



الفروق بين مؤشرات تقييم القذف المبكر طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية

مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

عمر سلامة عريان بكري

طالب دراسات عليا قسم علم النفس الإكلينيكي
كلية الآداب - جامعة الفيوم

أ.د. هناء أحمد محمد شويخ

أستاذ علم النفس الإكلينيكي كلية الآداب جامعة الفيوم

د. محمد فتحي على سليمان

مدرس علم النفس الإكلينيكي كلية الآداب جامعة الفيوم

DOI: 10.21608/qarts.2023.203473.1663

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - المجلد (٣٢) العدد (٥٩) أبريل ٢٠٢٣

الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X

الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X

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

موقع المجلة الإلكتروني:

الفروق بين مؤشرات تقييم القذف المبكر طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية

الملخص:

استهدفت الدراسة الراهنة استكشاف الفروق بين مؤشرات القذف المبكر، لدى عينة من الأزواج الذكور، وتكونت عينة الدراسة من (١٦١١) مشاركاً من الرجال، بمتوسط عمري مقداره (٣٢.٥٤) سنة، وانحراف معياري يقدر بـ $\pm (٥.٩٠)$ سنة. وطُبق على العينة: المقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر، استمارة البيانات الديموجرافية، وقد روعي التحقق من الفعالية السيكومترية للأدوات. النتائج: (١) عدم وجود تأثير دال لمؤشرات تقييم القذف المبكر (الرغبة الجنسية، تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية، المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر)، وفقاً لمتغير العمر. (٢) وجود تأثير دال لمستوى التعليم في مؤشر كلاً من (تقييم وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر)؛ حيث جاءت قيم "ف" في تلك المؤشرات دالة بشكل ملحوظ، بينما جاءت غير دالة في مؤشرات (الرغبة الجنسية، رضا المريض، رضا الزوجة، المشقة النفسية). (٣) وجود فروقاً دالة إحصائياً بين جميع مؤشرات تقييم القذف المبكر باستثناء مؤشر (رضا الزوجة)، طبقاً لمتغير الحالة الاقتصادية. (٤) وجود تأثير دال لعدد مرات ممارسة العادة السرية في جميع مؤشرات تقييم القذف المبكر.

الكلمات المفتاحية: مؤشرات تقييم القذف المبكر، العمر، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي، العادة السرية.

مقدمة الدراسة:

وفقًا لمنظمة الصحة العالمية تُعرف الصحة الجنسية؛ بحالة من الرفاهية الجسدية والعاطفية، والعقلية، والاجتماعية، ولا تتميز فقط بغياب المرض أو العدوى الجنسية. ووفقًا لذلك؛ فإن السلوك الجنسي يتدخل بشكل مباشر في الصحة الجنسية، وخاصة عند الرجال (Gräf DD, etal, 2020: 2)، حيث يُعد الأداء الجنسي الصحي والسليم هو أحد علامات الصحة البدنية والعقلية (Kaviani, M. etal., 214:1)

وفي هذا الجانب يُعد القذف المبكر أكثر أنواع الخلل الوظيفي الجنسي شيوعًا عند الذكور؛ حيث يعاني حوالي (٢٠ : ٤٠%)، من الذكور من سرعة القذف في مرحلة ما من حياتهم، ويرتبط حدوثه ارتباطًا وثيقًا بالمتغيرات النفسية؛ حيث أنه يسبب الشعور بعدم الفعالية الذاتية، ونقص احترام الذات، والتورط في انفعالات سلبية متمثلة في الشعور بالذنب، الإحراج، الضيق، والانزعاج، وغيرها؛ ينتج عن ذلك تجنب للعلاقة الجنسية وبالتالي عدم الرضا الجنسي، والتنافر في الحياة الزوجية؛ وهذا بدوره يؤدي إلى آثار ضارة على الصحة النفسية، والعقلية لذوي القذف المبكر (Wang et al., 2019: 274)

ووفقًا لذلك أمضى العالم الطبي أكثر من قرن في البحث عن الأسباب النفسية المحتملة للقذف المبكر^(١)؛ باعتباره أحد الاضطرابات الجنسية متعدد الأبعاد الناجمة عن أسباب ثقافية، وبيولوجية، واجتماعية، ونفسية التي تستحق الرعاية الطبية والاهتمام؛ وإضفاء الطابع الطبي عليه لا يستبعد دور العوامل النفسية في حدوثه (Rowland & Cooper, 2013:1).

¹ Premature or Rapid Ejaculation

وعرفت "الجمعية الدولية للطب الجنسي" (International Society of Sexual Medicine, 2014)؛ القذف المبكر بأنه خلل جنسي شائع عند الذكور يتميز بسرعة القذف التي تحدث دائماً أو تقريباً قبل أو خلال دقيقة واحدة من الاختراق المهبلي بالنسبة للقذف مدى الحياة)، أو انخفاض كبيراً، ومزعجاً في وقت الكمون قبل القذف، قد يصل غالباً إلى حوالي ٣ دقائق أو أقل (بالنسبة للقذف المكتسب)، حيث يفقد الفرد القدرة على التحكم في تأخير القذف على جميع الاختراقات المهبليّة تقريباً، وينتج عن ذلك مشاعر الضيق، الإحباط، و/أو تجنب العلاقة الحميمة الجنسية (Serefoglu EC et al., 2014).

وتتكون دورة الاستجابة الجنسية من أربع مراحل تفاعلية هي الرغبة^(٢)، والإثارة^(٣)، والنشوة الجنسية^(٤)، والقرار^(٥)؛ حيث تصل مستويات الإثارة الجنسية المتزايدة أثناء النشاط الجنسي إلى الحد الذي يؤدي إلى استجابة القذف، وينتج عن ذلك خروج السائل المنوي أثناء القذف، بواسطة الخلايا العصبية الحسية في منطقة الحوض، يؤدي ذلك إلى الشعور بنشوة الجماع، وهو حدث مميز، يتم اختباره ظاهرياً وإدراكياً وعاطفياً (McMahon, 2016: 693).

ويمثل كمون القذف^(٦) الوقت الممتد من بداية تحفيز القضيب إلى لحظة القذف، سلسلة من الوقت تُظهر تبايناً باختلاف الأفراد والمواقف، فالغالبية العظمى من الرجال يصلون إلى القذف والنشوة بعد عدة دقائق من تحفيز المهبل للقضيب وهم راضون عن زمن استجابة القذف لديهم، جنباً إلى جنب مع شركائهم، إلا إن آخرين أفادوا بعدم

² desire

³ arousal

⁴ orgasm

⁵ resolution

⁶ Ejaculatory latency

الرضا حيث يقذف بعض الرجال بسرعة كبيرة بعد الإدخال، أو حتى قبله في بعض الأحيان، ويقومون بذلك بأقل قدر من التحفيز، في حين أن البعض البعض الآخر قد يقذف بصعوبة كبيرة فقط أو لا يقذف على الإطلاق ، حتى بعد التحفيز لفترة طويلة (McMahon, 2016: 693). وفي هذا السياق حدد "محمد عرفة و "راني شملول" (Arafa.M& Shamloul.R, 2007)؛ مؤشرات تقييم القذف المبكر وهي (الرغبة الجنسية^(٧)، وتقييم وظيفة الانتصاب^(٨)، وفترة الكمون^(٩)، والتحكم في القذف^(١٠)، ورضا المريض^(١١)، ورضا الزوجة^(١٢)، والمشقة النفسية^(١٣)).

مشكلة الدراسة

القذف المبكر هو الخلل الجنسي الأكثر شيوعًا الذي يصيب ٢٥٪ - ٤٠٪ من الذكور من مختلف الفئات العمرية، مما يفرض عبئًا نفسيًا وجسديًا ويسبب مشاكل في العلاقات (Hanafy, S., Hamed, A. M., & Hilmy Samy, M. S. 2019: 1). ونظرًا لعدم وجود تعريف موحد للقذف المبكر، كان هناك تباينًا في بيانات الانتشار الخاصة به ولسوء الحظ ، يعد تحديد عبء هذه المشكلة الجنسية أمرًا صعبًا نظرًا لعدم وجود تعريفات قياسية ومعايير تشخيصية معترف بها عالميًا ، ولا توجد تصميمات قياسية للدراسات القائمة على الملاحظة لتحديد الحجم الفعلي لهذه المشكلة أيضًا (Carson, C., & Gunn, 2005). بالإضافة إلى أن أهم العقبات الأخرى ترجع للطبيعة الحساسة للاضطراب والتي تتمثل في الخوف من الوصم الاجتماعي أو

- (1) Sexual desire
- (2) Erectile function
- (3) Ejaculation Latency
- (4) Ejaculation Control
- (5) Patient Satisfaction
- (6) Partner Satisfaction
- (7) Psychological distress

العار، وخاصة أثناء المقابلات وجها لوجه والتي تجعل المرضى مترددين في الإبلاغ عن مشكلتهم (Laumann et al., 1999).

وفي هذا السياق كشفت دراسة قام بها (Hanafy, S., Hamed, A. M., & Hilmy Samy, M. S. 2019: 1) على عينة من المصريين في المجتمع المصري، أن معدل انتشار القذف المبكر (٢٦.٧٪)، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (Laumann et al., 2004), (Nolazco et al., 2004), (Porst et al., 2007), (Christensen et al., 2011)، الذين أبلغوا عن انتشار بنسبة ٢٨.٣٪، و ٢٣.٧٥٪ و ٣٠٪ و ٢٠٪ على التوالي. وعلى الصعيد العالمي؛ قدرت دراسة مسحية عام ٢٠٠٥، أجريت على أكثر من (١٣٦١٨)، رجلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٤٠ : ٨٠) عامًا، من خلال استطلاع الدراسة العالمية للمواقف والسلوكيات الجنسية "GSSAB" (١٤)، والذي تم إجراؤه في (٢٩) دولة بتمويل من إحدى شركات الأدوية؛ أن معدل الانتشار العالمي للقذف المبكر يصل إلى (٢٣.٧٪).

خلال الأعوام العشرون السابقة، وثق باحثي النشاط الجنسي بشكل متزايد كيف أن النشاط الجنسي هو ظاهرة فردية، وعملية اجتماعية على حد سواء، يتم تنظيمه في ضوء المتغيرات الديموجرافية الاجتماعية، والثقافية والعلاقات بين الأفراد ببعضهم البعض؛ وبالرغم من ذلك قام الباحثون بفحص مجموعة واسعة من العوامل التي تؤثر على الأداء الجنسي ورفاهيته، مثل النوع، الهوية الجنسية، والعلاقات والتأثيرات الأسرية، والمدارس، والدين، مع إغفال كيف تؤثر الظروف الاجتماعية والاقتصادية على الأداء الجنسي، على الرغم من أن الحالة الاجتماعية، والاقتصادية هي من بين أكبر التأثيرات على تجارب الناس الحياتية (Higgins, J. A et al., 2022).

(14) Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors

وغالبًا ما يظل وجود هذه المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية في دراسات الأداء الجنسي أهمية كبيرة، حيث يقر (Lorimer et al, ٢٠١٩)، أن جزءًا صغيرًا فقط من الدراسات يصل عددهم إلى (١٠) دراسات، (٦٪)، منهم فقط؛ تضمن عوامل اجتماعية وثقافية مثل عدم المساواة بين الجنسين، وصمة العار، والمعايير الثقافية للممارسات الجنسية، ويؤكد ذلك (van Hooff, J., & Morris, S. P, 2021) أن العديد من الباحثين في مجال الجنس، والرفاه الجنسي يركزون على العوامل القائمة على الهوية (مثل العرق والعمر والجنس)، مع إغفال دور المتغيرات الاجتماعية، والاقتصادية؛ التي قد تحقق، أو تمنع تحقيق المتعة الجنسية.

ونظرًا للغياب النسبي لكيفية تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية ومستوى التعليم في دراسات الأداء الجنسي وخاصة في مجتمعاتنا العربية، فإن الفحص الدقيق لهذه المتغيرات يُعد أمرًا ذا قيمة وأهمية.

من هذا المنطلق تسعى الدراسة الحالية لمعرفة الفروق بين مؤشرات القذف المبكر وفقًا لبعض المتغيرات الديموجرافية

ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

هل توجد فروق بين مؤشرات القذف المبكر (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية)؛ طبقًا لبعض المتغيرات الديموجرافية والصحية (التعليم، المستوى الاقتصادي، ممارسة العادة السرية، الحالة الصحية).

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي :

- تناول الدراسة لمفاهيم مهمة في مجال الصحة الجنسية تتمثل في مؤشرات القذف المبكر.
 - إثراء المكتبة العربية والمصرية خاصة بمثل هذه الدراسات التي تخص أحد الموضوعات الحديثة في وقتنا الحالي.
 - ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي ربطت بين متغيرات الدراسة الراهنة؛ ذلك على حد علم الباحث.
 - يطمح الباحث أن تكون هذه الدراسة نواة لباحثين آخرين لإعداد برامج إرشادية وعلاجية لمحاولة العلاج، أو الوقاية من اضطراب القذف المبكر من خلال الكشف عن المتغيرات المرتبطة به.
- أهداف الدراسة:**

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- الكشف عن الفروق بين مؤشرات القذف المبكر (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية)؛ طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر، مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي، ممارسة العادة السرية).

مفاهيم الدراسة والإطار النظري:

مؤشرات القذف المبكر:

تعريف القذف المبكر:

يرى (Althof, 2006: 324)؛ أن القذف المبكر هو خلل وظيفي جنسي شائع عند الذكور يتميز بعدم التحكم في القذف، أو في زمن انتقال القذف داخل المهبل،

ويصاحبه ضيق ملحوظ، أو صعوبة في التعامل مع الآخرين، وتأثير سلبي على جودة حياة المريض وشريكه.

وتتمثل المعايير التشخيصية للقذف المبكر طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية^(١٥) في:

أ. نمط مستمر أو متكرر من القذف الذي يحدث أثناء ممارسة النشاط الجنسي مع شريك في غضون ما يقرب من دقيقة واحدة بعد الإيلاج المهبلي وقبل أن يرغب الفرد بذلك. وعلى الرغم من أن تشخيص القذف المبكر يمكن تطبيقه على الأفراد المنخرطين في أنشطة جنسية غير مهبلية، إلا أنه لم يتم وضع معايير محددة المدة لهذه الأنشطة.

ب. الأعراض في المعيار (أ) - استمرت لمدة لا تقل عما يقارب 6 أشهر ويجب أن تكون قد اختبرت أثناء النشاط الجنسي في معظم أو كل اللقاءات الجنسية (ما يقرب من ٧٥٪: ١٠٠٪) في السياقات الظرفية التي تم تحديدها أو، إذا كان معممًا ففي جميع السياقات.

ج. الأعراض في المعيار - (أ) تسبب إحباطاً سريرياً مهماً عند الفرد.

د. لا يُفسر خلل الوظيفة الجنسية بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي غير جنسي أو كنتيجة للإحباط الشديد - من علاقة أو لضغوطات كبيرة أخرى ولا يُعزى إلى تأثير مادة/ دواء أو حالة طبية أخرى.

تحديد ما إذا كان:

القذف المبكر (مدى الحياة): تواجد الاضطراب منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً.

¹⁵ The Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5)

القذف المبكر (مكتسب): بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

معمم: لا تقتصر على أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

ظرفي: يحدث فقط مع أنواع معينة من الإثارة، والمواقف أو الشركاء.

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: أدلة خفيفة على الإحباط من الأعراض في المعيار (أ)، متوسط: أدلة

متوسطة على الإحباط من الأعراض في المعيار (أ)، شديد: أدلة على إحباط شديد أو

متطرف من الأعراض في المعيار (أ).

ومن العرض السابق يستخلص الباحث أن القذف المبكر هو اضطراب جنسي

شائع بين الذكور خلال ممارسة النشاط الجنسي؛ يتسم بعدم القدرة على التحكم في

عملية القذف؛ حيث يكون زمن كمون القذف أقل من المعدل الطبيعي للرجال في أغلب

المرات التي يُمارس فيها النشاط الجنسي، وينتج عن ذلك عدم رضا المريض والشعور

بالمشقة النفسية، وعدم رضا الشريك الجنسي. وتتمثل مؤشرات القذف المبكر التي

يعتمدها الباحث والتي حددها "محمد عرفة و "راني شملول" (Arafa.M&)

(Shamloul.R, 2007)؛ في (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في

القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية).

ثانياً: النظريات والنماذج المفسرة للقذف المبكر:

١- المنهج النفسي الجسدي:

في عام ١٩٤٣ تم تحدي النظرة النفسية البحتة "لكارل أبراهام" من قبل "برنارد

شاببيرو"، أخصائي الغدد الصماء الألماني الذي اعتقد أن القذف المبكر هو

اضطراب نفسي جسدي، يرتبط بضعف الجهاز التناسلي وينتج عن مزيج من القلق النفسي والمشاعر السلبية (Schapiro B, 1943)، ووصف "شابيرو" نوعين من سرعة القذف، النوع الأول هو النوع الجنسي المفرط، ويمثل ميلاً مستمراً للقذف بسرعة من أول فعل للجماع، والنوع الثاني هو النوع منخفض التوتر الذي يؤدي إلى ضعف الانتصاب بعد عدة سنوات، وتم تمييز كلا النوعين على أنهما الشكل الأولي (مدى الحياة) والثانوي (المكتسب) لسرعة القذف: (Schapiro B, 1943: 377-376)؛ لذا يجب اعتبار "شابيرو" رائداً رئيسياً في البحث عن اضطراب القذف المبكر، ولسوء الحظ تم تجاهل التشخيص التفريقي الدقيق، والمكونات البيولوجية لحجج "شابيرو" في عصره، نظراً لسيادة العلاج التحليلي النفسي الذي أجراه الأطباء النفسيون بشكل أساسي طوال أربعينيات وخمسينيات القرن الماضي (Waldinger, 1997: 12).

٢- المنهج السلوكي:

في عام ١٩٥٦، وصف "سيمانز" "Semans"، وهو طبيب مسالك بولية بريطاني، تقنية التوقف عن التشغيل، وهي تقنية الاستمناة لتأخير القذف، في عام ١٩٧٠ ابتكر "ماسترز" و"جونسون" تعديلاً لتقنية سيمانز، وأطلقوا عليها اسم تقنية الضغط. وأكد كلاً منهم بأن القذف المبكر سلوك متعلم يحدث نتيجة التعلم الذاتي، حيث ذكروا أن الخبرات الجنسية الأولى لهؤلاء الرجال تم تنفيذها على عجل، بمعنى أن حدوث القذف المبكر مشروط بممارسة الجنس لأول مرة بطريقة سريعة "على سبيل المثال" الجنس السريع على المقاعد الخلفية للسيارات أو في الأماكن التي يكون الكشف فيها ممكناً، ومن وجهة نظرهم اعتمد العلاج السلوكي للقذف المبكر في معظم الحالات على تقنية الضغط (Masters & Johnson, 1970).

٣- المنهج الجيني:

على الرغم من أن "شابيرو" لم يجادل أبداً في أن القذف المبكر مرتبط بالعوامل الوراثية، إلا أنه لاحظ كما هو موصوف في مقاله عام ١٩٤٣، أن الرجال الذين يعانون من القذف المبكر يبدو أن لديهم أفراد من عائلاتهم لديهم شكاوى قذف مماثلة، في دراسة أجراها (Waldinger & etal: 1998) من خلال سؤال (٢٣٧) رجلاً مصاباً بـ القذف المبكر بشكل روتيني حول حدوث شكاوى مماثلة في الأسرة، وافق ١٤ منهم فقط بسبب الإحراج على سؤال أقاربهم الذكور عن القذف. تمكن هؤلاء الرجال الأربعة عشر من الإشارة إلى (١١) من الأقارب الذكور من الدرجة الأولى يعانون من شكاوى قذف مماثلة.

الدراسات السابقة:

هدفت دراسة "روزين" و"أخرون" (Rosen, R. C etal., 2007)، إلى رصد زمن انتقال القذف داخل المهبل وهي دراسة رصدية متعددة المراكز مدتها ٤ أسابيع للرجال تكونت من (٢٠٧) من الرجال الذين يعانون من القذف المبكر، و(١٣٨٠) من الرجال الذين لا يعانون من القذف المبكر (تم تشخيصهم باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الرابع) ، بالإضافة إلى الإناث شريكاتهم. ومقياس الرضا الجنسي (Golombok-Rust) للذكور والإناث، واستبيان احترام الذات للذكور، واستبيان العلاقة) تم تقييم المقاييس باستخدام تحليل ، ومن بين النتائج التي أوضحتها الدراسة هي ارتباط الضيق الشخصي والحاجة للتحكم في القذف ووقت الكمون بالقذف المبكر لدى الرجال الذين يعانون منه، بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية ترجع إلى العمر في تحديد القذف المبكر.

بينما أجريت دراسة "مارتينز" و "عبدو" (Martins, F. G., & Abdo, 2010)، بهدف تقييم انتشار ضعف الانتصاب والعوامل المرتبطة به في عينة من الرجال البرازيليين الذين تتراوح أعمارهم بين (١٨ : ٤٠)، عامًا على عينة من الذكور بلغ عددها (٧٠٢٢) مشاركًا، تم جمع البيانات عن طريق استبيان من إعداد الباحثين، يتكون من (٨٧)، سؤالًا حول المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية والصحة العامة والعادات والعوامل المتعلقة بنمط الحياة والسلوك الجنسي والصعوبات الجنسية، بما في ذلك الضعف الجنسي الذي تم تقييمه من خلال سؤال واحد. وأوضحت النتائج ارتباط انخفاض مستوى التعليم والمشاكل النفسية الاجتماعية بالضعف الجنسي؛ حيث تسبب الضعف الجنسي في تأثير سلبي على فاعلية الذات لدى الرجال، والعلاقات الشخصية، وأنشطة العمل والترفيه، والرضا عن الحياة الجنسية. في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى (العرق، التوجه الجنسي، التوظيف، الحالة الاجتماعية). و تلقى أقل من (١٠٪) من الرجال المصابين بضعف الانتصاب علاجًا طبيًا لهذه المشكلة.

هدفت دراسة "فرزي" و "أخرون" (Verze, P et al., 2018)، تحديد نسبة انتشار القذف المبكر في إيطاليا، وتكونت عينة البحث (١١٠٤)، مشاركًا، وتراوحت أعمارهم من (١٨ : ٨٠) عامًا بمتوسط (٤٦.٥) عامًا، وطلب من المشاركين إكمال الاستبيانات العامة حول بيانات الديموجرافية، ونمط الحياة، والتعليم، والمهنة، والظروف الاقتصادية، والحالة الصحية العامة، والأمراض المصاحبة، والعادات الجنسية، وأداة تشخيص سرعة القذف (PEDT)، والفهرس الدولي المكون من ٥ عناصر استبيان وظيفة الانتصاب والجودة الجنسية للحياة. وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين القذف المبكر والعمر حيث يزداد معدل القذف بزيادة العمر والعكس صحيح. وإجمالًا كانت الحياة الجنسية أسوأ بكثير لدى الرجال المصابين

بالقذف المبكر ، كما انه لم يلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين يعانون من القذف المبكر ومن لا يعانون في كل من مؤشر كتلة الجسم، واستهلاك الكحول، وعادات التدخين، والنشاط البدني، والتعليم، والظروف الاقتصادية، والحالة الاجتماعية.

استهدفت دراسة "هايجانز" و "آخرون" (Higgins, J. A. et al., 2022)، مراجعة ٤٧ دراسة في أكثر من ٢٢ دولة. وأشارت النتائج إلى أن أربع وأربعون دراسة منهم أبلغ أفرادها ممكن كانت لديهم ظروف اجتماعية، واقتصادية منخفضة تتعلق بالدخل والتعليم والمهنة، في المقام الأول ، عن مؤشرات أضعف للرفاهية الجنسية، وخاصة الرضا والأداء الجنسي.

هدفت دراسة (Niu, C et al., 2023)، إلى التحقق من مدى انتشار القذف المبكر والعوامل المرتبطة به ، بالإضافة إلى وظيفة الانتصاب والقذف، على عينة من الرجال الصينيون، تكونت عينة الدراسة من (١٩٧٦) رجلاً تتراوح أعمارهم بين (١٨) و (٥٠)، عامًا لاستبيان عبر الإنترنت بشأن المعلومات الأساسية، وتكونت أدوات الدراسة من استمارة البيانات الديموجرافية (المتثلة في العمر، والتعليم، والاستمنا، والهوية الجنسية، والفهرس الدولي الخامس لوظيفة الانتصاب، وقائمة التحقق من أعراض القذف المبكر؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن (٢.٣ %) من المشاركين يعانون من القذف المبكر، الذي ارتبط ايجابيا بشكل كبير بمشاكل في وظيفة الانتصاب، بينما لم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مؤشرات تقييم القذف المبكر ترجع إلى العمر، في حين أن الرجال ذوي المستويات التعليمية الأعلى أظهروا مشكلات قذف أقل مقارنة بالرجال ذوي المستوى التعليمي المنخفض والمتوسط. والرجال الذين لديهم خبرة جنسية أكبر (أي شركاء جنسيون أكثر ومدة أطول للنشاط الجنسي) يعانون من مشاكل

قذف أقل. في حين ارتبط الاستمناء المتكرر أكثر بمشاكل القذف، وارتبط الجنس مع الشريك (أي الجنس بين القضيب والمهبل) بمشاكل أقل في القذف.

فروض الدراسة

• توجد فروق بين مؤشرات القذف المبكر (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية)؛ طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر، مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي، ممارسة العادة السرية).

المنهج والإجراءات:

١- منهج الدراسة :

تعتمد الدراسة الراهنة علي المنهج الوصفي الارتباطي، ذلك للتحقق من فرض الدراسة.

٢- عينة الدراسة :

تكونت العينة الأساسية من (١٦١١) ذكرًا من المتزوجين، تتراوح أعمارهم ما بين (١٨- ٥٠) عامًا بمتوسط عمري مقداره (32.54) وانحراف معياري يقدر ب± (5.906)؛ ذلك للتحقق من فروض الدراسة.

٣- الأدوات:

١- استمارة بيانات أولية (إعداد الباحث): تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية:

كالعمر، ومستوى التعليم، المستوى الاقتصادي، عدد مرات ممارسة العادة السرية.

٢- المقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر^(١٦) (إعداد: محمد عرفة؛ راني شملول، ٢٠٠٧).

أولاً: المقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر

وصف المقياس

المقياس في صورته النهائية يتكون من (٧) بنود، كل بند يقيس مؤشر من مؤشرات القذف المبكر ويتم تصحيح كل مؤشر طبقاً لمقياس خماسي الشدة، وتتراوح الدرجة على البند بين (١-٥)، بذلك تبلغ الدرجة العظمي على المقياس إجمالاً (٣٥) درجة، وتشير الدرجة المنخفضة إلى معاناة المريض من مؤشرات القذف المبكر.

الكفاءة السيكومترية للمقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر في الدراسة الراهنة

أولاً الثبات: تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقاييس بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وجدول رقم (١) يوضح ذلك. وقد تحقق الباحث من ثبات وصدق المقياس وتراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية بين ٠.٧٠٠: ٠.٧٥٠ مما يدل علي تمتع المقياس بدرجة ثبات جيدة، واعتمد الباحث علي صدق صدق التحليل العاملي وتمتع المقياس بدرجات جيدة من الصدق.

جدول (١) يعرض معاملات الثبات للمقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف

المبكر

معامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون	معامل ثبات ألفا	الإختبار
٠.٧٠٠	٠.٧٤٥	مؤشرات تقييم القذف المبكر

^١Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE)

من خلال عرض الجدول السابق يتضح تمتع مقياس الدراسة بدرجة جيدة من الثبات.

ثانياً الصدق:

تتضمن المقياس في صورته العربية (٧) بنود، وبعد إجراء التحليل العاملي على المقياس؛ تبين أن عباراته تشبعت على عامل واحد؛ تشبعاً دالاً، متدرجة من القيم الأعلى إلى القيم الأدنى وتراوحت قيم تشبع العبارات ما بين (٠.٣٧٠ - ٠.٧٦٨)، وبلغ الجذر الكامن 2.852، بينما وصلت النسبة المئوية للتباين 40.7 . وتشير تلك النتائج إلى صدق المقياس بالتحليل العاملي الاستكشافي.

٤- الأساليب الإحصائية:

- اختبار (ت) T. Test لمعرفة الفروق بين مجموعتين مستقلتين.
- تحليل التباين الأحادي للمجموعات، وفي حالة وجود فروق دالة يتم استخدام شيفيه لمعرفة اتجاه هذه الفروق.

عرض النتائج ومناقشتها

نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق بين مؤشرات القذف المبكر؛ طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (العمر، التعليم، المستوى الاقتصادي، ممارسة العادة السرية)؛ واستعان الباحث باختبار (ت) T, TEST، بالنسبة لمتغير العمر فقط، وتحليل التباين الأحادي لبقية المتغيرات، للتحقق من صحة الفرض؛ ويعرض جدول رقم (٢)، الفروق بين متغيرات الدراسة وفقاً لمتغير العمر.

جدول (٢) يعرض دلالة الفروق بين الأفراد في متغيرات الدراسة وفقاً لمتغير العمر^(١٧)

مستوي الدلالة	قيمة (ت)	المجموعة الثانية N= 546 من (٣٥ : ٥٠) عام		المجموعة الأولى N= 1065 من (١٨ : ٣٤) عام		المتغير
		ع	م	ع	م	
.57	.57	.78	4.2	.81	4.2	الرغبة الجنسية
.67	-.42	.78	4.3	.87	4.3	تقييم وظيفة الانتصاب
.94	-.07	1.3	3.9	1.2	3.9	فترة الكمون
.10	-1.63	1.1	3.3	1.1	3.2	التحكم في القذف
.35	.93	.83	3.8	.88	3.9	رضا المريض
.05	1.9	.87	3.9	.88	4.0	رضا الزوجة
.86	.17	1.0	2.1	1.1	2.1	المشقة النفسية
.٧٨	.27	3.4	25.4	3.5	25.4	المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر

نتائج الفرض

يتضح من الجدول السابق رقم (٢)، عدم وجود تأثير دال لكافة مؤشرات تقييم القذف المبكر (الرغبة الجنسية، تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية، المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر)، وفقاً لمتغير العمر، حيث جاءت جميع قيم "ت" غير دالة لكافة المؤشرات.

^(١٧) تم تقسيم الأعمار إلى مجموعتين عمريتين، المجموعة الأولى من عمر (١٨ : ٣٤)، والمجموعة الثانية من عمر (٣٥ : ٥٠).

في ضوء التشابه والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الدراسات السابقة، دعمت نتائج دراسة كل من (Arafa, M., & Niu, C etal., 2023) (Shamloul, R., 2007) & (Porst H etal., 2007)، (Rosen, R. C)، نتائج الدراسة الراهنة؛ حيث أسفرت نتائج هذه الدراسات عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية ترجع إلى العمر في تحديد مؤشرات تقييم القذف المبكر.

وأيدت نتائج دراسة (Amidu, N etal., 2015)، أن زمن كمون القذف لم يختلف وفقاً للعمر. وفي هذا السياق أيضا توصلت نتائج دراسة (Lee, S etal., 2018)، عدم وجود فروق على مؤشر زمن كمون القذف، ترجع للعمر بين ذوي القذف والأشخاص العاديين، وهذا ما يتفق مع نتائج دراستنا الحالية. وعلى جانب آخر من تلك الدراسة فيما يخص بقية مؤشرات تقييم القذف المبكر وجدت فروق ترجع للعمر، حيث لوحظ ارتفاع معدلات القذف المبكر مع تقدم العمر؛ حيث أن الأشخاص الذين يعانون من القذف أظهروا مستويات أقل من الرغبة الجنسية، ووظيفة الانتصاب، مع انخفاض الرضا جنسي لديهم ولدى شريكهم، مقارنة بالأشخاص الذين لم تكن لديهم مشكلة القذف المبكر.

كما تعارضت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة كل من (Verze, P) (Laumann, E etal., 2005)&etal., 2018)، حيث أسفرت نتائج هاتين الدراستين عن وجود علاقة إيجابية بين القذف المبكر والعمر فكلما زاد العمر زاد معدل انتشار القذف المبكر؛ وتصبح الجودة الإجمالية للحياة الجنسية أسوأ بكثير لدى الرجال المصابين بالقذف المبكر فتقل وظيفة الانتصاب وتضعف القدرة على التحكم، ويقل وقت الكمون، ويقل رضا المريض وشريكته كلما زاد العمر.

كما اختلفت نتائج الدراسة الراهنة مع دراسة DeLamater, J. D., & Sill, (M, 2005)، التي بينت أن العمر يمثل تأثير جوهري وكبير على معدل زيادة او نقصان الرغبة الجنسية بين الرجال، وهذا أيضا ما يتفق مع نتائج دراسة (Eplov, L (etal, 2007: 54) الذي كشفت تناقص الرغبة الجنسية مع زيادة العمر.

جدول (٣) يعرض دلالة الفروق بين الأفراد بين متغيرات الدراسة وفقاً لمتغير

مستوى التعليم^(١٨)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الرغبة الجنسية	بين المجموعات	1.5	3	.51	.80	.493
	داخل المجموعات	1030.9	1607	.64		
تقييم وظيفة الانتصاب	بين المجموعات	14.9	3	4.9	7.1	.000
	داخل المجموعات	1127.5	1607	.70		
فترة الكمون	بين المجموعات	22.2	3	7.4	4.7	.003
	داخل المجموعات	2527.4	1607	1.6		
التحكم في القذف	بين المجموعات	14.6	3	4.9	4.0	.007
	داخل المجموعات	1942.7	1607	1.2		
رضا المريض	بين المجموعات	1.8	3	.61	.82	.481
	داخل المجموعات	1195.5	1607	.74		
رضا الزوجة	بين المجموعات	3.5	3	1.2	1.5	.210
	داخل المجموعات	1228.7	1607	.76		
المشقة النفسية	بين المجموعات	6.2	3	2.0	1.85	.136

^{١٨} تم تقسيم الأفراد وفقاً لمتغير مستوى التعليم إلى أربعة مجموعات: المجموعة الأولى: مرحلة التعليم قبل المتوسط، المجموعة الثانية: مرحلة التعليم المتوسط (الثانوي)، المجموعة الثالثة: المؤهل الجامعي، المجموعة الرابعة: مرحلة الدراسات العليا

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
	داخل المجموعات	1781.6	1607	1.1		
المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر	بين المجموعات	161.6	3	53.9	4.6	.003
	داخل المجموعات	18956.1	1607	11.8		

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لمستوى التعليم في مؤشر كلاً من (تقييم وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر)؛ حيث جاءت قيم "ف" في تلك المؤشرات دالة بشكل ملحوظ، بينما جاءت غير دالة في مؤشرات (الرغبة الجنسية، رضا المريض، رضا الزوجة، المشقة النفسية)؛ وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه" بالنسبة للمتغيرات الدالة فقط.

جدول (٤) يعرض اتجاه الفروق بين المتوسطات لدى الأفراد في متغيرات الدراسة وفقاً

لمتغير مستوى التعليم

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
تقييم وظيفة الانتصاب	التعليم قبل المتوسط	22	3.82	-			-	(-)	
	التعليم المتوسط (الثانوي)	272	4.16	.34	- .48	(- .63*)	.141	.288*)	.003
	المؤهل	1104	4.30			.011			

الفروق بين مؤشرات تقييم القذف المبكر طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية عمر سلامة وآخرون

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
	الجامعي								
	الدراسات العليا	213	4.45						
فترة الكمون	التعليم قبل المتوسط	22	3.41						
	التعليم المتوسط (الثانوي)	272	3.90			- .78	.017	- .283	(- .30*)
	المؤهل الجامعي	1104	3.89		- .48				
	الدراسات العليا	213	4.19		- .49				
التحكم في القذف	التعليم قبل المتوسط	22	3.14						
	التعليم المتوسط (الثانوي)	272	3.07						
	المؤهل الجامعي	1104	3.21			- .28	- .139	-	(.348*)
	الدراسات العليا	213	3.42			- .07			
المجموع	التعليم قبل	22	24.3636						

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
الكلية	المتوسط			-	-1.1	-1.8	-0.74	-0.36	(1.04*)
	التعليم المتوسط (الثانوي)	272	25.0993	.74					.011
	المؤهل الجامعي	1104	25.4592						
	الدراسات العليا	213	26.1455						

تبيّن من جدولي (٣)، (٤)، أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين مؤشرات (تقييم وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر).
 أولاً: مؤشر "تقييم وظيفة الانتصاب" أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (التعليم قبل المتوسط)، والمجموعة الرابعة (الدراسات العليا) في اتجاه المجموعة الرابعة، كذلك وجود فروق بين المجموعة الثانية (التعليم المتوسط الثانوي)، والمجموعة الرابعة (الدراسات العليا) في اتجاه المجموعة الرابعة مما يعني أن الأشخاص ذوي التعليم المرتفع (الدراسات العليا)، أكثر قدرة على الحصول على انتصاب قوي، مع الإثارة الجنسية، كافي لإتمام العملية الجنسية من الأشخاص الأقل تعليمًا (التعليم المتوسط الثانوي)، (التعليم قبل المتوسط). ثانياً: فترة الكمون كشفت النتائج وجود فروق بين المجموعة الثالثة (المؤهل الجامعي)، والمجموعة الرابعة (الدراسات العليا) في اتجاه المجموعة الرابعة؛ ونستخلص من ذلك أن الأشخاص ذوي التعليم المرتفع (الدراسات العليا)، لديهم فترة كمون أطول؛ أي أن الوقت الذي يمر من وقت الإيلاج إلي وقت

القذف أطول لدى الأشخاص ذوي التعليم المرتفع (الدراسات العليا)، مقارنة بالأشخاص الحاصلين على مؤهل جامعي فقط. ثالثاً: فيما يخص المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر؛ أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الثالثة (المؤهل الجامعي)، والمجموعة الرابعة (الدراسات العليا) في اتجاه المجموعة الرابعة؛ وذلك يُعد مؤشراً إلى أن الأشخاص ذوي التعليم المرتفع (الدراسات العليا)، لديهم مؤشرات تقييم للقذف أعلى مقارنة بالأشخاص الحاصلين على مؤهل جامعي فقط.

في ضوء التشابه والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الدراسات السابقة، دعمت نتائج دراسة (Martins, F. G., & Abdo, 2010)، نتائج الدراسة الراهنة؛ حيث أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مؤشرات القذف المبكر ترجع إلى المستوى التعليمي؛ حيث ارتبطت مشكلات القذف المبكر والانتصاب ارتباطاً إيجابياً بالمستوى التعليمي المنخفض.

وفي هذا الجانب أيضاً أيدت دراسة (Harun, Z& Ahmad, S, 2018)، وجود علاقة واضحة بين المستوى التعليمي ومشكلات القذف المبكر، حيث كشفت الدراسة عن زيادة نسب انتشار القذف المبكر لدى الأشخاص ذوي التعليم الثانوي مقارنة بالأشخاص ذوي المستوى التعليمي المرتفع. وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (Serefoglu, E etal., 2011)، التي كشفت عن وجود مؤشرات قذف مبكر ضعيفة لدى الأشخاص الذين يقتصر تعليمهم على المرحلة الابتدائية فقط؛ مقارنة بالأشخاص ذوي التعليم المرتفع اللذين أبلغوا عن مؤشرات قذف عالية وقوية.

كما اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع دراسة (Niu, C etal., 2023)، التي أوضحت أن الرجال ذوي المستويات التعليمية الأعلى ابلغوا عن مشكلات أقل تتعلق بالقذف المبكر والانتصاب مقارنة بالرجال ذوي المستوى التعليمي المنخفض والمتوسط.

في حين تعارضت نتائج هذه الدراسة مع الدراسة الراهنة بخصوص زمن كمون القذف والتي أوضحت أن زمن كمون القذف لم يرتبط بأي علاقة مع المستوى التعليمي. وفي هذا الجانب أيضًا اختلفت نتائج الدراسة الراهنة مع دراسة كل من (DeLamater, J. D., & Sill, M, 2005) (Ramezanzadeh et al., 2006)، حيث أوضح كل منهم أن المستوى التعليمي له تأثير جوهري على معدل زيادة أو نقصان الرغبة الجنسية بين الرجال، في حين أثبتت الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الرغبة الجنسية والمستوى التعليمي.

واختلفت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة كل من (Babayyan et al.,)

2018

(Amiri et al., 2020), (Cranney, 2017)، (Jamali et (Fahs., 2014) & al., 2018) حيث بينت تلك الدراسات ارتباط مستويات التعليم المنخفضة بمستويات أقل من الرضا الجنسي بين المشاركين من الرجال والنساء، في حين كشفت الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين رضا المريض ورضا الشريك، بالمستوى التعليمي.

كما تعارضت نتائج دراسة (Arafa, M., & Shamloul, R., 2007)، مع

الدراسة الحالية؛ حيث كشفت عن عدم وجود أي فروق ذات دلالة احصائية في مؤشرات القذف المبكر ترجع للمستوى التعليمي بين الأفراد ذوي القذف المبكر أو الأفراد الطبيعيين.

وكشفت دراسة كل من (Chedraui et al., 2012)، (Fuchs et al.,

(Güleroğlu & Beşer, 2014)، (Tekin et al., 2014) 2020)، (Jain et

al., (2019),
& (Mamuk & Dissiz., 2018) ارتباط المستويات المنخفضة من الأداء الجنسي العام بالمستوى التعليمي المنخفض، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموع الكلي لمؤشرات تقييم القذف المبكر والمستوى التعليمي.

جدول (5) يعرض دلالة الفروق بين الأفراد بين متغيرات الدراسة وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي^(١٩)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الرغبة الجنسية	بين المجموعات	5.7	3	1.9	3.0	.030
	داخل المجموعات	1026.7	1607	.64		
تقييم وظيفة الانتصاب	بين المجموعات	17.3	3	5.9	8.3	.000
	داخل المجموعات	1125.0	1607	.70		
فترة الكمون	بين المجموعات	17.8	3	5.9	3.8	.010
	داخل المجموعات	2531.8	1607	1.6		
التحكم في القذف	بين المجموعات	17.9	3	6.0	5.0	.002
	داخل المجموعات	1939.5	1607	1.2		
رضا المريض	بين المجموعات	13.3	3	4.4	6.0	.000
	داخل المجموعات	1184.1	1607	.74		
رضا الزوجة	بين المجموعات	3.96	3	1.3	1.7	.160

^{١٩} تم تقسيم الأفراد وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي إلى أربعة مجموعات: المجموعة الأولى: يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض، المجموعة الثانية: يكفي لسد الضروريات والكماليات، المجموعة الثالثة: يكفي الضروريات فقط، المجموعة الرابعة: لا يكفي لسد الاحتياجات.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
	داخل المجموعات	1228.2	1607	.76		
المشقة النفسية	بين المجموعات	38.6	3	12.9	11.8	.000
	داخل المجموعات	1749.1	1607	1.1		
المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر	بين المجموعات	183.6	3	61.2	5.2	.001
	داخل المجموعات	18934.1	1607	11.8		

وبالنظر في جدول (٥)، (٦) يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين جميع مؤشرات تقييم القذف المبكر باستثناء مؤشر (رضا الزوجة)، طبقاً لمتغير الحالة الاقتصادية؛ حيث جاءت قيم "ف" في تلك المتغيرات دالة بشكل ملحوظ، بينما جاءت غير دالة في تأثيرها على مؤشر (رضا الزوجة)؛ وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه" بالنسبة للمتغيرات الدالة فقط

جدول (6) يعرض اتجاه الفروق بين المتوسطات لدى الأفراد في متغيرات الدراسة وفقاً

لمتغير المستوى الاقتصادي

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
الترغبة الجنسية	يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض	292	4.3	.12	(.17*) .041	.19	.06	.07	.01
	يكفي لسد الضروريات والكماليات	814	4.2						
	يكفي الضروريات فقط	432	4.1						
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	4.1						
تقييم وظيفة الانتصاب	يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض	292	4.5	.14	(.25*) .001	(.45*) .001	.11	(.31*) .030	.19
	يكفي لسد	814	4.3						

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
	الضروريات والكماليات								
	يكفي الضروريات فقط	432	4.2						
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	4.0						
فترة الكمون	يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض	292	4.03						
	يكفي لسد الضروريات والكماليات	814	3.97			.05	(.٢١*)	-.02	-.23
	يكفي الضروريات فقط	432	3.75	.06	(.28*)	.035	.043		
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	3.99						
	يكفي	292	3.4						.12

الفروق بين مؤشرات تقييم القذف المبكر طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية عمر سلامة وآخرون

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
التحكم في القذف	الضروريات والكماليات ويبقى فائض			.11	(.27*)	.39	.15	.27	
	يكفي لسد الضروريات والكماليات	814	3.3						
	يكفي الضروريات فقط	432	3.1						
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	3.0						
رضا المريض	يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض	292	3.9	.13	(.25*)	.31	.12	.18	.05
	يكفي لسد الضروريات والكماليات	814	3.8		.002				
	يكفي	432	3.7						

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
	الضروريات فقط								
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	3.6						
المشقة النفسية	يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض	292	1.9						
	يكفي لسد الضروريات والكماليات	814	2.1	-	(- .39*)	(- .60*)	(- .22*)	(- .43*)	- .217
	يكفي الضروريات فقط	432	2.3	-	.08	.14	.008	.010	
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	2.5	-	.17				
المجموع الكلي	يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض	292	26.0	.44	(.97*) .003	.95	.53	.50	-.02

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٤/١)	متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٤/٢)	متوسط الفروق (٤/٣)
	يكفي لسد الضروريات والكماليات	814	25.6						
	يكفي الضروريات فقط	432	25.0						
	لا يكفي لسد الاحتياجات	73	25.1						

وبالنظر في جدول (٦) يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً في: أولاً "مؤشر الرغبة الجنسية" أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (يكفي الضروريات والكماليات ويتبقى فائض)، والمجموعة الثالثة (يكفي الضروريات فقط)، في اتجاه المجموعة الأولى؛ مما يعني أن الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع الذي يكفي الضروريات والكماليات ويتبقى فائض يمتلكون رغبة جنسية أعلى مقارنة بمن يكفي مستواهم الاقتصادي الضروريات فقط. في حين لم توجد فروق بين باقي المجموعات. ثانياً: مؤشر "تقييم وظيفة الانتصاب" أوضحت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى، والمجموعة الثالثة، وكذلك وجود فروق بين المجموعة الأولى، والمجموعة والرابعة (لا يكفي لسد الاحتياجات)، جميعها في اتجاه المجموعة الأولى؛ نستخلص من ذلك أن الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع الذي يكفي الضروريات والكماليات ويتبقى فائض أكثر قدرة على الحصول علي انتصاب قوي، مع الإثارة الجنسية، كافي لإتمام العملية الجنسية مقارنة بمن يكفي مستواهم الاقتصادي

الضروريات فقط، أو بمن يعجز مستواهم الاقتصادي عن سد احتياجاتهم. في حين لم توجد فروق بين باقي المجموعات. ثالثاً: مؤشر "فترة الكمون" بينت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض)، والمجموعة الثالثة (يكفي الضروريات فقط)، في اتجاه المجموعة الأولى، وكذلك وجود فروق بين المجموعة الثانية، والمجموعة الثالثة، في اتجاه المجموعة الثانية، مما يُعد مؤشراً إلى أن الوقت الذي يمر من وقت الإيلاج إلي وقت القذف أطول لدى الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع الذي يكفي الضروريات والكماليات ويتبقى فائض، يليهم الأشخاص في المجموعة الثانية الذين يكفي مستواهم الاقتصادي الضروريات والكماليات، مقارنة بمن يكفي مستواهم الاقتصادي الضروريات فقط. في حين لم توجد فروق بين باقي المجموعات. رابعاً: فيما يخص مؤشري (التحكم في القذف، رضا المريض)، أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض)، والمجموعة الثالثة (يكفي الضروريات فقط)، في اتجاه المجموعة الأولى؛ مما يعني أن الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع الذي يكفي الضروريات والكماليات ويتبقى فائض لديهم قدرة على التحكم في القذف ورضا عن العملية الجنسية أعلى مقارنة بمن يكفي مستواهم الاقتصادي الضروريات فقط. في حين لم توجد فروق بين باقي المجموعات. خامساً: مؤشر "المشقة النفسية" كشفت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (يكفي الضروريات والكماليات ويبقى فائض)، والمجموعة الثالثة (يكفي الضروريات فقط)، في اتجاه المجموعة الثالثة، كذلك وجود فروق بين المجموعة الأولى، والمجموعة الرابعة (لا يكفي لسد الاحتياجات)، في اتجاه المجموعة الرابعة، وأيضاً وجدت فروق بين المجموعة الثانية (يكفي الضروريات والكماليات)، والمجموعة الثالثة، في اتجاه المجموعة الثالثة، وفروق أخرى بين المجموعة الثانية والمجموعة

الرابعة، في اتجاه المجموعة في اتجاه المجموعة الثالثة؛ مما يُعد مؤشراً إلى أن الأشخاص الذين لا يكفي مستواهم الاقتصادي سد احتياجاتهم هم الأكثر شعوراً بالمشقة النفسية (القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي)، يليهم الأشخاص اللذين يكفي مستواهم الاقتصادي الضروري فقط، مقارنة بالأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي الذي يكفي الضروريات والكماليات، أو الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي الذي يكفي الضروريات والكماليات وبيقة فائض. في حين لم يكن هناك فروقاً بين المجموعة الأولى، والثانية، والمجموعة الثالثة، والرابعة. سادساً: المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر، أوضحت النتائج فروق بين المجموعة الأولى والمجموعة الثالثة في اتجاه المجموعة الأولى، مما يعني أن الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي الذي يكفي الضروريات والكماليات ويتبقى فائض يمتلكون مؤشرات قذف قوية أعلى من غيرهم في المستوى الاقتصادي الذي يكفي الضروريات فقط.

في ضوء التشابه والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الدراسات

السابقة، اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة كل من (Bancroft et al.,)

2011

(Amiri et al., 2020), (Do et al., 2018)، (Wikle et al., 2011&)

(Jamali et al., 2018) ؛ حيث بينت تلك الدراسات وجود فروق ذات دلالة احصائية

في الرضا الجنسي ترجع للمستوى الاقتصادي وأنه يؤثر في الرضا الجنسي، فالمستوى

الاقتصادي المنخفض نتج عنه مستويات أقل من الرضا الجنسي بين المشاركين من

الرجال، في حين اختلفت نتائج تلك الدراسات التي كشفت عن ارتباط المستوى

الاقتصادي المنخفض بمستويات أقل من الرضا الجنسي بين شريكات الرجال مع نتائج

الدراسة الحالية التي كشفت عن عدم وجود فروق بين شركات الرجال ترجع للمستوى الاقتصادي.

وكشفت دراسة كل من (Llaneza et al., 2011), (Jain et al., 2019), (Aşkin et al., 2019) & (Fuentealba – Güleroglu & Beşer, 2014), (Torres et al., 2019), عن وجود فروق في مستويات الأداء الجنسي العام ترجع للمستوى الاقتصادي، حيث ارتبط مستوى الأداء المنخفض بالمستوى الاقتصادي، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموع الكلي لمؤشرات تقييم القذف المبكر والمستوى الاقتصادي.

وكشفت دراسة كل من (kim, J. S., & Bancroft, J. et al., 2011), (Kang, 2015), (Cheng et al., & (van Hooff, J., & Morris., 2021) (2014), ارتباط المتعة الجنسية وانخفاض الكرب النفسي بالمستوى الاقتصادي المرتفع، وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي كشفت أن الأشخاص ذوي المستوى الاقتصادي الذي يكفي للضروريات والكماليات ويتبقى فائض يمتلكون مؤشرات قذف قوية أعلى من غيرهم في المستوى الاقتصادي المنخفض الذي يكفي للضروريات فقط. كما أكدت دراسة (Higgins, J. A., et al., 2022)، بشكل كبير أن الظروف الاقتصادية المنخفضة كانت مرتبطة بشكل إيجابي بمستويات منخفضة من الرفاهية الجنسية. بالإضافة إلى أن الروابط بين الظروف الاقتصادية والرفاهية الجنسية ليست مجرد فرضية محتملة ولكنها ظاهرة موثقة تجريبياً على المستوى الفردي. واتسقت هذه النتائج عبر البلدان الغنية، والفقيرة إقتصادياً.

وفي هذا الصدد أظهرت نتائج دراسة (Laumann EO et al., 2005) & (Serefoglu, E. C et al., 2011)، وجود فروق بين مؤشرات القذف المبكر ترجع المستوى الاقتصادي؛ حيث عانى الرجال ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض والمتوسط من انتشار مشكلات القذف المبكر بنسبة أكبر من الرجال ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع.

ونظرياً أشار ماكسويل (٢٠٠٦) إلى أنه غالباً ما أثر تاريخ العلاقة بين الرجال والنساء ذوات الوضع الاقتصادي المنخفض بشكل سلبي على العلاقة الزوجية بين الشريكين بشكل عام، ولم يترك لهن سوى القليل من الفرص للإصرار على تلبية الشريك لهذه التوقعات.

كما أكد كل من (Steptoe et al., 2005) & (Call et al., 1995)، أن المستوى الاقتصادي المنخفض يمكن له أن يعيق تحقيق الرفاهية الجنسية بين الأزواج حيث ترتبط الضغوط الاقتصادية المستمرة ارتباطاً موثقاً بهبوط في الصحة البدنية والعقلية بشكل عام، مما قد يمهد الطريق لرضا جنسي أقل.

ويرى الباحث أن تأثير المستوى الاقتصادي على مؤشرات القذف المبكر قد يكون أحد أسبابه هو أن الأسر التي تعاني من ظروف معيشية صعبة قد يعانون فيها من عدم توفر مساحة آمنة وكافية للممارسة الجنس بعيداً عن الشركاء في المنزل أو حتى بعيداً عن انتشار وتواجد أطفالهم، مما يسبب قلقاً ورغبة أسرع في إنهاء العلاقة الجنسية بين الشريكين، ويكون سبباً في حدوث القذف المبكر بسبب عدم تهيؤ الظروف المناسبة؛ ذلك يتفق مع ما يراه كل من (Lesch & Adams, 2016) (Schensul et 2018).

جدول (٧) يعرض دلالة الفروق بين الأفراد بين متغيرات الدراسة وفقاً لمتغير عدد

مرات ممارسة العادة السرية^(٢٠)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
الرغبة الجنسية	بين المجموعات	٥٨.	2	4.2	6.7	.001
	داخل المجموعات	1023.9	1608	.64		
تقييم وظيفة الانتصاب	بين المجموعات	6.6	2	3.3	4.7	.010
	داخل المجموعات	1135.8	1608	.71		
فترة الكمون	بين المجموعات	14.3	2	7.1	4.5	.011
	داخل المجموعات	2535.3	1608	1.6		
التحكم في القذف	بين المجموعات	14.4	2	7.2	6.0	.003
	داخل المجموعات	1942.9 08	1608	1.208		
رضا المريض	بين المجموعات	27.3	2	13.7	18.8	.000
	داخل المجموعات	1170.1	1608	.73		
رضا الزوجة	بين المجموعات	15.4	2	7.7	10.2	.000
	داخل المجموعات	1216.8	1608	.76		
المشقة النفسية	بين المجموعات	23.1	2	11.6	10.5	.000

^{٢٠} تم تقسيم الأفراد وفقاً لمتغير عدد مرات ممارسة العادة السرية إلى ثلاثة مجموعات: المجموعة الأولى: لا أمارس، المجموعة الثانية: من ١ : ٤ مرات أسبوعياً، المجموعة الثالثة: من ٥ : فما فوق أسبوعياً.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
	داخل المجموعات	1764.6 69	1608	1.097		
المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر	بين المجموعات	157.7	2	78.8	6.7	.001
	داخل المجموعات	18959. 9	1608	11.8		

يتضح من الجدول السابق وجود تأثير دال لعدد مرات ممارسة العادة السرية في جميع مؤشرات تقييم القذف المبكر؛ حيث جاءت قيم "ف" في تلك المتغيرات دالة بشكل ملحوظ؛ وبناءً على تلك النتائج سوف يتم عمل مقارنات ثنائية في إطار المتغيرات الدالة لمعرفة اتجاه الفروق، وذلك باستخدام معادلة "شيفه" بالنسبة للمتغيرات الدالة فقط.

جدول (٨) يعرض اتجاه الفروق بين المتوسطات لدى الأفراد في متغيرات

الدراسة وفقاً لمتغير عدد مرات ممارسة العادة السرية

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق	متوسط الفروق	متوسط الفروق
الرغبة الجنسية	لا أمارس	1086	4.1			
	من ١ : ٤ مرات أسبوعياً	453	4.2			
	من ٥ فما فوق أسبوعياً	72	4.5			
				-0.050	(- .299*)	.013
					(- .35*)	.002

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	المتوسطات	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
تقييم وظيفة الانتصاب	لا أمارس	108 6	4.3	(.12*) .031	.193	.07
	من ١ : ٤ مرات أسبوعيًا	453	4.2			
	من ٥ فما فوق أسبوعيًا	72	4.1			
فترة الكمون	لا أمارس	108 6	3.9	.015	-.27	(-.42*) .031
	من ١ : ٤ مرات أسبوعيًا	453	3.8			
	من ٥ فما فوق أسبوعيًا	72	4.2			
التحكم في القذف	لا أمارس	108 6	3.3	(.20*) .005	-.097	-.297
	من ١ : ٤ مرات أسبوعيًا	453	3.1			
	من ٥ فما فوق أسبوعيًا	72	3.4			
رضا الزوج	لا أمارس	108 6	3.9	(.28*)	(.27*)	-
	من ١ : ٤ مرات	453	3.6			

الفروق بين مؤشرات تقييم القذف المبكر طبقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية عمر سلامة وآخرون

متوسط الفروق (٣/٢)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٢/١)	المتوسطات	عدد الأفراد	مجموعات المقارنة	المتغيرات
.009)	.000			أسبوعياً	
			3.6	72	من ٥ فما فوق أسبوعياً	
-.05	.17	(.21*) .000	4.0	108 6	لا أمارس	رضا الزوجة
			3.8	453	من ١ : ٤ مرات أسبوعياً	
			3.8	72	من ٥ فما فوق أسبوعياً	
.033	-.23	(- .26*) .000	2.1	108 6	لا أمارس	المشقة النفسية
			2.3	453	من ١ : ٤ مرات أسبوعياً	
			2.2	72	من ٥ فما فوق أسبوعياً	
-.97	-.31	(.66*) .003	25.7	108 6	لا أمارس	المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر
			25.0	453	من ١ : ٤ مرات أسبوعياً	
			26.0	72	من ٥ فما فوق أسبوعياً	

وبالنظر في جدول (٦)، يتضح أن ثمة فروقاً دالة إحصائياً بين جميع مؤشرات تقييم القذف المبكر طبقاً لمتغير عدد مرات ممارسة العادة السرية، أولاً: "مؤشر الرغبة الجنسية" أوضحت النتائج فروق بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثالثة (من ٥ فما فوق أسبوعياً)، في اتجاه المجموعة الأولى، وكذلك فروق بين المجموعة الثانية (من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، والمجموعة الثالثة، في اتجاه المجموعة الثالثة؛ مما يعني أن الأشخاص الذين يمارسون العادة السرية ٥ مرات فأكثر أسبوعياً، لديهم رغبة جنسية أعلى مقارنة بغيرهم ممن لا يمارسون العادة السرية. بينما لم توجد فروق بين المجموعة الأولى، والثانية. ثانياً: مؤشري (تقييم وظيفة الانتصاب، والتحكم في القذف)، كشفت النتائج عن وجود فروق بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثانية (من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، في اتجاه المجموعة الأولى؛ نستخلص من ذلك أن الأشخاص الذين لا يمارسون العادة السرية أكثر قدرة على التحكم في القذف، والحصول على انتصاب قوي، مع الإثارة الجنسية، كافي لإتمام العملية الجنسية مقارنة بالأشخاص الذين يمارسون العادة السرية من (١ : ٤ مرات أسبوعياً). في حين لم توجد فروق بين باقي المجموعات. ثالثاً: "مؤشر فترة الكمون"، أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الثانية (من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، والمجموعة الثالثة (من ٥ فما فوق أسبوعياً)، في اتجاه المجموعة الثالثة، مما يُعد مؤشراً إلى أن الوقت الذي يمر من وقت الإيلاج إلى وقت القذف أطول لدى الأشخاص الذين يمارسون العادة السرية ٥ مرات فأكثر أسبوعياً مقارنة بغيرهم في المجموعة الثانية الذين يمارسون العادة السرية من (١ : ٤ مرات أسبوعياً). في حين لم توجد فروق بين باقي المجموعات رابعاً: "مؤشر رضا الزوج"، بينت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثانية

(من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، وفروقاً بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثالثة (من ٥ فما فوق أسبوعياً)، جميعها في اتجاه من لا يمارسون العادة السرية مما يعني أن الأشخاص الذين لا يمارسون العادة السرية أكثر شعوراً بالرضا عن العملية الجنسية مقارنة بغيرهم ممن يمارسون العادة السرية. في حين لم توجد فروق بين المجموعة الثانية، والثالثة. **خامساً: مؤشر (رضا الزوجة)**؛ أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثانية (من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، في اتجاه المجموعة الأولى؛ مما يعني أن الأشخاص الذين لا يمارسون العادة السرية زوجاتهم أكثر رضا عن العملية الجنسية مقارنة بغيرهن زوجات من يمارسون العادة السرية. في حين لم توجد فروق بين باقى المجموعات. **سادساً: مؤشر (المشقة النفسية)**، أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثانية (من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، في اتجاه المجموعة الثانية؛ مما يُعد مؤشراً إلى أن الأشخاص الذين يمارسون العادة السرية من ١ : ٤ مرات أسبوعياً، هم الأكثر شعوراً بالمشقة النفسية أثناء وبعد العلاقة الجنسية (القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي)؛ مقارنة بمن لا يمارسون العادة السرية. في حين لم توجد فروق بين باقى المجموعات. **وأخيراً المجموع الكلي لمؤشرات القذف المبكر**، كشفت النتائج عن فروق بين المجموعة الأولى (لا أمارس)، والمجموعة الثانية (من ١ : ٤ مرات أسبوعياً)، في اتجاه المجموعة الأولى؛ مما يعني أن الذين لا يمارسون العادة السرية يمتلكون مؤشرات قذف قوية أعلى من غيرهم ممن يمارسون العادة السرية من (١ : ٤ مرات أسبوعياً)، في حين لم توجد فروق بين باقى المجموعات.

في ضوء التشابه والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الدراسات

السابقة، اتفقت نتائج دراسة (Rowland, D. L. & (Niu, C. etal., 2023)

(etal., 2021)، مع نتائج الدراسة الراهنة حيث كشفت عن وجود علاقة إيجابية دالة

بين تكرار ممارسة العادة السرية وزيادة القذف المبكر والانتصاب، في حين ارتبطت العلاقة الجنسية بين الزوج وشريكه بمشكلات قذف أقل. كما اتفقت نتائج دراسة (Niu, C. et al., 2023)، مع الدراسة الحالية التي أظهرت ارتباط زمن كمون القذف ارتباطاً إيجابياً مع تكرار ممارسة العادة السرية مما يُعد مؤشراً إلى أن الوقت الذي يمر من وقت الإيلاج إلي وقت القذف أطول لدى الأشخاص الذين يمارسون العادة السرية بمن لا يمارسون.

في حين تعارضت نتائج دراسة كل من (Park, H. J. et al., 2010) & (Corty, E., 2008) مع نتائج الدراسة الحالية؛ حيث بينت كل منهم أن زمن كمون القذف يكون أقصر لدى الأشخاص الذين يمارسون العادة السرية مقارنة بالأشخاص الذين لا يمارسونها. وفي هذا السياق أيضاً أكدت دراسة (Vanden Broucke, H. et al 2007)، أن زمن كمون القذف يكون مضاعفاً خلال الجماع بين الشريكين مقارنة بزمن كمون القذف خلال العادة السرية .

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Santtila, P. et al., 2007)، التي أوضحت وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الجماع، والرضا الجنسي ، ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين الرضا الجنسي وممارسة العادة السرية.

وفي الاخير أكدت دراسة (Rowland, D. L. et al 2022)، أن أعراض القذف المبكر تقل بشكل كبير لدى الرجال الذين تم تشخيصهم به، عند ممارسة العادة السرية؛ حيث يكون زمن كمون القذف أطول والقدرة على التحكم أكبر، في حين على العكس أبلغ الرجال الذين لا يعانون من القذف عن زمن كمون قذف أقصر أثناء ممارسة العادة السرية. وكان الشعور بالمشقة النفسية أقل لكلا المجموعتين أثناء ممارسة العادة السرية، لكن الشعور بالمشقة النفسية لدى الرجال ذوي القذف أثناء ممارسة العادة السرية كان مشابهاً للمشقة النفسية لدى الرجال الذين ليس لديهم قذف مبكر أثناء ممارسة الجنس مع شريك.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع باللغة العربية

هنا شويخ (٢٠١٤). مؤشرات تقييم القذف المبكر وعلاقتها بفعالية الذات الجنسية والرضا الجنسي لدى عينة من الأزواج الذكور. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٢(١)، ١٢١: ١٥٢.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

- Althof S (2006) The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. . *Journal of Sexual Medicine*3(Suppl 4):324–331
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington.
- Amidu, N., Owiredu, W. K., Dapare, P. P., & Antuamwine, B. B. (2015). Perceptions of normal and abnormal ejaculatory latency times: an observational study in Ghanaian males and females. *European Journal of Medical Research*, 20(1), 1-7..
- Amiri, M., Khosravi, A., Nouri, M., Ahmadianfar, F., Kebria, M. H., & Raei, M. (2020). Sexual satisfaction and related factors among Iranian married women, 2017. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16(4), 29–33. <https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/>
- Arafa, M., & Shamloul, R. (2007). Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). *The journal of sexual medicine*, 4(6), 1750-1756.
- Aşkin, M., Koç, E. M., Sözmen, M. K., Şahin, E. M., & Aydoğmuş, S. (2019). Evaluation of factors affecting sexual

- functions and contraceptive method preferences of women. *Duzce Medical Journal*, 21(3), 172–176
- Babayan, S., Saeed, B. B., & Aminpour, M. (2018). A study on body image, sexual satisfaction, and marital adjustment in middle-aged married women. *Journal of Adult Development*, 25(4), 279–285. <https://doi.org/10.1007/s10804-018-9292-2>.
- Bancroft, J., Long, J. S., & McCabe, J. (2011). Sexual well-being: A comparison of U.S. black and white women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 725–740. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9679-z>
- Bancroft, J., Long, J. S., & McCabe, J. (2011). Sexual well-being: A comparison of U.S. black and white women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 725–740. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9679-z>
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 639–652. <https://doi.org/10.2307/353919>.
- Carson, C., & Gunn, K. (2006). Premature ejaculation: Definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research*, 18, S2–S13. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901507>.
- Chedraui, P., Pérez-López, F. R., Sánchez, H., Aguirre, W., Martínez, N., Miranda, O., Plaza, M. S., Schwager, G., Narváez, J., Quintero, J. C., & Zambrano, B. (2012). Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas*, 71(4), 407–412.

- Cheng, S., Hamilton, L., Missari, S., Ma, J., & Kuo, H. (2014). Sexual subjectivity among adolescent girls: Social disadvantage and young adult outcomes. *Social Forces*, 93(2), 515–544. <https://www.jstor.org/stable/43287836>.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties i Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121–132. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9599-y>.
- Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. *Journal of Sex Research*, 39(1), 3-7.
- Corty, E. W. (2008). EJACULATORY DISORDERS: Perceived Ejaculatory Latency and Pleasure in Different Outlets. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(11), 2694-2702.
- Cranney, S. (2017). Sex life satisfaction in sub-saharan Africa: A descriptive and exploratory analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 1961–1972. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0984-7>.
- Crisp, C., Vaccaro, C., Fellner, A., Kleeman, S., & Pauls, R. (2015). The influence of personality and coping on female sexual function: A population survey. *The journal of sexual medicine*, 12(1), 109-115.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of sex research*, 42(2), 138-149.
- Do, T. T., Khuat, H. T., & Nguyen, A. T. V. (2018). More property, better sex? the relationship between property ownership and sexual satisfac-tion among married Vietnamese

women. Sex Roles, 79(7-8), 409-420.
<https://doi.org/10.1007/s11199-017-0879-z>

Eplov, L., Giraldi, A., Davidsen, M., Garde, K., & Kamper-Jørgensen, F. (2007). EPIDEMIOLOGY: Sexual Desire in a Nationally Representative Danish Population. *The journal of sexual medicine*, 4(1), 47-56.

Fuchs, A., Matonóg, A., Pilarska, J., Sieradzka, P., Szul, M., Czuba, B., & Drosdzol-Cop, A. The impact of COVID-19 on female sexual health. (2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7152. Article 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197152>.

Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Lara, L. A. S., Alves, J. D., Ramos, A. C. V., Campoy, L. T., Alonso, J. B., Nascimento, L. C., & Arcêncio, R. A. (2019). Determinants of female sexual function in breastfeeding women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(6), 538-549.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1586020>

Giuliano F& et al (2008) Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. *Eur Urol* 53(5):1048-1057

Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020;54(41):1---12, <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001709> [cited 2021 feb 15].

Güleroğlu, F. T., & Beşer, N. G. (2014). Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 146-153. <https://doi.org/10.1111/jsm.12347>.

- Hanafy, S., Hamed, A. M., & Hilmy Samy, M. S. (2019). Prevalence of premature ejaculation and its impact on the quality of life: Results from a sample of Egyptian patients. *Andrologia*, 51(8), e13298.
- Harun, Z., & Ahmad, S. (2018). Premature ejaculation and quality of life among men attending Klinik Kesihatan Jaya Gading, Kuantan. *International Journal of Public Health Research*, 8(1), 878-884.
- Higgins, J. A., Lands, M., Ufot, M., & McClelland, S. I. (2022). Socioeconomics and erotic inequity: a theoretical overview and narrative review of associations between poverty, socioeconomic conditions, and sexual wellbeing. *The Journal of Sex Research*, 59(8), 940-956.
- Jain, N., Mehra, R., Goel, P., & Chavan, B. (2019). Sexual health of postmenopausal women in North India. *Journal of Mid-Life Health*, 10(2), 70–74. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_38_18
- Jamali, S., Poornowrooz, N., Mosallanezhad, Z., & Alborzi, M. (2018). Correlation between sexual satisfaction and self-esteem and stress in women of reproductive age. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(10), QC16–QC19.
- Kaviani, M., Rahnavard, T., Azima, S., Emamghoreishi, M., Asadi, N., & Sayadi, M. (2014). The effect of education on sexual health of women with hypoactive sexual desire disorder: A randomized controlled trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(2), 94.
- kim, J. S., & Kang, S. (2015). A study on body image, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle-aged adults. *Asian Nursing Research*, 9(2), 96–103.

<https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.12.001> 954J. HIGGINS ET AL.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T, GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39–57.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., & Moreira, E., ... GSSAB Investigators' Group (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39–57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>

Lee, S. W., Lee, J. H., Sung, H. H., Park, H. J., Park, J. K., Choi, S. K., & Kam, S. C. (2013). The prevalence of premature ejaculation and its clinical characteristics in Korean men according to different definitions. *International journal of impotence research*, 25(1), 12-17.

Lesch, E., & Adams, A. R. (2016). Sexual intimacy constructions of heterosexual couples living in a low-income, “colored,” farmworker community in South Africa. *Journal of Sex Research*, 53(9), 1082–1095.

Llaneza, P., Fernández-Iñarrea, J. M., Arnott, B., Garcia-Portilla, M. P., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2011). Sexual

function assessment in postmenopausal women with the 14-item Changes in Sexual Functioning Questionnaire. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2144–2151. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02309.x>

Lorimer, K., DeAmicis, L., Dalrymple, J., Frankis, J., Jackson, L., Lorgelly, P., McMillan, L., & Ross, J. (2019). A rapid review of sexual wellbeing definitions and measures: Should we now include sexual wellbeing freedom? *Journal of Sex Research*, 56(7), 843–853. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1635565>.

Mamuk, R., & Dissiz, M. (2018). Evaluation of sexual functions of married women in Istanbul. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1169–1175.

Martins, F. G., & Abdo, C. H. N. (2010). Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18–40 years. *The journal of sexual medicine*, 7(6), 2166–2173.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

McMahon CG, Giuliano F, Dean J, et al: Efficacy and safety of dapoxetine in men with premature ejaculation and concomitant erectile dysfunction treated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor: randomized, placebo-controlled, phase III study, *J Sex Med* 10(9):2312–2325, 2013.

McMahon, C. (2016). Disorders of male orgasm and ejaculation. *Campbell-Walsh Urology*. Philadelphia: Elsevier, 692-708.

McMahon, C. G., Althof, S. E., Waldinger, M. D., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I. D., ... & Segraves, R. (2008). An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the

- International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *The journal of sexual medicine*, 5(7), 1590-1606.
- Niu, C., Ventus, D., Jern, P., & Santtila, P. (2023). Premature ejaculation among Chinese urban men: prevalence and correlates. *Sexual Medicine*, 11(1), qfac015.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of sexual behavior*, 35(4), 491-499
- Nolazco, C., Bellora, O., López, M., ... O. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions in Argentina. *International Journal of Impotence Research*,
- Park, H. J., Park, J. K., Park, K., Lee, S. W., Kim, S. W., Yang, D. Y., ... & Park, N. C. (2010). Prevalence of premature ejaculation in young and middle-aged men in Korea: a multicenter internet-based survey from the Korean Andrological Society. *Asian journal of andrology*, 12(6), 880.
- Pelusi, J. (2006). Sexuality and Body Image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Cancer nursing*, 29(2), 32-38.
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional helpseeking. *European Urology*, 51, 816–823. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.07.004>.
- prevalence. *International Journal of Impotence Research*, 18, S2–S13. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901507>.

- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Jafarabadi, M., & Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 85(1), 139-143.
- Rosen, R. C., McMahon, C. G., Niederberger, C., Broderick, G. A., Jamieson, C., & Gagnon, D. D. (2007). Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. *The Journal of urology*, 177(3), 1059-1064.
- Rowland, D. L., & Cooper, S. E. (2013). Risk factors for premature ejaculation: *The intrapsychic risk factor*. In *Premature Ejaculation* (pp. 99-109). Springer, Milano.
- Rowland, D. L., Teague, L. G., & Hevesi, K. (2022). Premature ejaculation measures during partnered sex and masturbation: What these findings tell us about the nature and rigidity of premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(7), 680-693.
- Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A. D. A., ... & Sandnabba, N. K. (2007). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: Gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(1), 31-44.
- Schapiro B (1943) Premature ejaculation: a review of 1130 cases. *J Urol* 50:374–379
- Schensul, S. L., Brault, M. A., Prabhughate, P., Bankar, S., Ha, T., & Foster, D. (2018). Sexual intimacy and marital relationships in a low-income urban community in India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(10), 1087–1101. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1491060>.

- Serefoglu EC,McMahon CG,Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An evidence- based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *J Sex Med.* 2014;11: 1423–41.
- Serefoglu, E. C., Yaman, O., Cayan, S., Asci, R., Orhan, I., Usta, M. F., ... & Kadioglu, A. (2011). Prevalence of the complaint of ejaculating prematurely and the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *The journal of sexual medicine*, 8(2), 540-548.
- Step toe, A., Brydon, L., & Kunz-Ebrecht, S. (2005). Changes in financial strain over three years, ambulatory blood pressure, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 281–287. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000156932.96261.d2>.
- Tekin, Y. B., Ural, U. M., Ustuner, I., Balık, G., & Guven, E. S. G. (2014). Evaluation of female sexual function index and associated factors among married women in North Eastern Black Sea region of Turkey. *Turk Jinekoloji Ve Obstetrik Dernegi Dergisi*, 11(3), 153–158. <https://doi.org/10.4274/tjod.43815>.
- van Hooff, J., & Morris, S. P. (2021). Sexual wellbeing and social class in Britain: An analysis of nationally representative survey data. *Sociological Research Online*, 26(2), 288–308. <https://doi.org/10.1177/1360780420925489>.
- van Hooff, J., & Morris, S. P. (2021). Sexual wellbeing and social class in Britain: An analysis of nationally representative

survey data. *Sociological Research Online*, 26(2), 288–308.
<https://doi.org/10.1177/1360780420925489>

Verze, P., Arcaniolo, D., Palmieri, A., Cai, T., La Rocca, R., Franco, M., ... & Mirone, V. (2018). Premature ejaculation among Italian men: prevalence and clinical correlates from an observational, non-interventional, cross-sectional, epidemiological study (IPER). *Sexual medicine*, 6(3), 193-202.

Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (1998). An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2(4), 287-293.

Wang. S, Wang. SH, Li. H, Xie. M, Long. T& Li. X (2019). *Psychological and Mental Factors of Emotional Stability in Patients with Primary Premature Ejaculation. International Conference on Medical Sciences and Biological Engineering, China, 404000, 274: 277.*

wikle, J. S., Leavitt, C. E., Yorgason, J. B., Dew, J. P., & Johnson, H. M. (2020). The protective role of couple communication in moderating negative associations between financial stress and sexual outcomes for newlyweds. *Journal of Family and Economic Issues*. <https://doi.org/10.1007/s10834-020-09728-2>

The differences in premature ejaculation assessment indicators according to some demographic variables

Abstract:

The current study sought to investigate the differences in indicators of premature ejaculation in a group of male couples. The study included 1611 male participants with an average age of (32.54) years and a standard deviation of (5.90) years. And the Arab scale for indicators of premature ejaculation assessment, the demographic data form, and it was taken into account to check the psychometric effectiveness of the tools were applied to the sample. (1) There was no significant effect for the indicators of premature ejaculation assessment (sexual desire, erectile function assessment, latency period, ejaculation control, patient satisfaction, wife satisfaction, psychological hardship, total number of premature ejaculation indicators), according to the results, (2) the presence of a significant effect of education level in each index (erectile function assessment, latency period, ejaculation control, total number of indicators of premature ejaculation); The "F" values in those indicators were statistically significant, whereas they were not in the others (sexual desire, patient satisfaction, wife satisfaction, psychological hardship). (3) According to the variable of economic status, there are statistically significant differences between all indicators of premature ejaculation, except for the (wife's satisfaction) indicator. (4) The number of masturbations has a significant effect on all indicators of premature ejaculation.

Keywords: Premature ejaculation indicators, age, economic level, educational level, masturbation.