

جامعة ابن خلدون-تيارت  
University Ibn Khaldoun of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
Faculty of Humanities and Social Sciences

قسم علم النفس والفلسفة والأورطفونيا  
Department of Psychology, Philosophy, and Speech Therapy

M

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د.  
تخصص علم النفس العيادي

العنوان

# فعالية برنامج علاجي سلوكي لإضطراب التبول اللاإرادي عند الطفل المتمدرس دراسة ميدانية لحالتين

إشراف:  
قمرأوي إيمان

إعداد:  
■ بلعيد مسعودة  
■ كحلي خيرة

## لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا	أستاذ محاضر (أ)	أهدور سميرة
مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر (ب)	أقمرأوي إيمان
مناقشا	أستاذ محاضر (ب)	أعينااد إسماعيل

الموسم الجامعي: 2022/2023





# إِهْدَاء

سئل ابن المبارك رحمه الله لو زيد في عمرك ساعة ما أنت فاعل فيها؟

قال: طالب علم الله

إلى كل من علم وأن العلم سابق للعمل فتسابقوا إليه  
أهدي عصارة السنين الطويلة من الدراسة، وخلاصة جهدي إلى كل  
من كان إشعاع نوره يغمر ويسبح جل بيتنا إلى من كابد مشقات الحياة  
لأجلنا إلى رفيقي وصديق جلساتي و مؤنس سهراتي، مخفف دمعاتي،  
ومنبع إبتسامتي ونور حياتي ملازم تفكيري حتى مماتي إلى أجمل  
وأحن وأطيب أب لي  
إلى رفيقة دربي، سندي محرك إرادي وأملي الوحيد في الحياة أُمي  
الغالية

كما أهدي هذا العمل إلى كل من ساهم في تشجيعي من قريب أو من  
بعيد لإتمام شهادة الماستر، من إخوة وأخوات وأصدقائي في العمل  
وصديقاتي في الجامعة، وخاصة الدكتور شعشوع عبد القادر على  
تشجيعه لي ودعمه لاتمام الدراسة.

بلعيد مسعودة



# إهداء

الحمد لله الذي وهبنا التوفيق والسداد ومنحنا الثبات واعاننا على اتمام  
هذا العمل المتواضع .

إلى كل من علمني حرفا في هذه الدنيا .

اتقدم بخالص الشكر ،التقدير والإحترام إلى جميع أساتذنا الكرام  
بجامعة ابن خلدون وأخص بالذكر أساتذة علم النفس العيادي طيلة  
المشوار الدراسي الذين لم يبخلو علينا بالعلم والتوجيه والنصح.  
اهدي ثمرة جهدي إلى والديا حفظهما الله وأطال الله في عمريهما  
إلى أبناءي الأعزاء قررة عتتيني

إلى زوجي رفيق دربي وسندي في الحياة

إلى زميلائي في العمل والدراسة

إلى كل الأشخاص خاص الذين أحمل لهم المحبة

والتقدير.

# شكر وتقدير



بسم الله الرحمن الرحيم نشكر الله ونحمده ونستعين به الذي  
أعاننا على إنجاز هذا العمل المتواضع الذي كان ثمرة  
جنودنا من خلال مشوارنا الدراسي الجامعي .

كما نشكر أيضا الاستاذة المحترمة قمر اوي على مساعدتنا  
في عملنا هذا .

ولا ننسى كل من دعمنا وساهم في إنجاز هذا العمل من قريب  
أو من بعيد، لهم جميعا الشكر الجزيل والاجر الوفير من الله  
سبحانه وتعالى إن شاء الله



قائمة الجداول:

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
37	جدول تعزيزي	(01-02)
38	كميات السوائل المناسبة لكل عمر وجنس منظمة الصحة الوطنية الأمريكية ومسح التغذية 1988 - 1994	(02-02)
67	يبين ترتيب الأشخاص حسب الرسم مع الاسم وتحديد الدور في العائلة	(01-05)
75	البيانات الأولية للحالة الأولى (إ. ف)	(01-06)
75	السوابق الشخصية للحالة الأولى (إ. ف)	(02-06)
75	السوابق العائلية للحالة الأولى (إ. ف)	(03-06)
77	مراحل مقابلات تطبيق العلاج السلوكي للحالة الأولى (إ. ف)	(04-06)
78	القياس القبلي لعدد مرات التبول للحالة الأولى (إ. ف)	(05-06)
81	القياس البعدي لعدد مرات التبول اللاإرادي للحالة الأولى (إ. ف)	(06-06)
83	البيانات الأولية للحالة الثانية (س.ش)	(07-06)
83	السوابق الشخصية للحالة الثانية (س.ش)	(08-06)
83	السوابق العائلية للحالة الثانية (س.ش)	(09-06)
85	مراحل مقابلات تطبيق العلاج السلوكي للحالة الثانية (س.ش)	(10-06)
87	القياس القبلي لعدد مرات التبول للحالة الثانية (س.ش)	(11-06)
90	جدول القياس البعدي للتبول اللاإرادي للحالة الثانية (س.ش)	(12-06)
91	القياس القبلي والبعدي لعدد مرات التبول اللاإرادي للحالتين	(13-06)

الفهرس

## فهرس الموضوعات

الإهداء

الشكر والتقدير

قائمة الجداول

ملخص الدراسة

مقدمة ..... أ

### الجانب النظري

#### الفصل الأول الاطار العام للدراسة

- 1) إشكالية الدراسة ..... 5
- 2) فرضيات الدراسة ..... 7
- 3) أهداف الدراسة ..... 7
- 4) أهمية الدراسة ..... 7
- 5) التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة ..... 7
- 6) الدراسات السابقة ..... 8

#### الفصل الثاني العلاج السلوكي

- تمهيد ..... 24
- 1) الأصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي ..... 24
  - 2) المفاهيم الرئيسية في النظرية السلوكية ..... 24
  - 3) خطوات العلاج السلوكي ..... 25
  - 4) النظريات المفسرة لتعلم السلوكي ..... 25
  - 5) مبادئ العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي ..... 35
  - 6) أساليب وتقنيات العلاج السلوكي ..... 35
  - 7) خصائص العلاج السلوكي ..... 35
  - 8) الأساليب السلوكية المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاإرادي ..... 35
  - 9) مزايا العلاج السلوكي ..... 42
  - 10) عيوب العلاج السلوكي ..... 43
- الخلاصة ..... 43

#### الفصل الثالث التبول اللاإرادي

- تمهيد ..... 45



45	1	تعريف التبول اللاإرادي
46	2	أسباب التبول اللاإرادي
49	3	أنواع التبول اللاإرادي
50	4	النظريات المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي
51	5	تشخيص التبول اللاإرادي
52	6	علاج التبول اللاإرادي
53	7	شخصية الطفل المتبول لإراديا
53	8	الآثار النفسية الناتجة عن التبول اللاإرادي
54		الخلاصة

### الفصل الرابع الطفل المتمدرس

56		تمهيد
56	1	تعريف الطفل
56	2	مراحل النمو لدى الطفل
57	3	أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل
57	4	مشكلات النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة من 6 إلى 12 سنة
	5	النظريات المفسرة في نمو الطفل المتمدرس في المرحلة الوسطى والمتأخرة (6-12 سنة)
58		الخلاصة
59	6	حاجات الطفل المتمدرس
60	7	مطالب النمو في مرحلة الطفولة
60	8	أهمية دراسة الطفولة
		الخلاصة

### الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

64		تمهيد
64		منهج الدراسة
65		الأدوات المستخدمة في الدراسة
71		حدود الدراسة
71		معايير اختيار حالتين للدراسة
71		القواعد الأساسية لهذا البرنامج العلاجي
73		الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج العلاجي
73		العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج العلاجي

## الفصل السادس دراسة الحالات وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

75	دراسة الحالة الأولى
83	دراسة الحالة الثانية
91	مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة
96	الخاتمة
96	التوصيات والاقتراحات
98	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

## ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة مدى الفعالية التي يحققها برنامج علاجي سلوكي للتخفيف من مشكلة التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس، وعليه قمنا بطرح السؤال التالي:  
❖ هل يساهم العلاج السلوكي في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس؟

وتمثلت فرضية الدراسة كما يلي:

يعتبر العلاج السلوكي علاجاً فعالاً للتخلص من اضطراب التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس.

تناولنا من خلال هذه الدراسة حاتين تتراوح أعمارهم ما بين 07 سنوات إلى 10 سنوات بمدينة تيسمسيلت، الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، وتمت متابعتهم بالمركز الطبي الاجتماعي ووحدة الكشف والمتابعة بذات الولاية.

استخدمنا منهج دراسة الحالة ومجموعة من الأدوات:

المقابلة - بطاقة دراسة الحالة - اختبار العائلة، وقمنا بتطبيق برنامج سلوكي معتمدين على الفنيات التالية: التعزيز - تحديد السوائل - جدول مراقبة الذات (اليومية الشمسية) - تدريب الاحتفاظ - الايقاظ بالمنبه.

توصلنا من خلال نتائج الدراسة إلى مساهمة البرنامج السلوكي في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي.

الكلمات المفتاحية:

التبول اللاإرادي - البرنامج السلوكي - الطفل المتمدرس.

## **Résumé de l'étude :**

L'étude vise à connaître l'étendue de l'efficacité atteinte par un programme thérapeutique comportemental pour atténuer le problème de l'énurésie nocturne chez les écoliers, et en conséquence nous avons posé la question suivante :

- ❖ La thérapie comportementale contribue-t-elle à atténuer le trouble de l'énurésie chez un enfant scolarisé ?

L'hypothèse de l'étude était la suivante :

La thérapie comportementale est un traitement efficace du trouble de l'énurésie nocturne chez les écoliers.

Dans cette étude, nous avons traité deux cas, dont l'âge variait de 07 ans à 10 ans, dans la ville de Tissemsilt, qui souffrent de troubles de l'énurésie nocturne, et ils ont été suivis au Centre Médical Social dans le même état.

Nous avons utilisé une approche d'étude de cas et un ensemble d'outils :

L'entretien - la fiche d'étude de cas - le test familial, et nous avons appliqué un programme comportemental basé sur les techniques suivantes : renforcement - limitant les fluides - solaire quotidien - horaire d'auto surveillance - entraînement à la rétention - réveil de l'alarme.

Grace aux résultats de l'étude, nous avons conclu que le programme comportemental a contribué à atténuer le trouble de l'énurésie nocturne.

### Les mots clés:

Pipi au lit - le programme comportemental - l'enfant scolarisé.

**Study summary:**

The study aims to find out the extent of the effectiveness achieved by a behavioral therapeutic program to alleviate the problem of bedwetting in schoolchildren, and accordingly we asked the following question:

❖ Does behavioral therapy contribute to alleviating bedwetting disorder in a schooled child?

The hypothesis of the study was as follows:

Behavioral therapy is an effective treatment for bedwetting disorder in schoolchildren.

In this study, we dealt with two cases, whose ages ranged from 07 years to 10 years, in the city of Tissemsilt, who suffer from bedwetting disorder, and they were followed up at the Social Medical Center in the same state.

We used a case study approach and a set of tools:

The interview - the case study card - the family test, and we applied a behavioral program based on the following techniques: reinforcement - limiting fluids - solar daily - self-monitoring schedule - retention training - waking up the alarm.

Through the results of the study, we concluded that the behavioral program contributed to alleviating bedwetting disorder.

key words:

Bedwetting - the behavioral program - the school child.

مقدمة

## مقدمة:

إن العوامل والأحداث البيئية الضاغطة تؤثر على سلوك الفرد وعلى نمو شخصيته وإذا فشل الفرد في مواجهة هذه الضغوط ساء تكيفه الشخصي والاجتماعي وبالتالي وقع في المرض، كما تلعب البيئة دورا هاما في بناء شخصية الفرد سواء كانت سوية أو غير سوية. (زهرا، 1997، صفحة 121)

كما أن بناء شخصية الفرد يعتمد على مرحلة الطفولة التي تعتبر من أهم المراحل في حياة الانسان، فيها تبنى الأسس الأولى للشخصية وذلك لقابلية تشكيل وتعديل سلوك الطفل في هذه المرحلة.

فالطفل يواجه العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية كغيره في المراحل النمائية الأخرى، بعضها عابرة وبعضها الآخر يحتاج إلى دراسة وتحليل وعلاج ومن أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدى الطفل تأخر التحكم في عملية الإخراج والتبول اللاإرادي، ويقصد به تكرار البول في الفراش بعد السنة الرابعة وعدم قدرة الطفل على ضبط المثانة. (الزغبي، 1994، صفحة 110)

ويلاحظ أن 75% من الأطفال الذين يتبولون بشكل لاإرادي كان لديهم قريب من الدرجة الأولى يعاني من نفس الاضطراب، كما أن هذا الاضطراب أكثر انتشارا بين التوائم المتماثلة عن غير المتماثلة، والتبول اللاإرادي النهاري نسبته أقل من التبول اللاإرادي الليلي، والتبول اللاإرادي النهاري نسبته أعلى لدى الإناث من نسبته لدى الذكور. (الحريري و بن رجب، 2008، صفحة 85)

فالطفل الذي لم يكتسب التحكم في مثانته وعمليات الإخراج عادة ما يكون اضطرابه عرضا لاضطراب في الشخصية، حيث يعاني الطفل المتبول من مشاكل اجتماعية وانفعالية وصراعات أسرية نتيجة لهذه الظاهرة.

بحيث تم اختيار هذا الموضوع كونه من المشاكل الشائعة في مجتمعنا وما يصاحبه من انعكاسات ومضاعفات سلبية يمكن أن تؤثر على نماء وبناء الشخصية السوية للطفل المتمدرس، لذلك وجب التكفل به ومساعدته على التخلص من اضطرابه السلوكي، ولقد تعددت طرق التدخل العلاجي للحد من اضطراب التبول الليلي اللاإرادي، حيث تزايدت الأبحاث الوصفية والتجريبية حول طبيعة هذا الاضطراب وسبل علاجه، وانطلاقا من هذه الفكرة سعينا في بحثنا هذا تسليط الضوء على بعض الفنيات العلاجية للحد من اضطراب التبول اللاإرادي وابرار فعاليتها في ذلك.

تم التطرق في هذه الدراسة إلى شقين، نظري وتطبيقي بحيث تم عرض هذا الموضوع وفق خطة محكمة اشتملت على مقدمة وجانب نظري وآخر ميداني إضافة إلى الخاتمة.

فيما يخص الجانب النظري يتكون من أربعة فصول، تناولنا في الفصل الأول الإطار العام للدراسة وذلك بطرح الإشكالية والفرضيات، إضافة إلى تحديد المفاهيم للمتغيرات الأساسية للدراسة، مع التطرق إلى أهمية الدراسة وأهدافها، والفصل الثاني خصصناه لدراسة اضطراب التبول اللاإرادي أما الفصل الثالث فتناولنا من خلاله مرحلة الطفولة وبالتحديد الطفل المتمدرس، أما الفصل الرابع خصصناه للعلاج السلوكي لاضطراب التبول اللاإرادي.

أما بخصوص الجانب التطبيقي فيتكون من فصلين، الفصل الخامس يتضمن منهجية الدراسة الميدانية وأدوات الدراسة، أما الفصل السادس فمن خلاله عرضنا وحللنا وناقشنا النتائج المتوصل إليها بالإضافة إلى الخاتمة، كما أوردنا بعض الاقتراحات التي خلصت إليها دراستنا، وفي الأخير تم إدراج قائمة المراجع والملاحق.



الجانب

النظري

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

- (1) إشكالية الدراسة
- (2) فرضيات الدراسة
- (3) أهداف الدراسة
- (4) أهمية الدراسة
- (5) التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
- (6) دراسات السابقة

## 1-اشكالية الدراسة:

يولد الطفل منذ المراحل الأولى من النمو كائنا اجتماعيا وتلعب الأسرة دور الحاضن الأول للطفل وأهم مؤسسة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية والمشكل الأول لبنيته الشخصية وتوازنه النفسي الاجتماعي البيولوجي والفكري، فالصحة النفسية للطفل مرتبطة بطبيعة الجانب العلائقي مع والديه، واي خلل في تلك العلاقة يدفعه إلى تنمية سلوكيات مضطربة تتميز بنوع من النكوص والعودة إلى المراحل السابقة كما هو الحال في التبول اللاإرادي.

الذي يعد مشكلة نمائية حيث يكون طبيعيا في مرحلة عمرية محددة ويصبح مشكلة تحتاج للتدخل والعلاج بعد بلوغ الطفل العمر الذي يتحقق فيه ضبط التبول والسيطرة على المثانة. (الخطيب والطروانة ، 2003، صفحة 88)

بحيث يعرف طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM 4 والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2000 بأنه إراقة البول على الملابس والسرير وان تحدث إراقة البول مرتين في الأسبوع لمدة 3 أشهر متتالية وان يحدث التبول بعد سن الخمس سنوات، والمحاكاة التشخيصية الحديثة تقر أن يكون التبول اللاإرادي بعد سن الخمس السنوات ، وأن يحدث مرتين على الأقل أسبوعيا لمدة 6 شهور(الشعراوي ، ص2)

وتشير الاحصاءات الى ان نسبة التبول الليلي في سن خمس(5) سنوات تكون 15 إلى 20% بينما عند الاطفال الاكبر من 5 سنوات تكون 7% عند الاولاد و3% عند البنات وفي سن عشر (10) سنوات تصبح النسبة 3% للأولاد و2% للبنات. (حداش ، بدون سنة، صفحة 60)

وفي دراسة هارولد Harold (1994): فقد أظهرت أن مشكلة التبول اللاإرادي عند الاطفال تنتشر في عمر السنتين (2) بنسبة 82% وفي عمر ثلاث (3) سنوات بنسبة 49% وفي عمر أربع (4) سنوات بنسبة 26% وفي عمر خمس (5) سنوات بنسبة 7% وفي عمر عشر(10) سنوات بنسبة 3% وفي عمر أربعة عشر(14) سنة بنسبة 1,5% وفي سن ما بعد البلوغ 1% . ( العيسوي، 2004، صفحة 18)

كما تؤكد Chandra أن زيادة على حدة القلق الناتج عن هذا السلوك تضطرب العلاقات التفاعلية بين الطفل وأوليائه نتيجة النظرة السلبية التي يكونها الوالدان عن ابنهما وعن تقبلهم لمثل هذا السلوك وتقدم الطفل في سنه يزيد في رفض الأولياء لذلك مما يؤدي إلى ارتفاع في حدة كل المخالفات السلبية لهذا السلوك المشكل. ( زموري، 2002، صفحة 5)

وفي دراسة إحصائية قامت بها الباحثة (حداش خديجة) لتقصي نسبة الاطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي الليلي في الجزائر، حيث شملت العينة 463 طفلا منهم 225 اناث و238 ذكور في المرحلة العمرية (9-11 سنة) أي السنة الرابعة والخامسة بخمسة مدارس ابتدائية وباستخدام المقابلة العيادية، وصلت الدراسة إلى وجود 71 حالة

تعاني من التبول اللاإرادي الليلي (34 اناث و37 ذكور) وهو ما يقدر نسبته 15.33% وهي نسبة عالية مقارنة بالإحصائيات المذكورة سابقا. (حداش، 2014، صفحة 61) فالتبول اللاإرادي يؤثر على الطفل المتمدرس بحيث يصعب عليه التوفيق بين ذاته وحاجاته فهو يعاني من التوتر النفسي الدائم وهذا ما يظهر من خلال سلوكياته وتصرفاته.

ولهذا أدى اهتمام مدارس علم النفس بسلوك التبول اللاإرادي الليلي إلى بناء وتطوير العديد من التقنيات العلاجية فبالإضافة للعلاج الطبي الدوائي والعلاج الغذائي نجد التحليل النفسي للطفل الذي يساهم في شفاء العديد من حالات التبول لدى الاطفال، والمدرسة السلوكية التي تركز على الاشراف طورت عدة تقنيات (تقنية مور، تقنية ليفوبند، تقنية كوسي، سكينر) بحيث ان العلاجات السلوكية أقل تكلفة وبدون التأثيرات الجانبية المترتبة على العلاجات الدوائية، وفي هذا الصدد نجد دراسة الصبوة (1996) التي تهدف إلى علاج التبول اللاإرادي سلوكيا لدى حالات من الاطفال والمراهقين باستخدام اسلوب التدريب على نظافة الفراش وجفافه المتعدد الواجه بهدف تعويد الحالات على الاحتفاظ بالبول واراقتة بالحمام ليلا مع زيادة سعة المثانة للاحتفاظ نهرا وتكوين عادة الاستيقاظ ليلا بدون مساعدة واجريت الدراسة على عينة قوامها سبع حالات

ومن هذا المنطلق يجب التركيز على أهمية توفير البرامج العلاجية السلوكية الموجهة لهذه الفئة بهدف العمل على التكفل بهذا الاضطراب اعتمادا على الأسس المنهجية السليمة في العلاج السلوكي من حيث آلية التشخيص أو آلية التقييم الوظيفي للاضطراب.

وبالتالي مما سبق ذكره يمكن صياغة اشكالية الدراسة بالسؤال التالي:

❖ هل يساهم البرنامج السلوكي في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس؟

ومن هذه الاشكالية العامة تتفرع الاسئلة التالية:

■ هل تعتبر تمارين تدريب الاحتفاظ للطفل المتبول لاإراديا فعالة للتخلص من هذا الاضطراب؟

■ هل تساهم تقنية المراقبة الذاتية في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس؟

■ هل يعتبر أسلوب التعزيز محفز للطفل المتبول لاإراديا ومشجعا له؟

2- فرضية الدراسة

❖ يعتبر العلاج السلوكي علاجا يساهم في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس.

### الفرضيات الجزئية

- تعتبر تمارين تدريب الاحتفاظ للطفل المتبول لإراديا فعالة للتخلص من هذا الاضطراب.
  - تساهم تقنية المراقبة الذاتية في التخفيف من الاضطراب اثناء برنامج العلاج.
  - يعتبر أسلوب التعزيز محركا لإرادة الطفل المتبول لإراديا ومشجعا له.
- 3- أهداف الدراسة:**

- ✓ التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة لعلاج التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس .
  - ✓ التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي في علاج التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس بعد انتهاء الجلسات العلاجية .
  - ✓ الكشف عن المعاناة النفسية للطفل الذي يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي.
  - ✓ إبراز خطورة هذا الاضطراب إذا لم يعالج وضرورة التكفل النفسي به.
  - ✓ تقديم التوجيه والإرشاد اللازم حول أساليب التعامل الاسري مع الطفل الذي يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي.
- 4- أهمية الدراسة:**

- تساهم هذه الدراسة في:
- ✓ تسليط الضوء على هاته الشريحة وما تتعرض له من مشاكل وبالتالي اقتراح حلول وآليات علاجية
- ✓ نتيج هذه الدراسة المجال لاستحداث برامج ذات فعالية.
- ✓ الاستفادة من أهم فنيات العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب التبول اللاإرادي.
- ✓ الرغبة في الإسهام العلمي ومساعدة الأسرة الجزائرية التي يعاني احد أبنائها المتمدرسين من اضطراب التبول اللاإرادي.

### 5- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

#### التبول اللاإرادي:

إفراغ متكرر للبول في الفراش بمعدل مرتين في الأسبوع لمدة 3 أشهر متتالية يصاحبه انخفاض في الاداء الأكاديمي أو في مجالات أخرى وأن يحدث التبول بعد سن الخامسة على الأقل و أن لا يعزى إلى تأثيرات فيزيولوجية (مرض السكري).

#### البرنامج العلاجي:

منظومة الاجراءات والفنيات المتعلقة والمستندة الى العلاج السلوكي وقوانين التعلم، اذ يعد السلوك الانساني متعلما سواء كان سويا ام غير سوي وذلك وفقا لقاعدة سكينر.

العلاج السلوكي:

هو استخدام فنيات مختلفة سواء كانت مستمدة من مبادئ الاشراف الكلاسيكي او من مبادئ الاشراف الاجرائي كالتعزيز الايجابي والسلبى والتشكيل والتلقين او الفنيات المستمدة من التعلم بالملاحظة كالنمذجة بهدف مساعدة الطفل للتخلص من التبول اللاإرادي واكتسابه سلوكا صحيا

الطفل المتمدرس:

إدراج الطفل لتعلم مهارات المختلفة والأنشطة داخل الفصل الدراسي تحت إشراف المعلم لتطوير القدرات العقلية والحركية واللغوية للطفل.

**6- الدراسات السابقة:**

إن الاطلاع على الدراسات والأبحاث قبل البدء في أول خطوات الدراسة توفر للباحث فرصة في بلورة مشكلة البحث الذي يفكر فيه وتحديد أبعادها، مجالاتها كما تزود الباحث بالكثير من الأفكار والأدوات والجراءات والاختبارات والمقاييس التدخلات التي يمكن أن يستفيد منها في إجراءاته لحل مشكلة التبول اللاإرادي. كما تعد الدراسات السابقة إطارا مرجعيا يعتمد عليه الباحث في مناقشة وتفسير نتائجها، وربطها بنتائج الدراسات السابقة.

وفي هذا الفصل سيتم عرض بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت البرامج العلاجية السلوكية مرتبة حسب أعوام نشرها.

**أولا الدراسات العربية:****1) دراسة فالح وآخرون (1977) الأردن.**

عنوان الدراسة: فعالية برنامج علاجي سلوكي في معالجة التبول اللاإرادي .

أهداف الدراسة:

■ التعرف على فعالية البرنامج السلوكي المستخدم في علاج التبول ومقارنة نتائجها بالدراسات السابقة.

■ التعرف على الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين من الأطفال في معدل التحسن.

عينة الدراسة:

تألفت العينة من (88) من الذكور والإناث (44) من ذكور و (44) من الإناث تراوحت أعمارهم بين (5-15) سنة.

أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من:

- استمارة المقابلة الفردية للأطفال بحضور الوالدين.
- الفحوصات الطبية والمخبرية للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية لمشكلة التبول اللاإرادي .
- البرنامج العلاجي الذي تم إعداده من قبل الباحث.

نتائج الدراسة:

أوضحت نتائج الدراسة فعالية البرنامج العلاج السلوكي المكتف لمشكلة التبول اللاإرادي وقد كانت نسبة التحسن عند الأطفال موضع الدراسة 77%، وقد حقق بعض الأطفال في الدراسة الحالية شفاء تام وكان عددهم (27) طفلاً (15) من الذكور و (12) من الإناث وهذا العدد يشكل نسبة 30.6% من مجموع الحالات الكلي، كما لم تحدث انتكاسات إلا عند حالتين، ولكن مع زيادة التعزيز النفسي والإرشاد للأهل تمكن هؤلاء من إظهار نتائج أفضل

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من الأطفال في مستوى التحسن. ( عبد السلام، 2015، صفحة 44)

**2) دراسة الريحاني (1981)، الكويت .**

عنوان الدراسة: معالجة التبول سلوكياً (دراسة تجريبية علاجية).

أهداف الدراسة:

▪ هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية علاجية سلوكية مبسطة في معالجة مشكلة التبول.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (6) أطفال تراوحت أعمارهم من 6-15 سنة منهم 4 ذكور و 2 إناث وهناك مجموعة من الخصائص المهمة للمجموعة، وهي مستوى ثقافي للوالدين أميين وتتراوح عدد الغرف المنزل الذي يسكنونه من 2-3 غرف، وجميعهم ينامون مع إخوتهم في نفس الغرفة وجميعهم من المتبولين ليلاً، تتراوح عدد مرات التبول من (2-7) مرات بالأسبوع، ولهم أخوة يعانون من نفس المشكلة.

أدوات الدراسة: البرنامج السلوكي .

نتائج الدراسة:

أوضحت نتائج الدراسة أنّ خمساً من الحالات التي خضعت للمعالجة أي نسبة (1833) استطاعت أن تصل إلى النظافة الكاملة في الأسبوع الرابع من العلاج، وحالة واحدة لم تشفى أبداً، وفيما يتعلق بالانتكاس ظهر عند حالتين من المفحوصين خلال الأسبوع الثاني من فترة التقويم، وبالتالي (50 %) من الحالات التي حافظت على النظافة خلال فترة المتابعة. ( عبد السلام، 2015، صفحة 45)

**3) دراسة الجابر (1985):**

حول فعالية أسلوب التعزيز الرمزي والاشراط الكلاسيكي في علاج التبول اللاإرادي على عينة من الأطفال بلغ عددهم (90) طفل، (60) من الذكور، و(30) من الإناث، في المرحلة الابتدائية تراوحت أعمارهم ما بين (6-12) سنة وقد استخدم الباحث في دراسته جدول الليالي النظيفة، برنامج التعزيز الرمزي وجهاز الإشرط الكلاسيكي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة التعزيز

الرمزي ومجموعة الإشراف الكلاسيكي، حيث أشارت الدراسة إلى مدى فعالية أسلوب التعزيز الرمزي وأسلوب الإشراف الكلاسيكي في علاج حالات التبول اللاإرادي.

#### 4) دراسة الصبوة (1996):

حول علاج التبول اللاإرادي سلوكياً لدى حالات من الأطفال المراهقين باستخدام أسلوب التدريب على نظافة الفراش وجفافه المتعدد الأوجه، يهدف تعويد الحالات على الاحتفاظ بالبول واراقتة بالحمام ليلاً مع زيادة سعة المثانة للاحتفاظ بالبول نهائياً أو تكوين عادة الاستيقاظ ليلاً بدون مساعدة، واشتملت عينة الدراسة على (7) حالات تراوحت أعمارهم ما بين (7-16) سنة وأسفرت النتائج عن (87%) من الحالات قد تخلصت نهائياً من التبول اللاإرادي. (الشعراوي، بدون سنة، الصفحات 6-8)

#### 5) دراسة كلثم جبر محمد الكواري (1997):

عنوان الدراسة: فعالية العلاج السلوكي والعلاج الأسري في خدمة الفرد في علاج مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال

أهداف الدراسة:

- الوقوف على فاعلية العلاج الأسري والعلاج السلوكي في علاج مشكل التبول اللاإرادي في ضوء لاستخدام كل مدخل على حدة.
  - مقارنة نتائج المدخلين إحصائياً والتحقق من أيهما أكثر فاعلية من الآخر في علاج المشكلة .
- أدوات الدراسة:

- استمارة ملاحظة سلوك الطفل وتقدير عدد مرات تبوله.
- استبيان أساليب المعاملة الوالدية.
- نموذج تعليم الأم مساعدة الطفل على ضبط التبول.
- مقياس ستانفورد.
- بيئة الكويت للذكاء. (تقنين رجاء أبو علم وكمال مرسى، 1989).
- المقابلات المهنية.
- الجلسات الأسرية.
- الوثائق والسجلات.
- جدول عدد مرات التبول اللاإرادي الأسبوعي.

#### عينة الدراسة:

(30) حالة تم اختيارهم بشكل عشوائي من العيادة النفسية وفقاً لشروط اختيار العينة، وتم توزيع العينة السابقة على ثلاث مجموعات أ ، ب ، ج قوام كل منها (10) حالات.



نتائج الدراسة :

حقق العلاج السلوكي بتكنيكي (التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي) فعالية عالية في علاج التبول اللاإرادي وتخفيض عدد مرات حدوث التبول لدرجة الضبط الكامل لدى المجموعة التجريبية (ب).

وبالمقارن بالعلاج الأسرى فقد حقق لدى المجموعة التجريبية (أ) انخفاضا ملحوظاً في معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي مع أفراد المجموعة (أ) غير أن هذه المجموعة لم تتوصل إلى درجة الضبط الكامل في بعض الحالات.

وفيما يتعلق بالمقارنة بين العلاجين في تعديل أو تقليل معدلات التبول اللاإرادي فقد أثبت نتائج الدراسة وجود فروق دالة معنوية بين ممارسته العلاج الأسري والعلاج السلوكي في انخفاض مستوى وعدد مرات التبول اللاإرادي إلى درجة الضبط الكامل.

(جرادة، 2012، صفحة 87)

**6) دراسة العناني وآخرون ( El-Anany et al 1999 ) مصر :**

عنوان الدراسة : التبول اللاإرادي الليلي الأولى : طريقة جديدة في الإشراف.

أهداف الدراسة :

▪ هدفت الدراسة إلى المقارنة بين ضبط الساعة المنبهة قبل الوقت المتوقع للتبول اللاإرادي مع ضبط الساعة المنبهة بعد 2-3 ساعات من نوم الطفل.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (125) طفل من الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي الأولي الوظيفي وبمعدل تكرار التبول اللاإرادي لا يقل عن ثلاث مرات في الأسبوع ولا يقل عمر الطفل عن (7) سنوات وتم تقسيمها إلى مجموعتين تجريبيتين: ➤ المجموعة الأولى بلغ عدد أفرادها (70) طفل (46) ذكور، و (24) إناث تتراوح أعمارهم بين 7 - 21 سنة بمتوسط عمري قدره 13.23 سنة، بمعدل ليالي مبللة بين 3-7 مرات في الأسبوع إذ بلغ متوسط الليالي المبللة (5.13) ليلة، تمت معالجتهم من خلال ضبط الساعة المنبهة قبل الوقت المتوقع للتبول اللاإرادي.

➤ المجموعة الثانية بلغ عدد أفرادها (55) طفل (32) ذكور و (17) إناث، تتراوح أعمارهم بين 7-19 سنة بمتوسط عمري قدره 12.49 سنة بمعدل ليالي مبللة بين 3-7 مرات في الأسبوع، إذ بلغ متوسط الليالي المبللة (5.24) ليلة تمت معالجتهم من خلال ضبط الساعة المنبهة بعد 2-3 ساعات من نوم الطفل .

كما تمت معالجة المجموعتين بتحديد السوائل قبل وقت نوم الطفل بساعتين

أدوات الدراسة : تكونت أدوات الدراسة من:

• خط أساس (عدد مرات التبول اللاإرادي الليلي الأولي خلال أسبوع) لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- برنامج علاجي سلوكي يتضمن ضبط الساعة المنبهة وإيقاظ الطفل قبل الوقت المتوقع للتبول اللاإرادي مع تحديد السوائل قبل وقت نوم الطفل بساعتين.
- برنامج علاجي سلوكي يتضمن ضبط الساعة المنبهة وإيقاظ الطفل بعد 2-3 ساعات من نوم الطفل مع تحديد السوائل قبل وقت نوم الطفل بساعتين.

#### نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة وجود استجابة جيدة للعلاج السلوكي بالطريقتين، كذلك أوضحت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين. بلغ معدل الجفاف في الشهر الأول بالمجموعة الأولى (77.1 %)، أما معدل الجفاف بالمجموعة الثانية (61.8 %)، أما معدل الانتكاس بعد (3) أشهر في المجموعة الأولى (14.8 %)، وفي المجموعة الثانية (8.8 %)، أما معدل الانتكاس بعد (6) أشهر في المجموعة الأولى (24.1 %)، وفي المجموعة الثانية (14.7 %).

( عبد السلام، 2015، صفحة 56 )

#### **(7) دراسة الهربي س م وآخرون (AL-Harbi SM et al 2004)**

عنوان الدراسة: العلاج السلوكي المكثف لحالات التبول اللاإرادي الأولي

#### هدف الدراسة :

- التعرف على أثر العلاج السلوكي المكثف لحالات التبول اللاإرادي الأولي لدى الأطفال السعوديين .

#### عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (26) طفلاً من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم (6-14) سنة يعانون من التبول اللاإرادي الأولي أدوات الدراسة: برنامج العلاج السلوكي.

#### نتائج الدراسة :

كشفت الدراسة عن تأثير الذكور ايجابيا بالعلاج السلوكي أكثر من الإناث. كما كشفت الدراسة عن عدم وجود ارتباط دال إحصائياً بين التبول اللاإرادي والتاريخ الاجتماعي والتحصيل الدراسي، كما كشفت الدراسة أن الأطفال الذين تابعوا العلاج السلوكي المكثف بشكل جيد قد تحسنوا بشكل أفضل من غيرهم وكما بينت الدراسة وجود ارتباط دال إحصائياً بين الوضع الاجتماعي والوضع الاقتصادي للأطفال الذين استطاعوا العلاج والمتابعة النظامية لبرنامج العلاج السلوكي المكثف.

(جرادة، 2012، صفحة 74)

**(8) دراسة العصفرة : (2008)**

عنوان الدراسة : علاج التبول اللاإرادي بالعلاج السلوكي

أهداف الدراسة :

- تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة تجريبيا على مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج التبول اللاإرادي بناء على برنامج علاجي قام بتطبيقه على عينة من حالات التبول اللاإرادي.
- إضافة إلى التعرف على الفروق الدالة إحصائيا بين الجنسين من الأطفال في معدلات التحسن، والتعرف على علاقة العلاج والتحسن في مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال في تخفيف حدة الانعكاسات النفسية أو العوامل المصاحبة لهذه المشكلة والمتمثلة في التقدير السلبي للذات، والقلق.

أدوات الدراسة :

- استمارة تاريخ الحالة.
- المقابلة الإكلينيكية (العيادية) .
- الملاحظة السلوكية المباشرة.
- المراقبة الذاتية.
- اختبار القلق الظاهر للأطفال.
- الاختبارات والمقاييس (اختبار كوبر سميث)

عينة الدراسة :

تكونت عينة البحث من جميع الحالات التي راجعت العيادة خلال فترة البحث وعددهم (61) حالة جميعهم يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي، استبعد الباحث من العينة (4) حالات كان عمرها اقل من ( 5 سنوات) واستبعد أيضا (10 حالات) نتيجة لعدم متابعتها للجلسات العلاجية وبقيت العينة (47 حالة).

نتائج الدراسة :

إمكانية تطبيق هذا البرنامج العلاجي عياديا بحيث يطبقه الأخصائيون والمرشدون النفسيون في العيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسي .  
 إن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على الأطفال المتبولين لا إراديا أدى إلى علاجهم وإكسابهم سلوك النظافة مما يدل على فعاليته العالية.  
 إن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على الأطفال المتبولين لا إراديا أدى إلى معالجة المشكلات والانعكاسات النفسية أو العوامل المرتبطة بالتبول اللاإرادي والمتمثلة في القلق والتقدير السلبي للذات مما يشير إلى فعاليته .

البرنامج العلاجي فعال في علاج التبول اللاإرادي لكلا الجنسين الذكور والإناث على السواء، حيث انه لم يجد الباحث فروقا ذات دلالة تعزى للجنس .  
 البرنامج العلاجي يتميز بفعالية عالية في علاج التبول اللاإرادي لكلا الفئتين العمريتين الأولى والثانية ، وهو أكثر فعالية مع الأطفال من الفئة العمرية الأولى (5-12 عام) منه مع الفئة العمرية الثانية (13-18 عام).  
 البرنامج العلاجي أدى إلى التخفيف من حدة القلق المصاحب للتبول اللاإرادي لكلا الجنسين دون وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس .  
 إن تطبيق البرنامج العلاجي أدى إلى زيادة تقدير الذات عند الإناث أكثر منه عند الذكور حيث كانت هناك فروقا دالة إحصائية تعزى للجنس الصالح الإناث.  
 (جرادة، 2012، صفحة 75)

### ثانياً - الدراسات الأجنبية

**(1) دراسة كميل وكميل (Kimmel & Kimmel 1970) الولايات المتحدة الأمريكية :**

عنوان الدراسة: طريقة إشرافية فعالة لمعالجة التبول اللاإرادي.  
عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من الإناث طفلتان بعمر (4) سنوات وطفلة بعمر (10) سنوات بمعدل تكرار يومي للتبول اللاإرادي.  
أدوات الدراسة : برنامج علاجي سلوكي ( تدريب الاحتفاظ)  
نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة بأن الطفلتان بعمر 4 سنوات أنجزتا جفاف ليلي من خلال تدريب الاحتفاظ بعد 7 أيام من التدريب، والمتابعة وأنجزت الطفلة بعمر (10) سنوات ذلك بعد 14 يوم من التدريب والمتابعة.

**(2) دراسة دوليزووليز (Doles & Well 1975) الولايات المتحدة الأمريكية**

عنوان الدراسة: التغير في سعة المثانة الوظيفي والتبول اللاإرادي الليلي أثناء وبعد التدريب على الاحتفاظ : دراسة حالة .  
أهداف الدراسة:

▪ هدفت الدراسة إلى قياس التغيرات في سعة المثانة أثناء وبعد التدريب على الاحتفاظ.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من طفلة تعاني من اضطراب التبول اللاإرادي الليلي بلغ عمرها 42 شهراً.  
أدوات الدراسة:

• خط أساس لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- قياس سعة المثانة الوظيفي MFBC.
- برنامج تدريب الاحتفاظ لمدة 21 يوم.

#### نتائج الدراسة:

تم تسجيل التغيرات في السعة الوظيفية للمثانة وتكرار التبول اللاإرادي أثناء التدريب على الاحتفاظ مع الفتاة التي تبلغ من العمر (42) شهراً، زادت سعة المثانة وبقيت فوق مستويات خط الأساس، انخفض التبول اللاإرادي الليلي، ولم يحدث أي بلل خلال الأسابيع الثمانية الأخيرة من فترة المتابعة التي استمرت (14) أسبوعاً. ( عبد السلام، 2015، صفحة 46 )

### **(3) دراسة هاريس وبيروهيت ( Harris & Purohit 1977 )**

عنوان الدراسة: تدريب المثانة والتبول اللاإرادي.

#### أهداف الدراسة:

▪ هدفت الدراسة إلى قياس فعالية تدريب الاحتفاظ في زيادة سعة المثانة ومعالجة التبول اللاإرادي.

#### عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 18 طفل تراوحت أعمارهم بين (5-13) سنة تم تقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من (9) أطفال خضعت المجموعة التجريبية لتدريب الاحتفاظ لمدة (35) يوم (5) أيام منها تحت إشراف المدرب و (30) يوم تحت إشراف الوالدين، ولم تتلقى المجموعة الضابطة أي تدريب خلال هذه الفترة.

بلغ متوسط الليالي المبللة بالأسبوع للمجموعة الضابطة: (5)، المجموعة التجريبية: (3.2).

#### أدوات الدراسة:

• خط أساس معدل تكرار التبول اللاإرادي لمدة أسبوع لتحديد تأثير التدخل العلاجي.

- قياس سعة المثانة الوظيفي MFBC.
- برنامج تدريب الاحتفاظ لمدة 35 يوم.

#### نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة بأن سعة المثانة الوظيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية زاد بشكل ملحوظ باستخدام تدريب الاحتفاظ مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولكن لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة، وأفراد المجموعة التجريبية من حيث معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي، ولم ينقص التكرار بشكل ملحوظ حيث بلغ متوسط عدد الليالي التبول اللاإرادي (2.4) ليلة بالأسبوع.

**(4) دراسة فيلدينغ: (Fielding, 1980 UK)**

عنوان الدراسة: استجابة الأطفال المبللين ليلاً ونهاراً والأطفال الذين يببلون ليلاً فقط للتدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار .

أهداف الدراسة :

▪ هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية تدريب الاحتفاظ مع جرس الإنذار بالمقارنة مع جرس الإنذار فقط لدى أطفال عينة الدراسة.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (45) طفلاً، تم استبعاد (12) طفلاً منهم لم يتوافقوا مع معايير الإدراج في الدراسة، إذ كانت معايير الإدراج في الدراسة عدم وجود سبب عضوي لاضطراب التبول اللاإرادي، وعدم الخضوع للأطفال لعلاج سابق . تراوحت أعمار الأطفال بين (5) سنوات وشهران إلى (13) سنة و عشرة شهور. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين:

➤ تكونت المجموعة الأولى من (17) طفلاً تلقوا علاج سلوكي مكون من تدريب الاحتفاظ وجرس الإنذار، و بمعدل تكرار التبول اللاإرادي 23.5 خلال أربعة أسابيع.

➤ تكونت المجموعة الثانية من (17) طفلاً تلقوا علاج سلوكي مكون من جرس الإنذار فقط، و بمعدل تكرار التبول اللاإرادي (24.7) مرة خلال أربعة أسابيع. بلغت مدة العلاج للمجموعتين (12) أسبوع.

أدوات الدراسة :

- خط الأساس ( معدل تكرار التبول اللاإرادي خلال أربعة أسابيع).
- برنامج علاج سلوكي (تدريب الاحتفاظ - جرس الإنذار).
- برنامج علاجي سلوكي (جرس الإنذار).

نتائج الدراسة :

أظهرت النتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العلاجيتين إذا كان عدد الأطفال الذين أنجزوا 14 ليلة جافة متتالية في المجموعة الأولى 16/11، وفي المجموعة الثانية 17/14.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين خضعوا للعلاج المتضمن جرس الإنذار مع تدريب الاحتفاظ أقل قابلية للانتكاس من الأطفال الذين خضعوا للمعالجة بجرس الإنذار لوحده.

ملاحظة: يعتبر الطفل منتكس إذا كان لديه أكثر من ليلتان مبللتان في الأسبوع الواحد.

**(5) دراسة فافا وآخرون (Fava et al 1981) إيطاليا :**

عنوان الدراسة: التعزيز الإيجابي والتبول اللاإرادي.

أهداف الدراسة :

- تعديل مشكلة التبول اللاإرادي باستخدام التعزيز الإيجابي.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (20) طفل بمتوسط عمري قدره (8) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

➤ المجموعة الأولى تكونت من (10) أطفال تمّ علاجهم باستخدام التعزيز الإيجابي (النجوم) لليلي الجافة وإذا لم يتم التحسن بعد (15) يوم يتم استخدام إجراء الرفع الليلي.

➤ المجموعة الثانية تكونت من (10) أطفال تمّ علاجهم باستخدام العلاج باللعب غير المنظم. بلغت مدة العلاج (3) أشهر والمتابعة بعد سنة .

أدوات الدراسة :

- خط أساس (معدل تكرار التبول اللاإرادي) لمدة أسبوعين.
- برنامج علاج سلوكي قائم على التعزيز الإيجابي لليالي الجافة (النجوم ومكافآت)
- برنامج علاجي قائم على العلاج باللعب .

نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا علاج سلوكي قائم على التعزيز الإيجابي مخطط النجوم لليالي الجافة مقارنة بالعلاج باللعب خلال مدة ثلاثة أشهر من العلاج. إذ بلغت نسبة الأطفال الذين أنجزوا معيار الجفاف (14 ليلة جافة متتالية) في المجموعة الأولى (80) % إذ تم استخدام إجراء الرفع الليلي مع طفلان، أما النسبة في المجموعة الثانية فقد بلغت (10) . بلغ عدد الأشخاص الذين انتكسوا بعد (1) سنة من المتابعة في المجموعة الأولى 10/2 ، أما المجموعة الثانية 10/9. ( عبد السلام، 2015، صفحة 47)

**(6) دراسة جيفكن ج. وآخرون (Giffken g, ext 1986)**

عنوان الدراسة: التدخلات السلوكية كعلاج حابات التبول اللاإرادي لدى الأطفال البواليين.

هدف الدراسة:

- هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التدخل السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي وبصفة خاصة ذلك التدخل المرتبط بزيادة كفاءة المثانة على التحكم في التبول.

عينة الدراسة :

شملت عينة الدراسة على 50 طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (5-13) سن، 33 طفل و 17 طفلة تل يعانون من التبول الليلي غير العضوي.

أدوات الدراسة:

● شملت أدوات الدراسة على (M.F.B.C) جهاز لقياس مدى كفاءة المثانة وقد استخدم هذا الجهاز في تمديد مثانة الأطفال اللذين يملكون مثانة كبيرة والأطفال اللذين يملكون مثانة صغيرة.

نتائج الدراسة :

أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال اللذين أكملوا العلاج قد تشافوا بشكل ملحوظ وقد بلغت نسبتهم 92.5% أي أشارت الدراسة إلى أن أهمية المتابعة خاص في حالة تلقى العلاج السلوكي (تدريب أو تمرين المثانة).  
في المقابل التدخل المشترك الذي صاحبه المنبه الجرس قلل من حالة التراجع بالمقارنة مع استخدام المنبه الجرس لوحده.

لا يوجد دليل واضح كاف ما إذا كان اتخاذ المعلومات التربوية عن التبول اللاإرادي فعالة كان هناك بعض الأدلة بان الاتصال المباشر بين العائلات والمعالجين يحسن ويساعد من اثر التدخل المشترك وزيادة الاتصال والدعم تحسن من التداخلات السلوكية البسيطة لكن إذا تم استخدامها في محاولات فردية والنتائج تحتاج أن تثبت بدراسات تشمل محاولات أو مجموعات ضابطة عشوائية أخرى .

الخلاصة :

على الرغم من استخدام التدخل المشترك كان أفضل من عدم العلاج عند استخدامه مع المنبه الجرس إلا انه لا يوجد دليل واضح بعدم استخدامه بدون منبه جرس.

واستخدام الجرس لوحده كان أفضل من استخدام التدريب على الفراش لوحده.  
لكن هناك بعض الأدلة تقول أن استخدام المنبه الجرس مع التدريب على جفاف الفراش.

كان أفضل من اتخذ المنبه الجرس لوحده وكان هناك بعض الأدلة بأن الاتصال المباشر مع المعالج يمكن أن يحسن ويساعد في تأثيرات التدخل.

**(7) دراسة : (Van Kampen M 2002)**

دراسة شاملة : في علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال والمراهقين .

هدف الدراسة :

■ التحقق من الطرق العلاجية عند الأطفال والمراهقين للتبول اللاإرادي والتنبؤ بالأسباب الكامنة وراء هذه الظاهرة.

أدوات الدراسة :

التكامل العلاجي للتبول اللاإرادي ويشمل الطريقة التكاملية في علاج التبول اللاإرادي وهي:

● جرس المنبه .



- تدريب المثانة.
  - زيادة الدافعية.
  - تدريب عضلات المثانة.
  - وهي الوسائل مجتمعة تعتبر أفضل من التدخل عن طريق الأدوية .
- عينة الدراسة :

وقد شملت الدراسة 60 من الأطفال والمراهقين ما بين 4 إلى 20 عام وكانوا يخضعون للعلاج مرة واحدة أسبوعياً خلال 6 أشهر

نتائج الدراسة:

العلاج بشكل عام كان ناجحاً في 52 من 60 حالة .  
وعند 30 يوم كانت نسبة العلاج 33 وبعد 60 يوم كانت نسبة العلاج 72% وبعد 98 يوم 87%.

13 % المتبقين لم يستطيعوا أن يحققوا 14 ليلة بدون تبول لا إرادي و 7 مرض تحسنوا وكان عندهم بعض الليالي الجافة كل أسبوع.

مريض واحد لم يستمر بالعلاج بسبب نقص الدافعية .  
وبالنسبة للأطفال الذين يوجد عندهم سعة مثانة إلى أقصى حد والذين كانوا أقل من المعدل العادي للعمر زادت السعة من 53% في أسبوع واحد إلى 88% عند نهاية العلاج.

لا العمر ولا الجنس ولا حالات النوم ولا سعة المثانة ولا التاريخ العائلي ولا الفيزيولوجية الشخصية كان لها ارتباط مع نسب النجاح .

الخلاصة :

نسبة النجاح قصير المدى للعلاج الشامل للتبول كان عالياً ولا توجد علاقة أيضاً للعمر والجنس والتاريخ العائلي. (جرادة، 2012، صفحة 99)

**(8) دراسة جلازينير سم اوزن (GLAZENER CM, L 2004)**

عنوان الدراسة: التداخلات التربوية والسلوكية المشتركة للتبول اللاإرادي عند الأطفال.

أهداف الدراسة:

- تقييم اثر التداخلات التربوية والسلوكية المشتركة في علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال ومقارنتها مع تداخلات أخرى.

أدوات الدراسة :

- استخدام الباحث الأبحاث المنشورة في المجالات النفسية والطبية وأبحاث أخرى لها علاقة وقائمة مراجع كما استخدم الباحث جميع المحاولات العشوائية للتدخلات التربوية والسلوكية المشتركة للتبول اللاإرادي عند الأطفال ماعدا تلك المحاولات التي ركزت على التبول خلال النهار مقارنة بالتدخلات التي كانت بدون علاج وشملت

الأساليب السلوكية والجسدية بالإضافة إلى الجرس المنبه، ودواء و تداخلات أخرى لجمع المعلومات وتحليلها ، قام ب جمع المعلومات اثنين من الباحثين وقيموا جودة المحاولات في المعلومات المستخلصة.

#### نتائج الدراسة:

16 محاولة شملت 1081 طفل وهذه المحاولات كانت صغيرة وبعضها كان يواجه مشكلات منهجية شملت استخدام الأسلوب العشوائي.

التدخل المشترك (مثل جفاف الفراش، وذلك بالتدريب على ضبط المثانة وشملت ذلك المنبه الجرس).

هذا التدخل المشترك كان أفضل من عدم العلاج في المجموعات الضابطة لكن لا يوجد دلالة إحصائية كافية عن اثر التدخلات المشتركة لوحدها في حالة عدم استخدام المنبه الجرس.

والتدخل المشترك لوحده كان غير جيد مثل استخدام المنبه الجرس لوحده أو التدخل المصاحب للمنبه الجرس.

#### **(9) دراسة بينسي م، وآخرون ( Pennesi M, etd 2004 )**

عنوان الدراسة: العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادي الأولي

#### أهداف الدراسة :

■ التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادي الأولى لدى الأطفال .

#### عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (159) من الذكور و (91) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين (5-17) سنة يعانون من التبول الليلي اللاإرادي الأولي.

#### أدوات الدراسة :

- برنامج علاجي سلوكي .
- تدريب المثانة .
- سجل المتابعة اليومية .
- الجرس المنبه .

#### نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية ونجاح العلاج السلوكي لحالات التبول الليلي اللاإرادي وخصوصا استخدام الجرس المنبه حيث أشارت النتائج إلى أن معظم الحالات اظهروا تحسنا واضحا بنسبة 90% من حالات النجاح أما باقي أفراد العينة ما زال عندهم من عرض إلى أكثر من عرض يتمثل في تأخر نضج المثانة (جرادة، 2012، الصفحات 72-79).

## الخلاصة :

أكدت معظم الدراسات على فعالية العلاج السلوكي مع ذوي اضطراب التبول اللاإرادي سواء بالجفاف التام أو التحسن الجزئي وانخفاض بعدد الليالي المبللة، مثل دراسة الريحاني فالج.

أشارت معظم الدراسات السابقة إلى تنوع فنيات العلاج السلوكي التي يمكن استخدامها في العلاج السلوكي مع ذوي اضطراب التبول اللاإرادي مثل: التعزيز الإيجابي، الرفع الليلي، تدريب الاحتفاظ مثل دراسة Fava.

جمعت الكثير من الدراسات بين عدة فنيات علاجية سلوكية في آن واحد مثل دراسة جابر والصبوة.

اتفقت معظم الدراسات السابقة أن معيار الجفاف هو (14) ليلة متتالية.

تنوعت الدراسات من حيث اختيارها للعينة فقد كان عدد أفراد العينة مختلفاً، فبعضها يعتمد على دراسة الحالة الواحدة أو حالتين مثل دراسة Kimmel (3 حالات) ودراسة الريحاني (6 حالات) والبعض الآخر توجه إلى عديد كبير من الأفراد دراسة بينسي (159 طفل).

تنوعت الدراسات من حيث طول مدة العلاج 14 يوم Kimmel ، 12 أسبوع فلدينغ.

تباين الدراسات السابقة من ناحية الأهداف فمثلاً دراسة فالج وآخرون ودراسة الريحاني، تهدف إلى إيجاد حلول ومقترحات لمشكلة التبول اللاإرادي.

اختلف البيئات العربية والأجنبية في تناول عينة الدراسة، في حين احتارت معظم العينات الأطفال في المرحلة الابتدائية لإجراء الدراسات عليها كدراسة فالج الجابر.

أثبتت هذه الأساليب العلاجية في معظم الدراسات فعاليتها في علاج التبول الليلي اللاإرادي على المدى الطويل ولأكثر من (50) عام حيث تعمل على إعادة تدريب الطفل بطريقة صحيحة على ضبط مثانته والتحكم فيها، لكنها تنكر وجود معتقدات داخلية موجهة للسلوك المشكل، فهي تركز فقط على السلوك الظاهر لدى الطفل والمتمثل في التبول اللاإرادي وتلغي المعتقدات الداخلية والقيم التي توجه هذا السلوك.

تنوع الأدوات المستخدمة بتنوع هدف الدراسة وهناك دراسات استخدمت نفس الأدوات مثل: دراسة الحالة، المقابلة العيادية، أسلوب الملاحظة، الاختبارات، المراقبة الذاتية وغيرها.

واستناداً إلى ما تم عرضه من الدراسات السابقة فقد استفدنا في دراستنا الحالية في طرح إشكالية البحث والإطار النظري للدراسة حيث تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول، بالإضافة إلى إسهام الدراسات السابقة في اختيار منهج الدراسة الحالية وتحديد العينة المستخدمة وكذا وضع الفروض المنسبة للدراسة بجانب الاستفادة الكبيرة وهي انتقاء أهم

فنيات العلاج السلوكي لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادي بالإضافة إلى المساعدة في تفسير النتائج التي توصل إليها البحث ووضع التوصيات الأخيرة.

# الفصل الثاني

## العلاج السلوكي

تمهيد

- (1) الأصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي
  - (2) المفاهيم الرئيسية في النظرية السلوكية
  - (3) خطوات العلاج السلوكي
  - (4) النظريات المفسرة للتعلم السلوكي
  - (5) مبادئ العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي
  - (6) أساليب وتقنيات العلاج السلوكي
  - (7) خصائص العلاج السلوكي
  - (8) الأساليب السلوكية المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاإرادي
  - (9) مزايا العلاج السلوكي
  - (10) عيوب العلاج السلوكي
- الخلاصة

## تمهيد

يعرف العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي بأنه نمط من أنماط العلاج النفسي الذي يستهدف البحث عن الأسباب النفسية، وذلك بعد استبعاد أو علاج المشكلات العضوية وهو يقوم على تدريب الطفل على اكتساب بعض السلوكيات التي تساعد في زيادة القدرة على التحكم في التبول والانتباه في امتلاء المثانة في اللحظات المناسبة فهذا من خلال فنيات وتقنيات علاجية سلوكية.

وهذا ما نتطرق إليه في الفصل من مفهوم، تقنيات العلاج السلوكي، خصائصه، بعض الأساليب العلاجية، مزايا وعيوب العلاج السلوكي.

## 1- الأصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي:

ظهرت هذه التقنية العلاجية كرد لبعض الاتجاهات القائمة على التحليل النفسي وذلك بدايات القرن العشرين، وقد تجلت هذه التقنية من خلال "جون واطسون" 1875-1958 مؤسس المدرسة السلوكية، والعالم فرانكس في شكل مجموعة من التطبيقات ثم استخدم فيها الاشراف المنفر لعلاج الادمان، وقامت نظريات "بافلوف" التعلم الاشرطي، وفي خمسينيات القرن الماضي قام "سكينر" بوضع الأسس الفنية العلمية بالإضافة لكتاب العلاج النفسي بطريقة الكف التبادلي لـ "ولبي" وإضافة إلى إسهامات "إيزنك" من خلال تأليفه لكتاب "العلاج السلوكي والعصابي".

(<https://lakhasly.com/ar/view-summary/>)

يرى المعالجين السلوكيين أن العلاج السلوكي يقتصر على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العالم الروسي بافلو Pavlou، وتبعه واطسون Watson وهل Hull الأمريكيين، وتلك التي صاغها ثورنديك Thorndike وطورها بعده عالم النفس الأمريكي المشهور سكينر B.F.Skinner. (عبد الستار، 1994، صفحة 36)

## 2- المفاهيم الرئيسية في النظرية السلوكية:

السلوك: (كل سلوك إيجابي أو سلبي)

السلوك هو سلسلة منظمة للأفعال المكيفة للفرد و لوضعيته لما يدركها ويفسرها.

(يوبي ، 2014-2015، صفحة 134)

سلسلة ← اضطراب سلوكي.

منظمة ← التنظيم والهدف.

الفعل ← جهاز حركي ولفظي.

الوضعية ← مثير منظم.

إدراك ← جهاز معرفي

التفسير ← شكل معرفي

هو أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية الهادفة إلى إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق.

يطلق البعض على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك وبصفة خاصة عندما يستخدم في بيئة غير عادية. ( عبد الرحمان و الشناوي، 1998، صفحة 13)

### 3- خطوات العلاج السلوكي:

- تحديد السلوك المراد علاجه أو تعديله.
- تحديد ظروف التي تظهر فيه السلوك من خلال جمع بيانات ومعلومات وقيام بتحليلها.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب من خلال (النوع، التاريخ، مدة حوث السلوك، تكرار السلوك، مع ومن وكيف حدث السلوك).
- تحديد واختيار الظروف التي تطبق فيه العملية العلاجية.
- تحديد الظروف السابقة للسلوك المضطرب.
- تحديد العلاقة بين الاستجابة والموقف.
- إنهاء العلاج حيث يصل الفرد إلى السلوك المرغوب المعدل وتعميم هذا السلوك في مواقف ذات صلة.
- تحديد مظاهر التحسن من خلال القياس البعدي (إعادة تطبيق الملاحظة، طرح التساؤل على الأفراد المحيطين بالظاهرة السلوكية).

(<https://lakhasly.com/ar/view-summary/>)

### 4- النظريات المفسرة للتعلم السلوكي:

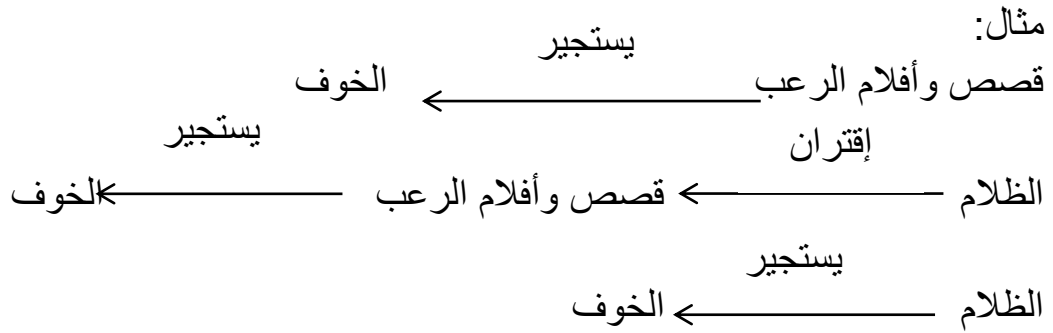
يوجد عدة نظريات طورت وعدلة السلوك من بينهم:

#### 4-1- نظرية الإشراف الكلاسيكي:

كان على يد بافلوف حيث نصت نظريته في التعلم على ارتباط استجابة ما بمثير ما ولا تربطهما علاقة طبيعية أي حدوث التعلم لدى الفرد حيث يحدث الاقتران بين مثيرين، يحل أحدهما مكان الآخر في إحداث استجابة ليست له في الأصل. السلوك الاستجابي عند بافلوف بأنه استجابة من خلال جهاز أو تنظيم لوضعية مثيرة حيث أن المثير يسبق الاستجابة.

بافلوف وضح بأنه يمكن إحداث استجابة إشرافية بالربط بين المثير الأحادي إلى المثير غير الشرطي الذي يفجر أو يظهر دائما استجابة للعباب عند الكلب.

(أسامة فاروق ، 2011، صفحة 81)



مثال آخر: الخوف من الأماكن الضيق.  
الخوف من الأماكن المرتفعة.

الخوف من الظلام.

لقد قام بافلول بدراسة التعلم في ظروف تجريبية بحيث قام سنة 1900 بدراسة عملية الهضم عند الكلب في المختبر وقام بقياس مقدار أو كمية اللعاب الذي يفرزه الكلب عند إطعامه ولقد أدرك أن مجرد رؤية الطعام تؤدي إلى إحداث الاستجابة التي تثار حين يلامس مسحوق اللحم (الطعام) لسان الكلب. (بترس ، 2010، الصفحات 64-65)

وضح بأن تقديم الأكل وهو مثير غير انعكاسي يؤدي إلى استجابة سيلان اللعاب عند الكلب الجائع وهو رد فعل فيزيولوجي وغريزي محض، أما إذا سبقنا تقديم الأكل بصوت جرس وهو المثير المحايد وذلك لعدة مرات، هذا المثير المحايد يصبح مثيرا اشتراطيا، أي أن الصوت يسبب لوحده سيلان اللعاب، بهذا تصبح عملية سيلان اللعاب رد فعل شرطي من جهة أخرى تختفي الاستجابة الشرطية إذا لم تثبت برابطة حديدية (جرس، كلب) وتنطفئ الاستجابة في الأخير.

نظرية بافلوف تقوم أساسا على عملية الارتباط الشرطي، إذا أنه يمكن لأي مثير بيئي محايد أن يكتسب القدرة على التأثير في وظائف الجسم الطبيعية والنفسية إذا ما صوحب بمثيرا آخر من شأنه أن يثير فعلا استجابة منعكسة طبيعية أو اشراطية أخرى.

(بترس ، 2010، الصفحات 64-65)

#### 4-1-1- الشروط التي يجب أن تتوفر في حدوث فعل منعكس شرطي:

(أ) العلاقة الزمنية بين المؤثرين:

حدوث تعلم الشرطي يتطلب أن يتكون المثير الشرطي المثير غير الشرطي بفاصل زمني قصير لكي يحدث الاقتران بينهما وقد حدد هذا الفاصل في بعض الدراسات بضعة ثوان وأحيانا بأجزاء من الثانية.

تشمل العلاقة بين المثير الشرطي (SC) والمثير غير الشرطي (SI) هو غير معروف تماما.



- هناك خمسة انواع أساسية للعلاقة بين المثيرين الموضحة كما يلي:
- الاشراف في نفس الوقت Simultanée: أين المثير الشرطي (SC) يكون قبل المثير غير الشرطي (SI) بثواني قليلة، حيث وضح أن هذا الفارق الزمني الصغير يؤدي إلى إشراف سريع بالنسبة لفوارق أخرى، أي يعتبر هذا الفارق النموذج المفضل.
  - الاشراف أين الفارق الزمني: بين المثير الشرطي (SC) والمثير غير الشرطي (SI) أطول على العموم 10 ثواني في كلتا الحالتين المثير الشرطي والمثير الغير الشرطي ينتهيان في نفس الوقت.
  - إشراف الأثر أين المثير الشرطي و غير الشرطي: أي هنا يكون فارق زمني واضح وكبير.
  - الاشراف الزمني: المثير الغير الشرطي يظهر في أزمنة منتظمة أين يكون له قيمة المثير الشرطي.
  - الاشراف التراجعي أين المثير غير الشرطي: يظهر قبل المثير الشرطي بفترة زمنية طويلة.

#### ب) تكرار الاقتران أو التصاحب بين المثيرين:

حتى تكون العلاقة الشرطية بين المثيرين الصناعي أو الحيادي (الجرس في تجربة بافلوف)، وبين المثير الشرطي (الطعام) لابد أن يتكرر هذا الاقتران وبنفس الترتيب عدة مرات علما أنه تبين أن حدود هذا الاقتران مرة واحدة وفي ظروف معينة يؤدي إلى تعلم الربط بينهما لكن الدراسات يرون أن ضرورة التكرار لضمان هذه العلاقة.

#### ج) سيادة الاستجابة:

حتى يكتسب المثير الشرطي خاصته الجديدة من حيث قدرته على إحداث استجابة ما من خلال اقترانه بالمثير الطبيعي لابد أن تكون العلاقة بين المثير الطبيعي والاستجابة غير الشرطية علاقة فطرية أو انعكاسه وذات سيادة.

#### د) استبعاد المثيرات الأخرى المشتتة للانتباه:

إن نجاح التعلم الشرطي يتوقف على قلة العوامل المشتتة للانتباه في موقف التعلم إذ كلما زاد عدد هذه العوامل كلما تطلب الأمر القيام بعدد أكبر من المحاولات.

#### هـ) التعزيز:

وهو العامل الحاسم في التعلم الشرطي، فلكي يصبح الجرس قادرا على استدعاء إفراز اللعاب لابد من أن يقدم الطعام للكلب إثر سماعه بصوت الجرس.

(يوبي ، 2014-2015، صفحة 141)

**4-1-2- خصائص الفعل المنعكس الشرطي:**

- فعل مكتسب ومتعلم خلافاً للفعل المنعكس ذي الطبيعة الوراثية الفطرية.
- فعل قابل للتغيير والتعديل قوة وضعفاً ويتأثر بالشروط التي أحاطت بالكائن أثناء تكوينه.

■ لا يتطلب تكوينه وجود مستقبل معين متخصص في استقبال منبهاته لأنه يستخدم الزمن كمثير شرطي لإفراز اللعاب عند الكلب.

■ قابل للانطفاء والإمعاء حيث يمكن إمعاء الفعل المنعكس الشرطي بعد تكوينه وهذا باتباع طريقة معاكسة لتكوينه فإذا تكرر قرع الجرس عدة مرات دون أن يعقب ذلك تقديم الطعام، وتجدد الإشارة هنا إلى أن الانطفاء في الغالب لا يكون كلياً وإلى الأبد وإنما يلاحظ بعد فك الارتباط التجريبي بين المثير الغير الشرطي وإعادة ظهور الارتباط فيما بعد وهذا ما أطلق عليه اسم الاسترجاع التلقائي للفصل المنعكس الشرطي بعد غمائه. (بترس ، 2010 ، الصفحات 65-66)

**4-1-3- قوانين الاشرط عند بافلوف:**

اكتشف بافلوف في سياق أبحاثه التي أجراها على التعلم الشرطي عدداً من القوانين التي تفسر العلاقة بين المثيرات الشرطية وغير الشرطية وفيما يلي موجز عن ذلك:

**أ) قانون الاستشارة:**

ويتضمن التعبير عن حدوث الاشرط في حال تمت المزوجة بين المثير الشرطي وغير الشرطي مما يؤدي إلى أن يكتسب المثير الشرطي خواص المثير اللاشرطي ويقوم مقامه.

**ب) قانون الكف الداخلي:**

إذ تكرر ظهور المثير الشرطي لفترة من الزمن دون تعزيز بالمثير الطبيعي فإن الفعل المنعكس الشرطي يضعف تدريجياً وفي النهاية ينطفئ أي لا تظهر الاستجابة الشرطية فإذا تكرر قرع الجرس دون تقديم الطعام فإن كمية اللعاب تأخذ بالنقصان شيئاً فشيئاً حتى تتوقف تماماً.

**ج) قانون التعزيز:**

هو شرط لا بد منه لتكوين الفعل المنعكس الشرطي ويقصد بذلك تتابع الموقف على نحو يكون فيها التعزيز هو الخيط الذي يوجه عناصر الموقف ويجعل منها كتلة سلوكية ترابطية.

**د) قانون التعميم:**

ويعني هذا الاشرط أنه حينما يتم اشرط الاستجابة لمثير معين فإن المثيرات الأخرى المشابهة للمثير الأصلي تصبح قادرة على استدعاء نفس الاستجابة بعد أن يتعلم الكلب الاستجابة لقرع الجرس بإفراز اللعاب عند سماعه لأصوات مشابهة لصوت

الجرس، وهذه الظاهرة ظاهرة التعميم تلاحظ كثيرا في سلوك الحيوان والانسان، فالطفل الذي يخاف نوعا من الحيوانات يستجيب بالخوف لحيوانات مشابهة لهذا النوع.

#### ه) قانون التمييز:

هو قانون مكمل لقانون التعميم إذا كان التعميم استجابة للتشابه بين المثيرات فإن التمييز استجابة لاختلاف بينها بمعنى أن الكائن الحي يستطيع في هذه العملية أن يميز بين المثيرات الموجودة في الموقف بشكل لا يصدر الاستجابة إلا للمثير المفرد، وبالتالي لا تبقى إلا الاستجابة المفردة بينها تنطفئ الاستجابات الأخرى غير المفردة.

وتعد عملية التمييز متأخرة أو تالية لعملية التعميم حيث لا يستطيع الطفل على سبيل المثال القيام بعملية التمييز بدقة بين المثيرات إلا في مرحلة متقدمة من النمو، فبعد أن كان الطفل يخاف من جميع الحيوانات المشابهة للحيوان الذي كون لديه استجابة الخوف يبدأ في اصدار استجابات الخوف على نفس الحيوان فقط.

(بطرس ، 2010 ، صفحة 68)

#### 4-1-4- استعمالات الاشارات الكلاسيكي:

هو يمثل سيرورة الأساسية لعدة نشاطات الفرد، التطبيق الملاحظ كثيرا أو خاصة في الأشهر المصاحبة تبين مثلا الاحساس العالي الجيد واستعمال بعض المنتجات مثل: صورة جيدة، سيارة جديدة، يستعمل هذا الاشارات في كثير من العلاجات لبعض الاضطرابات بحيث لقد وضح Rosenzweig بأنه يمكن نزع أو إلغاء الدفاعات المناعية عند بعض فئران التجارب. (بطرس ، 2010 ، صفحة 68)

#### 4-2- نظرية إدوارد ثورنديك:

كانت اسهاماته في تعدي السلوك في وصفه لقانون الأثر ويقول هذا القانون بأن السلوك الذي يؤدي إلى إحداث أثر مرغوب فيه في البيئة فإنه سوف تزداد احتمالية ظهوره في المستقبل والتجربة المشهورة لثورنديك في هذا المجال هو وصفه لقطة في صندوق ووضع الطعام خارج هذا الصندوق بحيث تستطيع القطة رؤيته، وحتى يفتح القفص فإن على القطة أن تضرب الرافعة بيدها، وقد أظهر ثورنديك بأن القطة تعلمت الضرب على الرافعة بسرعة أكثر لان سلوك الضرب على الرافعة أدى إلى نتيجة أو أكثر مرغوب فيه في البيئة أي أن القطة استطاعت أن تصل إلى الطعام.

حاول ثورنديك من خلال ملاحظة القطة قياس عدد المرات المهمة للمحاولة ومعرفة الزمن المستغرق لإيجاد الحل والحصول على الطعام، يقول أيضا ثورنديك في البداية يكون سلوك القطة بإيجاد الحل وذلك بضرب الرافعة والخروج منها بالصدفة وبعده محاولات تصبح القطة أكثر سرعة ودقة وانتباها في محاولاتها بحيث يقل عدد الأخطاء وينقص الزمن المستغرق في الصندوق، لقد عبر ثورنديك عن هذه الاستجابات برسم بياني يبين فيه مختلف محاولات القطة بالإضافة إلى تبيانته في كتابه "ذكاء الحيوانات" 1911 بأنه يوجد قوانين تسمح بتفسير هذا التعلم من خلال "المحاولة

والخطأ" فمن بين هذه القوانين المهمة قانون الأثر بحيث يوضح هذا القانون بأن السلوك يمكن أن يظهر من خلال اشباع الجهاز وإذا لم يشبع هذا الجهاز فإن السلوك يختفي. (الرزقات ، 2007 ، صفحة 160)

#### 4-3- نظرية جون واطسن:

يرى واطسن مؤسس المدرسة السلوكية أن علم النفس هو علم السلوك وإن الطريقة المناسبة للدراسة موضوعاته هي الطريقة الموضوعية المستخدمة في الميادين العلمية الطبيعية و ليست طريقة الاستبطان التي كانت شائعة قبله في دراسة الظواهر النفسية يؤكد واطسن من خلال الأعمال التي قام بها.

على دور البيئة الاجتماعية في تكوين و نمو شخصية الفرد وكذلك أهمية دراسة و قياس آثار المثيرات المختلفة في عملية التعلم و في السلوك بصفة عامة.

في سنة 1920 حاول Watson و مساعديه أمثال Rosalie Rayner بتوضيح كيف أن الانفعالات مثل: الخوف يمكن إكتسابها، انطلق Watson من منطق أو أساس أنه يوجد علاقة تواصل مباشر بين الجهاز العصبي و استجابة الخوف و بعض المثيرات الخاصة مثل: الصوت المرتفع و المفاجئ .

ماذا يحدث إذا وجد مثير محايد لمثير آخر ؟

Watson و Rayner قاموا بمحاولة تجريبية على الطفل Albert الذي يبلغ عمره 9 أشهر، بحيث لقد كان الطفل مثل الأطفال الآخرين لا يخاف من الحيوانات التي لها فرو بحيث عندما كان يرى القار الأبيض كان يفرح. لكن الباحثان سوف يدخلان مثير آخر الذي هو الصوت المفاجئ المرتفع في كل مرة يظهر فيها القار الأبيض وهذا فجر للطفل سلوك البكاء والصراخ عند رؤية القار الأبيض. و بعد عدة مرات من المحاولات أصبح الطفل عندما يرى القار فقط بدون أي صوت يخاف منه و هذا ما أدى إلى ظهور الخوف المكتسب . و بهذا يمكن تفسير بنفس الطريقة، ظهور عدة مخاوف لدى الطفل من حيوانات لها فرو و من أي حيوان آخر بنفس الطريقة. (د.كريماني ، 2010 ، صفحة 70)

كما قام واطسن بتجربة أخرى استطاع فيها أن يزيل الخوف لدى طفل كان يخاف من الأرائب و ذلك عن طريق تقديم أرنب أبيض بمصاحبة مثير يستدعي السرور لدى الطفل (تقديم بعض الحلوى مثلا) إلى أن استطاع تدريجيا التخلص من هذا الخوف المرضي .

إن هذه الدراسات قدمت لواطسن دليلا على أن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه و انه بالتالي لا يوجد فرق بين طريقة اكتساب السلوك العادي وطريقة اكتساب السلوك المرضي لأن العملية الرئيسية في كلتا الحالتين هي اصلا عملية تعلم و عملية تكوين ارتباطات بين مثيرات و استجابات، وقد أدى نجاح واطسن في تجاربه هذه إلى الاعتقاد بأنه يستطيع السيطرة على السلوك بطرائق لا حصر لها تقريبا عن طريق ترتيب تتابع المثيرات والاستجابات.

و قد توج دعواه بقوله المشهور ( أعطوني عشرة أطفال أصحاب سليمي التكوين، و سأختار أيا منهم أو أحدهم عشوائيا ثم أعلمه فأصنع منه ما أريد طبييا أو مهندسا أو محاميا أو فنانا أو تاجرا أو مسؤولا أو لصا و ذلك بغض النظر عن مواهبه وميوله و اتجاهاته وقدراته أو سلالة أسلافه).

#### 4-4- نظرية الإشراف الإجرائي لسكينر :

ان سكينر يتفق مع ثورندايك في تقرير أن الثواب والعقاب غير متساويين في الأثر، حيث يزيد الثواب من احتمال تكرار الاستجابة ، بينما العقاب لا يزيد من احتمال تكرارها، اعترف معظم المشتغلون بعلم النفس بأهمية استخدام أفكار سكينر في العلاج النفسي خاصة على تعديل كطريقة من طرق العلاج النفسي و التي شاع استخدامها مع الأطفال المعوقين والمتخلفين عقليا ، كما استخدمت في علاج التأتأة، الفوبيا والسلوك الذهاني، كما يرجع إليه الفضل في التمييز بين نوع التعلم الذي أنتجته تجارب بافلوف و ذلك الذي أنتجته تجارب ثورندايك.

لقد ميز سكينر بين نوعين من السلوك هما السلوك الاستجابي الذي يعمل على انتزاعه مثير معين محدد و معروف، والإجرائي الذي لا ينتزعه مثير معين، و لكنه يصدر عن الكائن الحي تلقائيا وليس استجابة لمثير ما، بمعنى أن السلوك الاستجابي يكون محكوما بنمط المثير و يحدث في مواجهته مثل: الاستجابات غير الشرطية أو الأفعال المنعكسة الطبيعية كإفراز اللعاب عند رؤية الطعام ، بينما يصعب رد السلوك الإجرائي لمثير معين.

يميز سكينر بين نوعين من الاشتراط هما: اشتراط (م) و اشتراط (س)، و يقصد باشتراط (م) الاشتراط الاستجابي الكلاسيكي، و يسمى اشتراط (م) لتأكيدده على أهمية المثير في انتزاع الاستجابة المطلوبة، أما النوع الثاني فهو الاشتراط الإجرائي الذي يحدث في ظل السلوك الإجرائي و يسمى اشتراط (س) لأنه يعتمد على الاستجابة دون المثير ، وتقاس قوة الاشتراط الإجرائي بمعدل صدور الاستجابة بينما الكلاسيكي بقوة الاستجابة الشرطية (د.كريمان ، 2010 ، صفحة 72) .

#### 4-4-1- مفهوم الاشتراط الإجرائي:

السلوك الاستجابي هو استجابة مباشرة كما هو الحال في الاشتراط الكلاسيكي مثل : إسالة اللعاب بالنسبة للطعام ، أما السلوك الإجرائي فيبدو تلقائيا أكثر منه استجابة لمثير معين و معظم الاستجابات التي تصدر عنا الفرد هي من نوع السلوك الإجرائي. الاشتراط الإجرائي هو نمط من الاشتراط يعتمد على الإجراء الذي يقوم به الكائن الحي تحت شروط معينة لتعلم نمط معين من السلوك المعزز أو المدعم. لقد قام سكينر في كتابه "سلوك الجهاز" 1938 بتفسير كيفية تطور السلوك و شرح أسس الإشراف الإجرائي.

**4-4-2- كيفية حدوث الاستجابة:**

وضع سكينر حمامة في صندوق بحيث يوجد في هذا الصندوق فتحة دائرية في الوسط مضيئة . ففي الأول كان يجب على الحمامة أن تتوسط الصندوق لتصل إلى هذه الفتحة المضيئة لتحصل على حبة القمح. في المرحلة الثانية أصبح يجب على الحمامة أن تتوسط الصندوق لتصل إلى الفتحة المضيئة بالإضافة إلى توجه رأسها نحو هذه الفتحة في المحلة الثالثة المعزز الذي هو حبة القمح لم يفتح للحمامة إلا عند إتباع الشروط التي تتمثل في توسطها الصندوق و اتجاه رأسها نحو الفتحة و إدخال منقارها في هذه الفتحة المضيئة. كما تلاحظ بأنه لم يمكن الانتقال من مرحلة إلى أخرى إلا إذا حصلنا على السلوك المراد حصوله.

كما وضع سكينر تجربة على الفار بحيث قام بوضع صندوق يختوي على رافعة تتصل بطبق الطعام من الداخل ، و لمبة صغيرة أعلى الرافعة ووضع الفار جائع داخل الصندوق ، بحيث يتحرك الفار داخل الصندوق ، وبالصدفة يضغط على الرافعة و بعد الوصول إلى المستوى الإجرائي يقوم المجرّب بتحريك مستودع الطعام بحيث يصبح خارج الصندوق، و يتحرك الفار ومع كل مرة يضغط فيها على الرافعة تنزلق كرة صغيرة من الطعام في الطبق ويأكل الفار الطعام ويعود للضغط على الرافعة ، و هنا يعمل الطعام كمعزز لاستجابة الضغط على الرافعة، و يتزايد معدل الضغط على الرافعة بصورة طردية و عند فصل مستودع الطعام عن الرافعة تصبح استجابة الضغط على الرافعة غير معززة بالطعام .

و هنا يقل معدل الضغط على الرافعة (الانطفاء) بسبب غياب التعزيز و لدراسة قدرته على التمييز يقوم المجرّب بتقديم الطعام مقترنا بضوء اللمبة عندما يقوم بالضغط على الرافعة و عدم تقديم الطعام في حال انطفاء الضوء.

من هنا استنتج سكينر بأن السلوك هو معالجة إجرائية للبيئة ، فضغط الفار على الرافعة استجابة إجرائية للحصول على الطعام.

يكون الحيوان إيجابيا ونشطا و لا يتعزز سلوكه إلا إذا قام باستجابة إجرائية معينة حسب ما يريد المجرّب

**4-4-3- قياس قوة الاستجابة :**

كلما زاد معدل تكرار الاستجابة الإجرائية (معدل الضغط على الرافعة) خلال فترة معينة كلما كانت قوة الاستجابة الإجرائية أكبر .

يمكن استخدام منحنى الانطفاء كمقياس لمدى مقاومة الاستجابة الإجرائية للانطفاء.

**4-4-4- التسجيل التراكمي للاستجابات :**

استخدم سكينر هذا الأسلوب لكي يتمكن من الحصول على تسجيل كامل لاستجابات الحيوان داخل الصندوق، ويختلف هذا الأسلوب عن الأساليب الأخرى لرسم

المنحنيات في تجارب التعلم ، وفيه يتم تسجيل الزمن على المحور الأفقي والعدد الكلي للاستجابات على الرأسي وعلى هذا فلا يمكن أن يهبط منحني الاستجابات فهو إما يكون صاعداً أو يظل كما هو في حال عدم إصدار الحيوان للاستجابات.

معين من طرف فرد أو جماعة يجب تخيل أو وضع معززات التي تزيد من احتمالية ظهور السلوك المراد الحصول عليه.

بالنسبة للتقنيات المستعملة في العلاج توضع التقنيات الموضوعية من طرف سكينر التي تؤدي إلى تغيير السلوك خاصة عند الأطفال المشاغبين أو المتأخرين عقلياً أين نريد الحصول على سلوك أيضاً يمكن تغيير سلوكيات الخوف عند بعض الأفراد و تغيير سلوكيات بعض مرضى الفصام و هذا لإدماجهم في المجتمع.

(يوبي ، 2014-2015، الصفحات 146-147-148-149)

#### 4-5- نظرية التعلم الاجتماعي :

تؤكد هذه النظرية أهمية الجانب الاجتماعي لعملية التعلم فهي ترى أن السمة الاجتماعية من الطبيعة البشرية مسؤولة إلى درجة كبيرة عن تعلم أنماط معينة من السلوك و الخيرة ، بحيث تتباين مثل هذه الأنماط تبعاً لاختلاف المجتمعات و نوعية الخبرات السائدة فيها . وتحديداً فإن هذه النظرية ترى أن التعلم يحدث من خلال الملاحظة والتقليد ، فمن خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين و ما ينتج عنها من آثار عقابية أو تعزيزية ينشأ الدافع لدى الأفراد في تعلم أن بعض الخبرات و الأنماط السلوكية . يرى Bandura أن التعلم بالملاحظة و التقليد (النمذجة) يستند إلى ثلاث عمليات أساسية هي:

- العمليات الابدالية.
- العمليات المعرفية.
- عمليات التنظيم الذاتي.

#### 4-5-1- العمليات الابدالية:

الخبرات و الأنماط السلوكية التي يتم تعلمها بطريقة خلال التفاعل مع المثيرات والمواقف يمكن علمها على نحو غير مباشر وذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وتقليد مثل هذه السلوكيات . كل من التعزيز و العقاب مباشرة في السلوك، يمكن لهما التأثير في سلوك على نحو غير مباشر، أي على نحو ديلي من خلال التأثير بخبرات و العقاب المترتب على سلوك النماذج التي يلاحظونها.

(الزغلول ، 2005، الصفحات 111-112)

#### 4-5-2- العمليات المعرفية:

هناك عمليات وسيطية تتدخل بين التعرض للمثيرات الفعل السلوكي ، حيث تلعب إدراكات و توقعات الفرد و دوافعه دوراً في أن يتم تعلمه من سلوك النماذج .

#### 4-5-3- عمليات التنظيم الذاتي :

يعمل الفرد على إعادة تنظيم الخبرات التي تم ملاحظتها، بحيث يظهر السلوك المناسب بما يتناسب و التوقعات التي يتم تحقيقها و بما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها.

انطلاقاً من ذلك يرى Bandura أن ليس كل ما يتم ملاحظته من أقوال أو إيماءات يتم تقليدها من قبل الأفراد حيث تتدخل العمليات المعرفية و عمليات التنظيم الذاتي لتحديد ما ينبغي تعلمه أو أدائه ، و هذا يشير للجانب الانتقائي للتعلم من خلال الملاحظة .

يؤكد Bandura أن من خلال الملاحظة والتقليد يمكن للأفراد تعلم ثلاث أنواع من نواتج التعلم هي:

- ❖ تعلم أنماط سلوكية و خبرات جديدة ليست في حصيلة الفرد السلوكية السابقة.
- ❖ تحرير أو كف أنماط سلوكية متعلمة سابقا ، فمن خلال ملاحظة سلوك النماذج و ما يترتب عليها من نتائج عقابية أو تعزيزية ، يتعلم الفرد كف أو تحرير سلوك و يحدث الكف عندما نلاحظ نموذج يعاقب على سلوكه، أما التحرير فيحدث عندما نلاحظ نمودجا يعزز أو لا يعاقب على سلوكه.

- ❖ تنشيط سوك و تسهيل ظهوره إن ملاحظة سلوك النماذج تنشط سلوكا لدينا و تسهل عودة ظهوره بعد أن كان في طي النسيان .

وهكذا فمن خلال عمليات التفاعل الاجتماعي وملاحظة سلوك الآخرين يمكن تعلم العديد من الخبرات و أنماط السلوك يمكن إجمالها بالآتي:

- تعلم معظم جوانب السلوك الاجتماعي مثل العادات والتقاليد والأعراف والقيم و مهارات التفاعل والتواصل الاجتماعي و الأدوار الاجتماعية المرتبطة بالجنس.

- تعلم قواعد و قوانين السلوك والمبادئ الأخلاقية و الدينية .

- تعلم جوانب السلوك الحركي والمهارات الحركية العامة الدقيقة و المهارات الحرفية و المهنية و الغنية و الأكاديمية. (الزغلول ، 2005، صفحة 113)

- تعلم السلوك الانفعالي وتطوير الانفعالات المتعددة و أساليب التعبير عنها ، بالإضافة إلى تعلم الميول والاتجاهات و أساليب إدارة الذات والضبط الذاتي .

- تعلم السلوك اللغوي و مهارات التعبير و المعاني واللهجة.

- تعلم جوانب السلوك العقلي ومهارات التفكير و أساليب حل المشكلات.

- تعلم أنماط السلوك غير السوي و غير الاجتماعي بالإضافة إلى العادات السيئة و بعض الاضطرابات الانفعالية مثل : الخوف ، القلق، الكره والعدوان .

حسب هذه النظرية، يتم تعلم السلوك السوي السليم من خلال التعرض إلى سلوكات النماذج فالاضطرابات الانفعالية والسلوكية تنشأ لدى الخبرات قدراتهم على إدارة الذات فهم يمتازون بالحساسية و الشفافية ، نجدهم سرعان ما يتأثرون بالنماذج ويتعلمون منهم سلوكيات سوية و غير سوية خاصة عندما يتم تعزيزها.



### 5- مبادئ العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي

- يقوم العلاج السلوكي الناجح على مجموعة من المبادئ الأساسية والتي لا يعد العلاج صحيحا إلا إذا توفرت فيه، ولعل أهم تلك المبادئ ما يلي:
  - التقييم الدوري المستمر لحالة المريض وملابسات مشكلته في صياغة معرفية واضحة، ودقيقة.
  - يقوم العلاج السلوكي على فكرة التحالف العلاجي السليم بين طرفي العلاج: المعالج والمريض.
  - مبدأ التعاون والتفاعل لبناء بين المريض والمعالج.
  - تحديد الهدف ووضوحه وتمركزه حول المشكلة التي يتم علاجها.
  - التركيز على الوقت الحاضر.
  - يقوم على مبدأ التعليم والتدريب على السلوكيات والتغيرات الممنهجة.
  - تحديد زمن معين وعدد الجلسات.
  - يجب أن تتم الجلسات وفقا لمنهج مخطط مسبقا وبصورة متقنة ومدروسة.
  - استخدام فنيات واستراتيجيات متنوعة لإثارة التفكير وتحفيز وتعديل الأفكار.
- (<https://nafsonline.com/log-in>)

### 6- أساليب وتقنيات العلاج السلوكي

هو كغيره من العلاجات النفسية في العلاج السلوكي له تقنيات قد قسمها الباحث مصطفى نوري قمش و خليل عبد الرحمان المعاينة إلى فئتين:

**الفئة الأولى:**

أساليب زيادة السلوك: هي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب ويندرج تحت هذا الأسلوب معززات ايجابية ومفرزات سلبية وتشكيل السلوك والاستبعاد التدريجي والتعزيز الرمزي والنمذجة.

**الفئة الثانية:**

أسلوب خفض السلوك: هدفها تخفيض معدل تكرار السلوك غير المرغوب ويندرج تحت هذا الأسلوب تحت أساليب العقاب، المحو، الاغفال أو التجاهل، والممارسة والعزل أو التخلص من الحساسية. (لحمري، 2014-2015، صفحة 79)

### 7- خصائص العلاج السلوكي:

النموذج السلوكي بالميزات التالية:

➤ استمرارية التقدير المتعلق بالسلوك المشكل (Problème) وبالشروط التي تعزز استمرارية هذا السلوك، يتم ذلك من خلال التعرف على أبعاد السلوك المشكل كالبحت عن الكيفية التي يحدث بها ذلك السلوك، متى وأين يتكرر حدوثه، ومتى وأين يعمل، إلى جانب الكشف عن الظروف أو الشروط الخاصة المؤثرة في السلوك، كما ترجع أهمية

الاستمرارية في قياس السلوك المشكل إلى كون طبيعة هذا السلوك وطبيعة الشروط التي تعمل على تدعيمه أو ترسيخه قابلة للتغيير خلال فترات العلاج.

➤ يتميز كذلك بالفردانية فهو يفصل بين كل عميل وآخر حتى ولو كانت العملية العلاجية فيه تسيير وفق إجراء وخطوات محددة إلا أنه يعمل على تطبيق الخطوات العلاجية وفقاً لما يتطلبه كل مشكل أو كل فرد.

➤ العلاج السلوكي تربوي في طبيعته إذ يهدف إلى تعليم السلوكيات التكيفية و يتم ذلك إما بتغيير وجه السلوك المشكل ومظاهره أو بتعديل الشروط المحيطة المرتبطة بالسلوك المشكل.

➤ يكون التعامل مع سلوك الفرد المباشر أو الظاهر ومع السلوكيات التي يكون الفرد على وعي بها لهذا فإن التركيز على النزوات اللاشعورية، وعلى دراسة أنماط الشخصية لا يلعب أي دور في العلاج السلوكي.

➤ يركز العلاج على الحاضر بالدرجة الأولى (المشاكل الحالية للفرد والعوامل المؤثرة فيها)، وهو يفصل بين العلاج السلوكي والتحليل النفسي الذي يركز بصفة أساسية على المراحل الأولى لنمو الشخصية.

➤ من اهتمامات علاج سلوكي تزويد العميل بمهارات المراقبة الذاتية المسهلة للتعامل بنوع من الاستقلالية مع المشاكل المصادفة له في حياته اليومية.

(أزروق ، 1997 ، صفحة 99)

## 8- الأساليب السلوكية المتبعة في علاج اضطراب التبول اللاإرادي:

يلخص هذا القسم تشكيلة من التدخلات العلاجية المستعملة اليوم في معالجة اضطراب التبول اللاإرادي، مع التركيز على العلاجات السلوكية.

### 8-1- جدول النجوم و أنظمة الجائزة:

تقوم هذه الطريقة السلوكية على مبدأ التعليم الإجرائي الذي نادى به سكينر والذي يقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك الغير مقبول فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة وتخفي المشكلة.

وتستخدم أنظمة الجائزة التعزيز الإيجابي بشكل خاص، حيث يتم تحديد الهدف من وراء الجائزة مثل ذهاب الطفل للمرحاض أو البقاء جافاً طوال الليل ويأخذ مكافأته عندما ينجز الهدف، والتعزيز الإيجابي لليالي الجافة قد يساعد على تقليل التأكيد السلبي على الليالي المبللة ومن الضروري التركيز على السلوك الإيجابي بدلاً من السلبي لأن الإنسان بطبعه يحب المديح ويكره التأنيب، والطفل ينجح بالتشجيع أكثر من التأنيب.

وتعتبر جداول التعزيز أداة ممتازة لتنفيذ هذه التقنية العلاجية. ويوضح الجدول

رقم (01-02) مثال توضحي عن جدول تعريزي (لوحة النجوم):

**جدول رقم (01-02): جدول تعزيزي**

ضع نجمة في كل يوم جاف واكتب الكلية لكل أسبوع

اليوم	الأسبوع 1	الأسبوع 2	الأسبوع 3	الأسبوع 4
الجمعة				
السبت				
الأحد				
الاثنين				
الثلاثاء				
الأربعاء				
الخميس				
اجمع الليالي الجافة				

يمكن للطفل أن يسجل ويلاحظ النجاحات كما يمكن للجوائز التي تقدم للطفل أن توصل إلى السلوك المطلوب.

إن أنظمة الجائزة يجب أن تستعمل بعناية كبيرة، فالطفل قد يشعر بالفشل إذا لم يحصل على الجائزة.

إن العلاج بنظام الجائزة مفيد جداً في علاج الأطفال الصغار بشكل خاص، ويمكن أن يتخذ كإجراء أولى للعلاج اضطراب التبول اللاإرادي.

**8-2- الرفع الليلي:**

يتضمن الرفع أخذ الطفل إلى المرحاض أثناء الليل لكي يفرغ مثانته وعادة يكون ذلك قبل الوقت الذي يتوقع فيه حدوث التبول اللاإرادي، وليس بالضرورة أن يستيقظ الطفل أو أن يكون على وعي تام بما يحدث

أما النتائج السلبية المترتبة على هذه الطريقة فهي أن الطفل لا تتاح له فرصة إدراك أحاسيس امتلاء المثانة ولكن بالرغم من ذلك يمكن المقدمي الرعاية القيام بهذه الطريقة بدون مساعدة متخصصة ولم توجد أي دراسة أو دليل على الرفع الليلي.

**8-3- تدريب السلوك:**

يهدف تدريب السلوك إلى تطوير استجابة بديلة لمشكلة التبول اللاإرادي بعد قيام الطفل بالتبلييل. فمن أجل التمرن يستلقي الطفل بالسرير ويعد حتى الخمسين ويذهب لدورة المياه ويحاول التبول. وبعد كل تبلييل يجب على الطفل أن يكرر ذلك عشرين مرة. بالنسبة للأطفال الصغار تم تخفيض عدد مرات تدريب السلوك إلى العشرة. إذ أظهرت دراسة بولارد ونتل بيك في تحليلهم لمكونات السرير الجاف أن نسبة النجاح باستخدام هذه الطريقة (73.30%) . ( عبد السلام، 2015، الصفحات 32-33)

#### 4-8- تقييد السوائل:

منع السوائل قبل النوم إجراء يلجأ إليه العديد من الآباء عندما يحاولون مساعدة طفلهم الذي يعاني من مشكلة التبول اللاإرادي قبل طلب المساعدة المتخصصة، حتى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي النهاري يعملون على منع السوائل خلال النهار من تلقاء أنفسهم لمحاولة السيطرة على المشكلة عندما يكونون خارج المنزل. إن الأطفال الذين يحدون من السوائل خلال النهار هم في الحقيقة قد يأخذون سائل بكميات كبيرة قبل وقت النوم لموازنة جفافهم النسبي أثناء اليوم، وتحديد السوائل للأطفال والشباب يمكن أن يكون ذو نتائج عكسية في المساعدة على الحد من مشكلة التبول اللاإرادي، لأن الأطفال لم يتدربوا على إدراك الأحاسيس المثالية التي تنتج عن تراكم البول داخل المثانة، بسبب عدم ترك الفرصة لدى الطفل لكي يتراكم البول لديه ، إن ضمان الكمية الكافية من السوائل أثناء اليوم قد يمنع الأطفال من الحاجة لشرب كميات كبيرة من الماء أو السوائل وقت النوم .

أيضاً النقص في السوائل مثل الزيادة في السوائل إذ أن قلة السوائل قد تجعل تركيز فضلات الجسم عالياً في البول، وقد يؤدي ذلك إلى تهيج المثانة، ومن ثم زيادة عدد مرات الرغبة بالتبول، وقد قدم محترفو الرعاية الصحية نشرة تحتوي على الكمية السائلة المرغوبة، وليس هناك معدل واحد للكمية السائلة للأطفال والشباب فهذه الكمية تتأثر بالعديد من العوامل مثل: العمر الجنس الكمية الغذائية المتناولة، ومستويات نشاط الأطفال، ودرجة حرارة البيئة. والجسم الإنساني يمكن أن ينظم محتوى مائه على تشكيلة واسعة من الكميات السائلة، ويمنع جفاف الجسم ويحافظ على الترطيب الداخلي إن كمية الماء و كمية الغذاء والمشروبات هذه الأمور تتفاوت جداً بين الأفراد، إذ قامت منظمة الصحة الوطنية الأمريكية ومسح التغذية بوضع وثيقة حددت من خلالها الكمية المتوسطة للماء حسب العمر والجنس جدول رقم (02-02).

#### الجدول رقم (02-02): كميات السوائل المناسبة لكل عمر و جنس منظمة الصحة

#### الوطنية الأمريكية ومسح التغذية 1988 - 1994

العمر	الجنس	المشروبات الكلية باليوم
4 - 8 سنوات	الانثى	1000-1400 ml
	الذكر	1000-1400 ml
9 - 13 سنوات	الانثى	1200-2100 ml
	الذكر	1400-2300 ml
14 - 18 سنوات	الانثى	1400-2500 ml
	الذكر	2100-3200 ml

توصيات للأطفال المتبولين للاإرادياً ولآبائهم أو لمن يقدم العناية لهم:

- كمية سوائل يومية كافية مهمة في علاج التبول اللاإرادي.
- تتفاوت كمية السائل طبقاً لدرجة حرارة البيئة وكمية الوجبات الغذائية ونوعيتها ومستوى نشاط الطفل.
- يُنصح الأطفال وآبائهم أو من يقدم العناية لهم بتجنب تناول مشروبات تحتوي على مادة الكافي مثل الكولا، الشاي، أو الشوكولا الساخنة ، لأنها تؤدي إلى تهيج المثانة لأنها تعتبر من مدرات البول، أما المشروبات الداكنة مثل عصير العنب، يمكن أن يساعد على تحسين التبول اللاإرادي لبعض الأطفال .
- ينصح الطفل الذي يعاني من المشكلة أن يستعمل المرحاض للتبول ضمن فترات منتظمة خلال اليوم وقبل النوم ( نموذجياً بين أربعة وسبع مرات في اليوم ويجب أن يستمر في ذلك إلى جانب المعالجة المختارة لاضطراب التبول اللاإرادي.
- عالج الكمية المفرطة أو غير الكافية من السائل قبل البدء بالمعالجات الأخرى للتبول اللاإرادي.
- من الضروري أن تكون التجربة بدون استخدام الحفاضات للأطفال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي. ( عبد السلام، 2015، صفحة 34)

#### 8-5- زيادة التعلم:

يتضمن زيادة التعلم إعطاء سوائيل إضافية للطفل وقت النوم لكي تسبب إجهاد إضافي للعضلة الدافعة، وقد تم اقتراح هذه الطريقة لزيادة سعة المثانة للطفل، وعلى أية حال فإن فعالية زيادة التعلم كتدخل علاجي لم يُبحث بصورة كلية.

#### 8-6- الإيقاظ الليلي:

طريقة في العلاج السلوكي تعتمد على التعليم الشرطي ، وقد صمم هذا التدخل بحيث يساعد الطفل على الاستيقاظ بسهولة من النوم ، ومن خلال هذه الطريقة قد يُوقظ الطفل في وقت محدد ثابت أثناء الليل، إذ يتم تحديد الوقت الذي يبول فيه الطفل فراشه، وعلى أساسه يتم إيقاظه إما من قبل الوالدين أو من خلال المنبه ودفع الطفل كي يستخدم الحمام، وغالباً ما يُعدّل توقيت الاستيقاظ بشكل منظم على أساس غياب أو حضور البلل الليلي مثل دراسة فريمان(2009)، أو قد يوقظ الطفل بشكل عشوائي، وفي أي وقت قبل منتصف الليل، مثل دراسة فورنر (1987) أو يُعطى الآباء مخطط بالأوقات العشوائية التي يجب أن يوقظ بها الطفل مثل دراسة ترنر(2010) هناك دليل يؤكد بأن الإيقاظ الليلي قد يخفض أو تزيل حوادث البلل الليلي على سبيل المثال دراسة بولارد ونتل بي.

ويستخدم هذا البرنامج في غالب الأحيان مع برامج أخرى، كالتعزيز الإيجابي مثل دراسة فريمان على سبيل المثال يحصل الطفل على 20 نقطة عندما يكون السرير، ومع تحديد السوائيل مثل دراسة الريحاني (1971) العناني وآخرون سنة (1999) ، ويمكن استخدامه مع جرس الإنذار كما يمكن استخدامه منفرداً خاصة للأطفال بعد سن السابعة من العمر، وذلك للحصول على نتائج سريعة للتحكم في التبول على الفراش.

على أية حال، فإن هناك شكوكاً حول فعالية هذه الطريقة، مع وجود دليل يؤكد بأن هذه الطريقة أقل فعالية من جرس الإنذار، بالرغم من أنه قد يكون مفيد مع رزمة من التدخلات، وقد وجهت لهذه الطريقة عدة انتقادات، إذ لا تؤدي إلى تعليم الطفل التحكم في المثانة، كما أنها قد تديم سعة مثانة منخفضة من خلال محافظة الطفل على مثانة فارغة بالإضافة إلى ذلك فإنها تعد من الطرق الصعبة بالنسبة للوالدين والطفل، وأخيراً فإنها لا تضمن بأن دماغ الطفل سيربط الإيقاظ مع إحساس امتلاء المثانة بالبول خلال الليل. ( عبد السلام، 2015، الصفحات 35-36)

### 8-7- تدريبات المصرة البولية

يتضمن هذا التدريب إطلاق البول ثم إيقافه عدة مرات فهذا التمرين يساعد على تقوية القاع الحوضي، واقترح هذا الإجراء لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي، ولقد وجدت دراسة بنيت وآخرون سنة 1985 بأنه فقط 16.6% من المشاركين أنجز جفاف بولي ليلي من خلال هذا التدريب، بينما مجموعتنا التدخل الأخيرتين تتضمن جرس الإنذار وتدريب السرير الجاف كانت نسبة النجاح 44.4% و 50% على التوالي.

### 8-8- تدريب الاحتفاظ:

أحدى طرق العلاج السلوكي، والتي يجب ألا تستعمل الأطفال الأصغر من 6 سنوات مع والهدف من هذا التدريب مساعدة الطفل على إدراك إحساس امتلاء المثانة ومد العضلة الدافعة للمثانة، بحيث تتكيف مع ضغوط وحجوم البول المتزايد . إن فترة احتفاظ الطفل تكون متزايدة كل يوم بحدود (2-3) دقائق حتى يتمكن الطفل من الاحتفاظ بالبول لمدة 45 دقيقة، التي يقترح أن تستغرق بين (15-20) يوم، وعندما لا تظهر الليالي الجافة فوراً يكون مقياس التقدم هو زيادة فترات الاحتفاظ، والزيادات بحجم البول الذي تتسع له المثانة.

إن تدريب الاحتفاظ أقترح لمساعدة الأطفال على زيادة سعة مثانتهم الوظيفي إلى أقصى حد ممكن فمثانة الطفل لن تفرغ في وقت مبكر، مما يساعدها على حمل حجم أكبر من البول. بالإضافة إلى ذلك، يوافق أطباء سريريين على أن تدريب الاحتفاظ يساعد على مد العضلة الدافعة للمثانة وبالتالي يساعد على زيادة قدرة المثانة على حمل حجم أكبر من السائل خلال الليل فضلاً عن ظهور انخفاض في معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي نتيجة زيادة سعة المثانة الوظيفي

بالإضافة إلى ذلك وجدت دراسة ميلير سنة (1983) التي أجرت مقارنة بين تدريب الاحتفاظ والعلاج المموه بأن كل المشاركين أنجزوا جفافاً ليلياً كاملاً خلال 7-14 أيام 2013، كما وجدت دراسات لاحقة بأن تدريب الاحتفاظ ليس لا تأثير له، إلا أن زيادة سعة المثانة تم إثباتها بصورة أكيدة.

وعلى العموم فقد تم التخمين بأن (30 - 50) % من الأطفال المتبولين لا إرادياً سينجز جفافاً كاملاً، وأن نسبة (50-75) % من هؤلاء الأطفال سينجز جفافاً جزئياً،

يجرى تدريب الاحتفاظ من قبل الطفل وتحت سيطرته، وهو بذلك أفضل من جرس الإنذار الذي يفرض ويراقب من قبل الآباء، لذلك يوجد العديد من المنافع لاستخدام تدريب الاحتفاظ منها إحساس الطفل بالكفاءة، وتحسين علاقته بوالديه بخصوص التبول اللاإرادي الذي يجهد في أغلب الأحيان الطفل وعائلته، وبذلك تدريب الاحتفاظ كتدخل علاجي قد لا يفيد في مشكلة التبول اللاإرادي الليلي للأطفال فقط ولكن في الجوانب الأخرى من الحياة. ( عبد السلام، 2015، صفحة 37)

### 8-9- جرس إنذار التبول اللاإرادي

اخترع جرس الإنذار كأداة لمعالجة التبول اللاإرادي الليلي سنة (1908) من قبل فوندرلر (2005)، وطور هذه الطريقة مور سنة 1938

والغرض الأساسي لجرس الإنذار هو أن يتعلم الطفل الاستجابة للمثانة الممتلئة عندما يكون نائماً، فانفجار الجرس عندما يبدأ الطفل بالتبول اللاإرادي قد يُعلم الطفل الاستيقاظ على الجرس، ثم تدريجياً يتحول الاستيقاظ إلى الإحساس بالمثانة الممتلئة.

ويتألف جرس الإنذار اليوم من وحدة جرس إنذار ربطت بسلك إلى رقعة بلاستيكية حساسة جداً للرطوبة، والجرس الإنذار أنواع، كأجراس الاهتزاز والضوء. يعتمد مبدأ جرس الإنذار على دائرة كهربائية إلكترونية موصولة بجرس إنذار بعيد عن الدارة الإلكترونية فإذا تبول الطفل أدى إلى وصل الأسلاك الكهربائية الموجودة في الدارة الإلكترونية، فتتغلق الدارة وينطلق صوت الجرس، مما يجبر الطفل على الاستيقاظ والذهاب إلى الحمام لإكمال إفراغ مثانته.

من خلال التوليف مع المثير غير الاشرطي (صوت الجرس يتشكل المثير الاشرطي) (توسع المثانة وبالتدريج تتحسن القدرة على الاستيقاظ ليلاً عند الإحساس بضغط البول وبالمقابل يؤكد لوفيبوند على الإشرط الكلاسيكي، إذ أن رنين الجرس والاستيقاظ اللاحق يشكل عاقبة غير مرغوبة لا يمكن منعها إلا عندما يتعلم الطفل عدم تبليل الفراش ليلاً يعتبر جرس إنذار التبول اللاإرادي من أكثر التدخلات السلوكية بحثاً، ولها نسبة العلاج العامة الأعلى أي أنه علاج متوفر.

وقد أظهرت مراجعة 56 دراسة سابقة تضمنت 3257 طفلاً يعانون من التبول اللاإرادي استعملوا جرس الإنذار شفاء ما يقرب ثلثي الأطفال من خلال استعمال جرس الإنذار في المعالجة، ويعتمد نجاح جرس الإنذار على دافعية الطفل، وعلى رغبة كل من الطفل ووالديه لكي يُوقظ

كما يتطلب الكثير من الوقت والتحمل والصبر من قبل الطفل ووالديه، وكذلك يمكن أن تُصنف معالجة جرس الإنذار كحالة فشل من جهة التزام الكامل بالمعالجة ومن المشاكل الأخرى لجرس الإنذار ارتفاع التكلفة والصيانة وقد لا يصحو الطفل على صوت جرس الإنذار.

بالإضافة إلى ذلك، فقد يحتاج الطفل إلى تدريب للاستيقاظ على صوت جرس الإنذار وقد يتطلب ذلك الأسابيع الأربعة الأولى، ويحتاج بعض الأطفال إلى المساعدة الأبوية في ذلك. ( عبد السلام، 2015، صفحة 38)

### 8-10- تدريب السرير الجاف

تم تطوير تدريب السرير الجاف للاستعمال مع البالغين لديهم صعوبات تعلم وصمم من قبل أزرن ثينز (2001)

يتضمن تدريب السرير الجاف جرس إنذار، تمرين السلوك، تدريب النظافة، تدريب الاحتفاظ برنامج الإيقاظ الليلي.

وقد تم تعديله بسبب الصعوبات في تطبيق هذا البرنامج فتدريب السرير الجاف المعدل لا يتضمن تمرين السلوك وتدريب النظافة وبرنامج الاحتفاظ، وقد ثبت أن برامج الإيقاظ تشكل برنامجاً فعالاً وأنه بالتوليف مع جهاز الإنذار يتم تحقيق النجاح نفسه الذي يحققه برنامج السرير الجاف.

ورغم النقد الذي وجه لتدريب السرير الجاف فقد وُجد بأنه يعد تدخلاً فعالاً للتبول اللاإرادي الليلي خصوصاً بالتوليف مع جرس الإنذار.

( عبد السلام، 2015، صفحة 39)

### 8-11- التدريب الموسع

التدريب الموسع برنامج متعدد صمم لعلاج التبول اللاإرادي الليلي من قبل لبرت وهوتس 1974 يولف بين مجموعة من الإجراءات (جهاز الإنذار، وتدريب الاحتفاظ، والنظافة والتعلم الزائد)

وقد أثبت ويلان وهوتس أنه من خلال استخدام برنامج الإيقاظ بصورة إضافية لم يتم التمكن من تحقيق هدف التدريب بصورة أسرع واستنتج الباحثان من هذه النتيجة أن برنامج الإيقاظ مفيد مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات استيقاظ فقط.

كما أن التدريب الموسع فعال عند (80%) من الأطفال خلال عشرة أسابيع تقريباً، علماً أن نسبة الانتكاس تبلغ (25%). ( عبد السلام، 2015، صفحة 40)

### 9- مزايا العلاج السلوكي:

من أهم المزايا ما يلي:

✓ اعتماداً على دراسات وبحوث تجريبية المعملية المضبوطة القائمة على نظريات التعلم التي يمكن قياس صدقها قياسياً وتجريبياً مباشراً.

✓ تركيز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.

✓ بلعب العمل دوراً أهم من الكلام في تحقيق أهداف واضحة ومحددة.

✓ يمكن أن تكون فيع مشاركة في العلاج من طرف الوالدين، أزواج، الممرضات، بعد تدريبهم.



✓ أثبت نجاحا ملحوظا في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال مثل التبول اللاإرادي وعلاج المشكلات النفسية حتى لو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلا أو علاج أمراض عصابية مثل الأدمان، الخوف وغير ذلك من حالات الاضطراب السلوكي.

### 10) عيوب العلاج السلوكي

- في بعض الأحيان يكون الشفاء وقتيا وعابرا.
- السلوك المشير معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المشير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
- النموذج السلوكي المبني على الاشرط لا يمكن أن يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية.
- يعالج السلوك الظاهر دون الرجوع إلى أسبابه.
- يركز على التخلص من الأعراض والوصف الكمي والموضوعي للتغيرات ولا يعالج المصدر الرئيسي والحقيق للاضطراب. (قاسم، 1990، صفحة 135)

### الخلاصة:

يلعب هذا الأخير دورا أهم من الكلام، كما له أهداف واضحة يلجأ ويسعى لتحقيقها، وهذا باستعمال تقنيات وفنيات مختلفة، كحذف سلوك غير مرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وذلك بعلاج المشكلات السلوكية لدى الطفل المتمدرس بما أنه ذو فعالية كبيرة في هذا المجال ثم انتقاه واستعماله في البحث الحالي لعلاج مشكلة التبول لدى الطفل من (6-12 سنة)

# الفصل الثالث

## التبول اللاإرادي

التمهيد

- 1) تعريف التبول اللاإرادي
  - 2) أسباب التبول اللاإرادي
  - 3) أنواع التبول اللاإرادي
  - 4) النظريات المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي
  - 5) تشخيص التبول اللاإرادي
  - 6) علاج التبول اللاإرادي
  - 7) شخصية الطفل المتبول لإراديا
  - 8) الآثار النفسية الناتجة عن التبول اللاإرادي
- الخلاصة

**التمهيد:**

يعتبر التبول اللاإرادي من أهم الاضطرابات انتشارا خصوصا لدى الطفل المتمدرس التي تعرقل نموه وتوافقه النفسي والاجتماعي إذ أصبح مشكلة تحتاج إلى التوقف والبحث عن حلول لها، لما ينجر عنها من عواقب وانعكاسات سلبية على مستقبل الطفل بما فيها تقديره لذاته وثقته بنفسه، هذا ما جعل الكثير من العلماء يهتمون بدراستها للوقوف على حيثيات الظاهرة من خلال حصر ومعرفة أهم أسبابها وعلاجها مبكرا باستعمال مختلف استراتيجيات وتقنيات ومحاولة اظهرها للأباء حتى يكون على دراية بأنها حالة يمكن علاجها.

كما اختلف العلماء حول تعريفهم للتبول اللاإرادي وهذا راجع إلى اختلاف تخصصاتهم ووجهات نظرهم والمدارس العلمية التي ينتسبون إليها، وهنا تقتصر على التعريف اللغوي والنفسي للتبول اللاإرادي.

**1- تعريف التبول اللاإرادي:****1-1- التعريف النفسي:**

➤ أنه تكرر تصريف التبول اللاإرادي بعد السن الثالثة غالبا ما يكون تبولا خلال الليل وأحيانا يكون خلال النهار.

➤ تعريف كريستر (Kreister) : هو تبول يحدث دون إرادة الطفل كما يحدث على نحو متكرر أو في فترات متقطعة، وذلك بعد السن التي يسوي فيها الطفل السوي وظيفة التحكم في البول، يحدث عادة أثناء النوم ويصبح أمرا اعتياديا إن صح التعبير.

(علاق ، 1999 ، صفحة 15)

➤ تعريف د. كفاي (1999): هو تبول لا إرادي متكرر خلال النهار أو الليل بعد بلوغ الطفل سنًا يتوقع فيه ضبط المثانة، والحالة لا تعزى إلى اضطراب جسمي.

(كفاي ، 1999 ، صفحة 135)

➤ تعريف حسب ما جاء في المصنف الأمريكي للأمراض النفسية للتبول اللاإرادي:

**F98.0 Enuresis**

A- افراغ متكرر في الفراش أو في الملابس (سواء كان غير إرادي أو عمدا).  
B- السلوك هام سريريا كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل أو بوجود إحباط هام سريريا أو انخفاض في الأداء الاكاديمي أو في مجالات أخرى.

C- العمر 5 سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي)  
D- لايعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل: المدرات أو الأدوية المضادة لدهان أو عن حالة طبية اخرى مثل: "السكري، اضطراب صرعي، الشوك المشقوق").  
(معايير DSM-5، صفحة 135)

**1-2- تعريف الفيسيولوجي:**

ازدياد الضغط داخل المثانة، بحيث تكون مستقبلات الضغط الموجودة بجدار المثانة بإرسال تنبيهات إلى الحبل الشوكي ومنه إلى المخ الذي تصدر منه رغبة في التبول، وهو أكثر إنتشار بين التوائم المتماثلة عن التوائم الغير المتماثلة.

جماعة التحليل النفسي: ترى أنا ارند (Anna Erend) أن التبول اللاإرادي هو شكل من أشكال الهستيريا التحويلية، يرجع إلى تجارب وخبرات صادمة ومؤلمة ذات طابع جنسي، أو عاطفي مر بها الطفل خلال طفولته وهذه التجارب تعرضت للكبت إلى أن ظهرت بشكل عرضي جسمي هو التبول اللاإرادي.

و ترى أنا ارند في كتابها عن التحليل النفسي للأطفال أن عملية التبول اللاإرادي عبارة عن ظاهرة نكوصية تكشف عن رغبات الطفل وصراعاته اللاشعورية وتجاربه السابقة المؤلمة مع الأم وذلك بالعودة إلى مرحلة الرضاعة حيث كانت عملية التبول تحدث بصورة لاإرادية. (بشناق ، 2001، صفحة 154)

**2- أسباب التبول اللاإرادي:**

إن أسباب التبول اللاإرادي تظهر لنا أبعاد المشكلة وحقيقتها، بالتالي تسهل عملية علاج هذه الظاهرة.

إن عملية التبول الطبيعية تحدث بشكل إرادي تحت سيطرة المخ والجهاز العصبي ولذا فإن حدوث أي اضطراب في الجهاز العصبي خاصة المراكز العليا بالمخ أو المسارات الطرفية للأعصاب التي تصل إلى الجهاز البولي وتتحكم في أداء وظائفها، ينشأ عنها ظاهرة التبول اللاإرادي.

يرى علماء النفس أن التبول اللاإرادي عادة ما يكون عرضاً من أعراض سوء التكيف الطفل مع بيئة المحيطة به، لأن البيئة لا تشبع الحاجات النفسية للطفل، وهي الشعور بأنه محبوب والشعور بالطمأنينة والأمن، والشعور بالتقدير.

أما الأسباب العضوية فلا تتجاوز 4% من أسباب حدوث التبول اللاإرادي.

**2-1- أسباب عضوية:**

نجد أغلبية الأطفال المتبولين لاإراديا أصحابا جسميا وعقليا إلا 13% منهم يتبولون لاإراديا السبب عضوي أو فيزيولوجي وقد حدد الباحثون الأسباب فيما يلي:

➤ أمراض الجهاز البولي مثل: التهاب المثانة، التهاب قناة مجرى البول أو ضعف صمامات المثانة ربما التهاب الكليتين أو صغر حجم المثانة الوظيفي رغم حجمها الطبيعي.

➤ تشوه أو عدم اكتمال نمو الفقرات القطنية أو العجزية أو تلف النخاع الشوكي أو أذى في العمود الفقري وما حوله (أي التحامه بالجزء السفلي).

➤ تهيجات المنطقة التناسلية مثل: التهاب فتحة البول الخارجية أو فتحة الشرج أو وجود ديدان تخرج من فتحة الشرج وتتجول في هذه المنطقة.

- تضخم لحمية خلف الأنف حيث تسبب للطفل صعوبة في التنفس أثناء النوم مما يؤدي إلى إجهاد لعدم الراحة ربما الأرق أيضا بسبب حاجة أكثر إلى الراحة في الاستغراق في النوم، كتعويض مما يؤدي إلى تفرغ المثانة أثناء هذا الاستغراق.
- فقر الدم ونقص الفيتامينات يؤدي إلى ضعف عام وعدم التحكم في المثانة.
- مرض السكر والصرع والحساسية التي تؤدي إلى التبول اللاإرادي.
- نقص كمية السوائل في الجسم مما يؤدي إلى تركيز البول وارتفاع نسبة الحموضة. (الشربيني، 1994، صفحة 56)

## 2-2- الأسباب الوراثية:

أظهرت دراسة قام بها (باكوين 1993) أن 77% من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي ينتمون إلى أسر وعائلات تعاني من التبول اللاإرادي خاصة الأب والأم أو كليهما في طفولتهما إلا أن هذه النسبة تنخفض إلى 44% حال كان أحد الوالدين فقط يعاني من التبول اللاإرادي في طفولته، ومن هنا كان لابد من دراسة تاريخ الحالة عند البحث في المشكلة.

كما أجريت الدراسة على توأم و وجدت إحداها أن نسبة التطابق لدى التوأم وحيدة البيضه يلقى 67% ولدى توأم ثنائية البيضه 36% وبذلك قد تم تدعيم وجود أساس وراثي للتبول اللاإرادي.

## 2-3- الأسباب البيئية:

للعوامل البيئية ظهور أعراض اضطراب التبول اللاإرادي ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ اللحظات الأولى للإخصاب، أي في مرحلة الحمل ومن ثم الولادة، إلى بعد الولادة وفيما يلي عرض موجز لكل منها:

**2-3-1- مرحلة الحمل:** إن العقاقير والأدوية التي تتناولها الأم خلال الحمل والمخدرات مثل الحشيش والتدخين الحاد أو التعرض لقدر كبير من الأشعة أو التعرض للأمراض المعدية مثل: الحصبة الألمانية والزهري وغيرها، سوء التغذية لدى الأم، تأثير الهرمونات، العامل الدموي (RH)، عمر الأم، تعرض الأم الحامل إلى تشنجات خلال الحمل، هذه العوامل تؤثر على الطفل وتؤدي إلى اضطراب بنيوية في جسم الطفل، واضطرابات وظيفية في وظائف الأعضاء، كما في اضطراب وظيفية التبول لدى الطفل.

**2-3-2- مرحلة الولادة:** إن تعرض الأم لفترات زمنية طويلة أو قصيرة نسبيا في أثناء فترة المخاض أو الصدمات خلال الولادة أو النفاس الحبل السري على عنق الجنين، كذلك التعرض لأخطاء التوليد، النزيف من الأوعية الدموية الدماغية أو كذلك الولادة المبكرة وترافقها مع نقص الوزن، كل هذا يشكل استعداد لاكتساب هذا الاضطراب واضطرابه عضوية أخرى، كذلك الولادات المتأخرة، الولادة التي يصحبها نزيف أو الولادة القيصرية تؤثر على الطفل بعد الولادة في شكل اضطرابات مسببة لضعف الجسم واضطراب وظائف الأعضاء ومنها الجهاز البولي مما يود حالة تبول لاإرادي.

**2-3-3- مرحلة ما بعد الولادة:** إن للعوامل البيئية المحيطة بالطفل أثرا كبيرا في احتمال ظهور اضطراب التبول اللاإرادي ومنها:

➤ **عوامل التحسس الغذائي:** هناك بعض المأكولات تسبب حساسية غذائية لبعض الأطفال يمكن أن تؤدي إلى فرط فعالية المثانة، وهذا بدوره يقلل في سعة المثانة وبعد إخراج هذه المادة المحسنة من الطعام يمكن أن يحدث التحسن. وتعد الأطعمة المهيجة للمثانة: المشروبات باحتوائها على مادة الكافيين، السكر، الشوكولاتة، الحمضيات، الفاكهة، الطعام الذي يحتوي على الصباغ (اللون الأحمر). لقد أظهر الرقيب وآخرون (1999) الأثر الإيجابي للامتناع عن الطعام المهيج للمثانة وذلك في دراسة على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي الأولي الابتدائي (PME) وكانت النتيجة 1 أطفال أصبحوا جافين تماما و 4 أطفال انخفضت لديهم عدد الليالي المبللة، وعندما أعيدت الأطعمة المهيجة للمثانة تدريجيا فإن جميع الأطفال تعرضوا للانتكاس.

دراسة أخرى من قبل ماكندي (1975) على مجموعتين متجانستين من الأطفال، يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي تم منع المجموعة الأولى عن الأطعمة المهيجة للمثانة الحليب ومشتقاته، الحمضيات، كاكاو، شوكولاتة، عصائر الفاكهة واستخدام مع المجموعة الثانية علاج دوائي يدعى الأمبيرامين أوضحت النتائج أن نسبة الأطفال الجافين تماما لدى أطفال المجموعة الأولى (1.6%) أما نسبة التحسن الجزئي (انخفاض عدد الليالي المبللة 50%) أما المجموعة الثانية فكانت 21% جفاف تام 45.2%.

إن نمط السكن الذي يقيم فيه الطفل منافعه (المرحاض) يؤثران بشكل كبير على ظهور سلوك التبول اللاإرادي لدى الطفل، فتوفر المرافق اللازمة للطفل المتبول مقل الإضاءة، قرب المكان، نمط المرحاض إذا كان على شكل حفرة قد يخاف الطفل الصغير من السقوط فيه، فيحجب عن استعماله، أيضا نظافة المراحيض قد تلعب دورا في ظهور هذه المشكلة فهناك بعض الأطفال الذين يجتنبون الدخول إلى المراحيض غير النظيفة مهما كلف الأمر (مراحيض المدارس) والتي ليس لها أبواب يشعر الطفل باستعمالها بالخزي والإذلال فيحجب عنها بالتالي تظهر لديه المشكلة.

( عبد السلام، 2015، الصفحات 165-166-167)

#### **2-4- أسباب نفسية:**

للأسباب النفسية دور كبير في ظهور حالة التبول اللاإرادي، حيث يجب أن تتوضح العلاقة المتبادلة بين الأسباب النفسية والأسباب العضوية فالتبول اللاإرادي في بعض صورته يفسر تفسيراً سيكوسوماتية، ومن أهم الأسباب النفسية التي تؤدي إلى التبول اللاإرادي لدى الأطفال نجد:

**2-4-1- النكوص إلى مرحلة سابقة:** سببه غيرة الطفل من مصدر أو فقدان الرعاية أو الاهتمام أو اشتراك طفل آخر في محبة والديه ومحبتهم له فيفقد الامتياز، وبذلك يرجع إلى القيام ببعض السلوكيات الصببانية التي تعيد له اهتمام والديه له.

**2-4-2- الشعور بالنقص:** هو شعور الطفل بأنه غير مرغوب فيه من طرف والديه أو تربيته عبء ثقيل حسب الباحث دوشي Duché غالباً ما يصاحب هذا الشعور بالنقص بالتبول اللاإرادي ناتج عن استجابة عصبية. (Duché, 1968)

**2-4-3-** وبرز أصحاب التفسيرات السيكودينامية أن التبول اللاإرادي صورة من العدوان السلبي Passive Agression ينشأ من الجاذبية الأدبية أو أنه ينتج عن النكوص Régression لمرحلة نمائية سابقة وذلك بسبب عامل المنافسة وغيره من ولادة طفل أصغر واهتمام الأسرة به.

**2-4-4- خوف الطفل:** مثل الخوف من الكائنات الخيالية المرتبطة بالظلام وخوف من بعض الحيوانات والجثث أو شكل الموتى، الخوف من الشجار داخل الأسرة أو الصور المرعبة في الأفلام من فقدان عضو ذكري (لدى الذكور) بعد اكتشاف الطفل غياب هذا العضو من الإناث حسب مدرسة التحليل النفسي، يصبح تبوله تخفيف من الصراع بتأكيد واستمرارية عدم فقدان عضوه الذكري.

**2-4-5- العدوانية:** من العداة للأم أو الأسرة، حيث الطفل يتبول كتمرد على الأم القاسية أو كرد على سوء العلاقة بين الأم والطفل فيبذل فراشه وملابسه فهو تعبير لإرادي للعدوان. (سيد، 2000، صفحة 68)

**2-4-6-** الشعور بالحرمان العاطفي جراء الغياب أو الموت أو الانفصال مما يؤدي إلى حالة التبول اللاإرادي وهذا ما نجده في دور الأيتام والرعاية الاجتماعية.

### 3- أنواع التبول اللاإرادي:

**3-1- التبول للارادي الأولي:** وهو التبول المتكرر وغير المناسب في السن الذي يكون قد تعلم الطفل التحكم بالمثانة ويظهر بعد ان يكون طفل قد نظف لفترة أقل من سنة على أقل ويحدد التبول الأولي من سنة إلى 5 سنوات. (جميل، 2009، صفحة 535)

**3-2- التبول لإرادي ثانوي:** ويعني أن الطفل الذي لم يتبول في السابق لمدة أشهر وربما قد يبدأ بعد تلك الفترة في التبول في سريره ويكون نتيجة القلق أو الضغط. (الخطيب والطروانة، 2003، صفحة 84)

**6- تبول لإرادي مزمن:** يظهر في تكرار غير المؤلف لعملية التبول، وانتكاس الحالة بعد الشفاء بحيث يتكرر التبول اللاإرادي لدى الطفل ويستمر لفترة لاحقة. (الزغلول، 2005، صفحة 89)

**3-7- تبول لإرادي مرافق للأحداث أو العرضي:** يحدث عند أطفال يعانون من خوف من امتحانات أو فراق أحد الوالدين أو مرض فهي تأتي مفاجأة للأهل. (الشربيني، 1994، صفحة 112)

**3-8- تبول لا إرادي غير منتظم:** قد يرتبط بالأحداث اليومية أو الليلية التي يمر بها الطفل يوميا، هذا النوع قد يكون منتشر عند الأطفال، وهو يمثل حالات صعبة التي تتطلب علاج وتدخل طبي نفسي.

#### 4- النظريات المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي:

من بين النظريات المفسرة لإضطراب التبول اللاإرادي ما يلي:

#### 4-1- نظرية التحليل النفسي:

يعطي أصحاب هذا الاتجاه التحليلي وعلى رأسهم (فرويد Freud) أهمية كبيرة للنضج الوجداني، وأن الظاهرة ترجع إلى الصراعات الطفلية المبكرة والمكبوتة في اللاشعور وخبرات مؤلمة حسب (أوتورنيك Otornik) ولهذا فإن خبرات الطفل المؤلمة أثناء تدريبه على عملية ضبط البول لها أثر كبير في ظهور اضطراب التبول اللاإرادي. يرى (إريكسون Eriksson) أن عملية التحكم في البول هي اختبار لإرادة الطفل وإستقلاله وأساليب القسوة في تدريبه ورعايته فقد تتسبب في نشوء اضطرابات انفعالية وسلوكية مثل: القلق، التمرد، العدوانية و التبول اللاإرادي، وهناك من يرى أن اضطراب التبول اللاإرادي هو تعبير رمزي للجنس وتشبه إلى حد بعيد عملية الاستمءاء كدفاع ضد القلق الخصاء كأن يتفقد عضوه الذكري إذا كان ما يزال موجوداً.

( ميموني، 2005، صفحة 147 )

العالم النفسي سيجموند فرويد يرى أن الطفل أثناء قيامه بعملية التبول يجد نوعا من الإشباع الليبيدي في موقف نكوصي يدعو إلى جلب اهتمام الأم إلى ابنها المتبول أي النكوص إلى مرحلة مبكرة من النمو وهي المرحلة الشرجية التي تثبت عندها أو عبارة عن موقف عدواني معارضة خاصة عند فصال الطفل عن أمه، حيث يتبول الطفل لإراديا في فراشه أو في ملابسه كعدوان مقصود على أمه.

(الخطيب والطروانة ، 2003، صفحة 67)

استنتاج: ما نستخلصه من نظرية التحليل النفسي، رغم إختلاف آراء علمائها في تفسيرهم لاضطراب التبول اللاإرادي إلا أن معظمهم يتفق على أن هذا الاضطراب يرجع إلى صراعات طفلية لاشعورية وأحيانا يكون موقف نكوصي عدواني، وفي كلتا الحالتين هو جلب إنتباه الأم أو أنه يفسر موقف جنسي.

#### 4-2- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن إكتساب التحكم في عمليات التبول ناتجة عن فشل في التحكم في الإخراج بصورة فعالة، وتبدوا على شكل ضعف في العادة.

ركز بعضهم على فشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية وأن الممكن اعتقاد بأن كل العالمين يتسببان بالاضطراب لأن التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيسولوجي.



إن العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة وربما يكون التفسير المستند إلى النضج هاما لغاية خاصة التبول اللاإرادي الأولي، حيث لم يكتسب الطفل بعد التحكم إلا أنه غير كاف بالنسبة للتبول اللاإرادي الثانوي الذي يكون فيه الطفل قد اكتسب القدرة على التحكم من قبل، فإذا قلنا أن عامل النضج يلعب دورا هاما في التبول اللاإرادي الأولي، فإن عامل التدريب والتعلم يلعب الدور الهام في التبول اللاإرادي الثانوي. في الواقع النظرية تفترض عاملي النضج والتعلم مستويات عالية من الضغط النفسي التي تتدخل في قدرة الطفل على التحكم وضبط عملية الإخراج. (جربي ، 2022، صفحة 24)

#### 3-4- نظريات فيزيولوجية وعصبية:

3-4-1- نظرية النوم العميق: الطفل المصاب بالتبول، نومه عميق مقارنة مع غيره من الأطفال غير المصابين، فالسيل العصبي المبعوث من المثانة الممتلئة إلى الدماغ لا يستطيع إيقاظ الطفل، لكن من خلال الدراسات أكدت أن استعمال تخطيط الدماغ أنه ليس كل طفل يعاني من التبول اللاإرادي يعاني من النوم العميق.

3-4-2- نظرية زيادة التبول اللاإرادي: يعتقد أن الكلي للأطفال المصابين تقوم بإفراز كميات كبيرة من السوائل مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون من نفس المشكلة، وذلك نتيجة نقص في هرمون مضاد للتبول عن تركيز السوائل في الكلى.

3-4-3- نظرية اضطراب النشاط العضلي للمثانة: هذه النظرية تفسر التبول اللاإرادي من خلال انقباض مفاجئ في عضلات المثانة خلال فترة النوم يؤدي بدون إرادة الطفل.

3-4-4- نظرية صغر المثانة مقارنة بحجم السوائل: مثانة الطفل تكون في طور النمو ونتيجة للزيادة في السوائل التي يأخذها الطفل خاصة إذا احتوت هذه السوائل على الكولا أو الشكولاتة المحتوية على بعض المواد المدرة للبول كالكافيين يؤدي إلى عدم قدرة المثانة على استيعاب كمية السوائل وبالتالي خروجها من مثانة الطفل بدون إرادته. (جربي ، 2022، صفحة 25)

#### 5- تشخيص التبول اللاإرادي:

ويقصد به فحص الأعراض واستخراج الأسباب ثم تجميع الملاحظات في صورة كاملة ثم تنسب إلى إضراب محدد، كما يعتبر فهم للاضطراب وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية. ( عبد الله، 2004، صفحة 15)

حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية في الطبعة 4، سنة 1994، المحلات التشخيصية التالية:

- التخلص المتكرر من البول في الفراش أو في الملابس
- أن يكون السلوك المستوفى إكلينيكيًا كما يظهر في الأمراض، إذا تكرر الحدث مرتين أسبوعيا لمدة ثلاث أشهر متتالية على الأقل، أو وجود قلق ذي دلالة إكلينيكية، أو ضعف في العلاقات الاجتماعية و الوظيفية .

- يكون العمر الزمني خمس سنوات على الأقل
- ألا يكون السلوك سبب للكبار الفيسيولوجية المباشرة للمواد أو الأدوية المدرة للبول أو الظروف الصحية العامة.
- أما الأنماط العشرة المنقحة للدليل التشخيصي الإحصائي الدولي لتصنيع الأمراض النفسية السلوكية فقد أورد المعايير التشخيصية التالية للتبول اللاإرادي الغير العضوي:
- العمر الزمني والعملي للطفل لا يقل عن خمس سنوات حول التبول اللاإرادي في الفراش يكون على الأقل مرتين في الشهر عند الطفل دون السابعة من عمره وعلى الأقل مرة في الشهر عند الطفل في سن السابعة وما فوق.
- لا يكون الاضطراب من جراء نوبات الصرع، أو عدم القدرة على التحكم في الاعصاب، ولا يكون ناجم عن تشوهات تكوينية في مجرى البول أو أية ظروف صحية أخرى عضوية.
- لا يوجد دليل على أي مرض عصبي آخر يتماشى مع المحكات الأخرى التي حددها الدليل التشخيصي DSM5. ( ميموني، 2005، صفحة 147)

#### 6- علاج التبول اللاإرادي:

##### 6-1- العلاج الدوائي

تتألف العلاجات الدوائية من:

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Imipramine et Les anti épersseurs Tricucliques Clomipramine) الأكثر الأدوية مفعولا للتبول اللاإرادي لدى الطفل.  
(P. Berlier, 1997)

##### 6-2- العلاج الغذائي:(الحمية الغذائية)

هناك بعض المأكولات التي لها آثار سلبية، وتزيد من فرصة تعرض الأطفال لظاهرة التبول اللاإرادي كما يلي: تناول الأطعمة الغنية بالماء، وخاصة قبل النوم تزيد من كمية البول المتراكمة في المثانة ومن ثم تزيد فرصة تعرض الطفل للتبول اللاإرادي، وأهم هذه الأطعمة الألبان، الفواكه مثل البطيخ والشمام والعنب والخوخ الخضروات الخضراوات الطازجة : الطماطم والخيار والخس، العصائر المختلفة، وهناك بعض المشروبات المدرة للبول، أي تزيد من كمية البول المتراكمة في مثانة الطفل مثل : الشاي ، القهوة، عصر القصب، المياه الغازية.

وتشكو بعض الأمهات من أن طفلها يعاني من التبول اللاإرادي عند تناول بعض الأطعمة مثل الشوكولا الأسماك، اللبن ومنتجاته، ويرجع الباحثون السبب إلى وجود حساسية للطفل اتجاه هذه المأكولات، وينصحون بتقليل تقديمها للطفل إذا كان هناك حساسية منها، وعلي العكس من هناك بعض المأكولات عند تقديمها للطفل تقلل من

فرصة تعرضه للتبول اللاإرادي مثل عسل النحل والأطعمة الغنية بفيتامين ب المركب مثل خميرة الخبز. ( عبد السلام، 2015، صفحة 40)

### 6-3- الإرشاد

يعتبر الإرشاد الفردي أو الأسري في بعض الأحيان أكثر ملائمة وفائدة للطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، خصوصاً عندما يكون الضغط أو القلق هو السبب الأساسي في المشكلة، والإرشاد قد لا يساعد فقط في حل مشكلة التبول اللاإرادي، ولكن الجلسات الفعالة قد تلعب دوراً في تصليح أو تحسين العلاقات العائلية .

### 6-4- العلاج بالوخز بالإبر:

إن فعالية العلاج بالإبر كتدخل للتبول اللاإرادي لم يبحث بصورة كلية، وقد استعمل في دراسة قام بها سيرل و آخرون (2001) تكونت من (50) طفل يعانون من التبول اللاإرادي الليلي، إذ لم ينجح مع هؤلاء الأطفال العلاج الدوائي، وأنجز (86) من هؤلاء الأطفال جفافاً ليلياً بعد (6) أشهر من التدخل، بالإضافة إلى ذلك أثبتت دراسة هيلستروم وآخرون (2000) أن هناك زيادة تدريجية في عدد الليالي الجافة بالأسبوع لدى (25) طفل .

### 6-5- العلاج بالتحليل النفسي قصير الأمد

بالرغم من أن العلاج بالتحليل النفسي قصير الأمد قد يكون مفيد بالتعامل مع الاضطرابات السلوكية التي تصاحب التبول اللاإرادي، ولكن تأثيره يكون ضئيل على التبول اللاإرادي الأولي، وقد أظهرت دراسات ساكس ودي ليون وبلاك مان سنة (1981) بأن نسبة النجاح في هذا العلاج بلغت (20%) خلال (12) جلسة أسبوعية، مقابل (22.2%) لأولئك الذين لم يخضعوا لأي تدخل، (79.7%) لأولئك الذين استعملوا جرس الإنذار. ( عبد السلام، 2015، صفحة 41)

**ملاحظة:** لقد تم التطرق إلى العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي في الفصل السابق.

### 7- شخصية الطفل المتبول لا إرادياً:

اهتم الكثير من الباحثين بذكر نموذج سيكولوجي للطفل المتبول لا إرادياً، فقد وصفوا شخصية المتبول تبعاً للجنس: زروق الذكور: يكون عادة مستسلمين ومنطوين ولهم الحاجة الكبيرة للحماية. الإناث: يكون سلوكهن الظاهري يقترب كثيراً من الطبيعي ولكنهن يتميزن بحاجتهن للاستقلال وللمناقشة الذكور وبارتفاع مستوى طموحهن.

(منصوري ، 2008، صفحة 45)

### 8- الآثار النفسية الناتجة عن التبول اللاإرادي:

يشعر الطفل بنوع من الاكتئاب والعار والخزي والنقص تجاه الأفراد الذين يعيش معهم خاصة الأطفال الأصغر منه سناً، وكذلك يلجأ إلى الانزواء والتهرب من الزوار

ويشعر بنوع من الدونية، ولا قيمة له في الوسط الذي يعيش فيه، ومن الأطفال يصابون بنوبة عصبية حادة فيلجأ إلى التحطيم والاعتداء والتخريب كتعبير عن النقمة. تزداد هذه الأمور تعقيدا عندما يعتبرون أفراد أسرته أن هذه الحالة تعتبر مشكلة ويبدؤون بالبحث عن الحل، فيلجأ إلى الجيران، الأطباء أو إلى من يهتم بهذه المشكلة فتتضارب الأفكار عند الطفل المتبول ويشعر نفسه بنوع من الذنب، ويفكر بأنه وضع أهله في مأزق، ومن أكثر ما يهدد صحة الطفل النفسية الشعورية بأنه أصبح طفلا لا يرغب فيه أحد أو أنه قد أصبح طفلا منبوذا، ومن جراء هذا يتحمل الأهل مسؤولية استمرارية التبول اللاإرادي والنتائج المترتبة عليه قد أكد الباحث (أوفمان Hoffman) بقوله: " أن العلاقة الوالدية تلعب دورا بارزا في فهم سلوك الطفل أو اضطرابات هذا السلوك". ( الزراد و محمود، 1998، صفحة 128).

### الخلاصة:

من بين الاضطرابات السلوكية ذات المظهر العضوي و الاكثر شيوعا هو التبول اللاإرادي لدى الطفل حيث له أبعاد نفسية، تربوية وطبية، وهذا ما تم التطرق إليه والتعرف على الأسباب المؤدية إليه ونظرياته كذلك التقنيات العلاجية السلوكية التي تساعد الطفل المتمدرس من الحد من مشكلة التبول اللاإرادي بغية تعديل السلوك وإعادة التوافق النفسي لهم.

# الفصل الرابع

## الطفل المتمدرس

التمهيد

- (1) تعريف الطفل
  - (2) مراحل النمو لدى الطفل
  - (3) أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل
  - (4) مشكلات النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة من 6 إلى 12 سنة
  - (5) النظريات المفسرة في نمو الطفل المتمدرس في المرحلة الوسطى والمتأخرة (6-12 سنة)
  - (6) حاجات الطفل المتمدرس
  - (7) مطالب النمو في مرحلة الطفولة
  - (8) أهمية دراسة الطفولة
- الخلاصة

**التمهيد:**

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل العمرية في حياة الانسان التي تفصله عن مرحلة المراهقة حيث أنها تشمل مراحل نمو القدرات الجسدية والعاطفية والفكرية والسلوكية والإدراكية والانفعالية، كما أن للطفل حاجات بيولوجية أو نفسية يسعى لتحقيقها حتى ينمو نموا سليما بما أنها مرحلة حساسة ويمكن التطرق إلى المشاكل التي يتلقاها الطفل وخصائصها وغير ذلك.

**1- تعريف الطفل**

لغة: الصغير أو الشيء الناعم.

إِصطلاحاً: هي مرحلة حياتية تتميز بأحداث هامة توضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ لها مطالبها الحياتية والمهارات الخاصة التي ينبغي أن يكتسبها الطفل وإنها وقت للنماء والتطور والتغير. (كركوش، 2008، صفحة 16)

يعرف علماء النفس وعلماء الاجتماع الطفولة بأنها تلك الفترة المبكرة من حياة الانسان التي يعتمد فيها على والديه اعتمادا كلياً وهي جسر العبور الذي يمر عليه الفرد للنضج الفيزيولوجي والعقلي والنفسي والاجتماعي والخلقي والتي تتشكل خلالها حياة الانسان. (رشوان، 1999، صفحة 16)

يشير قاموس اكسفورد أن الطفل هو الانسان حديث الولادة ذكراً أو أنثى. (القرطبي، 1995، صفحة 130)

كما يشير قاموس لونقمان longman: الطفل هو الشخص صغير السن منذ وقت ولادته حتى بلوغه سن الرابعة عشر أو الخامسة عشر وهو الابن أو البنت في أي مرحلة سنية. (الخرجي، 2007، صفحة 20)

**2- مراحل النمو لدى الطفل****1-2- مرحلة الطفولة المتوسطة**

تمثل هذه المرحلة الصفوف الثلاثة، الأولى من الدراسة: يتراوح عمر الطفل فيها من (6-9) سنوات.

وهي المرحلة الأولى من المدرسة الابتدائية يقضيها الطفل في تعليم منظم وكيفية التعامل مع الآخرين، سلوكيات الطفل في هذه المرحلة قد تبدو في التمسك بالقواعد مع عدم الميل إلى تغييرها والاتجاه نحو الجماعات والمؤسسات الاجتماعية، كما تركز هذه المرحلة على اتقان المهارات الأساسية اللازمة كالقراءة، الكتابة والحساب.

كما يسعى الطفل إلى الاستقلالية والخروج من سيطرة الوالدين فيعتمد على جماعته في مساندته وحمايته، مما يؤدي به إلى سلوك الكتمان والميل لاتخاذ قرارات لوحده.

(الزغبى، 2001، صفحة 159)

قول الباحث خوري: " تعرف هذه المرحلة بالاستقلالية النسبية عن الأم أو المربية بالنسبة للطفل، في أكثر من مجال، لإضافة نشاط وحيوية ملحوظة مثل اللعب، القفز أو الجري.

## 2-2- مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12) سنة

حسب عدة علماء ينر إليها أنها المرحلة المكتملة للطفولة الوسطى وتأتي فيما قبل المراهقة وكأنها مقدمة لها.

في هذه المرحلة الطفل يبدا مشغولا عن نفسه بالعالم الخارجي فهو شغوف بالبحث والاكتشاف، كما يشارك مع أقرانه اللعب والنشاطات العلمية.

(د.كامل، 2006، صفحة 89)

## 3- أنواع الاضطرابات التي يعاني منها الطفل

هناك تنوع في الاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل حسب تنوع المشكلات ومدى انتشارها، وإذا قمنا بالتصنيف الطبي النفسي الأمريكي لهذه الحالات فإن من الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة على النحو التالي:

➤ مشكلات متعلقة بالنمو: تخلف عقلي أو دراسي، مشكلا النمو اللغوي، صعوبة التعلم.

➤ مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: إفراط حركي، دوران تشتت انتباه، جنوح، انحراف جنسي، كذب.

➤ مشكلات القلق: قلق انفصال، قلق اجتماعي.

➤ اضطراب مرتبط بسلوك الأكل والطعام: السمنة، تناول مواد ضارة، النحافة المرضية.

➤ اللوازم الحركية: مص الأصابع، قضم الأظافر، نتف الشعر.

➤ اضطراب الإخراج: التبول اللاإرادي، التغوط.

➤ اضطراب الكلام واللغة: الحبسة الصوتية، البكم.

➤ اضطرابات أخرى: السلوك الابتزازي، ذهاب الطفولة.

هذه التصنيفات هي متداخلة فيما بينها من حيث الوصف والتشخيص وإن كان ينقصه الكثير من الدقة عند التطبيق. (العيسوي، 2000، صفحة 213)

## 4- مشكلات النمو في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة من 6 إلى 12 سنة

### 4-1- مشكلات جسمية:

تشير التغيرات الجسمية التي يتوقع أن تحدث في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة والمشكلة ظواهر ثانوية للبلوغ، مشاعر غامضة لدى الأطفال كما أن بعض المشكلات مثل: التأخر، التباطؤ في النمو، الطول أو القصر الملفت للنظر، النحافة أو السمنة، التبول اللاإرادي، والأخطار التي يتعرض لها الطفل في أثناء ممارسة مهاراته الحركية التنافسية تشكل مصادر قلق له في نهاية طفولته.

**4-2- مشكلات انفعالية اجتماعية:**

أهم هذه المشكلات، بروز مفهوم ذات سلبي لدى الطفل، تقدير منخفض للذات، الفشل في تكوين الصحبة، توقف التطور الأخلاقي عند معياري الثواب والعقاب أو معيار المصلحة، إختلاط الأدوار المبنية على الجنوسية، تقلب المزاج، الاكتئاب والإحساس بالتعاسة، الشعور بالذنب، الاندفاعية، العصبية والغيرة والقلق.

**4-3- مشكلات التعلم والتعليم:**

ترتبط معظم هذه المشكلات بالمدرسة، من المشكلات ما يلي: تأخر دراسي، ضعف القراءة والكتابة والحساب، عدم امتثال الطفل لما يطلب منه في المدرسة، الحركة المفرطة، كثرة الاحتجاج ولفت الانتباه، ومنه بعض المشكلات إلى خارج المدرسة منها العدوان، السرقة والكذب. (الريماوي، 2003، صفحة 395)

**5- النظريات المفسرة في نمو الطفل المتمدرس في المرحلة الوسطى والمتأخرة (6-12 سنة)****5-1- نظريه التحليل النفسي لسيجموند فرويد Sigmund Freud:**

تمثل هذه الفترة من (6-12 سنة) من منظور التحليل مرحلة الكمون أو الاختفاء، في هذه المرحلة يقل النشاط الجنسي، الطفل يبدأ بقبول واكتساب الأخلاق الاجتماعية وقواعدها، يصبح مطيعاً حيث أن هذه السلوكيات تساعد في الابتعاد عن صراعاته الجنسية، كما أن نشاطات الطفل في هذه المرحلة تصبح لها أهداف اجتماعية مثل: إكتساب الثقة وتكريس وقته وطاقته في التعليم والأنشطة البدنية والاجتماعية، ويتحول مصدر اللذة للأفراد الآخرين عندما يصبح الطفل مهتماً في تكوين الصداقات مع الآخرين.

**5-2- النظرية النفسية الاجتماعية لإريك إريكسون Erik Erikson:**

تمثل المرحلة مرحلة الشعور بالجهد والمواظبة مقابل الشعور بالنقص والدونية، الطفل في المرحلة هذه يكيف نفسه لأداء العديد من المهارات والمهام وذلك بتطوير إحساسه بالعمل والكّد والمثابرة حتى يصبح فرداً قادراً على التحصيل والإنجاز الدراسي، والدراسة واللعب مهمان في تكوين الإحساس بالشعور والجهد، إذا استعمل التوجيه إليهما بطريقة ملائمة، وإلا فإن الشعور بالنقص والدونية يصبح ملازماً له طيلة حياته، حيث أن الإحساس بالنجاح يؤدي إلى شعوره بالإنجاز، وإحساس بالفشل يؤدي إلى شعوره بالدونية، إن واجب الأسرة والمدرسة معاً تشجيع الأطفال وتعزيز إنجازهم كي تساعد على تعلم الشعور بالاجتهاد والنجاح وبذل الجهد.



**3-5- النظرية المعرفية جان بياجيه Jean Piaget:**

المرحلة تصادف العمليات العيانية وتميزت هذه المرحلة عند بياجيه بالخصائص التالية:

- الاختفاء التدريجي لمعوقات التفكير المنطقي مع تطور عمليات التجميع والتصنيف وتكوين المفاهيم.
  - التحول من التمرکز حول الذات إلى النسبية Relativité ويقصد بها قدرة الطفل على التفكير من أكثر من زاوية، والتفكير في أكثر من موضوع في وقت واحد.
  - قدرة الطفل على التفكير في مجموعة متسلسلة من الأفعال وتحول تفكيره من التفكير الحدسي إلى التفكير المحسوس.
  - الانتقال من التمرکز حول الذات إلى المركزية الاجتماعية، ونمو قدرة الطفل على الفهم المناقشة والحوار، مع بروز الحكم الكلقي القائم على تغيير الأسماء والأفعال والأشخاص، إضافة إلى مفاهيم الاحترام، الطاعة، الشعور بالخطأ والذنب.
- (الهنداوي، 2002)

**6- حاجات الطفل المتمدرس:**

منذ السن المبكرة، يسعى الطفل بكل أنواع المحاولات في جعل من نفسه الشخص الذي يريده في المستقبل، ولذلك يجب توفر عنده حاجات عضوية ونفسية.

**6-1- الحاجة العضوية:** فهي مرتبطة بالجسم ووظائفه منها:

- الحاجة للممارسة النشاطات (اللعب، الإخراج).
- الحاجة الوالدية.
- الحاجة إلى درجة الحرارة المناسبة للجسم.
- الحاجة إلى الراحة والسكون.
- الحاجة إلى الطعام والشراب والتهوية.

**6-2- الحاجة النفسية:** إضافة إلى الحاجات العضوية يجب توفر حاجات نفسية لدى الأطفال منها:

- الحاجة إلى الحب والأمان: عدم توفير وإشباع الطفل بالحب والحنان الوالدي يسبب في تحطيم نفسية الأولاد، وكثيراً من الأولياء يجهلون ولا يعرفون هذه الحقيقة.
- الحاجة إلى المعرفة: على الأولياء الاهتمام بأبنائهم وتربيتهم تربية سليمة حيث الطفل هو بحاجة إلى معرفة كل شيء وهي من العوامل الهامة.
- الشعور بالتبعية والانتماء: في البداية يكون الانتماء إلى الأسرة والوالدين ليليها الجمعيات، النوادي الرياضية، أي الحاجة والتبعية إلى العيش في جماعة.
- الشعور بالمركز الاجتماعي: أن يتلقى تقدير أبائه ومعلميه و أقربائه، وحتى إخوته لأن له مكانة خاصة في الجماعة وأن وجوده ضروري وسط أشخاص آخرين.

(جربي ، 2022، الصفحات 26-27)

**7- مطالب النمو في مرحلة الطفولة**

- المحافظة على الحياة.
- تعلم المشي واستخدام الحركات الصغيرة .
- تعلم الأكل وعادات الطعام .
- تعلم الكلام .
- تعلم ضبط الإخراج والتبول .
- تعلم التفريق بين الجنسين .
- تعلم المهارات الجسمية والحركية اللازمة للحياة.
- تعلم مهارات القراءة والكتابة والحساب.
- تعلم المهارات العقلية المعرفية .
- تعلم قواعد الأمن والسلامة .
- تعلم توقعات الآخرين .
- تعلم التفاعل الاجتماعي.
- تعلم التمييز بين الخطأ والصواب .
- تعلم الدور الجنسي.
- تعلم المشاركة في تحمل المسؤولية.
- تعلم محاولة الاستقلال الشخصي.
- تكوين مفاهيم بسيطة عن الواقع الاجتماعي.
- نمو مفهوم الذات وتحقيق الأمن الانفعالي وضبطه (العزة، 2000، صفحة 26).

**8- أهمية دراسة الطفولة**

نظرا لأهمية الطفل في مراحل حياته ونظرا لما يكتسبه من معلومات وخبرات وما يكتسبه من الناحية الاجتماعية حيث يقدم فيها المجتمع التعليم الأساسي فهو الأساس لأنه يهدف إلى غرس المواطنة ورعايتها جاءت أهمية مرحلة الطفولة نتيجة للدراسات التي أكدت اثر مرحلة الطفولة في شخصية الفرد للظرف البيئية إلى عاشها.

يؤكد "فرويد" على التركيز على أهمية مرحلة الطفولة وعلى الأخص 5 سنوات الأولى واثار ذلك في شخصيته مستقبلا، كان الاهتمام سابقا على حاجات الطفل الجسمية فقط في حين بدا التركيز على جوانب عقلية اجتماعية ونفسية جانب الجسمي .

قديمًا كان الاهتمام فقط بمراحل نمو الطفل وصفات كل مرحلة لكن الدراسات التي تلت ذلك تجاوزت مرحلة الكشف والوصف إلى البحث في العلاقات السببية كما ظهرت دراسات ميدانية اعتمدت أساليب أخرى إضافة للملاحظة.

تتناوب دراسات الطفولة بالبحث والتمحيص الجانب النفسي الذي يتعلق بشخصية الطفل والجانب الذي يتعلق ببناء المجتمع ممثلا ببعض مؤسساته وجماعته مثل الأسرة والمدرسة وعلى هذا الأساس ظهرت دراسات تعني بالطفل ضمن الأسرة واثار ظروف

الأسرة من الناحية الاجتماعية ، الاقتصادية والثقافية عليه كما تجاوزت ذلك إلى دار الحضانة ، المدرسة.

دراسة الطفل ليست اختصاص علم أو فرع من فروع المعرفة وإنما هي اهتمام جميع الإنسانية .

دراسة الطفولة من المعايير الهامة التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره فهي تساعد المربين مثلا في فهم العوامل التي تدفع النمو أو تعيقه كما تساعد في فهم خصائص كل مرحلة مما يسهل عملية تفسير سلوك الأطفال، كما يرجع الاهتمام في دراسة الطفل والطفولة إلى كونهم يشكلون الشريحة العريضة في المجتمع وتتمثل في مستقبل الأمة. تعتبر الطفولة مطلبا من مطالب التغيير الاجتماعي من حياة الطفل كما توفر لهم فرص تربوية وتعليمية أفضل .

ولدراسة الطفولة أهمية كبيرة نظرا لان الإنسان يعيش أطول فترة طفولة بين الكائنات الحية الأخرى نظرا لطول الفترة التي يحتاجها الوصول إلى مرحلة النضج أو الرشد. (صراوي، 2008-2009، صفحة 45)

#### الخلاصة:

نظرا لأهمية الطفل المتمدرس، وباعتبار أن النمو سلسلة متتابعة ومتكاملة من التغيرات، تسعى بالفرد نحو اكتمال النضج واستمراره، وانه العملية التي تتضح من خلالها إمكانيات الفرد الكامنة، وتخرج من دور القوة إلى دور الفعل، استدعى ذلك تصنيف الطفول على عدة مراحل ووضع عناصر ومبادئ وقوانين ومطالب للنمو.

الجانب

التطبيقي

# الفصل الخامس

## الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- (1) منهج دراسة الحالة
- (2) الأدوات المستخدمة في الدراسة
- (3) حدود الدراسة
- (4) معايير اختيار عينة الدراسة
- (5) القواعد الأساسية لهذا البرنامج العلاجي
- (6) الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج العلاجي
- (7) العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج العلاجي

خلاصة

**التمهيد:**

تناول الفصل الحالي بالشرح المنهج الذي اتبعته الدراسة الحالية وعينة الدراسة وحدودها الزمانية والمكانية بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

**1- منهج دراسة الحالة:**

يعد منهج دراسة الحالة من أهم المناهج المستخدمة في عدة علوم ومعارف كعلم الطب وعلم النفس وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد والبيداغوجيا وعلم الإدارة. يعتبرها بعض المختصين تقنية من تقنيات المناهج المختلفة وألية تحليلية تساعد في فهم المشكلات المطروحة ومواجهة الوقائع عن طريق تحليلها ودراستها وتشخيص الوضعيات المتعلقة بها بسيطة كانت أو معقدة من أجل معالجتها وايجاد الحلول الناجعة لها.

**1-1-1- كما يتضمن أسلوب دراسة الحالة مجموعة من الخطوات تتمثل في ما يلي:**

- ✓ تحديد أهداف الدراسة الذي يتطلب أيضا تحديد وحدة الدراسة وخصائصها.
- ✓ إعداد مخطط الدراسة وهي خطوة ضرورية تساعد الباحث في تحديد مساره، تمكنه من تحديد أيضا نوع ومصدر المعلومات والبيانات التي تتعلق بالبحث والطرق المناسبة لجمعها وأساليب تحليلها.
- ✓ جمع المعلومات من مصادرها بالوسائل المحددة لها.
- ✓ تنظيم وعرض وتحليل المعلومات بالأساليب التي يرى الباحث أنها تخدم بحثه وأهداف دراسته.
- ✓ توضيح النتائج والتوصيات التي توصل إليها الباحث وأهميتها وإمكانية الاستفادة منها في أبحاث أخرى.

**1-2- ومن أهم مميزات أسلوب دراسة الحالة ما يلي:**

- ❖ تقديم معلومات شاملة ومفصلة ومعقدة على الظاهرة بشكل لا نجده في مناهج أخرى.
- ❖ يساعد هذا المنهج في فتح المجال ومنافذ لفرضيات أخرى لم توضح في بداية الدراسة، الأمر الذي يسمح بإمكانية القيام بأبحاث أخرى.
- ❖ يمكن الوصول إلى نتائج دقيقة ومفصلة حول الظاهرة المدروسة.
- ❖ أما من سلبياتها عدم إمكانية تعميم النتائج المتواصل إليها على حالات أخرى، كما أن الباحث يمكن له الوقوع في التحيز والذاتية ارتباطا بما يبتغي من تحليل وتفسير للظاهرة المدروسة. ( لرينونة، 2015 )

**1-3- بطاقة دراسة الحالة:**

تم الاعتماد على بطاقة دراسة الحالة التي أعدها الدكتور فيصل الزراد المخصصة لحالات التبول اللاإرادي. (بلحاجي، 2014، الصفحات 212-217)

تتكون بطاقة دراسة الحالة من عدد من الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على البيانات الأولية التاريخ التطوري للطفل، الخصائص السكنية، المشكال الأسرية، التاريخ الطبي، بيانات حول التبول اللاإرادي والأعراض المصاحبة له وعن طرق العلاج المجربة سابقا، انظر الملحق رقم (01).

## 2- الأدوات المستخدمة في الدراسة

إن دراسة سلوك الطفل وردود أفعاله أمرا في غاية الصعوبة، خصوصا إذا نظرنا إلى الطفل كونه كائن متغير يمر بمراحل نمائية وفقا لمؤثرات داخلية وخارجية، ، وجب توفر أدوات أكثر دقة تمكننا من تحديد الاضطرابات والمشاكل وقياسها وتحليلها لتحديد نواحي القوة والضعف وإيجاد الحلول المناسبة لها ومن بين أدوات جمع المعلومات التي تم استعمالها لتتوافق مع طبيعة المنهج وأهداف الدراسة.

الملاحظة: تعتبر الاداة الاولية لجمع المعلومات والملاحظة في ابسط صورتها هي النظر إلى الاشياء وإدراك الحال التي هي عليه. (جربي ، 2022، صفحة 77)

## 2-1- المقابلة العيادية

هي تبادل حديث مع طرف او عدة أطراف. (le petit robert) الآن روس عرف المقابلة العيادية على أنها علاقة دينامية من طرفين أو أكثر بحيث يكون أحدهم الأخصائي النفسي والطرف الآخر هو المفحوص طلبا للمساعدة الفنية المتميزة بالأمانة من جانب الأخصائي النفسي للمفحوصين في إطار علاقة إنسانية ناجحة بينهم. (ماهر محمود - عمر، بدون سنة، صفحة 54)

## 2-2- المقابلة النصف الموجهة

هي تخصص لتعميق في ميدان معين أو للتحقق من تطور ميدان معروف مسبقا وفيها يكون الباحث على علم مسبق بشيء من الموضوع ويريد أن يستوضح من المبحوث، وفيها يدعى المستوجب للإجابة نحو شامل بكلماته وأسلوبه الخاص على المبحوث حتى يتمكن المستوجب من إنتاج حديث حول هذا الجزء من الموضوع. (أبراش، 2009، صفحة 268)

وقد حاولنا في بحثنا هذا الدمج بين المقابلة الموجهة ونصف الموجهة في الحصول على تاريخ الحالة وجمع كل المعلومات عنها وعن الظروف العائلية وأساليب التعامل مع الاضطراب حيث تم الاستعانة بالمقابلة المقننة من إعداد الباحث علاء إبراهيم جرادة (ملحق رقم 2)

## 2-3- المقابلة الخاصة بالطفل:

يتم إجراؤها بناء على طلب الوالدين، تقول أنا فرويد Ana Freud إن ما يدفع بالراشد إلى الفحص وطلب العلاج هو حدة الألم، لكن الطفل مادام يستعمل أعراضه بمرونة فهذا يساعده على تجنب الألم، لكن معارضة الاولياء وعدم تفهمهم ومساعدتهم لذلك هو الذي يسبب معاناة الطفل (ميموني، 2015، صفحة 40)

فالطفل لا يحكي معاناته بطريقة مباشرة كما يستعملها الراشد.

(ARF ouilloux, Jean-Claude, 1971, p. 38)

حيث تكون المقابلة بين الفاحص والطفل مبنية على التكافؤ فعلى الاخصائي أن يكون بنفس المستوى وعلى النفساني أن يستعمل نفس المصطلحات التي يستعملها الطفل في عائلته . (colette chiland, son date, p. 94)

#### 2-4- الاختبارات النفسية:

##### 2-4-1- اختبار رسم العائلة:

ماذا يعني اختبار رسم العائلة؟

هو من أحد الاختبارات الاسقاطية التي تعتبر أسلوب يقرب فهم الوظيفة النفسية باستخدام المعدات والتعليمات يستعمل كوساطة بين الفاحص والمفحوص نفسه. (Catherine azoulay, 2007, p. 275)

قبل أن يكون "رسم العائلة" اختبارا في حد ذاته، نقيس من خلاله تصور الطفل، و هواماته، عواطفه، وانفعالاته، وميوله وصراعاته نحو والديه أو أحدهما أو مع إخوته، ونوعية العلاقات التي يمكن أن تحدث وسط عائلته، فإنه نوع من الرسم، يعبر عن شيء ما لدى الطفل، كما يعتبر تعبيراً عن موضوع ما أيضاً واعتباراً من توجه كل من فالون"، "كومبيي" و"أنجلهارت" (Wallon et all, 1990)، فإنه بالنسبة للمفحوص هو "أن يحكي الرسم من أكون، لأن حركاتي هي ملك لي ولأن الآثار المنتجة هي تعبير وترجمة أنية لوجودي الفكري والداخلي"، ويعبر هذا عن الاتصال الرمزي الذي يحدث بين المفحوص والفاحص عن طريق الرسم، لأنه سيتحول إلى أداة يعبر بها عن حالته النفسية عن حالة هي حاضرة الآن والتي لا تخلو من آثار عن تاريخ الحالة. فهو الأداة التي تستطيع تمثيل ما يستحضره من مواضيع ماضية الآن، أي أثناء الجلسة.

ويتعلق الرسم أيضاً بالموضوع المرسوم، ذلك أنه لا يعني توصيل شيء ما للآخر إذا ما اعتبرناه لغة تواصلية بين الطفل والآخر - بل إن العوامل المستخدمة في الرسم كالذكريات الإدراك، الصور كلها مقتبسة من الموضوع - فغالبا ما يحاول الرسم إعادة إنتاج للحقائق، وذلك بأخذ بعض من مظاهر الموضوع المقدم أو أحدها، ليجعلها تطابق الواقع بشكل أو بآخر، "فهو عبارة عن استحضار للذكريات نعتبرها حقائق عن طريق تمثيلها ثم تمثيلها ليجعلها تطابق تلك الحقائق في الواقع بشكل أو بآخر".

ويعتبر "موريس بورو" (Porot, 1965) أن اختبار رسم العائلة" من المواضيع البسيطة والسهلة الاستخدام، لأنها تسهل الدخول إلى حقائق الأحاسيس التي خبرها المفحوص إزاء عائلته وإلى المكانة التي يفكر أن يحتلها ضمن هذه الأخيرة.

(علاق ، 2012 ، صفحة 74).



## 2-4-2- أدوات اختبار العائلة :

تعطى للمفحوص ورقة بأبعاد قياسية (27x21)، ببيضاء اللون، وليس بها خطوط، ولا بد من تقديمها بشكل أفقي - (وإذا حدث أن قام المفحوص بقلبها على شكل عمودي، تسجل الملاحظة ولا يتدخل الفاحص في ذلك) - وقلم رصاص يحبذ ألا يحوي ممحاة، يكون مبريا بشكل لا يسمح بالكسر عند قيام الطفل بالرسم، أو إذا ما حدث أن ضغط عليه بقوة - (واختصارا للوقت يحبذ أن يكون بحوزة الفاحص أقلام رصاص بديلة حتى لا يضيع وقته في عملية بري القلم بدل ملاحظة تتابع الأشكال) - وأقلام تلوين خشبية مبرية أيضا بطريقة تسمح بالتلوين دون معاناة ومن الضروري ألا تعطي له المسطرة ولا الممحاة.

أثناء التطبيق يجب أن نشير إلى التتابع الزمني الذي تم طبقا له رسم الأشخاص، ولا بد من التنويه بالدور الذي يلعبونه داخل العائلة، لأن ذلك سيساعد في التحليل، خصوصا بين المستوى الظاهر، والمستوى الكامن. ويكون كالتالي:

**جدول رقم (05-01): يبين ترتيب الأشخاص حسب الرسم مع الاسم وتحديد الدور في العائلة**

الترتيب	الاسم	السن	دوره في العائلة
1-			
2-			
3-			
4-			
5			
6-			

المصدر: علاق كريمة، 2012، ص 78.

لا بد من ملاحظة ما إذا كان الطفل أشولا (يستخدم اليد اليسرى) أو يستخدم اليد اليمنى، كما لا بد من تسجيل الحركات الخطية إذا كانت في اتجاه الكتابة، أو من أعلى إلى أسفل ... الخ.

لا بد على الفاحص أن يسجل كل الملاحظات الشفهية الحركية، أو تعابير الوجه والتي تصدر عن الطفل، وما إذا كان لها علاقة ظاهرة بالرسم أم لا.

بعد الانتهاء من الرسم، يتعين على الفاحص أن يطلب من الطفل أن يعطي اسما إلى العائلة التي قام برسمها (في حالة ما إذا رسم عائلة غير عائلته).

(علاق ، 2012 ، صفحة 78)

**2-4-3- كيفية تحليل اختبار رسم العائلة الحقيقية ورسم العائلة الخيالية:**

إن اختبار رسم العائلة يصلنا إلى تمييز ثلاث مستويات للتحليل هي :

**على المستوى الخطي:**

في هذا المستوى يتم ملاحظة شكل الخط وسمكه ودرجة الضغط على الورقة وكذا منطقة تمرکز الرسم واتجاهه .

**على مستوى الشكل:**

ونهتم هنا بدرجة إتقان الرسم، والتي هي علامة على النضج والذكاء، ويمكن أن تكون مقياس للنمو لابد من الاهتمام بالطريقة التي رسمت بها أجزاء الجسم بالإضافة إلى البحث عن التفاصيل والإضافات فطريقة الرسم تكون متأثرة بعوامل عاطفية ومدى توازن الشخصية ككل .

**على مستوى المحتوى:**

يشمل التغيرات والإلغاءات والإضافات التي تدلنا على الميول العاطفي فقد تكون إيجابية من خلال مشاعر الحب أو سلبية من خلال مشاعر الكره وادركته للحياة العائلية. (بالحمو ، هرم، 2020، صفحة 62)

تتمثل الجدوى من تطبيقه في:

- ❖ سهولة التقبل من قبل الأطفال .
- ❖ بما أن عينة الدراسة هي أطفال التبول اللاإرادي فإن وسائل التشخيص تختلف عن الراشد مثل اللعب والرسم وهذا ما يخول لنا تطبيق اختبار رسم العائلة.
- ❖ يتمتع اختبار رسم العائلة بقيمة إسقاطيه كبيرة لكونه يكشف عن الجوانب الشعورية واللاشعورية والصراعات العائلية والهوامات كما يكشف عن العواطف والميول والانفعالات لطفل المتبول لا إراديا.
- ❖ وسيلة من وسائل القياس التي تساعدنا في دراسة الجوانب النفسية لطفل المتبول لا إراديا.
- ❖ يعتبر اختبار أدائي (لفظي وغير لفظي) يسمح بالحصول على موقف مقنن أي يحوي طريقة تطبيق وتحليل وتشخيص والتنبؤ والمأل.
- ❖ يمكن من الكشف عن ما لم تستطيع الملاحظة والمقابلة من كسفيهما.
- ❖ كذلك يسمح بالكشف عن الصورة الوالدية بخلاف اختبارات رسم أخرى من خلال الإسقاط على الورقة.
- ❖ يدخل اختبار رسم العائلة ضمن الاختبارات الإسقاطية البسيطة أداة وتقنية وتطبيقاً وتحليلاً والمعروفة "باختبارات الورقة والقلم".
- ❖ يمكن من التمعن في الحقيقة النفسية التي يحملها الطفل المتبول لا إراديا عن هذه العائلة خاصة والديه.
- ❖ يمكن أن يكون بعدا علاجيا في حد ذاته.

❖ اعتمدنا اختبار رسم العائلة من أجل الفهم الدينامي للصورة التي يكونها الطفل عن عائلته خاصة والديه فهو اختبار يتسم بطابع الإسقاط

**2-4-4- التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:**

لقد تم استخدام مجموعة من التقنيات السلوكية التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج العلاجي، وتتناسب مع عمر الأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي :

#### أ- التعزيز: Reinforcement

يعد من أهم الفنيات المستخدمة في تعديل السلوك، هو الحادثة التي تتبع سلوكاً ما بحيث تعمل على تقوية احتمالية تكراره في مرات لاحقة، ويمكن النظر إليه على أنه نوع من أنواع المكافآت ذات الطابع النفسي التي ربما أن تكون داخلية أو خارجية المنشأ.

(الزغلول ، 2005، صفحة 105)

وهو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى نتائج إيجابية أو نتائج سلبية، كما يترتب عليه احتمال حدوث السلوك في المواقف التالية. (كفافي ، 1999، صفحة 283)

ومن أهم المعززات (المعززات الغذائية، المعززات المادية، المعززات الرمزية، المعززات النشاطية، المعززات الاجتماعية).

ولقد عملنا على استخدام التعزيز بكافة أنواعه ومع جميع التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي على سبيل المثال تم استخدام المعززات المادية والمعنوية في تدريب الاحتفاظ إذا كان هناك زيادة بوقت الاحتفاظ بالبول عن المرة السابقة.

#### ب- المحاضرة:

ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم المعلومات والأساس النظري من خلال استخدام لغة محببة وسهلة للطفل. إذ يعتبر تقديم المعلومات أساس تعلم أي أسلوب أو تدريب علاجي جديد، مع التأكيد بأن تعلم المهارات الجديدة سوف يستغرق وقتاً وصبراً. ( عبد السلام، 2015، صفحة 91)

كما استخدمت هذه التقنية مع الأمهات لتعديل اتجاهاتهم نحو أطفالهم وإقناعهم تجنب إلقاء اللوم على الطفل فيما يتعلق بالتبول اللاإرادي فلقد تبين لنا بأن هناك قسم كبير من الأمهات غير متسامحات فيما يتعلق بمشكلة التبول اللاإرادي.

#### ج- جدول مراقبة الذات (اليومية الشمسية)

منذ بداية التدخل، حتى نهاية التدخل يحتفظ كل طفل بجدول يومي يسجل فيه و يضع الشمس لليالي الجافة و يضع الغيمة لليالي المبللة، وفي نهاية الأسبوع يسجل الطفل عدد مرات التي بلل فيها ثيابه، وطلب من الام الإشراف على الطفل أثناء تسجيله لهذه المعلومات وتم التركيز على قيام الطفل بالتسجيل الذاتي إذ أشار عدد من الباحثين إلى حدوث نقصان لعدد حوادث البلل من خلال التسجيل الذاتي.

( عبد السلام، 2015، صفحة 91)

يتم تقديم المكافآت بناء على جدول مراقبة الذات تبعاً لعدد الليالي الجافة إذ يتم الاتفاق مع الطفل بأنه إذ أنجز عدد محدد من الليالي سوف يحصل على هدية محددة (ملحق رقم 04)

#### د- تحديد السوائل:

يتم تشجيع الأطفال على الامتناع عن السوائل في المساء، والمضمون التطبيقي لهذه التقنية يشجع الطفل للشرب للسوائل ضمن خطة محددة تبدأ في الصباح وتنتهي قبل موعد النوم بساعة ونصف بحيث يتم تحديد كمية السوائل المناسبة لكل طفل تبعاً لعمر الطفل وجنسه.

الهدف من هذه التقنية تزويد الطفل بكمية كافية من الماء خلال النهار، وبالتالي هذا سوف يساعد الطفل على التزود بالكمية التي يحتاجها الجسم وعدم الشعور بالعطش عند المساء وشرب كمية كبيرة من الماء. أنظر الملحق رقم (03).

#### هـ- تدريب الاحتفاظ:

يتم في هذا الإجراء تدريب الطفل الذي يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي على الاحتفاظ بالببول لفترات زمنية أطول بعد أن يشعر بالحاجة للتبول. والمضمون التطبيقي لهذه التقنية الاحتفاظ بالببول لمدة تزيد تدريجياً بين 2 دقيقة إلى 45 دقيقة بعد أن يفرغ الطفل مثانته قبل أن يبدأ بهذا التدريب مع استخدام مؤقت يتم ضبطه تبعاً للهدف المحدد بكل جلسة، بحيث يتمكن الطفل من مراقبة الوقت الذي يتناقص تدريجياً، و تساعد الباحثة الطفل على تسجيل الوقت الذي تناول فيه الماء، و شعر بالحاجة للتبول، والوقت تبول فيه، وحجم البول المفرغ و طول الوقت الذي تمكن خلاله الطفل من احتباس البول.

الهدف من هذه التقنية زيادة قدرة المثانة على حمل حجم أكبر من السائل خلال الليل، وتدريب الأطفال على إدراك الأحاسيس المثانية التي تنتج عن تراكم البول داخل المثانة، وبالتالي تمكن الطفل من تحسس الأثر الناتج عن زيادة البول الذي يحرض الجهاز العضوي ويثيره، وبالتالي يشعر الطفل بقدرته على التحكم وضبط عملية التبول لديه، وبهذا يتدرب الطفل على اكتساب المشاعر والأحاسيس الناتجة عن استحسان سلوكه عندما يتمكن من ضبط تبوله من خلال استخدام المدعمات الجذابة كالحلوة والمدعمات الاجتماعية كالتشجيع اللفظي والتجاهل وعدم التعليق عندما يفشل في تحكمه في عملية التبول لديه. ( عبد السلام، 2015، صفحة 92)

#### و- برنامج الإيقاظ بالمنبه:

بداية يتم تحديد الوقت الذي يبلى فيه الطفل فراشه كل ليلة، وعلى أساس هذا الوقت يتم ضبط الساعة المنبهة قبل هذا الوقت بقليل لكي يستيقظ الطفل ويذهب للحمام كي يفرغ مثانته، ويجب على الطفل أن يبقى سبع ليالي متتالية بدون أن يبلى الطفل فراشه قبل تعديل وقت الاستيقاظ، إذا حقق الطفل هذا المعيار حرك وقت الاستيقاظ إلى

الأمام 1/2 ساعة ( ومثال على ذلك من 2 إلى 2:30 صباحاً) أما إذا لم يحقق هذا المعيار يتم تحريك وقت الاستيقاظ قبل 1/2 ساعة ( ومثال ذلك من 2 إلى 1:30 صباحاً).

الهدف النهائي من هذه التقنية هو إزالة الإيقاظ الليلي بشكل نهائي.

( عبد السلام، 2015، صفحة 93 )

### 3- حدود الدراسة :

#### 3-1- الحدود المكانية:

- بالمركز الطبي الاجتماعي التابع لأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب المتابعة النفسية.  
- وحدة الكشف والمتابعة للطب المدرسي.

#### 3-2- الحدود الزمنية:

أجريت الدراسة خلال الموسم الدراسي 2023/2022، في فترة من (01-03-2023) إلى غاية (28-05-2013) .

#### 3-3- الحدود البشرية :

أجريت الدراسة على أطفال يعانون من التبول اللاإرادي من سن 6 إلى 12 سنة وان يكونوا متمدرسين.

#### 4- معايير اختيار حالتين للدراسة:

- ✚ أن تطبق على الطفل معايير DSM-IV-TR لاضطراب التبول اللاإرادي .
- ✚ أن تتراوح أعمار الأطفال المشاركين بين 6-12 سنة.
- ✚ أن تكون مشكلة التبول اللاإرادي ليلي فقط .
- ✚ أن يوافق المشاركون أن يطبقوا طرق المعالجة الحالية وأن لا يستخدموا طرق معالجة أخرى لمدة الدراسة.
- ✚ وأن يوافق المشاركون أن الطفل لا يلبس حفاظة الأطفال في وقت النوم لمدة الدراسة الحالية .
- ✚ أن لا يستخدم العقاب نحو الطفل بخصوص التبول اللاإرادي لمدة الدراسة الحالية .
- ✚ أن تعمل الأسرة لدعم علاج التبول اللاإرادي الليلي لدى الأطفال.

#### 5- القواعد الأساسية لهذا البرنامج العلاجي :

##### 5-1- التدريب :

يتضمن البرنامج تدريبات في أثناء الجلسات العلاجية وواجبات بيتية تتضمن تعبئة جداول مراقبة الذات طوال مراحل التدخل العلاجي، وبعده وكلما كانت المتابعة مستمرة للتدريب كلما كانت الاستفادة من البرنامج أكثر.

**5-2- المشاركة الفاعلة:**

إن تعلم المهارات الجديدة والتدريب على القيام بها خلال الجلسات العلاجية هي ضرورة ملحة لتحقيق الغاية المرجوة من البرنامج ووظيفة الأخصائية هي تقديم التعليمات بطريقة مفهومة وواضحة وتقديم المساعدة التي تمكن الأطفال من تنفيذ التدريب المطلوب منهم :

- الالتزام بحضور الجلسات في الموعد الذي يتم الاتفاق عليه .

- تسجيل البيانات وتنفيذ إجراءات التدخل الموصوفة .

**5-3- السرية:**

احترام سرية المعلومات التي تخص أحد حالات الأطفال وأسرهم .

**5-4- تعاون الأم في تنفيذ البرنامج:**

إن جميع الطرق العلاجية تجتمع كلها على رأي واحد وهو معالجة هذا الاضطراب لا يتم دون أن يكون هناك تعاون بين الطفل وذويه لإنجاحه، والسبب في ذلك هو أن الطفل لا يستطيع الإقلاع عن هذا دون مساعدة أبويه فقد استنتج دي ماكنوزل وآخرون بأن التبول اللاإرادي يتعلق بالاتجاهات التربوية للآباء والعائلة نحو التبول اللاإرادي، كما وجد أوكل وآخرون أن الموقف الأبوي يؤثر في قدرة الطفل في التغلب على مشكلة التبول اللاإرادي وكذلك لا تستطيع أن تبعده عن حل هذه المشكلة دون اشتراكه في التمارين التي تطلب منه، وفي هذا البرنامج تم الاستعانة بأمهات الأطفال للمساعدة في تنفيذ البرنامج وذلك لأن الأمهات من الأكثر ملازمة للطفل في المنزل.

(جربي ، 2022، صفحة 74)

وقد تحدد دور الأم في هذا البرنامج كما يلي :

✓ قيام الأم بالإشراف على الطفل في أثناء تسجيل البيانات المطلوبة على الجداول الخاصة ذات (جدول المكافآت) مع استخدام التدعيم المعنوي.

✓ مساعدة الأمهات لأطفالهن في تنفيذ المهام المطلوبة من خلال تذكيرهم وتشجيعهم.

✓ تعرف الأمهات للإرشادات الخاصة في التعامل مع حالات التبول اللاإرادي من خلال محاضرة خاصة.

✓ قيام الأمهات بمساعدة أطفالهن في تمرين الإيقاظ والساعة والمنبه وتقديم المدعمات بالطرق المتفق عليها.

✓ وتجدر الإشارة أنه تم القيام مع بداية البرنامج بتوضيح طبيعته وشروطه والهدف منه، ومراحله وزمن تطبيقه والتقنيات المستخدمة فيه لأمهات الأطفال المشاركين كما تم شرح من خلال محاضرة خاصة الأساليب المعتمدة للتعامل مع الطفل المتبول لا إراديا.

**6- الصعوبات التي واجهت تطبيق البرنامج العلاجي:**

- صعوبة الحصول على أفراد عينة الدراسة.
- تردد الأهل في التعاون في بداية البرنامج ومحاولة إقناعهم في مدى الفائدة التي سوف تعود عليهم وعلى أطفالهم إضافة إلى التأكيد على مجانية العمل وبقدرتهم على الانسحاب في الوقت الذي يريدون دون أن يترتب عليهم شيء.
- مرض أحد أفراد العينة وانقطاعه عن الجلسات مما أدى إلى إعادة تطبيق البرنامج من البداية.
- صعوبة تطبيق المقابلة الخاصة بالأطفال مع بداية تطبيق البرنامج بسبب شعور الأطفال بالإحراج، مما أدى إلى عدم الطلاقة اللفظية.
- عدم قدرة بعض الأطفال إلى الحضور بشكل يومي إلى مكان التطبيق، نظرا لكون فترة المعالجة هي فترة دراسية.
- صعوبة تحديد موعد التبول اللاإرادي الليلي كون الطفل يبقى لفترات طويلة مستيقظ (شهر رمضان) خاصة عند استعمال فنية المنبه.
- التكلفة المادية الخاصة بتطبيق البرنامج العلاجي.

**7- العوامل التي ساعدت على تطبيق البرنامج العلاجي:**

- ✓ التعاون من قبل الأطفال وأمهاتهم في تنفيذ تعليمات العلاج السلوكي.
- ✓ احتواء المركز الطبي الاجتماعي على جميع المرافق من مكتب مجهز، وأدوات، وحمام وغيرها مما يحتاجه الطفل.
- ✓ الحضور من قبل الأطفال وذويهم بالرغم من فترات الدراسة، رغبة منهم في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي.

**الخلاصة:**

إن الاختيار السليم لمنهج البحث وأدوات الدراسة من أهم القواعد التي تساعد على جمع المعلومات الدقيقة من مصادرها فهي تعمل على اتساع مدارك الباحث في التنبؤ حول ما سيحدث في المستقبل بما يتعلق بمشكلة البحث العلمي ومدى تأثير عواقبها على المجتمع

# الفصل السادس

دراسة الحالات وتفسير النتائج على  
ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

- (1) دراسة الحالة الأولى.
- (2) دراسة الحالة الثانية.
- (3) مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.



### تمهيد:

بعد أن حددنا في الفصل السابق الاجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة، سوف نقوم فيما يلي بعرض وتحليل نتائج حالات الأطفال المصابين باضطراب التبول اللاإرادي وذلك استنادا إلى محتوى المقابلة (العيادية ونتائج اختبار العائلة ونتائج تطبيق بعض فنيات العلاج السلوكي).

### عرض الحالات:

#### 1- دراسة الحالة الأولى:

#### جدول رقم (01-06): البيانات الأولية للحالة الأولى (إ . ف):

الاسم: إسحاق	الوزن: 25 كغ
اللقب: ( ف )	الطول: 1م و 20 سم
الجنس: ذكر	المستوى الدراسي: الثانية ابتدائي
العمر: 8 سنوات	عنوان المدرسة: الجزائر
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الثالث	التحصيل الدراسي: جيد

#### جدول رقم (02-06): السوابق الشخصية للحالة الأولى (إ . ف):

ظروف الحمل والولادة: طبيعية	حوادث الأم أثناء الولادة: لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: إصابة الأم بمرض الربو - فقر الدم	الرضاعة والفظام: حليب اصطناعي

#### جدول رقم (03-06): السوابق العائلية للحالة الأولى (إ . ف):

الأب	الأم
العمر: 48 سنة	العمر: 38 سنة
المستوى التعليمي للأب: جامعي	المستوى التعليمي: متوسط
المهنة: إطار في سلك الشرطة	المهنة: مائكة بالبيت

نوع السكن: متسع متوفر على متطلبات الحياة الأساسية

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط ومقبول

الوضع النفسي للأسرة: لا يعاني أفراد الأسرة من أي مشاكل نفسية

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي): لا توجد

العلاقات الاجتماعية:

- العلاقة بالجيران والأصدقاء: يتمتع الحالة بعلاقات اجتماعية جيدة -اندماجي ومنبسط

- العلاقة بالأقارب: جيدة خاصة الأجداد (العائلة الممتدة)

- الحياة المدرسية: يحب المدرسة والمعلمة بالإضافة إلى أصدقاء وهذا ما يتجسد في

مستواه الدراسي الجيد.

### العلاقات الأسرية:

- العلاقة مع الإخوة: معاملة الأخ الأكبر بقسوة للحالة عكس أخته الوسطى التي تبدي الاهتمام والرعاية له وذلك حسب تصريحات العميل.
  - العلاقة مع الأب: مبنية على القواعد الصارمة وعلى الأوامر والنواهي وذلك لطبيعة عمل الأب كشرطي.
  - العلاقة مع الأم: علاقة انصهاريه فهو ينام بجانبها ليلاً.
  - المشكلات السلوكية للحالة: التبول اللاإرادي نوعه: ثانوي ليلي.
  - الصحة العضوية للحالة: تم التأكد من سلامة الحالة من الناحية العضوية بعد الاطلاع على التحاليل الطبية التي قدمها الطبيب المراقب بالمركز الطبي الاجتماعي بالتنسيق مع الأخصائي النفسي.
  - تقديم الحالة: (إ.ف) ذكر، طويل القامة، أبيض البشرة، نظيف الهنّام، يتميز بلغة بسيطة مفهومة وصوت منخفض أبدى الحالة أثناء المقابلة الأولية نوعاً من الخجل، كان الاتصال سهل بحيث كان الحديث متسلسل، متناسق، مفهوم خالي من الهلّوس أو الهذيان، لا توجد اختلالات في الذاكرة أو اضطراب في التواصل.
- ملخص المقابلات:**

من خلال المقابلة الأولية أبدى الحالة نوعاً من التكتّم والاحراج وبعد محاولة الأخصائية لكسب ثقة الحالة بدأ يتفاعل مع الأسئلة المطروحة بكل سهولة. تم توجيه المعني إلى الطبيب المراقب للتأكد من السلامة العضوية للطفل عن طريق إجراء التحاليل الطبية التالية: ECBN-CREATINE-UREE-GLYCEMIE AGEN

أما بخصوص المقابلة الثانية فكانت مع الأب وكان الغرض منها جمع المعلومات وتاريخ الحالة وإبرام العقد العلاجي وتوضيح سيرورة البروتوكول العلاجي والزامية المشاركة والتعاون من قبل الوالدين كما تم تقديم جدول المراقبة الذاتية للحالة وشرح كيفية ملئه، وطلبت الأخصائية من الأب حضور الأم لباقي الجلسات لكونها هي المشرفة في المنزل عن البرنامج العلاجي.

أما المقابلة الثالثة فكانت محاضرة تم فيها شرح إشكالية التبول اللاإرادي وانعكاساته وإشراك الأم في الخطة العلاجية المبنية على قواعد لعدم استخدام الحفاضات - العقاب - مساعدة الحالة على ملئ جدول المراقبة واليومية الشمسية.

وفي المقابلة الرابعة فكانت لإجراء اختبار العائلة كونه اتصال رمزي بين الفاحص والمفحوص يكشف عن صراعات الحالة داخل الوسط الأسري.

أما باقي المقابلات فكانت لتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي عبر مراحل كما هو موضح في الجدول رقم(06-04).

جدول رقم (04-06): مراحل مقابلات تطبيق العلاج السلوكي للحالة الأولى (ا . ف)

الجلسة	مدة ومكان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات
1	60 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- التعارف وبناء العلاقة العلاجية وتم: - الشرح التفصيلي لطبيعة البرنامج وأهدافه واجراءاته وشروطه بالإضافة إلى أن تتعرف الأم على أساليب التعامل مع الطفل المتبول لاإراديا وتقديم الإرشاد والتوجيه + القياس القبلي للحالة	المحاضرة والمناقشة + اليومية الشمسية
2	90 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- بعد التعارف مع الطفل: إسحاق واكتسب ثقته وإقامة علاقة تفاعلية معه تم شرح البرنامج ابتداءا بجدول المراقبة الذاتية	سجل مراقبة الذات
3	90 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- تنظيم سلوك شرب الماء	تحديد + السوائل اليومية الشمسية
4	60 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- توضيح تدريب الاحتفاظ - أن يضبط الطفل مثانته لمدة دقيقتين بعد أن يبدي الطفل رغبته لدخول الحمام. -أما الحالة فقد كان الاحتفاظ لمدة 10 دقائق برغبة واستطاعة منه.	تدريب الاحتفاظ + سجل مراقبة الذات + المعززات
باقي الجلسات	60 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- تدريب الاحتفاظ من 10 دقائق إلى 45 دقيقة عبر جلسات متتابعة بشكل يومي مستمر	تدريب الاحتفاظ + معززات الغذائية نشاطية ومادية

الجلسة ما قبل الأخيرة	45 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- تدريب الطفل على برنامج الايقاظ بساعة المنبه -تقديم المنبه كهدية تحفيزية وإشراك الام بالإشراف على عملية الإيقاظ عن طريق تحديد وقت التبول الليلي وإيقاظ الطفل قبل التفريغ في الفراش.	برنامج الايقاظ
الجلسة الأخيرة	60 دقيقة المركز الطبي الاجتماعي بأمن ولاية تيسمسيلت بمكتب الأخصائي النفسي	- القياس البعدي - التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي واختتامه.	معززات

**جدول رقم (06-05): القياس القبلي لعدد مرات التبول للحالة الأولى (إ. ف.):**

الحالة الأولى: "إسحاق"	
القياس القبلي	الأسابيع
4	الأسبوع الأول
5	الأسبوع الثاني
5	الأسبوع الثالث
4	الأسبوع الرابع

انطلاقاً من نتائج المقابلات ونتائج جدول متابعة التبول اللاإرادي الأسبوعي التي طبقت لمدة (04) أسابيع نقول أن الحالة إسحاق يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي حيث لم يتوقف عن التبول خلال الأسابيع الموضحة في الجدول وأعلى معدل بلغ 05 أيام في الأسبوع.

**تطبيق اختبار العائلة الحقيقية للحالة الأولى:**

بعد الشرح من قبل الأخصائية لطريقة التطبيق تقبل المعني تعليمة الاختبار حيث أظهر صفة المبادرة والتلقائية في الرسوم لكونه يبتعد عن أجواء الأسئلة والأجوبة الروتينية في المقابلة، كان زمن إنجاز الرسم 25 دقيقة، كانت حركاته عادية تعبيراته الانفعالية عادية حيث أبدى الحالة أن يرسم عدة مرات لأنه يحب الرسم.

### تحليل وتفسير نتائج اختبار العائلة الحقيقية:

وكانت الاجابة على الأسئلة اختبار العائلة الحقيقية كالآتي:

- من الأكثر لطفا ولماذا؟ ← أختي سلسبيل لأنها تساعدني في الواجبات.
- من الأقل لطفا ولماذا؟ ← أخي عبد الرحمان لأنه يضربني.
- من الأكثر سعادة ولماذا؟ ← لا يوجد.
- من الأقل سعادة ولماذا؟ ← لا يوجد.
- من تفضل ولماذا؟ ← أمي تعطيني كلش.
- مكان من تفضل ولماذا؟ ← لا أحد.
- ماذا يفعلون؟ ← واقفون في الخارج.
- من يحل المشكلات؟ ← الأب.

### تحليل الرسم:

#### 1/- على مستوى الخطي والشكل:

كان اتجاه الرسم من اليمين إلى اليسار بهيئة مستقيمة بخط مضغوط يتخلله تشطيب ملحوظ في الرسم يحتل المساحة البيضاء أعلى الورقة كما نلاحظ الأشخاص مترافقين على الرسم في الصف السفلي يفصل بين الوالدين والإخوة الثلاث جدار دلالة على الانقسام الأسري أو التباعد العاطفي بينهما، يتضح في الرسم الضغط على القلم فهذا دليل على قوة الدوافع اتجاه الشخص المرسوم نتيجة سلطته أو خوفا منه كما نلاحظ حالة من النمطية تتجسد في غياب الهوية الجنسية للأشخاص تتخللها تعابير ابتسامة وعدوانية للشخصيات المرسومة.

#### 2/- على مستوى المحتوى:

نلاحظ في رسم العائلة الحقيقية أن الأب مرسوم بطريقة هي الأكبر مقارنة بالشخصيات الأخرى وهذا يعني أن علاقة المعني بالأب هي في المرتبة الأولى، كما أنه رسم أفرادا متصلين بينهم وآخرين متباعدين بينهم فهذا دليل على انقسام العلاقة داخل هذه العائلة أي هناك من يراهم الطفل متحابون وهناك من يراهم غير ذلك المعاني الرمزية لجسم الانسان:

نلاحظ في الرسم وجود الرأس الكبير للأم وهذا يدل على أنها الشخصية الذكية بالنسبة للطفل كما نرى وجود الأعين النقطية ( . . ) دلالة تعبيرية عن الخوف.

كما نلاحظ أن الحالة إسحاق رسم جميع الشخصيات بدون أذنين دلالة على أنه لا يكثرث لما يقال عنه من قبل الآخرين.

كما يتجسد لنا الفم الكبير في شخصية الأم تعبيرا عن الهجوم والنقد واللوم وكذا التأثير على الطفل بالكلام.

أما باقي الشخصيات فكان الفم على شكل خط مما يدل على أن الحالة شخصية محرومة من قدرة التأثير على الآخرين بالكلام.

كما نلاحظ انعدام الرقبة في رسوم الأشخاص دلالة نعلى انعدام القدرة على التحكم في المشاعر باستثناء شخصية الأم والأخ فرسمهم برقبة طويلة ورفيعة وهي دليل عن الصراع وعن العلاقة بين العقل والمشاعر.

كما نرى وجود الأذرع في جميع الشخصيات دلالة على الاتصال والتواصل.

**تحليل نتائج اختبار العائلة الخيالية:** زمن انجاز الرسم 15 دقيقة

تم تقييم التعليمة التالية للحالة: " بعدما رسمت عائلتك نريد منك الآن أن ترسم لنا عائلة خيالية، أيس تتخيل عائلة وترسمها" كان هادئا وعلامات التعجب بادية على وجهه بقوله:

"ما نقدرش نتخيل عائلة وحدا خرا من غير عائلتي" " كيفاش"

وكانت الإجابة على أسئلة اختبار العائلة الخيالية كالآتي:

- من الأكثر لطفا ولماذا؟ ← ماما تخييلي الحلوة وقاطو.
- من الأقل لطفا ولماذا؟ ← أخي عبد الرحمان لأنه يضر بني.
- من الأكثر سعادة ولماذا؟ ← أختي سلسبيل.
- من الأقل سعادة ولماذا؟ ← لا يوجد.
- من تفضل ولماذا؟ ← أمي.
- مكان من تفضل ولماذا؟ ← لا أحد.
- ماذا يفعلون؟ ← ذاهبون لزيارة جدي وجدتي.
- من يحل المشكلات؟ ← الأم والأب.

**تحليل الرسم:**

**على المستوى الخطي والشكل:**

كان اتجاه الرسم من اليمين إلى اليسار مترافقين في الصف العلوي في الجهة اليمنى وباقي الورقة هي مساحة بيضاء كان الخط قوي أي يضغط الطفل على القلم أثناء محاولته لرسم الشخصيات وهذا دليل على قوة الدوافع اتجاه الشخص المرسوم، أما نتيجة سلطته أو أنه يعبر عن خوفه الطفل من ذلك الشخص.

كما نلاحظ أن الشخصيات المرسومة مترافقين الواحد بجانب الآخر فهذا دليل عن عمق العلاقة النفسية والعاطفية بين الأشخاص فتقاربهم قد يعني إما تقربهم العاطفي في ذهنه أو تمنيه أن يتقربوا من بعضهم.

**على مستوى المحتوى:**

يظهر الرسم في المنطقة العليا في اليمين وهي منطقة نكوص ومنطقة الحالمين وأصحاب المبادئ.

كما نلاحظ وجود الأعين النقطية ( . . ) من مؤشرات الخوف من طلب المساعدة. كما نلاحظ أن جميع الشخصيات بدون أذنين دلالة على أنه لا يتأثر لما يقال عنه من قبل الآخرين.

انعدام الرقبة في رسوم الأشخاص دلالة علة انعدام القدرة على التحكم في المشاعر.

وجود أذرع في جميع الشخصيات دلالة على الاتصال والتواصل.  
كما نلاحظ حالة النمطية تتجسد في غياب الهوية الجنسية للأشخاص بحيث نرى نفس الرسم لعدة شخصيات (نفس الأيدي والأرجل والرأس)  
منذ الجلسات الأولى وبداية البرنامج العلاجي كان الواجب المنزلي المطلوب من الطفل اسحاق هو (جدول مراقبة الذات) بأن يضع الشمس لليالي الجافة والغيمة لليالي المبللة مع الالتزام بخطة شرب الماء، ودخول الحمام قبل النوم بينما كان التدريب الاحتفاظ مختصرا نظرا لقدرة الطفل على الاحتفاظ وتعاونه مع الأخصائي بالإضافة إلى تنوع المعززات المقدمة من طرف الأخصائي التي ساهمت في تحفيز الحالة ورغبته بشكل يومي كما تم استخدام التعزيز المعنوي كالتصنيف وعبارات التشجيع وكذلك التعزيز المادي كتوزيع بعض الألعاب والحلوى والأدوات المدرسية.  
أما برنامج الايقاظ فقد أجري من قبل الأم وبإشراف الأخصائية التي قدمت المنبه كهدية رمزية كأسلوب تحفيزي للطفل.

**جدول رقم(06-06): القياس البعدي لعدد مرات التبول اللاإرادي للحالة الأولى (أ.ف)**

الحالة الأولى: "إسحاق"	
القياس البعدي	الأسابيع
01	الأسبوع الأول
01	الأسبوع الثاني
00	الأسبوع الثالث
00	الأسبوع الرابع

نلاحظ من خلال الجدول للقياس البعدي لعدد مرات التبول لدى الحالة أن هناك فروق واضحة في عدد مرات التبول لدى الحالة اسحاق قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

### خلاصة عامة عن الحالة الأولى (إ.ف):

من خلال نتائج الحالة اسحاق المستخلصة من المقابلات وتحليل محتوى الاستمارة واختبار العائلة والبرنامج العلاجي القائم على بعض فنيات العلاج السلوكي من خلال جلساته المطبقة على الأم والطفل اتضح ما يلي:

❖ اتضح أن الطفل اسحاق يعاني من التبول اللاإرادي حيث بلغ عدد مرات التبول 18 مرة خلال شهر (القياس القبلي) وبعد تطبيق البرنامج العلاجي انخفضت إلى مرتين خلال أربعة أسابيع (القياس البعدي) مما يدل على انخفاض واضح في عدد مرات التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

❖ إن اضطراب التبول اللاإرادي ما هو إلا تعبير عن الصراع الأسري القائم على التسلط الأبوي وعن العلاقة الثنائية (أب - ابن) المبنية على الأوامر والنواهي حيث يعتبر الطفل اسحاق ضحية النسق الأسري غير المتوازن.



2- دراسة الحالة الثانية:

جدول رقم(06-07): البيانات الأولية للحالة الثانية (س.ش):

الاسم: سفيان	الوزن: 21 كغ
اللقب: (ش)	الطول: قصير القامة 1م و 15 سم
الجنس: ذكر	المستوى الدراسي: الثانية ابتدائي
العمر: 7 سنوات	عنوان المدرسة: حسيبة بن بوعلي
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الأول	التحصيل الدراسي: متوسط

جدول رقم (06-08): السوابق الشخصية للحالة الثانية (س.ش):

ظروف الحمل والولادة: قيصرية	حوادث الأم أثناء الولادة: إصابة بنزيف مما أدى إلى عملية قيصرية
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: مرض فقر الدم	الرضاعة والفظام: حليب اصطناعي

جدول رقم (06-09): السوابق العائلية للحالة الثانية (س.ش):

الأب	الأم
العمر: 46 سنة	العمر: 42 سنة
المستوى التعليمي للأب: ثانوي	المستوى التعليمي: متوسط
المهنة: عامل يومي	المهنة: مائكة بالبيت

نوع السكن: عمومي ايجاري

المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط

الوضع النفسي للأسرة: لا يعاني أفراد الأسرة من أي مشاكل نفسية

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي): لا توجد

العلاقات الاجتماعية:

- العلاقة بالجيران والأصدقاء: يتمتع الحالة بعلاقات اجتماعية جيدة.

- العلاقة بالأقارب: جيدة خاصة مع عائلة الأم.

- الحياة المدرسية: يحب المدرسة والمعلمة بالإضافة إلى أصدقاءه.

العلاقات الأسرية:

- العلاقة مع الإخوة: جيدة فهو الأكبر من بينهم.

- العلاقة مع الأب: نوع من القسوة.

- العلاقة مع الأم: علاقة قوية وحب زائد عن اللزوم لأنه الأكبر في وسط اخوته.

المشكلات السلوكية للحالة: التبول اللاإرادي نوعه: ثانوي ليلي.

الصحة العضوية للحالة: كل التحاليل والفحوصات الطبية أكدت على سلامته الصحية.

تقديم الحالة: (س.ش) بشرة بيضاء، قصير القامة هندام نظيف.

السلوك: خجل، اتصال شبه سهل (انطواء بعض الشيء).  
كانت مبهمة وغامضة بالنسبة للأم بحيث صرحت الوالدة عن ابنها لم يسبق له وأن تبول ليلا كما أنها لم تجد صعوبة في تعليمه كيفية ضبط مثانته.  
حاولنا معرفة متى حدث هذا المشكل قالت الام منذ خمسة أشهر.  
نوع التبول : ليلى.  
تقديم المقابلات :

المقابلة الأولى : مدتها 45 دقيقة

من خلالها تم التعرف على الحالة من خلال المقابلة الأولية والعمل على كسب ثقة العميل وذلك بمداعبتها واعطاها الحلوى ومحاولة التحدث مع الحالة بكل بساطة للإحساس بالراحة وبناء علاقة علاجية، في بداية الأمر أبدت الحالة نوعا من التكتم والخجل والاحراج، بعد عدة محاولات مع الحالة تم التجاوب إذ اغتنمنا الفرصة لطرح بعض الأسئلة وهذا بحضور ولي أمره حيث أجاب على الأسئلة المطروحة عليه:  
ما هو اسمك؟..... اسم والديك؟..... من يحب: قال أحب أمي  
الطفل لم يجيب اذا يحب ابوه ام لا

كما سألناه عن إخوته قال: "نبغي محمد خويا واختي سجي"  
سألناه عن أصدقائه في الحي وفي المدرسة قال : "صحابي نتوع الحي هما للنقري معاهم".

إضافة إلى عدة أسئلة التي تم التجاوب معها وهذا بعد عدة محاولات، وبعد التعرف والتحدث مع الحالة بمعية الأم تم التطرق إلى سبب المجيء ألا وهو طلب يد العون والمساعدة في العلاج والتخلص من التبول اللاإرادي للطفل حسبما صرحت به الام وكذلك الطفل حيث تم الاتفاق مع الحالة والأم على العقد العلاجي، وحضور الجلسات المتبقية.

ملاحظة: كانت الحالة موجهة من الطبيب المختص في طب الأطفال ومرفقة بالفحوصات الطبية التي أكدت على سلامته من الأمراض العضوية.-ECBN

CREATINE-UREE-GLYCEMIE AGEN

المقابلة الثانية : مدتها 30 دقيقة

كان الحضور في الموعد المحدد، هذا يدل الاهتمام والارتياح لكل من الام والحالة، اذا قمنا بالترحيب والتشجيع للأم والحالة، تم توضيح سيرورة البروتوكول العلاجي، إعادة التأكيد على الام لمساعدة الحالة في العلاج والتخلص من التبول اللاإرادي كما تم تقديم جدول المراقبة الذاتية، وشرح كيفية استخدام وطريقة ملأ الجدول بكل بساطة حتى تفهم الحالة والأم، كما تم الإلحاح على الأم لإعادة احتواء ابنها وكسب ثقته أكثر، وتشجيعه لإنجاح العملية العلاجية .

### المقابلة الثالثة: مدتها 30 دقيقة

تم فيها حضور الام وابنها كالعادة في اليوم والوقت المحدد، تطرقنا إلى نتائج العمل المقدم من طرفنا وما هي الصعوبات المتلقاة وماهي نتائج العمل في الأسابيع الماضية، هذا ما وضعه في جدول المراقبة الذاتية (ملحق رقم 04).

كانت الحالة في هذه الجلسة أقل خجلا، بسبب إعادة احتوائها لابنها، حسب ما لاحظناه من ملامحه ومن خلال إجاباته عن بعض الأسئلة التي طرحتها عليه من بداية المقابلة إلى نهايتها وذلك راجع إلى اتباع التوصيات والخطوات العلاجية المقدمة للأم. قمنا بتشجيع الام والحالة على مواصلة اتباع الخطوات اللازمة للنجاح في العملية العلاجية بعد استرجاع الطفل بعضا من ثقته بنفسه وعائلته وإحساسه بالراحة والطمأنينة. كذلك طلبنا من الام بالتقيد ببعض النصائح والقواعد التي يجب اتباعها:

- عدم أكل الحلويات وكثرة شرب الماء والمشروبات الغازية وتنظيم وجبات الاكل.  
- استخدام التعزيز الايجابي لإعادة كسب ثقة الحالة بنفسها وتحمسها لمواصلة العلاج وهذا ما يقوم به الاخصائي النفسي في الجلسات العلاجية من أجل تحقيق نتائج علاجية مرضية.

كل هذا يتم ملاءه في جدول المراقبة الذاتية من طرف الأم أو الحالة، كما تم إعادة تذكير الام بأهمية إتباع الخطوات العلاجية ومدى نجاحها.

### المقابلة الرابعة:

تم فيها مقابلة الحالة والأم وعرض النتائج والعمل على تحليلها وتفسيرها المقدمة في الأسابيع الماضية للحالة وإضافة عمل آخر، وهو التدريب على الاحتفاظ وذلك بضبط مئاة الطفل لمدة دقيقتين في البداية قبل الدخول إلى الحمام من خمس دقائق إلا أن يصل إلى 45 دقيقة، وتكون هذه الفنية بتدرج ومدعمة بالتعزيز الإيجابي كتقديم ما يحب، وتدوين ذلك في جدول خاص بتدريب الاحتفاظ (ملحق رقم 05).

العمل المقدم في مكتب الأخصائي النفسي هو قيام باختبار العائلة كونه اتصال رمزي بين الفاحص والمفحوص وفهم الحالة أكثر.

### جدول رقم (06-10): مراحل مقابلات تطبيق العلاج السلوكي للحالة الثانية (س.ش)

الجلسة	مدة ومكان الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات
1	45 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيلات	- التعرف على الحالة بطرح الأسئلة. - بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة. - اتفاق على بناء عقد علاجي.	المحاضرة والمناقشة + جدول مراقبة الذات

سجل مراقبة الذات + المعززات	بعد الترحيب: - نقدم جدول المراقبة الذاتية والقياس القبلي للتبول اللاإرادي للحالة الذي تم شرحه للأم وكيفية تطبيقه	30 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيات	2
تحديد السوائل + المعززات	- تطرق إلى نتائج العمل المتقدم. - ثم إعادة احتواء الحالة وذلك من خلال ما لاحظناه. - ثم الإشارة إلى تحديد السوائل لإنجاح العملية أكثر من تقليل من شرب الماء خاصة قبل الذهاب إلى النوم.	30 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيات	3
تدريب الاحتفاظ + سجل مراقبة الذات + المعززات	- التطرق إلى نتائج العمل وتقديم بعض الملاحظات. - القيام بفنية التدريب على الاحتفاظ وتدعيم ذلك بالتعزيز الإيجابي الذي يتم من طرف الأم إذا حقق احتفاظه مثلا لمدة دقيقتين في بداية الأمر. - تدوين ذلك في سجل مراقبة الذات.	50 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيات	4
تدريب الاحتفاظ + معززات الغذائية	- تدريب الاحتفاظ من 10 دقائق إلى 45 د - التطلع على النتائج المقدمة. - تقديم هدايا للتحفيز والتشجيع.	60 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيات	5
برنامج الايقاظ	- تدريب الطفل على برنامج الايقاظ بساعة المنبه وهذا بمشاركة مع الأم.	45 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيات	الجلسة ما قبل الأخيرة

الجلسة الأخيرة	45 دقيقة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الطب المدرسي تيسمسيات	- القياس البعدي - التعرف على نتائج فاعلية البرنامج السلوكي ومدى نجاحه. - تقديم محفزات تشجيعية لنجاح العملية.	معززات
----------------	---	--	--------

**جدول رقم (06-11): القياس القبلي لعدد مرات التبول للحالة الثانية (س.ش):**

الحالة الأولى: " سفيان "	
القياس القبلي	الأسابيع
5	الأسبوع الأول
4	الأسبوع الثاني
4	الأسبوع الثالث
3	الأسبوع الرابع

من خلال الجدول لمتابعة التبول اللاإرادي والجلسات العيادية التي كانت مدتها أربع أسابيع الماضية، نلاحظ أن الحالة يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي حيث كان أعلى معدل 5 مرات في الأسبوع.

**تطبيق اختبار العائلة الحقيقية للحالة الثانية:**

كان هذا في المقابلات الموالية بعد الترحيب والتشجيع وتقديم الحلوى للحالة كتعزيز إيجابي لها .

حيث تم الشروع في شرح الاختبار للحالة والأم من حيث المعنى والمغزى والهدف منه، ثم كيف يطبق

تقبلت الحالة الرسم لأنها تحب الرسم وتود المعالجة من التبول اللاإرادي حيث قال: "إذا نبرى معلش نرسم"

أكدت للحالة الشفاء اذا واصلت في التعليمات المقدمة لها

كانت مدة الرسم 20 دقيقة، جرت في ارتياحيه وهدوء مع قليل من التركيز في الرسم إذ أنه لم يقل شيئاً اذا لم أتكلم معه.

**تحليل وتفسير نتائج الاختبار العائلة الحقيقية:**

**بعض الاسئلة التي طرحت على الحالة أثناء الرسم :**

وتمت الاجابة عليها:

من ترسم الاول قال: "أبي"

أتحبه أجاب:

من تحب أكثر الاب ام الام قال: أمي أكثر. لماذا أبي كان يزحف بزاف. من الاكثر لطفا في إختوتك ولماذا قال أخي محمد لأنه هو الاصغر قال مزال ما يهدر. سألته ثم من قال أختي سجي غير تبكي.

**تحليل الرسم:**

**التحليل على المستوى الشكل والخط:**

ما لاحظناه هو بدأ الرسم من الجهة اليمنى إلى اليسرى دلالة على فترة نكوصية ورغبة في الرجوع للماضي على أنه فترة مريحة. أما بالنسبة للخطوط رسم بخط متموج للاب والاخت من الجهة العليا والحالة نفسها إضافة إلى الام بخط متموج من الجهة السفلى وهذا يعبر عن خوفه أو كرهه لهم وحتى لنفسه و في باقي أنحاء الجسم رسم بخط متموج وبخط مضغوط وسميك دلالة على وجود نزاعات قوية وعدوانية كما يدل على الجرأة والقوة للحالة، إضافة إلى استغلال كامل للورقة دلالة على عفوية الحالة

**تحليل على مستوى المحتوى:**

نرى أن الطفل قسم الرسم إلى ثلاث مستويات وهذا ما نلاحظه من خلال الرسم للحالة حيث رسم الاب والاخت في الجهة العليا من الورقة تعبيرا عن الشخص الذي لديه السلطة في العائلة والرغبة في احتلال المكانة وفي الجهة السفلى رسم نفسه بجانب الام كما رسم والأخ الصغير في الاخير .

الأم رسمها بشكل كبير تعبيرا عن مدى مقدارها عند الطفل وحجم العلاقة المتبادلة بينهما وكذلك تعني علاقته مع أمه التي هي في المرتبة الاولى ثم علاقته مع الآخرين، كما تم رسم الأخ الأصغر بشكل صغير دلالة على انعدام السلطة لديه وتصغيره داخل الأسرة ودليل على أنه مصدر قلق وخوف داخل العائلة وعلاقته مع العائلة متباعدة معه.

كما نرى انعدام الرقبة في كامل أفراد العائلة تدل على عدم قدرته التحكم في المشاعر، تم رسم الرأس في كامل أفراد عائلته وهذا يدل على إحساسه بقدراته التي اكتسبها وعقله ومداركه ال مرتبطة برأسه، وفضل رأس الاب هو الأكبر وذلك برسمه له يعني أن الاب هو الشخصية الذكية له أو نفسه، كذلك رسم العين بشكل نقاط لكافة العائلة إما هي مؤشر عن الخوف من طلب المساعدة أو أشخاص لا يجوز البكاء او التعبير عن حزنهم، كذلك تم رسم جميع أفراد العائلة بدون أذنين فهو لا يكثر لما يقال عنه من قبل الآخرين كما تم رسم الفم في شكل مظلل تعبيرا عن الغضب والصراخ وقول الكلام الجارح لذلك قد يكون عضوا للهجوم والاستبداد والتهديد والنقد واللوم تأثيرات على الطفل.

كما نلاحظ انعدام الرقبة دلالة على انعدام القدرة على التحكم في المشاع كذلك رسمت الحالة الاذرع هذا دلالة على الاتصال والتواصل بين العائلة و رسم الأيدي

مفتوحة للاب هي تعبير على اعتقاد الطفل أن هذه الشخصية لها القدرة على إنشاء علاقات كثيرة .

### نتائج اختبار العائلة الخيالية:

تم إنجاز الرسم في أقل من 10 دقائق

وجرى على النحو التالي: قمنا بالتشجيع والشكر للحالة وذلك بإعطائها شكلاطة كتعزيز إيجابي فهي تحبها حسب ما قالت له لنا الوالدة، ثم طلبنا منه إعادة رسم لنا عائلة خيالية أي ما يأتي بذهنك وكيف ما تتخيل عائلتك ،قلت له مثل مارست عائلتك المكونة من الاب والام واخوتك فهي عائلتك الحقيقية التي تعيش معها قال نعم قلت له اذن ارسم عائلة أخرى من خيالك قال نرسم أبي وأمي قلت له نعم. ففرح وشرع في الرسم. وكانت الاجابة على أسئلة اختبار العائلة الخيالية :

- من تفضل أجاب أمي مكان من تفضل ولماذا قال لا أحد.
- من الاكثر لطفا معك ولماذا أمي لأنها تلعب وتضحك معي وتدرسني
- من لأقل لطفا ولماذا قال أبي واكتفى .
- من الاكثر سعادة ولماذا قال أخي الاصغر محمد أداعبه ويضحك معي .

### تحليل الرسم:

#### التحليل على المستوى الخطي والشكل:

كانت بداية الرسم من اليمين إلى اليسار دلالة على حركة نكوصية والرغبة في الرجوع إلى الماضي على أنه فترة مريحة له ،كانت الخطوط واضحة دلالة على ثقة الحالة بنفسها، وبخط سميك عند الاب و الاخت من الجهة العلوية لها دلالة على جراءة وقوة وعدوانية واندفاعية الحالة كما استخدام الألوان في رسم الاب تعبيراً عن فراغ في الوجود العاطفي وتصورها للمستقبل مع الأب وميول ضد اجتماعي .

#### على مستوى المحتوى:

يظهر الرسم في المنطقة العليا في الجهة اليمنى دليل على حركة نكوصية والرغبة في الرجوع إلى الماضي على أنه فترة مريحة. كما نلاحظ رسم الأعين في شكل نقاط دلالة على الخوف من طلب المساعدة أو هناك أشخاص هم بحاجة إلى للاعتماد على الآخرين أو يكونوا مسؤولين منهم ،رسم بدون أذنين فهو لا يكثرث لما يقال عنه من طرف الآخرين. رسم الفم كبير ومظلل تعبير على الهجوم والاستبداد والتهديد والنقد، انعدام الرقبة في رسوم الأشخاص دلالة على عدم القدرة على التحكم في المشاعر، وجود الذراعين دلالة على الاتصال والتواصل ما هو جديد في الرسم هو استخدام الألوان للأب وهذا تعبيراً عن فراغ في الوجود العاطفي والميول ضد الاجتماعي للحالة. منذ إقامة العقد العلاجي مع الحالة والأم والبرنامج العلاجي السلوكي المطبق على الحالة بأكمل وجه الذي كانت خطواته من الواجب المنزلي المتمثل في جدول المراقبة

الذاتية بأن تضع الحالة أو الام الشمس لليالي الجافة والغيمة لليالي المبللة والالتزام بفنية تحديد السوائل وتطبيق فنية التدريب على الاحتفاظ الذي بدأ من دقيقتين وينتهي بخمس وأربعون دقيقة الذي تم بنجاح، وكذلك تقديم تحفيزات ومعززات مادية ومعنوية التي تم شرائها واعطاؤها للحالة مع التشجيع الدائم على مواصلة العلاج، والتدريب على فنية الايقاظ الليلي الذي يتم من طرف الام .

**جدول رقم (06-12): جدول القياس البعدي للتبول اللاإرادي للحالة الثانية (س.ش)**

الحالة الثانية: " سفيان "	
الأسابيع	القياس البعدي
الأسبوع الأول	2
الأسبوع الثاني	1
الأسبوع الثالث	0
الأسبوع الرابع	0

نلاحظ في الجدول انخفاض في عدد مرات التبول اللاإرادي بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي للحالة .

**خلاصة عامة عن الحالة الثانية (س.ش) :**

من خلال المقابلات العيادية والاتفاق على العقد العلاجي والبرنامج العلاجي السلوكي المتبع وتطبيق الفنيات العلاجية بانتظام وتحليل محتوى الاستمارة وتطبيق اختبار رسم العائلة نستنتج ما يلي:

- أن الحالة التي كانت تعاني من التبول اللاإرادي قبل العلاج وحسب نتائج القياس القبلي التي عدد مرات التبول اللاإرادي 16 مرة خلال شهر.
- وبعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي وفنياته المتنوعة، وتطبيق اختبار العائلة الذي تم في قاعة العلاج انخفضت مرات عدد التبول اللاإرادي إلى 03
- في الشهر وهذا دليل على نجاح الخطة العلاجية والبرنامج العلاجي السلوكي المطبق وهذا بمشاركة الام والحالة التي كانت تريد العلاج بعد استرجاع ثقتها في نفسها وتحسن علاقتها مع والديها من خلال تفهم الوضع لولدهما وإعادة تحسين معاملتهما له.
- فالتبول اللاإرادي ما هو تعبير و نتيجة لصراعات نفسية مكبوتة عند الطفل يعبر عنها بسلوك غير مرغوب فيه.



### 3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

في ضوء الاعتماد على مجموعة من التدخلات السلوكية أثناء تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تعديل أساليب تعامل الوالدين نحو أطفالهم، تم إلغاء دور العوامل التي قد تلعب دوراً في حدوث التبول اللاإرادي، كالعقوبة الجسدية والحفاضات وغيرها. فإن نتائج الدراسة تؤكد إمكانية معالجة التبول اللاإرادي الناجم عن أسباب نفسية بواسطة الإشراف المقرون بالتدريب المكثف مع التأكيد على أهمية التعزيز وذلك خلال فترة زمنية محددة وبنسبة عالية من التحسن.

ولاختبار فعالية البرنامج العلاجي المقترح تمت المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لعدد مرات التبول لدى الأطفال خلال 8 أسابيع قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي كما هو موضح في الجدول الآتي:

**الجدول رقم (06-13): القياس القبلي والبعدي لعدد مرات التبول اللاإرادي للحالتين:**

الحالات	العمر	الجنس	القياس القبلي	القياس البعدي	فترة المتابعة
الحالة الأولى	08	ذكر	18 مرة	02 مرات	انعدام الانتكاس
الحالة الثانية	07	ذكر	16 مرة	03 مرة	انعدام الانتكاس

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06-13) الخاص بالقياس القبلي والبعدي لعدد مرات التبول اللاإرادي لدى الحالات أن هناك فروق واضحة في مرات التبول لدى الحالات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كانت تتجاوز الحالة الأولى 18 مرة خلال 04 أسابيع قبل تطبيق البرنامج العلاجي و 16 مرة لدى الحالة الثانية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، لكن بدأت في تناقص ليصل إلى 02 مرات خلال 04 أسابيع لدى الحالة الأولى و 03 مرات لدى الحالة الثانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي (ملحق رقم 06).

وعليه يمكن القول أن للبرنامج العلاجي المقترح فعالية في التكفل بحالات التبول للإرادي لدى الطفل المتمدرس، نتيجة توظيف مجموعة من الفنيات ضمن العلاج السلوكي (المحاضرة، الأيقاظ الليلي، التعزيز الإيجابي، تدريب الاحتفاظ، تنظيم سلوك شرب الماء.....)

ومنه نستخلص أن نتائج الحالات تحقق الفرضية الأساسية للبحث:

أن العلاج السلوكي يساهم في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها الدكتور سليمان الريحاني الذي أثبت إمكانية معالجة التبول اللاإرادي باستخدام العلاج السلوكي في فترة قصيرة وبمستوى عالٍ من التحسن، كما تتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها الدكتور كلثم جبر محمد الكواري التي دلت على وجود فروق بين ممارسة العلاج الأسري والعلاج السلوكي لصالح العلاج السلوكي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي.

ويؤكد إبراهيم (2000) أن العلاج السلوكي من أفضل الطرق الملائمة لعلاج التبول اللاإرادي و أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي تنخفض إلى حد كبير إذ تبلغ 14% بينما تصب نسبة نجاح العلاج السلوكي المعاصر إلى 93%. (الشعراوي، بدون سنة، صفحة 7)

#### مناقشة الفرضيات الجزئية:

اعتبار تمارين الاحتفاظ للطفل المتبول لا إراديا فعالة في التخلص من هذا الاضطراب. استخدمنا في بحثنا هذا تدريب الاحتفاظ كمعالجة تمهيدية لزيادة سعة المثانة الوظيفي، فقد أدرك الطفل أحاسيس امتلاء المثانة والقدرة على الاحتفاظ بكمية أكبر من البول ولمدة أطول من خلال تدريب الاحتفاظ وهذا ما أكدته دراسة (تونلي) حيث توصلت الدراسة إلى أن السعة الوظيفية للمثانة يزيد من قدرة تخزين المثانة ويرفع من الحد الأقصى لقدرة المثانة الوظيفي مما ينعكس على قدرة الأطفال على التحكم في البول ليلا. (جربي ، 2022، صفحة 152).

كما نجد دراسة الصبوة (1996) في علاج التبول اللاإرادي واشتملت العينة على سبعة (7) من الأطفال والمراهقين وهدف من البرنامج تعويد الحالات على الاحتفاظ بالبول وإراقته بالحمام ليلا مع زيادة سعة المثانة للاحتفاظ بالبول نهارا وأسفرت النتائج عن 87% من الحالات قد تخلصت من التبول اللاإرادي.

(الشعراوي، بدون سنة، صفحة 7)

#### الفرضية الجزئية الثانية:

تساهم تقنية المراقبة الذاتية في التخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي للطفل المتمدرس.

استخدمنا في دراستنا الحالية هذه التقنية بصفة مستمرة قبل بداية العلاج وأثناء العلاج وأثناء فترة المتابعة والتزمت هذه التقنية بأسلوب التعزيز فكلما كانت هناك ليلة جافة يتم تسجيلها من قبل الطفل في جدول المراقبة لليالي الجافة وتكون هناك مكافئة سواءا مادية أو رمزية من قبل الأم عند تحقيق الجفاف ولقد أثبتت فعاليتها في التخفيف من الاضطراب من خلال التسجيل الذاتي وهنا ما أثبتته دراسة كلثم جبر محمد الكواري (1997)، ودراسة بينسي وآخرون (2004)، ودراسة وفاء حافظ عبد السلام محمد (1999).

#### الفرضية الجزئية الثالثة:

يعتبر التعزيز اسلوب محفز للطفل المتبول لا اراديا ومشجعا له، فاستخدام التعزيز الإيجابي لليالي الجافة يساهم في دعم السلوك المرغوب فيه بحيث تم اختيار المعزز الذي يتلائم مع طبيعة الطفل وحاجته، ولقد تم التركيز على المعززات المعنوية كالمديح والاستحسان والمعززات الرمزية كالنجوم الملونة والمعززات المادية كالحلوى

والعصائر، وهذا التغيير الزامي في المعززات لضمان نجاح الأداء لأن التكرار للمعزز نفسه يبعث الملل في نفوس الاطفال. (د.رافدة و د.زهرة، 2008، صفحة 180)

وهذا ما أثبتته دراسة الكواري (1997) الذي استخدم أسلوبين في العلاج: العلاج الأسري في مقابل العلاج السلوكي لعلاج مشكلة التبول اللاإرادي باستخدام التدعيم الإيجابي والسلبى.

كما أسفرت دراسة الريحاني وعبد الجابر (1985) عن استخدام أسلوب التعزيز الرمزي والاشراط الكلاسيكي في علاج التبول اللاإرادي وتوصلت الدراسة إلى فاعلية التعزيز الرمزي والاشراط الكلاسيكي في علاج التبول اللاإرادي على عينة قوامها 60 طفلاً.

إن استخدام التعزيز الإيجابي لليلي الجافة الأمر الذي ساعد على تقدير الطفل لذاته و ثقة بنفسه وساهم في رفع الدافعية لمتابعة العلاج لنهايته.

إن للدراسة الحالية تؤكد ما أكدته معظم الدراسات السابقة التي أشرنا إليها سابقا من حيث إمكانية معالجة التبول اللاإرادي في فترة قصيرة ومحدودة، إلا أن الفرق بين هذه الدراسة وباقي الدراسات أنها اعتمدت أسلوب الاشرط دون استعمال جهاز التبول وإنما باستعمال ساعة المنبه اعتمادا على تقدير الوقت الذي يحدث فيه التبول عند كل حالة وضبط المنبه على هذا الأساس، حتى تتكون عادة الإيقاظ التلقائي مقترنة هذه الفنية بتحديد السوائل وتنظيمها.

من خلال تدريب الايقاظ الليلي الذي اختبر الطفل من خلاله النجاح بالحصول على الليلي الجافة، وبالتالي مشاعر النجاح بدلا من مشاعر الاحباط الأمر الذي عزز ثقته بنفسه.

وهذا ما يتفق مع دراسة بولارد ونتل بيك Bollard and Nettle Beck كما أشار وارزاك و فريمان Warzak and Friman أن الايقاظ الليلي يخفض أو يزيل حوادث البلب الليلي مع رزمة من التدخلات ( عبد السلام، 2015، صفحة 103)

ومن هنا يمكننا القول أن الدراسة الحالية حققت معيار الجفاف للحالتين وهذا ما يتضح من خلال ملحق رقم (06) كان وهذا ما يتحقق مع دراسة العناني وآخرون (1999) التي استخدمت طريقة الايقاظ قبل موعد التبول بنصف ساعة (77.1%) أما المجموعة الثانية التي تم فيها إيقاظ الطفل بعد نومه (3-4) ساعات (68.1%).

من خلال فنية المحاضرة تم الحرص على الإرشاد النفسي للأمهات مع بداية البرنامج وتزويدهم بمعلومات عن طبيعة الاضطراب وأساليب التعامل الخاصة مع الأطفال إذ تم تعديل أساليب المعاملة الوالدية كما أشار المعوض (1994) إلى أن استخدام الأسلوب العقابي من شأنه أن يسبب للطفل صراعا وقلقا يهدنان كيانه النفسي مما جعل عادة التبول اللاإرادي نوعا من التنفيس الانفعالي يلجأ إليه لا شعوريا للتعبير عما بداخله من قلق وصراع. (جربي ، 2022، صفحة 152)

ومن خلال المقابلة العيادية سواء الموجهة أو نصف موجهة واختبار العائلة الذي تم تطبيقه على الحالتين وذلك لمعرفة طبيعة التواصل داخل النسق الأسري وهذا ما يتضح من خلال دراستنا للحالتين، فهما ضحية المعاملة الوالدية السلبية أين تكون أحيانا العلاقات الزوجية موجبة ولكن يفشل الآباء في تطوير علاقات ايجابية مع الطفل وهذا ما يصطلح عليه كبش فداء.

ضف إلى ذلك القلق والخوف والشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات كما أشارت إليه دراسة بانغر و هولماس أجريت في خمس (5) بلدان (ألمانيا، سويد، بريطانيا) فقد بينت أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي يشعرون بالوحدة والخجل كما أظهرت الدراسة بأن هؤلاء الأطفال يعانون من انخفاض تقدير الذات.

(جربي ، 2022، صفحة 153)

#### تفسير النتائج في ضوء السياق الأسري: (من خلال تطبيق اختبار العائلة)

عادة ما يصاحب التبول اللاإرادي بعض المشكلات وهذا ما كشفت عنه الدراسة الحالية من خلال تحليل اختبار العائلة.

فبالنسبة للحالة الأولى (إ.ف) يتضح لنا أسلوب المعاملة الوالدية القائم على التسلط والقسوة التي تمارس على هذا العميل، ومشاعر الخوف والانطواء التي تعيشها الحالة الثانية (س.ش) نتيجة لسوء المعاملة الوالدية التي تترك آثار سلبية مما يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

وهذا ما تناولته فاتن أبو ليلة (1982) في علاقة البوال العصابي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية حيث طبقت مقاييس للشخصية مع 25 طفلا ممن يعانون من التبول اللاإرادي في العمر 6-12 سنة وأظهرت النتائج أن لديهم ميل للعمل الفردي والخجل والانطواء. (الشعراوي، بدون سنة، صفحة 8)

تم إشراك الأم كوكالة علاجية خطوة أساسية لنجاح البرنامج العلاجي السلوكي للطفل المتبول لاإراديا وذلك لتعديل بعض الممارسات الخاطئة في التعامل وهذا ما يتفق مع ما قدمته عايدة قاسم (1996) من خلال برنامج إرشادي هدفه تعديل اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم ممن يعانون من التبول اللاإرادي وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج. (الشعراوي، بدون سنة، صفحة 9)

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة يمكننا القول إن للبرنامج العلاجي السلوكي فعالية في التخلص من التبول اللاإرادي لدى الحالات وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع دراسة الصبوة (1996) حيث تبين أن 85.5% من الحالات قد تخلصت نهائيا من التبول اللاإرادي بعد انتهاء العلاج بالإضافة إلى كونهم قد تعودوا على الاستيقاظ والخروج من العزلة وأكثر هدوء وتحسين مستواهم الدراسي.

(جربي ، 2022، صفحة 152)

الختمة

**الخاتمة:**

تعتبر مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال من أبرز المشاكل التي توترق الأسرة، فهي تعد من أكثر الاضطرابات التي تواجه الأطفال خلال تلك المرحلة العمرية، فهي مشكلة أسرية لأنها حالة تؤثر سلبا على الطفل ووالديه، بل إنها قد تصيب الوالدين بنوع من الاحباط وتصيب الطفل بالشعور بالنقص والخجل والانطواء وغيرها من المشاكل النفسية.

ويركز بعض الأطباء إلى أهمية العوامل العضوية في حدوث الاضطراب، دون غيرها من العوامل، إذ أن الدراسات الطبية والدراسات النفسية المتقدمة تؤكد على أهمية العوامل النفسية إلى جانب العوامل العضوية في تشخيص وعلاج حالات التبول اللاإرادي.

وعليه هدفت الدراسة الحالية إلى التكفل النفسي بالطفل المتبول لاإراديا وذلك من خلال اقتراح برنامج علاجي سلوكي من خلال توظيف مجموعة من الفنيات (التعزيز- تدريب الاحتفاظ-الايقظ-جدول مراقبة الذات-تنظيم السوائل-المحاضرة) والذي تم تطبيقه على الحالتين تتراوح أعمارهم ما بين 6 سنوات و10 سنوات يزاولون تعليمهم في الابتدائي، يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي، وأسفرت الدراسة في الأخير أن للبرنامج العلاج السلوكي مساهمة فعالة في التخفيف من التبول اللاإرادي لدى الطفل المتمدرس.

**الاقتراحات والتوصيات:**

حتى يحظى الطفل المتمدرس الذي يعاني من التبول اللاإرادي بالتكفل النفسي السليم ارتأينا أن نختم دراستنا بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي نوجزها في النقاط التالية:

- بناء برامج إرشادية موجهة للأطفال والاولياء معا، تهدف إلى التعامل الجيد مع هذا الاضطراب.
- دور السند الاجتماعي في التقليل من حدة هذا الاضطراب على نفسية الطفل.
- إجراء دراسات لبرامج علاجية أخرى لاضطراب التبول اللاإرادي ومعرفة أثرها وفعاليتها.
- إجراء مسح عام لمعرفة مدى انتشار هذا الاضطراب في المدارس الجزائرية.
- زيادة التوعية بضرورة الاستشارة النفسية في حال ما أصيب الطفل بمشكلة التبول اللاإرادي.
- زيادة وعي الأمهات بهذا الاضطراب لما يكمن وراءه من انعكاسات تؤثر على التوافق النفسي للطفل المتمدرس.

قائمة

المصادر

والمرجع

قائمة المصادر والمراجع:

1- العربية

▪ الكتب:

- 1) أبراش ابراهيم خليل. (2009). المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، ط1. عمان، الأردن: مكتبة الراشد للنشر والتوزيع.
- 2) أحمد حسين عبد الحميد رشوان. (1999). الطفل دراسة في علم الاجتماع النفسي، ط2. مصر.
- 3) أسامة فاروق مصطفى. (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ط1. عمان: دار المسيرة.
- 4) بدرة معتصم ميموني. (2005). اضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط2. الجزائر: الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.
- 5) بدرة معتصم ميموني. (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ط3. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 6) جبل فوزي. (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. اسكندرية، مصر: المكتبة الجامعية.
- 7) خير الدين الزراد و محمود فيصل. (1998). التبول اللاإرادي لدى الأطفال، ط1. بيروت: دار النفائس.
- 8) الخطيب أحمد حامد والطروانة حسين مدا الله. (2003). التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه. عمان ، الأردن: وائل للنشر والتوزيع.
- 9) د.كامل سهير أحمد. (2006). سيكولوجية نمو الطفل، دراسة نظرية وتطبيقات عملية. مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.
- 10) د.كريمان بدير. (2010). الأسس النفسية لنمو الطفل. عمان الأردن: دار المسيرة، ط2.
- 11) د.رافدة رجب و د.زهرة بن الحريري. (2008). المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لتلاميذ المرحلة الابتدائية. الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
- 12) رافدة الحريري و زهرة بن رجب. (2008). المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لتلاميذ المرحلة الابتدائية. الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
- 13) رضوان سامر جميل. (2009). الصحة النفسية . عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 14) الرزيقات عبد الله فرج ابراهيم. (2007). تعديل سلوك الأطفال والمراهقين. عمان الأردن: دار الفكر ط1.



- 15) الزغلول عماد عبد الرحيم. (2005). مبادئ علم النفس التربوي. العين: دار الكتاب الجامعي.
- 16) زهران حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- 17) سعيد حسين العزة. (2000). الإعاقة الحركية والحسية. عمان: الدار العلمية الدولية ودار الثقافة.
- 18) سليم ريان و عمار سالم الخرجي. (2007). اللعب عند الأطفال. لبنان، بيروت: دار الهادي للنشر والتوزيع.
- 19) الشربيني أحمد زكريا. (1994). المشكلات النفسية عند الأطفال، ط1. مصر: الفكر العربي.
- 20) عبد الرحمان و الشناوي. (1998). العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- 21) عبد الرحمان محمد العيسوي. (2000). اضطرابات الطفولة والمراهقة، ط1. الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 22) عودة محمد الريماوي. (2003). علم النفس التطوري. القاهرة - مصر: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات.
- 23) العيسوي عبد الرحمان. (2004). التبول اللاإرادي. بيروت: دار النهضة العربية.
- 24) كفاي علاء الدين. (1999). علم النفس الارتقائي سيكولوجية طفولة ومراهقة. عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- 25) ماهر محمود عمر. (بدون سنة). المقابلة في الارشاد النفسي والعلاج النفسي، ط3. مصر: دار المعرفة والتوزيع الاسكندرية.
- 26) محمد أحمد عبد الله. (2004). اضطرابات النفسية للأطفال. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 27) محمد أحمد الزغبي. (2001). علم النفس النمو الطفولة والمراهقة. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- 28) محمد أحمد الزغبي. (1994). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية عند الأطفال. اليمن: دار الحكمة اليمنية صنعاء.
- 29) محمد أمين القرطبي. (1995). مدخل إلى سيكولوجية الأطفال. مصر: المطالع لونييس للطباعة والنشر.
- 30) محمد يزيد لرينونة. (2015). أسس علم النفس. الجزائر: الجسور للنشر والتوزيع.

- 31** منصورى مصطفى . (2008). مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية. الجزائر: دار الغرب ط1.
- 32** يوسف جمعة سيد. (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار الغريب.
- 33** معايير DSM-5. (بلا تاريخ). ترجمة الدكتور أنور الحمادي.
- **المذكرات:**
- 34** أزروق فاطمة الزهراء. (1997). الكفالة النفسية المصابين بداء السكرى- استراتيجيات المقومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسى الاجتماعى. الجزائر: رسالة ماجيستر.
- 35** أمل عمر عبد السلام . (2015). فاعلية برنامج سلوكى لمعالجة اضطراب التبول اللاإرادى. دمشق: رسالة ماجيستر فى الإرشاد النفسى جامعة دمشق.
- 36** بالحمو جهينة وهرم زهرة. (2020). الصورة الوالدية لدى الطفل المتبول لاإراديا. الجزائر: أطروحة لنيل شهادة ماستر أكاديمي، جامعة ورقلة.
- 37** بطرس حافظ بطرس. (2010). تعديل وبناء سلوك الأطفال، ط1. عمان: دار المسيرة.
- 38** بشناق رأفت محمد . (2001). دراسة فى سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية. لبنان: دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع.
- 39** بلحاجي أسماء مريم. (2014). فعالية العلاج السلوكى فى التخلص من التبول الوظيفى لدى الطفل من (6-12) سنة. أطروحة ماجيستر فى علم الاكلىنيكى والباتولوجي.
- 40** جربي عائشة. (2022). مساهمة برنامج سلوكى للتخفيف من التبول اللاإرادى، وإنعكساته على التوافق النفسى للطفل المتمدرس. وهران: أطروحة دكتوراه " ل.م.د"، جامعة وهران.
- 41** حداش خديجة. (2014). فعالية برنامج علاجى لتبول اللاإرادى الليلي ومصاحبه النفسية لدى الأطفال من منظور انتقائى ادماجى. جامعة البليدة 2 الجزائر: رسالة ماجيستر.
- 42** زمورى شفيقة. (2002). التكفل بالطفل المتبول اقتراح علاج سلوكى معرفى مكثف شامل لحل مشكلة التبول اللاإرادى الليلي. الجزائر: مذكر لنيل شهادة ماجيستر فى علم النفس الاجتماعى جامعة الجزائر.
- 43** الشعراوى صالح فؤاد محمد. (بدون سنة). كفاءة العلاج المعرفى السلوكى للتبول اللاإرادى لدى عينة من الأطفال البوالين. مصر: جامعة بنهة.

- (44) علاء ابراهيم جرادة. (2012). بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال دراسة في التدخل الإرشادي. فلسطين: أطروحة لنيل درجة ماجستير.
- (45) علاق كريمة . (1999). الصورة الوالدية عند الطفل المتبول لاإراديا بين 6-10 سنوات. وهران - الجزائر: رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، جامعة وهران2.
- (46) علاق كريمة . (2012). محاولة تقنين اختبار رسم العائلة المتخيلة والحقيقية. جامعة وهران-الجزائر: رسالة دكتوراه منشورة.
- (47) فالح علي الهنداوي. (2002). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، ط2. الامارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- (48) فتيحة كركوش. (2008). سيكولوجية الطفل ما قبل المدرسة، ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- (49) قاسم عيدة. (1990). دراسة مدى فعالية برنامج ارشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال البوالين في مرحلة الطفولة (6-12) سنة. مصر: ماجستير غير منشورة كلية التربية، جامعة عين شمس.
- (50) لحمري أمينة. (2014-2015). بناء برنامج علاج سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية. تلمسان: أطروحة لنيل شهادة دكتوراه.
- (51) مسعودة صحراوي. (2008-2009). تدريس وتواصل ذوي إعاقة سمعية. وهران: مذكرة تخرج لنيل شهادة دراسات جامعية تطبيقية في علم النفس.
- (52) يوبي نبيلة. (2014-2015). فعالية العلاج السلوكي للأطفال المتمدرسين مفرطي الحركة ومتشتتي الانتباه من 6-12 سنة. وهران: ماجستير.

■ **المجلات:**

- (53) ابراهيم عبد الستار. (1994). الدخيل عبد العزيز بن عبد الله، ابراهيم رضواني، العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون وأدات: عالم المعرفة، العدد110.
- (54) حداش خديجة. (بدون سنة). فعالية برنامج علاجي للعلاج التبول اللاإرادي الليلي ومصاحبه النفسية لدى الأطفال التوفيقى التكاملى. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية.

■ **المواقع الالكترونية:**

55) <https://lakhasly.com/ar/view-summary/>. (s.d.).

56) <https://nafsionline.com/log-in>. (s.d.).

2- اللغة الفرنسية:

- 57) ARF ouilloux, Jean-Claude. (1971). L'etretien avec l'enfant. Toulouse: Frivat.
- 58) Catherine azoulay. (2007). La démarche expertale, elaboration des conditions de sa mise en œuvre, Document pédagogique. Session 3 psycholoques cliniciens de la DGSNO.
- 59) Colette Chiland. (son date). L'entretien clinique. france: presse universitaires.
- 60) Duché. (1968). énurisie. paris: édition P.U.F.
- 61) Le petit robert (son date)
- 62) P. Berlier. (1997). Traitements médicamenteux inpochat Enurésie et Troubles mictionnels de l'enfant. Elsevier.

الملاحق

## الملحق رقم (01): استمارة معلومات لحالة تبول لإرادي

من إعداد الدكتور فيصل الزراد

## بيانات عامة عن الحالة (التبول):

الاسم كامل:

التاريخ:

الجنس: (ذكر، أنثى):

العمر: (.....) السنة (.....) الشهر (.....) اليوم

منطقة و عنوان السكن: (.....)

رقم الهاتف إن وجد:

عنوان المدرسة أو المؤسسة التعليمية:

نتيجة التشخيص الطبي:

نظام المعالجة قبل التقدم للاستشارة النفسية:

مدة العلاج:

التحسن والشفاء:

## بيانات عن الأسرة:

الوالدان	العمر	مستوى التعليم	الأمراض والإصابات	الحالة الاجتماعية (زواج، طلاق)
الأب				
الأم				

## بيانات الإخوة (مرتبة حسب التسلسل الميلادي):

الإخوة	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض والإصابات	ملاحظات

## بيانات الأقارب:

الأقارب	العمر	العمل والمهنة	مستوى التعليم	الأمراض، الحالة الصحية	ملاحظات
الجد					
الجدة					
الأعمام					
الأخوال					

- ❖ دخل الأسرة ومصدر هذا الدخل .
- ❖ وضع السكن : متسع ، ضيق ، ، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، أجرة.
- ❖ هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟
- ❖ ماهي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (اقتصادية، اجتماعية، صحية، فكرية، نفسية...).
- ❖ هل أصيب أحد أفراد الأسرة أو الأقارب باضطرابات مثل (أمراض عقلية، إدمان، انتحار...)?

## بيانات عن الطفل المريض:

## الحمل والولادة:

- ❖ عمر الأم عند ولادة طفلها.
- ❖ أمراض الأم السابقة (حصبة، جذري، سكر، ضغط الدم، زهري، أنفلونزا، صرع، نكاف، سل، ملابيا..... )
- ❖ العقاقير التي تناولتها الأم في فترة الحمل .
- ❖ غذاء الأم أثناء الحمل .
- ❖ اتجاه الأم نحو الحمل (مرغوب، أم غير مرغوب فيه، صدفة، عن قصد) ؟
- ❖ هل كان الحمل طبيعياً أو غير طبيعي؟
- ❖ هل كان الحمل تحت إشراف طبي؟
- ❖ هل الولادة كانت طبيعية، قيصرية، عسرة، أو قبل الأوان ؟
- ❖ هل تعرضت الأم أو الطفل إلى مخاطر أثناء الولادة؟
- ❖ هل تمت الولادة داخل مؤسسة صحية وتحت إشراف طبي؟

## بيانات عن نمو الطفل:

- ❖ الرضاعة: (عادية، اصطناعية، مدة الرضاعة).
- ❖ الفطام (عادياً، مبكراً، متأخراً، تدريجياً، مفاجئاً).
- ❖ التسنين: متى بدأ ظهور الأسنان (في وقت عادي، مبكر، متأخر).
- ❖ المشي متى بدأ الطفل في مشيه (في وقت عادي، مبكر ، متأخر).

- ❖ اللغة: متى بدأ الطفل الكلام، هل يعاني الطفل من اضطرابات في نطقه و كلامه.
- ❖ تغذية الطفل: (جيدة، ناقصة).
- ❖ وجود عاهات أو إصابات جسمية لدى الطفل ( عيوب جسمية واضحة).
- ❖ الطول:
- ❖ الوزن:
- ❖ المظهر العام للطفل ( نشاط وحيوية، امتلاء، كسل و خمول.....).
- ❖ القدرة العقلية العامة (الذكاء) لدى الطفل.

### الوضع الدراسي و المدرسي للطفل

1. مستوى الطفل التحصيلي الدراسي (متفوق، وسط، متخلف دراسيا).
2. الذهاب إلى المدرسة (منتظم، غير منتظم).
3. صعوبة في بعض المواد الدراسية ( يذكر أسماء المواد).
4. الرسوب.
5. الهروب من المدرسة.
6. التعاون مع الزملاء في اللعب و العمل الجماعي داخل المدرسة.
7. مشكلات سلوكية داخل المدرسة (ضرب الزملاء، محاولة سرقة أدوات المدرسة، النوم داخل الفصل، انطواء ، خوف، خجل، سرعة الانفعال، الكذب....).

### بيانات حول عملية التبول

1. متى بدأ الطفل بتبوله اللاإرادي؟
2. هل مر الطفل بفترة نظافة و متى؟
3. هل كانت حالة التبول مستمرة بعد ولادة الطفل و حتى الآن؟
4. هل التبول يحدث ليلا؟
5. هل التبول يحدث نهارا؟
6. هل التبول يحدث ليلا و نهارا ؟
7. هل تصاحب أحيانا عملية التبول عملية تبول لا إرادي؟
8. هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة و مزعجة لها؟
9. هل توجد أوقات أو مواقف معينة يغلب على الطفل أن يتبول فيها لا إراديا؟
10. هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ، و متى؟
11. هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل؟
12. هل تحدث عملية التبول ليلا و الطفل في حالة يقظة ووعي لما يدور حوله ؟
13. هل يميل الطفل إلى حجز بوله أكثر من اللازم؟
14. هل يميل الطفل إلى العيث ببوله بعد أو أثناء تبوله؟
15. هل قامت الأم بتدريب طفلها على عملية التبول، و كيف؟
16. هل كان تدريب الأم طبيعيا، أم قسريا ، مع الضرب و التهديد و التخويف؟



17. متى بدأت الأم تدريب طفلها (بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية) ؟
18. هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة، مثل الإضاءة، وقرب المكان.....) ؟
19. هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها، و أفردت في التشجيع ؟
20. هل أهملت الأم تدريب طفلها، و لم تحاول مساعدته في ذلك؟
21. ماهي ردود فعل الأسرة و الأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم مساعدة، لامبالاة، تسامح، تقبل) ؟

### بيانات حول الأمراض المصاحبة لعملية التبول

1. هل الطفل يعاني من الأرق و الاضطرابات في نومه؟
2. هل ينام نوما عميقا؟
3. هل ينام وحيدا في فراشه، أو في غرفته؟
4. هل يرى أحلاما مزعجة أو تنتابه كوابيس مرعبة، و ماهي موضوعات هذه الأحلام و الكوابيس؟
5. هل يعاني من اضطراب في طعامه مثل: فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات و الموالح ..... و خاصة قبل النوم ؟
6. هل يعاني الطفل من اضطراب في كلامه (اللجاجة، تردد في النطق، تهتهة...)?
7. المحصول اللغوي لدى الطفل و قدرته على الحديث و التعبير عن مشكلته؟
8. هل يبدو أن سلوك الطفل ونضجه أقل من عمره؟
9. هل يعاني الطفل من اضطرابات نفسية سلوكية مثل :
  - محاولة الاعتداء و تدمير الأشياء.
  - العزلة و الانطواء .
  - الشعور بالكسل والخمول و الإجهاد .
  - كثرة الحركة والإثارة، والهياج .
  - محاولة الكذب .
  - محاولة السرقة .
  - محاولة هروب من المنزل أو المدرسة.
  - قضم الأظافر .
  - مص الأصابع.
  - أعراض سلوك الاستمءاء (العبث بالأعضاء التناسلية).
  - العناد و التمرد و المعارضة.
  - الغيرة.
  - الخجل و الحياء.

- الخوف من الكلام من الحيوان من الأب من العقوبة، فقدان الأم، من القصص المرعبة .....
- البكاء .
- الشعور بالنقص وفقدان السند.

### بيانات حول علاج الحالة:

- 1- ما هو العلاج الذي قدم للطفل :
  - أ) علاج تقليدي حشائش و أعشاب و مركبات كيميائية.
  - ب) علاج طبي بواسطة الأدوية .
  - ج) العلاج الجراحي .
  - د) العلاج بالوخز بالإبر الصينية .
  - هـ) العلاج النفسي البيئي.
- 2- لم يقدم للطفل علاج منظم ؟
- 3- مدى تعاون الطفل صاحب المشكلة مع الأسرة و الأخصائي في تطبيق تعليمات العلاج.
- 4- كم كانت مدة العلاج ؟
- 5- مستوى التحسن والشفاء.
- 6- هل وضعت خطة لتتبع الحالة بعد العلاج خشية الانتكاس؟
- 7- هل دونت الأم أو الأسرة بعض الملاحظات عن تطور العملية العلاجية.

ملاحظات	ليالي مبللة	ليالي نظيفة	الأيام والأسابيع
			1
			2
			3
			4
			5
			6

**الملحق رقم (02): المقابلة المقننة**

- السؤال الأول: متى تبول أبنك - بنتك أول مرة وكم كان عمره ؟
- السؤال الثاني: هل ظهرت هذه الحالة عند أخواته وكم كان عمره؟
- السؤال الثالث: هل يتبول أبنك ليلاً أم نهاراً أم ليلاً ونهاراً ؟
- السؤال الرابع: هل تعرض أبنك - بنتك لموقف مرعب ومخيف ؟
- السؤال الخامس: هل كنتي تعاقبيه بالضرب عندما يتبول على نفسه ؟ أو استخدمت أسلوب آخر ؟ وما هو؟
- السؤال السادس: هل قمتي بإجراء التحاليل والفحوصات الطبية اللازمة لطفلك وتأكدت من السبب ليس عضوياً؟
- السؤال السابع: هل قمتي بتدريب طفلك على عملية التبول والإخراج بطريقة وأسلوب مناسب ؟ وما هو ؟
- السؤال الثامن: هل اشتكى طفلك مرات كثيرة من أعراض التهاب في الجهاز البولي ؟
- السؤال التاسع: ما هو رد فعلك تجاه طفلك لاضطراب التبول اللاإرادي ؟
- السؤال العاشر: هل دائماً تقومي بتوجيه اللوم والتهديد والإذلال لطفلك الذي يعاني من التبول اللاإرادي؟
- السؤال الحادي عشر: هل تعاملين جميع أبنائك معاملة واحدة أم أنك تفضلي أحد عن الآخر؟
- السؤال الثاني عشر: هل طفلك دائماً يشعر بالقلق والتوتر وعدم ثقته في السؤال الحادي عشر السؤال الثاني عشر نفسه ؟
- السؤال الثالث عشر : هل علاقة أفراد الأسرة مترابطة أم أن هناك خلافات ومشاجرات دائمة يشعر بها أطفالك ؟
- السؤال الرابع عشر : هل لاحظتي أن طفلك دائماً وحيداً أو منطوياً؟
- السؤال الخامس عشر: هل لاحظتي أن طفلك لا يحب التعامل مع الآخرين أو ممارسة أي أنشطة مع رفاقه؟
- السؤال السادس عشر: هل شعرتي أن طفلك لا يثق بنفسه ويشعر بالتدني وعدم إشباع جميع احتياجاته؟
- السؤال السابع عشر : هل حدث لطفلك هذا الاضطراب بعد قدوم مولود جديد بالأسرة؟
- أسئلة خاصة بالطفل :**

1. هل يضايقك شعور التبول اللاإرادي؟
2. هل تبول أحد أخوتك لا إرادياً مثلك؟
3. متى تبولت على نفسك أول مرة؟
4. هل أنت تشعر بالخوف والتوتر من شيء؟
5. هل تتذكر ماذا حدث عند تبولك أول مرة ومتى كان هذا ؟

6. هل والديك يعاقبوك بالضرب والإهانة بسبب تبولك على نفسك؟
  7. ماذا تشعر بعد كل مرة تبول فيها لا إراديا هل تشعر بالذنب، الضيق، الخوف.
  8. هل تشعر أن والديك يهتمون بأخوتك الصغار أكثر من اهتمامك بك؟
  9. هل تحب أن تلعب وتمارس النشاطات والرحلات مع الآخرين أم أنك تحب أن تبتعد عنهم؟
- هل تحب مدرستك أو تتضايق من المدرسين ؟

## الملحق رقم (03): خطة لتنظيم سلوك شرب المياه

الاسم:							العمر:	الجنس:
يجب أن تكون كمية المياه بين (6-8) كؤوس خلال اليوم موزعة على كافة أرجاء النهار نموذج خطة لتنظيم سلوك شرب الماء								
التوقيت	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	
عند النهوض من النوم (1-2) كأس ماء								
عند التواجد بالمدرسة (2-3) كأس ماء								
وقت الغذاء (1-2) كأس ماء								
استراحة الغذاء (1) كأس ماء								
وقت العشاء آخر سائل مقداره نصف كأس								
يجب التوقف عن شرب السوائل قبل النوم بساعة ونصف								

المشروبات التي يجب أن يتم التقليل منها وتجنب تناولها عند المساء:

- ✓ المشروبات الغازية.
- ✓ الشاي، الشوكولا الساخنة، القهوة.
- ✓ عصير البرتقال.
- ✓ الحليب.

الملحق رقم (04): اليومية الشمسية



## Conseils pratiques نصائح

→ Evite de boire le soir

→ Va aux toilettes avant de te coucher

→ Couche toi à la même heure

→ Ne mets plus de couche la nuit

→ Remplis ton calendrier soleil avec tes parents

← تجنب شرب السوائل في المساء

← اذهب إلا المراض قبل النوم

← ثم في نفس الساعة كل ليلة

← لا تضع حافظات البول قبل النوم

← اتبع يومية شمسية مع أبويك

## Calendrier Soleil



**X**  Si ta nuit a été sèche :  
dessine un soleil

أرسم شمسا إذا كان فراشك نظيفا

 Si ta nuit a été mouillée :  
dessine un nuage

أرسم سحابة إذا كان فراشك مبللا

Samedi السبت	Dimanche الأحد	Lundi الاثنين	Mardi الثلاثاء	Mercredi الأربعاء	jeudi الخميس	Vendredi الجمعة	Total nuits sèches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1<sup>ere</sup> Semaine</b> الأسبوع الأول							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2<sup>eme</sup> Semaine</b> الأسبوع الثاني							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3<sup>eme</sup> Semaine</b> الأسبوع الثالث							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4<sup>eme</sup> Semaine</b> الأسبوع الرابع							

**X** Mets une petite croix dans la petite case  
si tu as pris le traitement

Inscris le nombre de soleil à la fin de chaque semaine

ضع علامة عندما تأخذ الدواء  
و سجل مجموع الشمس في الأسبوع

9

## الملحق رقم (05): جداول خاصة بتدريب الاحتفاظ

الاسم		العمر		الجنس		
رقم الجلسة	مدة الاحتفاظ المطلوبة	وقت تناول كأسان من السوائل	الوقت الذي يشعر فيه الطفل بالحاجة للتبول	الوقت الذي يتبول فيه الطفل	مدة الاحتفاظ المنجزة	كمية البول المفرغة
-4	2 دقيقة					
-5	4 دقيقة					
-6	6 دقيقة					
-7	8 دقيقة					
-8	10 دقيقة					
-9	12 دقيقة					
-10	14 دقيقة					
-11	16 دقيقة					
-12	18 دقيقة					
-13	20 دقيقة					
-14	22 دقيقة					
-15	24 دقيقة					
-16	26 دقيقة					
-17	28 دقيقة					
-18	30 دقيقة					
-19	32 دقيقة					
-20	34 دقيقة					
-21	36 دقيقة					
-22	38 دقيقة					
-23	40 دقيقة					
-24	42 دقيقة					
-25	44 دقيقة					
-26	45 دقيقة					

## الملحق رقم (06)

جدول لرصد عملية التبول اللاإرادي قبلي علاجي للحالة الأولى ابتداء من تاريخ :  
2023/03/01 إلى 2023/03/28

عدد التبولات	المواقيت	أسابيع
1	الأربعاء 2023/03/01	الأسبوع الأول
1	الخميس 2023/03/02	
1	الجمعة 2023/03/03	
0	السبت 2023/03/04	
1	الأحد 2023/03/05	
0	الاثنين 2023/03/06	
0	الثلاثاء 2023/03/07	
04	عدد التبول أسبوعيا	
1	الأربعاء 2023/03/08	الأسبوع الثاني
1	الخميس 2023/03/09	
0	الجمعة 2023/03/10	
1	السبت 2023/03/11	
1	الأحد 2023/03/12	
0	الاثنين 2023/03/13	
1	الثلاثاء 2023/03/14	
05	عدد التبول أسبوعيا	
0	الأربعاء 2023/03/15	الأسبوع الثالث
1	الخميس 2023/03/16	
1	الجمعة 2023/03/17	
1	السبت 2023/03/18	
0	الأحد 2023/03/19	
1	الاثنين 2023/03/20	
1	الثلاثاء 2023/03/21	
05	عدد التبول أسبوعيا	
1	الأربعاء 2023/03/22	الأسبوع الرابع
0	الخميس 2023/03/23	
1	الجمعة 2023/03/24	
1	السبت 2023/03/25	



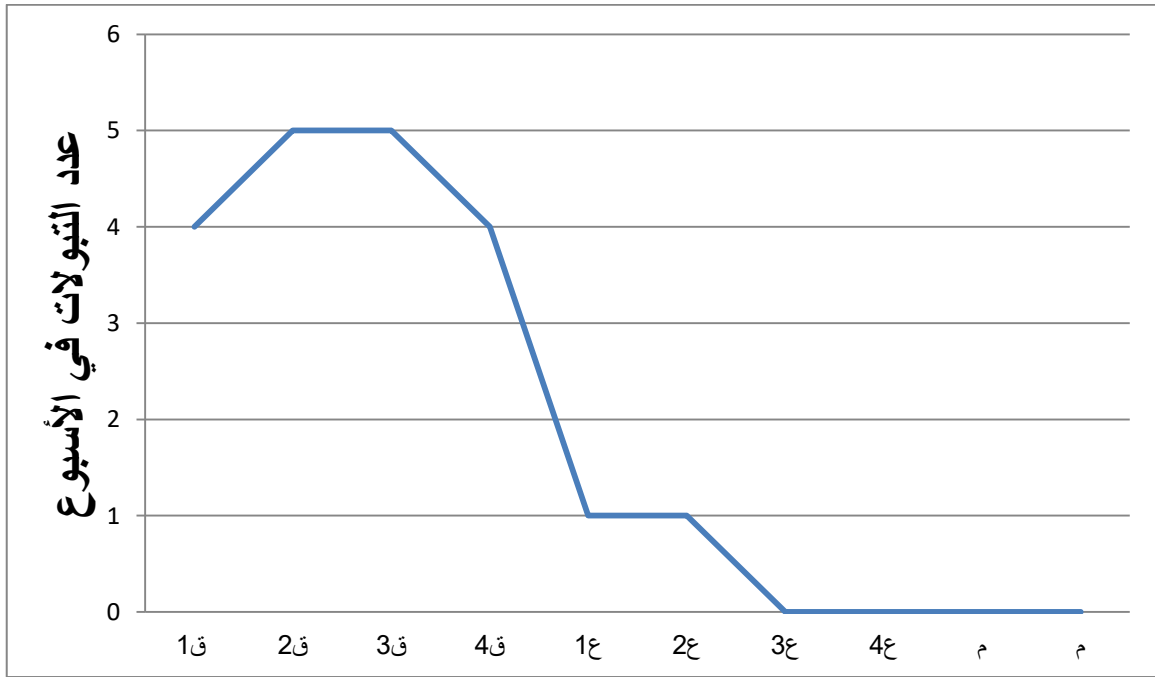
0	الأحد 2023/03/26	
0	الاثنين 2023/03/27	
1	الثلاثاء 2023/03/28	
04	عدد التبول أسبوعيا	

جدول لرصد عملية التبول اللاإرادي بعدي علاجي للحالة الأولى ابتداء من تاريخ :  
2023/05/01 إلى 2023/05/28

عدد التبولات	المواقيت	أسابيع
1	الاثنين 2023/05/01	الأسبوع الأول
0	الثلاثاء 2023/05/02	
0	الأربعاء 2023/05/03	
0	الخميس 2023/05/04	
0	الجمعة 2023/05/05	
0	السبت 2023/05/06	
0	الأحد 2023/05/07	
01	عدد التبول أسبوعيا	
1	الاثنين 2023/05/08	الأسبوع الثاني
0	الثلاثاء 2023/05/09	
0	الأربعاء 2023/05/10	
0	الخميس 2023/05/11	
0	الجمعة 2023/05/12	
0	السبت 2023/05/13	
0	الأحد 2023/05/14	
01	عدد التبول أسبوعيا	
0	الاثنين 2023/05/15	الأسبوع الثالث
0	الثلاثاء 2023/05/16	
0	الأربعاء 2023/05/17	
0	الخميس 2023/05/18	
0	الجمعة 2023/05/19	
0	السبت 2023/05/20	
0	الأحد 2023/05/21	
0	عدد التبول أسبوعيا	
0	الاثنين 2023/05/22	الأسبوع

0	الثلاثاء 2023/05/23	الرابع
0	الأربعاء 2023/05/24	
0	الخميس 2023/05/25	
0	الجمعة 2023/05/26	
0	السبت 2023/05/27	
0	الأحد 2023/05/28	
0	عدد التبول أسبوعيا	

رسم بياني لعدد مرات التبول الليلي أسبوعيا عبر مختلف مراحل العلاج (القبلي والبعدي والمتابعة) الحالة الأولى:



ق: قياس قبلي.

ع: قياس بعدي.

م: متابعة

جدول لرصد عملية التبول اللاإرادي قبلي علاجي للحالة الثانية ابتداء من تاريخ :  
2023/03/28 إلى 2023/03/01

عدد التبولات	المواقيت	أسابيع
1	الأربعاء 2023/03/01	الأسبوع الأول
1	الخميس 2023/03/02	
0	الجمعة 2023/03/03	
1	السبت 2023/03/04	
1	الأحد 2023/03/05	
1	الاثنين 2023/03/06	
0	الثلاثاء 2023/03/07	
05	عدد التبول أسبوعيا	
0	الأربعاء 2023/03/08	الأسبوع الثاني
1	الخميس 2023/03/09	
0	الجمعة 2023/03/10	
0	السبت 2023/03/11	
1	الأحد 2023/03/12	
1	الاثنين 2023/03/13	
1	الثلاثاء 2023/03/14	
04	عدد التبول أسبوعيا	
1	الأربعاء 2023/03/15	الأسبوع الثالث
1	الخميس 2023/03/16	
1	الجمعة 2023/03/17	
0	السبت 2023/03/18	
1	الأحد 2023/03/19	
0	الاثنين 2023/03/20	
0	الثلاثاء 2023/03/21	
04	عدد التبول أسبوعيا	
0	الأربعاء 2023/03/22	الأسبوع الرابع
1	الخميس 2023/03/23	
1	الجمعة 2023/03/24	
0	السبت 2023/03/25	
0	الأحد 2023/03/26	

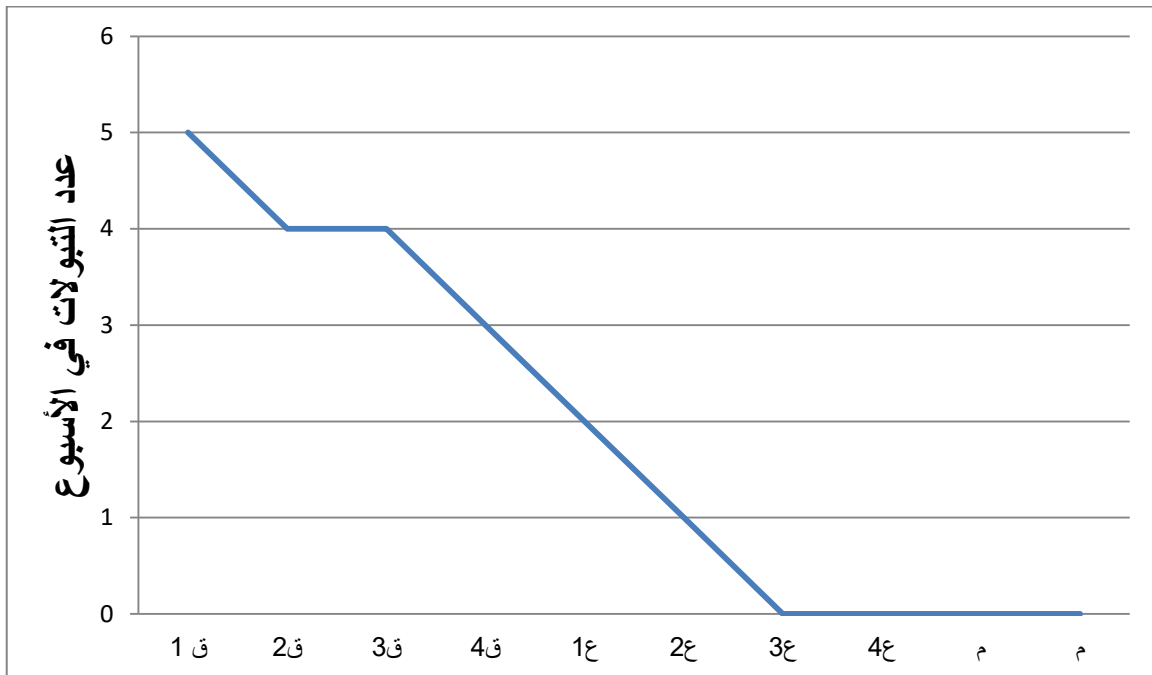
1	الاثنين 2023/03/27	
0	الثلاثاء 2023/03/28	
03	عدد التبول أسبوعيا	

جدول لرصد عملية التبول اللاإرادي بعدي علاجي للحالة الثانية ابتداء من تاريخ :  
2023/05/01 إلى 2023/05/28

عدد التبولات	المواقيت	أسابيع
1	الاثنين 2023/05/01	الأسبوع الأول
1	الثلاثاء 2023/05/02	
0	الأربعاء 2023/05/03	
0	الخميس 2023/05/04	
0	الجمعة 2023/05/05	
0	السبت 2023/05/06	
0	الأحد 2023/05/07	
02	عدد التبول أسبوعيا	
0	الاثنين 2023/05/08	الأسبوع الثاني
1	الثلاثاء 2023/05/09	
0	الأربعاء 2023/05/10	
0	الخميس 2023/05/11	
0	الجمعة 2023/05/12	
0	السبت 2023/05/13	
0	الأحد 2023/05/14	
01	عدد التبول أسبوعيا	
0	الاثنين 2023/05/15	الأسبوع الثالث
0	الثلاثاء 2023/05/16	
0	الأربعاء 2023/05/17	
0	الخميس 2023/05/18	
0	الجمعة 2023/05/19	
0	السبت 2023/05/20	
0	الأحد 2023/05/21	
0	الاثنين 2023/05/22	
0	الثلاثاء 2023/05/23	
0	الأربعاء 2023/05/24	

0	الخميس 2023/05/25	
0	الجمعة 2023/05/26	
0	السبت 2023/05/27	
0	الأحد 2023/05/28	
0	عدد التبول أسبوعيا	

رسم بياني لعدد مرات التبول الليلي أسبوعيا عبر مختلف مراحل العلاج (القبلي والبعدي والمتابعة) الحالة الثانية:

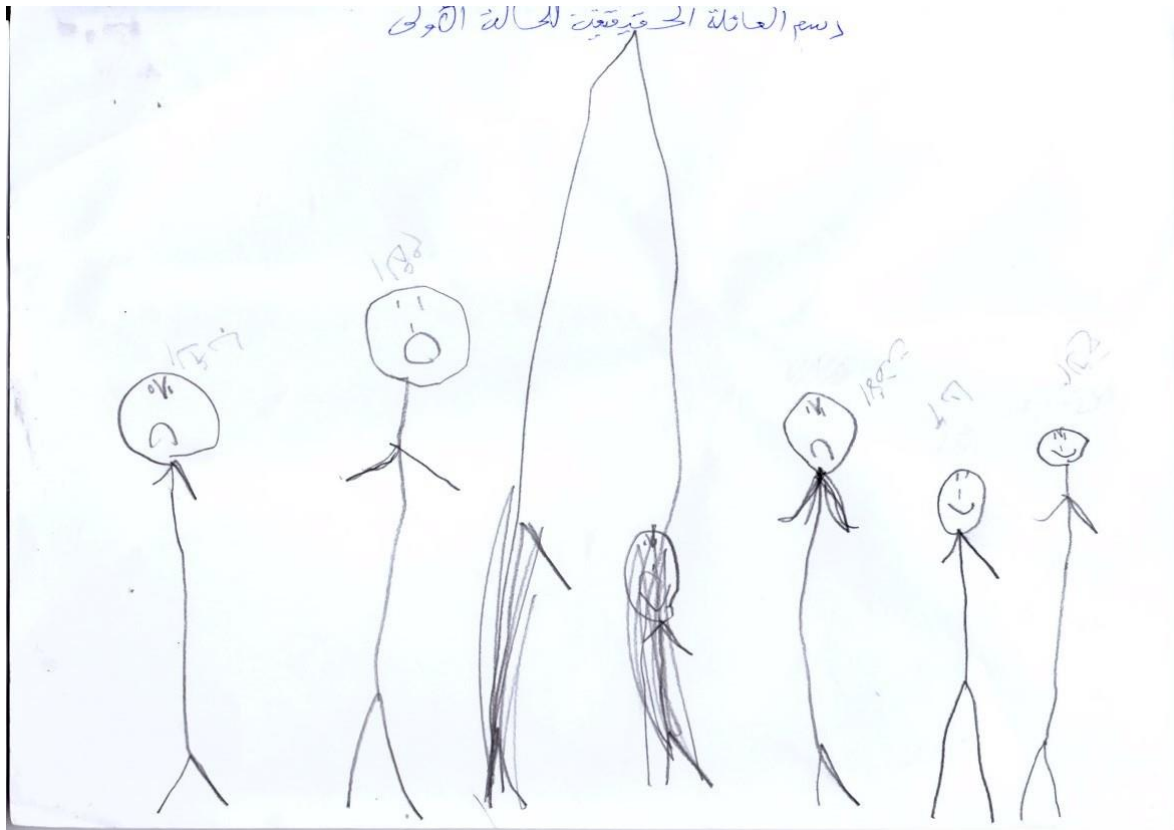


ق: قياس قبلي.

ع: قياس بعدي.

م: متابعة

الملحق رقم (07): رسم العائلة الحقيقية للحالة الأولى



الملحق رقم (08): رسم العائلة الخيالية للحالة الأولى:



الملحق رقم (09): رسم العائلة الحقيقية للحالة الثانية



الملحق رقم (10): رسم العائلة الخيالية للحالة الثانية









جامعة ابن خلدون - تيارت  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس و الأطفونيا و الفلسفة



### تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(منقح القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بلقافية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطبيب (ة) ...

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم : ..... والصادرة بتاريخ : 16/09/2009

المسجل (ة) بكلية : العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم : علم النفس

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....

.....

شعبة : علم النفس تخصص : علم النفس

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية للنزاهة

الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ 16/09/2009

امضاء المعنى

عن رئيس الهيئة التدريسية  
وبتفويض من  
عماد رجب الأندلسية  
شعبة علم النفس