

توانمندی مقابله‌ای جوانان در انتظار ازدواج در تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی: تهیه طرح‌نما و امکان‌سنجی آن بر افزایش خویش‌داری جنسی

The Coping Capacity of Marriage-Awaiting Youth for Sexual Behavior Regulation with an Islamic-Based approach: Developing the Protocol, and its feasibility to Enhancing Sexual Self-Restraint

کهر مهدی عباسی / استادیار گروه روان‌شناسی اسلامی پژوهشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

محمدحسین حق‌شناس / دکتری روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

سیداحمد حسینی بهارآنجی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

✉ Mahdi Abbasi / Assistant Professor of Islamic Psychology, Research Institute of Quran and Hadith, Qom, Iran ym.abbasi@gmail.com

Mohammad Hossein Haghsheenas / Ph.D. Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran m.h.haghsheenas2976@gmail.com

Seyyed Ahmad Hosseini Baharanchi / Master's degree in Positive Islamic Psychology, University of Quran and Hadith, Qom, Iran hoseini.ahmad82@gmail.com

Abstract

This study aimed to develop a coping intervention method based on the Islamic model of sexual behavior regulation to enhance sexual self-restraint among young adults awaiting marriage (aged 21–35). To this end, the objectives, techniques, and tasks of the intervention method were designed, its content validity was assessed, and its effectiveness in increasing sexual self-restraint was evaluated. Expert opinions were utilized to examine the content validity of the intervention method. To assess the effectiveness of the therapeutic protocol, a single-case experimental design with a multiple baseline and a sample of three young adults was employed. The techniques and tasks of the coping intervention based on the Islamic model of sexual behavior regulation, were developed in five steps. The content validity of the

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تدوین مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در افزایش خویش‌داری جنسی جوانان در انتظار ازدواج (۳۵-۲۱ سالگی) انجام شده است. بدین منظور اهداف، فنون و تکالیف این مداخله طراحی، روایی محتوای آن بررسی و در نهایت، کارآمدی آن در افزایش خویش‌داری جنسی بررسی شده است. برای بررسی روایی محتوای مداخله از نظر کارشناسان استفاده شد. در بررسی کارآمدی طرح‌نمای درمانی از یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه و نمونه سه نفری شامل جوانان استفاده شد. فنون و تکالیف مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در پنج گام به‌دست آمد. روایی محتوای طرح‌نما نیز برای تمامی راهبردها و برخی از اهداف عملیاتی، فنون و تکالیف

protocol was confirmed for all strategies and some operational objectives, techniques, and tasks based on the evaluations of six experts. In the single-case experimental design, findings showed that all three participants exhibited an increasing and improving trend in the sexual self-restraint scale (79%) following the intervention administration. Visual analysis revealed 100% non-overlapping data for the second participant and 83% for the first participant on the sexual self-restraint scale, indicating the intervention's effectiveness. A significant portion of the changes observed, persisted during the one-month and three-month follow-up periods. The results suggest that the therapeutic protocol based on the Islamic model of sexual behavior regulation is an effective coping intervention method for enhancing sexual self-restraint.

Key words: Coping intervention, sexual behavior management, sexual self-restraint, young adults awaiting marriage, feasibility.

در اظهارنظر شش کارشناس تأیید شد. در طرح آزمایشی تک‌آزمودنی، یافته‌ها نشان داد هر سه مراجع با شروع مداخله روند افزایشی و رو به بهبودی را در مقیاس خویش‌داری جنسی (۷۹ درصد) نشان دادند. میزان ۱۰۰٪ درصد داده غیرهمپوش مربوط به تحلیل دیداری در مقیاس خویش‌داری جنسی برای مراجع دوم، و ۸۳٪ درصد برای مراجع اول نشان داد که مداخله طراحی شده از کارآمدی برخوردار است. بخش عمده‌ای از تغییرات به‌وجودآمده در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه ادامه پیدا کرد. نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌نمای درمانی مبتنی بر الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی مداخله‌ای مقابله‌ای است که در افزایش خویش‌داری جنسی تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: مداخله مقابله‌ای، مدیریت رفتار جنسی، خویش‌داری جنسی، جوانان در انتظار ازدواج، امکان‌سنجی.

مقدمه

یکی از موضوعاتی که جوانان تا پیش از ازدواج، ذهن آنها را به خود مشغول کرده است، فشارهای جنسی و نبود زمینه مناسب برای پاسخگویی به این نیاز است. از ابتدایی‌ترین گام برای رهایی از آن توجیه‌شناختی است که اسلام به آن تأکید دارد؛ چراکه حضرت یوسف علیه السلام برای خودداری از آلودگی به گناه، در آن هنگام به یک عامل شناختی (برهان) توجه کرد (طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۱۱، ص ۱۲۷؛ تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ج ۲، ص ۲۴۵). انسان رشدیافته کسی است که بتواند بر «تمایلات آنی» خود غلبه کند و با در نظر گرفتن مصالح آتی آنها را به عقب بیندازد (فلاول، ۱۹۹۸، به نقل از: گلزاری، ۱۳۹۰). خویش‌داری جنسی مؤثرترین راه حفاظت از مشکلات فیزیکی و بارداری‌های ناخواسته و به‌عنوان انتخابی برتر، ما را مأمور ساخته است تا به جوانان خود، چیزهایی را تعلیم دهیم که آنها را مجهز می‌سازد تا تصمیمات سالم و

مسئولانه درباره رابطه جنسی تا هنگام ازدواج بگیرند (گیش، ۲۰۰۰، به نقل از: گلزاری، ۱۳۹۰)؛ از این رو مراجع فرهنگی جامعه و بسیاری از والدین‌ها در ایران، بر هنجارها و ارزش‌های سنتی و توصیه به خویش‌داری که از آموزه‌های اسلامی نشئت گرفته است، تأکید می‌کنند.

بخش درخور توجهی از این جوانان، تحت تأثیر فشارهای جنسی و ساده نبودن برطرف کردن این نیاز از مسیر ازدواج و همچنین نداشتن مهارت لازم در خویش‌داری جنسی و عدم توانایی در مدیریت رفتار جنسی، بر اثر تغییر نگرش‌ها و ارزش‌هایشان، به صورت آشکار یا پنهان، روی به رفتارهای پرخطر جنسی آورده و الگوهای خارج از چارچوب را برای حل این مشکل پیش می‌گیرند. طبق آمارها، در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷ از ۱۴۱۵۵۲ دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسط در کل کشور تعداد ۱۰۵۰۴۵ (۷۴/۳ درصد) دارای رابطه با جنس مخالف بودند؛ همچنین تعداد ۲۴۸۸۹ نفر (۱۷/۵ درصد) همجنس‌گرا بودند. البته کلمه رابطه با جنس مخالف و همجنس‌گرایی می‌تواند طیف معنی داشته باشد و لزوماً نباید احتمال افراطی‌ترین حالت‌ها را داد. در همین گزارش آمده است که گلزاری در مورد نحوه ارتباط دخترها با جنس مخالف اظهار داشت: «این دوستی‌ها و رابطه‌ها در طیفی از گفت‌وگوی تلفنی، تماس از طریق چت اینترنتی، ملاقات حضوری در مراکز عمومی، تماس خصوصی در خلوت، ارتباط جسمی و رابطه جنسی را شامل می‌شود». بر اساس این بیان معلوم می‌گردد که رابطه‌ها و تماس‌های مرحله آخر (جسمی و جنسی) بسیار کم و احتمالاً زیر ۱۰ درصد است (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۳).

خویش‌داری و تنظیم رفتار جنسی، کنترل هدفمند رفتار جنسی از طریق فرایندهای نظارت‌گری (نگهداشتن یک رکورد از رفتار)، ارزیابی فردی و محیطی (ارزیابی اطلاعات به‌دست‌آمده در طول فرآیند خودنظارت‌گری) تقویت‌دهی (دادن پاداش برای رفتار مناسب یا برای رسیدن به هدف) و تنبیه می‌باشد، که در نهایت به سلامت روانی و آرامش روحی با تأکید بر افزایش خویش‌داری جنسی دست خواهد یافت (عباسی، ۱۳۹۶). در تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی، نگاه دین به میل جنسی رویکرد جامعی است که شامل پیشگیری و درمان می‌شود و بیشترین اهمیت را به پیشگیری داده است. تدبیر عمدتاً پیشگیرانه اسلام برای جوانان در انتظار ازدواج، راهکار خویش‌داری یعنی کنترل مؤثر غریزه جنسی است و در صورت بروز آسیب، اجمالاً این راهکار می‌تواند درمان‌کننده نیز باشد. در منابع اسلامی از عفت‌ورزی و خویش‌داری جنسی با عنوان حصن یاد شده است؛ از این رو تنها راهبرد دوران جوانی به غیر از ازدواج، برای مصون ماندن از خطرهای موجود، مهارت خویش‌داری جنسی است؛ چراکه مهارت خویش‌داری، اجزای اساسی‌اش را از تقوا و صبر می‌گیرد (عباسی، ۱۳۹۶). در منابع دینی و در سنت اسلامی مفهوم خویش‌داری جنسی با واژه «عفت» و مشتقات آن به کار برده می‌شود. به‌طور کلی

لغت‌شناسان عفت را به معنای وضعیت روان‌شناختی بازداري می‌دانند که از طريق تلاش و تمرين به‌دست می‌آيد (ابن‌منظور، ۱۴۱۴ق، ج ۹، ص ۲۵۳؛ فراهیدی، ۱۴۰۹ق، ج ۱، ص ۹۲؛ ابن‌فارس، ۱۴۰۴ق؛ راغب اصفهانی، ۱۳۷۴، ص ۵۷۳؛ مصطفوی، ۱۴۳۰ق، ج ۸، ص ۱۸۰). مفهوم مقابل عفت، شهوت است که به هرگونه خواهش نفس و ميل و رغبت به لذت‌های مادی اطلاق می‌شود (مکارم شیرازی، ۱۳۷۷، ج ۲، ص ۲۸۴). بر اساس تحليل لغوی، قرآنی و روایی می‌توان نتیجه گرفت یکی از معانی قطعی و مشهور عفت، خودمهارگری جنسی است که در پی تلاش و تمرين، به وضعیت روانی ثابتی تبدیل می‌شود (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۵، ص ۳۰۱)؛ ازاین‌رو برای افزایش خویش‌داری از مهارت مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی می‌توان بهره برد.

به نظر ایندلر^۱ و پارکر^۲ (۱۹۹۴) راهبردهای مقابله‌ای به سه دسته تکلیف‌مدار یا مسئله‌مدار^۳، هیجان‌مدار^۴ و راهبرد اجتناب‌مدار تقسیم می‌شود. مهارت‌های مقابله‌ای این‌گونه تعریف می‌شود که تلاش پیوسته در تغییر شناخت و رفتار، به هدف مدیریت تقاضاهای خاص بیرونی و یا درونی که پُرزوتر، فشارآورنده و افزون‌تر از منابعی برآورد می‌شوند که در اختیار فرد است (هفرن و بونیول، ۱۳۹۴، ص ۱۶۹). بر اساس این تعریف، مقابله فرایندی است دائماً در حال تغییر و با الگوی آموخته‌شده‌ای برای پاسخگویی به موقعیت‌های تنش‌زا که نیازمند تلاش فرد برای مواجهه با استرس است. از جمله امور مهم در این رابطه ارزیابی فرد از توانایی‌های خودش برای رویارویی با مسئله است و اگر فرد احساس ناتوانی بکند با وجود همه مهارت‌هایی که آموخته، نخواهد توانست از عهده مشکل برآید. ارزیابی افراد از توانایی خود برای رویارویی با مسائل طی سه مرحله شکل می‌گیرد که در شکل دادن به رفتارهای مقابله‌ای خیلی مؤثر است: در مرحله اول یا برآورد اولیه، فرد به ارزیابی موقعیت پیش‌بینی‌کننده استرس و تهدید می‌پردازد؛ در مرحله دوم یا برآورد ثانویه، فرد به ارزیابی توانایی خود جهت انجام دادن کاری در ارتباط با موقعیت استرس‌زا می‌پردازد؛ در مرحله سوم فرد به ارزیابی مجدد موقعیت می‌پردازد که آیا قضاوت او از موقعیت یا منابع موجود برای رویارویی درست بوده است یا نه؟ او رفتارهای خود را بر این اساس تعدیل و بازسازی می‌کند (دفاعی، ۱۳۷۶).

با نگاهی روان‌شناختی چگونگی رابطه اصطلاحات کاربردی همچون خودمهارگری، تأخیر ارضا، خودنظم‌بخشی، تعالی و بازداري پاسخ با خویش‌داری و مدیریت رفتار جنسی را می‌توان این‌گونه تبیین

-
1. Endler, N. S.
 2. Parker, J. D. A.
 3. Problem-focused
 4. Emotion-focused

کرد: روان آدمی دارای مجموعه‌ای از کنش‌ها با عنوان «کنش‌های اجرایی خود» است که برخی از آنها در حیطه تنظیم خویشتن و حالات مختلف آن، با هدفی مشخص فعالیت می‌کنند (خودنظم‌بخشی)؛ از این میان، برخی فرایندهایی که از سوی خویشتن تنظیم می‌شوند، از نوع هشیارانه و ارادی‌اند و به‌منظور دستیابی به اهداف عالی‌تر انسانی، نیازمند تلاش فرد هستند (خودمهارگری)؛ برای دستیابی به این توانایی، لازم است فرد، نخست، ارضاهای فوری را به تأخیر اندازد (تأخیر ارضا) و در برابر نتایج بلندمدت که هم‌اکنون حضور فیزیکی ندارند، واکنش نشان دهد (تعالی) و سپس به بازداری از برخی کنش‌ها در برابر برخی دیگر اقدام کند (بازداری پاسخ) (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۵، ص ۷۰).

بر اساس تحقیقات انجام‌شده برنامه‌های مدیریت رفتار جنسی، منجر به تأمین رفتارهای بهداشتی در جهت حفظ سلامت افراد جامعه و مقابله با مسائل جنسی و بیماری‌های منتقله از طریق روابط جنسی است (حنیفی^۱ و دیگران، ۲۰۰۰؛ میلان^۲ و دیگران، ۱۹۹۵؛ راسل^۳ و دیگران، ۱۹۹۲)؛ و در تحقیقی دیگر، آموزش جنسی جهت مدیریت رفتار جنسی، به افراد اطلاعات و آگاهی‌های جنسی لازم برای یک هدف مشترک و ارضای نیازها و تعادل در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌دهد. برنامه‌های آموزش جنسی جامع می‌تواند در پیشگیری از اختلالات جنسی، رفتار جنسی سالم، افزایش رفتارهای بهداشتی، ایجاد بهداشت روانی، کسب هویت جنسی و برقراری سالم خانواده مناسب مؤثر باشد (بریمن^۴ و دیگران، ۲۰۰۲؛ شیکدanz^۵ و دیگران، ۲۰۰۱). ازاین‌رو پژوهش حاضر برای سنجش خویشتن‌داری جنسی و برآورد مدیریت رفتار جنسی جوانان در انتظار ازدواج با پرسش‌نامه خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) مورد بررسی قرار می‌گیرد، که تغییرات حاصله در افزایش خویشتن‌داری جنسی با مداخله مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی با رویکرد اسلامی انجام شده است.

به‌عنوان نمونه، در غرب ایالات متحده آمریکا، درباره رفتارهای پرخطر، راهبردهای اجتماعی متفاوتی را عملیاتی کرده است؛ برنامه‌های سلامت جنسی در دو راهبرد که یکی «آموزش جامع مسائل جنسی» است و راهبرد دیگر، «فقط خویشتن‌داری جنسی تا زمان ازدواج» می‌باشد که بر توانمندی خویشتن‌داری در برابر رفتارهای جنسی خارج از چارچوب ازدواج تأکید دارد (کالینز^۶ و همکاران، ۲۰۰۲).

1. Hanifi, S. M .
2. Millan, T .
3. Russell, P.
4. Berryman, J. C.
5. Schickedanz, J. A.
6. Collins, C.

و از جمله برنامه‌های خویشنداری جنسی را می‌توان به عهد بکارت (رکتور)^۱، جانسون^۲ و مارشال^۳ (۲۰۰۴)، بهترین دوست (بنیاد بهترین دوست،^۴ ۲۰۱۵ج)، عشق حقیقی منتظر می‌ماند (اتحادیه ملی روحانیان جوان کاتولیک،^۵ ۲۰۰۶)، حلقه‌های نقره‌ای (ر.ک: حلقه نقره‌ای،^۶ ۲۰۱۵)، خویشنداری جنسی برای رهایی از خطر بارداری پیش از ازدواج (مرکز بارداری امید،^۷ ۲۰۱۵) و آموزش مهارت نه گفتن (ر.ک: راجا کریشنان،^۸ ۲۰۱۵) نام برد.

تمرکز این آموزش‌ها بر افزایش دانش افراد دربارهٔ اندام‌های جنسی، روابط صحیح و سالم جنسی، استفاده از وسایل بهداشتی و جلوگیری از بارداری در هنگام ارتباط جنسی است. هدف این نوع راهبردها و آموزش‌ها حذف روابط جنسی خارج از چارچوب ازدواج و تشکیل خانواده پایدار نیست، بلکه راهکارهایی است که تا حد ممکن، از پیامدهای مخرب و منفی رفتارها و ارتباطات آزاد جنسی کاسته شود و افراد کمتر گرفتار مشکلات و تبعات این‌گونه رفتارها گردند. این‌گونه آموزش‌ها، اگرچه مقداری از آثار منفی روابط آزاد را کاسته است، اما از آنجایی که درصدد حذف و جلوگیری از روابط غیرعقیدانه و صرفاً در چارچوب ازدواج نیست، در حفظ سلامت جسمی و به‌ویژه روحی و روانی افراد کارآمدی لازم را نداشته است. بر همین اساس جوامع غربی شاهد تبلیغ و پیگیری گروهی از مراکز مردم‌نهاد دربارهٔ برنامهٔ خویشنداری جنسی هستند. در این نوع برنامه‌ها جوانان اگرچه با افراد غیرهمجنس روابط دوستی و روابط عاشقانه دارند، لکن تشویق می‌شوند که در وجود خود خویشنداری جنسی را افزایش داده و تا قبل از ازدواج، اقدام به ارتباط جنسی نکنند. این رویکرد طرفداران زیادی دارد و راهکارهای متعددی را برای گرفتار نشدن به روابط جنسی پیش از ازدواج توصیه می‌کنند، اما از آنجایی که اصل ارتباط و عشق‌ورزی را قبل از ازدواج قانونی به رسمیت می‌شناسند، بر اساس آمارها گویا کمتر در این زمینه توفیق داشته‌اند (عباسی، ۱۳۹۶).

و همچنین پژوهش‌ها و مداخلات ایرانی نیز انجام شده است؛ از جمله مطالعهٔ کیفی تربیت جنسی و عوامل زمینه‌ساز آن با تأکید بر روابط میان‌فردی با والدین بوده است که بر اساس نتایج به‌دست‌آمده،

-
1. Rector, R. E.
 2. Johnson, K. A.
 3. Marshall, J. A.
 4. Best Friend Foundation
 5. National Union of Young Catholic Clergy
 6. Silver Ring Thing
 7. Hope Pregnancy Center
 8. Radhakrishnan, S.

وجود آگاهی در بین خانواده‌ها و در رأس آن در بین والدین بر تربیت جنسی تأثیرگذار بوده است (تربتی، ۱۳۹۸)؛ پژوهشی دیگر، طراحی بسته آموزشی تربیت جنسی مبتنی بر فرهنگ ایرانی و اثربخشی آن بر خودکارآمدی اجتماعی و خطرپذیری جنسی بوده است. بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش تربیت جنسی هم بر خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان و هم بر خطرپذیری جنسی دانش‌آموزان تأثیر معناداری داشته است (رحمانی و دیگران، ۱۳۹۷). این آثار اگرچه محتواهای مفیدی را در این زمینه ارائه داده‌اند، لکن تا کنون برنامه مدون، اجرایی و ساختارمندی برای رویارویی با این موضوع اساسی و فراگیر، ارائه راهکارهای عملیاتی و مهارتی برای خویشتنداری جنسی و راههای نجات از انحرافات جنسی برای جوانان درگیر ارائه نداده‌اند، و برخی از برنامه‌ها نیز بر اساس منابع اصیل اسلامی نبوده و آبخوری از فرهنگ‌های دیگر دارند و علاوه بر آن در این آثار به موضوع خویشتنداری به صورت عمومی پرداخته‌اند و این موضوع را به صورت دقیق و همه‌جانبه بر مسائل جنسی و فشارهای موجود در این زمینه، تطبیق نداده‌اند.

با توجه به اهمیت ذاتی موضوع به جهت تأثیر اساسی و مستقیم آن بر سلامت اخلاقی اجتماع و گرفتار شدن جامعه به منجلاب بی‌اخلاقی و نابسامانی‌های متعدد جنسی در صورت نپرداختن به آن، و همچنین با توجه به نقص و ضعف کارهای مطالعاتی و پژوهشی انجام‌شده در این زمینه تا کنون، ضروری است به موضوع خویشتنداری جنسی و راههای تقویت آن در بین جوانان و همچنین طراحی و اجرای مداخله مقابله‌ای درمانی برای جوانانی که به گونه‌ای گرفتار انحرافات جنسی شده‌اند، پرداخته شود. طبیعی است که در صورت نیندیشیدن برای حل این موضوع، شاهد شیوع بیماری‌های مقاربتی، افزایش بارداری‌های ناخواسته در جوانی، افزایش فرزندان نامشروع و بی‌سرپرست، افزایش بی‌اخلاقی‌ها و در نتیجه سست شدن بنیان‌های خانواده و سست شدن بنیان‌های اعتقادی و اخلاقی و تغییر سبک زندگی خواهیم بود؛ نابسامانی‌هایی که در سال‌های اخیر متأسفانه شاهد پیدایش و گسترش روبه‌روز آن هستیم. نداشتن خویشتنداری جنسی قبل از ازدواج و انجام رفتارهای پرخطر جنسی در سنین جوانی، به مرور منجر به اختلالات و انحرافات جنسی می‌گردد (عباسی، ۱۳۹۶). برخی از این اختلال‌ها و انحراف‌ها که تا کنون شناخته شده است، عبارت‌اند از: انحراف جنسی هرزه‌گویی تلفنی یا کامپیوتری^۱، انحراف جنسی نمایشگری یا عورت‌نمایی^۲، انحراف جنسی چشم‌چرانی^۳، انحراف جنسی مبدل‌پوشی^۴،

-
1. scatologia
 2. exhibitionism
 3. voyeurism
 4. transvetism

انحراف جنسی حیوان‌خواهی،^۱ انحراف جنسی کودک‌آزاری،^۲ انحراف جنسی خودارضایی،^۳ سادیسم جنسی (دیگر آزاری)، مازوخیسم جنسی^۴ (خودآزاری)، شیء پرستی یا پاپرستی جنسی (فیتیشیسم جنسی)، وسواس جنسی،^۵ تمایلات همجنس‌گرایانه و... (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۵). اگرچه به موضوع خویشتن‌داری در مسائل جنسی در جوامع غربی و به‌ویژه آمریکا پرداخته شده و برنامه‌های عملیاتی متعددی را برای آن برنامه‌ریزی کرده‌اند، لکن با توجه به تفاوت فاحش فرهنگی میان جوامع مسلمان و شرقی و جوامع غربی، نمی‌توان مطالعات و تجربه‌های آنها را به‌صورت کامل در این جوامع پیاده کرد. رویکرد برآمده از منابع اسلامی در موضوع مدیریت رفتارهای جنسی رویکردی جامع‌نگر و شامل دو راهبرد ازدواج و خویشتن‌داری جنسی است؛ با این توضیح که اولاً ارضای نیازهای جنسی را در چارچوب ازدواج تعریف کرده و حقی برای همهٔ انسان‌ها می‌داند^۶ (صدوق، ۱۳۶۲ق)؛ ثانیاً حد و مرز ارتباط جنسی مشروع و سالم را مشخص کرده است؛ ثالثاً راهبرد کنترل آسیب در دورهٔ نبود امکان ارضای نیاز جنسی در چارچوب ازدواج را خویشتن‌داری جنسی (استغفاف) می‌داند^۷ (نور: ۳۳). بر اساس مطالب پیش‌گفته و با توجه به وجود واقعیت فشارهای جنسی در جوانان و فاصلهٔ حداقل ده‌ساله بین بلوغ جنسی و بلوغ اقتصادی و در نتیجه افزایش سن ازدواج و نبود زمینهٔ مناسب برای پاسخگویی اضطراری به این نیاز و همچنین نداشتن مهارت لازم در خویشتن‌داری جنسی و نداشتن توانایی بالفعل در مدیریت رفتار جنسی و بروز رفتارهای پرخطر جنسی توسط جوانان، این پژوهش سعی دارد مبتنی بر فرهنگ اصیل اسلامی و با استفاده از منابع اسلامی اعم از آیات و روایات و با بهره‌برداری از نظریه‌ها و پژوهش‌های پیشینیان از اندیشمندان اسلام در زمینهٔ اخلاق، علم‌النفس و روان‌شناسی اسلامی و همچنین با بهره‌برداری از مطالعات و پژوهش‌های بین‌المللی که در این زمینه انجام پذیرفته است، به شرط عدم تعارض با اصول اسلامی، با روش توصیفی تحلیلی پروتکلی را برای افزایش خویشتن‌داری جنسی و درمان جوانان در انتظار ازدواج و گرفتار به ناهنجاری‌های جنسی طراحی نموده و آن را طی جلسات متعدد تنظیم و اجرا کند.

مداخلهٔ مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی بر اساس تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی تدوین می‌شود. این مداخله دارای راهبرد خویشتن‌داری است که با مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری در برابر

1. zoophilia
2. pedophilia
3. masturbation
4. Sexual masochism
5. Sexual obsession

۶. «زَوْجٌ تَسْتَعِفُّ مَعَ عِفَّتِكَ»

۷. «وَلَيْسْتَ عَفِيفٌ اَلَّذِينَ لَا يَجِدُونَ نِكَاحًا حَتَّىٰ يَغْنِبُهمُ اللّٰهُ مِنْ فَضْلِهِ»

محرک‌های بیرونی، میل جنسی را مدیریت و بخشی از محتوای یک زندگی عقیفانه محسوب می‌شود. خویش‌داری به‌واسطهٔ دو توانمندی انتخاب و اجتناب از مفهوم‌سازی عملیاتی می‌شود؛ به این صورت که مهارگری و تاب‌آوری با انتخاب و اجتناب تحقق پیدا می‌کند، که تقوا کارکرد مهارگری را به عهده دارد و صبر مایهٔ قوام مهارگری و با تاب‌آوری مرتبط است (عباسی، ۱۳۹۶)، و از ویژگی‌های این پژوهش: ۱. آموزش مدیریت رفتار جنسی و شیوه‌های کنترل تحریکات جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی؛ ۲. افزایش اطلاعات جوانان در زمینهٔ مدیریت رفتار جنسی؛ ۳. بالا رفتن توانمندی‌های روان‌شناختی جوانان در اعتدال جنسی؛ ۴. پرورش توانمندی‌های عقلی (از جمله شناخت و آگاهی و اشتیاق و پرهیز) و توانمندی‌های اخلاقی (از جمله تأخیر ارضا، تاب‌آوری، دوراندیشی و ادراک نظارت (حیا)) می‌باشد که این پژوهش درصدد انجام اینها خواهد بود.

بر اساس آنچه گذشت، پرسش‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- فنون و تکلیف‌های مداخلهٔ مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی بر اساس الگوی اسلامی به‌منظور افزایش خویش‌داری جنسی جوانان چه مواردی است؟
- روایی محتوای مداخلهٔ مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی بر اساس الگوی اسلامی به‌منظور افزایش خویش‌داری جنسی جوانان چگونه است؟
- کارآمدی مداخلهٔ مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی بر اساس الگوی اسلامی در افزایش خویش‌داری جنسی جوانان در انتظار ازدواج چگونه است؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر در سه مرحله انجام شده است: مرحلهٔ اول تدوین پیش‌نویس طرح‌نمای مداخلهٔ مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی (عباسی، ۱۳۹۶)؛ مرحلهٔ دوم بررسی روایی محتوای مداخلهٔ مقابله‌ای و مرحلهٔ سوم بررسی کارآمدی طرح‌نمای تدوین‌شده برای کاهش رفتارهای پرخطر جنسی است. در ادامه، روش کار در هر مرحله توضیح داده شده است.

مرحلهٔ اول: تدوین پیش‌نویس طرح‌نمای مداخلهٔ مقابله‌ای

هدف از این مرحله دستیابی به مجموعه عناصر فعال نظری (اهداف عملیاتی)، راهبردها، فنون و تکالیف خانگی مداخلهٔ مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی بود که در یک صورت‌بندی مشخص قابل اجرا باشد. برای رسیدن به این هدف، فرایند توصیف‌شده توسط ویتور و گری (۲۰۰۲) کمپل و همکارانش (۲۰۰۰) و مؤسسهٔ بین‌المللی سلامت (به نقل از: سیدانی^۱ و برادن^۲، ۲۰۱۱) استفاده

1. Sidani, S.

2. Braden, C. J.

شد و اهداف عملیاتی، فنون و تکالیف مداخله بر اساس مدل مفهومی تنظیم رفتار جنسی اسلامی تدوین شد. این پیش‌نویس طی اقداماتی شامل: ۱. مفهوم‌شناسی مشکل؛ ۲. تعیین جنبه‌های آماج در مشکل؛ ۳. مشخص کردن راهبردهای مداخله؛ ۴. انتخاب شیوه‌ارائه و میزان فنون مداخله‌ای؛ ۵. مشخص کردن عناصر مداخله تهیه شد.

مرحله دوم: بررسی روایی محتوایی مداخله مقابله‌ای

روایی محتوایی طرح‌نمای درمانی به‌واسطه اظهارنظر کارشناسان بررسی شد. به این منظور، طرح‌نمای درمانی در یک فرم مشخصات به کارشناسانی ارائه شد که در این باره آگاهی لازم را داشتند؛ زیرا لازم است نشان داده شود طرح پژوهشگر در مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در سطح نظری معتبر و مفید است.

الف) جامعه و نمونه

جامعه آماری این بخش از پژوهش، کارشناسان خبره‌ای بودند که در رشته روان‌شناسی و مرتبط با آن تحصیل کرده بودند، با کار بالینی آشنایی داشتند و از این نظر نسبتاً در یک سطح بودند (ر.ک: سیف، ۱۳۹۰) طبق نظر لین^۱ (۱۹۸۶)، به نقل از: پولیت^۲ و بک^۳ (۲۰۰۶) از اظهار نظر شش کارشناس استفاده شد که به‌طور غیرتصادفی انتخاب شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در این گام در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در بررسی روایی محتوای طرح‌نمای مداخله مقابله‌ای تنظیم رفتار جنسی (n=۶)

ویژگی	n	%
سطح تحصیلات حوزوی	۶	۱۰۰
سطح تحصیلات دانشگاهی	۶	۱۰۰
مهارت‌های خاص	۶	۱۰۰
رشته تحصیلی	۶	۱۰۰
رتبه علمی	۳	۵۰
	۳	۵۰

1. Lynn, M. R.
2. Polit, D. F.
3. Beck, C. T.

همان‌گونه که در جدول (۱) مشخص شده است، تمام کارشناسان ($n=6$) سابقه کار بالینی و به ساخت پروتکل درمانی آشنایی داشته‌اند.

ب) ابزار

برای جمع‌آوری دیدگاه‌های کارشناسان از فرم مشخصاتی استفاده شد که طبق نظر سیف (۱۳۹۰، ص ۱۷۱) محتوای موضوع و ابعاد مختلف در آن به‌خوبی منعکس می‌شود. در این فرم نظر کارشناسان درباره میزان ضرورت اهداف هر جلسه برای مدیریت رفتار جنسی، میزان مناسب بودن راهبرد هر جلسه برای مدیریت رفتار جنسی، میزان مناسب بودن فنون ارائه‌شده و میزان قابلیت اجرای هر جلسه سؤال شد.

ج) روش تجزیه و تحلیل

طبق آنچه شولتز و همکارانش (۲۰۱۴) بیان کرده‌اند، برای تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به نظر کارشناسان از دو ضریب نسبت روایی محتوا^۱ (CVR) (شولتز و دیگران، ۲۰۱۴) و شاخص روایی محتوا^۲ (CVI) (پولیت و بک، ۲۰۰۶) استفاده شد.

مرحله سوم: بررسی کارآمدی مداخله مقابله‌ای

به‌منظور بررسی احتمال کارآمدی^۳ مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در افزایش خویشتن‌داری جنسی جوانان در انتظار ازدواج از یک روش آزمایشی^۴ استفاده شد. در این روش یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۵ مورد استفاده قرار گرفت (بارلو^۶ و هرسن^۷، ۱۹۸۴). از بین طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی نیز طرح خط پایه^۸ چندگانه^۹ انتخاب شد که در آن خط پایه بین آزمودنی‌ها در نظر گرفته می‌شود و کارآمدی مداخله مقابله‌ای به‌واسطه وارد کردن مکرر عامل درمانی در افراد متفاوت در زمان‌های مختلف قابل بررسی است (گالو^۹، کامر^{۱۰} و بارلو، ۲۰۱۳). طبق نظر چمبلس^{۱۱} و همکارانش (۱۹۹۸)

1. Content Validity Ratio (CVR)
2. Content Validity Index (CVI)
3. Probably efficacy
4. experimental
5. single case experimental design
6. Barlow D. H.
7. Hersen, M.
8. Multiple Baseline Designs
9. Gallo, K. P.
10. Comer, J. S.
11. Chambless, D. L.

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) درمان به کار رود و بنابر نظر گالو، کامر و بارلو (۲۰۱۳، ص ۲۵) از دیدگاهی روش‌شناختی طرح‌های آزمایشی تک‌آزمونی و آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی مقدماتی و کوچک برای پژوهش‌های در سطح امکان‌سنجی صلاحیت دارند.

الف) مشارکت‌کنندگان

از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک مشاورهٔ ثقلین در شهر اصفهان، سه نفر به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند (قضاوتی) برای شرکت در طرح انتخاب شدند (کازبی، ۲۰۱۲^۱). 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» به‌عنوان «مشارکت‌کننده»^۲ وارد فرایند طرح شدند.

ملاک‌های ورود به طرح: ملاک سنی بالاتر از ۲۱ سال تا ۳۵ سالگی، فرد مجرد و دارای خویشن‌داری جنسی پایین همراه با شکایت از فضا‌های جنسی طبیعی در این دوران می‌باشد؛ به‌طوری‌که از توانمندی‌های ضعیفی در تنظیم رفتار جنسی برخوردارند و همچنین موافقت برای شرکت در پژوهش حاضر همراه با رویکرد دینی و رضایت برای مشارکت در درمان و انجام تکالیف بر اساس طرح پژوهش به‌عنوان ملاک‌های ورود طرح پژوهشی برشمرده می‌شد.

ملاک‌های خروج: سن کمتر از ۲۱ سال و بالاتر از ۳۵ سال، افراد متأهل، افرادی که به هر دلیل دارای خویشن‌داری جنسی بالایی هستند، افرادی که دارای اختلالات خاص مانند اختلال شخصیت،^۳ انواع روان‌پریشی،^۴ اختلال وسواس اجباری،^۵ افسرده‌خویی،^۶ دوقطبی،^۷ اختلال ناشی از طب عمومی، اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد (بر اساس مصاحبهٔ بالینی)، مصرف داروی روان‌پزشکی در سه ماه گذشته و... به‌عنوان ملاک‌های خروج برشمرده شد.

مشارکت‌کنندهٔ اول: آقای ۲۵ ساله، مجرد و دارای مدرک کارشناسی است. مراجع با شکایت انجام خودارضایی در برخی اوقات و اعتیاد به سرچ شبکه‌های اجتماعی ضداخلاقی و دیدن فیلم‌های پورنو برای مشاوره مراجعه کرده است. این مشکلات بعد از دوران بلوغ همواره برای مراجع وجود داشته است

1. Cozby, P. C.
2. participant
3. personality disorders
4. Psychosis
5. Obsessive Compulsive Disorder
6. dysthymic disorder
7. bipolar disorder

و در برخی دوران‌ها مانند ایام سربازی یا زمان‌هایی که اشتغالات ذهنی بسیاری داشته کمتر بوده است. نوع شغل و بیکار بودن در مغازه به دلیل نبودن مشتری گاهی این مشکلات را دو چندان می‌کند. مراجع دارای زمینه‌های خفیف وسواس در چک کردن است.

مشارکت‌کننده دوم: آقای ۲۳ ساله و دانشجو است. وی فردی مذهبی است و به دلیل قرار گرفتن در محیط دانشگاه که سطح برانگیختگی جنسی به دلیل اختلاط دختران با پسران بالا است با شکایت از در فشار بودن به دلیل هیجانات جنسی مراجعه کرده است. وی اختلال روان‌شناختی خاصی ندارد. این مشکل برای وی همواره بعد از بلوغ وجود داشته و گاهی منجر به رفتارهایی مانند خودارضایی گردیده است.

مشارکت‌کننده سوم: آقای ۲۱ ساله و محصل است. به جهت مذهبی بودن به شدت از ارتباط با افراد غیرهمجنس فراری است. از دو سال پیش احساس گرایش شدیدی به برخی افراد همجنس که دارای جذابیت‌های ظاهری هستند می‌کند و همین مسئله به شدت ذهن او را درگیر کرده و برای ارتباط دوستی با این افراد برنامه‌ریزی و اقدام می‌کند. این ارتباطات تا کنون هیچ‌گاه به ارتباط جنسی منجر نشده، لکن فرد در تخیلات خود بارها این اقدام را تجربه کرده است. وی دارای اعتمادبه‌نفس پایین و اضطراب اجتماعی است؛ همچنین زمینه‌های وسواس فکری در مراجع مشاهده شده است.

ب) ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه خویشتن‌داری جنسی^۱ (گلزاری، ۱۳۸۶): در این پژوهش از پرسش‌نامه ۴۴ سؤالی خویشتن‌داری جنسی گلزاری (۱۳۸۶) استفاده شد که سطح خویشتن‌داری جنسی افراد را می‌سنجد. این آزمون ۵ عامل خویشتن‌داری در اعمال، خویشتن‌داری در افکار، خویشتن‌داری در صحبت کردن، خویشتن‌داری در رابطه با غیرهمجنس و پایبندی به ارزش و اصول اخلاقی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در تفسیر نتایج نیز باید توجه داشت که همیشه نشانه‌های بالا بیانگر سطح خویشتن‌داری شدید و نمره‌های پایین نشانگر سطح خویشتن‌داری خفیف می‌باشند. این پرسش‌نامه نقطه برش ندارد و هرچه نمره آزمودنی به نمره ۲۰ متمایل باشد، سطح خویشتن‌داری فرد بالاتر است. پایایی این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۶ توسط گلزاری و دیگران اندازه‌گیری شد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بود؛ همچنین به منظور بررسی روایی ساختاری پرسش‌نامه از روش تحلیل عاملی استفاده شد. بدین منظور ابتدا مؤلفه‌های اولیه در اجرای تحلیل عاملی اعم از کفایت حجم نمونه و معناداری ماتریس همبستگی با استفاده از شاخص Kmo و آزمون کرویت بارتلست بررسی شد؛ Kmo محاسبه شده ۰/۶۳ درصد بود؛

همچنین مجذور K محاسبه شده در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار بود. پیاپی این آزمون در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۸۷٪ به دست آمد. این پرسش نامه به منظور سنجش سطح خویشتن داری جنسی جوانان در انتظار ازدواج به عنوان متغیر وابسته به کار برده شده است؛ به طوری که نمره بالا در این پرسش نامه بعد از انجام مداخلات، نشان از افزایش خویشتن داری جنسی دارد.

ج) روش تحلیل داده ها

از آنجا که پژوهش حاضر شامل یک طرح آزمایشی تک آزمودنی^۱ است، طبق بیان لین و گاست^۲ (۲۰۱۴)، برای تحلیل داده ها 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 داده ها 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،^{۱۰} هات^{۱۱} و بنو،^{۱۲} (۲۰۱۳)، اگر مقدار PND کمتر از ۵۰ درصد باشد، مداخله «غیرمعتبر (ناپایا)» است، در صورتی که PND بین ۵۰ تا ۷۰ درصد باشد، نشان دهنده «اثربخشی غیرقابل 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، مهم ترین روش برای ارزیابی تغییرات ناشی از برنامه مداخله، تحلیل مبتنی بر مقایسه بین دو شرایط خط پایه و مداخله است؛ از این رو گام های تحلیل داده به دو بخش درون موقعیتی و بین موقعیتی برمی گردند. برای محاسبه درصد بهبودی یا اندازه اثر^{۱۳} از روش «میانگین کاهش از خط پایه»^{۱۴} (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.
11. Hott, B. L.
12. bano, C.
13. effect size
14. Mean Baseline Reduction(MBLR)

د) شیوه اجرا

اجرای این بخش از پژوهش شامل سه اقدام کلی بود: ۱. پذیرش مشارکت‌کنندگان؛ ۲. ارزیابی‌ها در طرح؛ ۳. گذراندن خط پایه و مداخله. مراحل انجام این سه اقدام در نمودار (۱) نشان داده شده است.



نمودار ۱: نمایش شیوه اجرای طرح پژوهش

هر سه مشارکت‌کننده در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مقیاس‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند. پرسش‌نامه خویش‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) در تمام جلسات خط پایه، در تمام جلسات مداخله و در جلسات پیگیری، به‌عنوان متغیر وابسته و برآیند اجرا شد.

هر سه مشارکت‌کننده به‌طور 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 گرفت. سنجش‌های بعدی مرحله خط پایه به‌صورت هفتگی انجام شد. مراجع اول سه جلسه خط پایه، مراجع دوم پنج جلسه و مراجع سوم هفت جلسه خط پایه را گذراندند. مداخله به‌صورت انفرادی و هفتگی برای هر کدام از مشارکت‌کنندگان توسط پژوهشگر اجرا شد. پژوهشگر به‌عنوان 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 پژوهش

مرحله اول: فنون و تکالیف طرح‌نمای مداخله آموزشی مبتنی بر تنظیم رفتار جنسی

مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی تنظیم رفتار جنسی شامل عناصر فعال نظری است که از ۶ مؤلفه مفهومی اصلی و بر اساس مبانی انسان‌شناختی اسلامی استخراج شده است. بر اساس این مبانی ۴ اصل که اصول عملیاتی طرح‌نمای مدنظر را تعیین می‌کند، استخراج شده است. این مبانی و اصول عبارت‌اند از:

- سرشت انسان بر اساس فطرت الهی؛
 - نیاز طبیعی تمایل جنسی؛
 - محور اصلی تمامی میل‌ها و رغبت‌های انسان در دو بعد دنیایی و آخرتی؛
 - عقل آدمی و وجه امتیاز انسان نسبت به دیگر موجودات؛
 - انسان موجودی آزاد و دارای قدرت انتخاب و اعمال اراده در حیطه اعمال اختیاری؛
 - ضعف، سستی و ناتوانی انسان و توانایی غلبه بر آن.
- در مدیریت رفتار جنسی بر اساس مبانی پیش گفته ۴ اصل استخراج شده‌اند که راهبردهای درمانی را در جلسات مداخله هدایت می‌کنند. این اصول عبارت‌اند از:
- تقویت میل فطری و غلبه بر امیال جنسی؛
 - شناخت نسبت به ورودی‌های برانگیختگی جنسی و تعدیل و کنترل آنها؛
 - افزایش توانمندی انتخاب‌گری و خیرگزینی در راستای غلبه دادن فطرت بر شهوت؛
 - شناسایی مقابله‌های هیجانی جایگزین و به‌خصوص مقابله‌های معنوی.
- فنون مداخله مقابله‌ای مورد نظر بر اساس یک راهبرد مشخص در هر گام که مجموع آن در پنج گام طراحی شده است. راهبردها در جهت تحقق یک یا چند هدف درمانی تنظیم شده‌اند که مانند نخ تسبیح، یکپارچگی یک گام یا انسجام میان فنون آن را موجب می‌شود. راهبردهای مداخله، همگی بر اساس اصول عملیاتی تعیین شده‌اند. آنچه در جدول ذیل آمده، راهبردهای مداخله را به همراه فنون مرتبط با آنها نشان می‌دهد.

جدول ۲: راهبردها و گام‌های مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی

جلسات	گام‌ها	راهبردها	تکنیک‌ها
اول	اول	۱. آموزش کیفیت و سازوکار برانگیختگی جنسی و تأثیر عوامل گوناگون بر آن اعم از عوامل و محرک‌های اختیاری و غیراختیاری (تعدیل طبیعی میل جنسی)؛ ۲. پایش رفتارها و قلمروهایی که در زندگی فرد منجر به تحریک جنسی می‌شود به‌واسطه بازخوردگیری از زندگی شخصی مراجع (تعدیل طبیعی میل جنسی)؛ ۳. آموزش مفهوم سبک زندگی و بررسی عناصر و عوامل مختلف آن ناظر به خویش‌داری جنسی و زندگی عقیقانه (تعدیل طبیعی میل جنسی).	

جلسات	گام‌ها	راهنرها	تکنیک‌ها
دوم	دوم	انگیزه‌سازی در جهت تعدیل میل طبیعی و شهوت	۱. افزایش آگاهی به‌واسطه آشناسازی مراجع با تعدیل میل طبیعی و شهوت و بررسی ضرورت آن با استفاده از آشنایی با مفهوم بهنجار و نابهنجار در رفتارهای جنسی (تعدیل طبیعی میل جنسی)؛ ۲. سنجش کیفی انگیزش مراجع با استفاده از بارش فکری نوع نگاه مراجع درباره انگیزه‌های لازم برای دستیابی به تعدیل بررسی گردد (انگیزه‌سازی برای غلبه دادن نیروهای فطری بر شهوانی)؛ ۳. سنجش کمی انگیزش مراجع با استفاده از تکنیک پیمایش میزان انگیزه فرد برای قدم گذاشتن در این مسیر سنجیده شود و از مراجع بخواهیم به انگیزه خود در راستای تعدیل امیال جنسی از ۱ تا ۱۰ چه نمره‌ای می‌دهد (انگیزه‌سازی برای غلبه دادن نیروهای فطری بر شهوانی)؛ ۴. افزایش آگاهی به‌واسطه آشناسازی مراجع با نیروهای انگیزشی خویشتن‌داری (ترس، امید، محبت) و نحوه تأثیرگذاری هر کدام از آنها در خویشتن‌داری و مدیریت رفتارهای جنسی (انگیزه‌سازی برای غلبه دادن نیروهای فطری بر شهوانی)؛ ۵. ایجاد انگیزه برای تعدیل امیال طبیعی و شهوت جنسی از راه: - تقویت ترس مثبت: ۱. ارائه آمارها و مستندات گوناگون درباره افرادی که به‌واسطه بی‌بندوباری و روابط آزاد جنسی الان به‌نوعی گرفتار شده و زندگی مناسبی ندارند؛ ۲. مرور برخی از مستندات دینی و مستندات علمی که به‌نوعی بیان‌کننده نتیجه (دنیوی و اخروی) بی‌بندوباری جنسی و گرفتاری در دام شهوات هستند؛ ۳. بیان داستان‌ها و تجربیات دیگران در این زمینه که دچار مشکلات متعددی شده‌اند؛ - امیدسازی: ممکن است مراجع درباره توانمندی خود در زمینه خویشتن‌داری جنسی به‌واسطه شکست‌های گذشته ناامید باشد؛ بنابراین باید این تفکر منفی در ذهن او شکسته شود (جلوگیری از افکار ناکارآمد و خودگویی مثبت)؛ ۲. بیان داستان‌هایی از زندگی افرادی که وضعیت مشابه داشته‌اند؛ - تقویت محبت در راستای جهت دادن به ترس و امید: ۱. توجه مراجع نسبت به افزایش عزت نفس به‌واسطه محبت به خود؛ ۲. برشماری رفتارهای ناهنجاری که ممکن است توسط دوستان ناشایست شمرده شده و روابط ما را با آنها دچار سردی کند (انگیزه‌سازی برای غلبه دادن نیروهای فطری بر شهوانی).
سوم	گام سوم	تقویت توانمندی انتخاب‌گری (پیرگزینی)	۱. تبیین ضرورت تصمیم‌گیری با استفاده از: - تبیین این موضوع که موقعیت‌های وسوسه‌انگیز در زندگی هر فرد سالمی امری طبیعی است و آنچه مهم است نحوه برخورد با این مشکلات و وسوسه‌ها و داشتن قدرت برای تصمیم‌گیری در جهت خیرگزینی است (تقویت توانمندی انتخاب‌گری)؛ - بررسی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مشکلات حل نشده و تصمیم‌های نادرست (با استفاده از روش پرسش و پاسخ و بارش فکری) و تبیین ضرورت تصمیم‌گیری درست در موقعیت‌های وسوسه‌انگیز جنسی (تقویت توانمندی انتخاب‌گری)؛ - تبیین این موضوع که اگر روش حل مسئله یا شیوه تصمیم‌گیری ما معیوب باشد، بدیهی است دیگر اجزای روانی ما یعنی احساسات و رفتار نیز به شکلی ناکارآمد فعال خواهند شد (تبیین اجزای مثلث روانی انسان (افکار، احساسات، رفتار) برای مراجع (تقویت توانمندی انتخاب‌گری)؛ ۲. آشنایی مراجع با افکار ناکارآمد و افکار کارآمد و همچنین تأثیرگذاری این افکار بر تصمیم‌گیری‌ها (تقویت توانمندی انتخاب‌گری) و تمرین خودگویی‌های مثبت برای مقابله با افکار ناکارآمد (تقویت توانمندی انتخاب‌گری).

جلسات	گام‌ها	راهنبردها	تکنیک‌ها
چهارم			۱. آشنایی مراجع با تکنیک star برای آمادگی جهت طی کردن مراحل تصمیم‌گیری (توقف Stop، تفکر Think، عملکرد درست Act Right) (تقویت توانمندی انتخاب‌گری)؛ ۲. آشنایی مراجع با مراحل تصمیم‌گیری و تمرین تصمیم‌گیری در نمونه‌های تجربه‌شده: ۱. خودآگاهی هیجانی؛ ۲. تعریف مشکل (موقعیت وسوسه‌انگیز)؛ ۳. بارش فکری (تهیه فهرستی از تصمیم‌های مختلف برای حل مشکل)؛ ۴. ارزیابی گزینه‌ها (با نگاهی به سازوکارهای خوشتن‌داری مانند دوراندیشی، تجربه، عبرت، حیا)؛ ۵. انتخاب بهترین راه‌حل با استفاده از تکنیک تحلیل هزینه - فایده؛ ۶. اجرای تصمیم انتخاب‌شده و ارزشیابی (تقویت توانمندی انتخاب‌گری)؛ ۳. ترسیم یکی از موقعیت‌های رفتارهای پرخطر جنسی (اعم از نگاه‌های وسوسه‌انگیز، خیال‌های جنسی، خودارضایی، ارتباط نامشروع و...) توسط خود مراجع که معمولاً او در تصمیم‌گیری درست در آن شکست می‌خورد و پیاده کردن مراحل تصمیم‌گیری در آن (فعال کردن اقدام).
پنجم	گام چهارم	تقویت مقابله‌های مثبت (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)	۱. آشنایی مراجع با اقسام مقابله‌های کارآمد و ناکارآمد و بررسی راهایی برای دوری از مقابله‌های ناکارآمد و بهره‌مندی از مقابله‌های کارآمد (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها)؛ ۲. بازخوردگیری از مراجع درباره مقابله‌های کارآمد و لذت‌های حلال در زندگی شخصی و لیست کردن آنها (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها)؛ ۳. ترسیم موقعیت‌های پرخطر جنسی توسط مراجع برای برنامه‌ریزی و تمرین در جهت قرار دادن مقابله‌های کارآمد و لذت‌های حلال در سبک زندگی مراجع و جایگزینی آنها با رفتارهای پرخطر جنسی (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها).
ششم	گام پنجم	تقویت مقابله‌های معنوی، تقویت میل فطری، تقویت برای روبرویی با فشارهای روانی حاصل از خوشتن‌داری، جنسی.	۱. آشنایی مراجع با مقابله‌های معنوی و تاثیر آن در کاهش فشارهای روانی حاصل از خوشتن‌داری جنسی (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها)؛ ۲. آشنایی مراجع با امیال فطری و نقش آن در سعادت انسان، بررسی میزان عشق و علاقه مراجع به خدا و نقش این محبت در زندگی فردی و اجتماعی (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها)؛ ۳. گفت‌وگو به هدف بارش فکری برای توضیح و پذیرش راه‌های ارتباط معنوی با خداوند؛ مانند نماز، شرکت در مجالس دعا، انجام اعمال عام‌المنفعه و... (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها)؛ ۴. آشنایی مراجع با مفهوم صبر و بررسی ضرورت صبر و نقش آن در خوشتن‌داری جنسی و مقابله (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها)؛ ۵. افزایش توانمندی صبر و تاب‌آوری مراجع با استفاده از تکنیک‌های مربوط به افزایش تاب‌آوری؛ مانند بهره‌برداری از حمایت اجتماعی، ایجاد و تقویت معنا در زندگی، هدف‌گزینی، پیگیری اهداف و تجربه دستیابی و... (تقویت مقابله و صبر در برابر فشارها).

همان‌گونه که در جدول (۲) آمده است، راهنبردهای مداخله مقابله‌ای به ترتیب قرار گرفته‌اند و عملیاتی شدن هر گام نقطه شروع عملیات گام بعدی را تعیین می‌کند.

مرحله دوم: بررسی روایی محتوای مداخله مقابله‌ای

در روایی‌سنجی محتوایی طرح‌نمای مداخله آموزشی تنظیم رفتار جنسی بر اساس الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی، میزان: ۱. ضرورت اهداف هر جلسه؛ ۲. مناسب بودن راهنبرد هر گام؛ ۳. مناسب بودن فنون ارائه‌شده با محاسبه و تحلیل شاخص روایی محتوا (CVR)؛ ۴. قابلیت اجرای هر گام با محاسبه و تحلیل شاخص روایی محتوا (CVI) بررسی شد که این نسبت باید برای اهداف عملیاتی همه گام‌های

مداخله، راهبرد همه گام‌های مداخله، تمامی فنون مداخله و قابلیت اجرای هر گام برابر یا بالاتر از حداقل میزان لازم، یعنی ۰/۹۹ باشد.

CVR برای اهداف عملیاتی گام‌های ۱ تا ۴ بالاتر از حداقل میزان لازم یعنی ۰/۹۹ است و تنها هدف عملیاتی گام پنجم است که کمتر از این مقدار است، و در پژوهش حاضر با مسامحه هدف این گام پذیرفته شده است. این نشان می‌دهد اهداف تعیین شده برای گام‌های مداخله مقابله‌ای رفتار جنسی به غیر از هدف گام پنجم بر اساس داوری متخصصان ضرورت دارد، و به عبارت دیگر، این اهداف برای گام‌های درمانی این مداخله از روایی محتوایی برخوردار است. میانگین نسبت روایی محتوای اهداف مربوط به گام‌های مداخله نیز ۰/۹۳ است.

CVR برای راهبرد همه گام‌های مداخله بالاتر از حداقل میزان لازم یعنی ۰/۹۹ است. این نشان می‌دهد راهبردهای تعیین شده برای گام‌های مداخله مقابله‌ای رفتار جنسی بر اساس داوری متخصصان مناسب است، و به عبارت دیگر، راهبردهای مداخله تهیه شده، از روایی محتوایی برخوردار است. میانگین نسبت روایی محتوای راهبردها نیز ۱/۰۰ است. این میزان برای نسبت روایی محتوا نشان می‌دهد راهبردهای مربوط به کل گام‌های مداخله از روایی محتوا برخوردار است.

CVR برای ۷ فن از فنون، بالاتر از حداقل میزان لازم، یعنی ۰/۹۹ و برای ۱۳ فن پایین تر از حداقل میزان لازم است. این نشان می‌دهد ۷ فن بر اساس داوری متخصصان مناسب و ۱۳ فن نامناسب است. میانگین نسبت روایی محتوای فنون نیز ۰/۷۶ است، که از حداقل میزان لازم کمتر است.

CVI به منظور بررسی قابلیت اجرای مداخله برای ۳ گام ۱ و بالاتر از حداقل میزان لازم، یعنی ۰/۹۹ است. این نشان می‌دهد از نظر داوران متخصص صورت‌بندی مداخله بر اساس فنون و اهداف گام‌های مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی تنظیم رفتار جنسی برای ۳ جلسه مناسب بوده و قابلیت اجرا را دارند و درباره ۲ جلسه باید تجدیدنظر نمود.

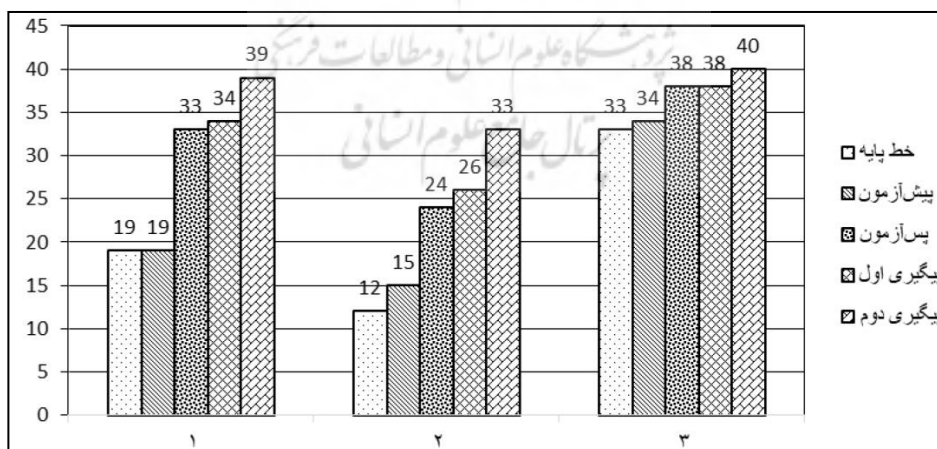
مرحله سوم: کارآمدی طرح‌نمای مداخله مقابله‌ای

یافته‌های جدول (۳) و نمودار (۲) نشان می‌دهد که دو مشارکت‌کننده در مرحله خط پایه در پرسش‌نامه خویش‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶)، نمرهای پایین تر از ۲۰ دارند که طبق راهنمای پرسش‌نامه (گلزاری، ۱۳۸۶)، بیانگر ضعف خویش‌داری جنسی در آنهاست. روند نمرات دو مراجع در این مقیاس در دو مرحله خط پایه و پیش‌آزمون اندکی افزایش داشته است، اما بعد از جلسات مداخله در پس‌آزمون نمره هر سه مشارکت‌کننده در این مقیاس افزایش چشمگیری را نشان داده است. بخش زیادی از تغییرات به‌دست‌آمده در جلسات مداخله، در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز تداوم داشته است.

جدول ۳: نمرات مشارکت کنندگان در پرسش نامه خویشتن داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶)
در مرحله خط پایه، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مراحل سنجش	مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
خط پایه	۱۹	۱۲	۳۳
پیش آزمون	۱۹	۱۵	۳۴
پس آزمون	۳۳	۲۴	۳۸
درصد بهبودی	۷۳	۷۷	۱۳
بهبود کلی (n=۳)		۵۴	
پیگیری یک ماهه	۳۴	۲۶	۳۸
پیگیری سه ماهه	۳۹	۳۳	۴۰
درصد بهبودی	۹۲	۱۱۸	۱۶
بهبود کلی (n=۳)		۷۵	

طبق شاخص بهبودی گزارش شده در جدول (۳)، درصد بهبودی مراجعه اول در پایان جلسات مداخله بنابر نمرات پرسش نامه خویشتن داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶)، ۷۳ درصد و برای مراجعه دوم ۷۷ درصد و برای مراجعه سوم ۱۳ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت کننده ۵۴ درصد است. این میزان از درصد بهبودی که بالاتر از ۵۰ درصد است، نشان از کارآمدی مداخله مقابله ای در افزایش خویشتن داری جنسی بر اساس پرسش نامه خویشتن داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) دارد. درصد بهبودی مراجعه اول در دوره پیگیری نیز ۹۲ درصد و برای مراجعه دوم ۱۱۸ درصد و برای مراجعه سوم ۱۶ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت کننده در دوره پیگیری ۷۵ 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 ۲: نمرات مشارکت کنندگان در پرسش نامه خویشتن داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶)
در مرحله خط پایه، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

تغییرات نمرات سه مشارکت‌کننده در پرسش‌نامه خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) در نمودار ستونی (۲) مشخص است. این نمودار نشان می‌دهد که چگونه نمرات مشارکت‌کنندگان از خط پایه و پیش‌آزمون تا پس از جلسات مداخله افزایش پیدا کرده است.

یافته‌های جدول (۴) و نمودار (۳) نشان می‌دهد که مشارکت‌کننده سوم در مرحله خط پایه نمرهای پایین‌تر از ۲۰ در پرسش‌نامه خویشتن‌داری جنسی ندارد، که بیانگر خویشتن‌داری متوسط نسبت به بقیه مراجعان در اوست. کمترین نمره خویشتن‌داری جنسی برای مشارکت‌کننده دوم ۱۲ و برای مشارکت‌کننده اول ۱۷ بوده است، که نشان از خویشتن‌داری ضعیف در این دو مشارکت‌کننده است.

جدول ۴: نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶)
در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

مراحل سنجش		مراجعه اول	مراجعه دوم	مراجعه سوم
مرحله خط پایه	اول	۱۹	۱۲	۲۳
	دوم	۱۷	۱۴	۲۲
	سوم	۱۸	۱۳	۲۳
	چهارم	-	۱۴	۲۴
	پنجم	-	۱۵	۲۲
	ششم	-	-	۳۱
	هفتم	-	-	۲۴
دامنه تغییرات		۱۷-۱۹	۱۲-۱۵	۲۱-۲۴
مرحله مداخله	جلسه اول	۱۸	۱۷	۲۴
	جلسه دوم	۲۹	۱۷	۲۹
	جلسه سوم	۲۲	۲۲	۲۵
	جلسه چهارم	۳۰	۲۴	۲۵
	جلسه پنجم	۳۲	۲۶	۲۴
	جلسه ششم	۳۳	۲۴	۲۷
دامنه تغییرات		۱۸-۳۳	۱۷-۲۶	۲۹-۳۷
درصد بهبودی		۵۱	۵۹	۳
بهبود کلی (n=۳)			۲۷	
پیگیری یکماهه		۳۴	۲۶	۳۸
پیگیری سه‌ماهه		۳۹	۳۳	۴۰
درصد بهبودی		۱۰۲	۱۱۶	۱۹
بهبود کلی (n=۳)			۷۹	

طبق جدول (۴)، درصد بهبودی در مراجعه اول ۵۱/۰، در مراجعه دوم ۵۹/۰ و در مشارکت‌کننده سوم ۳/۰ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحله مداخله برابر با ۳۷/۰ (n=۳) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است؛ به‌گونه‌ای که پس از دوره پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مراجعه اول ۱۰۲/۰، در مراجعه دوم ۱۱۶/۰ و در مراجعه سوم ۱۹/۰ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دوره پیگیری سه‌ماهه برابر با ۷۹/۰ بوده است، که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحله مداخله است.

جدول (۵) شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی را برای مشارکت‌کنندگان در مقیاس خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد. نمودار (۳) خط

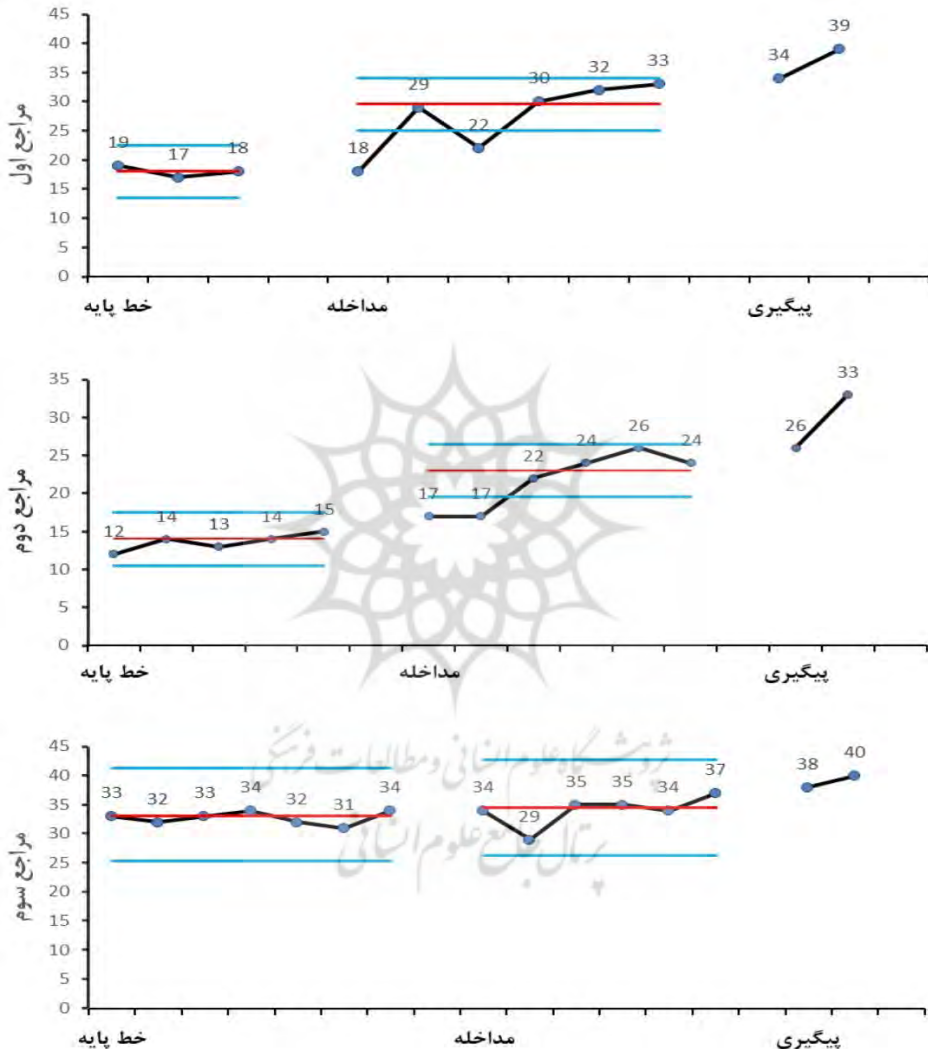
میانۀ داده‌ها و محفظۀ ثبات مربوط و نمودار (۴) خط روند و محفظۀ ثبات خط روند برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسش‌نامه خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) را در مراحل خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۵: شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی مشارکت‌کنندگان در مقیاس خویشتن‌داری جنسی

مرحله خط پایه			مرحله مداخله			شاخص‌ها
اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	مراجعات
۳	۵	۷	۶	۶	۶	تعداد مشاهده
۱۸	۱۴	۳۳	۲۹/۵	۲۳	۳۴/۵	میانہ
۴/۵	۳/۵	۸/۲۵	-	-	-	۲۵ درصد میانہ خط پایه
۱۸	۱۳/۶	۳۲/۷۱	۲۷/۳۳	۲۱/۶۶	۳۴	میانگین
۱۷-۱۹	۱۲-۱۵	۳۱-۳۴	۱۸-۳۳	۱۷-۲۶	۲۹-۳۷	دامنه تغییرات
- ۲۲/۵	- ۱۷/۵	- ۴۱/۲۵	۲۵ - ۳۴	- ۲۶/۵	- ۴۲/۷۵	محفظة ثبات
۱۳/۵	۱۰/۵	۲۵/۲۵		۱۹/۵	۲۶/۲۵	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۶۶	۶۶	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات
بائبات	بائبات	بائبات	متغیر	متغیر	بائبات	وضعیت تغییرات محفظه ثبات
۱۹	۱۳	۳۳	۲۲	۱۷	۳۴	میانہ نیمه اول داده‌ها
۱۸	۱۴/۵	۳۲	۳۲	۲۴	۳۵	میانہ نیمه دوم داده‌ها
-۱	۱/۵	-۱	۱۰	۷	۱	تغییر سطح نسبی
-۱	۳	۱	۱۵	۷	۳	تغییر سطح مطلق
صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	جهت روند
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌ها محفظه ثبات روند
بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	بائبات	وضعیت تغییرات محفظه ثبات

نمودار (۳) و میزان درصد داده‌های محفظۀ ثبات در جدول (۵) نشان می‌دهد که بر اساس قاعدۀ ۲۰-۸۰ (ر.ک: والری و هریس، ۱۹۸۲^۱) نمرات هر سه آزمودنی در مرحلۀ خط پایه از ثبات برخوردار است. این نشان می‌دهد وضعیت هر سه مشارکت‌کننده قبل از مداخله باثبات بوده و در مقابل، تغییر برای دو مشارکت‌کنندۀ (اول و دوم) در مرحلۀ مداخله وجود دارد و طبق قاعدۀ ۲۰-۸۰ متغیر محسوب می‌شود. طبق نمودار (۳) و جدول (۵)، بر اساس تغییر سطح نسبی و مطلق داده‌ها، هر سه مشارکت‌کننده در مراحل خط پایه و مداخله در نمرة مقیاس خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) افزایش داشته‌اند.

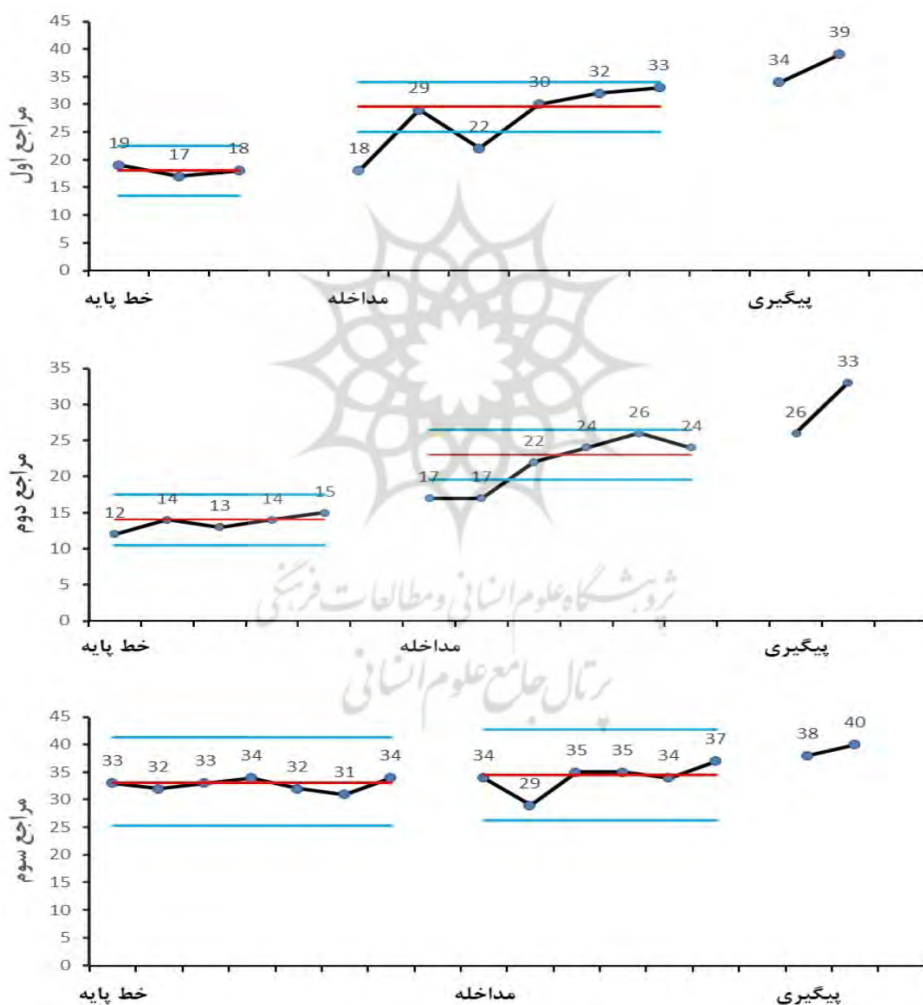
مقادیر تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد، جهت روند مربوط به نمرات مقیاس خویش‌نماری جنسی در خط پایه برای دو مشارکت‌کننده تا اندازه‌ای صعود و در مرحله مداخله برای هر سه مشارکت‌کننده صعودی است؛ یعنی وضعیت مشارکت‌کنندگان رو به بهتر شدن داشته است.



نمودار ۳: خط میانه و محفظه ثبات مشارکت‌کنندگان
در پرسش‌نامه خویش‌نماری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) در مراحل خط پایه و مداخله

طبق جدول (۵) و نمودار (۴)، 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. به ویژه فاصله تغییر سطح نسبی میان مرحله خط پایه (۱-) و مداخله (۱۵) برای مشارکت کننده اول و مرحله خط پایه (۳) و مداخله (۷) برای مشارکت کننده دوم قابل توجه است و فاصله تغییر برای مشارکت کننده سوم نسبت به آن دو مراجع کمتر بوده است، که مرحله خط پایه (۱) و مداخله (۳) است. نمرات طبق جدول (۵) و با توجه به نمودار (۴)، یافته های مربوط به محفظه ثبات روند مشارکت کنندگان در مقیاس خویشتن داری جنسی در مرحله مداخله نشان می دهد روند صعودی نمرات از ثبات برخوردار است، که نشان از روند باثبات تغییر ناشی از مداخله دارد. البته برای مشارکت کننده اول در مرحله مداخله طبق قاعده ۸۰-۲۰ اثبات محسوب شده است.



نمودار ۴: خط روند و محفظه ثبات مربوطه برای نمرات مشارکت کنندگان در پرسش نامه خویشتن داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) در مراحل خط پایه و مداخله

جدول (۶) شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی مشارکت‌کنندگان را در مقیاس خویش‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۶: شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی (خط پایه و مداخله)
مشارکت‌کنندگان در مقیاس خویش‌داری جنسی

نتایج			شاخص‌ها
سوم	دوم	اول	مراجعات
صعودی-صعودی	صعودی-صعودی	صعودی-صعودی	تغییر جهت روند
ثبات-ثبات	ثبات-ثبات	ثبات-ثبات	وضعیت ثبات-تغییر
۳۲	۱۴/۵	۱۸	میان‌نیمه دوم داده‌های خط پایه
۳۴	۱۷	۲۲	میان‌نیمه اول داده‌های مداخله
۲	۲/۵	۴	تغییر سطح نسبی
۳۴	۱۵	۱۸	آخرین نمره خط پایه
۳۴	۱۷	۱۸	اولین نمره مرحله مداخله
۰	۲	۰	تغییر سطح مطلق
۱/۵	۹	۱۱/۵	تغییر میان‌نیمه
۱/۲۹	۸/۰۶	۹/۳۳	تغییر میانگین
صعودی	صعودی	صعودی	نوع روند
%۵۰	%۱۰۰	%۸۳	PND
%۵۰	%۰	%۱۷	POD

بر اساس جدول (۶) تغییر سطح نسبی و مطلق هر سه مراجع، مراجع اول (۴)، مراجع دوم (۲/۵) و سوم (۲) نشان می‌دهد که آنها تغییر چشمگیری از مرحله خط پایه به مرحله مداخله داشته‌اند. تغییر میان‌نیمه و میانگین نیز حاکی از افزایش نمرات خویش‌داری در هر سه مشارکت‌کننده از جلسات خط پایه به جلسات مداخله است. میزان PND و POD در جدول (۶) نشان می‌دهد که مداخله از اثربخشی و کارآمدی خوبی برخوردار است. این یافته این‌گونه بوده است که ($PND = \%100$) برای مراجع دوم نشان از اثربخشی بالا، و ($PND = \%83$) برای مراجع اول، نشان از اثربخشی نسبی و ($PND = \%50$) برای مراجع سوم نشان از اثربخشی غیرقابل اعتماد در مداخله است. با توجه به اینکه مداخله مورد بررسی برای دو مراجع بالاتر از ۷۰٪ است، می‌توان نتیجه گرفت مداخله مورد نظر از اثربخشی و کارآمدی خوبی برخوردار است، اما از بررسی‌های بیشتر بی‌نیاز نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش درباره تدوین مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی به‌منظور افزایش خویش‌داری جنسی نشان داد، این مداخله امکان اجرا دارد؛ چراکه نظر داوران کارشناس در

مرحلهٔ روایی‌سنجی محتوا نشان می‌دهد تمام راهبردها و صورت‌بندی و برخی از فنون مداخله برای افزایش خویشتن‌داری جنسی مناسب‌اند.

آشنایی و دانش‌افزایی دربارهٔ میل و رفتار جنسی در گسترهٔ سبک زندگی در گام اول مداخله، باعث می‌شود فرد از سازوکار برانگیختگی جنسی و تأثیر عوامل گوناگون بر آن هشیار شده و با پایش رفتارهایی که در زندگی فرد منجر به تحریک جنسی می‌شود، به‌نوعی به تعدیل طبیعی میل جنسی دست می‌یابد؛ در دومین گام مداخله، با آشناسازی مراجع به تعدیل شهوت، سنجش کمی و سنجش کیفی انگیزش مراجع با استفاده از بارش فکری وی، و آگاهی دادن به مراجع با نیروهای انگیزشی خویشتن‌داری از سه جهت تقویت ترس مثبت، امیدسازی و تقویت محبت در راستای جهت دادن به ترس و امید به دنبال نوعی انگیزه‌سازی در جهت تعدیل میل طبیعی و شهوت است؛ در گام سوم با تبیین ضرورت تصمیم‌گیری از چندین جهت؛ از جمله تبیین طبیعی بودن موقعیت‌های وسوسه‌انگیز در زندگی و اهمیت داشتن نحوهٔ برخورد با این وسوسه‌ها، تبیین بررسی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت تصمیم‌های نادرست و تصمیم‌گیری درست در آن موقعیت‌های وسوسه‌انگیز جنسی، تبیین اجزای مثلث روانی (افکار، احساسات و رفتار) انسان، و تبیین مراحل تصمیم‌گیری و تمرین آن در نمونه‌های تجربه‌شده به دنبال تقویت توانمندی خیرگزینی است؛ در گام چهارم با بررسی مقابله‌های کارآمد و ناکارآمد در برابر فشارها و بازخوردگیری از مراجع دربارهٔ مقابله‌های کارآمد، در مراجع مقابله‌های مثبت تقویت شده و باعث جایگزینی لذت‌های حلال با رفتارهای پرخطر جنسی می‌شود؛ و در گام پنجم از مسیر ارتباط معنوی گرفتن با خداوند و افزایش توانمندی صبر و تاب‌آوری مراجع در کاهش فشارهای روانی با بهره‌برداری از حمایت اجتماعی، ایجاد و تقویت معنا در زندگی، هدف‌گزینی، پیگیری اهداف و تجربهٔ دستیابی به خویشتن‌داری در موقعیت‌ها، منجر به تقویت مقابله‌های معنوی، میل فطری و صبر برای رویارویی با فشارهای روانی حاصل از خویشتن‌داری جنسی می‌گردد، که راهبردی مبتنی بر نگهداشت خویشتن‌داری جنسی است تا در موقعیت‌های تنش‌زای جنسی از آن توانمندی طراحی شده در وجود آدمی استفاده نماید؛ و در نهایت منجر به تثبیت سبک زندگی عقیفانه می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد مداخلهٔ مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی توانسته است خویشتن‌داری جنسی نوجوانان در انتظار ازدواج را افزایش دهد، این یافته‌ها عبارت‌اند از: ۱. خویشتن‌داری جنسی بر اساس پرسش‌نامهٔ خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) روند رو به بهبود و افزایش آن در هر سه مشارکت‌کننده داشت (ر.ک: جدول ۴ و نمودار ۲)؛ ۲. نمرات هر سه مشارکت‌کننده در مرحلهٔ مداخله بر اساس مقیاس خویشتن‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) روند صعودی باثبات را نشان داده است (ر.ک: جدول ۵ و نمودار ۳ و ۴)؛ ۳. نمرات مشارکت‌کنندگان در مقیاس

خویش‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) روند صعودی بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) داشت (ر.ک: جدول ۶ و نمودار ۴)؛ ۴. میزان PND در مقیاس خویش‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶) برای مراجع اول بین ۷۰ تا ۹۰ درصد بود ($PND=83\%$)، که نشان از اثربخشی نسبی و برای مراجع دوم بالاتر از ۹۰ درصد بود ($PND=100\%$)، که نشان از اثربخشی بالا است؛ از این رو می‌توان نتیجه گرفت مداخله مورد نظر از اثربخشی و کارآمدی خوبی برخوردار است (ر.ک: جدول ۶). این یافته‌ها در میان مراجعانی بود که به رفتارهای جنسی مبتلا بودند. بر اساس مقیاس خویش‌داری جنسی (گلزاری، ۱۳۸۶)، دو نفر رفتارهای جنسی شدید (مراجع ۱ و ۲) و یک نفر (مراجع ۳) تا حدودی متوسط داشتند.

بنابراین یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش بیانگر کارآمدی مداخله تدوین‌شده در افزایش خویش‌داری جنسی دارد؛ از این رو مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی بر افزایش میزان خویش‌داری جنسی تأکید دارد. در این صورت، نتایج پژوهش با یافته‌های متعددی از محققان که بر نقش آموزش خویش‌داری جنسی در افزایش خویش‌داری جنسی تأکید دارند، هماهنگ است (رحمانی و دیگران، ۱۳۹۷؛ حنیفی^۱ و دیگران، ۲۰۰۰؛ میلان^۲ و دیگران، ۱۹۹۵؛ راسل^۳ و دیگران، ۱۹۹۲؛ بریمن^۴ و دیگران، ۲۰۰۲؛ شیکدanz^۵ و دیگران، ۲۰۰۱).

از این رو مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی به جوانان در انتظار ازدواج دارای ضعف در خویش‌داری جنسی کمک می‌کند سطح مناسبی از خویش‌داری جنسی را فرا گیرند؛ چراکه در مداخله خویش‌داری جنسی، جوانان با پیامدهای ناپه‌نجار ارضای جنسی خارج از چارچوب هشیار و منجر به فعال‌سازی هیجانی نسبت به عواقب رفتارهای نامناسب جنسی می‌گردد و در طی جلسات از وضعیت خود در هنگام بروز رفتارهای نامناسب و لزوم اقدام‌های مناسب آگاه می‌شود، و سپس با یک برنامه فردی - اجتماعی و طرح‌ریزی سبک زندگی کارآمد جنسی با هدف تقویت مقابله‌های کارآمد در برابر فشارها و جایگزینی لذت‌های حلال با رفتارهای پرخطر جنسی است؛ به‌طوری‌که منجر به تقویت توانمندی روان‌شناختی؛ از جمله افزایش آگاهی، خودمهارگری و تقویت توانمندی اخلاقی؛ از جمله تأخیر ارضا، دوراندیشی، تاب‌آوری 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 جهت نگهداشت خویش‌داری (تاب‌آوری)، به‌ویژه در موقعیت‌های

1. Hanifi, S. M.
2. Millan, T.
3. Russell, P.
4. Berryman, J. C.
5. Schickedanz, J. A.

تنش‌زای جنسی آشنا و با تکالیف خواسته‌شده به‌منظور پایدارسازی تغییرات مثبت و مهار فرایندهای وسوسه‌انگیز در تثبیت سبک زندگی عقیفانه اقدام می‌کند. با توجه به یافته پژوهش حنیفی (۲۰۰۰) در مورد اثربخشی آگاهی از ایدز بر دانش افراد در بین پاسخ‌دهندگان بی‌سواد بیشتر بود و تأثیر نسبتاً کمتری بر پاسخ‌دهندگان تحصیل کرده داشته است؛ ازاین‌رو این پژوهش نشان می‌دهد که فعالیت‌های آگاهی‌بخشی می‌تواند مؤثر باشد که از جهت محتوا برای تأثیر آگاهی‌بخشی، اظهار نیاز کردند، و در پژوهش میلان و دیگران (۱۹۹۵) نتیجه‌گیری شده است که دانش در مورد تمایلات جنسی در میان افراد کم‌درآمد، ناچیز است؛ ازاین‌رو مداخله حاضر برای مؤثرتر کردن در تأثیر آگاهی‌بخشی و دانش‌افزایی در مورد چگونگی کنترل تمایلات جنسی از محتوایی غنی برخوردار است و همچنین با توجه به فنون مداخله و تکالیف خانگی جوانان را در مسیر توانمندی‌های روان‌شناختی و اخلاقی، راهنما و هدایت می‌کند.

به‌عنوان محدودیت‌هایی که در اجرای روش پژوهش حاضر وجود داشت، این موارد قابل ذکر است:

۱. در بررسی روایی طرح‌نمای مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی از فرم اطلاعات و نظرسنجی کارشناسان خبره استفاده شد. نظر کارشناسان درباره روایی و کارآمدی مداخله محدود به چیزی است که در فرم ثبت شده است و امکان بحث و گفت‌وگو وجود ندارد؛
۲. شرح حال سه مشارکت‌کننده طرح پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از جهت انجام رفتارهای جنسی، شروع مشکل و مدت آن، عوامل تسریع‌کننده، مشکلات روحی و محیطی، وضعیت طبی عمومی، روان‌پزشکی و مصرف دارو و مسئله همبودی اختلالات دیگر همگونی ندارند. این محدودیت از جمله مواردی نیست که بتوان به سادگی و راحتی آن را کنترل و برطرف کرد؛
۳. 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 به‌عنوان محدودیت طرح آزمایشی به‌کاررفته در این پژوهش دانست.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5. ترجمهٔ افرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی‌آذر و فرهاد شاملو. تهران: ارجمند.
- هفرن، کیت و بونیول، ایلونا (۱۳۹۴). روان‌شناسی مثبت‌نگر: نظریه‌ها، پژوهش‌ها و کاربردها. قم: دار الحدیث.
- عباسی، مهدی (۱۳۹۶). الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی. قم: دار الحدیث.
- رحمانی، احسان؛ عارفی، مختار؛ افشارینیا، کریم و 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 متوسطهٔ اول. علوم روان‌شناختی، ۱۷(۷۰)، ۷۳۵-۷۴۴.

گلزاری، محمود؛ دلاور، علی و جعفری، الهه (۱۳۸۶). ساخت مقیاس خویشتن‌داری جنسی و هنجاریابی آن در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

تربتی، سروناز؛ تاجیک اسماعیلی، سمیه و خسروی، نیکا (۱۳۹۸). مطالعه کیفی تربیت جنسی نوجوانان و عوامل زمینه‌ساز آن با تأکید بر روابط میان‌فردی با والدین (مطالعه موردی: دختران و پسران نوجوان دوره متوسطه ساکن شهر تهران). *مطالعات جامعه‌شناسی*، ۱۲(۴۵)، ۷۷-۱۰۴.

تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۳۶۶). *تصنیف غرر الحکم و درر الکلم*. قم: دفتر تبلیغات. طباطبائی، سیدمحمدحسین (۱۴۱۷ق). *المیزان فی تفسیر القرآن*. قم: دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم. گلزاری، محمود (۱۳۹۰). وبلاگ سپیده دانایی: پایگاه رسمی مجله مشاوره و روان‌شناسی برای جوانان و خانواده. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۳). ازدواج موقت و تأثیر آن بر روابط نامشروع جنسی. تهران. (مقاله مذکور پیش از این در سایت مرکز پژوهش‌ها موجود بود، لکن به تازگی حذف گردیده است. البته دسترسی به مقاله به‌صورت کامل در اینترنت امکان‌پذیر است).

ابن منظور، محمد بن مکرم (۱۴۱۴ق). *لسان العرب*. بیروت: دار صادر. فراهیدی، خلیل بن احمد (۱۴۰۹ق). *کتاب العین*. قم: هجرت. ابن فارس، احمد بن فارس (۱۴۰۴ق). *معجم مقاییس اللغة*. قم: مکتب الاعلام الاسلامی. راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۳۷۴). *مفردات الفاظ قرآن*. تهران: مرتضوی. مصطفوی، حسن (۱۴۳۰ق). *التحقیق فی کلمات القرآن الکریم*. بیروت: دار الکتب العلمیه - مرکز نشر آثار علامه مصطفوی. مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۷). *اخلاق در قرآن*. قم: مدرسه الامام علی بن ابی‌طالب (ع).

رفیعی‌هنر، حمید (۱۳۹۵). *روان‌شناسی مهار خویشتن با تکرش اسلامی*. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع). دافعی، مریم و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۶). بررسی رابطه روش‌های مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و سلامت روانی در زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه تربیت مدرس. اتکینسون، ریتا ال؛ بزم، داریل؛ اسمیت، ادوارد؛ نولن‌هوکسما، سوزان و اتکینسون ریچارد سی. (۱۳۸۵). *زمینه روان‌شناسی هیگلارد*. ترجمه بهروز بیرشک، رضا زمانی، نیسان گاهان، مهرناز شهرآرای، کیانوش هاشمیان، یوسف کریمی، محمدنقی براهنی، مهرداد بیک و مهدی محی‌الدین بناب. تهران: رشد.

سیف، علی‌اکبر (۱۳۹۰). ساختن ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهشی در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: دیدار. ابن بابویه قمی (شیخ صدوق)، محمد بن علی (۱۳۶۲). *الخصال*. تحقیق و تصحیح: علی‌اکبر غفاری، قم: جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

- Alresheed, F., Hott, L. B., & Bano, C. (2013). Single Subject Research A Synthesis of Analytic Methods. *Journal of Special Education Apprenticeship*, 2(1), 1-18.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change*. Boston: Allyn Bacon.
- 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. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Cozby, P. C. (2012). *Metods 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*. (P. 24-39). Oxford University.
- Lane, J. D., Gast, D. L. (2104). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Polit, D. F. Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. In: *Research in Nursing & Health*, 29, 489-798.

- Shultz, .K. S. Whitney, D. J. & Zickar, M. J. (2014). *Measurement Theory in Action, Case Studies and Exercises*. New York: Routledge.
- Sidani, S. & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing intervention* John Wiley & Sons.
- Berryman, J. C., Symthe, P. K., Taylor, A., Lamont , A., and Joiner R. (2002). *Developmental psychology and You*. by BPS Blackwell. 9-257.
- Schickedanz, J. A, Schickedanz, D. I., Foryvth, P. D. and Forsyth, G. A.(2001). *Understanding Childern And Adolescents*.by Allyn and Bacon.
- Hanifi, S. M., Hossein, M., and Aziz, A. (2000). Effects of an AIDS awareness campaign on knowledge about AIDS in a remote rural area of Bangladesh *International Quarterly of Community Health Education*, 19, 15-63.
- 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*;123(3), 368-75.
- Russell–Brown, P., Rice, J. c., Hector O,et al.(1992). The effect of sex education an adolescents in ST. Kitts–Nevis. *Boletin de la oficina Sanitavia Pan Americana*, 112(5), 413-24.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- 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.
- Rector, R. E., Johnson, K. A. & Marshall, J. A. (21Sept.2004). Teens Who Make Virginity P ledges Have Substantially Improved Life Outcomes, The Heritage Foundation.
- Best Friend Foundation (3Oct.2015). What is Best Frieds? A Character Education and Risk Avoidance Program for Girls.
- Hope Pregnancy Center (3Oct.2015). Sexual Abstinence.
- Radhakrishnan, S. (3oct.2015c). Doing it Without Sex Showing Your Care and Love without Sex, Society for Empowerment and Wholistic Advansment.