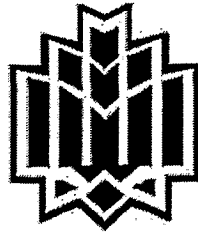


۱۱۱۰۷۲  
۱۳۸۷



دانشگاه تربیت معلم  
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه

جهت اخذ کارشناسی ارشد در رشته مشاوره خانواده

عنوان

بررسی تاثیر گروه درمانی فمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی در بین  
زنان متاهل

استاد راهنما

دکتر باقر ثنایی

استاد مشاور

دکتر علی محمد نظری

پژوهشگر

فاطمه بای

شهریور ۱۳۸۷

دفتر اطلاعات اسکن علمی  
کتابخانه مرکزی  
تهران

۱۳۸۷ / ۱۰ / ۲۹

## بسمه تعالی

صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد فاطمه بای  
دانشجوی رشته: مشاوره خانواده

تحت عنوان:

« بررسی تاثیر گروه درمانی فمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی در بین زنان متاهل »  
در ساعت (۱۳) روز شنبه مورخ ۸۷/۶/۳۰ در محل سالن آمفی تئاتر دانشکده (در کرج) با  
حضور کمیته ای مرکب از استاد راهنما، استاد مشاور، اساتید داور داخلی و خارجی و  
مدیر گروه ( نماینده شورای تحصیلات تکمیلی برگزار گردید، کمیته مذکور پس از  
شنیدن گزارش دانشجو و چگونگی پاسخگویی نامبرده به سوالات مطرح شده در  
ارتباط با پایان نامه یاد شده ، پایان نامه فوق الذکر را با نمره ۱۹/۵ ( درجه عالی) مورد  
تایید قرار داد.

۱- استاد راهنما : دکتر ثنائی

۲- استاد مشاور : دکتر نظری

۳- استاد داور داخلی: دکتر نوری

۴- استاد داور میهمان: دکتر ادیب

دکتر باقر ثنائی ذاکر

مدیر گروه و نماینده شورای تحصیلات تکمیلی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

به پاس تعبیر عظیم و انسانیشان از کلمه «عشق»

به پاس عاطفه‌ی سرشارشان که در این برهوت بدگمانی و شک

چون شبچراغی می‌درخشد و روح را از تنهایی و نومیدی‌رهایی می‌دهد،

و گرمای امیدبخشان که در این سردترین روزگاران

ناباوری را تخطئه می‌کند،

به پاس قلبهای بزرگشان که فریادرس است و

سرگردانی و ترس در پناهشان به «شجاعت» می‌گراید،

به پاس محبت بی‌دریغشان که فروکش نمی‌کند

و انسانیتشان که در نبرد با ظلمت از پا در نمی‌آید،

به پاس تمام زحماتشان، هر چند در خود توان جبران نمی‌بینم.

این اثر را به ارزشمندترین ابژه‌های زندگی‌م، تقدیم می‌کنم:

پدرم که پدران به خاطر م کوشید

و

مادرم که مادرانه دعایش را بدرقه راهم کرد.

بر خود لازم می بینم تقدیر و تشکر کنم از اساتید بزرگوارم.

بالافص از استاد ارجمند جناب آقای دکتر باقر ثنائی که راهنمایی این پایان نامه را بر عهده گرفته و مسن نیت و فوش فلقى ایشان افزون بر راهنمایی ها و گفتگو های علمی شان، همیشه موجب افزایش انگیزه و پی گیری اینجانب در طی تمصیل بوده است، تشکر فراوان مینمایم.

از استاد فرزانه و دلسوز جناب آقای دکتر نظری که ضمن اعطای افتخار استاد مشاوره این پایان نامه به اینجانب، در طی تمام دوران تمصیل اسوه سفتکوشی و راهنمای علمی من بودند، کمال تشکر را دارم.

از اساتید بزرگوار سرکار خانم دکتر ادیب راد و سرکار خانم دکتر نوری که با ژرف نگری و دید علمی، پایان نامه اینجانب را با دقت مطالعه و داوری نمودند، تشکر می نمایم.

همچنین از تمامی اساتید ارجمندم در دانشگاه تربیت معلم، بالافص آقای دکتر کیامنش، که در طی این دوران مرا یاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

به امید آنکه بتوانم در عرصه عمل، لیاقت خدمت پیدا کرده و نماینده ای شایسته و در فور شان والای این عزیزان باشم.

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر گروه درمانی فمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی در بین زنان متاهل، انجام گرفته است. این پژوهش شامل دو فرضیه بود. فرضیه اول بیانگر بررسی تاثیر رویکرد فوق بر تمایل جنسی و فرضیه دوم بیانگر بررسی تاثیر این رویکرد بر احقاق جنسی زنان متاهل بود. روش تحقیق از نوع آزمایشی (تجربی) بوده و افراد نمونه با توجه به طرح به کار رفته (طرح کنترل گروه های نابرابر)، که از طرح های نیمه آزمایشی است، در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. تعداد گروه آزمایش ۱۰ نفر و تعداد گروه کنترل نیز ۱۰ نفر بودند. در این پژوهش سن، جنسیت، تحصیلات، طول دوره تاهل، موقعیت و محیط گروه درمانی، بعنوان متغیرهای کنترل بودند. برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار ... و در آمار استنباطی از آزمون  $t$  به منظور مقایسه میانگین ها، استفاده شد. ابزارهای این پژوهش «پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت» و «پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت» بودند که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای سنجش تمایل و احقاق جنسی اعضاء بکار رفتند. یافته های تحقیق، فرضیه های این پژوهش، یعنی «بین تمایل جنسی زنان شرکت کننده در گروه درمانی فمینیستی و زنان گروه کنترل تفاوت وجود دارد» و «بین احقاق جنسی زنان شرکت کننده در گروه درمانی فمینیستی و زنان گروه کنترل تفاوت وجود دارد»، را مورد تأیید قرار دادند.

## فهرست مطالب

## فصل اول - کلیات تحقیق

۱	مقدمه.....
۳	بیان مسئله.....
۶	ضرورت تحقیق.....
۸	اهداف پژوهش.....
۸	فرضیه‌ها.....
۹	متغیرهای تحقیق.....
۹	روش تحقیق.....
۱۰	تعاریف نظری و عملیاتی واژگان.....
۱۰	تعاریف نظری واژه‌ها.....
۱۰	تعاریف عملیاتی واژه‌ها.....

## فصل دوم - ادبیات و پیشینه تحقیق

۱۳	مقدمه.....
۱۴	تعریف گروه.....
۱۵	تاریخچه گروه درمانی.....
۱۷	ماهیت گروه درمانی.....
۲۱	فمینیسم.....
۲۳	سیر تحول تاریخی فمینیسم.....
۲۵	گرایشات اصلی فمینیسم.....
۲۶	فمینیست لیبرال.....
۲۷	فمینیست مارکسیست.....
۲۸	فمینیست رادیکال.....
۲۹	فمینیست سوسیالیست.....
۲۹	فمینیست پست مدرن / پسا ساختار نگر.....
۳۱	فمینیست های فرویدی.....
۳۲	فمینیست های لاکانی.....

۳۳	تفکیک جنس و جنسیت
۳۶	درمان فمینیستی
۴۱	اهداف فمینیست درمانی
۴۲	شخصیت از دیدگاه فمینیسم
۴۹	نظریه طرحواره جنسی
۵۱	آسیب شناسی
۵۴	فنون و راهبردهای فمینیست درمانی
۵۴	قدرتمند کردن
۵۵	تحلیل نقش جنسی و اجتماعی
۵۷	مداخله نقش جنسی
۵۸	تحلیل قدرت
۵۹	مداخله در قدرت
۵۹	آموزش ابراز وجود
۶۱	کتاب درمانی
۶۱	باز تعبیر و برچسب زنی مجدد
۶۲	اقدام اجتماعی
۶۳	گروه درمانی فمینیستی
۶۶	درمانگر فمینیستی
۶۸	درمان برای مردان
۷۰	انتقاد فمینیست ها از خانواده درمانی
۷۳	تمایل جنسی
۸۲	نظریه فروید درباره میل جنسی
۸۲	عقیده لاکان درباره میل جنسی
۸۴	عقیده دلوز و گوتاری درباره تمایل جنسی
۸۴	عقیده فوکو درباره تمایل جنسی
۸۵	عقیده هورنای درباره میل جنسی
۸۶	عشق و تمایل جنسی در نظریه مزلو
۸۷	عقیده آدلر درباره میل جنسی
۸۷	انتقاد فروم از نظریه فروید درباره میل جنسی
۸۸	احقاق جنسی
۹۳	شجاعت
۹۴	اقتدار



۹۴	..... استقلال
۹۵	..... پیشینه تحقیقات داخلی
۹۷	..... پیشینه تحقیقات خارج از کشور

### فصل سوم- روش اجرای تحقیق

۱۰۴	..... مقدمه
۱۰۴	..... جامعه آماری
۱۰۴	..... نمونه و روش نمونه گیری
۱۰۶	..... ابزار اندازه گیری
۱۰۶	..... شاخص تمایل جنسی هالبرت
۱۰۶	..... الف) توصیف آزمون
۱۰۷	..... ب) روش اجرا و نمره گذاری
۱۰۸	..... ج) پایایی و روایی
۱۰۸	..... شاخص احقاق جنسی هالبرت
۱۰۸	..... الف) توصیف آزمون
۱۰۹	..... ب) روش اجرا و نمره گذاری
۱۰۹	..... ج) پایایی و روایی
۱۱۰	..... روش تحقیق
۱۱۱	..... روش تجزیه و تحلیل داده ها

### فصل چهارم- تجزیه و تحلیل داده ها

۱۱۴	..... بررسی جمعیت شناختی نمونه ها
۱۱۸	..... بخش اول: توصیف داده ها
۱۱۸	..... شاخص های عددی
۱۱۹	..... بخش دوم: تحلیل داده ها

### فصل پنجم- بحث و نتیجه گیری

۱۲۴	..... بحث و نتیجه گیری
۱۳۱	..... پیشنهادات
۱۳۱	..... پیشنهادات پژوهشی
۱۳۱	..... پیشنهادات کاربردی
۱۳۲	..... محدودیت های پژوهش

## فهرست جداول

- جدول (۱-۴) : توزیع سن گروه آزمایش ..... ۱۱۴
- جدول (۲-۴) : توزیع سن گروه کنترل ..... ۱۱۴
- جدول (۳-۴) : توزیع طول دوره تاهل گروه آزمایش ..... ۱۱۵
- جدول (۴-۴) : توزیع طول دوره تاهل گروه کنترل ..... ۱۱۶
- جدول (۵-۴) : توزیع تحصیلات گروه آزمایش ..... ۱۱۶
- جدول (۶-۴) : توزیع تحصیلات گروه کنترل ..... ۱۱۷
- جدول (۷-۴) : شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی در مقیاس احقاق جنسی قبل از اجرای عمل آزمایشی ..... ۱۱۸
- جدول (۸-۴) : شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی در مقیاس احقاق جنسی بعد از اجرای عمل آزمایشی ..... ۱۱۸
- جدول (۹-۴) : شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی در مقیاس تمایل جنسی قبل از اجرای عمل آزمایشی ..... ۱۱۹
- جدول (۱۰-۴) : شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی در مقیاس تمایل جنسی بعد از اجرای عمل آزمایشی ..... ۱۱۹
- جدول (۱۱-۴) : آزمون توزیع نرمال ..... ۱۲۰
- جدول (۱۲-۴) : آزمون برابری میانگین های متغیرهای پژوهش در پیش آزمون ..... ۱۲۱
- جدول (۱۳-۴) : تفاضل میانگین گروه آزمایش و کنترل بعد از عمل آزمایشی ..... ۱۲۱

# فصل اول

کلیات تحقیق

## مقدمه

رضامندی زناشویی<sup>۱</sup> آرمانی است که هر زن وشوهری به امید آن، قدم به عرصه ازدواج و زندگی زناشویی می‌نهد. در کنار تمام مولفه‌های رضامندی زناشویی، رضامندی جنسی نیز نقش بس مهمی را در دستیابی به این مهم ایفا می‌نماید؛ و چه بسیار زنانی هستند که به سبب فقدان مهارتها یا الگوهای جنسیتی نهادینه شده خود، به اشتباه تمایلات و حقوق جنسی شان را به قیمت حفظ نمودن چارچوب اسمی و ظاهری زندگی سرکوب می‌نمایند.

به طور کلی "جنس"<sup>۲</sup> کلمه‌ای است که به تفاوت‌های زیستی میان زن و مرد اشاره دارد. تفاوت قابل رویت در اندامهای تناسلی و تفاوت مرتبط با آن در کارکرد تولید مثلی. اما "جنسیت"<sup>۳</sup> موضوعی مربوط به فرهنگ است. به بیان دیگر، جنسیت طبقه‌بندی اجتماعی "مردانه" و "زنانه" را توضیح می‌دهد (اعزازی، ۱۳۸۶).

باید اذعان داشت که زن و مرد در صورتی که به بینش کامل در ازدواج دست یابند، می‌توانند از رابطه جنسی بهترین بهره را بگیرند، در صورتی که هیچ کدام از زوج احساس برتری بر دیگری نداشته باشند و فقط در فکر ارضای هوسهای خویشان نباشند، چرا که هر دو نفر باید سعی و کوشش نمایند تا بتوانند حداکثر لذت را برای یکدیگر مهیا کنند. در این حالت است که می‌توان گفت "رابطه جنسی" از یک رابطه جسمانی پرافراتر نهاده و به صورت یک "رابطه عاطفی" در آمده است. ویژگی اصلی اختلال میل جنسی کم‌کار، کمبود یا فقدان خیال‌پردازیهای جنسی و میل برای فعالیت جنسی است؛ تخمین زده می‌شود که ۲۰٪ کل جمعیت مبتلا به اختلال کمبود میل جنسی هستند. شکایت در خانم‌ها معمولتر از مردهاست مبتلایان به اختلال میل جنسی کم‌کار ممکن است در برقراری روابط جنسی پایدار، نارضایتی و گسیختگی روابط زناشویی داشته باشند. (برلیندر و همکاران، ترجمه دژکام، ۱۳۸۶).

1 - Marital Satisfaction

2 - Sex

3 - Gender

خانواده درمانی حساس در برابر جنسیت قصد دارد تا به درمانجو اختیار ارزانی کند و آنها را قادر سازد تا از نقشهای جنسی تجویزی یا تحمیلی، فراتر رفته و به نقشهایی برسند که خودشان انتخاب کرده‌اند، این امر عملاً بدان معناست که باید بر هنجارها و انتظارات درونی شده اجتماعی درمانجو غلبه کرد (گلدنبرگ، گلدنبرگ. ترجمه برواتی و همکاران ۱۳۸۵).

در این میان نظریه فمینیستی به صورت خاصی به تحلیل روابط جنسیتی همت گماشته و به پرسش از چگونگی تکوین و دریافت و تجربه این روابط دست زده و کوشیده است تا نشان دهد که ما چطور درباره روابط مزبور می‌اندیشیم یا از تفکر در این باب باز می‌مانیم. از این حیث مطالعه روابط فمینیستی به نحوی از انحاء به تامل در وضعیت زنان و تحلیل سلطه مردان بر آنان می‌انجامد؛

بر این سیاق اساسی ترین هدف نظریه فمینیسم<sup>۱</sup> تحلیل این مسئله است که ما «چگونه به جنسیت می‌اندیشیم؟»، «چگونه نمی‌توانیم در باب جنسیت بیندیشیم؟» و یا «چگونه از اندیشه راجع به جنسیت می‌پرهیزیم؟». به این ترتیب به نظر می‌رسد نظریه فمینیسم به اتکای فلسفه پسانوین بر تامل معرفتی - وجودی در روابط جنسیتی تمرکز می‌یابد (محمدی اصل، ۱۳۸۶).

جنبش اجتماعی فمینیسم با داعیه برابری جنسی از طریق تامین حقوق زنان در انگلستان در قرن ۱۸ میلادی سر برآورد. در دهه ۱۸۹۰ میلادی این جنبش بویژه در جهت استیفای حق رای زنان و دسترسی آنان به امکانات تحصیلی و شغلی گام برداشت. پس از برخورداری زنان ایالات متحده از حق رای در سال ۱۹۲۰ میلادی و نیز زنان انگلستان در ۱۹۲۸ میلادی، آنگاه نوبت به طرح درخواست حقوق برابری زنان و مردان در حوزه عمومی و بازشناسی تفاوت آنان در حوزه خصوصی خانواده رسید (محمدی اصل، ۱۳۸۶).

طرفداران برابری زنان از آنچه به نظرشان نگرشهای متعصبانه جنسی در پیشگامان خانواده درمانی است، انتقاد می‌کنند. این نگرشها شاید بازتاب زمانه خود باشند، لیکن حامی و یژگیهایی هستند که مردان بر اساس آن اجتماعی می‌شوند (مثل عقلانیت، استقلال) و در همان حال، صفاتی نظیر

<sup>1</sup> - Femisnism Approach

مهرورزی را که معمولاً در رشد زنان القا می شوند، نفی می کنند. این تلقی ساخته و پرداخته مردان از واقعیت، غالباً رفتار اجتماعی شده زنان را دال بر ضعف، فعل پذیری، یا آزار طلبی ذاتی آنان می داند (گلدنبرگ، گلدنبرگ، ترجمه برواتی و همکاران ۱۳۸۵).

## بیان مساله

فمینیسم نگاهی نو و انسانی به جهان است، فمینیست ها نه با مردان، که با مناسبات مرد سالارانه که حتی مردان را قربانی می کند، مسئله دارند. فمینیست ها ضد مرد نیستند. ولی هنوز کم نیستند زنان و مردانی که تا با کلمه فمینیسم مواجه می شوند صحنه جنگ میان مردان و زنان در ذهنشان تداعی می شود، کم نیستند کسانی که فمینیست ها را ضد مرد می دانند، فمینیسم هنوز در جامعه ما بار منفی دارد و با برچسب ضد مرد همراه است.

شاید امروز بتوانیم از خودمان بپرسیم که جنبش زنان از کدام تغییر در روابط اجتماعی دم می زند. این امکان پذیر شده است چون خود زنان بودند که تصمیم گرفتند که تا حدی این مسائل را روشن کنند. در دستورات مذهبی تورات و متعاقب آن کلیسای مسیحی که در جوامع مردسالاری بوجود آمده اند و منعکس کننده تفکرات غالب، بودند با استفاده از تفکرات واهی ماورا الطبیعه سعی بر این داشتند که نشان دهند زن اساساً از مرد پست تر است (گارودی، ترجمه ترجمان، ۱۳۷۹).

فمینیسم با داستان تغییر شرایط فرودستی زنان آغاز شد. فمینیسم یک مفهوم واحد نیست بلکه برعکس یک مجموعه عقاید و کنش های متفاوت و چند وجهی است. یک تعریف پایه از مبنای مشترک تمام فمینیستها همواره می تواند با تاکید بر این نکته آغاز شود که اساس همه اینها، موقعیت فرودست زنان در جامعه و تبعیضی است که زنان به دلیل جنس خود با آن روبرو می شوند. واژه فمینیست اولین بار در سال ۱۸۷۱ در یک متن پزشکی به زبان فرانسه برای تشریح گونه ای وقفه در رشد اندامها و خصایص جنسی بیماران مرد به کار رفته که از خصوصیات زنانه یافتن خود در رنج اند.

در اصطلاح سیاسی این واژه ابتدا در توضیح خصوصیات مردانه یافتن زنان به کار رفت (فریدمن، ترجمه مهاجر، ۱۳۸۱).

ما دانش جنسی خود را از منابع بسیاری کسب می کنیم؛ که بسیاری از این اطلاعات غیر رسمی است و از طریق هم مدرسه ای ها، رسانه ها، یا شریک جنسی به دست می آید. با این وجود غالباً خود والدین نیز تا حدودی درباره مسائل جنسی اطلاع رسانی می کنند، هر چند آشکارا کودکان را از آموختن آن بر حذر می دارند. یکی از پیا مدهای اینگونه باز داری کلی درباره انتقال اطلاعات به صورت باز و آگاهی بخش، این است که بسیاری از زوج ها دارای یک مجموعه واژگان (خزانه لغات) بسنده برای گفتگو و تبادل نظر در باره رابطه جنسی شان نیستند. برخی از زوج ها ممکن است برای کاربرد واژگان مرتبط به مسائل جنسی خود با همسر، به شدت احساس شرم و خجالت کنند. فرزندان جسور و کنجکاو ممکن است تحت تاثیر قرار نگیرند، هر چند فرزندان خجالتی منفعل و کمرو ممکن است شدیداً تحت تاثیر چنین والدینی قرار گیرند و نسبت به موضوعات جنسی در نا آگاهی شایان توجهی باقی بمانند (کرو و ریدلی، ترجمه موسوی، ۱۳۸۴).

در درمان فمینیستی<sup>۱</sup> بر تاثیر نیروهای سیاسی و اجتماعی روی زنان، برقراری رابطه ای آزادانه و متساوی با مراجع و احترام گذاشتن به دیدگاه زنانه تاکید شده است (شارف، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۴).

با این حال تا کید بارز در نظریه فمینیست این ادعا است که هویت فرد، عمیقاً تحت تاثیر فشارهای محیطی، مانند نقش های جنسی و تبعیض جنسی قرار دارد؛ این عوامل بر ساختارهای شناختی و الگوهای رفتار تاثیر می گذارند. نابرابریهای قدرت و انتظارات نقش جنسی از لحظه ای که کودک متولد می شود، ساختار شناختی او را شکل می دهند و این انتظارات نقش جنسی، عمیقاً در شخصیت بزرگسال ما تثبیت می گردند (پروچاسکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵).

<sup>۱</sup> - Feminist Therapy

عدم توازن درغلبه<sup>۱</sup> و احقاق خویشتن<sup>۲</sup> غالباً با مسئله و مشکل جنسی در ارتباط است. شکل‌های دیگر مشکل جنسی در چنین موقعیتی مشاهده می‌شود. اما شایع‌ترین آنها علاقه اندک جنسی در فردی است که ویژگی جرات ورزی در وی کم است. در واقع یا فته‌های آماری نشان می‌دهد که ۴۰٪ زنان در خلال نزدیکی به اورگاسم نمی‌رسند، هر چند ممکن است آنها این تجربه را به شیوه‌های دیگر تحریک، داشته باشند. در اکثر موارد این موضوع با آزردهی بیان نشده یا درک نشده در یکی از دو طرف و توانایی کنترل آشکار در طرف دیگر (جرات ورزتر) می‌تواند مرتبط باشد. برای مثال، طرفی که جرات‌ورزتر و کنترل‌کننده‌تر است، می‌تواند فعالیت‌های مشترک را آغاز کند، نقش سخنگو را بازی کند، همسر ساکت‌تر را راهبری کند و احساسات خود را آزادانه مطرح سازد در مقابل برای طرف ساکت‌تر شاید مشکل باشد که بیان کند که ابراز نظر او در نظر گرفته نمی‌شود، کنترل می‌شود یا برای پرهیز از دعوا، سکوت می‌کند.

مسلماً، وجود این گونه نابرابریها و عدم توازن ممکن است وقتی که اثر نامطلوبی را بر روی عملکرد یا میل جنسی نگذارد، به حساب نیاید؛ اما زمانی که یکی از دو طرف از فقدان میل جنسی گلایه کند، کاوش درباره رابطه غیرجنسی ارزشمند می‌شود هر چند که آنها ادعا کنند که رابطه کلی آنها مشکلی ندارد (کرو و ریدلی، ترجمه موسوی ۱۳۸۴).

امروزه بسیاری از روانشناسان و خانواده درمانگران در تمام کشورها، به منظور افزایش رضایت زناشویی زوجین، به تقویت مهارت‌های آنها در زمینه‌های مختلف می‌پردازند؛ تا بتوانند زوجین را به رابطه‌ای کارآمد مجهز سازند. آنها به این منظور از رویکرد‌ها و روش‌های مختلفی بهره گرفته‌اند. در این راستا، مسئله اصلی پژوهش آن است که آیا گروه درمانی فمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی زنان متأهل تحصیلمکرده، اثربخش است.

<sup>1</sup> -dominance

<sup>2</sup> -assertiveness



## ضرورت انجام تحقیق

لزوماً تمام روابط عاطفی و صمیمی، در اصل جنسی نیست. اما رابطه جنسی به دلایل زیاد برای اکثر زوج ها مهم است. جنسیت غالباً بخشی از کشش و جاذبه اولیه محسوب می‌شود و خواهش جنسی می تواند به مانند نیرویی پیوند دهنده، آنها را همبسته نگه دارد. در واقع هنگامی که در کلیت رابطه مشکلاتی پدید آید، رابطه جنسی می تواند گاهی در سرو سامان دادن به رابطه کلی، دست کم به طور موقت، موثر واقع شود؛ با این وجود، رابطه جنسی خوب، ممکن است به کیفیت رابطه کلی بستگی داشته باشد.

بسیاری از مشکلات رابطه ای مانند آزردهی، خشم، فقدان اعتماد و تنش، همگی می توانند بر رابطه جنسی اثر منفی بگذارند. غالباً برای زوج ها سخت است که پیرامون رابطه جنسی صحبت کنند و این منطقه ممنوعه می تواند به ارتباط ضعیف بیانجامد که در آن هر یک از طرفین درباره نگرش طرف دیگر در مورد رابطه جنسی، فرض های آزمون نشده ای در ذهن دارد. بنابراین چرخه-های معیوبی<sup>۱</sup> پدید می‌آیند که در نتیجه آنها مسائل جنسی بصورتی ضعیف تداوم پیدا می کند و زن وشوهر نمی توانند خود را از آن رها سازند (کرو و ریدلی، ترجمه موسوی ۱۳۸۴).

پایبند بودن به کلیشه ها<sup>۲</sup> یا تصورات قالبی جنسیتی، که به معنی مجموعه باورهایی است درباره اینکه «زن یا مرد بودن به چه معناست»، توان افراد را محدود می کند. کلیشه ها در بر گیرنده اطلاعاتی در زمینه ظاهر جسمانی، نگرش ها، علائق، صفات روانی، نوع شغل و روابط اجتماعی هستند. مهمترین نکته این است که این ابعاد متنوع به هم مربوطند؛ صرف شناخت اینکه یک فرد زن است یا مرد این معنی ضمنی را دارد که آن فرد خصوصیات جسمانی خاص (صدای آرام، ظریف و زیبا) و صفات روانی خاص (مهر ورز، وابسته و عاطفی) خواهد داشت و به فعالیتهای خاص (مراقبت از کودک، آشپزی، باغبانی) خواهد پرداخت. مطمئناً این به این معنا نیست که کلیشه ها الزاماً منعکس کننده واقعیتند، بلکه آنها معرف باورهای مشترک درباره چگونگی افراد خاص هستند. کلیشه ها غالباً

<sup>۱</sup> - Vicious Cycles

<sup>۲</sup> - Stereotype

ریشه ای در رفتار واقعی ندارند و از ابتدای زندگی، کودکان با کلیشه های جنسیتی بمباران میشوند و اینها اطلاعاتی هستند که در کتابها و تلویزیون فراوان و جاری بوده و از طریق والدین، بزرگسالان و کودکان دیگر به کودک منتقل میشوند. از آغاز ۲ تا ۳ سالگی، کودکان درباره کلیشه های جنسیتی و فرهنگی خیلی چیزها می دانند و این دانش بر درک آنها از جنسیت در سراسر زندگیشان اثر می گذارد (گولمبوک و فی وش، ترجمه شهرآرای، ۱۳۸۴).

تعارض ها و انتظارات نقش جنسی معمولاً حس «خود کاذب» به بار می آورد. زنان مجبور می شوند "مقررات جنسی" ای را بپذیرند که جامعه بر ضرورت آنها، برای اینکه مقبول مردان باشند، تصریح دارد. از زنان انتظار می رود همیشه خانم باشند، هرگز ناسزا نگویند یا عصبانی نشوند، آنها باید بکوشند مردان را خوشحال کنند. پذیرش بی چون و چرای این مقررات، زنان را وادار می سازد نقش هایی را اختیار کنند که اگر واقعاً حق انتخاب داشته باشند، آنها را نمی پذیرند. بعد از سالها زندگی در دنیای دروغین و ناخشنود کننده، مخزن خشم، ناکامی و رنجش زنان متراکم میشود و اغلب به صورت رفتار های خود ویرانگر بروز می نماید. وقتی افراد مجبور می شوند از انتظارات جنسی پیروی کنند، نمی توانند به مهارتها یا تمایلات خود در زمینه های خارج از مرزهای جنسی خویش دست یابند. افراد، به ویژه زنانی که به جهت گیری سنتی نقش جنسی تن در داده اند، بسیار بیشتر از زنانی که به نقش ها و انتظارات زنانه سنتی پایبند نبوده اند، افسرده و مضطرب هستند، اعتماد به نفس کمتری دارند و گوشه گیرترند (پروچاسکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵).

کربر<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) مهارتهای برتر زنان در پرورش را مورد تاکید قرار می دهد اما معتقد است توجه زیاد به این مهارتها که برخی آن را بسیار ساده می انگارند ممکن است به زیر دست باقی ماندن زنان و از بین بردن اعتماد به نفس در آنان بینجامد (کرو وریدلی، ترجمه موسوی ۱۳۸۴).

درمان فمینیستی بیشتر از دیگر نظریه های روان درمانی در کنار عوامل روانشناختی مسبب مشکلات افراد، به عوامل جامعه شناختی مثل تاثیر نقش های جنسیتی و زمینه های فرهنگی بر رشد اشخاص

<sup>1</sup> - Kerber

می پردازد... در نظریه‌های فمینیستی شخصیت، موضوعاتی چون تفاوت و شباهت زنان و مردان در تصمیم‌گیری اخلاقی، نحوه ارتباط برقرار کردن آنها با دیگران و میزان و نحوه ارتکاب آنها به خشونت و سوء رفتار و میزان قربانی بودن آنان در این زمینه بررسی می‌گردد (شارف، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۴).

این که چه چیزی باعث می‌شود زنان جامعه ما، علی‌رغم مشروعیت بخشیدن به رابطه خود در ازدواج، نسبت به احقاق و یا عدم احقاق جنسی خود دچار تعارض شوند و پیامد تاثیرات آن بر روابط جنسی و زناشویی، موضوعی است که ضرورت تحقیق را نشان می‌دهد.

## اهداف پژوهش

### هدف کلی

بررسی تاثیر گروه‌درمانی فمینیستی بر تمایل و احقاق جنسی زنان متاهل.

### اهداف جزئی

بررسی تاثیر گروه‌درمانی فمینیستی بر تمایل جنسی زنان متاهل.

بررسی تاثیر گروه‌درمانی فمینیستی بر احقاق جنسی زنان متاهل.

## فرضیه‌ها

بین تمایل جنسی زنان شرکت‌کننده در گروه‌درمانی فمینیستی و زنان گروه کنترل تفاوت وجود دارد.

بین احقاق جنسی زنان شرکت‌کننده در گروه‌درمانی فمینیستی و زنان گروه کنترل تفاوت وجود دارد.

## متغیر های تحقیق

در این پژوهش متغیر مستقل عبارتست از "گروه درمانی فمینیستی".  
و متغیر وابسته عبارتست از "تمایل جنسی" که بوسیله پرسشنامه «تمایل جنسی هالبرت»، "احقاق جنسی" که بوسیله پرسشنامه «احقاق جنسی هالبرت»، اندازه گیری می شود.

متغیر های کنترل در این تحقیق به این شرح می باشند:

- جنسیت: نمونه این تحقیق فقط زنان را شامل می گردد.
- سن: محدوده سنی آزمودنی های این تحقیق ۲۰ الی ۳۵ سال می باشد.
- طول دوره تاهل: حداقل طول دوره تاهل آزمودنی ها ۱ سال می باشد.
- سطح تحصیلات: آزمودنی های این تحقیق دارای تحصیلات بالای دیپلم هستند.
- موقعیت و محیط گروه درمانی: برای انجام این پژوهش، جلسات گروه درمانی تماس در یکی از اتاقهای سازمان بهزیستی شهرستان رامیان انجام گرفت.
- درمانگر: تمام جلسات گروه درمانی به رهبری و حضور شخص پژوهشگر (درمانگر) انجام گرفت.

## روش تحقیق

برای انجام پژوهش حاضر از یکی از طرحهای نیمه آزمایشی به نام "طرح گروه کنترل نابرابر" استفاده شد. تعداد جلسات گروهی ۱۲ جلسه بوده و هر جلسه در حدود ۹۰-۱۲۰ دقیقه می باشد. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از زنان متاهل تحصیلکرده ۲۰-۳۵ ساله شهرستان رامیان. در پژوهش حاضر از بین داوطلبین ده نفر در گروه آزمایش و ده نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. برای انتخاب نمونه ها در این پژوهش، نمونه گیری در دسترس انتخاب شد.