

کارآمدی مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در آسایش درونی جوانان در انتظار ازدواج

^۱ محمدحسین حق‌شناس، مهدی عباسی^۲، ابوذر محمدی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآمدی مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در آسایش درونی جوانان در انتظار ازدواج انجام شده است. بدین منظور، بررسی کارآمدی مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی و عاطفه مثبت، از یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه و نمونه سه نفره استفاده شد. در طرح آزمایشی تک‌آزمودنی، یافته‌ها نشان داد هر سه مراجع با شروع مداخله روند افزایشی و رو به بهبودی را در مقیاس رضایت از زندگی (۹۹ درصد) و در مقیاس عاطفه مثبت (۵۴ درصد) و در عاطفه منفی (۳۴ درصد) نشان دادند. میزان ۸۳ درصد داده غیرهمپوش برای مراجع اول و دوم در مقیاس رضایت از زندگی، و میزان ۸۳ درصد داده غیرهمپوش برای مراجع دوم هم در عاطفه مثبت و هم منفی و برای مراجع سوم در عاطفه منفی میزان ۱۰۰ درصد و در عاطفه مثبت میزان ۸۳ درصد مربوط به تحلیل دیداری در آن دو مقیاس نشان داد که مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی و عاطفه مثبت از کارآمدی و اثربخشی نسبی برخوردار است. بخش عمده‌ای از تغییرات به وجود آمده در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه ادامه یافت. نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی، یک روش درمانی است که در افزایش رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی تأثیر دارد.

واژگان کلیدی: مداخله مقابله‌ای، تنظیم رفتار جنسی، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. (نویسنده مسئول

m.haghshenas2976@gmail.com)

۲. استادیار، گروه روانشناسی اسلامی پژوهشگاه دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران.

منفی، جوانان در انتظار ازدواج، آسایش درونی.

Effectiveness of coping intervention based on the Islamic model of regulating sexual behavior in the inner comfort of young people waiting for marriage

Mohammad Hossein Haqshanas¹, Mahdi Abbasi²,
Aboozar Mohammadi³

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of confrontational intervention based on the Islamic model of regulating sexual behavior in the inner comfort of young people waiting for marriage. For this purpose, to investigate the effectiveness of confrontational intervention based on the Islamic pattern of regulating sexual behavior in reducing negative emotion and increasing life satisfaction and positive emotion, a single-subject experimental design with multiple baselines and a three-person sample was used. In the single-subject experimental design, the findings showed that all three authorities showed an increasing and improving trend in the life satisfaction scale (99%) and in the positive affect scale (54%) and in the negative affect (34%) after the intervention. The percentage of non-overlapping data (PND) for the first and second clients in the life satisfaction scale is 83%, and the percentage of non-overlapping data (PND) for the second clients is 83% in both positive and negative emotions, and 100% for the third clients in negative emotions. And in positive affect, the rate of 83% related to the visual analysis in those two scales showed that the coping intervention based on the Islamic pattern of regulating sexual behavior in reducing negative affect and increasing satisfaction with life and positive affect has relative efficiency and effectiveness. Most of the changes occurred in the one-month and three-month follow-up period. The result of this research shows that confrontational intervention based on the Islamic model of regulating sexual behavior is a treatment method that has an effect on increasing life satisfaction and positive emotions and reducing negative emotions.

-
1. Ph.D. student of Psychology, Hozha Research Institute and University, Qom, Iran . (Corresponding Author) Email: m.haghshenas2976@gmail.com
 2. Assistant Professor, Department of Islamic Psychology, University of Qur'an and Hadith, Qom, Iran.
 3. MSc in Positive Islamic Psychology, Qom branch, Quran and Hadith University, Qom, Iran.

مقدمه

میل جنسی پس از حرکت و برانگیختگی مانند نیاز فیزیولوژیک عمل می‌کند از طرفی در صورت ارضانشدن موجب تنش است و از طرف دیگر در صورت ارضاشدن خارج از چارچوب، تنش روانی ناشی از آن، جایش را به آرامش می‌دهد. امروزه این اتفاق می‌افتد که مدیریت رفتار جنسی با میزان رضایت مندی و سطح کیفیت عمومی مرتبط با سلامت ارتباط تنگاتنگی دارد (آرینگتون^۱ و کوفرانسسکو^۲، ۲۰۰۴؛ دیلماتر^۳، کاراکر^۴، ۲۰۰۹؛ فورکروی^۵، ۲۰۰۳). مدیریت رفتار جنسی تقویت‌کنندهٔ کیفیت زندگی است (معارفی^۶، ۲۰۰۸). در حالی که در دوران متأخر در ایران اسلامی با توجه به تحولات اجتماعی آرام تغییر نظام ارزشی، تأثیر مخرب نوع رفتار و سبک پوشش آزاد، که تمامی برخلاف باورهای دینی است، و ورود امکاناتی چون ماهواره، اینترنت و شبکه‌های مجازی به خانه‌ها و زندگی شخصی افراد، مشکل عدم مدیریت رفتار جنسی را بیش از پیش بغرنج کرده است و از عواملی که مدیریت رفتار جنسی را تقویت می‌کند، تفکر، عواطف و عمل به باورهای دینی است (تورنتون^۷ و کامبرن^۸، ۱۹۸۹؛ هولدر^۹ و دیگران، ۲۰۰۰) از این رو، لازم است به مدیریت رفتار جنسی جوانان در انتظار ازدواج توجه شود.

طبق آمارها در بسیاری از کشورهای منطقه، رفتارهای جنسی زودتر از سن ازدواج در میان جوانان، روندی رو به رشد دارد (اتحادیهٔ بین‌المللی تنظیم خانواده^{۱۰}، ۲۰۰۳).

رضایت از زندگی دربرگیرندهٔ مؤلفهٔ شناختی شادکامی است، هنگامی که مردم دستاوردهای زندگی‌شان را درجه‌بندی می‌کنند. دینر می‌گوید رضایت از زندگی نمایانگر ناهمخوانی وضعیت موجود و وضعیتی است که آرمانی یا معیار مطلوب قلمداد می‌شود (ونهوون^{۱۱}، ۱۹۹۱) عاطفه، نمایانگر جنبهٔ هیجانی آسایش است که شامل خلق‌ها و هیجان‌های مرتبط با تجربهٔ رخداد‌های گذرا می‌شود (دینر^{۱۲} و دیگران، ۱۹۹۹ الف). باید

1. Arrington, R.
2. Cofrancesco J, Wu AW.
3. DeLamater, J.
4. Karraker, A.
5. Fourcroy, JL.
6. Maarefi, Gh.
7. Thornton, A.
8. Camburn, D.
9. Holder, D. W.
10. International Planned Parenthood Federation.
11. Veenhoven, R.
12. Diener, E.

میان تجربه عاطفه مثبت و منفی موازنه باشد همچنین باید میان فراوانی و شدت عاطفه مثبت فرق گذاشت (دینر و دیگران، ۱۹۹۱). و بالاخره افرادی که سطوح بالای آسایش را گزارش می‌کنند غالباً سطوح بالای خلاقیت، افزایش استقامت کاری، چندکاره بودن، منظم بودن، خوش‌بینی، توجه به اطلاعات منفی مرتبط، طول عمر، آسیب‌پذیری کمتر در برابر بیماری، اجتماعی بودن، اعتماد، همیاری و نیز خصومت و خودمحوری کمتری را نشان می‌دهند (دینر، ۲۰۰۰). از این رو، در صدد بالا بردن سطح آسایش درونی با مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی هستیم.

به نظر ایندler و پارکر^۱ (۱۹۹۴) راهبردهای مقابله‌ای به سه دسته تکلیف‌مدار یا مسئله‌مدار^۲؛ هیجان‌مدار^۳؛ 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 پُرزورتر، فشارآورنده و افزون‌تر از منابعی برآورد می‌شوند که در اختیار فرد است (هفرن، بونیول، ۲۰۱۱، ترجمه تیک و زندی، ۱۳۹۴). 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 (دافعی، ۱۳۷۶).

بر اساس تحقیقات انجام‌شده برنامه‌های مدیریت رفتار جنسی، به تأمین رفتارهای بهداشتی در جهت حفظ سلامت افراد جامعه و مقابله با بیماری‌های منتقله از طریق روابط جنسی می‌انجامد (بویا و دیگران، ۲۰۰۰؛ میلان^۴ و دیگران ۱۹۹۵؛ راسل^۵ و دیگران، ۱۹۹۲). و همچنین به افراد اطلاعات و آگاهی‌های جنسی لازم برای یک هدف مشترک و ارضای نیازها و تعادل در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌دهد (بريمن^۶ و دیگران، ۲۰۰۲؛ شیکدanz^۷ و دیگران، ۲۰۰۱) که با آموزش خویش‌داری جنسی بر شادکامی و رضایت از زندگی افراد اثر بخش است (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۶). از این رو، پژوهش حاضر برای سنجش آسایش درونی جوانان در انتظار ازدواج مورد بررسی قرار می‌گیرد که تغییرات

1. Endler, N. S. & Parker, J. D. A.

2. Problem - focused

3. Emotion - focused

4. Millan, T.

5. Russell, P.

6. Berryman, J. C.

7. Schickedanz, J. A.

حاصله در آنها با مداخلهٔ مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی انجام شده است. در ایالات متحده آمریکا، دربارهٔ رفتارهای پرخطر و توانمندی خویشتن‌داری در برابر رفتارهای جنسی خارج از چارچوب ازدواج، از دو راهبرد اجتماعی «آموزش جامع مسائل جنسی» و «فقط خویشتن‌داری جنسی تا زمان ازدواج» استفاده شد (کالینز^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). که از جمله برنامه‌های خویشتن‌داری جنسی می‌توان به عهد بکارت (رکتور، جانسون و مارشال^۲، ۲۰۰۴)؛ بهترین دوست (بنیاد بهترین دوست^۳، ۲۰۱۵ج)؛ عشق حقیقی منتظر می‌ماند (اتحادیه ملی روحانیان جوان کاتولیک، ۲۰۰۶)؛ حلقه‌های نقره‌ای (نک^۴، ۲۰۱۵)؛ حلقهٔ نقره‌ای^۴، ۲۰۱۵) خویشتن‌داری جنسی برای رهایی از خطر بارداری پیش از ازدواج (مرکز بارداری امید^۵، ۲۰۱۵) و آموزش مهارت نه گفتن (نک^۶، راجا کریشنان^۷، ۲۰۱۵) اشاره کرد. این برنامه‌ها برای کنترل رفتارهای پرخطر جنسی مطلوب نبوده است (هاورز^۸، ۲۰۰۴) و این شکل از پیشگیری که شامل کنترل روابط غیرعقیدانه نیست، نتوانسته است در حفظ سلامت جسمی روانی جنسی کارآمدی لازم را داشته باشد (خویشتن‌داری جنسی و آموزش خانواده^۸، ۱۹۹۵). به نظر می‌رسد اصل شیوهٔ اجرای آن عیوبی دارد که به الگوی آن برمی‌گردد. الگوی این برنامه چیزی است به نام عشق بدون سکس. بر اساس این الگو، هرگونه رابطه‌ای به جز آمیزش جنسی (همچون وقت گذراندن با یکدیگر و ...) آزاد است. و پژوهش‌هایی در مقابل آن وجود دارد به طوری که الگوی این پژوهش چیزی غیر از عشق بدون سکس است که در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی نقش داشته و به رضایت از زندگی و شادکامی آنان منجر شده است (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۶) و یا در پژوهشی دیگر آموزش خویشتن‌داری جنسی هم به خودکارآمدی اجتماعی و هم بر خطرپذیری جنسی تأثیرگذار بوده است (رحمانی و دیگران، ۱۳۹۷). این تأثیرگذاری‌ها از پژوهش نشان از این است که آموزش صحیح در تربیت جنسی می‌تواند سلامت روانی و رضایت از زندگی و عاطفهٔ مثبت زیاد را در افراد داشته باشد. در این پژوهش بنا داریم با برنامه‌های آموزشی مدون و مناسب با رویکرد اسلامی که این زمینه جایش خالی است،

1. Collins, C.
2. Rector, R. E., Johnson, K. A. & Marshall, J. A.
3. Best Friend Foundation
4. Silver Ring Thing
5. Hope Pregnancy Center
6. Radhakrishnan, S.
7. Hauser, D.
8. Sexual abstinence & Family Education

کارآمدی مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی را بر آسایش درونی بسنجیم. امروزه زندگی سالم، مرتبط با سائق جنسی، با معضلات جدی مواجه شده است؛ استحکام خانواده‌ها، روابط کارآمد همسران، حضور در سطح جامعه و به خاطر فراهم نبودن ازدواج برای جوانان در انتظار ازدواج دچار مشکل شده است و این مشکل باعث شده است در کارآمدی فردی و اجتماعی فرد تأثیر بگذارد که ضرورت پژوهش در این باره را تبیین می‌کند. از این رو، جای رویکرد اسلامی در این راستا خالی است که مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی انجام شده است (عباسی و حسینی، ۱۳۹۷) و پژوهش حاضر طی یک طرح آموزشی تک‌آزمودنی به کارآمدی این الگو در آسایش درونی جوانان در انتظار ازدواج می‌پردازد.

مداخله مقابله‌ای که مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی تدوین شده است (عباسی و حسینی، ۱۳۹۷)، دارای راهبرد خویش‌داری است که با مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری در برابر محرک‌های بیرونی، میل جنسی را مدیریت و بخشی از محتوای یک زندگی عقیفانه محسوب می‌شود. خویش‌داری متشکل از دو توانمندی انتخاب و اجتناب است. به این صورت که مهارگری و تاب‌آوری با انتخاب و اجتناب تحقق می‌یابد، که تقوا کارکرد مهارگری را به عهده دارد و صبر مایه قوام مهارگری و با تاب‌آوری مرتبط است (عباسی، ۱۳۹۶). پژوهش نشان خواهد داد که آیا مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی، بر روی سطح آسایش درونی فرد تأثیر خواهد گذاشت.

بر اساس آنچه گذشت، پرسش‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. کارآمدی مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در رضایت از زندگی جوانان در انتظار ازدواج چگونه است؟
۲. کارآمدی مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در عاطفه مثبت و منفی جوانان در انتظار ازدواج چگونه است؟

روش تحقیق

به منظور بررسی کارآمدی^۱ مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی در آسایش درونی جوانان در انتظار ازدواج از یک روش آزمایشی^۲ استفاده شد. در این روش

1. Probably efficacy.

2. experimental

یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۱ مورد استفاده قرار گرفت. از بین طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی نیز طرح خط پایه چندگانه^۲ انتخاب شد که در آن خط پایه بین آزمودنی‌ها در نظر گرفته می‌شود و کارآمدی مداخلهٔ مقابله‌ای به واسطهٔ وارد کردن مکرر عامل درمانی در افراد متفاوت در زمان‌های مختلف قابل بررسی است (گالو^۳، کامر^۴ و بارلو، ۲۰۱۳). طبق نظر چمبلس^۵ و همکارانش (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) درمان به کار رود و بنابر نظر گالو، کامر و بارلو (۲۰۱۳) از دیدگاهی روش‌شناختی طرح‌های آزمایشی تک‌آزمونی و آزمایش‌های کنترل‌شدهٔ 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. 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 مشارکت‌کننده^۶ وارد فرایند طرح شدند.

ملاک‌های ورود به طرح: افرادی که دورهٔ نوجوانی را گذرانده، مجرد و دارای خویشن‌داری جنسی پایین که از طریق پرسشنامهٔ همراه با شکایت از فضا‌های جنسی طبیعی در این دوران و با پایین بودن سطح رضایت از زندگی و عاطفهٔ مثبت و همچنین دارای عاطفهٔ منفی نسبتاً زیاد هستند که بر روی سطح آسایش درونی تأثیر گذاشته است 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 به عنوان ملاک‌های ورود طرح پژوهشی برشمرده می‌شد.

1. single case experimental design
2. Multiple Baseline Designs.
3. Gallo, K. P.
4. Comer, J. S.
5. Chambless, D. L.
6. participant.

ملاک‌های خروج: سن کمتر از ۲۱ سال یا افراد متأهل یا افرادی که به هر دلیل دارای خویشتن داری جنسی بالایی هستند یا افراد دارای اختلالات خاص مانند اختلال شخصیت^۱، انواع روان‌پریشی^۲، اختلال وسواس اجباری^۳، افسرده‌خویی^۴، دوقطبی^۵، اختلال ناشی از طب عمومی، اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد (بر اساس مصاحبه بالینی)، مصرف داروی روان‌پزشکی در سه ماه گذشته و غیره به عنوان ملاک‌های خروج برشمرده شد.

مشارکت‌کننده اول: آقای ۲۵ ساله، مجرد و دارای شغل آزاد و ساکن اصفهان و دارای مدرک کارشناسی است. مراجع دوران کودکی و نوجوانی خود را همراه با والدین و در کنار یک برادر و یک خواهر گذرانده است. مراجع با شکایت خودارضایی در برخی اوقات و اعتیاد به جستجوگری شبکه‌های اجتماعی ضداخلاقی و دیدن فیلم‌های هرزه‌نگاری برای مشاوره مراجعه کرده است. این مشکلات بعد از دوران بلوغ همواره برای مراجع وجود داشته است و در برخی دوران‌ها مانند ایام سربازی یا زمان‌هایی که اشتغالات ذهنی بسیاری داشته کمتر بوده است. نوع شغل و بیکاربودن در مغازه به دلیل نبودن مشتری گاهی این مشکلات را دوچندان می‌کند. مراجع دارای زمینه‌های خفیف وسواس در چک کردن است.

مشارکت‌کننده دوم: آقای ۲۳ ساله و دانشجو و از آنجا که وی فردی مذهبی است، به علت قرارگرفتن در محیط دانشگاه که سطح برانگیختگی جنسی به دلیل اختلاط دختران و پسران بالاتر است، از فشار هیجانات جنسی شکایت داشته است. وی اختلال روان‌شناختی خاصی ندارد و دوران کودکی و نوجوانی خود را همراه با پدر و مادر خویش گذرانده است. این مشکل برای وی همواره بعد از بلوغ وجود داشته و گاهی به رفتارهایی مانند خودارضایی انجامیده است.

مشارکت‌کننده سوم: آقای ۲۱ ساله که دبیرستان را گذرانده و درگیر فضای کنکور است. او دارای اعتماد به نفس پایین و اضطراب اجتماعی است. همچنین زمینه‌های وسواس فکری در مراجع مشاهده شده است.

1. personality disorders.
2. Psychosis.
3. Obsessive Compulsive Disorder.
4. dysthymic disorder.
5. bipolar disorder.

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.

مقیاس رضایت از زندگی (داینر، امانز، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵): رضایت از زندگی یک مقیاس ۵ گویه‌ای تک‌عاملی است که مؤلفهٔ شناختی بهزیستی فرد را ارزیابی می‌کند (مک‌کالو^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). این مقیاس به یک فرایند قضاوتی-شناختی اشاره دارد که در آن افراد کیفیت زندگی خود را براساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند (پاوت^۲ و داینر^۳، ۱۹۹۳). این مقیاس در بیش از چهار هزار مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. (جوویا^۴ و همکاران، ۲۰۰۹).

فهرست عاطفه مثبت و منفی (واتسون^۵ و همکاران، ۱۹۸۸): این فهرست ابزاری مفید برای درمان‌گرانی است که علاقه‌مندند تغییرات هیجان‌های مثبت و منفی درمان‌جویان را به صورت روزانه و هفتگی پیگیری کنند. این فهرست می‌تواند به منظور نشان دادن تأثیرات سریع جلسات درمانی و نیز نتایج مداخلات، تمرین‌ها یا فعالیت‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر نیز مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس شامل ۲۰ گویه است (۱۰ گویهٔ این مقیاس عاطفه مثبت و ۱۰ گویهٔ دیگر عاطفه منفی را می‌سنجد) زمانی که مراجعان این فهرست را بر اساس عاطفهٔ خود در زمان حال تکمیل می‌کنند این ابزار نسبت به تغییرات آنی حساس است؛ اما زمانی که مراجعان این ابزار را بر اساس هفتهٔ گذشته خود پر می‌کنند می‌تواند به عنوان یک ابزار خیلی کلی مورد استفاده قرار گیرد. پایایی درونی خرده‌مقیاس عاطفه مثبت با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و پایایی درونی خرده‌مقیاس عاطفه منفی بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. این سطح از پایایی درونی با وجود اجرای دستورالعمل عاطفه لحظه‌ای (زمان حال) به دست آمده است. پایایی بازآزمایی خوبی در طول یک ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت لحظه یا همبستگی ۰/۵۴ و برای عاطفه منفی لحظه‌ای با همبستگی ۰/۴۵ و همبستگی ۰/۴۸ برای عاطفه مثبت در طول هفته گذشته و همبستگی ۰/۴۷ برای عاطفه منفی در هفته گذشته به دست آمده است. همان‌طور که انتظار می‌رفت پایایی

1. McCullough, M. E.,

2. Pavot, W.,

3. Diener, E.

4. Gouveia, V. V.,

5. Watson, D.

بازآزمایی یا طولانی‌شدن فاصله زمانی بیشتر خواهد بود. از این رو، وقتی که فاصله زمانی کوتاه باشد (برای نمونه اکنون یا بیشتر از یک هفته) فهرست عاطفه منفی و مثبت به نوسانات خلقی حساس است. اعتبار همگرا میان خرده‌مقیاس عاطفه مثبت و مقیاس‌های فعالیت اجتماعی و تغییرات خلقی روزانه یافت شده است در حالی که اعتبار واگرا میان خرده‌مقیاس عاطفه مثبت و مقیاس‌های استرس، رویدادهای آزارنده، بدکارکردی و آشفتگی کلی و افسردگی به چشم می‌خورد. عکس این قضیه یا اعتبار همگرای خرده‌مقیاس عاطفه منفی و مقیاس‌های استرس، رویدادهای آزارنده و افسردگی و بدکارکردی و آشفتگی کلی و اعتبار واگرای عاطفه منفی یا مقیاس‌های فعالیت اجتماعی و تغییر خلقی روزانه صحیح است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از مگیار-موئه، جینا ال، ۱۳۹۳).

مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی: این مداخله براساس الگوی مفهومی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی (عباسی، ۱۳۹۶) تدوین شده که مراحل ساخت و امکان‌سنجی آن در پژوهش عباسی و حسینی (۱۳۹۷) انجام شده است. این مداخله شامل تکنیک‌های شناختی، رفتاری و مجموعه‌ای از تکالیف خانگی است که با رویکرد مثبت‌نگر در پنج گام صورت‌بندی شده است. این پنج گام در چهار مرحله تنظیم شده است. مداخله مقابله‌ای دارای راهبرد خویشتن‌داری است که با مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری در برابر محرک‌های بیرونی، میل جنسی را مدیریت و بخشی از محتوای یک زندگی عقیقانه محسوب می‌شود. خویشتن‌داری به واسطه دو توانمندی انتخاب و اجتناب از مفهوم‌سازی عملیاتی می‌شود به این صورت که مهارگری و تاب‌آوری با انتخاب و اجتناب تحقق می‌یابد، که تقوا کارکرد مهارگری را به عهده دارد و صبر مایه قوام مهارگری و با تاب‌آوری مرتبط است (عباسی، ۱۳۹۶). و از ویژگی‌های پژوهش عباسی و حسینی (۱۳۹۷) از این قرار است: (۱) آموزش تنظیم رفتار جنسی و شیوه‌های کنترل تحریکات جنسی مبتنی بر آموزه‌های دینی؛ (۲) افزایش اطلاعات جوانان در انتظار ازدواج در زمینه تنظیم رفتار جنسی؛ (۳) تقویت مقابله‌های مثبت و تقویت توانمندی تصمیم‌گیری و خیرگزینی؛ (۴) بالا رفتن توانمندی‌های روان‌شناختی جوانان در اعتدال جنسی؛ (۵) پرورش توانمندی‌های عقلی (از جمله: شناخت و آگاهی و اشتیاق و پرهیز) و توانمندی‌های اخلاقی (از جمله: تأخیر ارضا، تاب‌آوری و ارتباط معنوی)؛ و (۶) افزایش سطح رضایت زندگی و عاطفه مثبت در جوانان.

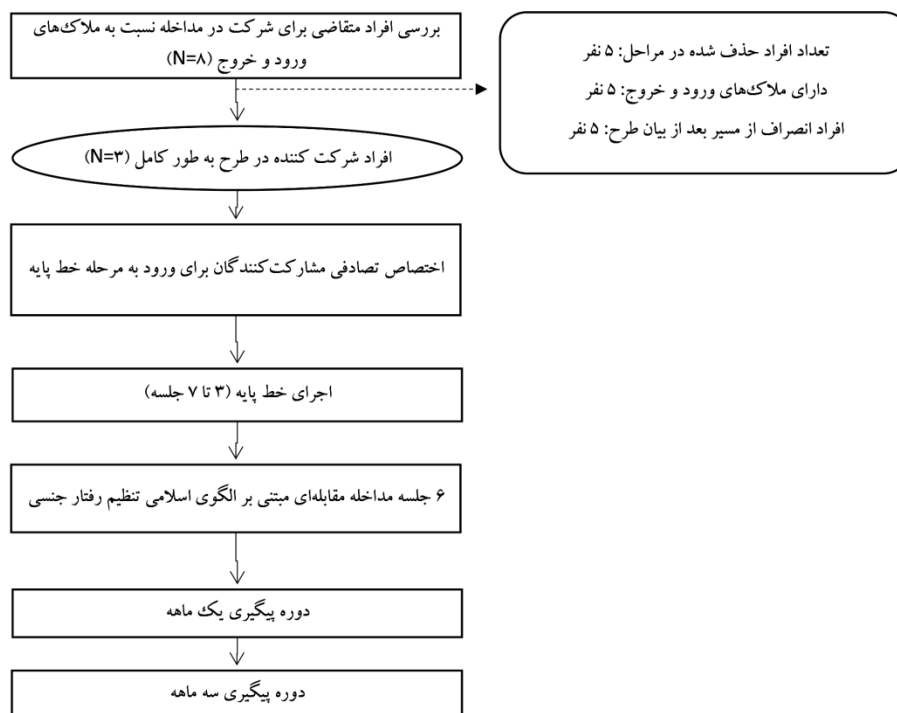
ج) روش تحلیل داده‌ها

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 مرحلهٔ خط پایه و درمان و مقایسه آن‌ها، ۲) بررسی کارآمدی درمان با محاسبهٔ درصد دادهٔ غیرهمپوش^۷ و درصد دادهٔ همپوش^۸. طبق نظر وند^۹ (۲۰۰۷) به نقل از: الرشید^{۱۰}، هات^{۱۱} و بنو^{۱۲}، اگر مقدار درصد دادهٔ غیرهمپوش کمتر از ۵۰ درصد باشد، مداخله «غیر معتبر (ناپایا)» است. در صورتی که درصد دادهٔ غیرهمپوش بین ۵۰ تا ۷۰ درصد باشد، نشان‌دهندهٔ «اثربخشی غیر قابل اعتماد» در مداخله است. مقدار ۷۰ تا ۹۰ درصد در درصد دادهٔ غیرهمپوش 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 برنامهٔ مداخله، تحلیل مبتنی بر مقایسهٔ بین دو شرایط خط پایه و مداخله است؛ از این رو، گام‌های تحلیل داده به دو بخش درون موقعیتی و بین موقعیتی برمی‌گردند. برای محاسبهٔ درصد بهبودی یا اندازهٔ اثر^{۱۳} از روش «میانگین کاهش از خط پایه»^{۱۴} استفاده شد (کمپل، ۲۰۰۳ به نقل از: الرشید، هات و بنو، ۲۰۱۳).

د) شیوهٔ اجرا

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

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)



نمودار ۱. نمایش شیوه اجرای طرح پژوهش

به طور کلی، اجرای این مطالعه از پذیرش مشارکت‌کنندگان تا پایان اجرای مداخله حدود سه ماه و نیم طول کشید. بازه زمانی این عملیات از تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۱۱ تا ۱۳۹۶/۱۱/۲۵ بود. بازه زمانی مربوط به مرحله پیگیری از تاریخ ۱۳۹۶/۱۱/۲۵ تا ۱۳۹۷/۰۲/۲۵ در نظر گرفته شد. با محاسبه سه ماه مرحله پیگیری، زمان کلی این مطالعه حدود هفت ماه بود. هر سه مشارکت‌کننده در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مقیاس‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند.

پرسشنامه رضایت از زندگی و فهرست عاطفه مثبت و منفی در تمام جلسات خط پایه، در تمام جلسات مداخله و در جلسات پیگیری، به عنوان متغیر وابسته و برآیند اجرا شد. هر سه مشارکت‌کننده به طور 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 به صورت هفتگی انجام شد. مراجع اول سه جلسه خط

پایه، مراجع دوم پنج جلسه و مراجع سوم هفت جلسهٔ خط پایه را گذراندند. مداخله به صورت انفرادی و هفتگی برای هر کدام از مشارکت کنندگان توسط پژوهشگر اجرا شد. پژوهشگر به عنوان درمانگر، اصول مشاوره و روان‌درمانی را گذرانده است. مشارکت کنندگان به ترتیب وارد مداخله شدند. هر سه مشارکت کننده دورهٔ مداخله را به پایان رساندند. بعد از شروع مداخله هم‌زمان با جلسهٔ سوم مراجع اول، مراجع دوم وارد مداخله شد و هم‌زمان با جلسهٔ پنجم مراجع اول و جلسه سوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد مرحلهٔ مداخله شد.

یافته‌های تحقیق

نمرهٔ هر یک از مراجعان در پرسشنامهٔ رضایت از زندگی و فهرست عاطفه مثبت و منفی، در مرحلهٔ خط پایه، جلسات مداخله و دورهٔ پیگیری بررسی شد. یافته‌های پژوهش براساس تغییرات مشارکت کنندگان در هر یک از این مقیاس‌ها در ادامه آمده است.

۱) کارآمدی طرح‌نمای مداخلهٔ مقابله‌ای در رضایت از زندگی

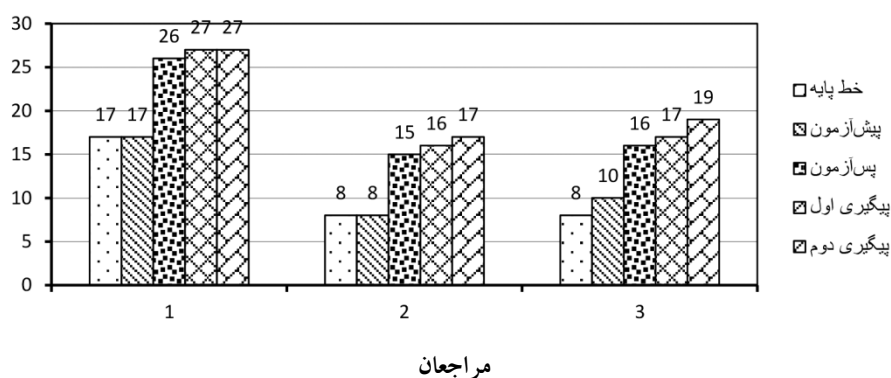
یافته‌های جدول ۱ و ۲ و نمودار ۲ نشان می‌دهد که دو مشارکت کنندهٔ دوم و سوم در مرحلهٔ خط پایه در پرسشنامهٔ رضایت از زندگی، نمرهای پایین‌تر از ۱۱ دارند و بیانگر این است که احساس رضایت خوبی ندارند. اما مشارکت کنندهٔ اول نسبت به آن دو مشارکت کننده کمی وضعیت بهتری را نشان می‌دهد. روند نمرات مراجع سوم در این مقیاس در دو مرحلهٔ خط پایه و پیش‌آزمون اندکی افزایش داشته است، اما بعد از جلسات مداخله در پس‌آزمون نمرهٔ هر سه مشارکت کننده در این مقیاس افزایش چشمگیری را نشان داده است. بخش زیادی از تغییرات به دست آمده در جلسات مداخله، در دورهٔ پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز تداوم داشته است.

طبق شاخص بهبودی گزارش شده در جدول ۱، درصد بهبودی مراجع اول در پایان جلسات مداخله بنابر نمرات پرسشنامهٔ رضایت از زندگی، ۵۲ درصد و برای مراجع دوم ۸۷ درصد و برای مراجع سوم ۷۷ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت کننده ۷۲ درصد است. این میزان از درصد بهبودی، که بالاتر از ۵۰ درصد است، نشان از کارآمدی مداخله در افزایش رضایت از زندگی براساس پرسشنامهٔ رضایت از زندگی دارد. درصد بهبودی مراجع اول در دورهٔ پیگیری نیز ۵۸ درصد و برای مراجع دوم ۱۰۶

درصد و برای مراجع سوم ۱۰۰ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری ۸۸ 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 ۱ نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامه رضایت از زندگی، در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل سنجش	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
خط پایه	۱۷	۸	۸
پیش‌آزمون	۱۷	۸	۱۰
پس‌آزمون	۲۶	۱۵	۱۶
درصد بهبودی	۵۲	۸۷	۷۷
بهبود کلی (n=۳)	۷۲		
پیگیری یک‌ماهه	۲۷	۱۶	۱۷
پیگیری سه‌ماهه	۲۷	۱۷	۱۹
درصد بهبودی	۵۸	۱۰۶	۱۰۰
بهبود کلی (n=۳)	۸۸		



نمودار ۲ نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامه رضایت از زندگی، در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تغییرات نمرات سه مشارکت‌کننده در پرسشنامه رضایت از زندگی، 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 یافته است.

جدول ۲. نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامهٔ رضایت از زندگی، در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

مراحل سنجش		مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم
مرحلهٔ خط پایه	اول	۱۷	۸	۸
	دوم	۱۷	۹	۹
	سوم	۱۶	۸	۱۰
	چهارم	-	۸	۸
	پنجم	-	۸	۸
	ششم	-	-	۹
	هفتم	-	-	۹
دامنهٔ تغییرات		۱۷-۱۶	۹-۸	۱۰-۸
مرحلهٔ مداخله	جلسهٔ اول	۱۷	۹	۱۰
	جلسهٔ دوم	۱۹	۱۱	۹
	جلسهٔ سوم	۲۲	۱۱	۱۲
	جلسهٔ چهارم	۲۱	۱۰	۱۳
	جلسهٔ پنجم	۲۳	۱۴	۱۵
	جلسهٔ ششم	۲۶	۱۵	۱۶
دامنهٔ تغییرات		۲۶-۱۷	۱۵-۹	۱۶-۱۰
درصد بهبودی		۲۸	۴۲	۴۳
بهبود کلی (n=۳)		۳۷		
پیگیری یک‌ماهه		۲۷	۱۶	۱۷
پیگیری سه‌ماهه		۲۹	۱۹	۲۱
درصد بهبودی		۶۸	۱۱۳	۱۱۸
بهبود کلی (n=۳)		۹۹		

طبق جدول ۲، درصد بهبودی در مراجع اول ۰/۲۸، در مراجع دوم ۰/۴۲ و در مشارکت‌کنندهٔ سوم ۰/۴۳ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحلهٔ مداخله برابر با ۰/۳۷ (n=۳) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دورهٔ پیگیری نیز ادامه داشته است؛ به گونه‌ای که پس از دورهٔ پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مراجع اول ۰/۶۸، در مراجع دوم ۰/۱۱۳ و در مراجع سوم ۰/۱۱۸ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دورهٔ پیگیری سه‌ماهه برابر با ۰/۹۹ بوده که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحلهٔ مداخله است.

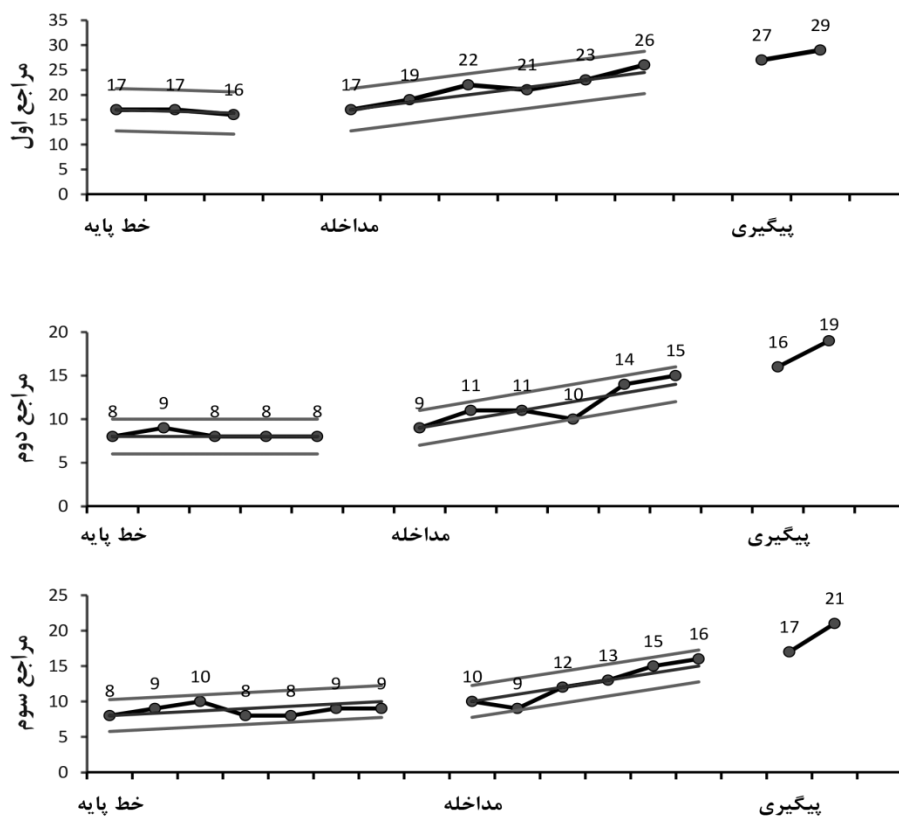
جدول ۳ شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی را برای مشارکت‌کنندگان در مقیاس رضایت از زندگی در دو مرحله خط پایه و مداخله نشان می‌دهد. نمودار ۳ خط میانه داده‌ها و محفظه ثبات مربوط و نمودار ۴ خط روند و محفظه ثبات خط روند برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامه رضایت از زندگی را در مراحل خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

بر اساس شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی مشارکت‌کنندگان در مقیاس رضایت از زندگی و قاعده ۸۰-۲۰ (ر.ک.: والر و هریس^۱، ۱۹۸۲) نمرات هر سه آزمودنی در مرحله خط پایه از ثبات برخوردار است. و در مرحله مداخله نمرات هر سه مشارکت‌کننده متغیر است. این نشان می‌دهد وضعیت هر سه مشارکت‌کننده قبل از مداخله باثبات بوده و در مقابل، در مرحله مداخله برای هر سه مشارکت‌کننده تغییر کرده است؛ به عبارت دیگر، مداخله توانسته است در میزان سطح رضایت از زندگی مشارکت‌کنندگان بر اساس مقیاس رضایت از زندگی یک تغییر ایجاد کند.

طبق نمودار ۳، براساس تغییر سطح نسبی و مطلق داده‌ها، هر سه مشارکت‌کننده در مراحل خط پایه و مداخله در نمره مقیاس رضایت از زندگی، افزایش داشته‌اند. مقادیر تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد جهت روند مربوط به نمرات مقیاس رضایت از زندگی، برای مشارکت‌کنندگان دوم و سوم هم در خط پایه و هم در مداخله و برای مراجع اول در مداخله صعودی است؛ یعنی وضعیت مشارکت‌کنندگان رو به بهتر شدن داشته است. طبق نمودار ۳ مشخص است که میزان تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان در مرحله مداخله بیش 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 (۹) برای مشارکت‌کننده اول و مرحله خط پایه (۰) و مداخله (۶) برای مشارکت‌کننده دوم و مرحله خط پایه (۱) و مداخله (۶) برای مشارکت‌کننده سوم قابل توجه است.

با توجه به نمودار ۳، یافته‌های مربوط به محفظه ثبات روند مشارکت‌کنندگان در مقیاس رضایت از زندگی، در مرحله مداخله نشان می‌دهد روند صعودی نمرات از ثبات برخوردار است که نشان از روند باثبات تغییر ناشی از مداخله دارد.

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



نمودار ۳ خط روند و محفظهٔ ثبات مربوطه برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامهٔ رضایت از زندگی، در مراحل خط پایه و مداخله

براساس شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) مشارکت‌کنندگان در مقیاس رضایت از زندگی، تغییر سطح نسبی هر سه مراجع، از این قرار است که برای مراجع اول (۳)، مراجع دوم (۳)، و مراجع سوم (۱) بود که نشان می‌دهد از مرحلهٔ خط پایه به مرحلهٔ مداخله تغییر داشته است. تغییر میانه و میانگین نیز حاکی از افزایش نمرات رضایت از زندگی هر سه مشارکت‌کننده از جلسات خط پایه به جلسات مداخله است. میزان دادهٔ غیرهمپوش و دادهٔ همپوش در جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخلهٔ مورد بررسی برای مشارکت‌کنندگان از اثربخشی نسبی برخوردار است که بیشترین اثربخشی را برای مراجع اول و دوم (۸۳٪) داشته است. اثربخشی این موضوع حاکی از آن است که مداخلهٔ مورد نظر از اثربخشی نسبی برخوردار است، اما از بررسی‌های بیشتر بی‌نیاز نیست.

۲. کارآمدی طرح‌نمای مداخله مقابله‌ای در فهرست عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸)

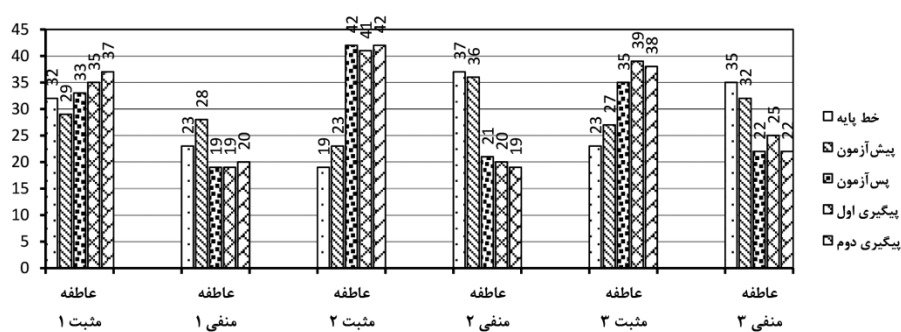
یافته‌های جدول ۳ و ۴ و نمودار ۴ نشان می‌دهد که مراجع دوم و سوم در مرحله خط پایه در پرسشنامه عاطفه مثبت نمره پایین و عاطفه منفی نمره بالا، دارند و بیانگر این است که احساسات و هیجانات خوبی ندارند. اما مشارکت‌کننده اول نسبت به آن دو مشارکت‌کننده وضعیت بهتری را نشان می‌دهد. روند نمرات مراجع دوم و سوم در این مقیاس در دو مرحله خط پایه و پیش‌آزمون اندکی افزایش داشته است در حالی که مراجع اول اندکی کاهش 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 به دست‌آمده در جلسات مداخله، در دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه نیز تداوم داشته است.

جدول ۳ نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل سنجش		مراجع اول		مراجع دوم		مراجع سوم	
		مثبت	منفی	مثبت	منفی	مثبت	منفی
خط پایه		۳۲	۲۳	۱۹	۳۷	۲۳	۳۵
پیش‌آزمون		۲۹	۲۸	۲۳	۳۶	۲۷	۳۲
پس‌آزمون		۳۳	۱۹	۴۲	۲۱	۳۵	۲۲
درصد بهبودی		۸	۲۵	۱۰۰	۴۲	۴۰	۳۴
بهبود کلی عاطفه مثبت (n=۳)		۴۹					
بهبود کلی عاطفه منفی (n=۳)		۳۳					
پیگیری یک‌ماهه		۳۵	۱۹	۴۱	۲۰	۳۹	۲۵
پیگیری سه‌ماهه		۳۷	۲۰	۴۲	۱۹	۳۸	۲۲
درصد بهبودی		۱۸	۲۳	۹۷	۴۶	۵۴	۲۹
بهبود کلی عاطفه مثبت (n=۳)		۵۶					
بهبود کلی عاطفه منفی (n=۳)		۳۲					

طبق شاخص بهبودی گزارش شده در جدول ۳، درصد بهبودی در پایان جلسات مداخله بنابر نمرات پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی، در عاطفه مثبت در مراجع اول ۸ درصد و برای مراجع دوم ۱۰۰ درصد و برای مراجع سوم ۴۰ درصد بوده است. میزان بهبود کلی

برای هر سه مشارکت‌کننده ۴۹ درصد است. و در عاطفهٔ منفی در مراجع اول ۲۵ درصد و برای مراجع دوم ۴۲ درصد و برای مراجع سوم ۳۴ درصد بوده است. درصد بهبودی در دورهٔ پیگیری، برای عاطفهٔ مثبت در مراجع اول نیز ۱۸ درصد و برای مراجع دوم ۹۷ درصد و برای مراجع سوم ۵۴ درصد بوده است. میزان بهبود کلی برای هر سه مشارکت‌کننده در دورهٔ پیگیری ۵۶ درصد است. این میزان از درصد بهبودی پس از دورهٔ پیگیری نیز که بالاتر از ۵۰ درصد است نشان از پایداری اثر مداخله دارد.



مراجعین

نمودار ۴ نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامهٔ عاطفهٔ مثبت و منفی، در مرحلهٔ خط‌پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

تغییرات نمرات سه مشارکت‌کننده در پرسشنامهٔ عاطفهٔ مثبت و منفی، در نمودار ستونی ۴ مشخص است. این نمودار نشان می‌دهد که چگونه نمرات مشارکت‌کنندگان از خط پایه و پیش‌آزمون تا پس از جلسات مداخله در عاطفهٔ مثبت افزایش و نیز در عاطفهٔ منفی کاهش یافته است.

طبق جدول ۴، درصد بهبودی برای عاطفهٔ مثبت در مراجع اول ۰/۱، در مراجع دوم ۰/۵۲ و در مشارکت‌کنندهٔ سوم ۰/۳۰ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحلهٔ مداخله برابر با ۰/۲۷ ($n=3$) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دورهٔ پیگیری نیز ادامه داشته است؛ به گونه‌ای که پس از دورهٔ پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مراجع اول ۰/۱۴، در مراجع دوم ۰/۹۵ و در مراجع سوم ۰/۵۵ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دورهٔ پیگیری سه‌ماهه برابر با ۰/۵۴ بوده است.

که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحله مداخله است. و درصد بهبودی برای عاطفه منفی در مراجع اول ۰/۰۶، در مراجع دوم ۰/۲۲ و در مشارکت‌کننده سوم ۰/۱۸ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از مرحله مداخله برابر با ۰/۱۳ (n=۳) بوده است. روند بهبودی هر سه مشارکت‌کننده در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است؛ به گونه ای که پس از دوره پیگیری سه‌ماهه درصد بهبودی در مراجع اول ۰/۲۲، در مراجع دوم ۰/۴۷ و در مراجع سوم ۰/۳۳ بوده است. بهبودی کلی هر سه مشارکت‌کننده پس از دوره پیگیری سه‌ماهه برابر با ۰/۳۴ بوده است که این میزان بالاتر از درصد بهبودی کلی در مرحله مداخله است.

جدول ۴ نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸)، در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

مراحل سنجش		مراجع اول		مراجع دوم		مراجع سوم	
		مثبت	منفی	مثبت	منفی	مثبت	منفی
مرحله خط پایه	اول	۳۲	۲۳	۱۹	۳۷	۲۳	۳۵
	دوم	۳۱	۲۵	۲۱	۳۷	۲۴	۳۴
	سوم	۳۱	۲۷	۲۰	۳۸	۲۳	۳۸
	چهارم	-	-	۲۴	۳۷	۲۵	۳۷
	پنجم	-	-	۲۲	۳۸	۲۷	۳۴
	ششم	-	-	-	-	۲۴	۳۶
	هفتم	-	-	-	-	۲۷	۳۵
دامنه تغییرات		۳۲-۳۱	۲۷-۲۳	۲۴-۱۹	۳۸-۳۷	۲۷-۲۳	۳۷-۳۴
مرحله مداخله	جلسه اول	۲۸	۲۷	۲۴	۳۷	۲۷	۳۱
	جلسه دوم	۳۱	۲۶	۲۸	۳۳	۲۹	۳۰
	جلسه سوم	۲۹	۲۷	۳۵	۲۶	۳۵	۲۹
	جلسه چهارم	۳۳	۲۰	۲۹	۳۲	۳۱	۳۳
	جلسه پنجم	۳۶	۲۲	۳۶	۲۴	۳۴	۲۷
	جلسه ششم	۳۴	۱۹	۴۲	۲۰	۳۶	۲۴
دامنه تغییرات		۳۶-۲۸	۲۷-۱۹	۴۲-۲۴	۳۷-۲۰	۳۶-۲۷	۳۳-۲۴
درصد بهبودی		۱	۰/۰۶	۵۲	۲۲	۳۰	۱۸
بهبود کلی عاطفه مثبت (n=۳)		۲۷					
بهبود کلی عاطفه منفی (n=۳)		۱۳					
پیگیری یک‌ماهه		۳۵	۱۹	۴۱	۲۰	۳۹	۲۵

مراحل سنجش	مراجع اول		مراجع دوم		مراجع سوم	
	مثبت	منفی	مثبت	منفی	مثبت	منفی
پیگیری سه ماه	۳۷	۲۰	۴۲	۱۹	۳۸	۲۲
درصد بهبودی	۱۴	۲۲	۹۵	۴۷	۵۵	۳۳
بهبود کلی عاطفهٔ مثبت (n=۳)				۵۴		
بهبود کلی عاطفهٔ منفی (n=۳)				۳۴		

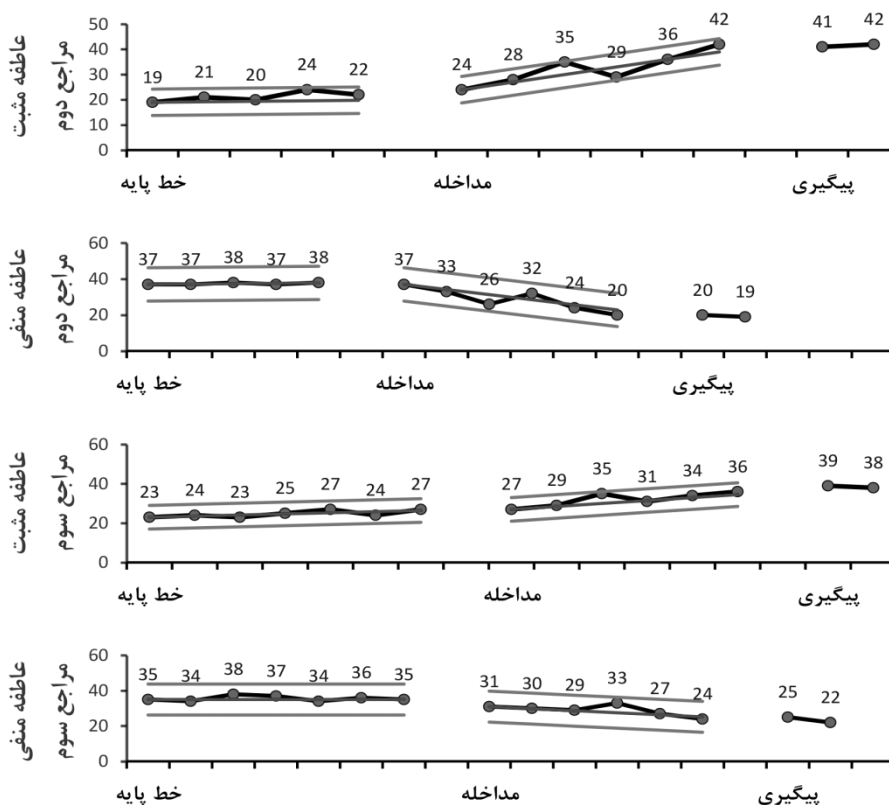
بر اساس شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی مشارکت‌کنندگان در مقیاس عاطفهٔ مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸)، در دو مرحلهٔ خط پایه و مداخله، نمودار ۵ خط روند و محفظهٔ ثبات خط روند برای نمرات مشارکت‌کنندگان در پرسشنامهٔ عاطفهٔ مثبت و منفی، را در مراحل خط پایه و مداخله نشان می‌دهد.

بر اساس میزان درصد داده‌های محفظهٔ ثبات و قاعدهٔ ۸۰-۲۰ (ر.ک.: والر و هریس^۱، ۱۹۸۲) نمرات هر سه آزمودنی برای عاطفهٔ مثبت و منفی در مرحلهٔ خط پایه دارای ثبات است. و در مرحلهٔ مداخله نمرات مشارکت‌کنندهٔ اول و سوم برای عاطفهٔ مثبت و منفی باثبات است و همچنین مشارکت‌کنندهٔ دوم برای عاطفهٔ منفی باثبات است اما عاطفهٔ مثبت او متغیر است. این نشان می‌دهد وضعیت هر سه مشارکت‌کننده قبل از مداخله باثبات بوده و در مقابل، در مرحلهٔ مداخله فقط برای شرکت‌کنندهٔ دوم در عاطفهٔ مثبت تغییر کرده است؛ به عبارت دیگر، مداخله توانسته است در میزان سطح عاطفهٔ مثبت شرکت‌کننده دوم بر اساس مقیاس عاطفهٔ مثبت و منفی، یک تغییر ایجاد کند.

طبق نمودار ۵، براساس تغییر سطح نسبی و مطلق داده‌ها، هر سه مشارکت‌کننده در مراحل خط پایه و مداخله در نمره مقیاس عاطفهٔ مثبت و منفی، نسبت به عاطفهٔ مثبت افزایش و نسبت به عاطفهٔ منفی کاهش داشته‌اند. مقادیر تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد جهت روند مربوط به نمرات مقیاس عاطفهٔ مثبت و منفی، در خط پایه نسبت به عاطفهٔ مثبت مراجع اول نزولی و مراجع دوم و سوم صعودی و نسبت به عاطفهٔ منفی مراجع اول و دوم صعودی و مراجع سوم نزولی است و در مرحلهٔ مداخله نسبت به عاطفهٔ مثبت هر سه مراجع صعودی و نسبت به عاطفهٔ منفی هر سه مراجع نزولی است؛ یعنی وضعیت مشارکت‌کنندگان هم در عاطفهٔ مثبت و هم در عاطفهٔ منفی رو به بهتر شدن داشته

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

است. طبق نمودار ۵ مشخص است که میزان تغییر سطح نسبی نمرات مشارکت کنندگان 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 در عاطفه مثبت میان مرحله خط پایه (۱-) و مداخله (۵) برای مشارکت کننده اول و مرحله خط پایه (۳) و مداخله (۸) برای مشارکت کننده دوم و مرحله خط پایه (۴) و مداخله (۵) برای مشارکت کننده سوم قابل توجه است. و در عاطفه منفی میان مرحله خط پایه (۴) و مداخله (۷-) برای مشارکت کننده اول و مرحله خط پایه (۵/۰) و مداخله (۹-) برای مشارکت کننده دوم و مرحله خط پایه (۰) و مداخله (۳-) برای مشارکت کننده سوم قابل توجه است.



نمودار ۵ خط روند و محفظه ثبات مربوطه برای نمرات مشارکت کنندگان در پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی، در مراحل خط پایه و مداخله

نمرات با توجه به نمودار ۵، یافته‌های مربوط به محفظهٔ ثبات روند مشارکت کنندگان در مقیاس عاطفهٔ مثبت و منفی، در مرحلهٔ مداخله نشان می‌دهد روند صعودی نمرات از ثبات برخوردار است که نشان از روند باثبات تغییر ناشی از مداخله دارد.

براساس شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی (خط پایه و مداخله) مشارکت کنندگان در مقیاس عاطفهٔ مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) تغییر سطح نسبی هر سه مراجع، از این قرار است که نسبت به عاطفهٔ مثبت و منفی (که میزان اولی مثبت و میزان دومی منفی را بیان می‌دارد) برای مراجع اول (۲-) و (۰)، برای مراجع دوم (۵) و (۴/۵-)، و مراجع سوم (۲) و (۵-) است که نشان می‌دهد از مرحلهٔ خط پایه به مرحلهٔ مداخله تغییر داشته است. البته این تغییر برای مراجع اول در عاطفهٔ مثبت (۲-) نشان می‌دهد در نیمهٔ اول مداخله رو به کاهش بوده اما بعد از مداخله و پیگیری افزایش داشته است. تغییر میانه و میانگین نیز حاکی از افزایش نمرات عاطفهٔ مثبت و منفی هر سه مشارکت‌کننده از جلسات خط پایه به جلسات مداخله است. میزان دادهٔ غیرهمپوش و دادهٔ همپوش مداخلهٔ مورد بررسی برای مشارکت کنندگان نسبت به عاطفهٔ مثبت و منفی برای مراجع دوم و سوم (۸۳٪) و ۱۰۰٪ = درصد دادهٔ غیرهمپوش) از اثربخشی نسبی و بالایی برخوردار است که بیشترین اثربخشی را برای مراجع سوم نسبت به عاطفهٔ منفی (۱۰۰٪) داشته است. اثربخشی این موضوع حاکی از آن است که مداخلهٔ مورد نظر از اثربخشی نسبی و کارآمدی برخوردار است، اما از بررسی‌های بیشتر بی‌نیاز نیست.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش، مداخلهٔ مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی، سطح رضایت از زندگی و عاطفهٔ مثبت را افزایش و سطح عاطفهٔ منفی را کاهش داد. در این مداخلهٔ مقابله‌ای، جوانان در انتظار ازدواج از پیامدهای رفتارهای پرخطر جنسی آگاه می‌شوند و یاد می‌گیرند که تکانه‌ها و درگیری‌های خود را با توجه به مداخلهٔ مقابله‌ای تنظیم رفتار جنسی، کنترل نمایند که محتوای روایی و کارآمدی این بسته مورد بررسی قرار گرفته است (عباسی و حسینی، ۱۳۹۷). به طور کلی، مداخلهٔ مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی برای رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زای جنسی به جوانان در انتظار ازدواج کمک می‌کند که در بحران‌ها، خویشتن‌داری را، جایگزین ارضای جنسی خارج از

چارچوب سازند تا از سلامت و رضایت و احساسات و عواطف نسبی خوبی برخوردار باشند. از این رو، با توجه به میزان داده غیرهمپوش در مقیاس رضایت از زندگی (۸۳٪)، و در مقیاس عاطفه مثبت و منفی برای مراجع دوم و سوم (۸۳٪ و ۱۰۰٪) نشان از اعتبار نسبی مداخله است.

این یافته‌ها در میان مراجعانی بود که به رفتارهای جنسی مبتلا و از جهت رضایت از زندگی و عواطف مثبت از سطوح پایینی برخوردار بودند و همچنین نسبت به عاطفه منفی سطح بالایی از خود نشان دادند. در پیش از مداخله سطح رضایت از زندگی و عاطفه مثبت در مراجع دوم و سوم کم و سطح عاطفه منفی بالا بوده است و مراجع اول نیز نسبت به آن دو در وضعیتی بهتر قرار دارد اما برای افزایش آسایش درونی خود همانند آن دو نیازمند است.

بنابراین، یافته‌های به دست آمده از این پژوهش بیانگر کارآمدی مداخله در کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی و عاطفه مثبت دارد، که نتایج پژوهش با یافته‌های متعددی از محققان که بر نقش آموزش خویشتن‌داری جنسی در ایجاد بهداشت روانی تأکید دارند، هماهنگ است (بویا و دیگران، ۲۰۰۰؛ میلان و دیگران ۱۹۹۵؛ راسل و دیگران، ۱۹۹۲؛ بریمن و دیگران، ۲۰۰۲؛ شیکداز و دیگران، ۲۰۰۱؛ کاظمی و دیگران، ۱۳۹۶؛ رحمانی و دیگران، ۱۳۹۷؛ سلطانی‌زاده و دیگران، ۱۳۹۷) از این رو، مداخله مقابله‌ای مبتنی بر الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی، به جوانان در انتظار ازدواج دارای رضایت از زندگی و عاطفی مثبت کم، کمک می‌کند، سطح مناسبی از رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و همچنین کاهش عاطفه منفی را فرا گیرند. چراکه در مداخله مقابله‌ای خویشتن‌داری جنسی، جوان از پیامدهای نابهنجار ارضای جنسی خارج از چارچوب شرعی هوشیار می‌شود. چراکه هر زیاده‌روی باعث تباهی می‌شود (رضی، ۱۴۱۴) که با آگاهی از سازوکار برانگیختگی جنسی و تأثیر عوامل گوناگون آن خودآگاه می‌شود که به تعدیل طبیعی میل جنسی می‌انجامد. چنان‌که در روایات، تمرکز در این موضوع بیشتر بر پیشگیری است تا درمان و تأکید شده است 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 (لیثی واسطی، ۱۳۷۶). بنابراین طی جلسات از وضعیت خود در هنگام بروز رفتارهای نامناسب و لزوم اقدام‌های مناسب آگاه می‌شود و با انگیزه‌سازی در راستای تعدیل امیال طبیعی و شهوانی اقدام می‌کند. در حقیقت انگیزش کمک می‌کند فرد دچار لغزش در

خودمهارگری نشود. همان‌طور که خداوند برای پاکدامنی فرد در برابر تنش‌ها انگیزه قرار داده است و می‌فرماید از فضل خودش آنان را بی‌نیاز می‌گرداند (نور، ۳۳). سپس با تبیین ضرورت تصمیم‌گیری، انتخاب و خیرگزینی و تقویت آن یک برنامهٔ فردی-اجتماعی و طرح‌ریزی سبک زندگی کارآمد جنسی با هدف تقویت توانمندی اخلاقی از جمله تاب‌آوری و تقویت مقابله‌های کارآمد و خودارزیابی فردی در توانمندی‌ها و ضعف‌های خویش‌داری روبه‌رو می‌شود تا برای مهارگری در موقعیت‌ها و فعالیت‌های عادی روزمره فعال شود.

از جمله در صدر این انتخاب‌ها کنترل چشم و کنترل خیال است که به تصریح روایات تأثیر شگرفی در کنترل شهوت و تعدیل امیال جنسی دارد. چراکه چشم‌چرانی یکی از تیرهای شیطان برشمرده شده و بیان شده است هرکس برای خداوند عزوجل، نه برای غیرخدا آن را ترک کند، خداوند ایمانی که مژدهٔ آن را شخص درک کند جایگزین آن ترک نظر خواهد فرمود (ابن‌بابویه، ۱۴۱۳). و در پایان با راهبردهایی جهت نگهداشت خویش‌داری، به ویژه در موقعیت‌های تنش‌زای جنسی آشنا و با تکالیف خواسته شده به منظور پایدارسازی تغییرات مثبت و مهار فرایندهای وسوسه‌انگیز در تثبیت سبک زندگی عقیفانه اقدام می‌کند. در حقیقت تلاش می‌شود فرد در محورهای سبک زندگی و قلمروهای آن توانمند و انتظارات فرد برای لذت بردن در معرض کنش‌های جنسی که در محیط پیرامون خود وجود دارد، تعدیل شود (ابن‌بابویه، ۱۴۱۳) و به افزایش و یادآوری یک زندگی عقیفانه و به پایین آوردن انتظارات فرد، منجر شود. که به هدف برنامه‌ریزی برای تجربهٔ خویش‌داری جنسی در موقعیت‌ها که بیشتر به تنظیم اجتماعی رفتار جنسی اشاره دارد و همچنین مجدد برای تقویت تنظیم اجتماعی رفتار جنسی برای خودارزیابی محیطی آمادگی صورت می‌گیرد و بدین وسیله از معاشرت با دوستان منحرف جلوگیری می‌شود (فرقان، ۲۸).

حال، آگاهی‌بخشی و دانش‌افزایی در مورد چگونگی کنترل تمایلات جنسی بسیار مؤثر است. چراکه پژوهش بویا و همکارانش (۲۰۰۰) در مورد اثربخشی آگاهی از ایدز در بین پاسخ‌دهندگان بی‌سواد بیشتر بود و تأثیر نسبتاً کمتری بر پاسخ‌دهندگان تحصیل کرده داشته است. از این رو، این یافته 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. و نتایج پژوهش کاظمی رضایی (۱۳۹۶) با هدف تعیین اثربخشی آموزش خویشتن‌داری جنسی بر رضایت از زندگی و شادکامی نشان می‌دهد نمرات شادکامی و رضایت در گروه آزمایش پس از آموزش، بالاتر از گروه کنترل بود. از این رو، مداخله حاضر برای مؤثرتر کردن در تأثیر آگاهی‌بخشی و دانش‌افزایی در مورد چگونگی کنترل تمایلات جنسی با سبک مقابله‌ای از محتوایی غنی برخوردار است.

به عنوان محدودیت‌هایی که در اجرای روش پژوهش حاضر وجود داشت این موارد قابل ذکرند: ۱) 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؛ ۲) 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 به عنوان محدودیت طرح آزمایشی به کار رفته در این پژوهش دانست.

در پایان پیشنهاد می‌شود کارآمدی این مداخله در گروه درمانی نیز بررسی شود. و از آنجا که خانم‌ها تفاوت ساختاری در نظام برانگیختگی جنسی دارند و بیشتر با گفتگو برانگیخته و در ارتباطات با غیرهمجنس بیشتر مسائل عاطفی برایشان مهم است تا مسائل جنسی، لازم است پژوهش مستقلی درباره سبک عفت‌ورزی و خویشتن‌داری خانم‌ها انجام و کارآمدی مداخله مدیریت رفتار جنسی در آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی نیز انجام شود تا طبق الگوی مرحله‌ای کارآمدی کامل و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- ابن بابویه، م. ع. (۱۴۱۳). *من لا یحضره الفقیه*. دوم. قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه
- تقریبی، ز، شریفی، خ، سوکی، ز، و تقریبی، ل. (۱۳۹۱). «روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت از زندگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۶ (۱) ۸۹-۹۸.
- شریف الرضی، م. ح. (۱۴۱۴). *نهج البلاغه* (للصباحی صالح). اول. قم: هجرت.
- شیخی، م، هومن، ح. ع، احدی، ح، سپاه منصور، م. (۱۳۸۹). «مشخصه‌های روانسنجی مقیاس رضایت از زندگی»، *فصلنامه تازه‌های روان‌شناسی صنعتی سازمانی*، ۴، ۲۶-۱۵.

عباسی، م. (۱۳۹۶)، *الگوی تنظیم رفتار جنسی با رویکرد اسلامی*، قم: پژوهشگاه قرآن و حدیث.
عباسی، م، حسینی بهارانچی، س. ا، (۱۳۹۷)، تدوین مداخلهٔ مقابله‌ای مدیریت رفتار جنسی بر اساس الگوی اسلامی تنظیم رفتار جنسی برای نوجوانان و جوانان در انتظار ازدواج، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه قرآن و حدیث.

کاظمی رضایی، س.، و همتی گروسی، س.، و حسینی، ج.، و کاظمی رضایی، س. (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش خویشتن داری جنسی بر رضایت از زندگی و شادکامی در دانشجویان پسر». *پژوهش پرستاری*، ۱۲(۶)، ۵۱-۵۶.

لیثی واسطی، ع. م. (۱۳۷۶)، *عیون الحکم و المواعظ (للیثی)*. اول. قم: دار الحدیث.
موئه، م. ال، ج. (۱۳۹۳). *مدخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر، راهنمای درمانگر، ترجمهٔ ع. ا. فروغی، ج. اصلانی، س. رفیعی، تهران: ارجمند*.
هفرن، ک، بونیول، ا، (۲۰۱۱)، *روان‌شناسی مثبت‌نگر: نظریه‌ها، پژوهش‌ها و کاربردها*، م. ت. تیبک، م. زندی. (۱۳۹۴)، دوم، قم: موسسه فرهنگی دار الحدیث.

- Alfonso, V. C., Allison, D. B., Rader, D. E., & Gorman, B. S. (1992). The Extended Satisfaction With Life Scale: Development and psychometric properties. *Social Indicators Research*, 38(3), 275-301.
- Alresheed, F., Hott, L. B, & Bano, C. (2013). Single subject research: A synthesis of analytic methods. *Journal of Special Education Apprenticeship*, 2(1), 1.
- Arrington, R., Cofrancesco, J., Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Qualality of Life Resarch*, 13, 1643-1658
- 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.
- DeLamater, J., Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current Psychiatry Report*, 11, 6-11.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W. & Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurment of subjectiv wellbeing. *Social Indicators Research*, 24(1), 35-56
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999) Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60
- Fourcroy, J. L. (2003). Female sexual dysfunction. *Drugs*, 63, 1445-1457.
- Futtermav, D., Chabon, B., Hoffman, N. D. (2000). HIV and AIDS in Adolescent. *Pediatric Clinics of North America*, 47(1), 171-188.
- 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 University.
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fonseca, P. N., & Coelho, J. A. (2009). Life Satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Social Indicators Research*, 90, 267-277.
- Bhuiya, A., Hanifi, S. M. A., Hossein, M., & 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(1), 51-63.
- Holder, D. W., et al., (2000). The association between adolescent spirituality and voluntary

- sexual activity. *Journal of Adolescent Health*, 26(4), 295-302.
- International Planned Parenthood Federation (2003). Strategic Planning Framework for Adolescents: IPPF Governing Council.
- Lane, J. D., Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Leak, O. K. (1993). Relationship between religious orientation and sexual behavior. *Journal of Psychology and Theology*, 21, 315-318.
- Magus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J., (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112- 127.
- 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), 368-375.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Russell-Brown, P., Rice J. C., Oriel, H., Bernard, J. T. (1992). The effect of sex education on adolescents in St. Kitts and Nevis. *Boletin of the Pan American Health Organization*, 26(1), 67-79.
- Thornton, A. & Camburn, D. (1989) Religious participation and Adolescent sexual Behaviors and Attitudes. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 641-653.
- United Nations Population Fund. (2003). Features and particularities of Population in the Arab World: an Introduction to the African Arab Parliamentarians Meeting, Cairo.
- US Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Young People at Risk: HIV/AIDS among America's Youth, Retrieved from: www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/youth.pdf.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24(1), 1-34.
- Watson, D, Clark, L. A, & Tellegen, A, 1988. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Yardley, J. K., & Rice, R. W. (1991). The relationship between mood and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24,101-111