghodrati V. Comparing self-esteem in men and women with cancer. *Hayat* 2005; 12(2): 33-41.

[33] Hadadi-koohsar A, Ghobari-Bonab B. Relationship between Image of God and Obsession-Compulsive Behaviors in university students. *J Behav Scie* 2012; 6(1): 11-6. [Farsi]

[34] Soleimaninia L, Jazayeri A, Mohammad Khani P. The role of mental health in the emergence of risky behaviors of adolescents. *J of Social Welfare* 2005; 2(19): 75-90. [Farsi]

[35] Chlan KM, Zebracki K, Vogel LC. Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Spinal Cord* 2011; 49 (3): 371-5.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]

The Correlation Between Obsession-Compulsion, Impulsivity, Spiritual Health, Self-Esteem, and Sexual Masturbation in Students of Shahid Chamran University of Ahwaz in 2016

S. A. Marashi[1], **T. Mehrabian**[2]

Received: 08/05/2017 Sent for Revision: 07/10/2017 Received Revised Manuscript: 27/01/2018 Accepted: 10/02/2018

Background and Objectives: Sexual masturbation is a sexual deviation that is more common than other sexual deviations and leads to mental and physical problems. When someone feels compulsion to do masturbation, it is a kind of obsessive masturbating. The aim of this study was to examine the Correlation between obsession-compulsion, impulsivity, spiritual health, self-esteem, and sexual masturbation in students of Shahid Chamran University of Ahwaz in 2016.

Materials and Methods: In this descriptive study, 285 students were selected using cluster random sampling. Five questionnaires regarding obsessive-compulsive inventory, impulsivity, spiritual health, self-esteem, and a researcher made questionnaire of sexual masturbation were used as the means of data collection. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple linear regressions analysis.

Results: The results of the study revealed that there was a significant positive correlation between the obsession-compulsion (r= 0.39), impulsivity (r= 0.23), and sexual masturbation ($p<0.001$). Also, a significant negative relationship was obtained between spiritual health (r= -0.39), self-esteem (r= -0.25), and sexual masturbation ($p<0.001$). Regression coefficients for linear combination of obsession-compulsion, impulsivity, spiritual health, self-esteem, and sex masturbation was significant at the level less than 0.001. The results showed that spiritual health (ß= -0.31) and obsession-compulsion (ß= 0.30) had the most importance in explaining the variance of sexual masturbation (R^2=27%) ($p<0.001$).

Conclusion: It seems that obsession-compulsion, impulsivity, spiritual health, and self-esteem are related to the students' level of sexual masturbation. Therefore, it is suggested that therapists and counselors in order to treat and reduce the amount of sexual masturbation of individuals, have to pay attention to these factors in their agenda.

Key words: Sexual masturbation, Obsession-compulsion, Impulsivity, Spiritual health, Self-esteem, Students, Ahwaz

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of University of Shahid Chamran approved the study.

How to cite the article: Marashi S.A, Mehrabian T. The Correlation Between Obsession-Compulsion, Impulsivity, Spiritual Health , Self-Esteem ,and Sexual Masturbation in Students of Shahid Chamran University of Ahwaz in 2016 .*J Rafsanjan Univ Med Sci* 2018; 16(12): 1138-1152. [Farsi]

1 - Associate Prof, Dept. of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran
2 - PhD in Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran
(Corresponding Author) Tel: (084) 23853079, Fax: (084) 23853079, E-Mail: t.mehrabian@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1396.16.12.1.5]