

مؤشرات تقييم القذف المبكر وعلاقتها بفعالية الذات والرضا الجنسي لدى عينة من الأزواج الذكور

د. هناء أحمد شويخ

قسم علم النفس . جامعة جنوب الوادي

ملخص

استهدفت الدراسة الراهنة استكشاف علاقة مؤشرات القذف المبكر وشدته بفعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى الأزواج. تكونت عينة الدراسة من (٨١) من المتزوجين من الذكور، بمتوسط عمري مقداره ٢٨.٣٦ سنة، وانحراف معياري يقدر بـ $4.27 \pm$ سنة. وقد طبقت على العينة بطارية من الأدوات النفسية اشتملت على: المقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر، ومقياس فعالية الذات الجنسية، ومقياس الرضا الجنسي، واستمارة البيانات الديموجرافية، وقد روعي التحقق من الفعالية السيكومترية للأدوات. النتائج: (١) توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين مؤشرات تقييم القذف المبكر وكل من فعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى الأزواج. (٢) تتباين كل من فعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى الأزواج بتباين شدة القذف المبكر (المنخفضة، المتوسطة، الشديدة).

المقدمة

تهدف الدراسة إلى اكتشاف تأثير مؤشرات تقييم القذف المبكر^(١) في كل من فعالية الذات الجنسية^(٢)، والرضا الجنسي^(٣) لدى الأزواج. وتمثل الدراسة العلمية للحياة الجنسية أحد المجالات المهمة لتكامل الشخصية الإنسانية منذ عقدين سابقين حتى الآن (Coleman, 2002)، ومن الموضوعات الشائع دراستها في هذا المجال؛ الرضا الجنسي، والعادات الجنسية، والفعالية الجنسية، والمشكلات الجنسية لدى الجنسين، بالإضافة إلى نوعية الحياة الزوجية (Haavio-Mannila, Kontula & Kuusi, 2002; Mrdjenvich, Bischof & Menichello, 2004). ومن المؤكد أن للعوامل الثقافية، والبيولوجية، والاجتماعية، والنفسية دوراً مهماً في نشأة الاختلالات الجنسية، أو تحقيق الصحة الجنسية (Chalkley, 1994, p.329; Leiblum, 2002). ويعد القذف المبكر أحد أهم المشكلات الجنسية الشائعة بين الذكور (Lauman, Paik & Rosen, 1991). وقدرت الدراسات المسحية انتشاره بنسب تتراوح بين ٢٩٪-٧٥٪ (McMahon, 1998)، ورصدت إحدى الدراسات انتشار ضعف فترة الكمون لأقل من دقيقة بنسبة ١١.٤٪، وأقل من دقيقتين بنسبة ٣٣.١٪ لدى الكوريين ممن تقع أعمارهم بين ٤٠-٧٩ سنة، وأكد "بورست" وآخرون (Porst, Montorsi, Rosen, Gaynor, Grupe & Alexander, 2007) أن القذف المبكر ينتشر في الولايات المتحدة بنسبة ٢٤٪، وألمانيا ٢٠.٣٪، وإيطاليا ٢٠٪، ولا تختلف النسب بشكل ملحوظ مع التقدم في العمر. مما زاد الاهتمام بالموضوع خلال السنوات الماضية،

(١) Premature or Rapid Ejaculation

(٢) Sexual Self-Efficacy

(٣) Sexual Satisfaction

وأوصت الأبحاث ضرورة التعامل مع المشكلة في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي^(١) وليس المنظور الطبي الدوائي^(٢) (Bitzer, Platano, Tschudin & Alder, 2008; Mrdjenovich, Bischof, & Menichello, 2004; Rowland & Burek, 2007).

وقد ميز الباحثون بين فئتين من الأسباب المتعددة للقذف المبكر، وهي: (أ) فئة الأسباب الجسمية، وتشمل: مرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض الأوعية القلبية، والسمنة، والتهاب البروستاتا، والمسالك البولية، والآثار الجانبية لبعض العقاقير. (ب) فئة الأسباب النفسية، وتتضمن: الاختلالات النفسية، والأمراض النفسية الحادة، والعلاقات الشاقة، ورضا الزوجة، واضطراب المهارات الجنسية النفسية (Ahn, Park, Lee, & Hong, 2007; Gokca & Ekmekcioglu, 2010; Grenier & Byers, 1997; McMahon, Althof, Waldinger, Porst & Dean, 2008; Metz & Pryor, 2000; Rowland, Stranberg, de Gouveia Brazao & Slob, 2000; Screponi, Carosa, Stasi, & Pepe, 2001; Waldinger, 2005).

ومن استعراض قواعد البيانات العلمية الطبية (١٩٦٦-٢٠٠١)، قاعدة علم النفس (١٩٨٠-٢٠١٠)، و LILACS (١٩٨٢-٢٠١٢) يُجَدَّ أن للعوامل النفسية دوراً في حدوث القذف المبكر، وتحقيق الإشباع الجنسي الزوجي، وتحسين القلق والأداء الجنسي (Melnik, Althof, Atallah, Puga, Glina & Riera, 2011). وأضاف "سيموندس" وآخرون (Symonds, Roblin & Hart, 2003) أن ذوي القذف المبكر يعانون من آثار نفسية وبيولوجية مشابهة لذوي الاختلال الوظيفي في الانتصاب، وأضاف الباحثون أن إهمال علاج اضطرابات القذف المبكر يؤدي إلى تفاقم المشكلة وحدوث صعوبة في الانتصاب (Wildenhaus, 1998).

وقد حصرت مجموعة من الأبحاث بعض المحددات النفسية التي قد تسبب القذف المبكر لدى الذكور، منها على سبيل المثال دراسة "ميرز" (Meyers, 1994) الذي لاحظ أن المرضى ذوي القذف المبكر يعانون من الاضطرابات النفسية مثل السيكوباتي الانحرافي، ويتميز هذا النوع من القذف بأنه مدي الحياة، وفي كل المواقف، ويتسم بالشدة. وأضاف "دينن" وآخرون (Dunn, Croft, & Hackett, 1999) ارتباط المشكلات الاجتماعية، والجسمية، والنفسية بالقذف المبكر على وجه الخصوص لدى الذكور. ويعتقد بعض الباحثين أن السمات الشخصية لها دور ملحوظ في هذه النقطة، حيث وجد أن سرعة القذف تأتي نتيجة للمعاناة من اضطرابات شخصية مزمنة مثل الاكتئاب، وتثائي القطب، والقلق العام، والوسواس القهري (Barlow, 1988; Hale & Strassberg, 1990; Laumann, Paik & Rosen, 1999). ولكن الدراسات عجزت عن الوصول إلى دليل حول وجود سمات شخصية مشتركة بين ذوي القذف المبكر (Safir & Almagor, 1991).

كما كشفت دراسات متعددة عن الآثار النفسية السلبية لمشكلة القذف المبكر لدى الأزواج، والتي تتطلب خضوعهم لعلاج نفسي طويل المدى .

(١) Biopsychosocial Model

(٢) Med-pharmacology

(Berner & Guenzler, 2012; Li, Zhu, Xu, Sun & Wang, 2006). ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة "سيمونديس" وآخرين (Symonds et al., 2003) التي وجدت أن الثقة بوجه عام أو الثقة الجنسية بشكل خاص تتأثر لدى ٦٨٪ من جمهور الأفراد ذوي القذف المبكر، كما تتأثر علاقاتهم بزوجاتهم بنسبة ٥٠٪، ويصاب بالقلق ٣٦٪ منهم، كما يحاول ٨١٪ منهم طلب المساعدة سواء من متخصص أو غير متخصص. وكشف "فات" وآخرون (Fatt, Atiya, Heng, & Beng, 2007) عن تدني الحالة النفسية لدى الذكور المصابين بالقذف المبكر، وشيوع القلق، والاكتئاب، والمشقة، وانخفاض تقدير الذات، والتشاؤم. وتوصل "ماكهمون" وآخرون (McMahon et al., 2008) إلى أن إصابة الرجال بالقذف المبكر خلال دقيقة من دخول المهبل، وعدم القدرة على تأخير القذف يسبب حالة من عدم الفعالية الجنسية، ويترتب عليه الشعور بالمشقة، والإحباط، وتجنب العلاقة الحميمة. وهذه النتيجة تدعم معاناة مرضى القذف المبكر من انخفاض الرضا عن الجماع الجنسي، والمشقة النفسية، وبالإضافة إلى حدوث صعوبات نفسية متعددة (Shabsigh, Patrick, Rowland, Bull, Tesfaye, & Rothman, 2008). ووجد "تيوتس" وآخرون (Nuyts, Hill, & Jones, 2008) أن الرجال ذوي القذف المبكر أكثر زيارت للأطباء، وتتوالى لمثبطات امتصاص السيروتونين، والتدخين مقارنة بالأصحاء. وجاءت مجمل نتائج بعض الدراسات لتكشف عن أن الرجال المصابين بالقذف المبكر أكثر انخفاضاً لتقدير الذات، وشعوراً بالقلق، واضطراباً في نوعية الحياة، وصعوبة في العلاقة مع الزوجة، ويكونون أقل طلباً للمساعدة الصحية. وحوالي ٩٠٪ منهم سجلوا أعراضاً ذاتية للقلق، وانخفاضاً في نوعية حياتهم الزوجية، وأقل تقديرًا لذاتهم، و ٤٠٪ منهم تحدثوا مع اختصاصي أو معالج نفسي جنسي، وفسروا أن انخفاض معدل طلب العلاج يرجع إلى ارتباط موضوع الشكوى بالإحراج، والوصمة، والمشقة الذاتية (Dunn, Croft & Hackett, 1998; Hobbs, Symonds, Abraham, May & Morris, 2008; Hutchinson, Cruickshank & Wylie, 2012; Lee, 1995; McCabe, 1997; Michetti, Rossi, Bonanno, Dominicus, & Iori, 2007; Moreira, 2005; Patrick, Althof & Pryor, 2005; Shabsigh & Perelman, 2006; Son, Song, Lee & Paick, 2001; Sotomayor, 2005; Rosen & Althof, 2008). ووجد "تان" وآخرون (Tan et al., 2012) أن هناك علاقة دالة بين القذف المبكر وكل من انخفاض نوعية الحياة، وضعف الفعالية الجنسية، وتدني الرضا الجنسي، والاكتئاب، وأمراض الأوعية الدموية. وأعراض الاكتئاب، والتهاب البروستاتا، والقلق الرهابي، ومشاعر النقص والخل (Lotti et al., 2012; Rowland, Patrick, Rothman & Gagnon, 2007). وتوصلت دراسة "دينسمور" و"ويلي" (Dinsmore & Wylie, 2009) إلى أن استخدام مرهم موضعي PSD502 قبل الجماع بخمس دقائق يؤخر القذف، ويزيد من التحكم الذاتي في عملية القذف بعد الإيلاج لدى عينة من الذكور (ن=٣٠٠) أعمارهم أكبر من ١٨ سنة، مما يؤدي إلى خفض سرعة القذف والتحكم فيه، وبالتالي يزداد الرضا الجنسي لديهم ولدى شركائهم. وأضافوا أن الأفراد ذوي فترة الكمون الأقل من دقيقة يعانون انخفاض الإشباع الجنسي والتحكم، وارتفاع المشقة والقلق الاجتماعي.

على النقيض من ذلك وجد أن الأفراد ذوي فترة الكمون الأطول من دقيقة يتسموا بأعلى رضا جنسي، وشعور أكبر بالسيطرة، وانخفاض المشقة، والقلق الاجتماعي (Kempeneers et al., 2013).

وأضافت دراسات أخرى أن تأثير القذف المبكر لدى الذكور لا يتوقف عليهم فقط، بل يمتد إلى زوجاتهم، حيث وجد أنهن تعانين من مشكلات جنسية أكثر بكثير منهم، وانخفاض ملحوظ لديهن في الرضا الجنسي، وزيادة المشقة، وصعوبة التعامل مع الآخرين، وعدم الوصول للنشوة الجنسية مقارنة بزوجات أخريات لأزواج لا يعانون القذف المبكر (Bodenmann, Ledermann, Blattner & Galluzzo, 2006).

ونظراً لشيوع الاضطرابات النفسية بين الذكور من ذوي القذف المبكر، والتي تمتد كذلك إلى زوجاتهم، وأوصت الدراسات إلى ضرورة إدراج العلاج المعرفي والسلوكي في الخطة العلاجية، (Gao & Zhang, 2013; Graziottin & Althof, 2011; Metz, Pryor, Nesyacil, Abuzzahab, & Koznar, 1997; Smith, Breyer & Shindel, 2011; Han, 2011; Samrai, Kuritzky & Seftel, 2005).

خاصة مع ظهور النتائج الإيجابية للعلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأداء الجنسي لدى مرضى القذف المبكر، (Berner & Guenzler, 2012; Li, Zhu, Xu, Sun & Wang, 2006; Sanchez, 1986).

بينما جاءت دراسة "جيرن" وآخرين (Jern, Santtila, Johansson, Varjonen, & Witting, 2008) بنتائج متناقضة مع الدراسات السابقة، حيث وجدت عدم ارتباط بين القذف المبكر والمشقة الجنسية لدى عينة (ن=1004) من ذوي القذف المبكر، تراوحت أعمارهم بين 18-33 عاماً. وقد أضاف "ميترز" وآخرون (Metz et al., 1997) أن تباينات النتائج في دراسات القذف المبكر ترجع لعوامل عدة، منها: (1) الخلط في تعريف القذف المبكر، وعدم التجانس في التصنيف، (2) والفشل في تحديد أسباب القذف المبكر، والمترتبات عليه. (3) والبرامج العلاجية دائماً عامة، وتفقد الانتباه للتفاصيل. (4) وفشل في تصميم خطط لمنع الانتكاس، (McCarthy & McCarthy, 2003; Grenier & Byers, 1997).

لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية للتركيز على فحص علاقة مؤشرات تقييم القذف المبكر بكل من فعالية الذات الجنسية، والرضا الجنسي⁽¹⁾ لدى الأزواج لتكوّن بنية أساسية يجب الأخذ بها عند تحسين جودة العلاقة الجنسية؛ خاصة مع تأكيد دور تلك البنية الأساسية في نتائج الدراسات السابقة (Bricker, 2005; Kriegerlewicz & Prezeglad, 2005; Means, 2000; Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer & Pan, 2007; Panayiotou, 2005; Sannito, 2008; Worrell, 2008).

ومما يزيد من أهمية الدراسة الراهنة ما أكده "إيفي" (Ivy, 2006) من وجود علاقة سلبية دالة بين تحقيق الرضا الجنسي ومعدلات الطلاق في الدول الغربية، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تزايد ارتفاع نسبة الطلاق سواء على المستوى المحلي (إسماعيل، 2004، ص 14) والعالمي (Coontz, 2006).

(1) Sexual Satisfaction

وتمثل هذه النتيجة دافعاً في البحث عن العوامل المساهمة في تحقيق كل من فعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي.

وفي ضوء الطرح السابق يمكننا صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في ضوء التساؤل التالي: إلى أي مدى تتباين كل من فعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى الأزواج بتباين شدة القذف المبكر (المنخفضة، المتوسطة، الشديدة)؟.

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس تساؤلات فرعية، وذلك على النحو التالي:

(أ) هل توجد علاقة ارتباطية بين مؤشرات تقييم القذف المبكر وكل من فعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى الأزواج؟

(ب) هل تتباين درجة فعالية الذات الجنسية لدى الأزواج بتباين مؤشرات تقييم القذف المبكر؟

(ج) هل تتباين درجة الرضا الجنسي لدى الأزواج بتباين مؤشرات تقييم القذف المبكر؟

مفاهيم الدراسة

[١] فعالية الذات الجنسية:

ترجع بدايات ظهور مفهوم الفعالية الذاتية إلى النظرية الاجتماعية المعرفية التي ترى أن السلوك الإنساني لا يتشكل فقط من خلال العوامل البيئية الخارجية والربط بين المنبه والاستجابة، بل يتكون من خلال عوامل داخلية خاصة بالفرد، ففي عام ١٩٧٠ نبه "باندورا" Bandura إلى دور مفهوم الفعالية الذاتية كعامل داخلي يشكل السلوك البشري، وطرح مقالة نظرية بعنوان: Self Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change، شرح فيها مصادر تكوين هذا الاعتقاد بالفعالية الذاتية، وكيفية تأثيره في تكوين سلوك الفرد (Pajares, 2002).

واعتبر "باندورا" مفهوم الفعالية الذاتية بأنه بشكل عام ليس سمة من السمات الشخصية، وعرفها بأنها "مجموعة من الاعتقادات تدور حول قدرة الفرد على تنظيم وتنفيذ مجموعة من الأفعال والقيام بأداء السلوكيات والأدوار المطلوبة لتحقيق الأهداف المرجوة منه بنجاح في وقت محدد" (Bandura, 1994, p.71; Turk & Okifuji, 2002). ويعرفه بعض الباحثين بأنه "مدى ثقة الفرد بقدرته على التصرف بطريقة ما للوصول للهدف المرغوب فيه" (Murphy, Stein, Schlenger & Maibach, 2001). وتوصلت مجموعة أخرى إلى تعريفه بأنه "اقتناع الفرد بمدى فعاليته وكفاءته في مواجهة المواقف، خاصة المواقف التي تحتوي على المشقة والشدة غير المتوقعة" (Skevington, 1995, 143).

وقد حصر "باندورا" أربعة مصادر تشكل هذا الاعتقاد بالفعالية في كل المجالات الحياتية، وهي:

١- الخبرات السابقة^(١)، وهو المصدر الأكثر فعالية في تشكيل الاعتقاد بالفعالية الذاتية، وذلك لأنه مستمد من الخبرة السابقة للفرد، فالنجاحات السابقة تدعم الشعور بالفعالية الذاتية، وعلى العكس في حالة الإخفاق المتكرر يتولد شعور منخفض للكفاءة الذاتية، وبعد تكوين هذا الاعتقاد المرتفع بالفعالية

(١) Mastery Experiences

الذاتية، يصعب تغييره حتى في ظل تعرض الفرد لأي حدث فشل عارض، وذلك لأن الأفراد ذوي الاعتقاد المرتفع بالفعالية الذاتية ينظرون دائماً إلى العوامل الموقفية، أو الجهد غير الكافي، أو عدم دقة التخطيط، على أن الأسباب هي التي وراء هذا الفشل العارض، وليس نتيجة ضعف في قدراتهم الذاتية.

٢ - **الخبرة نتيجة التعلم الشهودي^(١)**، لأن مشاهدة الآخرين مصدر رئيسي لتكوين الاعتقاد بالفعالية الذاتية، فرؤية أفراد ناجحين في مواقف مشابهة لما يمر به الفرد ذاته تدعم من اعتقاده بكفاءته الذاتية، وقدرته على السيطرة والتحكم في الأنشطة، وبالتالي يزداد جهده المبذول لمحاكاة ما يفعله الآخرون، في حين أن رؤية آخرين يفشلون في إنجاز مهمة مشابهة لما يقوم به الشخص، قد يضعف من اعتقاده بكفاءته الذاتية.

٣ - **الإقناع اللفظي^(٢)**، فالاعتقادات الخاصة بالفعالية الذاتية تتأثر بالرسائل اللفظية الآتية من المحيطين بالفرد، فالتشجيع اللفظي يعمل على زيادة الشعور بالفعالية الذاتية، وعلى النقيض من ذلك فإن النقد يوهن الشعور بالفعالية الذاتية. وكلما كان التشجيع اللفظي متسقاً مع قدرات الفرد الفعلية، ساهم ذلك في تقوية الاعتقاد بالفعالية الذاتية، في حين أنه إذا قُدم هذا التشجيع اللفظي بشكل غير واقعي ولا يتلاءم مع قدرة الفرد الفعلية، أدى ذلك إلى الفشل في إنجاز المهمة، والشعور بعدم مصداقية هذا التشجيع.

٤ - **الحالات الجسمية والوجدانية^(٣)**، التي يكون عليها الفرد، فعلى سبيل المثال، الشعور بالتعب والتوتر والألم يعد مؤشراً للضعف الجسمي، والذي ينعكس على ضعف الشعور بالفعالية الذاتية، وتساهم الحالة الوجدانية أيضاً بنفس قدر مساهمة الحالات الجسمية في تشكيل الاعتقاد بالفعالية الذاتية، فالشعور بالمزاج الإيجابي يحسن من كفاءة الفرد المدركة (Bandura, 1994, 73-77; Evers, Brouwers & Tomic, 2002).

هذا عن الفعالية الذاتية وكيفية تشكيلها بمصادرها الأربعة، أما عند تطبيقها في أحد مجالات الحياة، وهو مجال الحياة الجنسية، وخاصة أن الفعالية الجنسية المدركة (الذاتية) لدى الرجال بوجه خاص تمثل البُعد المعرفي للأداء الجنسي والتكيف معه، وتُعد مصدر قلق ملحوظ لدى معظم الرجال، ويزداد الاهتمام بدراساتها خاصة في الموضوعات الجنسية، وتُعرف بأنها "الثقة في الاعتقاد بأن الفرد قادر على الأداء الجنسي بكفاءة" (Fichten, Budd, Spector, Amsel & Creti, 2008). وتعرف كذلك بأنها "القدرة المدركة والنجاح والفعالية المتوقعة في الأنشطة والأداء الجنسي" (Youmans 2001).

(١) Vicarious Experiences

(٢) Verbal Persuasion

(٣) Somatic and Emotional States

وتتشكل الفعالية الجنسية المدركة في ضوء المصادر الأربعة التي ذكرها "باندورا"، وهي: (١) الخبرات الجنسية السابقة، (٢) ملاحظة الخبرة الجنسية للآخرين، (٣) التشجيع اللفظي من الزوجات، (٤) الحالة الجسمية والانفعالية.

وبعد هذا العرض التحليلي لمفهوم الاعتقاد بالفعالية الجنسية المدركة ومصادر تشكيله، ستعتمد الباحثة في الدراسة الراهنة على تعريف الفعالية الجنسية المدركة بأنها "اعتقاد ذاتي لدى الفرد عن مدى قدرته على القيام بأداء السلوكيات الجنسية المطلوبة منه بنجاح في المراحل الجنسية الطبيعية؛ مرحلة الرغبة، ومرحلة الإثارة، ومرحلة الاستقرار، ومرحلة الأورجازم، ومرحلة الخمود".

[٢] الرضا الجنسي:

يُعرف الرضا الجنسي بأنه "الدرجة التي تقابل النشاط الجنسي لتوقعاته الفردية" (Delamater, 1991, p.62). ويشير كل من "سبريشير" و"جاتي" (Sprecher & Gate, 2004, p.236) للرضا الجني بأنه أحد المصطلحات الوجدانية الإيجابية، ويُعرف بأنه "الدرجة التي يكون فيها الفرد راضياً أو سعيداً عن شكل الجنس في علاقته الحميمية، كما يُشير الرضا الجنسي إلى "الاستجابة الوجدانية الناتجة عن التقييم الذاتي للأبعاد الإيجابية والسلبية المرتبطة بعلاقة الفرد الجنسية" (Lawrance & Byers, 1995, p.268). ويشير "بريكر" (Bricker, 2005) إلى الرضا الجنسي بأنه أحد الأبعاد المميزة للرضا الزوجي، ويمثل "رضا الفرد على كل من: الاتصال أو النشاط الجنسي، والمشاعر الوجدانية المرتبطة بالتغيرات الجنسية، والاهتمام بالعلاقة الجنسية"، كما استخدم الباحثون تعريف الرضا الجنسي إجرائياً بأنه "تقييم عام للحياة الجنسية" (Alfonso, Allison, Rader & Gorman, 1996; Bridges, Lease & Ellison, 2004). وركزت أغلب التعريفات الإجرائية للرضا الجنسي على الاستجابات الفسيولوجية أثناء النشاط الجنسي أو بعده، بالإضافة إلى الأثر الإيجابي المرتبط بالنشاط الجنسي (McClelland, 2009).

ويُمثل الرضا الجنسي أحد المكونات الأساسية للصحة الجنسية، وبالرغم من تأكيد الباحثين على مساهمة المتغيرات النفسية والاجتماعية والثقافية في تشكيل درجة الرضا الجنسي، إلا أنه مازال ينظر لهذا المفهوم من منظور فسيولوجي بحث معتمد على النموذج الطبي للوظيفة الجنسية لـ "ماسترز وجونسون"^(١)، ونادراً ما يدرس أو يعالج هذا المفهوم داخل سياق اجتماعي نفسي (Henderson, 2009). ويعد نموذج "ماسترز" و"جونسون" (Masters & Johnson, 1970) من أوائل النماذج المبكرة لتفسير الاستجابة الجنسية لدى الذكر والأنثى، ويرى هذا النموذج أن العملية الجنسية تمر بأربع مراحل هي: مرحلة الإثارة، ومرحلة الاستقرار، ومرحلة ذروة الانتصاب، ومرحلة الخمود. ويعتمد تقدير الرضا الجنسي طبقاً لهذا النموذج على توفر المؤشرات الفسيولوجية للملاحظة في كل مرحلة، دون الاهتمام بالمكونات النفسية المتوفرة. ثم تطورت هذه النماذج الفسيولوجية إلى نماذج أخرى هدفها إضافة مراحل جديدة يركز مضمونها على الجوانب البيئية والنفسية للعملية

(١) The Medical Model of Sexual Functioning Masters and Johnson

الجنسية، ومن هذه النماذج نموذج "كابلان" (Kaplan, 1974) الذي أضاف مرحلة خامسة على المراحل الأربعة لنموذج "جونسون" و"ماسترز" (1966) وهي مرحلة الرغبة السابقة على الإثارة الجنسية^(١). وقد قدم كل من "زيبيرجولد" Zibergeld و"إيليسون" Ellison عام 1980 نموذجاً معتمداً على الجوانب النفسية في تقدير الرضا الجنسي، وتكون النموذج من خمسة مراحل هي: مرحلة الاهتمام (الرغبة) التي تسبق الإثارة، ومرحلة الإثارة، ومرحلة الاستعداد الفسيولوجي، ومرحلة ذروة الانتصاب، ومرحلة الرضا (تقييم لكيفية شعور الفرد) التابع لهذه المراحل الفسيولوجية (McClelland, 2009). وتعتمد الباحثة في الدراسة الراهنة على تعريف الرضا الجنسي بأنه "تقرير نهائي يمثل رضا الفرد عن علاقته الجنسية، وهي مرتبطة بتجربته الخاصة".

[٣] القذف المبكر:

القذف المبكر هو أحد اضطرابات ذروة الانتصاب لدى الذكر^(٢)، وطبقاً للجمعية الأمريكية لعلم النفس لرابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association, 1994) فإنها تعرفه بأنه "استمرار أو تكرار القذف بعد أقل حد من الزمن من حدوث الانتصاب، ويسبب ذلك ضيق ملحوظ وعدم توافق، وقد مرت اتجاهات دراسة موضوع القذف المبكر بأربع مراحل ميزها "والدنير" Waldinger (٢٠٠٤) كما يلي:

١- المرحلة الأولى (١٨٨٧-١٩١٧): وصف "جروس" Gross في عام ١٨٧٧ أول حالة للقذف المبكر، ثم قدم "كرافت - إيبينج" Krafft-Ebing في عام ١٩٠١ تقريراً لحالة ثانية، وبالرغم من ندرة هذه المنشورات، إلا أنه كان ينظر للقذف المبكر في التراث الطبي كظاهرة طبية ولا تحتاج لأي تدخل نفسي.

٢- المرحلة الثانية (١٩١٧-١٩٥٠): عرض "أبراهام" Abraham في عام ١٩١٧ القذف المبكر كأحد أعراض العصاب الناجمة عن الصراعات اللاشعورية، ومن ثم يجب أن يتضمن العلاج التحليل النفسي الكلاسيكي. ومن ناحية أخرى ذكر الأطباء أن حدوث القذف المبكر نتيجة تشويه بالمسالك البولية، أو تغيرات في مجري البول الخلفي لا بد من علاجه بشق الفلقة. وفي عام ١٩٤٣ اعتبر "شابيرو" Chapiro أن القذف المبكر لا يُعد مرضاً جسدياً ولكنه اضطراب نفسي يحدث بسبب القلق المفرط وضعف نظام القذف، ووصف "شابيرو" نوعين من القذف المبكر: (١) النمط (أ)، ويؤدي إلى اختلال وظيفي في الانتصاب. (٢) النمط (ب)، ويوجد في أول الجماع، ولكن فيما بعد أصبح يُعرف بالقذف المبكر الأولي (طول الحياة)^(٣) والقذف المبكر الثانوي (المكتسب)^(٤). وبالتالي تتصف هذه المرحلة بأن القذف المبكر هو اضطراب عصابي أو اضطراب نفسي جسمي^(٥).

(١) Desire Preceding Sexual Excitement

(٢) Male Orgasmic Disorder

(٣) The Primary (Life Long)

(٤) The Secondary (Acquired)

(٥) Neurosis and Psychosomatic Disorder

٣- **المرحلة الثالثة (١٩٥٠-١٩٩٠):** تركز على المكون البيولوجي للقذف المبكر والعلاج الدوائي والسلوكي مع تجاهل ما ذكره "شابيرو"، وما ادعاه متخصصو علم الجنس، والمحللين النفسيين. وأصبح هذا التجاهل أكثر وضوحاً بعدما ذكر "ماسترز" Masters و"جونسون" Johnson عام ١٩٥٦ نجاح العلاج السلوكي باستخدام أسلوب الضغط^(١) في علاج القذف المبكر، وأضافوا أن الرجال ذوي القذف المبكر تعلموا الجماع الجنسي السريع، وهذا يعني أن القذف المبكر هو سلوك متعلم^(٢). ومن ثم ساد في هذه المرحلة دمج العلاجات النفسية السلوكية والمعرفية مع العلاج الدوائي لمساعدة المريض على تعلم التحكم وتأخير القذف، وأصبح ينظر للقذف المبكر بأنه سلوك مكتسب واستجابة لحدث تفاعلي (Althof, 2006).

٤- **المرحلة الرابعة (١٩٩٠ حتى الآن):** بالرغم من أن العلاج السلوكي للقذف المبكر ساد في علم الجنس، إلا أنه قد أجريت دراسات قليلة جداً للتحقق من فعاليته. وفي المقابل منذ عام ١٩٩٠ ظهرت العديد من الدراسات التي نشرت حول كفاءة العقاقير المعروفة بـ SSRI^(٣) مع استمرار المراهم المخدرة لتأخير القذف، في نفس الوقت تطور منظور عصبي بيولوجي جديد يناقش أن القذف المبكر يرتبط أيضاً مع السيروتونين في مناطق محددة في الجهاز العصبي المركزي، مع احتمال وجود عامل وراثي (Morales, Barada, & Wylliet, 2007; Waldinger, 2004; Wang, Kumar, 2008; Minhas & Ralph, 2005, Van-Hser, 2008).

وتتمثل معايير التشخيصية للقذف المبكر طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية The Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) في:

١- حدوث القذف بصفة دائمة أو متكررة، لأقل إثارة جنسية قبل الإيلاج، أو أثناءه، أو بعده بقليل.

٢- صعوبة الوصول إلى الذروة الجنسية (الأورجاسم)، أو حدوث الحد الأدنى للرضا الجنسي الذي يتمناه الشخص.

٣- يؤدي إلى الشعور بالمشقة أو بالكرب الملحوظ أو صعوبة التعامل مع الزوجة.

٤- لا تنتج أعراض القذف المبكر بسبب التأثيرات المباشرة لإحدى المواد (مثل: انسحاب الأفيونات) (السماك؛ مصطفى، ٢٠٠١، ص ٢٦١).

٥- وتم إضافة عرض فريقي لتشخيص المشكلة وتحديد العلاجات المطلوبة، وهو:

١- المدة أو الفترة: لمعرفة هل المشكلة مدى الحياة أم مكتسبة.

٢- السياق: (شامل أم موقفي): لتحديد ظهور المشكلة في مواقف أو مع أشخاص محددين أم

شاملة بشكل عام جميع المواقف والأشخاص (Metz et al., 1997; Waldinger & Schweitzer, 2006).

وأشهر التصانيف العاشرة الإحصائية العالمية للأمراض (ICD-10) The International Statistical Classification of Diseases إلى أن

(١) Squeeze

(٢) Learned Behaviour

(٣) Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors or Serotonin-Specific Reuptake Inhibitor (SSRI)

القذف المبكر هو عدم القدرة على تأخير القذف، بما فيه عدم الاستطاعة على تحقيق الفعالية الجنسية، ويحدث ذلك في أمرين: (١) قبل أو بعد فترة وجيزة جداً من بداية الجماع (في ضوء وقت زمني أقل من ١٥ ثانية بعد بداية الجماع). (٢) في غياب الانتصاب الكافي لجعل الجماع ممكناً، والسبب ليس راجعاً للامتناع عن ممارسة الجنس لفترة طويلة (World Health Organization, 1994).

في ضوء ذلك لم يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية خصائص محددة للحكم على إذا كان القذف يحدث قبل أو أثناء أو بعد فترة وجيزة من الإيلاج، بل ترك الموضوع والحكم على نقص التحكم في القذف، أو الصعوبات على التقييم الذاتي. وأضاف ثلاث معايير إضافية لبداية التشخيص القذف المبكر، وهي: طوال الحياة في مقابل مكتسب، عام في مقابل موقفي، ناتج عن عوامل نفسية في مقابل عوامل اجتماعية. أما تعريف التصنيف العاشر الإحصائي الدولي للأمراض فقد ركز على فترة الكمون في حدود ١٥ ثانية من بداية الإيلاج (Symonds et al., 2003). وقد طرح الباحثون ثلاثة مؤشرات للاختلالات المرتبطة بالقذف المبكر هي: الرضا الجنسي، والتحكم وشدة القذف، والمشقة النفسية (Emmanuele, Jannini, & Ciocca, 2013).

ولكن يبقى مشكلة تحديد فترة الكمون المطلوبة لتشخيص مشكلة القذف المبكر، مما دفع بعض الباحثين إلى تحديد المعيار الزمني بأنه أقل من دقيقة، وحدد البعض بأنه ما بين دقيقة إلى دقيقتين بعد إيلاج القضيب (Waldinger, Hengeveld, Zwinderman & Olivier, 1998). وأضاف "أوليفير" وآخرون (Olivier, Aeilko & Waldinger, 2005) أن سرعة القذف تتم في حدود دقيقة أو دقيقة ونصف على الأكثر، وينبغي تقسيم سرعة القذف إلى خفيفة، ومتوسطة، وشديدة. ويرى "مكماهون" (McMahon, 2008) القذف المبكر بأنه حدوث القذف في أقل من دقيقة في جميع المناسبات، وعدم القدرة على التحكم في التأخير، وحدث تأثيرات سلبية على الشخصية مثل المشقة، والعناء، والإحباط، وتجنب العلاقة الحميمة مع الزوجة.

وينصح الباحثون بضرورة تحديد السبب وراء حدوث القذف المبكر، لأن خطة التشخيص والعلاج تتوقف على ذلك، فقد يكون علاج طبي فقط، أو علاج نفسي يشمل الاسترخاء الجسمي، أو تدريبات للعانة، أو استراتيجيات معرفية، بالإضافة إلى إدراج شريكة الحياة في العلاج. وأضاف الباحثون أن الخطة العلاجية ينبغي أن تكون شاملة (عقاقير مضادة للاكتئاب، والعلاج المعرفي والسلوكي) لما لها من فعالية فسي تحسسين النتائج على المدى الطويل (Perrettietal., 2003; Rowland, Cooper & Slob, 1998). بالإضافة على تعليم المريض المهارات الحسية لتدبير جسمه أثناء الإثارة الجنسية (Metz & Pryor, 2000).

وتظهر مشكلة القذف المبكر في صعوبة الاعتراف بها لدى الذكور لأسباب متعددة منها:

- ١- اتسام بعض الرجال بالأنانية مع الزوجة، وغير مباليين بها.
- ٢- إنكار البعض أو التقليل منها أو لا يعترف بكونها مشكلة.
- ٣- يذكر البعض أن ما يحدث هو سببه الزوجة، بينما هم أصحاء (Symonds et al., 2003). وقد ناقش "ماسترز" و"جونسون" مجموعة من الآراء لحدوث القذف المبكر، مثل:

- أن تعريف القذف المبكر يجب أن يحتوي على استجابة الزوجة، فعلي سبيل المثال قد يكون لدى الرجل القدرة على منع القذف لمدة طويلة تكفي لوصول الزوجة لنشوه الجماع، ولكنها قد يكون لديها صعوبة في الوصول إلى نشوه الجماع.
- حدوث القذف المبكر مشروطاً بأول اتصال جنسي سريع (مثلاً على المقعد الخلفي من السيارة أو مع عاهرة غير صبورة) (Inhorn, 2002).
- استخدام أسلوب الضغط على حشفة القضيب (الجزء الأمامي) يسبب نجاح في تأخير القذف لدى ٩٧% من الذكور. ولكن يبقى أن مثل هذه الآراء غير مرتبطة بالدليل الأمبريقي، وكذلك غير قابلة للتكرار لنتمكن من تعميمها، وتخلو من المنهجية. ولكن الدراسات الحديثة التي اعتمدت على العلاج المعرفي مثل توقف الفكرة، والعلاج السلوكي كأسلوب الضغط، والعلاج الجمعي، والعلاج التفاعلي وقد أظهرت تحسن في تقارير المرضى، ولكن بدون استخدام دراسات ضابطة منهجية (McMahon, 2008). وتمثل مضادات الاكتئاب فعالية في تأخير سرعة القذف، والسؤال المهم هل هي معالجة القذف المبكر، أم أن هؤلاء يعانون الاكتئاب، ومن ثم تتحسن أعراض الاكتئاب وبالتالي تتحسن أعراض القذف المبكر (Balon, 1996).

من الأطر النظرية المفسرة للقذف المبكر طبقاً لمبدأ التشريط^(١)، حيث يعتقد أنه يتم الجماع سريعاً خوفاً من الكف، والقلق، والذنب لما بعد هذا. ولكن لا يوجد دراسات محكمة، حيث لم يستطيع التشريط تفسير لماذا لا يحدث للرجال ذوي الخبرات المتشابهة قذف مبكر (Metz&McCarthy, 2004).

المنهج والإجراءات

١ - العينة:

تكونت عينة الدراسة^(*) من واحد وثمانين زوجاً من المقيمين في محافظة القاهرة الكبرى، يتراوح المدى العمري لهم بين ٢٥ - ٤٨ سنة، بمتوسط مقداره ٢٨.٣٦ سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± ٤.٢٧ سنة. كما يتراوح المدى العمري لسنوات الزواج بين سنة إلى ٢٣ سنة، بمتوسط مقداره ٧.٣٦ سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± ٦.٢١ سنة. ويتراوح المستوى التعليمي لديهم فيما بين تعليم متوسط، وفوق متوسط، وجامعي.

٢ - أدوات الدراسة:

- استمارة البيانات الأولية: تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالزوج: كالعمر، وسنوات الزواج، ومستوى التعليم، ووجود شكوى جسمية أو عدمه، وتقدير الحالة الصحية.

(١) Conditional Reflex

(*) قام الأستاذ الدكتور/ محمد مصطفى عارف . أستاذ أمراض الذكورة . كلية الطب بجامعة القاهرة بمساعدة الباحثة في توفير أداة تشخيصية لمؤشرات القذف المبكر لتشخيص الحالات التي تم الاستعانة بها في الدراسة الراهنة، وتنتهج الباحثة الفرصة لتشكره على ما بذله من جهد مشكور في هذا الصدد.

- المقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر^(١) (إعداد: محمد عارف ، راني شملول، ٢٠٠٧): هو أداة تشخيصية لتقييم القذف المبكر، ويتضمن سبعة مؤشرات هي: الرغبة الجنسية^(٢)، وتقييم وظيفة الانتصاب^(٣)، وفترة الكمون^(٤)، والتحكم في القذف^(٥)، ورضا المريض^(٦)، ورضا الزوجة^(٧)، والمشقة النفسية^(٨). ويتم تصحيح كل مؤشر طبقاً لمقياس خماسي الشدة، وتتراوح الدرجة على البند بين ١-٥، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على المقياس إجمالاً ٣٥ درجة، وتشير الدرجة المنخفضة إلى معاناة المريض من مؤشرات القذف المبكر، وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية بالتطبيق على عينة من (٧١) ذوي القذف المبكر، و(٧٣) من الأصحاء المصريين. واستخدم الصدق التمييزي الذي جاءت فروقه دالة عند مستوى ٠.٠٠١، وإعادة التطبيق كطريقة لحساب الثبات وجاء معامل الارتباط بين التطبيقين ٠.٨٥، وهذه نتائج تُعد مؤشر على تمتع المقياس بالكفاءة القياسية (Arafa & Shamloul, 2007).

- مقياس فعالية الذات الجنسية (إعداد الباحثة): تم تكوين المقياس اعتماداً على المقاييس الأجنبية التالية: مقياس الفعالية الجنسية المدركة لـ "روسينثال" وآخرون (Rosenthal, Moore, & Flynn, 1991)، ومقياس الفعالية الجنسية لـ "يومانس" (Youmans, 2001)، ومقياس الفعالية الجنسية لدى الذكور لـ "فيشتن" وآخرون (Fichten et al., 2008). ويحتوي المقياس على (٣٠) عبارة تقرير ذاتي تصف مدى كفاءة الفرد في أدائه الجنسي بناءً على مقياس شدة ثلاثي: لا تنطبق إطلاقاً، وتنطبق بدرجة متوسطة، وتنطبق بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة على البند ما بين ١-٣، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على الاختبار إجمالاً ٩٠ درجة، حيث تشير الدرجة الأعلى إلى اعتقاد الفرد بكفاءته الذاتية الجنسية.

- مقياس الرضا الجنسي لدى الزوج (إعداد الباحثة): تم تكوين المقياس اعتماداً على المقاييس الأجنبية التالية: مقياس مؤشر الرضا الجنسي لـ "هودسون" (Hudson, 1998)، ومقياس العلاقات الذاتية الجسمية متعدد الأبعاد^(٩) لـ "برون" وآخرون (Brown, Cash & Mikulka, 1990)، ومقياس الرضا الجنسي لـ "أوجانلاتفا" وآخرون (Ojanlatva, Helenius, Rautava, Ahvenainen & Koskenvuo, 2003) ومقياس "ورريل" (Worrell, 2008) للرضا الجنسي، ومقياس الرضا الجنسي لـ "بنهوللو" وآخرون (Penhollow, Young & Denny, 2009). يتكون

(١) Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE)

(٢) Sexual desire

(٣) Erectile function

(٤) Ejaculation Latency

(٥) Ejaculation Control

(٦) Patient Satisfaction

(٧) Partner Satisfaction

(٨) Psychological distress

(٩) The Multi-Dimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

المقياس من (٣٥) عبارة تقرير ذاتي تصف مدى رضا الزوج عن علاقته الحميمة (الجنسية) مع الزوجة، وتحدد درجة رضاه بناءً على مقياس شدة ثلاثي: لست راضي تماماً، راضي بدرجة متوسطة، راضي بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة على البند ما بين ٣-١، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على الاختبار إجمالاً ١٠٥ درجة، حيث تشير الدرجة الأعلى إلى رضا الزوج عن حياته الجنسية.

وقد تم التحقق من صدق المقياسين السابقين في دراسة سابقة للباحثة (شويخ، ٢٠١١)، وذلك بالاعتماد على صدق المحكمين وصدق المضمون، أما عن ثبات المقياسين فقد قدر باستخدام مجموعة مكونة من عشرين زوجاً من ذوي القذف المبكر، تراوحت أعمارهم بين ٢٦-٤٥ سنة، بمتوسط عمري مقداره ٣٠.١٥، وانحراف معياري ٣.٣٤ سنة. وجاءت قيم طريقتي ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان. براون تتراوح بين ٠.٨١ و ٠.٩٤، مما يشير إلى تمتع كافة المقاييس بمؤشرات كفاءة قياسية جيدة.

٣- تصميم الدراسة وخطة التحليلات الإحصائية

للإجابة عن أسئلة الدراسة الخاصة بالكشف عن تأثير كل مؤشر من مؤشرات تقييم القذف المبكر في الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج يمكن اللجوء إلى منحى الفروق بين المجموعات الفرعية؛ حيث يتم عمل تقسيم للعينة إلى مجموعات صغرى في إطار كل مؤشر من مؤشرات تقييم القذف المبكر أنظر جدول (١)، عندئذ يمكن استكشاف صورة العلاقة بين كل مؤشر على حدة والفعالية الجنسية المدركة، والرضا الجنسي لدى الأزواج باستخدام أسلوب تحليل التباين في اتجاه واحد للفروق بين المجموعات الفرعية لكل مؤشر من المؤشرات السبعة لتقييم القذف المبكر، فإذا توصلنا إلى قيم دالة لـ (ف) بين تلك المجموعات على كل من الفعالية الجنسية المدركة، والرضا الجنسي، انتقلنا للإجراء الإحصائي التالي وهو عمل اختبار دلالة الفرق بين مجموعتين للوقوف على أكثر المجموعات الفرعية إسهاماً في صنع ذلك التباين، وذلك باستخدام معادلة "شيفه".

جدول (١)

بيانات تصنيف العينة إلى مجموعات فرعية طبقاً لكل مؤشر

من مؤشرات تقييم القذف المبكر

عدد أفراد المجموعة	المجموعات الفرعية	مؤشر التصنيف	عدد أفراد المجموعة	المجموعات الفرعية	مؤشر التصنيف
١٨	(١) لا مريض كل الأوقات	(٥) رضا المريض	٢٧	(١) قليلة جداً	(١) الرغبة الجنسية
٢٠	(٢) لا مريض أغلب الأوقات		١٠	(٢) قليلة	
٢١	(٣) لا مريض أحياناً		١٥	(٣) متوسطة	
١٠	(٤) مريض أغلب الأوقات		١٨	(٤) كثيرة	
١٢	(٥) مريض كل الأوقات		١١	(٥) كثيرة جداً	

تابع جدول (١)

عدد أفراد المجموعة	المجموعات الفرعية	مؤشر التصنيف	عدد أفراد المجموعة	المجموعات الفرعية	مؤشر التصنيف
٢٠	(١) لا مريض كل الأوقات	(٦) رضا الزوجة	١٦	(١) لا أستطيع كل الأوقات	(٢) تقييم وظيفة الانتصاب
١٩	(٢) لا مريض أغلب الأوقات		١٤	(٢) لا أستطيع أغلب الأوقات	
٢٣	(٣) لا مريض أحياناً		١٢	(٣) لا أستطيع أحياناً	
١١	(٤) مريض أغلب الأوقات		٢٠	(٤) أستطيع أغلب الأوقات	
٨	(٥) مريض كل الأوقات		١٩	(٥) أستطيع كل الأوقات	
٢٠	(١) أشعر في كل الأوقات	(٧) المشقة النفسية	١٨	(١) أقل من ٣٠ ثانية	(٣) فترة الكمون
٢٢	(٢) أشعر في أغلب الأوقات		١٦	(٢) تقريباً دقيقة	
-	(٣) أشعر أحياناً		٩	(٣) من ٢-١ دقيقة	
٢٠	(٤) لا أشعر في أغلب الأوقات		١٨	(٤) من ٣-٢ دقيقة	
١٩	(٥) لا أشعر في كل الأوقات		٢٠	(٥) أكثر من ٣ دقائق	
٣٢	(١) المنخفضة	الدرجة الكلية لتقييم القذف المبكر (*)	١٦	(١) لا أستطيع كل الأوقات	(٤) التحكم في القذف
٣٤	(٢) المتوسطة		١٣	(٢) لا أستطيع أغلب الأوقات	
١٥	(٣) الشديدة		٢٢	(٣) لا أستطيع أحياناً	
٨١	إجمالي العينة		٢٠	(٤) أستطيع أغلب الأوقات	
			١٠	(٥) أستطيع كل الأوقات	

النتائج

نتائج الفرض الأول: والذي ينص على "وجود علاقة ارتباطية دالة بين مؤشرات تقييم القذف المبكر وكل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج".

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجات مؤشرات تقييم القذف المبكر ودرجات كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج

الرضا الجنسي	الفعالية الجنسية المدركة	المتغيرات	م	مؤشرات تقييم القذف المبكر
٠.٠٦	*٠.٢٣	الرغبة الجنسية	١	
***٠.٤٦	**٠.٢٦	تقييم وظيفة الانتصاب	٢	
***٠.٤٣	***٠.٣٧	فترة الكمون	٣	
***٠.٣٣	**٠.٤٤	التحكم في القذف	٤	
***٠.٥٣	٠.١٧	رضا المريض	٥	
***٠.٥١	٠.١٠	رضا الزوجة	٦	
***٠.٤٤-	***٠.٣١-	المشقة النفسية	٧	
***٠.٥٢	***٠.٣٥	الدرجة الكلية لتقييم القذف المبكر	٨	

- * دالة عند مستوى ٠.٠٥ - ** دالة عند مستوى ٠.٠١ - *** دالة عند مستوى ٠.٠٠١

(*) تم تقسيم عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات طبقاً لدرجاتهم حسب شدة القذف المبكر، فالمجموعة الأولى (المنخفضة) تمثل الربيع الأدنى للدرجات (أقل من ٢٢ درجة)، والمجموعة الثانية (المتوسطة) تمثل الربيع الأوسط (الذي يتراوح ما بين ٢٣ درجة إلى ٢٩ درجة)، والمجموعة الأخيرة (الشديدة) تمثل الربيع الأعلى (أكثر من ٣٠ درجة).

يتضح من الجدول السابق ما يأتي:

(١) فيما يتعلق بالعلاقة بين مؤشرات تقييم القذف المبكر والفعالية الجنسية

المدركة: جاء الارتباط إيجابياً ودالاً بين أغلب مؤشرات القذف المبكر (الرغبة الجنسية، وتقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، والدرجة الكلية لتقييم القذف المبكر) والفعالية الجنسية المدركة، بينما ارتبط سلبياً بمؤشر المشقة النفسية، في حين جاء ارتباط مؤشري رضا كل من المريض والزوجة غير دال في ارتباطه بالفعالية. مما يشير إلى أن ارتفاع درجة الفرد في الرغبة الجنسية، وشدة الانتصاب، وفترة الكمون والتحكم في القذف يصاحبه شعور بالفعالية الجنسية المدركة، بينما ارتفاع شعوره بالمشقة النفسية يلزمه انخفاض الفعالية الجنسية المدركة.

(٢) أما عن العلاقة بين مؤشرات تقييم القذف المبكر والرضا الجنسي: فقد أشارت

النتائج إلى ارتباط أغلب مؤشرات القذف المبكر (ماعدا مؤشر الرغبة الجنسية) بشكل إيجابي ودال بالرضا الجنسي لدى الأزواج عند مستوى ٠.٠٠٠١، في حين ارتبط مؤشر المشقة النفسية سلبياً بالرضا الجنسي. وهذا ينطوي على ازدياد كل من شدة الانتصاب، وفترة الكمون والتحكم في القذف، ورضاء المريض وشريكته، وانخفاض المشقة النفسية يلزمه رضاء الأزواج الجنسي، والعكس صحيح.

والنتائج في مجملها تصب في فكرة أن مؤشرات تقييم القذف المبكر (وهي: وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف)، والدرجة الكلية لهذا التقييم تكشف عن علاقة إيجابية دالة بكل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج، أما عن مؤشر المشقة النفسية فقط ارتبط سلبياً بهما.

نتائج الفرض الثاني: والذي ينص على "تباين درجة الفعالية الجنسية المدركة المبكر لدى

الأزواج بتباين مؤشرات تقييم القذف": يوضح جدول (٣) نتائج دلالة اختبار "ف" لتحليل التباين في اتجاه واحد لبيان تأثير كل مؤشر بشكل منفرد في الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج.

جدول (٣)

نتائج تحليل التباين (٥X١) لبيان تأثير كل مؤشر لتقييم القذف المبكر بمستوياته الخمسة في الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج

المتغيرات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
١ الرغبة الجنسية	٦٠٧.٢٠	٤	١٥١.٨٠	٣.٦١	٠.٠٠٩
٢ تقييم وظيفة الانتصاب	١٢٥٩.٧١	٤	٣١٤.٩٣	٩.٣٩	٠.٠٠١
٣ فترة الكمون	١٤٢٢.٧٦	٤	٣٥٥.٦٩	١١.٣٣	٠.٠٠١
٤ التحكم في القذف	٥٩٥.٥٩	٤	١٤٨.٩٠	٣.٥٣	٠.٠١
٥ رضا المريض	٢٨٤.٨٧	٤	٧١.٢٢	١.٥٤	٠.١٩
٦ رضا الزوجة	٢٠٦.٦٤	٤	٥١.٦٦	١.٠٩	٠.٣٦
٧ المشقة النفسية	٧٦٤.٢٦	٤	٢٥٤.٧٥	٦.٤٦	٠.٠٠١

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لأغلب مؤشرات تقييم القذف المبكر، وهي: الرغبة الجنسية، وتقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، والمشقة النفسية في الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج، حيث جاءت قيم "ف" دالة بشكل ملحوظ، أما مؤشري رضا الأزواج والزوجات فقد جاء غير دالين

في تأثيرهما على الفعالية الجنسية المدركة، وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه" بالنسبة للمؤشرات الدالة فقط.

جدول (٤)

يوضح دلالة واتجاه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الفرعية لمؤشرات تقييم

القذف المبكر في الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج باستخدام معادلة "شيفه"

المؤشر	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٥/١)	متوسط الفروق (٢/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٥/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)	متوسط الفروق (٥/٣)	متوسط الفروق (٥/٤)
الرغبة الجنسية	(١) قليلة جداً	٢٧	٨.٧٥-	١١.٢٥-	١٢.١٢-	١٢.٢١-	٤.٥١-	٨.١٢-	١١.٢٥-	٥.١١-	٣.٢١-	٢.٤٥
	(٢) قليلة	١٠	٨.٧٥-	١١.٢٥-	١٢.١٢-	١٢.٢١-	٤.٥١-	٨.١٢-	١١.٢٥-	٥.١١-	٣.٢١-	٢.٤٥
	(٣) متوسطة	١٥	٨.٧٥-	١١.٢٥-	١٢.١٢-	١٢.٢١-	٤.٥١-	٨.١٢-	١١.٢٥-	٥.١١-	٣.٢١-	٢.٤٥
	(٤) كثيرة	١٨	٨.٧٥-	١١.٢٥-	١٢.١٢-	١٢.٢١-	٤.٥١-	٨.١٢-	١١.٢٥-	٥.١١-	٣.٢١-	٢.٤٥
	(٥) كثيرة جداً	١١	٨.٧٥-	١١.٢٥-	١٢.١٢-	١٢.٢١-	٤.٥١-	٨.١٢-	١١.٢٥-	٥.١١-	٣.٢١-	٢.٤٥
تقييم وظيفة الانتصاب	(١) لا أستطيع كل الأوقات	١٦	١٠.٣-	١٥.٢٣-	١٦.٢٣-	١٧.٢٣-	٣.٢٩-	١٦.٩٠-	١٩.٥٠-	١.٩٧-	٧.٥٧-	١.٩٦-
	(٢) لا أستطيع أغلب الأوقات	١٤	١٠.٣-	١٥.٢٣-	١٦.٢٣-	١٧.٢٣-	٣.٢٩-	١٦.٩٠-	١٩.٥٠-	١.٩٧-	٧.٥٧-	١.٩٦-
	(٣) لا أستطيع أحياناً	١٢	١٠.٣-	١٥.٢٣-	١٦.٢٣-	١٧.٢٣-	٣.٢٩-	١٦.٩٠-	١٩.٥٠-	١.٩٧-	٧.٥٧-	١.٩٦-
	(٤) أستطيع أغلب الأوقات	٢٠	١٠.٣-	١٥.٢٣-	١٦.٢٣-	١٧.٢٣-	٣.٢٩-	١٦.٩٠-	١٩.٥٠-	١.٩٧-	٧.٥٧-	١.٩٦-
	(٥) أستطيع كل الأوقات	١٩	١٠.٣-	١٥.٢٣-	١٦.٢٣-	١٧.٢٣-	٣.٢٩-	١٦.٩٠-	١٩.٥٠-	١.٩٧-	٧.٥٧-	١.٩٦-
فترة الكمون	(١) أقل من ٣٠ ثانية	١٨	١٣.١٣-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	٤.٢٥-	٨.٩٦-	١٥.٣٩-	٠.٩٥-	٣.٦٧-	٢.٧١١-
	(٢) تقريباً دقيقة	١٦	١٣.١٣-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	٤.٢٥-	٨.٩٦-	١٥.٣٩-	٠.٩٥-	٣.٦٧-	٢.٧١١-
	(٣) من ٢-١ دقيقة	٩	١٣.١٣-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	٤.٢٥-	٨.٩٦-	١٥.٣٩-	٠.٩٥-	٣.٦٧-	٢.٧١١-
	(٤) من ٣-٢ دقيقة	١٨	١٣.١٣-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	٤.٢٥-	٨.٩٦-	١٥.٣٩-	٠.٩٥-	٣.٦٧-	٢.٧١١-
	(٥) أكثر من ٣ دقائق	٢٠	١٣.١٣-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	١٤.٤٥-	٤.٢٥-	٨.٩٦-	١٥.٣٩-	٠.٩٥-	٣.٦٧-	٢.٧١١-
التحكم في القذف	(١) لا أستطيع كل الأوقات	١٦	٠.٣٣-	٦.٣٨-	١١.٢٤-	١٣.٦٨-	١.١٢-	١١.٠٦-	١٢.٢٥-	٨.٩٦-	٦.٢٢-	٠.٤٤
	(٢) لا أستطيع أغلب الأوقات	١٣	٠.٣٣-	٦.٣٨-	١١.٢٤-	١٣.٦٨-	١.١٢-	١١.٠٦-	١٢.٢٥-	٨.٩٦-	٦.٢٢-	٠.٤٤
	(٣) لا أستطيع أحياناً	٢٢	٠.٣٣-	٦.٣٨-	١١.٢٤-	١٣.٦٨-	١.١٢-	١١.٠٦-	١٢.٢٥-	٨.٩٦-	٦.٢٢-	٠.٤٤
	(٤) أستطيع أغلب الأوقات	٢٠	٠.٣٣-	٦.٣٨-	١١.٢٤-	١٣.٦٨-	١.١٢-	١١.٠٦-	١٢.٢٥-	٨.٩٦-	٦.٢٢-	٠.٤٤
	(٥) أستطيع كل الأوقات	١٠	٠.٣٣-	٦.٣٨-	١١.٢٤-	١٣.٦٨-	١.١٢-	١١.٠٦-	١٢.٢٥-	٨.٩٦-	٦.٢٢-	٠.٤٤
المشقة النفسية	(١) أشعر في كل الأوقات	٢٠	١٠.٥٠-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	٩.٥٠-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	٣.٩٠-
	(٢) أشعر في أغلب الأوقات	٢٢	١٠.٥٠-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	٩.٥٠-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	٣.٩٠-
	(٣) أشعر أحياناً	-	١٠.٥٠-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	٩.٥٠-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	٣.٩٠-
	(٤) لا أشعر في أغلب الأوقات	٢٠	١٠.٥٠-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	٩.٥٠-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	٣.٩٠-
	(٥) لا أشعر في كل الأوقات	١٩	١٠.٥٠-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	١٣.٤٤-	٩.٥٠-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	١٤.١٩-	٣.٩٠-

وبالنظر في جدول (٤) يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعات الفرعية الخمسة وبعضها البعض، فعن مؤشرات تقييم القذف المبكر (الرغبة الجنسية، وتقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، والمشقة النفسية) كشفت نتائجها عن تفوق المجموعتين: الرابعة والخامسة في الفعالية الجنسية المدركة عن المجموعات الأولى والثانية والثالثة. ونستخلص من ذلك أن المرضى الذين يشعرون بفعالية جنسية منخفضة جداً يتسمون بالرغبة الجنسية المنخفضة، وتقييم لوظيفة الانتصاب بأنه لا يحدث أو يحدث نادراً، وفترة الكمون تتراوح بين ٣٠ ثانية ودقيقة على الأكثر، ولا يستطيعون التحكم في القذف، وكذلك يشعرون بالمشقة النفسية في كل أو أغلب الأوقات.

نتائج الفرض الثالث: والذي ينص على "تباين درجة الرضا الجنسي لدى الأزواج بتباين مؤشرات تقييم القذف المبكر": يوضح جدول (٥) نتائج دلالة اختبار "ف" لتحليل التباين في اتجاه واحد لبيان تأثير كل مؤشر في تقييم القذف المبكر في الرضا الجنسي لدى الأزواج.

جدول (٥)

يوضح نتائج تحليل التباين (٥X١) لبيان تأثير كل مؤشر لتقييم القذف المبكر بمستوياته الخمسة في الرضا الجنسي لدى الأزواج

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات	
					١	٢
٠.٠٧	٢.٢٨	١٣٦.٢٦	٤	٥٤٥.٠٧	الرغبة الجنسية	مؤشرات تقييم القذف المبكر
٠.٠٠١	١٢.٥٦	٥٠٧.٦٢	٤	٢٠٣٠.٤٨	تقييم وظيفة الانتصاب	
٠.٠٠١	٩.٣٦	٤٢٠.٤٧	٤	١٦٨١.٨٦	فترة الكمون	
٠.٠٠٢	٣.٠٨	١٧٧.٣٦	٤	٧٠٩.٤٥	التحكم في القذف	
٠.٠٠١	٨.٧٤	٤٠١.٣٨	٤	١٦٠٥.٥٠	رضا المريض	
٠.٠٠١	١٥.٥٧	٥٧٤.٩٥	٤	٢٢٩٩.٨٢	رضا الزوجة	
٠.٠٠١	١٥.٧٧	٦٤٧.١٩	٤	١٩٤١.٥٦	المشقة النفسية	

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لكافة مؤشرات تقييم القذف المبكر (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية) في الرضا الجنسي لدى الأزواج، حيث جاءت جميع قيم "ف" دالة لكافة المؤشرات، فيما عدا مؤشر الرغبة الجنسية فقد جاء غير دال في تأثيره على الرضا الجنسي، وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه".

جدول (٦)

يوضح دلالة واتجاه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الفرعية لمؤشرات تقييم القذف المبكر في الرضا الجنسي لدى الأزواج باستخدام معادلة "شيفه"

مؤشر	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٥/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٥/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)	متوسط الفروق (٥/٣)	متوسط الفروق (٥/٤)
تقييم وظيفة الانتصاب	(١) لا أستطيع كل الأوقات	١٦	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٢) لا أستطيع أغلب الأوقات	١٤	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٣) لا أستطيع أحياناً	١٢	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٤) أستطيع أغلب الأوقات	٢٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٥) أستطيع كل الأوقات	١٩	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
فترة الكمون	(١) أقل من ٣٠ ثانية	١٨	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٢) تقريباً دقيقة	١٦	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٣) من ٢-١ دقيقة	٩	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٤) من ٣-٢ دقيقة	١٨	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠
	(٥) أكثر من ٣ دقائق	٢٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠	١٠.٠٠

تابع جدول (٦)

المؤشر	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٥/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٥/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)	متوسط الفروق (٥/٣)	متوسط الفروق (٥/٤)
التحكم في القذف	(١) لا أستطيع كل الأوقات	١٦	٠.١٨ (٠.١٤)	٩.٧٨ (٠.٠٠٧)	١٠.٧٠ (٠.٠٠٢)	١١.٩٤ (٠.٠٠١)	١٠.٧٠ (٠.٠٧١)	١٠.٧٠ (٠.٠٥٦)	٣.٢٢ (٠.٤٠)	٠.٩٤ (٠.٠٦٦)	٢.١٨ (٠.٠٣٤)	١.٢٧ (٠.٠٥٧)
	(٢) لا أستطيع أغلب الأوقات	١٣										
	(٣) لا أستطيع أحياناً	٢٢										
	(٤) أستطيع أغلب الأوقات	٢٠										
	(٥) أستطيع كل الأوقات	١٠										
رضا المريض	(١) لا مرضى كل الأوقات	١٨	٠.٥٦ (٠.٠٨٤)	٥.٩٠ (٠.٠٠٤)	٦.٤٨ (٠.٠٠٣)	١١.٩٧ (٠.٠٠١)	٦.٥٥ (٠.٠٠١)	٧.٠٩ (٠.٠٠١)	١٢.٦٢ (٠.٠٠١)	٠.٥٤ (٠.٠٨١)	٦.٠٧ (٠.٠٠٣)	٥.٥٣ (٠.٠٠١)
	(٢) لا مرضى أغلب الأوقات	٢٠										
	(٣) لا مرضى أحياناً	٢١										
	(٤) مرضى أغلب الأوقات	١٠										
	(٥) مرضى كل الأوقات	١٢										
رضا الزوجة	(١) لا مرضى كل الأوقات	٢٠	٢٤ (٠.٠٠١)	٢٤.٦٧ (٠.٠٠٠١)	٣٣.٤٢ (٠.٠٠١)	٣١.٢٩ (٠.٠٠١)	٣٠.٦٧ (٠.٠٨٩)	٩.٤٣ (٠.٠٠٤)	٧.٠٢ (٠.٠٠٩)	٨.٧٦ (٠.٠٠٤)	٦.٦٣ (٠.٠٠١)	٢.١٣ (٠.٠٢٤)
	(٢) لا مرضى أغلب الأوقات	١٩										
	(٣) لا مرضى أحياناً	٢٣										
	(٤) مرضى أغلب الأوقات	١١										
	(٥) مرضى كل الأوقات	٨										
المشقة النفسية	(١) أشعر في كل الأوقات	٢٠	٢٧ (٠.٠٠١)	٣١.٠٤ (٠.٠٠١)	٣١.٠٤ (٠.٠٠١)	٣١.٢٨ (٠.٠٠١)	٤.٠٤ (٠.٠٢٤)	٤.٠٤ (٠.٠٢٤)	٤.٢٨ (٠.٢٠)			٠.٢٤ (٠.٠٨٧)
	(٢) أشعر في أغلب الأوقات	٢٢										
	(٣) أشعر أحياناً	-										
	(٤) لا أشعر في أغلب الأوقات	٢٠										
	(٥) لا أشعر في كل الأوقات	١٩										

يتضح بالنظر في جدول (٦) التشابه الملحوظ بين النتائج ونتائج الجدول السابق (٤)، حيث وجد فروقاً دالة إحصائية بين المجموعات الفرعية الخمسة وبعضها البعض، فعن مؤشرات تقييم القذف المبكر كشفت نتائجها بوجه عام عن تفوق المجموعتين: الرابعة والخامسة عن المجموعات الأولى والثانية والثالثة من حيث شعورهما بالرضا الجنسي لدى الأزواج، وذلك بفارق متوسط عالي الدلالة. وفي إطار هذه المؤشرات: كشف نتائج مؤشر تقييم وظيفة الانتصاب أن المجموعة التي وصف حالتها بأنها لا تستطيع كل أو أغلب الأوقات كانت أسوأ المجموعات في شعورها بالرضا الجنسي لدى الأزواج مقارنة بالمجموعتين الباقيتين (أستطيع كل أو أغلب الأوقات). أما عن مؤشر فترة الكمون: بدت المجموعة الأقل زمناً في فترة الكمون (٣٠ ثانية أو دقيقة) أقل شعوراً بالرضا الجنسي بالمقارنة بالأكثر زمناً (أكثر من دقيقة). كذلك وجد مؤشر التحكم في القذف أن الأزواج الأقوى تحكماً أكثر رضاء جنسياً من الأضعف تحكماً. وعن مؤشري رضا الزوج والزوجات: فبدت المجموعة الأكثر رضا من الأزواج سواء لأنفسهم أو عن زوجاتهم هم أكثر رضاء جنسياً مقارنة بالأقل. وأخيراً مؤشر المشقة النفسية: فقد أشارت النتائج إلى أن أفضل المجموعات شعوراً بالرضا الجنسي هي المجموعة الأقل شعوراً بالمشقة النفسية مقارنة بالمجموعة الأكثر شعوراً بالمشقة النفسية.

نتائج الفرض الرابع: والذي ينص على "تباين كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج بتباين درجة شدة القذف المبكر (المنخفضة، المتوسطة، الشديدة)":

جدول (٧)

يوضح نتائج تحليل التباين (٣X١) لبيان تأثير درجة شدة القذف المبكر (المنخفضة، المتوسطة، الشديدة) في كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج

المتغيرات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الفعالية الجنسية المدركة	٧٠٣.٦٤	٢	٣٥١.٨٢	٨.٨٦	٠.٠٠١
الرضا الجنسي	٨٩٨.٥٩	٢	٤٤٩.٣٠	٨.٣٦	٠.٠٠١

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لشدة مؤشرات تقييم القذف المبكر (المنخفضة، المتوسطة، الشديدة) في كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج، حيث جاءت جميع قيم "ف" دالة عند مستوى ٠.٠٠٠١. وهذا يتطلب عمل مقارنات ثنائية لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه".

جدول (٨)

يوضح دلالة واتجاه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعات الفرعية لمتغير شدة القذف المبكر في كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج باستخدام معادلة "شيفه"

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
الفعالية الجنسية المدركة	(١) المنخفضة	٣٢	١.٠٧	٧.٨٤	٦.٧٧
	(٢) المتوسطة	٣٤	(٠.٤٩)	(٠.٠٠١)	(٠.٠٠١)
	(٣) الشديدة	١٥			
الرضا الجنسي	(١) المنخفضة	٣٢	٦.٦٨	٦.٨٧	٠.٠١
	(٢) المتوسطة	٣٤	(٠.٠٠١)	(٠.٠٠١)	(٠.٩٩)
	(٣) الشديدة	١٥			

يتضح من جدول (٨) أن متغير شدة القذف المبكر (المنخفضة، والمتوسطة، والشديدة) يؤثر بشكل دال في كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي، حيث جاءت المجموعة الأكثر شدة في القذف المبكر هي الأقل شعوراً في الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي، يليها المجموعة المتوسطة، ثم المجموعة المنخفضة.

يتضح من نتائج الجداول السابقة استنتاجين مهمين؛ أولهما أن ثمة علاقة جوهريّة تبدو بين مؤشرات تقييم القذف المبكر من ناحية، وكل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي من ناحية أخرى، والاستنتاج الثاني أن هذه العلاقة تتحوّل في اتجاه تدني كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي مع زيادة شدة القذف المبكر والعكس صحيح.

مناقشة النتائج

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمت به فروض الدراسة وعنايتها بمؤشرات تقييم القذف المبكر لدى الأزواج، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق أو اختلاف النتائج مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى. وعلى ذلك ستبدأ المناقشة بأول الفروض المطروحة في الدراسة الراهنة.

العلاقة الارتباطية بين مؤشرات تقييم القذف المبكر وكل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي لدى الأزواج:

تطوي مجمل نتائج هذا الفرض عن أن ارتفاع درجة الفرد في الرغبة الجنسية، وشدة الانتصاب، وفترة الكمون والتحكم في القذف يصاحبه شعور بالفعالية الجنسية المدركة، بينما ارتفاع شعوره بالمشقة النفسية يلزمه انخفاض الفعالية الجنسية المدركة. كذلك يلزم ازدياد كل من شدة الانتصاب، وفترة الكمون والتحكم في القذف، ورضاء المريض وشريكته، وانخفاض المشقة النفسية رضاء الأزواج الجنسي. ومما يؤيد هذه النتائج ما وجدته الدراسات السابقة، حيث توصلت دراسة "دينسموري" و"ويللي" (Dinsmore & Wyllie, 2009) إلى أن خفض سرعة القذف والتحكم فيه يرتبط بزيادة الرضا الجنسي لدي المرضى وزوجاتهم. كما رصد بعض الباحثين ارتباط دال إيجابي بين الرضا الجنسي ومشاعر السيطرة والتحكم في القذف بفترة الكمون، وأضافوا أن الأفراد ذوي فترة الكمون المدرك الأقل من دقيقة يعانون انخفاض الإشباع الجنسي والتحكم، وارتفاع المشقة والقلق الاجتماعي على النقيض من ذلك وجد أن الأفراد ذوي فترة الكمون الأكثر من دقيقة يتسموا بأعلى رضا جنسي، وشعور أكبر بالسيطرة، وانخفاض المشقة، والقلق الاجتماعي (Kempeneers et al., 2013; Lotti et al., 2012; Rowland et al., 2007). ووجد "تان" وآخرون (Tan et al., 2012) أن هناك علاقة دالة بين القذف المبكر وكل من انخفاض نوعية الحياة، وضعف الفعالية الجنسية، وتدني الرضا الجنسي، والاكنتاب.

تباين الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج بتباين كل من مؤشرات تقييم القذف المبكر وشدته:

جاءت نتائج الدراسة الراهنة لتوضح العلاقة الدالة لأغلب مؤشرات تقييم القذف المبكر، وهي: الرغبة الجنسية، وتقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، والمشقة النفسية في الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج، أما مؤشري رضا الأزواج والزوجات فقد جاء غير دالين في تأثيرهما. ولا يتوقف الأمر على مؤشرات التقييم، بل كذلك جاء متغير شدة القذف المبكر. حيث جاءت المجموعة الأكثر شدة في القذف المبكر هي الأقل شعوراً في الفعالية الجنسية المدركة، يليها المجموعة المتوسطة، ثم المجموعة المنخفضة. وهذه النتائج توجي بأن المرضى الذين يشعرون بكفاءة جنسية منخفضة جداً يتسمون بالرغبة الجنسية المنخفضة، وتقييم لوظيفة الانتصاب بأنه لا يحدث أو يحدث نادراً، وفترة الكمون تتراوح بين ٣٠ ثانية ودقيقة على الأكثر، ولا يستطيعون التحكم

في القذف، وكذلك يشعرون بالمشقة النفسية في كل أو أغلب الأوقات. والنتائج بهذا الشكل بدت متسقة مع نتائج الدراسات السابقة، والتي وجدت أن الذكور المصابين بالقذف المبكر يعانون تدني الفعالية الجنسية (Fatt et al., 2007). كما كشف "ماكهمون" وآخرون (McMahon et al., 2008) أن إصابة الرجال بالقذف المبكر خلال دقيقة من دخول المهبل، وعدم القدرة على تأخير القذف يسبب حالة من عدم الفعالية الجنسية، ويترتب عليه الشعور بالمشقة، والإحباط، وتجنب العلاقة الحميمة.

تباين الرضا الجنسي لدى الأزواج بتباين كل من مؤشرات تقييم القذف المبكر وشدته:

انسقت نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة في هذا الشأن، حيث دلت على أن مؤشرات تقييم القذف المبكر وشدته يؤثر بشكل دال في الرضا الجنسي لدى الأزواج، وظهر ذلك حين وجدت نتائج مؤشر تقييم وظيفة الانتصاب أن المجموعة التي وصف حالتها بأنها لا تستطيع كل أو أغلب الأوقات كانت أسوأ المجموعات في شعورها بالرضا الجنسي لدى الأزواج مقارنة بالمجموعتين الباقيتين (أستطيع كل أو أغلب الأوقات). أما عن مؤشر فترة الكمون: بدت المجموعة الأقل زمنًا في فترة الكمون (٣٠ ثانية أو دقيقة) أقل شعورًا بالرضا الجنسي بالمقارنة بالأكثر زمنًا (أكثر من دقيقة). كذلك وجد مؤشر التحكم في القذف أن الأزواج الأقوى تحكماً أكثر رضاء جنسياً من الأضعف تحكماً. وعن مؤشري رضا الزوج والزوجات: فبدت المجموعة الأكثر رضا من الأزواج سواء لأنفسهم أو عن زوجاتهم هم أكثر رضاء جنسياً مقارنة بالأقل. وأخيراً مؤشر المشقة النفسية: فقد أشارت النتائج إلى أن أفضل المجموعات شعورًا بالرضا الجنسي هي المجموعة الأقل شعورًا بالمشقة النفسية مقارنة بالمجموعة الأكثر شعورًا بالمشقة النفسية. كذلك جاءت المجموعة الأكثر شدة في القذف المبكر هي الأقل شعورًا في الرضا الجنسي، يليها المجموعة المتوسطة، ثم المجموعة المنخفضة. وهذه النتائج تدعمها دراسة "شابسيخ" وآخرون (Shabsigh et al., 2008) التي وجدت أن ازدياد فترة السيطرة والتحكم في القذف المبكر يخفض من الرضا عن الجماع الجنسي. وأضاف "رولاند" وآخرون (Rowland et al., 2007) أن الرجال ذوي القذف المبكر يعانون صعوبة الأداء والرضا الجنسي، وارتفاع مستويات المشقة النفسية، وصعوبات في العلاقات مع الشركاء. وتوصلت دراسة "دينسمور" و"ويللي" (Dinsmore & Wyllie, 2009) إلى أن خفض سرعة القذف والتحكم فيه يؤدي إلى ازدياد الرضا الجنسي لدى الأزواج وشركائهم. وأضافت دراسات أخرى أن تأثير القذف المبكر يسبب وانخفاض ملحوظ في الرضا الجنسي لدى كلا من الأزواج والزوجات (Gao, & Zhang, 2013; Graziottin & Althof, 2011).

ومن مجمل نتائج الدراسة الراهنة يمكن التوصل إلى نقطتين رئيسيتين، هما:

١ - القذف المبكر وعلاقته بالفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج:

كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود علاقة بين القذف المبكر والفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج سواء أكانت هذه العلاقة في شكل علاقة ارتباطية أو علاقة سببية. حيث وجد أن ارتفاع درجة الفرد في الرغبة الجنسية، وشدة الانتصاب، وفترة الكمون والتحكم في القذف، والشعور بالمشقة المنخفض يصاحبه شعور مرتفع بالفعالية الجنسية المدركة، كذلك جاءت النتائج لتوضح التأثير الدال لأغلب مؤشرات تقييم القذف المبكر في الفعالية الجنسية المدركة لدى الأزواج. ولا يتوقف الأمر على

مؤشرات التقييم، بل يشمل كذلك متغير شدة القذف المبكر، فقد ظهرت المجموعة الأكثر شدة في القذف المبكر هي الأقل شعوراً في الفعالية الجنسية المدركة، يليها المجموعة المتوسطة، ثم المجموعة المنخفضة.

والسؤال الآن لماذا تتأثر الفعالية الجنسية المدركة بالقذف المبكر سواء على مستوى مؤشراتته أو شدته؟ ، للإجابة على هذا التساؤل ينبغي الرجوع لتعريف الفعالية الجنسية المدركة، ومصادر تكوينها؛ فتعرف الفعالية الجنسية المدركة بأنها اعتقاد الفرد بقدرته على ممارسة الأداء الجنسي بكفاءة (Fichten et al., 2008). وهذا الأداء الجنسي يتكشف في المراحل الجنسية الطبيعية، منها: مرحلة الرغبة، ومرحلة الإثارة، ومرحلة الاستقرار، ومرحلة الأورجاسم، ومرحلة الخمود. ومن ثم فأي قصور في هذه المراحل سيترتب عليه الشعور بعدم الفعالية الجنسية. فعلى سبيل المثال تتسم مرحلة الإثارة الجنسية عند الذكور بالانتصاب، ومن ثم إذا جاء أداء الفرد الجنسي في هذه المرحلة جيداً، فسيشعر بالفعالية الجنسية، ولكن مشكلة الفرد أُنصاب بالقذف المبكر بأنه أحدي مؤشراتته وجود ضعف في شدة الانتصاب، ومن ثم فإدائه في هذه المرحلة سيكون ضعيف، وبالتالي ينعكس ذلك على شعوره بالفعالية الجنسية المدركة المنخفضة، وهذا ينطبق على كافة مراحل الحياة الجنسية وعلاقتها بمؤشرات القذف المبكر.

هذا عن تعريف الفعالية الجنسية المدركة، أما عن مصادر تكوينها طبقاً لما ذكره "باندورا"، فهي: الخبرات السابقة، والخبرة من خلال ملاحظة الآخرين، والإقناع اللفظي، والحالات الجسمية والوجدانية، فعلى سبيل المثال، في حالة تعرض الأفراد ذوي القذف المبكر لخبرات سابقة تتمثل في الإخفاق المتكرر في الوصول إلى مرحلة الأورجاسم، وخاصة في حالة وجود القذف المبكر منذ فترات زمنية طويلة، فسندج كفاءاتهم الجنسية المدركة منخفضة بشكل ملحوظ، كذلك مصدر آخر لتكوين الفعالية الجنسية المدركة وهو الإقناع اللفظي، فالتشجيع اللفظي من الزوجة يعمل على زيادة الشعور بالفعالية الجنسية المدركة لدى الزوج، وقد كشفت بعض الدراسات عن انخفاض الرضا الجنسي لدى زوجات مرضى القذف المبكر، ويظهر عدم الرضا في انتقاداتهم اللفظية للأزواج، ورفضهم للعلاقات الحميمة معهم، وكذلك في دفعهم لطلب الاستشارة الطبية (Gao & Zhang, 2013; Graziottin & Althof, 2011; Lee, 1995; Sotomayor, 2005). ومن ثم تنخفض كفاءة الأزواج الجنسية لعدم وجود تشجيع لفظي من أزواجهم. وهكذا بالنسبة لباقي مصادر تكوين الفعالية الجنسية المدركة وعلاقتها بالقذف المبكر.

وأضاف "باندورا" ١٩٨٦ أن هناك ثلاثة أبعاد تميز الاعتقاد بالفعالية الذاتية بشكل عام، وتطبق على الفعالية الجنسية المدركة بوجه خاص، وهي:

١- بُعد الأهمية^(١)، يتم من خلال هذا البعد ترتيب المهام طبقاً لمستوى أهميتها بالنسبة للفرد، فالتوقعات بالنجاح تكون لمهام متدرجة في مستوى أهميتها من الدرجة الأقل إلى الدرجة

(١) Magnitude

الأكثر (Skevington, 1995, p.143). وتمثل الحياة الجنسية أساس نجاح الحياة الزوجية، وهذا ما أكدته دراسات متعددة من ارتفاع معدلات الطلاق في ظل وجود مشكلات جنسية بين الزوجين (Coontz, 2006; Ivy, 2006).

٢- بُعد العمومية^(١)، فالسياقات المتشابهة تميل إلى تعميم الاعتقاد بالفعالية الذاتية من موقف خاص إلى مواقف أخرى، من ناحية أخرى تتنوع التوقعات بالنجاح في درجة عموميتها، فبعض هذه التوقعات بالنجاح تختص بمواقف محددة، والبعض الآخر يلائم مدى واسع من المواقف. وبالنسبة لذوي القذف المبكر فأحد المؤشرات التشخيصية هي السياق: (شامل أم موقفي): لتحديد ظهور المشكلة في مواقف أو مع أشخاص محددين أم شاملة بشكل عام جميع المواقف والأشخاص (Metzetal., 1997; Waldinger & Schweitzer, 2006)، ومن ثم فالفشل المتكرر لذوي القذف المبكر في الوصول إلى الأورجاسم، وذلك عبر تعدد المواقف والأشخاص، يجعله يكون اعتقاد عام بعدم كفاءته الجنسية المدركة.

٣- بُعد القوة^(٢)، وهو يشير إلى مدى ثقة الفرد في قدرته على إنجاز هذه المهمة، وهذه القدرة هي أساس القوة الداخلية للفرد (Skevington, 1995, p.143). ولكن هذه القوة لن تأتي إلا في وجود أدلة عليها، ولكن مجرد توفر مؤشرات القذف المبكر (ضعف الانتصاب، وعدم القدرة على التحكم في القذف، وانخفاض فترة الكمون.....)، فهنا تتكون كفاءة جنسية ضعيفة أو تكاد تكون منعدمة في مثل هذه الحالات .

القذف المبكر وعلاقته بالرضا الجنسي لدى الأزواج:

أشارت نتائج الدراسة الراهنة إلى أن مؤشرات تقييم القذف المبكر (وهي: وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف)، والدرجة الكلية لهذا التقييم تكشف عن علاقة إيجابية دالة بالرضا الجنسي لدى الأزواج. كذلك وجد أن متغير شدة القذف المبكر (المنخفضة، والمتوسطة، والشديدة)، ومؤشراته يؤثر بشكل دال في كل من الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي، حيث جاءت المجموعة الأكثر شدة في القذف المبكر هي الأقل شعوراً في الفعالية الجنسية المدركة والرضا الجنسي، يليها المجموعة المتوسطة، ثم المجموعة المنخفضة.

يتأثر الرضا الجنسي بشكل ملحوظ ودال بمؤشرات القذف المبكر وشدته، وهذا يتسق مع النماذج النظرية المفسرة لمكونات الرضا الجنسي، منها على سبيل المثال وليس الحصر نموذج "ماسترز" و"جونسون" (Masters&Johnson, 1970)، الذي يعتمد في تقدير الرضا الجنسي على توفر المؤشرات الفسيولوجية الملاحظة في المراحل الأربعة، وهي: مرحلة الإثارة، ومرحلة الاستقرار، ومرحلة الأورجاسم، ومرحلة الخمود، دون الاهتمام بالمكونات النفسية المتوفرة، وبالرجوع للقذف المبكر سنجد أنه يمثل اختفاء هذه المؤشرات الفسيولوجية للمراحل الأربعة، ومن ثم يتم تقديره بأنه يرتبط بانخفاض الرضا الجنسي. وباستعراض كذلك نموذج "برونفينبرنر" (Bronfenbrenner, 1994) المفسرة للرضا الجنسي

(١) Generality

(٢) Strength

لدى الزوجين، نجده يؤكد على تفاعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية والفسولوجية معاً، وجاءت كفاءة الوظيفة الجنسية كمحدد فسيولوجي للرضا الجنسي، ونظراً لاضطراب الوظيفة الجنسية لدى مرضى ذوي القذف المبكر، فإن توقع انخفاض الرضا الجنسي أمر حتمي في ضوء هذا النموذج (Penhollow et al., 2009). وأيدت دراسة "باريش" وآخرين (Parish et al., 2007) أن محددات الرضا الجنسي تشتمل على خصائص العلاقة الحميمة، والمعرفة الجنسية، وسمات الشخصية، وكفاءة الوظيفة الجنسية، والحيوية الجسمية، والعوائق البيئية. وقد ركزت أغلب التعريفات الإجرائية للرضا الجنسي على الاستجابات الفسيولوجية أثناء النشاط الجنسي أو بعده، بالإضافة إلى الأثر الإيجابي المرتبط بالنشاط الجنسي (McClelland, 2009). وباستعراض الأداء الجنسي لدى الأفراد المصابين بالقذف المبكر، نجد ضعف كل من الرغبة الجنسية، والانتصاب، وفترة الكمون. وهي من الاستجابات الفسيولوجية أثناء النشاط الجنسي. وكذلك زيادة الشعور بالمشقة النفسية؛ أي لا يوجد أثر إيجابي مرتبط بالنشاط الجنسي. إذن الخلاصة أن القذف المبكر لا يصاحبه أي متعة جسدية تجعل الفرد يشعر بالرضا الجنسي (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Laumann et al., 1999).

المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- إسماعيل ، صفاء (٢٠٠٤). **بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاختلالات الزوجية.** رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- السماك ، أمينة ؛ مصطفى ، عادل (٢٠٠١). **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية.** الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.
- شويخ ، هناء (٢٠١١). دور بعض المحددات الفسيولوجية والنفسية والديموجرافية في تحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجات. **دراسات نفسية**، ١١(١)، ٣٦-١.

References:

ثانياً: مراجع باللغة الأجنبية

- Ahn, T., Park, J., Lee, S., & Hong, J., (2007). Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in Korean Men: Results of an Epidemiological Study. **Journal of Sexual Medicine**, 4(5), 1269-1276.
- Alfonso, V., Allison, D., Rader, D., & Gorman, B. (1996). The extended satisfaction with life scale: Development and psychometric properties. **Social Indicators Research**, 38(33), 275-301.
- Althof, S. (2006). The Psychology of Premature Ejaculation: Therapies and Consequences. **Journal of Sexual Medicine**, 3(4), 324-331.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)**. Washington, D.C.: Author.
- Arafa, M., & Shamloul, S. (2007). Development and evaluation of the Arabic Index of **Premature Ejaculation (AIPE)**. [The Journal of Sexual Medicine](#), 4 (6), 1750-1756.
- Balon,R.(1996). Antidepressants in the treatment of premature ejaculation. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 22 (2), 85-96.

- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran, (Ed.), **Encyclopaedia of Human Behaviour** (pp.71-81), New York: Academic Press.
- Barlow, D. H. (1988). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 140-148.
- Berner, M., & Guenzler, C. (2012). Efficacy of Psychosocial Interventions in Men and Women with Sexual Dysfunctions-A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. Part 1-The efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, 9(12), 3089-3107.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2008). Sexual Counseling in Elderly Couples. **Journal of Sexual Medicine**, 5(9), 2027-2043.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D., & Galluzzo, C. (2006). Associations among Everyday Stress, Critical Life Events, and Sexual Problems. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 197(7), 494-501.
- Bricker, D. (2005). **The link between emotional intelligence and marital satisfaction**. MD., University of Johannesburg.
- Bridges, S., Lease, S., & Ellison, C. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. **Journal of Counseling & Development**, 82(2), 158-166.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. **The International Encyclopedia of Education** (2nd ed., Vol. 3, pp.1643-1647). Oxford, England: Elsevier.
- Chalkley, A. (1994). Problems related to sexual variation Investigation. In S. Lindsay & G. Powel, **The Handbook of Clinical Adult Psychology** (pp.328-342). New York: Gower Publishing Company Ltd.
- Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. **Journal of Sex Research**, 39(1), 3-7.
- Coontz, S. (2006). The origins of modern divorce. **Family Process**, 46(1), 7-16.
- DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), **Sexuality in Close Relationships**, (pp.49-70). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dinsmore, W. & Wyllie, M. (2009). PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5 min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebo-controlled study. **BJU International**, 103, 940-949.
- Dunn, K., Croft, P., & Hackett, G. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 53, 3, 144-148.
- Dunn, K., Croft, P., & Hackett, G., (1998). Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. **The Journal of Family Practice**, 15, 519-24.

- Emmanuele, A., Jannini, E., & Ciocca, G. (2013). Appendix: Psychometric Tools for Premature Ejaculation and Related Erectile Dysfunction. In A. Emmanuele, **Premature Ejaculation**. New York: Springer-Verlag Italia.
- Evers, W.J., Brouwers, A., & Tomic, W. (2002). Burnout and Self-efficacy: A Study on Teachers Beliefs When Implementing An Innovative Educational System In The Netherlands. **British Journal of Educational Psychology**, 72,227-243.
- Fatt, O., Atiya, A., Heng, N., & Beng, C. (2007). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the psychological disorder among Premature Ejaculation subjects. **International Journal of Impotence Research**, 19, 321-325.
- Fichten, C., Budd, J., Spector, I., Amsel, R. & Creti, L. (2010). Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.). **Handbook of sexuality-related measures**. New York: Rutledge.
- Gao, J., & Zhang, X. (2013). Premature ejaculation and female partners' psychological factors. **National Journal of Anthology**, 19 (1), 86-91.
- Gokca, A., & Ekmekcioglu, G. (2010). Insight on pathogenesis of lifelong premature ejaculation: inverse relationship between lifelong premature ejaculation and obesity. **International Journal of Impotence Research**, 22, 251-254.
- Graziottin,A.,&Althof, S. (2011). What Does Premature Ejaculation Mean to the Man, the Woman, and the Couple?. **Journal of Sexual Medicine**, 4(8), 304-309.
- Grenier, G., & Byers, E. (1997). The relationship among ejaculatory control, ejaculatory latency, attempts to prolong heterosexual intercourse. **Archives of Sexual Behaviours**, 26(1), 27-47.
- Hale, V., & Strassberg, D. (1990). The role of anxiety on sexual arousal. **Archives of Sexual Behavior**, 19, 569–581.
- Han, D. (2011). Psychological impact of premature ejaculation and barriers to its recognition and treatment. **Current Medical Research & Opinion**, 27(8), 1509-1518.
- Haovio-Mannila, E., Kontula, O., & Kuusi, E. (2002). **Sexual lifestyles in The twentieth Century: A Research Study**. New York: Palgrave.
- Henderson, A., Lehavot , K., & Simoni, J. (2009). Ecological Models of Sexual Satisfaction among Lesbian/Bisexual and Heterosexual Women. **Archives of Sexual Behavior**, 38, 50-65.
- Hobbs, K., Symonds, T., Abraham, L., May, K., & Morris, M. (2008). Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. **International Journal of Impotence Research**, 20, 512–517.
- Hutchinson, K., Cruickshank, K., & Wylie, K. (2012). A Benefit-Risk Assessment of Dapoxetine in the Treatment of Premature Ejaculation, **Drug Safe**, 35(5), 359-372.

- Inhorn, M. (2002). Sexuality, Masculinity, and Infertility in Egypt: Potent Troubles in the Marital and Medical Encounters. **Journal of Men's Studies**, 10(3), 343-351.
- Ivy, A. (2006). **The influence of a surrender style of coping and empathy on marital and sexual satisfaction**. Ph.D., the University of Memphis.
- Jern, P., Santtila, P., Johansson, A., Varjonen, M., & Witting, K. (2008). Indicators of Premature Ejaculation and Their Associations with Sexual Distress in a Population-Based Sample of Young Twins and Their Siblings. **Journal of Sexual Medicine**, 5(9), 2191-2201.
- Kaplan, H. (1974). **The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions**. New York: Brunner/Mazel
- Kempeneers, P., Andriann, R., Bauwens, S., Georis, I., Pairoux, J., & Baliry, S. (2013). Functional and Psychological Characteristics of Belgian Men with Premature Ejaculation and Their Partners. **Archives of Sexual Behavior**, 42 (1).51-66.
- Krieglewicz, O., & Prezeglad, P. (2005). Emotional intelligence, marital satisfaction, and problem – strategies in marriage couples. **Journal Articles Abstract**, 48(4), 431-452.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. **Journal of the American Medical Association**, 261, 537–544.
- Lawrance, K., & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. **Personal Relationships**, 2(4), 267-285.
- Lee, B. (1995). Treating premature ejaculation in the multi-modal therapeutic framework: A single case study. [Annals Academy of Medicine Singapore](#), 24 (5). 668-675.
- Leiblum, S. (2002). Reconsidering gender difference in sexual desire: An update. **Sexual and Relationship Therapy**, 17(1), 57-68.
- Li, P., Zhu, G., Xu, P., Sun, L., & Wang, P., (2006). Interventional effect of behaviour psychotherapy on patients with premature ejaculation. **National Journal of Andrology**, 12(8), 717-9.
- Lotti, F., Corona, G., Rastrelli, G., Forti, G., Jannini, E., & Maggi, M. (2012). Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility. **The Journal of Sexual Medicine**, 9(10), 2698-2707.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). **Human Sexual Inadequacy**. New York: Bantam Books.
- McCabe, M. (1997). Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. **Journal Sex Marital Therapy**, 23, 276-90.
- McCarthy, B., & McCarthy, E. (2003). **Rekindling Desire**. New York: Brunner/Rutledge.
- McClelland, S. (2009). **Intimate Justice: Sexual Satisfaction in young Adults**. Ph.D., The City University of New York.

- McMahon, C. (2008). Clinical Trial Methodology in Premature Ejaculation Observational, Interventional, and Treatment Preference Studies-Part I- Defining and Selecting the Study Population. **Journal of Sexual Medicine**, 5(8), 1805-1816.
- McMahon, C. G. (1998). Treatment of premature ejaculation with sertraline HCL: A single-blind placebo controlled crossover study. **Journal of Urology**, 159, 1935 - 1938.
- McMahon, C., (2008). Clinical trial methodology in premature ejaculation observational, interventional, and treatment preference studies--part II--study design, outcome measures, data analysis, and reporting. **The Journal of Sexual Medicine**, 5 (8), 1817-33.
- McMahon, C., Althof, S., Waldinger, M., Porst, H., & Dean, J. (2008). An Evidence-Based Definition of Lifelong Premature Ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. **Journal of Sexual Medicine**, 5(7),1590-1606.
- McMahon, C., Althof, S., Waldinger, M., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I., & Adaikan, P. (2008). An evidence - based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International society for sexual Medicine AdHoc Committee for the definition of premature Ejaculation. **BJU International**, 102, 338-350.
- Means, M. (2000). **An integrative approach to what women really want: sexual satisfaction**. Ph.D., University of Detroit Mercy.
- Melnik, T., Althof, S., Atallah, A., Puga, M., Glina, S., & Riera, R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation. **Cochrane Database of Systematic Reviews** (Online), 10 (8), 95-106.
- Metz, M. & McCarthy, B. (2004). A Biopsychosocial Approach to evaluating and treating Premature Ejaculation. **Contemporary Sexuality**, 38(5), 1-8.
- Metz, M., & Pryor, J., (2000). Premature Ejaculation: a Psychophysiological Approach for assessment and Management. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 26, 293-320.
- Metz, M., Pryor, J., Abuzzahab, F., Nesvacil, L., & Koznar, J. (1997). Premature ejaculation: A psychophysiological review. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 23, 3-23.
- Meyers, S. (1994). **A comparison of male sexual dysfunctions: An MMPI-2 content scales analysis**. PhD, University of Minnesota.
- Michetti, P., Rossi, R., Bonanno, D., Dominicis, C., & Iori, F. (2007). Dysregulation of Emotions and Premature Ejaculation (PE): Alexithymia in 100 Outpatients. **Journal of Sexual Medicine**, 4(5), 1462-1467.
- Morales, A., Barada, J., & Wylliet, M. (2007). A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. **BJU International**, 100, 493-501.
- Moreira, E. (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **International Journal of Clinical Practice**, 59: 6-16.

- Mrdjenovich, A., Bischof, G., & Menichello, J. (2004). A Biopsychosocial systems approach to premature ejaculation. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, 13(1), 45-55.
- Mrdjenvich, A., Bischof, G., & Menichello, J. (2004). A Biopsychosocial systems Approach to Premature Ejaculation. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, 13(1), 45-55.
- Murphy, D.A., Stein, J.A., Schlenger, W., & Maibach, E. (2001). Conceptualizing the Multidimensional Nature of Self Efficacy: Assessment of Situational Context and Level of Behavioral Challenge to Maintain Safer Sex. **Health Psychology**, 20(4), 281-290.
- Nuyts, G., Hill, K., & Jones, P., (2008). Current practice and resource utilisation in men diagnosed with premature ejaculation. **International Journal of Clinical Practice**, 62(10), 1533-1540.
- Olivier, B., Aeilko, Z., & Waldinger, M. (2005). Proposal for a Definition of Lifelong Premature Ejaculation Based on Epidemiological Stopwatch Data. [Journal of Sexual Medicine](#), 2(4), 498-507.
- Pajares, F. (2002). **Overview of Social Cognitive Theory and of Self - Efficacy**. From <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>
- Panayiotou, G. (2005). Love, Commitment, and response to conflict among cup riot dating couples: Two models, one relationship. **International Journal of Psychology**, 40(2), 108-117.
- Parish, W., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E., Farrer, G., & Pan, S. (2007). Sexual Practices and Sexual Satisfaction: A Population based study of Chinese Urban Adults. **Archives of Sexual Behavior**, 36, 5-20.
- Patrick, D., Althof, S., & Pryor, J. (2005). Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. **The Journal of Sexual Medicine**, 2, 358-367.
- Penhollow, T., Young, M., & Denny, G. (2009). Predictors of quality of life, sexual intercourse, and sexual satisfaction among active older adults. **American Journal of Health Education**, 40(1), 14-22.
- Perretti, A., Catalano, A., Mirone, V., Imbimbo, C., Balbi, P., Palmieri, A., Longo, N., Fusco, F., Verze, P., & Santoro, L. (2003). Neurophysiologic evaluation of central-peripheral sensory and motor pudendal pathways in primary premature ejaculation. **Urology**, 61 (3), 623-8.
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. **European Urology**, 51(3), 816-824.
- Rosen, R., & Althof, S. (2008). Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. **The Journal of Sexual Medicine**, 5 (6), 1296-307.
- Rosenthal, D., Moore, S., & Flynn, I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk – taking. **Journal of community & Applied Social Psychology**, 1, 77-88.
- Rowland, D., & Burek, M. (2007). Trends in Research on Premature Ejaculation over the Past 25 Years. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1454-1461.

- Rowland, D., Cooper, S., & Slob, A. (1998). The treatment of premature ejaculation: psychological and biological strategies. **Drugs of Today**, 34(10), 879-99.
- Rowland, D., Patrick, D., Rothman, R., & Gagnon, G. (2007). The psychological burden of premature ejaculation. **The Journal of Urology**, 177(3), 1065-70.
- Rowland, D., Strassberg, D., de Gouveia Brazao, C., & Slob, A. (2000). Ejaculatory latency and control in men with premature ejaculation: An analysis across sexual activities using multiple sources of information. **Journal of Psychosomatic Research**, 48, 69-77.
- Safir, J., & Almagor, M. (1991). Psychopathology associated with sexual dysfunction. **Journal of Clinical Psychology**, 47, 17-27.
- Samrai, G., Kuritzky, L., & Seftel, A. (2005). Current and future strategies for premature ejaculation. **Contemporary Urology**, 7(5), 16-6.
- Sanchez, D., (1986). **Factors affecting outcome of behavioral sex therapy**. PhD., University of San Francisco.
- Sannito, M. (2008). The effect of emotional intelligence on marital satisfaction: Is there a protective function to the satisfying marriage?. **The Science of Engineering**, 68(11), 7713-7720.
- Screponi, E., Carosa, E., Stasi, S., & Pepe, E. (2001). Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. **Urology**, 58 (2), 198-202.
- Shabsigh, R., & Perelman, M. (2006). Differences in perception of the impact of and treatment options for premature ejaculation among men and physicians. **The Journal of Sexual Medicine**, 3 (Suppl. 1), 58.
- Shabsigh, R., Patrick, D., Rowland, D., Bull, S., Tesfaye, F., & Rothman, M. (2008). Perceived control over ejaculation in central to treatment benefit in men with premature ejaculation: results from phase III trials with dapoxetine. **BJU International**, 102, 824-824.
- Skevington, S.M. (1995). **Psychology of Pain**. New York: John Wiley & Sons.
- Smith, J., Breyer, B., & Shindel, A., (2011). Predictors of Sexual Bother in a Population of Male North American Medical Students. **Journal of Sexual Medicine**, 8(12), 3363-3369.
- Son, H., Song, S., Lee, J., & Paick, J. (2001). Relationship between Premature Ejaculation and Depression in Korean Males. **Journal of Sexual Medicine**, 8(7), 2062-2070.
- Sotomayor, M. (2005). The burden of premature ejaculation: the patient's perspective. **The Journal of Sexual Medicine**, 2 Suppl 2, 110-4.
- Sprecher, S., & Cate, R. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. Harvey, A. Wenzel, S. Sprecher, J. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), **The Handbook of Sexuality in close Relationships**. (pp. 235-256). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Symonds, T., Roblin, D., & Hart, K. (2003). How does Premature Ejaculation Impact a Man's life?. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 29, 361-370.
- Tan, D. (2012). Erectile Dysfunction; New Erectile Dysfunction Data Have Been Reported by Researchers at University of Kebangsaan. **Psychology & Psychiatry Journal**, May5, 122-132.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70(3), 678-690.

- Van-Hser, R. (2008). Determine the cause of premature ejaculation before initiating psychological and/or off-label pharmacological treatment. **Drugs & Therapy Perspectives**, 24 (1), 9-12.
- Waldinger, M. (2004). Lifelong premature ejaculation: from authority – based to evidence – based medicine. **BJU International**, 39, 201-207.
- Waldinger, M. (2005). Lifelong premature ejaculation: definition, serotonergic neurotransmission and drug treatment. **World Journal Urology**, 23, 102-108.
- Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (1998). An empirical operational study of DSMIV diagnostic criteria for PE. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 2, 287–293.
- Waldinger, M., & Schweitzer, D. (2006). Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II--proposals for DSM-V and ICD-11. **The Journal of Sexual Medicine**, 3(4), 693-705.
- Wang, W., Kumar, P., Minhas, S., & Ralph, R. (2005). Proposals or findings for a new approach about how to define and diagnose premature ejaculation. **European Urology**, 43(3), 418-428.
- Wildenhaus, K. (1998). **The role of demographic, medical, sexual and psychological histories in the assessment and classification of male erectile dysfunction**. PhD., Wayne State University.
- World Health Organization. (1992–1994). **International statistical classification of diseases and related health problems** (10th ed.). Geneva, Switzerland: Author.
- Worrell, A. (2008). **An Examination of women's body image and sexual satisfaction following breast augmentation**. Ph.D., Mary's University.
- Youmans, E. (2001). **General – related traits, sexual self-efficacy, importance of relationship and the relationship to college women's condom**. PhD, Seton Hall University.

Index of Pc remature Ejaculation in relationship with Sexual Self-efficacy and Sexual Satisfaction for husbands

Hanaa A. Shuwaikh.

Dept. psycholog - South Valley University

Abstract

This study aimed to discover the connection of index of premature ejaculation and its severity with sexual self-efficacy and sexual satisfaction for husbands. A sample of 81 husbands (mean age 28.36 years \pm 4.27). The battery of questionnaires including Arabic Index of Premature Ejaculation, sexual self-efficacy scale, sexual satisfaction scale and demographic questionnaire had been used to collect the data after fulfilling the psychometric requirements of the battery. Results: (1) The results of this study showed a positive significant correlation between index of premature ejaculation and both of sexual self-efficacy and sexual satisfaction for husbands. (2) There was an effect of severity of premature ejaculation (low, moderate, severe) on sexual self-efficacy and sexual satisfaction for husbands.