



العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي

المعرفي ومؤشرات القذف المبكر

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.2023.202777.1661

مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - المجلد (٣٢) العدد (٦٠) يوليو ٢٠٢٣

ISSN: 1110-614X الترخيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة

ISSN: 1110-709X الترخيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية

موقع المجلة الإلكتروني: <https://qarts.journals.ekb.eg>

العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي ومؤشرات القذف المبكر

الملخص:

استهدفت الدراسة الراهنة استكشاف علاقة استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي بمؤشرات القذف المبكر (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية)، لدى عينة من الأزواج الذكور، وتكونت عينة الدراسة من (١٦١١) مشاركاً من الرجال المتزوجين، بمتوسط عمري مقداره (٣٢.٥٤) سنة، وانحراف معياري يقدر بـ $\pm (٥.٩٠)$ سنة. وقد طبقت على العينة مجموعة من الأدوات النفسية اشتملت على: مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي، المقياس العربي لمؤشرات تقييم القذف المبكر، واستمارة البيانات الديموجرافية، وقد روعي التحقق من الفعالية السيكومترية للأدوات. النتائج: (١) توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية (لوم الذات، الاجترار، الكارثية، الكبت، المجموع الكلي)، وأغلب مؤشرات القذف المبكر باستثناء مؤشر المشقة النفسية ارتبط إيجابياً، (٢) المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية (القبول، إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط، وضع الأمور في نصابها، المجموع الكلي) ارتبط ارتباطاً إيجابياً دالاً بأغلب مؤشرات القذف المبكر باستثناء مؤشر المشقة النفسية ارتبط سلبياً.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي، مؤشرات القذف المبكر.

مقدمة الدراسة

تُمثل الدراسة العلمية للحياة الجنسية^(١) أحد المجالات المهمة لتكامل الشخصية الإنسانية منذ عقدين سابقين حتى الآن (Coleman, 2002)، فالجنس جانباً مهماً من الجوانب الجسمية؛ للحياة النفسية والاجتماعية، ورفع جودة الحياة للأفراد، وتنمية ذواتهم، ويتأثر من خلال انفعالات الأفراد وأفكارهم، ومشاعرهم تجاه أنفسهم واتجاه الآخرين، (Pelusi, 2006: 36).

ويُعد القذف المبكر أكثر أنواع الخلل الوظيفي الجنسي شيوعاً عند الذكور؛ حيث يعاني حوالي (٢٠ : ٤٠٪)، من الذكور من سرعة القذف في مرحلة ما من حياتهم، ويرتبط حدوثه ارتباطاً وثيقاً 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؛ هذا بدوره يؤدي إلى آثار ضارة على الصحة النفسية، والعقلية لذوي القذف المبكر (Wang et al., 2019: 274)؛ كما أكدت أيضاً (هناء شويخ، ٢٠١٤ : ١٢١)، أن للعوامل النفسية والثقافية، والبيولوجية، والاجتماعية دوراً مهماً في نشأة الاختلالات الجنسية، أو تحقيق الصحة الجنسية.

التنظيم الانفعالي عملية معقدة تشمل استخدام مجموعة من استراتيجيات التنظيم العاطفي من قبل الفرد، وتُسمى أيضاً باستراتيجيات التأقلم، وعرفتها (أمنة حكمت، ٢٠٢٠، ٣٠) بأنه العمليات التي تتطلب جهداً واعياً لبدء، وتعديل نوع، أو كمية الانفعال من أجل الانخراط في الاستراتيجيات السوية لإدارة المواقف غير المريحة، وقد

¹ Sexual life

حدد "جارنفسكي" و"كرايج"، (Garnefski & kraaij, 2006: 1046)، استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي التي يستخدمها الأفراد عند استجابتهم للمواقف الضاغطة في نوعين من الاستراتيجيات؛ الأول وهو استراتيجيات إيجابية تكيفية وتتمثل في (القبول)^(٢)، إعادة التركيز الإيجابي^(٣)، التركيز على التخطيط^(٤)، إعادة التقييم الإيجابي^(٥)، وضع الأمور في نصابها^(٦) واستراتيجيات سلبية لا تكيفية تتمثل في (لوم الذات)^(٧)، لوم الآخرين^(٨)، الاجترار^(٩)، الكارثية^(١٠).

وعرف "ألثوف" (Althof, 2006: 324)؛ القذف المبكر بأنه 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. كما حددت (هنا شويخ، ٢٠١٤: ١٣٠) مؤشرات تقييم القذف المبكر وهي (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية).

وفي هذا السياق أوضح "ماكمولن" و"جيلز" (McMullin & Giles, 1998:1) أن تدخلات المجال الانفعالي، كما يتضح من العلاج الذي يُركز على العاطفة، تهدف إلى تعزيز الوعي العاطفي، وتنظيم المشاعر، وتحويل العاطفة السلبية إلى عاطفة إيجابية، فالوصول إلى المشاعر، والتعبير عنها، وتكاملها مع المعالجة المعرفية أمرًا

-
- 2 Acceptance
 - 3 Positive refocusing
 - 4 Refocus planning
 - 5 Positive reappraisals
 - 6 Putting into perspective
 - 7 Self-blame
 - 8 Other blame
 - 9 Rumination
 - 10 Catastrophizing

أساسياً، فالاستراتيجيات الإيجابية غالباً ما تخفف التوتر، أما الاهتمام بالمشاعر السلبية؛ لا سيما تلك التي تؤدي إلى سلوكيات عكسية مثل التجنب، قد توفر فرصة ضرورية لحل المشكلات الانفعالية المحيطة بمشكلة القذف المبكر.

ووفقاً لذلك يُمكن القول أن استراتيجيات التنظيم الانفعالي تلعب دوراً كبيراً في العملية الجنسية بوجه عام وفي القذف بوجه خاص؛ وقد يرجع ذلك لطبيعة تلك الاستراتيجيات التي تؤثر على تفكير الفرد، ومشاعره، ومن ثم سلوكياته، ونجاح العملية الجنسية وحدوث الرضا الجنسي دون وجود مشقة نفسية يتعلق بالاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد لتنظيم انفعالاته؛ ومن هنا يأتي اهتمام الدراسة الراهنة للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي ومؤشرات القذف المبكر.

مشكلة الدراسة:

المتغيرات النفسية المرتبطة عن القذف المبكر تشمل العناصر التي تشكل الماضي النفسي للشخص، والحاضر، التي تكمن وراء مواقفه، ومعتقداته، وقيمه، وخصائصه، وأفكاره، وعواطفه، وسلوكياته؛ حيث يمكن للطرق التي يفكر بها المريض، ويشعر بها حيال اضطرابه أن تصبح جزءاً من الخلل الوظيفي نفسه (القذف المبكر)؛ في هذه الحالة يمكن فحص المتغيرات النفسية التي تساهم في مسببات القذف المبكر، أو الحفاظ عليه، أو جعله أسوأ، فتحديد وفهم تلك العوامل النفسية من قبل كل من الطبيب، والمعالج، والمريض يؤدي إلى زيادة انفتاح المريض على العلاج، وتعزيز الآثار العلاجية لأي علاج يتم وصفه (سواء كان دوائياً أو نفسياً)، والحفاظ على تأثير العلاج من خلال زيادة الامتثال والتعافي من الانتكاس (Rowland & Cooper, 2013:104)

وقدرت 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" (١١)، والذي تم إجراؤه في (٢٩) دولة بتمويل من إحدى شركات الأدوية؛ أن معدل الانتشار العالمي للقذف المبكر يصل إلى (٢٣.٧٪). كما أوضح "جوليانو" و"آخرون" (Giuliano et al., 2008: 1050)؛ ارتباط سرعة القذف بنتائج نفسية سلبية لدى الرجال وشريكاتهم من خلال الدراسة التي كشفت عن اختلافات كبيرة بين الرجال الذين يعانون من القذف المبكر والرجال بدون القذف المبكر من خلال مقاييس للمشقة النفسية، ومعايشة المشاعر السلبية، والصعوبات الشخصية؛ وصلت نسبة المشقة النفسية لدى ذوي القذف إلى (٦٤٪) مقابل (٤٪) للرجال الطبيعيين جنسيًا، والصعوبات الشخصية لدى ذوي القذف وصلت إلى (٣١٪) مقابل (١٪) للرجال الطبيعيين جنسيًا على مقياس "PRO" للمشقة النفسية.

بناءً على ما سبق يجب أن تركز الدراسات المستقبلية على المتغيرات النفسية التي من المرجح أن تؤدي إلى تفاقم أعراض القذف المبكر بمجرد ظهورها، وكيفية مساهمة تلك المتغيرات في تطوير آليات للتحكم في عملية القذف المبكر وهذا ما تسعى إليه الدراسة الراهنة.

بالإضافة إلى أنه لا توجد دراسات عربية، أو أجنبية ربطت بين متغيرات الدراسة مُجتمعة؛ ذلك يتطلب القيام بالمزيد من البحوث الإضافية؛ لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية لمحاولة معرفة مدى إسهام استراتيجيات التنظيم الانفعالي في التنبؤ بمؤشرات القذف المبكر.

ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

¹¹ Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors

هل توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي (القبول، إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التركيز على التخطيط، إعادة التقييم الإيجابي، وضع الأمور في نصابها، لوم الذات، الاجترار، لوم الآخرين، الكارثية، الكبت)، ومؤشرات القذف المبكر (تقييم وظيفة الانتصاب، وفترة الكمون، والتحكم في القذف، ورضا المريض، ورضا الزوجة، والمشقة النفسية).

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي :

- تناول الدراسة لمفاهيم مهمة في علم النفس بصفة عامة، والإكلينيكي بصفة خاصة تتمثل في (استراتيجيات التنظيم الانفعالي، 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؛ ذلك من خلال الكشف عن المتغيرات المرتبطة بها.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي، ومؤشرات القذف المبكر.

مفاهيم الدراسة والإطار النظري

أولاً: التنظيم الانفعالي

١ - تعريف التنظيم الانفعالي

تُعبّر الانفعالات عن سلسلة من الاستجابات التي تظهر عند تعرض الفرد لموقف مثير؛ به بعض التحديات أو الفرص المهمة، فيقوم الفرد بتقييم الموقف كي يُظهر الانفعال وفقاً له.

ومفاهيم استراتيجيات التنظيم الانفعالي من المفاهيم الحديثة في المجال السيكولوجي، عرفها "ثامبوسون" (Thompson, 1994: 27)؛ بأنها "مجموعة من العمليات الداخلية والخارجية المسئولة عن مراقبة، وتقييم، وتعديل الاستجابة الانفعالية وخاصة حدتها، وخصائصها لتحقيق أهداف الفرد.

ويعرف الباحث التنظيم الانفعالي بأنه مجموعة من الاستراتيجيات الإيجابية والسلبية، الواعية وغير الواعية؛ التي يستند عليها الفرد في تنظيم انفعالاته في المواقف التي يواجهها؛ بهدف تقييم وتعديل استجاباته الانفعالية بما يتوافق مع الموقف؛ لتحقيق الهدف الذي يسعى إليه الفرد.

٢ - استراتيجيات التنظيم الانفعالي

ويؤكد ثومبوسون على دور العوامل البيئية في تنظيم انفعالات الطفل، في تكوين القدرة على التنظيم الذاتي للانفعالات، ويشير إلي أن وجود الطفل في السياق الاجتماعي يعد جانباً مهماً في تنظيم انفعالاته، لأن القائمين على رعاية الطفل يقومون بمساعدته في تنظيم خبراته الانفعالية بأساليب متنوعة من خلال التدخل المباشر لتخفيف الضغوط و التعليمات اللفظية، وتهيئة الظروف البيئية لمساعدته على ضبط الاستثارة الانفعالية.

وتتعدد استراتيجيات التنظيم الانفعالي الذي يستخدمها المعالجون في علاج مرضاهم والتي يركزون فيها على مساعدة مرضاهم في استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية والتكيفية والتعامل مع الاستراتيجيات السلبية اللاتكيفية التي تكونت لديهم، ويُمثل تلك الاستراتيجيات النماذج المختلفة التي قدمها كلاً من؛ "ثومبوسون" (Thompson, 1974)، و"جروس" (Gross, 1998: 275)، و"كامبوس" و"زملأوه" (Campos & et al., 2004, 377)، و"جارنفسكي" و"كرايج" (Garnefski & kraaij, 2006: 1046)

واعتمد الباحث في هذه الدراسة على تسعة استراتيجيات؛ قدمتها كلاً من "جارنفسكي" و"كرايج" (Garnefski & kraaij, 2006: 1046)، بالإضافة إلى استراتيجية الكبت والتي تضمنها نموذج جروس (1998)، وهم كالتالي:

١- استراتيجية القبول:

القبول كاستراتيجية تنظيم انفعال يساعد الفرد في التركيز على الاستجابة الانفعالية، والتعبير عنها دون محاولة تغييرها أو قمعها، ولقد وجد أن القبول يرتبط بانخفاض الخوف، والأفكار الكارثية، وسلوكيات التجنب، كما يرتبط بقدرة أكبر على تجاوز الأحداث السلبية.

٢- إعادة التركيز الإيجابي:

تشير إلى التفكير في التجارب الخبرات الإيجابية السارة بدلاً من التفكير في الحدث الفعلي أو الظروف الضاغطة.

٣- وضع الأمور في نصابها:

تتمثل في النظر في الموضوع أو الموقف من أكثر من زاوية، وعدم الانغلاق والنظر إليه من جهة واحدة، ووضع المشكلة في حجمها الحقيقي، ومقارنتها بخبرات أخرى تعرض لها الآخرون.

٤- إعادة التقييم الإيجابي:

وتشير إلى الأفكار التي تعطى الحدث معنى إيجابي من أجل النمو الشخصي.

٥- التخطيط:

تشير إلى التفكير في الخطوة التي سيأخذها الفرد، وكيف يعالج الأحداث السلبية.

٦- الاجترار

يُعد الاجترار من الاستراتيجيات غير التكيفية، وهو عبارة عن الميل إلى إعادة التفكير في الخبرة الانفعالية السلبية وفي أسبابها وعواقبها، مما يؤدي إلى زيادة التفكير السلبي، وتوجد علاقة موجبة بين الاجترار وكل من أعراض القلق والاكنتاب وادمان المواد المخدرة، ونهم الطعام.

٧- لوم الذات:

يشير إلى الأفكار التي تضع اللوم على الفرد نفسه بسبب انفعاله أو مشاعره، أو سلوكياته.

٨- لوم الآخرين:

يشير إلى كيف يخبر الفرد البيئة أو الشخص الآخر.

٩- الكارثية:

تشير إلى الأفكار التي تؤكد صراحة على الرعب والفرع مما مر به الشخص أو سيمر به من خبرات (Garnefski & kraaij, 2006: 1046).

١٠- الكبت

يتضمن الكبت كبح السلوكيات الانفعالية التعبيرية^(١٢)، ويرتبط بقلّة الخبرة وضعف القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية (John & Gross, 2004) فهو استراتيجية غير تكيفية لتنظيم الانفعال لأنه يمنع التعبير عن الانفعالات وتثبيطها وكف استثارته مما يؤدي إلى الأمراض النفسية.

٣- النظريات والنماذج المفسرة للتنظيم الانفعالي

١- نموذج جروس (١٩٩٨):

عرف "جروس" (Gross, 1998: 275)؛ في نموذج تنظيم الانفعالات على أنها "العمليات التي من خلالها يستطيع الفرد ضبط انفعالاته ويحدد متى يشعر بها؟ وكيف اكتسبها؟ وكيف يعبر عنها؟" وأشار جروس إلى أن تنظيم الانفعالات يرتبط بسلوك الفرد واستجاباته بصورة مباشرة. وحدد جروس، ١٩٩٨، خمسة طرق لتنظيم الانفعالات يمكن التدخل بها لإحداث تعديل في تلك العملية وهذه التدخلات يمكن تصنيفها لمجموعتين رئيسيتين من الاستراتيجيات هما:

أ- استراتيجيات التركيز المسبق أو إعادة التقدير^(١٣): والتي تهدف إلى التدخل لإحداث تغيير في مراحل مبكرة من عملية تولد الاستجابة الانفعالية من خلال إحداث

¹² Inhibiting emotion expressive behaviors

¹³ reappraisal

تغيير في ظروف الموقف التي تقود إلى الاستجابة الانفعالية وتشمل هذه الاستراتيجيات:

١- اختيار الفرد للموقف وهي العملية التي من خلالها يتم اختيار الموقف المرتبط بانفعالات محددة، فمثلاً يختار الفرد قضاء وقت ممتع بالمنزل في المساء، أو الخروج في نزهة مع الأصدقاء.

٢- تعديل في الموقف الذي تم اختياره في الخطوة السابقة بما يتماشى مع حاجات الفرد" أي تحديد السلوكيات المرتبطة بالموقف والتي تتماشى مع حاجات الفرد لتغيير تأثيره الانفعالي".

٣- عمليات الانتباه والتي تتضمن صرف الانتباه عن أشياء أو مواقف معينة واختيار التركيز على مواقف أخرى أو استعادة الأفكار "التأمل"؛^(٤) بحيث يكون تركيز الانتباه على المشاعر المرتبطة بالموقف.

٤- استخدام الفرد للتغيير المعرفي: ويشمل محاولة الفرد بشكل واعٍ ونشط إعادة هيكلة الموقف، وإعادة فحص التقييم المعرفي السابق الذي أنتج الحالة الانفعالية غير المرغوبة وتعديله من خلال التجنب، أو الإنكار، أو التعقل والتفسير الإيجابي للموقف.

ب- استراتيجيات التركيز على الاستجابة: وتستخدم في مرحلة متأخرة أثناء عملية تولد الانفعال؛ بهدف تغيير الآثار المترتبة على الانفعال من خلال التركيز على تغيير المكون الظاهري فقط من الاستجابة الانفعالية وعدم التركيز على الحدث بأكمله مثل استراتيجيات التركيز المسبق ويتضمن هذا النوع استراتيجية واحدة فقط وهي تعديل الاستجابة:

¹⁴ meditation

٢- نموذج "جارنفسكي" و"كرايج" (Garnefski& kraaij, 2004):

حدد "جارنفسكي" و"كرايج" (Garnefski& kraaij, 2006: 1046)، استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي يستخدمها الأفراد عند استجابتهم للمواقف الضاغطة في نوعين من الاستراتيجيات؛ الأول وهو استراتيجيات إيجابية تكيفية وتتمثل في (القبول، إعادة التركيز الإيجابي، التخطيط، إعادة التقييم الإيجابي، وضع الأمور في نصابها، واستراتيجيات سلبية لا تكيفية تتمثل في (لوم الذات، تركيز التفكير/ الاجترار، لوم الآخرين، الكارثية/ التهويل).

ثانيًا: مؤشرات القذف المبكر

١- 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 طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية^(١٥) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2022) 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.

¹⁵ The Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5)

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 الطرفية التي تم تحديدها أو، إذا كان معماً 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.
القذف المبكر (مكتسب): بدأ الاضطراب بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً.

تحديد ما إذا كان:

معتم: 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 (هناك شويخ، ٢٠١٤: ١٣٠)؛ 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, 1943)، لذا يجب اعتبار "شاببيرو" رائداً رئيسياً في البحث عن اضطراب القذف المبكر، ولسوء الحظ تم تجاهل التشخيص التفريقي الدقيق، والمكونات البيولوجية لحجج "شاببيرو" 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 et al., 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:

بحثت دراسة "نوبري" و"بينتوجوفيا" (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006: 1491) الاختلافات في الاستجابة العاطفية للأفكار التلقائية المقدمة أثناء الاداء الجنسي بين الذكور، والإناث الذين يعانون من اختلال وظيفي جنسي (القذف المبكر، ضعف الانتصاب، نقص الرغبة الجنسية، صعوبة الوصول للنشوة). تألفت عينة الدراسة من (٣٧٦) مشاركاً (١٦٠ من الإناث، و ١٢٠ من الذكور الأصحاء)، و (٤٧) من الإناث و ٤٩ من الذكور مع ذوي الاضطرابات الجنسية)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الأدوات التالية؛ استبيان الأوضاع الجنسية (نسخ SMQ للذكور والإناث،

ومقاييس الأداء الجنسي، ومقياس مشترك يتكون من ثلاثة مقاييس فرعية مترابطة: مقياس فرعي للفكر التلقائي (AT)، مقياس للاستجابة العاطفية، ومقياس فرعي للاستجابة الجنسية. وأظهرت النتائج أن كل من الذكور والإناث الذين يعانون من الخلل الوظيفي الجنسي لديهم استجابات عاطفية أقل إيجابية بشكل ملحوظ تجاه الأفكار التلقائية أثناء الأداء الجنسي؛ بالإضافة إلى أن الذكور، والإناث ذوي الاضطرابات الجنسية يعيشون كل من مشاعر الحزن، وخيبة الأمل، والخوف، والشعور بالذنب والغضب والكتب؛ وانخفاض المتعة والرضا الجنسي؛ مقارنة بالرجال الأصحاء.

بينما هدفت دراسة "بيترسون" و"جانسين" (Peterson & Janssen, 2007: 793) إلى توضيح دور الانفعالات الإيجابية، والسلبية، والمتناقضة في التنبؤ بفاعلية الذات الجنسية، وكل من الرغبة الجنسية، والاستجابة الجنسية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٦) من الإناث، و (١٩) من الذكور، واعتمدت أدوات الدراسة على الملاحظة، والمقابلة الشخصية، ومشاهدة مقتطفات من الأفلام المثيرة، ومقتطفات تصور لقاءً جنسياً قسرياً؛ تم تسجيل استجابات الأعضاء التناسلية طوال الدراسة، وسجل المشاركون مزاجهم واستثارته الجنسية الذاتية والرغبة بعد كل مقتطف. أظهرت النتائج وجود ارتباط دال بين تأثير الانفعال الإيجابي وفاعلية الذات الجنسية؛ بينما تأثير الانفعال السلبي كان مؤشراً ضعيفاً لفاعلية الذات الجنسية والإثارة الجنسية الذاتية، إلا أنه بالنسبة للنساء ارتبط تأثير الانفعال السلبي بشكل إيجابي بالاستجابة الجنسية في بعض الحالات. كما ارتبط التأثير المتناقض باستمرار بمستويات مرتفعة نسبياً من الإثارة الجنسية الذاتية والرغبة الجنسية.

كذلك قام "كريسب" و"أخرون" (Crisp et al., 2015: 109-115) بدراسة للكشف عن العلاقة بين سمات الشخصية، وبعض الاستراتيجيات الانفعالية للمواجهة (لوم الذات، والإلهاء على الوظيفة الجنسية النسائية). وتكونت عينة الدراسة من

(٥٢٦)، من الإناث، اعتمدت أدوات الدراسة على مقياس الوظيفة الجنسية للإناث (FSFI)، مقياس سمات الشخصية (TIPI) Ten Item Personality Index، ومقياس الاستراتيجيات الانفعالية للمواجهة The Brief COPE، أشارت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين عدم الاستقرار العاطفي وانخفاض الوظيفة الجنسية بشكل كبير، بالإضافة إلى وجود ارتباط دال ايجابي بين استراتيجيات المواجهة الانفعالية السلبية (اللوم الذاتي، والإلهاء الذاتي)، وضعف الوظيفة الجنسية.

استهدفت دراسة "نيوكومبي" و"ويفر" (Newcombe & Weaver, 2016: 99-108) العلاقة بين اليقظة الذهنية والإلهاء المعرفي (كاستراتيجيات لتنظيم الانفعالات)، والرفاهية الجنسية، وتكونت عينة البحث من (٣٥٥)، مشاركًا، واعتمدت أدوات الدراسة على مقاييس (اليقظة الذهنية، الإلهاء المعرفي، والرفاهية الجنسية)، وتم فحص الإلهاء المعرفي أثناء الأداء الجنسي كمتغير وسيط، وأظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي دال بين الإلهاء المعرفي والرفاهية الجنسية؛ في حين ارتبطت اليقظة الذهنية بمستويات أقل من اجترار الأفكار. وأوضح المشاركون ذوي المستويات الأعلى من اليقظة أنهم لديهم إلهاء معرفي أقل بشكل ملحوظ أثناء الأداء الجنسي، ومستويات أعلى بكثير من الرضا الجنسي. كما ارتبطت اليقظة بجميع جوانب الإلهاء المعرفي المقاسة (أي التشنيت الإدراكي بسبب مخاوف المظهر، ومخاوف الأداء، والمشتتات اليومية). أظهر التحليل الوسيط "Bootstrapping" تأثيرًا كبيرًا غير مباشر؛ للإلهاء المعرفي كمتغير الوسيط بين اليقظة والرضا الجنسي.

فروض الدراسة

- ١- توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات التنظيم الانفعالي ومؤشرات تقييم القذف المبكر.

المنهج والإجراءات

١- منهج الدراسة :

تعتمد الدراسة الراهنة علي المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك للتحقق من فروض الدراسة.

٢- عينة الدراسة :

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

٣- الأدوات

١- استمارة بيانات أولية: تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية: كالعمر، ومستوى التعليم، موطن الإقامة، المستوى الاقتصادي، عدد مرات ممارسة العادة السرية (إعداد الباحث).

٢- مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي، إعداد " جارنفسكي وآخرون " (Garnefski et al., 2002).

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

أولاً: مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي (تعريب وتقنين الباحث)

أولاً: وصف المقياس

عبارة عن استبيان مكون من ٣٦ بنداً ، ويتألف من الأبعاد الفرعية التسعة التالية المتميزة من الناحية المفاهيمية ، ويتكون كل منها من أربعة بنود؛ يشير كل منها إلى

^١Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE)

ما يعتقد شخص ما بعد تجربة الأحداث المهددة أو المجهدة: لوم الذات، لوم الآخر، الأجتار، التهويل، وضع في المنظور، إعادة التركيز الإيجابي؛ إعادة التقييم الإيجابي، القبول، وإعادة التركيز على التخطيط.

تمت اضافة بُعد آخر في المقياس تم الاستعانة به من مقياس آخر وهو مقياس "جروس" (Gross, 2003)؛ يسمى هذا البعد بإسم الكبت، ويتكون من (٤) عبارات فقط؛ بذلك أصبح المقياس يتكون من (٤٠) عبارة ومن عشر أبعاد فرعية، وقد تم الاستعانة بذلك البعد لأنه ترائى للباحث من خلال اطلاعه على مقياس "جارنفسكي وآخرون" (Garnefski et al., 2002) والمقاييس الأخرى، وفهمه لطبيعة عينة الدراسة وثقافتها؛ أهمية وجود بُعد الكبت في مقياس "جارنفسكي وآخرون" ذلك من منظور أن مقياس "جارنفسكي وآخرون" أغفل جانب الكبت والذي يلجأ إليه الكثير من الرجال في مجتمعاتنا كميكانيزم دفاعي يتناسب مع الثقافة الشرقية التي يشيع فيها أنه التعبير عن المشاعر ضعف، وأنه لا يحق للرجل أن يبوح أو يعبر عن مشاعره؛ لذلك كان الباحث حريصاً على أن يكون المقياس المستخدم متضمناً لعبارات تعبر عن قمع المشاعر أو التعبير عنها كوسيلة لتنظيم الإنفعال ولتحقيق ذلك تم اللجوء لمقياس "جروس، ٢٠٠٣" والذي يتكون من (١٠) عبارات تم الاستعانة بالعبارات فقط التي تمثل بُعد القمع، أو الكبت وعددهم (٤) عبارات .

الاستجابة علي هذا المقياس تتم عن طريق الاختيار من بين بدائل خمسة بوضع علامة (٧) علي الاختيار المناسب الذي يتناسب مع حالته وهذه البدائل هي غير موافق تماماً، غير موافق، محايد، موافق، موافق جداً. علماً بأن الدرجات المحسوبة لهذه الاستجابات الخمسة هي علي الترتيب (١، ٢، ٣، ٤، ٥)، ويتم الحصول على درجات كل بعد فرعي فردي من خلال جمع الدرجات التي تنتمي إلى كل بعد فرعي

معين بحيث تتراوح درجات كل مفحوص على كل كل بعد فرعي (من ٤ إلى ٢٠)؛ فكلما ارتفعت درجة المقياس الفرعي ، زاد استخدام الاستراتيجية المحددة.

ثانياً: 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 للمقاييس 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 لمقاييس الدراسة

معامل ثبات القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون	معامل ثبات ألفا	الاختبار	استراتيجيات التنظيم الانفعالي
٠.٦٣٢	٠.٦٤٢	استراتيجية لوم الذات	
٠.٤٠٠	٠.٥٧٣	استراتيجية القبول	
٠.٧٧٧	٠.٧٦٧	استراتيجية اجترار الأفكار	
٠.٨٣١	٠.٨٥٤	استراتيجية إعادة التركيز الايجابي	
٠.٧٠٠	٠.٧٣٢	استراتيجية إعادة التركيز على التخطيط	
٠.٧٦٢	٠.٨١١	استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي	
٠.٧٠٠	٠.٧٦٤	استراتيجية وضع الأمور في نصابها	
٠.٨٣٤	٠.٨١٣	استراتيجية الكارثية	
٠.٨١٤	٠.٨٦٣	استراتيجية لوم الآخرين	
٠.٦٥٦	٠.٧١٧	استراتيجية الكبت	
٠.٥٧٠	٠.٨٠٠	استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية	
٠.٥٠٠	٠.٨٠٥	استراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية	
٠.٧٠٠	٠.٧٤٥	مؤشرات تقييم القذف المبكر	

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

ثانياً الصدق:

أولاً مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي

تتضمن المقياس في صورته العربية (١٠) أبعاد، بعد إضافة بُعد إضافي (الكبت)، وبعد إجراء التحليل العاملي على المقياس؛ تبين أن عباراته تشبعت على عوامل (9) متدرجة من القيم الأعلى إلى القيم الأدنى لكل عامل على حدا؛ حيث قام التحليل العاملي بدمج بعدي (إعادة التركيز الايجابي، وإعادة التركيز على التخطيط) في بُعد واحد تم تسميته بـ "إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط"، وتترك باقي الأبعاد كما هي، كل قائم بذاته وبنفس تسميته في الصورة الأصلية للمقياس، بما فيه بُعد الكبت الي تمت إضافته للمقياس، وتراوحت قيم تشبع العبارات ما بين (39. - 86.)، بينما تراوحت درجات الشيوخ ما بين (36. - 81.)؛ ووفقاً لذلك تنطبق تلك النتائج مع نتائج تقنين المقياس في صورته الأصلية، وهذا يشير إلى صدق المقياس بالتحليل العاملي الاستكشافي.

ثانياً: مقياس مؤشرات القذف المبكر

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 (370. - 768.)، وبلغ الجذر الكامن 2.852، بينما وصلت النسبة المئوية للتباين 40.7 . وتشير تلك النتائج إلى صدق المقياس بالتحليل العاملي الاستكشافي.

٤- الأساليب الإحصائية

١- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرات.

عرض النتائج ومناقشتها

نتائج الفرض

ينص الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطية بين مؤشرات القذف المبكر واستراتيجيات التنظيم الانفعالي" للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون؛ وجدول رقم (١) يعرض نتيجة العلاقة بين مؤشرات القذف المبكر وكل من فاعلية الذات الجنسية، واستراتيجيات التنظيم الانفعالي، وصورة الجسم.

جدول (٢) نتائج معامل ارتباط بيرسون بين مؤشرات القذف المبكر واستراتيجيات التنظيم

الانفعالي.

المتغيرات	الرضا الجنسية	الرضا الوظيفي	الرضا الزوجية	الرضا المرضية	التحكم في القذف	فترة الكمون	تقييم وظيفة الانتصاب	الرضا الجنسية	المجموع الكلي
لوم الذات	-.00	-.046	-.06**	-.121**	-.07**	-.061*	-.046	-.052*	.172**
القبول	٣-.0	-.028	-.03	-.037	*٥-.0	-.032	-.028	-.039	.062*
الاجترار	.02	-.043	٥-.0	-.11**	**٣-.1	-.11**	-.043	-.07**	.187**
إعادة التركيز الإيجابي	.09**	.005	.09**	.08**	.04	*٦.0	.005	.091**	-.033
إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط	**٦.1	.112**	**٣.1	**٤.1	.07**	.09**	.112**	**٦.1	-.10**
وضع الأمور في نصابها	**٧.0	.042	**١.1	**٨.0	.02	.06*	.042	.08**	-.07**
الكارثية	-.00	-.083**	-.07**	-.13**	**٢-.1	**١-.1	-.083**	-.08**	.21**
لوم الآخرين	.02	-.036	-	**٢-.1	**٩-.0	**٩-.0	-.036	**٨-.0	.10**
الكبت	٢-.0	-.040	-.020	-.07**	-.045	-.016	-.040	-.02	.0**١
المجموع الكلي لاستراتيجيات السلبية	١.0	-.08**	**٨-.0	-.18**	-.150**	**٣-.1	-.08**	-.10**	**٦.2
المجموع الكلي لاستراتيجيات الإيجابية	**٣.1	.06**	.12**	.11**	.045**	.08**	.06**	**٣.1	**٧-.0

¹ * دالة عند مستوى ٠.٠٥ - ** دالة عند مستوى ٠.٠١

نتائج الفرض الأول

تبين من الجدول رقم (٢) تحقق الفرض بشكل شبه كلي؛ حيث جاء الارتباط إيجابياً وسلبياً ودلاً بين أغلب استراتيجيات التنظيم الانفعالي ومؤشرات تقييم القذف المبكر: أولاً، استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية (لوم الذات، الاجترار، الكارثية، الكبت، المجموع الكلي)، تبين ارتباط لوم الذات بمؤشرات القذف المبكر عكسياً (فترة الكمون، التحكم في القذف، رضا المريض، رضا الزوجة)؛ مما يعني أن اعتماد الفرد على استراتيجية لوم الذات بشكل مرتفع في تنظيم مشاعره؛ يصاحبه انخفاض^(١٧) مؤشرات القذف المبكر وأن الفرد لديه فترة كمون، وتحكم في القذف أقل، ورضاه هو وزوجته أقل. وعلى العكس ارتبط لوم الذات بمؤشر المشقة النفسية ارتباطاً إيجابياً؛ مما يعني أن ارتفاع درجة الفرد على مؤشر القذف المبكر (المشقة النفسية) يصاحبه ارتفاع الشعور بلوم للذات. في حين أن مؤشري (الرغبة الجنسية، ووظيفة الانتصاب) لم يرتبطا بلوم للذات. كما تبين ارتباط الاجترار بمؤشرات القذف المبكر (الكمون، التحكم في القذف، رضا المريض، المجموع الكلي) ارتباطاً عكسياً، بمعنى أن انخفاض درجة الفرد على تلك المؤشرات؛ يصاحبه زيادة اعتماد الفرد على الاجترار في تنظيم انفعالاته والعكس صحيح، بينما ارتبط الاجترار ارتباطاً إيجابياً مع مؤشر المشقة النفسية مما يعني أن انخفاض درجة الفرد على مؤشر القذف المبكر (المشقة النفسية) يصاحبه انخفاض الاجترار لدى الشخص والعكس صحيح. بينما لم يرتبط الاجترار بكل من

(١٧) ارتفاع درجة الفرد على مقياس مؤشرات القذف المبكر يعني أن الشخص لديه (رغبة جنسية، وانتصاب قوي، وفترة كمون طبيعية، وتحكم في القذف ورضا منه ومن زوجته بالإضافة إلى انخفاض الشعور بالمشقة النفسية أثناء العملية الجنسية)؛ والعكس صحيح أي أن انخفاض درجة الفرد على مؤشرات القذف المبكر يعني أن الشخص لديه (رغبة جنسية، وانتصاب أقل، وفترة كمون أقل وتحكم أقل في القذف ورضا منه ومن زوجته أقل بالإضافة إلى زيادة الشعور بالمشقة النفسية أثناء العملية الجنسية)

مؤشر (الرغبة الجنسية، ووظيفة الانتصاب، ورضا الزوجة). وفيما يخص الكارثية تبين ارتباطها بمؤشرات القذف المبكر عكسياً (وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، رضا المريض، رضا الزوجة، والمجموع الكلي)، مما يعني أن انخفاض درجة الفرد على مؤشرات القذف المبكر يصاحبه ارتفاع الكارثية لدى الفرد، وعلى العكس ارتبطت الكارثية بمؤشر المشقة النفسية ارتباطاً إيجابياً؛ مما يعني أن ارتفاع درجة الفرد على مؤشر (المشقة النفسية) يصاحبه زيادة اعتماد الفرد على استراتيجيات الكارثية لتنظيم انفعالاته. في حين أن مؤشر (الرغبة الجنسية) لم يرتبط بالكارثية. بينما ارتبط الكبت برضا المريض ارتباطاً عكسياً مما يعني أن ارتفاع درجة الفرد على مؤشر (رضا المريض) يصاحبه انخفاض اعتماد الفرد على استراتيجيات الكبت في تنظيم انفعالاته، وعلى النقيض ارتبط الكبت بمؤشر المشقة النفسية ارتباطاً إيجابياً؛ مما يعني أن ارتفاع درجة الفرد على مؤشر (المشقة النفسية) يصاحبه ارتفاع الكبت لدى الشخص، بينما لم يرتبط الكبت بباقي المؤشرات (الرغبة الجنسية، ووظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، ورضا الزوجة، والمجموع الكلي). وأخيراً تبين ارتباط المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية بمؤشرات القذف المبكر عكسياً (وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، رضا المريض، رضا الزوجة، والمجموع الكلي)، مما يعني أن انخفاض درجة الفرد على مؤشرات القذف المبكر يصاحبه زيادة اعتماد الفرد على استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية في تنظيم انفعالاته في حين على العكس ارتبط المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية بمؤشر المشقة النفسية ارتباطاً إيجابياً؛ مما يعني أن ارتفاع درجة الفرد على مؤشر القذف المبكر (المشقة النفسية) يصاحبه زيادة اعتماد الفرد على استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية في تنظيم انفعالاته. في حين أن المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية لم يرتبط بمؤشر (الرغبة الجنسية).

ثانياً، استراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية (القبول، إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط، وضع الأمور في نصابها، المجموع الكلي)، تبين ارتباط القبول ارتباطاً عكسياً بمؤشر التحكم في القذف مما يعني أن انخفاض مؤشر التحكم في القذف يصاحبه شعور مرتفع بالقبول. وعلى العكس ارتبط القبول بمؤشر المشقة النفسية ارتباطاً إيجابياً؛ مما يعني أن انخفاض درجة الفرد على مؤشر المشقة النفسية يصاحبها شعور منخفض بالقبول، في حين لم يرتبط القبول بكل مؤشرات القذف المبكر المتبقية (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي).

بينما ارتبطت استراتيجية إعادة التركيز الإيجابي ارتباطاً إيجابياً بمؤشرات (الرغبة الجنسية، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي) مما يعني أن زيادة استخدام الفرد لاستراتيجية إعادة التركيز الإيجابي في تنظيم مشاعره يصاحبه زيادة (الرغبة الجنسية، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي). في حين لم ترتبط استراتيجية إعادة التركيز الإيجابي بباقي المؤشرات (تقييم الانتصاب، التحكم في القذف، المشقة النفسية).

وفيما يخص استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط نجد أنها ارتبطت ارتباطاً عكسياً بمؤشر المشقة النفسية مما يعني أن انخفاض استخدام الفرد لاستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط في تنظيم مشاعره يصاحبه زيادة (المشقة النفسية) لدى الفرد والعكس صحيح؛ وعلى النقيض من ذلك نجد أن استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط ارتبطت ارتباطاً إيجابياً بباقي المؤشرات (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي) مما يعني أن زيادة استخدام الفرد لاستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتخطيط في تنظيم

مشاعره يصاحبه زيادة (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، التحكم في القذف، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي).

وعلى جانب آخر نجد أن استراتيجية وضع الأمور في نصابها ارتبطت ارتباطاً عكسياً بمؤشر المشقة النفسية مما يعني أن انخفاض استخدام الفرد لاستراتيجية وضع الأمور في نصابها في تنظيم مشاعره يصاحبه زيادة شعور الفرد (بالمشقة النفسية) والعكس صحيح؛ بينما ارتبطت تلك الاستراتيجية ارتباطاً إيجابياً بمؤشرات (الرغبة الجنسية، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي)؛ مما يعني أنه كلما كان الفرد أكثر قدرة على استخدام استراتيجية وضع الأمور في نصابها، كلما كانت لديه مؤشرات (الرغبة الجنسية، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي) قوية، في حين لم ترتبط استراتيجية وضع الأمور في نصابها بمؤشري (وظيفة الانتصاب، التحكم في القذف).

المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية نجد أنها ارتبطت ارتباطاً إيجابياً بمؤشر المشقة النفسية مما يعني أن زيادة استخدام الفرد لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية في تنظيم مشاعره؛ يصاحبه ارتفاع درجة الفرد على مؤشر (المشقة النفسية) والعكس صحيح؛ وعلى النقيض من ذلك نجد أن المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية ارتبط ارتباطاً عكسياً بمؤشرات (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي)؛ مما يعني أن زيادة استخدام الفرد لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية في تنظيم مشاعره يصاحبه انخفاض (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي). في حين لم يرتبط المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية بمؤشر (التحكم في القذف).

وأخيراً المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية نجد أنها ارتبطت ارتباطاً عكسياً بمؤشر المشقة النفسية مما يعني أن زيادة استخدام الفرد لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية في تنظيم مشاعره؛ يصاحبه انخفاض درجة الفرد على مؤشر (المشقة النفسية) والعكس صحيح؛ وعلى النقيض من ذلك نجد أن المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية ارتبط ارتباطاً إيجابياً بمؤشرات (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي)؛ مما يعني أن زيادة استخدام الفرد لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية في تنظيم مشاعره يصاحبه زيادة (الرغبة الجنسية، وظيفة الانتصاب، فترة الكمون، رضا المريض، رضا الزوجة، المجموع الكلي). في حين لم يرتبط المجموع الكلي لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية بمؤشر (التحكم في القذف).

في ضوء التشابه والاختلاف بين نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الدراسات السابقة اتفقت نتائج دراسة كل من "نوبري" و"بينتوجوفيا" (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006: 491)؛

"شاهفيردي" (Shahverdi et al., 2020)؛ مع نتائج الدراسة الحالية؛ حيث أظهرت أن الرجال الذين يعانون من القذف المبكر أكثر اعتماداً على استراتيجيات تنظيم انفعالي سلبية مثل (الحزن، لوم الذات، والخوف، انخفاض الرضا، والكبت)؛ مقارنة بالرجال الذين لا يعانون من خلل جنسي. كما توصلت دراسة "بيترسون" و"جانسين" (Peterson & Janssen, 2007: 793)؛ إلى أن تأثير الانفعال الإيجابي ارتبط بقوة وإيجابية بالاستجابة الجنسية الذاتية (الرغبة الجنسية- الانتصاب)، بينما تأثير الانفعال السلبي كان عموماً مؤشراً ضعيفاً للإثارة الجنسية الذاتية.

وفي هذا السياق أيضًا كشفت نتائج دراسة "نوبري" و"بينتوجوفيا" (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008: 652)؛ عن وجود ارتباط قوي وإيجابي بين الخل الجنسي واستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفية، والتأثير الاكتسابي. كما أيدت نتائج دراسة "كريسب" و"آخرون" (Crisp et al., 2015: 109-115)؛ وجود ارتباط قوي وإيجابي بين عدم الاستقرار العاطفي مع انخفاض الوظيفة الجنسية بالإضافة إلى أن اعتماد الفرد على استراتيجيات المواجهة الانفعالية السلبية (اللوم الذاتي، والإلهاء الذاتي)، ارتبط إيجابيًا بضعف الوظيفة الجنسية. في حين أن نتائج دراسة "دوبي" و"آخرون" (Dubé et al., 2019)؛ أتقت مع الدراسة الحالية في أن الأزواج الذكور الذين استخدموا استراتيجية إعادة التقييم العاطفي بشكل أكبر؛ ظهر لديهم مشقة نفسية أقل، ورضا أعلى عن العلاقة، ورغبة جنسية أعلى، وأبلغت زوجاتهم عن رضا أعلى عن العلاقة، وأن الأزواج الذكور الذين اعتمدوا على استراتيجيات الكبت كانوا أكثر شعورًا بالمشقة النفسية وأقل رضا عن العلاقة.

بينما اختلفت نتائج تلك الدراسة مع نتائج الدراسة الحالية في أن الأزواج الذكور الذين اعتمدوا على استراتيجية الكبت بشكل أكبر في تنظيم انفعالاتهم؛ كان لديهم رغبة جنسية ورضا جنسي أقل لدى زوجاتهم، في حين أن الدراسة الحالية كشفت عن عدم وجود ارتباط بين الكبت وكل من (الرغبة الجنسية-رضا الزوجة).

أوضح "جوليانو" و"آخرون" (Giuliano et al., 2008: 1050)؛ ارتباط سرعة القذف بنتائج نفسية سلبية لدى الرجال وشريكاتهم من خلال الدراسة التي كشفت عن اختلافات كبيرة بين الرجال الذين يعانون من القذف المبكر والرجال بدون القذف المبكر من خلال مقاييس للمشقة النفسية، ومعايشة المشاعر السلبية، والصعوبات الشخصية؛ وصلت نسبة المشقة النفسية لدى ذوي القذف إلى (٦٤٪) مقابل (٤٪)

للرجال الطبيعيين جنسيًا، والصعوبات الشخصية لدى ذوي القذف وصلت إلى (٣١٪) مقابل (١٪) للرجال الطبيعيين جنسيًا على مقياس "PRO" للمشفة النفسية. وفي دراسة (Rowland et al., 2007: 1069)؛ وصلت نسبة الاكتئاب في مجموعة القذف المبكر (٢٠.٤٪)، مقابل (١٢.٤٪)، في مجموعة الرجال الطبيعيين جنسيًا، ووصلت نسبة الشعور بالإجهاد المفرط إلى (٢٨٪) في مجموعة القذف المبكر مقابل (١٩٪) في مجموعة الرجال الطبيعيين جنسيًا، في حين وصلت نسبة القلق في مجموعة القذف المبكر إلى (٢٤٪)، مقابل (١٣٪) في مجموعة الرجال الطبيعيين جنسيًا؛ مما يشير إلى أن هذه المشقة النفسية متلازمة مع عملية القذف؛ وفارق تشخيصي للقذف المبكر.

وفيما يخص تفسير هذا الفرض على الجانب النظري دعم منهج التحليل

النفسي لنتائج الدراسة الحالية والذي يرى أن القذف المبكر ينتج عن سبب نفسي بحت؛ وهذا ما يتوافق مع نظرة المنهج النفسي الجسدي حيث أنه؛ في عام ١٩٤٣ تم تحدي النظرية النفسية البحتة "لكارل أبراهام" من قبل "برنارد شابيرو"، الذي اعتقد أن القذف المبكر هو اضطراب نفسي جسدي، يرتبط بضعف الجهاز التناسلي وينتج عن مزيج من القلق النفسي والمشاعر السلبية (Schapiro, 1943).

كما أوضح "ألثوف" (Althof, 2006: 327)، أن هناك العديد من المشاعر السلبية التي تنتج عن اضطراب القذف المبكر تتمثل في (لوم الذات، والشعور بالذنب، والاجترار، والاحباط)؛ تؤثر على انفعالات، وأفكار الرجال فيما يخص احساسهم بالكفاءة الذاتية، وفاعليتهم الجنسية، واحترامهم لذاتهم، وثقتهم بأنفسهم، وادارتهم لعواطفهم كما تؤثر أيضًا على جودة حياة الرجال وعلاقاتهم مع وشريكاتهم بشكل عام. في هذا السياق أكدت عدد من الدراسات منها على سبيل المثال (Rowland et al., 2007) (Tondo et al., 1991) (Revicki et al., & 2008) على العبء النفسي الذي يعاني منه الرجال ذوي القذف المبكر المتمثل في

الشعور بمشقة نفسية أكبر وصعوبة في التعامل مع الآخرين، وصورة أقل فاعلية للذات بوجه عام، وللذات الجنسية بشكل خاص، ونوعية حياة متدنية مقارنة بالرجال الطبيعيين جنسياً (Rosen & Althof, 2008: 1299). أكد "رولاند" (Rowland, 1: 2011) أن غالبًا ما يعاني الرجال المصابون بالقذف المبكر من مشقة نفسية كبيرة بما في ذلك القلق، والاكتئاب ونقص فاعلية الذات الجنسية، وضعف احترام الذات، وضعف جودة الحياة، وعدم الرضا الجنسي، والصعوبات الشخصية.

كما أظهر الرجال المصابون بالقذف المبكر عن مستويات أعلى من الانفعالية السلبية مثل الإحراج، الشعور بالذنب، الضيق، القلق، الغضب، لوم الذات، واجترار الأفكار قبل وأثناء التعرض للمنبهات الجنسية البصرية، والتحفيز الاهتزازي للقضيب؛ مقارنة بالمجموعة الضابطة (Rowland & Rowland et al., 2004: 354) (Rowland et al., 2003: 150).

وفي الأخير اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج المراجعة الاستطلاعية التي تمت من خلال دراسة (Fischer et al., 2022)؛ والتي كشفت عن ارتباط صعوبات تنظيم الانفعالات بالصحة الجنسية الضعيفة، بالإضافة إلى صعوبات الاستجابة الجنسية وتدهور جنسي شامل، كما كشفت الدراسات المعملية وتجارب التدخل آثارًا إيجابية لتعزيز تنظيم العاطفة وتحسين الوظيفة الجنسية والرضا الجنسي.

توصيات الدراسة:

- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية، في بناء برامج علاجية قائمة على استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي الإيجابية لتحسين وزيادة التحكم في عملية القذف المبكر بشكل خاص وعلاج الاضطراب الجنسية بشكل عام.

- يجب أن تعتمد التدخلات العلاجية على استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي، وعدم الاكتفاء بالتنظيم الانفعالي فقط؛ مثل العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالقبول والالتزام، وغيرها من التدخلات العلاجية.
- يجب إيلاء اهتمام خاص لدور إستراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي في القدرة على التحكم في عملية القذف المبكر في البرامج التعليمية والتدريبية والعلاجية.

الأبحاث المقترحة المستقبلية:

- في ضوء ما تقدم من نتائج فإن الباحث يقترح الأبحاث الآتية:
- فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض القذف المبكر لدى عينة من مرضى ذوي القذف المبكر.
- الفروق بين مرضى القذف المبكر ومرضى ضعف الانتصاب في كل من استراتيجيات التنظيم الانفعالي المعرفي .
- دور اليقظة الذهنية والتعاطف مع الذات في التنبؤ بمؤشرات القذف المبكر.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع باللغة العربية

- هناء 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.
- أمنة حكمت (٢٠٢٠). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالتفكير الإيجابي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية* ، ١١(٣٠)، ٣٠: ٤٥.

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 (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision Dsm-5-tr 5th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. *Journal of Sex Research*, 39(1), 3-7.
- 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.
- Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Emotion Regulation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Archives of sexual behavior*, 48(8), 2491-2506.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships

- with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*,
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQshort). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQshort). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045- 1053.
- Giuliano F & et al (2008) Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. *Eur Urol* 53(5):1048–1057
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348- 362.
- Gross, J. J. (1998). *The emerging field of emotion regulation: An integrative*.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Newcombe, B. C., & Weaver, A. D. (2016). Mindfulness, cognitive distraction, and sexual well-being in women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 99-108.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652-661.
- 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.
- Pelusi, J. (2006). Sexuality and Body Image: Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *Cancer nursing*, 29(2), 32-38.
- Peterson, Z. D., & Janssen, E. (2007). Ambivalent affect and sexual response: The impact of co-occurring positive and negative emotions

on subjective and physiological sexual responses to erotic stimuli. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 793-807.

Rosen RC, Althof S (2008) Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. *J Sex Med* 5(6):1296–1307.

Rowland DL& Georgoff V, Burnett A (2011). Psychoaffective differences between sexually functional and dysfunctional men in response to a sexual experience. *J Sex Med* 8(1):132–139.

Rowland DL, Tai WL& Slob AK (2003) Preliminary exploration of emotional response in men with premature ejaculation: effects of clomipramine treatment. *Arch Sex Behav* 32:145–154.

Rowland DL, Tai WL, Brummett K& Slob K (2004) Predicting responsiveness to the treatment of rapid ejaculation with 25 mg clomipramine as needed. *Int J Impot Res* 16(4):354–357.

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.(2011) *Psychological impact of premature ejaculation and barriers to its recognition and treatment*. 27(8), 1509-1518

Schapiro B (1943) Premature ejaculation: a review of 1130 cases. *J Urol* 50:374–379.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.

Waldinger MD (1997) Introduction: primary premature ejaculation. In: Waldinger MD (ed) *When seconds count. Selective serotonin reuptake inhibitors and ejaculation*, *Utrecht*, pp 11–27.

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.

The relationship between cognitive-emotional regulation strategies and premature ejaculation indicators

Abstract:

The current study sought to investigate the association between cognitive emotional regulation strategies and indicators of premature ejaculation in a group of male couples. The study sample included 1611 married male participants with an average age of (32.54) years and a standard deviation of (5.90) years. The sample was subjected to a battery of psychological tests, including the emotional regulation strategies scale, the Arab scale for assessing indicators of premature ejaculation, and the demographic data form. The tools' psychometric effectiveness was confirmed, (1) There is a significant negative correlation between negative emotional regulation strategies and the majority of indicators of premature ejaculation, with the exception of the psychological hardship index, which was associated positively, (2) The total number of positive emotional regulation strategies was positively and significantly associated with most indicators of premature ejaculation, with the exception of the psychological hardship index, which was negatively related.

Keywords: Cognitive emotional regulation strategies, premature ejaculation Indications.