



سال هشتم • بهار و تابستان ۱۴۰۱ • شماره ۱۶
Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 8, No. 16, Spring & Summer 2022

کارآمدی مداخله آموزشی الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی پسران نوجوان

* محمدحسین حق شناس

** مهدی عباسی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف کارآمدی مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی پسران نوجوان انجام شده است. بدین منظور، برای بررسی کارآمدی مداخله آموزشی الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی پسران نوجوان از طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه و نمونه سه‌نفره استفاده شد. یافته‌ها نشان داد هر سه مراجع با شروع مداخله، روند افزایشی و رو به بهبودی را در مقیاس اضطراب کتل و در مقیاس سلامت روانی نشان دادند. میزان داده غیرهمپوش برای مراجع سوم و میزان داده غیرهمپوش برای مراجع اول و دوم در مقیاس اضطراب کتل نشان داد که مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی پسران نوجوان از کارآمدی و اثربخشی نسبی برخوردار است. بخش چشمگیری از تغییرات به‌وجودآمده در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه ادامه پیدا کرد. نتایج این پژوهش نشان داد مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی، روشی مؤثر در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی نوجوانان است.

کلیدواژه‌ها: مداخله آموزشی، تنظیم رفتار جنسی، اضطراب، سلامت روانی، پسران، نوجوانی، بلوغ.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران (نویسنده مسئول) | m.haghshenas2976@gmail.com

** استادیار گروه روان‌شناسی اسلامی، پژوهشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۴

مقدمه

نوجوانی دوره فرآیندهای رشدی انتقال از کودکی به بزرگسالی است (منصور، ۱۳۹۵). نوجوان از یک سو با سرعت بی‌سابقه‌ای بلوغ جسمی و جنسی را می‌گذراند و از سوی دیگر، خانواده، فرهنگ و جامعه از او می‌خواهد مستقل باشد و آمادگی‌ها و مهارت‌های لازم را برای زندگی شغلی و اجتماعی به دست آورد (لطف‌آبادی، ۱۳۸۰). از نظر نگرش و رفتار جنسی، برخی تحقیقات (کول و کول، ۱۹۹۳) نشان می‌دهد که پسران در آغاز عمدتاً متمرکز بر جنبه‌های جسمی رفتار جنسی هستند و به تدریج متوجه جنبه‌های عمیق‌تر ارتباط اجتماعی و عاطفی می‌شوند. بر اساس نظریه تحلیل روانی، انرژی پسران عمدتاً جهت‌گیری خارجی دارد و بر کنترل و تسلط بیرونی متمرکز است (لطف‌آبادی، ۱۳۸۰) و رفته‌رفته با تمرکز بر جنبه‌های جسمی رفتار جنسی، مشکل اضطراب و کاستی سلامت روانی‌شان تشدید می‌شود. بنابراین، از نظر هالستید و ریس^۱ (۲۰۰۳)، یکی از پُرنازع‌ترین موضوعات در خانواده‌های مسلمان، چگونگی آموزش مسائل جنسی به کودکان و نوجوانان است؛ زیرا این آموزش‌ها، نقش دوگانه‌ای دارد؛ آموزش‌ندادن مسائل جنسی مشکلاتی را در پی خواهد داشت و آموزش نادرست آن نیز دشواری‌های دیگری را ایجاد می‌کند. حال خویشتن‌داری جنسی به نوجوانان مضطرب و با سلامت روانی کم، کمک می‌کند سطح مناسبی از سلامت روانی و همچنین کاهش اضطراب را فرا گیرند. در مداخله آموزشی خویشتن‌داری جنسی، نوجوان از پیامدهای نابهنجار ارضای جنسی خارج از چارچوب شرعی هشیار می‌شود، چراکه هر نوع زیاده‌روی باعث تباهی می‌شود (شریف‌الرضی، ۱۴۱۴)؛ با آگاهی از سازوکار برانگیختگی جنسی و تأثیر عوامل گوناگون آن خودآگاه می‌شود و به تعدیل طبیعی میل جنسی می‌انجامد. چنانچه در روایات، تمرکز در این موضوع بیشتر بر پیش‌گیری است تا درمان؛ و تأکید شده است که بر شهوت غلبه کنید قبل از آنکه قوت یابد؛ چراکه اگر قوت یافت اختیار فرد را به دست می‌گیرد و آنگاه فرد بر مقاومت در برابرش قادر نخواهد بود (ابن‌ی و اسطی، ۱۳۷۶). از این‌رو، لازم است به تنظیم رفتار جنسی‌شان توجه شود.

در ایالات متحده ۴ درصد از نوجوان‌های ۱۲ ساله آمیزش جنسی را امتحان کرده‌اند، اما این عدد به طور فزاینده‌ای در سال‌های نوجوانی بیشتر می‌شود، به طوری که در ۱۹ سالگی به میزان

1. Halstead, M.; Reiss, M

خیلی بیشتری بالا می‌رود؛ در این سن ۸۰ درصد پسرها فعالیت جنسی داشته‌اند (گریدانوس،^۱ ۱۳۹۶). ارضای میل جنسی نوجوانان عموماً با نتایج فرعی ناخوشایند و منفی همچون بارداری‌های ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی مسری،^۲ سقط جنین،^۳ سوء مصرف مواد،^۴ بزهکاری،^۵ ایدز و افت تحصیلی همراه شده است (گالوتا و همکاران،^۶ ۱۹۹۳). رفتارهای جنسی نابهنجار از جمله تجاوز به عنف، سوء استفاده جنسی از کودکان، خودارضایی و غیره، فرد را به آسیب‌های متنوعی دچار می‌کند که پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی را موجب می‌شود. خطر تجربه رفتارهای جنسی برای نوجوانان، چه در تجاوزهای جنسی و چه در رفتارهای خودخواسته، سلامت جسمی و روانی‌شان را به شدت تهدید می‌کند (لوین،^۸ ۲۰۰۲). نگاهی هرچند کوتاه به وضع نوجوانان در جامعه ما و همچنین بسیاری از نقاط جهان، ما را با مسائل و دشواری‌های عظیمی در زمینه‌های گوناگون، که ناشی از متغیرهای مختلف است، آگاه می‌کند. بر اساس تحقیقات و مطالعات، بسیاری از نوجوان‌های دارای رابطه جنسی، از لحاظ عاطفی در فضای خانه احساس غریبه بودن و فاصله با والدین دارند که سلامت عمومی‌شان را تحت تأثیر قرار داده است (گریدانوس، ۱۳۹۶).

مطالعه بالتیمور روی دانش‌آموزان دبیرستانی نشان داده است نوجوان‌هایی که روابط جنسی را شروع کرده‌اند در مقایسه با آنهایی که هرگز رابطه جنسی نداشتند، احساس نزدیکی کمتری به هر دو والد می‌کردند (همان). در نتیجه، تنظیم رفتار جنسی پسران در دوره بلوغ از مهم‌ترین موضوعات شمرده می‌شود.

«سلامت عمومی» مفهومی متناظر با «سلامت کلی» است. «سلامت کلی» نیز هر دو مفهوم «سلامت بدنی» و «سلامت روانی» را شامل می‌شود. همان‌طور که نوجوانی از دوره‌های بحرانی تحول است (کانجر، پترسن،^۹ ۱۹۸۴) و گستره دگرگونی‌ها از لحاظ تحول عقلی و نقش محوری آن در شکل‌گیری جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و جسمانی موجب بروز بحران‌هایی در نوجوانان و

1. Greydanus, D. E
2. Sexually Transmitted Diseases (STDs)
3. Abortion
4. Substance Abuse
5. Delinquency
6. Aids
7. Gullotta, T. P.; Adams, G. R.; Montemayor, R
8. Levine, J
9. Conger, J. J.; Peterson, A. C



روابطشان می‌شود، و بلوغ جنسی و تحول عقلی دو عامل مهم در مسائل فردی و اجتماعی نوجوان در این مرحله است (پیازه و اینهلدر،^۱ ۱۹۷۲)، الگوی سلامت شخصیت بر اساس رابطه فرد با خود، دیگران و نظام هستی تبیین می‌شود (سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۹۸). سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۲ (۲۰۰۴) «سلامت روانی» را حالتی از بهزیستی تعریف می‌کند که در آن فرد توانمندی‌اش را می‌شناسد، از آنها به نحو مؤثر و مولد استفاده می‌کند و برای اجتماع خویش مفید است. «سلامت عمومی» هم با ۴ خرده‌مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی، که گلدبرگ^۳ (۱۹۷۲) مطرح کرده است، مشخص می‌شود (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۶).

در مسئله رابطه نوجوان با خود مهم‌ترین نکته بهداشت و سلامت روانی درباره بلوغ این است که نیاز جنسی را طبیعی بداند و از آن احساس شرم نکند و مسیر مناسب ارضای این نیاز را بر اساس مبانی اخلاقی و دینی درک کند. آموزه‌های اسلام یکی از مبانی بلوغ شرعی و مکلف‌شدن نوجوانان را بلوغ جنسی می‌داند (وزیری، ۱۳۸۳). نوجوان با نظاره و پیش‌گیری از افکار، اصلاح اندیشه‌ها و درک تازه از انتزاعی‌ترین مفاهیم (خداوند، هستی، فلسفه زندگی و...) هویت جدیدی در خود ایجاد می‌کند (لطف‌آبادی، ۱۳۸۰). نوجوانی که از این فضا دور است، در معرض مشکلات رفتاری، عزت نفس پایین و افسردگی قرار می‌گیرد (استنبرگ و همکاران،^۴ ۲۰۱۱). در ارتباط با نظام هستی، نوجوان با درک جایگاه خود در نظام هستی و به دست آوردن جهان‌بینی مناسب، رسیدن به معنا و هدفی مهم در زندگی و پذیرش نوعی نظام ارزشی، ارتباط مناسبی با نظام هستی برقرار می‌کند. بخشی از این وظایف به بحث هویت مربوط می‌شود که بُعدی از آن هویت دینی است و به معنای تعلق فرد به یک دین و پذیرش آن به عنوان دستورالعملی برای کل زندگی است (سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۹۸).

مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی، ویژه دوران بلوغ، با هدف کنترل رفتارهای جنسی نابهنجار تنظیم شده است. اهداف، تکنیک‌ها و صورت‌بندی طرح‌نمای درمانی طراحی شده، روایی محتوایش بر اساس نظر کارشناسان بررسی، و سپس کارآمدی آن در افزایش

1. Piaget, J.; Inhelder, B

2. The World Health Organization

3. Goldberg, D. P

4. Steinberg, L.; Bronstein, M. H.; Vandell, D. L.; Rook, K. S

خویشتر داری جنسی کاویده شده است (عباسی و حق شناس، ۱۳۹۷). تنظیم رفتار جنسی، کنترل هدفمند رفتار جنسی از طریق فرآیندهای نظارتگری (نگه داشتن یک رکورد از رفتار)، ارزیابی فردی و محیطی (ارزیابی اطلاعات به دست آمده در طول فرآیند خودنظارتگری)، تقویت دهی (دادن پاداش برای رفتار مناسب یا برای رسیدن به هدف) و تنبیه است که در نهایت به سلامت روانی و آرامش روحی دست خواهد یافت (عباسی، ۱۳۹۶).

بر اساس تحقیقات انجام شده، برنامه های تنظیم رفتار جنسی، به تأمین رفتارهای بهداشتی در جهت حفظ سلامت افراد جامعه و مقابله با مسائل جنسی و بیماری های انتقالی از طریق روابط جنسی انجامیده است (حنیفی و همکاران، ۲۰۰۰؛ میلان و همکاران،^۱ ۱۹۹۵؛ راسل و همکاران،^۲ ۱۹۹۲). در تحقیق دیگری، آموزش جنسی به منظور تنظیم رفتار جنسی، به افراد اطلاعات و آگاهی های جنسی لازم برای هدف مشترک و ارضای نیازها و تعادل در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی را می دهد. برنامه های آموزش جنسی جامع می تواند در پیش گیری از اختلالات جنسی، رفتار جنسی سالم، افزایش رفتارهای بهداشتی، ایجاد بهداشت روانی، کسب هویت جنسی و برقراری خانواده سالم مؤثر باشد (بریمن و همکاران،^۳ ۲۰۰۰).

ایالات متحده آمریکا، درباره رفتارهای پرخطر راهبردهای اجتماعی متفاوتی را عملیاتی کرده است. برنامه های سلامت جنسی نوجوانان در دو راهبرد تنظیم شده است؛ یکی «آموزش جامع مسائل جنسی» که ضمن ارتقای خویشتر داری جنسی، شامل آموزش هایی درباره تقویت دانش، مهارت و نگرش افراد درباره استفاده از وسایل بهداشتی و جلوگیری از بارداری در هنگام ارتباط جنسی است؛ راهبرد دیگر، «فقط خویشتر داری جنسی تا زمان ازدواج» است که بر توانمندی خویشتر داری در برابر رفتارهای جنسی خارج از چارچوب ازدواج تأکید دارد (کالینز و همکاران،^۴ ۲۰۰۲). از جمله برنامه های خویشتر داری جنسی عبارت است از: عهد بکارت (رکتور، جانسون و مارشال،^۵ ۲۰۰۴)، بهترین دوست (بنیاد بهترین دوست،^۶ ۲۰۱۵)، عشق حقیقی منتظر می ماند (اتحادیه

1. Millan, T.; Valenzuela S.; Vargas, N. A

2. Russell-Brown, P.; Rice J. C.; Hector, O.; Bertrand, J. T

3. Berryman, J. C.; Symthe, P. K.; Taylor, A.; Lamont, A.; Joiner R

4. Collins, C.; Alagiri, P.; Summers, T

5. Rector, R. E.; Johnson, K. A.; Marshall, J. A

6. Best Friend Foundation



ملی روحانیان جوان کاتولیک،^۱ (۲۰۰۶)، حلقه‌های نقره‌ای (نک.: حلقه نقره‌ای،^۲ ۲۰۱۵)، خویش‌داری جنسی برای رهایی از خطر بارداری پیش از ازدواج (مرکز بارداری امید،^۳ ۲۰۱۵) و آموزش مهارت نه‌گفتن (نک.: راجا کریشنن،^۴ ۲۰۱۵).

مسئله مهم این است که این برنامه‌ها برای کنترل رفتارهای پرخطر جنسی مطلوب نبوده است (هاورز،^۵ ۲۰۰۴). این شکل از پیش‌گیری که شامل کنترل روابط غیرعقیدانه نیست، نتوانسته است در حفظ سلامت جسمی روانی جنسی کارآمدی لازم را داشته باشد (خویش‌داری جنسی و آموزش خانواده،^۶ ۱۹۹۵). به نظر می‌رسد اصل شیوه اجرایش عیوبی دارد که به الگوی آن برمی‌گردد. الگوی این برنامه چیزی است به نام عشق بدون سکس. بر اساس این الگو، هر گونه رابطه‌ای به جز آمیزش جنسی، آزاد است. اموری همچون وقت‌گذراندن با یکدیگر، با هم به سینما رفتن، با هم تفریح کردن و تماس‌های بدنی بدون سکس را به عنوان راه‌های عشق بدون سکس معرفی می‌کنند. از این جهت رفتارهای جنسی به صورت مطلوب کاهش پیدا نکرده و همچنان در افزایش اضطراب و کاهش سلامت روانی نقش داشته است. زیرا پژوهش‌هایی در مقابل آن هست که الگویشان چیزی غیر از عشق بدون سکس است و در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی نقش داشته و به رضایت از زندگی و شادکامی آنان انجامیده است (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ یا پژوهش دیگری که به خودکارآمدی اجتماعی و پرهیز از خطرپذیری جنسی منجر شده است (رحمانی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ نیز پژوهش سلطانی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) که طبق آن، بین اخلاق اسلامی و ارزش‌های شخصی با خویش‌داری جنسی رابطه مستقیم وجود دارد. به نظر می‌رسد آموزه‌های اخلاق اسلامی از طریق تأثیرگذاری بر ارزش‌ها می‌توانند بر خویش‌داری جنسی مؤثر باشند. این تأثیرگذاری‌ها نشان از این است که آموزش صحیح در تربیت جنسی می‌تواند سلامت روانی و فقدان یا کاهش اضطراب در افراد را در پی داشته باشد. با وجود این پژوهش‌ها، ضرورت پژوهش

1. The National Federation For Catholic Youth Ministry
2. Silver Ring Thing
3. Hope Pregnancy Center
4. Radhakrishnan, S
5. Hauser, D
6. Sexual Abstinence & Family Education

حاضر این است که با برنامه‌های آموزشی مدون و مناسب با رویکرد اسلامی، کارآمدی آن را با دو موضوع اضطراب و سلامت روانی بسنجیم. زیرا امروزه زندگی سالم، مرتبط با سائق جنسی، با پرسش‌ها و معضلات جدی مواجه شده است؛ استحکام خانواده‌ها، روابط کارآمد همسران، تربیت فرزندان، حضور در سطح جامعه و غیره دچار مشکل شده، و این مشکل سبب شده است در کارآمدی فردی و اجتماعی فرد تأثیر بگذارد؛ مسئله‌ای که ضرورت پژوهش در این باره را تبیین می‌کند. در مؤسسات گوناگون اقداماتی در جهت سلامت جنسی در جریان است. در ایران، برنامه آموزشی مدون و مناسبی با رویکرد اسلامی در زمینه تربیت جنسی وجود ندارد (قربانی و همکاران، ۱۳۹۴). مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی انجام شده است (عباسی و حق‌شناس، ۱۳۹۷). پژوهش حاضر در یک طرح آموزشی تک‌آزمودنی به کارآمدی این الگو در اضطراب و سلامت روانی می‌پردازد.

مداخله آموزشی که بر اساس الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی تدوین شده (همان، ۱۳۹۷)، دارای راهبرد خویشتن‌داری است که با مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری در برابر محرک‌های بیرونی، میل جنسی را مدیریت می‌کند و بخشی از محتوای زندگی عقیفانه محسوب می‌شود. خویشتن‌داری به واسطه دو توانمندی انتخاب و اجتناب، مفهوم‌سازی و عملیاتی می‌شود، به این صورت که مهارگری و تاب‌آوری با انتخاب و اجتناب تحقق پیدا می‌کند؛ تقوا کارکرد مهارگری را به عهده دارد و صبر مایه قوام مهارگری، و با تاب‌آوری مرتبط است (عباسی، ۱۳۹۶) که با راهبردهایی برای نگه‌داشت خویشتن‌داری، به‌ویژه در موقعیت‌های تنش‌زای جنسی، آشنا می‌شود و با تکالیف خواسته‌شده به منظور پایدارسازی تغییرات مثبت و مهار فرآیندهای وسوسه‌انگیز در تثبیت سبک زندگی عقیفانه اقدام می‌کند. در حقیقت، تلاش می‌شود فرد در محورهای سبک زندگی و قلمروهایش توانمند باشد و انتظارات فرد برای لذت‌بردن در مواجهه با کنش‌های جنسی محیط پیرامونی، تعدیل شود (ابن‌بابویه، ۱۴۱۳) و به افزایش زندگی عقیفانه و یادآوری آن و کاهش انتظارات فرد بینجامد. این کار به هدف برنامه‌ریزی برای تجربه خویشتن‌داری جنسی است و بیشتر به تنظیم اجتماعی رفتار جنسی اشاره دارد. همچنین برای تقویت تنظیم اجتماعی رفتار جنسی و خودارزیابی محیطی آمادگی حاصل می‌شود و بدین وسیله از معاشرت با دوستان منحرف جلوگیری خواهد شد (فرقان: ۲۸).



ویژگی‌های پژوهش حاضر ضمن اینکه توانمندی‌های روان‌شناختی، عقلی و توانمندی‌های اخلاقی نوجوانان را افزایش می‌دهد، با آموزش تنظیم رفتار جنسی و شیوه‌های کنترل تحریکات جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی نشان خواهد داد که مداخله آموزشی بر اساس الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی، بر روی سطح اضطراب و سطح سلامت روانی فرد تأثیر خواهد گذاشت.

بر اساس آنچه گذشت، پرسش‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. کارآمدی مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در اضطراب پسران در دوره بلوغ چگونه است؟

۲. کارآمدی مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در سلامت روانی پسران در دوره بلوغ چگونه است؟

روش تحقیق

به منظور بررسی احتمال کارآمدی^۱ مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی در اضطراب و سلامت عمومی پسران از یک روش آزمایشی^۲ استفاده شد. در این روش یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۳ به کار بردیم (بارلو و هرسن،^۴ ۱۹۸۴). از بین طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی نیز طرح خط پایه چندگانه^۵ انتخاب شد که در آن خط پایه بین آزمودنی‌ها در نظر گرفته می‌شود و کارآمدی مداخله آموزشی به واسطه واردکردن مکرر عامل درمانی در افراد متفاوت در زمان‌های مختلف قابل بررسی است (گالو، کامر و بارلو،^۶ ۲۰۱۳). طبق نظر چمبلس و همکارانش^۷ (۱۹۹۸) سری کوچکی از طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی، با نمونه‌ای شامل سه و بیشتر، ضمن رعایت شرایط دیگر می‌تواند برای بررسی کارآمدی نسبی (در برابر کارآمدی کامل) در درمان به کار رود. بنا بر نظر گالو، کامر و بارلو (۲۰۱۳) از دیدگاهی روش‌شناختی طرح‌های آزمایشی تک‌آزمونی و آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی مقدماتی و کوچک برای پژوهش‌های در

1. Probably Efficacy

2. Experimental

3. Single Case Experimental Design

4. Barlow, D. H.; Hersen, M

5. Multiple Baseline Designs

6. Gallo, K. P.; Comer, J. S.; Barlow, D. H.

7. Chambless, D. L.; Baker, M. J.; Baucom, D. H.; Beutler, L. E.; Calhoun, K. S.; Crits-Christoph, P.; Woody, S. R

سطح امکان‌سنجی صلاحیت دارند.

الف. مشارکت‌کنندگان

از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک مشاوره ثقلین در شهر اصفهان، سه نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند (قضاوتی) برای شرکت در طرح انتخاب شدند (کازی،^۱ ۲۰۱۲). این افراد پس از غربالگری اولیه، بررسی شرایط عمومی شرکت در طرح (مانند انگیزه و امکان حضور در مرکز مشاوره) و اعلام رسمی رضایت، بر اساس «ملاک‌های ورود و خروج» به عنوان «شرکت‌کننده» وارد فرآیند طرح شدند.

ملاک‌های ورود به طرح: بالاتر از ۱۱ تا ۱۶ سال، فرد مجرد و دارای خویشتن‌داری جنسی کم، همراه با شکایت از فضا‌های جنسی طبیعی در این دوران، درگیر مشکلاتی همچون کاهش اضطراب و سلامت عمومی هستند. موافقت برای شرکت در پژوهش حاضر همراه با رویکرد دینی و رضایت برای مشارکت در درمان و انجام‌دادن تکالیف بر اساس طرح پژوهش از جمله ملاک‌های ورود به طرح پژوهشی برشمرده می‌شد.

ملاک‌های خروج: سن کمتر از ۱۱ سال یا افراد متأهل یا افراد دارای اختلالات خاص همچون اختلال شخصیت،^۲ انواع روان‌پریشی،^۳ اختلال وسواس اجباری،^۴ افسرده‌خویی،^۵ دوقطبی،^۶ اختلال ناشی از طب عمومی، اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد (بر اساس مصاحبه بالینی)، مصرف داروی روان‌پزشکی در سه ماه گذشته و ... از جمله ملاک‌های خروج برشمرده شد.

مشارکت‌کننده اول: پسر ۱۳ ساله، محصل در مقطع اول راهنمایی و ساکن اصفهان است. وی با احساس شرم و خجالت، انزجار از خود و ارتباط‌نگرفتن عمیق با والدین خود به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. همچنین، در کارهای تحصیلی از جمله خواندن درس، نوشتن تکالیف و حفظ کردن متون درسی بی‌میل بود و شکایت خود را از این موضوعات بیان کرد. بنا به گفته وی، یک سال هست که درگیر دیدن فیلم و عکس هرزه‌نگاری است، به طوری که به‌شدت ذهنش را

1. Cozby, P. C

2. Personality Disorders

3. Psychosis

4. Obsessive Compulsive Disorder

5. Dysthymic Disorder

6. Bipolar Disorder

درگیر کرده و قصد دارد برای کاهش فشار جنسی، ارتباط دوستی با جنس مخالف، حتی به صورت غیر حضوری (در فضای مجازی)، برقرار کند و هنوز به دلایلی از جمله ترس و نداشتن ابزار کافی موفق به این کار نشده است. مراجع به سبب خجالت نمی‌توانسته است این مسئله را با کسی، حتی مشاور، در میان بگذارد. اما با توجه به حضور پژوهشگر برای برگزاری کارگاه و کلاس در مدرسه، برای حل مشکلش علاقه پیدا کرد به مرکز مشاوره مراجعه کند.

مشارکت‌کننده دوم: پسر ۱۵ ساله و مشغول به تحصیل که به دلیل تجدیدی، هنوز سال دوم راهنمایی را می‌گذراند. از نظر اقتصادی به‌سختی زندگی می‌کند و از جهت ارتباط بین‌فردی با اعضای خانواده بسیار پرخاشگر است. از این‌رو تش‌های عصبی را تجربه کرده است. مراجع، پدرش را فردی خشک، سخت‌گیر و بی‌منطق می‌داند که به نیازها و خواسته‌هایش توجه نمی‌کند. بر اساس گفته‌های مراجع، علاقه‌ای به خواندن درس ندارد و تصمیم دارد در یک کار فنی مشغول به کار شود. از این جهت با ممانعت والدینش روبه‌رو می‌شود. در حال حاضر، حدود یک سال است که با جنس مخالف ارتباط دوستی نامشروع دارد و به نظر می‌رسد مشکوک به خودارضایی باشد. مراجع ارتباط دوستی‌اش را با این توضیح که می‌خواهد در آینده با او ازدواج کند، بیان می‌کند و می‌گوید وی بزرگ شده است و می‌تواند زندگی تشکیل دهد و نمی‌خواهد به خودارضایی دچار شود و از این مسئله در رنج است. زیرا این رفتار به دور از کسی است که می‌خواهد ازدواج کند.

مشارکت‌کننده سوم: پسری ۱۴ ساله و مشغول به تحصیل در سال دوم راهنمایی است. وی و والدینش مذهبی هستند. از جهت دیندار بودن بسیار دغدغه دارد و برای جلوگیری از رفتارهای جنسی همچون خودارضایی به دنبال راهکار و راهبرد مناسب است. همچنین، بنا به گفته خودش، با سطحی از بی‌خوابی روبه‌رو است که وی را رنج می‌دهد و به‌سختی می‌تواند با خواسته‌ها و مسائل زندگی کنار بیاید. همچنین، به نوعی از احساس خستگی در خود ابراز می‌کند، گرچه نشانه‌های افسردگی در او دیده نشد. از این‌رو برای چگونگی مقابله با فشارهای جنسی و وسوسه‌ها و تعارض با دینداری به مشاوره مراجعه کرده است. در بررسی‌های اولیه اضطراب بالایی داشت. اعتماد به نفس کمی دارد و در مشکلاتی که با همسالانش پیدا می‌کند بسیار کوتاه می‌آید، به طوری از طرف آنان بیشتر در معرض اذیت واقع می‌شود و اینها باعث شده است به ارتباط با دوستان هم‌درشش رغبتی نداشته باشد.

ب. ابزار گردآوری داده‌ها

ابزارهای گردآوری داده‌ها در این بخش از مطالعه شامل مقیاس‌ها و پرسش‌نامه‌هایی است که نمرات آنها متغیرهای وابسته پژوهش را مشخص می‌کند.

پرسش‌نامه اضطراب کتل: پرسش‌نامه اضطراب کتل^۱ (CAQ) را ریموند برنارد کتل^۲ طراحی کرده است. این مقیاس شامل ۴۰ پرسش است که مقیاس اضطراب آزمون ۱۶ عاملی شخصیت کتل را تشخیص می‌دهد. ۲۰ پرسش اول اضطراب پنهان (صفت) و ۲۰ پرسش دوم اضطراب آشکار (حالت) را اندازه‌گیری می‌کند. می‌توان این آزمون را پس از یک هفته یا بیشتر مجدداً به کار بست بدون آنکه آزمودنی بخش مهمی از پاسخ‌هایش را به یاد آورد (علی‌رضایی مطلق و اسدی، ۱۳۸۸). کتل در بررسی‌ها بر اساس آزمون ۱۶ عاملی‌اش نشان داد که عامل اضطراب را می‌توان به منزله عامل مرتبه دوم در نظر گرفت. نتایج کتل با داده‌های روان‌شناسی مرضی کاملاً هماهنگ است. با توجه به این بررسی‌ها، کتل پرسش‌نامه اضطراب ۴۰ ماده‌ای تدارک دید که بر اساس آن می‌توان شاخص‌های زیر را به دست آورد: ۱. یک نمره اضطراب کلی که اندازه عامل اضطراب است؛ ۲. دو نمره الف و ب که با اضطراب آشکار و اضطراب پنهان مطابقت دارند. این اضطراب مشترک را می‌توان به پنج عامل نسبت داد که به صورت مقیاس در اضطراب کتل قابل استخراج است: ۱. هشیاری راجع به خود Q3؛ ۲. نیروی من C؛ ۳. گرایش پارانوئییایی L؛ ۴. گرایش به گنهکاری O؛ و ۵. تنش ارگی Q4. اضطراب، حالت هیجانی ناخوشایند و شدید در نظر گرفته می‌شود که دو نشانه اصلی دارد: نشانه‌های فیزیکی و روان‌شناختی. نشانه‌های فیزیکی شامل تپش قلب، رعشه، سرگیجه، استفراغ، خستگی و بی‌خوابی می‌شود و نشانه‌های روان‌شناختی عبارت‌اند از: تنش، دلواپسی، ترس، تحریک‌پذیری، بی‌قراری، ناآرامی و اختلال در تمرکز (لازاروس،^۳ ۱۹۹۱). این پرسش‌نامه در سال ۱۳۶۷ در یک نمونه ایرانی شامل ۹۹۷ دانشجوی دانشگاه تهران در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، هنجاریابی شد و دارای نمرات تراز یا هنجار برای اضطراب پنهان، آشکار و اضطراب کلی به دست آمد (کوزاز، ۱۳۸۶). معرف‌زاده، سودانی و

1. Cattell Anxiety Questionnaire (CAQ)

2. Cattell, R

3. Lazarus, R. S

شفیع‌آبادی (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ و پایایی تصنیف مقیاس را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش کردند. از این رو، این پرسش‌نامه به عنوان ابزار مهم و اصلی برای سنجش متغیر وابسته در این پژوهش به کار گرفته شد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی: پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ را گلدبرگ (۱۹۷۲) طراحی کرد. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۴ مقیاس است که عبارت‌اند از: خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی، و افسردگی وخیم. از این رو پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) به طور متداول برای ارزیابی سلامت روانی به کار گرفته می‌شود؛ اضافه بر اینکه دو جنبه بدنی و روانی سلامت جدای از یکدیگر نیستند و به یکدیگر وابسته‌اند. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسش‌نامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی، با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح خطای ۰/۰۰۱ معنادار است. در پژوهشی دیگر، ضریب اعتبار کلی این آزمون ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۵۰ گزارش شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۶). این پرسش‌نامه برای سنجش متغیر وابسته در کنار پرسش‌نامه کتل به عنوان مؤید در این پژوهش به کار گرفته شد.

مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی: این مداخله بر اساس مدل مفهومی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی (عباسی، ۱۳۹۶) تدوین شده که مراحل ساخت و امکان‌سنجی آن در پژوهش عباسی و حق‌شناس (۱۳۹۷) انجام شده است. این مداخله شامل تکنیک‌های شناختی، رفتاری و مجموعه‌ای از تکالیف خانگی است که با رویکرد مثبت‌نگر در دوازده گام صورت‌بندی شده است. این دوازده گام در چهار مرحله تنظیم شده است. مداخله آموزشی دارای راهبرد خویشتن‌داری است که با مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری در برابر محرک‌های بیرونی، میل جنسی را مدیریت می‌کند و بخشی از محتوای زندگی عقیفانه محسوب می‌شود. خویشتن‌داری به واسطه دو توانمندی انتخاب و اجتناب، مفهوم‌سازی و عملیاتی می‌شود. به این صورت که مهارگری و تاب‌آوری با انتخاب و اجتناب تحقق پیدا می‌کند؛ تقوا کارکرد مهارگری را به عهده دارد و صبر مایه قوام مهارگری، و با تاب‌آوری مرتبط است (عباسی، ۱۳۹۶). ویژگی‌های پژوهش عباسی و حق‌شناس

1. General Health Questionnaire (GHQ)

(۱۳۹۷) چنین است: ۱. آموزش تنظیم رفتار جنسی و شیوه‌های کنترل تحریکات جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی؛ ۲. افزایش اطلاعات نوجوانان در زمینه تنظیم رفتار جنسی؛ ۳. افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی نوجوانان در اعتدال جنسی؛ ۴. پرورش توانمندی‌های عقلی (از جمله شناخت، آگاهی، اشتیاق، و پرهیز) و توانمندی‌های اخلاقی (از جمله به تأخیر انداختن ارضا، تاب‌آوری، دوراندیشی، و ادراک نظارت / حیا).

ج. روش تحلیل داده‌ها

از آنجا که پژوهش حاضر شامل یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۱ است، طبق بیان لین و گاست^۲ (۲۰۱۴)، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل دیداری نمودارهای داده^۳ استفاده شده است. این تحلیل شامل دو بررسی بود: ۱. بررسی روند،^۴ تغییر سطح^۵ و وضعیت ثبات^۶ داده‌ها در دو مرحله خط پایه و درمان و مقایسه آنها؛ ۲. بررسی کارآمدی درمان با محاسبه درصد داده غیرهمپوش^۷ (PND) و درصد داده همپوش^۸ (POD). طبق نظر وند^۹ (۲۰۰۷، به نقل از: الرشید، هات و بنو، ۲۰۱۳)، اگر مقدار PND کمتر از ۵۰ درصد باشد، مداخله «غیرمعتبر (ناپایا)» است. در صورتی که PND بین ۵۰ تا ۷۰ درصد باشد، نشان‌دهنده «اثربخشی غیر قابل اعتماد» در مداخله است. مقدار ۷۰ تا ۹۰ درصد در PND نشان از «اعتبار نسبی» و بالای ۹۰ درصد نشان از «اثربخشی بالای» مداخله دارد. در این نوع تحلیل، مهم‌ترین روش برای ارزیابی تغییرات ناشی از برنامه مداخله، تحلیل مبتنی بر مقایسه بین دو شرایط خط پایه و مداخله است؛ از این‌رو، گام‌های تحلیل داده به دو بخش درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برمی‌گردند. برای محاسبه درصد بهبودی یا اندازه اثر^{۱۱} از روش «میانگین کاهش از خط پایه»^{۱۲} (MBLR) استفاده شد (کمپل، ۲۰۰۳، به نقل از: الرشید، هات و بنو، ۲۰۱۳).

1. Single Case Experimental Design

2. Lane, J. D.; Gast, D. L

3. Visul Analysis of Graphic of Data

4. Trend

5. Level

6. Stability

7. Percentage of Non Overlapping Data

8. Percentage of Overlapping Data

9. Wendt

10. Alresheed, F.; Hott, L. B.; Bano, C

11. Effect Size

12. Mean Baseline Reduction (MBLR)

د. شیوه اجرا

اجرای این بخش از پژوهش شامل سه اقدام کلی بود: ۱. پذیرش مشارکت‌کنندگان؛ ۲. ارزیابی‌ها در طرح؛ و ۳. گذراندن خط پایه و مداخله. به طور کلی، اجرای این مطالعه از پذیرش مشارکت‌کنندگان تا پایان اجرای مداخله حدود چهار ماه طول کشید. بازه زمانی این عملیات از تاریخ ۱۳۹۷/۰۲/۰۹ تا ۱۳۹۷/۰۵/۲۸ بود. بازه زمانی مربوط به مرحله پیگیری از تاریخ ۱۳۹۷/۰۵/۲۹ تا ۱۳۹۷/۰۸/۲۹ در نظر گرفته شد. با محاسبه سه ماه مرحله پیگیری، زمان کلی این مطالعه حدود هفت ماه بود. بررسی افراد متقاضی برای شرکت در مداخله نسبت به ملاک‌های ورود و خروج برابر با (N=۱۳) بوده است که تعداد افراد حذف‌شده در مراحل، ۱۰ نفر، و دارای ملاک‌های ورود و خروج، ۱۰ نفر، و افراد انصراف از ادامه مسیر بعد از اولین خط پایه، ۶ نفر، و افراد انصراف از ادامه مسیر بعد از اوایل خط مداخله، ۴ نفر بوده است. در نهایت، افراد شرکت‌کننده در طرح به طور کامل برابر با (N=۳) بوده است. هر سه مشارکت‌کننده در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مقیاس‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند. پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ) در تمام جلسات خط پایه، در تمام جلسات مداخله و در جلسات پیگیری، و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) در تمام جلسات خط پایه، و بعد از آخرین جلسه مداخله و همچنین در جلسات پیگیری به عنوان متغیر وابسته و برآیند اجرا شد.

هر سه مشارکت‌کننده هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت بین مشارکت‌کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود که این تفاوت در آنها به شکل تصادفی تعیین شد. اولین سنجش مرحله خط پایه در پایان جلسه مصاحبه تشخیصی انجام شد. سنجش‌های بعدی مرحله خط پایه به صورت هفتگی انجام شد. مراجع اول سه جلسه خط پایه، مراجع دوم پنج جلسه، و مراجع سوم هفت جلسه خط پایه را گذراندند. پژوهشگر، مداخله را به صورت انفرادی و هفتگی برای هر کدام از مشارکت‌کنندگان اجرا کرد. پژوهشگر به عنوان درمانگر، اصول مشاوره و روان‌درمانی را گذرانده است. مشارکت‌کنندگان به ترتیب وارد مداخله شدند. هر سه مشارکت‌کننده دوره مداخله را به پایان رساندند. بعد از شروع مداخله هم‌زمان با جلسه سوم مراجع اول، مراجع دوم وارد مداخله شد و هم‌زمان با جلسه پنجم مراجع اول و جلسه سوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد مرحله مداخله شد.

یافته‌های تحقیق

نمره هر یک از مراجعان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و دوره پیگیری بررسی شد. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) در تمام جلسات خط پایه، و بعد از آخرین جلسه مداخله و همچنین در جلسات پیگیری بررسی شد. یافته‌های پژوهش بر اساس تغییرات مشارکت‌کنندگان در هر یک از این مقیاس‌ها در ادامه آمده است.

۱. کارآمدی طرح‌نمای مداخله آموزشی در اضطراب کتل

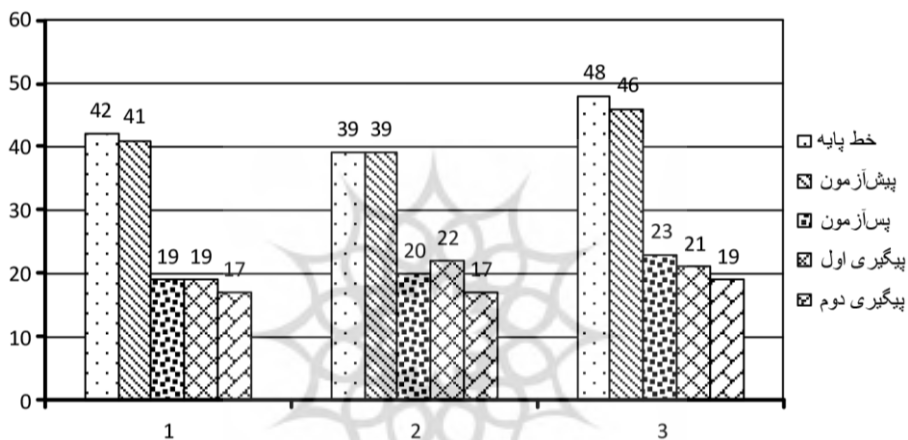
یافته‌های جدول ۱ و ۲ و نمودار ۱ نشان می‌دهد که هر سه مشارکت‌کننده در مرحله خط پایه در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، نمره‌های پایین‌تر از ۳۸ ندارند و بیانگر این است که به طور مشخص روان‌آزرده مضطرب باشند. اما مشارکت‌کننده سوم در اولین و دومین جلسه خط پایه با نمره ۴۸، نشان داده است که وی به وضوح به منظور اصلاح وضعیت خود نیاز به کمک دارد. روند نمرات دو مراجع (اول و سوم) در این مقیاس در دو مرحله خط پایه و پیش‌آزمون اندکی کاهش داشته است، اما بعد از جلسات مداخله در پس‌آزمون نمره هر سه مشارکت‌کننده در این مقیاس کاهش چشمگیری را نشان داده است. بخش چشمگیری از تغییرات به دست آمده در جلسات مداخله، در دوره پیگیری یک ماهه و سه ماهه نیز تداوم داشته است.

جدول ۱. نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل سنجش	مُراجع اول	مُراجع دوم	مُراجع سوم
خط پایه	۴۲	۳۹	۴۸
پیش‌آزمون	۴۱	۳۹	۴۶
پس‌آزمون	۱۹	۲۰	۲۳
درصد بهبودی	۵۴	۴۸	۵۱
بهبود کلی (n=۳)		۵۱	
پیگیری یک‌ماهه	۱۹	۲۲	۲۱
پیگیری سه‌ماهه	۱۷	۱۷	۱۹
درصد بهبودی	۵۶	۵۰	۵۷
بهبود کلی (n=۳)		۵۴	

طبق شاخص بهبودی گزارش‌شده در جدول ۱، درصد بهبودی مراجع اول در پایان جلسات مداخله بنا بر نمرات پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، ۵۴ درصد و برای مراجع دوم ۴۸ درصد و برای مراجع سوم ۵۱ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر

سه مشارکت‌کننده ۵۱ درصد است. این میزان از درصد بهبودی، که بالاتر از ۵۰ درصد است، نشان از کارآمدی مداخله در کاهش اضطراب بر اساس پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ) دارد. درصد بهبودی مُراجع اول در دوره پیگیری نیز ۵۶ درصد، برای مُراجع دوم ۵۰ درصد و برای مُراجع سوم ۵۷ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری ۵۴ درصد است. این میزان از درصد بهبودی پس از دوره پیگیری نیز که بالاتر از ۵۰ درصد است، نشان از پایداری اثر مداخله دارد.



نمودار ۱. نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییرات نمرات سه مشارکت‌کننده در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در نمودار ستونی ۱ مشخص است. این نمودار نشان می‌دهد که چگونه نمرات مشارکت‌کنندگان از خط پایه و پیش‌آزمون تا پس از جلسات مداخله کاهش پیدا کرده است.

طبق جدول ۲، درصد بهبودی در مُراجع اول ۱۸، در مُراجع دوم ۱۹ و در مشارکت‌کننده سوم ۲۶ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحله مداخله برابر با ۲۱ ($n=3$) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است، به گونه‌ای که پس از دوره پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مُراجع اول ۵۶، در مُراجع دوم ۴۹ و در مُراجع سوم ۵۸ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دوره پیگیری سه‌ماهه برابر با ۵۴ بوده است که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحله مداخله است.

جدول ۲. نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

مراحل سنجش			مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
مرحله خط پایه	اول	۴۲	۳۹	۴۸	
دوم		۴۲	۳۹	۴۸	
سوم		۴۱	۳۹	۴۹	
چهارم		-	۳۸	۵۰	
پنجم		-	۳۹	۴۷	
ششم		-	-	۴۶	
هفتم		-	-	۴۶	
دامنه تغییرات		۴۲ - ۴۱	۳۹ - ۳۸	۵۰ - ۴۶	
مرحله مداخله	جلسه اول	۴۱	۳۹	۴۶	
جلسه دوم		۴۳	۳۷	۴۰	
جلسه سوم		۳۹	۳۹	۳۷	
جلسه چهارم		۳۵	۳۳	۴۴	
جلسه پنجم		۳۴	۲۹	۳۱	
جلسه ششم		۲۷	۲۳	۲۵	
جلسه هفتم		۱۹	۲۰	۲۳	
دامنه تغییرات		۴۳ - ۱۹	۳۹ - ۲۰	۴۶ - ۲۳	
درصد بهبودی		۱۸	۱۹	۲۶	
بهبود کلی (n=۳)		۲۱			
پیگیری یک‌ماهه		۱۹	۲۲	۲۱	
پیگیری سه‌ماهه		۱۷	۱۷	۱۹	
درصد بهبودی		۵۶	۴۹	۵۸	
بهبود کلی (n=۳)		۵۴			

جدول ۳ شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی را برای مشارکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب کتل (CAQ) در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد. نمودار ۲ خط میانه داده‌ها و محفظه ثبات مربوط، و نمودار ۳ خط روند و محفظه ثبات خط روند برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ) را در مراحل خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

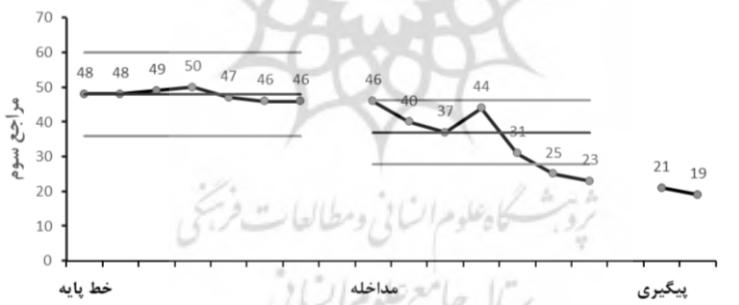
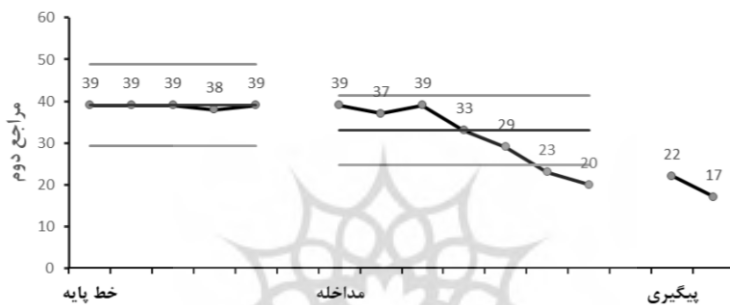
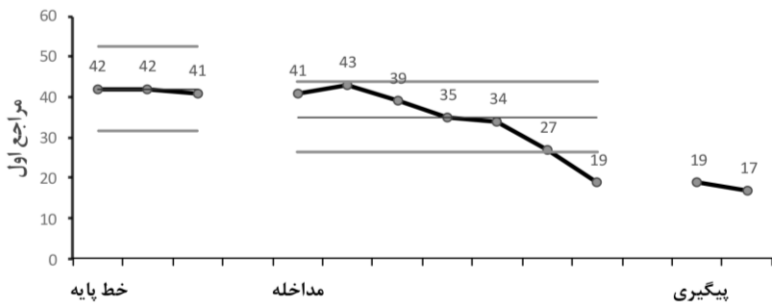


جدول ۳. شاخص‌های تحلیل دیداری درون‌موقعیتی مشارکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب کتل (CAQ)

شاخص‌ها		مرحله خط پایه			مرحله مداخله	
	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
مُراجعات	۳	۵	۷	۷	۷	۷
تعداد مشاهده	۳	۵	۷	۷	۷	۷
میانه	۴۲	۳۹	۴۸	۳۵	۳۳	۳۷
۲۵ درصد میانه خط پایه	۱۰/۵	۹/۷۵	۱۲	-	-	-
میانگین	۴۱/۶۶	۳۸/۸۰	۴۷/۷۱	۳۴	۳۱/۴۲	۳۵/۱۴
دامنه تغییرات	۴۱ - ۴۲	۳۸ - ۳۹	۴۶ - ۵۰	۱۹ - ۴۳	۲۰ - ۳۹	۲۳ - ۴۶
محفظه ثبات	۳۱/۵ - ۵۲/۵	۲۹/۲۵ - ۴۸/۷۵	۳۶ - ۶۰	۲۶/۲۵ - ۴۳/۷۵	۲۴/۷۵ - ۴۱/۲۵	۲۷/۷۵ - ۴۶/۲۵
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۶	۷۲	۷۲
وضعیت تغییرات محفظه ثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	متغیر	متغیر
میانه نیمه اول داده‌ها	۴۲	۳۹	۴۸	۴۱	۳۹	۴۰
میانه نیمه دوم داده‌ها	۴۱	۳۸/۵	۴۶	۲۷	۲۳	۲۵
تغییر سطح نسبی	- ۱	- ۱/۰۵	- ۲	- ۱۴	- ۱۶	- ۱۵
تغییر سطح مطلق	- ۱	- ۱	- ۴	- ۲۴	- ۱۹	- ۲۳
جهت روند	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
درصد داده‌های محفظه ثبات روند	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
وضعیت تغییرات محفظه ثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات

نمودار ۲ و میزان درصد داده‌های محفظه ثبات در جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس قاعده ۸۰ - ۲۰ (نک: والرئ و هریس،^۱ ۱۹۸۲) نمرات هر سه آزمودنی در مرحله خط پایه از ثبات برخوردار است، و در مرحله مداخله نمرات مشارکت‌کننده دوم و سوم متغیر، و نمرات مشارکت‌کننده اول باثبات است. این نشان می‌دهد وضعیت هر سه مشارکت‌کننده قبل از مداخله باثبات بوده و در مقابل، در مرحله مداخله برای دو مشارکت‌کننده تغییر کرده است؛ به عبارت دیگر، مداخله توانسته است در میزان سطح اضطراب مشارکت‌کنندگان دوم و سوم بر اساس مقیاس اضطراب، تغییر ایجاد کند. این تغییر برای مشارکت‌کننده اول نیز وجود دارد، اما طبق قاعده ۸۰ - ۲۰ باثبات محسوب می‌شود.

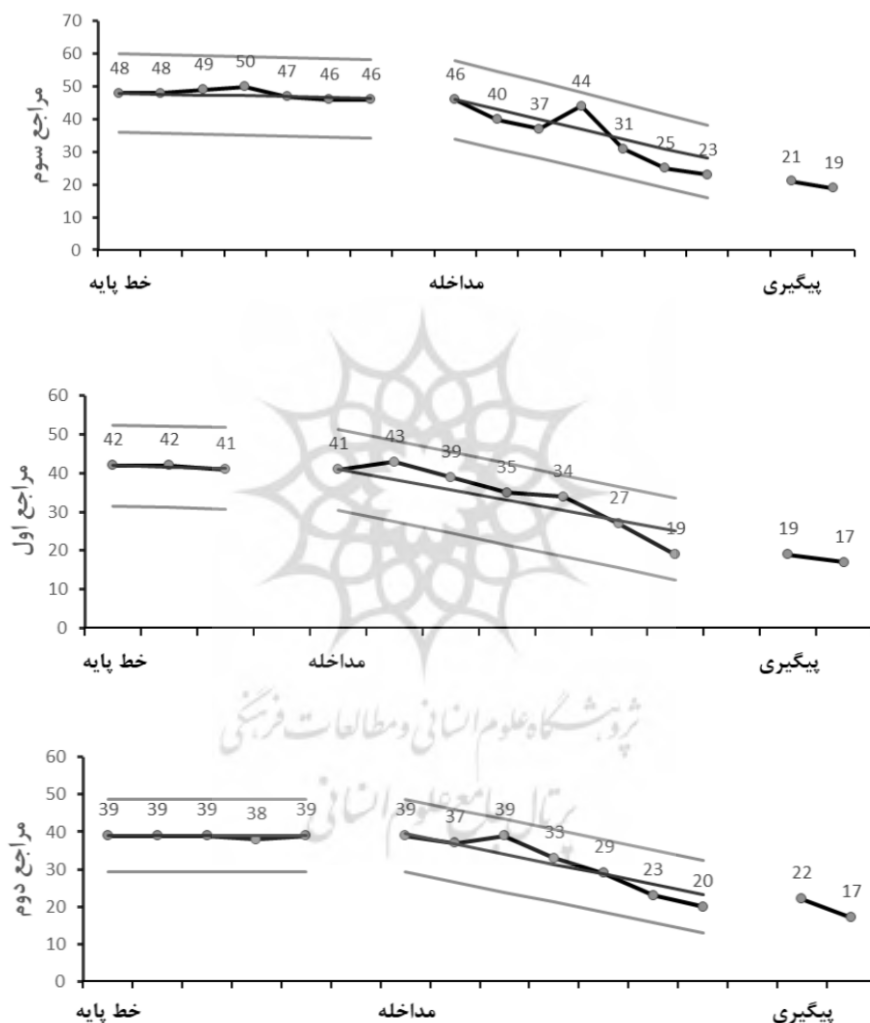
1. Wolery, M.; Harris, S. R.



نمودار ۲. خط میانه و محفظه ثبات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در مراحل خط پایه و مداخله

طبق نمودار ۲ و جدول ۳، بر اساس تغییر سطح نسبی و مطلق داده‌ها، هر سه مشارکت‌کننده در مراحل خط پایه و مداخله در نمره مقیاس اضطراب کتل (CAQ)، افزایش داشته‌اند. مقادیر تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد جهت روند مربوط به نمرات مقیاس اضطراب کتل (CAQ) برای مشارکت‌کنندگان، هم در خط پایه و هم در مداخله، نزولی است؛ یعنی وضعیت مشارکت‌کنندگان رو به بهتر شدن است. طبق جدول ۳ و نمودار ۳ مشخص است که میزان تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان در مرحله مداخله بیشتر از مرحله خط پایه بوده است که نشان می‌دهد مداخله در

روند تغییر، سرعت بیشتری ایجاد کرده است. به‌ویژه، فاصله تغییر سطح نسبی میان مرحله خط پایه (۱-) و مداخله (۱۴-) برای مشارکت‌کننده اول و مرحله خط پایه (۰۵- /-) و مداخله (۱۶-) برای مشارکت‌کننده دوم و مرحله خط پایه (۲-) و مداخله (۱۵-) برای مشارکت‌کننده سوم در خور توجه است.



نمودار ۳. خط روند و محفظه ثبات مربوط به آن برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ)، در

مراحل خط پایه و مداخله

طبق جدول ۳ و با توجه به نمودار ۳، یافته‌های مربوط به محفظه ثبات روند مشارکت‌کنندگان در

مقیاس اضطراب کتل (CAQ)، در مرحله مداخله نشان می‌دهد روند نزولی نمرات از ثبات برخوردار است که نشان از روند باثبات تغییر ناشی از مداخله است.

جدول ۴ شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی مشارکت‌کنندگان را در مقیاس اضطراب کتل (CAQ)، در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) مشارکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب کتل (CAQ)

نتایج		شاخص‌ها	
سوم	دوم	اول	مُراجعان
نزولی - نزولی	نزولی - نزولی	نزولی - نزولی	تغییر جهت روند
ثبات - ثبات	ثبات - ثبات	ثبات - ثبات	وضعیت ثبات - تغییر
۴۶	۳۸/۵	۴۱	میان‌نیمه دوم داده‌های خط پایه
۴۰	۳۹	۴۱	میان‌نیمه اول داده‌های مداخله
-۶	+۰/۵	۰	تغییر سطح نسبی
۴۶	۳۹	۴۱	آخرین نمره خط پایه
۴۶	۳۹	۴۱	اولین نمره مرحله مداخله
۰	۰	۰	تغییر سطح مطلق
-۱۱	-۶	-۷	تغییر میان‌نیمه
-۱۲/۵۷	-۷/۳۸	-۷/۶۶	تغییر میانگین
نزولی	نزولی	نزولی	نوع روند
% ۸۵/۷۱	% ۷۲/۴۲	% ۷۲/۴۲	PND
% ۱۴/۲۹	% ۲۸/۵۷	% ۲۸/۵۷	POD

بر اساس جدول ۴، تغییر سطح نسبی هر سه مُراجع، از این قرار است که برای مُراجع سوم (۶-). بوده که نشان می‌دهد تغییر چشمگیری از مرحله خط پایه به مرحله مداخله داشته است. در حالی که در مُراجع دوم تغییر سطح نسبی در نمرات در مقیاس اضطراب کتل (CAQ)، (۵/۰) مثبت بوده است. تغییر میان‌نیمه و میانگین نیز حاکی از کاهش نمرات اضطراب هر سه مشارکت‌کننده از جلسات خط پایه به جلسات مداخله است. میزان PND و POD در جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله

بررسی شده برای مشارکت‌کنندگان از اثربخشی نسبی برخوردار است که بیشترین اثربخشی را برای مراجع سوم (۸۵/۷۱٪) داشته و برای مراجع اول و دوم ۷۲/۴۲٪ اثربخشی داشته است. این موضوع حاکی از آن است که مداخله مد نظر از اثربخشی برخوردار است، اما از بررسی‌های بیشتر بی‌نیاز نیست.

۲. کارآمدی طرح‌نمای مداخله آموزشی در سلامت عمومی

یافته‌های جدول ۵ و نمودار ۵ نشان می‌دهد که دو مشارکت‌کننده در مرحله خط پایه در پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، نمره‌های بالاتر از ۶۰ دارند که بیانگر وخامت وضع مراجع آنها است. به این منظور که نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است. روند نمرات سه مراجع در این مقیاس در دو مرحله خط پایه و پیش‌آزمون اندکی کاهش داشته، اما بعد از جلسات مداخله در پس‌آزمون نمره هر سه مشارکت‌کننده در این مقیاس کاهش چشمگیری را نشان داده است. بخش چشمگیری از تغییرات به‌دست‌آمده بعد از جلسات مداخله، در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز تداوم داشته است.

جدول ۵. نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) (گلدبرک، ۱۹۷۲) در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل سنجش	مُراجع اول	مُراجع دوم	مُراجع سوم
خط پایه	۷۷	۷۶	۵۴
پیش‌آزمون	۷۴	۷۱	۴۹
پس‌آزمون	۳۳	۳۷	۲۳
درصد بهبودی	۵۶	۴۹	۵۵
بهبود کلی (n=۳)		۵۳	
پیگیری یک‌ماهه	۲۰	۲۱	۱۷
پیگیری سه‌ماهه	۱۶	۱۷	۹
درصد بهبودی	۷۶	۷۴	۴۹
بهبود کلی (n=۳)		۶۶	

طبق شاخص بهبودی گزارش‌شده در جدول ۵، درصد بهبودی مراجع اول در پایان جلسات مداخله بنا بر نمرات پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، ۵۶ درصد و برای مراجع دوم ۴۹ درصد و برای مراجع سوم ۵۵ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده ۵۳ درصد است. این میزان از درصد بهبودی، که بالاتر از ۵۰ درصد است، نشان از کارآمدی مداخله در

افزایش سلامت روان بر اساس پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) دارد. درصد بهبودی مراجع اول در دوره پیگیری ۷۶ درصد، برای مراجع دوم ۷۴ درصد و برای مراجع سوم ۴۹ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری ۶۶ درصد است. این میزان از درصد بهبودی پس از دوره پیگیری نیز که بالاتر از ۵۰ درصد است نشان از پایداری اثر مداخله دارد.

جدول ۶ نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراجع	خط پایه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم
۱	۷۷	۷۴	۳۳	۲۰	۱۶
۲	۷۶	۷۱	۳۷	۲۱	۱۷
۳	۵۴	۴۹	۲۳	۱۷	۳۷

تغییرات نمرات سه مشارکت‌کننده در سلامت عمومی (GHQ) در جدول ۶ مشخص است. این جدول نشان می‌دهد که چگونه نمرات مشارکت‌کنندگان از خط پایه و پیش‌آزمون تا پس از جلسات مداخله سلامت روان رو به افزایش بوده است. یافته‌های جدول ۵ و ۶ نشان می‌دهد که مشارکت‌کننده سوم در مرحله خط پایه نمره‌های بالاتر از ۵۵ را در پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) ندارد، که بیانگر سلامت متوسط در او است. بالاترین نمره سلامت عمومی برای مشارکت‌کننده دوم ۷۶ و برای مشارکت‌کننده اول ۷۷ بوده است که نشان از سلامت عمومی ضعیف در این دو مشارکت‌کننده است.

طبق جدول ۵، درصد بهبودی در مراجع اول ۵۶٪، در مراجع دوم ۴۹٪ و در مشارکت‌کننده سوم ۵۵٪ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحله مداخله برابر با ۵۳٪ (n=۳) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است، به گونه‌ای که پس از دوره پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مراجع اول ۷۶٪، در مراجع دوم ۷۴٪ و در مراجع سوم ۴۹٪ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دوره پیگیری سه‌ماهه برابر با ۶۶٪ بوده است که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحله مداخله است.

با توجه به جدول ۶، کاهش نمرات سلامت عمومی هر سه مشارکت‌کننده از جلسات خط پایه به جلسات مداخله، حاکی از این است که مداخله اثر چشمگیری بر مشارکت‌کنندگان در افزایش سلامت عمومی داشته است که در کنار پرسش‌نامه کتل با توجه به میزان PND و POD در جدول ۴، این یافته را تقویت می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی، به گونه‌ای معنادار، اضطراب ناشی از مشکلات جنسی را کاهش، و سلامت روانی را افزایش داده است. در این مداخله آموزشی، نوجوانان پسر از پیامدهای رفتارهای پُرخطر جنسی آگاه می‌شوند و یاد می‌گیرند که تکانه‌ها و درگیری‌هایشان را با توجه به مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی کنترل کنند که محتوای روایی و کارآمدی این بسته بررسی شد (عباسی و حق‌شناس، ۱۳۹۷). به طور کلی، مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی برای رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زای جنسی به نوجوان کمک می‌کند که در بحران‌ها، خویشتن‌داری را جایگزین ارضای جنسی خارج از چارچوب کند تا از سلامت عمومی نسبی خوبی برخوردار باشد. از این رو، یافته‌های پژوهش نشان داد مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی توانسته است نشانگان اضطراب را کاهش، و سلامت عمومی را افزایش دهد. این یافته‌ها عبارت‌اند از: اضطراب نوجوان پسر بر اساس پرسش‌نامه اضطراب کتل (CAQ) روند رو به بهبود داشت و کاهش آن در هر سه مشارکت‌کننده دیده شد؛ نمرات هر سه مشارکت‌کننده در مرحله مداخله بر اساس مقیاس اضطراب کتل (CAQ) روند نزولی باثبات را نشان داده است؛ نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب کتل (CAQ) روند نزولی بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) داشت؛ میزان PND در مقیاس اضطراب کتل (CAQ) برای هر سه مُراجع بین ۷۰ تا ۹۰ درصد بود، به طوری که مُراجع اول و دوم ۷۲/۴۲ درصد و مراجع سوم ۸۵/۷۱ درصد بوده است که نشان از اعتبار نسبی مداخله دارد. با مقایسه درصد بهبودی پیگیری‌های یک‌ماهه و سه‌ماهه اضطراب و سلامت عمومی در این پژوهش، برای مشارکت‌کننده اول، تأثیر مداخله آموزشی بیشتر بر روی افزایش سلامت عمومی بوده است و برای مشارکت‌کننده سوم تأثیر مداخله آموزشی بیشتر بر روی کاهش اضطراب بوده و برای مشارکت‌کننده دوم تأثیر مداخله آموزشی بر روی کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی به یکسان بوده است. این یافته‌ها در میان مُراجعانی بود که به رفتارهای جنسی مبتلا بودند و از جهت سلامت عمومی و اضطراب، نمرات بالایی داشتند که نشان از شدت اضطراب و کاهش سلامت عمومی دارد. بر اساس مقیاس اضطراب کتل (CAQ)، اضطراب در مُراجع سوم شدید بود و مُراجع اول و دوم به طور مشخص روان‌آزرده مضطرب بودند. بر اساس مقیاس سلامت عمومی (GHQ)، سلامت عمومی مُراجع اول و دوم شدید، و مُراجع سوم نزدیک به شدید بود. بنابراین، یافته‌های به‌دست‌آمده

از این پژوهش بیانگر کارآمدی مداخله در کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی است. در این صورت، نتایج پژوهش با یافته‌های متعددی از محققان که بر نقش آموزش خویش‌داری جنسی در ایجاد بهداشت روانی تأکید دارند، هماهنگ است (حنیفی و همکاران، ۲۰۰۰؛ میلان و همکاران، ۱۹۹۵؛ راسل و همکاران، ۱۹۹۲؛ بریمن و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاظمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ رحمانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). از این‌رو تنظیم رفتار جنسی به نوجوانان پسر دارای اضطراب و سلامت عمومی کم، کمک می‌کند سطح مناسبی از سلامت عمومی و همچنین کاهش اضطراب را فرا گیرند؛ چراکه در مداخله خویش‌داری جنسی، نوجوان با پیامدهای نابهنجار ارضای جنسی خارج از چارچوب هشیار می‌شود که به فعال‌سازی هیجانی راجع به عواقب رفتارهای نامناسب جنسی می‌انجامد و در جلسات مشاوره از وضعیت خود در هنگام بروز رفتارهای نامناسب و لزوم اقدام‌های مناسب آگاه می‌شود. سپس با برنامه‌ای فردی اجتماعی و طرح‌ریزی سبک زندگی کارآمد جنسی با هدف تقویت توانمندی اخلاقی، از جمله حیا، و خودارزیابی فردی، در توانمندی‌ها و ضعف‌های خویش‌داری روبه‌رو می‌شود تا برای مهارگری در موقعیت‌ها و فعالیت‌های عادی روزمره فعال شود و در پایان با راهبردهایی برای نگه‌داشت خویش‌داری، به‌ویژه در موقعیت‌های تنش‌زای جنسی، آشنا می‌شود و با تکالیف خواسته‌شده به منظور پایدارسازی تغییرات مثبت و مهار فرآیندهای وسوسه‌انگیز در تثبیت سبک زندگی عقیفانه اقدام می‌کند.

با توجه به یافته پژوهش حنیفی (۲۰۰۰) درباره اثربخشی آگاهی از ایدز بر دانش افراد در بین پاسخ‌دهندگان بی‌سواد بیشتر بود و تأثیر نسبتاً کمتری بر پاسخ‌دهندگان تحصیل‌کرده داشت. از این‌رو این یافته نشان می‌دهد که فعالیت‌های آگاهی‌بخشانه‌ای می‌تواند مؤثر باشد که از جهت محتوا برای تأثیر آگاهی‌بخشی اظهار نیاز کرده باشند. در پژوهش میلان و همکاران (۱۹۹۵) نتیجه‌گیری شده است که دانش درباره تمایلات جنسی در میان نوجوانان کم‌درآمد ناچیز است. از این‌رو مداخله حاضر برای مؤثرتر کردن آگاهی‌بخشی و دانش‌افزایی راجع به چگونگی کنترل تمایلات جنسی از محتوایی غنی برخوردار است. نتایج پژوهش کاظمی رضایی و همکاران (۱۳۹۶) با هدف تعیین اثربخشی آموزش خویش‌داری جنسی بر رضایت از زندگی و شادکامی نشان می‌دهد میانگین نمرات شادکامی در طول زمان به طور معناداری تغییر کرده، و تأثیر مداخله بر رضایت نیز معنادار شده است. به عبارتی، میانگین نمرات شادکامی و رضایت در گروه آزمایش

پس از آموزش بالاتر از گروه کنترل بود. نتایج پژوهش رحمانی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد آموزش تربیت جنسی نوجوانان هم بر خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان و هم بر خطرپذیری جنسی دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد. در پایان، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی توانسته است نشانگان اضطراب را کاهش، و سلامت عمومی را افزایش دهد.

محدودیت‌های حاضر در اجرای روش این پژوهش عبارت است از: ۱. در مطالعات تک‌آزمودنی سنجش مکرر ممکن است باعث ایجاد یادگیری شود و در نتیجه، افزایش نمرات مراجعان به غیر از تأثیر مداخله را به دنبال داشته باشد. می‌توان این موضوع را محدودیت طرح آزمایشی به‌کاررفته در این پژوهش دانست؛ ۲. در فرهنگ ایرانی، گفت‌وگو درباره مشکلات رفتارهای جنسی و در میان گذاشتن این مسائل، تابو شمرده می‌شود. این محدودیت باعث می‌شود در مانگر در پاسخ‌دهی صحیح به برخی از مراجعان، با صداقت کمتری روبه‌رو شود.

در پایان، پیشنهاد می‌شود کارآمدی این مداخله در گروه درمانی نیز بررسی شود؛ و چون دختران تفاوت ساختاری در نظام برانگیختگی جنسی دارند و بیشتر با گفت‌وگو برانگیخته می‌شوند و در ارتباطات با غیرهمجنس بیشتر مسائل عاطفی برایشان مهم است تا مسائل جنسی، لازم است پژوهش مستقلی درباره سبک عفت‌ورزی و خویش‌داری دختران صورت گیرد و کارآمدی مداخله مدیریت رفتار جنسی در آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی نیز انجام شود تا طبق الگوی مرحله‌ای کارآمدی کامل و اثربخشی آن بررسی گردد.

فهرست منابع

قرآن کریم.

ابن بابویه، محمد بن علی (۱۴۱۳). من لایحضره الفقیه، قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم، چاپ دوم.

رحمانی، احسان؛ عارفی، مختار؛ افشاری‌نیا، کریم؛ امیری، حسن (۱۳۹۷). «طراحی بسته آموزشی تربیت جنسی نوجوانان مبتنی بر فرهنگ ایرانی و اثربخشی آن بر خودکارآمدی اجتماعی و خطرپذیری جنسی در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول»، در: علوم روان‌شناختی، ش ۱۷ (۷۰)، ص ۷۳۵ - ۷۴۴.

سالاری فر، محمدرضا؛ شجاعی، محمدصادق؛ موسوی اصل، سید مهدی؛ دولت‌خواه، محمد (۱۳۹۸). بهداشت روانی با نگرش به منابع اسلامی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، پژوهشگاه تحقیق و توسعه علوم انسانی.

سلطانی‌زاده، محمد؛ لطیفی، زهره؛ افیونی اکبری، مهناز (۱۳۹۷). «نقش واسطه‌ای ارزش‌های شخصی در پیش‌بینی خویش‌داری جنسی بر اساس رابطه مادر - دختر، اخلاق اسلامی و هوش معنوی دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان»، در: مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، س ۳، ش ۲ (۷)، ص ۸۷ - ۱۱۶.

سیف، علی‌اکبر (۱۳۹۰). ساختن ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهشی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: دیدار.

شریف‌الرضی، محمد بن حسین (۱۴۱۴). نهج البلاغه، تحقیق: صبحی صالح، قم: هجرت، چاپ اول.

عباسی، مهدی (۱۳۹۶). الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی، قم: پژوهشگاه قرآن و حدیث، سازمان چاپ و نشر دارالحدیث.

عباسی، مهدی؛ حق‌شناس، محمدحسین (۱۳۹۷). ساخت و امکان‌سنجی بسته آموزشی تنظیم رفتار جنسی بر اساس الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی برای دوره بلوغ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی گرایش مثبت‌گرا، دانشگاه قرآن و حدیث.

علی‌رضایی مطلق، مرجان؛ اسدی، زینب (۱۳۸۸). «تأثیر رفتاردرمانی شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر»، در: پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ش ۳۱، ص ۲۵ - ۳۴.

فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۶). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی ۱، تهران: بعثت، چاپ چهاردهم.

قربانی، مهسا؛ زمانی علویجه، فرشته؛ شهری، پروین؛ زارع، کوروش؛ مرعشی، طیبه (۱۳۹۴). «شناخت کنجکاوی‌های جنسی کودکان: مقدمه‌ای بر آموزش و ارتقای سلامت جنسی آنان»، در: آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دوره ۳، ش ۳، ص ۱۹۸ - ۲۱۰.

کاظمی رضایی، سید ولی؛ همتی گروسی، سجاد؛ حسنی، جعفر؛ کاظمی رضایی، سید علی (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش خویش‌داری جنسی بر رضایت از زندگی و شادکامی در دانشجویان پسر»، در: پژوهش پرستاری ایران، ش ۵۱، ص ۵۱ - ۵۶.



- کوراز، جی. (۱۳۸۶). رئوس مطالب آسیب‌شناسی روانی عمومی: بیماری‌های روانی، ترجمه: محمد منصور و پریخ دادستان، تهران: رشد.
- گریدانوس، دونالد ای. (۱۳۹۶). مراقبت از نوجوانان، ترجمه: پوریا صرامی فروشانی، بزرگ‌مهر مطهری، تهران: رشد.
- لطف‌آبادی، حسین (۱۳۸۰). روان‌شناسی رشد ۲: نوجوانی، جوانی و بزرگسالی، تهران: سمت.
- لیثی واسطی، علی بن محمد (۱۳۷۶). عیون الحکم والمواعظ، قم: دار الحدیث، چاپ اول.
- معرف‌زاده، صدیقه؛ سودانی، منصور؛ شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۹). «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای اسلام برگرفته از آیات قرآن بر کاهش اضطراب دختران دبیرستان‌های اهواز»، در: روان‌شناسی تربیتی، دوره ۱، ش ۳، ص ۱۹ - ۳۲.
- منصور، محمود (۱۳۹۵). روان‌شناسی ژنتیک تحول روانی از تولد تا پیری، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- وزیری، مجید (۱۳۸۳). حقوق متقابل کودک و ولی در اسلام و موارد تطبیقی آن، تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- Alresheed, F.; Hott, L. B.; Bano, C. (2013). "Single Subject Research: A Synthesis of Analytic Methods", in: Journal of Special Education Apprenticeship, Vol. 2, No. 1, pp. 1 - 18.
- Barlow, D. H.; Hersen, M. (1984). Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change, Boston: Allyn Bacon.
- Berryman, J. C.; Symthe, P. K.; Taylor, A.; Lamont, A.; Joiner R. (2000). Developmental Psychology and You, BPS Blackwell.
- Best Friend Foundation (3 Oct. 2015). What is Best Friends? A Character Education and Risk Avoidance Program for Girls, Retrieved from: www.bestfrindsfoundation.org/BFWhatWeBelive.
- Chambless, D. L.; Baker, M. J.; Baucom, D. H.; Beutler, L. E.; Calhoun, K. S.; Crits - Christoph, P.; Woody, S. R. (1998). "Update on Empirically Validated Therapies", II. In: The Clinical Psychologist, No. 51, pp. 3 - 16.

Collins, C.; Alagiri, P.; Summers, Todd (March 2002). "Abstinence Only vs. Comprehensive Sex Education: What are the Arguments? What is The Evidence?", Policy Monograph Series, Retrieved from: ari.ucsf.edu/pdf/abstinence.pdf

Conger, J. J.; Peterson, A. C. (1984). *Adolescence and Youth*, N. Y. Harper and Row.

Cozby, P. C. (2012). *Methods in Behavioral Research*, Mc Graw _ Hill Primis.

Gallo, K. P.; Comer, J. S.; Barlow, D. H. (2013). "Single _ Case Experimental Designs and Small Pilot Trial Designs", In: Jonathan S. C. & Philip C. K. (Eds.). *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology*, pp. 24 _ 39, Oxford: Oxford University Press.

Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, London: Oxford University Press.

Gullotta, T. P.; Adams, G. R.; Motemayor, R. (Eds.) (1993). *Adolescent Sexuality*, Newbury Park, CA: Sage.

Halstead, M.; Reiss, M. (2003). *Values in Sex Education: From Principles to Practice*, Routledge.

Hanifi, S. M.; Hossein, M.; Aziz, A. (2000). "Effects of an AIDS Awareness Campaign on Knowledge about AIDS in a Remote Rural Area of Bangladesh", in: *International Quarterly of Community Health Education*, No. 19, pp. 15 _ 63.

Hauser, D. (2004). "Five Years of Abstinence _ only _ until _ Marriage Educational: Assessing the Impact", Washington DC: *Advocates for Youth*, Retrieved from: www.advocatesforyouth.org

Hope Pregnancy Center (3 Oct. 2015). *Sexual Abstinence*, Retrieved from: www.philadelphiapregnancy.org/sexualhealth_abstinence.php.

Lane, J. D.; Gast, D. L. (2014). "Visual Analysis in Single Case Experimental Design Studies: Brief Review and Guidelines", in: *Neuropsychological Rehabilitation*, No. 24 (3 _ 4), pp. 445 _ 463.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*, London: Oxford University Press.



- Levine, J. (2002). *Harmful to Minors: The Perils of Protecting Children from Sex*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Millan, T.; Valenzuela S.; Vargas, N. A. (1995). "Reproductive health in adolescent students: knowledge attitudes and behavior in both sexes", in: *A Community of Santiago, Revista Medica de Chile*, No. 123 (3), pp. 368 - 75.
- Piaget, J.; Inhelder, B. (1972). *The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence*, London: Basic Books.
- Radhakrishnan, S. (3 oct. 2015). "Doing it Without Sex; Showing Your Care and Love without Sex: Society for Empowerment and Wholistic Advancement", Retrieved from: <http://www.sewa.org.gy/node/11>.
- Rector, R. E.; Johnson, K. A.; Marshall, J. A. (2004). *Teens Who Make Virginity PLEDges Have Substantially Improved Life Outcomes*, The Heritage Foundation.
- Russell - Brown, P.; Rice J. C.; Hector, O.; Bertrand, J. T. (1992). "The Effect of Sex Education and Adolescent in ST. Kitts - Nevis", in: *Boletin de la oficina Sanitaria Pan Americana*, No. 112 (5), pp. 413 - 24.
- Sexual Abstinence & Family Education (SAFE) Inc. (1995). *Abstinence Programs Works*, Newsletter Archive, Vol. 5.
- Silver Ring Thing (2015). *What is Silver Ring Thing?* Retrieved from: www.silverringthing.com/whatisrtr.
- Steinberg, L.; Bronstein, M. H.; Vandell, D. L.; Rook, K. S. (2011). *Lifespan Development: Infancy through Adulthood*, Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- The National Federation for Catholic Youth Ministry (2006). *True Love Waits, An Abstinence Resource*.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Safe Health Care Waste Management: Policy Paper*, Geneva: World Health Organization.
- Wolery, M.; Harris, S. R. (1982). "Interpreting Results of Single - subject Research Designs", in: *Physical Therapy*, Vol. 62, No. 4, pp. 445 - 452.