

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال پنجم شماره ۱۹ پاییز ۱۳۸۹

## تأثیر سکس تراپی گروهی فمینیستی بر احقاق جنسی در زنان تحصیل کرده

دکتر علی محمد نظری - عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم

دکتر منصور بیرامی - عضو هیئت علمی دانشگاه تبریز

فاطمه بای - دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر سکس تراپی گروهی فمینیستی بر احقاق جنسی زنان متأهل صورت گرفته است. برای انجام پژوهش حاضر از طرح نیمه آزمایشی «پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل» استفاده شده است. تعداد جلسات گروهی سکس تراپی ۱۲ جلسه بوده و هر جلسه در حدود ۹۰-۱۲۰ دقیقه طول کشیده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش عبارت است از زنان متأهل تحصیلکرده ۲۰-۳۵ ساله. نمونه شامل ۲۰ نفر بوده که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. از پرسشنامه‌ی احقاق جنسی هالبرت به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون T برای مقایسه‌ی دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه کنترل و گروه آزمایش در سطح اطمینان ۹۵٪ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی سکس تراپی فمینیستی توانسته است احقاق جنسی را در زنان تحصیلکرده بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: سکس تراپی گروهی فمینیستی، احقاق جنسی، زنان تحصیلکرده.

واژه‌ی فمینیسم، اصطلاحی است که برای نخستین بار در کنفرانس بین‌المللی زنان، (۱۸۹۲) در پاریس استفاده گردید و توسط یکی از نظریه‌پردازان فرانسوی به نام «شارل فوریه» تبیین شد (فرهمند و بختیاری، ۱۳۸۵).

محققان فمینیستی معاصر در تلاش برای تفکیک واژه‌های جنس و جنسیت از یکدیگر، نقش موقعیت‌ها و جامعه را در تولید و حفظ تفاوت‌های موجود بین زنانگی و مردانگی مؤثر می‌دانند (شفیعی، ۱۳۸۴).

نقش جنسیتی زنان مدرن هر دو جنبه را در برمی‌گیرد. زن می‌تواند در درجه‌ی اول دارای هدف‌های شخصی باشد و اگر بخواهد می‌تواند به عنوان همسر یا مادر باشد و به عنوان تسهیل‌کننده‌ی محیط برای همسر و فرزندانش عمل نماید (هاروی، ۲۰۰۵).

نظریه‌ی فمینیستی همچنین می‌گوید که اجتماعی شدن<sup>۱</sup> جنسیتی در کودکی، زنان و مردان را برای موقعیت‌های کارکردی همسر/مادری یا شوهر/پدری آماده می‌کند. زنان ویژگی‌های شخصیتی از قبیل ظرفیت بالا برای نزدیکی عاطفی و مراقبت را، که در جهت کارکرد در خانواده متناسب می‌باشد، و مردان ویژگی‌های شخصیتی از قبیل فاصله عاطفی، تفکر ابزاری<sup>۲</sup> و رقابت را، که بیشتر با دنیای کار مرتبط می‌باشد، را رشد می‌دهند (هاروی،<sup>۳</sup> ۲۰۰۵).

چنی<sup>۴</sup> و پیرسی<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) به نقل از دنکوسکی، هدف فمینیست درمانی را، آزاد نمودن مراجعان از محدودیت‌های مخرب و غیرضروری، که از ساختارهای نقش جنسیتی و ساختارهای ظالم اجتماعی نشأت گرفته است، ذکر می‌نمایند (دنکوسکی<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

در فمینیست‌درمانی از به کار بردن مفهوم آسیب‌شناسی روانی به این خاطر که آسیب

1- Socialization  
 3- Harvey  
 5- Piercy

2- Instrumental thinking  
 4- Chaney  
 6- Denkovski

را در قلمرو ساخت اجتماعی بزرگ‌تر قرار می‌دهد - یعنی خارج از فرد، نه درون او - اجتناب شده است (براون و براین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

فنون و راهبردهای فمینیست درمانی عبارتند از قدرتمند کردن، تحلیل نقش جنسی و اجتماعی، مداخله‌ی نقش جنسی، تحلیل قدرت، مداخله در قدرت، آموزش ابراز وجود، کتاب درمانی، باز تعبیر و برچسب‌زنی مجدد، اقدام اجتماعی.

### احقاق جنسی

پرسل<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) جرات‌ورزی یا احقاق خویشتن را تحت عنوان ابراز احساسات با سبک مناسب اجتماعی؛ به عنوان ابراز آزادانه حقوق و احساسات شخصی، در هر دو حالت مثبت و منفی، در یک قالب رفتاری مطلوب و اجتماعی تعریف می‌کند.

آلبرتی و امونس<sup>۳</sup> (۱۹۷۰) به نقل از تورور، جرات‌ورزی را تحت عنوان توانایی افراد در جهت عمل نمودن براساس علائق خودشان و ایستادگی نمودن بر آن بدون داشتن اضطراب، و بیان حقوق خود بدون زیر پا گذاشتن حقوق دیگران تعریف نموده‌اند (تولور<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۷۷).

اصطلاح جرات‌ورزی یا احقاق به عنوان یک احساس روانی - اجتماعی نسبت به ادراک یا تفسیر شخصی فرد در مورد چگونگی ابراز وجود احساساتش در روابط زناشویی، تعریف شده است (عباسی و سینگ، ۲۰۰۶).

چرا آمیزش جنسی برای ابراز و بیان جنسی محوریت دارد؟ زمانی که زنان ناهمجنس‌خواه تمایل جنسی‌شان را از طریق بیان این نکته به شریک جنسی‌شان که آنها خواستار آمیزش نیستند و به جای آن یک رابطه‌ی جنسی رضایتبخش‌تر و متقابل را طلب می‌کنند، آنها به طور قابل ملاحظه‌ای با مقاومت و انکار حقوقشان مواجه می‌شوند (دریو، ۲۰۰۳).

1- Brawan and Brayen  
3- Alberti & Emmons

2- Percell  
4- Tillor

زنان به صورت بالقوه قادرند در رابطه‌ی جنسی خود فاعل انجام کار باشند نه منفعلی که فقط در خدمت مردان است و با اینکار قادرند رابطه‌ی جنسی لذت‌بخش‌تری تجربه نمایند. یکی از دلایل بی‌شماری که زنان فقدان تمایل یا علاقه‌ی جنسی را در رابطه با شریک جنسی‌شان تجربه می‌کنند، به خاطر نقش‌های جنسی سخت و محکم‌شان است. در نتیجه این وضعیت، تمایل جنسی آنان در خدمت مردان قرار می‌گیرد.

زنان به این دلیل که نیاز مردان را در اولویت می‌پندارند گمان می‌کنند که نمی‌توانند تمایلات جنسی‌شان را بیان کنند. از زمانی که زنان هنوز آمیزش جنسی<sup>۱</sup> را آموزش می‌بینند و حتی در زمان تأمل کردن در ابراز تمایل جنسی، اولویت را در لذت مردان می‌بینند و این برای بسیاری که فقدان تمایل جنسی یا واژینیسم<sup>۲</sup> دارند، تجربه‌ی جالبی نیست (دریو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

برخی نویسندگان صریحاً برخی از رویکردهای سکس‌درمانی را، به دلیل تأکید مفرط بر اهمیت بیولوژی در تعریف نرمال تمایل جنسی و ناچیز شمردن اهمیت صمیمیت و نادیده انگاشتن تأثیر عوامل غیرتناسلی، مورد انتقاد قرار داده و خواستار این شده‌اند که در عوض مطرح کردن این ناکارآمدی، که نیاز به درمان دارویی دارد، آن را به عنوان یک عمل معکوس مقاومت، و نتیجه‌ی فقدان قدرت اقتصادی و موقعیت دست پایین‌تری که زنان در یک ارتباط دارند، در نظر گرفته شود (دالوس و دالوس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

درمانگران فمینیستی که به سکس تراپی می‌پردازند در صدد کمک به زنانی هستند که دچار واژینیسم، ناکارآمدی ارگاسمی<sup>۵</sup> و تمایل جنسی بازداری<sup>۶</sup> شده‌اند؛ درمانگران فمینیستی به صورت اتوماتیک مشکل را یک‌جانبه نمی‌نگرند، بلکه پویایی شناسی‌های قدرت و نابرابری‌های جنسیت را می‌شناسند و با مطرود نمودن نقش‌های جنسی سنتی

1- Sexual intercourse

3- Dreave

5- Orgasmic dysfunction

2- Vaginism

4- Dallos

6- Inhibited sexual desire

و ایده‌های سلطه‌گر، زنان را تشویق می‌نمایند تا خودشان را به عنوان فاعلین جنسی ببینند و به شکل مستقیم و با ابراز وجود عمل نموده تا قادر به کسب حقوق خود باشند، که این تعریف راستین و حقیقی آنهاست (مک کورماک، ۱۹۹۴).

با تکیه بر ادبیات و مفاهیم عقلانی و ارتباطی در روابط زناشویی سه شاخصه برای جرات‌ورزی تعریف شده است. این شاخص‌ها در احقاق جنسی نیز نقشی اساسی دارند و عبارتند از: شجاعت، اقتدار و استقلال (خود مختاری).

اسماعیلی و داد (۱۳۸۰) نیز در طی پژوهشی به بررسی نقش تحصیلات دانشگاهی، در دستیابی به برابری جنسیتی (در زمینه حقوق اجتماعی و اقتصادی) بین زنان شاغل در ادارات دولتی ساوه پرداخت. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در میزان آگاهی زنان دارای تحصیلات دانشگاهی و بدون تحصیلات دانشگاهی وجود ندارد.

شفیعی (۱۳۸۴) نیز به بررسی رابطه‌ی بین احقاق، تمایل جنسی و هویت جنسی دانشجویان زن متاهل ساکن در خوابگاه‌های تهران پرداخت و نتایج تحقیق او نشان داد که بین هویت جنسی و احقاق جنسی، بین مدت زمان رابطه‌ی جنسی و تمایل جنسی زنان جامعه‌پژوهش، رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. همچنین بین تمایل و احقاق جنسی زنان متاهل رابطه‌ی معناداری وجود دارد، لیکن با توجه به عدم وجود رابطه‌ی معنادار بین هویت جنسی و احقاق جنسی، هویت جنسی قادر به پیش‌بینی احقاق جنسی نبود.

خمسه‌ای (۱۳۸۵) هم در طی پژوهشی به بررسی و مقایسه میان رفتار جنسی و طرحواره‌های نقش جنسیتی خانواده در دو گروه از دانشجویان متاهل پرداخت. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری از لحاظ نمره‌ی کلی در رفتار جنسی بین دانشجویان مرد و زن وجود ندارد. اما در برخی از زمینه‌های اختصاصی‌تر مثل ارگاسم و احساس آزرده‌گی و رنجش از همسر، تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان زن و مرد وجود دارد.

یافته‌ها همچنین حاکی از این بود که طرحواره‌های نقش جنسیتی در زنان (نه در مردان) بر رضایتمندی از رفتار جنسی تأثیر دارد (خمسه‌ای، ۱۳۸۵).

تحقیق مولنهارد و هولوبوگ (۱۹۸۰) نشان داد که چگونه بسیاری از زنان در رابطه‌ی جنسی از طریق گفتن «نه»، بله می‌گویند، این مطالعه در اواخر سال ۱۹۸۰ بر روی ۶۱۰ نفر از زنان دانشجوی کارشناسی، با استفاده از پرسشنامه‌ای جهت سنجش رابطه تمایل و احقاق جنسی، اجرا شد. ۶۸/۵ درصد این زنان گزارش داده‌اند که نه گفتن آنها به معنای «شاید» بوده است و ۳۹/۳ درصد آنها اظهار داشتند که نه گفتن آنها به معنای «بله» بوده است. این زنان پاسخ دادند که آنها از ترس بی‌قید و بند به نظر رسیدن در امور جنسی، یا به دلیل کنترل کردن همسرشان، که از قبل از او عصبانیت و ناراحتی به دل داشتند، یا برای اثبات اقتدار جنسی و جسمی خود، از ارائه پاسخ صریح «بله» خودداری می‌کرده‌اند (کولیکپ، ۲۰۰۳).

باسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نیز در تحقیقی با عنوان کاربرد یک مدل متفاوت برای پاسخ جنسی زنان، با زنانی که تمایل جنسی پایین داشتند کار نمود. باسون به طور جدی ارتباط چرخه‌ی پاسخ جنسی انسان به شکل سنتی، که توسط مسترز و جانسون<sup>۲</sup> در سال (۱۹۶۶) و توسط کاپلان<sup>۳</sup> در سال (۱۹۷۹) بسط داده شد را مورد پرسش قرار داد. در این تحقیق ارزیابی‌ها روی ۴۷ زن که به دلیل تمایل جنسی پایین مراجعه کرده بودند انجام شد. باسون برای ارزیابی اثر بخشی کارش، این مدل را به شکل متوالی در بیمارستان ونکوور<sup>۴</sup> و مرکز بهداشت، بین اکتبر ۱۹۹۸ تا می ۱۹۹۹ انجام دادند. نتایج نشان داد که از این ۴۷ زن حدود ۵۰٪ آنها صمیمیت عاطفی ناکافی داشتند و همین دلیل به عنوان عامل مهمی در تمایل جنسی پایین آنها گزارش شد. این مدل، فهم زنان را از موقعیت‌شان، در زمانی که آنها تمایل جنسی پایین گزارش می‌دادند، افزایش داد و

1- Basson  
 3- Kaplan

2- Masters & johnson  
 4- Vancouver

آشکار شد به محض اینکه مجموعه افکار آنها عوض می‌شود، تجربه‌شان هم کاملاً متفاوت می‌گردد (باسون، ۲۰۰۱).

تولور<sup>۱</sup>، کلی<sup>۲</sup> و استینس<sup>۳</sup> (۱۹۷۶) در تحقیقی نشان دادند که چگونه نقش کلیشه‌های جنسی و خودپنداره، جرات‌ورزی را متفاوت می‌کند و اینکه اینها چگونه به هم مرتبط هستند. براساس یافته‌های حاصل شده از هر دو جنس، ارتباط مثبتی بین جرات‌ورزی و خودپنداره دیده شد و علاوه بر این، یافته‌ها نشان دادند زنانی که کلیشه‌های نقش جنسی پایینی داشتند به طور معناداری از مردانی که نقش کلیشه‌های جنسی آنها پایین بود، جرات‌ورزتر هستند. همچنین زنان نسبت به همین مردان، خودپنداره مثبت‌تری را دارا بودند (تولور و همکاران، ۱۹۷۶).

بر پایه‌ی تحقیق نلسون<sup>۴</sup> در مقایسه زنان با توانایی ارگاسم بالا و پایین، نشان داده شد که زنان با ارگاسم بالا در بیان نیازها و تمایلات جنسی به زوج خود تواناتر هستند. این زنان قادرند تا رابطه‌ی جنسی را آغاز نمایند و فعالیت جنسی را در جهت کسب آنچه که می‌خواهند، هدایت کنند. در حالی که زنان با ارگاسم پایین نه تنها از چنین توانایی‌هایی برخوردار نبودند، بلکه بیشتر بر ارضاء جنسی همسر خود تأکید می‌ورزیدند. نتیجه‌گیری شد که بخشی از مشکل ارگاسم زنان به دلیل احقاق جنسی پایین آنها در بیان تمایلات جنسی‌شان است (شفیعی، ۱۳۸۴).

گالانیک<sup>۵</sup> (۱۹۷۹) نیز مزایای طرح‌های درمانی را برای بهبود نقش جنسی و اجتماعی و جرات‌ورزی مورد مطالعه قرار داد. او ۵۱ زن را به شکل تصادفی انتخاب نمود که در پرسشنامه‌ی نقش جنسی بم<sup>۶</sup> (BSRI) نمره‌ی بالایی در زنانگی به دست آورده بودند. آنها به سه گروه تقسیم شدند؛ (۱) گروه درمانی‌ای که به طور کامل تحلیل نقش جنسی و اجتماعی و آموزش جرات‌ورزی همراه با تمرین‌های رفتاری دریافت

1- Tolor  
3- Stebbins  
5- Gulanick

2- Kelly  
4- Nelson  
6- Bem Sex-Role Inventory

می‌کردند، ۲) گروه درمانی‌ای که فقط تحلیل نقش جنسی و اجتماعی را دریافت می‌کردند (۳) گروه آخر که هیچ درمانی دریافت نمی‌کردند و به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند (اس ریلی و سنتور، ۲۰۰۰).

شرکت‌کنندگان در دو گروه درمانی در ۶ جلسه دو ساعته شرکت نمودند. بلافاصله بعد از پیگیری درمان، جهت‌گیری نقش جنسی در پرسشنامه‌ی بَم تغییری در بر نداشت؛ هر چند، گروه درمانی که به طور کامل درمان دریافت نمودند در مقایسه با گروه درمانی دیگر نمره بالاتری در جرات ورزی داشتند و همین طور گروه درمانی دوم از گروه کنترل نمره بالاتری را در جرات ورزی کسب نمودند.

همچنین بر پایه گزارشی از شوارتز و بلوم اشتاین<sup>۱</sup> (۱۹۸۳)، ۵۱ درصد از مردان و ۴۸ درصد از زنان متاهل بیان کردند که مردان آغازگر رابطه جنسی بودند و فقط ۱۶ درصد از مردان و ۱۲ درصد از زنان، زنان را آغازگر رابطه جنسی می‌انگاشتند (شفیعی، ۱۳۸۴).

هالبرت<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) هم نقش احقاق جنسی را بر شور جنسی زنان بررسی نمودند، به منظور انجام این کار ۱۰۰ نفر از زنان متأهل (۳۱-۱۸ساله) در دو گروه ۵۰ نفری (احقاق جنسی بالا - احقاق جنسی پایین) تقسیم شدند. نتایج تفاوت معناداری را بین این دو گروه نشان داد؛ زنانی که دارای احقاق جنسی بالاتری بودند در تمام ۵ مورد، نمره‌ی بالاتری کسب نمودند (هالبرت، ۱۹۹۱).

کاتز و جاردین<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) نیز در مطالعه‌ای ارتباط بین نگرانی و انزجار جنسی و تمایل جنسی پایین را بررسی نمودند. نتیجه این شد که نگرانی بیش از آن‌که با انزجار جنسی مرتبط باشد با تمایل جنسی پایین مرتبط است.

1- Schwartz & Blumstein  
 3- Katz & Jardine

2- Hulbert



## روش تحقیق

برای انجام پژوهش حاضر از طرح نیمه‌آزمایشی و در قالب «طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل» استفاده شد. تعداد جلسات گروهی ۱۲ جلسه و طول مدت هر جلسه در حدود ۹۰-۱۲۰ دقیقه بوده است.

## جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش عبارتست از زنان متأهل تحصیل‌کرده ۲۰ تا ۳۵ ساله در شهر را میان در سال ۱۳۸۷ که حد اقل یک سال از زندگی مشترک آنها گذشته و مدرک تحصیلی آنها حد اقل فوق دیپلم است.

## نمونه و روش نمونه‌گیری

در این تحقیق حجم نمونه مورد استفاده متشکل از ۲۰ نفر بوده است. برای دستیابی به نمونه اطلاعاتی‌هایی مبنی بر «اجرای دوره آموزشی برای زنان متأهل به منظور بهبود روابط خانوادگی» به سازمان‌های دولتی و خصوصی شهر رامیان ارسال و در تابلو اعلانات این سازمان‌ها نصب گردید. در اطلاعیه ویژگی‌هایی نظیر متأهل بودن، گذشت حداقل یک سال از ازدواج، تحصیلات حداقل فوق دیپلم و سن بین ۲۰-۳۵ سال به عنوان ملاک‌های شرکت در دوره قید گردید.

تعداد کل افرادی که به سازمان بهزیستی جهت شرکت در این دوره درمانی مراجعه کرده بودند ۴۷ نفر بوده است. در طی مصاحبه تشخیصی که با اعضای داوطلب شرکت در گروه انجام شد، ملاک‌های سرند اعضا مورد توجه قرار گرفتند. نهایتاً با توجه به این ملاک‌ها از بین افراد واجد شرایط بیست نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و در هر یک از گروه‌های کنترل و آزمایش ده نفر به صورت تصادفی جایگزین شدند.

## ابزار اندازه‌گیری

برای انجام پژوهش حاضر از پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شد. منظور از احقاق جنسی توانایی زنان در ابراز احساسات و درخواست‌های جنسی خود به همسر می‌باشد.

این آزمون توسط دیوید فارلی هالبرت در سال ۱۹۹۱ برای سنجش میزان احقاق جنسی زنان در تعامل با دیگران تدوین شد (اپت و هالبرت، ۱۹۹۲، به نقل از شفیعی، ۱۳۸۴). ثبات درونی شاخص احقاق جنسی هالبرت، ۰/۹۱. با روایی محتوای ساختار یافته و مناسبی گزارش شده است. از طریق نظرسنجی از اساتید و صاحب‌نظران، آزمون از روایی محتوای مناسبی برخوردار بود. با اجرای این آزمون بر روی ۴۰ دانشجوی زن متاهل، ضریب آلفای محاسبه شده جهت پایایی در ایران ۰/۸۷ به دست آمد (شفیعی، ۱۳۸۴). ضریب آلفای کل آزمون با استفاده از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

## روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها و مقایسه‌ی گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون «t مستقل» استفاده شده است.

## یافته‌ها

جدول (۱) آزمون برابری میانگین‌های متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون

متغیرهای پژوهش	گروه	میانگین	خطای استاندارد برآورد	ارزش T	درجه آزادی	سطح معناداری
احقاق جنسی	آزمایش	۳۹	۲/۶۲	۱/۷۱	۱۸	۰/۱۰
	کنترل	۴۷/۲	۴			

با دقت در ستون مربوط به سطح معنی‌داری جدول ۱ همانگونه که ملاحظه می‌شود فرض برابری میانگین‌ها تأیید می‌شود. به عبارت دیگر دو گروه کنترل و آزمایش قبل از طی دوره مشاوره تفاوتی با هم نداشته‌اند.

فرضیه: بین احقاق جنسی زنان شرکت‌کننده در سکس‌تراپی فمینیستی و زنان گروه کنترل تفاوت وجود دارد.

جدول (۲) تفاضل میانگین گروه آزمایش و کنترل بعد از عمل آزمایشی

متغیرهای پژوهش	گروه	تفاضل میانگین	خطای استاندارد برآورد	ارزش T درجه آزادی	سطح معناداری
احقاق جنسی	آزمایش	۲۳/۸	۳/۵۰	۶/۶۸	۰/۰۰۱**
	کنترل	۲/۸	۱/۸۷	۱۸	

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاضل به دست آمده از نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. این نشان‌دهنده‌ی آن است که احقاق جنسی گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری در پس‌آزمون داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

انسان‌ها چه زن و چه مرد، رفتارها و ارزش‌های والدین و اجتماع را از کودکی در خود درونی می‌کنند. آنها از زمان تولد و از زمانی که چشم به این دنیا می‌گشایند، از رفتار کسانی که در برابر خود می‌بینند، تقلید می‌نمایند؛ چه بسا این افراد پدر و مادری باشند که فرزند، بعد از تولد در آغوش آنها رشد می‌کند و آنها اولین الگوی او می‌شوند. بدین شکل کودکان الگوهای جنسی را می‌آموزند.

سکس‌تراپی فمینیستی در یک ارتباط منطقی، تئوریک و در قالب درمانی ترکیبی، از روانشناسی زنان و تحقیقات وسیع آنان، تکنیک‌های شناختی-رفتاری، آگاهی‌های چند فرهنگی و جنبش اجتماعی است.

درمان فمینیستی به انسان‌ها کمک می‌کند تأثیر نقش‌های جنسیتی و تفاوت قدرت را در جامعه بفهمند و در برخی موارد به آنان کمک می‌نماید که در نهادهای اجتماعی تبعیض‌آمیز و مخرب، تغییراتی ایجاد کنند (شارف، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴).

تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و نتایج به دست آمده از تفاضل میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه گواه و آزمایش، حاکی از تأثیر سکس‌تراپی گروهی فمینیستی بر احقاق جنسی زنان متاهل تحصیل‌کرده بوده و این یافته مؤید یافته‌ها و تحقیقات انجام شده مشابه، در این زمینه می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های هینمان<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) همخوانی دارد. همچنین نتایج حاضر با یافته‌های تولور<sup>۲</sup> و کلی<sup>۳</sup> و استینس<sup>۴</sup> (۱۹۷۶) که نشان دادند چگونه نقش کلیشه‌های جنسی و خودپنداره، جرات‌ورزی را متفاوت می‌کند و اینکه چگونه اینها به هم مرتبط هستند همخوانی دارد.

یافته‌های شوارتز و بلوم اشتاین (۱۹۸۳) که نشان دادند ۵۱ درصد از مردان و ۴۸ درصد از زنان متاهل، مردان را آغازگر رابطه‌ی جنسی می‌دانستند و فقط ۱۶ درصد از مردان و ۱۲ درصد از زنان، زنان را آغازگر رابطه‌ی جنسی می‌انگاشتند (شفیعی، ۱۳۸۴) همخوانی دارد.

همچنین نتایج حاضر با یافته‌های گالانیک<sup>۵</sup> (۱۹۷۹) که نشان داد درمان‌هایی که برای تحلیل نقش جنسی و اجتماعی استفاده می‌شود می‌تواند دیدگاه مراجعان را، در

1- Heineman  
 3- Kelly  
 5- Gulanick

2- Tolor  
 4- Stebbins

رابطه با نقش‌های زنان که می‌توانند رفتارهای رسا<sup>۲</sup> و به همان شکل مفید و پر معنی‌تری را انتخاب نمایند همخوانی دارد.

یافته‌های اپت و هالبرت (۱۹۹۱) نشان دادند زنانی که دارای احقاق جنسی بالاتری بودند در تمام ۵ مورد، یعنی فراوانی فعالیت جنسی، تعداد ارگاسم، تمایل جنسی، رضایت جنسی و زناشویی نمره‌ی بالاتری کسب نمودند (اپت و هالبرت، ۱۹۹۱). این یافته‌ها نیز از پژوهش حاضر پشتیبانی می‌کنند.

به طور کلی با استناد به پژوهش‌های انجام شده پیشین و همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، می‌توان اظهار داشت که سکس‌تراپی گروهی فمینیستی بر احقاق جنسی زنان متأهل تحصیل‌کرده تأثیر داشته و باعث افزایش این متغیرها گردیده است.

این رویکرد درمانی توانسته است بر احقاق جنسی زنان متأهل تحصیل‌کرده در حد معنادارای تأثیر بگذارد. این بدان معناست که این روش درمانی قابلیت چشمگیری برای افزایش قدرت ابراز وجود و احقاق خود در زنان دارد و به صورت موازی، توان کافی و لازم در جهت ارتقا تمایلات جنسی و روابط صمیمی زوجین، که نقش بسیار ارزنده‌ای را در دستیابی زنان به لذت جنسی و نهایتاً ارگاسم ایفا می‌کند، نیز داراست.

تأثیر سکس‌تراپی بر احقاق جنسی زنان تحصیل‌کرده امید به بهبود روابط جنسی و به همراه آن رضایت زناشویی و سلامت روان را نشان می‌دهد. این مطالعه نشان می‌دهد که حتی زنان تحصیل‌کرده در احقاق حقوق جنسی خود در خانواده با مشکل مواجه هستند. با توجه به تأثیر روابط جنسی سالم بر سلامت روان و شکل‌گیری خانواده سالم، ضرورت همه‌گیر شدن آموزش‌های مفید بیشتر احساس می‌شود.

به منظور افزایش بهداشت روانی زنان، پیشنهاد می‌شود به آنها در زمینه‌ی قدرت

---

1- Expressive

انتخاب، ارزیابی رفتار و الگوهای رفتاری، افکار، باورها و اعتقادات و چگونگی شکل‌گیری کلیشه‌های جنسی آموزش داده شود؛ تا اینکه بتوانند با آگاهی و شناخت بیشتری از خصوصیات شخصیتی خود، مسیر زندگی را شادمانه‌تر طی نمایند.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۸/۳/۱۲

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۸/۷/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۱۴

## References

## منابع

- پروچاسکا، جیمز، او، نورکراس، جان، سی. (۱۳۸۵). نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.
- خمسه‌ای، اکرم (۱۳۸۵). بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طراحواره‌های نقش جنسیتی خانواده در دو گروه از دانشجویان متاهل: مقایسه رفتار جنسی زنان و مردان در خانواده، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال دوم، شماره ۸.
- شفیعی، پریسا (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین احقاق، تمایل و هویت جنسی دانشجویان زن متاهل (۳۰-۲۰) ساله ساکن در خوابگاه‌های شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- فرهمنند، مریم و بختیاری، آمنه (۱۳۸۵). واگردهای فمینیستی در ازدواج، فصلنامه کتاب زنان، شماره ۳۱- صفحه ۱۱۵ - ۸۵.
- فریدمن، جین (۱۳۸۱). فمینیسم، ترجمه فیروزه مهاجر، تهران: انتشارات آشیان.
- متمسک، رضا (۱۳۸۳). فمینیسم اسلامی، واقعیت‌ها و چالش‌ها، خردنامه همشهری، شماره ۱۹، صفحه ۱۲ و ۱۳.
- محمدی‌اصل، عباس (۱۳۸۶). جنسیت و دیدگاه‌های نئو فمینیستی، تهران: انتشارات علم.
- نظری، علی‌محمد (۱۳۸۶). مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی، تهران: انتشارات علم.
- هاید، زانت (۱۳۷۷). روانشناسی زنان، ترجمه بهزاد رحمتی، تهران: انتشارات لادن.
- Abbassi, A., & Singh, R., (2006). Assertiveness in Marital Relationships among Asian Indians in the United States, *The Family Journal*, 14 (4), 392-399.
- Basson, R. (2001). Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 395-403.

- Bender, A., Ewashen, C. (2000). Group Work is Political Work: A Feminist Perspective of Interpersonal Group Psychotherapy, *Mental Health Nursing*, 21, 297-308.
- Birnbaum, G.E., Cohen, O., & Wertheimer, V. (2007). Is It all about Intimacy? Age, Menopausal Status, and Women's Sexuality, *Personal Relationships*, 14, 167-185.
- Brabek, M., & Brown, L. (1997). *Feminist Theory and Psychological Practice*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, L.S., & Bryan, T.C. (2007). Feminist Therapy with People Who Self-inflict Violence, *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1121-1133.
- Butler, J. (1999). Revisiting Bodied and Pleasures, *Theory, Culture, and Society*. 16 (2), 11-20.
- Cameron, D., & Kulick, D., (2003). Introduction: Language and in Desire Theory and Practice, *Language & Communication*, 23, 93-105.
- Dallos, R. and Dallos, S. (1997) *Couples, Sex and Power*, Buckingham: Open University.
- Dankoski, M.E., Penn, C.D., Carlson, T.D., & Hecker, L.L. (1998). What's in a Name? A Study of Family Therapists Use and Acceptance of the Feminist Perspective, *The American Journal of Family Therapy*, 26, 95-104
- Drew, J. (2003). The Myth of Female Sexual Dysfunction and Its Medicalization, *Sexualities, Evolution & Gender*, 5(2), 89-96.
- Edwards, J., & Hadley, S. (2007). Expanding Music Therapy Practice: Incorporating the Feminist Frame, *Journal of the Arts in Psychotherapy*, 34, 199-207.
- Evans, K.M., Kincade, E.A., Marbley, A.F., & seem, S.R. (2005). Feminism and Feminist Therapy: Lessons from the Past and Hopes for the Future, *Journal of Counseling & Development*, 83, 269-277.
- Harris, C. (2005). Desire versus Horniness, *Social Analysis*, 49(2), 78-95.
- Harway, M. (2005). *Handbook of Couple's Therapy*, Inc, Hoboken, New Jersey: John wiley & sons.



- Hekman, S(ed). (1996). *Feminist Interpretations of Michel Foucault*, Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Hulbert, D.F. (1991). The Role of Assertiveness in Female Sexuality: A Comparative Study between Sexually Nonassertive Women, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17(3), 183-190.
- Israeli, A.L., & Santor, D.A. (2000). Theory and Practice: Reviewing Effective Components of Feminist Therapy, *Counseling Psychology Quarterly*, 13 (3), 233-247.
- Katz, R.C., & Jardine, D. (1999). The Relationship between Worry, Sexual Aversion, and Low Sexual Desire, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23, 293-296.
- Kravetz, D., & Marecek, J. (2001). *The Feminist Movement*, New York: Academic Press.
- Lelibum, S.R., Rosen, R. (2000). *Principles and Practice of Sex Therapy*, New York, Landan: Guilford Press.
- Linnenberg, D.M. (2006). Thoughts on Reality Therapy from a Pro Feminist Perspective, *International Journal of Reality Therapy*, 26(1), 23.
- McCarthy, B.W. (1999). Relapse Prevention Strategies and Techniques for Inhibited Sexual Desire, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 297-303.
- McCormack, N.B. (1994). *Sexual Salvation: Affirming Women's Sexual Pleasures*, Westport, CT: Praegar Publishers.
- McNair, B. (2002). *Stripteas Culture Sex, Media and the Democratization of Desire*, (3ed), New York: Routledge Press.
- Regan, P.C., Lyle, G.L., Otto, A.L. Joshi. A. (2003). Pregnancy and Changes in Female Sexual Desire: A Review, *Social behavior and Personality*, 31(6), 603-612.
- Tolor, A., Kelly, B.R., & Stebbins, C.A. (1976). Assertiveness, Sex-role Stereotyping, and Self-concept. *The Journal of Psychology*, 93, 157-164.
- Worell, J., & Johnson, D.M. (2001). *Feminist Approache Psychotherapy*, New York: Academic Press.