



**المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات
الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي كمنبئات
باضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى عينة من
السيدات المتزوجات**

د. بهية جمعة السيد ندا

دكتوراه فى علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنوفية

DOI: 10.21608/QARTS.2023.193123.1619

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - العدد (٥٨) يناير ٢٠٢٣

ISSN: 1110-614X الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة

ISSN: 1110-709X الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية

<https://qarts.journals.ekb.eg>

موقع المجلة الإلكتروني:

المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي كمنبئات باضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى عينة من السيدات المتزوجات

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي واضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات، والتعرف على الفروق بين متوسطى درجات مرتفعات الرغبة الجنسية ومنخفضات الرغبة الجنسية فى متغيرات الدراسة، ومدى إمكانية التنبؤ باضطراب ضعف الرغبة الجنسية من خلال متغيرات الدراسة النفسية، واتبعت الدراسة أسلوب الدراسات الارتباطية واعتمدت الدراسة على كل من استبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية ليونج، ومقياس اضطراب نقص الرغبة الجنسية، ومقياس الرضا الجنسي، واستخبار المعتقدات الجنسية، وتم تطبيق الدراسة على عينة قوامها (٤٠٠) سيدة متزوجة من السيدات المتزوجات بمحافظة كفر الشيخ تراوحت أعمارهن ما بين (٢٢-٥٠) عام بمتوسط حسابى قدره (٣٣.٧٦)، وانحراف معيارى (٦.٤٥)، واستخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية وهى: اختبار "ت" للعينات المستقلة، معامل ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار متعدد الخطوات Stepwise Regression، للتحقق من فروض الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود ارتباط دال وموجب بين اضطراب ضعف الرغبة الجنسية وكل من المخططات المعرفية غير التكيفية، والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية، وجود ارتباط دال وسالب بين اضطراب ضعف الرغبة الجنسية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات، وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى درجات مرتفعات ومنخفضات الاتجاه نحو

الرغبة الجنسية لصالح منخفضات الرغبة الجنسية في كل من المخططات المعرفية غير التكوينية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية، وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى درجات مرتفعات ومنخفضات الاتجاه نحو الرغبة الجنسية في متغير (الرضا الجنسى) لصالح مرتفعات الرغبة الجنسية. يمكن التنبؤ باضطراب ضعف الرغبة الجنسية من خلال كل من (المخططات المعرفية غير التكوينية والتي أظهرت مخططات مثل: (الحرمان العاطفى، الإذعان/الانقياد، والتشكك/الإساءة)، والمعتقدات والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسى)

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية اللاتكوينية، المعتقدات الجنسية اللاعقلانية، الرضا الجنسى، اضطراب ضعف الرغبة الجنسية .

مقدمة:

تعتبر الحياة الجنسية من المشكلات الأساسية التي يحاول علماء النفس فهمها وكشف دلالتها في الحياة النفسية للإنسان، فهي ظاهرة حديثة العهد تم إخضاعها للطب منذ القرن التاسع عشر حيث كان يعتبر الجنس مجرد غريزة بيولوجية، ولم يختلف الأمر كثيرًا في القرن العشرين حيث اقتصرَت دراسة الحياة الجنسية على الطب الجنسي (Ussher&Baker,1993).

وتُعتبر الصحة الجنسية عنصرًا أساسيًا في الصحة العامة ونوعية الحياة لكل من الرجال والسيدات. فهي ليست مجرد عدم وجود مرض أو خلل وظيفي أو ضعف؛ إنها حالة من الرفاهية الجسدية والعاطفية والعقلية والاجتماعية فيما يتعلق بالحياة الجنسية (World Health Organization,2006)

كما أشارت دراسة Austin, (Von Hippel,Adhia,Rosenberg, & Tamimi Partridge (2019), إلى أن الرفاهية الجنسية للمرأة هي محدد مهم للصحة العامة ونوعية الحياة على مدى الحياة. ومع ذلك، فإن العوامل المرتبطة بمستويات النشاط الجنسي للمرأة والوظيفة الجنسية في منتصف العمر غير مفهومة، كما تُعد صعوبة الوظيفة الجنسية أمرًا شائعًا بين السيدات في منتصف العمر

ووفقًا للبيانات الصادرة عن منظمة الصحة الوطنية والحياة الاجتماعية (The National Health&Social Life (NHSLS)، ودراسة السلوك الجنسي في الولايات المتحدة، تبين أن الاضطراب الجنسي كان أكثر انتشارًا بين السيدات بمعدل (٤٣٪) بالمقارنة بالرجال بمعدل (٣١) (Gilligan,Grimes,Gorse&Hahn,2004)

وقد أشارت دراسة (Metz&McCarthy,2007,351) إلى أن نسبة (٤٥٪) من الأزواج قد عانوا في فترة من فترات حياتهم، سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً، من بعض الاضطرابات الجنسية.

كما أن أكثر من نصف البشر في العالم (٦٠٪) يقولون إنهم غير راضين بالكامل عن حياتهم الجنسية (Mulhall,King,Glina&Hvidsten,2008)^(١)

وفي أمريكا، واحد من كل خمسة متزوجين يعاني من "الحرمان الجنسي" ويمارس الجنس أقل من مرة في الشهر"، وتفيد واحدة من بين كل ثلاث نساء أنها ليست مهتمة بالجنس، وواحدة من بين كل خمس نساء أنها لا تجد الجنس شيئاً ممتعاً أصلاً (Michael,Gagnon,Laumann&Kolata,1994). وفي دراسة عالمية شملت (٢٩) دولة اعتبرت أغلب النساء في منتصف العمر أن الجنس أقل أهمية في الحياة، مما اعتبره الرجال (Laumann,Paik, Levinson Glasser,Kang,Wang &Gingell,2006). ولا تُعتبر الدول العربية أفضل حالاً، لأن مستوى الرضا الجنسي عن العلاقة يُشكل مستوى (متوسطاً) مقارنة بباقي دول العالم

(Laumann,Paik,Glasser,Kang,Wang,Levinson&Gingell,2006)

وعلى الرغم من تباين نسب انتشار الاضطرابات الجنسية بين الجمهور العام، فإن الثابت عملياً أن أعداداً لا بأس بها من الجمهور، كأفراد وكأزواج يُعانون من بعضها إلى الحد الذي يسبب لهم نوعاً من الكرب النفسى، ويفقدون متعة الحياة والهناء والسرور (McCab,2001,25؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٩، ٢٢٦-٢٢٧).

^١. شملت الدراسة دولاً في المنطقة هي مصر والإمارات والمغرب والكويت ولبنان وإسرائيل وتركيا.

كما أن اضطراب العلاقة الجنسية يلحق بالزواج الكثير من الضرر (Yeh,Lorenz, Wickrama,Conger&Elder Jr,2006). إذ يستنزف نحو (٦٠٪) من الحميمية والمشاعر الطيبة بين الزوجين (McCarthy,1997)

وقد أشارت دراسة (Kim,Zhu,Davila,Lee,Chubak,Melamed& Abraham,2022) إلى أن الاضطراب الوظيفي الجنسي للإناث هو اضطراب معقد من المسببات البيولوجية النفسية والاجتماعية، وتؤثر أعراضه على أكثر من (٤٠٪) من السيدات البالغات في جميع أنحاء العالم.

ويختلف انتشار هذه المشكلة اختلافاً واسعاً عبر الثقافات وترتبط بخصائص سكانية مختلفة، فضعف الوظيفة الجنسية في العلاقات الحميمة يمكن أن يسبب السخط والمرارة والكثير من الاضطرابات النفسية (Hatzimouratidis&Hatzichristou,2007;Abidin,Draman,Ismail,Mus taffa&Ahmad, 2016). حيث تنقسم دورة الاستجابة الجنسية للإناث إلى أربع مراحل: الرغبة، والإثارة، والنشوة الجنسية، والخمول، والاضطراب في أي من هذه المراحل ينتج عنه خلل في الوظيفة الجنسية (APA,2013)

فقد أشارت دراسة زكية مهدى (٢٠١٢) إلى أن اضطراب الرغبة واضطراب هزة الجماع كانا الأكثر تأثيراً في الاختلالات الجنسية بنسبة (٥٢.٨٪) من السيدات من أصل عينة عددها (٥٠٩) من المصريات المتزوجات (Ibrahim,Ahmed &Ahmed,2013)

وقد وجد الباحثون أن (اضطراب ضعف الرغبة الجنسية) شائع بين السيدات خاصة السيدات في منتصف العمر (Thomasa&Thurstonb,2016).

وقد أشارت نتائج دراسة (Hilary,2018) أن (٥٠٪) من السيدات اللاتي تمارسن الاستمناة يمكن أن يصلن إلى النشوة الجنسية، في حين أنها لا تصل إلى النشوة الجنسية أثناء الجماع، حتى في وجود مثير خارجي

كما أشارت دراسة (Zaki,Elnagar,Spence,Pandi-Perumal& Shams,2018) إلى أن نقص الرغبة الجنسية والعجز الجنسي لدى السيدات يُعتبر من المشاكل الاجتماعية.

وقد ثبت أن الحفاظ على النشاط الجنسي هو عامل رئيسي في الحفاظ على جودة العلاقة بين الزوجين، ويعد الاضطراب الوظيفي الجنسي للإناث أمراً شائعاً، حيث يُصيب نسبة (٤٠-٤٥٪) من السيدات (Torkzahrani,Banaei,Ozgoli,Azad& Emamhadi,2015,88-98).

وقد أشارت دراسة (Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010) إلى أن (١٥.٥٪) من بين السيدات اللاتي يسهل استثارتهن جنسياً من أصل عينة تضمنت (٣٧٨٧) مشاركة من خلال مقياس على شبكة المعلومات الدولية أقررن أن المتعة الجنسية يشعرن بها فقط عند شعورهن بالرغبة الجنسية في البداية، في حين (٣٠.٧٪) أشارن إلى أنهن لا يشعرن بالرغبة إلا مرة واحدة إذا استثرن، كما أشارت النتائج إلى أن (٤٢٪) من السيدات ذات العلاقة طويلة الأجل تشارك في ممارسة الجنس مع عدم وجود رغبة جنسية أكثر من المرأة التي لديها علاقة قصيرة الأجل (٢٢.٤٪)، وأن (٥٢.٥٪) قررن أن الاستجابة للرغبة وتكرار الوصول للنشوة يرتبط ارتباطاً دالاً بالخيال الجنسي، وأشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن صعوبة الحصول على استثارة، ورغبة المستجيبة في البدء بالعلاقة، وتكرار النشوة ارتبطت ارتباطاً جوهرياً مع الخيال الجنسي، وأن رضا المرأة عن الحياة الجنسية الخاصة قد ارتبط بالرضا عن الزوج.

كما أشارت دراسة كل من (Maserejian,Shifren, Gerstenberge Parish, r&Rosen,2010)، إلى أن أكثر من (٨٥٪) من السيدات عانين من استمرار انخفاض الرغبة، ومن العوامل الأكثر شيوعاً التي أدت إلى ذلك عدم الوصول إلى النشوة الجنسية والرضا الجنسي (٣٣.٥٪).

كما أشارت دراسة (Maclaran&Panay,2011) أن (٣٣٪) من عينة الدراسة أثبتن عدم اهتمامهن بالجنس، وما يقرب من (٢٥٪) لا يحققن النشوة الجنسية، بالإضافة إلى أن حوالي (٢٠٪) من السيدات قررن أن الجنس ليس ممتعاً بالنسبة لكثيرات منهن، مثل هذه المعتقدات والأفكار السلبية تؤثر على العلاقات مع الزوج بطريقة سلبية مسببة سوء التوافق الزوجي.

فالشخصية الجنسية^(٢) هي أفكار ومعتقدات الفرد تجاه الجانب الجنسي من شخصيته، وهي التي تحدد سلوكه الجنسي واستجابته أثناء العلاقة، وحين تتمتع المرأة بشخصية جنسية إيجابية، تستطيع الاستمتاع بممارسات جنسية أكثر تنوعاً وتبلغ مستويات أعلى من الإثارة الجنسية مع زوجها، إذ تكون حياتها الجنسية أكثر نشاطاً ورضاً مقارنة بغيرها (Andersen&Cyranowski, 1994; Cyranowski & Andersen, 2000; Andersen, 1998).

وفى هذا الصدد فإنه حسب العديد من الدراسات (Blumberg,2003;Wentland,Herold,Desmarais&Milhausen,2009;M

^٢ المقصود هنا هو الإطار الذهني الذاتي الجنسي (Sexual self-schema)

Urray, Milhausen & Sutherland, 2014) وجد العلماء أن النساء الأكثر نشاطاً جنسياً يفكرون في الجنس بطريقة إيجابية كهذه، لذلك يتطلعون إليه أكثر.

فعدم التوافق الجنسي - أو عدم استمرار هذا التوافق - يبدو أمراً شائعاً في كثير من الزوجات، لدرجة أن هناك من يرى أن الزواج منظومة غالباً ما تعجز عن تحقيق الرضا الجنسي، وحين لا يحصل كل طرف على احتياجاته لا يكون سعيداً فلا يستطيع إسعاد الطرف الآخر، وتستمر العلاقة في هذه الدائرة المفرغة (Kislev, 2020).

وعلى الرغم من ارتفاع معدل انتشار اضطرابات الوظائف الجنسية في جميع أنحاء العالم، إلا أن هناك بيانات محدودة للغاية تتعلق باضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات وعوامل الخطر المرتبطة به، كما أن هناك نقصاً في الوعي الشخصي في التعرف على هذه الحالة (Wright & O'Connor, 2015).

كما أشارت نتائج دراسة كل من (Abdo, Valadares, Oliveira Jr, Scanavino & Afif-Abdo, 2010) إلى ارتباط ضعف الرغبة الجنسية بمجموعة من العوامل منها نقص المعلومات عن النشاط الجنسي في مرحلة الطفولة والمراهقة.

كما إن مشكلة الاضطرابات الجنسية من المشكلات الصامتة، التي يُشكل الحديث عنها أحد المحرمات التي يُحرم الحديث عنها، كما أنها من أكثر المشكلات انتشاراً باعتبار أن الاضطرابات الجنسية من أعمق المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تصيب الأسرة لأن الحياة الجنسية لدى الإنسان لا تهدف إلى التنازل وحفظ النوع فحسب، وإنما ترجع أهميتها إلى تلك الوظيفة التواصلية الحميمية التي تحقق التوافق الزوجي (هدى محمود أحمد، ٢٠١٦، ١٥٦-١٥٧).

ومما يزيد المشكلة تعقيدًا أن مجال الصحة الجنسية للمتزوجات مجال بحث جديد نسبيًا، وقد أشارت دراسة (Yıldız,2015) أن مشاكل الصحة الجنسية شائعة في فترة الزواج خاصة ما بعد الولادة. علاوةً على أن هذه المشاكل تفتقر إلى الاعتراف الشخصي، ولا تزال وصمة العار عائقًا رئيسيًا أمام الأشخاص الذين يحصلون على خدمات الصحة الجنسية، وتعتبر العديد من السيدات هذه المسألة مشكلة شخصية لا ينبغي مناقشتها علانية (Wright&O'Connor,2015)

وعلى عكس نتائج دراسات كل من (Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010;Maserejian,Shifren,Parish,Gerstenberger&Rosen,2010;Maclaran&Panay,2011;Wright&O'Connor,2015;Torkzahrani,Banaei,Ozgoli,Azad&Emamhadi,2015;Yıldız,2015;Salvatore, Redaelli,Baini&Candiani,2016) تم إجراء دراستين في ماليزيا حول الاضطراب الوظيفي الجنسي للإناث، (Sidi,Puteh,Abdullah&Midin,2007;Abidin,Draman,Ismail, Mustaffa&Ahmad,2016) لكن لم تستكشف أي اضطراب وظيفي جنسي بين السيدات أثناء الحمل وبعد الولادة.

ومن خلال ما سبق؛ يتضح أن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتقييم وعلاج اضطرابات الوظائف الجنسية لدى السيدات المتزوجات، لأنهن يمثلن غالبية المريضات في العيادات الصحية. ولأن المرأة هي نصف المجتمع وهي أساس بناء الأسرة وأساس الحفاظ على دعامة الأسرة، كان لزامًا على المشتغلين في علم النفس تكريث الجهود لمساعدة المرأة وإرشادها حتى تستمتع بحياة أفضل. ونظرًا للعلاقة القوية بين وظيفة المرأة الجنسية والصحة النفسية، فمن الضروري أولًا علاج هذه العلاقات خاصة إذا أخذت الجانب السلبي (Basson,2008;Basson,2000). وكذلك ضرورة التعامل مع الاضطرابات

الجنسية فى ضوء النموذج الحيوى النفسى، وليس المنظور الطبى الدوائى بحسب ما أوصت دراسة (Bitzer, Platano, Tschudin & Alder, 2008). كما أشارت دراسة (هناء شويخ، ٢٠١٦) إلى أنه لم يعد يُنظر إلى خبرة الإضطرابات الجنسية كحدث طبي، بل هى حدث تتداخل فيها الكثير من المتغيرات النفسية والاجتماعية، وتُعدل من تأثيرها ونواتجها.

وكذلك لكون الاضطرابات الجنسية لدى السيدات من الاضطرابات التى تتفاعل معها العوامل الجسمية والنفسية والفسولوجية والاجتماعية (Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gingell, Moreira & Wang, 2005; Wincze & Barlow, 1997)

وعلاوة على ما سبق؛ فالإنسان الذى يفقد توازنه الجنى يفشل حتّمًا فى حياته الزوجية، مما يكسر المؤسسة العائلية، بما لذلك من انعكاس على توازن الأطفال ومستقبلهم ويدفع بشكل لاشعورى إلى تفريغ الإحباطات ضمن أنماط سلبية: منها النزاعات المستمرة وإهمال الأطفال والكثير من الاضطرابات النفسية التى تصيب الأسرة. لذلك جاءت هذه الدراسة لبحث هذه أسباب هذه المشكلة من خلال بحث علاقة المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنى باضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى عينة من السيدات المتزوجات.

مشكلة الدراسة:

إن العلاقة بالآخر لغة تجعل الإنسان مستعدًا للتواصل مع الآخر والاشترك معه فى جدلية وجودية ينزع فيها كل طرف لنيل الاعتراف به من الطرف الآخر فى محاولة واعية لتحقيق وجوده ووعيه فى رحاب ذلك الآخر، ولا يكون استعمال الجسد إلا إسدالًا للستار على خشبة مسرح الوعى حينما تصل اللغة إلى قمة المعنى، فتكون لغة الجسد هى اللغة الوحيدة الممكنة. وقد لاحظت الباحثة ندرة فى الدراسات العربية

فى حدود اطلاع الباحثة- التى اهتمت بمشكلة الاضطرابات الجنسية فى مقابل العديد من الدراسات الأجنبية (Brezsyak, Micheal, 2004; Kelly, Strassberg & Turner, 2004; Shake, Heshmati & Rahimi, 2010)

وقد أشارت دراسة (Khalid, Jamani, Abd Aziz & Draman, 2020) إلى أن الصحة الجنسية تُعتبر عنصرًا أساسيًا فى الصحة العامة وجودة الحياة، وتُعتبر مشاكل الصحة الجنسية من أهم المشكلات الشائعة ولكن تفقر إلى الاهتمام المهني.

فأشارت دراسة (Torkzahrani, Banaei, Ozgoli, Azad & Emamhadi, 2015) إلى أن اضطرابات الوظيفة الجنسية تُعتبر من أهم الأمور التي تؤثر على استقرار الزواج، لذا فإن مشكلتها يمكن أن تؤدي إلى الطلاق أو الانفصال بين الزوجين. ومما يُزيد من أهمية هذه الدراسة ما أكدته (Ivy, 2006) من وجود علاقة سلبية دالة بين تحقيق الصحة الجنسية ومعدلات الطلاق فى الدول الغربية. حيث لوحظ فى السنوات الأخيرة تزايد ارتفاع نسبة الطلاق سواء على المستوى المحلى (صفاء إسماعيل، ٢٠٠٤، ١٤) والعالمى (Coontz, 2006)

كما أشار (Ginekoi, 2009) إلى أن اضطراب الرغبة الجنسية يُعد مشكلة نفسية واجتماعية مهددة للزوجة والأسرة بأكملها، وأن ضعف الرغبة الجنسية من أكثر اضطرابات الوظائف الجنسية المنتشرة لدى السيدات، والذي يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة المرأة (من خلال: هبة بهي الدين ربيع، ٢٠١٦، ٣٥٣).

فالأفراد الذين يعانون من صعوبات فى مرحلة الرغبة يمثلون جزءًا كبيرًا من المرضى الذين يسعون للعلاج الجنسي (Adams & Sutker, 2007)

كما أن الإصابة بفتور الرغبة الجنسية يؤثر على تصورات الزوجات عن أنفسهن كنساء، ويوجد لديهن الرغبة فى العزلة والابتعاد عن الزوج، مما يثير لديهن مشاعر خاصة بعدم سوائهن كزوجات لعجزهن عن إرضاء أزواجهن جنسياً والحفاظ على الشعور بالجابية الجنسية لهن، مما يؤثر على الرضا الجنسى لديهن (Hinchliff,Gott&Wylie,2009)

كما أشارت دراسة (هبة بهى الدين ربيع، ٢٠١٦) إلى وجود فروق بين الزوجات المصابات بضعف الرغبة الجنسية والزوجات غير المصابات فى الثقافة الجنسية فى اتجاه الزوجات المصابات بضعف الرغبة الجنسية، واللاتى اتصفن بثقافة جنسية مشوهة.

كما أيدت نتائج دراسة (Elliot&O'Donohue,1997) التأثير السلبى للتشتت المعرفى على أداء الوظيفة الجنسية، لدى السيدات الأصحاء جنسياً

كما أشار (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٩) إلى دور المتغيرات المعرفية فى نشاط الوظائف الجنسية وأدائها، ودور التشويه المعرفى، وما يرتبط به من أفكار آلية ومن معتقدات مشوهة والتعليقات المعرفية فى تفسير ضعف الرغبة الجنسية. كما أشارت نتائج دراسة كل من (Biswas&Ratnam1995;Reissing,2002) إلى ارتباط الأفكار الجنسية اللاعقلانية إيجابياً بالأفكار السلبية حول الأداء الجنسى.

وقد أيدت نتائج دراسات عديدة وجود التأثير السلبى للمعتقدات السلبية والأفكار الآلية على أداء الوظائف الجنسية، لدى السيدات الأسوياء جنسياً أو المرضى (ميشيل كارى، ونسز، مسيلز، ٢٠٠١: محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٩؛ (Carvalho&Nobre,2010)

وفى هذا الصدد أظهرت نتائج دراسة (Sims&Meana,2010) إلى أن انخفاض الرغبة الجنسية لدى السيدات سببه المعتقدات والأفكار السلبية وأولها إغفال دور العواطف من قبل الشريك فى العلاقة الزوجية. وتتفق هذه الدراسة مع كل من دراسة (Silberman,1995; Torqabeh (Abadi& Sternberg,1997; Haqshenas2006)، والتي أشاروا فيها إلى دور حب الزوج فى التنبؤ بشكل إيجابى دال بالرضا الزوجى لدى الزوجات.

كما أشارت نتائج دراسة كل من (Gungor,Keskin,Gülsün,Erdem,Ceyhan&Ergün,2015;Kennedy,D oherty& Barnes,1995) إلى ارتباط الاضطرابات الجنسية بعدم الرضا الجنسي لدى السيدات، وسوء الفهم بين الزوجين. واتفقت معهما نتائج دراسة (Connor,Maserejian,De Rogatis, Meston,Gerstenberger&Rosen,2011) والتي أشارت إلى أن ضعف الرغبة ارتبط ارتباطاً موجباً بانخفاض الرضا الجنسي لدى السيدات، وعدم الرضا عن دعم الزوج لهن. كما أكدت دراسة (Borg,Peters,Schultz,Weijmar&de Jong,2015) على ارتباط الأفكار الجنسية اللاعقلانية سلبياً بالرضا عن العلاقة الجنسية.

وفى هذا الصدد أشارت نتائج كل من (Basson,2008;Basson,2000) على أن السيدات يوافقن على اللقاء الجنسي شرط أن يكون هناك اهتمام كاف للتبنيه الجنسي المناسب، ويليه الاستثارة الذاتية والتي يرافقها الكثير من المشاعر الإيجابية، ومن ثم تحدث الرغبة الجنسية.

كما أشار نموذج "مسترز وجونسون" إلى أسباب متعددة للاضطرابات الوظيفية الجنسية، والتي تضم أسباباً بعيدة مثل العقيدة الدينية، وعدم كفاية النصح والإرشاد،

والعوامل الاجتماعية، والاتجاه السلبي تجاه الجنس (Wincze&Barlow,1997). وكلها من العوامل المكونة للأفكار الجنسية اللاعقلانية.

كما أشارت دراسة (Nobre&Pinto-Gouveia,2009) إلى وجود علاقة جوهرية بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية والإنفعالات السلبية، واضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات، وعلى سبيل المثال، يمكن للمرأة الإيمان بالأفكار مثل "أنا بدينة وقبيحة"، أو "أنا لا ينبغي أن آخذ زمام المبادرة في النشاط الجنسي، وجميعها معتقدات جنسية سلبية ينتج عنها استجابات تتسم بالإدراك السلبي الذي لا صلة له بمهمة الجنس، أى أن الاضطرابات الجنسية تزداد لدى السيدات بزيادة الأفكار والمعتقدات السلبية.

ولعل من هم أسباب اضطراب الرغبة الجنسية هو الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات السلبية لدى المرأة تجاه العملية الجنسية. فقد أشارت دراسة (Hinchliff,Gott&Wylie,2009) إلى وجود ارتباط موجب بين ضعف الرغبة وبين معتقدات المرأة الجنسية، ومدى إدراكها لصدق مشاعر الزوج. وهذا ما أشارت إليه (Kaplan,2013) بأن من الأفكار والمعتقدات السلبية التي قد تسيطر على الزوجة، هى أن يكون الزوج خائناً أو مخادعاً، ففقدان الثقة، وضعف التواصل بين الزوجين أو وجود خلاف لم يُحل يؤدي إلى ضعف الرغبة الجنسية. كما أشارت دراسة (McCabe&Goldhammer,2013) إلى ارتباط اضطراب الرغبة الجنسية بانعدام وجود الأفكار الجنسية الإيجابية والخيال الجنسي، ووجود ارتباط سلبي بين ضعف الرغبة الجنسية وغياب الأفكار والخيال حول العلاقة الجنسية. كما أشارت دراسة (Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010) إلى أن رغبة المستجيبة فى البدء بالعلاقة، وتكرار النشوة ارتبطت ارتباطاً جوهرياً مع الخيال الجنسي.

وقد أكدت بعض الدراسات (Hiller&Jekster,2007;Nobra&Pinto- Gouveia,2009) على أن الاضطرابات الجنسية تزداد لدى السيدات بزيادة المخططات السلبية عند التعرض لمواقف جنسية غير ناجحة. كما أشارت نتائج دراسة كل من (ter Kuile,Both &van Lankveld,2010)، إلى أن الأفكار اللاعقلانية تتسبب في ارتفاع الخوف والقلق مما ينعكس بدوره على تجنب الجماع وتقليل الرغبة الجنسية. كما أشارت نتائج دراسة (Géonet,De Sutter&Zech,2012) إلى أن الإدراكات المشوهة يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على الاستجابة الجنسية، حيث تقل الاستثارة الجنسية الذاتية، وبالتالي، تُركز السيدات أثناء الجماع على الأفكار بدلاً من الاستثارة الجنسية، فنقل بالتالي الرغبة الجنسية لدى السيدات.

وعلاوة على ما سبق؛ يأتي موضوع الدراسة الحالية استجابة لما لوحظ في السنوات الأخيرة من ارتفاع سريع في نسب الطلاق بسبب وجود اختلالات جنسية (Coontz,2006). فمعظم الأزواج والزوجات عندما يتخذون قرار الزواج يدخلون هذه الخبرة ولديهن آمنيات وطموحات أن يستمر الزواج لمدة طويلة، وأن يجدن فيه ما يحقق لهن الاستمتاع والرضا الجنسي (Vadnais,2005). وطبقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بالقاهرة الصادرة في الكتاب الإحصائي السنوي عام ٢٠١٠، وجد ارتفاع عدد المطلقين من الذكور والإناث عام ٢٠١٠ إلى (١٤٩٣٧٦) حالة. ومن مجمل النتائج توصل الباحثون إلى أن تحقيق الكفاءة الجنسية لدى الأزواج والزوجات لن يتم إلا في ظل مناخ سوى من العوامل الاجتماعية، والنفسية، والبيولوجية، مما ينعكس على المجتمع عندما تُشكّل زيجات ناجحة وقوية تستمر لمدة طويلة (Jose&Alfonse,2007). فالمجتمع السليم هو الذي يقوم على بنية أسرية سليمة (P. Greeff, Hildegard L.Malherbe, 2001)

ومما سبق يمكن الوقوف على الآثار لسلبية التي تُحدثها الأفكار الآلية السلبية والمخططات المعرفية غير التكيفية، وعدم الرضا الجنسي لدى السيدات مما يؤثر على حياتهن الزوجية بالسلب، فالأفكار والمعتقدات اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات عديدة، ولكن ما يهمنا هنا هو اضطراب ضعف الرغبة الجنسية، ويمكن لهذا الاضطراب أن يكون له تأثير سلبي جوهري على قدرة المرأة على الحفاظ على علاقات طويلة المدى بصفة عامة والعلاقة الزوجية بصفة خاصة.

وتمثل الدراسة الراهنة خطوة أولية للتركيز على دور بعض المتغيرات النفسية (المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي) في التنبؤ بمتغير الرغبة الجنسية، وذلك لنكون بنية أساسية لاكتشاف السيدات المستهدفات لهذا الاضطراب الجنسي، ومن ثم إمكانية تقديم برامج مبكرة لهن. واستناداً إلى كل ما سبق برزت فكرة الدراسة الحالية في ضرورة اكتشاف العلاقة بين متغير الرغبة الجنسية وباقي متغيرات الدراسة، حيث لم تجد الباحثة في حدود علمها أى دراسة تناولت علاقة المتغيرات مجتمعة مع بعضهما البعض في دراسة وصفية ارتباطية.

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

١. المساهمة في تحديد بعض العوامل المؤدية لظهور أعراض اضطرابات الوظائف الجنسية في حالة نقص الرغبة الجنسية، والمتغيرات الكامنة وراء استمرار اضطراب نقص الرغبة الجنسية.

٢. 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.

وفي سياق إدراك معالم أهمية مشكلة الدراسة تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في

طرح السؤال الرئيس الآتى:

- إلى أى مدى يسهم كل من المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي فى التنبؤ باضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى عينة من السيدات المتزوجات؟ وينبثق عن هذا السؤال العام ثلاثة أسئلة فرعية هى:
١. هل توجد علاقة ارتباطية بين المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية واضطراب ضعف الرغبة الجنسية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)؟
 ٢. هل توجد فروق بين متوسطى درجات مرتفعات الرغبة الجنسية ومنخفضات الرغبة الجنسية فى كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي؟
 ٣. هل يمكن التنبؤ باضطراب ضعف الرغبة الجنسية من معلومية درجة كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق ما يلي:

- ١- التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية واضطراب ضعف الرغبة الجنسية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)
- ٢- التعرف على الفروق بين متوسطى درجات مرتفعات الرغبة الجنسية ومنخفضات الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة) فى كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي

٣- التعرف على إمكانية التنبؤ باضطراب ضعف الرغبة الجنسية من خلال المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)

أهمية الدراسة:

- الأهمية النظرية:

١. زيادة الوعي بالحياة الجنسية، حيث أشارت نتائج دراسة كل من (Abdo, Valadares, Oliveira Jr, Scanavino & Afif-Abdo, 2010) إلى ارتباط ضعف الرغبة الجنسية بمجموعة من العوامل أهمها نقص المعلومات عن النشاط الجنسي في مرحلة الطفولة والمراهقة. وتعتبر الثقافة الجنسية في أحد جوانبها جزء من الثقافة العامة والمهمة في الوقت نفسه بالنسبة للشباب من الجنسين. وفي هذا الصدد أشارت دراسة (yMachorro, 2004) إلى أهمية زيادة كمية المعلومات المقدمة في برامج التنثيف الجنسي، بما يطلبت توحيد الجهود بين العاملين في مجال الصحة والتعليم لتحقيق التوصيات الخاصة بالتنثيف الجنسي. وقد أشارت دراسة (Opara, Eka, Tabansi, 2012) أن نسبة (٧.٦٪) من أفراد العينة تلقوا معلوماتهم الخاصة بالثقافة الجنسية من معلمهم ومعلماتهم، كما أشارت النتائج أن أفراد العينة يفتقرون إلى معلومات ملائمة حول بعض القضايا الجنسية. كما أشارت دراسة (Gubrium & Shafer, 2014) إلى أن الثقافة والتعليم الجنسي الشامل الذي يتضمن أساليب إيجابية وخططاً للتأكيد على تعزيز الذات الجنسية، ومناقشة موضوعات مثل المتعة والرغبة والاستحقاق الجنسي، وهو أمر أساسي للحفاظ على الصحة والتوافق الزوجي.

٢. الاهتمام بفئة من أهم فئات المجتمع وهن السيدات المتزوجات، وأهمية الثقافة الجنسية بالنسبة لاستقرار حياتهن الزوجية والتي تؤثر بالتالى على استقرار الأسرة المصرية بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة.
 ٣. عدم علاج اضطرابات الوظائف الجنسية في مرحلة (الرغبة الجنسية) لها الأثر الأكبر في الإصابة بخلل في العلاقة الجنسية ومن ثم العلاقة الزوجية، حيث إن العلاقة الجنسية جزء أساسي في العلاقة الزوجية، وهي مشكلة أسرية خطيرة قد تؤدي إلى حدوث العديد من حالات الطلاق والتفكك الأسرى، باعتبار أن العلاقة الزوجية من أسمى وأغنى العلاقات الإنسانية.
 ٤. قد تسهم هذه الدراسة فى توفير الإطار النظرى لمزيد من توضيح ما قل وغمض عن اضطراب ضعف الرغبة الجنسية وعلاقتها بكل من المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)
 ٥. تأتي أهمية هذه الدراسة من خلال تناولها لمشكلة مهمة من المشكلات الأسرية وهي مشكلة الاضطرابات الجنسية وخاصة اضطراب الرغبة الجنسية، تلك المشكلة التي يقتصر الحديث فيها على ميدان الطب البشرى، وفى بعض الأحوال الطب النفسى.
- الأهمية التطبيقية:
١. فتح المجال أمام الباحثين لإجراء المزيد من البحوث العلمية تتعلق بمعرفة العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي وضعف الرغبة الجنسية. كما يمكن أن تسهم نتائج الدراسة فى إعداد برامج علاجية لعلاج اضطراب الرغبة الجنسية.

رؤية نظرية لمفاهيم الدراسة ودلالاتها البحثية:

أولاً: المخططات المعرفية اللاتكيفية:

يُعرف يونج وآخرون "المخططات المعرفية اللاتكيفية Maladaptive Cognitive Schema" بأنها "مخططات لها صفة الثبات والاتساع والعمق تتعلق بنظرة الفرد لذاته، وعلاقته مع الآخرين، وتتطور أو تنمو خلال مرحلة الطفولة، وتتضح تفاصيلها خلال مراحل حياته اللاحقة، وتتميز بكونها مختلفة بصورة واضحة" (Young, Klosko & Weishaar, 2006, 7)

أما من الناحية الإجرائية فهو مجموع الدرجات الكلية التي تحصل عليها المبحوثات (السيدات المتزوجات) أفراد عينة الدراسة من خلال إجابتهن على فقرات أبعاد استبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية ليونج (النسخة المختصرة) (Young Schema Questionnaire-Shortt- Form, YSQ- SF, 1999)، في صورته العربية المكيفة من طرف: (محمد السيد عبد الرحمن، أحمد إبراهيم سغان، ٢٠١٥)، والمكون من (٧٥) بنداً تقيس (الحرمان العاطفي، الهجر/عدم الاستقرار، الشك/الاعتداء، العزلة الاجتماعية/الاغتراب، النقص/الخجل، الفشل، الاعتمادية/العجز، القابلية للأذى أو المرض، العلاقات الاندماجية/عدم النضج الذاتي، الخضوع، التضحية بالذات، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة/النقد المفرط، الأحقية الزائدة/التعالى، نقص التحكم الذاتى/الضبط الذاتى) موزعة على خمسة مجالات: (الانفصال/ الرفض، نقص الاستقلالية/ضعف الأداء، نقص الحدود، التوجه نحو الآخرين، الحذر المفرط/ الكف) (Alfasfos, 2009).

مجالات المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية:

أكد يونج أن المخططات المبكرة اللاتكيفية تقع في ثمانية عشر مخطط اختصرهم فيما بعد إلى خمسة عشر مصنفة ضمن خمس مجالات رئيسية، والمكون من (٧٥) بنداً (٥ بنود لكل مخطط)، تضمن المجال الأول: الشعور بالانفصال والرفض بين الأشخاص، والثاني: ضعف الأداء والحكم الذاتي أو خلل الاستقلالية والأداء " الاهتمام باستقلال الفرد الشخصي"، والثالث: ضعف القدرة على البقاء ضمن حدود شخصية واقعية، والرابع: عدم القدرة على التعبير باستمرار عن احتياجات الفرد ورغباته نحو الآخرين "الاتجاه نحو الآخرين"، والخامس: القلق المفرط بشأن الأخطاء، مما يؤدي إلى الإفراط في اليقظة (التربح الزائد والكبح) تجاه الأخطاء المحتملة وموانع السلوكيات التلقائية، وتلعب كل مجموعة من مجموعات المخطط أدواراً حاسمة في اختيار المعلومات النفسية الواردة وتفسير تلك المعلومات وتوجيه السلوك المستقبلي الناتج عن تلك المعلومات وتخزين المعرفة النفسية والاجتماعية الناتجة في الذاكرة (Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz, 2008, 855; Young, 1999, 219)

١. الانفصال والرفض: يتوقع الفرد ضمن هذا المجال بأن حاجاته المرتبطة بالحب والتقبل والتعاطف والمشاركة الانفعالية والأمن والسلامة لن يتم تحقيقها، وبسبب ذلك تنشأ مخططات معرفية لاتكيفية حول الهجر وعدم الاستقرار وعدم الثقة والإساءة والحرمان العاطفي والعييب والنقص، ويشمل (٥) مخططات هي (النقص العاطفي، الشعور بالتخلي والاهمال وعدم الاستقرار، الشك والتعدي، الانطواء الاجتماعي، الشعور بالنقص والخلج) والمنحصرة بين البند ١ و ٢٥ (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سعفان، ٢٠١٥، ٢٦-٣٤).

ويفشل الأفراد الذين يملكون مُخطط هذا المجال في وضع علاقات مرضية مع الآخرين ويرون أن حاجات الاستقرار، الأمن، الانتباه، الحب والانتماء لا توصلهم إلى حد الإشباع وفي الأصل تتميز عائلاتهم بنقص الاستقرار (التخلي/ نقص الاستقرار) سوء المعاملة (الشك/التعدي "عدم الثقة/الإساءة") أحاسيس باردة (النقص العاطفي) أو منقطعة عن العالم (الانعزال الاجتماعي) الذين تتمركز بناهم في هذا المجال هم في غالب الأحيان الأكثر إصابة والأكثر شدة وأغلبهم صدموا في زمن الطفولة وفي مرحلة الرشد ينتقلون من علاقة هدامة ذاتيًا إلى علاقة أخرى، يتجنبون العلاقات الوالدية والعلاقات العلاجية التي تُعد أساس العلاج (Young&Brown,2005,41)

وتندرج ضمن هذا المجال المخططات المعرفية الآتية:

١- **النقص أو الحرمان العاطفي: Emotional Deprivation**: يظن الفرد أنه لا يقدم له الدعم العاطفي الذي هو بحاجة إليه وهذا الدعم يتميز بثلاثة مظاهر أساسية هي:

- نقص الدعم العاطفي/غياب الانتباه، الحنان، الدفء والصدقة.
 - التفاعل العاطفي/ غياب الشخص أو الشريك الذي يفهمه ويستمع له.
 - نقص الحماية /عدم وجود شخص قوي يحميه ويرعاه ويقوده.
- وُعرّفه الباحثة علي أنه: شعور بالرفض من قبل الآخرين وعدم إشباع حاجته الطبيعية الأساسية ومنها حرمانه من عطف وحنان الأم والأب.

٢- **الشعور بالتخلي والإهمال والهجر/عدم الاستقرار: Abandonment/Instability**: هو إحساس مستمر عند الفرد بعدم بقاء الأشخاص المهمين معه وتركه وتخليهم عنه أو عدم حضورهم الدائم نتيجة

لموت أو عدم قبولهم له وتفضيلهم لشخص آخر مفضل لديهم للبقاء معهم
(Young,Klosko&Weishaar,2006)

وتُعرفه الباحثة علي أنه: حالة من فقدان الشعور بالحياة في الأشياء المحيطة به والتعرض الدائم لنوبات من الدهشة والذهول والشعور المتناقض بالفرح والحزن في نفس الوقت وتغيير في المزاج والخوف من سيطرة الآخرين عليه وصعوبة في قول الصدق خشية فضح أمره وفقدان الشعور بالأمان لكونه اعتمد علي غيره.

وتُعرف الباحثة (الهجر) علي أنه: رحيل الأشخاص المقربين من الفرد وفقد التواصل معهم وهو (جهود ثائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي) وتقيس هذه العبارات المخاوف التي يتعرض لها الفرد بسبب فقدان الأشخاص المقربين منه، وعدم القدرة على تكوين صداقات سليمة ومستقرة، بالإضافة إلى فقدان الإحساس بالأمان، مما يجعلهم يلجئون إلى الكذب.

بينما (عدم الاستقرار الوجداني): عبارة عن حالة من حدة الطباع والقلق الذي يستمر عادة لبضع ساعات، ونادرًا ما يستمر لبضع أيام، وذلك نتيجة نوبات يتعرض لها الفرد من توتر وخوف والتعرض للخيانة مما يؤدي به الي تقلب وتأثير في الحالة المزاجية مصحوبة بعدم الاستقرار الوجداني.

٣- الشك والتعدى، عدم الثقة/الإساءة: Mistrust/ abuse: توقعات الشخص بأن الآخرين سوف يقومون بإيذائه وخداعه والتلاعب معه والإساءة له، حيث يكون هذا الشعور متمسًا بالعذاب لأنه غير مرغوب فيه أو من إهمال شامل غير مبرر، ومنه يخلق شعور الدونية بالمقارنة مع الآخرين.

وتُعرف الباحثة عدم الثقة أو الإساءة بأنها عبارة عن: حالة من عدم الثقة في النفس ولا في الآخرين يصاحبها انقطاع العلاقة بمعظم الأصدقاء وصعوبة بالغة في الوصول إلي أشخاص مخلصين في الحياة والاعتقاد الدائم بأن الآخرين يسيئون الفهم.

٤- العيب/ العار/ أو: النقص/ الخزي "الخجل": **Defectiveness/Shame**: هو شعور الفرد بنقص شديد أو بعدم القدرة والسوء وملاحظة الآخرين، ذلك يدفعهم للكره، وهذا الإحساس بالنقص والحساسية المفرطة يكون نتيجة تأنيب شخص ما له، ويظهر لديه شعور بالنقص والخجل من العيوب الملاحظة سواء داخلية (الأنانية، الغضب) أو خارجية (عيب جسمي) (Cottraux,2011,76)

وتُعرف الباحثة العيب/ العار: بأنه شعور المريض بأنه معيب ومنبوذ وناقص وعدم التحكم في حياته كغيره من البشر وعدم قدرة المريض علي صنع واتخاذ قراراته والشعور بالأسى من نظرات الآخرين والخجل من مواجهة الناس والبكاء المستمر والخوف المستمر من نظرة الآخرين له أثناء سيره.

٥- الانطواء الاجتماعي، أو العزلة الاجتماعية/ الوحدة **social isolation**: (مشاعر مزمنة من الملل والخواء): تُعرف الباحثة العزلة الاجتماعية/ الوحدة: بأنها شعور المريض بالوحدة والعزلة رغم وجود الآخرين في حياته وافنقاد من يشاركه أفكاره واهتماماته وشعور المريض بأن العزلة هي الحل الامثل لرحته النفسية.

٢. ضعف الأداء والحكم الذاتي (خلل الاستقلالية والأداء): ويطلق عليه البعض الخلل في الاستقلالية والإنجاز (الكفاءة) وهي توقعات الفرد عن نفسه والتي يرى فيها عدم قدرته على الإنجاز المستقل دون الاعتماد على الآخرين، ويسبب ذلك تطوير مخططات معرفية لاتكيفية حول الاعتمادية وعدم الكفاءة والهشاشة النفسية والذات اللامتطورة والتشابك والفشل، ويحوى (٤) مخططات (الفشل، التبعية وعدم الكفاءة، الخوف من المرض والخطر، العلاقات الدمجية) والمحددة بين البند ٢٦ و ٤٥ (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سعفان، ٢٠١٥، ٢٦-٣٤).

وتندرج ضمن هذا المجال المخططات المعرفية اللاتكيفية الآتية:

- **الفشل: Failure:** ظن الفرد بأنه سوف يفشل لا محالة سواء في حياته الشخصية أو المهنية وعدم نجاحه كالأخرين (Young,Klosko&Weishaar,2006,48)
وتُعرف الباحثة **الفشل:** بأنه شخص غير قادر علي التخطيط لمستقبله وعدم قدرته علي تحقيق ذاته وحالة من ضيق التنفس والشعور الدائم بفقدان الموهبة وافتقاد الشعور بالانجاز مصحوبًا بعدم وجود هدف في الحياة يسعى لتحقيقه.
- **التبعية وعدم الكفاءة: ependence/incompetence:** يعني اعتقاد الفرد بعدم قدرته على مواجهة مسؤوليات الحياة اليومية بدون مساعدة الآخرين، ويرى أنه غير قادر على القيام بها بمفرده (Young,Klosko&Weishaar,2006,48)
وتُعرف الباحثة **التبعية وعدم الكفاءة** بأنها: شعور مستمر من قبل المريض بالحاجة الي مساعدة الآخرين له في أمور حياته المهمة وصعوبة في مخالفة الآخرين في الرأي والسرعة في تكوين والدخول في علاقات جديدة للحصول علي الدعم والرعاية الكاملة وعدم الارتياح في حالة العزلة.
- **الخوف من المرض والخطر "الهشاشة النفسية"/ القابلية للأذى والمرض:**
Vulnerability to harm or illness: هو خوف الفرد المبالغ فيه من حدوث كارثة متوقعة في أي لحظة وعدم قدرته على مواجهتها، فقد تكون صحية أو انفعالية أو فوبيا (Young,Klosko&Weishaar,2006,48)
وتعرفه الباحثة بأنه: عبارة عن خوف وقلق مبالغ فيه وغير طبيعي من الإصابة بمرض خطير بشأن صحته والأمراض التي تصيبه والبحث عن الأسباب وأعراض الأمراض التي تصيبه وتُجنب زيارة الطبيب والميل الدائم إلي تجنب الأشخاص في الاماكن المغلقة.

- العلاقات الدمجية أو التشابك/الذات غير المتطورة، أو التعلق Attachment: عدم قدرة الفرد على التفرد والنمو دون وجود أشخاص يتشابك معهم (Young,Klosko&Weishaar,2006,48)

وتعرفه الباحثة بأنه: ميل شديد عند المريض الي الاقتراب من الآخرين والشعور بالحاجة الدائمة لهم في حياته والسعي للوصول إلي من يساعده عندما يحتاج المساعدة ٣. الحدود المختلفة (ضعف الحدود): وتشير إلى صعوبة تحمل المسؤولية أو وضع أهداف طويلة المدى والعجز عن وضع أهداف واقعية، ويسبب ذلك تطوير مخطط معرفي لاتكفي حول التكبر والاستحقاق وقلة الضبط الذاتي، وفيه مخططين هما: الإستحقاق والتكبر(الأحقية الزائدة/التعالى)، نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي) والمنحصر بين البند ٦١ و٦٥ وبين ٧١ و٧٥ (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سغان، ٢٠١٥، ٢٦-٣٤).

أ. الاستحقاق أو الجدارة والتكبر(الأحقية الزائدة/التعالى): Entitlement Grandiosity:/ افتراض الشخص بأنه متفوق على الآخرين ويستحق مزايا وحقوقاً خاصة مقارنة الآخرين، وأنه غير ملزم بتطبيق القوانين التي تطبق على المحيطين به، ويظن أنه يحق له الحصول على ما يريد دون مراعاة حاجات الآخرين، ويفرض نفسه بطريقة عدوانية ويتميز بالغرور واستغلال الآخرين لتحقيق أهدافه (Young,Klosko&Weishaar,2006,15)

وتُعرف الباحثة الاستحقاق أو الجدارة: بأنه شعور لدى الشخص بأنه أفضل من غيره وأكثر تميزاً عنهم والشعور بالغضب عندما لا يجد مردود جيد له والشعور المستمر بالملل عند القيام بأعمال لا تروق له والشعور بالعظمة والفخر علي ما يقدمه من انجازات واسهامات والشعور بالوصول إلى مكانه أفضل مما هو فيها.

ب. نقص التحكم الذاتي/الضبط الذاتي أو: "عدم كفاية ضبط النفس": **Insufficient**

Self-Control/Self-Discipline: عدم القدرة على المراقبة الذاتية تجاه

الانفعالات والاندفاعات في الحياه الخاصة أو المهنية للشخص وعدم تحمل الإحباط

الناتج عن الأعمال التي تتطلب الإنجاز الشخصي، لا يتحمل القيود ويفقد القدرة

على تحمل الصبر والتأني (أقروفة صفية، ٢٠١١، ١٢٤). وهذا المخطط يجعل

الفرد عاجزاً عن التحكم الذاتي في انفعالاته واندفاعاته، لا يتساهل مع الإحباطات

الناجمة عن المهام التي تتطلب الأداء الشخصي، كما أنه يستجيب لرغباته بشكل

مُتهور ويتجنب المواقف المزعجة والمؤلمة والتي فيها صراع أو مسؤوليات

(Kahalé,2009,93)

وتُعرفه الباحثة بأنه: اندفاع شديد من قبل الشخص للقيام بعمل ما من الأعمال

رغم معرفته بأن هذا العمل خطأ وله عواقب سيئة وكذلك صعوبة في التخلي عن القيام

ببعض العادات غير الملائمة.

٤. التوجه نحو الآخر (نقص الحدود الذاتية): ويشير إلى التركيز على حاجات الآخرين

بدل حاجاته لكسب حبهم أو تجنب انتقامهم. ويسبب ذلك تطوير خطط معرفية

لاتكيفية حول نكران الذات والخضوع للآخرين ويشمل مخططي (الخضوع،

التضحية) والمحدد بين البند ٤٦ و ٥٥.

أ- الخضوع للآخرين، أو: "الإذعان/الإنياد": **Subjugation**: يتمثل في الخضوع

المفرط لمراقبة الآخرين لأننا نشعر أننا مجبرون على التصرف على هذا النحو

لتجنب الغضب، الانتقام أو الإهمال، حيث يرى الفرد أن مشاعره وآراءه ليست لها

أهمية بالنسبة للآخرين عموماً ويظهر طاعة مبالغ فيها (عيشونى شهر زاد، ٢٠١٣،

٥٢؛ (Young,Klosko&Weishaar,2006;Alfasfos,2009)

وتُعرفه الباحثة: بأنه استسلام المريض وخضوعه للآخرين وجعلهم يختارون الأفضل له تجنبًا للمشاكل وكذلك تجنبًا لغضب وانتقاد الآخرين، وصعوبة كبيرة في التعبير عن آرائه الشخصية والسعي إلي تجنب إزعاج مشاعر الآخرين.

ب- التضحية بالذات/ نكران الذات: **Self-Sacrifice**: انشغال الأفراد الذين لديهم هذه البنية بإشباع وتلبية حاجات الآخرين على حساب حاجاتهم، إذ يكون لديهم قلق مبالغ فيه باعتماد الآخرين في موقع قبلهم دومًا ذلك الخوف من التسبب بمعاناة الآخرين لتجنب الشعور بالذنب كونهم أنانيين، إذ أن المحافظة على الاتصال بالآخرين يروونه ضروريًا (عيشوني شهر زاد، ٢٠١٣، ٥٢)، وغالبًا ما ينخرط في علاقات (مُسيطر - مُسيطر عليه) مع أشخاص يتحكمون في كل تصرفاته والإذعان التام لهم (Fofana,2007,116)

وتُعرفه الباحثة: بأنه عبارة عن حرص المريض الدائم علي تلبية احتياجات الآخرين والاهتمام والقيام بأعمالهم والحرص علي الحفاظ علي مشاعرهم والتقني من أجلهم وتقديم الخدمات لهم علي حساب مصلحتة الشخصية تجنبًا للشعور بالذنب والحفاظ علي العلاقة بالآخرين.

٥. الترقب الزائد والكبح : ويُعرف بالمبالغة في كبت المشاعر العفوية والانفعالات والدوافع، وتحقيق وتلبية معايير داخلية عالية على حساب الراحة، المتعة، النشاطات المرححة على الصعيد الشخصي، ويسبب ذلك تطوير مخططات معرفية لاتكيفية حول الكبح العاطفي والمعايير الجامدة والانتقاد الزائد ويتضمن (التحكم الانفعالي المفرط، المثالية المفرطة أو صرامة المعايير) والمحددة بين البند ٥٦ و ٦٠ وبين ٦٦ و ٧٠ (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سفان، ٢٠١٥، ٢٦-٣٤).

أ. **التحكم الانفعالي المفرط أو الكبح الانفعالي: Emotional inhibition**: ويقصد به المراقبة الدائمة أو التحكم المفرط للفرد لمشاعره وطريقة كلامه، لتجنب الوقوع في الخطأ وسوء التوافق مع الآخرين حيث يتصف هذا الفرد بقمع الغضب والعدوانية، قمع الدوافع الإيجابية كالفرح، الاستمرار في الروتين، وصعوبة معرفة نقاط الضعف للفرد أو التعبير عن أحاسيسه ورغباته.

وتُعرفه الباحثة: بأنه شعور دائم لدى المريض بالتعاسة وكثرة الأشياء التي تزعجه وافراط المريض في كبت تصرفاته والشعور بالكسل والتعبير عن مشاعره تجاه الآخرين والظهور بشكل جذاب ومهم أمام الآخرين والشعور المستمر بالعصبية.

ب. **المثالية المُفرطة أو صرامة المعايير أو المعايير المتشددة: Unrelenting standards**: هو التدقيق ومحاولة الوصول إلى الكمال في سلوكياته وإنجازاته القياسية وأن يكون هو المثل الأعلى لتجنب الانتقادات وهذه الانتقادات تُمثل توترًا دائمًا، سوء نقد ذاتي أو للآخرين وبالتالي فإن الفرد يعاني من العجز في الرغبات، الراحة، التقدير (أمينة بن قويدر، ٢٠١٢، ٩٠).

وتُعرفه الباحثة صرامة المعايير بأنها: اعتقاد المريض بأن عليه الالتزام بالقوانين حتي وإن تعارضت معه ومحاولة تصحيح الخطأ بكل السبل والشعور بعدم الارتياح أثناء التغيير في برنامج اليومي والعمل بجدية وأقصى جهد والشعور بالتعاسة الدائمة.

ومن خلال ما سبق؛ يمكن تحديد مفهوم المخططات المعرفية اللاتكيفية إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه: "خطط معرفية سلبية نتيجة خبرات من التنشئة في الماضي يتم قياسها من خلال مقياس المخططات المبكرة اللاتكيفية "الجيفري يونغ" بمجالاته الخمس: الانفصال والرفض ويشمل (خمسة) مخططات هي: (النقص العاطفي، الشعور بالتخلي والاهمال، الشك، الانطواء، الشعور بالنقص)، ضعف الأداء والحكم الذاتي ويحوى ٤ مخططات (ال فشل، التبعية وعدم الكفاءة، الخوف والجرح بسهولة، العلاقات الدمجية)،

حدود الضعف وفيه مخططين هما (الحقوق الشخصية المتطلبة والمفرطة، نقص التحكم الذاتي الانفعالي)، الاتجاه نحو الآخرين ويشمل (الخضوع، التضحية)، وأخيراً الإفراط في اليقظة (التربُّب الزائد) ويقيس (التحكم الانفعالي المفرط، المثالية والسيطرة).

خصائص المخططات المعرفية:

١. أنها تُعدُّ حقائق مطلقة وأساسية، وجوهرية.
٢. يُعبر عنها عادة في قوالب جامدة مثل: إذا حدث كذا... فإنه يجب أن يحدث كذا....
٣. أنها مُدعمة للذات ومساعدة على استمرارها Self-Perpetuated، ومن ثم فهي مقاومة لأي تغيير يحدث للذات.
٤. تتشكل المخططات المعرفية في سن مبكرة وتصبح مألوفة، لذلك ينظر الشخص إلى أن أى تغييرات تحدث تُعتبر تهديداً له، ونتيجة لذلك يحاول حماية سلامة هذه التركيبات وصحتها التي يُنظر لها على أنها جوهرية أساسية.
٥. تُنشط المخططات المعرفية من الأحداث ذات الصلة بالفرد، أى الأحداث المؤثرة التي يمر بها الفرد في حياته (محمد السيد عبد الرحمن؛ ومحمد أحمد سغفان، ٢٠١٥، ٩)
٦. أشار كل من محمد السيد عبد الرحمن؛ ومحمد أحمد سغفان (٢٠١٥) إلى أن المخططات المعرفية تتشكل نتيجة لتجارب الفرد وخبراته حياته السابقة (مثل علاقة الفرد بالأسرة، والآخرين ذوى الأهمية الذين يؤدون دوراً حاسماً في حياته خلال مراحل نموه) (محمد السيد عبد الرحمن؛ ومحمد أحمد سغفان، ٢٠١٥، ٩).
٩. وذلك نظراً لما تمتلكه هذه المخططات من مقومات معرفية وانفعالية وسلوكية تكونت أثناء الطفولة المبكرة من خلال تفاعل كل من الاستعداد

الوراثة والخبرات البيئية، وأنها تستمر بالتطور من خلال خبرات الحياة (أسيمة معن ظافر، ٢٠١٥، ٣٦). ويتسق ذلك مع ما افترضه (Young,Klosko&Weishaar,2006,10) بأن المخططات تتطور في المقام الأول من تجارب الطفولة السيئة يطلق عليها المخططات اللاتكيفية المبكرة، وتتصف بأنها مستقرة كالإعتقادات الدائمة حول الذات والعالم، والتي ترجع جذورها إلى التجارب في مرحلة الطفولة المبكرة، وما أوضحه (Gay,Harding,Jackson,Burns& Baker,2013) بأن المخططات اللاتكيفية تنشأ من خبرات الطفولة السيئة كالعزلة الإجتماعية، والإهمال، أو الإساءة من القائمين على رعاية الطفل. وذلك على عكس ما ذكره (Cámara&Calvete,2012): "ليس بالضرورة أن يكون منشؤها أساس الصدمات وسوء المعاملة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وإنما قد يكون تعرض لحماية زائدة ومفرطة في زمن طفولته"(Cámara&Calvete,2012,10).

٧. تكافح هذه المخططات من أجل استمرارها، وهذا ناتج عن فعل البحث الأساس للإستمرارية وهذا ما يجعلها صعبة التغيير فتمثل بالنسبة للفرد شيئاً مألوفاً ومعروفاً عنده.

٨. المخططات المعرفية اللاتكيفية بالرغم من أنها تسبب المعاناة للفرد، إلا أنها تبدو مريحة ومألوفة بالنسبة له، وأنها تبدو أيضاً صحيحة، إذ يشعر الأشخاص بأنهم مُنقادون تجاه الأحداث التي تطلقها (Cámara&Calvete,2012,10).

٩. تعكس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة Early Maladaptive Cognitive Schemas (EMS) أنماط التفكير عن العالم والذات وعلاقات

الفرد بالمحيطين، فرغم طبيعة هذه المخططات فإنها مستقرة ذاتياً وغير مشروطة وتقاوم التغيير (جوديث بيك، ٢٠٠٧، ٢٥٦).

وبالنسبة للمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى مضطربات الرغبة الجنسية: فقد أشار (Andersen&Cyranowski,1994) إلى أن النساء ذوات المخططات الجنسية السلبية يظهرن اهتماماً أقل بالنشاط الجنسي وتكراراً أقل للتخيلات أو الأفكار الجنسية، بالإضافة إلى قدرة أقل على الإثارة الجنسية في مجموعة متنوعة من الأنشطة الجنسية (على أساس شخصي التقارير). وعلاوة على ذلك، فإن التدخلات التي تركز بشكل خاص على تغيير المخططات الجنسية السلبية قد تحسّن الوظيفة الجنسية والرفاهية (Meston,Lorenz&Stephenson,2013)

كما أشارت دراسة (Nobre&Pinto-Gouveia,2009) إلى أن هناك العديد من المخططات والمعتقدات الجنسية السلبية والتي تُعد من العوامل المعرفية التي تتعلق بالأفكار الآلية، والتي بدورها تُنشط المعتقدات الجنسية السلبية، والتي ينتج عنها استجابات تتسم بالإدراك السلبي لا صلة لها بمهمة الجنس، على سبيل المثال، يمكن للمرأة الإيمان بالأفكار مثل "أنا بدينة وقبيحة"، أو "أنا لا ينبغي أن آخذ زمام المبادرة في النشاط الجنسي" أو "المرأة لا تصيح محترمة إذا تحمست للمعلومات المثيرة" أو "المرأة لا تبدأ أي نشاط جنسي" أو "هزات الجماع المهبلي هي أكثر أنوثة"، كما تشمل أيضاً أبعاداً تتعلق بدور العمر والمظهر الخارجي؛ على سبيل المثال "الجنس فقط للنساء تحت ٣٠ سنة"، و"الحياة الجنسية للمرأة تنتهي مع سن اليأس" والمعتقدات حول مطالب الأداء"، والمرأة العادية تزداد لديها النشوة كلما مارست الجنس"، و"كل السيدات لديهن هزات متعددة للجماعة، و"هناك شيء خطأ في المرأة إذا لم تتمكن من تحقيق النشوة بسهولة وبسرعة. وهذه النتائج تُشير إلى وجود علاقة جوهرية بين الأفكار الآلية

الجنسية السلبية، والانفعالات السلبية واضطراب ضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات، وتدعم هذه النتائج النموذج المعرفي للاضطرابات الجنسية لدى السيدات الذي يتكون من الأفكار الآلية السلبية والتأثير الاكتئابي وانخفاض الشهوة الجنسية الذاتية.

كما أسفرت نتائج دراسة (Nobre&Pinto-Gouveia,2009,846) باستخدام طريقة تحليل المكونات الرئيسية عن خمسة عوامل أساسية للمخططات والمعتقدات المعرفية اللاعقلانية تمثل (٦٢٪) من التباين الكلي:

١. عدم الرغبة/الرفض: المجال الذي يعكس المعتقدات الذاتية المتعلقة بعدم الرغبة الاجتماعية والرفض. عناصر مثل "أنا معيب - الآخرون لا يحبونني"، أو "لا بد لي من الرفض"، أو "أنا غير مرغوب فيه" كان لها أعلى نسبة في هذا العامل.
٢. عدم الكفاءة: البعد الذي يتسم بالاعتقاد الذاتي بالفشل وعدم الكفاءة والعجز.
٣. الاستنكار الذاتي: العامل الذي يمثله المعتقدات المتعلقة بتقدير الذات والأفكار المعيبة للذات.

٤. الاختلاف/الوحدة: بُعد يتسم بالاعتقاد بالاختلاف والوحدة

٥. عاجز: المجال الذي يمثله المعتقدات بأن المرء عاجز ومحتاج.

ثانياً: الأفكار والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية في ضوء النماذج والنظريات المُفسرة لاضطرابات الوظائف الجنسية في حالة الرغبة الجنسية:

وفقاً لما ذكره كل من (Beck,1996;Beck&Alford,2009)، أن الأفكار الآلية اللاعقلانية ما هي إلا صور ذهنية أو معارف وإدراكات مشوهة يستحضرها الفرد نتيجة للمخططات المعرفية أو المعتقدات الأساسية التي نشطت في موقف أو لحظة بعينها، ومن ثَمَّ فإنها تعكس محتوى أبنية المنظومة المعرفية الأساسية، كما تعكس المعاني التي يتبناها شخص ما في مواقف معينة، الأمر الذي يؤثر على الجوانب المزاجية

والسلوكية تأثيرًا سلبيًا عند تصرف الفرد إزاء هذا الموقف، إضافة إلى ما سبق، أن الأفكار الآلية تؤدي دورًا مهمًا في العملية العلاجية لأنها تمكن من فهم دور العوامل المعرفية في تشكيل الاضطرابات الجنسية. وترتب على ذلك ظهور عدد كبير من النماذج والنظريات النفسية المفسرة لمنشأ الاضطرابات الجنسية.

كما وصفها محمد سعفان (١٩٩٥) بأنها: أفكار لامنطقية ولاواقعية تتناقض مع منطق العقل، والفرد الذي لديه الأفكار اللاعقلانية، هو فرد رفض التفكير المنطقي من حيث هو وسيلة للوصول إلى الحقيقة والموضوعية، وحل محله الأهواء الشخصية، والظن والاحتمالية، والمبالغة والتهويل، ومن ثم جاءت توقعات لاعقلانية وتعميمات غير موضوعية". ووصف "بيك": هذه الأفكار بأنها أفكار غير منطقية ويقبلها المريض على أنها صحيحة دون اختبارها، مسببة له المشاعر السلبية (Steigerwald&Stone,1999). وهي مثل الكلمات الواقعية أو الأخيلة التي تدور في عقل الشخص متعلقة بالمواقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية (جوديث بيك، ٢٠٠٧، ١٢٥).

وتعتبر هذه المعتقدات القوة الدافعة لنمط التفكير الخاطئ الذي يؤدي إلى المعاناة النفسية طويلة المدى (Wells,2011,5-6).

وقد اعتقد "بيك" أنه عندما يسمح الشخص لأفكاره بأن تكون سلبية، يؤدي ذلك إلى الاكتئاب وليس العكس. كما يعتقد أن الأفكار والمشاعر والسلوك كلها مرتبطة ببعضها البعض. وعندما يفكر شخص ما بشكل سلبي، فإنه يشعر بالسوء، مما يجعله يتصرف بشكل سيئ ثم تصبح دائرة. وعندما يتصرف الشخص بشكل سيئ، يكون له نتائج سلبية للمواقف التي تجعل لديه المزيد من الأفكار السلبية. ويرى "بيك" أن طريقة

كسر هذه الحلقة تكون عن طريق تغيير الأفكار قبل التركيز على تغيير السلوك. وكان يعتقد أنه إذا كان الشخص يعمل على تصحيح أفكاره، فسوف يرى في النهاية أن مشاعره وسلوكه سيتغير بسبب ذلك. وتعتمد النظرية المعرفية على استخدام الأساليب المعرفية المتمثلة بالتعرف على الأفكار التلقائية، والتعرف على التحريفات الإدراكية المعرفية، وتصحيحها والتعرف على الاعتقادات والافتراضات العريضة الكامنة وراء المعارف المصابة بخلل وظيفي، أي أنها تهدف بالأساس إلى إنقاص نشاط "المخططات" المسيطرة والمصابة بخلل وظيفي، ومساندة الوظائف التوافقية (لويس كامل مليكة، ١٩٩٠، ٢٣٧-٢٣٨).

وتتعلق النظرية المعرفية - طبقاً لتوجهات آرون بيك (Beck, 1987,2018)، وجوديث بيك (2017) Beck- من افتراض علمي تجريبي Empirical مؤداه، أن الاضطرابات والأمراض النفسية والانفعالات السلبية يكمن أحد أسبابها في الطريقة التي يفكر بها الناس حول خبرتهم في الحياة، وهذا يعني أن ما يحدث لنا أو لغيرنا من مشكلات واضطرابات ليس في الذات ولا في الأحداث والخبرات التي نمر بها في الماضي أو في الحاضر أو في المستقبل، وليست في الواقع أو العالم الذي نعيشه، وإنما تكمن هذه المشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالات السلبية في إدراكنا وأفكارنا الآلية السلبية Negative Automatic Thoughts حول الذات والعالم من حولنا (أشخاص وأحداث) والمستقبل، وهذا ما يُسمى بالثالوث المعرفي (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥، ١٥٦).

وبخلاف الثالوث المعرفي السلبي (نظرة سلبية للذات- نظرة سلبية للعالم- نظرة سلبية للمستقبل) توصل "بيك" مع عالم آخر يدعى ديفيد بيرنز David Burns إلى تحديد عدد من أخطاء التفكير والتشوهات المعرفية، وهي وجهات نظر متحيزة نأخذها

عن أنفسنا والعالم من حولنا. إنها أفكار ومعتقدات غير عقلانية نعززها عن غير قصد بمرور الوقت. وقد أورد كل من بيرني كوروين، وبيتر رودل، وستيفن بالمر (٢٠٠٨)، (٣٨-٣٥)، ولويس كامل مليكة (١٩٩٠، ٢٤٠-٢٤١)، وألفت كحلة (١٩٩٨، ٣٤-٣٦)، وإس جي هوفمان (٢٠١٢، ٥٢-٥٣)، مجموعة من الأخطاء المعرفية المهمة التي يمكن تحديدها في عمليات التفكير، وتؤدي إلى اضطرابات نفسية والتي ذكرها "بيك"، وهي:

- كل شيء أو لا شيء / التفكير القطبي: All-or-Nothing Thinking/Polarized Thinking
- التعميم المفرط: Overgeneralization
- التصفية العقلية: Mental Filter
- التقليل من شأن الأحداث الإيجابية: Disqualifying the Positive
- القفز إلى الاستنتاجات: Jumping to Conclusions – Mind Reading
- التضخيم والتهويل أو التصغير: Magnification (Catastrophizing) or Minimization
- الاستدلال العاطفي: Emotional Reasoning
- عبارات الوجوب: Should Statements
- إطلاق الألقاب والتسمية: Labeling and Mislabeling
- الشخصية: Personalization

ومن خلال الدراسات التي قام بها أليس (Ellis, 1997) للأفكار اللاعقلانية، والتي عرفها بأنها: تلك المجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية التي تتميز بعدم موضوعيتها والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة والتهويل بدرجة لا تتفق والإمكانات الفعلية للفرد (ممدوح صابر، ٢٠٠٩، ٦).

كما تمكن من تمثيلها في إحدى عشرة فكرة أو قيمة ليست ذات معنى اعتبرت حسب نظريته أفكارًا لاعقلانية، وخرافية وشائعة الانتشار في الثقافة الغربية، وتؤدي إلى الاضطراب النفسي، وهذه الأفكار هي: (طلب الاستحسان Demand Of Approval، ابتغاء الكمال الشخصي Personal Perfection (سناء حامد زهران، ٢٠٠٤، ٧١)، اللوم القاسي للذات وللآخرين: Blame – Proneness (ناصر عبد العزيز الصهقان، ٢٠٠٥، ١٩)، توقع المصائب والكوارث: Castrophizing (شايح عبدالله مجلي، ٢٠١١، ٢٠٤)، التهور (اللامبالاة) الانفعالية: Emotional Irresponsibility (رامي الزقزوق، ٢٠١٣، ٨٨)، القلق الزائد: Anxious Over Concern (حسن علي محمد الزهراني، ٢٠١٠، ٤٥)، تجنب المشكلات: Avoidance (علام منتصر، ٢٠١٢، ٨٨)، الاعتمادية: Dependency (شايح عبدالله مجلي، ٢٠١١، ٢٠٥)، الشعور بالعجز وأهمية خبرات الماضي: Helplessness (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠، ٢٠١)، الانزعاج لمتاعب الآخرين: Upset For People's Problems، الفكرة الحادية عشرة ابتغاء الحلول الكاملة Perfect Solutions (سناء حامد زهران، ٢٠٠٤، ٧٢).

كما ترى النظرية المعرفية، وفقًا لتوجُّهات ألبرت إليس (Ellis, O'Donohue, Henderson, Hayes, Fisher & Hayes, 2001)، أنه عندما يثور الانفعال المرضي أو السلوك الخاطيء بشدة داخل الإنسان كعاقبة سلبية negative consequence، وقعت بسبب منبه أو حدث مثير منشط (A) Activating Event، فقد لا يكون هذا الحدث أو الضغط النشيط هو السبب الأساسي في حدوث الانفعال المرضي أو السلوك الخاطيء، ولكن السبب اليقيني هو اعتقادات الفرد اللاعقلانية Irrational Beliefs (B) حوله، أو منظومة اعتقاداته حوله. ومن ثم فإنه عندما ينتج أو يحدث

لفرد عاقبة سلبية وسيئة، كالقلق الشديد مثلاً، فإن السبب الأساسي في حدوثها يكمن في اعتقادات الفرد اللاعقلانية التي تدور حول حدث ما، وعندما تُفند هذه الاعتقادات الخاطئة، وتُثبت بالأدلة الواقعية أنها غير عقلانية، فإننا نستطيع تحديدها عقلياً، ومن ثم تختفي هذه العواقب السيئة (الاضطرابات النفسية ذات الطبيعة الانفعالية وأنماط السلوك الشاذ أو الخاطيء)، وتتوقف عن الصدور أخيراً (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥، ١٥٨، 167، Ellis, O'Donohue, Henderson, Hayes, Fisher & Hayes, 2001).

إذاً أسباب المرض في نظر "ألبرت إليس"، هي "وجود حدث منشط يثير المرض أو السلوك الخاطيء، بسبب اعتقادات المريض اللاعقلانية حوله، ومن ثم تحدث له عواقب سلبية، ويرمز لهذا التالوث بالحروف (ح م ع A BC) بحيث يُشير الحرف (ح A) للحدث التنشيطي، وحرف (م B) يُشير إلى معتقدات المريض اللاعقلانية حوله، بينما يُشير حرف (ع C) إلى العواقب السلبية أو الاضطرابات النفسية، وهذا يعني باختصار أن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية ليس سببها الأحداث الخارجية أو الداخلية أو الضغوط، بل إن سببها المعتقدات اللاعقلانية حول هذه الأحداث الشاقة أو الضغوط، والتفسير الخاطيء لها (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥، ١٥٩).

كما ترى النظرية المعرفية السلوكية أن المعتقدات اللاعقلانية والأفكار الآلية السلبية، والاتجاهات السلبية تنشأ من المخططات السلبية negative schemas التي اكتسبناها منذ مراحل الطفولة المبكرة وطوّرتها في محاولة منا لفهم أحداث الحياة التي نمر بها وتُفسر خبراتنا حولها (Beck, 2005). ومن ثم فإن إعادة فهم هذه المخططات وتفسيرها إيجابياً قضية تمثل الهدف المركزي الأساسي للصياغة المعرفية السلوكية لأية حالة مرضية ولكل أساليب العلاج المعرفي - السلوكي (Young, Klosko & Weishaar, 2006).

لذا نجد أن التوجه العلاجي في النظرية المعرفية يتركز حول العمل على هذه الانفعالات ومحاولة تغييرها عبّر تغيير المعتقدات والأفكار المرسخة في ذهن المصاب عبّر التركيز على عملية الإدراك الإيجابي ومحاولة مساعدته على التخلص من الانفعالات السلبية التي تعيق إدراكه للعملية الجنسية في شكلها المريح والمناسب (سقني سارة، ٢٠١٥، ٢٩).

وقد حاول هذا النموذج تناوّل الاضطرابات الجنسية ضمن المفاهيم التي أتى بها أهم رواد هذا التوجه، وقد تناولت هذه النظرية أنماطاً مختلفة من الإدراك كأسباب للاضطرابات الجنسية، وقد عالجت هذه النظرية المعتقدات المتعلقة بالمضامين الجنسية، الأساطير الجنسية، الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، الإسنادات الخاطئة، التوقعات غير المبررة والرؤى الخاطئة عن الصور الجسدية، والسلوكيات ذات النمط المتصلب، والأفكار النابعة من الاعتقادات الدينية وإدراك المثيرات الجنسية. كما يرى "كوترو" أن أهم المشاكل الجنسية تنبع من الإدراك السلبي للشريك أي محاولة التركيز على الجوانب غير المريحة والمنفرة فقط دون إدراك الجوانب الإيجابية ومحاولة تطويرها وتحسينها وإيجاد اللذة من خلالها، كذلك فإن السبب الرئيسي للاضطرابات يكون الإدراكات السلبية التي تظهر في شكل أفكار أوتوماتيكية تتمثل في أفكار أو صور ذات محتوى سلبي تحتل مكانة كبيرة في عقول الناس، كما يحدث أن لا يكونوا واعين بها إلا إذا ركزوا عليها من أجل تحديدها (سارة سقني ، ٢٠١٥ ، ٢٨).

ومن المنظور المعرفي قد تكون الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والخبرات السلبية لدى المضطربات في الوظيفة الجنسية معلوماتية، لدى المرأة تعود إلى أصول دينية، أو إلى أحاديث ومقولات الأم التي كانت هي نفسها تعاني من خبرات جنسية مخيفة أو غير سعيدة، فإذا تعلمت البنت الصغيرة أن الجنس قذر، فإن المشاعر السلبية المثارة بفعل هذه النوعيات والتسميات للجنس ستجعلها في المستقبل تثبط الأفكار الجنسية المثارة

عندها. وبمعنى آخر يكون التثبيط للإثارة الجنسية هو النتيجة المباشرة للإشراط الكلاسيكي الذي يحدث عندما تُعاقب على ممارستها للاستمتاع، أو تُخوَّف من الاستمتاع أو اللعب الجنسي. وقد ينتج الإشراط الكلاسيكي عن الإغتصاب أو الرضوض الجنسية الأخرى، أو ينشأ هذا الإشراط الكلاسيكي عند الإثارة الجنسية التي أصابها الإحباط إصابة متكررة بطريقة أو بأخرى (عدم الوصول إلى الرعدة الجنسية)، وقد يحدث اضطراب عدم الرغبة الجنسية أحياناً نتيجة الخبرات السلبية الناجمة عن عدم وجود مشاعر عاطفية بين الزوجين (محمد الحجار، ١٩٩٩، ١٥٣-١٥٤).

قد أشارت دراسة (Adams&Sutker,2007) إلى أن الإثارة والرغبة الجنسية لا يمكن تعريفها على نحوٍ كافٍ دون تسليط الضوء على الدور الحاسم للعوامل المعرفية والخبرة الذاتية في تحديد الاستجابة، حيثُ تقوم العمليات المعرفية والوجدانية بدور وسيط بين الإثارة الجنسية، والوصول لهزة الجماع.

فالأفكار والمعتقدات الجنسية السلبية هي مجموعات من المعتقدات والافتراضات غير الواعية التي يتم تنشيطها عندما يواجه الفرد مواقف ذات صلة بالأفكار والمعتقدات السلبية، وغالباً ما تكون المعتقدات قابلة للتكيف، مما يسمح بالتقييم السريع والاستجابة لمجموعة متنوعة من المواقف، وتُشكل المعتقدات أيضاً المعلومات المحددة التي يتم الالتفات إليها أو تجاهلها أثناء التجربة، والمعلومات التي يتم تذكرها لاحقاً (Cyranowski&Andersen,2000)

ومع ذلك، فإن الأفكار والمعتقدات السلبية أو غير الدقيقة هي عوامل خطر شائعة لمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك عدم الرغبة الجنسية. حيثُ أشار كل من (Wiegel,Scepkowski&Barlow (2005 إلى أن المعتقدات الجنسية السلبية تتضمن افتراضات تتعلق بالفشل في المواقف الجنسية، وتصور الذات

على أنها غير كفى/غير قادرة على التحكم في نتائج التفاعلات الجنسية، وأنماط الإسناد غير القابلة للتكيف.

وقد نظم Andersen&Cyranowski (1994) الأفكار والمعتقدات السلبية الجنسية الأنثوية في جوانب إيجابية (بما في ذلك تصوُّر الذات على أنها عاطفية ورومانسية ومنفتحة على النشاط الجنسي) والجوانب السلبية (بما في ذلك الجنس المرتبط بالحرج والخطر). ووجدوا أنه يمكن للمرأة أن تُظهر مزيجًا من هذه الجوانب الإيجابية والسلبية، بما في ذلك "التخطيط المشترك" (الذي يدعم مستويات عالية من الجوانب الإيجابية والسلبية على حدّ سواء) (Andersen,Cyranowski&Espindle,1999).

كما قدم باحثون آخرون تفاصيل إضافية فيما يتعلق بالمحتوى المحدد للمعتقدات الجنسية السلبية. على سبيل المثال، تصور (Kuffel&Heiman,2006) المعتقدات الجنسية السلبية لدى السيدات على أنها تتضمن: الأهمية الذاتية المنخفضة للجنس في حياة الزوجة، وافتراس بأن المرأة ستجد صعوبة في الإثارة الجنسية، وتتضمن كذلك التقييمات السلبية لإثارة المرأة على أنها مثيرة للاشمئزاز، ومشاعر الإفراط في السيطرة وعدم القدرة على "التخلي" أثناء ممارسة الجنس، وشعور عامّ بعدم الراحة فيما يتعلق بالجنس. ودعمت نتائج هذه الدراسة تصوُّر معالجة المعلومات للإثارة الجنسية وأشارت إلى أن جرعة حادة من المخططات والمعتقدات الجنسية المعرفية السلبية يمكن أن تؤثر بشكل كبير على الاستجابات الجنسية والعاطفية اللاحقة.

كما أشارت دراسة (Géonet,De Sutter&Zech,2012) أيضًا إلى أن العوامل المعرفية والإدراكات السلبية لدى السيدات تتكون من ثلاثة مستويات رئيسية،

هي المعتقدات المعرفية الأساسية، والمعتقدات الوسيطة، وكذلك الأفكار الآلية والمعارف السلبية التي تعوق التركيز على المنبهات المثيرة لدى المرأة.

وبالنسبة لتأثير العوامل المعرفية والأفكار اللاعقلانية الآلية السلبية على الإصابة بالإضطرابات الجنسية، فقد أيدت نتائج دراسة (Elliot&O'Donohue,1997) التأثير السلبي للتشتيت المعرفي على أداء الوظيفة الجنسية، لدى السيدات الأصحاء جنسياً.

وقد أشارت نتائج دراسة (Dove&Weiderman,2000) إلى أن السيدات ذوات التشتيت المعرفي الشديد (أي اللاتي يركزن انتباههنّ على مظهر الجسم أو الأداء الجنسي أكثر من التركيز على مثيرات الشهوة الجنسية) يكشفنّ عن رضا جنسي ووظيفة جنسية أقلّ جوهرياً، ويصلنّ أثناء الجماع أو الأداء الجنسي إلى الشهوة الكاملة وهزتها عدداً أقلّ جوهرياً من السيدات السليمات جنسياً من ذوات التركيز على اللذة الحسية والمثيرات الجنسية.

فهناك دور للتشويه المعرفي، والتعليقات المعرفية والمعتقدات السلبية والأفكار الآلية في تفسير ضعف الاستثارة، والرغبة الجنسية، ودور لتشتت الانتباه أثناء عملية الجماع في تفسير ضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات، وذلك لما يرتبط بها من أفكار آلية ومن معتقدات مشوهة (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٩، ٦٣٠؛ Carvalho & Nobre, 2010).

وفي هذا الصدد أشارت دراسة (Ravart,Trudel,Marchand,Turgeon& Aubin,1996) إلى وجود خلل وظيفي في العمليات المعرفية، وارتبط ذلك بأفكار سالبة متعددة، واعتقادات داخلية لاعقلانية، واتجاهات مضادة للجنس، وتوقعات غير

واقعية عن أنفسهن وقرنائهن في شكل العلاقات. كما أشارت نتائج دراسة (Rellini&Meston,2007) إلى وجود علاقة بين دور العواطف الأكثر سلبية عن الجنس وكذلك التعرض لمحنة الاعتداء الجنسي في الطفولة وبين ضعف الرغبة الجنسية. كما أشارت نتائج دراسة (Hinchliff,Gott&Wylie,2009) إلى وجود ارتباط موجب بين ضعف الرغبة وبين معتقدات المرأة الجنسية السلبية، ومدى إدراكها لصدق مشاعر الزوج.

كما أشار نموذج بارلو (Barlow,1986) إلى أن الأفراد الذين يعانون من اختلال وظيفي جنسي يجلبون "عقلية مختلة وظيفية" في المواقف الجنسية التي تتميز بتوقع أن الجنس سوف يسير بشكل سيئ، وأنهم لن يكونوا قادرين على تغيير هذه النتيجة. بعبارة أخرى، يتوقعون "الفشل" في ممارسة الجنس وأن الاحتفاظ بتوقعات سلبية عند الدخول في النشاط الجنسي يعني ضمناً عدداً من عمليات المكونات الأساسية. أولاً، يجب أن تركز الزوجة على المستقبل (توقع نتيجة النشاط الجنسي)، بدلاً من التركيز على اللحظة الحالية. ثانياً، يجب أن يكون عليها هدف محدد للنشاط - عادةً "لأداء جيد" من خلال الإثارة، والوصول إلى النشوة الجنسية، وما إلى ذلك. "الفشل" في الجنس يشجع اليقظة عادات العقل التي تتعارض مع كل من هذه العمليات المعرفية (Stephenson,2017,534).

كما حدد نموذج بارلو (1986) هذه الأفكار والمعتقدات السلبية الجنسية كمؤشر مسبق ضروري للعجز الجنسي. واعتقد أن التفاعل بين هذه المعتقدات السلبية، والبيولوجية مثل فرط الحساسية للجهاز العصبي المركزي الموروث، والضغط الاجتماعي تسبب تأثيراً سلبياً عند الدخول في حالة جنسية، مما يؤدي إلى بدء حلقة

التغذية الراجعة المعرفية والعاطفية التي تؤدي إلى ضعف الوظيفة الجنسية (Wiegel,Scepkowski&Barlow,2005)

كما أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين لديهم معتقدات وأفكار ذاتية سلبية يميلون إلى الدخول في مواقف جنسية مع عدد أقل من المشاعر الإيجابية والمزيد من الانزعاج (Cyranowski&Andersen,1998)، وهم أقل عرضة للإنخراط في نشاط جنسي مع شريك (Andersen,Cyranowski&Espindle,1999) ، بالإضافة إلى ذلك، أن تحفيز الأفكار الذاتية الجنسية الإيجابية تجريبياً يؤدي إلى تأثير إيجابي أكبر وزيادة فورية في الاستثارة الجنسية الفسيولوجية والذاتية استجابةً للمثيرات المثيرة (Kuffel&Heiman,2006).

كما أشارت دراسة (Géonet,De Sutter&Zech,2012) أيضاً إلى أن العوامل المعرفية والإدراكات السلبية لدى السيدات تؤدي دوراً مهماً في عُسر الوظيفة الجنسية، ويمكن أن تكون هذه الأفكار مرتبطة بصورة الجسم لدى السيدات (على سبيل المثال، أنا لست جميلة بما فيه الكفاية، ويجب أن أكون فعّالة)، أو بأزواجهن (على سبيل المثال، مثير للاشمئزاز)، وتؤدي هذه الأفكار السلبية إلى نشأة بعض الانفعالات مثل القلق، والخجل، أو الشعور بالذنب، ويمكن أن تكون لهذه الإدراكات المشوّهة تأثير سلبي على الاستجابة الجنسية، حيث تقلّ الاستثارة الجنسية الذاتية، وبالتالي، تُركز السيدات أثناء الجماع على الأفكار بدلاً من الاستثارة الجنسية.

كما أشارت دراسة (McCabe&Goldhammer,2013) إلى وجود ارتباط بين ضعف الرغبة الجنسية وغياب الأفكار والخيال حول العلاقة الجنسية. كما أشارت نتائج دراسة هبة بهي الدين ربيع (٢٠١٦) إلى أن للثقافة الجنسية، والصورة المدركة

للزوج، والرضا الجنسي قدرة تنبؤية بالإصابة بضعف الرغبة الجنسية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة في درجة ضعف الرغبة الجنسية بين الزوجات اللاتي يُعانين من صور وجدانية مدركة سلبية، وبين اللاتي عانين من صور شخصية مدركة سلبياً لأزواجهن، في اتجاه من عانين من الصور الوجدانية المدركة سلبياً لديهن.

كما أشارت نتائج دراسة هناء شويخ (٢٠١٦) إلى وجود ارتباط دال بين اضطراب الوظائف الجنسية والأفكار الجنسية اللاعقلانية. كما أشارت دراسة هدى محمود محمد سيد (٢٠١٦) إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الاضطرابات الجنسية ودرجة التوافق الزوجي لدى عينة الدراسة. كما أرجعت البرود الجنسي لدى الحالة المتعمقة إلى اضطرابات في صورة الأب لديها وعوامل أخرى، مثل صدمة الختان.

كما أشارت دراسة إسراء محمد السحيمي (٢٠٢١) إلى وجود علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية، وصورة الجسم المدركة، و(اضطراب الرغبة الجنسية) لدى السيدات المتزوجات حديثاً ذوات اضطراب (الرغبة الجنسية)، كما كشفت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط عن إسهام كل من متغير المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية بمختلف مقاييسها الفرعية وصورة الجسم المدركة، في التنبؤ باضطراب (الرغبة الجنسية) لدى المريضات بنسبة أعلى جوهرياً من الطبيعيات. وأن السيدات المتزوجات حديثاً مضطربات ضعف الرغبة الجنسية لديهن أعداداً ضخمة من المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية والصور الذهنية المعطلة للعلاقة الجنسية.

ولقد اتضح من خلال ما سبق؛ أن المعتقدات المعرفية السلبية المرتبطة بالأحداث الجنسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً باختلالات الجنسية، وأن الأفراد الذين يُعانون من اختلال وظيفي جنسي قاموا بتفعيل مخططات ومعتقدات جنسية سلبية، وأن الأفراد الذين يعانون من مشاكل جنسية يميلون لتأييد المزيد من المخططات والمعتقدات المعرفية السلبية (بشكل أساسي معتقدات ومخططات عدم الكفاءة الذاتية) استجابةً لنفس النوع من الأحداث الجنسية السلبية مقارنةً بالأفراد الذين لا يعانون من اختلال وظيفي جنسي.

- ووفقاً للنموذج المعرفي - الوجداني "الانفعالي" Cognitive-affective model of sexual dysfunction، الذي افترضه ديفيد بارلو (D.Barlow,1986) لتفسير الاضطرابات الجنسية: فقد تم تفسير الاضطرابات الجنسية بصفة عامة لدى السيدات على دور العوامل المعرفية، حيثُ تركز السيدات انتباههنَّ على أشكال أجسامهنَّ وصورها الذهنية لديهنَّ أساساً (أو على المثريات التي تشير إلى صورة سلبية لأجسامهن)

كما افترض "بارلو" أن في حالة اضطراب الوظيفة الجنسية، يُنظر إلى الموقف الجنسي من قِبَل الفرد بأنه مُهدِّد ولا يمكن السيطرة عليه، وهناك توقُّعات بالقلق وصعوبة في الأداء، فالفرد يستجيب انفعالياً لهذه التصورات مع تقييم الانفعال السلبي، ووفقاً "لبارلو"، فإن هذه الحالة تُعدَّ تحولاً حاسماً في الاهتمام الذي يحدث بسبب التركيز على المنبهات المثيرة إلى التركيز الداخلي وتقييم الذات بدرجة أكبر، كما أن الاستجابة الانفعالية تؤثر أيضاً على الاستئارة الآلية، كما أن القلق أو الاستئارة الذاتية المنخفضة قد يؤدي إلى انخفاض الاستئارة الفسيولوجية (Adams&Sutker,2007).

وقام هذا النموذج على مبادئ النظرية المعرفية حول المخططات المعرفية أو المعتقدات الأساسية التي تشكل أفكارنا عن أنفسنا، والآخرين، والمستقبل وتُعتبر مسؤولة عن المعاني المُسندة إلى الأحداث. كما تم التركيز على الأفكار التي لدينا عن أنفسنا والمتمثلة في مفهوم الذات، وكذلك الاهتمام بتفعيل المخططات الذاتية عند مواجهة مواقف فاشلة جنسيًا (على سبيل المثال، تقييم الأحداث الجنسية على أنها سلبية من قبل المشاركين، ومن ذلك: عدم وجود رغبة جنسية، والاستثارة، وهزّة الجماع، ووجود ألم) (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٩).

ووفقًا للنموذج المعرفي تم تصور المعتقدات الجنسية لدى مضطربات الوظيفة الجنسية بأنها تتكون لدى الأفراد من أفكار حول الحياة الجنسية، وتقوم على خبرات الحياة السابقة وعمليات التعلم، باعتبارها قواعد شرطية، تظهر في الأساس في شكل "إذا إذن". وهذه القواعد الشرطية تؤدي دورًا مركزيًا، لأنها تنص على الشروط اللازمة لتفعيل المخططات المعرفية، فكلما استوفى حدث جنسي القواعد التي يحددها الاعتقاد الجنسي، يتم تنشيط المخططات المعرفية المتطابقة (Nobre,2009)

- **اتجاه الطب النفسي:** ومن ناحية أخرى يرى اتجاه الطب النفسي أن الاضطراب الجنسي انعكاس للقلق الذي يعاني منه الشخص نتيجة لفشله في تحقيق إمكانياته (Gerald,Davison,1990,359). ويُشكل القلق عاملاً رئيسيًا يقترن بالإختلالات الجنسية، فبعض الصعوبات ترجع جزئيًا على الأقل إلى القلق والكثير منها يستمر ويدوم نتيجة له (ب.دى سليفيا، ٢٠٠٠، ٢٣٦). **وهناك نوعان من القلق:**

أ. **قلق الأداء:** حيث يكون الشخص قلقًا من مستوى الأداء المطلوب منه ويرجع ذلك غالبًا إلى شيء قرأه أو رآه أو سمعه، بينما نجد أن الكفاءة الجنسية تعتمد على الرضا المتبادل بين الطرفين.

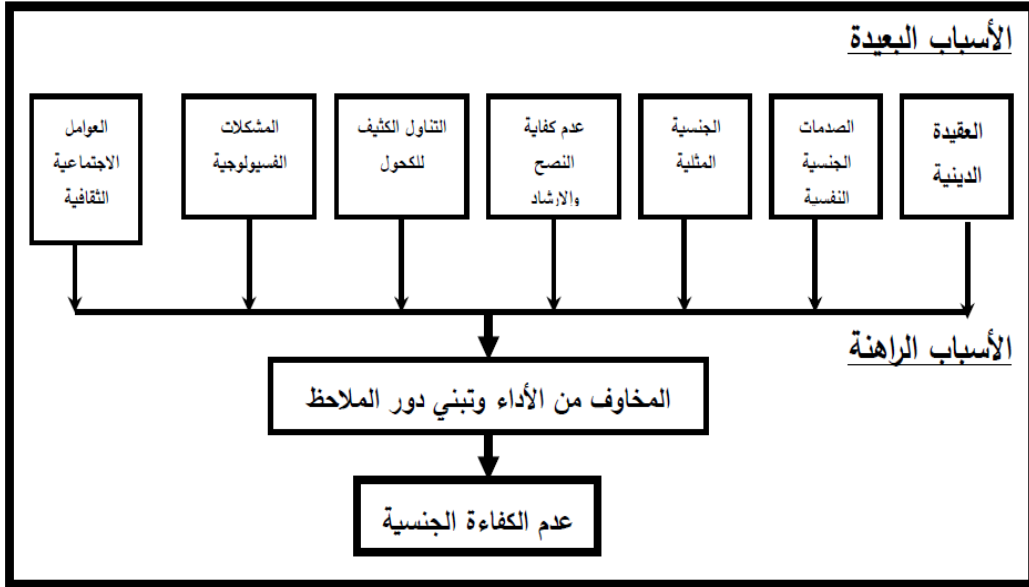
ب. ضغط الأداء: عندما يكون هناك ضغط من أحد الطرفين للوصول إلى النشوة Orgasm، فيشعر أنه مجبر على ذلك فيؤدي إلى اضطرابه" (Haward,1992,309).

من خلال ما سبق؛ اتضح أن الإضطراب الجنسي من منظور الطب النفسى قد يأتي نتيجة عامل القلق (قلق الأداء، ضغط الأداء)، الذي يعاني منه الشخص نتيجة لفشله في تحقيق إمكانياته، ومن ثم يأتي دور الطبيب النفسى فى معالجة هذا النوع من إضطرابات القلق والإكتئاب، وذلك لعلاج الإضطراب الوظيفى وتحسين حالة الأداء الجنسي، وهنا تكون أهمية دور التشخيص الذى يقوم به الطب النفسى، ومن ثم علاج هذه الإضطرابات بما يناسبها من أدوية علاجية مناسبة لعلاج اضطراب الوظائف الجنسية (فى حالة الرغبة). بينما فى حالة استبعاد كل من اضطراب القلق والإكتئاب، نبحث عن الأفكار اللاعقلانية أو الإعترالات وراء هذه الإضطرابات الخاصة بالوظيفة الجنسية.

- نموذج ماسترز وجونسون^(٣): Masters and Johnson لدائرة الاستجابة الجنسية:

قد حصر "وليام ماسترز Masters وزوجته " فيرجينيا جونسون Johnson المتخصصان في علم النفس الفسيولوجي أسبابًا متعددة لاضطرابات الوظيفة الجنسية منها البعيد والراهن يلخصها الشكل التالي:

^٣ وليام ماسترز: هو متخصص في علم الجنس، مولود في العام ١٩١٥، تخصص في أمراض النساء والتوليد، ثم أنشأ مؤسسة متخصصة حول بيولوجيا التنازل، ثم بدأ في القيام بأبحاث معمقة في علم النفس الفسيولوجي الجنسي بالتعاون مع عالمة نفس تزوجها فيما بعد تدعى فيرجينيا جونسون، وهي مولودة عام ١٩٢٥ ونشرا أبحاثهما في مجموعة كتب تعد مرجعًا كلاسيكيًا لمن يعمل في هذا الحقل. (المصدر: وكيببديا الموسوعة الحرة)



شكل (١): الأسباب البعيدة والراهنة لعدم الكفاءة الجنسية طبقاً لـ "ماسترز و"جونسون"

وقد قام كل من "ماسترز و"جونسون" في عام (١٩٧٠) بنشر كتابهما بعنوان: "عدم الكفاءة الجنسية البشرية" Human Sexual Inadequacy، والذي ضم نظرية تفسر أسباب ظهور الاضطرابات الوظيفية الجنسية، وهي تعتمد على دراسة الحالات الفردية، حيث يرى كلٌّ من "ماسترز وجونسون" أن من أكثر الأفكار الآلية السلبية الأكثر تأثيراً على الرغبة الجنسية هو الخوف غير المنطقي من انعدام الكفاءة في الوظيفة الجنسية، ويرجع ذلك ببساطة إلى أن الخوف يحول إدراك الفرد بإغلاق إدراكه وإحساسه بالمتير الجنسي (Gerald Davison,1990,359).

وقسم كلٌّ من "ماسترز وجونسون" أسباب عدم الكفاءة الجنسية إلى شقين: المخاوف بشأن الأداء Fears about performance، وتبني دور المشاهد The adoption of a spectator role. وتُشير "المخاوف بشأن الأداء": إلى القلق المفرط بشأن كيفية أداء الفرد أثناء العملية الجنسية. أما "تبني دور الملاحظ" فيشير إلى أن الفرد

يكون ملاحظًا ومراقبًا للتجربة الجنسية أكثر من كونه مشاركًا فيها (Wincze&Barlow,1997).

فالمرأة بحسب هذا التصور: تميل إلى مشاهدة نفسها أثناء ممارسة النشاط الجنسي، وذلك حرصًا منها على التحرر من الخوف من الفشل، ويترتب على لعبها دور المشاهد لنشاطها الجنسي كفاء الأداء الجنسي والمتعة لديها، مما يترتب على ذلك فشل حقيقي في العلاقة الزوجية (ب.دى سليفيا، ٢٠٠٢، ٢٣٦). ويؤدي هذا بدوره إلى الاضطرابات الجنسية التي يفترض أن يكون لها واحد أو أكثر من السوابق التاريخية؛ فقد تكون اجتماعية ثقافية، أو بيولوجية، أو نفسية؛ مثل اضطرابات الاكتئاب أو القلق، والتركيز على الأداء، والروتين الشديد، وانخفاض تقدير الذات، والبيئة غير المريحة لممارسة الجنس، والتصلب، والاتجاه السلبي تجاه الجنس (Wincze&Barlow,1997). كما يصاحب ذلك اضطراب القلق والاكتئاب والذي عادة ما يصاحبه الألم الجنسي (Meana,Binik,Khalife&Cohen,1998).

- نموذج "كابلان" Kaplan ثلاثي الأطوار:

يُعدّ 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 وُجد أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في مرحلة الرغبة يمثلون جزءًا كبيرًا من المرضى الذين يسعون للعلاج الجنسي. وعلى الرغم من تمسك "ليف" بنموذج الخمس مراحل، فإن تصوّر "كابلان" يُعدّ نموذجًا ثلاثي الأطوار، ويتألف تصوّر "كابلان" من الرغبة،

والإثارة وهزة الجماع، على الرغم من الافتراض بأن مرحلة الرغبة الجنسية تتم من خلال تنشيط الجهاز الطرفي (Adams&Sutker,2007)

- نموذج باسون Basson:

استند "باسون" في نموذجها إلى أن المفاهيم الحالية للاستجابة الجنسية للمرأة تقر بتداخل المراحل حتى من دون الشعور بالرغبة الجنسية في لحظة معينة، وتوافق السيدات على اللقاء الجنسي لأسباب عديدة، شرط أن يكون هناك اهتمام كافٍ للتنبيه الجنسي المناسب والقدرة على الاستمرار في تركيز الانتباه، يليه الاستثارة الذاتية. وترافق هذه الحالة المعقدة من الإثارة الأفكار والمشاعر الإيجابية، ثم تحدث الرغبة الجنسية، جنباً إلى جنب مع مزيد من الإثارة. كما أن الخبرات الجنسية الإيجابية توفر مزيداً من الدافع الجنسي للدخول في علاقة جنسية مرة أخرى. ونظراً للعلاقة القوية بين وظيفة المرأة الجنسية والصحة النفسية، فمن الضروري أولاً علاج هذه العلاقات خاصة إذا أخذت الجانب السلبي (Basson,2008;Basson,2000).

تعقيب:

أرجعت النظرية السلوكية الانحرافات الجنسية إلى عمليات إشارات مبكر عندما ترتبط الخبرات الجنسية الباكرة بمثيرات غير تقليدية ارتباطاً شرطياً ويلقى تدعيماً كافياً، أما المنظور المعرفي، فتكمن المشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالات المختلة في إدراكنا وأفكارنا الآلية السلبية Negative Automatic Thoughts حول الذات والعالم من حولنا والمستقبل، وهذا ما يُسمّى بالثالوث المعرفي. كما ترى النظرية المعرفية أن القلق يلعب دوراً مهماً في نشأة واستمرارية الاختلالات الجنسية لدى الأفراد من الجنسين؛ كما أن هناك عدداً من العوامل المعرفية لها هي الأخرى دور حاسم مثل؛ التثنت الذاتي، أو تحوُّل الانتباه. وقد وضع "ديفيد بارلو" Barlow النموذج المعرفي - الانفعالي لتفسير الاضطرابات الجنسية 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 جنسياً.

بينما يرى اتجاه الطب النفسي أن الاضطراب الجنسي انعكاس للقلق (قلق الأداء، ضغط الأداء)، الذي يعاني منه الشخص نتيجة لفشله في تحقيق إمكانياته ويشكل القلق عاملاً رئيسياً يقترن بالاختلالات الجنسية، فبعض الصعوبات ترجع جزئياً على الأقل إلى القلق والكثير منها يستمر ويدوم نتيجة له".

بينما حصر "ماسترز Masters و"جونسون Johnson أسباباً متعددة لاضطرابات الوظيفة الجنسية منها البعيد والراهن تم تلخيصها في الشكل رقم (١) السابق، ويرى هذا النموذج أن الاضطرابات الجنسية تتضمن اختلالات بيولوجية ونفسية واجتماعية، ونادراً ما تكون راجعة إلى واحد من هذه العوامل بمفردها. كما تحدث الاختلالات الجنسية بفعل كل من بعض العوامل الحالية؛ مثل الخوف من عدم القدرة على الأداء، واتخاذ موقف المتفرج، لأن كليهما يشنت انتباه الشخص، ويعرقل الاستجابة الجنسية الطبيعية، ويمنع الفرد من استقبال الاستثارة الجنسية من الطرف الآخر. وبعض العوامل التاريخية؛ مثل المناخ الثقافي السائد وما يتميز به من اتجاهات متحفظة ومناهضة ورافضة للحرية الجنسية، أو التزمّت الديني والخلقي لدى أحد الشريكين، أو تعرّض الشخص لصدمات جنسية في طفولته. وقد اعتمدت الدراسة الحالية في تفسير نتائجها اعتماداً على نظرية ماسترز وجونسون في العلاجات النفسية للاضطرابات الجنسية، ونموذج ديفيد بارلو المعرفي - الوجداني والنظرية المعرفية في تفسير الاضطرابات الجنسية الذي أشار إلى فائدته مجموعة من الباحثين والمعالجين لهذا النمط من الاضطرابات أهمهم (Poppvic,2005a,2005b,2007). ويُعد هذا

نموذج "كابلان" Kaplan ثلاثي الأطوار أحد النماذج التي دمجت مرحلة الرغبة الجنسية ضمن دورة الاستجابة الجنسية للإناث، ويتألف تصوّر "كابلان" من الرغبة، والإثارة وهزّة الجماع، على الرغم من الافتراض بأن مرحلة الرغبة الجنسية تتم من خلال تنشيط الجهاز الطرفي. واستند نموذج باسون Basson: إلى أن المفاهيم الحالية للاستجابة الجنسية للمرأة تُقرّ بتداخل المراحل حتى من دون الشعور بالرغبة الجنسية في لحظة معينة، وتوافق السيدات على اللقاء الجنسي لأسباب عديدة، شرط أن يكون هناك اهتمام كافٍ للتبنيه الجنسي المناسب والقدرة على الاستمرار في تركيز الانتباه، ويليه الاستثارة الذاتية.

ثالثاً: الرضا الجنسي:

يُعرف الرضا الجنسي بأنه: "توقعات الفرد عن البعد الجنسي في حياته"، ومن ثم فهو "المستوى الذي يتحقق للفرد فيه زوال الحاجة (أي إشباع الدافع الجنسي)، ويؤدي إلى حالة من الارتياح أو الرضا" (كمال السيد، ١٩٩٨، ١٥). ويشير كل من (Sprecher&Cate,2004,236) للرضا الجنسي بأنه أحد المصطلحات الوجدانية الإيجابية، ويعرف بأنه "الدرجة التي يكون فيها الفرد راضياً أو سعيداً عن شكل الجنس في علاقته".

كما يُشير الرضا الجنسي إلى: "الاستجابة الوجدانية الناتجة عن التقييم الذاتي للأبعاد الإيجابية والسلبية المرتبطة بعلاقة الفرد الجنسية" (LAWRANCE&Byers,1995,268). ويُشير (Bricker,2005) إلى الرضا الجنسي بأنه أحد الأبعاد المميزة للرضا الزوجي، ويمثل "رضا الفرد على كل من: الاتصال أو النشاط الجنسي، والمشاعر الوجدانية المرتبطة بالتغيرات الجنسية، والاهتمام بالعلاقة الجنسية".

كما استخدم الباحثون تعريف الرضا الجنسي إجرائياً بأنه "تقييم عام للحياة الجنسية" (Alfonso, Allison, Rader & Gorman, 1996; Bridges, Lease & Ellison, 2004) وركزت أغلب التعريفات الإجرائية للرضا الجنسي على الاستجابات الفسيولوجية أثناء النشاط الجنسي أو بعده، بالإضافة إلى الأثر الإيجابي المرتبط بالنشاط الجنسي (McClelland, 2009).

ونستخلص من التعريفات السابقة أن الرضا الجنسي - كما ستعتمد عليه الدراسة الراهنة - هو "تقرير نهائي يمثل رضا الفرد عن علاقته الجنسية، وهي مرتبطة بتجربته الخاصة".

النماذج النظرية المفسرة لمفهوم الرضا الجنسي:

يمثل مفهوم الرضا الجنسي خبرة اكتمال جسدي، وقد ركزت النماذج الأولية لمفهوم الرضا الجنسي على الاستجابات الجسدية والفسيولوجية كأساس لحدوث خبرة الرضا الجنسي (Brody & Krüger, 2006; Pfaus, 2007). فاعتمد بعض الباحثين على خبرة الأورجازم كمثال للاكتمال الجسدي (Guo, Ng & Chan, 2004) حيث يكون الأورجازم هو الحاكم الوحيد للخبرة الجنسية الكاملة، مما يمثل أسهل مؤشر كمي على حدوث الرضا الجنسي (Haavio-Mannila & Kontula, 1997) في حين ركز البعض على تقدير كمية المتعة الجسمية التي يحصدها الفرد من علاقته الجنسية كحكم على الرضا الجنسي (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 2000) بينما استخدم البعض مؤشر متعة الجماع الجنسي كأحد مؤشرات رضا الفرد عن حياته الجنسية (Haavio-Mannila & Kontula, 1997)

ويمثل تفعيل مثل هذه النماذج - المرتكزة على الاستجابات الجسدية والفسولوجية كأساس لحدوث خبرة الرضا الجنسي - أساساً في تنظيم الخبرات الجنسية، وعلاج الاضطرابات الجنسية التي دخلت ضمن الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (Tiefer,2002)

ويُعد نموذج "ماسترز" و "جونسون" (Masters&Johnson,1973) من أوائل النماذج المبكرة لتفسير الاستجابة الجنسية لدى الذكر والأنثى، ويرى هذا النموذج أن العملية الجنسية تمر بأربع مراحل هي: مرحلة الإثارة، مرحلة الاستقرار، مرحلة هزة الجماع (الأورجاسم)، مرحلة الخمود. ويعتمد تقدير الرضا الجنسي طبقاً لهذا النموذج على توفر المؤشرات الفسيولوجية الملاحظة في كل مرحلة، دون الاهتمام بالمكونات النفسية المتوفرة. ثم تطورت هذه النماذج الفسيولوجية إلى نماذج أخرى هدفها إضافة مراحل جديدة يركز مضمونها على الجوانب البيئية والنفسية للعملية الجنسية⁽⁴⁾

وأضاف أن الرضا الوجداني يمثل أهم مكون لاستجابة المرأة الجنسية، وهذا العنصر الوجداني يجب أن يُؤخذ في الحسبان عند تقدير الاستجابات الفسيولوجية للعملية الجنسية. وقد قدم كل من "زيبيرجيلد" Zibergeld و"إيلليسون" Ellison (1980) نموذجاً معتمداً على الجوانب النفسية في تقدير الرضا الجنسي، وتكون النموذج من خمسة مراحل هي: مرحلة الاهتمام (الرغبة) التي تسبق الإثارة، مرحلة الإثارة، مرحلة الاستعداد الفسيولوجية، مرحلة الأورجاسم، مرحلة الرضا (تقييم كيفية شعور الفرد) التابع لهذه المراحل الفسيولوجية (McClelland,2009).

4 . Desire Preceding Sexual Excitement

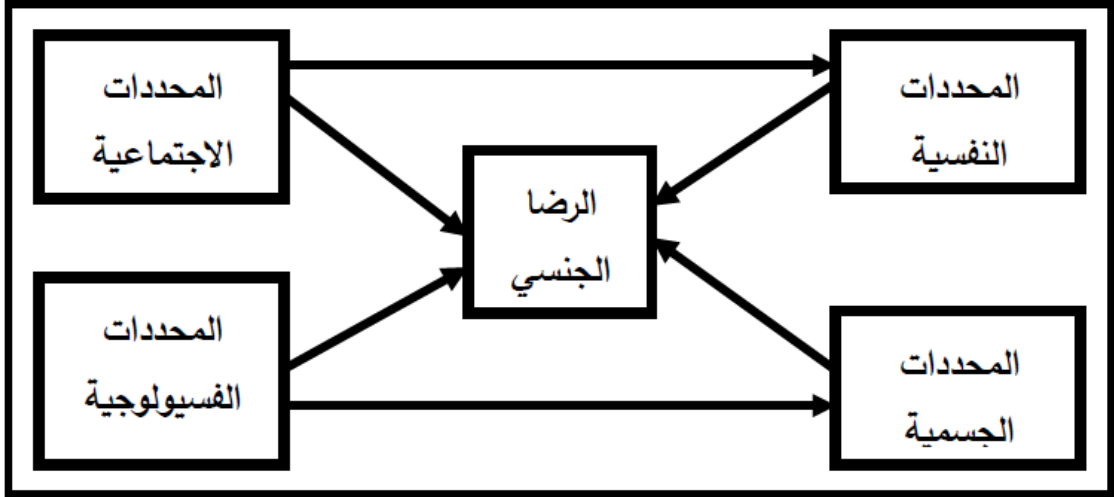
ومن النماذج الأكثر حداثة نموذج "باسون" (Basson,2001) عن "دائرة الاستجابة الجنسية لدى الإنسان"^(٥)، وطورها إلى نموذج الاستجابة الجنسية الأنثوية^(٦)، وركز فيه على دور العقل كمنسق للاستجابات الجسدية، ودافع العلاقة الحميمة، والتقارب العاطفي في تنظيم المثيرات الحسية، وميز بين الإثارة الذاتية (مشاعر الإثارة)^(٧)، والإثارة الفسيولوجية. وركز في نمودجه على الأسباب التي تُظهر الاختلالات الجنسية لدى المرأة، وكيفية معالجتها، ولكنه أكد في مواضع كثيرة على دور مصطلح الرضا الجنسي القائم على المؤشرات النفسية بالإضافة إلى الفسيولوجية التي تحدث قبل النشاط الجنسي، وأثناءه، وبعده، وأشار أن المرأة "بيولوجيًا" تكون أقل رغبة جنسية من الذكور، وأن حدوث "الأورجازم" ليس ضروريًا للرضا الجنسي لدى المرأة (Basson,2007). واستخلصت هذه النماذج ضرورة الأخذ في الحسبان - عند تقدير الرضا الجنسي لدى المرأة على وجه الخصوص - على الجوانب النفسية بالإضافة إلى الجوانب الفسيولوجية.

كما سعى "برونفينبرينر" (Bronfenbrenner,1994) إلى تقديم نموذج واصف لمكونات الرضا الجنسي، مستعرضًا فيه تفاعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية والفسيولوجية معًا، ويتصور من خلاله أن لتحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجين ينبغي أن يتم في ظل التفاعل بين العوامل الاجتماعية (كالمساندة الاجتماعية)، والعوامل النفسية (تشمل خصائص الفرد النفسية مثل التعاطف، تقبل الزوج، حب الزوج، .. الخ)، مع توفر سلامة كل من الصحة الجسمية (القدرة على الجماع)، والمحددات الفسيولوجية (كفاءة الوظيفة الجنسية)، ويوضح الشكل التالي هذه العوامل (الاجتماعية، النفسية، الجسمية، الفسيولوجية)، وتفاعلها معًا داخل النموذج:

5 . Hunan Sex – Response Cycle

6. A Female Sexual Response Model

7. Subjective Arousal (Feeling Arousal).



شكل (٢): النموذج النظري لمكونات الرضا الجنسي لدى الزوجين

(Bronfenbrenner, 1994)

وبالنظر لهذا النموذج نجد أن المحددات الأربعة لها تأثير على تحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجين سوا بشكل فردي أو تفاعلي فيما بينها، وقد توالت الدراسات المدعمة لمكونات هذا النموذج النظري في تحقيقها للرضا الجنسي، منها دراسة (Penhollow, Young & Denny, 2009) التي أكدت فيها على تأثير العوامل النفسية الاجتماعية البيولوجية في تحقيق كل من الجماع الجنسي، والرضا الجنسي، ونوعية الحياة العامة، سواء لدى الذين يمارسون الجنس أو لا يمارسون، كما دعم الباحثون ضرورة عمل جلسات مع المتخصصين في الصحة الجنسية لتحسين الرضا الجنسي ونوعية الحياة مع التقدم في العمر. وأيدت دراسة (Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer & Pan, 2007) أن محددات الرضا الجنسي تشتمل على خصائص العلاقة الحميمة، والمعرفة الجنسية، وسمات الشخصية، والحيوية الجسمية، والعوائق البيئية، وأضافت الدراسة أن الإناث تُركز على خصائص العلاقة الحميمة كالمودة وحب الزوج في تقديرها للرضا الجنسي.

رابعًا: اضطراب ضعف الرغبة الجنسية: **sexual desire disorder**:

يُقسم الدليل الخامس (DSM-5) اضطرابات الوظائف الجنسية لدى السيدات إلى أربع اضطرابات أساسية هي: اضطراب ضعف الرغبة الجنسية sexual desire disorder، واضطرابات ضعف الإثارة الجنسية Sexual arousal disorder، واضطراب النشوة الجنسية (هزة الجماع "الأورجاسم") orgasmic disorder، واضطراب الألم الجنسي Sexual Pain Disorders (في: أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبدالله الحمدان، ٢٠١٦، ٧١١)

والرغبة الجنسية عبارة عن: عملية نفسية جسدية تعتمد على الفعالية الدماغية أو المحرك والتخطيط الذي يشتمل على الطموح الجنسي والحافز. وعدم تزامن ذلك يؤدي إلى فتور الرغبة. وينجم فتور الرغبة المكتسب عادة من الضجر من العلاقة الجنسية أو الاكتئاب (الذي عادة ما يؤدي إلى نقص في المتعة الجنسية بدلاً عن العناية عند الذكور وتثبيط الإثارة عن الإناث) أو الأدوية النفسية وبعض الأدوية التي تعالج ارتفاع ضغط الدم أو اضطرابات هرمونية، وربما يكون فتور ثانويًا بسبب إضطراب في الوظيفة الجنسية (كريمة البهجوري، ٢٠١٠، ٢٦)

وهناك صعوبات في وضع تعريف دقيق لاضطرابات ضعف نشاط الرغبة الجنسية، فهل يقصد بها الرغبة لممارسة الجنس أم الخيال الجنسي (Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010)

وتم تعريف اضطراب الرغبة الجنسية للمرأة بأنه: غياب الرغبة الجنسية أو ضعفها والأفكار والخيالات الجنسية، التي تنشأ قبل الشروع في العلاقة الجنسية، وأثنائها بصورة مزمنة أو مستمرة، إلى الدرجة التي تشعرها

بتوتر نفسى يؤثر سلبياً على علاقتها بالزوج (Maclaran&Panay,2011). وأهم ما يتسم به ضعف الرغبة الجنسية للمرأة هو شعور بعدم الرضا والضغط النفسى. بينما إذا شعرت المرأة بالرضا والإشباع والراحة النفسية حيال أدائها الجنسي، فهذا معناه أنها لا تُعانى من ضعف الرغبة الجنسية، على الرغم من أن رغبتها الجنسية قد تكون أقل من غيرها من السيدات (Brezsnyak&Whisman,2004)

وتنقسم الرغبة الجنسية إلى نوعين: الأولى وهى الرغبة العقلية ومنبعها العقل، ويشعر بها الشخص بداية من سن البلوغ حتى الوفاة، بينما تمثل الرغبة العضوية النوع الثانى للرغبة الجنسية، وتتمثل فى انتصاب القضيب عند الرجل، وانتصاب البظر عند المرأة، وتلك الرغبة توجد فى بداية سن البلوغ، لكنها تقل مع كثرة مرات العلاقات الجنسية أو التقدم بالعمر (Shifren,Monz,Russo,Segreti&Johannes,2008) وقد عرفت (حنان أبو الخير البيومى، ٢٠٠٧، ١١٢) اضطراب نقص الرغبة الجنسية بأنه اضطراب يتميز بنقص أو غياب الأفكار والتخيلات الجنسية وانخفاض الرغبة الجنسية اللازمة لأداء النشاط الجنسي، وهى تُعد بداية اللقاء الجنسي - أو ما قبل البداية- وينتج عن اضطرابها صعوبات جنسية أخرى.

وُصنف نقص أو فقد الرغبة الجنسية Lack or Loss of Sexual desire تبعاً لاضطراب الأداء (اضطراب الوظيفة) الجنسي غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوى، حيثُ يمثل فقدان الرغبة الجنسية هنا المشكلة الرئيسية وليس نتيجة ثانوية لصعوبات جنسية أخرى مثل الفشل فى الإستثارة أو عسر الجماع، ولكنه يُشير إلى انخفاض المبادرة فى النشاط الجنسي، ويشمل البرود الجنسي. وقد تلقى هذا التعريف مؤخرًا انتقادات وتوصيات بأنه يجب أن تتضمن التعريفات إدراج الفترة الزمنية لهذا

الضعف، وشدة هذا الضعف وتكراره، وقد اقترح مؤخرًا جمع ما ورد في التعديل الخامس للدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) من الحالات الطبية المزمنة، والرغبة المنخفضة، والعقاير، والعمليات الجراحية، والعامل النفسى، وليس بالضرورة زيادة العمر، فيمكن حدوثها قبل وبعد انقطاع الطمث، على الرغم من أنها تختلف حسب العمر (هبة بهى الدين ربيع، ٢٠١٦، ٣٥٣)

- سيكولوجية المرأة المُصابة بضعف الرغبة الجنسية:

هناك بعض الخطوط الرئيسية لنفسية المرأة المصابة بضعف الرغبة الجنسية، بعض المصائب تظهر عليهن تلك العوارض كلها، والبعض تظهر عليهن بعض العوارض، إن المرأة كثيرًا ما تخبىء نقاط ضعفها فلا تظهرها، ولكن البعض يتسرب في غفلة من الضبط الداخلى لديها. والبعض من النساء تظهر عليهن هذه الأمور بشكل خفيف. فى حين أن هناك قلة إما قادرة على التظاهر التام بالطبيعية أو تكون لا مبالية بمشكلاتها. وأهم هذه المظاهر النفسية هي:

(١) الكآبة: تعتري المرأة المصابة بضعف الرغبة الجنسية سمة الكآبة الناتجة من شعور عدم الإشباع وشعورها بأنها غير طبيعية. ودرجة الكآبة تتحدد بمدى اهتمامها هي بالقضية ومدى تأثير ضعف تفاعلها مع زوجها. فكلما كانت المرأة أكثر حساسية لمشكلاتها وكلما كان الزوج متذمرًا وكلما قارنت نفسها بغيرها من النساء شعرت بالغيرة. ولما قيمت ذاتها وشعرت بالنقص، وكلما كانت أمور حياتها الأخرى ضعيفة الإشباع كلما زادت حدة الكآبة لديها. وقد تصل الكآبة إلى شعور اليأس والرغبة فى الانتحار ولكن هذه درجة عالية جدًا لا تصلها المرأة إلا نتيجة وجود ظروف أخرى مساندة.

٢) **الغيرة:** قد تشعر المرأة غير القادرة على التفاعل الجنسي السليم بشيء من الغيرة من النساء الأخريات وخاصة أولئك الذين ينطلقون بحياتهم الجنسية يفرشونها في أحاديثهم. وقد يبالغ البعض في ذلك وهناك نساء تتعمد المبالغة خاصة إذا شعرت بأن التي أمامها تُعاني من حالة عدم إشباع. وتظهر غيرة المرأة بشكل حسد وتتمنى زوال سعادة الأخريات. وقد تسعى المرأة إلى الخيال لتنتقم منهن وتجعلن يُعانين كما تُعاني.

٣) **التوتر:** نتيجة شعور الغيرة الناتجة من إحباط ضعف التفاعل الجنسي والرغبة الجنسية تكون المرأة متوترة، وهذا التوتر يظهر على شكل عدم التركيز وعدم القدرة على تنظيم حياتها، وقد يظهر ذلك جلياً بشكل عدم القدرة على التركيز الفكري أو العملي وقد يظهر التوتر على شكل بعض الحركات القهرية الكثيرة.

٤) **العدوانية:** قد تكون نتيجة هذه الغيرة والتوتر المصاحبة بهما المرأة ذات ضعف الرغبة الجنسية تحولها إلى إنسانة عدوانية سواء عدوان لفظي أو عدوان جسدي فعلي، ويكون عدوانها موجه إما إلى زميلاتها في العمل أو إلى أطفالها أو إلى زوجها مباشرة (فوزية الدريع، ٢٠١٥، ١٤١-١٤٢).

أسباب اضطرابات الوظائف الجنسية (اضطراب الرغبة الجنسية):

تعزى أسباب اضطرابات الوظائف الجنسية بوجه عام واضطراب (الرغبة الجنسية)

بوجه خاص إلى عدة عوامل، منها:

١. **العوامل النفسية:** تبين أن العوامل النفسية مسئولة عما يقرب من نسبة (٦٠) إلى

(٨٠٪) من مشكلات واضطرابات الوظائف الجنسية، ومن أهم تلك العوامل:

ظروف الولادة، والأمراض النفسية، والخبرات الجنسية الصادمة في الطفولة

(Davison&Neal,1996,330) (رشاد عبد العزيز موسى؛ ومديحة منصور

الدسوقي، ٢٠٠٠). كما أشار (Balon,2011) إلى أن الأسباب النفسية

لاضطرابات الوظائف الجنسية بشكل عام تكمن في (الضغوط، الإكتئاب الإكلينيكي، أمراض نفسية مصاحبة، حدوث إعتداء جنسي في الماضي، اضطراب القلق، الإحساس بالذنب، الإحساس بالعدائية، اضطراب في مفهوم الذات). وفيما يخص الأسباب النفسية لإضطراب الرغبة الجنسية أشارت دراسة (Alyasgar&Ismail&Mansour,2017)، إلى أن أحد أسباب الإضطرابات الزوجية والطلاق العاطفي ومن ثم عدم الرغبة الجنسية وعدم الرغبة في الزوج هو غياب النشاطات المشتركة بين الزوجين ومنها الطعام، وغياب الرفاهية ووقت الترفيه المشترك بينهما، وغياب التشاور ولغة الحوار بين الزوجين.

وهذا ما أكدته كذلك دراسة (كاوجه الصغير، ٢٠١٤) حول تمثيلات التوافق الزواجي وعلاقته بأساليب المعاملة الزوجية، على أن عدم وجود الوقت الخاص بالمرأة وعدم احترام حاجاتها للحب والرومانسية يؤدي إلى نفور الزوجة وعدم رضاها عن الحياة الزوجية، وهذا ما يتفق أيضاً مع دراسة (Dindar,Mahdavi&Seyyed Mirzaee,2019) التي بينت أن مهارات حل المشكلات والتواصل الفعال والتعاطف لها أثر فعال في تقليل نسبة الخلافات الزوجية التي تؤدي إلى حالة من الطلاق العاطفي الذي بدوره يؤدي إلى اضطراب الوظائف الجنسية. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (نوال الحنطي، ١٩٩٨) التي أشارت إلى أن الغياب المتكرر للزوج وعدم الاهتمام حتى بوجبات الطعام له أثر واضح في غياب التواصل الأسري وحدوث حالة الصمت الزوجي وانعدام التوافق الزوجي والجنسي، ووجود فجوة بين الزوجين. كما أشارت دراسة (هناء شويخ، ٢٠١١) إلى أن غياب الحب يؤدي إلى مشكلات عديدة كالطلاق، وعدم الرضا عن العلاقة الجنسية وعدم الرغبة فيها. وأيدت دراسة (Parish,Luo,Stolzenberg,Laumann,Farrer&Pan,2007) أن محددات الرضا الجنسي ووجود الرغبة لدى السيدات تركز على خصائص العلاقة الحميمة

كالمودة وحب الزوج. كما أكد ذلك (Sprecher,2002) حين وجد ارتباطاً إيجابياً لدى الزوجين والرضا الجنسي. وأن حب الزوج من المنبئات القوية لتحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجات (Means,2000). وتتفق هذه الدراسات مع ما أكده نموذج "برونفينبرينر" (Bronfenbrenner,1994) من أهمية المحددات النفسية (التعاطف، وحب الزوج) كأحد المحددات الرئيسية لتحقيق الرضا الجنسي لدى الأزواج. وكذلك تتفق هذه الدراسات مع ما أشارت إليه مكونات نظرية العاملين لـ "هاتفيلد" وهما الحب العاطفي وحب العشرة (Hatfield,Plimer,O'Brien&Lee,2008). ونظرية مثلث الحب لـ "ستيرنبرج" ومكوناتها الثلاثة: الحميمية، والانجذاب العاطفي، والحرص على استمرار العلاقة (هاتفيلد وزملاؤه، من خلال: هناء شويخ، ٢٠١٦، ١٣). وذلك كشروط أساسية لاستمرار الرغبة الزوجية وعدم حدوث اضطرابات الوظائف الجنسية، وخلق العلاقة الزوجية من المشاكل والاضطرابات. كما أشارت دراسة (أنور هادي، ٢٠١٢) إلى أن خيانة الزوج المتكررة من الأسباب الرئيسية لاضطراب الرغبة الجنسية لدى الزوجة، حيث من الممكن أن تؤثر في استقرار العلاقة الزوجية، وتوليد نوع من الفجوة والفراغ العاطفي وفقدان الأمان والثقة في العلاقة الزوجية لدى الزوجة دون شعور الزوج أو فهمها لما يحدث.

وبناءً على توجه عدد من الباحثين لإعادة صياغة مفهوم الرغبة الجنسية للمرأة بأن يتمركز على العوامل المرتبطة بالعلاقات (Sims&Meana,2010). فأشارت العديد من الدراسات (Hinchliff,Gott&Wylie,2009;Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010;Kaplan,2013;McCabe&Goldhammer,2013) إلى أن من أهم أسباب اضطراب الرغبة الجنسية هو الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات السلبية لدى المرأة تجاه العملية الجنسية.

كما أشارت (Sims&Meana,2010) إلى ثلاثة محاور أساسية أدت إلى انخفاض الرغبة الجنسية لدى السيدات، أولها: إضفاء الطابع الرسمي على العلاقة، وثانيها: الإفراط في الألفة، وثالثها: إغفال دور العواطف من قبل الشريك في هذه العلاقات. كما أشارت دراسة (Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010) إلى أن صعوبة الحصول على استثارة، ورغبة الزوجة في البدء بالعلاقة، وتكرار النشوة ارتبطت ارتباطاً جوهرياً مع الخيال الجنسى. وارتبط عامل السن ارتباطاً عكسياً بمدة العلاقة، وأن رضا المرأة عن الحياة الجنسية الخاصة قد ارتبط بالرضا عن الزوج.

كما أشارت نتائج (McCabe&Goldhammer,2013) إلى وجود ارتباط موجب بين ضعف الرغبة الجنسية والمدى الزمني للعلاقة، وعدم الإنسجام مع الزوج، بالإضافة إلى وجود ارتباط موجب بين ضعف الرغبة الجنسية وغياب الأفكار والخيال حول العلاقة الجنسية.

ويُشخص اضطراب الرغبة الجنسية للمرأة بناءً على العرض الرئيس لفقدان الرغبة الجنسية، المتمثل في نقص الاهتمام بالجنس، ومدى شعور المرأة بالقلق حيال أدائها الجنسي، وهل نتج عن ذلك مشكلات أم لا. وفي هذا الصدد أشار كل (Giargiari,Mahaffey,Craighead&Hutchison,,2005) إلى عدم وجود ارتباطات دالة بين الرغبة الجنسية والعمر، وذلك على عكس دراسة (Przybylski&Spaczyński,2009) والتي أشارت إلى أن ضعف الرغبة الجنسية للإناث يرتبط ارتباطاً موجباً بالعمر.

كما يمكن أن يحدث ضعف الرغبة الجنسية، نتيجة تعرض السيدات إلى المِحن، الأمر الذى يجعلها ذات تأثير كبير على صحة المرأة (Maclaran&Panay,2011). وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة

(Rellini&Meston,2007) والتي أشارت إلى وجود ارتباط موجب بين التعرض لمحنة الاعتياد الجنسي في الطفولة وبين ضعف الرغبة الجنسية.

كما أظهرت نتائج دراسة (Connor,Maserejian,De Rogatis,Meston, Gerstenberger&Rosen,2011) أن ضعف الرغبة ارتبط ارتباطًا موجبًا بانخفاض الرضا الجنسي لديهن، وزيادة الضغوط والإجهاد في حياتهن، وعدم الرضا عن دعم الزوج لهن، بالإضافة إلى ذلك، ارتبط ضعف الرغبة الجنسية بتقدم العمر ارتباطًا موجبًا دالًا.

كما أشارت نتائج دراسة (Revicki,Margolis,Fisher,Rosen,Kuppermann,Hanes,Sand,2012) إلى وجود ارتباط سالب بين الضغوط الجنسية مع الزوج وضعف الرغبة الجنسية لدى الزوجات.

٢. **العوامل البيولوجية:** يرى المنظور البيولوجي أن من أسباب نقص الرغبة الجنسية الأمراض الجسمية الشديدة أو إجراء عملية جراحية أثرت على صورة الجسم مثل استئصال الرحم أو استئصال الثدي جراحياً، كما أن هناك بعض العقاقير تثبط الجهاز العصبي المركزي أو تقلل من هرمون التستوستيرين (حنان أبو الخير، ٢٠١٧، ٣١١). ويمكن أن يؤدي عدد من الأمراض لدى المرأة أيضًا إلى اضطراب الوظائف الجنسية لدى السيدات من خلال العديد من التغيرات الفيزيولوجية والبيولوجية المرضية، بما في ذلك: (داء السكري وارتفاع ضغط الدم والتدخين وأمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز البولي، أمراض الجهاز التناسلي (Berman&Bassuk,2002;Balon,2011,18;Giargiari,Mahaffey,Cra (Lewis,Fugl-ighead&Hutchison,2005,548) وسلس البول الإجهادي -Fugl-Meyer,Bosch,Fugl-Meyer,Laumann,Lizza&Martin-

(Morales,2012). واضطرابات الهرمونات، وتعاطى الكحول والمخدرات، والتعب والتجربة الجنسية المؤلمة سابقًا (Giargiari,Mahaffey,Craighead&Hutchison,2005,548). وتزايد السمنة والإصابة بحالات تجلط الدم (Esposito&Giugliano,2005). ويمكن أن تتسبب هذه الأمراض في انخفاض تدفق الدم في الأعضاء التناسلية للمرأة نتيجة لتصلب الشرايين، مما يتسبب في تليف جدار المهبل وتليف العضلات الملساء في البظر وينتج عنه جفاف المهبل وعسر الجماع وضعف الإثارة والرغبة الجنسية (Berman&Bassuk,2002)

ويقوم الأطباء والمعالجون النفسيون دائمًا بمحاولة تحديد الأسباب الكامنة وراءه، ويبدأون بالبحث عن الأسباب الجسدية والعضوية والتاريخ الطبي وتحاليل وفحوص للجهاز التناسلي، فإذا ما لم تسفر تلك الفحوصات عن شيء، أحال الأطباء الحالة إلى معالج متخصص لمعرفة هل توجد أسباب عاطفية أو أمور خاصة بالعلاقة الجنسية أو بالأفكار السلبية حولها تكون بحاجة للاهتمام (Giargiari,Mahaffey,Craighead&Hutchison,2005,548-549)

كما يُعد الإجهاد المتمثل في التعب الشديد والإرهاق سببًا في الإصابة بضعف الرغبة الجنسية نظرًا لما يحدثه من اختلال في هرمونات الغدة الكظرية، محدثًا نقصًا في إنتاج هرموني الإستروجين، والتستستيرون، المهيمينين على الرغبة الجنسية (Hinchliff,Gott&Wylie,2009). وهذا ما أيده دراسة كل من (Maserejian,Shifren,Parish,Gerstenberger&Rosen,2010)، والتي أشارت إلى أن أكثر من (٨٥٪) من السيدات عانين من استمرار انخفاض الرغبة، ومن العوامل الأكثر شيوعًا التي أدت إلى ذلك الإجهاد أو التعب (٦٠٪)، ومثل عدم الرضا

عن المظهر الخارجى الخاص بالشريك (٤٠.٨٪)، واضطرابات أخرى كعدم القدرة على التوافق مع الشريك وعدم الوصول إلى النشوة الجنسية والرضا الجنسي (٣٣.٥٪).

٣. **العوامل الاجتماعية الثقافية:** مثل: الخلل الجنسي لدى الزوج أو الشريك، وسوء التوافق الزوجي، والعلاقات العائلية والبيئية المضطربة، ونقص المعلومات الجنسية (Balon,2011). كما أن هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى اضطراب الوظائف الجنسية، مثل أن يكون الزوج أكبر سنًا، والزواج لفترة طويلة، وكثرة الإنجاب وانخفاض وتيرة الجماع (Sidi,Puteh,Abdullah&Midin,2007). وكذلك انخفاض الرغبة الجنسية وتكرار الاتصال الجنسي أثناء الحمل، وذلك بسبب عدم الراحة الجسدية والتعب والشعور بعدم الجاذبية والخوف من الإجهاد أو إلحاق الضرر بالجنين (Jha&Thakar,2010). وكذلك من الأسباب الاجتماعية لتلك الاضطرابات انخفاض دخل الأسرة (Laumann,Paik&Rosen,1999). كما يرى **المنظور الاجتماعي** أن تهميش موقع المرأة في المجتمع واقتصار وظيفتها على الأمومة وممارسة الضغوط النفسية والمادية عليها يعمل على امتلاء المرأة بمشاعر الذنب والسلبية مما دفع إلى الاعتقاد بأن الطبيعة الغريزية للمرأة تملئها عليها السلبية والنزعة المازوشية، وذلك يمنع المرأة من الاهتمام الكافي بنشاطها الجنسي أو اللجوء إلى الحصول على ثقافة ومعلومات جنسية أو حتى مراجعة العيادة المختصة بمعالجة اضطرابات الجنسية مضطرة إلى تحمل معاناتها وألمها النفسية وحيدة (حنان أبو الخير، ٢٠١٧، ٣١١). وهنا أشارت دراسة (Fatemeh&Mahnaz&Mousa,2017) إلى أن من أهم الأسباب الاجتماعية لاضطراب الوظائف الجنسية وعدم رضا الزوجة عن الزوج وعدم رغبتها فيه هو تحكم الزوج في القرارات المشتركة بينهما، حيث أن وجود القرار بيد سلطة واحدة من شأنه أن يقضى على العلاقة بين الطرفين وخاصة العلاقة الحميمة.

وبشكل عام أشارت نتائج دراسة كل من (Abdo, Valadares, Oliveira, Jr, Scanavino & Afif-Abdo, 2010) إلى ارتباط ضعف الرغبة الجنسية بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية، تم ترتيبها حسب درجة ارتباطها بضعف الرغبة الجنسية ومرض القلب والأوعية الدموية، وسرطان الثدي، وضغوط ما بعد الصدمة، ومستوى التعليم المنخفض، والتقدم في العمر، والزواج في سن متأخر، ونقص المعلومات عن النشاط الجنسي في مرحلة الطفولة والمراهقة.

فروض الدراسة:

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة التي تم تناول موضوع الدراسة من خلالها، تتبلور فروض الدراسة في الآتي:

١. توجد علاقة ارتباطية بين المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي وضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة).

٢. توجد فروق بين متوسطى درجات مرتفعات الرغبة الجنسية ومنخفضات الرغبة الجنسية في المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي.

٣. يمكن التنبؤ بضعف الرغبة الجنسية من معلومية درجة كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)

إجراءات الدراسة:

جاءت الدراسة بمجموعة من الخطوات تمثلت في:

١. القيام بإجراء دراسة استطلاعية بهدف تقنين أدوات الدراسة وكذلك التحقق من الشروط السيكومترية لها.
٢. القيام بتطبيق المقاييس الخاصة بالمتغيرات موضع الدراسة على أفراد عينة الدراسة الأساسية.
٣. رصد نتائج التطبيق من خلال تصحيح المقاييس المستخدمة بعد تطبيقها على عينة الدراسة.
٤. ادخال الدرجات إلى الحساب الآلي، حيث تم من خلالها عمل التحليلات الإحصائية المناسبة لفروض الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS v25).
٥. تحليل البيانات والتحقق من صحة فروض الدراسة ومناقشة النتائج في ضوء ما تم عرضه من إطار نظري ودراسات سابقة، انتهاءً بوضع التوصيات المقترحة.
٦. توثيق مراجع الدراسة وكتابة ملخص للدراسة.

حدود الدراسة:

١. المحددات الموضوعية الأكاديمية: اقتصرت الدراسة في حدها الموضوعي على دراسة تباين الفروق بين متوسطى درجات مرتفعات الرغبة الجنسية ومنخفضات الرغبة الجنسية فى المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي وعلاقة اضطراب الرغبة الجنسية بالمتغيرات النفسية المقصودة بالدراسة لدى عينة من السيدات المتزوجات، وكذلك بحث ما إذا كان يُمكننا الاعتماد على متغيرات الرضا الجنسي والمخططات المعرفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية بوصفهما منبئات بضعف الرغبة الجنسية. حيث تم تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة فى: استبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية ليونج - النسخة المختصرة - (YSQ-SF)، والذي قام كل (محمد السيد عبد الرحمن، أحمد إبراهيم سغان، ٢٠١٥) بتكليفه على البيئة العربية. ومقياس اضطراب نقص الرغبة الجنسية (اعداد/حنان أبو الخير البيومى

عربية، ٢٠٠٧)، ومقياس الرضا الجنسي (إعداد/هناء شويخ، ٢٠١١)، واستخبار المعتقدات الجنسية (س ص م ج) صيغة السيدات (ص.ث) (إعداد/ محمد نجيب الصبوة).

٢. **المحددات الإحصائية:** اقتصرت الدراسة على استخدام الأساليب الإحصائية التي تمثلت في (المتوسط والانحراف المعياري، اختبار "ت" للعينات المستقلة، معامل

ارتباط بيرسون، وتحليل الانحدار متعدد الخطوات Stepwise Regression

٣. **المحددات المنهجية:** اتبعت الدراسة أسلوب الدراسات الارتباطية والتي تهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات والتعبير عنها بصورة رقمية" (سامي محمد ملحم، ٢٠٠٠، ٣٢٩) وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي، للكشف عن العلاقة بين كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية وضعف الرغبة الجنسية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات. كما اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي (التصميم المقارن) للمقارنة بين مرتفعات ومنخفضات الرغبة الجنسية، وذلك في ضوء متغيرات الدراسة (المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي).

٤. **المحددات الزمنية والمكانية:** تم إجراء الدراسة في الفترة الزمنية من العام الدراسي ٢٠٢٢ في محافظة كفر الشيخ.

٥. **المحددات البشرية وعينة الدراسة:** اقتصرت الدراسة على عينة من السيدات المتزوجات تراوحت أعمارهن ما بين (٢٢-٥٠) عام. وقد تم إجراء الدراسة الإستطلاعية على عينة عشوائية من السيدات المتزوجات مكونة من (٤٠) سيدة متزوجة تراوحت أعمارهن ما بين (٢٢-٥٠) عام بمتوسط حسابي قدره (٣٣.٢٠)، وانحراف معياري (٥.٤٨)، وقد تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة العشوائية

البسيطة من (السيدات المتزوجات من محافظة كفر الشيخ)، حيث بلغت عينة الدراسة النهائية (٤٠٠) سيدة متزوجة تراوحت أعمارهن ما بين (٢٢-٥٠) عام بمتوسط حسابى قدره (٣٣.٧٦)، وانحراف معيارى (٦.٤٥)، وقد روعى فى اختيار عينة الدراسة سواء الأساسية أو الإستطلاعية، خلوها من أى أمراض عضوية أو أمراض مزمنة كأعراض (السكر والضغط)، والجدول التالى يوضح التوزيع الديموغرافى للسيدات أفراد عينة الدراسة

جدول (١): التوزيع الديموغرافى للسيدات المتزوجات أفراد عينة الدراسة

المتغير	الفئة	التكرار	المجموع	المتغير	الفئة	التكرار	المجموع
الفرق في العمر بين الزوجين	٤-١ سنوات	٣٣٠	٤٠٠	نوع الزواج	من داخل الأسرة	٢٨٨	٤٠٠
	٧-٥ سنوات	٧٠			من خارج الأسرة	١١٢	
المستوى التعليمي للزوجة	ثانوي	١٠٠	٤٠٠	المستوى التعليمي للزوج	دبلوم	١٨٦	٤٠٠
	دبلوم	٣٤			ثانوي	١٠٢	
	جامعي فأعلى	٢٦٦			جامعي	٨٩	
					جامعي فما فوق	٢٣	
الحالة العملية للزوجة	تعمل	٣٢١	٤٠٠	عدد الأطفال	طفل واحد	١٦	٤٠٠
	لا تعمل	٧٩			طفلان	٣٦	
مدة الزواج	٦-٣ سنوات	٢٣٨	٤٠٠		ثلاثة أطفال	٣٠١	٤٠٠
	١١-٧ سنة	٤٣			أكثر من ثلاثة	٤٧	
	١٢-١٥ سنة	٢٢					
	١٣ فأكثر	٩٧					

ومن خلال جدول (١) السابق؛ تظهر خصائص العينة عدم وجود فروق عمرية كبيرة بين الزوجين نسبياً، فضلاً عن ذلك فإن معظم الزوجات أقارب، وهذا يعني أن

هذين المتغيرين ليس بالضرورة أن يكون لهما أثر في اضطراب العلاقة بين الزوجين من حيث الفهم المشترك والحوار بين الزوجين، وذلك كما خلصت بعض الدراسات (كلثوم بلميهوب، ٢٠١٠؛ أحمد عبد المجيد الصمادي؛ لينا الطاهات، ٢٠٠٥)، كم تؤيد هذه النتيجة أيضاً ما أشار إليه كل من (Giargiari, Mahaffey, Craighead & Hutchison, 2005) من عدم وجود ارتباطات دالة بين الرغبة الجنسية والعمر، وذلك على عكس دراسة (Przybylski & Spaczyński, 2009) والتي أشارت إلى أن ضعف الرغبة الجنسية للإناث يرتبط ارتباطاً موجباً بالعمر.

ولكن بالمقابل فإنّ معظم السيدات من المتعلّمات، بينما معظم الأزواج غير متعلّمين تعليماً عالياً، ومعظم السيدات عاملات، وهذا يعني أن التعليم والعمل لم يُسهما في تحسين مكانة المرأة في الأسرة وبشكل خاصة في العلاقة الزوجية. وهذا عكس ما أشارت إليه (حنان أبو الخير، ٢٠١٧) من أن هناك علاقة مباشرة بين المستوى العام للتعليم الذي تبلغه المرأة وإحساسها بالجنس، وأن التعليم يجعل السيدات أقل لهفة على الجنس، أو يجعل مطالبهن الجنسية أكثر من حيث الشروط التي ينبغي أن تتوفر للمرأة في شريكها وفي وقت المضاجعة ومكانها، ومن ثم فإن المرأة المتعلمة إن لم يتحقق لها ذلك لا تشعر بالجماع شعور الإنسنة البسيطة التي نالت قدرًا بسيطاً من التعليم ومن ثم تكون حاجاتها بسيطة، ويمكن أن يشبعها القليل. ولقد استطاع "كينزي" أن يحصل على حالات برود جنسي كامل بين الخريجات من الجامعات أكثر مما وجد بين الحاصلات على تعليم متوسط، وكانت السيدات الحاصلات على تعليم ثانوي في موقع يتوسط النسبتين السابقتين (حنان أبو الخير، ٢٠١٧، ٢٩١).

ومن اللافت للانتباه أن مدة الزواج قصيرة نسبياً (٣-٦ سنوات) مع ارتفاع عدد الأولاد، وهذا مؤشر على أن العلاقات الزوجية أضحت تتآكل بصورة سريعة في الوقت

الراهن، ولكن ربما لوجود العدد المرتفع من الأبناء يدفع المرأة إلى الصمت وعدم الشكوى، وتحمل الكثير من الضغوط الزوجية التي انتهت بالكثير من اضطرابات الوظائف الجنسية.

وهذا يتفق أيضًا مع نتائج دراسة (McCabe&Goldhammer,2013) والتي أشارت إلى وجود ارتباط موجب بين ضعف الرغبة الجنسية والمدى الزمني للعلاقة. وتتفق هذه النتيجة أيضًا مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (Sidi,Puteh,Abdullah&Midin,2007) والتي أشارت إلى أن هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى اضطراب الوظائف الجنسية، مثل أن يكون الزوج أكبر سنًا، والزواج لفترة طويلة، وكثرة الإنجاب.

- أدوات الدراسة:

أولاً: استبيان يونج- النسخة المختصرة - (YSQ-SF) للمخططات المعرفية (ترجمة وتعريب) / أ.د. محمد السيد عبد الرحمن / أ.د. محمد أحمد سعفان (٢٠١٥):

- مبررات استخدام الصورة القصيرة : أنها مناسبة للعينة التي تمت عليها الدراسة الحالية حيث أوضحت نتائج الدراسات التي تمت عليها بمختلف اللغات أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وهي لا تقل في ذلك عن الصورة الطويلة (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سعفان ٢٠١٥، ٢٤-٢٦)

- وصف الاستبيان: تتكون الصورة المختصرة للإستبيان من (٧٥) بندًا موزعة على (١٥) بعدًا ومخططًا بواقع (٥) بنود أو فقرات لكل بُعد، وأبعاد هذا المقياس هي: (الحرمان العاطفي، الهجر/عدم الاستقرار، التشكيك/الإساءة، العزلة الاجتماعية / الوحدة، العيب/ العار، الفشل، الاتكالية/ الاعتماد، توهم الأذى أو المرض، التعلق/

هدم الذات، الإذعان/ الانقياد، التضحية بالنفس، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة، الاستحقاق/ هوس العظمة، العجز عن ضبط النفس).
ويقوم المفحوص بوضع الدرجة التي تنطبق عليه أمام كل عبارة من عبارات الإستبيان وتتراوح درجات البند ما بين (١ إلى ٦ درجات)، ويُحسب إجمالي الدرجات لكل بعد بجمع درجات البنود الخمسة له. ومن ثم تتراوح درجة كل بعد بين (٥-٣٠) درجة، كما يمكن التعامل مع متوسط درجة البعد أو المخطط التي تتراوح بين (١، ٦) درجات.

الخصائص السيكومترية للاستبيان:

- الاتساق الداخلي للاستبيان: أجرى الباحثان الاتساق الداخلي للاستبيان عن طريق حساب معامل ارتباط درجات كل مفردة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه البعد. كما أجرى حساب الاتساق الداخلي للإستبيان الحالي عن طريق حساب معامل ارتباط درجات كل مفردة بدرجات البعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة المفردة، وأشارت النتائج إلى تمتع أبعاد الاستبيان بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سوغان ٢٠١٥، ٣٦)، واتضح من نتائج التحليل ارتباط جميع مفردات الإستبيان بالأبعاد التي تنتمي لها عند مستوى دلالة (٠.٠٥ - ٠.٠١) ما عدا المفردة رقم (٥١) في بُعد التضحية بالذات، ولذلك رأى معدا الإستبيان عدم حذفها بل الإبقاء عليها ضمن بنود المقياس حفاظاً على البنية العامة للإستبيان المتمثلة في وجود خمس مفردات لكل بعد بنفس ترتيب النسخة الأصلية له كما يوضحها مفتاح التصحيح، مع عدم أخذ درجة هذه المفردة في الاعتبار (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سوغان ٢٠١٥، ٣٧-٣٨)

- صدق الاستبيان: تم حساب الصدق من قبل معدا الإستبيان وذلك عن طريق إجراء التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية "لهوتلينج" وتدوير المحاور

بطريقة الفاريماكس" لكايزر" لبنود الإستبيان ، ثم لأبعاد الإستبيان أى المخططات، وأسفر التحليل العاملى عن (١٢) عاملاً تستوعب (٥٧.٠٦%) من التباين الكلى ويتشعب عليه (٧١) بنداً من البنود الكلية (٧٥) بنداً، ووجد تداخل بين بنود بعض الأبعاد واستقلالية كاملة لبعضها الآخر، فقد تشعب العامل الاول بينود البُعدين الخامس والسادس(العيب/ العار، والفشل)، بينما تشعب العامل الثانى بينود البُعدين الأول والرابع (الحرمان العاطفى، والعزلة الاجتماعية/ الوحدة)، وتشعب العامل الثالث بينود البُعدين الثانى عشر والخامس عشر (الكبت العاطفى، العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات)، بينما تشعبت بقية العوامل بينود أبعاد أو مخططات مستقلة تقريباً، وتحقق هذه النتيجة درجة مناسبة من الصدق العاملى للإستبيان. (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سعفان، ٢٠١٥، ٤٠-٤١).

- ثبات الاستبيان: للتحقق من ثبات الإستبيان قام كل من (محمد عبد الرحمن السيد ومحمد أحمد سعفان، ٢٠١٥) بإعادة حساب ثبات الإستبيان باستخدام كل من طريقة ألفاكرونباخ، ومعادلة جتمان، على عينة قوامها (٢٥) من مرضى القلق والوسواس القهري والاكئاب، إذ تراوحت قيم معاملات ثبات الأبعاد ما بين (٠.٦٠ - ٠.٨٤) وتشير إلى قيم جيدة للثبات (محمد السيد عبد الرحمن، محمد أحمد سعفان، ٢٠١٥، ٤٣).

الخصائص السيكومترية لإستبيان يونج للمخططات المعرفية فى الدراسة الحالية:

- الاتساق الداخلى لإستبيان المخططات المعرفية: يُشير الاتساق الداخلى إلى قوة ارتباط الفقرة أو البند من الأداة والدرجة الكلية (إحسان الأغا؛ محمود الأستاذ، ٢٠٠٣، ١٢٤)، وقد تم التحقق من الاتساق الداخلى لإستبيان المخططات المعرفية من خلال حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الإستبيان والدرجة الكلية

لكل بُعد، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه، وأسفرت النتائج على أن قيم معاملات الارتباط للإتساق الداخلى لمقياس المخططات المعرفية تراوحت ما بين (٠.٦٧١ - ٠.٩٢٥) بالنسبة لبُعد (الحرمان العاطفى) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٣٤٠ - ٠.٧٩٩) بالنسبة لبُعد (الهجر/ عدم الإستقرار) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٧٦٤ - ٠.٨٧١) بالنسبة لبُعد (التشكك/ الإساءة) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٥٥٢ - ٠.٧٩٣) بالنسبة لبُعد (العزلة الإجتماعية/ الوحدة) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٥٠٩ - ٠.٧٨١) بالنسبة لبُعد (العيب/ العار) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٨٤٠ - ٠.٨٢٩) بالنسبة لبُعد (الفشل) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٦٩١ - ٠.٨٥٥) بالنسبة لبُعد (الإتكالية/الإعتماد) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٣٨٣ - ٠.٨٠٠) بالنسبة لبُعد (توهم الأذى/المرض) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٧٠٤ - ٠.٨٢١) بالنسبة لبُعد (التعلق/هدم الذات) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٥٣٣ - ٠.٧٥٥) بالنسبة لبُعد (الإذعان/الإنقياد) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٤٩٠ - ٠.٧٧٧) بالنسبة لبُعد (التضحية بالذات) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٨٢٣ - ٠.٨٧٠) بالنسبة لبُعد (الكبت العاطفى) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٧٨٨ - ٠.٨٨٢) بالنسبة لبُعد (المعايير الصارمة/الإنفاق) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما بين (٠.٤٨٠ - ٠.٧٨٧) بالنسبة لبُعد (الإستحقاق/هوس العظمة) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وتراوحت ما

بين (٠.٧٨٤-٠.٨٩٨) بالنسبة لُبعد (العجز عن ضبط الذات/ضبط الذات) وهي قيم دلة عند مستوى دلالة (٠,٠١).

- **الثبات: (Reliability) لاستبيان المخططات المعرفية:** من الصفات الأساسية التي يجب توافرها في أداة جمع البيانات قبل الشروع في استخدامها هي خاصية الثبات، وتكمن أهمية قياس درجة ثبات أداة جمع البيانات في أهمية الحصول على نتائج صحيحة كلما تم استخدامها؛ فالأداة المتذبذبة لا يمكن الاعتماد عليها ولا الأخذ بنتائجها، وبالتالي ستكون نتائج الدراسة غير مطمئنة ومضللة، وفي أغلب الأحوال مضيعة للجهد والوقت والمال (عباس البرق؛ عايد المعلا، وأمل سليمان ، ٢٠١٣، ٩٢). ويقصد بالثبات الحصول على النتائج نفسها إذا تكرر قياس الظاهرة نفسها باستخدام الأداة نفسها في الظروف (إحسان الأغا، محمود الأستاذ، ٢٠٠٣، ١٢). وهناك العديد من الطرائق للتحقق من ثبات الاتساق الداخلي للمقياس الذي يتطلب تطبيقًا واحدًا فقط، ومن هذه الطرائق: (التجزئة النصفية/ ألفا كرونباخ) (صلاح مراد، هادي فوزية، ٢٠٠٢، ١٩٥)، إذ تقوم هذه الطريقة على حساب قيمة معامل الثبات عن طريق معرفة متوسط معاملات الارتباطات الداخلية بين عبارات المقياس وعدد العبارات المكونة له (صلاح الدين أبو ناهية، ١٩٩٤، ٣٦١). وقد تم الاعتماد هنا على طريقة ألفا كرونباخ لحساب الثبات وكذلك معادلة جتمان (Guttman) للتجزئة النصفية، والتي تعتمد على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل المقياس، وكذلك ارتباط كل بند مع المقياس ككل (محمد أبو هاشم حسن السيد، ٢٠٠٦، ٨). وبلغت قيم ثبات ألفا كرونباخ لاستبيان المخططات المعرفية لكل من بُعد (الحرمان العاطفي-الهجر/عدم الإستقرار- التشكك/الإساءة-العزلة الإجتماعية/الوحدة- العيب/العار-الفشل- الإتكالية/الإعتماد-توهم الأذى/المرض- التعلق/هدم الذات- الإذعان/الإنقياد-

التضحية بالذات- الكبت العاطفي- المعايير الصارمة/الإنفاق- الإستحقاق/ هوس العظمة- العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات) على التوالي (٠.٧٦٩-٠.٨٠٩-٠.٧٧٢-٠.٧٨٦-٠.٧٩٦-٠.٨٩٣-٠.٨٧٣-٠.٨١٥-٠.٨٧٢-٠.٨٧١-٠.٧٩٠-٠.٨٨٩-٠.٨٦٣-٠.٨٦٢-٠.٨٤٩)، وبلغت قيمة جتمان للتجزئة النصفية للأبعاد على الترتيب (٠.٧٣٥-٠.٨٥٥-٠.٨٥٣-٠.٨٨٧-٠.٧٨٢-٠.٧٨١-٠.٧٨٥-٠.٧٩٣-٠.٨٤٣-٠.٧٨٢-٠.٧٩٤-٠.٨٥٢-٠.٨٦٢-٠.٨٤٧-٠.٨٧٣)، وتم الإعتماد هنا على قيمة التجزئة النصفية لجتمان (نظرًا لعدم تساوى تباين الدرجات على نصفى الإستبيان).

ثانيًا: استخبار المعتقدات الجنسية: (إعداد: محمد نجيب الصبوة):

يتكون الإستخبار من (٤٠) عبارة لقياس الأفكار غير المنطقية المرتبطة باضطراب الوظائف الجنسية فى حالة (الرغبة الجنسية)، وتتم الإجابة على الإستخبار وفقًا لمقياس شدة خماسى: (١) يعنى لا أوافق تمامًا، و(٢) يعنى أوافق إلى حد ما، و(٣) تعنى أوفى بدرجة متوسطة، و(٤) تعنى أوفى بدرجة شديدة، و(٥) تعنى أوفى بدرجة شديدة جدًا. وتتراوح الدرجة الكلية الاختبار ما بين (٤٠-٢٠٠) درجة، وهى تمثل حاصل جمع الدرجات على الاختبار ككل، بحيثُ تعكس الدرجة الأعلى تقييمًا مرتفعًا للأفكار الجنسية اللاعقلانية حول الرغبة الجنسية.

الخصائص السيكومترية لاستخبار المعتقدات الجنسية لدى السيدات فى الدراسة الحالية:

- **الإتساق الداخلى:** وقد تم التحقق من الاتساق الداخلى (لاستخبار المعتقدات الجنسية) فى الدراسة الحالية بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات الإستخبار والدرجة الكلية للإستخبار، وأسفرت النتائج على أن قيم

معاملات الارتباط للإتساق الداخلي جاءت بالقيم التالية بحسب ترتيب عبارات الإستهبار: (٠.٦١٩-٠.٨٦٤-٠.٦٢١-٠.٧٤٦-٠.٨٨٨-٠.٧٩٥-٠.٧٣٤-٠.٦٩٣-٠.٦١٤-٠.٧٧٤-٠.٩٢٠-٠.٨١٢-٠.٧٤٢-٠.٧٩٥-٠.٥٤٢-٠.٦٩٦-٠.٥١٨-٠.٧٤٢-٠.٨٧٦-٠.٧٧٦-٠.٤٠٩-٠.٧٣٣-٠.٦٩٣-٠.٤٩٩-٠.٦٩٩-٠.٣٩٩-٠.٥٣٨-٠.٦٧٧-٠.٨١٢-٠.٧٣٨-٠.٦٩٩-٠.٥٦١-٠.٧٦١-٠.٨٣٦-٠.٧٠٣-٠.٦٥٦-٠.٧٣٧-٠.٦٢٦-٠.٥٩٧)

٠.٧٨٨). مما يُشير أن جميع معاملات الارتباط جاءت جوهرية ودالة عند مستوى (٠.٠١) مما يدل على تمتع (استخبار المعتقدات الجنسية) بالإتساق الداخلي والثبات، ومن ثم يتضح من النتائج السابقة إمكانية استخدام الإستهبار فى الدراسة الحالية.

• ثبات (استخبار المعتقدات الجنسية) فى الدراسة الحالية:

بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠.٩٢٥) وهى قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى (٠.٠١) مما يشير إلى تمتع (استخبار المعتقدات الجنسية) بدرجة ثبات عالية ويمكن استخدامه فى الدراسة الحالية. كما تم الإعتماد على طريقة التجزئة النصفية بطريقة سبيرمان براون وجتمان، والتي تعتمد على تقسيم مفردات المقياس إلى مجموعتين: الأولى تحتوى المفردات ذات الأرقام المفردة، والثانية ذات الأرقام الزوجية (محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ٢٠٣). ومن جهة أخرى، يتم تقسيم فقرات الاختبار إلى نصفين، بحيث يمثل النصف الأول الفقرات الفردية الرتبة، ويمثل النصف الثانى الفقرات الزوجية الرتبة (سبع أبو لبة، ٢٠٠٣، ٢٦٠). وقد تم الاعتماد على معامل ثبات سبيرمان براون (٠.٨٩٣) دون غيره نظراً لأنه يطلب أن يكون التباين فيه متساوى للنصفين، حيث بلغت قيمة معامل ألفا للجزء الأول (٠.٨٧٩)، وبلغت قيمة معامل ألفا للجزء الثانى (٠.٨٨٢)، مما

يدل على أن الاستخبار يتمتع بدرجة عالية في قياس مستوى (المعتقدات الجنسية) لدى عينة الدراسة.

ثالثاً: مقياس الرضا الجنسي لدى الزوجة (إعداد: هناء شويخ، ٢٠١١):

● **مكونات المقياس:** يتكون المقياس من (٣٥) عبارة تقرير ذاتي تصف مدى رضا الزوجة عن علاقتها الحميمة (الجنسية) مع زوجها، وتحدد درجة رضاها بناء على مقياس شدة ثلاثي: لست راضية تماماً، راضية بدرجة متوسطة، راضية بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة على البند ما بين (١-٣)، وعلى ذلك تبلع الدرجة العظمى على الاختبار إجمالاً (١٠٥) درجة، حيث تُشير الدرجة الأعلى إلى رضا الزوجة عن حياتها الجنسية.

● **الكفاءة القياسية للمقياس:**

١. مؤشرات الصدق: قد تم التحقق من كفاءته القياسية الخاصة بمؤشرات الصدق:

باستخدام مجموعة مكونة من خمسين زوجة، بمتوسط عمري مقداره (٢٥.٣٣)، وانحراف معياري (٣.٨٥). وذلك من خلال طريقتين:

أ. **تقدير التجانس الداخلي للمقياس:** يعد التجانس الداخلي أحد مؤشرات صدق التكوين (على خطاب، ٢٠٠١، ١٢٤). ويقدر عن طريق حساب دلالة معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة الكلية؛ وقد جاءت نتائج الصدق لتشير إلى أن غلب بنود المقياس مرتفعة الدلالة في ارتباطها بالدرجة الكلية.

ب. **تقدير القدرة التمييزية لمقياس الرضا الجنسي:** وذلك عن طريق حساب مدى قدرة كل بند على التمييز بين المجموعات الطرفية عليه، ولإجراء ذلك تم حساب الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على كل بند، وتبين قدرة أغلب البنود على التمييز الجوهرى بين المجموعتين الطرفيتين، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على الصدق، كما كانت البنود منخفضة الدلالة في الارتباط بالدرجة

الكلية هي نفس البنود التي كشفت عن قدرة تمييزية متدنية بين المجموعتين الطرفيتين (هناك شويخ، ٢٠١١، ١٦)

٢. أما عن معاملات الثبات فقد تم التحقق منها باستخدام طريقتي: ألفا كرونباخ وقد بلغت (٠.٩١)، والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان. براون وقد جاءت (٠.٨٦) (هناك شويخ، ٢٠١١، ١٧).

• الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا الجنسي في الدراسة الحالية: جاءت نتائج الإتساق الداخلى لتشير إلى أن أغلب بنود المقياس مرتفعة الدلالة في ارتباطها بالدرجة الكلية، أما عن معاملات الثبات باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان. براون، فقد جاءت (٠.٩٢١، و٠.٨٨) على التوالي.

رابعًا: مقياس اضطراب نقص الرغبة الجنسية (إعداد/ حنان أبو الخير البيومي عريبة، ٢٠٠٧)

طريقة الإستجابة على المقياس:

تم اختيار طريقة الاختيار من متعدد وهي اختيار إجابة من خمس إجابات وهي:

- دائمًا: وتعنى أن العبارة تنطبق على المفحوص دائمًا.
- كثيرًا: وتعنى أن العبارة تنطبق على المفحوص بدرجة كبيرة
- أحيانًا: وتعنى أن العبارة تنطبق على المفحوص فى بعض الأحيان
- قليلًا: وتعنى أن العبارة تنطبق على المفحوص قليلًا
- أبدًا: وتعنى أن العبارة لا تنطبق على المفحوص تمامًا

وتأخذ الدرجات (٤-٣-٢-١-صفر) على الترتيب. وقد تم وضع بعض العبارات فى صورة معكوسة (أى عبارات إيجابية فى عكس اتجاه اضطراب نقص الرغبة الجنسية)، حتى لا يكون لدى المفحوص توجهًا استجابيًا أو وجهة ذهنية للاستجابة على المقياس،

وهذه العبارات تصحح فى عكس الاتجاه، أى أنه: (دائمًا تأخذ "صفر")، و(كثيرًا تأخذ "١")، و(أحيانًا تأخذ "٢")، و(قليلاً تأخذ "٣")، و(أبداً تأخذ "٤")، وهى أرقام الفقرات التالية: (٢-٥-١٠-١٣). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس (١٠٠)، وأقل درجة (٢٥).

• الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب نقص الرغبة الجنسية كما قامت به
معدة المقياس:

قامت معدة المقياس بحساب صدق وثبات المقياس بالطرق التالية:

١. صدق الاتساق الداخلى: قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط لبيرسون بين كل بند من بنود مقياس اضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى المرأة والدرجة الكلية للمقياس، وجاءت جميع العبارات دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٠١).

٢. ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية: تم حساب ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية وذلك لدرجات عينة التقنين، حيث تم حساب معامل ارتباط بيرسون للقيم الخام للحصول على ارتباط بين نصفى الاختبار، وقد تم التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون، وبلغ معامل الثبات قبل التصحيح (٠.٨٨)، وبعد التصحيح (٠.٩٤)، وهو ما يشير إلى ثبات المقياس (حنان أبو الخير عريبة، ٢٠٠٧، ١١٢-١١٩).

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب نقص الرغبة الجنسية فى الدراسة الحالية:

• الإتساق الداخلى: وقد تم التحقق من الاتساق الداخلى لمقياس (اضطراب نقص الرغبة الجنسية) فى الدراسة الحالية بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وأسفرت النتائج على أن قيم معاملات الارتباط للإتساق الداخلى جاءت بالقيم التالية بحسب ترتيب عبارات المقياس: (٠.٤٩٣-٠.٧٢٥-٠.٧٧٢-٠.٦٧٧-٠.٦٢٠-٠.٥٩٤-٠.٧١٤-

٠.٨٠١-٠.٧٥٠-٠.٤٨٩-٠.٦٧٤-٠.٧١٨-٠.٣٨٧-٠.٧٦١-٠.٨٠٦

٠.٦٨٧-٠.٨٣٢-٠.٧٥٥-٠.٧٩٠-٠.٧٦٨-٠.٥٩٨-٠.٧٢٢-٠.٨٠١

٠.٧٠٥-٠.٧٨١)، مما يُشير أن جميع معاملات الارتباط جاءت جوهرية ودالة عند مستوى (٠.٠١) مما يدل على تمتع مقياس (اضطراب نقص الرغبة الجنسية) بالإتساق الداخلي، ومن ثم يتضح من النتائج السابقة إمكانية استخدام المقياس في الدراسة الحالية.

- أما عن ثبات مقياس (اضطراب نقص الرغبة الجنسية) في الدراسة الحالية فقد تم التحقق منه باستخدام طريقتي: ألفا كرونباخ وقد بلغت (٠.٩٢٦)، وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى (٠.٠١) مما يشير إلى تمتع مقياس (اضطراب نقص الرغبة الجنسية) بدرجة ثبات عالية ويمكن استخدامه في الدراسة الحالية. مع العلم أنه تم الاعتماد على معامل ثبات جتمان (٠.٩٤٢) دون غيره نظراً لأنه لا يتطلب أن يكون التباين فيه متساوي للنصفين، كما لا يتطلب أن يكون معامل ثبات ألفا كرونباخ متساوي للنصفين وهو ما أوضحت نتائج برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) حيث بلغت قيمة معامل ألفا للجزء الأول (٠.٨٩٢)، وبلغت قيمة معامل ألفا للجزء الثاني (٠.٩١٣)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية في قياس مستوى (اضطراب نقص الرغبة الجنسية) لدى عينة الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على: "توجد علاقة ارتباطية بين المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي وضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة).

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة بطريقة بيرسون Pearson Correlation Coefficient لدى عينة الدراسة من السيدات المتزوجات، والجدول التالي رقم (٢) يبين نتائج هذا التحليل.

جدول (٢): نتائج معاملات الارتباط ودلالاتها بين اضطراب نقص الرغبة الجنسية وكل

متغير نفسى على حدة (ن=٤٠٠)

اضطراب نقص الرغبة الجنسية		متغيرات الدراسة	
الدلالة	معامل الارتباط		
٠.٠٠١	٠.٠٢٢٧	الحرمان العاطفى	١
٠.٠٠١	٠.٠١٩١	الهجر/عدم الاستقرار	٢
٠.٠٠١	٠.١٧٩	التشكك/الإساءة	٣
٠.٠٠١	٠.١٨٧	العزلة الإجتماعية/الوحدة	٤
٠.٠٠١	٠.١٩٣	العييب/العار	٥
٠.٠٠١	٠.٢٢٤	الفشل	٦
٠.٠٠١	٠.٠١٩٣	الإتكالية/الإعتماد	٧
٠.٠٠١	٠.١٨٥	توهم الأذى/المرض	٨
٠.٠٠١	٠.١٨٢	التعلق/هدم الذات	٩
٠.٠٠٥	٠.١٢٢	الإعان/الإنقياد	١٠
٠.٠٠١	٠.١٨٤	التضحية بالذات	١١
٠.٠٠١	٠.١٨٦	الكبت العاطفى	١٢
٠.٠٠١	٠.١٨٠	المعايير الصارمة/ الإنفاق	١٣

اضطراب نقص الرغبة الجنسية		متغيرات الدراسة	
الدلالة	معامل الارتباط		
٠.٠٠١	٠.١٣٨	الإستحقاق/ هوس العظمة	١٤
٠.٠٠٥	٠.١٠٨	العجز عن ضبط الذات	١٥
٠.٠٠١	٠.١٣١	المعتقدات الجنسية اللاعقلانية	١٦
٠.٠٠٥	٠.١٢٧-	الرضا الجنسي	١٧

اتضح من الجدول السابق ما يأتي:

١. وجود ارتباط دال وموجب عند مستوى (٠.٠٠١)، ومستوى دلالة (٠.٠٠٥)، بين اضطراب الرغبة الجنسية والمخططات المعرفية غير التكيفية، وهذا معناه أن زيادة شدة اضطراب الرغبة الجنسية بشكل ملحوظ يزامنه تقييم مرتفع للمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى السيدات أفراد عينة الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج كل من (Basson,2008;Basson,2000) والتي أشاروا على أن السيدات يوافقن على اللقاء الجنسي شرط أن يكون هناك اهتمام كاف للتنبه الجنسي المناسب، ويليها الاستثارة الذاتية والتي يرافقها الكثير من المشاعر الإيجابية، ومن ثم تحدث الرغبة الجنسية. وهذا يمثله (مخطط الحرمان العاطفي) لدى النساء. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Géonet,De Sutter&Zech,2012) والتي أشارت دور العوامل المعرفية والإدراكات السلبية لدى السيدات في عُسْر الوظيفة الجنسية، وما تُحدثه هذه الإدراكات المشوّهة من تأثير سلبي على الاستجابة الجنسية، حيث تقلّ الاستثارة الجنسية الذاتية، وبالتالي، تُركز السيدات أثناء الجماع على الأفكار بدلاً من الاستثارة الجنسية.

٢. كما أشارت نتائج جدول (٢) السابق إلى: وجود علاقة إيجابية ودالة عند مستوى (٠.٠١)، ومستوى دلالة (٠.٠٥)، بين اضطراب ضعف الرغبة الجنسية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية، وهذا معناه أن زيادة شدة اضطراب الرغبة الجنسية بشكل ملحوظ يزامنه تقييم مرتفع للمعتقدات الجنسية اللاعقلانية لدى السيدات أفراد عينة الدراسة.

واتفقت هذه النتيجة مع ما أشار إليه النموذج المعرفي - الوجداني "الانفعالي" Cognitive-affective model of sexual dysfunction، الذي افترضه ديفيد بارلو (D.Barlow,1986) لتفسير الاضطرابات الجنسية: والذي تم فيه تفسير الاضطرابات الجنسية بصفة عامة لدى السيدات بالإعتماد على دور العوامل المعرفية. كما اتفقت هذه النتيجة مع ما أشار إليه نموذج "مسترز وجونسون" والتي أشار إلى أسباب متعددة للاضطرابات الوظيفية الجنسية، والتي تضم أسباب بعيدة مثل العقيدة الدينية، وعدم كفاية النصح والإرشاد، والعوامل الاجتماعية، والاتجاه السلبي تجاه الجنس (Wincze&Barlow,1997). وكلها من العوامل المكونة للأفكار الجنسية اللاعقلانية. كما تتفق هذه النتيجة مع أشارت إليه دراسة (Ravart,Trudel,Marchand,Turgeon&Aubin,1996) والتي أشارت إلى ارتباط وجود الخلل وظيفي في العمليات المعرفية، وارتباط الأفكار السالبة المتعددة، والإعتقادات الداخلية اللاعقلانية بالاتجاهات المضادة للجنس. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Adams&Sutker,2007) والتي أشارت أهمية العوامل المعرفية والخبرة الذاتية في الإثارة والرغبة الجنسية. كما اتفقت هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (Nobre&Pinto-Gouveia,2009) والتي أشارت إلى وجود علاقة جوهرية بين الأفكار الآلية الجنسية السلبية والإنفعالات السلبية، واضطراب ضعف الرغبة الجنسية

لدى السيدات، أى أن الإضطرابات الجنسية تزداد لدى السيدات بزيادة الأفكار والمعتقدات السلبية. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Hinchliff,Gott&Wylie,2009) والتي أشارت إلى وجود ارتباط موجب بين ضعف الرغبة وبين معتقدات المرأة الجنسية السلبية. كما اتفقت هذه النتيجة مع ما أظهرته نتائج دراسة (Sims&Meana,2010) والتي أشارت إلى أن انخفاض الرغبة الجنسية لدى السيدات سببه المعتقدات والأفكار السلبية. كما اتفقت هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (Maclaran&Panay,2011) والتي أشارت إلى التأثير السلبي لدور المعتقدات والأفكار السلبية على العلاقة مع الزوج مسببة سوء التوافق الزوجي. كما اتفقت هذه النتيجة مع كل من دراسة (Hinchliff,Gott&Wylie,2009;Brotto,Bitzer,Laan,Leiblum&Luria,2010;Kaplan,2013;McCabe&Goldhammer,2013) والتي أشاروا إلى وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب الرغبة الجنسية لدى المرأة والأفكار اللاعقلانية والمعتقدات السلبية. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج كل من دراسة (Géonet,De Sutter&Zech,2012) والتي أشارت إلى أن الإدراكات المشوهة يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على الاستجابة الجنسية، حيث تقل الاستثارة الجنسية الذاتية، وبالتالي، تُركز السيدات أثناء الجماع على الأفكار بدلاً من الاستثارة الجنسية، فتقل بالتالي الرغبة الجنسية لدى السيدات. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة هناء شويخ (٢٠١٦) والتي أشارت إلى وجود ارتباط دالّ بين اضطراب الوظائف الجنسية والأفكار الجنسية اللاعقلانية. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة إسراء محمد السحيمي (٢٠٢١) والتي أشارت إلى وجود علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية، و(اضطراب الرغبة الجنسية) لدى السيدات المتزوجات.

وعلاوة على ما سبق ذكره؛ فهذه النتيجة اتفقت مع ما أشار إليه كل من (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٩، ٦٣٠؛ Carvalho&Nobre,2010)، من حيث أن هناك دور للتشويه المعرفي، والتعليقات المعرفية والمعتقدات السلبية والأفكار الآلية المشوّهة في تفسير ضعف الرغبة الجنسية لدى السيدات.

٣. كما أشارت نتائج جدول (٢) السابق إلى: وجود ارتباط دال سلبى بين اضطراب الرغبة الجنسية والرضا الجنسى لدى السيدات، أى أن ارتفاع اضطراب الرغبة الجنسية يصاحبه نقص فى الرضا الجنسى لدى السيدات.

و اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من

(Gungor,Keskin,Gülsün,Erdem,Ceyhan&Ergün,2015;Kenne dy,Doherty& Barnes,1995) والتي أشاروا إلى ارتباط الاضطرابات الجنسية بعدم الرضا الجنسى لدى السيدات، وسوء الفهم بين الزوجين. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Hinchliff,Gott&Wylie,2009) والتي أشارت إلى أن الإصابة بفتور الرغبة الجنسية يؤثر على تصورات الزوجات عن أنفسهن كنساء، مما يؤثر على الرضا الجنسى لديهن. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Connor,Maserejian,De

Rogatis,Meston,Gerstenberger&Rosen,2011) والتي أشارت إلى أن ضعف الرغبة ارتبط ارتباطاً موجباً بانخفاض الرضا الجنسى لدى السيدات، وعدم الرضا عن دعم الزوج لهن. وتدعم هذه النتيجة نتائج دراسة (Maserejian,Shifren,Parish,Gerstenberger&Rosen,2010)، والتي أشارت إلى أن من العوامل الأكثر شيوعاً لاستمرار انخفاض الرغبة لدى السيدات هو عدم الرضا الجنسى. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة هدى محمود محمد سيد

(٢٠١٦) والتي أشات إلى علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الاضطرابات الجنسية ودرجة التوافق الزواجي لدى عينة الدراسة.

ينص الفرض الثاني على: توجد فروق بين متوسطى درجات مرتفعات الرغبة الجنسية ومنخفضات الرغبة الجنسية فى المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي.

ولمناقشة هذا الفرض؛ تمَّ حساب قيمة (ت)، حيثُ تم استخدام الأرباعى الأعلى والأرباعى الأدنى للعينة الكلية (ن=٤٠٠)، حيثُ بلغ عدد مجموعة مرتفعات الرغبة الجنسية (١٢٤) سيدة، ومجموعة منخفضات الرغبة الجنسية (٢٧٦) سيدة، ثم تمت المقارنة بين متوسطى درجات المجموتين فى كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي، ويوضح الجدول التالى ذلك:

جدول (٣): المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة (ت) ودلالة الفروق بين منخفضات الرغبة الجنسية (ن=١٢٤)، ومرتفعات الرغبة الجنسية (ن=٢٧٦) من السيدات عينة الدراسة (ن. الكلية = ٤٠٠)

حجم التأثير	اتجاه الفروق (الدلالة لصالح)	الدلالة	اختبار ت	مرتفعات الرغبة الجنسية (ن = ١٢٤)		منخفضات الرغبة الجنسية (ن = ٢٧٦)		المتغيرات
				الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠,٦٤٢	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٦,٦٩١	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٥,٠٤٣٦	٢١,٥٣٢	الحرمان العاطفى
٠,٦٩١	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٩,٠٧٢	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٥٩٢٩	٢٢,٢٧٤	الهجر/عدم الاستقرار
٠,٧١٣	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٢٠,٣٠٥	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٢٠١٢	٢٢,٥١٦	التشكك/الإساءة

حجم التأثير	اتجاه الفروق (الدلالة لصالح)	الدلالة	اختبارات	مرتفعات الرغبة الجنسية (ن = ١٢٤)		منخفضات الرغبة الجنسية (ن = ٢٧٦)		المتغيرات
				الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠,٧٠٢	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٩,٦٥٣	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٣٨١١	٢٢,٣٧١	العزلة الاجتماعية/الوحدة
٠,٦٨١	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٨,٥٧٦	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٨٠٣٩	٢٢,٢٠٩	العيب/العار
٠,٦٤٢	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٦,٧١٠	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٥,٠٧٨٦	٢١,٥٦٤	الفتنل
٠,٦٨١	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٨,٥٧٦	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٨٠٣٩	٢٢,٢٠٩	الإتكالية/ الإعتماد
٠,٦٩٧	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٩,٣٩٣	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٥٣٤٣	٢٢,٣٧١	توهم الأذى/ المرض
٠,٧٠٧	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٩,٩٥٥	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٣١٥٥	٢٢,٤٥١	التعلق/هدم الذات
٠,٧٤٠	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٢١,٩٧٦	٣,٥٨٢١	١٣,٦٧٣	٤,٠٦٧١	٢٢,٥٥٦	الإذعان/الإنقياد
٠,٧٠١	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٩,٦٣٣	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٤٣٧٣	٢٢,٤٠٣	التضحية بالذات
٠,٧٠٣	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	١٩,٧٣٨	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٣٤٢٢	٢٢,٣٧٩	الكبت العاطفي
٠,٧١٠	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٢٠,١٤٢	٣,٧٤٦٤	١٣,٩٧١	٤,٢٥١٢	٢٢,٤٨٣	المعايير الصارمة/ الإنفاق
٠,٧٠٩	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٢٠,٠٨٣	٣,٥١٣٤	١٣,٤٦٧	٤,٩٠٨٤	٢٢,١٤٥	الإستحقاق/ هوس العظمة

حجم التأثير	اتجاه الفروق (الدلالة لصالح)	الدلالة	اختبارات	مرتفعات الرغبة الجنسية (ن = ١٢٤)		منخفضات الرغبة الجنسية (ن = ٢٧٦)		المتغيرات
				المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
٠,٧٧٥	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٢٤,٤٩٧	٣,٧١٩١	١٣,٣٦٢	٣,٢٦٢٧	٢٢,٨٥٤	العجز عن ضبط الذات
٠,١٨٤	منخفضات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٣,٧٣٣	١٥,٥٠٦	١٠٨,٤٩	٢٠,٤٨٧	١١٦,١٩	المعتقدات الجنسية اللاعقلانية
٠,٤٤٠	مرتفعات الرغبة الجنسية	٠,٠١	٩,٧٦٧	٢٣,٠٤١	٥٨,٠٣٢	٨,٦٦٩٠	٤٢,٥١٤	الرضا الجنسي

اتضح من الجدول السابق ما يلي:

١. وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى درجات مرتفعات ومنخفضات الرغبة الجنسية لصالح منخفضات الرغبة الجنسية فى المخططات المعرفية غير التكيفية (الحرمان العاطفى- الهجر/عدم الاستقرار- التشكك/الإساءة- العزلة الإجتماعية/الوحدة- العيب/العار- الفشل- الإتكالية/الإعتماد- توهم الأذى/المرض- التعلق/هدم الذات- الإذعان/الإنقياد- التضحية بالذات- الكبت العاطفى- المعايير الصارمة/الإنفاق- الإستحقاق/هوس العظمة- العجز عن ضبط الذات)، كما كان حجم تأثير هذه الفروق كبيراً، مما يدل على الإجابة عن الفرض الثانى، وهذا يُعنى أن السيدات الذين لديهن اتجاه منخفض نحو الرغبة الجنسية تكون المخططات المعرفية غير التكيفية لديهن أشد خطراً من السيدات الذين لديهن ارتفاع نحو الرغبة الجنسية.

واتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Andersen&Cyranowski,1994) والتي أشارت إلى أن النساء ذوات المخططات الجنسية السلبية يظهرن اهتماماً أقل بالنشاط الجنسي وتكراراً أقل للتخيلات أو الأفكار الجنسية. كما اتفقت هذه النتيجة مع

نتائج دراسة (Meston,Lorenz&Stephenson,2013)، والتي أشارت إلى أن التدخلات التي تركز بشكل خاص على تغيير المخططات الجنسية السلبية قد تحسن الوظيفة الجنسية والرفاهية. كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Nobre&Pinto-2009)، والتي أشارت باستخدام طريقة تحليل المكونات الرئيسية إلى وجود خمسة عوامل أساسية للمخططات والمعتقدات المعرفية اللاعقلانية لدى مضطربات الرغبة الجنسية تمثلت في (عدم الرغبة/الرفض، عدم الكفاءة، الاستتكار الذاتي، الاختلاف/الوحدة، والعجز) وتدعم هذه النتائج النموذج المعرفي للاضطرابات الجنسية لدى السيدات الذي يتكون من الأفكار الآلية السلبية والتأثير الاكتسابي وانخفاض الشهوة الجنسية الذاتية.

٢. كما يتضح من جدول (٣) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى درجات مرتفعات ومنخفضات الرغبة الجنسية لصالح منخفضات الرغبة الجنسية متغير (المعتقدات الجنسية اللاعقلانية) كما كان حجم تأثير هذه الفروق كبيراً. وهذا يُعنى أن السيدات الذين لديهن اتجاه منخفض نحو الرغبة الجنسية تكون (المعتقدات الجنسية اللاعقلانية)، أشد خطراً لديهن من السيدات الذين لديهن ارتفاع نحو الرغبة الجنسية.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Cyranowski&Andersen,1998) والتي أشارت إلى أن منخفضات الرغبة الجنسية لديهن عدد أكبر من المعتقدات والأفكار الذاتية السلبية خاصة بالرغبة الجنسية، ويميلون أكثر إلى الدخول في مواقف جنسية مع عدد أقل من المشاعر الإيجابية والمزيد من الانزعاج. كما أشارت دراسة (Andersen,Cyranowski&Espindle,1999) إلى أنهم أقل عرضة للإنخراط في نشاط جنسي مع شريك. وهذا ما أشارت إليه (Kaplan,2013) بأن سيطرة الأفكار

والمعتقدات السلبية على الزوجة يؤدي إلى ضعف الرغبة الجنسية لديها. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (ter Kuile,Both &van Lankveld,2010)، والتي أشارت إلى أن الأفكار اللاعقلانية تتسبب في ارتفاع الخوف والقلق مما ينعكس بدوره على تجنب الجماع وتقليل الرغبة الجنسية.

كما اتفقت تلك النتيجة مع نتائج دراسة هبة بهي الدين ربيع (٢٠١٦) والتي أشارت إلى وجود فروق بين الزوجات المصابات بضعف الرغبة الجنسية والزوجات غير المصابات في الثقافة الجنسية في إتجاه الزوجات المصابات بضعف الرغبة الجنسية، واللاتي اتصفن بثقافة جنسية مشوهة. كما اتفقت هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة إسراء محمد السحيمي (٢٠٢١) والتي أشارت إلى وجود علاقات ارتباطية جوهرية بين المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية، و(اضطراب الرغبة الجنسية) لدى السيدات المتزوجات ذوات اضطراب (الرغبة الجنسية)، ووجود فروق بين السيدات المتزوجات الطبيعيات والمريضات في اضطراب الرغبة الجنسية وفقاً لإسهام كل من متغير المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية. ٣. كما اتضح من جدول (٣) السابق؛ وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى درجات مرتفعات ومنخفضات الرغبة الجنسية في متغير (الرضا الجنسي) لصالح مرتفعات الرغبة الجنسية.

واتفقت تلك النتيجة مع نتائج دراسة (Dove&Weiderman,2000) والتي أشارت إلى أن السيدات ذوات التشتم المعرفي الشديد (أي اللاتي يركزن انتباههن على مظهر الجسم أو الأداء الجنسي أكثر من التركيز على مثيرات الشهوة الجنسية) يكشفن عن رضا جنسي ووظيفة جنسية أقل جوهرياً، ويصلن أثناء الجماع أو الأداء الجنسي إلى الشهوة الكاملة وهزتها عدداً أقل جوهرياً من السيدات السليمات جنسياً من ذوات التركيز على اللذة الحسية والمثيرات الجنسية.

واتفقت هذه النتيجة بوجه عام مع نتائج دراسات كل من (Andersen&Cyranowski,1994;Cyranowski&Andersen,1998;Cyranowski&Andersen,2000;Blumberg,2003;Wentland,Herold,Desmarais&Milhausen,2009;Murray, Milhausen&Sutherland,2014) والتي أشاروا إلى وجود فروق فى مستوى الرغبة الجنسية بين كل من الشخصية الجنسية الإيجابية والشخصية الجنسية السلبية، والتي أشاروا أيضاً إلى أن المرأة ذات الشخصية الجنسية الإيجابية تستطيع الاستمتاع بممارسات جنسية أكثر تنوعاً وتبلغ مستويات أعلى من الإثارة الجنسية مع زوجها، وأكثر نشاطاً ورضاً مقارنة بغيرها

واتضح من خلال نتيجة كل من الفرض الأول والثانى أن المعتقدات المعرفية السلبية المرتبطة بالأحداث الجنسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالاختلالات الجنسية، وأن الأفراد الذين يُعانون من اختلال وظيفي جنسي قاموا بتفعيل مخططات ومعتقدات جنسية سلبية، وأن الأفراد الذين يُعانون من مشاكل جنسية يميلون لتأييد المزيد من المخططات والمعتقدات المعرفية السلبية (بشكل أساسي معتقدات ومخططات عدم الكفاءة الذاتية) استجابةً لنفس النوع من الأحداث الجنسية السلبية مقارنةً بالأفراد الذين لا يعانون من اختلال وظيفي جنسي. وتدعم هذه النتيجة بشكل عام ما أشارت إليه نتائج دراسة كل من (Biswas&Ratnam1995;Reissing,2002) إلى ارتباط الأفكار الجنسية اللاعقلانية إيجابياً بالأفكار السلبية حول الأداء الجنسي.

ينص الفرض الثالث على: "يمكن التنبؤ بضعف الرغبة الجنسية من معلومية درجة كل من المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي لدى السيدات المتزوجات (أفراد عينة الدراسة)"

للتحقق من صحة هذا الفرض التنبؤي؛ تم استخدام تحليل الانحدار متعدد الخطوات Stepwise Regression للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع، حيث أُعتبر كل من متغير (المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي)، هي المتغيرات المنبئة (المستقلة)، ومتغير الرغبة الجنسية هي المتغير المتنبأ به (التابع)، وذلك للوقوف على دور كل من (المخططات المعرفية غير التكيفية والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي)، في التنبؤ باضطراب الرغبة الجنسية والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين وتحليل الانحدار لإسهام المتغيرات المستقلة في التنبؤ بالمتغير التابع:

جدول (٤): نتائج كل من تحليل التباين لانحدار العوامل المستقلة على الرغبة الجنسية، وتحليل الانحدار الخاص بمربع معامل الارتباط لدى أفراد عينة الدراسة (ن = ٤٠٠)

نتائج تحليل الانحدار الخاص بمربع معامل الارتباط						تحليل التباين لانحدار العوامل المستقلة على المتغير التابع				النموذج
مستوى الدلالة	قيمة (ت)	معامل الانحدار المعيارى Beta	الخطأ المعياري	معامل الانحدار غير المعيارى (B)	مصدر الانحدار	نسبة الإسهام	التباين المشترك R ²	الارتباط المتعدد R	قيمة (ف) ودالاتها	
دال عند ٠,٠٥	٥٠,٥٢٨		٢,٣٧٣	١١٩,٩١٢	الثابت	٥٥,١	٠,٥٥١	٠,٢٢٧	٢١,٥٦١	النموذج الأول
دال عند ٠,٠٥	٤,٦٤٣	٠,٢٢٧	٠,١٣٨	٠,٦٤٠	الهرمون العاطفى					
دال عند ٠,٠٥	٤٩,٠٠٠		٢,٤١٣	١١٨,٢٣٠	الثابت	٧١,٣	٠,٧١٣	٠,٢٧٠	١٥,٦٢٠	النموذج الثانى
دال عند ٠,٠٥	٤,٩٨٨	٠,٤٧٨	٠,٢٧١	١,٣٥٢	الهرمون العاطفى					

اضطراب ضعف الرغبة الجنسية

نتائج تحليل الانحدار الخاص بمربع معامل الارتباط		تحليل التباين لانحدار العوامل المستقلة على المتغير التابع				النموذج		
مستوى الدلالة	دال عند ٠,٠٥	دال عند ٠,٠٥	دال عند ٠,٠٥	دال عند ٠,٠٥	دال عند ٠,٠٥		النموذج الثالث	
قيمة (ت)	٣,٠٣٩	٢٦,٧٢٩	٤,٨٨٤	٣,٠٦٧	٢,٢٠١	٢٥,٦٩٥	٤,٧٢٨	٣,٣٥٦
معامل الانحدار المعيارى Beta	٠,٢٩١		٠,٤٦٧	٠,٢٩٣	٠,١٠٧		٠,٤٤٨	٠,٣١٨
الخطأ المعيارى	٠,٢٦٦	٤,٧٦٢	٠,٢٧٠	٠,٢٦٥	٠,٠٣٩	٤,٨٢١	٠,٢٦٧	٠,٢٦٣
معامل الانحدار غير المعيارى (B)	٠,٨٠٩	١٢٧,٢٨١	١,٣١٩	٠,٨١٣	٠,٠٨٥	١٢٣,٨٨٢	١,٢٦٥	٠,٨٨١
مصدر الانحدار	الإدعان / الإقيداد	الثابت	الحرمان العاطفى	الإدعان / الإقيداد	المعتقدات الجنسية	الثابت	الحرمان العاطفى	الإدعان / الإقيداد
نسبة الإسهام			٣٠,٧٤١				٤٠,٠٨	
التباين المشترك R ²			٠,٣٨٤				٠,٤٠٨	
الارتباط المتعدد R			٠,٢٩٠				٠,٣٢٨	
قيمة (ف) ودلالاتها			١٢,١٢٩				١١,٩٣٨	
			النموذج الرابع				النموذج الرابع	

المخططات المعرفية اللاتكيفية والمعتقدات الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي... د. د. بهية جمعة السيد ندا

نتائج تحليل الانحدار الخاص بمرجع معامل الارتباط		تحليل التباين لانحدار العوامل المستقلة على المتغير التابع				النموذج			
مستوى الدلالة	قيمة (ت)	معامل الانحدار المعيارى Beta	الخطأ المعيارى	معامل الانحدار غير المعيارى (B)	مصدر الانحدار		نسبة الإسهام	التباين المشترك R ²	الارتباط المتعدد R
دال عند ٠,٠٥	٣,٣٦١	٠,١٧٦	٠,٠٤٢	٠,١٤٠	المعتقدات الجنسية				
دال عند ٠,٠٥	٣,٢٣٩	٠,١٧٢	٠,٠٥٠	٠,١٦٣	الرضا الجنسي				
دال عند ٠,٠٥	٢٥,٧٧٧		٤,٨٩٢	١٢٦,٠٩٤	الثابت				
دال عند ٠,٠٥	٤,٧٣١	٠,٧٢٤	٠,٤٣٢	٢,٠٤٦	الحرمان العاطفى	٢٢,١			
دال عند ٠,٠٥	٢,٩٧٤	٠,٢٠٨	٠,٢٩٣	٠,٥٧٨	الإذعان / الإقنيد		٠,٢٢١		
دال عند ٠,٠٥	٣,٩٢٧	٠,٢١٦	٠,٠٤٤	٠,١٧٢	المعتقدات الجنسية		٠,٣٤٦		
دال عند ٠,٠٥	٣,٥٠٧	٠,١٨٧	٠,٠٥٠	٠,١٧٦	الرضا الجنسي		١٠,٧٠٤		
دال عند ٠,٠٥	٢,٢٩٢	٠,٣٩٩	٠,٤٨٤	١,١١٠	التشكك / الإساءة				
النموذج الخامس									

اتضح من جدول (٤) السابق أن: (المخططات المعرفية غير التكيفية والمعتقدات والأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي) كمتغيرات مستقلة تسهم بدرجات متفاوتة في التنبؤ بإضطراب الرغبة الجنسية لدى عينة الدراسة، واتضح من الجدول السابق أن تحليل الانحدار المتعدد الخطوات قد تم في خمس خطوات كالتالي:

- أظهرت الخطوة الأولى (النموذج الأول) أن متغير (الحرمان العاطفي) هو أعلى المتغيرات المستقلة ارتباطاً بالمتغير التابع (اضطراب الرغبة الجنسية) والأكثر إسهاماً فيه، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما (٠.٢٢٧)، وبلغت قيمة التباين الحادث من الشعور (بالحرمان العاطفي) في الإتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية (٠.٥٥١)، بنسبة (٥٥.١%) من تباين المتغير التابع، وهي قيمة مرتفعة ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية في قيمة المتغير المستقل "المنبئ" (الحرمان العاطفي) يؤدي إلى تغير قيمته (٠.٥٥١) في قيمة المتغير المحكى "اضطراب الرغبة الجنسية"، وكانت قيمة (ف) دالة عند مستوى (٠.٠١)، وقيمة اختبار (ت) دالة عند (٠.٠٥)، مما يُعنى ارتفاع قيمة معامل الانحدار في تفسيره لتنبؤ (الحرمان العاطفي) باضطراب الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات. وهذه النتيجة تؤكد على الدور الهام والفعال الذي يلعبه (الحرمان العاطفي) في اتجاه عينة الدراسة نحو اضطراب الرغبة الجنسية

- وفي الخطوة الثانية (النموذج الثاني) تم إضافة متغير (الإذعان/الإنقياد) على أنه المتغير المستقل الثاني في الترتيب والأهمية بالنسبة للاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية، حيث بلغت قيمة الارتباط المتعدد بين متغيري (الحرمان العاطفي، والإذعان/الإنقياد) وبين الإتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية (٠.٢٧٠)، وبلغت نسبة التباين المشترك (٠,٧١٣) من تباين الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية

ترجع إلى اسهام المتغيرين المستقلين، وبالتالي فإن إضافة المتغير الثانى (الإذعان/ الإنقياد) قد أحدث زيادة فى قيمة التباين المشترك، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية فى قيمة المتغير المستقل "المنبىء" (الإذعان/ الإنقياد) يؤدي إلى تغير قيمته (٠.٧١٣) بنسبة (٧١.٣٪) فى قيمة المتغير المحكى (اضطراب الرغبة الجنسية)، وكانت قيمة (ف) دالة عند مستوى (٠.٠١)، وقيمة اختبار (ت) دالة عند (٠.٠٥)، مما يُعنى ارتفاع قيمة معامل الانحدار فى تفسيره لتنبؤ (الإذعان/ الإنقياد) باضطراب الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات، وهذا يُشير إلى دور (الإذعان/ الإنقياد) فى الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية.

- وفى الخطوة الثالثة (النموذج الثالث) تم إضافة متغير (المعتقدات الجنسية) على أنه المتغير المستقل الثالث فى الترتيب والأهمية بالنسبة للاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية، حيثُ بلغت قيمة الارتباط المتعدد بين المتغيرات المستقلة (الحرمان العاطفى، والإذعان/ الإنقياد، المعتقدات الجنسية) و(المتغير التابع) (الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية) (٠.٢٩٠)، وبلغت نسبة التباين المشترك (٠.٧١٣) من تباين الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية ترجع إلى اسهام المتغيرين المستقلين، وبالتالي فإن إضافة المتغير الثالث (المعتقدات الجنسية) قد أحدث زيادة فى قيمة التباين المشترك، ومعنى ذلك أن كل تغير مقداره درجة معيارية فى قيمة المتغير المستقل "المنبىء" (المعتقدات الجنسية) يؤدي إلى تغير قيمته (٠.٣٨٤) بنسبة (٣٨.٤٪) فى قيمة المتغير المحكى (اضطراب الرغبة الجنسية)، وكانت قيمة (ف) دالة عند مستوى (٠.٠١)، وقيمة اختبار (ت) دالة عند (٠.٠٥)، مما يُعنى ارتفاع قيمة معامل الانحدار فى تفسيره لتنبؤ (المعتقدات الجنسية) باضطراب الرغبة الجنسية لدى السيدات المتزوجات، وهذا يُشير إلى دور (المعتقدات الجنسية) فى الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية.

- وفى الخطوة الرابعة (النموذج الرابع) تم إضافة متغير (الرضا الجنىسى) على أنه المتغير المستقل الرابع فى الترتيب والأهمية بالنسبة للاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية، حيث بلغت قيمة الارتباط المتعدد بين المتغيرات المستقلة (الحرمان العاطفى، والإذعان/الإنقياد، والمعتقدات الجنىسية، والرضا الجنىسى) و(المتغير التابع) (الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية) (٠.٣٢٨)، وبلغت نسبة التباين المشترك (٠.٤٠٨)، بنسبة (٤٠.٨٪) فى قيمة المتغير المحكى (اضطراب الرغبة الجنىسية)، وكانت قيمة (ف) دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، وقيمة اختبار (ت) دالة عند (٠.٠٠٥)، مما يُعنى ارتفاع قيمة معامل الانحدار فى تفسيره لتنبؤ (الرضا الجنىسى) باضطراب الرغبة الجنىسية لدى السيدات المتزوجات، وهذا يُشير إلى دور (الرضا الجنىسى) فى الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية.

- وفى الخطوة الخامسة والأخيرة (النموذج الخامس) تم إضافة متغير (التشكك/الإساءة) على أنه المتغير المستقل الخامس فى الترتيب والأهمية بالنسبة للاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية، حيث بلغت قيمة الارتباط المتعدد بين المتغيرات المستقلة (الحرمان العاطفى، والإذعان/الإنقياد، والمعتقدات الجنىسية، والرضا الجنىسى، التشكك/الإساءة) و(المتغير التابع) (الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية) (٠.٣٤٦)، وبلغت نسبة التباين المشترك (٠.٢٢١) بنسبة (٢٢.١٪) من تباين الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية ترجع إلى اسهام المتغيرات المستقلة، فى قيمة المتغير المحكى (اضطراب الرغبة الجنىسية)، وكانت قيمة (ف) دالة عند مستوى (٠.٠٠١)، وقيمة اختبار (ت) دالة عند (٠.٠٠٥)، مما يُعنى ارتفاع قيمة معامل الانحدار فى تفسيره لتنبؤ (التشكك/الإساءة) باضطراب الرغبة الجنىسية لدى السيدات المتزوجات، وهذا يُشير إلى دور (التشكك/الإساءة) فى الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنىسية.

ومن ثم يمكن التنبؤ بدرجات أفراد عينة الدراسة في متغير الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية من خلال معرفتهم في: (الحرمان العاطفي، الإذعان/الإنقياد، المعتقدات الجنسية، الرضا الجنسي، التشكك/الإساءة)، في ضوء أوزان الانحدار والمقدار الثابت لكل متغير، ويمكن صياغة المعادلة الإنحدارية الدالة على التنبؤ في صورتها النهائية كالتالي: الاتجاه نحو اضطراب الرغبة الجنسية = $126.094 + 0.724 \times (\text{الحرمان العاطفي}) + 0.208 \times (\text{الإذعان/الإنقياد}) + 0.216 \times (\text{المعتقدات الجنسية}) + 0.187 \times (\text{الرضا الجنسي}) + 0.399 \times (\text{التشكك/الإساءة})$.

وهذه النتيجة معناها نفسياً أن السيدات المتزوجات أفراد عينة الدراسة يعتنقن مجموعة ضخمة من المعتقدات الجنسية السلبية، والمخططات المعرفية غير التكيفية، مما قد يؤدي إلى عدم الرغبة في ممارسة العلاقة الحميمة مع أزواجهن، نتيجة سيطرة مثل هذه الأفكار والمعتقدات والمخططات غير التكيفية، مما تجعلهن غير راضيات عن حياتهن الجنسية والذي يؤدي بدوره إلى اضطراب الرغبة الجنسية.

وتدعم هذه النتيجة نتائج دراسة: (Maserejian, Shifren, Parish, Gerstenberger & Rosen, 2010) والتي أشارت إلى أن من العوامل الأكثر شيوعاً لاستمرار انخفاض الرغبة لدى السيدات هو عدم الرضا الجنسي. كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (Maclaran & Panay, 2011) والتي أشارت إلى دور المعتقدات والأفكار السلبية بطريقة سلبية على العلاقة مع الزوج مسببة سوء التوافق الزوجي. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة هبة بهي الدين ربيع (٢٠١٦) والتي أشارت إلى أن للرضا الجنسي قدرة تنبؤية بالإصابة بضعف الرغبة الجنسية. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة إسراء محمد السحيمي (٢٠٢١) والتي كشفت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط عن إسهام كل من متغير المعتقدات الجنسية السلبية، والأفكار الآلية الجنسية السلبية، في التنبؤ باضطراب الرغبة الجنسية.

الخلاصة ومدى قابلية نتائج الدراسة للتطبيق:

نتائج الدراسة الحالية يمكن الإستفادة منها وتطبيقها في مجال الإرشاد والعلاج النفسى، وفي مجال التدخلات الوقائية من أضرار المعتقدات الجنسية اللاعقلانية وعدم الرضا الجنسي بين الأزواج والزوجات من خلال العمل على استخدام فنية (استبصار) السيدات بأهمية الدور الحيوى لمفهوم الرضا الجنسي، وماهية المعتقدات الجنسية اللاعقلانية والمخططات المعرفية غير التكيفية، وأيضًا يمكن استخدام نتائجها في العمل على تعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الزوجات مضطربات الوظائف الجنسية في حالة (الرغبة الجنسية).

توصيات الدراسة:

استناداً إلى النتائج التي كشفت عنها الدراسة يُوصى بما يلي:

١- إجراء العديد من الدراسات في مجال اضطرابات الوظائف الجنسية لدى السيدات وكذلك الرجال، مع تقصى أثر متغيرات نفسية أخرى على اضطرابات الوظائف الجنسية.

٢- توجيه المزيد من الاهتمام نحو اضطرابات الوظائف الجنسية من خلال إعداد البرامج الإرشادية الفعّالة لما لها من أثر إيجابي في تعزيز الصحة النفسية الجنسية لدى الأزواج وبما ينعكس على تحقيق الاستقرار النفسي للأسرة والمجتمع.

الدراسات المستقبلية المقترحة:

١. دراسة نفس متغيرات الدراسة على عينة مختلفة من الرجال ولسيدات من محافظات مختلفة.

٢. دراسة الأسباب النفسية وراء اضطرابات الوظائف الجنسية لدى النساء والرجال.

٣. فعالية برامج علاجية مقترحة لعلاج اضطرابات الوظائف الجنسية لدى السيدات والرجال.

مراجع الدراسة:

أولاً: المراجع العربية:

إحسان الأغا؛ محمود الأستاذ. (٢٠٠٣). مقدمة فى تصميم البحث التربوى. غزة، مطبعة الرنتيسى.

أحمد عبد المجيد الصمادي؛ لينا الطاهات. (٢٠٠٥). التوافق الزواجي من وجهة نظر السيدات العاملات في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الشؤون الاجتماعية- الإمارات، ٢٢(٥٨)، ٣٩-٥٧.

اس جى هوفمان. (٢٠١٢). العلاج المعرفى السلوكى المعاصر الأسس والأبعاد. (ترجمة: مراد عيسى) القاهرة، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع. إسراء محمد السحيمى. (٢٠٢١). الفروق بين المتزوجات حديثاً نوت اضطراب ضعف الإستثارة الجنسية والطبيعيات فى الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المُدركة. بحث مُستل من رسالة ماجستير فى علم النفس الإكلينيكي، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

أسيمة معن ظافر. (٢٠١٥). دور المخططات الإستعرافية غير التكميفية المبكرة كوسيط فى اضطرابات الشخصية وسمات الشخصية السوية لدى العاملين فى المؤسسات التعليمية فى مدينة دمشق. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق.

أقروفة صفية. (٢٠١١). المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بسوء التوافق الدراسى لدى المراهقين المتمدرسين فى السنة الثانية ثانوى، دراسة مقارنة بين المتوافقين وغير المتوافقين دراسياً. رسالة ماجستير فى علم النفس، تخصص الإرشاد والصحة النفسية.

- ألفت كحلة. (١٩٩٨). العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى عن طريق التحكم الذاتى لمرضى الاكتئاب، القاهرة: إيريك للطباعة والنشر والتوزيع.
- أمثال هادى الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبدالله الحمدان. (٢٠١٦). علم النفس المرضى، استنادًا على الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية. الإصدار الخامس، الطبعة الثانية عشرة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أمينة بن قويدر. (٢٠١٢). القمع الإنفعالى وعلاقته بالمخططات المبكرة غير المتكيفة لدى عينة من طلبة جامعة البليدة. مذكرة ماجستير فى علم النفس العيادى.
- أنور هادى. (٢٠١٢). أسباب الطلاق العاطفى لدى الأسر العراقية وفق بعض المتغيرات. مجلة الأستاذ، العراق، ١-٢٢.
- ب.دى سليفيا. (٢٠٠٢). فى علم النفس الإكلينيكى، ترجمة صفوت فرج، الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ب.دى. سليفيا. (٢٠٠٠). فحص اختلال الوظائف الجنسية فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين. تحرير س. ليندزاي، ج. بول، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٢٢٩-٢٤٦.
- بيرنى كوروين، وبيتر رودل، وستيفن بالمر. (٢٠٠٨). العلاج المعرفى السلوكى المختصر. (ترجمة: محمود مصطفى). القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- جوديث بيك. (٢٠٠٧). العلاج المعرفى: "الأسس والأبعاد"، ترجمة: طلعت مطر، القاهرة: المركز القومى للترجمة.

حسن على محمد الزهراني. (٢٠١٠). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل. رسالة دكتوراه، تخصص إرشاد نفسي، جامعة أم القرى.

حنان أبو الخير البيومي عربية. (٢٠٠٧). علاقة اضطراب نقص الرغبة الجنسية لدى المرأة بالتوفيق الزوجي. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

حنان أبو الخير. (٢٠١٧). المرجع في الاضطرابات الجنسية التشخيص وأساليب العلاج، القاهرة: المكتب العربي للمعارف.

رامى الزقزوق. (٢٠١٣). فاعلية استخدام السيكودراما فى خفض مستوى القلق والأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الكليات التقنية فى قطاع غزة. رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.

رشاد على عبد العزيز موسى؛ ومديحة منصور سليم الدسوقي. (٢٠٠٠). المشكلات والصحة النفسية. القاهرة: الفاروق الحديثة للطباعة والنشر

سامى محمد ملحم. (٢٠٠٠). مناهج البحث فى التربية وعلم النفس. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.

سبع محمد أبو لبده. (٢٠٠٣). مبادئ القياس النفسى والتقييم التربوى. عمان، الأردن: جمعية عمال المطابع التعاونية.

سقنى سارة. (٢٠١٥). الإكتئاب لدى الرجل المصاب بالعجز الجنسي. رسالة ماجستير، كلية العلوم الإجتماعية والعلوم الإنسانية، قسم العلوم الإجتماعية. تخصص علم النفس الإكلينيكي، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

سناء حامد زهران. (٢٠٠٤). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب. القاهرة: عالم الكتب.

شايع عبدالله مجلى. (٢٠١١). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية بصعدة. دمشق: جامعة عمران، مجلة جامعة دمشق، ٢٧

صلاح الدين محمد أبو ناهية. (١٩٩٤). القياس التربوى، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

صلاح مراد؛ وفوزية هادى. (٢٠٠٢). طرائق البحث العلمى. تصميماتها وإجراءاتها. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

عباس البرق؛ وعائيد المعلا؛ وأمل سليمان. (٢٠١٣). دليل المبتدئين فى استخدام التحليل الإحصائى باستخدام برنامج أموس. الأردن: مكتبة الجامعة، الشارقة، إثراء للنشر والتوزيع.

عبد الستار إبراهيم. (١٩٨٠). العلاج النفسى الحديث. د.ط، الكويت: عالم المعرفة. علام منتصر. (٢٠١٢). الإرشاد النفسى العقلانى الانفعالى السلوكى النظرية والتطبيق. الإسكندرية: المكتب الجامعى الحديث.

على خطاب. (٢٠٠١). القياس والتقويم فى العلوم النفسية والتربوية والإجتماعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عيشوني شهرزاد. (٢٠١٣). المخططات المبكرة غير المتكيفة عند المدمنين على المخدرات. رسالة ماجستير فى الإرشاد والصحة النفسية، الجزائر: كلية التربية، جامعة الجزائر.

فوزية الدريع. (٢٠١٥). برود النساء (دراسة علمية تشخص السبب وتقترح العلاج)، دار هانى للنشر.

كاوجه الصغير. (٢٠١٤). تمثلات التوافق الزواجي وعلاقته بأساليب المعاملة الزوجية والخلافات الزوجية "دراسة ميدانية مقارنة بين السيدات العاملات وغير العاملات بالمجال العمراني لولاية الأغواط. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، ٣٤٥-٣٧١.

كريمة البهجوري. (٢٠١٠). الموسوعة الجنسية. القاهرة: مكتبة الهلال للنشر والتوزيع. كلثوم بلميهورب. (٢٠١٠). الاستقرار الزواجي "دراسة في سيكولوجية الزواج. الجزائر: المكتبة العصرية.

كمال السيد. (١٩٩٨)، دراسات في الصحة النفسية: التوافق الزوجي - فعالية الذات - الاضطرابات النفسية والسلوكية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

لطفى فهميم. (١٩٩٨). مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

لويس كامل مليكة. (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

محمد أبو هاشم حسن السيد. (٢٠٠٦). الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام Spss. المملكة العربية السعودية: كلية التربية، جامعة الملك سعود.

محمد الحجار. (١٩٩٩). الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي - السلوكي. بيروت - لبنان: دار النفائس للطباعة والنشر.

محمد السيد عبد الرحمن. (١٩٩٨). نظريات الشخصية. القاهرة، مصر، دار قباء للطباعة والنشر.

محمد السيد عبد الرحمن؛ ومحمد أحمد سغفان. (٢٠١٥). مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

محمد السيد عبد الرحمن؛ ومحمد أحمد سغفان. (٢٠١٥). مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

محمد سغفان. (١٩٩٥). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الشعور بالذنب، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ٢(١٩)، ٢٣٧-٢٦٦.

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

محمد نجيب الصبوة. (٢٠١٥). علم النفس الإكلينيكي المعاصر: أساليب التشخيص والتنبؤ، ط٣، القاهرة: دار الأنجلو المصرية.

ممدوح صابر. (٢٠٠٩). الأفكار اللاعقلانية كأحدى إشكالات الأمن الفكرى المؤشرة باضطراب الشخصية، بحث مقدم للمؤتمر الوطنى الأول للأمن الفكرى بجامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية فى الفترة من ٢٢-٢٥ جمادى الأولى، ٢٠٠٩.

ناصر عبد العزيز عمر الصهقان. (٢٠٠٥). تقييم فعالية العلاج العقلانى الانفعالى فى خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمنى المخدرات. رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

نوال الحنطى. (١٩٩٨). مشكلات التوافق الزوجى لدى الأسرة السعودية خلال السنوات الخمس الأولى للزواج فى ضوء بعض المتغيرات. جامعة الملك سعود- السعودية.

هبة بهى الدين ربيع يوسف. (٢٠١٦). ضعف الرغبة الجنسية وعلاقتها بالثقافة الجنسية والصورة المدركة للزوج والرضا الجنسي لدى عينة من المتزوجات. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين، ٤ (٣)، ٣٥١-٣٧٤.*

هدى محمود محمد سيد أحمد. (٢٠١٦). الإضطرابات الجنسية وعلاقتها بالتوافق الزواجي لدى المتزوجات: دراسة وصفية إكلينيكية، *مجلة البحث العلمى فى الآداب. جامعة عين شمس - كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، ١٧ (٢)، ١٥٣-١٧٨.*

هناء أحمد شويخ. (٢٠١١). دور بعض المحددات الفسيولوجية والنفسية والديموجرافية فى تحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجات. *مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية "رانم"، ٢١ (١)، ١-٣٦.*

هناء أحمد محمد شويخ. (٢٠١٦). الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك في علاقتها بشدة اضطراب الألم الحوضي - التناسلي/الإيلاج. *حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، جامعة القاهرة - كلية الآداب - مركز البحوث والدراسات النفسية، ١٢ (١)، ١-٦٤.*

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

Abdo, C. H., Valadares, A. L., Oliveira Jr, W. M., Scanavino, M. T., & Afif-Abdo, J. (2010). Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause, 17(6),*

1114-1121.

<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181e19755>

Adams, H. E., & Sutker, P. B. (Eds.). (2007). *Comprehensive handbook of psychopathology*. Springer Science & Business Media.

Alfasfos, L. (2009). *The early maladaptive schemas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuations for palestinian students* (Doctoral dissertation, Staats-und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky). https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/3072/1/ohne_appendix_printed.pdf

Alfonso, V. C., Allison, D. B., Rader, D. E., & Gorman, B. S. (1996). The extended satisfaction with life scale: Development and psychometric properties. *Social Indicators Research*, 38, 275-301.

Alyasgar, p. & Ismail, t. M & Mansour, M. (2017). Social Analysis of Emotional Growth among Amusements. *Journal of Social and Cultural Development Studies*,5(3),33-59.

Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., & Espindle, D. (1999). Men's sexual self-schema. *Journal of personality and social psychology*, 76(4), 645-661. <https://doi/10.1037/0022-3514.76.4.645>

Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of personality and social psychology*, 67(6),1079-1100.<https://doi/10.1037/0022-3514.67.6.1079>.

- Balon, R. (Ed.). (2011). *Sexual dysfunction: beyond the brain-body connection*. Karger Medical and Scientific Publishers.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(2), 140-148. <https://doi/10.1037/0022-006X.54.2.140>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- Basson, R. (2007). Sexual desire/arousal disorders in women. *Principles and practice of sex therapy*, 4, 25-53.
- Basson, R. (2008). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *Primary Psychiatry*, 15(9).72-81.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). The Guilford Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 953-959. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.62.9.953>

- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Berman, J. R., & Bassuk, J. (2002). Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World Journal of Urology*, 20(2), 111-118.
- Blumberg, E. S. (2003). The lives and voices of highly sexual women. *Journal of sex research*, 40(2), 146-157. <https://doi.org/10.1080/00224490309552176>
- Brezsnyak, M., & Whisman, M. A. (2004). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(3), 199-217. <https://doi.org/10.1080/00926230490262393>
- Bricker, D. (2005). *The link between emotional intelligence and marital satisfaction* (Doctoral dissertation, MA dissertation. University of Johannesburg).
- Bridges, S. K., Lease, S. H., & Ellison, C. R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling & Development*, 82(2), 158-166. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x>
- Brody, S., & Krüger, T. H. (2006). The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety. *Biological Psychology*, 71(3), 312-315.

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *The International Encyclopedia of Education* (2nd ed., Vol. 3, pp.1643– 1647). Oxford, England: Elsevier.
- Brotto, L. A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., & Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 586-614. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01630.x>
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10862-011-9261-6.pdf>
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *The journal of sexual medicine*, 7(2), 928-937.
- Connor, M. K., Maserejian, N. N., De Rogatis, L., Meston, C. M., Gerstenberger, E. P., & Rosen, R. C. (2011). Sexual desire, distress, and associated factors in premenopausal women: Preliminary findings from the hypoactive sexual desire disorder registry for women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(3), 176-189. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.560533>

- Coontz, S. (2007). The origins of modern divorce. *Family process*, 46(1), 7-16.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00188.x>
- Cottraux, J. (2011). *Les thérapies cognitives: comment agir sur nos pensées et nos émotions?*. Retz.
- Cyranowski, J. M., & Andersen, B. L. (1998). Schemas, sexuality, and romantic attachment. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1364-1379. <https://doi/10.1037/0022-3514.74.5.1364>
- Cyranowski, J. M., & Andersen, B. L. (2000). Evidence of self-schematic cognitive processing in women with differing sexual self-views. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(4), 519-543.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.4.519>
- Davison, G. & Neal, J. (1996). *Abnormal Psychology*, Sixth Edition. New York: John-Wiley & Sons.
- Dindar, E., Mahdavi, M. S., & Seyyed Mirzaee, S. M. (2019). The Survey of Relationship between Life Skills and Emotional Divorce (Case study: Married people Shiraz city in 2016-2017). *Quarterly Journal of Women and Society*, 9(36), 153-176.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1397.9.36.7.7>
- Dove, N. L., and Weiderman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of sex and Marital Therapy*, 26, 67-78.

Elliot, A. N., and O' Donohue, W. T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a non clinical sample of heterosexual women, *Archives of Sexual Behavior*, 26, 607-624.

Ellis, A., O'Donohue, W. T., Henderson, D. A., Hayes, S. C., Fisher, J. E., & Hayes, L. J. (2001). The rise of cognitive behavior therapy. *A history of behavioral therapies: Founders' personal histories*, 183-194.

Esposito, K., & Giugliano, D. (2005). Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *International journal of impotence research*, 17(5), 391-398.

Fatemeh, F. & Mahnaz, J. K. & Mousa, G. (2017). factor analysis and standardization of the emotional phase questionnaire. *Journal: Women and Family Education* , 12(39), 83-105.

Fofana, L. (2007). *Evolution des schémas cognitivo-émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive* (Vol. 3). Lille.

Gay, L. E., Harding, H. G., Jackson, J. L., Burns, E. E., & Baker, B. D. (2013). Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood emotional abuse and intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(4), 408-424.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2013.775982>

- Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 22(1), e9-e15. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.01.011>
- Giargiari, T. D., Mahaffey, A. L., Craighead, W. E., & Hutchison, K. E. (2005). Appetitive responses to sexual stimuli are attenuated in individuals with low levels of sexual desire. *Archives of sexual behavior*, 34(5), 547-556. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-005-6280-y>
- Gubrium, A. C., & Shafer, M. B. (2014). Sensual sexuality education with young parenting women. *Health Education Research*, 29(4), 649-661.
- Gungor, S., Keskin, U., Gülsün, M., Erdem, M., Ceyhan, S. & Ergün, A. (2015). Concordance of sexual dysfunction and dissatisfaction by selfreport and those by partner's perception in young adult couples. *International Journal of Impotence*, 27, 133-139.
- Guo, Y. N., Ng, E. M. L., & Chan, K. (2004). Foreplay, orgasm and after-play among Shanghai couples and its integrative relation with their marital satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 19(1), 65-78. <https://doi.org/10.1080/14681990410001640844>
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of sexual behavior*, 26, 399-419.

- Hatfield, E., Plimer, J., O'Brien, M. & Lee, Y. (2008). The endurance of love: Passionate and companionate love in newlywed and long-term marriage. *Interpersona*, 2(1), 35-64.
- Hiller, J., & Jekster, B. (2007). Couple therapy with cognitive behavioral techniques for persistent sexual arousal syndrome. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 91-96.
- Hinchliff, S., Gott, M., & Wylie, K. (2009). Holding onto womanhood: A qualitative study of heterosexual women with sexual desire loss. *Health*., 13(4), 449-465.
<https://doi.org/10.1177%2F1363459309103917>
- Jha, S., & Thakar, R. (2010). Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153(2), 117-123.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.06.010>
- Jose, O., & Alfons, V. (2007). Do demographics affect marital satisfaction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(1), 73-85.
<https://doi.org/10.1080/00926230600998573>
- Kahalé, N. (2009). *L'INFLUENCE DU TROUBLE BIPOLAIRE SUR LES FACTEURS COGNITIFS ET AFFECTIFS CHEZ LE PATIENT ADULTE LIBANAIS* (Doctoral dissertation, Université Saint-Esprit de Kaslik).
- Kaplan, H. S. (2013). *Sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. Routledge.

- Kislev, E. (2020). Does marriage really improve sexual satisfaction? Evidence from the pairfam dataset. *The Journal of Sex Research*, 57(4), 470-481.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608146>
- Kuffel, S. W., & Heiman, J. R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 160-174.<https://doi/10.1007/s10508-005-9015-1>.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (2000). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. University of Chicago press.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., ... & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of sexual behavior*, 35, 143-159.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-005-9005-3>
- LAWRANCE, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual

- satisfaction. *Personal relationships*, 2(4), 267-285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 35-39. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour research and therapy*, 46(7), 854-860.
- Maclaran, K., & Panay, N. (2011). Managing low sexual desire in women. *Women's Health*, 7(5), 571-583. <https://doi.org/10.2217%2FWHE.11.54>
- Maserejian, N. N., Shifren, J. L., Parish, S. J., Braunstein, G. D., Gerstenberger, E. P., & Rosen, R. C. (2010). The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *The journal of sexual medicine*, 7(10), 3439-3448. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01934.x>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1973). Human sexual inadequacy. *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 139-45.
- McCabe, M. P., & Goldhammer, D. L. (2013). Prevalence of women's sexual desire problems: what criteria do we use?. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6),

1073-1078.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-013-0107-z>

- McCarthy, B. W. (1997). Strategies and techniques for revitalizing a nonsexual marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(3), 231-240. <https://doi.org/10.1080/00926239708403928>
- McClelland, S. I. (2009). *Intimate justice: Sexual satisfaction in young adults*. City University of New York.
- Meana, M., Binik, I., Khalife, S. & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's ratings of dyspareunic pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 381- 385.
- Means, M. (2000). *An integrative approach to what women really want: sexual satisfaction*. Ph.D., University of Detroit Mercy.
- Meston, C. M., Lorenz, T. A., & Stephenson, K. R. (2013). Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2177-2189. <https://doi.org/10.1111/jsm.12247>
- Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O., & Kolata, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Warner Books. <http://hdl.handle.net/10822/869677>

- Mulhall, J., King, R., Glina, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the global better sex survey. *The journal of sexual medicine*, 5(4), 788-795. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00765.x>
- Murray, S. H., Milhausen, R. R., & Sutherland, O. (2014). A qualitative comparison of young women's maintained versus decreased sexual desire in longer-term relationships. *Women & Therapy*, 37(3-4), 319-341. <https://doi.org/10.1080/02703149.2014.897559>
- Nobra, P., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842-851.
- Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(5), 360-377. <https://doi.org/10.1080/00926230903065716>
- Opara, P. I., Eke, G. K., & Tabansi, P. N. (2012). Perception of sexuality education amongst secondary school students in Port Harcourt, Nigeria. *West African journal of medicine*, 31(2), 109-113.
- P. Greeff, Hildegard L. Malherbe, A. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex*

- &Marital Therapy*, 27(3), 247-257.
<https://doi.org/10.1080/009262301750257100>
- Parish, W. L., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E. O., Farrer, G., & Pan, S. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Archives of sexual behavior*, 36, 5-20.
- Penhollow, T. M., Young, M., & Denny, G. (2009). Predictors of quality of life, sexual intercourse, and sexual satisfaction among active older adults. *American Journal of Health Education*, 40(1), 14-22.
- Pfaus, J. G. (2007). Models of sexual motivation. *The Psychophysiology of Sex*. Indiana University Press, Bloomington, IN, 340-362.
- Przybylski, M., & Spaczyński, M. (2009). Hypoactive sexual desire disorder. *Ginekologia Polska*, 80(7), 518-522. <https://europepmc.org/article/med/19697816>
- Ravart, M., Trudel, G., Marchand, A., Turgeon, L., & Aubin, S. (1996). THE EFFICACY OF A COGNITIVE BEHAVIOURAL TREATMENT MODEL FOR HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER: AN OUTCOME STUDY. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 5(4), 293-312.
- Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2007). Sexual desire and linguistic analysis: A comparison of sexually-abused and non-abused women. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), 67-77.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-006-9076-9>

Revicki, D. A., Margolis, M. K., Fisher, W., Rosen, R. C., Kuppermann, M., Hanes, V., & Sand, M. (2012). Evaluation of the Sexual Desire Relationship Distress Scale (SDRDS) in women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(5), 1344-1354. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02679.x>

Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & gynecology*, 112(5), 970-978. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b13e3181898cdb>

Sidi, H., Puteh, S. E. W., Abdullah, N., & Midin, M. (2007). Epidemiology: The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in malaysian women. *The journal of sexual medicine*, 4(2), 311-321. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00319.x>

Sims, K. E., & Meana, M. (2010). Why did passion wane? A qualitative study of married women's attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(4), 360-380. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.498727>

Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment and stability. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190-197.

- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 245-266). Psychology Press.
- Steigerwald, F., & Stone, D. (1999). Cognitive restructuring and the 12-step program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 321-327. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00052-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00052-X)
- Stephenson, K. R. (2017). Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: A review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness*, 8(3), 527-543. <https://doi/10.1007/s12671-016-0652-3>.
- Tiefer, L. (2002). Arriving at a “new view” of women's sexual problems: Background, theory, and activism. *Women & Therapy*, 24(1-2), 63-98. https://doi.org/10.1300/J015v24n01_12
- Vadnais, A. M. (2005). *The relationship of emotional intelligence and marital satisfaction*. Alliant International University, San Diego.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wentland, J. J., Herold, E. S., Desmarais, S., & Milhausen, R. R. (2009). Differentiating highly sexual women from less sexual women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(4), 169-182.
- Wiegel, M., Scepkowski, L. A., & Barlow, D. A. (2005). Cognitive and affective processes in female sexual dysfunctions. In I. Goldstein, C. M. Meston, S. L.

- Davis, & A. M. Traish (Eds.), *Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis, and treatment*. New York: Informa Healthcare.
- Wincze, J. & Barlow, D. (1997). *Enhancing sexuality: A problem-solving approach*. Boulder: Graywind
- y Machorro, M. S. (2004). Psychosexual development and sexual education. *Ginecologia y obstetricia de Mexico*, 72, 475-486.
- Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of family psychology*, 20(2), 339-343.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-3200.20.2.339>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
<https://psycnet.apa.org/record/1999-02395-000>
- Young, J. E., & Brown, G. (2005). Young schema questionnaire-short form; Version 3. *Psychological Assessment*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
[https://books.google.com/eg/books?hl=ar&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+\(2003\).+Schema+therapy:+A+practitioner%27s+guide.+Guilford+Press&ots=PsOiQxODI&sig=kxqGkdzWTgiG9UqLAVWg1NUt2zk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com/eg/books?hl=ar&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+(2003).+Schema+therapy:+A+practitioner%27s+guide.+Guilford+Press&ots=PsOiQxODI&sig=kxqGkdzWTgiG9UqLAVWg1NUt2zk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Maladaptive Cognitive Schemas, Sexual Irrational Thoughts and Sexual Satisfaction as predictors of Low sexual desire disorder among a sample of married women

Dr. Baheia Gomaa El-Said Nada

PhD in Psychology

Faculty of Arts - Menoufia University

Abstract:

The study aimed to identify the nature of the correlation between non-adaptive cognitive schemes, irrational sexual beliefs, sexual satisfaction, and low sexual desire disorder in married women, and to identify the differences between the mean scores of high sexual desire and low sexual desire in the variables of the study, and the extent to which it is possible to predict low sexual desire disorder from Through the variables of the psychological study, the study followed the method of correlational studies, and the study relied on each of Leung's adaptive cognitive schemes questionnaire, the sexual desire deficiency disorder scale, the sexual satisfaction scale, and the sexual beliefs intelligence, and the study was applied to a sample of (400) a married married woman in Kafr El-Sheikh Governorate, their ages ranged between (22-50) years, with an arithmetic mean of (33.76), and a standard deviation of (6.45). The study found the following results: the existence of a significant and positive correlation between the disorder of low sexual desire and each of the non-adaptive cognitive schemas and irrational sexual beliefs, the presence of a significant and negative correlation between the disorder of weak sexual desire and sexual satisfaction in married women, and the presence of statistically significant differences at the level (0.01). There are statistically

significant differences at the level (0.01) between the mean scores of high and low attitude towards sexual desire in favor of the variable (sexual satisfaction) in favor of high concupiscence.

Keywords: Maladaptive Cognitive Schemas, Sexual Irrational Thoughts, Sexual Satisfaction, Low sexual desire disorder