

الفروق بين المتزوجات حديثاً نوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات في الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدرَكة<sup>١</sup>.

## Differences Between Newly Married Women with Sexual Arousal Disorder and Normals in Sexual Automatic Thoughts and Perceived Body Image.

إعداد

إسراء محمد السحيمي

اختصاصية نفسية إكلينيكية بمستشفى الوادى أكتوبر- وعدد من العيادات الخاصة بالشيخ زايد

### ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلي فحص الفروق بين المتزوجات حديثاً نوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات في الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدرَكة ، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٨٠) سيدة تم تقسيمهن إلى (٤٠) سيدة تعانين من اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، و(٤٠) من السيدات الطبيعيات ، تراوحت اعمارهن بين(٢٢-٤٢) عاماً .

وقد طُبقت علي العينة البحثية اختبار المعتقدات الجنسية: صيغة الإناث (ص . ث)، واختبار الأفكار والمشاعر والاستجابات الجنسية (ص. ث) ، واختبار الاستثارة والرغبة الجنسية، واختبار النشاطات الجنسية طبقاً لصورة الجسم السلبية في اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية وذلك لقياس المتغيرات محل اهتمام الدراسة ، بالإضافة إلي المقابلة المبدئية ، ومقياس الفهم من اختبار وكسلر (الصورة الرابعة) ، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة ، و(ض ض س ج) لدى السيدات المتزوجات حديثاً نوات اضطراب (ض س ج ) ، بينما تبين وجود فروق ليست جوهرية في المتغيرات نفسها لدى الطبيعيات . كما كشفت نتائج اختبار (ت) عن وجود فروق جوهرية بين

---

<sup>١</sup> - بحث مستل من رسالة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي تحت اشراف الأستاذ الدكتور / محمد نجيب الصبوة أستاذ علم النفس الإكلينيكي بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة

مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في اتجاه مجموعة المريضات في الدرجة الكلية لمتغير المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية بمقاييسها الفرعية (الإنفعالات السلبية، وأداء السلوك الجنسي)، بينما لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في متغير صورة الجسم المُدركة، وقائمة اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية، كما كشفت نتائج تحليل الانحدار الخطى البسيط عن إسهام كل من متغير المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية بمختلف مقاييسها الفرعية وصورة الجسم المُدركة، في التنبؤ باضطراب (ض ض س ج) لدى المريضات بنسبة أعلى جوهرياً من الطبيعيات. وقد تم مناقشة نتائج الدراسة الراهنة في ضوء النظريات والنماذج النظرية المفسرة للمتغيرات موضع الدراسة، وكذلك في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة.

**الكلمات المفتاحية:** مريضات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية (ض ض س ج)، الأفكار الآلية الجنسية السلبية، صورة الجسم المُدركة. التفاعل بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية والمشاعر والسلوك الجنسي.

## مقدمة .

يندرج موضوع البحث الراهن ضمن موضوعات علم النفس المرضي الإكلينيكي، حيث أن الرضا عن الحياة الجنسية هو مكون مهم من مكونات السعادة الزوجية، ولكن وجد بعض الباحثين أن (ض ض س ج) شائع بين النساء، خاصةً النساء في منتصف العمر (Thomasa & Thurstonb,2016). كما وجدوا أن المشكلات الجنسية لدى النساء منتشرة، وترتبط عادةً بالتغيرات الفسيولوجية السلبية ونوعية الحياة (Gilligan , Grimes , Gorse and Hahn,2004). ويُشار إلى (ض ض س ج) بأنه اضطراب مستمر أو متكرر لدورة الاستجابة الجنسية الطبيعية أو الألم الذي يُصاحب النشاط الجنسي.

ووفقاً للبيانات الصادرة عن منظمة الصحة الوطنية ومسح الحياة الاجتماعية<sup>1</sup>، ودراسة السلوك الجنسي في الولايات المتحدة، تبين أن الاضطراب الجنسي كان أكثر انتشاراً بين السيدات بمعدل (٤٣%) بالمقارنة بالرجال بمعدل (٣١%) (Gilligan , Grimes , Gorse & Hahn,2004).

ودراسة علم الجنس يهدف إلى التطور والتوجه الجنسي للعلاقات والنشاطات الجنسية، ودراسة القضايا الشائعة ومنها: صورة الجسم، والتكيف السلبي الجنسي، والرغبة الجنسية، ومخاوف القلق، والعقبات التي تقف عائقاً أمام العلاقة الحميمة، و التطور الجنسي، والنضج،

<sup>1</sup> -The National Health & Social Life ( NHSLs).

والشيخوخة ، والاتصال الجنسي ، و المشكلات الطبية التي تؤثر على النشاط الجنسي ، والسلوك الجنسي غير التقليدي ، و الصدمة الجنسية ، و الهوية الجنسية ، و التوجه الجنسي ، و التعليم الجنسي للأزواج ، و مخاوف المرأة و الرجل حول الجنس ( Martha , 2016 ) .

والسؤال الآن، ما نسب انتشار الاضطرابات الجنسية بصفة عامة؟ وما أسباب اختلافها من دولة إلى أخرى؟ تشير الدراسات الحديثة (Metz&McCarthy,2007,p.351)، إلى أن ٤٥% من الأزواج قد عانوا في فترة من فترات حياتهم، سواءً أكانوا ذكوراً أم إناثاً، من بعض الاضطرابات الجنسية. "وعلى الرغم من تباين نسب انتشارها بين الجمهور العام، فإن الثابت عملياً أن أعداداً لا بأس بها من الجمهور، كأفراد وكأزواج يعانون من بعضها الى الحد الذي يسبب لهم نوعاً من الكرب النفسي، ويفقدون متعة الحياة والهناة والسرور (McCab,2001,p.25) ، من خلال : محمد نجيب الصبوة ، ٢٠٠٩ ، ٢٢٦ - ٢٢٧ ) .

وكشفت بعض البيانات الواقعية في بعض البحوث أن ٩,٧ مليون امرأة أمريكية تراوحت أعمارهن بين ٥٠ و ٧٤ عاماً تُعانين من تقلص في إفرازات المهبل<sup>١</sup>، وآلام أثناء الجماع<sup>٢</sup>، وانخفاض في الإستثارة<sup>٣</sup> ، وصعوبة الوصول إلى رعشة الجماع<sup>٤</sup> ( Gilligan , Grimes , Gorse and Hahn,2004 ) . كما تبين أن نقص الرغبة هي الشكوى الأكثر شيوعاً ، مقابل الأداء الجنسي الشاذ ( Basson ,2005 , p .1327-1333 ) .

وذكرت دراسة في الولايات المتحدة، أن ١٨% من النساء اللاتي تراوحت أعمارهن بين ٣٠:٣٩ سنة ، وأن ٢١% منهن تراوحت أعمارهن بين ٤٠:٤٩ ، و ٢٧% منهن تراوحت أعمارهن بين ٥٠:٥٩ سنة لديهن صعوبات في إفرازات المهبل<sup>٥</sup> التي تسهل عملية الإيلاج . وأجري بعض الباحثين دراسة على السيدات ، فوجدوا أن ١٤% منهن لديهن نقص في إفرازات المهبل ، و ٥٠% أو أكثر تُعانين من مشكلات جنسية متنوعة ، وأعلى من ٥٢% فوق سن ال ٥٠ لديهن مشكلات مع جفاف المهبل (Koff, Lucas, Migliorini &Grossmith ,2011).

كما ذكرت زكية مهدي (٢٠١٢) في دراسة على ٥٠٩ من المصريات المتزوجات، أن اضطرابات الرغبة واضطراب هزة الجماع كانت الأكثر تأثيراً في الاختلالات الجنسية لدى ٥٢,٨%

<sup>1</sup> -Diminished vaginal lubrication.

<sup>2</sup> -Pain and discomfort with intercourse.

<sup>3</sup> -Decreased arousal.

<sup>5</sup> - Lubrication.

من السيدات ، وذلك عند درجة فاصلة ٢٦,٥٥ على مقياس تشخيصي لمؤشر الوظيفة الجنسية لدى السيدات (Ibrahim, Ahmed & Ahmed, 2013).

أما بالنسبة لنسب الانتشار في جمهورية مصر العربية فلم تجد الباحثة سوى دراسة عربية واحدة، هي التي عرضنا نتائجها في الفقرة السابقة مباشرة ، كما وُجدت ندرة شديدة في الدراسات العربية بصفة خاصة والدراسات العالمية بصفة عامة في الكشف عن نسب انتشار هذا الاضطراب.

وأوضحت نتائج دراسة أخرى أن النساء اللاتي لديهن صعوبة أو عدم قدرة للوصول الى النشوة (هزة الجماع) تتراوح نسبتهن ما بين ١٠ الى ٤٠ % . وهناك عديد من العوامل التي يمكن أن تعوق كفاءة النشوة الجنسية وهي : العمر ، ومعدل الهرمونات ، والخبرة الجنسية ، والمثيرات البدنية ، والصحة العامة ، ونوع المنبه او المثير ، ونوع النشاط الجنسي (على سبيل المثال ممارسة الاستمناء أم لا ) ، وعمّا إذا كانت مدة العلاقة قصيرة ام طويلة .

وأظهرت دراسات أخرى أن ٥٠ % من النساء اللاتي تمارسن الاستمناء يمكن أن تصل إلى النشوة الجنسية ، في حين أنها لا تصل إلى النشوة الجنسية أثناء الجماع ، حتى في وجود مثير خارجي ( Hilary , 2018 ).

### مُدخل إلى مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

ولتوضيح كيف يحدث ( ض ض س ج ) للسيدات تم تحديد التغير أو تباين معدل ضربات القلب<sup>١</sup> المرتبطة بالوظيفة الجنسية للسيدات ، وكان من أهم عوامل الخطر المحتملة لحدوث (ض ض س ج) بصفة خاصة ، والاضطرابات الجنسية للنساء بصفة عامة هو تغير أو اختلاف أو تباين مُعدل ضربات القلب (Stanton, Lorenz, Pulverman, & Meston, 2015).

واستناداً إلى هذه العلاقة التي نشأت حديثاً بين اختلاف معدل ضربات القلب والوظيفة الجنسية للسيدات، بحثت هذه الدراسة تأثير التدريب التحفيزي الذاتي لزيادة معدل ضربات القلب على الإستثارة الجنسية الفسيولوجية والذاتية الحادة لدى النساء. على وجه التحديد ، تم تقييم سعة النبضة المهبليّة<sup>٢</sup> ، كمؤشر للاستثارة الجنسية التناسلية ، والاستثارة الذاتية في ٣٣ امرأة تمارسن الجنس مع أزواجهن ، تراوحت أعمارهن بين ١٨ و ٢٧ عاماً قبل وبعد جلسة قصيرة من التدريب التحفيزي الذاتي. وقد تبين أن التدريب الذاتي ، وهو أسلوب الاسترخاء الذي يعيد التوازن بين نشاط

<sup>1</sup>-Heart rate variability (HRV).

<sup>2</sup>- vaginal pulse amplitude (VPA).

الشق التعاطفي في مقابل الشق غير التعاطفي في الجهاز العصبي الذاتي ، وقد تبين وجود زيادة كبيرة في معدل ضربات القلب (Miu, Heilman, & Miclea, 2009). وبعد التدريب الذاتي ، لوحظت زيادات كبيرة في كل من سعة النبضة المهبلية والاستثارة الجنسية الذاتية.

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن التغيير في معدل ضربات القلب تختلف قبل الممارسة الجنسية وأثناءها وبعدها ، حيث كانت التغيرات متوسطة بشكل ملحوظ في الاستثارة الجنسية الذاتية عندما تم قياسها بشكل مستمر أثناء عرض المنبه المثير. وقد يكون لهذا التدخل السلوكي المرن تأثيرات مهمة على زيادة الإستثارة الجنسية لدى النساء (Amelia & Cindy, 2016) .

كما كشفت دراسة أخرى كان الهدف منها فحص الفروق المحتملة في الدافع الجنسي بين ثلاث فئات عمرية لدى النساء قبل انقطاع الطمث ؛ فوجدوا أنه من المحتمل أن تتأثر دوافع المرأة للانخراط في الجنس بتجاربها الجنسية السابقة ، ونوع العلاقة التي تشارك فيها ، وعديد من عوامل نمط الحياة مثل المطالب المهنية والعائلية. ولا شك أن تأثير هذه العوامل يتغير مع تقدم المرأة في العمر. وأشارت النتائج إلى أن النساء اللاتي تراوحت أعمارهن بين ٣١ و ٤٥ سنة أقروا بوجود نسب أعلى من الانخراط في النشاط الجنسي مقارنة بالفئات العمرية الأصغر سناً . ومن أهم العوامل التي تؤثر على العلاقة الجنسية : الحد من التوتر ، والرغبة الجسدية ، والبحث عن الخبرة ، والموارد ، والوضع الاجتماعي ، والانتقام ، والتعبير ، وتعزيز احترام الذات ، ومراقبة الزوج<sup>١</sup> (Christopher, 2009 (Cindy , Lisa & ) .

والسؤال الآن، لماذا تواجه المرأة صعوبة في النشوة الجنسية؟ تبين أن هناك عديداً من المتغيرات ، بدءاً من انخفاض الرغبة الجنسية، والألم أثناء الجماع ، وصعوبة في أن تصبح المرأة مثيرة جنسياً ، والعوامل النفسية ، بما في ذلك القلق وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة . وقد نجد أن البحث عن الحياة الجنسية أمر صعب وذلك بسبب وجود عوامل معقدة ومتشابكة ، والتي تشمل على الوصمة الاجتماعية ، والمحرمات حول مناقشة الجنس.

ومن أجل فهم أفضل لما تعزوه النساء أنفسهن لصعوبات النشوة الجنسية ، قام رولاند وزملاؤه Rowland and colleagues بمسح على ٩١٣ إمراه فوق سن ١٨ عاماً ، منهن ٤٥٢ امرأة كانت شكواهن أكثر حدة في تحقيق النشوة عند الفحص الأولي. وبالنسبة لهؤلاء النساء وجد رولاند أن ٤٥ % منهن تعانين من صعوبات في النشوة الجنسية خلال نصف التجارب الجنسية ، و ٢٥ % منهن تعانين من صعوبات في النشوة الجنسية في ثلاثة أرباع التجارب الجنسية و ٣٠ % منهن تعانين من صعوبات في النشوة الجنسية خلال جميع التجارب

<sup>1</sup> - mate guarding.

الجنسية تقريبا. وبناء على ماسبق شكل الباحثون أولاً : عدة مجموعات وكانت تركز على تطوير مجموعة من العوامل التي اشتكت منها هؤلاء السيدات ، ثانياً : قاموا بعمل دراسة استقصائية (مسحية) ، على شبكة المعلومات والغرض منها قياس المعلومات الديموغرافية ، ونمط الحياة ، والحالة الاجتماعية ، ومدى تكرار ممارسة الجنس ، وجودة العلاقة ، واستخدام الأدوية ، والاستجابات الجنسية والعوامل الفسيولوجية (مثل الإستثارة ، والافرازات المهبلية) ، ثم الوصول إلى هزة الجماع (النشوة الجنسية).

وأخيراً، فحسوا مستوى شدة الكرب النفسى الذى تعانين منه هؤلاء النساء عند صعوبة الوصول الى هزة الجماع ، فوجدوا أنه ليس بالضرورة أن يرتبط الكرب بصعوبة فعلية فى هزة الجماع، وذلك لأن بعض النساء لا يزعجهن ذلك ، و يفضلن الامتناع عن ممارسة النشاط الجنسى لأسباب مختلفة . كما قاموا بفحص ثلاث مجموعات للمقارنة بينها وبين بعضها بعضا ، هى : (١) النساء اللاتى تعانين من صعوبة الوصول إلى هزة الجماع ولكنهن لا تعانين من الكرب (غير متضررات من ذلك) ، (٢) النساء اللاتى تعانين من صعوبة الوصول إلى هزة الجماع وتعانين من الكرب النفسى ، (٣) والنساء اللاتى لم تكن لديهن صعوبة الوصول إلى هزة الجماع . وسئلوها جميعاً عن السبب الذى يجعلهن يعتقدن أنهن تواجهن صعوبة فى الوصول إلى النشوة الجنسية ، وقد تم تحديد ذلك من خلال ١١ فئة لدى المجموعة المقصودة الأصلية (المجموعة الضابطة) ، و اشتملت المجموعة التجريبية على ١٢ فئة أخرى ،هى:

- ١- انا لا أرغب فى ممارسة الجنس مع زوجى.
- ٢- زوجى لا يهتم بممارسة الجنس معى .
- ٣- أنا لا أستمتع بممارسة الجنس مع زوجى .
- ٤- زوجى لا يستمتع بممارسة الجنس معى .
- ٥- أنا لا أشعر بالاستثارة الكافية ، بسبب عدم وجود مثيرات جنسية كافية أثناء العلاقة.
- ٦- لا توجد إفرازات كافية أثناء ممارسة الجنس.
- ٧- أشعر بالألم والغضب والسأم أثناء النشاط الجنسى .
- ٨- لا يوجد وقت كافى أثناء ممارسة الجنس مع زوجى .
- ٩- أشعر بعدم الارتياح عندما أكون على وعى تام بجسدى أثناء النشاط الجنسى .
- ١٠- أشعر بأن تناول الدواء يتعارض مع وجود النشوة الجنسية.
- ١١- أشعر بأن التوتر والقلق يجعل من الصعب الوصول إلى هزة الجماع.
- ١٢- وهناك عوامل أخرى .

وأوضحت النتائج أن الأسباب العامة الأكثر شيوعاً التي ذكرتها النساء لصعوبة الوصول إلى هزة الجماع ، هي : التوتر والقلق وتعانين منه ٥٨ % من النساء؛ وعدم وجود الاستثارة والمثيرات الجنسية الكافية ، وتعانين منه ٤٨ % من النساء تقريباً ؛ وعدم وجود الوقت الكافي أثناء العلاقة وتعانين منه ٤٠ % من النساء . وكانت القضايا الشائعة ، والتي ارتبطت بالأفكار الآلية والمعتقدات السلبية الجنسية، هي صورة الجسم السلبية التي جاءت بنسبة ٢٨ % بين النساء ؛ والشعور بالألم والغضب أثناء ممارسة الجنس جاء بنسبة ٢٥ % بين النساء ، وعدم وجود إفرازات كافية أثناء النشاط الجنسي جاءت بنسبة ٢٤ % بينهن ، والمشاكل المتصلة بالأدوية بنسبة ١٧ % تقريباً ؛ في حين جاءت العوامل الأخرى أقل شيوعاً، بنسبة أقل من ١٠ % بين المستجيبات.

ووفقاً للمقارنة بين النساء اللاتي تعانين من الكرب النفسي ، والنساء اللاتي لا تعانين منه ، وجد الباحثون أن النساء الأكثر كرباً تعانين من القلق والتوتر حول ممارسة العلاقة الجنسية ، ويعتقدن أن أزواجهن لا يرغبون في ممارسة الجنس معهن أكثر من النساء اللاتي لا تعانين من الكرب النفسي ، وعندما طُلب من النساء اللاتي تعانين من الكرب النفسي تحديد أهم سبب في خفض النشوة الجنسية لديهن ، ذكروا القلق والتوتر ، بينما اللاتي لا تعانين من الكرب النفسي ذكرن أنهن أقل اهتماماً بممارسة الجنس ، بسبب عدم وجود الوقت الكافي للوصول إلى النشوة الجنسية خلال اللقاءات الجنسية الفعلية (Hilary , 2018).

أما عن الأفكار الآلية فقد تم الانتهاء من مسح لجميع الدراسات التي صدرت في الفترة ما بين ١٩٧٠ إلى ٢٠١١ ، وأشارت النتائج إلى أن انتشار اضطراب انخفاض الرغبة الجنسية يتراوح بين ٢٤ - ٤٣ % . ومن العوامل المسببة لهذه المشكلة عوامل حيوية أو بيئية أو نفسية . ومن بين العوامل النفسية ، نجد أن الإدراكات السلبية تؤدي دوراً مهماً في عسر الوظيفة الجنسية لدى السيدات . وتتكون العوامل المعرفية من ثلاثة مستويات رئيسية ، هي المعتقدات المعرفية الأساسية ، والمعتقدات الوسيطة ، والأفكار الآلية التي تسمح بمعالجة المعلومات في الحياة الجنسية ، وكذلك في جميع مجالات الحياة (Geonet , Sutter & Zech , 2012).

كما أن الأفكار الآلية تعوق التركيز على المنبهات المثيرة ، وهذه المعارف السلبية يمكن أن تكون مرتبطة بصورتهم الذاتية عن الجسم (على سبيل المثال ، أنا لست جميلة بما فيه الكفاية ، ويجب أن أكون فعالة) ، أو بأزواجهن ( على سبيل المثال ، هو مثير للاشمئزاز ) ، وتؤدي هذه الأفكار السلبية إلى نشأة بعض الانفعالات مثل القلق ، والخجل ، أو الشعور بالذنب .

ويتضح مما سبق أن هذه الإدراكات المشوهة يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على الاستجابة الجنسية ، حيث تقل الاستثارة الجنسية الذاتية. و بالتالي ، تُركز النساء أثناء الجماع على الأفكار بدلا من الاستثارة الجنسية (Geonet , Sutter & Zech, 2012) .

والمستوى الثالث من العوامل المعرفية الذى يتعلق بالأفكار الآلية هو محور الدراسة الراهنة ؛ حيث أن المخطط الجنسي، هو الذى يُنشط المُعتقدات الجنسية الذاتية السلبية . وينتج عن هذه المُعتقدات السلبية استجابات تتسم بالإدراك السلبي الذى لا صلة له بمهمة الجنس. على سبيل المثال، يمكن للمرأة الإيمان بالأفكار مثل "أنا بدينة وقيحة" ، أو "أنا لا ينبغي أن آخذ زمام المبادرة في النشاط الجنسي" (Nobre , 2003; Nobre & Gouveia, 2008) .

وأكدت دراسات واقعية وميدانية عديدة دور المتغيرات المعرفية في نشاط الوظائف الجنسية وأدائها. وتناولت هذه الدراسات دور التشوهات المعرفية والتعليلات المعرفية في تفسير ضعف الاستثارة الجنسية، وضعف الأداء الجنسي، وضعف الانتصاب، والرغبة الجنسية. وكذلك دور تشنيت الانتباه أثناء عملية الجماع في تفسير الفروق بين الرجال والنساء في ضعف الأداء الجنسي، وما يرتبط به من أفكار آلية ومعتقدات سلبية. وأيدت نتائج دراسات عديدة وجود التأثير السلبي للمعتقدات السلبية والأفكار الآلية على أداء الوظائف الجنسية، سواء أكانت لدى الرجال أو النساء الأسوياء جنسياً أو المرضى (Nobre & Gouveia, 2006) ؛ Carvalho & Nobre, 2010؛ ميشيل كاري ، ونسر ، مسيلز ، ٢٠٠١؛ الصبوة، ٢٠٠٩).

كما أكد هيومان ولويسول (1988) في البحوث الخاصة بصعوبات الاستثارة الجنسية أن مجموعة من المُعتقدات النمطية للمرأة تتعلق بالخلل الجنسي لدى السيدات، وتتكامل مع المُعتقدات المتصلة بالمحافظة على الجنس لدى السيدات والاستثارة الجنسية ؛ على سبيل المثال "المرأة لا تصبح محترمة إذا تحمست للمعلومات المثيرة" أو "المرأة لا تبدأ أي نشاط جنسي" أو "هزات الجماع المهبلي هي أكثر أنوثة"، كما تشمل أيضا أبعاداً تتعلق بدور العمر والمظهر الخارجي ؛على سبيل المثال "الجنس فقط للنساء تحت ٣٠ سنة" و "الحياة الجنسية للمرأة تنتهي مع سن اليأس" والمُعتقدات حول مطالب الأداء " ، والمرأة العادية تزداد لديها النشوة كلما مارست الجنس" ، و " كل النساء لديهن هزات متعددة للجماع " ، و " هناك شيء خطأ في المرأة إذا لم تتمكن من تحقيق النشوة بسهولة وبسرعة (Nobre & Gouveia, 2009).

أما عن صورة الجسم المُدركة ، فهي تُعد مكوناً أساسياً من مكونات حياتنا الجنسية. ويتأثر إحساسنا كثيرا بالآتي: كيف ننظر الى أجسامنا ، وكيف نتعرض أجسامنا للرغبة الجنسية والارتياح (Quigg & Want, 2011).



ويمكن أن تتأثر صورة الذات الجسمية بعدة عوامل " مثل الوزن ، وأهمية المظهر الجسمي ، ومفهومهن عن المظهر الجسمي الجيد ". كما تُؤثر صورة الجسم المُدركة على السلوك الجنسي؛ فالسيدات اللاتي لديهن صورة جسم إيجابية أكثر احتمالاً للانفتاح والقدرة على التعبير الجنسي (Greenberg , Bruess & Conklin , 2007).

وفحص الباحثون العلاقة بين صورة الجسم والنشاط الجنسي في مختلف الدراسات. لأن المرأة في مجتمعنا، وفي معظم المجتمعات في جميع أنحاء العالم، يتم الحكم عليها من خلال مظهرها من قبل الرجل، إلا أنها كانت محوراً للعديد من الدراسات التي تنظر في الآثار المترتبة على صورة الجسم السلبية على الإشباع الجنسي. وفي الدراسة الراهنة سنتحقق من دور صورة الجسم في التنبؤ بالاستثارة الجنسية لدى المتزوجات حديثاً ممن تُعانين من (ض ض س ج)، كما نُراجع الدراسات التي يمكن أن تساعدنا على فهم كيف أن صورة الجسم يمكن أن تؤثر على خبرات الاستثارة الجنسية والرضا والارتياح لدى المرأة ( Koff, Lucas, Migliorini & Grossmith , 2011).

وتبين أن ما بين النساء النشيطات جنسياً، ارتبطت مشكلات صورة الجسم بشكل أكبر مع استئصال الثدي<sup>1</sup>، و تساقط الشعر بسبب العلاج الكيميائي، والمخاوف من زيادة الوزن أو خسارته، واعتلال الصحة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، وصعوبة فهم الأزواج لمشاعر بعضهم بعضاً . و من بين ٣٦٠ من النساء النشيطات جنسياً، وجدوا أن من ٢٤% الى ٥٢% تُعانين من مشكلات في اثنين أو أكثر من مجالات الأداء الجنسي ، و ٢٨% تُعانين من مشكلة محددة أو خطيرة في منطقة واحدة على الأقل من مناطق الأداء الجنسي ( Fobair, Stewart, Chang, D'onofrio, Banks, Joan et al.,2006).

مما سبق عرضه نستطيع الوقوف على الآثار السلبية التي تُحدثها الأفكار الآلية السلبية في الاستثارة الجنسية وصورة الجسم لدى كثير من النساء مما يؤثر على حياتهن الزوجية بالسلب ، فذكريات الماضي التي تتعلق بجوانب محددة من الخبرات السلبية ، أو تاريخ الإساءة الجنسية ، أو القلق والخوف ، ومشاعر الاشمئزاز، والاكتئاب ... الخ ، يمكن أن تنعكس على كل الاستجابات النفسية والفسولوجية والاجتماعية ، ويمكن أن تتراوح من مشاعر الاشمئزاز إلى الخوف من أي علاقة حميمة مرتبطة بالنشاط الجنسي ، والتي تؤدي إلى اضطرابات عديدة ، ولكن ما يهمنا هو الاضطراب الذي نهتم بدراسته حالياً وهو (ض ض س ج). ويمكن لهذه

<sup>1</sup> - Mastectomy.

الصعوبات أن يكون لها تأثير سلبي جوهري على قدرة المرأة على الحفاظ على علاقات طويلة المدى بصفة عامة والعلاقة الزوجية بصفة خاصة.

ومن خلال ما سبق يمكننا تحديد مبررات إجراء الدراسة فيما يلي:

١. المساهمة في تحديد بعض العوامل المؤدية لظهور أعراض ض ض س ج لدى السيدات ، والمتغيرات الكامنة وراء استمراره وتطوره، وفحصها وتقييمها تقيماً نفسياً عيادياً.

٢. الاستئثار طبيعتها فسيولوجية ، ومع ذلك ترد قبل الرغبة وهي طبيعتها نفسية ، ومع ذلك وجدت الباحثة في معظم الدراسات ، أن بعض الباحثين لم يفرقوا بينهما بل يضعوهما وكأنهما مرادفين. وعلى النقيض من ذلك تبين أن التنبيه يولد الاستئثار الجنسية ، وهي بدورها تُولد الحاجة الجنسية ، والحاجة تُولد الرغبة والرغبة تُولد الدافع للإشباع الجنسي والدافع يُولد الفكرة، والفكرة تُولد القيام بالفعل أو الأداء الجنسي وهذا لم يذكر في الدراسات السابقة.

٣. الوقوف على الكيفية التي يتم بها تفسير هذا الاضطراب ، والتفرقة بينه وبين الاضطرابات المتداخلة معه . وذلك لأن الباحثة لاحظت من خلال عرض الإطار النظري أن هناك خطأ شديداً بين هذا الاضطراب واضطراب نقص الرغبة الجنسية، وغيرها من الاضطرابات الجنسية.

٤. كذلك دُرست اضطرابات الرغبة وغيرها من الاضطرابات الجنسية لدى الإناث بشكل كافي، ولكن لم تُدرس اضطرابات الاستئثار بشكل كافي، الأمر الذي يؤكد الندرة الشديدة في الدراسات السابقة ، وذلك في حدود علم الباحثة .

٥. لاحظت الباحثة ، أن الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب كانت على عينات مثل سرطان الثدي، ومرض نقص المناعة البشري المكتسب ، والسرطان ، والتصلب المتناثر.. الخ .

٦. تفتقر البيئة العربية عامةً ومصر خاصةً لمثل هذه البحوث في علم النفس المرضى الإكلينيكي، وذلك لأن نتائج الدراسات أُجريت على بيئات أجنبية وليس في بيئات مصرية أو عربية .

٧. في هذه الدراسة ، يُنظر إلى الاستثارة الجنسية لدى المرأة من منظور نظريات الدافعية ومعالجة المعلومات الجنسية كنماذج نظرية تُفسر الاستجابة الجنسية. لأن الاستثارة الجنسية ترتبط بقوة بالتفاعل بين نظام الاستجابة الجنسية و الدوافع التي تُنشط هذا النظام. ومن خلال هذه الدراسة سيتم مراجعة كل من العوامل الجسمية التي تؤثر على القابلية للاستثارة الجنسية ، والعوامل النفسية مثل الدافع ، والمعرفة ، والمزاج ، وسياق العلاقة بينها جميعاً أيضاً.

٨. كما تتبنى هذه الدراسة اضطراب الاستثارة لدى المتزوجات حديثاً ، وليس على مدى عمر الزواج .

ومن خلال ما سبق يمكننا تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في السؤال الرئيس الآتي:

• إلي أي مدى يسهم كل من المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، و صورة الجسم المُدركة في التنبؤ باضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات ؟ وينبثق عن هذا السؤال العام ثلاثة تساؤلات فرعية نعرض لها على هذا النحو:

١- هل توجد فروق جوهرية بين السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات في المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية(والانفعالات السلبية ، وأداء السلوك الجنسي ) ، وصورة الجسم المُدركة وقائمة ضعف الاستثارة الجنسية ؟

٢- هل توجد علاقات ارتباطية جوهرية بين كل من المعتقدات الجنسية السلبية والأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدركة واضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، وبين بعضها بعضاً لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات ؟

٣- هل يمكن التنبؤ بشدة الاستثارة الجنسية كمتغير محكى ، لدى كل عينة من عيني الدراسة ، من كل من المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية و صورة الجسم المُدركة كمتغيرات منبئة ؟

**مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها**

أولاً : اضطرابات ضعف الاستثارة الجنسية(ض ض س ج) لدى السيدات .

تنقسم الاضطرابات الجنسية لدى السيدات إلى أربع اضطرابات أساسية ، هي: اضطرابات ضعف الاستثارة الجنسية ، واضطرابات الرغبة الجنسية ، واضطراب النشوة الجنسية (هزة الجماع)، واضطراب الألم الجنسي<sup>1</sup> . ولكن ما يهمنا في هذا الصدد هو اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية للسيدات ، وهو موضوع الدراسة الراهنة .

(ض ض س ج) لدى السيدات ، والمعروف أيضاً بزملة كانديس<sup>2</sup> ، أو اضطراب الاهتمام الجنسي ، هو اضطراب يتسم بالعجز المستمر أو المتكرر لتحقيق الاستثارة الجنسية الكافية أو الحفاظ عليها حتى الانتهاء من النشاط الجنسي ( Behave Net. Retrieved Female Sexual arousal disorder, 2013). ويظهر في عدم وجود استثارة ذاتية أو نقص في الاستجابات الجنسية المهبلية أو أي استجابات جنسية أخرى ، الأمر الذي يؤدي إلى الكدر الشخصي ( Basson , Berman , Burnett, Derogatis , Ferguson , Fourcroy et al. , 2001).

ويتم وصف التعريف الطبي النفسي لاضطراب ضعف الاستثارة الجنسية للسيدات على أنه "عدم وجود بلل أو رطوبة بالأعضاء التناسلية<sup>3</sup> والإفرازات قبل وأثناء ممارسة الجنس" . وفي ظل الظروف الطبيعية ، يؤدي المثبر الجنسي إلى زيادة في تدفق الدم إلى الأعضاء التناسلية<sup>4</sup> ، الأمر الذي يجعل جدار الشفرين والمهبل يتضخم ، ليصبح المهبل رطباً ؛ وأكبر من أجل استيعاب القضيب<sup>5</sup> ( Basson , Berman , Burnett, Derogatis , Ferguson , Fourcroy et al. , 2001).

## الأطر النظرية المفسرة لاضطرابات ضعف الاستثارة الجنسية للسيدات .

١- نموذج ماسترز و جونسون **Masters and Johnson** لدائرة الاستجابة الجنسية:  
وضع ماسترز و جونسون أول نموذج تجريبي يُفسر الاستجابة الجنسية للإنسان ، والتي مهدت الطريق لفهمنا الوظيفة الجنسية وعسرها من خلال المراحل الأربع المتتالية لدورة الاستجابة الجنسية وهي الإثارة ، والهضبة ، والنشوة الجنسية ، والقرار . ووفقاً لماسترز وجونسون فإن مرحلة

<sup>1</sup> - Sexual Pain Disorders.

<sup>2</sup> - Candace syndrome.

<sup>3</sup> - genital swelling.

<sup>4</sup> - the genitals.

<sup>5</sup> - accommodate a penis.

الإثارة تبدأ في الاستجابة عند أي شكل من الأشكال المعرفية والحسية والحركية، أو التنبيه الوجداني الذي ينتج المشاعر المثيرة والأحاسيس لدى الرجال و النساء . وتعد الاستجابة الجنسية محصلة لهذا التنبيه المثير وهو زيادة في توتر العضلات في جميع أجزاء الجسم (تأثر عضلي) واحتقان الأوعية الدموية<sup>1</sup> ، لاسيما في منطقة الأعضاء التناسلية. ولدى الرجال ، فإن هذا الاحتقان يؤدي إلى انتفاخ العضو الذكري. أما لدى النساء فإنه يؤدي إلى تورم الأنسجة في الحوض والبظر ، جنبا إلى جنب مع سيولة المهبل وتورم الأعضاء التناسلية الخارجية مع استمرار التنبيه الجنسي ، ويحدث عدد من التغيرات الفسيولوجية الأخرى ، بشكل عام ، بحيث تُصبح أكثر وضوحا خلال مرحلة الهضبة ( على سبيل المثال ، زيادة معدل ضربات القلب ، والتنفس ، وضغط الدم ، وارتفاع الخصية عند الذكور وتضخم الثدي عند الإناث). هذه التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بمرحلة الإثارة تخضع للتعتيل من خلال منبهات دخيلة ، وتوقف التنبيه المثير أو الحالة المزاجية السلبية أو المعرفية في الموقف الطبيعي ، ومع ذلك ، قد يتم استعادة التنبيه الجنسي من خلال استئناف التحفيز والحفاظ على بيئة جنسية مواتية ( IN: Malatesta & Adams, 2002 ).

ويمكن وصف مرحلة الهضبة<sup>2</sup> من خلال (أ) تكثيف التغيرات الفسيولوجية والعضلات وذلك إذا تم استمرار المنبهات المثيرة ، و(ب) ثبات الهضبة في هذه التغيرات ، مما يدل على وجود درجة عالية من الاستثارة الجنسية اللازمة لتحريك هزة الجماع. ويمكن أن تكون قصيرة لاسيما بالنسبة للقذف المبكر عند الرجال ، أو الطويل أكثر من اللازم بالنسبة للنساء اللاتي تعانين من صعوبة في الوصول لهزة الجماع. أما مرحلة هزة الجماع فهي تمثل انتشار الاستجابة الفسيولوجية لكامل الجسم من تورم في الأنسجة وتأثر عضلي وصولا إلى أقصاه ويتم تفريغها من خلال هزة الجماع. فهزة الجماع تبدأ لدى كل من الرجل والمرأة مع تقلصات لا إرادية في الأجهزة التناسلية الداخلية ، يليها القذف عند الذكور وتفاوت كبير في استجابة الإناث. والرجل يدخل مرحلة القرار أو فترة المقاومة الحرارية. وكي يعيد هزة الجماع أمر مستحيل. هذه المرحلة تشهد فروقا كبيرة بين الرجال (على سبيل المثال ، توصف على أنها وظيفة مرتبطة بالعمر). وفيما يخص المرأة ، تحدث هذه العودة ببطء أكثر ، و يمكن تكرارها من خلال إعادة التنبيه الجنسي الفعال (IN: Malatesta & Adams , 2002).

<sup>1</sup> vasocongestion.

<sup>2</sup> Plateau.

ولأن هدف ماسترز وجونسون هو وضع إطار موضوعي وقابل للقياس ، قاما بالتركيز في نموذجهما على علم وظائف الأعضاء الطرفية في وصف الاستجابة الجنسية (على سبيل المثال، عمليات تورم الأنسجة للمناطق التناسلية والتغيرات اللاإرادية الأخرى). ومع ذلك ، فقد تم انتقاد نموذجهما لتجاهل العمليات المعرفية والوجدانية المهمة ، فضلا عن التفاعل بين المكونات الفسيولوجية ، والمعرفية ، والوجدانية. وعلى صعيد متصل ، تعرض النموذج لانتقادات لأنه لم يتضمن مرحلة الرغبة الجنسية ضمن إطاره ( Kellogg & Krychman , 2011 ؛ من خلال : كمال خلف ، ٢٠١٥ ، ٣١).

## ٢- نموذج "كابلان" Kaplan ثلاثي الأطوار :

ويعد هذا النموذج أحد النماذج التي دمجت مرحلة الرغبة الجنسية ضمن دورة الاستجابة الجنسية للإناث. ورغم أنه يُلاحظ - على العكس من النموذج السابق - عدم وجود المحدد الوجداني المعرفي الدافعي. فقد وصف كل من ليف وكابلان الحاجة إلى عنصر الرغبة كمرحلة جنسية مستقلة لوضع تصور لدورة الاستجابة الجنسية بشكل أفضل. والرغبة الجنسية لها عديد من المحددات ، فتتميز حالة المشاعر الذاتية بالميل والدافع لممارسة الجنس. وأشار ليف وكابلان إلى أنه أثناء الممارسة العيادية وجد أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في مرحلة الرغبة يمثلون جزءا كبيرا من المرضى الذين يسعون للعلاج الجنسي. وعلى الرغم من تمسك ليف بنموذج الخمس مراحل ، فإن تصور كابلان يعد نموذجا ثلاثي الأطوار، و يتألف من الرغبة ، والإثارة وهزة الجماع، على الرغم من الافتراض بأن مرحلة الرغبة الجنسية تتم من خلال تنشيط الجهاز الطرفي (IN: Malatesta & Adams , 2002).

## ٣- نموذج باسون Basson :

واستند باسون في نموذجه إلى أن المفاهيم الحالية للاستجابة الجنسية للمرأة تقر بتداخل المراحل حتى من دون الشعور بالرغبة الجنسية في لحظة معينة ، وتوافق النساء على اللقاء الجنسي لأسباب عديدة، شرط أن يكون هناك اهتمام كاف للتنبيه الجنسي المناسب والقدرة على الاستمرار في تركيز الانتباه ، ويليه الاستثارة الذاتية. وترافق هذه الحالة المعقدة من الإثارة الأفكار والمشاعر الإيجابية ، ثم تحدث الرغبة الجنسية ، جنبا إلى جنب مع مزيد من الإثارة. كما أن الخبرات الجنسية الإيجابية توفر مزيداً من الدافع الجنسي للدخول في علاقة جنسية مرة أخرى. ويسمح فهم الدورة الجنسية للمرضى والأطباء بتحديد نقاط التوقف أو الاضطراب ، ونظرا للعلاقة القوية بين وظيفة المرأة الجنسية والصحة النفسية ، فمن الضروري أولاً علاج هذه العلاقات خاصة إذا أخذت الجانب السلبي (Basson , 2000 ; Basson , 2008).

#### ٤- النماذج التفاعلية لمراحل الدورة الجنسية :

الفرض الأساسي الذي تقوم عليه النماذج التفاعلية هو أن العلاقات المتبادلة بين مختلف أبعاد الإثارة الجنسية هي الحاسمة في تحديد الخبرة الجنسية. وتتضمن أبعاد الإستثارة الجنسية المكونات الفسيولوجية والمعرفية والوجدانية. ومن هذا المنظور ، فإن الإثارة الجنسية لا يمكن تعريفها على نحو كاف دون تسليط الضوء على الدور الحاسم للعوامل المعرفية والخبرة الذاتية في تحديد الاستجابة لحافز معين على نحو جنسي.

وقد وضع عدد من المنظرين نماذج تفاعلية لتفسير الاستجابة الجنسية. و سمة مشتركة تُشيع بين هذه النماذج وهي التركيز على العمليات المعرفية والوجدانية كعملية وسطية بين الإثارة الجنسية، والوصول لهزة الجماع. أيضا يتم التركيز بشكل خاص على إدراك دور التفعيل الفسيولوجي (أو التعطيل) ومعالجة العوامل المثيرة وغير المثيرة ، Malatesta & Adams (2002).

#### ٥- نموذج ديفيد بارلو في عُسر الوظيفة الجنسية:

وفي نموذج بارلو (١٩٨٦) لعسر الوظيفة الجنسية تم تطوير و صقل الإطار التجريبي؛ حيث افترض بارلو تسلسل العمليات التفاعلية التي تؤدي إلى كفاءة الوظيفة الجنسية أو عسرها. ففي حالة عسر الوظيفة الجنسية ، ينظر إلى الموقف الجنسي من قبل الفرد بأنه مُهدد ولا يمكن السيطرة عليه. وهناك توقعات بالقلق وصعوبة في الأداء، فالفرد يستجيب انفعاليا لهذه التصورات مع تقييم الانفعال السلبي.

ووفقا لبارلو ، فإن هذه المرحلة تعد تحولا حاسما في الاهتمام الذي يحدث بسبب التركيز على المنبهات المثيرة (على سبيل المثال ، الزوج). إلى التركيز الداخلي وتقييم الذات بدرجة أكبر. كما أن الاستجابة الانفعالية تؤثر أيضا على الاستثارة الآلية ، والتي وفقا للدراسة التجريبية تشد مزيداً من تركيز الانتباه. واستمد هذا النموذج دعما متزايدا من خلال الدراسات التجريبية بمشاركة النساء والرجال. وتشير بعض الدراسات إلى أن انخفاض فعالية الذات لها تأثير سلبي كبير ، كما أن القلق، أو الاستثارة الذاتية المنخفضة قد يؤدي إلى انخفاض الإستثارة الفسيولوجية (Malatesta & Adams , 2002).

#### ثانياً: مفهوم الأفكار الآلية

ويعرفها "آرون بيك" على إنها تيار من التفكير، وهذه الأفكار ليست مقتصرة على المرضى النفسيين، لكنها شائعة عند الأسوياء، ويكونون بالكاد واعين لهذه الأفكار معظم الوقت (جوديث بيك، ٢٠٠٧: ١٢٥). وقد وصفها "بيك" بأنها الأفكار التي تتكون دون منطوق، وعادة يقبلها المريض على أنها صحيحة دون اختبارها، وتسبب المشاعر السلبية (Steigerwald & Stone, 1999). وهي مثل الكلمات الواقعية أو الأخييلة التي تدور في عقل الشخص متعلقة بالمواقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية (جوديث بيك، ٢٠٠٧: ١٢٥).

كما اجريت دراسة للتحقق من العلاقة بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية، والإنفعالات السلبية، و(ض ض س ج) أثناء الجماع لدى السيدات. وأجريت الدراسة على ٤٩١ فرداً (١٦٣ سيدة، ٢٣٢ رجلاً) دون مشاكل جنسية، ٤٧ سيدة، و٤٩ رجلاً يعانون من مشكلات جنسية، وأشارت النتائج الى وجود علاقة جوهرية بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية، والإنفعالات السلبية، و(ض ض س ج) لدى الجنسين، وتدعم هذه النتائج النموذج المعرفي للاضطرابات الجنسية لدى السيدات الذي يتكون من الأفكار الآلية السلبية والتأثير الاكتنابي وانخفاض الشهوة الجنسية الذاتية (Nobre & Gouveia, 2008).

### الأطر النظرية المفسرة للأفكار الآلية الجنسية السلبية .

#### ١- النموذج المعرفي -الانفعالي لبارلو Barlow:

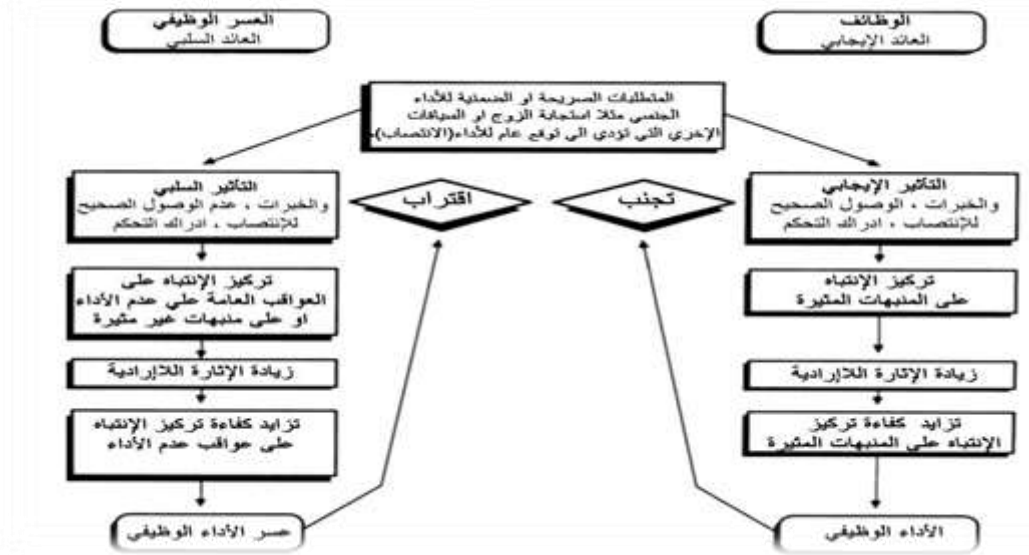
قد وضع ديفيد بارلو النموذج المعرفي - الانفعالي لتفسير الاضطرابات الجنسية (الصبوة، ٢٠٠٩). ويقوم النموذج على مبادئ النظرية المعرفية حول المخططات المعرفية أو المعتقدات الأساسية التي تشكل أفكارنا عن أنفسنا، والآخرين، والمستقبل والتي تعتبر مسئولة عن المعاني المسندة إلى الأحداث. كما يتم التركيز على الأفكار التي لدينا عن أنفسنا والمتمثلة في مفهوم الذات، والذي يقوم بدور مركزي. وكذلك الاهتمام بتفعيل المخططات الذاتية عند مواجهة مواقف فاشلة جنسيا (على سبيل المثال، تقييم الأحداث الجنسية على أنها سلبية من قبل المشاركين، ومن ذلك: عدم وجود رغبة جنسية، والاستثارة، وهزة الجماع، ووجود ألم).

فمن خلال تفعيل المخطط تنتج مجموعة من الأفكار 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 الأساس في شكل "إذا.... إذن". وهذه القواعد الشرطية تؤدي دورا



مركزياً، لأنها تنص على الشروط اللازمة لتفعيل المخططات المعرفية. فكلما استوفى حدث جنسي القواعد التي يحددها الاعتقاد الجنسي، يتم تنشيط المخططات المعرفية المتطابقة (Nobre, 2009).

ويمكن لعدد كبير من الأفكار الآلية إحداث تشنيت معرفي ومنعهم من أداء وظيفتهم بشكل طبيعي. فهذا النوع من التفكير ينشأ قبل النشاط الجنسي وي طرح في شكل أسئلة من مثل "هل ستكون لدي الرغبة إذا قام زوجي بالمداعبة؟ وهل سيغضب إذا قلت لا؟، ويجب أن أستيقظ مبكراً غداً، ويمكن أن يسمعون الأطفال". وهذا كله يتدخل في اللحظات الأولى من العلاقة الجنسية الحميمة. فهذا النوع من الأسئلة يدمر وظيفة الإستثارة والرغبة الجنسية مباشرة من البداية (Hubin, sutter & Reynaert , 2011).



شكل ( ١ ) النموذج المعرفي - الاتفغالي لبارلو(من خلال؛ كمال خلف، ٢٠١٥، ص ٣٥).

### ثالثاً : صورة الجسم المدركة

بدأ الاهتمام بالدراسة النظرية لمفهوم صورة الجسم منذ بداية القرن العشرين وظهر في أعمال "سكيلدر (1935) schelder ، ومع بروز أهمية مفهوم صورة الجسم كمحدد للتوافق النفسي والاجتماعي للفرد في مجال علم النفس بصفه عامة ،وعلم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة ، تعددت التعريفات النظرية والاجرائية المقترحة لهذا المفهوم ؛ فقد عرف "تومبسون" (1990) Thompson ، صورة الجسم بأنها "الصورة التي يكونها الفرد في ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم ،إلى جانب المشاعر التي تتعلق بهذه الصورة".

ويري ثومبسون أن صورة الجسم تشير للمظهر الخارجي للجسم من حيث تقييم الشخص لكل ما يتعلق بمظهره الجسدي ؛ إذ يركز علي الجانب المعرفي وهو دقة إدراك حجم الجسم والوزن، والجانب الشخصي أو الذاتي والذي يهتم بجوانب الرضا عن الجسم والاهتمام به ، والجانب السلوكي والذي يركز علي تجنب المواقف التي تؤدي للشعور بعدم الارتياح تجاه مظهر الجسم .

وبمراجعة نتائج ٢٩ دراسة كان الهدف منها تقييم الوعي الجسدي حول الوظيفة الجنسية للإناث. وصُنفت إلى ثلاثة فئات: (١) التركيز الحسي ، و(٢) التعقل أو التأمل ، و(٣) المعالجة المختبرية بالوعي الجسدي . وذلك بهدف التعرف على الوعي الجسدي كمجال ذي أهمية للجنس الأنثوي التي تهدف إلى زيادة الوعي الجسدي من ناحية ، و تعزيز الاستجابة الجنسية للعديد من النساء بما في ذلك النساء ذوات الإثارة الجنسية المنخفضة ، ونقص الرغبة الجنسية الشديد ، وفقدان الشهوة ، والألم الجنسي سواء أكان في العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية من ناحية أخرى ، وأشارت النتائج إلى أن الوعي الكامن بالجسد أدى إلى زيادة الإثارة الجنسية (Seal & Meston, 2018).

## الأطر النظرية المفسرة لصورة الجسم المدركة.

### ١- النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في تفسير صورة الجسم:

وينص هذا النموذج على أنه يمكن للمشكلات الجنسية أن تتطور بسبب العوامل الحيوية والجسمية، والنفسية، والاجتماعية، أو مزيج من كل هذه العوامل. وقد تتداخل العوامل الحيوية مع الوظيفة الجنسية وتشمل المشكلات الطبية، والتغيرات الهرمونية، والأدوية، والعوامل النفسية التي قد تؤدي دوراً مهماً ومنها القلق، والاكتئاب، والتوتر، والإساءة الجسمية، و صورة الجسم السلبية.

كما أن ذكريات الأحداث الصدمية الجنسية يمكن أن تؤثر إلى حد كبير على الكيفية التي يعمل بها الشخص عن طريق الاتصال الجنسي . وكذلك، العوامل الاجتماعية وبين الشخصية يمكن أن تؤثر سلبياً على الوظيفة الجنسية وتشمل مشكلات العلاقة، والمعتقدات الدينية، والمعتقدات الثقافية، والتنشئة أو التربية ، كما هو موضح بالشكل (٢ - ٧) .

#### العوامل الفسيولوجية:

- المشكلات العصبية "١"
- أمراض القلب والأوعية الدموية "٢"
- سرطان.
- اضطرابات بولية تناسلية "٣"
- الأدوية.
- زملة التعب "٤"
- فقدان الهرمونات أو الشذوذ "٥"

#### العوامل النفسية :

- الاكتئاب /القلق.
- الاعتداء الجنسي أو الجسدي
- المسبق "٦"
- التوتر.
- تعاطى المخدرات وشرب
- الكحوليات "٧"

## الاضطرابات الجنسية لدى السيدات

### التأثيرات الاجتماعية والثقافية

- عدم كفاية التعليم inadequate education
- الصراعات الدينية، أو الشخصية، أو القيم الأسرية.
- المحرمات المجتمعية societal taboos

### العلاقات بين الشخصية :

- أداء الزوج أو الزوجة وأسلوبه. "٨"
- عدم وجود زوج. "٩"
- نوعية العلاقة والصراع. "١٠"
- قلة الخصوصية. "١١"

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ( Morrison, 2013, 33 )

## ٢- نظرية المقارنة الاجتماعية

تؤكد نظرية المقارنة الاجتماعية، والتي صاغها فستنجر عام 1954 Festinger ، أن الأفراد لديهم دافع لتقييم آرائهم وقدراتهم ، وفي غياب المعايير الموضوعية وغير الاجتماعية ينخرط الأفراد بمقارنة أنفسهم مع الآخرين كلما أمكن ذلك ، ومن المسلم به أن النقطة المرجعية المستخدمة في عملية المقارنة ربما تكون شخصاً آخر مختلفاً عن الفرد ، كما أن هذه المقارنات تحدث عبر عدد من الأبعاد مثل المظهر الجسمي ، وعادات الأكل ، وتتناثر العواقب الوخيمة لعملية المقارنة باتجاه المقارنة ( سواء أكانت صاعدة أو هابطة ) ، وبخصائص الهدف ( سواء أكان شاملاً أو خاصاً ) .

وتشير الأبحاث أيضاً إلى أن المقارنات الاجتماعية القائمة على المظهر الجسمي تميل إلى الصعود بدلاً من الهبوط ، مما يترتب عليها عادة انحرافات في الإدراكات الذاتية للجاذبية، حيث أن الميل لمقارنة مظهر الفرد الجسمي مع النماذج الموجودة في إعلانات المجالات يرتبط بشكل سلبي بالتقييم الذاتي للجاذبية ولصورة الجسم ( Morrison, Kalin, & Morrison, 2004).

2004

## ٣- نظرية الموضوع :

تقوم نظرية الموضوع بوضع إطار لفهم نتائج الدراسات التجريبية التي أجريت على السيدات في ضوء العوامل الثقافية ، حيث ترى المرأة موضوعاً جنسياً طبقاً لصورة جسدها. وجزء من خبرتها كسيدة أنها تُعامل ككائن جنسي ، وأن المرأة عبارة عن جسد ينبغي النظر إليه و

تقييمه على هذا الأساس ، وهذا الجسد هو المحدد للعملية الجنسية ، Noll & Fredrickson (1998).

وتفترض النظرية أن على المرأة التكيف وتقبل آراء الآخرين في جسدها واتجاهاتهم نحوه. ووفقاً لهذا المنظور تبدأ المرأة في مراقبة جسدها بصفة مستمرة. والذي بدوره ، يزيد من شعوره بالخزي والقلق ، كما يقلل من إدراكها الحقيقي للجسد. وقد يؤدي تراكم مثل هذه الخبرات إلى عدد من مخاطر الصحة النفسية وإصابتها ببعض الاضطرابات منها (الاكتئاب أحادي القطب ، والاضطرابات الجنسية ، واضطرابات الأكل) (Szymanski , Moffitt & Carr , 2011).

#### ٤- نظرية التفاوت الذاتي<sup>1</sup>

قدم هيجينز ( ١٩٨٧ ) Higgins هذه النظرية ليبين كيف يمكن للخبرات الحياتية والميول المزاجية أن تؤدي إلى حدوث عديد من المشكلات النفسية، بما في ذلك عدم الرضا عن الجسم . وتفترض هذه النظرية ثلاثة أبعاد للذات ، هي كالاتي : الذات الفعلية ( ما يدركه الأفراد عن أنفسهم وسماتهم الشخصية ) ، ومن المهم أن تكون هذه التصورات أو الإدراكات هي التي تشكل الذات الفعلية ، كما أن هذه التصورات لها علاقة بصورة الجسم ، حيث أنه غالباً ما يدرك الأفراد شكل وحجم أجسامهم بشكل خاطئ. أما البعدين الآخرين للذات فيساهمان بشكل كبير في توجيه وتحفيز الفرد ، هما كالاتي : الذات الواقعية ( والتي تشير إلي السمات التي يعتقد الفرد أو الآخرين أنه ينبغي عليه أن يمتلكها ، مثال : يتوقع والدي أن أكون محامياً، كما تمثل قيام الفرد بالواجبات والمسئولية ) ، وألذات المثالية ( وهي ما يرغب فيه الأفراد أو السمات التي يود الفرد امتلاكها أو ما يتطلع إليه الفرد أن يصبح عليه ) ، وتعكس هذه الذات بشكل خاص معايير المجتمع والثقافة عن الجاذبية ، وبالتالي عند مقارنة الفرد لذاته الفعلية مع المثل المجتمعية .ومن المرجح أن يكون الفرد أقل توافقاً مع هذه المعايير ، مما يؤدي إلي وجود تفاوت ذاتي مرتبط بالجسم ، مما يترتب علي هذه التفاوتات من مشاعر سلبية كالاكتئاب والقلق والشعور بالخزي والخجل ، والتي سترتبط بعديد من العواقب النفسية والسلوكية للفرد . وطبقاً لهيجينز فإن التعرض لوسائل الإعلام أيضاً إما أن تنشط هذه التفاوتات أو التناقضات المثالية ( من خلال الوسائط المعروضة التي تحتوي علي صور تعبر عن المعيار المثالي للجمال ، أو تنشط التباينات الواقعية أو ما يجب علي الفرد اتباعه ( كالصور التي تحتوي علي أشخاص يعانون من السمنة والعواقب الصحية والنفسية والسلوكية) (Lantz, Gaspar, DiTore, Piers, & Schaumberg, 2018 ; Woodman & Hemmings, 2008 ; Vartanian, 2012).

<sup>1</sup> - self-Discrepancy Theory.

## الدراسات السابقة

أُجريت دراسة كان الهدف منها ، التحقق من تأثير المتغيرات المعرفية والانفعالية على الاختلالات الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً . بلغت عينة الدراسة ٢٠٧ سيدة (١٦٠ بدون مشكلات جنسية ، و ٤٧ بتشخيص اختلال الوظيفة الجنسية وفقاً للدليل التشخيصي الرابع . وطبق عليهن مجموعة من المقاييس للكشف عن دور المتغيرات المعرفية والانفعالية في تشكيل الاختلالات الجنسية ، من اختبار تنشيط المخططات المعرفية في السياق الجنسي<sup>١</sup> ، واختبار المعتقدات الجنسية المختلة<sup>٢</sup>، واختبار النشاطات الجنسية<sup>٣</sup> ، واختبار الأفكار الآلية الجنسية الشاذة<sup>٤</sup> ؛ والأداء الجنسي . وأشارت النتائج إلى أن معظم النساء ذوات تشخيص اختلال الوظيفة الجنسية تنشط لديهن مخططات عدم الكفاءة عند مواجهة المواقف الجنسية الفاشلة. بالإضافة إلى ذلك، عدم وجود الأفكار المثيرة وزيادة تركيز الانتباه على الفشل وتشتيت الأفكار<sup>٥</sup> أثناء النشاط الجنسي.

وأظهرت النتائج أيضاً أن بعض العوامل المعرفية والانفعالية قد ارتبطت بمختلف الاضطرابات الجنسية الإكلينيكية. وتبدو المعتقدات الجنسية المحافظة وثيقة الصلة بانخفاض الرغبة الجنسية وإلى حد ما بصعوبات الاستثارة لدى السيدات المشخصات . وتبدو المعتقدات الخاصة بصورة الجسم والأفكار الآلية التي تركز على مظهر الجسم مرتبطة بقوة باضطراب هزة الجماع . وفيما يتعلق بالانفعالات، كان الخوف أقوى منبئ بالتشنج المهبل، بينما ارتبط الحزن ، وخيبة الأمل<sup>٦</sup>، والشعور بالذنب، وعدم وجود المتعة والارتياح ارتباطاً وثيقاً باضطراب انخفاض الرغبة الجنسية (Nobre & Gouveia , 2008) .

وأجريت دراسة حول الآثار الإيجابية والسلبية للاستجابة المهبلية الفسيولوجية على الاستثارة الجنسية للمرأة. شملت العينة ١٥ من السيدات المضطربات جنسياً و ١٦ من السيدات السويات، و طبق عليهن اختبار الاستثارة الجنسية الذاتية وقياس الاستثارة الجنسية الفسيولوجية عن طريق سعة نبض المهبل، والمتوقع الحصول عليها نتيجة مشاهدة فيلم جنسي. وأشارت النتائج إلى أن الآثار الإيجابية أدت إلى زيادة في مستويات الاستثارة الجنسية الذاتية، بينما انخفضت

<sup>1</sup> -Cognitive Schema Activation in Sexual Context (QC SASC).

<sup>2</sup> - Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire(PDBQ).

<sup>3</sup> -Sexual Modes Questionnaire (SMQ).

<sup>4</sup> -Disengagement thoughts.

<sup>6</sup> - disappointment .

مستويات الاستثارة الذاتية مع الاسترجاعات السلبية لدى كلتا المجموعتين. وأشارت نتائج السيدات السويات إلى توقعات مرتفعة لمستويات الشهوة الجنسية عن المضطربات في الاستجابات الإيجابية، إلا أنها لم تؤثر بشكل كبير على الاستجابة الفسيولوجية، بينما انخفضت الشهوة الجنسية والاستجابة الفسيولوجية للمضطربات مع الاستجابات السلبية عن النساء السويات بشكل ملحوظ ( McCall & Meston, 2007 )، وتوصلت إلى النتائج ذاتها دراسة مشابهة أجراها ستون وآخرون (٢٠٠٩) بهدف تحديد التباين بين استجابة الانتصاب المتوقعة والاستجابة الفعلية على ٥٧ مشاركاً و ٥٨ مضطرباً جنسياً من الرجال ( Stone, Clark, Sbrocco & Lewis, 2009).

ويعد الإلهاء من أهم الأساليب العلاجية المعرفية التي تؤدي دوراً مهماً في التخلص من الخلل الجنسي و صعوباته (Geer and Fuhr, 1976) ، ومن ثم فقد كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الأفكار الآلية السلبية التي تحدث خلال النشاط الجنسي. وتكونت عينة الدراسة من ١٩١ من السيدات ممن أجبن عن بنود مجموعة من الاستفتاءات لتقييم وظيفة النشوة، والأفكار الآلية خلال النشاط الجنسي ، والإلهاء ، والتشتيت المعرفي. وقد تم تقييم الوصول للنشوة كمؤشر للوظيفة الجنسية لدى السيدات ، وتم تقييم دور الأفكار الآلية من خلال اختبار التقلبات الجنسية (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008) ، والإلهاء المعرفي عن طريق مقياس الإلهاء والتشتيت المعرفي (Dove and Wiederman, 2000). وأشارت النتائج إلى أن عدم وجود الأفكار المثيرة للرغبة والاستثارة أثناء النشاط الجنسي هو أفضل مؤشر لل صعوبات الجنسية للمرأة. وكانت أفكار الاعتداء الجنسي، والفشل في الارتباط بالأفكار الآلية ، وعدم مودة الزوج ، والسيطرة الجنسية السلبية، وعدم وجود الأفكار المثيرة كانت أعلى بكثير لدى السيدات اللاتي تعانين من صعوبات الاستثارة الجنسية مقارنة بالنساء الطبيعيات عن طريق الاتصال الجنسي (Cuntima & Nobre ,2011).

وبناءً على فروض نظرية الموضوع التي تنص على أن المرأة عبارة عن جسد ينبغي النظر إليه وتقييمه على هذا الأساس وهذا الجسد هو المحدد للعملية الجنسية (Noll & Fredrickson, 1998) ، أجريت دراسة بهدف الكشف عن العلاقة بين تقدير صورة الجسم والوظيفة الجنسية عند النساء وتقييم ما إذا كان حجم الجسم يتأثر بتلك العلاقة. وتم جمع البيانات من ٢٤٧ سيدة عبر شبكة المعلومات الدولية ، وتراوحت أعمارهن بين ١٨ و ٥٨ عاماً. وأشارت النتائج إلى أن درجة تقدير الإعجاب بصورة الجسم ذات علاقة سلبية بسيطة بمؤشر كتلة الجسم، في حين أن مؤشر كتلة الجسم لم يكن مرتبطاً بدرجات الوظيفة الجنسية. وبعد ضبط التوجه الجنسي ، ووضع الزوج ، والعمر، تنبأت صورة الجسم بالاستثارة الجنسية ، وهزة

الجماع ، وأيضاً بالرضا عن الوظيفة الجنسية ( Satinsky , Reece , Dennis , Sanders ) ( Bardzell , 2012 ).

وانتهت بعض الدراسات إلى أن عسر الجماع<sup>1</sup> ، هو واحد من أكثر الاضطرابات الجنسية لدى النساء شيوعاً ، حيث تراوحت نسبة انتشاره بين النساء قبل انقطاع الطمث التي تقل أعمارهن عن الأربعين عاماً بين ١٥ و ٢١ % . وقد ركزت الدراسات حتى الآن على العينات الإكلينيكية في المقام الأول، وتبين أن عسر الجماع يؤدي إلى الضعف الجنسي<sup>2</sup> ، والقلق، ومشاعر عدم الاكتفاء الجنسي. ومع ذلك، لا يعرف إلا القليل عن صورة الجسم و الصورة الذاتية للأعضاء التناسلية<sup>3</sup> . وكان الهدف من إجراء هذه الدراسة ، هو التحقق من صورة الجسم و الصورة الذاتية للأعضاء التناسلية لدى عينة من النساء قبل انقطاع الطمث مع عسر الجماع . وكانت العينة الاستطلاعية حوالي ٣٣٠ من النساء أُختيرت من على شبكة المعلومات الدولية، منها ١٩٢ ؛ أي (٥٨%) لديهن عسر الجماع ، و ١٣٨ أي (٤٢%) تُمثل العينة الضابطة من النساء اللاتي لا تُعانين من الألم الجنسي . وبمقارنة المجموعتين ، تبين أن مجموعة النساء اللاتي تعانين من عسر 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 ، كما ارتبط القلق بحالة الجماع. وأشارت هذه النتائج إلى أن النساء اللاتي تُعانين من عسر الجماع كانت صورة الجسم والصورة الذاتية للأعضاء التناسلية لديهن هي الأكثر ضعفاً بشكل جوهري ( Pazmany , Bergeron , ) (Oudenhove, Verhaeghe & Enzlin, 2013).

كان الهدف من عرض هذه الدراسة هو التعرف على الفروق الدقيقة في مكونات الاستثارة الجنسية الذاتية سواء الذهنية (مثل الصور الجنسية) ، أو الفسيولوجية (مثل الأعضاء التناسلية) والتي يصعب التعرف على الفروق بينها عبر أدوات التقرير الذاتي. وتكونت عينة الدراسة من ١٩٠ من السيدات اللاتي تُعانين من مخاوف الاستثارة على الانترنت ، و ٦١٠ دون مخاوف وكتابة تجاربهن عن الإثارة الجنسية. وقورنت بين المجموعتين ، أشارت النتائج إلى أن مجموعة النساء ذوات الإثارة الجنسية الذاتية اللاتي تُعانين من مخاوف الإثارة على الانترنت أقل بكثير من النساء اللاتي لم يكن لديهن مثل هذه المخاوف. كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن عوامل الإثارة الجنسية الذاتية وعوامل العلاقة التي قد تسهل أو تعرقل الإثارة

<sup>1</sup> -Dyspareunia.

<sup>2</sup> -Sexual inadequacy.

<sup>3</sup> -Genital self-image.

الجنسية قد تلعب أدواراً هامة في مخاوف الإستثارة الجنسية ( Handy, Stanton & Meston ,2018).

كان الهدف من عرض هذه الدراسة هو ارتباط انخفاض معدل ضربات القلب أثناء الراحة بضعف وظيفة الإستثارة الجنسية لدى النساء. وتوسعت الدراسة الحالية من خلال فحص فعالية الارجاع الحيوية لإنخفاض معدل ضربات القلب ، مع وبدون تدريب ذاتي ، كعلاج لإضطراب الاستثارة الجنسية. حيث تكونت عينة الدراسة من ٧٨ سيدة تم اختيارهن بطريقة عشوائية في واحدة من ثلاثة شروط: (١) الارجاع الحيوية لإنخفاض معدل ضربات القلب ، (٢) الارجاع الحيوية لإنخفاض معدل ضربات القلب مع التدريب الذاتي ، (٣) أو مراقبة قائمة الانتظار. وأخذت كل حالة ثلاث جلسات فى العيادة ؛ واستمعت السيدات فى حالة انخفاض معدل ضربات القلب لتسجيل تدريبي لمدة ١٤ دقيقة قبل استكمال الارتجاع الحيوي. وأشارت النتائج إلى اختلاف المشاركات فى الحالات الثلاث بشكل جوهري للإستثارة فى الإستثارة التناسلية ، والإستثارة الجنسية الذاتية ، وأحاسيسهم التناسلية المُدركة. مقارنة بالنساء فى المجموعة الضابطة ، وأشارت النتائج أيضاً الى أن النساء اللاتى شاركت فى الارتجاع الحيوي لإنخفاض معدل ضربات القلب مع وبدون تدريب إضافي ذاتي شهدت زيادات فى الإستثارة التناسلية ، والإستثارة الجنسية الذاتية ، والأحاسيس التناسلية المُدركة ( Stanton, Boyd, Fogarty & Meston, 2019).

وفى ضوء استقرار الباحثة للدراسات التى بحثت العلاقة بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدركة لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية بصفة خاصة ، والاضطرابات الجنسية للسيدات بصفة عامة ، وجدت ندرة فى الدراسات المهمة ببحث المتغيرين لدى تلك الفئة من المريضات . لذا تم التركيز على الدراسات التى بحثت العلاقة الارتباطية بين المتغيرين لدى عينات متباينة ، والدراسات التى فحصت كل متغير على حدة لدى عينة السيدات ذوات (ض ض س ج ) بما قد يشير إلى وجود علاقة بين المتغيرين كالتالى:

أجريت دراسة أخرى بهدف فحص آثار الوعي بصورة الجسم ومستويات تقرير الذات حول الجاذبية الجسمية وتأثيرها على الاستجابة الجنسية لدى ٢١ امرأة تعانين من عسر الوظيفة الجنسية. وقد تم مناقشة تأثير الوعي الذاتي أثناء النشاط الجنسي على نطاق واسع. ومع ذلك ، فقد ركزت البحوث إلى حد كبير على آثار القلق من الأداء ومن قوة الانتصاب لدى الذكور. وقد انتهت الدراسة إلى أن مخاوف صورة الجسم المدركة قد كان لها تأثير مماثل على الوظيفة



الجنسية لدى السيدات كما هي الحال بالنسبة لصورة الجسم المدركة لدى الرجال الخاصة بالانتصاب. ومع ذلك، فإن الدور الذي يؤديه المظهر الجسدي أو صورة الجسم المدركة ينصب على قوة الاستجابة الجنسية لدى السيدات . وأظهرت النتائج أن الوعي بجسد المرأة يرتبط بزيادة الاستجابة الجنسية الذاتية في الظروف التي لا يحدث فيها التثبيت المعرفي. وتجدر الإشارة بشكل خاص إلى أن العينة الحالية كانت تتكون من سيدات تعانين من عسر الوظيفة الجنسية ، وجميعهن كان لديهن صورة جسم منخفضة نسبيًا. كما أشارت النتائج إلى أن الاستثارة الجنسية الذاتية وإدراك الإستثارة الجنسية قد ازدادت استجابة للفرجة الجنسية في حالة الوعي بالجسد مقارنة بحالة عدم الوعي بالجسد ( Brooke & Cindy, 2010 ) .

وأجريت دراسة بهدف التحقق من الاستجابات الانفعالية والأفكار الآلية أثناء النشاط الجنسي بين السويات وذوي اختلال الوظيفة الجنسية. وتكونت العينة من ٣٧٦ (٤٧ امرأة و٤٩ رجلاً) مشخصين باختلال الوظيفة الجنسية ، كمجموعة حالة ، و١٦٠ امرأة و١٢٠ رجلاً كمجموعة مقارنة). طبق عليهن اختبار الانفعالات الجنسية، ومقاييس الوظيفة الجنسية كمؤشر لكفاءة الوظيفة الجنسية لدى الرجال ومؤشر لكفاءة الوظيفة الجنسية لدى النساء. وتكوّن اختبار الانفعالات الجنسية من ثلاثة مقاييس فرعية مرتبطة، وهي مقياس الأفكار الآلية، والاستجابة الانفعالية، والاستجابة الجنسية. وأظهرت النتائج أن كلاً من الرجال والنساء ذوات اختلال الوظيفة الجنسية لديهن استجابات انفعالية سلبية تثيرها الأفكار الآلية أثناء النشاط الجنسي. وأظهر كل منهما انفعالات مثل الحزن وخيبة الأمل والخوف والشعور بالذنب والغضب في مقابل المتعة والرضا لدى الرجال والنساء الأسوياء (Nobre & Gouveia, 2009) .

ووفقاً لنموذج بارلو لاختلال الوظائف الجنسية يؤدي القلق إلى تركيز الانتباه على الأداء الجنسي على حساب المنبهات الجنسية مما يثبط الاستثارة الجنسية، وهذه الخبرة السلبية تعزز القلق في العلاقة الجنسية المستقبلية، وستكون أولوية الانتباه للأفكار غير الجنسية المتعلقة بالأداء الجنسي. و من ثم انتهت نتائج الدراسة التي أجريت على عينة تكونت من ٨١ امرأة و٧٢ رجلاً إلى أن النساء كنّ 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 الأداء الجنسي بعيداً عن محتوى الأفكار، وتظهر الأفكار غير الجنسية بشكل متواتر مع المشاكل الجنسية لدى الجنسين. ووفقاً لنموذج بارلو يؤدي القلق إلى تسلسل الأفكار بشكل سلبي على الأداء الجنسي وصعوبة في رفضها، وإعادة التركيز على الأفكار المثيرة أثناء الأداء الجنسي ومزيد من المشكلات الجنسية. وتُدعم هذه الدراسة العلاج المعرفي الذي يستند على نموذج بارلو في العلاج الجنسي (Nelson & Purdon, 2011).

وأجريت دراسة بهدف تقييم دور الأفكار الآلية الجنسية السلبية وتأثيرها أثناء النشاط الجنسي في التنبؤ بحدوث النشوة الجنسية للسيدات والتحقق من دور المتغيرات الوسيطة في العلاقة بين النشاط الجنسي وحدوث النشوة الجنسية . وتكونت عينة الدراسة من ٩٢٦ سيدة تعانين من اضطرابات في النشوة الجنسية قبل انقطاع الطمث . وكشفت النتائج عن وجود ارتباط جوهري بين وجود الأفكار الآلية الجنسية السلبية وغياب الأفكار المثيرة أثناء النشاط الجنسي مما يؤدي الى توقعات سلبية للنشوة الجنسية للسيدات ، اذاً توجد علاقة ارتباطية جوهريّة موجبة بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية واضطراب النشوة الجنسية للسيدات ، كما أنها عملية وسيطة في العلاقة بين النشاط الجنسي وظهور النشوة الجنسية للسيدات ( Inês , Ellen & Pedro , 2017 ) .

## فروض الدراسة.

- ١- توجد فروق جوهريّة بين السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيّات في المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية (والانفعالات السلبية ، وأداء السلوك الجنسي ) ، وصورة الجسم المُدرّكة وقائمة ضعف الاستثارة الجنسية .
- ٢- توجد علاقات ارتباطية جوهريّة بين كل من المعتقدات الجنسية السلبية والأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدرّكة واضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، وبين بعضها بعضاً لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيّات .
- ٣- يمكن التنبؤ بشدة الاستثارة الجنسية كمتغير محكى ، لدى كل عينة من عينتي الدراسة ، من كل من المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية و صورة الجسم المُدرّكة كمتغيرات منبئة .

## منهج الدراسة وإجراءاتها

### منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج غير التجريبي (الوصفي الإرتباطي المقارن) ؛ حيث يهتم هذا المنهج بوصف الوضع الراهن لخاصية أو ظاهرة معينة ، وهي الكشف عن مدى إسهام الفروق بين السيدات المتزوجات حديثاً من ذوات اضطراب ضعف الإستثارة الجنسية (ض ض س ج ) في مقابل السيدات الطبيعيّات في كل من الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة

الجسم المُدرّكة . ويقتصر هنا دور الباحثة علي تصنيف المتغيرات وتفسير العلاقات بين المتغيرات ، بالإضافة إلى التنبؤ من كل من الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدرّكة بشدة اضطراب ضعف الإثارة الجنسية لدى العينتين . ويهتم المنهج الارتباطي ببحث العلاقة المتوقعة بين المتغيرات في شكل علاقات ارتباطية ومقارنات تصف الفروق بين مجموعتي الدراسة ، وتم اتباع هذا المنهج نظراً لأن الدراسة لا تتعامل مع علاقات سببية ، لأنها دراسة ميدانية لا يمكن فيها معالجة المتغيرات المستقلة مُعالجة تجريبية ، ولا يمكن ضبط جميع المتغيرات الدخيلة ولا التحكم فيها تحكماً عمدياً . وسنعرض لمكونات هذا المنهج على النحو التالي:

### أولاً : التصميم البحثي

استخدمت الدراسة الراهنة التصميم المُستعرض لمجموعة الحالة (ض ض س ج ) في مقابل مجموعة المقارنة" ( الطبيعيات ) . ويعتمد هذا التصميم على قياسات للخصائص في الوقت الحاضر، باختيار مجموعة تتوافر فيها خصائص ض ض س ج وهي مجموعة الحالة، واختيار مجموعة أخرى مناظرة لها ولا تتوافر فيها هذه الخصائص، وهي مجموعة الطبيعيات، وتعتبر هذه مجموعة المقارنة، ثم المقارنة بين المجموعتين في خاصية أخرى أو أكثر بهدف استكشاف العوامل التي ترتبط بالخاصية موضوع الإهتمام ، وهي هنا الأفكار الآلية وصورة الجسم المُدرّكة كمتغيرات تنبؤية (متغيرات مستقلة ) في التنبؤ بالمتغير المحكى أو متغير الاستجابة وهو ض ض س ج (عبد الفتاح القرشي ، ٢٠٠١ ، ٢٥٦) .

### ثانياً : وصف عينة الدراسة

اشتملت عينة الدراسة الأساسية على مجموعتين رئيسيتين ، كما يلي:

#### المجموعة الأولى:

وهي عينة مريضات (ض ض س ج) ، وبلغ قوامهن (٤٠) مريضة من السيدات المتزوجات حديثاً ، وبلغ متوسط أعمارهن ما بين (٢٢ و ٤٢) سنة ، بانحراف معياري قدره (٥,٨٤) سنة ، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (١٦,٩٣) سنة ، بانحراف معياري قدره (٤,٥٤٨) سنة . تم التطبيق على بعض أفراد هذه العينة من عيادات خاصة ، وأحد المستشفيات الخاصة ، هو الوادي بالسادس من أكتوبر . وتم التشخيص الطبي لهؤلاء بواسطة أحد كبار أطباء الأمراض النفسية والعصبية بوصفهن مريضات باضطراب ضعف الإثارة الجنسية .

## المجموعة الثانية

ويقصد بها مجموعة الطبيعيات اللاتي لا تعانين من ( ض ض س ج ) أو أى اضطرابات نفسية أخرى وفقاً لتطبيق بيانات المقابلة المبدئية . وبلغ قوامهن ( ٤٠ ) مريضة من السيدات بعضهن متزوجات حديثاً ، وبعضهن متزوجات على مدار ١٣ سنة ، وبلغ متوسط أعمارهن ما بين ( ٢٢ ، ٤٢ ) سنة ، بانحراف معياري قدره ( ٦,٩٦ ) سنة ، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن ( ١٦,٥٠ ) سنة ، بانحراف معياري قدره ( ٤,١٩٤ ) سنة . وتراوح مستوى تعليمهن بين الدبلوم إلى مستوى الدراسات العليا. تم استخدام قيمة ( ت ) لدلالة الفروق للتحقق من التكافؤ بين مريضات ( ض ض س ج ) ، والطبيعيات وذلك في متغيرات العمر وعدد سنوات التعليم ومستوي الذكاء و فترة الزواج، والختان ؛ حيث تراوحت مدة الزواج ما بين ( سنة إلى ٧ سنوات ) . كما هو مبين بالجدول الآتي:

جدول (١) التكافؤ في بعض المتغيرات الدخيلة بين مجموعة اضطراب ضعف

العينات المتغيرات	المريضات ( ن = ٤٠ )		الطبيعيات ( ن = ٤٠ )		قيمة ت	دالاتها
	ع	م	ع	م		
العمر	٥,٨٤	٢٨,٣٣	٦,٩٦	٢٩,٠٠	٠,٥٥٨	٠,٨٠٨ ( غ . د )
المستوى التعليمي	٤,٥٤٨	١٦,٩٣	٤,١٩٤	١٦,٥٠	٠,٤٣٤	٠,٣٤٢ ( غ . د )
الذكاء	٢,١٥٧	١١,٧٥	٣,٨٩	١٢,٥٠	١,٣٧٣	٠,١٢٠ ( غ . د )
فترة الزواج	٤,٢٥	٥,٣٣	١,٧٢	٣,١٣	٣,٠٤٧	٠,٠٠٢ ( د )
الختان	٠,٥٠١	٠,٥٨	٠,٤٩٦	٠,٦٠	٠,٢٢٤	٠,٦٥٨ ( غ . د )

### الاستثارة الجنسية والطبيعيات

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة المريضات ( ض ض س ج ) ، ومجموعة الطبيعيات في متغيرات ( الذكاء ، والعمر ، والمستوى التعليمي ، والختان ) لكن تبين وجود فروق دالة إحصائياً بينهما في فترة الزواج وبالتالي لم يتحقق التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في هذا المتغير الدخيل .

### ثالثاً: وصف أدوات الدراسة

تعرض هذه الفقرة لوصف أدوات فحص متغيرات الدراسة الراهنة وتقييمها ، حيث قامت الباحثة بترجمة وإعداد بعضها ، وأخرى من إعداد باحثين آخرين ، واشتملت البطارية المستخدمة فى الدراسة على الآتى :

أولاً : اختبار المعتقدات الجنسية : صيغة الإناث ، من تأليف نوبر ، جوفيا و جوميز P. Nober , P. Gouveia &A. Gomes

وهو من ترجمة الباحثة . ويتكون من ٤٠ بنداً ، ويقدم قائمة من المعتقدات الجنسية الرئيسية لمريضات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، والتي يمكن أن تتكرر لدى السيدات المتزوجات خلال الستة الأشهر الماضية وحتى اليوم ، ويُطلب من المريضة أن تُحدد تكرار الفكرة وعدد مرات حدوثها على مدي الأسبوع، وكل بند أمامه خمسة اختيارات ( الرقم ١ يعنى لا أوافق تماماً ، ٢ تعنى أوافق إلى حد ما ، ٣ تعنى أوافق بدرجة متوسطة ، ٤ تعنى أوافق بدرجة شديدة ، ٥ تعنى أوافق بدرجة شديدة جداً ) ، وتضع المريضة علامة أمام البديل الملائم لها. لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، ولكن المهم أن تكون صادقة وأمينة في اختيارها للبدل الذى يحدد درجة موافقتها أو رفضها للبند ، ويتم حساب الدرجة على هذه القائمة التشخيصية من خلال درجات البنود على الاستخبار كله .

ثانياً : اختبار الأفكار والمشاعر والاستجابات الجنسية : صيغة الاناث (ص . ث)، من تأليف جيل م. سيرانوسكى Jill M. Cyrano ski

وهو من ترجمة الباحثة ، ويتكون من ٣٣ بنداً ، ويعرض لأهم الأفكار الآلية الجنسية التي يمكن أن تقتحم ذهن المريضة أثناء النشاط أو الممارسة الجنسية ، والتي يمكن أن تتكرر لدى السيدات المتزوجات خلال الستة الأشهر الماضية وحتى اليوم ، ويُطلب من المريضة أن تُحدد تكرار الفكرة وعدد مرات حدوثها على مدار الأسبوع، وكل بند أمامه خمسة اختيارات وذلك بوضع دائرة حول بديل واحد من البدائل الآتية : ( ١ تعنى أبداً ، ٢ تعنى نادراً ، ٣ تعنى أحياناً ، ٤ تعنى غالباً ، ٥ تعنى دائماً ) ، والتي ينتج عنها بعض المشاعر أو الانفعالات الآتية (قلق أو حزن أو اشمئزاز أو غضب أو خوف أو شعور بالذنب أو خزي أو ندم أو متعة أو رضا ) ، ودرجة شدة الاستجابات الجنسية بوضع دائرة حول بديل واحد من البدائل الآتية : ( ١ تعنى درجة ضعيفة جداً ، ٢ تعنى درجة ضعيفة ، ٣ تعنى درجة متوسطة ، ٤ تعنى درجة شديدة ، ٥ تعنى درجة شديدة جداً). وتضع المريضة علامة أمام البديل الملائم لها. لا توجد

إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، ولكن المهم أن تكون صادقة وأمينة في اختيارها للبدل الذى يحدد درجة موافقتها أو رفضها للبند ، ويتم حساب الدرجة علي هذه القائمة التشخيصية من خلال جمع درجات البنود على الاستخبار كله.

### ثالثاً : اختبار الاستثارة والرغبة الجنسية ( إ ر ج )

تم إعداد هذا الاستخبار وفقاً للإجراءات الآتية:

تم استقراء الإنتاج الفكرى النفسى، وما أسفرت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة، متبينة وجهة النظر التكاملية لمفهوم اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية بمختلف أبعاده ، والتفرقة بينه وبين اضطراب ضعف الرغبة الجنسية ، حيث وجدت الباحثة أن الاستثارة طبيعتها فسيولوجية ، ومع ذلك ترد قبل الرغبة وهى طبيعتها نفسية ، ومع ذلك وجدت الباحثة في معظم الدراسات ، أن بعض الباحثين لم يفرقوا بينهما بل يضعوهما وكأنهما مرادفين . وعلى النقيض من ذلك تبين أن التنبية يولد الاستثارة الجنسية ، وهى بدورها تُولد الحاجة الجنسية ، والحاجة تُولد الرغبة والرغبة تُولد الدافع للإشباع الجنسي<sup>1</sup> ، والدافع يُولد الفكرة، والفكرة تُولد القيام بالفعل أو الأداء الجنسي وهذا لم يذكر في الدراسات السابقة . ثم الاطلاع على المتاح من المقاييس التي تم تصميمها لقياس متغير اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، سواء أكانت مقاييس عربية أو أجنبية ، ولم تجد الباحثة سوى اختبار واحد فقط ، كما يلي :

- قائمة تشخيص اضطراب ضعف الاستثارة والرغبة الجنسية لدى السيدات (ق ت ص ص س ر س) ، ( تأليف : محمد نجيب الصبوة).
- والمقياس السابق الخاص بالدراسة الراهنة (التجريبى ) .

وبفحص المقياس السابق ذكره تبين الآتي:

- عدم ملائمة بنود هذا المقياس لطبيعة العينة المتمثلة في مريضات ض ض س ج ، حيث كانت تعبر عن ضعف الاستثارة فقط دون التفرقة بينها وبين الرغبة .
- تم اقتباس وتعريب البنود الملائمة لطبيعة المريضات مع تعديلها لتلائم عينة الدراسة .

وبناء علي ما سبق ، تكون الاستخبار من ٥٣ بنداً ، وتم التفرقة فى هذا الاستخبار بين كل من الرغبة والاستثارة الجنسية حيث تعرف الاستثارة الجنسية على أنها الاستجابة الفسيولوجية التي تُصاحب أو تتبع الرغبة الجنسية . على سبيل المثال ، عندما تشعر بالاستثارة الجنسية ،

<sup>1</sup> نقلت هذه الفكرة عن المشرف فى بعض اللقاءات العلمية وجلسات الإشراف وأفادتني فى التفرقة بين مكونات مدرج الأداء الجنسي .

قلبك قد ينبض أسرع ، ويتصبب العرق منك . وقد يشعر الرجال بانتصاب القضيب ، بينما تشعر المرأة برطوبة أو بلل المهبل . بينما تُعرف الرغبة الجنسية بأنها القوة المُنشطة التي تدفع الانسان للبحث عن أو البدء في الاتصال والسلوك الجنسي . مثال ذلك "يمكنك التفكير في الأمر على أنه دافع الجوع الجنسي الذي يقودك للبحث عن الاتصال الجنسي" .

وتُعد الرغبة الجنسية من أكثر الجوانب النفسية أهمية لممارسة الجنس ، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه التعريفات للاستثارة والرغبة الجنسية ، هي محاولة للتذكر قدر ما تستطيعين آخر مرة شعرتي فيها بالاستثارة والرغبة الجنسية (على سبيل المثال : قبل البدء في الجماع أو عند عرض مشهد لمثير جنسي) . وفيما يلي قائمة من الكلمات التي قد تصف شعورك في آخر مرة شعرتي فيها بالاستثارة والرغبة الجنسية . فهناك عديد من الطرق المميزة للاستثارة والرغبة الجنسية التي تختلف باختلاف البشر . لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، ضعى دائرة حول البديل الذي يصف شعورك بالاستثارة والرغبة الجنسية خلال الستة الأشهر الماضية وحتى اليوم ، وكل بند أمامه ستة اختيارات وذلك بوضع دائرة حول بديل واحد من البدائل الآتية : ( صفر تعنى أبداً ، ١ تعنى نادراً ، ٢ تعنى أحياناً ، ٣ تعنى غالباً ، ٤ تعنى شديدة ، ٥ تعنى شديدة جداً ) ، ويتم حساب الدرجة علي هذه القائمة التشخيصية من خلال جميع درجات البنود عليها جميعاً .

**رابعاً : اختبار النشاطات الجنسية طبقاً لصورة الجسم السلبية في اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، إعداد جيليان ب.ميسنجر Gillian B. Messinger**

وهو من ترجمة الباحثة . ويتكون من ٢٨ بنداً ، والتي تُرجمت فيه أهم الأفكار الآلية التي يمكن أن تقتحم ذهن المريضة أثناء النشاط أو قبل الممارسة ، أو بعد انتهاء العلاقة الحميمة ، والتي يمكن أن تتكرر لدي السيدات المتزوجات خلال الستة الأشهر الماضية وحتى اليوم ، والتي تعكس إدراكها لصورة جسمها ، وما يرتبط بها من أفكار سلبية وأنماط سلوك خاطئة ، وذلك باختيار بديل واحد من البدائل الآتية : ( ١ تعنى أبداً ، ٢ تعنى نادراً ، ٣ تعنى أحياناً ، ٤ تعنى غالباً ، و ٥ تعنى دائماً ) . ويوجد بهذا الاستخبار بنود عكسية ، وهي : ( ٧ ، ١١ ، ١٣ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٨ ) ، ويتم حساب الدرجة علي هذه القائمة التشخيصية من خلال جميع درجات البنود .

**خامساً : التحقق من الكفاءة القياسية النفسية لأدوات الدراسة**

قدمت بطارية الاستخبارات إلى ٤٠ مريضة ، تم تقسيمها إلى مجموعتين رئيسيتين (مجموعة المريضات اللاتي تعانين من ض ض س ج ، والطبيعات ) ؛ تراوح المدى العمرى للعينتين بين ٢٢ و٤٧ سنة ، وذلك لحساب معاملات الثبات والصدق لتلك الاستخبارات للتحقق من كفاءتها القياسية .

### الدراسة الإستطلاعية

اشتملت عينة الدراسة الإستطلاعية على مجموعتين رئيسيتين ، نعرض لوصفها على النحو الآتى:

### المجموعة الأولى:

هى عينة مريضات (ض ض س ج) ، وبلغ قوامهن (٢٠) مريضة من السيدات المتزوجات حديثاً ، وبلغ متوسط أعمارهن ما بين (٢٢ ، ٤٢) سنة ، بانحراف معياري قدره (٤,٩٧٤) سنة ، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (١٥,٩٠) سنة ، بانحراف معياري قدره (٤,٨٨٧) سنة . تم التطبيق على بعض أفراد هذه العينة من عيادات خاصة<sup>١</sup> ، وأحد المستشفيات الخاصة ، وهو مستشفى الوادى بالسادس من أكتوبر . وتم التشخيص الطبى لهؤلاء بواسطة بعض كبار أطباء الأمراض النفسية والعصبية<sup>٢</sup> بوصفهن مريضات باضطراب ضعف الاستثارة الجنسية . وتم اختيار العينة طبقاً للشروط الآتية:

١. أن جميعهن تكن مريضات مشخصات (ض ض س ج) .
٢. أن تتراوح أعمارهن بين ٢٢ - ٤٥ سنة .
٣. ألا تكون المريضات مصابات بأى اضطرابات نفسية أخرى ، أو أمراض عضوية .
٤. أن تتراوح فترة زواجهن بين ثلاثة شهور و ٦ سنوات ، لأن هذه الفترة تكون فيها المعاناة فى أشد حالاتها.

### المجموعة الثانية:

---

<sup>١</sup> د.حنان أبو الخير بالمعادي ، وعيادة أ.د منى رضا بمصر الجديدة  
<sup>٢</sup> تتوجه الباحثة بالشكر للسادة الأطباء الذين قاموا بتشخيص عينة أو حالات مجموعة الحالة (ض ض س ج) ، والمعالجين النفسيين ، الذين قاموا بتقديم المساعدة في إنجاز الجانب التطبيقي للرسالة وتحويل الحالات بالإضافة إلي ما بذلوه من جهد في توجيه النصح والإرشاد وهم : أ.د/ منى رضا أستاذ الطب النفسى الجنسى بجامعة عين شمس ، و د/ حنان ابو الخير ، و أ/ أماني جمال سالم معالجة نفسية بمستشفى الوادى بالسادس من أكتوبر .



ويقصد بها مجموعة الطبيعيات اللاتي لا تعانين من ( ض ض س ج ) أو أى اضطرابات نفسية أخرى . وبلغ قوامهن ( ٢٠ ) مريضة من السيدات بعضهن متزوجات حديثاً ، وبعضهن متزوجات على مدار ١٠ سنوات ، وبلغ متوسط أعمارهن ما بين ( ٢٢ ، ٤٢ ) سنة ، بانحراف معياري قدره ( ٦,١٩٧ ) سنة ، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن ( ١٧,٠٠ ) سنة ، بانحراف معياري قدره ( ٤,٤٠١ ) سنة. وتراوح مستوى تعليمهن بين الدبلوم إلى مستوى تعليم ما بعد الجامعي، مع مراعاة التكافؤ بين المجموعتين فى العمر ومستوى الذكاء والمستوى التعليمي، كما روعى فى اختيار عينتى الدراسة أن يكون هناك تكافؤ فى فترة الزواج ، والختان ؛ حيث تراوحت مدة الزواج ما بين ( ٣ أشهر إلى ٦ سنوات ) . وفيما يلي سنعرض إجراءات حساب الثبات والصدق لاختبارات الدراسة .

#### أولاً: معاملات الصدق.

استعانت الدراسة بطريقة واحدة لحساب صدق أدوات الدراسة ، هي :

#### صدق التعلق بمحك خارجي

استخدمت طريقة صدق التعلق بمحك خارجي لحساب صدق استخبارات بطارية الدراسة . ويعد الارتباط بين اختبار تجريبي جديد واختبارات أخرى محكية استخدمتها دراسات سابقة لتقييم المتغير نفسه موضوع الدراسة الراهنة، كأحد الأدلة على صدق الأداة، وفيما يلي عرض المقاييس المستخدمة كمحكات خارجية بالإضافة إلى عرض نتائج صدق التعلق بمحك خارجي.

ويقصد به مجموعة الإجراءات التي نتمكن من خلالها من حساب الارتباط بين درجات الإختبار وبين محك خارجي مستقل هو السلوك نفسه أو النشاط الذي يتناوله الاختبار بالقياس. وتتمثل إجراءات هذا الصدق في مقارنة درجات الاختبار بمتغير أو متغيرين خارجيين يعتبران مناسبين لتوفير قياس مباشر للسمة أو السلوك موضوع الاختبار، وقد تأخذ هذه المقارنة الشكل الشائع للارتباط بين درجات الاختبار ومقياس محكي .

جدول (٢): معاملات الارتباط لأدوات الدراسة لدي مريضات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات

صدق التعلق بمحك خارجي		المحكات الخارجية	العينات	
الطبيعيات	مريضات ض ض س ج			أدوات الدراسة التجريبية

	(ن=٢٠)	(ن=٢٠)	
١	٠,٨٩	٠,٨١	استخبار المعتقدات الجنسية : صيغة الإناث استخبار الصبوة للمعتقدات الجنسية (صيغة الإناث)
٢	٠,٦٧	٠,٦٣	استخبار الأفكار والمشاعر والاستجابات الجنسية: صيغة الإناث استخبار الصبوة للتفاعل بين الأفكار الآلية والاستجابات الجنسية : (صيغة الإناث)
٣	٠,٦٦	٠,٦٢	استخبار الاستثارة والرغبة الجنسية . قائمة تشخيص اضطراب ضعف الاستثارة والرغبة الجنسية لدى السيدات (تأليف : محمد نجيب الصبوة)
٤	٠,٦٢	٠,٩٩	استخبار النشاطات الجنسية طبقاً لصورة الجسم السلبية فى اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية. استخبار صورة الجسم الجنسية (إعداد مجدى الدسوقي)

يتبين من الجدول السابق لحساب معاملات الصدق لكل أدوات الدراسة ، تميز جميع مقاييس الدراسة بمعاملات صدق تراوحت بين مقبولة ومرتفعة لدى مريضات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات ، وذلك بطريقة صدق التعلق بمحك خارجي ؛ مما يجعلنا نطمئن إلى استخدامها فى الدراسة الراهنة .

#### ثانياً : معاملات الثبات

حسب الثبات بثلاث طرق ، هى : الثبات بطريقة إعادة الاختبار ، والثبات بطريقة القسمة النصفية مع تصحيح الطول ، والثبات بطريقة ألفا كرونباخ . وفيما يلي عرض لنتائج حساب معاملات الثبات بكل طريقة على حدة :

### ١- الثبات بطريقة إعادة الاختبار

يتيح هذا الأسلوب في حساب معاملات الثبات فرصة الكشف عن استقرار الأداء عبر الزمن. ويتم فيه تطبيق الاختبارات على عينة من الأفراد ، ثم إعادة التطبيق مرة أخرى للاختبار نفسه بعد مرور فترة زمنية معينة . ويتم حساب معامل الارتباط بين أدائهم في المرتين . وقد تراوح الفاصل الزمني بين التطبيق وإعادته على أفراد عينة الثبات بين أسبوع ، وثلاثة أسابيع .

### ٢- ثبات القسمة النصفية مع تصحيح الطول بمعادلة جوتمان

وفي هذه المعادلة يؤخذ في الاعتبار احتمال اختلاف تباين النصف الأول للاختبار عن تباين درجات النصف الثاني . وتتطلب هذه الطريقة تجزئة الاختبار لقسمين الأول من الفقرات الفردية والثاني من الفقرات الزوجية ، ومن مميزات تلك الطريقة أنها تتلافى عيوب طريقة إعادة الاختبار فيما يتعلق بمسألة ضمان تطابق ظروف إجراء التطبيقين الأول والثاني.

### ٣- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

يشير معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ إلى الإتساق الداخلي لبنود الاختبار ، وهو قائم على افتراض أن بنود الاختبار تتجه معاً لقياس المفهوم نفسه ، ويشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد .

### جدول (٣)

حساب معاملات الثبات بطريقة إعادة الإختبار ، والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة جوتمان ، وألفا كرونباخ، لأدوات الدراسة لدي مريضات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعات

م	العينات		مريضات ض ض س ج			الطبيعات
	الأدوات		(ن=١٠)			(ن=١٠)
	إعادة الاختبار	القسمة النصفية	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية	إعادة الاختبار	ألفا كرونباخ
١	استخبار المعتقدات الجنسية :					

٠,٧٩	٠,٨٢	٠,٧٩	٠,٧٦	٠,٩٠	٠,٧٣	صيغة الإناث	
٠,٧٦	٠,٦٦	٠,٩١	٠,٧٠	٠,٦٣	٠,٦٤	٢ اختبار الأفكار والمشاعر والاستجابات الجنسية: صيغة الإناث	
٠,٩٣	٠,٨٥	٠,٧٦	٠,٧٠	٠,٥٥	٠,٥٢	٣ اختبار الاستثارة والرغبة الجنسية .	
٠,٩١	٠,٩٦	٠,٩٣	٠,٨٣	٠,٨٩	٠,٦١	٤ اختبار النشاطات الجنسية طبقاً لصورة الجسم السلبية في اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية.	

يتبين من الجدول السابق لطرق حساب معاملات الثبات لكل أدوات الدراسة ، تميز جميع مقاييس الدراسة بمعاملات ثبات تراوحت بين مقبولة و مرتفعة لدى مريضات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات ، وذلك بطريقة إعادة الإختبار ، والقسمة النصفية ، وألفا كرونباخ ؛ مما يجعلنا نطمئن إلى استخدامها في الدراسة الراهنة .

### إجراءات الدراسة

تم أخذ موافقة المشاركات في تطبيق اختبارات الدراسة عليهن ، وكانت الجلسة تبدأ بتطبيق المقابلة المبدئية مع كل مشاركة بهدف جمع البيانات الأولية ، وهي بيانات عن العمر ، والمستوى التعليمي ، والحالة الصحية ، وفترة الزواج ، والختان ، ومنذ متى بدأ اضطراب ضعف الاستثارة، والتأكد من خلو مجموعة أو عينة الطبيعيات من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية ، ومن تعاطى المخدرات . بعد ذلك طبق مقياس الفهم اللفظي من بطارية اختبار وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين الصورة الرابعة ، لتحديد نسبة الذكاء ، والتأكد من انطباق الشروط عليهن لمشاركتهم في العينة البحثية ، وبناءً على نتائج مقياس الفهم تم استبعاد أربعة سيدات لحصولهن على أقل من سبع درجات موزونة ؛ لأنه لايد أن تحصل المشاركة على سبع درجات موزونة فأكثر للتأكد من فهمهن لتعليمات الاختبارات والإجابة عن بنودها، لأنها تمثل درجة الفهم المتوسط.

و أُجريت جلسة الفحص وجمع البيانات بالتطبيق الفردي على عينات الدراسة ، حيث تراوحت مدة الجلسة ما بين ( ١٢٠ - ١٥٠ دقيقة ) للإجابة عن بنود بطارية الاستخبارات فى التجربة الاستطلاعية ، واستغرقت فترة تطبيق الدراسة الاستطلاعية تسعة أشهر. فى أغلب الأحيان كانت الباحثة تقوم بتقديم اختبار الاستثارة والرغبة الجنسية بعد المقابلة مباشرةً ، وذلك للتأكد من وجود الاضطراب نظراً لانه اختبار تشخيصى ، حيث وجدت الباحثة أن أغلب المشاركات تغفل الفرق بين الرغبة والاستثارة ، ولهذا تم البدء به .

و كان يتم تطبيق الأدوات فى جلسة واحدة ، وأحياناً كان يستدعى الأمر جلستين مراعاة لكثرة عدد المقاييس ، وظروف العيادات التى سُحبت منها العينات . تم استبعاد بعض المشاركات لعدم استكمال البيانات ، واستبعد بعضهن لمعانتهن من اضطراب التشنج المهلبى ، واضطراب الرغبة الجنسية ، أو لوجود مشكلات صحية مزمنة من قبيل أمراض القلب ، وأورام بالثدى أو لوجود اضطرابات نفسية من قبيل الاكتئاب ، والقلق ، واضطرابات الشخصية البيئية .

و كانت هناك بعض الصعوبات التى واجهت الباحثة منها: مواعيد الحالات وعدم التزامهن بالجلسات ، مما يترتب عليه تأجيل التطبيق لليوم التالى ، وأحياناً عدم التطبيق مطلقاً ، هذا بالإضافة إلى كثرة إغلاق بعض العيادات التى كانت تعتمد عليها الباحثة فى التطبيق لعدة أشهر مما كان يؤدى إلى تعطيل التطبيق . بعد الإنتهاء من التطبيق قامت الباحثة بمراجعة البيانات والاستخبارات وتصحيحها، وتفريغ البيانات وجدولتها ، وقد اعتمدت الباحثة فى ذلك على الحاسب الآلى .

## عرض نتائج الدراسة

أولاً: التحقق من صحة الفرض الأول .

وينص الفرض الأول على أنه توجد فروق جوهرية بين السيدات المتزوجات حديثاً ذوات (ض ض س ج) والطبيعات فى المعتقدات الجنسية السلبية ، و الأفكار الآلية الجنسية (والانفعالات السلبية ، وأداء السلوك الجنسى ) ، وصورة الجسم المُدركة ، وقائمة ضعف الاستثارة الجنسية . وللتحقق من صحة هذا الفرض ؛ تم استخدام اختبار ( ت ) للكشف عن دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة ، ويوضح الجدول ( ٥ - ٧ ) النتائج الآتية:

جدول (٤) قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والانحرافات المعيارية فى المعتقدات الجنسية السلبية والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، و صورة الجسم المُدركة وضعف الاستثارة الجنسية لدى مريضات (ض ض س ج) والطبيعات

دالاتها	قيمة ت	الطبيعيات (ن = ٤٠)		المريضات (ن = ٤٠)		العينات المتغيرات
		ع	م	ع	م	
(د) ٠,٠٠٠١	٣,٨٤٨	٢٢,٠٤٤	٩٣,٤٥	٣٩,٧٤١	١٢١,١٠	المعتقدات الجنسية السلبية
(د) ٠,٠٠٠١	٥,٥٩٤	٥٠,٦	٦٢,٥	٧٤,٣٠٣	١٣٦,٤٠	الأفكار الآلية الجنسية السلبية
(د) ٠,٠٠٠١	٥,٢٤٥	٣٤,٩	٣٩,٨	٥٧,٤٨٨	٩٢,٨٣	الإنفعالات السلبية
(د) ٠,٠٠٠١	٤,٤٠٧	١٥,٧	٢٣,٤	٣٢,٤٦٤	٤٣,٥٨	أداء السلوك الجنسى
(د.غ) ٠,١٥٥	١,٤٣٧	١٠,٧٢٠	٥٨,٨٣	١٣,٩٦١	٦٢,٨٣	صورة الجسم المُدركة
(د) ٠,٠٥	٠,٦٨٧	٢٤,٥٨	٩٧,٩٥	٣٧,٧٧	١٠٢,٨٣	قائمة اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية

وبالنظر لجدول (٥-٥) كشفت نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق عن :

- توجد فروق جوهرية بين مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في اتجاه مجموعة المريضات في الدرجة الكلية لمتغير المعتقدات الجنسية السلبية .
- توجد فروق جوهرية بين مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في اتجاه مجموعة المريضات في الدرجة الكلية لمتغير الأفكار الآلية الجنسية السلبية .
- توجد فروق جوهرية بين مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في اتجاه مجموعة المريضات في الدرجة الكلية لمتغير الإنفعالات السلبية.
- توجد فروق جوهرية بين مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في اتجاه مجموعة المريضات في الدرجة الكلية لمتغير أداء السلوك الجنسي.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في متغير صورة الجسم المُدركة .

• توجد فروق دالة إحصائياً عند ٠,٠٥، بين مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في قائمة اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية في اتجاه مريضات (ض ض س ج).

وبمراجعة النتائج التي وردت بجدول (٥-٤) لإختبار (ت) لدلالة الفروق ، نجد أنها كشفت عن وجود فروق جوهرية بين متوسطات الدرجات لمجموعتي الدراسة مريضات (ض ض س ج) ، والطبيعيات علي متغيرات الدراسة التي تمثلت في المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، ومقاييسها الفرعية (الانفعالات السلبية ، وأداء السلوك الجنسي) ، وقائمة (ض ض س ج) ، وكانت النتائج في اتجاه المريضات ، بينما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مريضات (ض ض س ج) ، والطبيعيات في متغير صورة الجسم المُدركة . الأمر الذي يشير إلى تحقق صحة الفرض الأول .

وفيما يتعلق بعدم وجود فروق دالة بين مريضات (ض ض س ج) ، والطبيعيات في صورة الجسم المدركة ، فيجب الإشارة هنا إلي أن ٩٨% من النساء يريدن إنقاص أوزانهن ، كما تقر النساء بخوفهن من الحمل لتأثيره على أجسامهن. وترتبط صورة الجسم بالخبرة الجنسية. فعلى سبيل المثال ، وُجد أن ٣٦% من الذكور، والإناث تكن غير مسرورات في خبراتهن الجنسية بسبب المشاعر السلبية حول أجسامهن . ( Greenberg , Bruess & Conklin , 2007 ) .

كما ارتبطت مشكلات صورة الجسم بشكل أكبر مع استئصال الثدي ، و تساقط الشعر بسبب العلاج الكيميائي، والمخاوف من زيادة الوزن أو خسارته، واعتلال الصحة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، وصعوبة فهم الأزواج لمشاعر بعضهم بعضاً . ومن بين ٣٦٠ من النساء النشيطات جنسياً، وجدوا أن من ٢٤% إلى ٥٢% تُعانين من مشكلات في اثنين أو أكثر من مجالات الأداء الجنسي ، و ٢٨% تُعانين من مشكلة محددة أو خطيرة في منطقة واحدة على الأقل من مناطق الأداء الجنسي ( Fobair, Stewart, Chang, D'onofrio, Banks, Joan , et al., 2006).

## ثانياً: التحقق من صحة الفرض الثاني .

وينص الفرض الثاني علي أنه توجد علاقات ارتباطية موجبة وجوهرية بين كل من المعتقدات الجنسية السلبية والأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدركة واضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، وبين بعضها بعضاً لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة

الجنسية والطبيعات ، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون البسيط ،  
كما يلي :

جدول (٥) نتائج معاملات ارتباط بيرسون البسيط بين متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضاً  
لدى مريضات (ض ض س ج)

العينات المتغيرات	المعتقدات الجنسية السلبية	الافكار الجنسية السلبية	صورة الجسم المُدركة	اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية
المعتقدات الجنسية السلبية	١			
الافكار الآلية الجنسية السلبية	,**٢٨٥	١		
صورة الجسم المُدركة	,**٢٨٢	,**٢٦٥	١	
اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية	,*٢٤٠	,١٣٣	,٠٧٩	١

دال عند مستوي دلالة ٠,٠١\*\*

دال عند مستوي دلالة ٠,٠٥\*

يتبين من الجدول السابق وجود علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الجنسية السلبية ، والافكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدركة ، و(ض ض س ج) لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب (ض س ج) أي أنه كلما زادت المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية زاد اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية وبالتالي زاد اضطراب صورة الجسم المُدركة .

جدول (٦) نتائج معاملات ارتباط بيرسون البسيط بين متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضاً  
لدى الطبيعيات

العينات المتغيرات	المعتقدات الجنسية السلبية	الافكار الجنسية السلبية	صورة الجسم المُدركة	اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية



			١	المعتقدات الجنسية السلبية
		١	,**٢٣٢	الأفكار الآلية الجنسية السلبية
	١	,١٣٥	,**٢٥٦	صورة الجسم المُدرَكة
١	,١٨٦	,١٢٧	,١٠٥	اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية

دال عند مستوى دلالة ٠,٠١\*\*

دال عند مستوي دلالة ٠,٠٥\*

وبالنسبة للطبيعيات ، تبين وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة ، و(ض ض س ج) لدى الطبيعيات ، ولكن جاءت قيم معاملات الارتباط لدى المريضات أعلى من الطبيعيات ، وكانت النتائج جوهرية في اتجاه المريضات عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، ٠,٠٥ ، مما يعنى تحقق الفرض الثانى جزئياً.

ثالثاً: التحقق من صحة الفرض الثالث .

وينص الفرض الثالث علي أنه يمكن التنبؤ بشدة الاستثارة الجنسية كمتغير محكى ، لدى كل عينة من عيني الدراسة على حدة ، من كل من المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية و صورة الجسم المُدرَكة كمتغيرات منبئة وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام ، أسلوب تحليل الإنحدار المتعدد التدريجى، وذلك لبيان قدرة المتغيرات المستقلة (المنبئة) وهى المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة علي التنبؤ بالمتغير المحكى (الاستجابة) وهو اضطراب (ض س ج) كما موضح بالجدول (٥) ، (٦) .

جدول (٧) تحليل الإنحدار المتعدد التدريجى للمتغيرات المستقلة (المنبئة) المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة بالمتغير المحكى (الإستجابة) ( ض ض س

(ج) لدى المريضات

المتغيرات	المتغيرات المستقلة (المنبئة)	المتغير المحكى ( الاستجابة )	معامل الارتباط المتعدد	معامل الإنحدار	قيمة (ت) ودالاتها	قيمة (ف) ودالاتها	المعامل البائى	بيتا	الخطأ المعيارى
العينات		(	ر	ر٢					

المعتقدات الجنسية السلبية	(ض ض س ج)	٤٩١ *	٩٧,	٧,٩٢٤ ***	٤,٠٧٣ *	١٣٠,٣	٣١١,	١٦,٤٤
الأفكار الآلية الجنسية السلبية	(ض ض س ج)	٢٩٤ *	٢٧,	٧,٣٣٨ ***	١,٠٥٦	٨٦,٥٠٧	١٦٤,	١١,٧٨
الإنفعالات السلبية	(ض ض س ج)	٢٣٩ *	١٤,	١٢,٢١٤ ***	١,٦٠٧ *	٨٩,٩٨	٢٠١,	٧,٤٧
أداء السلوك الجنسي	(ض ض س ج)	١٧٢,	١٠,	١٤,٧٨٤ ***	١,٠٠٣	٩٧,٧٦	٠٠٩,	٦,٦٢
صورة الجسم المدركة	(ض ض س ج)	٢٦٥ *	٠,١	٥,٥٧٥ ***	٥,٨٩٢ *	٩٥,٨٥٦	٠٢٠,	١٧,١٩
المريضات								
المقاييس الفرعية								

دال عند مستوى دلالة ٠,٠٠١ \*\*\* \*

دال عند مستوى دلالة ٠,٠١ \*\*

وبتبيين من خلال جدول (٥) فيما يتعلق بمريضات (ض ض س ج) أن متغير المعتقدات الجنسية السلبية ، يسهم بنسبة (٩٧%) من التباين الكلي في التنبؤ بحدوث اضطراب ضعف الاستئارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ، وتشير قيمة معامل الارتباط إلى قوة العلاقة بين المعتقدات الجنسية السلبية و (ض ض س ج) حيث بلغت قيمتها (٤٩١) ، وهي قيمة مرتفعة ، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل "المنبئ" (المعتقدات الجنسية السلبية) يؤدي إلى تغير قيمته (٤٩١) ، في قيمة المتغير المحكى "الاستجابة" (ض ض س ج) ، وكانت قيمة اختبار (ف) دالة عند مستوي (٠,٠١) ، وقيمة اختبار (ت)

دالة عند مستوي(٠,٠٠٠٠١) مما يعني ارتفاع قيمة معامل الانحدار في تفسيره لتنبؤ المعتقدات الجنسية السلبية باضطراب (ض س ج) لدى المتزوجات حديثاً ذوات (ض ض س ج) .

كما نجد أن الدرجة الكلية لمتغير الأفكار الآلية الجنسية السلبية قد أسهمت في التنبؤ باضطراب (ض س ج) لدى المريضات بنسبة (٢٧%) من التباين الكلي في التنبؤ بحدوث اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ، وتشير قيمة معامل الارتباط إلي قوة العلاقة بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية و (ض ض س ج) حيث بلغت قيمتها (٢٩٤) ، وهي قيمة مرتفعة ، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل "المنبئ" (الأفكار الآلية الجنسية السلبية) يؤدي إلي تغير قيمته (٢٩٤) في قيمة المتغير المحكى "الاستجابة" (ض ض س ج) ، وكانت قيمة اختبار (ف) غير دالة ، بينما جاءت قيمة اختبار (ت) دالة عند مستوي(٠,٠٠٠٠١) مما يعني ارتفاع قيمة معامل الانحدار في تفسيره لتنبؤ الأفكار الآلية الجنسية السلبية باضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى المتزوجات حديثاً ذوات (ض ض س ج).

ولتوضيح ذلك بالنظر في المقاييس الفرعية الخاصة بمتغير(الأفكار الآلية الجنسية السلبية) لدى المريضات نجد أن مقياس الإنفعالات السلبية كان متقارب في نسبة إسهامه لتفسير التباين الكلي لمعدل حدوث اضطراب (ض س ج) فكانت نسبتة (١٤%) . أما مقياس أداء السلوك الجنسي فقد جاءت نسبة إسهامه في التنبؤ بحدوث (ض ض س ج) لدى المريضات (١٠%) ، وتشير قيمة معامل الارتباط إلي قوة العلاقة بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية ومقاييسها الفرعية المختلفة وبين متغير (ض ض س ج) حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين مقياس الإنفعالات السلبية و(ض ض س ج) (٢٣٩) ، وبلغت قيمة معامل الارتباط بين مقياس أداء السلوك الجنسي و (ض ض س ج) (١٧٢) ، وهي قيم تشير إلي قوة العلاقة بينهم وبين بعضهم بعضاً. وذلك في ظل ارتفاع قيم اختبار(ت) عند مستوي دلالة (٠,٠٠٠٠١) ، واختبار( ف ) عند مستوى دلالة (٠,٠١).

وتبين أن متغير صورة الجسم المُدركة يسهم بنسبة (٧%) من التباين الكلي في التنبؤ بحدوث اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ، وتشير قيمة معامل الارتباط إلي وجود علاقة جوهرية بين صورة الجسم المُدركة و (ض ض س ج) حيث بلغت قيمتها (٢٦٥) ، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل "المنبئ" (صورة الجسم المُدركة) يؤدي إلي تغير قيمته(٢٦٥) في قيمة المتغير المحكى

"الاستجابة" (ض ض س ج) ، وكانت قيمة اختبار (ف) دالة عند مستوي (٠,٠١) ، وقيم اختبار (ت) دالة عند مستوي (٠,٠٠٠١)

جدول (٨) تحليل الإنحدار المتعدد التدريجي للمتغيرات المستقلة (المُنْبئة) المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة بالمتغير المحكى (الإستجابة) (ض ض س ج) لدى الطبيعيات

المتغيرات	المتغيرات المستقلة (المُنْبئة)	المتغير المحكى (الاستجابة)	معامل الارتباط	معامل الإنحدار	قيمة (ت) ودالاتها	قيمة (ف) ودالاتها	المعامل البائى	بيتا	الخطأ المعيارى
الطبيعيات	المعتقدات الجنسية السلبية	(ض ض س ج)	,٣١١	٠,٢٤	**٢,٧٢٧	*١٢,٠٥٠	٤٦,٥١٤	,٤٩١	١٧,٠٥
	الأفكار الآلية الجنسية السلبية	(ض ض س ج)	,١٦٤	٠,٩	***٦,٣٧٤	*٣,٥٨٩	٨١,٢٨٥	,٢٩٤	١٢,٧٥
	الإنفعالات السلبية	(ض ض س ج)	,*٢٠١	٠,٦	***١٢,١٢١	*٢,٣٠٥	٩٤,٩٤٠	,٢٣٩	٧,٨٣
المقاييس الفرعية	أداء السلوك الجنسى	(ض ض س ج)	,١٠٩	٠,٣	***١٣,٧٠٢	*١,١٥٦	٩٨,٤٨٧	,١٧٢	٧,١٨
	صورة الجسم المُدرَكة	(ض ض س ج)	,*٤٨٦	٠,٢٤	,١٣٧	١,٧٢١	٤,٣٤٤	,٤٤٦	٣١,٧٥

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

دال عند مستوى دلالة ٠,٠٠٠١\*\*\* \*

دال عند مستوى دلالة ٠,٠١\*\*

وبالنظر للجدول (٥ - ٤) فيما يتعلق بالطبيعيات نجد أن الدرجة الكلية لمتغير المعتقدات الجنسية السلبية ، قد أسهمت في التنبؤ بحدوث (ض ض س ج) لدى الطبيعيات بدرجة أقل من المريضات بنسبة (٢٤%) من التباين الكلي في التنبؤ بحدوث اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ، أيضاً جاءت قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الجنسية السلبية و (ض ض س ج) لدى الطبيعيات بدرجة أقل من المريضات حيث بلغت قيمتها (٣١١) ، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل "المنبئ" (المعتقدات الجنسية السلبية) يؤدي إلى تغير قيمته (٣١١) في قيمة المتغير المحكى "الاستجابة" (ض ض س ج) ، مع ارتفاع قيم اختباري (ت) و (ف) جوهرياً فيما وراء (٠,٠١) ، و (٠,٠٠٠١) مما يؤكد ارتفاع قيمة معامل الانحدار في التنبؤ باضطراب (ض ض س ج) لدى المجموعتين .

كما نجد أن الدرجة الكلية لمتغير الأفكار الآلية الجنسية السلبية قد أسهمت في التنبؤ بحدوث (ض ض س ج) لدى الطبيعيات بدرجة أقل من المريضات بنسبة (٩%) من التباين الكلي في التنبؤ بحدوث اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ، وجاءت قيمة معامل الارتباط بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية و(ض ض س ج) لدى الطبيعيات أقل من المريضات حيث بلغت قيمتها (١٦٤) ، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل "المنبئ" (الأفكار الآلية الجنسية السلبية) يؤدي إلى تغير قيمته (١٦٤) في قيمة المتغير المحكى "الاستجابة" (ض ض س ج) ، مع ارتفاع قيم اختباري (ت) و (ف) جوهرياً فيما وراء (٠,٠١) ، و (٠,٠٠٠١) مما يؤكد ارتفاع قيمة معامل الانحدار في التنبؤ باضطراب (ض ض س ج) لدى المجموعتين.

ولتوضيح ذلك بالنظر في المقاييس الفرعية الخاصة بمتغير (الأفكار الآلية الجنسية السلبية) لدى الطبيعيات نجد أن مقياس الإنفعالات السلبية كانت نسبة إسهامه لتفسير التباين الكلي لمعدل حدوث اضطراب (ض ض س ج) أقل من المريضات فكانت نسبتة (٦%) . وكذلك مقياس أداء السلوك الجنسي فقد جاءت نسبة إسهامه في التنبؤ بحدوث (ض ض س ج) أقل أيضاً من المريضات حيث بلغت نسبته (٣%) وجاءت قيمة معامل الارتباط بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية ومقاييسها الفرعية المختلفة وبين متغير (ض ض س ج) لدى الطبيعيات أقل من

المريضات حيث بلغت قيمتها بين مقياس الإنفعالات السلبية و(ض ض س ج) (٢٠١) ،  
وبين مقياس أداء السلوك الجنسي و (ض ض س ج) (١٠٩) مع ارتفاع قيمتا اختباري (ت)  
و (ف) جوهرياً فيما وراء (٠,٠١) ، و(٠,٠٠٠١) مما يؤكد ارتفاع قيمة معامل الانحدار  
المتعدد في التنبؤ بإضطراب (ض ض س ج) لدى المجموعتين.

وتبين أن الدرجة الكلية لمتغير صورة الجسم المُدرّكة قد أسهمت في التنبؤ بحدوث (ض  
ض س ج) لدى الطبيعيات بدرجة أعلى من المريضات بنسبة (٢٤%) من التباين الكلي في  
التنبؤ بحدوث اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية لدى السيدات المتزوجات حديثاً ، أيضاً جاءت  
قيمة معامل الارتباط بين صورة الجسم المُدرّكة و(ض ض س ج) لدى الطبيعيات أعلى من  
المريضات حيث بلغت قيمتها (٤٨٦) ، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة  
المتغير المستقل "المنبئ" (صورة الجسم المُدرّكة) يؤدي إلي تغير قيمته (٤٨٦) في قيمة المتغير  
المحكى "الاستجابة" (ض ض س ج) ، وكانت قيمتا اختباري (ت) و(ف) غير دالة لدى  
الطبيعيات مقارنة بالمريضات .

ومن خلال النتائج السابقة نجد أن متغير المعتقدات الجنسية السلبية ، و الأفكار الآلية  
الجنسية السلبية بمختلف مقاييسها الفرعية وصورة الجسم المُدرّكة استطاعت التنبؤ باضطراب  
(ض ض س ج) لدى المريضات بنسبة أعلى جوهرياً من الطبيعيات مما يعنى تحقق الفرض الثالث  
كلياً.

وهذا معناه نفسياً أن السيدات المتزوجات حديثاً اللاتي تعانين من (ض ض س ج) يعتقدن  
مجموعة ضخمة من المعتقدات الجنسية السلبية ، و الأفكار الآلية الجنسية السلبية ، والصور  
الذهنية المُعطلة للعلاقة الجنسية ، وإدراك أجسامهن بصورة سلبية مما قد يؤدي إلى آلام مهبلية  
شديدة أثناء الجماع، وعدم الرغبة في ممارسة العلاقة الحميمة مع أزواجهن ، وقد ارتبط ذلك  
أيضاً بكثرة تعرضهن لإساءة جنسية غير متوقعة مما يجعلهن في توقع دائم لفشل العلاقة وأنهن  
غير راضيات عن أجسامهن وغير راغبات في ممارسة الجنس مع أزواجهن .

### مناقشة النتائج وتفسيرها

أولاً : مناقشة نتائج الفرض الأول.

الذي ينص علي " وجود فروق جوهريّة بين متوسطات مجموعتي الدراسة السيدات المتزوجات  
حديثاً ذوات (ض ض س ج) والطبيعيات في متغيرات الدراسة .

أوضحت نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق ، أنه توجد فروق جوهرية بين مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في اتجاه مجموعة المريضات في الدرجة الكلية لمتغير المعتقدات الجنسية السلبية ، ومتغير الأفكار الآلية الجنسية السلبية بمقاييسها الفرعية ، وهي الإنفعالات السلبية، وأداء السلوك الجنسي ، ومتغير صورة الجسم المُدركة . بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي مريضات (ض ض س ج) والطبيعيات في قائمة اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية .

وانتقلت نتائج دراسة سيل (2009) Seal التي هدفت إلى التحقق من أثر صورة الجسم على استجابة الاستثارة الجنسية لدى ٤٨ سيدة مشخصة باضطراب ضعف الإستثارة الجنسية. وأظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية كانت درجاتها أعلى جوهرياً على كل المتغيرات من المجموعة الضابطة التي لم تخضع للتدريب . كما ازدادت التصورات العقلية عن الإثارة الجنسية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وأشارت النتائج إلى أن صورة الجسم والوعي بالجسم، سواء أكانت إيجابية أو سلبية ، يمكن أن تؤدي إلى زيادة استجابة الاستثارة الجنسية الذاتية .

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة نوبر وجوفيا (2006) Nobre & Gouveia التي أشارت إلى تبني السيدات لبعض المعتقدات من أهمها المعتقدات المرتبطة بالسن (مثال: بعد انقطاع الطمث تفقد النساء الرغبة الجنسية ، والنساء مع التقدم في السن تقل لديهن الرغبة في ممارسة الجنس، أو بعد انقطاع الطمث لا تستطيع المرأة الوصول إلى النشوة الجنسية) بالإضافة إلى المعتقدات حول صورة الجسم ، وهذا يؤيد الفرض القائل بأن المعتقدات الجنسية السلبية تؤدي دوراً كأحد عوامل الضعف الجنسي (Nobre & Gouveia, 2006). كما اتفقت هذه النتائج أيضاً مع دراسة دريل ولان (2008) Driel & Laan والتي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء قبل وبعد انقطاع الطمث في (ض ض س ج) . وكانت السيدات أقل استجابة للمثيرات الجنسية البصرية قبل انقطاع الطمث وبعده ، كما لم توجد فروق في متوسط سعة النبض المهبلي والحد الأقصى له ، ولا في سعة الاستجابة له . كما أوضحت النتائج أنه لم تكن النساء المصابات باضطراب ضعف الاستثارة الجنسية المشخصات وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أقل استجابةً للمؤثرات الجنسية البصرية مقارنةً بالنساء اللاتي لا تعانين من مثل هذه المشكلات (Laan , Driel & Lunsen , 2008).

وبهذا نجد أن الفرض الأول تحقق جزئياً في الدراسة الراهنة لأن الدراسات السابقة أشارت إلى وجود فروق بين الطبيعيات والمريضات في (ض ض س ج) ، وهذا قد يرجع إلى أن السيدات الطبيعيات من المحتمل أنهن تعانين من مشكلات جنسية سواء في الاستثارة أو غيرها

من الاضطرابات الجنسية ولكنهن لم يفصحن عن ذلك ، كما قد يرجع إلى استهتارهن بالإجابة عن أسئلة الاستخبارات ولم تأخذن الأمور بجدية ، كما قد يرجع إلى عوامل وسيطة مثل التربية الدينية الصارمة أو معرفتهن الشديدة بالقائم بالتطبيق ، أو الخجل الشديد من الأمر . كما أن الطبيعيات لم تكن على محك السواء بنسبة ١٠٠% لكنهن لم تشتكين ويتعاشن مع مشكلاتهن .

### ثانياً : مناقشة نتائج الفرض الثاني.

الذي ينص علي " توجد علاقات ارتباطية جوهرية بين كل من المعتقدات الجنسية السلبية والأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدركة واضطراب ضعف الاستثارة الجنسية ، وبين بعضها بعضاً لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات ."

▪ تبين وجود ارتباط جوهرى بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية و(ض ض س ج) لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب (ض س ج) . أى أنه كلما زادت الأفكار الآلية الجنسية السلبية ونشطت زاد اضطراب الاستثارة الجنسية والعكس صحيح ، كما تبين وجود دلالة إحصائية لجميع معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة وبعضها بعضاً لدى المجموعتين ، رغم أنها كانت ذات شدة أقوى لدى المريعات منها لدى الطبيعيات . كما وجد مجموعة من الباحثين Maserejian , Shifren , Parish , Segraves, (2012), Huang, Rosen et al., أن معظم الدراسات كشفت عن أن اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية يرتبط ارتباطاً جوهرياً بإفرازات المهبل ، كما ارتبط كل من العرق والاكنتاب بضعف العلاقة مع مشكلات ضعف الاستثارة الجنسية المرتبطة بإفرازات المهبل. كما يوجد ارتباط موجب وجوهري بين مشكلات ضعف الاستثارة لدى السيدات بعد انقطاع الطمث، وانقطاع الطمث الجراحي .

ولتدعيم هذه النتائج أيضاً ما كشفت عنه نتائج دراسة تافاريس ، ولان ، وبيدرو ، ونوبر (2017) Tavares, Laan, Pedro & Nobre التي هدفت إلى تقييم دور الأفكار الآلية الجنسية السلبية وتأثيرها أثناء النشاط الجنسي فى التنبؤ بحدوث النشوة الجنسية للسيدات والتحقق من دور المتغيرات الوسيطة فى العلاقة بين النشاط الجنسي وحدوث النشوة الجنسية ، حيث كشفت النتائج عن وجود ارتباط جوهرى بين وجود الأفكار الآلية الجنسية السلبية وغياب الأفكار المثيرة أثناء النشاط الجنسي مما يؤدي إلى توقعات سلبية للنشوة الجنسية للسيدات ، إذاً توجد علاقة ارتباطية جوهرية موجبة بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية واضطراب النشوة الجنسية



للسيدات ، كما أنها عملية وسيطة في العلاقة بين النشاط الجنسي وظهور النشوة الجنسية للسيدات.

ومن خلال عرض نقدي للدراسات السابقة وفقاً لـ Rowland, Tempe & Cempel وكان هدف الدراسة فحص الأسباب المتصورة لصعوبة الوصول الى النشوة الجنسية لدى ٤٥٢ سيدة أثناء ممارسة الجنس مع أزواجهن . وأشارت النتائج إلى أن الأسباب الأكثر شيوعاً هي الضغوط ، والتوتر ، والقلق، وعدم كفاية الاستثارة ، وقلة الوقت أثناء ممارسة الجنس ؛ وصورة الجسم السلبية ، والألم ، وعدم وجود إفرازات مهبلية كافية ، وجاء تأثير الدواء أقل بكثير من هذه العوامل . كما وجدوا اختلافاً بين النساء اللاتي تعانين من الكرب النفسي واللاتي لا تعانين منه في عديد من الصفات التي اشتملت على ما يلي: (١) الاهتمام الجنسي ، (٢) وإدراكات الزوج وفهمه للعلاقة ، (٣) والتوتر والضغط النفسي ،(٤) والوقت الكافي أثناء ممارسة الجنس. وترتب على هذه النتائج زيادة العزو الداخلي لسمات النساء اللاتي تعانين من الكرب النفسي ، مقارنة بالنساء اللاتي لا تعانين منه .

■ كذلك تبين وجود ارتباط قوى بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية و(صورة الجسم المُدركة السلبية) لدى الطبيعيات.

ونبدأ بمناقشة نتائج هذا الفرض ، والتي تشير إلي تحققة بشكل كامل ، حيث اتفقت هذه النتائج مع ما ورد من دراسات سابقة ، حيث أشارت نتائج دراسة فوبار، ستيوارت، تشانج ، دونوفريو، بانكس (2006) Stewart, Chang, D'onofrio & Banks Fobair إلى فحص العلاقة بين صورة الجسم والمشكلات الجنسية بعد العلاج لدى النساء المصابات بسرطان الثدي في سن ٥٠ أو أقل. وكانت عينة الدراسة متعددة الأعراق ، وأظهرت النتائج أن صورة الجسم لدى المريضات كانت سيئة، وكانت تُعانين من المشكلات الجنسية في الأشهر الأولى بعد التشخيص. وتبين أن ٣٣% من النساء تُعانين من اثنتين أو أكثر من مشكلات صورة الجسم لبعض الوقت ، وأن ١٧% تعانين من مشكلة واحدة على الأقل . وارتبطت أكبر مشكلات صورة الجسم باستئصال الثدي ، وتساقط الشعر مع العلاج الكيميائي، والخوف من زيادة الوزن ، واعتلال الصحة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، وصعوبة فهم الأزواج والزوجات لمشاعر بعضهن بعضاً. ومن بين ٣٦٠ من النساء النشيطات جنسياً، ظهر أن أكثر من النصف ؛ أي ( ٥٢ %) تعانين من مشكلة صغيرة في اثنتين أو أكثر من مجالات الأداء الجنسي، و (٢٤ %) تعانين من مشكلة محددة أو خطيرة في مجال واحد على الأقل، و(٢٨%) ارتبطت مشكلاتهن الجنسية مع جفاف المهبل، واعتلال الصحة النفسية ، والمزيد من مشكلات صورة الجسم، وكانت هناك اختلافات عرقية كبيرة في الشدة.

■ كما تبين وجود ارتباط جوهري بين المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدركة ، و(ض ض س ج) لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب (ض س ج) بدرجة اعلى من الطبيعيات ، أى أن كلما زادت المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية زاد اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية وبالتالي زاد اضطراب صورة الجسم المُدركة .

ولقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات السابقة ، فقد أشارت نتائج دراسة شيري، و روكو ، وسيوي (2011) Cherie , Rocque& Cioe إلى وجود علاقة ارتباطية جوهريّة بين صورة الجسم المنخفضة والتجنب الجنسي، كما أن صورة الجسم كانت أكثر سلبية مع تجنب النشاط الجنسي. كذلك تبين أن التقدير الجنسي، والإشباع الجنسي، والرغبة الجنسية تتوسط العلاقة بين صورة الجسم والتجنب الجنسي. وتشير الآثار المترتبة على هذه النتائج إلى أن هذه المتغيرات الوسيطة كان لها أهميتها في تشكيل العلاقة بين صورة الجسم والتجنب الجنسي . وفى دراسة أخرى، أظهرت النتائج العامة أن قضايا صورة الجسم يمكن أن تؤثر على جميع مجالات الأداء الجنسي .ويبدو أن الإدراك والوعي الذاتي يسهمان في فهم العلاقات المعقدة بين صورة جسم المرأة والنشاط الجنسي(Woertman & Brink,2012).

وبناءً على فروض نظرية الموضوع التي تنص على أن المرأة عبارة عن جسد ينبغي النظر إليه وتقييمه على هذا الأساس ، وهذا الجسد هو المحدد للعملية الجنسية) Noll & Fredrickson , 1998 ( ، أُجريت دراسة بهدف الكشف عن العلاقة بين تقدير صورة الجسم والوظيفة الجنسية عند النساء وتقييم ما إذا كان حجم الجسم يتأثر بتلك العلاقة. وأشارت النتائج إلى أن درجة تقدير الإعجاب بصورة الجسم ذات علاقة سلبية بسيطة بمؤشر كتلة الجسم، في حين أن مؤشر كتلة الجسم لم يكن مرتبطاً بدرجات الوظيفة الجنسية. وبعد ضبط التوجه الجنسي ، ووضع الزوج ، والعمر، تنبأت صورة الجسم بالاستثارة الجنسية ، وهزة الجماع ، وأيضاً بالرضا عن الوظيفة الجنسية ( Satinsky , Reece , Dennis , Sanders & Bardzell , 2012).

وعند تفسير ذلك من خلال النموذج المعرفي - الانفعالي للاضطرابات الجنسية نجد أن النساء المصابات باختلال الوظيفة الجنسية قد كشفت عن فشل في فك الارتباط بالأفكار (على سبيل المثال، أنا لا أرضي زوجي) والأفكار عن التعرض للإيذاء من قبل الزوج وعدم احترامه (إنه سيء، إنه يريد فقط أن يرضى نفسه)، بالإضافة إلى عدم وجود أفكار جنسية مثيرة (Nobre, 2009). ويمكن لعدد كبير من الأفكار الآلية الجنسية السلبية إحداث تشتيت معرفي

ومنعهن من أداء وظيفتهن بشكل طبيعي؛ فهذا النوع من التفكير ينشأ قبل النشاط الجنسي وي طرح في شكل أسئلة مثل "هل ستكون لدي الرغبة إذا قام شريكي بالمداعبة؟ وهل سيغضب إذا قلت لا؟"، ويجب أن أستيظ مبكراً غداً، ويمكن أن يسمعا الأطفال". وهذا كله يتدخل في اللحظات الأولى من العلاقة الجنسية الحميمة. فهذا النوع من الأسئلة يدمر وظيفة الاستثارة والرغبة الجنسية مباشرة منذ البداية (Hubin, sutter & Reynaert , 2011).

ووفقاً للنماذج التفاعلية لمراحل الدورة الجنسية فإن العلاقات المتبادلة بين مختلف أبعاد الإستثارة الجنسية هي الحاسمة في تحديد الخبرة الجنسية. وتتضمن هذه الأبعاد للاستثارة الجنسية المكونات الفسيولوجية والمعرفية والوجدانية. وقد وضع عدد من المنظرين نماذج تفاعلية لتفسير الاستجابة الجنسية، شاعت بينها جميعاً سمة مشتركة ، هي التركيز على العمليات المعرفية والوجدانية كعملية وسطية بين الإثارة الجنسية، والوصول لهزة الجماع ؛ كما كان يتم التركيز بشكل خاص على إدراك دور التفعيل الفسيولوجي (أو التعطيل) ومعالجة العوامل المثيرة وغير المثيرة (Malatesta & Adams , 2002).

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة براوير، وكوبلى ، ويانسن ، ولان (Janssen (2007) , Kuile , Brauer & Laan حيث تم افتراض أن الخوف المرتبط بالألم المهبلى له تأثير سلبي على الإستثارة الجنسية لدى النساء اللاتي تعانين من عسر الجماع ، والنساء اللاتي لم يكن لديهن شكوى جنسية . وأسفرت النتائج عن أن الخوف المرتبط بالألم قد تسبب في إعاقه الاستثارة التناسلية لدى جميع السيدات. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الخوف المرتبط بالألم المهبلى قد قلل من الاستجابات الجنسية التناسلية والذاتية عند السيدات اللاتي تعانين من مشاكل جنسية أو بدونها. الخلاصة أن التقييم الوجداني للوضع الجنسي قد يتدخل في تحديد استجابة الأعضاء التناسلية لدى كل من السيدات ذوات الاضطرابات الجنسية والطبيعات.

وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات السابقة ، في أن معظم النساء ذوات تشخيص اختلال الوظيفة الجنسية تنشط لديهن مخططات عدم الكفاءة عند مواجهة المواقف الجنسية الفاشلة . كما أن عدم وجود الأفكار المثيرة وزيادة تركيز الانتباه على الفشل وتشتيت الأفكار أثناء النشاط الجنسي يضعف الاستثارة الجنسية لدى (ض ض س ج) . وأظهرت النتائج أيضاً أن بعض العوامل المعرفية والانفعالية ترتبط بمختلف الاضطرابات الجنسية الإكلينيكية ، فقد تبين أن المعتقدات الجنسية المحافظة لها علاقة وثيقة بانخفاض الرغبة الجنسية ، وصعوبات الاستثارة لدى السيدات المشخصات بهذا الاضطراب . وتبدو المعتقدات

الخاصة بصورة الجسم والأفكار الآلية التي تركز على مظهر الجسم مرتبطة بقوة باضطراب هزة الجماع.

### ثالثاً: مناقشة نتائج الفرض الثالث.

والذي ينص علي " يمكن التنبؤ بشدة الاستثارة الجنسية، لدى كل عينة من عينتي الدراسة في كل من المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة".

أظهرت النتائج باستخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد التدريجي ، أن للمعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية (بمقاييسها الفرعية ) ، قد أسهما في التنبؤ لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات (ض ض س ج) بدرجة أعلى من الطبيعيات ، اما صورة الجسم المُدرَكة فقد تتبأت باضطراب (ض ض س ج) لدى الطبيعيات بدرجة أعلى من المريضات ، وتبين أن النموذج التنبؤي للمعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية ، وصورة الجسم المُدرَكة لدى مريضات (ض ض س ج) المتزوجات حديثاً كان أقوى من النموذج التنبؤي ذاته لدى الطبيعيات. وهذا معناه نفسياً أن السيدات المتزوجات حديثاً اللاتي تعانين من (ض ض س ج) لديهن أعداداً ضخمة من المعتقدات الجنسية السلبية ، والأفكار الآلية الجنسية السلبية والصور الذهنية المُعطلة للعلاقة الجنسية ، وإدراك أجسامهن بصورة سلبية مما قد يؤدي الى الآلام المهبلية الشديدة ، وعدم الرغبة في ممارسة العلاقة الحميمة مع الزوج ، وقد ارتبط كذلك بكثرة تعرضهن لإساءة جنسية غير متوقعة في الطفولة مما يجعلهن في توقع دائم لفشل العلاقة وأنهن غير راضيات عن أجسامهن وغير راغبات في ممارسة الجنس مع الزوج .

ولتدعيم هذه النتائج أيضاً ما كشفت عنه دراسة فينك ، فوران ، سويني ، أوهي (2009) Fink, Foran , Sweene & O'Hea من أن كثيراً من السيدات الشابات تشغلن الإدراكات السلبية عن أجسادهن وملامح الوجه. وقد يكون ذلك متعلقاً باضطرابات التعقل ، والذي تُسببه الأفكار الآلية المُتصلبة والمشاعر، والسلوك حول الجسم الواحد. وتناولت هذه الدراسة العلاقة بين العوامل الخمسة للتعقل ، ومقياس تقدير الجسم، وأشارت النتائج إلى أن المستويات الفرعية للمشاهدة والوصف جوهريّة ، بينما كان التنبؤ سلبياً لتقدير صورة الجسم الجنسية من خلال متغير الانفتاح على الخبرة الجنسية .

وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن عدم وجود الأفكار المثيرة للرغبة والاستثارة أثناء النشاط الجنسي هو أفضل مؤشر أو منبئ للصعوبات الجنسية للمرأة. وكانت أفكار الاعتداء الجنسي، والفشل في الارتباط بالأفكار الآلية ، وعدم مودة الزوج ، والسيطرة الجنسية السلبية،

وعدم وجود الأفكار المثيرة كانت أعلى بكثير لدى السيدات اللاتي تعانين من صعوبات الاستثارة الجنسية مقارنة بالنساء الطبيعيات عن طريق الاتصال الجنسي ( Cuntima & Nobreb ,2011).

وبناء على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في تفسير صورة الجسم فإنه يمكن للمشكلات الجنسية أن تتطور بسبب العوامل الحيوية و الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، أو بسبب مزيج من كل هذه العوامل. وقد تتداخل العوامل الحيوية مع الوظيفة الجنسية وتشمل المشكلات الطبية، والتغيرات الهرمونية، والأدوية، والعوامل النفسية التي قد تؤدي دوراً هاماً ومنها القلق، والاكتئاب، والتوتر، والإساءة الجسمية، و صورة الجسم السلبية ( Nivedita , 2013 , 33).

كما فسرت نظرية التفاوت الذاتي أن وجود تفاوت ذاتي مرتبط بالصورة الجسمية ، مما يترتب علي هذه التفاوتات عدد من المشاعر السلبية كالاكتئاب والقلق والشعور بالخزي والخجل ، والتي سترتبط بعدد من العواقب النفسية والسلوكية للفرد . وطبقاً لهيجينز فإن التعرض لوسائل الإعلام أيضاً إما أن ينشط هذه التفاوتات أو التناقضات المثالية ( من خلال الوسائط المعروضة التي تحتوي علي صور تعبر عن المعيار المثالي للجمال ) ، أو تنشيط التباينات الواقعية أو ما يجب علي الفرد إتباعه ( كالصور التي تحتوي علي أشخاص يعانون من السمنة والعواقب الصحية والنفسية والسلوكية) ( ; Lantz, Gaspar, DiTore, Piers, & Schaumberg, 2018 ; Vartanian, 2012 ; Woodman & Hemmings, 2008 ).

وتوصلت إلى النتائج ذاتها دراسة مشابهة أجراها ستون وآخرون (2009) بهدف تحديد التباين بين استجابة الانتصاب المتوقعة والاستجابة الفعلية على ٥٧ مشاركاً و٥٨ مضطرباً جنسياً من الرجال (Stone, Clark, Sbrocco & Lewis, 2009). كما اتفقت مع المراجعة التي قامت بها هذه الدراسة علي عدد من البحوث، والتي كشفت عن أن متوسط أعمار السيدات المتزوجات حديثاً من ٢٠ الى ٦٥ عاماً ، وكانت علاقتهن العاطفية مع أزواجهن أثناء النشاط الجنسي وفرط العاطفة أقوى منبئين لغياب الكرب النفسي حول الجنس. وأظهرت النتائج أن النساء اللاتي عرّفن أنفسهن (باستخدام الأدوات النفسية القياسية) أنهن في صحة نفسية جيدة كانت أقل احتمالاً بكثير من النساء اللاتي تعانين من صحتهن النفسية الأقل تقييماً للإقرار بالمعاناة من الكرب النفسي حول علاقتهن الجنسية .

## قائمة المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية:

- جوديث بيك (٢٠٠٧). العلاج المعرفي: "الأسس و الأبعاد" (ترجمة) : طلعت مطر ، القاهرة : المركز القومي للترجمة .

- عبد الفتاح القرشي (٢٠٠١) . تصميم البحوث في العلوم السلوكية ، الكويت : دار القلم.

- كمال خلف (٢٠١٥) . دور المعتقدات السلبية والأفكار الآلية في التنبؤ بمظاهر الضعف الجنسي لدى الذكور في مقابل مظاهر البرود الجنسي لدى الإناث . خطة مقدمة لاستكمال متطلبات درجة الماجستير في علم النفس (برنامج علم نفس الإكلينيكي)، قسم علم النفس ،كلية الآداب ،جامعة القاهرة.

- ميشيل ب.كاري، جون ب.ونسز، و اندور و.ميسلز(٢٠٠١) .الاختلالات الجنسية:اضطراب الانتصاب لدي الذكور، (ترجمة): صفوت فرج، في : ديفيد ه.بارلو(محرراً). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية : دليل علاجي تفصيلي (١٠٥٧-١١٤٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٩).العلاج النفسي الجنسي متعدد الأبعاد لرجل مصري يعاني من ضعف الانتصاب :دراسة حالة علاجية، مجلة دراسات نفسية ،١٩(٤)، ٦٢٥-٦٧٢.

## ثانيا : مراجع باللغة الإنجليزية : References:

- Amelia, S. & Cindy, M. (2016). A Single Session of Autogenic Training Increases Acute Subjective and Physiological Sexual Arousal in Sexually Functional Women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 23(1), 1-17.

-American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)**. American psychological Association .Washington, DC: Author.

- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 26, 51-65.

- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., et al. (2001). Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and classifications. **Journal of Urology**, (163), 888–893.
- Basson, R. (2005). Women's Sexual Dysfunction: revised and expanded definition. **Journal of Canadian Medicine Associations**, 172(10) , 1327–1333 .
- Basson, R. (2008). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. **Clinical Focus Primary Psychiatry**, 15(9), 72 – 81.
- Brooke, N. & Cindy, M. (2010).The Impact of Body Awareness on Sexual Arousal in Women with Sexual Dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, 4(4),990–1000.
- Carvalho, J. & Nobre, P. (2009). Predictors of Women's Sexual Desire: The Role of Psychopathology, Cognitive–Emotional Determinants, Relationship Dimensions, and Medical Factors. **Journal of Sexual Medicine**, (7), 928–937.
- Cindy, M. , Lisa , D., & Christopher, B. (2009) . Sexual Motivation in Women as a Function of Age, **Journal of Sex Medicine**, (6), 3305–3319.
- Cuntim, M. , Nobre, P. (2011). The Role of Cognitive Distraction on Female Orgasm. **Journal of Sexologies** , (20) , 212–214.
- Fobaira ,P., Stewart, L., Chang, S., D'onofrio, C., Priscilla, J., Banks & Bloom, J. (2006). Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer. **Journal of Psycho Oncology**,( 15), 579–594.

- Fink ,S. , Kelly, A. Foran, a. , Alison, C., Sweeney, a., Erin, L. & O’Hea .(2009). Sexual body esteem and mindfulness in college women. **Journal PsychologyofWomenQuarterly: www.elsevier.com/locate/bodyimage**, 326–329.
- Gilligan, k. , Grimes ,R. , Gorse, C.& Hahn, N. (2004). Female Sexual Dysfunction. **http://www.behavenet.com**.
- Greenberg, J. , Bruess, C. & Conklin, S. (2007) . **Exploring the dimensions of Human Sexuality**. New York: Jones and Bartlett Publishers.
- Géonet, M. , Sutter, P. & Zech, E. (2012). Cognitive Factors in Women Hypoactive Sexual Desire Disorder. **Journal of Sexologies**, 22(1): 9–15.
- Hubin, A. , Sutter, P. & Reynaert, C. (2011). Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. **Journal of Sexologies**, 20 (3), 149–157.
- Hilary, G. (2018). 11 Reasons Women Have Difficulty with Orgasm, and What Helps New research identifies reasons women give for reduced sexual pleasure, **Journal of psychology today .com / blog / experimentations/201802/11-reasons-women-have-difficulty-orgasm-and-what-helps. 19/02/2018. 1:23p.m .**
- Handy, A. B., Stanton, A.M., & Meston, C.M. (2018). (in press). What does sexual arousal mean to you? Women with and without sexual arousal concerns describe their experiences. **Journal of Sex Research** , 105 (5) , 1–11.



- Ibrahim, M., Ahmed, R. & Ahmed, A. (2013) Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction Among Egyptian Women. **Journal of Sexologies**, ( 287),1173–1180.
- 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 .
- Koff, E., Lucas, M., Migliorini, R., & Grossmith, S. (2011). Women and body dissatisfaction: Does sexual orientation make a difference? Body Image. **Journal of Sexual Medicine** ,(7), 255–258.
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing Body Dissatisfaction in Eating Disorders within a Self Discrepancy Framework: a Review of Evidence. **Eating and Weight Disorders–Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 23(3),275–291.
- Malatesta, V. & Adams, H. (2002). Sexual Dysfunctions. in: Sutker, P. &Adams,H.(Editors).**Comprehensive Handbook of Psychopathology**, (713 – 748) , New York : Kluwer Academic / Plenum.
- Morrison, T. G., Kalin, R., & Morrison, M. A. (2004). Body–Image EvaluationAnd Body–Image Investment among Adolescents: A Test of Sociocultural and Social Comparison Theories. **Adolescence**, 39(155), 571–592.

- McCall ,K.M, & Meston, CM . (2007). The effects of false positive and false negative physiological feedback on sexual arousal: a comparison of women with or without sexual arousal disorder. **Archives of Sexual Behaviors**, 36(4),518–30.
- Miu, A. C., Heilman, R. M., & Miclea, M. (2009). Reduced heart rate variability and vaginal tone in anxiety: Trait versus state, and the effects of autogenic training. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*. **Journal of Sex Research**, 145(1–2), 99–103.
- Maserejian, N., Shifren, J. , Parish, J. , Segraves ,R., Liyuan, H. & Raymond, C. (2012). Sexual Arousal and Lubrication Problems in Women with Clinically Diagnosed Hypoactive Sexual Desire Disorder: Preliminary Findings from the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for Women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, (38) , 41–62.
- Martha, T. (2016). Clinical Sexology health & Medicine: <http://www.eroscoaching.com>.
- Noll, S. & Fredrickson, B. (1998). A Mediatonal Model inik Ng Self-Ob J Ecti Fication, Body Shame, And Disorderd Eating. **Journal of Psychology of Women Quarterly**, (22), 623–636.
- Nobre, P. & GOUVEIA, J. (2006). Emotions during Sexual Activity: Differences between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. **Archives of Sexual Behavior** , (35), 491–499.

– Nobre, P. & GOUVEIA, J. (2006) Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. **Journal of Sex Research**, 43(1), 8–68.

– Nobre, P. & Gouveia, J. (2008). Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. **Journal of Sex & Marital Therapy**, (34), 325–342.

– Nobre, P. & Gouveia, J. (2008). Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. **Journal Archives of Sexual Behavior**, 37, (4), 652–661.

Nobre, P. (2009). Determinants of Sexual Desire Problems in Women: Testing a Cognitive–Emotional Model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, (35), 360–377.

– Nobre, P. & Gouveia, J. (2009). Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. **Journal of Archives of Sexual Behavior**, (36), 652–661.

– Nelson, A & Purdon, C. (2011). Non–Erotic Thoughts, Attentional Focus, and Sexual Problems in a Community Sample. **Journal of Archives of Sexual Behavior**, (40), 395–406.

– Nivedita, D. (2013). Female Sexual Dysfunction. **M.D.** Wayne State University.

- 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.
- Quigg, S. & Want, S. (2011). Highlighting media modifications: Can a television commercial mitigate the effects of music videos on female appearance satisfaction Body Image? **Journal of Sexual Medicine**, (8) , 135–142.
- Steigerwald, F. & Stone, D. (1999). Cognitive Restructuring and the 12-Step Program of Alcoholics Anonymous . **Journal of Substance Abuse Treatment**. 4(16) , 321–327.
- Stone, Clark, Sbrocco & Lewis. (2009).Sexual dysfunction in males with systolic heart failure and associated factors. **Journal of Arya Atheroscler**, 8(2), 63–69.
- Szymanski, D. , Moffitt, L. & Carr, E. (2011). Sexual Objectification of Women: Advances to Theory and Research . **Journal of The Counseling Psychologist**, 39(1) , 6–38 .
- Satinsky, S. , Reece, M. , Dennis, B. , Sanders, S. & Bardzell, S. (2012). An Assessment of Body Appreciation and Its Relationship to Sexual Function in Women. **Journal of Body Image**, (9), 137–144.
- Stanton, A. , Lorenz, T. , Pulverman, C. & Meston, C. (2015). Heart rate variability: A risk factor for female sexual dysfunction. **Applied PsychophysiologyandBiofeedback**, 40(3) , 229–237.

– Seal, B. N., & Meston, C. M. (2018). (in press). The impact of body awareness on women’s sexual health: A comprehensive review. **Sexual Medicine Reviews**.

–Stanton, A.M., Boyd, R.L., Fogarty, J.J., & Meston, C.M. (2019). Heart rate variability biofeedback increases sexual arousal among women with female sexual arousal disorder: Results from a randomized–controlled trial. **Journal of Behaviour Research and Therapy**, 115, 90–102.

– Thomasa & Thurstonb (2016).Female Sexual Dysfunction .**Sexual HealthCenter**.<http://www.everydayhealth.com/sexualhealthsexualdysfunction/female–sexual–arousal–disorder.aspx>.

– Vartanian, L. R. (2012). Self–Discrepancy Theory and Body Image. In **Encyclopedia Of Body Image And Human Appearance**,(2), 711–717.

– Woodman, T., & Hemmings, S. (2008). Body Image Self–Discrepancies and Affect: Exploring The Feared Body Self. **Self and Identity**, 7(4), 413–429.

Differences Between Newly Married Women with Sexual Arousal Disorder and Normals in Sexual Automatic Thoughts And Perceived Body Image.

By:

Esraa ' M. Elsehamy

Clinical Psychotherapist - Egypt

## **Abstract**

The Current study aimed to investigate the differences between newly Married women with sexual arousal disorder and normals in sexual automatic thoughts and perceived body image, The Study sample Consist of(40) patients and (40) normals , and the age range was(22-42) years. Five scales were administrated (1) Comprehesion Scale inWechsler Intelligence scale for adult" Edition-4" ,(2) The Sexual Arousal and Desire Inventory (SADI) ,(3) Sexual Beliefs Questionnaire , (4) Sexual Modes Questionnaire ,(5) Body, Exposure in Sexual Activities Questionnaire , In addition to Intake Interview. The results showed significant correlations coefficient between negative sexual beliefs, negative sexual automatic thoughts (With various sub-measures), perceived body image, and (FSAD) in newly wed women with a (SAD). but the correlation coefficient values among patients were higher than normal, Linear regression analysis, showed that negative sexual beliefs, negative sexual automatic thoughts (With various sub-measures), and perceived body image, were able to predict the sexual arousal disorders of patients (FSAD) in a significantly higher than normal ities. Results also found significant differences between the two study groups of patients (FSAD) and normals in the direction of the group of patients in the total score of the variable negative sexual beliefs, negative sexual automatic thoughts (With various sub-measures), While there were no statistically significant differences between the two study groups of patients (FSAD) and the normal of the variable precieved body image and sexual List of sexual arousal disorder.

**Key words:** Female Sexual Arousal Disorders (FSAD), Negative Sexual Beliefs, Negative Sexual Automatic Thoughts (With various sub-measures), Perceived Body Image.