

# المعتقدات الجنسية وعلاقتها بالتوافق الزوجي لدى عينة من مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية المتزوجين حديثاً: دراسة ارتباطية مقارنة

إعداد

د هند عاطف زكي

مدرس علم النفس - كلية  
الآداب جامعة عين شمس

د طلعت باشا حكيم

مدرس علم النفس - كلية  
الآداب جامعة عين شمس

DOI: 10.21608/PSYB.2024.273988.1011

مجلة المنهج العلمي والسلوك  
مجلة علمية نصف سنوية محكمة

مجلة المنهج العلمي والسلوك م ٥، ع (٩) يونيو ٢٠٢٤

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: <https://psyb.journals.ekb.eg>

الترقيم الدولي الموحد للطباعة (ISSN): 2682-4205

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني (ESSN): 2786-0248

المجلة حاصلة على ٧ درجات في تقييم المجلس الأعلى للجامعات تقييم يوليو ٢٠٢٢ ويوليو ٢٠٢٣

يونيو ٢٠٢٤

## المعتقدات الجنسية وعلاقتها بالتوافق الزوجي لدى عينة من مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية المتزوجين حديثاً: دراسة ارتباطية مقارنة

د هند عاطف زكي

د طلعت باشا حكيم

مدرس علم النفس - كلية الآداب

مدرس علم النفس - كلية الآداب

جامعة عين شمس

جامعة عين شمس

### ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الجنسية، والتوافق الزوجي لدى عينة من المتزوجين حديثاً من سنة إلى أربع سنوات من ذوي الاضطرابات الجنسية ومجموعة من الأسوياء الذين لا يعانون من مشكلات جنسية. ولقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، للكشف عن الفروق بين مجموعتي الدراسة من المتزوجين حديثاً ذوي المشكلات الجنسية نفسية المنشأ، والأسوياء، وكذلك العلاقات الارتباطية بين المعتقدات الجنسية، والتوافق الزوجي.

وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: الأولى ٦٠ زوج وزوجة (٣٠ ذكر، ٣٠ أنثى) من المرضى تم تشخيصهم طبيياً باختلالات الوظيفة الجنسية نفسية المنشأ، وتراوحت أعمارهم من ٢٤ إلى ٣٤ سنة بمتوسط عمري قدره ٢٩.٣٣ وانحراف معياري قدره ٣.٣٩ لمجموعة الذكور، ومن ٢١ إلى ٣٢ بمتوسط عمري قدره ٢٦.٦٧ وانحراف معياري قدره ٣.٦٢ لمجموعة الإناث. أما المجموعة الثانية كانت ٦٠ زوج وزوجة (٣٠ ذكر، ٣٠ أنثى) من الأسوياء تراوحت أعمارهم بين ٢٤ إلى ٣٣ سنة بمتوسط عمري قدره ٢٨.٩٧ وانحراف معياري قدره ٣.٠٢ لمجموعة الذكور، ومن ٢٢ إلى ٣٢ بمتوسط عمري قدره ٢٧.٣٠ وانحراف معياري قدره ٣.٢٣ لمجموعة الإناث. وقد روعي في اختيارها أن تكون متكافئة مع مجموعة المرضى في متغيرات السن، والتعليم، وعدد سنوات الزواج. وكانت أدوات الدراسة: مقياس المعتقدات الجنسية من إعداد الباحثين، ومقياس التوافق الزوجي من إعداد سبينر Spanier.

وخرجت الدراسة بنتائج عديدة أهمها: وجود علاقة ارتباطية سالبة أو عكسية بين المعتقدات الجنسية الخاطئة، وبين مستوى التوافق الزوجي، فكلما زادت المعتقدات الخاطئة، كلما أدى ذلك إلى انخفاض مستوى التوافق الزوجي. كما كانت هناك فروق في التوافق الزوجي حيث كان الأسوياء أعلى في التوافق، وكذلك وجود فروق أعلى لدى المرضى في المعتقدات الجنسية الخاطئة مقارنة بالأسوياء. كما أتضح عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من المرضى في التوافق الزوجي، ولكن كان هناك فروق بينهما تبعاً لمدة الزواج. في حين لم توجد فروق بين الذكور والإناث من المرضى في المعتقدات الجنسية، أو تبعاً لمدة الزواج.

### الكلمات المفتاحية:

(المعتقدات الجنسية - اختلال الوظيفة الجنسية - التوافق الزوجي)

**Sexual beliefs and relationship to marital compatibility among a sample of newly married people with sexual dysfunction: Comparative correlational study.**

**Dr. Talaat Pasha Hakim**

**Dr. Hend Atef Zaki**

**Lecturer of Psychology - Faculty  
of Arts - Ain Shams University**

**Lecturer of Psychology - Faculty  
of Arts - Ain Shams University**

**Abstract**

The study aimed to reveal the nature of the relationship between sexual beliefs and marital compatibility among a sample of newlyweds with sexual disorders and a group of normal people who do not suffer from sexual problems. The researchers used the descriptive, comparative, correlational approach to reveal the differences between the two study groups, as well as the correlational relationships between sexual beliefs and marital compatibility.

The study sample consisted of two groups: the first consisted of 60 (30 males, 30 females) of patients who were medically diagnosed with psychogenic sexual dysfunctions. Their ages ranged from 24 to 34 years, with an average age of 29.33 and a standard deviation of 3.39 for the male group, and from 21 to 32. With a mean age of 26.67 and a standard deviation of 3.62 for the female group. The second group consisted of 60 straight (30 males, 30 females), whose ages ranged from 24 to 33 years with an average age of 28.97 and a standard deviation of 3.02 for the male group, and from 22 to 32 with an average age of 27.30 and a standard deviation of 3.23 for the female group. The study tools were a sexual beliefs scale prepared by researchers, and a marital adjustment scale prepared by Spanier.

The most important results of which are: the existence of a negative or inverse correlation between false sexual beliefs and the level of marital compatibility. The falser beliefs there are, the lower the level of marital compatibility. There were also differences in marital compatibility, where straights were higher in compatibility, and there were also higher differences among patients in false sexual beliefs compared to straights. It was also clear that there were no differences between male and female patients in marital compatibility, but there

were differences between them depending on the duration of marriage. While there were no differences between male and female patients in sexual beliefs, or according to the duration of marriage.

**key words:**

Sexual beliefs - sexual dysfunction - marital compatibility

**مقدمة:**

تعد الصحة الجنسية أحد أوجه التوافق النفسي للإنسان، حيث نجد أن إدراكاتنا لما يجب أن تكون عليه العلاقة الجنسية حتى تصبح سوية وآمنة، ولا تعرض صاحبها لمخاطر الأمراض المنقولة جنسيًا، تؤثر بقوة في حجم التوافق النفسي بين الزوجين، ودرجة رضا كل منهما عن العلاقة الجنسية مع شريك حياته، مما يجعلنا أكثر قدرة على فهم طبيعة تلك العلاقة ومدى حدوث خلل في الوظيفة الجنسية من عدمه.

ومما لا شك فيه أن المعتقدات الجنسية بما تقدمه من معلومات عن الممارسة الجنسية، وكذلك مخاطر أنواع معينة من الممارسات على الصحة العامة للفرد والصحة الجنسية تحديداً، تجعل الأزواج يتبعون طرقاً بعينها في العلاقة الجنسية تضمن لهم جنس آمن على المدى البعيد. فكلما توفرت المعلومات التي تكون لديهم معتقد جنسي صحي كلما تغيرت سلوكياتهم الجنسية تبعاً لذلك.

وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن الجنس أو العلاقة الجنسية والإشباع النفسي المترتب على تلك العلاقة أحد أهم الأضلاع في الحياة الزوجية، فيمكن لنا أن نتوقع ارتفاع التوافق الزوجي لدى الأزواج ممن يعتقدون معتقدات جنسية سليمة، أو تثبت لهم ما يعتقدونه من أفكار عن العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة، بحيث يزيد التوافق الزوجي كلما كانت العلاقة الجنسية تتوافق مع ذلك التصور الذهني عن المعتقد الجنسي، ويقل التوافق الزوجي كلما بعدت الممارسة الجنسية الفعلية عن تلك المعتقدات، مما يجعلنا نتوقع بحدوث خلل في الوظيفة الجنسية لأحد طرفي العلاقة الجنسية أو كليهما.

وبناءً على ذلك اهتم الباحثون بتطوير نظريات لتغيير المعتقدات الجنسية الخاطئة، وذلك بإدماج العوامل الدافعية والتربوية والتعليمية والعلاجية في تغيير الأفكار التي يترتب عليها تلك الممارسات الخاطئة، وعدم التوافق بين الزوجين. ومن هنا نجد تأثير تلك الأفكار والمعتقدات الجنسية، وغيرها عن شكل الممارسة الجنسية

وطبيعتها ودرجة الخطورة المحتملة التي قد يتعرض لها أي من طرفي العلاقة الجنسية، وتأثير ذلك على التوافق الجنسي من عدمه، والذي قد يظهر في شكل خلل في الوظيفة الجنسية للطرفين الزوج والزوجة أو لأحدهما، مما يؤثر على التوافق الزوجي بينهما.

### مشكلة الدراسة:

تعتبر الصحة الجنسية عن حالة من الرفاهية الجسدية والعاطفية والاجتماعية فيما يتعلق بالجنس، وهي ليس مجرد عدم وجود مرض أو خلل وظيفي أو ضعف، بل إن الصحة الجنسية تتطلب إيجابية واحترام في التعامل مع الحياة الجنسية والعلاقة الجنسية، بالإضافة إلى إمكانية ممارسة الجنس بشكل ممتع وآمن، والمرور بتجربة جنسية خالية من الاكراه والتمييز والعنف. (WHO: 2017; 3)

فالصحة الجنسية هي جزء لا يتجزأ من الصحة العامة لأي إنسان، وأوضح المختصون أن من أكثر الأسباب شيوعاً لتجنب الحديث عن قضايا الصحة الجنسية هي الإحراج، أو توقع استجابة لا تعاطفيه مع المشكلات الجنسية من قبل الطبيب. ولذلك اقترح المختصين تقديم برامج تلقي الضوء على تحيزاتنا الشخصية ومواقفنا تجاه بعض الموضوعات الشخصية التي تخص الصحة الجنسية. (Jennifer, K: 2011; 1)

وتتجسد الأفكار النمطية وتستوعب منذ الطفولة ويمكنها أن تؤثر على صحة الأشخاص وخاصة مع تقدم السن وقد يشمل هذا التأثير الصحة الجنسية. فكانت أفكار مثل التمييز على أساس السن يمثل بالتأكيد أهمية كبيرة. فمثلاً من هذه الأفكار ما يدور حول الصحة الجنسية والرضا الجنسي بين كبار السن، حيث إن كبار السن نادراً ما يلبون احتياجاتهم الجنسي، مما يساهم في ضعف القدرة الجنسية وزيادة الامراض المنقولة جنسياً بين النساء كبار السن. فيتقدم الناس في العمر،

وترسخ القوالب النمطية المتعلقة بالجنس والشيخوخة، والتي يتم استيعابها منذ الطفولة والتي تتعزز خلال مرحلة البلوغ، فتصبح قوالب نمطية ذاتية، وبالتالي تخلق حلقة مفرغة بين المعتقدات المختلة والنشاط الجنسي. ولقد أوضح الباحثين أن الصور النمطية الجنسية المتحيزة تؤثر على الصحة الجنسية من خلال المعتقدات الداخلية (وليس عن طريق الجنس أو الفئة العمرية) مما يجعلنا نتوقع انخفاض المشاركة في كل من الأنشطة الجنسية والحميمية بسبب المعتقدات الخاطئة. (Flesia, L et al, 2023: 2)

ولقد تم التحقق من الاختلافات في المعتقدات الجنسية التي يقدمها الرجال والنساء المصابين بخلل وظيفي جنسي ونظرائهم من الأصحاء جنسياً. فأظهرت النتائج أنه النساء لديهن معتقدات أكثر متعلقة بالعمر (بعد انقطاع الطمث التي تفقد النساء رغبتهم الجنسية، حيث إن عمر النساء كلما تزايد يجدن أن السرور الذي يحصلن عليه من الجنس ينخفض) ومعتقدات صورة الجسم (لا يمكن أن تكون النساء من غير الجذابين جسدياً راضيات جنسياً). بالإضافة إلى ذلك، قدم الذكور من ذوي الخلل في الوظيفة الجنسية درجات أعلى (وليست ذات دلالة إحصائية) على الاعتقاد الشائع (أن الرجل يتمتع بالجماع في كثير من الأحيان) والمعتقدات حول رضا المرأة (جودة الانتصاب هي ما يرضي أغلب النساء). وبشكل عام، تدعم النتائج فكرة أن المعتقدات الجنسية قد تلعب دوراً كمنعطف تساعد في إحداث الخلل الجنسي. (Nobre, P & Pinto-Gouveia, J: 2006; 68)

وكانت منظمة الصحة العالمية قد أكدت على ضرورة توفير المعلومات الدقيقة والمناسبة للعمر والمحدثنة نسبياً عن الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية فيما يتعلق بالعلاقة الجنسية والصحة الإنجابية والاعتلالات الصحية المتعلقة بهما. حيث يمكن من خلال ذلك بناء الفهم الشامل وتعزيز المهارات والقيم الإيجابية والسلوكيات الصحية. وتكمن ضرورة ذلك في تمكين الفرد من اتخاذ خيارات مستنيرة حول الحياة

الجنسية والانجاب. ويتم تقديم تلك المعلومات في المرحلة الجامعية وما يسبقها من مرحلة المدرسة بإدراج تلك المعلومات في المناهج الدراسية بطريقة تتناسب كل مرحلة. كما يمكن تقديم تلك المعلومات خارج إطار البيئة المدرسية. (WHO: 2017; 7,8)

وعن مصادر المعرفة المتعلقة بالصحة الجنسية وجد الباحثون أن ٦٦% من المشاركين في دراسة يونج Young وآخرون ٢٠٢٣ حددوا التعليم الرسمي كمصدر أساسي للمعرفة المتعلقة بالصحة الجنسية والانجابية وخاصة الجامعة والمدارس الثانوية والمتوسطة، كما حدد ٣٩% من المشاركين التعليم غير الرسمي كمصدر أساسي للمعرفة بحياتهم الجنسية والصحة الانجابية كالأسرة، والعائلة، والأصدقاء، والكنيسة. وحدد ٥٣% من المشاركين تجاربهم الشخصية والحياتية كمصدر أساسي لمعرفتهم بالصحة الجنسية والانجابية. بل وناقشوا تجاربهم الشخصية في استكشاف الحياة الجنسية من خلال الاتصال الجنسي والعلاقات الحميمة وصولاً إلى التفاعلات الجنسية التي تحدث قبل وبعد ممارسة العادة السرية. كما حدد ٢٣% من المشاركين أشكالاً مختلفة من وسائل الإعلام مثل وسائل التواصل الاجتماعي والأفلام والكتب ومواقع الانترنت كمورد مهم لإبقائهم مطلعين ومحدثين لمعلوماتهم الصحية الجنسية. (Young, C et al: 2023; 12- 14)

ومن ضمن المعتقدات الجنسية الأفكار المسبقة عن فترة الحمل وكيفية القيام بالأداء الجنسي بشكل سوي بين الزوج والزوجة الحامل دون الاعتماد على أحكام مسبقة أو محرمات تتعلق بكيفية الممارسة الجنسية وغياب الاستمتاع نظراً لمرور الزوجة بفترة الحمل. مما يساعد الزوجة على التعامل مع التغيرات الجسدية والنفسية التي تحدث خلال فترة الحمل، فتكون هناك بعض التغيرات تشمل انخفاض الرغبة الجنسية بسبب الزيادة في حجم الجسم، والقلق بشأن الولادة، وإطلاق الاندورفين، والتقلب في ضغط الدم ارتفاعاً أو انخفاضاً واحتباس السوائل. ولقد أشار الباحثون

إلى انخفاض وتيرة النشاط الجنسي خلال فترة الحمل مقارنة بما قبل الحمل كما أكدت دراسة ساكوموري وكاردوسو (٢٠١٠). ( Michelly Nóbrega:2016; ) (562)

والعلاقة الجنسية الناجحة والمثالية هي القادرة على خفض التوتر، أو ما يعبر عنه بالتوافق الجنسي والذي يلعب دور مهم في تحقيق التوافق الزوجي. وهذا ما أكد عليه ثيودورايبك في مؤلفه "سيكولوجيا العلاقة الجنسية"، حيث أكد على أن العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة ليست علاقة جنسية محضة، بل هي تعبر عن الحنان والشراكة الحميمة بين الزوجين. وقد وجدت الدراسات ان السبب وراء ٧٠ - ٩٠% من حالات الطلاق يكمن في اضطراب العلاقة الخاصة بين الزوجين، ومن هنا كانت أهمية التوافق الجنسي كأحد مقومات التوافق الزوجي. (فطيمة ونوغي: ٢٠١٤، ١٣٧)

وإذا أخذنا في الاعتبار أسباب سوء التوافق الجنسي وما يترتب على ضعف الوعي بالمعلومات الجنسية الصحية فلا شك أننا سنجد مشكلة الاضطرابات الجنسية التي تعتبر من المشكلات الصامتة، التي يشكل الحديث عنها أحد المحرمات، كما أنها من أكثر المشكلات انتشاراً باعتبار أن الاضطرابات الجنسية من أعمق المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تصيب الأسرة لأن الحياة الجنسية لدى الانسان لا تهدف إلى التناسل وحفظ النوع فحسب، وإنما ترجع أهميتها إلى تلك الوظيفة التواصلية الحميمة التي تحقق التوافق الزوجي. (بهية جمعة: ٢٠٢٣، ٦٧٦)

وقدمت دراسة يونج Young وآخرون نتائج مفادها أن الموضوعات الرئيسية التي تم تحديدها لدي عينة الدراسة هي أن الحياة الجنسية جزء مهم من الهوية الشخصية، وأن الحياة الجنسية تتأثر بالمعرفة الصحية، وأن الحياة الجنسية يمكن أن يتم التعبير عنها من خلال الأفعال والسلوكيات، بل وذهبوا إلى أن الحياة الجنسية

هي هوية الفرد الشخصية. كما حدد حوالي ٥٤% من المشاركين التوجه الجنسي والتفضيلات الجنسية بوصفها أمرًا مهمًا مترتب على المعلومات المسبقة وتوقعاتهم حول موضوع العلاقة الجنسية. وكانت الرفاهية الجنسية عنصرًا مهمًا في هويتهم الشخصية، سواء كانوا ممارسين للجنس أم لا. فالرفاهية الجنسية بالنسبة لهم كانت تعبر عن الراحة والثقة بشأن الأشياء التي تشعر بها والطريقة التي تتفاعل بها مع الآخر، والطريقة التي تتقبل بها نفسك والآخر خاصة أثناء عملية الجماع. وأخيرًا الثقة في أن تكون صادقًا مع من تحب والتعبير عن ذلك لمن تشعر بالراحة معه. بل ووصف بعضهم المعرفة بالجسد بأنها تعبر عن قوة الشخصية في الهوية الجنسية والعاطفية، كما تعكس الوعي بالاحتياجات والمشاعر الجنسية. وأكد أفراد العينة على أهمية التنقيف في جميع جوانب الصحة الجنسية بما في ذلك الاتصال الجنسي والتوجه الجنسي والعلاقات الحميمة. فالصحة شمولية ومعقدة وتشمل جوانب أربعة الصحة العقلية، والاجتماعية، والروحية، والجسدية. ( Young, et al: 2023; 10)

ولقد انتهت بعض الدراسات إلى أن ألم الجماع هو واحد من أكثر الاضطرابات الجنسية لدى النساء شيوعًا حيث تراوحت نسبة انتشاره بين النساء قبل انقطاع الطمث التي تقل أعمارهن عن الأربعين عامًا بين ١٥ و ٢١%. وكانت قد ركزت تلك الدراسات على العينات الاكلينيكية في المقام الأول، وتبين أن ألم الجماع يؤدي إلى الضعف الجنسي، والقلق ومشاعر عدم الاكتفاء الجنسي. وكان الهدف من إجراء تلك الدراسة هو التحقق من صورة الجسم والصورة الذاتية للأعضاء التناسلية لدى عينة من النساء قبل انقطاع الطمث مع ألم الجماع. وكانت العينة الاستطلاعية حوالي ٣٣٠ من النساء اختيرت من على شبكة المعلومات الدولية، منها ١٩٢ (٥٨%) لديهن ألم الجماع، و١٣٨ (٤٢%) تمثل العينة الضابطة من النساء اللاتي لا تعانين من ألم الجماع. وبمقارنة المجموعتين تبين أن مجموعة النساء اللاتي تعانين من ألم الجماع لديهن شعور بالضيق أكثر بكثير حول صورة

الجسم وأكثر سلبية للصورة الذاتية للأعضاء التناسلية. كما أظهرت النتائج أن القلق كسمة كان يسيطر عليهن، وبسبب سلبية الصورة الذاتية للأعضاء التناسلية ارتبط القلق بحالة الجماع. وأشارت النتائج إلى أن من تعانين من ألم الجماع كانت صورة الجسم والصورة الذاتية للأعضاء التناسلية هي الأكثر ضعفًا بشكل جوهري. (Pazmany et al: 2013; 42)

ولقد دعمت عدد من البحوث أهمية المعتقدات الجنسية كنقاط ضعف تعمل على تنمية الخلل الجنسي. فأظهرت البيانات أن الإناث من ذوي الخلل في الوظيفة الجنسية، حصلوا على أعلى الدرجات على بعد المعتقدات الجنسية الإجمالية، كما قدمن معتقدات عالية الصلة بالجسم بشكل عام. وأقرت النساء اللواتي يعانين من عسر الجماع بالاعتقاد في أن التقدم في السن وخاصة بعد انقطاع الطمث، يسبب انخفاض الرغبة والمتعة الجنسية، فلا يمكن للمرأة الوصول إلى النشوة الجنسية. كما كانت لصورة الجسم عامل مركزي للنجاح الجنسي والرضا الجنسي لدى النساء من ذوي خلل الوظيفة الجنسية. كما أظهرت بعض من المشاركات بالبحث أن النساء المصابات بخلل جنسي لديهن معتقدات أكثر تشددًا عن أن السرور الناتج عن الجنس خطيئة. ويبدو أن البيانات الحديثة تدعم هذه الفرضية، والتي تبين أن هذه الأبعاد مرتبطة بشكل كبير باضطرابات الرغبة الجنسية، ولكنها ليست مرتبطة باضطرابات النشوة أو الألم، في حين أن المعتقدات المرتبطة بالعمر تتوافق مع كل من اضطرابات الرغبة والآلام. (Nobre, P & Pinto-Gouveia, J : 2006; ) (74)

كما أن التوافق الجنسي مرهون بوجود قدر كبير من التفاهم والحب والتعاون المشترك وصولاً لتحقيق التوافق الزوجي. ثم إن الاتصال الجنسي المشبع يسهم في حل المشكلات أو الخلافات التي قد تنجم عن ضغوط الحياة الخارجية، إذ إن العلاقات الجنسية وبرودها قد تسبب كراهية أحد الزوجين للآخر، وهذا يشير إلى أن

هذا الارتباط بين الرضا الجنسي والتفاهم والرضا بالحياة الزوجية ما يزال يشكل عاملاً مهماً في تكامل حياة الزوجين. فالإشباع الجنسي ليس لذة جسدية قصيرة الأمد، ولكنه متعة نفسية طويلة الأمد، تسعد الزوجين وتجعل كل منهما يسكن إلى الآخر ويطمأن إليه. وقد يرجع الفشل في التوافق إلى الخوف والكبت أو القمع الناشئ عن خبرات سابقة في مراحل العمر. أو نتيجة لمعلومات وممارسات خاطئة في العلاقات الزوجية، أو نقص في التعلم والثقافة الجنسية والزوجية، أو التعجل في الاختيار، أو التحفظ وعدم الفهم أو التفاهم المتبادل بين الزوجين. (ليلي شريف: ٢٠١٢، ٤١)

وقد انتهت دراسة نيلسون Nelson، وبوردون Purdon ٢٠١١ والتي أجريت على عينة مكونة من ٨١ امرأة و٧٢ رجل إلى أن النساء كن أكثر عرضة للأفكار السلبية (تركيز الانتباه حول صورة الجسم)، بينما كان الرجال يركزون على المخاوف المتعلقة بالأداء الجنسي. كما تتأثر الاستجابة الانفعالية لدى الرجال والنساء أثناء الاداء الجنسي بعيداً عن محتوى الأفكار، وتظهر الأفكار غير الجنسية بشكل متواتر مع المشكلات الجنسية لدى الجنسين. ووفقاً لنموذج بارلو يؤدي القلق إلى تسلسل الأفكار بشكل سلبي على الاداء الجنسي وصعوبة في رفضها، وإعادة التركيز على الأفكار المثيرة أثناء الاداء الجنسي ومزيد من المشكلات الجنسية. (Nelson & Purdon: 2011; 395)

أضف إلى ذلك أن رد الفعل النفسي والشعور بالضيق من وجود ضعف في الانتصاب لدى الرجل نفسه بغض النظر عن المسبب الاصيلي لذلك الضعف، يؤدي إلى تقاوم حتى الحالات الخفيفة من الاضطراب العضوي، وإعاقة الامتثال للعلاج ونجاحه. وذلك لأن الضعف الجنسي يولد حالة من الخجل لدى الرجل وفقدان الثقة بالنفس وفقدان الهوية الذكورية وقلة احترام الذات. فأوضحت الدراسات أن الرجال ممن يعانون من ضعف جنسي قد يتجنبوا الاتصال الجنسي من الاساس لتوقعاتهم

القوية بفشل الاتصال الجنسي مع شريكة الحياة وذلك بسبب القلق الجنسي والتفكير السلبي في عملية التواصل الجنسي. هذا التجنب يؤدي بالتبعية إلى لقاءات جنسية أقل مما يفقد الطرفين معنى العلاقة الحميمة ويخلق تباعد عاطفي بينهما. وقد لا يوضح الرجال الذين يعانون من ضعف جنسي حالتهم الحقيقية للأطباء أو قد يلجئون لذلك عند تقادم الحالة فقط. (Suks Minhas & John Mulhall: ;120) (2017)

وعلى الرغم من أن النشاط الجنسي من أكثر الجوانب خصوصية في حياة كل فرد، إلا أن ذلك قد لا يترجم بالضرورة إلى عملية تغيير فعلية في السلوك في حال أن السلوك الجنسي التلقائي جزءاً من الهوية الشخصية للفرد. فالسلوك الجنسي له أنماط تعتبر مقدمة لصحة أفضل للأفراد وبما أن السلوك الجنسي الآمن هو ممارسة الجنس بطريقة آمنة وذلك باتخاذ الإجراءات اللازمة من الواقيات وغيرها، وكذلك عامل النظافة الشخصية، حيث تعتبر هذه الآليات من الاستراتيجيات الأولية لتغيير السلوك الجنسي لمنع انتشار عدوى الأمراض التناسلية أو الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي فتبدأ الوقاية أولاً من ناحية نشر الوعي بتلك الأمراض ومدى خطورتها وتقديم أساليب الوقاية والوعي بأسباب نشر هذه الأمراض، أي الأسباب الحقيقية وذلك للحد منها أو التقليل منها دون زيادتها.

وبناءً على كل ما سبق تتحدد مشكلة البحث الحالي في الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي لدى عينة من المتزوجين حديثاً ذوي المشكلات الجنسية ذات المنشأ النفسي. ويمكن تحديد المشكلة في التساؤلات الآتية:

١- هل هناك علاقة بين المعتقدات الجنسية، والتوافق الزوجي لدى المتزوجين حديثاً سواء مرضى أو أسوياء؟

- ٢- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين حديثاً ذوي الاضطرابات الجنسية، والأسوياء في المعتقدات الجنسية؟
- ٣- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين حديثاً ذوي الاضطرابات الجنسية، والأسوياء في التوافق الزوجي؟
- ٤- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للنوع ومدة الزواج بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية في المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي؟.

### أهمية الدراسة:

ونستعرضها على مستويين:

#### أ- الأهمية النظرية:

- ١- تعتبر الدراسة الحالية إضافة للتراث البحثي السابق في مجال علم النفس الاسري لتناوله فئة المتزوجين حديثاً، وعلم النفس الاكلينيكي بدراسته فئة اكلينيكية مهمة وهي مرضى اختلالات الوظيفة الجنسية ذات المنشأ النفسي.
- ٢- تسهم دراسة المعتقدات الجنسية في مزيد من الفهم والتفسير للطبيعة النوعية للمشكلات الجنسية لدى المتزوجين حديثاً مما يسهم في تحقيق فوائد نظرية وتشخيصية للحالات المرضية أو كتنبؤ بمدى احتمال حدوث المشكلات في حالة المقبلين على الزواج.

#### ب- الأهمية التطبيقية:

- ١- إن طرح الموضوع البحثي الحالي يعالج مشكلة نفسية اجتماعية تهم الفرد والأسرة، بل والمجتمع بما توفره من معرفة نظرية وعملية تسهم في رفع الوعي بقضايا التوعية بالجانب الجنسي وما يفرضه من معتقدات مسبقة وأفكار مشوهة عن العلاقة الجنسية والزواج أو الجنس الآخر، وما يترتب عليه من توافق جنسي وبالتالي توافق زوجي واستقرار أسري.

٢- تسلط الدراسة الحالية الضوء على أسس استقرار الأسرة وديمومتها وسبل وصولها إلى الحاجات الملحة لها بإدراك مقوم مهم من مقومات التوافق الزوجي وهو ما له صلة وطيدة بالممارسة الجنسية الصحيحة والتنقيف الجنسي الذي يترتب عليه الوقاية الصحية من الاضطرابات الجنسية والأمراض المنقولة جنسياً والتي تهدد الفرد، بل والمجتمع ككل.

٣- تسهم نتائج الدراسة الحالية في تقديم المساعدة والإرشاد لمضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية من خلال عمل برامج علاجية وإرشادية تسهم في تحقيق فاعلية أكثر في التعامل مع عنصر رئيسي له دور كبير في حدوث الاضطرابات وهي عملية التفكير والمعتقدات.

### أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى:

- ١- الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي لدى المتزوجين حديثاً.
- ٢- معرفة الفروق بين المتزوجين حديثاً ذوي الاضطرابات الجنسية، والأسوياء في المعتقدات الجنسية.
- ٣- معرفة الفروق بين المتزوجين حديثاً ذوي الاضطرابات الجنسية، والأسوياء في التوافق الزوجي.
- ٤- الكشف عن الفروق تبعاً للنوع ومدة الزواج بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية في المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي.

## الإطار النظري للدراسة والبحوث السابقة:

### أولاً: المعتقدات الجنسية **Sexual Beliefs**:

تعتبر العلاقة الجنسية هي العلاقة الوحيدة التي تميز الزوجين عن أي علاقة أخرى، فهي الحاجة الأولى التي يشبعها الزواج، وتلبي الحاجات الفسيولوجية والنفسية، فكثيراً ما تكون مصدراً لسعادة الزوجين، كما قد تكون مصدراً لتعاستهما. وهذا ما يحدث مع اختلال التوافق الجنسي بينهما، حيث يصلوا إلى مرحلة الاستقرار المزيف. (بويش يمنية: ٢٠٢٠، ١٨)

بل ويعتبر البعض أن العلاقة الزوجية منشأ وبداية كل العلاقات الأخرى، ومحورها الأساسي فهي الأساس الذي يبني عليه باقي العلاقات. وهي العلاقة التي تجمع بين امرأة ورجل لكل منهما شخصيته ومبادئه، وتراثه وكذلك تاريخه الشخصي، وكلاهما له أهداف يرمي إلى تحقيقها من خلال بناء هذه العلاقة التي يتوقف مستوى نجاحها على مدى مرونة كلا الزوجين، ومدى تقبله للآخر، وكذا التصورات التي قام ببنائها تجاه الزواج وتجاه الطرف الآخر، إذ تلعب التصورات دور أساسي في دينامية هذه العلاقة، والاتصالات الصريحة والواضحة هي التي تمكن من عقد علاقات زوجية سليمة. (إيلي سليمان: ٢٠٠٠، ٢٤)

ولقد ظهر مصطلح الجنس الآمن في الثمانينات نتيجة لانتشار مرض الإيدز، ويعرف بأنه "ممارسة النشاط الجنسي بطريقة تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، يقوم به الأشخاص الذين أتخذوا الاحتياطات اللازمة لحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة جنسياً". ولذلك نعتبر نموذج المعتقدات الصحية أكثر النماذج تأثيراً في استحداث وتغيير السلوكيات والممارسات باعتباره مصدراً للمعلومات التي تشكل التكوين المعرفي والوجداني والسلوكي للفرد/ فالتطرق لنموذج المعتقدات الصحية ومساهمته في تغيير سلوك الأفراد حسب نتائج الدراسات السابقة المطع عليها، يحفزنا أكثر لدراسة المعتقدات الجنسية المتعلقة بالسلوكيات الجنسية الخطيرة. (خشاب سعاد: ٢٠١٧، ١١٥)

ولقد عرف تايلور المعتقدات الصحية بأنها ممارسات صحية يقوم بها، وتتأثر تلك المعتقدات بعاملين؛ إدراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد. أو هي السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم. (سنا عيسى، ديار عوني: ٢٠١٠، ١٠)

وتعتبر المعتقدات الجنسية أشمل من المعتقدات الصحية الجنسية، فهي مجموعة التصورات المبنية على أسس نفسية واجتماعية تجاه العلاقة الجنسية، والذات، والجنس الآخر، حيث تلعب دور تصور المرض وكيفية الوقاية منه، كما تساهم في فهم أسباب ممارسة الأفراد للسلوكيات الجنسية بعامة، والصحية المرتبطة بالعلاقة الجنسية من جهة العدوى أو اتخاذ الاحتياطات اللازمة للجنس الآمن أو غيرها. (طلعت حكيم: ٢٠٢٣)

أما عن تعريف السلوك الجنسي الآمن *Safe sexual behavior*: فهو مجموعة من الممارسات الجنسية الآمنة التي من شأنها أن تحمي أو تحافظ على صحة الأزواج كاستخدام الواقي الجنسي، الانسحاب قبل القذف، الخضوع للفحوصات والاختبارات الدورية للتأكد من الخلو من الأمراض التناسلية، الالتزام بشريك جنسي أحادي، والتي ينبغي اتباعها من أجل تجنب أو تقليل مخاطر التعرض لعدوى الأمراض التناسلية الجنسية التي تنتج عن طريق ممارسة العملية الجنسية. (خشاب سعاد: ٢٠١٧، ١١٦)

وأوضحت دراسة ويدمان *Widman* وآخرون ٢٠١٩ أن برامج الصحة الجنسية القائمة على الوالدين يمكن أن تعزز السلوك والإدراك الجنسي الأكثر أماناً لدى المراهقين ودعم الأفكار الايجابية عن النشاط الجنسي الآمن. كما أكدت الدراسة على ضرورة زيادة الوقت والتواصل بين الآباء والمراهقين لإحداث نوع من التغيير على مستوى الأسرة اللازم لتحسين اتخاذ المراهقين للقرار الجنسي وما يترتب عليه

من تأثير على صحة الشباب الجنسية والنفسية على المدى الطويل. (Widman, ) (et al: 2019; 25)

وتمثل الوظيفة الجنسية التفاعل المعقد لمختلف العوامل الفسيولوجية، والنفسية، والجسدية، والشخصية. ويكون ضعف أو اختلال الوظيفة الجنسية عبارة عن متلازمات نتجت عن الصعوبات التي واجهها البالغون حال قيامهم بأنشطة بغرض إرضاء الدافع الجنسي لديهم. وتقدم الاستشارات النفسية الجنسية للمرضى من الجنسين الدعم والمعلومات المتعلقة بمخاوفهم الجنسية، مما يمكنهم من العودة للنشاط الجنسي الذي يرضي الطرفين مرة أخرى. (WHO: 2017; 8)

وتعتبر ثقافتنا الحديث المتعلق بالصحة الجنسية من المحرمات، بل وتؤكد على فكرة أن التحدث إلى الشباب عن المعلومات الجنسية سيزيد من رغبتهم الجنسية، مما يزيد من احتمالية انخراط الشباب في النشاط الجنسي في وقت مبكر جدًا من نموهم، أو في ظل الظروف المرفوضة من قبل أسرهم وثقافتهم، ودينهم، وقانونهم، ومجتمعهم. حيث يعتبر الجنس من الموضوعات المحظورة في مجتمعاتنا، فيمنع المجتمع الحديث الصريح فيها سواء في الاعلام أو في المدارس، أو في المجالات الأخرى كافة، مما يخلق نوعًا من الفضول المخفي للبحث في الجنس وهذا يخلق خللاً في معرفة المعلومات الجنسية. وقد تبين أن الأدب الجنسي الممنوع أو المحظور لا يروج إلا أنه محظور، ولو أبيع ما راج، وتحظر بعض الدول الحديث الصريح عن الجنس. (إيلي شريف: ٢٠١٢، ٣١)

إلا أن الأبحاث أظهرت وبشكل متكرر أنه عندما يتمكن الشباب من الحصول على معلومات موثوقة ودقيقة عن الصحة الجنسية، فإنهم ينتظرون وقتًا أطول للانخراط في النشاط الجنسي ويكونون أكثر عرضة للقيام بذلك بشكل يتجنبون به النتائج السلبية على الصحة الجنسية. أما التحدي الآخر الذي قد تواجهه هو معتقداتك الثقافية حول الجنس أو الصحة الجنسية. فقد تشمل هذه المعتقدات الخوف أو وصمة العار حول الحديث عن الجنس أو القضايا الجنسية، خاصة وأن هذه قد

تختلف بين الأسر، أو العائلات، أو الثقافات، أو المجتمعات. ومع ذلك، كما هو الحال مع العديد من المواضيع الصعبة الأخرى، فإن معالجتها أكثر فعالية بزيادة المعرفة وتنمية المهارات اللازمة لإدارتها. وعلى هذا النحو، اكتساب القدرة على المشاركة في مناقشات وممارسات الصحة الجنسية بمثابة عامل وقائي، حتى لو لم يتعرض الشاب لمثل هذه الخبرة بعد. (NCTSN: 2012; 2)

ولقد أكدت أسس التربية الجنسية المعتمدة على دور الوالدين على ضرورة الاهتمام بمعرفة الأبناء بالأساسيات مثل معرفة حقائق عن جسم الإنسان، البلوغ، الانجاب، وما قد يؤثر على الحياة الجنسية للفرد، والعلاقة الجنسية السوية. وما ينبغي عليهم من زيادة وعي الأبناء بأنفسهم من حيث القيم والمعتقدات وطرق توصيل تلك القيم والمعتقدات للآخر بوضوح واحترام. ولا بد أخيراً من الاهتمام بإجابة تساؤلات أبنائهم عندما يرغبون في معرفة المزيد من المعلومات بحيث يجدون ما يثقون به من المعلومات وألا يتركوا للطفل سؤال بدون إجابة. ( Teaching Sexual Health (TSH): 2019; 7)

كما أوضحت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أن معظم الشباب في الولايات المتحدة يواجه عوائق كبيرة في الوصول إلى معلومات دقيقة ومستتيرة عن الصحة الجنسية. (NCTSN: 2012; 1)

وتسهم المعتقدات الصحية وخاصة الجنسية منها التي ترتبط مع المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية والظروف الموقفية في بناء أو تشكيل قرار منطقي وفردى من أجل القيام بسلوك صحي، أو اتخاذ إجراءات تأمين صحي. ويمكن أن نفترض أن الأفراد يميلون إلى تغيير عاداتهم إذا وجدت لديهم المعلومات الصحيحة. (خشاب سعاد: ٢٠١٧، ١١٤)

حيث إن للتوافق الجنسي تأثيراً بالغ الأهمية في التوافق الزوجي، فهو توافق عفوي ومهم، وذلك لتداخل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. من هنا يمكن النظر للجنس في إطاره الاجتماعي والتربوي، حيث يعد

الإنسان لدوره الجنسي من خلال تربية معينة، فقد يعد للجنس من المحرمات أو المحظورات التي تدفع الفرد لرهبته والخوف منه نتيجة قلة معرفته به والتشويش نحوه. ويوجد مجموعة من أهم علامات التوافق الزوجي الحسن ومنها الاستمتاع الجنسي. ويرى بعض المتخصصين أن التوافق الجنسي يتوقف على عوامل كثيرة لعل من أهمها: التربية الجنسية التي تلقاها كل من الطرفين، ومدى خبرة كل من الزوج والزوجة بالنشاط الجنسي، ودرجة الإشباع التي يبلغانها في علاقتهما الجنسية، وأسلوب كل منهما في الاستجابة للآخر. (إيلي شريف: ٢٠١٢، ٣٢)

وفي دراسة خلف مبارك وآخرون وجد انه يمكننا التنبؤ بالتوافق الزوجي من خلال ملاحظة تجنب أي من الطرفين للآخر، فكان التجنب مؤشراً للنظرة السلبية للزوج والتي تتسبب في سوء التوافق أكثر من النظرة السلبية للذات من قبل الزوجة مما يشير إلى أهمية المعتقدات في الحياة الزوجية. (خلف مبارك وآخرون: ٢٠٢٠، ١٣٩٦)

وتظهر مشكلة سوء التوافق الجنسي نتيجة لاختلاف اتجاهات المتزوجين والمتزوجات تجاه الاتصال الجنسي وشدة الرغبة فيه، أو البرود الجنسي، أو اختلاف الحوافز الجنسية وعدم تماثلها عند كلا الزوجين أو نقص الثقافة الجنسية أو بسبب الجهل بطبيعة الطرف الآخر، وعدم إشباع حاجاته. فالتجربة المشتركة بين الزوجين تمدها برباط قوي، ويخلقان عالماً خاصاً بهما، يتبادلان خلاله الأخذ والعطاء، ويتشاركان في مواجهة المتاعب ومعالجة المشكلات، وتبادل المشورة والمساعدة، مما يؤدي إلى إيجاد رابطة وثيقة بينهما، وتزداد عمقاً وتمكن معرفة أحدهما للآخر، كما أن العلاقات الزوجية بمرور الوقت تذهب إلى نمط من الروتين الذي يسهل التنبؤ بأبعاده ونتائجه. (إيلي شريف: ٢٠١٢، ٣٢)

ويؤكد البعض أن ربط التوافق في الحياة الزوجية بالتوقعات المسبقة عن الزواج قبل الزواج أمر ضروري بين طرفي العلاقة من حيث الفهم والواقعية والوضوح المشترك بين الطرفين، والتفاهم والتناغم حول أداء الأدوار المتوقعة، والقدرة على أدائها من قبل كليهما تجاه الآخر. وبالتالي يحدث التوافق الزوجي عندما يكون الزواج ناجحًا من الأساس بحيث يبني على أسس سليمة أبرزها التوازن في خصائص طرفي العلاقة، وتقبل كل طرف للطرف الآخر، بمزاياه وعيوبه، وتوافر القدرة على التعامل السليم مع الحقائق، وعلى السلوك والتوقعات بالنسبة للحاضر والمستقبل. (يوسف الخطابية، ٢٠١٥: ٣٧٢-٣٧٣)

ولأن الاستجابة الجنسية معقدة: فهي تتطلب شروطاً مسبقة محددة، وتتضمن عدة شروط كالاستجابات السلوكية، وتشمل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية التي لها أبعاد عاطفية ومعرفية وعلائقية. وفي الآونة الأخيرة، تم التركيز أيضاً على دور العلاقة الثنائية، وهو النهج الذي يسعى إلى فهم ومعالجة العلاقات الجنسية والخلل الوظيفي في سياقها العلائقي. ومع ذلك، فإن العلاقات الجنسية الصحية لا تتميز فقط بغياب الاستجابة المختلفة، بل إن العناصر الأساسية لعلاقة جنسية صحية تشمل العاطفة والحميمية والرعاية والالتزام. (Rowland: 2012; 2)

كما أوضحت العديد من الدراسات أن مشكلاتنا الجنسية أساسها فهمنا المغلوط حول موضوع الثقافة الجنسية، أو وجود معلومات قليلة أو منعدمة، وترتكز المشكلات الجنسية عند الزوجين على جهلهم بالعلاقة الجنسية ومنهجها السليم، أو وجود معلومات مغلوطة. ونتيجة لذلك ينتج الصراع وسوء التوافق الجنسي نتيجة ما تلقاه كلاهما وتشبعا به من الثقافة التي لم تضع إطار وحدود لتلك المعلومات التي ينبغي تعلمها والوعي بها. ويترتب

على ذلك تكون اعتقادات مشوهه تتحدد وفقاً لها سلوكيات مرضية، كأن يرى الزوج رجولته في أن يكون عنيقاً في ممارسة العلاقة الجنسية مع زوجته لأنه نشأ على ذلك، أو أن الزوج يكون رجلاً حين لا يداعب زوجته أثناء العلاقة ولا يعبر عن حبه لها ولا يرى فيها سوى الاتصال الجسدي، فيمارس معها الجنس وفقاً مفهومه هو لا وفقاً للمراحل الخاصة بالعملية الجنسية من مداعبات قبلية وبعديّة، فكأن الزوجة مع زوجها تغتصب، أو أنه يرى أن الزوجة جسد ليشبع نشوته فقط فلا يراعيها، ونفس الأمر في المعتقدات الخطأ من خلال الزوجة. (بويش يمنية: ٢٠٢٠، ٢٧)

كما أتضح من دراسة أونياجو Onyago وآخرون ٢٠١٠ أن الذكور أقل اهتماماً بالتواصل مع شريكة الحياة حول القضايا المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجاب وأنهم لا يأخذون الأمر بجديه ويخضعون للفحص الطبي إلا إذا كان هناك مرض خطير من الأمراض المنقولة جنسياً. وفي المقابل من الممكن أن يناقشوا تلك الموضوعات في الخارج مع أنثى أخرى غير الزوجة أو مع الأصدقاء. كما أوضحت الدراسة أيضاً أن الأمراض المنقولة جنسياً كالإيدز يتعرض للوصم الشديد من المجتمع، بل ويعتبرون يتعرض لتلك الأمراض مقياس للانحلال الأخلاقي بين الأشخاص. ومعظم النساء اللاتي يطلبن العلاج من الأمراض المنقولة جنسياً يلقون باللوم على الرجال بأنهم سبب العدوي المنقولة إليهن، إلا أن الرجال لا يعترفون بأنهم مصدر العدوي لنسائهم. (Onyago et al: 2010; 38)

وهناك ثلاثة عوامل تساهم دائماً في تكوين أي من المشكلات الجنسية مهما كان نوعها، وهي: المعلومات الخاطئة عن الجنس، والجهل بطبيعة الوظائف الجنسية (الدور الجنسي)، وقلق الأداء الذي يصيب الرجل عادة من أن يفشل في الأداء الجنسي. (فطيمة ونوغي: ٢٠١٤، ١٣٨)

وعن أهمية التثقيف الجنسي ودوره في إحداث التوازن النفسي والعاطفي لدى المتزوجين أكدت دراسة ديميرجوز بال Bal Demirgoz وآخرون ٢٠١٤ أن الطلاب ممن تعرضوا لقدر أكبر من التثقيف الجنسي كانوا أقل في وجود حواجز لديهم فيما يتعلق بالحياة الجنسية. كما أن تلقي التعليم المتعلق بالموضوعات الجنسية يمنع الضغط القادم من منطلق المحرمات الثقافية والدينية، كما يسمح بالمساعدة على اتخاذ القرار، وتعزيز التواصل مع الآخر وزيادة احترام الذات والقدرة على تعديل سلوكياتهم في المواقف الحياتية المختلفة. (Demirgoz Bal et al: 2014; 29)

كما يوضح رولاند Rowland أن هناك العديد من المشاكل الجنسية التي ترجع جذورها إلى التوقعات المتباينة للزوجين والصراعات العاطفية، بما في ذلك الطرق المختلفة التي يتم بها ذلك، ويشير خلل الدور الجنسي إلى اضطراب أو عدم كفاية الحياة الجنسية الطبيعية. وبشكل عام فإن المشاكل الجنسية للرجال عادة لها ثلاثة عناصر:

(١) وجود خلل وظيفي واضح، على سبيل المثال الرجل وشريكته غير قادرين على الاستمتاع بالجماع لعدم قدرته على ذلك، أو حدوث، أو استمرار الانتصاب، أو بسبب سرعة القذف.

(٢) إحساس الرجل بالكفاءة الذاتية منخفض، لأنه عادة غير قادر على ذلك. وطبعاً يمكن تصحيح المشكلة أو السيطرة عليها من خلال التغييرات السلوكية النفسية. فقد لا يبدو أن الرجل مهتم بالجنس، أو أنه كذلك بالفعل غير قادر على تأخير القذف له.

(٣) يعاني الرجل و/أو شريكته من عواقب سلبية. ( Rowland:2012;

4-5)

وأيضًا في دراسة سوهيل Sohail، وروسيم Rossem ٢٠٠٤، والتي قامت بتوجيه برنامج لتثقيف الأقران من المراهقين نحو تعزيز الممارسات الجنسية الآمنة، وتقييم فعالية التدخل، ورصد المعتقدات المعيارية لديهم تجاه الامتناع عن استخدام الواقي الذكري، وأخيرًا إدراكهم لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وما يرتبط به من سلوك جنسي. فقدمت بعض المسرحيات التي تستهدف تثقيف الأقران من المراهقين لتعزيز شخصيتهم، ومساعدتهم على إدراك المخاطر المترتبة على أشكال الممارسة الجنسية الشائعة مقارنة بالطرق والوسائل الآمنة في ممارسة الجنس مما يحميهم من التعرض لعدوى الأمراض المنقولة جنسيًا مثل الإيدز. مع توزيع نشرات على الطلاب والطالبات من المراهقين تشجعهم على الامتناع عن ممارسة الجنس لما قد يتعرضون له من أمراض منقولة جنسيًا، بالإضافة إلى العقبات التي يمكن أن تسببها تلك الأمراض كأن تسبب العقم، أو أنها تزيد من احتمالية الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. كما تم التطرق في تلك الحملات التوعوية إلى الضغوط الاجتماعية والأهداف السلوكية التي ينبغي التركيز عليها بما يتناسب وثقافتنا، مع الترويج لتلك الأعراف الثقافية وتعريفهم بها.

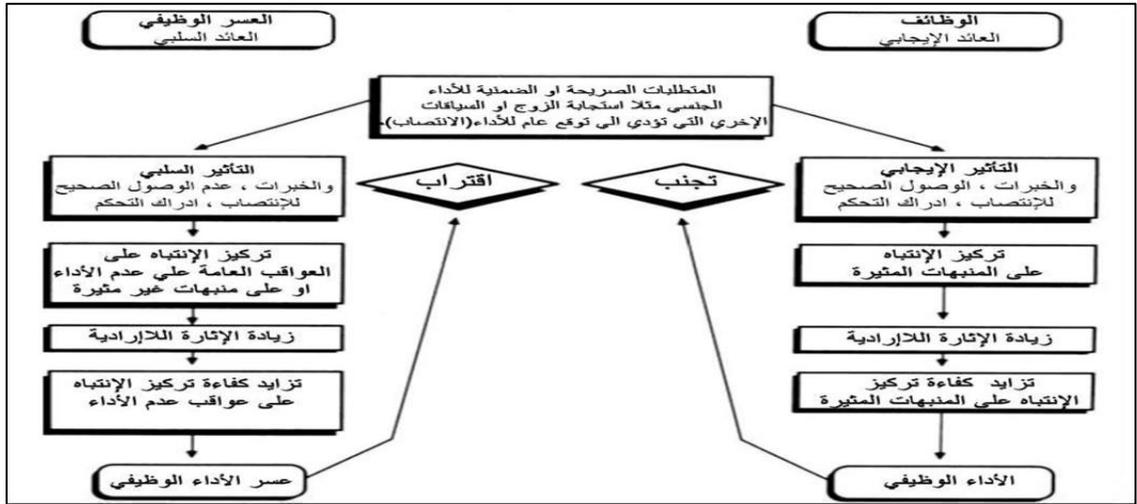
(Sohail. A & Ronan. R: 2004; 443- 444)

وقد أيدت نتائج دراسات عديدة وجود التأثير السلبي للمعتقدات السلبية والافكار الآلية على أداء الوظائف الجنسية، لدى الأسوياء جنسيًا أو المرضى. وأشارت نتائج دراسة زيش Zech ٢٠١٢ إلى أن الإدراكات المشوهة يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على الاستجابة الجنسية، حيث تقل الاستثارة الجنسية الذاتية، وبالتالي تركز السيدات أثناء الجماع على الأفكار بدلاً من الاستثارة الجنسية، فتقل بالتالي الرغبة الجنسية لدى السيدات. (بهية جمعة: ٢٠٢٣، ٦٨٣- ٦٧٦)

ولقد وضع ديفيد بارلو النموذج المعرفي - الانفعالي لتفسير الاضطرابات الجنسية كما يتضح من شكل (١). ويقوم النموذج على مبادئ النظرية المعرفية حول المخططات المعرفية أو المعتقدات الأساسية التي تشكل أفكارنا عن أنفسنا والآخرين والمستقبل، والتي تعتبر مسئولة عن المعاني المسندة إلى الاحداث. كما يتم التركيز على الافكار التي لدينا عن أنفسنا والمتمثلة في مفهوم الذات والذي يقوم بدور مركزي، وكذلك الاهتمام بتفعيل المخططات الذاتية عند مواجهة مواقف فاشلة جنسياً (على سبيل المثال تقييم الاحداث الجنسية على انها سلبية من قبل المشاركين، ومن ذلك عدم وجود رغبة جنسية والاستثارة وهزة الجماع ووجود ألم). ومن خلال تفعيل المخطط تنتج مجموعة من الافكار الآلية المتناسكة، ويليهما الاستجابات الانفعالية والتي تؤثر بدورها في الاستجابة السلوكية. وتشكل المعتقدات الجنسية المكون الثاني من هذا النموذج، والتي تتكون لدى الأفراد من أفكار حول الحياة الجنسية، والتي تقوم على خبرات الحياة السابقة وعمليات التعلم. وفي هذا النموذج تم تصور المعتقدات الجنسية باعتبارها قواعد شرطية تظهر في الاساس في شكل "إذا.... إذن". وهذه القواعد الشرطية تؤدي دوراً مركزياً، لأنها تنص على الشروط اللازمة لتفعيل المخططات المعرفية. فكلما استوفى حدث جنسي القواعد التي يحددها الاعتقاد الجنسي، يتم تنشيط المخططات المعرفية المتطابقة.

ويمكن لعدد كبير من الافكار الالية إحداث تشتيت معرفي ومنعهم من أداء وظيفتهم بشكل طبيعي. فهذا النوع من التفكير ينشأ قبل النشاط الجنسي ويطرح في شكل أسئلة من قبل "هل ستكون لدي الرغبة إذا قام زوجي بالمداعبة؟ وهل سيغضب إذا قلت لا؟ ويجب أن استيقظ مبكراً غداً، ويمكن أن يسمعنا الأطفال ". وهذا كله يتدخل في اللحظات الأولى من العلاقة

الجنسية الحميمة. فهذا النوع من الأسئلة يدمر وظيفة الاستثارة والرغبة الجنسية مباشرة من البداية. (إسراء السحيمي: ٢٠٢١، ٣٦٣-٣٦٤)



شكل (١) النموذج المعرفي - الانفعالي لبارلو

ويمكن الحفاظ على الصحة الجنسية من خلال تفاعل العديد من المكونات النفسية والاجتماعية. على الرغم من أن الحياة الجنسية يتم التعامل معها في المقام الأول من وجهة نظر فسيولوجية، إلا أنها تخضع أيضاً لسيطرة العوامل المعرفية والعاطفية ولا تتأثر فقط بوجود الحالات الطبية، ولكن أيضاً بالظروف النفسية والاجتماعية. وبينما تتأثر الصحة الجنسية بهذه العوامل، فإنها أيضاً في وضع يسمح لها بالتأثير على هذه العوامل. بمعنى آخر، الحياة الجنسية الصحية ضرورية أيضاً للحفاظ على الصحة الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية. لا يمكن تجاهل دور الصحة الجنسية من حيث الصحة العامة ونوعية الحياة، ويجب أن تكون حماية الصحة الجنسية في مقدمة خدمات الصحة العامة. (Uğurlu et al:2022)

## ثانياً: التوافق الزوجي **Marital Compatibility**:

يُعرف التوافق الزوجي بأنه حالة وجدانية تشير إلى مدى تقبل العلاقة الزوجية، وتعد محصلة لطبيعة التفاعلات بين الزوجين في جوانب متنوعة؛ منها التعبير عن المشاعر الوجدانية للطرف الآخر، واحترامه والثقة فيه وإبداء الحرص على استمرار العلاقة معه، فضلاً عن مقدار التشابه بينهما في القيم والأفكار والعادات، ومدى الاتفاق حول أساليب تنشئة الأطفال، وأوجه إنفاق ميزانية الأسرة بالإضافة إلى الشعور بالإشباع الجنسي في العلاقة. (ظافر بن محمد: ٢٠١٧، ٦٨-٧١)

ويعد التوافق الزوجي أحد أهم أسباب الاستقرار النفسي والاجتماعي للأسرة خاصة والمجتمع بشكل عام، ويتضمن التوافق الزوجي السعادة الزوجية والرضا الزوجي، فالتوافق الزوجي عملية مستمرة تقوم من خلال ما يفعله الزوجان، ولذلك لا تتم من فراغ وإنما تتطلب جهداً متواصلًا، إضافة لاستخدام بعض الآليات النفسية للوصول إلى التوافق الزوجي، فالتوافق الزوجي عملية معقدة لا تقتصر على جانب أو بعد واحد وإنما هي كل متكامل تشمل عدة مجالات، فقد حدد سبينر Spanier أربعة أبعاد للتوافق الزوجي، هي: الاتفاق الزوجي، والرضا الزوجي، والتماسك الزوجي، والتعبير عن المحبة والعطف. كما أن هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في التوافق الزوجي من أهمها: الجانب العاطفي، والجانب الجنسي، وشخصية الزوجين، والعمر عند الزواج، ومدة الزواج. (بويش يمنية: ٢٠٢٠، ٣٨-٣٩) (ظافر بن محمد: ٢٠١٧، ٧٢-٧٤)

فمثلاً فيما يتعلق بالعلاقة بين التوافق الزوجي والدين، أتضح من دراسة مولنز Mullins وآخرون التي هدفت إلى معرفة مدى تأثير الوازع الديني ومتغيرات أخرى، مثل: الدخل، والعمر، وطول فترة الزواج على التوافق

الزواجي، حيث تكونت عينة الدراسة من (٣٣٨) زوج. وأظهرت النتائج أنه كلما ارتفع الوازع الديني ارتفع مستوى التوافق الزواجي، وأن هناك علاقة إيجابية بين زيادة العمر والتوافق الزواجي؛ فالذين تزيد أعمارهم عن (٦٥) سنة توافقهم أكبر، وكلما ارتفع الدخل ارتفع التوافق، وكلما زاد عمر الزواج زاد التوافق بين الأزواج. (Eur: 2004; 520)

وبذلك يعد التوافق الزواجي محصلة التفاعل الإيجابي بين الزوجين ومظهرًا من مظاهر التآلف والتقارب بينهما، فهو قدرة كل من الزوجين على التواء مع الآخر مع مطالب الزواج، فيستدل عليه من أساليب كل منهما في تحقيق أهدافه من الزواج في مواجهة الصعوبات الزوجية وفي التعبير عن انفعالاته ومشاعره وفي إشباع حاجاته من تفاعله الزواجي. (فطيمة ونوغي: ٢٠١٤، ١٠٨)

وإذا أخذنا في الاعتبار أن الإشباع الجنسي من أهم أهداف الزواج من خلال العلاقة الجنسية الناجحة بين الزوجين، فإن تلك العلاقة قد تؤثر على العلاقة الزوجية ككل. ويقصد هنا بالتوافق الجنسي استمتاع كلا الزوجين بإشباع حاجاته إلى الجنس مع الطرف الآخر، بعد اتفاقهما على أهداف ذلك الإشباع وإجراءاته، وشعورها بالمودة والحب والرضا عن تلك العلاقة، كونه يمثل متعه نفسية طويلة الأمد وليس مجرد لذة جسدية عابرة تنتهي بانتهاء العلاقة الجنسية، ومن أهدافه الصحية السكن النفسي لكلا الزوجين وإشباع حاجتي الأمومة والأبوة. (فطيمة ونوغي: ٢٠١٤، ١٣٦)

فوفقًا للبيانات الصادرة عن منظمة الصحة الوطنية والحياة الاجتماعية (NHSLS) The National Health & Social Life، ودراسة السلوك الجنسي في الولايات المتحدة، تبين أن الاضطراب الجنسي كان أكثر انتشارًا بين السيدات بمعدل (٤٣%) بالمقارنة بالرجل بمعدل

(٣١%). وفي أمريكا وجد أن واحد من كل خمسة متزوجين يعاني من الحرمان الجنسي، ويمارس الجنس أقل من مرة في الشهر، وتفيد واحدة من بين كل ثلاث نساء أنها ليست مهتمة بالجنس، وواحدة من بين كل خمس نساء أنها لا تجد الجنس شيئاً ممتعاً أصلاً. وفي دراسة عالمية شكلت ٢٩ دولة اعتبرت أغلب النساء في منتصف العمر أن الجنس أقل أهمية في الحياة عما اعتبره الرجال. ولا تعتبر الدول العربية أفضل حالاً، لأن مستوى الرضا الجنسي عن العلاقة يشكل مستوى متوسطاً مقارنة بباقي الدول. (بهية جمعة: ٢٠٢٣، ٦٧١-٦٧٢)

ويتم الحكم على التوافق الزوجي كون الزوجين متوافقين او نسبية التوافق من ثلاث زوايا:

- ١-زاوية الزوج: بما يقوم به الزوج من سلوكيات في تفاعله مع زوجته.
- ٢-زاوية الزوجة: بما تقوم به الزوجة من سلوكيات في تفاعلها مع زوجها.
- ٣-زاوية الزواج: بما يتحقق لهما من أهداف في ضوء قيم المجتمع ومعاييرهم. (بويش يمنية، ٢٠٢٠: ٣٨-٣٩)

ومن ثم فإن سوء التوافق الجنسي بأي شكل من أشكاله، والمعتقدات التي تتأسس عليه، يعد من أبرز العوامل المسببة لسوء التوافق الزوجي. إلا أننا إذا أخذنا في الاعتبار تنمية وتطوير مبادئ الصحة الجنسية لدى الشباب فمن المتوقع أن يلعب التنقيف الجنسي دور في بناء علاقة جنسية فريدة وصحية تتماشى مع هويتهم ومعتقداتهم.

ففي حديثهم عن مبادئ الصحة الجنسية أكد بارون وهارفي، ٢٠٠٩ أن أفكار الناس أو قيمهم المتعلقة بالصحة الجنسية مائعة ومتغيرة على مدار حياتهم، فيساعد التنقيف النفسي الذي يركز على الصحة الجنسية الشباب

على بناء استقلاليتهم على أجسادهم واختياراتهم، وإنشاء لغة مشتركة لمساعدتهم في الدفاع عن أنفسهم. ووضعوا ستة مبادئ أساسية للصحة الجنسية لتوجيه محادثات الصحة الجنسية كمفاهيم أساسية مع الأبناء وأسره؛ وكانت تلك المبادئ هي: الموافقة، وعدم الاستغلال، والحماية من الأمراض المنقولة جنسياً، والصدق، والقيم المشتركة، والمتعة. ( NCTSN: 2012; 3)

وفي دراسة فيرابهادرام Veerabhadram ٢٠٢٣ ارتبطت مشكلات خلل الوظيفة الجنسية لدى الرجال بالمشكلات المالية، ووجود تاريخ من مرض السكري، أو وجود تاريخ سابق للعلاج النفسي. كما زاد خلل الوظيفة الجنسية لدى الشريحة العليا والدنيا من الطبقات المتدهورة اقتصادياً مقارنة بالطبقة المتوسطة. كما انتشرت الاضطرابات الجنسية الذكورية لدى الأميين أكثر من المتعلمين. كما ارتبطت مشكلات خلل الوظيفة الجنسية لدى النساء ممن تلقوا تعليماً جامعياً أكثر من ذوات التعليم غير الرسمي، كما أن انتشار تلك المشكلات كان أقل لدى النساء ممن لديهم عمل أو وظيفة أو ممن تعملن ببعض المهن التجارية. (Veerabhadram, G: 2023; 36)

كما أوضحت الدراسة التي قام بها ويدمان Widman وآخرون ٢٠١٩ أن الباحثين ومتخصصي الصحة العامة منذ ما يقرب من ثلاثة عقود قاموا بإدراج الآباء في برامج التنقيف في مجال الصحة الجنسية بهدف تحسين عملية اتخاذ القرار الجنسي لدى المراهقين. وكان استهداف الآباء ببرامج الصحة الجنسية أمر منطقي لأسباب نظرية وعملية. وفقاً لنظرية النظم البيئية يتطور الأطفال ضمن سلسلة من الأنظمة المتداخلة، بما في ذلك نظام الأسرة، والتي يمكن أن تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على اتخاذ القرار والسلوك الصحي. وبذلك يشكل الآباء مواقف أطفالهم ومعاييرهم

وقيمهم وقدراتهم على اتخاذ القرار الجنسي. كما أن الآباء في وضع فريد يسمح لهم بمراقبة سلوك المراهقين؛ فتم ربط المراقبة الأبوية الأعلى بارتفاع احتمال استخدام وسائل منع الحمل وتأخير النشاط الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، قد تسمح التدخلات القائمة على الوالدين للآباء بتقديم المعلومات بناءً على مستوى نمو أطفالهم وسياق العلاقات الشخصية. ( Widman et al, 2019: 6- 14 )

وبناء على أهمية الدور الذي يلعبه التنقيف الجنسي نجد الموقف تجاه الجنس والدور الجنسي المتصور لدى الشخص والذي يتأثر بشدة بالقيم الثقافية. ولأن أدوار الجنسين محددة ثقافياً نجد تأثير ذلك على العلاقات بين الجنسين، كما أن القيم الثقافية تؤثر على المواقف نحو التنوع الجنسي. فالثقافات تحدد ما هو منحرف من السلوكيات الجنسية ومن ثم يأتي دور طلب المساعدة المتخصصة. نجد أيضاً أن اختلاف أنماط تربية الأطفال واختلاف ثقافات القائمين على التربية يؤثر على التطور المعرفي للأفراد وخاصة المعارف المتعلقة بالصحة الجنسية، ومن هنا كانت أهمية دور الثقافة في تحديد أسباب العجز الجنسي وكيف يمكن للعوامل الثقافية أن تكون نقطة البدء في العلاج. ( Vishal Bhavsar & Dinesh Bhugra, 2013: 144 )

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات حيث ذهبت إلى أن معظم الديانات الكبرى في العالم لا تشجع على ممارسة الجنس خارج إطار الزواج. وكانت المعلومات المقدمة حول السلوك الصحي الآمن ما هي إلا معلومات تعمل كاستراتيجيات لتعزيز صحة الأفراد ووقايتهم من الأمراض المنقولة جنسياً مثل فيروس نقص المناعة البشرية (الايذز). بل وحددت بعض الدول مثل ماليزيا ضوابط ممارسة السلوك الجنسي والصحة الانجابية فالسن القانوني

الزواج هو ١٦ سنة للنساء و ١٨ سنة للرجال، وما يتم قبل هذا السن من حالات الزواج لابد وأن يتم بناء على موافقة الوالدين والقاضي الشرعي. إلا أنهم لا يقدمون التوعية الجنسية الكافية قبل سن الزواج والتي تدعم السلوك الصحي الجنسي والمعتقدات والتوقعات الجنسية لدى الفرد في مرحلة مبكرة من العمر، وذلك لأنهم يعتمدون فقط على معتقداتهم الأخلاقية والدينية مما يؤثر على نوعية العلاقة الجنسية فيما بعد الزواج. ( Siti Hazariah et al: 2020; 27

وفي دراسة يونج Young ٢٠٢٣ وجد أن مجتمعات المحيط الهادئ، غالباً ما تتجنب المحادثات التي تدور حول الحياة الجنسية والإنجاب، بل ويقابل هذا الحديث دومًا بالانزعاج والخجل. فالحياة الجنسية والتكاثر تعتبر طابو (مقدسة) ونادراً ما يتم التحدث عنها في الأماكن العامة، أو حتى الخاصة. هذه المحظورات الثقافية يمكن أن تؤثر على السلوك الجنسي لهؤلاء الناس فيعتبر من غير المناسب أن ينام الأقارب من الجنس الآخر في نفس الغرفة أو ممارسة الألعاب معًا. فإذا ما تم انتهاك مساحة التابو هذه فيمكن وصمهم بالعار. (Young, C et al: 2023)

### ثالثاً: اختلالات الوظيفة الجنسية **Sexual dysfunctions**:

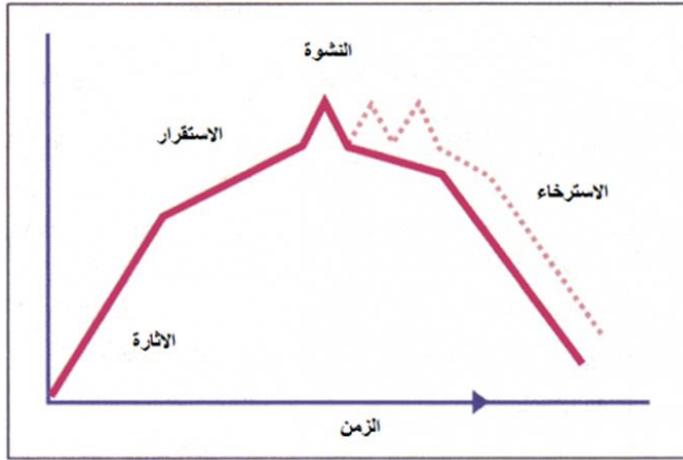
يعتبر اختلال الوظيفة الجنسية هو واحد من تصنيفات الاضطرابات الجنسية في الدليل التشخيصي والإحصائي، حيث تنقسم الاضطرابات الجنسية إلى ثلاث فئات رئيسية هي:

أولاً: اختلال الوظيفة الجنسية **Sexual dysfunctions**: كاضطرابات الرغبة الجنسية، واضطرابات الإثارة الجنسية، واضطرابات الذروة الجنسية، واضطرابات الألم الجنسي.

ثانياً: اضطرابات الشذوذ الجنسي أو الانحرافات الجنسية Paraphilic Disorders: والتي تتضمن الاستعراء، والفيتيشية، والتحكك، والولع الجنسي بالأطفال، والمازوخية والسادية وتحول الزي والتبصص.

ثالثاً: اضطراب الهوية الجنسية أو الانزعاج من النوع Gender Dysphoria: ويتضمن هذا الاضطراب، اضطرابات الهوية الجنسية لدى الطفل، والاضطرابات لدى المراهقين والراشدين. (American Psychiatric Association: 2013)

ويوضح شين Chen وزملاؤه ٢٠١٣ أن الخلل الجنسي يرجع بشكل أساسي إلى مشكلة تحدث أثناء دورة الاستجابة الجنسية والتي تمنع الفرد من الشعور بالرضا عن النشاط الجنسي. ومن الصعب تحديد مدى انتشار الخلل الجنسي لدى النساء لأن معالم الخلل الجنسي لدى النساء ليست واضحة مثل تلك الخاصة بالخلل الجنسي لدى الرجال. فعوامل الخطر لدى الذكور تكون أكثر وضوحاً بما في ذلك أمراض القلب والاعوية الدموية، أو اضطرابات الغدد الصماء، أو الشيخوخة، أو تعاطي المخدرات. وتتضمن دورة الاستجابة الجنسية أربع مراحل: الإثارة، والاستقرار (الثبات)، وهزة الجماع، والتراجع (الاسترخاء). ويمر كل من الرجال والنساء بهذه المراحل على الرغم من أن توقيتها غالباً ما تكون مختلفة؛ فعلى سبيل المثال نجد أنه من غير المحتمل أن يصل الزوجان إلى هزة الجماع في نفس الوقت. إضافة إلى ذلك فإن حدة الاستجابة والوقت الذي تستغرقه كل مرحلة يختلف من شخص إلى آخر، وفهم هذه الاختلافات يمكن أن يساعد الزوجين على تحقيق فهم أفضل لجسم واستجابة كل منهما للآخر وعلى تحسين الخبرة الجنسية. (Chen. et al: 2013;3-7)



شكل (٢) دورة العلاقة الجنسية الطبيعية

ويتم تشخيص اختلال الوظيفة الجنسية بأنه اختلال الوظيفة الجنسية الطبيعية، لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ودون أن يرجع ذلك لأسباب عضوية أو تعاطي عقاقير معينة أو حالة ذهانية أو ضغوط شديدة. ومن المهم تحديد نوعه: مدى الحياة (أي منذ بداية النشاط الجنسي) أم مكتسب (أي حدث بعد فترة من النشاط الجنسي الطبيعي). ومن المهم أن تكون المشكلة بنسبة لا تقل عن ٧٥ % من مرات اللقاء الجنسي التي تتم مع الشريك، وبشكل مزعج لكلاهما. وقد يكون الاضطراب خاص بالذكر فقط أو الأنثى فقط أو كلاهما، وهو يرجع في المقام الأول لأسباب نفسية ومشكلات أسرية. وأهم اختلالات الوظيفة الجنسية لدى الذكور: ضعف الانتصاب، تأخر القذف، نقص الرغبة، والقذف المبكر. ولدى الإناث: اضطراب النشوة الجنسية، اضطراب الاستثارة، ألم الإيلاج المهبل، والتشنجات المهبلية. (طلعت حكيم: ٢٠٢٣)

وتتنوع أشكال الاضطرابات الجنسية بما في ذلك اضطراب الرغبة الاثارة والنشوة الجنسية. وتنتشر مشكلات الالم بشكل كبير بين النساء حول العالم. إلا أن مسببات تلك الاختلالات الوظيفية الجنسية غير واضحة، وتم

تحديدها في عوامل متعلقة بالحالة الصحية والعمر والمشكلات النفسية ومشاكل العلاقات. ولقد فسرت التأثيرات الوراثية حجم التباين الفردي في اختلال الوظائف الجنسية جزئياً، وبشكل كمي، لكن حتى الآن لم يتم تطبيق التحليلات الجينية على الوظائف الجنسية الأخرى. كما ارتبطت المشكلات النفسية وضعف الرضا عن العلاقة وضعف التوافق مع الشريك مع المزيد من مشكلات اختلال الوظائف الجنسية عند النساء. كما ان النساء التي أنجبت عدة مرات يعانين من مشكلات في النشوة الجنسية مقارنة بالنساء التي انجبن مرة واحدة أو لم ينجبن من الأساس. وأخيراً أكدت الدراسة على أن الخلل الوظيفي الجنسي على الرغم من انتشاره إلا أنه يرتبط دائماً بالرفض الجنسي الذي قد يحل عن طريق إدارة علاقة جيدة بين الشريكين.

(Katarina Witting, 2008: 11-12)

ويلاحظ في المجتمعات العربية أن أكثر أنواع الاضطرابات الجنسية انتشاراً في العيادات النفسية يمكن أن تتوزع على ثلاثة أنواع هي:

أ- اضطراب انخفاض الرغبة الجنسية: ويعد هذا الاضطراب أكثر أنواع الاضطرابات الجنسية شيوعاً بين النساء في المجتمعات العربية وهو قليل الانتشار بين الرجال، وإذا ما حدث ذلك فإنه يكون في الغالب نتيجة لمرض نفسي آخر مثل الاكتئاب، وتوجد العديد من العوامل المشتركة في إحداث هذا الاضطراب، ويصعب تمييز أي منها عن الآخر، ومن بين هذه العوامل نجد: خصوصية المجتمع العربي المحافظ الذي لا تبيح ثقافته اختلاط الذكور بالإناث، وأثر التربية الملتزمة بالعادات والتقاليد، وانتشار عادة ختان البنات في بعض البلاد العربية، وغياب التربية الجنسية الصحيحة نحو الجنس حتى بعد الزواج والإنجاب، وكذلك قد يكون ستاراً لرفض الشريك أو

الشعور بالتجاهل منه، وأخيراً الخجل والحياء الذي قد يصيب أحد الزوجين أو كلاهما. (فطيمة ونوغي، ٢٠١٤: ١٣٩)

ولقد أكدت دراسة شين وآخرون ٢٠١٣ أنه قد يُطلب من النساء اللاتي يخضعن لقيود نفسية اجتماعية في سياقات ثقافية معينة تثبيط رغبتهم الجنسية وتقيد تجاربهم الجنسية. مثل هذه السياقات النفسية والاجتماعية تمنع الوظيفة الجنسية الطبيعية. ونتيجة لذلك، فإنه من الصعب التمييز ما إذا كانت أسباب خلل الوظيفة الجنسية ذات أساس بيولوجي أو نفسي اجتماعي. في مثل هذه الحالات، ينبغي أيضاً أن يقوم الأطباء بتقديم التثقيف لكل من المرضى وشركائهم. في حين أن معظم المرضى ما زالوا يعتبرون أن القدرة الجنسية الطبيعية تعني الاستجابات الجسدية التقليدية بما في ذلك الرغبة والإثارة والنشوة الجنسية، يمكن تثقيف المرضى وشركائهم بأن الاستجابات الجنسية الفردية تختلف بشكل كبير وأن كلا من العلاقة الحميمة العاطفية والنشاط الجنسي الجسدي من العوامل المساهمة. (Chen, Ch et al: )

2013

وهناك العديد من العوامل تمثل العوامل المسببة المحددة لخلل الوظيفة الجنسية لدى الذكور وهي تمثل هنا الأسباب المحتملة للمشكلات، أو "عوامل الخطر" حيث إنها تزيد من احتمالية حدوث الخلل الوظيفي أثناء ممارسة الجنس. وعلاوة على ذلك، العوامل المسؤولة عن التعجيل أو التسبب في المشكلة الجنسية مختلفة تماماً عن تلك التي في تظهر في نهاية المطاف للحفاظ على العلاقة الجنسية في شكلها السوي. فعدم الاستجابة بالانتصاب الكافي بسبب التوتر أو الدواء قد يؤدي إلى القلق وتناقص الثقة بالنفس المحيطة باللقاءات الجنسية المستقبلية، والاكتئاب، ونقص الرغبة الجنسية والتي قد تؤدي في النهاية إلى استمرار المشكلة أو حتى تفاقمها. وهذا التركيز المتزايد على مشكلات الضعف الجنسي والشعور بالوعي الذاتي يمثل

التشوه المعرفي الذي يتسبب في تفاقم المشكلة والذي يظهر أثناء العلاقة الحميمة نفسها. فالرجال غير القادرين على أن يستثاروا جنسيًا ومن لديهم مشكلة في الانتصاب سيكون لديهم مخاوف أكثر حول العلاقة الحميمة القادمة ونجاحها مما يزيد من احتمال الفشل، وتعزيز الضغط لأداء لقاءات متتالية. وفي الوقت نفسه، تتضرر الثقة والاحترام الجنسيان بشكل متزايد. وهذا يؤدي إلى حلقة مفرغة من دورة الفشل وتصاعد قلق الأداء، وفي النهاية، توقع الفشل قد يصل بالرجل إلى البدء في تجنب ممارسة الجنس تمامًا، وهو ما قد يشمل أيضًا جوانب أخرى من العلاقة الحميمة في علاقته بشريكة الحياة. كما قد تحدث مشكلات نفسية ناجمة عن خلل الوظيفة الجنسية تتمثل في التوقعات والقيم والمعتقدات الداخلية طويلة الأمد المتعلقة بمفهوم الرجولة ومفهوم الذات الجنسي، والعلاقة بشريك الحياة. (120- (Rowland: 2012;10) (Minhas & Mulhall, J:2017;122

ب-اضطرابات النشوة الجنسية: ويقصد بها الاضطرابات التي تؤثر على إتمام العملية الجنسية الشرعية بصورة تسعد الطرفين، واضطراب الرعشة الجنسية لدى المرأة يشمل صعوبة أو انعدام القدرة على الوصول إلى هذه الرعشة الجنسية، التي تكون قمة اللذة وإيذانًا بانتهاء العملية الجنسية. أما اضطراب القذف عند الرجل فيتمثل في سرعة القذف وهو الذي يعبر عن عدم الكفاية الجنسية حيث يحدث فيها القذف أو الانزال قبل أوانه. وتعتبر سرعة القذف من أكثر المشكلات الجنسية شيوعًا بين الرجال وهو من أعظم أسباب الشقاء في الحياة الزوجية. ويكون للأفكار والهواجس التي تدور في ذهن الزوج أثناء العملية الجنسية دورا كبيرا في ظهور سرعة القذف. (فطيمة ونوغي، ٢٠١٤: ١٤١)

ج- اضطرابات مرحلة الاثارة: تم إجراء مراجعة عملية للتراث البحثي السابق باستخدام منهج التحليل البعدي Meta-analysis لتحديد الدراسات

البحثية الأصلية المنشورة على مدار العشرين عامًا الماضية، والتي قيمت تأثير الضعف الجنسي على نوعية حياة الرجل، أو تأثير الضعف الجنسي على نوعية حياة الشريكة، أو التأثير الاقتصادي للضعف الجنسي على أصحاب العمل، وتم اختيار عشرين دراسة لإدراجها ضمن تلك المراجعة. وأظهرت هذه المراجعة أن الرجال الذين يعانون من الضعف الجنسي لديهم نوعية حياة أسوأ من الرجال الذين لا يعانون من الضعف الجنسي (كما ظهر في ٩ دراسات). ويتأثر الشريك أيضًا سلبًا بالضعف الجنسي بسبب صعوبات العلاقة وانخفاض الرضا الجنسي (كما ظهر في ٨ دراسات). وأظهرت نتائج التجربة الأنثوية لمواقف الرجال تجاه أحداث الحياة والدراسة الجنسية أن الإناث كن أقل رضا بشكل ملحوظ وشاركن في النشاط الجنسي بشكل أقل تكرارًا بعد إصابة شريكهن بالضعف الجنسي. ويشكل الضعف الجنسي أيضًا عبئًا اقتصاديًا كبيرًا على أصحاب العمل (كما ظهر في ٣ دراسات). كما أظهرت دراسة رصدية أجريت على الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ و ٧٠ عامًا أن الرجال الذين يعانون من الضعف الجنسي لديهم معدلات أعلى بكثير من التغيب عن العمل، وضعف إنتاجية العمل مقارنة بالرجال الذين لا يعانون من الضعف الجنسي. وبشكل عام، أظهرت هذه المراجعة المعاصرة أن الضعف الجنسي يفرض عبئًا كبيرًا على جودة الحياة على الرجال وشريكاتهم بالإضافة إلى عبئًا اقتصاديًا كبيرًا على أصحاب العمل. تؤكد هذه النتائج على الحاجة إلى مزيد من التعليم والوعي بعبء الضعف الجنسي وزيادة الوصول إلى علاجات الضعف الجنسي المناسبة للمساعدة في تخفيف هذا العبء. ( Elterman et al: )

(2021;79- 86)

أما عن ضعف الانتصاب فهو اضطراب أو حالة طبيعية تمامًا قد تحدث بين الرجال في سنواتهم المتقدمة، إلا أن هناك الآن اتجاهًا متزايدًا

للاهتمام بالحالة التي تحدث للرجال من جميع الأعمار. في الواقع، إنه يؤثر على عدد أكبر من الرجال في الأعمار الأصغر من أي وقت مضى. على الرغم من أنه لا يعرض حياة المرء للخطر، إلا أن هذه الحالة تعد مؤشراً حيوياً للصحة العامة. وقد يحدث ضعف الانتصاب بسبب الحالات النفسية والجسمية وعادة ما يتم علاجه. وتتضمن الأسباب البدنية الشائعة مرض السكري وأمراض الكلى وإدمان الكحول والتصلب المتعدد وتصلب الشرايين وأمراض الأوعية الدموية والاضطرابات العصبية. وعلاوة على ذلك، قد تسبب بعض الأدوية المستخدمة في علاج حالات أخرى، مثل: الليثيوم (المستخدم في علاج اضطراب المزاج ثنائي القطب) والباروكستين (دواء مضاد للاكتئاب) في ضعف الانتصاب بوصفه أحد الآثار الجانبية. ثمة العديد من طرق العلاج، بما في ذلك مثبطات PDE5، التي تساعد في توسيع شرايين القضيب وبالتالي زيادة تدفق الدم، إلى جانب العلاج بالموجات الصدمية (Richard et al: 2013; 352)

وقد لا يعاني الرجل مشكلةً عضويّةً تؤثر في انتصاب العضو الذكري، ولكنّه مُتأثرٌ باضطرابٍ أو مرضٍ نفسيّ يُضعف الانتصاب، مثل: التوتر، والاكتئاب، والقلق حيال الأداء الجنسي، ويُشكل ضعف الانتصاب النفسي نحو ٢٠% من حالات ضعف الانتصاب. وينجم الضعف الجنسي عن عددٍ من الاضطرابات المؤثرة في الحالة المزاجية للرجل، ما ينعكس على انتصاب العضو الذكري، وتتمثل أسباب ضعف الانتصاب النفسي في (الاكتئاب - الضغط النفسي - القلق العام - خشية الفشل الجنسي - اضطراب العلاقة الزوجية - معاناة ضعف الانتصاب سابقاً). (Dexter, : 2021)

ولقد أكدت الدراسات على أن التعبير عن الاكتفاء الجنسي جزء مهم في العلاقات الانسانية حيث يحسن من جودة الحياة ويعزز الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية. كما أن اختلال الوظيفة الجنسية يلحق بالزواج الكثير من الضرر، إذ يستنزف نحو ٦٠% من الحميمية والمشاعر الطيبة بين الزوجين. كما أن انتشار هذه المشكلة يلقي اختلافاً واسعاً عبر الثقافات وترتبط بخصائص سكانية مختلفة، فضعف الوظيفة الجنسية في العلاقات الحميمية يمكن أن يسبب السخط والمرارة والكثير من الاضطرابات النفسية. حيث تنقسم دورة الاستجابة الجنسية للإناث إلى أربع مراحل: الرغبة، والإثارة، والنشوة الجنسية، والخمول، والاضطراب في أي من هذه المراحل ينتج عنه خلل في الوظيفة الجنسية وفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. (بهية جمعة: ٢٠٢٣، ٦٧٣) (American Psychiatric Association:2013; 35-36) (Veerabhadram: 2023;

### تعقيب الباحثين:

يتضح من العرض السابق ما يلي:

- ١- تلعب المعتقدات الجنسية دور محوري في التوافق الزوجي، ورغم ذلك لا توجد أي دراسة سابقة عربية في حدود علم وإطلاع الباحثين قد أشارت بشكل واضح إلى العلاقة بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي. كما أن معظم الدراسات السابقة العربية والأجنبية أكدت على علاقة التوافق الجنسي بالتوافق الزوجي، ودور التوقعات الجنسية، والعلاقة الجنسية السليمة في حدوث التوافق الزوجي.
- ٢- لم تهتم الدراسات السابقة، ولم يوضح الإطار النظري سوى أهمية مدة الزواج في حدوث التوافق الزوجي والجنسي دون التركيز على فئة المتزوجين حديثاً، ومدى أهميتها وحساسيتها. وتهتم الدراسة الحالية

بمقارنة مدة الزواج حتى لدى حديثي الزواج أنفسهم، فلقد أصدر الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في أغسطس ٢٠٢٢ النشرة السنوية لإحصاءات الزواج والطلاق لعام ٢٠٢١، ووفقاً للبيان بلغ عدد عقود الزواج ٨٨٠٠٤١ عقدًا عام ٢٠٢١ مقابل ٨٧٦٠١٥ عقدًا عام ٢٠٢٠ بنسبة زيادة قدرها ٠.٥%. وبلغ عدد حالات الطلاق ٢٥٤٧٧٧ حالة عام ٢٠٢١ مقابل ٢٢٢٠٣٦ حالة عام ٢٠٢٠، أي بنسبة زيادة قدرها ١٤.٧%. ووفقاً لذلك فإن هناك حالة طلاق تقع كل دقيقتين، ومن ٢٥ إلى ٢٨ حالة طلاق تقع كل ساعة، ويصل عدد الحالات في اليوم إلى ٦٣٠ حالة بمعدل ١٨٥٠٠ حالة في الشهر. ووفقاً للتقرير فإن ١٢% من حالات الطلاق وقعت خلال العام الأول من الزواج، مقابل ٩% في العام التالي، و٦.٥% خلال العام الثالث. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: ٢٠٢٢) ومعنى هذا أن الاهتمام بدراسة هذه الفئات يسهم في التحكم ببعدهم في الزواج وهو المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي.

٣- ولكن رغم ذلك أكدت الدراسات السابقة على عوامل متعددة تتعلق بدور المعتقدات الجنسية في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، وممارسة الجنس الآمن، ودور الثقافة الجنسية في تحقيق توافق جنسي وزوجي أفضل، وأهمية التفاهم بين الزوجين وخبراتهم في نجاح الزواج والحياة بينهما. كذلك أكدت على الدور المحوري الذي تلعبه العوامل النفسية في وجود علاقة جنسية سوية بين الزوجين والحصول على ممارسة جنسية مشبعة. كما اهتمت بإيضاح المشكلات النفسية التي تنتج عن أي خلل في العلاقة الجنسية بين الزوجين من قبيل حدوث القلق، والاكتئاب النفسي، وخشية الفشل الجنسي، واضطراب العلاقة الزوجية خارج نطاق العلاقة الجنسية.

## فروض الدراسة:

- وبناءً على ذلك يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو الآتي:
- ١- توجد علاقة ارتباطية دلالة إحصائية بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي لدى مجموعة مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية.
  - ٢- توجد علاقة ارتباطية دلالة إحصائية بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي لدى مجموعة الأسوياء.
  - ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء في التوافق الزوجي.
  - ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء في المعتقدات الجنسية.
  - ٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية في المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي تبعاً للنوع ومدة الزواج.
  - ٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية في المعتقدات الجنسية تبعاً للنوع ومدة الزواج.

## المنهج والإجراءات:

## أولاً: منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حتى يمكن الكشف عن الفروق بين مجموعتي الدراسة من المضطربين من اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء في كل من المعتقدات الجنسية، والتوافق الزوجي، وكذلك العلاقات الارتباطية بينها.

### ثانياً: عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بشكل قصدي، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين مقسمين إلى:

- **المجموعة الأولى:** تكونت من ٦٠ مريضاً من ذوي المشكلات الجنسية ذات المنشأ النفسي، تم اختيارهم بشكل إكلينيكي وتشخيص طبي نفسي من خلال مركز أ.د. وائل فؤاد استشاري أول الطب النفسي ومدير مستشفى الخانكة ومستشفى الهدوء. وتراوح أعمارهم من ٢٤ إلى ٣٤ سنة بمتوسط عمري قدره ٢٩.٣٣ وانحراف معياري قدره ٣.٣٩ لمجموعة الذكور. ومن ٢١ إلى ٣٢ بمتوسط عمري قدره ٢٦.٦٧ وانحراف معياري قدره ٣.٦٢ لمجموعة الإناث. ولقد تم اختيار العينة وفقاً للضوابط التالية:

١- أن يتم اختيار حالات الزواج من مرحلة الرشد المبكر والتي تمتد من ٢١ إلى ٣٩ سنة، لاستبعاد تأثير سمات مرحلة المراهقة على المتزوجين الأصغر سناً عن ٢١ سنة.

٢- أن تتحقق في اختيارهم كافة المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

٣- لم يتم وضع شرط الزوجين معاً لعدة أسباب: صعوبة تنفيذ ذلك في الواقع لرفض الشريك الآخر تطبيق الأدوات في كثير من الأحيان، أضف إلى ذلك أنه كثيراً ما تخص المشكلة الجنسية أحد الزوجين فقط، وبالتالي فالطرف الآخر قد يكون طبيعي ولا يوجد مشكلة معه، صحيح قد يكون عامل مساعد في العلاج، ولكن لم يوجد لدينا دليل واضح على مسؤوليته عن حدوث الاضطراب الجنسي لدى الشريك.

٤- كانت مجموعة الذكور من اضطرابات ضعف الانتصاب، والقذف المبكر، في حين مجموعة الإناث من مضطربي ألم الجماع، والتشنجات المهبلية.

- **المجموعة الثانية:** تكونت من ٦٠ فرداً، من الأسوياء لم يسبق لأحد منهم أن تم تشخيصه بأي اضطراب، كما لم يسبق لأي منهم أن توجه أو أحيل لأي من مؤسسات العلاج النفسي (المستشفيات أو العيادات الخارجية) لطلب المساعدة. وتراوحت أعمارهم بين ٢٤ إلى ٣٣ سنة بمتوسط عمري قدره ٢٨.٩٧ وانحراف معياري قدره ٣.٠٢ لمجموعة الذكور. ومن ٢٢ إلى ٣٢ بمتوسط عمري قدره ٢٧.٣٠ وانحراف معياري قدره ٣.٢٣ لمجموعة الإناث وقد روعي في اختيارها أن تكون متكافئة مع مجموعة المرضى في متغيرات السن، والتعليم، وعدد سنوات الزواج. وتوضح الجداول من جدول (١) إلى جدول (٣) وصف عينتي الدراسة، وتم اختيار جميع أفراد العينة من الحاصلين على مؤهل متوسط أو شهادة جامعية، كما أن جميعهم من المتزوجين حديثاً خلال الأربع سنوات الأولى، مع عدم وجود أطفال لتحديد عامل الانجاب واستبعاد الضغوط النفسية المتوقعة منه. أما فيما يتعلق بالعمر، فمن خلال تطبيق اختبار (ت) للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بلغت قيمة ت ٠.٢١٠ وهي غير دالة إحصائياً مما يشير إلى تكافؤ عينتي الدراسة.

### جدول (١)

يوضح توزيع أفراد العينة تبعاً للتعليم

الأسياء		اختلالات الوظيفة الجنسية		نوع التعليم
أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	
١٦	١٢	١٦	١٢	مؤهل متوسط
١٤	١٨	١٤	١٨	مؤهل عالي

## جدول رقم (٢)

يوضح توزيع أفراد العينة تبعاً لعدد سنوات الزواج

سنوات الزواج	اختلالات الوظيفة الجنسية	الأسوياء
١ إلى ٢	٣٥	٣٥
٣ إلى ٤	٢٥	٢٥

## جدول (٣)

يوضح حساب دلالة الفروق في السن

المتغير	اختلالات الوظيفة الجنسية		الأسوياء		قيمة ت	دالاتها
	ع	م	ع	م		
السن	٢٨.١٣	٣.٢١	٢٨	٣.٧٣	٠.٢١٠	غير دلالة

ثالثاً: أدوات الدراسة:

## ١- قائمة المعتقدات الجنسية:

وهي من إعداد الباحثين، وتتكون من ٣٠ فقرة تقيس المعتقدات المرتبطة بالعلاقة الجنسية، واشتملت على ثلاثة أبعاد، وهي: معتقدات عن الرجل - معتقدات عن المرأة - معتقدات عن العلاقة الجنسية. ولقد تم تصميم مدرج ثلاثي على طريقة ليكرت: موافق - محايد - معارض. وتصحح من ٣ إلى ١ في الاتجاه الموجب، وبالعكس من ١ إلى ٣ في الاتجاه السالب.

ولقد تم اختيار أبعاد وفقرات القائمة بناءً على الدراسات السابقة، والخبرة الاكلينيكية والاطلاع على عدد من المصادر والمقاييس العربية والأجنبية التي هدفت لقياس المعتقدات الجنسية، ولكن لا تناسب عينة تقنيها عينة الدراسة الحالية، ومن أمثلة هذه المقاييس: اختبار المعتقدات الجنسية، من تأليف نوبر ، جوفيا وجوميز - اختبار الأفكار والمشاعر والاستجابات الجنسية : من تأليف جيل م. سيرانوسكي، وبطارية الاضطرابات والانحرافات الجنسية لكل من حنان أبو الخير ومحمد خطاب.

**صدق القائمة:** وتم حساب صدق القائمة بطريقتين، هما:

#### أ- صدق المحتوى أو المضمون عن طريق المحكمين:

تكوّنت القائمة في صورتها الأولية من ٣٢ فقرة، وكانت عينة التقنين الكلية ١٣٧ مكونة من ٩٢ من المتزوجين الأسوياء، بمتوسط عمري قدره ٢٨.٤٣٢ وانحراف معياري قدره ٢.٩٦ بالإضافة إلى عينة إكلينيكية من المتزوجين ذوي اختلالات الوظيفة الجنسية بلغت ٤٥ بمتوسط عمري قدره ٢٧.٩٠٢ وانحراف معياري ٢.٥١٣ للتحقق من مدى وضوح العبارات وصياغتها. ثم تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين<sup>(١)</sup>. ومن خلال حساب نسبة الاتفاق بين السادة المحكمين تم حذف فقرتين قلت نسبة الاتفاق عليها عن ٦٠%.

#### ب- صدق التكوين الفرضي:

وللتحقق من ذلك تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد القائمة، والدرجة الكلية لها. حيث تؤكد أنستازي Anastasi ، وأوربينا Urbina أن درجة تجانس الاختبار تتعلق بقدر ما بصدق التكوين، حيث

(١) المحكمون: أ.د. أحمد خيرى حافظ أستاذ علم النفس الإكلينيكي كلية الآداب جامعة عين شمس، أ.د. فتحي مصطفى الشرفاوي، أستاذ علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس، أ.د. محمد أحمد خطاب، أستاذ ورئيس قسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس، أ.د. محمد هاشم بحري، أستاذ الطب النفسي كلية الطب جامعة الأزهر، أ.د. وائل فؤاد سليمان استشاري أول الطب النفسي ومدير مستشفى الخانكة، د. منى أبو طيرة، أستاذ علم النفس المساعد كلية الآداب جامعة عين شمس.

يحدد التجانس خصائص المجال السلوكي أو السمة التي يقيسها الاختبار. (صفوت فرج: ٢٠٠٨، ٢٨٥) ويتضح من جدول (٤) معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس، والدرجة الكلية، ويتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١ وأن القائمة تتمتع بمعاملات صدق مرضية.

### ثبات القائمة:

تم استخدام معادلة ألفا - كرونباخ لحساب الثبات، وكانت قيم جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى ٠.٠١، ويتضح من جدول (٥) معاملات ثبات القائمة.

### ٢- مقياس التوافق الزوجي لسبينر (DAS) Dyadic Adjustment Scale

يعتبر مقياس التوافق الزوجي لسبينر Spanier من أوسع مقاييس جودة العلاقة الزوجية في مجال البحث الاكلينيكي وعلم النفس الأسري، وقام بترجمته ونقله إلى البيئة العربية منصور زاوي عام ٢٠١٧. ويتكون المقياس من ٣٢ فقرة تتوزع على أربعة أبعاد هي: الاتفاق الزوجي - الرضا الزوجي - التماسك الزوجي - التعبير العاطفي.

### جدول (٤)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

م	البعد	معامل الارتباط
١	معتقدات عن الرجل	٠.٥٧٧**
٢	معتقدات عن المرأة	٠.٦٤١**
٣	معتقدات عن العلاقة الجنسية	٠.٦٩١**

جدول (٥)  
معاملات الثبات

م	البعد	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
١	معتقدات عن الرجل	١٠	٠.٦٤٢**
٢	معتقدات عن المرأة	١٠	٠.٦٨٤**
٣	معتقدات عن العلاقة الجنسية	١٠	٠.٧٣٢**

ويحظى المقياس بمعاملات صدق وثبات مرضية سواء في صورته الأصلية الأجنبية أو العربية. حيث تم استخدام صدق المحتوى أو المضمون، وصدق الارتباط بمحك بين مجموعتين من المتزوجين والمطلقين، وكان معامل الارتباط لدى المتزوجين ٠.٨٦، والمطلقين ٠.٨٨ وكلاهما موجب ودال عند مستوى ٠.٠٠١. كما تم استخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ للتأكد من كفاءة المقياس وكانت معاملات الثبات هي: الاتفاق الزوجي ٠.٩٠، الرضا الزوجي ٠.٩٤، التماسك الزوجي ٠.٨٦، والتعبير العاطفي ٠.٧٣، والدرجة الكلية ٠.٩٦.

التحقق من الصدق والثبات في الدراسة الحالية:

يتضح من الجدولين (٦)، (٧) معاملات الثبات والصدق لمقياس التوافق الزوجي. ولقد تم استخدام معادلة ألفا - كرونباخ لحساب الثبات، وكانت قيم جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى ٠.٠٠١. كما تم حساب صدق التكوين الفرضي من خلال حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس الفرعية، والدرجة الكلية للمقياس.

## جدول (٦)

معاملات الثبات في الدراسة الحالية لمقياس التوافق الزوجي

م	البعد	الثبات
١	الاتفاق الزوجي	** ٠.٧١٩
٢	الرضا الزوجي	** ٠.٧٧٣
٣	التماسك الزوجي	** ٠.٦٣٣
٤	التعبير العاطفي	** ٠.٥٩٨
٥	الدرجة الكلية	** ٠.٨٠٤

## جدول (٧)

معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس التوافق الزوجي

م	البعد	معامل الارتباط
١	الاتفاق الزوجي	** ٠.٧٣٤
٢	الرضا الزوجي	** ٠.٨٣٣
٣	التماسك الزوجي	** ٠.٦٤٧
٤	التعبير العاطفي	** ٠.٥٤٧
٥	الدرجة الكلية	** ٠.٨٦٣

## نتائج الدراسة ومناقشتها

## نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي لدى مجموعة مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية". وللكشف عن دلالة العلاقة بين المتغيرين وأبعادهما الفرعية، استخدم الباحثان معامل ارتباط بيرسون، وجاءت النتائج تبعاً لما يوضحه جدول (٨).

## جدول (٨)

يوضح معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التوافق الزوجي والمعتقدات الجنسية لدى مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية

م	المعتقدات الجنسية	التوافق الزوجي		
		الاتفاق الزوجي	الرضا الزوجي	التماسك الزوجي
١	معتقدات عن الرجل	**٠.٣٧٢-	**٠.٣٧٧-	*٠.٣٠٥-
٢	معتقدات عن المرأة	**٠.٣٥٥-	**٠.٣٣٣-	٠.١٦٩-
٣	معتقدات عن العلاقة الجنسية	*٠.٢٨٥-	٠.١٦٨-	**٠.٣٨٢-

ويتضح من النتائج تحقق الفرض الأول جزئياً، ونلاحظ من جدول (٨) اختلاف العلاقات الارتباطية من جهة الدلالة أو عدم الدلالة، ولكن جميعها علاقات سالبة أو عكسية فكلما زادت المعتقدات الخاطئة سواء عن الرجل أو المرأة أو العلاقة الجنسية كلما أدى ذلك إلى انخفاض مستوى التوافق الزوجي كما يتضح من عينة المرضى. فلقد اتضح وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة عند مستوى ٠.٠١ بين كل من الاتفاق

والرضا الزوجي والمعتقدات السلبية عن الرجل والمرأة مما يشير إلى مدى تأثير المعتقدات الشخصية عن الذات والآخر في حدوث التوافق والرضا الزوجي، وكذلك بين التماسك الزوجي والمعتقدات السلبية عن العلاقة الجنسية، وأيضاً التعبير العاطفي والمعتقدات عن المرأة والعلاقة الجنسية. كما كانت العلاقة دالة عند مستوى ٠.٠٥ بين كل من الاتفاق الزوجي والمعتقدات عن العلاقة الجنسية، والتماسك الزوجي والمعتقدات عن الرجل. في حين لم تصل باقي الأبعاد الفرعية إلى حدود الدلالة الإحصائية، ولكنها احتفظت بأنها سلبية أو عكسية، وجميع أبعاد المتغيرات الفرعية حصلت على علاقات ذات دلالة فيما بينها.

وبالنظر إلى قيم معاملات الارتباط كما كشفت عنها نتائج الدراسة نجد أن أعلى قيمة كانت في علاقة بعد التعبير العاطفي بالمعتقدات عن المرأة، حيث جاءت قيمة معامل الارتباط بينهما دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، وبلغت قيمته (-٠.٣٩٨) وهي أعلى قيمة بين باقي الارتباطات، يليها التماسك الزوجي والمعتقدات عن العلاقة الجنسية وبلغت قيمته (-٠.٣٨٢)، تليه المعتقدات عن الرجل في علاقتها بكل من الاتفاق الزوجي والرضا الزوجي، وقد بلغت قيمتهما بالترتيب (-٠.٣٧٢)، (-٠.٣٧٧).

وتتفق النتيجة الحالية مع المنطق حيث يوجد بالفعل علاقة جوهرية بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي. ففيما يتعلق بعلاقة المعتقدات عن المرأة، والتعبير العاطفي، نجد أنه تحتاج المرأة إلى التعبير العاطفي، وعند وجود معتقدات سلبية عنها من الرجل أو من ذاتها يقل التعبير العاطفي، حيث ترتبط المعتقدات بالمشاعر. كما أن العلاقة الجنسية السوية هي وسيلة من ضمن وسائل متعددة للتماسك والترابط بين الزوجين، وعند وجود معتقدات سلبية عن العلاقة الجنسية وفهم خاطئ من الوارد أن يقل التماسك بين الزوجين، حيث إن العلاقة الجنسية ركن أساسي في أي زواج. كما تكون المعتقدات عن الرجل التي يكونها عن نفسه أو

تعتقدها المرأة أنها موجودة في الزوج كصفات للرجل لها دور كبير في الاتفاق الزوجي والرضا الزوجي.

كما تتفق النتيجة مع التراث البحثي السابق بأن هناك بالفعل علاقة جوهرية بين المعتقدات الصحية الجنسية أو المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي. فمثلاً قد وجدت الدراسات ان السبب وراء ٧٠ - ٩٠% من حالات الطلاق يكمن في اضطراب العلاقة الجنسية الخاصة بين الزوجين، ومن هنا كانت أهمية التوافق الجنسي كأحد مقومات التوافق الزوجي. (فطيمة ونوغي، ٢٠١٤: ١٣٧)

كما أتضح من دراسات نيلسون Nelson وبوردون Purdon ٢٠١١، ومينهااس Minhas ومولهاال Mulhall ٢٠١٧، وويدمان Widman ٢٠١٩، وبويش يمنية ٢٠٢٠ على سبيل المثال مدى الدور الذي تلعبه عملية المعتقدات الجنسية والفهم المغلوط للجنس، أو وجود معلومات قليلة أو منعدمة عن الثقافة الجنسية أو دور كل طرف في حياة الطرف الآخر، في حدوث الصراع والمشكلات المتبادلة بينهم، وسوء التوافق الجنسي، وما يترتب على ذلك من تكون معتقدات مشوهة جديدة تتحدد وفقاً لها سلوكيات مرضية في الحياة الزوجية. (Nelson & Purdon, 2011) (Suks) (Minhas & John Mulhall, 2017) (L. et al, 2019 Widman,) (بويش يمنية، ٢٠٢٠)

ومعنى ذلك أن العلاقة بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي علاقة متبادلة وتؤدي إلى دوائر جديدة، فوجود معتقدات سلبية يؤثر في التوافق الزوجي الذي هو نفسه عندما يسوء تنشأ معتقدات سلبية أخرى تضر بعملية التوافق وهكذا.

وطبعاً من المهم جداً أن ينظر الزوجان إلى هذه المشكلات على أنهما يواجهان مشكلة مشتركة بدلاً من كونها "مشكلتك" أو "مشكلتي"؛ ومن خلال العمل معا يمكن حلها.. فكلاهما كيان واحد. وفي العادة يكون العلاج النفسي الجنسي مكمل

للعلاجات النفسية الأخرى كالتحليلية والمعرفية نظراً لأن المشكلات الجنسية عادة تكون أسبابها متشابكة. (طلعت حكيم: ٢٠٢٣)

وقد يضر عدم التوافق الزوجي بالأبناء بعد ذلك حيث أكدت أسس التربية الجنسية على دور الوالدين الاهتمام بمعرفة الأبناء بالأساسيات مثل معرفة حقائق عن جسم الإنسان، البلوغ، الانجاب، وما قد يؤثر على الحياة الجنسية للفرد، والعلاقة الجنسية الصحية. (Teaching sexual health: 2019)

وقد أوضحت الدراسات أن اختلال الوظيفة الجنسية يلحق بالزواج الكثير من الضرر، إذ يستنزف نحو ٦٠% من الحميمة والمشاعر الطيبة بين الزوجين، ومن ثم يتأثر التوافق الزوجي كثيراً بسبب الخلل في الوظيفة الجنسية التي تلعب المعتقدات دوراً فيها. (بهية جمعة: ٢٠٢٣)

ولقد أكدت دراسات عديدة دور الأفكار أو المعتقدات في زيادة عوامل الخطر في احتمالية حدوث الخلل الوظيفي أثناء ممارسة الجنس وكذلك شيوع أعراض القلق والاكتئاب ونقص الثقة بالنفس المحيطة باللقاءات الجنسية المستقبلية والتي قد تؤدي في النهاية إلى استمرار المشكلة أو حتى تفاقمها. (David L. Rowland, 2012: 10) (Suks Minhas & John Mulhall, 2017)

### نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه: "توجد علاقة ارتباطية دلالة إحصائية بين المعتقدات الجنسية والتوافق الزوجي لدى مجموعة الأسوياء". وللكشف عن دلالة العلاقة بين المتغيرين وأبعادهما الفرعية، استخدم الباحثان معامل ارتباط بيرسون، وجاءت النتائج تبعاً لما يوضحه جدول (٩).

## جدول (٩)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التوافق الزوجي  
والمعتقدات الجنسية لدى الأسوياء

م	المعتقدات الجنسية	التوافق الزوجي		
		الاتفاق الزوجي	الرضا الزوجي	التماسك الزوجي
١	معتقدات عن الرجل	**٠.٤١٦-	**٠.٣٧٧-	*٠.٢٩١-
٢	معتقدات عن المرأة	**٠.٣٥٥-	**٠.٣٣٣-	**٠.٣٨٨-
٣	معتقدات عن العلاقة الجنسية	**٠.٣٩٠-	**٠.٤٠٢-	**٠.٣٨٢-

ويتضح من نتائج الفرض الثاني تحقق الفرض كلياً حيث نلاحظ من الجدول السابق أن العلاقات الارتباطية كلها علاقات عكسية أو سالبة دالة، فكلما زادت المعتقدات الخاطئة سواء عن الرجل أو المرأة أو عن العلاقة الجنسية كلما انخفض مستوى التوافق الزوجي كما يتضح من عينة الأسوياء.

فلقد اتضح وجود علاقة ارتباطية سالبة عند مستوى الدلالة ٠.٠١ بين كل من الاتفاق والرضا الزوجي وكل من المعتقدات السلبية عن الرجل والمرأة والمعتقدات السلبية عن العلاقة الجنسية، مما يشير إلى مدى تأثير المعتقدات الشخصية عن الذات والآخر والمعتقدات المسبقة عن الذات والآخر في حدوث الاتفاق والرضا الزوجي. كما اتضح وجود علاقة ارتباطية سالبة عند نفس مستوى الدلالة ٠.٠١ بين كل من التماسك الزوجي والتعبير العاطفي، وكل من المعتقدات السلبية عن المرأة والعلاقة الجنسية.

كما اتضح وجود علاقة ارتباطية سالبة عند مستوى دلالة ٠.٠٥ بين كل من التماسك الزوجي والتعبير العاطفي وبين المعتقدات السلبية عن الرجل، وبذلك وجدت علاقات ذات دلالة إحصائية بين جميع أبعاد المتغيرات الفرعية فيما يخص عينة الأسوياء.

وبالنظر إلى قيم معاملات الارتباط كما كشفت عنها نتائج الدراسة وجد أن أعلى قيمة كانت في علاقة بعد الاتفاق الزوجي والمعتقدات السلبية عن الرجل، حيث جاءت قيمة معامل الارتباط بينهما دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١، وبلغت قيمته (-٠.٤١٦)، وهي أعلى قيمة بين باقي الارتباطات، يليها العلاقة بين بعد الرضا الزوجي والمعتقدات الجنسية السلبية وبلغت قيمته (-٠.٤٠٢)، تليه العلاقة بين التوافق الزوجي والمعتقدات الجنسية السلبية حيث بلغت قيمته (-٠.٣٩٠)، ثم العلاقة بين التعبير العاطفي والمعتقدات عن المرأة حيث بلغت قيمتها (-٠.٣٨٨)، وكانت جميعها ارتباطات سالبة دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١.

وتتفق النتائج السابقة مع التراث البحثي السابق بوجود علاقة جوهرية بين المعتقدات السلبية عن الرجل والتوافق الزوجي، فكما اتضح من دراسات بويش يمنية ٢٠٢٠، وأنياجو Onyago وآخرون ٢٠١٠ أن وجود معلومات مغلوطة أو غير كافية عن العلاقة بالرجل أو القصور وعدم الوعي والمعرفة الكاملة بالاطر الذي تتم فيه العلاقة الجنسية يتيح الفرصة لخلق اعتقادات مشوهة عن الجنس والعلاقة الجنسية مما يسمح بظهور سلوكيات مرضية؛ كأن يرى الزوج أن رجولته في أن يكون عنيقاً في ممارسة العلاقة الجنسية مع زوجته لأنه نشأ على ذلك، أو أن الزوج لن يكون رجلاً حين يداعب زوجته أثناء العلاقة ولا يعبر عن حبه لها، ولا يرى فيها سوى الاتصال الجسدي فيمارس معها الجنس وفقاً لمفهومه هو لا وفقاً للمراحل الخاصة بالعملية الجنسية، مما يؤثر على توافقهم الزوجي. وأن الذكور قد يكونوا أقل اهتماماً بالتواصل مع شريكة الحياة حول القضايا المتعلقة بالصحة الجنسية،

وفي المقابل من الممكن أن يناقشوا تلك الموضوعات في الخارج مع أنثى أخرى غير الزوجة أو مع الأصدقاء مما يقلل من جودة الحياة الزوجية وقوة التواصل بين الزوجين مما يؤثر سلبًا على التوافق الزوجي بينهما. (بويش يمنية: ٢٠٢٠) (Onyago et al.: 2010)

وتتفق أيضًا النتائج السابقة مع الدراسات التي تشير إلى أهمية التثقيف الجنسي وتكوين معتقد صحي جنسي بما يتيح إحداث توازن نفسي وعاطفي يترتب عليه الشعور بالرضا الزوجي وارتفاع التوافق الزوجي بين الزوجين. وهذا ما أكدته دراسة ديميرجوز بال Demirgoz Bal وآخرون ٢٠١٤ والتي وجدت أن أفراد العينة الذين تعرضوا لعدد أكبر من التثقيف الجنسي كانوا أقل في وجود محفزات لممارسة الحياة الجنسية مبكرًا، كما أن تلقي معلومات صحيحة وتوعية حول الموضوعات الجنسية يقلل من الضغط الناتج من منطوق المحرمات الثقافية والدينية بما يتيح لهم اتخاذ قرارات فيما يتعلق بالنشاط الجنسي وتعزيز التواصل الجيد مع شريك الحياة مستقبلًا. (Demirgoz Bal et al, 2014: 38)

فكلما كان هناك توافق في الجانب الجنسي كقاسم مشترك بين الحب والاشباع أو النفور والاحباط كلما كان هناك ارتفاع في مستوى التوافق والرضا الزوجي، وذلك لأن الاشباع الجنسي هو أحد الدوافع التي يسعى إلى تحقيقها الفرد كمتعة نفسية طويلة الاجل للاستمتاع المتبادل بين الزوجين، وذلك كما أوضحت دراسات ظافر بن محمد ٢٠١٧، ودراسة رولاند Roland ٢٠١٢. فالاستجابة الجنسية معقدة وتتطلب شروط كالاستجابات السلوكية، وتشمل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية الي لها أبعاد عاطفية ومعرفية وعلاقية. وهذا ما أكدته أيضًا دراسة ليلي شريف ٢٠١٢ بأن سوء التوافق الجنسي يظهر نتيجة لاختلافات المتزوجين والمتزوجات تجاه الاتصال الجنسي وشدة الرغبة فيه، أو البرود الجنسي، اختلاف المحفزات الجنسية وعدم تماثلها عند كلا الزوجين أو لنقص الثقافة الجنسية، أو

بسبب الجهل بطبيعة الطرف الآخر وعدم اشباع حاجاته الجنسية. فكلما كان هناك رابط وثيق بين الزوجين سواء في علاقتهم الحميمية أو في حياتهم العادية كلما ازدادت تلك العلاقة عمق وتمكن كل منهما من معرفة الآخر بما يزيد من مقدار التوافق والرضا الزوجي، وبهذا يصبح التوافق الجنسي بين الزوجين هو السبيل الاول لتحقيق سائر مظاهر التوافق الزوجي. (ليلي شريف: ٢٠١٢) (ظافر بن محمد: ٢٠١٧) (Roland: 2012)

أما عن الارتباط السالب بين التعبير العاطفي والمعتقدات عن المرأة فقد وجد في التراث البحثي ما يؤيد تلك النتيجة كما اتضح في دراسات يونج وآخرون ٢٠٢٣ وفيرابهادرام Veerabhadram ٢٠٢٣، حيث أكدت تلك الدراسات على أهمية التعبير عن الاكتفاء الجنسي لشريك الحياة بما يحافظ على شكل ومضمون العلاقة حيث يحسن من جودة الحياة ويعزز الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية. فالرفاهية الجنسية التي تخلق نوع من الثقة والراحة بين الطرفين هي التي تدفع كليهما للتعبير عما يشعر به تجاه الطرف الثاني، وتحسن من طريقة التفاعل بينهما والطريقة التي يتقبل بها كل طرف نفسه ويتقبل بها الطرف الاخر. (Veerabhadram:2023) (Young, C et al: 2023)

بل ووصف بعضهم المعرفة بالجسد بأنها تعبر عن قوة الشخصية في الهوية الجنسية والعاطفية وتعكس الوعي بالاحتياجات والمشاعر الجنسية، بما يؤكد على أهمية التقدير والوعي الجنسي والجسد ومواطن القوة والضعف به بما يدعم العلاقة الجنسية والقدرة على التعبير العاطفي عن الاحتياجات. فكلما كانت المرأة أكثر وعيًا بمتطلباتها واحتياجاتها في العلاقة، وتوقعاتها عن نفسها إيجابية وأفكارها ومعتقداتها عن الجنس إيجابية كلما كان ذلك مؤثرًا بشكل إيجابي في وجود علاقة جنسية صحية، وكلما أثر ذلك على الجوانب الصحية العقلية والاجتماعية والروحية والجسدية بشكل إيجابي. (Young et al: 2023)

## نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

وينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء في التوافق الزوجي". وللكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، استخدم الباحثان اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين، وجاءت النتائج تبعاً لما يوضحه جدول (١٠).

## جدول (١٠)

دلالة الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء على أبعاد مقياس التوافق الزوجي

م	أبعاد المقياس	اختلال الوظيفة الجنسية ن (٦٠)		الأسوياء ن (٦٠)		قيمة ت	دلالتها
		ع	م	ع	م		
١	الاتفاق الزوجي	٦٨.٦٠	٢.٠٩	٦٩.٥٣	١.٦٨	٢.٦٩	٠.٠١
٢	الرضا الزوجي	٤٧.٦٥	١.٥٥	٤٨.٥٠	١.٤٢	٢.٩٥	٠.٠١
٣	التماسك الزوجي	٢٣.٢٢	١.٤٩	٢٣.٧٠	١.٠٩٤	٢.٠٢٩	٠.٠٥
٤	التعبير العاطفي	١٨.٢٨	١.٢١	١٨.٨٠	٠.٨١٩	٢.٧٤١	٠.٠١

ونلاحظ من النتائج تحقق الفرض الثالث كلياً، حيث نلاحظ جميع الفروق دالة في كافة الأبعاد للتوافق الزوجي لصالح الأسوياء، حيث كانت دالة عند مستوى

٠.٠١ في أبعاد الاتفاق الزوجي والرضا الزوجي والتعبير العاطفي، ودالة عند مستوى ٠.٠٥ في بعد التماسك الزوجي.

وفي تفسيرنا لهذا الفرض الذي يتفق منطقياً وبحثياً مع الواقع، أنه بكل تأكيد التوافق الزوجي أعلى لدى الأسوياء مقارنة بالمرضى. فأساس الزواج وجود علاقة جنسية سوية مشبعة تحقق الهدف الأساسي من الزواج كتشريع للجنس. حيث ان الممارسة الجنسية بين الشريكين هي العنصر المميز لعلاقة الزواج عن أي علاقة أخرى. ومن هنا فأى خلل يكون موجود في العلاقة الجنسية بين الزوجين من شأنه أن يؤثر على متغيرات عديدة مما يجعل الزوجين ذوي اختلال الوظيفة الجنسية أقل توافقاً من غير الأسوياء. وإذا أضفنا على ما سبق أن عينة الدراسة من المتزوجين حديثاً سواء من المرضى أو الأسوياء يمكن القول إن الفترة الأولى بعد الزواج بطبيعة الحال تكون ممتلئة بالضغوط والمشكلات، ولكن عدم وجود المشكلات الجنسية لدرجة مرضية يسهم في وجود توافق زوجي أعلى.

حيث تقوي العلاقة الجنسية الرابطة بين الزوجين وهي القاسم المشترك بين الحب والإشباع أو النفور والاحباط، فالإشباع الجنسي هو أحد الدوافع التي يسعى إلى تحقيقها الفرد بالزواج، فهو ليس لذة جسدية قصيرة الأمد، لكنه متعة نفسية طويلة الأجل، ومن أهدافها الصحية للاستمتاع المتبادل بين الزوجين، وسكن كلا الزوجين للأخر نفسياً، والإنجاب وإشباع حاجتي الأمومة والأبوة. (ظافر بن محمد، ٢٠١٧)

كما أن المشكلات الجنسية أحد المسببات المباشرة لسوء التوافق الجنسي بين الزوجين، كعنصر مهم في التوافق الزوجي بينهما (بويش يمنية، ٢٠٢٠)

وهناك العديد من المشاكل الجنسية التي ترجع جذورها إلى التوقعات المتباينة للزوجين والصراعات العاطفية، بما في ذلك الطرق المختلفة التي يتم بها ذلك، ويشير خلل الدور الجنسي إلى اضطراب أو عدم كفاية الحياة الجنسية الطبيعية.

مما يعكس مدى تأثير المشكلات الجنسية على التوافق الزوجي. (Roland: 2012)

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات فطيمة ونوغي ٢٠١٤، ويوسف الخطابية ٢٠١٥، وبويش يمنية ٢٠٢٠، وبهية جمعة ٢٠٢٣ التي أكدت جميعها على أن اضطراب العلاقة الجنسية يؤدي إلى سوء التوافق الزوجي الذي قد يترتب عليه سوء التوافق الجنسي وما يتبعه من اختلال الوظيفة الجنسية لأي من الطرفين. وكان الامر بمثابة دائرة مفرغة يؤدي كل منها إلى الآخر سواء في حالة المرض أو في حالة السواء فعندما يوجد توافق زوجي يعني ذلك عدم وجود مشكلات جنسية أو أن أي عدم توافق جنسي لا يصل إلى حدود المرض النفسي.

كما تتفق أيضاً مع نتائج دراسات لورينز Lorenz وآخرون ٢٠٠٦، ومينهاش Minhas، ومولهال Mulhall ٢٠١٧، وييدمان Widman وآخرون ٢٠١٩، ودكستر Dexter ٢٠٢١، و فيرابهدرام Veerabhadram ٢٠٢٣ والتي أكدت أن كثير من المشكلات النفسية لدى مرضى اختلالات الوظيفة الجنسية تنتج بسبب خلل الوظيفة الجنسية، والعلاقة بشريك الحياة، مما يؤثر على جودة حياتهم وصحتهم النفسية.

#### نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

وينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء في المعتقدات الجنسية". وللكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، استخدم الباحثان اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين، وجاءت النتائج تبعاً لما يوضحه جدول (١١).

جدول (١١) يوضح حساب دلالة الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية والأسوياء على قائمة المعتقدات الجنسية

م	المعتقدات الجنسية عن:	اختلال الوظيفة الجنسية		الأسوياء		قيمة ت	دالاتها
		ن (٦٠)	ع	م	ع		
١	الرجل	٢٦.٣٣	٢.٩٦	٢٤.٩٧	٢.٧٩	٢.٦٠٦	٠.٠٥
٢	المرأة	٢٥.٧٣	٣.٤٩	٢٤.١٢	٣.٢٢	٢.٦٣٦	٠.٠١
٣	العلاقة الجنسية	٢٦.٥٣	١.٢٩	٢٥.٥٢	٢.٠٥	٣.٢٤٣	٠.٠١

ونلاحظ من النتائج تحقق الفرض الرابع كلياً، حيث نلاحظ جميع الفروق دالة في كافة الأبعاد للمعتقدات الجنسية لصالح المرضى، حيث تعبر الدرجة المرتفعة عن معتقدات سلبية أكثر، ويتضح من جدول (١١) أن المتوسطات كانت أعلى في حالة مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية مما يشير إلى وجود معتقدات سلبية مؤثرة ومعلومات مغلوطة أكثر من الأسوياء. وكانت كافة الفروق دالة، حيث كانت دالة عند مستوى ٠.٠١ في أبعاد المعتقدات عن المرأة والعلاقة الجنسية، ودالة عند مستوى ٠.٠٥ في بعد المعتقدات عن الرجل.

ومن هنا نجد تأكيد أن للمعتقدات الجنسية دور في حدوث اختلالات الوظيفة الجنسية، ويتضح تأثيرها كما نلاحظ من النتائج وارتفاع متوسط المرضى مقارنة بالأسوياء. حيث تعتبر المعلومات الخاطئة عن الجنس، والجهل بطبيعة الدور الجنسي، والقلق من الفشل في الأداء الجنسي ثلاثة عوامل تساهم بشكل دائم في كافة المشكلات الجنسية. (فطيمة ونوغي، ٢٠١٤)

كما تؤكد ليلي سليمان أن للتصورات دور أساسي في دينامية العلاقة الزوجية، والاتصالات الصريحة والواضحة هي التي تمكن من عقد علاقات زوجية سليمة. (ليلى سليمان، ٢٠٠٠: ٢٤)

ولا يقف أمر المعتقدات وتأثيرها على الزوجين فيما بينهم، بل أن للمعتقدات الثقافية المغلوطة حول الجنس أو الصحة الجنسية دور كبير يعيق العلاقة الجنسية السوية، وقد تشمل هذه المعتقدات الخوف أو وصمة العار حول الحديث عن الجنس أو القضايا الجنسية، خاصة وأن هذه قد تختلف بين الأسر، أو العائلات، أو الثقافات، أو المجتمعات. (NCTSN, 2012)

وتسهم المعتقدات الصحية وخاصة الجنسية منها التي ترتبط مع المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية والظروف الموقفية في بناء أو تشكيل قرار منطقي وفردى من أجل القيام بسلوك صحي، أو اتخاذ إجراءات تأمين صحي. ويمكن أن نفترض أن الأفراد يميلون إلى تغيير عاداتهم الصحية إذا وجدت لديهم المعلومات الصحيحة. (خشاب سعاد، ٢٠١٧: ١١٤)

وتتفق الدراسة الحالية مع نتائج التراث البحث السابق في تأكيده على دور المعتقدات والأفكار الجنسية في حالات المرضى من مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية سواء من الذكور أو الإناث، حيث كانت المعتقدات الجنسية أو الأفكار الآلية الجنسية أو المعتقدات الصحية لها عامل حاسم له دلالاته في الفروق بين المرضى والاسوياء، بل ودور المعتقدات في الوصمة التي تحدث عند وجود عدوى بمرض عضوي على سبيل المثال. (Monica A Onyago, et al, 2010: 38) (هنا شويخ: ٢٠١٤) (Siti Hazariah (Inês, Ellen & Pedro, 2017) (Abdul Hamid, et al, 2020) (أسماء السحيمي: ٢٠٢١) (Dean Elterman, (Cameron. Young, et al, 2023) et al, 2021).

كما أتضح في دراسة عالمية من ٢٩ دولة أن أغلب النساء في مرحلة منتصف العمر يعتبرن الجنس أقل أهمية في الحياة عما اعتبره الرجال. (بهية جمعة: ٢٠٢٣، ٦٧١-٦٧٢)

ولعل خطورة المعتقدات الجنسية فيما يترتب عليها من تأثير على المشاعر والسلوك، فكل من المعتقدات والمشاعر والسلوك دائرة مترابطة. ويؤدي ذلك إلى عدد من الدلالات الاكلينيكية التي تميز المرضى من اختلال الوظيفة الجنسية والأسوياء كما تشير عدد من الدراسات في هذا الصدد على سبيل المثال: أتضح من دراسة مينهاس Minhas، ومولها Mulhall ٢٠١٧ أن الرجال ذوي الخلل في الوظيفة الجنسية لا يتقبلون حالتهم بسهولة ويتأخرون في عرض أنفسهم على طبيب مختص، لشعورهم بالخلج والاحراج من فكرة متابعة علاج المشكلة الجنسية التي يعانون منها، وذلك نظراً لما يعطونه من قيمة عالية للأداء الجنسي وأنه مرادف لذكورتهم أو أنه غاية ما يعنيه أن يكون هذا الشخص رجلاً. وملاحظة إكلينيكية تكررت في كثير من مرضى اختلالات الوظيفة الجنسية، وخاصة الذكور حيث قد يكون اللجوء أولاً إلى معالج نفسي قبل أن يعرض نفسه على طبيب متخصص في الذكورة أو الأمراض التناسلية رغم أن المشكلة في الأساس قد تكون عضوية لديهم، وكأن الوصمة النفسية أقل حدة من الوصمة العضوية، وطبعاً يحتاج الأمر مزيد من البحوث في هذا الشأن للتأكد من المبررات النفسية التي قد تدفع مريض إلى اللجوء للمعالج النفسي قبل اللجوء لطبيب مختص في مشكلته الوارد أن تكون عضوية وليست نفسية.

كما أوضحت دراسة لورينز Lorenz وزملاؤه ٢٠٠٦، أن اختلال الوظيفة الجنسية يلحق بالزواج الكثير من الضرر، إذ يستنزف نحو ٦٠% من الحميمية والمشاعر الطيبة بين الزوجين، ويرتبط بشكل كبير بالمعتقدات المتبادلة وصور الجسم والتصورات عن العلاقة الجنسية.

ولعل التعليم والتثقيف الجنسي من العوامل المهمة في ترسيخ معتقدات سليمة لها علاقة بحياة زوجية وجنسية سوية، فلقد أوضحت الدراسة التي قام بها ويدمان Widman وآخرون ٢٠١٩ أن الباحثين ومتخصصو الصحة العامة منذ ما يقرب من ثلاثة عقود قاموا بإدراج الآباء في برامج التثقيف في مجال الصحة الجنسية بهدف تحسين عملية اتخاذ القرار الجنسي لدى المراهقين. وكان استهداف الآباء ببرامج الصحة الجنسية أمر منطقي لأسباب نظرية وعملية. كما أتضح من دراسة فيرابهدرام Veerabhadram ٢٠٢٣ أن الاضطرابات الجنسية الذكورية انتشرت لدى الأميين أكثر من المتعلمين.

كما أشار أوجرلو Uğurlu وآخرون ٢٠٢٢ أنه تخضع الحياة الجنسية لسيطرة العوامل المعرفية والعاطفية، ولا تتأثر فقط بوجود الحالات الطبية، ولكن أيضاً بالظروف المعرفية والمعتقدات وغيرها من العوامل النفسية والاجتماعية.

### نتائج الفرض الخامس ومناقشتها:

وينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلافات الوظيفة الجنسية في التوافق الزوجي تبعاً للنوع ومدة الزواج". وللكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، استخدم الباحثان اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين، وجاءت النتائج تبعاً لما يوضحه جدول (١٢) وجدول (١٣).

ونلاحظ من النتائج في جدول (١٢)، أنه على الرغم من عدم وجود دلالة إحصائية للفروق بين مضطربين اختلافات الوظيفة الجنسية في التوافق الزوجي تبعاً للنوع على أبعاد مقياس التوافق الزوجي؛ إلا أن المتوسط كان أعلى لدى الذكور في الاتفاق والتماسك الزوجي، وكان أعلى لدى الإناث في الرضا الزوجي

والتعبير العاطفي، ولكن الفروق لم تصل لحدود الدلالة الإحصائية مما يشير إلى تكافؤ عينة المضطربين وفقاً للنوع.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع التراث البحثي السابق فيما يتعلق بارتباط الخلل في الوظائف الجنسية لدى الذكور، فالجنس أو العلاقة الجنسية والأشباع النفسي المترتب على تلك العلاقة أحد أهم الأضلاع في الحياة الزوجية، فيمكن لنا أن نتوقع ارتفاع التوافق الزوجي لدى الأزواج ممن يعتقدون أفكاراً تتعلق بالعلاقة الجنسية السوية أو الصحية، أو تثبت لهم ما يعتقدونه من أفكار عن العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة، بحيث يزيد التوافق الزوجي كلما كانت العلاقة الجنسية تتوافق مع ذلك التصور الذهني عن المعتقد الجنسي، كما يقل التوافق الزوجي كلما بعدت الممارسة الجنسية الفعلية عن تلك المعتقدات.

ولقد أوضحت دراسات قيصر Kaiser ٢٠١١ وفليسيا Flesia وآخرون ٢٠٢٣ بأن ما نعتنقه منذ الطفولة من أفكار نمطية وأمور تتعلق بالمعتقدات الجنسية لها تأثير على صحة الأشخاص حيث يتضمن هذا التأثير الصحة الجنسية ، وهذا ما أعطى أهميه لضرورة إلقاء الضوء على تحيزاتنا الشخصية ومواقفنا تجاه بعض الموضوعات التي تخص الصحة الجنسية. فالأفكار النمطية التي تتكون منذ الطفولة قد تؤثر على صحة الأشخاص وخاصة مع التقدم في السن وقد يشمل هذا التأثير الصحة الجنسية والرضا الجنسي. فلقد أوضح الباحثين أن الصور النمطية الجنسية المتحيزة لصالح الاصغر سناً وضد كبار السن (حيث أن كفاءتهم وقدرتهم الجنسية أقل) جعلنا نتوقع انخفاض وتيرة النشاط الجنسي والأنشطة الحميمية لدى كبار السن وفقاً لتلك المعتقدات. (Kaiser: 2011) (Flesia, et al: 2023)

## جدول (١٢)

دلالة الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية  
تبعاً للنوع على أبعاد مقياس التوافق الزوجي

م	أبعاد المقياس	مجموعة الذكور ن (٣٠)		مجموعة الإناث ن (٣٠)		قيمة ت	دلالتها
		ع	م	ع	م		
١	الاتفاق الزوجي	٦٩.٩٠	١.٤٧	٦٩.١٧	١.٨٤	١.٧١٦	غير دالة
٢	الرضا الزوجي	٤٨.٢٧	١.٣١	٤٨.٦٣	١.٥٢	١.٠٠١	غير دالة
٣	التماسك الزوجي	٢٣.٨٣	١.١٢	٢٣.٥٧	١.٠٧	٠.٩٤٣	غير دالة
٤	التعبير العاطفي	١٨.٧٠	٠.٧٥٠	١٨.٩٠	٠.٨٨٥	٠.٩٤٥	غير دالة

وهذا أيضًا ما أشارت إليه فطيمة ونوغي ٢٠١٤ في دراستها بأن العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة ليست علاقة محضة، بل تعبر عن الحنان والشراكة الحميمة بين الزوجين، كما أن السبب وراء ٧٠ - ٩٠% من حالات الطلاق وفقًا لتلك الدراسة يكمن في اضطراب العلاقة الخاصة بين الزوجين فكان التوافق الجنسي بين الزوجين دور مهم ورئيس كمقوم من مقومات التوافق والتماسك الزوجي، فترتفع نسب الطلاق ويزداد تفكك الاسر. (فطيمة ونوغي، ٢٠١٤: ١٣٧)

ولأن سوء التوافق الجنسي من الموضوعات المحرم الحديث عنها أو من أكثر المشكلات حساسية على الرغم من انتشارها، فإن ذلك الخلل في الوظيفة الحميمية قد ينتج من ضعف الوعي الجنسي لدى الزوجة أو الزوج، فقد أكدت دراسات Cameron D. Young, et al 2023 و Nobre 2003 أن النساء ممن يعانون من خلل في الوظيفة الجنسية ارتبط ذلك الخلل معهم بعوامل عديدة منها المعتقدات

الجنسية السلبية وصورة الجسم السلبية وعوامل التقدم في السن التي تعمل على انخفاض الرغبة والمتعة الجنسية فلا يمكن للمرأة الوصول إلى النشوة الجنسية، وإذا وصلت لها فيترافق ذلك مع كل من اضطرابات الرغبة والشعور بالألم، بالإضافة إلى أفكار عن أن الجنس معتقدات والسرور المترتب عليه خطيئة. (Nobre & Pinto- 2006; 74)

بالإضافة إلى الارتباط بين الهوية الجنسية وقوة التعبير العاطفي الذي يعكس الوعي بالاحتياجات الجنسية والعاطفية لدى المرأة والتي تتأثر بدرجة الالمام بالمعلومات المسبقة والتوقعات حول موضوع العلاقة الجنسية. فإذا كانت درجة الوعي كافية انعكس ذلك على الثقة بالنفس والشعور بالإشباع العاطفي والرضا الزوجي لدى المرأة، وأتاح ذلك الفرصة للتعبير الصادق عن الانفعالات والمشاعر لشريك الحياة والثقة حول ما يشعرون به، وحول الطريقة التي يتفاعلون بها مع الآخر ومع أنفسهم خاصة أثناء عملية الجماع. (Young et al: 2023)

فلا شك أن الخجل الذي يصيب الرجل إذا كان يعاني من ضعف في الانتصاب مثلاً يجعل ثقته في نفسه أقل ويعوق امتثاله للعلاج ونجاحه لأن الرجل يشعر أنه فقد هويته الذكورية، فيقل احترامه لذاته ويتأثر توافقه الزوجي سلباً. بل أن بعض ممن يعانون من الضعف الجنسي قد يتجنبوا الاتصال الجنسي من الأساس منعاً للإحراج لتوقعاتهم القوية بفشل اللقاء الجنسي مع شريكة الحياة، مما يخلق تباعد عاطفي بينهما. (Suks Minhas & John Mulhall: 2017 ; 120)

وإذا كان التوافق الزوجي يقوم على دعائم منها التوافق الجنسي والاتصال العاطفي والتعاون فإنه من المتوقع أن تكون العلاقة بينهم هي علاقة سبب ونتيجة، فقد يؤدي سوء أو انعدام التوافق الجنسي إلى سوء التوافق الزوجي والعكس صحيح. ووجود خلل وظيفي جنسي عند كلا الزوجين أو أحدهما يدعم المشكلات المترتبة على سوء التوافق الجنسي مثل برودة العلاقة الجنسية وكراهية إحدى الزوجين

للآخر. وهذا ما اثبتته نتائج دراسة ويتينج Witting ٢٠٠٨ بأن المشكلات النفسية وضعف الرضا عن العلاقة وضعف التوافق مع شريك الحياة ارتبطت بالمزيد من مشكلات اختلال الوظيفة الجنسية عند النساء. ( Witting, K: 2008; 12 )

ودعمت نتائج دراسة شين Chen وآخرون ٢٠١٣ نتائج البحث الحالي بأن المرأة التي لديها تردد منخفض في النشاط الجنسي ومع ذلك تبلغ عن مدى متوسط من الرضا عن حياتها الجنسية، نادراً ما يتم تشخيصها على أنها تعاني من اضطراب الرغبة الجنسية وأن الأمر متعلق بنوعية الحياة الجنسية للمريضة ولابد من أخذ ذلك في الاعتبار. (Chen et al: 2013 ; 7)

أما فيما يتعلق بنتائج حساب دلالة الفروق بين مجموعتي اختلالات الوظيفة الجنسية تبعاً لمدة الزواج من عام إلى عامين، ومن ثلاثة أعوام إلى أربعة أعوام في أبعاد مقياس التوافق الزوجي. نلاحظ من جدول (١٣) أن بعد الاتفاق الزوجي هو البعد الوحيد الدال احصائياً لصالح مدة الزواج من ثلاثة إلى أربعة أعوام، فكانت قيمة ت ٢.١٩٥ عند مستوى دلالة ٠.٠٥، ورغم أنه لم تصل باقي الأبعاد إلى حدود الدلالة الاحصائية إلا أن جميعها كانت تتجه نحو دلالة مدة الزواج من ثلاثة إلى أربعة سنوات كعامل قد يحسن من التوافق الزوجي، وهو بالطبع توافقي للاستقرار المرضي.

## جدول (١٣)

دلالة الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية تبعاً لمدة الزواج على أبعاد مقياس التوافق الزوجي

م	أبعاد المقياس	من عام إلى عامين ن (٣٥)		من ثلاثة إلى أربعة أعوام ن (٢٥)		قيمة ت	دالاتها
		م	ع	م	ع		
١	الاتفاق الزوجي	٦٩.١٤	١.٧٣	٧٠.٠٨	١.٤٧	٢.١٩٥	٠.٠٥
٢	الرضا الزوجي	٤٨.٣١	١.٣٩	٤٨.٦٤	١.٤٦	٠.٨٧٥	غير دالة
٣	التماسك الزوجي	٢٣.٦٠	١.١٤	٢٣.٨٤	١.٠٣	٠.٨٣٦	غير دالة
٤	التعبير العاطفي	١٨.٧٤	٠.٨١٧	١٨.٨٨	٠.٨٣٣	٠.٦٣٦	غير دالة

وهو ما أكدته دراسات بويش يمنية ٢٠٢٠، وظافر بن محمد ٢٠١٧، ودراسة Mullins, Harris ,Brackett & pruet, 2004 أن العلاقة الجنسية هي العلاقة الوحيدة التي تميز الزوجين عن أي علاقة أخرى، فهي تلبي احتياج نفسي وفسولوجي، لكن مع حدوث خلل في التوافق النفسي بينهما يصلوا لمرحلة الاستقرار المزيف. (ظافر بن محمد، ٢٠١٧: ٧٤)

وأن مدة الزواج لازمة لتحقيق التوافق الزوجي وفقاً لما يتعرض له الزوجان من ظروف على المستوى الشخصي والبيئي. فالسنوات الأولى للزواج تميل إلى التقارب الشديد والاتكال بين الزوجين في حين أن المراحل المتأخرة تتميز بالمواجهة والنقاش

بما يسمح بالتقارب النفسي والانسجام. فكلما زاد عمر الزواج زاد التوافق الزوجي. (Eur, 2004: 520)

كما يؤكد سبينر Spanier أن درجة الاتفاق الزوجي تعبر عن مدى تعاون الزوجين معاً حول قضايا مثل التمويل العائلي، أمور التسلية، الدين، فلسفة الحياة، مهمات البيت. وهي أمور تزداد بزيادة مدة الزواج. (Spanier: 1976) (منصوري زواوي: ٢٠١٧).

حيث إن مدة الزواج تسمح للزوجين بتقاهم أكبر في قواعد لها علاقة باتفاق متبادل حول أمور الماليات والدين ومهام البيت، ورغم أن العينة من المرضى إلا أن بقاؤهما معاً دون طلاق لفترة وصلت لأربع سنوات يشير إلى أن العيش معاً قد يكون لأسباب أخرى مختلفة، وليس الجنس فحسب. ففي كثير من الأحيان قد تكون المشكلة الجنسية من طرف واحد، وهناك طرق متعددة للإشباع الجنسي بين الزوجين بخلاف العلاقة الجنسية الكاملة. كما أن استمرار الزواج يحكمه عوامل متعددة من المشاعر والمودة والرحمة والمحبة، وكذلك التكاليف المالية ووصمة الطلاق، والسعي نحو العلاج النفسي الجنسي أو خضوع الزوجين لجلسات الإرشاد الأسري، وجميع هذه الجوانب تستهلك الوقت والجهد والمال. فيكون استمرار الزوجين معاً كما أتضح من النتائج ليس علامة على توافق زوجي كامل، وإنما دليل على اتفاق سطحي وشكلي فيما بينهما، أو طول مدة العلاج أو التوازن المرضي.

### نتائج الفرض السادس:

وينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مضطربي اختلافات الوظيفة الجنسية في المعتقدات الجنسية تبعاً للنوع ومدة الزواج". وللكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين، استخدم الباحثان اختبار (ت) لحساب دلالة

الفروق بين المجموعتين، وجاءت النتائج تبعاً لما يوضحه جدول (١٤) وجدول (١٥).

ونلاحظ من النتائج أنه على الرغم من عدم وجود دلالة إحصائية في الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية على قائمة المعتقدات الجنسية تبعاً للنوع لكن متوسط المعتقدات الجنسية كان أكثر سلبية لدى الرجل نحو ذاته والمرأة نحو نفسها، وكان الذكور لديهم معتقدات أكثر سلبية عن الاناث فيما يتعلق بالعلاقة الجنسية.

وتتفق تلك النتائج مع التراث البحثي السابق مثل دراسات P. Nobre, J. و Pinto-Gouveia, 2006 و Sakumory & Kaduso 2010 والتي خرجت بنتائج مؤداها أن أفكار الرجل والمرأة ومعتقداتهم الجنسية تلعب دور في وجود الخلل الوظيفي الجنسي لديهم. فالأفكار المسبقة عن الزواج وكيفية القيام بالدور الجنسي بشكل سوي بين الزوج والزوجة، والاعتقاد في حتمية غياب الاستمتاع الجنسي أو أن الرغبة الجنسية أقل بسبب التغيرات الهرمونية أو تغير شكل الجسم أو القلق بشأن الحمل (من قبل الزوجة) كلها أمور تلعب دور في التهيؤ العقلي لعدم الاستمتاع بالعملية الجنسية وقد يحدث الإفراط في التفكير فيها خلل في الوظيفة الجنسية. (Michelly: 2016)

وعن المعتقدات الجنسية التي يقدمها الرجال والنساء المصابين بخلل وظيفي جنسي ونظرائهم من الأصحاء جنسياً، أظهرت النتائج أنه النساء لديهن معتقدات أكثر متعلقة بالعمر (بعد انقطاع الطمث التي تفقد النساء رغبتهم الجنسية، حيث أن عمر النساء كلما تزايد يجدن أن السرور الذي يحصلن عليه من الجنس ينخفض) ومعتقدات صورة الجسم (لا يمكن أن تكون النساء من غير الجذابين جسدياً راضيات جنسياً). بالإضافة إلى ذلك، قدم الذكور من ذوي الخلل في الوظيفة الجنسية درجات أعلى (وليس ذات دلالة إحصائية) على الاعتقاد الشائع (أن الرجل الحقيقي يتمتع

بالجماع في كثير من الأحيان)، وقدم الرجال أيضًا معتقدات حول رضا المرأة (جودة الانتصاب هي ما يرضي أغلب النساء). وبشكل عام، تدعم النتائج فكرة أن المعتقدات الجنسية قد تلعب دورًا فعالًا يساعد في إحداث الخلل الجنسي. (Nobre, P & Pinto-Gouveia, J: 2006; 68)

#### جدول (١٤)

دلالة الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية على قائمة المعتقدات الصحية الجنسية تبعاً للنوع

م	المعتقدات الجنسية عن:	مجموعة الذكور ن (٣٠)		مجموعة الإناث ن (٣٠)		قيمة ت	دلالتها
		ع	م	ع	م		
١	الرجل	١.٣٥	٢٦.٤٣	١.٢٥	٢٦.٤٣	٠.٥٩٥	غير دالة
٢	المرأة	٣.٥٩	٢٤.٤٠	٢.٢١	٢٤.٤٠	٠.١٧٣	غير دالة
٣	العلاقة الجنسية	٣.٤١	٢٦.٤٠	٣.٥٠	٢٥.٠٦	١.٤٩٤	غير دالة

وتتفق أيضًا تلك النتائج مع نتائج دراسة بويش يمنية ٢٠٢٠، والتي خرجت بنتائج مؤداها أن المعتقدات الجنسية لدة عينة الدراسة تضمنت أن الزوج يرى رجولته في أن يكون عنيقًا في ممارسة العلاقة الجنسية مع زوجته لأنه نشأ على ذلك، أو أن الزوج يكون رجلاً حين لا يداعب زوجته أثناء العلاقة ولا يعبر عن حبه لها ولا يرى فيها سوى الاتصال الجسدي، فيمارس معها الجنس وفقاً مفهومه هو لا وفقاً للمراحل الخاصة بالعملية الجنسية من مداعبات قبلية وبعديّة. وأيضًا الزوجة التي

ترى أن أخلاقها وعفتها في عدم البوح عن حبها لزوجها وأن مبادرتها في الحب والجماع عار وستشوه صورتها امام زوجها، أو أنها بمجرد أن تتجب فلا داعي لها أن تمارس العلاقة الجنسية مع زوجها لعدم وعيها بمفهوم هذه العلاقة التي تسبب كثيراً من صراعاتها. (بويش يمنية، ٢٠٢٠: ٢٧)

كما أكدت دراسة نيلسون Nelson، وبوردون Purdon ٢٠١١ على عينة من ذوي الخلل الوظيفي الجنسي على أن النساء كن أكثر عرضة للأفكار السلبية حول صورة الجسم، مما يزيد من الافكار السلبية الجنسية وغير الجنسية بشكل متواتر، كما تأثرت استجاباتهم الانفعالية وتعبيرهم العاطفي، بينما كانت أفكار الذكور تدور أكثر حول القلق المتعلق بشكل الاداء الجنسي وتوقعات الفشل فيه وصعوبة رفض تلك الافكار السلبية والتركيز على الافكار المثيرة للقلق أثناء العلاقة الجنسية مما يزيد من تقادم المشكلة ويعوق التوافق الزوجي. ( Nelson & Purdon, 2011: 395)

ونلاحظ من النتائج في جدول (١٥) أنه على الرغم من عدم وجود دلالة إحصائية في الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية على قائمة المعتقدات الجنسية تبعاً لمدة الزواج؛ إلا أن متوسط المعتقدات الجنسية كان أكثر سلبية في السنوات الأولى وتحسن بعد ذلك، ولكن الفروق لم تصل لحدود الدلالة الإحصائية.

## جدول (١٥)

دلالة الفروق بين مجموعتي مضطربي اختلالات الوظيفة الجنسية  
على قائمة المعتقدات الجنسية تبعاً لمدة الزواج

م	المعتقدات الجنسية عن:	من عام إلى عامين		من ثلاثة إلى أربعة أعوام		قيمة ت	دالاتها
		ع	م	ع	م		
١	الرجل	٢٦.٥٦	١.٣٩	٢٦.٥١	١.٢٥	٠.٨٧٠	غير دالة
٢	المرأة	٢٦.٣٤	٢.٢٧	٢٦.٣٢	٣.٧٦	٠.٠٢٩	غير دالة
٣	العلاقة الجنسية	٢٦.٦٨	٣.٣٨	٢٥.٠٦	٣.٤٦	١.٨٠٨	غير دالة

وقد يرجع ذلك التحسن إلى أن دلالة مدة الزواج كعامل قد يحسن من التوافق الزوجي وهو بالطبع توافق للاستقرار المرضى. وعلى النقيض نجد الاعتقاد بأنه كلما تقدمت سنوات الزواج من الطبيعي أن تحدث مدة الزواج نوعاً من الروتين والفتور والنقص في الأنشطة والقرارات المشتركة فنجد تذبذب بين التطور والتدهور في شكل العلاقة الزوجية. (ظافر بن محمد: ٢٠١٧، ٧٢-٧٤)

وهذا ما أكدته دراسة أور Eur ٢٠٠٤ السابق الإشارة إليها والتي أكدت على أنه كلما زاد عمر الزواج زاد التوافق الزوجي. فالمراحل المتأخرة تتميز بالواجهة والنقاش بين الزوجين بما يسمح بالتقارب النفسي والانسجام بينهما. (Eur, G.: 2004; 520)

والبحوث المستمرة حول المعتقدات الجنسية لمسببات الخلل الجنسي قد تلقي الضوء على تلك القضية، فالتفسير الأكثر عمومية هو أن وجود معتقدات جنسية خاطئة فقط لا يضمن وجود الخلل الجنسي. ولا يعتمد تطور الخلل الجنسي بشكل مباشر على وجود معتقدات جنسية محددة، ولكن على حقيقة أن التعرض للمواقف الجنسية المحاطة بتفسيرات سلبية وكارثية، تنشط الأفكار المعرفية السلبية. فتعمل معتقدات الرجل أو المرأة الجنسية كعدسات تفسيرية، مما يؤدي إلى تعقيد الجوانب السلبية للتجربة الجنسية وجعلها تتناسب مع المزيد من الصعوبات الجنسية. فيصبح الأجدر بالبحث هو البحث عن التفاعل بين المعتقدات الجنسية، وتنشيط المخططات المعرفية للأحداث الجنسية السلبية، والأفكار التلقائية والعواطف أثناء النشاط الجنسي بما يدعم هذه الفرضيات. (P. Nobre, J. Pinto-Gouveia, 2006: 74)

ومما سبق يري الباحثان أن للمعتقدات الجنسية دور محوري في تحقيق التوافق الزواجي، حيث أن وجود معتقدات سليمة عن الرجل، والمرأة، والعلاقة الجنسية من شأنه تحقيق حياة زوجية أكثر فعالية وكفاءة. ومعنى هذا أنه تسهم عملية تعديل المعتقدات الخاطئة في تحقيق علاج أكثر دقة وكفاءة من مجرد التركيز على عملية الأداء الجنسي أو تصدير المشكلة أن لها علاقة بطرف واحد. كما أوضحت الدراسات السابقة ذلك حتى لدى فئات أخرى منها الاكلينيكية ومنها العادية، وأشارت إلى دور عملية التعليم الجنسي والثقافة الجنسية في حياة الراشدين، بل والمراهقين والأطفال. كما أتضح من الملاحظات الاكلينيكية أن الفهم الجنسي قد يحمي الفرد من التعرض للإساءة الجنسية والتحرش، وغيرها من مشكلات متوقعة تنتج بشكل أساسي بسبب الجهل وعدم المعرفة أو الخرافات.

### التوصيات:

في ضوء أهداف الدراسة وما توصلت له من نتائج، يمكن وضع عدداً من التوصيات، هي:

- ١- إجراء مزيد من الدراسات لفحص المعتقدات الجنسية لدى فئات إكلينيكية أخرى.
- ٢- تصميم برامج علاجية تستهدف خفض درجة المعتقدات الجنسية لما لها من دور في حالات اختلال الوظيفة الجنسية، والتوافق الزوجي لدى المتزوجين.
- ٣- غرس ثقافة جنسية علمية سليمة لدى الأسر من أجل تعليم الأبناء مبادئ مناسبة لأعمارهم في الفهم الجنسي، وعمل توعية اجتماعية من أجل نشر ثقافة سليمة تتبعد عن أخطاء المعرفة، والجهل، والجري وراء التفكير الخرافي، والعمل على الاهتمام بدور العوامل النفسية في حدوث المشكلات الجنسية، والعمل على تحرير الزوجين من الضغوط المشتركة بينهما في هذا الصدد.

### البحوث المقترحة:

- في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، يقترح الباحث البحوث الآتية:
- ١- مقارنة المعتقدات الجنسية لدى الذكور والإناث من المقبلين على الزواج.
  - ٢- مقارنة التوافق الزوجي والمعتقدات الجنسية لدى مرضى اختلال الوظيفة الجنسية من القادرين على الانجاب، وغير القادرين على الانجاب. وكذلك مقارنة المطلقين والمطلقات حديثاً في المعتقدات الجنسية لديهم أو من يتعرضوا للطلاق العاطفي أو الانفصال رغم استمرار الزواج.
  - ٣- تصميم برنامج علاجي أسري-معرفي سلوكي لتعديل المعتقدات الجنسية الخاطئة لدى مرضى اختلال الوظيفة الجنسية.

## قائمة المراجع:

## المراجع باللغة العربية:

١. إسرائ السحيمي. (٢٠٢١). الفروق بين المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعات في الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المدركة. المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي. ع (٢).
٢. بهية جمعه السيد ندا. (٢٠٢٣). المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي كمنبئات باضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى عينة من السيدات المتزوجات. مجلة كلية الآداب- قنا، جامعة جنوب الوادي. ع (٥٨).
٣. بويش يمنية. (٢٠٢٠): التوافق الجنسي وتأثيره على التوافق الزوجي عند الزوجة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عبدالحميد بن باديس، مستغانم.
٤. خشاب سعاد. (٢٠١٧). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين. مجلة العلوم الاجتماعية، ع (٢٣)، جامعة باتنة - الجزائر.
٥. خلف مبارك، وفاء محمود ورباب أحمد. (٢٠٢٠). نمط التعلق بالشريك الآخر القلق والمتجنب كمنبئين بالتوافق الزوجي لدى حديثي الزواج. مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية. ع (٥).
٦. سناء عيسى، ديار عوني المفتي. (٢٠١٠). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث التربوية والنفسية. ع (٧).
٧. صفوت فرج. (٢٠٠٨). القياس النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٨. طلعت حكيم. (٢٠٢٣). ملامح السلوك الجنسي لدى الإنسان. نيو بوك للنشر والتوزيع، القاهرة.

٩. ظافر بن محمد القحطاني. (٢٠١٧): التوافق الزوجي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية. مجلة جامعة الباحة للعلوم الإنسانية، ع (١١).
١٠. فطيمة ونوغي. (٢٠١٤). أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة من خلا تطبيق اختبار MMPI2 دراسة ميدانية بمدينة بسكرة. جامعة محمد حيزر - بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية.
١١. ليلي سليمان مسعود. (٢٠٠٠). العلاج الأسري وفعاليتها في تقييم العلاقات وأثره على السلوك المضطرب للطفل المعاق وغير المعاق متابعة لعشر حالات. جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية.
١٢. ليلي شريف. (٢٠١٢). سوء التوافق الجنسي وعلاقته بالتوافق الزوجي. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، ع (١).
١٣. محمد أحمد خطاب، حنان أبو الخير. (٢٠١٧). بطارية اختبارات اضطرابات الوظائف والانحرافات والاتجاهات الجنسية. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
١٤. منصور زواوي. (٢٠١٧). مقياس التوافق الزوجي. مجلة أفق فكرية، ع (٦).
١٥. هناء أحمد شويخ. (٢٠١٤). بعض منبئات طلب الرعاية الصحية لدى مرضى الاضطرابات الجنسية الذكورية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين. ع (٢).
١٦. يوسف ضامن الخطابية. (٢٠١٥). مقومات التوافق في الحياة الزوجية وعلاقته بالعوامل الاجتماعية: دراسة على عينة من الأزواج العاملين في المدارس الحكومية في شمال الأردن. مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع (٢).

## المراجع باللغة الأجنبية:

17. American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. New School Library, Washington, USA.
18. Bhavsar, V. & Bhugra, D. (2013). **Cultural factors and sexual dysfunction in clinical practice**. *Advances in psychiatric treatment*. vol. 19, 144–152 doi: 10.1192.
19. Chen, C et al. (2013). **Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates**. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 52, Issue 1, March, Pages 3-7
20. Demirgoz Bal, M. & Sahiner, N. (2014). **Turkish Nursing Students' Attitudes and Beliefs Regarding Sexual Health**. School of Nursing, Karamanoglu Mehmetbey University, Karaman, Turkey. *Sex Disabil*.
21. Dexter, G. (2021). **What Is Psychogenic Erectile Dysfunction?**. Published on September 28. <https://www.verywellhealth.com/psychogenic-erectile-dysfunction-5201654#toc-diagnosis>
22. Elterman, D et al. (2021). **The Quality of Life and Economic Burden of Erectile Dysfunction**. *Research and Reports in Urology*, Volume 13. Pages 79-86
23. Eur, G. (2004). **Economic Stress and Marital adjustment among couples: analyses at dyadic level**. *European journal of social psychology*. (34). 519-532.
24. Flesia, L.; Monaro, M.; Jannini, E.A. & Limoncin, E. (2023). **“I’m Too Old for That”: The Role of Ageism and Sexual Dysfunctional Beliefs in Sexual Health in a Sample of Heterosexual and LGB Older Adults: A Pilot Study**. *Healthcare* 2023, 11, 459.
25. Inês, M., Ellen, T. M. & Pedro, J. (2017). **Cognitive-Affective Dimensions of Female Orgasm: The Role of Automatic Thoughts and Affect During Sexual Activity**. *Journal of Sexual Medicine*, 14 (6), 818:828.
26. Jones, R. & Lopez, K. (2013). **Human Reproductive Biology**. Academic Press. p. 352. ISBN 978-0-12-382185-0.
27. Kaiser, K. (2011). **Sexual Practices Values Clarification : An Exercise for Health Care Professionals and Students**. AMSA

- Sexual Health Scholars Program, University of Chicago-Pritzker School of Medicine.
28. Minhas, S. & Mulhall, J. (2017). **Male Sexual Dysfunction. A Clinical Guide.** John Wiley & Sons Ltd.
  29. Monteiro, M. (2016). **Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women.** Rev Bras Ginecol Obstet Vol. 38 No. 11/2016.
  30. NCTSN. (2012). **Sexual Health and Trauma.** Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), US Department of Health and Human Services (HHS).
  31. Nelson, A., & Purdon, C. (2011). **Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample.** Archives of Sexual Behavior, 40(2), 395–406
  32. Nobre, P. & Pinto-Gouveia, J. (2006). **Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction.** The Journal of Sex Research Volume 43, Number 1, February: pp. 68–75.
  33. Onyago, M. et al. (2010). **Factors that Influence Male Involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: A Qualitative Study.** Boston University School of Public Health, Department of International Health/Center for Global Health and Development. African Journal of Reproductive Health December; 14(4).
  34. Pazmany, E., Bergeron, S., Oudenhove, L., Verhaeghe, J.& Enzlin, P. (2013). **Body Image and Genital Self-image in Pre-Menopausal Women with Dyspareunia.** Archive Sex Behavior, (42), 999–1010.
  35. Rowland, D. (2012). **Sexual Dysfunction in Men: Advances in Psychotherapy Evidence-Based Practice.** Hogrefe Publishing, Library of Congress.
  36. Siti Hazariah, A., Fallon, D., & Callery, P. (2020). **Influence of religion on healthcare professionals' beliefs toward teenage sexual practices in Malaysia.** Makara J Health Res. 2020; vol 24(1) April: 27–34.
  37. Sohail. A. & Ronan. R. (2004). **Impact of a School-based Peer Sexual Health Intervention on Normative Beliefs, Risk Perceptions, and Sexual Behavior of Zambian Adolescents.** Journal of Adolescent Health; 34:441–452. Published by Elsevier Inc., 360 Park Avenue South, New York, NY 10010.

38. Spanier, G. (1976). **Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads.** Journal of Marriage and the Family. Vol 15, 28.
39. Teaching Sexual Health. (2019). **Talking to Your Child About Sexual Health.** Alberta Health Services.
40. Uğurlu, M. et al. (2022). **Prevalence of Sexual Dysfunctions in Men Aged 18-65 and Related Factors: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study from Turkey.** Ankara Med J, 2022;(3):319-335 .
41. Veerabhadram, G. (2023). **Sexual Dysfunction and Associated Socio-Cultural Factors in India.** Acta Scientific Neurology (ISSN: 2582-1121). Volume 6 Issue 6.
42. Widman, L et al. (2019). **Assessment of Parent-Based Interventions for Adolescent Sexual Health: A Systematic Review and Meta-analysis.** National Library of Medicine. JAMA Pediatrics, Sep.
43. Witting, K. (2008). **Classification, Comorbidity, Heredity, and Risk Factors of Female Sexual Dysfunctions.** National Library of Finland DSpace Services. Center of Excellence in Behavior Genetics , Department of Psychology. Åbo Akademi University.
44. World Health Organization. (2017). **Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach.** Department of Reproductive Health and Research.
45. Young, C et al. (2023). **Sexual and reproductive health knowledges: a study with Pacific young people enrolled in an Aotearoa New Zealand tertiary institution.** Culture, Health & Sexuality An International Journal for Research, Intervention and Care. Volume 26.