كلية البنات – قسم علم النفس
برنامج الدراسات العليا المشترك
مع جامعة الأقصى – غزة

بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال
دراسة في التدخل الإرشادي

بحث مقدم لنيل درجة الماجستير
في الآداب (علـم النفـس)

إعداد الطالب
علاء إبـراهيم جـــــرادة

تحت إشراف

أ.د. نبيلة أمين أبو زيد
أستاذ علم النفس
كلية البنات جامعة–عين شمس

أ.د. صلاح الدين أبو ناهية
عميد كلية التربية (الأسبق)
أستاذ علم النفس جامعة–الأزهر–غزة

٢٠١٢

صدق الله العظيم

(سورة الشعراء:الآية: ٨٠)

الإهـــــــداء

إلى أغلى وأعز اثنين على قلبي

إلى من قـدموا الغـالي والنفـيس وكـانوا سببا لإنجاز هذا البحث

إلى والدي الحبيب إبـراهيم ربـيع جرادة

إلى والدتي الغالية أم ربـيع جـرادة أطـال الله في عمرهما

إلى أخواني الأعـزاء ربـيـع و عصام و محمد جرادة

إلى أخواتي الكريمات

إلى زوجتي و أولادي الأحباء على قلبي

إلى أطفال فلسطين وأسرهم

إلى كل من ساهم ولو بكلمة لإنجـاز هـذا العمل

أهدى بحثي هذا

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الخلق وإمام المرسلين، سيدنا ونبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين, ومن تبعهم بإحسان إلي يوم الدين.

اللهم لا علم لنا إلا ما علمتنا، إنك أنت العليم الحكيم، اللهم علمنا ما ينفعنا، وانفعنا بما علمتنا، وزدنا علماً، و أرنا الحق حقاً وارزقنا إتباعه، و أرنا الباطل باطلاً وارزقنا اجتنابه، واجعلنا ممن يستمعون القول فيتبعون أحسنه، وأدخلنا برحمتك في عبادك الصالحين.

فيطيب لي في هذا المقام أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير للأستاذ الدكتورة **نبيلة أمين علي أبو زيد** أستاذ الصحة النفسية بكلية البنات بجامعة عين شمس على تفضلها بالإشراف على هذه الرسالة، وعلى حسن توجيهاتها العلمية الهامة والمفيدة، بارك الله في عمرها، ونفع الباحثين بعلمها وعملها.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير للأستاذ الدكتور **صلاح الدين أبو ناهية** أستاذ الصحة النفسية، وعميد كلية التربية الأسبق بجامعة الأزهر بغزة على قبوله الإشراف على الرسالة، وعلى آرائه الرشيدة، وتوجيهاته السديدة، وعلى كرمه العلمي والأخلاقي والذي لم يبخل عليّ بوقته وكتبه وأبحاثه منذ أن كانت الرسالة فكرة، إلى أن أصبحت من خلال إشرافه وتوجيهاته في صورتها الحالية.

كما أتقدم ببالغ الشكر والاحترام للإخوة الكرام في جامعة عين شمس، وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور / **رشاد علي عبد العزيز موسى** والأستاذ الدكتور/ **سوسن إسماعيل عبدالهادى** علي قبولهم للمناقشة .

كما أتقدم بخالص شكري وامتناني للأخ الدكتور **فضل أبو هين** لما قام به من مساعدة في توجيهاته السديدة. كما أتقدم بشكري وتقديري للأستاذ محمد جواد الربعي الذي قام بمعالجة البحث إحصائياً، والشكر والتقدير إلى الدكتور **أسامة حمدونة** , رئيس قسم علم النفس – جامعة الأزهر بغزة الذي قام بمراجعة ترجمة الدراسات السابقة الأجنبية، والشكر والتقدير للأستاذ **أحمد العبادلة** مدير الدراسات العليا والأستاذ **مهند التعبان** مندوب جامعة الأقصى بمصر ، لما بذلوه في خدمة طلاب الدراسات العليا بجامعة الأقصى.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى إدارة وعاملين جمعية مركز الإرشاد التربوي لما قدموه من تسهيلات في تطبيق الجلسات الإرشادية.

فجزاهم الله عنا خير الجزاء

وبارك الله فيهم جميعاً

الباحث

قائمة المحتويات

الموضـــــوع	الصفحة
قرآن كريم	
الإهداء	
شكر وتقدير	
قائمة المحتويات	أ
قائمة الجداول	ج
قائمة الملاحق	د
قائمة الأشكال	هـ
الفصل الأول: مدخل الدراسة	**١-١١**
مقدمة الدراسة	٢
مشكلة الدراسة	٥
أهداف الدراسة	٦
أهمية الدراسة.....	٧
مصطلحات الدراسة	٩
حدود الدراسة	١٠
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة – مفاهيم الدراسة	**١٤-١٥**
التبول اللإرادى	**١٥**
الجهاز البولى	١٨
المشاكل المتوقعة فى حالات الصلب المشقوق	٢٦
أنواع عدم التحكم اثناء التبول	٢٧
تعريف التبول اللارادى	٢٩
أنواع التبول اللاإرادى	٣٢
أسباب التبول اللاإرادى	٣٣
تعقيب الباحث على اسباب ظاهرة التبول اللارادى	٣٦

الموضـــــوع	الصفحة
النظريات المفسرة للتبول اللاإرادى	٣٧
العلاجات المستخدمة فى التبول اللارادى	٣٨
ثانيا : التدخل الإرشادى	٤١
تعريف الإرشاد	٤٢
أهمية الإرشاد النفسى	٤٤
الحاجة إلى الإرشاد النفسى	٤٤
أهداف الإرشاد النفسى	٤٥
فنيات التدخل الإرشادى	٤٨
الإرشاد النفسى الدينى	٥٠
الإرشاد النفسى المدرسى	٥٠
أهداف الإرشاد المدرسى	٥١
طرق الإرشاد النفسى	٥٢
النظرية الإنتقائية	٥٤
الطرق الإرشادية المستخدمة فى البرنامج الإرشادى الإنتقاى.....	٥٨
مبررات إختيار النظرية السلوكية	٦٠
الفنيات السلوكية	٦٢
العلاج العقلانى	٦٨
تعقيب الباحث على نظريات الإرشاد النفسى	٧٢
الفصل الثالث: دراسات سابقة	٧٣
تمهيد.....	٧٤
المحور الأول : دراسات تناولت طرق مختلفة من التدخلات النفسية والعلاجية للحد من مشكلة التبول اللا إرادى....	٧٥
المحور الثانى : دراسات تناولت تحليل ظاهرة التبول اللاإرادى من منظور نفس اجتماعى.....	١٠٢

الموضـــــوع	الصفحة
التعليق على الدراسات السابقة	١١٢
فروض الدراسة	١١٣
الفصل الرابع: فروض الدراسة المنهج وإجراءات الدراسة	١١٤
أولا : منهج الدراسة.....	١١٥
ثانيا : المجتمع الأصلى للدراسة.....	١١٥
ثالثاً : عينة الدراسة	١١٥
رابعاً : أدوات الدراسة	١٢٠
الفصل الخامس: نتائج الدراسة ومناقشتها	١٥١
نتائج الدراسة ومناقشتها	١٥٢
توصيات الدراسة	١٦٩
دراسات وأبحاث مستقبلية مقترحة	١٧٠
الصعوبات التى واجهت الباحث	١٧١
قائمة المراجع	١٧٢
- المراجع العربية	١٧٣
- المراجع الأجنبية	١٨٥
ملاحق الدراسة	١٩٠
- ملخص الدراسة باللغة العربية	٢٢١
- ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	

قائمة الجداول

الرقم	البيـــان	الصفحة
١	جدول يوضح النسبة المئوية للأطفال الذين يبللون فراشـــهم بالنسبة لأعمارهم	٥
٢	جدول يبين نسبة انتشار التبول اللاإرادى	١٦
٣	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات العمر في القياس القبلي	١١٧
٤	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات الـــذكاء فـــي القيـــاس القبلي	١١٨
٥	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات المستوى الاقتصـــادي والاجتماعي في القياس القبلي	١١٩
٦	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات عـــدد مـــرات التبـــول اللاإرادى فى القياس القبلى	١٢٠
٧	يوضح جلسات البرنامج العلاجي	١٤٣
٨	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجمـــوعتين التجريبية والضابطة في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي	١٥٢

الرقم	البيـــان	الصفحة
٩	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات تكـــرار عـــدد مـــرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي	١٥٣
١٠	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجمـــوعتين التجريبية والضابطة في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي	١٥٤
١١	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات تكـــرار عـــدد مـــرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي	١٥٦
١٢	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريـــة للمجموعـــة التجريبية على متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي فـــي القياسين البعدي والتتبعي	١٥٨
١٣	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبيـــة وقيمة(Z) في في متوسطات عدد مرات التبول الـــلاإرادي في القياسين البعدي والتتبعي	١٥٩
١٤	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجمـــوعتين التجريبية (ذكور، إناث) في متوسطات تكرار عدد مـــرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي	١٦١
١٥	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية (ذكور، إناث) وقيمة(Z) في متوسطات تكرار عدد مـــرات	١٦٢

الرقم	البيـــان	الصفحة
١٦	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريـــة للمجموعـــة التجريبية على متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي فـــي	١٦٣
١٧	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبيـــة وقيمة(Z) في متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي فـــي القياسين القبلي والبعدي	١٦٤
١٨	قيمة "Z" وإيتا تربيع وحجم التأثير	١٦٥

قائمة الأشكال

رقم الشكل	البيـــان	الصفحة
١	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين الضابطة والتجريبية	١٥٤
٢	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين الضابطة والتجريبية بعدي	١٥٧
٣	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي	١٦٠
٤	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ف القياس البعدي	١٦٢
٥	متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي	١٦٥

قائمة الملاحق

رقـــم الملحق	البيـــان	الصفحة
١	قائمة أسماء السادة المحكمين	١٩١
٢	نماذج التحاليل الطبية	١٩٢
٣	جدول الليالى النظيفة	١٩٦
٤	سجل المتابعة اليومية	١٩٧
٥	مقياس تدعيمى لمقاومة التبول اللا إرادى (إعداد الباحث)	١٩٨
٦	دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة حالة التبـــول اللا ارادى يطبق على الأطفال وآبائهم	١٩٩
٧	المقابلة المقننة	٢٠٤
٨	استمارة الملاحظة المباشرة	٢٠٧
٩	مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الرابعة)	٢٠٨
١٠	دليل الوضع الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة	٢١١
١١	استمارة متابعة الواجب المنزلى	٢١٥
١٢	استمارة تقييم للبرنامج الإرشادى (مكونة من صورتين)	٢١٦

الفصل الأول

مدخـــل الدراســـة

مقدمة الدراسة

مشكلة الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

الفصل الأول

مدخل الدراسة

مقدمة:

مما لا شك فيه أن الطفل هو البذرة الأولى التي تشكل شخصية الرجل، وتعد السنوات الأولى للطفولة هي المسئولة إلى حد كبير فيما بعد عن تصرفاته وسلوكه وداخل كل رجل كبير طفل صغير، فلو أن هذا الطفل قد ربي تربية صالحة، تحترم إنسانيته وتراعي حقوقه، وتكوينه الفطري، فإنه في المستقبل سينبت شخصية سوية خالية من الاضطرابات والمشاكل النفس جسمية.

ويرى زهران (١٩٩٧) أن 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 هاماً في بناء شخصية الفرد ، سواء كانت سوية أو غير سوية .

حامد زهران (١٩٩٧ : ١٢١).

وقد شهدت العقود الماضية تطوراً ملحوظاً فى سوء معاملة الطفل خاصة فى قطاع غزة أثر تعرض الطفل إلى الأحداث الضاغطة والصادمة إضافة إلى استشهاد واعتقال العديد من الأطفال الفلسطينيين وأفرزت هذه الأساءة العديد من المشاكل النفسية والسلوكية والتربوية وقد كانت مشكلة التبول اللاإرادى من أكثر المشاكل شيوعا لدى الأطفال الفلسطينيين وذلك بناء على الحالات المراجعة للباحث، وقد تحدث الباحث عن هذه المشكلة التي هي موضوع الدراسة فى الفصل الثانى.

ومن المفاهيم الكلاسيكية التي طرحت عن سوء معاملة الطفل ما قدمه (كمب) وزملائه (1962) Kempe عن متلازمة الطفل المعرض للضرب Battered Child Syndrome وتصف هذه المتلازمة سوء معاملة الطفل

على أنها إيقاع الأذى الخطر أو إيقاع إصابات خطرة بالأطفال بواسطة الوالدين أو مقدمي الرعاية، (Zuravin 1991: 101) .

ويذكر وولف (Wolfe 1999) أن أخطر أساليب المعاملة للطفل هو ممارسة القوة الجسدية بغرض الأضرار به ، وقد يكون الأضرار مادي من خلال ممارسة الضرب ، أو معنوي من خلال تعمد الإهانة المعنوية للطفل بالسب ، والتجريح ، والتوبيخ .(Wolfe 1999:25) .

وتعرف وزارة الصحة الأمريكية والخدمات الإنسانية (٢٠٠١) الاهانة، وسوء المعاملة بأنه الإيذاء الجسدي أو الإساءة الجنسية أو المعاملة القائمة على الإهمال أو سوء المعاملة للطفل تحت سن الثامنة عشر من العمر، وذلك بواسطة شخص يكون مسئولا عن رعاية الطفل ورفاهيته تحت ظروف تتعرض فيها صحة الطفل أو رفاهيته للأذى أو التهديد.

(David, B, D, Mann, 2001: 201)

ويؤكد (بيبلر و روبين Pepler & Rubin) إن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال تزداد بعدم وجود التدخلات الإرشادية العلاجية مما يتوجب استخدام أساليب وبرامج إرشادية لمساعدتهم . (الداوود، ٢٠٠٠ :٣١ ,٣٥) .

و نظراً للخصائص الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تتميز بها مرحلة الطفولة فهي تحتاج إلى رعاية من الوالدين ومن المؤسسات الحكومية أيضا. (الدرابسة : 2001 : 2).

لذا فقد ذاد الاهتمام من قبل المربيين، و الباحثين ، والمرشدين والمعالجين النفسين بدراسة المشاكل السلوكية للأطفال ، ووضع العديد من البرامج والخطط للتدخل الارشادى، والعلاجي المناسب للحد من هذه المشاكل.

ومن خلال **خبرة الباحث** مرشد تربوي في وزارة التربية ، والتعليم ، ومرشد نفسي داخل مدارس وكالة الغوث الدولية ، وأخصائي نفسي، ومرشد عائلي ومستشار في التوجيه والإرشاد النفسي ، والتربوي في العديد من المراكز والجمعيات الأهلية في قطاع غزة فقد أثارت مشكلة التبول اللاإرادي

اهتمام الباحث للدراسة حيث كانت من اكتر المشاكل التي عرضت على الباحث من قبل الأهالي ، والأخصائيين، والمربيين، والمعالجين النفسيين .

فقد أشار Train (٢٠٠٠) لظاهرة التبول اللاإرادي بأنها تحدث عندما يتعرض الطفل لأحداث قاهرة ، أو صادمة ، أو مشاهدته لتلك الأحداث ، أو تعرض الطفل للإهانة والتوبيخ ، أو بعد قدوم مولود جديد في الأسرة أو وشعوره بالإهمال ، وكذلك هناك نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة نتيجة لعوامل وراثية ، فقد يكون أحد الوالدين تعرض لهذه المشكلة عندما كان طفلا . لذلك من المؤلم جداً أن ينظر إلى تلك المشكلة بشكل مزعج ولكن يجب النظر لها كسبب ناتج عن اضطراب (Alan Train 2000:24).

كما تشير الدراسات التي قام بها Kauffman (١٩٨١) أن التبول اللاإرادي هو عرض لاضطراب في الشخصية والطفل البوالي يلاحظ عليه العديد من المشاكل النفسية مثل الانطواء ، والخوف ، والتأتأة ، مص الأصابع . كما أن هناك بعض الدراسات (2001) Fatma Al-Jasmi تشير إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي تعزي إلى عوامل وراثية ، وعوامل جينية ، وقد أشارت النتائج إلى أن ٩٤% من الأطفال لديهم تاريخ أسري وراثي لنفس المشكلة .

وقد استبعد الباحث جميع الأسباب العضوية ، والوراثية وذلك من خلال الفحص الطبى الشامل والتاريخ العائلى لمشكلة التبول اللاإرادى حيث أعتبر الباحث الأحداث الضاغطة والصادمة وتصدع العلاقات الأسرية وعدم تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل سبب رئيسى فى عملية التبول اللاإرادى .

كما تفيد الدراسات أن نسبة انتشار هذه الظاهرة تكون بصورة اكبر بين الذكور عنها بين الإناث ، وقد تحدث ليلا أو نهارا أو ليلا ونهارا ، ففي الوقت الذي يتحكم فيه معظم الأطفال في عملية التبول يستمر بعض الأطفال الآخرين في تبليل فراشهم ليلا ونهارا أو الاثنين معا.

(Edwar, S et, al, 1985,161:162)

كما أن هناك اختلاف بالنسبة المئوية بتقدم ، العمر للأطفال الـذين يعانون من التبول اللاإرادي ، والجدول التالي يوضح ما هي النسـب المئويـة للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي كمرحلة عمرية.

جدول (١)

يوضح النسبة المئوية للأطفال الذين يبللون فراشهم بالنسبة لأعمارهم	
العمر	**النسبة المئوية**
٥	%٢٠
٦	%١٢
٧	%١٠
٨	%٧
٩	%٦
١٠	%٥
١١	%٤
١٢	%٣
١٣	%٢/١-٢
١٤	%٢
١٥	%٢/١-١
١٦	%١

www.nafc.org/bladder-bowel-health/bedwetting-

مشكلة الدراسة:

نظراً لما يتعرض له الشعب الفلسطيني من ظـروف قاسـية وصـعبة وأحداث ضاغطة وصادمة اثر العدوان الاسرائيلى فقد اثر ذلك على المجتمـع الفلسطيني بشكل عام والطفل بشكل خاص مما افرز العديـد مـن المشـاكل

النفسية والسلوكية، ومن خلال خبرة الباحث الطويلة في العمل مـــع الأطفـــال، ومتابعة مشاكلهم النفسية والسلوكية فقد كان أكثر المشاكل شيوعا لدى الأطفـــال مشكلة التبول اللاإرادى مما دعا الباحث إلى دراسة هذه المشكلة ووضع الخطط والبرامج العلاجية للحد منها ومساعدة الأهل والمربين على كيفية التعامل معها.

وعليه تتبلور مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما هو أثر التدخل الإرشادي في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

وينبثق عنه الأسئلة الفرعية التالية:

١ – ما مدى فاعلية برنامج التدخل الإرشادي العلاجي في الحد من التبـــول اللاإرادي؟.

٢ – هل توجد فروق في عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي بـــين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة.

٣ – هل توجد فروق في عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة.

٤ – هل توجد فروق في عدد مرات التبول اللاإرادي لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي وأطفال المجموعة التجريبية فـــي القيـــاس التتبعي(بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج).

٥ – هل توجد فروق في عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي بين أطفال المجموعة التجريبية من الذكور وأطفال المجموعة التجريبية من الإناث

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

- الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي لعلاج بعض حالات التبول اللاإرادى فى البيئة الفلسطينية.

- إلقاء الضوء على فاعلية التدخل الإرشادي فى خفض حدة التبول اللا إرادى لدى الطفل الفلسطيني فى مرحلة الطفولة المتأخرة بوصفه إضطرابا جسمياً ونفسيا له أثره على شخصية الطفل.
- الكشف عن فاعلية استمرار تأثير التدخل الإرشادي فى خفض حده التبـــول اللاإرادى بعد انتهاء فترة العلاج بشهرين.

أهمية الدراسة :

يتناول الباحث أهمية الدراسة عبر المحورين الآتيين:

(أ) الأهمية النظرية : يمكن أن تتضح من خلال الآتى :

- إلقاء الضوء على التبول اللا إرادى أثناء النوم بوصفه إضـــطراباً نفســياً وجسمياً وتأثيراته السلبية على جوانب النمو المختلفـــة وعلـــى تفـــاعلات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ومع من يحيطـــون بهـــم ومـــع الوسط الاجتماعي.
- إن دراسة التبول اللاإرادى أثناء النوم من الموضوعات التى يمكـــن مـــن خلالها الإطلال على نافذة الصحة النفسية والاجتماعية للطفل الفلسطيني.
- الإسهام فى توفير المزيد من المعلومات والحقائق عن التبول اللاإرادي أثناء النوم فى مرحلة الطفولة المتأخرة وهى من أهم المراحـــل الانتقاليـــة بـــين مرحلتين الطفولة والمراهقة.
- تعزى أهمية الدراسة إلى ندرة الأبحاث فى حدود علم الباحث فى المجتمـــع الفلسطيني الذى يعيش تحت وطأة الظروف، والضغوط البيئيـــة والنفســـية الصعبة وظروف القصف العشوائي من قبل الاحتلال الإسرائيلى.
- إن التدخل الإرشادي لخفض حدة التبول اللا إرادي أثناء النوم يضع علـــى كاهل المجتمع عبء مواجهة وعلاج هذا الاضطراب.

(ب) الأهمية التطبيقية :

تبرز فى النقاط الآتية :

- إن أهمية هذه الدراسة يمكن أن تعزى إلى توفير برامج إرشادية علاجية تم إعدادها على أساس علمى دقيق من شأنه أن يسهم فـــى إرشـــاد وتوجيـــه وعلاج حالات التبول اللا إرادى أثناء النوم للطفل الفلسطيني.
- إسهام الباحث فى بناء أدوات لإرشاد وعلاج حالات التبـــول الـــلإ إرادى أثناء النوم ، فهو يؤمن بأنه من المفيد الباحث فى بداية حياته الأكاديمية أن يتقن إعداد أدوات من باب تنمية المهارات البحثية وإنماء مهارات القيـــاس والتشخيص لديه.
- إن الاقتراب من هذه الظاهرة يســـهم فـــي زيـــادة الرصـــيد الاستكشـــافي والتشخيص الذى يمكن أن يساعد المتخصصين في مجال الطفولة وكـــذلك الإرشاد النفسي لوضع دعائم برامجهم الإنمائية والإرشادية لذوى حـــالات التبول اللا إرادى أثناء النوم .
- بناء العديد من الأدوات السيكومترية والبرامج تثرى المجتمع الفلسطيني إلى مثل هذا النوع من المقاييس.
- تنمية الاتجاه الايجابي لأولياء الأمور تجاه اضطراب التبـــول الـــلا إرادى أثناء النوم وذلك من خلال تزويدهم بالمعلومـــات والحقـــائق حـــول هـــذا الاضطراب وتدريبهم على الملاحظة الدقيقة للتعرف علـــى الاضـــطرابات التى قد يعانى منها هؤلاء الأطفال.
- استخدام الباحث لآليات وفنيات ومهارات التدخل الإرشادي ومـــن خـــلال انتقاء الباحث لبعض التمارين والأنشطة قد تساعد علـــى إعـــادة التـــوازن النفسي والاجتماعي للأطفال وأسرهم.

مصطلحات الدراسة :

١ – التبول اللاإرادي : Enuresis

جاء في التصنيف الدولي العاشر للإضطرابات النفسية

(The ICD-10 Ca;ssification of Mental and Behavioral Disorders 1992:196) أن التبول اللاإرادي لدي الأطفال هو : (عدم قدرة الطفل على التحكم في تبوله في الليل أو النهار أو في الليل والنهار معاً بدون وجود أسباب عضوية لطفل تجاوز عمره خمس سنوات).

وقد ورد تعريف التبول اللاإرادي في التصنيف الأمريكي التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية

(Diagnostic Criteria from DSM – IV 1994 :108)

بأنه : (تبول متكرر في السرير أو الملابس لإرادي أو متعمد مرتين في الأسبوع على الأقل لمدة ثلاثة أشهر وأن لا يقل عمر الطفل عن خمس سنوات وبدون وجود أسباب عضوية).

ويعرفه الباحث إجرائيا بأنه تكرار البول وانسيابه في الملابس أو في الفراش في الليل أو فى النهار أثناء النوم بطريقة غير طوعية وذلك لأسباب نفسية بعد سن الرابعة من العمر .

التدخل الإرشادي: Counseling intervention

هو تقديم العون والدعم النفسي والمعنوي للأفراد الذين يعانون من صعوبات ومشكلات تعوق توافقهم النفسي والاجتماعي، والتربوي وذلك من خلال طرح مجموعة من التساؤلات تتعلق بالحاجة إلى تلك التدخلات .

وتعرفه الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (١٩٨١)

الإرشاد النفسي هي الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الإيجابي بشخصيه المسترشد

واستغلاله في تحقيق التوافق لدى المسترشد وبهدف اكتساب مهـــارات جديـــدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة واكتساب قدرة اتخاذ القرار ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة (الأسرة المدرســـة والعمل).

ويعرفه الباحث بأنها عبارة عن مجموعة من الخدمات الانتقائية التكاملية النفسية ، والأسرية ، والدينية ، والاجتماعية ، والتربوية المبنية علـــى أســـس علمية هادفة تتضمن العديد من البرامج والأنشطة والتمارين المختلفـــة، حيـــث يقوم بها شخص خبير متمرس يمتلك مهارة عالية بأساليب ، وفنيـــات الإرشـــاد والتوجيه النفسي بهدف تحقيق التكيف النفسي ، والاجتماعي ، والتربوي للفرد.

حدود الدراسة:

١- الحد الزماني: تم إجراء الدراسة في العام (2008 – 2007) .

٢- الحد المكاني: تم إجراء الدراسة علي الأطفـــال الملتحقـــين فـــي مركـــز الإرشاد التربوي بمحافظة شمال غزة.

المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من الأطفال المسجلين في جمعية مركز الإرشاد التربوي الذين يعانون من التبول اللاإرادي، والبالغ عددهم ١٤٥ طفـــلاً وطفلة.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من (١٢) حالة منهم (٦) ذكور، و(٦) إناث مـــن الأطفال المسجلين في جمعية مركز الإرشاد التربوي بشمال غـــزة مـــن الفئـــة العمريـــــــة من (٨ إلى ١٢ سنوات).

جمعية مركز الإرشاد التربوي :

خلفية عن جمعية/ مركز الإرشاد التربوي

جمعية/ مركز الإرشاد التربوي هي جمعية أهلية غير ربحية تأسست عام ١٩٩٣م بالتعاون مع دائرتي التعليم والخدمات الاجتماعية بوكالة الغوث الدولية في قطاع غزة.

وقد حصلت الجمعية عام (١٩٩٧) على ترخيص من وزارة الداخلية في قطاع غزة تحت رقم مسجل (٣٠٣٧) ومن وزارة الشؤون الاجتماعية تحت رقم مسجل (٢٢٨).

إن تأسيس مركز الإرشاد التربوي اعتمد على الجهود الشخصية والتطوعية من المجتمع المحلي، ويتم الإشراف على الجمعية من خلال مجلس إدارة منتخب ومكون من (٧) أعضاء مهتمين ومتخصصين في مجالات التربية والعلوم النفسية والإدارة.

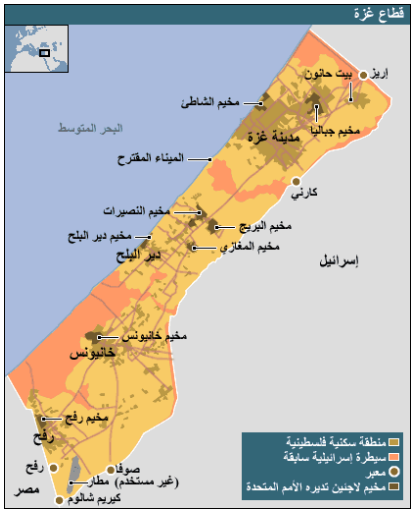
إن العمل التربوي مع الأطفال المهمشين والذين يعيشون في مناطق مهمشة هو من أهم اهتمامات الجمعية وخاصة الأطفال والذين تتراوح أعمارهم بين (٤-١٧) سنة وأسرهم من حولهم.

فالجمعية تقدم خدماتها سنويا لأكثر من (٣٥٠) طفل مسجلين في الجمعية وأكثر من (٢٠٠) طفل في مدرسة السلام لأطفال الزيتون التابعة للجمعية ولأكثر من (١٠٠٠) طفل مسجلين في المدارس الحكومية الابتدائية ورياض الأطفال ومؤسسات المجتمع المدني، ويتم تنفيذ هذه الخدمات من خلال (٥٢) موظف مختص والجمعية لديها علاقات وتشبيك مع المنظمات المحلية والدولية.

وقد حازت الجمعية على جائزة أنطونيو فلتنرلي للعام (٢٠٠٩) من الأكاديمية الوطنية في إيطاليا في مجال التميز في العمل الأخلاقي والإنساني مع الأطفال، وتعد هذه الجائزة هي الأولى من نوعها على مستوى العالم العربي مع

العلم بأن هذه الجائزة تمنح للأعمال المتميزة ولا تعطى بشكل دوري. كما أبدت الأكاديمية إعجابها بالمبادئ والأساليب التربوية التي يتبناها العاملين في الجمعية، وقد أشارت الأكاديمية بأن هذه الأساليب تخطت الفلسفة التربوية الحديثة.

قطاع غزة



يقع في المنطقة الجنوبية من الساحل الفلسطيني على البحر المتوسط، وهي على شكل شريط ضيق شمال شرق شبه جزيرة سيناء يشكل تقريبا١,٣٣% من مساحة فلسطين التاريخية (من النهر إلى البحر). يمتد القطاع على مساحة ٣٦٠ كم مربع، حيث يكون طولها ٤٥ كم، أما عرضها فيتراوح بين ١٢,٦ كم. تحد قطاع غزة الاحتلال الاسرائيلى شمالا وشرقا، بينما تحدها مصر من الجنوب الغربي.

السكان:

ويفوق عدد سكان القطاع المليون ونصف المليون نسمة، وتضم مدينة غزة وحدها 551,832 بناء على. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (٢٠١٠) ألف نسمة وتجدر الإشارة إلى أن معظم سكان القطاع هم من لاجئي (١٩٤٨).

ويضم القطاع عدة مخيمات للاجئين أبرزها جباليا والشاطئ وخان يونس وديرالبلح والنصيرات و المغازي و البريج ورفح.

ويسمى بقطاع غزة نسبة لأكبر مدنه وهي غزة. كان قطاع غزة جـزء لايتجزأ من منطقة الانتداب البريطاني على فلسطين حتـى إلغائـه فـي مـايو (١٩٤٨). وفي خطة تقسيم فلسطين كان القطاع من ضمن الأراضي الموعـودة للدولة العربية الفلسطينية، غير أن هذه الخطة لم تطبق أبدا، وفقدت سريانها إثر تداعيات حرب (١٩٤٨). بين (١٩٤٨) و(١٩٥٦) خضع القطاع لحكم عسكري مصري، ثم احتلها الجيش الإسرائيلي لمدة ٥ أشهر في هجوم على مصر كـان جزء من العمليات العسكرية المتعلقة بأزمة السـويس. فـي مـارس (١٩٥٧) انسحب الجيش الإسرائيلي فجددت مصر الحكم العسكري علـى القطـاع. فـي حرب (١٩٦٧) احتل الجيش الإسرائيلي القطاع ثانية مع شبه جزيرة سيناء. في ١٩٨٢ أكملت إسرائيل انسحابها من سيناء بموجب معاهدة السـلام المصـرية الإسرائيلية، ولكن القطاع بقي تحت حكم عسكري إسرائيلي إذ فضـلت مصـر عدم تجديد سلطتها عليه. http://smartsoft.maktoobblog.com

الفصل الثاني

الإطار النظري – مفاهيم الدراسة

أولاً : التبول اللاإرادي

ثانياً : التدخل الإرشادي

الفصل الثاني

الإطار النظري – مفاهيم الدراسة

التبول اللاإرادي :enuresis

لقد شغلت مشكلة التبول اللاإرادي فكر الباحثين والعلماء من حيث مظاهرة وطرق علاجها ولقد حاولت مدرسة التحليل النفسي والمدرسة السلوكية وضع العديد من هذه الفرضيات لهذه المشكلة فى محاولة للوصول إلى أسباب حدوثها ومن ثم وضع علاج مناسب لها.

(Kaplan & Sadok, 1994, 1102)

وقد أشارت بعض الدراسات إلى انتشار ظاهرة التبول اللا إرادى كمايلى:

- دراسات أجريت في الولايات المتحدة فقد تبين أن التبول اللاإرادي الليلي يؤثر على ما يقارب (٥) مليون طفل. Thiedke (1499:6767;2003)
- دراسات أخرى مستعرضة ومركزة على الأطفال ما بين ٦-١٢ سنة فقد لوحظ أن نسبة انتشار هذه الظاهرة ما يقارب ٠,٢- ٩,٠ (تبول لاإرادي أثناء النهار) Bakker & Swithinbank (2002 .62- 354)
- دراسات أخرى قام بها كل من:

(Jarvelin MR, et al, 1988) (Gur E, et al, 2004)
(Lee SD, et al, 2000)

فإن ما بين ١,٥-٢,٨% (جمعوا بين التبول اللاإرادى في الليل وفي النهار)

- وفي التقرير الذي نشر في بريطانيا فقد تبين أن ما يقارب ١,٥- ٨,٩ يعانون من التبول اللاإرادي أحادي العرض.(Butlar R,Jm 2008)
- دراسات أخرى فقد تبين أن التبول اللارادى ينتهي بمرور الوقت. (Bachmann C, et al 2010)
- دراسات أخرى قام بها(1974) Forsythe, et al فقد تبين أن ما يقارب ١٥% سنوياً من الذين يعانون من التبول اللاإرادي يشفون تماما بدون أي علاج.

ويوضح الجدول رقم (٢) نسبة انتشار التبول اللا إرادي لدى الأطفال.

نسبة انتشار حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال

جدول رقم (٢) " يوضح نسبة انتشار التبول اللاإرادي بين الفئات العمرية"

الدراسة	العمر	نسبة الانتشار عند الأولاد	نسبة الانتشار عند البنات	المرجع
دراسة *Rutter1973*	٥ سنوات	١٤% يبللون أكثر من مرة بالأسبوع	١٤% يبللون أكثر من مرة بالأسبوع	فاروق ١٩٩٤
Kalven et.Al 1973	٥ سنوات	١٠%		الزراد ١٩٩٨
	٥سنوات	٧%	٣%	الخطيب والطراونة ٢٠٠٣
	٦ سنوات	١٠%		يوسف ٢٠٠٠
Harlod 1994	٥ سنوات	٧%		خطيب و ط٢٠٠٣
H.Bakwin/ R.M Bakwin	٥ سنوات	١٥%	١٠%	الزراد ١٩٩٨
Walker . 1992	٥ سنوات	١٥-٢٠ %		خطيب ٢٠٠٣
جونسون ١٩٨٠	٤-٥ سنوات	٢٠-٢٥%		خطيب٢٠٠٣
دراسة *Rutter 1973*	٧ سنوات	٧% يبللون أكثر من مرة بالأسبوع	٣% يبللون أكثر من مرة بالأسبوع	فاروق ١٩٩٤
جونسون ١٩٨٠	١٠ سنوات	٥%		خطيب ٢٠٠٣
H.Bakwin/ R.M Bakwin	١٠ سنوات	٥%		الزراد ١٩٩٨
دراسة *Rutter 1973*	١٠ سنوات	٣% يبللون أكثر من مرة بالأسبوع	٢% يبللون أكثر من مرة بالأسبوع	فاروق ١٩٩٤
Walker . 1992	١٠ سنوات	٥%		خطيب ٢٠٠٣
	١٠ سنوات	٣ %	٢%	الخطيب والطراونة ٢٠٠٣
	١٤ سنه	٥,٢%		يوسف٢٠٠
	٥سنوات	١٠%		بلسم ع ٢٩٣
	٨ سنوات	٤%		
Isle of Wight	٧ سنوات	٦,٧%	٣,٣%	
بينما تؤكد معظم الدراسات إلى أن هذه النسب تنخفض إلى ١% عند سن ١٥ سنة عند الذكور والإناث بفارق بسيط لصالح الإناث				
وفي دراسة إحصائية في الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت أن هناك ٥-٧ مليون طفل يتبولون ليلا .وان ١٠%من كل الأطفال يتبولون وان نسبة انتشار التبول اللاإرادي بين المراهقين هي ١-٣% www.org/parents/bedwetting)				
- إن ٣٦% من الأطفال المتبولين يبللون ملابسهم فقط ليلا و ٣٠% ليلا ونهارا و٧% نهارا فقط (فاروق ١٩٩٤)				

العصافرة :(2007: ص38)

أما في المجتمع الفلسطيني وخصوصا في قطاع غزة المحتل لم تجر دراسات بعد حول نسبة انتشار ظاهرة التبول اللاإرادى ولكن من الملاحظ على الأطفال الذين يتلقون العلاج في مركز الإرشاد التربوي ، والمؤسسات،

والجمعيات، والمراكز العاملة في مجال للطفل ، والأسرة في فلسطين، وخبـــرة الباحث في العمل فى المؤسسات الحكومية ، والجمعيات، والمراكز الأهلية فان النسبة تبدوا أكثر مما ذكر بكثير استنادا إلى تقارير أعدت من منظمة الصـــحة العالمية**World Health Organization**_ ووكالة الغوث الدولية**UNRWA**_ والمركز الفلسطيني لحقوق الإنسان PCHR و يعود ذلك لعامل الخوف وعـــدم الأمان في حياة الطفل الفلسطيني وذلك من وجهة نظر الباحث .

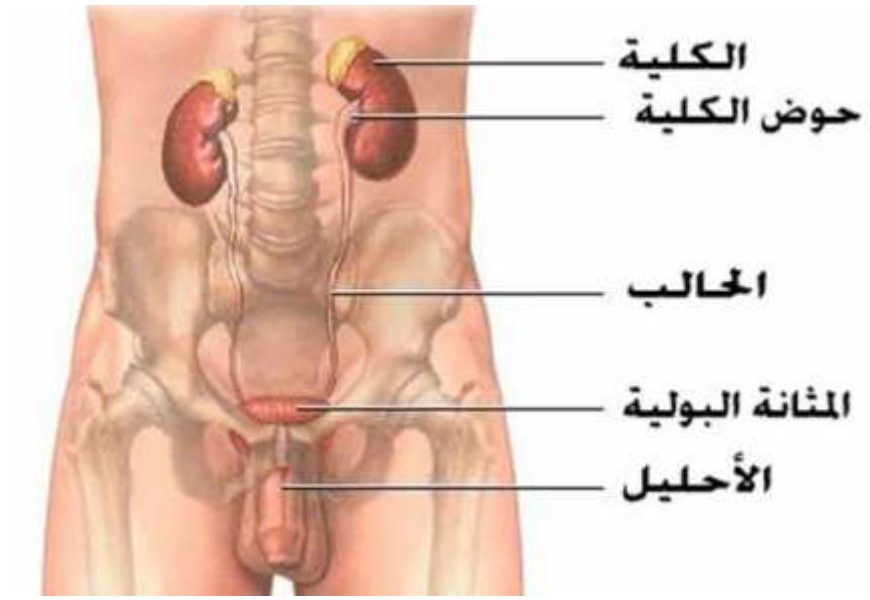
- نلاحظ من الجدول السابق أن متوسط نسبة الأطفال الذين يتبولون لا إراديا في عمر ٥ سنوات هي ١٥% للذكور والإناث مع انخفاض بسيط لصـــالح الإناث، وتنخفض هذه النسبة في عمر العشر سنوات إلى ٥% للذكور و٢% للإناث، وفي ١٥ سنة تصل إلى ١%.
- نلاحظ انه كلما زاد عمر الطفل انخفضت نسبة المتبولين لا إراديا بشـــكل ملحوظ ولم يذكر أن سبب انخفاض هذه النسبة هو عامل النضج أم العلاج بأنواعه أم غيره من العوامل !.
- نلاحظ أيضا أن النسبة الأغلب من التبول اللاإرادي تكون لـــيلا أو لـــيلا ونهارا معا ٣-٤ أضعاف نهارا فقط. وهذا يعني أن النـــوم الليلـــي مـــن العوامل الأكثر أهمية في التبول اللاإرادي.

ويرى الباحث انه لابد من التعرض بإيجاز للمكونات التشريحية للجهـــاز البولي، ومن ثم التعرف إلى آلية عملية التبول وطبيعة التبول اللاإرادي، كمدخل لمشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال ومن ثم الحديث عن أسباب هذه المشكلة، منتهين بالتحدث عن طرق التدخلات العلاجية التي تناولت هذه الظاهرة.

الجهاز البولي

Urinary System

فسيولوجيا التبول



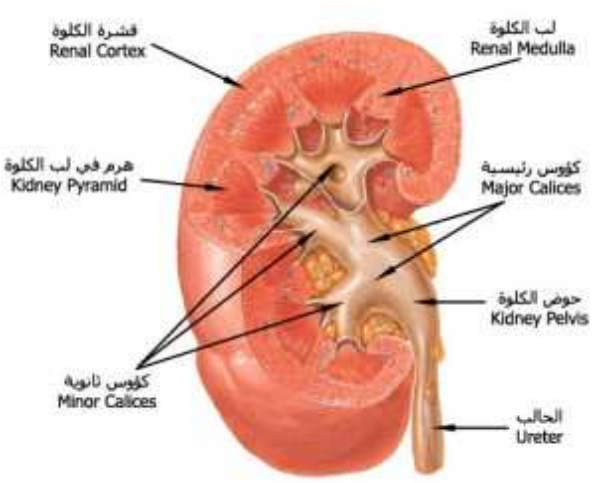
الجهاز البولي Urinary System

يتكون الجهاز البولي من:

- الكلى
- الحالب
- المثانة البولية
- الإحليل Urethra

الكلى:

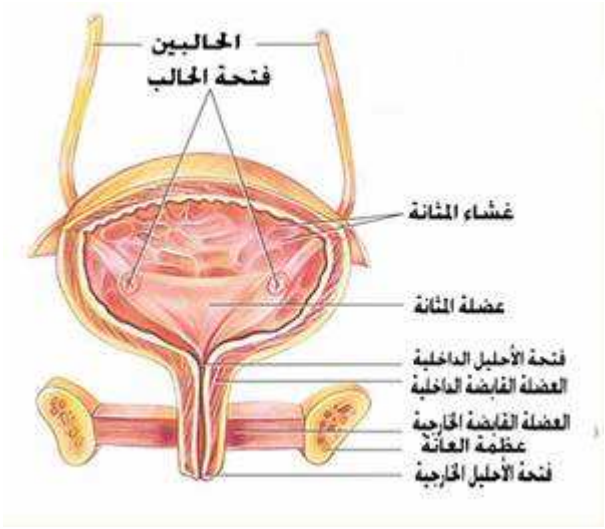
لكل إنسان كليتان، يمنى ويسرى، وتقع الكلى في الجزء الخلفي من البطن مقابل الفقرة الصدرية الثانية عشر، والفقرات القطنية الأولى و الثانية و الثالثة والوحدة الفاعلة والتي تتكون الكلية منها أصلاً هي النفرونNephron ، ويبلغ عددها من ٣٠٠،٠٠٠ إلى أكثر من المليون، وتتجمع هذه النفرونات لتُشكل أهرام الكلوة (Kidney) Renal Pyramids وهي عبارة عن أهرام منكوسة حيث تكون قمتها مُتجهة صوب حوض الكلوة (مركز الكلوة)، و يمكن اعتبار هذه الأهرام هي الوحدة الفاعلة الكبيرة في الكلوة، وتصب في الكؤوس الثانوية Minor Calices والتي تتحد لتكون الكؤوس الرئيسية Major Calices، التي بدورها تتحد لتكون حوض الكلوة Renal (Kidney) Pelvis ، و حوض الكلوة يُشكل الحالب Ureter الذي يصل الكلوة بالمثانة البولية، و تُعتبر هذه الكؤوس مجامع لنتاج ترشيح الدم من خلال النفرونات و الذي يُشكل البول Urine لتصب في حوض الكلية وعبر الحالب إلى المثانة البولية ليطرح خارج الجسم .



الكلى Kidney

الحالب:

الحالب يصل حوض الكلية بالمثانة البولية، ويبلغ طـــول الحالـــب فـــي الإنسان حوالي (Cm 25) سنتيمتر، ويقع نصفه في البطن والنصف الآخر في الحوض، يدخل الحالب في المثانة البولية بشكل منحرف و يجري في جـــدارها قبل أن يفتح داخل جوفها و هذا يكون بمثابة صمام وخاصة عند تقلص عضـــلة المثانة بحيث تغلق فتحة الحالب كلياً لمنع ارتجاع البول في الحالب

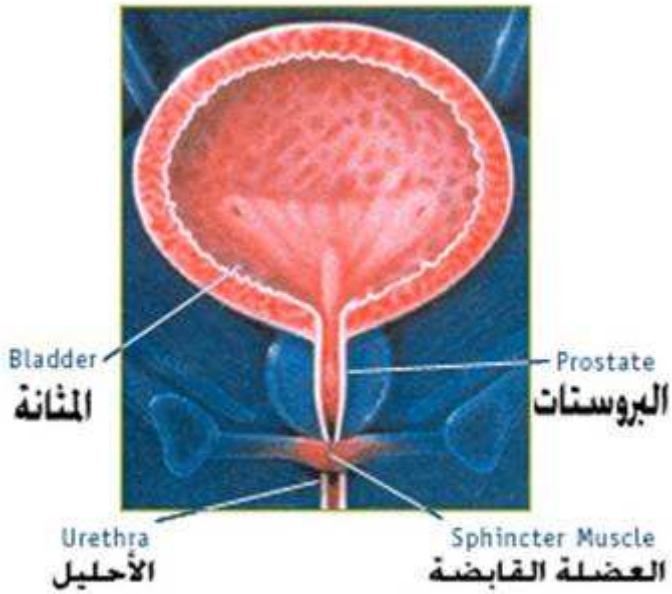


المثانة البولية Urinary Bladder

عبارة عن مخزن للبول تقع في الجزء الأمامي من الحوض تبلـــغ ســـعة المثانة البولية من ٢٠٠–٣٠٠ مليليتر شكلها شكل مقدمة السفينة لو قطعت، لها أربعة أسطح وأربعة زوايا، الزاويتان العلويتان الخلفيتان، اليمنى يـــدخل فيهـــا الحالب الأيمن واليُسرى الحالب الأيسر تتكون المثانة من جسم المثانة dome ،

قاعدة المثانة وتضم المثلــث trigone والعنــق bladder neck المصــرة الداخلية– العضلة القابضة الداخلية: المؤلفة من ألياف عضلية ملساء

المصرة الخارجية– العضلة القابضة الخارجية: المؤلفة من ألياف عضلية مخططة



رسم توضيحي للمثانة والأحليل

الإحليلUrethra

الأحليل هي الأنبوبة الموصلة بين المثانة وخارج الجسم منه يخرج البول خارج الجسم – إراديا وغير إرادي يخرج من الزاوية السفلية للمثانة يبلغ طولــه فــي الذكور ٢٠ سم، وفي الإناث ٤ سم

يوجد صمام للتحكم في البول يسمى صمام الإحليل

التحكم في المثانة البولية:

الأعصاب المغذية للمثانة البولية هي:

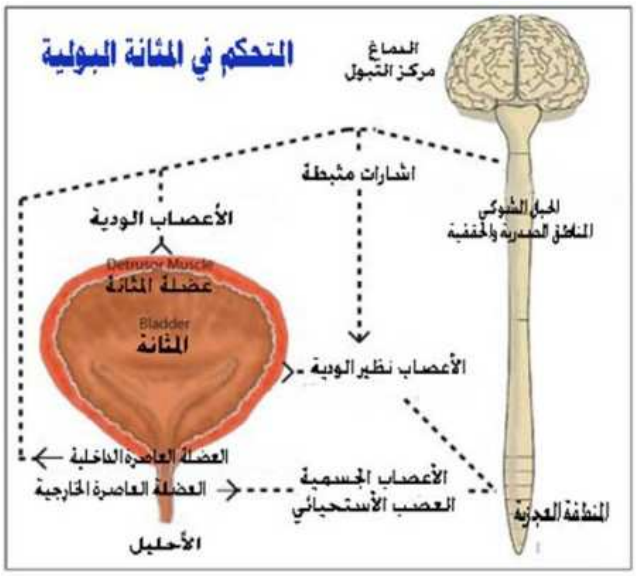
الأعصاب نظير الودية parasympathetic :من الأعصاب العجزية S2-4 ، عن طريق **العصب الحوضي.Pelvic N** ، وظيفته الأساسية تقلص عضـــلات المثانة.

الأعصاب الودية sympathetic :من الأعصاب النخاعية القطنية T11-L2 عن طريق **العصب الخثلي.Hypogastric N** ، الوظيفة الأساسية التخزين من خلال إرخاء عضلات المثانة وتقلص عضلات المعصرة

الأعصاب الجسمية somatic :عن طريق العصب ألاستحيائي .Pudendal N يغذي المصرة الخارجية (العضلة القابضة الخارجية)

الأعصاب الحسّية:Sensory nerves عن طريق العصب الحوضي Pelvic N مستقبلات حس تمطيط جدار المثانةbladder wall stretch reception ، تنقل الإحساس بامتلاء المثانة إلى الدماغ

حس الحرارة و الألم: ينتقل عن طريق العصب الخثلي.Hypogastric N

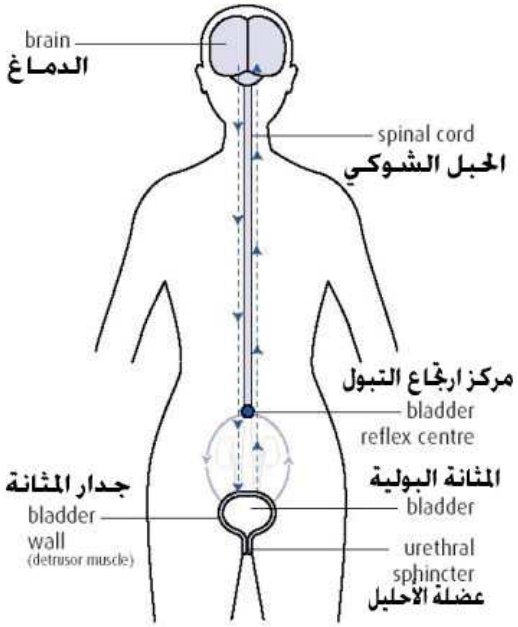


السيطرة العصبية المركزية:

التبول الانعكاسي : Micturition reflex مركزه الحبل الشوكي العجزي، لكن هذا المركز لا يمكنه تنسيق تخزين و إفراغ المثانة بشكل مثالي.

مركز التبول في الجسر :pons الذي يسيطر على مركز التبول الانعكاسي و بالتالي يحسن من القدرة على التخزين و التبول من خلال التنظيم بين التنبيه الودي و نظير الودي

السيطرة الإرادية: من خلال القشر في الفص الجبهي تتم السيطرة على نواة العصب الاستحيائى Pudendal N وبالتالى على المصرة الخارجية



كيفية عمل المثانة البولية

التبول الطبيعي (الارادى)

عندما يتجمع البول في الكؤوس، تتقلص العضلات الناعمة (الملساء) في جدرانها Smooth Muscles فتدفع البول إلى حوض الكلية والتي تتقلص العضلات الناعمة في جداره لدفع البول إلى الحالب، الذي عندما ينتفخ من وصول البول فيه تتقلص عضلاته الناعمة في جداره تسلسلياً من الأعلى إلى الأسفل لدفع البول إلى المثانة البولية. وعندما يصل حجم البول في المثانة البولية من (٢٠٠) إلى (٣٠٠) مليليتر ، تنتفخ المثانة و تُشد العصبونات في جدارها، فترسل أشارات تنبيه للدماغ مما يُعطي الشعور بالحاجة للتبول، وعندما يكون الوقت والمكان مناسبين، يقوم الدماغ بإرسال أشارات إلى المثانة بالموافقة على التبول، وهذا يؤدي إلى تقلص عضلة المثانة وارتخاء عضلة صمام الإحليل لتدفع البول إلى خارج الجسم عبر الإحليل .

وظائف الكلى :

تخليص الجسم من المواد السامة و أهمها مُشتقات الأمونيوم (اليوريا) ، وكذلك الأدوية والسموم .

الحفاظ على تركيبة السوائل خارج الخلايا Extra cellular Fluids من حيث تركيز الأملاح و الحجم (الماء) ، و ذلك عن طريق امتصاص أو إفراز هذه الأملاح حسب تركيزها في الدم الذي يمر خلال الكُبيبات و كذلك امتصاص الماء أو طرحه خارج الجسم عن طريق الأنابيب الجامعة .

تنظيم ضغط الدم عن طريق زيادة أو نقصان إفراز هرمون الرينين Rennin من جهاز قُرب الكُبيبة .

الحفاظ على توازن الحمض-القلوي للدم Blood Acid-Base Balance وذلك عن طريق زيادة إفراز ذرات (شوارد) الهيدروجين H+

وزيادة امتصاص البيكربونات HCO_3^- عند زيادة حموضة الدم و العكس عند زيادة قلوية الدم .

إفراز هرمون إريثروبيوتين Erythropoietin و الذي يلعب دوراً هامـــاً في تحريض نخاع (نقي) العظم على تصنيع كريات الدم الحمراء ونقصه يسبب فقر دم .

تحويل فيتامين دال Vitamin D إلى صورته الفعالة وبدون هذا التحويل لا يعمل وهذا يسبب مرض الكُساحRickets

وظائف المثانة البولية:

وظيفة التخزين :

المثانة تتمتع بمطاوعة جيدة مما يؤدي إلى ازدياد حجمها أثناء الامتلاء دون ارتفاع الضغط بشكل كبير، وهنا يكون نشاط الأعصاب نظير الودية مثبط، وكلما ازدادت كمية البول كلما ازداد النشاط الودي مـــن أجـــل تثبـــيط تقلـــص عضلات المثانة وزيادة مقوية المصرة الداخلية، ومع ازدياد الكمية بشكل أكبـــر يصبح هناك حاجة لزيادة مقوية المصرة الخارجية من خلال العصب الاستحيائي

وظيفة الإفراغ:

إن توسع المثانة يؤدي إلى تثبيط نشاط الأعصاب الودية وتنبيه نشـــاط الأعصاب نظير الودية من خلال التنظيم الذي يقوم به مركز التبول في الجسر، إضافة إلى سيطرة قشرة المخ على مركز الجسر وعلى العضـــلات المخططـــة للمصرة الخارجية لجعل التبول إرادي.

العضلة العاصرة
منقبضة
لمنع التبول

العضلة العاصرة
مرخية
عند التبول

المشاكل المتوقعة في حالات الصلب المشقوق

عادة ما يكون الدماغ ووظائفه طبيعية، حتى مع وجود الاستسقاء الدماغي في حالات الصلب المشقوق، وتكون المشكلة في الحبل ألشوكي والأعصاب المغذية للمثانة، وتعتمد درجة ونوعية الإصابة على حجم الأعصاب التالفة، وهي غالباً ما تؤدي لما يسمى بالمثانة العصبية، وغالبية المصابين بالصلب المشقوق لديهم مشاكل في التحكم في التبول الطبيعي، ويمكن أيجاز تلك المشاكل في ما يلي :

أولاً : الإصابة في الأعصاب تحت مستوى الحبل ألشوكي، المسماة ذنب الفرس Cauda Equina، فيسمى تلف الأعصاب السفلي lower motor neuron lesion، ويؤدي إلى انعدام سيطرة الجسر وقشرة المخ على المركز العجزي مما يؤدي إلى حدوث فرط تقلص في عضلة المثانة مع عدم تناغم بين المثانة والمصرة

ثانياً : الإصابة في الحبل ألشوكي، الفقرة القطنية الثانية فما فوق، يسمى تلف الأعصاب العلويةupper motor neuron lesion ، ويؤدي إلى حدوث نقص أو انعدام في نشاط عضلة المثانة و بالتالي تحدث المثانة العصبية الرخوة.

ثالثاً: إصابة مزدوجة للجزء العلوي والسفلي

أنواع عدم التحكم أثناء التبول

١ – عدم التحكم الشديد : فقدان البول بطريقة لا إرادية من خلال مجرى البول نتيجة لزيادة الضغط في التجويف ألبطني على المثانة البولية بطريقة مفاجئة وعادة ما يحصل في المرأة الحامل ويحصل أيضاً عند الرجال الذين استأصلوا الغدة البرستاتيه . (Reilly, 2001)

٢ – عدم التحكم الدافع : فقدان البول بطريقة لإرادية مصاحبه لدافع قوي للبتول لا يستطيع تحمله فالمريض يشعر بأنه بحاجه للتبول في الحمام ولكن غير قادر الوصول إليه في نفس الوقت. وهذا يحصل عند المريض الذي عاني من مشاكل عصبيه أي تعمل على تثبيط تقلص المثانة.
(Chancellor, 1999)

٣ – عدم التحكم الراجع : فقدان البول بطريقة لا إرادية بسبب عدم الإحساس بالتبول وذلك يحدث عند المريض الذي يعاني من قطع في النخاع ألشوكي .

٤ – عدم التحكم الفائض : فقدان البول بطريقة لا إرادية مصاحبه بانتفاخ شديد في المثانة التي غير قادرة على إخراج البول طبيعياً وذلك يحصل عند

المريض الذي يعاني من مشاكل عصبية أو وجود بعض الانسداد التي تعيق مجرى البول مثل (الأورام – تضخم البروستاتة).
(Reily, 2001)

وتلك الأمراض ممكن أن تشير إلى بعض الأمراض مثل مرض الزهايمر الذي يعمل على عدم تحديد حاجة المريض للتبول .

- معدل البول في اليوم / من ١,٢٠٠ مليمتر – ١,٥٠٠ مليمتر في خلال (٢٤) ساعة وهذا يعتمد على كمية السوائل المعطاة والعرق – والتقيؤ – الإسهال.
- معدل التبول في اليوم / من ٤–٨ مرات في اليوم.
- معدل البول في المثانة / ٤٠٠ – ٥٠٠ مليمتر يمكن أن يشعر الإنسان في أنه يحاج إلى التبول عندما تمتلئ المثانة ب ٢٥٠ مليمتر.

(Medical Surgical 10 pp 1253)

فمن وجهة نظر التحليل النفسي فالتبول اللا إرادي ما هو إلا نتاج ظروف ضاغطة أو التعرض للصدمات أو الأزمات خلال مراحل النمو المختلف،،،ة وهو شكل من أشكال الهستيريا التحولية وهو عرضا عصياً لا إراديا. (أتو فينخل ١٩٦٩ : ١٧٧) .

أما المدرسة السلوكية فترى أن التبول اللا إرادية هو عبارة عن سلوك متعلم، فالطفل عندما لا يتلقى تدريباً صحيحا على عملية التبول فهو يفشل في ضبط المثانة البولية، كما تؤكد المدرسة السلوكية أن الصراع العصبى ينتج من الوالدين ويسىء إلى النمو السليم للطفل بشكل عام.

فعندما يطلب من الطفل أن يتحكم بضبط المثانة لتعويده على النظافة وهو لا يكون مهيأ لذلك أى فى العمر الغير مناسب للتعلم يصاب الطفل بالإحباط والإضطراب الإنفعالى ، وقد يلجأ الطفل إلى التبول ليستخدمه (كميكانيزم) دفاع لتلك الصراعات المتعلقة بالتعلم (هول وليفدزى ١٩٨٧ : ٧٧) .

تعريف التبول اللاارادى: enuresis

التبول في اللغة :

جاء في لسان العرب التبول اللاإرادي من البَوْل: واحد الأَبْـوال، بـال الإِنسانُ وغيرُه يَبُول بَوْلاً؛ واستعاره بعض الشعراء فقال: بالَ سُهَيْلٌ في الفَضِيخِ فَفَسَد والاسم البِيلَة كالجِلْسة والرِّكْبة.

وكَثْرَةُ الشَّرابِ مَبْوَلة، بالفتح.

والمِبْوَلة، بالكسر: كُوزٌ يُبال فيه. (ابن منظور ، ١٩٩٠ :٧٣).

اللاإرادي:

لا : نافية وهي من الحروف التي تعمل عمل كان فترفـع المبتـدأ وتنصـب الخبر.

- وهي تستخدم لنفي وقوع الفعل.
- والإرادة من الفعل " رود " أي " شـاء " والإرادة المشـيئة ، والإرادي هي: الطوعي ، والمشيئي (مختار الصحاح ، ٢٦٣،٥٨٨)

ويرى الباحث أن اللاإرادي هو العمل الغير طوعي الخارج عن القدرة الفعليـة للفرد.

وقد تم تعريف التبول اللاإرادي في الدليل التشـخيص الرابـع dsm4 تكرار البول بطريقة غير طوعية أثناء النهار ، أو الليل في الملابس ، أو فـي الفراش هذا إذا ما حصل أكثر من مرتين في الشهر لدى الطفل في العمر ما بين خمس إلى ست سنوات ، أو مرة واحدة للأطفال الأكبر سنا

(Kaplan and Sadok,1994)

وقد تباين مفهوم التبول اللا إرادى من حيث العمومية والنوعية تبـاين الباحثين والمنظرين طبقا لاختلاف التخصصات والمدارس العلمية مـن هـذه التعريفات ما يلي :

١ – **التعريف الطبي:** " التبول اللاإرادي عبارة عن حالة انسكاب البول مـن المثانة بشكل لا إرادي ، وبصورة تكاد تكون مستمرة ، وذلك لدى طفل

تجاوز في عمره الأربع سنوات واستمر في تبوله اللاإرادي إلى مرحلة متقدمة في العمر ، ويرجع ذلك إلى اضطرابات عضوية وراثية وغير وراثية ". وهذا التعريف يؤكد على النواحي العضوية " .

٢ - **التعريف النفسي:** " التبول اللاإرادي عبارة عن حالة خروج البول لا إرادياً ليلاً، أو نهاراً، لدى طفل تجاوز في عمره (٣-٤) سنوات، ودون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك". أن هذا التعريف يؤكد على الجانب الوظيفي، وعلى دور العوامل النفسية والتربوية الخاطئة في حدوث التبول اللاإرادي .

٣ - **التعريف التربوى:** "التبول اللاإرادي هو حالة تبول الطفل على نفسه بشكل لا إرادي بعد عمر الأربع سنوات، ويكون ذلك نتيجة لعدم توفر المناخ الأسرى التربوي السليم وعدم توفر عنصر التربية والتوجيه والتدريب على النظافة لدى الطفل.

(فيصل الزراد، ١٩٩٤: ٢٤٠: ٢٤١).

ويرى الحضري:(٢٠٠٤) أن التبول اللاإرادي هو خروج البول من المثانة إلى الخارج فجأة ودون إرادة الطفل فلا يستطيع إيقافه ويرجع ذلك إلى اضطرابات في الجهاز العصبي .

ويعرف العيسوي (٢٠٠١) التبول اللاإرادي بأنه عبارة عن انسياب أو تدفق أو نزول البول لا إراديا ، وقد يحدث خلال النوم أو أثناء اليقظة ، وما يحدث بالليل يسمى التبول اليلى nocturnal enuresis وقد تتضمن هذه الظاهرة المرضية انفلات البول أثاء المشي نهارا ويسمى هنا التبول النهاري. (محمد عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠١ : ٤٠٥).

ويرى الزعبي (١٩٩٤) أن التبول اللاإرادي هو تكرار البول في الفراش بعد سن الرابعة ، وعدم قدرة الطفل على ضبط المثانة ، وتزداد هذه الظاهرة عند الأطفال الذين يتعرضون لمشاكل عاطفية أو انفعالية.

(أحمد الزعبي، ١٩٩٤ : ١١٠).

ويعرف زهران ، (١٩٩٧) ، التبول اللاإرادي عدم القدرة على ضبط النفس أثناء النوم بعد الثالثة من العمر .(حامد زهران ،١٩٩٧: ٤٢٦).

كما يعرف حسين ، (١٩٨٦) ، التبول اللاإرادي بعدم القدرة على التحكم في عضلات المثانة ولكن توجد فروق فردية فهناك من يستطيع أن يضبط مثانته في السنة الثانية من العمر أو في السنة الثالثة ، وهناك من يستمرون في التبول اللاإرادي بعد الرابعة ، أو الخامسة ، أو حتى فترة الشباب والمراهقة .(عبد المؤمن حسين ،١٩٨٦: ١٩٦) .

ويعرف القوصي (١٩٨٢) ، التبول اللاإرادي وتكرار البول إلى ما بعد الرابعة في الفراش وذلك في الفترة التي يجب أن يكون قد تعود على عملية التبول (عبد العزيز القوصى، ١٩٨٦، ٢٦٥).

ويستطيع الطفل أن يسيطر على ضبط المثانة في الحالات الطبيعية قبل نهاية السنة الثانية من العمر ، ويحدث التبول عادة مرة أو مرتين في الفراش في الليلة وقد يستمر الطفل حتى عامه الثالث ، ويكثر هذا الاضطراب في الأطفال عصبي المزاج ، وقد يرجع ذلك لأسباب نفسية يمر بها الأطفال لذلك يجب على الأهل دراسة ذلك دراسة موضوعية مع ضرورة اجتناب العنف والتلويح بالعقوبة **(أمين الحضري، ٢٠٠٤: ١٣٩)**.

ويرى مخيمر (١٩٧٢) أن ضبط عمليات الإخراج أساساً على نوع علاقة الطفل بأمه في حالة الحب يقدم الطفل هذا العطاء استجابة لحنان الأم بل ويقدمه في المكان والوقت الذي تحدده وفي حالة اضطراب العلاقة بالأم يحبب الطفل هذا العطاء ثم يخرجه على غير ما تريده أمه انتقاماً منها ويبدأ الطفل السوي بضبط عضلات الشرج حوالي منتصف العام الثاني . ثم يأتي بعد ذلك ضبط المثانة أثناء النهار ثم أثناء الليل (صلاح مخيمر، ١٩٧٢ : ٤٩).

وينص الدليل الأمريكي لتصنيف الأمراض النفسية ، الطبعة الرابعة (DSM-IV,1994) على أن الملامح الأساسية لهذه الاضطرابات تتمثل في الإفراغ المتكرر للبول بالليل أو بالنهار أو كليهما معاً على الملابس والفراش

(المحك أ) . ويحدث ذلك في معظم الأحوال بطريقة لا إرادية ، وإن كان يحدث أحياناً عن قصد . ولتطبيق كل المحكات اللازمة لتشخيص اضطرابات التبول اللاإرادي ، ينبغي أن تحدث إراقة البول على الأقل مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة شهور، (أ)، أن يتسبب في حدوث حالة من القلق ذات دلالة عيادية ، أوفي اضطراب كل مجالات التوظيف الاجتماعي، أو الأكاديمي أو المهني ، أوغير ذلك من المجالات المهمة الأخرى لدى الفرد المحك (ب)، كما ينبغي أن يكون الفرد قد وصل إلى سن يتوقع فيها أن يتمكن من ضبط التبول أي ينبغي أن يبلغ الطفل سن خمس سنوات على الأقل من حيث عمره الزمني بالنسبة للأطفال الطبيعيين ، أو سن خمس سنوات من حيث عمره العقلي بالنسبة للمتأخرين عقلياً وإنمائيا المحك (ج) . كذلك ينبغي ألا يعزي التبول اللاإرادي إلى الآثار الفيزيزلوجية والجسمية المباشرة لمواد محددة (مثل مدرات البول) ، أو إلى حالة طبية عامة (مثل مرض البول السكري ، أو عيوب أو إعطاب في العمود الفقري،أو نوبات الصرع المحك(د).(محمدنجيب الصبوة ١٩٩٦،١٠٢ – ١٠٣).

ويرى الباحث أن التبول اللاإرادي هو تكرار البول وانسيابه في الملابس أو في الفراش بطريقة غير طوعية وذلك لأسباب نفسية بعد سن الرابعة من العمر.

نلاحظ مما تقدم أن هذه المشكلة لاقت اهتمام العديد من الباحثين سواء في الدراسات العربية منها والأجنبية وأن هذه المشكلة ما زالت تشغل فكر الباحثين لتعدد أسبابها العضوية منها والنفسية وسوف يركز **الباحث** في هذه الدراسة على الأسباب النفسية ويستبعد الأسباب العضوية .

أنواع التبول اللاإرادي :

*** لقد تم تحديدها على النحو التالي :**

١ – التبول اللاإرادي الأولي Primary Enuresis : وهو عدم قدرة الطفل على ضبط عملية التبول لديه منذ الولادة ، ونسبة انتشار هذا الشكل من

التبول اللاإرادي حول (٨٥%) من حالات التبول كما وجدها العالـــــم هلجرين B. Haligren .

٢ – التبول اللاإرادي الثانوي Secondary Enuresis : هذا الشـكل مـن التبول بشير إلى أن الطفل تمكن من التحكم في تبوله ، وبشـكل جيـد ، لفترة من الزمن ، ثم عاد للتبول ثانية (انتكاس Relapse) ونسبـــة هذا الشكل من التبول تختلف باختلاف الأعمار وهـــــي تتراوح بين (٢٠ – ٥٨ %) .

٣ – التبول اللاإرادي الليلي المنعزل Nocturnal Enuresis : وهذا الشكل من التبول اللاإرادي أكثر شيوعاً لدى الأطفال ، وتصل نسبة هذا الشكل من بين حالات التبول اللاإرادي حوالي (٦٥ %) من حـالات التبـول اللاإرادي .

٤ – التبول اللاإرادي النهاري المنعـزل The diurnal enuresis : وهـذا الشكل أقل شيوعاً من الشكل السابق وتصل نسبة حـوالي (٣– ٥ %) من حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

٥ – حالات التبول اللاإرادي الليلي والنهاري معاً Nocturnal day enuresi وتصل نسبة انتشار هذه الحالات حوالي (٣٢ %) مـن بـين حـالات الدراسات السابقة .

أسباب التبول اللاإرادي :

مما لا شك فيه أن الكشف عن الأسباب الكامنة وراء حـدوث عمليـة التبول اللاإرادي هي الخطة الأولى في علاج هذه الظاهرة.

أن أسباب التبول اللاإرادي بشكل من التفصيل والتوضيح ، تظهر لنـا أبعاد المشكلة وحقيقتها ، وبالتالي يسهل علينا علاجها والتخلص منها .

إن عملية التبول الطبيعية كما سبق وأن أوضحنا ، تحدث بشكل إرادي تحت سيطرة المخ، والجهاز العصبي ... ولذا فإن حدوث أي اضطرابات في الجهاز العصبي وخاصة المراكز العليا بالمخ ، أو المسارات الطرفية للأعصاب التي تصل إلى الجهاز البولي ، وتتحكم في أداء وظائفه ، ينشأ عنها ظاهرة التبول اللاإرادي

وغالباً من تكون الأسباب النفسية هي السبب في هذه الاضطرابات العصبية.

ويمكن القول أن الأسباب النفسية تشكل ما يقرب من ٩٦% من أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال.

ويرى الكثير من علماء النفس أن التبول اللاإرادي عادة ما يكون عرضا من أعراض سوء تكيف الطفل مع البيئة المحيطة به ، لأن البيئة لا تشبع الحاجات النفسية الضرورية للطفل، وهي الشعور بأنه محبوب والشعور بالطمأنينة والأمن ، والشعور بالتقدير .

أما الأسباب العضوية فلا تتجاوز ٤% من أسباب حدوث التبول اللاإرادي.

١- أسباب عضوية:

مثل التهاب المثانة – صغر حجم المثانة ، ضيف في عنف المثانة – نوبات صرعيه كبيرة ليلية – النوم العميق الثقيل – اضطراب في منطقة المثانة في الحبل الشوكي – انقسام في الفقرات القطنية بالعمود الفقري – التهابات في الحبل الشوكي .... ألخ .

أسباب وراثية :

أظهرت دراسة قام بها باكوين (١٩٩٣) أن ٧٧%من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي ينتمون إلى اسر وعائلات تعانى من التبول اللارادى وخصوصا الأب أو الأم أو كليهما معا في طفولتهما .الا ان هذه النسبة

تنخفض إلى ٤٤% في حال كان احد الوالدين فقط يعانى من التبول اللاارادى فى طفولته ، ومن هنا كان لابد دراسة تاريخ الحالة عند البحث فى المشكلة .

كما أظهرت الأبحاث إن بعض الحالات تعود إلى إضراب عصبي أو مرض عضوي تدنى نسبة الهرمون المدر للبول أو ارتخاء في عضلات المثانة فقر الدم أو التلاسيميا عاملا فعالا فى ظهور المشكلة.

(سلمى دملج ،٢٠٠١ :١٨٥).

٢-أسباب نفسية :

أشار Kolb (١٩٨٦) إلى أن الطفل الذي يتعرض للضرب أو العقاب تظهر لدية هذه المشكلة وبالتالي يقوم بهذا السلوك كرد فعل انتقامي ممن يقوم بهذا الفعل (أحمد الزعبي ١٩٩٤ : ١١٤).

ويؤكد زهران (١٩٩٣) أن هناك علاقة قوية بين الاضطراب الانفعالي والاضطراب النفسي للأطفال أهمها القلق النفسي ، وعامل المنافسة والغيرة من ولادة طفل أصغر واهتمام الأسرة بالطفل الجديد ، فهنا ينكص الطفل الأكبر ويبدأ في التبول ثانية ، وذلك لإثارة العائلة لاشعورياً وجذب الاهتمام الكافي له، وأحياناً ما يحدث التبول لليلي عند تعرض الطفل أثناء النهار لصراعات مختلفة مع إحباط وكبت لانفعالاته، والأعراض النفسية الجسمية و ذلك عن طريق تأثير الانفعال في الجهاز العصبي الذاتي الذي يؤثر بدوره في أجهزة الجسم المختلفة مثل الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الغدي والجهاز البولي والتناسلي والجلد. (حامد زهران ١٩٩٣ : ١٤٣).

٣. أسباب فسيولوجية :

تميل النظريات الحديثة لاعتبار التبول الليل اللاإرادي علامة على عدم نضج الجهاز العصبي ، وفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الناضج وهو اليقظة عند امتلاء المثانة ونظراً لفشل تكوين هذا الفعل المنعكس ، تفرغ المثانة محتوياتها كلما امتلأت دون الحاجة لليقظة ويتجه بالطبع العلاج لإقامة وبناء هذا الفعل المنعكس .

ويعتمد مصير المرض أن لم يعالج على عمر المريض ، فيشفي عـــادة ٦٠% من الأولاد و ٧٤% من البنات تلقائياً فيتحسن النصف عند بلوغ سن ١٢ و ٧٥% عند سن ١٤ ، ولكن لا يصح ترك الطفل يعاني من هذا المرض طوال هذه المدة حتى يشفى تلقائياً نظراً لما يتبع ذلك من اضطرابات في الشخصية ــ وفقدان الثقة في الذات والانعزال وظهور علامات عصابية .

(أحمد عكاشة، ٦٦٩ – ٦٧٠)

تعقيب الباحث على أسباب ظاهرة التبول اللاإرادي

بناء على **خبرة الباحث** الطويلة فى العمل مع الأطفال وأسرهم يرجـــع الباحث أسباب التبول اللاإرادي إلى أكثر من عامل واحد ولكن توجـــد عوامـــل بيئية، وأسرية، واجتماعية، واقتصادية، وتربوية ، ونفسية، وأهم عنصر فيها هو عنصر الخوف، والضغط النفسي والحرمان العاطفي ، والخوف ســـواء أكـــان قائماً بذاته أم داخلا في تكوين انفعالات مركبة، وقد يكون الخوف قائما بذاته كما في الخوف من الظلام، أو من الحيوان، أو من التهديد، أو بعـــد ســـماع قصـــة مزعجة، أو مشاهدة أفلام أو مناظر مرعبة ومخيفة وخصوصا أجسام الأطفال والرجال والنساء في غزة وهم أشلاء اثر الدمار والعدوان الصهيوني المســـتمر على غزة، أو غير ذلك. وقد يدخل الخوف في تركيب انفعال آخر كـــالغيرة، أو الموت، أو قلق المستقبل، أو قلق الامتحانات المدرسية .

لذلك ليس من السهل إرجاع حالة التبول اللاإرادي إلى عامـــل عـــائلي واحد كظهور مولود جديد في الأسرة ، أو وفاة شخص عزيز، أو غير ذلك، بل نجد أنه يترتب ذلك على تغير الجو الذي يسود البيئة التي يعيش فيها الطفل وفقد ثقته بنفسه وخوفه على مركزه، مما يسبب له أحلاماً مزعجة في أثنـــاء الليـــل يصحبها أحياناً فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهـــاز البـــولي ، وهذا ما لاحظه الباحث من الحالات التي كانت تخضع للتدخل الارشادى .

كما لاحظ الباحث سبب التبول اللارادى إلـــى إتبـــاع الأهـــل بعـــض الأساليب الخاطئة فى عملية التدريب على ضبط المثانة وإجبار الطفـــل علـــى الذهاب للمرحاض قبل العمر المطلوب منه

كذلك بعض الحالات التي كانت تتعرض إلى العقاب الشديد من الأهـــل كالحرمان من المصروف المدرسي أو بعض الحالات كانت تنتقم منها الأســـرة بالكي على مناطق الجسم وذلك إيمانا منهم بان الطفل سوف يقلـــع عـــن هـــذا السلوك لذلك هناك عوامل مركبة وأسباب عديدة للتبول اللا إرادى لدى الأطفال ولكن تختلف باختلاف الموقف .**لذلك ضرورة إتباع أساليب وفنيات مختلفة في التدخل العلاجي الارشادى.**

النظريات المفسرة للتبول اللاإرادي :

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي " أن المرحلة الشرجية التي يمر بها الطفل ضمن مراحل نموه الجنس في الطفولة يجد فيها لذة بيولوجية في عمليتي التبول والتبرز. هذا وسرعان ما تفرض عليه الأم تنظيماً دقيقاً لهاتين العمليتين فيخضع لهذا النظام أرضاء لأمه وبذلك تتكون لديه عادة التدريب والنظافة والدقـــة فـــي مراعاة المواعيد أو يثور على أمه فيتبول عند ما يرد حيثما كان ينـــتقم بـــذلك لنفسه من أمه ، ويتطور به هذا السلوك في الرشد إلى العناد والحقد والتحـــدي والمغالاة . في الاعتماد على نفسه.

يقول محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩) أن بزور ما يسميه فرويـــد بالذات العليا توضع عن طريق التدريب على النظافة فالمخـــاوف اللاشـــعورية أوالقلق الذي لم يدخل ضمن حصيلة الطفل اللغوية يرتبط عنده بمثيـــرات غيـــر مسامه وغير محدده ، ومثل هذه المخاوف أو القلق يستثار مستقبلاً إذا ما تكرر وجود الطفل في مواقف أو واجه مثيرات مشابهه.

(فاتن أبو ليله ، ١٩٨٢: ٢٢).

ثانيا :المدرسة السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن اكتساب التحكم في عمليات التبـــول ناتجا عن فشل في التحكم في الإخراج بصورة فعالة، وتبدو على شكل ضـــعف في العادة وركز بعضهم الأخر على فشل في تطـــوير المنعكســـات الشـــرطية الضرورية. وان الممكن الاعتقاد بان كلا العاملين يتســـببان بالاضـــطراب لان التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيســـولوجي. ان العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة، وربما يكون التفسير المستند الى النضج هاما لغاية خاصة في التبول اللاإرادي الأولى حيث لم يكتسب الطفل بعد التحكم، الا انه غير كاف بالنسبة للتبول اللاإرادي الثانوي الذي يكون فيـــه الطفل قد اكتسب القدرة على التحكم من قبل. فإذا قلنا أن عامل النضـــج يلعـــب دورا هاما في التبول اللاإرادي الأولى، فان عامل التدريب والتعلم يلعب الـــدور الهام في التبول اللاإرادي الثانوي. في الواقع تفترض النظرية المســـتندة إلـــى عاملي النضج والتعلم مستويات عالية من الضغط النفسي التي تتدخل مع قـــدرة الطفل على التحكم وضبط عملية الإخراج.

(محمد قاسم عبد الله ٢٠٠١ : ٢٨٦-٢٨٧) .

أنواع العلاجات المستخدمة في التبول اللاإرادي :

عرف البوال منذ القدم حيث كتب عنه في البرديات المصرية التي ترجع تاريخها إلى (١٥٥٠) سنة قبل الميلاد ، وكانوا يعالجونه بخلـــيط مـــن الجعـــة ومنقوع العليق ويذكر التاريخ أن علاجات عديدة استخدمت لهـــذا الاضـــطراب أهمها :

- حرق الأوراق بين الرجلين .
- كي الفتحة الخارجية لقناة الإحليل (المبال) بنترات الفضة وذلـــك لجعـــل التبول مؤلماً .

- ربط ضفدعة إلى القضيب لتنقنق عندما يبول الطفل فيستيقظ وهذه الطريقة كانت تستخدم في نيجيريا .(حمودة ، ٢٠٠٠: ٢٥١).

وإن التطور والانتشار السريع للعلاج النفسي عامة والعلاج السلوكي خاصة قد غدا حقيقة أكيدة ، ذلك أن العلاج السلوكي بمدارسه المختلفة وفنياته الكثيرة قد فرض نفسه على كثير من المعالجين ، ومما ساعد على ذلك سهولة وبساطة العلاجات السلوكية بالقياس التي تعقد التحليل النفسي وفنياته وتفسيراته بل أن ظهور العلاج السلوكي يعتبر بمثابة رد فعل للتحليل النفسي ن فقد تراجع التحليل النفسي أمام فنيات العلاج السلوكي لسهولة انفتاحها للفهم ويسر تطبيقها في فترة وجيزة من الوقت وما ينتج من نتائج علاجية لا يمكن بأية حال إنكارها. (صلاح عراقي ، ١٩٨٧ : ١ – ٢) .

ومنذ الخمسينات تقريباً من القرن الحالي كان لنظريات العلاج السلوكي أثر عظيم في بناء طرق كثيرة للعلاج تعرف بصرف وتعديل السلوك تسند إلى مبادئ التعلم ورغم أن مبادئ التعلم كانت متاحة للاستخدام للأغراض الكلينيكية العلاجية منذ أكثر من نصف قرن ألا أن التوظف الفعلي لمبادئ التعلم في العلاج النفسي لم يتحقق إلا بعد الخمسينيات من القرن الحالي .

(فيولا الببلاوي ، ١٩٨٢ : ١٥٥) .

١ – **تدريب المثانة لزيادة سعتها** : حيث يشرب الطفل كميات كبيرة من السوائل أثناء النهار ويطلب منه تأجيل التبول لبعض الوقت ، ويزاد هذا الوقت تدريجياً على مدى عدة أسابيع خلالها يكون قد تم له التحكم أثناء النوم .

٢ – **العلاج بالعقاقير** : لوحظ أن هناك استجابة لدى الأطفال البوالين لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، ولعل تأثيرها يرجع إلى تعديل نمط النوم والاستيقاظ وإلى مفعولها المضاد للأستيل كولين في فعله على المثانة البولية فقد وجد أن عقار الإيميبرامين (Imipramine) بجرعة

(٢٥-٥٠ مجم) يؤدي إلى تقليل عدد مرات التبول بالمقارنة بعقار إيحائي (Placibo) في مجموعة ضابطة .

٣ - **العلاج التشريطي** : ويكون باستخدام جهاز الجرس (الناقوس) الكهربائي المتصل بدائرته شريحتين من المعدن إحداهما بها ثقوب (العليا) ، وبينهما ملاءة أخرى ، وعندما يبول الطفل فإنه يبلل الشريحة المعدنية وتغلق الدائرة الكهربية ويرن الجرس فيستيقظ الطفل صوت الجرس، ولنجاح هذه الطريقة يلزم تعاون الطفل وتركيبه الجهاز بنفسه ، ويجب أن يهيأ نفسياً لهذا النوع من العلاج ، لوحظ أن معدل نجاح هذا النوع من العلاج (٧٠ %) ولكن نسبة الانتكاس فيه تصل إلى (٥٠ %) ، وأحياناً تستيقظ الأسرة كلها على صوت الجرس عدا الطفل البوالي، وكما أنه لا يصلح للأطفال أقل من سبع سنوات .

٤ - **العلاج النفسي** : يرى المعالجون النفسيون أن البوال صرخة من أجل المساعدة من طفل يجد صعوبة في تعامله، لذا فإن المساعدة النفسية لازمة التشريطي هو نوع من العلاج النفسي .. وللأطفال طرقاً في العلاج النفسي لا تعتمد على التعبير اللفظي مثل اللعب والرسم، وتحدث التغييرات من خلال العلاقة بين المعالج والمريض، ويتفاوت عمق العلاج من السطحي إلى العميق ، ويمكن أن يكون فردي أو في مجموعة.. ونلاحظ أن كل طرق العلاج السابقة تتضمن علاجاً نفسياً فبمجرد التحدث إلى الطفل والاهتمام به وفحصه حتى جسمانياً ووصف عقار له ونصحه أن يتعاطاه ، كل هذا ضمن العلاقة التي تعد شكلاً من العلاج النفسي.(محمود حمودة ، ٢٠٠٠ : ٢٦٠-٢٦١)

٥ - **العلاج البيئي** : أن التبول اللاإرادي يمكن أن يكون له عواقب اجتماعية لجميع أفراد الأسرة ، فتفهم الأسرة وموقفها تجاه الطفل وإتاحته الفرصة للحوار والاشتراك في حل تلك المشكلة يساعد الطفل على التخلص من

السلوك غير السوي مع الوضع في الاعتبار أن ظـــروف الأســـرة هـــي العامل الأساسي في إصابة الطفل بالتبول .

(Morison ١٩٩٨ : ٣٢١-٣٢٢)

ثانيا : التدخل الارشادى: Counseling intervention

يعد الإرشاد النفسي أحد الخدمات النفسية التى تقدم للأفراد والجماعـــات بهدف تجاوز الصعوبات التى تعترض الفـــرد أو الجماعـــة وتعـــوق تـــوافقهم وإنتاجيتهم ، وهو خدمة نفسية توجه إلى الأسوياء الذين يواجهون مشكلات ذات طبيعة انفعالية شديدة تتصف بدرجة من التعقيد والشدة بحيـــث يعجـــزون عـــن مواجهة هذه الصعوبات والمشكلات بدون عون أو مســـاعدة مـــن الخـــارج، ويرتكز الإرشاد النفسي على الفرد ذاته أو الجماعة ذاتها بهدف إحداث التغييـــر فى النظرة والتفكير والاتجاهات والمشاعر نحو المشكلة والموضوعات الأخرى التى ترتبط بها ونحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة، وعلى هذا فإن العملية الإرشادية هدفها توفير الاستبصار للفرد بحيث تمكنه من زيادة تحكمـــه فـــى انفعالاته وزيادة معرفته بذاته والبيئة المحيطة به. ويمكن القول إن الفرد الـــذى يمر بخبرة إرشاد نفسي ناجحة يمر بخبرة نمو وارتقاء نفسي فى الوقت نفســـه مما لا شك فيه أن التدخل الارشادى أصبح حاجة ضرورية فى الوقت الحاضر لمعظم الدول عامة وذلك للتقدم التكنولوجى والحضاري ولفلسطين خاصة وذلك نظرا للظروف الخاصة للشعب الفلسطيني الذي يتعرض لها ومازال يتعـــرض للعدوان الاسرائيلى المتكرر على الأطفال والنساء والشيوخ والشباب .

وتشير كثير من الدراسات أن الدول المتقدمة تعلق آمالاً عظيمة علـــى البرامج الإرشادية عند رسم خططها الإنمائية بهدف تنمية سلوك أبنائها وحمايتهم من الانحراف وبذلك فأن الحاجة تزداد أكثر في الدول النامية بهـــدف تعـــويض أفرادها ما فاتهم من فرص التقدم الحضاري في العالم.

(أحمد سيف حيدر ١٩٩٨ : ٢)

تعريف الإرشاد :

وردت العديد من التعريفات فى الإرشاد النفسي وجميعها تتفق على هدف عام هو تحقيق الاتزان النفسي والانفعالي للفرد ولكن بطرق وآليات ومعاني مختلفة ويشير الباحث إلى بعضها على سبيل المثال لا الحصر مايلى:

يرى كفافى (١٩٩٩) أن الإرشاد النفسي هو أحد قنوات الخدمة النفسية التى تقدم للأفراد بهدف التغلب على بعض الصعوبات التى تعترض سبيل الفرد أو الجماعة وتعوق توافقهم وإنتاجيتهم وهو يرتكز على الفرد ذاته أو الجماعة ذاتها بهدف إحداث التغيير فى النظرة والتفكير والمشاعر والاتجاهات نحو المشكلة (علاء الدين كفافى، ١٩٩٩ : ١١) .

ويعرف موسى (٢٠٠١) الإرشاد النفسي بأنه المساعدة المتقدمة من فرد لآخر من أجل حل مشكلته ورفع إمكانياته على حسن الاختيار والتوافق ، وهو يهدف إلى مساعدة الأفراد على تنمية استقلالهم وتنمية القدرة على أن يكونوا مسئولين عن أنفسهم ، وبعدا الإرشاد خدمة شاملة لا تقتصر على المدرسة والأسرة فقط لكن توجد من جميع الحياة. (رشاد عبد العزيز، ٢٠٠١ :٤٢).

ويشير القاضي (٢٠٠٢) إلى أن الإرشاد النفسي علم تطبيقي فى المقام الأول ومهنة تستمد جذورها من تلافى وتداخل معارف كثيرة نابعة من مجالات علم النفس والاجتماع والتربية والاقتصاد والفلسفة فكل علم من هذه العلوم له إسهاماته فى الإرشاد (يوسف مصطفى القاضي، ٢٠٠٢ : ٢٧) .

ويرى زهران (٢٠٠٢) أن الإرشاد النفسي عملية بناءه تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمى إمكانياته ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته وخبرته وتعليمه وتدريبه لكى يصل إلى تحديد وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربويا ومهنياً واسريا (حامد زهران ٢٠٠٢ ، ٣).

وعرفت مصلح (٢٠٠٣) الإرشاد النفسي بأنه عملية بناءه بين مرشد ومسترشد تهدف إلى مساعده المسترشد لكي يفهم ذاته ويعرف خبراته وقدراته للتغلب على المشكلات التى تواجهه حتى يصل إلى تحقيق أهدافه.
(عائشة مصلح ، ٢٠٠٣ : ١٢).

وتشير الشوربجى(٢٠٠٦) إلى أن الإرشاد النفسي يقصد به معالجة المشكلات الانفعالية التى تحول دون تحقيق التوافق السلم وإن لم تصل إلى حده المرضى النفسي أو العقلي أو هو عبارة عن علاقة إنسانية أو علاقة علاجية – واقعية بين شخصين أحدهما يحتاج إلى مساعده لحل مشكلاته ويسمى مسترشد أما الشخص الآخر فيقدم للآخر هذه المساعدة ويسمى المرشد أو المعالج النفسى.
(نبيلة عباس الشوربجى ٢٠٠٦ : ٢٧٩)

ويرى الباحث أنه بالرغم من تعدد تعريفات الإرشاد النفسي وتنوعها فإن معظم هذه التعريفات أتفقت فيما بينها على مايلى :

١ – إن الإرشاد النفسى علاقة بين طرفين يتمثل أحدهما فى المرشد الذى يقدم المشورة والنصيحة والآخر هو العميل (المسترشد) الذى يكون فى حاجة إلى تلقى النصح والعون.
٢ – الإرشاد النفسى يستهدف فهم الفرد لإمكانياته وتخليصه من معاناته وتنمية هويته الذاتية.
٣ – غاية الإرشاد النفسى هى حل مشكلات العميل وتحسين علاقاته الاجتماعية وبناء الوعى بالذات فى إطار تلك العلاقات بالوسط الاجتماعى المحيط.
٤ – إن الإرشاد النفسى يقدم للفرد كما أنه يقدم للجماعة على حد السواء بهدف إحداث التغيير المنشود.

ويعرفه الباحث إجرائيا بأنه مساعدة الطفل من ذوى حالات التبول اللاإرادى على حل مشكلاته وتخطى ما يعيقه بهدف خفض حدة التبول اللا

إرادى من خلال علاقة دينامية بين مرشد يحاول المساعدة ومسترشد يحتاج للمساعدة.

أهمية الإرشاد النفسي :

لقد ازدادت أهمية الإرشاد النفسي ، واتسعت أهدافه ، وأصبحت تهتم بالإنسان في حالات اضطرابه فتقدم له الإرشاد والعلاج ، و في حالات صحتهم تهتم بطرق ، وأساليب ، وقايته أولاً ثم تحسين ، وتطوير ما لديه من قدرات حتى يستطيع مواكبة التغيرات المستمرة ، والضغوط الدائمة ، ومقابلة ظروف الحياة غير المتوقعة .

وتشمل نشاطات التوجيه والإرشاد النفسي حالياً على النشاطات التالية :

- تقديم الإرشاد والعلاج للمرضى والمضطربين نفسياً .
- تقديم خدمات للناس العاديين والأسوياء الراغبين في تطوير قدراتهم ، وزيادة حساسيتهم، وتحسين مستوى تفاعلهم ، والارتفاع بمستوى الوعي لديهم بحيث يدركون تأثير البيئة الخارجية على سلوكهم وتأثيرهم في سلوك غيرهم من المحيطين بهم .
- تقديم خدمات الإرشاد التربوي والمهني إلى جانب الإرشاد النفسي، وذلك في المؤسسات التعليمية وبعض المراكز المتخصصة.
- تقديم خدمات التوجيه والإرشاد في مجالات لم تكن تحظى بمثل هذه الخدمات من قبل مثل التوجيه والإرشاد العائلي، ومجموعات المتزوجين، ومجموعات التأهيل، وغيرها.(رمضان القذافي ، ١٩٩٦ : ١٦ ، ١٧)

الحاجة إلى الإرشاد النفسي :

لقد كان الإرشاد النفسي ممارساً منذ القديم دون أن يأخذ هذا الاسم ، ودون أن يكون له برنامج منظم ، ومع تطور المجتمع ، وتعقد الحضارة ، والتقدم العلمي والتكنولوجي وتطور التعليم وتعدد فروعه ، أصبح للإرشاد

النفسي الآن أسسه ونظرياته وطرقه ومجالاته وبرامجه ، وأصبح يقوم به أخصائيون مؤهلون علمياً وفنياً فنحن الآن نعيش في عصر القلق والشدة والضغوط النفسية ، كما أن المجتمع الحالي مليء بالصراعات والمطامع والمشكلات المدنية التي تظهر الحاجة الملحة إلى خدمات الإرشاد النفسي في مجال الشخصية ومشكلاتها .

فالفرد حين يواجه بمشكلات ويعجز عن اتخاذ القرار بشأنها فإنه عادة ما يسعى في طلب خدمات المرشد النفسي وأهم هذه المشكلات :

١ – العجز عن اتخاذ قرار هام .

٢ – عدم الثقة بالمقدرة على النجاح في مواجهة بعض مطالب النمو الخاصة بالمرحلة التي وصل إليها الفرد .

٣ – المواقف المفاجئة .

٤ – ضعف الثقة بالنفس والنقص في المهارات . (الزعبى ، ١٩٩٤: ٢٨).

أهداف الإرشاد النفسي:

مما شك فيه أن أهداف الإرشاد النفسي تركز وتتمحور حول تحقيق أقصى درجات النمو المتكامل، وتحقيق السواء النفسي والصحة النفسية، من خلال تحقيق الذات ونمو مفهوم موجب لهذه الذات، وتحقيق درجة عالية من التوافق الشخصي والاجتماعي، وقدرة الفرد على تحقيق أعلى درجة من الكفاءة في الجانب التربوي والأسري والاجتماعي، أو بمعنى أخر تحقيق أعلى درجة من الاتزان النفسي والانفعالي للفرد.

ويشير السهل (١٩٩٩) إلى أن للإرشاد النفسي ثلاثة أنواع من الأهداف هي على التوالي **نمائية، ووقائية ، وعلاجية.**

الأهداف النمائية : تعمل على توفير أفضل السبل لتحقيق النمو المتكامل.

الأهداف الوقائية : تعمل على منع ظهور المشكلات.

الأهداف العلاجية : تتضمن تقديم استشارات نفسية أو اجتماعية أو دراسية وتقديم المساعدة لحل المشكلات وتحسين الصحة النفسية".

(راشد على السهل ١٩٩٩ ، ١٩).

ويصنف الشناوي (1996) أهداف الإرشاد النفسي في ثلاثة مستويات رئيسية: ففي المستوى الأول يهدف الإرشاد إلى إحداث مجموعة من التغيرات في حياة المسترشد، وهذا ما أطلق عليه الأهداف العامة للإرشاد، وفي المستوى الثاني فإن الهدف أو الأهداف التي يتبناها المرشد تعتمد على توجهه النظري، وهذا ما أطلق عليه الأهداف الموجهة للمرشد، وفي المستوى الثالث فإن الأهداف تتأثر بالمسترشد والمشكلة التي يعاني منها وهذه الأهداف هي التي توجه المرشد لاختيار الأساليب والفنيات التي تساعده على تحقيق تلك الأهداف، وهذا ما أطلق عليه. (محروس الشناوى ، ١٩٩٦ ، ٢٧٧).

الأهداف الخاصة أو أهداف النتائج :

١ – الأهداف العامة للإرشاد: وتتمثل في تسهيل عملية تغيير السلوك، وزيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف المختلفة والضغوط، والنهوض بعملية اتخاذ القرار، وتحسين العلاقات الشخصية، والمساعدة على تنمية طاقات المسترشد.

٢ – الأهداف الموجهة للمرشد: والتي تمثل الاتجاه النظري للمرشد واستخدامه لطرائق العلاج المختلفة كالعلاج المتمركز حول الشخص، أو العلاج بالواقع، أو العلاج الجشطلتي، وغير ذلك من طرائق العلاج النفسي المختلفة، فإيمانه بمبدأ العلاج بالواقع يسعى أساسًا إلى تكوين المسؤولية لدى المسترشد ومساعدته على ملامسة الواقع.

٣ – الأهداف الخاصة أو أهداف النتائج: وهي الأهداف المرتبطة بمشكلة المسترشد، وتعد الأهداف الواقعية الخاصة والتي يمكن للمرشد أن

يستخدمها في تقويم العمل الإرشادي وتحديد مدى نجاحه أو فشله. ويلخص الزعبي (2002) أهداف الإرشاد النفسي فيما يلي:

(١) إحداث تغيير إيجابي في سلوك المسترشد: فالتغيير الايجابي في سلوك المسترشد يزيد من إنتاجه ويجعله قادرًا على التكيف مع ظروف البيئة التي يعيش فيها. فالإرشاد يهتم بشخصية المسترشد من الجوانب كافة، جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا، ومن خلال ذلك يمكن التعرف على ما يعانيه المسترشد من مشكلات تتعلق بهذه الجوانب ويعمل على مساعدته في حلها.

(٢) المحافظة على صحة الفرد النفسية في أحسن وضع ممكن فمن المعروف أن الصحة النفسية للفرد تتأثر بحالته الجسمية والعقلية والاجتماعية، كما تتأثر بالعادات والقيم والتقاليد السائدة في المجتمع، والإرشاد النفسي يعمل على مساعدة الفرد ليتحمل مسؤولياته وينمو نموًا مناسبًا من أجل أن يتمكن من الوفاء بحاجاته ومتطلباته، وأن يعيش حياة نفسية سليمة بعيدة عن التهديد، وبعيدة عن كل ما يشوبها من اضطرابات والتي من شأنها إحداث عدم التوازن.

(٣) المساعدة في حل المشكلات التي تعترض المسترشد: فالهدف من الإرشاد النفسي هو مساعدة المسترشد في حل المشكلات التي لا يمكن بمفرده أن يجد لها حلو ً لا.

(٤) تسهيل عملية النمو: فالإرشاد النفسي يساعد المسترشد على توجيه النمو إلى المسارات الصحيحة، سواء عن طريق إزالة العقبات التي تقف في طريقه أو عن طريق تشجيع المسترشد على اكتشاف طرق جديدة للنمو والإبداع.

(٥) تغيير العادات: يهدف الإرشاد النفسي إلى استبدال العادات الخاطئة التي كان المسترشد قد اكتسبه خلال عملية النمو بعادات صحيحة مرغوب فيها تؤدي إلى التوافق السليم مع الذات ومع الآخرين.

(٦) توجيه المسترشد لذاته: وهذا يعني مساعدة المسترشد على تمكينه من توجيه حياته بنفسه بذكاء وبصيرة وكفاية في حدود المعايير الاجتماعية وتحديد أهداف للحياة وفلسفة واقعية لتحقيق هذه الأهداف.

(٧) تحقيق الذات: يهدف الإرشاد النفسي إلى مساعدة الفرد على تحقيق ذاته "أي أن يكون ما يستطيع أن يكون" سواء أكان الفرد عاديًا أو مميزًا متأخرًا أو متفوقًا دراسيًا، جانحًا أو سويًا من أجل أن يرضى عن ذاته ويتقبلها بشكل صحيح، ولهذا يرى "روجرز" أن لدى الفرد دافعًا أساسيًا يوجه سلوكه وهو "دافع تحقيق الذات" ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه الاستعداد الدائم لتنمية فهم موجب لذاته، ومعرفة وتحليل استعداداته وإمكاناته.

(٨) مساعدة المسترشد على اتخاذ القرار المناسب، وذلك بشأن مشكلة أو أي موضوع له علاقة به، وعاجز عن اتخاذ قرار مناسب بشأنه، ولهذا يمكن الإرشاد المسترشد من اتخاذ القرار المناسب مع القناعة بما فعله، ومن ثم القدرة على تنفيذ هذا القرار دون تردد أو خوف. (أحمد حسن الزعبى ، ٢٠٠٢ : ٣٣).

فنيات التدخل الارشادى :

ومن أبرز فنيات التدخل الارشادى ما يلى :

(١) الإرشاد الفردي: individual cancelling

وهو يعنى تلك العلاقة المخططة بين الأخصائي النفسي والفرد ،حيث يتم إرشاد فرد واحد وجها لوجه في الجلسات الإرشادية ويعتمد في فعاليته على

العلاقة الإرشادية المهنية ويعتبر العلاج الفردي نقطة الارتكاز لأنشطة متعددة في كل برامج التوجيه والإرشاد ، ومن الوظائف الرئيسة للإرشاد الفردي تبادل المعلومات وإثارة الدافعية لدى الفرد وتفسير المشكلات ودفع خطط العمل المناسبة (البيلاوي، ٢٠٠٤ : ٣٩).

(٢) فنية الإرشاد الجماعي: group counseling

هو إرشاد عدد من الأفراد في جماعة إرشادية صغيرة ،بشرط أن تتشابه مشكلاتهم باستخدام .أساليب متنوعة للإرشاد (محمد فوزى جبل،253:2000)

(٣) فنية الإرشاد الأسرى :family theraby

يقوم العلاج الأسري على مجموعه من النظريات اشتق المرشدون منها مجموعه من الطرق و الأساليب الإرشادية و العلاجية . وتهدف هذه الطرق والأساليب جميعها إلى إعادة توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة و تحقيق توافق أفضل لكل الأفراد في الأسرة . بما في ذلك المريض أو المسترشد المقصود أصلا بالعلاج أو الإرشاد .

ويعتبر الشناوى (١٩٩٥)عمل المرشد الأساسي كما يري Bell (١٩٧٥) هو مساعدة الأسرة في الوصول إلى حلول لمشاكلها بنفسها ولنفسها. وليس فقط تقديم المعلومات لها من قبل المرشد . وهذا من شأنه أن يساعد الأسرة ليس فقط في حل مشاكلها الحالية وإنما أيضاً إكسابها خبرة للمستقبل ولهذا يقوم المرشد النفسي في هذا النوع من الإرشاد يدور الموجه . كما يعد المقابلات ويبنيها. ويستخدم سلطاته المهنية فى تحدي القواعد والعلاقات الأسرية القائمة. و التدرج الهرمي داخل الأسرة كما يلجأ إلى التعليم والإقناع أو انتقاد مسترشدية إذا لزم الأمر . بالإضافة إلى ذلك فعليه قبول مشاعر أعضاء الأسرة ، وانفعالاتهم . وعليه ان يتنافس وان يتحدي (محمد محروس الشناوى ، ١٩٩٥ : ١٥).

(٤) الإرشاد النفسي الديني:

Religion Psychological Psychotherapy

الإرشاد والعلاج النفسي الديني هو مجموعة من الخدمات التخصصية التي يقدمها مختصون في علم النفس لأشخاص يعانون من سوء توافق نفسي أو شخصي أو اجتماعي بهدف مساعدتهم على تجنب الوقوع في مشكلات أو محن نفسية أو اجتماعية أو أسرية ،وتقليل آثارها إذا وقعت ، وتزويدهم بالمعارف الدينية والعلمية والمهارات الفنية لتحسين توافقهم النفسي مع هذه الظروف استرشاداً بالعبادات والقيم الدينية ، مثل: التقوى، والتوكل، والصبر، والإيمان بالقضاء والقدر ، والدعاء، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى استغلال فنيات وأساليب نظريات الإرشاد النفسي بأنواعها كوسائل معينة من مساعدة المسترشد على تحقيق النمو الذاتي وتحمل المسئولية الاجتماعية وتحقيق أهدافه المشروعة من الناحية الدينية في نطاق قدراته وإمكانياته.

وعرّف زهران (١٩٩٥) الإرشاد والعلاج النفس الديني بأنه أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم ، يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم الروحية والأخلاقية . (حامد زهران ، ١٩٩٥ ، ٣٧٧).

(٥) الإرشاد المدرسي

عرف توفيق، (١٩٨٢) الإرشاد المدرسي بأنه الجهود والخدمات والبرامج التي يعدها ويقدمها المرشد النفسي داخل المدارس على اختلاف مستوياتهم بقصد تحقيق أهداف التربية الحديثة، وتنمية شخصيات الطلاب إلى أقصى حد ممكن، ومساعدتهم للاستفادة من الفرص والخبرات المدرسية إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم واستعداداتهم المختلفة.

وعرف علي، (١٩٩٩) الإرشاد المدرسي بأنه أحد مجالات العمل المهني للمرشد االنفسى الذي يهدف أساسا إلى تنمية الطلاب سواء من خلال تدعيم قدراتهم أو مواجهة مشكلاتهم وذلك عن طريق التعاون المخطط بين كل

من التخصصات المختلفة بالمدرسة وبين المرشد النفسي والمجتمع المحلي المحيط بالمدرسة، مع محاولة الاستفادة من جميع الموارد المتاحة أو التي يمكن إيجادها لتحقيق ما بصب إليه المجال من أهداف في إطار السياسة العامة للدولة. (صالح أبو عباء وعبد المجيد نيازى ، ٢٠٠٠: ١٣٥).

أهداف الإرشاد المدرسي:

حدد أهداف الإرشاد المدرسي (Reynolds ; Gutkin ; Elliott, and Witt, 1984) فى الآتي:

١ – التقويم والتقدير النفسي الاجتماعي والنفسي التعليمي للطلاب وذلك باستخدام إجراءات المراقبة والملاحظة، وتطبيق الاختبارات النفسية والتعليمية، وإجراء المقابلات الشخصية، والتقويم السلوكي.

٢ – التدخل بهدف توجيه الأفراد والجماعات ومساعدتهم في أداء وظائفهم وأدوارهم بشكل صحيح، ومحاولة التأثير في الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية للطلاب، وذلك باستخدام أساليب مختلفة منها : التوصيات، والتخطيط، وتقويم خدمات التعليم المحددة، والعلاج النفسي التعليمي، والإرشاد، والبرامج التعليمية والتدريبية التي تهدف إلى تحسين المهارات التكيفية لدى الطلاب.

٣ – التدخل بهدف توجيه الخدمات التعليمية، وخدمات رعاية الطفولة، والخدمات الموجهة نحو العاملين في المدرسة وأولياء أمور الطلاب والمجتمع المحلي، وذلك عن طريق برامج التعليم الشخصي داخل المدرسة، وبرامج تعليم الوالدين وإرشادهم.

٤ – الاستشارة والتنسيق مع العاملين في المدرسة والوالدين في الأمور والجوانب المرتبطة بالمشكلات المدرسية.

٥ – تنمية وتطوير البرامج والخدمات للطلاب وإدارة المدرسة والمجتمع المحلي، وذلك من خلال تصميم برامج إرشادية واجتماعية خاصة بكل فئة من هذه الفئات.
٦ – الإشراف على الخدمات النفسية والإرشادية.

كما حددها توفيق وعنان، (١٩٨٩) في التالي:

١ – مساعدة الطلاب على التحصيل والوصول إلى أقصى استفادة ممكنة من التعليم.
٢ – مساعدة الطلاب على النمو والتغير والوصول إلى أكبر قدر ممكن من الاعتماد على النفس.
٣ – إيجاد علاقات اجتماعية سليمة بين الطلاب وبين العاملين بالمدرسة.
٤ – مساعدة الطلاب على نبذ الاتجاهات الضارة وتدعيم القيم والاتجاهات البناءة، وإكسابهم
٥ – القيم الجديدة التي يتطلبها بناء مجتمعهم.
٦ – مساعدة المدرسة على نشر خدماتها في المنطقة التي توجد فيها.
٧ – العمل على إيجاد ترابط وتفاهم قوي بين المنزل والمدرسة.

(أبوعباة ونيازى، ٢٠٠٠: ١٤١)

طرق الإرشاد النفسي :

تتعدد طرق الإرشاد النفسي بتعدد نظريات علم النفس فهناك نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية والنظرية المعرفية ونظرية العلاج العقلاني الإنفعالى السلوكي والسيكو دراما كأسلوب علاجي ولكل نظرية أسس وفلسفة تقوم عليها ومجموعة من الفتيات التى تستخدمها لتطبيقها منهجاً فى الإرشاد أو العلاج النفسي، وليس منا لمهم معرفة تفاصيل النظريات ب قدر معرفة الأسس التى قامت عليها ويرى الباحث أن إتباع نظرية واحدة والتمسك بها بعد نوعاً من

الجمود العلمي غير المرغوب حيث أننا نعلم أنه لا توجد قوانين عامة للسلوك البشرى تنطبق على كل الناس بصدق كامل، والرشد حيث يتعامل مع مشكلات بشرية معقدة لابد أن يقوم عمله على عدد من النظريات، وليس نظرية واحـــدة، لأنه لا وجود لمثل هذه النظرية الواحدة الشاملة بخصوص السلوك البشرى فـــى علم النفس.

وهنا يبرز الإتجاه الإنتقائى بوصفه أحد طرق الإرشاد النفســـى الـــذى يهدف إلى الاستفادة من كل النظريات بما يتلاءم مع طبيعة المشكلة المطروحـــة حيث يسعى لأنتقاء الفنيات المختلفة التى تساعد فى تخفيف المشكلة أو التخلص منها من خلال نظرة إيجابية أكثر شمولاً . ويشير الإتجاه الإنتقائى فى الإرشاد النفسى إلى الإتجاه العام للإختيار والإقتباس من نظريات أخرى، وهذا الإتجـــاه يفترض من الناحية النظرية أن ما يتم اختياره أو إنتقاؤه هو أحسن وأفضل مـــا فى النظرية فبعض المرشدين عند تقديمهم للمساعدة الإرشادية قد يلتزم بطريقة واحدة أو نظرية معينة يؤمن بها ويتحمس لها، ويرى أنها ذات فاعلية فى عملية الإرشاد، لكن موقفه هذا يقابله الكثير من الإنتقاد لأن الإلتزام بنظرية واحدة يتسم بنوع من الجمود كما أنه يحجب عن المرشد ومسترشده إيجابيات قد تكون قائمة ومتاحة فى النظريات الأخرى، بينما الأسلوب الإنتقائى متعدد المـــداخل يســـمح للمرشد أن ينتقى من عدة نظريات وهو أكثر الأساليب شيوعاً نظـــراً لمرونتـــه وانفتاحه على كافة التيارات، لذا تبنى الباحث الإتجاه الإنتقائى الذى يسمح لـــه بالإطلاع على النظريات المختلفة والإستفادة من الفتيات المتعددة التى تعـــرض لها بما يتلائم مع مشكلة البحث وكذلك طبيعة المرحلة العمرية.

وفيما يلى عرض للإتجاه الإنتقائى (النظرية الإنتقائيـــة) ثـــم الطـــرق الإرشادية التى تم الإستفادة منها بما يتلاءم مع طبيعة المشكلة المطروحة مـــع عرض لمبررات اختيار هذه الطرق الإرشادية بشكل تكاملى.

النظرية الإنتقائية Selectic Theory

يعد فريدريك ثورن Frdercick Thorne مؤسس النظرية الإنتقائية ويعنى بها محاولة المزج أو التوفيق بين مدارس فكرية متنوعة واختيار الطريقة أو الأسلوب من عدة مصادر ونظريات حيث يجب الإستفادة من المصادر المختلفة بما يساعد على خدمة حاجات الأفراد الذين يطلبون المساعدة وهم يعتقدون أنه يجب اختيار الإجراءات والأساليب التى تتناسب المسترشد ويجب ألا يعتمدوا على المحاولة والخطأ حيث يتدرب المرشد على العديد من الطرق والأساليب ويختار منها ما يتلاءم مع مشكلة فردية محددة.

ويعود اهتمام ثورن بإرشاد الشخصية ووجهة نظره الانتقائية كما وصفها بارمر على النحو التالى:

١- عدم التركيز على نظرية إرشادية محددة عند ملاحظة سلوك المسترشد أو تقييمه.
٢- دراسة تاريخ الإرشاد والعلاج النفسى بحيث يأخذ مما هو معروف.
٣- يبنى نظريته بناء على مهارات المرشد وشخصيته وبالتالى تحديد أسلوب التفاعل مع المسترشد كل وفق حالته.

إن قيام اتجاه إرشادى إنتقائى يتطلب إمكانية وجود عدد من النظريات الإرشادية تمتاز بالصدق والثبات والصلاحية لكن ينقصها الشمول، وهذا ما أدركه ثورن الذى ناقش كل النظريات القائمة وإنتهى إلى أنها نظريات غير كاملة وحاول أن يربط بين هذه النظريات وينتقى أفضل ما فيها عبر منهج كلى شامل مستفيداً من مذاهب علم النفس، ويعد جهده فى هذا المجال الذى أبرزه فى علم النفس التكاملى أساساً مذهبياً نظرياً للممارسات الإكلينيكية الإنتقائية.

(سعيد حسنى وجودت عبد الهادى، ١٩٩٩ : ١٩٣).

وتذكر أبو عيطة (٢٠٠٢) بأن ثورن قام بإرساء الفلسفة والمفاهيم الأساسية التى تخضع لها وجهه النظر الانتقائية فى العلاج النفسي وهى كالآتى:

١- المنهج العلمي قاعدة رئيسية فى التصدى لدراسة كل مشكلة نفسية والتخطيط اللازم فى معالجتها وتنفيذ الإستراتيجية التى ينتهى إليها ذلك التخطيط.

٢- الإتجاه الإنتقائى جهد منظم للاستفادة من مبادىء المدارس المختلفة التى يمكن أن توحد بين النظريات بقصد إقامة علاقة متبادلة ومتكاملة بين الحقائق ذات العلاقة الوثيقة فيما بينها مهما أختلفت أصولها النظرية وانتقاء ما هو أفضل وأكثر صحة فى المعالجات النفسية المختلفة أساساً يوفر قاعدة مناسبة فى تأليف نظام المعالجة النفسية ويكون على درجة جودة عالية وفى مستوى علمى مرتفع.

٣- تقوم المعالجة الإنتقائية على أساس الاختلاف بين الأفراد والتنوع فى الشروط المحيط بهم والنظر إلى كل شخص فى تفرده من حيث تكونه وسلوكه وحالة أضطرابه.

٤- توجه المعالجة الإنتقائية لغرض واضح محدد وهو تعديل السلوك المعالج تعديلاً يكفى فى الحكم عليه بأنه تغلب على اضطرابه واتجاه سلوكه نحو ما هو مقبول ومناسب.

٥- يبرهن واقع المعالجات النفسية السائدة على أن الجدوى منها ليست دائماً على درجة عالية فى كل حالة من حالات الإضطراب النفسى وأن كلاً منها يلاقى مقاومة فى حالة أو أكثر من هذه الحالات.

٦- أن تعقد واقع الإضطرابات النفسية يجعل الأخذ بتصنيف واحد والتقيد به فى العلاج النفسى لا يؤدى إلى الإحاطة الكافية بكل أغراض الإضطراب وشروطه .

٧- يعتمد كل اتجاه فى المعالجة النفسية على نظرية نفسية فى علم النفس وينطبق الأمر نفسه فى حالة المعالجة النفسية الانتقائية فهى تعتمد على نظرية نفسية أساسها الدمج بين وقائع علمية متعددة والتأليف المتكامل بينها .

٨- الشخصية من وجهه نظر انتقائية كل متكامل يسعى الفـروض خلالهـا للتغلب على مشكلات تفاعله بطريقته الفريدة التى تميزه عـن الآخـرين شخصيا واجتماعيا (سهام أبو عيطة ، ٢٠٠٢ : ١٧٨ : ١٨٠).

ويرى الباحث أن تطور الشخصية يتأثر بعدة عوامل منها عدم الرضا عن الذات والعمل المستمر على تحسينها ، ويهدف الإرشاد الانتقائى إلى تنميـة قدرة الفرد العقلية والقدرة على حل المشكلات السلوكية مـن خـلال الاهتمـام بالجانبين الإنفعالى والمعرفى، فالاضطراب أو عدم التكيف يرجع إلـى عجـز الفرد عن تعلم استخدام قدراته العقلية، كما يجب ، وسيطر إلى الإرشاد على أنه عملية إعادة تعلم وعلاج من خلال تدريب الفرد وعندما تصبح الإنفعالات عائقا يجب معالجة الانفعال أولا ويمنع التدريب ويكون الهدف من الإرشاد أو العلاج استبدال سلوك جديد بالسلوك الانفعالى يعتمد على اسـتخدام أعلـى المصـادر العقلية.

ويذكر القذافى (١٩٩٧) بان ثورن حدد عمليـة إعـادة الـتعلم خـلال الخطوات الآتية:

١ - تشخيص العوامل النفسية الديناميكية الفعالة المسببة للأضطراب بهـدف صياغة المشكلة المراد معالجتها أو تعلم السلوك للتغلب عليها .
٢ - تحضير أفضل الظروف للتعلم.
٣ - تحديد خطوات التعلم وإعادة التعلم.
٤ - إتاحة فرص الممارسة والتدريب لسلوك المتعلم.
٥ - توضيح الموضوع من خلال عملية التعلم ونتائجها بهدف زيادة الدافعـة والحافز للتعلم ويستطيع المرشد من خلال خبراته تحديد مواقف استخدام الإرشاد المباشر وغير المباشر وتحديد المهارات التى يجب أن يستخدمها وهو يرى أن شخصية الفرد تقوم على عدد من الدوافع منها:
- دافعية تنظيم أعلى وأفضل من أجل تحقيق الذات الأداء الأفضل.

- دافعية الإنجاز والاستقرار والمحافظة على الذات وتحسين أسلوب الحياة.
- دافعية دمج الوظائف المختلفة بما يحقق التوازن حيث يجاهد الفرد لتحقيق الوحدة والتكامل والتناسق فى الذات بحيث تظهر الحالة الانفعالية للفرد وبشكل واقعى.

(رمضان القذافى، ١٩٩٧ : ٢٥٩ : ٢٦٠).

ويرى عزب (٢٠٠٢) أن الإنتقائية منظومة ذات طابع متسق من الفتيات الإرشادية والعلاجية تنتمى فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن إنتقاء هذه الفتيات يتم بشكل تكاملى بحيث تسهم كل منها فى علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل ويتم انتقاء هذه الفتيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل لتحديد أفضل العينات ومدى ملائمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية.

(حسام عزب، ٢٠٠٢ : ٥)

ويشير فرج (٢٠٠٨) أن العلاج النفسى التكاملى إتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة وهو بصورة عامة يعتبر منحى علاجياً لا يتقيد ولا يلتزم بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية المختلفة من خلال دمجها فى نموذج علاجى تكاملى شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملى من نظريات أو فتيات مختلفة (Helign & Whitbourne, 2000, 131)

(Feixas & Botella, 2004) ، (بكر فرج، ٢٠٠٨ : ١٤)

ويؤكد فام (٢٠٠٠) والقذافى (٢٠١٠) بان يكون على المعالج ذوى التوجه التكاملى خلال العملية العلاجية أن يزيد من استبصار المريض بدفاعاته

وحيله الدفاعية (علاج بالتحليل النفسى) وأن يدرك كل ما حوله، ويعيش حاضره فى اللحظة التى هو فيها الآن (علاج جشطالتى) يدعم كل سلوك إيجابى يقوم به المريض (علاج سلوكى) يعدل من أنماط التفكير السلبى (علاج معرفى) يقوم بتدريب المريض على المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعل البينشخصى لديه (علاج بيتشخص)، يركز على الجانب الأسرى (علاج أسرى)، كما يركز على وجود الفرد وحتمية الإختيار (علاج وجودى)، وهكذا يمكن دمج هذه العلاجات النفسية معاً فى إطار تكاملى متناسق ومنسجم. (رشدى فام، ٢٠٠٠ : ٢٥٧) ، (أيمن زهران، ٢٠١٠ : ٧).

ويعرف الباحث الإرشاد الإنتقائى تعريفاً إجرائياً بأنه انتقاء أفضل الفنيات العلاجية المناسبة لطبيعة العينة بقصد إقامة علاقة متبادلة بين الحقائق ذات العلاقة الوثيقة فيما بينها مهما اختلفت أصولها النظرية وذلك بأسلوب انتقائى تكاملى يفيد عينة البحث وهذا ما أتبعه الباحث فى اختيار فنيات برنامجه الإرشادى الإنتقائى.

الطرق الإرشادية المستخدمة فى البرنامج الإرشادى الإنتقائى:

وفيما يلى عرض للطرق الإرشادية التى اعتمد عليه الباحث فى برنامجه الإرشادى الإنتقائى وفى إطاره النظرى:

(١) العلاج المعرفى :

يرى مليكة (١٩٩٤) أن العلاج المعرفى الأساس الذى ينسحب تأثيره على العلاجين الإنفعالى والسلوكى أى أن حدوث أى تغيير فى الجانب المعرفى يؤدى إلى تغيير فى المنظومة العلاجية كلها حيث يتعلم العميل كيف يفصل بين معتقداته العقلانية واللاعقلانية وكيف يتقبل الواقع. كما يفترض العلاج المعرفى أن العميل يمكن أن يفكر حول تفكيره وبالتالى فإن ذلك يساعده على صقل عملياته المعرفية. والعلاج المعرفى يقدم المعلومات والشرح وهو جدلى وموجه إلى مساعده الفرد الذى يعانى من اضطرابات انفعالية وخاصة فى العلاج

الجماعى الذى يشجع الأعضاء الآخرين فى الجماعة على مناقشة العميل الـذى يفكر تفكير غير فعال وكذلك مناقشته فى تفكيره.

(لويس كامل مليكة، ١٩٩٤ : ١٩٧: ٢٢٤).

ويرى الشناوى (١٩٩٦) أن العلاج المعرفى فى صورته الواسعة يشتمل على كل الطرق التى تزيل الألم النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وهو تطبيق للطرق الشائعة فى التفكير التى طورت فى الحيـاة العادية فى العلاج ، كما أنه أكثر ملائمة لأولئك الذين لديهم طاقـة للاسـتبطان والتروى ويمكنهم أن يفكروا بشكل مناسب فى مجال حيـاتهم خـارج مجـال المشكلة.

ويركز العلاج على مساعدة المريض فى التغلب على الـنقط العميـاء والإدراكات الخاطئة وخداعات الذات والأحكـام الخاطئـة ولأن الإسـتجابات الإنفعالية التى أتت بالمريض إلى العلاج هى نتائج التفكير الخاطىء فإنها تزول عندما يتم تصحيح هذا التفكير، ويهدف العلاج المعرفى إلى التعامل مع التفكيـر غير المنطقى فقد لا يكون هناك تشويش للواقع، وإنما يكون التفكير نفسه قائمـاً على أساس افتراضات خاطئة ومشتملاً على استنتاجات خاطئة من المشـاهدات أو حدوث زيادة فى التعميمات، وبإيجاز فإن الهدف فى العلاج المعرفـى هـو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض بحيث تصحيح صورة الواقـع فى نظره ويصبح التفكير منطقياً، وبذلك فإن العلاج المعرفى كما يقـول (بيـك Beck) ينتظر إلى الشخصية على أنها تعكس التنظيم والبناء المعرفـى للفـرد الذى يتأثر بالجوانب البيولوجية والجوانب الاجتماعية وفـى حـدود التشـريح العصبى والكيمياء الحيوية للفرد، فالخبرات التعليمية تساعد على تحديـد كيـف ينمو هذا الفرد وكيف يستجيب.

(محمد محروس الشناوى، ١٩٩٦ : ١٥١ : ١٥٧).

٢- العلاج السلوكى:

ترى النظرية السلوكية أن شخصية الفرد ما هى إلا تنظيم من العـــادات والأساليب السلوكية التى يكتسبها الفرد خلال نموه عن طريق عملية التعلم، مما يعنى أهمية العوامل البيئية التى يتعرض لها الفرد فى تكوين شخصيته.

ويؤكد إبراهيم ، عسكر (٢٠٠٥) أن العلاج السلوكي لا يرتبط نظريـــاً بمبادىء التعلم فحسب بل بالمنهج التجريبي أيضاً ولهذا فإن المسلمة الرئيســية للعلاج السلوكي ترى أن المشكلات السلوكية التى تراها فى الميادين الإكلينيكية يمكن فهمها فى ضوء تلك المبادىء التى تعتمد على التجريب العلمى بشكل عام. (عبد الستار إبراهيم – عبد الله عسكر، ٢٠٠٥ : ٢٤٢: ٢٤٣)

ويـــرى القـــذافى (١٩٩٢) أن الســـلوكيون يعتبـــرون الإضـــطرابات والإنحرافات السلوكية ما هى إلا عادات متعلمة خاطئة تعلمها الفرد ليقلل مـــن قلقة وتوتراته، وبالتالى يكون ارتباطاً شرطياً ويقوم العلاج السلوكى على إطفاء الارتباط الشرطى المكتسب وتكوين منعكس شرطى أو استجابة جديدة مرغوب فيها.

ويركز العلاج السلوكى على مشكلة المـــريض الحاليـــة والأعـــراض المرضية كيف تبدو، ويرى السلوكيون أن سلوك الإنســـان هـــو نتـــاج للبيئـــة وخبراتها، وباختصار فإن السلوك المضطرب استجابات متعلمة خاطئـــة غيـــر تكيفية يتعلمها الفرد فى أى مرحلة من مراحل نموه.

مبررات إختيار النظرية السلوكية:

جوهرة النظرية السلوكية إحلال سلوك ملائم ومرغوب محل سلوك غير ملائم ومكروه ويتم ذلك من خلال أساليب متعددة منها:

١- الإسترخاء.
٢- التعزيز بأنواعه.
٣- الممارسة السلبية.

٤- التحصين التدريجى.

٥- النمذجة.

٦- الواجبات المنزلية.

ويرى الإتجاه السلوكى أن سلوك الإنسان يرتبط بمجموع الخبرات التى سبق مروره بها وأنه يمكن تغيير ذلك السلوك عن طريق الأساليب النفسية وقد أدى ذلك إلى الاعتماد على عمليات التعلم بوصفها وسيلة لتغيير ذلك السلوك أكثر من أى أسلوب آخر.

وتقوم فكرة الإرشاد السلوكى على فلسفة ترى أن الكائن الحى يستجيب للمثيرات البيئية وفقاً لتوقعاته المنتظرة منها ووفقاً للنتائج المترتبة وتؤدى النتائج غير السارة التى تنتهى بالعقاب (تعزيز سلبى) إلى تخلى الكائن الحى من السلوك المؤدى إليها والتخلص منه بينما يستمر فى ممارسة أنماط السلوك المؤدية إلى مكافآته (تعزيز إيجابى).

وتقوم النظرية السلوكية على مسلمات أساسية هى أن السلوك نتيجة حتمية لما سبقه من أحداث مما يسبغ عليه الانتظام فى الحدوث بمعنى أنه كلما تكرر ظهور السبب فعادة ما تتبعه النتيجة ويعتمد السلوك على عاملين مهمين هما الخبرة السابقة وما يجرى حدوثه حالياً ويكون له علاقة بذلك السلوك. ويمكن التعرف على الأحداث المؤثرة فى السلوك عن طريق الملاحظة العلمية المنتظمة وكذلك فمتى أدت المقدمات إلى حدوث نتائج على شكل سلوك معين فإنه يصبح بالإمكان السيطرة عليه وتغييره عن طريق السيطرة على تلك المقدمات وتغييرها. (رمضان القذافى ، ١٩٩٢ : ٢٥٠ : ٢٦٠).

ويرى الباحث أن معظم السلوك الإنساني متعلم ويمكن تعديله وفقاً لما تقتضيه المواقف والضرورة، وكذلك هناك دوافع تتداخل فى عملية التعليم حيث لا تتم دون دوافع وتعزيز وتدعيم للسلوك الجيد والتثبيت الذى يؤكد سلامة الخبرة، ولا بد أن يرتبط بما يحققه من أثر طيب.

وهدف الباحث من استخدام العلاج السلوكى إلى إعطاء الطفل من ذوى حالات التبول اللاإرادى الفرصة لتعلم السلوك الجديد وتعزيز السلوك السوى المتوافق وهو سلوكه الإيجابى لعملية التبول الذى يلقى قبولاً عنده ورغبة فى التخلص من السلوك غير المرغوب فيه وهو التبول اللاإرادى.

شرح الفنيات السلوكية الإنتقائية المستخدمة فى البرنامج الإرشادي بشىء من التفصيل.

الفنيات السلوكية Behavioral Techniques:

- **فنية الاسترخاء Relaxation :**

ويعتبر إبراهيم (١٩٩٨) الاسترخاء (relaxation) واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق.. وهناك عدد من أساليب الاسترخاء التي عرفتها معظم الشعوب منذ وقت طويل . وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمرين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي.

ويعرف الاسترخاء علميا بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

وقد ابتكر (جيكبسون) Jacobson أسلوب الاسترخاء التصاعدي موضحا أنه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضي بالقلق. وقد استطاع " ولبي " أن يطور هذا الأسلوب من خلال نظريته في الكف المتبادل موضحا أن الاسترخاء يعتبر من العوامل الكامنة للقلق فلا يمكن للشخص أن يكون مسترخيا وقلقا في نفس الوقت. وتعتبر الأساليب الحديثة في الاسترخاء من اشهر أساليب العلاج السلوكي ويحتاج إجراؤه إلي تدريب منظم.

(عبد الستار إبراهيم،١٩٩٨ : ٢٣٤).

ويرى مليكة (١٩٩٠) أن استخدام عدد متنوع مـن الإجـراءات لإحـداث استرخاء عضلي عميق وتقوم هذه الطريقة على أساس الطريقة التـي وصـفها جاكوبسون(١٩٣٨) والتي تعرف بالاسترخاء المتدرج، وهي تتطلب من الفـرد الذي يعاني من توتر تعلم استرخاء المجموعات العضلية الرئيسية تبدأ من قمـة الجسم إلى أسفل وبطريقة ثابتة ونظامية (لويس مليكة، ١٩٩٠: ٥٣).

ويقصد به الاسترخاء المنظم، للتخلص من التوتر والانفعـال والقلـق. والاسترخاء يغير من طريقة إدراك البيئة، حيث يحولهـا إلـي عنصـر أقـل تهديدا.(حامد عبد السلام زهران ،١٩٩٨ : ٤٠٢).

واستخدم الباحث هذه الفنية بتعليم المجموعـة المشـاعر والانفعـالات الإيجابية والسلبية ثم الانتقال إلي المشاعر السلبية كالإحساس بالقلق والاكتئـاب والحزن، حيث يتعلمون أن شعورهم بالحزن والقلق، والاكتئاب يمكن تعديلـه، ويطلب منهم كتابة مواقف مثيرة لمشاعر مختلفة ثم تعليمهم ملاحظة أنفسهم في مواقف القلق والحزن ، والكلمات التي يرددونها مع أنفسهم ، ثم تدريبهم علـي التحكم الفوري والمباشر في الحوار الداخلي وما يقولونه لأنفسهم، وان يجربـوا ما يقولون بصوت عال مسموع ، ثم مساعدتهم علي استخدام عبارات إيجابيـة ويقترن ذلك بالاسترخاء العضلي حتى تزول حالة التوتر والقلق ثم تقييم أنفسهم ثم تعزيزها مما يؤدي إلي حالة من الشعور بتحسن المزاج والثقة ويؤدي إلـي النجاح.

وقام الباحث بتدريب المجموعة التجريبية على الاسترخاء داخل الجلسات، كذلك شجعتهم التدريب علي الاسترخاء في المنزل من خلال الواجبات المنزلية.

- **فنية النمذجة Modeling :**

وجد العالم باندورا (Bandura, 1977) أن التعلم يحدث إلي حد بعيد بواسطة طرق الملاحظة حتى عندما لا يقوم الملاحظ بعمل اسـتجابات مقلـدة صريحة.(احمد محمد الزعبي، ١٩٩٤: ٧٥). ويعتبر باندورا من الأوائل الذين

اثبتوا أن التعلم من خلال مشاهدة الآخرين يعتبر من المبادئ الرئيسية التي يجب حسابها (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٨: ٢٤٣). كذلك تعد النمذجة جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك، وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر علي التعلم، عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج، ويعطي الشخص فرصة لملاحظة نموذج ، ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج (لويس مليكة، ١٩٩٤: ١٠٤)

وتقوم طريقة استخدام النماذج السلوكية أو النمذجة علي إتاحة نموذج سلوك مباشر أو ضمني (تخيلي) للمسترشد حيث يكون الهدف توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمسترشد بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه وإكسابه سلوكا جديدا، أو زيادة أو نقصان سلوك موجود لديه.

(محمد محروس الشناوي، ١٩٩٦: ٣٦٨).

كما يؤكد لويس مليكة (١٩٩٤) ذلك حيث يقول"هناك أربعة نماذج أساسية للتعلم تكون أسس العلاج السلوكي، منها: نموذج التعلم عن طريق الملاحظة، وهو يستخدم أساليب تيسر التعلم عن طريق التدريب علي سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين".

(لويس مليكة ، ١٩٩٤، ٢٩ : ٣٠) .

كما يؤيد ذلك عبد الرحمن عدس وآخرون (١٩٩٨ : ١٧٦) حيث يذكرا أن للتعلم عن طريق التقليد ميزتين علي التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، وهي: أن الشخص الذي يقوم بالمحاكاة يري الاستجابة الصحيحة ، وبذلك يقلل من سلوك المحاولة والخطأ، وأن مشاهدة القيام بسلوك ماهر، ولو من الوجهة النظري علي الأقل، هو بمثابة تجربة أولي ناجحة .

ويتوقف نجاح فنية التعلم بالنموذج في إظهار الطفل للسلوك المرغوب علي توافر عدة شروط منها: إثارة انتباه الطفل لملاحظة النموذج المعروض، وشرح الخطوات السلوكية أثناء الأداء، وتأدية النموذج في مواقف فعلية لجذب اهتمام الطفل بها علي متابعتها وتقليدها.

(عبد الرحمن عدس وآخرون،١٩٩٣: ١٠٥: ١٠٦).

ويشير النجار (٢٠٠٠) إلى أن التراث السيكولوجي في تربية الأطفال وتأهيلهم، بتقديم النموذج مباشرة من الكبار، مع حث الطفل من آن لآخر أثناء تقديم النموذج، وإثارة انتباهه للمتابعة، والملاحظة، والتقليد.

(محمد النجار، ٢٠٠٠: ٧٥).

ويرى أبو مصطفى وآخرون (٢٠٠٢) أن التعلم بالنموذج أن يقوم النموذج بأداء السلوك المرغوب بطريقة صحيحة أمام الطفل، مع شرح لكل خطوة أثناء أدائها، وجذب انتباه الطفل لملاحظة الأداء خطوة بخطوة، وتصلح هذه الفنية في تعديل السلوك الفردي والجماعي، كما تصلح في المواقف التعليمية الأكاديمية والعلمية.ففي حالة التعلم الفردي يقوم المعلم بحل المشكلة على ورقة لكل تلميذ على حدة، ثم يترك التلميذ يحاول الحل وحده كما رأي المعلم وهو يقدم نموذج الحل الصحيح أمامه. أما في حالة التعلم الجماعي، تستخدم طريقة النموذج الثابت للحل مع التوضيح، حيث يقدم الحل النموذجي للمشكلة أمام جميع التلاميذ، وتبقي ورقة الحل النموذج مع التلاميذ، وعلي كل تلميذ بعد ذلك أن يقوم بحل باقي المسائل بمفرده.

(نظمي أبو مصطفي وآخرون، ٢٠٠٢ : ٤٥: ٤٦).

وللنمذجة أهمية في العلاج المعرفي السلوكي، فمن خلالها يتم التركيز علي فكرة أن السلوك يمكن أن يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج وهناك أنواع مختلفة من النماذج تستخدم بواسطة المعالج المعرفي السلوكي وهي النموذج الرمزي ، النموذج الحسي ، ثم النموذج المشارك.

(Southam- Gerow, et al. ,1997, 115)

وقد استخدم الباحث هذه الفنية كأسلوب تعليمي حيث يقوم النموذج بأداء السلوك المرغوب فيه بطريقة صحيحة.

الجلسات الإرشادية، ولنقل الخبرات المتعلمة من داخل الجلسات إلي خارج الجلسات في حياتهم العامة.

ويتم خلال هذه المرحلة مناقشة الواجبات المنزلية مع المجموعة العلاجية في بداية كل جلسة علي حدة، لمناقشة بعض النماذج من الواجبات المنزلية.والتأكد من أنهم قد استطاعوا دحض الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار أخري عقلانية.

ج – فنية التعزيز Reinforcement

المقصود به التدعيم والتقويم للسلوك عن طريق الإثابة. والتعزيز إما أن يكون إثابة أولية مثل إشباع دافع فسيولوجي أو قد يكون إثابة ثانوية مثل زوال الخوف. وهذا يؤدي إلي تكرار السلوك المدعم.

(أحمد الزعبي، ١٩٩٤: ٧٦).

ويعتبر التعزيز أسلوب في العلاج السلوكي يقدم في كل مرة يؤدي بها السلوك المرغوب، أي الإثابة تعتمد علي السلوك المشروط بأدائه (جابر عبد الحميد، علاء كفافي، ١٩٩٠: ٦٦٤). كذلك يمكن للشخص أن يستخدم التدعيم الذاتي بعد أن يتكون السلوك المرغوب ويتم تدعيم الذات بان يقوم الشخص بإثابة نفسه عند ظهور السلوك المرغوب.

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣: ١٩٩).

واستخدم الباحث التعزيز المادي والمعنوي خلال البرنامج ، وكذلك الثناء والشكر للأفراد المجموعة التجريبية علي مواظبتهم والتزام بالحضور.

٦-فنية إعادة البناء الموقفى Situational reconstruction

هذه الفنية تشبه فنية التركيز من حيث إنها تهدف إلى استعادة المريض للسيطرة على المواقف ، والمشكلات المرضية ، ولكنها تختلف من حيث تركيزها على الاعتبارات الموقفية أكثر من النتائج الانفعالية وحدها ، ومن حيث وظيفتها العلاجية فإنها تكون أكثر فائدة عندما يكون الطفل قد عانى مؤخراً من أحداث ضاغطة ، خاصة إذا كان منشغلا بهذه الأحداث بصورة مرضية ووفقا لهذه الفنية فإنه يتم توجيه الطفل إلى محاولة تخيل ثلاث حالات كان من الممكن

وفقا لها أن يأتى الحدث على نحو أسوأ مما كان عليه بالفعل ، وعندما ينجح فى ذلك يحاول تخيل ثلاث حالات كان من الممكن أن تكون أقل سوءاً مما وقع فعلاً ، وبعد التدريب على إعادة بناء الموقف على هذا النحو ، تطبق هذه الطريقة على أحداث سابقة ، ومن إحدى فوائد هذه الفنية أنها تقدم أفكاراً عن التغيرات الذى يمكن أن يحدث الاستخدام الحيوى للتخيل ، وبالتالى توسيع المجال الذى يمكن أن يمارس فيه الإنسان سيطرته ، وتحكمه فى الأحداث بما يحسن القدرة على صياغة القرارات التى تتعلق بالمستقبل .

(مادى Maddi ، ١٩٨٥ : ٢١٠-٢١٣)

(٧) فنية منهج القصة الرمزية Parable method

يشير فرانكل (١٩٩٧) إلى هذا الأسلوب بوصفه وسيلة مفيدة مع بعض الأشخاص ، حيث يروى المعالج قصة توضح معنى قد يصعب التعبير عنه بشكل مباشر ، فعلى سبيل المثل يروى فرانكل قصة توضح معنى ارتباط الحياة الإنسانية بالمعاناة وهى قصة " حبوب الخردل " وفيها ولدت الهندية جوتا طفلا ، ولكنه مرض ومات ، فشعرت بالأسى ، وحملت جثمانه من مكان لآخر ، بحثا عن دواء ، فهزأ الناس بها ، ولكنها لجأت لأحد الحكماء ، والذي أخبرها أن الدواء الوحيد هو أن تحضر حفنة من حبوب الخردل من أي منزل لا يكون أحد من أهله قد مرض ، أو عانى أو مات ، فجابت المدينة من بيت إلى بيت ، ولكنها لم تنجح أبداً فى العثور على منزل لم يعان فيه أحد أو يموت ، فأدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذى مرض أو مات ، وأنها لم تكن الوحيدة التى عانت ، فالمعاناة قانون سائد بين البشر (فرانكل، ١٩٩٧ : ١٤٣).

(٨) فنية المسرحيات النفسية القائمة على المعنى Logodrama

المسرحيات النفسية القائمة على المعنى هى نوع من أساليب العلاج الجماعى المتبع فى العلاج بالمعنى ، ويقوم على أساس تخيل الماضى من الحياة

بهدف تعزيز الشعور بالمسئولية نحو الوجود الشخصى ، ففى اللوجـــو درامـــا يحكى كل مريض قصته مع المرض ، وعن طريق الحوار المتبادل بين مختلف المرضى والمعالجين يتضح المعنى بطريقة ارتجالية ، وفى هذا الحوار يتاح لكل مريض الفرصة بأن يتخيل نفسه وقد مضت سنوات عمره ، وأن له أن يواجـــه الموت ، ثم ينظر إلى حياته الماضية ، وقد جرت على هذا النحو ، ويـــرى إن كانت تحوز معنى أم لا ، عندئذٍ يقيم حياته ، ويدرك مسئوليته عن إيجاد المعنى لحياته .

٣- العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى:

Rational motive Behavior Therapy

يعد البرت اليس Alies مؤسس العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى الذى أوضح من خلاله أن الفرد يحتفظ بأفكار لاعقلانية عبر منظومة من الأفكار والألفاظ، يعتمد عليها بصفة مستمرة فى تدعيم وتعزيز التصورات غير المنطقية للواقع الذى يعيشه، ويصف الباحثون الحاليون العلاج العقلانى الإنفعالـــــــى السلوكى بأنه الصفة الأكثر شمولاً والأكثر فاعلية للتداخلات المعرفية السلوكية. (Bank, 2006 34: 36)

والفكرة الأساسية للعلاج الإنفعالى السلوكي أن الأفكار غير العقلانية هى المسبب الأساس لأى اضطرابات نفسية وانحرافات سلوكية عند الإنسان، لـــذلك يوصى اليس بضرورة وأهمية تحديد هذه الأفكار اللامعقولة عند الإنسان حتـــى يتمكن المعالج النفسي السلوكي الإنفعالى العقلاني من التعامل معها ومســـاعدته على تغييرها وتحويلها إلى أفكار عقلانية مما يدعم تنمية شخصيته ويدعم تعديل سلوكياته نحو الأفضل، وبالتالي يحقق الاستقرار النفسي والثبات الإنفعالى، وهو ما يعد هدفاً رئيسياً نهائياً للعملية الإرشادية . وقد وضع ألـــيس اســـتراتيجيات العلاج السلوكي الإنفعالى العقلاني ومهاراته وفنياته وهى مبنيـــة علـــى تعلـــيم المسترشد كيفية تغيير اعتقاداته غير العقلانية إلى اعتقادات عقلانية ومســـاعدته

على تقبل ذاته كما هى فى بداية العملية الإرشادية ثم تغيير رؤيته لها بعد تغيير أفكاره عنها ولذلك يعد هذا الإتجاه الإرشادي إتجاهاً مباشراً.

ويتفق المعالجون رغم اختلاف إتجاهاتهم على أن الإضطرابات النفسية لا يمكن عزلها عن الطريقة التى يفكر بها المريض تجاه نفسه والعالم أو إتجاهاته نحو نفسه والآخرين. وتفكير الإنسان أو إنفعاله أو سلوكه يحدث فى آن واحد، فمن النادر أن تنفعل بدون تفكير، فالفرد عندما ينفعل فإنه يفكر أيضاً، وعندما يتصرف فإنه ينفعل وعندما يفكر فإنه ينفعل ويتصوف.

ويرى أليس Ellis عبر نظريته فى العلاج العقلانى الإنفعالى أن السلوك ناتج عن الاعتقادات، وأن العلاج يركز على الكشف عن الأخطاء التى تغلب أسلوب حياة المريض وتزويده بالإستبصار والتوجيه المطلوب، ومعنى ذلك أن الأحداث المنشطة لا تسبب العواقب الإنفعالية، لكن الذى يسببها هو نظام اعتقادات الفرد غير العقلانية وهذه يجب تعديلها وتغيرها عن طريق الدحض.
(مصطفى خليل الشرقاوى، ٢٠٠٠ : ١٧٣: ١٧٤).

مبررات اختيار نظرية أليس Ellis

١- الإرشاد العقلانى الإنفعالى السلوكى إرشاد موجه يستخدم لمساعدة الميل على تصحيح معتقداته غير العقلانية التى يصحبها خلل إنفعالى واضطراب سلوكى إلى معتقدات عقلانية يصحبها ضبط انفعالى وسلوك سوى ، حيث ينقل العميل من اللامعقول واللامنطق إلى المنطق والواقع والمعقول باستخدام الحجج والبراهين المنطقية، وهكذا يتم استبصار العميل بعدم منطقية الأفكار والمعتقدات وعلاقة ذلك باضطرابه السلوكى.

٢- بناء وتبنى أفكار ومعتقدات جديدة منطقية ومعقولة وفلسفة جديدة للحياة أساسها السلوك السوى المتوافق مع الواقع، وهذا الأثر الحسن لهذا الأسلوب الذى يؤدى إلى الصحة النفسية يترك الحرية للعميل لتقبل ما يتبناه من أفكار مع معتقداته وتطبيقها. وهكذا نرى أن أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى إرشاد معرفى سلوكى يؤدى إلى عقلنة العاطفة.
(حامد زهران، ٢٠٠٥: ٣٩٦ : ٣٩٧).

وهدف الباحث من استخدام العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى إلى مساعدة الطفل من ذوى حالات التبول اللاإرادى على كيفية تقبل الواقع والتمييز بين أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية غير المنطقية والأفكار المنطقية هذا عن الجانب المعرفى، أما الجانب الإنفعالى فيساعد الطفل على التعرف على مدى تأثير أفكاره السلبية على علاقاته بالآخرين مع احتفاظه بتقبله غير المشروط لذاته، أما الجانب السلوكى فيساعد على تغيير الأفكار والمعتقدات بعد مجادلتها ومواجهة مفهومة السلبى من ذاته بمفهومه الإيجابى الجديد ومشاعر ساعدته على تخفيف حدة التبول اللاإرادى وهذا ما حققه الباحث فى الجلسات الإرشادية والعلاجية مع الأطفال من ذوى حالات التبول اللاإرادى.

٤- السيكو دراما

أستطاع المحلل النفسى موريتو moteno أن يطور منهجا فى العلاج النفسى هو السيكو دراما ما أو الدراما النفسية وعرفها بأنها شكل من أشكال العلاج النفسى الذى يستخدم التمثيل لمعاونة المريض فى حل مشكلاته وعن طريق المساعدة التى يقدمها الموجه يجسد المريض المواقف والعلاقات التى تشكل بالنسبة له أسباباً لاضطراب سلوكه وهو ما يعد أحد أنواع العلاج النفسى الجماعى. ولا تعد السيكو دراما مجرد طريقة للعلاج النفسى الجماعى . ولا تعد السيكو مجرد طريقة للعلاج النفسى الجماعى فقط بل بالإضافة إلى ذلك لها استخدامات متعددة فهى أسلوب علاجى نفسى ولا بعداً جسمياً حركياً مما يجعلها أفضل وسائل الإتصال لأنها تتعدى حدود أى لغة فهى توسع من الروابط بين الأجناس ومختلف المستويات الاجتماعية والعقلية ومن جهة نظر علم النفس تتضمن السيكو دراما أعمق لغة هى لغة الجسم.

وتتلخص فكرة السيكو دراما فى أن يشارك المسترشد خلال التمثيل أداء موقف من مواقف الحياة حيث يقوم بتمثيل دوره أمام المعالج وغيره من المشاهدين، ومن خلال العرض يكشف مشاعره وعلاقته وانفعالاته ووجهة نظره فى العلاقات الاجتماعية القائمة بينه وبين غيره من الأفراد وهذه الطريقة

تعد تنفيساً للفرد عن الأعراض والآلام التى يعانى منها أو المشاكل التى تدفعه إلى طلب المعالج. (سعيد العزة ، ٢٠٠١ : ٤١٢ : ٤١٨).

ومن التكنيكات المستخدمة فى السيكو دراما:

- لعب الدور.
- قلب الدور.
- الكرسى الخالى.
- أسلوب المرأة.
- أسلوب البديل.

مبررات اختيار أسلوب السيكو دراما

هدف الباحث من استخدام السيكو دراما إلى تشجيع الطفل من ذوى حالات التبول اللاإرادى على أن يتكلم بسلاسة وأن يعبر عن دوافعه وصراعاته ومخاوفه وشعوره ورغبته الداخلية وخبراته المؤلمة الماضية التى يمكن ظهورها مع أفراد المجموعة العلاجية.

٥-الإرشاد البيئى:

يعد المناخ العائلى المادى والمؤيد وجدانياً عاملاً جيداً فى الوقاية من التبول اللاإرادى ولابد من توفير هذا المناخ للأطفال الذى بدت عليهم حالات التبول اللاإرادى أكثر من مرة وعلى الأم أن تركز على أن تجعل عالم الطفل عالماً مليئاً بالمرح والأمان فمساعده الوالدين فى خلق مواقف سارت ناجحة فتشجيع الآباء على تنمية أسلوب هادىء غير مندفع وسهل فى كافة المواقف ينتقل إلى الطفل بشكل غير مباشرة من خلال سلوكهم. ومن الأمور الهامة إعطاء الأم معلومات كافية عن طبيعة مرضى التبول اللاإرادى وظروفه وما يجب أن تقوم حياله.

وفى ضوء ما تقدم يتضح أن هذه الطرق الإرشادية والعلاجية تتداخل معاً بشكل ملحوظ، فالعلاج المعرفى السلوكى تطور للعلاج المعرفي، والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكي موزع من العلاجين السلوكي والمعرفى حيث يشترك معهما فى افتراض أن معظم المشكلات تنشأ عن تعلم اجتماعى خاطىء، وأن

العلاقة بين المرشد والمسترشد أكثر من علاقة بين مدرب ومتدرب، وأن نقل أثر التعلم من العلاج إلى بيئة المسترشد التى يحيا فيها لا يتم بشكل تلقائى وإنما عن طريق الواجبات المنزلية وغيرها من الفتيات والتدريبات الخاصة بالتحكم فى المثانة وعملية التبول.

وهكذا فإن الطرق الإرشادية والعلاجية من الممكن مزجها معاً بحيث تخرج فى النهاية بعلاج واحد، يمكن القول أنه أسلوب إرشادى انتقائى يجمع بين طياته فنيات وإستراتيجيات متعددة تستند إلى أسس نظرية وفلسفته متباينة جاءت نتيجة تجارب علمية قادتها تيارات فكرية مختلفة بشكل تكاملى، وهذا أفاد بشكل واضح فى إثراء الفهم واختيار انسب الطرق والفنيات الملائمة لإرشاد وعلاج ذوى حالات التبول اللاإرادى للأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة وكذلك خفض حدة التبول اللاإرادى.

تعقيب الباحث على نظريات الإرشاد النفسي :

بعد استعراض الباحث لنظريات الإرشاد النفسي فقد لاحظ الباحث أن هناك اختلاف في وجهة نظر أصحاب هذه النظريات في تفسير الشخصية والسلوك الإنساني ولا توجد نظرية تكون قريبة للواقعية في تفسير الشخصية والسلوك الإنساني ، هذا ويتبني الباحث النظرية الانتقائية التكاملية، لأنه يرى أن هذه النظرية تأخذ من جميع المدارس الإرشادية ودمجها بنظام واحد وهذا يسمى فن العلاج حيث يقوم أولا بتقييم الطفل أو المريض بناء على ماضية وحاضرة والاحتمالات المستقبلية مما يساعد على فهم أفضل للشخصية عند المسترشد النفسي أو الاجتماعي وكذلك اهتمت النظرية بالجانب المعرفي والانفعالي بهدف تنمية قدرات الطفل أو المسترشد على حل المشكلات السلوكية لان الاضطراب يرجع لعدم تعلم الطفل آليات تساعده على التفكير الايجابي .

الفصل الثالث

دراســـات سابقــة

- تمهيد .
- المحور الأول : دراسات تناولت طرق مختلفة من التدخلات النفسية والعلاجية للحد من مشكلة التبول اللا إرادى.
- المحور الثانى : دراسات تناولت تحليل ظاهرة التبول اللاإرادى من منظور نفس اجتماعى.

الفصل الثالث

دراســـات سابقـــة

تمهيد :

مما شك فيه ان الاطلاع على الدراسات والابحاث السابقة قبل البدء في اول خطوات الدراسة توفر للباحث فرصة فى بلورة مشكلة البحث الذي يفكـر فيه وتحديد ابعادها،مجالاتها كما تزود الباحث بالكثير مـن الافكـار والادوات والاجراءات والاختبارات والمقايس التدخلات التي يمكن ان يستفيد منهـا فـي اجراءاته لحل مشكلة التبول اللاإرادي.

كما تعد الدراسات السابقة إطارًا مرجعيًا يعتمد عليه الباحث في مناقشـة وتفسير نتائجه وربطها بنتائج الدراسات السابقة مما يكسب دراسته أهميـة فـي المعرفة عندما يحدد الباحث ما هي الإضافة التي قدمها مقارنة بالدراسات السابقة وهى تشير إلى ما سوف يضيفه هذا البحث من معلومات جديدة إلـى مشـكلة التبول الارادى و يكون لها اثر فاعل فى توضيح بعض الظواهر التي لم يـتم توضيحها من خلال البحوث التي تم دراستها فى نفس المجال والدراسة النظرية والعملية للبحث تكمن فى التوصل إلى تعميمات جديدة لم يتم التوصل إليها مـن قبل مع الأخذ فى الاعتبار أن تصبح هذة التعميمات الجديدة إضافة إلى المجال المعرفي بشكل عام. كما حظى موضوع التبول الارادى اهتمـام العديـد مـن الاطباء والباحثين والمرشدين النفسيين والاجتمـاعيين والتربـويين بووضـع الخطط والبرامج العلاجية المختلفة لما له من اهمية بالغة على الطفل والاسرة .

وسيهتم الباحث فى هذا الفصل بعرض الدراسات النفسية والاجتماعيـة والتدخلات العلاجية التى اهتمت بموضوع التبول اللا إرادى.

المحور الأول : **دراسات تناولت طرق مختلفة من التدخلات النفسية والعلاجية للحد من مشكلة التبول اللاارادى**.

١- دراسة العصافرة : (٢٠٠٨)

عنوان الدراسة : علاج التبول اللاإرادي بالعلاج السلوكي المعرفي

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 :

١. استمارة تاريخ الحالة
٢. المقابلة الإكلينيكية (العيادية)
٣. الملاحظة السلوكية المباشرة
٤. المراقبة الذاتية
٥. اختبار القلق الظاهر للأطفال .
٦. الاختبارات والمقاييس: اختبار كوبر سميث

عينة الدراسة:

تكونت عينة البحث من جميع الحالات التي راجعت العيادة خلال فترة البحث وعددهم (٦١) حالة جميعهم يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي ،استبعد الباحث من العينة (٤) حالات كان عمرها اقل من (٥ سنوات) واستبعد

أيضا (١٠ حالات) نتيجة لعدم متابعتها للجلسات العلاجية وبقيت العينة (٤٧ حالة).

نتائج الدراسة:

١ – إمكانية تطبيق هذا البرنامج العلاجي عياديا بحيث يطبقه الأخصائيون والمرشدون النفسيون في العيادات النفسية ومراكز الإرشاد النفسي .

٢ – إن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على الأطفال المتبولين لاإراديا أدى إلى علاجهم وإكسابهم سلوك النظافة ،مما يدل على فعاليته العالية .

٣ – إن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على الأطفال المتبولين لاإراديا أدى إلى معالجة المشكلات والانعكاسات النفسية أو العوامل المرتبطة بالتبول اللاإرادي والمتمثلة في (القلق ،والتقدير السلبي للذات)، مما يشير إلى فعاليته .

٤ – البرنامج العلاجي فعال في علاج التبول اللاإرادي لكلا الجنسين الذكور والإناث على السواء ، حيث انه لم يجد الباحث فروقا ذات دلالة تعزى للجنس.

٥ – البرنامج العلاجي يتميز بفعالية عالية في علاج التبول اللاإرادي لكلا الفئتين العمريتين الأولى والثانية ، وهو أكثر فعالية مع الأطفال من الفئة العمرية الأولى (٥–١٢ عام)منه مع الفئة العمرية الثانية (١٣–١٨ عام) .

٦ – البرنامج العلاجي أدى إلى التخفيف من حدة القلق المصاحب للتبول اللاإرادي لكلا الجنسين دون وجود فروق ذات دلاله إحصائية تعزى للجنس .

٧ – إن تطبيق البرنامج العلاجي أدي إلى زيادة تقدير الذات عند الإناث أكثر منه عند الذكور حيث كانت هناك فروقا دالة إحصائيا تعزى للجنس لصالح الإناث.

٨ – في تحليل نتائج تطبيق البرنامج العلاجي لم يجد الباحث فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى للفئة العمرية في علاج الانعكاسات النفسية أو العوامل المرتبطة بالتبول اللاإرادي

٩ – في تحليل نتائج تطبيق البرنامج العلاجي لم يجد الباحث فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى لنوع التبول اللاإرادي (أولي ، ثانوي) في علاج التبول اللاإرادي والانعكاسات النفسية أو العوامل المصاحبة له .

١٠ –حدث انتكاس عند حالتين اثنتين فقط من الفئة العمرية الأولى (٥–١٢)، من الذكور ، تبول لاإرادي أولي .

٢– دراسة: الهربي س م وآخرون (AL–Harbi SM etal, 2004)
عنوان الدراسة: العلاج السلوكي المكثف لحالات التبول اللاإرادي الأولي

هدف الدراسة : التعرف على اثر العلاج السلوكي المكثف لحالات التبول اللاإرادي الأولى لدى الأطفال السعوديين.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٢٦) طفلاً من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم (٦–١٤) سنة يعانون من التبول اللاإرادي الأولى .

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 إحصائيا 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 إحصائيا بين الوضع

الاجتماعي والوضع الاقتصادي للأطفال الذين يستطيعوا العلاج والمتابعة النظامية لبرنامج العلاج السلوكي المكثف .

٣-دراسة بينسي م، وآخرون (Pennesi M, etd 2004)

عنوان الدراسة: العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادي الأولي

هدف الدراسة:

التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادي الأولي 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.

النتائج: 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 ٩٠% من حالات النجاح أما باقي أفراد العينة ما زال عندهم من عرض إلى أكثر من عرض يتمثل في تأخر نضج المثانة.

٤ – دراسة: جلازينير س م، اوزن (GLAZENER CM, ETAL 2004)
عنوان الدراسة: التداخلات التربوية والسلوكية المشتركة للتبول اللاإرادي عند الأطفال

أهداف الدراسة:

تقييم اثر التداخلات التربوية والسلوكية المشتركة في عـــلاج التبـــول اللاإرادي عند الأطفال ومقارنتها مع تداخلات أخرى

أدوات الدراسة:

استخدام الباحث الأبحاث المنشورة في المجلات النفسية والطبية وأبحاث أخرى لها علاقة وقائمة مراجع كما استخدم الباحث جميع المحاولات العشوائية للتداخلات التربوية والسلوكية المشتركة للتبول اللاإرادي عند الأطفال ماعـــدا تلك المحاولات التي ركزت على التبول خلال النهار مقارنة بالتـــداخلات التـــى كانت بدون علاج وشملت الأساليب السلوكية والجسدية بالإضافة إلى الجـــرس المنبه، ودواء و تداخلات أخرى لجمع المعلومات وتحليلها، قام بجمع المعلومات اثنين من الباحثين و قيموا 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 استخدم المنبه الجرس.
- والتدخل المشترك لوحده كان غير جيد مثل استخدام المنبه الجرس لوحده أو التدخل المصاحب للمنبه الجرس .

- في المقابل التدخل المشترك الذي صاحبه المنبه الجرس قلل من حالة التراجع بالمقارنة مع استخدم 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 جفاف 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.

٥- 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 عـــلاج التبول اللاإرادي وهي:

١ – جرس المنبه.
٢ – تدريب المثانة.
٣ – زيادة الدافعية.
٤ – 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.

النتائج:

- 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 تبـــول لاإرادي و7 مرض تحسنوا وكان عندهم بعض الليالي الجافة كل أسبوع.
- مريض واحد لم يستمر بالعلاج بسبب نقص الدافعية.
- وبالنسبة للأطفال الذين يوجد عندهم سعه مثانة إلى أقصى حـــد والـــذين كانوا أقل من المعدل العادي للعمر زادت السعة من 53% فـــي أســـبوع 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.

٦- دراسة : سلمى المصري دملج (٢٠٠١)
موضوع الدراسة : التبول الإرادي – طريقة علاجية تكاملية

أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى علاج التبول أللإرادي بطريقة متكاملة واشتملت على علاج بالدوام والعلاج النفسي .

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل (٥٠) من الذكور و (٥٠) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين سنوات .

أدوات الدراسة :

برنامج علاجي إرشادي ويشمل :

- الفحص الطبي الشامل لاستبعاد المشاكل العضوية كما شمل العلاج بالأدوية
- تعويد الطفل على حبس البول لمدة طويلة
- منع الطفل من تناول السوائل قبل النوم بثلاث ساعات
- الذهاب إلى المرحاض قبل النوم
- إيقاظ الطفل ليلاً لإفراغ المثانة
- استمارة الليالي النظيفة
- الإرشاد النفسي
- النتائج أظهرت النتائج أن ٨٩% من الأطفال الذكور والإناث قد تحسنوا كما أظهرت النتائج أن ١١% من الأطفال لم يتحسنوا وذلك بسبب الصـــراعات

النفسية والعائلية وبعد تطبيق العلاج السلوكي وصلت نسبة التحسن إلى ٩٨% بين الذكور والإناث.

٧- دراسة Change P(2001) وآخرون:

موضوع الدراسة: مدى شيوع التبول الليلي اللاإرادي وأهم العوامل المرتبطة به لدى الأطفال في تايوان.

هدف الدراسة:

معرفة مدى انتشار التبول اللاإرادي ، وأكثر العوامل المرتبطة به لدى الأطفال في تايوان.

* **عينة الدراسة:** احتوت الدراسة على ١٦٨٣ طفل من الذكور والإناث من الفئة العمرية ٦-١١ سنة وتم اختيارهم بشكل عشوائي من المدارس.

أدوات الدراسة :

تصميم استبيان لجمع عاملين رئيسيين

١. مدى انتشار الظاهرة

٢. اكثر العوامل المرتبطة بالظاهرة وهما من إعداد الباحث

نتائج الدراسة :-

تم تعبئة ٧٠ % من الاستمارات التي وزعت على الأطفال ولقد وجد من إجمالي هذه العينة أن ١٠% لديهم تبول ليلى لاإرادي في برهة ثلاث مرات في الأسبوع وكانوا من الذكور كما كشفت الدراسة أن عمق النوم، وطلاق الوالدين أو انفصالهما، والتاريخ الأسرى الوراثي سبب رئيسي للتبول اللاإرادي.

٨- دراسة: مليون م و ر ميجراث م ل.

(MELLON M W ,MEGRATH M1,2000)

عنوان الدراسة:علاجات داعمة إجرائية في علم نفس الأطفال تتعلق بـــالتبول اللاإرادي

أهداف الدراسة:

استعراض الأدبيات الطبية والنفسية المتعلقة بعلاجات التبول الـــلاإرادي من منظور التشخيص بالنسبة للعلاج الداعم الإجرائي.

الأدوات:

بحث منتظم للأدبيات الطبية والنفسية قدم اســـتخدام الخـــط الوســـطي والقائمة النفسية.

النتائج:

- العديد من الدراسات السابقة والتجارب المختلفة وثقت لتبين أهمية التنبيه للبول وحده باعتباره عنصر ضروري لعلاج التبول اللاإرادي أو مرتبط مع التدخل في تدريب جفاف السرير واعتباره علاج فعال.
- تداخلات سلوكية متعددة والتي شملت أيضا الجرس المنبه ولكن صنفت كفاعلية محتملة، في هذا الوقت لأن البـــاحثين المســـتقلين لـــم يعيـــدوا استخدامها مرة أخرى.
- دراسات أخرى أقل تركز على تحســـين الامتثـــال للعـــلاج أو تشـــمل المعرفية تركز على التنويم المغناطيسي تبرر دراسات أخرى.
- الخلاصة:
- الدراسة توصي باستخدام المفهوم السلوكي البيولوجي في تقييم وعـــلاج التبول اللاإرادي واقترحت ربط جرس المنبه مـــع Desmporessin لتعطي الشيء الأفضل وممكن أن تودي إلى نسب نجاح عالية أقرب إلى

100% . ولكن لا يزال الكثير من العمل المهم بحاجة إلى تكميل ليلقي الضوء على آلية العمل من أجل إنجاح المنبه الجرسي للبول وفي تثقيف المجتمعات حول فعاليته حتى يتم تحسين توافره.

٩- دراسة: وفاء حافظ عبد السلام محمد (1999)
موضوع الدراسة: فعالية نموذج حل المشكلة فـــى عـــلاج مشـــكلتي التـــأخر الدراسي والتبول اللاإرادي

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

- التعرف على مدى فعالية نموذج حل المشكلة في علاج مشكلتي التـــأخر الدراسي والتبول اللاإرادي
- مساعدة الطلاب الذين يعانون من الاضطرابات الناتجـــة عـــن هـــاتين المشكلتين والتي تحول دون قيامهم بأدوارهم
- المساهمة في إكساب الطلاب القدرة على استخدام طاقاتهم وقدراتهم في حل مشكلاتهم المستقبلية

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (32) طفل من الـــذكور والإنـــاث تتـــراوح أعمارهم ما بين (14-11) سنة.

أدوات الدراسة:

- مقياس نموذج حل المشكلة لطلاب المرحلة الإعدادية (إعداد وتعريـــف الباحثة)
- استمارة مطبعة على الطلاب المتأخرين دراسياً (إعداد الباحث)
- استمارة ملاحظة سلوك الطفل المتبول اللاإرادي وتقدير عـــدد مـــرات تبوله (إعداد الباحث)

- المقابلة
- الجلسات الأسرية
- اختيار ستانفورد بينه لقياس الذكاء
- الوثائق والسجلات الموجودة بالمركز الطبي النفسي

نتائج الدراسة:

- وجود تأثير ايجابي لممارسة نموذج حل المشكلة على التأخر الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانية من التعليم الأساسي.
- وجود تأثير ايجابي لممارسة نموذج حل المشكلة على مشكلة التبول اللاإرادي لدى طلبة المرحلة الثانية من التعليم الأساسي.

١٠- دراسة مولين، و آخرون (Moilanen et, 1998)

عنوان الدراسة: تتبع حالات التبول اللاإرادي من الطفولة إلى المراهقة.

أهداف الدراسة:

- الكشف عن مدى شيوع مشكلة التبول اللاإرادي، وطرق علاجها لدى الأطفال من سن٨ – ١٤، وتقييم العوامل التي تعزز أو تعرقل ضبط عملية التبول اللارادي، وفحص العلاقة بين التبول اللاإرادي والاضطراب النفسي.
- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ٣١٥ طفل ذكور و١٨٦ أناث.

أدوات الدراسة:

١ – استبيان خاص بالوالدين ويشمل سؤال حول التبول اللاإرادي (Rutter Scale A).

٢ – استبيان خاص بالمدرسين (Rutter Scale B).

٣ – استبيان خاص بالأطفال لقياس درجة الاكتئاب (CD I).

وسئل الوالدين عن الأحوال المعيشية، أما المدرسين فسئلوا عن الإنجازات المدرسية، وأما الأطفال فقد سئلوا عن بعض الأعراض النفسجسمية

السن، الجنس، الفصل الدراسي، المدرسة. وقد تم الحصول على (٣١٥) استجابة من الذكور و(١٨٦) استجابة من الإناث تم أخذ (٣١٠) استجابة من للذكور و(١٨٣) استجابة من للإناث كمجموعة ضابطة كما سئلوا الوالدين عن الوضع الحالي للمراهقين والمحاولات التي أجريت للعلاج. وكذلك اجاب المراهقون استبيان حول درجة الاكتئاب لديهم (C D I) وحول التبول اللاإرادي والطرق التي أجريت للعلاج من طرفهم وهل كانت هناك رغبة حقيقية للعلاج..؟ كما أجاب المراهقون عن حياتهم المعيشية والأحداث التي يتعرضون لها.

نتائج الدراسة:

- أظهرت الدراسة الأولى أن الأطفال البواليين لديهم قدر عالي من الاستجابة كما ذكر من قبل الوالدين والمعلمين والأطفال أنفسهم باستثناء البنود العاطفية كما ذكر من قبل المدرسين. إضافة إلى ذلك فإن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال المتبولين يعانون من الارق واضطربات ليلية اثناء النوم .
- كما أشارت الدراسة أن الذكور البواليين أكثر توتراً في الليل وأسرع استيقاظاً في الصباح بينما الفتيات البوالات يعانين من كوابيس في الليل أكثر من الفتيات غير البوالات.
- عند سن ١٤ سنة أشار الآباء أن هناك ١٣ حالة من المراهقين ما زالوا يعانون من تلك المشكلة ومن اجابات الأطفال فإن 9 فتيان و 7 فتيات مازالوا بواليين.

١١- كلثم جبر محمد الكوارى : (١٩٩٧)

عنوان الدراسة: فعالية العلاج السلوكي والعلاج الأسرى في خدمة الفرد في علاج مشكلة التبول اللاارادى لدى الأطفال

أهداف الدراسة :

١- الوقوف على فاعلية العلاج الأسرى والعلاج السلوكى في عــلاج مشــكلة التبول اللاارادى في ضوء لاستخدام كل مدخل على حدة .
٢- مقارنة نتائج المدخلين إحصائياً والتحقق من أيهما أكثر فاعلية من الأخر 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 أبوعلم وكمال مرسى ١٩٨٩).
- المقابلات المهنية .
- الجلسات الأسرية .
- الوثائق والسجلات .
- جدول عدد مرات التبول اللاارادى الأسبوعي .

عينة الدراسة :

(٣٠) حالة تم اختيارهم بشكل عشوائى من العيادة النفسية وفقاً لشروط اختيار العينة ، وتم توزيع العينة السابقة على ثلاث مجموعات أ ، ب ، ج قوام كل منها (١٠) حالات .

نتائج الدراسة :

١- حقق العلاج السلوكي بتكنيكي (التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي) فعاليــة عالية في علاج التبول اللاارادى وتخفيض عدد مرات حدوث التبول لدرجة الضبط الكامل لدى المجموعة التجريبية (ب) .
٢- وبالمقارن بالعلاج الأسرى فقد حقق لدى المجموعة التجريبية (أ) انخفاضا ملحوظاً في معدل تكرار التبول اللاارادى الليلي مع أفراد المجموعــة (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 اللاارادى فقد أثبتت نتائج الدراسة وجود فروق دالة معنوياً بين ممارسة العلاج الأسرى والعلاج السلوكي لصالح العلاج السلوكي في انخفاض مستوي وعدد مرات التبول اللاارادى إلى درجة الضبط الكامل.

١٢ – دراسة الصبوة (١٩٩٦).

عنوان الدراسة : علاج التبول اللاإرادي سلوكيا لدى حالات من الأطفال والمراهقين دراسة تجريبية .

أهداف الدراسة :

١. تعويد الحالات على الاحتفاظ بالبول وإراقته فقط بالحمام ليلاً مع زيادة سعة المثانة للاحتفاظ بالبول نهاراً .

– وتكوين عادة الاستيقاظ ليلاً للاعتماد على أنفسهم

٢. العمل مع راحة الأهل للتخلص من مشكلة التبول اللاإرادي

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من ثمانية حالات من الجنسين خمسة من الذكور وثلاثة من الإناث تراوحت أعمارهم من(٧–٦٠) سنة .

أدوات الدراسة :

- مقابلة التخطيط للعلاج
- مقابلة تشخيصية عيادية لحالة تبول لاإرادي
- السجل اليومي لتقييم الحالة وتحديد المكسب والخسارة
- العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التدريب على نظافة الفراشي وجفافه المتعدد الأوجه

نتائج الدراسة :

- أشارت نتائج الدراسة إلى أن ٨٧,٥% من الحالات قد تخلصت نهائياً من المشكلة بنهاية الفترة الثانية من المتابعة كما زادت السعة الوظيفية للمثانة نهاراً .
- زيادة سعة المثانة الوظيفية إلى اعتياد الأطفال على الاستيقاظ ليلاً دون مساعدة
- شذوذ حالة واحدة فقط بنسبة ١٢,٥% وكان السبب هو عدم دافعية هذه الحالة . عدم تعاون الأهل مع المعالج اتجاهاتهم السلبية نحو الحالة عدم تعويدها على الاستيقاظ ليلاً
- عدم تعويد الحالة على الإمساك بالبول نهاراً مع زيادة شرب السوائل وتقليلها قبل النوم عدم التسجيل والرصد مع مرحلة ما قبل العلاج ، عدم إعطاء المعالج الجداول الخاصة بذلك .

١٣- دراسة: الحرازي (١٩٩٦)

عنوان الدراسة: العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والتبول اللاإرادي لدى الأطفال من (٦- ١٢ سنة)- دراسة نفسية

أهداف الدراسة:

التعرف على مدى تأثير المعاملة الوالدية في حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.

تصميم الدراسة:

قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي (المقارن) في دراسته، معتمداً على بعض الأساليب الإحصائية لاختبار فروضها المتمثلة في المتوسطات، واختبار(ت).

عينة الدراسة:

تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (١٢٠) أب وأم قسمت إلى مجموعتين تمثل:

١- (٣٠) أب ، (٣٠) أم لأطفال يعانون من التبول اللاإرادي.

٢- (٣٠) أب ، (٣٠) أم لأطفال عاديين (لا يعانون من التبول اللاإرادي).

أدوات الدراسة:

- مقياس الاتجاهات الوالدية في تنشئة الأطفال من إعداد (شوكت ، ١٤١٢هـ).
- استبيان خاص بالمعلومات الأولية والشكوى الحالية ، من (إعداد الباحث).

نتائج الدراسة:

١ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية الموجبة بين مجموعة آباء وأمهات الأطفال المتبولين ومجموعة آباء وأمهات الأطفال العاديين عند مستوى ٠,٠٥ لصالح المجموعة الثانية.

٢ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية السالبة بين مجموعة آباء وأمهات الأطفال المتبولين ومجموعة آباء وأمهات الأطفال العاديين عند مستوى ٠,٠١

٣ - لصالح المجموعة الأولى.

٤ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأساليب الموجبة بين آباء الأطفال المتبولين وآباء الأطفال العاديين.

٥ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأساليب السالبة بين آباء الأطفال المتبولين وآباء الأطفال العاديين عند مستوى ٠,٠٠١ لصالح العاديين.

٦ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأساليب الموجبة بين أمهات الأطفال المتبولين وأمهات الأطفال العاديين عند مستوى ٠,٠١ لصالح العاديين.

٧ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأساليب السالبة بين الأمهات في المجموعتين.

٨ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأساليب الموجبة والسالبة بين آباء الأطفال المتبولين وأمهاتهم وتتمثل في النتيجة (السابعة والثامنة).

٩ – عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية لـــدى والدي الأطفال المتبولين حسب جنس الطفل (ذكر– أنثى).
١٠ –وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية لدى والدي الأطفال المتبولين حسب عدد الأبناء عند مستوى ٠,٠٥ لصـــالح والـــدي الأبناء الأقل عدداً.
١١ –عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية لـــدى والدي الأطفال المتبولين حسب ترتيب الطفل في المـــيلاد ومســـتوياتهم التعليمية ومهنة الأم.
١٢ –وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية بين أمهات الأطفال المتبولين حسب مستوياتهم التعليمية عند مستوى ٠,٠٥ لصـــالح الأقل تعليمياً.

١٤– دراسة: نجوى شعبان محمد خليل (1993)
عنوان الدراسة : دراسة اكلييكنية للأطفال البوالين

هدف الدراسة : القيام بدراسة اكلينكية للأطفال البوالين للتعمق في أسباب هـــذه الظاهرة ومحاولة التعرف على البناء النفسي لشخصية الطفل البـــوالي ورســـم صورة كلينكي له والوقوف على أهم العوامل الكامنـــة وراء ظـــاهرة التبـــول اللإرادي لمساعدة على الشفاء وتعديل سلوكه من أجل نمو نفس سوى .

عينة الدراسة :
تكونت عينة الدراسة من أربع حالات من الجنسين إثنان ذكور وإثنـــان من الإناث تتراوح أعمارهم من ٤ –٦ سنوات .

أدوات الدراسة :
- المنهج الكلينكي
- استمارة المقابلة الشخصية

- اختبار نفسهم الموضوع للأطفال

نتائج الدراسة :

- كشفت الدراسة عن عدم إشباع الحاجات وعن قصور في النضج كما كشفت عن أعراض عصابية متعددة وعن اتجاهات سلبية نحو الأم كما يدركها الطفل واعتماد زائد عليها .
- كما كشفت عن صورة الأب المتسلط ومصدر تهديد للطفل وهذا عكس علاقة الطفل بالآخرين كما قدمت الدراسة توصياتها للأسر ومشرف الحضانة بما يرتبط بالمشكلة .
-

١٥- دراسة محمد شريف محمد صفر (١٩٩٣)

*** عنوان الدراسة: " دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام أسلوبي العلاج الأسرى وسيكولوجيا الذات في علاج مشكلة التبول اللاإرادي".**

هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى:التعرف على الدلالة المعنوية بين ممارسة أسلوبي العلاج الأسرى وسيكولوجية الذات عند التعامل مع التبول اللاإرادي. الأولي والثانوي وذلك لإظهار فعالية أحد العلاجين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٨) طفل يعانون من التبول اللاإرادي وقد اختبرت بالطريقة العشوائية.

أدوات الدراسة:

استخدام الباحث في دراسة الأدوات التالية:

- المقابلة
- السجلات والإحصاءات المعمول بها بالمؤسسة

- جدول عدد تكرار التبول
- تحليل المحتوى

نتائج الدراسة:

أثبتت الدراسة فعالية العلاج الأسري حيث تم شفاء أربع حالات وحالة واحدة جزئياً.

١٦- دراسة: عزة إبراهيم السحيلي (1990)

موضوع الدراسة: دراسة إكلينيكية لمدى فعالية العلاج بالتشكيل في علاج حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال

أهداف الدراسة:

التعرف على مدة فعالية تطبيق العلاج بالتشكيل في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال، كما تهدف الدراسة إلى معرفة الأسباب الحقيقية لهذا الغرض، كما تهدف الدراسة إلى التركيز على البيئة الأسرية لمسؤوليتهم في أحداث هذه المشكلة التي يعاني منها الطفل.

أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدارسة على

- استمارة المقابلة الشخصية إعداد صلاح مخيمر
- استمارة بيان حالة خاصة بالطفل البوالي إعداد الباحث
- مقياس ضغوط الوالدين إعداد الباحث
- اختيار تفهما لموضوع للأطفال
- البرنامج العلاجي (التشكيل)

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من عشرة أطفال (6إناث) و(4 ذكور تتراوح أعمارهم من 12-6 سنة. أما عينة الأمهات فهم عشرة أمهات وهن أمهات لأطفال البوالين.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أمهات المجموعة الضابطة في مقياس ضغوط الوالدين بعد العلاج، وذلك لصالح أمهات المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل العلاج ومتوسط درجات أمهات نفس المجموعة في مقياس ضغوط الوالدين بعد مرور شهرين من العلاج (المتابعة) وذلك لصالح القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أطفال المجموعة الضابطة في تكرار حدوث ظاهرة التبول اللاإرادي بعد العلاج وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية.
- وجمد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أطفال المجموعة الضابطة في تكرار جدول ظاهرة التبول اللاإرادي بعد مرور شهرين من العلاج (المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية).

١٧- دراسة: مكرم سمعان ولويس كامل ملكية (١٩٩٠)

عنوان الدراسة: "خيط التبول اللاإرادي بواسطة الاشتراط الإجرائي"

هدف الدارسة:

هدفت هذه الدراسة إلى:

- معرفة فعالية الاشتراط الإجرائي في علاج التبول اللاإرادي.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة في عمر (٧) سنوات

أدوات الدراسة:

استخدام الباحثات في دراستها الأدوات التالية

- العلاج التحليلي (التحليل النفسي)
- العلاج السلوكي باستخدام (الوسادة والجرس)

نتائج الدراسة:

أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:

- عدم فعالية الوسادة والجرس في علاج المشكلة
- طوال فترة العلاج
- فعالية الاشتراط الإجرائي – فعالية المدعمات اللفظية.
- تحسن في سلوك الطفلة الاجتماعي والشخصي والتربوي.

١٨- دراسة عايدة علي قاسم رفاعي (١٩٩٠)

عنوان الدراسة: "دراسة مدى فعالية برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال المبوالين في مرحلة الطفولة من سن (٦-١٢) سنة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى:

مدى تأثير البرنامج الإرشادي الأسري لتغير الاتجاهات الوالدية نحو أطفالهم البوالين.

التعرف على مدى تأثير هذا البرنامج على خفض ظاهرة التبول اللاإرادي عند الأطفال.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفلاً وأن تتراوح أعمارهم من (٦-١٢) سنة وقد قسمت العينة إلى مجموعتين.

١ - المجموعة التجريبية وتتكون من (٢٠) أو وطفل (١٠) ذكور و(١٠) إناث وهي التي تعرضت إلى البرنامج.

٢ - المجموعة الضابطة وتتكون من (٢٠) أم وطفل (١٠) من الذكور و(١٠) من الإناث.

أدوات الدراسة:

استخدام الباحث في دراسة الأدوات التالية:

١ - مقياس الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال البوالين.

٢ - دليل المعلومات تجاه ظاهرة التبول اللاإرادي.

٣ - بيان مدة تكرار التبول اللاإرادي أثناء النوم.

٤ - إعداد وتطبيق برنامج إرشادي.

نتائج الدراسة:

أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:-

- إثبات فعالية البرنامج الإرشادي الأسري التي تلفته الأمهات من العينة التجريبية.
- عدم تغير المجموعة الضابطة وذلك لعدم الاستثارة من البرنامج الإرشادي وأي علاجات أخرى.
- زيادة وعي الأمهات.
- انخفاض معدل عدد مرات التبول اللاإرادي لدى الأطفال.
- إثبات فعالية البرنامج وذلك من خلال المتابعة عدة ثلاث شهور.

١٩- دراسة هشام سيد عبد المجيد (١٩٨٦)

*** موضوع الدراسة:"دراسة مقارنة لمدى فعالية الإتجاه السلوكي والإتجاه النفسي والإجتماعي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال"**

هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى: اختبار مدى فعالية من الإتجاه النفسي والاجتماعي والسلوكي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) سنة.

أدوات الدراسة:

استخدام الباحث في دراسة الأدوات التالية:

١ - المقابلة.
٢ - جدول تسجيل عدد مرات التبول اللاإرادي.
٣ - نموذج تعليم الأهل.
٤ - برنامج التعزيز.

نتائج الدراسة:

أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:

- فعالية الاتجاه النفسي الاجتماعي والسلوكي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي عن الأطفال.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى المجموعتين التجريبيتين بعد التدخل العلاجي مما يشير إلى أن كلا الاتجاهين النفسي والاجتماعي والسلوكي له فعالية علاجية مع حالات التبول اللاإرادي.
- الاتجاه السلوكي تثبت فعالية أفضل من العلاج الطبي.
-

٢٠- دراسة: جيفكن ج، وآخرو(Geffken G, etal 1986)

عنوان الدراسة: التدخلات السلوكية لعلاج حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال البواليين.

هدف الدراسة:

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

عينة الدراســـة:شملت عينة الدراسة على 50 طفلا تتراوح أعمارهم مـــا بـــين (5-13) سن، 33 طفل و17 طفلة تل يعانون من التبول الليلي غير العضوي.

أدوات الدراسة:

- شملت أدوات الدراسة على (M.F.B.C) جهاز لقياس مدى كفاءة المثانة وقد استخدام هذا الجهاز في تمديد مثانة الأطفال اللذين يملكـــون مثانـــة كبيرة والأطفال الذين يمتلكون مثانة صغيرة.

نتائج الدراسة:

- أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين أكملوا العلاج قـــد تشـــافوا بشكل ملحوظ وقد بلغت نسبتهم92.5% أي أشارت الدراســـة إلـــى أن أهمية المتابعة خاص في حالة تلقى العلاج السلوكي (تدريب أو تمـــرين المثانة).

٢١- دراسة سليمان الريحاني، ومحمد محمود عبد الجابر (1985):

موضوع الدراسة: "دراسة فعالية أسلوبي التعزيز الرمزي والإشراط الكلاسيكي في علاج التبول اللاإرادي".

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (60) طالباً ذكور و(30) طالبـــة إنـــاث فـــي المرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم من 6-12 سنة.

أدوات الدراسة:

١ - استخدام الباحثان في الدراسة الأدوات التالية:

٢ - جدول الليالي النظيفة.

٣ - برنامج التعزيز الرمزي
٤ - جهاز الإشراط الكلاسيكي (الوسادة الكهربائية)

نتائج الدراسة:

أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة التعزيز الرمزي، ومجموعة الإشراط الكلاسيكي (الوسادة الكهربائية) من جهة والمجموعة الضابطة من جهة أخرى.
- حيث أشارت الدراسة إلى مدى فعالية أسلوب التعزيز الرمزي، وأسلوب الإشراط الكلاسيكي (الوسادة الكهربائية) في علاج حالات التبول اللاإرادي مقارنة مع المجموعة الضارة

2- دراسة سليمان الريحانى(1981)

موضوع الدراسة: معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً "دراسة تجريبية"

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى:

١. علاج التبول اللاإرادي سلوكياً عن طريق الإشراط والذي يعتمد على إيقاظ الطفل أثناء النوم، تدريب الطفل على عادة تناول الطعام والسوائل بشكل منظم.
٢. التدخل الإرشادي النفسي للطفل والأسرة

عينة الدارسة:

تكونت عينة الدراسة من (6) حالات (4) ذكور، (2) إناث تتراوح أعمارهم من 6-15 سنة من طلاب المرحلة الابتدائية والإعدادية والذي ترجع مشكلة التبول اللاإرادي إلى أسباب نفسية.

أدوات الدراسة:

استخدام الباحث في دراسة الأدوات التالية:

١ – استبيان كشف حالات التبول اللاإرادي، حيث نكشف الفقرات والظروف البيئية للطفل ومشكلات دراسية، ومشكلات النوم – ومشكلة التبول اللاإرادي

٢ – استبيان جمع المعلومات – يطبق على أسرة المريض.

٣ – نموذج تعليم وتدريب المؤهل خلال فترة العلاج.

٤ – جدول تقويم يومي.

٥ – ساعة منبه.

نتائج الدراسة:

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- نجاح أسلوب الإشراط في علاج مشكلة التبول اللاإرادي وفي خلال فترة زمنية قصيرة ورئيسية عالية حيث استطاعت خمس حالات أن تصل إلى النظافة الكاملة في الأسبوع الرابع من العلاج.
- أما الحالة السادسة منذ أظهرت عدم التحسن خلال فترة العلاج وبنفس المعدل اليومي تقريباً.
- سليمان الريحاني: معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت العدد 3 ، السنة التاسعة، سبتمبر 1981.

المحور الثانى: دراسات تناولت تحليل ظاهرة التبـول الاارادى مـن منظور نفسى واجتماعى

١ ـ دراسة:

Karabiber H Toktamis A, Garipardic M, Ozkan KU Sahinkanat T (2004)

عنوان الدراسة: انتشار سلس البول والعوامل المصاحبة له في المدارس :

هدف الدراسة:

معرفة عدد حالات التبول اللاإرادي وتحديد العوامـل المصـاحبة لـه والتعرف على أساليب التدخل في علاج التبول اللاإرادي عند الأطفال الأتراك.
عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة مـن 3527 طفـل وآبـائهم ، وتتـراوح أعمارهم من 6-11 سنة.

أدوات الدراسة

استبيان الاضطرابات النفسية والجسمية والضغوطات العائلية
نتائج الدراسة:

- 88% من الآباء استجابوا للدراسة بشكل فعال.
- 12.96% من الأطفال يعانون من التبول اللاإرادي بشكل يومي.
- 9.8% من الأطفال يتبولون لاإراديا مرة على الأقل في الأسبوع.
- نسبة الشيوع في الذكور أعلى من الإناث بمعدل 1.6 .
- 42% من الأطفال المصابون لهم أخوة يعانون من نفس المشكلة.
- 66% من الأطفال المصابون لهم آباء كانوا يعانون من نفس المشكلة.
- نسبة الانتشار تقل مع التقدم بالعمر لكلا الجنسين.
- 21% من حالات التبول اللاإرادي كانت خلال النهار.
- مستوى القلق داخل الأسرة منخفض جدا بنسبة اقل من 0.001 .
- 15% ذهبوا إلى طبيب لعلاج هذه المشكلة.

- ارتفاع معدل الانتشار في الأسر ذات الوضع الاقتصادي والاجتماعي المنخفض.

- ارتفاع معدل الانتشار عند الأطفال ذوو مستوى دراسي منخفض.

٢- دراسة: Topbas M, Can G، Kizil M, Okten A. (2004)

عنوان الدراسة: إهانة الطفل نتيجة لتبوله اللاإرادي

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى:-

- وصف أنواع الإنتهاكات (الإهانات) التي يتعرض لها الطفل نتيجة التبول اللاإرادي.
- التعرف على أنواع الانتهاك الذي يتعرض له الطفل.
- التعرف على مدى انتشار الانتهاكات التي يتعرض لها الطفل.

أدوات الدراسة:

استمارة قياس لوصف ردود الفعل للأم والأب على اتجاه الطفل البوالي باستخدام المقابلة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 889 أم تتراوح أعمار أطفالهم من 17-15 سنة.

نتائج الدراسة:

كشفت الدراسة عن انتشار التبول الليلي اللاإرادي بنسبة 17.9% من إجمالي العينة الكلية، وقد تمركزت هذه النسبة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 17-5 عام.

كما كشفت الدراسة بأن 86.4% من نسبة الأمهات اللواتي لديهم أطفال بوالدين يسئن التعامل مع أطفالهم بأشكال مختلفة ومن ضمن هذه الأشكال تجاهل الأطفال طبياً وذلك بنسبة 42.1% وإهانة الأطفال وضربهم بنسبة 12.8%.

عينة الدراسة:

الأمهات فهم عشرة أمهات وهن أمهات لأطفال البوالين.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أمهات المجموعة الضابطة في مقياس ضغوط الوالدين بعد العلاج، وذلك لصالح أمهات المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل العلاج ومتوسط درجات أمهات نفس.

٣- دراسة شيرت (Cher TW. 2002)

عنوان الدراسة: دراسة مسحية للتبول اللاإرادي والعوامل العائلية المرتبطة به في المدارس الابتدائية في تايون.

أدوات الدراسة :

استبيانات للمعلومات الديمغرافية والأحوال العائلية والجسدية تم تطبيقها على 7225 طفل قيموا من قبل آبائهم (تم تعبئة الاستبيان من وجهة نظر الآباء والأمهات) على عشرة مدراس ابتدائية في تايون.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من 7225 طفل من 10 مدارس ابتدائية في تايون .

نتائج الدراسة :

- أظهرت الدراسة أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي في مدراس تايون الابتدائية 5.5% من انخفاض العمر، جنس الذكور، حجم العائلة، رتبة

الولادة، مستوى تعليم الوالدين كانت من عوامل الخطر للتبول اللاإرادي في هذه الدراسة.

- كما أشارت الدراسة أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي في المجتمع التايواني مماثلة لتلك في المجتمعات الغربية وتبين أن التبول هو مشكلة عالمية يجب أن ينظر إليها بجدية.
- إيجاد عوامل عائلية مرتبطة بالتبول اللاإرادي، أعطتنا انطلاقة للدراسات المستقبلية التي تتعلق بالعوامل النفسية والاجتماعية في مجتمعات ثقافية مختلفة وطرق التدخل في علاجها.

٤- دراسة اوج وآخرون : Oge O (2001) ،

موضوع الدراسة: العوامل المرتبطة بالتبول اللاإرادي لدى الأطفال الأتراك.

هدف الدراسة:

معرفة اكثر العوامل ارتباطا بالتبول اللاإرادي.

عينة الدراسة:

احتوت عينة الدراسة على ٢٣٠٠ طفل من الفئة العمريه ٤ -١٢ سنة.

الأدوات:

استبيان دراسة الحالة للوالدين.

نتائج الدراسة:

- كشفت الدراسة عن شيوع التبول الليلي اللاإرادي لدى الذكور اكثر منه لدى الإناث ، كما أظهرت الداسة أن هناك علاقة بين التبول اللاإرادي و حجم الأسرة ، والتاريخ الأسرى، للتبول، والمستوى الاقتصادي، والاجتماعي للأسرة. وكذلك هناك بعض المشاكل العضوية فيما يتعلق بالتاريخ الأسرى فقد أشارت الدراسة أن هناك ٤٠,٧ من حجم العائلة كان لديهم تاريخ أسرى للتبول مقابل ٩,٥ لم يكن لديهم تاريخ أسرى للتبول، كما

أشارت النتائج إلى وجود ١١,٦ تبول ليلى لاإرادي و٥,٨ تبـــول نهـــاري لاإرادي.

5- دراسة : ليو إكس وآخرون ,Liu X (2000)

موضوع الدراسة:مدى شيوع مشاكل النوم لدى الأطفال الصينيين .

هدف الدراسة:

فحص مدى انتشار مشاكل النوم لدى الأطفال الصينيين .

عينة الدراسة:

تكونت العينة من ٢٠٠٤ طفل وطفلة من المدرسة الإعدادية ، وكانـــت تمثل ٩٩٨ من الذكور، و١٠٠٦ من الإناث.

الأدوات:

- استبيان الوالدين (يسأل عن مشاكل النوم وخصائص العائلة والطفل).
- استبيان المدرسون (MCHI) ويسأل إن كان الأطفال ينامون في الفصـــول الدراسية وعن الإنجازات المدرسية.

نتائج الدراسة:

- كشفت الدراسة (حسب ما ذكر الوالدين) بأن معدل 14.2% يعانون مـــن مشاكل النوم التي تحدث أحياناً أو غالباً وهي مشاكل المشي والكلام أثنـــاء النوم. و14% يعانون من قلة النوم، و 12.5% لديهم نوم مفرط، و 12% يعانون من الكوابيس، و 6.1% يعانون من مشاكل واضطرابات النـــوم، و 4.5% يعانون من التبول اللاإرادي ، وقد ذكر المدرسون أن نســـبة 9.4% ينامون في أغلب الأحيان في الفصول الدراسية. وتقريبا 11% من الأطفال ذكروا أنهم لا يعانون من مشاكل في النوم.
- إن الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النوم لديهم علاقات سيئة وضعيفة مع الوالدين وعلاقات اجتماعية ضعيفة وأيضاُ إنجازات مدرسية ضـــعيفة،

ولقد أشارت الدراسة بأن مشاكل النوم لها علاقة بالعوامل التالية (ضـــعف العلاقة بين الوالدين– البيت المزدحم– أمراض نفسية).

٦– دراسة: هوجال وآخرون : Hogglof B, Andren O (1997)
عنوان الدراسة: احترام الذات قبل وبعد معالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفـــال (دراسة تجريبية).

هدف الدراسة:
التعرف على مدى تأثير التبول اللاإرادي على احترام الذات لدى الأطفال.
عينة الدراسة:
تكونت عينة الدراسة من مجموعتين مرضـــيتين، وقـــد أطلـــق علـــى المجموعة التي تتناول العلاج المجموعة التجريبية، والمجموعة التي لا تتنـــاول العلاج المجموعة الضابطة، وقد تم اختيار المجموعتين من السكان العاديين.

أدوات الدراسة:
تم استخدام مقياس احترام الذات للأطفال السويديين.

نتائج الدراسة:
- بعد متابعة الحالات لفترة تتراوح من ٣–٦ شهور من تاريخ تعاطيهم العلاج فقد وجد الباحث أن الأطفال الذين شفوا من التبول اللاإرادي سجلوا مستوى أعلى على مقياس احترام الذات السويدي، وذلك بخلاف الأطفال الـــذين مـــا زالوا يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي. كما كشفت الدراسة أن الأطفال من الطبقات الاقتصادية المنخفضة لديهم مستوى منخفض لاحترام الذات مقارنـــة بالأطفال من المستوى الاقتصادي المرتفع ،كما بينت الدراســـة أن الأطفـــال الذكور اقل احترام للذات من الإناث.

٧ – دراسة : بللا Bella H. (1996)

عنوان الدراسة: مدى شيوع التبول اللاإرادي والعوامل المرتبطة به لدى أطفال الرحلة الابتدائية في السعودية.

هدف الدراسة:

الكشف عن مدى انتشار التبول اللاإرادي والعوامل المرتبطة به .

عينة الدراسة:

- تكونت عينة الدراسة من (٦٤٠) طفل في المرحلة الابتدائية في الفئة العمرية من (٦-١٦) سنة، و تتصف العينة بأنها طبقية تحتوى على العديد من شرائح السكان السعوديين.

ادوات الدراسة :

استخدم الباحث استبيان التعبير الذاتي للطفل .

نتائج الدراسة:

- أشارت نتائج الدراسة إلى شيوع مشكلة التبول اللاإرادي لدى حوالي ٣،١٦% من أطفال العينة الذكور، و ٨،١٣% لدى أفراد العينة الإناث ، وكانت النسبة الكلية لشيوع هذه المشكلة في أفراد العينة الكلية ١٥% . أما بالنسبة للعوامل المرتبطة بالمشكلة فكانت كالتالي:-
- الترتيب الميلادي للطفل، الثبات العاطفي والانفعالي للأسرة، أسلوب المعاملة الو الدية الذي يتصف بالحماية الذائدة، الأحداث الضاغطة ما قبل سن ٦ سنوات، عمق النوم، مشكلات الأسرة النفسية والاجتماعية الحادة، التهابات المجارى البولية، التشوهات الجينية، والتاريخ الأسرى لمشكلة التبول.
- ومن النتائج الهامة التي كشفت عنها الدراسة أن ٣٣ طفل كانوا يتبولون ليلا، و٢٥ طفل كانوا يتبولون نهارا وهم نيام.

٨- دراسة قناوى : (١٩٩٥)
عنوان الدراسة : دراسة كلينيكية لبعض حالات التبول اللاإرادي

هدف الدراسة :
هدفت الدراسة إلى التعرف على الأسباب الكامنة وراء هــذه الظــاهرة للأطفال والتوصل إلي بنائهم النفسي.
عينة الدراسة :
ثلاث حالات مكونة من أنثي وذكريين
أدوات الدراسة : لقد قام الباحث باستخدام الأدوات التالية:-
- استمارة المقابلة الشخصية.
- اختبار الخوف للأطفال.
- اختبار تفهم الموضوع الخاص بالأطفال.

نتائج الدراسة :
تبين من الدراسة أن التبول اللاإرادي هو عرض غير سوى ويصــاحبه أعراض أخرى مثل قضم الأظافر، التهتهة، الأحلام المزعجة، وذلــك نتيجــة مخاوف عند الأطفال، وعدم الأمن والأمان ففي إحدى الحالتين كانت تظهر عدم الأمن والأمان أما الحالة الثانية والثالثة كان يتصل عدم الأمن بعدم الاســتقلال وعدم التشبع العاطفي من الأسرة.

٩- دراسة الزراد : (١٩٨٩)
عنوان الدراسة : دراسة بعض حالات التبول الــلاإرادي لــدى الأطفــال فــي الجزائر
هدف الدراسة :
- معرفة العوامل النفسية الكامنة وراء هذه الظاهرة وتوفير الوعي بأهمية وقاية الأطفال من التعرض لحالة التبول اللاإرادي عن طريــق تجنــب تعرضهم للعوامل النفسية التي تؤدى إليها.

- تقديم الإرشادات وتوصيات للآباء والمربين تتعلق بتوفير ظروف أسرية وبيئية وصحية وبأساليب التربية والتنشئة الأسرية السليمة للطفل. نشر الوعي لعدم تعرض الأطفال لمثل هذه الظاهرة.

عينه الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من ستة حالات في الفئة العمريه من ٧-١٢ سنه

أدوات الدراسة : *لقد قام الباحث باستخدام الأدوات التالية:-*

- **دراسة تاريخ الحالة.**
- **استمارة من عمل الباحث.**
- المقابلة النصف موجهه.
- اختبار رسم الأسرة.

نتائج الدراسة:

تبين من نتائج الدراسة، أن هناك عوامل بيئية سيئة تأثر في إحداث التبول اللاإرادي مثل: التفكك الأسرى، الأساليب الخاطئة في التنشئة الوالديه، الحرمان العاطفي للطفل كذلك أشارت الدراسة أن عدم توفير الأمن والأمان للطفل والخوف والقلق يؤثر على سلوكه وعلى نموه الحيوي والعضوي كذلك أشارت الدراسة إلى سوء العوامل الاقتصادية والاجتماعية والصحية والثقافية تأثر في إحداث التبول الاارادى كذلك أشارت الدراسة إلى أن أبرز سمات الشخصية للأطفال الخاضعين للدراسة هي الخجل ،الغيرة، الانطواء ،كثرة الحركة،فقدان الشهية، الأحلام المزعجة والكوابيس، وقضم الأظافر،والخوف والاتكاليه، والاضطرابات الوجدانية، والاضطرابات في النطق.

١٠- دراسة: نيفين زيور: (١٩٨٩)

عنوان الدراسة : دراسة متعمقة في ديناميات التبول الليلى اللاإرادي

أهميه الدراسة :

- اعتبار ان التبول اللاارادى أكثر انتشارا بين الأطفال

- اعتبار أن التبول اللاإرادي عرضا وليس مرضا

هدف الدراسة:

التعرف على ديناميات التبول اللاإرادي حيث تختلف من طفل إلى آخر

أدوات الدراسة :

- المقابلة الحرة
- تقدير نسبه الذكاء
- اختبار رسم الرجل
- دراسة العلاقة بين الطفل والأسرة وتخيلة للبيئة المحيطة له
- موقف الطفل من عرضة وكذلك من الأسرة
- اختيار رسم الأسرة في حاله حركه k.f.d
- اختبار بقع الحبر الرورشاخ

نتائج الدراسة:

- أظهرت نتائج الدراسة أن الطفل الوالي غالبا ما ينتمي إلي أسرة متفككة أو مضطربة.
- ميل الطفل البوالي إلى العدوانية تجاه أسرته كتعبير لا شعوري.
- ميل الطفل البولي إلى الاعتماد على الأخريين من أفراد أسرته.
- على الرغم من تعرض الطفل إلى العقاب، إلا أنه يوجد لديه تجاه سالب نحو عرضه.

لقد أشارت معظم الدراسة إلى السلبية والاعتمادية والعدوانية في كل الحالات، ولكن هناك تمييز بين كل طفل وأخر من ناحية العرض حيث يختلف كل معنى عن الآخر من طفل إلي طفل فقد كان العرض عند أحد الأطفال يعكس رغبته في الاتساخ، وبالتالي إشباع الاعتماد يه الشرجية على الأم كما كانت هذه المشاعر مرتبطة بمشاعر لبيديه شديدة نحو الأم كما كان نفس العرض عند طفل آخر يعنى إشباع ميول استثنائية لا شعورية وهذه الرغبة متجهة نحو الأب.

التعليق على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الباحث للدراسات السابقة ووفقًا للمحاور التي رأى الباحث أنها تخدم الدراسة الحالية يتضح ما يلي:

١- اتفاق جميع الدراسات التي تناولت التبول اللاارادى بأنه أصبح ظاهرة سلوكية غير توافقية ومظهرًا من المظاهر السلبية للطفل وهى تعبر عن ضغوطات نفسية وأسرية وتعيق التواصل الإيجابي والمشاركة الفاعلة، كما أنه عقبة كبرى أمام تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والأسرى.

إن التدخل الإرشادي هو الطريقة الأفضل لعلاج مشكلة التبول اللاإرادي وذلك عن طريق ممارسة عدة أساليب وفنيات وأنشطة تربوية ونفسية واجتماعية لتعديل السلوك مثل التدريب على الاستيقاظ السريع ،التحكم في البول ، زيادة سعة المثانة، الجرس المنبه، التعزيز، وجدول الليالي النظيفة وسجل المتابعة اليومي.

كما أثبتت الدراسات أن التدخل الإرشادي الأسري له فعالية إيجابية في علاج مشكلة التبول اللاإرادي.

كما أظهرت الدراسات أن نسبة انتشار ظاهرة التبول اللاإرادي تعتبر من الدلائل السلبية لعمر الطفل.

- لا بد من التمييز بين التبول اللاإرادي الأولي والتبول اللاإرادي الثانوي.
- شيوع مشكلة التبول اللاإرادي وانخفاض حدتها تدريجياً مع تقدم العمر.
- التنشئة الاجتماعية والعوامل البيئية لها أثر فعال ورئيسي في مشكلة التبول اللاإرادي.

يتفق الباحث مع هذه الدراسات حيث أفادته في انتقاء واختيار البرنامج العلاجي إلا أنه يختلف مع بعض الدراسات التي لم تختار برنامج علاجي تكاملي للحد من مشكلة التبول اللاإرادي. كما يرى الباحث أن التكامل والانتقاء أصبح اليوم هو الوسيلة الأفضل والأسرع في علاج مثل هذه المشاكل.

أتضح من خلال تلك الدراسات تنوع حجم العينة وتفاوتها فهناك بعض الدراسات أجريت على عينات كبيرة بينما أجريت دراسات أخرى على عينات صغيرة لكن من الملاحظ أن الدراسات التى أجريت على عينات كبيرة كان

الهدف منها التعرف على طبيعة التبول اللا إرادى بوصفه أضطراباً وصفات ذوى التبول اللا إرادى ، ونسبة انتشار هذه الظاهرة بين الذكور والإناث والفروق بينهما.

تنوعت البرامج الإرشادية المستخدمة بتنوع أهدافها فهناك دراسات أرادت المقارنة بين أكثر من أسلوب علاجى لمعرفة مدى فاعلية كل منهما فى علاج حالات التبول اللا إرادى مثل المقارنة بين أسلوب الممارسة السلبية والملاحظة التدخل المشترك – الأسلوب العشوائى – أسلوب الاشتراط .

تنوعت الأدوات المستخدمة بتنوع هدف الدراسة فهناك دراسات استخدمت دراسة الحالة – المقابلة الاكلينيكة – أسلوب الملاحظة – مقاييس واختبارات .

أختلفت العينات المستخدمة فى هذه الدراسات فبعضها تناول مرحلة الطفولة والبعض الآخر تناول مرحلة المراهقة لكنها جميعا اتفقت على استخدام المنهج التجريبى لتطبيق البرامج الإرشادية ، وبعض الدراسات استخدمت عينات من الجنسين (ذكور – إناث) والبعض الآخر أجريت الدراسة فيها على جنس واحد فقط ذكور أو إناث.

فروض الدراسة :

١ – لا توجد فروق فى متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللا إرادي فى القياس القبلى بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة.

٢ – توجد فروق فى متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللا إرادي فى القياس البعدى بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة.

٣ – لا توجد فروق دالة إحصائيا فى متوسطات عدد مرات التبول اللا إرادى لدى أطفال المجموعة التجريبية فى القياس البعدى وأطفال المجموعة التجريبية فى القياس التتبعى بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج.

٤ – لا توجد فروق فى متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللا إرادى فى القياس البعدى بين أطفال المجموعة التجريبية من الذكور وأطفال المجموعة التجريبية من الإناث.

٥ – ما مدى فاعلية برنامج التدخل الإرشادى فى الحد من التبول اللا إرادى.

الفصـــل الرابع
منهج وإجراءات الدراسة

أولا : منهج الدراسة.

ثانياً : المجتمع الأصلي للدراسة.

ثالثاً : عينة الدراسة.

رابعاً : أدوات الدراسة.

خامساً : الإجراءات التنفيذية للدراسة.

سادساً : المعالجة الإحصائية.

الفصـل الرابـع

إجـــراءات الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة أثر التدخل الارشـــادى فـــي عـــلاج بعض حالات التبول اللاارادى ويتناول هذا الفصل عرضا لعينة الدراسة متضمناً كيفية اختيارها والإجراءات التي تمت، ثم عرضا تفصيليا لـــلأدوات التـــي تـــم استخدامها، والأدوات التي تم إعدادها، يلي ذلك عرضـــا لخطـــوات الدراســـة التجريبية والتي تتضمن مرحلة القياس القبلي ، ثم تطبيق البرنـــامج الإرشـــادي علي أفراد العينة ، فمرحلة القياس البعدي ، وأخيرا مرحلة القياس التتبعي ، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة . وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات.

أولاً- منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج التجريبي، حيث تم من خلاله التعرف علـــى أثـــر التدخل الارشادى فى علاج بعض حالات التبول اللارادى فـــي جمعيـــة مركـــز الإرشاد التربوي – غزة. حيث يتميز هذا المنهج بتحليل علاقات السبب والنتيجة.

ثانيا – المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من الأطفال الذين يعانون من التبـــول اللاإرادي المسجلين في مركز الإرشاد التربوي والبالغ عـــددهم (١٤٥) طفـــل وطفلة.

ثالثاً- عينة الدراسة:

العينة الأصلية للدراسة:

تكونت عينة الدراسة الأصلية من (٢٤) طفل وطفلة من الأطفال الـــذين يعانون من التبول اللاإرادي، تم اختيارهم من الحالات الأكثر تبولاً وذلك بعـــد الرجوع إلى الفحص الطبي واستبعاد المشاكل العضوية للحالات وتمثلت عينـــة

الدراسة من (٦) أطفال ذكور و(٦) أطفال إناث يمثلون العينة التجريبية و (٦) أطفال ذكور و(٦) أطفال إناث يمثلون العينة الضابطة من الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٨-١٢ سنة.

وقد اتخذ الباحث عدة إجراءات لتكافؤ أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، في المتغيرات التالية: السن، مستوى الذكاء والمستوي الاقتصادي الاجتماعي، مقياس تكرار عدد مرات التبول اللإرادي عدم وجود إعاقات جسمية – سمعية – بصرية لأفراد عينة البحث.

مبررات الدراسة:

- تم اختيار عينة الدراسة من الأطفال المراجعين للباحث في جمعية مركز الإرشاد التربوي بغزة.
- وقع الاختيار على عينة البحث من جمعية مركز الإرشاد التربوي كون الجمعية تقع في منطقة شمال غزة، حيث تعتبر منطقة حدودية والأكثر تعرضاً للاجتياحات الإسرائيلية والقصف المدفعي.
- حيث أن الباحث يعمل معالجاً نفسياً ومرشداً عائلياً في هذه الجمعية.
- تجانس أفراد العينة من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

ضبط المتغيرات قبل بدء التجريب :

انطلاقاً من الحرص على سلامة النتائج ، وتجنباً لآثار العوامل الدخيلة التي يتوجب ضبطها والحد من آثارها للوصول إلى نتائج صالحة قابلة للاستعمال والتعميم، تَبنى الباحث طريقة " المجموعتان التجريبية والضابطة ويعتمد على تكافؤ وتطابق المجموعتين من خلال الاعتماد على الاختيار العشوائي لأفراد العينة ، ومقارنة المتوسطات الحسابية في بعض المتغيرات أو العوامل' لذا قام الباحث بضبط المتغيرات التالية :

١- ضبط متغير العمر :

تم رصد أعمار أفراد العينة من خلال شهادات الميلاد، قبل بدء التجريب واستخرجت متوسطات الأعمار ابتداء من بداية البرنامج، وتم استخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney للتعرف على الفروق بين المجموعات قبل البدء في التجربة، وقد كان متوسط العمر لكل أفراد عينة البحث قبل البدء في التجربة هو (٩,٧١) سنة، والجدول رقم (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات العمر في القياس القبلي(ن= ٢٤)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	تجريبية	6	6.333	38.000	17.000	0.161	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.667	40.000			
الإناث	تجريبية	6	6.167	37.000	16.000	0.323	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.833	41.000			
الدرجة الكلية	تجريبية	12	13.625	163.500	58.500	0.781	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	12	11.375	136.500			

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥= ∝) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير العمر وعليه فإن المجموعتين متكافئتين في العمر.

٢- ضبط متغير الذكاء (اختبار بينيه):

تم رصد اختبار الذكاء المطبق علي عينة الدراسة من خلال الباحث، قبل بدء التجريب واستخرجت متوسطات الذكاء ابتداء من بداية البرنامج، وتم استخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney للتعرف على الفروق بين المجموعات قبل البدء في التجربة، وقد كان متوسط الذكاء لكل أفراد عينة البحث قبل البدء في التجربة هو (١٠٨,١٢٥) سنة، والجدول رقم (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات الذكاء في القياس القبلي(ن=٢٤)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	تجريبية	6	6.500	39.000	18.000	0.000	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.500	39.000			
الإناث	تجريبية	6	6.333	38.000	17.000	0.162	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.667	40.000			
الدرجة الكلية	تجريبية	12	13.417	161.000	61.000	0.641	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	12	11.583	139.000			

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى عدم وجود فـــروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥= ∝) المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير الذكاء، وعليه فإن المجموعتين متكافئتين في مستوى الذكاء.

٣- التكافؤ في الوضع الاقتصادي والاجتماعي:

سبق الحديث أن الباحث قام باختيار عينة البحث من منطقـــة معســـكر جباليا، أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي متشابه ، وأنه دون المتوسط وللتأكد من ذلك تم تطبيق مقياس الوضع الاقتصادي والاجتماعي، قبل بـــدء التجريـــب واستخرجت متوسطات الدرجات ابتداء من بداية البرنامج ، وتم استخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney للتعرف على الفروق بين المجموعات قبل البدء في التجربة، والجدول رقم (٥) يوضح ذلك.

جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات المستوى الاقتصادي والاجتماعي في القياس القبلي(ن= ٢٤)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	تجريبية	6	5.333	32.000	11.000	1.131	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	7.667	46.000			
الإناث	تجريبية	6	6.833	41.000	16.000	0.323	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.167	37.000			
الدرجة الكلية	تجريبية	12	10.417	125.000	47.000	1.456	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	12	14.583	175.000			

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥= ∝) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في متغير الوضع الاقتصادي والاجتماعي وعليه فإن المجموعتين متكافئتين في الوضع الاقتصادي والاجتماعي فأطفال مجموعة البحث ينتمون إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي دون المتوسط.

٤- التكافؤ في مقياس تكرار عدد مرات التبول اللإرداي:

وللتأكد من ذلك تم تطبيق مقياس التبول اللاإرادي ، قبل بدء التجريب واستخرجت متوسطات الدرجات ابتداء من بداية البرنامج بتاريخ ١ / ١٠ /٢٠٠٧م ، وتم استخدام اختبار مان ويتني Mann Whitney للتعرف على الفروق بين المجموعتين قبل البدء في التجربة، والجدول رقم (٦) يوضح ذلك.

جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z)

في متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي(ن=٢٤)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	تجريبية	6	7.00	42.00	15	0.561	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.00	36.00			
الإناث	تجريبية	6	7	42	15	0.561	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6	36			
الدرجة الكلية	تجريبية	12	13.5	162	60	0.799	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	12	11.5	138			

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥= ∝) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس تكرار التبول اللاإرادي وعليه فإن المجموعتين متكافئتين في المقياس من حيث تكرار عدد مرات التبول اللاإرادى وهى يومياً ليلاً.

رابعاً: أدوات الدراسة:

استخدم الباحث الأدوات التالية :

١ – نماذج التحاليل الطبية (إعداد الباحث).

٢ – جدول الليالى النظيفة (إعداد الباحث).

٣ – سجل المتابعة اليومية (إعداد الباحث).

٤ – مقياس تدعيمى لمقاومة التبول اللا إرادى (إعداد الباحث).

٥ – دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة حالة التبول اللا ارادى يطبق على الأطفال وآبائهم (إعداد الباحث).

٦ – المقابلة المقننة. (إعداد الباحث).

٧ – استمارة الملاحظة المباشرة (إعداد الباحث).

٨ – مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الرابعة).

٩ – دليل الوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة (إعداد الباحث).
١٠ –استمارة متابعة الواجب المنزلي (إعداد الباحث).
١١ –استمارة تقييم للبرنامج الإرشادي (مكونة من صورتين) (إعداد الباحث).
١٢ –جلسات البرنامج التدخل الإرشادي (إعداد الباحث).

دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة حالة التبول اللاإرادي يطبق على الأطفال من ذوي حالات التبول اللاإرادي وآبائهم (إعداد الباحث).

قام الباحث بتصميم الدليل بعد الإطلاع على دراسة الحالة – الدلائل والاستمارات الخاصة بالأطفال من ذوي حالات التبول اللاإرادي – معلومات مباشرة من الوالدين خاصة بكل طفل لديه تبول لا إرادي – الملف الطبي الخاص بكل حالة لمعرفة أسباب التبول اللاإرادي إذا كانت عضوية أم نفسية وأيضا التعرف على أكبر قدر من المعلومات الخاصة بكل طفل من أجل استبعاد غير الملائمين لتطبيق أدوات البحث عليهم.

وقد راعي الباحث أن تكون صياغة العبارات سهلة بسيطة واضحة ومحددة كما روعي أن تعطي جوانب مهمة في حياة كل طفل لديه تبول لا إرادي .

وتكون الدليل من جزئين.

الجزء الأول :

يجيب عليه الطفل ويتضمن البيانات الخاصة به ووقت التطبيق وعدد الأخوات وترتيبه بينهم وهل يعانون من المشكلة نفسها والصعوبات التي تواجهه أثناء النوم، وأول مرة تبول فيها.

الجزء الثاني:

يجيب عليه الوالدان ويتضمن بيانات خاصة بتاريخ حمل الأم وظروف الولادة وبعض الأسئلة التي تختص بعملية ضبط التبول والإخراج وأسلوب معاملة الوالدين لابنهما والظروف التي أدت إلى تبوله لا إرادياً.

حساب الكفاءة السيكومترية:

بعد التأكد من فهم العبارات ووضوحها كان على الباحث أن يستكمل إجراءات التحقق من صدق وثبات الدليل ودرجته على النحو التالي:

أ – **صدق الدليل** : تحقق الباحث من صدق الدليل باستخدام عدة طرق منها:

١- الصدق الظاهري (المحكمون) تم عرض الدليل بصورته الأولية على مجموعة من الأساتذة والمحكمين وعدد من الأطباء والاخصائيين النفسيين من جمعية مركز الإرشاد التربوي في قطاع غزة واستبعد العبارات التي لم تحظ بموافقة ١٠٠% وتم إجراء التعديل اللازم والمطلوب.

٢- **صدق (المحك الخارجي):** ومن خلاله استعان الباحث بدليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اللجلجة إعداد/ صفاء غازي ١٩٩٢ وخلص إلى معامل ارتباط بين المحك والمقياس الحالي قدره (٨٩ر) وهي قيمة دالة عند ٠١ر٠.

٣- **ثبات المقياس** : تحقق الباحث من ثبات المقياس باستخدام عدة طرق كالآتي:

- تم حساب معامل ثبات دليل العوامل والظروف المؤدية لنشأة التبول اللاإرادي من خلال إعادة تطبيق الدليل نفسه بعد مدة تتراوح أسبوعين من إجرائه في المرة الأولي على عينة مكونة من ٣٠ طفلا لديهم تبول لا إرادي وكذلك حساب معامل الفاكروبناخ كالآتي.
- تلاحظ أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يجعلنا نثق في تطبيقه وقياس ما وضع لقياسه.

٤- **طريقة التطبيق والتصحيح:** يقوم الباحث بمهمة قراءة البنود المكون منها الدليل والإجابات المحكمة لكل بند سواء ما يخص الجزء المتعلق بالطفل الذي لديه تبول اللاإرادي أم الجزء الذي يجيب عليه أحد الوالدين ويتم وضع علامة (√) أمام الإجابة التي تتفق مع ما يقدره

الطفل الذي لديه تبول لاإرادي – الوالدان وتصبح بنود الدليل يتم على أساس أن كل إجابة من الإجابات المحتملة الواردة في الـــدليل بمثابـــة محك لاختيار الطفل ضمن مجموعة الدراسة.

٢- المقابلة المقننة :

المقابلة عبارة عن علاقة دينامية وتبادلية بين شخصين أو أكثر ،الشخص الأول هو أخصائي نفسي متخصص ومدرب فى آليات التـــدخل المهنـــي فـــى التوجيه والإرشاد، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يحاولون الحصول على حل للمشكلة التي يعانون منها . سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أم غير مباشـــرة، موجهة أم غير موجهة .بل إن الأخصائي لا يقتصر عمله في المقابلة التي يقوم بها على مجرد تقديم المساعدة ،بل انه يحاول عن طريقهـــا أن يحقـــق أهـــدافا متعددة ، شريطة أن تقوم هذه المقابلة على مبدأ الأمانة ،أمانة الأخصـــائي مـــع المسترشد وأمانة المسترشد مع نفسه ، وتتجلى أمانة الأخصـــائي فـــي تمتعـــه بالنضج الانفعالي والاطمئنان النفسي الذي يجعله واعيا بمشاعره ودوافعه، وعلى بصيرة تامة باستجاباته وسلوكه .

ولان هذه المقابلة تقوم على مبدأ الأمانة ، والثقة ، والاحترام المتبـــادل ، ولا تعتبر محادثة عادية ، ولان ما يحتاجه الأخصائي من معلومات يكون بهدف المساعدة ، تطرح فيها معلومات وموضوعات شخصية يـــدخل فيهـــا مناقشـــة المحرمات، وكل ما من شانه أن يلقي ضوءا كافيا علـــى شخصـــية المسترشـــد وجذور مشكلته ويفتح الطريق واضحا أمام أسلوب جديد لمعالجة المشكلة .

وتنبع أهمية المقابلة في أن ميكانزمات الدفاع لدى الآباء تميل إلـــى إخفـــاء حقيقة الإدراك، حفظا على تكوين الشخصية، وفي المقابلة يستطيع الأخصـــائي الناجح من إدراك ومعرفة حقائق الأمور وتمييزها وتوظيفها في خدمة العمليـــة العلاجية .

وهناك ثلاثة أنواع للمقابلة :

- المقابلة الإعلامية .

- المقابلة في إطار البحث .
- المقابلة الحكمية .

وفي مجال المقابلات العيادية تفضل المقابلات الإعلامية لأنه توفر اكبر قدر من المعلومات حول المسترشد ، كما تساهم في الاقتراب منه وفي فهم معاناته كما يعيشها هو وكما يتمثلها ، وبهذا فهي تتجنب الذاتية والمواقف والأحكام المحددة مسبقا.

وللمقابلة مزايا وعيوب خاصة بها كأي من أدوات التشخيص المتبعة في هذا المضمار .

وتختلف المقابلة حسب درجة التقنين ،فهناك المقابلة الحرة ،والمقابلة المحددة تحديدا تاما ، وهناك المقابلات الموجهة ، وطبيعة المشكلة هي التي تحدد درجة تقنين المقابلة . (فهمي ، ١٩٦٧ ، زهران، ٢٠٠٢)

وفي البحث الحالي استخدم الباحث المقابلة المقننة خلال عملية التقييم والتشخيص والعلاج ،حيث استخدم المقابلة الموجهة للتعرف إلى مشكلة المسترشد ومساعدته في التعبير عن معاناته ومشاعره ، الحصول على الخطوط القاعدية للتبول اللاإرادي والانعكاسات النفسية الناجمة عنه أو المرتبطة به (مثل القلق والتقدير السلبي المتدنى للذات).

وقد حاول الباحث قدر الإمكان أن يلتزم بمباديء المقابلة الإكلينيكية الناجحة من حيث الأمانة والتقبل والاحترام المتبادل وكسب ثقة المسترشد والمحافظة على سرية المعلومات التي حصل عليها من المقابلة .

ولكى يصل الباحث بالمقابلة إلى الشكل النهائى الذى وصلت إليه قام بتعديلات كثيرة سواء فى ألفاظ السؤال أو فى ترتيب وجودة فى المقابلة وذلك بناء على الدراسات الاستطلاعية الذى كان يقوم بها بعد كل مرحلة من مراحل إعداد المقابلة حتى وصلت المقابلة إلى الشكل النهائى الذى يخدم الهدف الذى وقعت من أجله.

صدق المقابلة وثباتها :

بالنسبة لصدق المقابلة وثباتها راع الباحث فى صياغة الأسئلة وفى إجرائها جميع الشروط الواجب توافرها لنجاح المقابلة والتى تجعلنا نحصل على إجابات صادقة من أفراد عينة البحث.

أيضا بالنسبة لصدق المقابلة حرص الباحث على أن تكون أسئلة المقابلة مستمدة من القراءات السابقة المتعلقة بالتبول اللاإرادى حتى تقيس المقابلة ما وصفت لقياسه.

وبعد أن اطمأن الباحث إلى صدق المقابلة أهتم بمعرفة درجة ثباتها فقام بإعادة أجراء المقابلة على عينة مكونة من ٥ أفراد تنطبق عليهم شروط عينة البحث وذلك بعد مضى (١٠ أيام) على التطبيق الأول. وقام الباحث بتحليل مضمون كل سؤال على حدة لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق فى الإجابة عن السؤال الواحد فى التطبيقين.

وقد أوضحت دراسة الثبات أنه ليس هناك فرق فى الإجابة على السؤال الواحد أى أن الإجابة على السؤال الواحد متطابقة تطابقاً كاملاً فى التطبيقين ومن ذلك تكون أسئلة المقابلة ثابتة ويمكن الاطمئنان إلى النتائج التى نصل إليها عن طريقها.

٣- الملاحظة السلوكية المنظمة

تعتبر الملاحظة العلمية المنظمة من أقدم وأكثر وسائل جمع المعلومات شيوعا في الإرشاد النفسي . وهي لذلك وسيلة أساسية ومهمة ومورد خصب للحصول على معلومات عن سلوك المسترشد .

وهي ملاحظة الوضع الحالي للمسترشد، في قطاع محدد من سلوكه، وتسجيل لموقف من مواقف سلوكه .وتشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة اليومية الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعها في اللعب والعمل والراحة والرحلات والحفلات ،وفي مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية والقيادة ....الخ .

وتقوم الملاحظة العلمية المنظمة على ملاحظات السلوك وتسجيله في صورة لفظية لتحقيق الأهداف التالية : – تسجيل الحقائق التي تثبت أو تنفي فروضا خاصة بسلوك المسترشد – تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوك المسترشد نتيجة للنمو– تحديد العوامل التي تحرك المسترشد سلوكيا في مواقف وخبرات معينة – دراسة التفاعل الاجتماعي للمسترشد في مواقفه الطبيعية – تفسير السلوك الملاحظ وإصدار توصيات بشأنه .

والأخصائي هنا لا يستخدم المفاهيم الاستدلالية في تفسيره للسلوك الملاحظ بل يفسر المشاهدات بطريقة مباشرة ، ومن اجل ذلك يتم تعريف السلوك الذي يخضع للملاحظة بداية، بكلمات بسيطة وخالية من أي غموض لكي يستطيع القائم بالملاحظة أن يحدد بسرعة وبدقة ظهور السلوك أو عدمه . (فهمي ١٩٦٧، وزهران ٢٠٠٢)

إذا فالملاحظة السلوكية هي ملاحظة – محددة ،منظمة ، مضبوطة – يتم فيها اختيار جانب أو جوانب معينة في موقف معين ووقت محدد وظروف دقيقة ومضبوطة.

وفي البحث الحالي استخدم الباحث الملاحظة السلوكية المباشرة المنظمة والتي سمحت بملاحظة مجموعة سلوكات حددها الباحث ولاحظ كيفيتها ومدى وجودها أو عدمه، قبل العلاج "للحصول على الخطوط القاعدية للسلوك المشكل، وأثناء اختبار فعالية العلاج، وبعد العلاج للتقويم النهائي لفعالية البرنامج العلاجي . وقد سمحت الملاحظة المنظمة والدقيقة بتحديد :

- المظهر الخارجي للمسترشد .
- السلوك الظاهر من حيث:
  ١- السلوك التعبيري
  ٢- مستوى النشاط الجسمي
  ٣- الاتصال بالعينين
- الإشارات والإيماءات والحركات التي يستخدمها الطفل

- التعبير اللفظي ومدى الطلاقة اللفظية " وجود تأتأه ،تلعثم ،عدم توضـــيح للكلمات، نبرة الصوت ...الخ
- التفاعل مع الآخرين (الباحث ، المجموعة الإرشادية، الأم)
- حركات ملفته للانتباه " نتف شعر، قضم أظافر، اللعب بملابسه أو مســك ملابس الأم ، كيفية الجلوس والمكان _في المكان المحدد أو بجانب الأم.

وقد قام الباحث بتصميم استمارة ملاحظة لسلوك أفراد عينة البحث وهدف الباحث منها إلى الآتى:

- متابعة مدى تقدم الطفل بعد كل جلسة.
- ملاحظة السلوك فى الواقع من حيث المظهر الخارجى – السلوك الظاهر السلوك التعبير ... إلخ ، كما ذكرها الباحث من قبل.
- تقويم الجلسات لمعرفة مدى استفادة الطفل منها والربط بينها وبين الجلسة التى تليها.
- تسجيل سلوك الطفل مباشرة فـــى الاســـتمارة حتـــى لا تتعـــرض هـــذه الملاحظات للتحريف أو النسيان من قبل المرشد.

٥- مقياس بينيه للذكاء:

استخدم الباحث مقياس ستانفورد بينيه وذلك لتحديد القدرات العقلية للطفـــل حيث أن الأطفال ذوى التاخر العقلى لايستطيعون التحكم فى عملية ضبط المثانة واستبعد الباحث فى الدراسة هذه الفئة من الأطفال.

يعد اختبار ستانفورد- بينيه: الصورة الرابعة مـــن مقـــاييس الـــذكاء و القدرة العقلية التي أحدثت تغييرا و تطويراً جوهرياً في قياس الـــذكاء و تقيـــيم القدرات المعرفية وذلك لما طرأ علي المقياس من تعديلات و إضافات أساســـية وضخمة من حيث تنوع المهام و المضمون وأسلوب عرض الفقرات و كـــذلك من حيث المعايير التي يعتمد عليها وصولاً إلي نمط مميز من الصفحة المعرفية وذلك علاوة علي النظرية التي يقوم عليها محققا بذلك مكانة بارزة وأساسية في

حركة القياس السيكولوجي من الناحية النظرية والتطبيقية مما جعل منه المقياس السائد والأساسي في الممارسة والتقييم الإكلينيكي.

وقد صدرت هذه الصورة من مقياس ستانفورد- بينيه عام ١٩٨٦ وقد أعدها كل من Hagen & Sattler،Thorndike محققين في هذه الصورة تعديلات جوهرية إضافية عن الصورتين الثانية والثالثة حيث قاموا بتجميع الفقرات في ضوء استراتيجية تم بموجبها اختيار عينات متباينة وعريضة من مدى كبير من المهام المعرفية التي تتطلب تفكيرا ارتباطيا في سياقات ونواحي متنوعة تكشف لنا عن القدرة العقلية العامة أي العامل العام. ولذلك فقد جمعوا الفقرات داخل ١٥ اختباراً فرعياً تندرج تحت ٤ مجالات رئيسية هي : الاستدلال اللفظي (ويشمل اختبارات: المفردات ،الفهم، السخافات، العلاقات اللفظية) والاستدلال المجرد البصري (ويشمل اختبارات: تحليل النمط، النسخ، المصفوفات، ثني وقطع الورق) والاستدلال الكمي (ويشمل: الاختبار الكمي وسلاسل الأعداد وبناء المعادلات) والذاكرة قصيرة المدى (ويشمل: ذاكرة الخرز، تذكر الجمل، تذكر الأعداد، تذكر الموضوعات) لكي تعطينا درجة مركبة. وقد تم اختيار هذه المجالات الأربعة للقدرات المعرفية، على أساس نموذج تدريجي من ثلاث مستويات لتركيب القدرات المعرفية. حيث يتكون المستوى الأول من العامل العام (ولذلك قرروا ضرورة الحصول على درجة مركبة تمثل العامل العام). أما المستوى الثاني يتكون من القدرات المتبلورة والقدرات السائلة التحليلية والذاكرة قصيرة المدى. أما المستوى الثالث فيتكون من ثلاث مجالات أكثر تخصيصاً وهي : الاستدلال اللفظي والاستدلال الكمي والاستدلال المجرد البصري.

وعلي الرغم من أن الهدف الأساسي لأي مقياس ذكاء هو قياس الذكاء و تقييمه إلا أن الغرض من هذا المقياس كذلك هو الكشف عن التلاميذ المعاقين عقلياً و التلاميذ الذين يعانون صعوبات في التعلم مع التعرف على التلاميذ الموهوبين، هذا فضلاً عن الأهداف العامة للمقياس بوصفه اختباراً للذكاء والقدرات المعرفية (لويس مليكة، ١٩٩٨ Thorndik, etal.,1986a)

٥- مقياس تدعيمي لمقاومة التبول اللا إرادي :

وهو برنامج للتدعيم والتعزيز علي مقاومه التبول اللاإرادي وضبط المثانة.

تعليمات للأم:

١- علق الجدول في مكان بارز.

٢- اشترى بعض الهدايا البسيطة (مستخدماً جدول التدعيمات)بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات ومشروبات أو أشياء مكتبيه ، اشتر أيضاً بعض النجوم اللاصقة من المكتبة.

٣- اشرح للطفل البرنامج بعبارات بسيطة مثل (أريد أن أساعدك علي أن تتوقف عن التبول في ملابسك ، وان تبقي جافاً طوال اليوم ، وفي كل مره تذهب إلي الحمام سأضع لك نجمه مثل هذه علي الجدول ، وستحصل أيضا علي هديه تحب أن تملكها أو تأكلها ولنبدأ من الآن).

٤- إذا ذهب فعلاً الي الحمام لتبول ، امتدح ذلك لفظياً وعلق علي ذلك بأن هذا جميل ، وانه الآن يستحق ان تلصق له نجمه (وقم بلصق النجمة في المكان المناسب .... وأساله ماذا يريد أن تكون هديته ...من قائمه الهدايا الموجودة لديك)

٥- اعلن في آخر اليوم مع بقيه أفراد الأسرة بأنه نجح في الذهاب إلي الحمام أكثر من مره واعد امتداح سلوكه وتعاونه.

٦- في الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه ضع نجمتين إضافيتين إذا رفض الطفل أن يذهب إلي الحمام ، لا ترغمه ولا تسخر منه ، ولا تغضب ، ولكن حثه لفظياً واستمر في عمليه التدعيم بالشكل السابق ، وإذا لم يستجب للحث اللفظي لا تغضب ولا تؤنب بل أضف بعض الحث البدني بتدريب خفيف ولطيف ... ، وقل (هيا سآخذك الي هناك)

٧- كافئ اي مظاهر داله علي الاستجابة الايجابية كما في الخطوات السابقة في الأيام التي تمر دون ان يبلل نفسه ، استمر في مضاعفه التدعيم

بإضافة نجمتين ، وامتدح هذا السلوك في نهاية اليوم علنا أمـــام بقيـــه أفراد الأسرة ، ثم اسأله كيف يريد ان تكون مكافآته من قائمـــه الهـــدايا الموجودة أومن هدايا خارجيه يمكن شرائها.

٨- توقف تدريجياً عن موضوع الهدايا ... ولكن استمر في امتداح السلوك .. وأضافه النجوم إلي ان تتحول هي الي مصدر التدعيم الرئيسي فـــي الأيام التي يبلل الطفل فيها نفسه ، لا تغضب ولا تؤنب بل كن هادئـــاً واكتفِ بتعليق بسيط (لقد نسيت اليوم وبللت نفسك ، دعني آخذك إلـــي الحمام حتي ابين لك كيف تقوم بتنظيف ملابسك) .

٩- اطلب منه ان يخلع ملابسه المبتلة وان يضعها في مكان الغسيل.

ويستخدم هذا البرنامج في حاله التبول اللا إرادي أثناء النـــوم ، وهـــو يتميز كسابقه بالبساطة ، وربما يحقق النتيجة المرجوة في فتره قصيرة .

يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ويحتاج الي المواد نفسها بما فيهـــا جدول المكافآت والنجوم اللاصقة ، والهدايا والمدعمات المحسوسة .

تشرح الأم أو الأب للطفل أو للطفلة البرنامج بعبارة بسيطة مثل واضح انك الان كبرت وبدأت تنمو وتنضج .. واعتقد أنك تريد أن نساعدك علـــي أن تتوقف عن عمليه التبول أثناء الليل.. فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الذي يتطلبه غسيل أغطيتك وملاءات سريرك . وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت ... ولهذا نريد أن نختار الأشياء التي تعجبك أو تحب أن تكون لديك من هذه القائمة (قائمه المدعمات) . والآن إذا مرت هـــذه الليلـــة دون أن تبلل نفسك فستحصل علي مكافأتك فوراً .. وستحصل علي نجمه ذهبيه في هذا الجدول المعلق هنا .

قدم المدعم المطلوب في اليوم التالي مباشره إذا نجح الطفل في الحفـــاظ علي عدم تبوله.

ويمكن تقديم المدعم فوراً ويومياً في الأسبوع الأول ، وكل يومين فـــي الأسبوع الثاني وكل أربعه أيام في الأسبوع الثالث... إلي أن يتوقـــف المـــدعم المحسوس.

لكن استمر لفترة طويلة في لصق النجوم عن كل يوم يمر بدون بلل.

امتدح السلوك أمام أفراد الأسرة كل مره ينجح فيها ، وإذا فشل الطفل يوم من الايان لا تقم بتأنيبه أو نقده ، بل دعه يضع الملابس والاغطية المبللة في المكان المعد للغسيل تذكر أن الطفل سينجح في بعض الليالي وسيفشل في البعض الآخر.

استمر في تطبيق البرنامج حتي ينجح الطفل في المحافظة علي نفسه أثناء الليل دون بلل لعده أسابيع ومن طرق العلاج التي تساعد أيضاً ما يلي:

١ – التقليل من السوائل أثناء النوم

٢ – هناك أنواع من الملابس مخصصه لهذا الموضوع ، حيث تكون مزوده بدائرة كهربية تحدث صوت عند البلل وتلسع الطفل بصدمات كهربية خفيفة.

٣ – إيقاظ الطفل في فترات متقطعة من الليل ليدخل الحمام

٤ – نرغمه علي خلع الملابس المبتلة ووضعها في مكان الغسيل ، وبعض الآراء تقول ان نتركه مبلول لفترة كي يشعر بالضيق (ولكن لا نفعل ذلك الا صيفاً)

آلية التقييم الأولي :

عندما يحضر الطفل والأم إلى الجمعية وقبل مقابلة الباحث (الأخصائي) تقوم الممرضة باستقبال الأم والطفل ومن ثم تقوم بتعبئة الجزء المخصص لها من استمارة تاريخ الحالة والتي دربها عليها الباحث ، وبعد ذلك يقوم الأخصائي مساعد الباحث * بالحديث مع الطفل قليلا لطمأنته وكسب ثقته ومن تم تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات بعد شرحه وتقديمه لماهية الاختبار، وذلك في غرفة الاستقبال*. بينما تدخل الأم لمقابلة الباحث .

دليل الوضع الاجتماعى والاقتصادي والثقافى (إعداد الباحث) :

بعد المستوى الاجتماعي والاقتصادي متغيرا بالغ الأهمية فى مجال البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية نظراً لما يقترن به ويصاحبه من أنماط سلوكية يتمثلها الفرد وتحدد بدورها تفكيره وتوجه استجاباته) تفاعلاً وتكيفا مع ما يتعرض له أو يعايشه فى حياته اليومية وحياة مجتمعه من احداث وتطورات ويلعب المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي ودورا مهما فى حياة الفرد حيث إن له تأثيرات كبيرة على شخصية الفرد فى جوانبها الجسمية والاجتماعية والعقلية والانفعالية.

مرحلة التصميم :

قام الباحث بالاضطلاع على عدد من المقاييس والأدوات الخاصة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافى مثل استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة التى أعدها عبد العزيز الشخص (١٩٨٨) واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي التى أعدتها سامية قطبان (١٩٧٩)، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة الفلسطينية إعداد صلاح أبو ناهيه، وبعد اضطلاع الباحث على عدد من المقاييس أتضح أنها تفتقد لقياس الجانب الثقافى بوضوح، وقد سعى الباحث إلى الإلمام بمختلف الجوانب الخاصة بالتبول اللاإرادى بهدف الوصول إلى المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافى بوضوح.

وتناول الباحث المقياس من خلال ثلاثة أبعاد كالآتى :

البعد الاجتماعي ويتضمن ٦ عبارات.

البعد الاقتصادي ويتضمن ٦ عبارات.

البعد الثقافي ويتضمن ٦ عبارات.

وعلى أن يتحدد كل بعد بعدد من العبارات ومن خلال الدرجة التى نحصل عليها يمكن وضع الفرد ضمن المستويات الاجتماعية الآتية:

١ - المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المنخفض.

٢ – المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المتوسط.
٣ – المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المرتفع.

وبعد تطبيق المقياس تم اختيار الأطفال من ذوى حالات التبول اللا إرادى الذين ينتمون على مستوى اجتماعي واقتصادي وثقافي منخفض.

حساب الكفاءة السيكومترية:

١ – صدق المقياس :

أ – صدق المحكمين :

تم عرض المقياس على عدد من الأساتذة المتخصصين فى علم النفس لمعرفة مدى قدرته على قياس ما وضع له من خلال فحص مضمون العبارات ومدى ملائمتها ووضوحها وسلامتها وتم حذف العبارات التى لم يتفق عليها المحكمون ، وتم تعديلها فى الصورة النهائية مع الإبقاء على العبارات التى حازت على أتفاق المحكمين بنسبة ٨% وتم إجراء التعديل اللازم وإضافة المطلوب.

صدق المحك الخارجى :

استعان الباحث باستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي التي أعدها صلاح أبو ناهيه وقام بتطبيقها بوصفها محكاً خارجياً وخلصت إلى معامل ارتباط بين المحك والمقياس قدره (٠,٧٩١) وهى قيمة دالة عند (٠,٠١) مما يجعلنا نثق فى قياس ما وضح من أجله.

ثبات المقياس :

تحقق الباحث من ثبات المقياس باستخدام عدة طرق كالآتى:

تم حساب معامل ثبات المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي من خلال إعادة تطبيق (المقياس نفسه بعد مدة تتراوح أسبوعين من إجرائه فى المرة الأولى على عينة مكونة من ٣٠ طفلا من ذوى حالات التبول اللا إرادى

وكذلك حساب معامل الفاكرونباخ كالآتى معامل الفاكرونباخ (٠,٧٨٨) التطبيق وإعادته = ٠,٩٥٩.

ويلاحظ أن الاختبار يتمتع بدرجة عالية من الثبات مما يجعلنا نثق فى تطبيقه وقياس ما وضع لقياسه.

- استمارة الواجب المنزلي (إعداد الباحث) :

قام الباحث بإعداد استمارة متابعة الواجبات المنزلية لجلسات البرنامج الإرشادي الانتقائي وهدف الباحث منها إلى الآتى:

- متابعة مدى تقدم الطفل بعد كل جلسة بأول بأول.
- متابعة الوالدين الدورية لطفلهم وتحقيق التواصل الفعال مع الباحث بغرض إبداء الملاحظات المهمة التى تفيد أبناءهم من ذوى حالات التبول اللا إرادى.
- تقويم الجلسات لمعرفة مدى استفادة الطفل منها والربط بينها وبين الجلسة التى تليها فى الواجب المنزلي الخاص بها.
- تحقيق أهداف البرنامج بصورة منظمة يتضح فيها دور أفراد عينة البحث من الأطفال والوالدين والباحث.
- متابعة الباحث لمدى فاعلية كل جلسة وأثرها على الطفل من خلال معرفة مدى تقدم الطفل فى الانتهاء من الواجب المنزلي الخاص به.
- وقد تم إعداد الاستمارة فى أربع نقاط تحقق الأهداف السابقة كالآتى:

أولاً : إفادة الوالدين عما تم تدريب الطفل عليه فى الجلسة.

ثانياً : ما ينبغي على الآباء القيام به لتدريب أبنائهم فى المنزل.

ثالثاً : معرفة مدى استفادة الطفل الذى تبول لا إراديا من كل جلسة وقدرته على الانتهاء من الواجب المنزلي.

رابعاً : ملاحظات الآباء على أبنائهم فى أثناء تدريبه فى المنزل.

وتعد هذه الاستمارة أحد أهم إجراءات التقويم المبدئي الأساسي لكل جلسة الذى أفاد الباحث فى تقويم الجلسات أول بأول ومعرفة إلى أى مدى تحققت أهداف البرنامج.

برنامج التدخل الارشادى

قام الباحث من خلال الأسس والفروض والمبادئ الأساسية المستمدة من التأصيل النظري للدراسة الحالية ومن خلال خبرة الباحث فى التعامل مع الحالات والمشكلات السلوكية والعائلية المختلفة ومن خلال إطلاع الباحث على العديد الدراسات السابقة والبرامج المختلفة فى إعداد برنامج فى التدخل الارشادى :

(١) البرنامج Programme :

- تعددت مفاهيم وطرق واليات التدخل الارشادى ولكن جميعها اتفقت على هدف عام هو تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للفرد.
- هو برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا وجماعيا بهدف مساعدة الأفراد في تحقيق التوافق والنمو السوى ، والقيام بالاختيار الواعى المتعقل ، ولتحقيق التوافق النفسى (حامد زهران ، ١٩٩٨ : ٤٣٩)

ويرى الباحث ان التدخل الارشادى يعتمد على أسس وركائز التدخل المختلف فى الأنشطة والفنيات وليس بالهدف العام، وذلك لتبين فاعلية هذا التدخل الارشادى فى علاج ظاهرة التبول الارادى .

كما يرى بأنه عبارة عن مجموعة من الخدمات الانتقائية التكاملية النفسية والاجتماعية والتربوية المبنية على أسس علمية هادفة تتضمن العديد من البرامج والأنشطة والتمارين المختلفة، حيث يقوم بها شخص خبير متمرس يمتلك مهارة عالية بأساليب وفنيات الإرشاد والتوجيه النفسي بهدف تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي والتربوي للفرد .

أهمية البرنامج :

تظهر أهمية البرنامج من خلال جوانبها النظرية والتطبيقية على الوجه التالى:

أولا: الجانب النظرى :

تكمن أهمية البرنامج الحالي فى أهمية الجانب الذى يتصدى الباحث لدراسته ، فهو محاولة التعرف على فاعلية التدخل الارشادى فى علاج مشكلة التبول اللاارادى ، كما تأتى أهمية البرنامج الحالي كمحاولة علمية تضاف إلى المحاولات السابقة فى ميدان بحوث علاج التبول اللاارادى .

ثانيا : الجانب التطبيقى :

تبصير الأسرة والهيئات العلمية والتربوية والاجتماعية المسئولة عن إعداد برامج الأطفال المفتقدة ، وذلك لتجنب معاناة أطفالنا فى مشكلة التبول اللاارادى ، ومساعدة الأطفال والأسر على التغلب عليه .

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس المهمة كما حددها حامد زهران (١٩٩٨ : ٥٠٢) وهى :

١- **الأسس العامة** : وتشمل مراعاة مرونة السلوك الإنسانى ، وحق الفرد في الإرشاد والعلاج النفسي وتقبل العميل ، وقابلية السلوك للتعديل والتغيير ، والتدريب وضرورة الاستمرار في عملية الإرشاد النفسي .

٢- **الأسس الدينية** : يعتبر الدين ركنا أساسيا في الإرشاد النفسي ، والنمو السوى يتضمن النمو الديني وتحقيق الصحة النفسية ، والقيم الدينية والخلقية تمثل معايير مقدسة للسلوك الإنساني، كما أن احترام المرشد والعميل للقيم الدينية والخلقية يؤدى إلى نجاح عملية الإرشاد واستمرارها .

٣- **الأسس الفلسفية** : وتتضمن مراعاة الطبيعة الإنسانية ، وأخلاقيات الإرشاد النفسي ، وسرية المعلومات ، والعلاقة المهنية التي تقوم على الألفة ، والتسامح واستخدام الإقناع ، والتفكير المنطقي في المقابلة الإرشادية .

٤- **الأسس النفسية والتربوية :** وتشمل مراعاة الخصائص العامة للنمو في المرحلة الإعدادية ، وإشباع الحاجات النفسية ، والاجتماعية ، والروحية، والدينية للأطفال .

٥- **الأسس الاجتماعية :** وتشمل الاهتمام بالفرد ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها ، وأن الضغوط الاجتماعية والثقافية تؤثر على شخصية الفرد ، وفي عملية الإرشاد النفسي ، وأن أسلوب الإرشاد الجماعي من أفضل الطرق الإرشادية في علاج الاضطرابات والمشكلات السلوكية التي تواجه الأطفال .

٦- **الأسس الفسيولوجية والعصبية :** يجب أن يتأكد المرشد من قيام الجسم بجميع وظائفه والخلو من الأمراض الجسمية والعضوية التي تؤثر على الناحية النفسية، على اعتبار أن الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية وجسمية.

الإعداد للبرنامج :

قام الباحث بتجهيز الأدوات التجريبية والمقاييس اللازمة لإجراء التجربة الاستطلاعية وتحديد العينة التجريبية التي تم تطبيق التدخل الارشادى عليها ، وتهيئة الظروف المناسبة من حيث الوقت ، والمكان ، ومقابلة أفراد العينة التجريبية، وتم الاتفاق على الوقت المناسب لعقد الجلسات الإرشادية ، بحيث تكون جلستين أسبوعيا .

كما تم عرض البرنامج العلاجى بعد إعداده في صورته الأولية على مجموعة من السادة المحكمين وعددهم ١٠ من أساتذة علم النفس والصحة النفسية بالجامعات والمؤسسات الفلسطينية والمصرية لمعرفة رأيهم في البرنامج ومحتوياته .(ملحق١)

تخطيط البرنامج :

حرص **الباحث** على أن يكون تخطيط البرنامج العلاجي متكاملا مع أهداف العملية التربوية ، ويعمل على إشباع حاجات الطلاب الدينية والنفسية والتربوية والاجتماعية ، والأسرية وتحتوى عملية تخطيط البرنامج على ما يلي:

أ- **أهداف البرنامج :**

ويهدف برنامج التدخل الارشادى إلى هدف عام وهو علاج مشكلة التبول الاارادى أثناء النوم.

ويتفرع من هذا الهدف عدة أهداف خاصة كما يلى :

١- علاج مشكلة التبول اللاارادى أثناء النوم لدى المجموعة التجريبية من الأطفال ، وذلك فى ضوء أسس وركائز أساسية ترجع إلى نظريات الإرشاد والعلاج النفسى .

٢- مساعدة الأطفال على الاتزان النفسي والانفعالي ، وأن يصبح واعيا ومستبصرا بمشكلته وأحداث الحياة الفلسطينية .

٣- إكساب الأطفال فلسفة عامة فى الحياة تمكنهم من التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة .

٤- أن يتعرف الطفل على مفهوم التدخل الارشادى.

٥- أن يشعر الطفل بالاحترام والتقدير .

٦- أن يتعرف الطفل على العديد من الحالات التى تم شفائها .

٧- أن يتعلم الطفل طرق واليات الاسترخاء .

٨- أن يتعلم الطفل طرق التفريغ الانفعالى وخصوصا عن طريق الحوار والرسم .

٩- أن نعزز النقاط الإيجابية لدى الطفل .

١٠- ان يتعرف الطفل على المواقف السلبية والمواقف الايجابية فى حياته .

ب- الوسائـــــــل :

يستخدم هذا البرنامج الوسائل التي تم إعدادها لتلائم العينة التجريبية وهى :

١- المحاضرات والمناقشات الجماعية والواجب المنزلى وذلك من خلال : -

- الإرشاد الفردى
- الإرشاد الجماعى
- الإرشاد الاسرى
- الإرشاد الدينى
- الإرشاد المدرسى

ج - الخدمات التي يقدمها البرنامج :

يقدم هذا البرنامج عند تطبيقه مجموعة من الخدمات العلاجية وهى :

١- **الخدمات الإرشادية الدينية :** وتتمثل في المعانى العديدة التي يظهـر فيهـا الإيمان بالقضاء والقدر ، وترسيخ ذلك في عقول الأطفـال ، وأن التسـليم بالقضاء والقدر ليس معناه الاستسلام ، وإنما يجـب أن نعمـل ونأخـذ بالأسباب التي تؤدى إلى النجاة .

٢- **الخدمات النفسية :** وتتضمن تعزيز الآثار النفسية الإيجابية ، والقضاء على الآثار النفسية السلبية مثل الخوف ، والذعر ، والقلق ، والتوتر المصـاحب لمشكلة التبول اللاارادى .

٣- **الخدمات التربوية :** وتشتمل على بعض الخدمات التربوية مثـل : عـلاج بعض المشكلات الدراسية التى يعانى منها أفراد المجموعـة التجريبيـة ، والمساعدة في تحقيق التوافق التربوي ، وذلك من خلال تبصـير الطفـل والمعلم فى بعض الزيارات المدرسية.

٤- **الخدمات الاجتماعية :** وتتضمن الخدمات العلاجية الاجتماعية التي تشـمل علاج بعض الاضطرابات والمشكلات الاجتماعية التي يعاني منها أفـراد المجموعة التجريبية ، وتعلم المعايير الاجتماعيـة ، وتنميـة المسـئولية ، ومساعدة الآخرين .

٥- **الخدمات الترويحية :** وتضم بعض الخدمات العلاجية التي تحث الأطفال أفراد المجموعة التجريبية على التماسك فيما بينهم ، وممارسة بعض الأنشطة الاجتماعية ، والثقافية ، والرياضية .

٦- **الخدمات الوقائية :** حيث الهدف الأكبر لهذا البرنامج هو العمل على وقاية الأطفال أفراد المجموعة التجريبية بالتزود بمعلومات دينية وثقافية ، وتدريبات علمية وعملية لتخفيف القلق والخوف المصاحب لمشكلة التبول اللاارادى.

٧- **خدمات طبية :** وتتضمن فلسفة عامة فى الحياة تمكنهم من التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة .

٨- **خدمات المتابعة :** يقوم الباحث بدراسة تتبعيه منتظمة لكل خطوات البرنامج وأسلوب تنفيذه ومدى الاستفادة والنتائج التي تحققت بعد التطبيق ، ومتابعة أفراد المجموعة التجريبية حتى يمكن التعرف على مدى التغير السلوكى ومدى الاستفادة بالأنشطة والمعلومات والتدريبات المختلفة .

٩- **خدمات البيئة الخارجية :** وتمتد الخدمات لتشمل البيئة الخارجية مثل المؤسسات ذات الاتصال بالأطفال كالأسرة ، وعيادات ، ومراكز الإرشاد ، والعيادات النفسية ، ومراكز الخدمة الاجتماعية ، ومراكز رعاية الأطفال .

مكان الجلسات :

تتم الجلسات العلاجية لتنفيذ البرنامج بغرفة الإرشاد والتوجية النفسى والاسرى التابعة لجمعية مركز الإرشاد التربوى .

التدخل الارشادى :

مقدمة البرنامج :

يرى الباحث ان التدخل الارشادى نوع من أنواع العلاج النفسى و هو عبارة عن برنامج مخطط و منظم في ضوء أسس علمية ، لتقديم الخدمات العلاجية المباشرة فرديا وجماعيا للأطفال ولأسرهم الذين يعانون من مشكلة

التبول الارادى ، بهدف المساعدة في تحقيق بعض جوانب النمو النفسى والتربوى والمساعدة في تحقيق التوافق والصحة النفسية وعلاج مشكلة التبول الارادى.

ويستخدم هذا التدخل الارشادى أسلوب العلاج الفردى و الجماعى و الاسرى حيث يعتبر التدخل الارشادى عملية تربوية تقوم على أسس نفسية ، واجتماعية أهمها أن الإنسان كائن اجتماعى لديه حاجات نفسية و اجتماعية لابد من إشباعها في إطار فردى واجتماعى وأسرى مثل الحاجة إلى الأمن ، والحاجة إلى التقدير ، والانتماء ، وهو ما يهدف إليه التدخل الارشادى من توفير المعلومات ، والأنشطة ، والتدريبات والمحاضرات والنقاش الفردى والمشترك للاطفال للحد من مشكلة التبول الارادى .

ويلاحظ حامد زهران (١٩٩٨ ، ٣٣١) أن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية يستخدم بنجاح على نطاق واسع في الإرشاد الوقائى وخاصة في المدارس والجامعات .

فالتدخل الارشادى العلاجى يمكن أن يلعب دورا كبيرا في تخفيف الخسائر المادية والبشرية من ناحية والاضطرابات النفسية من ناحية أخرى ، ، و الهدف الأساسى له العمل على زيادة فاعلية ، ونشاط الأطفال في مواجهته المشكلة، وتقليل الآثار السلبية لها على هم بصفة خاصة والأسرة والمجتمع بصفة عامة .

ويعتمد أسلوب العلاج الجماعى على المحاضرات والمناقشات واستخدام بعض الوسائل الممكنة مثل الأفلام ، والشرائط ، واللوحات ، وبرنامج عرض الشرائح كأسلوب نموزجىPower Point وغيرها مما يساعد في الإيضاح ، وكذلك التدريب على بعض الأنشطة التي يقوم بها الأطفال لتخفيف من التوتر والضغوط التى تؤدى الى الحد و علاج مشكلة التبول الارادى .

ويرى الباحث أن الزمن النفسى يحمل بين طياته جوانب إيجابية للفرد حيث يشعر بالأمن والطمأنينة إذا استطاع تحديد إمكاناته ، ومعرفة قدراته فيكون أكثر قدرة على تحقيق ذاته ، وقد يكون الفرد يشعر بالخوف ، والتوجس ،

والوهم ، ومن ثم لا يستطيع تحديد قدراته فلا يستطيع تحقيق ذاتـــه ، ويكـــون عرضه لمشكلة التبول الارادى أكثر من غيره .

والأشخاص الذين يشعرون بالرضا ، والسعادة ، يكون إدراكهـــم أكثـــر تفاؤلاً، أما الأشخاص الذين يشعرون بعدم الرضا ، يكون إدراكهم أكثر تشاؤماً .

قام الباحث من خلال الأسس ، والفروض ، والمبادئ الأساسية المســـتمدة من التأصيل النظري للدراسة الحالية بإعداد برنامج للتدخل الارشادى بهـــدف علاج مشكلة التبول الارادى ،كما يحاول الباحث من جانبه خفض الضـــغوطات النفسية والاجتماعية ، وعلاج مشكلة التبول الارادى لدى عينة من الأطفال ، والتعرف على مدى فاعليته التدخل الارشادى سواء بعد التطبيق مباشرة أو بعد التطبيق بفترة زمنية معينة ، وسيعرض الباحث محتوى جلسات البرنامج.

جدول(٧)

يوضح جلسات البرنامج العلاجى

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة فى الجلسة	المهارات المستخدمة فى الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
الأولى	التعارف	التعارف وجمع المعلومات عن الطفل والأسرة والمشكلة وطلب الفحوصات والتحاليل اللازمة من الأم والاتفاق على موعد الجلسات ومكانها وزمنها	المقابلة والملاحظة	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة الباحث الأم الطفل	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
الثانية	الاطلاع على التقارير الطبية وشرح تعليمات البرنامج العلاجي وجمع اكبر قدر ممكن من المعلومات عن شخصية الطفل	التأكد من أن سبب المشكلة نفسي وليس عضوي ولاتفاق على تنفيذ برنامج علاجي تحديد موعد للمقابلة	المقابلة الملاحظة والحوار	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	فردية و مشتركة الأم الطفل الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة ونصف
الثالثة	الاسترخاء	التفريغ النفسي والانفعالي	المقابلة الملاحظة المناقشة الحوار	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	فردية و مشتركة الأم الطفل الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة ونصف
الرابعة	متابعة الخطوات العملية للبرنامج الرسم	تشجيع الأم والطفل على الاستمرار بتنفيذ البرنامج العلاجي إكساب الأم والطفل أهمية الرسم	المقابلة الملاحظة النقاش الحوار والشرح الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير	مشتركة الأم والطفل والباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة فى الجلسة	المهارات المستخدمة فى الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
				الإيحاء التغذية الراجعة			
الخامسة	المراقبة الذاتية	إكساب الطفل والام اهمية المراقبة الذاتية	المقابلة الملاحظة الشرح النقاش الحوار الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بن الام والطفل	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
السادسة	مدى تطبيق الطفل للبرنامج الضغط النفسي التحكم وضبط الذات	الاهتمام و المتابعة أن يتعرف الطفل والأم على اثأر الضغوط النفسية وكيف يعمل الجهاز العصبي كاستجابة و كرد فعل لاحق للضغوط أن تدرك الأم والطفل أن سبب المشكلة نفسية وهى كتعبير رمزي ناتج عن الضغوط النفسية والاجتماعية والبيئية أن يتعلم الطفل كيف يمكن أن يسطر على الذات أن يتعلم الطفل والأم كيفية التحكم في المواقف الضاغطة	المقابلة الملاحظة شرح النقاش الحوار الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بن الأم والطفل	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
السابعة	مدى استمرار تطبيق الطفل للبرنامج الذات توكيد	الاهتمام و المتابعة التدريب على توكيد الذات التعرف على المشاعر والانفعالات الإيجابية والسلبية	المقابلة الملاحظة الشرح والحوار الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء	فردية	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة فى الجلسة	المهارات المستخدمة فى الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
				التغذية الراجعة			
الثامنة	مدى استمرار تطبيق الطفل للبرنامج حوار مع الأعراض	الاهتمام و المتابعة التفريغ الانفعالي إكساب الطفل أسلوب الحوار والمناقشة والاستبصار، وحل المشكلات والتعلم	المقابلة الملاحظة الاسترخاء الدراما النفسية الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	فردية	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
التاسعة	مدى استمرار تطبيق الطفل للبرنامج تحديد النقاط السلبية والنقاط الايجابية فى شخصية الطفل من وجهة نظرة	الاهتمام و المتابعة أن يحدد الطفل النقاط التي تفكره بالسعادة وان يتجاهل النقاط التي تذكرة بالا ساءه	المقابلة الملاحظة الاسترخاء الرسم الحوار	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	فردية	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
العاشرة	مدى استمرار تطبيق الطفل للبرنامج التعزيز التقويم الذاتى	الاهتمام و المتابعة تعزيز مراكز ونقاط القوة في شخصية الطفل	المقابلة الملاحظة الحوار	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة الأم الطفل الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
الحادية عشر	مدى تطبيق الطفل للبرنامج إرشاد أسرى	الاهتمام و المتابعة ردات فعل الأهل والإخوة تجاه الطفل كيفية إقامة علاقات أسرية ايجابية خالية من العنف والشتم والسب واحترام بعضهم البعض والتعزيز والإثابة بدلا من التوبيخ والعقاب	المقابلة الشرح والحوار والنقاش الأسئلة المفتوحة والمغلقة	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة الأم الطفل الباحث أفراد الأسرة	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوي	ساعة ونصف

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة فى الجلسة	المهارات المستخدمة فى الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
الثانية عشر	مدى تطبيق الطفل للبرنامج إرشاد مدرسي	الاهتمام و المتابعة تقوية العلاقة بين الطفل والمدرسين تعزيز النقاط والمواقف الايجابية في شخصية الطفل تكليف الطفل ببعض المهام المدرسية كتقل لشخصية الطفل	المقابلة الملاحظة النقاش الحوار الشرح	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين الباحث والطفل والمرشد النفسى بالمدرسة فردية بين الباحث والطفل	غرفة المرشد النفسى بالمدرسة	ساعة ونصف
الثالثة عشر	مدى تطبيق الطفل للبرنامج إرشاد ديني	الاهتمام و المتابعة الرضا بالقضاء والقدر والتوكل على الله تقوية الوازع الدينى بين الأطفال.	المقابلة الملاحظة المحاضرة النمذجة قصص وعبر من الواقع الحوار النقاش	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة الطفل الأم الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
الرابعة عشر	مدى تطبيق الطفل للبرنامج تهيئة الطفل إلى دمجة ضمن مجموعة إرشادية تعانى نفس المشكلة	الاهتمام و المتابعة تقوية العلاقات الاجتماعية بين الطفل واقرانة وانه ليس الوحيد الذي يعانى من تلك المشكلة	المقابلة الملاحظة الحوار والنقاش الشرح بأهمية الدمج	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة الأم الطفل الباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	ساعة
الخامسة عشر	إرشاد جماعي. التعارف بين أفراد المجموعة التعرف على أهمية الجلسات قواعد الجلسة الإرشادية تحديد موعد ومكان الجلسات	تكوين المجموعة الإرشادية . الترحيب بأعضاء المجموعة كسر الحواجز بين الأطفال وتهيئة الجو النفسي الأمن لتفاعلهم الايجابي	المقابلة المناقشة الجماعية الحوار الملاحظة المحاضرة الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوي	ساعة ونصف

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة فى الجلسة	المهارات المستخدمة فى الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
السادسة عشر	الاسترخاء اثر الأوضاع السياسية والاقتصادية والاجتماعية على الشعب الفلسطيني	التفريغ الانفعالي ان يتعرف الاطفال على أهمية الاسترخاء بالنسبة للجسم	المقابلة الملاحظة المحاضرة النقاش الحوار الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء مشتركة بين المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوي	ساعة ونصف
السابعة عشر والثامنة عشر	الأفكار اللاعقلانية	أن يتعرف الأطفال على طبيعة التفكير العقلاني والاعقلانى ان يتعرف الأطفال على نتائج التفكير الاعقلانى ان يتعرف على التخيل العقلانى	المقابلة الملاحظة المناقشة والدحض الاستبصار ولعب الدور	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوي	
التاسعة عشر	مهارات حل المشكلات	تنمية مهارة حل المشكلات الاستفادة من المهارات التى تم اكتسابها وتوظيفها فى حل المشكلات	المقابلة الملاحظة الحوار لعب الادوار النقاش الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوي	ساعة ونصف
العشرون	مهارة صنع القرار	أن يتعلم الأطفال أهمية صنع القرار ممارسة صنع القرار	المقابلة الملاحظة المحاضرة النقاش الحوار الواجب البيتى	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوي	**ساعة ونصف**

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة فى الجلسة	المهارات المستخدمة فى الجلسة	نوع الجلسة	مكان الجلسة	مدة الجلسة
الواحد والعشرون	الاتصال والتواصل التقييم ومظاهر التحسن	إكساب الأطفال مهارات وعناصر الاتصال والتواصل تحديد مظاهر التحسن التمهيد	المقابلة الملاحظة المحاضرة النقاش الحوار	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد الأسرى بمركز الإرشاد التربوى	**ساعة**
الثانى العشرون	الحوار بين أفراد المجموعة والباحث على مدى استفادتهم من البرنامج الانهاء	التحضير الإنهاء	الملاحظة الأسئلة المفتوحة الحوار النقاش	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين أعضاء المجموعة والباحث	غرفة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد التربوي	**ساعة ونصف**
الثالث والعشرون	حفلة ختامية	الإنهاء استمرار الترابط بين أفراد المجموعة التعبير عن الفرح والسعادة	الملاحظة المحاضرة	الاستماع التلخيص التساؤل المواجهة الإصغاء الصمت عكس المشاعر إعادة الصياغة الاستيضاح التفسير الإيحاء التغذية الراجعة	مشتركة بين جميع الأطفال وأسرهم والباحث	صالة متعددة الأغراض في مقر جمعية مركز الإرشاد التربوي	**ساعتين**

واستخدم الباحث التعزيز المادي والمعنوي خلال البرنامج، وكذلك الثناء والشكر للأفراد المجموعة التجريبية علي مواظبتهم والتزام بالحضور.

كما تلقى الباحث شهادة شكر وتقدير من مدير عام الجمعية وذلك علـــى شفاء الحالات .

إجراءات الدراسة :

- قام الباحث بإعداد مقاييس الدراسة وتم عرضها على السادة المحكمين المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية والاخصائيين النفسيين وذلك التأكد من صلاحية المقاييس للاستخدام.
- طبق الباحث المقاييس على عينة الدراسة الاستطلاعية ثم قام بتفريغ الاستجابات وبعد ذلك إخضاع النتائج لأسلوب إحصائية للتأكد من ثبات وصدق جميع مقاييس الدراسة.
- تمكن الباحث من انتقاء عينة الدراسة ن = ٢٤ طفلا وتم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين المجموعة التجريبية وعددها ١٢ طفل وطفلة والمجموعة الضابطة وعددها ١٢ طفل وطفلة وجميعهم فى مرحلة الطفولة المتأخرة من ٨ – ١٢ سنة وقام الباحث بإجراء التكافؤ بينهم فى الذكاء والمستوى الاجتماعى الاقتصادى والثقافى وتكرار مرات التبول اللا إرادى.
- قام الباحث بالإطلاع على العديد من المراجع العربية والأجنبية المتعلقة بالتبول اللا إرادى والبرامج الإرشادية ومن ثم جمع المادة العلمية الخاصة بالإطار النظرى ومفاهيم الدراسة والدراسات السابقة وفروض الدراسة.
- قام الباحث بإعداد البرنامج الإرشادى الانتقائى وعرض محتواه على الأساتذة المتخصصين للتعرف على مدى موافقة المحتوى لتحقيق أهداف البحث.
- تم إجراء القياس القبلى على مجموعات الدراسة التجريبية والضابطة تم تطبيق جلسات البرنامج الإرشادى على أطفال المجموعة التجريبية ثم تم إجراء القياس البعدى على مجموعات الدراسة.

وقد استغرق تطبيق البرنامج شهرين ونصف وتراوحت الفترة الزمنية لكل جلسة من الساعة إلى الساعة ونصف وبعد مضى شهرين من مرحلة التقييم البعدى قام الباحث بإعادة تطبيق المقاييس على أفراد المجموعة التجريبية لعمل التقييم التتبعى والتحقق من صدق الفروض المصاغة فى الدراسة الحالية وتفسير النتائج التى حصل عليها بعد أن قام بمعالجة البيانات إحصائيا وتم تفسير النتائج فى ضوء الأطر النظرية والدراسات السابقة.

الأساليب الاحصائية المستخدمة فى الدراسة :

قام الباحث بإعداد الإحصاء عن طريق استخدام حزمة البرامج المعروفة باسه spss وفى ضوء حجم العينة ونوعية الأدوات المستخدمة، وكذلك الفروض المطروحة تم الاستعانة بالآتى:

- استخدام اختبار ت T.Test
- معمل الارتباط لبيرسون Peaksom Correlation Coefficient
- اختبار مان وليتنى Man Whitney
- اختبار وبلكوكسون Wilcoxon
- معادلة الفاكرونباخ

الفصل الخامس
نتائج الدراسة
وتحليلها وتفسيرها

الفصل الخامس
نتائج الدراسة ومناقشتها

قام الباحث بهذا الفصل بعرض نتائج الدراسة وفقاً لفروض الدراسة.

الإجابة على الفرض الأول

ينص الفرض الأول على أنه: **لا توجد فروق في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة.**

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي(ن=٢٤)

المجموعة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	م	ع	م	ع
الذكور	6.667	0.516	6.500	0.548
الإناث	6.500	0.548	6.333	0.516
الدرجة الكلية	6.583	0.515	6.417	0.515

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في القياس القبلي بين المجموعة التجريبية مقارنة بأقرانهم في المجموعة الضابطة، وللتحقق من الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني Mann– Whitney اللابارمتري والجدول التالي يوضح الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس المستخدم في الدراسة وفيما يلي جدول يوضح ما توصل إليه الباحث من نتائج.

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z)

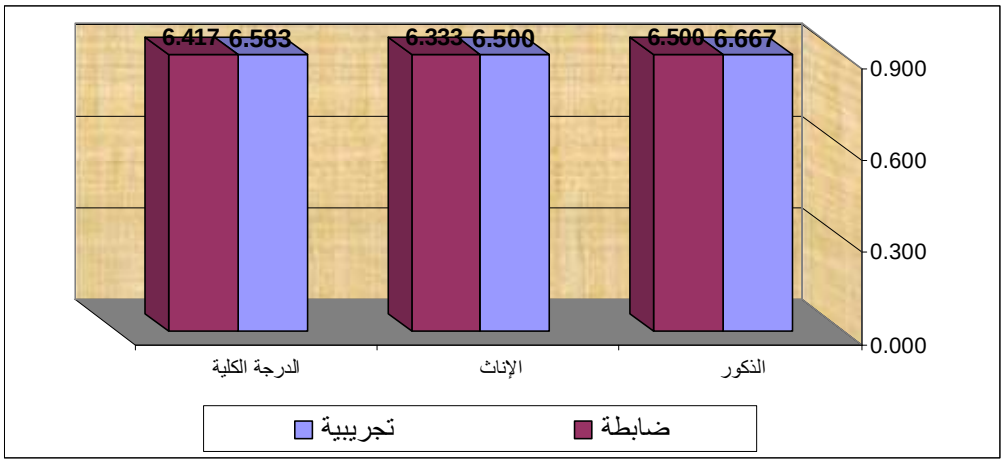
في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي(ن=٢٤)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	تجريبية	6	7.00	42.00	15	0.561	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6.00	36.00			
الإناث	تجريبية	6	7	42	15	0.561	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	6	6	36			
الدرجة الكلية	تجريبية	12	13.5	162	60	0.799	غير دالة إحصائياً
	ضابطة	12	11.5	138			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها المجموعة التجريبية في القياس القبلي على أقرانهم في المجموعة الضابطة على مقياس تكرار عدد التبول اللاإرادي وكانت قيمة "Z" بين المجموعة التجريبية والضابطة (٠,٧٩٩)، وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥) . والشكل التالي (١) يوضح ذلك :

شكل (١)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين الضابطة والتجريبية



وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين ، مما يعنى أن عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس تكرار التبول اللاإرادي متجانستين أو متشابهتين، وبذلك يمكن إرجاع أية فروق مستقبلية في البرنامج بين المجموعتين إلى تأثير ما اتبع من التدخل العلاجي الإرشادي لكل منهما.

الإجابة على الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أنه: **توجد فروق في متوسطات تكرار عـدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي بين أطفـال المجموعـة التجريبيـة وأطفال المجموعة الضابطة.**

جدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي(ن=٢٤)

المجموعة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	م	ع	م	ع
الذكور	0.667	0.516	5.667	0.816
الإناث	0.333	0.516	5.333	1.211
الدرجة الكلية	0.500	0.522	5.500	1.000

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية مقارنة بأقرانهم في المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبيـة، وللتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات الحسـابية للمجمـوعتين التجريبيـة والضابطة على متوسطات تكرار عدد مرات التبول الـلاإرادي قـام الباحـث باستخدام اختبار مان ويتني Mann- Whitney اللابارمتري والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس المستخدم في الدراسة وفيما يلي جدول يوضح ما توصـل إليـه الباحث من نتائج.

جدول (١١)

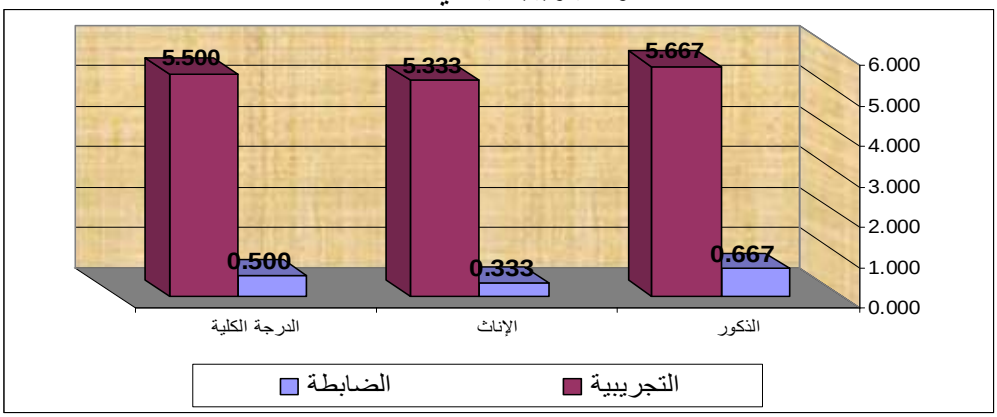
دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وقيمة(Z) في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي(ن=٢٤)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	تجريبية	6	3.5	21	0	2.966	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	6	9.5	57			
الإناث	تجريبية	6	3.5	21	0	2.950	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	٦	9.5	57			
الدرجة الكلية	تجريبية	12	6.5	78	0	4.243	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	12	18.5	222			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها المجموعة التجريبية في القياس البعدي بعد التطبيق على أقرانهم في المجموعة الضابطة على مقياس تكرار عدد التبول اللاإرادي وكانت قيمة "Z" بين المجموعة التجريبية والضابطة (٤,٢٤٣)، وهذا يدل على وجود فروق دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) . والشكل التالي (٢) يوضح ذلك :

شكل (٢)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين الضابطة والتجريبية بعدي



ويعزو الباحث ذلك إلي أن التدخل الإرشادي التكاملي المستخدم في الدراسة الحالية له أثر إيجابي على المجموعة التجريبية، ويعود ذلك بفعل انتظامهم في مواعيد جلسات البرنامج الإرشادي وكانت الفنيات المتنوعة المستخدمة في البرنامج ذات معني ومغزى، وأتاحت هذه الفنيات لهم فرصة التنفيس الانفعالي من خلال الإفصاح عن المشكلات التي يعانون منها والمسببة للخوف والتوتر والقلق والانطواء وبعض المشاكل السلوكية الأخرى المصاحبة للتبول، بالإضافة إلي تدريبهم كيفية الاستبصار بمشكلاتهم ورفع الثقة بالنفس، وتعزيز المواقف والنقاط الايجابية في شخصيتهم، وتدريبهم على ضبط المثانة مع الاحتفاظ بكمية كبيرة من البول، وتفاعلهم مع الجرس المنبه وإصرارهم على التخلص من هذه المشكلة التي كانت تجعلهم يشعرون بالخزي والعار من الأهل والأصدقاء، وتفاعل الأهل معهم بأتباعهم أسلوب التعزيز والمكافأة، وهذا ما لاحظه الباحث أثناء الجلسات وأكده شهادات أولياء الأمور والمعلمين والمشرفين في الجمعية وهذه النتيجة تتفق مع دراسة. جلازينر وايفانس (٢٠٠٤) ، التى أشارت إلى ان التدخل الارشادى المشترك مع استخدام الجرس المنبه والإرشاد العائلي والتدريب على جفاف المثانة كما ان الاتصال المباشر مع العائلات كان له اثر ايجابي وواضح ويحسن ويساعد فى عملية ضبط المثانة كما أن الدعم النفسي له اثر ايجابي وفعال كما تتفق مع دراسة العصافرة (٢٠٠٨)

الإجابة على الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على أنه:**لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات عـدد مرات التبول اللاإرادي لدى أطفال المجموعة التجريبية في القيـاس البعـدي أطفال المجموعة التجريبية في القياس التتبعي(بعد مرور شهرين من تطبيـق البرنامج).**

جدول (١٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية على متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسين البعدي والتتبعي(ن=١٢)

المجموعة	القياس البعدي		القياس التتبعي	
	م	ع	م	ع
الذكور	0.667	0.516	0.333	0.516
الإناث	0.333	0.516	0.167	0.408
الدرجة الكلية	0.500	0.522	0.250	0.452

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجـاتهم فـي القيـاس التتبعي، وللتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية المجموعة التجريبية ونفسها على مقياس تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسـين البعـدي والتتبعي قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابـارمتري Wilcoxon,T للتعرف على دلالة هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية.

جدول (١٣)

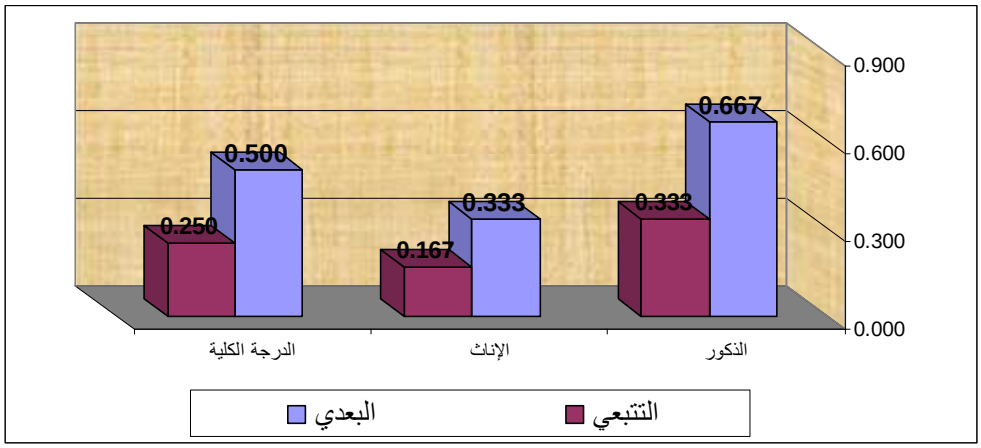
دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وقيمة(Z) في في متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسين البعدي والتتبعي(ن=١٢)

المجموعة	القياس		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	بعدي/ تتبعي	الرتب السالبة	2	1.500	3.000	1.414	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	0	0.000	0.000		
		التساوي	4				
الإناث	بعدي/ تتبعي	الرتب السالبة	1	1.000	1.000	1.000	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	0	0.000	0.000		
		التساوي	5				
الدرجة الكلية	بعدي/ تتبعي	الرتب السالبة	3	2.000	6.000	1.732	غير دالة إحصائياً
		الرتب الموجبة	0	0.000	0.000		
		التساوي	9				
		الإجمالي	12				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسين البعدي والتتبعي وكانت قيمة "Z" في القياس التتبعي (١,٧٣٢). والشكل التالي (٣) يوضح ذلك :

شكل (٣)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي



ويعزو الباحث ذلك إلى جدوى فاعلية التدخل الإرشادي الذي يتضمن فنيات وأساليب وتدريبات وما أظهرته المجموعة التجريبية من اهتمام وتفاعل وتعاون من خلال جلسات البرنامج الإرشادي وأكثر قدرة وكفاءة في السيطرة علي المواقف الضاغطة الناتجة عن التبول اللاإرادي والتي تسبب لهم الشعور بالقلق والتوتر فقد زادت مهاراتهم في التعامل مع المشكلة والاهتمام بالذات وتعلم مهارات جديدة مثل الاسترخاء والرسم والحوار والمناقشة الجادة وحسن الاستماع واستخدام أسلوب حل المشكلات والقدرة علي تحمل المسؤولية، بالإضافة إلي تشجيع الباحث للمجموعة التجريبية علي التعبير عن مشاعرهم وبعض المكبوتات اللاشعورية بصراحة وحرية كاملة وإتاحة الفرصة لهم في نقد أنفسهم ومحاسبتها من خلال التعبير الكتابي والرسم الحر، مما أدي الي تقلص الضغوط النفسية من خلال فترة جلسات البرنامج الذي كان يلاحظها الباحث في أثناء الجلسات ويؤكد ذلك شهادات أولياء الأمور والمعلمين والمشرفين في الجمعية، مما يؤكد التحقق من نتائج هذا الفرض الذي يشير الي استمرارية أثر البرنامج وفعاليته حتي بعد الانتهاء منه بفترة قد تصل إلى أسبوعين.

الإجابة على الفرض الرابع

ينص الفرض الرابع على أنه: **لا توجد فروق في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي بين أطفال المجموعة التجريبية من الذكور وأطفال المجموعة التجريبية من الإناث**

جدول (١٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية (ذكور، إناث) في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي(ن=١٢)

المجموعة	ذكور		إناث	
	م	ع	م	ع
الدرجة الكلية	0.667	0.516	0.333	0.516

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية ذكور مقارنة بأقرانهم من الإناث، وللتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية (ذكور، أناث) على متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتني Mann– Whitney اللابارمتري والجدول التالي يوضح عدم وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية(ذكور، إناث) على المقياس المستخدم في الدراسة وفيما يلي جدول يوضح ما توصل إليه الباحث من نتائج.

جدول (١٥)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية (ذكور، إناث) وقيمة(Z)

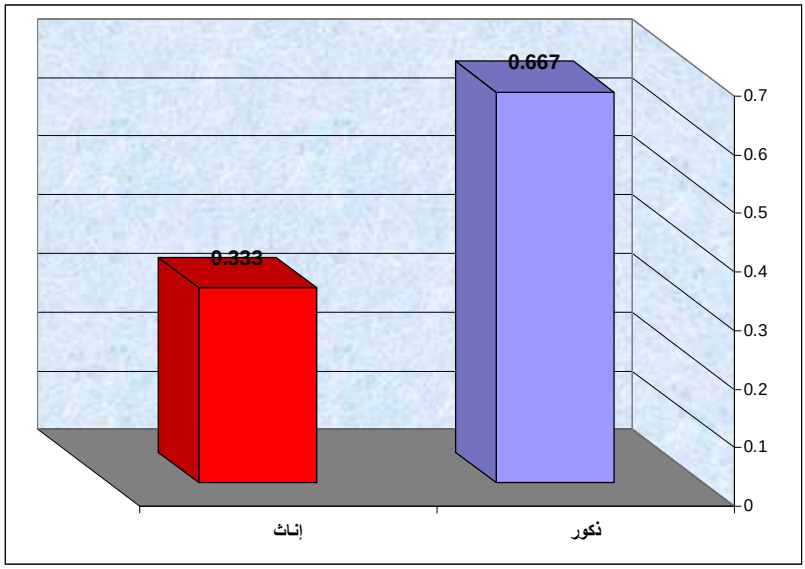
في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي(ن=١٢)

المجموعة	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "U"	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	الذكور	6	7.50	45.00	١٢,٠	1.106	غير دالة إحصائياً
	الإناث	6	5.50	33.00			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها المجموعة التجريبية (ذكور، إناث) في القياس البعدي على مقياس تكرار عدد التبول اللاإرادي وكانت قيمة "Z" بين المجموعة (ذكور ، إناث) (١,١٠٦)، وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيا . والشكل التالي (٤) يوضح ذلك :

شكل (٤)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ف القياس البعدي



ويعزو الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في علاج التبـــول اللاإرادي تعزى للجنس إلى أن التدخل الإرشادي العلاجي فعال للذكور والإناث على حد سواء مما أدى إلى انخفاض متوسط تواتر التبول اللاإرادي كان أسرع عند الإناث منه عند الذكور كما يبين الرسم البياني، كما يشير إلى أن اســتجابة الإناث للبرنامج أسرع من استجابة الذكور لنفس البرنامج، ويفسر الباحث ذلــك بزيادة اهتمام الأمهات بالإناث في علاج التبول هذا أكثر من اهتمامهن بالذكور.

الإجابة على الفرض الخامس

ينص الفرض الخامس على: **ما مدى فاعلية برنامج التدخل الإرشــادي في الحد من التبول اللاإرادي؟.**

جدول (١٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية على متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسين القبلي والبعدي(ن=١٢)

المجموعة	القياس القبلي		القياس البعدي	
	م	ع	م	ع
الذكور	6.667	0.516	0.667	0.516
الإناث	6.500	0.548	0.333	0.516
الدرجة الكلية	6.583	0.515	0.500	0.522

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي، وللتحقق من دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية المجموعة التجريبية ونفسها على مقياس تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسين القبلي ، و البعــدي

قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابـــارمتري Wilcoxon,T للتعـــرف على دلالة هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية.

جدول (١٧)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وقيمة(Z) في متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي في القياسين القبلي والبعدي (ن=١٢)

المجموعة	القياس		العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة
الذكور	قبلي/بعدي	الرتب السالبة	6	3.500	21.000	2.220	دالة عند ٠,٠٥
		الرتب الموجبة	0	0.000	0.000		
		التساوي	0				
الإناث	قبلي/بعدي	الرتب السالبة	6	3.500	21.000	2.232	دالة عند ٠,٠٥
		الرتب الموجبة	0	0.000	0.000		
		التساوي	0				
الدرجة الكلية	قبلي/بعدي	الرتب السالبة	12	6.500	78.000	3.100	دالة عند ٠,٠١
		الرتب الموجبة	0	0.000	0.000		
		التساوي	0				
		الإجمالي	12				

يتضح من الجدول السابق وجود فـــروق ذات دلالـــة إحصـــائية بـــين التطبيقين القبلي والبعدي، ولقد كانت الفروق لصالح التطبيق القبلي حيث ظهـــر تحسناً ونقصاً في متوسط درجات الأطفال أي أن هناك أثراً للبرنامج العلاجـــي على تحسن الأطفال.

وفيما يتعلق بحجم التأثير قام الباحث بحساب مربع إيتا "^{2} " باستخدام المعادلة التالية:

جدول (١٨)

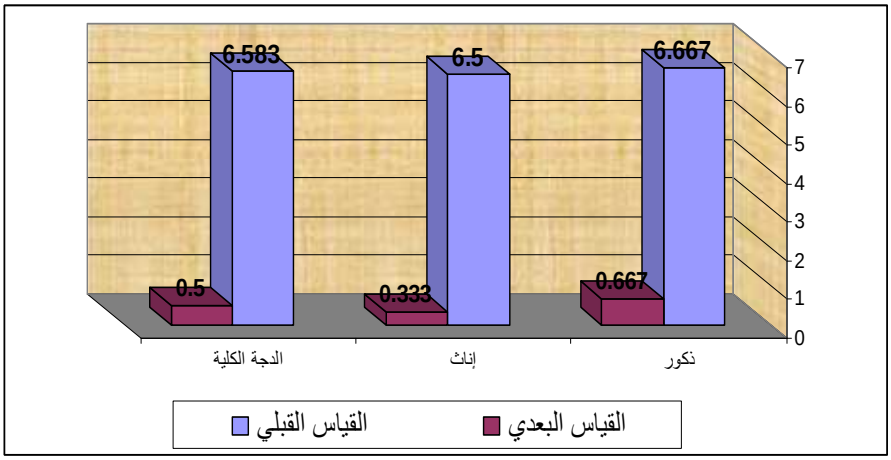
قيمة "Z" وإيتا تربيع وحجم التأثير

	Z	Z^2	$Z^2 + 4$	إيتا تربيع	حجم التأثير
الذكور	2.220	4.928	8.928	0.552	كبير
الإناث	2.232	4.982	8.982	0.555	كبير
الدرجة الكلية	3.100	9.610	13.610	0.706	كبير

يتضح من الجدول أن قيم "إيتا تربيع" كبيرة وهذا يدل على أن البرنامج كان له تأثير كبير، مما يؤكد على أن البرنامج المطبق أظهر تحسناً واضحاً لدى أفراد العينة التجريبية والشكل التالي (٥) يوضح ذلك :

شكل (٥)

متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي



ويعزو الباحث ذلك إلي جدوى وفاعلية التدخل الإرشادي التكاملي لـــدي المجموعة التجريبية من (الذكور والإناث) ويعود ذلك إلي عوائد ونتائج وانتظام المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج حيث ساعدت الفنيات المستخدمة مـــن تقنيات علاجية تكاملية متعددة ناجعة وشاملة في تناول جميع الجوانب التي لهـــا علاقة مباشرة وغير مباشرة في مشكلة التبول اللاإرادي ، حيث الـــم واحتـــوى

البرنامج على استراتيجيات وأساليب مبنية على أساس النظر إلى التبول اللاإرادي على أساس التفاعل والتأثير المشترك للعوامل المحيطة بالفرد والعوامل الداخلية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من سليمان الريحاني و محمد محمود عبدالجبار (١٩٨٥) التي أشارت إلى دراسة فعالية أسلوبي التعزيز الرمزي والاشراط الكلاسيكي في علاج التبول اللاإرادي وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فرقا ذا دلالة بين مجموعتي التعزيز الرمزي والإشراط الكلاسيكي من جهة والمجموعة الضابطة من جهة ثانية ، يشير إلى فعالية أسلوبي التعزيز الرمزي والإشراط الكلاسيكي في معالجة حالات التبول

كما تتفق مع دراسة سليمان الريحاني (١٩٨٢) فى معالجة التبول اللاإرادي سلوكياً حيث تناولت هذه الدراسة إمكانية معالجة مشكلة التبول اللاإرادي عند مجموعة من طلبة المدارس الابتدائية والإعدادية باستخدام أسلوب الإشراط المعتمد على إيقاظ المريض قبل موعد تبوله المعتاد بحوالي نصف ساعة تقريبا حيث يفترض بأن تكون المثانة قد امتلأت . هذا بالإضافة إلى إخضاع المريض إلى نظام تدريب مكثف يشمل تناوله للسوائل والطعام وخاصة في آخر ساعتين من ساعات يقظته (أي قبل موعد نومه المعتاد بساعتين) ، بحيث تقلل كميات السوائل التي يتناولها عن المعتاد كما تقلل كميات الطعام التي تحتوي على سوائل بنسب عالية خلال هاتين الساعتين . أم الجزء الآخر من العملية العلاجية فقد شمل عمليات الإرشاد النفسي التي تولاها المرشدون النفسيون في المدارس والتي اهتم هؤلاء المرشدون بالعمل مع المريض نفسه من جهة ومع أسرة المريض وخاصة والدته من جهة ثانية لبحث أهمية التخلص من تلك العادة وأثرها على سلوك الطفل وعلاقاته الاجتماعية ...الخ . وتفترض هذه الدراسة أن الطلبة المبولين الذين يخضعون إلى المعالجة باستخدام أسلوب الإشراط مع تطبيق نظام التدريب المكثف فيما يتعلق بالطعام والسوائل والإرشاد النفسي سيظهرون تحسنا ملحوظا نحو التخلص من عادة التبول اللاإرادي .

كما تتفق مع دراسة زينب محمد موسي السماحي، التى أجريت علي ٣٠ طفلا بهدف التعرف على مدى "فعالية العلاج الأسري في تخفيض بعض أعراض الاضطرابات السلوكية لدي أطفال الروضة".

وأوصت في ظل النتائج التي توصلت إليها الوالدين باستخدام الأساليب السوية في تربية الطفل كالتقبل، المساواة، الحنان، العطف، الرعاية، التسامح، الاستقلال. فهذه الأساليب تمثل الوقاية بالنسبة للطفل من الاضطرابات السلوكية وتجعله يتمتع بصحة نفسية سوية، علي الجانب الآخر، إذا كانت الأسرة هي المؤسسة التربوية الأولي التي ينشأ فيها الطفل ويتعلم من خلالها القواعد، الأصول التربوية، لذا يجب عليها تحاشي الممارسات اللاسوية في التربية ومنها: النبذ والرفض، التذبذب، التفرقة، القسوة، التشدد، الإهمال، الحماية الزائدة، التبعية. لما لها من أثر سيء علي الصحة النفسية له. كما أوصت الدراسة بعدم استخدام العقاب البدني كوسيلة لضبط السلوك حتى لا يؤدي إلي ظهور الاضطرابات السلوكية والصراعات والتوتر النفسي لدي الطفل، بالإضافة إلي ضرورة إشباع حاجته إلي الحب والحنان والأمن والاستقلال والتقدير، حتى يتمتع بصحة نفسية سوية، وتجنيبه خبرات الفشل أو الإحباط، التي تؤدي إلي ظهور أعراض الاضطرابات السلوكية، وتوفير فرص النجاح وتكلفته بأعمال تتناسب مع قدراته.

كما يرى الباحث إن الخبرات والممارسات والمواقف والحوارات والمناقشات ساهمت علي إخراج المكبوتات اللاشعورية بطريقة عفوية وبحرية كاملة دون خوف أو تردد حيث أصبحوا أكثر أمنا وطمأنينة مما ساهم في تطوير قدراتهم في السيطرة علي أنفسهم وفهم الذات بصورة ايجابية والتكيف مع الظروف الضاغطة بالإضافة إلي توظيف الخبرات والمهارات المكتسبة في أقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية يسودها روح الود والهدوء والصراحة لذلك نجد من الطبيعي والمنطقي تفوق المجموعة التجريبية من (الذكور والإناث) في القياس البعدي وانخفاض درجاتهم في مقياس تكرار التبول اللاإرادي وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة العصافرة (٢٠٠٨)علاج التبول اللارادى بالعلاج السلوكى المعرفى.

حيث تشير النتائج إلى أن التدخل الارشادى المتنوع قد حقق تحسننا واضحا ، بل أدى إلى الشفاء التام وتخلص الأطفال من مشكلة التبول اللاإرادي ، وذلك لما يشتمل عليه البرنامج من تقنيات علاجية متعددة ناجعة وشاملة في تناول جميع الجوانب التي لها علاقة مباشرة وغير مباشرة في مشكلة التبول اللاإرادي ، حيث الم واحتوى البرنامج على استراتيجيات وأساليب مبنية على أساس النظر إلى التبول اللاإرادي على أساس التفاعل والتأثير المشترك للعوامل المحيطة بالفرد والعوامل الداخلية .

وهذا الدمج الإبداعي بين تقنيات التدخل الارشادى المختلف والمتنوع كان له فعالية واضحة وملموسة في تثبيت نتائج العلاج الايجابية هذه لمدة طويلة دون انتكاس،فطريقة التدريب على السرير النظيف أثبتت كذلك فعالية كبيرة في التخلص من التبول اللاإرادي ، وكان لإستراتيجية إعادة البناء المعرفي ، والإيحاء الكلامي،والاسترخاء ، والنمذجة الرمزية أثرا كبيرا وايجابيا في اكتساب الطفل لسلوك النظافة بل ودوامة ، وهذا ما ميز الدمج بين تقنيات العلاج السلوكي وتقنيات العلاج المعرفي عن استخدام التقنيات السلوكية وحدها .

وهذا ما يدعم دراسة سمية منصورة (١٩٩٣م) التي أجرتها على (١٠) حالات تبول لاإرادي مستخدمتا تقنيات العلاج السلوكي المعرفي والتي توصلت إلى فعالية هذه التقنيات في العلاج ودوام النتيجة واستمرارها ،وكذلك دراسة لازاروس التقويمية (١٩٧٣) والياف وفونتان (١٩٨١) ودراسة عبد المجيد (١٩٩٧) وآخرون والتي أوضحت نجاح هذه التقنيات في علاج العديد من المشكلات السيكولوجية الأخرى

ويشير الباحث إلى أن الحالات التي شكلت العينة تعتبر من الحالات التي تطورت المشكلة لديها لدرجة كبيرة ، حيث راجعت الكثير من هذه الحالات أكثر من طبيب مختص في المسالك البولية ، وتناولت العديد من العقاقير والأدوية الموصوفة ولكنها لم تحقق نتائج ايجابية ، وهذا ما زاد من حدة المشكلة وانعكاساتها على المريض ، مما يؤكد الفعالية الكبيرة لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي المبني على الدمج الإبداعي لإستراتيجيتي العلاج السلوكي والعلاج المعرفي .

التوصيات

استنادا إلى ما توصل إليه الباحث إلى نتائج الدراسة يوصى الباحث بما يلي :

١ – استخدام الإرشاد الانتقائي التكاملي في التدخل الارشادى.

٢ – عدم الاعتماد على نظرية واحدة أو منهج واحد في التدخل الارشادى.

٣ – استخدام فنيات ومهارات الإرشاد الديني في التدخل الارشادى.

٤ – استخدام مهارات وفنيات الإرشاد الفردي في التدخل الارشادى.

٥ – استخدام مهارات وفنيات الإرشاد الأسرى في التدخل الارشادى.

٦ – استخدام الوسائل والأنشطة والتمارين المختلفة في التدخل الارشادى.

٧ – تأهيل و تدريب الأخصائيين والمرشدين والمعالجين و العاملين في مجال الإرشاد النفسي على اكتساب المهارات اللازمة التي تتعلق بالتدخل الارشادى لعلاج حالات التبول اللاإرادي، والعمل على تعميمها عبر الكتب والنشرات لتطبيقها عياديا .

٨ – تبني المؤسسات الرسمية والأهلية للباحثين وتشجيعهم لعمل أبحاث ودراسات على مدى فعالية الإرشاد الانتقائي التكاملي في مختلف الاضطرابات النفسية وتعميم نتائج هذه الأبحاث.

٩ – العمل على المزيد من الدراسات والأبحاث المتعلقة بالتدخل الارشادى الانتقائي التكاملي.

دراسات وأبحاث مستقبلية مقترحة

يرى الباحث ضرورة قيام الجامعات والمؤسسات الأهلية والحكومية بما يلي:

١ – عمل دراسات تجريبية تبين مدى فعالية التدخل الارشادى التكاملي في الحد من الاضطرابات النفسية العصابية الأخرى .

٢ – عمل أبحاث ودراسات نفسية تاريخية دينية تبين آلية العلاج النفسي الديني ومقارنتها ببرامج العلاج النفسي الحديثة .

٣ – عمل واقتراح برامج علاج نفسي مبنية على أساس العلاج التكاملي الانتقائي معدلة بمضامين ثقافية وعادات وتقاليد اجتماعية وتطبيقها على الحالات المشكلة لمعرفة مدى فعاليتها ونجاعتها .

الصعوبات التي واجهت الباحث

يعتبر الاحتلال الصهيوني عائق أساسي في إجراء الدراسات والبحوث العلمية في فلسطين والحصار المفروض على قطاع غزة وصعوبة السفر إلى جمهورية مصر العربية وشح الكتب والدراسات السابقة التي تتحدث عن فعالية التدخل الارشادى الانتقائي التكاملي في دراسة حالات التبول اللاإرادي .

كما واجه الباحث صعوبة في إحضار الحالات وإقناع الأهل بالتدخل الارشادى التكاملي الانتقائي للتبول اللاإرادي ، وبالأخص الإرشاد الجماعي لأنها تعتبر مشكلة يشعر بها الطفل بالخزي والخجل وكثير من الحالات التي راجعت الباحث كان يبدوا عليها الإحراج والخجل حيث تشكل هذه المشكلة نوعا من الإحراج سواء على صعيد الطفل أو الأهل وكذلك تكوين المجموعة الإرشادية وإقناعهم بالمشاركة الجماعية بالأنشطة

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية

١ – ابن القيم شمس الدين محمد بن أبى بكر الجوية(١٤٠٨ هـــ). تحفــة المودود بأحكام المولود، دار الفكر، عمان.

٢ – ابن منظور(١٩٩٠). لسان العرب ، الطبعة الأولى ، المجلد الثالــث ، دار الفكر ، بيروت.

٣ – أبو ليلة ، فاتن حسين (١٩٨٢) . البول العصابي وعلاقتــه بــبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية رسالة ماجستير _ جامعة عين شمس ، كليات البنات .

٤ – أبوعباة، صالح بن عبد الله و نيازي، بن طاش عبد المجيــد (٢٠٠٠) الإرشاد النفسي ، والاجتماعي ، الرياض .

٥ – ابوعيطة ، سهام درويش (١٩٩٧).مبادئ الإرشاد النفســي ،الطبعــة الأولى، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر الأردن .

٦ – أحمد سيف ، حيدر (١٩٩٧) ، أثر برنامج إرشــادى جمعــى لتنميــة المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب جامعة صنعاء ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية الجامعة المستنصرية.

٧ – الألباني، محمد ناصر الدين(١٩٨٥) . إرواء الغليل في تخريج أحاديث منار السبيل ، الطبعة الثانية المكتب الإسلامي، بيروت.

٨ – أوتوفينخل (١٩٦٩) . نظرية التحليل النفسي في الأعصاب ، ترجمة صلاح مخيمر ، عبده ميخائيل رزق . القاهرة : الأنجلو المصرية .

٩ – أيمن رمضان زهران (٢٠١٠). فعالية العــلاج الجشــطالتي كمــدخل لتخفيف بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من الأطفــال المعــاقين جسميا. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بشبين الكوم.

١٠ – البيلاوى ،إيهاب .عبد الحميد ،اشرف محمد(٢٠٠٤). التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي – إستراتيجية عمل الاختصاصي النفسي لمدارس العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة ، دار الزهراء، الرياض.

١١ – البعلبكي ، منير (٢٠٠٠). المورد ، قاموس إنكليزي – عربي ، بيروت : دار العلم للملايين.

١٢ – بكر فرج نمر (٢٠٠٨). مدى فعالية برنامج علاج نفسي تكاملي في علاج الاكتئاب النفسي. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنوفية.

١٣ – توفيق ، عونى محمود وعنان ، رضا (١٩٨٩) ، الخدمة الاجتماعية طرق ومجالات الممارسة المهنية ، دار الثقافة للنشر والتوزيع .

١٤ – توفيق ، محمد نجيب (١٩٨٢) ، الخدمة الاجتماعية المدرسية ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .

١٥ – جبل محمد فوزى (٢٠٠٠) مقدمة فى الإرشاد النفسى الجماعى، مكة المكرمة ، مطابع بهادر للنشر.

١٦ – الحرازي، محمد هبه بن هبه (١٩٩٦): العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والتبول اللاإرادي لدى الأطفال من (٦– ١٢ سنة). دراسة ماجستير غير منشورة في علم النفس، كلية التربية بمكة المكرمة، جامعة أم القرى .

١٧ – حسين ، عبد المؤمن (١٩٨٦) . مشكلات الطفل النفسية . القاهرة : دار الفكر العربي

١٨ – حسين، طه عبد العظيم (2004)الإرشاد النفسي النظرية –التطبيق – التكنولوجيا، الطبعة الأولي، دار الفكر، عمان، الأردن.

١٩ – حسين، محمود عطا (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي والتربوي،المداخل النظرية، الواقع، الممارسة، دار الخريجي للنشر، الرياض.

٢٠ - الحضرى، أمين، الحضرى، مصطفى، (٢٠٠٣) دواء لكل داء، موسوعة العلاج بالأعشاب ، مكتبة مدبولي

٢١ - حمدى، نزيه، وآخرون (١٩٩٢). التكيف ورعاية الصحة النفسية ومنشورات جامعة القدس المفتوحة والطبعة الأولى .

٢٢ - حمودة ،محمود عبد الرحمن (١٩٩٨). الطفولة والمراهقة ،المشكلات النفسية والعلاج ، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال ، القاهرة .

٢٣ - حيدر، فؤاد (١٩٩٩) الشخصية والسلوك ، دار المؤلف الجماعى للطباعة والنشر .

٢٤ - الخضري، جهاد (٢٠٠٣).الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظات غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية ومتغيرات أخرى، رسالة ماجستير لكلية التربية : الجامعة الإسلامية غزة.

٢٥ - الخطيب ، محمد جواد (١٩٩٨) . التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق ، غزة

٢٦ - الخطيب ، محمد جواد (٢٠٠٠). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق ، ط٢، مطبعة مقداد ، غزة .

٢٧ - الخليدي ، عبد المجيد ، ووهبي عادل حسن (١٩٩٧) . الأمراض النفسية والعقلية والإضرابات السلوكية عند الأطفال . القاهرة : دار الفكر العربي .

٢٨ - خليل، نجوى شعبان محمد (١٩٩٣). دراسة إكلينيكية للأطفال البوالين، مجلة معوقات الطفولة ،المجلد الثاني العدد الأول

٢٩ - الداهرى ، صالح حسن (٢٠٠٥). مبادئ الصحة النفسية ، عمان، دار وائل للنشر.

٣٠ – الداوود ، علاء عادل ناجى (2000) ، بناء مقياس الإضرابات النفسية لأطفال الصفوف الأولى لمرحلة التعليم الأساسي في الأردن ، (رسالة دكتوراه غير منشورة) كلية التربية ، جامعة بغداد.

٣١ – الدرابسة ،محمد عبدا لله عايش (2001) . مدى تمثيل الأيتام للقيم الإسلامية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة بغداد.

٣٢ – دملج، سامية المصري (٢٠٠٢) . التبول الاإرادى طريقة علاجية تكاملية ، التربية ، مجلة فصلية محكمة، الدوحة ، قطر.

٣٣ – راجح، أحمد عزت،(١٩٧٧) . أصول علم النفس، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر،بالقاهرة.

٣٤ – راجح،احمد عزت (١٩٩٥). أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة: مصر

٣٥ – ربيع ، هادى المشعان (٢٠٠٣). الإرشاد التربوي ،مبادئه ، وأدواره الأساسية ، دار الفكر للنشر والتوزيع ،عمان .

٣٦ – رشدي فام منصور (٢٠٠٠).علم النفس العلاجي والوقائي، رحيق السنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة

٣٧ – رمضان محمد القذافى (١٩٩٢) : التوجيه والإرشاد النفسى : ط١ ، دار الكتاب الجامعى الحديث ، الاسكندرية.

٣٨ – الريحانى، سليمان (١٩٨١)معالجة التبول اللارادى سلوكيا ،دراسة تجريبية علاجية مجلة العلوم الاجتماعية ،عدد٣ ،الكويت .

٣٩ – الريحاني، سليمان ، ومحمد محمود عبد الجبار(1985) . دراسة فعالية أسلوبي التعزيز الرمزي، و الإشراط الكلاسيكي في علاج التبول اللاإرادي، مجلة العلوم الاجتماعية العدد 2 ، المجلد الثالث عشر ، جامعة الكويت .

٤٠ – الريحانى، سليمان ،عبد الجابر محمد (١٩٨٥) دراسة فعالية اسلوبى التعزيز الرمزى والاشراط الكلاسيكى فى علاج التبول اللارادى ، مجلة العلوم الاجتماعية العدد ٢ الكويت .

٤١ – الزبادى ، محمد احمد ،الخطيب ، هشام (٢٠٠٠). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي الطبعة الثانية ، دار الأهلية ، عمان .

٤٢ – الزبادي، احمد محمد، الخطيب، هشام إبراهيم، (٢٠٠١ ،٨٧) ، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، عمان

٤٣ – الزراد ، محمد خير (١٩٨٩). دراسة بعض حالات التبول اللاإرادي في الجزائر، دراسات تربوية المجلد الخامس جزء٢١ ، أكتوبر، نوفمبر، مصر.

٤٤ – الزراد ،فيصل محمد خير (١٩٨٨) علاج الامراض النفسية والاضطرابات السلوكية ط٢ ،دار العلم للملاين ،بيروت .

٤٥ – الزراد،فيصل محمد خير(١٩٨٩). دراسة لبعض حالات التبول اللاارادى لدى الاطفال فى الجزائر،

٤٦ – الزعبي ، أحمد حسن (١٩٩٤). الإرشاد النفسي ، ط ١ ، دار الحكمة اليمانية، صنعاء اليمن .

٤٧ – الزعبي ، أحمد حسن (١٩٩٤). الأمراض النفسية، والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، دار الحكمة اليمانية ، صنعاء ، اليمن.

٤٨ – الزعبى أحمد محمد (٢٠٠٢) الإرشاد النفسى ، عمان ، دار زهران للنشر والتوزيع.

٤٩ – زهران ، حامد عبد السلام (١٩٩٧) . الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب . القاهرة .

٥٠ – زهران ، حامد عبد السلام (١٩٧٨) . قاموس علم النفس (انجليزي – عربي) . (ط٢) القاهرة .

٥١ – زهران ، حامد عبد السلام (١٩٩٤) .التوجيه والإرشاد النفسي نظرة شاملة مجلة الإرشاد النفسى ،جامعة عين شمس ،العدد ٢ ، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة .

٥٢ – زهران حامد عبد السلام (٢٠٠٥) : علم النفس النمو ، عالم الكتب، القاهرة.

٥٣ – زهران، أيمن رمضان (٢٠١٠). فعالية العلاج الجشطالتي كمدخل لتخفيف بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من الأطفال المعاقين جسميا. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بشبين الكوم.

٥٤ – زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٣) دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتب ، القاهرة .

٥٥ – الزيود، نادر فهمي (١٩٩٨). الدليل العلمي للمرشدين النفسيين والتربويين، أساسيات الإرشاد الفردي، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع الأردن.

٥٦ – زيور ، نفين (١٩٨٩) دراسة متعمقة فى ديناميات التبول اللارادى، عين شمس.

٥٧ – زيور ، نيفين مصطفى (١٩٨٩). دراسات متعمقة في ديناميت التبول اللاإرادي ، مجلة علم النفس ، العدد العاشر ، ص –٢٣ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٥٨ – السحيلى ، عزة إبراهيم (١٩٩٠) دراسة كلينيكية لمدى فعالية العلاج بالتشكيل فى علاج حالات التبول اللارادى لدى الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة الزقازيق ،كلية التربية ،قسم الصحة النفسية .

٥٩ – سعيد حسن العزه (٢٠٠١) : الإرشاد النفسى وأساليبه ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.

٦٠ – سعيد حسين العزه ، جودت عبد الهادى (١٩٩٩) نظريات الإرشاد والعلاج النفس (ط١)، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان.

٦١ – سلامة ، ممدوحة محمد (١٩٩١) ، الإرشاد النفسى ، منظور إنمائى ، مطبوعات الزقازيق ، جامعة الزقازيق.

٦٢ – سهام محمد ابو عطية (٢٠٠٢) : مبادئ الإرشاد النفسى ، ط٢ ، دار الفكر للطباعة والنشر ، القاهرة .

٦٣ – السهل ، راشد على (١٩٩٩) تقويم أهداف الإرشاد النفسى المدرسى بالمرحلة الثانوية ، المجلة التربوية – جامعة الكويت ، المجلد الثالث – العدد ٥١ : ١٧ – ٥٠.

٦٤ – الشناوى ، محمد محروس (١٩٩٧) العملية الإرشادية العلاجية، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

٦٥ – الشناوى ، محمد محروس(١٩٩٤) نظريات الارشاد والعلاج النفسى ، دار غريب للطباعة والنشر ، القاهرة.

٦٦ – شوقية السمادوني (١٩٩٣). الضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة وعلاقتها بتقدير الذات ، رسالة ماجستير ، كلية التربية، جامعة الزقازيق – فرع بنها.

٦٧ – الصبوة ، محمد نجيب (١٩٩٦) . علاج التبول الارادى سلوكيا لدى حالات من الأطفال والمراهقين ،دراسة تجريبية ، مجلة كلية الآداب ، جامعة القاهرة

٦٨ – صفر ،محمد شريف محمد (١٩٩٣)دراسة تجريبية مقارنة باستخدام اسلوبى العلاج الاسرى، وسيكولوجية الذات فى علاج مشكلة التبول اللارادى ، مجلة الخدمة الاجتماعية والقاهرة .

٦٩ – صقر، كريمة(١٩٧٠) . البوال العصابى ، دراسة تجريبية في ضـــوء مفاهيم التحليل النفسي رسالة ماجستير وكلية الآداب ، جامعـــة عـــين شمس.

٧٠ – عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (٢٠٠٥) : علم النفس الأكلينيكـــى فى ميدان الطب النفسى، زهراء الشروق القاهرة.

٧١ – عبد العزيز، مفتاح محمد (٢٠٠١) .علم النفس العلاجـــي ، اتجاهـــات حديثة ، دار قباء . القاهرة .

٧٢ – عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١). أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، علم نفس الأطفال المرضي ، الطبعة الأولى،

٧٣ – عبد المجيد ،هشام سيد (١٩٨٦) ، دراسة مقارنة لمدى فعالية الاتجـــاه السلوكى والاتجاه الاجتماعى فى علاج مشكلة التبول الـــلارادى عنـــد الاطفال ورسالة ماجستير غير منشورة و قسم خدمة الفرد كلية التربية الاجتماعية ، جامعة حلوان القاهرة .

٧٤ – عبد لله ، محمد قاسم (٢٠٠١) . أمراض الأطفال النفسية وعلاجها (علم نفس الأطفال المرضى الطبعة الاولى ،دار المكتبى ،م ن.

٧٥ – **عدس ، عبد الرحمن ، وتوق ، يحيي الدين (١٩٩٣) .** *المدخل إلى علم النفس* **، ط ٣ ، مركز الكتب الأردني**.

٧٦ – عزب، حسام الدين محمود (١٩٩٦). دور التوجيه والإرشاد النفسي في رعاية الطلاب الجامعيين ، دراسة نفسية تربوية ، جامعة الملك فيصل ، الإحساء

٧٧ – العزة، سعيد ، (٢٠٠٠) الإرشاد الأسرى ، مكتبة دار الثقافـــة للنشـــر، الطبعة الأولى، عمان.

٧٨ – العصافرة ، محمودذياب محمـــد (٢٠٠٨) فعاليـــة العـــلاج الســـلوكى المعرفى فى علاج التبول اللارادى والانعكاسات النفســـية المصـــاحبة

المتمثلة فى القلق والتقدير السلبى للذات رسالة دكتوراة فى الفلسفة ، دراسة تجريبية بالمستشفى الاهلى بالخليل،**فلسطين**

٧٩ – عطوف ، ياسين (١٩٨٦) .علم النفس العيادى – الاكلينيكى ، بيروت : دار العلم للملايين.

٨٠ – عكاشة ،احمد (١٩٩٢) . الطب النفسي المعاصر ،مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة .

٨١ – عمر ، ماهر محمود (١٩٩٢) . المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة، دار المعرفة الجامعية ،الإسكندرية.

٨٢ – العيسوي ، عبد الرحمن (١٩٩٠) . الإرشاد النفسي . الإسكندرية : دار الفكر الجامعي.

٨٣ – العيسوي ، عبد الرحمن (٢٠٠١) . الجديد فى الصحة النفسية ،ط١ ، منشأة المعارف ، الإسكندرية

٨٤ – العيسوى ، محمد عبد الرحمن (٢٠٠١). موسوعة علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية ، بيروت .

٨٥ – غنيم، سيد ، براده، هدى عبد الحميد (١٩٨٠) الاختبارات الاسقاطية ، القاهرة . دار النهضة العربية .

٨٦ – فرويد ، سيجموند (١٩٧٢) . خمس حالات في التحليل النفسي ، الجزء الأول، ترجمة صلاح مخيمر ، وعبده ميخائيل رزق ، الأنجلو المصرية .

٨٧ – فهمي ، مصطفى (١٩٦٧) . علم النفس الاكلينكي . القاهرة : مكتبة مصر .

٨٨ – فهمى، مصطفى ،(١٩٦٧) . علم النفس الاكلينيكى ، مكتبة مصر لطباعة الأوفست

٨٩ – فهيم، كلير،(١٩٩٣) الاضطرابات النفسية للأطفال ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٩٠ – فيصل ، محمد خير الزراد،(1998). التبول اللاإرادي لدى الأطفال، دار النفائس للنشر والتوزيع

٩١ – قاسم ، عايدة على (١٩٩٠) ،دراسة مدى فعالية برنامج ارشادى فى تعديل الاتجاهات الوالدية نحو الاطفال البوالين فى مرحلة الطفولة من سن ٦:٤ سنة ، رسالة ماجستير ،كلية التربية ،جامعة عين شمس .

٩٢ – القذافي، رمضان محمد (١٩٩٦)، التوجيه والإرشاد النفسي ، ط١ ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٩٣ – القريطي ، عبد المطلب أمين (٢٠٠١) . مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال . الطبعة الثانية ، القاهرة . دار الفكر العربي .

٩٤ – قناوي ، هدى محمد (١٩٩٥). دراسة كلينيكية لبعض حالات التبول اللاإرادي .دراسات وبحوث في علم النفس ، الكتاب التذكاري لتكريم الأستاذة الدكتورة كاميليا عبد الفتاح . القاهرة : دار الفكر العربي .

٩٥ – القوصي ، عبد العزيز (١٩٨٢) . أسس الصحة النفسية القاهرة : النهضة المصرية .

٩٦ – الكندري، عبد الله عبد الرحمن . عبد الدايم ،محمد احمد (١٩٩٩) . مدخل إلى مناهج البحث العلمي؛ ط٢، مطبعة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت .

٩٧ – الكوارى، كلثم جبر محمد (١٩٩٧). فعالية العلاج السلوكي والعلاج الأسرى في خدمة الفرد في علاج مشكلة التبول الارادى لدى الأطفال (رسالة دكتوراه غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية– جامعة قطر .

٩٨ – لبيب، عثمان وحمادة، فؤاد (١٩٦١) . التوجيه والإرشاد النفسي، وزارة التربية والتعليم، الإدارة العامة للبحوث الفنية.

٩٩ – لويس كامل مليكة (١٩٩٤) العلاج النفسى وتعـديل السـلوك طـــ٢، القاهرة.

١٠٠ –محمد ،عبد السلام حافظ ووفاء (١٩٩٩) فعالية نموزج حل المشكلة فى علاج مشكلتى التاخر الدراسى والتبول اللارادى ،دراسة تجريبية مطبقة بالمركز الطبى النفسى لتلاميذ مرحلة التعليم الاساسى ، دراسة دكتوراة غير منشورة ،جامعة عين شمس ،معهد الدراسات العليا للطفولة قسـم الدراسات النفسية والاجتماعية .

١٠١ –محمد محروس الشناوى (١٩٩٦) : العملية الإرشـادية ، دار غريـب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

١٠٢ –محمد ناصر الدين الألباني(١٩٨٥). إرواء الغليل في تخريج أحاديـث منار السبيل ، المكتب الإسلامي ، الطبعة الثانية ، بيروت .

١٠٣ –محمود عطا حسين (٢٠٠٠). الإرشاد النفسي والتربـوي، (المـداخل النظرية– الواقع– الممارسة). دار الخريجي للنشر، الرياض.

١٠٤ –مختار حمزة (١٩٨٢). أسس علم الـنفس الاجتمـاعي ، دار البيـان العربي ، جدة.

١٠٥ –مخيمر،صلاح (١٩٧٢). مدخل الى الصحة النفسية ، مكتبـة الانجلـو المصرية ، القاهرة .

١٠٦ –مرسي، كمال إبراهيم (١٩٩٥). العلاقة الزواجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس.كلية التربية، جامعة الكويت، ط٢، دار القلم للنشر والتوزيع – الكويت.

١٠٧ –مصطفى خليل الشرقاوى (٢٠٠٠) : أسس الإرشاد والعلاج النفسـى، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية ، القاهرة.

١٠٨ –ملحم، سامي محمد (٢٠٠٠). مناهج البحث في التربية وعلم الـنفس؛ ط١: عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

١٠٩ –منصور، رشدي فام (٢٠٠٠). علم النفس العلاجي والوقائي، رحيــق السنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة

١١٠ –موسى رشاد عبد العزيز (٢٠٠١) الإرشاد النفسى فى حياتنا اليومية فى ضوء الوحى الألهى والهدى النبوى ، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر، القاهرة .

١١١ –نمر، بكر فرج (٢٠٠٨). مدى فعالية برنامج علاج نفسي تكاملي فــي علاج الاكتئاب النفسي. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنوفية.

١١٢ – الهابط، محمد السيد (١٩٨٣). التكيف والصحة النفسية، الطبقة الثانية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

١١٣ – هول ، كالفين . وليندزي ، جاردنر (١٩٧٨). نظريات الشخصــية ، ترجمة فرج أحمد

١١٤ – اليوسفي خليل رضا، الجهاز البولي، موقع طبيبي .

ثانياً : المراجع الاجنبيه

1 - Arkowitz, H. (1992): Integrative theories of therapy in freed heim, D.K (ed) history

2 - Arkowitz, H. (1992): Integrative theories of therapy in freed heim, D.K (ed) history

3 - Bachmann C, Ackmann C, Janhsen E, Steuber C, Bachmann H, Lehr D. Clinical Evaluation of the Short-Form Pediatric Enuresis Module to Assess Quality of Life. Neurology and Urodynamics 2010; 29: 1401-2

4 - Bakker E, van Sprundel M, van der Auwera JC, et al. Voiding habits and wetting in a population of 4332 Belgian schoolchildren aged between 10 and 14 years. Scand J Urol Nephrol 2002; 36: 354-62.

5 - Bank (2006) teaching rational emotive Behavior therapy to Adolescence in an alternative educational setting Ph-d-kent State universally college and graduate school of education health and human services.

6 - Bolger, W.A. (1975):Child study and guidance in school (Printed in Great Britain) by the Ancher press. LTD. London.

7 - Butler RJ, Heron J. The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood. A large British cohort. Scand J Urol Nephrol 2008: 42: 257-64.

8 - Can G, Topbas M, Okten A, Kizil M. Child abuse as a result of enuresis.Pediatr Int. 2004 Feb;46(1):64-6. PubMed PMID: 15043667.

9 - Chang P, Chen Wj, Tsai WY, Chiu. (2001) An adidemiological study enuresis in Taiwanese children. British Journal of urology, 87 (7): 678-81.

10 - David, B, D, Mann. (2001. Child physical Abuse in. Encyclopedia of Crime and Punishment, Vol, 1 (David Levinson, Ed). Sage Publications, Thousand Oaks.

11 - Dislivestro, F.R (1980): The school counselor and political, influencing school boards. Journal of the school counselor, May.

12 - Edwards , S.D. et , al,: hypotheapy as A treatment for enuresis. j. of child psychology and psychiatry, vol.(26) , no (1),p.p 161-170,1985

13 - Eileen, R. et al. (1994). A practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect. Thousand Oaks, C A. Sage Publicarions.

14 - Ellis, A (1988): How to stubbornly refuse to make yourself miserable, New York: Lyle Stuart Book.

15 - English H.B & English AC (1958): A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms. New York: David Mchay Company.

16 - Fatma Al-Jasmi, Harvey S. Penefsky Abdul-Kader(2001)- ScienceDirect, Volume 74 Souid The online version of Molecular Genetics and Metabolism on.

17 - Forsythe WI, Redmond A. Enuresis and spontaneous cure rate. Archives of Disease in Childhood 1974;49:259-263.

18 - Gur E, Turhan P, Can G, et al. Prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Instanbul, Turkey. Pediatr Int 2004; 46: 58-63.

19 - Hagglof B, Andren O, Bergstrom E, Marklund, Wendelius M. (1997) self- esteem befor and after treatment in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence. Scandinavian Journal of urology and Nephrology Supplementum.183: 79-82

20 - Jarvelin MR, Vikevainen-Tervonen L, Moilanen J, et al. Enuresis in sever year old children. Acta Paediatr 1988; 77: 148-53.

21 - kalo BB,Bella H. (1996) enuresis: prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia .Acta pediatria academiae scientarum hungariceae , 85 (10) : 1217-22

22 - Kaplan haroldl , MD Sadock Benjaminj , MD (1994) functional enuresis comprehensive textbook of psychiatry volume two fifth edition

23 - Kauffman , g.m (1980) characteristics of children`s behavior disorders, (2nded) london , chrles , e.merrillpub , comp .

24 - kolb , L.c. (1968) modern clinical psychiatry.7th ed-Philadeladelphi I11us-trated Saundres WB

25 - Krumbltz, J.D.& Thoresen, C.(1976): Counseling methods New York: holt Rinehart & Winston.

26 - Lee SD, Sohn DW, Lee JZ, et al. An epidemiological study of enuresis in Korean children. BJU Int 2000; 85: 869-73.

27 - Lewis, E.C.(1970): The psychology of counseling. New York : Holt Rinehart & Wiston.

28 - Liu X,Sun Z, Uchiyama M ,Shibui K, Kim k, Okawa M.(2000) Prevalence and correlates of sleep problems in Chinese Schoolchildren . Journal of sleep research 15,23 (8) : 1053-62

29 - Matthews , J (1994) Bed Wetting , Amaunal for parents , Ability press Australia.

30 - Moilanen I , Tirkkonen T,Jarvelin MR.Linna SL,Almqvist F,Piha J,Rasanen E, Tamminen T. (1998) A follow-up enuresis form childhood To adolescence . Britch Journal of urology 81,3:94

31 - Moilanen I, Tirkkonen T, Järvelin MR, Linna SL, Almqvist F, Piha J, Räsänen E, Tamminen T, A follow-up of enuresis from childhood to adolescence Br J Urol. 1998 May;81 Suppl 3:94-7.

32 - Oge O,Kocak I,Gemalmaz H,(2001)enuresis:point prevalence and Associated factors among Turkish children . The Tutksh Journal of Pediatrics , 43 (1): p.38-43.

33 - Richard J. Butler, Jean Golding, Kate Northstone, The ALSPAC Study Team Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs BJU International Volume 96, Issue 3, pages 404–410, August 2005

34 - Rougers, C.R.(1952): Client centered psychotherapy. Scientific American, November, 87: 70-71.

35 - Swithinbank LV, Carr JC, Abrams PH. Longitudinal study of urinary symptoms and incontinence in local schoolchildren. Scand J Urol Nephrol 1994; 163: 67-73.

36 - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV), 1997

37 - The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, diagnostic criteria for research, WHO, 1993

38 - Train Alan . (2000) Children behaving badly .souvenir press, London

39 - TURJUT MD F , AKSOY MD L, OZSOYLU Md S (2001), Familial inheritance of noctournal enuresis* The New Jounal of Medicine 18(2): 61-63

40 - Wolf, D. (1999. Children's observations of violence Critical issues in child development and intervention planning. Can J psychiatry.

41 - Zuravin, Susan, J. (1991). Research definition of child physical abuse and neglect, Current problems. InR. Slarr. New York. Guilford Press.

42 - www.nafc.org/bladder-bowel-health/bedwetting-

43 - http://smartsoft.maktoobblog.com

قائمة الملاحق

ملحق (١)

قائمة أسماء السادة المحكمين

م	الاســـــــــم	الوظيفـــــــــــــة
١	أ.د / فضل خالد ابو هين ابو هين	عميد كلية التربية– جامعة الاقصى
٢	د/ انور حمودة البنا	رئيس قسم علم النفس – جامعة الاقصى
٣	د / عبد الحميد عفانة	معالج نفسى – برنامج غزة للصحة النفسية
٤	د / اسامة سعيد حمدونة	رئيس قسم علم النفس –جامعة الأزهر
٥	د/ياسم ابو كويك	أستاذ علم النفس – جامعة الازهر
٦	أ/ صالح ابو حطب	معالج نفسى برنامج غزة للصحة النفسة
٧	د/ عدوية	استاذ علم النفس– جامعة بيرزيت
٨	أ. محمد جواد عبد اللطيف الربعي	رئيس قسم الإرشاد والتربية الخاصة بمديرية التربية والتعليم

ملحق (٢)

نماذج التحاليل الطبية

Palestinian National Authority
Ministry Of Health
Labs & Blood Banks Directorate

السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
دائرة المختبرات وبنوك الدم

رقم العينة	المستشفى/العيادة	القسم
الاسم	التشخيص	ختم وتوقيع الطبيب
العمر / الجنس ☐ ذكر ☐ انثى		
رقم الهوية		
رقم المريض		التاريخ :
رقم التأمين الصحي		

☐R 04 Stool Analysis

☐Physical Examination		☐Microscopic Examination	
Color		WBCs	/ H.P.F.
Consistency		RBCs	/ H.P.F.
Mucous		Ova	
Blood		Trophozoite	
Worm		Cysts	
		Occult Blood	
Reducing Sugars		Fecal Fat Stain Sudan III	
Comment :		Signature :	Date :

☐R 05 Occult Blood

PMOH56_A

نموذج فحص براز W13001

Palestinian National Authority
Ministry Of Health
Labs & Blood Banks Directorate

السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
دائرة المختبرات وبنوك الدم

رقم العينة	المستشفى/العيادة	القسم
الإسم	التشخيص	ختم وتوقيع الطبيب
العمر / الجنس ☐ ذكر ☐ انثى		التاريخ :
رقم الهوية		
رقم المريض		
رقم التأمين الصحي		

☐ R 01 Urine Analysis

☐ First Morning ☐ Random

Physical Examination		Chemical Examination	
Color		PH	
Aspect		Protein	
Sp. Gravity		Glucose	
Microscopic Examination		Ketones	
RBCs	/H.P.G.	Nitrite	
WBCs	/H.P.F.	Blood	
Epith. Cells	/H.P.F.	Bilirubin	
Cast	/L.P.F.	Urobilinogen	
Crystals		others :	
Comment :		Signature : Date :	

نموذج فحص بول W13003

فحص دم كيمياء

PALESTINIAN NATIONAL AUTHORITY
MINISTRY OF HEALTH
LABORATORIES & BLOOD BANKS DIRECTORATE

السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
مديرية المختبرات وبنوك الدم

مستشفى / عيادة : _____ القسم : _____
الاسم : _____ ذكر ☐ أنثى ☐
رقم الهوية : _____ العمر : _____
رقم المريض : _____ رقم القيد : _____
العنوان : _____ الهاتف : _____

توقيع وختم الطبيب المعالج : _____
تاريخ طلب التحويل : _____
تاريخ سحب العينة : _____ الوقت : _____
سحبت بواسطة : _____

استلام العينة بتاريخ : _____ الوقت : _____ Lab. No. :

نموذج طلب فحوصات المختبر

يكتب وتملأ هذا النموذج من قبل الطبيب المعالج فقط بهدف طلب الفحوصات في القسم المختص في نموذج منفصل

Specimen & Ordering NO Reason: ☐ Chemistry ☐ Endocrinology ☐ Electrophoresis
☐ Virology ☐ Serology ☐ Immunology ☐ TDM ☐ Tumor marker
☐ Special Chemistry ☐ Urine (24hr) ☐ Microbiology (Bacteriology & Fungi)

* Clinical Data : _____
* Treatment & Dosage: _____
* Sampling Time —Before dose : _____hr — After dose : _____hr
* Any Vaccine Taken ? _____
* Antibiotic Therapy : ☐ Yes, Specify: _____ ☐ NO

☐ Bacteriology Nature of Specimen
☐ Urine ☐ Blood ☐ Pus
☐ Stool ☐ Sputum
☐ Pus(Specify) _____
☐ Swab(Specify) _____
☐ Fungi ☐ Culture ☐ KOH

- ظابط سكر
- Urea
- Creatinine

Lab. Comment : _____ Date : _____
Signature: _____

نموذج فحص كيميائي للكلية (وظائف الكلية)

السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الصحة
محافظة غزة

الرقم :
التاريخ : / / 19

طلب عمل أشعة

اسم العائلة	الاسم الشخصي	العمر	اسم الأب	ذكر / أنثى	رقم الهوية	أول مرة / مراجعة

رقم الأشعة	التاريخ	الرقم الدرمتسوبرة	مدعو بتاريخ

تاريخ المريض بإختصار

تقرير دكتور الأشعة

القسم	امتناء الطبيب المشخص	التاريخ	الأشعة داخل القسم على المريض
العيادة			

نوع الأشعة	13×10	10×24	24×30	30×40	35×35	امتناء مساعد الأشعة	رقم الدرقة
المستعملة							

تقرير طبيب الأشعة

الصفحة :- 1/1

نموذج فحص أشعة خاصة بالكلية و المثانة

ملحق (٣)

جدول الليالي النظيفة

الاســـم :

.............العمــر:...............التـــاريخ،.............................

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

ملحق (٤)

سجل المتابعة اليومية

اليـــــــــــوم	التاريـــــخ	هل شرب الماء ليلاً؟		هل تبول الطفل قبل الذهاب للفراش؟		هل تم أيقاضه من قبل الوالدين للتبول عند ذهابهم للنوم؟		هل تم أيقاضه عند قيامهم لصلاة الفجر؟		هل تبول الطفل في فراشه تلك الليلة؟		ملاحظات ونجوم
ـــــــ	ـــــــ	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	
السبت												
الأحد												
الأثنين												
الثلاثاء												
الأربعاء												
الخميس												
الجمعة												

- تعبأ المعلومات من قبل الطفل نفسه يومياً، وبملاحظة والديه
- توضع النجوم يومياً عند عدم التبول
- توضع نجمه كبرى ذهبية عند التحكم فى التبول الكامل لمـــدة أســبوع (تشجيع أضافي)
- ملاحظات الوالدين يومياً

ملحق (٥)

مقياس تدعيمى لمقاومة التبول اللا إرادى

الاســــــــم : .....العمــــــــــر:.....التـــــــــاريخ:

.....

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

ملحق (٦)

دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة حالة التبول اللا ارادى يطبق على الأطفال وآبائهم من (إعداد الباحث)

الاسم

عزيزى الطفل – عزيزتى الطفلة

نعرض عليك فيما يلى مجموعة من المواقف التى نود أن تجيب عليها بصراحة ووضوح فى الأسطر المحددة لها وستجد أمام بعض المواقف ثلاث أختبارات المطلوب منك وضع علامة (√) أمام العبارة التى تعبر عن ما يناسبك وما تتخذه بالفعل فى هذا الموقف علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وجميع البيانات التى ستدلى بها سرية وتقتصر على أغراض البحث العلمى فقط.

ولكم الشكر والتقدير على تعاونكم الصادق.

الباحث/ علاء إبراهيم

دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة حالة التبول اللا ارادى يطبق على الأطفال وآبائهم

(إعداد الباحث)

الجزء الأول :

الاسم : السن : الجنس : ذكر أنثى

تاريخ الميلاد : العنوان : المرحلة الدراسية:

عدد أفراد الأسرة : عدد الأخوة : ترتيبك بين أخوتك :

١ – هل تبول أحد من أخوتك أو أقاربك لا إراديا ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً ؟

نعم ( ) أحيانا ( ) لا ( )

٢ – هل يقارن والديك تحكمك فى التبول بينك وبين أخوتك أو زملائك ؟

نعم ( ) أحيانا ( ) لا ( )

٣ – أول مرة تبولت على نفسك كانت بسبب :

- عقابك على عمل شىء لا تحبه فيه ( )
- مقاطعة الآخرين لك كلما أردت التعامل معهم . ( )
- الانتقال المفاجئ إلى منزل آخر أو سفر أحد الوالدين أو قدوم مولود جديد للأسرة ( )

٤ – أشعر بالخوف والتوتر والرغبة فى التبول عندما:

- أتكلم مع شخص غريب لا أعرفه
- عندما يضايقنى أخوتى ووالدى
- عندما يضايقنى أى شخص آخر

٥ – هل يمكنك أن تصف أول موقف ومرة تبولت فيها على نفسك وما هو السبب؟

٦ – هل تتبول عندما تسمع صوت الطائرات ؟
٧ – هل تتبول عندما تشاهد القصف أو الشهداء ؟

الجزء الثانى : يطبق على الوالدين :

١ – المستوى التعليمى للأب أمى متوسط عال
وظيفته

٢ – المستوى التعليمى للأم أمية متوسط عال
وظيفتها

٣ – عمر الأم عند الولادة ( )

٤ – أمراض أصيبت بها الأم أثناء الحمل ( ) .

٥ – ظروف الولادة (طبيعية) (غير طبيعية)

٦ – متى تبول طفلك أول مرة
– سن ٣ سنوات سن ٤ سنوات سن ٥ سنوات سن ٦ سنوات

٧ – متى ظهرت مشكلة التبول اللا ارادى عند أبنك بوضوح ؟

٨ – هل كنت تساعد وتشجع طفلك على التحكم فى التبول وفى المكان المخصص لذلك:
- تشجيعه
- تعنيفه وطلب الالتزام بالتحكم فى التبول
- تستخدم الإرهاب والعقاب البدنى

٩ – هل تعرض أبنك لأمراض سابقة خاصة بالمثابة وما هى ؟

١٠ –هل عمل طفلك تحاليل طبية وأشعة على المسالك البولية؟

١١ –أول شخص لاحظ أن أبنك يتبول لا إراديا على نفسه ؟

١٢ –هل تأكدتى أن أسباب حالة التبول اللا ارادى ترجع لأسباب نفسية وليست جسمية من الطبيب المتخصص.

١٣ –ما هى الظروف التى أدت إلى حدوث حالة التبول اللا ارادى؟

- اجباره على عمل أو قول شىء لا يرغبه
- مقاطعة الآخرين له وعدم الاهتمام به وتجاهله
- حدث له أنفعال شديد أو إرهاق حاد

١٤ –هل أصيب أبنك بأمراض خاصة بالجهاز البولى

١٥ –عندما تبول أبنك أول مرة لا ارادياً :

- حدث كل يوم
- قام بتكرار التبول كل عدة أيام
- قام بتكرار التبول مرة كل أسبوع

١٦ –هل تقارن أبنك بغيره من الأقران فى مثل عمره ولا يتبولوا لا اراديا

نعم ( ) أحيانا ( ) لا ( )

١٧ –هل توجد حالة مماثلة بين أفراد الأسرة (الأخوة والأخوات)

نعم ( ) لا ( )

١٨ –هل توجد حالة مماثلة بين أفراد العائلة

نعم ( ) لا ( )

١٩ –ما هو الانطباع العام على أبنك؟

٢٠ –ما هى معدلات تبول أبنك

يوميا ( ) أسبوعياً ( ) شهرياً ( )

٢١ –هل ينام الطفل بمفرده فى حجرة واحدة؟

نعم ( ) لا ( )

٢٢ –هل ينام أبنك مع أخوته فى حجرة واحدة

نعم ( ) لا ( )

٢٣ –هل طفلك ينام فى مواعيد محددة له

نعم ( ) لا ( )

٢٤ –هل تحول أهتمامك لمولود جديد فى الأسرة عن أبنك

نعم ( ) لا ( )

٢٥ –هل شعر أبنك بالغيرة من قدوم مولود جديد ؟

نعم ( ) لا ( )

٢٦ –هل شعرتى أن أبنك ينقصه إشباع بعض احتياجاته

نعم ( ) لا ( )

٢٧ –هل أسلوب مع الطفل يمتاز بالعنف والضرب والإرهاب

نعم ( ) لا ( )

٢٨ –هل شعرتى أن ابنك يجلس بمفرده وحيداً

نعم ( ) لا ( )

٢٩ –هل يغير أبنك من أخوته ؟

نعم ( ) لا ( )

٣٠ –هل قام أحد الأخوة بمعايرة أبنك بتبوله على نفسه

نعم ( ) لا ( )

٣١ –هل يتبول طفلك عند مشاهدة صور الأطفال وهم شهداء

٣٢ –هل يتبول طفلك عند سماع صوت الطائرات والقذائف الصاروخية

٣٣ –هل يتبول الطفل عندما يشاهد برامج عن الأحداث فى غزة؟

ملحق (٧)

المقابلة المقننة (إعداد الباحث)

السؤال الأول : متى تبول أبنك – بنتك أول مرة وكم كان عمره ؟

السؤال الثانى : هل ظهرت هذه الحالة عند أحد 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 كنتى تعاقبيه بالضرب عندما يتبول على نفسه ؟ أو استخدمتى أسلوب آخر ؟ وما هو

السؤال السادس : هل قمتى بإجراء التحاليل والفحوصات الطبية اللازمة لطفلك وتأكدتى من السبب ليس عضوياً؟

السؤال السابع : هل قمتى بتدريب طفلك على عملية التبول والأخراج بطريقة وأسلوب مناسب ؟ وما هو ؟

السؤال الثامن : هل اشتكى طفلك مرات كثيرة من أعراض التهاب فى الجهاز البولى

السؤال التاسع : ما هو رد فعلك تجاه طفلك لاضطراب التبول اللا إرادى

السؤال العاشر : هل دائماً تقومى بتوجيه اللوم والتهديد والإذلال لطفلك الذى يعانى من التبول اللا إرادى؟

السؤال الحادى عشر : هل تعاملين جميع أبناك معاملة واحدة أم أنك تفضلى أحد عن الآخر؟

السؤال الثانى عشر : هل طفلك دائما يشعر بالقلق والتوتر وعدم ثقته فى نفسه؟

السؤال الثالث عشر : هل علاقة أفراد الأسرة مترابطة أم أن هناك خلافات ومشاجرات دائمة يشعر بها أطفالك ؟

السؤال الرابع عشر : هل لاحظتى أن طفلك دائما وحيداً أو منطوياً؟

السؤال الخامس عشر : هل لاحظتى أن طفلك لا يحب التعامل مع الآخـــرين أو ممارسة أى أنشطة مع رفاقه؟

السؤال السادس عشر : هل شعرتى أن طفلك لا يثق بنفسه ويشعر بالتـــدنى وعدم إشباع جميع احتياجاته؟

السؤال السابع عشر : هل حدث لطفلك هذا الاضطراب بعد قـــدوم مولـــود جديد بالأسرة؟

السؤال الثامن عشر : هل تكثر عدد مرات التبول اللا ارادى عنـــد طفلـــك عند زيادة الغارات على المجتمع الفلسطينى والقصف الإسرائيلى

أسئلة خاصة بالطفل :

١ – هل يضايقك شعور التبول اللا إرادى؟

٢ – هل تبول أحد أخوتك لا إراديا مثلك؟

٣ – متى تبولت على نفسك أول مرة؟

٤ – هل أنت تشعر بالخوف والتوتر من شىء؟

٥ – هل تفتكر ماذا حدث عند تبولك أول مرة ومتى كان هذا ؟

٦ – هل والديك يعاقبوك بالضرب والإهانة بسب تبولك على نفسك؟

٧ – ماذا تشعر بعد كل مرة تبول فيها لا إراديا هل تشعر بالذنب ، الضـــيق ، الخوف.

٨ – هل أنت حاسس أنك من ذى الأطفال الآخرين فى حاجات كتير؟

٩ – هل تشعر أن والديك يهتمون بأخوتك الصغار أكثر من اهتمامك بيك؟

١٠ –هل تشعر برغبتك فى التبول لا اراديا عندما تسمع الغارات على بلدك؟

١١ –هل تحب أن تلعب وتمارس النشاطات والرحلات مع الآخـــرين أم أنـــك تحب أن تبتعد عنهم؟

١٢ –أنت بتحب مدرستك وتحب تروحها أو بتكرهها وبتضايق من المدرسين .

١٣ –هل تتبول لا إراديا عند سماعك صوت الطائرات والغارات الإسرائيلية؟

ملحق (٨)

استمارة الملاحظة المباشرة (إعداد الباحث)

للباحث

بنود الملاحظة	التقدير			ملاحظات
	جيد	متوسط	ضعيف	
المظهر الخارجى نمط اللباس النظافة النشاط البدنى والحركى السلوك التعبيرى الاتصال بالعبثين الاشارات والحركات الطلاقة اللفظية التفاعل مع الكبار التعبر اللفظى نبرة الصوت حركات ملفتة للانتباه (قضم أظافر – اللعب بملابسه – مسك ملابس الأم – الجلوس بجانب الأم – نتف الشعر – مص أصابع				

ملحق (٩)

مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء

الصـــورة الرابعـــة

(المراجعة الأولى) ١٩٩٨

إختبار المفردات اللفظية

المستوى	السن	رقم الفقرة	المفـــــردة	المستوى	السن	رقم الفقرة	المفـــــردة
H	٧-٨	١٥	كِتاب	P		٣١	حَتْف
		١٦	عَلَمَ			٣٢	أطْلال
I	٩	١٧	ظَرْف	Q		٣٣	قَصاص
		١٨	مَصنْع			٣٤	يُسدِلْ
J	١٠-١١	١٩	نَهْر	R		٣٥	يَهْجُو
		٢٠	أحْرَق			٣٦	نَصْل
K	١٢-١٣	٢١	يَبكِي	S		٣٧	المَنايا
		٢٢	قانُون			٣٨	صِهْريج
L	١٤-١٥	٢٣	حَظيرة	T		٣٩	تَمائم
		٢٤	بُقولُ			٤٠	يَتورَّع
M	١٦+	٢٥	هَشُ	U		٤١	تِرْياق
		٢٦	وَكْر			٤٢	مَخْضُوب
N		٢٧	الجدَلَ	V		٤٣	رَابيـــة
		٢٨	وَهّاج			٤٤	مُقْتر
O		٢٩	لَزِج	W		٤٥	سَرْمَد
		٣٠	إضْمحْلال			٤٦	الرَدى

إعداد وإقتباس أ.د. لويس كامل مليكه - جميع الحقوق محفوظة

جدول تحديد مستوى البدء من خلال آخر بندين طبقا في اختبار المفردات*

العمر الزمني / آخر بندين	٣-٠	٥-٤	٧-٦	٩-٨	١١-١٠	١٣-١٢	١٥-١٤	١٧-١٦	١٩-١٨	٢١-٢٠	٢٣-٢٢	٢٥-٢٤	٢٧-٢٦	٢٩-٢٨	٣١-٣٠	٣٣-٣٢	٣٥-٣٤	٣٧-٣٦	٣٩-٣٨	٤١-٤٠	٤٣-٤٢	٤٥-٤٤	٤٧-٤٦
٢ إلى ٢,٥	أ	أ	أ	أ	ب	ب	ت	ت	ث	ث													
٢,٦ إلى ٢,١١	أ	أ	أ	ب	ب	ب	ت	ت	ث	ث	ج	ج											
٣ إلى ٣,٥	أ	أ	ب	ب	ت	ت	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح										
٣,٦ إلى ٣,١١	أ	ب	ب	ت	ت	ث	ث	ث	ج	ج	ح	ح	خ	خ									
٤ إلى ٤,٥	ب	ب	ت	ت	ث	(ث)	ج	ج	ج	ح	ح	خ	خ	د	د								
٤,٦ إلى ٤,١١	ب	ب	ت	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح	خ	خ	د	د	ذ								
٥ إلى ٥,٥	ب	ت	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح	ح	خ	خ	د	د	ذ								
٥,٦ إلى ٥,١١	ت	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح	خ	خ	خ	د	د	ذ	ذ								
٦ إلى ٦,٥	ت	ت	ث	ث	ج	ح	ح	ح	خ	خ	د	د	ذ	ذ	ر								
٦,٦ إلى ٦,١١	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح	خ	خ	د	د	د	ذ	ذ	ر								
٧ إلى ٧,٥	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح	خ	خ	د	د	د	ذ	ذ	ر	ر							
٧,٦ إلى ٧,١١	ت	ث	ث	ج	ج	ح	ح	خ	خ	د	د	ذ	ذ	ر	ر	ز	ز						
٨ إلى ٨,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	خ	د	د	د	ذ	ذ	ر	ر	ز	ز	س	س					
٩ إلى ٩,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	خ	د	د	ذ	ذ	ر	ر	ر	ز	س	س						
١٠ إلى ١٠,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	د	ذ	ذ	ر	ر	ز	ز	س	س	ش	ش					
١١ إلى ١١,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ذ	ر	ر	ز	ز	س	ش	ش	ش	ص	ص				
١٢ إلى ١٢,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ذ	ر	ر	ز	ز	س	س	ش	ش	ص	ص	ض			
١٣ إلى ١٣,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ر	ر	ذ	ز	س	س	ش	ش	ص	ص	ض	ض	ط		
١٤ إلى ١٤,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ر	ر	ز	ز	س	س	ش	ش	ص	ص	ض	ط	ط		
١٥ إلى ١٥,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ر	ز	ز	س	س	ش	ش	ص	ص	ض	ض	ظ	ظ		
١٦ إلى ١٦,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ز	ز	س	س	ش	ش	ص	ص	ض	ض	ط	ظ	ظ		
١٧ إلى ١٧,١١	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ز	ز	س	س	ش	ش	ص	ص	ض	ط	ط	ظ	ظ		
١٨ فاعلى	ت	ث	ث	ج	ح	خ	د	ذ	ز	س	س	ش	ش	ش	ص	ض	ض	ط	ط	ظ	ظ		

* مستوى البدء يتحدد من خلال تقاطع العمر الزمني للمفحوص مع أعلى زوج من البنود يتم الوصول إليه في اختبار المفردات. وعلى ذلك :

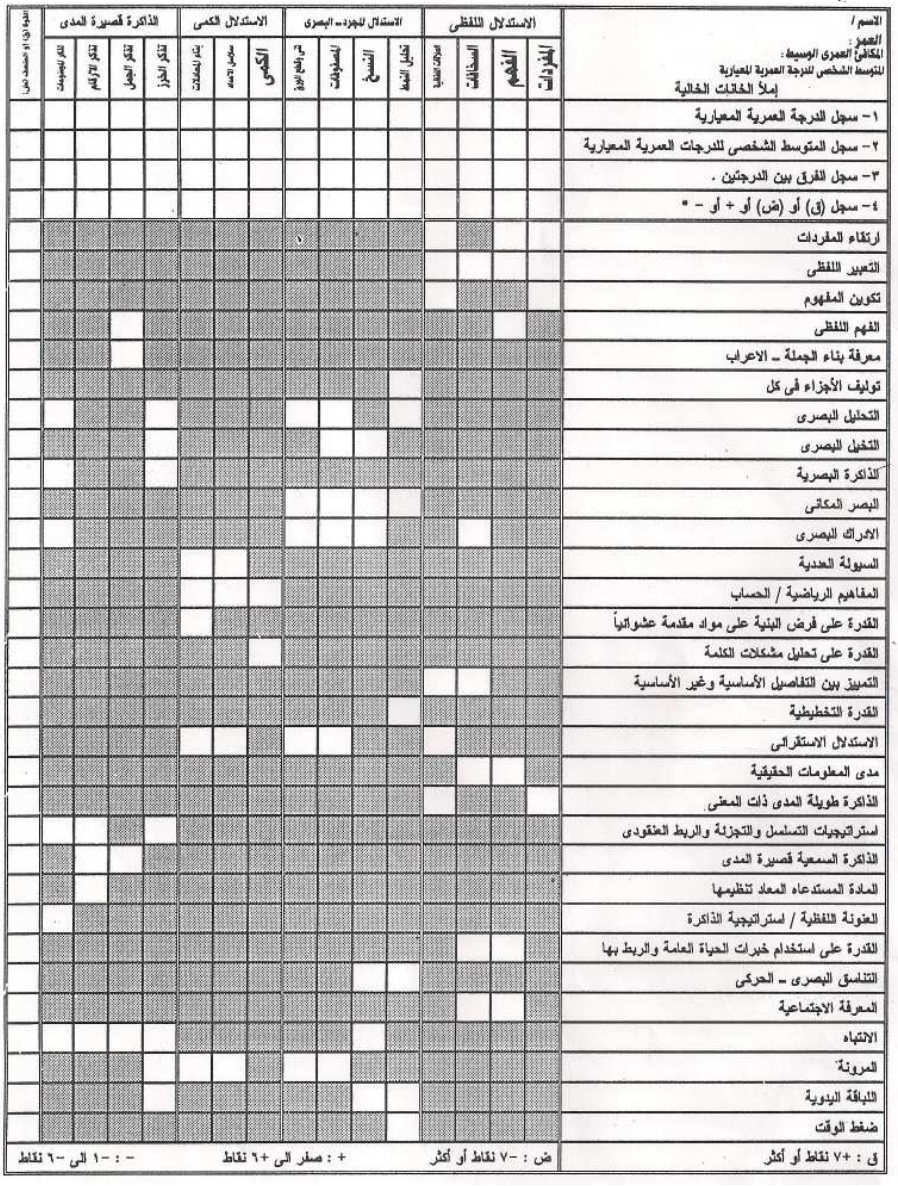
- فإن المفحوص في عمر أربع سنوات وشهرين الواصل إلى أعلى زوج من البنود في اختبار المفردات بين ١٣، ١٤ يكون مستوى بدء الاختبارات الأخرى له هو (ث).
- يحسب العمر الزمني بالسنوات والأشهر، وعلى ذلك فالطفل الذي يبلغ من العمر ٩ سنوات وخمسة أشهر و ١٦ يوماً يكون عمره الزمني ٩ سنوات و٦ أشهر.
- أما الطفل الذي يبلغ من العمر ٩ سنوات و ٥ أشهر و ١٥ يوماً يكون عمره الزمني ٩ سنوات و ٥ أشهر.

ترتيب الحروف الهجائية

أ	ب	ت	ث	ج	ح	خ	د	ذ
ر	ز	س	ش	ص	ض	ط	ظ	ع
غ	ف	ق	ك	ل	م	ن	هـ	و	ي

(عادل عبدالمنعم وأحمد الببلاوي)

الصفحة النفسية للقدرات والتأثيرات المستنتجة للصورة الرابعة لمقياس ستانفورد ـ بينيه (نقلاً عن ديلاني وهوبكنز ص١٢٢)



ملحق (١٠)

دليل الوضع الاجتماعى والاقتصادى والثقافى

للأسرة (إعداد الباحث)

السيد ولى أمر الطفل /

نعرض عليك فيما يلى مجموعة من العبارات التى نود أن تجيب عليها بصراحة ووضوح وستجد أمام كل عبارة عدد من الاختبارات والمطلوب منك وضع علامة (√) أمام العبارة تنفق مع ظروفك الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية المناسبة لك ولأسرتك بالفعل علماً أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وجميع البيانات التى ستدلى بها سرية وتقتصر على أغراض البحث العلمى فقط .

ولكم الشكر والتقدير على تعاونكم الصادق ،،،

الباحث/ علاء إبراهيم

دليل الوضع الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة

الاسم (أسم الطفل) : تاريخ الميلاد :

السن : الصف الدراسى :

عنوان السكن والإقامة : اسم المدرسة :

الحى الذى به المدرسة :

بيانات خاصة بالأسرة :

١ - عمل الوالد : مؤهله الدراسى :

ضع علامة ( ) أمام الإجابة التى تعبر عن حالتك

الدخل الشهرى

أقل من ٥٠٠ جنيه ( ) ٥٠٠ جنيه فأكثر ( )

١٠٠٠ جنيه ( ) ١٠٠٠ جنيه فأكثر ( )

إذا كنت لا تعلم لا تكتب شيئاً ( )

٢ - عمل الوالدة : مؤهلها الدراسى :

الدخل الشهرى

أقل من ٥٠٠ جنيه ( ) ٥٠٠ جنيه فأكثر ( )

١٠٠٠ جنيه ( ) ١٠٠٠ جنيه فأكثر ( )

إذا كنت لا تعلم لا تكتب شيئاً ( )

٣ - هل يعمل والدك أو والدتك عمل اضافى ( )

٤ - عدد أفراد الأسرة :

أخوة وأخوات غير متعلمين .....

أخوة وأخوات متعلمين .....

نوع التعلم .....

٥ – نوع السكن : ١ – ايجار قديم ( )

٢ – ايجار جديد ( )

٣ – تمليك ( )

٦ – عدد الغرف بالمنزل ( )

– الغرفة الواحدة بها ١ فرد ( )

– الغرفة الواحدة بها ٢ فرد ( )

– الغرفة الواحدة بها ٣ أفراد ( )

٧ – توجد لدينا سيارة ( )

– توجد لدينا أكثر من سيارة ( )

– ليس لدينا سيارة ( )

٨ – يوجد لدينا جهازكمبيوتر بالمنزل وتستخدمه ( )

– يوجد لدينا أكثر من جهاز كمبيوتر ( )

– لا يوجد لدينا جهاز كمبيوتر بالمنزل ( )

٩ – اشترك فى أتوبيس المدرسة ( )

– يقوم أحد الوالدين بتوصيلى للمدرسة ( )

– أعتمد على نفسى فى الذهاب للمدرسة ( )

١٠– اذهب مع اسرتى فى نهاية الأسبوع إلى رحلة ( )

– اذهب مع أسرتى كل شهر رحلة ( )

– لا تذهب أسرتى إلى أى رحلات ( )

١١– يوجد لدينا شقة دائمة لقضاء المصيف ( )

– نؤجر مكان للمصيف ( )

– لا نقوم بالذهاب إلى المصيف ( )

١٢ – يوجد لدينا اشتراك فى النادى نعم ( ) لا ( )

١٣ – توجد لدينا مكتبة منزلية نعم ( ) لا ( )

١٤ – أنواع الكتب بالمكتبة المنزلية

قصص ( ) روايات ( ) مجلات أطفال ( )

كتب علمية ( ) كتب دراسية( ) مراجع علمية وأدبية ( )

قواميس ( ) مجلات علمية ( )

١٥ – نقوم بشراء الصحف اليومية

بصفة دائمة ( ) أحيانا ( ) لا ( )

١٦ – نقوم بشراء مجلات وكتب ترفيهية

بصفة دائمة ( ) أحيانا ( ) لا ( )

١٧ – نقوم بالذهاب لمعرض الكتاب سنويا لشراء بعض الكتب

بصفة دائمة ( ) أحيانا ( ) لا ( )

١٨ – نتابع البرامج العلمية والثقافية فى التليفزيون

بصفة دائمة ( ) أحيانا ( ) لا ( )

١٩– نقوم بشراء مجلات وكتب علمية وثقافية ( )

بصفة دائمة ( ) أحيانا ( ) لا ( )

ملحق (١١)

استمارة متابعة الواجب المنزلى (إعداد الباحث)

السيد – السيدة والد والدى الطفل من ذوى حالات البتول اللا إرادى

(١) نبلغم أنه تم تدريب أبنكم – أبنتكم خلال جلسة اليوم على :

١ – .....

٢ – .....

(٢) برجاء تدريبه بالمنزل على الآتى :

١ – .....

٢ – .....

(٣) ما هى مدى استفادة الطفل من الجلسة وقدرته على الانتهاء من الواجب المنزلى؟

١ – .....

٢ – .....

(٤) ما هى ملاحظاتكم على كفلكم أثناء تهيته بالمنزل

ملحق (١٢)

استمارة تقييم للبرنامج الإرشادى (إعداد الباحث)

مكونة من صورتين

الصورة (أ) مقدمة للأطفال من ذوى حالات التبول اللا إرادى
الصورة (ب) مقدمة للوالدين لأطفال حالات التبول اللا إرادى

أسئلة تقييم البرنامج :

١ – هل تشعر أنك أصبحت أكثر تحكما فى نفسك فى التبول ؟
نعم ( ) لا ( )

٢ – هل تشعر أن هناك أختلاف عما كنت سابقاً فى عملية التبول؟
نعم ( ) لا ( )

٣ – هل لاحظت ألنك أفضل من الأول بكثير؟
نعم ( ) لا ( )

٤ – هل لاحظ المحيطين بك من أسرتك فرقاً فى حالاتك؟
نعم ( ) لا ( )

٥ – هل كنت تتوقع أن تجد تحسن أكثر من ذلك من خلال البرنامج ولم تجده؟
نعم ( ) لا ( )

٦ – هل شعرت فى وقت ما خلال الجلسات رغبتك فى الاعتذار عن المشاركة فيها ؟ ولماذا؟
نعم ( ) لا ( )

الصورة (ب)

يتم تطبيقها على آباء الأطفال ذوى حالات التبول اللا إرادى

من خلال تعاملك مع أبنك وملاحظته

١ – هل تشعر أن هناك اختلاف فى تحكمه فى عملية التبول بعد حضور الجلسات عن قبل البرنامج الإرشادى؟

نعم ( ) لا ( )

٢ – هل تشعر أن أبنك أصبح أكثر تحكما بنفسه وأكثر تقبلا لها؟

نعم ( ) لا ( )

٣ – هل هناك فرق فى درجة التبول اللا إرادى لدى أبنك بعد حضور الجلسات عن قبل البرنامج الإرشادى الانتقائى ؟

نعم ( ) لا ( )

٤ – ما هى الأنشطة والمهارات التى كنت تتوقع أن يحتوى عليها البرنامج ولم تجدها فيه؟

نعم ( ) لا ( )

٥ – ما هى المعلومات التى كنت تتوقع أن توجد فى محتوى البرنامج ولم تجدها فيه؟

نعم ( ) لا ( )

ملحق (١٣)

محتوى جلسات البرنامج التدخل الإرشادي

حسب خطة التدخل العلاجي التي أعدها الباحث للعمل مع الحالات فقد كانت ثلاث وعشرون جلسة علاجية بواقع جلسة في الأسبوع موزعة حسب الفنيات والتقنيات المستخدمة ،وكانت الجلسات فردية وجماعية مع الطفل والأم، والجماعة وهى موزعة على النحو التالي :

كل من يرغب بالإطلاع على الجلسات العلاجية عليه الإتصال بالباحث.

ملخص الدراسة
باللغـة العربيـــــة

برنامج الدراسات العليا المشترك بين
كلية البنات جامعة عين شمس – قسم علم نفس
وجامعة الأقصى ، غزة – قسم علم نفس

بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال
دراسة في التدخل الإرشادي

ملخص رسالة ماجستير في آداب علم النفس

مقدم من الطالب

علاء إبراهيم جـــرادة

تحت إشراف

أ.د. نبيلة أمين أبو زيد
أستاذ علم النفس
كلية البنات جامعة–عين شمس

أ.د. صلاح الدين أبو ناهية
عميد كلية التربية (الأسبق)
أستاذ علم النفس جامعة–الأزهر–غزة

٢٠١١م

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال

(دراسة في التدخل الارشادى)

أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة في أنها محاولة للنزول إلى الميدان التطبيقي للحد من مشكلة **التبول اللاإرادي** لدى الأطفال ومساعدتهم على إعادة التوازن النفسي والاجتماعي من خلال استخدام الباحث آليات وفنيات التدخل الإرشادي ومن خلال انتقاء الباحث لبعض التمارين والأنشطة وتطبيقها على الأطفال وأسرهم ، كما تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها الدراسة الأولى في قطاع غزة ، وتمثل إضافة جديدة في العمل السيكولوجي

أهداف الدراسة

١ – التعرف على مدى فاعلية التدخل الإرشادي في علاج بعض حالات التبول اللاإرادي .

٢ – التعرف على الفروق في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس القبلي بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة

٣ – التعرف على الفروق في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة

٤ – التعرف على الفروق في متوسطات عدد مرات التبول اللاإرادي لدى طلبة المجموعة التجريبية في القياس البعدي وطلبة المجموعة التجريبية في القياس التتبعي(بعد الانتظام في جلسات التدخل الإرشادي بأسبوعين).

٥ – التعرف على الفروق في متوسطات تكرار عدد مرات التبول اللاإرادي في القياس البعدي بين أطفال المجموعة التجريبية من الذكور وأطفال المجموعة التجريبية من الإناث

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من ١٢ حالة منهم (٦) ذكور، و(٦) إناث من الأطفال المسجلين في جمعية مركز الإرشاد التربوي بشمال غزة من الفئة العمرية من(٨ إلى ١٢ سنوات).

ادوات الدراسة:

استخدم الباحث ثمانية أدوات في هذه الدراسة:

١ – استمارة دراسة الحالة.
٢ – المقابلة الإرشادية.
٣ – الملاحظة السلوكية المباشرة.
٤ – المراقبة الذاتية.
٥ – مقياس بينيه للذكاء الطبعة الرابعة.
٦ – مقياس تكرار التبول اللاإرادي.
٧ – استمارة تقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية (إعداد الباحث).
٨ – برنامج التدخل الارشادى، إعداد: الباحث.ويتكون من ١٢ جلسة إرشادية فردية و جماعية وأسرية و أنشطة

نتائج الدراسة:

أثبتت نتائج الدراسة إجمالا التالي :-

١ – عدم وجود فروق فى عدد مرات التبول اللارادى بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي.

٢ – وجود فروق فى عدد مرات التبول اللارادى بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدى .

٣ – عدم وجود فروق فى عدد مرات التبول اللارادى بين المجموعة التجريبية فى القياس البعدى والقياس التتبعى.

٤ – عدم وجود فروق في المجموعة التجريبية بين الذكور وبين الإناث فى القياس البعدى فى عدد مرات التبول الارادى.

٥ – وجود فروق في المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدى لصالح البعدى .

ملخص الدراسة
باللغـــة الانجليزيـــة

Interpost Graduate Studies Program In Conjunctionwith Girls
College Ain Shams University Departmenet Of Psychology
And Al –Aqsa Uneversity In Gaza

Some cases of Enuresis among children (a study in counseling intervention)

Master Degree In Psychology Prepared By :

Alaa Ibrahime Jaradah

Supervision Of

Prof. Dr. Nabela ameen abou zeid
Girls college ain shams Uneversity

Prof. Dr. Salah eldeen abou nahia
Girls college al azhar uneversity

٢٠١١م

Abstract

Title of the study

Some cases of Enuresis among children (a study in counseling intervention)

Objectives of the study

1. To determine the effectiveness of counseling intervention in the treatment of some indicative cases of enuresis.
2. To identify differences in the frequencies in the means of number of times of enuresis in pretest measurement between children of the experimental group and control group.
3. To identify differences in the frequencies in means of number of times of enuresis in posttest measurement between children of the experimental group and control group.
4. To identify differences in the frequencies in means of number of times of enuresis in posttest measurement and follow-up measurement of the experimental group. (After the regular meetings of the intervention two weeks indicative).
5. To identify differences in the frequencies of means of number of times of enuresis in posttest measurement in the dimensional measurement of the experimental group of male children and the experimental group of females.

The importance of the study

The importance of the study lies in the attempt to go deep in the experimental field to limit problems of

enuresis among children and to help them gain psychological and social balance through the use of new methods and techniques by the researcher. And through the selection of some activities and exercises and applying them on children and their families. Further the study takes importance as it is the first study in such field in the Gaza Strip in addition it is considered as new addition to the practical field of psychology.

Study sample:

The study sample consists of 12 cases (6) of them males and (6) female children enrolled in the Remedial Education Center in northern Gaza، from the age group (8 to 12 years).

Study tools:

The researcher used the following eight tools in this study:

1 - Case study form.
2 – Counseling interview.
3 - Direct behavioral observation.
4 - Self-monitoring.
5 - Binate intelligence scale fourth edition.
6 - Frequency enuresis measurement.
7 - Estimate of socioeconomic level of the Palestinian family form، prepared by Salah Abu Nahia.
8 – Counseling intervention program، prepared by the researcher. It consists of 12 counseling sessions – individual، collective، family and activities

The results of the study:

Overall، the study proved the following results: -

1 – No differences between the experimental group and control group in pretest measurement.
2 - There are differences between the experimental

group and control group in the posttest measurement.

3 – No differences between the experimental group and control group in the follow up measurement.

4 – No differences in the experimental group between males and females.

5 - there are differences in the experimental group in the pre and post test measurement for post test